衛生福利部全民健康保險會
第 7 屆 115 年第 9 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 10 月 28 日

衛生福利部全民健康保險會第 7 屆 115 年第 9 次委員會議議程

壹、主席致詞

貳、議程確認

參、確認上次(第 8 次)委員會議紀錄 ---------- 1

肆、本會重要業務報告 ---------- 85

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結果之整體成長率及部分協定事項內容確認案 ---------- 91

二、116年度醫院總額一般服務地區預算分配案 ---------- 99

三、116年度中醫門診總額一般服務地區預算分配案 ---------- 124

四、被保險人所屬投保單位應負擔之平均眷口數事宜---------- 164

五、重新檢視政府應負擔二代全民健保總經費法定下限36%之計算公式，並請政府儘早依法撥補不足數額案---------- 169

陸、報告事項

中央健康保險署「115 年 9 月份全民健康保險業務執行報告」(書面報告) ---------- 187

柒、臨時動議

參、確認上次(第 8 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(115)年 10 月 6 日衛部健字第 1153360121 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8次委員會議紀錄
(含附錄–與會人員發言實錄)

時間：中華民國115年9月30日上午9時30分

方式及地點：實體會議(本部301會議室)、視訊會議(使用Microsoft Teams線上會議系統)

主席：周主任委員麗芳　　紀錄：劉于鳳、方嘉昀

出席委員：(依姓名筆劃排序，*為參與視訊會議)

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*、李委員飛鵬*、林委員宜平*、林委員恩豪*、林委員敏華*、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、許委員舒博*、許委員慧瑩*、連委員賢明、陳委員秀熙、陳委員建宗*、陳委員節如*、陳委員麗琴*、溫委員宗諭*、黃委員心苑*、黃委員立賢、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、葉委員孟琪、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：張委員鈺旋

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：陳署長亮妤(張副署長禹斌代理)

本會：周執行秘書淑婉、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第84~85頁)

貳、議程確認：(詳附錄第85~86頁)

決定：確認。

參、確認上次(115年第7次)委員會議紀錄：(詳附錄第86頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第88頁)

決定：洽悉。

伍、討論事項(詳附錄第89~116頁)

提案單位：本會第三組

案由：116年度醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診醫療給付費用總額及其他預算協商結論案，提請討論。

決議：

一、確認116年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配初步協商結果包括：成長率、金額、協定事項，如附件一至附件五。至於「執行目標」及「預期效益之評估指標」，如劃線處，請中央健康保險署會同總額部門相關團體研訂，並提報本(115)年10月份委員會議(115.10.28)確認。委員所提意見，送請各總額部門及中央健康保險署參考。

二、請各總額部門於本年10月14日前提送地區預算分配之建議方案，並將安排於10月份委員會議討論；最遲未於11月11日提送建議方案者，則由本會掣案提11月份委員會議(115.11.25)討論，俾依法於年底前完成協定。

陸、報告事項(詳附錄第117頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：中央健康保險署「115年8月份全民健康保險業務執行報告」(書面報告)。

決定：本案洽悉。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：上午11時18分。

附件一

116 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

■116 年度醫院醫療給付費用總額＝校正後 115 年度醫院一般服務醫療給付費用×(1＋116 年度一般服務成長率)＋116 年度專款項目經費＋116 年度醫院門診透析服務費用

■116 年度醫院門診透析服務費用＝115 年度醫院門診透析服務費用×(1+116 年度成長率)

註：校正後115年度醫院一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部115.9.9衛部保字第1150140425號交議總額範圍函確認，以前1年度(115年)醫院一般服務醫療給付費用，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，及加回前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、總額協商結論：

(一)一般服務成長率為 5.391%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.183%，協商因素成長率 2.208%。

(二)專款項目全年經費為 53,948.3 百萬元。

(三)門診透析服務成長率為 2.319%。

(四)前述三項額度經換算，116 年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長 5.500%。各細項成長率及金額，如附表。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，依協定事項辦理，並於 116 年 7 月前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效納入 117 年度總額協商考量。

(一)一般服務預算保留 19,850 百萬元，保留額度與西醫基層總額額度合併，用於支應 0~6 歲兒童醫療費用。

(二)一般服務(上限制)：

1.新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)(0.891%，預估增加 5,443 百萬元)：

(1)執行目標(暫列)：加速新藥之收載，以使健保資源給付於創新治療。

預期效益之評估指標(暫列)：

①提藥物共同擬訂會議討論之新藥案件數至少 15 件。

②提藥物共同擬訂會議討論之暫時性支付項目回歸健保常規給付之案件數至少 7 件。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①在額度內妥為管理運用，並於協商 117 年度總額前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。

②積極引進新特材，加強醫療科技再評估(HTR)機制，並檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。

③於 116 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

2.藥品及特材給付規定改變(0.550%，預估增加 3,358 百萬元)：

(1)執行目標(暫列)：依臨床實證擴增藥品給付範圍，提供民眾最有效益的治療。

預期效益之評估指標(暫列)：

①提藥物共同擬訂會議討論之給付規定擴增案件數至少 15 件。

②提藥物共同擬訂會議討論之暫時性支付項目回歸健保常規給付之案件數至少 1 件。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①在額度內妥為管理運用，並於協商 117 年度總額前，提出年度給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。

②於 116 年 7 月前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。

3.因應牙醫支付標準調整所增加預算(0.0001%，預估增加 0.6 百萬元)：

用於因應牙醫門診總額 115 年度調整支付標準，預估於醫院總額增加之費用。

4.醫院醫療服務韌性加成(0%)。

5.促進醫療服務診療項目支付衡平已導入費用(0.767%，預估增加 4,683 百萬元)(116 年新增項目)：

(1)執行目標(暫列)：提升急診及護理人力投入價值。

預期效益之評估指標(暫列)：

①護理人員調薪指標：護理人員調薪人數比率與 113 年 12 月相較須達 55%或高於該院急性一般病床護理人員數占率。

②急診相關項目指標：任一指標達標(維持或優於去年)。

A.急診病人轉出率。

B.每季急診轉住院病人滯留急診超過 24 小時之日均人次。

C.急診轉住院人次占率及急診病人停留超過 24 小時之案件比率。

③急救責任醫院加護病房基本診療項目指標：任一指標達標(維持或優於去年)或高於同層級醫院同儕值中位數。

A.檢傷一級病人及完成急診重大疾病照護病人進

入加護病房＜6 小時之比率。

B.加護病床周轉率。

(2)本項配合 115 年「促進醫療服務診療項目支付衡平」及「住院護理費用」已修訂支付標準項目，導入一般服務編列預算。

(3)請中央健康保險署持續監測醫療利用情形。

6.配合政策，強化黃金治療期復健服務(0%)。

7.精進成人預防保健併行診療服務之照護品質(0%)。

8.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.0002%，減少 1.5 百萬元)：

於 117 年度總額加回本項違規扣款金額。

(三)專款項目：全年經費為 53,948.3 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同醫院總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，應於 116 年度總額公告後 1 個月內完成。

1.暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)：

(1)全年經費 903 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

(2)執行目標(暫列)：針對食藥署核准上市，屬臨床迫切需求且臨床療效及財務具高度不確定性之新藥，採暫時性支付，期間蒐集我國真實世界實證資料，再評估健保是否常規支付。

預期效益之評估指標(暫列)：提藥物共同擬訂會議討論之暫時性支付項目案件數至少 1 件。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①在額度內妥為管理運用，並檢討暫時性支付執行機制及優化支付流程，於 116 年 12 月前提出專案報告。

②於116年7月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數及歷年收載暫時性支付項目之執行概況)，及前一年成效評估檢討報告。

2.C型肝炎藥費：

(1)全年經費628百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並檢討醫療利用情形，以提升資源使用效率。

3.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

(1)全年經費23,453.3百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)罕見疾病藥費如有公務預算挹注，則由本項專款移列該同等額度，全數用於支應專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」之醫院醫療服務韌性加成。

(3)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並監測醫療利用情形。

4.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

(1)全年經費5,100百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並監測醫療利用情形。

5.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

全年經費5,364.3百萬元，本項經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

6.醫療給付改善方案：

(1)全年經費 3,043.3 百萬元。

(2)持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、乳癌、乳癌照護品質提升、思覺失調症、肝炎、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質、生物相似性藥品、化療學名藥、擴大多重慢性病收案照護(ASCVD)、加護病房侵襲性呼吸器優化管理，及新增大腸癌及骨質疏鬆症等方案。

(3)請中央健康保險署滾動式檢討方案內容及加強結果面之成效評估，對照護成效不佳之方案，請研議具體改善策略或退場。

7.急診品質提升方案：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並精進方案執行內容，積極提升急診處置效率及急診照護品質，以提升執行成效。

8.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 135.5 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

(2)請中央健康保險署持續檢討醫療需求特性及其利用情形，鼓勵醫師積極參與計畫，提升就醫可近性。

9.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：

(1)全年經費 2,200 百萬元。

(2)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並檢討補助方式及精進方案執行內容。

10.鼓勵院所建立轉診合作機制：

(1)全年經費 200 百萬元，本項經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同醫院及西醫基層總額相關團體，持續檢討支付方式及強化院所轉診合作機制，鼓勵適當轉診。

②持續監測各層級上下轉情形及病人流向與醫療費用變化情形，以評估執行效益。

11.精神科長效針劑藥費：

(1)全年經費 3,006 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並精進照護成效相關指標及評估成本效益。

12.鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)請中央健康保險署滾動式檢討計畫相關品質指標，提升病人脫離呼吸器及安寧療護之照護成效。

13.地區醫院全人全社區照護計畫：

(1)全年經費 500 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①滾動式檢討計畫內容，鼓勵醫院積極參與，加強計畫推動，並持續監測執行成效。

②本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(117 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。

14.區域聯防-提升急重症照護品質：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①滾動式檢討計畫內容，加強區域聯防及網絡建置，提升急重症照護成效。

②本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(117 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。

15.抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①滾動式檢討計畫內容，精進成效評估指標及強化高風險院所的輔導機制。

②本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(117 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。

16.促進醫療服務診療項目支付衡平(含醫院醫療服務韌性加成)：

(1)全年經費 1,505.3 百萬元，本項經費如有不足，由其他預算同項專款支應。

(2)本項優先用於以醫事人力為主、人力流失科別及整體住院之支付標準調整，以及「復健病房試辦計畫」、「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」之相關經費。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①本項經費於支付標準修訂或復健病房設立後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

②本項以 5 年為檢討期限(115~119 年)，會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦

理，則請於執行第 5 年(119 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。

17.住院護理費用：

(1)全年經費 5,137 百萬元。

(2)本項用於調升住院護理費用，請落實用於調升護理人員薪資，鞏固醫療量能。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①持續監測護理人力(含各層級護病比占率、護理人力增加數等)及護理照護品質相關指標(含病人跌倒、壓瘡及感染發生率等)，以評估總額投入效益，落實提升照護量能。

②本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

18.離島地區加成費用：

(1)全年經費 222.9 百萬元。

(2)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

19.全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS：

(1)全年經費 200 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①滾動式檢討計畫內容，並鼓勵醫院積極參與。

②本計畫以 5 年為檢討期限(114~118 年)，會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(118 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。

20.品質保證保留款：

(1)全年經費 1,149.7 百萬元。

(2)本項專款額度(1,149.7 百萬元)，併同其於原 106 年

度一般服務預算保留匡列品質保證保留款之額度(388.7 百萬元)，合併運用(計 1,538.4 百萬元)。

(3)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

(四)門診透析服務：

1.門診透析服務總費用成長率為 3%，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，並統籌運用。

2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，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。依上述分攤基礎，醫院總額本項服務費用成長率為 2.319%。

3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 50,260.3 百萬元)，其中 433.5 百萬元用於「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質計畫」，且 300 百萬元不得流用於一般服務。

4.本項目增加之預算，用於提升透析醫療韌性，包括：因應緊急危難時，應變醫療資源妥適分配；與維持透析醫療服務量能，配合留人留才，檢討相關支付成本，回應醫事人力投入。

5.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。

(2)鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，尤其應持續精進及推動「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護

品質計畫」，並監測評估病人照護品質與健康結果之執行成效。

附表　116 年度醫院醫療給付費用協定項目表

<table>
<tr><th colspan="3">項目</th><th>成長率(%)或金額(百萬元)</th><th>預估增加金額(百萬元)</th><th>協定事項</th></tr>
<tr><td colspan="6">一般服務</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>醫療服務成本及人口因素成長率</td><td>3.183%</td><td>19,442.8</td><td rowspan="4">計算公式：
醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)✕(1+投保人口預估成長率)]-1。</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>投保人口預估成長率</td><td>0.447%</td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>人口結構改變率</td><td>1.804%</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>醫療服務成本指數改變率</td><td>0.920%</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">協商因素成長率</td><td>2.208%</td><td>13,483.1</td><td>1.一般服務預算保留 19,850 百萬元，保留額度與西醫基層總額額度合併，用於支應 0~6 歲兒童醫療費用。
2.請於 116 年 7 月前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效納入 117 年度總額協商考量。</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>保險給付項目及支付標準之改變</td><td>1.新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)</td><td>0.891%</td><td>5,443.0</td><td>1.執行目標(暫列)：加速新藥之收載，以使健保資源給付於創新治療。
預期效益之評估指標(暫列)：
(1)提藥物共同擬訂會議討論之新藥案件數至少 15 件。
(2)提藥物共同擬訂會議討論之暫時性支付項目回歸健保常規給付之案件數至少 7 件。
2.請中央健康保險署辦理下列事項：
(1)在額度內妥為管理運用，並於協商 117 年度總額前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。</td></tr>
</table>

項目			成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
					(2)積極引進新特材，加強醫療科技再評估(HTR)機制，並檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。 (3)於116年7月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。
	保險給付項目及支付標準之改變	2.藥品及特材給付規定改變	*0.550%*	*3,358.0*	1.執行目標(暫列)：依臨床實證擴增藥品給付範圍，提供民眾最有效益的治療。 預期效益之評估指標(暫列)： (1)提藥物共同擬訂會議討論之給付規定擴增案件數至少15件。 (2)提藥物共同擬訂會議討論之暫時性支付項目回歸健保常規給付之案件數至少1件。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)在額度內妥為管理運用，並於協商117年度總額前，提出年度給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。 (2)於116年7月前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。
		3.因應牙醫支付標準調整所增加預算	*0.0001%*	*0.6*	用於因應牙醫門診總額115年度調整支付標準，預估於醫院總額增加之費用。
		4.醫院醫療服務韌性加成	*0.000%*	*0.0*	

項目				成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
		保險給付項目及支付標準之改變	5.促進醫療服務診療項目支付衡平已導入費用(116年新增項目)	*0.767%*	*4,683.0*	1.執行目標(暫列)：提升急診及護理人力投入價值。 預期效益之評估指標(暫列)： (1)護理人員調薪指標：護理人員調薪人數比率與113年12月相較須達55%或高於該院急性一般病床護理人員數占率。 (2)急診相關項目指標：任一指標達標(維持或優於去年)。 ①急診病人轉出率。 ②每季急診轉住院病人滯留急診超過24小時之日均人次。 ③急診轉住院人次占率及急診病人停留超過24小時之案件比率。 (3)急救責任醫院加護病房基本診療項目指標：任一指標達標(維持或優於去年)或高於同層級醫院同儕值中位數。 ①檢傷一級病人及完成急診重大疾病照護病人進入加護病房＜6小時之比率。 ②加護病床周轉率。 2.本項配合115年「促進醫療服務診療項目支付衡平」及「住院護理費用」已修訂支付標準項目，導入一般服務編列預算。 3.請中央健康保險署持續監測醫療利用情形。
		其他醫療服務利用及密集度之改變	6.配合政策，強化黃金治療期復健服務	*0.000%*	*0.0*	

項目			成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
	其他醫療服務利用及密集度之改變	7.精進成人預防保健併行診療服務之照護品質	*0.000%*	*0.0*	
	其他議定項目	8.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	*-0.0002%*	*-1.5*	於 117 年度總額加回本項違規扣款金額。
一般服務成長率[註1]		**增加金額**	***5.391%***	***32,925.9***	
		總金額		***643,763.2***	
專款項目(全年計畫經費)					各專款項目之具體實施方案，應於 116 年度總額公告後 1 個月內完成，且應於 116 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
	1.暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)		*903.0*	*303.0*	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。 2.執行目標(暫列)：針對食藥署核准上市，屬臨床迫切需求且臨床療效及財務具高度不確定性之新藥，採暫時性支付，期間蒐集我國真實世界實證資料，再評估健保是否常規支付。 預期效益之評估指標(暫列)：提藥物共同擬訂會議討論之暫時性支付項目案件數至少 1 件。 3.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)在額度內妥為管理運用，並檢討暫時性支付執行機制及優化支付流程，於 116 年 12 月前提出專案報告。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			(2)於 116 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數及歷年收載暫時性支付項目之執行概況)，及前一年成效評估檢討報告。
2.C 型肝炎藥費	*628.0*	*-572.0*	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並檢討醫療利用情形，以提升資源使用效率。
3.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	*23,453.3*	*4,262.3*	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.罕見疾病藥費如有公務預算挹注，則由本項專款移列該同等額度，全數用於支應專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」之醫院醫療服務韌性加成。 3.請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並監測醫療利用情形。
4.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	*5,100.0*	*-771.0*	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並監測醫療利用情形。
5.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	*5,364.3*	*0.0*	本項經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
6.醫療給付改善方案	*3,043.3*	*424.8*	1.持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、乳癌、乳癌照護品質提升、思覺失調症、肝炎、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質、生物相似性藥品、化療學名藥、擴大多重慢性病收案照護(ASCVD)、加護病房侵襲性呼吸器優化管理，及新增大腸癌及骨質疏鬆症等方案。 2.請中央健康保險署滾動式檢討方案內容及加強結果面之成效評估，對照護成效不佳之方案，請研議具體改善策略或退場。
7.急診品質提升方案	*300.0*	*0.0*	請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並精進方案執行內容，積極提升急診處置效率及急診照護品質，以提升執行成效。
8.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	*135.5*	*0.0*	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。 2.請中央健康保險署持續檢討醫療需求特性及其利用情形，鼓勵醫師積極參與計畫，提升就醫可近性。
9.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	*2,200.0*	*200.0*	請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並檢討補助方式及精進方案執行內容。
10.鼓勵院所建立轉診合作機制	*200.0*	*-24.7*	1.本項經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項目支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同醫院及西醫基層總額相關團體，持續檢討支付方式及強化院所轉診合作

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			機制，鼓勵適當轉診。 (2)持續監測各層級上下轉情形及病人流向與醫療費用變化情形，以評估執行效益。
11.精神科長效針劑藥費	*3,006.0*	*0.0*	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並精進照護成效相關指標及評估成本效益。
12.鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫	*300.0*	*0.0*	請中央健康保險署滾動式檢討計畫相關品質指標，提升病人脫離呼吸器及安寧療護之照護成效。
13.地區醫院全人全社區照護計畫	*500.0*	*0.0*	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.滾動式檢討計畫內容，鼓勵醫院積極參與，加強計畫推動，並持續監測執行成效。 2.本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(117 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。
14.區域聯防-提升急重症照護品質	*300.0*	*32.0*	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.滾動式檢討計畫內容，加強區域聯防及網絡建置，提升急重症照護成效。 2.本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			執行第5年(117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。
15.抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫	*300.0*	*0.0*	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.滾動式檢討計畫內容，精進成效評估指標及強化高風險院所的輔導機制。 2.本計畫以5年為檢討期限(113~117年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第5年(117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。
16.促進醫療服務診療項目支付衡平(含醫院醫療服務韌性加成)	*1,505.3*	*-386.2*	1.本項經費如有不足，由其他預算同項專款支應。 2.本項優先用於以醫事人力為主、人力流失科別及整體住院之支付標準調整，以及「復健病房試辦計畫」、「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」之相關經費。 3.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)本項經費於支付標準修訂或復健病房設立後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。 (2)本項以5年為檢討期限(115~119年)，會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第5年(119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。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
17.住院護理費用	*5,137.0*	*637.0*	1.本項用於調升住院護理費用，請落實用於調升護理人員薪資，鞏固醫療量能。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續監測護理人力(含各層級護病比占率、護理人力增加數等)及護理照護品質相關指標(含病人跌倒、壓瘡及感染發生率等)，以評估總額投入效益，落實提升照護量能。 (2)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。
18.離島地區加成費用	*222.9*	*22.9*	本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。
19.全民健康保險術後加速康復推廣計畫ERAS	*200.0*	*0.0*	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.滾動式檢討計畫內容，並鼓勵醫院積極參與。 2.本計畫以 5 年為檢討期限(114~118 年)，會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(118 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。
20.品質保證保留款	*1,149.7*	*74.1*	1.本項專款額度(1,149.7 百萬元)，併同其於原 106 年度一般服務預算保留匡列品質保證保留款之額度(388.7 百萬元)，合併運用(計 1,538.4 百萬元)。 2.請中央健康保險署會同醫院

項目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
				總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
專款金額		***53,948.3***	***4,202.2***	
較基期成長率(一般服務+專款)[註2]	**增加金額**	***5.621%***	***37,128.1***	
	總金額		***697,711.5***	
門診透析服務	增加金額	*2.319%*	*585.1*	1.門診透析服務總費用成長率為3%，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，並統籌運用。 2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，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。依上述分攤基礎，醫院總額本項服務費用成長率為2.319%。 3.門診透析服務總費用成長率3%(總費用50,260.3百萬元)，其中433.5百萬元用於「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質計畫」，且300百萬元不得流用於一般服務。 4.本項目增加之預算，用於提升透析醫療韌性，包括：因應緊急危難時，應變醫療資源妥適分配；與維持透析醫療服務量能，配合留人留才，檢
	總金額		*25,817.7*	

項目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
				討相關支付成本，回應醫事人力投入。 5.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。 (2)鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，尤其應持續精進及推動「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質計畫」，並監測評估病人照護品質與健康結果之執行成效。
較基期成長率(一般服務+專款+門診透析)[註3]	**增加金額**	***5.500%***	***37,713.3***	
	總金額		***723,529.2***	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 610,833.2 百萬元(含 115 年一般服務預算 610,327.7 百萬元，及校正前 2 年度(114 年)投保人口預估成長率與實際之差值 503.1 百萬元、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 2.4 百萬元)。

2.計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 660,579.3 百萬元，其中一般服務預算為 610,833.2 百萬元，專款為 49,746.1 百萬元。

3.計算「較基期成長率(一般服務+專款+門診透析)」，所採基期費用為 685,811.9 百萬元，其中一般服務預算為 610,833.2 百萬元，專款為 49,746.1 百萬元，門診透析為 25,232.5 百萬元。

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

附件二

116 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

■116 年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後 115 年度西醫基層一般服務醫療給付費用×(1＋116 年度一般服務成長率)＋116 年度專款項目經費＋116 年度西醫基層門診透析服務費用

■116 年度西醫基層門診透析服務費用＝115 年度西醫基層門診透析服務費用×(1+116 年度成長率)

註：校正後115年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部115.9.9衛部保字第1150140425號交議總額範圍函確認，以前1年度(115年)西醫基層一般服務醫療給付費用，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，及加回前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、總額協商結論：

(一)一般服務成長率為 3.903%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.407%，協商因素成長率 1.496%。

(二)專款項目全年經費為 17,823.7 百萬元。

(三)門診透析服務成長率為 3.729%。

(四)前述三項額度經換算，116 年度西醫基層醫療給付費用總額，較基期成長 5.500%。各細項成長率及金額，如附表。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，依協定事項辦理，並於 116 年 7 月前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效納入 117 年度總額協商考量。

(一)一般服務預算保留 12,450 百萬元，保留額度與醫院總額

額度合併，用於支應 0~6 歲兒童醫療費用。

(二)一般服務(上限制)：

1.新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)(0.143%，預估增加 212 百萬元)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)在額度內妥為管理運用，並於協商 117 年度總額前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。

(2)加強醫療科技再評估(HTR)機制，並檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。

(3)於 116 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

2.藥品及特材給付規定改變(0.221%，預估增加 328 百萬元)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)在額度內妥為管理運用，並於協商 117 年度總額前，提出年度給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。

(2)於 116 年 7 月前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。

3.因應基層護理人力需求，提高第一階段門診診察費(0.444%，預估增加 659.3 百萬元)：

(1)執行目標(暫列)：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數達 85%。

預期效益之評估指標(暫列)：聘有護理人員之診所，調升護理人員之薪資比率。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同西醫基層總額相關團體及中華民國護理師護

士公會全國聯合會，以增加或留任護理人力、護理人員薪資調整為原則，持續研修具體實施方案(包含執行內容、支付方式、結果面之評估指標、稽核機制等)，於 116 年度總額公告後，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議，並監測歷年挹注經費後，基層診所整體的護理薪資變化及改善情形。

②檢討評估指標，訂定更具反映護理人員薪資或增加護理人力指標(如診所實際護理人力雇用數、增加或留任護理人力、在職穩定率)，以落實編列本項預算之目的。

4.促進醫療服務診療項目支付衡平已導入費用(0.466%，預估增加 692 百萬元)(116 年新增項目)：

(1)本項配合 115 年「促進醫療服務診療項目支付衡平」已修訂支付標準項目，導入一般服務編列預算。

(2)執行目標(暫列)：通盤研議、修訂支付標準，系統性檢討各項支付成本及相對合理性。

預期效益之評估指標(暫列)：假日開診家數下降達3%即啟動調查，依調查結果進行滾動檢討與調整。

(3)請中央健康保險署持續監測醫療利用情形、115 年調整門診合理量之後續影響，及西醫基層夜間及假日門診變化情形，於 116 年 8 月前提出專案報告。

5. 75 歲以上慢性病長者診察費，第一階段每件加計 100 點(0%)。

6.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用(自專款項目移列一般服務項目)(0.225%，預估增加 334.4 百萬元)：其中原專款額度178百萬元維持現行各分區預算額度，156.4 百萬元併入一般服務預算分配。

7.強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物標準(門

檻)(0%)。

8.強化國人高血壓照護品質(0%)。

9.幽門螺旋桿菌除菌治療後衍生診療費用(0%)。

10.放寬 GLP-1 RA 使用標準(0%)。

11.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.003%，減少 5.2 百萬元)：

(1)為提升同儕制約精神，請針對常見違規態樣納入精準審查，加強專業自主管理，與院所輔導與追蹤。

(2)於 117 年度總額加回本項違規扣款金額。

(三)專款項目：全年經費為 17,823.7 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，應於 116 年度總額公告後 1 個月內完成。

1.暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)：

(1)全年經費 100 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①在額度內妥為管理運用，並檢討暫時性支付執行機制及優化支付流程，於 116 年 12 月前提出專案報告。

②於 116 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數及歷年收載暫時性支付項目之執行概況)，及前 1 年成效評估檢討報告。

2.提升國人視力照護品質：

(1)全年經費 3,884.5 百萬元。

(2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項：

①持續檢討具體實施方案(含執行內容、支付方式、執行目標、以結果面為導向之評估指標等)。

②持續檢討白內障手術案件成長合理性、手術時機適當性，及監測照護成效與民眾自費情形，以確保醫療品質及民眾權益。

③本項以 5 年為檢討期限(114~118 年)，之後回歸一般服務。

④本項醫療點數以每點 1 元為原則；費用若有超支，依全民健康保險法第 62 條規定採浮動點值處理。

3.西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 466.7 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

(2)請中央健康保險署持續檢討方案執行內容，鼓勵醫師積極參與，提升就醫可近性。

4.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)全年經費 7,148.5 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：配合「健康台灣三高防治 888」政策，持續擴大收案及照護範圍，提升照護涵蓋率與品質。

預期效益之評估指標(暫列)：

①糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率。

②糖尿病會員胰島素注射率。

(3)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項：

①持續提升服務量能，提高醫師參與率及個案涵蓋率，朝慢性病整合及全人照護方向推動計畫。

②持續整併論質計酬相關計畫，落實健康台灣全人照護，並訂定結果面指標予以獎勵。

③精進及檢討改善結果面之成效指標，評估本計畫整體照護成效。

④於 116 年 6 月前提出近年計畫轉型及推動成效專案報告(含與醫療給付改善方案之糖尿病及初期慢性腎臟病整合情形、成效指標監測結果等)。

5.C 型肝炎藥費：

(1)全年經費 351 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並檢討醫療利用情形，以提升資源使用效率。

6.醫療給付改善方案：

(1)全年經費 677 百萬元。

(2)持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、思覺失調症、肝炎、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、生物相似性藥品、化療學名藥等方案。

(3)執行目標(暫列)：透過連續性照護與醫病共同參與，促使病患積極治療及管理疾病，進而促進國民健康及健保制度之永續發展。

預期效益之評估指標(暫列)：配合各方案之指標及健保署規劃辦理。

(4)請中央健康保險署滾動式檢討方案內容及加強結果面之成效評估，對照護成效不佳之方案，請研議具體改善策略或退場。

7.強化基層照護能力及「開放表別」項目：

(1)全年經費 1,720 百萬元，本項經費依實際執行併入西醫基層總額一般服務費用結算。

(2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項：

①持續研議開放表別項目，並強化管理機制(如執行過高或重複利用異常項目)，落實分級醫療。

②持續評估開放表別照護成效，並對於開放多年且穩定實施之項目，建議規劃導入一般服務，擴大基層診所服務量能。

8.鼓勵院所建立轉診合作機制：

(1)全年經費 258 百萬元，本項經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同西醫基層及醫院總額相關團體，持續檢討支付方式及強化院所轉診合作機制，鼓勵適當轉診。

②持續監測各層級上下轉情形及病人流向與醫療費用變化情形，以評估執行效益。

9.基層診所產婦生產補助試辦計畫：

(1)全年經費 50 百萬元。

(2)請中央健康保險署持續精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與計畫及提供生產服務。

10.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

(1)全年經費 30 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並會同西醫基層總額相關團體加強醫療服務提供，監測醫療利用情形。

11.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

(1)全年經費 30 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並會同西醫基層總額相關團體加強醫療服務提供，監測醫療利用情形。

12.因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用：

(1)全年經費 11 百萬元，本項經費依實際執行併入西醫基層總額一般服務費用結算。

(2)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並會同西醫基層總額相關團體加強醫療服務提供，監測醫療利用情形。

13.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：

本項移列至一般服務項目「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」。

14.提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫：

(1)全年經費 10 百萬元。

(2)請中央健康保險署加強計畫推動，透過分級醫療加強與醫院轉介合作，提升參與率，並持續監測照護成效。

15.精神科長效針劑藥費：

(1)全年經費 100 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①於額度內妥為管理運用，並精進照護成效相關指標及評估成本效益。

②會同西醫基層總額相關團體持續提升基層院所使用長效針劑之比率。

16.促進醫療服務診療項目支付衡平：

(1)全年經費 671 百萬元，本項經費如有不足，由其他預算同項專款支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入西醫基層總額一般服務費用結算。

②本項以 5 年為檢討期限(115~119 年)，會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(119 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。

17.口腔黏膜癌前病變(OPMD)追蹤照護計畫(116 年新增項目)：

(1)全年經費 150 百萬元，本項經費用於口腔黏膜癌前病變為主之追蹤管理及獎勵。

(2)執行目標(暫列)：透過定期且結構化的照護介入，包括口腔清潔、適當藥物治療、戒檳衛教及戒菸協助，以改善口腔黏膜微環境，降低癌前病變持續惡化之風險，並提升早期發現口腔癌及咽喉癌之機會，進而強化整體口腔癌防治成效。

預期效益之評估指標(暫列)：

①收案率≧30%。

②複診管理照護執行完整度≧80%。

③年度完整追蹤率≧60%。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同西醫基層及醫院總額相關團體，妥為研訂具體實施計畫(含適用對象、執行內容、支付方式及結果面之評估指標等)，於 116 年度總額公告後，將具體實施計畫提報至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(116~118 年)，會同西醫基層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(118 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。

18.強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物標準(門檻)：0 元。

19.放寬 GLP-1 RA 使用標準：0 元。

20.幽門螺旋桿菌除菌治療後衍生診療費用(116 年新增項目)：

(1)全年經費 217 百萬元。

(2)本項經費不得與 115 年「配合根除胃癌政策之衍生醫療費用」支付項目重複支應。

(3)用於本項衍生費用 116 年申報數超出 115 年申報數加計總額成長率之差額，並以 217 百萬元為上限。

(4)執行目標(暫列)：接受胃癌篩檢後確認為幽門螺旋桿菌陽性，並於基層診所完成除菌治療之個案，於治療完成後，給付一次「幽門桿菌糞便抗原檢查(30522C)」作為確認除菌是否成功之檢查，以提升整體除菌成功確認率，並作為後續評估胃癌防治政策成效之重要基礎。

預期效益之評估指標(暫列)：陽性個案追蹤率達 70%。

(5)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項：

①本項以 3 年為檢討期限(116~118 年)，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年(118 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。

②持續監測幽門螺旋桿菌除菌治療整體利用情形及

執行效益。

21.強化糖心腎症候群(CKM)全人整合照護計畫(116 年新增項目)：

(1)全年經費 1,669.5 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：降低國人心血管疾病發生率及減少糖尿病相關心腎併發症、住院及後續高額醫療資源耗用，提升健保資源運用效益。

預期效益之評估指標(暫列)：患者治療前後 LDL 或 HbA1c 之進步率。

(3)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項：

①妥為研訂具體實施方案(含收案對象、支付方式、結果面之評估指標等)，提報全民健康保險會同意後，依程序辦理。

②本項以 3 年為檢討期限(116~118 年)，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年(118 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。

22.品質保證保留款：

(1)全年經費 279.5 百萬元。

(2)本項專款額度(279.5 百萬元)，併同其於原 106 年一般服務預算保留匡列品質保證保留款之額度(105.2 百萬元)，合併運用(計 384.7 百萬元)。

(3)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

(四)門診透析服務：

1.門診透析服務總費用成長率為 3%，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，並統籌運

用。

2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，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。依上述分攤基礎，西醫基層總額本項服務費用成長率為 3.729%。

3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 50,260.3 百萬元)，其中 433.5 百萬元用於「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質計畫」，且 300 百萬元不得流用於一般服務。

4.本項目增加之預算，用於提升透析醫療韌性，包括：因應緊急危難時，應變醫療資源妥適分配；與維持透析醫療服務量能，配合留人留才，檢討相關支付成本，回應醫事人力投入。

5.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。

(2)鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，尤其應持續精進及推動「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質計畫」，並監測評估病人照護品質與健康結果之執行成效。

附表　116 年度西醫基層醫療給付費用協定項目表

項目			成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
一般服務					
醫療服務成本及人口因素成長率			***2.407%***	***3,574.9***	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)×(1+投保人口預估成長率)]-1。
	投保人口預估成長率		*0.447%*		
	人口結構改變率		*0.928%*		
	醫療服務成本指數改變率		*1.023%*		
協商因素成長率			***1.496%***	***2,220.5***	1.一般服務預算保留 12,450 百萬元，保留額度與醫院總額額度合併，用於支應 0~6 歲兒童醫療費用。 2.請於 116 年 7 月前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告;實施成效納入 117 年度總額協商考量。
	保險給付項目及支付標準之改變	1.新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)	*0.143%*	*212.0*	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.在額度內妥為管理運用，並於協商 117 年度總額前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。 2.加強醫療科技再評估(HTR)機制，並檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。 3.於 116 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。
		2.藥品及特材給付規定改變	*0.221%*	*328.0*	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.在額度內妥為管理運用，並於協商 117 年度總額前，提出年度給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管

項目				成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
						控。 2.於 116 年 7 月前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。
		保險給付項目及支付標準之改變	3.因應基層護理人力需求，提高第一階段門診診察費	*0.444%*	*659.3*	1.執行目標(暫列)：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數達 85%。 預期效益之評估指標(暫列)：聘有護理人員之診所，調升護理人員之薪資比率。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同西醫基層總額相關團體及中華民國護理師護士公會全國聯合會，以增加或留任護理人力、護理人員薪資調整為原則，持續研修具體實施方案(包含執行內容、支付方式、結果面之評估指標、稽核機制等)，於 116 年度總額公告後，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議，並監測歷年挹注經費後，基層診所整體的護理薪資變化及改善情形。 (2)檢討評估指標，訂定更具反映護理人員薪資或增加護理人力指標(如診所實際護理人力雇用數、增加或留任護理人力、在職穩定率)，以落實編列本項預算之目的。
			4.促進醫療服務診療項目支付衡平已導入費用	*0.466%*	*692.0*	1.本項配合 115 年「促進醫療服務診療項目支付衡平」已修訂支付標準項目，導入一般服務編列預算。 2.執行目標(暫列)：通盤研議、

項目			成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
	保險給付項目及支付標準之改變	(116 年新增項目)			修訂支付標準，系統性檢討各項支付成本及相對合理性。 預期效益之評估指標(暫列)：假日開診家數下降達 3%即啟動調查，依調查結果進行滾動檢討與調整。 3.請中央健康保險署持續監測醫療利用情形、115 年調整門診合理量之後續影響，及西醫基層夜間及假日門診變化情形，於 116 年 8 月前提出專案報告。
		5. 75 歲以上慢性病長者診察費，第一階段每件加計 100 點	*0.000%*	*0.0*	
	其他醫療服務利用及密集度之改變	6.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用(自專款項目移列一般服務項目)	*0.225%*	*334.4*	其中原專款額度 178 百萬元維持現行各分區預算額度，156.4 百萬元併入一般服務預算分配。
	保險給付項目及支付標準之改變	7.強化心血管疾病照護 - 放寬開立降膽固醇藥物標準(門檻)	*0.000%*	*0.0*	

項目			成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
	其他醫療服務利用及密集度之改變	8.強化國人高血壓照護品質	*0.000%*	*0.0*	
		9.幽門螺旋桿菌除菌治療後衍生診療費用	*0.000%*	*0.0*	
	保險給付項目及支付標準之改變	10. 放寬GLP-1 RA使用標準	*0.000%*	*0.0*	
	其他議定項目	11.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	*-0.003%*	*-5.2*	1.為提升同儕制約精神，請針對常見違規態樣納入精準審查，加強專業自主管理，與院所輔導與追蹤。 2.於117年度總額加回本項違規扣款金額。
一般服務成長率[註1]		**增加金額**	***3.903%***	***5,795.4***	
		總金額		***154,316.1***	
專款項目(全年計畫經費)					各專款項目之具體實施方案，應於116年度總額公告後1個月內完成，且應於116年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
	1.暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)		*100.0*	*0.0*	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)在額度內妥為管理運用，並檢討暫時性支付執行機制及優化支付流程，於116年12月前提出專案報告。 (2)於116年7月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數及歷年收載暫時性支付項目之執行概況)

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			，及前 1 年成效評估檢討報告。
2.提升國人視力照護品質	*3,884.5*	*113.1*	請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項： 1.持續檢討具體實施方案(含執行內容、支付方式、執行目標、以結果面為導向之評估指標等)。 2.持續檢討白內障手術案件成長合理性、手術時機適當性，及監測照護成效與民眾自費情形，以確保醫療品質及民眾權益。 3.本項以 5 年為檢討期限(114~118 年)，之後回歸一般服務。 4.本項醫療點數以每點 1 元為原則；費用若有超支，依全民健康保險法第 62 條規定採浮動點值處理。
3.西醫醫療資源不足地區改善方案	*466.7*	*0.0*	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。 2.請中央健康保險署持續檢討方案執行內容，鼓勵醫師積極參與，提升就醫可近性。
4.家庭醫師整合性照護計畫	*7,148.5*	*1,282.0*	1.執行目標(暫列)：配合「健康台灣三高防治 888」政策，持續擴大收案及照護範圍，提升照護涵蓋率與品質。 預期效益之評估指標(暫列)： (1)糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率。 (2)糖尿病會員胰島素注射率。 2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項：

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			(1)持續提升服務量能，提高醫師參與率及個案涵蓋率，朝慢性病整合及全人照護方向推動計畫。 (2)持續整併論質計酬相關計畫，落實健康台灣全人照護，並訂定結果面指標予以獎勵。 (3)精進及檢討改善結果面之成效指標，評估本計畫整體照護成效。 (4)於 116 年 6 月前提出近年計畫轉型及推動成效專案報告(含與醫療給付改善方案之糖尿病及初期慢性腎臟病整合情形、成效指標監測結果等)。
5.C 型肝炎藥費	*351.0*	*-111.0*	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並檢討醫療利用情形，以提升資源使用效率。
6.醫療給付改善方案	*677.0*	*254.9*	1.持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、思覺失調症、肝炎、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、生物相似性藥品、化療學名藥等方案。 2.執行目標(暫列)：透過連續性照護與醫病共同參與，促使病患積極治療及管理疾病，進而促進國民健康及健保制度之永續發展。 預期效益之評估指標(暫列)：配合各方案之指標及健保署

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			規劃辦理。 3.請中央健康保險署滾動式檢討方案內容及加強結果面之成效評估，對照護成效不佳之方案，請研議具體改善策略或退場。
7.強化基層照護能力及「開放表別」項目	*1,720.0*	*0.0*	1.本項經費依實際執行併入西醫基層總額一般服務費用結算。 2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項： (1)持續研議開放表別項目，並強化管理機制(如執行過高或重複利用異常項目)，落實分級醫療。 (2)持續評估開放表別照護成效，並對於開放多年且穩定實施之項目，建議規劃導入一般服務，擴大基層診所服務量能。
8.鼓勵院所建立轉診合作機制	*258.0*	*0.0*	1.本項經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項目支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同西醫基層及醫院總額相關團體，持續檢討支付方式及強化院所轉診合作機制，鼓勵適當轉診。 (2)持續監測各層級上下轉情形及病人流向與醫療費用變化情形，以評估執行效益。
9.基層診所產婦生產補助試辦計畫	*50.0*	*0.0*	請中央健康保險署持續精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與計畫及提供生產服務。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
10.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	*30.0*	*0.0*	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並會同西醫基層總額相關團體加強醫療服務提供，監測醫療利用情形。
11.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	*30.0*	*0.0*	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並會同西醫基層總額相關團體加強醫療服務提供，監測醫療利用情形。
12.因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用	*11.0*	*0.0*	1.本項經費依實際執行併入西醫基層總額一般服務費用結算。 2.請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並會同西醫基層總額相關團體加強醫療服務提供，監測醫療利用情形。
13.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	*0.0*	*-178.0*	本項移列至一般服務項目「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」。
14.提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫	*10.0*	*0.0*	請中央健康保險署加強計畫推動，透過分級醫療加強與醫院轉介合作，提升參與率，並持續監測照護成效。
15.精神科長效針劑藥費	*100.0*	*50.0*	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署辦理下列

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			事項： (1)於額度內妥為管理運用，並精進照護成效相關指標及評估成本效益。 (2)會同西醫基層總額相關團體持續提升基層院所使用長效針劑之比率。
16.促進醫療服務診療項目支付衡平	*671.0*	*112.4*	1.本項經費如有不足，由其他預算同項專款支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入西醫基層總額一般服務費用結算。 (2)本項以 5 年為檢討期限(115~119 年)，會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(119 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。
17.口腔黏膜癌前病變(OPMD)追蹤照護計畫 (116 年新增項目)	*150.0*	*150.0*	1.本項經費用於口腔黏膜癌前病變為主之追蹤管理及獎勵。 2.執行目標(暫列)：透過定期且結構化的照護介入，包括口腔清潔、適當藥物治療、戒檳衛教及戒菸協助，以改善口腔黏膜微環境，降低癌前病變持續惡化之風險，並提升早期發現口腔癌及咽喉癌之機會，進而強化整體口腔癌防治成效。 預期效益之評估指標(暫列)： (1)收案率≧30%。 (2)複診管理照護執行完整度

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			≧80%。 (3)年度完整追蹤率≧60%。 3.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同西醫基層及醫院總額相關團體，妥為研訂具體實施計畫(含適用對象、執行內容、支付方式及結果面之評估指標等)，於116年度總額公告後，將具體實施計畫提報至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(116~118年)，會同西醫基層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(118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。
18.強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物標準(門檻)	*0.0*	*0.0*	
19.放寬GLP-1 RA使用標準	*0.0*	*0.0*	
20.幽門螺旋桿菌除菌治療後衍生診療費用 (116年新增項目)	*217.0*	*217.0*	1.本項經費不得與115年「配合根除胃癌政策之衍生醫療費用」支付項目重複支應。 2.用於本項衍生費用116年申報數超出115年申報數加計總額成長率之差額，並以217百萬元為上限。 3.執行目標(暫列)：接受胃癌篩檢後確認為幽門螺旋桿菌陽性，並於基層診所完成除菌治療之個案，於治療完成後，

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			給付一次「幽門桿菌糞便抗原檢查(30522C)」作為確認除菌是否成功之檢查，以提升整體除菌成功確認率，並作為後續評估胃癌防治政策成效之重要基礎。 預期效益之評估指標(暫列)：陽性個案追蹤率達 70%。 4.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項： (1)本項以 3 年為檢討期限(116~118 年)，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年(118 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。 (2)持續監測幽門螺旋桿菌除菌治療整體利用情形及執行效益。
21.強化糖心腎症候群(CKM)全人整合照護計畫 (116 年新增項目)	*1,669.5*	*1,669.5*	1.執行目標(暫列)：降低國人心血管疾病發生率及減少糖尿病相關心腎併發症、住院及後續高額醫療資源耗用，提升健保資源運用效益。 預期效益之評估指標(暫列)：患者治療前後 LDL 或 HbA1c 之進步率。 2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項： (1)妥為研訂具體實施方案(含收案對象、支付方式、結果面之評估指標等)，提報全民健康保險會同意後，依程序辦理。 (2)本項以 3 年為檢討期限

項目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
				(116~118 年)，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年(118 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。
22.品質保證保留款		*279.5*	*13.2*	1.本項專款額度(279.5 百萬元)，併同其於原 106 年一般服務預算保留匡列品質保證保留款之額度(105.2 百萬元)，合併運用(計 384.7 百萬元)。 2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
專款金額		***17,823.7***	***3,573.1***	
較基期成長率(一般服務＋專款)[註2]	**增加金額**	***5.756%***	***9,368.5***	
	總金額		***172,139.8***	
門診透析服務	增加金額	*3.729%*	*878.7*	1.門診透析服務總費用成長率為 3%，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，並統籌運用。 2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，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。依上述分攤基礎，西醫基層總額本項服務費用成長率為 3.729%。 3.門診透析服務總費用成長率
	總金額		*24,442.5*	

項目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
				3%(總費用 50,260.3 百萬元)，其中 433.5 百萬元用於「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質計畫」，且 300 百萬元不得流用於一般服務。 4.本項目增加之預算，用於提升透析醫療韌性，包括：因應緊急危難時，應變醫療資源妥適分配；與維持透析醫療服務量能，配合留人留才，檢討相關支付成本，回應醫事人力投入。 5.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。 (2)鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，尤其應持續精進及推動「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質計畫」，並監測評估病人照護品質與健康結果之執行成效。
較基期成長率(一般服務+專款+門診透析)[註3]	**增加金額**	***5.500%***	***10,247.2***	
	總金額		***196,582.4***	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 148,519.4 百萬元(含 115 年一般服務預算 148,384.7 百萬元，及校正前 2 年度(114 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額 123.1 百萬元、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 11.6 百萬元)。

2.計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 162,770.0 百萬元，其中一般服務預算為 148,519.4 百萬元，專款為 14,250.6 百萬元。

3.計算「較基期成長率(一般服務+專款+門診透析)」，所採基期費用為 186,333.9 百萬元，其中一般服務預算為 148,519.4 百萬元，專款為 14,250.6 百萬元，門診透析為 23,563.9 百萬元。

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

附件三

116 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

116 年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後 115 年度中醫門診一般服務醫療給付費用×(1＋116 年度一般服務成長率)＋116 年度專款項目經費

註：校正後115年度中醫門診一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部115.9.9衛部保字第1150140425號交議總額範圍函確認，以前1年度(115年)中醫門診一般服務醫療給付費用，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，及加回前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、總額協商結論：

(一)一般服務成長率為 4.410%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.593%，協商因素成長率 0.817%。

(二)專款項目全年經費為 1,992.4 百萬元。

(三)前述二項額度經換算，116 年度中醫門診醫療給付費用總額，較基期成長 5.500%。各細項成長率及金額，如附表。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 116 年 7 月前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效納入 117 年度總額協商考量。

(一)醫療服務成本指數改變率所增加之預算(約 796.1 百萬元)，其中 89 百萬元併入「提升中醫藥費」項目使用。

(二)一般服務(上限制)：

1.提升中醫藥費(0.837%，預估增加 292.5 百萬元)(116 年新增項目)：

(1)執行目標(暫列)：提高慢性病處方箋的使用，符合條件的慢性病患者使用長日數(大於 7 日)處方箋的比率較前 1 年提升 1%。

預期效益之評估指標(暫列)：中藥不良反應報告數量低於 0.01%(計算方法：中藥不良反應報告數/總用藥人次×100%)。

(2)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體持續提升用藥品質，檢討慢性病合理用藥日數及民眾自費原因，減少自費用藥情形，並於 116 年 8 月前提出專案報告。

2.「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」專款與一般服務重複費用扣減(-0.016%，預估減列 5.7 百萬元)(116 年新增項目)。

3.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.004%，減少 1.3 百萬元)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

(2)於 117 年度總額加回本項違規扣款金額。

(三)專款項目：全年經費為 1,992.4 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，應於 116 年度總額公告後 1 個月內完成。

1.醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 207.5 百萬元。

(2)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體檢討評估服務需求，研議更有效率的執行模式，研修實施方案，並加強計畫推動，以提升中醫就醫可近性。

2.西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：

(1)全年經費 584.8 百萬元。

(2)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理下列事項：

①持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷、呼吸困難相關疾病及術後疼痛中醫照護。

②新增「創傷性神經損傷」及「燒燙傷」中醫照護。

③建立成本效益評估指標，評估中西醫合療之成效(如縮短住院日數、減少止痛藥物用量、降低併發症以及總醫療費用變化)。

3.中醫提升孕產照護品質計畫：

(1)全年經費 93.8 百萬元。

(2)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體加強各分區之計畫推動、均衡分區資源及加強成效評估。

4.中醫癌症患者加強照護整合方案：

(1)全年經費 628.8 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：參與院所數為 300 家及服務人次以 29 萬人次為目標。

預期效益之評估指標(暫列)：116 年 FACT-G、CTCAE 等整體成效評估有改善。

(3)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理下列事項：

①持續辦理「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」。

②建立成本效益評估指標，評估中西醫合療之成效(如化學治療完成率、急診率、非預期住院率、存活率或藥物減量等)。

5.中醫急症處置：

(1)全年經費 20.8 百萬元。

(2)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理下列事項：

①檢討收案條件及院所參與誘因，加強計畫推動。

②積極檢討計畫執行情形，提出具體成效評估結果(如急診停留天數、住院情形、72 小時返急診等)，若計畫成效不佳，建議規劃退場機制。

6.中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫：

(1)全年經費 322.8 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：參與院所數為 300 家及服務人數以 14,500 人為目標。

預期效益之評估指標(暫列)：eGFR 量表評量結果呈正向發展。

(3)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，進行成本效益分析(如評估收案對象是否延後透析、對門診透析及住院醫療費用之影響)，並進行末期腎臟病(ESRD)發生率、住院率等長期追蹤。

7.照護機構中醫醫療照護方案：

(1)全年經費 15.1 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：116 年以服務 250 家照護機構，服務 120,000 人次，及服務總天數 8,000 天為目標。

預期效益之評估指標(暫列)：住民外出就診中醫次數較前 1 年減少。

(3)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理下列事項：

①檢討計畫照護成效，研議減少住民外出就診中醫之策略，以提升資源使用效率。

②建議就治療模式與介入成效建立品質指標(如跌

倒、壓瘡、疼痛控制之改善率等)，以利成效評估。

8.中醫三高病人加強照護計畫：

(1)全年經費 53 百萬元。

(2)本計畫以 3 年為檢討期限(115~117 年)，請中央健康保險署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。

9.品質保證保留款：

(1)全年經費 65.8 百萬元。

(2)本項專款額度(65.8 百萬元)，併同其於原 106 年度一般服務預算保留匡列品質保證保留款之額度(22.8 百萬元)，合併運用(計 88.6 百萬元)。

(3)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

附表　116 年度中醫門診醫療給付費用協定項目表

<table>
<tr><th colspan="3">項目</th><th>成長率(%)或金額(百萬元)</th><th>預估增加金額(百萬元)</th><th>協定事項</th></tr>
<tr><td colspan="6">一般服務</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>醫療服務成本及人口因素成長率</td><td>3.593%</td><td>1,255.1</td><td rowspan="4">1.計算公式：
醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)×(1+投保人口預估成長率)]-1。
2.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(約 796.1 百萬元)，其中 89 百萬元併入「提升中醫藥費」項目使用。</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>投保人口預估成長率</td><td>0.447%</td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>人口結構改變率</td><td>0.853%</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>醫療服務成本指數改變率</td><td>2.279%</td></tr>
<tr><td colspan="3">協商因素成長率</td><td>0.817%</td><td>285.5</td><td>請於 116 年 7 月前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效納入 117 年度總額協商考量。</td></tr>
<tr><td></td><td>保險給付項目及支付標準之改變</td><td>1.提升中醫藥費(116 年新增項目)</td><td>0.837%</td><td>292.5</td><td>1.執行目標(暫列)：提高慢性病處方箋的使用，符合條件的慢性病患者使用長日數(大於 7 日)處方箋的比率較前 1 年提升 1%。
預期效益之評估指標(暫列)：中藥不良反應報告數量低於 0.01%(計算方法：中藥不良反應報告數/總用藥人次×100%)。
2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體持續提升用藥品質，檢討慢性病合理用藥日數及民眾自費原因，減少自費用藥情形，並於 116 年 8 月前提出專案報告。</td></tr>
<tr><td></td><td>其他議定項目</td><td>2.「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」</td><td>-0.016%</td><td>-5.7</td><td></td></tr>
</table>

項目				成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			專款與一般服務重複費用扣減(116年新增項目)			
			3.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	*-0.004%*	*-1.3*	1.為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。 2.於 117 年度總額加回本項違規扣款金額。
	一般服務成長率[註1]		**增加金額**	***4.410%***	***1,540.6***	
			總金額		***36,471.1***	
專款項目(全年計畫經費)						各專款項目之具體實施方案，請於 116 年度總額公告後 1 個月內完成，且應於 116 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
	1.醫療資源不足地區改善方案			*207.5*	*24.5*	請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體檢討評估服務需求，研議更有效率的執行模式，研修實施方案，並加強計畫推動，以提升中醫就醫可近性。
	2.西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 (1)腦血管疾病 (2)顱腦損傷 (3)脊髓損傷 (4)呼吸困難相關疾病 (5)術後疼痛 (6)創傷性神經損傷(116 年新增項目) (7)燒燙傷(116 年新增項目)			*584.8*	*51.1*	請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理下列事項： 1.持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷、呼吸困難相關疾病及術後疼痛中醫照護。 2.新增「創傷性神經損傷」及「燒燙傷」中醫照護。 3.建立成本效益評估指標，評估中西醫合療之成效(如縮短住院日數、減少止痛藥物用量、降低併發症以及總醫

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			療費用變化)。
3.中醫提升孕產照護品質計畫	*93.8*	*11.8*	請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體加強各分區之計畫推動、均衡分區資源及加強成效評估。
4.中醫癌症患者加強照護整合方案	*628.8*	*196.3*	1.執行目標(暫列)：參與院所數為 300 家及服務人次以 29 萬人次為目標。 預期效益之評估指標(暫列)：116 年 FACT-G、CTCAE 等整體成效評估有改善。 2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理下列事項： (1)持續辦理「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」。 (2)建立成本效益評估指標，評估中西醫合療之成效(如化學治療完成率、急診率、非預期住院率、存活率或藥物減量等)。
5.中醫急症處置	*20.8*	*0.0*	請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理下列事項： 1.檢討收案條件及院所參與誘因，加強計畫推動。 2.積極檢討計畫執行情形，提出具體成效評估結果(如急診停留天數、住院情形、72 小時返急診等)，若計畫成效不佳，建議規劃退場機制。
6.中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	*322.8*	*142.0*	1.執行目標(暫列)：參與院所數為 300 家及服務人數以 14,500 人為目標。 預期效益之評估指標(暫列)：

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			eGFR 量表評量結果呈正向發展。 2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，進行成本效益分析(如評估收案對象是否延後透析、對門診透析及住院醫療費用之影響)，並進行末期腎臟病(ESRD)發生率、住院率等長期追蹤。
7.照護機構中醫醫療照護方案	*15.1*	*4.3*	1.執行目標(暫列)：116 年以服務 250 家照護機構，服務 120,000 人次，及服務總天數 8,000 天為目標。 預期效益之評估指標(暫列)：住民外出就診中醫次數較前 1 年減少。 2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理下列事項： (1)檢討計畫照護成效，研議減少住民外出就診中醫之策略，以提升資源使用效率。 (2)建議就治療模式與介入成效建立品質指標(如跌倒、壓瘡、疼痛控制之改善率等)，以利成效評估。
8.中醫三高病人加強照護計畫	*53.0*	*0.0*	本計畫以 3 年為檢討期限(115~117 年)，請中央健康保險署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。
9.品質保證保留款	*65.8*	*34.8*	1.本項專款額度(65.8 百萬元)，併同其於原 106 年度一般服務預算保留匡列品質保證保留款之額度(22.8 百萬元)，合

項目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
				併運用(計 88.6 百萬元)。 2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
專款金額		***1,992.4***	***464.8***	
較基期成長率(一般服務+專款)[註2]	**增加金額**	***5.500%***	***2,005.4***	
	總金額		***38,463.5***	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 34,930.7 百萬元(含 115 年一般服務預算 34,901.6 百萬元，及校正前 2 年度(114 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額 29.0 百萬元、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 0.1 百萬元)。

2.計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 36,458.3 百萬元，其中一般服務預算為 34,930.7 百萬元，專款為 1,527.6 百萬元。

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

附件四

116 年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

116 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 115 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1＋116 年度一般服務成長率)＋116 年度專款項目經費

註：校正後115年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部115.9.9衛部保字第1150140425號交議總額範圍函確認，以前1年度(115年)牙醫門診一般服務醫療給付費用，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，及加回前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、總額協商結論：

(一)一般服務成長率為 3.202%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.298%，協商因素成長率-0.096%。

(二)專款項目全年經費為 8,005.3 百萬元。

(三)前述二項額度經換算，116 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較基期成長 5.500%。各細項成長率及金額，如附表。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 116 年 7 月前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效納入 117 年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

1.「牙醫特殊醫療服務計畫」專款與一般服務重複費用扣減(-0.002%，預估減列 1 百萬元)(116 年新增項目)。

2.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.094%，減少 48.9 百萬元)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

(2)於 117 年度總額加回本項違規扣款金額。

(二)專款項目：全年經費為 8,005.3 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，應於 116 年度總額公告後 1 個月內完成。

1.醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 375 百萬元。

(2)持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。

(3)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體檢討改善本計畫之執行規劃，並研議更有效之鼓勵策略。

2.牙醫特殊醫療服務計畫：

(1)全年經費 1,211.8 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：達成 220,000 服務人次(含腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者服務 2,000 人次)。

預期效益之評估指標(暫列)：提升牙醫醫療服務品質，加強提供先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務及特定身心障礙者牙醫醫療服務、增加老人福利機構口腔醫療照護。

(3)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、老人與身心障礙安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務，並加強醫療團服務量能。

(4)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體持續加強計畫推動，提升特殊疾病及障別病人的服務涵蓋率。

3.青少年口腔提升照護試辦計畫：

(1)全年經費 309 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：照護人次以達成「青少年齲齒控制照護處置(P7101C)」、「青少年齲齒氟化物治療(P7102C)」合計 798,000 服務人次為執行目標。

預期效益之評估指標(暫列)：

①提升全國 12~18 歲青少年牙醫就醫率不低於 60%。

②執行 P7102C 後 1 年內牙位 11~13、21~23、31~33、41~43 的平均齲齒填補顆數增加率減緩。

(3)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動及提升青少年就醫率，並持續監測執行結果，以評估照護成效。

4.超音波根管沖洗計畫：

(1)全年經費 144.8 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同牙醫門診總額相關團體加強計畫推動，並持續監測執行結果及評估照護成效。

②本計畫以 5 年為檢討期限(112~116 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第 5 年(116 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。

5.高風險疾病口腔照護計畫：

(1)全年經費 5,091.9 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：

①116 年服務「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達 269 萬人次、照護人數不低於 118 萬人。

②116 年「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」(P7302C)預估服務人次不低於 322 萬人次、照護人數不低於 171 萬人。

預期效益之評估指標(暫列)：

①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。

②自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。

③65 歲以上接受照護病人 3 年後(116 年執行完，自 117 年起)，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。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①在額度內妥為管理運用，並會同牙醫門診總額相關團體，研訂 65 歲以上者之適應症，持續檢討本計畫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 116 年 4 月前提出專案報告。

②本計畫以 5 年為檢討期限(112~116 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第 5 年(116 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。

6.特定疾病病人牙科就醫安全計畫：

(1)全年經費 506.4 百萬元。

(2)本計畫以 4 年為檢討期限(113~116 年)，請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第 4 年(116 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。

7.非齒源性口腔疼痛處置：

(1)全年經費 16 百萬元。

(2)本計畫以 3 年為檢討期限(114~116 年)，請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第 3 年(116 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。

8.弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫(116 年新增項目)：

(1)全年經費 200 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：

①116 年所需預算為 490.6 百萬元，考量行政院核定 116 年總額成長率上限為 5.5%，116 年爭取費用為 2 億元，另本計畫需逐步推展，執行率為 80%。

②116 年符合本計畫任一項核發原則之牙醫師數占適用鄉鎮牙醫師數為 5 成。

預期效益之評估指標(暫列)：維持適用鄉鎮執業牙醫師數不減少。

(3)本計畫以 3 年為檢討期限(116 年~118 年)，請中央健康保險署會同牙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(118 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。

9.因應牙醫支付標準調整所增加預算：0 元。

10.品質保證保留款：

(1)全年經費 150.4 百萬元。

(2)本項專款額度(150.4 百萬元)，併同其於原 106 年度一般服務預算保留匡列品質保證保留款之額度(116.4 百萬元)，合併運用(計 266.8 百萬元)。

(3)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，積

極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

附表　116 年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表

<table>
<tr><th colspan="3">項目</th><th>成長率(%)或金額(百萬元)</th><th>預估增加金額(百萬元)</th><th>協定事項</th></tr>
<tr><td colspan="6">一般服務</td></tr>
<tr><td colspan="2">醫療服務成本及人口因素成長率</td><td></td><td>3.298%</td><td>1,713.6</td><td rowspan="4">計算公式：
醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)×(1+投保人口預估成長率)]-1。</td></tr>
<tr><td>投保人口預估成長率</td><td></td><td>0.447%</td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td>人口結構改變率</td><td></td><td>0.337%</td></tr>
<tr><td>醫療服務成本指數改變率</td><td></td><td>2.501%</td></tr>
<tr><td colspan="2">協商因素成長率</td><td></td><td>-0.096%</td><td>-49.9</td><td>請於 116 年 7 月前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效納入 117 年度總額協商考量。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">其他議定項目</td><td>1.「牙醫特殊醫療服務計畫」專款與一般服務重複費用扣減(116 年新增項目)</td><td></td><td>-0.002%</td><td>-1.0</td><td></td></tr>
<tr><td>2.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款</td><td></td><td>-0.094%</td><td>-48.9</td><td>1.為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。
2.於 117 年度總額加回本項違規扣款金額。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">一般服務成長率[註1]</td><td>增加金額</td><td rowspan="2">3.202%</td><td>1,663.7</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>總金額</td><td>53,623.1</td></tr>
<tr><td colspan="5">專款項目(全年計畫經費)</td><td>各專款項目之具體實施方案，應於 116 年度總額公告後 1 個月內完成，且應於 116 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。</td></tr>
</table>

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
1.醫療資源不足地區改善方案	*375.0*	*51.2*	1.持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。 2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體檢討改善本計畫之執行規劃，並研議更有效之鼓勵策略。
2.牙醫特殊醫療服務計畫	*1,211.8*	*255.9*	1.執行目標(暫列)：達成220,000 服務人次(含腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者服務 2,000 人次)。 預期效益之評估指標(暫列)：提升牙醫醫療服務品質，加強提供先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務及特定身心障礙者牙醫醫療服務、增加老人福利機構口腔醫療照護。 2.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、老人與身心障礙安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務，並加強醫療團服務量能。 3.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體持續加強計畫推動，提升特殊疾病及障別病人的服務涵蓋率。
3.青少年口腔提升照護試辦計畫	*309.0*	*69.0*	1.執行目標(暫列)：照護人次以達成「青少年齲齒控制照護處置(P7101C)」、「青少年齲齒氟化物治療(P7102C)」合計 798,000 服務人次為執行目標。 預期效益之評估指標(暫列)： (1)提升全國 12~18 歲青少年牙醫就醫率不低於 60%。 (2)執行 P7102C 後 1 年內牙位 11~13、21~23、31~33、41~43 的平均齲齒填補顆

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			數增加率減緩。 2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動及提升青少年就醫率，並持續監測執行結果，以評估照護成效。
4.超音波根管沖洗計畫	*144.8*	*0.0*	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.會同牙醫門診總額相關團體加強計畫推動，並持續監測執行結果及評估照護成效。 2.本計畫以 5 年為檢討期限(112~116 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第 5 年(116 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。
5.高風險疾病口腔照護計畫	*5,091.9*	*836.1*	1.執行目標(暫列)： (1)116 年服務「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達 269 萬人次、照護人數不低於 118 萬人。 (2)116 年「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」(P7302C)預估服務人次不低於 322 萬人次、照護人數不低於 171 萬人。 預期效益之評估指標(暫列)： (1)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。 (2)自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。 (3)65 歲以上接受照護病人 3 年後(116 年執行完，自 117

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			年起)，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。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)在額度內妥為管理運用，並會同牙醫門診總額相關團體，研訂65歲以上者之適應症，持續檢討本計畫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116年4月前提出專案報告。 (2)本計畫以5年為檢討期限(112~116年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第5年(116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。
6.特定疾病病人牙科就醫安全計畫	*506.4*	*82.0*	本計畫以4年為檢討期限(113~116年)，請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第4年(116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。
7.非齒源性口腔疼痛處置	*16.0*	*1.6*	本計畫以3年為檢討期限(114~116年)，請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第3年(116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。
8.弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫	*200.0*	*200.0*	1.執行目標(暫列)： (1)116年所需預算為490.6百

項目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
(116 年新增項目)				萬元,考量行政院核定 116 年總額成長率上限為 5.5%,116 年爭取費用為 2 億元，另本計畫需逐步推展，執行率為 80%。 (2)116 年符合本計畫任一項核發原則之牙醫師數占適用鄉鎮牙醫師數為 5 成。 預期效益之評估指標(暫列):維持適用鄉鎮執業牙醫師數不減少。 2.本計畫以 3 年為檢討期限(116~118 年)，請中央健康保險署會同牙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(118 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。
9.因應牙醫支付標準調整所增加預算		*0.0*	*0.0*	
10.品質保證保留款		*150.4*	*53.4*	1.本項專款額度(150.4 百萬元)，併同其於原 106 年度一般服務預算保留匡列品質保證保留款之額度(116.4 百萬元)，合併運用(計 266.8 百萬元)。 2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
專款金額		***8,005.3***	***1,549.2***	
較基期成長率(一般服務＋專款)[註2]	**增加金額**	***5.500%***	***3,212.9***	
	總金額		***61,628.4***	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 51,959.3 百萬元(含 115 年一般服務預算 51,912.4 百萬元，及校正前 2 年度(114 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額 45.5

百萬元、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 1.5 百萬元)。

2.計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 58,415.4 百萬元，其中一般服務預算為 51,959.3 百萬元，專款為 6,456.1 百萬元。

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

附件五

116 年度全民健康保險其他預算及其分配

一、總額協商結論：

(一)116 年度其他預算增加 1,211.8 百萬元，預算總額度為 23,244 百萬元，由中央健康保險署管控，各細項分配，如附表。

(二)請中央健康保險署依協定事項辦理以下事宜：

1.屬計畫型項目，應於 116 年度總額公告後 1 個月內提出具體實施方案，並依行政程序辦理後續相關事宜，副知全民健康保險會。

2.請於 116 年 7 月前提報執行情形，延續性項目應包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效納入 117 年度總額協商考量。

二、預算分配相關事項：

(一)基層總額轉診型態調整費用：

1.全年經費 600 百萬元。

2.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)全面檢討鼓勵分級醫療策略及支付誘因之有效性，研析下轉率待提升原因，強化引導院所適當轉診機制，並研提具體改善措施，以提升分級醫療推動成效。

(2)檢視分級醫療成效評估指標，持續監測病人流向(包含基層就醫占率與醫療費用變化情形)，評估分級醫療之執行效益。

(3)併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作

機制」，於 116 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

(二)山地離島地區醫療給付效益提升計畫：

1.全年經費 2,095.3 百萬元。

2.執行目標(暫列)：強化山地離島地區醫療照護服務，提升民眾健康。

預期效益之評估指標(暫列)：

(1)山地離島地區醫療給付效益提升計畫民眾滿意度維持 95%以上。

(2)山地離島地區每十萬人口可避免住院數(慢性指標)較前一年下降。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)持續檢討山地離島地區民眾之醫療利用情形及照護品質，增列成果面之監測指標，以具體評估健康改善成效。

(2)加強推動「偏鄉地區全人整合照護執行方案」，精進執行面及成果面之監測指標，檢視當地民眾加入方案後，各項指標之改善幅度及持續改善趨勢，以評估方案執行成效，並於 116 年 6 月前提出專案報告。

(三)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：

1.全年經費 10,176.5 百萬元。

2.本項醫療點數以每點 1 元支付，經費如有不足，由「支應狂犬病患者治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」項目支應。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)持續精進居家醫療照護模式，強化支付及獎勵機制，

提升服務量能，並研訂結果面之成效指標(如病人健康結果、非計畫性住院率、急診就醫率等成果指標)。

(2)「在宅急症照護試辦計畫」：

①加強計畫推動，持續強化病人安全、治療品質及成效監測，並評估與住院之醫療利用及品質差異，於 116 年 7 月前提出專案報告。

②本計畫以 4 年(113~116 年)為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 4 年(116 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。

(四)支應狂犬病患者治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費：

1.全年經費 500 百萬元。

2.本項用於狂犬病患者治療藥費，及支應醫院、西醫基層總額及其他預算下列專款項目不足之經費，包括：

(1)C 型肝炎藥費

(2)罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材

(3)後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費

(4)器官移植

(5)精神科長效針劑藥費

(6)矯正機關服務

(7)居家醫療(含居家醫療照護、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)

(8)促進醫療服務診療項目支付衡平(新增)

3.請中央健康保險署建立各專款項目預算執行預警及監測機制，以提升財務透明度。

(五)推動促進醫療體系整合計畫：

1.全年經費 820 百萬元。

2.持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」、「遠距醫療給付計畫」、「急性後期整合照護計畫」及新增「復健病房試辦計畫」。

3.復健病房試辦計畫：

(1)主要用於支應評估費、獎勵費等用途。

(2)執行目標(暫列)：使計畫結案個案得以順利返家，衰弱高齡者自立生活，年輕中風者回歸職場。

預期效益之評估指標(暫列)：返家率>85%。

4.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)持續檢討各項計畫執行情形及照護成效，並建立以病人健康結果為導向之支付機制，提升醫療服務品質及資源運用效益。

(2)「復健病房試辦計畫」以 2 年(116~117 年)為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 2 年(117 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。

(六)調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費：

1.全年經費 300 百萬元。

2.經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。

(七)提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：

1.全年經費 2,600 百萬元。

2.執行目標(暫列)：持續提供收容人醫療服務，提升醫療服務之可近性。

預期效益之評估指標(暫列)：

(1)監內門診診次較前一年度增加。

(2)門診疥瘡投藥率較前一年度增加。

3.本項除門診透析服務點數維持以醫院及西醫基層門診

透析合併獨立預算之前一季點值支付外，餘醫療服務項目(含承作獎勵金、門診診察費加成、門診藥事服務費加成及論次費用)，以每點 1 元支付。經費如有不足，由「支應狂犬病患者治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」支應。

4.請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用成長及費用合理性，優化醫療照護方式與管理，提升健康改善成效。

(八)腎臟病照護及病人衛教計畫：

1.全年經費 606.8 百萬元。

2.本項經費用於初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質保證保留款實施方案。

3.執行目標(暫列)：提升初期慢性腎臟病照護率。

預期效益之評估指標(暫列)：醫院部門初期慢性腎臟病照護率較前一年度成長。

4.請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並辦理下列事項：

(1)持續強化整合腎臟病前期之相關疾病照護計畫(如逐步整合至大家醫計畫)，並朝向以人為中心之整合服務，以延緩病人進入透析之照護。

(2)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。

(3)檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

(九)提升用藥品質之藥事照護計畫：

1.全年經費 30 百萬元。

2.請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會加強推動計畫，持續檢討支付標準與執行模式，提升醫療院所及藥局參與意願，並監測計畫之醫療利用及執行成效。

(十)促進醫療服務診療項目支付衡平：

1.全年經費 5,515.4 百萬元。

2.本項經費用於通盤研議、修訂醫療服務支付標準，優先用於以醫事人力為主、人力流失科別及整體住院之支付標準調整，以合理反映醫事人力投入，並得支應醫院及西醫基層總額同項專款不足之經費。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入所屬部門總額一般服務費用結算。

(2)於 116 年 7 月前提出專案報告，以評估預算投入效益，內容如下：

①盤點近年醫院及西醫基層總額支付標準調整情形，包含預算科目、調整項目與內容、實際支用情形。

②提出近年護理相關支付標準調整後，對提升護理量能之成效，包含醫院之護理人力及護理照護品質相關之指標監測結果，及西醫基層診所整體護理薪資變化及改善情形等。

③週日及國定假日輕急症中心(UCC)執行情形與紓緩急診壅塞之成效檢討。

④併同醫院及西醫基層總額同項專款，提出未來具體實施規劃(包含支付標準調整之整體經費需求、分年目標、執行方法與期程)。

附表　116 年度其他預算協定項目表

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
其他預算(全年計畫經費)			1.屬計畫型項目，應於116年度總額公告後1個月內提出具體實施方案，並依行政程序辦理後續相關事宜，副知全民健康保險會。 2.請於116年7月前提報執行情形，延續性項目應包含前1年成效評估檢討報告；實施成效納入117年度總額協商考量。
1.基層總額轉診型態調整費用	*600.0*	*0.0*	1.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)全面檢討鼓勵分級醫療策略及支付誘因之有效性，研析下轉率待提升原因，強化引導院所適當轉診機制，並研提具體改善措施，以提升分級醫療推動成效。 (2)檢視分級醫療成效評估指標，持續監測病人流向(包含基層就醫占率與醫療費用變化情形)，評估分級醫療之執行效益。 (3)併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，於116年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
2.山地離島地區醫療給付效益提升計畫	*2,095.3*	*400.1*	1.執行目標(暫列)：強化山地離島地區醫療照護服務，提升民眾健康。 預期效益之評估指標(暫列)： (1)山地離島地區醫療給付效益提升計畫民眾滿意度維持95%以上。 (2)山地離島地區每十萬人口可避免住院數(慢性指標)較前一年下降。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續檢討山地離島地區民眾之醫療利用情形及照護品質，增列成果面之監測指標，以具體評估健康改善成效。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			(2)加強推動「偏鄉地區全人整合照護執行方案」，精進執行面及成果面之監測指標，檢視當地民眾加入方案後，各項指標之改善幅度及持續改善趨勢，以評估方案執行成效，並於116年6月前提出專案報告。
3.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	*10,176.5*	*300.5*	1.本項醫療點數以每點1元支付，經費如有不足，由「支應狂犬病患者治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」項目支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續精進居家醫療照護模式，強化支付及獎勵機制，提升服務量能，並研訂結果面之成效指標(如病人健康結果、非計畫性住院率、急診就醫率等成果指標)。 (2)「在宅急症照護試辦計畫」： ①加強計畫推動，持續強化病人安全、治療品質及成效監測，並評估與住院之醫療利用及品質差異，於116年7月前提出專案報告。 ②本計畫以4年(113~116年)為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第4年(116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。
4.支應狂犬病患者治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費	*500.0*	*200.0*	1.本項用於狂犬病患者治療藥費，及支應醫院、西醫基層總額及其他預算下列專款項目不足之經費，包括： (1)C型肝炎藥費 (2)罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 (3)後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費 (4)器官移植 (5)精神科長效針劑藥費 (6)矯正機關服務 (7)居家醫療(含居家醫療照護、在宅急

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			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) (8)促進醫療服務診療項目支付衡平(新增) 2.請中央健康保險署建立各專款項目預算執行預警及監測機制，以提升財務透明度。
5.推動促進醫療體系整合計畫	*820.0*	*200.0*	1.持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」、「遠距醫療給付計畫」、「急性後期整合照護計畫」及新增「復健病房試辦計畫」。 2.復健病房試辦計畫： (1)主要用於支應評估費、獎勵費等用途。 (2)執行目標(暫列)：使計畫結案個案得以順利返家，衰弱高齡者自立生活，年輕中風者回歸職場。 預期效益之評估指標(暫列)：返家率>85%。 3.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續檢討各項計畫執行情形及照護成效，並建立以病人健康結果為導向之支付機制，提升醫療服務品質及資源運用效益。 (2)「復健病房試辦計畫」以2年(116~117年)為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第2年(117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。
6.調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	*300.0*	*-700.0*	經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。
7.提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	*2,600.0*	*500.0*	1.執行目標(暫列)：持續提供收容人醫療服務，提升醫療服務之可近性。 預期效益之評估指標(暫列)： (1)監內門診診次較前一年度增加。 (2)門診疥瘡投藥率較前一年度增加。 2.本項除門診透析服務點數維持以醫院及西醫基層門診透析合併獨立預算之前一

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			季點值支付外，餘醫療服務項目(含承作獎勵金、門診診察費加成、門診藥事服務費加成及論次費用)，以每點1元支付。經費如有不足，由「支應狂犬病患者治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」支應。 3.請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用成長及費用合理性，優化醫療照護方式與管理，提升健康改善成效。
8.腎臟病照護及病人衛教計畫	*606.8*	*106.8*	1.本項經費用於初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質保證保留款實施方案。 2.執行目標(暫列)：提升初期慢性腎臟病照護率。 預期效益之評估指標(暫列)：醫院部門初期慢性腎臟病照護率較前一年度成長。 3.請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並辦理下列事項： (1)持續強化整合腎臟病前期之相關疾病照護計畫(如逐步整合至大家醫計畫)，並朝向以人為中心之整合服務，以延緩病人進入透析之照護。 (2)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。 (3)檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
9.提升用藥品質之藥事照護計畫	*30.0*	*0.0*	請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會加強推動計畫，持續檢討支付標準與執行模式，提升醫療院所及藥局參與意願，並監測計畫之醫療利用及執行成效。
10.促進醫療服務診療項目支	*5,515.4*	*204.4*	1.本項經費用於通盤研議、修訂醫療服務支付標準，優先用於以醫事人力為主、

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
付衡平			人力流失科別及整體住院之支付標準調整，以合理反映醫事人力投入，並得支應醫院及西醫基層總額同項專款不足之經費。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入所屬部門總額一般服務費用結算。 (2)於116年7月前提出專案報告，以評估預算投入效益，內容如下： ①盤點近年醫院及西醫基層總額支付標準調整情形，包含預算科目、調整項目與內容、實際支用情形。 ②提出近年護理相關支付標準調整後，對提升護理量能之成效，包含醫院之護理人力及護理照護品質相關之指標監測結果，及西醫基層診所整體護理薪資變化及改善情形等。 ③週日及國定假日輕急症中心(UCC)執行情形與紓緩急診壅塞之成效檢討。 ④併同醫院及西醫基層總額同項專款，提出未來具體實施規劃(包含支付標準調整之整體經費需求、分年目標、執行方法與期程)。
總 計	***23,244.0***	***1,211.8***	

肆、 本會重要業務報告

一、依本會上次(第 8 次)委員會議討論事項決議：「請各總額部門受託團體於本(115)年 10 月 14 日前提送地區預算分配之建議方案，並將安排於 10 月份委員會議討論；最遲未於 11 月 11 日提送建議方案者，則由本會掣案提 11 月份委員會議(115.11.25)討論，俾依法於年底前完成協定」，各總額部門之辦理情形：

(一)台灣醫院協會、中醫師公會全國聯合會已分別於10月13日、19日函送在案，並列入本次討論事項第二、三案。

(二)牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)於10月5日函復本會，其一般服務地區預算已達100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配，有關一般服務預算移撥特定用途部分，將待10月28日召開內部會議討論後，再提送本會，如附錄一(第191頁)。

(三)醫師公會全國聯合會(下稱醫全會)，尚未提送。

(四)本會將持續提醒牙全會及醫全會最遲應於本年11月11日前提送地區預算分配之建議方案。

二、依全民健康保險法(下稱健保法)第 24 條略以，中央健康保險署(下稱健保署)應於全民健康保險會(下稱本會)協議訂定年度醫療給付費用總額(下稱總額)後 1 個月，提請審議該年度保險費率；健保會於審議保險費率前，應邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供意見，本會業於本年 9 月 23 日完成 116 年度總額協商，並於本年第 8 次委員會議(115.9.30)完成協商結論之初步確認，健保署據以依健保法第 24 條規定，提出 116 年度保險費率草案，本會訂於本日委員會議(115.10.28)結束後，繼續召開「全民健康保險 116 年度保險費率審議前專家諮詢會議」(開會通知諒達)，敬請委員列席參加。

三、本會以完成 116 年度健保總額協商達共識，作為最新的會訊報導主題，內容詳附錄二(第 192~193 頁)，已置於本會網頁(路徑：健保會首頁＞最新訊息＞委員關切重要議題分析，網址：https://gov.tw/vqq)，敬請委員轉知所屬團體之會員參閱。

四、衛生福利部(下稱衛福部)及健保署於本年 9 月至 10 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 9 月 24 日、10 月 21 日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

1.本年 9 月 17 日公告修正「全民健康保險自付差額之特殊材料品項類別」，新增第 13 項「脊髓刺激器」，並自本年 11 月 1 日實施，如附錄三(第 194~196 頁)，該項係經提本會本年第 6 次委員會議(115.7.29)討論通過後，由健保署報請衛福部核定公告實施。

2.本年 10 月 2 日函復健保署 115 年度西醫基層總額「家庭醫師整合性照護計畫」預算不足部分由「醫療給付改善方案」(P4P)預算流用；如原移列款項有賸餘，則回歸 P4P 專款，同意照辦，如附錄四(第 197 頁)，並副知本會。

(二)健保署

1.本年 9 月 16 日修正發布「全民健康保險第二類及第三類被保險人之投保單位辦理健保業務補助作業要點」第 2 點，如附錄五(第 198~200 頁)，修正重點如下：

(1)第 1 項：投保單位依當月納保計費人數(被保險人及眷屬)，補助每人每月新臺幣 10 元，修正為 12 元。

(2)第 2 項：第 2 類投保單位於寬限期內繳納健保費，且收繳率達百分之九十五並檢送正確欠費名冊者，依已繳納健保費之被保險人數，補助每人每月十七元五角。但收繳率達百分之九十未達百分之九十五，且檢送正確欠費名冊及催繳證明者，得依已繳納健保費之被保險人數，補助每人每月十七元五角，修正為投保單位，刪除「第 2 類」文字。

2.公告總額相關計畫如附錄六(第 201 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
115.9.18/ 115.1.1	全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質保證保留款實施方案	1.修訂計畫名稱為「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質保證保留款實施方案」。 2.修訂「三、經費來源」：當年度其他預算項下之腎臟病照護及病人衛教計畫，其中以4,740萬元支應本計畫(原為4,500萬元)。 3.修訂「四、品質監測項目及計分方式」： (1)增列腹膜透析照護指標項目「年度淨增加腹膜透析新病人數」加分項目。 (2)調高5項指標達成率： ①血液透析指標：鈣磷乘積小於60 mg^2/dL^2、血清白蛋白[Albumin≧3.5gm/dl(BCG)或3.0gm/dl(BCP)]、55歲以下透析病人移植登錄率。 ②腹膜透析指標：鈣磷乘積小於60 mg^2/dL^2、55歲以下透析病人移植登錄率。

3.本年9月11日檢送114年第4季其他預算結算說明表，公文如附錄七(第202頁)，114年全年經費20,883.7百萬元，全年結算數14,626.6百萬元，整理預算執行情形如附錄八(第203頁)供參考。

決定：

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結果之整體成長率及部分協定事項內容確認案，提請討論。

說明：本會業於本(115)年 9 月 23 日完成 116 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商，並於 9 月 30 日第 8 次委員會議確認四部門總額及其他預算協商結論(如第 4~84 頁)。為辦理後續報部事宜，尚須確認以下事項：

一、116 年度總額整體成長率：

依協商結果，醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診總額及其他預算皆完成協定，經總額計算公式估算，其整體成長率為 5.5%，各部門總額成長率及金額如下表。

116 年度 醫療費用	醫院 (含透析)	西醫基層 (含透析)	牙醫門診	中醫門診	其他預算	整體合計
金額 (億元)	7,235.29	1,965.82	616.28	384.64	232.44	10,434.47
成長率	5.5%	5.5%	5.5%	5.5%	增加 12.12 億元	5.5%

註：1.門診透析服務總成長率 3%，總金額 502.6 億元，其中醫院總額為 258.18 億元，西醫基層總額為 244.42 億元，已分別併入醫院及西醫基層總額預算。

2.年度及各部門總額之金額為預估值，最終仍以健保署結算資料為準。

二、四部門總額及其他預算新增或延續性項目協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」：

(一)依 116 年度總額協商程序及本會第 8 次委員會議(115.9.30)決議，請健保署會同各總額部門相關團體參考委員意見，共同討論研修後，提報本次委員會議確認。

(二)健保署業於本(115)年 10 月 16 日健保醫字第 1150664750 號函送醫院總額及其他預算協定事項「執行目標」與「預期效益之評估指標」之該署意見及總額協定文字建議，如附件(第 98 頁)。另對其餘總額部門所提「執行目標」及「預

期效益之評估指標」之意見，將另行提供。(資料後附)

三、健保署來函建議事項，重點有兩項(如附表 1、2，第 94~97 頁)：

(一)建議修正中醫門診總額「照護機構中醫醫療照護方案」之協定文字。

1.原協定文字與健保署建議修正文字比較如下表。

原協定文字	健保署建議修正文字
2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理下列事項： (2)建議就治療模式與介入成效建立品質指標(如跌倒、壓瘡、疼痛控制之改善率等)，以利成效評估。	2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理下列事項： (2)建議建立服務利用相關指標，以利成效評估。

2.健保署說明：考量跌倒、壓力性損傷、疼痛偵測等屬長期照顧服務機構評鑑指標，相關成效非單由中醫醫療介入所致，本方案主要為減少住民因中醫而外出就醫及提升醫療可近性，爰建議調整文字。

3.本會研析：依健保署說明，其係考量原協定事項括弧內指標(如跌倒、壓瘡、疼痛控制之改善率等)之成效，非單由中醫醫療介入所致，乃建議修正文字為建立服務利用相關指標。惟其修正後之文字與評核委員建議、付費者委員關心事項略有不同，亦未符原協定事項為研訂能反映中醫介入成效之品質指標之意旨，再則協定事項文字理應已於 9 月 30 日委員會議確認，修正幅度不宜過大，爰建議維持原協定事項文字，刪除括弧內的例示內容文字，以符原協定事項意旨。原協定文字與建議修正文字比較如下表。

原協定文字	建議修正文字
2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理下列事項： (2)建議就治療模式與介入成效建立品質指標(如跌倒、壓瘡、疼痛控制之改善率等)，以利成效評估。	2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理下列事項： (2)建議就治療模式與介入成效建立品質指標~~(如跌倒、壓瘡、疼痛控制之改善率等)~~，以利成效評估。

(二)醫院總額及其他預算協定事項「執行目標」與「預期效益之評估指標」:

1.醫院總額:修正3項目協定事項之「預期效益之評估指標」。其中「新醫療科技」及「藥品及特材給付規定改變」部分，原以新藥及擴增給付規定提案討論件數為指標，健保署建議修正為「年度經費執行率>90%」，經本會評析，修正後之指標與新藥引進及擴增給付規定實際執行多寡，應呈正相關，尚屬合理。另「暫時性支付」項目酌修文字為完成審議，更具實績。

2.其他預算：計4項目協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，均未修正。

3.前揭健保署所提建議，擬俟該署就其餘總額部門所提「執行目標」及「預期效益之評估指標」提出研訂結果後，併案討論。

擬辦：本次委員會議確認前揭整體成長率及協定事項內容後，將併入116年度各部門醫療給付費用總額協商結果，報請衛福部核定。

決議：

116 年總額協定文字之本署建議

總額別	項目	協定文字	修正後協定文字	本署建議
中醫門診	7.照護機構中醫醫療照護方案	2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理下列事項： (1)檢討計畫照護成效，研議減少住民外出就診中醫之策略，以提升資源使用效率。 (2)建議就治療模式與介入成效建立品質指標(如跌倒、壓瘡、疼痛控制之改善率等)，以利成效評估。	2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理下列事項： (1)檢討計畫照護成效，研議減少住民外出就診中醫之策略，以提升資源使用效率。 (2)<u>建議建立服務利用相關指標，以利成效評估。</u>	● 建議：修正第 2 項辦理事項。 ● 修正說明：考量跌倒、壓力性損傷、疼痛偵測等屬長期照顧服務機構評鑑指標，相關成效並非單由中醫醫療介入所致；本方案主要係減少住民因中醫而外出就醫，著重於中醫醫療照護可近性及服務利用情形，爰建議第 2 項文字調整為「建議建立服務利用相關指標」，以利成效評估。

116 年總額協定事項「執行目標」及「預期效益之評估指標」之本署意見

◆ 醫院總額

項目	協定事項(暫列)	修正後協定事項(本署建議)
新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)	1. 執行目標(暫列)：加速新藥之收載，以使健保資源給付於創新治療。 2. 預期效益之評估指標(暫列)： (1) 提藥物共同擬訂會議討論之新藥案件數至少 15 件。 (2) 提藥物共同擬訂會議討論之暫時性支付項目回歸健保常規給付之案件數至少 7 件。	預期效益之評估指標修正如下： **刪除原指標：** ~~(1)提藥物共同擬訂會議討論之新藥案件數至少 15 件。~~ ~~(2)提藥物共同擬訂會議討論之暫時性支付項目回歸健保常規給付之案件數至少 7 件。~~ **修正指標為：** 年度經費執行率達 90%以上。
藥品及特材給付規定改變	1. 執行目標(暫列)：依臨床實證擴增藥品給付範圍，提供民眾最有效益的治療。 2. 預期效益之評估指標(暫列)： (1)提藥物共同擬訂會議討論之給付規定擴增案件數至少 15 件。	預期效益之評估指標修正如下： **刪除原指標：** ~~(1)提藥物共同擬訂會議討論之給付規定擴增案件數至少 15 件。~~

項目	協定事項(暫列)	修正後協定事項(本署建議)
	(2)提藥物共同擬訂會議討論之暫時性支付項目回歸健保常規給付之案件數至少 1 件。	~~(2)提藥物共同擬訂會議討論之暫時性支付項目回歸健保常規給付之案件數至少 1 件。~~ **修正指標為：** 年度經費執行率達 90%以上。
暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)	1. 執行目標(暫列)：針對食藥署核准上市，屬臨床迫切需求且臨床療效及財務具高度不確定性之新藥，採暫時性支付，期間蒐集我國真實世界實證資料，再評估健保是否常規支付。 2. 預期效益之評估指標(暫列)：提藥物共同擬訂會議討論之暫時性支付項目案件數至少 1 件。	預期效益之評估指標修正如下： **刪除原指標：** ~~提藥物共同擬訂會議討論之暫時性支付項目案件數至少 1 件。~~ **修正指標為：** 完成藥物共同擬訂會議審議之暫時性支付項目案件數至少 1 件。

◆ 其他預算

項目	協定事項(暫列)	本署意見
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	1. 執行目標(暫列)：強化山地離島地區醫療照護服務，提升民眾健康。 2. 預期效益之評估指標(暫列)： (1)山地離島地區醫療給付效益提升計畫民眾滿意度維持95%以上。 3. (2)山地離島地區每十萬人口可避免住院數(慢性指標)較前一年下降。	無須修正
推動促進醫療體系整合計畫	復健病房試辦計畫： 1. 執行目標(暫列)：使計畫結案個案得以順利返家，衰弱高齡者自立生活，年輕中風者回歸職場。 2. 預期效益之評估指標(暫列)：返家率>85%。	無須修正
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1. 執行目標(暫列)：持續提供收容人醫療服務，提升醫療服務之可近性。 2. 預期效益之評估指標(暫列)： (1)監內門診診次較前一年度增加。 (2)門診疥瘡投藥率較前一年度增加。	無須修正
腎臟病照護及病人衛教計畫	1. 執行目標(暫列)：提升初期慢性腎臟病照護率。 2. 預期效益之評估指標(暫列)：醫院部門初期慢性腎臟病照護率較前一年度成長。	無須修正

附件

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：許洋騰
聯絡電話：02-27065866　分機：2627
傳真：27069043
電子郵件：A111447@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10月16日
發文字號：健保醫字第1150664750號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨 (A21030000I_1150664750_doc2_Attach1.pdf、A21030000I_1150664750_doc2_Attach2.pdf)

主旨：檢送116年醫院總額部門及其他預算協定事項「執行目標」及「預期效益之評估指標」之本署意見（附件1）及總額協定文字建議（附件2），請查照。

說明：

一、依據貴會115年9月30日第7屆115年第8次委員會議紀錄辦理。

二、其餘總額部門所提「執行目標」及「預期效益之評估指標」之本署意見，將另行提供。

正本：衛生福利部全民健康保險會
副本：本署企劃組、本署醫審及藥材組(均含附件) 電子公文交換章 2026/10/16 16:56:10

115.10.19
1153340217

第四案

提案人：黃委員國祥、呂委員正華、董委員正宗、林委員恩豪、鄭委員力嘉

代表類別：保險付費者代表

案由：被保險人所屬投保單位應負擔之平均眷口數事宜，提請討論。

說明：

一、依健保法第 29 條：「第一類第一目至第三目被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數，依第一類第一目至第三目被保險人實際眷屬人數平均計算之」。

二、以健保統計專區公告之保險對象人數統計計算，試算結果約 0.53。與 2023 年公告值 0.56 差異達約 5.36%，另以 2025 年保費資料試算雇主多負擔總金額達 54.27 億元(註)。

三、請依施行細則第 68 條每年應以最新被保險人之實際眷屬投保資料計算平均眷口數並公告之。

註：投保單位為非政府單位、政府單位分別為 44.44 億、9.83 億元。

擬辦：每年政府機關依法辦理。

中央健康保險署意見：

有關 116 年度保險人公告事項，本署將計算結果與委員意見一併報請衛生福利部核定及參考，目前行政程序尚作業中，本案依 115 年第 5 次委員會議(115.6.24)決議繼續追蹤於 115 年 12 月底前完成。

健保署業務窗口：林本源專門委員，聯絡電話：02-27065866 分機 2322

……

本會整理說明：

一、歷屆委員向極關切保險人依法每年應公告之平均眷屬人數(註)，本屆委員於 115 年第 1 次委員會議(115.1.21)提出相關詢問及意見，會中決定：「委員所提平均眷口數及全民健康保險法施行細則第 68 條相關意見，送請中央健康保險署研議」，並納入繼續追蹤事項。健保署於 115 年第 5 次委員會議(115.6.24)提報該追蹤事項辦理情形如下：「有關依健保法施行細則第 68 條規定公

告事項，本署每年均依規定將計算結果報請衛福部核定，考量原已公告仍屬有效，爰援例將有調整事項辦理公告。針對委員之建議，本署於本(115)年辦理時將一併陳報衛福部參考」，另本會整理歷年相關提案及決議(定)事項彙整情形供參，如附表(第166頁)。

註：●全民健康保險法第29條：

第1類第1目至第3目被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數，依第1類第1目至第3目被保險人實際眷屬人數平均計算之。

●全民健康保險法施行細則第68條：

保險人每年應公告之事項如下：

1.依本法第22條規定第3類保險對象適用之投保金額。

2.依本法第23條所定之平均保險費。

3.依本法第29條所定之眷屬人數。

4.依第46條第1項第4款所定之平均投保金額。

二、健保署歷年公告調整平均眷屬人數之情形，如下：

實施日期(年/月)	平均眷屬人數(人)	備註
84.3	1.36	監理會
85.1	1.10	
85.10	0.95	
87.3	0.88	
90.1	0.78	
96.1	0.70	
104.1	0.62	健保會
105.1	0.61	
109.1	0.58	
112.1	0.57	
113.1	0.56	

三、依據健保署於114年第9次委員會議(114.11.19)提出之「全民健康保險115年度保險費率試算結果(草案)」簡報資料，平均眷口數由0.57人調整為0.56人，保險收入預估減少約22億元。

決議：

附表

會議日期/案由	決議(定)
115.6.24/ 本會重要業務報告	一、歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計5項，其中1項(擬解除追蹤項次2)同意解除追蹤，其餘4項繼續追蹤。 (有關依健保法施行細則第68條規定公告事項，健保署每年均依規定將計算結果報請衛福部核定，考量原已公告仍屬有效，爰援例將有調整事項辦理公告。針對委員之建議，健保署於本(115)年辦理時將一併陳報衛福部參考。)
115.1.21/ 本會重要業務報告	二、委員所提平均眷口數及全民健康保險法施行細則第68條相關意見，送請中央健康保險署研議。
111.8.19/ 本會重要業務報告	三、請中央健康保險署提供102年起至110年，逐年依照全民健康保險法第29條規定計算之平均眷口數資料。
111.7.29/ 本會重要業務報告	六、請中央健康保險署爾後每年依全民健康保險法第29條及施行細則第68條規定公告平均眷口數。
111.1.21/ 確認上次(110年第8次)委員會議紀錄	有關委員關心平均眷口數事宜，請中央健康保險署依法辦理。
108.7.26/ 討論事項第二案 建請衛生福利部依法公告實際平均眷屬人數，並確實調降全國相關投保單位負擔員工健保費之計費基礎，改善目前不合理的收費，提請討論。	基於保險業務監理之立場，建請中央健康保險署依全民健康保險法施行細則第68條規定，每年公告全民健康保險法第29條所定第1類第1目至第3目被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數。
107.12.21/ 上(第10)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告	二、第3屆委員會議其他未結案件辦理情形： (一)擬解除追蹤案(共17案)： 1.依委員意見，改列繼續追蹤案件如下： (5)項次16「請中央健康保險署依委員意見，具體補充全民健康保險法施行細則第68條檢討報告」，請補充公告平均眷口數0.61之設定依據及調整原則。
103.11.28/ 討論事項第三案 健保第1類第1目至第3目被保險人所屬之投保單位或政府負擔之眷屬人數案，續提請討論。	二、本會居於保險業務監理及保險政策諮詢之立場與角度，建請中央健康保險署應依全民健康保險法施行細則第68條公告本法第29條所定第1類第1目至第3目被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數。 三、多數發言委員認為上開眷屬人數以健保署所提供數據(102年實際值為0.62人)計算為宜之意見，提供該署參酌。
103.10.24/ 討論事項第七案 健保第1類第1目至第3目被保險人所屬之投保單位或政府負擔之眷屬人數，提請討論。	二、本會委員認同中央健康保險署應依全民健康保險法施行細則第68條公告本法第29條所定平均眷屬人數之「依法辦理」理念，且目前健保財務尚佳，因此以保險政策諮詢或保險業務監理角度來探討平均眷屬人數都是個不錯時點，但平均眷屬人數的調降不宜和費率調升混為一談。

附表

全民健康保險會提案單

提案日期：　　年　　月　　日

提案者	黃國祥
委員代表類別	保險付費者代表
提案屬性 (請勾選)	☑一般提案　□臨時提案　□修正案　□復議案
案　由	被保險人所屬投保單位應負擔之平均眷口數事宜
說　明	依健保法第 29 條：「第一類第一目至第三目被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數，依第一類第一目至第三目被保險人實際眷屬人數平均計算之」。 以健保統計專區公告之保險對象人數統計計算，試算結果約 0.53。與 2023 年公告值 0.56 差異達約 5.36%，另以 2025 年保費資料試算雇主多負擔總金額達 54.27 億元[註]。 請依施行細則第 68 條每年應以最新被保險人之實際眷屬投保資料計算平均眷口數並公告之。 註：投保單位為非政府單位、政府單位分別為 44.44 億、9.83 億元。
擬　辦	每年政府機關依法辦理

內容與本會任務符合情況 (請勾選)	全民健康保險會法定任務： ☑保險費率之審議事項(第 5、24 條)。 ☐保險醫療給付費用總額之協議訂定及分配事項(第 5、61 條)。 ☐保險給付範圍之審議事項(第 5、26、51 條)。 ☐保險政策、法規之研究及諮詢事項(第 5 條)。 ☐其他有關保險業務之監理事項(第 5 條)。 ☐其他全民健康保險法所定由本會辦理事項(第 45、72、73、74 條)。 註：()內為健保法條次。
連署或附議人 (臨時提案、復議案填入)	邱泰源 林惠真 郭力元

第五案

提案人：呂委員正華

連署人：黃委員國祥、林委員恩豪、楊委員芸蘋

代表類別：保險付費者雇主代表

案由：重新檢視政府應負擔二代全民健保總經費法定下限 36%之計算公式，並請政府儘早依法撥補不足數額案，提請討論。

說明：

一、政府應負擔二代全民健保總經費法定下限 36%(以下稱 36%)為二代健保法新的要求，沒有過往的經驗，對於新法令規範，各單位(個人)皆由各自的角度加以解讀，因此 103 年進行二代健保第一個年度(102 年度)財務決算時，對於 36%數據的產生，衛福部(健保署)與主計總處即提出不同的計算公式(兩公部門 102~104 年 3 年之差異數達 698 億元)！

後經行政院分由 4 位政務委員進行 2 次跨部會協商，在未完全掌握二代健保立法精神的情況下，分別於 104 年 5 月 15 日及 106 年 1 月 23 日做出協商結論，健保署即依該結論進行 36%數據計算，沿用至今！

健保會接到 2 次協商結論，發現其中尚有未遵法之疑點，於 106 年 7 月正式提案討論，進行依法監理職責，會議重點如下：

(一)政府已負擔數之認列範圍，衛福部依協商結論修正全民健康保險法(下稱健保法)施行細則第 45 條，擴增認列原屬社會補助 7 類人員之保費，健保會委員認為擴增沒有法源且牴觸母法第 27 條。

(二)依健保法第 3 條第 1 項規範的計算公式中，應提列之安全準備依協商結論：以收支實際營運值代入，健保會委員質疑 2 點：

1.依健保法第 76 條第 1 項有關安全準備來源之規範，未計入「收支結餘」以外之 4 項來源。

2.安全準備 5 種來源，只認列其中一項，且於短絀年度更以負值代入，有違法令規定只認收支結餘正值之規範！

此 2 疑點已列為健保會討論事項追蹤事項，歷屆委員也一再以不同方式提案討論，主責單位總以兩次協商結論為由說明，完全無視這些爭議係針對這些結論未完全遵法而產生。

衛福部有感健保財務終須面對惡化的實況，於 114 年終將健保法施行細則第 45 條修回原內容，以後每年健保費收入可增 134 億元(粗估 105~113 年 9 年共少收入了 1,093 億元)，但對於應提列安全準備之疑義仍沒有回應！另健保會委員對於公式中的減項「法定收入」於 113 年提出新的看法，認為健保署計算的內容除 2 項有法源依據外，多項都是健保署認定！？

二、重新檢視 36%計算公式之考量契機

(一)陳時中政委 115 年 4 月下旬於台歐健康論壇提出「證交稅一半挹注健保」之建議，但遭財政部提醒該建議有適法性問題。

(二)115 年 6 月健保會議進行每半年盤點追蹤事項時，社保司提出 102 年~114 年政府應負擔健保總經費法定下限 36%計算說明(詳如附件一，第 181~182 頁)，提供較完整之計算過程、數據。

(三)依健保署預估，115 年將出現 428 億元之短絀數，116 年短絀數更高達 817 億元，依此推估，這 2 年政府將又少負擔約 567 億元。

(四)當初主計總處與健保署會產生不同看法，可能當時國家財政情況不佳，但健保安全準備則快速累積；近年的情境則兩者剛好反過來，針對協商結論所產生的質疑也進入第 10 年，應是該落幕的時候。

衡諸目前實況，政府財政相對豐沛(近年稅收超徵：110 年 4,327 億元，111 年 5,237 億元，112 年 3,860 億元，113 年 5,283 億元，114 年短徵 505 億元，115 年上半年估 5,159 億元)，而健保財務則將面臨挑戰(115 年估短絀 428 億元，116 年短絀更達 871 億元)，衛福部研議由補充保費開源，馬上引起反彈，政委想動證交稅的腦筋，卻有適法性問題！左思右想，似乎回歸法律規範補足政府對健保應負的責任，應是較可行的途徑。

三、檢視評析社保司提供附件一(第 181~182 頁)的計算說明：依該說明，計算公式係依健保法第 3 條第 1 項及第 2 條相關定義而來，應無疑義，但計算過程及涉及項目內容認定則有疑義！

法定公式：法定 36%下限數=〔(保險給付支出+應提列或增列之安全準備)-法定收入〕*36%。但其計算過程的方式尚須斟酌確認，描述如下：

法定 36%下限數 X=〔(保險給付支出+營運實際值)－其他法定收入〕*36%

={保險給付支出+〔(保險對象保險費+民營雇主保險費)÷0.64+其他法定收入－保險給付支出〕－其他法定收入}*36%

=(保險對象保險費+民營雇主保險費)÷0.64*0.36

由計算過程發現，除說明一提及應提列安全準備只認列營運實際值(短絀年度還代負值)，法定收入以其他法定收入自行認列，未必有法令依據外，總保費收入的反推方式依法無據！依此方式計算得到的數據會低估！

四、依健保法第 2、3、76 條之規範，先試算是結餘或短絀，若結餘，則結餘數代入第 76 條第 1 項第 1 款數值；若出現短絀，則該項以 0 代入，再計算正確之法定 36%下限數 Y。

法定公式：

法定 36%下限數 Y=〔(保險給付支出+應提列或增列之安全準備)－法定收入〕*36%

=〔保險給付支出+(營運實際值+第 2~5 款數值)－法定收入〕*36%

={保險給付支出+【〔(保險對象保險費+民營雇主保險費+政府法定 36%下限數 Y+其他收入)－保險給付支出〕+第 2~5 款數值】－法定收入}*36%

→Y={〔(保險對象保險費+民營雇主保險費+其他收入)+第2~5款數值〕－法定收入}*0.36/0.64

再以 Y 代入計算營運實際值=(保險對象保險費+民營雇主保險費+Y+其他收入)－保險給付支出，此值若≧0，則以此值帶入公式中的營運實際值(為負，則以 0 代入)，求得法定 36%下限數 Y。

五、今以 114 年度(收支結餘)與 110 年度(收支短絀)為例，以社保司提供的數據，依說明三與四所述計算 2 種論述的結果比較如下：

(一)114 年度收支結餘年度

1.社保司算法：X={8,334+【〔(2,850+2,662)/0.64+178〕－8,334】－178}*0.36=3,100

2.依健保法規範：Y={8,334+〔(2,850+2,662+Y+178－8,334)+193〕－144}*0.36

→Y={〔(2,850+2,662+178)+193〕－144}*0.36/0.64=3,228

→Y=3,228，代入計算營運值(2,850+2,662+3,224+178)－8,334=584(結餘)以收支結餘 584 代入公式，求 Y=〔8,334+(584+193)-144〕*0.36=3,228

→114 年政府少負擔數=Y－X=3,228－3,100=128 億元

其中法定收入以審計部審定之公益彩券盈餘分配收入及菸品健康福利捐分配收入二項認列。

(二)110 年收支短絀年度

1.社保司算法：X={7,274+【〔(2,336+2,137)/0.64+129〕－7,274】-129}*0.36=2,516

2.依健保法規範：Y={7,224+〔(2,336+2,137+Y+129－7,274)+171〕－161}*0.36

→Y={[(2,336+2,137+129)+171]-161}*0.36/0.64=2,594

以 Y=2,594 代入計算營運值(2,336+2,137+2,594+129)－7,274=－78(短絀)

短絀 78 億元較社保司提供的短絀 155 億元少 77 億元，此差異係因提列安全準備第 2~5 款多 171 億元，但其他收入與法定收入差 32 億元所致。

因短絀 78 億元，安全準備來源第 1 款以 0 代入，

Y={〔7,274+(0+171)〕－161}*0.36=2,622

→110 年政府少負擔數=Y－X=2,622－2,516=106 億元

依上述原則，計算 102 年至 114 年(已有實際營運結果之年度)兩種計算方式之數值整理如附件二(第 183 頁)。13 年政府共少負擔 2,031 億元。

擬辦：本議題在健保會體制內，自 106 年 7 月正式提案討論，至今已進入第 10 年。於目前情境下，若能由衛福部提出重啟協商，由較瞭解健保業務與健保財務處境的行政院長官主持，則將有成功得到正解的契機。爰建請衛福部儘快重啟協商，依法計算政府實際應負擔的健保經費，並儘早撥補不足數額，以解健保財務面臨困境燃眉之急。

社會保險司意見：(資料後附)

……

本會整理說明：

一、本會歷屆委員向來十分關切政府應負擔健保總經費法定下限 36%議題，本案相關提案及討論過程說明如下：

(一)二代健保於健保法第 2、3 條列示政府應負擔建保總經費法定下限 36%之核算方式，因衛福部與本會委員對健保法第 2 條第 5 款條文所稱「應提列或增列之安全準備」之計算方式有不同主張，本會委員乃於 105 年(2、3 月)、106 年(2、3、7、12 月)、107 年(6、10、11)、108(4、7、11 月)委員會議分別提出不同意見；自 106 年 7 月迄今，亦多次提案籲請政府依健保法第 76 條第 1 項規定計算政府應負擔健保總經費法定下限 36%不足數。另本會也曾在 107、108 年間就此議題召開專案會議交換意見。

(二)歷年委員提案及會議彙整如下表供參：

會議日期/案別	案由/會議名稱
106.7.28 討論事項第三案	為使政府當責承擔健保總經費不得少於 36%之財務責任，建請衛生福利部恢復 101 年 10 月 30 日修正通過之全民健康保險法施行細則第 45 條條文內容，並匡正 105 年度之政府應負擔健保總經費法定下限 36%計算方式案。
107.4.16	「106 年度全民健康保險基金附屬單位決算備查案相關疑義」會前討論會 註：會議聚焦討論決算中與政府應負擔健保總經費法定下限 36%及健保法施行細則第 45 條相關部分。
108.5.7	政府應負擔健保總經費法定下限 36%計算方式專案會議
108.11.15 討論事項第五案	建請政府依財政狀況，撥補 105~107 年政府應負擔健保法定經費不足數之缺口，以確保健保財務之健全案。
108.12.27 討論事項第三案	近年健保「應提列安全準備來源」受到社保司自行解釋並逕減，影響安全準備之實際權責數字，為維繫現行費率適足，建請健保署逐期提供健保財務收支情形試算表，持續健全財務監理案。
109.4.24 討論事項第一案	近年政府應負擔健保總經費未達法定 36%，建請健保署協助本委員會向行政院彙報說明，依財政狀況撥補 105~108 年政府應負擔健保法定經費之缺口，維繫現行費率適足，持續強化財務案。
109.10.23 討論事項第五案	近年政府未遵循健保法承擔 36%經費，其高額的不足款如滾雪球逐年擴大，如說明一，將加速 110 年安全準備餘額降至 0.5 個月；而在政府尚未撥補不足款之際，卻頻頻透過媒體廣宣調漲費率？等同將高額不足款轉嫁給全民負擔；費率審議在即，建請健保署配合辦理事項，如說明三(一)及說明四，以供健保會委員有效執行 110 年費率審議程序、嚴謹辨識已發生中的費率審議風險、據實衡量安全準備悖離情形、正確回歸安全準備 2.3~2.5 個月、依法回應現行費率適足，並建置專屬費率審議公開資訊，昭全民公信案。
109.11.27 討論事項第二案	近年健保會監理過程中，多次請求政府撥補應負擔健保法定經費的不足款未果，已嚴重影響健保財務健全，建請比照投保單位欠費處分方式「加徵滯納金」，以昭公允案。
109.11.27 討論事項第三案	在政府未撥付補足 105 年至 108 年應負擔 36%保險總經費差額前，應不調整 110 年度健保費率案。
112.11.15 討論事項第三案	建請政府依法撥補 102 年~111 年政府應負擔健保總經費法定下限 36%差額，及恢復原健保法施行細則第 45 條與菸品健康福利捐分配健保安全準備比率，確實承擔健保財務責任，提請討論。
113.3.13 討論事項第三案	近年健保會長期監理政府應負擔健保經費「未達法定 36%」，敬請健保署確實遵守健保法、如實編製 112 年度健保基金附屬單位決算及 114 年度健保基金附屬單位預算，以維護全民權益、確保財務健全，提請討論。

二、本會業將前揭歷年委員會議提案決議(定)事項，併案列管持續追蹤，最近一次追蹤辦理情形(115.6.24)，社保司回復：「各年度計算之政府應負擔法定下限 36%數，皆依法核算，業由審計部完成審定，相關法制程序皆屬完備，合法性及合理性無虞。早期因政府部門間法規爭議衍生之預算不足數，已完成撥補，政府每年皆依法負擔本項經費」，如附表(第 184 頁)，惟該次會議仍決定繼續追蹤。

決議：

全民健康保險會提案單

提案日期：115 年 10 月 12 日

提案者	呂正華委員
委員代表類別	保險付費者雇主代表
提案屬性 (請勾選)	■一般提案　□臨時提案　□修正案　□復議案
案　由	重新檢視政府應負擔二代全民健保總經費法定下限 36 %之計算公式，並請政府儘早依法撥補不足數額。
說　明	一、政府應負擔二代全民健保總經費法定下限 36%（以下稱 36%）為二代健保法新的要求，沒有過往的經驗，對於新法令規範，各單位（個人）皆由各自的角度加以解讀，因此 103 年進行二代健保第一個年度（102 年度）財務決算時，對於 36%數據的產生，衛福部（健保署）與主計總處即提出不同的計算公式（兩公部門 102~104 年三年之差異數達 698 億元）！後經行政院分由四位政務委員進行兩次跨部會協商，在未完全掌握二代健保立法精神的情況下，分別於 104 年 5 月 15 日及 106 年 1 月 23 日做出協商結論，健保署即依該結論進行 36%數據計算，沿用至今！ 健保會接到兩次協商結論，發現其中尚有未遵法之疑點，於 106 年 7 月正式提案討論，進行依法監理職責，會議重點如下： (一) 政府已負擔數之認列範圍，衛福部依協商結論修正施行細則第 45 條，擴增認列原屬社會補助 7 類人員之保費，健保會委員認為擴增沒有法源且牴觸母法第 27 條。 (二) 依健保法第 3 條第一項規範的計算公式中，應提列之安全準備依協商結論：以收支實際營運值代入，健保會委員質疑兩點： 1. 依健保法第 76 條第一項有關安全準備來源之規範，未計入「收支結餘」以外之四項來源。 2. 安全準備 5 種來源，只認列其中一項，且於短絀年度更以

	負值代入，有違法令規定只認收支結餘正值之規範！ 此兩疑點已列為健保會討論事項追蹤事項，歷屆委員也一再以不同方式提案討論，主責單位總以兩次協商結論為由說明，完全無視這些爭議係針對這些結論未完全遵法而產生。 衛福部有感健保財務終須面對惡化的實況，於 114 年終將施行細則第 45 條修回原內容，以後每年健保費收入可增 134 億元（粗估 105-113 年九年共少收入了 1,093 億元），但對於應提列安全準備之疑義仍沒有回應！另健保會委員對於公式中的減項「法定收入」於 113 年提出新的看法，認為健保署計算的內容除二項有法源依據外，多項都是健保署認定！？ 二、 重新檢視 36%計算公式之考量契機 (一) 陳時中政委四月下旬於台歐健康論壇提出「證交稅一半挹注健保」之建議，但遭財政部提醒該建議有適法性問題。 (二) 六月健保會議進行每半年盤點追蹤事項時，社保司提出 102 年至 114 年政府應負擔健保總經費法定下限 36%計算說明（詳如附件一），提供較完整之計算過程、數據。 (三) 依健保署預估，115 年將出現 428 億元之短絀數，116 年短絀數更高達 817 億元，依此推估，這兩年政府將又少負擔約 567 億元。 (四) 當初主計總處與健保署會產生不同看法，可能當時國家財政情況不佳，但健保安全準備則快速累積；近年的情境則兩者剛好反過來，針對協商結論所產生的質疑也進入第十年，應是該落幕的時候。 衡諸目前實況，政府財政相對豐沛（近年稅收超徵：110 年 4,327 億元，111 年 5,237 億元，112 年 3,860 億元，113 年 5,283 億元，114 年短徵 505 億元，115 年上半年估 5,159 億元）而健保財務則將面臨挑戰（115 年估短絀 428 億元，116 年短絀更達 871 億元），衛福部研議由補充保費開源，馬上引起反彈，政委想動證交稅的腦筋，卻有適法性問題！左思右想，似乎回歸法律規範補足政府對健保應負的責任，應是較可行的途徑。 三、檢視評析社保司提供附件一的計算說明：依該說明，計算公式係依健保法第 3 條第一項及第 2 條相關定義而來，應無疑

	義，但計算過程及涉及項目內容認定則有疑義！ 法定公式：法定 36%下限數=〔（保險給付支出+應提列或增列之安全準備）-法定收入〕*36%。但其計算過程的方式尚須斟酌確認，描述如下： 法定 36%下限數χ=〔（保險給付支出+營運實際值）-其他法定收入〕*36% ={保險給付支出+〔（保險對象保險費+民營雇主保險費）÷0.64+其他法定收入-保險給付支出〕-其他法定收入}*36% =（保險對象保險費+民營雇主保險費）÷0.64*0.36 由計算過程發現，除說明一提及應提列安全準備只認列運營實際值（短絀年度還帶負值），法定收入以其他法定收入自行認列，未必有法令依據外，總保費收入的反推方式依法無據！依此方式計算得到的數據會低估！ 四、依健保法第 2、3、76 條之規範，先試算是結餘或短絀，若結餘，則結餘數代入第 76 條第一項第 1 款數值；若出現短絀，則該項以 0 代入，再計算正確之法定 36%下限數 y。 法定公式：法定 36%下限數 Y=[（保險給付支出+應提列或增列之安全準備)－法定收入]*36%=〔保險給付支出+（營運實際值+第 2~5 款數值）-法定收入〕*36%={保險給付支出+【〔（保險對象保險費+民營雇主保險費+政府法定 36%下限數 Y+其他收入）-保險給付支出〕+第 2~5 款數值】-法定收入}*36% →Y={〔(保險對象保險費+民營雇主保險費+其他收入）+第 2~5 款數值〕-法定收入}*0.36/0.64 再以 Y 代入計算營運實際值=(保險對象保險費+民營雇主保險費+Y+其他收入）-保險給付支出，此值若≧0，則以此值帶入公式中的營運實際值(為負，則以 0 代入），求得法定 36%下限數 y。 五、今以 114 年度(收支結餘）與 110 年度(收支短絀）為例，以社保司提供的數據，依說明三與四所述計算兩種論述的結果比較如下： (一）114 年度收支結餘年度 1.社保司算法：χ={8334+【〔(2850+2662）/0.64+178〕-8334】-178}*0.36=3100

	2.依健保法規範：Y={8334+〔(2850+2662+Y+178-8334)+193〕-144}*0.36 →Y={〔(2850+2662+178)+193〕-144}*0.36/0.64=3228 →Y=3228，代入計算營運值(2850+2662+3224+178)-8334=584(結餘)以收支結餘584 代入公式， 求 y=〔8334+(584+193)-144〕*0.36=3228 →114 年政府少負擔數=y-χ=3228-3100=128 億元 其中法定收入以審計部審定之公益彩券盈餘分配收入及菸品健康福利捐分配收入二項認列。 (二) 110 年收支短絀年度 1.社保司算法：χ={7274+【〔(2336+2137)/0.64+129〕-7274】-129}*0.36=2516 2.依健保法規範：Y={7224+〔(2336+2137+Y+129-7274)+171〕-161}*0.36 →Y={[(2336+2137+129)+171]-161}*0.36/0.64=2594 以 Y=2594 代入計算營運值(2336+2137+2594+129)-7274=-78(短絀) 短絀 78 億元較社保司提供的短絀 155 億元少 77 億元，此差異係因提列安全準備第 2~5 款多 171 億元，但其他收入與法定收入差 32 億元所致。 因短絀 78 億元，安全準備來源第 1 款以 0 代入， y={〔7274+(0+171)〕-161}*0.36=2622 →110 年政府少負擔數=y-χ=2622-2516=106 億元 依上述原則，計算 102 年至 114 年(已有實際運營結果之年度)兩種計算方式之數值整理如附件二。13 年政府共少負擔 2,031 億元。
擬　辦	本議題在健保會體制內，自 106 年 7 月正式提案討論，至今已進入第 10 年。於目前情境下，若能由衛福部提出重啟協商，由較瞭解健保業務與健保財務處境的行政院長官主持，則將有成功得到正解的契機。爰建請衛福部儘快重啟協商，依法計算政府實際應負擔的健保經費，並儘早撥補不足數額，以解健保財務面臨困境燃眉之急。

內容與本會任務符合情況 (請勾選)	全民健康保險會法定任務： □保險費率之審議事項(第 5、24 條)。 □保險醫療給付費用總額之協議訂定及分配事項(第 5、61 條)。 □保險給付範圍之審議事項(第 5、26、51 條)。 □保險政策、法規之研究及諮詢事項(第 5 條)。 ■其他有關保險業務之監理事項(第 5 條)。 □其他全民健康保險法所定由本會辦理事項(第 45、72、73、74 條)。 註：()內為健保法條次。
連署或附議人 (臨時提案、復議案填入)	黃國祥委員、林恩豪委員、楊芸蘋委員

附件一

政府應負擔健保總經費法定下限36%計算說明

一、102年至114年政府應負擔健保總經費法定下限36%

單位：億元

年度		102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114 (自編)
保險給付支出	A	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
應提列或增列之安全準備	B	728	811	655	70	-98	-266	-342	-676	-155	113	339	234	457
其他法定收入	C	259	247	229	189	174	140	134	135	129	130	380	347	178
政府應負擔健保總經費 D=(A+B-C)*36%	D	1,977	2,068	2,090	2,003	2,061	2,132	2,192	2,211	2,516	2,691	2,783	2,879	3,100
政府已負擔保險費	E	1,547	1,558	1,557	1,573	1,577	1,607	1,617	1,615	1,772	1,808	1,850	1,891	1,857
政府應撥補數 F=D-E	F	430	510	533	430	485	524	575	596	745	883	933	988	1,244

說明：

1. 依健保法第3條規定，政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之36%；又依同法第2條第5款規定，保險經費指保險給付支出及應提列或增列之安全準備；爰政府應負擔健保總經費法定下限=[(保險給付支出+應提列或增列之安全準備)-其他法定收入]*36%。
2. 依106年1月23日行政院協商時之法律見解及計算方式，確立「應提列或增列之安全準備」以營運實際值計入：營運實際值係指當年度保險收支餘絀數，計算方式詳附表。
3. 其他法定收入包含滯納金、公益彩券盈餘分配收入、菸品健康福利捐分配收入、呆帳提列(減項)、投資淨收益、呆帳收回及雜項收入等。
4. 105～113年之政府已負擔數含政府依其他法律補助之健保費。
5. 部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間容有未能完全吻合情況。

附表：102年至114年應提列或增列之安全準備(B)計算方式

單位：億元

年度		102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114 (自編)
保險對象保險	G	1,957	2,038	2,067	1,944	1,970	2,021	2,058	2,072	2,336	2,473	2,557	2,628	2,850
民營雇主保險費	H	1,558	1,639	1,649	1,617	1,695	1,768	1,840	1,859	2,137	2,310	2,390	2,490	2,662
回推總保險費收入[註]	I	5,491	5,746	5,807	5,564	5,726	5,921	6,090	6,143	6,990	7,474	7,730	7,998	8,612
其他法定收入	C	259	247	229	189	174	140	134	135	129	130	380	347	178
總保險收入	J=I+C	5,750	5,993	6,036	5,753	5,900	6,061	6,224	6,278	7,119	7,603	8,110	8,344	8,790
保險給付支出	A	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
保險收支餘絀數(應提列或增列之安全準備)	B=J-A	728	811	655	70	-98	-266	-342	-676	-155	113	339	234	457

註：因保險費來自政府、投保單位及保險對象，依健保法第3條規定政府應負擔健保總經費不得少於36%，故以保險對象及民營雇主占64%，回推計算當年度總保險費收入。

二、相關法規

（一）健保法第2條第5款

保險經費：指保險給付支出及應提列或增列之安全準備。

（二）健保法第3條

政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之36%。

政府依法令規定應編列本保險相關預算之負擔不足每年度保險經費扣除法定收入後金額之36%部分，由主管機關編列預算撥補之。

（三）健保法第17條

本保險保險經費於扣除其他法定收入後，由中央政府、投保單位及保險對象分擔之。

（四）健保法第76條

本保險為平衡保險財務，應提列安全準備，其來源如下：

1、本保險每年度收支之結餘。

2、本保險之滯納金。

3、本保險安全準備所運用之收益。

4、政府已開徵之菸、酒健康福利捐。

5、依其他法令規定之收入。

本保險年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補。

（五）健保法施行細則第45條

114年10月20日修正 追溯114年1月1日實施	105年1月1日修正施行	102年1月1日施行
本法第3條第1項所稱政府每年度負擔本保險之總經費如下： 一、政府為投保單位時，依本法第27條第1款第1目、第2目及第34條規定應負擔之保險費。 二、政府依本法第27條規定補助各類被保險人及其眷屬之保險費。	本法第3條第1項所稱政府每年度負擔本保險之總經費如下： 一、政府為投保單位時，依本法第27條第1款第1目、第2目及第34條規定應負擔之保險費。 二、政府依本法第27條與其他法律規定補助各類被保險人及其眷屬之保險費。 三、受僱者育嬰留職停薪期間，政府補助原由雇主負擔之保險費。	本法第3條所稱政府每年度負擔本保險之總經費，指政府為投保 單位時，依本法第27條第1款第1目、第2目及第34條規定應負擔之保險費，及政府依本法第27條規定補助各類被保險人及其眷屬之保險費。

102年至114年依健保法規範之計算方法過程，結果與社保司比較表

項目\年度	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114(自編)
a.保險對象保險費	1957	2038	2067	1944	1970	2021	2058	2072	2336	2473	2557	2628	2850
b.民營雇主保險費	1558	1639	1649	1617	1695	1768	1840	1859	2137	2310	2390	2490	2662
c.健保法第76條第一項2~5款合計	269	251	238	195	188	170	170	174	171	169	175	180	193
d.其他收入	259	247	229	189	174	140	134	135	129	130	380	347	178
e.法定收入	266	245	226	185	176	154	153	159	161	155	148	143	144
Y=(a+b+c+d-e)*0.36/0.64	2125	2211	2226	2115	2166	2219	2278	2296	2594	2771	3012	3095	3228
f.保險給付支出	5021	5181	5381	5684	5998	6328	6566	6954	7274	7491	7771	8110	8334
g.營運餘絀 a+b+Y+d-f	878	954	790	181	7	**-180**	**-256**	**-592**	**-78**	193	568	450	584
依法應負擔36%下限數y 1.g>0， y=[f+(g+c)-e]*0.36 2.g≦0，y=[f+(0+c)-e]*0.36	2125	2211	2226	2115	2166	2284	2370	2509	2622	2771	3012	3095	3228
衛福部公式x =[(a+b)/0.64]*0.36	1977	2068	2090	2003	2061	2132	2192	2211	2516	2691	2783	2879	3100
政府少負擔數 D=y-x	148	143	136	112	105	152	178	298	106	80	229	216	128

單位：億元

說明：

1.102~114年總計32734-30703=2031，115~116年二年估約共567億元。

2.表中原始數據依附件一社保司之資料引用。(102-113年數據為審定數，114年則為自編數)

3.法定收入包含公益彩券盈餘分配收入，菸品健康福利捐分配收入等2項。(審計部審定之項目)

附件二

附表

歷次委員會議決議(定)相關單位辦理情形

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形
1	有關政府應負擔健保總經費法定下限 36%之計算方式：(106.7 決議) (1)建請衛福部匡正政府應負擔健保總經費法定下限 36%計算方式，委員所提意見送請衛福部及健保署審慎研析並檢討修正、研參。 (2)健保署定期提報本會之健保財務收支情形表中，政府應負擔健保總經費法定下限 36%不足數之金額，請分別依主管機關依法認定及提案委員主張(註)之兩種計算方式及結果呈現。 註：依健保法第 76 條第 1 項規定計算應提列之安全準備(各項來源金額≧0)後，再帶入同法第 2 條、第 3 條公式。 (3)建議政府撥補歷年政府應負擔健保法定經費不足數之缺口，以確保健保財務之健全案，請主管機關積極研議處理。並請健保署協助本委員會向行政院彙報說明	社保司回復： 1.政府應負擔健保總經費法定下限為 102 年二代健保新制度，施行初期因主計總處與本部法規見解差異，致相關預算編列產生疑義。案經行政院跨部會研商，已確立法律見解及計算方式；配合部分爭議於 105 年修正之健保法施行細則第 45 條，亦經立法院實質審查確定。 2.另為落實健康台灣醫療政策，強化政府財務責任，本部業於 114 年 10 月 20 日修正健保法施行細則第 45 條，將政府應負擔健保總經費法定下限 36%之計算，限定健保法有明定之部分，並追溯自 114 年 1 月 1 日施行，以明確區隔政府健保法定責任及依其他法令補助之福利支出，修法後政府每年將增加法定撥補金額(115 年預估 138.9 億元)。 3.各年度計算之政府應負擔法定下限 36%數，皆依法核算，業由審計部完成審定，相關法制程序皆屬完備，合法性及合理性無虞。早期因政府部門間法規爭議衍生之預算不足數，已完成撥補，政府每年皆依法負擔本項經費。 健保署回復： 有關政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數之計算方式，歷年來皆依健保法第2條、第3條及同法施行細則第45條規定，以及行政院協商確立之法律見解及計算方式辦理。

報告事項

報告事項

報告單位：中央健康保險署

案由：115 年 9 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、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

附錄一

檔　　號：
保存年限：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會　函

地址：台北市復興北路 420 號 10 樓
傳真：(02)25000126
聯絡人及電話：邵格蘊 (02)25000133 轉 261
電子郵件信箱：green@cda.org.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國 115 年 10 月 5 日
發文字號：牙全賢字第 00445 號
速別：
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關 116 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案，詳如說明段，請　查照。

說明：

一、復　貴會衛部健字第 1153360058 號函。

二、牙醫一般服務(不含 106 年品質保證保留款)地區預算已達 100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。有關一般服務預算移撥特定用途部分，待本會 10 月 28 日內部會議討論後提送。

正本：衛生福利部全民健康保險會　牙醫全聯會 校對章(266)

理事長 黃立賢

本案依照分層負責規定
授權 牙醫門診暨藥服務審查執行會 主委決行

衛生福利部全民健康保險會收發
1153300216
115. 10. 7

附錄二

116 年度健保總額協商達共識 首度正式突破 1 兆元

健保會 115.9.30

健保會於 9 月 23 日歷經 11 小時的協商，在醫界和付費者雙方均釋出最大誠意下，醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診等四部門的健保總額及其他預算，再次圓滿達成共識，並且各部門總額都達到行政院核定成長率上限 5.5%，健保總額首度正式突破 1 兆元，達到 10,434.47 億元。依據健保署最新財務試算結果，116 年度以總額成長率 5.5%及維持現行費率 5.17%推估下，年底安全準備累計餘額為 819 億元，約當 1.01 個月保險給付支出，符合法定 1~3 個月原則。

依據行政院核定之 116 年度健保總額成長率範圍 2.619%至 5.5%計算，116 年度健保總額，反映人口老化及成本變動等不需協商的自然成長預算，增加 259.86 億元，其餘可供協商空間為 284.11 億元。此次協商結果，醫院總額達 7,235.29 億元、西醫基層總額 1,965.82 億元、牙醫門診總額 616.28 億元、中醫門診總額 384.64 億元，四部門健保總額的成長率均達核定上限 5.5%，其他預算也有 232.44 億元，較 115 年度增加 12.12 億元，整體合計 10,434.47 億元、成長率 5.5%。

116 年健保總額協商中，付費者及醫界代表對於資源配置，主要呼應衛福部年度四大政策目標：

一、留人留才，鞏固醫療量能與醫療價值，強化醫療體系韌性：

為改善人力流失問題，確保醫療體系永續發展，於醫院、西醫基層總額均再新增提升護理人員待遇合計達 57.963 億元，回應賴清德總統留人留才的政策目標，以提升醫療量能與價值。

二、強化全人照護與慢性疾病管理，建構以病人為中心的健康照護，整合資源及投資民眾健康：

呼應健康台灣「三高防治 888 計畫」目標，強化全人照護與慢性疾病管理，新增「強化糖心腎症候群(CKM)全人整合照護計畫」16.695 億元，及擴大推動家醫計畫、在宅急症照護、復健病房及偏鄉地區全人整合照護計畫等，編列 86.235 億元，另高風險疾病口腔照護計畫亦編列 50.919 億元。

三、加速引進新藥新科技，提升支付合理性，照顧兒童、急重難罕病人醫療需求，強化醫療服務及品質：

為因應醫療體系面對的挑戰，落實「不同工、不同酬」的目標，讓較困難、複雜的醫療服務給予較高的支付，在醫院、西醫基層總額與其他預算中，編列「促進醫療服務診療項目付衡平」項目，合計達 76.917 億元，用以通盤檢討支付標準，並著重保障兒童、急重難罕病人照護及住院服務量能。

為持續引進新醫療科技、藥品及特材給付規定改變、暫時性支付等項目，也增編 103.44 億元。並持續編列罕病、血友病藥費 234.833 億元，以照護弱勢。

四、提升醫療可近性與效能，平衡醫療資源配置：

為強化醫療資源不足地區醫療服務，提升醫療可近性，持續編列醫療資源不足地區改善方案 11.847 億元、醫療資源不足地區醫療服務提升計畫 22 億元、山地離島地區醫療給付提升計畫 20.953 億元，合計 54.8 億元，以加強偏鄉及山地離島地區、弱勢族群醫療照護及偏遠地區燈塔型醫院等項目，確保當地民眾就醫權益。

116 年度總額協商，在雙方平和及理性協商氛圍下，總額成長率均達行政院核定之上限值 5.5%。繼 114、115 年度總額，116 年已連續第 3 年採高推估及以最高成長率 5.5%編列預算，顯見付費者委員與醫界代表對於政府推動「健康台灣」的支持。健保會初步的協商結果，預計於 10 月份委員會議確認後，依法報請衛福部核(決)定。

健保會協定之 116 年度健保醫療費用總額結果如下表：

116 年度 醫療費用	醫院 (含透析)	西醫基層 (含透析)	牙醫門診	中醫門診	其他預算	整體合計
金額 (億元)	7,235.29	1,965.82	616.28	384.64	232.44	10,434.47
成長率	5.5%	5.5%	5.5%	5.5%	增加 12.12 億元	5.5%

註：1.衛福部於 9 月 9 日交付行政院核定之成長率範圍為 2.619%~5.5%，推估費用為 10,149.55~ 10,434.49 億元。

2.門診透析服務總成長率 3%，總金額 502.6 億元，其中醫院總額為 258.18 億元，西醫基層總額為 244.42 億元，已分別併入醫院及西醫基層總額預算。

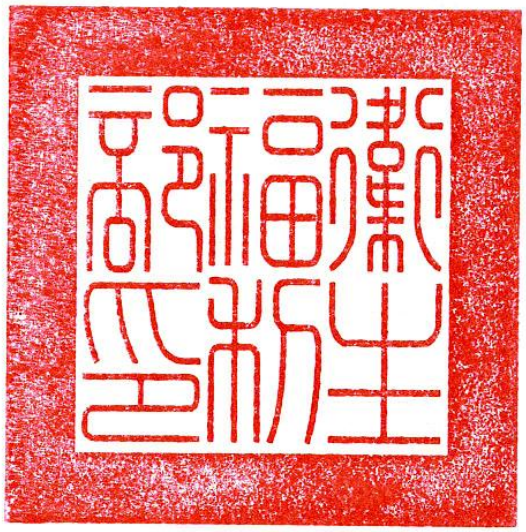
3.年度及各部門總額之金額為預估值，最終仍以健保署結算資料為準。

檔　　號：
保存年限：

附錄三

衛生福利部　公告

發文日期：中華民國115年9月17日
發文字號：衛部保字第1151260478號
附件：「全民健康保險自付差額之特殊材料品項類別」修正規定1份



主旨：修正「全民健康保險自付差額之特殊材料品項類別」，並自即日生效。

依據：全民健康保險法第四十五條第三項。

公告事項：修正「全民健康保險自付差額之特殊材料品項類別」。

部長 石崇良

全民健康保險自付差額之特殊材料品項類別修正總說明

全民健康保險自付差額之特殊材料品項類別於一百十四年九月十七日訂定公告，本次為第一次修正。

依據全民健康保險法第四十五條第二項規定，保險對象得於經保險醫事服務機構之醫師認定有醫療上需要時，選用保險人定有給付上限之特殊材料，並自付其差額。為促進廣納新醫材，提升臨床可近性與普及性，並兼顧全民健康保險財務，爰修正「全民健康保險自付差額之特殊材料品項類別」，新增第十三項「脊髓刺激器」，並自一百十五年十一月一日實施。

全民健康保險自付差額之特殊材料品項類別修正規定

項次	特殊材料品項類別	實施起日
一	義肢	八十四年三月一日
二	特殊功能人工心律調節器	八十四年八月三日
三	冠狀動脈特殊材質支架	九十五年十二月一日
四	特殊材質人工髖關節	九十六年一月一日
五	特殊功能人工水晶體	九十六年十月一日
六	特殊材質生物組織心臟瓣膜	一百零三年六月一日
七	腦脊髓液分流系統	一百零四年六月一日
八	治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置	一百零五年五月一日
九	治療複雜性心臟不整脈特殊功能導管	一百零六年十一月一日
十	特殊功能及材質髓內釘組	一百零七年六月一日
十一	特殊材質縫合錨釘	一百十四年六月一日
十二	特殊功能及材質脊椎間體護架	一百十四年十一月一日
十三	脊髓刺激器	一百十五年十一月一日

檔　　號：　附錄四
保存年限：

衛生福利部　函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：廖桂汎
聯絡電話：(02)8590-6666　分機：6761
傳真：02-85906048
電子郵件：hgeva520@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10月2日
發文字號：衛部保字第1150141938號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：所報115年度西醫基層醫療給付費用總額「家庭醫師整合性照護計畫」預算不足部分由「醫療給付改善方案」(P4P)預算流用；如原移列款項有賸餘，則回歸P4P專款一案，同意照辦，復請查照。

說明：復貴署115年9月14日健保醫字第1150663966號函辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：本部全民健康保險會

115.10.02
115CC00706

檔　　號:
保存年限:

附錄五

衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段140號
聯絡人：賴韋如
聯絡電話：02-27065866　分機：2246
傳真：02-27024091
電子郵件：A111242@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9月16日
發文字號：健保承字第1150118059A號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：發布令pdf檔、發布令稿文字檔、「全民健康保險第二類及第三類被保險人之投保單位辦理健保業務補助作業要點」第二點規定文字檔、提要表電子檔(A21030000I_1150118059A_doc3_Attach1.pdf、A21030000I_1150118059A_doc3_Attach2.odt、A21030000I_1150118059A_doc3_Attach3.odt、A21030000I_1150118059A_doc3_Attach4.odt)

主旨：「全民健康保險第二類及第三類被保險人之投保單位辦理健保業務補助作業要點」第二點，業經本署於中華民國115年9月16日以健保承字第1150118059號令修正發布，茲檢送發布令、令稿及行政規則1份，請查照。

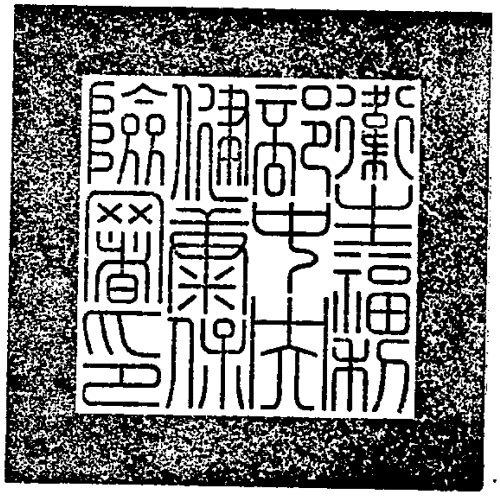
說明：併附法規及行政規則刊登行政院公報資料提要表1份。

正本：行政院公報編印中心
副本：行政院法規會、衛生福利部法規會、衛生福利部社會保險司、衛生福利部會計處、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署主計室、本署政風室、本署企劃組(均含附件) 電子公文交換章 2026/09/16 15:28:21

115.09.16
1153340198

檔　　號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署　令



發文日期：中華民國115年9月16日
發文字號：健保承字第1150118059號
附件：如文

裝

修正「全民健康保險第二類及第三類被保險人之投保單位辦理健保業務補助作業要點」第二點，並自中華民國一百十六年一月一日生效。

訂

附修正「全民健康保險第二類及第三類被保險人之投保單位辦理健保業務補助作業要點」第二點

署長陳亮好

線

全民健康保險第二類及第三類被保險人之投保單位辦理健保業務補助作業要點第二點修正規定

二、為激勵投保單位致力完成其投保與收繳健保費之效率，並落實績效導向，健保署依下列指標核撥補助款：

（一）投保人數指標：

投保單位依當月納保計費人數（被保險人及眷屬），補助每人每月新臺幣（以下同）十二元。

（二）健保費收繳率指標：

投保單位於寬限期內繳納健保費，且收繳率達百分之九十五並檢送正確欠費名冊者，依已繳納健保費之被保險人數，補助每人每月十七元五角。但收繳率達百分之九十未達百分之九十五，且檢送正確欠費名冊及催繳證明者，得依已繳納健保費之被保險人數，補助每人每月十七元五角。

受補助單位應於每年二月底前將上年度「運用健保署補助款辦理全民健康保險業務報告表」送健保署備查。

健保署計算應核給投保單位之補助款總額，以新臺幣元為單位，角以下四捨五入。

副本

檔　　號：
保存年限：

附錄六

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9月18日
發文字號：健保醫字第1150119405號
附件：請至本署全球資訊網公告攔擷取

主旨：公告「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質保證保留款實施方案」，溯自115年1月1日起生效。

依據：衛生福利部115年9月14日衛部保字第1151260470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
1153300212
115. 9. 18

附錄七

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：陳葦桓
聯絡電話：02-27065866　分機：2641
傳真：02-27069043
電子郵件：A111547@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9月11日
發文字號：健保醫字第1150664140號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨(請自行於本署全球資訊網下載)

主旨：檢送114年第4季「全民健康保險其他預算結算說明表」，相關檔案已公布於本署全球資訊網，下載路徑詳如說明，請查照。

說明：

一、依全民健康保險法第62條第3項規定：「保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額及經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用」辦理。

二、旨揭檔案同步放置於本署全球資訊網，路徑為：健保服務\健保醫療費用\醫療費用申報與給付\醫療費用支付\醫療費用給付規定\各部門總額預算分配參數及點值結算說明表\其他部門，請自行下載利用。

正本：本署各分區業務組
副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、財政部賦稅署、本署醫審及藥材組、本署資訊組、本署財務組、本署主計室 電子公文交換章 2026/09/11 14:03:02

115.09.11
1153340195

附錄八

114年度其他預算支用情形

單位：百萬元；%

項 目	全年預算數	執行數					全年執行率
		Q1	Q2	Q3	Q4	小計	
山地離島地區醫療給付效益提升計畫(含偏鄉地區全人整合照護執行方案)	1,356.6	183.2	192.3	171.2	293.7	840.3	61.9%
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,928.1	400.6	424.8	455.2	490.7	1,771.3	91.9%
推動促進醫療體系整合計畫	520.0	45.1	51.6	51.6	55.1	203.4	39.1%
1.醫院以病人為中心門診整合照護計畫		6.2	6.8	6.8	6.0	25.7	
2.跨層級醫院合作計畫		12.7	16.4	15.4	15.4	59.8	
3.急性後期整合照護計畫		23.2	25.4	26.6	31.2	106.4	
4.遠距醫療給付計畫		3.1	3.0	2.9	2.4	11.4	
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[註1]	215.0	0.45	0.45	0.43	0.60	1.9	0.9%
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費[註2]	2,000.0	0.0	78.8	0.0	0.0	78.8	3.9%
腎臟病照護及病人衛教計畫[註3]	500.0	110.0	113.5	119.4	124.4	467.4	93.5%
1.Pre-ESRD之病人照護與衛教計畫		76.4	80.0	83.9	86.0	326.3	
2.Early-CKD醫療給付改善方案		22.4	22.2	24.3	27.2	96.1	
※慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫(另行結算)		11.3	11.3	11.3	11.3	45.0	
提升用藥品質之藥事照護計畫	30.0	0.93	1.37	1.25	1.53	5.1	16.9%
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	9,378.0	1,796.7	1,853.9	1,902.7	1,989.4	7,542.7	80.4%
1.居家醫療與照護		1,085.7	1,115.7	1,140.3	1,215.2	4,557.0	
2.在宅急症照護試辦計畫		30.8	43.7	49.2	54.0	177.7	
3.助產所		0.9	0.8	1.1	0.8	3.6	
4.精神疾病社區復健		664.5	679.0	699.1	704.8	2,747.5	
5.轉銜長照之服務		14.7	14.6	13.1	14.5	56.9	
基層總額轉診型態調整費用	800.0	131.8	130.3	130.4	93.2	485.6	60.7%
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	4,156.0	528.5	812.3	937.1	952.0	3,230.0	77.7%
總 計	**20,883.7**	**3,197.3**	**3,659.3**	**3,769.4**	**4,000.6**	**14,626.6**	**70.0%**

註：1.支付狂犬病治療藥費，其餘項目無專款不足需支應之情形。

2.第2季動支經費用於支付114年度西醫基層診所及藥局春節連假(114.1.28~114.2.2)開診額外獎勵費用，所申報之門診診察費或藥事服務費支付點數加計3成。

3.門診透析服務品質提升獎勵計畫為年度另行結算且全數支應，以每季11.3百萬元(45百萬元/4)暫列。

衛生福利部全民健康保險會

第 7 屆 115 年第 9 次委員會議補充資料目錄

會議時間：115 年 10 月 28 日

一、討論事項

(一)第一案「116 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果之整體成長率及部分協定事項內容確認案」健保署回復研修結果及本會補充說明(會議資料第 92 頁) ---------- 1

(二)第五案「重新檢視政府應負擔二代全民健保總經費法定下限 36%之計算公式，並請政府儘早依法撥補不足數額案」之社會保險司意見(會議資料第 173 頁)---------- 27

(會議資料第 92 頁)

討論事項第一案「116 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果之整體成長率及部分協定事項確認案」

……

一、說明二請確認四部門總額及其他預算新增或延續性項目協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」:

(一)健保署業於本(115)年 10 月 27 日健保醫字第 1150664859 號函另送與醫界共同討論之研修結果如附件(第 26 頁),除西醫基層部分項目尚待研議外,其餘研修結果如附表(第 2~25 頁)。健保署意見分類如下:

總額別	健保署意見		尚待研議項目
	提出修正建議或意見	尊重醫界建議	
醫院(共 4 項)	項次 1~4	–	–
西醫基層(共 7 項)	項次 2~6	項次 1	項次 7
中醫門診(共 4 項)	項次 1~3	項次 4	–
牙醫門診(共 4 項)	–	項次 1~4	–

(二)建議處理方式:

1.對於「提出修正建議或意見」及「尊重醫界建議」項目,建議逐項討論確認內容。

2.「尚待研議項目」:詳附表之西醫基層總額項次 7(第 11~14 頁)。

3.若經討論,部分項目內容仍無法確認,則依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定,報請衛生福利部決定。

附表

116 年總額協定事項「執行目標」及「預期效益之評估指標」說明

◆ 醫院總額

項次	項目	協定事項(暫列)	處理建議
1	新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)	1. 執行目標(暫列)：加速新藥之收載，以使健保資源給付於創新治療。 2. 預期效益之評估指標(暫列)： (1) 提藥物共同擬訂會議討論之新藥案件數至少 15 件。 (2) 提藥物共同擬訂會議討論之暫時性支付項目回歸健保常規給付之案件數至少 7 件。	一、健保署建議： 預期效益之評估指標修正如下： **(一)刪除原指標：** ~~(1)提藥物共同擬訂會議討論之新藥案件數至少 15 件。~~ ~~(2)提藥物共同擬訂會議討論之暫時性支付項目回歸健保常規給付之案件數至少 7 件。~~ **(二)修正指標為：** 年度經費執行率達 90%以上。 二、台灣醫院協會(下稱醫協)建議(115 年 10 月 18 日電子郵件)：預算使用宜保留

項次	項目	協定事項(暫列)	處理建議
			穩健為宜，建議本項預算指標閾值下修為 80%，即年度經費執行率 80%以上。 三、請討論。
2	藥品及特材給付規定改變	1. 執行目標(暫列)：依臨床實證擴增藥品給付範圍，提供民眾最有效益的治療。 2. 預期效益之評估指標(暫列)： (1)提藥物共同擬訂會議討論之給付規定擴增案件數至少 15 件。 (2)提藥物共同擬訂會議討論之暫時性支付項目回歸健保常規給付之案件數至少 1 件。	一、健保署建議： 預期效益之評估指標修正如下： **(一)刪除原指標：** ~~(1)提藥物共同擬訂會議討論之給付規定擴增案件數至少 15 件。~~ ~~(2)提藥物共同擬訂會議討論之暫時性支付項目回歸健保常規給付之案件數至少 1 件。~~ **(二)修正指標為：** 年度經費執行率達 90%以上。 二、醫協建議(115 年 10 月 18 日電子郵件)：預算使用宜保留穩健為宜，建議本項預算指標閾值下修為 80%，即年度經費執行率 80%以上。 三、請討論。

項次	項目	協定事項(暫列)	處理建議
3	促進醫療服務診療項目支付衡平已導入費用	1. 執行目標(暫列)：提升急診及護理人力投入價值。 2. 預期效益之評估指標(暫列)： (1) 護理人員調薪指標：護理人員調薪人數比率與 113 年 12 月相較須達 55%或高於該院急性一般病床護理人員數占率。 (2) 急診相關項目指標：任一指標達標(維持或優於去年)。 ~~①急診病人轉出率。~~ ~~②每季急診轉住院病人滯留急診超過 24 小時之日均人次。~~ ~~③急診轉住院人次占率及急診病人停留超過 24 小時之案件比率。~~ ①每季急診轉住院病人滯留急診超過 24 小時之日均人次。 ②急診轉住院人次占率。 ③急診病人停留超過 24 小時之案件比率。 (115 年 10 月 14 日醫協修正)	一、預期效益之評估指標第 1 項建議酌修文字如下： 護理人員調薪指標：護理人員調薪人數~~比率~~與 113 年 12 月相較，提升一投保等級人數占率，須達 55%或高於該院急性一般病床護理人員數占率。 二、其餘指標尊重醫界規劃。

項次	項目	協定事項(暫列)	處理建議
		(3) 急救責任醫院加護病房基本診療項目指標：任一指標達標(維持或優於去年)或高於同層級醫院同儕值中位數。 ①檢傷一級病人及完成急診重大疾病照護病人進入加護病房＜6 小時之比率。 ②加護病床周轉率。	
4	暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)	1. 執行目標(暫列)：針對食藥署核准上市，屬臨床迫切需求且臨床療效及財務具高度不確定性之新藥，採暫時性支付，期間蒐集我國真實世界實證資料，再評估健保是否常規支付。 2. 預期效益之評估指標(暫列)：提藥物共同擬訂會議討論之暫時性支付項目案件數至少 1 件。	預期效益之評估指標修正如下： **刪除原指標：** ~~提藥物共同擬訂會議討論之暫時性支付項目案件數至少 1 件。~~ **修正指標為：** 完成藥物共同擬訂會議審議之暫時性支付項目案件數至少 1 件。

◆ 西醫基層總額

項次	項目	協定事項(暫列)	修正後協定事項(本署建議)	處理建議
1	因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費	1. 執行目標(暫列)：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數達 85%。 2. 預期效益之評估指標(暫列)：聘有護理人員之診所，調升護理人員之薪資比率。	-	一、查 115 年即採本項指標，且目標值亦為 85%。 二、114 年達調薪標準之診所占率 54.2%。 三、本署尊重醫界規劃。
2	促進醫療服務診療項目支付衡平已導入費用	1. 執行目標(暫列)：通盤研議、修訂支付標準，系統性檢討各項支付成本及相對合理性。 2. 預期效益之評估指標(暫列)：假日開診家數下降達 3%即啟動調查，依調	1. 執行目標：通盤研議、修訂支付標準，系統性檢討各項支付成本及相對合理性。 2. 預期效益之評估指標：<u>倘某區域急診人次連續四週成長率大於 5%或</u>	一、建議依合理量支付標準調整之監控指標：倘某區域急診人次連續四週成長率大於 5%或開診率下降，則請醫師全聯會協調開診。 二、中華民國醫師公會全國聯合會(下稱全聯會)115

項次	項目	協定事項(暫列)	修正後協定事項(本署建議)	處理建議
		查結果進行滾動檢討與調整。	開診率下降，則請醫師全聯會協調開診。	年 10 月 19 日以電子郵件回復，同意本署修正建議。
3	家庭醫師整合性照護計畫	1. 執行目標(暫列)：配合「健康台灣三高防治 888」政策，持續擴大收案及照護範圍,提升照護涵蓋率與品質。 2. 預期效益之評估指標(暫列)： (1) 糖心腎症候群監測數據控制良（或進步）率。 (2) 糖尿病會員胰島素注射率。	1. 執行目標：配合「健康台灣三高防治 888」政策，持續擴大收案及照護範圍，提升照護涵蓋率與品質。 2. 預期效益之評估指標： (1) 糖心腎症候群監測數據控制良（或進步）率。 (2) 潛在可避免急診率（優於全國）。 (3) 三高病人之生活型態量表填寫人數>5 萬人。	一、健保署建議： (一)因單看胰島素注射率的高低，無法得知糖尿病會員的生理數值是否有變化，建議刪除原指標「糖尿病會員胰島素注射率」。 (二)配合「健康台灣三高防治 888」政策及家醫計畫推動方向，調整預期效益評估指標，以衡量慢性病照護成效、醫療利用,建議增列「潛在可避免急診率(優於全國)」、

項次	項目	協定事項(暫列)	修正後協定事項(本署建議)	處理建議
				「三高病人之生活型態表填寫人數。」2項指標。 二、全聯會115年10月19日以電子郵件回復：仍建議維持該會原暫列之預期效益評估指標： (1)糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率。 (2)糖尿病會員胰島素注射率。 三、請討論。
4	醫療給付改善方案	1. 執行目標(暫列)： ~~透過連續性照護與醫病共同參與，促使病患積極治療及管理疾病，進而促進國民健康及健保制度之永續發展。~~	1. 執行目標： ~~透過連續性照護與醫病共同參與，促使病患積極治療及管理疾病，進而促進國民健康及健保制度之永續發展。~~ 透過支付制度之設計，	一、因產婦人數逐年下降，孕產婦方案恐無法達成方案照護人數較前一年度增加，建議以「方案照護率較前一年度增加」評核。

項次	項目	協定事項(暫列)	修正後協定事項(本署建議)	處理建議
		透過支付制度之設計，強化疾病管理、追蹤照護及合理用藥之誘因，鼓勵醫療院所建立「以病人為中心」之完整照護模式，並加強對病患之追蹤、衛教及用藥管理。 (全聯會 115 年 10 月 12 日修正) 2. 預期效益之評估指標(暫列)： ~~配合各方案之指標及健保署規劃辦理。~~ 各方案照護人數較前一年度增加。(全聯會 115 年 10 月 12 日修正)	強化疾病管理、追蹤照護及合理用藥之誘因，鼓勵醫療院所建立「以病人為中心」之完整照護模式，並加強對病患之追蹤、衛教及用藥管理。 (全聯會 115 年 10 月 12 日修正) 2. 預期效益之評估指標： 各方案照護人數或照護率較前一年度增加或維持。	二、全聯會 115 年 10 月 19 日以電子郵件回復，同意本署修正建議。
5	口腔黏膜癌前病變(OPMD)追蹤照護	1. 執行目標(暫列)：透過定期且結構化的照護介入，	1. 執行目標：透過定期且結構化的照護介入，包括口	一、考量按計畫研議及提案程序，本計畫預計最快

項次	項目	協定事項(暫列)	修正後協定事項(本署建議)	處理建議
	計畫(116 年新增項目)	包括口腔清潔、適當藥物治療、戒檳衛教及戒菸協助，以改善口腔黏膜微環境，降低癌前病變持續惡化之風險，並提升早期發現口腔癌及咽喉癌之機會，進而強化整體口腔癌防治成效。 2. 預期效益之評估指標(暫列)： (1)收案率≧30%。 (2)複診管理照護執行完整度≧80%。 (3)年度完整追蹤率≧60%。	腔清潔、適當藥物治療、戒檳衛教及戒菸協助，以改善口腔黏膜微環境，降低癌前病變持續惡化之風險，並提升早期發現口腔癌及咽喉癌之機會，進而強化整體口腔癌防治成效。 2. 預期效益之評估指標： 收案人數≧25,000 人。	於 116 年下半年啟動，應無法完整執行複診管理追蹤及年度完整追蹤，爰建議刪除「複診管理照護執行完整度≧80%」及「年度完整追蹤率≧60%」兩項指標。 二、另以 113 年、114 年口腔癌篩檢疑似陽性個案人數及成長率推估，116 年約 5 萬人，考量計畫執行期程，建議「收案率≧30%」修改為「收案人數≧25000 人」。 三、全聯會 115 年 10 月 19 日以電子郵件回復，同意本署修正建議。

項次	項目	協定事項(暫列)	修正後協定事項(本署建議)	處理建議
6	幽門螺旋桿菌除菌治療後衍生診療費用(116 年新增項目)	1. 執行目標(暫列)：接受胃癌篩檢後確認為幽門螺旋桿菌陽性，並於基層診所完成除菌治療之個案，於治療完成後，給付一次「幽門桿菌糞便抗原檢查(30522C)」作為確認除菌是否成功之檢查，以提升整體除菌成功確認率，並作為後續評估胃癌防治政策成效之重要基礎。 2. 預期效益之評估指標(暫列)：陽性個案追蹤率達70%。	-	一、因本項費用係用於除菌後追蹤確認檢驗，爰建議預期效益之評估指標訂定「除菌後完成幽門桿菌糞便抗原檢查(30522C)檢驗之比率較前一年增加」。 二、全聯會 115 年 10 月 19 日以電子郵件回復，同意本署修正建議。
7	強化糖心腎症候群(CKM)全人整合照護計畫(116 年新增項目)	1. 執行目標(暫列)：降低國人心血管疾病發生率及減少糖尿病相關心腎併發症、住院及後續高額醫	-	一、健保署建議： (一)依協商會議討論，本項目預算用途係源於西醫基層提出「強化心血

項次	項目	協定事項(暫列)	修正後協定事項(本署建議)	處理建議
		療資源耗用，提升健保資源運用效益。 2. 預期效益之評估指標(暫列)：患者治療前後 LDL 或 HbA1c 之進步率。		管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物標準」及「放寬 GLP-1 RA 使用標準」等藥物給付條件放寬所需經費，爰建議評核指標應能區辨治療成效是否與藥物使用相關。 (二)本項計畫強化糖心腎症候群全人整合照護之政策方向，與現行家醫計畫及糖尿病、慢性腎臟病等醫療給付改善方案之照護對象、服務內容及品質指標具有高度重疊性。建議應釐清新增計畫之政策定位、收案對象、服務內

項次	項目	協定事項(暫列)	修正後協定事項(本署建議)	處理建議
				容及支付差異，並以高風險個案之分級管理及跨專業整合照護為強化重點，避免重複收案、重複支付及增加行政負擔。 (三)至預期效益評估應著重新增照護措施所帶來之實質健康效益，並與既有計畫品質指標適度整合，以提升健保資源運用效益。 二、全聯會 115 年 10 月 19 日以電子郵件回復，同意本署修正建議。 三、本會建議：參考健保署意見，建議修正協定事項文字如下：

項次	項目	協定事項(暫列)	修正後協定事項(本署建議)	處理建議
				請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體討論研訂執行目標、預期效益之評估指標，指標之訂定應能反映新增照護措施所帶來的實質健康效益，其收案對象及服務內容應避免與既有計畫重複，適度整合相關品質指標，以提升健保資源運用效益，並報請衛生福利部核定。

◆ 中醫門診總額

項次	項目	協定事項(暫列)	修正後協定事項(本署建議)	處理建議
1	提升中醫藥費(116 年新增項目)	1. 執行目標(暫列)：提高慢性病處方箋的使用，符合條件的慢性病患者使用長日數(大於7日)處方箋的比率較前 1 年提升1%。 2. 預期效益之評估指標(暫列)：中藥不良反應報告數量低於 0.01%(計算方法：中藥不良反應報告數/總用藥人次×100%)。	1. 執行目標：提高慢性病處方箋的使用，符合條件的慢性病患者使用長日數(大於7日)處方箋的比率較前1年提升1%。 2. 預期效益之評估指標：中藥不良反應報告數量低於 0.0005%(計算方法：中藥不良反應報告數/總用藥人次×100%)。	一、健保署建議： 中醫不良反應報告數資料係來自「中藥藥品安全監測通報系統」，惟該系統屬自發性通報性質。查衛生福利部114 年度中藥不良反應通報案件分析，114年中藥不良反應通報案件為106件，總用藥人次為39,992千人次，中藥不良反應報告數占總用藥人次之0.0003%，建議116年預期效益之評估指標修訂為0.0005%。

項次	項目	協定事項(暫列)	修正後協定事項(本署建議)	處理建議
				二、中華民國中醫師公會全國聯合會（下稱中全會)115 年 10 月 19 日以電子郵件回復：經該會討論仍建議維持原案不予修正。 三、請討論。
2	中醫癌症患者加強照護整合方案	1. 執行目標(暫列)：參與院所數為 300 家及服務人次以 29 萬人次為目標。 2. 預期效益之評估指標(暫列)：116 年 FACT-G、CTCAE 等整體成效評估有改善。	1. 執行目標：參與院所數為 305 家及服務人次以 29 萬人次為目標。 2. 預期效益之評估指標：116 年 FACT-G、CTCAE 等整體成效評估有改善。	一、健保署建議： 查 115 年參與院所數已達 301 家，建議 116 年執行目標調整為 305 家。 二、中全會 115 年 10 月 19 日以電子郵件回復：經該會討論仍建議維持原案不予修正。 三、請討論。

項次	項目	協定事項(暫列)	修正後協定事項(本署建議)	處理建議
3	中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	1. 執行目標(暫列)：參與院所數為 300 家及服務人數以 14,500 人為目標。 2. 預期效益之評估指標(暫列)：eGFR 量表評量結果呈正向發展。	1. 執行目標：參與院所數為 320 家及服務人數以 14,500 人為目標。 2. 預期效益之評估指標：eGFR 量表評量結果呈正向發展。	一、健保署建議： 查 115 年參與院所數已達 310 家，建議 116 年執行目標調整為 320 家。 二、中全會 115 年 10 月 19 日以電子郵件回復：經該會討論仍建議維持原案不予修正。 三、請討論。
4	照護機構中醫醫療照護方案	1. 執行目標(暫列)：服務 250 家照護機構及服務人次以 120,000 人次為目標，總服務天數 8,000 天。	無意見。	尊重醫界規劃。

項次	項目	協定事項(暫列)	修正後協定事項(本署建議)	處理建議
		2. 預期效益之評估指標(暫列)：住民外出就診中醫次數較前 1 年減少。		

◆ 牙醫門診總額

項次	項目	協定事項(暫列)	修正後協定事項(本署建議)	處理建議
1	牙醫特殊醫療服務計畫	~~1. 執行目標(暫列)：達成 220,000 服務人次(含腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者服務 2,000 人次)。~~ 1. 執行目標(暫列)：達成 230,000 服務人次(含腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者服務 2,000 人次)。 (牙全會 115 年 10 月 19 日修正) 2. 預期效益之評估指標(暫列)：提升牙醫醫療服務品質，加強提供先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務及特定身心障礙者牙醫醫療服務、增加老人福利機構口腔醫療照護。	-	1. 執行目標： (一) 查本計畫114年服務人次約21.7萬人次，另115年1-6月服務人次約11.4萬人次，如以114年1-6月約服務 10.4 萬人次，占114年全年服務人次比例48.3%((104,504/216,515)*100%=48.3%)，推估115年全年服務人次約23.6萬。 (二) 另腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者114年服務人次為589人次，115年1-6月服務人次為421人次，如以114年1-6月約服務236人次，占114年全年服務人次比例40.1%((236/589)*100%=40.1%)，推估115年全年服務人次約1,048人次。 (三) 本署尊重醫界規劃。

項次	項目	協定事項(暫列)	修正後協定事項(本署建議)	處理建議
				2. 預期效益之評估指標：本署尊重醫界規劃。
2	青少年口腔提升照護試辦計畫	1. 執行目標(暫列)：照護人次以達成「青少年齲齒控制照護處置(P7101C)」、「青少年齲齒氟化物治療(P7102C)」合計 798,000 服務人次為執行目標。 2. 預期效益之評估指標(暫列)： (1) 提升全國 12~18 歲青少年牙醫就醫率不低於 60%。 (2) 執行 P7102C 後 1 年內牙位 11~13、21~23、31~33、41~43 的平均齲齒填補顆數增加率減緩。	無意見。	一、執行目標： 查本計畫 114 年服務人次約 42.8 萬人次，另 115 年 1-6 月服務人次約 25.3 萬人次，114 年 1-6 月約服務 18.8 萬人次，占 114 年全年服務人次比例 43.93%((188,119/428,219)*100%=43.93%)，推估 115 年全年服務人次約 57.8 萬。 二、預期效益之評估指標： (一) 114 年青少年牙醫就醫率 56%。 (二) 114 年平均齲齒填補顆數增加率=(0.2573-0.2716)/0.2716=-5.27%。 三、本計畫執行目標及預期效益之評估指標，尊重醫界規劃。

項次	項目	協定事項(暫列)	修正後協定事項(本署建議)	處理建議
3	高風險疾病口腔照護計畫	1. 執行目標(暫列)： ~~(1)116 年服務「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達 269 萬人次、照護人數不低於 118 萬人。~~ ~~(2)116 年「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」(P7302C)預估服務人次不低於 322 萬人次、照護人數不低於 171 萬人。~~ (1)116 年服務「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達 285 萬人次、照護人數不低於 125 萬人。 (2)116 年「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」(P7302C)預估服務人次不低於 341 萬人	-	一、執行目標： (一) 查本計畫「高風險疾病病人牙結石清除-全口」服務量如下： 1. 114 年服務人次約 220.1 萬人次，另 115 年 1-6 月服務人次約 128.0 萬人次，114 年 1-6 月約服務 104.4 萬人次，占 114 年全年服務人次比例 47.40% ((1,043,724/2,202,078)*100%=47.40%)，推估 115 年全年服務人次約 270.1 萬。 2. 114 年服務人數 129.3 萬人，平均每人利用次數 1.7 人次 (2,202,078/1,293,359=1.7)，推估 115 年服務人數約 158.9 萬人 (2,701,145/1.7=1,588,909)。 3. 尊重醫界規劃。

項次	項目	協定事項(暫列)	修正後協定事項(本署建議)	處理建議
		次、照護人數不低於 180 萬人。 (牙全會 115 年 10 月 19 日修正) 2. 預期效益之評估指標(暫列)： (1)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。 (2)自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。 (3)65 歲以上接受照護病人 3 年後(116 年執行完，自 117 年起)，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。		(二) 查本計畫「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」服務量如下： 1. 114 年服務人次約 277.8 萬人次，另 115 年 1-6 月服務人次約 161.1 萬人次，114 年 1-6 月約服務 129.6 萬人次，占 114 年全年服務人次比例 46.67% ((1,296,254/2,777,822)*100%=46.67%)，推估 115 年全年服務人次約 345.2 萬。 2. 114 年服務人數 150.4 萬人，平均每人利用次數 1.8 人次 (2,777,822/1,503,963 =1.8)，推估 115 年服務人數約 191.7 萬人 (3,451,230/ 1.8=1,917,350)。 3. 尊重醫界規劃。 二、 預期效益之評估指標：

項次	項目	協定事項(暫列)	修正後協定事項(本署建議)	處理建議
				(一) 各指標執行情形： 1. 指標 1、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：6 年調查 1 次，預估下次調查區間為 116-118 年，俟 119 年方能提供結果。 2. 指標 2、自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩(業於 115.4.22 向健保會報告，113 年平均齲齒填補顆數 1.2206 顆，114 年下降至 1.1898 顆，114 年較 113 年減少 0.0308 顆牙齒)。 3. 指標 3、65 歲以上接受照護病人 3 年後(113 年收案，追蹤至 116 年)，因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數較該年度比較

項次	項目	協定事項(暫列)	修正後協定事項(本署建議)	處理建議
				族群減少，俟 117 年方能統計本項指標成效。 (二) 尊重醫界規劃。
4	弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫(116 年新增項目)	1. 執行目標(暫列)： (1)116 年所需預算為 490.6 百萬元，考量行政院核定 116 年總額成長率上限為 5.5%，116 年爭取費用為 2 億元，另本計畫需逐步推展，執行率為 80%。 ~~(2)116 年符合本計畫任一項核發原則之牙醫師數占適用鄉鎮牙醫師數為 5 成。~~ (2)116 年符合本計畫任一項核發原則中加計項目之牙醫師數，占適用鄉鎮牙醫師數達 6 成。(符合計畫資格者僅因位於加計地區而逕予加計之項目，不納入計算)。	無意見。	一、執行目標： (一) 查 115 年第 1 季適用鄉鎮牙醫師數共 464 人，符合核發原則第 1~6 項醫師數占率分別為 100%、34.7%、29.1%、71.6%、86.0%、63.6%，如第 1 項(僅因位於加計地區而逕予加計)不計，符合其他 5 項核發原則之牙醫師數合計共 417 人，占率為 89.9%。 (二) 考量 116 年計畫調整適用鄉鎮篩選條件，適用醫師數增加，依牙全會 116 年總額協商會議資料估計人數約 780 人，達成率可能會變動，尊重醫界規劃。 二、預期效益之評估指標：尊重醫界規劃。

項次	項目	協定事項(暫列)	修正後協定事項(本署建議)	處理建議
		(牙全會 115 年 10 月 7 日修正) 2. 預期效益之評估指標(暫列)：維持適用鄉鎮執業牙醫師數不減少。		

附件

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：許洋騰
聯絡電話：02-27065866　分機：2627
傳真：27069043
電子郵件：A111447@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10月27日
發文字號：健保醫字第1150664859號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨 (A210300001_1150664859_doc2_Attach1.pdf)

主旨：檢送116年各總額部門協定事項「執行目標」及「預期效益之評估指標」之本署說明及各總額部門相關團體意見（附件），請查照。

正本：衛生福利部全民健康保險會
副本：本署企劃組、本署醫審及藥材組 電子公文交換章 2026/10/27 09:40:52

115.10.27
1153340222

(會議資料第 173 頁)

討論事項第五案「重新檢視政府應負擔二代全民健保總經費法定下限36%之計算公式，並請政府儘早依法撥補不足數額案」

……

社會保險司意見：

有關貴會保險付費者雇主代表呂委員正華等 4 人所提「重新檢視政府應負擔二代全民健保總經費法定下限 36%之計算公式，並請政府儘早依法撥補不足數額」案，本司說明如下：

一、政府應負擔健保總經費法定下限為 102 年二代健保新制度，施行初期因主計總處與本部法規見解差異，致相關預算編列產生疑義。案經行政院跨部會研商，已確立法律見解及計算方式，105 年及 114 年二度修正健保法施行細則第 45 條，均已完備送立法院審查之法定程序。各年度政府應負擔法定下限 36%，業依法核算，由審計部完成審定，相關法制程序皆屬完備，合法性及合理性無虞。早期因政府部門間法規爭議衍生之預算不足數，已於 109 年全數完成撥補，政府每年均依法負擔經費。

二、有關政府應負擔健保總經費法定下限 36%之計算方式，業多次於貴會委員會議中以口頭及書面方式說明，考量近期貴會委員曾於 114 年 6 月 25 日及 115 年 6 月 24 日委員會議中，表達希望瞭解其計算方式，爰於貴會 115 年 6 月 24 日委員會議之歷次委員會議繼續列管事項追蹤表，補充各年度完整計算資料（詳如貴會委員提案附件 1）。

三、為確保健保永續經營，政府除依法落實法定責任外，近年更積極推動多元財務挹注措施。於法定負擔方面，業於 114 年 10 月 20 日修正健保法施行細則第 45 條規定，明定政府法定負擔 36%之計算範圍以健保法規範者為限，修法後政府每年將增加法定撥補金額(114 年 141 億元)。另於法定責任外，自 112 年起額外挹注健保基金，包含 112 年公務預算 240 億元、113 年疫後特別預算 200 億元及 114 年韌性特別預算 200 億元，並規劃於 116

年再以公務預算挹注 600 億元。此外，於 114 年透過健保財務協助方案,在支出端將健保總額部分項目移列公務預算等計 181 億元，後續年度亦賡續編列相關預算(115 年 199 億元及 116 年 221 億元)；本部未來仍會就爭取健保各項財源持續努力。

四、 貴會委員針對法規見解所提不同意見，本部予以尊重，惟本案業經跨部會嚴謹討論，且相關法制程序完備，政府每年皆已依法負擔健保財務責任，針對條文未臻明確之處，未來亦將配合健保相關法規研修，更清楚界定政府負擔範圍，以杜爭議。

2

衛生福利部全民健康保險會

第 7 屆 115 年第 9 次委員會議補充資料

會議時間：115 年 10 月 28 日

貳、議程變更

考量四部門總額地區預算分配之衡平，原討論案第二、三案保留至11月份委員會議，俟西醫基層、牙醫門診總額之地區預算分配提案，再一併討論，原討論事項第四案至第五案依序往前遞移。

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結果之整體成長率及部分協定事項內容確認案

~~二、116年度醫院總額一般服務地區預算分配案~~

~~三、116年度中醫門診總額一般服務地區預算分配案~~

二、~~四、~~被保險人所屬投保單位應負擔之平均眷口數事宜

三、~~五、~~重新檢視政府應負擔二代全民健保總經費法定下限36%之計算公式，並請政府儘早依法撥補不足數額案