

全民健康保險醫療費用協定委員會  
100 年度大事紀

中華民國 101 年 2 月編印

- 1月1日 本會行政院勞工委員會代表委員孟參事謁倫退休，改由孫處長碧霞擔任。
- 1月3日 行政院衛生署中央健康保險局公告「西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫」，自公告日起實施。
- 1月4日 本會公告「100年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配。」
- 1月5日 行政院衛生署中央健保局公告，99年度「建構整合式照護模式並逐步朝促進醫療體系整合計畫」展延至100年3月31日止。
- 1月7日 100年度委託臺北醫學大學辦理「全民健保醫療費用總額分配方式及其可能影響之評估」之科技計畫，完成簽約，契約期限至12月15日止。
- 1月11日 行政院衛生署中央健康保險局公告「100年度全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」、「100年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案」。
- 1月14日 一、行政院衛生署中央健康保險局公告展延「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」至100年3月31日止。  
二、召開第167次委員會議。  
(一)報告事項暨決定：  
1.確認本會上(第166)次委員會議紀錄：確定。  
2.上(第166)次委員會議決議事項辦理情形追蹤及重要業務報告案：  
(1)100年度各部門總額協定事項之相關計畫與須辦事宜，依辦理時程繼續追蹤。  
(2)有關「請中央健康保險局配合於每季(3、6、9、12月)進行醫療費用支出情形口頭報告時，納入有關地區醫院之家數變化、申報與核付、核減率等相關資料」乙節，於觀察2季(3、6月)均無延誤報告後，再行結案。  
3.本會議事錄對外公開之作業方式修訂案：  
除與會發言人員確認發言實錄時間維持現行之「3個工作天」外，餘依修訂建議通過(修正後之作業方式如附件)。  
4.中央健康保險局函送本會備查之「100年度各部門總額保障項目」案：  
100年度各部門總額保障項目與核算方式，尊重中央

健康保險局會同相關醫事團體議定之結果(如附表)，同意予以備查。至醫院總額之血品處理費，中央健康保險局業已函請衛生署核示，將依相關程序辦理。

附表 100 年度各部門總額一般服務保障項目與核算方式

部門別	保障項目與核算方式
牙醫門診	藥品採每點 1 元核算。
中醫門診	藥品、藥品調劑費及「中醫門診總額醫療資源缺乏不足地區巡迴醫療服務計畫」之論量計酬案件，採每點 1 元核算。
西醫基層	(一)藥品依藥價基準核算。 (二)每點 1 元之核付項目： 1.論病例計酬案件。 2.促進供血機制合理方案之血品處理費。
醫院	(一)每點 1 元之核付項目： 1.門住診之藥品、藥事服務費。 2.門診手術費。 3.衛生署公告之偏遠地區急救責任醫院之急診醫療服務。 4.住院之手術費、麻醉費。 (二)以各分區門住診前一季平均點值或當季浮動點值核付之項目： 經衛生署核定，健保局公告之偏遠地區醫院之醫療服務，其浮動點數以前一季各區門住診平均點值核付，惟結算後如前一季該分區門住診平均點值小於當季浮動點值，該分區該季偏遠地區醫院之浮動點數以當季浮動點值核付。
門診透析	(一)藥品及藥事服務費採每點 1 元核算。 (二)腹膜透析服務之追蹤處理費(58011C 及 58017C)採每點 1.1 元核算。

- 5.行政院衛生署說明「全民健康保險法」修正重點案。
- 6.中央健康保險局報告「目前分級醫療實施情形，及如何適當分配醫療資源，提升使用效率之具體作法」案。
- 7.中央健康保險局報告「醫院及西醫基層財務風險監控情形」案。

附件 全民健康保險醫療費用協定委員會議事錄(含會議紀錄及與會人員發言實錄)對外公開之作業方式  
98年6月12日訂定  
100年1月14日修正

一、議事錄之製作

- (一)會議紀錄製作方式維持現狀。
- (二)與會人員發言實錄，於當次委員會議後 4 日內製作完竣後，以 3 個工作天為期，用傳真或電子郵件送請各發言人員，進行確認。若有修正，以會中發言內容為限。3 天未回復者，

視為同意。

二、上開議事錄依現行方式及名單寄送各相關人員及團體，並同時上網公開。

三、議事錄之確認：

(一)於下次委員會議時，宣讀會議紀錄部分，至於與會人員發言實錄則不宣讀。

(二)主席徵詢有無修正意見時，與會人員可就紀錄或發言實錄提出修正意見。

(三)紀錄或發言實錄若有修正，則記載於下次委員會議議事錄中。

四、議事錄之公開原則及方式：

(一)每次均公開。

(二)於當次委員會議後 10 日內，置於本會網頁公開之。

五、本作業方式自第 168 次委員會議之議事錄開始適用。

(二)討論議題暨決議：

1.謝委員武吉所提「100 年醫院總額實施時，健保局應針對地區醫院之『急性醫療服務部分』，以目標小總額來規劃管理(以前一年度之占率為基礎+區域以上醫院所降低之初級、次級照護比例之金額=地區醫院目標小總額)，以確保社區醫療之發展，避免社區醫療網萎縮崩盤」案：

(1)100 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式，業經報奉衛生署核定，並由本會公告在案，爰仍依協定之架構辦理。

(2)分級醫療政策為健保未來執行之目標，有關各層級醫療費用占率、初、次級照護次數比率、急、重症醫療保障等相關規劃與執行配套措施，請先提至醫院總額支付委員會討論。

2.謝委員武吉所提「基於資訊透明公開之原則，健保局之醫療服務審查應將審查醫師、承辦行政人員告知各醫療院所，以茲資訊透明之原則，達到雙贏之目的」案：

本案保留至下次委員會議討論。

三、本會編印「99 年度全民健康保險醫療費用協定委員會大事紀」，分送委員參考。

1 月 26 日 全民健康保險法修正案奉 總統 100 年 1 月 26 日華總一義字第 10000011861 號令公布。

1 月 27 日 行政院衛生署中央健康保險局公告修正「全民健康保險小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫」、「全民健康保險小兒腦性麻

痺中醫優質門診照護試辦計畫」、「全民健康保險腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」、「全民健康保險腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」、「全民健康保險腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫」、「100 年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」、「100 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫」、「全民健康保險醫療費用支付標準特定檢查資源共享試辦計畫」、「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」試辦計畫、「100 年全民健康保險提升住院護理照護品質方案」，其中除「全民健康保險醫療費用支付標準特定檢查資源共享試辦計畫」，自 100 年 2 月 1 日起生效外，餘試辦計畫自 100 年 1 月 1 日起生效。

- 1 月 28 日 行政院衛生署中央健康保險局令：新增「全民健康保險醫療費用支付標準」第四部中醫第五章傷科治療及第六章脫臼整復費治療處置通則：限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報，並自 100 年 5 月 1 日施行。
- 1 月 31 日 行政院衛生署中央健康保險局令：(一)新增「全民健康保險醫療費用支付標準」第二部西醫第二章特定診療第一節檢查及第二節放射線診療，本項新增項目溯及 100 年 1 月 1 日施行；(二)修正「全民健康保險醫療費用支付標準」第二部西醫第一章基本診療及第二章特定診療項目、第四部中醫通則七、第七部論病例計酬，除第二部西醫第二章特定診療第二節放射線診療 33090B「使用低滲透壓或非離子性含碘對比劑」自 100 年 2 月 1 日施行外，其他支付標準溯及 100 年 1 月 1 日施行。
- 2 月 1 日 行政院衛生署中央健康保險局公告「100 年度全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」修正項目。
- 2 月 11 日 一、行政院衛生署中央健康保險局公告「100 年全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」。  
二、召開第 168 次委員會議。  
(一)報告事項暨決定：  
1. 確認本會上(第 167)次委員會議議事錄：確定。  
2. 上(第 167)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告案：  
(1) 100 年度各部門總額協定事項之相關計畫與須辦事宜，依辦理時程繼續追蹤。  
(2) 「請中央健康保險局配合於每季(3、6、9、12 月)進行醫療費用支出情形口頭報告時，納入有關地區

醫院之家數變化、申報與核付、核減率等相關資料」案，確定於本年3月及6月份委員會議均如期完成報告後結案。

(二)討論議題暨決議：

謝委員武吉所提「基於資訊透明公開之原則，健保局之醫療服務審查應將審查醫師、承辦行政人員告知各醫療院所，以茲資訊透明之原則，達到雙贏之目的」案：

- 1.為提升健保醫療服務審查品質，促進審查標準之一致性，請中央健康保險局加強對專業審查醫師及行政人員之審查資料進行檔案分析與健全管理制度，若發現審核結果異常或變異性太大，應即時啟動檢討機制，以為因應與改善。
- 2.委員對醫療服務審查制度及資訊之公開透明，皆提出許多寶貴意見，請本會幕僚彙整委員之建議，函請行政院衛生署及中央健康保險局納入醫事服務機構醫療服務審查辦法或相關審查制度修訂時參酌辦理。

三、本會第7屆委員之任期，於本年2月28日屆滿，為感謝委員於任內辛勞暨順利完成全民健保總額及其相關議題之協議，邱署長文達除致贈紀念品外，並假上海鄉村餐廳宴謝委員。

四、本會編印「99年度全民健康保險醫療費用協定委員會議(第156~166次)彙編」，分送委員及相關單位參考。

2月23日 行政院衛生署中央健康保險局公告「全民健康保險論人計酬試辦計畫」。

2月25日 行政院衛生署中央健康保險局公告減列屏東縣滿州鄉為「100年度全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」之施行區域；增列屏東縣滿州鄉為「100年度全民健康保險醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」之施行區域。

3月1日 一、本會第8屆委員自今日起聘，聘期為100年3月1日至100年12月31日。27名委員(含主任委員)中，24名續任，另3名新任，分別為：中華民國全國工業總會何常務理事語、行政院衛生署黃技監焜璋、財政部國庫署凌專門委員月霞。  
二、100年度委託中臺科技大學辦理「中醫門診總額地區預算分配模式對醫療資源及民眾就醫權益之影響評析」之研究計畫，完成簽約，契約期限至12月15日止。

3 月 3 日 行政院衛生署中央健康保險局公告修正「西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫」。

3 月 7 日 行政院衛生署中央健康保險局公告「100 年增進全民健康保險醫療資源不足地區之醫院點值保障方案」及符合條件之醫院名單，並追溯自 100 年 1 月 1 日起實施。

3 月 11 日 召開第169次委員會議。

一、報告事項暨決定：

(一)確認本會上(第 168)次委員會議議事錄：確定。

(二)前(第 168)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告案：

籲請衛生署於討論「101 年度全民健保醫療給付費用總額範圍」時，將委員對「醫療服務成本及人口因素」之相關建議納入考量。

二、討論議題暨決議：

(一)推舉「中央健康保險局各部門總額相關委員會」及「全民健康保險醫療給付協議會議」本會代表案：

同意由本會原代表委員繼續參加各該會議，名單如下：

委 員 會 名 稱	本會代表委員
牙醫總額支付委員會	林委員啟滄
中醫總額支付委員會	葉委員宗義
西醫基層總額支付委員會	廖委員本讓
醫院總額支付委員會	蔡委員登順
門診透析總額聯合執行委員會	葉委員明峯
全民健康保險醫療給付協議會議	陳委員錦煌

(二)陳委員錦煌所提「高醫婦產科主任以癌症詐領健保費」案：

感謝委員重視民眾就醫權益及醫療品質，期許中央健康保險局能本於職責，嚴加把關。

(三)謝委員武吉所提「為健全健保財務，並促使民眾就醫依循分級醫療精神正確就醫，且增進健保醫療體系正常運作，避免像近日流感肆虐，造成大型醫院急診及門診幾近崩盤的危機，嚴重影響其他急重症就醫的品質及權益，應要求主管機關依法行政儘速落實全民健康保險法第 43 條」案：

建請衛生署及中央健康保險局於研擬「轉診實施辦法」時，參酌本會委員意見，俾落實分級醫療之政策目標。

### 三、臨時提案暨決議：

陳委員明豐(附議人：蘇委員清泉、謝委員武吉)所提「攸關 99 年醫院「慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」，其預算不足以支應全年實際所使用之費用，建請同意將其他專款專用項目剩餘預算挪用至「慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」中，以避免稀釋一般服務預算，衝擊重大傷病及慢性疾病案件」案：

99 年度醫院總額專款項目「慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」之經費，維持原協定原則，不足部分由當年度之藥價調整節餘款優先支應。

附帶事項：

(一)目前執行中之 100 年度「慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」，若已預知經費將不足，建議中央健康保險局能會同醫界研商減緩方案。

(二)於今年協商 101 年度專款項目經費時，應本於精確預估之原則辦理。

- 3 月 25 日 一、行政院衛生署令：修正「全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法」第二條。  
二、行政院衛生署公告廢止全民健康保險重大傷病範圍」，並自 100 年 3 月 27 日生效。  
三、行政院衛生署中央健康保險局公告「100 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」修正案。
- 3 月 28 日 行政院衛生署中央健康保險局公告「100 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」。
- 3 月 29 日 行政院衛生署中央健康保險局公告增列台東縣東河鄉為「100 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之施行區域。
- 3 月 30 日 行政院衛生署中央健康保險局公告「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」，自 100 年 4 月 1 日起實施。
- 3 月 31 日 行政院衛生署令：修正「全民健康保險藥價基準」第五章「全民健康保險藥品支付品項暨價格表(100 年 1 月)」，並自即日生效。
- 4 月 1 日 行政院衛生署中央健康保險局公告「100 年全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案」。

4月7日 行政院衛生署中央健康保險局公告修正「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」，並自100年4月1日生效。

4月8日 召開第170次委員會議。

一、報告事項暨決定：

(一)確認本會上(第169)次委員會議議事錄：

- 1.臨時提案之附帶事項第一點：「...建議中央健康保險局能會同醫界研商減緩方案」，修正為「...建議中央健康保險局能會同醫界研商後續方案」。
- 2.餘確定。

(二)前(第169)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告案：結案。

(三)中央健康保險局報告「診斷關聯群(DRGs)支付制度實施一年之整體成效」案。

(四)中央健康保險局報告「中醫門診總額一般服務預算分配方式試辦計畫」執行結果案。

(五)中央健康保險局報告「醫院與西醫基層財務風險監控情形」案。

二、討論議題暨決議：

(一)100年度各部門總額執行成果評核作業案：

- 1.對於99年度未接受專業事務委託總額部門之評核方式，比照去年，請中央健康保險局報告執行成果，未受託部門補充說明，並予以評分。
- 2.實施未滿一年之新增計畫(方案)，僅提供執行情形，不納入評核。
- 3.一般服務及專案計畫(方案)評核會議，邀請參與之團體與評核委員均相同。另為增進行政效率，合併為連續二天舉行，各部門總額之專案計畫與一般服務將安排於同一時段報告，並請評核委員於所有部門均報告結束後，再進行評分。
- 4.評分方式：於一般服務執行績效之(七)管理效能，增列「院所違規家數及其違規情節」乙項。
- 5.評核結果等級：調整「特優」等級之分數為90分及以上、「優級」為85分至未達90分、「良級」為80分至未達85分。
- 6.除上述事項外，餘照案通過。修正後之「100年度各部門總額執行成果評核會議作業方式」如附件。

## 壹、評核範圍：

- 一、醫院、西醫基層、牙醫門診及中醫門診總額一般服務(含品質保證保留款)執行成果。
- 二、及各部門總額專案計畫或方案執行成效。

## 貳、評核方式：

一般服務與專案計畫(方案)分開評核，辦理方式為：

辦理方式	一般服務	專案計畫(方案)
評核會議之報告及時間安排	依總額部門別分場次評核，並請部門於一個月前先提出書面報告，以供評核委員事先審閱。	同左
評核委員	本會邀請或由部門推薦相關專業領域的學者專家4至8位擔任評核委員。	同左
參與人員	除本會委員、各總額部門相關團體與健保局外，並邀請相關機關團體〔如：督保盟、病友團體、醫策會、消基會、醫改會、衛生署(醫事處、照護處、健保小組)、國健局、監理會、爭審會等〕派員參與。	同左
評核項目	包括保險對象就醫滿意度及可近性調查結果、專業醫療服務品質、就醫公平性、醫療服務效率及總額管理效能等。	包括預期目標達成度、醫療服務效益(照護率、民眾健康狀況或就醫可近性提升)及醫療服務效率等。

## 參、評分方式：

一般服務與專案計畫分開評核之後再加權合併計分。該二項評核之計分權重為，一般服務：專案計畫=75%：25%。各部門總額執行成果評核項目及配分如下表。

評核項目	配分
<b>一、一般服務執行績效</b> (一)民眾滿意度 1.滿意度調查結果    2.民眾諮詢及抱怨處理 (二)醫療服務品質 1.品質確保方案之專業醫療服務品質指標 2.品質指標增修 (三)就醫可近性 1.就醫等候情形 2.民眾自費情形 (四)就醫公平性 1.城鄉醫療資源分布均衡情形 2.醫師人力地理分佈 (五)醫療服務效率	<b>75</b>

醫療利用率 (六)醫療服務效益 民眾健康狀況改善情形 (七)管理效能 1.接受健保局專業事務委託及辦理情形 2.醫療費用管控 3.支付標準修訂 4.點值穩定度 5.專業審查管理 6.院所違規家數及其違規情節	
<b>二、專案計畫(方案)執行成效</b> 1.預期目標達成度 2.醫療服務效益(照護率、民眾健康狀況或就醫可近性提升) 3.醫療服務效率	<b>25</b>

肆、評核結果之應用：

一、評核結果依所獲分數，區分為下列五等級：

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

二、評核結果作為次年度總額協商之參考，評等「良」級以上之部門，酌給協商因素下「品質保證保留款」項目之成長率。

三、專案計畫(方案)評核之相關建議，並作為次年協商該項專案經費增減及續辦與否之依據。

伍、100年度作業時程表：

時間	作業內容
4 月中旬	本會擬具一般服務及專案計畫報告大綱與評核時程表，函送各總額部門及健保局
4 月底前	各部門視需要函請健保局提供相關資料
6 月中旬	健保局及各部門提送專案計畫及一般服務執行成果書面報告
7 月中下旬	召開專案計畫及一般服務評核會議

(二)謝委員天仁所提「醫療給付費用總額協定，經衛生署核定後，關於已協定各項目金額之增減之提案，不得以臨時動議提出，在本會委員會議決前，並應再經各總額部門與付費者代表協定程序」案：

照案(案由)通過，但啟動協商程序之提議不在此限。

4 月 12 日 台大公共衛生學系暨研究所「公共衛生實務課程」，由授課老師及修課學生一行約 18 人至本會進行參訪。

4 月 13 日 行政院衛生署中央健康保險局公告「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」，並溯及 100 年 4 月 1 日起施行。

- 4 月 15 日 行政院衛生署中央健康保險局令：(一)新增「全民健康保險醫療費用支付標準」第三部牙醫第三章牙科處置及手術第四節口腔顎面外科，本項新增項目溯及 100 年 4 月 1 日施行；(二)修正「全民健康保險醫療費用支付標準」第三部牙醫第三章牙科處置及手術、第三部牙醫附表 3.3.3、第五部居家照護及精神病患者社區復健第二章精神疾病患者社區復健，其中第五部居家照護及精神病患者社區復健第二章精神疾病患者社區復健 05401C「精神復健機構(日間型機構)之復健治療(天)」及 05402C「精神復健機構(住宿型機構)全日之復健治療(天)」等項，溯及 100 年 1 月 1 日施行，餘支付標準則溯及 100 年 4 月 1 日施行。
- 5 月 3 日 邀請謝律師天仁蒞會專題演講「談判策略與衝突管理」。
- 5 月 9 日 本會衛生署代表委員黃技監焜璋，因職務異動，改由詹參事德旺兼任。
- 5 月 13 日 召開第 171 次委員會議。
- 一、報告事項暨決定：
- (一)確認本會上(第 170)次委員會議議事錄：確定。
- (二)本會重要業務報告：洽悉。
- 二、討論議題暨決議：
- (一)101 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則案：
- 1.101 年度總額之協商架構及通案性原則：
- (1)照案通過(如附件)，惟若衛生署報奉行政院核定之 101 年度大總額內涵有修正時，本會再配合辦理；往後所通過之協商原則，亦一併納入適用。
- (2)未來健保支付制度之改變，如論人計酬試辦計畫，若影響到現行之部門總額時，則應於協商架構適當呈現。
- 2.門診透析服務費用於西醫基層與醫院之分攤方式，請先提中央健康保險局門診透析聯合執行委員會議討論，並於本年 8 月底前完成。
- 3.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下簡稱特管辦法)之扣款處理方式，考量社會觀感、對健保局與民眾努力之回應，及藉由扣款期發揮同儕制約之效用，爰比照過去之方式辦理：
- (1)本項扣款列為 101 年度總額協商減項。
- (2)所減列金額係違反特管辦法第 36~38 條違規事件本身之醫療費用；且僅減列民眾檢舉及健保局主動

查核所發現之違規案件，不減列總額部門發揮同儕制約精神而主動舉發之案件。

附件

## 101 年度總額協商架構及通案性原則

100.5.13

### 壹、總額協商架構

#### 一、總額設定公式

年度部門別<sup>註1</sup>醫療給付費用總額＝前一年度部門別一般服務醫療給付費用<sup>註2</sup>×(1+醫療服務成本及人口因素成長率+協商因素成長率)+年度專款項目經費+門診透析服務費用<sup>註3</sup>

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

2.依本會第 114 次委員會議(95.06.09)決議，自 97 年度開始，總額基期須校正「投保人口年增率」預估與實際之差值(即 100 年總額基期須校正 98 年投保人口成長率差值)。

3.西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

4.依本會第 104 次委員會議(94.08.12)決議，配合衛生署交議 95 年全民健保總額範圍，總額公式由「每人醫療費用成長率」改為「總醫療費用成長率」。

#### 二、醫療服務成本及人口因素

##### (一)計算公式

$$[(1+\text{人口結構改變率}+\text{醫療服務成本指數改變率})\times(1+\text{投保人口成長率})]-1$$

##### (二)各項因素之計算方法

###### 1.人口結構改變率

以衛生署報院時可取得之最近完整一年費用及計費人口數資料，如 101 年總額係以 98 年每人醫療費用點數為基礎(99 年資料尚無法完整取得)，計算 99 年對 98 年保險對象人口結構之影響(即以各季季末保險對象人數之年齡性別百分比平均值計算，並以 5 歲為一組)。

###### 2.醫療服務成本指數改變率

###### (1)成本項目之權數：

101 年度係採行政院主計處 95 年工商及服務業普查所作之「醫療機構專案調查實施計畫」調查結果，取去除「最高及最低 5% 極端值」後之平均數。

###### (2)各成本項目對應之指數：

101 年度除「醫療材料費用」成本項目之指數，選擇 95 年為基期之查價分類中之「量測、導航及控制設備產品」、「其他電子及光學製品」以及「醫療器材及用品類」等屬醫療儀器及材料之相關項目，由行政院主計處另外計算外，其餘沿用行政院主計處例行公告之指標項目及數值。

###### (3)醫療服務成本指數改變率之數值

前述各指標項目，以 95 年為基值(訂為 100)，計算 99 年對 98 年各指數年增率，並將各部門之服務成本指數改變率，按其 99 年醫療給付費用占率值加權計算而得總醫療服務成本指數改變率。

###### 3.投保人口成長率

101 年度採經建會 99 年公布之「2010 年至 2060 年台灣人口推計」之 101 年台閩地區人口變動率之中推計值估算。

註：本項醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法，摘自衛生署於 100 年 4 月 29 日報請行政院核定之「101 年度全民健康保險醫療給

付費用總額範圍」報告內容。

### 三、協商因素

#### (一)保險支付項目之改變

預期新增支付項目改變(如高科技及新藥)對全民健保醫療費用之影響率。

#### (二)鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康

為鼓勵提升醫療服務品質或促進國人健康而允許增加費用之幅度。

#### (三)其他醫療服務利用及密集度之改變

反映因醫療科技或診療型態之改變，如大眾對醫療科技期許之增加、疾病發生率之改變、以及醫療資源缺乏區醫療供給量之增加等因素造成對保險對象服務利用及密集度之影響(須排除已於醫療服務成本及人口因素反映部分)。

#### (四)醫療服務效率之提升

因全民健保支付制度之改革，造成醫療服務效率提升，預估其對醫療費用之影響。

#### (五)其他預期之法令或政策改變

其他預期之法令或政策改變及政策誘因對醫療費用之影響。

### 四、專款項目

針對特定項目協商預算，採零基預算直接協定預算額度，本款項須專用，不得流出。

### 五、門診透析

合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度門診透析服務費用，並統為運用。其計算公式為：

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

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

## 貳、總額協商之通案性原則

### 一、基期

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

### 二、醫療服務成本及人口因素

各總額部門醫療服務成本及人口因素成長率，採衛生署報奉行政院核定之數值與計算公式。

### 三、協商因素

#### (一)健保局會同各總額部門研擬年度協商草案時：

1.應配合全民健保財務狀況，回歸以提供醫療服務為意旨。

2.納入新醫療科技項目，並依民眾需要，先行規劃擬新增之項目及預估額度，以利協商及維護民眾就醫權益。

#### (二)支付標準以預算中平為調整原則。

#### (三)各部門「品質保證保留款」：

1.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並自99年度開始採累計方式計算。

2.須研訂能實際鼓勵醫療服務品質優良院所之分配方案，或進一步研擬其他具前瞻性之品質確保計畫。

#### (四)一般服務之協商因素項目屬計畫型預算者，應於年度實施前提出具體實施及監控方案(含預定達成目標及評估指標)，執行情形應即時檢討；若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則應核扣當年度預算；實施成效並納入下年度總額協商考量。

#### (五)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保局會同各部門總額相關團體

議定後送本會備查。

#### 四、專款專用項目

- (一)回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出。實施成效納入下年度總額協商考量。
- (二)新增計畫，視行政院所核定總額範圍及計畫需要，決定是否支持該計畫並協定預算。具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)應於年度實施前擬定完成。
- (三)具有特殊性、鼓勵性、目標性之新增計畫，宜列為專款項目，俟其執行具相當成效後，再移至一般服務項目。

#### 五、其他原則

- (一)年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之。
- (二)各部門最後之年度總額成長率，不超過行政院核定範圍之上限值。
- (三)所協商總額應與社會經濟因素及全民健保保費收入情形扣連，且對有限健保資源，應予合理配置。
- (四)健保節流措施之實際效應，應自總額扣除。
- (五)宜減少試辦性計畫，對已協定之計畫，應嚴格監控，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。

(二)謝委員武吉所提「葉克膜(ECMO)經媒體報導，儼然有救命仙丹的形象，然而在健保之實際效益，宜加以探討，以維護健保醫療費用的良善運用及減少無效醫療的浪費」案：

依全民健康保險法第 51 條規定，醫療費用支付標準由保險人及保險醫事服務機構共同擬訂，報請主管機關核定。爰本會委員對本案之相關意見，如檢討葉克膜(ECMO)之適應症或使用規範等，轉請衛生署及中央健康保險局參酌辦理。

附帶事項：

為釐清本會可協商之總額分配範圍與權限，請幕僚整理過去協定內涵，分析有無涉及個別服務項目之給付內涵、支付標準等，並掣案提會討論，俾利委員對總額分配程度，有一致共識。

5 月 19 日 行政院衛生署中央健康保險局令：修正「全民健康保險醫療費用支付標準」第八部第六章特殊材料品項表，並溯及 100 年 1 月 1 日施行。

6 月 2 日 中華民國醫師公會全國聯合會擇彰化縣田尾鄉衛生所巡迴醫療服務(彰化縣田尾鄉仁里村社區活動中心)、張德旺耳鼻喉科診所巡迴醫療(台中市新社區福興里活動中心)，舉辦「100 年度全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」實地訪查。本會蔡委員登順、連委員瑞猛、許委員怡欣、葉委員宗義；監理會干委員文男、劉委員玉蘭、古理事長博仁(李委員蜀平代理人)及

兩會幕僚人員參加。

6月10日 一、行政院衛生署令：修正「全民健康保險法施行細則」第二十八條、第五十八條。

二、召開第172次委員會議。

(一)報告事項暨決定：

1. 確認本會上(第171)次委員會議議事錄：確定。
2. 前(第171)次委員會議決議(定)事項辦理情形追蹤及重要業務報告案：除「門診透析服務費用於西醫基層與醫院之分攤方式，請先提中央健康保險局門診透析聯合執行委員會議討論，並於本(100)年8月底前完成」案，繼續追蹤外，餘結案。

(二)討論議題暨決議：

1. 101年度全民健康保險醫療給付費用總額協商流程案：

(1) 101年度總額協商流程原則沿用過去方式辦理，惟為提升行政效率及增進委員對協商議案之溝通與瞭解，增修下列事項：

- A. 若衛生署交議「101年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍及協商政策方向」之時點，在7月份委員會議之後，則同意授權本會幕僚以行文方式，請中央健康保險局會同各總額部門研訂總額協商草案。
- B. 於8月份委員會議(8月12日)安排「各總額部門及健保局報告所規劃之年度總額協商因素項目或計畫」，除簡報外，並請提供各協商項目或計畫之詳細說明(含目標、醫療服務內容、費用估算基礎、過去執行成果、預期效益等)。
- C. 於8月至9月共識會議前，安排單一總額部門與付費者代表之意見溝通座談會。
- D. 修訂共識會議各部門協商時間表，刪除「部門說明」，將其時間併入「提問與意見交換」。
- E. 為讓各界瞭解年度總額之協商過程，將製作共識會議與會人員發言紀錄，並上網公布之。

(2) 修正後之「101年度總額協商工作計畫及共識會議之進行方式與原則」如附件。

一、工作計畫表：

工 作 項 目	預 訂 時 程	負 責 單 位
1.協商參考資料的建立： 全民健保總額支付制度協商參考指標要覽。	100年6~8月	健保局 本會
2.各部門總額執行成果之評核： 檢討、評估各總額部門 99、100 年協定事項相關配套計畫執行情形。	100年 7月25、26日	各總額部門 健保局 本會
3.101 年度總額協商作業之規劃與預算協商： (1)請健保局會同各總額部門預先研擬協商因素/專款項目及其預算(內容應包含協商減列項目及預估金額)。 (2)請各總額部門及健保局，於委員會議報告所規劃之 101 年度總額協商因素項目或計畫草案，並進行綜合討論。 (3)安排總額協商之相關座談會/會前會。 (4)召開共識會議，協定各部門總額預算。 (5)請健保局會同各總額部門，提出各項目配套計畫之執行方案。 (6)協定一般服務費用之分配。 (7)各部門總額預算之確認。	100年7~8月  100年 8月12日  100年8~9月  100年9月9日  100年9~11月  100年10~11月  100年12月	各總額部門 健保局 本會

註：以衛生署於7月份交議本會101年度總額範圍之時程規劃。

二、共識會議前相關座談會/會前會之辦理方式：

(一)健保局會同各總額部門預先研擬協商因素/專款項目及其預算之啟動時點：

- 1.衛生署交議年度總額成長率範圍及其協商之政策方向，經於本委員會議報告，並確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率後，請健保局會同各總額部門研擬協商因素/專款項目及其預算草案，並將衛生署所指示總額協商政策方向之必要執行項目納入考量。
- 2.若衛生署交議時點於本會7月份委員會議之後，未及安排於當次會議報告，則授權幕僚以行文方式，請健保局會同各總額部門啟動研擬協商草案。

(二)各總額部門及健保局報告所規劃之年度總額協商因素項目或計畫：

- 1.時間：8月份委員會議(8月12日)。
- 2.除簡報外，並請提供各協商項目或計畫之詳細說明(含目標、醫療服務內容、費用估算基礎、過去執行成果、預期效益等資料)。
- 3.若委員對前開報告內容，認為有需補充或增列之協商參考資料，則由幕僚彙整轉請相關單位提供。

4.當次委員會議時間視需要延長至下午 2 時 30 分。

(三)於 8 月至 9 月共識會議前，除安排健保局與付費者代表座談會外，並安排單一總額部門與付費者代表之意見溝通座談會。

### 三、共識會議之進行方式與原則：

#### (一)進行方式：

- 1.各部門協商順序：於 8 月份委員會議抽籤決定之。
- 2.各部門協商時間：安排如下表，各部門協商時間若確需延長，以不超過該「部門預算協商」時間之 50% 為限。

部門別	提問與意見交換		付費者委員視需要自行召集會議	部門之預算協商	合計
醫院	40 分鐘	(門診透析 10 分鐘)	20 分鐘	45 分鐘	95~115 分鐘
西醫基層	30 分鐘		15 分鐘	40 分鐘	80~ 95 分鐘
牙醫	25 分鐘		10 分鐘	40 分鐘	65~ 75 分鐘
中醫	25 分鐘		10 分鐘	40 分鐘	65~ 75 分鐘
其他預算	25 分鐘		--	35 分鐘	60 分鐘

#### 3.與會人員：

- (1)提問與意見交換時，所有委員均可入場，惟非該部門代表，僅聽取報告，不提問與發表意見。
- (2)各部門代表和付費者(含專家學者)及政府機關代表委員進行預算協商時，請健保局相關人員在場提供所需說明。
- (3)「其他預算」之討論，所有委員均可參與協談。

#### (二)進行原則：

- 1.議程提經委員會議確認後，即應遵照辦理，不可臨時要求變更。
- 2.各部門總額年度預算之協商終止點，原則預訂為 9 月份之委員會議，未能在共識會議議程所安排時限內達成共識，或於 9 月份委員會議未能完成協定之總額事項，將依法送請衛生署裁決。

#### (三)會議實錄之製作與公開：

為讓各界瞭解年度總額之協商過程，比照去年模式，記錄與會人員發言內容，並上網公布之。

### 2.有關本會可協商之總額分配範圍與權限案：

依現行全民健康保險法之規定，本會職司醫療給付費用總額之協定及分配事項，至給付範圍、支付標準及藥價基準之擬訂與核定，則為中央健康保險局與衛生署權責。爰本會對涉及個別服務項目之支付內涵等議題之處理原則如下：

- (1)若議案涉及個別服務項目之支付內涵，仍維持於討論及提供原則性意見後，送請中央健康保險局與衛生署循既有之法定機制辦理。
- (2)年度總額協商涉及支付標準調整部分，應優先考量依總額協商通案性原則之「支付標準以預算中平為

調整原則」辦理。惟若經各總額部門與中央健康保險局評估後，確有預算調整之需要，則請於協商共識會議前，先評估年度支付標準之調整擬案後，提出包裹式之預算需求，經本會協定成長率及預算動支附帶決議後，由中央健康保險局依法定程序辦理。

- 3.謝委員武吉所提「建請行政院衛生署及所轄之中央健康保險局落實轉診制度與分級醫療，勿刻意限制『住院、透析及其他接受醫療照護之病患至他院轉檢、代檢及接受醫療相關服務』，並說明對該事項限制與未限制之額度差距，及醫療法第七十三條第一項『應建議病人轉診』之操作定義」案：

請中央健康保險局儘速檢討住院病患至他院轉診、轉檢等相關規定。

附帶事項：建請衛生署對於分級醫療制度進行通盤檢討。

- 4.陳委員錦煌所提「醫院各式病床使用應符合其申請之病床屬性，對於發生乙種病床取代甲種病床使用之行徑，已違規在先，且健保也不應給予支付，以遏止此種不當、不肖作為的擴散，並維護醫療整體資源與總額健保的良善運用」案：

請中央健康保險局對本案所提情事查明後依法處理。

6月21日 行政院衛生署中央健康保險局公告修正「100年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案」。

6月23日 一、中華民國牙醫師公會全國聯合會舉薦其新任理事長黃建文醫師擔任本會第8屆委員。  
二、邀請財團法人醫藥品查驗中心邵正研究員文逸蒞會專題演講「醫療科技評估之財務衝擊分析概念」，及羅助研究員柏青進行案例分享。

6月24日 行政院衛生署中央健康保險局公告修訂「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」。

6月28日 一、行政院衛生署中央健康保險局令：修正「全民健康保險醫療費用支付標準」第七部論病例計酬及第九部第一章 Tw-DRGs 支付通則，並自100年7月1日施行。  
二、行政院衛生署中央健康保險局公告修正「全民健康保險精神分裂症醫療給付改善方案」及「100年全民健康保險牙醫門

診總額特殊醫療服務試辦計畫」，並自 100 年 7 月 1 日起生效。

- 6 月 29 日 一、總統令：修正全民健康保險法第十一條條文。  
二、100 年度委託臺北醫學大學辦理「全民健保醫療費用總額分配方式及其可能影響之評估」之科技計畫繳交期中報告。
- 7 月 8 日 召開第173次委員會議。  
一、報告事項暨決定：  
(一)確認本會上(第 172)次委員會議議事錄：確定。  
(二)本會上(第 172)次委員會議決議(定)事項、歷次會議未結案件辦理情形及重要業務報告：  
1.本會上次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形，除「請中央健康保險局檢討住院病患至他院轉診、轉檢等相關規定」案繼續追蹤外，餘結案。  
2.101 年度全民健保醫療費用總額協商暨第 175 次委員會議原訂於本(100)年 9 月 9 日至 10 日(星期五、六)舉行，因適逢中秋節(9 月 12 日)連續假期，爰順延一周，改至 9 月 16 日至 17 日(星期五、六)召開，請委員預留時間與會。  
(三)中央健康保險局報告「醫院及西醫基層財務風險監控情形」。  
二、討論議題暨決議：  
100 年全民健康保險醫院總額「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」預算不足，及 100 年第 1 季因類流感案件遽增，致影響醫院及西醫基層總額部門點值案：  
本案之處理程序採先召開協商會議協談後，再提送委員會議確認；至於相關總額部門與付費者代表之協商時間另訂之。
- 7 月 9 日 本會楊主任委員銘欽參加於加拿大多倫多舉行之第八屆健康經濟學  
至 15 日 國際會議 (iHEA 8th World Congress on Health Economics)。
- 7 月 14 日 100年度委託中臺科技大學辦理「中醫門診總額地區預算分配模式對  
醫療資源及民眾就醫權益之影響評析」之研究計畫繳交期中報告。
- 7 月 21 日 100年度委託臺北醫學大學辦理「全民健保醫療費用總額分配方式及  
其可能影響之評估」之科技計畫期中報告書面審查查驗合格。
- 7 月 25 日 召開「全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會議」，除本  
至 26 日 會委員、各總額部門相關團體、衛生署、中央健康保險局外，並邀

請全民健康保險監理委員會、全民健康保險爭議審議委員會、民間監督健保聯盟、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會及相關社福與病友團體等單位人員及專家學者參加，評核結果摘述如下：

一、整體性意見：

(一)歷來均以滿意度調查做為民眾就醫權益保障之評估基礎，值得肯定，惟台灣社會民風敦厚，對於「滿意度」之計算，不宜將回應「普通」者計入，宜以「非常滿意」加上「滿意」呈現，並可保留改進空間。另，為有一致性比較基準，建議未來調查時點應固定。

(二)對於滿意度調查，建議提供較客觀的比較基礎，除有百分比外，也應呈現統計檢定結果。建議對歷年調查進行趨勢檢定，以檢視滿意度的變化有無顯著差異。

(三)對資料呈現之建議：

1.進行年度評核時，需呈現長期趨勢，以反應各總額部門的變化，建議提供歷年資料，至於季資料列為參考即可。

2.期許健保局未來的執行成果報告，除現行的趨勢分析外，應增列國際比較資料，並呈現更具實證基礎數據及其統計意義。

3.為利比較，部分指標之定義應儘量與國際指標拉近，譬如平均住院日 10 天，目前健保局計算方式係將精神疾病及慢性住院都納入，建議未來在資料之呈現上，除整體性數據外，另可區分一般急性病床、慢性病床、精神病床等，在解讀或與其他衛生報告、國際數據比較時，才有一致性基礎。

(四)資訊公開是台灣健保制度改善的動力之一，透過健保資料庫的公開分享，各領域專家學者進行醫學、經濟、成本效益等多面向研究，實有助於健保制度的持續改善與進步，建議健保局妥處個人資料保護問題後，能儘量釋出相關資料。

(五)以疾病別之試辦計畫，建議未來應以朝向將各項支付條件與規定導入支付標準為目標，若仍須繼續採試辦模式，建議應提高照護人數及比率。

(六)對於建構理想的醫療服務體系，全民健保僅能配合政策規劃提供相對應的支付誘因，至於改變醫師行為、民眾習慣、健全醫院管理等，仍需從衛生政策面著手，雙方面密切配合，才能逐步引領整體健康體系之改革往理想方向邁進。

(七)現今因慢性病盛行，民眾需要更多運動、飲食等方面的衛教指導，因此，除持續推動論質計酬方案外，建議健

保局也能對病人權益、正確就醫觀念及衛教宣導等，投入更多心力。

(八)各部門總額醫療資源不足地區改善方案之論次費用應一致，以求公平。

## 二、評核分數與等級：

部門別	評核分數	等級
牙醫門診	88	優
中醫門診	80	良
西醫基層	84	良
醫院	83	良

註：1.一般服務與專案計畫執行成果之計分權重為 75%：25%。

2.評核分數之等級區分，依費協會 100.4.8 第 170 次委員會議決議辦理。

## 三、對各專案計畫與經費之建議結論：

總額別	項數	續辦與否				建議經費		
		擴大	維持	縮小	不續辦	增加	不變	減少
牙醫門診總額	3		3				2	1
中醫門診總額	5		1	2	2		1	2
西醫基層總額	2		1	1			1	1
醫院總額	2		2				2	
西醫跨部門專案註	10		9	1註			9	
合計	22	0	16	4	2		15	4

註：加強慢性B型及C型肝炎治療式辦計畫縮小，經費核實支付。

8月12日 一、行政院令：100年6月29日修正公布之全民健康保險法第十一條，定自100年9月1日施行。

二、召開第174次委員會議。

(一)報告事項暨決定：

1.確認本會上(第173)次委員會議議事錄：確定。

2.本會重要業務報告：

101年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議，各部門協商順序之抽籤結果，依序為：牙醫部門、醫院部門、中醫部門、西醫基層部門，其他預算則安排於最後。

3.行政院衛生署說明「行政院核定之101年全民健康保險醫療給付費用總額範圍」。

4.101年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診醫療給付費用總額醫療服務成本及人口因素成長率案：

(1)101年度各部門醫療服務成本及人口因素成長率，依行政院核定之數值確定。

(2)衛生署指示之101年度總額協商之政策方向，請中央健康保險局及各總額部門於研擬協商因素項目

或計畫草案時納入考量。

5. 「101 年度各部門總額協商因素項目或計畫」規劃報告：

(1) 委員對各總額部門及中央健康保險局報告內容，若認為有需補充說明之相關事項，請於 8 月 20 日前回覆，由幕僚彙整轉請相關單位提供。

(2) 請各總額部門及中央健康保險局對所提協商規劃草案，視需要參酌委員建議修改，並於 8 月 31 日前擲回，以利 9 月份協商會議之議程編製。

6. 中央健康保險局送請備查之「99 年協商因素成長率編列骨骼造影以 NaF18 取代 Mo-99 之未支用預算，均分四季於 100 年醫院總額一般服務預算之基期扣減」案：洽悉。

(二) 討論議題暨決議：

1. 本(100)年度全民健康保險各部門總額評核結果之獎勵成長率案：各部門總額評核結果各等級之 101 年度獎勵成長率值如下表，且該「品質保證保留款」金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並採累計方式計算。

等級	分數	獎勵
特優	90 分及以上	酌加 0.5% 成長率
優	85 分至未達 90 分	酌加 0.3% 成長率
良	80 分至未達 85 分	酌加 0.1% 成長率
可	75 分至未達 80 分	不予獎勵
劣	未達 75 分	酌扣成長率

2. 謝委員天仁、蔡委員登順及黃委員偉堯所提「有關本會第 173 次會議，對行政院衛生署交議『100 年全民健康保險醫院總額慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫預算不足，及 100 年第 1 季因類流感案件遽增，致影響醫院及西醫基層總額部門點值案』之決議，已破壞總額制精神，傷害本會職權之行使，其後續處理」案：

(1) 本案原為「提請復議」，經委員充分交換意見後，同意改依一般提案程序處理，原案由文字並配合修正為「其後續處理，提請討論」。

(2) 對「100 年度慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫預算不足」，及「100 年第 1 季因類流感案件遽增，致影響醫院及西醫基層總額部門點值」兩案，採分開處理原則：

- A. 「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」屬專案性質，協商時已有預估服務量及其經費額度，因 100 年度實際執行確實有可能超過預估量，依本會第 170 次委員會議決議對已協定項目金額增減之處理機制，爰同意本案召開協商會議，適度調整分配。至於相關總額部門與付費者代表之協商時間，原則上訂於 101 年度總額協商完成後，本年度結束前舉行。
- B. 有關類流感等屬一般服務之項目，因協定時並未預估其服務量，此類不可預期因素一旦發生造成重大醫療費用影響時，應如何處理，宜對其啟動條件、挹注財源等，建立長遠之制度，其處理機制與原則將另掣案提會討論。

(三)臨時提案暨決議：

陳委員錦煌所提「為使全民健康保險有限資源妥善運用，擷節健保支出，並維護大型醫院急、重症照護品質，避免初級患者擠壓急、重症醫療資源，擬提『急診留置超過 48 小時健保案件申報不予支付』、『醫學中心、區域醫院如申報門診十大初級照護疾病，該筆健保案件申報予以 5 折支付』兩項方案」案：

1. 有關急診照護部分之建議，因涉及緊急醫療救護法與全民健康保險法等相關規定，建請衛生署通案檢討，以提升民眾緊急醫療照護之品質，並同時兼顧醫院層級間之平衡。
2. 有關十大初級照護疾病及其支付之建議，因原設立門診分級醫療指標之目的在於監控病人就醫流向，若要做為支付標準項目之修訂，應再審慎思考。請中央健康保險局儘速邀集相關醫事團體，釐清十大初級照護疾病與支付標準項目相關性之事宜。

8 月 19 日 中華民國牙醫師公會全國聯合會擇財團法人天主教靈醫會私立聖嘉民啟智中心、行政院衛生署雙和醫院特殊需求者口腔照護中心及台大醫院特殊需求者牙科醫療服務示範中心，舉辦「100 年度牙醫門診總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫」參訪活動。本會蔡委員登順、連委員瑞猛、蔡理事明忠(陳委員宗獻代理人)、黃委員建文；監理會劉主任委員見祥、干委員文男、楊委員芸蘋、廖委員敏榮及兩會幕僚人員參加。

8 月 23 日 100 年度委託中臺科技大學辦理「中醫門診總額地區預算分配模式對醫療資源及民眾就醫權益之影響評析」之研究計畫期中報告書面審

查查驗合格。

- 9月2日 召開「101年度全民健康保險總額協商各部門及付費者與政府機關代表委員座談會」，由各總額部門代表詳細說明101年度協商項目之規劃與費用需求，並答覆委員之詢問。
- 9月5日 本會衛生署代表委員詹德旺參事退休，遺缺待聘。
- 9月13日 召開「101年度全民健保總額協商付費者與政府機關代表委員座談會」，由健保局說明所提之101年度協商草案，及對各總額部門所提草案之意見，使委員對協商會議資料更充分瞭解。
- 9月16日至17日 召開本會101年度全民健保醫療費用總額協商暨第175次委員會議。  
一、101年度全民健康保險醫療費用總額協商—各部門與付費者(9月16日)
- (一)牙醫門診總額
- 1.協商時間：9月16日—09:40~11:20。
  - 2.協商結論摘要：
    - (1)一般服務成長率為2.254%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率1.659%，及協商因素成長率0.595%。
    - (2)專款項目全年經費為1,036.5百萬元。
- (二)醫院總額(含門診透析服務)
- 1.協商時間：9月16日—11:40~16:05(中場用餐60分鐘)。
  - 2.協商結論摘要：
    - (1)醫院部門及付費者與政府機關代表，經以醫院部門及健保局擬具之草案進行協商後，未能達成共識，爰依雙方意見，兩案併陳衛生署裁決。
    - (2)門診透析服務成長率-0.350%，與西醫基層部門同項服務合併運作，兩部門合計費用之成長率為1%。
- (三)中醫門診總額
- 1.協商時間：9月16日—16:15~17:55。
  - 2.協商結論摘要：
    - (1)中醫部門及付費者與政府機關代表，經以中醫部門及健保局擬具之草案進行協商後，未能達成共識，爰依各方意見，三案併陳衛生署裁決。
    - (2)專款項目全年經費為241.4百萬元。
- (四)西醫基層總額(含門診透析服務)
- 1.協商時間：9月16日—18:55~21:00。
  - 2.協商結論摘要：

(1)一般服務成長率為 2.999%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率 1.895%，及協商因素成長率 1.104%。

(2)專款項目全年經費為 1,834 百萬元。

(3)門診透析服務成長率 3.048%。

#### (五)其他預算

1.協商時間：9 月 16 日—21:05~21:55。

2.協商結論摘要：

101 年度其他預算增加 1,461 百萬元，預算總額度為 7,907.9 百萬元，採支出目標制，由中央健康保險局管控。

## 二、召開第175次委員會議(9月17日)

### (一)報告事項暨決定：

1.確認本會上(第 174)次委員會議議事錄：確定。

2.本會上(第 174)次委員會議決議(定)事項、歷次會議未結案件辦理情形及重要業務報告：本會上次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形，除「請中央健康保險局儘速邀集相關醫事團體，釐清十大初級照護疾病與支付標準項目相關性之事宜」及「請中央健康保險局儘速檢討住院病患至他院轉診、轉檢等相關規定」兩案繼續追蹤外，餘結案。

3.中央健康保險局報告「醫療費用支出情形」：

書面資料請委員自行參閱。另請中央健康保險局於下(第 176)次委員會議報告中醫醫療費用及傷科處置等申報情形。

### (二)討論議題暨決議：

1.101 年度牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院部門及其他預算醫療給付費用總額協商因素項目及成長率案：

(1)101 年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配

A.總額設定公式：

101 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 100 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1+101 年度一般服務成長率)+101 年度專款項目經費

註：校正後 100 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依費協會第 114 次委員會議決議，校正投保人口成長率差值。

B.總額協定結果：

(A)一般服務成長率為 2.254%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率

1.659%，及協商因素成長率0.595%。

(B)專款項目全年經費為1,036.5百萬元。

(C)前述二項額度經換算，101年度牙醫醫療給付費用總額，較100年度所協定總額成長2.264%；而於校正投保人口後，成長率估計值為2.190%。

C.總額分配相關事項：

(A)一般服務(上限制)：

a.品質保證保留款(0.300%)：

(a)依牙醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於100年11月底前完成相關程序，並於101年6月底前提送執行成果。

(b)金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並自99年度起採累計方式計算。

(c)請中央健康保險局會同牙醫門診總額相關團體，於101年6月底前，完成醫療服務品質指標項目與監測值之檢討修訂，並改善民眾自費及假日休診造成民眾就醫不便情形。

b.根部齶齒填補(0.319%)：

(a)本項預算未能執行之額度，自當年度一般服務費用扣除，並不列入次年度之基期費用計算。

(b)上述預算執行額度，應以新增項目之差額計算。

(c)執行率之計算細節及相關支付標準之修訂，請中央健康保險局會同牙醫門診總額相關團體議定，並循法定程序處理。

c.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款為8.5百萬元(成長率-0.024%)。

(B)專款項目：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險局會同牙醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送費協會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於100年11月底前完成，並於101年6月底前提報執行成果及成效評估報告至評核會議；實施成效並納入下年度總額協商考量。

a.醫療資源不足地區改善方案：

(a)全年經費229.2百萬元，辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。

(b)為鼓勵牙醫師積極參與提供醫療資源不足地區之醫療服務，可考慮適度合理調整論次(或加成)之支付誘因。

b.牙醫特殊服務：

(a)全年經費423百萬元，辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形患者、特定障別之身心障礙者牙醫醫療服務。

(b)為鼓勵牙醫師積極參與及提高服務人數，建議增加支付誘因，並擴大適用障別至接受牙醫服務有障礙之族群。

c.牙周病統合照護計畫：

(a)全年經費384.3百萬元，照護人數至少56,800人。

(b)應提高執行率，並持續監控病人自費情形。

(2)101年度醫院醫療給付費用總額及其分配

A.總額設定公式：

101年度醫院醫療給付費用總額＝校正後100年度醫院一般服務醫療給付費用×(1+101年度一般服務成長率)+101年度專款項目經費+101年度醫院門診透析服務費用

101年度醫院門診透析服務費用＝100年度醫院門診透析服務費用×(1+成長率)

註：校正後100年度醫院一般服務醫療給付費用，係依費協會第114次委員會議決議，校正投保人口成長率差值。

B.總額協定結果：

(A)付費者代表方案：

a.一般服務成長率為3.865%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率3.003%，協商因素成長率0.862%。各項協商因素及建議事項如下：

(a)品質保證保留款(0.100%)。

(b)新醫療科技(0.318%)。

(c).調整支付標準(0.399%)：經費應用於調整外科、婦產科及兒科等艱困科別之支付標準，俾提升艱困科別醫師之待遇。

(d)確保血品安全與品質(0.064%)：用於增加血液核酸擴大檢驗(NAT)之費用。

- (e)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款為59百萬元(成長率-0.019%)。
- b.專款項目全年經費為14,512.5百萬元。各項目之經費及建議事項如下：
  - (a)慢性B型及C型肝炎治療計畫：全年經費3,500百萬元，包含所編列專款1,922百萬元，及列於一般服務之1,578百萬元，若仍有不足，則由其他預算支應。
  - (b)鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：全年經費3,484.7百萬元，不足部分由其他預算支應。
  - (c)罕見疾病、血友病藥費：全年經費5,649百萬元，不足部分由其他預算支應。
  - (d)醫療給付改善方案：全年經費499.8百萬元，用於繼續推動原有6項方案，並新增「推動呼吸照護醫療給付改善方案」。
  - (e)推動施行急診品質提升方案：全年經費320百萬元。
  - (f)提升住院護理照護品質：全年經費2,000百萬元，應著重在增加護理人力，並以101年年底較100年年底淨增加3,000人為目標值。
  - (g)繼續推動DRGs之調整與鼓勵：全年經費587百萬元，依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。
  - (h)醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案：全年經費50百萬元，配合支援西醫基層醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。
- c.門診透析服務成長率-0.350%，與西醫基層部門同項服務合併運作，兩部門合計費用之成長率為1%。
- d.前述三項額度經換算，101年度醫院醫療給付費用總額，較100年度所協定總額成長4.683%；而於校正投保人口後，成長率估計值為4.609%。
- (B)醫院代表方案：
  - a.一般服務成長率為4.210%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率

3.003%，協商因素成長率1.207%。各項協商因素及建議事項如下：

(a)品質保證保留款(0.100%)。

(b)新醫療科技(0.318%)。

(c)調整支付標準(0.399%)：優先調整內科、外科、婦產科、兒科等羅致困難科別之支付標準。

(d)確保血品安全與品質(0.064%)。

(e)保險對象服務利用率及密集度成長(0.345%)：醫療機構設置標準新修訂人力標準補足人力、ICD-10之導入、申報格式XML修訂。

(f)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款為59百萬元(成長率-0.019%)。

b.專款項目全年經費為13,487百萬元。各項目之經費及建議事項如下：

(a)慢性B型及C型肝炎治療計畫：全年經費3,040百萬元，不足部分由其他預算支應。

(b)鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：全年經費2,700百萬元。

(c)罕見疾病、血友病藥費：全年經費4,800百萬元。

(d)醫療給付改善方案：全年經費290百萬元，用於繼續推動原有6項方案。

(e)推動施行急診品質提升方案：全年經費320百萬元。

(f)提升住院護理照護品質：全年經費2,000百萬元。另醫院代表表達反對付費者代表對目標值訂定之意見，並建議宜由支付標準著手，以達提升護理人力之目標。

(g)繼續推動DRGs之調整與鼓勵：全年經費287百萬元。

(h)醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案：全年經費50百萬元。

c.門診透析服務成長率-0.350%，與西醫基層部門同項服務合併運作，兩部門合計費用之成長率為1%。

d.前述三項額度經換算，101年度醫院醫療給付費用總額，較100年度所協定總額成長

4.696%；而於校正投保人口後，成長率估計值為4.622%。

(3)101 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配

A.總額設定公式：

101年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後100年度中醫門診一般服務醫療給付費用×(1+101年度一般服務成長率)+101年度專款項目經費

註：校正後100年度中醫門診一般服務醫療給付費用，係依費協會第114次委員會議決議，校正投保人口成長率差值。

B.總額協定結果：

(A)中醫部門方案：

- a.一般服務成長率為3.888%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率3.297%，及協商因素成長率0.591%。
- b.專款項目全年經費為241.4百萬元。
- c.前述二項額度經換算，101年度中醫門診醫療給付費用總額，較100年度所協定總額成長3.881%；而於校正投保人口後，成長率估計值為3.800%。

(B)付費者代表方案：

方案一(謝委員天仁、蔡委員登順、廖委員本讓、葉委員明峯、林委員啟滄、黃委員偉堯、許委員怡欣、莊委員淑芳、劉委員清芳、凌委員月霞等委員建議)：

- a.一般服務成長率為2.249%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率3.297%，及協商因素成長率-1.048%，項目如下：

(a)品質保證保留款(0.1%)：

- ①依中醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於100年11月底前完成相關程序，並於101年6月底前提送執行成果。
- ②金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並自99年度起採累計方式計算。
- ③請中央健康保險局會同中醫門診總額相關團體，於101年6月底前，完成醫療服務品質指標項目與監測值之檢討修訂，應增加結果面指標，並改善假日休

診造成民眾就醫不便及自費情形。

(b)提升傷科及脫臼整復治療處置品質之效益(-1.113%)：

本項係參考100年上半年中醫傷科及脫臼整復之申報情形，推估100年全年較99年減少444百萬點，其節約之效益，一半回歸民眾，一半肯定中醫部門致力於自律管理之努力，爰減列成長率-1.113%(222百萬元)。

(c)違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款為7.0百萬元(成長率-0.035%)。

b.專款項目全年經費為241.4百萬元。

c.前述二項額度經換算，101年度中醫門診醫療給付費用總額，較100年度所協定總額成長2.261%；而於校正投保人口後，成長率估計值為2.182%。各細項成長率如表3。

方案二(陳委員錦煌建議)：

a.一般服務成長率為-4.092%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率3.297%，及協商因素成長率-7.389%。其中「提升傷科及脫臼整復治療處置品質之效益」乙項，減列成長率-7.454%(1,487百萬元，參考費協會第170次委員會議「中醫門診總額地區預算試辦計畫之季監測情形報告」所列99年較去年同期針灸傷科及脫臼整復案件減少之點數)。

b.專款項目全年經費為241.4百萬元。

c.前述二項額度經換算，101年度中醫門診醫療給付費用總額，較100年度所協定總額成長-4.006%；而於校正投保人口後，成長率估計值為-4.081%。

C.專款項目協定結果：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險局會同中醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送費協會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於100年11月底前完成，並於101年6月底前提報執行成果及成效評估報告至評核會議；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(A)醫療資源不足地區改善方案：

- a.全年經費74.4百萬元。
- b.請中央健康保險局會同中醫門診總額相關團體檢討修正方案內容。

(B)中醫照護計畫：

- a.全年經費85百萬元。
- b.用於四項延續性計畫：
  - (a)腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫。
  - (b)腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫。
  - (c)小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫。
  - (d)小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫。
- c.應訂定各項計畫之目標預算，及檢討修訂方案內容，含收案條件、執行方式、評估指標等。
- d.小兒腦性麻痺、小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫，自102年起不再試辦，回歸一般服務。

(C)腦血管疾病後遺症門診照護計畫：

- a.全年經費82百萬元。
- b.應檢討修訂計畫內容，訂定更嚴格之收案標準，執行期間以治療黃金期為限，並建立療效評估指標等。

(4)101年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配

A.總額設定公式：

101年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後100年度西醫基層一般服務醫療給付費用×(1+101年度一般服務成長率)+101年度專款項目經費+101年度西醫基層門診透析服務費用

101年度西醫基層門診透析服務費用＝100年度西醫基層門診透析服務費用×(1+成長率)

註：校正後100年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依費協會第114次委員會議決議，校正投保人口成長率差值。

B.總額協定結果：

- (A)一般服務成長率為2.999%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率1.895%，及協商因素成長率1.104%。

(B)專款項目全年經費為1,834百萬元。

(C)門診透析服務成長率3.048%。

(D)前述三項額度經換算，101年度西醫基層醫療給付費用總額，較100年度所協定總額成長2.986%；而於校正投保人口後，成長率估計值為2.915%。

C.總額分配相關事項：

(A)一般服務(上限制)：

a.品質保證保留款(0.1%)：

(a)依西醫基層總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於100年11月底前完成相關程序，並於101年6月底前提送執行成果。

(b)金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並自99年度起採累計方式計算。

(c)請中央健康保險局會同西醫基層總額相關團體，於101年6月底前完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目及監測值，並改善假日休診造成民眾就醫不便情形。

b.新醫療科技(0.038%)。

c.新增10項跨表項目(0.037%)：

(a)應於100年12月底前完成相關程序，若未能於年度開始時實施，則扣減該項目成長率。

(b)其中婦產科4項跨表項目(19百萬元)執行情形列入檢討，並同時監控醫院與西醫基層之申報量。

d.調整支付標準(1.0%)：經費應用於調整外科、婦產科及兒科等艱困科別之支付標準，達提升艱困科別醫師待遇之目的。

e.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款為64.9百萬元(成長率-0.071%)。

(B)專款項目：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險局會同西醫基層總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送費協會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於100年11月底前完成，並於101年6月底前提報執行成果及成效評估報告至評核會議；實施成效並納入下年度總額協商考量。

- a.慢性B型及C型肝炎治療計畫：全年經費157百萬元。本項預算不足部分，由其他預算支應。
- b.家庭醫師整合性照護制度計畫：
  - (a)全年經費1,115百萬元。
  - (b)應研擬更嚴謹的評估機制做為退場條件，擇優汰劣，確實落實成效不佳醫療群的退場機制，以利與醫院垂直整合，提供優質醫療服務。
- c.醫療資源不足地區改善方案：
  - (a)全年經費150百萬元。
  - (b)修訂方案，建議每位醫師每週巡迴診療次數上限可由2次增為3次。
- d.醫療給付改善方案：
  - (a)全年經費：212百萬元(原5項方案)。
  - (b)糖尿病方案應增加相關誘因及檢討運作機制，以提高收案數與照護率，且同一個案之衛教期程應訂定年限。
  - (c)氣喘、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者方案，應重新檢討，訂定較嚴格之收案條件。
  - (d)照護結果及成效評估報告應包含健康改善狀況之量化指標。
- e.診所以病人為中心整合照護計畫：全年經費200百萬元。

(C)門診透析服務(上限制)：

- a.西醫基層本項服務費用成長率為3.048%。
- b.與醫院部門同項服務合併運作，兩部門合計費用之成長率為1%。
- c.應持續檢討及修訂門診透析醫療服務品質指標及監測值。
- d.為確保透析醫療品質，相關耗材不得重複使用。
- e.配合衛生署核心醫療業務不得外包之政策方向，請於中央健康保險局門診透析聯合執行委員會討論，如何運用本年度新增預算鼓勵非外包經營之透析院所，相關規定應經費協會確定，預算方可動支。

(5)101年度全民健康保險其他預算及其分配

- A.101年度其他預算增加1,461百萬元，預算總額度為7,907.9百萬元，採支出目標制，由中央健康保險

局管控。

B.預算分配相關事項：

- (A)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：全年經費603.9百萬元。請於101年6月底前提交執行成果。
- (B)非屬各部門總額支付制度範圍之服務：全年經費4,214百萬元。用於助產所、護理之家照護、居家照護、精神疾病社區復健、安寧居家療護，及調整呼吸器試辦計畫居家收案條件等所需經費。
- (C)支應罕病及血友病藥費、器官移植、慢性B型及C型肝炎治療計畫專款不足之經費：全年經費200百萬元。
- (D)推動促進醫療體系整合計畫：全年經費950百萬元。
  - a.用於醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫、論人計酬試辦計畫，及新增之醫院垂直整合方案等三項。
  - b.醫院垂直整合方案之推動，依衛生署政策要求，其執行計畫應確實達到整合的目標。
  - c.100年已實施之方案，請於101年6月底前提交執行成果及成效評估報告。新增方案原則於100年12月底前完成相關程序，並於101年6月底前提交初步執行結果。
- (E)其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費：全年經費1,000百萬元。
  - a.含新增醫藥分業地區所增加之費用。
  - b.除上述用途外，本項經費之適用範圍、動支條件及相關程序等，另掣案提會討論。
- (F)增進偏遠地區醫療服務品質計畫：全年經費500百萬元，不足部分由前項(E)之經費支應。
  - a.用於離島醫院及肩負偏遠地區(含山地鄉)民眾於該地區或鄰近地區主要急性就醫醫院，與偏遠地區急性醫療主責醫院之點值保障。
  - b.依衛生署政策要求，本項計畫應訂有相關必要執行項目，上述醫院應提供24小時急診、內外婦兒(至少2科)之門診及住院醫療、檢驗檢查主動通知等，並深入社區加強預防保健服務。
  - c.方案原則於100年12月底前完成相關程序，並

於101年6月底前提送執行成果及成效評估報告。

(G)全民健保高診次民眾就醫行為改善方案--藥師居家照護：全年經費36百萬元。本項以輔導至少4,300人為目標，並於101年6月底前提送執行成果及成效評估報告。

(H)慢性腎臟病照護及病人衛教計畫：全年經費404百萬元。

a.用於推動「pre-ESRD預防性計畫及病人衛教計畫」及「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」。

b.請於101年6月底前提送執行成果及成效評估報告。

2.陳委員錦煌所提「最近報紙又報導『假住院真詐領』的醜聞，且報導指出是台南地檢署、雲林地檢署及衛生署疾管局三個單位合力偵辦，應該要求公立醫院主治醫師(含以上人員)全部都要辦理財產申報與登記，這樣才可以有效防杜公立機關醫師詐領」案：移至下次委員會議討論。

3.陳委員錦煌所提「近期媒體報導『台大醫院誤移植愛滋器官』乙案，嚴重傷害民眾對於醫療體系運作的看法及信用度，應該提出檢討，以建立民眾信心，對於該案所發生之相關醫療費用及賠償，應該由台大醫院負責，不應該用全民健保費用替台大醫院負擔」案：移至下次委員會議討論。

4.謝委員武吉所提「有關現行『全民健康保險法』第33條(二代健保法第43條)之規定一分級醫療及轉診制度乙案，建請健保局儘速落實實施」案：移至下次委員會議討論。

9月20日 一、行政院衛生署中央健康保險局公告修正「100年度全民健康保險Pre-ESRD預防性計畫及病人衛教計畫」之預算來源。  
二、行政院衛生署同意100年「增進全民健保醫療資源不足地區之醫院點值保障方案」不足之預算，由100年度其他預算項下之「其他預期政策改變所需經費」項目支應。

9月28日 行政院衛生署公告修正「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」、「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」、「全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案」及「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」附表。

9月30日 行政院衛生署中央健康保險局公告修正「100年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之文字內容。

10月14日 召開第176次委員會議。

一、報告事項暨決定：

(一)確認本會上(第175)次委員會議議事錄：

1.討論事項第一案「101年度牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院部門及其他預算醫療給付費用總額協商因素項目及成長率案」，相關決議修正如下：

(一)「101年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配」之「品質保證保留款」乙項協定事項文字修正為：「a.依西醫基層總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於100年11月底前完成相關程序，並於101年6月底前提送前一年度執行成果」。其餘各部門總額之同項協定事項及其相關附表文字，一併配合修正。

(二)「101年度全民健康保險其他預算及其分配」之「增進偏遠地區醫療服務品質計畫」乙項協定事項文字修正為：「(2)依衛生署政策要求，本項計畫應訂有相關必要執行項目，上述醫院應提供24小時急診、以具備內外婦兒科為原則，但得依據該地區及醫院特性適當調整，至少提供兩科之門診及住院醫療、檢驗檢查主動通知等，並深入社區加強預防保健服務」。

2.餘確定。

(二)本會上(第175)次委員會議決議(定)事項、歷次會議未結案件辦理情形及重要業務報告：

1.「請中央健康保險局儘速邀集相關醫事團體，釐清十大初級照護疾病與支付標準項目相關性之事宜」及「請中央健康保險局儘速檢討住院病患至他院轉診、轉檢等相關規定」二案繼續追蹤。

2.101年度全民健保各部門總額協定事項之相關計畫與後續須辦事宜，請各相關單位依進度辦理所掌事項，並依辦理時程於本(100)年12月份及101年7月份委員會議進行追蹤。

3.餘結案。

(三)中央健康保險局報告「中醫門診總額一般服務費用分配方式試辦計畫」執行結果及中醫醫療費用與傷科處置等申報情形。

(四)中央健康保險局報告「醫院與西醫基層財務風險監控情

形」案。

## 二、討論議題暨決議：

(一)陳委員錦煌所提「最近報紙又報導『假住院真詐領』的醜聞，且報導指出是台南地檢署、雲林地檢署及衛生署疾管局三個單位合力偵辦，應該要求公立醫院主治醫師(含以上人員)全部都要辦理財產申報與登記，這樣才可以有效防杜公立機關醫師詐領」案：

- 1.委員之建議轉請衛生署及中央健康保險局參酌辦理。
- 2.本案事件俟中央健康保險局蒐集完整資料後，適時提會專案報告。

(二)陳委員錦煌所提「近期媒體報導『台大醫院誤移植愛滋器官』乙案，嚴重傷害民眾對於醫療體系運作的看法及信用度，應該提出檢討，以建立民眾信心，對於該案所發生之相關醫療費用及賠償，應該由台大醫院負責，不應該用全民健保費用替台大醫院負擔」案：

委員之建議轉請中央健康保險局參酌，並依相關法規命令辦理該項醫療費用之核付事宜。

(三)謝委員武吉所提「有關現行『全民健康保險法』第33條(二代健保法第43條)之規定一分級醫療及轉診制度乙案，建請健保局儘速落實實施」案：

移至下次委員會議討論。

(四)101年度牙醫門診總額一般服務費用分配案：

1.一般服務(不含品質保證保留款)地區預算：

(1)地區範圍：以中央健康保險局六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(2)分配方式：預算100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。

2.其他：

(1)藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除。

(2)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險局會同牙醫門診總額相關團體議定後，於100年12月底前送本會備查。

(五)101年度中醫門診總額一般服務費用分配案：

1.一般服務(不含品質保證保留款)地區預算：

(1)地區範圍：以中央健康保險局六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(2)分配方式：

A.續以100年試辦計畫為架構繼續試辦，惟人口占率不得低於5%。試辦計畫內容由中央健康保險局會

同中醫門診總額相關團體擬訂，送請衛生署核定後據以施行。

B.若東區預算繼續獲保障，則應相對提升服務，並設「點值上限」，超出上限值部分，應運用於其他服務計畫，使東區民眾得到實質服務。

C.試辦計畫仍須以不影響民眾就醫權益為原則，爰應持續按季監控民眾就醫公平性與醫療資源分布等指標。

## 2.其他：

(1)藥品以每點1元核算，自地區預算預先扣除。

(2)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險局會同中醫門診總額相關團體議定後，於100年12月底前送本會備查。

## (六)101年度西醫基層總額一般服務費用分配案：

### 1.一般服務(不含品質保證保留款)地區預算：

(1)地區範圍：以中央健康保險局六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

### (2)分配方式：

A.65%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」的保險對象人數，35%依西醫基層總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

B.«人口風險因子及轉診型態»校正方式：先校正人口風險因子(年齡性別指數占90%，標準化死亡比占10%)，再校正西醫基層門診市場占有率。

C.計算所用各分配參數及其採計年度、權數等，原則上尊重西醫基層總額部門內部共識，惟為周全內容及實務可行，所涉執行面及結算等相關細節，請中央健康保險局會同西醫基層總額相關團體議定後送會備查。

## 2.其他：

(1)藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除。

(2)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險局會同西醫基層總額相關團體議定後，於100年12月底前送本會備查。

## (七)101年度醫院總額一般服務費用分配案：

### 1.考量制度之延續性，101年度醫院總額之分配，依循94至100年度之架構：

(1)地區範圍：以中央健康保險局六分區業務組所轄範

圍區分為六個地區。

(2)分配方式：

醫院總額於扣除品質保證保留款及專款項目預算後，用於「計算」地區預算所採之門住診費用比為45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

A.門診服務(不含門診透析服務、品質保證保留款、專款項目)之預算分配參數：人口占率為45%。

B.住診服務(不含品質保證保留款、專款項目)之預算分配參數：人口占率為40%。

C.各地區門住診服務，經依1、2計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

2.其他：

(1)藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除。

(2)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險局會同醫院總額相關團體議定後，於100年12月底前送本會備查。

3.有關醫院總額部門跨區就醫之點值採計方式，是否改採前一季全局之浮動點值計算乙節，為審慎處理，請醫院總額相關團體內部討論達共識後，再提送委員會議。

(八)其他預算項下「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目，其經費之適用範圍與動支程序案：本案撤案。

(九)楊主任委員銘欽所提臨時動議「101年度中醫門診總額協商結果，付費者代表方案以一案或兩案送署裁決」案：

1.101年度中醫門診總額協商結果，維持以中醫部門方案一案，付費者代表方案兩案方式，併陳衛生署裁決。

2.依陳委員錦煌意見，修正其所提之付費者代表方案二內容如下：

其中「提升傷科及脫臼整復治療處置品質之效益」乙項，減列成長率-4.922%(982百萬元，參考費協會第176次委員會議中央健康保險局「中醫門診總額地區預算試辦計畫之季監測情形」報告之附錄「101年中醫總額協商付費者版本數據補充說明」，所列99年「針灸傷科及脫臼整復」案件之「傷科及脫臼整復」醫令較去年同期減少之點數，但不減列「針灸」0.45億、診察費及藥品等4.6億)。

(經換算相關成長率估計值後，全案修正如附件)

三、協商會議：100年度醫院總額「慢性B型及C型肝炎治療計畫」預算不足案：移至下次委員會議後協商。

**附件** 101 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配

2. 付費者代表方案：

方案二(陳委員錦煌建議)：

- (1) 一般服務成長率為-1.560%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率 3.297%，及協商因素成長率-4.857%。其中「提升傷科及脫臼整復治療處置品質之效益」乙項，減列成長率-4.922%(982 百萬元，參考費協會第 176 次委員會議中央健康保險局「中醫門診總額地區預算試辦計畫之季監測情形」報告之附錄「101 年中醫總額協商付費者版本數據補充說明」，所列 99 年「針灸傷科及脫臼整復」案件之「傷科及脫臼整復」醫令較去年同期減少之點數，但不減列「針灸」0.45 億、診察費及藥品等 4.6 億)。
- (2) 專款項目全年經費為 241.4 百萬元。
- (3) 前述二項額度經換算，101 年度中醫門診醫療給付費用總額，較 100 年度所協定總額成長-1.504%；而於校正投保人口後，成長率估計值為-1.580%。

10 月 18 日 行政院衛生署中央健康保險局公告修正「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」。

10 月 25 日 行政院衛生署 100 年 10 月 21 日公告「全民健康保險第 7 次藥品支付價格調整方案」，該方案之新健保支付價格自 100 年 12 月 1 日起生效。

10 月 28 日 行政院衛生署中央健康保險局公告修訂「全民健康保險論人計酬試辦計畫」。

11 月 11 日 召開第177次委員會議。

一、報告事項暨決定：

(一) 確認本會上(第 176)次委員會議議事錄：

1. 討論事項第三案「有關現行全民健康保險法第 33 條(二代健保法第 43 條)之規定一分級醫療及轉診制度乙案，建請健保局儘速落實實施案」，決議文字修正為：

依提案人謝委員武吉建議，移至下次委員會議討論。

2. 臨時動議「101 年度中醫門診總額協商結果，付費者代表方案以一案或兩案送署裁決案」，經委員指出，依本會會議規範規定，應以復議案方式進行。因有議事程序適當性之疑慮，故撤銷該案並刪除決議文字。

另「101 年度中醫門診醫療給付費用成長率付費者代表方案二」內容，依原建議人陳委員錦煌之意見，恢復採第 175 次委員會議決議。

3.餘確定。

(二)本會上(第 176)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告：

1.本會第 176 委員會議決議(定)事項辦理情形：

(1)「請中央健康保險局儘速邀集相關醫事團體，釐清十大初級照護疾病與支付標準項目相關性之事宜」、「請中央健康保險局儘速檢討住院病患至他院轉診、轉檢等相關規定」及「台大醫院誤移植愛滋器官相關醫療費用及賠償不應由全民健保支付案」等三案繼續追蹤。

(2)101 年度全民健保各部門總額協定事項之相關計畫與後續須辦事宜，依辦理時程繼續追蹤。

(3)中央健康保險局針對「假住院真詐領案」之專案報告，預訂於 101 年 6 月份委員會議提報後結案。

(4)101 年度各部門總額部分服務項目採點值保障乙案，於中央健康保險局 12 月底前送本會備查後結案。

2.請中央健康保險局於 12 月份委員會議提報全民健康保險第 7 次藥品支付價格調整方案及相關配套措施。

(三) 101 年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率報告案：

1.101 年度全民健保醫療給付費用成長率，經依本會 101 年度全民健康保險醫療費用總額協商暨第 175 次委員會議協商結果，成長率介於 3.969%~4.291%之間(附表一)；若相較於 100 年度協定總額，則成長率介於 4.041%~4.364%之間(附表二)。

2.本會將依衛生署裁決與核定結果，公告 101 年度各部門醫療給付費用總額及其分配。

3.各部門規劃計畫/方案應儘速完成報署核定及公告等後續相關事宜。

附表一 101 年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率協商結果  
(基期費用已校正人口差值)

各部門總額成長率(或增加金額)					年度總額成長率	年度總額預估值(億元)
牙醫門診總額 (2.190%)	西醫基層總額 (2.915%)	其他預算 (增加 14.61 億元)	醫院總額: 付費者方案 (4.609%)	中醫門診總額: 付費者方案一 (2.182%)	<b>4.218%</b>	5,295.16
				付費者方案二 (-4.081%)	<b>3.969%</b>	5,282.51
				中醫部門方案 (3.800%)	<b>4.282%</b>	5,298.42
			醫院部門方案 (4.622%)	付費者方案一 (2.182%)	<b>4.227%</b>	5,295.61
				付費者方案二 (-4.081%)	<b>3.978%</b>	5,282.96
				中醫部門方案 (3.800%)	<b>4.291%</b>	5,298.88

附表二 101 年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率協商結果  
(較 100 年度協定總額)

各部門總額成長率(或增加金額)					年度總額成長率	年度總額預估值(億元)
牙醫門診總額 (2.264%)	西醫基層總額 (2.986%)	其他預算 (增加 14.61 億元)	醫院總額: 付費者方案 (4.683%)	中醫門診總額: 付費者方案一 (2.261%)	<b>4.291%</b>	5,295.16
				付費者方案二 (-4.006%)	<b>4.041%</b>	5,282.51
				中醫部門方案 (3.881%)	<b>4.355%</b>	5,298.42
			醫院部門方案 (4.696%)	付費者方案一 (2.261%)	<b>4.300%</b>	5,295.61
				付費者方案二 (-4.006%)	<b>4.050%</b>	5,282.96
				中醫部門方案 (3.881%)	<b>4.364%</b>	5,298.88

二、討論議題暨決議：

- (一)謝委員武吉所提「有關現行『全民健康保險法』第 33 條((二代健保法第 43 條)之規定一分級醫療及轉診制度乙案，建請健保局儘速落實實施」案：支持分級醫療及轉診制度之政策方向，請中央健康保險局籌組專案小組研擬實施方案，並可邀請本會醫界與付費者代表委員參與。
- (二)有關牙醫師公會全國聯合會來函建議，101 年度牙醫門診總額一般服務費用分配方式案：

1. 尊重牙醫門診總額部門內部共識，自一般服務費用移撥 0.5 億元，用於「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案」。經費若有結餘，則回歸一般服務費用。

2. 至擬自一般服務移撥部分經費及保障「醫療資源缺乏地區改善方案之論量計酬費用」與「牙周病統合性治療第三階段給付費用」點值乙節，因涉及計畫方案內容及保障項目之擬訂，請中央健康保險局會同牙醫門診總額相關團體議定後送本會備查。

(三)其他預算項下「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目，其經費之適用範圍與動支程序案：本案先徵詢委員及中央健康保險局等相關單位對所擬草案之意見後，再掣案續提討論。

三、協商會議：100年度醫院總額「慢性B型及C型肝炎治療計畫」預算不足案：於下(第178)次委員會議前先進行本協商會議，時間預訂為40分鐘。

11月17日 衛生署中央健康保險局函送本會備查「01年度西醫基層總額之『人口風險因子及轉診型態(R值)』之計算公式及操作型定義」。

12月1日 100年度委託臺北醫學大學辦理「全民健保醫療費用總額分配方式及其可能影響之評估」之科技計畫繳交期末報告。

12月5日 召開101年委託台北醫學大學辦理之「全民健保醫療費用總額分配方式及其可能影響之評估」(第二年)科技研究計畫，後續擴充審查會議，審查通過。

12月9日 一、召開第178次委員會議。

(一)協商會議：100年度醫院總額「慢性B型及C型肝炎治療計畫」預算不足案

(二)報告事項暨決定：

1. 確認本會上(第177)次委員會議議事錄：確定。

2. 本會上(第177)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告：

(1)本會第177委員會議決議(定)事項辦理情形，其中「101年度全民健保各部門總額協定事項之相關計畫與後續須辦事宜」、「請中央健康保險局儘速檢討住院病患至他院轉診、轉檢等相關規定」、「請中央健康保險局儘速邀集相關醫事團體，釐清十大初級照護疾病與支付標準項目相關性之事宜」、「台大醫

院誤移植愛滋器官相關醫療費用及賠償不應由全民健保支付案」及「請中央健康保險局籌組專案小組研擬實施方案，並可邀集本會醫界與付費者代表委員參與」等五案繼續追蹤，餘結案。

(2)原預訂於明(101)年1月13日召開之第179次委員會議，有委員提議，因次日適逢第十三任總統、副總統及第八屆立法委員選舉，考量交通因素，建議停開一次。請幕僚視預訂討論之議案，調查委員開會意願後決定。

3.中央健康保險局報告「全民健康保險第7次藥品支付價格調整方案及相關配套措施」。

(三)討論議題暨決議：

1.100年度醫院總額「慢性B型及C型肝炎治療計畫」預算不足案，經協商會議獲致之結論案：

(1)100年度醫院總額「慢性B型及C型肝炎治療計畫」雖經協定專款經費不足時，由一般服務支應。惟因100年實際執行可能超過協商時預估之服務量及經費額度，考量該計畫之專款係配合衛生署政策，爰經召開協商會議，同意超出原預估額度(28.6億元)部分，由100年度其他預算項下，「其他預期政策改變所需經費」之剩餘款挹補，並以2億元為上限。若該計畫經費仍有不足，依100年度協定事項，仍應由一般服務支應。

(2)上開「其他預期政策改變所需經費」之動支，將依本會100年度協定事項，陳報衛生署核可。

(3)後續經費挹注所涉執行面之結算事宜，請中央健康保險局會同醫界議定之。

(4)本次經費之挹補係屬特例，往後仍應遵循本會前所立下「專款項目之款項不得以任何理由流出」之原則。

(各委員發言之意見，摘錄重點如附件一，併陳衛生署參酌)

2.其他預算項下「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目，其經費之適用範圍與動支程序案：

(1)修訂非預期風險動支程序之提案前審議評估可參用之指標如下：

A.不可預期因素影響致使部門總額該季全局預估平均點值在0.9以下，且較去年同季點值下降幅度>5%以上。

B.不可預期因素影響致使該部門一般服務之該季醫

療費用點數成長率 > (當年度醫療服務成本及人口因素成長率 + 5%) 以上。

(2) 餘照案通過。修正後之「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費項目之適用範圍與動支程序」如附件二。

3. 謝委員武吉所提「針對第七次藥價調查及調整作業，請健保局提供各層級醫學中心、區域醫院、地區醫院、診所之採購價(最高、最低及中間)、數量(最高、最低及中間)與其交叉分布、廠商販售價格...等相關資料，供本會委員了解是否符合公平或有圖利之行為」案：

於下次委員會議續議。

(四) 臨時提案暨決議：

1. 有關中央健康保險局來函表示，「101 年門診透析預算協定增加 1% 成長率用於鼓勵非外包經營之透析院所」乙案，因外包之認定確有其困難，乃請本會再予考量案：

移至下次委員會議討論。

2. 中央健康保險局函請本會推薦「全民健康保險『研擬轉診實施方案專案小組』」之委員代表案：

(1) 本會推薦醫界代表 4 位，分別為三層級醫院及中華民國醫師公會全國聯合會代表各 1 名；付費者代表 2 名，為陳委員錦煌及何委員語；專家學者代表 2 名，為黃委員偉堯及許委員怡欣。

(2) 上述醫界代表請洽詢相關單位確認名單後，函覆中央健康保險局辦理。

(3) 另醫院及西醫基層代表建議，各層級醫療院所皆應有代表參加，至少 2 名；中華民國牙醫師及中醫師公會全國聯合會代表建議，希望能有參與機會，至少可以列席等意見，併送中央健康保險局參酌。

附件一 各委員對本案之重點意見彙整表

代表方	重點意見
醫院部門	1. 全體醫院代表建議，嗣後計畫於年度中之執行數若已達原協定額度，應立即終止執行，並追究健保局編列該預算不足之責任。

	<p>2.明(101)年預估「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」需 35 億元經費，但健保局協商草案只編 19.22 億元，若還是不同意其他專款經費可流用，則建議明年該計畫預算用完就不再實施，要治療就自費，這是沒辦法的事，不可能每年從一般服務切 20 億，貼錢給 B、C 肝。否則，就要看健保局有什麼讓費用不再成長的管控方法。</p> <p>3.健保局預估的數值不是不準，但一直由一般服務支應 B、C 肝治療專款經費不足，一定會排擠、壓縮到其他重症的治療。難道只有 B、C 肝治療重要，其他重病、住院等治療都不重要嗎？醫院長期在低點值的情況下，收治重症是收一個虧一個，以後醫界何去何從？平心而論，其實不管挹注多少錢，這都是用在民眾身上，並不是給醫院。</p> <p>4.何來 15.78 億藥價節餘款？去年協商時，即一再強調這根本是虛無的數字，但始終不被認同。檯面上給醫院 3.17% 的成長率，但扣掉須由一般服務撥給 BC 肝的金額後，其實 100 年醫院的成長率所剩無幾。</p> <p>5.B、C 肝治療費用驟增的主因是 Indication(適應症)開放太多，原須穿刺檢查，現放寬為生化檢查即可，藥物治療的年限也放寬，但健保局放寬這些適應症也不曾與醫界協商，所以醫界才有這麼大的反彈，健保局當然也須負管理上的責任。</p> <p>6.醫院部門也支持採事前審查，事實上，醫界於年度中已知計畫經費不足，當時也曾向健保局建議應馬上管控收案並逐案審查，但似未見積極作為。因此，若要等預算不足時，再跟健保局協商如何處理，恐怕也沒用。</p> <p>7.全民健保不應該是包山包海，「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」的目的是預防肝癌，既然是預防性計畫，就應由公務預算支應而非由健保負擔，例如乳癌、大腸癌、子宮頸癌等癌症篩檢，即由國健局編列預算支應。</p>
其他醫界	<p>B、C 肝的治療有醫療上的延續性，任意停藥、終止治療，恐影響病人權益。為避免病人治療到一半不能停藥，但又因經費不足被迫終止治療的窘境，建議可事先就計畫之年度經費及每位病人所需藥費推估可收案量，收滿即止；並須透過事前審查，確認醫療之必要性，該使用就使用，只要收案的病患就好好治療，如此，應較為公道，也是醫病雙贏的做法。</p>
付費者及專家學者	<p>1. 99 年 9 月協商 100 年 B、C 肝治療費用之專款經費 12.82 億元，不足部分由一般服務支應，當時預估 100 年所需費用是 28.6 億元。惟 100 年實際執行後，推估可能須支出 32 至 33 億元，超出原預估的 28.6 億元，</p>

	<p>因此，才同意對不足部分重啟協商。為符費協會協商之精神與原則，有關挹注經費來源，希望尋找可行、合乎程序，且無特定使用對象的經費項目。</p> <p>2. 考量 B、C 肝治療是政府政策推動方向，爰同意以「其他預期政策改變所需經費」項目之剩餘款，在不超過 2 億元額度內，給予挹注，惟該項經費之動支須送署核定。至其他專款項目，如罕見疾病、血友病藥費等，因有特定對象，故反對挪用。</p> <p>3. 由於「其他預期政策改變所需經費」之剩餘款額度尚未明確，雖同意在不超過 2 億元額度內挹注，但若 B、C 肝治療費用仍有不足部分，建議仍依過去的協商原則，由一般服務支應。</p> <p>4. 本案之經費挹注屬特例，往後仍應遵循本會前所立下「專款項目之款項不得以任何理由流出」之原則。</p> <p>5. 對醫院代表建議「嗣後計畫於年度中之執行數若已達原協定額度，應立即終止執行，並追究健保局編列該預算不足之責任」乙節之意見</p> <p>(1) 醫院代表之建議案，前段有關「該計畫於年度中之執行數若已達原協定額度，應立即終止執行」乙節，宜另案討論；至「追究健保局編列該預算不足之責任」乙節，因協商係今年協商下年度之預算，而預算本須概估，原即有不可預測的風險因素，就是神仙也無法精確掌握。所以，反對以此做為懲處健保局行政人員的依據，因為這非常不妥。</p> <p>(2) 預算係費協會協商後，由健保局及醫界去執行與管理，若要追究預算不足之責任，「追究相關單位之責任」，也要追究費協會的責任。</p> <p>6. 若醫界也認同健保局經費估計準確，就付費者的立場，我們付錢給健保局，可以單純只跟健保局談，付費者的協商結論再交由健保局，請其與醫界進行後續協商。</p> <p>7. 應由此經驗學習在未來如何避免發生類似情形，建議醫界代表可於協商時，提出可接受的配套方案或選項，俾供付費者代表參考及選擇，譬如協商時可提出，若事前篩選收案，計畫經費需多少；若不事前篩選收案，計畫經費又需多少等，如此，或可減少事後預算不足時的爭議。</p>
--	---

**附件二** 「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目之適用範圍與動支程序

一、適用範圍：

(一) 屬「其他預期政策改變」：

1. 年度中其他預期之健保法及相關法規、政策修訂，其新增費

用不在協定時的各部門總額涵蓋範圍，如新增醫藥分業地區所增加之費用、年度中擴大全民健保納保範圍等。

2. 健保局配合衛生署政策推動實施計畫經費額度不足時之調整<sup>(註1)</sup>。

註1：歷年協定對專款計畫經費超支之處理原則：

- (1) 健保局與各總額部門擬訂專款計畫或方案時，已訂定若超過預算，實際服務點數以浮動點值方式處理。
- (2) 屬疾病治療處置、用藥之專款，如：慢性B型及C型肝炎治療計畫、鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質、罕見疾病、血友病藥費等，另於其他預算編列額度，以因應不足所需。
- (3) 未來若發生專款經費不足，須由各總額內他項經費剩餘款流用時，其經費之動支程序，應依本會第170次委員會議決議，對已協定各項目金額之增減應正式提案，並經總額部門與付費者代表協商。

(二) 屬「非預期風險」：

年度中發生其他不可預期因素，如疾病異常流行等突發性特殊情況，致使民眾醫療需求大幅上升，對該部門整體醫療費用造成顯著影響<sup>(註2)</sup>。

註2：本項目係用以因應年度中發生特異性、單次性狀況之需，費用不計入次年度總額基期。對於非預期政策改變部分，考量政策制定有延續性，需預先籌劃及持續執行，爰對政策項目，建議於協商該年度總額時即納入部門總額協考量，則協定之預算將列入基期，以敷政策持續推動之需。若不及事先納入協商，則可於實施之當年度，協商次年度總額時，併入考量，爰未將其列為「非預期風險」。

二、動支程序：

(一) 屬「其他預期政策改變」：

由健保局依適用範圍，提經本委員會通過後，報請衛生署核定。原列於本項下之「新增醫藥分業地區所增加之費用」，自92年起皆每年按季撥入總額部門結算，同意健保局逕行動支。

1. 屬已協定項目，經費額度已定，但執行時發生經費不足：於執行年度尚未結束前，推估全年經費將不足時，提案至本委員會報告其實施情形、成效、經費需求及預算不足之因應方式等。
2. 協商時已列為將實施之政策，但實施日期及經費額度未定：於政策實施前，提案至本委員會報告該政策實施方式、預估影響、經費需求等<sup>(註3)</sup>。

註3：對協商時已知將實施之政策，但實施日期未定，且非屬單一部門總額涵蓋範圍者，建議健保局於協商時，能列在「其他預期政策改變」項下。

(二) 屬「非預期風險」：

1. 提案前審議：

由總額部門與健保局共同評估，確定其對總額影響顯著，且其影響不可歸責於該總額部門。

考量「非預期風險」範圍廣泛、無特定標的，建議於實施一段期間，累積經驗及共識後，再逐步建立明確之指標。初期建議評估時可參用之指標如下：

- (1) 不可預期因素影響致使部門總額該季全局預估平均點值

在0.9以下，且較去年同季點值下降幅度 $>5\%$ 以上。

(2)不可預期因素影響致使該部門一般服務之該季醫療費用點數成長率 $>$ (當年度醫療服務成本及人口因素成長率 $+5\%$ )以上。

2.提案及處理程序：

由總額部門、健保局或本委員會委員正式提案，並提供前述評估內容與相關數據(含不可歸責於總額部門之評估資料)，供委員會討論議定，結果如下：

(1)不同意動支：結案。

(2)同意動支且額度明確：確定及進行後續事宜。

(3)同意動支但額度無法確定：召開協商會議，由健保局會同相關總額部門先協商草擬處理方式建議案，交由本委員會全體委員進行協商。

3.協定、核定與執行：

協商會議結論提經委員會通過後，報請衛生署核定，相關執行細節及結算事宜，請健保局會同總額部門議定。

## 二、100年度委託中臺科技大學辦理「中醫門診總額地區預算分配模式對醫療資源及民眾就醫權益之影響評析」之研究計畫繳交期末報告。

12月12日 行政院衛生署中央健康保險局公告「101年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案」。

12月27日 召開100年度委託中臺科技大學辦理「中醫門診總額地區預算分配模式對醫療資源及民眾就醫權益之影響評析」之研究計畫期末報告審查會議，審查通過。

12月30日 行政院衛生署中央健康保險局公告「101年度全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案」、「101年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」、「101年度全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」、「101年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案」、「101年度中醫門診總額一般部門預算分配方式試辦計畫」、「101年度全民健康保險Pre-ESRD預防性計畫及病人衛教計畫」。