

衛生福利部全民健康保險會
第5屆 110 年第 2 次委員會議資料

本資料未經委員會議討論前
請勿對外提供

中華民國 110 年 6 月 25 日

衛生福利部全民健康保險會第5屆110年第2次委員會議議程

一、主席致詞	
二、議程確認	
三、確認上次(第1次)委員會議紀錄	1
四、本會重要業務報告	35
五、優先報告事項	
(一)中央健康保險署「110年第1季全民健康保險業務執行季報告」(併「110年5月份全民健康保險業務執行報告」)	58
(二)配合防疫規定，調整「各總額部門109年度執行成果評核之作業方式」評核會議之辦理方式案	59
六、討論事項	
(一)111年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)	63
(二)111年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)	82
(三)因應立法院主決議，研議增加以直播或上傳錄影錄音之方式，公開本會會議實況之可行性案	94
(四)全民健康保險各總額部門109年度執行成果評核獎勵方式案	114
七、報告事項	
(一)109年度全民健康保險基金附屬單位決算及111年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案	123
(二)110年度全民健康保險牙醫門診總額0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫(草案)	165
(三)110年度全民健康保險中醫門診總額「中醫針灸、傷科處置品質提升」之具體規劃(含提升針灸及傷科處置品質之執行方式與新增治療項目)	192
(四)「基層總額轉診型態調整費用」與「鼓勵院所建立轉診之合作機制」執行成效評估(含長期效益評估指標、病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)	203
八、臨時動議	

三、確認上次(第 1 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業於本(110)年 5 月 10 日以衛部健字第 1103360066 號函送委員在案，並於本年 5 月 10 日上網公開。

決定：

衛生福利部全民健康保險會第5屆110年第1次委員會議紀錄

時間：中華民國110年4月30日上午9時30分

地點：本部301會議室(台北市忠孝東路6段488號3樓)

主席：周主任委員麗芳 紀錄：盛培珠、張嘉云

出席委員：(依委員姓名筆劃排序)

于委員文男、王委員棟源(中華民國牙醫師公會全國聯合會
徐常務理事邦賢代理)、朱委員益宏、何委員語、吳委員鴻來、
吳委員鏘亮、李委員永振、李委員麗珍、卓委員俊雄、林委
員恩豪、林委員敏華、侯委員俊良、柯委員富揚(中華民國中
醫師公會全國聯合會詹執行長永兆12:00以後代理)、胡委員峰
賓、翁委員文能、翁委員燕雪、馬委員海霞、商委員東福、
張委員文龍、張委員澤芸、許委員馮洪、陳委員石池、陳委
員有慶、陳委員秀熙、黃委員金舜、黃委員振國、楊委員芸
蘋、趙委員曉芳、劉委員守仁、劉委員國隆、劉委員淑瓊、
滕委員西華、蔡委員明鎮、盧委員瑞芬、賴委員博司、謝委
員佳宜、顏委員鴻順

請假委員：

鄭委員素華

列席人員：

本部社會保險司：盧副司長胤雯

中央健康保險署：李署長伯璋、蔡副署長淑鈴、張組長禹斌、
戴組長雪詠

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

壹、主席致詞(介紹委員)：略(詳與會人員發言實錄，第34~36
頁)。

貳、議程確認

決定：確認。

參、確認上次(第 4 屆 109 年第 10 次)委員會議紀錄。

決定：洽悉(另送請第 4 屆委員確認)。

肆、本會重要業務報告：略(詳與會人員發言實錄，第 39~52 頁)。

決定：

一、上(第 4)屆委員會議列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤事項，共 8 項：

1. 項次 3 改列繼續追蹤；項次 6、7 待優先報告事項第二案及討論事項第二案討論後再解除追蹤(經報告及討論後，無後續應辦事項，爰解除追蹤)；其餘 5 項同意依擬議，解除追蹤。

2. 請中央健康保險署於年度總額協商及費率審議相關會議提供財務收支情形表。

(二)擬繼續追蹤事項，共 10 項：同意依擬議繼續追蹤 10 項外，加上前述改列繼續追蹤項目，共計 11 項繼續追蹤。

二、餘洽悉。

伍、優先報告事項：略(詳與會人員發言實錄，第 53~91 頁)。

第一案

案由：本會運作說明及 110 年度工作計畫(草案)，請鑒察。

決定：

一、確認 110 年度會議時間表及工作計畫(如附件一、二)，請委員預留時間與會，各工作計畫項目請相關負責單位配合辦理。

二、111 年度委員會議時間，仍維持於每月第四個星期五召開。

第二案

報告單位：本會第三組

案由：「110 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方

式」核定結果及後續相關事項，請鑒察。

決定：

一、請中央健康保險署會同各部門總額相關團體辦理下列事項：

(一)盡速辦理 110 年度各部門總額協定事項未於 109 年 12 月底前完成之工作項目(如附件三)。

(二)確實依 110 年度各部門總額協定事項所列時程，完成法定程序及提報本會等相關事宜。

二、請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，盡速將「110 年度西醫基層總額一般服務費用地區預算之風險調整移撥款執行方式」函報本會備查。

三、餘洽悉。

第三案

報告單位：衛生福利部社會保險司、中央健康保險署

案由：衛生福利部「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)諮詢案及中央健康保險署「111 年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案」，請鑒察。

決定：委員所提諮詢意見摘要併同發言實錄(含書面意見)，送請衛生福利部參考。(委員所提諮詢意見摘要如附件四)

陸、討論事項：略(詳與會人員發言實錄，第 92~108 頁)。

第一案

提案單位：本會第一組

案由：推派本會委員擔任健保署「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」及「全民健康保險醫療給付費用各總額研商議事會議」之代表案，提請討論。

決議：本會推派名單如下：

會議名稱	代表屬性	人數	推薦名單
醫療服務給付項目 及支付標準共同擬 訂會議	雇主	1	何語
	被保險人	1	劉國隆
醫療給用 付費總額研 商議會議	醫院	2	林恩豪 侯俊良
	西醫基層	2	馬海霞 許馮洪
	牙醫門診	2	劉守仁 賴博司
	中醫門診	2	李永振 林敏華
	門診透析	2	千文男 蔡明鎮

註：由本會遴選推派者，於任期內失去委員身分時，由該團體推派的接任人選替補之。

第二案

提案單位：本會第三組

案由：各總額部門 109 年度執行成果評核之作業方式(草案)，
提請討論。

決議：

一、本案依委員建議修正(貳、辦理方式一、評核委員)後，
通過「各總額部門 109 年度執行成果評核之作業方式」
(如附件五)，請中央健康保險署及四總額部門依作業
方式及時程提供本案所需資料。

二、同意中央健康保險署及四總額部門所提之「110 年度
重點項目與績效指標(含目標值)」(如附件六)，請據以
執行，並將專家建議納為長期規劃與努力方向，以提
升總額執行效益。

三、111 年度總額「品質保證保留款獎勵額度」，訂於 110
年 6 月份委員會議討論。

柒、報告事項：略(詳與會人員發言實錄，第 109~117 頁)。

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：「109 年第 4 季全民健康保險業務執行季報告」(併「110 年 1、2、3 月份全民健康保險業務執行報告」)，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提書面意見，送請中央健康保險署回復說明。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：108 年度健保收入超過 2 億元之 223 家醫療院所財務報告公開情形，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署回復說明。

捌、散會：下午 14 時。

附錄：與會人員發言實錄

全民健康保險會 110 年度委員會議暨重要會議預訂時間表

會議次別	會議時間	會議地點
第1次	4月30日(星期五上午9時30分)	衛生福利部3樓 301會議室
第2次	5月21日(星期五上午9時30分)	
第3次	6月25日(星期五上午9時30分)	
第4次	7月23日(星期五上午9時30分)	
各總額部門109年執行成果發表暨評核會議	7月27日(星期二上午9時)全天 7月28日(星期三上午9時)半天	衛生福利部1樓 大禮堂
第5次	8月20日(星期五上午9時30分)	衛生福利部3樓 301會議室
111年度總額協商草案座談會	8月20日(星期五下午1時30分)	
111年度總額協商之保險付費者代表、專家學者與公正人士及政府機關代表委員座談會	8月31日(星期二上午9時30分)	
111年度總額協商會議	9月23日(星期四上午9時30分)全天 若有協商未盡事宜，則於9月24日上午11時處理	衛生福利部3樓 301會議室
第6次	9月24日(星期五上午11時)	健保署東區業務組
費率審議前意見諮詢會議	10月15日(星期五上午9時30分)	
第7次	10月22日(星期五上午9時30分)	
第8次	11月19日(星期五上午9時30分)	
業務訪視活動	12月16日(星期四上午9時)全天	健保署東區業務組
第9次	12月17日(星期五上午9時30分)	

備註：

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

全民健康保險會 110 年度工作計畫-按會議時序排列

日期	工作項目
4月30日 (委員會議)	<p>優先報告事項：</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.本會運作說明及 110 年度工作計畫 2.110 年度各部門總額及其分配方式之核定結果及後續相關事項 3.111 年度總額範圍報行政院前之諮詢、全民健康保險資源配置及財務平衡方案 <p>討論事項：</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.推派本會委員擔任健保署「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」及「全民健康保險醫療給付費用各總額研商議事會議」之代表 2.各總額部門 109 年度執行成果評核作業方式之討論 <p>報告事項：</p> <p>108 年度健保收入超過 2 億元之醫療院所財務報告之公開情形</p>
5月21日 (委員會議)	<p>優先報告事項：</p> <p>全民健康保險業務執行季報告(口頭)</p> <p>討論事項：</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.111 年度總額協商架構及原則之討論 2.本會委員會議公開會議實況可行性之討論 <p>報告事項：</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.「中醫針灸、傷科處置品質提升」之具體規劃(含提升針灸及傷科處置品質之執行方式與新增治療項目) 2.109 年度全民健保年終決算報告、111 年度全民健保預算備查案
6月25日 (委員會議)	<p>討論事項：</p> <p>111 年度總額協商程序之討論</p> <p>討論事項：</p> <p><u>各總額部門 109 年度執行成果評核獎勵額度案之討論</u></p> <p>報告事項：</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.「基層總額轉診型態調整費用」與「鼓勵院所建立轉診之合作機制」執行成效評估(含長期效益評估指標、病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形) 2.自付差額特殊材料品項開放半年後之檢討改善報告

日期	工作項目
7月 23 日 (委員會議)	<p>報告事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.家庭醫師整合性照護計畫執行情形與成效檢討(含強化執行面監督與退場機制及納入更多結果面成效指標) 2.牙醫門診總額 109 年度協定事項執行結果： <ol style="list-style-type: none"> (1)「牙周病統合治療方案」之執行結果 (2)「全面提升感染管制品質」之執行結果(含申報情形及查核結果)
7月 27、28 日	各總額部門 109 年度執行成果發表暨評核會議
8月 20 日 全天	<p>優先報告事項：</p> <p>全民健康保險業務執行季報告(口頭) (含醫院及西醫基層總額之「藥品及特材給付規定改變」經費編列及估算方式合理性之檢討結果(請將藥品之節流效益納入考量))</p> <p>討論事項：</p> <p>健保署所提自付差額特殊材料品項之討論(暫訂，視提案情形安排)</p> <p>報告事項：</p> <p>各總額部門 109 年度執行成果評核結果</p>
下午 (協商會前會)	111 年度總額協商因素項目及計畫(草案)會前會
8月 31 日上午	111 年度總額協商之保險付費者代表、專家學者與公正人士及政府機關代表委員座談會
9月 23 日 全天	111 年度總額協商會議 (若有未盡事宜，則於 9 月 24 日上午 11 時處理)
9月 24 日 (委員會議)	<p>討論事項：</p> <p>111 年度各部門總額及其他預算協商結論之討論 (若有總額協商未盡事宜，於未盡事宜處理完畢後召開；若無未盡事宜，則於上午 11 時召開)</p>
10月 15 日上午	111 年度保險費率審議前意見諮詢會議
10月 22 日 (委員會議)	<p>討論事項：</p> <p>111 年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論</p>

日期	工作項目
	報告事項： 全民健康保險業務監理指標之監測結果報告
11月19日 (委員會議)	優先報告事項： 全民健康保險業務執行季報告(口頭) 討論事項： 1.111 年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論(續) 2.111 年度保險費率之審議案 3.健保署所提自付差額特殊材料品項之討論(暫訂，視提案情形安排)
12月16日	業務訪視活動 預定地點：東區業務組轄區特約院所
12月17日 (委員會議)	優先報告事項： 111 年度各部門總額及其分配方式之核定結果及後續相關事項 討論事項： 健保署所擬訂 111 年度抑制資源不當耗用改善方案之討論 報告事項： 自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告(含開放半年後之檢討改善情形)

註：1.預定期程已參酌健保署意見調整。

2.配合健保署送會時程，安排之討論事項如下：

- (1)健保署所擬訂調整保險給付範圍方案之審議。
- (2)健保署所提不列入保險給付之診療服務及藥物項目之審議。
- (3)健保署所擬修訂醫療品質資訊公開辦法之討論。

3.委員會議若另有決議(定)事項，配合安排或調整相關工作項目。

全民健康保險會 110 年度工作計畫-按業務性質排列

類別	工作項目	預定期程	主辦(協辦)單位	備註
業務監理	一、專案報告			
	1.108 年度健保收入超過 2 億元之醫療院所財務報告之公開情形	4 月	健保署	依健保法第 73 條辦理
	2.「中醫針灸、傷科處置品質提升」之具體規劃(含提升針灸及傷科處置品質之執行方式與新增治療項目)	5 月	健保署、中全會	1.依 109 年 9 月份委員會議決議事項辦理 2.請健保署統籌，醫療專業部分得邀請中全會併同報告(依健保署建議)
	3.「基層總額轉診型態調整費用」與「鼓勵院所建立轉診之合作機制」執行成效評估(含長期效益評估指標、病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)	6 月	健保署	依 109 年 9 月份委員會議決議事項辦理
	4.家庭醫師整合性照護計畫執行情形與成效檢討(含強化執行面監督與退場機制及納入更多結果面成效指標)	7 月	健保署	依 109 年 9 月份委員會議決議事項辦理
	5.牙醫門診總額 109 年度協定事項執行結果： (1)「牙周病統合治療方案」之執行結果 (2)「全面提升感染管制品質」之執行結果(含申報情形及查核結果)	7 月	健保署、牙全會	1.依 109 年度牙醫門診總額協定事項辦理 2.請健保署統籌，醫療專業部分得邀請牙全會併同報告(依健保署建議)
	二、例行監理業務			
1.全民健康保險業務執四季報告	5、8、11 月	健保署	1.每季業務執行報告以口頭報告方式進行，其餘月份以書面提報 2.為完整呈現前一季資料，安排於 2、5、8、	

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
業務監理				11 月進行口頭報告(依健保署建議) 3.依 110 年度總額核定事項，及參考健保署提報方式之建議，請健保署於 8 月份委員會議之業務執行季報告提報醫院及西醫基層總額之「藥品及特材給付規定改變」經費編列及估算方式合理性之檢討結果(請將藥品之節流效益納入考量)
	2.109 年度全民健保年終決算報告、111 年度全民健保預算備查案	5 月	健保署 (本會)	依健保法施行細則第 3 條辦理
	3.全民健康保險業務監理指標之監測結果報告	10 月	健保署	季指標另納入 3 月、9 月業務執行報告
	4.自付差額特殊材料品項開放半年後之檢討改善報告	6、12 月	健保署	
	5.自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告	12 月	健保署	
	三、業務相關活動			
總額協議訂定	業務訪視活動暨第 9 次委員會議 (2 天 1 夜) 預定地點：東區業務組轄區特約院所	12 月	本會 (健保署)	預訂於 12 月 16、17 日召開
	1.提報 110 年度各部門總額及其分配方式之核定結果及後續相關事項	4 月	本會	
	2.各總額部門 109 年度執行成果評核作業方式之討論	4 月	本會	
	3.111 年度總額範圍報行政院前之諮詢、全民健康保險資源配置及財務平衡方案	4 月	社保司、 健保署	依健保法第 60 條、第 5 條辦理

類別	工作項目	預定期程	主辦(協辦)單位	備註
總額 協議 訂定	4.111 年度總額協商架構及原則之討論	5 月	本會	
	5.111 年度總額協商程序之討論	6 月	本會	
	6.各總額部門 109 年度執行成果評核獎勵額度案之討論	6 月	本會	
	7.各總額部門 109 年度執行成果發表暨評核會議	7 月	本會 (健保署)	預訂於 7 月 27、28 日召開，5~7 月準備資料
	8.提報各總額部門 109 年度執行成果評核結果	8 月	本會	
	9.111 年度總額協商因素項目及計畫(草案)會前會	8 月	本會	預訂於 8 月 20 日下午召開
	10.111 年度總額協商之保險付費者代表、專家學者與公正人士及政府機關代表委員座談會	8 月	本會	預訂於 8 月 31 日上午召開
	11.111 年度總額協商會議	9 月	本會 (健保署)	1.依健保法第 61 條辦理 2.預訂於 9 月 23 日召開 (若有未盡事宜，則於 9 月 24 日上午 11 時處理)，7~9 月前置作業
	12.111 年度各部門總額及其他預算協商結論之討論	9 月	本會	依健保法第 61 條辦理
	13.111 年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論	10、11 月	本會	依健保法第 61 條辦理
費率 審議	14.提報 111 年度各部門總額及其分配方式之核定結果及後續相關事項	12 月	本會	
	1.111 年度保險費率審議前意見諮詢會議	10 月	本會 (健保署)	1.依健保法第 24 條辦理 2.預訂於 10 月 15 日召開
	2.111 年度保險費率案之審議	11 月		依健保法第 24 條辦理

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註	
保險給付及其他應討論法定事項	1.健保署所提自付差額特殊材料品項之討論(暫訂，視提案情形安排)	8、11月	健保署 (本會)	1.依健保法第 45 條第 3 項及 105 年 6 月份委員會議決議之「健保會討論自付差額特材之作業流程」辦理 2.各季配合健保署送會時程辦理	
	2.健保署所擬訂 111 年度抑制資源不當耗用改善方案之討論	12 月		依健保法第 72 條辦理	
	3.健保署所擬訂調整保險給付範圍方案之審議	配合健保署送會時程		依健保法第 26 條辦理	
	4.健保署所提不列入保險給付之診療服務及藥物項目之審議			依健保法第 51 條第 12 款辦理	
	5.健保署所擬修訂醫療品質資訊公開辦法之討論			依健保法第 74 條辦理	
其他	推派「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事會議」及「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」之本會代表	4 月	本會	依全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法辦理	
	本會委員會議公開會議實況可行性之討論	5 月	本會	依立法院審查 110 年度中央政府總預算案決議辦理	

註：1.預定期程已參酌健保署意見調整。

2.委員會議若另有決議(定)事項，配合安排或調整相關工作項目。

110 年度各部門總額協定事項未於 109 年 12 月底前完成之工作項目

部 門	工作項目	應完成時限
	需經本會同意或向本會說明	
牙醫門診總額	1 新醫療科技(新增診療項目) ※協定事項：於 109 年 12 月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程	109 年 12 月委員會議(說明)
	2 牙醫特殊醫療服務計畫 ※協定事項：擬新增之牙醫特定身心障礙者社區醫療網，需提出共識之具體實施方案，並於 109 年 12 月底前提報本會同意後執行	109 年 12 月底前
	3 0~6 歲兒童口腔健康照護試辦計畫(110 年新增計畫) ※協定事項： (1)本項經費不應支付預防保健相關服務 (2)擇縣市試辦，具體實施方案於 109 年 12 月底前提報本會同意後執行	
中醫門診總額	依法定程序辦理相關事宜，送本會備查	
	1 中醫針灸處置品質提升(110 年新增項目) ※協定事項：以新增複雜性疾病特殊針灸治療及協同輔助治療項目為優先考量，於 109 年 12 月底前提出具體實施方案(含分類標準、醫療服務內容及確保品質之標準作業程序)，並提報本會核備	109 年 12 月底前 (於 110 年 5 月份委員會議安排專案報告)
西醫基層總額	2 中醫傷科處置品質提升(110 年新增項目) ※協定事項：以新增複雜性骨傷疾病之整復治療及協助治療項目為優先考量，於 109 年 12 月底前提出具體實施方案(含分類標準、醫療服務內容及確保品質之標準作業程序)，並提報本會核備	
	依法定程序辦理相關事宜，送本會備查	
西醫基層總額	1 醫療給付改善方案 ※決定事項： (1)持續辦理 7 項方案，通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容 (2)新增糖尿病與初期慢性腎臟病共同照護服務；持續加強推動糖尿病與慢性腎臟病整合照護	109 年 11 月底前

部門	工作項目	應完成時限
依法定程序辦理相關事宜，送本會備查		
醫院總額	1 醫療給付改善方案 ※決定事項： (1)持續辦理 9 項方案，通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容 (2)新增糖尿病與初期慢性腎臟病共同照護服務；持續加強推動糖尿病與慢性腎臟病整合照護	109 年 11 月底前
	2 急診品質提升方案 ※決定事項：精進方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形	
	3 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	
依法定程序辦理相關事宜，送本會備查		
其他預算	1 基層總額轉診型態調整費用※協定事項： (1)持續檢討經費動支條件，並建立長期效益評估指標 (2)本項動支方案(含經費動支條件及相關規劃)應於 109 年 11 月底前完成相關程序，並送本會備查	109 年 11 月底前
	2 推動促進醫療體系整合計畫 (1)醫院以病人為中心門診整合照護計畫 (2)急性後期整合照護計畫 (3)跨層級醫院合作計畫 ※協定事項：檢討執行方式，以增進計畫執行效益。另請加速推動「遠距醫療會診」服務	109 年 11 月底前
	3 腎臟病照護及病人衛教計畫 (1)末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫 (2)初期慢性腎臟病醫療給付改善方案 (3)慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫 ※協定事項：新增急性腎損傷(AKI)病人照護與衛教	109 年 12 月底前
4 提升保險服務成效 ※協定事項：於 109 年 12 月底前訂定提升保險服務成效之評估指標		
5 提升用藥品質之藥事照護計畫 ※協定事項：盡速研訂計畫，以利執行		109 年 11 月底前

註：110 年執行情形於本會 110 年 7 月份委員會議提報，延續性項目於 110 年 7 月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含 109 年執行情形)。

111 年度「全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」及「全民健康保險資源配置及財務平衡方案」本會委員所提諮詢意見摘要

一、對 111 年度總額範圍(草案)之建議：

- (一)所擬總額範圍推估金額高達 7,935 億元(低推估)~8,207 億元(高推估)。依據健保署財務模擬試算，111 年度當年保險收支將短絀 222 億元~492 億元，以低推估值 1.272% 計算，當年底保險收支累計結餘數，僅剩 1.05 個月保險給付支出，若以高推估值 4.746% 計算，更只剩下 0.59 個月，低於法定應至少有 1 個月保險給付支出之安全準備總額。110 年剛調漲費率至 5.17%，部長曾對外宣示 2 年不再調整，依上述財務推估，衛福部應說明相關作為，否則 111 年又要再次調漲，很快就需面對法定費率上限 6% 的問題。建請行政院核定 111 年度總額範圍時，考量健保財務狀況，再行評估調整。
- (二)受到 COVID-19 疫情影響，許多產業停滯，國內傳統產業及內需產業就業機會減少，雖然 GDP 成長，但主要是科技產業成長所致，無法反映整體民眾的付費能力。實際上，民眾平均收入變低、所得分配惡化，付費能力下降，加上人口負成長，保費收入恐無法繼續支撐不斷成長的總額。建請考量被保險人的財務負擔能力，合理設定總額範圍，確保健保制度永續發展。
- (三)總額預算每年以複數方式滾動成長，基期費用逐年擴大，建議相關節流成效應回饋總額，合理調控基期或納入總額調整因素，以減輕調漲保費壓力。
- 1.歷年總額配合政府政策投入相當多的預算，如健保醫療資訊雲端查詢系統、C 型肝炎藥費等，惟衛福部擬訂 111 年度總額範圍時，並未呼應國發會 110 年度之審議建議，將預算投入後之節流效果納入考量。
- 2.COVID-19 疫情讓民眾健康意識提升，改變民眾就醫行為及疾病需求，109 年整體醫療利用減少，應通盤檢視醫療供需變動，

並納入總額調整因素，以反映醫療需求的改變。

二、對 111 年度總額政策目標之建議：

- (一)所擬 111 年度調整因素金額高達 272 億元，政策目標多元，結合公衛、照護模式、醫療照護體系、支付制度改革等諸多項目，惟現階段健保財務及付費能力都有困難，增加政策項目預算宜審慎，建議先進行專業評估及取捨，若無實際效益，現階段可不必增加預算。
- (二)所提各項政策目標，應有相對應的支出金額與說明，另「健保總額中長期改革計畫(2021-2025 年)」為重大政策方向，建議陳報行政院時，提供相關資訊，以利後續評估預算及總額範圍設定之合理性。
- (三)許多政策目標係由政府及健保合作推動，應詳細區分各項政策目標的預算來源及額度，尤其涉及政府政策推動之項目，應由公務預算支應，不宜轉由健保支付。

三、請確實檢討低推估之設定及計算公式的合理性：

- (一)「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」有過度反應醫療費用、墊高計算基礎之虞。請檢討計算公式，如何反映人口老化對醫療費用的影響，並排除其他因政策鼓勵或協商因素項目投入預算(如 C 肝藥費、新醫療科技預算)所造成的影响。
- (二)計算「醫療服務成本指數改變率」所選取的查價項目(如「躉售物價指數—醫療儀器及用品類」之採用項目)，無法反映實際醫療成本，且受到匯率波動影響，應予檢討。

附件五

各總額部門 109 年度執行成果評核之作業方式

第 5 屆 110 年第 1 次委員會議(110.4.30)通過

壹、評核範圍

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

貳、辦理方式

一、評核委員

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

二、評核會議之資料

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

三、評核會議

- (一)會議期程：2 天。
- (二)第一階段：公開發表會議(1 天半)。
 - 1.健保署統一報告各部門總額一般服務之整體性、一致性項目(如：利用

概況、滿意度調查結果、品質指標監測結果等)及門診透析與其他預算之執行成果。

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

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

4.參與人員

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

(三)第二階段：評核內部會議(半天)。

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

2.參與人員：主任委員、評核委員、本會同仁。

參、評核項目與配分

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

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

評核項目	配分
<ul style="list-style-type: none"> (一)醫療服務品質調查之結果及檢討與改善措施 (二)民眾付費情形及改善措施 (三)就醫可近性與及時性之改善措施 (四)民眾諮詢及抱怨處理 (五)其他確保民眾就醫權益之措施 <p>三、專業醫療服務品質之確保與提升</p> <ul style="list-style-type: none"> (一)專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施 (二)品質保證保留款實施方案執行結果 (三)其他改善專業醫療服務品質具體措施 <p>四、協商因素項目之執行情形</p> <ul style="list-style-type: none"> (一)109年新增項目(含總額協定之執行目標及預期效益評估指標)之執行情形 (二)延續項目之執行情形 <ul style="list-style-type: none"> 1.新醫療科技(新增診療項目、新藥及新特材等)(本項適用於協定事項有新醫療科技項目之部門) 2.支付標準修訂及其他協商因素項目(依協定結果分列) (三)109年執行未滿半年及110年新增項目之執行現況與未來規劃 <p>五、總額之管理與執行績效</p> <ul style="list-style-type: none"> (一)醫療利用及費用管控情形 (二)地區預算分配(含風險調整基金)之執行與管理 (三)點值穩定度 (四)專業審查及其他管理措施 (五)院所違規情形及醫療機構輔導 	20
參、專款項目執行成果^{註2}	100
<p>一、就109年評核委員評論意見與期許之回應說明</p> <p>二、109年計畫/方案執行成果</p> <p>三、105~109年執行情形及成效評估(含自選3項關鍵績效指標)</p> <p>四、檢討與改善方向</p> <ul style="list-style-type: none"> (一)計畫/方案110年修正重點 (二)109年執行未滿半年及110年新增項目之執行現況與未來規劃 	

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

肆、評核結果之應用

一、評核結果區分為下列五等級：

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

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

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

伍、110 年評核作業時程表

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

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

年度重點項目及各部門總額一般服務項目執行績效/成果之報告大綱

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

- 註：1.請健保署於5月下旬依報告大綱及評核項目表，先提供監測/調查/統計結果(上冊)予本會及總額部門參考，總額部門請著重於提報檢討及改善措施，不須重複呈現上冊資料。
- 2.報告內容請涵蓋評核項目表各項評核內涵及指標，並提供5年(105~109年)之數據。另請健保署提供各項調查/統計結果時，重點說明其結果。部門提報之執行成果報告內文限100頁，請編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。
- 3.依據110年度總額協定事項，請於110年7月底前，提報延續項目之109年執行情形及成效評估。

各部門總額及其他預算專款項目執行績效/成果之報告大綱

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

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

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

健保署及四總額部門「109年度重點項目與績效指標(含目標值)」

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

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

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

附表四

各部門總額及其他預算專款項目執行績效/成果之提報單位

部門別	計畫／方案名稱	提報單位
牙醫	- 醫療資源不足地區改善方案 - 牙醫特殊醫療服務計畫 - 牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫(109 年新增) - 0~6 歲兒童口腔健康照護試辦計畫(110 年新增)	牙醫師公會全聯會
中醫	- 醫療資源不足地區改善方案 - 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 - 中醫提升孕產照護品質計畫 - 中醫癌症患者加強照護整合方案 - 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 - 中醫急症處置計畫 - 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(109 年新增)	中醫師公會全聯會
西醫基層	- 家庭醫師整合性照護計畫(含計畫檢討與管控暨執行成果) - 家庭醫師整合性照護計畫(醫界配合推動情形) - 西醫醫療資源不足地區改善方案 - 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫(109 年新增) - 強化基層照護能力及「開放表別」項目(非計畫型) - 罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材(非計畫型) - 因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用(非計畫型) - 新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用(非計畫型)	健保署 醫師公會全聯會
醫院	- 急診品質提升方案 - 西醫醫療資源不足地區改善方案(醫院支援西醫基層) - 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫 - 罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材(非計畫型) - 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質(非計畫型) - 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)(非計畫型)	醫院協會
門診透析	- 慢性腎臟病照護及病人衛教計畫	健保署
跨部門	- C 型肝炎藥費(含其他預算「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費」) - 醫療給付改善方案(含糖尿病等 9 項方案) - 鼓勵院所建立轉診之合作機制(非計畫型) - 基層總額轉診型態調整費用(非計畫型) - 獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用	健保署 (相關總額部門提供配合推動情形)
其他預算	- 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 - 居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務(含居家醫療照護整合計畫) - 推動促進醫療體系整合計畫 - 獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用(含各部門總額之網路頻寬補助費用執行成果) - 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫 - 提升用藥品質之藥事照護計畫 - 支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及狂犬病治療藥費(非計畫型) - 調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費(非計畫型) - 提升保險服務成效(非計畫型)	健保署

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

附件六

健保署及四總額部門「110年度重點項目與績效指標(含目標值)」

部門/單位	年度重點項目	績效指標
整體總額— 健保署	項目1：整體資源配置與未來規劃 [延續項目]	指標：非同體系區域級(含)以上醫院回轉率 目標值： $\geq 3.77\%$ 操作型定義：分母案件之回轉件數/區域級(含)以上醫院 接受上轉之門住診申報件數合計
	項目2： 分級醫療之推動 成效 [延續項目]	指標：全藥類藥品重複用藥日數下降比率 目標值：較108年下降5%或 \leq 低於全國值 操作型定義：全藥類藥品之重複用藥日數/全藥類藥品之 總給藥日數 健保署之指標目標值說明： 管理方案因COVID-19疫情於109年Q1-Q3暫停啟動，故本指標以 108年為基期進行比較。
	項目3： 推動健保醫療資 訊雲端查詢系統 之成效 [延續項目]	指標(1)：醫院層級轉診率 目標值：轉診率維持成長10% 操作型定義：各層級轉診件數/醫院部門總就醫件數 指標(2)：分級醫療垂直整合策略聯盟 目標值：分級醫療涵蓋率80% 操作型定義：完成建立與其他院所策略聯盟合作機制 之家數/醫院部門醫院家數 註：醫院協會建議健保署新增「就醫民眾對分級醫療轉診政策 實施滿意度調查」，俾利納入績效指標。
醫院總額— 醫院協會	項目2： 護病比執行現況 [延續項目]	指標：全日平均護病比分級達成率 目標值：全日平均護病比合格率80% 操作型定義：【參考醫院評鑑基準】(醫院急性一般病床 床位數 \times 占床率 $\times 3$) $/$ 全日平均三班護理人 員數(同健保署全民健康保險醫療品質資 訊公開網指標-急性一般病床全日平均護 病比) 註：1.急性一般病床：包含急性一般病床、經濟病床、精神急 性一般病床、精神急性經濟病床。 2.醫院不含未設置「急性一般(經濟)、精神急性一般(經濟) 病床」醫院。

部門/單位	年度重點項目	績效指標
西醫基層 總額一 醫全會	項目1： 西醫基層轉診執行概況 [延續項目]	<p>指標(1)：基層接受轉診率 目標值：較前1年度接受轉診率增加1.5% 操作型定義：基層接受轉診件數/醫院轉至基層件數 註：基層排除平轉案件</p> <p>指標(2)：基層接受慢性病病人轉診率 目標值：較前1年度接受慢性病病人轉診率增加1.5% 操作型定義：基層接受醫院慢性病轉診件數/醫院轉至基層慢性病件數 註：慢性病定義：案件分類為04、08案件</p> <p>指標(3)：慢性病病人轉診照護情形 目標值：較前1年度慢性病轉診病人持續就醫人數比率增加1.5% 操作型定義：慢性病轉診病人持續就醫歸戶人數/醫院轉至基層慢性病歸戶人數 註：1.持續就醫定義：醫院轉至基層慢性病病人於同院所因慢性病持續就醫兩次以上。 2.慢性病定義：案件分類為04、08案件。</p> <p>醫全會之指標目標值說明： 考量COVID-19疫情期间，暫緩實施「執行區域級以上醫院門診減量」，爰前開指標之目標值均修訂為較前1年增加1.5%(109年目標值為3~5%)。</p> <p>觀察指標(1)：轉診回復率 ①基層上轉至醫院後，醫院回復比率 目標值：較前1年度比率增加 操作型定義：醫院接受基層上轉後，回復基層之件數/基層上轉至醫院轉診件數 ②醫院下轉至基層後，基層回復比率 目標值：較前1年度比率增加 操作型定義：基層接受醫院轉診後，回復醫院件數/基層接受醫院轉診件數</p> <p>觀察指標(2)：基層接受轉診病人之跨表比率 目標值：較前1年度比率增加 操作型定義：基層接受轉診病人申報跨表件數/基層接受轉診件數</p> <p>醫全會之觀察指標說明： 考量尚無資料可供參考，爰先列為觀察指標，未來若合適或做滾動式修正後，再列為績效指標。</p>

部門/單位	年度重點項目	績效指標
西醫基層 總額一 醫全會	項目2： 居家醫療照護整合計畫成效 [新增項目]	指標(1)：承作診所數 目標值：較前1年度診所數增加 操作型定義：有參加居家醫療照護整合計畫的診所 指標(2)：承作醫師數 目標值：較前1年度醫師數增加 操作型定義：有申請居家醫療照護整合計畫費用的醫師 指標(3)：收案數 目標值：較前1年度收案數增加 操作型定義：居家醫療照護整合計畫的收案數
牙醫門診 總額一 牙全會	項目1： 牙醫院所加強感染管制之現況與改善 [延續項目]	指標：院所感染管制申報率 目標值：最近3年全國平均值*(1-10%) 操作型定義：申報加強感染管制診察費的院所數/申報總院所數
	項目2： 國人牙齒保存現況與改善情形 [延續項目]	指標：有就醫者平均拔牙顆數(負向指標) 目標值：最近3年全國平均值*(1+10%) 操作型定義：拔牙總顆數(簡單性拔牙92013C+複雜性拔牙92014C)/就醫人數
	項目3： 國人牙周現況改善情形 [新增項目]	指標：牙周病統合治療第三階段完成率 目標值：最近3年全國平均值*(1-10%) 操作型定義：當年度完成第三階段人數(當年1~9月申報第一階段案件於180天內申報第三階段件數)/當年度執行第一階段人數(當年1~9月申報第一階段件數)
中醫門診 總額一 中全會	項目1： 提升複雜性針灸傷科醫療服務品質 [新增項目]	指標(1)：中度高度複雜性針灸醫療利用率 目標值：中度高度複雜性針灸醫療服務利用率呈現正成長 操作型定義：(110年中度及高度複雜性針灸人次/110年針灸人次)-(109年複雜性針灸人次/109年針灸人次) 指標(2)：中度高度複雜性傷科醫療利用率 目標值：中度高度複雜性傷科醫療服務利用率呈現正成長 操作型定義：(110年中度及高度複雜性傷科人次/110年傷科人次)-(109年複雜性傷科人次/109年傷科人次) 中全會之指標說明： 1.110年度修正中度高度複雜性針灸及傷科給付辦法，其申報規

部門/單位	年度重點項目	績效指標
		<p>定要求正確使用ICD-10診斷碼，增加醫療服務時間(中度≥10分鐘、高度≥20分鐘)，同時增加輔助治療項目，以大幅提升中度及高度複雜性針灸傷科之醫療品質，是故中醫院所必須提升針灸傷科醫療品質才能合乎申報條件。</p> <p>2.民眾若能使用中度高度複雜性針灸及傷科服務，且院所能正確申報，代表民眾獲得之中度高度複雜性針灸及傷科醫療品質得到一定的提升，並可提高中醫利用率。故使用利用率來觀察是否提升其醫療服務品質，以利後續中醫健保規劃。</p>
中醫門診 總額一 中全會	項目2： 提升中醫醫療服務 [延續項目]	<p>指標(1)：中醫醫療服務人數成長率 目標值：中醫醫療服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：中醫醫療服務人數(110年-109年)/109年</p> <p>指標(2)：中醫醫療服務人次成長率 目標值：中醫醫療服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：中醫醫療服務人次(110年-109年)/109年</p> <p>指標(3)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數 (110年-109年)/109年</p> <p>指標(4)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次 (110年-109年)/109年</p> <p>指標(5)：無中醫鄉減少比率 目標值：無中醫鄉減少比率為正值 操作型定義：無中醫鄉數(109年-110年)/109年</p> <p>指標(6)：無中醫鄉服務人數成長率 目標值：無中醫鄉服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：無中醫鄉服務人數(110年-109年)/109年</p> <p>指標(7)：無中醫鄉服務人次成長率 目標值：無中醫鄉服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：無中醫鄉服務人次(110年-109年)/109年</p>

部門/單位	年度重點項目	績效指標
其他預算—健保署	項目1： 居家醫療照護整合計畫之推動成效 [延續項目]	指標：居家整合新收案對象門診次數降低 目標值：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門診就醫次數較收案前低 操作型定義：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門診就醫次數較收案前低
	項目2： C型肝炎新藥治療成效 [延續項目]	指標：C型肝炎治療涵蓋率(年累計) 目標值：C型肝炎治療涵蓋率(年累計)，較去年同期(____%)提高 操作型定義：至當年底已接受治療人數/慢性C型肝炎患者人數
	項目3： 腎病防治成效 [新增項目]	指標：末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫照護率 目標值：末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫照護率較去年同期提高 操作型定義：參與末期腎臟病前期病人(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫之人數/個案符合前12月門診2次或住診1次就醫主診斷為N184-186、049符合收案條件之歸戶病人數，排除洗腎及死亡人數。

四、本會重要業務報告

- 一、上次(第 1 次)及歷次列管追蹤事項及其辦理情形：上次委員會議(110.4.30)列管追蹤事項共計 3 項，依辦理情形建議解除追蹤 2 項，繼續追蹤 1 項；歷次委員會議決議(定)事項達解除追蹤條件，擬建議解除追蹤者，計有 1 項，如附表(第 44~46 頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理。
- 二、另為利委員了解歷次委員會議列管追蹤事項之辦理情形，依例每半年(6 月、12 月)彙報進度，考量上次委員會議(110.4.30)方完成提報，除上述擬解除追蹤案件外，餘各案件辦理進度未有具體更新，為使本次會議(採書面及視訊)進行更有效率，將於本年 12 月再行提報。惟未來該些繼續追蹤事項辦理情形，一旦達解除追蹤條件者，則主動提會。
- 三、本會依上次委員會議決議(定)事項，辦理完成下列事項：
 - (一)確認上次(第 4 屆 109 年第 10 次)委員會議紀錄：業於本(110)年 5 月 10 日將上開紀錄，送請第 4 屆 18 位卸任委員確認，均無修正意見。
 - (二)優先報告事項第二案：委員對衛生福利部(下稱衛福部)擬訂之「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)所提諮詢意見摘要併同發言實錄(含書面意見)，業於本年 5 月 6 日函送衛福部，函文如附錄一(第 225 頁)。該部復於 5 月 28 日依法將「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)函報行政院核定，其函報之總額成長率範圍草案為 1.272%~4.746%。(報院函如附錄二，第 226~248 頁，其中本會委員關切重點列於報院函附件附錄三，第 243~248 頁)。
 - (三)討論事項第一案：本會推派擔任中央健康保險署(下稱健保署)「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」及「全民健康保險醫療給付費用各總額研商議事會議」之代表名單業於本年 5 月 10 日函送該署，如附件二(第 56 頁)。
- 四、本會配合政府防疫政策，原訂本年 5 月 21 日委員會議停開，相關議案併於本次委員會議(110.6.25)討論，本次會議採書面併同

視訊會議召開方式辦理，規劃辦理期程及需委員配合事項如下：

- (一)委員提供書面意見：提前於 6 月 10 日前寄送書面開會通知及會議資料，請委員於 6 月 17 日下班前提供書面意見表，未回復者，視同未參加會議(即無法支給 6 月份兼職費)。另彙整各議案委員之整體意見，提 6 月 25 日視訊會議逐案討論確認(視訊會議時間規劃在 2 個小時以內)。
- (二)以 Webex 線上會議系統召開視訊會議，併開會通知單檢送視訊會議之注意事項，及 Webex 線上會議系統使用手冊，以利正式會議順利進行。

五、有關部分委員提出希能於會前取得會議資料電子檔，供團體內部討論之用：

- (一)本屆部分委員為利會前蒐集團體內部之意見，希能於會前取得會議資料電子檔。本會目前係依政府資訊公開法第 18 條規定，對於委員會議資料認屬內部之擬稿或準備作業，符合限制公開或不予提供之條件，爰前於第 4 屆 109 年第 7 次委員會議(109.9.25)通過，自 109 年 10 月起以紙本送達會議資料，不另提供電子檔，以避免徒增委員不必要困擾。
- (二)針對委員所提需求，本會業洽詢健保署、外交部等單位處理限制公開或不予提供資料之相關作法，並諮詢本會具法律專業背景之委員，規劃辦理方式及擬具「委員會議前提供會議資料電子檔切結書」，說明如下：
 - 1.於會前提供會議資料電子檔，予有需要之委員及其團體內部必要人員使用(提供 PDF 格式，設專屬浮水印，檔案不得複製及列印)。
 - 2.取得資料人員(含委員及其團體內部必要人員)均需聲明取得會議資料後，應善盡保密義務，不對外公開，亦不得提供給第三人，並填寫切結書如附件三(第 57 頁)。
 - 3.如有違反前述事項，該屆期不得再要求提供檔案。
- (三)本會會前會議資料之提供方式，將依本次委員會議議定結果辦理。

六、健保署於本年 4 月 7 日函提修正「109 年度牙醫門診總額地區預算分配」之移撥經費執行方式送會備查，如附錄三(第 249~250 頁)，主要修正移撥經費剩餘款之用途，新增用於「因應新冠肺炎疫情影響醫院牙科門診量下降之特別獎勵案(預算上限 4 千萬元)」，若再有剩餘則回歸一般服務費用。

七、衛福部及健保署本年 3 月至 5 月份發布及副知本會之相關資訊如下：[內容已置於該署全球資訊網，詳細內容及相關附件業於本次委員會議前寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

本年 5 月 14 日修正發布「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，除西醫基本診療章之門診診察費，自本年 3 月 1 日生效外，其餘自本年 6 月 1 日生效，如附錄四(第 251 頁)。本次增修訂重點摘要如下：

1.門診診察費：

(1)通則之西醫基層院所門診診察費專科醫師加成方式，增列「精神科門診診察費-每位醫師每日門診量在 45 人次以下」部分診療項目。

(2)將急診診察費、精神科門診診察費及高危險早產兒特別門診診察費之內含護理費，改採比率定之。

2.西醫特定診療：新增 10 項診療項目、開放 5 項適用表別至基層院所、調升 1 項診療項目支付點數，及修正部分項目之支付規範。

3.中醫：修正中醫高度複雜性傷科(多部位損傷)之適應症，使更符合臨床定義。

4.論病例計酬：配合本年 3 月 1 日調整基本診療章部分項目之支付點數，調整陰道生產等 36 項診療項目支付點數及得核實申報上限點數。

(二)健保署

1.藥物給付項目及支付標準公告

本年 3 至 5 月份公告暫予支付及修正「全民健康保險藥物給

付項目及支付標準」部分項目，藥品計 23 件、特材計 9 件，彙整如附錄五(第 252~255 頁)。

2. 總額相關公告

(1) 依衛福部 110 年度各部門總額核(決)定事項，將公告之總額相關計畫/方案送本會備查，如附錄六(第 256~269 頁)[內容已置於該署全球資訊網]，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
110.4.7/ 110.1.1 起	全民健康 保險牙醫 門診總額 品質保證 保留款實 施方案	<p>修訂重點如下：</p> <p>1.修訂核發原則之附表：</p> <p>(1)專業獎勵指標：修訂「恆牙根管治療」之次指標「院所當年應申報至少 2 例根管難症特別處理」操作型定義，新增根管難症特別處理 90098C(難症特別處理-多根管根管治療-5 根及 5 根以上)。</p> <p>(2)政策獎勵指標：修訂「牙周病顧本計畫」之操作型定義為「該院所當年度特定保存治療(91015C、91016C)及牙周病支持性治療(91018C)合計申報件數在 15 件(含)以上」(原 12 件)。</p> <p>2.酌修品保款核發資格及認定標準，以臻明確。</p>
110.4.7/ 110.1.1 起	110 年度全 民健康保 險西醫基 層總額品 質保證保 留款實施 方案	<p>修訂重點如下：</p> <p>1.獎勵指標第(九)項「糖尿病病患醣化血紅素 (HbA1c) 或 糖化白蛋白 (glycated albumin)執行率 $\geq 60\%$」之指標權重由 2% 提高至 5%。</p> <p>2.酌修品保款核發資格，以臻明確。</p>
110.4.15/ 110.4.1 起	全民健康 保險鼓勵 醫事服務 機構即時 查詢病患 就醫資訊 方案	<p>修訂重點如下：</p> <p>1.獎勵醫事服務機構即時上傳醫療檢查影像及影像報告之項目：增列「年度初診 X 光檢查」等 9 項，其中 7 項報告類別為有影像無報告，每筆醫令獎勵 2 點，另 2 項報告類別為 2(影像報告)，每筆醫令獎勵 7 點。</p> <p>2.因民眾反映未能於健康存摺查詢檢驗(查)結果是否異常，故將檢驗(查)結果值之上傳格式修訂為必填欄位(原為非必填欄位)。</p>
110.4.21/	全民健康	1.本次修訂係配合 109 年醫院總額醫療服

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
110.3.1 起	保險乳癌 醫療給付 改善方案	<p>務成本指數改變率增加之預算用於調整支付標準，進行定額支付點數及核實申報上限點數校正。</p> <p>2.各項治療組合調整為 683 點至 232,067 點(原 623 點至 231,767 點)，調幅介於 0.01% 至 9.6%。</p>
110.4.21/ 110.1.1 起	全民健康 保險醫療 資源不足 地區之醫 療服務提 升計畫	<p>修訂重點如下：</p> <p>1.明訂申請醫院須提供之醫療服務(如：提供 24 小時急診服務等)。</p> <p>2.評估指標增列「受保障醫院之檢驗(查)結果即時上傳率」。</p> <p>3.增列附件，明訂得申請本計畫之醫院名單。</p>
110.4.27/ 110.4.1 起	全民健康 保險西醫 住院病患 中醫特定 疾病輔助 醫療計畫	刪除支付標準表名稱「腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷」文字。
110.4.27/ 110.4.1 起	全民健康 保險中醫 慢性腎臟 病門診加 強照護計 畫	<p>修訂重點如下：</p> <p>1.P64011 「疾病管理照護費」原限 49-63 天申報一次，修訂為限 56 天（含）以上申報一次。</p> <p>2.P64014 「尿微蛋白與尿液肌酸酐比值 UACR (Urine albumin/creatinine ratio)」支付點數，由原 350 點調至 315 點。</p> <p>3.P64013「尿蛋白與尿液肌酸酐比值 UPCR」支付點數自 55 點調整為 80 點。</p>
110.5.18/ 110.1.1 起	110 年醫院 總額結算 執行架構 之偏遠地 區醫院認 定原則	<p>修訂重點如下：</p> <p>1.一致性原則：依健保署公告之 110 年「全民健康保險醫療資源缺乏地區」條件，刪除屏東縣新園鄉，新增新竹縣新埔鎮及屏東縣竹田鄉，符合條件之鄉鎮數共 74 個。</p> <p>2.分區增列認定原則：臺北區增修原則，增加臺北榮民總醫院蘇澳分院，北區刪除衛生福利部桃園醫院新屋分院，依各分區業務組提供之醫院名單，符合家數為 33 家(台北區 6 家、北區 2 家、中區 9 家、南區 2 家、高屏 6 家及東區 8 家)。</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
110.5.24	109 年慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫之核發結果	<p>1.109 年預算 45 百萬元。</p> <p>2.核發情形：</p> <p>(1)109 年血液透析家數共 697 家，領取獎勵金家數計 534 家(占 76.61 %)，平均每家血液透析院所核發 78,556 元。</p> <p>(2)109 年腹膜透析家數共 118 家，領取獎勵金家數計 86 家(占 72.88 %)。</p>
110.5.24/ 110.5.15 起	因應 COVID-19 疫情全民健康保險特約醫事服務機構提供保險對象視訊診療作業須知	<p>1.預算來源：視訊診療相關醫療費用由各部門總額預算支應，門診診察費加成費用、藥事服務費加成費用將爭取特別預算支應。</p> <p>2.照護對象：配合防疫措施之居家隔離、居家檢疫或自主健康管理之保險對象，及配合中央流行疫情指揮中心防疫政策增列之適用對象。</p> <p>3.指定醫療機構：截至 110 年 5 月 18 日，計有 4,012 家指定之視訊診療醫療機構(醫院 283 家、診所 3,729 家)，名單定期於健保署全球資訊網更新。</p> <p>4.就醫安排：</p> <p>(1)居家隔離、居家檢疫或自主健康管理：如有就醫需求，撥打衛生局防疫專線，由衛生局確認就醫需求，並取得視訊診療病人知情同意(急迫情形者不在此限)，轉介指定院所。</p> <p>(2)門診病人(配合防疫政策增列之適用對象)：撥打指定院所之視訊診療門診掛號專線或網頁掛號。</p> <p>(3)服務內容：提供一般門診診療服務及處方藥物，得開立慢性病連續處方箋。</p> <p>5.醫療費用申報與支付：</p> <p>(1)依一般門診診察費支付，其餘項目依支付標準規定。</p> <p>(2)門診診察費、藥事服務費加成獎勵費用，依特別預算爭取之額度於結算後支付。</p> <p>(3)院所提供的非居家隔離、居家檢疫、自主健康管理或防疫政策增列之適用對象視訊診療服務，不予以支付費用。</p> <p>6.疫情期间，院所得以身分證號查詢雲端醫療系統，取得視訊診療初診病人之就醫資料。如為複診病人，經醫師查詢雲端醫療</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>系統，評估病人狀況後，可選擇以電話方式問診。</p> <p>7.如於偏遠地區，因網路傳輸問題無法以視訊進行診療，得向分區業務組說明原因，個案准以電話方式診療。</p>
110.5.28	109 年 中醫門診總額品質保證保留款核發結果	<p>1.109 年預算 83.6 百萬元。</p> <p>2.核發情形：109 年中醫院所特約家數共 4,022 家，計 3,264 家院所符合核發資格（占 81.2%），其中 53 家之核算基礎為零，領取品保款金額為 0，實際領取院所數為 3,211（占 79.8%）。</p>
110.5.28/ 110.5.28 起	全民健康保險特約醫事服務機構因 COVID-19(嚴重特殊呼吸道傳染性肺炎)疫情提供保險對象居家醫療作業須知	<p>1.修訂計畫名稱。</p> <p>2.照護對象：增列「經指定醫療機構之醫師評估有需要居家醫療服務之保險對象」。</p> <p>3.修訂施行程序：就醫安排增列「經醫師評估民眾具居家醫療需求且經病人同意，由指定之居家醫療機構安排至個案家中，提供居家醫療服務」規範。</p> <p>4.修訂醫療費用申報與支付：</p> <p>(1)刪除支付標準項下文字(原文字：依支付標準之醫師訪視費 1,553 點支付，不得再申報門診診察費；醫師訪視費加成費用，依特別預算爭取之額度於結算後支付；院所提供的非衛生局轉介保險對象之居家醫療服務，不予以支付費用)。</p> <p>(2)費用申報：醫師訪視費增列「不得再申報門診診察費」規範。</p> <p>(3)增列「如提供居家個案『視訊診療』服務，視為『視訊診療』門診就醫，不得申報居家醫療相關費用」規範。</p>

(2)本年 4 月 16 日函送 110 年度醫院總額一般服務新增項目「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」及「提升重症照護費用，促進區域級以上醫院門住診費用結構改變」之評估指標如下，如附錄七(第 270~273 頁)：

- ① 「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」：地區醫院夜間及假日門診開診率提升 2%。
- ② 「提升重症照護費用，促進區域級以上醫院門住診費用結構改變」：區域級(含)以上醫院之住院病人滿意度達

80%。

(3)109年第3季及第4季各部門總額每點支付金額：

分區別 總額別	109年第3季各部門總額平均點值				
	牙醫門診	中醫門診	醫院	西醫基層	門診透析
台北	0.8879	0.8919	0.9209	(採全年結算)	0.8513
北區	0.9679	0.9312	0.9347		
中區	0.9733	0.9122	0.9339		
南區	0.9809	0.9338	0.9446		
高屏	0.9795	0.9326	0.9532		
東區	1.1189	1.8090	0.9371		
全區	0.9430	0.9178	0.9338		

分區別 總額別	109年第4季各部門總額平均點值				
	牙醫門診	中醫門診	醫院	西醫基層 (全年) ^註	門診透析
台北	0.9336	0.9440	0.9264	1.0183	0.8582
北區	1.0033	0.9872	0.9354	1.0480	
中區	1.0177	0.9628	0.9329	1.0402	
南區	1.0187	0.9944	0.9432	1.0507	
高屏	1.0034	0.9665	0.9556	1.0361	
東區	1.1485	1.1451	0.9449	1.0786	
全區	0.9830	0.9687	0.9361	1.0357	

註：109年西醫基層總額點值，考量COVID-19疫情，採全年結算。

- ①牙醫門診總額，如附錄八(第274~281頁)。
- ②中醫門診總額，如附錄九(第282~289頁)。
- ③醫院總額，如附錄十(第290~297頁)。
- ④西醫基層總額，如附錄十一(第298~301頁)。
- ⑤門診透析服務，如附錄十二(第302~307頁)。
- ⑥其他預算(公文如附錄十三，第308~309頁)，109年全年經費15,684.2百萬元，1~12月結算數10,208.3百萬元，整理預算執行情形如第310頁供參考。

(4)本年4月27日公告110年「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」及「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」、「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等6項中醫醫療照護計畫4月1日起新增之承作院所及醫師名單(另於110.4.27更正「全民健康保險中醫慢性腎臟疾病門診加強照護計畫」承作名單)，如附錄十四(第311頁，名單已置於該署全球資訊網)，各分區承辦院所及醫師數(人次)統計表如附錄十五(第313頁)。

3.其他公告事項

本年5月14日公告修正「全民健康保險醫療費用審查注意事項」醫院及西醫基層部分規定，並自110年6月1日生效(如附錄十六，第314頁)，本次修正一般原則、11個科別，及住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件之規定。

決定：

附表

上次(第1次)及歷次委員會議繼續列管追蹤事項

一、擬解除追蹤(共3項)

(一)上次委員會議(2項)

項 次	案 由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限 /管考週期
1	報告事項第1案： 「109年第4季全民健康保險業務執行季報告」(併「110年1、2、3月份全民健康保險業務執行報告」)。	本案洽悉。委員所提書面意見，送請中央健康保險署回復說明。	於110年5月5日請辦健保署。	健保署回復：委員所提書面意見，說明如附件一(第47~51頁)。	解除追蹤	—
2	報告事項第2案： 108年度健保收入超過2億元之223家醫療院所財務報告公開情形。	本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署回復說明。	於110年5月5日請辦健保署。	健保署回復：委員所提書面意見，說明如附件一(第51~52頁)。	解除追蹤	—

(二)歷次委員會議(1項)

項次	決議(定)之待辦事項/前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議
1	針對政府欠費，請健保署加強和相關單位之溝通並依法辦理。/[俟高雄市政府完成還款後解除追蹤] (105.1決定、106.6、106.12、107.6、107.12、108.3、108.6、108.12、109.6、109.12、110.04決定)	<p>健保署回復：</p> <p>1.依101年5月21日健保法第27條修正，自101年7月1日起，原地方政府補助保險對象健保費之補助款，統由中央政府補助，故自101年7月起地方政府已無新增欠費。</p> <p>2.<u>關於高雄市政府積欠101年6月以前之健保費補助款，該府依其所提還款計畫分年攤還欠費，並於本(110)年5月18日全數清償完畢。</u></p>	已還款完畢，解除追蹤

二、繼續追蹤(共 1 項)

項次	案由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限 /管考週期
1	優先報告事項 第 2 案： 「110 年度全民 健康保險醫療 給付費用總額 及其分配方式」 核定結果及後 續相關事項。	請中央健康保險署 會同西醫基層總額 相關團體，盡速將 「110 年度西醫基層 總額一般服務費用 地區預算之風險調 整移撥款執行方式」 函報本會備查。	於 110 年 5 月 5 日請 辦健保署。	健保署回復： 將俟西醫基層總 額團體提案後， 儘速辦理。	1. 繼續追蹤 2. 俟健保署 將執行方 式送本會 備查後解 除追蹤	110 年 9 月 /半年

健保會第5屆110年第1次委員會議之健保署答覆

委員意見	健保署說明
擬解除追蹤項次1 案由： 「109年第4季全民健康保險業務執行季報告」(併「110年1、2、3月份全民健康保險業務執行報告」)。	
<p>盧委員瑞芬書面意見(議事錄 P.116)</p> <p>關於報告事項第一案「『109年第4季全民健康保險業務執行季報告』：請問109年全年補充保險費的金額為何？受股市及COVID-19影響的變化程度如何？」</p>	<p>截至110年4月底，109年補充保險費收繳金額約471.4億元，較108年減少約4.1億元，主要係因109年疫情影響社會經濟活動，致股利、利息及租金3種資本利得類補充保險費呈負成長，其中又以股利一項減少約7.4億元為最多。</p>
<p>滕委員西華書面意見(議事錄 P.116)</p> <p>關於健保署110年3月份全民健康保險業務執行報告：</p> <p>一、第2頁關於109年1~8月疫情期间暫付金額案：109年1~8月除西醫基層外的暫付結算至今尚有欠費，而西醫基層應繳回費用中，除今年6月預計結算的13億元外，看似應尚有13億元餘額，這些欠費或應繳回款項預計何時完成？結算時間是否會影響109年的總額點值結算？繳回金額是回歸109年總額或是滾入安全準備金？若院所未依照規定時間繳回款項，健保署將採何種因應措施？</p>	<p>有關西醫基層疫情期间暫付金額：</p> <ol style="list-style-type: none"> 西醫基層總額及交付機構109年1月至8月「COVID-19(武漢肺炎)疫情期间提升暫付金額方案」核付費用，規劃於109年全年總額結算(109年1-4季)之追扣補付作業一併處理，抵扣作業預計於6月底辦理。 屆時將總額結算差額、費用年月109年8月暫停之「第二次暫付」或「核定」費用、年前撥付西醫基層診所109年上半年點值暫結費用及提升暫付金額併同計算。 因提升暫付金額係由健保基金支應，經結算後仍須補付或繳回，需補付醫療服務機構者逕予補付，須追扣者列於健保應收款項，未來如有健保收入，將

委員意見	健保署說明
<p>二、第 2 頁關於推動 C 肝全口服用藥成果：健保署應建立接受全口服用藥之 C 肝病人至少 5 年的長期追蹤，包含是否再度感染等，以確認給付效益。另根據國健署本(110)年 3 月 22 日新聞稿，其自 2020 年 9 月起放寬 B、C 肝篩檢對象為 45~75 歲民眾每人終身一次，至今(110)年 1 月底超過 40 萬人的篩檢中，可發現 1.6 萬陽性個案，其中預估符合健保治療約 6,000 人。請問健保署：所提截至今年 3 月 31 日止有 5,275 人接受全口服藥治療的病人中，多少是由國健署篩檢方案中轉介或發現的？</p>	<p>就其中醫療費用進行沖抵。</p> <p>4.針對還款金額較多醫事服務機構，為降低醫事服務機構財務負擔，已放寬分期攤還作業原則，包含：適用對象為經認定具有特殊困難者；第一期款項繳納方式可以院所醫療費用進行沖抵；分期攤還期數因應疫情情況特殊，最多以十二期為限。另有關分期攤還利息，依「衛生福利部對受嚴重特殊傳染性肺炎影響醫療(事)機構事業產業補償紓困辦法」，由紓困基金補貼。</p> <p>1.有關接受全口服用藥之 C 肝病人再度感染之監測，說明如下：</p> <p>(1)因目前健保僅給付一次全口服用藥療程，故尚無法透過健保申報資料分析此類情形，後續若開放第二次給付療程，則可得知再感染後「有接受第二次療程」者之情況，惟無法得知沒有接受第二次療程治療之再感染者情形。</p> <p>(2)另疾病管制署已於 110 年 2 月 1 日通知新修訂之「急性病毒性 C 型肝炎病例定義暨防疫檢體採檢送驗事項」中，將「完成 C 型肝炎治療療程後新感染」者納為需通報監測之病例，可涵蓋「沒有接受第二次療程治療之再感染者情形」。</p> <p>2.有關今(110)年度接受健保給付全口服用藥治療者中，多少人係由國健署篩檢方案中轉介或發現，說明如下：</p> <p>(1)國健署 B、C 型肝炎篩檢服務發現 C</p>

委員意見	健保署說明
	<p>肝抗體陽性者中，符合健保給付全口服用藥治療人數之影響因素，包括 C 肝病毒量轉介率及 C 肝病毒量陽性率，衛生福利部國家消除 C 肝辦公室為提高 C 肝病毒量轉介率，建議本署研議「以 reflex testing 方式檢驗 C 型肝炎病毒」之費用申報模式，本署刻正研議辦理中。(Reflex testing 之說明：依照現行成人健檢篩檢 C 型肝炎抗體之臨床作業流程及費用申報模式，患者接受抽血檢出抗體陽性後，必須回診以健保就醫進行第二次抽血檢驗病毒量。將規劃可行之費用申報模式，以讓病人在接受成人健檢篩檢 C 型肝炎抗體時，即抽足夠血量之檢體，以備於抗體檢出陽性時，即可檢驗病毒量，減少民眾就醫次數，提高方便性。)</p>
<p>三、關於第 6 類對象保費：第 4 頁提到第 6 類保險對象平均保險費隨費率調幅同步比例成長，平均保險費來到 1,377 元，換算第 1 類受僱勞工投保對象之投保金額約為 8 萬 9,000 元，然第 6 類中僅</p>	<p>(2)110 年 1 月 1 日至 3 月 31 日期間接受健保給付全口服藥治療的病人中，屬先接受擴大肝炎篩檢年齡之成人健檢服務(國民健康署自 109 年 9 月 28 日擴大 B、C 型肝炎篩檢年齡)，再接受全口服藥治療之歸戶人數有 972 人。</p> <p>1.對於領取失業給付或職訓津貼之失業被保險人，由勞工保險局全額補助本人及其眷屬應自付健保費。 2.為確保弱勢民眾健保權益，本署對於無力繳納保險費者，提供無息紓困貸款及分期繳納，或以愛心專戶與轉介公</p>

委員意見	健保署說明
<p>2 目且保費負擔一樣，其中有一部分是失業勞工，已經失業了，卻要負擔相當於受僱者約 9 萬元月薪的保費，顯然過度負擔。若健保署無法透過修法以家戶總所得解決此一荒謬困境，則應考慮將第 6 類中失業民眾保費負擔比例另行規劃，或加強對其保費的救濟或補助措施，如此一來亦可降低保費呆帳。</p>	<p>益團體協助；另本署賡續積極爭取各界及政府機關資源，以協助渠等對象繳納健保欠費。</p>
<p>劉委員國隆書面意見(議事錄 P.117)</p> <p>關於健保開源節流意見：</p> <p>一、健保總額度的使用如何平衡就在於開源與節流，我們是否可以請健保署提出在健保使用上可以改善的優先項目，每年改善 1~2 項，使得我們健保總額的使用更有效益。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.總額預算下，健保近年持續推動相關措施，並在貴會委員支持下，編列頻寬補助費用及上傳獎勵費用，強化雲端查詢有效減少不必要醫療行為及可能的浪費；另本署亦依全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案，監測相關指標執行情形，定期於貴會(年底)報告。 2.本署將運用醫療科技再評估之方法，檢討低效益之藥品及藥材，增進低效益的醫療科技轉移到高效益的介入措施，使健保總額的使用更有效益。 3.本署亦賡續精進及推廣健保醫療資訊雲端查詢系統： <ol style="list-style-type: none"> (1)持續優化資料匯算機制，提升資料即時性及完整性。 (2)研擬擴增電腦主動提示功能項目及查詢資料收載類別，並優化查詢介面，提高臨床實務可用性，有助於減少不必要處方，增進健保資源運用效益。

委員意見	健保署說明
<p>二、節流部分：未帶健保卡至診所、醫院看病，如果超過 10 日就得自己向健保署申請退費，是否能電子化？直接上網在健保署網站退費，不用下載紙本寄出，如果金額在 1,000 元以下，是否可以直接沖抵下個月的健保費？</p>	<p>有關保險對象超過期程之醫療費用退費申請事宜：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 本署為方便民眾申請自墊醫療費用核退時可上網填列申請資料及查詢案件辦理進度，已於本署網站建立線上登打申請及查詢功能(健保服務>健保醫療費用>就醫費用與退費>自墊醫療費用核退)。 2. 另按全民健康保險法第 59 條規定，保險對象受領核退自墊醫療費用之權利，不得讓與、抵銷、扣押或供擔保。且為保障民眾受領費用之權利，並考量本署保險費債權收繳之經濟性，本署已提供民眾於申請核退自墊醫療費用，可選擇優先沖抵健保欠費服務。
<p>三、開源部分：請落實各級私立學校對其兼課教師投保健保。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 按全民健康保險法規定，受僱者應以其服務單位為投保單位，爰兼課教師與各級私立學校間如具僱傭關係，即應由服務的學校為兼課教師投保健保。 2. 兼任(職)教師如有 2 份工作，應以其主要工作之身分參加健保，現行各級私立學校之兼課教師如符合應在服務學校投保健保者，均由服務學校為其辦理加保。

擬解除追蹤項次 2

案由：108 年度健保收入超過 2 億元之 223 家醫療院所財務報告公開情形。

<p>盧委員瑞芬書面意見(議事錄 P.116)</p> <p>關於 108 年度健保收入超過 2 億元之 223 家醫療院所財務報告公開情形：</p> <p>一、各層級院所醫務收支結餘分析，建議列出民眾自費收入占率，以</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 因醫療院所提供的財務報告無直接收載民眾自費項目，且公立醫院(含部立醫院、市立醫院、榮民總醫院體系、三軍總醫院體系、公立學校之醫院等)之
---	--

委員意見	健保署說明
<p>便觀察自費收入占率變化。</p> <p>二、分析表中，建議按地區列表，以便瞭解地區別醫院營運狀況。</p>	<p>決算審定書無法區分非健保收入，爰僅呈現法人及私立醫院之醫務非健保收入(表 1，第 53 頁)。</p> <p>2.有關各分區醫院營運情形，提供 107-108 年醫院整體(表 2，第 54 頁)及醫務(表 3，第 55 頁)收支結餘分析情形。</p>

表 1、107-108 年扣繳憑單超過 2 億元之法人及私立醫療院所醫務收入分析(依層級別)

年度	層級別	家數	醫務健保收入		醫務非健保收入				總醫務 收入 (百萬元) (B=A1+A2)
			金額 (百萬元) (A1)	占率 (A1/B) (A1)	金額 (百萬元) (A2)	占率 (A2/B) (A2)	最低 占率	最高 占率	
107	醫學中心	11	111,511	76.2%	34,853	23.8%	19.1%	33.4%	146,363
	區域醫院	51	133,421	77.1%	39,664	22.9%	3.3%	57.0%	173,085
	地區醫院	80	46,761	75.7%	14,997	24.3%	5.3%	60.9%	61,758
	合計	142	291,693	76.5%	89,514	23.5%	-	-	381,207
108	醫學中心	13	125,071	74.6%	42,481	25.4%	21.7%	34.1%	167,552
	區域醫院	52	141,243	76.2%	44,027	23.8%	3.3%	56.8%	185,270
	地區醫院	87	54,105	75.2%	17,839	24.8%	0.0%	70.8%	71,945
	合計	152	320,419	75.4%	104,348	24.6%	-	-	424,767

備註：

- 統計財務報告中含有醫務健保收入及醫務非健保收入之醫院。
- 總醫務收入=醫務健保收入(含支付點數調整、健保核減)+醫務非健保收入
- 醫療費用合併申報院所：台大兒童醫院併報台大醫院；馬偕兒童醫院、淡水馬偕併報台北馬偕醫院；台北長庚醫院併報林口長庚醫院；彰化基督教兒童醫院併報彰化基督教醫院；中國醫藥大學附設兒童醫院併報中國醫藥大學附設醫院申報；澄清綜合醫院併報澄清綜合醫院中港分院；衛福部胸腔病院門診部併報衛福部胸腔病院；奇美醫療財團法人奇美醫院台南分院併奇美醫院(108 年起)。
- 衛生福利部桃園醫院新屋分院併衛生福利部桃園醫院、榮民總醫院蘇澳分院併員榮分院、榮民總醫院嘉義分院併灣橋分院、國軍台中中清併國軍台中醫院及部台南併報部台南新化提報財務報告 1 份。

表2、近2年醫院整體收支結餘分析(依分區別)

年度	分區別	結餘			短绌			家數 合計
		家數	金額(億)	家數 占率	家數	金額(億)	家數 占率	
107 年	臺北	46	112.99	79.3%	12	-6.69	20.7%	58
	北區	29	121.26	85.3%	5	-1.46	14.7%	34
	中區	39	50.77	92.9%	3	-0.91	7.1%	42
	南區	22	24.26	73.3%	8	-10.05	26.7%	30
	高屏	35	88.98	89.7%	4	-0.46	10.3%	39
	東區	8	7.82	72.7%	3	-0.26	27.3%	11
	小計	179	406.07	83.6%	35	-19.83	16.4%	214
108 年	臺北	47	105.39	82.5%	10	-9.27	17.5%	57
	北區	28	118.75	80.0%	7	-3.70	20.0%	35
	中區	39	61.53	88.6%	5	-0.70	11.4%	44
	南區	30	33.20	93.8%	2	-4.51	6.3%	32
	高屏	38	96.78	92.7%	3	-0.47	7.3%	41
	東區	9	9.62	81.8%	2	-0.31	18.2%	11
	小計	191	425.27	86.8%	29	-18.96	13.2%	220

備註：

- 資料來源：107年、108年各院所扣繳憑單金額。
- 醫療費用合併申報院所：台大兒童醫院併報台大醫院；馬偕兒童醫院、淡水馬偕併報台北馬偕醫院；台北長庚醫院併報林口長庚醫院；彰化基督教兒童醫院併報彰化基督教醫院；中國醫藥大學附設兒童醫院併報中國醫藥大學附設醫院申報；澄清綜合醫院併報澄清綜合醫院中港分院；衛福部胸腔病院門診部併報衛福部胸腔病院；奇美醫療財團法人奇美醫院台南分院併奇美醫院(108年起)。
- 衛生福利部桃園醫院新屋分院併衛生福利部桃園醫院、榮民總醫院蘇澳分院併員榮分院、榮民總醫院嘉義分院併灣橋分院、國軍台中中清併國軍台中醫院及部臺南併報部臺南新化提報財務報告1份。

表 3、近 2 年醫院醫務收支結餘分析(依分區別)

年度	分區別	結餘			短绌			家數 合計
		家數	金額(億)	家數 占率	家數	金額(億)	家數 占率	
107 年	臺北	31	47.07	53.4%	27	-18.21	46.6%	58
	北區	27	23.76	79.4%	7	-6.25	20.6%	34
	中區	32	33.53	76.2%	10	-4.77	23.8%	42
	南區	18	14.80	88.0%	12	-10.89	12.0%	30
	高屏	34	29.34	79.5%	5	-1.32	20.5%	39
	東區	4	2.15	36.4%	7	-3.41	63.6%	11
	小計	146	150.65	68.2%	68	-44.85	31.8%	214
108 年	臺北	40	49.04	70.2%	17	-21.75	29.8%	57
	北區	24	25.50	68.6%	11	-10.47	31.4%	35
	中區	34	39.24	77.3%	10	-3.84	22.7%	44
	南區	24	20.49	75.0%	8	-7.09	25.0%	32
	高屏	37	37.65	90.2%	4	-0.46	9.8%	41
	東區	4	0.82	36.4%	7	-3.06	63.6%	11
	小計	163	172.75	74.1%	57	-46.68	25.9%	220

備註：

- 資料來源：107 年、108 年各院所扣繳憑單金額。
- 醫療費用合併申報院所：台大兒童醫院併報台大醫院；馬偕兒童醫院、淡水馬偕併報台北馬偕醫院；台北長庚醫院併報林口長庚醫院；彰化基督教兒童醫院併報彰化基督教醫院；中國醫藥大學附設兒童醫院併報中國醫藥大學附設醫院申報；澄清綜合醫院併報澄清綜合醫院中港分院；衛福部胸腔病院門診部併報衛福部胸腔病院；奇美醫療財團法人奇美醫院台南分院併奇美醫院(108 年起)。
- 衛生福利部桃園醫院新屋分院併衛生福利部桃園醫院、榮民總醫院蘇澳分院併員榮分院、榮民總醫院嘉義分院併灣橋分院、國軍台中中清併國軍台中醫院及部台南併報部台南新化提報財務報告 1 份。

附件二

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 書函

地址：115204 台北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：彭美熒
聯絡電話：(02)8590-6861
傳真：(02)8590-6046
電子郵件：hsperng@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國110年5月10日
發文字號：衛部健字第1103360068號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：附件1-代表推薦基本資料表、附件2-紀錄摘錄

主旨：檢送本部全民健康保險會推派擔任貴署「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」與「全民健康保險醫療給付費用各總額研商議事會議」之代表推薦基本資料表（如附件1），復請查照。

說明：

- 一、復貴署110年1月27日健保醫字第1100032643號函。
- 二、旨揭推派名單，係經該會第5屆110年第1次委員會議（110年4月30日）提案討論後決議在案（會議紀錄摘要如附件2），該資料表中所載之委員聯絡地址、電話及電子郵件等資料，請依據個人資料保護法第16條規定，略以：公務機關對個人資料之利用，除第6條第1項所規定資料外，應於執行法定職務必要範圍內為之，並與蒐集之特定目的相符。
- 三、另有關委員之利益揭露聲明書一節，請自行依貴管規定辦理為宜。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：何委員語、劉委員國隆、侯委員俊良、林委員恩豪、馬委員海霞、許委員馮洪、劉委員守仁、賴委員博司、林委員敏華、李委員永振、蔡委員明鎮、干委員文男

衛生福利部全民健康保險會 委員會議前提供會議資料電子檔切結書(草案)

依政府資訊公開法第 18 條規定，衛生福利部全民健康保險會(下稱健保會)會議資料屬內部之擬稿或準備作業，符合限制公開或不予提供之條件，惟考量委員於會前需蒐集所屬團體意見，有取得會議資料電子檔之必要，為兼顧該些會議資料之合理使用及保密不對外公開前提，特訂本切結書(前述取得電子檔者均需簽名切結)，有條件開放有需要之委員及其團體內部必要人員使用。

-----<以下資料由取得電子檔者(含委員及其團體內部必要人員)填寫>-----

- 於 _____ 擔任健保會委員期間，在委員會議前，商請健保會同仁提供會議資料電子檔，僅供出席委員會議前之準備使用。在此聲明取得會議資料電子檔後，應善盡保密義務，不對外公開，亦不得提供給第三人。
- 如違反前開聲明，不得再要求健保會同仁於會議前提供電子檔，並依法究處。

立切結書人(取得電子檔者)簽名如下

委員：

團體內部必要人員：

中華民國： 年 月 日
(本切結書僅作為健保會內部留存，不對外公開)

五、優先報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：「110年第1季全民健康保險業務執行季報告」(併「110年5月份全民健康保險業務執行報告」)，請鑒察。(資料由中央健康保險署另行提供)

.....
報告單位各項業務窗口：詳如業務執行報告內附

本會補充說明：

- 一、依102年2月22日委員會議決定及110年度工作計畫，為提高議事效率，本項例行性業務報告，書面資料須每月提供，但口頭報告改採季(每年2、5、8、11月)報方式辦理。請委員先行審閱，如有疑義可洽該署各項業務窗口。
- 二、參照106年10月27日委員會議之委員建議，健保署業務執行季報告之口頭報告，有其重要性，爰列為優先項目提前報告。
- 三、因應疫情，本次會議不進行口頭報告，業已事先蒐集委員意見，請健保署以書面意見回復，視訊會議時，請健保署視需要作口頭補充。

決定：

第二案

報告單位：本會第三組

案由：配合防疫規定，調整「各總額部門 109 年度執行成果評核之作業方式」評核會議之辦理方式案，請鑒察。

說明：

- 一、本會業於今(110)年第 1 次委員會議(110.4.30)討論通過「各總額部門 109 年度執行成果評核之作業方式(下稱評核作業方式)」(第 19~29 頁)。其係依循歷年作法，邀請專家學者擔任評核委員，就前一年度各總額部門執行成效進行書面評核外，並為提供各部門觀摩學習機會，及增進各界對總額的瞭解，均邀集本會委員、四總額部門相關團體、健保署與民間團體，辦理公開之成果發表會議，歷來參與人數約 160 人。
- 二、考量 COVID-19 疫情至 6 月 28 日前尚為 3 級警戒標準，依規定應停辦百人以上室內集會活動，另為使醫界能專注防疫，減輕各總額部門之負擔，維持評核委員書面評核，惟不辦理成果發表會議，書面評核之作業說明如下：
 - (一) 請健保署及四總額部門受託團體仍依原訂時程，提報執行成果書面報告(另為簡化作業，不須提送口頭報告簡報)，供評核委員審閱。於 7 月 28 日評核委員完成書面評核後，本會在網路公布評核結果。
 - (二) 至於後續之意見交流，本會將彙整上開評核委員意見，提供健保署及四總額部門參考，並就評核委員意見於 8 月 11 日前提出回應或補充說明，本會將一併列入評核紀錄，納為 111 年度總額協商參考。
- 三、配合前開調整，酌修評核作業方式之「伍、110 年評核作業時程表」如附件(第 60 頁)。

決定：如蒙同意上開評核會議調整事項，將據以辦理後續事宜，並視疫情發展，隨時滾動調整因應作為。

伍、110 年評核作業時程表(簡化調整版)

時 間	作 業 內 容
110 年 1~3 月	<p>1.函請四部門總額受託團體及健保署提供建議之 110 年度重點項目及其績效指標、操作型定義及目標值，並請就本會研擬之評核內容(草案)提供修正建議。</p> <p>2.請四部門總額受託團體推薦評核委員人選。</p> <p>3.研擬評核作業方式(草案)。</p>
110 年 4 月	<p>1.評核作業方式(草案)提委員會議議定。</p> <p>2.請本會付費者代表委員推薦評核委員人選。</p>
110 年 5 月	<p>1.本會同仁彙整四部門總額受託團體及本會付費者代表委員推薦名單，加上本會現任、曾任專家學者後，請本會委員就該建議名單票選適合人選。</p> <p>2.依據委員票選結果，排定邀請名單，依序邀請 7 位擔任評核委員。</p> <p>3.請四總額部門及健保署依議定之評核作業方式準備資料。</p>
110 年 5 月 31 日	健保署依評核報告大綱及評核項目表，先提送監測/調查/統計結果(報告上冊)予本會，供評核委員審閱及四總額部門參用，總額部門可專注於提報執行檢討與改善結果。
110 年 6 月 30 日	四總額部門及健保署提送執行成果之書面報告(健保署提送報告下冊)予本會，供評核委員審閱。
110 年 7 月 15 日 (評核會議前 2 週)	<p>1.健保署及四總額部門提送「各總額部門 109 年度執行成果發表暨評核會議」之口頭報告(簡報)，供評核委員審閱。</p> <p>2.本會同仁彙整「各總額部門 109 年度執行成果評核指標摘要」供評核委員參考。</p>
110 年 7 月下旬 (訂於 7 月 27、28 日)	召開為期 2 天之「各總額部門 109 年度執行成果發表暨評核會議」。
110 年 7 月 28 日	<p>1.評核委員完成書面評核。</p> <p>2.本會於網頁公開評核等級，並以電子郵件提供委員參考。</p>
110 年 8 月上旬	本會同仁彙整評核委員意見，於 8 月 4 日送請健保署及四總額部門參考，請就評核委員意見，於 8 月 11 日前提供回應或補充說明。
110 年 8 月 20 日	本會於 8 月份委員會議提報評核結果(含評核會議紀錄)，提供委員納為總額協商參據。

討論事項

第一案

提案單位：本會第三組

案由：111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)，提請討論。

說明：

- 一、依全民健康保險法第 61 條規定，本會應在行政院核定之年度醫療給付費用總額(下稱總額)範圍內，協定該年度總額及其分配方式，報衛生福利部(下稱衛福部)核定。本會均依行政院核定之總額範圍與架構及衛福部當年交付之政策目標進行協商，為利每年 9 月份協商進行，爰循例事先議定協商架構及原則。
- 二、本案係依衛福部函提本會 110 年 4 月 30 日委員會議諮詢之「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」資料，並以 110 年度總額協商架構及原則之內容為主，除更新各項參數之資料採計年度，並酌修部分文字以臻明確外，其餘內容均予沿用。
- 三、實質內容修正僅為依照衛福部修訂西醫基層總額「醫療服務成本指數改變率—藥品費用」採計方式，將原「健保西醫基層藥費權重及躉售物價指數—西醫藥品類」，改採「躉售物價指數—西醫藥品類」(同醫院總額)，爰配合修訂「附件—醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法」相關文字。
- 四、擬具「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)」，請討論(如附件，第 65~70 頁)。
- 五、檢附以下資料供參考：
 - (一)「110 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，如參考資料一(第 71~76 頁)。
 - (二)健保署提供之 109 年度各部門查處追扣金額表，如參考資料二(第 77 頁)，惟協商時以健保署提供之數值為準。
 - (三)「貳、總額協商原則」第四點第(一)項提及之「全民健康保險年度總額對給付項目調整之處理原則」，如參考資料三(第

78~81 頁)。

擬辦：依會議決議辦理。

決議：

111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)

壹、總額協商架構

一、總額設定公式

■ 年度部門別^{註1}醫療給付費用總額 =

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

年度部門別醫療給付費用總額成長率 =

(年度部門別醫療給付費用－前一年度核定之部門別醫療給付費用)/前一年度核定之部門別醫療給付費用

■ 年度全民健保醫療給付費用總額 =

[前一年度部門別醫療給付費用×(1+年度部門別醫療給付費用成長率)]之合計+年度其他預算^{註1}醫療給付費用

年度全民健保醫療給付費用總額成長率 =

(年度核定之全民健保醫療給付費用總額－前一年度核定之全民健保醫療給付費用總額)/前一年度核定之全民健保醫療給付費用總額

- 註：1.部門別為牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。
 2.因協商當時尚無法取得該年度實際投保人口數，爰自 97 年度開始，總額基期須校正「投保人口年增率」預估與實際之差值(即 111 年總額基期須校正 109 年度總額投保人口成長率差值)。
 3.依本會 109 年第 3 次委員會議(109.5.22)通過之「110 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，110 年度總額違反特約及管理辦法之扣款，不納入 111 年度總額協商之基期費用。
 4.西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

二、醫療服務成本及人口因素

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

(二)成長率計算公式

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

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

三、協商因素

(一)保險給付項目及支付標準之改變

預期新增給付項目及支付標準(如新科技醫療及新藥)改變，對醫療費用之影響率。

(二)鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康

為鼓勵提升醫療服務品質或促進國人健康，而允許增加費用之幅度。

(三)其他醫療服務利用及密集度之改變

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

(四)醫療服務效率之提升

因全民健保支付制度之改革，造成醫療服務效率提升，預估其對醫療費用之影響。

(五)其他預期之法令或政策改變

其他預期之法令或政策改變及政策誘因，對醫療費用之影響。

四、專款項目

針對特定項目協商預算，採零基預算直接協定預算額度。

五、門診透析

(一)合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

(二)門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式

先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

(三)計算公式

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

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

貳、總額協商原則

一、配合全民健保財務狀況，合理配置健保資源

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

二、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。

三、醫療服務成本及人口因素

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

四、協商因素

(一)給付項目之調整

健保署會同各總額部門研擬之年度協商草案，請參考本會第2屆104年第2次(104.3.27)委員會議討論通過之「全民健康保險年度總額對給付項目調整之作業原則與流程」辦理。本會權責為協議訂定醫療給付費用總額及其分配，協商雙方應本對等原則，考量各總額部門之醫療衡平發展，就協商之項目給予合理配置，不涉及個別給付項目之決定。

(二)各部門之「品質保證保留款」

1.列為專款項目，用於鼓勵提升醫療品質。

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

(三)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱特管辦法)之扣款

1.列為協商減項，扣減109年度違反特管辦法第37、39、40條違規事件本身之醫療費用，僅減列民眾檢舉及健保署主動查核所發現之違規案件，不減列總額受託單位或總額相關團體發揮同儕制約精神而主動舉發之案件，且不納入112年度總額協商之基期費用。

2.本項扣款數值，以協商時中央健康保險署提供者為準。

(四)一般服務之協商因素項目，應於年度協商時提出執行目標及預期效益(含評估指標)、醫療服務內容、費用估算基礎及實證資料(過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用)。並於年度實施前提出具體實施方案(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，請健保署會同各部門總額相關團體議定後送本會同意後執行。

五、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)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。

(四)新增計畫應於年度協商時提出試辦期程、執行目標及預期效益(含評估指標)、醫療服務內容、費用估算基礎、實證資料(過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用)，以利檢討退場或納入一般服務。

(五)其他預算部分：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。

六、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)醫療費用總額及分配，協商結束後，若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，其處理方式如下：

1.衛福部核(決)定前，應經雙方具有委員身分之協商代表同意，依「全民健康保險會議規範」之復議案程序辦理。

2.衛福部核(決)定後，已成為政策決定事項，本會無權更動，若委員仍有不同意見，則依「全民健康保險會議規範」提案討論，決議達共識部分，向衛福部提出建議。

(三)年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內。各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值。

(四)醫療照護整合與效率提升成效之效益，部分用以獎勵醫療服務提供者，部分回歸保險對象。

(五)對已協定之試辦性計畫，應嚴格監控，並提出評估報告供委員於協商時參考，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。

(六)各總額部門之協商代表，需獲得充分授權。經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得酌予協商調整該部門總額單一細項金額，並予以定案。

附件一醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法

一、投保人口結構改變對醫療費用之影響率

以衛福部報行政院時可取得之最近完整一年醫療費用及計費人口數計算，即以108年醫療費用點數為基礎，計算109年納保人口年齡性別結構相對於108年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用點數之影響，並以1歲為一組做調整(人口數為3月、6月、9月、12月底計費人口數平均)。

二、醫療服務成本指數改變率

(一)成本項目之權數

採行政院主計總處105年「工業及服務業普查」所作之「醫療機構專案調查實施計畫」調查結果，採第5~95百分位值之平均數為權重。

(二)成本項目之指數

採行政院主計總處110年4月發布之「物價統計月報」與「薪資與生產力統計」資料。各總額部門指標類別如下：

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

- 註：1.醫療材料費用選擇與醫療儀器及材料相關之項目，故採用「理化分析用儀器及器具」；「電子醫療用儀器及設備」；「放射照相或放射治療器具」；「整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品」、「注射筒、聽診器及導管等醫療器材」及「其他醫療器材」。
2.「躉售物價指數—西醫藥品類」指數，其內涵排除「動物用藥」、「中藥製劑」、「中藥材」項目，不納入計算，由行政院主計總處另行提供。

(三)醫療服務成本指數改變率之指數值及計算

前述各指標項目，以105年指數為基值(訂為100)，計算109年相對108年各指數年增率。總醫療服務成本指數改變率，係將各部門之服務成本指數改變率，按其109年醫療給付費用占率加權計算而得。

三、投保人口預估成長率

以最近一年可取得之實際投保人口成長率計算，即以109年對108年投保人口成長率計算(採各季投保人數之平均值)。

110 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則

第4屆109年第3次委員會議(109.5.22)通過

壹、總額協商架構

一、總額設定公式

■年度部門別^{註1}醫療給付費用總額＝

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

年度部門別醫療給付費用總額成長率＝

(年度部門別醫療給付費用－前一年度核定之部門別醫療給付費用)/前一年度核定之部門別醫療給付費用

■年度全民健保醫療給付費用總額＝

$\sum_{i=1}^4$ [前一年度部門別(i)醫療給付費用×(1+年度部門別(i)醫療給付費用成長率)]+年度其他預算^{註1}醫療給付費用

年度全民健保醫療給付費用總額成長率＝

(年度核定之全民健保醫療給付費用總額－前一年度核定之全民健保醫療給付費用總額)/前一年度核定之全民健保醫療給付費用總額

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

2.因協商當時尚無法取得該年度實際投保人口數，爰自 97 年度開始，總額基期須校正「投保人口年增率」預估與實際之差值(即 110 年總額基期須校正 108 年度總額投保人口成長率差值)。

3.依本會 108 年第 4 次委員會議(108.6.28)通過之「109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商原則」，109 年度總額違反特約及管理辦法之扣款，不納入 110 年度總額協商之基期費用。

4.西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

二、醫療服務成本及人口因素

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

(二)成長率計算公式

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

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

三、協商因素

(一)保險給付項目及支付標準之改變

預期新增給付項目及支付標準(如新科技醫療及新藥)改變，對醫療費用之影響率。

(二)鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康

為鼓勵提升醫療服務品質或促進國人健康，而允許增加費用之幅度。

(三)其他醫療服務利用及密集度之改變

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

(四)醫療服務效率之提升

因全民健保支付制度之改革，造成醫療服務效率提升，預估其對醫療費用之影響。

(五)其他預期之法令或政策改變

其他預期之法令或政策改變及政策誘因，對醫療費用之影響。

四、專款項目

針對特定項目協商預算，採零基預算直接協定預算額度。

五、門診透析

(一)合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

(二)門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式

先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

(三)計算公式

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

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

貳、總額協商原則

一、配合全民健保財務狀況，合理配置健保資源

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

二、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。

三、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，採衛福部報奉行政院核定之數值與計算公式。

四、協商因素

(一)給付項目之調整

健保署會同各總額部門研擬之年度協商草案，請依本會第2屆104年第2次(104.3.27)委員會議討論通過之「全民健康保險年度總額對給付項目調整之作業原則與流程」辦理。本會權責為協議訂定醫療給付費用總額及其分配，協商雙方應本對等原則，考量各總額部門之醫療衡平發展，就協商之項目給予合理配置，不涉及個別給付項目之決定。

(二)各部門之「品質保證保留款」

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

(三)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱特管辦法)之扣款

- 1.列為協商減項，扣減108年度違反特管辦法第37、39、40條違規事件本身之醫療費用，僅減列民眾檢舉及健保署主動查核所發現之違規案件，不減列總額受託單位或總額相關團體發揮同儕制約精神而主動舉發之案件，且不納入111年度總額協商之基期費用。
- 2.本項扣款數值，以協商時中央健康保險署提供者為準。

(四)一般服務之協商因素項目，應於年度協商時提出執行目標及預期效益(含評估指標)、醫療服務內容、費用估算基礎及實證資料(過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用)。並於年度實施前提出具體實施方案(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，請健保署會同各部門總額相關團體議定後送本會同意後執行。

五、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)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。

(四)新增計畫應於年度協商時提出試辦期程、執行目標及預期效益(含評估指標)、醫療服務內容、費用估算基礎、實證資料(過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用)，以利檢討退場或納入一般服務。

(五)其他預算部分：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。

六、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)醫療費用總額及分配，協商結束後，若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，其處理方式如下：

1.衛福部核(決)定前，應經雙方具有委員身分之協商代表同意，依「全民健康保險會議規範」之復議案程序辦理。

2.衛福部核(決)定後，已成為政策決定事項，本會無權更動，若委員仍有不同意見，則依「全民健康保險會議規範」提案討論，決議達共識部分，向衛福部提出建議。

(三)年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內。各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值。

(四)醫療照護整合與效率提升成效之效益，部分用以獎勵醫療服務提供者，部分回歸保險對象。

(五)對已協定之試辦性計畫，應嚴格監控，並提出評估報告供委員於協商時參考，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。

(六)各總額部門之協商代表，需獲得充分授權。經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得酌予協商調整該部門總額單一細項金額，並予以定案。

附件一醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法

一、投保人口結構改變對醫療費用之影響率

以衛福部報行政院時可取得之最近完整一年醫療費用及計費人口數計算，即以 107 年醫療費用點數為基礎，計算 108 年納保人口年齡性別結構相對於 107 年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用點數之影響，並以 1 歲為一組做調整(人口數為 3 月、6 月、9 月、12 月底計費人口數平均)。

二、醫療服務成本指數改變率

(一)成本項目之權數

採行政院主計總處 105 年「工業及服務業普查」所作之「醫療機構專案調查實施計畫」調查結果，採第 5~95 百分位值之平均數為權重。

(二)成本項目之指數(均沿用 109 年度總額之計算方式)

採行政院主計總處 109 年 4 月發布之「物價統計月報」與「薪資與生產力統計」資料。各總額部門指標類別如下：

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

- 註：1. 醫療材料費用選擇與醫療儀器及材料相關之項目，故採用「理化分析用儀器及器具」；「電子醫療用儀器及設備」；「放射照相或放射治療器具」；「整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品」、「注射筒、聽診器及導管等醫療器材」及「其他醫療器材」。
2. 「躉售物價指數—西醫藥品類」指數，其內涵排除「動物用藥」、「中藥製劑」、「中藥材」項目，不納入計算，由行政院主計總處另行提供，另西醫基層及牙醫之健保藥費申報權重，以 105 年為基期。

(三)醫療服務成本指數改變率之指數值及計算

前述各指標項目，以 105 年指數為基值(訂為 100)，計算 108 年相對 107 年各指數年增率。總醫療服務成本指數改變率，係將各部門之服務成本指數改變率，按其 108 年醫療給付費用占率加權計算而得。

三、投保人口預估成長率

以最近一年可取得之實際投保人口成長率計算，即以 108 年對 107 年投保人口成長率計算(採各季投保人數之平均值)。

109 年度各部門查處追扣金額表

總額別	類型別	扣減	罰鍰	其他	小計
醫院	總額舉發	0	0	0	0
總額	非總額舉發	383,862	0	16,139,099	16,522,961
西醫基層	總額舉發	0	0	0	0
總額	非總額舉發	718,020	3,594,713	85,682,748	89,995,481
牙醫	總額舉發	0	0	0	0
總額	非總額舉發	11,111	768,241	9,820,330	10,599,682
中醫	總額舉發	4,083	0	90,927	95,010
總額	非總額舉發	77,877	1,237,738	12,792,170	14,107,785
其他	總額舉發	0	0	0	0
預算	非總額舉發	279,750	5,439,279	23,170,757	28,889,786
合計	總額舉發	4,083	0	90,927	95,010
	非總額舉發	1,470,620	11,039,971	147,605,104	160,115,695

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

註 2：類型別定義：

扣減：扣減 10 倍之本金，即原認列之點數。

罰鍰：罰鍰之本金，即原認列之虛報點數。

其他：其他因查處案件造成可行政追扣之點數(如：院所坦承、雙方協商等可追扣之金額)。

全民健康保險年度總額對給付項目調整之處理原則

第2屆104年第2次委員會議(104.3.27)通過

壹、背景說明

依總額支付制度之設計，健保經費規劃及分配，第一層為政策與經費擬訂，屬主管機關衛福部權責(健保法第 60 條)；第二層為分配，屬健保會權責(健保法第 61 條)；第三層為擬訂「醫療服務給付項目及支付標準」、「藥物給付項目及支付標準」之細項分配，屬健保署權責(健保法第 41 條及第 42 條)。

為避免總額支付制度實施後，影響新醫療科技之引進，每年度協議訂定之總額，均含有「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」等項目之預算。惟依二代健保總檢討報告，各方對於「新醫療科技」之預算及其執行面，若無明確規範與共識，則醫界會因擔心點值而抗拒新醫療科技之引進，乃是必然，長期而言，不但影響我國醫療體系之發展，更影響民眾之權益。因此，建立年度總額對給付項目調整之處理機制，有其必要性。

貳、運作原則

- 一、調整給付項目所需年度財源，涉及財務平衡者，應於擬訂報院總額範圍時預為安置。
- 二、主管機關交付協定總額時，給付項目調整之政策宜具體明確。
- 三、保險人研提之給付項目調整方案，應有整體規劃及經費預估。
- 四、健保會依政策目標及健保署或各總額部門所提給付項目調整方案，進行總額協定分配。
- 五、依總額核(協)定事項落實與管控給付項目之調整。
- 六、總額核(協)定給付相關計畫執行結果之檢討。

參、作業流程

細部之作業流程如下表：

全民健康保險年度總額對給付項目調整之作業原則與流程

作業原則	時程	負責單位	作業流程
1.主管機關擬訂年度總額範圍：針對涉及財務平衡者，應預為安置調整給付項目所需財源	1~3 月	衛福部 (健保署)	<p>(1)應先確定政策目標。</p> <p>(2)為達目標而需配合調整(增修訂)給付項目或給付內容之經費，涉及財務平衡者，一律納入估算，且預估試算應盡量具體。</p>
2.主管機關交付健保會協定年度總額及其分配方式：應交付供協商遵循之具體明確給付項目調整政策	7~8 月	衛福部	交議「年度總額協定案」時，宜一併提示具體明確之給付相關政策及財務影響，供後續協商遵循。原由政府負擔轉由健保給付之服務需有相關法源依據及財務規劃。
3.保險人研提年度給付項目調整方案：涉及財務平衡者，應整體規劃方案(草案)內容及預估所須經費	8~9 月	健保署	<p>(1)依循政策目標及民眾需求，針對擬新增之給付項目或擬調整之給付內容，提出包裹式之預算需求，納入各部門總額協商方案之「新醫療科技」或「其他醫療服務利用密集度之改變」項下，送健保會協商。</p> <p>①引進新醫療科技：</p> <p>A.醫療服務：依目前之推估方式，將擬新增之給付項目(含包裹支付特材之項目)、擬調整之給付內容及所估列預算，納入「新醫療科技」協商因素項目。</p> <p>B.藥物(含新增品項及新增品項於 5 年內之給付內容調整)：依目前之推估模式(新藥及新特材納入給付 5 年內及新增品項於 5 年內調整給付內容之實際費用影響)，估計新藥物下年度所增加預算，納入「新醫療科技」協商因素項目。</p> <p>②健保已給付 5 年以上藥物品項之給付內容調整：</p> <p>A.對於財務衝擊較大之給付內容調整品項，彙整共同擬訂會議之</p>

作業原則	時程	負責單位	作業流程
			<p>結論，納入年度總額協商考量。至於財務影響小之品項，建議共同擬訂會議可優先通過，以利時效。</p> <p>B.本項之財務影響，可考慮納入「其他醫療服務利用密集度之改變」反映。</p> <p>(2)應併提「資源配置及財務平衡方案」，包含擬新增項目或給付內容調整之財務試算(含新舊藥品替代率、其他替代效應等)、各項目之給付優先順序，及可用財源(如：調降藥物支付價格、取消不具效益之給付項目等相關節流措施之效益)，以利總額協商之順利進行。</p>
4.健保會協議訂定年度總額：依政策目標及健保署或各總額部門所擬給付項目調整方案，進行協定分配	8~9月	健保會	<p>(1)依主管機關交付之總額範圍及政策目標，並就健保署及各總額部門所擬給付項目調整方案，考量付費能力及過去執行成果，協議訂定該年度「新醫療科技」及「其他醫療服務利用密集度之改變」等項目之相關預算。</p> <p>(2)明立總額協定事項，以利落實執行。</p>
5.保險人依總額核(協)定事項，落實與管控給付項目之調整	全年	健保署	<p>(1)各部門總額經核定後，對新增給付項目及調整給付內容之預算，應確依核定事項執行，並於實施前1年年底說明擬調整之規劃或項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度。</p> <p>(2)考量資源有限，對新增或調整之給付項目與內容，依全民健康保險法第42條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。</p> <p>(3)於共同擬訂會議討論增修訂給付項目與內容時，宜逐步建立各項目之費用影響及整體財務監測模式，以利後續之執行與管控。其增、修訂</p>

作業原則	時程	負責單位	作業流程
			<p>後，若經評估確實對點值影響顯著，且其影響不可歸責於該總額部門，則可於次年協商時提出，納入協商因素考量。</p> <p>(4)對於因考量財務衝擊未及納入給付與調整給付內容之品項，可排入下年度競爭預算，對財務影響較大者，須提報衛福部規劃下年度總額範圍時參考。</p>
6.給付相關計畫執行結果之檢討	全年	健保署 健保會	<p>(1)定期提報「新醫療科技」及「其他醫療服務利用密集度之改變」項目之執行情形及其財務影響評估：</p> <ul style="list-style-type: none"> ①將共同擬訂會議通過之新增品項與調整之給付內容及其財務影響等，列入例行之業務執行報告，每半年(1、7月)提報。(依本會103年2月份委員會議決議事項辦理) ②於協商下年度總額前(7月)，提報當年度及過去5年新增給付項目與調整給付內容之執行情形及其財務影響。(參照本會102年8月份委員會議決定事項辦理) <p>(2)執行成果納入下年度總額協商參考，若未符核定事項，則須予檢討、處理。</p>

第二案

提案單位：本會第三組

案由：111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)，提請討論。

說明：

- 一、依據本會本(110)年第 1 次委員會議(110.4.30)決定通過之「110 年度工作計畫」(第 8~14 頁)，訂於本年 9 月 23~24 日召開 111 年度全民健康保險醫療給付費用總額(下稱總額)協商共識會議及委員會議確認協商結果。
- 二、歷年來於總額協商前，均會事先議定上開協商共識會議之與會人員、進行方式與原則，及委員會議協商結論之確認方式等協商程序事宜，以提高議事效率。為利 111 年度總額協商工作之進行，援例事先研訂總額協商程序。
- 三、本案除更新年度別、會議日期，及未涉實質內容酌修部分文字以臻明確外，尚參考去(109)年總額協商實務運作經驗，微調下列程序：

(一)明訂各部門總額新增協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」確認時間：

- 1.修訂理由：去年作法係在協商完成後，於隔天召開之 9 月份委員會議，併同協商結論確認各部門所提之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。惟會中付費者委員反映過於倉促且涉及專業，需健保署協助試算、評估較為周全，建議有更充裕的時間討論。爰擬修正為在 9 月份委員會議請委員就協商結果提供執行目標等之建議，再由健保署會同各總額部門共同討論研修後，於 10 月份委員會議進行確認。
- 2.擬修訂內容：修訂如總額協商程序(草案)「一、工作計畫表」第二點第(二)項之 2. 及 3. 劃線處(詳附件第 85 頁，原於 9 月份委員會議確認之文字配合刪除)。

(二)增訂協商共識會議前之「預備會議」時間：

1.修訂理由：考量過去付費方及醫界方會於協商共識會議開始時要求先行召開內部會議，造成正式會議時程延宕，爰擬增訂上午 9 時至 9 時 30 分作為預備會議時間，供付費方及醫界方視需要召開會前內部會議之用，讓協商共識會議可順利於上午 9 時 30 分準時召開。

2.擬修訂內容：修訂如總額協商程序(草案)「二、協商共識會議」第(一)點之 1. 及 2. 劃線處(詳附件第 86 頁)。

四、至於各部門之協商順序，預定於本年 7 月份委員會議決定，援例由各部門委員代表自行抽籤，惟若 7 月份委員會仍因疫情因素無法召開現場會議，則擬由本會執行秘書於視訊會議上代抽，決議後據以安排「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議程」，並提報 8 月份委員會議。

五、為配合防疫措施，後續總額協商相關會議，除本案所規範人員外，均將縮減幕僚參與人數，並視疫情發展，滾動調整及提報委員會議。

六、擬具「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)」，請討論(如附件，第 84~88 頁)。

七、檢附「110 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」供參考，如參考資料(第 89~93 頁)。

擬辦：依會議決議辦理。

決議：

111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)

一、工作計畫表

工作項目及內容	預訂時程
一、協商前置作業	
(一)討論 <u>111</u> 年度總額協商架構及原則與協商程序。 (二)辦理各總額部門執行成果評核：	第 2 次委員會議(<u>110</u> 年 6 月 25 日) <u>110</u> 年 7 月 28 日
檢討、評估各總額部門 <u>109</u> 年度協定事項執行情形。	
(三) <u>111</u> 年度總額案於衛福部交議後，進行各項相關作業：	
1.請衛福部派員於委員會議說明行政院對總額範圍核定情形及政策方向。	110 年第 3 次或第 4 次委員會議(<u>110</u> 年 7 月 23 日或 8 月 20 日)
2.確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。	
3.提供協商參考資料「 <u>110</u> 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」。	110 年第 4 次委員會議(<u>110</u> 年 8 月 20 日)
4.由健保署會同各總額部門預擬協商因素/專款項目及其預算規劃草案。	110 年 8 月
(1)規劃草案內容應包含協商減列項目及預估金額。	
(2)各總額部門與健保署擬訂規劃草案時，對相關之醫療服務項目，如護理、藥事服務、門診透析服務等，得邀集相關團體參與。	
(四)安排總額協商會前會及座談會。	
1.召開 <u>111</u> 年度總額協商因素項目及計畫草案會前會：	110 年 8 月 20 日下午 (<u>110</u> 年第 4 次委員會議結束)
(1)請各總額部門及健保署報告所規劃之「 <u>111</u> 年度總額協商因素項目及計畫草案」，並進行綜合討論。除簡報外，請提供各協商項目或計畫之詳細說明如下：	
<p>①執行目標及預期效益(含評估指標，若能提出分年目標值尤佳)。</p> <p>②醫療服務內容、費用估算基礎及實證資料(過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用)。</p>	
(2)請幕僚彙整評核委員之建議，及各部門總額之執行成果，供討論參考。	110 年 8~9 月

工作項目及內容	預訂時程
<p>2.召開健保署和付費者代表、專家學者與公正人士、相關機關代表座談會。</p> <p>3.請各總額部門及健保署提送所規劃之「<u>111</u>年度總額協商因素項目及計畫草案」：</p> <p>(1)請針對新增項目提出「執行目標」及「預期效益之評估指標」，以結果面為導向，呈現資源投入之具體效益。</p> <p>(2)請如期提送協商草案資料，送會後不宜臨時提出新增項目或更動內容。</p>	<u>110年8月31日上午</u> <u>110年9月2日前</u>
<p>二、各部門總額成長率及分配方式之協商</p> <p><u>(一)各部門委員代表自行抽籤決定各部門之協商順序，並據以排定總額協商會議議程。</u></p>	<u>110年第3次委員會議(110年7月23日)抽籤，於第4次委員會議(110年8月20日)提報排定議程</u>
<p><u>(二)協商各部門總額成長率及分配方式。</u></p> <p>1.召開總額協商共識會議。</p> <p>(1)協商四部門總額及其他預算之總額及分配。</p> <p>(2)請部門當日依據協商結論，於協定事項調整新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。</p> <p>2.協商結論提<u>9月份委員會議</u>討論、確認。</p> <p>(1)確認四部門總額及其他預算之總額及分配。</p> <p>(2)<u>確認協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。</u></p> <p>(2)請委員就協商結果，提供各總額部門所提新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」之修正建議，會後由健保署會同各總額部門共同討論研修。</p> <p>3.<u>確認健保署會同各總額部門研修後之「執行目標」及「預期效益之評估指標」(由健保署提報)。</u></p>	<u>110年9月23日全天，若有未盡事宜，於9月24日上午11時繼續處理</u> <u>110年第5次委員會議(110年9月24日上午11時，若有協商未盡事宜則先討論，再進行委員會議)</u>
<p><u>(三)協商各部門總額一般服務費用之分配方式(地區預算)。</u></p> <p>1.請各總額部門於<u>9月份總額協商</u>完成後，2週內提送地區預算分配之建議方案，以利掣案提<u>10月份委員會議</u>討論。</p> <p>2.若部門未達成協商共識或未提送分配建議方案，則由幕僚掣案提<u>11月份委員會議</u>討論，最遲於<u>12月份委員會議</u>完成協定。</p> <p><u>(四)年度整體總額協定成長率及其分配之確認及報請衛福部核定及公告。</u></p>	<u>110年第6次委員會議(110年10月22日)</u> <u>110年10月8日前</u> <u>110年第7次或第8次委員會議(110年11月19日或12月17日)</u> <u>110年11~12月</u>

工作項目及內容	預訂時程
三、協定事項之執行規劃與辦理 (一)健保署會同各總額部門，提出各協商或專款項目配套計畫之執行方案，報請衛福部核定公告。 (二)各方案/計畫進度之追蹤，並視需要，請健保署或各總額部門專案報告。	110年10月~111年12月

二、協商共識會議

(一)會議時間：

- 1.預備會議：110年9月23日(星期四)上午9時至9時30分。
供付費方、醫界方視需要召開內部會議(請事前通知本會同仁協助安排會議場地)。
- 2.協商共識會議：110年9月23日(星期四)上午9時30分起，全天。
- 3.若有協商未盡事宜，則於 110年9月24日(星期五)上午11時討論。

(二)與會人員：

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

(三)進行方式：

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

3.各部門協商時間如下表：

部門別	第一階段 ^{#1} 提問與意見交換		第二階段 視雙方需要自行召開內部會議		第三階段 部門之預算協商		合計	推估最長時間
	付費方	醫界方						
醫院	30分鐘	門診透析	30分鐘	30分鐘	60分鐘	門診透析	130~170分鐘	130~230分鐘
西醫基層	25分鐘	20分鐘	20分鐘	20分鐘	50分鐘	20分鐘	115~150分鐘	115~190分鐘
牙醫	20分鐘		20分鐘	20分鐘	40分鐘		60~80分鐘	60~120分鐘
中醫	20分鐘		20分鐘	20分鐘	40分鐘		60~80分鐘	60~120分鐘
其他預算	20分鐘		20分鐘		35分鐘		55~73分鐘	55~93分鐘

- 註：1.各部門之協商草案已於會前會報告，若本時段仍須說明，請簡要說明並以5分鐘為限。
 2.門診透析服務預算之協商時間，併於西醫基層或醫院部門中協商順序較前者之時段(時間外加)。
 3.合計不含各自召開內部會議時間；各部門協商時間若確需延長，以不超過該部門第三階段時間之50%為限。

4.相關原則：

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

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

5.若部門與付費者代表順利完成協商，達成共識，則於其預算協商時段當場試算，作成共識方案。倘未能達成共識時，其處理方式如下：

(1)付費者代表委員間無法達成共識時：

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

(2)總額部門內部無法達成共識時：

由該總額部門代表之委員召集內部會議協調醫界方案。

(3)總額部門與付費者委員無法達成共識時：

由付費者代表之委員、保險醫事服務提供者代表之委員各自提出一個建議方案。

6.經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得再重新協議，並酌予調整該部門總額細項金額，並予以定案。

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

8.為利瞭解年度總額之協商過程，與會人員之發言內容，將以實錄方式上網公開。

三、委員會議

(一)時間：110年9月24日(星期五)上午11時，若有協商未盡事宜則先討論，再進行委員會議。

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

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

110 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序

第4屆109年第3次委員會議(109.5.22)通過

一、工作計畫表

工作項目及內容	預訂時程
<p>一、協商前置作業</p> <p>(一)討論 110 年度總額協商架構及原則與協商程序。</p> <p>(二)召開各部門總額執行成果評核會議： 檢討、評估各總額部門 108 年度協定事項執行情形。</p> <p>(三)110 年度總額案於衛福部交議後，進行各項相關作業：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.請衛福部派員於委員會議說明行政院對總額範圍核定情形及政策方向。 2.確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。 3.提供協商參考資料「全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽-109 年版」。 4.由健保署會同各總額部門預擬協商因素/專款項目及其預算規劃草案。 <ol style="list-style-type: none"> (1)規劃草案內容應包含協商減列項目及預估金額。 (2)各總額部門與健保署擬訂規劃草案時，對相關之醫療服務項目，如護理、藥事服務、門診透析服務等，得邀集相關團體參與。 <p>(四)安排總額協商之相關座談會/會前會。</p> <p>1.召開 110 年度總額協商因素項目及計畫草案會前會：</p> <p>(1)請各總額部門及健保署報告所規劃之 110 年度總額協商因素項目及計畫草案，並進行綜合討論。 除簡報外，請提供各協商項目或計畫之詳細說明如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> ①執行目標及預期效益(含評估指標，若能提出分年目標值尤佳)。 ②醫療服務內容、費用估算基礎及實證資料(過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用)。 <p>(2)請幕僚彙整評核會議評核委員之共識建議，及各部門總額之執行成果，供討論參考。</p>	<p>109 年第 3 次委員會議(109 年 5 月 22 日) 109 年 7 月 28、29 日</p> <p>109 年第 5 次或第 6 次委員會議(109 年 7 月 24 日或 8 月 28 日)</p> <p>109 年第 6 次委員會議(109 年 8 月 28 日)</p> <p>109 年 8 月</p> <p>109 年第 6 次委員會議結束後(109 年 8 月 28 日下午)</p> <p>109 年 8~9 月</p>

工作項目及內容	預訂時程
<p>2.召開健保署和付費者代表、專家學者與公正人士、相關機關代表座談會。</p> <p>3.請各總額部門及健保署提送所規劃之「110 年度總額協商因素項目及計畫草案」(各協商項目或計畫之詳細內容同上開說明)：</p> <p>(1)請針對新增項目提出「執行目標」及「預期效益之評估指標」，以結果面為導向，呈現資源投入之具體效益。</p> <p>(2)請如期提送協商草案資料，送會後不宜臨時提出新增項目或更動內容。</p>	109 年 9 月 2 日下午 109 年 9 月 3 日前
<p>二、各部門總額成長率及分配方式之協商</p> <p>(一)協商各部門總額成長率及分配方式。</p> <p>1.召開總額協商會議。</p> <p>(1)協商四部門總額及其他預算之總額及分配。</p> <p>(2)請部門當日依據協商結論，於協定事項調整新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。</p> <p>2.協商結論提委員會議討論、確認。</p> <p>(1)確認四部門總額及其他預算之總額及分配。</p> <p>(2)確認協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。</p> <p>(二)協商各部門總額一般服務費用之分配方式(地區預算)。</p> <p>1.請各總額部門於 9 月總額協商完成後，2 週內提送地區預算分配之建議方案，以利掣案提 10 月委員會議討論。</p> <p>2.若部門未達成協商共識或未提送分配建議方案，則由幕僚掣案提 11 月委員會議討論，最遲於 12 月委員會議完成協定。</p> <p>(三)年度整體總額協定成長率及其分配之確認及報請衛福部核定及公告。</p>	109 年 9 月 24 日全天，若有未盡事宜，於 9 月 25 日上午 11 時繼續處理 109 年第 7 次委員會議 (109 年 9 月 25 日下午) 109 年 10 月 9 日前 109 年第 9 次或第 10 次委員會議(109 年 11 月 20 日或 12 月 25 日) 109 年 11~12 月
<p>三、協定事項之執行規劃與辦理</p> <p>(一)健保署會同各總額部門，提出各協商或專款項目配套計畫之執行方案，報請衛福部核定公告。</p> <p>(二)各方案/計畫進度之追蹤，並視需要，請健保署或各總額部門專案報告。</p>	109 年 10 月~110 年 12 月

二、協商共識會議

(一)時間：109 年 9 月 24 日(星期四)上午 9 時 30 分起，全天；9 月 25 日(星期五)上午 11 時~下午 2 時(若有協商未盡事宜)。

(二)與會人員：

1.付費方：付費者代表之委員。

2.醫界方：

(1)保險醫事服務提供者代表之委員。

(2)牙醫、中醫、西醫基層、醫院等總額部門協商時，由該總額部門代表之委員主談，各部門並可推派 9 名代表協助會談，推派之協商代表需經充分授權。

(3)護理及藥師公會全聯會代表委員可參與相關部門總額之會談。

(4)門診透析服務：由西醫基層及醫院部門代表之委員主談，並邀請台灣腎臟醫學會推派 1 名代表列席說明。

3.專家學者及公正人士、國家發展委員會及主管機關代表委員。

4.社保司與健保署相關人員及本會幕僚。

(三)進行方式：

1.分場次協商牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院等各部門總額，及健保署管控之「其他預算」。

2.各部門之協商順序，於 7 月份委員會議抽籤確定後，不可臨時要求變更。

3.各部門協商時間如下表：

部門別	第一階段 ^{#1} 提問與意見交換		第二階段		第三階段		合計	推估 最長時間
			視雙方需要自行召開內部會議	付費方	醫界方	部門之預算協商		
醫院	30 分鐘	門診透析	30 分鐘	30 分鐘	60 分鐘	門診透析	130~170 分鐘	130~230 分鐘
西醫基層	25 分鐘	20 分鐘	20 分鐘	20 分鐘	50 分鐘	20 分鐘	115~150 分鐘	115~190 分鐘
牙醫	20 分鐘		20 分鐘	20 分鐘	40 分鐘		60~80 分鐘	60~120 分鐘
中醫	20 分鐘		20 分鐘	20 分鐘	40 分鐘		60~80 分鐘	60~120 分鐘
其他預算	20 分鐘		20 分鐘		35 分鐘		55~73 分鐘	55~93 分鐘

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

2.門診透析服務預算之協商時間，併於西醫基層或醫院部門中協商順序較前者之時段(時間外加)。

3.合計不含各自召開內部會議時間；各部門協商時間若確需延長，以不超過該部門第三階段時間之 50% 為限。

4.相關原則：

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

場次 協商階段		四部門總額協商	其他預算協商
第一階段	提問與意見交換	總額部門委員及協商代表： 說明協商草案與回應提問 所有委員：均參與提問與意見交換 (若協商草案中，有部分項目涉及其他總額部門者，相關之醫界委員得表達其看法；另必要時，得請健保署人員提供說明)	健保署： 說明協商草案與回應提問
第二階段	視雙方需要自行召開內部會議	付費方或醫界方： 自行召開內部會議 (可請本會幕僚與健保署人員協助試算或說明)	付費方或健保署： 自行召開內部會議 (可請本會幕僚協助試算)
第三階段	部門之預算協商	由「付費方」與「醫界方」雙方進行預算協商 (得請健保署人員提供說明)	由「付費方」與「健保署」雙方進行預算協商

5.若部門與付費者代表順利完成協商，達成共識，則於其預算協商時段當場試算，作成共識方案。倘未能達成共識時，其處理方式如下：

(1)付費者代表委員間無法達成共識時：

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

(2)總額部門內部無法達成共識時：

由該總額部門代表之委員召集內部會議協調醫界方案。

(3)總額部門與付費者委員無法達成共識時：

由付費者代表之委員、保險醫事服務提供者代表之委員各自提出一個建議方案。

6.經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得再重新協議，並酌予調整該部門總額細項金額，並予以定案。

- 7.各部門總額年度預算之協商終止點，訂為9月份委員會議之前，經委員會議確認後定案，不得變更。
- 8.為利瞭解年度總額之協商過程，與會人員之發言內容，將以實錄方式上網公開。

三、委員會議

- (一)時間：109年9月25日(星期五)下午2時起，半天。
- (二)確認協商結論(共識方案或雙方建議方案，含成長率、金額、協定事項)，協定事項(含「執行目標」及「預期效益之評估指標」)之文字在不違反原協商意旨前提下，可酌予調整修正。
- (三)依全民健康保險會組成及議事辦法第10條規定，未能達成共識方案時，應將委員會議確認之付費者代表之委員、保險醫事服務提供者代表之委員建議方案，報請主管機關決定。至於個別委員對建議方案有不同意見時，得於建議方案確認後，提出不同意見書，由健保會併送主管機關。

第三案

提案單位：本會第二組

案由：因應立法院主決議，研議增加以直播或上傳錄影錄音之方式，公開本會會議實況之可行性案，提請討論

說明：

- 一、本案係依據立法院審查 110 年度中央政府總預算案，就衛福部主管之決議事項(二一三)辦理，略以：有鑑於健保攸關全體國民之健康，為落實資訊公開透明之原則，爰建議衛福部研議除詳實記載與公布會議發言紀錄外，建請研議另以直播或上傳錄影錄音之方式，公開全民健康保險會之會議實況之可行性(詳附件一，第 98~99 頁)。
- 二、依全民健康保險法第 5 條第 3 項規定：「健保會於審議、協議本保險有關事項，應於會議 7 日前公開議程，並於會議後 10 日內公開會議實錄…」。本會相關會議均遵照前揭規定辦理，歷年委員會議相關議程及會議實錄(含與會人員發言實錄)公開於本會網頁(網址：<https://dep.mohw.gov.tw/NHIC/np-1653-116.html>)。
- 三、對於重要資訊應予公開透明乙節，本會委員向極重視，第一屆委員會議亦曾有會議實況公開之提案討論，摘要重點及辦理情形如下：
 - (一)第 1 屆 102 年第 4 次委員會議(102.4.26)：本會委員(吳玉琴委員及謝天仁委員)提出「為符合『資訊透明公開、擴大民眾參與』之健保改革精神，健保會會議比照環評會議，應同步於場外設置會議轉播，全程開放媒體與團體旁聽，並比照立法院製作 VOD 供全國民眾閱覽，以求透明、全民參與，可分階段實施案」，獲致決議如下(會議紀錄及與會人員發言實錄節錄如附件二，第 100~110 頁)：

- 1.本會支持資訊透明公開之社會趨勢，並已依相關規定，於會議後 10 日內上網公開與會人員發言實錄，以供各界了解本會會議之討論情形。

2.本案之資訊公開方式，對各項議案討論之利弊尚難論斷，且須配合經費、場地設備等現行問題分階段規劃，所以初步可先試行錄影供委員閱聽參考，再就衛生署遷至新辦公大樓後之會議場地狀況評估辦理。

(二)上開決議事項，在第1屆103年第8次委員會議(103.8.22)決定：鑑於客觀條件尚難配合，且本會同仁並以人工錄影方式替代，同意該案解除追蹤(會議紀錄及與會人員發言實錄節錄如附件三，第111~112頁)。

(三)辦理情形：目前由本會同仁在有限人力下自行架設2台錄影機錄影，惟受限於設備及場地，並非全景式攝影，考量設備不足及技術限制，所拍攝之影片僅供內部存檔備查之用。

四、彙整本會、健保署及環保署相關會議資訊公開之規定及實際作法，如下：

(一)相關會議資訊公開規定及實際作法如下表：

項次	機關/會議名稱	法規	實際作法
1	本會/委員會議	全民健康保險法第5條略以： 健保會於審議、協議本保險有關事項，應於 <u>會議7日前公開議程</u> ，並於 <u>會議後10日內公開會議實錄</u> 。	1.會前7日公開會議議程。 2.會後10日內公開議事錄(含會議紀錄及與會人員 <u>發言實錄</u>)。
2	健保署/各部門總額研商議事會議(醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診、門診透析)	全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點第8點： 保險人於辦理本作業要點業務時，應將會議全程錄音列入檔案備查，並將下列事項對外公開： (一) <u>會議議程</u> 。 (二) <u>會議內容實錄</u> 。 (三)利益揭露聲明書。	1.會前公開會議資料(含議程)。 2.會後公開會議紀錄(含與會人員 <u>發言摘要</u>)。
3	健保署/醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議	全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法第11條： 保險人於辦理本辦法業務時，應將下列事項對外公開： 一、利益揭露聲明書。 二、 <u>會議議程</u> 。 三、 <u>會議內容實錄</u> 。	1.會前7日公開會議資料(含議程)。 2.會後公開會議紀錄(含與會人員 <u>發言實錄</u>)。

項次	機關/會議名稱	法規	實際作法
		前項第2款事項，應於開會7日前對外公開，並送交本會議代表。	
4	健保署/藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議	<p>全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂辦法第11條：</p> <p>保險人於辦理本辦法業務時，應將下列事項對外公開：</p> <p>一、利益揭露聲明書。</p> <p>二、<u>會議議程及併附之醫療科技評估報告</u>。</p> <p>三、<u>會議內容實錄</u>。</p> <p>前項第2款事項應於開會7日前對外公開，並送交本會議代表。</p>	<p>1.會前7日公開會議議程及醫療科技評估報告。</p> <p>2.會後公開會議紀錄(未有與會人員發言實錄)，另<u>公開錄音檔及會議資料</u>。</p>
5	環保署/環境影響評估審查委員會議	<p>環境影響評估法施行細則第13條略以：</p> <p><u>前項環境影響說明書或評估書初稿內容及開會資訊</u>，應於<u>會議舉行7日前公布</u>；<u>會議紀錄應於會後30日內公布</u>；審查結論應於公告後7日內公布。</p>	<p>1.會前7日公布會議資料(含環境影響說明書)。</p> <p>2.會後30日內公布會議紀錄(未有與會人員發言實錄)。</p> <p>3.會中直播公開會議實況。</p>

(二)就本會與上開各機關相關會議資訊公開辦理情形比較如下：

- 1.公開議程：本會與各機關之會議辦理方式相同，均於會前公開議程。
- 2.公開會議實錄：健保署辦理方式除第4項會議以上傳錄音檔方式外，其餘均與本會相同，為會後公開發言實錄；僅環保署環評會議，以同步直播方式公開會議實況(未公開發言實錄)。

五、另本會亦曾於109年委託國立政治大學陳教授敦源辦理「精進全民健康保險會議事效率及運作模式」研究計畫，請其針對「現行健保會委員會議資訊公開方式之妥適性」進行探討。該研究透過問卷徵詢歷屆46位委員意見，其中95.4%同意目前會議資訊以議事錄方式公開，59.5%不同意以網路直播方式公開。該研究結論：建議應維持現狀公開議事錄，直播方式應審慎考量，以避免激化對立，反而降低委員會議追求共識的可能(結論與建

議節錄如附件四，第 113 頁)。

六、至於若增加以直播或上傳錄影錄音之方式公開本會會議實況，除上傳錄音檔不須另增購設備外，本會在有限預算及人力的條件下，尚須克服下列問題：

(一)直播：衛福部須增購會議室直播設備，所需基本配備費用約 200~300 萬元不等(依畫質、音質等功能而異)，每年尚須維護費用，且須增加操作設備之技術人力。

(二)上傳錄影檔：目前衛福部會議室僅具投影、攝影及視訊功能，尚無法錄影及存檔，爰須額外增購相關設備，所需費用約需 5~8 萬元，及須增加操作設備之技術人力。

擬辦：本會會議資訊之公開方式，增加以直播或上傳錄影錄音之方式公開會議實況可行性，請討論。

決議：

中華民國 110 年度中央政府總預算案審查總報告(修正本)(第四冊)節錄

現場模擬等方式，呈現職災成因與防範之道。參訪時段，除了平日上班時間之外，週六、日及國定假日僅開放予 30 人以上團體得於參觀日 10 日前預約。查勞動部為鼓勵公私立高職學校參觀展示館，於 109 年 7 月 20 日發函通知祝經費及各校距離遠近，補助車資每輛新臺幣 2,000 至 3,000 元，惟年度平均參觀人次為 1 萬 4 千人次，平均每天參觀人次為 39 人次，容有檢討空間。爰凍結是項預算 100 萬元，俟勞動部勞動及職業安全衛生研究所提出檢討改善計畫至立法院社會福利及衛生環境委員會並經同意後，始得動支。

(二)110 年度勞動部勞動及職業安全衛生研究所「勞動及職業安全衛生研究」項下「辦理工作生活平衡與友善職場研究、勞資關係與勞動條件研究」預算編列 2,021 萬 4 千元，進行勞動關係研究。有鑑於勞動部輔導工會組織、發揮工會功能、處理勞資爭議、維護勞工權益以及落實友善職場等工作，均須掌握勞動關係脈絡，相關研究係政策研議依據。爰此，為促進預算編列之最大效益，故要求勞動部勞動及職業安全衛生研究所應加強辦理勞工工作生活平衡及兼顧企業永續經營需求之工作彈性機制等方面之研究，確保勞工權益。

第 19 款 衛生福利部主管

第 1 項 衛生福利部原列 2,051 億 4,594 萬 3 千元，除第 16 目「非營業特種基金」原列 75 萬 6 千元，暫照列，俟所屬非營業特種基金審議確定後，再行調整外，減列：

- (一)第 1 目「公費生培育」項下「醫學系公費生培育」100 萬元。
- (二)第 2 目「科技業務」第 1 節「科技發展工作」300 萬元（含「推動中醫藥科技發展計畫」250 萬元及「衛福業務數位轉型服務躍升計畫」50 萬元）。
- (三)第 5 目「社工及社區發展業務」項下「公益勸募管理」7 千元。

以上科目均自行調整，共計減列 400 萬 7 千元，其餘均照列，改列為 2,051 億 4,193 萬 6 千元。

本項通過決議 237 項：

- (一)衛生福利部及所屬職掌業務攸關國人健康，並以促進全民健康為使命，惟近年

保障及充實其發展所需之經費；以及積極發展及輔導國內中藥藥用植物種植。但衛生福利部迄今對中醫藥發展，還沒有具體成效。僅組成 1 個諮詢委員會、公布了 2 個子法、未來 5 年發展計畫還在研擬中。爰建議衛生福利部研議就中醫藥發展及中藥材技術士相關修法，於 3 個月內向立法院社會福利及衛生環境委員會提出書面報告。

(二一二)社福、長照機構員工回捐之問題普遍存在，回捐形式多元，如給付全額給員工，再要求員工以「現金」方式回捐給機構；或高報、浮報社工薪資，讓社工拿到的薪水和政府補助有落差。爰此，建議衛生福利部研議積極協助改善，包括公開要求回捐之機構資訊以示警、督導各縣市政府善盡稽查、糾舉責任，以及明定違規機構之退場機制等，並於 3 個月內向立法院社會福利及衛生環境委員會提出書面報告。

(二一三)我國「全民健康保險法」第 5 條明定，全民健康保險會負有審議保險費率與給付範圍、訂定及分配保險醫療給付費用總額之對等協議等重要任務，掌理 7 千多億健保預算總額；另同條第 3 項規定，健保會審議、協議本保險有關事項，應於會議後 10 日內公開會議實錄。查衛生福利部全民健康保險會目前已將相關委員會議之議事錄上網公開，提供國人檢視，值得肯定。惟相較其他政府重要會議，仍有加強資訊公開透明之空間。以衛生福利部中央健康保險署藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議為例，另有上傳公開其會議實錄錄音檔，完整揭露會議討論過程與實況。再比較審查環境影響評估之環評會議，在民間團體的要求下，行政院環境保護署亦於日前決定將所有環評會議進行直播，並將影片留存於網路平台，讓民眾隨時觀看瞭解。有鑑於健保攸關全體國民之健康，為落實資訊公開透明之原則，爰建議衛生福利部研議除詳實記載與公布會議發言紀錄外，建請研議另以直播或上傳錄影錄音之方式，公開全民健康保險會之會議實況之可行性。

(二一四)日前內政部公布最新人口統計資料，2020 年我國出生人數約 16 萬 5,000 人，創下歷年新低，死亡人數則約 17 萬 3,000 人，超過出生人數，台灣人口

行政院衛生署全民健康保險會第1屆 102 年第 4 次委員會議紀錄(節錄)

壹、時間：中華民國 102 年 4 月 26 日上午 9 時 30 分

貳、地點：本署中央健康保險局大禮堂(台北市信義路 3 段 140 號 18 樓)

玖、討論事項

第五案

提案人：吳委員玉琴、謝委員天仁

代表類別：保險付費者代表

案由：為符合「資訊透明公開、擴大民眾參與」之健保改革精神，健保會會議比照環評會議，應同步於場外設置會議轉播，全程開放媒體與團體旁聽，並比照立法院製作 VOD 供全國民眾閱覽，以求透明、全民參與，可分階段實施，提請 討論。

說明：

一、民國 100 年 1 月 26 日由總統公布新修正之全民健康保險法，俗稱「二代健保」法案，法案中對於費基改革失去原二代健保精神，然政府仍不斷強調「資訊透明公開、擴大民眾參與」，仍是健保改革的重要核心。故，本案之提案精神即是回應「資訊透明、擴大參與」之改革精神。

二、全民健保猶如其名，是與「全民」有關的重大民生議題，2,300 萬人中僅有 35 人被政府「遴選」出來，以代議政治方式，代表政府、付費者與醫界共同商議健保政策，分配健保資源，其重要性不可言喻，也同時肩負制定、監督攸關全民健康之健保政策之重責大任。代議政治有其限制，因此決策機制與過程之透明度，在先進國家與立法機關均有高度之開放。目前健保會雖依健保法之規定，會議後二週內公布會議實錄，然而，健保會議之議程乃於會議一週前上網公開，全體國人理當應即時知悉當日健保會之會議實況與決策，本案同時另考量成本與議事之順暢，擬建議健保會會議比照環評會議，應同步於場外設置會議轉播，全程開放媒體與團體旁聽，並比照立法院製作 VOD 供全國民眾閱覽，如此一來即可省去設置發言人或由主委等會後轉述之不便，同時

符合資訊透明公開之精神。

擬辦：健保會會議開放分階段實施，第一階段應於本案通過後三個月內同步於場外設置會議轉播，全程開放媒體與團體旁聽。第二階段應於本案通過半年內比照立法院製作 VOD 供全國民眾閱覽。

本會幕僚補充說明：

- 一、有關第一階段於場外設置會議轉播，全程開放媒體與團體旁聽乙節，目前本會係借用中央健康保險局 18 樓大禮堂召開會議，該場地設有吸頂式攝影機，拍攝方式為全景式，方向對準講台(非發言之個別委員)，可同步轉播至該局 9 樓簡報室。若要同步錄攝及播放委員發言，技術面及預算問題恐無法於短期內克服。
- 二、有關第二階段比照立法院製作VOD供全國民眾閱覽乙節，經洽請衛生署資訊中心表示，VOD(多媒體隨選視訊)所佔之網路頻寬較大，恐影響民眾瀏覽衛生署網站之品質與速度；且衛生署網站年度營運經費拮据，亦無足夠人力與設備支援，因此目前無法提供相關資訊服務。建請本會可直接製作影音光碟，提供有興趣之民眾借閱瀏覽。

決議：

- 一、本會支持資訊透明公開之社會趨勢，並已依相關規定，於會議後 10 日內上網公開與會人員發言實錄，以供各界了解本會會議之討論情形。
- 二、本案之資訊公開方式，對各項議案討論之利弊尚難論斷，且須配合經費、場地設備等現行問題分階段規劃，所以初步可先試行錄影供委員閱聽參考，再就衛生署遷至新辦公大樓後之會議場地狀況評估辦理。

拾、討論事項第五案「為符合『資訊透明公開、擴大民眾參與』之健保改革精神，健保會會議比照環評會議，應同步於場外設置會議轉播，全程開放媒體與團體旁聽，並比照立法院製作VOD供全國民眾閱覽，以求透明、全民參與，可分階段實施」之與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

接下來進行討論事項第五案，請同仁宣讀。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

謝謝宣讀。請幕僚補充。

柯執行秘書桂女

補充說明之第二點，係會辦衛生署資訊中心請其說明，而第一點則是本會幕僚依詢問結果自行書寫，因對於這些設備，我們是門外漢，所以寫的可能與現況有落差，所以我才請同仁第一點不要宣讀，直接請健保局說明目前會議室之設備狀況，能否符合提案所要求。以上補充說明。

鄭主任委員守夏

請健保局沈組長茂庭補充。

沈組長茂庭

本會場有兩個攝影機為固定式，無法配合委員發言而轉動攝影機，這邊寫可以同步轉播到九樓簡報室，這一點我不確定，之前沒有轉播過。請本局秘書室同仁補充。

健保局秘書室邱科長峰明

向各委員報告，剛剛沈組長提到，攝影機是單一方向，無法隨著委員發言同步轉，而且攝影機可以錄影，有影像檔，但僅單單錄影，聲音則要另外錄，影像和聲音是分開，沒辦法同步。因為是早期建置，只有單一方向，並沒有像現在最先進的設備可以做到影音同步，本會場的影像及聲音需各自處理，以上向委員報告。

鄭主任委員守夏

提案人吳委員玉琴有無補充？

吳委員玉琴

我想提案已表達非常清楚，我們是個全國單一的保險制度，一般民眾和記者、媒體都很關注，他們不容易瞭解我們會議進行的情況。剛剛提到的，好像都是場地、設備限制，還有些是經費上的限制。

我覺得這都不是太大的問題，我們期望給時間分段調整解決。我記得大概衛生署是今年七月要搬到南港的新大樓，不知以後是否到那邊開會？該會議場地設備有無升級？聽起來目前健保局這邊的設備都被限制了。但增加設備其實並不是太大問題。我想資訊公開、全民參與，是我們提這案的精神，也希望健保會秉持如此精神，而這也是二代健保改革的精神。

鄭主任委員守夏

現在請委員表示意見。請謝委員武吉。

謝委員武吉

可能現在年紀漸長，愈來愈怕死。記得兩、三個月前，去找黃煌雄監察委員，在監察院等候的時候接到一通電話，就是我在健保局某個會議中的發言，結果某個人聽了很不爽，打電話到手機，問我發言講的是什麼意思，要我說清楚，聽了差點嚇死。我是覺得資訊公開，已有文字公開資訊已很清楚了。如果要用提案這種公開方式，希望能保障我生命財產安全，這比較重要。

鄭主任委員守夏

請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

一、我覺得設備其實是小問題，若衛生署覺得本案不宜，也不要提經費和技術問題這種理由。立法院為何需要轉播？與職掌有關，裡面任何一句更動，都可能會影響全民。例如，酒駕改個規定，人民權益就會受影響。立委職掌是立法，運作上有需要接受各方意見，不必避開利害團體，而且各種利害團體在立法院角逐、跟立法委員遊說，都是被允許的。立法委員就他所代表的部分去執行或開公聽會等，那是立法院的遊戲規則。

二、但立法院的遊戲規則不能在這邊玩，我們的職責是預算平衡，若有一天健保像前幾年一樣財務發生問題，當大家討論費率問題時，有轉播，誰敢講提高費率？直播明明會干擾委員對職責的執行。又如我們討論某項醫療服務，有些話在這裡講了，文字還可潤飾一下。又鏡頭前面看不到某委員的臉孔，那壓力就更大了。過去我曾收過一封信，信上某個病友團體拿步槍。所以，這個部分要好好考慮。我們不是立法委員，我們是要避開利害團體的；我們是講預算平衡的，不是講老百姓聽了會爽的事。

三、現在兩個半鐘頭可以討論很多問題，因為很多委員大局為重，

犧牲自己的發言時間不講，而非不懂或者不知道怎麼發言，是他知道自己的想法有人講了，所以不用再講，以節省時間。如果轉播的話，恐怕就不能不講，否則回去，代表的單位會說，怎麼都沒有發言。像柴教授今天還沒發言，誰會認為柴教授不懂？如果直播，柴教授是否就一定要講？所以，我覺得在運作上面要審慎考量。

鄭主任委員守夏

先聽其他委員意見，最後再請教學者專家及公正人士意見。

葉委員宗義

- 一、我一直很尊敬謝委員天仁，他一向代表我們付費者發言，很有公信力。但本案有幾個問題要考慮，我們委員，老少都有，謝委員天仁相對比較年輕，柴委員松林比較德高望重。又如雇主代表，如果何委員語已經代表我們發言，其他雇主代表就不必重複，其實我們不是不講話，是尊重比較專業者的發言。若轉播出來，公會派你出來，不講話就換人，這樣會製造困擾。
- 二、類似案子以前在監理會就曾提出，後來沒有成案。健保會的委員會議是協商、諮詢會議，比如說今天談明年總額成長的高、低推估值，是在政府框好的預算範圍內，談完還是要再經政府同意，那到底我們的權限在什麼地方？
- 三、我跟隨鄭主任委員守夏很久，當年他擔任費協會主委，曾在新竹馬武督會場開會到凌晨一點多，由於現場某些狀況讓他情緒較激動，這場面要是網路直播出來，可能老婆、小孩回到家都要質問，為何如此？問題就產生了。我認為會有很多個人問題，還有剛剛的討論事項第二案，若到最後還是只推選 10 個付費者委員去協商，以後網路播出來，只看到 10 個付費者委員，那其他委員幹什麼？一定會徒增諸多不必要的困擾。謝委員不好意思，這是我們幾個委員的意見。

干委員文男

我贊成吳委員玉琴的提案，這是趨勢，讓大家知道各位委員都是為公而非為私。為何要轉播？現在趨勢是公開。葉委員宗義剛講過，在監理會曾經提過兩次案，也動用表決，才有後來的議事公開，否則不會有現在的議事公開。如果說現行場地不容許，希望衛生署對新建大樓的會議室設備要導入這個目的，若現在不能做，也可以有時間編預算補充，未來勢必要做。保費愈繳愈多，自費也越來越多，越多之後又如何，這是我的看法。大家這麼認真，這麼拼，大家努

力的一面應該有個指標讓外界知道。如果現在做不到，將來要怎麼做，預算要怎麼編，都可以討論。

鄭主任委員守夏

請問委員尚有意見？請謝委員天仁。

謝委員天仁

一、消基會向來贊成資訊要揭露、要公開，所以吳委員玉琴請我共同提案，我很樂意的答應了，最主要原因是，從某角度觀看可促進議事效率，大家會把最專業的部分在會議上呈現，形成良性循環，而且議事會更理性。以前言語有太多衝突，甚至有肢體展示，雖沒有打架但姿勢已擺出，資訊公開後，相信大家會變得很紳士，所以應不須太考慮個人安危問題，我想這是不錯的方向。

二、每個人有每個人的經驗，我擔任消基會董事長時，常有人問我，有無脅迫情形？在我的感覺，只要公正的扮演我們該有的角色，而非情緒性的發言都不會有問題。老實講，若要怕，我應該是最害怕的，但我認為應坦蕩蕩去做這些事情，光明正大，不用擔心，我相信對大家應該是更安全。我認為有些只是唬唬人，不會真有問題。我在費協會這麼久，從沒接過示意性電話，老實講我擋人家財路的比例，應該是在前面，但我還是以平常心表達自己的意見，我認為對就講，就像剛剛對評核作業我也講，醫院評核為優或良級，該給就要給，不應該是不來報告就不給。我們公正講，其實大家都在看。我鼓勵大家走在時代先端，而不只是先試試。

郭特助正全(翁委員文能代理人)

一、就這件事我個人反對，剛剛謝委員天仁說議事要理性，但少數民眾不一定如此，大家常常會看到電視上，特定的鏡頭一直重覆播，若非事情全貌陳述，則可能會造成一些負面的困擾。

二、基本上在會議上協商，每位委員對議案內容會有一些基本認識和共識，但民眾不是，他是從某個角度切入，他的想法和結論跟你不一定一樣，我認為這樣會造成很多的困擾。

三、我個人在接到議事錄時常會想，我講的話怎麼會這樣！可能有些人還有三字經、台灣俚語，或有些不太文雅的話，我們會修飾掉，然而這些如果轉播，我認為不是很恰當。台灣民眾對於公共議題，可能還有些需要努力的地方，就像美國總統退位後，對國家不再做政策指導。我希望在這邊的議事，大都是就是非，

理性的談。

四、再講一個開玩笑的例子，我們在公司裡談調薪，可以找大家談嗎？員工占大多數，要調三千還是一萬？大家都會要調一萬。保費要不要降？當然要降；醫療項目要不要給付？當然要給付；要不要部分負擔？當然不要。我想這樣會造成大家很多困擾。每個人都有各自的背景，我們在這裏講很容易，是因為大家知道來龍去脈，然而民眾只看某個點，不是從頭到尾都知道這件事，所以我認為此舉要慎重。

鄭主任委員守夏

因為會議剩下時間不多，如果相同意見已有其他委員表達，就請不要重複。請張委員煥禎。

張委員煥禎

一、其實這也是另外一種不對等，本來專業不對等，好像都被認為是醫界比較專業，但付費者較弱。我本來也贊成公開，就像謝委員天仁一樣，我也不怕，在這邊第一次會議後，我就接到電話，對方指責我說，你是醫界委員怎麼可以這樣講話！那時候我是秉持公正立場說話。我的意思是，我是健保會的委員，應該從健保會委員的立場說話，但就是有人不滿意。後來想想這也有點不對等，不管是付費者代表還是其他代表，都是為老百姓，老實講大家都在爭，我們醫界答辯（defense），也是為百姓的醫療安全著想，但每次講到急診，大家就義憤填膺，好像都是醫界不對，其實我們只是在解釋，卻被認為在狡辯。

二、我個人建議，委員會議若要錄影，也可以，但是否先試錄幾次，大家理性一點，委員看過幾次後，如果覺得公開也沒有不好，再公開。我認為這樣做比較能兩全其美，先錄起來，但不要對外公開，讓委員先看一下，如果錄了幾次，每次都沒有什麼大問題，而社會潮流也是這樣期待，醫界也會願意。以上是個人意見提供參考。

鄭主任委員守夏

接下來請學者專家、公正人士委員表示意見。先請柴委員松林。

柴委員松林

一、希望開會時大家都針對重點討論，不要一個會議開到4個小時，這是第一點。
二、第二點，我非常支持資訊公開，但委員發言時，如果之前已有內容接近的意見表達過，就不必要再發言，並不需要每個人將

同樣意見重複。個人觀察立法院運作多年，也擔任過國會觀察基金會的董事長，因為立法院會把資訊公開，以至於原本不要講話的人也要講，旁人已經講過的，他就一定要再講，講的時候，如果前面講 80%，後面就會講 90%，因為不得不講。

三、第三點，剛才幾位醫界委員提到，會議錄影公開會產生的壓力，事實上確實是如此。所以，我贊成先用一部活動式的攝影機，將委員發言情形試錄看看，屆時若大家都覺得對各位委員沒傷害，對公眾利益沒傷害，就可以公開。至於設備問題，可以請健保會建議衛生署，在搬到新辦公大樓後，改善設備，因為資訊公開是趨勢，一定是要有的。但還是希望，即使公開，不需發言的時候，也就不要發言。

鄭主任委員守夏

謝謝柴委員。請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

一、公不公開，各有好壞。公開的部分，確實要考量是否有人會為發言而發言，這是我比較擔憂的。平心而論，二會合一之後，我們有更多重要的事情需花時間討論，例如點值過低的問題，我們需要針對實質的問題更深入去探討，讓兩邊都可以知道彼此在考慮什麼。對於公開的好處，剛才我也在笑，好處是誰簽了名就走，或是誰上了幾次廁所，這些都會看到，還有就是可能大家說話會更小心謹慎。但公開後，坐在我右邊的委員們，壓力確實會比較大，而左邊的委員們，壓力就相對小一些。

二、我覺得費協會的會議實錄，從以前到現在的上網公開，就是很大的進步，有時協商是進三步退二步，大家都會有些進有些退，有些事情，每個人都很無奈，沒有辦法百分百照自己意思去做，只是民眾看錄影時，若是只截取一段來看，搞不清楚來龍去脈，可能產生不好的效應，後來我們要花二倍、三倍，甚至更多的時間去處理。所以，如果真要試辦，建議就像閉路電視的錄影，錄下來是為了有爭議時，提供內部使用，而不是比照立法院的方式，因為我們和立法院還是不一樣。

鄭主任委員守夏

謝謝吳委員。請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

一、以前做費協會的委員比較好做，現在擔任健保會的委員反而比較不容易。會議錄影公開不公開，對我並無影響，因為我都有

發言，我贊成公開但我也同意醫界的意見。跟各位委員分享個人經驗，過去在立法院曾看到國民黨及民進黨的黨鞭攜手去開會，但進會場打完架，晚上又一起去喝酒，還會彼此說，「別這樣啦，有鏡頭就好！」這樣的現象是確實有的。我擔任過3屆的鎮民代表，曾經有位新的代表來，因為看見記者來，就說我一定要發言，結果明明是要問農業科的業務，卻對著兵役科科長提問，主席還得問他，你到底是要問哪科的業務？所以，有的人會為了要讓記者報導，或為求表現而講，有時候就會失焦。

二、我並不介意開放團體旁聽，也不怕會議錄影公開，剛才謝委員天仁提到，以擔任費協會委員的經驗，我想中醫部門應該是最討厭我了，因為我過去一直電他們，有人知道我住在雲林，就來找我溝通，人家說雲林是黑道的故鄉，但我也不會在乎。其實我對醫界也很好，只要他們提出的理由具說服力，我都會接受。對於本案，我認為兩邊意見都有理，但如果將來要公開，那麼退撫基金、勞保監理會的資訊也應公開，他們的基金都是上億上兆的。但若醫界委員不贊成公開，我也會尊重醫界的意見。

鄭主任委員守夏

提案委員是否可以接受大家的看法？請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

一、因為擔任保險付費者代表委員，在這邊開會是為維護 2,300 萬民眾的健康與權益，所以我們秉持的觀念，是從議事運作考量，而不是假設大家一定會如何。雖然大家後面都會有一些立場，但現在是民主社會，而且資訊公開是二代健保的核心精神，所以不希望我們 35 人在這邊開會，其他人卻不知道討論的內涵。

二、對於剛才其他委員們的意見，我也支持，如果沒有辦法一步到位，那麼是否可以有個時間表，讓我們知道之後會如何進行，未來程序是什麼？若是沒有太大影響，資訊的公開可以讓民眾更清楚健保，也更瞭解健保會運作的情形，大家在這邊都是理性的對話，這也是我們期待會議進行的方式。

鄭主任委員守夏

請幕僚單位也補充說明。

柯執行秘書桂女

請容我補充說明，剛剛大家說設備、經費不是問題，但其實設備與經費是很大問題，各位委員可能不知道，我們必需如何辛苦的在立

法院請求與溝通。我們的預算很少，但是被凍結很多，直到現在還沒有解凍，本案宜逐步推展，在經費及設備技術允許的前提下，分階段設計第一步、第二步的達成範圍。

鄭主任委員守夏

現在還沒下結論，先請林律師穆弘。

林律師穆弘(連委員瑞猛代理人)

第一次發言，因為好像不發言不行。請參閱健保法第五條第五項：「前項代表之名額、產生方式、議事規範、代表利益之自我揭露及資訊公開等有關事項之辦法，由主管機關定之。」依法規的文字敘述，請大家參考一下，也請衛生署說明主管機關的態度，本案討論的議題是否應屬於衛生署管轄？是否應由衛生署做決定。

鄭主任委員守夏

一、我個人的看法是，基本上，衛生署對於健保會這個諮詢、溝通平台所提意見，十之八九都會尊重，因為我們先在這個平台上溝通，衛生署就可以納入最終意見整合的參考，像議事辦法就是衛生署的權限。至於本案議題，我想也會請我們先討論，如果本會有共識，相信衛生署也會予以尊重。

二、假設今天我們沒有越權，可否先有個共識讓衛生署參考。個人傾向柴委員松林及吳委員肖琪的看法，資訊公開透明是趨勢沒錯，但剛才吳委員玉琴說，外面的人都不知道我們在做什麼，其實不至於如此，因為真正用心的人，已經可以從會議實錄去瞭解委員會討論的事項，而且都會詳細閱讀每個字，所以，只要是有心觀察、關心或監督全民健保的人，個人認為目前資料是足夠的，只是我們公開資訊的方式，是否還有更進步的空間？如果真要公開，確實需要一點時間籌備，也謝謝吳委員玉琴同意這件事分階段來規劃。剛剛張委員煥禎建議，試錄幾次但不要公開，先讓委員們看錄影的效果再討論，剛才柴委員也有這樣講，那就先規劃看看。

三、至於柯執行秘書桂女提到的經費問題，就我的瞭解，健保相關的委員會及健保小組，業務費本來就已經很少，當立法院凍結甚多預算後，費用確實會是問題，所以本案還是要看經費、設備的可行性。未來的方向，依照吳委員玉琴建議，分階段規劃，等搬到新的辦公大樓後，再看會議的場地是否適合。

四、最後，再重複柴委員松林的提醒，開會最好不要開到 4 小時，其實不只柴委員，之前我們也說過，會議最好能在 12 點結束，

如果不行，12 點半或 1 點也要結束。
五、今天五個討論案到此結束。

衛生福利部全民健康保險會第1屆103年第8次委員會議紀錄(節錄)

壹、時間：中華民國 103 年 8 月 22 日上午 9 時 30 分

貳、地點：本部 301 會議室(台北市忠孝東路 6 段 488 號 3 樓)

玖、例行報告

第二案

案由：本會上(第 7)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請 鑒察。

決定：

一、上次委員會議決議(定)事項辦理情形洽悉。

二、102 年 4 月份委員會議之「會議實況製作 VOD 供民眾閱覽案」，鑑於客觀條件尚難配合，且本會幕僚並以人工錄影方式替代，爰同意解除追蹤。

衛生福利部全民健康保險會第1屆103年第7次委員會議(103.7.25)委員發言實錄

壹、「議程確認」、例行報告第一案「確認本會上(第6)次委員會議紀錄」、例行報告第二案「本會上(第6)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」與會人員發言實錄節錄

吳委員玉琴

一、主席、各位委員，今天第一次在衛福部新大樓開會，記得去年曾提案希望設置VOD(隨選視訊系統)，不知幕僚目前的評估結果如何？請補充說明。

鄭主任委員守夏

有關會議場地設置VOD乙節，請柯執行秘書桂女說明。

柯執行秘書桂女

跟各位委員報告，在會議開始前，也與干委員文男討論過此問題，因錄影設備成本昂貴，礙於預算有限，目前衛生福利大樓的會議室還無法提供錄影設備，所以可看到會場仍然由本會同仁自行架設錄影機，進行錄影事宜。此部分，尚請委員見諒！

鄭主任委員守夏

一、衛生福利大樓是綠建築，看起來蓋得還不錯，但就我所知，從土地徵收、發包到驗收，這幾年下來工程預算一直追加，政府很多事情都不能確定，唯一可以確定的是沒有錢，因此，內部的支出，能省則省。我詢問過的結果是，目前沒有經費再裝設錄影設施，所以，仍維持由同仁以人工方式，進行錄音、錄影事宜。

二、對本報告案，委員還有無詢問？(未有委員表示意見)沒有，進入下一個報告案。

精進全民健康保險會議事效率及運作模式研究計畫期末報告(節錄)

第十章 結論與建議

第五節 資訊公開

一、建議應維持現狀公開議事錄，直播方式應審慎考量

大多數填答者有點同意到非常同意會議資訊以議事錄方式公開，有助於改善議事效率（95.4%）相對的，59.5%的填答者不同意健保會會議以網路直播方式公開，最後，有關於健保委員會議是否應該回應部分立法委員之要求進行議事直播，訪談受訪者大多認為現行公告議事錄於網站上的模式，已可充分回應資訊公開之要求，直播可能激化對立，降低委員會議追求共識的可能。且由於健保會不是委員會，其定位為審議單位，如日後將改變委員會議資訊公開方式，應通過委員們討論後之共識，方才能改變，倘若強行以直播方式公開，更可能影響委員們參與健保會之意願，進而影響日後健保會審議時之討論氣氛。

第四案

提案單位：本會第三組

案由：全民健康保險各總額部門 109 年度執行成果評核獎勵方式案，
提請討論。

說明：

一、依據本會本(110)年第 1 次委員會議(110.4.30)決議通過之「各總額部門 109 年度執行成果評核之作業方式」，略以：

(一)評核等級作為 111 年度總額協商之參考，評等「良」級以上之部門，酌給品保款之預算，以茲鼓勵。

(二)111 年度總額「品質保證保留款(下稱品保款)獎勵額度」，訂於 110 年 6 月份委員會議討論。

二、近 5 年總額品保款之預算編列方式及金額如下：

(一)編列方式：106 年度以前年度係列為一般服務預算之協商因素項目，107 年度起改列專款項目。至各部門品保款額度之計算為「計算基礎*評核等級獎勵成長率」，其中歷年計算基礎及評核等級獎勵成長率如下：

總額年度	項目	計算基礎	評核等級獎勵成長率		
			良	優	特優
106	協商因素	各部門前一年度 一般服務預算	0.1%	0.3%	0.5%
107					
108	專 款	各部門評核年度 一般服務預算	0.1%	0.25%	0.5%
109					
110					

(二)編列金額：106~110 年四部門總額品保款金額介於 6.33~14.98 億元；占各年度可協商空間比率為 4.2%~12.8%。

(三)整理四部門總額歷年評核結果等級獎勵成長率、品保款額度及占當年度可協商空間比率之情形供參考，詳附件之表一~四(第 118~119 頁)。

三、111 年度總額協商空間推估：

依據衛福部於 110 年 5 月 28 日陳報行政院核定之 111 年度

總額範圍(草案)為 1.272%(低推估)至 4.746%(高推估)，協商空間較 110 年度總額約增加介於 100 至 372 億元之間，惟仍須視行政院核定總額範圍而訂(依慣例約在 7 月底~8 月初核定)。參考歷年行政院核定總額範圍高推估值之經驗值，約為衛福部陳報之九成，預估 111 年度總額協商空間約 230 億元 (372 億元 *90%-100 億元)。依健保署於上次委員會議 (110.4.30)提報之健保財務收支情形，推估 111 年度保險收支將短绌 222 億元~492 億元，致該年度保險收支累計結餘數約當 1.05 個月~0.59 個月保險給付支出，預估安全準備將有可能無法符合法定 1 個月保險給付支出之規定，爰 111 年度協商空間十分有限。

四、有關 111 年度總額品保款之預算編列方式及金額：

參考歷年作法，以各總額部門評核年度(109 年)一般服務預算為計算基礎，並依評核等級獎勵成長率計算品保款額度。初步研擬甲、乙兩方案，試算如下：

(一)評核等級獎勵成長率

擬案	計算基礎	評核等級獎勵成長率		
		良	優	特優
甲案(比照 110 年度)	各部門評核年 度(109 年)一般 服務預算	0.1%	0.2%	0.3%
乙案(考量 111 年度健 保財務及整體 經濟，酌予調整)		0.08%	0.16%	0.24%

(二)試算四部門總額品保款額度(依不同評核等級獎勵成長率)

假設四總額部門評核結果等級均為良、優、特優，則 111 年度品保款金額，及占可協商空間比率：

部門	計算基礎 (109 年度一 般服務預算) (百萬元)	111 年度品保款額度(百萬元)					
		甲案			乙案		
		良 0.1%	優 0.2%	特優 0.3%	良 0.08%	優 0.16%	特優 0.24%
醫院	464,885.7	464.9	929.8	1,394.7	371.9	743.8	1,115.7
西醫基層	120,285.1	120.3	240.6	360.9	96.2	192.5	288.7
牙醫門診	45,589.2	45.6	91.2	136.8	36.5	72.9	109.4
中醫門診	26,475.1	26.5	53.0	79.4	21.2	42.4	63.5
品保款金額合計		6.6 億元	13.1 億元	19.7 億元	5.3 億元	10.5 億元	15.8 億元
以協商空間 230 億元 推估品保款占可協商 空間比率		2.9%	5.7%	8.6%	2.3%	4.6%	6.9%

五、歷次委員會議、評核委員對品保款有關之決(建)議如下：

(一)查 106 年度以前，品保款係列於一般服務預算之協商因素項目，協定全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近 2 年品保款累計額度為限。因自 107 年度起，品保款改列專款項目，為維持品保款額度之穩定性，並達到鼓勵效果，經 106 年 8 月份委員會議決議，略以：「原 106 年度各部門總額之品保款額度，與 107 年度品保款合併運用」。

(二)爰上，107~110 年度各部門總額品保款均協定：品保款應全數用於鼓勵提升醫療品質，且原 106 年度於一般服務預算之品保款額度(各部門額度：醫院 3.887 億元、西醫基層 1.052 億元、牙醫 1.164 億元、中醫 0.228 億元)，與當年度品保款專款合併運用。

(三)評核委員對於品保款之建議：

為落實設立品保款之意旨，達到鼓勵院所持續提升醫療品質之目的，歷年評核委員均建議品保款核發條件，宜有提升醫療品質之鑑別度，依 107、108 年度各部門品保款核發結果(如下表)，各總額部門符合品保款核發資格之院所占率均達 7 成以上，另核發表現優良前 20% 院所金額占品保款比率，於 108 年略有提升，其中以牙醫門診總額較具鑑別度。

惟整體而言，仍有改善空間。

年度 部門	107 年			108 年		
	核發家數	符合核發資格院所占率	核發前 20% 院所金額占品保款比率	核發家數	符合核發資格院所占率	核發前 20% 院所金額占品保款比率
醫院	465	97.3%	45%	471	99.6%	46%
西醫基層	7,748	72.6%	註	7,978	74.6%	註
牙醫門診	5,832	82.9%	64.6%	5,905	83.4%	66%
中醫門診	3,163	81.1%	51.3%	3,183	80.3%	52.2%

註：107~108 年院所指標表現達核發標準 100% 者(滿分)分別占 56.9%、57.9%(4,410、4,623 家)，各年領取 61%、62% 品保款(130.99、268.66 百萬元)。

擬辦：

一、111 年度總額品保款專款之額度：

(一) 計算基礎：以各總額部門評核年度(109 年)一般服務預算為計算基礎。

(二) 評核等級獎勵成長率：評核結果「良」級給予 ____%、「優」級給予 ____%、「特優」級給予 ____% 獎勵成長率。

二、建議依循 107~110 年度方式，於總額結算時，將原 106 年度各部門總額一般服務預算之品保款額度(各部門額度：醫院 3.887 億元、西醫基層 1.052 億元、牙醫 1.164 億元、中醫 0.228 億元)，與 111 年度品保款專款合併運用，並全數作為鼓勵提升醫療品質之用。

三、請各總額部門持續檢討 111 年度品保款之發放資格條件，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

決議：

附件

四部門總額歷年評核結果等級獎勵成長率、品保款金額及占當年度可協商空間比率之情形

表一、97~106 年品保款列為一般服務預算之協商因素項目

評核 年度	總額 年度	行政院核定 總額上限	牙醫門診		中醫門診		西醫基層		醫院	
			等級	成長率	等級	成長率	等級	成長率	等級	成長率
96	97	5%	特優	0.50%	可	0.00%	優	0.30%	未委辦不評分	
97	98	5.1%	特優	0.50%	良	0.10%	未委辦 不評分	0.00%	未委辦不評分	
98	99	3.5%	特優	0.25%	良	0.05%	可	0.00%	未委辦不評分	
99	100	3.6%	特優	0.25%	良	0.05%	良	0.05%	良	0.05%
100	101	4.7%	優	0.3%	良	0.1%	良	0.1%	良	0.1%
101	102	6.0%	優	0.3%	可	0.0%	良	0.1%	良	0.1%
102	103	4.45%	優	0.3%	良	0.1%	良	0.1%	可	0.0%
103	104	4.75%	優	0.3%	可	0%	良	0.1%	良	0.1%
104	105	5.8%	優	0.3%	良	0.1%	良	0.1%	良	0.1%
105	106	5.9%	優	0.3%	良	0.1%	良	0.1%	良	0.1%

註：評核結果之等級，於 97 年度前僅分 4 級：特優、優級、可及劣級，對於特優及優級予以獎勵；98 年度之後改分 5 級：特優、優級、良級、可及劣級，評等良級以上，酌給成長率。

表二、107 年後品保款列為專款項目

評核 年度	總額 年度	行政院 核定總 額上限	牙醫門診		中醫門診		西醫基層		醫院	
			等級 ^{註 1}	獎勵 成長率	等級	獎勵 成長率	等級	獎勵 成長率	等級	獎勵 成長率
106	107 ^{註 2}	5.0%	優	0.3%	良	0.1%	良	0.1%	良	0.1%
107	108	4.7% ^{註 3}	優	0.3%	良	0.1%	優	0.3%	良	0.1%
108	109	5.5%	優	0.25%	優	0.25%	優	0.25%	優	0.25%
109	110	4.5%	優	0.2%	良	0.1%	良	0.1%	優	0.2%

註：1.評核結果之等級分 5 級：特優、優級、良級、可及劣級，評等良級以上，酌給品保款專款。
 2.107 年度總額以各部門 106 年度一般服務預算、108 年度起改以評核年度一般服務預算為基礎(如 108 年度總額以 106 年度一般服務預算為基礎)，依據評核等級，乘以該等級相對之獎勵成長率(如 108 年度總額優級*0.3%，良級*0.1%)，計算年度品保款專款額度。
 3.行政院核定總額上限為 4.5%，若增列 C 型肝炎口服新藥費用，則不得超過 4.7% 之上限。

表三、106~110 年品保款金額

總額年度 評核等級 與品保款金額		106		107		108		109		110	
部 門	醫 院	良	388.7	良	406.5	良	406.5	優	1,055.4	優	880.4
	西醫基層	良	105.2	良	109.4	優	328.1	優	280.5	良	115.8
	牙醫門診	優	116.4	優	119.1	優	119.1	優	101.2	優	87.9
	中醫門診	良	22.8	良	23.6	良	23.6	優	60.8	良	25.2
合計(百萬元)		633.1		658.6		877.3		1,497.9		1,109.3	

表四、106~110 年度品保款占當年度可協商空間比率(介於 4.2%~12.8%)。

年度		106	107	108	109	110
行政院 核定總額成長率範圍 (%)	上限	5.9	5.0	4.7	5.5	4.5
	下限	3.769	2.349	2.516	3.708	2.907
可協商空間 (億元) ^註		109.6	158.5	134.6	117.1	118.7
評核結果	優	牙醫門診	牙醫門診	西醫基層 牙醫門診	醫院 西醫基層 牙醫門診 中醫門診	醫院 牙醫門診
	良	醫院 西醫基層 中醫門診	醫院 西醫基層 中醫門診	醫院 中醫門診	—	西醫基層 中醫門診
四部門總額 品保款(億元)		6.33	6.59	8.77	14.98	11.09
品保款占可協商空間比率		5.8%	4.2%	6.5%	12.8%	9.3%

註：可協商空間=(行政院核定年度總額之高推估-低推估金額)-人口差值-前一年度總額違規扣款加回金額，惟 110 年度總額低推估金額已先予校正人口差值。

報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：109年度全民健康保險基金附屬單位決算及111年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案，請鑒察。

報告單位業務窗口：吳珠鳳科長，聯絡電話：02-27065866 分機 2101

.....

本會補充說明：

- 一、中央健康保險署(下稱健保署)依全民健康保險法施行細則第 3 條規定，於本(110)年 2 月 8 日及 3 月 18 日分別將「109 年度全民健康保險基金附屬單位決算」及「111 年度全民健康保險基金附屬單位預算」函送本會備查。
- 二、本會同仁依據前揭資料，擬具 109 年度全民健保年終決算分析報告(如附件一，第 124~133 頁)，及 111 年度全民健保預算分析報告(如附件二，第 134~148 頁)，併同決算書、預算書各 1 份，業於 5 月 7 日先行寄送委員提供意見。
- 三、本會同仁彙整委員所提意見，請健保署回復說明資料如附件三(第 149~164 頁)。

決定：

109 年度全民健康保險基金附屬單位決算分析報告

健保會 110 年 5 月

壹、前言

- 一、依據全民健康保險法(下稱健保法)施行細則第 3 條規定，保險人應依全民健康保險業務計畫及安全準備運用狀況，編列年度預算及年終決算報告，報主管機關，並分送健保會備查。中央健康保險署(下稱健保署)爰於 110 年 2 月 8 日以健保計字第 1100043756 號函附該署 109 年度全民健康保險基金附屬單位決算報告，送請本會備查。
- 二、本分析報告基於本會權責，以「保險收支」為範圍進行整理分析，並參考本會委員會議資料、健保署之業務執行報告及會計月報等資料，以完整呈現年度保險財務收支狀況，提供委員參考。
- 三、全民健康保險基金附屬單位決算報告內容除「保險收支」外，另包含「聯合門診中心醫療業務收支」及「菸品健康福利捐挹注罕見疾病用藥收支」，三者財務獨立，不得相互流用、填撥¹。

貳、保險財務分析

一、保險財務概況

(一)保險收支：109 年度保險收入 6,289.24 億元²(成長率 1.04%)，保險成本 6,951.99 億元³(成長率 5.87%)，保險收支短绌 662.74 億元。歷年健保財務收支狀況詳圖一，109 年決算數與健保署預估數差異分析如圖二：

1. 保險收入 6,289.24 億元，較健保署預估數⁴6,291 億元減少 1.76 億元。
2. 保險成本 6,951.99 億元，較健保署預估數 6,962 億元減少 10.01 億元。

¹ 109 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 23 頁。

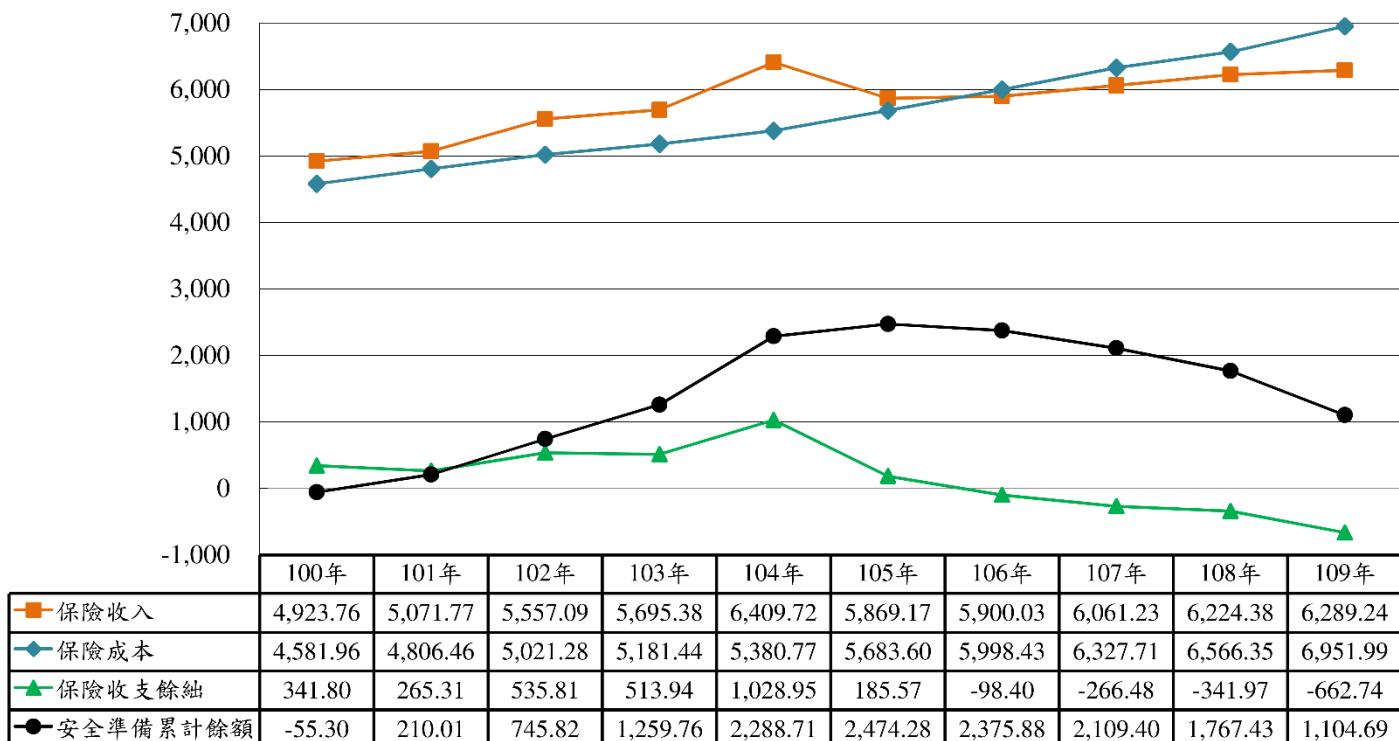
² 保險收入 = 保險費 + 滯納金 + 資金運用淨收入 + 公益彩券盈餘及菸品健康捐分配數 + 其他淨收入 - 呆帳提存數 - 利息費用，資料來源為健保署。

³ 保險成本 = 醫療費用 + 業務費用 + 其他業務外費用(未含手續費用)，資料來源為健保署。

⁴ 本會第 4 屆 109 年第 1 次臨時委員會議(109.11.27)討論事項第一案健保署簡報資料第 6 張。

3. 保險收支短绌 662.74 億元，略少於健保署預估短绌數 671 億元。

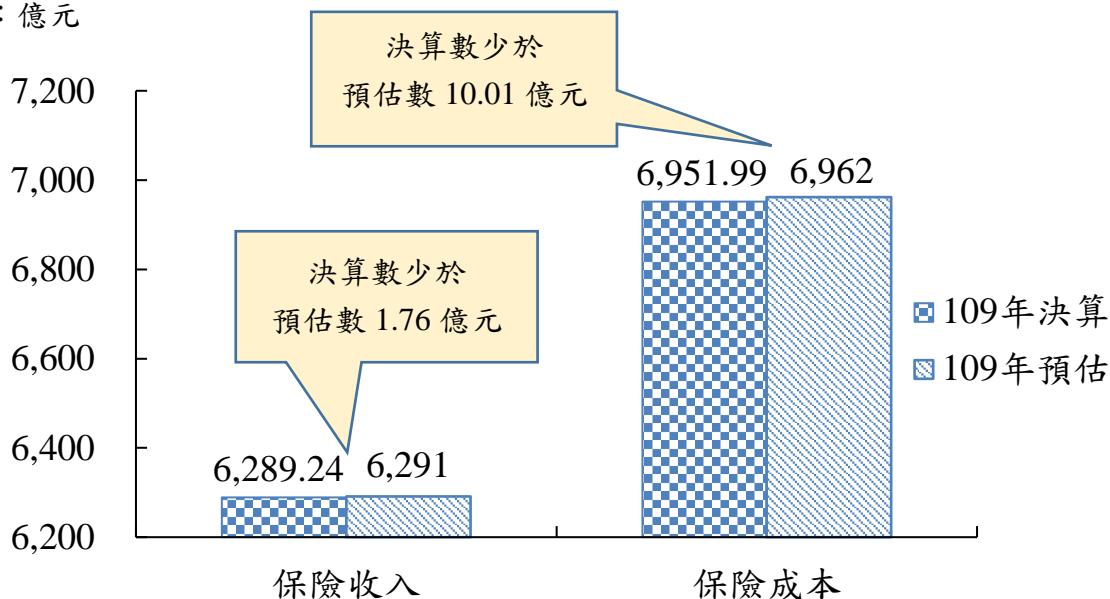
單位：億元



資料來源：健保署。

圖一、歷年健保財務收支狀況（權責基礎）

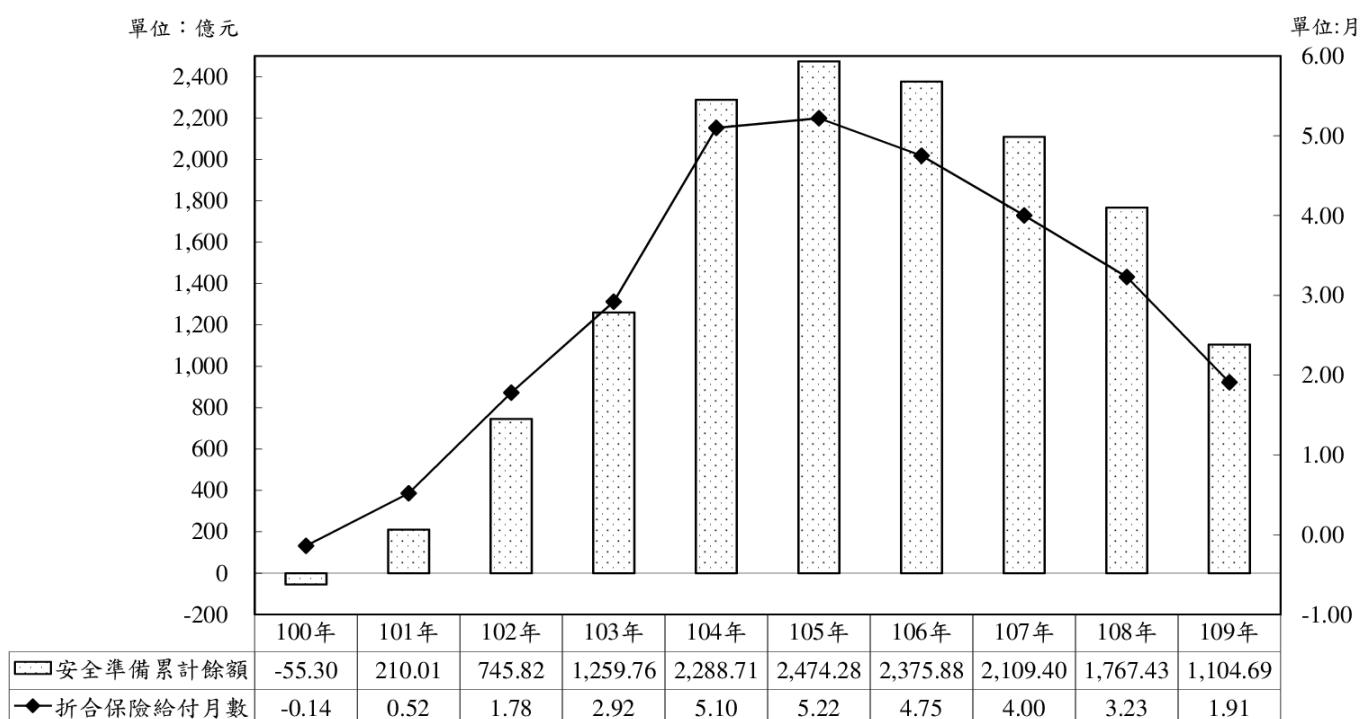
單位：億元



圖二、109 年決算數與健保署預估數差異分析

(二)安全準備：109 年度保險收支短绌數 662.74 億元，依法收回安全準備填補短绌，收回後安全準備累計餘額為 1,104.69 億元，約當 1.91 個月保險給付支出⁵。

(三)102~109 年健保財務趨勢：102 年開始施行二代健保後，受增加收取補充保險費及政府應負擔健保總經費法定下限比率調整至 36% 之影響，102~105 年健保財務皆為結餘，惟受 105 年調降費率(由 4.91% 調整為 4.69%)，及健保收支結構性問題(保險收入成長率低於保險成本成長率)影響，106 年度開始出現短绌，且短绌數持續增加(詳圖一)。歷年安全準備累計餘額及約當保險給付支出月數詳圖三。



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

資料來源：健保署。

圖三、100~109 年安全準備趨勢

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

⁵ 109 年度全民健康保險基金附屬單位決算報告第 24 頁。

表一、收支餘紳比較表(保險收支部分)

單位：元

科目	109年度決算數(a)	109年度預算數(b)	比較		108年度 審定決算數(c)	比較	
			金額增減(a-b)	執行率(a/b)		金額增減(a-c)	成長率(a-c)/c
保險收入	633,925,168,743	628,857,882,000	5,067,286,743	100.81%	627,135,985,947	6,789,182,796	1.08%
保費收入	615,857,981,008	613,878,121,000	1,979,860,008	100.32%	609,474,656,030	6,383,324,978	1.05%
依法分配收入 ^(註)	15,933,344,166	13,021,815,000	2,911,529,166	122.36%	15,250,982,184	682,361,982	4.47%
利息收入	1,054,267,532	1,031,465,000	22,802,532	102.21%	1,468,259,823	-413,992,291	-28.20%
投資賸餘	0	0	0	-	80,693	-80,693	-100.00%
收回呆帳	1,055,937,711	900,000,000	155,937,711	117.33%	915,290,858	140,646,853	15.37%
雜項收入	23,638,326	26,481,000	-2,842,674	89.27%	26,716,359	-3,078,033	-11.52%
保險成本	700,199,382,875	698,803,118,000	1,396,264,875	100.20%	661,332,755,091	38,866,627,784	5.88%
保險給付	694,863,411,079	694,042,837,000	820,574,079	100.12%	656,379,940,216	38,483,470,863	5.86%
呆帳	5,000,478,957	4,406,616,000	593,862,957	113.48%	4,697,711,754	302,767,203	6.44%
業務費用	330,806,526	352,591,000	-21,784,474	93.82%	253,398,636	77,407,890	30.55%
雜項費用	4,686,313	1,074,000	3,612,313	436.34%	1,704,485	2,981,828	174.94%
保險收支淨餘紳	-66,274,214,132	-69,945,236,000	3,671,021,868	94.75%	-34,196,769,144	-32,077,444,988	93.80%

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

資料來源：109年度及108年度全民健康保險基金附屬單位(審定)決算報告第27頁收支餘紳表。

(一)保費收入：109 年度保費收入為 6,158.58 億元。

- 1.預算執行：較預算數 6,138.78 億元增加 19.80 億元，執行率為 100.32%(詳表一)。
- 2.成長比較：較 108 年度 6,094.75 億元增加 63.83 億元，成長率 1.05%(詳表一)。主要係因投保人數、平均投保金額及政府應負擔 36% 差額，較預計數成長所致，說明如下⁶(詳表二)：
 - (1)投保人數較 108 年同期成長，致保費收入增加約 18 億元。
 - (2)平均投保金額較 108 年同期成長，致保費收入增加約 68 億元。
 - (3)平均眷口數較 108 年同期減少，致保費收入減少約 46 億元。
 - (4)受疫情影響，致雇主負擔、股利、利息及租金等項目之補充保險費較 108 年同期共計減少 6.11 億元。
 - (5)因一般保險費收入較 108 年同期增加，致政府應負擔 36% 差額增加 27.84 億元。

⁶ 109 年 12 月份業務執行季報告第 10 頁表 5-2 附註 2.(1)。

表二 109 年保費收入成長主要原因分析

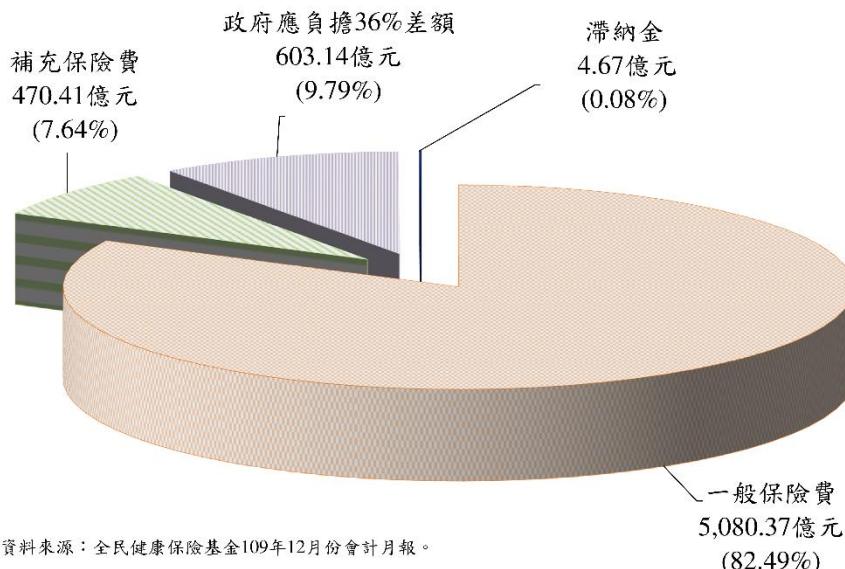
原因	成長金額(億元)
投保人數成長	18
平均投保金額成長	68
平均眷口數減少(0.61 人減少為 0.58 人)	-46
補充保險費減少	-6.11
政府應負擔 36% 差額	27.84
合計	61.73

註:僅提供影響保費收入主要原因分析,爰合計數不同於 109 年度保險收入成長金額。

3.補充保險費及政府應負擔 36% 差額：109 年度補充保險費收入 470.41 億元，占保費收入 7.64%；政府負擔 36% 差額 603.14 億元，占保費收入 9.79%，合計 1,073.55 億元，占保費收入 17.43%⁷（詳圖四）。

4.保險費收繳：

(1)應收保險費收繳情形⁸：近 5 年之一般保險費總收繳率為 98.26%。其中投保單位及保險對象之收繳率為 98.47%，略低於 108 年底 98.50%⁹。



圖四 109年度保費收入結構

⁷ 全民健康保險基金 109 年 12 月份會計月報。

⁸ 僅統計未逾 5 年請求權期間之應收保險費(不含利息)。

⁹ 健保署 109 年 12 月及 108 年 12 月份業務執行季報告第 12 頁表 6-1。

(2)截至 109 年 12 月底止，投保單位及保險對象積欠保險費約 288.9 億元(含補充保險費欠費 9.3 億元)，較 108 年底 275.8 億元 (含補充保險費欠費 6.9 億元)，增加 13.1 億元¹⁰。

表三 投保單位及保險對象積欠保險費(億元)

109 年	288.9
108 年	275.8

(3)各級政府積欠保險費補助款情形¹¹：

①各級政府欠費情形：有關 101 年度以前，地方政府應負擔之健保費補助款，目前僅有高雄市政府尚餘積欠款項，健保署為確保債權，已將高雄市政府欠費案，移送行政執行處執行。

②欠費催收情形：高雄市政府已針對 101 年度(含)以前欠費，提出還款計畫，預計於 110 年還清，109 年之還款計畫已全數落實執行。截至 109 年 12 月底止，高雄市政府累計欠費約 48 億元，其中本金 33.45 億元、利息 14.55 億元。

(4)催收款項：109 年底為 231.03 億元，較 108 年底 225.55 億元增加 5.48 億元，成長率 2.43%¹²。

(5)政府應負擔健保總經費法定下限 36% 差額：102~109 年度合計為 4,090 億元，截至 109 年 12 月底，已撥付 3,848 億元，待撥付 242 億元，將循預算程序爭取足額編列¹³。

(二)保險給付：109 年度保險給付為 6,948.63 億元。

1.預算執行：較預算數 6,940.43 億元增加 8.21 億元，執行率為 100.12%(詳表一)。

¹⁰ 109 年度及 108 年度全民健康保險基金附屬單位(審定)決算報告第 2 頁。

¹¹ 109 年度全民健康保險基金附屬單位決算報告第 2 頁。

¹² 109 年度全民健康保險基金附屬單位決算報告第 30 頁，「催收款項」係指投保單位及保險對象清償期屆滿 6 個月尚未收回之一般保費。

¹³ 109 年度全民健康保險基金附屬單位決算報告第 3 頁。

2.成長比較：較 108 年度之 6,563.80 億元增加 384.83 億元，成長率 5.86%(詳表一)，主要係因總額協商成長所致¹⁴。

3.現金支出：109 年度保險給付現金支出 6,939.90 億元¹⁵，占權責基礎比率 99.87%。

(三)安全準備：

1.安全準備來源¹⁶：109 年度安全準備之來源包括：滯納金收入 4.67 億元、運用收益 9.78 億元、公益彩券分配收入 14.97 億元、菸品健康福利捐分配收入 144.37 億元，及上述各項以外之保險收支短絀 173.79 億元，相抵後為零(詳表四)。

2.安全準備去路：因 109 年度保險收支為短絀，收回安全準備 662.74 億元填補短絀¹⁷。

表四、安全準備項目比較表

單位：新台幣元

來源及去路項目	109年度 自編決算(a)	108年度 審定決算(b)	比較	
			金額增減 (a-b)	成長率 (a-b)/b
安全準備來源	0	0	0	-
滯納金	466,909,099	451,723,935	15,185,164	3.36%
運用收益	978,380,903	1,312,750,070	-334,369,167	-25.47%
菸品健康福利捐分配收入	14,436,745,763	13,881,491,217	555,254,546	3.36%
公益彩券分配收入	1,496,598,403	1,369,490,967	127,107,436	4.00%
保險收支結餘(上述各項以外)	-17,378,634,168	-17,015,456,189	-363,177,979	2.13%
安全準備去路	66,274,214,132	34,196,769,144	32,077,444,988	93.80%

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

資料來源：109及108年度12月份會計月報。

¹⁴ 109 年度全民健康保險基金附屬單位決算報告第 4 頁(109 及 108 年協定之醫療給付費用總額成長率分別為 5.237% 及 4.417%)，及健保署 109 年 12 月份業務執行季報告第 10 頁表 5-2 附註 2.(7)。

¹⁵ 健保署 109 年 12 月份業務執行報告第 8 頁表 4，6,939.90 億元 ÷ 6,948.63 億元 *100% = 99.87%。

¹⁶ 健保法第 76 條第 1 項規定，安全準備來源包括年度收支結餘、滯納金、運用收益、菸品健康福利捐及其他法令規定收入。

¹⁷ 109 年度全民健康保險基金附屬單位決算報告第 34 頁。健保法第 76 條第 2 項規定，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。

(四)呆帳：109 年度呆帳 50.00 億元，呆帳率為 0.81%¹⁸，高於 108 年度之 0.77%。

1.預算執行：較預算數 44.07 億元增加 5.94 億元，執行率 113.48%(詳表一)。

2.成長比較：較 108 年度 46.98 億元增加 3.03 億元，成長率 6.44%(詳表一)，主要係基本工資調漲及健保署加強欠費監控機制，致未逾寬限期應收帳款及催收、移送行政執行金額上升，爰呆帳提列數增加¹⁹。

(五)收回呆帳：109 年度收回呆帳 10.56 億元，較預算數 9.00 億元增加 1.56 億元²⁰；較 108 年度 9.15 億元增加 1.41 億元，成長率 15.37%，係因健保署積極控管欠費並加強催收所致²¹(詳表一)。

(六)利息收入：109 年度利息收入 10.54 億元。

1.預算執行：較預算數 10.31 億元增加 0.23 億元，執行率為 102.21%(詳表一)²²。

2.成長比較：較 108 年度 14.68 億元減少 4.14 億元，成長率為 -28.20%，係因 109 年度資金日平均營運量較去年同期減少，及央行於 109 年 3 月降息 1 碼，使平均收益率為 0.59%，較去年同期 0.67% 低所致²³。

(七)其他：109 年度雜項收入 0.24 億元，較 108 年度 0.27 億元減少 0.03 億元，成長率為 -11.52%，主要係因未兌現支票轉列收入筆數，較 108 年同期減少所致²⁴(詳表一)。

¹⁸ 109 及 108 年度全民健康保險基金附屬單位(審定)決算報告第 27 頁。呆帳率=呆帳/保費收入，109 年度為 $50.00 \text{ 億元} \div 6,158.58 \text{ 億元} \times 100\% = 0.81\%$;108 年度為 $46.98 \text{ 億元} \div 6,094.75 \text{ 億元} \times 100\% = 0.77\%$ 。

¹⁹ 健保署 109 年 12 月份業務執行季報告第 10 頁表 5-2 附註 2(8)。

²⁰ 109 年度全民健康保險基金附屬單位決算報告第 27 頁。

²¹ 健保署 109 年 12 月份業務執行季報告第 10 頁表 5-2 附註 2(5)。

²² 109 年度全民健康保險基金附屬單位決算報告第 27 頁。

²³ 健保署 109 年 12 月份業務執行季報告第 10 頁表 5-2 附註 2(4)。

²⁴ 健保署 109 年 12 月份業務執行季報告第 10 頁表 5-2 附註 2(6)。

三、保險資金餘額運用情形

(一)短期借款²⁵：109 年度無短期借款發生。

(二)資金餘額與運用：109 年底保險資金餘額 972.45 億元，較 108 年底 1,449.61 億元減少 477.16 億元²⁶，依法²⁷運用於附賣回交易票券及債券 14.99 億元、公司債投資 100.00 億元、銀行定期存款 617.70 億元、銀行優惠活期存款 151.97 億元及銀行一般活期存款 87.79 億元²⁸。

表五 保險資金投資概況表

投資項目	金額(億元)	占率(%)
附賣回交易票、債券	14.99	1.54
公司債	100.00	10.28
銀行定期存款	617.70	63.52
銀行優惠活期存款	151.97	15.63
銀行一般活期存款	87.79	9.03
合計	972.45	100

參、結論

健保財務自 106 年即開始產生年度收支短絀情形，109 年度短絀達 662.74 億元，截至 109 年底，雖累計安全準備餘額尚有 1,104.69 億元，約當 1.91 個月保險給付支出，但由於存在收支結構性失衡問題，財務缺口逐年擴大，亦使安全準備餘額水位逐年下降。

為改善健保財務，除了 110 年將一般保險費及補充保險費率分別調整為 5.17%、2.11% 外，應多管齊下，同時檢討健保相關配套措施，例如：檢討旅外國人的權利義務、減少醫療浪費、整合資源有效運用、強化雲端資源共享、減少重複就醫等作為，另建議藉由檢討總額公式，使其與付費能力連結，以減少保險收入與

²⁵ 健保署 109 年 12 月份業務執行季報告第 8 頁表 4。

²⁶ 健保署 109 年 12 月份業務執行報告及 108 年 12 月份業務執行報告第 8 頁表 4。

²⁷ 健保法第 77 條規定，保險之基金得以①公債、庫券及公司債之投資、②存放於公營銀行或主管機關指定之金融機構、③其他經主管機關核准有利於本保險之投資方式運用。

²⁸ 健保署 109 年 12 月份業務執行報告第 21 頁表 12。

保險成本成長率的結構性差異。此外，我國人口在 109 年開始負成長，預計 114 年開始邁入超高齡社會，人口紅利也即將在 116 年消失，未來的人口結構變動趨勢也將衝擊健保財務，建議於中長期政策應預為規劃。

111 年度全民健康保險基金附屬單位預算分析報告

健保會 110 年 5 月

壹、前言

- 一、依據全民健康保險法施行細則第 3 條規定，保險人應依全民健康保險業務計畫及安全準備運用狀況，編列年度預算及年終決算報告，報主管機關，並分送健保會備查。中央健康保險署(下稱健保署)爰依據 111 年度中央政府總預算附屬單位預算-非營業部分編製日程表辦理，並於 110 年 3 月 18 日以健保計字第 1100043805 號函送該署 111 年度全民健康保險基金附屬單位預算書，送請本會備查。
- 二、本分析報告基於本會權責，以「保險收支」為範圍進行整理分析，並參考本會委員會議、健保署之業務執行報告及會計月報等資料，以期完整呈現年度保險財務收支狀況，提供委員參考，其中以健保署提供之 110、111 年度全民健康保險基金附屬單位預算書作為分析比較基礎，呈現該 2 年度之健保財務收支情形，並編製附表一~六；另檢附該署依據最新之財務預估資料，提供之「111 年底安全準備餘額推估表」(附表七)供參考。
- 三、全民健康保險基金內容除「保險收支」外，另含「菸品健康福利捐(下稱菸捐)獲配收入補助罕見疾病用藥費用」(110 年度為 2.11 億元，111 年度為 2.26 億元)，但二者財務獨立，不得相互流用、填補¹。

貳、預算書內容概述

茲就 110 年度預算截至 2 月底執行情形及 111 年度保險收支預算分析，分述如下：

一、110 年度預算執行情形

(一)110 年度截至 2 月底止²，保險收入³為 1,216.63 億元，較預算數 1,124.11 億元增加 92.52 億元，主要係因基本工資及保險費

¹ 111 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 2、3 頁將營運計畫分為「保險營運計畫」及「其他計畫(菸品健康福利捐獲配收入補助罕見疾病用藥費用)」。另聯合門診中心營運至 106 年 10 月 31 日止，爰未編列其相關預算。

² 110 年 2 月份會計月報收支餘額表附註。

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

費率調漲所致；保險成本⁴為 1,178.47 億元，較預算數 1,210.95 億元減少 32.48 億元，主要係實際醫療費用總額協商成長率 4.107%，較預算成長率 4.375% 為低所致。

(二)110 年度截至 2 月底止，地方政府累積待撥付之健保費為 1.67 億元，屬健保基金之應收債權，已列帳表達⁵。

二、111 年度保險收支預算分析

(一)重要估計基礎摘述：

1. 保費收入⁶：

(1) 保險費收入

①保險費率：按一般保險費率 5.17%、補充保險費率 2.11% 計算。

②保險對象人數：以 109 年加保資料推估，並參考國家發展委員會「中華民國人口推計(109 年至 159 年)」之人口成長資料，假設 111 年度保險對象人數成長率為 0.03%，推估總人口數為 2,393.17 萬人。

③投保金額：依據 109 年加保資料，並考量自 110 年 1 月 1 日起，配合基本工資調整，投保金額分級表最低一級由 23,800 元調整為 24,000 元，假設第 1 類為 46,026 元，第 2 類為 27,528 元，第 3 類為 24,000 元，第 4、5 類定額保險費為 1,825 元，第 6 類定額保險費為 1,377 元。

(2) 滯納金收入：參考 108 及 109 年度滯納金決算數估算編列 (5.14 億元)。

2. 依法分配收入⁷：

(1) 菸捐分配收入：依國民健康署預估 111 年度可課徵額度，分別按分配比例 50%、0.81% 編列提存安全準備及挹注罕見疾病健保用藥費用。

(2) 公益彩券盈餘分配收入：按 109 年度實際獲配盈餘之 90% 編列。

⁴ 保險成本=保險給付+呆帳+業務費用+雜項費用。

⁵ 111 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 5 頁。

⁶ 111 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 43 頁。

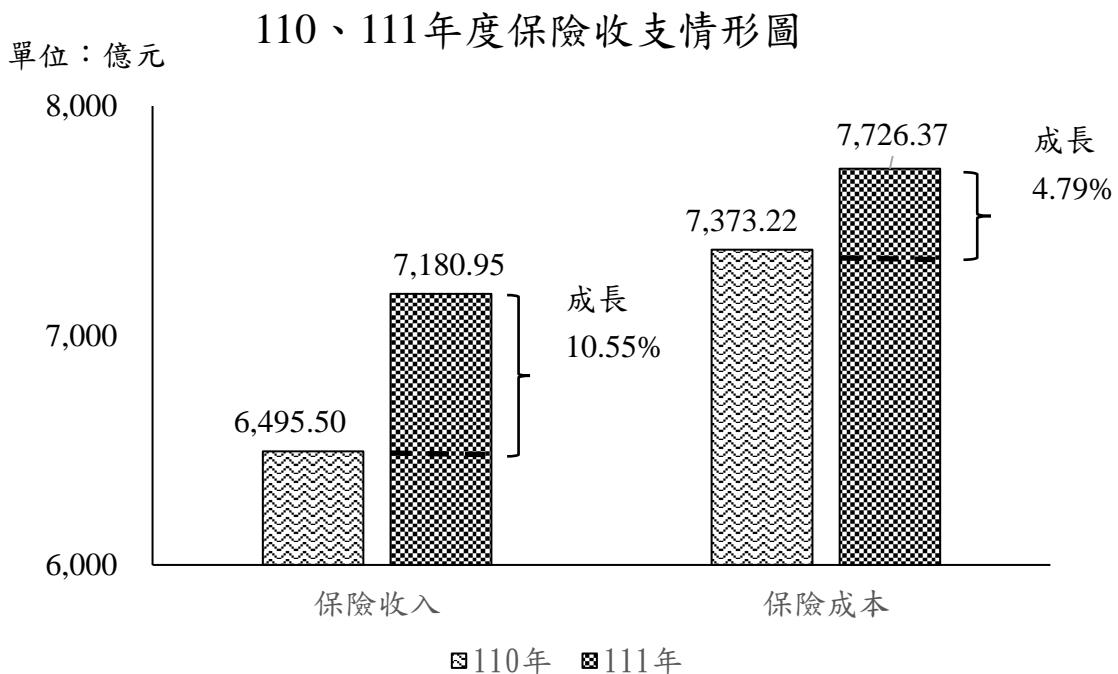
⁷ 健保署 110 年 3 月 18 日資料說明。

3. 保險給付⁸：

- (1) 總額：依據 110 年度總額 7,835.54 億元，以成長率 4.107% 推估。
- (2) 部分負擔：以 109 年度金額每年按 104~108 年度幾何平均成長率(約 2.6%)推估。
- (3) 代辦部分負擔：以 109 年度金額每年按 106~108 年度平均成長率(約 0.37%)推估。
- (4) 代辦費用：以 109 年度金額每年按成長率 4.107% 推估。
- (5) 代位求償費用：參考 109 年度金額及目前協商共識等估算。

(二) 保險財務狀況：

- 1. 保險收支及餘绌：111 年度編列保險收入 7,180.95 億元，保險成本 7,726.37 億元，保險收支短绌 545.42 億元(詳附表一)。
 - (1) 保險收入：較 110 年度預算數 6,495.50 億元增加 685.45 億元，成長率 10.55%。
 - (2) 保險成本：較 110 年度預算數 7,373.22 億元增加 353.14 億元，成長率為 4.79%。
 - (3) 保險收支短绌：較 110 年度預算數短绌 877.73 億元減少 332.31 億元，成長率為 -37.86%。



⁸ 111 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 44 頁。保險給付=醫療費用-部分負擔-代辦部分負擔-代辦費用-代位求償費用-菸捐挹注罕病用藥費用-辦理提升保險服務成效所需經費。

2.安全準備餘額

依據健保署提供之「111 年底安全準備餘額推估表」(詳附表七)，110 年度保險收支短绌數 240.48 億元，加計 109 年底安全準備餘額 1,104.69 億元，110 年底安全準備餘額為 864.21 億元，加計 111 年度保險收支短绌數 545.42 億元後，111 年底安全準備餘額為 318.79 億元，約當 0.50 個月保險給付支出。

年度	項目	依據健保署 最新財務預估
110	短绌數(億元)	240.48
	安全準備餘額(億元)	864.21
	約當保險給付月數(月)	1.42
111	短绌數(億元)	545.42
	安全準備餘額(億元)	318.79
	約當保險給付月數(月)	0.50

(三)保險收支項目分析：

以下將保險收支項目區分為保費收入、依法分配收入、利息收入、保險給付及提列呆帳等 5 項，進行年度成長比較⁹：

1.保費收入¹⁰

(1)111 年度預估保費收入 7,015.27 億元(含滯納金 5.14 億元)，較 110 年度 6,345.67 億元，增加 669.60 億元，成長率 10.55%(詳附表一、二)。

(2)111 年度保費收入中，一般保險費收入預估為 5,734.95 億元(成長率 11.61%)、補充保險費為 530.63 億元(成長率 8.56%)、政府應負擔健保總經費 36% 不足數為 744.55 億元(成長率為 4.28%)，後 2 項合計 1,275.18 億元(詳附表二)，約占保費收入 18.18%。

(3)111 年度保險對象人數為 23,931,735 人，較 110 年度減少

⁹ 均以 111 年度預算數與 110 年度預算數比較。

¹⁰ 111 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 43 頁。

67,923 人，主要係因第 3 類保險對象較 110 年度減少 52,118 人，成長率-2.58%，及第 2 類保險對象較 110 年度減少 35,520 人，成長率-1.01%，而第 4、5 類保險對象較 110 年度亦為負成長，第 1、6 類保險對象則較 110 年度為正成長(詳附表三)。

2.依法分配收入：

111 年度預估依法分配收入為 152.97 億元，較 110 年度 136.67 億元，增加 16.30 億元，成長率 11.92%(詳附表一)。分析如下：

- (1)菸捐分配收入：111 年度預估菸捐分配收入 139.50 億元，較 110 年度 126.1 億元，增加 13.40 億元，成長率 10.63%(詳附表六)。
- (2)公益彩券盈餘分配收入：111 年度預估公益彩券盈餘分配收入 13.47 億元，較 110 年度 10.57 億元，增加 2.90 億元，成長率 27.41%(詳附表六)。

3.利息收入¹¹

111 年度預估利息收入為 3.64 億元，較 110 年度預算數 4.59 億元，減少 0.95 億元，成長率-20.63% (詳附表二)。

4.保險給付¹²

- (1)111 年度保險給付 7,666.89 億元，較 110 年度 7,322.06 億元，增加 344.83 億元，成長率 4.71%(詳附表四)。
- (2)影響 111 年度保險給付金額之項目(含加項及減項)中，除代辦費用、部分負擔、代辦部分負擔金額下降外，其他項目金額均較 110 年度增加。
- (3)111 年度總額預估為 8,157.35 億元，現行各年度總額，係由主管機關(衛福部)擬訂成長率範圍，報請行政院核定後，再交由本會協議訂定。106 至 110 年度行政院核定之總額範圍及本會所協定成長率，詳附表五。

¹¹ 111 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 19 頁。

¹² 111 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 44 頁。

(4)111 年度「提升保險服務成效」¹³

- ①辦理重點：辦理健保醫療系統、健保醫療資訊雲端查詢、健康存摺、醫療決策支援、資料倉儲、健保卡等資訊系統維護、威脅攻擊防禦及偵測管理、資安情資偵測、網路及終端安全防護、醫療資料庫稽核、伺服器防毒資安軟體、資安即時監控、資訊系統技術及諮詢服務、健保巡迴醫療服務之標示製作、健保醫療資料共享檔案影像傳輸等作業。
- ②預算：111 年度編列預算 6.30 億元，較 110 年度 3.29 億元，增加 3.01 億元，成長率 91.63%。111 年度預算包括業務費用 2.69 億元、電腦軟體 1.85 億元及機械設備 1.76 億元(詳附表四)。

5.提列呆帳¹⁴

- (1)111 年度提列呆帳 55.04 億元，較 110 年度預算數 47.30 億元增加 7.74 億元，成長率 16.35%(詳附表二)。
- (2)111 年度預估呆帳率¹⁵為 0.78%，略高於 110 年度之 0.75%。

參、107~110 年度保險收支項目推估差異比較表

同仁就 107~110 年度保險收支項目之預算數、費率審議推估數、決算數之差異，比較如下表，提供委員參考。

¹³ 111 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 44 頁。

¹⁴ 111 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 47 頁。

¹⁵ 呆帳率=呆帳/保費收入。

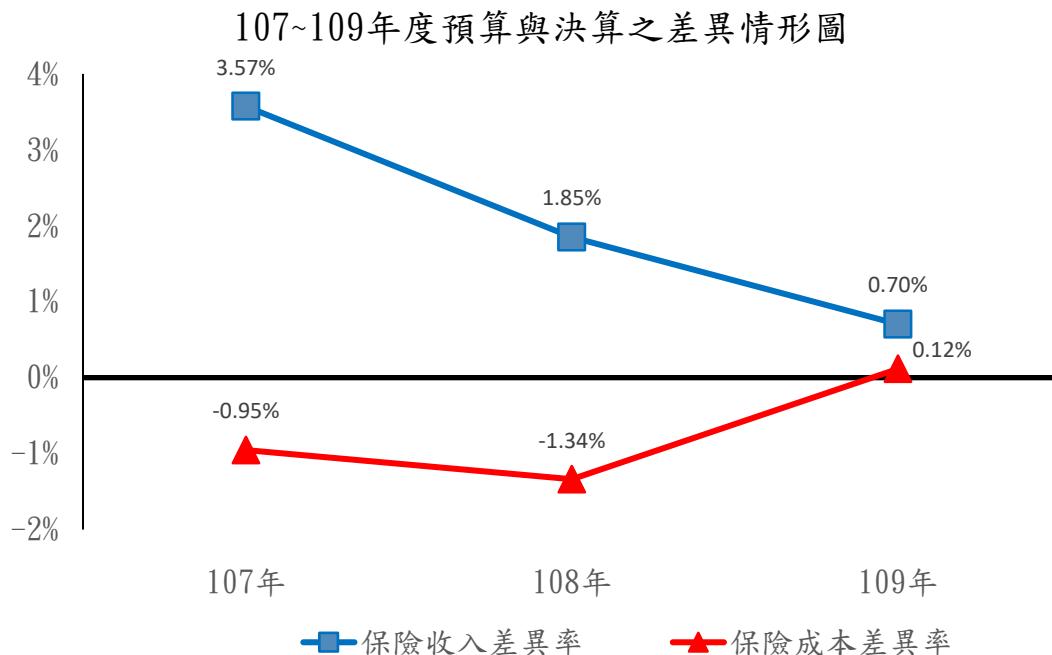
107~110 年度保險收支項目比較表

單位：億元；%

年度	項目	預算數 (a)	費率審議 推估數(b)	決算數 (c)	c-a(決算-預算)		c-b(決算-費率推估)	
					金額	差異百分比	金額	差異百分比
107	保險收入	5,852	6,067	6,061	209	3.57%	-6	-0.10%
	保險成本	6,389	6,310	6,328	-61	-0.95%	18	0.29%
	保險收支餘純	-537	-243	-267	270	-	-24	-
108	保險收入	6,111	6,183	6,224	113	1.85%	41	0.66%
	保險成本	6,655	6,586	6,566	-89	-1.34%	-20	-0.30%
	保險收支餘純	-544	-403	-342	202	-	61	-
109	保險收入	6,245	6,276	6,289	44	0.70%	13	0.21%
	保險成本	6,944	6,945	6,952	8	0.12%	7	0.10%
	保險收支餘純	-699	-669	-663	36	-	6	-
110	保險收入	6,448	6,379	-	-	-	-	-
	保險成本	7,326	7,231	-	-	-	-	-
	保險收支餘純	-878	-852	-	-	-	-	-

註：1. 預算數：107~109 年為法定預算、110 年為送立法院審議預算書；費率審議推估數 109 年 11 月提供；決算數：107、108 年為審定數；109 年為自編數。

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



肆、結論

一般保險費及補充保險費費率在 110 年度調整為 5.17% 及 2.11% 下，依據健保署最新財務預估(附表七)，111 年度保險成本仍大於保險收入，預計年度保險收支短純 545.42 億元，較 110 年

度短绌 240.48 億元增加 304.94 億元，預估至 111 年底，安全準備餘額為 318.79 億元，約當 0.5 個月保險給付支出。依據全民健康保險法第 78 條規定，健保安全準備以相當於最近精算一個月至三個月之保險給付支出為原則，111 年安全準備將低於法定 1 個月之規定，爰建請衛福部及健保署宜儘速研議財務平衡方案與開源節流相關措施，以避免在短期內再度調升費率。

附表一、收支餘绌情形比較表(保險收支部分)

科 目	109 年度 決算數 ^{1)(a)}			110 年度 預算數 ^{2)(c)}			111 年度 預算數 ^{3)(c)}			110與109年 度比較增減			111與110年 度比較增減		
	金額	占率	金額	占率	金額	占率	金額 (b-a)	成長率 (b-a)/a	金額 (c-b)	成長率 (c-b)/b	金額 (c-b)	成長率 (c-b)/b	金額 (c-b)	成長率 (c-b)/b	
保險收入	633,925,169	100.00%	649,549,890	100.00%	718,094,559	100.00%	15,624,721	2.46%	68,544,669	10.55%					
保費收入	615,857,981	97.15%	634,567,398	97.69%	701,526,986	97.69%	18,709,417	3.04%	66,959,588	10.55%					
依法分配收入 ⁴	15,933,344	2.51%	13,667,162	2.11%	15,296,939	2.13%	-2,266,182	-14.22%	1,629,777	11.92%					
利息收入	1,054,268	0.17%	458,879	0.07%	364,225	0.05%	-595,389	-56.47%	-94,654	-20.63%					
收回呆帳	1,055,938	0.17%	830,000	0.13%	881,000	0.12%	-225,938	-21.40%	51,000	6.14%					
雜項收入	23,638	0.00%	26,451	0.00%	25,409	0.00%	2,813	11.90%	-1,042	-3.94%					
保險成本	700,199,383	100.00%	737,322,487	100.00%	772,636,518	100.00%	37,123,104	5.30%	35,314,031	4.79%					
保險給付	694,863,411	99.24%	732,206,391	99.31%	766,689,093	99.23%	37,342,980	5.37%	34,482,702	4.71%					
呆帳	5,000,479	0.71%	4,730,127	0.64%	5,503,602	0.71%	-270,352	-5.41%	773,475	16.35%					
業務費用	330,807	0.05%	384,739	0.05%	442,740	0.06%	53,932	16.30%	58,001	15.08%					
雜項費用	4,686	0.00%	1,230	0.00%	1,083	0.00%	-3,456	-73.75%	-147	-11.95%					
保險收支餘绌	-66,274,214		-87,772,597		-54,541,959		-21,498,383	32.44%	33,230,638	-37.86%					

註：

1.109 年度全民健康保險基金附屬單位決算書。

2.110 年度全民健康保險基金附屬單位預算書(預算案)。

3.111 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 11、46 頁。

4.依健保法第 76 條第 1 項規定，依法分配收入為健保之安全準備來源之一，惟該科目金額尚包含於捐補助罕病用藥費用，因其非屬保險收入，爰以扣除該費用後之金額列計保險收入。

附表二、保險預算估計基礎比較表

單位：新台幣千元；%

序號	項目	決算數 ¹				110年度 預算數 ²				111年度 預算數 ³			
		107年度(審定)		108年度(審定)		109年度		成長率		金額		成長率	
		金額	成長率	金額	成長率	金額	成長率	金額	成長率	金額	成長率	金額	成長率
1	保費收入	592,525,288	3.42%	609,474,656	2.86%	615,857,981	1.05%	634,567,398	3.04%	701,526,986	10.55%		
	一般保險費收入	493,144,284	2.94%	503,841,287	2.17%	508,036,810	0.83%	513,838,612	1.14%	573,495,016	11.61%		
	補充保險費收入	46,553,285	3.23%	47,652,283	2.36%	47,040,501	-1.28%	48,878,786	3.91%	53,062,600	8.56%		
	政府補助保費差額收入	52,429,855	8.19%	57,529,362	9.73%	60,313,761	4.84%	71,400,000	18.38%	74,455,370	4.28%		
	滯納金收入	397,865	12.96%	451,724	13.54%	466,909	3.36%	450,000	-3.62%	514,000	14.22%		
1-1	保險給付	632,610,967	5.48%	656,379,941	3.76%	694,863,411	5.86%	732,206,391	5.37%	766,689,093	4.71%		
	收回呆帳	908,440	-13.59%	915,291	0.75%	1,055,938	15.37%	830,000	-21.40%	881,000	6.14%		
2	呆帳	4,516,820	13.83%	4,697,712	4.00%	5,000,479	6.44%	4,730,127	-5.41%	5,503,602	16.35%		
3	利息收入 ⁴	1,384,460	-1.20%	1,468,260	6.05%	1,054,268	-28.20%	458,879	-56.47%	364,225	-20.63%		
	各級政府未依限撥付保險費	11,040,757	-36.62%	6,581,198	-40.39%	3,729,457	-43.33%	373,215	-89.99%	0	-100.00%		
4	期末短期借款餘額	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-		
5	雜項收入	434,704	-55.50%	26,797	-93.84%	23,638	-11.79%	26,451	11.90%	25,409	-3.94%		
	雜項費用	1,295	-80.65%	1,704	31.61%	4,686	174.94%	1,230	-73.75%	1,083	-11.95%		
6	業務費用	159,077	48.23%	253,399	59.29%	330,807	30.55%	384,739	16.30%	442,740	15.08%		
7	年底安全準備餘額 ⁵	210,940,180	-11.22%	176,743,411	-16.21%	110,469,197	-37.50%	21,412,389	-80.62%	31,879,175	48.88%		
	安全準備相當保險給付月數 ⁵	4.00	-15.76%	3.23	-19.25%	1.91	-40.96%	0.35	-81.61%	0.50	42.19%		

註：

1.健保署提供之107至108年度審定決算資料、109年度全民健康保險基金附屬單位決算書。

2.110年度全民健康保險基金附屬單位預算書(預算案)。

3.111年度全民健康保險基金附屬單位預算書第11、43、44頁。

4.111年度全民健康保險基金附屬單位預算書第19頁，利息收入包括營運資金利息、安全準備利息、醫療費用欠費分期攤還利息。

5.安全準備約當保險給付月數二年底安全準備餘額/(保險給付1/12)。

附表三、保險對象類別結構人數變動表

單位：人；%

項目 年度	107 年度 ¹			108 年度 ¹			109 年度 ¹			110 年度 ²			111 年度 ³		
	人數	成長率	人數	成長率	人數	成長率	人數	成長率	人數	成長率	人數	成長率	人數	成長率	
總保險對象 (一至六類)	23,948,108	0.28%	24,020,428	0.30%	23,986,997	-0.14%	23,999,658	0.05%	23,931,735	-0.28%					
第一類	14,026,878	1.42%	14,206,747	1.28%	14,261,664	0.39%	14,342,571	0.57%	14,356,495	0.10%					
第二類	3,621,883	-1.28%	3,568,688	-1.47%	3,599,975	0.88%	3,516,255	-2.33%	3,480,735	-1.01%					
第三類	2,208,084	-3.21%	2,134,024	-3.35%	2,075,142	-2.76%	2,019,837	-2.67%	1,967,719	-2.58%					
第四類	118,431	-17.11%	102,036	-13.84%	98,922	-3.05%	102,535	3.65%	95,936	-6.44%					
第五類	302,932	-1.71%	296,503	-2.12%	292,914	-1.21%	293,820	0.31%	287,049	-2.30%					
第六類	3,669,900	0.59%	3,712,430	1.16%	3,658,380	-1.46%	3,724,640	1.81%	3,743,801	0.51%					

註：

- 1.健保署110年1月份業務執行報告表2「全民健保各類保險對象人數統計表」（107~109年底人數）。
- 2.110年度全民健康保險基金附屬單位預算書(預算案)。
- 3.111年度全民健康保險基金附屬單位預算書第43頁。
- 4.成長率=前後年度相差人數前一年度人數。

附表四、保險給付分析表

單位：新臺幣千元；%

明細科目	109年度 預算數 ¹	110年度 預算數 ² (a)	111年度 預算數 ³ (b)	111較110年度增減	
				金額 (b-a)	成長率 (b-a)/a
保險給付	694,042,837	732,206,391	766,689,093	34,482,702	4.71%
一、醫療費用【(一)、(二)合計】	760,035,504	798,904,861	828,637,532	29,732,671	3.72%
(一) 醫療給付費用總額 ³	746,945,353	785,568,744	815,735,034	30,166,290	3.84%
(二) 代辦費用	13,090,151	13,336,117	12,902,498	-433,619	-3.25%
二、減項合計數【(一)至(五)合計】	65,992,667	66,698,470	61,948,439	-4,750,031	-7.12%
(一) 部分負擔(1、2合計)	50,365,783	50,822,996	45,989,960	-4,833,036	-9.51%
1.部分負擔	43,669,000	44,652,000	40,416,000	-4,236,000	-9.49%
2.代辦部分負擔	6,696,783	6,170,996	5,573,960	-597,036	-9.67%
(二) 代位求償費用	2,000,000	2,000,000	2,200,000	200,000	10.00%
(三) 代辦費用	13,090,151	13,336,117	12,902,498	-433,619	-3.25%
(四) 菸品健康捐	198,450	210,600	225,990	15,390	7.31%
(五) 提升保險服務成效	338,283	328,757	629,991	301,234	91.63%

註：

1.109年度全民健康保險基金附屬單位預算書第44頁(法定預算)。

2.110年度全民健康保險基金附屬單位預算書第44頁(預算案)。

3.111年度全民健康保險基金附屬單位預算書第44頁，111年醫療給付費用總額依110年7,835.54453億元以成長率4.107%推估。

附表五、106年度至110年度行政院核定總額範圍及協定結果

設定方式 年度	總醫療給付費用成長率				近5年平均 成長率
	106年度 ¹	107年度 ¹	108年度 ¹	109年度 ¹	
行政院核定範圍	3.769~5.9	2.349~5	2.516~4.5 ；若增列C型 肝炎口服新 藥費用，則 不得超過4.7 之上限	3.708~5.5	2.907~4.5
較前一年核定總額成長率	5.642	4.711	4.417	5.237	4.107
					4.823

註：

- 全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽-109年版第36頁。
- 依據衛生福利部109年8月4日衛部保字第1091260261號函及衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告。

附表六、提存及收回安全準備分析比較表¹

單位：新臺幣千元；%

來源及去路項目	決算數 ²			110年度 預算數 ³ (a)	111年度 預算數 ⁴ (b)	111較110年度增減	
	107年度 (審定)	108年度 (審定)	109年度			金額 (b-a)	成長率 (b-a)/a
提存安全準備(安全準備來源)A	0	0	0	0	0	0	-
滯納金收入	397,865	451,724	466,909	450,000	514,000	64,000	14.22%
運用收益	1,207,438	1,312,750	978,381	435,893	356,509	-79,384	-18.21%
公益彩券分配收入	1,422,960	1,369,491	1,496,598	1,057,162	1,346,939	289,777	27.41%
菸品健康福利捐分配收入	13,963,991	13,881,491	14,436,746	12,610,000	13,950,000	1,340,000	10.63%
保險收支結餘(上述以外各項之和)	-16,992,254	-17,015,456	-17,378,634	-14,553,055	-16,167,448	-1,614,393	11.09%
收回安全準備(安全準備去路)B	26,648,316	34,196,769	66,274,214	87,772,597	54,541,959	-33,230,638	-37.86%
保險收支短绌	26,648,316	34,196,769	66,274,214	87,772,597	54,541,959	-33,230,638	-37.86%
淨提存(收回)安全準備(=A-B)	-26,648,316	-34,196,769	-66,274,214	-87,772,597	-54,541,959	33,230,638	-37.86%
年底安全準備餘額	210,940,180	176,743,411	110,469,197	21,412,389	31,879,175	10,466,786	48.88%
安全準備餘額折合保險給付月數	4.00	3.23	1.91	0.35	0.50	0.15	42.48%

註：

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

2. 健保署提供之107至108年度審定決算試算表、109年度全民健康保險基金附屬單位決算書。

3. 110年度全民健康保險基金附屬單位預算書(預算案)。

4. 111年度全民健康保險基金附屬單位預算書第46頁。

**附表七 全民健康保險基金
111年底安全準備餘額推估表**

單位：千元

科 目	111年度擬編數
保險收入	718,094,559
保費收入	701,526,986
依法分配收入	15,296,939
利息收入	364,225
收回呆帳	881,000
雜項收入	25,409
保險成本	772,636,518
保險給付	766,689,093
呆帳	5,503,602
業務費用	442,740
雜項費用	1,083
保險收支淨賸餘(短紓)	-54,541,959

安全準備餘額推估：

109年底安全準備餘額(自編決算)	110,469,197
110年度預估短紓(依據財務組健保財務預估)	-24,048,063
110年底安全準備餘額	86,421,134
111年度預算短紓(擬編預算)	-54,541,959
111年底安全準備餘額(約保險給付0.5個月)	31,879,175

健保署回應委員意見之彙整表

預/決算	委員姓名	委員意見	回應說明
109 年度 決算	林恩豪	<p>有關健保署提送之「109 年度全民健康保險基金附屬單位決算」第 2~3 頁，在(5) 政府應負擔健保總經費法定下限(36%)差額相關說明中，所列「C、截至 109 年 12 月底，102 年至 109 年度政府應負擔經費合計為 4,090 億元，已付 3,848 億元，待撥付 242 億元，將循預算程序爭取足額編列。」，建議轉請該署提供上開 8 個年度政府應負擔是項經費之個別年度金額、撥補入帳時程，及所採用之法定下限差額計算式，俾供本會委員參閱瞭解。</p>	<p>一、102 年度至 109 年度政府應負擔健保總經費法定下限(36%)差額之撥付情形，詳附表。</p> <p>二、關於政府應負擔健保總經費法定 36% 之計算，本署歷來依健保法第 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，採用之計算式說明如下：</p> <p>政府應負擔健保總經費法定下限(36%)差額</p> <p>=政府應負擔保險總經費^{註 1}</p> <p>-政府已負擔保險費^{註 2}。</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 依健保法第 2 條及第 3 條規定，政府應負擔保險總經費 = [保險經費 (=保險給付支出 + 應提列或增列之安全準備) - 法定收入] × 36% 依健保法施行細則第 45 條規定，計算政府每年度負擔本保險之總經費。
109 年度決算/111 年度 預算	干文男	<p>1. 決算書第 2 頁提到，截至 109 年 12 月底止，投保單位及保險對象積欠保險費金額 288.9 億元，請問迄今收回多少金額？</p> <p>2. 決算書第 3 頁，102~109 年政府應負擔經費待撥</p>	<p>截至 109 年 12 月底止，投保單位及保險對象積欠保險費金額 288.9 億元，經本署積極催繳及移送執行，迄至 110 年 5 月底，前開欠費金額收回約 70 億元。</p> <p>截至 109 年 12 月底止政府應負擔經費待撥付款 242 億元，業於</p>

預/決算	委員姓名	委員意見	回應說明
		付 242 億元，110 年的預算是否已全數編列？	110 年 1 月撥補完畢。
		3.在決算書第 24 頁的資產負債情況中，列出無形資產為 3.17 億元，請問健保的無形資產有那些？	有關全民健康保險基金的無形資產，主要係電腦軟體，含括健保醫療資訊雲端查詢、醫事人員溝通平台、共通傳輸平台等醫療對外服務暨健康存摺系統開發、全球資訊網暨行動應用強化、醫療決策支援及輔助專審大數據應用開發、健保點值結算、審查及醫療影像匯流平台精進暨醫療資訊系統、健保卡 VPN 認證服務效能提升建置、資料倉儲系統等應用系統(2.43 億元)及資安軟體、虛擬化軟體、備份軟體、影像軟體及統計分析軟體等套裝軟體(0.74 億元)。
		4.109 年健保代位求償有多少金額？請分析該年度代位求償案件類型與其金額。	109 年度健保代位獲償金額計約 21.7 億元，主要求償類型為汽車交通事故案件，獲償約 21.67 億元，其餘為公共安全事故獲償約 242 萬元、食物中毒事件獲償約 91 萬元。
		5.總額的公式需要檢討，目前以當年度總額為基期每年成長，沒有考慮到收入不足及財務平衡的問題，應予導正，為確實達到財務收支連動，建議 111 年度醫療給付費用總額(下稱總額)以 110 年度保險收入作為基期。	有關健保醫療費用總額擬訂公式及基期檢討，係由衛生福利部社會保險司評估辦理。

預/決算	委員姓名	委員意見	回應說明
		6.在現行總額公式下，每年高、低推估間僅有100多億元空間可進行協商，惟外界對總額有所質疑時，常常誤認為近8千億元總額是本會委員全權決定、負責，有失公允。考量協商空間有限，建議直接以非協商因素作為總額成長率，以杜絕相關爭議。	有關歷年健保醫療費用總額預算成長率，本署尊重全民健康保險會核定結果及公告事項，並據以執行健保醫療費用總額預算。
109 年度決算/111 年度預算	李永振	<p>1.本案決算、預算所提供之財務數據其假設基礎、計算推估方式與前 3 年所採用者是否相同？</p> <p>2.有關案中安全準備之計提與政府至少應負擔健保總經費 36% 之計算，請詳列計算過程及依循之法令依據，以讓全体委員清楚瞭解！</p>	<p>有關本案另詳附件 1 說明。</p> <p>一、有關安全準備之計提，係依據全民健康保險法第 76 條規定，提列安全準備，其來源如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> (一)本保險每年度收支之結餘。 (二)本保險之滯納金。 (三)本保險安全準備所運用之收益。 (四)政府已開徵之菸、酒健康福利捐。 (五)依其他法令規定之收入。 <p>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。</p> <p>計算公式</p> $= \text{保險收支餘絀}^{\pm 1} + \text{保險費滯納金} + \text{安全準備運用收益} + \text{公益彩券分配} + \text{菸品}$

預/決算	委員姓名	委員意見	回應說明
			<p>健康福利捐</p> <p>註：</p> <p>1. 保險收支餘紳=保險費收入+營運資金利息收入-利息費用+投資賸餘-投資短紳+雜項業務收入+其他業務外收入-保險給付-呆帳-業務費用-其他業務外費用。</p> <p>二、關於政府應負擔健保總經費法定 36%之計算，本署歷來依健保法第 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，採用之計算式說明如下：</p> <p>政府應負擔健保總經費法定下限(36%)差額</p> <p>=政府應負擔保險總經費^{#1}-政府已負擔保險費^{#2}。</p> <p>註：</p> <p>1.依健保法第 2 條及第 3 條規定，政府應負擔保險總經費=[保險經費(=保險給付支出+應提列或增列之安全準備)-法定收入]×36%。</p> <p>2.依健保法施行細則第 45 條規定，計算政府每年度負擔本保險之總經費。</p>
		3.分級醫療已持續推動有年，請詳列各年已投入之經費及獲取之效益。	有關本署推動分級醫療之執行情形，已列入全民健康保險會 110 年 6 月 25 日第 5 屆第 2 次委員會議之專案報告。

預/決算	委員姓名	委員意見	回應說明
		<p>4.「健保財務長期存在收支結構性失衡問題」似常在署內長官心中，請明示所採取之積極改善措施及成效。</p>	為使健保穩健經營，除維持依健保法第 24 條法定程序，檢討保險給付與保險費率外，本署分別由收入面及支出面持續推動各項改善措施及成效(附件 2)，整合醫療資源有效運用及抑制醫療資源不當耗用，以減緩醫療支出成長壓力。
		<p>5.決算、預算所列數據不一致之原因(如預算書第 2 頁「業務總收入」與決算書第 22 頁「業務收入」)？若係政府會計作業時程所致，可否詳列健保基金預決算會計作業時程，以協助本會了解數據產生差異的可能原因。</p>	<p>有關決算、預算所列數據不一致之原因(如預算書第 2 頁「業務總收入」與決算書第 22 頁「業務收入」)，說明如下：</p> <p>一、本署全民健康保險基金 111 年度預算書(第 2 頁)之總說明中「前(109)年度決算結果」部分，採簡要說明，係以業務總收入(業務收入+業務外收入)、業務總成本(業務成本與費用+業務外費用)，相抵後為決算賸餘方式表達。</p> <p>二、至當(109)年度決算書總說明之收支餘绌情形，則採詳細分項表達(第 22-23 頁)「業務收入」、「業務成本與費用」、「業務外收入」及「業務外費用」。</p> <p>三、經查 111 年度預算書所表達 109 年度業務總收入 7,004 億 3,805 萬 9 千元，係 109 年度決算書業務收入 6,983 億 421 萬 5 千元加計業務外收入 21 億 3,384 萬 4 千元之合計數，二者並無差異。</p>

預/決算	委員姓名	委員意見	回應說明
109 年度決算/111 年度預算	劉淑瓊	<p>1.109 年度全民健康保險基金附屬單位決算部分在「六、其他¹」中提到，「健保財務長期存在收支結構性失衡問題，(健保署)為維持收支平衡，過去積極採取各項開源節流及多元微調方案，以延緩費率之調整。」</p> <p>衛福部在 2020 年底健保改革的記者會上也提到，會同時檢討健保相關配套措施，例如：檢討旅外國人返國使用健保的權利義務、減少醫療浪費、整合資源有效運用、強化雲端資源共享、減少重複檢驗檢查等作為。據健保署預估，檢討旅外國人權利義務一項，約會增加 25 億元的保費收入²、2018 年到 2019 年減少重複檢驗檢查支出 5.3 億元支出，2014 至 2019 年減少重複用藥支出 76.88 億元等³。以上只是一些看似頗具成效的數據，未明確交待健保署所採取的個別節流策略在弭平財務缺口上的成效與策進，以及對整體社會公平性之影響。</p>	<p>一、有關健保財務收支結構性失衡問題，本署採行改善措施及成效(附件 2)。</p> <p>二、有關總額基期費用之檢討，為系統性探討總額基期費用之合理性，衛生福利部自 108 年起即針對健保給付之藥物及醫療服務進行檢討，邀請專家學者共同研擬建立相關評估機制，並於 110 年初成立「總額範圍擬訂公式檢討工作小組」，進行總額公式之檢討，其中包含總額基期值之定義（含減項處理），俟有具體結論再與醫療服務提供者及付費者代表溝通，適時納入年度總額範圍擬訂。</p>

¹ 109 年度全民健康保險基金附屬單位決算，p.25

² 李伯璋，2020，〈醫病平台／旅外國人健保爭議之我思我見〉。

³ 中央社，2020，〈健保雲端系統防疫有功 健保署獲國家永續發展獎〉。

預/決算	委員姓名	委員意見	回應說明
		<p>以上健保署所提出的開源節流方案或配套措施，多屬老生常談，大家知道都很重要，卻不清楚至今為止的作法有無發揮減少醫療費用的實質效果，究竟發生什麼問題？社保司曾在 2019 年設置健保檢討小組(由前衛生署副署長戴桂英主持)，就既有約 7,500 億元費用的使用情況，其檢討進度及內容為何？健保署認為，前述健保相關配套措施除過往的作法外，還能有什麼創新？對健保財務收支狀況在近 3 至 5 年內，會有多少程度的預期效益？</p>	
		<p>2. 111 年度全民健康保險基金附屬單位預算部分 即使目前一般保險費率調整為 5.17%，但到 111 年的保險成本仍是高於收入，年度收支短绌 545.42 億元，較 110 年度短绌 240.48 億元增加 304.94 億元(約增加到 2.27 倍)。因此預估至 111 年底，安全準備金約當 0.5 個月保險給付支出，將低於法定 1 個月之規定。</p> <p>我國因人口結構老化、人口成長及醫療服</p>	<p>一、依健保法規定，各年度保險費率應由健保會先行審議，貴會已於 109 年 11 月 27 日完成 110 年度費率審查，建議二方案，甲案：4.97%；乙案：5.47%~5.52%。經審慎研議後，為兼顧民眾負擔能力、醫療環境與健保財務健全，採取貴會審議結果之折衷方案及以漸進式調整為宜之意見，未來視經濟復甦情形再適時檢討，109 年 12 月 31 日經行政院核定，自 110 年 1 月 1 日起，一般保</p>

預/決算	委員姓名	委員意見	回應說明
		<p>務成本上升等因素，健保總額持續成長，2021 年度預計將達到近 8 千億元。「安全準備金」的定位在面對人口結構改變、人口成長問題，有無需要調整之處？健保署有除了中長期規劃之外，面對迫切的社會問題，尚有什麼短期配套？</p> <p>從整體趨勢而言，財務短绌幾乎是逐年擴大，目前健保署對於財務平衡方案與相關配套措施，如部分負擔調整的時程規劃為何，其效益與衝擊有多大？此外，短、中、長期，預計有多少效益可以補充缺口，以避免短期內再度調整費率？</p>	<p>險費費率調整至二代健保施行前之 5.17%（補充保險費費率依法連動調整至 2.11%）。</p> <p>二、截至 110 年 5 月底，健保收支累計結餘約 1,020 億元(約 1.72 個月保險給付)，110 年底安全準備總額，尚可符合 1-3 月給付支出之法定範圍；本部亦將輔以各項改革措施，盡力達成未來兩年安全準備可維持 1 個月保險給付支出水準，並視經濟復甦情形再適時檢討。</p> <p>三、健保改革是持續性的工作，將秉持「維持公平」、「提升效率」與「改善全民健康」三個核心價值，蒐集各界意見，推動相關改革，包括「全民健康保險中長期改革計畫(2021-2025 年)」、整合醫療資源並抑制不當耗用、減少浪費等各項措施、檢討旅外國人權利義務、持續推動就醫部分負擔、擴大補充保險費計費基礎等，必要時進行法規修正，以確保健保永續經營。</p>

102 年度至 109 年度政府應負擔健保總經費法定下限(36%)差額之
撥付情形表

單位:億元

年度	應負擔金額	已撥付金額	待撥付金額	撥補時程說明
102	429.99	429.99	0	1. 政府應負擔健保總經費法定下限，為 102 年二代健保之新制度；實施初期，因行政院主計總處與衛生福利部對於法規見解差異，致 102 年至 104 年是項預算編列產生爭議，案經行政院協商確立法律見解及計算方式，爭議已獲解決；該爭議款已自 105 年至 108 年分年撥補完畢。
103	509.92	509.92	0	
104	533.27	533.27	0	
105	429.64	429.64	0	
106	484.60	484.60	0	
107	524.30	524.30	0	2. 依全民健康保險法施行細則第 50 條規定，政府各機關應負擔或補助之保險費，應於每年 1 月底及 7 月底前預撥，並按年結算，有撥付不足者，保險人應於 12 月底前，送請各機關於次年 1 月底前撥付。
108	575.29	575.29	0	
109	603.14 ^{註 1}	360.70	242.44	3. 截至 109 年 12 月底止之待撥款 242.44 億元，業於 110 年 1 月撥補完畢。

註:

1.109 年度應負擔金額為自編決算數。

2.表列為料統計截止至 109 年 12 月 31 日資料。

製表日期:110/06/04

有關全民健康保險基金預算、決算財務數據，茲就主要項目之編列原則說明如下：

(一) 預決算編列依據及時程

1. 預算編列：係依據中央政府總預算附屬單位預算編製辦法所規定時程，每年3月編列次年度之概算函報主管機關，後續依主管機關及行政院審核意見修正整編成預算案，並於同年8月底前報送立法院審議。
2. 決算財務數據：全民健康保險基金屬作業基金，會計基礎依會計法第17條規定，採用權責發生基礎，會計科目係依照行政院主計總處核定之「作業基金採企業會計準則適用科(項)目」辦理，每年均依實際保險費率及已協定醫療費用總額成長率執行產生決算數，嗣經行政院及審計部審核，最終由審計部審定決算。

(二) 「保費收入」預算、決算編列原則：

1. 影響「保費收入」預算因子：

(1) 「一般保險費率」及「補充保險費率」：

行政院每年年底核定次年保險費率，爰3月編列次年度概算時，僅能依當時保險費率估算編列。

(2) 被保險人第1類至第6類平均投保金額：

依前二年加保資料推估，並考量基本工資之調整，惟因每年約8-9月間勞動部才公布次年之基本工資，爰3月編列次年度概算時，僅能依當時之平均投保金額估算。

(3) 保險對象人數及結構，係依前二年加保資料並參考國家發展委員會「中華民國人口推計」之人口成長資料估算。

2. 保費收入決算數，則依該年度「一般保險費率」、「補充保險費率」之實際費率及被保險人實際投保金額計算開單收入，並據以入帳。

3. 彙整近5年保費費率及基本工資預、決算情形：

年度	項目	預算	實際費率(決算)
107	一般保費	4.69%	4.69%
	補充保費	1.91%	1.91%
	基本工資	21,009 元	22,000 元
108	一般保費	4.69%	4.69%
	補充保費	1.91%	1.91%
	基本工資	22,000 元	23,100 元
109	一般保費	4.69%	4.69%
	補充保費	1.91%	1.91%
	基本工資	23,100 元	23,800 元
110	一般保費	4.69%	5.17%
	補充保費	1.91%	2.11%
	基本工資	23,800 元	24,000 元
111	一般保費	5.17%	尚未公布
	補充保費	2.11%	
	基本工資	24,000 元	

(三)「保險給付」預算、決算編列原則：

1. 「保險給付」之估算公式=【醫療費用總額-部分負擔-代辦部分負擔-代辦費用-代位求償費用-菸品健康捐挹注罕見疾病之全民健康保險用藥費用-辦理提升保險服務成效所需經費】。
2. 茲因每年 11~12 月間始能確定次年度醫療費用總額協商成長率，爰 3 月編列次年度概算時，原則僅能依當年度已協定總額成長率估算；另行政院於 6 月核定次年度總額協商高低推估成長率，一旦高或低推估成長率較概算編列之總額協商成長率低，行政院主計總處即要求本署修正預算案。
3. 「部分負擔、代辦部分負擔」概算數，原則採近年平均成長率編列，每年均微幅成長，惟因 109 年度爆發 COVID-19 疫情，就診人次下降，實際部分負擔、代辦部分負擔較前一年度金額下降，爰 111 年度概算數，較 110 年度預算數呈現負成長。
4. 「代位求償費用」及「辦理提升保險服務成效所需費用」，原則依業務單位推估數及需求數編列。
5. 「保險給付」決算數：依已協定醫療費用總額範圍內，按各總額別醫療費用，分配各分區業務組據以管控執行入帳。
6. 近 5 年醫療費用總額協商成長率之預、決算情形：

單位：百分比

年度	概算 (前一年3月)	行政院核定 高推估(前一 年6月)	預算案(前一年 8月)	實際協商成 長率(決算)
107	5.642	5	5	4.711
108	4.711	4.5	4.5	4.417
109	4.417	5.5	4.417	5.237
110	4.375	4.5	4.375	4.107
111	4.107	尚未公布	尚未公布	尚未公布

註：110 年度概算成長率未依 109 年協商成長率 5.237% 編列，係因健保安全準備金將低於 1 個月保險給付，爰改依財務組依歷史趨勢推估成長率 4.375% 編列。

(四)「依法分配收入」菸品健康福利捐預算數，係依據國民健康署提供次年度菸品健康福利捐徵收預估金額，並按菸品健康福利捐分配及運作辦法，本署所分配比率計算分配收入，決算數則依實際徵收分配金額入帳。

(五)「呆帳」預決算，係依「保險費、滯納金與醫療費用之應收及催收款項期末餘額，減除其中政府補助及已收尚未銷帳之應收保費後之餘額，按帳齡分析法計算期末應提列之備抵呆帳金額」扣除上期備抵呆帳餘額計算提列金額。

健保財務收支結構性失衡問題，本署採行改善措施及成效

有關健保財務收支結構性失衡問題，本署採行改善措施及成效，分述如下：

壹、收入面

- 一、為確保健保財務健全、永續經營，本署歷年來對欠費均有完整監控及催收機制，包括建立欠費預警監控平台、預警輔導通報等事前預防，以及繳款單加註欠費提示、全民健保快易通 APP 推播提示等即時處理。另並強化欠費催繳及移送行政執行作業，定期比對欠費者如以受僱者身分投保或有資本利得，即通知法務部行政執行署查扣部分薪水及存款抵償健保欠費。前開各項作業持續發揮成效，保險費收繳率長期維持約 99% 的水準。
- 二、另加強辦理各項保險費查核作業，包含投保金額與補充保險費查核、中斷投保開單及各項輔導納保作業等，以落實保險費負擔之公平性，109 年合計增加保險費收入約 56.2 億元。又對於經濟困難者，本署繼續提供紓困基金貸款、轉介公益團體補助保險費及分期繳納保險費等措施，以提升健保欠費及呆帳之收回。109 年紓困申貸金額約 1.72 億元、分期繳納金額約 26.2 億元，愛心轉介約 1,680 萬元。

貳、支出面

- 一、加強查處違規保險醫事服務機構，防杜不當申報費用部分，查獲違規並依規處分共 207 家次，以及違法事證具體而函送司法機關偵辦者共 69 家次。
- 二、管理重複檢驗檢查，減少費用支出：

自 106 年 9 月起，本署針對前 20 大檢驗檢查支出類別按月提供「同病人 28 日再次執行同項目的檢驗檢查」與「院所及醫師執行 20 類重要檢驗檢查率異常高於同儕者」之統計資料，回饋給各院所及醫師，促請醫療院所建立系統化自我管理機制。另經徵詢相關專科醫學會及公協會後，自 109 年 1 月起調整再次執行合理區間，以符合醫療常規。推估 107 年到 109 年減少門診 44 類重複檢查(驗)費用約 10 億點。

- 三、減少重複藥品開立，保障民眾安全：

(一)自 104 年 7 月起實施門診慢性病降血壓、降血脂、降血糖、抗思覺失調、抗憂鬱及安眠鎮靜與抗焦慮等 6 類藥品「重複用藥管理措施」。106 年 10 月起新增抗血栓用藥、心臟疾病用藥、抗癲癇用藥、前列腺肥大用藥、痛風治療用藥、緩瀉劑等 6 類，合計 12 類藥品；於 107 年 9 月起全面提供「健保醫療資訊雲端查詢系統跨院重複開立醫囑主動提示功能 API」，即時回饋病患 60 大類藥品餘藥資訊，節省醫師瀏覽大量資訊之時間與精力，在開立藥品及檢驗檢查時可避免重複處方與檢查所帶來的

風險，提升醫療效率，並自 108 年 1 月起將「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」，由現有 12 大類擴大至 60 大類，更自 108 年 10 月起擴增至所有藥品，完善管理範圍，以提升民眾用藥安全。

(二)自 107 年 1 月起，對藥費前 80% 之高度耗用藥品設為重點管理項目，按月提供醫師平均藥費高於同儕值之統計資料，回饋給特約院所管理參考；自 107 年 3 月起，針對同性質用量大之藥品列為管理主軸，發展異常項目管理及立意抽樣專業審查。自 108 年 3 月起，新增回饋「同性質藥品病人每日平均藥費」之統計結果，加強管理輔導。

(三)推估 103 至 109 年減少重複藥費支出 93.5 億元。

四、審查改革：

(一)精準審查-運用大數據分析，系統性即時篩異：

1. 自 2013 年起發展篩異平台以針對疑似異常耗用健保醫療資源的申報項目加以重點管理，由電腦自動篩選出異常案件，即時監控管理，以提升整體審查成效。
2. 目前以健保門診、住診、藥品、特定診療與處置及特定個案名單等 5 項主構面開發出約 140 項篩異指標進行管理，統計 108 年總核減 2.7 億點(109 年因 COVID-19 疫情，暫緩執行相關管理措施)。

(二)支付規定與檢核連動-落實健保規範，建置電腦審查機制：

1. 以電腦邏輯自動化審查費用：

運用電腦科技將各類規定中年齡、性別、醫事人員資格、使用頻率、特約醫事服務機構資格、適應症等明確條件規範，以程式邏輯執行判斷，逐一審查全部醫療費用申報資料，將不符規範案件篩選出來，並將這些案件即時回饋特約醫事服務機構，供內部管理參考應用。

2. 審查作業朝向與給付規定即時連動：

近年來，本署分階段全面盤點醫療服務、藥品、特材等給付規定，將審查邏輯以規定意涵為宗旨，把相近條件的規定統整成模組化審查型態。另建置電腦審查與給付規定連動機制，使電腦自動化檢核標的與規定逐步接軌及趨向同步更新，統計 108 年度總核減點數約 3.2 億點(109 年因 COVID-19 疫情，暫緩執行相關管理措施)。

五、持續優化及推廣健保醫療資訊雲端查詢系統，透過醫療資訊共享機制，提升醫療品質，減少不必要的醫療浪費：

(一)本署為提升民眾就醫品質與安全，運用雲端科技，整合病人跨院所之健保就醫資料，建置「健保醫療資訊雲端查詢系統」(下稱雲端系統)，提供醫師於臨床開立處方及藥師調劑或用藥諮詢時，可查詢病人近期就醫資訊，包含中西醫用藥紀錄、檢查檢驗紀錄與結果(含電腦斷層(CT)、磁振造影(MRI)等醫療影像)等 12 項主題式資訊，協助醫事人員掌握病

人病況，避免重複處方，透過持續宣導推廣及健保特約醫事服務機構配合，有 88.7%的病人在就醫或領藥時，醫事人員有查詢本系統，平均每月約有 6.2 千萬查詢人次。藉由查詢病人跨院所處方紀錄，三高等六類慢性病藥品用藥日數重疊率於 103 年至 109 年降低超過一半。估算 103 年至 109 年減少重複藥費近 93.5 億元(以全藥類估算)；估計分享電腦斷層、磁振造影每月可為民眾節省約 559 萬元影像複製費，估算 107 年至 109 年減少重複檢查檢驗費用約 10.0 億點。除使健保資源能更有效地運用外，對於控制整體醫療支出及維持點值穩定亦有所助益。

(二)為更貼近臨床人員需求，本署持續針對雲端系統進行優化及提升，提高雲端系統於臨床實務之可用性及查詢效能，說明如下：

1. 導入電腦主動提示功能 API：為節省醫師於診間需閱讀大量資訊時間，健保署 107 年 9 月再以創新科技技術，提供跨院重複處方電腦主動提示功能 API，108 年擴增西西藥交互作用及過敏藥提示功能，109 年再增加中西藥交互作用提示功能，以電腦自動運算比對，提醒醫師於處方時留意病人藥品使用情形，提升醫療效率，增進病人就醫安全。110 年研擬新增高風險腎臟病人暨用藥提示，提升慢性腎臟病人用藥安全。
2. 建置專區及優化查詢介面：雲端系統資料豐富，透過系統性彙整，將病人近期檢查檢驗結果依臨床使用需求建置不同專區，如血糖/血脂專區、慢性腎臟病專區等。為提升病人資料完整性，110 年再結合國民健康署預防保健資料，建置「預防保健專區」及「B、C 型肝炎專區」。另研擬優化使用者介面，並將就醫明細資料加以視覺化，以提升系統尋獲度及友善性，更貼近臨床使用需求。

六、透過藥品給付協議機制，因應新藥收載對健保財務之衝擊，對於已納入健保給付之藥物品項，則辦理藥價調查及藥價調整，以減少財務支出；近 3 年（107~109）藥品給付協議每年節省藥品藥費支出 14.06、15.46、26.9 億元，配合 DET 之藥價調整節省藥品藥費 73.82、58.3、40.4 億元。。

七、本署為提升醫療服務效率，減少不必要醫療行為及重複檢驗檢查等醫療浪費，於健保醫療費用總額預算下，已分別從「及時」、「效率」、「效果」、「安全」、「公平」及「病人為中心」等六大醫療品質構面，推動多項重要措施(詳附圖)，並已提報健保會 110 年 4 月 30 日第 5 屆第 1 次委員會議說明。

健保於總額下推動各項重點措施



8

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：110 年度全民健康保險牙醫門診總額 0-6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫(草案)，請鑒察。

說明：

- 一、依衛生福利部 110 年 1 月 20 日衛部健字第 1103360014 號公告，有關 110 年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配中，「0~6 歲兒童口腔健康照護試辦計畫」專款預算為 6 千萬元，協定事項之一為具體實施方案提報全民健康保險會同意後執行。
- 二、本署於 110 年 3 月 2 日全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 110 年第 1 次研商議事會議暨 110 年 4 月 8 日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議 110 年第 1 次臨時會議通過本計畫草案，並將計畫名稱修正為「110 年度全民健康保險牙醫門診總額 0-6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」，計畫內容重點摘要如下(計畫內容如附件一，第 170~187 頁)：

(一)收案條件

1.收案對象：

限未滿六歲兒童申報(以執行0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診診察費(P6701C)之執行日計算)。

2.收案標準：符合下列任一條件者即列入本試辦計畫：

- (1)未滿二歲兒童齲齒顆數大於2顆(含)以上。
- (2)二歲至未滿四歲兒童齲齒顆數大於3顆(含)以上。
- (3)四歲至六歲兒童齲齒顆數大於5顆(含)以上。

(二)支付標準：

1.0-6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診診察費(635 點)：初診診察記錄口腔狀況、齲齒風險評估及口腔衛教。

2.0-6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療(1,000 點)：牙

周暨齲齒控制基本處置、牙菌斑去除照護、氟化物治療，並提供親子衛教資訊。

3.0-6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療(700 點及 1,000 點)：牙周暨齲齒控制基本處置、牙菌斑去除照護、氟化物治療，並提供親子衛教資訊，支付點數如下：

- (1)第一次複診治療支付點數700點。
- (2)第二次複診治療支付點數1,000點。
- (3)第三次複診治療支付點數700點。

(三)品質獎勵費：複診治療達 3 次者且再發生齲齒顆數<1 顆者(自家+他家)，核發品質獎勵費(1,500 點/個案)。

(四)牙醫師申請資格：

1.醫師均須接受 1 學分以上 0-6 歲兒童口腔計畫相關之行政教育訓練，非屬兒童牙科專科醫師須再接受 3 學分專業課程。

2.退場機制：

110年治療之個案，由保險人於112年10月依病人歸戶統計，若當年個案接受複診治療次數達3次者，再發生齲齒填補顆數平均大於2顆(含)以上或申報複診治療次數未達3次之個案數比率 $>33.33\%$ ，兩年內不得申報本計畫診療項目，屆滿須再接受相關教育訓練後，始得提出申請。

三、本案依程序於貴會報告通過後，報衛生福利部核定公告實施。

報告單位業務窗口：陳依婕科長，聯絡電話：02-27065866 分機 2646

.....
本會補充說明：

一、本案健保署依 110 年度牙醫門診總額專款項目「0~6 歲兒童口腔健康照護試辦計畫」(110 年新增計畫)之協定事項辦理，協定事項如下：

(一)全年經費 60 百萬元，本項經費不應支付預防保健相關服務。

(二)執行目標：服務 0~6 歲兒童 9 千 6 百人。

預期效益之評估指標：

1. 中風險兒童接受完整試辦計畫期間內，再發生齲齒填補顆數低於 2 顆(含)以下。
2. 高風險兒童接受完整試辦計畫期間內，再發生齲齒填補顆數低於 3 顆(含)以下。

(三)請健保署會同牙醫門診總額相關團體，擇縣市試辦，具體實施方案請於 109 年 12 月底前提報本會同意後執行。

二、本會於 5 月 17 日請健保署補充說明所報計畫如何達到上開協定事項，該署於 5 月 28 日回復如附件二(第 188~191 頁)。彙整協定事項與計畫內容之差異、本會請健保署補充說明及該署回復內容，與本會研析意見如下表：

協定事項與計畫內容 之差異		本會請健保署 補充說明	健保署回復內容 及本會研析意見
協定事項 名稱 計畫內容	0~6 歲兒童口腔 健康照護試辦 計畫	計畫對象為 何由一般兒 童限縮為 「嚴重齲 齒」兒童。	1. 牙全會原提收案對象，係依齲 齒風險評估表評估結果定義計 畫照護之高、中風險兒童。 2. 本署考量其定義未臻明確，且 不符健保法第 1 條健保給付因 疾病就醫之意旨，為與預防保 健有所區隔，建議應增列特定 疾病徵兆或符合多項風險者方 列為照護對象，爰請牙全會修 正收案對象。 3. 牙全會修正收案對象為具疾病 表徵之「0~6 歲嚴重齲齒兒童」， 因其已非潛在風險高的兒童， 爰配合修改計畫名稱。
	0~6 歲 <u>嚴重齲齒</u> 兒童口腔健康 照護試辦計畫		本會研析意見：在健保資源有限 下，收案對象修正為嚴重齲齒兒 童，優先治療並納入個案管理， 且與預防保健區隔，應屬合理。

協定事項與計畫內容之差異		本會請健保署補充說明	健保署回復內容及本會研析意見
執行目標	協定事項 服務 0~6 歲兒童 9,600 人	計畫內容為「0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療服務人次」，與協定事項為「0~6 歲兒童服務人數」不相符。	1.以本計畫預算 6 千萬元及執行目標 9,600 人計算，平均每位 0~6 歲兒童照護費用約 6,250 元/年(6 千萬元/9600 人)，遠高於平均每人牙醫醫療費用，計畫執行效益有限。 2.本署為提升計畫執行效益，使更多兒童獲得牙醫醫療照護，請牙全會擴大計畫服務人次，爰修改執行目標為服務 12,600 人次。
	計畫內容 達成「0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療」12,600 服務人次		本會研析意見：考量協定事項與計畫所訂之執行目標不同，請於未來年度總額協商及次年評核執行成果時，提供服務人數，以利評估是否符合協定事項之要求。
預期效益之評估指標	協定事項 1.中風險兒童接受完整試辦計畫期間內，再發生齲齒填補顆數低於 2 顆(含)以下。 2.高風險兒童接受完整試辦計畫期間內，再發生齲齒填補顆數低於 3 顆(含)以下。	協定事項依「中風險」、「高風險」兒童分別設定評估指標，與計畫內容設定之評估指標不同。	1.牙全會原提評估指標「再發生齲齒顆數」，係依風險類別評估訂定顆數；惟本署考量其指標定義不明確且缺乏實證依據(如病人原有齲齒數未知、是否包含他院齲齒填補顆數等)，爰請牙全會重新評估。 2.牙全會另配合收案對象調整為「嚴重齲齒」，爰修訂評估指標，以期落實全人照護之目的。
	計畫內容 以接受完整試辦計畫期間，再發生齲齒填補顆數小於 1 顆(含)以下(自家+他家)		本會研析意見：原提評估指標係依中、高風險，分別訂定再發生齲齒填補顆數低於 2、3 顆(含)以下，經健保署建議及牙全會評估後，修改為不分風險類別，評估指標統一訂為：再發生齲齒填補顆數小於 1 顆(含)以下。修訂後之評估指標較為嚴格，應屬合理。

協定事項與計畫內容之差異		本會請健保署補充說明	健保署回復內容及本會研析意見
擇縣市試辦	協定事項	協定事項係擇縣市試辦，與計畫內容涵蓋全國不同。	1.牙全會原提案施行區域僅涵蓋新竹縣(市)、桃園市及苗栗縣4縣市試辦。 2.本署建議其重新評估參與計畫之院所數及兒童數，另配合執行目標擴大服務對象，爰修正施行地區擴及全國。 本會研析意見： 本計畫擴大服務涵蓋範圍，使更多罹患齲齒兒童接受牙醫醫療服務，提升計畫執行效益，應屬合理。惟本計畫為第1年試辦，建請落實療效評估及預算管控。
	計畫內容		

三、依 110 年度總額協定事項，本計畫須經本會同意後方能執行。

依健保署提報內容，該署已會同牙醫部門多次研修，並已說明與協定事項之差異，爰建議同意本計畫，以利早日執行。惟考量本計畫協定事項之執行目標為服務 9,600 人，與計畫所訂執行目標 12,600 人次不同，請健保署於未來年度總額協商及次年評核執行成果時，提供服務人數，以利評估是否符合協定事項之要求。

決定：

110年度全民健康保險牙醫門診總額0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫 (草案)

一、依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

本計畫之實施，係針對0-6歲嚴重齲齒兒童納入牙醫醫療體系照護，早期介入治療，給予持續性、周全性、協調性、整合性及可近性的照護，以控制齲齒活性發生機率。

三、實施期間：自公告日起至110年12月31日止。

四、年度執行目標

本計畫照護人次以達成「0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療(P6702C)」12,600服務人次為執行目標。

五、預算來源

(一) 110年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「0-6歲兒童口腔健康照護試辦計畫」專款項目下支應，全年經費為60.0百萬元。本計畫倘次年度未有預算來源，本年度收案對象之診療及品質獎勵費用，由一般服務預算支應。

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

六、收案條件

(一) 收案對象：

限未滿六歲兒童申報（以執行0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診診察費(P6701C)之執行日計算）。

(二) 收案標準：符合下列任一條件者即列入本試辦計畫：

1. 未滿二歲兒童齲齒顆數大於2顆（含）以上。
2. 二歲至未滿四歲兒童齲齒顆數大於3顆（含）以上。
3. 四歲至六歲兒童齲齒顆數大於5顆（含）以上。

七、牙醫師申請資格及申請、審查程序：

- (一)一般醫師須接受4學分以上0-6歲嚴重齲齒兒童口腔照顧試辦計畫相關之教育訓練(1學分行政課程；3學分專業課程)。
- (二)中華民國兒童牙科醫學會專科醫師、一般會員均須接受1學分以上兒童口腔照顧試辦計畫相關之行政部分教育訓練。
- (三)新加入計畫者應於每月五日前將申請書及相關教育訓練學分證明以掛號郵寄至中華民國牙醫師公會全國聯合會（以下稱牙醫全聯會），牙醫全聯會審查後，於每月二十日前將名單函送所轄保險人分區業務組核定，並由所轄保險人分區業務組行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會；申請者得於核定之日起迄期間執行本試辦計畫服務。
- (四)醫師3年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點（屬全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第36條第2款者不在此限）或扣減費用、6年內不得有視同保險醫事服務機構停止特約以上之處分。
- (五)醫師110年治療之個案，由保險人於112年10月依病人歸戶統計，若當年個案接受完整試辦計畫期間(複診治療次數達3次者)，再發生齲齒填補顆數平均大於2顆(含)以上(自家+他家)，或申報複診治療次數未達3次之個案數比率 $>33.33\%$ (限同院所，不限同醫師完成)，自保險人文到日次年一月起，兩年內不得申報本計畫診療項目，屆滿須再接受相關教育訓練後，始得提出申請。

八、給付項目及支付標準：

- (一)本試辦計畫支付標準限經全民健康保險保險人（以下稱保險人）分區業務組核定之醫師申報。
- (二)特約醫療院所擬執行本兒童口腔照顧試辦計畫前，請至健保醫療資訊雲端查詢系統進行查詢，如未曾接受0-6歲嚴重齲齒兒童口腔照顧試辦計畫或6個月內無申報本試辦計畫相關醫令者，始得收案執行。
- (三)支付標準

編號	診療項目	支付點數
P6701C	0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診診察費	635

編號	診療項目	支付點數
	<p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 本項主要進行初診診察記錄口腔狀況（包含牙齒萌發顆數、牙齦炎、牙周炎）、齲齒風險評估及口腔衛教。 2. 須檢附基本資料暨接受0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護治療確認書、齲齒風險評估表、幼兒飲食狀況表及病歷供審查。 3. 申報本項一年內不得申報01271C、01272C、01273C、00315C、00316C、00317C。 4. 本項不得同時申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫第一章門診診察費。 	
P6702C	<p>0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 限九十天內已申報0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診診察費 (PXXXXC)。 2. 本項需完成口腔檢查表初診診察記錄的全口齲齒填補（得另外申報費用）後申報。 3. 本項主要施行牙周暨齲齒控制基本處置、牙菌斑去除照護、氟化物治療，並提供親子衛教資訊。 4. 須檢附口腔檢查表及病歷供審查。 5. 不得與91014C、91020C、91114C、92051B、92072C、P30002、81、87同時申報，另申報此項九十天內不得再申報91014C、91020C、91114C、92051B、92072C、P30002、81、87。 	1,000
P6703C	<p>0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第一次</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 申報本項需於0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療 (P6702C) 後，間隔九十天以上，一百八十天內申報。 	700

編號	診療項目	支付點數
	<p>2. 本項主要施行牙周暨齲齒控制基本處置、牙菌斑去除照護、氟化物治療，並提供親子衛教資訊。</p> <p>3. 應併同91014C(91114C)、91020C 實施。</p> <p>4. 須檢附口腔檢查表及病歷供審查。</p> <p>5. 申報此項九十天內不得再申報91014C、91020C、91114C、92051B、92072C、P30002、81、87。</p>	
P6704C	<p>0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第二次 註：</p> <p>1. 申報本項需於0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第一次 (P6703C) 後，間隔九十天以上，一百八十天內申報。</p> <p>2. 本項主要施行牙周暨齲齒控制基本處置、牙菌斑去除照護、氟化物治療，並提供親子衛教資訊。</p> <p>3. 須檢附口腔檢查表及病歷供審查。</p> <p>4. 不得與91014C、91020C、91114C、92051B、92072C、81、87、P30002同時申報，另申報此項九十天內不得再申報91014C、91020C、91114C、92051B、92072C、P30002、81、87。</p>	1,000
P6705C	<p><u>0</u>-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第三次 註：</p> <p>1. 申報本項需於0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第二次 (P6704C) 後，間隔九十天以上，一百八十天內申報。</p> <p>2. 本項主要施行牙周暨齲齒控制基本處置、牙菌斑去除照護、氟化物治療，並提供親子衛教資訊。</p> <p>3. 應併同91014C(91114C)、91020C 實施。</p> <p>4. 須檢附口腔檢查表及病歷供審查。</p> <p>5. 申報此項九十天內不得再申報91014C、91020C、91114C、92051B、92072C、P30002、81、87。</p>	700

九、品質獎勵支付規範

- (一) 品質獎勵：以接受完整試辦計畫期間（複診治療次數達3次者），再發生齲齒填補顆數計算品質獎勵費。
- (二) 核發原則：本項費用按季結算。接受完整試辦計畫期間（複診治療次數達3次者），再發生齲齒填補顆數小於1顆（含）以下（自家+他家），每一個案獎勵費用1,500點。
- (三) 計算方式：再發生齲齒顆數=申報「0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療」至申報「0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第3次」計畫期間，兒童再發生齲齒補顆數（自家+他家）。

十、費用支付、申報規定及審查標準：

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

十一、計畫施行評估：試辦第一年蒐集下列指標數據，試辦滿一年後，該等指標須較前一年改善(以本試辦計畫申報案件計算)：

- (一) 自評指標：
1. 申報案件數。
 2. 申報點數。
 3. 就醫人數(以 ID 歸戶)。
 4. 完成率(以院所歸戶)
- (二) 評估指標：兒童接受完整試辦計畫期間，再發生齲齒填補顆數小於1顆（含）以下（自家+他家）。

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

基本資料暨接受 0-6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護治療確認書

一、兒童基本資料

兒童姓名： 性別：男 女 出生年月日：

身份證字號：

二、照顧者基本資料

照顧者姓名： 性別：男 女 出生年月日：

與孩童關係：

身份證字號：

通訊地址：

聯絡電話：

醫師之聲明

- 我已經為病人完成治療前評估之工作。
- 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋治療之相關資訊，特別是下列事項：
治療的原因和方式
治療的預期結果及治療後可能出現的不適症狀以及其處理方式。
相關說明資料（親子衛教資訊），我已交付病人。
- 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次治療，並給予答覆：

病人之聲明

- 以下的事項，牙醫師已向我解釋，並且我已完全了解。
 - 施行治療的原因和方式。
 - 治療的預期結果及治療後可能出現的不適症狀以及其處理方式。
 - 治療之健保支付項目。
 - 我已獲得並且閱讀相關說明資料（親子衛教資訊）。
 - 針對要接受的治療，我能向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
 - 本人六個月內未曾接受 0-6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護治療。
- 基於上述聲明，我同意接受 0-6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護治療。

牙醫師簽名： 立同意書人簽名： 與病人之關係：

中華民國 年 月 日

註：立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。

齲齒風險評估表

風險評估	項目	有	否
高風險	1. 未滿二歲兒童齲齒顆數大於 2 顆(含)以上 2. 二歲至未滿四歲兒童齲齒顆數大於 3 顆(含)以上 3. 四歲至六歲兒童齲齒顆數大於 5 顆(含)以上 4. 母親或照顧者或兒童的兄弟姐妹有齲齒 5. 家長為中低收入 6. 每天超過三次的含糖零食(含糖飲料)或用餐時間超過 30 分鐘 7. 經常含奶瓶睡覺(含糖或不含糖) 8. 齲前白斑、初期齲齒、琺瑯缺損 9. 明顯蛀洞、填補、因齲齒之缺牙(DMFT) (一顆(含)以上之缺牙或齲齒或填補)		
中風險	1. 牙齒有明顯牙菌斑或睡前未潔牙 2. 特殊身心障礙患者 3. 照顧者有特殊身份(如：新住民、原住民、單親、隔代教養、特殊身心障礙患者)		
低風險	1. 飲水加氟(吃氟鹽)或氟錠 2. 每天使用含氟牙膏 3. 定期接受專業塗氟 4. 建立牙醫家庭/定期檢查		

低、中、高風險評估分類是為了評估個人因素。臨床判斷可以證明某種因素的用途來評估整體風險（例如，經常食用含糖的零食或飲料將增加 dmft 的總體風險）。請勾圈符合患者風險情形，有助於醫師及父母了解導致齲齒或預防齲齒的原因。

對兒童齲齒整體評估：高風險 中風險 低風險

註：高風險：若有一項為高風險，整體評即為高風險。

中風險：無高風險，但有一項為中風險，整體評估即為中風險。

低風險：無中高風險，則為低風險。

醫師簽名：

日期： 年 月

幼兒飲食狀況表

一、是否喝奶：

1. 母乳：每天_____次，
睡前：有 無，
喝完以後是否潔牙：有 無
2. 配方奶用奶瓶：每天_____次，
睡前：有 無，
喝完以後是否潔牙：有 無
3. 奶粉用杯子：每天_____次
睡前：有 無
喝完以後是否潔牙：有 無

二、正餐：

1. 每餐_____分鐘
2. 邊吃邊看電視(玩耍，3C)：有 無
3. 是否含飯：有 無

三、零食：

1. 每天_____次
2. 內容物：
A：水果：有 無，與正餐間隔_____分鐘，
B：餅乾(糖果、巧克力)：有 無，
C：飲料(優酪乳、養樂多、果汁、運動飲料、奶茶)：有 無
3. 其他：有 無，
請說明：_____

四、潔牙習慣

1. 刷牙：每天_____次，
家長親刷
小朋友自刷
2. 牙膏：有 無，牙膏含氟量_____ppm
3. 牙線(牙線棒)：每天_____次，
家長操作
小朋友自己操作

口腔檢查表

病人姓名		身份證字號		年齡	
------	--	-------	--	----	--

初診診察紀錄											
Start	Classification										
	Upper	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
	Lower	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
Start	Classification										
				照顧者簽名							
執行日期		齲齒顆數		醫師簽名							

初診治療紀錄											
Start	Classification										
	Upper	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
	Lower	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
Start	Classification										
<input type="checkbox"/> 親子衛教經醫師說明已明瞭。(請勾選)				照顧者簽名							
執行日期		齲齒顆數		醫師簽名							

複診治療紀錄(第1次)											
Start	Classification										
	Upper	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
	Lower	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
Start	Classification										
<input type="checkbox"/> 親子衛教經醫師說明已明瞭。(請勾選)				照顧者簽名							
執行日期		齲齒顆數		醫師簽名							

複診治療紀錄(第2次)											
Start	Classification										
	Upper	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
	Lower	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
Start	Classification										
<input type="checkbox"/> 親子衛教經醫師說明已明瞭。(請勾選)				照顧者簽名							
執行日期		齲齒顆數		醫師簽名							

複診治療紀錄(第3次)											
Start	Classification										
	Upper	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
	Lower	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
Start	Classification										
<input type="checkbox"/> 親子衛教經醫師說明已明瞭。(請勾選)				照顧者簽名							
執行日期		齲齒顆數		醫師簽名							

註: white lesion: W ; caries: C ; residual root: RR ; filling: F

親子衛教與治療【0~4個月吸吮階段】

(1) 嬰幼兒口腔動作與餵食建議事項

項目	嬰幼兒的進程	諮詢及衛教
1. 口腔動作與食器使用進程表	<ul style="list-style-type: none"> • 吸吮 • 媽媽的乳房或奶瓶 	
2. 口腔動作發展發展	<ul style="list-style-type: none"> • 舌頭： • 下巴：會有局部咬的動作 • 臉頰/唇：有尋乳反射 	<ul style="list-style-type: none"> • 餵奶時協助寶寶。 • 臀部彎曲、縮下巴
3. 進食	<ul style="list-style-type: none"> • 母乳或配方奶 	

(2) 龅齒風險評估之治療

風險類別	臨床檢查	齲齒防治		牙齒治療
		處置建議	飲食	
1. 低風險	6-12個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次 	個別輔導	<ul style="list-style-type: none"> • 觀察
2. 中風險 家長可配合	3-6個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3-6 個月塗氟 	個別輔導	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生
3. 中風險 家長無法配合	3-6個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 每 3-6 個月塗氟 	個別輔導，但不可期待太高	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生
4. 高風險 家長可配合	3個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3 個月塗氟 	個別輔導	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填補物復形蛀洞
5. 高風險 家長無法配合	3個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3 個月塗氟 	個別輔導，但不可期待太高	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填補物復形蛀洞

親子衛教與治療【4~6個月吸吮階段】

(1) 嬰幼兒口腔動作與餵食建議事項

項目	嬰幼兒的進程	諮詢及衛教
1. 口腔動作與食器使用進程表	<ul style="list-style-type: none"> • 成熟的吸吮 • 媽媽的乳房、奶瓶、湯匙 	
2. 口腔動作發展發展	<ul style="list-style-type: none"> • 舌頭：可以前中後獨立移動 • 下巴：局部咬的動作遞減 • 臉頰/唇：尋乳反射遞減、下巴穩定度增加 	<ul style="list-style-type: none"> • 湯匙前端水平的碰到舌頭，避免刮到牙齦或牙齒。 • 純予唇一點力氣來鼓勵唇閉合和從湯匙上刮下食物。
3. 進食	<ul style="list-style-type: none"> • 母乳或配方乳、嬰兒穀類(米精)、水果泥、菜泥 	

(2) 龅齒風險評估之治療

風險 類別	臨床 檢查	齲齒防治		牙齒治療
		處置建議	飲食	
1. 低風險	6-12 個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次 	個別輔導	<ul style="list-style-type: none"> • 觀察
2. 中風險家長可配合	3-6 個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3-6 個月塗氟 	個別輔導	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生
3. 中風險家長無法配合	3-6 個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 每 3-6 個月塗氟 	個別輔導，但不可期待太高	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生
4. 高風險家長可配合	3 個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3 個月塗氟 	個別輔導	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填補物復形蛀洞
5. 高風險家長無法配合	3 個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3 個月塗氟 	個別輔導，但不可期待太高	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填補物復形蛀洞

親子衛教與治療【6~8個月大嚼階段】

(1) 嬰幼兒口腔動作與餵食建議事項

項目	嬰幼兒的進程	諮詢及衛教
1. 口腔動作與食器使用進程表	<ul style="list-style-type: none"> •原始反射消失、磨/嚼硬物 •乳房/奶瓶、湯匙餵食、大人持杯緣給少量水 	
2. 口腔動作發展發展	<ul style="list-style-type: none"> •舌頭：開始有捲平、展舌的能力，咀嚼時舌頭會上下動 •下巴：可以稍微左右移動 •臉頰/唇：尋乳反射消失，上唇或下唇略可以吸 •臉頰可用力，僅在初始或要結束時會漏出液體 •下唇活動穩定度增加，磨碎食物時，在唇和頰的協助下形成食團 	<ul style="list-style-type: none"> •讓孩子去咬或是用舌頭從杯子裡吸液體 •鼓勵下巴往下，不要用仰頭的方式喝水 •握住杯子靠近嘴角，避免把大量的水倒入嘴裡
3. 進食	<ul style="list-style-type: none"> •母乳或配方乳、嬰兒穀類(米精)、嬰兒果汁、水果、蔬菜、肉、手指食物(可以一口塞進的食物) 	

(2) 龅齒風險評估之治療

風險 類別	臨床 檢查	齲齒防治		牙齒治療
		處置建議	飲食	
1. 低風險	6-12個 月回診	<ul style="list-style-type: none"> •每天刷牙2次 	個別輔導	<ul style="list-style-type: none"> •觀察
2. 中風險家 長可配合	3-6個 月回診	<ul style="list-style-type: none"> •每天刷牙2次且搭配適量含氟牙膏 •氟補充劑 •每3-6個月塗氟 	個別輔導	<ul style="list-style-type: none"> •密切觀察是否有初期齲齒產生
3. 中風險家 長無法配 合	3-6個 月回診	<ul style="list-style-type: none"> •每天刷牙2次且搭配適量含氟牙膏 •每3-6個月塗氟 	個別輔導， 但不可期待太 高	<ul style="list-style-type: none"> •密切觀察是否有初期齲齒產生
4. 高風險家 長可配合	3個月 回診	<ul style="list-style-type: none"> •每天刷牙2次且搭配適量含氟牙膏 •氟補充劑 •每3個月塗氟 	個別輔導	<ul style="list-style-type: none"> •密切觀察是否有初期齲齒產生 •以暫時或永久填補物復形蛀洞
5. 高風險家 長無法配 合	3個月 回診	<ul style="list-style-type: none"> •每天刷牙2次且搭配適量含氟牙膏 •氟補充劑 •每3個月塗氟 	個別輔導， 但不可期待太 高	<ul style="list-style-type: none"> •密切觀察是否有初期齲齒產生 •以暫時或永久填補物復形蛀洞

親子衛教與治療【8~12個月咬的階段】

(1) 嬰幼兒口腔動作與餵食建議事項

項目	嬰幼兒的進程	諮詢及衛教
1. 口腔動作與食器使用進程表	•上唇抿物、咬斷食物、乳房、湯匙餵食、用手拿食物進食、學習杯	
2. 口腔動作發展發展	•舌頭：可以左右移動食物，出現所有活動的角度，精準度協調和持續能力增加 •下巴：吃軟質食物時有較好的控制，可以控下巴開和關，開始有些旋轉動作 •臉頰/唇：上下唇可以獨立活動，可以用唇、頰來協助固體食物，上門牙或牙齦可以來抿唇，吃東西時食物不太會囤積在嘴裡或流出來，很少流口水。	•開始給小朋友練習坐餵食椅(要有好的身體支撐)。
3. 進食	•母乳或配方乳、嬰兒穀類(米精)、嬰兒果汁、水果、蔬菜、肉、手指食物(可以一口塞進的食物)	

(2) 龅齒風險評估之治療

風險類別	臨床檢查	齲齒防治		牙齒治療
		處置建議	飲食	
1. 低風險	6-12個月回診	•每天刷牙2次	個別輔導	•觀察
2. 中風險家長可配合	3-6個月回診	•每天刷牙2次且搭配適量含氟牙膏 •氟補充劑 •每3-6個月塗氟	個別輔導	•密切觀察是否有初期齲齒產生
3. 中風險家長無法配合	3-6個月回診	•每天刷牙2次且搭配適量含氟牙膏 •每3-6個月塗氟	個別輔導，但不可期待太高	•密切觀察是否有初期齲齒產生
4. 高風險家長可配合	3個月回診	•每天刷牙2次且搭配適量含氟牙膏 •氟補充劑 •每3個月塗氟	個別輔導	•密切觀察是否有初期齲齒產生 •以暫時或永久填補物復形蛀洞
5. 高風險家長無法配合	3個月回診	•每天刷牙2次且搭配適量含氟牙膏 •氟補充劑 •每3個月塗氟	個別輔導，但不可期待太高	•密切觀察是否有初期齲齒產生 •以暫時或永久填補物復形蛀洞

親子衛教與治療【12~15個月咀嚼階段】

(1) 嬰幼兒口腔動作與餵食建議事項

項目	嬰幼兒的進程	諮詢及衛教
1. 口腔動作與食器使用進程表	<ul style="list-style-type: none"> • 舌頭左右移動、下頸開始旋轉式移動 • 用手拿食物進食、學習杯 	
2. 口腔動作發展發展	<ul style="list-style-type: none"> • 舌頭：會從兩側向中移動，主要以舌頭清除，在吞嚥時可以穩定地將舌尖上抬在齒槽區 • 下巴：逐漸出現旋轉式移動 • 臉頰/唇：舌頭及下巴在移動時，唇部可不受牽動 	<ul style="list-style-type: none"> • 開始練習斷奶 • 讓小孩坐在適當的椅子上，並保持支撐
3. 進食	<ul style="list-style-type: none"> • 母乳或全脂鮮乳、穀類、水果、蔬菜、肉 	

(2) 龅齒風險評估之治療

風險 類別	臨床 檢查	齲齒防治		牙齒治療
		處置建議	飲食	
1. 低風險	6-12 個 月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次 	個別輔導	<ul style="list-style-type: none"> • 觀察
2. 中風險 家長可配合	3-6 個月 回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3-6 個月塗氟 	個別輔導	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生
3. 中風險 家長無法配合	3-6 個月 回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 每 3-6 個月塗氟 	個別輔導，但不可期待太高	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生
4. 高風險 家長可配合	3 個月 回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3 個月塗氟 	個別輔導	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填補物復形蛀洞
5. 高風險 家長無法配合	3 個月 回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3 個月塗氟 	個別輔導，但不可期待太高	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填補物復形蛀洞

親子衛教與治療【15~18個月咀嚼階段】

(1) 嬰幼兒口腔動作與餵食建議事項

項目	嬰幼兒的進程	諮詢及衛教
1. 口腔動作與食器使用進程表	<ul style="list-style-type: none"> • 舌頭下巴漸不會互動牽動 • 湯匙餵食、開始練習使用湯匙 	
2. 口腔動作發展發展	<ul style="list-style-type: none"> • 舌頭：會從兩側向中移動，主要以舌頭清除，在吞嚥時可以穩定地將舌尖上抬在齒槽區 • 下巴：逐漸出現旋轉式移動 • 臉頰/唇：舌頭及下巴在移動時，唇部可不受牽動 	<ul style="list-style-type: none"> • 開始練習斷奶 • 讓小孩坐在適當的椅子上，並保持支撐
3. 進食	<ul style="list-style-type: none"> • 母乳或全脂鮮乳、穀類、水果、蔬菜、肉 	

(2) 龅齒風險評估之治療

風險 類別	臨床 檢查	齲齒防治		牙齒治療
		處置建議	飲食	
1. 低風險	6-12 個 月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次 	個別輔導	<ul style="list-style-type: none"> • 觀察
2. 中風險 家長可配合	3-6 個月 回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3-6 個月塗氟 	個別輔導	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生
3. 中風險 家長無法配合	3-6 個月 回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 每 3-6 個月塗氟 	個別輔導，但不可期待太高	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生
4. 高風險 家長可配合	3 個月 回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3 個月塗氟 	個別輔導	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填補物復形蛀洞
5. 高風險 家長無法配合	3 個月 回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3 個月塗氟 	個別輔導，但不可期待太高	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填補物復形蛀洞

親子衛教與治療【18~24個月類似成人進食狀態階段】

(1) 嬰幼兒口腔動作與餵食建議事項

項目	嬰幼兒的進程	諮詢及衛教
1. 口腔動作與食器使用進程表	<ul style="list-style-type: none"> 開始會以舌頭舔唇周 吸管、杯子、自己用食器餵食(矽膠湯匙) 	
2. 口腔動作發展發展	<ul style="list-style-type: none"> 舌頭：可以舌頭舔唇 下巴：下巴和舌頭動作不會再互相牽動 臉頰/唇：藉由下巴移動幅度變大，不需要轉頭就可以進行咬合 	<ul style="list-style-type: none"> 家長拿湯匙舀食物準備餵食時，讓小孩引導將家長的手引向嘴巴
3. 進食	<ul style="list-style-type: none"> 母乳或全脂鮮乳、穀類、水果、蔬菜、肉 	

(2) 龅齒風險評估之治療

風險 類別	臨床 檢查	齲齒防治		牙齒治療
		處置建議	飲食	
1. 低風險	6-12個 月回診	<ul style="list-style-type: none"> 每天刷牙 2 次 	個別輔導	<ul style="list-style-type: none"> 觀察
2. 中風險 家長可配合	3-6個月 回診	<ul style="list-style-type: none"> 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 氟補充劑 每 3-6 個月塗氟 	個別輔導	<ul style="list-style-type: none"> 密切觀察是否有初期齲齒產生
3. 中風險 家長無法配合	3-6個月 回診	<ul style="list-style-type: none"> 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 每 3-6 個月塗氟 	個別輔導， 但不可期待太高	<ul style="list-style-type: none"> 密切觀察是否有初期齲齒產生
4. 高風險 家長可配合	3個月 回診	<ul style="list-style-type: none"> 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 氟補充劑 每 3 個月塗氟 	個別輔導	<ul style="list-style-type: none"> 密切觀察是否有初期齲齒產生 以暫時或永久填補物復形蛀洞
5. 高風險 家長無法配合	3個月 回診	<ul style="list-style-type: none"> 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 氟補充劑 每 3 個月塗氟 	個別輔導， 但不可期待太高	<ul style="list-style-type: none"> 密切觀察是否有初期齲齒產生 以暫時或永久填補物復形蛀洞

親子衛教與治療【24個月以上】

(1) 嬰幼兒口腔動作與餵食建議事項

項目	嬰幼兒的進程	諮詢及衛教
1. 口腔動作與食器使用進程表	<ul style="list-style-type: none"> •嘴唇及舌頭運動成熟 •使用叉子 	
2. 口腔動作發展發展	<ul style="list-style-type: none"> •舌頭：吞嚥時舌頭上抬，可以快速地將食物從中間移至兩側或將食物從側邊移至中線，即使是較難咀嚼的食物，舌頭亦不會呈現先外吐再後縮的動作 •下巴：功能成熟，可以吸吮，較不會咬杯緣，在咬不同質地食物，可以隨著厚度逐漸開合下巴動作 •臉頰/唇：唇部閉合較成熟，喝水時較不會流出來，在咀嚼時，有足夠的唇部動作 	<ul style="list-style-type: none"> •協助小孩握持湯匙，控制食物。
3. 進食	<ul style="list-style-type: none"> •母乳或全脂鮮乳、穀類、水果、蔬菜、肉 	•

(2) 齒齒風險評估之治療

風險 類別	臨床 檢查	齲齒防治		窩溝 封填	牙齒治療
		處置建議	飲食		
1. 低風險	6-12 個 月回診	<ul style="list-style-type: none"> •每天刷牙 2 次 	個別輔導	建議 施作	<ul style="list-style-type: none"> •觀察
2. 中風險家 長可配合	3-6 個月 回診	<ul style="list-style-type: none"> •每天刷牙 2 次且搭 配適量含氟牙膏 •使用氟補充劑 •每 3-6 個月塗氟 	個別輔導	建議 施作	<ul style="list-style-type: none"> •密切觀察是否有初期齲齒產生
3. 中風險家 長無法配 合	3-6 個月 回診	<ul style="list-style-type: none"> •每天刷牙 2 次且搭 配適量含氟牙膏 •每 3-6 個月塗氟 	個別輔導， 但不可期待 太高	建議 施作	<ul style="list-style-type: none"> •密切觀察是否有初期齲齒產生
4. 高風險家 長可配合	3 個月 回診	<ul style="list-style-type: none"> •每天刷牙 2 次且搭 配適量含氟牙膏 •氟補充劑 •每 3 個月塗氟 	個別輔導	建議 施作	<ul style="list-style-type: none"> •密切觀察是否有初期齲齒產生 •以暫時或永久填 補物復形蛀洞
5. 高風險家 長無法配 合	3 個月 回診	<ul style="list-style-type: none"> •每天刷牙 2 次且搭 配適量含氟牙膏 •氟補充劑 •每 3 個月塗氟 	個別輔導， 但不可期待 太高	建議 施作	<ul style="list-style-type: none"> •密切觀察是否有初期齲齒產生 •以暫時或永久填 補物復形蛀洞

全民健康保險牙醫門診總額 0~6 歲嚴重高齶齒兒童口腔健康照護試辦計畫

加入計畫申請書(以醫師為單位)

一、申請醫師： 身分證字號：

二、分區別：台北 北區 中區 南區 高屏 東區

三、執業登記院所名稱： 醫事機構代號：

四、聯絡人：_____ 電話：_____ 傳真：_____

院所地址：_____

五、申請資格：

1. 兒童牙科醫學會專科醫師 2. 兒童牙科醫學會一般會員
3. 一般醫師

六、檢附教育訓練證明

註：專科醫師或專科學會會員需檢附教育訓練證明1學分（行政課程1學分）

一般醫師需檢附教育訓練證明4學分（行政課程1學分、專業課程3學分）

牙醫師簽章

備註：

- 申請程序：每月 5 日前郵寄申請書+教育訓練證明至牙醫全聯會（104 台北市中山區復興北路 420 號 10 樓，牙醫全聯會收），由全聯會彙整名單送所轄保險人分區業務組核定，核定後將由健保署於隔月發核定函予醫師。
- 查詢繼續教育積分，請登入衛生福利部醫事系統入口網（錯誤！超連結參照不正確。）查詢及列印，查詢路徑：查詢/上課紀錄。

附件二

有關貴署所報之「110 年度全民健康保險牙醫門診總額 0-6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」(草案)，與 110 年度總額協定事項之差異，及請貴署補充說明事項如下表：

協定事項與計畫內容之差異		請健保署補充說明	健保署說明
協定事項	計畫內容		
0~6 歲兒童口腔健康照護試辦計畫	0-6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫	計畫對象為何由一般兒童限縮為「嚴重齲齒」兒童。	<p>1. 依全民健康保險法第1條第2項規定，本保險為強制性之社會保險，於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。</p> <p>2. 原中華民國牙醫師公會全國聯合會（下稱牙全會）於109年12月8日全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額（下稱牙醫研商議事會議）109年第1次臨時牙醫研商議事會議所提計畫內容，收案對象係依齲齒風險評估表評估結果定義本計畫照護之高、中風險兒童；惟本署考量該項分類定義範圍未臻明確，且不符健保法第1條健保給付因疾病就醫之意旨，為與預防保健有所區隔，本署建議應增列特定疾病徵兆或符合多項風險方列為</p>

協定事項與計畫內容之差異		請健保署補充說明	健保署說明
			<p>照護對象，爰請該會依健保法意旨研修。</p> <p>3. 牙全會於110年1月15日牙醫研商議事會議110年第1次臨時會提出修正，收案對象為具疾病表徵之「0-6歲嚴重齲齒兒童」，因收案對象已非潛在風險高兒童，爰配合修改計畫名稱。</p>
協定事項	服務 0~6 歲兒童 <u>9,600人</u>	計畫內容為「0-6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療服務人次」，與協定事項為「0~6 歲兒童服務人數」不相符。	<p>1. 配合計畫收案對象改為0-6歲齲齒嚴重兒童，爰牙全會於110年3月2日牙醫研商議事會議110年第1次會議，提案修訂計畫名稱及相關文字，併同修訂目標人次之文字。</p> <p>2. 有關服務人次，考量本計畫預算為6千萬元，依原訂目標值，平均每位兒童照護費用一年約需6,250元，遠高於平均每人牙醫醫療費用，計畫執行效益有限。</p> <p>3. 本署為提升計畫效益，使更多兒童獲得醫療照護，並配合上述收案對象調整，爰請牙全會評估擴大</p>
執行目標 計畫內容	達成「0-6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療」 <u>12,600 服務人次</u>		

協定事項與計畫內容之差異		請健保署補充說明	健保署說明
			計畫服務人次，該會同意並於110年1月15日牙醫研商議事會議110年第1次臨時會，提案將服務人次提升為12,600人次。
預期 效益 之評 估 指 標	協定事項 1.中風險兒童接受完整試辦計畫期間內，再發生齲齒填補顆數低於2顆(含)以下。 2.高風險兒童接受完整試辦計畫期間內，再發生齲齒填補顆數低於3顆(含)以下。	協定事項依「中風險」、「高風險」兒童分別設定評估指標，與計畫內容設定之評估指標不同。	1. 牙全會於109年12月8日牙醫研商議事會議109年第1次臨時會所提草案之評估指標「再發生齲齒顆數」，係依風險類別評估訂定顆數。本署考量本項指標定義不明確且缺乏實證依據（如病人原有齲齒數未知，以及是否包含他院齲齒填補顆數等），請牙全會重新評估指標之合宜性。 2. 牙全會於110年1月15日牙醫研商議事會議110年第1次臨時會提案，配合前述收案對象調整，修訂評估指標為「以接受完整試辦計畫期間，再發生齲齒填補顆數小於1顆(含)以下（自家+他家）」，以期落實全人照護目的。
計畫內容	以接受完整試辦計畫期間，再發生齲齒填補顆數小於1顆(含)以下（自家+他家）		

協定事項與計畫內容之差異		請健保署補充說明	健保署說明
協定事項	擇縣市試辦		
擇縣市試辦	全國(符合收案條件與牙醫師申請資格及相關程序即可申報)	協定事項係擇縣市試辦，與計畫內容涵蓋全國不同。	<p>1. 牙全會於109年12月8日牙醫研商議事會議109年第1次臨時會，提案施行區域僅涵蓋新竹縣、新竹市、桃園市及苗栗縣共4個縣市試辦。本署建議應重新評估參與計畫之院所數及收案兒童數，配合執行目標擴大服務對象，提供更多兒童口腔健康照護。</p> <p>2. 羣牙全會於110年1月15日牙醫研商議事會議110年第1次臨時會提案本計畫施行地區擴及全國。</p>

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：110 年度全民健康保險中醫門診總額「中醫針灸、傷科處置品質提升」之具體規劃(含提升針灸及傷科處置品質之執行方式與新增治療項目)案，請鑒察。

說明：

一、依衛生福利部 110 年 1 月 20 日衛部健字第 1103360014 號公告，有關 110 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配中，「中醫針灸、傷科處置品質提升」協定事項之一為具體實施方案(含分類標準、醫療服務內容及確保品質之作業程序)需提報全民健康保險會核備。

二、本案中醫針灸、傷科診療項目修訂歷程如下：

(一)本署 109 年 11 月 19 日召開之全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 109 年第 4 次研商議事會議討論通過。

(二)本署 109 年 12 月 3 日召開之全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議 109 年第 2 次臨時會議報告通過。

(三)衛生福利部於 110 年 2 月 9 日以衛部保字第 1101260023 號令公告修正全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準修訂第四部中醫第四章針灸治療及第五章傷科治療等章節，並自 110 年 3 月 1 日生效。

三、上述支付標準修訂第四部中醫重點如下(簡報如附件一、附件二，第 195~錯誤！尚未定義書籤。頁)：

(一)第四章針灸治療：原針灸治療係依適應症及治療方式區分為「針灸/電針/複雜性針灸治療」，修訂後按不同適應症及治療方式區分為「一般針灸/電針/中度複雜性/高度複雜性針灸治療」，並明訂中度及高度複雜性針灸治療需含多部位治療、合併輔助治療及基本治療時間。

(二)第五章傷科治療：原依適應症區分為「傷科/複雜性傷科治

療」，另第六章列有脫臼整復費，修訂後將脫臼整復項目整併於第五章傷科治療，並依不同適應症區分為「一般傷科/中度複雜性傷科/高度複雜性傷科治療」，另高度複雜性傷科治療再分為「多部位損傷、合併有特殊疾病、脫臼整復、骨折」共四類；另明訂中度及高度複雜性傷科治療基本治療時間及需合併輔助治療。

(三)併同修訂針灸合併傷科治療處置費。

擬辦：依據委員會議決定辦理。

報告單位業務窗口：陳依婕科長，聯絡電話：02-27065866 分機 2646

.....
本會補充說明：

一、本案健保署依 110 年度中醫門診總額「中醫針灸、傷科處置品質提升」之協定事項，及本會 110 年度工作計畫，提報本會核備(原訂 5 月，因會議取消，爰改至 6 月)。協定事項如下表：

協商因素項目	成長率/ 預估增加 金額	協定事項
中醫針灸處置品質提升 (110 年新增項目)	0.684% 1.81 億元	<p>1.執行目標：提升中醫針灸處置照護品質。 預期效益之評估指標： (1)新增原自費項目，眼部特殊針灸，納入健保給付。 (2)新增原自費之輔助治療項目，納入健保給付。</p> <p>2.本項應以新增複雜性疾病特殊針灸治療及協同輔助治療項目為優先考量，請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，於 109 年 12 月底前提出具體實施方案(含分類標準、醫療服務內容及確保品質之標準作業程序)，並提報全民健康保險會核備。</p>
中醫傷科處置品質提升 (110 年新增項目)	0.578% 1.53 億元	1.執行目標：提升中醫傷科處置照護品質。

協商因素項目	成長率/ 預估增加 金額	協定事項
		<p>預期效益之評估指標：</p> <p>(1)管控傷科總處置時間。</p> <p>(2)新增原自費之輔助治療項目，納入健保給付。</p> <p>2.本項應以新增複雜性骨傷疾病之整復治療及協同輔助治療項目為優先考量，請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，於109年12月底前提出具體實施方案(含分類標準、醫療服務內容及確保品質之標準作業程序)，並提報全民健康保險會核備。</p>

二、查健保署已依110年度協定事項辦理，納入支付標準修訂並已完成法定程序，爰建議同意備查，說明如下：

(一) 中醫針灸處置品質提升：

1. 將針灸治療依病情複雜程度分列不同治療項目，屬中度、高度複雜性針灸治療之項目並訂有適應症，及須合併1項輔助治療。
2. 輔助治療包含原自費項目，例如：眼部特殊治療、拔罐治療、刮痧治療、艾灸治療等處置。

(二) 中醫傷科處置品質提升：

1. 將傷科治療依病情複雜程度分列不同治療項目，屬中度、高度複雜性針灸治療之項目並訂有適應症、基本治療時間，及須合併1項輔助治療。
2. 輔助治療包含原自費項目，例如：藥薰治療、拔罐治療、膏布治療、夾板固定治療等處置。

(三) 配套措施：健保署將監測針灸及傷科申報狀況，並觀察民眾自費申訴案件增減情形。

決定：

中央健康保險署

「中醫針灸、傷科處置品質提升」之具體規劃

報告日期：110年6月25日

1

總額協定事項(1/2)

▶ 執行目標：提升中醫針灸處置照護品質

- ✓ 新增原自費項目納入健保給付：眼部特殊針灸
- ✓ 新增原自費之輔助治療項目納入健保給付
- ✓ 應以新增複雜性疾病特殊針灸治療及協同輔助治療項目為優先考量

2



總額協定事項(2/2)

► 執行目標：提升中醫傷科處置照護品質

- ✓ 管控傷科總處置時間
- ✓ 新增原自費之輔助治療項目納入健保給付
- ✓ 應以新增複雜性骨傷疾病之整復治療及協同輔助治療項目為優先考量

3



預算來源

醫療服務成本
指數改變率

中醫針灸處置
品質提升

中醫傷科處置
品質提升

495.7
百萬元

181
百萬元

153
百萬元

829.7
百萬元

4



支付標準修正前後比較-針灸治療

修正前

一般針灸

227點

電針治療

227點

複雜性針灸

307點

- 須符合複雜性針灸適應症(如癌症、急性腦血管疾病等)

修正後

一般針灸

227點

電針治療

227點

中度複雜性針灸

327點

• 適應症：

- 需符合中度複雜性針灸適應症
- 無中度複雜性適應症，但有「特殊疾病」(如衛生福利部公告之罕見疾病、糖尿病、氣喘等)
- 需針灸2個部位以上，且須合併1項輔助治療
- 治療時間：合計10分鐘以上

高度複雜性針灸

427點

• 適應症：

- 需符合高度複雜性針灸適應症
- 無高度複雜性適應症，但有中度複雜適應症+「特殊疾病」(如衛生福利部公告之罕見疾病、糖尿病、氣喘等)
- 需針灸2個部位以上，且須合併1項輔助治療
- 治療時間：合計20分鐘以上

5



支付標準修正前後比較-傷科治療

修正前

一般傷科

227點

複雜性傷科

307、477點

- 須符合複雜性傷科適應症
(如關節病變、骨折等)

脫臼整復

227、327點

修正後

一般傷科

227點

中度複雜性傷科

427點(療程第1次)

• 適應症：

- 需符合中度複雜性傷科適應症
- 無中度複雜性適應症，但有「特殊疾病」(如衛生福利部公告之罕見疾病、糖尿病、氣喘等)
- 須合併1項輔助治療
- 治療時間：合計10分鐘以上

高度複雜性傷科

877~1277點(起始次)

• 適應症：

- 起始次治療處置訂定不同適應症(如多部位損傷需符合高度複雜性傷科〔多部位損傷〕適應症、脫臼整復復位需符合高度複雜性傷科〔脫臼〕適應症)
- 須合併1項輔助治療
- 治療時間：合計20分鐘以上

6



配套措施

- ✓ 上述修訂衛生福利部公告自110年3月1日生效，針灸合併傷科章節併同修正。
- ✓ 本署將監測針灸及傷科申報狀況。
- ✓ 合併執行之輔助治療納入健保給付後，觀察民眾自費申訴案件增減情形。

7

謝謝聆聽

8



確保複雜性針灸照護品質之標準作業程序

統一複雜性針灸標準作業程序，以確保複雜性針灸照護品質，
包括新增三大重點：

- 1.治療部位
- 2.治療時間
- 3.輔助治療

-2-

修正複雜性針灸給付方式

項目	一般針灸	中度複雜針灸	高度複雜針灸
適應症	無限定	(1)附表4.4.1所列疾病 (2)無附表4.4.1所列疾病，但有附表4.4.2所列特殊疾病者	(1)附表4.4.3所列疾病 (2)中度複雜性針灸治療適應症 (附表4.4.1)合併有附表4.4.2特殊疾病
針灸部位	無限定	須針灸二個(含)以上部位：頭頸部、軀幹部或四肢，任兩部位或以上	
輔助治療	無限定	※ 新增自費項目納入健保給付 ※ 須合併以下任一輔助治療：拔罐治療、放血治療、刮痧治療、熱療(含紅外線治療)、艾灸治療、電療或眼部特殊針灸	
治療時間	無限定	治療總時間至少10分鐘以上	治療總時間至少20分鐘以上

-3-

確保複雜性傷科照護品質之標準作業程序

統一複雜性傷科標準作業程序，以確保複雜性傷科照護品質，
包括新增二大重點：

- 1.治療時間
- 2.輔助治療



-4-

修正複雜性傷科給付方式-1

項目	一般傷科治療	中度複雜傷科治療
適應症	無限定	(1)附表4.5.1所列疾病 (2)無附表4.5.1所列疾病，但有附表4.4.2所列特殊疾病者
輔助治療	無限定	※ 新增自費項目納入健保給付 ※ 須合併以下任一輔助治療：藥薰治療、拔罐治療、刮痧治療、電療、熱療(含紅外線治療)、膏布治療或夾板固定治療
治療時間	無限定	總處置時間至少10分鐘以上

-5-

修正複雜性傷科給付方式-2

項目	高度複雜傷科 (多部位損傷)治療	高度複雜傷科 (骨折)治療	高度複雜傷科 (脫臼)治療	高度複雜傷科(中度複雜性傷科合併特殊疾)治療
適應症	附表4.5.2所列疾病。	1.適應症詳附表4.5.4 2.起始次定義含再次接骨	1.適應症詳附表4.5.3 2.起始次定義含再次復位	中度複雜性傷科治療適應症(附表4.5.1)且合併有特殊疾病(附表4.4.2)
輔助治療	※ 新增自費項目納入健保給付 ※ 須合併以下任一輔助治療：藥薰治療、拔罐治療、刮痧治療、電療、熱療(含紅外線治療)、膏布治療或夾板固定治療			
治療時間	治療總時間至少20分鐘以上			

-6-

確保複雜性針灸及傷科照護品質標準作業程序

於六分區召開複雜性針灸傷科說明會，說明標準作業程序



感謝聆聽



第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：「基層總額轉診型態調整費用」與「鼓勵院所建立轉診之合作機制」

執行成效評估(含長期效益評估指標、病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)，請鑒察。

報告單位業務窗口：洪于淇科長，聯絡電話：02-27065866 分機 2667

.....

本會補充說明：

- 一、健保署依 110 年度醫院、西醫基層總額及其他預算之協定事項及本會 110 年度工作計畫，於本次委員會議提出專案報告(簡報如附件一，第 206~220 頁)。
- 二、健保署所提專案報告內容，已依總額協定事項提出轉診案件變化及病人流向等效益評估資料，惟針對部分協定事項之要求未加以敘明，本會於 6 月 4 日請健保署補充說明，彙整總額協定事項及該署於 6 月 7 日回復之補充說明如下表：

部門	專款項目 (金額)	協定事項	健保署依本會所請之 補充說明
醫院	鼓勵院所建立轉診之合作機制 (醫院 4 億元)	1. 經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。 2. 請精進方案執行內容，提升分級醫療成效。 3. 請健保署 <u>建立長期效益評估指標</u> ，持續監測病人流向(含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)及評估執行效益。	1. 建立長期效益評估指標之辦理情形： (1) 為評估分級醫療執行成效，以「轉診成功個案於基層停留時間」做為長期效益評估指標。 (2) 分析該指標近 2 年執行成效，108 年為 85.1367 天、109 年為 86.3348 天，停留時間增加 1.1981 天。相關資料已列於簡報第 23 頁。
西醫基層	(西醫基層 2.58 億元)		

部門	專款項目 (金額)	協定事項	健保署依本會所請之 補充說明
其他 預算	基層總額轉 診型態調整 費用 (10 億元)	<p>1. 優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目不足之經費。</p> <p>2. <u>請健保署持續檢討經費動支條件，並建立長期效益評估指標，監測病人流向(含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)及評估執行效益，於 110 年 7 月底前提出專案報告(含「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目)。</u></p> <p>3. <u>本項動支方案(含經費動支條件及相關規劃)應於 109 年 11 月底前完成相關程序，並送本會備查。</u></p>	<p>2. 監測病人下轉後醫療費用變化情形： (1) 病人下轉到診所人數及件數詳簡報第 21~22 頁。 (2) 病人下轉到診所後醫療費用變化情形，補充如附件二(第 221 頁)。</p> <p>3. 檢討「基層總額轉診型態調整費用」經費動支條件之辦理情形： (1) 109 年同項經費動支條件經西醫基層總額 108 年第 4 次研商議事會議決議，比照 108 年結算方式辦理。 (2) 110 年本項經費動支條件原訂於 110 年 5 月 27 日召開之 110 年第 2 次西醫基層總額研商議事會議討論，惟配合防疫作業，避免集會活動，取消該會議。</p>

三、依 110 年度總額協定事項，本案尚未完成「基層總額轉診型態調整費用」動支方案之相關程序，建請健保署持續辦理以下事項：

- (一) 檢討「基層總額轉診型態調整費用」之動支條件，並於完成方案(含經費動支條件及相關規劃)後提報本會備查。
- (二) 持續評估相關專款之執行效益、精進方案內容，以落實分級醫療政策。

決定：

「基層總額轉診型態調整費用」與 「鼓勵院所建立轉診之合作機制」 執行成效評估

中央健康保險署
110年6月25日



衛生福利部中央健康保險署

大綱

分級醫療執行策略

- ⑩六 大策略及相關配套措施
- ⑩本署推動雙向轉診策略—誘因
- ⑩配合編列預算

提高轉診支付誘因

- ⑩轉診支付標準
- ⑩基層總額轉診型態費用

年度轉診執行成效

110年第1季分級醫療執行成效



衛福部推動分級醫療策略

紅字為健保署權責

6.加強醫療財團法人管理

- 修法加強醫療財團法人監督管理
- 限制醫療法人醫院附設診所之管理措施
- 規範醫院不得以交通車載送方式不當招攬輕症病人

5.提升民眾自我照護知能

- 加強宣導分級醫療
- 加強自我健康管理
- 宣導利用家醫群24小時電話諮詢服務

4.強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照護

- 建置轉診資訊交換平台
- 建置居家照護資訊共享平台
- 強化醫院出院準備及追蹤服務
- 鼓勵醫師跨層級支援
- 鼓勵診所及醫院共同照護



1.提升基層醫療服務量能

- 開放基層表別・擴大診所服務範疇
- 擴大家庭醫師整合性照護計畫
- 鼓勵診所朝向多科聯合執業，提供一站式整合性服務
- 輔導基層診所規劃無障礙空間，建立友善就醫環境

2.導引民眾轉診就醫習慣與調整部分負擔

- 降低弱勢民眾就醫經濟障礙
- 提高假日基層開診率、提供開診時段與急診就醫資訊查詢
- 調整門診部分負擔，鼓勵民眾至診所就醫
- 調整急診部分負擔，紓解急診壅塞
- 建置電子轉診單並監控非必要轉診

3.調高醫院重症支付標準，導引醫院減少輕症服務

- 調高重症支付標準
- 推動區域級以上醫院門診減量
- 持續推動緊急醫療能力分級

3



本署推動雙向轉診策略

大醫院門診減量

- 調整急重症支付標準
- 區域級(含)以上醫院門診件數降低2%

醫院



資訊共享

- 電子轉診
- 雲端查詢系統

平台



強化醫院與診所合作提供連續性照護

- 轉診支付誘因
- 基層總額轉診型態調整費用

誘因



基層

提升基層服務量能

- 家醫計畫
- 開放表別

4



配合編列預算

- ✓ 為推動分級醫療政策，大部分配套措施已於106年完成，本署於107年增列預算擴大辦理。

項目	106年	107年	108年	109年	110年
鼓勵院所建立轉診之合作機制		3.87	9.47	9.47	6.58
基層總額轉診型態調整費用		13.46	13.46	10.0	10.0
基層開放表別	2.5	4.5	7.2	8.2	9.2
家庭醫師整合照護計畫	15.8	28.8	28.8	35.0	36.7
跨層級醫院合作計畫	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
強化出院準備	—	0.5	0.5	0.5	0.5
合計	19.3	52.13	60.43	64.17	63.98

5



提高轉診支付誘因

- 轉診支付標準
- 基層總額轉診型態費用



6



轉診支付誘因

✓為推動分級醫療，鼓勵院所「建立轉診之合作機制」，自107年起編列專款預算。
規劃轉診支付誘因，新增5項轉診支付標準項目，自107年7月1日起施行。

預算(億元)	107年	108年	109年	110年
醫院	2.58	6.89	6.89	4
西醫基層	1.29	2.58	2.58	2.58

支付標準	適用層級		支付點數
	醫院	基層診所	
辦理轉診費_回轉及下轉	∨		使用轉診電子平台：500點 未使用轉診電子平台：400點
辦理轉診費_上轉	∨	∨	使用轉診電子平台：250點 未使用轉診電子平台：200點
接受轉診 診察費加算	∨	∨	200點

7



轉診支付範例

層級別	西醫基層		醫學中心		
	是否使用 電子轉診平台	使用	未使用	使用	未使用
上轉		每人250點	每人200點		接受轉診診察費 加算200點
下轉或治療結束 後回轉 (限醫院層級 以上申報)		接受轉診診察費 加算200點		每人500點	每人400點

8



轉診支付相關規範及核付情形-1

轉診支付標準支付方式：

- ✓ 病人需有就醫事實，轉出院所確認轉入院所受理轉診後即可先申報轉診費，惟轉診費用點數先申報為0，由本署後續勾稽個案就醫情形後每季統一補付。
- ✓ 同體系院所間（含委託經營）之轉診案件不得申報。

總額別	107年(107Q3-107Q4)				108年				109年			
	申報 醫令數	核付 醫令數	核付率	結算數	申報 醫令數	核付 醫令數	核付率	結算數	申報 醫令數	核付 醫令數	核付率	結算數
醫院	51.2	35.3	68.9%	0.72	124.1	87.9	70.9%	1.98	116.1	81.1	69.9%	1.97
西醫 基層	41.3	24.4	59.1%	0.57	96.3	61.7	64.1%	1.44	94.1	62.5	66.4%	1.47
合計	92.5	59.7	64.6%	1.29	220.3	149.7	67.9%	3.42	210.2	143.7	68.3%	3.43

註：轉診支付標準自107年7月1日起施行。

9



轉診支付相關規範及核付情形-2

層級別	轉診項目	107年(107Q3-107Q4)			108年			109年		
		申報 醫令量	核付 醫令量	核付率	申報 醫令量	核付 醫令量	核付率	申報 醫令量	核付 醫令量	核付率
醫院	上轉	5.0	3.0	59.3%	12.3	8.3	68.0%	11.0	7.5	68.1%
	下轉	9.1	3.1	34.1%	30.7	11.2	36.3%	30.6	11.5	37.6%
	接受轉診	37.1	29.2	78.7%	81.0	68.4	84.4%	74.5	62.1	83.4%
	小計	51.2	35.3	68.9%	124.1	87.9	70.9%	116.1	81.1	69.9%
基層	上轉	39.1	23.0	58.8%	87.9	55.4	63.0%	84.5	55.0	65.1%
	下轉	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	接受轉診	2.3	1.5	64.5% 	8.4	6.4	76.1% 	9.7	7.5	77.8%
	小計	41.3	24.4	59.1%	96.3	61.7	64.1%	94.1	62.5	66.4%
合計	上轉	44.1	25.9	58.9%	100.2	63.7	63.6%	95.5	62.5	65.5%
	下轉	9.1	3.1	34.1%	30.7	11.2	36.3%	30.6	11.5	37.6%
	接受轉診	39.4	30.7	77.9%	89.4	74.8	83.7%	84.2	69.6	82.7%
	小計	92.5	59.7	64.6%	220.3	149.7	67.9%	210.2	143.7	68.3%

註：轉診支付標準自107年7月1日起施行。

10



基層總額轉診型態調整費用案件

一、轉診成功案件：申報轉診醫令且轉診成功者，該保險對象6個月於西醫基層總額案件點數。

二、自行就醫案件：(108.8.29基層總額研商會議決議增列)

(一)門診(含急診)案件：當月於基層就醫者，其主診斷自就醫當月及往前3個月，均只在醫院就醫而未在基層就醫者，該保險對象當月以同一主診斷於西醫基層總額案件點數*1.5計算。

(二)住診案件：當月於基層就醫者，其主診斷前3碼自就醫當月及往前3個月均只在醫院就醫而未在基層就醫，自醫院住院離院後，2週內至西醫基層總額案件點數。

11



年度轉診執行成效



12



轉診案件申報情形(以接受端分析)

單位：千件

接受院所層級	106年1-12月		107年1-12月		108年1-12月		109年1-12月	
	值	轉診率	值	轉診率	值	轉診率	值	轉診率
總就醫件數	295,563		300,832		305,967		283,945	
轉診件數	2,448	0.83%	2,898	0.96%	3,550	1.16%	3,374	1.19%
醫學中心								
總就醫件數	31,483		31,172		31,029		30,129	
轉診件數	1,012	3.21%	1,207	3.87%	1,369	4.41%	1,352	4.49%
區域醫院								
總就醫件數	44,598		44,573		43,796		42,420	
轉診件數	1,150	2.58%	1,321	2.96%	1,483	3.39%	1,398	3.30%
地區醫院								
總就醫件數	29,350		30,506		32,854		32,163	
轉診件數	279	0.95%	335	1.10%	485	1.48%	515	1.60%
基層院所								
總就醫件數	190,132		194,580		198,288		179,233	
轉診件數	7	0.00%	36	0.02%	213	0.11%	109	0.06%

註1：本表含視同轉診案件。

註2：107年1-12月資料擷取自108.02公告之「107年分級醫療整體成效進度追」、108年1-12月資料擷取自109.3.23公告之「108年分級醫療整體成效進度追」、109年1-12月資料擷取自110.2.20公告之「109年分級醫療整體成效進度追」。

13



各層級轉診流向分析

	107年1-12月		108年1-12月		109年1-12月		成長率
	件數	占率	件數	占率	件數	占率	
總計	911,946	100.00%	1,335,663	100.00%	1,182,220	100.00%	-12.88%
接受上轉	807,721	88.57%	978,800	73.28%	925,669	78.30%	-5.90%
接受平轉	33,236	3.64%	197,817	14.81%	72,637	6.14%	-66.01%
接受下轉(C+D)	57,779	6.34%	148,692	11.13%	174,508	14.76%	16.83%
單向下轉(C)	48,763	5.35%	115,784	8.67%	133,788	11.32%	15.18%
回轉(D)	9,016	0.99%	32,908	2.46%	40,720	3.44%	22.62%
資料不全	13,210	1.45%	10,354	0.78%	9,406	0.80%	-9.06%

註1：107年1-12月及108年1-12月資料取自109年3月23日公告之「108年分級醫療整體成效進度追蹤」、
109年1-12月資料取自110年2月20日公告之「109年分級醫療整體成效進度追蹤」。

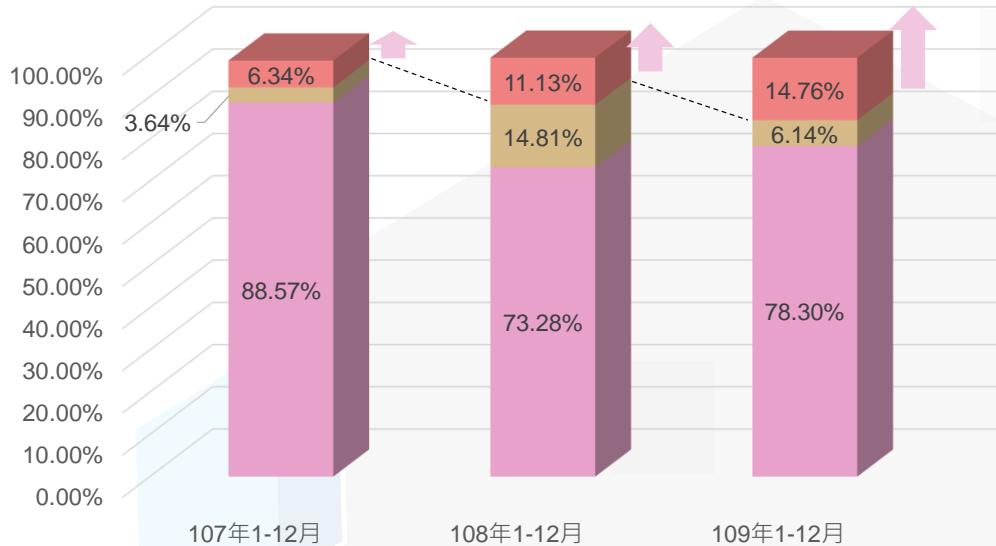
註3：成長率係指當年與前一年同期比較。

14



雙向轉診流向分析

■ 接受上轉占率 ■ 接受平轉占率 ■ 接受下轉占率



15



所有下轉案件-層級別分析

✓ 下轉到診所占率：107年為42%、108年為57%、109年為56%。

轉出端

層級別	107年1-12月				108年1-12月				109年1-12月			
	申請總件數(萬)(A)	轉診件數(B)	占率(B/C)	轉診率(B/A)	申請總件數(萬)(A)	轉診件數(B)	占率(B/C)	轉診率(B/A)	申請總件數(萬)(A)	轉診件數(B)	占率(B/C)	轉診率(B/A)
醫學中心	3,355	32,810	57%	0.10%	3,103	81,932	55%	0.26%	3,013	95,128	55%	0.32%
區域醫院	4,776	20,247	35%	0.04%	4,380	54,735	37%	0.12%	4,242	65,736	38%	0.15%
地區醫院	3,182	4,722	8%	0.01%	3,285	12,025	8%	0.04%	3,216	13,644	8%	0.04%
總計	11,314	57,779	100%	0.05%	10,768	148,692(C)	100%	0.14%	10,471	174,508(F)	100%	0.17%

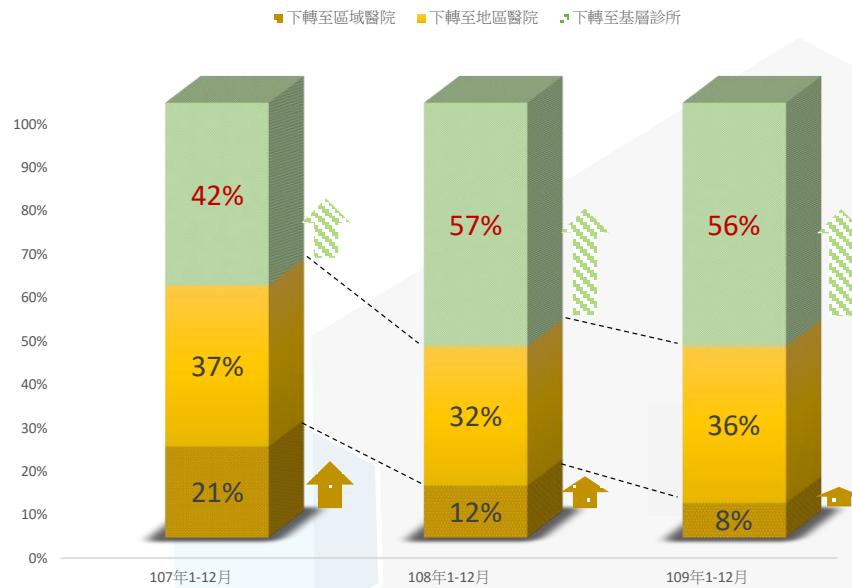
接受端

層級別	107年1-12月				108年1-12月				109年1-12月			
	申請總件數(萬)(G)	轉診件數(H)	占率(H/C)	轉診率(H/G)	申請總件數(萬)(G)	轉診件數(H)	占率(H/C)	轉診率(H/G)	申請總件數(萬)(G)	轉診件數(H)	占率(H/C)	轉診率(H/G)
區域醫院	4,776	12,032	21%	0.03%	4,380	17,403	12%	0.04%	4,242	14,307	8%	0.03%
地區醫院	3,182	21,513	37%	0.07%	3,285	47,040	32%	0.14%	3,216.3	62,112	36%	0.19%
基層診所	26,496	24,234	42%	0.01%	19,829	84,249	57%	0.04%	17,923.3	98,089	56%	0.05%
總計	34,454	57,779	100%	0.02%	27,494	148,692(C)	100%	0.05%	25,381.7	174,508(F)	100%	0.07%

16



所有下轉案件-層級流向占率



17



所有下轉案件-前十大疾病

108年			109年			
排名	疾病名稱	件數(A)	占率(A/B)	疾病名稱	件數(A)	占率(A/B)
1	糖尿病	11,525	7.8%	糖尿病	11,565	6.6%
2	高血壓性疾病	5,759	3.9%	高血壓性疾病	6,872	3.9%
3	脊椎病變	5,102	3.4%	食道、胃及十二指腸之疾病	6,510	3.7%
4	其他背(部)病變	4,934	3.3%	脊椎病變	5,873	3.4%
5	食道、胃及十二指腸之疾病	4,877	3.3%	其他背(部)病變	5,556	3.2%
6	急性上呼吸道感染	4,682	3.1%	急性上呼吸道感染	4,643	2.7%
7	脈絡膜與視網膜疾病	3,349	2.3%	急性腎衰竭及慢性腎臟疾病	4,050	2.3%
8	其他軟組織疾患	2,979	2.0%	脈絡膜與視網膜疾病	3,872	2.2%
9	關節(病)症	2,963	2.0%	甲狀腺疾患	3,598	2.1%
10	急性腎衰竭及慢性腎臟疾病	2,900	2.0%	其他軟組織疾患	3,481	2.0%
前10大小計		49,070	33.0%	前10大小計	56,020	32.1%
所有下轉案件		148,692(B)	100%	所有下轉案件	174,508(B)	100%

註：占率=該疾病案件/所有下轉案件

18



下轉到診所案件-前十大疾病

以慢性疾病為主

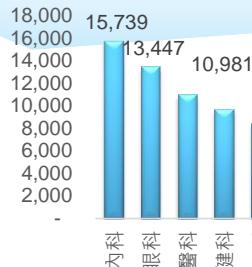
108年				109年		
排名	疾病名稱	件數(A)	占率(A/B)	疾病名稱	件數(A)	占率(A/B)
1	糖尿病	7,104	8.4%	糖尿病	7,200	7.3%
2	急性上呼吸道感染	4,388	5.2%	其他背(部)病變	4,667	4.8%
3	其他背(部)病變	3,818	4.5%	高血壓性疾病	4,515	4.6%
4	高血壓性疾病	3,791	4.5%	急性上呼吸道感染	4,327	4.4%
5	脊椎病變	3,368	4.0%	食道、胃及十二指腸之疾病	4,263	4.3%
6	食道、胃及十二指腸之疾病	3,331	4.0%	脊椎病變	3,957	4.0%
7	脈絡膜與視網膜疾病	2,508	3.0%	脈絡膜與視網膜疾病	2,647	2.7%
8	關節(病)症	2,064	2.4%	其他軟組織疾患	2,394	2.4%
9	其他軟組織疾患	2,014	2.4%	急性腎衰竭及慢性腎臟疾病	2,087	2.1%
10	結膜疾病	1,708	2.0%	關節(病)症	1,871	1.9%
前10大小計		34,094	40.5%	前10大小計	37,928	38.7%
所有下轉案件		84,249(B)	100%	所有下轉案件		98,089(B)
						100%

註：占率=該疾病案件/所有下轉案件

19

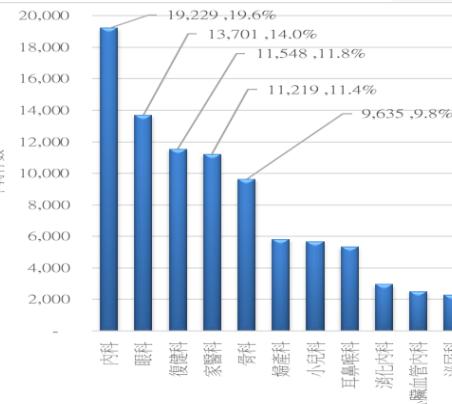


下轉到診所-就醫科別分析



下轉診所(84,249件)科別前3名

- 第一名：內科(占18.7%)
- 第二名：眼科(占16.0%)
- 第三名：家醫科(占13.0%)



下轉診所(98,089件)科別前3名

- 第一名：內科(占19.6%)
- 第二名：眼科(占14.0%)
- 第三名：復健科(占11.8%)

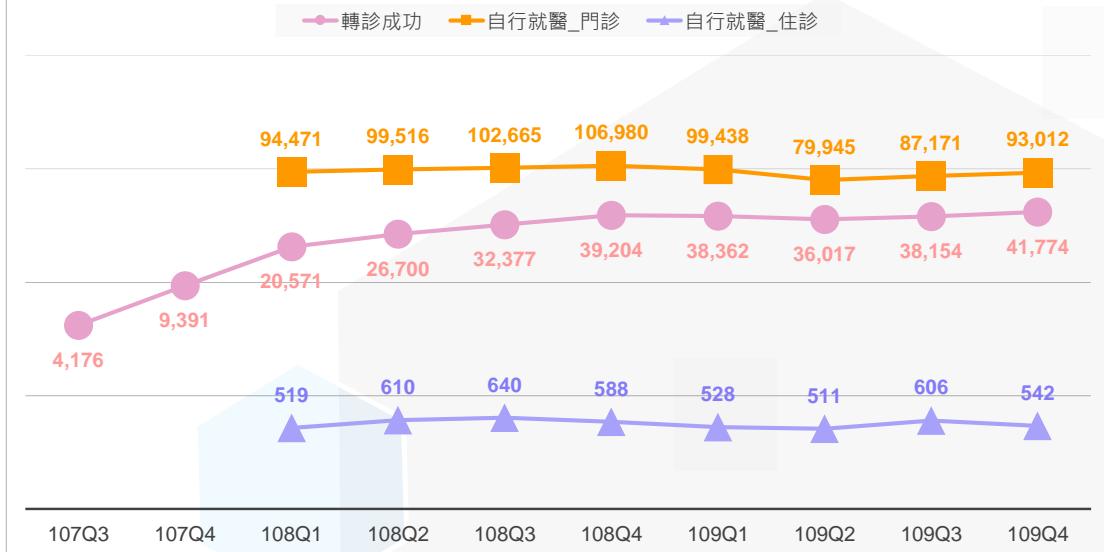
以慢性疾病科別為主要

20



下轉到診所人數 基層總額轉診型態調整費用

轉診人數

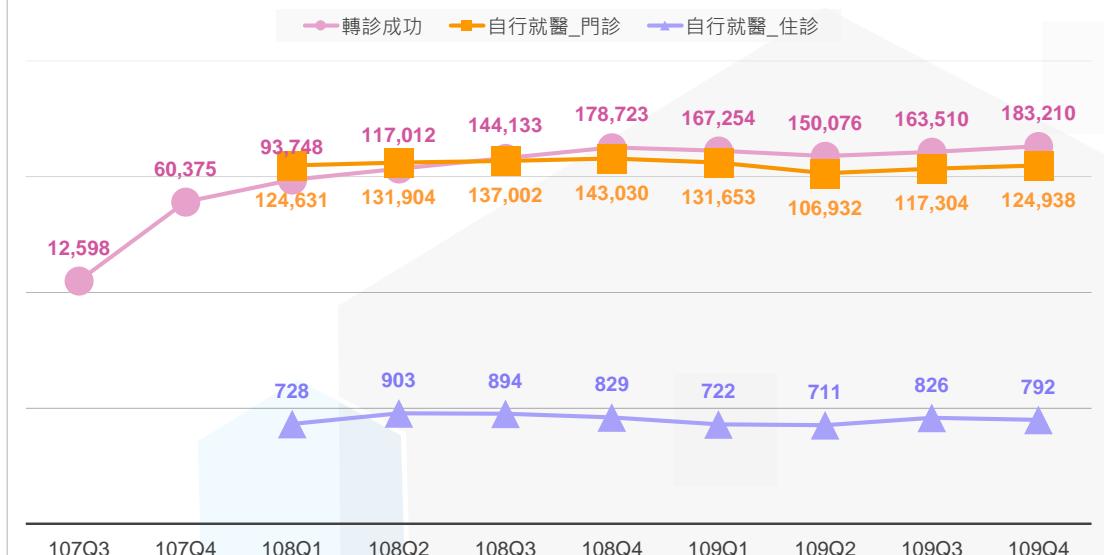


21



下轉到診所件數 基層總額轉診型態調整費用

轉診件數



22



下轉至診所看診停留期間

基層總額轉診型態調整費用

單位：天

轉診型態	108年	109年
轉診成功	85.1367	86.3348 ↑
自行就醫_門診	94.0305	93.4077 ↓
自行就醫_住診	22.6814	19.0884 ↓

註：保險對象由醫院下轉至基層後再回醫院就診期間於基層停留之時間。

23



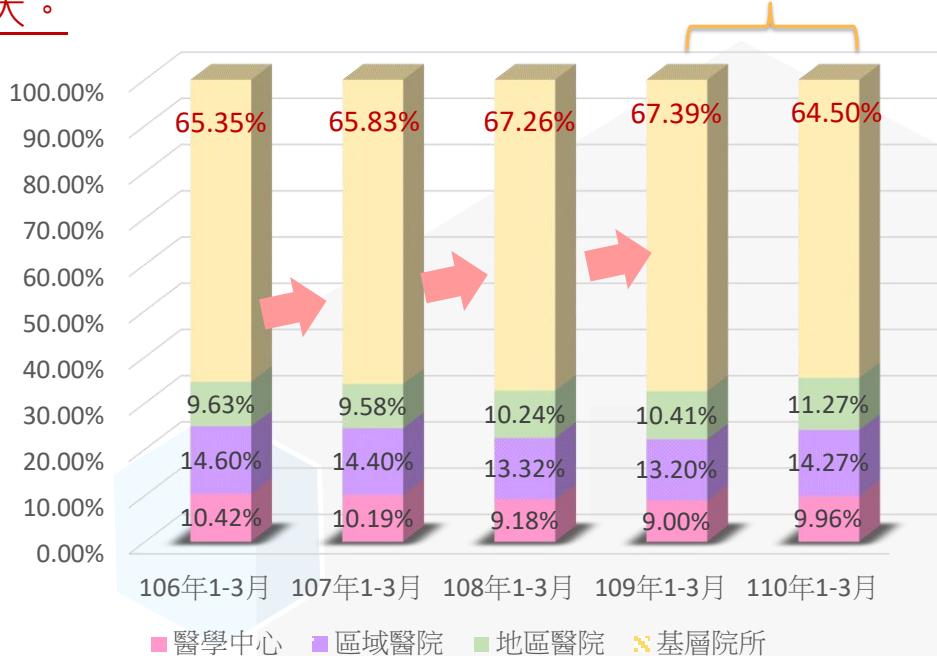
110年第1季分級醫療執行成效

24



110Q1各層級院所就醫占率變化

✓ 自109年起受疫情影響，基層院所就醫次數下降幅度較大。



25



轉診案件申報情形(以接受端分析)

單位：千件

接受院所層級	106年1-3月		107年1-3月		108年1-3月		109年1-3月		110年1-3月	
	值	轉診率	值	轉診率	值	轉診率	值	轉診率	值	轉診率
總就醫件數	72,964		77,689		74,503		71,205		67,987	
轉診件數	514	0.70%	640	0.82%	778	1.04%	769	1.08%	806	1.19%
醫學中心										
總就醫件數	7,602		7,916		6,839		6,412		6,775	
轉診件數	198	2.60%	266	3.36%	303	4.42%	305	4.76%	321	4.74%
區域醫院										
總就醫件數	10,654		11,185		9,927		9,401		9,702	
轉診件數	254	2.38%	299	2.68%	348	3.50%	322	3.43%	333	3.43%
地區醫院										
總就醫件數	7,024		7,446		7,627		7,409		7,660	
轉診件數	62	0.88%	72	0.97%	107	1.40%	118	1.59%	125	1.64%
基層院所										
總就醫件數	47,684		51,141		50,109		47,984		43,850	
轉診件數	0	0.00%	3	0.01%	21	0.04%	24	0.05%	27	0.06%

註1：本表含視同轉診案件。

註2：107年1-3月及108年1-3月資料擷取自109年5月11日公告之「109年分級醫療整體成效進度追蹤」。109年1-3月資料擷取自109年5月11日公告之「109年分級醫療整體成效進度追蹤」。110年1-3月資料擷取自110年5月17日公告之「109年分級醫療整體成效進度追蹤」。

26



各層級轉診流向分析

	107年1-3月		108年1-3月		109年1-3月		110年1-3月		成長率
	件數	占率	件數	占率	件數	占率	件數	占率	
總計	173,916	100.00%	249,066	100.00%	262,094	100.00%	288,721	100.00%	-7.28%
接受上轉	159,454	91.68%	200,073	80.33%	204,315	77.95%	225,074	77.96%	-1.23%
接受平轉	6,800	3.91%	19,946	8.01%	17,410	6.64%	18,640	6.46%	-64.62%
接受下轉(C+D)	4,071	2.34%	26,867	10.79%	38,051	14.52%	42,867	14.85%	50.75%
單向下轉(C)	3,590	2.06%	21,727	8.72%	29,679	11.32%	32,379	11.21%	42.11%
回轉(D)	481	0.28%	5,140	2.06%	8,372	3.19%	10,488	3.63%	85.63%
資料不全	3,591	2.06%	2,180	0.88%	2,318	0.88%	2,140	0.74%	-10.50%

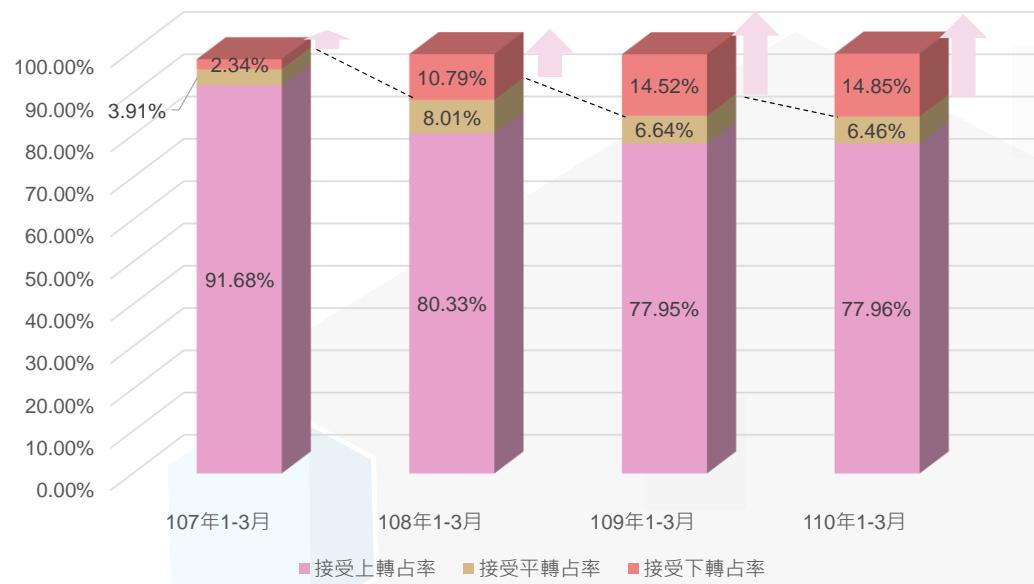
註1：107年1-3月及108年1-3月資料擷取自109年5月11日公告之「109年分級醫療整體成效進度追蹤」。109年1-3月資料擷取自109年5月11日公告之「109年分級醫療整體成效進度追蹤」。110年1-3月資料擷取自110年5月17日公告之「109年分級醫療整體成效進度追蹤」。

註2：成長率係指當年與前一年同期比較。

27



雙向轉診流向分析



28



結語

- 社區醫療應以預防醫學、輕症與慢性病照護及居家醫療與臨終照護為努力目標。
- 推動分級醫療係衛福部中長期政策，期待建立醫療體系分工合作與民眾之配合。
- 分級就醫做得好，醫療效率與品質可兼顧。



衛生福利部中央健康保險署

Thank You!

29



基層總額轉診型態調整費用預算

➤其他部門「基層總額轉診型態調整費用」預算：

- ✓107年：13.46億元。
- ✓108年：13.46億元。
- ✓109年：10億元。
- ✓110年：10億元。

➤108年8月29日西醫基層總額研商議事會議決議，增列「自行就醫_門診(含急診)案件」、「自行就醫_住診案件」。

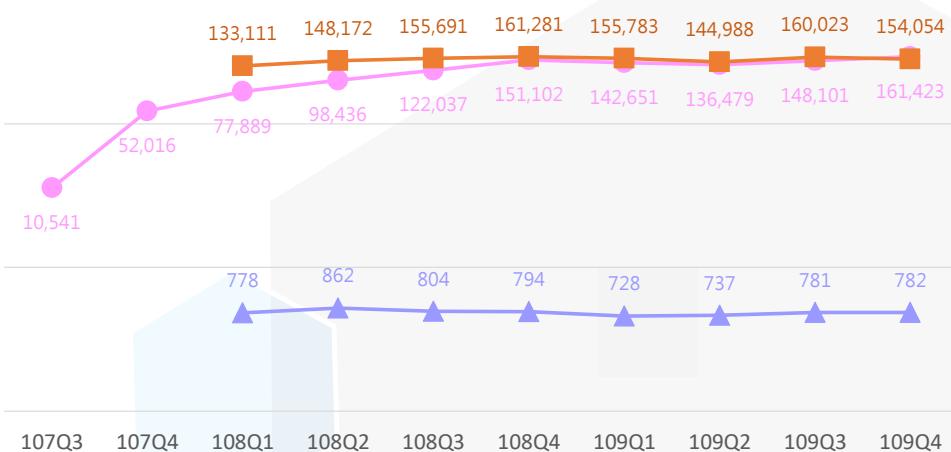
1



下轉到診所費用 基層總額轉診型態調整費用

轉診費用(單位：千元)

● 轉診成功 ■ 自行就醫_門診 ▲ 自行就醫_住診



2

附錄

附錄一

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 台北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：劉于鳳
聯絡電話：(02)8590-6879
傳真：(02)8590-6046
電子郵件：hsyufeng@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國110年5月6日
發文字號：衛部健字第1103360067號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：委員所提諮詢意見摘要併同發言實錄(含書面意見)

主旨：檢陳本會對「111年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)之意見，請鑒察。

說明：

- 一、復鈞部110年4月22日衛部保字第1101260130號函。
- 二、關於鈞部交下依據全民健康保險法第60條規定，擬訂之111年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)，經提本會第5屆110年第1次委員會議(110.4.30)報告，委員所提諮詢意見摘要併同發言實錄(含書面意見)如附件，敬請鈞部參考。

正本：本部社會保險司
副本：衛生福利部中央健康保險署

附錄二

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

地址：115204 台北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：陳小姐
聯絡電話：(02)8590-6754
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hgstchen@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年5月28日
發文字號：衛部保字第1101260170號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：111年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)

主旨：檢陳「111年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍（草案）」，報請鑒核。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第60條規定辦理。
- 二、有關「111年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍（草案）」（詳附件），係以110年度全民健康保險醫療給付費用為基期，經考量投保人口結構改變、醫療服務成本改變及投保人口數之成長對醫療費用之影響，以及配合政策目標（含本部健保總額中長期改革計畫與賡續健保總額之計畫），以民眾醫療需求、政策推動對醫療費用之影響為主，並兼顧醫療體系之發展，與衡量民眾付費能力（含總體經濟情勢）、我國整體醫療保健支出及健保財務收支情形所擬，爰建議111年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率訂為1.272%至4.746%，較前一年增加100億元至372億元，估計整體全民健康保險醫療費用（含部分負擔）為7,935億元至8,207億元，推算保險成本（不含部分負擔）7,347億元至7,618億元。

正本：行政院

副本：國家發展委員會、衛生福利部中央健康保險署、本部全民健康保險會

110.06.01



110CC00371

第1頁 共1頁

111 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍 (草案)

中華民國 110 年 5 月 28 日
衛生福利部

壹、法源依據

依全民健康保險法（以下稱健保法）第 60 條規定，全民健康保險（以下稱全民健保）每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始 6 個月前擬訂其範圍，經諮詢全民健康保險會（以下稱健保會）後，報請行政院核定。

貳、訂定年度醫療給付費用總額範圍之目的

為配合全民健保財務責任制度之建立，合理控制醫療費用，達成財務收支平衡，健保法第 60 條至第 62 條明定應實施總額支付制度，並規定應由健保會於年度開始前，協議訂定及分配年度醫療給付費用總額，期藉由集體協商機制，達到合理控制費用之目的，詳圖一。

年度醫療給付費用總額雖由健保會協議訂定，但為配合政府編列預算之程序，並兼顧國家總體經濟之發展與國民之醫療需要，健保法乃明定主管機關應於年度開始 6 個月前，擬訂醫療給付費用總額範圍，報請行政院核定。

參、歷年總額協定結果與執行狀況

一、歷年醫療給付費用成長率核定範圍及協定結果

本部自 89 年起，依據健保法第 60 條規定，於年度開始 6 個月前擬訂醫療給付費用總額範圍，報請行政院核定。

健保會依健保法第 61 條規定，配合本部之政策目標，以有效使用健保資源為前提，並以「健康投資」取代「醫療購買」之思維，進行年度醫療給付費用總額之協定及分配。

本部近年報院及行政院核定之醫療給付費用成長率範圍，與健保會協定結果，詳附表一。

二、歷年年度總額預算執行情形

健保會進行之年度總額協定及分配，包括各部門總額（牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院）及其他預算，而各部門總額又區分為一般服務及專款項目。107 年至 110 年各部門總額及其分配方式協定結果，詳附錄一。

（一）各部門一般服務預算

除醫療服務成本及人口因素之成長率由公式計算外，其餘為協商因素，主要為給付項目的改變、醫療品質提升、其他醫療服務及密集度的改變等。一般服務項目依各區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。

109 年因應嚴重特殊傳染性肺炎（以下稱 COVID-19）疫情影響，本部於 110 年 1 月 22 日以衛授保字第 1090034614 號函公告 109 年度點值結算方式：醫院、牙醫門診、中醫門診總額與門診透析預算採 109 年第 1、2 季合併結算，109 年第 3、4 季按季結算；西醫基層總額採全年結算；交付機構（藥局、醫事檢驗機構、物理治療所、職能治療所、醫事放射機構、病理中心等）配合西醫基層總額採全年結算。歷年各部門總額一般服務平均點值，詳附表二。

（二）各部門專款項目及其他預算

除特殊族群之藥物費用及器官移植費用、調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費外，其餘皆為具體實施之方案，列有預訂達成目標及評估指標之專案計畫，包括支付制度改革之重要計畫，如醫療給付改善方案、住院診斷關聯群(DRGs)支付制度等；強化基層照護能力，推動促進醫療體系整合計畫，如家庭醫師整合性照護計畫、居家醫療照護整合計畫、醫院以病人為中心整合門診照護計畫、跨層級醫院合作計畫及提升急性後期照護計畫；提升醫療品質，如牙醫特殊服務項目、中醫照護計畫、慢性腎臟病照護及病人衛教計畫等；以及醫療資源不足地區改善方案

等多項計畫。105 年至 109 年各部門總額專款項目之預算使用情形及重要項目之執行成果，詳附錄二。

三、109 年度總額執行評核結果

健保會定期於年度總額之協商前（約每年之 7 月~8 月）進行各部門總額執行成果之評核，邀請專家學者評核各部門總額實施績效，包括一般服務之執行成果（如民眾滿意度、就醫可近性及公平性、醫療服務效率等），以及專案計畫之執行成效。

109 年評核結果，牙醫門診總額、醫院總額皆為「優級」；中醫門診總額、西醫基層總額為「良級」。依據前述評核結果，「優級」者，於該部門 110 年度總額酌加 0.2% 之成長率；「良級」者酌加 0.1% 之成長率，作為品質保證保留款（以下稱品保款），鼓勵各部門總額持續提升醫療可近性及服務品質。109 年評核會議，評核委員所提建議重點如下：

（一）整體建議

1. 肯定中央健康保險署（以下稱健保署）發揮單一保險人的優勢，善用資訊科技工具，進行管理並協助各總額部門提高執行效率。
2. 四總額部門均能聚焦於健保會所列評核重點，提出過去一年的執行成果與績效，及未來規劃等。
3. 在全民健保有限的資源下，論量計酬以量取勝模式已無法因應，如何引導醫界以更有效率、以人為本的服務模式，守護國人健康，有待大家集思廣益。

（二）年度重點項目執行成果與未來規劃

1. 整體資源配置與未來規劃

- (1) 健保署為單一保險人，支付制度對資源配置的影響更顯重要，近年門診分項費用中，藥費、特材費占率持續上升，但涉及專業服務的診療費、診察費、藥事服務費則持續下

降，建議健保署在大方向的資源配置，尤其是支付制度上須有通盤考量。

(2)分級醫療涉及醫療體系發展與資源分配，應重新審視整體醫療體系之分工及任務。近年各層級醫院在提升急、重、罕症或診察費支付上已趨於相近或一致，而門診減量措施未涵蓋地區醫院層級，若分級醫療政策傾向側重地區醫院提供門診服務，則建議健保重新檢視地區醫院門住診分配比例、重症照護任務與區域醫院及醫學中心的區隔，及其如何與西醫基層分工合作等，讓各醫療層級在分級醫療政策中發揮應有功能。

2. 分級醫療之推動成效

- (1)推動分級醫療，除目前加強供給端誘因的策略外，應著重建立民眾對基層照護的信心，以提升成效。
- (2)對於分級醫療成效評估，建議增加病人端使用感受的相關指標，並分析病人下轉後，就醫忠誠度與醫療費用變化，以建立長期效益評估指標。
- (3)健保署於 107 年、108 年委託研究進行分級醫療成效評估，對於研究結果及建議，建議健保署後續提出具體改善策略。另建議健保署分析投入分級醫療之預算，分析其成本效益。
- (4)有關轉診率，建議進一步分析同一醫院體系或策略聯盟內的互轉情形，另加強醫師間的病人照會機制，以提升病人對轉診之接受度。
- (5)「基層接受轉診件數」僅有「醫院轉至基層件數」的 30.1%，請健保署深入分析原因，以確實瞭解分級醫療實際成效。

3. 推動健保醫療資訊雲端查詢系統之成效

(1)健康存摺目前使用比率約 20.5%，然全國青壯人口約占 72%，整體利用尚有成長空間，建議針對使用者特性、地區別等進行分析，做為改善策略之依據。

(2)健康存摺資訊越趨完整、細緻且涵蓋眷屬資料，日前為防疫工作，授權廠商開發下載程式，並廣泛設置連結系統，請健保署定期稽核，以避免侵害民眾隱私。

(三)一般服務項目執行績效

1. 各總額部門醫療服務品質調查的「自付其他費用的比例」逐年上升，健保署民眾申訴及反映成案件統計也以「額外收費（自費抱怨）」為最大宗，宜注意變化趨勢，建議結合本部國民醫療保健支出對「家庭自付」的調查結果，進行更細緻的分析。
2. 各總額部門醫療服務品質調查樣本數、抽樣方式建議考量較多元且更有效率的調查方式，如線上問卷、電子郵件、紙本郵寄等方式。另現行問卷題目多有類似，宜重新檢視。
3. 符合品保款核發資格之院所占率，除中醫部門及血液透析略有降低外，其餘總額部門都持續上升，過去已多次建議品保款發放資格條件宜有提升醫療品質之鑑別度，應持續改善。

(四)專案項目執行績效（跨部門及其他預算）

1. 許多計畫/方案以「增加服務人次（數）」為績效指標之一，但某些計畫如跨層級醫院合作、矯正機關醫療服務、整合門診等並不適用，建議健保署研議能合理反映長期效率及品質的績效指標。
2. 醫療給付改善方案
 - (1)乳癌照護成效良好，但照護率偏低，其餘方案的照護成效，則是未明顯優於未參加者，請健保署通盤檢討並研議具體改善策略。
 - (2)早期療育存有嚴重的城鄉差異，雖然健保署建議停辦早期

療育方案，若該方案退場，建議於支付標準中強化醫缺地區誘因，以保障弱勢兒童權益。

3. C型肝炎藥費宜採支出上限制，並據以訂定病人治療的優先順序，實際支出不應超出預算；另建議爭取公務預算挹注，不宜全數仰賴健保。
4. 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：山地離島地區人口老化問題較都會區嚴重，請健保署思考引進相關措施，如無障礙服務、身障鑑定之專科醫師、與長照單位的合作銜接機制等。
5. 居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務：目前已納入中醫、牙醫和藥事服務，但仍以西醫為主，持續加強不同醫療體系間的合作與轉介，朝全人照護方向發展。
6. 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：依健保署執行報告，DRGs 成效顯而易見，健保署應積極與醫院部門協調溝通，排除困難，繼續推行。

四、 110 年度醫療給付費用總額範圍協定結果及內涵

行政院 109 年 8 月 3 日以院臺衛字第 1090024113 號函，核定 110 年度全民健保醫療給付費用成長率範圍，即以 109 年度全民健保實際醫療給付費用為基礎，成長 2.907% 至 4.5%。

健保會在行政院核定範圍內，於 109 年 10 月 28 日以衛部健字第 1093360156 號書函陳報其協定結果，經本部核定後，並於 110 年 1 月 20 日以衛部健字第 1103360014 號函公告 110 年度全民健保醫療給付費用成長率為 4.107%。各部門醫療給付費用成長率分別如下：牙醫門診為 3.055%、中醫門診為 4.306%、西醫基層為 3.552%，醫院為 4.382% 以及其他預算增加 4.69 億元（詳附表三）。

110 年度總額協商結果及目前之執行情形如下：

(一)持續引進新藥物及新科技，提升健保給付效益，減少民眾負擔：增加約 37 億元，自 109 年 12 月至 110 年 4 月公告修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」，執行情形如下：

- 1.新藥（26.12 億元）：已新增 19 項新藥。
- 2.新特殊材料（6.5 億元）：已新增 4 項新特殊材料（以下稱特材）。
- 3.新增診療項目（4.5 億元）：已新增修 3 項。

(二)因疾病發生率改變、存活率提升或照護率的增加或給付條件的改變，對醫療服務利用及密集度的影響（增加約 20.19 億元）：

- 1.醫院總額部門新增「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」5 億元，「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變」10 億元。
- 2.「提升重症照護費用，促進區域級（含）以上醫院門住診費用結構改變」執行方式，經 110 年 4 月 14 日醫院總額研商議事第 1 次臨時會議通過，西醫基層院所門診診察費專科醫師加成方式，增列「精神科門診診察費-每位醫師每日門診量在四十五人次以下」部分診療項目；修正急診診察費、精神科門診診察費及高危險早產兒特別門診診察費之內含護理費，並採比率定之，前述修正自 110 年 3 月 1 日起生效。

(三)鼓勵提升醫療品質，以民眾健康為導向：增加約 12.69 億元。

- 1.持續整合論質計酬方案：除辦理原有之糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦照護、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質及初期慢性腎臟病等 9 項方案外，新增其他預算移列之「糖尿病與初期慢性腎臟病(Early-CKD)共同照護服務」，提供整合性照護，避免糖尿病腎病變之產生，增加 3.77 億元。

- 2.牙醫：除急診醫療不足區獎勵試辦計畫增加 0.042 億元外，新

- 增「糖尿病患者口腔加強照護」、「高齡患者根管治療難症處理」、「0~6 歲兒童口腔健康照護試辦計畫」，增加約 3.85 億元。
3. 中醫：除既有之計畫外，如西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療（新增呼吸困難相關疾病）、兒童過敏性鼻炎、癌症患者加強照護整合，新增「中醫針灸處置品質提升」、「中醫傷科處置品質提升」，增加約 4.17 億元。
4. 醫院總額部門急診品質提升方案：精進方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形，增加約 0.86 億元。

(四) 合理反映山地離島或偏遠地區及特殊族群之照護需求，均衡醫療資源之分布：增加約 30.56 億元。

1. 罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病患者之特材以及器官移植病人之照護等，增加約 15.11 億元。
2. 門診透析服務：預算成長率 3.25%，增加 13.22 億元。
3. 醫療資源不足地區改善方案：中醫部門增加 0.05 億元；醫院部門增加 0.2 億元。
4. 牙醫特殊醫療服務計畫：除持續提供先天性唇顎裂與顱顏畸形、特定障別身心障礙者、老人長期照顧暨安養機構及護理之家、居家牙醫醫療服務外，增列腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者牙醫醫療服務，增加約 0.25 億元。
5. 醫院部門醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：增加約 1.5 億元。
6. 其他預算之腎臟病照護及病人衛教計畫：除移列至部門總額之糖尿病與初期慢性腎臟病(Early-CKD)共同照護計畫外，並研議新增急性腎損傷(AKI)病人照護與衛教，增加約 0.23 億元。

(五) 善用醫療服務成本指數改變率（以下稱 MCPI）成長之預算，調整醫療服務支付標準相對值表：增加約 72.3 億元。惟 110 年度總額西醫基層總額及醫院總額部門之協定事項未訂定調整支

付標準相關內容，爰未規劃以此預算修訂支付標準。

(六)建立醫療體系合作機制與提升醫療服務管理效能：增加約 7.11 億元。

- 1.基層「開放表別」：增加 1 億元。106 年開放 25 項，107 年開放 9 項，108 年開放 11 項，109 年新增開放 17 項，執行 4.108 億點，共計開放 62 項。
- 2.西醫基層「家庭醫師整合性照護計畫」：增加 1.7 億元。
- 3.持續推動區域級以上醫院門診減量措施：自 107 年起以 5 年降低 10% 為目標值（以 106 年門診件數為基期），並定期檢討；惟為因應 COVID-19 疫情，為利醫界全力配合防疫，本項措施自 109 年 1 月 23 日起暫緩執行。
- 4.鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊，提升管理效能：增加約 0.67 億元。為推廣健保雲端服務以利醫療資訊即時共享，補助醫事機構之網路頻寬費用，持續鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊。110 年其他預算（增加 0.44 億元）主要用於上傳獎勵金，包括增訂獎勵上傳檢驗(查)結果項目(共 642 項)、獎勵醫事服務機構即時上傳醫療檢查影像及影像報告之項目(共 56 項)、獎勵醫事服務機構上傳人工關節植入物之項目(共 7 項)、獎勵居家訪視健保卡登錄暨上傳資料之醫令項目(共 81 項)、獎勵醫事服務機構申報特定醫令執行起迄時間資料之項目(共 36 項)，

五、 110 年度全民健保收支平衡費率之審議

依健保法第 24 條之規定，保險人於健保會協議訂定醫療給付總額後 1 個月，於健保會提請審議收支平衡費率。依健保會 109 年 11 月 27 日第 4 屆 109 年第 1 次臨時委員會議審議結論，與會委員均有 110 年應調升費率之共識，惟調整幅度委員間無法達成一致見解，最後提出 2 個建議案，分別為甲案：4.97%、乙案：5.47%~5.52%，該會將兩案

併陳本部。

本部經審慎研議後，為兼顧民眾負擔能力、醫療環境與健保財務健全，採取健保會審議結果之折衷方案及其以漸進式調整為宜之意見，一般保險費費率先恢復至二代健保施行前之5.17%（補充保險費費率依法連動調整至2.11%），未來視經濟復甦情形再適時檢討。並於109年12月31日經行政院核定，本部於110年1月11日以衛部保字1100000034號函公告，自110年1月1日生效。

肆、111 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍之擬訂

111 年度全民健保醫療給付費用總額範圍本部係依據下列公式擬訂

111 年度全民健保醫療給付費用上（下）限金額

$$=110 \text{ 年度全民健保醫療給付費用} \times (1 + 111 \text{ 年度全民健保醫療給付費用成長率之高（低）推估值})$$

即 111 年度全民健保醫療給付費用總額範圍

$$=110 \text{ 年度全民健保醫療給付費用} \times (1 + 111 \text{ 年度全民健保醫療給付費用成長率之低推估值 } 1.272\% \sim \text{高推估值 } 4.746\%)$$

$$= (\text{下限}) 7,935 \text{ 億元至 (上限) } 8,207 \text{ 億元}$$

此範圍之財務影評估詳如附表四。

低推估值係按「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」、「醫療服務成本指數改變率」及「投保人口預估成長率」合併計算成長率，並依據健保會之協商架構，以 110 年一般服務預算占率校正後，並校正 109 年投保人口成長率差值。

高推估值為低推估值+調整因素，其中調整因素係依據 111 年度健保政策目標，包括延續健保原有政策目標，及為提升健保給付價值與支付效率所進行之改革，對醫療費用之影響為主，並兼顧醫療體系之發展，與衡量民眾付費能力（含總體經濟情勢）、我國整體醫療保健支出及健保財務收支情形等所擬（詳附表五至七）。

一、 計算說明

（一）低推估值：

1. 醫療服務成本及人口因素成長率

(1) 公式：醫療服務成本及人口因素成長率(A)=(1+投保人口結構改變對醫療費用之影響率+醫療服務成本指數改變率)×(1+投保人口預估成長率)-1

(2)111 年度醫療服務成本及人口因素成長率計算結果：

項目	成長率
投保人口預估成長率	0.136%
投保人口結構改變對醫療費用之影響率	1.746%
醫療服務成本指數改變率	-0.228%
醫療服務成本及人口因素成長率(A)	1.656%

A.投保人口預估成長率(0.136%)

按最近一年可取得之實際投保人口成長率，即 109 年對 108 年投保人口成長率計算，採各季投保人數之平均值。

108 年投保人口數為 23,719,552 人，109 年為 23,751,899 人，成長率為 0.136%。

B.投保人口結構改變對醫療費用之影響率(1.746%)

以 108 年每人醫療費用為基礎，計算 109 年對 108 年保險對象人口結構之影響（依年齡、性別分組，年齡以 1 歲為 1 組），其影響率為 1.746%（附表八之一）。

另併附年齡以 5 歲為 1 組之計算結果，供參（詳附表八之二）。

C.醫療服務成本指數改變率(-0.228%)

(a)成本指數之內涵

醫療服務成本係依各總額部門，分有「人事費用」、「藥品費用」、「醫療材料費用」、「基本營業費用」以及「其他營業費用」五項成本類別，就各項之權重及指數，計算其變動率。

在權重方面：各總額部門各項成本之權重，自 109 年總額起，係採行政院主計總處 105 年工業及服務業普查調查之「醫事機構專案調查」之調查結果，取去除「最高

及最低 5% 極端值」後之平均數。

在指數方面：依據 106 年底暨 109 年底總額公式檢討結果，計算各項醫療服務成本指數之採計，除「藥品費用」與「醫療材料費用」2 項目由行政院主計總處另行計算外，其餘採用行政院主計總處例行公告之指標項目及數值。

(b) 醫療服務成本指數改變率之數值

前述各項成本指數，係以 105 年為基期（訂為 100），計算 109 年對 108 年各指數年增率，並將各總額部門之服務成本指數改變率，按其 109 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為 -0.228%（附表九、九之一至九之四）。

2. 校正：前述醫療服務成本及人口因素成長率之計算結果（A，1.656%），依 110 年一般服務預算占率校正（87.62%），以及校正 109 年投保人口成長率差值（-0.179%）後，成長率為 1.272%。

(二) 高推估值：

即低推估值（1.272%）加上調整因素（3.474%），約增加 372 億元，預估總額為 8,207 億元。

調整因素之擬訂，係依據 111 年度總額政策目標對醫療費用之影響為主，並兼顧醫療體系之發展，與衡量民眾付費能力（含總體經濟情勢）、我國整體醫療保健支出及健保財務收支情形等所擬，作為健保會協議訂定及分配 111 年度總額之空間。

二、 111 年度全民健保醫療給付費用總額之政策目標及內涵

111 年度全民健保醫療給付費用總額政策目標，包含兩大方向，其一為賡續健保總額之項目或計畫，其二為依據「全民健康

保險醫療給付總額中長期改革計畫(110 年-114 年)」(以下稱健保總額中長期改革計畫)。調整因素以民眾醫療需求、政策推動對醫療費用之影響為主，與衡量民眾付費能力、總體經濟情勢、我國整體醫療保健支出及健保財務收支情形等所擬。

為使健保永續經營，替民眾購買健康，健保改革是持續性且刻不容緩的任務。本部秉持「維持公平」、「提升效率」、「改善全民健康」三大核心價值，於 109 年研擬健保總額中長期改革計畫(110-114 年)，依年度目標協定總額預算，計畫內容包含促進公共衛生、預防保健、醫療服務、照護服務體系間的合作。經費來源除了健保基金外，本部之公務預算及相關基金亦一併投入，使得資源之利用最大化，提供保險對象以人為本的照護。

111 年度健保政策目標、內涵及增加金額，分述如下：

(一)結合公衛與健保資源，精進照護模式，提升健保支付效率，共 82.57 億元。

- 1.配合國家慢性病整合防治計畫，結合公務預算與健保資源，強化慢性病危險因子控制與群體健康管理，整合各類慢性病防治體系與人力，透過論價值支付，提升醫療院所財務與品質責任、加強病人自我照護。
- 2.推動住院權責照護，精進院內感染管控，並減輕民眾住院照顧負擔，強化急性醫療資源配置效率。
- 3.善用居家醫療整合照護，結合長照服務資源，提供民眾更完整之居家照護。
- 4.持續辦理 C 型肝炎照護，發展早期介入照護模式，提升支付效率。

(二)精進醫療照護相關體系，以民眾健康為導向強化照護內涵，提升醫療品質與服務效率，共 41.60 億元。

- 1.繼續推動分級醫療及落實轉診制度，辦理各項轉診獎勵方案及

放宽基層可執行之項目。

- 2.持續檢討現行家庭醫師整合性方案，作為建立家庭責任醫師制度之基礎。
- 3.發展居家整合醫療，建立急性期、急性後期與居家醫療照護服務轉銜機制。
- 4.檢討現行呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫及安寧共同照護試辦方案，提升臨終照護品質。
- 5.強化精神社區復健照護體系，平衡慢性精神病床之設置。
- 6.善用資訊科技，鼓勵民眾進行自我健康管理，減少醫療浪費。

(三)推動健保給付支付制度改革，減少無效醫療，提升給付與支付效率，共 0.12 億元。

- 1.提供誘因，鼓勵醫院試辦 DRG 支付制度，發揮醫院管理量能，提升支付效率。
- 2.尊重醫療專業自主，試辦門診包裹支付制度，購買醫療價值。
- 3.改革藥品給付支付制度，促使醫療資源合理分配，檢討整體藥品給付結構，適當再評估及檢討已收載藥品之支付標準。
- 4.優化健保給付機制提升精準醫療運用計畫。

(四)持續引進新藥物、新醫療技術及新服務模式，合理調整給付條件，增進醫療服務價值，共 124.64 億元。

(五)建置智慧醫療區域聯防機制，合理反映偏遠地區及特殊族群之照護需求，均衡醫療資源之分布，共 23.31 億元。

(六)減列預算項目：減列約 10.64 億元。

除違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣減費用 1.31 億元外，尚有配合 C 型肝炎治療預計人數之下降及雙向轉診之執行情形，減列相關預算，其減列金額已含納於前述政策目標。

三、 諮詢健保會之意見

依據健保法第 60 條之規定，本部擬訂 111 年度醫療給付費用總額範圍，成長率以低推估值 1.272% 及高推估值 4.746% 為範圍，於 110 年 4 月 22 日以衛部保字第 1101260130 號函，諮詢健保會之意見，經於同年月 30 日健保會第 5 屆 110 年第 1 次委員會議報告。有關 111 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍該會委員關切之重點，略以（詳附錄三）：

(一) 醫療服務成本指數改變率(MCPI)

1. 業務單位說明 MCPI 為負值主要係因 109 年匯率影響，主計總處躉售物價指數為負值及薪資成長幅度較往年少導致。醫療服務提供者代表(西醫基層部門)認為躉售物價指數為負值，惟民生用品價格、醫院採購藥品及醫療器材之成本並未下降，應檢討指數之真實性。
2. 付費者代表認為進、出口物價指數都是下降的，與躉售物價指數的趨勢相符。

(二) 投保人口結構改變對醫療費用之影響率

1. 專家學者代表及付費者代表建議，檢討投保人口結構改變對醫療費用之影響率。現行公式不是反應特殊人口對於醫療費用之影響，而是反應整體人口成長對醫療費用的影響。
2. 醫療服務提供者代表建議健保署利用健保大數據，分析各年齡層 1 年的醫療費用，以了解人口老化對醫療費用之影響。

(三) 投保人口預估成長率

1. 鑑於 110 年 1 月至 3 月自然成長率為負值，付費者代表認為投保人口預估成長率應比主管機關所提供之 0.136% 低。
2. 醫療服務提供者代表認為，倘若 110 年人口成長為負值，則會延後在 112 年度總額預算反應。

(四)低推估公式

付費者代表認為主管機關沒有回應過去 10 年委員對於低推估公式之建議。建議重新計算 111 年度總額高推估值，於 5 月中前召開臨時會討論。

(五)政策目標及調整因素

- 1.付費者代表認為高推估值成長率 4.746% 高於 110 年總額成長率 4.107%，不合理。又調整因素中，政府欲執行的項目金額占最大宗，協商空間小；各部門預防性質的服務由健保給付，甚至滾入基期成長，不甚合理。
- 2.付費者代表希望能呈現健保總額中長期改革計畫政策規劃及細節，例如：政策目標一「結合公衛與健保資源，精進照護模式，提升健保支付效率」中「推動住院權責照護」，委員欲了解推動的規模。
- 3.付費者代表認為 111 年度總額高推估值高，將導致 111 年底調漲費率，且依目前成長幅度，113 年或 114 年將達到法定保險費率上限 6% 的問題。

(六)政策所減省費用應列為總額減項

付費者代表認為應將政策引導之健保之節流成效列為減項。例如：藥品給付管理協議(MEA)、雲端藥歷、檢查(驗)結果上傳及管理、C 肝新藥等，減列項目效益高達 183.9 億元，建議列入減項。

附錄三、全民健康保險會所提 110 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍之意見

檔 號：
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 台北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：劉子鳳
聯絡電話：(02)8590-6879
傳真：(02)8590-6046
電子郵件：hsyufeng@mohw.gov.tw

受文者：本部社會保險司

發文日期：中華民國110年5月6日
發文字號：衛部健字第1103360067號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：委員所提諮詢意見摘要併同發言實錄(含書面意見)

主旨：檢陳本會對「111年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)之意見，請鑒察。

說明：

- 一、復鈞部110年4月22日衛部保字第1101260130號函。
- 二、關於鈞部交下依據全民健康保險法第60條規定，擬訂之111年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)，經提本會第5屆110年第1次委員會議(110.4.30)報告，委員所提諮詢意見摘要併同發言實錄(含書面意見)如附件，敬請鈞部參考。

正本：本部社會保險司
副本：衛生福利部中央健康保險署

110.05.07



110AD00451

附錄三之附件

衛生福利部全民健康保險會第5屆110年第1次委員會議紀錄(節錄)

壹、時間：中華民國110年4月30日上午9時30分

貳、地點：本部301會議室(台北市忠孝東路6段488號3樓)

拾壹、優先報告事項

第三案

案由：衛生福利部「111年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)諮詢案及中央健康保險署「111年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案」，請鑒察。

決定：委員所提諮詢意見摘要併同發言實錄(含書面意見)，送請衛生福利部參考。(委員所提諮詢意見彙整如下)

111年度「全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」及「全民健康保險資源配置及財務平衡方案」本會委員所提諮詢意見摘要

一、對111年度總額範圍(草案)之建議：

(一)所擬總額範圍推估金額高達7,935億元(低推估)~8,207億元(高推估)。依據健保署財務模擬試算，111年度當年保險收支將短絀222億元~492億元，以低推估值1.272%計算，當年底保險收支累計結餘數，僅剩1.05個月保險給付支出，若以高推估值4.746%計算，更只剩下0.59個月，低於法定應至少有1個月保險給付支出之安全準備總額。110年剛調漲費率至5.17%，部長曾對外宣示2年不再調整，依上述財務推估，衛福部應說明相關作為，否則111年又要再次調漲，很快就需面對法定費率上限6%的問題。建請行政院核定111年度總額範圍時，考量健保財務狀況，再行評估調整。

(二)受到COVID-19疫情影響，許多產業停滯，國內傳統產業及內需產業就業機會減少，雖然GDP成長，但主要是科技產業成長所致，無法反映整體民眾的付費能力。實際上，民眾平均

收入變低、所得分配惡化，付費能力下降，加上人口負成長，保費收入恐無法繼續支撐不斷成長的總額。建請考量被保險人的財務負擔能力，合理設定總額範圍，確保健保制度永續發展。

(三)總額預算每年以複數方式滾動成長，基期費用逐年擴大，建議相關節流成效應回饋總額，合理調控基期或納入總額調整因素，以減輕調漲保費壓力。

1.歷年總額配合政府政策投入相當多的預算，如健保醫療資訊雲端查詢系統、C型肝炎藥費等，惟衛福部擬訂111年度總額範圍時，並未呼應國發會110年度之審議建議，將預算投入後之節流效果納入考量。

2.COVID-19疫情讓民眾健康意識提升，改變民眾就醫行為及疾病需求，109年整體醫療利用減少，應通盤檢視醫療供需變動，並納入總額調整因素，以反映醫療需求的改變。

二、對111年度總額政策目標之建議：

(一)所擬111年度調整因素金額高達272億元，政策目標多元，結合公衛、照護模式、醫療照護體系、支付制度改革等諸多項目，惟現階段健保財務及付費能力都有困難，增加政策項目預算宜審慎，建議先進行專業評估及取捨，若無實際效益，現階段可不必增加預算。

(二)所提各項政策目標，應有相對應的支出金額與說明，另「健保總額中長期改革計畫(2021-2025年)」為重大政策方向，建議陳報行政院時，提供相關資訊，以利後續評估預算及總額範圍設定之合理性。

(三)許多政策目標係由政府及健保合作推動，應詳細區分各項政策目標的預算來源及額度，尤其涉及政府政策推動之項目，應由公務預算支應，不宜轉由健保支付。

三、請確實檢討低推估之設定及計算公式的合理性：

(一)「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」有過度反應醫療

費用、墊高計算基礎之虞。請檢討計算公式，如何反映人口老化對醫療費用的影響，並排除其他因政策鼓勵或協商因素項目投入預算(如C肝藥費、新醫療科技預算)所造成的影响。

(二)計算「醫療服務成本指數改變率」所選取的查價項目(如「躉售物價指數—醫療儀器及用品類」之採用項目)，無法反映實際醫療成本，且受到匯率波動影響，應予檢討。

附錄三

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

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

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年4月7日
發文字號：健保醫字第1100003864號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨 (1100003864-1.pdf)

主旨：修訂「109年度牙醫門診總額地區分配預算」（附件），請備查。

說明：

- 一、復貴會110年3月25日衛部健字第1103340047號書函。
- 二、有關「因應新冠肺炎疫情影響醫院牙科門診量下降之特別獎勵案」業於本署110年3月2日召開之全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額110年第1次研商議事會議通過，因涉及「109年牙醫門診總額地區分配預算」，爰修訂旨揭地區分配預算。

正本：衛生福利部全民健康保險會

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

電 2021/04/08
文 08:52:17
交 檢 章

110.04.07

第 1 頁，共 1 頁



1103340060

109 年度牙醫門診總額地區分配預算

108 年 12 月 17 日牙醫門診總額研商議事會議 108 年第 1 次臨時會議

110 年 3 月 2 日牙醫門診總額研商議事會議 110 年第 1 次會議

109 年度牙醫門診總額地區預算分配方式調整，自 109 年度全民健康保險牙醫門診總額一般服務費用，移撥 22.606 億元，用於下列 5 個項目：

- 一、「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」(經費 2 億元)。
- 二、「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」(經費 0.65 億元)。
- 三、「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」(其中中區 0.2 億元，高屏 0.1 億元，合計經費 0.3 億元)。
- 四、「牙周病統合治療實施方案」(經費 19.656 億元)：六分區預算按 107 年 7 月至 108 年 6 月「牙周病統合治療第二階段支付(91022C)」之申報件數占率分配。
- 五、各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘用於因應新冠肺炎疫情影響醫院牙科門診量下降之特別獎勵案(預算上限 4,000 萬元)，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依 107 年第 4 季各區人口風險因子(R 值)分配至各區。

附錄四

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

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

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年5月14日
發文字號：衛部保字第1101260152C號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表之pdf檔各1份

主旨：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，業經本部於中華民國110年5月14日以衛部保字第1101260152號令修正發布，除第二部第一章第一節門診診察費，自110年3月1日生效外，自110年6月1日生效，茲檢送發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表各1份，請查照。

正本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、中華民國農會、中華民國全國漁會、社團法人台灣社會福利總盟、全國產業總工會、中華民國全國總工會、全國工人總工會、中華民國全國職業總工會、中華民國會計師公會全國聯合會、中華民國律師公會全國聯合會、中華民國全國建築師公會、中華民國全國工業總會、中華民國全國商業總會、社團法人中華民國工商協進會、社團法人中華民國工業協進會、社團法人中華民國全國中小企業總會、勞動部勞工保險局、衛生福利部中央健康保險署

副本：衛生福利部國民健康署、衛生福利部疾病管制署、本部醫事司、本部中醫藥司、本部護理及健康照護司、本部心理及口腔健康司、本部長期照顧司、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會(均含附件)

110.05.14



110CC00325

第1頁 共1頁

附錄五

中央健康保險署本年3至5月份公告暫予支付及修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分項目如下：

一、藥品部分：計公告23件，其中8件為新藥收載、9件為給付規定異動、6件為其他(新收載品項暫予支付、已收載品項支付標準異動)。

(一)新藥收載：8件

公告日期	藥物分類	公告主旨
110.04.13	新成分新藥/眼科製劑	公告暫予支付含 latanoprostene bunod 成分複方藥品 Vyzulta 0.024%,solution 及其藥品給付規定。(用於治療開放性青光眼)
110.04.13	新成分新藥/抗癌瘤藥物	公告暫予支付含 ramucirumab 成分藥品 Cyramza injection 100mg/10mL 及 500mg/50mL 共 2 品項暨其藥品給付規定。(用於治療晚期肝細胞癌)
110.04.13	新成分新藥/激素及影響內分泌機轉藥物	公告暫予支付含 romosozumab 成分藥品 EVENITY Solution for Injection 共 1 品項暨其藥品給付規定。(用於治療停經後婦女骨質疏鬆症)
110.04.13	新劑型新藥/神經系統藥物	公告暫予支付含 perampanel 成分藥品 Fycompa 0.5mg/mL Oral Suspension 共 1 品項藥品暨其藥品給付規定。(用於治療癲癇)
110.04.13	新成分新藥/免疫製劑	公告暫予支付含 upadacitinib 成分藥品 Rinvoq Extended-Release Tablets 15mg 及其藥品給付規定。(用於治療中度至重度活動性類風濕性關節炎)
110.04.28	新成分新藥/皮膚科製劑	公告暫予支付含 nadifloxacin 成分藥品 Nadixa Cream 10mg/gm , 25gm 及其藥品給付規定。(用於治療毛囊炎及尋常性鬚瘡)
110.05.27	新成分新藥/抗癌瘤藥物	公告暫予支付含 entrectinib 成分藥品 Rozlytrek 200mg hard capsules 暨其藥品給付規定。(用於治療非小細胞肺癌)
110.05.28	新劑型新藥/抗微生物劑	公告暫予支付含 vancomycin 成分藥品 Vancouver capsules 125mg、250mg 共 2 品項及其藥品給付規定。(用於治療偽膜性結腸炎)

(二)已收載藥品給付規定異動：9件

公告日期	藥物分類	公告主旨
110.04.06	抗癌瘤藥物	公告異動 Vectibix 共 1 品項之支付價暨修訂含 cetuximab 成分藥品及含 panitumumab 成分藥品之給

公告日期	藥物分類	公告主旨
		付規定。(用於治療大腸直腸癌)
110.04.15	抗癌瘤藥物	公告修訂含 pralatrexate 成分藥品(如 Folotyn)之藥品給付規定。(用於治療化療失敗後之復發或頑固性周邊 T 細胞淋巴瘤)
110.04.28	抗癌瘤藥物	公告異動含 oxaliplatin 成分藥品 Oxaliplatin-Mylan 5mg/mL Powder for Solution for Infusion 共 2 品項之支付價暨修訂其藥品給付規定。(用於治療轉移性胰臟癌)
110.05.11	抗癌瘤藥物	公告修訂含 regorafenib 成分藥品(如 Stivarga)之給付規定。(用於治療轉移性大腸直腸癌)
110.05.12	免疫製劑	公告修訂治療成人類風濕性關節炎含 infliximab 成分藥品之藥品給付規定。(用於治療成人類風濕性關節炎)
110.05.14	呼吸道藥物	公告修訂含 nintedanib 成分藥品(如 Ofev)之給付規定。(用於治療全身性硬化症有關之間質性肺病)
110.05.14	抗微生物劑	公告修訂 C 型肝炎全口服新藥之給付規定及 C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫。(用於治療慢性 C 型肝炎)
110.05.28	抗癌瘤藥物	公告異動含 oxaliplatin 成分藥品 Orectalip IV Injection 及含 irinotecan 成分藥品 Iripectin Solution for I.V. Infusion 支付價暨修訂其藥品給付規定。(用於治療轉移性胰臟癌)
110.05.28	抗癌瘤藥物	公告異動含 venetoclax 成分藥品 (如 Venclexta) 支付價暨修訂其給付規定。(用於治療急性骨髓性白血病)

(三)其他：6 件

公告日期	分類	公告主旨
110.03.31	已收載品項支付標準異動	公告異動含 tobramycin 成分藥品 Tobi Nebulizer Solution (tobramycin) 300mg/5mL/amp (健保代碼 X000083121)共 1 品項之支付價格。(用於治療罕見疾病囊狀纖維化症)
110.03.31	已收載品項支付標準異動	公告異動含 propylthiouracil 成分藥品 Polupred tablet 50mg "PANBIOTIC" (健保代碼 AC43335100)及 Procid tablets (健保代碼 NC07870100)共 2 品項之支付價格。(用於治療甲狀腺機能亢進症)
110.04.15	新收載品項暫予支付及已收載品項支付標準異動	公告暫予支付新增及異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」之藥物品項計 79 項。
110.05.04	已收載品項支付	公告異動 Bavencio 共 1 品項之支付價。(用於治療癌

公告日期	分類	公告主旨
	標準異動	症)
110.05.14	新收載品項暫予 支付及已收載品 項支付標準異動	公告暫予支付新增及異動「全民健康保險藥物給付項 目及支付標準」之藥物品項計 109 項。
110.05.31	已收載品項支付 標準異動	公告異動含 pilocarpine 1% 成分特殊藥品 Pilocarpine ophthalmic solution 1% (15mL/瓶)共 2 品項之支付價 格。(用於治療青光眼)

二、特材部分：計公告 9 件，其中 4 件為新特材收載、5 件為其他(既有功能類別品項與支付標準異動、給付規定修訂)。

(一)新特材收載：4 件

公告日期	特材分類	公告主旨
110.04.28	人工機能代用類-骨科類	公告暫予支付特殊材料「"奧沛迪"髓內釘系統」暨其給付規定
110.05.03	導管類-接頭類	公告暫予支付特殊材料「"特浦"安全三方活栓(安邇型)」暨其給付規定
110.05.03	管套類-氣球擴張導管	公告暫予支付特殊材料「"貝克"食道置放器」暨其給付規定
110.05.31	管套類-氣球擴張導管	公告暫予支付特殊材料「"史賽克"溫斯班支架系統」等共 4 項暨其給付規定。

(二)其他：5 件

公告日期	特材分類	公告主旨
110.04.13	既有功能類別品項異動、支付標準異動	公告新增及異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準之特材品項」計 188 項
110.04.14	既有功能類別品項異動、支付標準異動	公告修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準之特材品項-MULTIFUNCTION PROBING CATHETER」計 15 品項
110.04.19	既有功能類別品項給付規定修訂	公告修正特殊材料「顱顏面骨板及骨螺絲」給付規定
110.04.19	既有功能類別品項給付規定修訂	公告修訂特殊材料「白金纖維環 COIL」給付規定
110.05.31	既有功能類別品項修正保留特材代碼	公告修正保留「"奧沛迪"髓內釘系統-彈性髓內釘」之特材代碼 FBN08001004K

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115

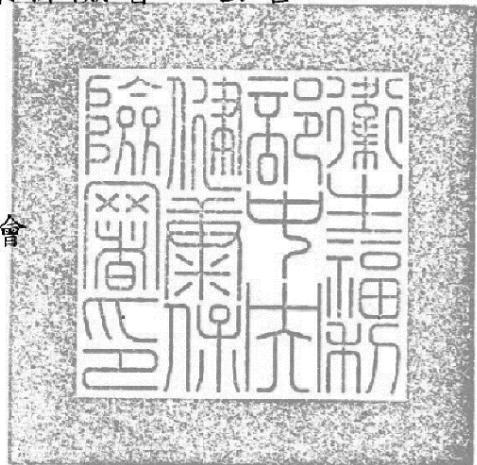
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年4月7日

發文字號：健保醫字第1100003934號

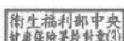
附件：請自本署全球資訊網站公告欄自行擷取



主旨：公告「全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」如附件。

依據：衛生福利部110年3月26日衛部保字第1101260100號函。

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



署長李伯璋

線

衛生福利部全民健康保險會收發



1103300087

110.4.8

第 1 頁 共 1 頁

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告



115
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年4月7日

發文字號：健保醫字第1100004042號

附件：請至本署全球資訊網站公告欄自行擷取

主旨：公告「110年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」，如附件。

依據：依衛生福利部110年3月30日衛部保字第1101260104號函辦理。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組(均含附件)

衛生福利部中央
健康保險署核對章(5)

署長李伯璋

線

第1頁 共1頁

衛生福利部全民健康保險會收發



1103300088

110.4.9

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115

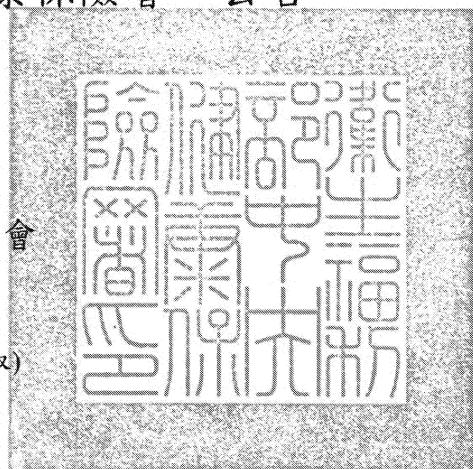
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年4月15日

發文字號：健保醫字第1100033185號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網即時公告擷取)



主旨：公告「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」(附件)，自110年4月1日起實施。

依據：衛生福利部110年4月8日衛部保字第1101260112號函。

公告事項：

一、旨揭方案修正內容如下：

(一)獎勵「醫療檢查影像及影像報告」即時上傳之項目(方案之附件5-1)，增訂項目「年度初診X光檢查」等9項，共計56項。

(二)檢驗(查)結果每日及每月上傳格式中「檢驗(查)結果值註記」欄位修正為『報告類別代碼為「1」，本欄為必填欄位』，並於方案公告後3個月實施檢核。

(三)衛生福利部委託辦理健康雲專案辦公室已更換執行單位，配合修正出院病歷摘要上傳格式中之聯絡電話。

二、方案置於本署全球資訊網/公告，請自行擷取。

三、特約醫事服務機構上傳醫療檢查影像、檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要之格式說明置於本署全球資訊網/健保服務/健保與就醫紀錄查詢項下，請自行擷取。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國醫事放射

衛生福利部全民健康保險會收發



1103300097

110.4.16

第1頁 共2頁

師公會全國聯合會、台灣助產學會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、社團法人中華民國職能治療師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國公立醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國私立地區醫院協會、台灣教會醫療院所協會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、中華民國開業醫師協會、國軍退除役官兵輔導委員會、社團法人台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、社團法人台灣醫事檢驗學會、台灣臨床病理檢驗醫學會、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署署長室、本署蔡副署長室、本署主任秘書室、本署財務組、本署主計室、本署企劃組(請刊登本署電子報)、本署資訊組(請刊登全球資訊網)、本署醫審及藥材組、本署承保組、本署醫務管理組

衛生福利部中央
健康保險署核對章(3)

署長李伯璋



副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年4月21日

發文字號：健保醫字第1100004733號

附件：請自行至本署全球資訊網站擷取



主旨：公告修訂「全民健康保險乳癌醫療給付改善方案」，自中華民國一百一零年三月一日起生效。

依據：衛生福利部110年4月15日衛部保字第1101260122號函。

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

衛生福利部中央
健康保險署印鑑(5)

署長李伯璋

線



第1頁 共1頁

110.4.22

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年4月21日

發文字號：健保醫字第1100004626號

附件：請自本署全球資訊網自行擷取



主旨：公告修訂「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」(附件)，並溯自110年1月1日起生效。

依據：衛生福利部110年4月12日衛部保字第1101260101號函。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會、本署各分區業務組
、本署資訊組、本署醫務管理組

衛生福利部中央
健康保險署檢討單(2)

署長李伯璋

線

衛生福利部全民健康保險會收發



1103300104

第1頁 共1頁

110.4.22

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115

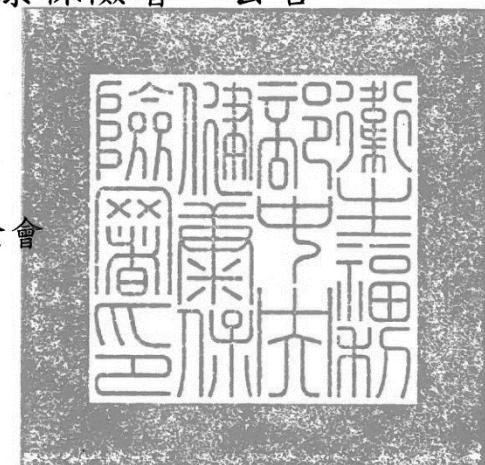
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年4月29日

發文字號：健保醫字第1100033244號

附件：請自行至本署全球資訊網站擷取



主旨：公告修訂「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」，並自一百一十年四月一日起生效。

依據：衛生福利部110年4月1日衛部保字第1101260111號函暨本署110年3月11日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議110年第1次會議紀錄。

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

衛生福利部中央
健康保險署批章(4)

線

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1103300109

第1頁 共1頁

110.5.3

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年5月18日

發文字號：健保醫字第1100006078號

附件：請自本署全球資訊網自行擷取

裝

主旨：公告修訂「110年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院

認定原則」(附件)，並溯自110年1月1日起生效。

依據：衛生福利部110年5月12日衛部保字第1101260161號函。



副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會、衛生福利部金門醫院、連江縣立醫院、臺北榮民總醫院蘇澳分院、臺北榮民總醫院員山分院、國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院、宜蘭員山醫療財團法人宜蘭員山醫院、大順醫院、通霄光田醫院、臺中榮民總醫院埔里分院、彰化基督教醫療財團法人二林基督教醫院、彰化基督教醫療財團法人南投基督教醫院、埔基醫療財團法人埔里基督教醫院、東勢區農會附設農民醫院、洪宗鄰醫療社團法人洪宗鄰醫院、宋志懿醫院、竹山秀傳醫院、東華醫院、長庚醫療財團法人雲林長庚紀念醫院、衛生福利部臺南醫院新化分院、三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處、天主教靈醫會醫療財團法人惠民醫院、衛生福利部澎湖醫院、屏安醫療社團法人屏安醫院、佑青醫療財團法人佑青醫院、迦樂醫療財團法人迦樂醫院、衛生福利部花蓮醫院豐濱原住民分院、佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院、衛生福利部臺東醫院成功分院、臺北榮民總醫院鳳林分院、臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院壽豐分院、衛生福利部玉里醫院、臺北榮民總醫院玉里分院、佛教慈濟醫療財團法人玉里慈濟醫院、本署各分區業務組、本署資訊組、本署醫務管理組

衛生福利部中央
健康保險署收件章(4)

署長李伯璋

第1頁 共1頁

衛生福利部全民健康保險會收發



1103300124

110.5.19

衛生福利部中央健康保險署 函

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

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年5月24日
發文字號：健保醫字第1100033444A號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明二 (1100033444A-1.pdf)



主旨：有關109年「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」(以下簡稱門診透析獎勵金)核發作業案，詳如說明二，請查照。



說明：

一、依據本署109年1月6日健保醫字第1080018310號公告「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」辦理。

二、旨揭計畫核發獎勵金結果摘要如下：

(一)109年度預算為45,000,000元，其中血液透析預算41,949,097元，腹膜透析預算3,050,903元(附件-表1)。

(二)核發結果：

1、血液透析：109年計534家(76.61%)列入核發，核發金額達41,949,100元；163家(23.39%)列入不予核發(附件-表2)。

2、腹膜透析：109年計86家(72.88%)列入核發，核發金額

110.05.24

第 1 頁，共 2 頁



1103340091

達3,050,903元；32家(27.12%)列入不予核發(附件-表3)。

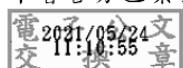
3、每家核發院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算數與實際核發數有差距，實際核發共計45,000,003元，與預算相差3元。

三、本署預定109年6月10日前完成門診透析獎勵金發放作業，並將核發與不核發之結算報表置於VPN供相關院所下載。

四、原定不核發院所，嗣後經申復、爭議等行政救濟事宜，業經審核同意列入核發者，依計畫規定，核發金額將自結算當季之其他預算項下之慢性腎臟病照護及病人衛教計畫預算中支應。

正本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣腎臟醫學會

副本：衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、社團法人基層透析協會、本署各分區業務組、本署資訊組、本署主計室、本署醫務管理組(均含附件)



副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年5月24日

發文字號：健保醫字第1100033447號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網公告區擷取)

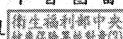


主旨：公告「因應COVID-19疫情全民健康保險特約醫事服務機構提供保險對象視訊診療作業須知」，如附件，並自110年5月15日起生效。

依據：衛生福利部110年5月17日衛部醫字第1101663441號函辦理。

訂

副本：台灣醫院協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、衛生福利部醫事司、衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部疾病管制署、地方政府衛生局、本署各分區業務組、本署醫審及藥材組、本署資訊組、本署企劃組、本署主計室、本署醫務管理組



署長李伯璋

線

第1頁 共1頁

衛生福利部全民健康保險會收發



1103300126

110.5.25

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

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

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年5月28日
發文字號：健保醫字第1100033478A號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明二 (1100033478A-1.pdf、1100033478A-2.pdf)

主旨：有關109年度「中醫門診總額品質保證保留款」核發作業
案，詳如說明，請查照。

說明：

一、依據本署109年2月7日健保醫字第1090001213號公告之「全
民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案」辦
理。

二、檢送109年度中醫門診總額品質保證保留款(以下簡稱品保
款)核發結果(如后附件)，摘要如下：

(一)109年原預算計有83,605,586元，扣除108年申復金額0
元，可支用預算為83,605,586元(附件表1)。

(二)特約中醫院所家數共計4,022家(附件表2)：

1、3,211家院所符合獎勵條件且核發品保款(79.8%)，811
家(20.2%)中醫院所未領取品保款(758家不符核發資
格，53家核算基礎為0)。

2、每家醫療院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預
算數與實際核發數有差距，實際核發83,605,583元，



0.05.28

第 1 頁，共 2 頁



1103340101

與預算數相較差異3元。

(三)本案預訂於110年6月15日前完成109年度中醫門診總額品質保證保留款發放作業。

(四)辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之特約醫療院所提出申復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度中醫門診總額品質保留款項下優先支應。

正本：中華民國中醫師公會全國聯合會

副本：衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署資訊組、本署主計室、本署醫務管理組(均含附件)

電文
16:22:36
交換章

裝

訂

線



副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

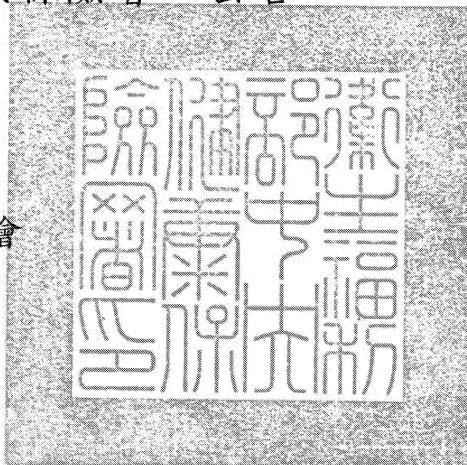
115
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年5月28日

發文字號：健保醫字第1100075616號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網公告區擷取)



主旨：公告修訂「全民健康保險特約醫事服務機構因COVID-19(嚴重特殊呼吸道傳染性肺炎)疫情提供保險對象居家醫療作業須知(附件)」，並自公告日起生效。

依據：本署109年3月31日健保醫字第1090032982號公告之「全民健康保險特約醫事服務機構提供COVID-19(嚴重呼吸道傳染肺炎)疫情接受居家隔離、居家檢疫之保險對象居家醫療作業須知」辦理。

副本：台灣醫院協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、台灣在宅醫療學會、台灣居家醫療醫學會、台灣家庭醫學醫學會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、衛生福利部醫事司、衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部疾病管制署、地方政府衛生局、本署各分區業務組、本署醫審及藥材組、本署資訊組、本署企劃組、本署主計室、本署醫務管理組

衛生福利部中央
健康保險署印鑄章(3)

署長李伯璋



附錄七

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

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



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年4月16日
發文字號：健保醫字第1100033012號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明五 (1100033012-1.pdf)

主旨：檢送110年度醫院總額新增「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」及「提升重症照護費用，促進區域級以上醫院門住診費用結構改變」2項目之評估指標，請備查。

說明：

- 一、依據台灣醫院協會110年3月10日院協健字第1100200104號函辦理。
- 二、依鈞部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告略以，請本署視執行需要會同醫院總額相關團體，依旨揭110年度新增項目，研訂執行目標及預期效益之評估指標。本署前函請台灣醫院協會提供意見在案。
- 三、經該會回復旨揭項目研訂如下：
 - (一)持續推動分級醫療，壯大社區醫院」：地區醫院夜間及假日門診開診率提升2%。
 - (二)「提升重症照護費用，促進區域級以上醫院門住診費用結構改變」：醫院部門區域級(含)以上，住院滿意度調查，平均滿意度達成80%。



110.04.16



1103340064

四、本署尊重該會上開建議。

五、檢送台灣醫院協會110年3月10日院協健字第1100200104號函，隨函另該會其他意見，請卓參。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：衛生福利部社會保險司、台灣醫院協會、本署醫務管理組(均含附件)

電文
2021/04/16
15:18:05
交換章

裝

訂

線

06



台灣醫院協會 函

地址：新北市淡水區中正東路2段29-5號25
樓
承辦人：林佩萩
電話：02-28083300#52
傳真：02-28083304
電子信箱：peichiou@hatw.org.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國110年3月10日
發文字號：院協健字第1100200104號
速別：速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：復醫院部門110年度醫院醫療給付費用總額新增項目之執行目標及預期效益之評估指標，請鑑查。

說明：

- 一、依據 貴署110年1月28日健保醫字第1100032659號函辦理。
二、有關旨揭議案經本會於本（3）月5日邀集各層級醫院協會召開醫院協會全民健保委員會專案研商並獲共識決議如下：

- (一)「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」：5億
1、執行目標：分年提撥預算校正
(1)調增夜間及假日門診診察費20%，並回歸每點1元支付。
(2)強化社區急診照護-調增急診診察費的01015C、急診檢傷分類第四級00204B及第五級00225B支付點數由原19%調至20%，並回歸每點1元支付。
(3)保障地區門診診察費每點1元。





裝

訂

線

2、預期效益評估指標：地區醫院夜間及假日門診開診率提升2%。

(二)「提升重症照護費用，促進區域級以上醫院門住診費用結構改變」：10億

1、執行目標：分年提撥預算，保障區域級(含)以上醫院住診服務項目(住院診察費、護理費及病房費每點1元)。

2、預期效益評估指標：醫院部門區域級(含)以上，住院滿意度調查，平均滿意度達成80%。

3、囿於預算有限，經共識優先保障加護病房之住院護理費每點1元，另住院診察費、病房費於明(111)年度極力爭取預算。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會



附錄八

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

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

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年3月23日
發文字號：健保醫字第1100032980B號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：請自本署全球資訊網自行擷取

主旨：109年第3季「牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額
結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑
如說明段，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨110年3月2日「全
民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額110年第1次研商議
事會議」會議決定辦理。
- 二、旨揭牙醫門診總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下
載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療
費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門
總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/牙醫總
額。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法
規定，自110年3月15日起，牙醫門診總額費用之暫付、核
付，依109年第3季結算點值辦理，並於110年3月辦理該季
點值結算後追扣補付事宜。

110.03.23



1103340046

正本：本署各分區業務組

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

電文
2021/03/23
14:38:10
交換章

裝

訂

線

2. 一般服務浮動每點支付金額 = [調整後分區一般服務預算總額(BD2)

- 投保該分區至其他五分區就醫浮動核定點數 × 前季點值(AF)
- (投保該分區核定非浮動點數(BG) - 緩起訴捐助款)
- 當地就醫分區自墊核退點數(BI)]
- / 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區	= [4,299,569,681 -	889,287,498 - (	39,291,537 -	0)-	152,525] / 3,892,853,721 = 0.86530413
北區分區	= [1,851,348,233 -	444,642,514 - (	13,963,705 -	0)-	97,424] / 1,474,337,766 = 0.94453992
中區分區	= [2,103,196,748 -	201,159,855 - (	18,672,662 -	0)-	93,606] / 1,947,326,583 = 0.96710569
南區分區	= [1,485,265,132 -	238,440,332 - (	13,758,476 -	0)-	58,148] / 1,269,806,831 = 0.97102027
高屏分區	= [1,625,336,537 -	171,857,958 - (	12,805,887 -	0)-	53,229] / 1,478,918,260 = 0.97410351
東區分區	= [230,216,414 -	39,531,519 - (	2,393,756 -	0)-	1,706] / 169,144,485 = 1.11318695

3. 一般服務全區浮動每點支付金額

$$\begin{aligned}
 &= \text{加總[調整後分區一般服務預算總額(BD2)} \\
 &\quad - (\text{核定非浮動點數(BG) - 緩起訴捐助款}) \\
 &\quad - \text{自墊核退點數(BJ)}] \\
 &/ \text{加總一般服務浮動核定點數(GF)} \\
 &\quad - (100,886,023 - 0) - 456,638] / 12,194,158,800 = 0.94254883
 \end{aligned}$$

4. 一般服務分區平均點值

$$\begin{aligned}
 &= [\text{調整後分區一般服務預算總額(BD2)}] \\
 &/ [\text{一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 緩起訴捐助款 + 自墊核退點數(BJ)}] \\
 &[4,803,022,660 + 39,291,537 - 0 + 152,525] = 0.88788833 \\
 &[1,898,612,079 + 13,963,705 - 0 + 97,424] = 0.96793756 \\
 &[2,142,199,363 + 18,672,662 - 0 + 93,606] = 0.97326710 \\
 &[1,500,409,335 + 13,758,476 - 0 + 58,148] = 0.98087417 \\
 &[1,646,557,587 + 12,805,887 - 0 + 53,229] = 0.97946256 \\
 &[203,357,776 + 2,393,756 - 0 + 1,706] = 1.11889570
 \end{aligned}$$

5. 一般服務全區平均點值

$$= [11,594,932,745] / [12,194,158,800 + 100,886,023 - 0 + 456,638] = 0.94302236$$

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

+ 專款專用暫結金額

／加總[一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 緩起訴捐助款 + 自墊核退點數(BJ)
+ 專款專用已支用點數(含品質保證保留款) + 移撥資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數]

$$= [11,594,932,745 + 289,868,533 + 34,800,011 + 9,717,865] \\ / [12,194,158,800 + 100,886,023 - 0 + 456,638 + 281,994,901 + 33,379,402] = 0.94595485$$

註：1. 專款專用暫結金額=牙醫特殊服務結算金額(含一般服務支應之不足款)+醫療資源不足地區改善方案支付金額
+ 網路頻寬補助費用暫結金額+牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫暫結金額+品質保證保留款預算
= 143,044,171 + 55,747,129 + 32,903,131 + 2,042,000 + 56,132,102
= 289,868,533

2. 品質保證保留款預算=106年各季品質保證保留款預算+109年品質保證保留款預算//4。

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月109/06(含)以前：於109/10/01~109/12/31期間核付者。

費用年月109/07~109/09：於109/07/01~109/12/31期間核付者。

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

衛生福利部中央健康保險署 函

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



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年5月27日
發文字號：健保醫字第1100033480號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：109年第4季「牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額
結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑
如說明段，請查照。

說明：



- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定辦理。
- 二、109年第4季點值業於110年5月14日以健保醫字第1100033401號函請各全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議代表書面確認在案。旨揭結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/牙醫總額。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自110年5月28日起，牙醫門診總額費用之暫付、核付，依109年第4季結算點值辦理，並於110年6月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。

110.05.27



1103340094

正本：本署各分區業務組

副本：王代表斯弘、王代表棟源、何代表世章、吳代表享穆、吳代表迪、吳代表明彥、林代表敬修、林代表鎰麟、邱代表建強、邱代表昶達、徐代表邦賢、翁代表德育、張代表禹斌、張代表維仁、陳代表少卿、陳代表文琴、陳代表亮光、陳代表建志、陳代表淑華、陳代表清家、陳代表義聰、黃代表克忠、黃代表純德、黃代表智嘉、劉代表守仁、蔡代表松柏、蔡代表淑鈴、盧代表彥丞、賴代表博司、謝代表偉明、簡代表志成、藍代表鴻文、蘇代表主榮、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部疾病管制署、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華牙醫學會、中華民國藥師公會全聯會、中華民國醫院牙科協會、台灣醫院協會、各縣市牙醫師公會、財政部賦稅署、本署企劃組、本署財務組、本署醫審及藥材組、本署資訊組、本署主計室、本署違規查處室、本署醫務管理組

電 2021/05/27 文
交 檢 章
13:13:43

裝

訂

線

2. 一般服務浮動每點支付金額 = [調整後分區一般服務預算總額(BD2)

- 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季點值(AF)
- (投保該分區核定非浮動點數(BG) - 緩起訴援助款)
- 嘗地就醫分區自墊核退點數(BJ)]
- / 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區	= [4,326,263,908 -	766,272,086 - (	38,217,519 -	0) -	152,747] / 3,710,593,246 = 0.94907238
北區分區	= [1,867,135,399 -	392,743,156 - (	15,112,816 -	0) -	87,143] / 1,430,017,195 = 1.02040191
中區分區	= [2,113,335,914 -	188,310,400 - (	3,490,951 -	0) -	83,417] / 1,878,201,891 = 1.02302695
南區分區	= [1,490,163,124 -	218,272,755 - (	8,636,273 -	0) -	67,072] / 1,229,364,398 = 1.02751229
高屏分區	= [1,631,574,705 -	162,367,666 - (	12,673,478 -	123,080) -	37,460] / 1,446,762,982 = 1.00681259
東區分區	= [230,565,707 -	37,838,156 - (	2,299,842 -	0) -	3,098] / 164,459,913 = 1.15787858

3. 一般服務全區浮動每點支付金額

$$\begin{aligned}
 &= \text{加總}[\text{調整後分區一般服務預算總額(BD2)} \\
 &\quad - (\text{核定非浮動點數(BG)} - \text{緩起訴援助款}) \\
 &\quad - \text{自墊核退點數(BJ)}] \\
 &/ \text{加總一般服務浮動核定點數(GF)} \\
 &\quad - (80,430,879 - 123,080) - \\
 &= [11,659,038,757
 \end{aligned}$$

4. 一般服務分區平均點值 = [調整後分區一般服務預算總額(BD2)]

臺北分區	= [4,326,263,908	/ [4,595,531,959 +	38,217,519 -	0 +	152,747] = 0.93361139
北區分區	= [1,867,135,399	/ [1,845,798,845 +	15,112,816 -	0 +	87,143] = 1.00329747
中區分區	= [2,113,335,914	/ [2,072,917,320 +	3,490,951 -	0 +	83,417] = 1.01774350
南區分區	= [1,490,163,124	/ [1,454,151,420 +	8,636,273 -	0 +	67,072] = 1.01866785
高屏分區	= [1,631,574,705	/ [1,613,447,183 +	12,673,478 -	123,080 +	37,460] = 1.00340685
東區分區	= [230,565,707	/ [198,450,749 +	2,299,842 -	0 +	3,098] = 1.14850047

$$\begin{aligned}
 &5. \text{一般服務全區平均點值} \\
 &= [11,659,038,757] / [11,780,297,476 + 80,430,879 - 123,080 + 430,937] = 0.98296966
 \end{aligned}$$

程式代號：RGBII908R01
109年第4季

衛生福利部中央健康保險署

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
核算主要費用年月起迄：109/10~109/12
核付截止日期：110/03/31

列印日期：110/05/07
頁次：30

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

$$\begin{aligned} &+ \text{專款專用暫結金額} \\ &+ \text{移撥資源不足地區巡迴服務核實申報暫結金額} + \text{移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫暫結金額} \\ &+ \text{移撥因應新冠肺炎疫情影響醫院牙科門診量下降之特別獎勵案暫結金額} (\text{如暫結金額大於預算金額，則暫結金額為預算金額}) \\ &/ \text{加總} [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{緣起訴捐助款} + \text{自墊核退點數(BJ)}] \\ &+ \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款)} + \text{移撥資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數} \\ &= [11,659,038,757 + 320,051,581 + 60,943,033 + 10,358,029 + 40,000,000] \\ &/ [11,780,297,476 + 80,430,879 - 123,080 + 430,937 + 312,270,031 + 59,985,663] = 0.98831872 \end{aligned}$$

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

$$\begin{aligned} &+ \text{網路頻寬補助費用暫結金額} + \text{牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫暫結金額} + \text{品質保證保留款預算} \\ &= 152,886,925 + 76,176,238 + 33,546,339 + 2,122,000 + 55,320,079 \\ &= 320,051,581 \end{aligned}$$

2. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 109年品質保證保留款預算 / 4。

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月109/09(含)以前：於110/01/01~110/03/31期間核付者。

費用年月109/10~109/12：於109/10/01~110/03/31期間核付者。

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

附錄九

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

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

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年3月10日
發文字號：健保醫字第1100032882B號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：附件請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：109年第3季「中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額
結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑
如說明段，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨110年2月25日「全
民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」110
年第1次會議決定辦理。
- 二、旨揭中醫門診總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下
載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療
費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門
總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/中醫總
額。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法
規定，自110年3月15日起，中醫門診總額費用之暫付、核
付，依109年第3季結算點值辦理，並於110年3月辦理該季
點值結算後追扣補付事宜。

110.03.10



1103340034

正本：本署各分區業務組

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



裝

訂

線

04

第 2 頁，共 2 頁

程式代號 : RGBI1908R02

109年第3季

衛生福利部中央健康保險署

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期 : 110/01/28
核算主要費用年月起迄:109/07~109/09

核算截止日期:109/12/31
頁次 : 25

2. 一般服務浮動每點支付金額 = [調整後分區一般服務預算總額(BD2)

- (各分區一般服務核定非浮動點數(BG) - 緩起訴捐助款)

- 各分區自墊核退點數(BJ)]

/ 各分區一般服務核定浮動點數(BF)

臺北分區	= [2,002,499,432
北區分區	- [855,930,276
中區分區	= [1,702,889,830
南區分區	= [934,936,035
高屏分區	= [1,065,033,198
東區分區	= [149,381,536

臺北分區	- (811,823,201 -
北區分區	- (365,329,962 -
中區分區	- (667,059,519 -
南區分區	- (401,895,368 -
高屏分區	- (440,557,188 -
東區分區	- (47,133,411 -

臺北分區	0) -
北區分區	0) -
中區分區	184,554) -
南區分區	0) -
高屏分區	0) -
東區分區	0) -

臺北分區	51,044] / 1,433,343,110 = 0.83066307
北區分區	35,579] / 553,758,941 = 0.88588138
中區分區	46,938] / 1,199,900,890 = 0.86337791
南區分區	23,276] / 599,296,822 = 0.88940467
高屏分區	14,837] / 701,488,245 = 0.89019478
東區分區	7,515] / 90,031,214 = 1.13561292

3. 全區浮動每點支付金額 = [加總調整後分區一般服務預算總額(BD2)

- (加總核定非浮動點數(GG) - 緩起訴捐助款)

- 各分區自墊核退點數(GJ)]

/ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [6,710,670,307

- (2,733,798,649 - 184,554) -

179,189] / 4,577,819,222 = 0.86872741

程式代號：RGB11908R02

109年第3季

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
核算主要費用年月起迄109/07~109/09

列印日期：110/01/28
頁次：26

4. 一般服務分區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)
= [調整後分區一般服務預算總額(BD2)

/[一般服務核定浮動點數(BF)

+ 該分區核定非浮動點數(BG) - 緩起訴捐助款

+ 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]

$$\begin{aligned} \text{臺北分區} &= [2,002,499,432 \\ &\quad / [553,758,941 + 1,433,343,110 + 811,823,201 - 0 + 51,044] = 0.89189558 \\ \text{北區分區} &= [855,930,276 \\ &\quad / [599,296,822 + 1,199,900,890 + 667,059,519 - 0 + 35,579] = 0.93124522 \\ \text{中區分區} &= [1,702,889,830 \\ &\quad / [599,296,822 + 401,895,368 - 184,554 + 46,938] = 0.91218611 \\ \text{南區分區} &= [934,936,035 \\ &\quad / [701,488,245 + 440,557,188 - 0 + 23,276] = 0.93380103 \\ \text{高屏分區} &= [1,065,033,198 \\ &\quad / [90,031,214 + 47,133,411 - 0 + 14,837] = 0.93255428 \\ \text{東區分區} &= [149,381,536 \\ &\quad / [7,515] = 1.08900784 \end{aligned}$$

5. 一般服務全區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)
= [6,710,670,307 / [4,577,819,222 + 2,733,798,649 - 184,554 + 179,189] = 0.91780990

6. 中醫門診總額平均點值

= [加總調整後分區一般服務預算總額(BD2) + 專款專用暫結金額 + 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額(B4)]
/ [加總分區一般服務核定浮動點數(GF) + 加總分區核定非浮動點數(GG) - 緩起訴捐助款 + 加總分區自墊核退點數(GI) +
專款專用已支用點數(含品質保證保留款) + 資源不足地區改善方案_論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B4)]

$$\begin{aligned} &= [6,710,670,307 + 202,416,241 + 57,798,608] / [4,577,819,222 + 2,733,798,649 - 184,554 + 179,189 + 203,161,535 + 57,798,608] \\ &= 0.92054385 \end{aligned}$$

註：

1. 專款專用暫結金額 = 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 西醫住院病患中醫特定疾病病輔助醫療計畫暫結金額 + 中醫提升孕產照護品質計畫暫結金額 + 憑症患者加強照護整合方案暫結金額 + 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫暫結金額 + 中醫急症處置計畫暫結金額 + 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算) + 網路頻寬補助費用暫結金額 + 品質保證保留款預算
= 34,971,551 + 52,451,497 + 19,809,886 + 46,564,835 + 3,180,713 + 362,853 + 4,572,091 + 19,693,288 + 20,809,527
= 202,416,241

2. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 109年品質保證保留款預算 / 4
1. 本季結算費用年月包括：
1. 本季費用年月109/06(含)以前：於109/10/01~109/12/31期間核付者。
費用年月109/07~109/09：於109/07/01~109/12/31期間核付者。

五、說明

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

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



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年5月27日
發文字號：健保醫字第1100033482號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：附件請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：109年第4季「中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額
結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑
如說明段，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定辦理。
- 二、109年第4季點值業於110年5月14日以健保醫字第
1100033410號函請各全民健康保險醫療給付費用中醫門診
總額研商議事會議代表書面確認在案。旨揭結算說明表請
逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服
務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫
療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明
表(105年起)/中醫總額。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法
規定，自110年5月28日起，中醫門診總額費用之暫付、核
付，依109年第4季結算點值辦理，並於110年6月辦理該季
點值結算後追扣補付事宜。



0.05.27

第 1 頁，共 2 頁



1103340096

正本：本署各分區業務組

副本：古代表濱源、何代表紹彰、吳代表材炫、吳代表清源、李代表永振、李代表麥、卓代表青峰、林代表敏華、施代表純全、柯代表富揚、胡代表文龍、曹代表榮穎、郭代表朝源、陳代表俞沛、陳代表淑華、陳代表博淵、陳代表憲法、黃代表上邦、黃代表兆杰、黃代表怡超、黃代表俊元、黃代表建榮、黃代表頌儼、詹代表永兆、蔡代表三郎、蔡代表宗惠、羅代表永達、蘇代表守毅、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、中華民國中醫師公會全國聯合會、財政部賦稅署、本署企劃組、本署財務組、本署醫審及藥材組、本署資訊組、本署主計室、本署違規查處室、本署醫務管理組

電 2021/05/27
文 15:28:31
交 檢 章

裝

訂

46

練

2. 一般服務浮動每點支付金額 = [調整後分區一般服務預算總額(BD2)

- (各分區一般服務核定非浮動點數(BG) - 緩起訴捐助款)

- 各分區自墊核退點數(BI)]

/ 各分區一般服務核定浮動點數(BF)

臺北分區	= [1,969,740,434	- (	757,617,889 -	0) -	117,088] / 1,328,865,544 = 0.91206026
北區分區	= [849,163,577	- (	342,886,949 -	1,091,041) -	26,698] / 518,311,739 = 0.97883365
中區分區	= [1,731,911,756	- (	644,405,938 -	1,514,214) -	32,185] / 1,155,847,197 = 0.94215555
南區分區	= [982,376,134	- (	393,977,554 -	0) -	593,954,355 = 0.99061175
高屏分區	= [1,094,879,910	- (	433,273,912 -	0) -	9,217] / 699,592,108 = 0.94568931
東區分區	= [150,894,946	- (	45,339,571 -	0) -	6,362] / 86,433,593 = 1.22115730

3. 全區浮動每點支付金額 = [加總調整後分區一般服務預算總額(BD2)

- (加總核定非浮動點數(GG) - 緩起訴捐助款)

- 加總自墊核退點數(GJ)]

/ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [6,778,966,757

- (2,617,501,813 -

2,605,255) -

211,968] / 4,383,004,536 = 0.95000089

程式代號：RGB11908R02
109年第4季

衛生福利部中央健康保險署
中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：110/05/04
核付截止日期：110/03/31
頁次：26

4. 一般服務分區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)

$$= [\text{調整後分區一般服務預算總額(BD2)} \\ / [\text{一般服務核定浮動點數(BF)} \\ + \text{該分區核定非浮動點數(BG)} - \text{緩起訴捐助款} \\ + \text{當地就醫分區自墊核退點數(BI)}]]$$

臺北分區	=	[1,969,740,434]	/ [1,328,865,544 + 518,311,739 + 1,155,847,197 + 982,376,134]	757,617,889 - 342,886,949 - 644,405,938 - 393,977,554 - 699,592,108 + 433,273,912 - 86,433,593 + 45,339,571 -	0 + 1,091,041 + 1,514,214 + 0 + 0 + 9,217 = 0.94399499	0 + 26,698 + 32,185 + 20,418 + 6,362] = 0.94399499
北區分區	=	[1,849,163,577]	/ [1,328,865,544 + 518,311,739 + 1,155,847,197 + 982,376,134]	757,617,889 - 342,886,949 - 644,405,938 - 393,977,554 - 699,592,108 + 433,273,912 - 86,433,593 + 45,339,571 -	0 + 1,091,041 + 1,514,214 + 0 + 0 + 9,217 = 0.94399499	0 + 26,698 + 32,185 + 20,418 + 6,362] = 0.94399499
中區分區	=	[1,731,911,756]	/ [1,328,865,544 + 518,311,739 + 1,155,847,197 + 982,376,134]	757,617,889 - 342,886,949 - 644,405,938 - 393,977,554 - 699,592,108 + 433,273,912 - 86,433,593 + 45,339,571 -	0 + 1,091,041 + 1,514,214 + 0 + 0 + 9,217 = 0.94399499	0 + 26,698 + 32,185 + 20,418 + 6,362] = 0.94399499
南區分區	=	[1,094,879,910]	/ [1,328,865,544 + 518,311,739 + 1,155,847,197 + 982,376,134]	757,617,889 - 342,886,949 - 644,405,938 - 393,977,554 - 699,592,108 + 433,273,912 - 86,433,593 + 45,339,571 -	0 + 1,091,041 + 1,514,214 + 0 + 0 + 9,217 = 0.94399499	0 + 26,698 + 32,185 + 20,418 + 6,362] = 0.94399499
高屏分區	=	[150,894,946]	/ [1,328,865,544 + 518,311,739 + 1,155,847,197 + 982,376,134]	757,617,889 - 342,886,949 - 644,405,938 - 393,977,554 - 699,592,108 + 433,273,912 - 86,433,593 + 45,339,571 -	0 + 1,091,041 + 1,514,214 + 0 + 0 + 9,217 = 0.94399499	0 + 26,698 + 32,185 + 20,418 + 6,362] = 0.94399499
東區分區	=	[150,894,946]	/ [1,328,865,544 + 518,311,739 + 1,155,847,197 + 982,376,134]	757,617,889 - 342,886,949 - 644,405,938 - 393,977,554 - 699,592,108 + 433,273,912 - 86,433,593 + 45,339,571 -	0 + 1,091,041 + 1,514,214 + 0 + 0 + 9,217 = 0.94399499	0 + 26,698 + 32,185 + 20,418 + 6,362] = 0.94399499

$$5. \text{一般服務全區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)} \\ = [6,778,966,757] / [4,383,004,536 + 2,617,501,813 - 2,605,255 + 211,968] = 0.96868494$$

6. 中醫門診總額平均點值

$$= [\text{加總調整後分區一般服務預算總額(BD2)} + \text{專款專用暫結金額} + \text{醫療資源不足地區改善方案_論量計劃結算金額(B4)}] \\ / [\text{加總分區一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{加總分區核定非浮動點數(GG)} - \text{緩起訴捐助款} + \text{加總分區自墊核退點數(GJ)} + \\ \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款)} + \text{資源不足地區改善方案_論量計劃(核定浮動及非浮動點數)(B4)}] \\ = [6,778,966,757 + 203,957,173 + 55,367,230] / [4,383,004,536 + 2,617,501,813 - 2,605,255 + 211,968 + 204,847,014 + 55,367,230] \\ = 0.96868501$$

註：

1. 專款專用暫結金額 = 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫暫結金額 + 中醫提升孕產照護品質計畫暫結金額 + 癌症患者加強照護整合方案暫結金額 + 兒童過敏性鼻炎照護計畫暫結金額 + 中醫急症處置計畫暫結金額 + 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算) + 網路頻寬補助費用暫結金額 + 品質保證保留款預算
$$= 33,900,000 + 53,521,080 + 19,749,594 + 46,496,671 + 2,647,841 + 306,873 + 6,144,219 + 20,029,668 + 21,161,227$$

$$= 203,957,173$$
2. 品質保證保留款 = 106年各季品質保證保留款預算 + 109年品質保證保留款預算 / 4

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

- 費用年月109/09(含)以前：於110/01/01~110/03/31期間核付者。
費用年月109/10~109/12：於109/10/01~110/03/31期間核付者。

附錄十

檔 號：

保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：臺北市信義路3段140號

傳真：(02)27069043

承辦人及電話：張航芬(02)27065866轉2629

電子信箱：A111037@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年4月29日

發文字號：健保醫字第1100033259B號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：請自本署全球資訊網自行擷取

主旨：109年第3季「醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明段，請查照。

說明：

一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨110年4月14日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額110年第1次臨時研商議事會議」決定辦理。


二、旨揭醫院總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/醫院總額。

三、另依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法

規定，自110年5月15日起暫付、核付之醫院總額費用依109年第3季點值辦理，並於110年5月辦理點值結算追扣補付事宜。

正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會、中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、中華民國物理治療師公會全國聯合會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組



程式代號：rgb11908r04

衛生福利部中央健康保險署

列印日期：110/03/26

核付截止日期：109/12/31

頁 次：38

醫院總額各分區一般服務每點支付金額統算說明表

核算主要費用年期迄：109/07~109/09

5. 非偏遠地區門住診一般服務浮動每點支付金額 =

- [調整後分區門診一般服務預算總額 (BD4) + 調整後分區住診一般服務預算總額 (BD3)
- 加總(門住診非偏遠地區投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數 × 前季全區浮動點值)(AF1+AF3)
- (加總(門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG3)-藥品價量協議-緩起訴捐助款)
- 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定浮動點數 × 前季就醫分區平均點值)(AF2+AF4)
- 加總(門住診當地就醫核定非浮動點數)(BG2+BG4)
- 加總(門住診非偏遠地區投保該分區當地就醫一般服務核定浮動點數)(BF1+BF3)

臺北分區 = [18,624,582,180 + 23,344,987,329 - 4,564,148,651 - (19,556,220,738 - 337,024,440 - 0)
- 208,998,093 - 113,066,274 - 11,730,446] / 21,204,647,626 = 0.84191117

北區分區 = [6,841,308,460 + 9,347,354,804 - 2,748,738,328 - (7,301,526,869 - 131,470,635 - 0)
- 18,532,654 - 9,821,612 - 5,965,645] / 7,219,055,237 = 0.86376244

中區分區 = [8,908,215,793 + 12,325,686,610 - 1,221,602,732 - (9,237,577,020 - 170,472,590 - 0)
- 425,257,500 - 313,689,717 - 5,840,920] / 11,622,776,078 = 0.87762227

南區分區 = [7,038,070,618 + 10,002,140,414 - 1,655,587,184 - (7,911,657,623 - 136,777,096 - 0)
- 29,655,061 - 16,386,765 - 4,002,597] / 8,469,831,201 = 0.89254422

高屏分區 = [7,356,332,551 + 10,643,963,024 - 1,166,669,001 - (7,717,831,509 - 125,119,827 - 0)
- 103,517,206 - 29,333,383 - 2,810,205] / 9,924,324,407 = 0.91746841

東區分區 = [1,214,481,293 + 2,079,741,637 - 353,273,273 - (1,417,271,994 - 23,872,498 - 0)
- 60,836,960 - 21,099,305 - 537,774] / 1,665,484,602 = 0.87966957

6. 非偏遠地區門住診一般服務全區浮動每點支付金額 = [調整後門診一般服務預算總額 (D4) + 調整後住診一般服務預算總額 (D3)

- (加總(門住診核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4)-藥品價量協議-緩起訴捐助款)
- 加總(門住診自整核退點數)(B11+B13)
- 加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)
= [49,982,990,895 + 67,743,873,818 - (53,645,482,809 - 924,737,086 - 0) - 30,887,587] / 73,318,295,767
= 0.88620761

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

程式代號：rgbi1908r04

109年第3季

衛生福利部中央健康保險署

醫院總額各分區一般服務每點支付金額統算說明表
核算主要費用年月起迄：109/07~109/09 核付截止日期：109/12/31

列印日期：110/03/26
頁 次：39

7. 非偏遠地區門住診一般服務分區平均點值

= [調整後分區門診一般服務預算總額 (BD4) + 調整後分區住診一般服務預算總額 (BD3)

+ 加總(門住診投保該分區核定非浮動點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

+ 加總(門住診當地就醫分區自核退點數)(BJ1+BJ3)]

臺北分區	=	[18,624,582,180+ 23,344,987,329]	/[26,230,722,641+19,669,287,012-337,024,440	-	0+ 11,730,446]= 0,92089592
北區分區	=	[6,841,308,460+ 9,347,354,804]	/[10,134,064,343+ 7,311,348,481-131,470,635	-	0+ 5,965,645]= 0,93465530
中區分區	=	[8,908,215,793+ 12,325,686,610]	/[13,349,649,452+ 9,551,266,737-170,472,590	-	0+ 5,840,920]= 0,93392139
南區分區	=	[7,038,070,618+ 10,002,140,414]	/[10,244,641,065+ 7,928,044,388-136,777,096	-	0+ 4,002,597]= 0,94458399
高屏分區	=	[7,356,332,551+ 10,643,963,024]	/[11,258,762,982+ 7,747,164,892-125,119,827	-	0+ 2,810,205]= 0,95322281
東區分區	=	[1,214,481,293+ 2,079,741,637]	/[2,100,455,284+ 1,438,371,299- 23,872,498	-	0+ 537,774]= 0,93705890

8. 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值

= [49,982,990,895+ 67,743,873,818]/[73,318,295,767+53,645,482,809-924,737,086

- 0+ 30,887,587]= 0,93382193

9. 醫院醫療給付費用總額平均點值(不含門診透析)

$$\begin{aligned} &= \text{加總}[\text{調整後分區門診一般服務預算總額 (BD4)} + \text{調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)} + \text{專款專用暫結金額}] \\ &\quad / [\text{一般服務核定非浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品價量協議 - 緩起訴捐助款 + 自墊核退點數(BI)}] \\ &\quad + \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款)} \\ &= [49,982,990,895+ 67,743,873,818+ 6,399,175,723] \\ &\quad / [73,318,295,767+ 53,645,482,809- 924,737,086 - \\ &= 0.93700463 \end{aligned}$$

註：

$$\begin{aligned} 1. \text{專款專用暫結金額} &= \text{C型肝炎藥費暫結金額} + \text{平見疾病、血友病及後天免疫缺乏病治療藥費及罕見疾病特材暫結金額} \\ &+ \text{鼓動器官移植並確保術後追蹤照護品質暫結金額} + \text{醫療給付改善方案暫結金額} \\ &+ \text{醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案暫結金額} + \text{急診品質提升方案暫結金額} \\ &+ \text{醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫暫結金額} + \text{鼓勵院所建議轉診之合作機制暫結金額} \\ &+ \text{品質保證保留款預算} + \text{網路頻寬補助費用暫結金額} \\ &= 256,370,621+ 3,916,676,413+ 1,243,776,370+ 260,936,485+ 20,000,000+ 26,995,176+ 221,034,403 \\ &+ 58,532,950+ 361,405,436+ 33,447,869 \\ &= 6,399,175,723 \end{aligned}$$

2. C型肝炎藥費專款專用已支用點數、暫結金額已扣除廠商負擔款。

3. 平見疾病、血友病及後天免疫缺乏病治療藥費及罕見疾病特材已支用點數、暫結金額已扣除藥品價量協議回收金額。

4. 品質保證保留款 = 106年各季品質保證保留款預算 + 109年品質保證保留款預算 / 4。

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月109/06(含)以前：於109/10/01~109/12/31期間核付者。

費用年月109/07~109/09：於109/07/01~109/12/31期間核付者(臺北業務組部分追扣補付原因別110/3/30前核付)。

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

衛生福利部中央健康保險署 函

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



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年5月27日
發文字號：健保醫字第1100033486號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：請自本署全球資訊網自行擷取

主旨：109年第4季「醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明段，請查照。



說明：

一、依據全民健康保險法第62條第3項規定辦理。
二、109年第4季點值業於110年5月14日以健保醫字第1100033408號函請各全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議代表書面確認在案。旨揭結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/醫院總額。

三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自110年5月28日起，醫院總額費用之暫付、核付，依109年第4季結算點值辦理，並於110年6月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。

110.05.28



1103340097

正本：本署各分區業務組

副本：申斯靜代表、朱文洋代表、朱益宏代表、何國梁代表、吳明賢代表、吳淑芬代表、吳鏘亮代表、周思源代表、孟令妤代表、林恩豪代表、林鳳珠代表、林慶雄代表、林應然代表、邱仲慶代表、侯明鋒代表、侯俊良代表、侯勝茂代表、施壽全代表、張克士代表、張禹斌代表、梁淑政代表、許惠恒代表、郭錫卿代表、陳文琴代表、陳智芳代表、程文俊代表、童瑞龍代表、黃遵誠代表、楊俊佑代表、廖振成代表、劉建良代表、劉淑芬代表、劉碧珠代表、蔡淑鈴代表、謝文輝代表、謝景祥代表、謝輝龍代表、鍾飲文代表、顏鴻順代表、羅永達代表、嚴玉華代表、蘇主榮代表、蘇東茂代表、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國物理治療師公會全國聯合會、中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、臺灣醫療暨生技器材工業同業公會、財政部賦稅署、本署企劃組、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫審及藥材組、本署違規查處室、本署醫務管理組。

電 2021/05/27 文
交 15:55:33 檢 章

裝

訂

線

程式代號：rgb1908r04
109年第4季

衛生福利部中央健康保險署

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
核算主要費用年月起迄：109/10~109/12

列印日期：110/05/12
核算截止日期：110/03/31
頁次：38

5. 非偏遠地區門住診一般服務浮動每點支付金額 =

「調整後分區門診一般服務預算總額(BD4) + 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)
- 加總(門住診非偏遠地區投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數 × 前季全區浮動點值)(AF1+AF3)
(加總(門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG3) - 藥品價量協議 - 緩起訴捐助款)
- 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定浮動點數 × 前季就醫分區平均點值)(AF2+AF4)
- 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG2+BG4)
/ 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)」

臺北分區 = [18,963,498,677 + 23,708,606,751 - 4,324,685,121 - (19,646,262,461 - 201,661,950 - 0)
- 206,419,469 - 111,824,322 - 13,600,080] / 21,390,417,435 = 0.86819138

北區分區 = [6,979,463,011 + 9,553,860,617 - 2,601,092,498 - (7,405,057,860 - 57,746,206 - 0)
- 19,640,706 - 10,397,824 - 6,128,733] / 7,356,078,627 = 0.89025044

中區分區 = [9,018,259,261 + 12,572,548,525 - 1,157,011,763 - (9,317,961,745 - 91,089,559 - 0)
- 407,997,071 - 294,586,877 - 5,206,469] / 11,873,521,359 = 0.88424766

南區分區 = [7,179,546,518 + 10,081,537,607 - 1,576,503,045 - (7,894,664,463 - 80,903,827 - 0)
- 28,188,371 - 17,538,287 - 3,182,219] / 8,656,746,472 = 0.90356251

高屏分區 = [7,473,922,641 + 10,869,317,251 - 1,086,300,940 - (7,760,746,516 - 92,394,646 - 0)
- 103,875,555 - 23,270,919 - 2,968,739] / 10,166,703,695 = 0.93033811

東區分區 = [1,262,308,054 + 2,130,037,941 - 333,905,784 - (1,450,730,758 - 12,045,894 - 0)
- 56,495,149 - 20,698,410 - 728,775] / 1,692,878,117 = 0.91077615

6. 非偏遠地區門住診一般服務全區浮動每點支付金額 = 「調整後門診一般服務預算總額(D4) + 調整後住診一般服務預算總額(D3)
- (加總(門住診核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4) - 藥品價量協議 - 緩起訴捐助款)

- 加總(門住診自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

/ 加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)
= [50,876,998,162 + 68,915,908,692 - (53,953,740,442 - 535,842,082 - 0.89027908

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

程式代號：rgb1908r04
109年第4季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
核算主要費用年月起迄：109/10~109/12

列印日期：110/05/12
頁次：39

7. 非偏遠地區門住診一般服務分區平均點值 = [調整後分區門診一般服務預算總額 (BD4) + 調整後分區住診一般服務預算總額 (BD3)]
/ [加總(門住診一般服務核定浮動點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)
+ 加總(門住診該分區核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4) - 藥品價量協議 - 緩起訴捐助款
+ 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

臺北分區	= [18, 963, 498, 677 + 23, 708, 606, 751] / [26, 493, 818, 803 + 19, 758, 086, 783 - 201, 661, 950]	-	0 + 13, 600, 080] = 0.92636875
北區分區	= [6, 979, 463, 011 + 9, 553, 860, 617] / [10, 312, 197, 939 + 7, 415, 455, 684 - 57, 746, 206	-	0 + 6, 128, 733] = 0.93535244
中區分區	= [9, 018, 259, 261 + 12, 572, 548, 525] / [13, 615, 948, 368 + 9, 612, 548, 622 - 91, 089, 559	-	0 + 5, 206, 469] = 0.93294594
南區分區	= [7, 179, 546, 518 + 10, 081, 537, 607] / [10, 465, 802, 093 + 7, 912, 202, 750 - 80, 903, 827	-	0 + 3, 182, 219] = 0.94321404
高屏分區	= [7, 473, 922, 641 + 10, 869, 317, 251] / [11, 501, 825, 364 + 7, 784, 017, 435 - 92, 394, 646	-	0 + 2, 968, 739] = 0.95555540
東區分區	= [1, 262, 308, 054 + 2, 130, 037, 941] / [2, 129, 953, 735 + 1, 471, 429, 168 - 12, 045, 894	-	0 + 728, 775] = 0.94492386

8. 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值

= [50, 876, 998, 162 + 68, 915, 908, 692] / [74, 519, 546, 302 + 53, 953, 740, 442 - 535, 842, 082] - 0 + 31, 815, 015] = 0.93610690

9. 醫院醫療給付費用總額平均點值(不含門診透析)

= 加總[調整後分區門診一般服務預算總額 (BD4) + 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3) + 專款專用暫結金額]
/ [一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 藥品價量協議 - 緩起訴捐助款 + 自墊核退點數(BI)]
+ 專款專用已支用點數(含品質保證保留款)]
= [50, 876, 998, 162 + 68, 915, 908, 692 + 7, 259, 851, 210]
/ [74, 519, 546, 302 + 53, 953, 740, 442 - 535, 842, 082 - 0.93949124]
= 0.93949124

註：

1. 專款專用暫結金額=C型肝炎藥費暫結金額+罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材暫結金額
+ 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質暫結金額+醫療給付改善方案暫結金額
+ 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案暫結金額+急診品質提升方案暫結金額
+ 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫暫結金額+鼓勵院所建議轉診之合作機制暫結金額
(各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算) + 品質保證保留款預算
網路頻寬補助費用暫結金額
= 881,520,304 + 3,882,469,286 + 1,224,748,507 + 394,256,779 + 20,000,000 + 120,249,006 + 280,235,185
+ 58,634,250 + 362,380,640 + 35,357,253
= 7,259,851,210

2. C型肝炎藥費專款專用已支用點數、暫結金額已扣除廠商負擔款。

3. 罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材已支用點數、暫結金額已扣除藥品價量協議回收金額。

4. 品質保證保留款預算=106年各季品質保證保留款預算+109年品質保證保留款預算/4。

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月109/09(含)以前：於110/01/01 ~ 110/03/31期間核付者。

費用年月109/10 ~ 109/12：於109/10/01 ~ 110/03/31期間核付者。

2. 當地就醫分區未跨區係指醫療費用申報分區，以其就醫的分區為計算範圍。

附錄十一

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27026324
承辦人及電話：陳俐欣(02)27065866轉
2659
電子信箱：A1111183@nhi.gov.tw



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年5月27日
發文字號：健保醫字第1100033481號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：109年全年「西醫基層總額各分區一般服務每點支付金額
結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑
如說明段，請查照。



說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定辦理。
- 二、109年全年點值業於110年5月14日以健保醫字第1100033419號函請各全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議代表書面確認在案。旨揭結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/西醫基層。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自110年5月28日起，西醫基層總額費用之暫付、核付，依109年全年結算點值辦理，並於110年6月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。

110.05.27

第 1 頁，共 2 頁



1103340095



正本：本署各分區業務組

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



裝



訂

線

六、修正後第1~4季合計一般服務預算總額浮動點值(含「該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)

1. 一般服務分區浮動每點支付金額 = [調整後各分區之一般服務預算總額(加總BD6) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用] - 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 ×前季投保分區浮動點值(AF)

- (投保該分區核定非浮動點數(BG) - 藥品價量協議 - 緩起訴捐助款) - 當地就醫分區自墊核退點數(BF)]
/ 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區 = [40,231,151,532 + 1,848,708 - 4,983,703,189 - (10,626,575,387 - 24,330,434 - 0) - 2,418,516] / 23,341,077,493 = 1.05584815
北區分區 = [18,496,237,120 + 14,813,506 - 2,445,340,149 - (5,173,323,490 - 13,000,209 - 1,957,490) - 2,061,769] / 9,900,426,737 = 1.10149625
中區分區 = [22,962,102,737 + 8,356,436 - 1,213,026,419 - (6,561,221,384 - 9,432,259 - 1,327,102) - 2,601,297] / 14,239,842,778 = 1.06773436
南區分區 = [17,875,487,489 + 43,254,260 - 1,549,355,248 - (5,195,966,874 - 5,754,481 - 0) - 1,207,898] / 10,293,345,596 = 1.08594102
高屏分區 = [19,472,271,323 + 34,170,962 - 1,113,996,551 - (5,830,554,153 - 9,833,884 - 657,757) - 530,590] / 11,834,518,191 = 1.06230371
東區分區 = [2,554,924,198 + 75,070,019 - 278,419,215 - (863,127,733 - 2,853,077 - 0) - 340,611] / 1,318,520,445 = 1.13078242

2. 一般服務全區浮動每點支付金額

= 加總[調整後各分區之一般服務預算總額(加總BD6)

+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用

- (核定非浮動點數(BG) - 藥品價量協議 - 緩起訴捐助款)

- 自墊核退點數(BJ)]

/ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

$$= [121,592,174,399 + 177,513,891 - (34,250,769,021 - 65,204,344 - 3,942,349) - 9,160,681] / 83,384,415,683 = 1.05030304$$

註:1. 藥品價量協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

2. 藥品價量協議：第1季臺北145,037、北區81,520、中區66,352、南區129,284、高屏104,200、東區7,481；

第2季臺北1,627,515、北區457,393、中區1,323,841、南區461,824、高屏2,138,058、東區45,940。

第3季臺北19,972,343、北區11,361,209、中區6,556,131、南區3,966,336、高屏5,427,361、東區2,351,279。

第4季臺北2,585,539、北區1,100,087、中區1,485,935、南區1,197,037、高屏2,164,265、東區448,377。

3. 緩起訴捐助款：第1季中區1,327,102、高屏457,757；第2季金額為0；第3季北區1,616,066；第4季北區341,424、高屏200,000。

程式代號：rgbj1918r06

109年第1~4季

3. 一般服務分區平均點值 = [調整後各分區之一般服務預算總額(加總BD6)

+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用]

$$\begin{aligned} & \times [\text{[一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 藥品價量協議 - 緩起訴捐助款 + 自墊核退點數(BJ)]} \\ & \text{臺北分區} = [40,231,151,532 + 1,848,708] / [28,905,207,959 + 10,626,575,387 - 24,330,434 - 0 + 2,418,516] = 1.01830248 \\ & \text{北區分區} = [18,496,237,120 + 14,813,506] / [12,502,051,590 + 5,173,323,490 - 13,000,209 - 1,957,490 + 2,061,769] = 1.04804374 \\ & \text{中區分區} = [22,962,102,737 + 8,356,436] / [15,530,402,241 + 6,561,221,384 - 9,432,259 - 1,327,102 + 2,601,297] = 1.04016551 \\ & \text{南區分區} = [17,875,487,489 + 43,254,260] / [11,863,218,009 + 5,195,966,874 - 5,754,481 - 0 + 1,207,898] = 1.05066677 \\ & \text{高屏分區} = [19,472,271,323 + 34,170,962] / [13,005,773,183 + 5,830,554,153 - 9,833,884 - 657,757 + 530,590] = 1.03612359 \\ & \text{東區分區} = [2,554,924,198 + 75,070,019] / [1,577,762,701 + 863,127,733 - 2,853,077 - 0 + 340,611] = 1.07858349 \end{aligned}$$

4. 一般服務全區平均點值

$$= [121,592,174,399 + 177,513,891] / [83,384,415,683 + 34,250,769,021 - 65,204,349 - 3,942,349 + 9,160,681] = 1.035567495$$

5. 西醫基層醫療給付費用總額平均點值 = 加總[調整後各分區之一般服務預算總額(加總BD6)

$$\begin{aligned} & + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} + \text{專款專用暫結金額(註)} \\ & + \text{加總分區[一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 藥品價量協議 - 緩起訴捐助款} \\ & + \text{+ 自墊核退點數(BJ) + 專款專用已支用點數(含品質保證保留款) } \\ & = [121,592,174,399 + 177,513,891 + 3,156,504,034] / [83,384,415,683 + 34,250,769,021 - 65,204,349 - 3,942,349 + 9,160,681 + 3,171,693,626] \\ & = 1.03461207 \end{aligned}$$

註：

$$\begin{aligned} 1. \text{專款專用暫結金額} & = \text{C型肝炎藥費暫結金額} + \text{家庭醫師整合性照護計畫暫結金額} \\ & + \text{醫療資源不足地區改善方案暫結金額} + \text{醫療給付改善方案暫結金額} \\ & + \text{鼓勵院所建立轉診之合作機制暫結金額} + \text{罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材} \\ & + \text{網路頻寬補助費用} + \text{偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫(如暫結金額大於預算金額，則暫結金額為全年預算)} \\ & + \text{品質保證保留款預算} \\ & = 529,949,120 + 1,245,690,480 + 167,349,414 + 459,000,000 + 148,180,400 + 679,713 + 214,729,796 \\ & + 5,213,250 + 385,711,861 \\ & = 3,156,504,034 \end{aligned}$$

2. C型肝炎用藥專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品價量協議回收金額。

3. 罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品價量協議回收金額。

4. 品質保證保留款 = 106年各季品質保證保留款預算 + 109年品質保證保留款預算 / 4

六、說明

1. 第1季結算費用年月包括：費用年月108/12(含)以前：於109/04/01~109/06/30期間核付者。費用年月109/01~109/03於109/01/01~109/06/30期間核付者。
2. 第2季結算費用年月包括：費用年月109/03(含)以前：於109/07/01~109/09/30期間核付者。費用年月109/04~109/06於109/04/01~109/09/30期間核付者。
3. 第3季結算費用年月包括：費用年月109/06(含)以前：於109/10/01~109/12/31期間核付者。費用年月109/07~109/09於109/07/01~109/12/31期間核付者。
4. 第4季結算費用年月包括：費用年月109/09(含)以前：於110/01/31~110/03/31期間核付者。費用年月109/10~109/12於109/10/01~110/03/31期間核付者。
5. 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。
6. 依據衛生福利部110年1月22日衛授保字第109003614號函「全民健康保險醫療給付費用各總額採全年核算。一般服務部門、專款及其他部門涉及「當季」係指109年全年核算點值；「前一季」及「最近一季」係指108年第4季核算點值。」

附錄十二

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

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

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年3月19日
發文字號：健保醫字第1100032899B號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：請逕自本署全球資訊網下載

主旨：109年第3季「門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明段，請查照。



說明：

- 一、依全民健康保險法第62條第3項規定暨110年2月24日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算110年第1次研商議事會議」決定辦理。
- 二、旨揭門診透析預算結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網\健保服務\健保醫療費用\醫療費用申報與給付\醫療費用支付\醫療費用給付規定\各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)\門診透析。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自110年3月15日起，門診透析預算費用之暫付、核付，依109年第3季結算點值辦理，並於110年3月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。



110.03.19



1103340041

正本：本署各分區業務組

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

電 2031603519 文
文 13:34:23 章



裝

訂

線



程式代號：RGB11908R05 109年第3季 門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表
列印日期：110/01/26
核算主要費用年月起迄：109/07~109/09 核付截止日期：109/12/31
頁次：13

衛生福利部中央健康保險署

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表
核算主要費用年月起迄：109/07~109/09

六、一般服務浮動每點支付金額

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

核定浮動點數合計(P)

= 10,246,453,175 - 746,959,864 = 168,971,675
= 11,120,252,555

= 0.83905663 (四捨五入至小數第8位)

七、平均點值

預算(D2)

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

= 10,246,453,175
= 746,959,864 + 168,971,675 + 11,120,252,555
= 0.85130413 (四捨五入至小數第8位)

八、說明

本季結算費用年月包括：

1. 費用年月109/06(含)以前：於109/10/01~109/12/31期間核付者。
2. 費用年月109/07~109/09於109/07/01~109/12/31期間核付者。

衛生福利部中央健康保險署 函

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

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年5月27日
發文字號：健保醫字第1100033483號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：請逕自本署全球資訊網下載

主旨：109年第4季「門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明段，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定辦理。
- 二、109年第4季點值業於110年5月14日以健保醫字第1100033405號函請各全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議代表書面確認在案。旨揭結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/門診透析。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自110年5月28日起，門診透析預算費用之暫付、核付，依109年第4季結算點值辦理，並於110年6月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。

110.05.27



正本：本署各分區業務組

副本：干代表文男、吳代表麥斯、宋代表俊明、李代表妮真、林代表元灝、邱代表琦皓、洪代表冠予、張代表克士、張代表孟源、張代表禹斌、張代表晏晏、梁代表淑政、郭代表咏臻、曾代表國憲、黃代表尚志、楊代表五常、楊代表孟儒、鄒代表繼群、蔡代表宗昌、蔡代表明鎮、蔡代表淑鈴、鄭代表集鴻、顏代表大翔、羅代表永達、衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、台灣腎臟醫學會、社團法人基層透析協會、吳代表鴻來、財政部賦稅署、本署醫審及藥材組、本署企劃組、本署財務組、本署承保組、本署資訊組、本署主計室、本署違規查處室、本署醫務管理組



裝

訂

線



程式代號：RGB11908R05 109年第4季 門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表
= = = = =
衛生福利部中央健康保險署

列印日期：110/04/27
頁次：3

六、一般服務浮動每點支付金額
核付截止日期：110/03/31

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表
核算主要費用年月起迄：109/10~109/12

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

核定浮動點數合計(P)

= 10,309,719,869 - 731,409,428 - 166,740,350
= 11,114,938,905

= 0.84674960 (四捨五入至小數第8位)

七、平均點值

預算(D2)

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

= 10,309,719,869

= 731,409,428 + 166,740,350 + 11,114,938,905

= 0.85820726 (四捨五入至小數第8位)

八、說明

本季結算費用年月包括：

1. 費用年月109/09(含)以前：於110/01/01~110/03/31期間核付者。
2. 費用年月109/10~109/12：於109/10/01~110/03/31期間核付者。

附錄十三

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27069043
承辦人及電話：歐舒欣(02)27065866轉
2614
電子信箱：A110666@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年3月19日
發文字號：健保醫字第1100032938號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：附件請逕自本署全球資訊網自行擷取

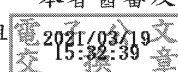
主旨：檢送109年第3季「全民健康保險其他部門結算說明表」，
並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明段，請查
照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定：「保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額及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」。
- 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、本署醫務管理組



110.03.19

第 1 頁，共 1 頁



1103340043

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27069043
承辦人及電話：歐舒欣(02)27065866轉
2614
電子信箱：A110666@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年6月7日
發文字號：健保醫字第1100033557號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：附件請逕自本署全球資訊網自行擷取

主旨：檢送109年第4季「全民健康保險其他部門結算說明表」，
並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明段，請查
照。

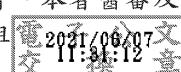
說明：

一、依據全民健康保險法第62條第3項規定：「保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額及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」。

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、本署醫務管理組



110.06.07

第 1 頁，共 1 頁



1103340107

109年度其他預算支用情形

項目	年 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昇計畫	655.4	146.4	135.6	123.6	121.2	526.8	80.4%
獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用 ^{註1}	936.0	29.9	145.2	157.0	342.2	674.2	72.0%
保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,653.8	360.1	364.4	368.9	348.9	1,442.3	87.2%
推動促進醫療體系整合計畫	400.0	39.6	42.0	49.2	48.2	178.9	44.7%
1.醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫 ^{註2}		13.3	12.5	12.2	11.9	49.8	
2.跨層級醫院合作計畫		11.5	14.3	20.7	15.1	61.6	
3.急性後期整合照護計畫		14.8	15.2	16.3	21.2	67.5	
支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及狂犬病治療藥費 ^{註3}	290.0	0.4	0.3	0.3	0.3	1.3	0.4%
支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款不足之經費 ^{註4}	3,000.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0%
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	822.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0%
慢性腎臟病照護及病人衛教計畫 ^{註5}	427.0	102.7	104.4	106.4	102.2	427.0	100.0%
1.Pre-ESRD之病人照護與衛教計畫		57.2	58.6	59.3	59.5	234.7	
2.初期慢性腎臟病醫療給付改善方案		34.0	34.5	35.8	42.2	146.6	
3.慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫(申復)		0.3	0.0	0.0	0.4	0.8	
※慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫(預先扣除，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(追扣/補付) ^{註6}	30.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0%
居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務	6,170.0	1,344.9	1,399.8	1,416.8	1,497.8	5,659.4	91.7%
1.居家醫療與照護		865.6	906.6	905.9	976.9	3,654.9	
2.助產所		0.9	0.8	0.8	0.8	3.3	
3.精神疾病社區復健		468.6	482.4	499.4	509.7	1,960.2	
4.轉銜長照2.0之服務		9.8	10.0	10.7	10.4	41.0	
提升保險服務成效	300.0	105.7	95.3	97.2	0.0	298.3	99.4%
基層總額轉診型態調整費用 ^{註7}	1,000.0	250.0	250.0	250.0	250.0	1,000.0	100.0%
總計	15,684.2	2,379.8	2,537.1	2,569.4	2,710.8	10,208.3	65.1%

註：1.資料上傳獎勵費遞延1季結算，第4季結算包含第3、4季資料上傳獎勵費及支應四部門總額「網路頻寬補助費用」專款不足之經費(約22.6百萬元)。

2.因108年第2季修正「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」，收案人數下降，故執行率不高。

3.僅支付狂犬病治療藥費，其餘項目尚無專款不足需支應之情形。

4.C型肝炎藥費尚無專款不足需支應之情形。

5.其中Pre-ESRD、Early-CKD計畫執行數超出預算數，第3、4季採浮動點值0.9149、0.9237支付。另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。

6.108、109年計畫未執行，支用點數為院所申報錯誤(追扣)之點數，第1季3,300點、第2季-5,500點。

7.第1~4季分別支用299,162,687點、282,203,375點、308,905,243點、316,258,738點，超出當季預算，按當季各分區補助總點數之比例分配。

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年4月27日

發文字號：健保醫字第1100033217號

附件：請自行至本署全球資訊網下載

裝

訂

主旨：公告110年4月起新增「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等6項中醫門診總額照護計畫承作院所及醫師名單（附件），執行日自110年4月1日起。

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

衛生福利部中央
健康保險署核對章(0)

線

署長李伯璋

第1頁 共1頁

衛生福利部全民健康保險會收發



1103300105

110.4.28

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115

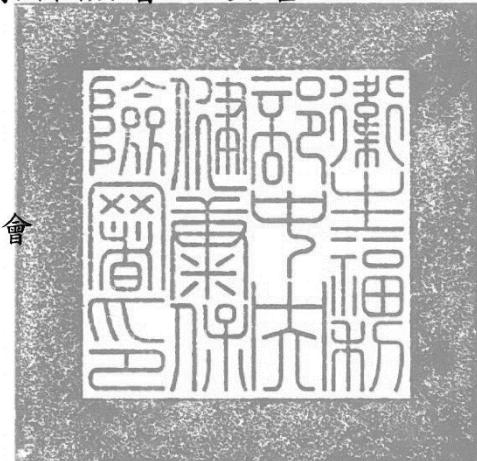
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年5月11日

發文字號：健保醫字第1100033328號

附件：請自行至本署全球資訊網下載



主旨：更正本署110年4月27日公告「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」承作院所及醫師名單。

公告事項：「全民健康保險中依慢性腎臟門診加強照護計畫」承作院所及醫師名單更正如附件(附件電子檔已置於本署全球資訊網，路徑為首頁>網站資訊>公告>近期公告，請自行下載)

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

衛生福利部中央
健康保險署校對章(4)

署長李伯璋

線

第1頁 共1頁

衛生福利部全民健康保險會收發



1103300115

110.5.12

附錄十五

6項中醫醫療照護計畫 110年4月1日起新增之承作院所及醫師名單

分區別 計畫名稱		項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
西醫住院病患中 醫特定疾病輔助 醫療計畫(腦血 管疾病、顱腦損 傷及脊髓損傷)	院所數	4	1	3	5	1	0	14	
	醫師數	5	1	3	5	1	0	15	
中醫提升孕產照 護品質計畫	院所數	7	3	3	8	8	2	31	
	醫師數	10	3	4	22	15	2	56	
中醫門診總額兒 童過敏性鼻炎照 護試辦計畫	院所數	12	2	10	5	19	0	48	
	醫師數	18	2	13	16	76	0	125	
全民健康保險中 醫急症處置計畫	院所數	1	0	1	3	2	0	7	
	醫師數	3	0	1	4	2	0	10	
中醫癌症患者西 醫住院中醫 輔助醫療計 畫	院所數	3	1	2	4	1	0	11	
	醫師數	4	1	2	4	1	0	12	
癌症患者中 醫門診延長 照護計畫	院所數	1	1	2	1	2	0	7	
	醫師數	2	1	2	2	2	0	9	
特定癌症患 者中醫門診 加強照護計 畫	院所數	10	4	7	8	6	1	36	
	醫師數	16	4	9	18	7	1	55	
全民健康保險中 醫慢性腎臟病門 診加強照護計畫	院所數	15	5	7	7	3	0	37	
	醫師數	24	5	20	13	3	0	65	

抄件：陳韻卉

附錄十六

檔 號：

保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

機關地址：臺北市信義路3段140號

傳真：(02)27849253

承辦人及電話：陳小姐(02)27065866轉3061

電子信箱：A111176@nhi.gov.tw

受文者：

發文日期：中華民國110年5月14日

發文字號：健保審字第1100034925A號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：發布令掃描檔

裝

主旨：「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分規定，本署於中華民國110年5月14日以健保審字第1100034925號令修正發布，茲檢送發布令（含附件）1份，請查照。

正本：行政院公報編印中心（請刊登公報）

副本：衛生福利部醫事司、衛生福利部心理及口腔健康司、衛生福利部中醫藥司、行政院法規會、衛生福利部法規會、衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組、本署企劃組、本署資訊組（請刊登全球資訊網）、本署各分區業務組（請轉知轄區特約醫事機構）（均含附件）

訂

線