

衛生福利部全民健康保險會
第5屆 110 年第 3 次委員會議資料

本資料未上網公開前
請勿對外提供

中華民國 110 年 7 月 23 日

衛生福利部全民健康保險會第5屆110年第3次委員會議議程

一、主席致詞	
二、議程確認	
三、確認上次(第2次)委員會議紀錄 -----	1
四、本會重要業務報告 -----	26
五、報告事項	
(一)中央健康保險署「110年6月份全民健康保險業務執行報告」-----	79
(二)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) -----	80
(三)牙醫門診總額協定事項「牙周病統合治療方案」、「全面提升感染管制品質」(含申報情形及查核結果)之執行結果 ----	92
六、臨時動議	

三、確認上次(第 2 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(110)年 7 月 5 日衛部健字第 1103360088 號函，及因文字誤植以同年 7 月 13 日衛部健字第 1103360094 號勘誤表函送委員在案，並於本年 7 月 5 日併同會議資料上網公開及 7 月 13 日上網更新。

決定：

衛生福利部全民健康保險會第5屆110年第2次委員會議紀錄(含附錄—與會人員發言實錄)

時間：中華民國110年6月25日上午9時30分

方式：視訊會議(使用Webex線上會議系統)

主席：周主任委員麗芳

紀錄：馬文娟、張靈

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10:30以後代理)、朱委員益宏、何委員語、吳委員鴻來、吳委員鏘亮(中華民國區域醫院協會劉秘書長碧珠代理)、李委員永振、李委員麗珍、卓委員俊雄、林委員恩豪、林委員敏華、侯委員俊良、柯委員富揚、胡委員峰賓、翁委員文能、翁委員燕雪、馬委員海霞、商委員東福、張委員文龍、張委員澤芸、許委員駢洪、陳委員石池、陳委員有慶、陳委員秀熙、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、鄭委員素華、盧委員瑞芬、賴委員博司、謝委員佳宜、顏委員鴻順

列席人員：

本部社會保險司：盧副司長胤雯

中央健康保險署：李署長伯璋、蔡副署長淑鈴、張組長禹斌、戴組長雪詠

本會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第25~26頁)

貳、議程確認：(詳附錄第26~28頁)

決定：

一、議程確認。

二、黃委員金舜所提臨時提案「提請討論『全民健康保險提升用藥品質藥事照護計畫』執行事宜」(如附件一)
轉請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會儘速研訂計畫，以利執行。

參、確認上次(第1次)委員會議紀錄：(詳附錄第28~33頁)

決定：

一、上次(第 1 次)委員會議紀錄，依委員意見修正如下：

(一)本會重要業務報告之決定一(一)1.「.....解除追蹤」，
後段增列「共計 7 項解除追蹤」。

(二)會議紀錄附件四有關優先報告事項第三案「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」，請依委員代表類別(付費者、專家學者及公正人士、醫事服務提供者)整理修正(如附件二)。

(三)討論事項第一案，增列一項決議：「有關委員希望列席中央健康保險署相關會議乙節，請依該署規定辦理」。

二、餘確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第 34~41 頁)

決定：

一、上次(第 1 次)及歷次委員會議列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤事項，共 3 項(上次 2 項、歷次 1 項)：
同意依擬議，解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤事項，共 1 項：同意依擬議，繼續追蹤。

(三)歷次列管追蹤事項，同意於 110 年 12 月份委員會議提報，惟期間若達解除追蹤條件，則主動提會報告。

二、本會每次委員會議召開前之委員會議資料(含書面資料及電子檔)，依政府資訊公開法第 18 條規定，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，爰會前均需保密，不得對外公開，僅供委員進行內部討論代表團體意見之用。上開保密事項納為本會委員在任期內應遵守之義務，並應填具保密切結書(如附件三)。另為利資訊公開透明，委員會議資料將於委員會

議後 10 日內併同會議紀錄上網公開。

三、餘洽悉。

伍、優先報告事項：(詳附錄第 42~86 頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：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」)，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署參考。

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。

決定：

- 一、配合 COVID-19^註 防疫規定，同意調整評核作業，以書面進行評核及意見交流，不辦理執行成果發表會；在決定評核等級時，採視訊會議進行。
- 二、110 年評核作業時程表，配合酌修如附件四。

(註：COVID-19 係指 Coronavirus disease 2019，嚴重特殊傳染性肺炎之英文縮寫)

陸、討論事項：(詳附錄第 90~141 頁)

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。

決議：

- 一、依委員共識意見，增訂 3 項總額協商原則，餘照案通過。
- 二、訂定「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架

構及原則」，如附件五。

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。

決議：

- 一、照案通過，訂定「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」，如附件六。
- 二、因應 COVID-19 疫情發展，總額協商相關會議辦理方式將滾動調整，並提報委員會議確認。

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。

決議：現階段以循序漸進為宜，爰維持現行依法公開方式。

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。

決議：

- 一、111 年度各部門總額「品質保證保留款」專款之額度，計算方式如下：
 - (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 0.1%、「優」級給予 0.2%、「特優」級給予 0.3% 嘉獎成長率。
- 二、上開 111 年度各部門總額「品質保證保留款」專款額

度，與 106 年度各部門總額一般服務預算之品質保證保留款額度(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)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 年度品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

柒、報告事項：(詳附錄第 142~163 頁)

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。

決定：本案不予備查。

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。

決定：

- 一、同意所提計畫，請中央健康保險署依法定程序辦理。
- 二、委員所提意見，送請中央健康保險署及中華民國牙醫師公會全國聯合會執行參考。

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)，請鑒察。

決定：

- 一、本案同意備查。

二、委員所提意見，送請中央健康保險署及中華民國中醫師公會全國聯合會執行參考。

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。

決定：

一、本案洽悉。

二、請中央健康保險署依 110 年度總額協定事項，儘速完成「基層總額轉診型態調整費用」動支方案後提報本會備查。

三、請中央健康保險署持續精進方案內容並評估執行效益，於 111 年度總額協商前提出量化成果，供協商參考。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：下午 14 時。

附錄：與會人員發言實錄

臨時提案

全民健康保險會提案單

提案日期：110年6月17日

提案者	黃金舜
委員代表類別	保險醫事服務提供者代表
提案屬性 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 一般提案 <input checked="" type="checkbox"/> 臨時提案 <input type="checkbox"/> 修正案 <input type="checkbox"/> 復議案
案由	提請討論「全民健康保險提升用藥品質藥事照護計畫」執行事宜
說明	本會自108年初開始規劃本計畫，積極與健保署和其他醫事團體溝通協商，取得執行方式共識。惟今年4月8日「110年度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第一次臨時會」上，推翻過去專家審查意見與執行共識，對計畫內容進行重大修正。共擬會議本為預算協商性質，卻對能推翻計畫專業審查結論，且共擬會上反對相關計畫進行代表，與本計畫協商之專業團體相同，均顯不合理。而本會重新修正計畫書後，欲請託4月8日發言代表協助確認，卻又以消極回應，造成本計畫遲未能執行。此不利健保資源之有效利用，更阻擋提升民眾用藥安全之進程。
擬辦	建請決議藥師公會全聯會可於7月份健保會說明本計畫執行方式及內容。

內容與本會任務符合情況 (請勾選)	<p>全民健康保險會法定任務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>保險費率之審議事項(第 5、24 條)。 <input type="checkbox"/>保險醫療給付費用總額之協議訂定及分配事項(第 5、61 條)。 <input type="checkbox"/>保險給付範圍之審議事項(第 5、26、51 條)。 <input checked="" type="checkbox"/>保險政策、法規之研究及諮詢事項(第 5 條)。 <input type="checkbox"/>其他有關保險業務之監理事項(第 5 條)。 <input type="checkbox"/>其他全民健康保險法所定由本會辦理事項(第 45、72、73、74 條)。 <p>註：()內為健保法條次。</p>
連署或附議人 (臨時提案、復議案填入)	蔡明鎮、許馯洪、張澤芸、林敏華

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、付費者、專家學者及公正人士委員意見：

(一)對111年度總額範圍(草案)之建議：

- 1.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绌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。
- 2.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。
- 3.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：

- 1.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。
- 2.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。
- 3.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：

「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，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、醫事服務提供者委員意見：

(一)請確實檢討低推估之設定及計算公式的合理性：

111年度之「醫療服務成本指數改變率」為負值，主要係匯率波動所致，惟實務上藥品、醫材的採購成本未降反升，且其採用之指數為抽樣調查資料，難以反映實際醫療成本。此外，「躉售物價指數—醫療儀器及用品類」選取的查價項目，並非多數醫療院所常使用的品項，建請檢討指數合理性。

(二)建議運用健保大數據資料，分析最近1年各年齡層的醫療費用，以了解人口結構改變下，每多1歲會增加多少醫療需求(包括新

藥、新科技等)，未來即可以前1年各年齡層實際醫療費用，推估未來1年各年齡層的醫療費用，使數據更貼近實際需求。

衛生福利部全民健康保險會 委員會議前提供會議資料保密切結書

衛生福利部全民健康保險會(下稱健保會)委員會議召開前之會議資料(含書面資料及電子檔)，依政府資訊公開法第 18 條規定，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，僅供會前委員進行內部討論代表團體意見之用，為確保該會議資料在委員會議前合理使用及保密不對外公開，特訂本切結書。

-----<以下資料由委員聲明及填寫>-----

- 一、本人於擔任健保會第 5 屆委員之任期期間，在每次委員會議召開前，取得之健保會會議資料，包括書面資料及電子檔，在此聲明應善盡保密義務，僅供內部討論代表團體意見之用，不得提供代表團體以外之第三人。但會後經健保會併議事錄上網公開後，不在此限。
- 二、如違反前開聲明，認屬全民健康保險會組成及議事辦法第 7 條第 2 項第 6 款之行為，納為未來不續聘重要參考條件，並得依法究處。

立切結書人簽名如下
委員

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)

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)	<p><u>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」。</u></p> <p><u>1.評核委員完成書面評核，在決定評核等級時，採視訊會議進行。</u></p> <p><u>2.本會於網頁公開評核等級，並以電子郵件提供委員參考。</u></p>
<u>110 年 8 月上旬</u>	<u>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。</u>
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。

111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則

第 5 屆 110 年第 2 次委員會議(110.6.25)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＝

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

二、配合全民健保財務狀況，合理配置健保資源

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

三、基期

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

四、醫療服務成本及人口因素

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

五、協商因素

(一)給付項目之調整

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。

六、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)110 年度專款項目，若因為疫情或委員會作業耽誤，導致執行率未達 50%，111 年度專款項目可照列 110 年度之預算及協定事項。

七、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「全民健康保險會會議規範」之復議案程序辦理。

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

(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。

(七)各總額部門所提協商草案，若涉及應用年度總額調整支付標準項目，應評估是否連帶影響其他總額部門，如有影響，應有相關預算撥補受影響部門。

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	醫院	躉售物價指數—西醫藥品類
醫療材料費用		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	躉售物價指數—西醫藥品類
	基層	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。

(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)。

111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序

第 5 屆 110 年第 2 次委員會議(110.6.25)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 <u>111</u> 年度總額協商架構及原則與協商程序。</p> <p>(二)辦理各總額部門執行成果評核： 檢討、評估各總額部門 <u>109</u> 年度協定事項執行情形。</p> <p>(三)<u>111</u> 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「<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」。 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)安排總額協商會前會及座談會。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.召開 <u>111</u> 年度總額協商因素項目及計畫草案會前會： <ol style="list-style-type: none"> (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： <ol 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)。 (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。 	<p><u>第 2 次委員會議(110 年 6 月 25 日)</u> <u>110 年 7 月 28 日</u></p> <p><u>110 年第 3 次或第 4 次委員會議(110 年 7 月 23 日或 8 月 20 日)</u></p> <p><u>110 年第 4 次委員會議(110 年 8 月 20 日)</u></p> <p><u>110 年 8 月</u></p> <p><u>110 年 8 月 20 日下午 (110 年第 4 次委員會議結束後)</u></p> <p><u>110 年 8~9 月</u></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「<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</u> ^註 <u>，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>	<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>
<p>2.協商結論提<u>9月份</u>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)<u>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。</u></p>	<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>3.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)：</p> <p>(1)達成共識部門：於<u>10月份</u>委員會議提報、確認。</p> <p>(2)未達共識部門：於<u>衛福部核定後最近1次委員會議</u>提報、確認。</p>	<u>110年第6次委員會議(110年10月22日)</u> <u>衛福部核定後最近1次委員會議(工作時間未達10天可順延)</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>	<u>110年10月8日前</u>
<p>1.請各總額部門於<u>9月份</u>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<u>10月份</u>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<u>11月份</u>委員會議討論，最遲於<u>12月份</u>委員會議完成協定。</p>	<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>
<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</u></p>	<u>110年11~12月</u>

工作項目及內容	預訂時程
福部核定及公告。	
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

註：惟若因疫情因素無法召開現場會議，則由本會執行秘書於視訊會議代為抽籤。

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		<u>合計</u>	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。

四、本會重要業務報告

一、本會依上次(110年第2次，110.6.25)委員會議決議(定)事項，辦理完成下列事項：

- (一)業於本(110)年7月9日依會議決定請辦中央健康保險署(下稱健保署)，有關「黃委員金舜所提臨時提案『提請討論全民健康保險提升用藥品質藥事照護計畫執行事宜』，轉請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會儘速研訂計畫，以利執行」。
- (二)依會議決定，業請本會所有委員完成填具「衛生福利部全民健康保險會委員會議前提供會議資料保密切結書」在案，爰自本次(第3次)委員會議起，將委員會議資料電子檔以電子郵件寄送全體委員參用，並將上(第2)次委員會議資料併同該次會議紀錄於會議後10日內(7月5日)上網公開。
- (三)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項計有3項，依辦理情形建議解除追蹤1項，繼續追蹤2項，如附表(第31~32頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理。

二、為利本年9月總額協商會議之議程安排，依照「111年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」，需於本次會議由各部門委員代表抽籤決定協商順序，另倘因疫情因素無法召開現場會議，則由本會執行秘書於視訊會議代為抽籤，爰依此進行代抽，再由主席宣布及確認抽籤結果，本會將據以排定總額協商會議議程。

三、依照年度總額協商程序，衛生福利部(簡稱衛福部)會在7~8月間將行政院核定之年度醫療給付費用總額範圍案交付本會協商，本會收到交議案後，即會提報最近一次的委員會供委員知悉。截至本年7月14日，本會尚未收到該交議案，為爭取時效，讓委員盡快了解交議內容及後續各部門總額協商作業，將於收到交議案後辦理下列事項：

- (一)納入8月份委員會議報告前，盡速轉知本會委員，並函請健保署及各總額部門，遵循衛福部交付之111年度總額協商政

策方向，研擬協商草案，所提協商因素項目應與政策方向互相扣連。

(二)請健保署及各總額部門，在本年 8 月 10 日前提出「111 年度總額協商因素項目及計畫(草案)」，俾於 8 月 20 日本會辦理之總額協商會前會說明。之後請於 9 月 2 日前提出 9 月總額協商之最終版本。

四、有關 110 年度各部門總額協定事項定期追蹤辦理情形：

(一)依本會 110 年 4 月份委員會議之決定，健保署應於 7 月底前提報各部門總額協定事項辦理情形(如附件二，第 41~76 頁)。

(二)本會整理前揭協定事項辦理情形，其中尚未完成之項目計 19 項(19%)，如下表：

類別 部門別	依法定程序辦理相關事宜，送本會備查		需經本會同意或向本會說明		提報本會執行情形(110 年初步結果)	
	應完成	未完成(%)	應完成	未完成(%)	應完成	未完成(%)
牙醫門診	5 項	無	3 項	1 項 (項次 7)	8 項	1 項 (項次 14)
中醫門診	10 項	無	—	—	10 項	無
西醫基層	5 項	1 項 (項次 3)	2 項	無	13 項	2 項 (項次 9、13)
醫院	6 項	3 項 (項次 1~3)	1 項	無	14 項	4 項 (項次 9、16~18)
門診透析	—	—	—	—	2 項	1 項 (項次 1)
其他預算	9 項	3 項 (項次 1、7、9)	—	—	12 項	3 項 (項次 10、19、21)
合計	35 項	7 項 (20%未完成)	6 項	1 項 (17%未完成)	59 項	11 項 (19%未完成)

(三)依 111 年度總額協商原則，110 年度一般服務之協商因素項目及專款專用項目之實施成效，將納入 111 年度總額協商考量。依健保署提報之辦理情形，目前尚有 19 項未依時程完成，請健保署會同各總額部門盡速辦理。

五、本會完成編製全民健康保險會 109 年版年報及歷年年報電子書櫃：

(一)依健保法施行細則第4條規定，本會應每年編具年終業務報告，並對外公開。本會109年版年報已完成編製，隨本次會議資料寄送委員在案，請惠予收藏指正，同時寄送委員推薦單位參考。。

(二)為利完整呈現歷年工作成果，今年起於本會網站建置歷年年報電子書櫃，收錄102~109年版年報電子書(路徑：本部全球資訊網>本部各單位及所屬機關>全民健康保險會>公告及重要工作成果>年終業務報告>歷年健保會年報電子書櫃(bookcase)，網址：<https://service.mohw.gov.tw/ebook/nhic/年報/109/bookcase.html>)，供外界參閱。

六、衛福部及健保署本年 6 月至 7 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 6 月 18 日修正發布「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，自本年 7 月 1 日生效，如附錄一(第 137 頁)。本次增修訂重點摘要如下：

1.調升支付點數或加計百分比

(1)醫院總額部門：調升 396 項特定診療項目(包括檢查 31 項、放射線診療 13 項、注射 1 項、治療處置 57 項、手術 286 項及麻醉費 8 項)、4 項臟器移植之一般材料費及器官保存液費用得另加計之百分比。

(2)牙醫門診總額部門：調升 6 項根管治療、5 項口腔顎面外科診療項目。於通則新增治療 70 歲以上病人，申報難症根管治療項目者，支付點數得加計 30%，若同時符合轉診加成者，合計加計 60%。

2.新增診療項目

(1)醫院及西醫基層總額部門：新增 1 項(前列腺切片-超音波導引)。

(2)牙醫門診總額部門：新增 2 項(糖尿病患者牙結石清除-全

口、唾液腺摘取術)。

- 3.放寬申報規定：放寬牙周暨齲齒控制基本處置之申報規定。
- 4.全民健康保險住院診斷關聯群：配合 108 年至 110 年 7 月 1 日支付標準點數調整及 108 年至 109 年特材價格調整，修正「附表 7.3 110 年 7 月至 12 月 3.4 版 1,068 項 Tw-DRGs 權重表」。

(二)健保署

1.藥物給付項目及支付標準公告

本年 6 月 28 日公告異動原 1 月 7 日公告(連續 5 年以上無健保醫令申報量，且有替代性品項可供使用之藥品取消健保支付價)，恢復 1 項藥品(CEFEMAX POWDER FOR I.V. INJECTION (2GM))之支付價，自 110 年 7 月 1 日生效，如附錄二(第 138 頁)。

2.總額相關公告

(1)109 年牙醫門診、西醫基層、醫院總額品質保證保留款之核發結果，如附錄三(第 139~147 頁)，摘要如下表：

發文日期	方案/計畫 名稱	核發結果
110.6.22	109 年度 牙醫門診 總額品質 保證保留 款核發結果	1.109 年預算 217.6 百萬元。 2. 核發情形：109 年牙醫院所特約家數共 7,081 家，計 6,117 家院所符合核發資格且領取品保款(占 86.4%)，未領取品保款院所計有 964 家，其中 953 家(占率 13.5%)院所不符合核發資格，11 家(占率 0.1%)院所之指標達成率為 0%。
110.6.28	109 年西 醫基層總 額品質保 證保留款 核發結果	1.109 年預算 385.7 百萬元。 2. 核發情形：109 年西醫基層特約家數共 10,718 家，計 8,087 家院所符合核發資格(占 75.5%)，未領取品保款院所計有 2,631 家(占率 24.5%)，其中 1,119 家(占率 10.4%)院所不符合核發資格規定，1,512 家(占率 14.1%)院所獎勵指標權重和為 0 或小於 80%。
110.7.02	109 年醫 院總額部	1.109 年預算 14.441 億元，醫學中心、區域 醫院及地區醫院分別為 6.114 億元、5.6 億

發文日期	方案/計畫 名稱	核發結果
	門品質保證保留款 核發結果	<p>元及 2.727 億元(按當年各層級醫院核定點數占率分配)。</p> <p>2.核發情形：109 年結算醫院家數共 472 家，各層級醫院核發家數占率均為 100%，其中：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1)符合基本獎勵核發家數：醫學中心 19 家(核發率 100%)；區域醫院 80 家(核發率 99%)；地區醫院符合學會指標計畫 272 家(核發率 73%)。 (2)符合指標獎勵核發家數：各層級醫院全數核發(核發率均為 100%)。

(2)本年 6 月 28 日公告修訂「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」，並自 110 年 7 月 1 日生效，如附錄四(第 148 頁)，各照護階段之支付標準修訂如下：

- ①亞急性呼吸照護病床(照護日數 ≤ 42 日)論日計酬、病床費、護理費支付點數調升 5%。
- ②慢性呼吸照護病房論日計酬、病床費、護理費支付點數調升 2.356%。

(3)本年 7 月 6 日函知，因 COVID-19 疫情嚴峻，110 年暫停執行「全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案」，如附錄五(第 149 頁)。

決定：

附表

上次(第2次)委員會議繼續列管追蹤事項

一、擬解除追蹤(共1項)

項 次	案 由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	優先報告事項 第1案： 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」)。	本案洽悉，委員所提意見，送請中央健康保險署參考。	於110年7月1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33~40頁)。	解除追蹤	—

二、繼續追蹤(共 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
1	報告事項第 4 案： 「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)。	請中央健康保險署依 110 年度總額協定事項，儘速完成「基層總額轉診型態調整費用」動支方案後提報本會備查。	於 110 年 7 月 1 日請辦健保署。	健保署回復：本項辦理情形已另案回復貴會(詳如本次會議之本會重要業務報告說明四，第 27 頁)。	1.繼續追蹤 2.俟健保署將動支方案提報本會備查後解除追蹤	儘速完成
2		請中央健康保險署持續精進方案內容並評估執行效益，於 111 年度總額協商前提出量化成果，供協商參考。	於 110 年 7 月 1 日請辦健保署。	健保署回復：本方案以「於基層停留時間」作為長期效益評估指標，相關資料已提供貴會參考，詳見「基層總額轉診型態費用」及「鼓勵院所建立轉診之合作機制」執行成效評估之簡報資料(上次會議資料第 226 頁)。	1.繼續追蹤 2.俟健保署於 111 年度總額協商前提出量化成果後解除追蹤	總額協商前

健保會第5屆110年第2次委員會議之健保署答覆

委員意見	健保署說明
<p>擬解除追蹤項次1</p> <p>案由：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」)。</p>	
<p>劉委員守仁書面意見(議事錄 P.60)</p> <p>有關健保署提出108年同期9成收入一節，本人認為醫療體系於疫情期間貢獻良多，政府及全民也應支持為醫護的後盾，但以健保總額預算支援醫療費用，是否符合全民健保精神及適法性有待商榷；醫療單位受三級警戒致營運降載，與受疫情停業之服務業受傷情形一致，行政院已編列紓困預算(受創與前年比較營收少於50%以上始得紓困)，衛福部應與其他部會一樣，提供受創之醫療機構給予紓困或融資協助，由政府提供協助醫療體系得以正常運作。</p>	<p>1.受疫情影響，部分醫院尤其中重度急救責任醫院營運量降幅較大。醫院協會本於互助合作立場，凝聚內部共識提出總額一般服務分配方式，本署依程序提報研商會議及貴會後，報部核定。</p> <p>2.至於治療COVID-19相關費用，均由特別預算支應；紓困預算部分，衛生福利部將會適時爭取。</p>
<p>盧委員瑞芬會後書面意見(議事錄 P.61)</p> <p>我在會前書面意見詢問：「5月份的業務執行報告，近期重點工作有提到因應COVID-19之視訊診療流程，請健保署說明『視訊診療機構』的認定標準，視訊診療的支付方式及相關規範，同時說明目前的利用情形及病患年齡性別區域的分布」，針對健保署說明資料再提出幾項詢問：</p> <p>一、健保署回應「視訊診療機構」係為經衛生局指定之醫療院所(含醫院及西、中、牙診所)，所以視</p>	<p>1.視訊診療機構由衛生局指定後函送本署註記，非由本署指定。</p> <p>2.配合中央流行疫情指揮中心防疫政策，暫訂自110年5月15日起至中央流行疫情指揮中心公告全國三級警戒降級或解除之次月底為止，視訊診療適用對象擴大至門診病人。年長者、慢性病患、偏遠地區民眾等對象如有門診就醫需求，均可向指定視訊診療醫療機構掛號，安排視訊診療，如為慢性病複診病人，經醫師評估病情穩定可採電</p>

委員意見	健保署說明
<p>訊診療機構並非由健保署選定？</p> <p>二、另健保署回應「照護對象」為「居家隔離、居家檢疫或自主健康管理」及「配合中央流行疫情指揮中心防疫政策增列之適用對象(門診病人)」。請問若因疫情嚴峻，高風險病人(如年老長者，多重慢性病患者)或偏遠地區居民(因搭乘公共運輸工具有相對風險)就醫不便，是否亦可以視訊診療方式就醫？</p> <p>三、健保署回覆中並未提供目前使用視訊診療方式之病患的年齡性別區域分布，請補充說明。</p>	<p>話問診。</p> <p>3.110 年 5 月 17 日至 110 年 7 月 2 日因應 COVID19 疫情視訊診療醫療院所 IC 卡就醫紀錄上傳之年齡性別及地區分布如附件(第 39~40 頁)。</p>
<p>劉委員淑瓊會後書面意見(議事錄 P.61)</p> <p>疫情期間，部分醫事服務機構與醫事人員全力投入，其辛勞與貢獻有目共睹，謹致上敬意與謝意。醫療體系的營運，在這波疫情中受極大的衝擊，為維持社會需要的醫療量能，政府在此時給予醫事服務機構紓困，有其正當性與必要性。然而，醫改會不認同健保署所提出之「保障醫院 108 年同期 9 成收入」的作法。原因有二：</p> <p>一、其一，在健保「保險人—被保險人—醫療服務提供者」的第三方付費關係中，支付係建立在民眾的「醫療利用」之上，疫情期間，醫事服務機構因民眾醫療利用下降導致的營收缺口，要由被保險人所繳交的健保費來支應，其合理性與適法性不足。</p>	<p>1.受疫情影響，部分醫院尤其中重度急救責任醫院營運量降幅較大。醫院協會本於互助合作立場，凝聚內部共識提出總額一般服務分配方式，本署依程序提報研商會議及貴會後，報部核定。</p> <p>2.本案分配方式為總額之一般服務預算，專款及其他部門預算仍依原規定辦理。</p>

委員意見	健保署說明
<p>二、其二是，各級、各類特約醫事服務機構在疫情期間因各種主客觀因素，貢獻度不一，採取的營運策略亦有所不同，健保署以齊一標準「保障」所有特約醫事服務機構收入，其公平性不無疑義。</p>	
<p>楊委員芸蘋會後書面意見(議事錄 P.62)</p> <p>一、署長的口頭報告，時間不多，但內容豐富服務事項很多，為民眾、為疫情做了許多便民及醫療營運措施等付出很多，全民都該感謝健保署、由李署長帶領之下的服務團隊認真負責的工作態度。不僅提昇系統的精進功能，帶動了科技與醫療的整合、去年 109 年藉由資訊系統的建置健保署快易通 APP 的改良，協助民眾在有限的資源下順利購得實名制口罩，今年 110 年本土疫苗大爆發更推動簡訊實聯制，讓民眾快速登錄免去填資料的接觸(今年 5 月份配合公費疫苗預約平台，讓大家便於預約施打)，這些都是為民服務的事項，健保署真的是大眾的後盾。</p> <p>二、全國醫療機構實施「醫療營運降載」，醫院總額部門於 110 年第 2 季之結算方式將配合予以調整(保障醫院 108 年同期 9 成收入)。健保署 110 年 6 月 23 日召開全民健康保險醫療給付費用醫院總額 110 年第 2 次臨時研商議事會</p>	<p>1.有關委員建議對成長型醫院，除保障至 108 年一般服務之 9 成外，應再另予考量一節，本署已納入考量，對於成長型及有剛性需求之醫院，由各分區共管會議就預算再予考量。</p> <p>2.有關爭取更多特別預算一節，本署將再適時反映。</p>

委員意見	健保署說明
<p>議共識重點，110 年第 2 季醫院一般服務之收入與 108 年同期比較，未至 108 年同期之 9 成者保障至 108 年同期之 9 成；超過 108 年同期 9 成者依此金額給付，110 年上限為 108 年同期、也就是保障所有醫院，一般服務保障至 108 年同期之 9 成收入，一般服務點值以每點 1 元計算，專款及其他部門依原規定執行。有以下 2 點意見：</p> <p>(一)這是醫院協會提出的版本，希望在疫情衝擊下盡力維持醫院的正常營運，立意良善，方向是對的，若是醫院 110 年實際服務量為 108 年的 100%，因疫情影響下降到 50% 者保障補足到 90% 尚屬合理。然而對一些成長型醫院來說若服務量超出 108 年的 150% 且是在正常合理合情的成長，但疫情影響下降到 120%，其成本卻落在 150%，當下已經損失慘重，已先服務了，成本已支出，對這些支出及服務應該給與鼓勵與支持，為了疫情大家都過得很辛苦，應給予站在第一線面對疫情冒著高風險守護我們的醫護人員最高保障與關懷。</p> <p>(二)所有醫院受疫情衝擊，須兼顧各種不同樣態醫院的生存，服務萎縮者給予協助，但成長型醫院不應被犧牲，造成疫情外的 2 度傷</p>	

委員意見	健保署說明
<p>害。應該爭取更多疾管署的公務預算或特別預算來支應正在過寒冬的醫院，希望衛福部應向行政院爭取合理的經費協助醫院。</p>	
<p>于委員文男會後書面意見(議事錄 P.63)</p> <p>對於李署長伯璋提到，因 110 年 COVID-19 疫情轉趨嚴峻，全國醫療機構實施「醫療營運降載」，為確保醫院營運需求，所以醫院總額部門 110 年第 2 季之結算方式，將保障醫院 108 年同期 9 成的收入。本人肯定醫療院所在疫情期間的辛勞與付出，但新冠肺炎疫情治療費用究竟是應由健保或是公務預算支出，應該要好好討論，本人認為無論是紓困或補償，其財源都應是由公務預算支應，而不是健保，況且已有幾位委員也表達疑慮，所以務請健保署審慎依法處理，一定要在符合公平性、適法性前提下辦理總額結算事宜。</p>	<p>1.受疫情影響，部分醫院尤其中重度急救責任醫院營運量降幅較大。醫院協會本於互助合作立場，凝聚內部共識提出總額一般服務分配方式，本署依程序提報研商會議及貴會後，報部核定。</p> <p>2.至於治療 COVID-19 相關費用，均由特別預算支應；紓困預算部分，衛生福利部將會適時爭取。</p>
<p>李委員永振會後書面意見(議事錄 P.63)</p> <p>一、政府為因應 COVID-19 疫情，編列「中央政府嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別預算」，用於相關防疫處置、紓困及振興產業。據報載行政院於本年 6 月 3 日通過追加預算，首波紓困 4.0 預算總規模為 2,600 億元，其中預算規模最高的部會為衛生福利部。醫療院所肩負防疫及救治責任，受到疫情衝擊最大，請健保署協助去了解 109、110 年迄今，</p>	<p>1.有關衛生福利部 COVID-19 預算數及執行數，均定期於本部網站上公開揭露，請上網依需求擷取資料。路徑為衛生福利部首頁>紓困 4.0>醫療醫事機構 > 預算及執行成效。 https://covid19.mohw.gov.tw/ch/lp-5190-205.html。</p> <p>2.本署按月/按季提供業務執行報告，內容包含各層級服務量，請委員參考。</p>

委員意見	健保署說明
<p>特別預算用於醫療機構及醫療機構人員的獎勵、補助、津貼等用途，分別編列多少預算？實際執行情形如何？請提供資料讓委員了解。</p> <p>二、另依傳染病防治法，治療 COVID-19 病人的醫療費用應由特別預算支付，不會由健保總額支應。請健保署提供 109、110 年迄今，健保代辦業務中，代疾管署墊付 COVID-19 病人醫療費用之項目及金額，讓委員了解。</p> <p>三、依健保署的業務執行報告，因為 110 年 COVID-19 疫情轉趨嚴峻，全國醫療機構實施「醫療營運降載」，導致醫院服務量下降，所以研擬調整醫院總額 110 年第 2 季結算方式，所有醫院一般服務保障至 108 年同期之 9 成收入。為了解醫院實際受疫情影響程度，請健保署提供醫院總額各層級醫院 108 年至 110 年第 2 季之各季各層級醫院實際服務量(包括：就醫人數、件數、點數)，以利委員了解其變化情形。</p>	

附件一之附件

因應COVID19疫情視訊診療醫療院所IC卡就醫紀錄上傳-地區分布

資料擷取日期：110年7月5日

分區別	縣市別	視訊件數	電話件數	合計	占率
	合計	48,225	37,518	85,743	100%
臺北	宜蘭縣	776	11	787	1%
	金門縣	11	9	20	0%
	基隆市	470	50	520	1%
	連江縣	-	1	1	0%
	新北市	11,549	6,186	17,735	21%
	臺北市	5,251	9,246	14,497	17%
	小計	18,057	15,503	33,560	39%
北區	苗栗縣	768	1,230	1,998	2%
	桃園市	6,605	1,090	7,695	9%
	新竹市	2,828	41	2,869	3%
	新竹縣	864	139	1,003	1%
	小計	11,065	2,500	13,565	16%
中區	南投縣	322	1,085	1,407	2%
	彰化縣	3,855	9,904	13,759	16%
	臺中市	3,745	4,376	8,121	9%
	小計	7,922	15,365	23,287	27%
南區	雲林縣	349	279	628	1%
	嘉義市	820	274	1,094	1%
	嘉義縣	492	73	565	1%
	臺南市	2,840	234	3,074	4%
	小計	4,501	860	5,361	6%
高屏	屏東縣	873	166	1,039	1%
	高雄市	4,582	811	5,393	6%
	澎湖縣	30	-	30	0%
	小計	5,485	977	6,462	8%
東區	花蓮縣	1,000	2,284	3,284	4%
	臺東縣	195	29	224	0%
	小計	1,195	2,313	3,508	4%

因應COVID19疫情視訊診療醫院所IC卡就醫紀錄上傳-年齡性別分布

資料擷取日期：110年7月5日

年齡性別分組		視訊件數	電話件數	合計	占率
合計		48,225	37,518	85,743	100%
男性	0-5歲	1,976	218	2,194	3%
	6-10歲	1,371	394	1,765	2%
	11-15歲	680	266	946	1%
	16-20歲	624	177	801	1%
	21-25歲	588	191	779	1%
	26-30歲	749	298	1,047	1%
	31-35歲	885	397	1,282	1%
	36-40歲	1,454	622	2,076	2%
	41-45歲	1,632	913	2,545	3%
	46-50歲	1,321	1,002	2,323	3%
	51-55歲	1,447	1,267	2,714	3%
	56-60歲	1,536	1,526	3,062	4%
	61-65歲	1,440	1,775	3,215	4%
	66-70歲	1,402	1,993	3,395	4%
	71-75歲	1,023	1,469	2,492	3%
	76-80歲	830	1,325	2,155	3%
	81歲以上	1,842	2,438	4,280	5%
	小計	20,800	16,271	37,071	43%
女性	0-5歲	1,618	166	1,784	2%
	6-10歲	1,145	233	1,378	2%
	11-15歲	549	170	719	1%
	16-20歲	513	212	725	1%
	21-25歲	873	350	1,223	1%
	26-30歲	1,429	520	1,949	2%
	31-35歲	1,816	610	2,426	3%
	36-40歲	2,358	1,035	3,393	4%
	41-45歲	2,364	1,349	3,713	4%
	46-50歲	1,867	1,451	3,318	4%
	51-55歲	1,855	1,843	3,698	4%
	56-60歲	1,739	2,032	3,771	4%
	61-65歲	1,594	2,178	3,772	4%
	66-70歲	1,580	2,346	3,926	5%
	71-75歲	1,366	2,086	3,452	4%
	76-80歲	1,297	1,704	3,001	3%
	81歲以上	3,462	2,962	6,424	7%
	小計	27,425	21,247	48,672	57%

110 年度各部門總額協定事項辦理情形

部門	工作項目	應完成 時限	辦理情形
依法定程序辦理相關事宜，送本會備查			
牙醫門診總額	1 醫療資源不足地區改善方案	109 年 11 月底前	已於 110.2.9 公告。
	2 牙醫特殊醫療服務計畫 ※協定事項： (1)增列腦傷及脊髓損傷之中 度肢體障礙者服務 (2)擬新增之牙醫特定身心障 礙者社區醫療網	109 年 12 月底前	1.已於 110.1.20 公告。 2.擬新增之牙醫特定身心障礙者社區醫療網，辦理情形詳項次 7。
	3 牙醫急診醫療不足區獎勵試 辦計畫	109 年 11 月底前	已於 110.1.25 公告。
	4 0~6 歲兒童口腔健康照護試 辦計畫(110 年新增計畫)	109 年 12 月底前	辦理情形詳項次 8。
	5 品質保證保留款實施方案 ※協定事項：持續檢討品質 保證保留款之發放資格條 件，訂定更具提升醫療品 質鑑別度之標準	109 年 11 月底前	1.已於 110.4.7 公告。 2.110 年度方案修訂如下： (1)專業獎勵指標：修訂「恆牙 根管治療」之次指標「3.院 所當年應申報至少 2 例根 管難症特別處理」，其中根 管難症特別處理新增醫令 代碼 90098C(難症特別處 理-多根管根管治療-5 根及 5 根以上)。 (2)政策獎勵指標：「牙周病顧 本計畫」操作型定義修正 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)合計申報件數修 正為 15 件(含)以上」(原 12 件)。

部門	工作項目	應完成時限	辦理情形
	5 續		3.本項預算採年度結算，預計於 111 年 7 月底前完成核發作業。
需經本會同意或向本會說明			
	6 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)	1.已公告自 110.7.1 生效。 2.新增診療項目「唾液腺摘取術 (92161B)」。
牙醫門診總額	7 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	1.已於 109.12.8、109.12.23、110.1.15「牙醫門診總額研商議事會議」討論，惟未獲共識。 2.牙醫師公會已於 110.5.4 提送修正牙醫特定身心障礙者社區醫療網計畫(草案)，預訂提「牙醫門診總額研商議事會議」討論。
	8 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		1.已於 110.3.2「牙醫門診總額研商議事會議」及 110.4.8「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論通過，修正計畫名稱為「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」。 2.業於 110 年 6 月份委員會議報告並經同意，將依程序辦理後續事宜。
提報本會執行情形(110 年初步結果/成果)^註			
	9 醫療服務成本指數改變率所增加之預算 ※協定事項：整體評估醫療服務之支付標準，朝成本結構相對合理之方向調整	110 年 7 月底前	1.已公告自 110.7.1 生效。 2.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(747 百萬元)，用於調升恆牙根管治療等 12 項診療項目之支付點數，及新增高齡患者根管治療難症處理通則。

部門	工作項目	應完成時限	辦理情形
	10 新醫療科技(新增診療項目)	110年7月底前	110 年度編列 12 百萬元，辦理情形詳項次 6。
	11 糖尿病患者口腔加強照護 (110 年新增項目)		1.已公告自 110.7.1 生效。 2.110 年度編列 225 百萬元，新增診療項目「糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)」。
	12 高齡患者根管治療難症處理 (110 年新增項目)		1.已公告自 110.7.1 生效。 2.110 年度編列 100 百萬元，本項預算併「醫療服務成本指數改變率所增加之預算」使用，用於新增高齡患者根管治療難症處理通則。
牙醫門診總額	13 醫療資源不足地區改善方案		110 年度編列 280 百萬元，辦理情形如下： 1.執業計畫：公告施行地區共 83 個，110 年第 1 季參與計畫院所數共 25 家，服務天數 1,340 天、服務人次 10,954 人次。 2.巡迴計畫：公告施行地區共 151 個，110 年第 1 季服務天數 2,482 天、服務人次 25,482 人次。
	14 牙醫特殊醫療服務計畫 ※協定事項： (1)特定障別之身心障礙者，增列腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙 (2)擬新增牙醫特定身心障礙者社區醫療網		110 年度編列 672.1 百萬元，辦理情形如下： 1.110 年 1~4 月服務 5.8 萬人次，人次執行率 34.4%，約申報 183 百萬點，預算執行率 25.4%。 2.服務對象特定障別之身心障礙者，增列腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者，服務目標為 2 千人次：110 年 1~4 月服務 15 人次，目標執行率 0.8%(15 人次/目標 2,000 人次)，約申報 4.3 萬點。

部門	工作項目	應完成 時限	辦理情形
牙醫門診總額	14 繢	110年7月底前	3.有關新增牙醫特定身心障礙者社區醫療網，辦理情形詳項次7。
	15 牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫 ※協定事項：持續監測醫療利用情形與評估執行成效		110 年度編列 12 百萬元，辦理情形如下： 1.修訂本計畫施行地區，自 110 年起擴大為 6 直轄市以外之縣市，計 210 個鄉鎮市區。 2.110 年第 1 季，1 家醫院參與（嘉義市），服務人次共 217 人次。
	16 0~6 歲兒童口腔健康照護試辦計畫(110 年新增計畫)		110 年度編列 60 百萬元，辦理情形詳項次 8。

部門	工作項目	應完成時限	辦理情形
依法定程序辦理相關事宜，送本會備查			
中醫門診總額	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	<p>1.已公告自 110.3.1 生效，修訂支付標準第四部第四章針灸治療，修訂重點如下：</p> <p>(1)將不同適應症及治療方式區分為「針灸/電針/中度複雜性/高度複雜性針灸治療」。</p> <p>(2)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。</p> <p>2.業於 110 年 6 月份委員會議報告，並經同意備查。</p>
	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		<p>1.已公告自 110.3.1 生效，修訂支付標準第四部第五章傷科治療，修訂重點如下：</p> <p>(1)修訂中醫傷科治療及脫臼整復費治療相關診療項目，按不同適應症及治療方式區分為「傷科/中度複雜性傷科/高度複雜性傷科治療」。</p> <p>(2)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」</p> <p>(3)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。</p> <p>2.業於 110 年 6 月份委員會議報告，並經同意備查。</p>
	3 醫療資源不足地區改善方案	109 年 11 月底前	已於 109.12.29 公告。

部門	工作項目	應完成時限	辦理情形
中醫門診總額	4 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 (1)腦血管疾病 (2)顱腦損傷 (3)脊髓損傷 (4)呼吸困難相關疾病(110 年新增項目)	109 年 12 月底前	已於 110.1.20、110.4.29 公告修訂。
	5 中醫提升孕產照護品質計畫	109 年 11 月底前	已於 110.1.20 公告。
	6 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫		已於 110.1.20、110.2.24 公告修訂。
	7 中醫癌症患者加強照護整合方案		已於 110.1.20 公告。
	8 中醫急症處置 ※協定事項：檢討計畫執行情形及辦理方式，以提升執行成效		延續 109 年計畫辦理。
	9 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫		已於 110.1.20、110.4.29 公告修訂。
	10 品質保證保留款實施方案 ※協定事項：持續檢討品質保證保留款之發放資格條件，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準		1.已於 110.1.19 公告。 2.110 年度方案修訂如下： (1)新增符合核發品保款資格之分數計算原則。 (2)新增符合核發資格院所，依核定點數由高而低排列，取前 90% 之院所進行核發。 (3)新增未參與「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」中醫院所，不予核發品質保證保留款。 3.本項預算採年度結算，預計於 111 年 7 月底前完成核發作業。

部門	工作項目	應完成時限	辦理情形
提報本會執行情形(110 年初步結果/成果)^註			
中 醫 門 診 總 額	11 醫療服務成本指數改變率所增加之預算 ※協定事項：整體評估醫療服務之支付標準，朝成本結構相對合理之方向調整	110年7月 底前	<p>1.已公告自 110.3.1 生效。</p> <p>2.醫療服務成本指數改變率所增加之預算 495.7 百萬元，與協商項目之「中醫針灸處置品質提升」181.0 百萬元、「中醫傷科處置品質提升」153.0 百萬元合併運用，總計 829.7 百萬元，用於調整中醫支付標準第四章針灸治療處置費、第五章傷科治療處置費及第六章針灸合併傷科治療處置費。</p> <p>3.110 年 3~4 月申報情形：</p> <p>(1)申報針灸治療：760.1 百萬點，3.2 百萬件；若將複雜性針灸改以 110 年 3 月前之支付標準適應症分類，申報點數約 731.5 百萬點。推估約增加 28.6 百萬點。</p> <p>(2)申報傷科治療：87.1 百萬點，0.4 百萬件；若將複雜性傷科以 110 年 3 月前之支付標準適應症分類，申報點數約 88.1 百萬點。推估約減少 1.0 百萬點。</p> <p>(3)申報針灸合併傷科治療：30.5 百萬點，0.1 百萬件；若將內含複雜性針灸或傷科之項目以 110 年 3 月前之支付標準適應症分類，申報點數約 26.8 百萬點。推估約增加 3.7 百萬點。</p> <p>(4)總計約增加 31.3 百萬點。</p>

部門	工作項目	應完成時限	辦理情形
中醫門診總額	12 中醫針灸處置品質提升(110年新增項目)	110年7月底前	1.業於 110 年 6 月份委員會議提出專案報告。 2.110 年度編列及辦理情形詳項次 11 。
	13 中醫傷科處置品質提升(110年新增項目)		
	14 醫療資源不足地區改善方案		110 年度編列 140.6 百萬元，公告施行地區共 156 個，辦理情形如下： 1.巡迴醫療服務計畫：110 年第 1 季服務天數 3,260 天、服務 70,236 人次。 2.獎勵開業服務計畫：110 年第 1 季參與院所 7 家，服務 550 天、服務 6,679 人次。
	15 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 (1)腦血管疾病 (2)顱腦損傷 (3)脊髓損傷 (4)呼吸困難相關疾病(110 年新增項目)		110 年度編列 234 百萬元，辦理情形如下：110 年 1~4 月申報 5,710 人，65,793 件，74.7 百萬點，預算執行率 32% 。
	16 中醫提升孕產照護品質計畫		110 年度編列 90 百萬元，辦理情形如下：110 年 1~4 月申報 3,563 人，21,334 件，23.8 百萬點，預算執行率 26% 。
	17 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫		110 年度編列 24 百萬元，辦理情形如下：110 年 1~4 月申報 1,424 人，4,174 件，4.4 百萬點，預算執行率 18.3% 。
	18 中醫癌症患者加強照護整合方案		110 年度編列 245 百萬元，辦理情形如下：110 年 1~4 月申報 5,866 人，38,516 件，59.6 百萬點，預算執行率 24% 。

部門	工作項目	應完成時限	辦理情形
中醫門診總額	19 中醫急症處置 ※協定事項：檢討計畫執行情形及辦理方式，以提升執行成效	110年7月底前	<p>1.110 年度編列 10 百萬元，辦理情形如下：110 年 1~4 月申報 614 人，990 件，1.1 百萬點，預算執行率 11%。</p> <p>2.本計畫自 107 年起實施，檢討計畫執行情形及辦理方式：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1)預算執行數：自 107 年 0.4 百萬點提升至 109 年 1.1 百萬點，110 年 1~4 月預算執行數已達 109 年全年數額 (1.1 百萬點)。 (2)服務人數：自 107 年 328 人提升至 109 年 643 人，110 年 1~4 月照護人數已達 109 年人數之 9.5 成。 (3)考量本計畫仍於開辦初期，建議持續觀察辦理成效，另辦理方式之檢討，因涉及臨床專業，健保署配合中全會研議。
	20 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫		110 年度編列 50 百萬元，辦理情形如下：110 年 1~4 月申報 2,345 人，9,202 件，15.6 百萬點，預算執行率 31%。

部門	工作項目	應完成 時限	辦理情形
	依法定程序辦理相關事宜，送本會備查		
西醫基層總額	1 西醫醫療資源不足地區改善方案 ※決定事項：調整方案目標值及精進計畫內容	109 年 11 月底前	已於 110.2.2 公告。
	2 家庭醫師整合性照護計畫 ※決定事項：精進計畫內容，納入更多結果面成效指標，及強化執行面監督與退場機制		已於 110.2.5 公告。
	3 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		1.7 項方案延續 109 年計畫辦理。 2.健保署已於 109.1.17 邀集相關學協會代表提供專業意見，討論糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理照護計畫；另於 109.9.11 函詢前揭學協會提供品質指標訂定意見，因回復內容多有分歧，且有數項品質指標增訂意見，近期將召開會議研議。
	4 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫		已於 110.1.28 公告。
	5 品質保證保留款實施方案 ※決定事項：持續檢討品質保證保留款之發放資格條件，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準		1.已於 110.4.7 公告。 2.110 年度方案修訂如下： (1)獎勵指標第(九)項「糖尿病患糖化血紅素(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%。 (2)酌修品保款核發資格，以臻明確。 3.本項預算採年度結算，預計於 111 年 7 月底前完成核發作業。

部門	工作項目	應完成 時限	辦理情形
需經本會同意或向本會說明			
西醫基層總額	6 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) ※決定事項：於 109 年 12 月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程	109 年 12 月委員會議(提出左列事項)	<p>1.新增診療項目：110 年預計召開 10 次「醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」、4 次「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」，視提案單位檢送資料完整性及補件情形，依序提會討論。</p> <p>2.新藥：依程序提「藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論，辦理新藥收載事宜，並每半年於委員會議之「全民健康保險業務執行季報告」提報執行情形。</p> <p>3.新特材：將依預算編列預計納入給付之品項，提「藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論通過後，依程序辦理收載。</p>
	7 強化基層照護能力「開放表別」 ※決定事項：於 109 年 12 月委員會議提出規劃調整之項目與作業時程		<p>1.已公告自 110.6.1 生效。</p> <p>2.新增「無壓迫性試驗」等 5 項開放表別項目。</p>
提報本會執行情形(110 年初步結果/成果)^註			
	8 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) ※決定事項： (1)提報執行情形(含修訂項目及申報費用/點數) (2)提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值	110 年 7 月底前	<p>110 年度編列 190.3 百萬元，辦理情形如下：</p> <p>1.新增診療項目：新增診療項目「前列腺切片-超音波導引(79416C)」，支付 3,705 點，推估全年增加 2 萬點，已公告自 110.7.1 生效。</p>

部門	工作項目	應完成 時限	辦理情形
西醫基層總額	8 繼	110 年 7 月底前	<p>2.新藥：</p> <p>(1)110 年第 1 季共計收載 22 品項，其中第 2A 類新藥 12 項、第 2B 類新藥 10 品項，共申報 0.3 百萬點。相關申報情形定期於每半年業務執行報告中提報。</p> <p>(2)前開納入健保給付之新藥，包括治療偏頭痛、癲癇及治療囊狀纖維化症、慢性胰臟炎引起胰液分泌不全等新成分新藥，以及抗黴菌劑、用於抗藥性細菌治療之抗生素新藥等，依 CDE 推估之 HTA 報告，預計於收載後第 1 年可使 15,762 人受惠。</p> <p>3.新特材：截至 110 年 6 月，尚未收載西醫基層適用之特材。</p>
	9 藥品及特材給付規定改變 ※決定事項： (1)提報執行情形(含修訂項目及申報費用/點數)及檢討結果 (2)檢討經費編列及估算方式之合理性，並將藥品之節流效益納入考量	110 年 8 月底前	<p>110 年度編列 76.5 百萬元，辦理情形如下：</p> <p>1.將於 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。</p> <p>2.藥品：各品項申報情形固定於每半年業務執行報告中提報。</p> <p>(1)110 年第 1 季生效之給付規定修訂(不包含收載 5 年內新藥、已列專款及代辦藥品)共計 12 項章節，共申報 67.6 百萬點。</p>

部門	工作項目	應完成 時限	辦理情形
西醫基層總額	9 繼	110年8月底前	<p>(2)健保署自 107 年底與廠商就部分新藥簽訂 MEA，依約定廠將於次年度還款，並逐年提高還款金額，110 年第 1 季還款計 1.1 百萬點。另實施藥價調整等機制，落實藥費管控，以減輕健保財務衝擊，維護病人用藥權益。</p> <p>(3)健保署自 111 年度起改變預算編列，參採廠商於前瞻式新藥及新適應症預算推估制度(HS)之登錄平臺，提供新年度預計收載品項及財務衝擊資料，以利事先掌握，於進行預算編列時納入評估。</p> <p>3.特材：截至 110 年 6 月，特材給付規定僅涉修正文字，未影響費用。</p>
	10 西醫醫療資源不足地區改善方案	110年7月底前	<p>110 年度編列 317.1 百萬元，公告施行地區共 96 個，辦理情形如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.巡迴計畫：110 年第 1 季提供 3,016 診次，服務 2,834 天，服務 54,669 人次。 2.開業計畫：110 年第 1 季參與院所 4 家，服務 264 天，服務 3,762 人次。

部門	工作項目	應完成 時限	辦理情形
西醫基層總額	11 家庭醫師整合性照護計畫 ※決定事項：於 110 年 7 月底前提出成效檢討專案報告	110 年 7 月 底前	1. 將於 110 年 7 月份委員會議提出專案報告。 2. 110 年度編列 3,670 百萬元，辦理情形如下： (1) 參與計畫之醫療群共計 623 群，收案會員 598.6 萬人，參與院所 5,592 家。 (2) 收案會員數、參與院所數及醫師數皆較 108 年成長。
	12 C 型肝炎藥費 ※決定事項：於額度內，妥為管理運用		110 年度編列 292 百萬元，辦理情形如下： 1. 110 年預計至少可提供 4 萬多人接受 C 肝全口服新藥治療。 2. 自 110.6.1 起，擴增給付 C 肝全口服新藥之第二次療程。 3. 自 110.1.1 至 110.6.23 止，已有 10,472 接受治療，其中 50 人接受第二次治療。
	13 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		110 年度編列 655 百萬元，辦理情形如下： 1. 110 年 1~4 月服務 366,073 人，約申報約 143.5 百萬點，預算執行率約 22%。 2. 有關糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理照護服務，辦理情形詳項次 3。
	14 強化基層照護能力及「開放表別」項目 ※決定事項：檢視開放表別新增項目的適當性，並定期檢討既有項目費用成長之合理性，加強查核機制		110 年度編列 920 百萬元，辦理情形如下：新增「無壓迫性試驗」等 5 項開放表別項目，均明列「除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方及執行始可申報」。

部門	工作項目	應完成 時限	辦理情形
西 醫 基 層 總 額	15 鼓勵院所建立轉診之合作機制 ※決定事項： (1)精進方案執行內容，提升分級醫療成效。 (2)建立長期效益評估指標，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。(併同其他預算「基層總額轉診型態調整費用」提出專案報告)	110年7月底前	1.業於 110 年 6 月份委員會議提出專案報告。 2.110 年度編列 258 百萬元，辦理情形如下：110 年第 1 季西醫基層總額轉診費用實際核付約 36.5 百萬點，預算執行率 14.1%。
	16 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫		110 年度編列 50 百萬元，辦理情形如下：110 年第 1 季，參與之西醫基層診所共 11 家，生產案件共 506 件。
	17 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 ※決定事項：檢視費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析 (「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」及「後天免疫缺乏病毒治療藥費」，2 項專款項目於 109 年度係合併編列)		110 年度編列 55 百萬元，辦理情形如下： 1.110 年 1~4 月申報 8 萬點，預算執行率 0.15%。考量本項專款為 108 年新增項目，係為因應罕病患者至西醫診所就醫所需，將持續觀察執行情形。 2.各項費用說明如下： (1)罕見疾病：109 年藥費支用 33 萬餘點，用藥人數 265 人。相關管理措施如下： ①罕病藥品事前審查機制。 ②建置「罕病資格者方可使用罕病藥品」之電腦醫令自動化檢核邏輯。 ③新增給付藥品：110 年將「成人次發進展型多發性硬化症(secondary

部門	工作項目	應完成 時限	辦理情形
西醫基層總額 17 續		110年7月底前	<p>Progressive multiple sclerosis, SPMS)」罕見疾病之新成分新藥納入給付；109年新增遺傳性血管性急 性水腫相關治療藥品。</p> <p>(2)血友病：109年西醫基層未支用藥費。現行相關管理措施如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> ①強制上傳醫療評估紀錄表(109.12起)、血友病藥品批號(109.7起)及在家治療紀錄表(109.3起)；獎勵凝血因子濃度及抗體力價檢驗值上傳(109.7起)。 ②持續輔導及管理高藥費病人，必要時抽樣送專業審查。 ③建置血友病個案管理系統及發展相關審查檢核邏輯。 ④110年新增治療B型血友病之長效型第九凝血因子製劑 Refixia 納入健保給付，並訂定給付規定規範其用法用量；另108年底納入單株雙特異性抗體皮下注射治療藥物(Hemlibra)，將持續監控新藥納入後使用病人及藥品替代效益。 <p>(3)罕見疾病特材：目前僅有1品項(成骨不全症之髓內釘)，西醫診所未支用。</p>

部門	工作項目	應完成 時限	辦理情形
西醫基層總額	<p>18 後天免疫缺乏病毒治療藥費 ※決定事項：檢視費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析</p> <p>(「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」及「後天免疫缺乏病毒治療藥費」，2 項專款項目於 109 年度係合併編列)</p>	110 年 7 月底前	<p>110 年度編列 55 百萬元，辦理情形如下：</p> <p>1.110 年 1~4 月申報 13.1 萬點，預算執行率 0.24%。考量本項為 108 年新增項目，係為因應病患至西醫診所就醫所需，將持續觀察本項專款執行情形。</p> <p>2.109 年支用 34 萬餘點，用藥人數為 11 人，平均每人藥費約 3.1 萬元。現行相關管理措施如下：</p> <p>(1)檢核用藥病人是否符合疾管署所規範使用資格及處方組合合理性。</p> <p>(2)醫療費用過高或不符二合一藥品使用規範者(如藥費超過定額、無病毒檢驗資料或 B 肝帶原者)列入審查指標。</p>
	<p>19 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</p>		<p>110 年度編列 11 百萬元，辦理情形如下：</p> <p>1.110 年 1~4 月申報約 44.3 萬點，預算執行率 4%。</p> <p>2.本項專款依實際執行併入一般服務費用結算。</p>
	<p>20 新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用</p>		<p>110 年度編列 178 百萬元，辦理情形如下：</p> <p>1.本項預算自 107 年起由其他預算移列，近年執行數皆維持穩定。</p> <p>2.延續前一年辦理方式，其預算依六區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各區一般服務結算。</p>

部門	工作項目	應完成時限	辦理情形
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	1.提升醫院用藥安全方案已於 110.2.4、110.3.1 公告修訂，其餘 8 項方案延續 109 年計畫辦理。 2.健保署已於 109.1.17 邀集相關學協會代表提供專業意見，討論糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理照護計畫；另於 109.9.11 函詢前揭學協會提供品質指標訂定意見，因回復內容多有分歧，且有數項品質指標增訂意見，近期將召開會議研議。
	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		1.健保署已分別於 109.11.18 及同年 8.10、12.1、110.1.21 接獲台大醫院及急診醫學會函送建議修正獎勵方式及項目，並於 109.11.27 及 110.2.23 函請相關學協會提供意見。 2.因各單位回復意見多有分歧，近期將召開會議討論。
	3 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)		1.健保署已蒐集醫學會提供之 823 項修訂建議，因多數為整體建議，無法確認因應方式，考量臨床專業與總額委託共管精神，依 108.7.25 「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」決議，與台灣醫院協會共組工作小組研議上開修訂建議。

部門	工作項目	應完成時限	辦理情形
醫院總額	3 繼	109 年 11 月底前	<p>2.前述 Tw-DRGs 研修工作小組，已於 108.11.5、108.12.28 及 109.5.23 召開 3 次會議。後續將針對各醫學會所提涉及再分類之 301 項建議，依各 MDC 別擬訂資料分析之操作型定義及試算研議修訂方向，再提案討論 4.0 版支付通則及未實施項目實施時程。</p> <p>3.配合衛福部全民健康保險醫療給付總額中長期改革計畫，以全面導入 DRGs 為目標，規劃提供適當財務誘因，以試辦計畫方式招募醫院試行住院案件全面導入 DRGs 支付制度，評估全面導入 DRGs 制度對醫院之衝擊，並依試行醫院之實施經驗，逐步修正並完善 DRGs 支付制度，以達全國全面導入 DRGs 支付制度之政策目標。</p>
	4 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案		已於 110.2.2 公告。
	5 全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫		延續 109 年計畫辦理。
	6 品質保證保留款實施方案 ※決定事項：持續檢討品質保證保留款之發放資格條件，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準		<p>1.已於 110.1.12 公告。</p> <p>2.110 年度方案修訂如下：</p> <p>(1)計算基礎由「申報」醫療點數改為「核定」醫療點數。</p> <p>(2)「建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)」獎勵指標於「疫情期間」不統計，所稱「疫情期</p>

部門	工作項目	應完成 時限	辦理情形
6 續		109 年 11 月底前	<p>間」以「嚴重特殊傳染性肺 炎中央流行疫情指揮中 心」三級開設時間 (109.1.20)為準。</p> <p>(3)地區醫院之品保款分配方 式：考量受疫情影響，110 年基本獎勵占比仍比照 109 年維持 60%，品質精進 獎勵則不計分(0%)。</p> <p>3.本項預算採年度結算，預計於 111 年 7 月底前完成核發作業。</p>
需經本會同意或向本會說明			
醫院 總額	<p>7 新醫療科技(包括新增診療項 目、新藥及新特材等) ※決定事項：於 109 年 12 月 委員會議說明規劃之新增 項目與作業時程</p>	109 年 12 月委員會 議(提出左 列事項)	<p>1.新增診療項目：待新增診療項 目計 31 項，視提案單位檢送 資料完整性及補件情形，依序 提至「醫療服務給付項目及支 付標準專家諮詢會議」及「醫 療服務給付項目及支付標準 共同擬訂會議」討論。</p> <p>2.新藥：依程序提「藥物給付項 目及支付標準共同擬訂會議」 討論，辦理新藥收載事宜，並 每半年於委員會議之「全民健 康保險業務執行季報告」提報 執行情形。</p> <p>3.新特材：將依預算編列預計納 入給付之品項，提「藥物給付 項目及支付標準共同擬訂會 議」討論通過後，依程序辦理 收載。</p>

部門	工作項目	應完成 時限	辦理情形
提報本會執行情形(110 年初步結果/成果)^註			
醫院總額	<p>8 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)提報執行情形(含修訂項目及申報費用/點數)</p> <p>(2)提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值</p>	110年7月底前	<p>110 年度編列 3,562 百萬元，辦理情形如下：</p> <p>1.新診療項目：截至 110 年 4 月，「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」通過新增 1 項、修訂 1 項，共計 2 項，預計於 110.7.1 生效實施，推估全年增加 6.56 百萬點；其餘項目(新增 96 項、修訂 1 項)將續提該會議討論。</p> <p>2.新藥：</p> <p>(1)110 年第 1 季共計收載 22 項，其中第 2A 類新藥 12 項，第 2B 類新藥 10 項，共申報 25.8 百萬點。相關申報情形定期於每半年業務執行報告中提報。</p> <p>(2)前開納入健保給付之新藥，包括治療黑色素瘤、三陰性乳癌、前列腺癌、多發性硬化症、偏頭痛等之新成分新藥，以及抗黴菌劑、用於抗藥性細菌治療之抗生素新藥等，依 CDE 推估之 HTA 報告，預計於收載後第 1 年可使 16,820 人受惠。</p> <p>3.新特材：截至 110 年 6 月，「藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」通過之新特材計 8 品項，推估預算約 1.04 億元，其中 3 品項已於 110.6.1 公告生效，另 5 項將依程序辦理收載。</p>

部門	工作項目	應完成 時限	辦理情形
醫院總額	<p>9 藥品及特材給付規定改變 ※決定事項：</p> <p>(1)提報執行情形(含修訂項目及申報費用/點數)及檢討結果</p> <p>(2)檢討經費編列及估算方式之合理性，並將藥品之節流效益納入考量</p>	110年8月底前	<p>110 年度編列 1,070 百萬元，辦理情形如下：</p> <p>1.將於 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。</p> <p>2.藥品：各品項申報情形固定於每半年業務執行報告中提報。</p> <p>(1)110 年第 1 季生效之給付規定修訂(不包含收載 5 年內新藥、已列專款及代辦藥品)共計 12 項章節，共申報 1,561.1 百萬點。</p> <p>(2)健保署自 107 年底與廠商就部分新藥簽訂 MEA，依約定廠商將於次年度還款，並逐年提高還款金額，110 年第 1 季還款計 684.3 百萬點。另實施藥價調整等機制，落實藥費管控，以減輕健保財務衝擊，維護病人用藥權益。</p> <p>(3)健保署自 111 年度起改變預算編列，參採廠商於前瞻式新藥及新適應症預算推估制度(HS)之登錄平臺，提供新年度預計收載品項及財務衝擊資料，以利事先掌握，於進行預算編列時納入評估。</p> <p>3.特材：截至 110 年 6 月，特材給付規定僅涉修正文字，未影響費用。</p>

部門	工作項目	應完成 時限	辦理情形
醫院總額	10 持續推動分級醫療，壯大社區醫院(110 年新增項目) ※決定事項： (1)提報執行情形 (2)視執行需要會同醫院總額相關團體，研訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」	110 年 7 月底前	<p>110 年度編列 500 百萬元，辦理情形如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 依 110.4.14 「醫院總額研商議事會議第 1 次臨時會」決議：本項預算先自一般服務預算予以扣除，再依其保障項目「地區醫院假日或夜間門診案件(不含藥費)」之各就醫分區 108 年申報點數占率回歸各分區預算，並自 111 年起回歸一般服務地區預算分配。 依 110.6.23 「醫院總額研商議事會議第 2 次臨時會」決議：預算(5 億元)自第 2 季起適用。 健保署函請台灣醫院協會提供意見並於 110.4.16 函復本會，110 年度執行目標及預期效益之評估指標為：地區醫院夜間及假日門診開診率提升 2% 。
	11 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(110 年新增項目) ※決定事項： (1)提報執行情形 (2)視執行需要會同醫院總額相關團體，研訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」		<p>110 年度編列 1,000 百萬元，辦理情形如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 依 110.4.14 「醫院總額研商議事會議第 1 次臨時會」決議： <ol style="list-style-type: none"> 本項預算原用於區域級(含)以上醫院加護病床之住院診察費、護理費及病房費採固定點值，同意僅保障區域級(含)以上醫院加護病床之護理費，並奉衛福部核定。 先自一般服務預算予以扣除，再依其保障項目之各就醫分區 108 年申報點數占率回歸各分區預算，並

部門	工作項目	應完成 時限	辦理情形
醫院 總額	11 繼	110 年 7 月 底前	<p>自 111 年起回歸一般服務地區預算分配。</p> <p>2.依 110.6.23 「醫院總額研商議事會議第 2 次臨時會」決議：預算(10 億元)自第 2 季起適用。</p> <p>3.健保署函請台灣醫院協會提供意見並於 110.4.16 函復本會，110 年度執行目標及預期效益之評估指標為：區域級(含)以上醫院住院病人滿意度達 80%。</p>
	12 C 型肝炎藥費 ※決定事項：於額度內，妥為管理運用		<p>110 年度編列 3,428 百萬元，辦理情形如下：</p> <p>1.110 年預計提供 4 萬多人接受 C 肝全口服新藥治療。</p> <p>2.自 110.6.1 起，擴增給付 C 肝全口服新藥之第 2 次療程。</p> <p>3.自 110.1.1 至 110.6.23 止，已有 10,472 人接受治療，其中 50 人接受第 2 次治療。</p>
	13 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 ※決定事項：檢視費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析（「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」及「後天免疫缺乏病毒治療藥費」，2 項專款項目於 109 年度係合併編列）		<p>110 年度編列 11,699 百萬元，辦理情形如下：</p> <p>1.110 年 1~4 月約申報 37.9 億點，預算執行率為 32.4%。</p> <p>2.109 年預算執行率為 96.2%，較 108 年 92.2% 高，各項費用說明如下：</p> <p>(1)罕見疾病：109 年藥費成長 14.6%，主因為用藥人數及每人單價皆成長，其中用藥人數成長 5.6%(增加 543 人)，平均每人藥費成長</p>

部門	工作項目	應完成 時限	辦理情形
醫院總額	13 繼	110年7月底前	<p>14.6%，主因為用藥人數及每人單價皆成長，其中用藥人數成長 5.6%(增加 543 人)，平均每人藥費成長 8.5%，相關管理措施同西醫基層總額項次 17。</p> <p>(2)血友病：109 年藥費成長-1.6%，其中用藥人數成長-2.8%，每人藥費成長 1.3%。經分析，人均藥費成長與治療方式由「需要時使用」轉移至「預防性治療」有關；另 108 年底納入之單株雙特異性抗體皮下注射藥物(Hemlibra)對於治療高抗體力價之難治血友病人，可有效控制出血狀況及其資源耗用。相關管理措施同西醫基層總額項次 17。</p> <p>(3)後天免疫缺乏病毒治療藥費：自 106.2.4 納入給付後，人數較 108 年成長 9.5%，平均每人藥費 14 萬元，略低於去年同期(16 萬元)。</p> <p>(4)罕見疾病特材：目前僅有 1 品項(成骨不全症之髓內釘)，110 年第 1 季申報量為 8 組，申報點數為 112 萬點。另已建置罕病資格者方可使用罕病特材之電腦醫令自動化檢核邏輯。</p>

部門	工作項目	應完成 時限	辦理情形
醫院總額	<p>14 後天免疫缺乏病毒治療藥費 ※決定事項：檢視費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析</p> <p>(「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」及「後天免疫缺乏病毒治療藥費」，2 項專款項目於 109 年度係合併編列)</p>	110 年 7 月底前	<p>110 年度編列 5,257 百萬元，辦理情形如下：</p> <p>1.110 年 1~4 月約申報 13.8 億點，預算執行率 26.2%。</p> <p>2.本項藥品自 106 年起治療後 2 年起之藥物納入健保給付，109 年總藥費 40.37 億元，其中用藥人數成長率 9.5%，每人平均藥費成長 -7.2%。相關管理措施如下：</p> <p>(1)檢核用藥病人是否符合疾管署所規範使用資格及處方組合合理性。</p> <p>(2)住院醫療費用過高或不符二合一藥品使用規範者(如藥費超過定額、無病毒檢驗資料或 B 肝帶原者)列入審查指標。</p>
	<p>15 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質 ※決定事項：提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析</p>		<p>110 年度編列 5,157 百萬元，辦理情形如下：110 年 1~4 月約申報 15.4 億點，預算執行率 30.1%。</p>
	<p>16 醫療給付改善方案 ※決定事項：</p> <p>(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</p> <p>(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</p>		<p>110 年度編列 1,368 百萬元，辦理情形如下：</p> <p>1.提升醫院用藥安全與品質方案：110 年預算編列 50 百萬元，110 年 1~4 月服務 20,944 人，申報約 18 百萬點，預算執行率 36%。</p> <p>2.其餘 8 項方案，110 年 1~4 月服務 711,172 人，約申報 263 百萬點，預算執行率 19.9%。</p>

部門	工作項目	應完成 時限	辦理情形
醫院總額	16 繼	110年7月底前	3.有關糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理照護服務，辦理情形詳項次1。
	17 急診品質提升方案		110年度編列246百萬元，辦理情形詳項次2。
	18 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	110年7月底前	110年度編列210百萬元，辦理情形詳項次3。
	19 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案		110年度編列100百萬元，公告施行地區32個，辦理情形如下： 110年第1季巡迴計畫提供1,226診次，服務16,959人次。
	20 全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	110年7月底前	110年度編列1,100百萬元，辦理情形如下：截至110年6月，有94家醫院參與，預訂於110年8月進行第1季之結算。
	21 鼓勵院所建立轉診之合作機制 ※決定事項：建立長期效益評估指標，持續監測病人流向及評估執行效益(併同其他預算「基層總額轉診型態調整費用」提出專案報告)		1.業於110年6月份委員會議提出專案報告。 2.110年度編列400百萬元，辦理情形如下：第1季轉診費用核付約54.4百萬點，預算執行率13.6%。

部門	工作項目	應完成 時限	辦理情形
提報本會執行情形(110 年初步結果/成果) ^註			
門診透析	1 加強腎臟病前期之整合照護，強化延緩病人進入透析之照護，並持續推動糖尿病與慢性腎臟病整合照護	110年7月底前	<p>1.持續推動各層級醫療院所針對慢性腎臟病的高危險族群提供慢性腎臟病照護及病人衛教計畫(Early-CKD 方案與 Pre-ESRD 計畫)，儘早介入並落實疾病管理，延緩個案腎功能惡化的情形，減少新發生個案。</p> <p>2.末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫(Pre-ESRD 計畫)，已於 110.2.24 「門診透析預算研商議事會議」討論通過，擴大收案對象新增急性腎臟損傷病人(Acute Kidney Disease, AKD)、藥師參與照護團隊(含社區藥局參與照護團隊機制)，預訂提「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」報告後，依會議結論辦理。</p> <p>3.已於 109.1.17 邀集相關學協會代表提供專業意見，討論糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理照護計畫；另於 109.9.11 函詢前揭學協會提供品質指標訂定意見，因回復內容多有分歧，且有數項品質指標增訂意見，近期將召開會議研議。</p>

部門	工作項目	應完成 時限	辦理情形
門診透析	2 持續推動腎臟移植，並利用雲端藥歷加強西藥與中藥之用藥管理，審慎開立藥物	110年7月底前	<p>1.持續推動腎臟移植，自 109 年 7 月起，修訂「保險對象接受親屬活體腎臟移植者之照護獎勵費」，提升獎勵費用，及增列獎勵對象。</p> <p>2.已於 108.11.25 完成健保雲端查詢系統藥品交互作用提示功能建置上線，並於 109.7 新增中西藥交互作用提示。</p> <p>3.於 110 年擴增西藥交互作用提示，目前西藥交互作用提示 1,482 項禁止併用、避免併用、不建議併用及需調整劑量或加強監測之比對項目組合。而中西藥交互作用提示可能危及生命或需醫療介入以預防嚴重不良反應發生之 49 項比對項目組合。</p> <p>4.至 110.6.20 止，約 2,100 家特約醫事機構曾查詢使用藥品交互作用提示功能，使用率以區域醫院 87% 最高，其次為醫學中心 84% 。</p>

部門	工作項目	應完成 時限	辦理情形
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	<p>1.本案原訂提 110.5.27 「西醫基層總額研商議事會議」討論，惟配合防疫作業升級為第3級警戒，取消該次會議，健保署於 110.6.15 函知醫師公會，110 年經費動支條件比照 109 年度方式辦理，預訂提「西醫基層總額研商議事會議」報告。</p> <p>2.新增「轉診成功個案於基層停留時間」(註)做為長期效益評估指標。</p> <p>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。</p>
	2 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 ※協定事項：持續評估山地離島地區需求，並滾動檢討、精進執行方案		<p>1.延續 109 年計畫辦理。</p> <p>2.為確保醫療服務適當性，每年均透過健保署分區業務組、醫界、當地衛生局及民意代表共同組成之 IDS 計畫督導小組會議，評估及討論當地需求，加以調整診療科別及服務項目。</p>
	3 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 ※協定事項：精進執行方案，並持續推動不同醫療體系間的合作與轉介，朝全人照護方向發展		<p>1.居家醫療照護整合計畫，延續 109 年計畫辦理。</p> <p>2.轉銜長照 2.0 部分，延續 109 年辦理。</p> <p>3.健保署為支持日間型精神復健機構穩定發展，於 109.9.10 「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論通過，調升日間型精神復健機構支付點數，自 480 點調升至 600 點，並於 109.12.1 生效。</p>

部門	工作項目	應完成 時限	辦理情形
其他 預算	3 繼	109 年 11 月底前	後續將持續配合精神醫療體系發展，檢討精進精神社區復健相關支付標準規範。
	4 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		1.醫院以病人為中心門診整合照護計畫，延續 109 年計畫辦理。 2.急性後期整合照護計畫，延續 109 年計畫辦理。 3.跨層級醫院合作計畫，延續 109 年計畫辦理。 4.遠距醫療給付計畫，已於 109.12.29 公告。
	5 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		已於 110.4.15 公告。
	6 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫 ※協定事項：持續檢討本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督		1.延續 109 年計畫辦理。 2.為確保醫療服務適當性，健保署分區業務組每年均會邀集相關院所及矯正機關召開檢討會議，並將收容人醫療利用情形納入計畫評核指標，期能減少不必要之就醫。
	7 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	1.末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫，已於 110.2.24「門診透析預算研商議事會議」討論通過，擴大收案對象新增急性腎臟損傷病人 (Acute Kidney Disease, AKD)、藥師參與照護團隊(含社區藥局參與照護團隊機制)，預訂提「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」報告後，依會議結論辦理。

部門	工作項目	應完成 時限	辦理情形
其他 預算	7 繼	109 年 12 月底前	2.初期慢性腎臟病醫療給付改善方案，延續 109 年方案辦理。 3.慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫，已於 110.2.5 公告。本項預算採年度結算，預計於 111 年 7 月底前完成核發作業。
	8 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		1.依照預算書編列項目執行。 2.成效評估指標：醫院各層級檢 驗(查)結果上傳率。
	9 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	於 110.4.8「醫療服務給付項目及 支付標準共同擬訂會議第 1 次 臨時會」討論，依會議決議，藥 師公會已於 110.5.21 檢送修正 後之計畫(草案)，健保署於 110.6.1 以電子郵件請會上有表 示意見之與會代表提供意見中。
提報本會執行情形(110 年初步結果/成果)^註			
	10 基層總額轉診型態調整費用 ※協定事項：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)	110 年 7 月 底前	1.業於 110 年 6 月份委員會議提 出專案報告。 2.110 年度編列 1,000 百萬元， 辦理情形詳項次 1。

部門	工作項目	應完成 時限	辦理情形
其他預算	11 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 ※協定事項：另請加速推動山地鄉論人計酬試辦計畫	110年7月底前	110 年度編列 655.4 百萬元，辦理情形如下： 1.110 年共 26 家院所，至 50 個山地離島地區提供夜間及假日 24 小時門、急診、巡迴等醫療服務。 2.山地鄉全人整合照護執行方案徵求書(草案)，已於 110.6.17 報衛福部，考量疫情，擬於 110.8.15 起公開徵求承作院所。
	12 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		110 年度編列 6,544 百萬元，辦理情形如下： 1.居家醫療照護： (1)全民健康保險居家醫療照護整合計畫：截至 110 年 5 月底，共 223 個團隊、3,035 家醫療機構參與本計畫。 (2)居家照護：110 年 1~4 月約申報 802.5 百萬點。 (3)安寧居家：110 年 1~4 月約申報 583.2 百萬點。 2.精神疾病社區復健：110 年 1~4 月約申報 633.4 百萬點。 3.轉銜長照 2.0 之服務：110 年 1~3 月約申報 392.2 萬點。
	13 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		110 年度編列 290 百萬元，目前尚無 110 年第 1 季結算資料。

部門	工作項目	應完成 時限	辦理情形
其他預算	14 支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費 ※協定事項：於額度內，妥為管理運用	110年7月底前	110 年度編列 2,850 百萬元，目前尚無 110 年第 1 季結算資料。
	15 推動促進醫療體系整合計畫 ※協定事項：請加速推動「遠距醫療會診」服務		<p>110 年度編列 400 百萬元，辦理情形如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院以病人為中心門診整合照護計畫：110 年第 1 季承作醫院有 163 家，其中非開設整合門診模式有 122 家，開設整合門診模式有 114 家，照護約 85,000 人。 2. 跨層級醫院合作計畫：110 年第 1~5 月有 70 家地區醫院參加，共申報支援 8,590 診次。 3. 急性後期整合照護計畫：110 年 1~5 月腦中風照護 2,304 人、脆弱性骨折 1,424 人、創傷性神經損 181 人、衰弱高齡 298 人及心臟衰竭 550 人，燒燙傷累計收案 84 人。 4. 全民健康保險遠距醫療給付計畫：截至 110.6 有 32 個鄉鎮申請計畫，已核定 25 個鄉鎮，餘 7 個鄉鎮待衛福部補助之遠距設備到位。
	16 調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費		110 年度編列 1,000 百萬元，目前未有支用本項經費之項目。

部門	工作項目	應完成 時限	辦理情形
其他 預算	17 嘘勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用(併四部門總額之「網路頻寬補助費用」) ※協定事項：逐步調整資料上傳獎勵金支付規範，以5年(110~114年)為退場期程	110年7月底前	110年度編列980百萬元，辦理情形如下： 1.110年度四部門及其他預算共編列1,538百萬元，截至110年5月底，參與家數共27,685家(參與率94%)。 2.110年1~3月預算執行178.4百萬元，預算執行率12%。110年1~3月資料上傳獎勵預計於110年7月底前完成結算。
	18 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫 ※協定事項：持續檢討本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督		110年度編列1,653.8百萬元，辦理情形如下：110年由124家承作院所組成34個團隊，提供全國54所矯正機關醫療服務，每月提供矯正機關內門診逾2,600診，包含西醫各次專科、牙科、中醫科等28種科別。
	19 腎臟病照護及病人衛教計畫 ※協定事項：持續推動腎臟移植，並利用雲端藥歷加強西藥與中藥之用藥管理，審慎開立藥物		110年度編列450百萬元，辦理情形如下： 1.初期慢性腎臟病醫療給付改善方案：110年1~4月服務250,112人，申報約51百萬點。 2.末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫：110年1~4月服務77,082人，申報約86百萬點。 3.慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫，已於110.2.5公告。本項預算採年度結算，預計於111年7月底前完成核發作業。

部門	工作項目	應完成 時限	辦理情形
其他預算	20 提升保險服務成效	110年7月底前	<p>110 年度編列 300 百萬元，辦理情形如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.提升健保醫療資訊雲端查詢系統之加值應用。 2.進行更多元指標擴充作業，運用人工智慧建立模型精準篩異。 3.持續調整資料同步機制以提升呈現即時性，採輕量化架構增進系統效能及彈性，並依臨床實務需求精進各項提示功能。 4.持續研訂專業服務品質指標及醫療篩異指標等，並結合大數據分析技術，開發院所端可查閱之醫療利用指標及疾病指標。 5.導入多目標關聯分析工具，協助開發醫療詐欺 AI 偵測，並擴充國際藥價智慧搜尋系統功能，調整資料同步機制以提升呈現即時性。
	21 提升用藥品質之藥事照護計畫		110 年度編列 30 百萬元，辦理情形詳項次 9。

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)。

報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：110 年 6 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

.....

本會幕僚補充說明：

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。爰本次提供書面資料，不進行口頭報告。請委員先行審閱，如有疑義可洽該署各項業務窗口。

決定：

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：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)，請鑒察。

說明：詳如健保署簡報(第 83~91 頁)。

報告單位業務窗口：張作貞科長，聯絡電話：02-27065866 分機 3601

.....
本會補充說明：

一、健保署依 110 年度西醫基層總額之協定事項及本會 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，第 83~91 頁)，協定事項如下：

- (一)專款項目：家庭醫師整合性照護計畫，全年經費 36.7 億元。
- (二)請中央健康保險署精進計畫內容，納入更多結果面成效指標，及強化執行面監督與退場機制。

二、依健保署所提專案報告：

(一)與總額協定事項之相關內容摘要如下(詳第 15 張簡報)：

總額協定事項	109 年及 110 年計畫修訂重點
精進計畫內容、強化執行面監督與退場機制	<p>1.增訂管理措施</p> <p>(1)明訂「24 小時諮詢專線不得設置於醫院之急診室，且應由醫事人員接聽，並應執業登記於社區醫療群內診所為原則」。</p> <p>(2)明訂「計畫之核心業務不得委由非醫療服務機構(如管理顧問公司)執行」。</p> <p>2.調升品質提升費用之核發標準</p> <p>(1)「輔導級」：調升為介於 65 分 $\leq \sim < 70$ 分(原介於 60 分 $\leq \sim < 65$ 分)。</p> <p>(2)「不支付級」：調升為 < 65 分(原 < 60 分，另依計畫規定評核指標分數未達 65 分即應退場)</p>
納入更多結果面成效指標	<p>增訂品質指標</p> <p>1. 結果面指標，新增「初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢之檢驗檢查執行率」。</p> <p>2. 自選指標，新增「兒童預防保健檢查率」。</p>

(二)109 年計畫指標及管理成效摘要如下：

1. 計畫評核指標達 80 分以上共 537 群，占所有群數 86%，< 65 分計有 3 群(詳第 12 張簡報)。

2 社區醫療群量化指標目標值達成情形(詳第 10、13 張簡報)：

計畫評核指標目標值		達標	未達標 (109 結果)
組織指標	電子轉診使用率 $\geq 80\%$		V(68.0%)
	門診雙向轉診率 $\geq 83.35\%$		V(83.2%)
預防保健 指標	成人預防保健檢查率 $\geq 27.77\%$	V	
	子宮頸抹片檢查率 $\geq 25.89\%$	V	
	老人流感注射率 $\geq 47.83\%$	V	
	糞便潛血檢查率 $\geq 8.12\%$	V	
品質指標	會員急診率 $\leq 23.16\%$		V(28.7%)
	每十萬人潛在可避免急診數 ≤ 429.15		V(1,008.6)
	每十萬人可避免住院數 ≤ 183.58		V(602.4)
	初期慢性腎臟病早期尿液篩檢執行率 $\geq 4.12\%$	V	
	固定就診率 $\geq 47.93\%$	V	
健康管理 成效	VC-AE 結餘數 【VC：以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用、AE：實際申報西醫門診醫療費用】	1. 自 106 年起平均每人 VC-AE 結餘數均成正值。 2. 109 年平均每人結餘 534 元。	

三、本計畫評核指標之訂定及表現尚有進步空間，建請健保署持續強化作為，如下：

(一)指標目標值之訂定：訂定目標值旨在設定基準，作為努力標準，部分指標目標值，如：109 年新增之「初期慢性腎臟病早期尿液篩檢執行率」指標目標值為 4.12%(執行結果為 20.5%)，顯示所訂目標值偏低，有檢討空間。

(二)指標之表現：109 年有多項指標，如品質指標中「會員急診

率」、「每十萬人潛在可避免急診數」及「每十萬人可避免住院數」均未達標，宜探討原因及改善，俾提升執行效益。

(三)計畫成效評估：歷年評核委員建議宜納入更多結果面成效指標，並以「相同條件的非會員」為對照組，來評估計畫的實際執行成效。

(四)持續改善指標之設定及執行成果，及納入結果面成效指標，並於 111 年度總額協商前提出量化執行成效，供協商參考。

決定：

家庭醫師整合性照護計畫之 執行情形與成效檢討

(強化執行面監督與退場機制及納
入更多結果面成效指標)

中央健康保險署



衛生福利部中央健康保險署



1

報告大綱

- 計畫目的
- 照護模式
- 執行成效
- 修訂重點

2



計畫目的

建立家庭醫師制度

提供民眾周全性、協調性與持續性的醫療照護

建立以病人為中心的醫療觀念

以民眾健康為導向，提升醫療品質。

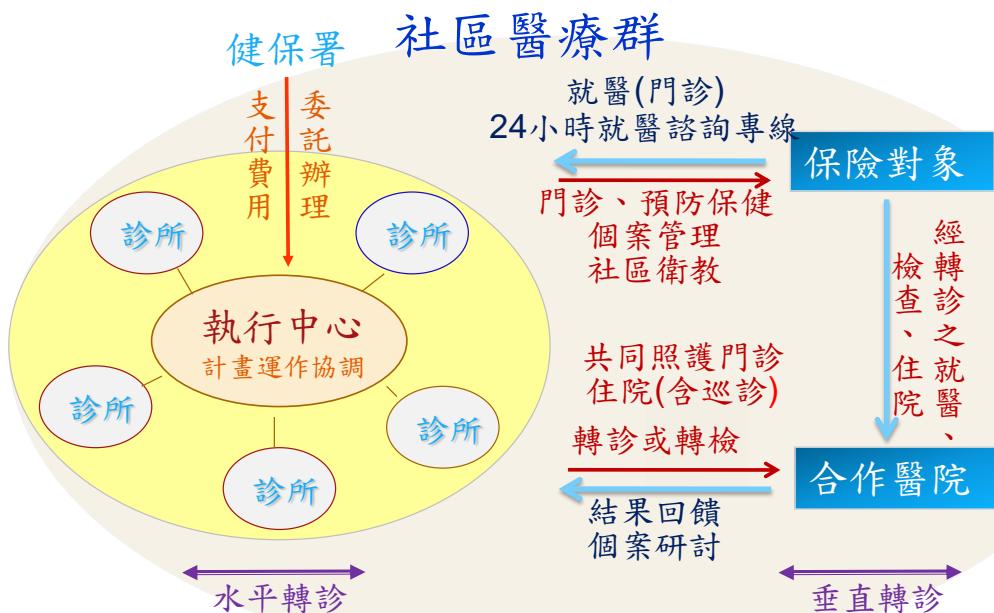
奠定「家庭責任醫師制度」基礎

3



家醫計畫照護模式

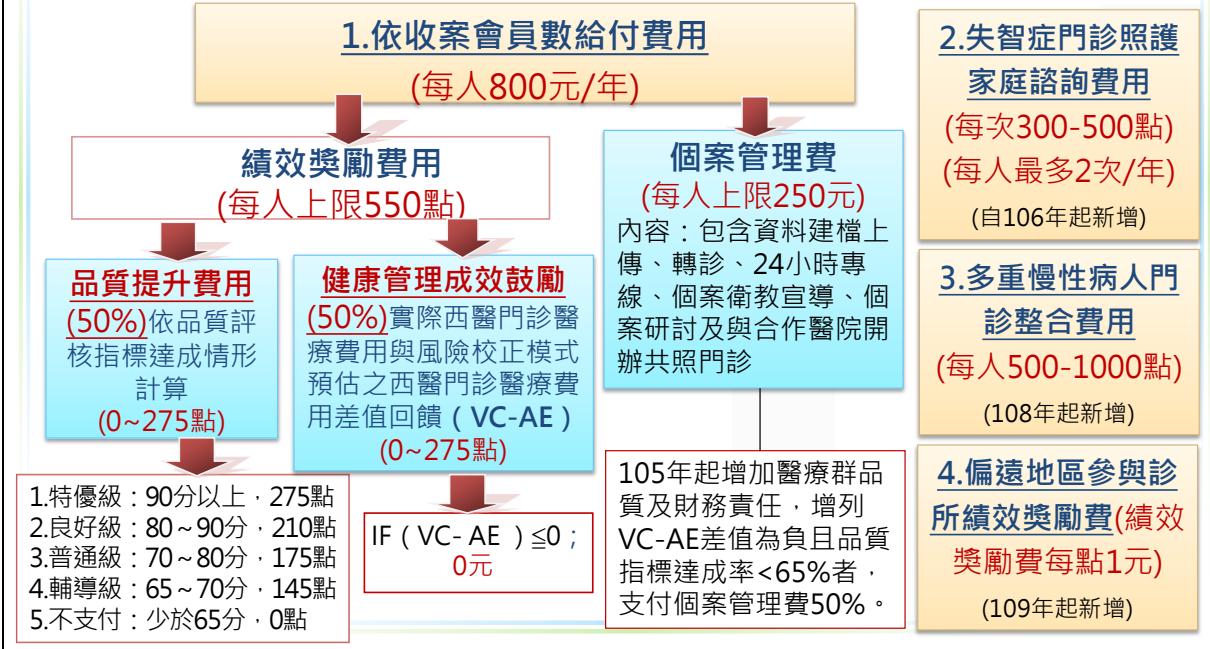
係鼓勵同一地區5家以上基層診所與合作醫院共同組成「社區醫療群」，以群體力量提供服務，提供周全性、協調性且連續性的社區醫療服務。



4

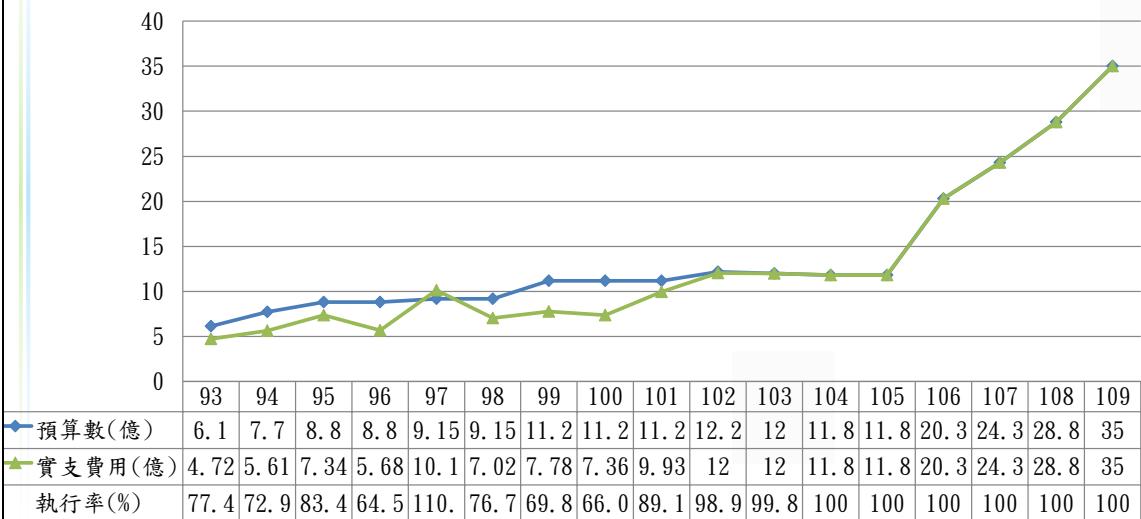
經費撥付原則

社區醫療群收案會員每人支付費用800點/年，106年新增失智症門診照護家庭諮詢費用，108新增「多重慢性病人門診整合費」，由收案診所提供的多重慢性病人門診用藥整合，以減少於不同院所就醫及重複用藥情形，另於109年增加偏遠地區診所績效獎勵



歷年經費執行情形

● 近五年預算執行率均達100%。



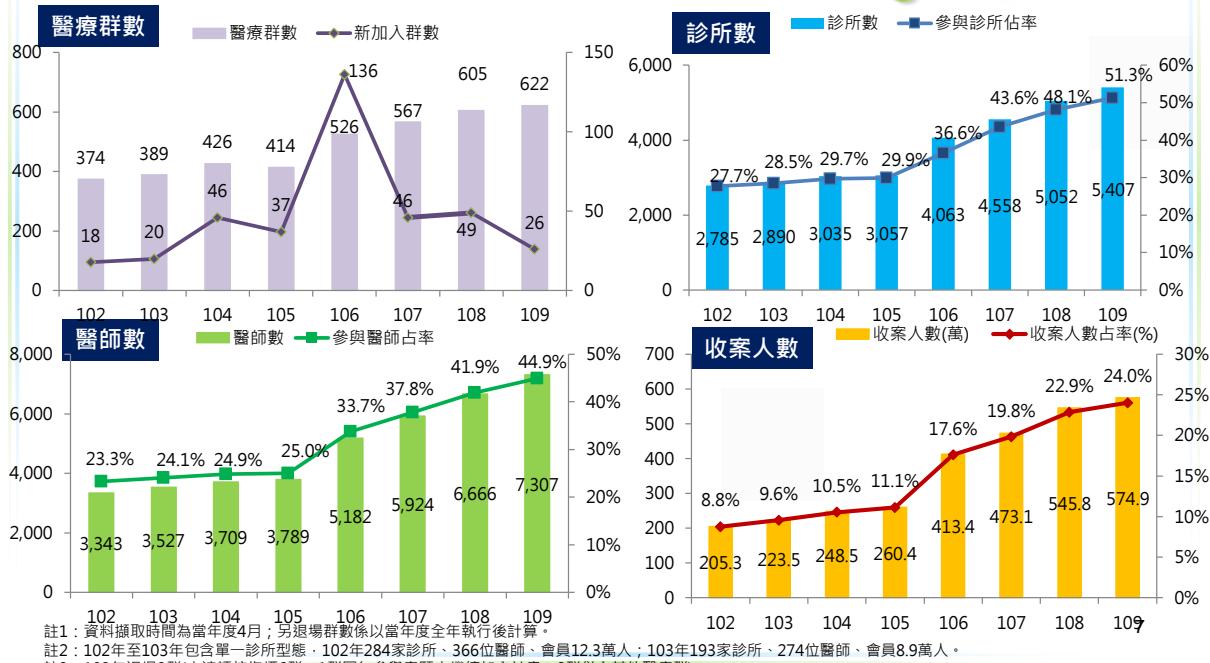
註1：97年因政策導向故選擇健康回饋型之醫療群數不斷增加，致預算較實際給付費用不足0.96億元(實支10.11億元，不足費用由總額其他部門預算之其他預期政策改變所需經費支應)。 6

註2：106年原預算為15.8億元，由107年度家醫計畫專款之450百萬元挹注106年度之不足款，故106年預算為20.3億元。



家庭醫師整合照護模式執行概況

近五年家醫群數、參與診所及醫師數、收案人數均逐年增加



109年參加院所服務涵蓋

109年執行情形

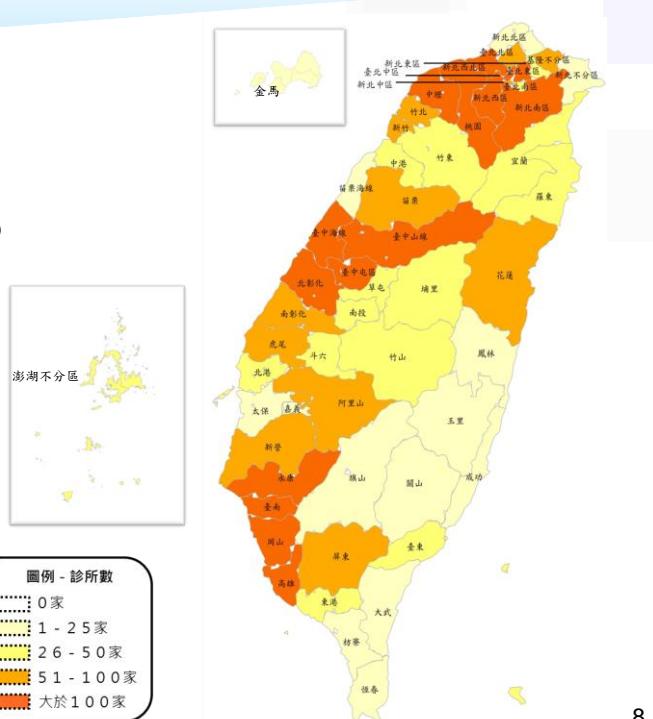
收案會員數：574.9萬人

參與醫療群數：622群

參與診所家數：5,407家(51.3%)

參與醫師數：7,307人(44.9%)

合作醫院家數：258家





109年家醫計畫提供服務特色

會員健康資料建檔 1

- 加強會員個案管理及衛教
- 預防保健各指標歷年均達高標

提供病人轉診服務 2

- 醫療群與258家醫院合作
- 轉診服務：**380,957**人次
- 共照門診：**6,808**診次
- 病房巡診：**987**次

辦理社區衛教、宣導 5

- 營造健康社區，提升醫療群形象。
- 辦理**社區衛教1,593場次**。
- 參與人數達**74,636**人次。

3

- 電話諮詢服務：**43,708**通
- 提供適當就醫指導
- 減少急診與不必要就醫
- 主動電訪會員人數：**1,141,184**人

4

加強診所與醫院合作

- 醫院與診所合作轉診。
- 辦理個案研討。
- 辦理共同照護門診。
- 參與上述活動6次以上醫師計**7,000**餘位。

9



109年社區醫療群量化指標得分情形

初期慢性腎臟病早期尿液篩檢執行率、會員固定就診率、成人預防保健檢查率、子宮頸抹片檢查率、老人流感注射率、糞便潛血檢查率達目標值

評核指標名稱	目標值	109年結果
組織指標(P)		
電子轉診使用率	≥80.00%	68.00%
門診雙向轉診率	≥83.35%	83.23%
預防保健指標(P)		
成人預防保健檢查率	≥27.77%	38.44%
子宮頸抹片檢查率	≥25.89%	27.06%
老人流感注射率	≥47.83%	49.44%
糞便潛血檢查率	≥8.12%	20.54%
品質指標		
會員急診率(P)	≤23.16%	28.71%
潛在可避免急診率(O)	≤429.15	1,008.6
可避免住院率(O)	≤183.58	602.4
初期慢性腎臟病早期尿液篩檢執行率(P)	≥4.12%	20.52%
固定就診率(P)	≥47.93%	48.25%

目標值：電子轉診使用率為≥80%、門診雙向轉診率及初期慢性腎臟病早期尿液篩檢執行率≥同儕50百分位；成人預防保健檢查率、65歲以上老人流感疫苗注射率及會員固定就診率≥較需照護族群65百分位；子宮頸抹片檢查率為≥較需照護族群63百分位；糞便潛血檢查率為≥較需照護族群60百分位；會員固定就診率為≥同儕65百分位；潛在可避免急診件數、可避免住院件數及會員急診率為收案會員30百分位。

潛在可避免急診率及可避免住院率：以每十萬人潛在可避免急診件數及每十萬人可避免住院件數呈現。

10

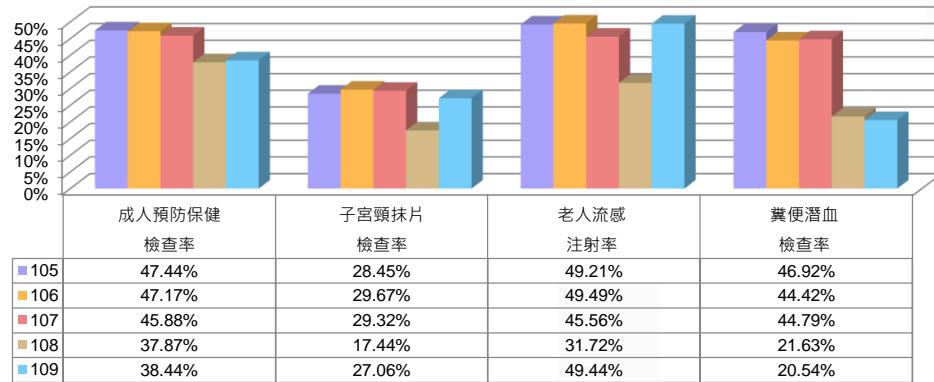
P: Process Index O: Outcome Index



近5年預防保健指標檢查/注射率

- 近年社區醫療群各項預防保健達成率均達成設定之目標值

近5年各項預防保健檢查/注射率



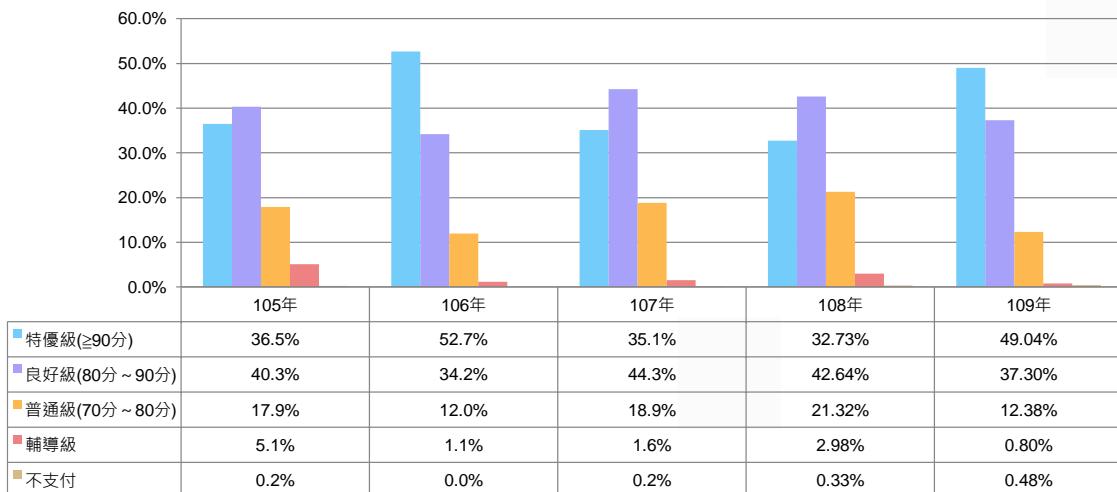
1. 成人預防保健檢查率：分子為40歲(含)以上會員於基層診所接受成人健檢人數；分母為(40歲至64歲會員數/3+65歲《含》會員數)。
2. 子宮頸抹片檢查率：分子為30歲(含)以上女性會員於基層診所接受子宮頸抹片人數；分母為30歲(含)以上女性會員數。
3. 65歲以上老人流感注射率：分子為65歲以上會員於基層診所接種流感疫苗人數；分母為65歲以上總會員人數。
4. 糞便潛血檢查率：分子為50歲以上至未滿75歲會員於基層診所接受定量免疫糞便潛血檢查人數；分母為50歲以上至未滿75歲會員人數/2。
5. 109年修改子宮頸抹片檢查率得分閾值及放寬收案會員於醫院層級檢查亦納為統計範圍

11



近5年社區醫療群品質評核

- 109年品質指標達80分以上共計537群，占所有群數約86%，指標<65分計有3群



註1：表內占率係呈現各品質分級之醫療群所佔當年度參與醫療群。

註2：104年共426群、105年共414群、106年共526群、107年共567群、108年共605群。

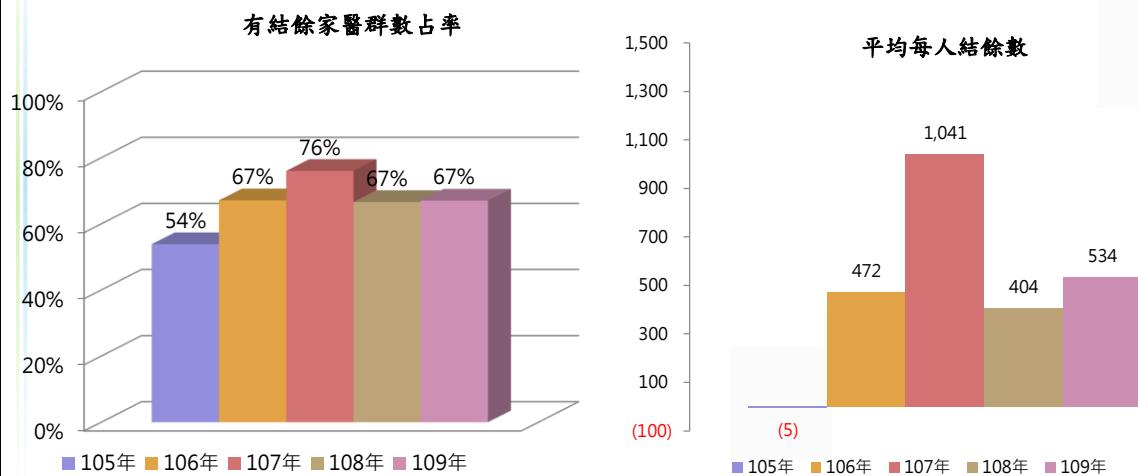
註3：自109年起不支付分數自60分以下調整為65分以下；輔導級分數調整為65~70分

12



近5年社區醫療群健康管理成效

- 自106年起平均每人VC-AE結餘數已成正值



註：健康管理成效鼓勵係依會員實際申報西醫門診醫療費用(AE)與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之間差值



近5年滿意度調查結果

- 109年抽測會員施測項目滿意度結果均達99%以上

年度	分區電話抽測通數	施測項目		
		健康諮詢及衛教	對會員健康狀況的了解程度	對家庭醫師整體性
105	4,172	99.2%	99.2%	99.1%
106	5,272	99.5%	99.5%	99.5%
107	5,398	99.3%	99.4%	99.3%
108	5,964	99.8%	99.7%	99.8%
109	6,449	99.4%	99.3%	99.9%

14



計畫修訂重點

- 109年及110年持續增訂管理措施及退場機制，並新增指標

109年

- 為提升照顧品質，新增新參與計畫之診所宜擇定最近一年度評核指標良好級以上之社區醫療群參與。
- 會員24小時諮詢專線不得設置於醫院之急診室之規範
- 計畫執行中心應辦理之核心業務及其內容項目，及其核心業務不得委由非醫事服務機構執行，如有違反則終止執行。
- 結果面指標新增初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢之檢驗檢查執行率
- 品質提升費用之評核指標達成情形，調升輔導級及不支付等級之分數，由原60分調升為65分

110年

- 新參與計畫之規範，所在地之鄉、鎮、市、區無社區醫療群及新參與之診所，以選擇現有社區醫療群參與
- 會員24小時諮詢專線接聽人員之執業登記應以社區醫療群內診所為原則
- 以西醫基層診所成立計畫執行中心為原則，及其核心業務不得委由非醫療服務機構(如管理顧問公司)執行。
- 自選指標新增「兒童預防保健檢查率」
- 自選指標「提升社區醫療群品質」指標增列活動辦理應與當地主管機關、家庭醫學醫學會或各縣市醫師公會共同辦理。

15



110年指標構面

早期之成效指標，主要著重在就醫門診次數、雙向轉診比率、共同照護門診比率以及接受預防保健比率，近年新增結果面指標並調降過程面指標配分

結構面指標

(35分)

項目

- 1.個案研討、共照門診、社區衛教、病房巡診(10分)(P)
- 2.24小時諮詢專線(10分)(P)
- 3.自選指標(7擇3，提升醫療群品質、提供居家醫療服務、假日開診、糖尿病眼底檢查、轉介出院病人、糖尿病會員胰島素注射率、雲藥查詢率)(15分)(P)

過程面指標

(28分)

- 1.雙向轉診-電子轉診使用率、門診雙向轉診率(6分)(P)
- 2.預防保健達成情形-成人預防保健檢查率、子宮頸抹片檢查率、65歲以上老人流感注射率、糞便潛血檢查率(22分)(P)

結果面指標

(27分)

- 1.潛在可避免急診率(4分)(O)
- 2.會員急診率(4分)(P)
- 3.可避免住院率(4分)(O)
- 4.初期慢性腎臟病會員早期尿液篩檢執行率(5分)(P)
- 5.固定就診率(10分)(P)

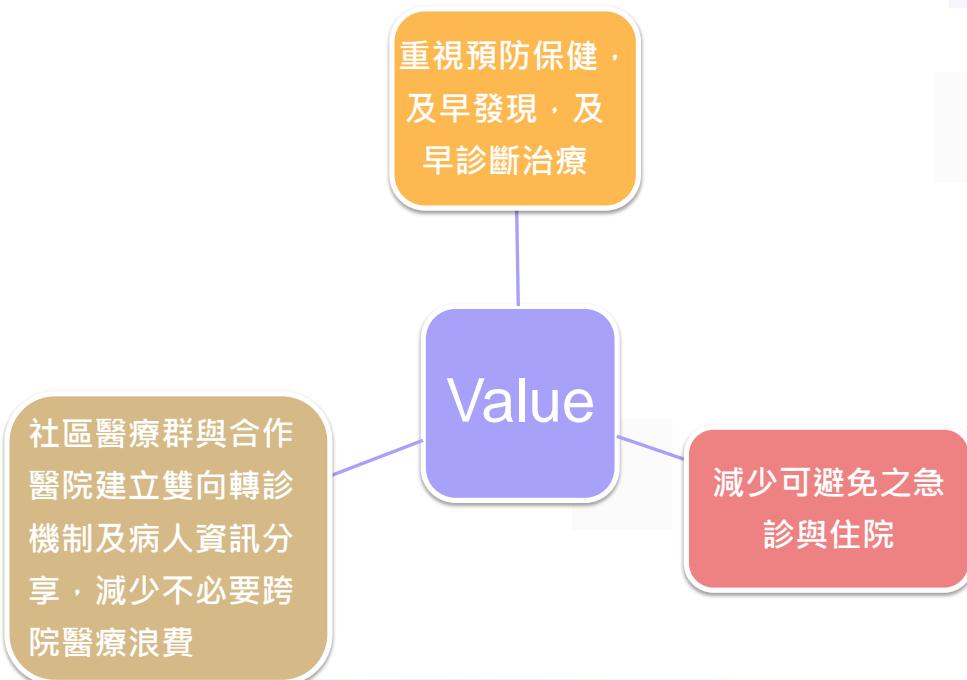
會員滿意度+

加分項
(20分)

- 1.自測滿意度 $\geq 80\%$ ，得3分(P)
- 2.分區抽測滿意度滿意度 $\geq 90\%$ 得7分(與自測滿意度共得分10分)(P)
- 3.加分項(健康管理成效執行結果、社區醫療群支援醫院、轉借失智病人至適當醫院就醫)(最高得分10分)



家醫計畫之Value



17



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，兼顧醫療效率及品質。

Thank You!

18

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：牙醫門診總額協定事項「牙周病統合治療方案」、「全面提升感染管制品質」(含申報情形及查核結果)之執行結果，請鑒察。

說明：

一、牙周病統合治療方案執行結果(如附件一，第 98~106 頁)。

(一)依衛生福利部 108 年 12 月 6 日衛部健字第 1083360163 號公告「109 年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配」辦理。

(二)牙周病統合治療方案自 99 年起實施，經 107 年 12 月 13 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 107 年第 4 次會議決議通過，業於 108 年 3 月 1 日導入支付標準第三部牙醫第五章。查 109 年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配中，協定事項如下：

1.本方案於 108 年導入一般服務；109 年預算執行率未達 8 成，將按比例扣款。

(1)執行目標：30 萬人次。

(2)預期效益之評估指標：①服務量②完成率③申報第三階段件數核減率④治療對象跨院所接受 91006C「齒齦下刮除術(含牙根整平術)-全口」至 91007C「齒齦下刮除術(含牙根整平術)-1/2 顆」比率⑤民眾抽樣調查治療之滿意度。

2.請本署與牙醫門診總額相關團體，持續監測該方案之醫療利用情形並加強管理與監督機制。

(三)109 年目標及執行概況：

1.109 年預算為 2,907.9 百萬元(108 年預算 2,808 百萬元 *109 年一般服務成長率 3.559%)，執行數約為 2,396 百萬點，執行率約為 82.41%。

2.提供本方案服務之院所 3,199 家、牙醫師 6,829 位。

3.服務量：目標 30 萬人次，實際執行 25.1 萬人次。

4. 完成率：80.5%。
5. 申報第三階段件數核減率：5.69%。
6. 計畫治療對象跨院所接受 91006C 至 91007C 比率：0.2%。
7. 民眾抽樣調查治療之滿意度：96.77%。

二、有關牙醫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)(如附件二，第 107~134 頁)。

- (一) 依據衛生福利部全民健康保險會(下稱健保會)第 5 屆 110 年第 1 次委員會議(110.4.30)紀錄之工作計畫辦理。
- (二) 109 年牙醫門診總額「全面提升感染管制品質」總額協定事項「所有申請門診診察費者，均應符合加強感染管制標準」以及「若執行全面提升感染管制品質院所未達 100% 之目標，將按比例扣款」。
- (三) 依據健保會第 4 屆 109 年第 3 次委員會議決定略以，109 年度「全面提升感染管制品質」總額協定事項未達目標之扣款處理方式，如下：
 1. 因 109 年調升感染管制診察費之支付標準項目自 109 年 4 月 1 日始生效，爰按比例扣款機制自 109 年 4 月 1 日起計算。
 2. 扣款時機：於本會協商 111 年度醫療給付費用總額時(110 年 9 月)列減項，協定減列金額。另請中央健康保險署於協商該年度總額前，提供自 109 年 4 月 1 日起本協定事項之執行結果(含申報情形及查核結果)，作為協商參據。
 3. 扣款之計算基礎：以 109 年度總額協定之協商因素項目「全面提升感染管制品質」預算(5 億元)，作為核扣基礎。
 4. 經統計，109 年 4 月 1 日至 109 年 12 月 31 日，未申報「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費」(下稱感染管制門診診察費)共有 313,254 件，其診察費差額點數為 31,096,715 點(依據 109 年總額協商時牙全會所提爭取預算公式計算，即申報「一般牙科門診診察費」件數*(感染

管制門診診察費支付點數 - 一般牙科門診診察費支付點數))；另經訪查不合格之院所(含外展點)追扣之點數計 2,622,067 元。

(四)本案 109 年執行結果(說明二、(三)之第 4 點)，將列入 111 年度牙醫門診醫療給付費用總額減項，作為協商參據。

擬辦：依據委員會議決定辦理。

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

(牙科管控)：洪于淇科長，聯絡電話：02-27065866 分機 2667

.....
本會補充說明：

緣由：本案係為 109 年度牙醫門診總額一般服務項下的兩項協商項目，其協定內容中明定「若 109 年度執行結果未達到一定目標，將按比例扣款」。

承上，依往例扣款時機，係於完成年度結算後之當年度進行次一年度總額協商時，列為減項金額。因 109 年度總額已完成結算，應檢視其執行結果是否符合目標及扣款與否，作為 111 年度總額協商之參據，爰於協商前安排健保署於本次會議進行專案報告。相關協定事項之執行結果及達成目標情形，依健保署提報執行成果分項整理如下。

一、牙周病統合治療方案：

(一)109 年度協定事項及執行結果，整理如下表：

109 年度協定事項	執行結果
1.本項於 108 年導入一般服務； 109 年度預算執行率若未達 8 成，將按比例扣款。	109 年預算數：2,907.9 百萬元 ^註 。 執行數：2,396 百萬點。 執行率： 82.41% 。 【預算執行率超過 8 成，不需扣款】
2.執行目標：30 萬人次 ^註 。 (註：以完成牙周病統合治療第 2 階段認定)	109 年執行數：25.1 萬人次。 執行率： 83.7% 。 【人次執行率達目標值之 8 成 3】
3.預期效益之評估指標： (1)服務量。	(1)服務量：同執行數。

109 年度協定事項	執行結果
(2)完成率 ^註 。 (3)申報第三階段件數核減率。 (4)治療對象跨院所接受 91006C 至 91007C 比率。 (5)民眾抽樣調查治療之滿意度。 (註：以完成牙周病統合治療第 1~3 階段認定)	(2)完成率：80.5%。 (3)申報第三階段件數核減率：5.69%。 (4)治療對象跨院所接受 91006C 至 91007C 比率：0.2%。 (5)民眾抽樣調查治療之滿意度：96.77%。
4.請健保署與牙醫門診總額相關團體，持續監測醫療利用情形，並加強管理與監督機制。	健保署管理重點(附件一，第 101 頁)：於 110.7.1 增列管理規範，並持續監測醫療利用情形及第 3 階段照護完成率。

(二)本項 109 年度預算執行率為 82.41%，超過 8 成，依 109 年度協定事項，不予扣款。

(三)依所報執行結果，本方案對牙周健康狀況改善具有成效(詳附件一，第 105 頁)，惟服務人數、第 3 階段完成率(80.5%)，仍有努力空間，爰建請健保署持續監測執行情形，提升照護人數及醫療品質。

二、全面提升感染管制品質：

(一)109 年度協定事項及執行結果，整理如下表：

109 年度協定事項	執行結果
1.本項預算併醫療服務成本指數改變率所增加之預算使用。	本項預算併醫療服務成本指數改變率所增加之預算使用，共計 10.675 億元。 (健保署未提供預算執行數)
2.用於全面提升感染管制品質，所有申請門診診察費者，均應符合加強感染管制標準，並提高訪查抽樣的有效性，另請加強落實院所加強感染管制作業之管理與輔導。 執行目標：牙醫院所執行進階感染管制達 100%。	1.精進「牙醫門診加強感染管制實施方案」，修訂感染管制 SOP 作業考評表，新增「一人一機」評分項目。 2.109.4.1 調升「符合加強感染管制之牙科門診診察費」支付點數 35 點。 3.109 年提高抽查比例，未申報加強感染管制診察費者，全面抽查。110 年全面書面評核，不合格者，將全面實地訪查(110 年因疫情嚴峻而暫停)。 4.執行目標之執行結果： 109 年底院所數：7,047 家。 申報加強感染管制診察費家數：6,908 家。 申報占率：98%。 【未達 100% 之目標，未申報院所占率 2%】

109 年度協定事項	執行結果
預期效益之評估指標： 109 年度牙醫院所抽查 感染管制隨機抽樣和立 意抽樣整體合格率(含 複查合格率)。	5.評估指標之執行結果： 109 年實地訪查家數：531 家。 初核合格家數：503 家。 初核合格率： 94.7% 。 【未達 100% 之目標，不合格院所占率 5.3%】 複查合格率： 100% 。 【達 100% 之目標】
3.請健保署會同牙醫門 診總額相關團體於 108 年 12 月底前完成具體 提升感染管制品質規 劃(含確保全面符合感 染管制之管理機制)，並 提報全民健康保險會。	本會業於 109 年第 3 次委員會議 (109.5.22)依健保署所提具體規劃，議定 扣款方式。
4.若執行全面提升感 染管制品質院所未達 100% 之目標，將按比 例扣款。	

(二)109 年第 3 次委員會議(109.5.22)決定扣款方式及執行結果如下：

委員會議決定事項	健保署提報執行結果
扣款處理方式決定如下： 1.因 109 年調升感染管制診察 費之支付標準項目自 109 年 4 月 1 日始生效，爰按比例扣款 機制自 109 年 4 月 1 日起計 算。 2.扣款時機：於本會協商 111 年 度醫療給付費用總額時(110 年 9 月)列減項，協定減列金 額。另請健保署於協商該年 度總額前，提供自 109 年 4 月 1 日起本協定事項之執行結 果(含申報情形及查核結果)， 作為協商參據。 3.扣款之計算基礎：以 109 年度 總額協定之協商因素項目「全 面提升感染管制品質」預算(5 億元)，作為核扣基礎。	自 109 年 4 月 1 日起牙醫門診加強 感染管制方案實施情形： 1.申報情形：未申報加強感染管 制診察費院所占率 2%(139 家/7047 家)。 2.查核結果：實地訪查初核不 合格院所占率 5.3%(28 家/531 家)。 3.健保署建議將「未申報加強感 染管制之診察費差額」及「查核不 合格院所追扣點數」(如下)，列 入 111 年度牙醫門診總額減項， 作為協商參據： (1)未申報「符合牙醫門診加強感 染管制實施方案之牙科門診診察 費」共 313,254 件*診察費差額點 數 = 31,096,715 點。 (2)實地訪查不合格院所追扣點數 = 2,622,067 元。 (3)以上合計 33,718,782 元。

(三)本項 109 年度執行全面提升感染管制品質院所未達 100% 之目標，依協定事項應按比例扣款，並於 111 年度總額協商時(110 年 9 月)列減列金額。至其減列額度，是否同意依健保署建議減列 33,718,782 元，請討論。該減列額度將列為 111 年度牙醫門診總額減項。

(四)依所報執行結果，可見健保署及牙醫師公會戮力推動牙醫院所全面執行進階感染管制，惟考量感染管制是維護民眾就醫安全之基礎，以下部分仍請持續改善：

- 1.目前尚未達到「牙醫院所執行進階感染管制達 100%」之目標，請持續努力並早日全面落實進階感染管制。
- 2.依實地訪查結果，仍有少數院所不符 SOP 作業標準，尤其是硬體設備之「滅菌消毒設施」及軟體方面之「一人一機」等重點項目，宜請加強查核及輔導。

決定：



全民健康保險會第5屆110年第3次委員會議

牙周病統合治療方案之執行結果

中央健康保險署

牙周病統合治療方案簡介-1



National Health Insurance Administration

- 計畫自99年起開始施行，並於108年3月起導入支付標準第三部牙醫第五章「牙周病統合治療方案」
- 目的係藉增加牙周病照護之內容，建立治療照護架構，期提升牙周病照護品質，以減少後續口腔疾病醫療費用之負擔
- 服務對象
 - 全口牙周炎患者，總齒數至少16齒(專業認定需拔除者不列入總齒數計算)，6(含)顆牙齒以上牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$

牙周病統合治療方案簡介-2



National Health Insurance Administration

➤ 細分項目及支付標準

編號	診療項目	支付點數
91021C	牙周病統合治療第一階段支付 ✓ 治療前全口X光檢查、牙周病檢查 ✓ 提供牙周病統合治療衛教照護資訊、口腔保健衛教指導	1,800
91022C	牙周病統合治療第二階段支付 ✓ 全口齒齦下刮除或牙根整平之治療 ✓ 提供牙菌斑進階去除指導及控制紀錄	5,000
91023C	牙周病統合治療第三階段支付 ✓ 治療後牙周病檢查及牙菌斑控制紀錄及評估治療情形。 ✓ 需完成91022C起4週(≥ 28 天)後，經檢查原牙周囊袋深度 ≥ 5 mm之牙齒，至少1個部位深度降低2mm者達7成以上	3,200

➤ 91018C 牙周病支持性治療—完成三階段治療者提供後續之治療

- ✓ 牙結石清除、牙菌斑偵測及去除維護教導
- ✓ 視患者病情提供齒齦下刮除或牙根整平治療

3

109年度牙醫門診醫療給付費用協定事項



National Health Insurance Administration

- 109年預算為2907.9百萬元，年度預算執行率若未達8成將按比例扣款
- 執行目標：30萬人次
- 成效評估指標
 - 服務量
 - 完成率
 - 申報第三階段(91023C)件數核減率
 - 計畫治療對象跨院所接受91006C至91007C比率
 - 民眾抽樣調查治療之滿意度

4

109年協定事項執行概況



National Health Insurance Administration

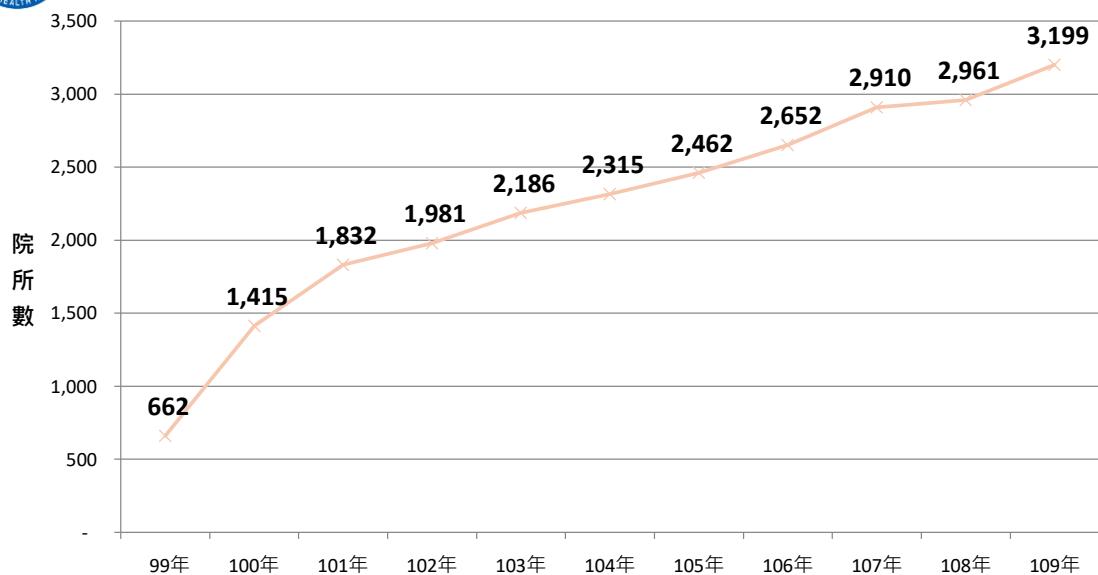
- 執行數約2,396百萬點(執行率約82.41%)
- 提供方案服務院所共3,199家，牙醫師共6,829位
- 服務量：目標為30萬人次，實際執行25.1萬人次
- 完成率：80.5%
- 申報第三階段件數核減率：5.69%
- 計畫治療對象跨院所接受91006C至91007C比率：0.2%
- 民眾抽樣調查治療之滿意度：96.77%

5

服務提供情形—提供本方案服務之院所數



National Health Insurance Administration



★ 小結：提供牙周病統合治療方案服務之院所數歷年來持續成長。

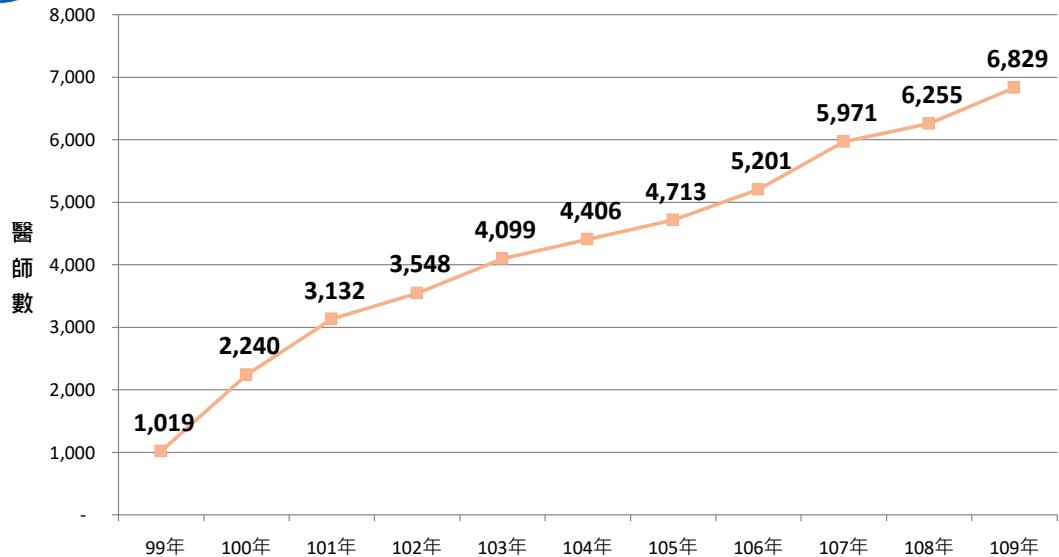
資料來源：提供計畫院所數之申報資料擷取自本署三代倉儲系統之醫療檔

6

服務提供情形—提供本方案服務之醫師數



National Health Insurance Administration



★ 小結：提供牙周病統合治療方案服務之醫師數歷年來持續成長。

資料來源：提供計畫醫師數之申報資料擷取自本署三代倉儲系統之醫療檔

7

方案管理重點



National Health Insurance Administration

- 持續觀察第三階段照護完成率，維護計畫照護品質
- 持續監測醫療利用情形與執行率
- 於110年7月1日增列「91021C~91023C治療期間內，或自申報91021C起一百八十天內且未完成執行本方案三階段者，不得申報牙周病學診療項目(除91001C、91013C、91019C、91088C外)」之規範

8

牙周病統合治療方案 執行結果

報告人：徐邦賢

中華民國牙醫師公會全國聯合會
牙醫門診醫療服務審查執行會
主任委員

2021/07/23-1

105-109年預算編列及執行

年度	支應項目	預算數(百萬)	執行數(百萬)	執行率(%)
105	第1、2階段	884.0	1,050.2	118.80
	第3階段	330.9	394.3	119.15
106	第1、2階段	1,088.0	1,263.3	116.97
	第3階段	415.6	479.2	115.29
107	第1、2階段	1,564.0	1,419.8	90.78
	第3階段	588.8	557.8	94.73
108	第1、2階段	2,040.0	1,426.7	69.94
	第3階段	768.0	553.8	72.11
109	第1、2、3階段	2,908.0	2,396.5	82.41

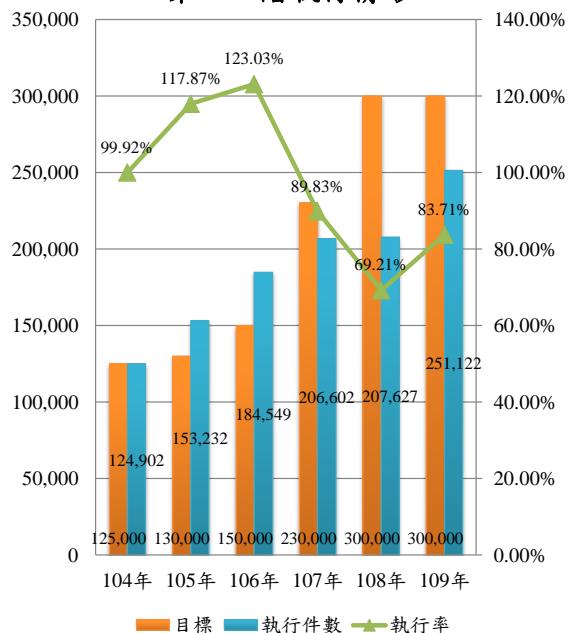
備註：

- (1)資料來源：衛生福利部中央健康保險署提供每月申報資料。
- (2)102年度協定之費用僅支應第1、2階段（P4001C及P4002C），另第3階段（P4003C）由一般預算支應，故102年度預算執行數僅計算P4001C及P4002C申報點數加總。
- (3)103年度起考量第3階段專款費用不足協定費用分列兩項，本會與健保署協商由一般服務預算移撥支應，103年移撥78.1百萬、104年移撥60.5百萬支應、105年移撥70.3百萬支應、106年移撥65.0百萬支應，故第3階段全年經費103年242.7百萬、104年305.1百萬、105年330.9百萬、106年415.6百萬。
- (4)106年度評估以第1、2階段執行率推估之費用不足協定之費用分列兩項，本會與健保署協商由一般服務預算移撥支應，106年移撥45.6百萬，故第1、2階段全年經費106年1,088百萬元。
- (5)107年度協定之費用支應第1、2階段（P4001C及P4002C）及第3階段（P4003C）。
- (6)108納入一般服務，第1、2、3階段支付標準代碼分別為91021C、91022C、91023C。

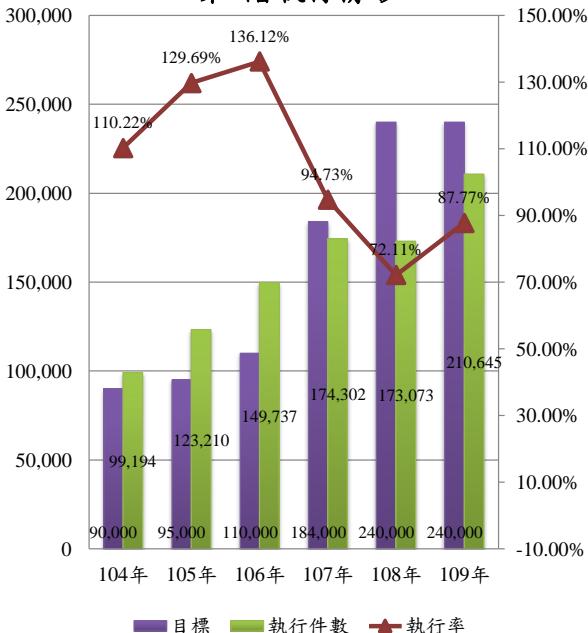
2021/07/23-2

預期效益之評估指標—服務量

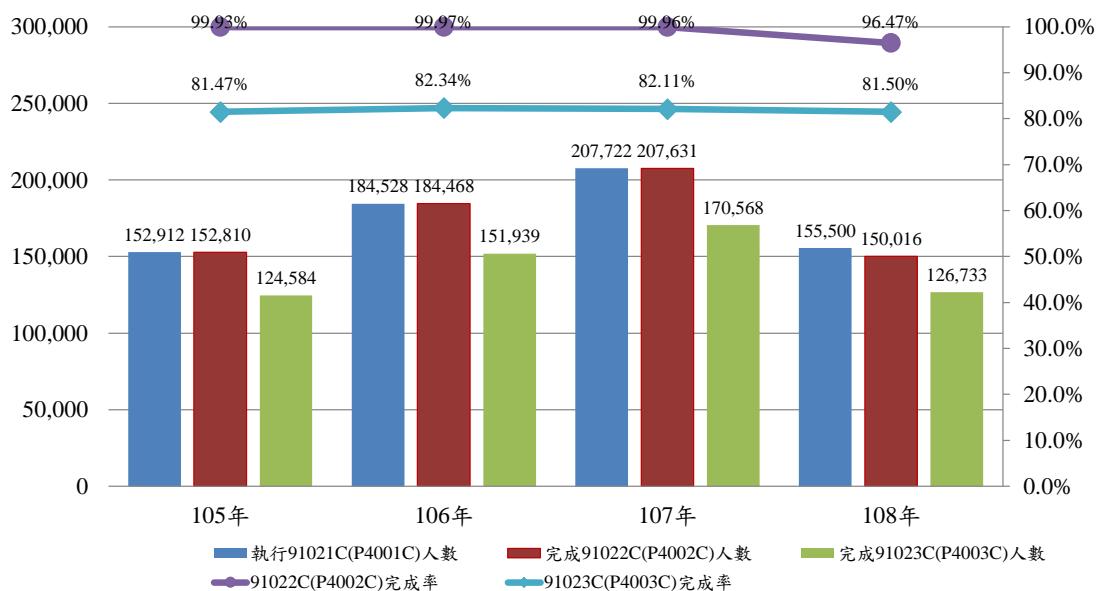
第1、2階執行情形



第3階執行情形



預期效益之評估指標—完成率



備註:

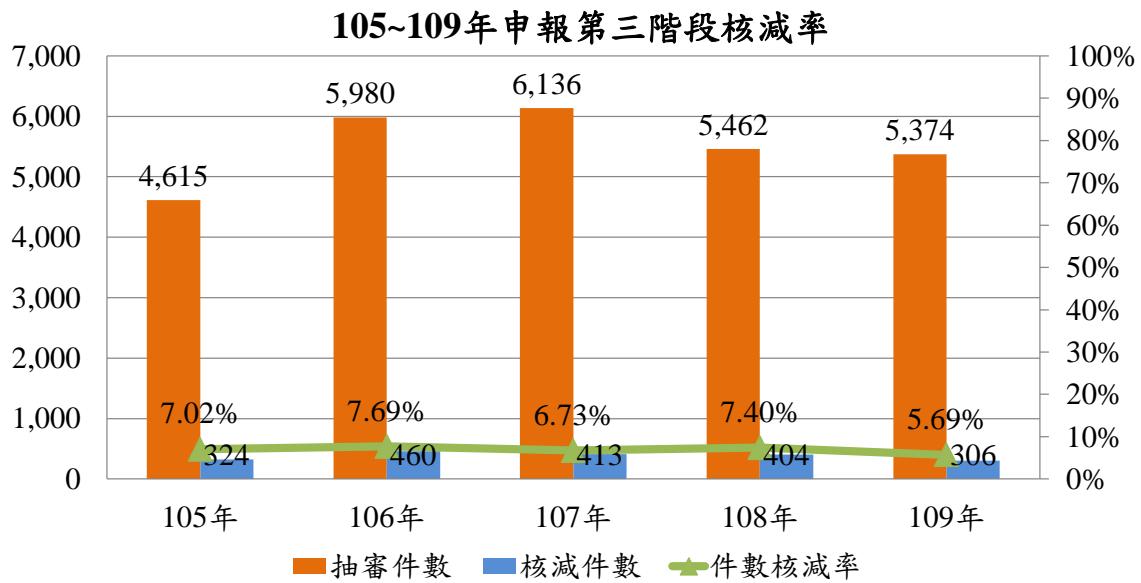
1.牙統療程至多180天，故完成率以各年1-9月執行第一階段之個案，

依病人歸戶計算其於180天內(當年1月-次年3月)完成第2、3階之完成率。

2.因疫情影響，健保署獨立作業區暫停服務，109年資料未更新。 2021/07/23-4

預期效益之評估指標

申報第3階段件數核減率



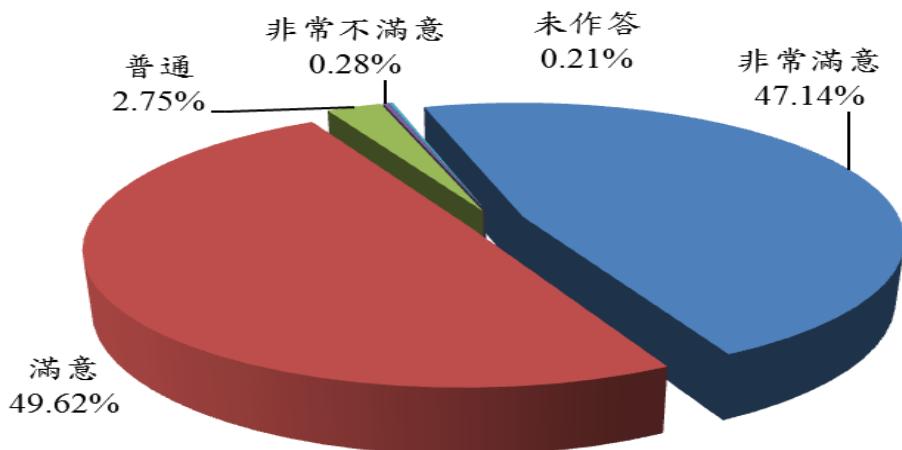
預期效益之評估指標

治療對象跨院所接受91006C-91007C比率

年度	105年	106年	107年	108年	109年
治療對象跨院所接受 91006C-91007C比率	0.68%	0.50%	0.47%	0.17%	0.2%

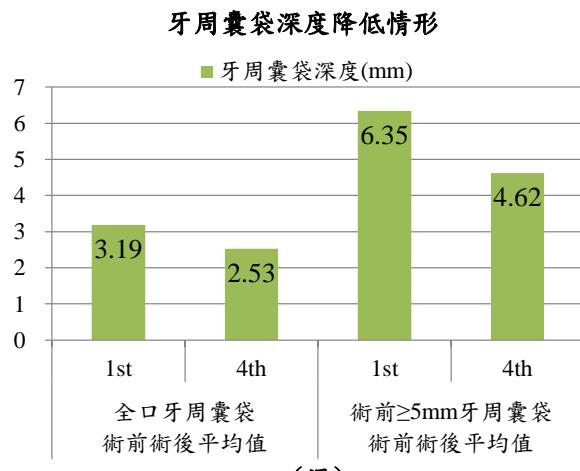
因疫情影響，健保署獨立作業區暫停服務，109年資料來源為健保署

預期效益之評估指標 民眾滿意度評估



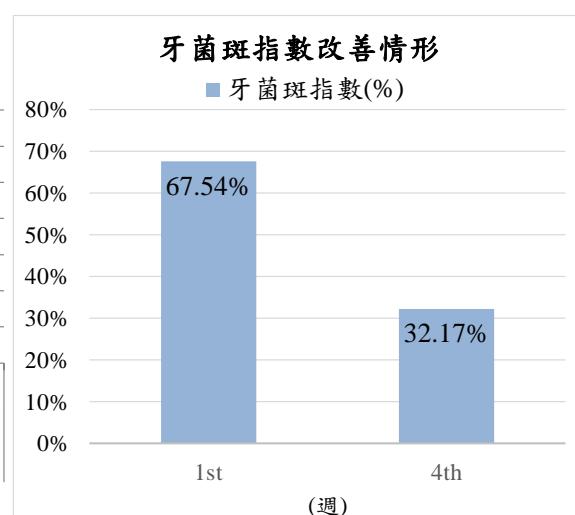
抽樣調查治療滿意度達96.77%

預期效益之評估指標 牙周健康狀況改善情形



降低0.66mm
改善率為20.68%

降低1.72mm
改善率為27.14%



改善率36.38%

守護您的健康

牙科治療
注意事項與指導

特殊需求者篇

109年牙醫醫療院所宣傳書籍

2021/07/23-9



衛生福利部委託
中華民國牙醫師公會全國聯合會 檢印

全民健康保險會110年7月份委員會議專題報告

牙醫全面提升感染管制 品質之執行結果

中央健康保險署 110年7月23日



1



總額協定事項

★執行目標：牙醫院所執行進階感染管 制達100%

- －所有申請門診診察費者，均應符合加強感染管
制標準，並提高訪查抽樣的有效性
- －加強落實院所加強感染管制作業之管理與輔導
- －若執行全面提升感染管制品質院所未達100%
之目標，將按比例扣款

2



預算來源



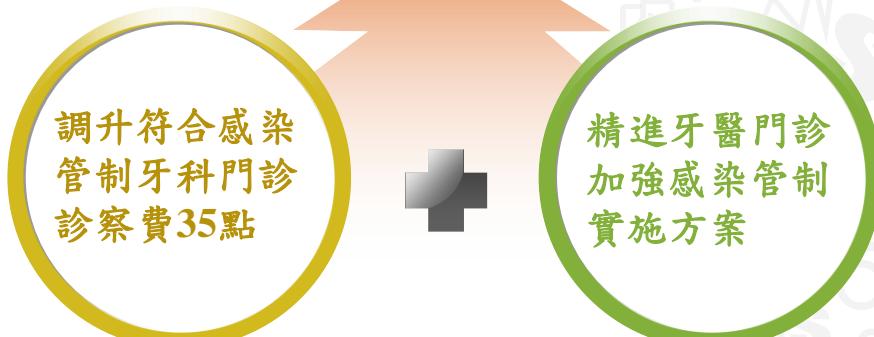
註：醫療服務成本指數改變率所增加之預算747.5百萬元，扣除用於藥事服務費、牙醫診所設立無障礙設施、離島假日開診之相關獎勵等支付表標準之調整所須預算(約180百萬元)，餘567.5百萬元。

3



執行方式與管理機制

牙醫院所執行進階感染管制達100%



4



修訂符合感染管制牙科門診診察費

1. 診察費修訂案公告自109年4月1日起生效
2. 門診診察費拆分為「一般牙科門診診察費」及「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費」
3. 配合全面提升感染管制品質，調升原「符合加強感染管制之牙科門診診察費」支付點數35點，修正原診察費編號及名稱共4項，併新增2項診察費
4. 新增3項初診X光及4項特定身心障礙「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費」，以對應一般牙科門診診察費項目加計35點

5



精進牙醫門診加強感染管制實施方案(1/4)

★ 消毒層次提升至滅菌層次，降低交互感染機率

★ 感染管制SOP作業考評表~新增評分項目「**一人一機**」

項目	評分標準
一人一機  ※圖片來源：牙全會提供	C. 高速手機清洗並以滅菌袋包裝後，進鍋滅菌並標示滅菌日期。 B. 符合C，放置包內包外化學指示劑監測，並完整紀錄。 A. 符合B，每週至少一次生物指示劑監測及消毒鍋檢測，並完整紀錄。

※考評標準：評分分為A、B、C，不符合C則為D，任一項目得D則不合格。

6



精進牙醫門診加強感染管制實施方案(2/4)

★ 全面輔導提升感染管制：提高抽查比例

已申報感管診察費

- 108年不低於4% → 109年為6%-8%

未申報感管診察費

- 108年為4% → 109年由牙全會全面抽查

※109年方案自109年4月1日起生效。

7



精進牙醫門診加強感染管制實施方案(3/4)

★ 「訪查不合格者」之加強管理措施

教育訓練



費用核減及申報限制

- 進修 ≥ 2 個感管學分
- 依全民健康保險相關法規辦理

申報感管診察費者

- 核扣該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額，如不合格為消毒項目，則追溯自生效日4月1日起全面核扣。
- 自訪查不合格次月起不得申報感染管制門診診察費。
- 不合格者持續複查至通過，通過後須於次月起二個月後，始得再申報感染管制門診診察費。

8



精進牙醫門診加強感染管制實施方案(4/4)

★ 考評方式：嚴格管控與消毒有關項目

硬體設備	3.適當滅菌消毒設施
1.適當洗手設備	4.診間環境清潔
軟體方面	7.器械浸泡消毒
1.完備病人預警防範措施	8.重要醫療物品器械滅菌
2.適當個人防護措施	9.滅菌後器械貯存
3.開診前治療台消毒措施	10.感染管制流程制訂
4.門診結束後治療台消毒措施	11.安全注射行為
5.完善廢棄物處置	12.一人一機(新增重點項目)
6.意外尖銳物扎傷處理流程制訂	

9



109年申報情形

► 執行目標：

牙醫院所全面執行進階感染管制100%

► 申報情形：

院所申報加強感染管制診察費	家數	比率
診所數	6,736	98.1%
醫院數	172	94.0%
總計	6,908	98.0%

註：

1.109年12月底健保特約牙醫院所共7,047家(診所6,864家，醫院183家)。

2.資料擷取至110.6.28健保署三代倉儲資料。

10



109年查核結果-實地訪查家數

實地訪查	家數	合格家數	合格比率	不合格家數	不合格比率
診所數	524	497	94.8%	27	5.2%
醫院數	7	6	85.7%	1	14.3%
總計	531	503	94.7%	28	5.3%

註：

1.本表合格係指「初查」合格。

2.不合格之院所複查於109年底完成，惟北區1家於110年3月始複查通過(複查3次)。

11



109年查核結果-實地訪查院所申報診察費之情形

	實地訪查 家數	合格 家數	合格 比率	不合格 家數	不合格 比率
申報「符合加強感染管制之牙科門診診察費」者	513	491	95.7%	22	4.3%
未申報「符合加強感染管制之牙科門診診察費」者	18	12	66.7%	6	33.3%
總計	531	503	94.7%	28	5.3%

12



109年查核結果-硬體設備不合格項目

A.硬體設備方面

實地訪查不合格項目	家數
1.適當洗手設備	3
2.良好通風空調系統	0
3.適當滅菌消毒設施	6
4.診間環境清潔	1

13



109年查核結果-軟體不合格項目

B.軟體方面

實地訪查不合格項目	家數	實地訪查不合格項目	家數
1.完備病人預警防範措施	2	7.器械浸泡消毒	9
2.適當個人防護措施	7	8.重要醫療物品器械滅菌	13*
3.開診前治療台消毒措施	8	9.滅菌後器械貯存	8
4.門診結束後治療台消毒措施	5	10.感染管制流程制訂	7
5.完善廢棄物處置	9	11.安全注射行為	4
6.意外尖銳物扎傷處理流程制訂	6	12.一人一機	15*

註：^{*} 級指家數≥10家。

14



109年未符合全面提升感染管制品質院所

- 未申報「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費」：
1,237家，313,254件，其診察費差額點數約31,096,715點。

- 經訪查不合格：
院所：28家，追扣金額為2,620,692元。
外展點：2處，追扣金額為1,375元。
合計追扣金額為2,622,067元。

15



110年牙醫感染管制全面訪查規劃

- 110年採書面評核作業。
- 如院所未於110年3月31日前提送書面評核資料者，
自110年4月1日起不得申報符合感控診察費。
- 書面評核不合格者及未提送書面評核資料者全面實地訪查。
- 新申請特約之醫事機構於申請特約時，須檢附方案
自評表，保險人於受理申請後1個月內進行實地訪查。

16



110年牙醫感染管制全面訪查書面評核結果

- 未於110年3月31日(含)前提送書面評核資料者：18家。
- 已完成書面評核上傳但不合格：13家。
- 110年新特約院所：111家，76家尚未實地訪查。
- 考量疫情因素，實地訪查作業全面暫停。

17



110年牙醫感染管制書面評核情形

書面評核	應上傳書面評核家數(含主動上傳)	已完成上傳家數	合格家數	合格比率	不合格家數	不合格比率
診所數	6,176	6,158	6,140	99.7%	13	0.2%
醫院數	1	1	1	100%	0	0%
總計	6,177	6,159	6,141	99.7%	13	0.2%

註：

- 1.資料截至110年6月28日。
- 2.本表不合格係指第二次送審不合格。
- 3.診所數包含衛生所、公立學校附設醫務室、軍方診所(民眾診療附設門診部)、機關(構)附設醫務室、私立西醫診所、私立牙醫診所、醫療財團法人診所、醫療社團法人診所。
- 4.因應COVID-19疫情嚴峻，至110年7月底止暫停抽審及事前審查申請作業，審查醫師亦暫停到署審查，爰尚餘5家院所尚未審畢，將於疫情趨緩後重啟審查作業。
- 5.名單中未於110年3月31日前上傳書面評核者共18家，應完成實地訪查。

18



110年書面評核查核結果-硬體設備不合格項目

A.硬體設備方面

實地訪查不合格項目	家數
1.適當洗手設備	0
2.良好通風空調系統	0
3.適當滅菌消毒設施	4
4.診間環境清潔	0

19



110年書面評核查核結果-硬體設備不合格項目

B.軟體方面

實地訪查不合格項目	家數	實地訪查不合格項目	家數
1.完備病人預警防範措施	1	7.器械浸泡消毒	3
2.適當個人防護措施	1	8.重要醫療物品器械滅菌	2
3.開診前治療台消毒措施	5	9.滅菌後器械貯存	0
4.門診結束後治療台消毒措施	2	10.感染管制流程制訂	2
5.完善廢棄物處置	3	11.安全注射行為	3
6.意外尖銳物扎傷處理流程制訂	1	12.一人一機	2

20



小結

為保障病人之就醫安全及醫事人員之工作安全，將持續鼓勵特約牙醫院所遵守牙醫院所感染管制SOP作業細則，並同中華民國牙醫師公會全國聯合會持續輔導未符合感染管制標準之院所，以達「全面提升感染管制品質」之目標，確保全民健康。

21

Thank You!



22

全面提升牙醫門診加強感染 管制品質執行結果

報告人：徐邦賢

中華民國牙醫師公會全國聯合會

牙醫門診醫療服務審查執行會

主任委員



2021/07/23-1

加強感染管制實施目的

- 鼓勵特約牙醫醫療服務機構遵守「牙醫院所感染管制SOP作業細則」，以促使減少就醫病人、家屬及院所內醫事人員受到院內感染的機率，保障病人就醫安全及人員工作安全。並促使特約院所配合政府政策，以確保民眾健康。



2021/07/23-2

本會近二十年努力與方向(一)

- 92年SARS起，為因應日趨變化的各類高傳染力病源及確保民眾就醫安全，訂定「牙醫門診加強感染管制實施方案」，持續以加強感染管制診察費，作為鼓勵院所提升感染管制要求，並藉由感染管制訪查確實執行，定期檢討「感染管制SOP作業細則及考評表」。
- 102年研擬提高感染管制作業標準，參考美國疾病管制局之標準，而台灣疾病管制署104年訂定感染管制內容則參考本會方案，較衛生局督導考核項目更為嚴謹周全。

本會近二十年努力與方向(二)

- 103年與健保署各分區業務組辦理感染管制訪視共識營，各分區辦理如何提升感染管制作業程序講習課程；非醫療機構（包括矯正機關、巡迴點及醫療站）如依感染管制SOP作業細則臨床指引執行並符合附表3.1.1考評，比照醫療機構申報感染管制門診診察費。
- 104年將「符合加強感染管制院所」列入品質保證保留款核發條件(即未申報加強感染管制診察費院所不予核發品保款)。

本會近二十年努力與方向(三)

- 105年修訂牙醫院所感染管制SOP作業考評，未申報加強感染管制院所**抽查由2%提高為4%**，未曾訪查院所優先辦理；訪查評估不合格(任一項目為D)特約院所，**停止給付加強感染管制牙科門診診察費**，申請複查時間**三個月縮短為一個月**。
編製「**牙科院所感染管制措施指引作業手冊**」9000份。
- 107年為鼓勵院所及全面提升行加強感染管制，自醫療服務成本指數預算調整支付點數為320，全國申報「符合加強感染管制院所」率達91.91%。

本會近二十年努力與方向(四)

- 108年**依疾病管制署之感染管制內容修訂**，新增：
 1.遵守手部衛生五時機
 2.修訂**牙科器械消毒及滅菌原則**。
 3.要求A級院所應有**70%**工作人員，每年參加**1小時**感管教育訓練課程。
- **108年訪查結果經過院所複查**，除高屏未符合感管院所業未複查外(**109年1月複評合格**)，其餘五區複查合格率為**100%**，**全國平均合格率為99.64%**。

109年全面提升感染管制品質

2021/07/23-7

支付標準調整(一)

- 預算來源：醫療服務成本7.35億+協商5億。

編號	診療項目	支付點數
<u>00305C</u>	符合 <u>牙醫門診加強感染管制實施方案</u> 之牙科門診診察費 1.每位醫師每日門診量在二十人次以下部份 (≤ 20) —處方交付特約藥局調劑 —未開處方或處方由本院所自行調劑	320 <u>355</u> 320 <u>355</u>
<u>00306C</u>		
<u>00307C</u>	符合 <u>牙醫門診加強感染管制實施方案</u> 之牙科門診診察費 2.每位醫師每日門診量超過二十人次部分 (> 20) —處方交付特約藥局調劑 —未開處方或處方由本院所自行調劑	120 <u>155</u> 120 <u>155</u>
<u>00308C</u>		
<u>00309C</u>	符合 <u>牙醫門診加強感染管制實施方案</u> 之牙科門診診察費 3.山地離島地區 —處方交付特約藥局調劑 —未開處方或處方由本院所自行調劑	350 <u>385</u> 350 <u>385</u>
<u>00310C</u>		

2021/07/23-8

支付標準調整(二)

- 預算來源：醫療服務成本7.35億+協商5億。

編號	診療項目	支付點數
00311C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案 之重度以上特定身心障礙(非精神疾病)者診察費	520 <u>555</u>
00312C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案 之中度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費	420 <u>455</u>
00313C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案 之中度以上精神疾病患者診察費	320 <u>355</u>
00314C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案 之輕度特定身心障礙者(非精神疾病)及失能老人診察費	320 <u>355</u>
00315C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案 之環口全景X光初診診察	600 <u>635</u>
00316C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案 之年度初診X光檢查	600 <u>635</u>
00317C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案 之高齳齒罹患率族群年度初診X光片檢查	600 <u>635</u>

修訂SOP作業考評表

A.硬體設備方面

項目	評分標準
1.適當洗手設備	C.診療區域應設洗手台及洗手設備，並維持功能良好及周圍清潔。 B.符合C，洗手水龍頭需免手觸式設計，並在周圍設置洗手液、洗手圖(遵守手部衛生五時機及六步驟)、擦手紙及垃圾桶。
2.良好通風空調系統	C.診間有空調系統或通風良好，空調出風口須保持乾淨。 B.符合C定期清潔維護，有清潔紀錄本可供查詢。
3.適當滅菌消毒設施	C.診所具有滅菌器及在效期內的消毒劑，有適當空間進行器械清洗、打包、滅菌及儲存。 B.符合C，滅菌器定期檢測功能正常（包括溫度、壓力、時間及清潔紀錄）；消毒劑定期更換，並有紀錄。 A.符合B，具有滅菌後乾燥之滅菌器。
4.診間環境清潔	C.診間環境清潔。 B.符合C，定期清潔並有紀錄；診療檯未使用時檯面保持淨空及乾淨 A.符合B，物品依序置於櫃中，並保持清潔。



1.適當洗手設備



2.良好通風空調系統



3.適當減菌消毒設施



4.診間環境清潔

2021/07/23-11



修訂SOP作業考評表

B.軟體方面

項目	評分標準
1.完備病人預警防範措施	C.看診前詢問病人病史。 B.符合C，詢問病人詳細全身病史、傳染病史及TOCC(旅遊史(Travel)、職業史(Occupation)、接觸史(Contact)及群聚史(Cluster))，並完整登載病歷首頁。 A.符合B，並依感染管制原則如「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」等執行看診。
2.適當個人防護措施	C.牙醫師看診及牙醫助理人員跟診時穿戴口罩、手套及清潔之工作服；不可使用同一雙手套照護不同病人，且穿脫手套時確實執行手部衛生。 B.符合C，視狀況穿戴面罩或眼罩。 A.符合B，並依感染管制原則「減少飛沫氣霧」執行看診。
3.開診前治療台消毒措施	C.治療台擦拭清潔，管路出水二分鐘，痰盂水槽流水三分鐘，抽吸管以新鮮泡製0.005~0.02%漂白水(NaOCl)或2.0%沖洗用戊二醛溶液(glutaraldehyde)或稀釋之碘仿溶液10%)(iodophors)沖洗管路三分鐘。 B.符合C，不易消毒擦拭處(如把手、頭枕、開關按鈕等)，以覆蓋物覆蓋之。 A.符合B，完備紀錄存檔。



2021/07/23-12

Past History : 請打V回答下列問題，以幫助醫師為您做最妥善的治療，謝謝您。
 心臟方面疾病
 血液方面疾病
 腎臟方面疾病
 肝臟方面疾病
 骨髓方面疾病
 高血壓
 糖尿病 /
 鈣磷高 /
 血管瘤 /
 痘瘍 /
 肺癌 /
 腎臟疾病 /
 腎臟腫瘤 /
 腎臟結石 /
 腎臟感染 /
 腎臟腫大 /
 腎臟腫瘤 /
 腎臟結石 /
 腎臟感染 /
 其他 _____ 患者簽名 _____

Oral Condition :
 87654321 | 12345678

Additional Finding:
 口外傷或拔牙後出血不止
 藥物過敏：麻藥、阿司匹林
 噴安劑、氯尼西林、其他
 胃腸方面疾病
 婦女目前懷孕中
 毒素或其他疾病
 其他 _____

1.完備病人預警防範措施



2.適當個人防護措施

3.開診前治療台
消毒措施

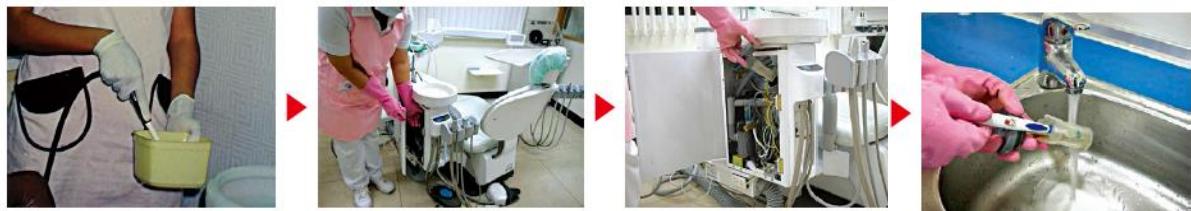
2021/07/23-13

修訂SOP作業考評表

B.軟體方面

項目	評分標準
4.門診結束後治療台消毒措施	C.治療台擦拭清潔，管路消毒放水放氣，清洗濾網。 B.符合C，診所定期全員宣導及遵循。 A.符合B，完備紀錄存檔。
5.完善廢棄物處置	C.有合格清運機構清理廢棄物及冷藏設施。 B.符合C，醫療廢棄物與毒性廢棄物依法分類、貯存與處理。 A.符合B，備有廢棄物詳細清運紀錄。
6.意外尖銳物扎傷處理流程制訂	C.制訂診所防範尖銳物扎傷計畫及處理流程。 B.符合C，診所定期全員宣導。 A.符合B，完備紀錄存檔。
7.器械浸泡消毒	C.選擇適當消毒劑及記錄有效期限。 B.符合C，消毒劑置於固定容器及加蓋，並覆蓋器械。 A.符合B，記錄器械浸泡時間。
8.重要醫療物品器械滅菌	C.器械清洗打包後，進鍋滅菌並標示滅菌日期。 B.符合C，化學指示劑監測，並完整紀錄。 A.符合B，每週至少一次生物指示劑監測及消毒鍋檢測，並完整紀錄。

2021/07/23-14



4. 門診結束後治療台消毒措施



5. 完善廢棄物處置

6. 意外尖銳物扎傷
處理流程制訂

7. 器械浸泡消毒

8. **重要醫療物品** 器械滅菌

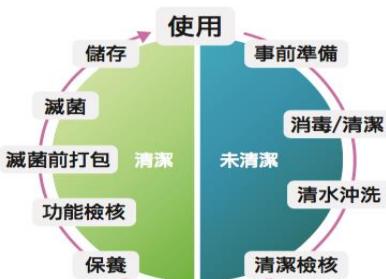
修訂SOP作業考評表

B. 軟體方面

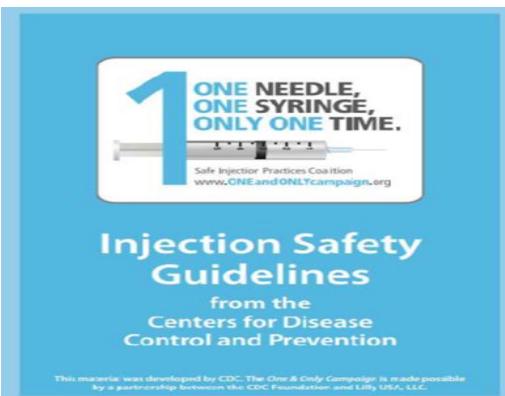
項目	評分標準
9. 滅菌後器械貯存	C. 滅菌後器械應放置乾淨、乾燥且有覆蓋物之處，並依效期先後使用。 B. 符合C，器械貯存不超過有效期限(打包袋器械貯存不超過一個月，其餘一週為限)。 A. 符合B，器械定期清點，若包裝破損或過期器械，需重新清洗打包滅菌，並有紀錄可查詢。
10. 感染管制流程制訂	C. 診所須依牙科感染管制SOP，針對自家診所狀況，制訂看診前後感染管制流程、器械滅菌消毒流程及紀錄表。 B. 符合C，診所定期全員宣導及遵循，並有完備紀錄存檔。 A. 符合B，院所內70%工作人員，每年參加一小時感管教育訓練課程，建立手部衛生教育訓練，得包括線上數位學習課程，並造冊存查。
11. 安全注射行為	C. 單一劑量或單次使用包裝的注射藥品僅限單一病人單次使用(如：沒打完之麻藥管不可供他人使用)。 B. 符合C，院所定期全員宣導及遵循，並有完備紀錄存檔。 A. 符合B，定期檢討及改善，並有紀錄可查。
12. 一人一機 (新增)	C. 高速手機清洗並以滅菌袋包裝後，進鍋滅菌並標示滅菌日期。 B. 符合C，放置包內包外化學指示劑監測，並完整紀錄。 A. 符合B，每週至少一次生物指示劑監測及消毒鍋檢測，並完整紀錄。



9. 滅菌後器械貯存



10. 感染管制流程制訂



11. 安全注射行為



12. 一人一機(新增)

2021/07/23-17



訪查評估處理原則

- 「A.硬體設備方面」之第1、2、4項目及「B.軟體方面」之第1、2、6、10項目任一項不合格者，視情節輔導改善及核扣該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額。
- 其餘各項目任一項不合格者，則核扣該月申報感染管制門診診察費與一般門診診察費之差額，並追扣至109年4月1日。



2021/07/23-18

提高抽查比例

- 未申報感染管制門診診察費院所**全面抽查**。
- 申報感染管制門診診察費之院所，抽查比例由**4%**提升為**6%~8%**，未訪查之院所優先辦理。

訪查不合格處理

- 加強專業輔導，並需**每年進修至少2個感染管制學分**。
- 自發文日次月起不得申報感染管制門診診察費，自發文日一個月後複查，**不合格者持續複查至通過**，通過後須於次月起二個月後，始得再申報感染管制門診診察費。

落實外展單位執行加強感染管制

- 訂定「醫療資源不足地區巡迴、身心障礙者特殊、矯正機關之牙醫院所感染管制SOP作業細則。」
- 訪查抽樣比例為4%，未訪查之院所優先辦理訪查，輔導及核扣費用同一般院所。

建立一致感染管制審查共識

種子醫師課程內容：

- 政策宣導-安全注射行為暨診所感染管制建議項目及說明。
- 牙科感染管制相關法規及加強感染管制實施方案說明。
- 考評概念及硬體設備方面SOP考評表。
- 軟體設備方面SOP考評表。
- 各區實地訪查經驗分享及綜合討論

列入品質保證保留款核發條件

- 自**104年**起，醫療院所若未依「牙醫門診加強感染管制實施方案」執行且未每月申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費者，不予核發品質保證保留款。

會員宣導教育

- 各地方公會自行開辦加強感染管制講習會。
- 本會另派員至各公會舉辦說明會。
- 網站及LINE APP宣導。

加強民眾認知



院所已備足該診次所需之手機，將原有消毒層次提升至滅菌層次，大幅降低交互感染之機率。就診時可見包裝於滅菌袋內之高速手機置於器械盤中或連接於線路上。



2021/07/23-25

109年醫療院所申報率

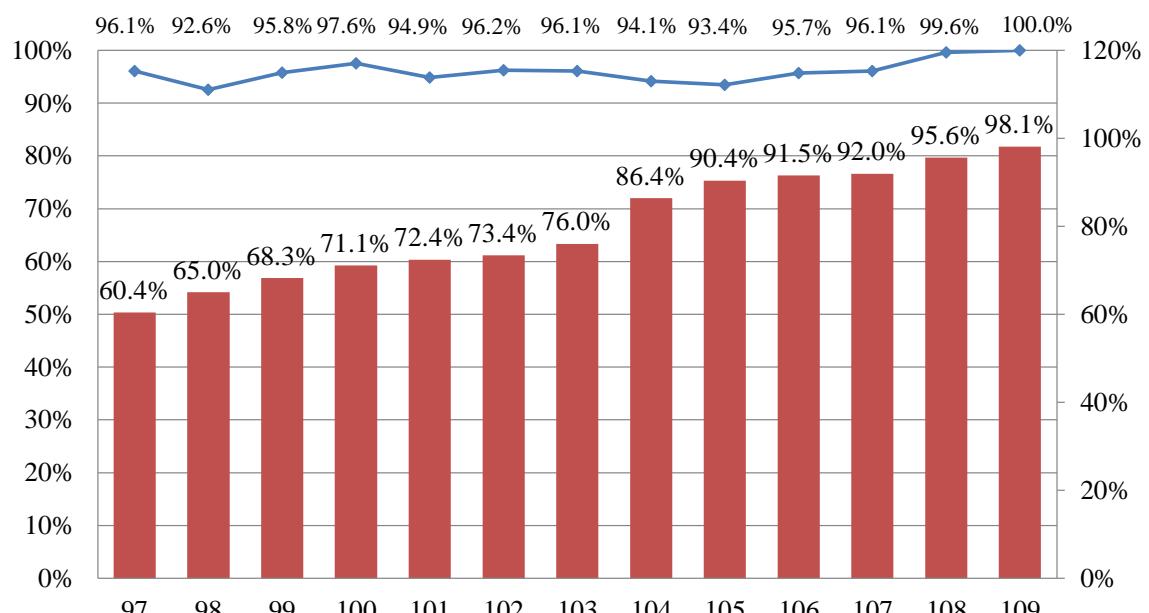
項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
總院所數	2749	914	1375	849	1059	133	7079
感管院所數	2654	908	1,364	849	1055	133	6963
申報率	96.54%	99.34%	99.20%	100.00%	99.62%	100.00%	98.36%

109年醫療院所訪查結果

有申報感染管制院所

項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全國
訪查院所數	175	56	149	50	71	12	513
合格家數	169	52	139	50	69	12	491
不合格家數	6	4	10	0	2	0	22
初評合格率	96.57%	92.86%	93.29%	100.00%	97.18%	100.00%	95.71%
申請複查通過	6	4	10	0	2	0	22
整體合格率	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

歷年感染管制執行情形



110年全面書面評核

- 110年3月底前完成書面評核資料之送件，自110年4月1日起不得申報感染管制診察費，**書面審查不合格之實地訪查，於110年6月底前完成。**
- **110年感染管制書面評核不合格者(含有疑義或未上傳書面評核資料者)**，由全聯會於**110年6月底前完成實地訪查**。
- **新申請特約之醫事機構於申請特約時**，須檢附本方案自評表，保險人於受理申請後1個月內進行實地訪查。
- 外展服務，院所經書面評核審查合格者，始得申請外展點之牙醫醫療服書面資料繳交期限訂於110年12月31日(含)前，並於111年1月31日(含)前完成書面評核及實地訪查。

2021/07/23-29

書面評核作業結果

分區別	應上傳院所數 (含主動上傳) (A)	已完成上傳 合計家數 (B)	已完成 上傳比率 [C=B/A]*100%	已審畢 (D)	合格 家數 (E)	評核合格比率 [F=(E/D)*100%]
臺北	2,434	2,425	99.6%	2,423	2,417	99.8%
北區	807	804	99.6%	804	801	99.6%
中區	1,149	1,148	99.9%	1,148	1,144	99.7%
南區	751	750	99.9%	749	747	99.7%
高屏	933	929	99.6%	929	929	100.0%
東區	103	103	100.0%	103	103	100.0%
合計	6,177	6,159	99.7%	6,156	6,141	99.8%

因應新冠肺炎應變措施(一)

- 加強看診前詢問病人詳細**全身病史、傳染病史及TOCC(旅遊史(Travel)、職業史(Occupation)、接觸史(Contact)及群聚史(Cluster))**。
- 牙醫師，護理人員及牙醫助理人員需穿戴個人防護裝備，至少包括口罩、手套與清潔工作服，視需要穿戴隔離衣、髮帽、面罩或護目鏡。

因應新冠肺炎應變措施(二)

- 配合疾管署公告「因應 COVID-19 (武漢肺炎) 基層診所感染管制措施指引」，降低**牙科噴濺飛沫氣霧治療(如洗牙機頭或快速磨牙機頭)**。
- 研議於**社區感染爆發時**，延後牙醫非急迫性處置及穿戴防護裝備之指引，並**全面提升感染管制SOP作業細則標準**。
- 推廣會員對於常見傳染性疾病用藥的認知。

短、中期計畫

短期：

- 杜絕密醫、加強查緝。
- 積極輔導、加強查核。
- 定期檢討「牙醫門診加強感染管制實施方案」。

中期：

- 達成牙醫院所全面執行加強感染管制方案。

守護您的口腔



守護您的健康

附錄

附錄一

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：周小姐
聯絡電話：(02)8590-6745
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hpwwchou@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6月18日
發文字號：衛部保字第1101260188C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6月18日以衛部保字第1101260188號令修正發布，並自110年7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)

110.06.18



110CC00426

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6月28日

發文字號：健保審字第1100057117號

附件：異動明細表(請至本署全球資訊網下載)



主旨：公告異動110年1月7日以健保審字第1090036847號公告之連續五年以上無健保醫令申報量藥品取消健保支付價事宜。

副本：行政院法規會、衛生福利部法規會、衛生福利部醫事司、衛生福利部心理及口腔健康司、衛生福利部社會保險司、衛生福利部食品藥物管理署、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會、地方政府衛生局、國防部軍醫局、台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國開發性製藥研究協會、台灣藥品行銷暨管理協會、台灣製藥工業同業公會、中華民國製藥發展協會、台北市西藥代理商業同業公會、中華民國西藥商業同業公會全國聯合會、中華民國西藥代理商業同業公會、台灣研發型生技新藥發展協會、社團法人中華民國學名藥協會、台灣醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣教會醫療院所協會、本署各分區業務組（請轉知轄區醫事機構）、舜興醫藥企業有限公司

衛生福利部中央
健康保險署批覆章(2)

署長李伯璋



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
電子郵件：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6月22日
發文字號：健保醫字第1100033685A號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明二 (1100033685A-1.pdf)

主旨：有關109年度「牙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13日健保醫字第1090001497號公告「全
民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」辦
理。

二、檢送109年度牙醫門診總額品質保證保留款(下稱品保款)核
發結果(附件)，摘要如下：

(一)109年預算計有217,582,605元，扣除108年申復核發金額
98,603元後，可支用預算217,484,002元。

(二)特約牙醫院所家數共計7,081家：

1、6,117家院所符合獎勵條件且核發品保款(86.4%)，964
家(13.6%)牙醫院所未領取品保款(953家不符核發資
格，11家指標達成率為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217,484,059元，

110.06.23



1103340116

與預算數相較差異57元。

(三)本案預訂於110年7月7日前完成109年度牙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牙醫門診總額品質保證保留款項下優先支應。

正本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

副本：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、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫務管理組(均含附件)

電文
16:28:01
交換章

裝

訂

線



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：A111183@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28日
發文字號：健保醫字第1100033684A號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明二 (1100033684A-1.pdf)

主旨：有關109年度「全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款(以下簡稱品保款)」核發作業案，詳如說明，請查照。

說明：

一、依據本署109年3月4日健保醫字第1090002522號公告之「109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」辦理。

二、檢送109年度品保款核發結果（附件），摘要如下：

(一)109年預算計有3億8,571萬1,861元（同附件表1）。

(二)109年西醫基層總額特約院所家數共計10,718家（同附件表2）：

1、領取品保款院所家數計有8,087家（占率75.5%），未領取品保款院所計有2,631家（占率24.5%），其中1,119家（占率10.4%）院所不符合本方案第肆點核發資格之規定，1,512家（占率14.1%）院所權重和為零或小於80%。



110.06.28



1103340119

- 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3億8,571萬2,608元，與預算數相較差異747元。
- 三、本案預訂於110年7月7日前完成109年度品保款發放作業。
- 四、院所若提出申復等行政救濟事宜，業經審核同意列入核發者，依方案規定，核發之金額將自次年度西醫基層總額品質保證保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季西醫基層總額一般服務項目預算中支應。

正本：中華民國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 2021/06/28 文
交 15:16:34 换 章

裝

訂

線



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7月2日
發文字號：健保醫字第1100033473A號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：說明二 (1100033473A-1.pdf)

主旨：檢送109年「醫院總額品質保證保留款」核發結果，詳如
說明，請查照。

說明：

- 一、依據本署109年6月29日健保醫字第1090008761號公告之
「全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」辦
理。
- 二、109年度醫院總額品質保證保留款（下稱品保款）核發結果
(附件)，摘要如下：

- (一)109年品保款預算共14億4,410萬2,957元。
- (二)各層級品保款預算以109年醫院各層級申報醫療點數占率
分配，各層級醫院申報醫療點數與占率如下(表1)：

- 1、醫學中心：213,718百萬點（占42.3%）。
- 2、區域醫院：195,771百萬點（占38.8%）。
- 3、地區醫院：95,319百萬點（占18.9%）。

- (三)各層級品保款分配預算(表1)：

- 1、醫學中心：總預算為611.4百萬元，其中基本獎勵為



110.07.02



1103340121

61.1百萬元（占10%），指標獎勵為550.2百萬元（占90%）。

2、區域醫院：總預算為560.0百萬元，其中基本獎勵為84.0百萬元（占15%），指標獎勵為476.0百萬元（占85%）。

3、地區醫院：總預算為272.7百萬元，其中基本獎勵為163.6百萬元（占60%），指標獎勵為109.1百萬元（占40%）。

（四）各層級核發情形（表2）：

1、符合基本獎勵核發家數：醫學中心19家（核發率100%）；區域醫院80家（核發率99%）；地區醫院符合學會指標計畫272家（核發率73%）。

2、符合指標獎勵核發家數：醫學中心19家（核發率100%）；區域醫院81家（核發率100%）；地區醫院372家（核發率100%）。

（五）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14億4,410萬2,948元，與預算數相差9元。

三、本案預訂於110年7月31日前完成109年醫院總額品質保證保留款核發作業。

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院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醫院總額品質保留款項下優先支應。

正本：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



副本：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、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫務管理組(均含附件) 

裝



訂

線



表 1、109 年醫院總額品質保證保留款分配情形

層級	申報醫療點數 (百萬點)	申報醫療點數 占率	各層級分配		基本獎勵		指標獎勵	
			獎勵金額	占率	分配金額	占率	分配金額	占率
醫學中心	213,718	42.3%	611,383,782	10%	61,138,378	90%	550,245,404	
區域醫院	195,771	38.8%	560,040,517	15%	84,006,078	85%	476,034,439	
地區醫院	95,319	18.9%	272,678,659	60%	163,607,195	40%	109,071,464	
合計	504,808	100.0%	1,444,102,958		308,751,651		1,135,351,307	

註：

$$1. \text{ 該層級品質保證保留款金額} = \frac{\text{當年該層級申報醫療點數}}{\text{當年醫院總額總申報醫療點數}} \times 109 \text{ 年醫院總額品質保證保留款}$$

2. 基本獎勵：

- (1) 醫學中心品質保證保留款金額之 10%、區域醫院品質保證保留款金額之 15%，做為基本獎勵：參加財團法人醫學院評鑑暨醫療品質策進會之 THIS 指標計畫或台灣社區醫院協會之 TCHA 指標計畫之醫院。

- (2) 地區醫院：品質保證保留款金額之 60%，做為基本獎勵。

- A. 參加指標計畫者，占品質保證保留款金額之 30%^(註)（參加財團法人醫學院評鑑暨醫療品質策進會之 TCPI 指標計畫或台灣醫療管理學會之 THIS 指標計畫或台灣社區醫院協會之 TCHA 指標計畫）（註：受 COVID-19 疫情影響，109 年本項目占比提高為 60%，即參加指標計畫者，占該層級品質保證保留款金額之 60%）。

- B. 品質精進獎勵（參加相關品質研討會、品質競賽者），占品質保證保留款金額之 30%^(註)（註：109 年本項目不計分）。

3. 指標獎勵：

- 醫學中心品質保證保留款金額之 90%；區域醫院品質保證保留款金額之 85%；地區醫院品質保證保留款金額之 40%，做為指標獎勵。

表 2、109 年醫院總額品質保證保留款實施方案之核發情形

層級	核算家數 不予核發 醫院家數	符合核發醫院					
		參與學會指標計畫			基本獎勵		
		核發 家數	核發率	核發金額	核發 家數	核發率	核發金額
醫學中心	19	0	19	100%	61,138,379	—	—
區域醫院	81	0	80	99%	84,006,081	—	—
地區醫院	第一組	51	0	49	96%	86,115,364	—
	第二組	321	0	223	69%	77,491,828	—
	小計	372	0	272	73%	163,607,192	—
合計		472	0	371	79%	308,751,652	—

註：

1. 品質精進獎勵僅適用於地區醫院，受 COVID-19 疫情影響，109 年本項目不計分。
2. 核發率=該層級或該組別核發家數/該層級或該組別核算家數。

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6月28日

發文字號：健保醫字第1100007553號

附件：請自行至本署全球資訊網站擷取



主旨：公告修訂「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫，自中華民國一百一零年七月一日起生效。

依據：衛生福利部110年6月8日衛部保字第1101260171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

署長李伯璋

線

衛生福利部全民健康保險會收發



1103300144

第1頁 共1頁

110.6.29

附錄五

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
電子郵件：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7月6日
發文字號：健保醫字第1100008701號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明 (1100008701-1.pdf)

主旨：110年暫停執行「全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案」，請查照。

說明：依衛生福利部110年7月1日衛部保字第1100124795號函(附件)辦理。

正本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會
副本：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、本署醫務管理組
(均含附件)



線

0.07.07



1103340123

第 1 頁，共 1 頁