

**衛生福利部全民健康保險會  
第 5 屆 110 年第 4 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 8 月 20 日**



# 衛生福利部全民健康保險會第 5 屆 110 年第 4 次委員會議議程

## 一、主席致詞(介紹新委員)

## 二、議程確認

## 三、確認上次(第 3 次)委員會議紀錄 ----- 1

## 四、本會重要業務報告 ----- 10

## 五、優先報告事項

### (一)衛生福利部交議 111 年度全民健康保險醫療給付費用總額 範圍案 ----- 24

### (二)中央健康保險署「110 年第 2 季全民健康保險業務執行季報 告」 ----- 32

## 六、討論事項

為使本會審議健保費率更具彈性、切合實際情勢，建請依據  
健保法第 78 條文規定，以維持 1~3 個月安全準備法定條文  
規定，做為健保費率審議依據 ----- 35

## 七、報告事項

各總額部門 109 年度執行成果之評核結果 ----- 47

## 八、臨時動議



三、確認上次(第 3 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：

- 一、本紀錄業以本(110)年 7 月 30 日衛部健字第 1103360101 號函送委員在案，並於本年 7 月 30 日併同會議資料上網公開。
- 二、本紀錄如經確認後，將併同上網更新第 1 次及第 2 次委員會議紀錄。

決定：

衛生福利部全民健康保險會第 5 屆 110 年第 3 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 7 月 23 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：范裕春、李德馥

出席委員：(依委員姓名筆劃排序)

干委員文男、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常務監事永兆代理)、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、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、台灣總工會張秘書長鈺民(代理)

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 10 頁)

貳、議程確認：(詳附錄第 10~11 頁)

決定：確認。

參、確認上次(第 2 次)委員會議紀錄：(詳附錄第 11~15 頁)

決定：

一、依委員意見修正(劃線處)如下：

(一)貳、議程確認：決定：二、黃委員金舜所提臨時提案……不列入議程，轉請……儘速研訂計畫，以利

執行依協定事項辦理。

(二)參、確認上次(第 1 次)委員會議紀錄：決定：一、(二)之附件二，依委員代表類別分為三類(付費者、醫事服務提供者、專家學者及公正人士)，再整理修正如附件一。

(三)陸、討論事項：第一案決議：一、依委員共識意見，增訂 3 項總額協商原則(詳如附件五，貳、總額協商原則劃線處)，餘照案通過。

二、餘確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第 16~45 頁)

決定：

一、上次(第 2 次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤事項，共 1 項：同意依擬議，解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤事項，共 2 項：同意依擬議，繼續追蹤。

二、111 年度各部門總額協商順序抽籤結果(如附件二)依序為：醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診總額，最後為其他預算。請同仁據以排定總額協商會議議程，提報下次委員會議。

三、為利 111 年度總額協商，請本會同仁收到衛生福利部交議之 111 年度醫療給付費用總額範圍案後，盡速轉知委員，並函轉中央健康保險署及各總額部門，依總額協商程序及期程辦理後續事宜。

四、請中央健康保險署會同各總額部門相關團體，盡速辦理 110 年度各部門總額協定事項未依時程完成之工作項目。

五、請中央健康保險署衡平檢視健保節流措施之效益與醫療給付費用總額不足之情形，提供量化資料供 111 年度總額協商參考。

六、餘洽悉。

伍、報告事項：(詳附錄第 46~102 頁)

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。

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。

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。

決定：

一、本案洽悉。

二、請中央健康保險署持續精進計畫內容、指標設定及評估執行效益，並於 111 年度總額協商前提出量化之執行成果，供協商參考。

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。

決定：

一、牙周病統合治療方案：

(一)符合預算執行目標，不予扣款。

(二)請中央健康保險署會同中華民國牙醫師公會全國聯合會持續監測執行情形，提升照護人數、全程照護完成率及醫療品質。



## 二、全面提升感染管制品質：

(一)未達協定之執行目標，依協定內容應按比例扣款，並於 111 年度總額協商列為減列金額。

(二)請中央健康保險署會同中華民國牙醫師公會全國聯合會辦理下列事項：

1.針對扣款事宜進行討論，將結果併協商草案提送本會，作為協商參據。

2.請加強牙醫院所感染管制品質之查核與輔導，早日達成 100%進階感染管制之目標。

## 三、餘洽悉。

陸、臨時動議：無。

柒、散會：下午 13 時 47 分。

附錄：與會人員發言實錄

**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。
- 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。

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。

三、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.受到 COVID-19疫情影響，整體醫療利用減少，高推估值(4.746%)卻高於110年度總額成長率(4.107%)，其理由及立論基礎為何？應審慎評估其必要性，否則依健保署財務模擬試算，111年將需要再次調漲保費。

2.歷年總額配合政府政策投入相當多的預算，依據健保署估算資料，節省金額高達183.97億元，建議相關節流成效應納入111年度總額考量。

(二)對111年度總額政策目標之建議：

請確實檢討政策目標之預算來源，涉及政府政策推動項目，應由公務預算支應。

(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)所造成的影響。

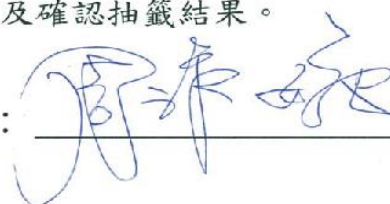
# 111 年度各部門總額協商順序抽籤結果

抽籤日期：110 年 7 月 23 日(健保會 110 年第 3 次委員會議)

協商順序	總額部門別
1	醫院
2	西醫基層
3	中醫門診
4	牙醫門診

註：因疫情因素本次會議(110.7.23)採視訊方式進行，依總額協商程序規定，由本會執行秘書代為抽籤，再由主席宣布及確認抽籤結果。

抽籤人簽名：



#### 四、本會重要業務報告

一、上次委員會議(110.7.23)決議(定)列管追蹤事項計有 4 項，依辦理情形建議解除追蹤 1 項，繼續追蹤 3 項，如附表(第 15~17 頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理。

二、有關 111 年度全民健保醫療給付費用總額協商會議(110.9.23)議程安排：

(一)依上次委員會議(110.7.23)抽籤結果，及第 2 次委員會議(110.6.25)決議通過之「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」，擬訂 111 年度總額協商會議議程(草案)，如附件二(第 22~23 頁)。

(二)協商當天上午 9 時至 9 時 30 分為預備會議時間，供付費方、醫界方視需要召開會前內部會議之用，若有需要召開，請事前通知本會同仁，以利安排會議場地。

(三)協商會議地點為衛生福利部(下稱衛福部)301 會議室，屆時若維持二級警戒，則增加 304 會議室同步視訊。

三、為完備 111 年度總額協商所需資訊，以客觀數據作為協商基礎，本會同仁業已彙整「全民健康保險各部門總額 109 年度執行成果評核紀錄」，並研析中央健康保險署(下稱健保署)提供之相關資料，完成編製「110 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」及「全民健康保險各總額部門 109 年度執行成果評核指標摘要」，以上共計 3 冊資料，均已於會前寄送委員參用。

四、本(110)年 8~10 月本會除例行委員會議及總額協商會議外，尚有以下兩項重要會議，敬請委員預留時間，踴躍參加：

(一)8 月 31 日(星期二)上午 9 時 30 分召開「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」。

(二)10 月 15 日(星期五)上午 9 時 30 分召開「全民健康保險 111 年度保險費率審議前意見諮詢會議」。

五、衛福部及健保署本年 7 月至 8 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年 8 月 11 日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

1.本年 7 月 30 日修正發布「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第 79 條附件 2、第 80 條附件 3、第 81 條附件 4、第 82 條附件 5、第 83 條附件 6、第 84 條附件 7，自本年 1 月 1 日生效，如附錄一(第 69 頁)。本次係依上開支付標準第 4 條第 8 項規定「保險人每年將暫予支付收載結果，報請主管機關公告收載於本標準中」，修正重點摘要如下：

(1)給付品項暨支付標準：

類別	修正條文	110 年 1 月 收載項數	相較 109 年 1 月		
			新增 項數	刪除 項數	調整 價格
藥品	第 79 條附件 2	17,124	383	491	7,407
特材	第 80 條附件 3	8,298	604	1,440	433
中藥 (單方)	第 81 條附件 4	3,512	57	18	-
中藥 (複方)	第 82 條附件 5	6,986	111	27	-

(2)給付規定：

①藥品(第 83 條附件 6)：本次修正通則及計 12 節之給付規定及其相關附表。

②特材(第 84 條附件 7)：本次新增 21 項、修正 13 項及刪除 2 項給付規定分類碼。

2.本年 8 月 2 日函送醫院總額 110 年第 2 季結算方式，如附錄二(第 70~71 頁)，重點摘要如下：

(1)分區預算依近 3 年(107~109 年)第 2 季平均跨區費用占率，校正為各分區就醫別之預算。

(2)一般服務收入以每點 1 元計算後，與 108 年同期比較，未

至 108 年同期 9 成者保障至 9 成；超過 9 成者依此金額給付，上限為 108 年同期。

(3)新設、108 年基期異常、成長型、特殊醫院服務之剛性需求，及配合防疫受影響等醫院之處理原則，由健保署分區共管會議決議。

(4)各分區預算(扣除自墊核退等金額)經前開分配後如有剩餘，由健保署分區共管會議再予分配。

(5)交付機構、專款、其他預算按原方式結算。

## (二)健保署

1.本年 7 月 30 日公告全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫之山地鄉全人整合照護執行方案徵求書，如附錄三(第 72 頁)。本項係依 110 年度「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」(下稱 IDS 計畫)之協定事項「請加速推動山地鄉論人計酬試辦計畫」辦理。徵求書摘要如下：

### (1)預算來源：

①醫事人員支援費用、點值差值、回饋金及外加獎勵費用，由 IDS 計畫支應，其餘醫療費用由各部門總額預算支應。

②健康促進及維護費用，由疾管署及國健署之公務預算、疫苗基金、菸害防制及衛生保健基金支應。

(2)執行地區：於全民健保山地離島地區，擇 2 個山地地區試辦。

(3)服務內容：承作院所應提供健康促進、預防保健、疾病診療、個案追蹤及健康管理等服務內容。

### (4)費用申報、支付：

①本方案醫療點數以每點 1 元支付，其中醫療費用(含西醫、中醫、牙醫、不含透析)依各部門總額規定結算及核付，各部門總額點值與每點 1 元之差值，由 IDS 計畫支應。

②醫事人員支援費用：執行專科門診(不含透析之西醫、



中醫、牙醫)、急診及外展診療服務所需支援費用(由 IDS 計畫支應)。

③全人整合照護費用：

A.健康促進及維護費用(疾管署、國健署支應)，採核實支付。

B.回饋金：論人總醫療點數高於照護對象實際使用之醫療點數時，兩者之差額為「結餘點數」(由 IDS 計畫支應)。

a.基本回饋金：回饋 60%結餘點數。 $(\text{結餘點數} \times 60\% \times \text{每點 1 元})$

b.醫療品質回饋金：回饋 40%結餘點數，符合本方案規定之評核指標才可獲得。 $(\text{結餘點數} \times 40\% \times \text{指標達成項目比率} \times \text{每點 1 元})$

C.外加獎勵費用：鄉內就醫次數占率高於基期占率(照護對象於計畫執行前 1 年之鄉內就醫次數占率)時，給予獎勵費用，上限 500 萬元(由 IDS 計畫支應)。[(鄉內就醫次數占率-基期占率) $\times$ 結餘點數 $\times$ 每點 1 元]

(5)評核指標(排除已死亡個案)：

①健康管理(預防保健)指標：共 16 項指標，各年度占率為第 1 年 80%、第 2 年 70%、第 3 年 60%。

②醫療照護指標：共 3 項指標，各年度占率為第 1 年 10%、第 2 年 20%、第 3 年 30%。

③其他政策鼓勵指標：共 2 項指標，各年度占率均為 10%。

2.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，自 7

月 1 日起新增之承作院所及醫師名單，如附錄四(第 73 頁，名單已置於該署全球資訊網)，各分區承辦院所數、醫師數(人次)累計統計如附錄五(第 74 頁)。

決定：

## 上次(第 3 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	報告事項第 1 案：中央健康保險署「110 年 6 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回復說明。	於 110 年 7 月 30 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 18~21 頁)。	解除追蹤	—

## 二、繼續追蹤(共 3 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	本會重要業務報告	請中央健康保險署衡平檢視健保節流措施之效益與醫療給付費用總額不足之情形，提供量化資料供 111 年度總額協商參考。	於 110 年 7 月 30 日請辦健保署。	健保署回復： 1.有關分級醫療節流效益，本署援例配合貴會於總額協商前提供相關節流措施之效益，作為總額協商之參考。 2.本署執行總額預算係依據貴會公告辦理，各總額部門申報醫療服務點數及各季點值情形，已定期每月提報於「全民健康保險業務執行報告」，提供貴會委員參考。	1.繼續追蹤 2.俟健保署提供量化資料供 111 年度總額協商參考後解除追蹤	110/8/31
2	報告事項第 2 案：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)。	請中央健康保險署持續精進計畫內容、指標設定及評估執行效益，並於 111 年度總額協商前提出量化之執行成果，供協商參考。	於 110 年 7 月 30 日請辦健保署。	健保署回復： 本署援例配合貴會於總額協商前提供家醫計畫 110 年相關指標執行情形，作為總額協商之參考。	1.繼續追蹤 2.俟健保署提出量化之執行成果供 111 年度總額協商參考後解除追蹤	110/8/31
3	報告事項第 3 案：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。	二、全面提升感染管制品質： (一)未達協定之執行目標，依協定內容應按比例扣款，並於 111 年度總額協商列為減列金額。 (二)請中央健康保險署會同中華	於 110 年 7 月 30 日請辦健保署。	健保署回復： 1.本署業於 110 年 8 月 3 日預擬「111 年牙醫門診總額協商因素與專款項目計畫」會議與牙醫師公會代表討論。 2.109 年 4 月至 12 月未申報「符合	1.繼續追蹤 2.俟健保署將扣款結果併協商草案提送本會後解除追蹤	110/8/31

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
		<p>民國牙醫師公會全國聯合會辦理下列事項：</p> <p>1.針對扣款事宜進行討論，將結果併協商草案提送本會，作為協商參據。</p> <p>2.請加強牙醫院所感染管制品質之查核與輔導，早日達成 100%進階感染管制之目標。</p>		<p>牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費」(下稱感管診察費)及經訪查不合格之院所(含外展點)追扣共有 325,260 件，如以感管診察費調升點數每件 35 點計算，共 11,384,100 點。</p> <p>3.前開執行結果，將列入 111 年牙醫總額協商參考。</p>		

健保會第 5 屆 110 年第 3 次委員會議之健保署答覆

委員意見	健保署說明
<p><b>擬解除追蹤項次 1</b></p> <p><b>案由：中央健康保險署「110 年 6 月份全民健康保險業務執行報告」。</b></p>	
<p>滕委員西華(議事錄 p.48)</p> <p>三、另外有 1 個意見健保署並沒有回復，目前有非常多植入性醫材，在其他國家、台灣都已經發生一些案例讓病人有併發症或癌症的副作用，國內使用很多新興植入性醫材，我看到有一些，如：經導管置換瓣膜套組(Transcatheter Aortic Valve Implantation, TAVI)就有追蹤系統，我要請問這些植入物，健保署有無跟食藥署合作，或是健保署在審核通過時，有無要求廠商或醫院應建立病人的追蹤系統，透過此追蹤系統，來建立病人 ADR(Adverse Drug Reactions Reporting System, 藥物不良反應通報系統)，做為將來產品是否要退出市場，或是及早發現產品併發症、副作用，來為病人安全把關，但這部分健保署沒有回復，請健保署補充。</p>	<p>一、有關醫療器材不良通報追蹤系統係屬食藥署之權責，依據醫療器材管理法第 19 條第 3 項，食藥署已訂定「醫療器材來源流向資料建立及管理辦法」，並規劃將「醫療器材單一識別系統(UDI)」用於醫材來源流向管理。經查 UDI 編碼國際上有不同系統之編碼格式，故需由食藥署先就資料之轉譯及格式統一後，本署可再研議資料庫介接及追蹤之可行性。</p> <p>二、依醫療法第 67~70 條及「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」載有病歷記載內容及管理相關規定；另依衛福部 95.5.17 行政函釋要求醫院須將植入式醫材之廠牌、型號與出廠批號登載於病歷上。</p> <p>三、食藥署已於 104 年建置「醫療器材不良事件通報」線上通報系統，依據醫療器材管理法第 48 條及醫療器材嚴重不良事件通報辦法，醫療器材上市後，當疑似因醫療器材引起的不良事件（包含不良反應及產品問題）發生時，皆可於通報系統進行通報，食藥署並會進行評估；且醫療器材嚴重不良事件辦法規定，嚴重不良</p>

委員意見	健保署說明
	<p>事件，醫事機構及醫療器材商應依規定於期限內進行通報。針對有嚴重警訊或回收特材，健保署與食藥署已有聯繫窗口，健保署將協助通知醫療院所回收特材或評估是否取消特材健保給付等事宜。</p> <p>四、健保署亦於 109.3.20 函請各分區業務組轉知轄區特約院所，請特約院所於病歷上註記病人接受侵入性醫療使用之特材廠牌型號與批號。</p> <p>五、綜上，健保署會持續與食藥署合作，以維護民眾使用醫療器材之安全。</p>
<p>何委員語(議事錄 p.49)</p> <p>一、110 年 6 月份全民健康保險業務執行報告第 16 頁「三、安全準備」(一)110 年度截至 6 月底，保險收支淨短絀數 10.44 億元，依法收回安全準備填補短絀，收回後安全準備餘額為 1,080.92 億，折合約 1.83 個月保險給付」，但(二)「截至 110 年 6 月底，本保險準備金餘額為 955.25 億元」，為何這 2 個數字差距這麼大？</p>	<p>一、全民健康保險業務執行報告第 17 頁，為「權責基礎」下之安全準備，110 年 6 月底餘額為 1,080.92 億元，第 18 頁表 9，為「現金基礎」之安全準備，餘額為 955.25 億元。</p> <p>二、全民健保現金基礎之財務資金包含安全準備金及營運資金。110 年 6 月底健保財務資金餘額為 999.57 億元，其中安全準備金餘額為 955.25 億元，營運資金餘額為 44.32 億元(詳 110 年 6 月份業務執行報告第 19 頁表 10)。</p> <p>三、110 年 6 月底，全民健保「現金基礎」之資金餘額為 999.57 億元與「權責基礎」安全準備餘額 1,080.92 億元，相差約 81.35 億元，主要係因兩者計算收支之原則不同所致。</p>
<p>李委員永振會後書面意見(議事錄 p.55)</p> <p>一、依據 110 年 6 月份業務執行報告</p>	<p>一、110 年 6 月醫療費用排除影響因素後</p>

委員意見	健保署說明
<p>第9頁(表4全民健保財務資金流量分析表)，110年6月現金基礎下的醫療費用高達908.63億元，相較於110年4、5月高出300多億元，相較105~109年6月數據，亦超出200~400多億元，雖在註釋第8點有提供相關說明，仍請健保署對此數據提供以下說明：</p> <p>(一)請比照表5-1全民健保財務收支分析表(權責基礎)之註釋5，計算110年6月醫療費用排除影響因素後之金額與成長率。</p> <p>(二)110年6月醫療費用908.63億元，是否包括代疾管署墊付之醫療費用。</p> <p>二、健保署在本會110年6月份委員會議提到將保障所有醫院一般服務至108年同期至9成收入，然，在業務執行報告第9頁表4提到是給付8成，請問保障收入由9成降至8成之原因為何？</p>	<p>之金額與成長率：</p> <p>(一)110年6月現金基礎之醫療費用為908.63億元，排除下列影響數後之金額約555億元：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.對於「配合COVID-19提升三級防疫政策醫療降載醫院」，提前預撥費用年月110年5月至6月醫院總額費用增加撥付之金額。</li> <li>2.西醫基層109年全年結算、醫院總額109年第3季及第4季結算，皆於110年6月補付。</li> </ol> <p>(二)109年6月現金基礎之醫療費用為652.01億元，排除109年因實施提升特約醫療院所醫療費用暫付之金額後，醫療費用約545億元。</p> <p>(三)綜上，110年6月醫療費用排除影響因素後之成長率為1.83%〔(555億元-545億元)/545億元〕。</p> <p>二、有關110年6月醫療費用908.63億元，是否包括代疾管署墊付之醫療費用一節：</p> <p>(一)本署目前並未代疾管署墊付醫療費用。</p> <p>(二)至於民眾接種COVID-19疫苗後疑似「血栓併血小板低下症候群(Thrombosis with Thrombocytopenia Syndrome, TTS)」個案，治療使用靜脈注射免疫球蛋白(IVIG)，依中央流行疫情指揮中心裁示，先由疾管署支應。另有關民眾治療使用靜脈注射免疫球蛋白(IVIG)是否納入健保給付範圍，本署將依上開指</p>



委員意見	健保署說明
	<p>揮中心裁示提共擬會議討論。</p> <p>三、有關第 9 頁表 4 備註 8 之說明，係指本署對「配合 COVID-19 提升三級防疫政策醫療降載醫院」之 110 年 5~6 月醫院總額，預先按照 108 年度同期核定費用之 8 成，先予撥款；非指保障收入由 9 成降至 8 成。</p>

## 各部門協商時間分配

部門別	第一階段 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 20 分鐘	30 分鐘	30 分鐘	60 分鐘	門診透析 20 分鐘	130~170 分鐘	130~230 分鐘
西醫基層	25 分鐘		20 分鐘	20 分鐘	50 分鐘		75~100 分鐘	75~140 分鐘
中醫	20 分鐘		20 分鐘	20 分鐘	40 分鐘		60~80 分鐘	60~120 分鐘
牙醫	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，併於醫院或西醫基層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。

## 111 年度各部門總額協商順序抽籤結果

抽籤日期：110 年 7 月 23 日(健保會 110 年第 3 次委員會議)

協商順序	總額部門別
1	醫院
2	西醫基層
3	中醫門診
4	牙醫門診

註：因疫情因素本次會議(110.7.23)採視訊方式進行，依總額協商程序規定，

由本會執行秘書代為抽籤，再由主席宣布及確認抽籤結果。

抽籤人簽名：

## 111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議程(草案)

時間	內容	與會人員
110 年 9 月 23 日(四)		
09:00~09:30	報到/預備會議(供付費方、醫界方「視需要」召開會前內部會議)	
09:30~11:30	1-1.醫院總額協商(120 分鐘)	本會委員、醫院部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁
11:30~12:30	午餐	
12:30~13:20	1-2.醫院與西醫基層總額之門診透析服務協商(50 分鐘)	本會委員、醫院與西醫基層協商代表，及社保司、健保署與本會同仁 (本節之協商，邀請腎臟醫學會列席)
13:20~13:30	中場休息	
13:30~15:10	2.西醫基層總額協商(100 分鐘)	本會委員、西醫基層部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁
15:10~15:20	中場休息	
15:20~16:40	3.中醫門診總額協商(80 分鐘)	本會委員、中醫部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁
16:40~16:50	中場休息	
16:50~18:10	4.牙醫門診總額協商(80 分鐘)	本會委員、牙醫部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁
18:10~19:10	晚餐	
19:10~20:23	5.其他預算協商(73 分鐘)	本會委員、健保署，及社保司與本會同仁
20:23~22:23	付費者、醫界委員視需要自行召開會議之彈性運用時間(120 分鐘)	
110 年 9 月 24 日(五)		
11:00~14:00	視需要處理協商未盡事宜	本會委員、相關部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁

註：時間以醫院協商時間 170 分鐘(含門診透析 50 分鐘)、西醫基層 100 分鐘、牙醫與中醫各為 80 分鐘、其他預算 73 分鐘計算，已計列各部門得延長之時間。

## 五、優先報告事項

### 第一案

案由：衛生福利部(簡稱衛福部)交議 111 年度全民健康保險醫療給付費用總額(簡稱總額)範圍案。

報告單位：

(一)衛福部社會保險司(簡稱社保司)：說明行政院核定之 111 年度總額範圍及協商政策方向。

(二)本會：確認 111 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診總額之醫療服務成本及人口因素成長率。

說明：

一、衛福部於本(110)年 8 月 11 日以衛部保字第 1101260248 號函交付有關行政院核定之「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案」(如附件，第 26~31 頁)，請本會依全民健康保險法第 61 條規定，協議訂定其總額及分配方式。

依本會本年第 2 次委員會議(110.6.25)決議通過之「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」(略以)，請衛福部派員說明行政院總額範圍核定情形及政策方向(如投影片，資料後附)：

(一)行政院核定之 111 年度總額範圍：成長率下限為 1.272%，上限為 4.4%。

(二)衛福部說明 111 年度總額範圍及協商政策方向。

二、確認 111 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診總額之醫療服務成本及人口因素成長率。

(一)依本會本年第 2 次委員會議(110.6.25)決議通過之「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」(略以)：111 年度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。

(二)行政院核定之 111 年度總額範圍，如下：

總額範圍	低推估值	高推估值
成長率	1.272% <sup>註1</sup>	4.4%
預估醫療費用	7,935億元	8,180億元
高低推估值差距	約245億元	

註：1.低推估值：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」合併計算醫療服務成本及人口因素成長率(1.656%)，再以 110 年一般服務預算占率(87.62%)校正後，並校正 109 年投保人口成長率差值(-0.179%)，即 $(1.656\% \times 87.62\%) - 0.179\% = 1.272\%$ 。

2.基期費用：暫以 110 年總額核定金額估算，實際總額以健保署結算金額為準。

(三)依衛福部社保司提供之資料，計算 111 年度各部門總額「醫療服務成本及人口因素」成長率如下表：

總額 部門別	醫療服務 成本指數 改變率(A)	人口結構 改變率(B)	投保人口預 估成長率(C)	醫療服務成本及 人口因素成長率 $(1+A+B) \times (1+C) - 1$
醫院	-0.258%	2.042%	0.136%	1.922%
西醫基層	-0.218%	1.257%		1.176%
牙醫門診	-0.175%	0.309%		0.270%
中醫門診	0.192%	0.756%		1.085%
整體	-0.228%	1.746%		1.656%

三、本會業於 8 月 11 日將衛福部交議之 111 年度總額範圍及政策方向函轉各總額部門及健保署，請依據「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，遵循衛福部交付之 111 年度總額協商政策方向，及 8 月 20 日本會辦理之總額協商會前會委員意見，於 9 月 2 日前提出 9 月總額協商之「111 年度總額協商因素項目及計畫(草案)」最終版本。

決定：

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8月11日  
發文字號：衛部保字第1101260248號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：1、110年7月30日行政院核定111年度總額範圍函；2、111年度總額協商之政策方向

主旨：有關「111年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」一案，業奉行政院核定，請依全民健康保險法第61條規定協議訂定其總額及分配方式，請查照。

說明：

- 一、依行政院110年7月30日院臺衛字第1100022758號函辦理（影本如附件1）辦理。
- 二、行政院核定111年度全民健康保險醫療給付費用成長率下限為1.272%，上限為4.4%，並函示「全民健康保險醫療給付費用總額中長期改革計畫(110年-114年)」係現階段之重要政策方向，請本部通盤考量醫療資源配置之妥適性及優先順序，檢討支付制度、給付範圍及收支連動機制之合理性；積極連結健保、公衛及照護體系，並促進健保制度之永續經營。
- 三、鑒於本部陳報行政院111年度總額範圍，下限（低推估）係為反應自然人口成長、醫療服務成本及人口結構改變對醫療費用之影響；而為使健保永續經營，替民眾購買健康，遂依中長期改革計畫之年度目標及賡續健保總額之項目或計畫下，訂定5項政策目標及執行計畫，並提出上限（高推估）。爰此，貴會依全民健康保險法第61條規定，協議訂定111年度之醫療給付費用總額及其分配方式，應納入下列5項政策目標及執行計畫（協商之政策方向詳附件2）：
  - (一)結合公衛與健保資源，精進照護模式，提升健保支付效率。

110.08.11



110CC00550

- (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。
  - (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。
  - (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。
  - (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。
- 四、另請遵循貴會本(110)年6月25日第5屆110年第2次委員會議通過之總額協商架構及原則：「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」辦理本次協商事宜。

正本：本部全民健康保險會

副本：行政院內政衛福勞動處、國家發展委員會、衛生福利部中央健康保險署

檔 號：  
保存年限：

## 行政院 函

地址：10058臺北市忠孝東路1段1號  
電話：02-33566500

受文者：衛生福利部

發文日期：中華民國110年7月30日  
發文字號：院臺衛字第1100022758號  
速別：速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：無



主旨：所報111年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍一案，  
核定全民健康保險醫療給付費用成長率下限為1.272%，上  
限為4.4%。

說明：

- 一、復110年5月28日衛部保字第1101260170號函。
- 二、鑒於「全民健康保險醫療給付費用總額中長期改革計畫  
(110年-114年)」係現階段之重要政策方向，請審慎衡酌  
整體醫療需求、健保財務狀況及民眾付費能力等因素，通  
盤考量醫療資源配置之妥適性及優先順序，持續提升健保  
運作效率，檢討支付制度、給付範圍及收支連動機制之合  
理性；並積極連結健保、公衛及照護體系，以擴大健保資  
源之使用效益，促進健保制度之永續經營。
- 三、為因應嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）之衝擊，請持續  
關注疫情對保費收入及醫療利用之影響，以對整體財務做  
出更合理之評估；另請持續檢討現行費基結構及財務負擔  
之公平性，以建構更穩健之財務制度。
- 四、隨著人口老化、醫療需求增加，健保支出將持續成長，惟  
收入面受整體經濟發展及人口成長趨勢影響，致成長幅度



總收文 110.07.30



1100129697



有限。110年一般保險費費率雖已調整至5.17%，當年度保險財務仍呈現入不敷出，且未來收支短絀持續擴增，應審慎提前規劃因應。

五、另所提有關給付支出面與收入面之各項配套措施，除涉及相關計畫方案之規劃，亦牽涉法規之調整，請積極推動並充分掌握期程與效益。

正本：衛生福利部

副本：國家發展委員會、行政院主計總處



裝

訂

線



## 111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商之政策方向

衛生福利部 110 年 8 月

111 年度全民健保醫療給付費用總額政策方向，包含兩大塊，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)。

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，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 年度健保協商之政策方向分述如下：

(一)結合公衛與健保資源，精進照護模式，提升健保支付效率。

- 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信、加強病人自我照護。
- 2.推動住院護理整合照護，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。

- 1.賡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寬基層可執行之項目。
- 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銜接機制。
- 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。

- 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。

(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。

## 第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：「110 年第 2 季全民健康保險業務執行季報告」，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，本次進行口頭報告，另須提報「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)」。
- 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。

決定：

## 討論事項



提案人：何委員語、李委員永振、張委員文龍、劉委員守仁、賴委員博司、許委員騏洪、干委員文男、陳委員有慶、楊委員芸蘋、林委員恩豪、馬委員海霞、鄭委員素華

代表類別：保險付費者代表

案由：為使本會審議健保費率更具彈性、切合實際情勢，建請依據健保法第 78 條規定，以維持 1~3 個月安全準備法定條文規定，做為健保費率審議依據，提請討論。

說明：

- 一、本會法定職掌之一，為在每年總額協商後進行保險費率審議，第 2 屆委員為審議保險費率，在 104 年第 10 次委員會議(104.11.20)決議訂定「全民健保財務平衡及收支連動機制」，規範健保費率調整之啟動條件與調整方式，做為費率審議之參考，健保署在每年總額協商後，也依照該機制試算保險費率草案，提本會審議。
- 二、回顧 104 年訂定該費率審議機制的背景，主要是因為 102 年實施二代健保後，實施許多健保財務改善措施，包括：加徵補充保費及政府法定負擔比率提高至 36%，致 104 年底安全準備餘額高達 2,292 億元，約當 5.12 個月保險給付支出。由於健保財務充裕，致當時政府提出多項減少收入及增加支出的健保政策，包括：修正健保法施行細則第 45 條，納入 7 項政府原本補助特定族群健保費(屬社會福利)，減少政府應負擔 36% 的費用；提高每筆補充保費扣費下限(由 5 千元提高到 2 萬元)；菸品健康福利捐分配健保安全準備比率由 70% 調降至 50%；由健保給付愛滋病患確診者開始服藥 2 年後之醫療費用等政策。在這個前提之下，迫使付費者代表提出調降保費的方案，為討論費率，乃建議研擬全民健保財務平衡及收支連動機制。
- 三、健保長期財務平衡，建構在收支連動之基礎上；健保財務收支連動之前提，需有健全平衡發展之收支政策。因此，主管機關有必要滾動式檢討健保收入面與支出面政策，以使健保財務收支達到動態均衡。

惟觀察健保現況，結構性失衡仍舊存在，且因人口快速老化，民眾對新醫療科技與急重症照護需求持續增加，使得健保每年支出面成長率，高於收入面成長率，亦高於本國之 GDP 成長率(請參考下表)，致使健保財務自 106 年開始出現短絀。

年度	收入面	支出面		GDP 成長率
	保費收入 成長率	保險給付 成長率	醫療給付費用 總額成長率	
105	-2.23%	5.62%	4.912%	2.17%
106	2.91%	5.52%	5.642%	3.31%
107	3.42%	5.48%	4.711%	2.79%
108	2.86%	3.76%	4.417%	2.96%
109	1.05%	5.86%	5.237%	3.12%
110	-	-	4.107%	-

本會委員擔憂健保財務情形，歷年多次在委員會議籲請主管機關及早檢討收支相關政策，包括：檢討總額公式、改善醫療浪費、將節流成效反映於總額基期等，以改善健保財務結構性失衡問題，避免健保財務惡化，卻都不見任何成效。

另也多次積極提案籲請主管機關在計算政府應負擔 36% 時，有關健保「應提列安全準備來源」之算法，應回歸健保法第 76 條第 1 項規定，並補撥過去多年差額(105~109 年計約 790 億元)，若能依其計算，則現行費率尚屬適足，可維持健保財務到 111 年無須調漲費率。

四、自 109 年新冠肺炎肆虐以來，許多產業發展停滯，國內傳統產業及內需產業就業機會減少，無薪假人數也隨之成長，雖然 GDP 成長率看似樂觀，但經濟成長果實並非由全民共享，無法反映整體民眾的付費能力，反之，甚至有所得分配惡化、部分民眾收入變低、付費能力下降之現象。

五、在收不抵支的情況下，如以本會所訂機制審議費率，若 111 年



年底安全準備餘額不足 1.5 個月保險給付支出時，將啟動保險費率調漲機制，費率調漲幅度將以 112 年年底可維持 2 個月保險給付支出之金額計算為原則。相較於以本法第 78 條原則審議費率，前者將較早啟動費率調漲時程，且費率調幅也偏高。而近年疫情影響民生經濟甚鉅，調漲費率將影響廣大基層民眾之生計，是以本會在健保財務充裕的背景下，所訂機制之啟動條件與調整方式已不合時宜，且無法反映民眾付費能力，鑑此，建議應予廢除。

擬辦：請依據健保法第 78 條文規定，以維持 1~3 個月安全準備為依據，進行費率審議。(即：當年年底安全準備累計餘額不足 1 個月保險給付支出時調漲費率，其調漲幅度以當年年底可維持 1 個月保險給付支出**為原則**；當年年底安全準備累計餘額超出 3 個月保險給付支出時調降費率，其調降幅度以當年年底可維持 3 個月保險給付支出**為原則**)

.....

本會補充說明：

一、健保費率審議法源：

- (一)依健保法第 5 條第 1 項規定，保險費率審議為本會法定職掌之一；另依據健保法第 24 條第 3 項規定，本會應於年度開始 1 個月前依協議訂定之醫療給付費用總額，完成該年度應計之收支平衡費率之審議，報主管機關轉報行政院核定後公告。
- (二)本會歷年均依健保法規定，在年度工作計畫安排於 11 月份委員會會議審議健保署所提費率方案(草案)。
- (三)檢附相關健保法規(如附件一，第 41~42 頁)供參。

二、歷年健保署提送本會審議之費率方案(草案)，本會審議結果及相關財務資料，整理如下表：

單位：億元、月、%

健保署提送本會費率方案 (草案)之財務推估範圍						一般保險費率(%)			健保財務概況(註 1)			
年度	保險收入	保險成本	收支餘絀	安全準備 累計餘額 (月數)	健保署 建議費率 (%)	本會 審議 結果	行政 院 核定	保險 收入	保險 成本	收 支 餘 絀	安全準備 累計餘額 (月數)	
102						4.91			5,557	5,021	536	1.78
103	5,480 ↕ 5,663	5,264 ↕ 5,271	1,014 ↕ 1,204	2.31 ↕ 2.74	4.91				5,695	5,181	514	2.92
	5,701 ↕ 5,995	5,385	1,511 ↕ 2,226	3.37 ↕ 4.96	4.91				6,410	5,381	1,029	5.10
105	5,628 ↕ 6,121	5,648	-20 ↕ 473	4.83 ↕ 5.87	提供 試算 未建議	4.69			5,869	5,684	186	5.22
106	5,898 ↕ 5,912	6,065 ↕ 6,076	-168 ↕ -164	4.50	4.69				5,900	5,998	-98	4.75
	6,067 ↕ 6,470	6,310 ↕ 6,325	-258 ↕ 149	4.00 ↕ 4.78	4.69				6,061	6,328	-266	4.00
108	6,182 ↕ 6,937	6,586	-403 ↕ 352	3.15 ↕ 4.53	提供 試算 未建議				6,224	6,566	-342	3.23
	6,276	6,945 ↕ 6,966	-690 ↕ -669	1.79 ↕ 1.84	4.69				6,289	6,952	-663	1.91
110	6,378 ↕ 7,476	7,231 ↕ 7,273	-894 ↕ 244	0.33 ↕ 2.14	提供 試算 未建議	甲案	乙案	5.17	7,015	7,255	-240	1.43
						4.97	5.47 ↕ 5.52					

註：1.資料來源為健保署，102~108 年為審定決算，109 年為健保署自編決算，110 年為預估數。

2.依健保法第 33 條規定，補充保險費率 102 年為 2%，自 103 年起，依一般保險費率之成長率調整，其調整後之比率，由主管機關依法公告。102~104 年之補充保險費率為 2%，105~109 年為 1.91%，110 年為 2.11%。

三、本會為完成審議健保費率之法定任務，歷年精進作為如下：

- (一)104 年：為審議 105 年度健保費率，本會第 2 屆委員於 104 年第 10 次委員會議(104.11.20)決議訂定「全民健康保險財務平衡及收支連動機制」，摘要如下(決議詳附件二，第 43 頁)：本會協定次年度(下稱當年)總額後，中央健康保險署應以高、中、低三種方式推估保險收入與成本，並依下列原則研提保險費率調整方案送本會審議。
- 1.當年起(含)第 3 年年底安全準備餘額超出 3 個月保險給付支出時，啟動保險費率調降機制。其調降以超出之金額計算為原則。
  - 2.當年年底安全準備餘額不足 1.5 個月保險給付支出時，啟動保險費率調漲機制。其調漲以當年起(含)第 2 年年底可維持 2 個月保險給付支出之金額計算為原則。
- (二)105 年：105 年 11 月份委員會議(105.11.18)健保署在提報「106 年度全民健康保險費率(方案)」時，指出本會 104 年第 10 次委員會議所訂機制，實務面恐面臨「啟動費率調整時點，無法及時反映收支狀況」、「保險收支存在結構性失衡的逆差，將導致未來保險費率調幅將急遽攀升」等問題，乃同時提出建議修正方案。惟經本會委員討論後該修正方案未獲致共識，該次會議決議請該署納入未來財務推估時考量。
- (三)106 年：為使費率審議原則更具彈性，啟動條件考量因子更為多元，本會於 106 年召開 2 場「全民健保財務平衡及收支連動機制」專家學者諮詢會議，並據以擬具「全民健保財務平衡及收支連動機制」修正案，提至 106 年 7 月份委員會議(106.7.28)討論，惟委員對於修正方案所提費率調整啟動條件與幅度等要素，仍有不同看法，爰未能達成修正之共識。
- (四)108 年：為使現行費率審議機制更為周延，本會委託國立政治大學辦理「建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析」研究計畫，研究團隊從安全準備門檻、啟動標準多元化、費率調整頻率以及調整考量因子的選擇等面向，針對現行機制提出二項建議修正方案，供本會參考。

四、上開精進作為，因費率審議牽涉層面極為廣泛，每年時空背景及所需考量因素不盡相同，其啟動調整之條件與幅度難有共識，且現行健保財務結構性失衡的問題亦未見改善，費率審議回歸由委員視實際健保財務情形，依法審議為宜。

決議：

## 健保法相關條文

### 第 5 條

本保險下列事項由全民健康保險會（以下稱健保會）辦理：

一、保險費率之審議。

二、保險給付範圍之審議。

三、保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配。

四、保險政策、法規之研究及諮詢。

五、其他有關保險業務之監理事項。

健保會為前項之審議或協議訂定，有減少保險收入或增加保險支出之情事時，應請保險人同時提出資源配置及財務平衡方案，併案審議或協議訂定。

健保會於審議、協議本保險有關事項，應於會議七日前公開議程，並於會議後十日內公開會議實錄；於審議、協議重要事項前，應先蒐集民意，必要時，並得辦理相關之公民參與活動。

健保會由被保險人、雇主、保險醫事服務提供者、專家學者、公正人士及有關機關代表組成之；其中保險付費者代表之名額，不得少於二分之一；且被保險人代表不得少於全部名額之三分之一。

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。

健保會審議、協議訂定事項，應由主管機關核定或轉報行政院核定；其由行政院核定事項，並應送立法院備查。

### 第 24 條

第十八條被保險人及其每一眷屬之保險費率應由保險人於健保會協議訂定醫療給付費用總額後一個月提請審議。但以上限費率計收保險費，無法與當年度協議訂定之醫療給付費用總額達成平衡時，應重新協議訂定醫療給付費用總額。

前項審議前，健保會應邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供意見。

第一項之審議，應於年度開始一個月前依協議訂定之醫療給付費用總額，完成該年度應計之收支平衡費率之審議，報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告之。不能於期限內完成審議時，由主管機關逕行報行政院核定後公告。

### 第 33 條

第三十一條之補充保險費率，於本法中華民國一百年一月四日修正之條文施行第一年，以百分之二計算；自第二年起，應依本保險保險費率之成長率調整，其調整後之比率，由主管機關逐年公告

### 第 78 條

本保險安全準備總額，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。

衛生福利部全民健康保險會第2屆第104年第10次委員會議紀錄(節錄)

壹、時間：中華民國 104 年 11 月 20 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、討論事項

第三案

提案單位：中央健康保險署

案由：健保財務平衡及收支連動之機制與標準暨 105 年度全民健康保險費率方案(草案)，提請審議。

決議：

- 一、討論事項第四案、臨時提案第一案併本案處理。
- 二、本會委員認為全民健康保險制度須在財務平衡穩定下運作始能永續，以及保險費率應依二代健保法所揭示財務收支連動精神，建立以科學數據為基礎且不受外力干擾之審議機制，因此集眾人智慧，照全民健康保險法第 78 條「本保險安全準備總額，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」之規定，研訂「全民健保財務平衡及收支連動機制」(如下)，並據以審議 105 年度費率。

本會協定次年度(下稱當年)總額後，中央健康保險署應以高、中、低三種方式推估保險收入與成本，並依下列原則研提保險費率調整方案送本會審議。

- (一)當年起(含)第 3 年年底安全準備餘額超出 3 個月保險給付支出時，啟動保險費率調降機制。其調降以超出之金額計算為原則。
- (二)當年年底安全準備餘額不足 1.5 個月保險給付支出時，啟動保險費率調漲機制。其調漲以當年起(含)第 2 年年底可維持 2 個月保險給付支出之金額計算為原則。

三、以上開「全民健保財務平衡及收支連動機制」審議後，105 年度一般保險費率調整為 4.69%，依全民健康保險法第 24 條規定，報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告之。





# 報告事項



報告單位：本會第三組

案由：各總額部門 109 年度執行成果之評核結果，請鑒察。

說明：

- 一、本會業依本(110)年第 1、2 次委員會議(110.4.30、110.6.25)通過之評核作業方式，完成各總額部門 109 年度執行成果評核，本年度因 COVID-19 防疫規定，係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、至於評核委員人選係依上開評核作業規定，由本會委員於 5 月份票選結果產生，依序邀請得票最高的前 7 名專家學者擔任，分別為滕評核委員西華、陳評核委員秀熙、鄭評核委員守夏、戴評核委員桂英、李評核委員玉春、吳評核委員榮達及許評核委員怡欣。每位評核委員依四總額部門及健保署所提之執行成果報告進行書面審查後，並於 7 月 28 日上午召開視訊會議討論決定評核等級結果，視訊會議主席則由 7 位評核委員互推產生，為戴評核委員桂英擔任。
- 三、經評核委員討論決議評核結果，如下表：

總額部門別	醫 院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
等 級	優	良	優	良

註：評核分數之等級區分，90 分以上為「特優」；85 分至未達 90 分為「優」；80 分至未達 85 分為「良」；75 分至未達 80 分為「可」。

業於 7 月 28 日下午於本會網頁對外公布，並以電子郵件寄送本會委員參閱。

- 四、依上開評核結果及本會本年第 2 次委員會議(110.6.25)決議之 109 年度執行成果評核獎勵方式，估算四部門總額 111 年度品質保證保留款專款獎勵額度如下：

總額部門別	醫 院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
109 年一般服務預算(億元)	4,648.857	1,202.851	455.892	264.751
獎勵成長率	0.2%(優)	0.1%(良)	0.2%(優)	0.1%(良)
111 年品保款額度(億元)	<b>9.298</b>	<b>1.203</b>	<b>0.912</b>	<b>0.265</b>

註：111 年度各部門總額「品質保證保留款」專款之額度，計算方式：以各總額部門評核年度(109 年)一般服務預算\*評核等級獎勵成長率(「良」級 0.1%、「優」

級 0.2%、「特優」級 0.3%)。

五、為提昇及精進健保署及各總額部門未來之執行成效，彙整評核委員書面評核之重點建議如下，業於 8 月 4 日將評核委員之意見送請健保署及各總額部門受託團體回應或補充說明，並列入評核紀錄，於本次會議前寄送委員參閱。至於專款項目續辦與否及經費增減，作為本會 111 年度總額協商之參據。

(一)對健保署及四總額部門(含其他預算)之整體性建議，詳附件一(第 50~52 頁)。

(二)對四總額部門之重點建議，詳附件二~附件五(第 53~61 頁)。

(三)對四總額部門及其他預算專款項目之建議，詳附件六(第 62~65 頁)。綜整各總額部門之專款項目續辦與否、經費增減等建議如下：

總額 部門別	項 數	續辦與否				建議經費				備註
		擴 大	維 持	縮 小	停 辦	增 加	不 變	減 少	刪 除	
醫 院	6		6				6			
西 醫 基 層	7		7				5	2		建議減少預算： 1.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 2.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
牙 醫 門 診	4		4				3	1		建議減少預算： 牙醫急診醫療不足區 獎勵試辦計畫
中 醫 門 診	7		6		1		4	2	1	建議減少預算： 1.中醫提升孕產照護品 質計畫 2.兒童過敏性鼻炎照護 試辦計畫 建議停辦及刪除： 中醫急症處置計畫
跨部門 及其他 預算	14		14				12	2		建議減少預算： 1.C 型肝炎藥費 2.鼓勵院所建立轉診之 合作機制

總額 部門別	項 數	續辦與否				建議經費				備註
		擴 大	維 持	縮 小	停 辦	增 加	不 變	減 少	刪 除	
合 計	38		37		1		30	7	1	

#### 六、評核委員對評核作業之建議：

##### (一) 建議先評核，再決定獎勵成長率：

評核委員的角色主要是以專業角度，對各總額部門(含其他預算)之執行成果進行績效評核及提出建言，不宜於評核等級時將財務因素(品保款額度)納入考量，爰建議於評核結束後，再由健保會依年度健保財務狀況，議定評核結果之獎勵成長率及額度，以避免影響評核委員對於部門等級之評定。

##### (二) 建議由保險人提供初評意見，供評核委員參考：

健保署為保險人，負責健保業務之執行與管理，對於各總額部門運作情形最為瞭解，建議除現行提供監測/調查/統計結果及執行成果報告外，健保署能負起保險人之責任，提出總額部門執行成果之初評建議，供評核委員參考。

決定：

## 對中央健康保險署(簡稱健保署)及四總額部門(含其他預算)之整體性建議

一、肯定健保署長久以來戮力推動健保改革，以有限的預算提供優質醫療服務，誠屬不易。惟面對人口老化及財務困境等挑戰，仍需各界集思廣益、共同努力，以達成健保永續之目標。

### 二、支付制度改革及民眾責任歸屬：

(一)健保醫療資源有限，在論量計酬支付下，目前的醫療服務多是密集度(如：用藥、檢驗檢查)增加，而非病人健康提升，論量計酬已對健保財務造成很大的挑戰，健保署應積極改革支付制度，並強化醫療院所與民眾的盡責度(Accountability)。

(二)透過支付制度改革，例如以 DRGs、論人、論質(醫療給付改善方案)、論值(Value-based)支付，提供誘因，促使醫療院所主動改變醫療型態，避免過多的微觀管理，共同為照護結果及國人健康把關。另期待健保會能透過總額協商，提供適度財務誘因，協助推動住院全面導入 DRGs，強化醫院自我管理。

(三)透過部分負擔改革，例如考量重大傷病免部分負擔之逐步退場(經濟弱勢者除外)，建立使用者付費觀念，讓各 Stakeholder(利益關係人)共同分擔責任，才能有效運用醫療資源。

### 三、以病人為中心照護：

醫療給付改善方案、家庭醫師整合性照護計畫已有部分成效，建議配合衛福部「健保中長期改革計畫」，推動院所端與民眾端的改革措施，透過與衛福部其他司署合作，發展以個案為中心的群體健康管理，並結合風險因子預防、慢性病分級、多重慢性病整合等，落實有效醫療的提供，並合理控制醫療費用，以因應高齡社會的挑戰。

### 四、節流效益之運用：

自 106 年起，健保總額已投入相當預算，配合政府政策辦理各項提高保險效率與節流之措施，如分級醫療、健保雲端查詢系統、C 型肝炎藥費、藥品費用支出目標制(DET)、藥品價量協商(MEA)等。請健保署妥善分析，將節流效益納入總額協商考量，

如做為提升醫療品質、新增給付服務或新藥新科技之財源之一，以減輕調漲保費壓力。

#### 五、整體資源配置：

在健保整體資源配置方面，應考量新冠肺炎疫情、嬰兒潮世代疾病需求，及提升資源使用效益等因素，建議對健保資源做下列重新規劃及配置：

- (一)西醫藥品、特材費用占率逐年升高，人力相關之專業技術項目(診察費、診療費、藥事服務費)占率持續下降，尤其藥費占率已超過 27%，排擠其他醫療服務項目點數之提升，並影響整體點值，宜請健保署考量費用結構配置之合理性。
- (二)支付標準多年未定期全盤檢討，建議新年度能進行第三(或第四)次以 RBRVS 為基礎的通盤檢討，以平衡不同科別或項目之支付標準，減少高科技、高利潤檢查或治療誘因，提升急重症支付標準。
- (三)面對台灣人口老化，尤其在嬰兒潮(出生年為 1946~1964 民眾)影響之下，55~74 歲人口增加(約 585 萬人，為 10 年前同年齡層 398 萬人的 1.5 倍)，建議應就年齡結構之巨幅改變，評估慢性病照護需求之增加情形，並據以調整協商因素之預算分配。
- (四)109 年受 COVID-19 疫情影響，整體醫療利用率下降，應評估疫情對民眾就醫可近性及醫療利用的衝擊，監測同一診斷病人疾病嚴重度與醫療費用的改變，若有因疫情延後就醫，其影響將在次年反映，宜妥為規劃後續之因應。

#### 六、推動分級醫療之成效：

績效指標僅列「區域級(含)以上醫院回轉率」，無法得知分級醫療對民眾有無助益，以及對健保支出、整體效率有無改善，建議從需求面選取更能呈現分級醫療成效之指標。

#### 七、推動健保醫療資訊雲端查詢系統之成效：

健保醫療資訊雲端查詢系統建置不易，資訊日漸豐富。建議健保署加強獎勵誘因，鼓勵醫事人員運用系統查詢資料，透過平台相互溝通，提升照護協調性，而不只著重在重複用藥的提醒功能。

#### 八、COVID-19 疫情影響：

總額部門多以 COVID-19 疫情因素做為多項計畫執行未達目標之說明，但從提供之資料觀之，難以判斷疫情之影響比重，建議積極監測疫情之影響，於 110 年執行成果報告中，嘗試具體分析疫情影響之範疇與比重，並提出持續改善措施及作為。

#### 九、自費監測：

為保障民眾就醫權益，需要加強對自費的監控，目前常規調查無法達到監控的目的。建議健保署應對所有醫療服務的自費支出進行專案調查(不介入管制)，才能瞭解目前民眾自付費用的全貌。

#### 十、減藥計畫：

慢性病患者多重用藥的問題日趨嚴重，目前藥費的支付方式只會增加其使用，建議健保署推動減藥(deprescribing)試辦計畫，以類似包裹支付方式，透過財務誘因鼓勵醫師幫病患減藥。

#### 十一、新醫療科技預算：

有關「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」，宜以實證醫學進行個人化之精準評估與費用精算，以精準匡列預算。

#### 十二、地區預算：

有關地區預算之分配方式及參數，建議將個人疾病風險因素納入考量；另鼓勵各總額擴大風險調整移撥款之編列，獎勵分區主動建立急重症、慢性病防治整合照護網絡，充分運用分區論人計酬及論價值支付，落實分區自治，實現群體健康管理。

#### 十三、審查機制：

各部門總額之核減率有降低趨勢，為增進醫療品質及確保醫療服務效能，請健保署持續發展精準審查，不定期擇重點啟動專案查核，即時對不當醫療利用進行管理，以減少違規案件。



### 對醫院總額之重點建議

一、醫院協會很努力進行總額相關分析與管理，在風險調整基金方面，藉由分區自主發展所需之整合及弱勢照護計畫，值得肯定。惟近年各項健保支付制度改革未見積極推動，期許明年能與健保署共同努力，提升醫療服務效能。

#### 二、支付制度改革：

- (一)論量計酬鼓勵以「服務為導向」造成點值下降，斷頭、攤扣等措施無助整體服務之提升，並讓醫院詬病與抱怨連連。面對人口老化，論量計酬讓醫院、健保、民眾三輸，對醫院經營或健保財務皆造成很大挑戰，建議醫院能配合健保署積極改革支付制度及讓各 Stakeholder 都能為照護結果及費用控制盡責，才能把錢用在刀口上。
- (二)COVID-19 讓醫院省思需調整醫療結構及服務型態，或許正是再度推動支付制度改革的時刻。無論 DRGs、APGs、論人、論質、論值支付，只要有適當配套(論質、論價值)，皆有助於讓醫院由「服務導向」改為「品質、照護結果或價值導向」。健保整體資源配置仍應回歸支付制度改革，減少細碎的微觀管理，讓醫院與民眾共同盡責。
- (三)目前因論量計酬而做的分區自主管理、攤扣等，無助於整體服務提升。支付制度改革是重中之重，建議積極導入、全面施行 DRGs，並輔以論質、風險管理等配套措施，以獎勵醫院減少浪費，提升效率及品質。事實上，住院推動 DRGs 只是支付制度改革的起步，更應該改革的是門診，在論量計酬下，目前的醫療服務多是密集度(如：用藥、檢驗檢查)的增加，而非病人健康照護提升，對照護結果沒有幫助。
- (四) DRGs 自 104 年後便停止導入新階段，且總額費用成長多用於調升住院與重症、手術相關費用，DRGs 各項指標表現均優於非 DRGs 之項目。MDC 之分類與編碼作業已進行 2 年，而醫院協會在推動 TW-DRGs 基礎建設之努力，已改善醫院之編

碼品質，TW-DRGs 之分類不可能完美，建議改善到一定程度，仍應在 111 年導入支付制度。

### 三、具體回應評核意見：

針對過去多數評核委員的意見(包括對 DRGs 的建議、對疾病嚴重度的考慮等)，醫院協會缺乏具體回應，且未能真正就核心問題回答解決方式及具體方案，建議未來應予補強。

### 四、分級醫療執行成效：

目前所列兩項指標較難靈敏反映執行「結果面」成效，建議研擬更敏感的指標，以檢視分級醫療的成效，例如：急重症病患能否即時獲得適當治療，或醫療體系平均效率是否提升(醫療費用或點數有否改變)等。

### 五、COVID-19 疫情影響：

109 年度就醫件數減少，110 年疫情更為嚴峻，勢必造成更大衝擊，尤其對重症及慢性病照護需求者的影響更大。建議提出在降載情況下，對重症及必要看診病患提供持續服務的情形，以及在新冠肺炎疫情下，對民眾就醫可近性及後續疾病發展與醫療費用影響評估。

### 六、自費監測：

醫院部門就診病患自費的金額逐年升高，且上升幅度甚大，顯示自費金額已對病患構成重大負擔，影響其就醫權益甚鉅，實需特別重視，避免自費金額及比率繼續攀升、惡化。

### 七、加強科技評估、再評估：

宜建立藥品及新科技引進及定期再評估之審議機制，配合藥品核價與價格調整機制之修正，讓有限的資源用在更具成本效益的新科技上。除加強科技評估(HTA)、再評估(HTR)之密度外，建議能建立明確的審議標準。

### 八、風險調整基金：

醫院已發展出多項鼓勵創新整合與照顧弱勢的方案，值得肯定。建議擴大試辦，朝區域群體健康管理為目標，搭配論價值支付(區域分區預算+分區照護品質指標)，讓健保署與醫院(甚至診

所)以提升群體健康為總體目標，運用分區預算透過醫療體系整合，提供即時的急重症照護與多重慢性病整合照護，達到三贏的目標。

#### 九、審查機制：

健保點值管控是總額支付制度的一大任務，然而為了維持點值不會過低，是以申報占率攤扣(目前)，還是以抽審核刪放大回推(過去)比較合理，值得討論。

## 對西醫基層總額之重點建議

### 一、慢性病支付制度改革：

- (一)推動分級醫療已有部分成效，但落實分級醫療最關鍵的因素仍在支付制度的改革與基層醫療品質的提升，建議試辦「慢性病支付制度改革方案」，擇疾病試辦醫院、診所同病同酬，鼓勵配合疾病管理，提升基層照護品質，讓更多穩定的慢性病人回流基層，以真正落實分級醫療。
- (二)「家庭醫師整合性照護計畫」涵蓋率已近 50% 診所，且有論值支付之結構，建議搭配國健署「慢性病整合防治計畫」，推動論(價)值支付(value-based payment)以擴大計畫之成效，透過風險因子之預防或控制、健康管理之加強，以整體提高群體健康。上述兩項計畫也可整合部分現有的「醫療給付改善方案」，整體提升多重慢病之管理品質。

### 二、分級醫療成效：

- (一)目前分級醫療效益指標之呈現，都屬結構面或過程面指標，未來應發展結果面指標，提出主要疾病別之實證醫學長期效益評估，才能檢視是否達到政策目的。
- (二)109 年西醫基層「基層接受轉診率」、「基層接受慢性病病人轉診率」都有增加，值得肯定，惟轉診至區域級以上醫院達 65 萬件，但西醫基層接受區域級以上醫院之轉診僅 8.4 萬件，兩者數據差距甚大，應探究實質原因，以提升分級醫療成效。
- (三)依「基層總額轉診型態調整費用」執行結果，自行就醫者與轉診成功者數量差距甚多，究因民眾就醫行為改變，或是健保署轉診平台設計不夠友善？應了解實質原因，以提升轉診成功人數，提供轉診病患持續性、完整照護。

### 三、專業醫療服務品質指標：

- (一)有關 109 年評核委員對專業醫療服務品質指標之建議，多以「刪除或取消指標」或「修訂指標定義或閾值」回應，建議應檢討實際原因，並呈現具體之改善措施。

(二)近年專業醫療服務品質指標監測結果，多符合目標值，建議「住院率」、「平均每人住院日數」及「每人急診就醫率」改為「可避免住院率」、「可避免住院平均住院日數」及「可避免急診率」，以反映基層醫療之具體績效。

(三)近年「剖腹產率—整體」、「剖腹產率—自行要求」及「剖腹產率—具適應症」皆持續上升，且高於醫院部門，應加以檢討，並加強產婦衛教。

#### 四、COVID-19 疫情影響：

(一)多項計畫之執行與成效未達標之說明，多歸因 COVID-19 疫情，疫情雖具有一定的影響程度，但所列資料尚難判斷其影響比重，建議 110 年應嘗試分析疫情影響之範疇與比重，並提出持續改善措施及作為。

(二)109 年因 COVID-19 疫情，多項醫療利用率指標驟降，應進一步評估基層醫療利用減少之診斷別、年齡別、區域差異，以及對慢性病持續治療與預防保健之影響，作為未來預算分配之參考。

#### 五、品質保證保留款：

有關品質保證保留款實施方案之指標及權重設定，建議指標未來應朝向增加挑戰度之方向修訂，並宜避免總分超過 100% 之情形，以提高指標鑑別度。

#### 六、家庭醫師整合性照護計畫：

(一)計畫品質指標中「會員急診率」、「潛在可避免急診率」、「可避免住院率」及「固定就診率」是家醫計畫重要的績效指標，建議提高配分，並提升指標表現。

(二)本計畫執行多年，但整體成效與執行困難之處仍不明確，建議健保署規劃進行大型調查計畫，蒐集醫界與民眾的經驗與意見，透過多方討論，提出更具建設性的改革方案。

### 對牙醫門診總額之重點建議

- 一、牙醫部門往年在專業自主管理表現優異，惟綜觀近年牙醫整體表現未見持續提升，建議牙醫部門應建構全人醫療服務模式或提升照護品質之更具前瞻性的服務，將提升品質及照護結果列入牙醫門診總額改革之重點方向。
- 二、近 10 年牙醫部門所提各項專案計畫多具預防保健性質，建議提出歷年健保預算投入對整體醫療費用節省之效益評估資料，並思考如何為病人提供更好、更佳的新興醫療服務。對涉及預防保健性質之牙醫醫療服務，不宜由健保支應，應優先爭取公務預算，以確保健保財務穩定。
- 三、年度重點項目及指標設定：
  - (一)近年所訂之年度重點項目及總額協定事項，多以「服務量」作為「執行目標」及「評估指標」，建議選取可彰顯牙醫部門之重點項目及努力目標，並以結果面及照護成效，設定年度重點項目、績效指標。
  - (二)有關國人牙齒保存現況及改善情形，國內兒童口腔健康雖有改善，惟仍高於 WHO 所訂之兒童齲齒率目標，且 109 年拔牙顆數較 108 年略微增加，請牙醫部門分析原因，並依所提之短、中、長期目標，分階段設定各期之績效指標，視執行成效滾動式檢討，以早日達到所訂之目標。
  - (三)請牙醫部門重新思考年度重點項目所訂績效指標，及其設定目標值之適切性，例如「院所加強感染管制申報率(目標值採近 3 年全國平均值\*(1-10%))」、「有就醫者平均拔牙顆數(目標值採近 3 年全國平均值\*(1+10%))」，有檢討之必要性。
- 四、改善資源分布：

「以鄉鎮市區發展程度，最高與最低兩組醫師之人力比」呈逐年擴大趨勢(105~109 年介於 11.91~13.87 倍之間)，顯示牙醫資源分布差距加大，建議研提因應對策，以緩和此趨勢。
- 五、醫療服務品質調查：

(一)牙醫部門之「預約(或看到)醫師的容易度」較其他總額部門低，近年似乎沒有太大改善，民眾不易看到牙醫師之原因為「病人很多，不易掛號」，亦是歷年普遍的問題，建議積極研提改善策略。

(二)109 年牙醫部門之「除掛號費與部分負擔，有自付其他費用」比率及金額持續上升，建議深入瞭解原因及研擬改善對策。

#### 六、提升感染管制品質：

有關全面提升感染管制品質，實地訪查初核合格率为 94.7%，民眾就醫安全仍有風險，建議加強實地訪查之抽查比率，及對訪查不合格之院所加強管理與輔導機制。

#### 七、牙周病統合治療：

牙周病統合治療方案已於 108 年導入一般服務，109 年服務人次未達執行目標(30 萬人次)，建議牙醫部門持續提升照護人數與照護品質，並監測執行情形。

#### 八、地區預算：

建議於地區預算中提撥部分預算，以獎勵分區發展論人(值)試辦計畫，用於改善學齡兒童及老人口腔健康，期降低齲齒率及提高剩餘牙齒顆數。

#### 九、專款項目：

建議通盤評估多項專案計畫之服務目標族群(母群體)之口腔健康及需求，並進一步分層分析，探討目標族群(母群體)未接受服務的原因，以作為未來改善之參據，而非以放寬適用對象，提升照護人數為目標。

## 對中醫門診總額之重點建議

### 一、改善中醫就醫率：

- (一)有關年度重點項目「中醫利用的檢討與規劃」，109 年中醫門診之服務人數及服務人次均為負成長，未達原訂的績效指標。近年醫療費用成長，都反映在就醫者平均就醫次數及點數的成長，而非就醫人數，應設法改善中醫就醫率逐年下降之問題，尤其是醫療資源不足地區，以提升民眾的就醫可近性與公平性。
- (二)執行成果報告顯示，中醫門診 2 年內初診患者人數比率不增反降，顯示民眾對中醫的信任度不足，在開拓新病患上似乎面臨瓶頸，建議中醫部門宜省思，提出解決良策。
- (三)執行成果報告說明，以舉辦健康養生講座、小華佗營活動、製作張貼宣導海報及中醫養生保健手冊等方式，廣為宣傳及提升中醫之能見度及重要性，值得肯定。但廣度(普遍性)及有效性(療效實證)是否足夠獲得民眾信任，更為關鍵，期待中醫部門設法突破。

### 二、醫療服務品質調查：

在健保署醫療服務品質調查中，中醫門診「除了掛號費和部分負擔外，是否有自付其他費用」比率高於其他部門；另醫護人員進行衛生教育指導及解說病情與照護方法等部分，其比率持續退步，有努力改善之必要。

### 三、專業醫療服務品質指標：

目前中醫門診總額專業醫療服務品質指標，多為醫療利用指標，建議研擬較能反映中醫品質及療效的成果面指標，並適度提高各項監測指標之目標值。

### 四、藥費占率：

近年支付標準調整，藥費占率逐年提升，109 年已近 4 成，中醫門診總額規模較其他部門小，持續調高藥品占率下，若需新增或調整支付標準項目，將影響點值，建議及早因應。



## 五、新增協商項目監測：

110 年總額新增針灸處置、傷科處置品質提升項目，應建立監測系統，觀察是否有 upcoding(編碼高報)或申報異常現象，並監測病人接受處置後，因相同診斷再次就診(同院所、跨院所)比率，以確保醫療品質及資源有效利用。

## 六、地區預算：

中醫醫療資源(包括中醫師及院所)集中、分布不均之現象，尚欠缺有效改善方案，建議逐年增加地區預算分配公式中的人口占率，降低分區每人預算數之落差，以提升資源分配公平性。

## 七、審查制度：

近年中醫核減率下降甚多，各區差異大，請留意各分區間審查尺度之一致性，另 109 年特約機構違規事項「其他以不正當行為或以虛偽證明、報告或陳述，申報醫療費用」大幅增加，應加強改善。

## 八、專款項目：

(一)多項專案試辦計畫如「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」，已經試辦超過 7 年，成效良好者應規劃納入一般服務，另對於醫院未設置中醫門診者，宜建立院外中醫會診或轉診等策略聯盟方式，為病人提供服務。

(二)部分專案計畫如「中醫急症處置計畫」、「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」，收案人數下降、預算執行率偏低；「中醫提升孕產照護品質計畫」之保胎成功率與助孕成功率亦持續下降，建議檢討是否值得繼續推動。

## 九、雲端資訊運用：

近年各總額部門持續編列網路頻寬補助費用，期加強健保雲端資訊之運用，中醫門診雲端藥歷查詢率僅 71%，低於其他部門，建議檢討改善，維護民眾用藥安全。

## 對四總額部門及其他預算專款項目之建議

## (一)個別總額部門之專款項目

總額別	專款項目	續辦與否				建議經費				111 年建議
		擴大	維持	縮小	停辦	增加	不變	減少	刪除	
醫院	1.急診品質提升方案		V				V			
	2.醫療資源不足地區改善方案(醫院支援西醫基層)		V				V			
	3.醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫		V				V			
	4.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		V				V			
	5.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質		V				V			
	6.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)		V				V			
西醫基層	1.家庭醫師整合性照護計畫		V				V			
	2.醫療資源不足地區改善方案		V				V			
	3.偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫(109 年新增計畫)		V				V			
	4.強化基層照護能力「開放表別」		V				V			
	5.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		V					V		預算執行率偏低，建議減少經費。
	6.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		V					V		預算執行率偏低，建議減少經費。
	7.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用		V				V			
牙醫門診	1.醫療資源不足地區改善方案		V				V			
	2.特殊醫療服務計畫		V				V			
	3.牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫(109 年新增計畫)		V					V		考量 109 年預算執行率不高，110 年已增加預算，且執行成效有待觀察，建議減少經費。
	4. 0~6 歲兒童口腔健康照護試辦計畫(110 年新增)		V				V			1.建議檢討本計畫內容，如涉及預防保

總額別	專款項目	續辦與否				建議經費				111 年建議
		擴大	維持	縮小	停辦	增加	不變	減少	刪除	
										健相關服務，應回歸公務預算支應。 2.本計畫尚未實施，建議協商時再視執行成效增減經費，另請持續監測本計畫執行情形及成效。
中醫門診	1.醫療資源不足地區改善方案		V				V			
	2.西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 (1)腦血管疾病 (2)顱腦損傷 (3)脊髓損傷		V				V			
	3.中醫提升孕產照護品質計畫		V					V		預算執行率偏低，保胎成功率及助孕成功率均持續下降，建議減少經費，並檢討計畫效益。
	4.中醫癌症患者加強照護整合方案 (1)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫 (2)癌症患者中醫門診延長照護計畫 (3)特定癌症患者中醫門診加強照護計畫		V				V			
	5.兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫		V					V		預算執行率不高，服務人數及服務人次顯著下降，建議減少經費，並檢討計畫續行之必要。
	6.中醫急症處置計畫				V				V	預算執行率偏低、收案人數少，建議停辦及刪除經費。
	7.中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(109 年新增計畫)		V				V			

(二)跨部門及其他預算之專款項目

專款項目		續辦與否				建議經費				111 年建議
		擴大	維持	縮小	停辦	增加	不變	減少	刪除	
門診透析	1.慢性腎臟病照護及病人衛教計畫 (1)初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(Early-CKD) (2)末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫(Pre-ESRD) (3)慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫		V				V			
跨部門 (西醫基層、醫院)	2.C 型肝炎藥費(含其他預算「支應醫院及西醫基層 C 型肝炎藥費專款不足之經費」)		V					V		109 年預算執行率降低，能治療的個案已逐漸減少，建議減少經費，若協商時欲增加預算，則建議以 C 肝新藥之節流效益做為財源補足，或尋求公務預算支應。
	3.醫療給付改善方案(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、孕產婦全程照護、慢性阻塞性肺疾病及提升醫院用藥安全與品質方案)		V				V			
	4.鼓勵院所建立轉診之合作機制		V					V		預算執行率不高，執行成效有待提升，建議減少經費。
	5.基層總額轉診型態調整費用		V				V			考量轉診資訊交換平台已於 106 年建置，運作多年，已日趨完善，應運用此平台使轉診病患得到完整照護，建議本項經費動支條件應限定於轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)。

專款項目		續辦與否				建議經費				111 年建議
		擴大	維持	縮小	停辦	增加	不變	減少	刪除	
其他預算	6.山地離島地區醫療給付效益提昇計畫		V				V			
	7.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)		V				V			
	8.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)跨層級醫院合作計畫 (3)急性後期整合照護計畫		V				V			
	9.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)		V				V			
	10.提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫		V				V			
	11.提升用藥品質之藥事照護計畫(109 年未執行)		V				V			
	12.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		V				V			
	13.調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費		V				V			
	14.提升保險服務成效		V				V			請健保署加強辦理 HTA(醫療科技評估)、HTR(醫療科技再評估)相關業務，以提升保險服務成效，並盡力爭取公務預算支應。



# 附錄





副本

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：江小姐  
聯絡電話：(02)8590-6766  
傳真：(02)8590-6048  
電子郵件：hgdueduc@mohw.gov.tw

11558



臺北市南港區忠孝東路6段488號4樓

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年7月30日

發文字號：衛部保字第1101260216C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：「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第七十九條附件二、第八十條附件三、第八十一條附件四、第八十二條附件五、第八十三條附件六、第八十四條附件七，業經本部於中華民國110年7月30日以衛部保字第1101260216號令修正發布，並自110年1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、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、中華民國西藥代理商業同業公會、臺灣製藥工業同業公會、中華民國製藥發展協會、中華民國開發性製藥研究協會、台北市西藥代理商業同業公會、台灣藥品行銷暨管理協會、中華民國西藥商業同業公會全國聯合會、社團法人中華民國學名藥協會、台灣研發型生技新藥發展協會、中華民國醫療器材商業同業公會全國聯合會、中華民國儀器商業同業公會全國聯合會、台北市美國商會醫療器材組、台北市歐洲商務協會、台灣醫療暨生技器材工業同業公會、台北市儀器商業同業公會、台北市進出口商業同業公會、台灣先進醫療科技發展協會

副本：衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部食品藥物管理署、衛生福利部國民健康署、衛生福利部疾病管制署、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會、本部醫事司(均含附件)

部長陳時中

分層負責代碼	一層	二層	三層	四層

健保會 11001  
110. 8. 2

檔 號：

保存年限：

## 衛生福利部 函

地址：11558臺北市南港區忠孝東路6段488號

傳真：(02)27069043

承辦人及電話：張毓芬(02)27065866轉2629

電子郵件信箱：A111037@nh.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8月2日

發文字號：衛授保字第1100009534號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：無

主旨：有關全民健康保險醫療給付費用醫院總額部門110年第2季結算方式，詳如說明，請查照。

說明：

- 一、依本部110年7月19日衛部保字第1100126297號函暨全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商會議110年第2次臨時會議決議辦理。
- 二、旨揭結算方式，調整重點如下：
  - (一)110年第2季分區預算，依近3年(107-109年)第2季平均跨區費用占率，校正為各分區就醫別之預算。
  - (二)110年第2季(費用年月4-6月)醫院總額一般服務之收入以1點1元計算與108年同期(費用年月4-6月)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，上限為108年同期。交付機構(每點1元)按原方式依110年核定醫療點數納入結算。
  - (三)對於新設醫院、108年基期異常醫院、成長型、特殊醫院服務之剛性需求，以及配合防疫受影響等醫院，由本部中央健康保險署分區共管會議決議。
  - (四)各分區預算(扣除自墊核退等金額)經前開分配後如有剩餘，由本部中央健康保險署分區共管會議再予分配。
  - (五)專款、其他部門按原方式納入結算。另專款部分，醫療資

源不足地區之醫療服務提升計畫，其納入浮動當年結算之浮動點值每點支付金額最高補至1元，其中「當年結算之浮動點值」以110年第1季浮動點值計算。

三、因110年第2季無一般服務點值，爰110年第3季一般服務部門、專款及其他部門中涉及「前一季」及「最近一季」係指110年第1季結算點值。

正本：本部全民健康保險會、台灣醫院協會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、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、中華民國藥師公會全國聯合會、衛生福利部中央健康保險署各分區業務組

副本：本部社會保險司、衛生福利部中央健康保險署醫務管理組、衛生福利部中央健康保險署醫審及藥材組、衛生福利部中央健康保險署企劃組、衛生福利部中央健康保險署資訊組、衛生福利部中央健康保險署財務組、衛生福利部中央健康保險署主計室、衛生福利部中央健康保險署違規查處室



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7月30日

發文字號：健保醫字第1100033943號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網公告區擷取)



主旨：公告「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫之山地鄉全人整合照護執行方案徵求書」，請有意願參與之特約醫事服務機構，擇定執行地區並檢具計畫書，於110年10月1日前向本署各分區業務組提出申請(郵戳或現場收件日為憑)。

依據：全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額協定事項辦理。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部國民健康署、衛生福利部疾病管制署、本署各分區業務組、本署醫務管理組

衛生福利部中央  
健康保險署校對章(5)

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1103300151

110. 8. 2

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7月12日

發文字號：健保醫字第1100033772號

附件：請自行至本署全球資訊網下載



主旨：公告110年7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7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  
健康保險署校對章(5)

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1103300147

附錄五

6 項中醫醫療照護計畫自 110 年 7 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	0	0	1	0	1	0	2
		醫師數	0	0	1	0	3	0	4
中醫提升孕產照 護品質計畫		院所數	0	3	0	0	3	0	6
		醫師數	0	8	0	0	11	0	19
中醫門診總額兒 童過敏性鼻炎照 護試辦計畫		院所數	1	2	0	1	3	0	7
		醫師數	1	5	0	1	6	0	13
全民健康保險中 醫急症處置計畫		院所數	0	0	0	0	1	0	1
		醫師數	0	0	0	0	3	0	3
中醫癌症患者加 強照護整合方案	癌症患者西 醫住院中醫 輔助醫療計 畫	院所數	0	0	0	0	1	0	1
		醫師數	0	0	0	0	3	0	3
	癌症患者中 醫門診延中 長照護計畫	院所數	0	0	0	0	1	0	1
		醫師數	0	0	0	0	3	0	3
	特定癌症患 者中醫門診 加強照護計 畫	院所數	1	7	0	0	1	0	9
		醫師數	1	14	0	0	4	0	19
全民健康保險中 醫慢性腎臟病門 診加強照護計畫		院所數	0	1	2	1	0	0	4
		醫師數	0	1	2	1	0	0	4

# 衛生福利部全民健康保險會

## 第 5 屆 110 年第 4 次委員會議更新及補充資料目錄

會議時間：110 年 8 月 20 日

### 一、議程四、「本會重要業務報告」

更新：說明二、有關111年度全民健保醫療給付費用總額協商會議(110.9.23)議程安排(會議資料第10頁)----- 1

### 二、優先報告事項第一案

補充：衛生福利部交議111年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案之簡報資料(會議資料第24頁) ----- 3

### 三、委員對本次會議之會前書面意見 ----- 52





#### 四、本會重要業務報告

.....

二、有關 111 年度全民健保醫療給付費用總額協商會議(110.9.23)議程安排：

(一)依上次委員會議(110.7.23)抽籤結果，及第 2 次委員會議(110.6.25)決議通過之「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」，擬訂 111 年度總額協商會議議程(草案)，如附件二(第 22~23 頁)。

(二)協商當天上午 9 時至 9 時 30 分為預備會議時間，供付費方、醫界方視需要召開會前內部會議之用，若有需要召開，請事前通知本會同仁，以利安排會議場地。

(三)因應疫情，本會配合二級警戒室內集會活動人數限制及衛福部會議室之容額規定，安排協商相關會議場地及人員規劃如下(詳如附件)：

1.主要協商會議地點安排在 301、304 以雙會議室同步連線方式進行

(1)301 會議室：以付費者代表委員、協商場次之總額部門代表委員及協商代表與工作人員為主(容額 50 人)。

(2)304 會議室：專家學者及公正人士、非協商場次之委員為主(容額 16 人)。

2.內部會議

(1)302 會議室：醫界方協商代表(容額 16 人)。

(2)303 會議室：付費方委員代表(容額 25 人)。

3.等待區(東側沙發區)：非協商場次之總額部門相關人員。

**「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議」及  
「第 5 屆 110 年第 5 次委員會議」與會人員**

類別 地點及人數		9/23(協商會議)		9/24(委員會議)	
		301 會議室	304 會議室	301 會議室	304 會議室
健保會 委員	主席及付費者代表(21 人)	21	-	21	-
	醫事服務提供者代表 (10 人)	協商場次之 總額部門代表 委員	非協商場次 之委員	四總額部門 之委員	護理、藥師 委員
	專家學者及公正人士(6 人)	-	6	-	6
	政府代表(2 人)	1(衛福部)	1(國發會)	1(衛福部)	1(國發會)
各單位 列席 人員 (註 3)	社會保險司(1 人)	-	1	-	1
	中央健康保險署(4 人) (署長、副署長、醫管 及醫審組長)	2	2	2	2
	健保會(5 人)	5	-	5	-
各部門 協商 代表 (註 1、2)	牙醫/中醫/西醫基層/ 醫院總額部門(9 人)	9 (協商場次之 總額部門)	-		
	門診透析服務(9 人) -醫院、西醫基層 (請由上述 9 名協商 代表派員)	各 4	-		
	-腎臟醫學會	1	-		
相關工 作人員 (註 1、2)	牙醫/中醫/西醫基層/ 醫院總額部門(1 人)	1 (協商場次之 總額部門)	-		

- 註：1 本部 301 會議室容額限制為 50 人，協商場次之總額部門代表委員、各部門協商代表及相關工作人員，於所屬部門協商場次，再進入 301 會議室。
2. 四總額部門之協商，除健保會之委員代表外，各部門協商人員最多以 9 人為限。協商門診透析服務時將邀請台灣腎臟醫學會推派 1 名代表列席說明。
3. 會議規範所列各單位列席人員：社保司 1 人、健保署 4 人、健保會 5 人。
4. 非協商場次之總額部門相關人員，請在 3 樓東側沙發區等候。

## 優先報告事項

### 第一案

案由：衛生福利部交議 111 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案。

衛福部說明行政院總額範圍核定情形及政策方向，由以下單位報告，依序如下：

主責單位	報告人	報告主題	報告時間
社會保險司	商東福司長	111 年度醫療給付費用總額範圍及政策目標交議案說明	8 分鐘
國民健康署	魏璽倫副署長	I-1 推動「國家慢性病整合防治計畫」，發展多元慢性病照護模式	8 分鐘
護理及健康照護司	蔡淑鳳司長	I-2 建立住院護理整合照護服務計畫	8 分鐘
心理及口腔健康司	譚立中司長	II-1 強化精神照護體系	3 分鐘
醫事司	劉玉菁副司長	II-2 重整醫療體系架構	3 分鐘

## (一)社會保險司



衛 生 福 利 部  
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

# 111年度醫療給付費用總額範圍 及政策目標交議案說明

社會保險司  
110年8月20日



1



## 大 綱

- 行政院核定111年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍及函示事項
- 111年度全民健康保險醫療給付費用總額協商之政策目標及計畫

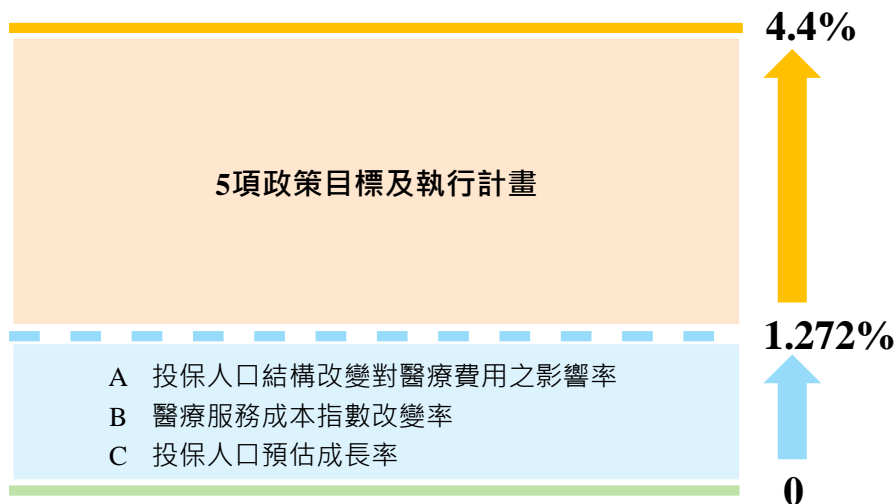


2



## 行政院核定111年度健保總額範圍

- 行政院 110 年 7 月 30 日以院臺衛字第 1100022758 號函核定 111 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍。



3



## 行政院核定之函示事項<sup>1/2</sup>

- 一、鑒於中長期改革計畫係現階段之重要政策方向，請本部衡酌整體醫療需求、財務狀況及民眾付費能力等因素，通盤考量醫療資源配置之妥適性及優先順序，持續提升健保運作效率，檢討支付制度、給付範圍及收支連動之合理性；並積極連結健保、公衛及照護體系，以擴大健保資源之使用效益，並促進健保制度之永續經營。

### 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。

4



## 行政院核定之函示事項<sup>2/2</sup>

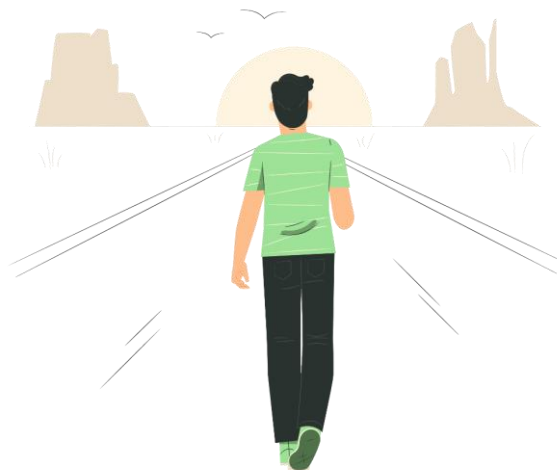
- 二、為因應嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)之衝擊，請本部持續關注疫情對保費收入及醫療利用之影響，以對整體財務做出更合理之評估；另請持續檢討現行費基結構及財務負擔之公平性，以建構更穩健之財務制度。
- 三、隨著人口老化、醫療需求增加，健保支出將持續成長，惟收入面受整體經濟發展及人口成長趨勢影響，致成長幅度有限。110年一般保險費費率雖已調整至5.17%，當年度保險財務仍呈現入不敷出，且未來收支短絀持續擴增，爰應審慎提前規劃因應。
- 四、有關本部所提給付支出與收入面之各項配套措施，除相關計畫方案之規劃，亦牽涉法規之調整，請積極推動並充分掌握推動期程與效益。

5



## 111年度總額政策目標

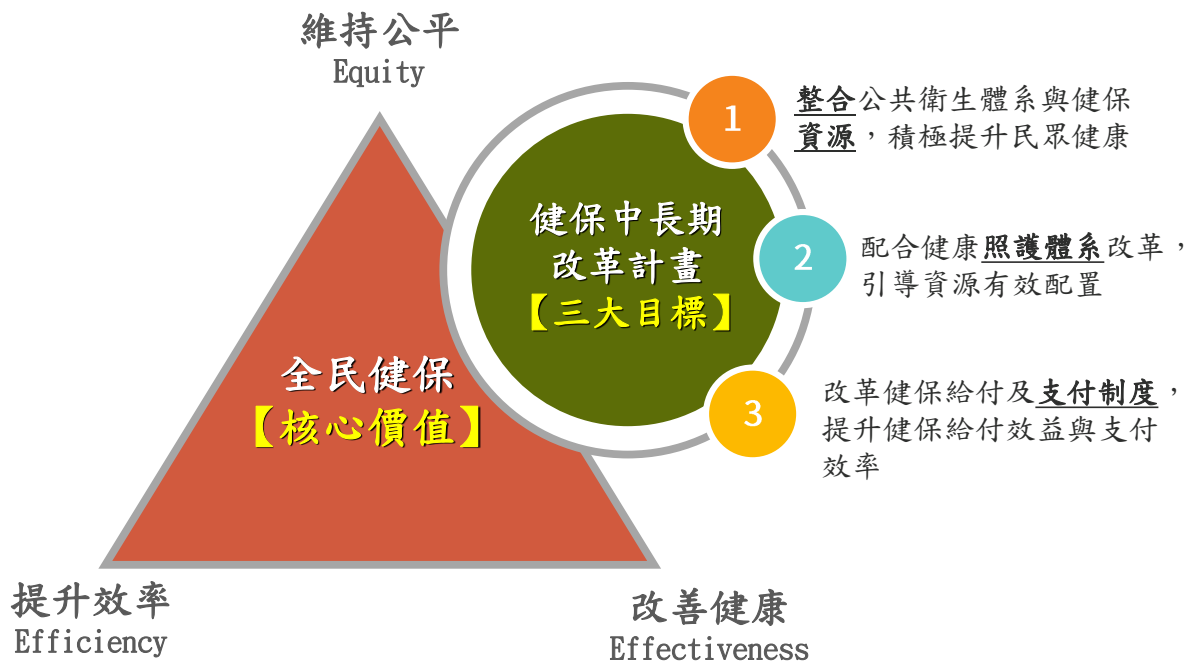
- ✓ 全民健康保險醫療給付總額  
中長期改革計畫
- ✓ 賡續健保總額之項目或計畫



6



## 健保中長期改革計畫架構



7



## 中長期改革計畫努力方向--部長裁示

- 中長期改革計畫不單只著眼於健保支付制度的改革，更重要的是促進衛生政策與健保的合作，各司署都應對自身所要推動的政策有更具整體性、全面性的規劃。
- 健保已是發展很好的制度，應思考將健保當成一個很好的工具，各司署在規劃政策時，可藉由健保制度去推動，使得政策推動效率提高，健保更具有價值，進而健保醫療費用更加合理平衡、醫療品質更提升。
- 每年總額調整，雖然在計畫推動上會以「年度」視之，但健康政策應採更長遠的規劃，才能保障國民健康，改革是辛苦的，尤其在疫情期間，挑戰非常大，我們一起努力。

8



## 全民健康保險醫療給付總額 中長期改革計畫之10項行動方案

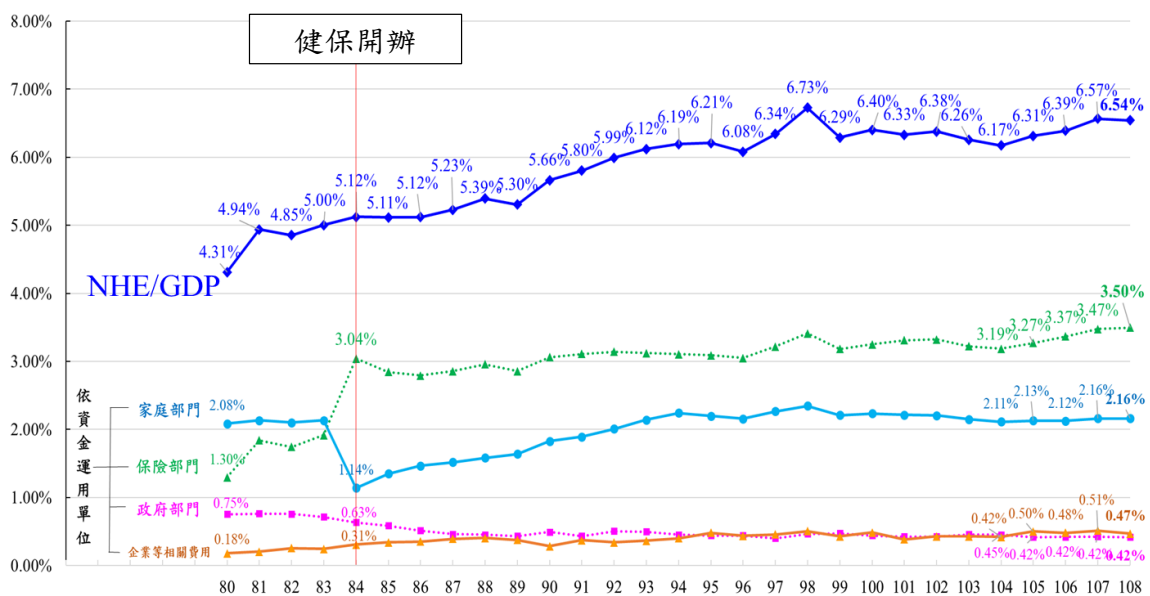
序號	框架	方案
1	框架I: 結合公衛與健保資源，發展照護模式 提升健保支付效率	I-1推動「國家慢性病整合防治計畫」，發展多元慢性病照護模式
2		I-2建立住院整合照護計畫
3		I-3結合長照資源，推動連續性照護
4		I-4發展早期介入照護模式(C肝)
5	框架II: 藉由健保制度，精進醫療照護相關體系，提升服務效率	II-1強化精神照護體系
6		II-2重整醫療體系架構
7	框架III: 健保給付支付制度改革，減少無效醫療，提升給付效益與支付效率	III-1提供獎勵誘因，以醫院為單位導入DRG制度
8		III-2推動門診包裹式支付
9		III-3改革藥品給付支付制度
10		III-4導入健康科技評估(再評估)制度 (A.藥品、特材;B.新診療項目)

9



## 醫療保健支出占GDP比率之比較

- 醫療保健支出占GDP比率（80年至108年）



資料來源：本部110年1月20日發布之「108年國民醫療保健支出統計分析」。

10





# 111年度總額協商之政策目標及計畫

1/3

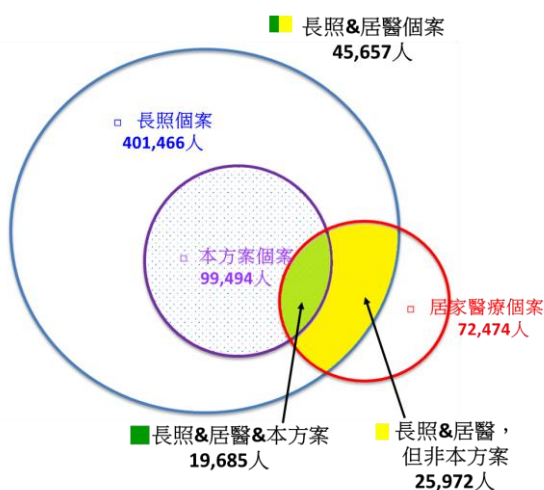
## 一. 結合公衛與健保資源，精進照護模式，提升健保支付效率

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信、加強病人自我照護。
2. 推動住院護理整合照護，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。

11



## 居家失能個案家庭醫師照護方案



■服務內容：針對長照需要等級第2-8級之居家個案失能個案，由醫護人員就近於社區中進行健康及慢性疾病管理，並由醫師開立長期照護醫師意見書，提供擬定長期照顧計畫之參考，以及服務人員照顧個案之特殊注意事項。

■長照個案且為109年健保署居家醫療照護整合計畫(以下稱健保居整計畫)個案共45,657人，其中加入長照居家失能方案個案共19,685人，顯示長照個案且為109年健保居整計畫之個案，有25,972人未加入長照居家失能方案。

12



## 減少照護機構住民至醫療機構就醫方案

排序	簽約家數	醫療機構家數
1	26	1
2	19	1
3	13	1
4	12	1
5	8	1
6	7	5
7	6	3
8	5	4
9	4	8
10	3	14
11	2	41
12	1	160

■ 109年度辦理成果：照護機構家數453家、醫療機構238家

■ 目標：一家照護機構僅由單一醫療機構報備支援

- 109年度醫療機構簽約照顧機構家數

13



## 111年度總額協商之政策目標及計畫

2/3

### 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

1. 廣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寬基層可執行之項目。
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銜銜機制。
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。

14



# 111年度總額協商之政策目標及計畫

3/3

## 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

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

## 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

15



## 中長期改革計畫 納入111年度總額之計畫

報告主題	主責單位
I-1推動「國家慢性病整合防治計畫」，發展多元慢性病照護模式	國健署
I-2建立住院護理整合照護服務計畫	照護司
II-1強化精神照護體系	心口司
II-2重整醫療體系架構	醫事司

16

## (二)國民健康署

# 國家慢性病整合防治計畫

## -代謝症候群個案之疾病管理與照護

衛生福利部國民健康署

110年8月20日

1

### 緣起

- 配合部政策目標，辦理健保中長期改革計畫，「整合公共衛生體系與健保資源，積極提升民眾健康」。

□ 中長期改革計畫重點在於促進衛生政策與健保之合作。

□ 應思考將健保當成一個很好的工具，使政策推動效率提高，健保更具有價值。

- 111年度總額協商，期望能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信、加強病人自我照護。



2

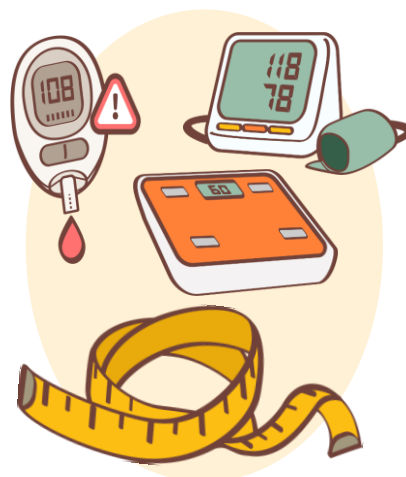
## 疾病管理相關經費

- 108年健保10大最花錢疾病中，慢性病占大宗，故以疾病管理為手段，避免慢性疾病耗費更多醫療資源，是當今首要工作。

疾病別名稱	醫療費用	就醫人數	平均每人就醫費用
1.慢性腎臟疾病	533.16億元	39.7萬人	13萬4157元
2.第二型糖尿病	309.60億元	153.6萬人	2萬150元
3.齒齦炎及牙周疾病	180.03億元	906.1萬人	1987元
4.齲齒	166.46億元	577.9萬人	2880元
5.本態性(原發性)高血壓	140.27億元	179.2萬人	7829元
6.來院接受抗腫瘤治療(註2)	134.05億元	7.7萬人	17萬3783元
7.呼吸衰竭	125.16億元	4.1萬人	30萬2361元
8.慢性缺血性心臟病	122.66億元	38.2萬人	3萬2083元
9.思覺失調症	115.09億元	10.6萬人	10萬8473元
10.支氣管及肺惡性腫瘤	110.12億元	6萬人	18萬3000元

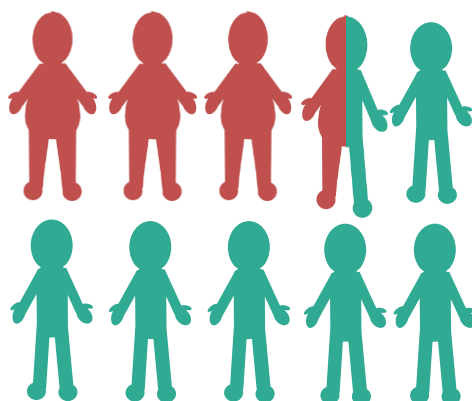
註1：費用以健保點值1點1元計算  
 註2：各種癌症治療，比如放、化療或免疫療法、緩和照護等，不包括肺癌檢查

## 109年國人十大死因八項為慢性病，且與代謝症候群密切相關



共同危險因子:體重過重、腰圍過粗  
及三高(高血壓、高血糖、高血脂)

# 代謝症候群不可輕忽



國內40歲以上成人代謝症候群

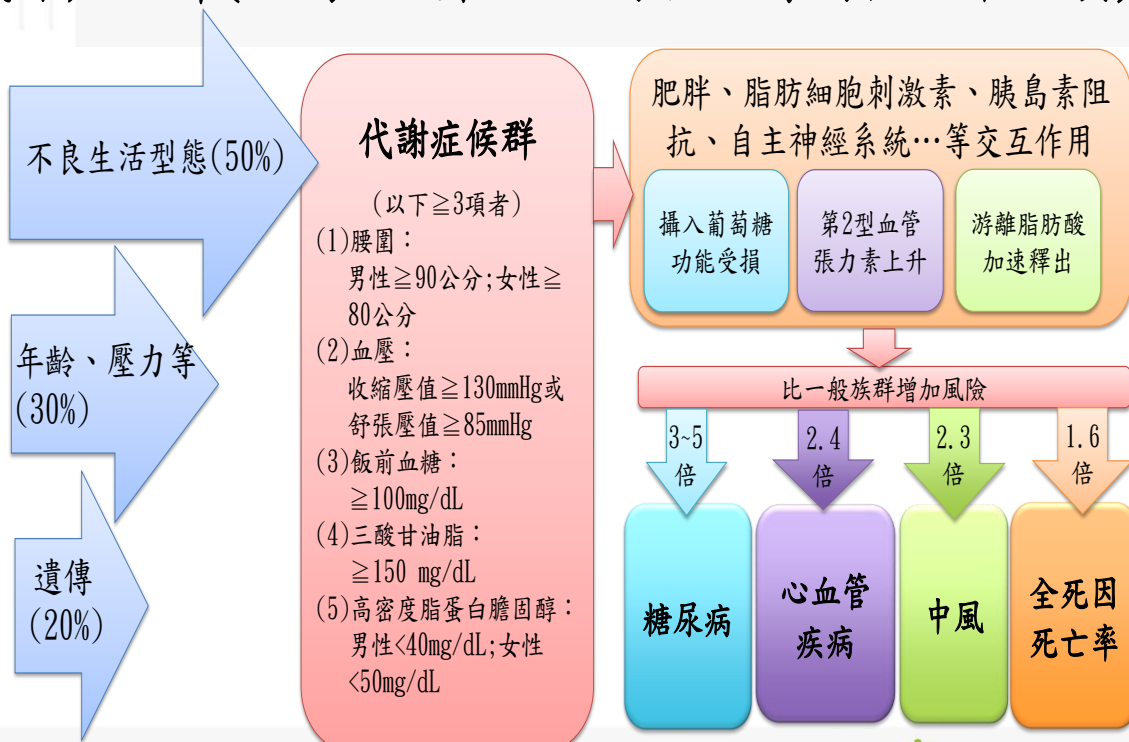
每10人就有3.6人

資料來源：107年成人預防保健服務資料

國民健康署

5

## 代謝症候群(三高、腰粗、好的膽固醇偏低，中三項)



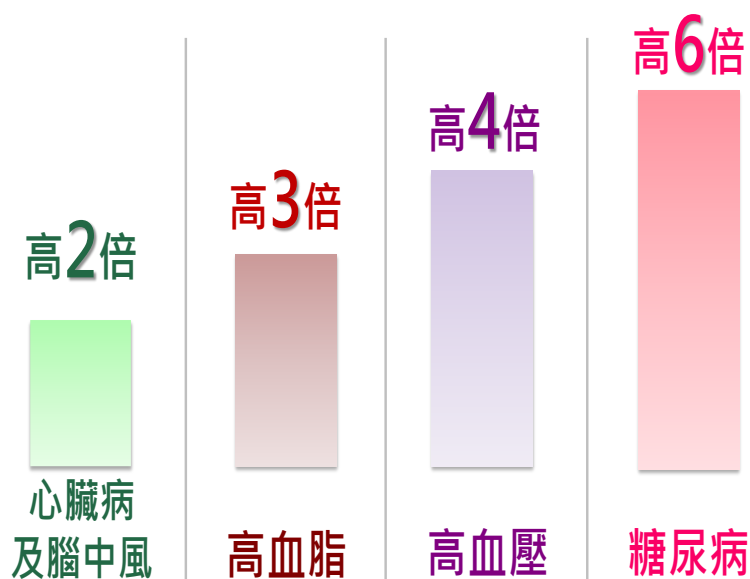
資料來源：陳志誠、成和正、鍾瑞容、王中敬 (2018)。代謝症候群與生活型態建議。家庭醫學與基層醫療，33(1)，16-22。

國民健康署

6



## 代謝症候群罹患疾病機率比一般人高



## 成人預防保健服務發現之代謝症候群(ICD:E88.81)

■ 健康署每年約14億元投入代謝症候群及其他疾病初期篩檢。

	總人數	腰圍超標	血壓異常	血糖異常	高密度脂蛋白膽固醇異常	不運動	吸菸	飲酒	嚼檳
人數(千人)	550	482	225	445	251	301	58	75	24
比率(%)	100	88	41	81	46	55	11	14	4

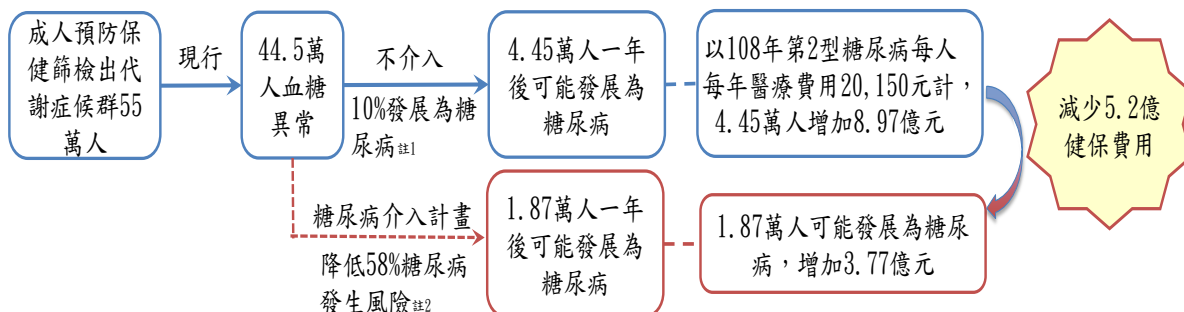
註：1. 表格資料擷取自國健署107年成健資料庫，總人數1,874,118人。

2. 代謝症候群個案人數醫院約占27%，診所約占73%。



## 代謝症候群管理預期效益

- 代謝症候群將發展為糖尿病、心血管疾病等多種慢性疾病，以糖尿病為例：



- 若強化疾病管理，將**減少後端健保資源之耗用**。

註：

1. Tabák A.G., Herder C., Rathmann W., Brunner E.J., Kivimäki M. Prediabetes: a high-risk state for diabetes development. Lancet. 2012 Jun 16;379(9833):2279-90. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60283-9. Epub 2012 Jun 9. PMID: 22683128; PMCID: PMC3891203.
2. Li G., Zhang P., Wang J., Gregg E.W., Yang W., Gong Q., Li H., Li H., Jiang Y., An Y., Shuai Y., Zhang B., Zhang J., Thompson T.J., Gerzoff R.B., Roglic G., Hu Y., Bennett P.H.. The long-term effect of lifestyle interventions to prevent diabetes in the China Da Qing Diabetes Prevention Study: a 20-year follow-up study. Lancet. 2008 May 24;371(9626):1783-9. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60766-7. PMID: 18502303.

## 方案內容

- 申請機構和服務對象：

- 機構:成人預防保健服務特約醫事機構。

- 對象:符合資格之個案。

- 行政作業：

- 相關數據紀錄於病歷備抽審。

- 危險因子與檢查結果上傳至健保資料庫。





## 成人預防保健服務-健保加值方案規劃

### 現行成人預防保健服務

### 健保加值方案

服務對象	頻率	內容	服務內容	
			第一階段	第二階段
40歲以上未滿65歲	每3年1次	每案補助520元-第1階段300元+第2階段220元 B、C型肝炎篩檢200元/案	<ul style="list-style-type: none"> <li>基本資料：問卷（疾病史、家族史、服藥史、健康行為：菸、酒、檳、運動與咳嗽（TB）、憂鬱檢測等）</li> <li>實驗室檢查：                             <ol style="list-style-type: none"> <li>血液檢查：<u>飯前血糖</u>、總膽固醇、<u>三酸甘油酯</u>、<u>高密度脂蛋白膽固醇</u>、AST(GOT)、ALT(GPT)、肌酸酐</li> <li>尿液檢查：蛋白質（定量與定性）</li> <li>腎絲球過濾率(eGFR)：血液肌酸酐估算</li> <li>B、C型肝炎篩檢：B型肝炎表面抗原（HBsAg）C型肝炎抗體(anti-HCV)：民國55年或以後出生且滿45歲，搭配成健終身1次</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>檢驗結果判讀</li> <li>身體檢查：身高、體重、<u>血壓</u>、身體質量指數(BMI)、<u>腰圍</u></li> <li>健康諮詢、生活行為改善建議及衛教諮詢服務</li> </ul>
65歲以上 -原民提前到55歲 -小兒麻痺患者提前到35歲	每年1次			

代謝症候群收案

管理

疾病控制

國民健康署

11

## 個案管理指標說明

收案(550元)	期中管理(400元)	期末追蹤(450元)
<p>■ 危險因子評估與紀錄(550元)：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>上傳危險因子。</li> <li>風險因子計算評估。</li> <li>提供危險因子管理方案</li> </ol>	<p>■ 檢測並上傳危險因子，270元/案</p> <p>■ 危險因子介入，提供運動、營養、菸酒檳戒除等之指導與追蹤，130元/案。</p>	<p>■ 檢測並上傳危險因子，270元/案。</p> <p>■ 再次介入與管理總評估(個案是否進步、是否需加強)180元/案。</p>



### 強化健保效率及效果

除現行疾病治療，再加上有效追蹤管理

- 危險因子：含菸、酒、檳、運動、腰圍、飯前血糖、血壓、血脂等8項，於收案、期中、期末至少各上傳1次。
- 案管作業：(1)收案後進行管理、(2)期中管理：收案後3個月、(3)期末追蹤：期中管理至少滿6個月以上，1年內。收案僅限第1-2季(期初)，期末指第4季。
- 檢測與評估之標準值：1.腰圍(男性<90cm、女性<80cm)。2.正常空腹血糖值100-125mg/dl。3.血壓小於130/85mmHg。4.血脂(HDL-C：男性<40mg/dl、女性<50mg/dl；TG≥150mg/dl)。

國民健康署

12

## 計畫指標-以血糖控制為例

危險因子指標	定義
疑似高血糖者之指導與管理 (正常空腹血糖值100-125mg/dl)	<p>納入條件：代謝症候群患者</p> <p>目標：期初提供血糖介入管理(如飲食/運動/體重控制..)，且完成6個月追蹤</p> <p>註：至少每6個月抽血檢查一次</p>

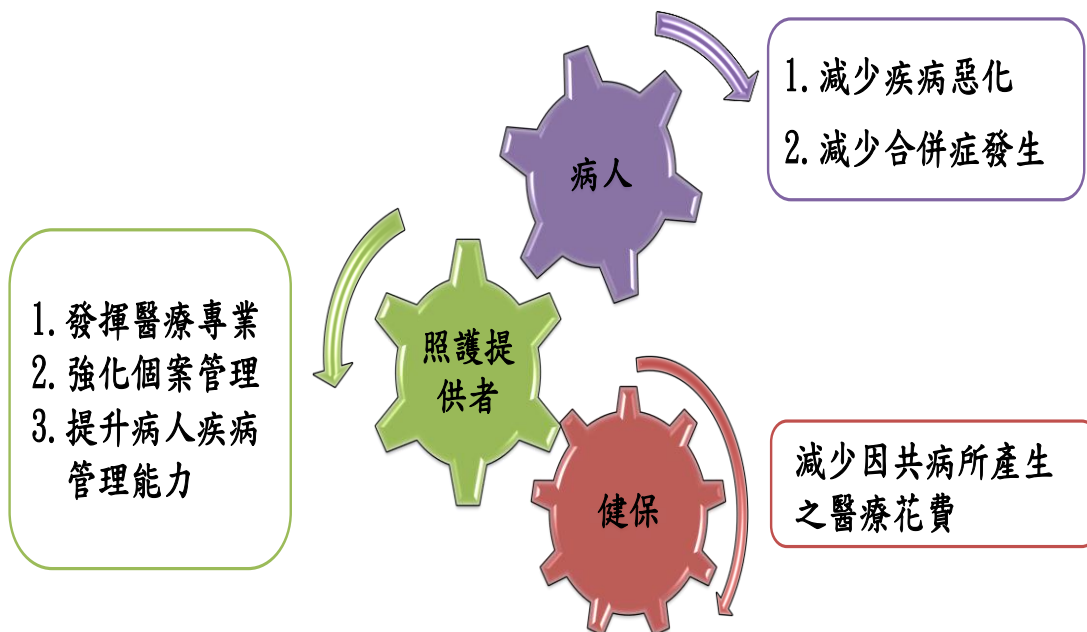


## 經費推估

加值方案	估計西醫基層總額費用	方案內容
代謝症候群 個案管理	基層：5.39億元	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 上傳危險因子資料，並進行管理。</li> <li>■ 腰圍、血壓、血糖、血脂等之量測與健康指導。</li> </ul>



## 疾病管理效益



## 健康好幫手! --守護國民 促進健康!

促進健康 **Promotion.**  
預防疾病 **Prevention.**  
安全防護 **Protection.**  
共同參與 **Participation.**  
夥伴合作 **Partnership!**

民眾為中心的照顧  
Person-centred Care

民眾參與 **Person engagement**  
民眾增能 **Person empowerment**



### (三)護理及健康照護司

## 報告事項：建立住院整合照護計畫 ( 全民健康保險會110年第5屆第4次委員會議 )

報告者 ( 主責單位 )：護理及健康照護司 蔡淑鳳 司長

協辦單位：中央健康保險署、社會保險司、醫事司

報告日期：110年8月20日

#### 政策立場

— 是「更好的住院醫療照護」選擇，  
而非「不得已的住院醫療照護」

#### 協商支持

— 納入111年健保「醫院醫療給付費用總額」



根據108年健保給付資料分析，  
國人全年住院件數達**353萬**3,000件，平均每件住院天數為**9.29日**  
，以一天看護費2,400計算，照顧需求達**787億**



家人請假照顧/ 無證照看護工  
家庭聘僱外籍移工/ 醫院人力吃緊



- 報導者：109/3/26專題【疫情下的陪病風暴 1天2千6仍找嘸看護】
- 今周刊：107/11/12 專題【病床邊的照護危機】
- 報導者：107/11/7專題【被隱藏的醫療帳單：1年600億住院看護費用該誰埋單？】
- Yahoo民調：107/6/30-7/3 (約5,700人)
  - 支持：76.6%      - 不支持：17.9%、無意見：5.5%
- 公共政策網路參與平台：107/7/1成案 (5,434人附議，113則留言)
- 獨立特派員：107/3/23 第546集「付不起的照顧」



### 家屬

- **老老照顧** (家庭少子化，65歲以上人口數佔**16.41%**)
- **請假壓力** (**75%**的上班族「曾因家人住院照顧而請假」、近**88.4%**由家屬照顧，其中**62.6%**照顧者有工作)
- **體力負荷** (**66%**由1位家人或輪流陪病照顧；白天上班、晚上陪病照顧)
- **不會照顧** (**94%**的受訪者表示「不知如何照顧」)
- **經濟重擔** (**20%**自聘1對1看護，每天需花**2,000-2,400元**，**87.1%**表示願意選擇全責照顧制度、**71.2%**同意共同分攤照顧費用)
- **為愛離職** (勞動部105年統計：台灣**1,153萬**就業人口，約有2成、**231萬人**須負起照顧責任；每年約**13.3萬人**「因照顧而離職」)

### 照服員

- **醫院照服員人力需求大** (每年**353萬**住院件數，自聘1對1看護人力)
- **住院照服人力資訊不透明** (無公開管道聘僱，部分人員訓練經歷不明)
- **住院照服人力很血汗** (24小時工作，以院為家)

### 醫院

- **照顧品質沒監測** (家屬照顧，一知半解、自聘看護訓練不明，看護選病人，可照顧時間及品質不穩定)
- **醫院感染風險高** (COVID-19疫情，病患陪病員是醫院群聚感染的重要原因)
- **醫院安全受威脅** (醫院出入人口繁雜)

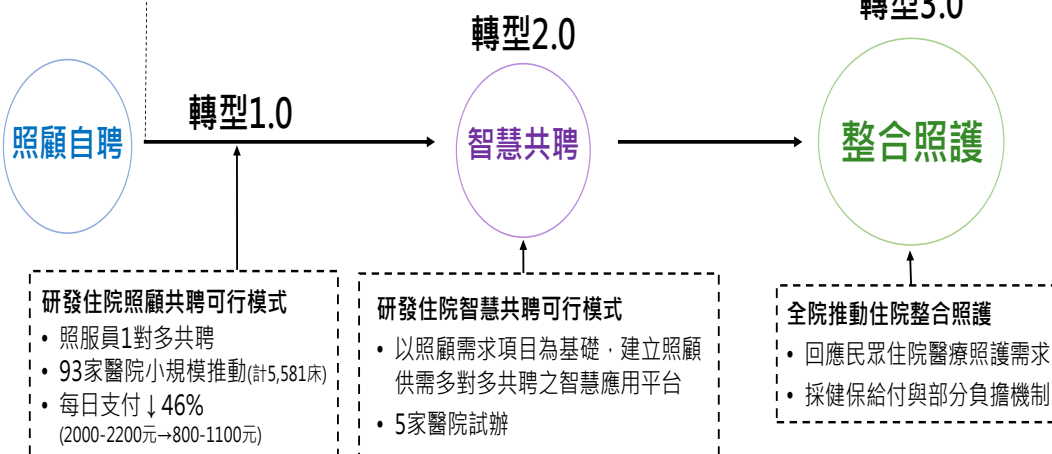
參考資料：

- 1.本部委託計畫-106年「醫院推動住院病人友善照顧模式輔導計畫」
- 2.本部委託計畫-109年「住院陪病及照顧需求調查」

5



迄今透過19個公務預算計畫推動住院整合照護



照護模式	人力來源	照顧比	收費 (元/天)
委外模式	人力派遣	1:2-1:8	800-1,500
自聘模式	自聘自訓	1:4-1:8	800-1,200
推介模式	媒合共聘	1:3-1:4	900-1300

照護方案	基本照顧 (4小時)	基本+進食 (4小時)	基本+盥洗 (4小時)	基本+進食+盥洗 (4小時)	8小時方案
收費 (元/天)	900	950	1,000	1,200	1,800

6



- 住院照護人力最適組合 ( Skill-Mixed ) :  
回應民眾因疾病住院期間伴隨之必要醫療照護需求，屬醫院住院提供之必要項目，  
採病患部分分擔機制，醫院安排照護輔助人力，納入病房團隊，  
以照護工作分級分工方式，滿足住院醫療照護需求
- 推動方式：徵求不同層級醫院辦理
  1. 全院急性一般病床全面推動
  2. 提供家屬選擇權，可不參與條件：  
(1) 家屬自行照顧、(2) 家中原聘請之外籍看護工連續照顧
- 照護輔助人力評估：以白班 $\leq 1:4$ 、夜班 $\leq 1:8$ 、2班，作為人力配置估算原則，  
醫院依病房特性及病患疾病嚴重程度之照護需求，安排適當人力組合，由病房統合運用
- 人力來源：自聘或特約(委外)皆可



### 醫院實施作業指引

- 標準指引：已完成住院友善照護醫院指引手冊、醫院及民眾版懶人包，包含營運模式、財務平衡策略、服務流程、醫院照服員業務範疇與管理，以及提供6大步驟21項行動指標，作為推動之指引及品質管理參考
- 法規支持：優化「醫院照顧服務員管理要點」(107.10.02修正)  
新增醫院辦理得設立財務專戶(使財務來源自主管理)  
，並強化照服員訓練、照顧品質及維護其職場權益
- 資訊管理：優化「護產人員暨機構管理系統」，  
增修照服員資料登錄、維護及衛生局審查功能，強化照服員管理機制
- 評鑑輔導：納入108年度醫院評鑑基準及評量項目(試免評條文)，  
因應疫情暫停評鑑，108-109年配合醫策會及醫事團體邀請說明宣導







## 照護司成本初步試算(草案)



推動床數

- 全台急性一般病床 (含佔床率計算)



輔助人力

- 以全日照顧 (白班1: 2-4、夜班1: 6-8) · 2班模式 · 作為人力配置估算原則  
(得視病房特性及病患疾病嚴重程度 · 規劃人力配置及支援等彈性調度機制)
- 採特約 (委外) 或自聘皆可



照顧費用

- 每床每日成本約1,634元 (平均照服人力成本1,587元、行政成本47元 · 不含膳食及日常衛生用品等費用)
- 民眾與健保分擔比例待討論



照服人力  
成本估算

- 日薪: 2,200元/每班12小時
- 夜班津貼: 100元/班
- 三節獎金: 12,000元/人/年
- 勞健保及勞退金: 4,728元/人/月
- 第三責任險: 1,000元/人/年

平均月薪: 約42,000元/  
每日12小時/每月17日估算



行政管理  
經費估算

- 含管理、教育訓練及行政庶務費
- 每床行政管理成本: 17,000元採計/年



## 照護司成本試算範例(草案)



推動床數

- 全院急性一般病床 1,300床 (含佔床率計算)



輔助人力

- 每日826人(白班1: 2-4、夜班1: 4-6)
- 依每病房特性及病患疾病嚴重程度 · 規劃人力配置
- 輔助人力配置:
  1. 人力計算: (現行各床所需照顧項目次數\*每項目所需工時)之總和/1位照服員12小時工時
  2. 照顧比計算: 病床數/所配置照服人力



照顧費用

- 假設每日民眾分擔900元、健保支付750元
  - ◆ 收入7億8,292萬5,000元 (民眾4億2,705萬元、健保3億5,587萬5,000元)
  - ◆ 支出7億7,533萬3,000元
  - ◆ 盈餘759萬2,000元(每月63.2萬)





### 健保署111年醫院總額專款成本分析初步試算（草案）

#### 成本分析 （待確認）

每床耗用時間9成	每床耗用時間8成	每床耗用時間7成
1,196元/床/日	1,063元/床/日	931元/床/日

註1：以白班1：4、夜班1：8比例作為人力配置估算原則，並以每床平均每日接受照顧時間（耗用時間）9成、8成及7成估算

註2：各醫院仍依病患需求，安排病房適當人力組合

註3：民眾與健保分擔比例待討論

#### 給付項目 （待確認）

項目建議	說明
新增診療項目 「住院整合照護」	另訂1項診療項目（健保署建議、專家建議）

11



### 健保支付經費估算-年

醫院層級	急性一般病床總床數	佔床率	床數	每床支付費用/日	30%推動	50%推動	100%推動
醫學中心	22,828	83.68%	19,102	750	15.6億	26.1億	52.3億
區域醫院	36,359	71.28%	25,917		21.3億	35.5億	71億
地區醫院	21,937	59.02%	12,947		10.6億	17.7億	35.4億
總計	81,124	71.43%	57,966		47.5億	79.3億	158.7億

12



## 人力評估

## 整備說明

- 目前住院約20%(約12,000人)是透過醫院仲介照服人力照顧，20%自聘或外傭(約12,000人)
  - 推動前3年初估30%-50%病床加入，所需人力約需10,000-18,000人，人力尚足夠
  - 本案規劃之醫院照服人員工作條件相較現況薪水相當、但工時減半，有歸屬感
  - 全國具照服員資格者約13萬人，依本部登錄系統，有從事照服工作約6萬人，其中由醫院安排照服員約1萬1,000人，在長照及社區單位服務約5萬人，扣除已退休無意願投入者4萬人，仍近3萬人尚未投入
  - 勞動部(職訓-8,900人/年)與地方政府核備(約9,000人/年)及照顧科系畢業人力加入
  - 醫院欲進用移工擔任機構看護工，依勞動部規定辦理  
(慢性醫院或設有慢性病床、呼吸照護病床之綜合醫院、醫院、專科醫院，以其依法登記之床位數每5床聘僱1名，人數合計不得超過本國籍看護工人數)
- 全台急性一般病床，所需人力低高推估 25,000人-36,000人

13



- 一、住院整合照護有五好：對病患品質好、對家屬負荷好、對醫院人力好、對醫院感控好、對社會安全好
- 二、加值住院醫療照護服務支付制度，提升健保給付效益
- 三、後疫情時代醫院體系照護人力的整備與永續
- 四、落實醫院陪病探病人員管理，強化醫院感染及安全管理
- 五、因應人口老化，提升家庭韌性，創新照顧產業

14



## 未來住院整合照護服務

- 是「更好的住院醫療照護」選擇
- 先有財務支持，人力才能到位，  
住院照護，沒有人是局外人
- 請支持納入111年健保「醫院醫療給付費用總額」



簡報完畢  
謝謝聆聽

# 全民健康保險精神科病人出院後急性後期照護服務試辦計畫(草案)

心理及口腔健康司  
110年8月20日



衛生福利部  
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE



衛生福利部  
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

## 計畫願景- 強化高風險精神病人照護，提供弱勢族群公平照護

執行重點:

- 1.提供高風險個案精神科急性住院出院後與社區關懷訪視之連結，強化與公共衛生體系之銜接。
- 2.預期效益:提供**弱勢族群公平照護**，促進**高風險個案規律就醫及社區復歸**。



高風險精神病個案



精神科急性住院



增加提供12週照護，與社區關懷訪視人員共訪



公共衛生服務體系



規律就醫  
社區復歸



## 全民健康保險精神科病人出院後急性後期照護服務試辦計畫-目標、期程及經費需求

### ■ 計畫目標

- 建立台灣精神病人急性後期整合照護模式，提供積極性整合照護。
- 建立急性期、急性後期照護與公共衛生關懷訪視之轉銜模式，以提升病人照護之連續性。
- 確立精神病人急性後期照護之完整性及有效性，使其恢復功能或減輕失能程度，減少後續急診、再住院等醫療支出。

### ■ 計畫期程：111年開始試辦。

### ■ 預估金額：

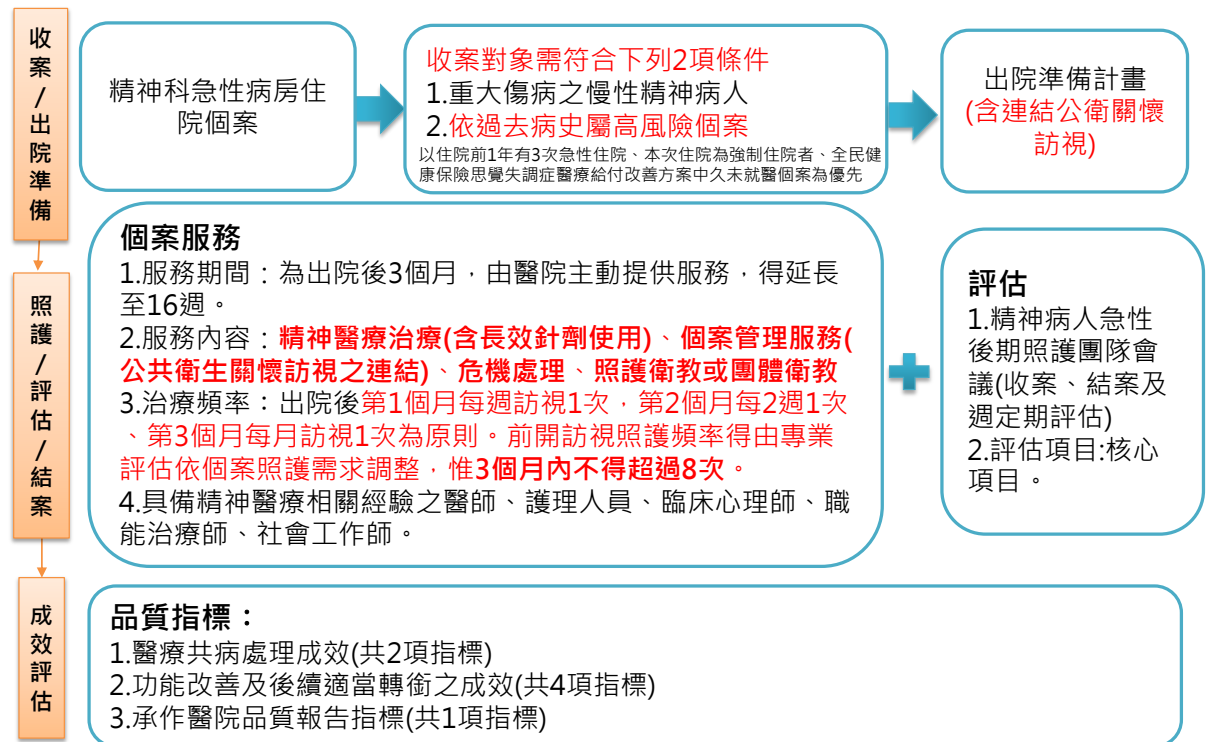
- 共分6區辦理。
- 每年6000萬元，依各分區之個案數預估各分區之經費額度。

### ■ 申請方式：採跨院際整合團隊模式提出申請。跨院際整合團隊，應指派單一醫院為主責醫院，並於提出與當地公共衛生體系之合作模式及聯繫窗口。

3



## 精神病人急性後期照護之服務模式





## 精神病人急性後期照護之品質指標(1/2)

### 品質獎勵支付

- 1.111年依指標計算方式提報各醫院品質指標達成情形，以做為下一年度品質指標改善情形之計算基準。
- 2.獎勵總分依本年度結案個案數，達7項指標每位個案支付2000點，其餘按提報比例計算獎勵金。

### (一)醫療共病處理成效(共2項指標)

#### 1.6個月內精神科急性再住院率

分子：分母個案於結案6個月內再入精神急性一般病房個案數(含跨院)。

分母：當年度院所急性後期照護團隊結案個案數(排除已死亡個案)。

#### 2.結案後90日內急診率

分子：分母個案於結案後90日內急診之個案數(含跨院)。

分母：當年度院所急性後期照護團隊結案個案數(排除已死亡個案)。

5



## 精神病人急性後期照護之品質指標(2/2)

### (二)功能改善及後續適當轉銜之成效(共4項指標)

#### 1. 公共衛生關懷訪視共訪比率達100%

分子：精神病人急性後期照護服務期間，居家照護與關懷訪視共訪至少3次之個案數

分母：當年度院所急性後期照護團隊收案個案數(排除已死亡個案)。

#### 2. 30日內轉入社區資源比率

分子：分母個案於結案後30日內轉入社區復健中心、社區心理衛生中心、身心障礙者福利服務資源、就業服務中心等其他社區資源中心之個案數。

分母：當年度院所急性後期照護團隊結案個案數(排除已死亡個案)。

#### 3. 個案之功能進步情形達80%

結案時台灣版世界衛生組織生活品質問卷得分較收案時增加10分以上個案占率。

分子：分母個案中結案時台灣版世界衛生組織生活品質問卷提升10分以上之個案數

分母：急性後期急性後期照護團隊結案個案數(排除已死亡個案)。

#### 4. 14天回診率

分子：分母個案於結案後14天內回診個案數

分母：當年度院所急性後期照護團隊結案個案數(排除已轉入日間病房、死亡個案)。

### (三)承作醫院品質報告指標(共1項指標)

#### 1.符合長效針劑指引推薦適用個案運用長效針劑比率達50%

分子：符合長效針劑指引適用個案且於結案前使用長效針劑之個案數。

分母：當年度院所急性後期照護團隊符合長效針劑指引適用結案個案數(排除已死亡個案)

# 全民健康保險精神科病人出院後急性後期照護服務試辦計畫(心口司建議草案)

## 壹、前言

精神病人因其缺乏病識感之特性，以致於不願意接受治療或未能規律遵照醫囑服藥控制，或於病情嚴重時才就醫，延誤其治療期程。且目前全民健康保險給付之醫療體系之服務數仍以醫療機構內提供為主，精神醫療與後續關懷訪視未能有效銜接，再加上我國長效針劑使用比率偏低，則病人常因無法規律服藥以造成病情不穩定，除因反覆發病降低復健及社區復歸之潛能，提早失能增加醫療照顧負擔外，未持續服藥將造成病情無法穩定控制，以致疾病復發，恐有患者自傷、傷人等情形，甚而造成社會安全隱憂。

故本計畫運用急性後期照護服務(Post-acute care, PAC)模式，透過支付改革，建立急性出院後病人與社區服務及公共衛生關懷訪視服務之轉銜模式，依個別病人照護需求，針對急性住院且高風險之個案，提供含門診、日間病房、社區復健及居家治療與公衛體系等垂直整合之轉銜系統，提供個案出院後 3 個月由原醫療機構提供急性後期照護服務，並給予積極性之整合性照護，強化後續規律就醫及用藥，促進病情穩定及恢復功能，期減少後續急診、再住院醫療費用、減輕家庭及社會照顧之負擔，達到多贏的目標。

## 貳、計畫總目標

- 一、 建立台灣精神病人急性後期整合照護模式，提供積極性整合照護。
- 二、 建立精神病人出院後整合照護模式，落實醫療與公共衛生等服務體系之連結，以提升社區照護品質。
- 三、 提升高風險之病人照護品質及增進其治療之妥適率，提高其功能及生活品質，降低社區意外事件發生。
- 四、 給予病人積極性之整合性照護，使其恢復功能或減輕失能程度，減少後續再住院醫療支出。

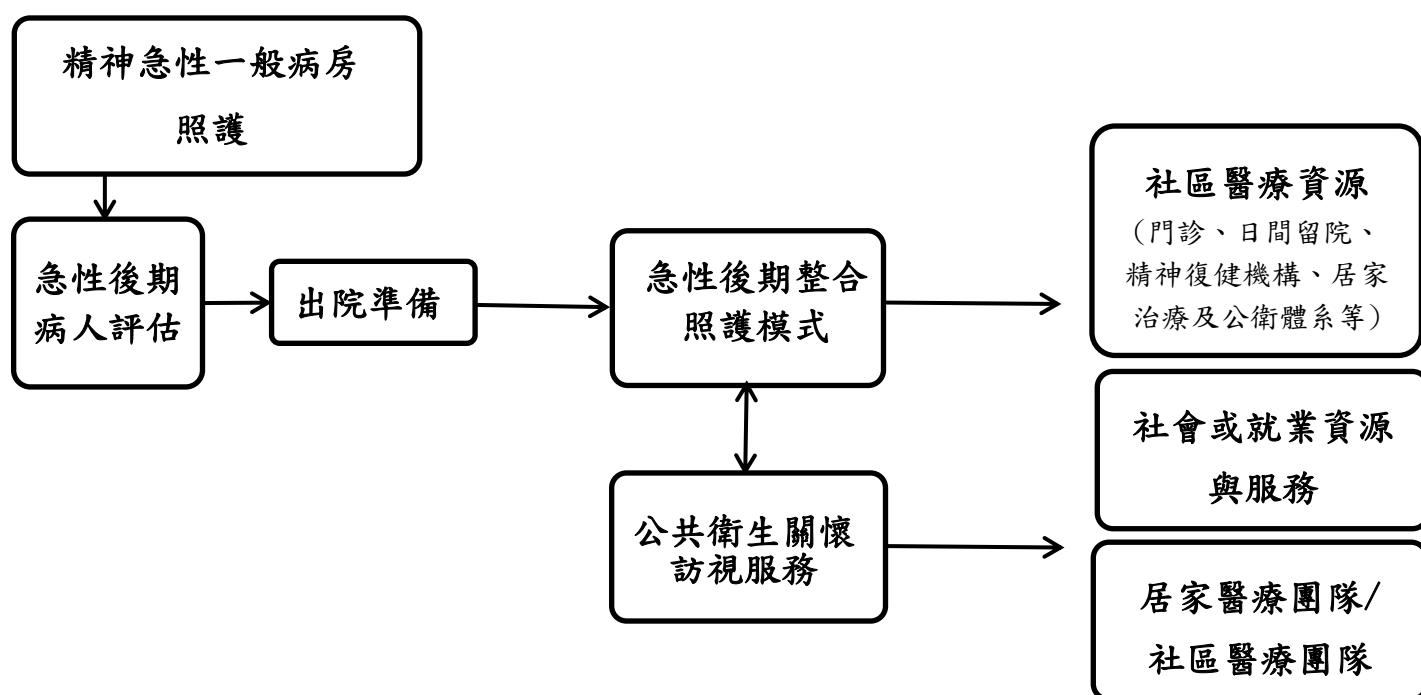


參、計畫期間：自111年起，分6區辦理。

肆、預算金額及來源：每年6000萬元，本計畫「評估費及獎勵費」、「品質獎勵措施」費用，由醫院部門總額預算-其他專款項下支應。

#### 伍、照護模式及內容

由精神醫療急性照護團隊，依病人評估結果以居家模式安排適當之急性後期整合照護服務，包含日間照護模式、居家模式、社區機構照護模式、公共照護模式銜接與轉介，該精神急性後期照護團隊，其服務期間為出院後3個月。



#### 一、急性後期整合照護居家模式

(一) 適用條件：針對出院後屬高風險個案(以住院前1年有3次急性住院、本次住院為強制住院者、全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案中久未就醫個案為優先，或其他指定之困難個案)之急性後期個案，提供為期3個月之居家訪視治療。收案個案接受本模式期間，不得重複接受「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」及「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第五部居家照護及精神疾病患者社區復健之服務。



## （二）服務內容

1. 照護需求評估與訂定照護計畫(含後續資源轉銜)。
2. 精神醫療治療：依據全民健康保險支付標準規定辦理，運用本部發展之長效針劑臨床指引，針對不穩定就醫、無病識感或符合臨床指引建議長效針劑使用之精神病個案，提供長效針劑使用衛教，以積極結合長效針劑服務，穩定病情，降低復發風險。
3. 個案管理服務：個案管理師由資深護理人員、社工人員、職能治療人員或臨床心理師擔任並與公共衛生關懷訪視之連結(共訪)，個管師提供居家訪視、健康生活型態及生理健康評估、心理支持、疾病及藥物個別衛教、危機處理、日常生活功能訓練及評估、家屬照顧個案指導及支持、情緒支持、電話諮詢及追蹤，及轉介連接相關資源，含日間病房、社區復健及居家治療與公衛體系、社會資源及體系等垂直整合之轉銜。
4. 危機處理：精神病人急性後期整合照護團隊應提供 24 小時病人電話諮詢專線，必要時個案管理師及精神科醫師應出診，以能緊急處理病人突發狀況。應包含全年 24 小時皆能轉介至住院或留觀之機制。
5. 照護衛教或團體衛教：精神病人急性後期整合照護應定期舉辦病人個別或團體衛教、家屬座談會等，提升家屬照顧病人能力，建立相互支持網路，減少再住院機率。照護衛教內容涵蓋個案及家屬疾病照護衛教與支持、規律就醫及規律用藥(含長效針劑)、健康生活型態衛教、照顧者及服務對象之教育與諮詢等。
6. 訪視照護頻率由出院後第 1 個月每週訪視 1 次，第 2 個月每 2 週 1 次、第 3 個月每 4 週訪視 1 次為原則。前開訪視照護頻率得由專業評估依個案照護需求調整，惟 3 個月內不得超過 8 次。

（三）執行人員資格：具備精神醫療相關經驗之醫師、護理人員、臨床心理師、職能治療師、社會工作師。

- (四) 「精神病人急性後期整合照護居家模式照護費用」本項處方由承作醫院 PAC 團隊內精神專科醫師開立，執行之護理人員、臨床心理師、職能治療師、社會工作師或因 PAC 計畫採跨院際團隊申請參加，可由承作醫院或團隊內符合資格之人員執行（例如病人居住所在地的社區醫院或診所醫師、職能治療所之治療師、居家護理所護理師）。

## 陸、推動範圍

本計畫推動範圍為精神病人，其收案對象、結案條件、參與醫院條件、評估時程與工具詳附件1。

## 柒、成效評量

### 一、個案評估方式

- (一) 以精神病人急性後期照護團隊會議方式進行。

1. 參與人員：精神病人急性後期照護團隊成員，必要時得邀請病人出院後銜接之社區關懷訪視人員、公共衛生護士或轄區衛生局相關人員參與。
2. 會議頻率：收案會議，結案會議，定期之期中會議。
3. 會議紀錄：會議內容呈現於病歷，會議簽到表備查。
4. 紀錄內容：收案條件，結案條件，專業成效評量與目標設定，出院準備。
5. 品質管理指標：定期召開率 98% 以上，病歷完成率 100%。

### (二) 評量時機

1. 承作醫院評估(初評)。
2. 期中評估(複評)。
3. 結案評估包含銜接公共衛生關懷訪視服務。

## 二、品質指標

### (一)醫療共病處理成效

#### 1.6個月精神科急性再住院率

分子：分母個案於結案6個月內再入精神急性一般病房個案數 (含跨

院)。

分母：當年度院所急性後期照護團隊結案個案數(排除已死亡個案)

## 2. 結案後90日內急診率

分子：分母個案於結案後90日內急診之個案數(含跨院)。

分母：當年度院所急性後期照護團隊結案個案數(排除已死亡個案)。

## (二)功能改善及後續適當轉銜之成效

### 1. 公共衛生關懷訪視共訪比率達100%

分子：精神病人急性後期照護服務期間，居家照護與關懷訪視共訪至少3次之個案數

分母：當年度院所急性後期照護團隊收案個案數(排除已死亡個案)。

### 2. 30日內轉入社區資源比率

分子：分母個案於結案後30日內轉入社區復健中心、社區心理衛生中心、身心障礙者福利服務資源、就業服務中心等其他社區資源中心之個案數

分母：當年度院所急性後期照護團隊結案個案數(排除已死亡個案)。

### 3. 個案之功能進步情形達80%

分子：分母個案中結案時台灣版世界衛生組織生活品質問卷提升10分以上之個案數

分母：急性後期急性後期照護團隊結案個案數(排除已死亡個案)。

### 4. 14天回診率

分子：分母個案於結案後14天內回診個案數

分母：當年度院所急性後期照護團隊結案個案數(排除已轉入日間病房、死亡個案)。

## (三)承作醫院品質報告指標

### 1. 符合長效針劑指引推薦適用個案運用長效針劑比率達50%：

分子：符合長效針劑指引適用個案且於結案前使用長效針劑之個案數。

分母：當年度院所急性後期照護團隊符合長效針劑指引適用結案個案數(排除已死亡個案)。

**捌、出院準備服務：**各階段醫療院所皆應提供出院準備計畫，出院準備計畫應包括下列事項：

一、個案評估及居家照護建議。

二、個案及家屬疾病照護衛教與支持

三、連結公共衛生關懷訪視服務

四、提供諮詢專線電話

五、長效針劑使用建議

六、資源轉銜：

(一) 社區醫療資源轉銜：依個別病人照護需求，提供含門診、日間病房、社區復健及居家治療與公衛體系等垂直整合之轉銜，提供個案居家鄰近可進行門診追蹤及社區復健之機構名單及轉診資料，需提供轉介之聯繫窗口並先與轉介單位聯繫。

(二) 轉銜社會或就業資源服務(包含生活重建服務建議、評估及聯繫長期照護管理中心、社福機構辦理生活重建與就業機構提供就業輔導與評量等)。

(三) 評估轉介「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」居家醫療團隊。

(四) 評估轉介「家庭醫師整合性照護計畫」社區醫療群持續追蹤。

七、其他出院準備相關事宜

## **玖、給付項目及支付標準**

本計畫照護費、評估費及獎勵費、品質獎勵措施等診療項目及支付點數詳附件 2。

## **拾、醫療費用申報及審查原則**

一、申報原則

(一) 醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

(二) 部分負擔計收規定：

1. 保險對象應自行負擔之門診費用，依全民健康保險法第 43 條規定計收，急性後期整合照護與日間照護費用按西醫門診基本部分負擔規定計收。急性後期整合照護居家模式照護費用，依居家照護醫療費用之百分之五規定計收。處方用藥另依門診藥品部分負擔規定計收。
2. 若屬全民健康保險法第 43 條第 4 項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第 60 條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免 20%。
3. 保險對象應自行負擔之住院費用，比照全民健康保險法第 47 條慢性病房收取：三十日以內，百分之五；三十一日至九十日，百分之十。
4. 若屬全民健康保險法第 48 條所列重大傷病、分娩、山地離島地區就醫情形之一，保險對象免自行負擔費用。

(三) 參與計畫醫療院所需於健保資訊網服務系統(VPN 系統)，上傳參與計畫個案及評估結果資料，並登錄必要欄位。

(四) 醫療服務點數清單及醫令清單填表說明：待徵詢健保署。

(五) 精神病人急性後期整合照護居家模式照護費用

1. 處方開立院所，交付處方箋應載明填報「案件分類」及「整合式照護計畫註記」。
2. 處方接受院所，執行本計畫之醫療費用應按月申報，並於門診醫療服務點數清單依規定填報「案件分類」及「整合式照護計畫註記」欄位。

(六) 申報方式：併當月份送核費用申報。

二、審查原則

(一) 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辦理。

(二) 申報本計畫支付項目，相關資料需存放於病歷備查，未依保險人

規定內容登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，不予支付該筆費用並依相關規定辦理。

(三)未依保險人規定內容登錄相關品質資訊，或經保險人審查發現登載不實者，將不予支付本計畫該筆評估費用，並依相關規定辦理；另該筆評估費用被核刪後不得再申報。

## 拾壹、執行配套措施

### 一、計畫管理機制

(一)保險人負責研議總體計畫架構模式、行政授權與協調。

(二)保險人各分區業務組負責受理及初審轄區醫院團隊之申請計畫，輔導醫院團隊計畫之執行、指標之計算與費用核發。

(三)各計畫醫院團隊，執行急性後期照護個案之相關健康照護。主責醫院負責提出計畫之申請，團隊間之醫療資源協調整合、醫療服務之提供及醫療費用之分配作業。

(四)參與本計畫之團隊應積極參與急性後期臨床照護訓練、經驗交流分享，共同提升急性後期照護品質。

二、保險人於本計畫執行期間，對於參與計畫之醫療院所或跨院際整合的急性後期照護團隊，得不定期實地審查輔導(內容：設置標準及病床、人員配置、照護計畫(care plan)執行效度及病患評估信度等)；若經查不實，依本保險相關規定辦理。實地審查成員，包括保險人及其分區業務組或諮詢專家。

## 拾貳、實施期程及評估

一、參加醫院團隊應於計畫執行後，每半年提送執行成果報告(包含計畫運作執行現況、個案功能改善程度、再住院率、出院後回歸居家或社區的措施等)，全期完成應提出總報告予保險人分區業務組，俾作為未來是否續辦之考量。

二、保險人將彙整各醫院團隊所提執行報告，進行整體執行成效之評估，

作為繼續或全面實施之依據。

### 拾叁、計畫申請及退場機制

- 一、醫院應採跨院際整合團隊模式提出申請。跨院際整合團隊，應指派單一醫院為主責醫院，負責提送計畫書、執行報告、聯繫管道及經費撥付等事宜，並於計畫書中提出與當地公共衛生體系之合作模式及聯繫窗口。
- 二、主責醫院提送計畫書及團隊內院所申請相關資料，向轄區保險人分區業務組申請，並經保險人審查通過。
  - (一)申請參加計畫之合作團隊中，設有精神急性一般病房之醫院為轉出醫院，符合本計畫收案對象之病人，原則上需將病人轉至急性後期照護醫院(簡稱承作醫院)。
  - (二)承作醫院若屬地區醫院者，應具備前一年度申報精神病人強制住院費用之精神病人照護服務經驗；由承作醫院成立「精神病人急性後期照護團隊」，對每位參加本計畫個案，訂定個人專屬之急性後期照護計畫(care plan)。
  - (三)「精神病人急性後期照護團隊」應設置精神科專責醫師、資深護理人員、社會工作人員、職能治療師、心理師等，並由專人負責協調跨專業領域團隊運作。
  - (四)承作醫院需符合醫療機構設置標準規定之相關專業人員標準。
  - (五)急性後期照護團隊，需參與急性後期照護相關說明會或課程，並應派成員參與本計畫相關執行說明會或衛生福利部辦理有關精神病人長效針劑之教育訓練。
- 三、參與計畫醫院，未依規定每半年繳交成果報告、實地輔導或參與試辦有待改善事項，經過分區業務組發函2次皆未改善者，應退出本計畫。
- 四、參與醫院於辦理期間，若因違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)致受停約或終止特約處分(含行政救濟程序

進行中尚未執行處分)，應退出本計畫，停約 1 個月不在此限。若主責醫院退出本計畫，為保障保險對象醫療照護之延續性，醫院團隊得重新選定主責醫院，並經保險人同意後繼續執行本計畫，或終止參加本計畫。凡經停約或終止特約處分、終止參加本計畫者，自保險人第一次發函處分停約日或核定終止日起，不予核付本計畫支付項目費用。

- 五、 上述停約之醫院，經保險人依特管辦法第 38 條至第 40 條但書規定，處以診療科別、服務項目或一部之門診、住院業務停約，且停約處分經保險人同意抵扣者，得申請經保險人同意繼續參加本計畫，但不得提供受停約診療科別或服務項目之醫療服務。

#### **拾肆、其他事項**

- 一、 辦理本計畫核發作業後，若有醫院團隊提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入補付者，其核發金額將自當年其他預算部門本計畫項下支應。
- 二、 本計畫由保險人報請主管機關核定後公告實施，並送全民健康保險會備查。屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。



## 附件 1 收案對象、結案條件、參與醫院條件、評估時程與工具

### 一、 收案對象

(一)符合本保險公告重大傷病之慢性精神病之病人，經精神科醫師評估精神症狀穩定，且經醫療團隊判斷需積極協助之高風險個案，以及其他經主管機關所認定困難個案或需照護之個案。

(二)需積極協助高風險個案判定原則

1. 此次住院前 1 年有 3 次精神急性住院
2. 本次住院為強制住院之個案
3. 全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案中久未就醫個案者
4. 其他經主管機關所認定困難個案或需照護之個案

### 二、 結案條件

急性後期照護以 12 週為原則；經急性後期照護團隊評估有後續需求者得展延一次，申請展延應檢附團隊會議紀錄向保險人分區業務組申請核備，至多支付到 16 週，如申請展延審查結果不同意，自保險人通知日起不給付費用。

- (一)個案功能顯著進步且病情穩定，經急性後期照護團隊評估且轉介公共衛生體系持續照護達 1 個月者。
- (二)個案功能顯著進步且病情穩定，已轉介社區復健機構、社區心理衛生中心、社會福利機構、就業服務或其他資源中心，且規律接受服務達 1 個月者。
- (三)進入急性後期照護時間，超過 12 週上限者。
- (四)保險對象自行中斷急性後期照護者。
- (五)個案再住院、死亡或入監等無法持續接受急性後期照護之情形。
- (六)病情轉變無法繼續接受本計畫照顧者。

### 三、 參與醫院條件

(一) 醫師：專任之精神專科醫師。

註：地區醫院得經分區業務組同意後，以兼任(支援)之上述科別醫師，專責於該院主導急性後期整合照護團隊執行業務。

(二) 醫事人員：承作醫院需有護理人員、專/兼任職能治療師、專/兼任臨床心理師、專/兼任藥師、專兼任社工師(人員)，至少各 1 名，其餘未竟事宜依其他相關規定辦理。

四、 評估時程與工具：收案、結案、出院後第 1 個月每週 1 次，第 2 個月每 2 週 1 次、第 3 個月每月 1 次定期評估(若有相關版權請醫院自行申請)

(一) 核心必要評估工具

1. 精神症狀及心理健康狀況評估
2. 就醫狀況及藥物使用狀況評估
3. 基本日常生活功能及居家生活安排能力。
4. 整體功能狀態及社會適應能力
5. 生理疾病之評估處理。
6. 健康生活型態(含體適能及營養評估(Short Form))及生活品質。
7. 家屬照顧個案狀態。
8. 社會資源及就業資源評估。

## 附件 2 評估費及獎勵費給付項目及支付標準

### 一、出院準備及評估、初評、複評、結案評估費

編號	診療項目	支付點數
	<p>醫院出院準備及評估費</p> <p>-同團隊</p> <p>-不同團隊</p> <p>註：</p> <p>1. 限醫院邀請公共衛生體系人員參與出院準備，且結案後轉介至公共衛生體系完成收案及訪視成功 1 次方得申報。</p> <p>2. 每人每次發病限申報一次。</p> <p>3. 須製作個案病況及轉銜確認報告書，並存放於病歷備查。本項評估至少需完成核心必要評估工具(精神病人需完成前四項)。</p> <p>4. 不可重複申報本保險支付項目 02025B「出院準備及追蹤管理費」。</p>	<p>2000</p> <p>1600</p>
	<p>承作醫院評估費(初評)</p> <p>註：</p> <p>1. 本項適用於個案轉銜至急性後期照護團隊後之初次評估，每人每次發病限申報一次。</p> <p>2. 評估內容包括病患情緒引導及處理，與病患或其家屬說明評估結果、整項治療計畫及溝通確認雙方治療目標，並製作個案初次評估報告書存放於病歷備查。</p> <p>3. 初評包括個管師篩檢符合 PAC 條件病人，經醫師認可後啟動照護團隊，辦理初評、諮詢與銜接急性後期完整的出院後照護，於出院一週內回診確認收案後申報。</p>	1000
	<p>承作醫院評估費(複評)</p> <p>註：</p> <p>1. 個案收案後依計畫評估工具規定定期申報一次。</p> <p>2. 評估內容包括向病患或其家屬說明評估結果及是否修正治療目標及計畫，並製作個案治療成效期中評估報告書存放於病歷備查。</p>	1000
	<p>承作醫院結案評估費</p> <p>註：</p> <p>1. 每人每次發病限申報一次。</p> <p>2. 評估內容包括與家屬及公共衛生體系討論、溝通及建議後續照護方式，並製作結案之轉銜評估報告書存放於病歷備查。</p> <p>3. 不可重複申報本保險支付項目 02025B「出院準備及追蹤管理費」。</p>	1500

二、轉銜作業、醫事人員訪視、臨床諮詢指導、居家訪視、轉銜「居家醫療照護整合計畫」或「社區醫療群」獎勵費

編號	診療項目	支付點數
	<p>醫院轉銜作業獎勵費</p> <p>註：</p> <p>1. 每人每次發病限申報一次。</p> <p>2. 需完成以下規定作業：</p> <p>(1) 需提供病人或家屬 PAC 個案管理及衛教說明(留有完整諮詢內容紀錄、衛教時間至少三十分鐘、病人或家屬簽名)。</p> <p>(2) 提供優質的個案管理轉銜作：準備出院病歷及結案服務報告，及提供後續轉銜單位個案就醫病程狀況(含用藥狀況)、功能評估、家庭支持、復健相關建議、重要注意事項及聯繫窗口等。</p> <p>(3) 拍攝活動影片向病人衛教說明或提供承作醫院病人活動影片進行病情交接，留有紀錄，加計 50%。</p> <p>(4) 轉銜單位，包含社區復健機構、身心障礙福利機構、長期照顧服務或據點、就業服務機構或其他依個案需求轉介之社區式服務機構。</p> <p>3. 不可重複申報本保險支付項目 02025B「出院準備及追蹤管理費」。</p>	1000
	<p>醫事人員訪視獎勵費</p> <p>註：</p> <p>1. 本計畫收案對象</p> <p>(1) 醫院醫師或 PAC 團隊成員(原照顧病人醫護人員為優先)至受轉銜轉介機構探訪病人且留有紀錄，直接與病人溝通病情，並增加病人信心。</p> <p>(2) 每位病人最多申報三次(本項服務得延長至結案後一個月，<b>每月最多申報 1 次</b>)。</p> <p>(3) 由急性醫療醫院申報本項費用；必須向當地衛生局報備支援。</p> <p>(4) 不得同時申報醫事人員居家訪視獎勵費。</p>	1000
	<p>承作醫院醫事人員居家訪視獎勵費</p> <p>－ 一名醫事人員訪視</p> <p>－ 二名(含)以上醫事人員訪視</p> <p>註：</p> <p>1. 每位病人最多申報八次(出院後前四週每週一次、第五週至第八週每二週一次、第九週至第十二週每四週一次)。</p> <p>2. 病人結案前，承作醫院 PAC 團隊成員及公共衛生體系工作人員至病人家訪視且留有紀錄，提供家屬居家照護衛教指導與必要醫療</p>	<p>1500</p> <p>3000</p>

編號	診療項目	支付點數
	<p>協助或危機處理資源，並知悉及完成轉介至公共衛生體系，時間至少三十分鐘，促進病人健康返家回歸社區。</p> <p>3. 醫事人員居家訪視可連結公共衛生體系機制共同訪視，每個月至少 1 次。</p> <p>4. 訪視紀錄簽名：每次訪視應詳實製作病歷或紀錄，且須記錄每次訪視時間（自到達案家起算，至離開案家為止），並請照護對象或其家屬簽章；另應製作照護對象之居家醫療照護紀錄留存於案家，以利與其他醫事人員提供整合性之居家照護服務。</p>	
	<p>轉銜公共衛生關懷訪視收案獎勵費</p> <p>註：</p> <p>1. 評估經轉介公共衛生關懷訪視，由承作醫院 PAC 團隊人員與關懷訪視人員共同訪問收案對象，並留有紀錄備查。</p> <p>2. 醫事人員居家訪視可連結公共衛生體系機制共同訪視，每個月至少 1 次，方得申報此項獎勵，未達按次數比例給予。</p>	1000
	<p>轉銜「居家醫療照護整合計畫」收案獎勵費</p> <p>註：</p> <p>結案評估經轉介「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」居家醫療團隊收案成功，並留有紀錄備查。</p>	1000
	<p>轉銜「社區醫療群」持續追蹤獎勵費</p> <p>註：</p> <p>結案評估辦理社區醫療資源轉介事項，協助本保險家庭醫師整合性照護計畫會員轉銜至所屬社區醫療群持續追蹤，並留有紀錄備查。</p>	1000
	<p><b>品質指標獎勵費</b></p> <p>註：</p> <p>1. 本年度收案<math>\geq 30</math>人，方可進入品質獎勵之評比。</p> <p>2. 111 年依指標計算方式提報各醫院品質指標達成情形，未設定目標值之指標，僅需提出指標達成情形以做為下一年度品質指標改善情形之計算基準。</p> <p>3. 獎勵總分依本年度結案個案數，達 7 項指標每位個案支付 2000 點，其餘按提報比例計算獎勵金。</p>	2000

### 三、其他

編號	診療項目	支付點數
	<p>主責醫院提升團隊照護品質獎勵費</p> <p>1. 應召開跨院際醫院團隊會議，辦理個案研討、轉銜作業協調、教育訓練、提升試辦品質措施、彙總及檢討團隊內所有醫院品質指標、提供對照組等提升照護品質活動，上述活動應填報列於每半年繳交之成果報告書。</p> <p>2. 每家主責醫院團隊全年六萬點，本項範圍年度收案數至少三十人以</p>	60000～90000/年

編號	診療項目	支付點數
	上，可增加三萬點，團隊最高執行本項 PAC 範圍計九萬點。 3. 本項免申報費用，分區業務組每半年審查成果報告書確認填報提升照護品質活動後，以補付方式辦理。	

### 三、品質獎勵措施

(一)門檻指標：本年度收案 $\geq 30$ 人，方可進入品質獎勵之評比。

#### (二)品質獎勵指標

##### 1. 公共衛生關懷訪視共訪比率達100%：

分子：精神病人急性後期照護服務期間，居家照護與關懷訪視共訪至少3次之個案數

分母：當年度院所結案個案數(排除已死亡個案)。

##### 2. 30日內轉入社區資源比率

分子：分母個案於結案後30日內轉入社區復健中心、社區心理衛生中心、身心障礙者福利服務資源、就業服務中心等其他社區資源中心之個案數。

分母：當年度院所急性後期照護團隊結案個案數(排除已死亡個案)。

##### 3. 結案後90日內急診率：

分子：分母個案於結案後90日內急診之個案數(含跨院)。

分母：當年度院所急性後期照護團隊結案個案數(排除已死亡個案)。

##### 4. 6個月精神科急性再住院率：

分子：分母個案於結案6個月內再入精神急性一般病房個案數（含跨院）。

分母：當年度院所急性後期照護團隊結案個案數(排除已死亡個案)

##### 5. 功能進步率達80%：結案時台灣版世界衛生組織生活品質問卷得分較收案時增加10分以上個案占率。

分子：分母個案中結案時台灣版世界衛生組織生活品質問卷提升10分以上之個案數

分母：急性後期急性後期照護團隊結案個案數(排除已死亡個案)。

#### 6. 14天回診率

分子：分母個案於結案後14天內回診個案數

分母：當年度院所急性後期照護團隊結案個案數(排除已轉入日間病房、死亡個案)。

#### 7. 符合長效針劑指引推薦適用個案運用長效針劑比率達50%：

分子：符合長效針劑指引適用個案且於結案前使用長效針劑之個案數。

分母：當年度院所急性後期照護團隊符合長效針劑指引適用結案個案數(排除已死亡個案)。

#### (六) 品質獎勵支付：

1. 111 年依指標計算方式提報各醫院品質指標達成情形，未設定目標值之指標，僅需提出指標達成情形以做為下一年度品質指標改善情形之計算基準。
2. 獎勵總分依本年度結案個案數，達 7 項指標每位個案支付 2000 點，其餘按提報比例計算獎勵金。

# 全民健康保險醫療給付總額中長期改革計畫

## —行動方案II-2重整醫療體系架構

1

2021年8月20日

醫事司

2

## II-2重整醫療體系架構

- 建置智慧醫療區域聯防機制
- 推動社區化之急性後期照護模式
- 建立以人為中心善終照護模式
- 建立周產期照護網絡
- 建立幼兒專責醫師制度



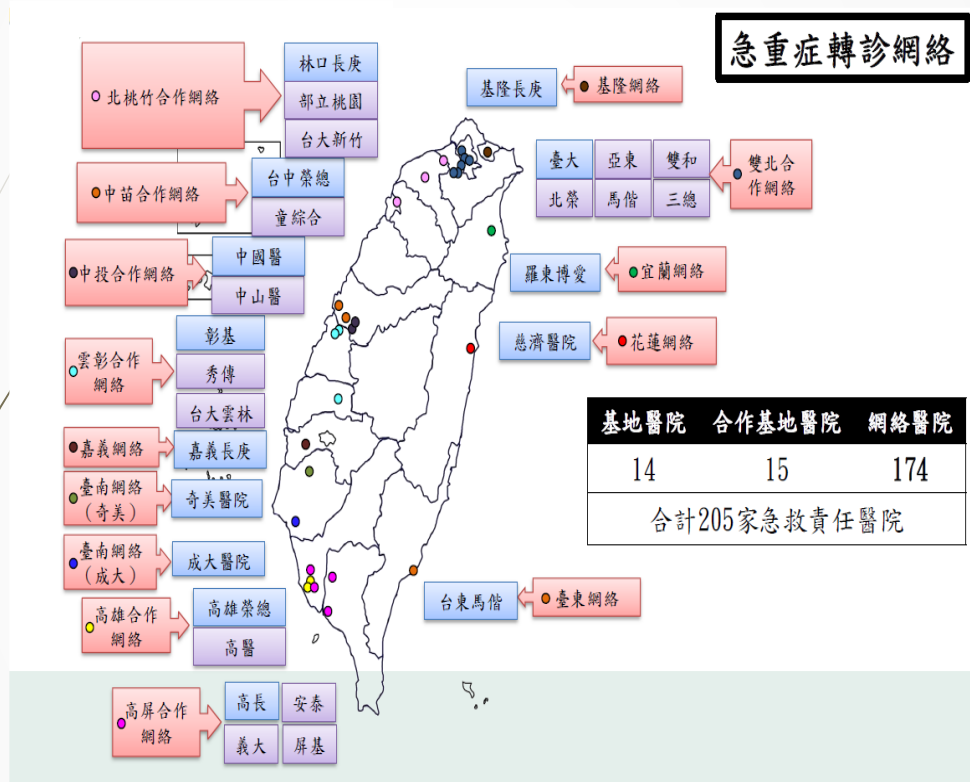
## 建置智慧醫療區域聯防機制

- 目標及實施重點
- 全民健保配合實施策略
- 預算需求
- 重要性及預期效益

## 目標及實施重點

### ■ 遠距醫療/遠距會診

- 以全國14個急重症轉診網絡之偏遠及醫療資源不足地區醫療機構，**建置急、重症（急診、腦中風、冠心病、緊急外傷）等遠距醫療模式**，有效整合專科醫師人力資源，實現在地就醫之醫療服務，落實醫療在地化。



## 全民健保配合實施策略

### ■ 遠距醫療/遠距會診

- 本司辦理前瞻2.0「偏遠地區遠距醫療建置計畫」，建置以全國14個急重症轉診網絡之**偏遠及醫療資源不足地區醫療機構遠距醫療模式**，以區域聯防促進網絡內資源共享，增加搶救時間，降低病人轉診風險。
- 健保署「**全民健康保險遠距醫療給付計畫**」，施行對象以山地離島地區及本部試辦遠距醫療相關計畫之施行地區，惟限109年以前(含)已核定之計畫。  
**建請111年納入「偏遠地區遠距醫療建置計畫」約20處之醫療機構遠距醫療給付。**

## 預算需求

### ■ 遠距醫療/遠距會診

- 依據「全民健康保險遠距醫療給付計畫」給付項目及支付標準，針對**急診遠距會診費**，不限科別，採論服務量支付。
- 111年至114年所需費用擬以全民健康保險遠距醫療給付計畫支應，每年約需1,500萬元，**預估4年共計6,000萬元(實際所需費用後續向健保署研商)**。

診療項目	支付點數
急診遠距會診費	
P6601C -檢傷分類第一級	2,340
P6602C -檢傷分類第二級	1,300
P6603C -檢傷分類第三級	788
P6604C -檢傷分類第四級	584
P6605C -檢傷分類第五級	507

## 重要性及預期效益

### ■ 遠距醫療/遠距會診

- 透過建置偏遠地區遠距醫療模式，緊急後送及轉診機制之強化以達**區域聯防**，期提升整體偏遠及醫療資源不足地區民眾緊急醫療之可近性，達到**降低跨區轉診人次及緩解專科醫師人力不足問題**。

## 二、委員對本次會議之會前書面意見

### 四、本會重要業務報告

委員意見	
陳委員石池	山地離島地區醫療給付效益提升計畫已舉辦多年，其成效如何？是否達成預期目標？又山地離島地區就醫不便，預防保健最為重要，但110年計畫第1年預防保健指標占率為80%，醫療照護指標占率為10%，幾乎沒有醫療品質，此評核指標的占率宜重新考量，另請提供這些評核指標供委員研議。

### 優先報告事項第二案

案由：110年第2季全民健康保險業務執行季報告

委員意見	
干委員文男	依據幕僚8/4提供的新聞資料，110年6月的失業率創下99年11月以來新高，失業人數增幅也是歷年同期最大；至於無薪假部分，截至110年7月31日止，家數為4,388家，創下開始統計無薪假以來最高紀錄，實施人數為56,687人，也僅次於98年金融海嘯時期。在此情況下，失業、留職停薪的民眾可能經濟情況大受影響，仍須繳交健保費嗎？這段期間，健保呆帳也可能大幅增加，健保署是否能提供對健保收入的影響金額？