

**衛生福利部全民健康保險會  
第 5 屆 110 年第 8 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 12 月 17 日**



# 衛生福利部全民健康保險會第 5 屆 110 年第 8 次委員會議議程

## 一、主席致詞

## 二、議程確認

## 三、確認上次(第 7 次)委員會議紀錄----- 1

## 四、本會重要業務報告----- 7

## 五、優先報告事項

### 擬訂本會 111 年度工作計畫及會議時間表(草案)----- 45

## 六、討論事項

### 111 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案----- 61

## 七、報告事項

### (一)中央健康保險署「110 年 11 月份全民健康保險業務執行報告」----- 69

### (二)109 年全民健康保險自付差額特材執行概況----- 70

## 八、臨時動議





三、確認上次(第 7 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(110)年 11 月 26 日衛部健字第 1103360160 號函送委員在案，並於本年 11 月 26 日併同會議資料上網公開。

決定：

衛生福利部全民健康保險會第5屆110年第7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11月19日上午9時30分

地點：本部301會議室

主席：周主任委員麗芳

紀錄：范裕春、彭美熒

出席委員：(依姓名筆劃排序)

干委員文男、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、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(中華民國護理師護士公會全國聯合會健保小組劉副召集人淑芬代理)、許委員駢洪、陳委員石池、陳委員有慶、陳委員建志(中華民國牙醫師公會全國聯合會林常務理事敬修代理)、黃委員金舜、黃委員振國、楊委員芸蘋、趙委員曉芳、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(中華民國工業區廠商聯合總會董副理事長正宗代理)、謝委員佳宜、顏委員鴻順、台灣總工會(補聘中)

請假委員：卓委員俊雄、陳委員秀熙、劉委員守仁、劉委員國隆

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7~9頁)

貳、議程確認：(詳附錄第9~10,14頁)

決定：

一、有關干委員文男等15位付費者代表委員提出電子煙管制之建議案排入議程，列為討論事項第一案，原討論事項第一至三案，順延為第二至四案。

二、餘照議程之安排進行。

參、確認上次(第 6 次)委員會議紀錄：(詳附錄第 15 頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第 16~27 頁)

決定：

一、上次(第 6 次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤 1 項及繼續追蹤項次 4 等 2 項解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤共 5 項，除項次 4 外，其餘 4 項繼續追蹤。

二、餘洽悉。

伍、優先報告事項：(詳附錄第 28~55 頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：110 年第 3 季全民健康保險業務執行季報告，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。

陸、討論事項：(詳附錄第 10~14,56~85 頁)

第一案

提案人：干委員文男、何委員語、吳委員鴻來、李委員永振、李委員麗珍、林委員恩豪、林委員敏華、翁委員燕雪、張委員文龍、許委員駢洪、陳委員有慶、楊委員芸蘋、劉委員守仁、劉委員淑瓊、賴委員博司

(依委員姓名筆劃排序)

代表類別：保險付費者代表

案由：電子煙在台灣銷售已長達 7 年，使用族群年輕化，國、高中職學生電子煙使用情形亦日趨嚴重，已成為威脅國民健康的警訊，而其菸害的醫療成本，最終仍由全民健保承擔；建議衛福部加速推動並完成菸害防制法修法，積極強化管制新興菸品的法源，嚴禁販售電子

煙產品給青少年，落實防制菸害，減輕健保醫療負擔，提請討論。

決議：本案函送權責機關國民健康署，請其提供修法進度，供委員知悉。

## 第二案(原列第一案)

提案單位：中央健康保險署

案由：全民健康保險 111 年度保險費率方案(草案)，提請審議。

決議：

一、全民健康保險 111 年度保險費率，經本會審議結果，兩案併陳：

(一)甲案：維持現行費率 5.17%。

(二)乙案：費率調整為 5.22%~5.32%(以 111 年度醫療給付費用總額兩案併陳之協商結果，並維持 111 年底安全準備 1 個月保險給付支出法定原則估算)。

二、請衛生福利部(社會保險司)及中央健康保險署提供各項可能的財務微調措施及預估經費之資料，供費率核定參考。

三、依全民健康保險法第 24 條第 3 項規定，將上開審議結果及與會人員發言實錄，陳報衛生福利部。

## 第三案(原列第二案)

提案單位：本會第三組

案由：111 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：

一、111 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範

圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.自一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 1.164 億元)移撥 12.324 億元，作為特定用途移撥款，用於牙醫門診總額之「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「特殊醫療服務計畫」、「弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」、「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」及「牙周病統合治療方案」等 5 項特定用途，移撥經費若有剩餘，優先用於「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」，若再有剩餘，則回歸一般服務費用。

2.扣除上開移撥費用後，預算 100% 依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。

二、所涉執行面及計算(含特定用途移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定之，其中特定用途移撥款執行方式請送本會備查。

三、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定後，於110年12月底前送本會同意後執行。

四、「牙周病統合治療方案」項目，自113年度總額起，回歸依各地區校正人口風險後保險對象人數占率(R值)分配。

第四案(原列第三案)

提案單位：本會第三組

案由：111年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，續請討論。

決議：本案繼續保留續議，請中華民國醫師公會全國聯合會

儘速於 12 月份委員會議前，提送風險調整移撥款之建議額度與用途，俾利本會討論並依法於年底前完成議定。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：下午 14 時 5 分。

#### 四、本會重要業務報告

##### 一、本會依上次(第 7 次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

- (一)討論事項第一案「建議衛福部加速推動並完成菸害防制法修法，積極強化管制新興菸品的法源，嚴禁販售電子煙產品給青少年，落實防制菸害，減輕健保醫療負擔案」：於本(110)年 11 月 30 日依會議決議函送國民健康署，請其提供修法進度及管制作為供參，如附錄一(第 85 頁)，俟該署回復後提報委員會議。
- (二)討論事項第二案「111 年度保險費率方案(草案)審議案」：於本年 11 月 26 日以衛部健字第 1103360161 號書函，將本會審議結果陳報衛生福利部(如附錄二，第 86~87 頁)，另副本抄送衛生福利部(下稱衛福部)社會保險司、中央健康保險署(下稱健保署)，請其於提供衛福部各項可能的財務微調措施及預估經費之資料供核定參考時，副知本會。
- (三)討論事項第三案「111 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案」(併第 6 次委員會議醫院、中醫門診總額一般服務地區預算分配案)：於本年 11 月 30 日以衛部健字第 1103360164 號書函，將牙醫門診、中醫門診、醫院總額一般服務之地區預算分配方式陳報衛福部核(決)定(如附錄三，第 88 頁)。
- (四)討論事項第四案「111 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案」：於本年 11 月 29 日函請中華民國醫師公會全國聯合會儘速於 12 月份委員會議前提送風險調整移撥款之建議內容，俾利依法於年底前完成議定分配。
- (五)上次委員會議委員關切「於每次委員會議宜提供歷次委員會議未結案件」，考量本次委員會議已依例每半年(6、12 月)彙報歷次未結案件(詳說明二)，擬自 111 年 1 月起，將歷次會議未結案件電子檔併同每次委員會議資料，以電子郵件寄送委員參考，不另印製紙本，以符節能減碳政策。
- (六)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計 3 項，依辦理情形，

建議解除追蹤 1 項，繼續追蹤 2 項，如附表一(第 13~14 頁)。  
但最後仍依委員會議定結果辦理。

- 二、為利委員了解歷次委員會議未結案件之辦理情形，依例每半年(6 月、12 月)彙報 1 次，截至 11 月底未結案件計 16 項，經洽請社保司、健保署提供辦理情形後，就部分回復擬請解除追蹤案件送請關切各該案件之委員審視，回復意見如附錄四(第 89~93 頁)。經參酌委員意見及各單位辦理情形，建議解除追蹤 1 項，繼續追蹤 15 項，如附表二(第 15~25 頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理。
- 三、依全民健康保險法第 72 條及本年度工作計畫，健保署應於本次委員會議提出「111 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」討論案，但並未如期提出，請健保署盡速擬訂後提本會討論。
- 四、依本會本年第 3 次委員會議(110.7.23)決定事項：「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」。健保署提報辦理情形如附件三(第 35~44 頁)，總計 19 項，其中 11 項尚未完成，其後續處理建議如下：

部門	未完成項目	處理建議
牙醫門診	「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項目(項次 1、2) ※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	屬專款項目，因 110 年度即將結束，爰預算無法支用，惟本項仍屬 111 年度總額協定之專款項目，請健保署會同牙全會儘速研議具體實施方案，提報本會同意後執行，建議繼續追蹤。
醫院及西醫基層	「醫療給付改善方案」專款項目(醫院項次 1、5 及西醫基層項次 1、3) ※決定事項：新增糖尿病與初期慢性腎臟病共同照護服	屬專款項目，擬新增之「糖尿病與初期腎臟病整合照護計畫」，預訂提 110.12.9「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」，建議於討論通過後，解除追蹤。



部門	未完成項目	處理建議
	務；持續加強推動糖尿病與慢性腎臟病整合照護	
醫院	「急診品質提升方案」專款項目(項次 2、6) ※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	屬專款項目，雖尚未完成方案內容之修正，仍依原方案執行，建議解除追蹤，並請健保署會同相關學協會持續精進方案內容。
	「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」專款項目(項次 3、7)	屬專款項目，因 110 年度即將結束，爰預算無法支用，建議解除追蹤。
透析	門診透析服務 ※決定事項：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	擬新增之「糖尿病與初期腎臟病整合照護計畫」，預訂提 110.12.9「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」，建議於討論通過後，解除追蹤。

五、本會同仁業依本年第 6 次委員會議(110.10.22)決議，參考委員所提意見及健保署回復說明，彙製「109 年全民健康保險監測結果報告」，業併同本次會議資料寄送委員，請惠予參考；另電子檔已置於本會網站「公告及重要工作成果」項下(路徑：健保會首頁/公告及重要工作成果/監理指標監測結果報告書，網址：<https://dep.mohw.gov.tw/NHIC/lp-3531-116.html>)，供各界參閱。

六、衛福部及健保署於本年 11 月至 12 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 12 月 6 日寄至各委員電子信箱]

#### (一)衛福部

- 1.本年 11 月 15 日修正發布「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目(除 Tw-DRGs 適用權重表、間變性淋巴瘤激酶突變體外診斷醫療器材檢測，自 111 年 1 月 1 日、2 月 1 日生效外，其餘自本年 12 月 1 日生效)，如附錄五(第 94~96 頁)，本次增修訂重點如下：

- (1)新增診療項目：間變性淋巴瘤激酶突變體外診斷醫療器材檢測(IVD)-IHC 法、大腸金屬支架置放術、濕化高流量氧氣治療第一天及第二天後照護費、腹腔鏡次全子宮切除術等 5 項。
  - (2)修正支付規範：配合新增項目「濕化高流量氧氣治療照護費」及「腹腔鏡次全子宮切除術」，修正相關診療項目之申報規定。
  - (3)居家照護：增訂醫囑單效期為自開立起 30 日內有效；個案收案期限由 4 個月延長為 1 年；同時執行安寧居家療護乙類，其每位居家護理人員每月訪視合理量由 75 人次增加為 100 人次；增列醫師至少每 3 個月訪視個案 1 次之規定。
  - (4)全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)：修正附表 7.3 111 年 1 月至 6 月適用權重表，標準給付額由 45,837 點調升為 48,815 點(增加 2,978 點)。
- 2.本年 11 月 16 日公告廢止「調控式腦室腹腔引流系統」及「特殊材質加長型伽瑪髓內釘組」2 項自付差額特殊材料品項類別，另訂定「腦脊髓液分流系統」及「特殊功能及材質髓內釘組」，自本年 11 月 16 日生效，如附錄六(第 97 頁)，主要使現行自付差額特殊材料品項類別之名稱與其醫療器材許可證仿單所登載之適應症、功能及材質一致。
  - 3.本年 11 月 19 日公告訂定 111 年保險對象住院應自行負擔費用之最高金額，並自 111 年 1 月 1 日生效，如附錄七(第 98 頁)重點如下：
    - (1)因同一疾病每次住院應自行負擔費用之最高金額：43,000 元(110 年為 41,000 元)。
    - (2)全年累計住院應自行負擔費用之最高金額：72,000 元(110 年為 69,000 元)。
    - (3)前 2 項住院應自行負擔費用之最高金額適用範圍，以保

險對象於急性病房住院 30 日以內或於慢性病房住院 180 日以內，依健保法第 47 條規定所應自行負擔之醫療費用為限，不包括健保法所規定不予給付之項目。

## (二)健保署

### 1.藥物給付項目及支付標準公告

本年 9 至 12 月份公告暫予支付及修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分項目，藥品計 31 件、特材計 26 件，彙整如附錄八(第 99~103 頁)。

### 2.總額相關公告

(1)本年 11 月 19 函送「全民健康保險醫院總額部門 110 年第 3 季點值結算方式」，如附錄九(第 104~105 頁)。110 年第 3 季結算，一般服務收入保障之計算基礎調整為 109 年同期，餘項同 110 年第 2 季結算方式。

(2)本年 11 月 19 日公告修訂「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」，並自 111 年 1 月 1 日起生效，如附錄十(第 106 頁)，主要修正「戒護病床比照全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之急性一般病床支付；以非戒護病床收治收容人，則按收治之病床類別(急性或慢性一般病床)，依該病床類別之給付項目及支付標準支付」。

(3)本年 11 月 26 日健保署函知，因疫情趨緩，自即日起恢復 110 年牙醫門診加強感染管制方案之實地訪查(對象為新申請特約或感染管制書面評核不合格、未上傳書面評核資料之院所)，如附錄十一(第 107 頁)。

(4)本年 11 月 16 日函送 110 年第 2 季其他預算結算說明表，公文如附錄十二(第 108 頁)，110 年全年經費 16,153.2 百萬元，1~6 月結算數 4,937.6 百萬元，整理預算執行情形如附錄十三，第 109 頁供參考。

(5)本年 11 月 5 日公告 110 年「全民健康保險西醫住院病患

中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」及「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」、「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等 6 項中醫醫療照護計畫 10 月 1 日起新增之承作院所及醫師名單，如附錄十四(第 110 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)累計統計如附錄十五(第 111 頁)。

決定：

附表一

## 上次(第 7 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： 110 年第 3 季全民健康保險業務執行季報告。	委員所提意見，送請中央健康保險署參考。	於 110 年 11 月 25 日請辦健保署。	健保署回復：委員所提意見，說明如附件一(第 26~32 頁)。	解除追蹤	—

## 二、擬繼續追蹤(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	討論事項第 3 案： 111 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案。	所涉執行面及計算(含特定用途移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定之，其中特定用途移撥款執行方式請送本會備查。	於 110 年 11 月 25 日請辦健保署。	健保署回復： 有關牙醫門診總額風險移撥款，業經本署 110 年 11 月 23 日本保險醫療給付費用牙醫門診總額 110 年第 3 次牙醫總額研商議事會議討論通過，將另案送貴會備查。	1.繼續追蹤 2.於健保署送本會備查後解除追蹤	111 年 1 月
2		需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 110 年 12 月底前送本會同意後執行。	於 110 年 11 月 25 日請辦健保署。	健保署回復： 有關牙醫門診總額風險移撥款，業經本署 110 年 11 月 23 日本保險醫療給付費用牙醫門診總額 110 年第 3 次牙醫總額研商議事會議討論通過，將併同門診透析預算、醫院、西醫基層總額部門之保障項目，提報貴會 111 年 1 月委員會議討論。	1.繼續追蹤 2.於健保署送本會同意後解除追蹤	111 年 1 月

健保會第5屆委員會議歷次未結案件追蹤表(更新部分以底線標示)

## 一、擬解除追蹤(共1案)

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
1	<p>委員十分關切 C 型肝炎新藥之預算來源，爰建請衛生福利部及中央健康保險署能有整體規劃並積極爭取公務預算等財源挹注，以利造福更多民眾，並建請衛福部思考除健保署外，宜有更適合爭取公務預算之單位。/[俟社保司提供具體公務預算規劃及期程後解除追蹤]</p> <p>(105.8、105.12、106.6、106.12、107.6、107.12、108.3、108.6、108.12、109.6、109.12、110.04 決定)</p> <p>.....</p> <p>本會委員支持加速根治國人 C 型肝炎，增列 108 年 C 型肝炎口服新藥費用之政策，惟顧及總額協商各總額部門間之公平性，依據本會 108 年總額協商通則，經委員共識決定，108 年度整體總額及四部門總額成長率以 4.5% 為上限，進行總額協商。附帶決定：本會委員所提「應編列公務預算支應或補助 C 型肝炎口服新藥費用」之建議，提供衛生福利部明年納入擬定政策時參考。/[俟社保司提供具體公務預算規劃及期程後解除追蹤]</p> <p>(107.8、107.9、107.12、108.3、108.6、108.12、109.6、109.12、110.04 決定)</p>	<p>社保司回復：</p> <p>1.為使 C 肝不再是我國公共衛生及國人健康之主要威脅，全民健康保險自 106 年起，納入治療 C 型肝炎口服新藥，經統計，<u>106 年 1 月 24 日至 110 年 11 月 22 日止，接受治療人數共有 128,759 人，109 年及 110 年治療成功比例均達 99%，近四年治療成功比例平均為 98.4%。</u></p> <p>2.為加速 C 肝病人治療，<u>健保署於 110 年 10 月 22 日公告放寬處方醫師專科資格限制，另增加查詢功能，即除健康署之預防保健服務單一入口網外，亦於健保醫療雲端查詢系統建立「B、C 肝專區」相關用藥及檢驗紀錄、就醫及成人健檢結果等查詢功能，提供可查詢篩檢資格的途徑。</u></p>	解除追蹤	—

## 二、擬繼續追蹤(共 15 案)

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
一、財務				
1	<p>「為使政府當責承擔健保總經費不得少於 36%之財務責任，建請衛生福利部恢復 101 年 10 月 30 日修正通過之全民健康保險法施行細則第 45 條條文內容，並匡正 105 年度之政府應負擔健保總經費法定下限 36%計算方式案」，本會委員所提意見送請衛生福利部(社會保險司)及中央健康保險署審慎研析並檢討修正。/[俟衛福部完成法規檢討修正後解除追蹤](106.7 決議、106.8、106.12、107.6、107.12、108.3、108.6、108.12、109.6、109.12、110.04 決定)</p> <p>.....</p> <p>本會委員認為現行全民健康保險法施行細則第 45 條，恐有違背母法第 27 條之虞，建請衛生福利部檢討修正，並於下(第 4)次委員會議提出研修方向及期程。另委員針對上開中央健康保險署所送預、決算備查案所提意見，併送請衛生福利部參考。/[繼續追蹤]</p> <p>(107.4、107.5、107.6、107.12、108.3、108.6、108.12、109.6、109.12、110.04 決定)</p> <p>.....</p> <p>有關近年健保「應提列安全準備來源」受到社保司自行解釋並逕減，影響安全準備之實際權責數字，為維繫現行費率適足，建</p>	<p>社保司回復：</p> <p>政府應負擔健保總經費法定下限為二代健保新制度，施行初期因主計總處與衛福部法規見解差異，致相關預算編列產生疑義。案經行政院跨部會研商，已確立法律見解及計算方式，配合部分爭議修正之健保法施行細則第 45 條，亦經立法院實質審查確定，據以計算之各年度政府應負擔數，業由審計部完成審定，相關法制程序皆屬完備，合法性及合理性無虞。早期因政府部門間法規爭議衍生之預算不足數，已分年完成撥補，政府每年皆依法負擔本項經費。貴會委員所提意見，將配合健保法研修納入考量，並更明確界定政府負擔範圍，以杜爭議。</p>	<p>1.繼續追蹤</p> <p>2.俟衛福部完成法規檢討修正後解除追蹤</p>	依社保司納入考量及研修相關法令進度辦理



項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	<p>請健保署逐期提供健保財務收支情形試算表，持續健全財務監理案，健保財務收支情形試算資料中，政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數之金額，請分別依主管機關依法認定及提案委員主張〔依健保法第76條第1項規定計算應提列之安全準備(各項來源金額<math>\geq 0</math>)後，再帶入同法第2條、第3條公式〕之兩種計算方式及結果呈現，俾利委員持續監理健保財務狀況。/[繼續追蹤] (108.12 決議、109.2、109.6、109.12、110.04 決定)</p> <p>.....</p> <p>委員所提有關政府應負擔健保總經費法定下限 36%不足數之計算方式，與其他財務相關建議，送請衛生福利部研議參考。/[繼續追蹤] (109.09、109.10、109.12、110.04 決定)</p>			
2	<p>建請政府依財政狀況，撥補 105~107 年政府應負擔健保法定經費不足數之缺口，以確保健保財務之健全案，本會委員基於監理職責，持續關注政府應負擔健保總經費法定下限36%之計算方式，且於歷次委員會議多有討論，惟雙方仍有不同見解，考量現階段本案之爭議，涉及法令解釋及預算編列等主管機關權責，委員建議對健保財務之長期穩定有正面意義，建請主管機關積極研議處理。/[俟衛福部撥補 105 ~107 年政府應負擔健</p>	<p>社保司回復： (回復內容同項次1，第16頁)</p>	<p>1.繼續追蹤 2.俟衛福部撥補 105 ~107 年政府應負擔健保法定經費不足數或舉證委員建議不符現行法規後解除追蹤</p>	<p>依社保司研擬進度辦理</p>

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	保法定經費不足數或舉證委員建議不符現行法規後解除追蹤] (108.11 決議、108.12、109.6、109.12、110.04 決定)			
3	近年政府應負擔健保總經費未達法定36%，建請健保署協助本委員會向行政院彙報說明，依財政狀況撥補105~108年政府應負擔健保法定經費之缺口，維繫現行費率適足，持續強化財務案，本案委員意見，送請衛生福利部參考。/[俟社保司、健保署協助本委員會向行政院彙報說明後解除追蹤] (109.4 決議、109.5、109.6、109.12、110.04 決定)	<p>社保司回復： (回復內容同項次1，第16頁)</p> <p>健保署回復： 有關政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數之計算方式，歷年來皆依健保法第2條、第3條及同法施行細則第45條規定，以及行政院協商確立之法律見解及計算方式辦理。</p>	<p>1.繼續追蹤</p> <p>2.俟社保司、健保署協助本委員會向行政院彙報說明後解除追蹤</p>	依社保司、健保署研擬進度辦理
4	為監理全民健康保險財務正常運作，正視呆帳對於健保財務收支平衡的重大襲蝕影響，建請於每年度協商下年度健保總額預算時，應將前年度自7月1日起算至協商時當年度6月30日止的呆帳總額列為下年度健保總額預算基期的減項，就此減項計算結果，做為協商下年度健保總額預算擬定範圍的計算基準，並就每年健保呆帳納入公務預算或其他財務來源補助案，請中央健康保險署正視全民健保呆帳之問題，積極研擬事前防範措施及事後財源籌措方案，並研議全民健保呆帳由公務預算或其他財源補助之可能性。/[俟健保署研議全民健保呆帳由公務預算或其他財源補助之可能性後解除追蹤]	<p>健保署回復：</p> <p>1.本署歷年均積極爭取財政部公益彩券回饋金補助經濟弱勢者健保欠費，並持續透過轉介公益團體及本署愛心專戶，協助弱勢民眾減少欠費及呆帳發生。</p> <p>2.有關研議健保呆帳納入公務預算或其他財源補助之可能性，依健保法第3條規定，政府應負擔健保總經費法定下限(36%)業由主管機關編列公務預算撥補；現行健保基金其他財務來源補助部分(如菸捐、公益彩券盈餘分配)，亦均有相關法源依據，尚屬主管機關權責。</p> <p>3.本署現行協助經濟弱勢者健保欠費的管道，除前揭管道外，並無其</p>	<p>1.繼續追蹤</p> <p>2.俟健保署研議全民健保呆帳由公務預算或其他財源補助之可能性後解除追蹤</p>	依健保署研擬進度辦理

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	(109.6 決議、109.7、109.9、109.12、110.04 決定)	<u>他財源可供欠費協助。</u> <u>若能爭取其他財源補助，本署將配合辦理。</u>		
二、新醫療科技、支付標準				
5	<p>請中央健康保險署於考量病患權益及減少社會衝擊等情況下，檢討如何落實全民健康保險法第 51 條第 4 款之規定，包括研提「成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品」逐步不納入健保給付之規劃與配套措施，及對健保財務之影響評估；若確有窒礙難行之處，亦請評估有無修法之必要性。請中央健康保險署將前項整體評估結果，提至本會報告。[俟健保署將整體評估結果提至本會報告後解除追蹤]</p> <p>(106.10 決議、106.11、106.12、107.6、107.12、108.3、108.6、108.12、109.6、109.12、110.04 決定)</p> <p>.....</p> <p>委員對「落實指示藥品不納入健保給付之規劃報告(含配套措施及對健保財務之影響評估)」之意見，建請中央健康保險署參考辦理，並請依所規劃策略研擬妥適配套措施，切不能影響民眾用藥權益，至於執行進度與成果請於 108 年第 4 季業務報告提報。[繼續追蹤]</p> <p>(108.3、108.4、108.6、108.12、109.6、109.12、110.04 決定)</p>	<p>健保署回復：</p> <p>1.本署衡酌病人權益及減少社會衝擊等情形，現階段仍採雙軌制策略逐步取消指示藥品，分述如下：</p> <p>(1)倘有醫學相關專業團體提出取消給付，即執行臨床之必要性及需求性評估，並就實況推動不予給付。</p> <p>(2)主動蒐集相關醫學會之評估意見，並依使用人數多寡逐步推動不予給付。</p> <p>2.本署已訂於 110 年 12 月 22 日召開「全民健康保險收載指示藥品之意見交流會議」，並俟決議辦理。</p>	<p>1.繼續追蹤</p> <p>2.俟健保署將整體評估結果提至本會報告後解除追蹤</p>	依健保署研擬進度辦理
6	<p>有關健保署針對免疫療法中「胃腺癌」與「晚期肝細胞癌」免疫新藥，以療效不佳而停止健保給付申請</p>	<p>健保署回復：</p> <p>1.根據本署委託 CDE 分析胃癌與肝癌使用 IO 藥品的真實世界證據，</p>	<p>1.繼續追蹤</p> <p>2.俟健保署提供胃癌及肝癌免</p>	依健保署研擬進度辦理

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	<p>案，專業醫師提出該理由並不具合理性，也違反健保會總額協商，建議該署應立即恢復給付「晚期肝細胞癌」和「胃腺癌」免疫新藥，以維病友用藥權益案，本案涉及藥品給付規定之修訂，係屬中央健康保險署權責，委員關心廣大病友之權益，所提意見送請中央健康保險署審酌納參。[俟健保署提供此 2 癌症免疫新藥後續與藥商協議情形後解除追蹤] (109.5 決議、109.6、109.12、110.04 決定)</p> <p>.....</p> <p>再次建請中央健康保險署早日與「胃腺癌」及「晚期肝細胞癌」IO 免疫新藥業者達成協議，讓「胃腺癌」與「晚期肝細胞癌」患者能夠使用 IO 免疫新藥，讓病患及家屬有多一種選擇和生存機會案，本案涉及藥品給付規定之修訂，係屬中央健康保險署權責，委員所提意見，送請中央健康保險署併同本會 109 年第 3 次委員會議(109.5.22)之決議辦理。 [併同本會 109 年第 3 次委員會議(109.5.22)之決議一併追蹤] (109.10 決議、109.11、109.12、110.04 決定)</p>	<p>雖個別醫師的治療有差異，但整體結果僅與化療藥物或標靶藥物差不多，但健保卻需付出數倍藥費。</p> <p>2.考量病人用藥機會，本署已多次與藥商溝通還款方案。目前本署已請廠商以精準醫療方式找出合適治療的病人，或以國內臨床治療有效證據再提出建議方案。惟迄今廠商無法提供具成本效益之精進方案，尚未達成協議，<u>本署已再請廠商提出具給付效益之精進方案。</u></p> <p>3.為提供病患更具效益之選擇，本署已放寬其他胃癌或肝癌藥物之給付規定，例如擴增胃癌用藥 Herceptin 與第 3 線藥物 Lonsurf，以及新增肝癌用藥 Lenvima 與 Cyramza。<u>並已於 110 年 10 月召開肝癌專家會議研擬修訂肝癌用藥指引，後續將依專家意見修訂藥品給付規定。</u></p> <p>4.健保資源有限，本署將持續滾動檢討 IO 藥品給付之合理性，延長給付有療效的病人，減少給付不具成本效益之藥物或無效醫療，以管控健保財務風險。</p> <p>5.另查美國 FDA Oncologic Drug Advisory Committee 於 110 年 4 月底再次評估 <u>nivolumab 及 pembrolizumab</u> 藥品用於肝癌及胃癌之</p>	<p>疫新藥後 續與藥商 協議情形 後解除追 蹤</p>	

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
		<u>適應症，最終委員決議反對繼續維持該等藥品用於肝癌及胃癌之適應症。</u> <u>6.110年2月已將癌症免疫藥品真實世界證據提請藥物擬訂會議討論，藥物擬訂會議決議於110年4月1日生效調整支付價，後續並持續滾動檢討給付範圍。</u>		
7	有關 108 年全民健康保險自付差額特材執行概況案，本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署參考。/[俟健保署提供塗藥支架納入全額給付之評估結果後解除追蹤] (109.12、110.04 決定)	健保署回復： 已將「冠狀動脈塗藥支架」列為 110 年度「運用醫療科技再評估提升保險給付項目之給付效益計畫委辦案」項目之一，並委請財團法人醫藥品查驗中心(CDE)辦理，預計於 110 年 12 月完成。	1.繼續追蹤 2.俟健保署提供塗藥支架納入全額給付之評估結果後解除追蹤	111年1月
三、總額協商				
8	有關 110 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)案，委員所提有關總額範圍擬訂公式之意見，送請衛生福利部納為未來公式檢討參考。/[俟社保司完成總額範圍擬訂公式之檢討修訂作業後解除追蹤] (109.5 決議、109.6、109.12、110.04 決定)	社保司回復： 1. <u>本部已於 110 年 1 月成立總額範圍擬訂公式檢討工作小組，並業於 110 年 3 月 12 日、8 月 27 日召開 2 次會議，並依據會議討論與建議，持續針對公式整體架構及各項指標定義與計算方式進行研議，待有初步構想將再對外召開會議討論，取得付費者及醫療服務提供者代表之共識與同意後，再逐步修訂公式。</u> 2. <u>考量業於年初設立專責工作小組會議並啟動公式檢討修訂作業，建議解除列管。</u>	1.繼續追蹤 2.俟社保司完成總額範圍擬訂公式之檢討修訂作業後解除追蹤	依社保司研擬進度辦理

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
9	有關分級醫療各項策略之執行成效(含醫學中心及區域醫院門診減量措施、家庭醫師整合性照護計畫、強化基層照護能力及「開放表別」、鼓勵院所建立轉診之合作機制)，對於醫學中心、區域醫院門診量確實已減少並達標但病人似未確實下轉，以及未進入轉診平台的病人流向，請健保署於 109 年委託研究「分級醫療制度之轉診就醫流向分析與原因探討」完成後，參考研究成果並進行相關檢討後，予以說明。[俟健保署參考研究成果檢討及說明後解除追蹤](109.6、109.7、109.12、110.04 決定)	<p>健保署回復：</p> <p>1.有關本署 109 年委託研究「<u>分級醫療制度之轉診就醫流向分析與原因探討</u>」已於 6 月 16 日繳交研究報告，研究成果說明如下(研究摘要如附件二，第 33~34 頁)：</p> <p>(1)病人接受下轉的主要原因包含「<u>相信醫師專業判斷</u>」、「<u>原診治院所開藥天數較短</u>」、「<u>診所所有夜間門診</u>」或「<u>比較近</u>」。</p> <p>(2)病人上轉後仍回轉回原院所者，其願意回轉者主要以病情考量為大宗，其中以需進行後續追蹤或看檢查報告最多；其次為節省交通時間和資源；另一原因是信任醫師專業。</p> <p>(3)綜上，可發現民眾接受下轉及上轉後仍回原院所的主要原因，多基於病情及就醫方便性為主，以及醫病長期信任關係。</p> <p>2.另依據本署於貴會 110 年 6 月 25 日會議報告「<u>分級醫療執行成效評估</u>」，其中 109 年下轉到診所件數(轉診成功)，由 107 年第 3 季 1.2 萬件，109 年累計至第 4 季達 18 萬件。</p> <p>3.綜上，民眾的選擇意願及醫病信任關係為重</p>	<p>1.繼續追蹤</p> <p>2.俟健保署參考研究成果檢討及說明後解除追蹤 (委員所提意見請健保署回復檢討結果時說明)</p>	依健保署研擬進度辦理

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
		<p>要因素。本署健保全球資訊網「分級醫療」主題專區，持續提供相關民眾宣導素材外，亦逐年強化基層診所量能，除開放支付標準表別限制，使基層診所能承擔更多民眾照顧責任外，亦積極鼓勵基層院所參與家醫及疾病照護計畫並擴大收案量能，以強化照護連續性和協調性，使基層診所能與民眾建立更長久的醫病關係。</p>		
10	<p>111 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診醫療給付費用總額及其他預算協商結論案，請中央健康保險署會同各總額部門相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，其中未達共識之部門，於衛生福利部核定後最近 1 次委員會議提報、確認。[俟健保署將未達共識之醫院、西醫基層部門「執行目標」及「預期效益之評估指標」於委員會議提報及確認後解除追蹤]</p> <p>(110.9 決議、110.10 決定)</p>	<p>健保署回復： 有關111年未達共識之醫院、西醫基層部門「執行目標」及「預期效益之評估指標」，俟111年總額經衛生福利部核定後，請貴會責成前開總額部門，於貴會最近1次委員會議開會前21日(約3週前)，函送「執行目標」及「預期效益之評估指標」予本署審視及評估，俾供期程內提報貴委員會議確認辦理。</p> <p>本會補充說明： 考量111年度總額協商程序已於110年6月份委員會議議定，需依議定時程辦理。爰請健保署本於保險人權責，儘早與各總額部門進行研議，俾依時程提報本會確認。</p>	<p>1.繼續追蹤 2.俟健保署將未達共識之醫院、西醫基層部門「執行目標」及「預期效益之評估指標」於委員會議提報及確認後解除追蹤</p>	<p>衛福部核定後最近 1 次委員會議</p>
11	<p>111 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案，所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同醫</p>	<p>健保署回復： 有關110年醫院總額一般服務地區預算分配之風險移撥款執行方式，本署將依貴會110年10月22日</p>	<p>1.繼續追蹤 2.俟衛福部核定，健保署送本會備查後</p>	<p>111 年 4 月</p>

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	院總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。/[俟衛福部核定，健保署送本會備查後解除追蹤] (110.10 決議、110.11 決定)	<u>委員會議決議(付費者委員建議6億元、醫院委員建議2億元)，俟衛福部核定金額後，再由台灣醫院協會提案至本署，列入醫院總額研商議事會議討論。</u>	解除追蹤	
12	111 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案，需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定後，於 110 年 12 月底前送本會同意後執行。/[於健保署送本會同意後解除追蹤] (110.10 決議、110.11 決定)	健保署回復： <u>111年度醫院總額一般服務保障項目，將列入本署110年12月8日本保險醫療給付費用醫院總額110年第3次醫院總額研商議事會議討論，俟議定後，併同門診透析預算、中醫、西醫基層總額部門之保障項目，提報貴會111年1月委員會議討論。</u>	1.繼續追蹤 2.於健保署送本會同意後解除追蹤	111 年 1 月
13	111 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案，需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定後，於 110 年 12 月底前送本會同意後執行。/[於健保署送本會同意後解除追蹤] (110.10 決議、110.11 決定)	健保署回復： <u>有關中醫門診總額一般服務預算保障項目，業經本署 110 年 11 月 18 日本保險醫療給付費用中醫門診總額 110 年第 3 次中醫總額研商議事會議討論通過，將併同門診透析預算、醫院、西醫基層總額部門之保障項目，提報貴會 111 年 1 月委員會議討論。</u>	1.繼續追蹤 2.於健保署送本會同意後解除追蹤	111 年 1 月
14	醫院總額部門 110 年第 3 季比照第 2 季之結算方式案，請參考委員意見，依全民健康保險法規定，在符合適法性、公平性前提下辦理。/[於審計部審定 110 年度全民健康保險基金附屬單位決算後解除追蹤] (110.10 決議、110.11 決定)	健保署回復： <u>本署遵照辦理。</u>	1.繼續追蹤 2.於審計部審定 110 年度全民健康保險基金附屬單位決算後解除追蹤	111 年 8 月
15	建議健保總額財源應優先解決總額缺口，不宜再新增任何項目案，委員所提	社保司回復： <u>1.台灣醫院協會於 10 月 27 日以旨揭案拜會本</u>	1.繼續追蹤 2.俟社保司及健保署	依社保司、健保署研議進度



項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	意見，送請衛生福利部社會保險司及中央健康保險署研議。[俟社保司及健保署依委員意見提供研議結果後解除追蹤] (110.9 決議、110.10 決定)	<p>部陳部長，並達成本部將與醫界一同朝提升點值為目標邁進之共識。</p> <p>2. 有關總額之擬訂與核定，依全民健康保險法第 60 條、第 61 條辦理，健保會付費者代表與醫療服務提供者代表，每年 9 月就行政院核定總額範圍及本部交議之協商政策方向，據以協商總額。依法定程序，付費者代表與醫療服務提供者代表若協商無共識，才兩案併陳、報本部核定，爰此本案事涉總額議題，仍請於總額協定時納入協商議定。</p> <p>健保署回復： 有關 111 年醫院部門醫療給付費用總額，業經貴會 110 年 9 月 23 日召開總額協商會議討論，於 110 年 10 月 29 日陳報衛生福利部核定中；本署配合辦理。</p>	依委員意見提供研議之具體結果後解除追蹤	辦理

健保會第 5 屆 110 年第 7 次委員會議之健保署答覆

上次(第 7 次)委員會議之擬解除追蹤項次 1

案由：110 年第 3 季全民健康保險業務執行季報告。

委員意見	健保署說明
<p>滕委員西華(議事錄 p.35)</p> <p>視訊診療給付，特別是電話診療是否仍持續進行中？</p>	<p>一、依衛生福利部 110 年 7 月 23 日衛部醫字第 1101665108 號函，視訊診療實施期限至「嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心解散日止」。</p> <p>二、另有關病情穩定之慢性病複診病人採電話問診，實施期限至 110 年 9 月 30 日止。</p>
<p>劉委員國隆(議事錄 p.54)</p> <p>為因應健保財務缺口，台灣醫院協會、私立醫院協會、醫學中心協會、區域醫院協會、社區醫院協會等醫院團體籌組「健保財務缺口因應工作小組」，要求醫師婉拒「逛醫院、重複拿藥或做檢查」就醫行為，根據健保署統計，醫療人員專業照顧診療費在總額占比中逐年下降，但藥費及檢驗檢查占比卻逐年上升，當中約一成是重複申報。健保財源為何連年虧損，主要在於人口老化與青年低薪的結構問題、醫療資源濫用、新科技支出增加但舊科技沒退場、現行健保費收費機制問題等。健保署如何看待五大醫院團體團結自救行動？如何解決健保財務缺</p>	<p>一、有關醫院團體籌組「健保財務缺口因應工作小組」，減少「逛醫院、重複拿藥或做檢查」，惟本署政策方向目前院所端已可透過健保雲端查詢系統，提供醫事人員全方位(含跨院)之醫療資訊，民眾端亦可透過健康存摺，取得自身的醫療資料，除做為自我健康管理外，亦可提供個人就醫資料予醫師參考，逐漸縮短醫病間醫療資訊不對等之情形。</p> <p>二、為使健保穩健經營，本署將持續推動各項整合醫療資源有效運用及抑制醫療資源不當耗用之措施，以減緩醫療支出成長壓力，說明如下：</p> <p>(一)重複用藥及檢驗檢查之節流措施：</p> <p>1.自 104 年 7 月起分階段實施門診特定藥品重複用藥管理，針對病人就醫時仍有 10 日以上用藥，醫師無特殊理由仍處方相同藥品，則予以核減。本方案 104 年 7 月實施同院 6 類，106 年 10 月實施跨院 12 類，於 108 年 1 月擴增為 60 類藥品，</p>

委員意見	健保署說明
口？	<p>108 年 10 月起推及全藥類藥品，經估計全藥類 103 年至 109 年重複藥費減少近 93.5 億元。</p> <p>2.自 107 年起針對重要檢驗(查)執行率、再執行率等高於同儕之醫療院所及醫師按月資訊回饋，供其自我管理；並針對異常案件，進行立意專業審查。另為推動 CT 及 MRI 影像或報告資源共享，針對門診 28 日內跨院再執行 CT 及 MRI 未調閱已上傳影像或報告者進行輔導及管理。其成效為門診 44 大類檢驗(查)費用成長率由介入前 106 年 9.5%，至 109 年下降為 0.9%。且 44 大類檢驗(查)門診再次執行率由介入前 106 年 8.4%，至 109 年下降為 7.5%。檢驗檢查再次執行推估 107-109 年節省約 10.0 億點。</p> <p>(二)持續優化及推廣健保醫療資訊雲端查詢系統，減少不必要的醫療浪費，提升醫療服務及健保資源運用效率：</p> <p>1.透過持續宣導推廣已有近 9 成的病人在就醫或領藥時，醫事人員有查詢健保雲端查詢系統。除減少重複藥費及檢查檢驗費用，估計分享電腦斷層、磁振造影每月可為民眾節省約 598 萬元影像複製費。</p> <p>2.為更貼近臨床人員需求，本署將持續針對優化及擴充雲端系統功能，提高雲端臨床實務之可用性及查詢效能，提升醫療品質及醫療服務效率，對於控制整體醫療支出及維持點值穩定亦有所助益。</p> <p>三、有關新科技支出增加但舊科技沒退場相關說明：</p> <p>(一)針對舊科技退場機制，綜觀目前國際上各</p>

委員意見	健保署說明
	<p>國均提倡建立醫療科技再次評估的法規與機制，本署於 107 年起推動醫療科技再次評估 (Health Technology Reassessment, HTR) 作業，主要是針對已給付項目進行療效及成本效益之追蹤或監測，建立系統化的檢討機制。透過執行 HTR，達到醫療資源再配置的最大效率化。</p> <p>(二)為維護醫療科技發展，兼顧民眾使用新醫材權益，及維持健保財務衡平，針對各新增特材項目，在醫療專業共識下，予以訂定合理給付規定，以避免醫療資源濫用。並於每次特材共擬會議，針對新增特材及放寬給付規定造成財務影響項目，進行監控及檢討年度預算支用情形。</p> <p>四、有關醫療人員專業照顧診療費相關說明：</p> <p>(一)依貴會 111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議資料(p.72~73，如附件一之附件，第 31~32 頁)，健保自 105 年起即依貴會總額協定事項，以醫療服務成本指數改變率所增加之預算，用以調整醫事人員有關之支付標準(如：門診診察費、急診診察費、住院診察費、住院調劑費、藥事服務費、護理費、急重症診察費、麻醉、手術及兒童加成、特定診療及急重難支付標準。</p> <p>(二)110 年醫院總額已編列 10 億元，用於區域級(含)以上醫院加護病床護理費採固定點值(1 點 1 元)。</p>
<p>劉委員國隆(議事錄 p.54)</p> <p>國內精神治療「重開藥、輕心理治療」，反映健保對心理治療給付低廉，對醫療院所缺乏</p>	<p>一、精神(心理)醫療包括門診、急診、住院、精神社區復健、精神居家治療等各階段醫療服務，提供深度心理治療、特殊心理治療等多項診療項目。</p>

委員意見	健保署說明
<p>服務誘因，導致人力不足，供不應求，健保署如何思考檢討制度以協助需要的人。</p>	<p>二、公共政策網路參與平臺之民眾提案「將心理諮商及心理治療納入健保」成案，提案人其中訴求之一為「明訂心理治療之適應症、治療次數及合理支付點數」。本署分別與提案人及相關學會及公會代表，辦理訪談會議，並於110年10月5日召集提案人、附議者、心理及口腔健康司與相關學會及公會代表召開「將心理諮商及心理治療納入健保」連署案座談會暨開放政府第101次協作會議。其中對於心理治療服務供不應求、等候時間長，與會學會代表表示現行治療方式將思考以團體治療為主，後續再輔以個別心理治療。</p> <p>三、對於提案人上述訴求，相關學會表示考量疫情期間，全民精神狀態緊繃，非提高支付點數之時機，除非於總額外提供新預算，用於提升精神醫療品質。</p>
<p>林委員恩豪(議事錄 p.54-55)</p> <p>有關投影片第 22 張「停復保現況爭議及因應策略」部分，意見如下：</p> <p>一、多年來社會各界對於健保停復保制度屢有質疑，立法院、監察院及審計部亦多有關切，要求須檢討相關規定，勞工團體基於全體保險對象權利義務之公平性，亦認為應回歸健保強制納保之原則，廢除現行停保制度。</p> <p>二、另查衛生福利部業於本(110)年 3 月 11 日衛部字</p>	<p>有關委員所提健保停復保制度建議，衛生福利部刻正參酌各界意見及建議修正方案，按法制程序通盤檢討，本署將配合衛生福利部政策方向辦理相關事宜。</p>

委員意見	健保署說明
<p>第 1101260068 號函擬具刪除停復保之全民健康保險法施行細則正草案，徵詢本會及政府相關部會之意見。</p> <p>三、本案迄今並未見衛生福利部召開研商會議說明有無團體組織反對修法立場與所持理由，該部亦遲未依修法作業進行後續草案預告程序，本於維護全民健康保險制度運作之公平合理，建請盡速辦理本案相關之修法程序。</p>	

表 1-6 醫院總額醫療服務成本指數改變率之預算及支付標準調整情形

年度	105	106	107
預算來源	醫療服務成本指數改變率		
成長率(%)	2.485%	2.307%	0.662%
增加金額	91.605 億元	89.674 億元	26.982 億元
協定用途	醫療服務成本指數改變率所增加之預算，原則用以調整支付標準並以與醫事人員薪資連動或間接反應之方式辦理。	原則用以調整支付標準並優先以 60 億元調整重症項目。	優先用以提升重症護理照護品質及持續推動「護病比與健保支付連動」，調整全日平均護病比加成率。
預估增加點數	91.86 億點	81.73 億點	27.05 億點
實際增加點數	69.89 億點 (105.4.1 實施)	17.24 億點 (106.10.1 實施)	0.93 億點 (107.12.1 實施)
調整項目	1.調升門診診察費、住院診察費、病房費、調劑費等基本診療章節 147 項。 2.地區醫院物理治療、職能治療及語言治療共 13 項支付點數，調整為與醫學中心、區域醫院相同點數。	1.調升急重症之診察費、麻醉、手術、特定診療，及手術項目之兒童加成等 1,716 項支付標準點數(60 億元)。 2.調升偏鄉地區醫院之住院護理費加成(由 3.5% 調為 15%)、調升地區醫院住院護理費支付點數 3.5%、地區醫院病房費點數調升與區域醫院相同、地區醫院門診診察費加成率再提高 15%及地區醫院之急診診察費保障每點 1 元等 49 項。(22 億元)。	1.提升重症護理照護品質，加護病床護理費調升 5%；另續推動「護病比與健保支付連動」，全日平均護病比加成率由 3%-14%調整為 2%-20% 2.調升創傷處理、手術/創傷處置及換藥、心肺甦醒術及連續性可攜帶式腹膜透析導管植入術等 11 項特定處置項目支付點數。 3.刪除門診合理量公式。 4.鼓勵地區醫院假日開診，增列假日門診診察費加計，以及除藥物及門診診察費外，其餘門診之診療項目增列 30% 加成。

資料來源：健保署。

表 1-6 醫院總額醫療服務成本指數改變率之預算及支付標準調整情形(續)

年度	108	109		110
預算來源	醫療服務成本指數改變率			
成長率(%)	1.039%	2.356%		1.257%
增加金額	43.942 億元	103.846 億元		58.353 億元
協定用途	12 億元用於調升急重難症等相關支付標準。	優先用於急重難症、藥事服務費、急重症護理費、因應住院醫師納入勞動基準法以及門診減量配套措施等支付標準之調整。		—
預估增加點數	43.27 億點	0.279 億點	104.98 億點	—
實際增加點數	(109.1.1 實施)	0.236 億點 (109.7.1 實施)	(基本診療章於 110.3.1 實施， 特定診療於 110.7.1 實施)	—
調整項目	1.調升各專科第 1 階段門診診察費，加成率 9%-13%。 2.調整手術分項。 3.調整 106 年重症 60 億關聯項，及未調整項目與關聯項。 4.調整歷年未調整或調整 2 次以下之手術及處置項目。 5.調升住院診察費 13.5%及 75 歲以上老人住院診察費加成 20%。 6.地區醫院夜間門診診察費加成 10%。 7.急診診察費：除現行小兒專科醫師外，其餘專科醫師診治 6 歲以下兒童急診診察費得加計 50%。 8.麻醉費調整為提升兒童加成項目(含麻醉恢復照護費及麻醉前評估)。 9.急性一般及經濟病床住院護理費(含精神病床)調升 3%。	調劑通則：增列特約醫院、診所及藥局執業藥事人員產假期間，支援藥事人員合理調劑量計算方式。	1.調升門診診察費： (1)「連續調劑 2 次以上且每次給藥日數 28 天以上慢連箋」調升 3%，其餘門診診察費調升 10%。 (2)各層級內科門診診察費加成率均再調升 7%。 2.住院診察費：除慢性病床外，其餘病床診察費點數調升 5%。 3.住院護理費： (1)隔離病床護理費調升 27.65%。 (2)除慢性病床、經濟病床、隔離病床外，其餘病床護理費點數調升 5%。 (3)經濟病床(含精神)調升 5%後，再調升其與急性一般病床護理費點數差值之 50%。 4.藥事服務費：藥局調升 6 點，除特殊處方外，其餘藥事服務費調升 10%。 5.調升一般慢性精神病床住院照護費。 6.急診診察費：調升 00203B「檢傷分類第三級」及 01015C「急診診察費」。 7.調升 400 項急重難症支付標準點數及 4 項亞急性呼吸照護病床及 2 項慢性呼吸照護病房論日計酬支付點數，調幅介於 0.5%~80%之間。	—

資料來源：健保署。



## 「分級醫療制度之轉診就醫流向分析與原因探討」摘要

### 研究背景：

雖然國內全民健康保險法及醫療法早已規定建置分級醫療以及轉診制度以促進醫療資源有效利用，但因轉診作業係採非強制原則，且不須逐級轉診，民眾可自由選擇就醫場所，加上在沒有足夠正確就醫認知與節制醫療服務的誘因下，民眾容易造成所謂的道德危害，導致門急診壅塞、大醫院看小病等問題。

### 研究目的：

本研究欲達成以下研究目的：i)比較先進國家對於分級醫療成功轉診之辦理方式及成效評估，ii)分析國內病人轉診(下轉、平轉、回轉)當次及後續之就醫流向或習慣，並估算對病人、院所、健保、整體醫療環境的轉診效益，iii)探討轉診個案未至轉診院所就醫之原因分析，並提出建議方案，以及iv)從病人角度建議適合本國之成功轉診定義。

### 研究方法：

本研究首先利用文獻探討進行先進國家對於分級醫療成功轉診辦理方式及成效評估之比較。經文獻探討，確認問卷重要構面及資料來源後，邀請專家建構專家效度，後續以 Rosenstock 的健康信念模式為基礎進行結構式問卷設計。問卷訪查的部分，本研究先利用中央健康保險署「電子轉診平台轉診資料」，採全國性抽樣，依據電子轉診平台名冊進行機率抽樣寄發同意函之民眾，比照健保業務分區(臺北、北、中、南、高屏、東)管轄縣市之人口比率進行抽樣。寄發接受訪查同意函之民眾人數總達 20,000 份(人)，成功面訪數為 320 份。第二階段之民眾電聯依據合作醫院之轉診名單進行共 10,550 名民眾的電話聯繫，成功面訪數為 612 份。結合兩階段之收案，本研究共成功完成 932 份問卷，為總寄出同意函與電話聯繫數量合計之 3.05%。本研究已通過研究倫理審查委員會審查(CRREC-109-107)。

### 主要發現：

經文獻探討後，本研究發現目前有許多國家轉診制度與臺灣雷同，有醫療分級，但無強制病患轉診，並容許他們自由選擇就醫院所。而這些國家所面臨的問題與國內也大同小異，一般會碰到病患數量多，諮詢時間短，急診雍塞與照護連續性偏低的問題。問卷調查分析結果顯示，接受轉診之主因在於診治醫師，透過醫師的建議，絕大多數病患會信任醫師專業判斷，進而接受轉診。此外，病患在接受轉診後，後續有回轉至原診治院所就醫之比例相對較低，表示大多數已習慣在接受轉診院所就醫或追蹤。有回轉者相對也有較高的自覺轉診利益以及轉診認知。針對轉診效益，超過一半之受訪者表示對於轉診的過程感覺到滿意或非常滿意，雖然多數認為整體費用變更高，等待看診時間與交通時間也變更長。

### **結論及建議事項：**

整體而言，國內民眾會接受轉診主要係因為有醫師專業上的判斷與建議，無接受轉診者多數認為其病情已改善。民眾會回轉主要係因為相信回轉後會為自己帶來好處。仍有一定比例的民眾習慣到基層診所就醫，也較信任診所(家庭)醫師，少部分會持續去大醫院就醫，除非認為診所無法解決他的問題。本研究多數受訪者認為成功轉診定義為可得到病情的改善。

## 110 年度各部門總額尚未完成之協定事項辦理情形

## 一、牙醫門診總額

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			
1	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、110.8.24「牙醫門診總額研商議事會議」討論，惟未獲共識。 2. 俟牙醫師公會依上開會議決議修正牙醫特定身心障礙者社區醫療網(草案)後，續提該會討論。
提報本會執行情形(110 年初步結果/成果)			
2	牙醫特殊醫療服務計畫 ※協定事項：擬新增牙醫特定身心障礙者社區醫療網	110 年 7 月底前	110 年度編列 672.1 百萬元，辦理情形詳項次 1。

## 二、西醫基層總額

工作項目		應完成 時限	辦理情形
<b>依法定程序辦理相關事宜，送本會備查</b>			
1	醫療給付改善方案 ※決定事項：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	健保署已於110.8.10及110.11.29召開「新增共管措施暨修訂DM方案及CKD方案討論會議」，依會議決議擬具「糖尿病與初期腎臟病整合照護計畫」，預訂提110.12.9「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論後，依會議結論辦理。
<b>提報本會執行情形(110 年初步結果/成果)</b>			
2	藥品及特材給付規定改變 ※決定事項： (1)提報檢討結果 (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	1.藥品： (1)各品項申報情形固定於每半年業務執行報告中提報。110年截至第3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37項章節，所涉藥品於該區間實際申報點數共計479.7百萬點。 (2)健保署自107年底始與藥商就部分新藥簽訂MEA，廠商依約定將於次年度還款，並配合實施藥價調整等機制，落實管控藥費，以利於減輕健保財務衝擊。 (3)有關經費編列及估算之檢討，業提至110年第4次委員會議之業務執行季報告。自111年度起，醫療服務密集度改變預算編列，參採廠商提供之前瞻式評估財務衝擊等資料，於進行預算編列時納入評估；且為促各方意見交流，

工作項目		應完成 時限	辦理情形
2 續		110年8月 底前	<p>健保署將持續收集各界意見進行討論，完善預算推估模式。</p> <p>2.特材：</p> <p>(1)原 110 年規劃新增新功能特材「亮藍網膜眼用染劑」及「台酚藍囊袋眼用染劑」，因 109 年西醫基層總額部門「新醫療科技」預算 1 億元尚足以支應，為儘早於基層院所使用，爰於 109.7.1 公告生效。</p> <p>(2)於 110.12.1 公告修訂「第一型糖尿病血糖試紙」給付規定，放寬適用於妊娠糖尿病患者。</p> <p>(3)於每次特材共擬會議，針對放寬給付規定造成財務影響項目，進行監控年度預算支用情形。</p>
3	<p>醫療給付改善方案</p> <p>※決定事項：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>		110 年度編列 655 百萬元，辦理情形詳項次 1。

### 三、醫院總額

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			
1	醫療給付改善方案 ※決定事項：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	健保署已於110.8.10及110.11.29召開「新增共管措施暨修訂DM方案及CKD方案討論會議」，依會議決議擬具「糖尿病與初期腎臟病整合照護計畫」，預訂提110.12.9「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論後，依會議結論辦理。
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.健保署於 110.8.19 召開「急診品質提升方案修訂討論會」，考量該方案已實施近 10 年，獎勵架構及指標已不符現行醫療實務需求，爰各學協會共識請台灣急診醫學會主責，依現行臨床需求及利用情形，擬具方案修訂內容，由健保署配合後續方案增修訂作業。 2.台灣急診醫學會業於 110.11.12 提出修訂內容草案，將於完成財務影響評估作業後，提至相關會議討論。
3	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)		針對學會或專家所提出DRGs修訂建議，健保署持續與相關學協會溝通討論，110年已辦理2場次DRGs討論會議，將據以研議DRGs再分類及相關支付方式之修訂。
提報本會執行情形(110 年初步結果/成果)			
4	藥品及特材給付規定改變 ※決定事項： (1)提報檢討結果 (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	1.藥品： (1)各品項申報情形固定於每半年業務執行報告中提報。110年截至第 3 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

	工作項目	應完成 時限	辦理情形
4 續		110年8月底前	<p>計 37 項章節，所涉藥品於該區間實際申報點數共計 36,677.3 百萬點。</p> <p>(2)健保署自 107 年底始與藥商就部分新藥簽訂 MEA，廠商依約定將於次年度還款，並配合實施藥價調整等機制，落實管控藥費，以利於減輕健保財務衝擊。</p> <p>(3)有關經費編列及估算之檢討，業提至 110 年第 4 次委員會議之業務執行季報告。自 111 年度起，醫療服務密集度改變預算編列，參採廠商提供之前瞻式評估財務衝擊等資料，於進行預算編列時納入評估；且為促各方意見交流，健保署將持續收集各界意見進行討論，完善預算推估模式。</p> <p>2.特材：</p> <p>(1)預算用於醫界建議放寬特材「縫合錨釘」給付規定，及盤點臨床實務已有需求之特材「埋頭中空加壓骨釘」，爭審會附帶決議放寬「開放式手術直線型自動縫合釘」給付規定，以及醫學會建議放寬修正「第一型糖尿病試紙」給付規定，適用於妊娠糖尿病患者，並按預估放寬使用之部位及適應症推估年使用量以預估費用，並已於 110.12.1 前修訂生效。</p>

工作項目		應完成 時限	辦理情形
4 續		110年8月 底前	(2)於每次特材共擬會議，針對放寬給付規定造成財務影響項目，進行監控年度預算支用情形。
5	醫療給付改善方案 ※決定事項：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7月 底前	110年度編列1,368百萬元，辦理情形詳項次1。
6	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。
7	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)		110年度編列210百萬元，辦理情形詳項次3。



#### 四、門診透析服務

工作項目		應完成 時限	辦理情形
<b>提報本會執行情形(110 年初步結果/成果)</b>			
<b>1</b>	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	健保署已於 110.8.10、110.11.29 召開「新增共管措施暨修訂 DM 方案及 CKD 方案討論會議」，依會議決議擬具「糖尿病與初期腎臟病整合照護計畫」，預訂提 110.12.9「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論後，依會議結論辦理。

## 五、其他預算

工作項目		應完成 時限	辦理情形
<b>依法定程序辦理相關事宜，送本會備查</b>			
1	基層總額轉診型態調整費用 ※協定事項：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	1.已於 110.9.8 西醫基層總額研商議事會議報告通過「110 年動支方案」，並提報 110 年 10 月份委員會議備查。 2.110 年本項動支方案比照 109 年結算方式。
2	腎臟病照護及病人衛教計畫 ※協定事項：末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫(新增急性腎損傷(AKI)病人照護與衛教)	109 年 12 月底前	末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫，已於 110.10.22 公告，並納入急性腎臟病(AKD)病人照護與衛教。
3	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	已於 110.10.21 公告。
<b>提報本會執行情形(110 年初步結果/成果)</b>			
4	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	110 年度編列 1,000 百萬元，辦理情形如下： 1.本項專款預算支用區分為「轉診成功」(指轉出與轉入端均申報轉診醫令)及「自行就醫-門、住診」(指在基層就醫當月之前 3 個月均只在醫院就醫，未於基層就醫者)，109 年及 110 年 1、2 季之就醫人數、件數、點數如附件三之附表(第 44 頁)。 2.已於 110 年 6 月份委員會議提出專案報告，以「下轉病人平均停留基層期間」作為評估指標。 (1)轉診成功：108 年為 85.1 天、109 年為 86.3 天。

工作項目		應完成 時限	辦理情形
4 續			<p>(2)自行就醫-門診：108 年為 94 天、109 年為 93.4 天。</p> <p>(3)自行就醫-住診：108 年為 22.7 天、109 年為 19.1 天。</p> <p>3.依 111 年協定事項，本項專款將優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者」。</p>
5	腎臟病照護及病人衛教計畫 ※協定事項：末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫(新增急性腎損傷(AKI)病人照護與衛教)		於 110.10.22 公告，將持續監執行情形。
6	提升用藥品質之藥事照護計畫		於 110.10.21 公告，將持續監執行情形。

## 110 年第 1~2 季醫療利用情形

110 年 第 1 季	醫療費用 (百萬點)		就醫件數 (件)			就醫人數		
	109 年	110 年	109 年	110 年	與 109 年 同期比較	109 年	110 年	與 109 年 同期比較
轉診成功	143	153	167,254	252,943	增加 85,689 件	38,362	41,423	增加 3,061 人
自行就醫 -門診	156	150	131,653	172,465	增加 40,812 件	99,438	106,982	增加 7,544 人
自行就醫 -住診	0.7	0.7	722	934	增加 212 件	528	548	增加 20 人

110 年 第 2 季	醫療費用 (百萬點)		就醫件數 (件)			就醫人數		
	109 年	110 年	109 年	110 年	與 109 年同 期比較	109 年	110 年	與 109 年 同期比較
轉診成功	136	142	223,657	150,076	增加 73,581	36,017	37,197	增加 1,180 人
自行就醫- 門診	145	202	106,932	202,165	增加 95,233 件	79,945	118,564	增加 38,619 人
自行就醫- 住診	0.7	0.8	711	1,024	增加 313 件	511	574	增加 63 人

## 五、優先報告事項

報告單位：本會第二組

案由：擬訂本會 111 年度工作計畫及會議時間表(草案)，請鑒察。

說明：

- 一、為辦理 111 年度法定事項，依全民健康保險法(下稱健保法)及其施行細則之規定，以及歷次會議決議(定)事項，經徵詢及參採中央健康保險署(下稱健保署)部分意見後，完成本會 111 年度會議時間表及工作計畫(草案)，如附件一、二(第 47、48~56 頁)。
- 二、健保署對於 111 年度工作計畫(草案)所列下列 3 項專案報告，建議改併入業務執行報告(第 1、3 項)，或改由醫師公會全聯會(下稱醫全會)報告(第 2 項)。本會考量其均屬法定任務且為總額協定事項，仍請該署應善盡保險人義務，本權責向本會進行專案報告(健保署意見及本會說明詳附件三，57~58 頁)。

工作項目(專案報告月份)	健保署意見	本會說明
1.109 年度健保收入超過 2 億元之醫療院所財務報告之公開情形(3 月)	不列入專案報告，公開後併入次月業務執行報告。	為利委員瞭解財報公開情形，供依法討論財報公開辦法參考，仍請健保署循例進行專案報告。
2.家庭醫師整合性照護計畫執行成效評估(含導入一般服務之時程規劃)(5 月)	由醫全會報告，健保署協助提供資料。	屬 111 年度總額協定事項，仍請健保署統籌報告，並得視需要邀請總額相關團體列席回應。
3.新醫療科技、藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管控機制(6 月)	不列入專案報告，9 月底前列入業務執行報告。	屬 111 年度總額協定事項，仍請健保署進行專案報告。

- 三、至於會議時間，111 年度委員會議循例於每月第四個星期五召開(上午 9 時 30 分開始，最遲至下午 2 時結束)，另配合農曆新年假期、總額協商相關作業及費率審議案報衛福部核定相關時程，於 1、8、11 月份委員會議提早至第三個星期五(1 月 21 日、8 月 19 日、11 月 18 日)召開，7 月份委員會議延後至第五個星期五(7 月 29 日)召開，另安排在 4 月份委員會議辦理 2 天 1 夜

的業務訪視活動(4 月 21~22 日)。

擬辦：

- 一、確認 111 年度工作計畫及會議時間表，並請委員預留時間與會。
- 二、111 年度各項工作計畫項目，請相關負責單位配合辦理。

決定：

# 全民健康保險會 111 年度委員會議暨重要會議預訂時間表(草案)

會議次別	會議時間	會議地點
第 1 次	1 月 21 日 (星期五上午 9 時 30 分)	衛生福利部 3 樓 301 會議室
第 2 次	3 月 25 日 (星期五上午 9 時 30 分)	
業務訪視活動	4 月 21 日 (星期四上午 9 時)全天	健保署東區業務組
第 3 次	4 月 22 日 (星期五上午 9 時 30 分)	
第 4 次	5 月 27 日 (星期五上午 9 時 30 分)	衛生福利部 3 樓 301 會議室
第 5 次	6 月 24 日 (星期五上午 9 時 30 分)	
各總額部門 110 年度執行成果發表暨評核會議	7 月 19 日 (星期二上午 9 時)全天 7 月 20 日 (星期三上午 9 時)半天	衛生福利部 1 樓 大禮堂
第 6 次	7 月 29 日 (星期五上午 9 時 30 分)	衛生福利部 3 樓 301 會議室
第 7 次	(星期五上午 9 時 30 分)	
112 年度總額協商草案會前會	8 月 19 日 (星期五下午 1 時 30 分)	
112 年度總額協商之保險付費者代表、專家學者與公正人士及政府機關代表委員座談會	8 月 26 日(星期五上午 9 時 30 分)	
112 年度總額協商會議	9 月 22 日(星期四上午 9 時 30 分)全天 若有協商未盡事宜，則於 9 月 23 日上午 11 時處理	
第 8 次	9 月 23 日 (星期五上午 11 時)	
費率審議前意見諮詢會議	10 月 14 日(星期五上午 9 時 30 分)	
第 9 次	10 月 28 日(星期五上午 9 時 30 分)	
第 10 次	11 月 18 日(星期五上午 9 時 30 分)	
第 11 次	12 月 23 日(星期五上午 9 時 30 分)	

備註：

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

全民健康保險會 111 年度工作計畫(草案)-按會議時序排列

日期	工作項目
1 月 21 日 (委員會議)	優先報告事項： 提報 111 年度各部門總額及其分配方式之核定結果及後續相關事項
	討論事項： 1.111 年度各部門總額一般服務之點值保障項目之討論 2.111 年度牙醫門診總額「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」具體實施方案之討論(暫訂，配合健保署提會時程)
	報告事項： 111 年度各部門總額依協定事項需於 110 年 12 月底前提本會報告之項目(項目詳附表 1)
3 月 25 日 (委員會議)	優先報告事項： 全民健康保險業務執行季報告(口頭)
	討論事項： 1.各總額部門 110 年度執行成果評核作業方式之討論 2.111 年度西醫基層總額「代謝症候群防治計畫」具體實施方案(含結果面品質指標，並依執行績效支付費用)之討論 (自付差額特材之討論，配合健保署送會時程 1)
	報告事項： 109 年度健保收入超過 2 億元之醫療院所財務報告之公開情形
4 月 21 日	業務訪視活動 預定地點：東區業務組轄區特約院所
4 月 22 日 (委員會議)	優先報告事項： 112 年度總額範圍報行政院前之諮詢、全民健康保險資源配置及財務平衡方案
	報告事項： 110 年度全民健保年終決算報告、112 年度全民健保預算備查案
5 月 27 日 (委員會議)	優先報告事項： 全民健康保險業務執行季報告(口頭)
	討論事項： 1.112 年度總額協商架構及原則之討論 2.112 年度總額協商程序之討論 (自付差額特材之討論，配合健保署送會時程 1)



日期		工作項目
5 月 27 日 (委員會議)		報告事項： 「家庭醫師整合性照護計畫」執行成效評估(含導入一般服務之時程規劃) (自付差額特材之報告，配合健保署送會時程 2)
6 月 24 日 (委員會議)		討論事項： 1.112 年度總額協商架構及原則之討論(續) 2.112 年度總額協商程序之討論(續)
		報告事項： 「新醫療科技」、「藥品及特材給付規定改變」之預算檢討、調整與管控機制(含新醫療科技之成果面績效指標)
7 月 19、20 日		各總額部門 110 年度執行成果發表暨評核會議
7 月 29 日 (委員會議)		優先報告事項： 衛生福利部交議 112 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案
		報告事項： 1.111 年度總額轉診相關協定事項之檢討與未來規劃： (1)「基層總額轉診型態調整費用」：提出經費動支條件及執行成效檢討結果、未來規劃與期程(含退場) (2)「鼓勵院所建立轉診之合作機制」：提出執行成效檢討結果及改善措施、適合轉診案件之定義及院所合作模式 2.111 年度各部門總額依協定事項需於 7 月底前提本會報告之項目(項目詳附表 2) 3.各總額部門 110 年度執行成果評核結果
8 月 19 日 全天	上午(委員會議)	優先報告事項： 全民健康保險業務執行季報告(口頭)
	下午(協商會前會)	討論事項： (自付差額特材之討論，配合健保署送會時程 1)  112 年度總額協商因素項目及計畫(草案)會前會
8 月 26 日上午		112 年度總額協商之保險付費者代表、專家學者與公正人士及政府機關代表委員座談會
9 月 22 日 全天		112 年度總額協商會議 (若有未盡事宜，則於 9 月 23 日上午 11 時處理)

日期	工作項目
9 月 23 日 (委員會議)	討論事項： 112 年度各部門總額及其他預算協商結論之討論 (若有總額協商未盡事宜，於未盡事宜處理完畢後召開；若無未盡事宜，則於上午 11 時召開)
10 月 14 日上午	112 年度保險費率審議前意見諮詢會議
10 月 28 日 (委員會議)	優先報告事項： 112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果之整體成長率及部分協定事項之確認
	討論事項： 112 年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論
	報告事項： 全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告
11 月 18 日 (委員會議)	討論事項： 1.112 年度保險費率案之審議 2.112 年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論(續) (自付差額特材之討論，配合健保署送會時程 1)
12 月 23 日 (委員會議)	優先報告事項： 1.全民健康保險業務執行季報告(口頭) 2.112 年度各部門總額及其分配方式之核定結果及後續相關事項
	討論事項： 1.112 年度各部門總額一般服務之點值保障項目之討論 2.健保署所擬訂 112 年度抑制資源不當耗用改善方案之討論
	報告事項： 自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告(含開放半年後之檢討改善情形)
依 3 月評核作業 方式議定之時程 提會討論	各總額部門 110 年度執行成果評核獎勵額度案之討論

日期	工作項目
配合健保署 送會時程	1.健保署所提自付差額特殊材料品項之討論(暫訂於3、5、8、11月) 2.自付差額特殊材料品項開放半年後之檢討改善報告(暫訂於5、12月) 3.健保署所擬訂調整保險給付範圍方案之審議 4.健保署所提不列入保險給付之診療服務及藥物項目之審議 5.健保署所擬修訂醫療品質資訊公開辦法之討論

註：委員會議若另有決議(定)事項，配合安排或調整相關工作項目。

## 全民健康保險會 111 年度工作計畫(草案)-按業務性質排列

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
業務 監理	<b>一、專案報告</b>			
	1.109 年度健保收入超過 2 億元之醫療院所財務報告之公開情形	3 月	健保署	依健保法第 73 條辦理
	2.「家庭醫師整合性照護計畫」執行成效評估(含導入一般服務之時程規劃)	5 月	健保署	1.依 110 年 9 月份委員會議決議事項辦理 2.請健保署本於保險人權責統籌報告，並得視需要邀請總額相關團體列席回應
	3.「新醫療科技」、「藥品及特材給付規定改變」之預算檢討、調整與管控機制(含新醫療科技之成果面績效指標)	6 月	健保署	依 110 年 9 月份委員會議決議事項辦理
	4.111 年度總額轉診相關協定事項之檢討與未來規劃： (1)「基層總額轉診型態調整費用」：提出經費動支條件及執行成效檢討結果、未來規劃與期程(含退場) (2)「鼓勵院所建立轉診之合作機制」：提出執行成效檢討結果及改善措施、適合轉診案件之定義及院所合作模式	7 月	健保署	依 110 年 9 月份委員會議決議事項辦理
	<b>二、例行監理業務</b>			
	1.全民健康保險業務執行季報告	3、5、8、12 月	健保署	每季業務執行報告以口頭報告方式進行，為完整呈現前一季資料，安排於 2、5、8、12 月(2 月改為 3 月)進行口頭報告，其餘月份以書面提報
	2.110 年度全民健保年終決算報告、112 年度全民健保預算備查案	4 月	健保署(本會)	依健保法施行細則第 3 條辦理
	3.全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告	10 月	健保署(本會)	季指標另納入 3 月、9 月業務執行報告
	4.自付差額特殊材料品項開放半年後之檢討改善報告	配合健保署送會時程	健保署	1.依 105 年 6 月份委員會議決議之「健保會討論自付差額特材案之作業流程」辦理

類別	工作項目	預定 時程	主辦 (協辦) 單位	備註
業務 監理	5.自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告	12 月	健保署	2.自付差額品項開放半年後之檢討改善報告，每半年配合健保署送會時程安排(暫訂於 5、12 月)
	<b>三、業務相關活動</b>			
	業務訪視活動 預定地點：東區業務組轄區特約院所	4 月	本會 (健保署)	預訂於 4 月 21 日召開
總額 協議 訂定	1.提報 111 年度各部門總額及其分配方式之核定結果及後續相關事項	1 月	本會	
	2.111 年度各部門總額一般服務之點值保障項目之討論	1 月	健保署	
	3.111 年度牙醫門診總額「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」具體實施方案之討論	1 月 (暫訂)	健保署	依 110 年 9 月份委員會議決議事項辦理
	4.111 年度各部門總額依協定事項需於 110 年 12 月底前提本會報告之項目(項目詳附表 1)	1 月	健保署	1.依 110 年 9 月份委員會議決議事項辦理 2.請健保署本於保險人權責統籌報告，並得視需要邀請總額相關團體列席回應
	5.各總額部門 110 年度執行成果評核作業方式之討論	3 月	本會	
	6.111 年度西醫基層總額「代謝症候群防治計畫」具體實施方案(含結果面品質指標，並依執行績效支付費用)之討論	3 月	健保署	依 110 年 9 月份委員會議決議事項辦理
	7.112 年度總額範圍報行政院前之諮詢、全民健康保險資源配置及財務平衡方案	4 月	社保司、 健保署	依健保法第 60 條、第 5 條辦理
	8.112 年度總額協商架構及原則之討論	5、6 月	本會	
	9.112 年度總額協商程序之討論	5、6 月	本會	
	10.各總額部門 110 年度執行成果評核獎勵額度案之討論	依 3 月評核作業方式議定之時程提會討論	本會	

類別	工作項目	預定 時程	主辦 (協辦) 單位	備註
總額 協議 訂定	11.各總額部門110年度執行成果發表暨 評核會議	7月	本會 (健保署)	預訂於7月19、20日召 開，5~7月準備資料
	12.衛生福利部交議112年度全民健康保 險醫療給付費用總額範圍案	7月	社保司	
	13.111年度各部門總額依協定事項需於 7月底前提本會報告之項目(項目詳 附表2)	7月	健保署	1.依110年9月份委員會 議決議事項辦理 2.請健保署本於保險人權 責統籌報告，並得視需 要邀請總額相關團體列 席回應
	14.提報各總額部門110年度執行成果評 核結果	7月	本會	
	15.112年度總額協商因素項目及計畫 (草案)會前會	8月	本會	預訂於8月19日下午召 開
	16.112年度總額協商之保險付費者代 表、專家學者與公正人士及政府機關 代表委員座談會	8月	本會	預訂於8月26日上午召 開
	17.112年度總額協商會議	9月	本會 (健保署)	1.依健保法第61條辦理 2.預訂於9月22日召開 (若有未盡事宜，則於9 月23日上午11時處 理)，7~9月前置作業
	18.112年度各部門總額及其他預算協商 結論之討論	9月	本會	依健保法第61條辦理
	19.112年度全民健康保險醫療給付費用 總額協商結果之整體成長率及部分 協定事項之確認	10月	本會	依健保法第61條辦理
	20.112年度各部門總額一般服務地區預 算分配之討論	10、11月	本會	依健保法第61條辦理
	21.提報112年度各部門總額及其分配方 式之核定結果及後續相關事項	12月	本會	
	22.112年度各部門總額一般服務之點值 保障項目之討論	12月	健保署	依110年10、11月份委 員會議決議事項辦理

類別	工作項目	預定 時程	主辦 (協辦) 單位	備註
費率 審議	1.112 年度保險費率審議前意見諮詢會議	10 月	本會 (健保署)	1.依健保法第 24 條辦理 2.預訂於 10 月 14 日召開
	2.112 年度保險費率案之審議	11 月		依健保法第 24 條辦理
保險 給付 及其他應 討論 法定 事項	1.健保署所提自付差額特殊材料品項之 討論	配合健保署 送會時程	健保署 (本會)	1.依健保法第 45 條第 3 項及 105 年 6 月份委 員會議決議之「健保會 討論自付差額特材案 之作業流程」辦理 2.各季配合健保署送會 時程辦理(暫訂於 3、5、 8、11 月)
	2.健保署所擬訂 112 年度抑制資源不當 耗用改善方案之討論	12 月		依健保法第 72 條辦理
	3.健保署所擬訂調整保險給付範圍方案 之審議	配合健保署 送會時程		依健保法第 26 條辦理
	4.健保署所提不列入保險給付之診療服 務及藥物項目之審議			依健保法第 51 條第 12 款辦理
	5.健保署所擬修訂醫療品質資訊公開辦 法之討論			依健保法第 74 條辦理

註：委員會議若另有決議(定)事項，配合安排或調整相關工作項目。

## 全民健康保險會 111 年度工作計畫(草案)-附表

附表 1：111 年度各部門總額需於 110 年 12 月底前提本會報告之項目

部門	項次	項目	協定事項(摘要)
牙醫	1	高風險疾病口腔照護	於 110 年 12 月底前，提出具體規劃內容，並提全民健康保險會報告。
	2	提升假日就醫可近性	於 110 年 12 月底前提出具體規劃內容，並提全民健康保險會報告
	3	高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫	於 110 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用與管控措施，並提全民健康保險會報告。
中醫	4	提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護	於 110 年 12 月底前提出具體規劃內容(含適應症及結果面指標)，及醫療利用監控與管理措施，並提全民健康保險會報告。
	5	照護機構中醫醫療照護方案	於 110 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用監控與管理措施，並提全民健康保險會報告。
基層	6	提升國人視力照護品質	於 110 年 12 月底前提出具體規劃內容，並提全民健康保險會報告。

附表 2：111 年度各部門總額需於 7 月底前提本會報告之項目

部門	項次	項目	協定事項(摘要)
牙醫	1	109 年度全面提升感染管制品質未達協定事項之扣款	持續監測全面提升感染管制品質之執行結果(含申報及查核結果)，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告
其他預算	2	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	訂定反映居家醫療照護品質及效益之績效指標(如減少急診、住院之醫療利用等)，於 111 年 7 月底前將執行結果提全民健康保險會報告。
	3	提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(含四部門總額之網路頻寬補助費用)	獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用： 確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告。
	4	提升保險服務成效	請於 111 年 7 月底前提出成效評估報告。



全民健康保險會 111 年度工作計畫(草案)-健保署意見及本會說明

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	健保署意見	本會說明
專案報告	1.109 年度健保收入超過 2 億元之醫療院所財務報告之公開情形	3 月	健保署	本署依健保法規定，每年例行將符合一定門檻院所其受會計師或審計部審核之財報公開供各界參考，因屬例行業務且公開時間依部核示，建議於公開後併次月健保業務執行向貴會報告，不列入專案報告。	為利委員充分瞭解醫療院所財報公開情形，以供日後依健保法第 73 條討論財報公開辦法參考，仍請健保署循例進行專案報告。
專案報告	2.「家庭醫師整合性照護計畫」執行成效評估(含導入一般服務之時程規劃)	5 月	健保署	家醫計畫之協商代表及執行單位為醫師公會全聯會，導入一般服務或退場之規劃，本署尊重醫界規劃及期程，爰建議由醫師公會全聯會向貴會進行專案報告，以利家醫計畫未來執行策略及預算來源之統籌規劃。如需家醫計畫執行成效數據，本署可協助提供醫師公會全聯會所需統計資料。	健保法第 61 條明訂健保署於總額訂定後，需研商及推動總額支付制度；另健保法第 44 條明訂健保署應訂定家庭責任醫師制度，且於協商 111 年度總額時，家醫計畫亦為委員關切重點，爰請健保署善盡保險人義務，本權責統籌報告，並得視需要邀請總額相關團體列席回應。
專案報告	3.「新醫療科技」、「藥品及特材給付規定改變」之預算檢討、調整與管控機制(含新醫療科技之	6 月	健保署	本署已不定期召開研究小組會議，依會議討論結果修正預算編列方式，並持續進行預算執行管控，建議於 111 年 9 月底前於近期重點工作	111 年度醫院總額，不論付費者或醫界建議方案，均訂有 111 年 6 月底前提出本項專案報告，爰請健保署依上述協定事項辦理。

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	健保署意見	本會說明
	成果面績效指標)			提報執行情形，不列入專案報告。	
總額協議訂定	2.111 年度牙醫門診總額「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」具體實施方案之討論。	1 月(暫訂)	健保署	本案係 111 年度之新增方案，本署將俟牙醫總額研商議事會議及醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議討論通過，再提案至貴會。	建議暫訂於 1 月，可配合健保署提會時程安排(依健保署建議)。
總額協議訂定	12.111 年度各部門總額依協定事項需於 7 月底前提本會報告之項目(項目詳附表 2)	7 月	健保署	本署就報告項目「109 年度全面提升感染管制品質未達協定事項之扣款」，考量涉及醫療專業之提升，建議援例除本署就執行情形及醫療利用現況進行報告外，建議邀請醫界團體就專業提升部分併同報告。	請健保署善盡保險人義務，本權責統籌報告，並得視需要邀請總額相關團體列席回應。

## 討論事項



提案單位：本會第三組

案由：111 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，續請討論。

說明：

一、111 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配，業經本會 110 年第 6 次及第 7 次委員會議討論，有關風險調整移撥款部分保留第二次續議案，說明如下：

(一)第 6 次委員會議(110.10.22)，就中華民國醫師公會全國聯合會(下稱醫全會)函提之建議方案進行討論，決議略以：

- 1.自一般服務費用移撥部分金額，作為風險調整移撥款。
- 2.扣除上開移撥費用後，預算 68%依 R 值、32%依 S 值分配。
- 3.有關風險調整移撥款部分，保留續議。請醫全會儘快提送風險調整移撥款之建議，以利 11 月份委員會議討論。

(二)第 7 次委員會議(110.11.19)，醫全會表示內部尚未達成共識，決議略以：

本案繼續保留續議，請醫全會儘速於 12 月份委員會議前，提送風險調整移撥款之建議額度與用途，俾利本會討論並依法於年底前完成議定。

(三)本會依第 7 次委員會議決議，於 110.11.29 函請醫全會儘速提送風險調整移撥款之建議內容，以利本次會議完成議定，醫全會回復資料詳附件一(資料後附)。

二、歷年西醫基層總額均自一般服務費用移撥部分經費撥補點值落後地區或特定分區，109 及 110 年各移撥 6 億元作為風險調整移撥款，均用於保障東區浮動點值每點 1 元及撥補點值落後地區(詳附件二，第 63~64 頁)，其執行結果詳附件三(第 65 頁)。

三、有關 111 年度風險調整移撥款之額度與用途，依法需於本年底前，亦即本次會議完成議定，請討論。

(一)若醫全會於委員會議前回復其對風險調整移撥款之建議，則優先討論該會建議之額度與用途(資料後附)。

(二)若醫全會未能於委員會議前回復，依 111 年度總額協商程序，由本會掣案同上次委員會建議內容如下：

考量 111 年度地區預算之 R、S 值占比同 110 年度，風險調整移撥款可比照 110 年度方式(如下)辦理。

1.額度：6 億元。

2.用途：用於保障東區浮動點值每點 1 元及撥補點值落後地區。

五、依 111 年度醫療給付費用總額協商架構及原則，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，請健保署會同西醫基層總額相關團體議定後，於 110 年 12 月底前送本會同意後執行。

擬辦：

一、確認 111 年度西醫基層總額地區預算風險調整移撥款之額度及用途後，併同本會 110 年第 6 次委員會議通過之地區預算分配方式，報請衛福部核定。

二、所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權健保署會同西醫基層總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。

決議：

**歷年西醫基層總額地區預算風險調整移撥款(含微調機制)執行概況**

- 一、98 及 99 年計得之各區預算成長率，若超出全國平均成長率 $\pm 10\%$ ，則再予微調，直至各區預算成長率皆落於上下限之間為止；99 年並另從一般服務預算中提撥 6,000 萬元予北區。
- 二、100 及 101 年計得之各區預算成長率，若超出全國平均成長率 $\pm 22\%$ ，則再予微調，直至各區預算成長率皆落於上下限之間為止；101 年並另從一般服務預算中分別提撥 1.5 億元予北區及 6,000 萬元予中區。
- 三、102 年計得之各區預算成長率，若低於全國平均成長率之 17%，則再予微調，直至各區預算成長率皆不低於下限為止。
- 四、103 年方式，全年提撥 1,000 萬元予東區及 4 億元作為風險基金(補浮動點值 $<0.9$ 之分區)。
- 五、104 年方式，全年提撥 5,500 萬元予東區，五分區成長率不得低於五分區預算成長率之 15%。低於下限值之處理方式：由高於下限成長率之分區，依其預算占率，攤補低於下限成長率之分區至下限成長率為止。
- 六、105 年方式，全年提撥 3.5 億元予台北區；1.5 億元予中區；7,500 萬元予東區，及五分區成長率不得低於 3.26%。低於下限值之處理方式：由高於下限成長率之分區，依其預算占率，攤補低於下限成長率之分區至下限成長率為止。
- 七、106 年方式，全年提撥 4 億元予台北區；2 億元予中區；8,000 萬元予東區，及五分區成長率不得低於 3.37%。低於下限值之處理方式：由高於下限成長率之分區，依其預算占率，攤補低於下限成長率之分區至下限成長率為止。
- 八、107 年方式，全年提撥 3 億元予台北區；4,800 萬元予東區；1 億元撥補點值落後地區，及五分區成長率不得低於 1.96%。低於下限值之處理方式：由高於下限成長率之分區，依其預算占率，攤補低於下限成長率之分區至下限成長率為止。

- 九、108 年方式，全年提撥 5 億元作為風險調整基金(六分區提列 4.85 億元，北區另再提列 0.15 億元)，用於撥補點值落後地區，及五分區成長率不得低於 2.176%，東區成長率不得低於 1.741%。低於下限值之處理方式：由高於下限成長率之分區，依其預算占率，攤補低於下限成長率之分區至下限成長率為止。
- 十、109 年及 110 年方式，全年提撥 6 億元作為風險調整基金(移撥款)，用於保障東區浮動點值每點 1 元及撥補點值落後地區。



## 健保署提供 109 及 110 年西醫基層總額風險調整移撥款執行結果

年度	執行方式	執行情形
109 年	<ol style="list-style-type: none"> <li>109 年提撥 6 億元風險調整基金，用於保障東區浮動點值每點 1 元及撥補點值落後地區。</li> <li>風險基金移撥原則： <ol style="list-style-type: none"> <li>如 109 年全年結算(未移撥風險調整基金)後，六分區浮動點值皆大(等)於 1，則風險調整基金於移撥後同時回歸。</li> <li>如 109 年全年結算後，有部分分區浮動點值小於 1，則風險調整基金按季移撥後，用於保障東區浮動點值至每點 1 元及撥補點值落後地區。</li> </ol> </li> </ol>	109 年全年結算(未移撥風險調整基金)後，六分區浮動點值皆大於每點 1 元，風險調整基金於移撥後同時回歸，納入一般服務費用結算辦理。
110 年	<ol style="list-style-type: none"> <li>110 年全年風險調整移撥款 6 億元，依 110 年四季預算占率提列，用於保障東區浮動點值至每點 1 元及撥補點值落後地區(點值排序第 4-6 名且點值小於每點 1 元者)。</li> <li>點值落後地區撥補比率： <ol style="list-style-type: none"> <li>點值排序第 6 名之地區為[臺北區]時：第 4 名分區占 15%、第 5 名分區占 25%，第 6 名分區占 60%。</li> <li>點值排序第 6 名之地區非[臺北區]時：第 4 名分區占 20%、第 5 名分區占 40%，第 6 名分區占 40%。</li> <li>點值落後地區如僅有 1 或 2 分區，仍維持上開撥補比率。</li> </ol> </li> </ol>	110 年第 1 季結算，移撥風險調整移撥款 149 百萬元，僅臺北區為點值落後區，撥補 89 百萬元，剩餘款合併至下季撥補。



# 報告事項



## 第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：110 年 11 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：109 年全民健康保險自付差額特材執行概況，請鑒察。

報告單位業務窗口：張淑雅科長，聯絡電話：02-27065866 分機 3012

.....  
本會幕僚補充說明：

本案係健保署依本會第 2 屆 105 年第 6 次委員會議(105.6.24)修訂之「健保會討論自付差額特材案之作業流程」規定及 110 年度工作計畫，於 12 月份委員會議提報前一年自付差額特材之整體檢討改善情形。

決定：



# 全民健康保險 自付差額特材執行概況

衛生福利部中央健康保險署

110年12月17日



## 大 綱

- 各類民眾自付差額特材實施現況
- 各類民眾自付差額特材申報情形
- 自付差額特材申報情形說明
- 保障民眾知的權利
- 未來執行方向



## 各類民眾自付差額特材實施現況

類別序號	類別	實施起日	實施迄日	支付點數	收載品項數
1	義肢	84年3月1日		依裝置部位： 4,800~68,000點	17
2	特殊功能人工心律調節器	84年8月3日		93,833點	20
3	冠狀動脈塗藥支架	95年12月1日		14,099點	34
4	特殊材質人工髖關節	96年1月1日		依類別核價： 35,195~70,099點	122
5	特殊功能人工水晶體	96年10月1日		2,744點	148
6	特殊材質生物組織心臟瓣膜	103年6月1日		43,613點	15
7	腦脊髓液分流系統	104年6月1日		7,127點	15
8	治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置	105年5月1日		依類別核價： 28,773~44,293點	12
9	治療複雜性心臟不整脈消融導管	106年11月1日		70,200點	8
10	特殊功能及材質髓內釘組	107年6月1日		19,036點	45
總計					436

資料來源:自費醫材比價網、特材主檔

收載品項數係指最新健保給付點數不為0之品項數

更新日期:110.11.29

3

各類民眾自付差額特材  
申報情形

4





## 義肢申報情形

	106年		107年		108年		109年		110年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)
自付差額(A)	28	1	56	2	86	3	90	3	39	1
全額給付(B)	1,176	37	1,094	34	1,029	33	987	31	676	21
合計(A+B)	1,204	38	1,150	36	1,115	36	1,077	34	715	22
占率(A/A+B)	2.3%	2.9%	4.9%	5.5%	7.7%	8.1%	8.4%	9.2%	5.5%	6.4%

◎全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

5



## 特殊功能人工心律調節器申報情形

	106年		107年		108年		109年		110年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)
自付差額(A)	3,203	301	3,395	319	3,006	282	3,053	286	2,247	211
全額給付(B)	3,085	265	3,211	274	3,761	325	4,121	362	2,721	239
合計(A+B)	6,288	566	6,606	593	6,767	607	7,174	648	4,968	450
占率(A/A+B)	50.9%	53.1%	51.4%	53.7%	44.4%	46.5%	42.6%	44.2%	45.2%	46.9%

◎全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

6



## 冠狀動脈塗藥支架申報情形

	106年		107年		108年		109年		110年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)
自付差額(A)	40,333	597	44,274	655	48,930	724	50,345	745	35,864	531
全額給付(B)	25,457	377	24,905	369	25,145	372	25,645	380	17,041	252
合計(A+B)	65,790	974	69,179	1,023	74,075	1,096	75,990	1,125	52,905	783
占率(A/A+B)	61.3%	61.3%	64.0%	64.0%	66.1%	66.0%	66.3%	66.2%	67.8%	67.8%

◎全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

7



## 特殊材質人工髖關節申報情形

	106年		107年		108年		109年		110年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)
自付差額(A)	4,645	191	4,773	196	5,130	211	4,946	201	3,378	136
全額給付(B)	13,382	510	13,281	505	12,869	488	12,422	472	8,690	329
合計(A+B)	18,027	701	18,054	702	17,999	699	17,368	673	12,068	465
占率(A/A+B)	25.8%	27.3%	26.4%	28.0%	28.5%	30.2%	28.5%	29.9%	28.0%	29.3%

◎全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

8



## 特殊功能人工水晶體申報情形

	106年		107年		108年		109年		110年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)
自付差額(A)	79,681	227	84,162	240	92,316	262	94,048	268	64,069	183
全額給付(B)	137,709	384	141,649	395	151,086	422	146,214	410	91,952	257
合計(A+B)	217,390	611	225,811	635	243,402	684	240,262	678	156,021	441
占率(A/A+B)	36.7%	37.2%	37.3%	37.8%	37.9%	38.4%	39.1%	39.6%	41.1%	41.6%

◎全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

9



## 特殊材質生物組織心臟瓣膜申報情形

	106年		107年		108年		109年		110年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)
自付差額(A)	1,079	47	1,076	47	1,036	45	1,005	44	801	35
全額給付(B)	1,496	67	1,489	68	1,578	72	1,555	71	1,080	49
合計(A+B)	2,575	115	2,565	115	2,614	117	2,560	115	1,881	84
占率(A/A+B)	41.9%	41.1%	41.9%	40.9%	39.6%	38.7%	39.3%	38.2%	42.6%	41.7%

◎全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

10



## 腦脊髓液分流系統申報情形

	106年		107年		108年		109年		110年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)
自付差額(A)	2,333	17	2,597	19	2,669	20	2,833	21	1,891	14
全額給付(B)	735	6	640	5	593	4	626	5	402	3
合計(A+B)	3,068	23	3,237	24	3,262	24	3,459	26	2,293	17
占率(A/A+B)	76.0%	76.0%	80.2%	80.2%	81.8%	81.8%	81.9%	81.9%	82.5%	82.5%

◎全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

11



## 治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置申報情形

	106年		107年		108年		109年		110年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)
自付差額(A)	1,258	38	1,433	43	1,508	46	1,596	48	1,270	38
全額給付(B)	1,997	69	2,497	85	2,594	87	2,891	97	2,011	67
合計(A+B)	3,255	107	3,930	129	4,102	133	4,487	145	3,281	106
占率(A/A+B)	38.6%	35.6%	36.5%	33.7%	36.8%	34.3%	35.6%	33.2%	38.7%	36.3%

◎自付差額「淺股動脈狹窄之塗藥裝置」，自105年5月1日起生效。

◎全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

12



## 治療複雜性心臟不整脈消融導管申報情形

	106年11月-12月		107年		108年		109年		110年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)
自付差額(A)	46	3	352	25	304	21	763	54	727	51
全額給付(B)	270	19	1,696	119	1,547	109	1,557	109	950	67
合計(A+B)	316	22	2,048	144	1,851	130	2,320	163	1,677	118
占率(A/A+B)	14.6%	14.6%	17.2%	17.2%	16.4%	16.4%	32.9%	32.9%	43.3%	43.4%

◎自付差額「治療複雜性心臟不整脈消融導管」，自106年11月1日起生效。

◎全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

13



## 特殊功能及材質髓內釘申報情形

	107年		108年		109年		110年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)
自付差額(A)	769	15.30	3,907	78	3,470	69	2,703	54
全額給付(B)	1,648	32.90	2,779	55	2,240	45	1,629	33
合計(A+B)	2,417	48.20	6,686	133	5,710	113	4,332	86
占率(A/A+B)	31.8%	31.7%	58.4%	58.4%	60.8%	60.6%	62.4%	62.3%

◎自付差額「特殊功能及材質髓內釘」，自107年6月1日起生效。

◎全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

14





## 自付差額特材申報情形說明 (1/2)

- 特殊功能人工心律調節器：「雙腔型人工心律調節器-具有速率調整功能(DDDR)」自108年10月起由自付差額品項改為全額給付品項，爰自付差額特材申報占率由107年51.4%下降至110年45.2%。
- 治療複雜性心臟不整脈消融導管：自108年12月新增次功能分類「具壓力感應功能之立體定位(3D)灌注冷卻式診斷電燒紀錄導管」為一類，故申報占率由108年16.4%上升至110年43.3%。
- 腦脊髓液分流系統：自付差額特材申報占率108年至110年皆達8成以上，健保署曾於107年與相關專科醫學會進行溝通，惟相關醫學會認為納入全額給付於臨床使用之合理性難以具體規範暫緩。本署刻正再次蒐集與彙整相關意見中，在兼顧健保財務下，研議全額給付之可行性。

15



## 自付差額特材申報情形說明 (2/2)

- 特殊功能及材質髓內釘組：
  - 用於股骨近端之「加長型伽瑪髓內釘組」自107年6月1日以自付差額納入健保給付，申報占率由108年58.4%上升至110年62.4%。
  - 惟仍有用於「股骨幹」、「脛骨」、「肱骨」鈦合金材質髓內釘由民眾自費使用，109年自費使用占率達61%，已逐漸取代健保同功能不鏽鋼材質髓內釘(支付點數7,671點)，經特材共擬會議同意以自付差額特材給付，為考量支付一致性及保險對象使用之權益，支付點數同該類別19,036點，增加財務支出約0.69億點。爰廣納特材給付後，自110年12月1日起共有8類次功能/材質分類計48品項，可供保險對象使用，健保署將持續觀察申報情形。

16



## 保障民眾知的權利

17



## 保障民眾知的權利

健保特約院所為病患提供診療或處置時，應做到三步驟：

### Step. 1

#### 資訊公開

特材品項名稱、健保給付上限、民眾自付金額、產品特性、副作用、與本保險已給付品項之療效比較

公布於該院所網際網路或明顯之處所

### Step. 2

#### 充分告知

特材品項名稱、健保給付上限、民眾自付金額、產品特性、副作用、與本保險已給付品項之療效比較

手術或處置前2日內應充分向病人或家屬解說，並提供產品說明書

### Step. 3

#### 尊重意願

載明自付差額品項名稱、品項代碼、醫療器材許可證字號、數量、健保給付上限、民眾自付金額及自付總金額等

在「簽署同意書」及「提供收據」時，應另行向其說明收費情形並給予充分考慮時間，再請其簽署同意書

18



## 健保特約院所收費資訊公開

- 醫療院所應依醫療法第21條規定，將自付差額特材品項報請衛生局核定收取費用。
- 健保特約醫療院所應依本署規定，將自付差額品項之新增、取消或收費標準，透過健保資訊網服務系統(VPN)上傳，以供本署彙總自費價格資訊，並公布於醫材比價網，以供各界查詢。

19



## 醫材比價網 (1/4)

- 優化版醫材比價網：
  - Web查詢介面，進入比價網頁面後，先跳出使用說明視窗，引導民眾正確查詢方式



衛生福利部中央健康保險署  
National Health Insurance Administration,  
Ministry of Health and Welfare

首頁 > 健保服務 > 健保藥品與特材 > 健保特種材料 > 醫材比價網

### 醫材比價網

#### 自付差額醫材比價

健保給付部分,民眾自行負擔剩餘部分

1. 目前可查詢自付差額「醫材」(如人工水晶體、冠狀動脈支架等),每類醫材各有功能/材質分類,請參考:功能/材質分類表。
2. 若以蘋果比喻為「醫材」,市面上有五爪、富士、青龍等品種類似醫材「功能/材質分類」,價格都不相同。
3. 同樣的,「生物組織心臟瓣膜」在醫院有牛心、豬心功能/材質可選擇,如治療需要選用牛心功能/材質瓣膜,就可以利用比價網比較各院所的收費,在「醫材」欄位點選「生物組織心臟瓣膜」,在「功能/材質分類」欄位點選「牛心材質瓣膜」,即可查詢各院所之收費價格。

[前往查詢 >](#)

#### 全自費醫材比價

健保完全沒有給付的醫療材料,價格由自由市場決定

1. 為方便民眾查詢,目前依仿單、用途,以手術處置做初步醫材分類。
2. 如您要查詢「手部骨折用骨板」之院所收費,在「手術及處置」欄位點選「骨、神經科手術及處置」,在「醫材種類」欄位點選「四肢固定手術」,即可查詢各醫院之收費價格。

[前往查詢 >](#)

辦理健保業務請至:台北[北區/中區/南區/高屏]區區  
健保諮詢服務專線:0800-030-598  
服務時間:星期一至星期五 08:30-12:30;13:30-17:30  
臺北本部電話:02-27065866  
臺北本部地址:10634 台北市大安區信義路三段140號

資料更新日期:110/09/09  
瀏覽次數:2174878

20





## 醫材比價網 (2/4)

- 為利於民眾了解不同醫材間之差異，各自付差額品項新增功能/材質分類，並增列功能/材質分類說明，方便民眾作為就醫選擇之參考。

**自付差額醫材比價**

醫材:

功能/材質分類:

中英文名稱:

[開始查詢](#) [重新選擇](#) [回首頁](#)

**查詢條件**

醫材: 生物組織心臟瓣膜  
功能/材質分類: 牛心材質瓣膜

最新收費情況 最新醫保收費 醫院所使用情況 健保給付品項

縣市別	院所類型	醫事機構名稱	功能/材質分類	中文名稱	英文名稱	品項代碼	許可證字號	健保給付點數	特約院所收費
臺南市	區域醫院	亞東醫院	牛心材質瓣膜	"爱德华"牛心瓣-爱德华 NT Pericardial Bioprosthesis (PERIMOUNT 二尖瓣)	"Edward's" Carpentier r-Edwards PERIMOUNT NT Pericardial Bioprosthesis (PERIMOUNT MITRAL VALVE 6900 PTDVI)	FHND169PFFED	商業貿易品字號U1821 (註)	43,613	43,887

顯示第 1 至 10 項結果，共 175 項

**品項類別: 生物組織心臟瓣膜**

功能/材質分類: 牛心材質瓣膜

說明:

1. 此類瓣膜有主動脈瓣膜與二尖瓣膜型號，可用以治療主動脈瓣膜或是二尖瓣膜疾病。
2. 牛心包膜具不易撕裂與韌性佳的特性。
3. 此瓣膜開口面積較傳統豬心瓣膜理想。

21



## 醫材比價網 (3/4)

- 提供APP查詢介面。

**自付差額醫材**

指健保給付部分，民眾自行負擔差額。

1. 目前可查詢自付差額「醫材」（如人工水晶體、冠狀動脈支架等），每類醫材各有功能/材質分類，請參考：功能/材質分類表。
2. 若以結果比價為「醫材」，市面上有五/八、富士、齊龍等品牌類似醫材「功能/材質分類」，價格都不同。
3. 同樣的，「生物組織心臟瓣膜」在醫院有牛心、豬心功能/材質可選擇，如治療需要選用牛心功能/材質瓣膜，就可以利用比價網比較各院所的收費。在「醫材」欄位點選「生物組織心臟瓣膜」，在「功能/材質分類」欄位點選「牛心材質瓣膜」即可查詢各院所之收費價格。

[前往查詢 >](#)

**全自費醫材**

指健保沒給付的醫材，各院所收費價格完全自由市場決定。

1. 為方便民眾查詢，目前依仿單、用途，以手術處置做初步醫材分類。
2. 如您要查詢「手術及處置」之院所收費，在「手術及處置」欄位點選「骨、神經科手術及處置」，在「醫材種類」欄位點選「四肢固定手術」即可查詢各院所之收費價格。

[前往查詢 >](#)

**自付差額醫材比價-查詢條件**

\*醫材:

功能/材質分類:

請選擇:

中英文名稱:

許可證字號:

第:

品項代碼:

縣市別:

[查詢](#)

**自付差額醫材比價-結果查詢**

查詢條件  
醫材: 人工水晶體

就醫注意事項 [進階查詢](#)

查詢結果共6908筆 特約院所收費

醫事機構代碼: 0936060016  
醫事機構名稱: 臺綜合醫院  
功能/材質分類: 特殊人工水晶體(多焦點-二焦點、非球面-散光(含黃片))  
品項代碼/中文名稱: FALSNNMLTT34L/"藍提視"安普視散光多焦點人工水晶體  
英文名稱: "LENTIS" Mplus Toric Intraocular Lens  
特約院所收費: 90,000

醫事機構代碼: 3512012737

22



## 醫材比價網 (4/4)

- 收費資料亦置於健康保險資料開放服務網(OPEN DATA)供外界應用。



23



## 未來執行方向

- 落實資訊公開，強化民眾「知」的權益。
- 以好用、好查、好比為目標持續優化醫材比價網，方便民眾作為就醫選擇之參考。
- 醫材比價網資料同步更新至健康保險資料開放服務網(OPEN DATA)，方便外界應用。

24

# 附錄



抄本

附錄一

檔 號：  
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 台北市南港區忠孝東路6段488號  
聯絡人：曾幼筑  
聯絡電話：(02)8590-6859  
傳真：(02)8590-6046  
電子郵件：hstseng@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國110年11月30日  
發文字號：衛部健字第1103360162號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：附件1提案單、附件2會議紀錄節錄及與會人員發言實錄

主旨：檢送本會第5屆110年第7次委員會議委員提案關切電子煙管制事宜，事涉貴管業務，惠請提供修法進度供參，敬請查照惠復。

說明：依據本會第5屆110年第7次委員會議(110.11.19)討論事項第一案決議辦理(提案單、會議紀錄節錄及與會人員發言實錄詳附件1、2)。

正本：衛生福利部國民健康署  
副本：

抄本

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部全民健康保險會 書函

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

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國110年11月26日  
發文字號：衛部健字第1103360161號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：會議紀錄節錄及與會人員發言實錄

主旨：檢陳本會依法完成全民健康保險111年度保險費率審議結果，謹請鑒核。

說明：

- 一、依據全民健康保險法(下稱健保法)第24條第3項規定暨本會第5屆110年第7次委員會議(110.11.19)討論事項第二案決議辦理(會議紀錄節錄及與會人員發言實錄詳附件)。
- 二、旨揭審議結果，係中央健康保險署(下稱健保署)依健保法第24條第1項規定，提出全民健康保險111年度保險費率方案(草案)，經本會召開前揭委員會議審議後，獲致兩案併陳之建議：
  - (一)甲案：維持現行費率5.17%。
  - (二)乙案：費率調整為5.22%~5.32%(以111年度醫療給付費用總額兩案併陳之協商結果，並維持111年底安全準備1個月保險給付支出法定原則估算)。
- 三、委員支持甲案、乙案之理由，詳細內容請參考與會人員發言實錄，摘要重點如下：
  - (一)甲案(維持現行費率5.17%)：主要係考量今年景氣仍受新冠肺炎(COVID-19)疫情影響，雖然政府已宣布調整111年度基本工資及軍公教人員薪資，然基層民眾實質薪水不必然會調整，不宜再增加民眾財務負擔。另總額採付費者方案預估至111年底的安全準備約為0.91個月保險給付支出，若併同考量健保各項挹注財務的措施，例如股市活絡將增加補充保險費收入、總額專款的執行受疫情影響，剩

餘款應可回補安全準備等，111年底安全準備或可維持1個月之水準，不一定需要調整費率。

(二)乙案(費率調整為5.22%~5.32%)：主要係認為不宜輕易打破健保法第78條維持111年底安全準備約當1~3個月保險給付支出之原則，且微幅調整費率可適時紓解健保之財務壓力，避免未來年度一次大幅調整費率，爰建議111年度費率可微幅調整。

四、另依該審議結果之決議，副本抄送衛生福利部社會保險司、健保署，請提供各項可能的財務微調措施及預估經費之資料，供費率核定參考，並副知本會。

正本：衛生福利部

副本：衛生福利部社會保險司、衛生福利部中央健康保險署(均含附件)

抄本

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部全民健康保險會 書函

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

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國110年11月30日  
發文字號：衛部健字第1103360164號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：111年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、醫院醫療給付費用總額一般服務項目之地區預算分配方式

主旨：檢陳本會依法完成協議訂定111年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、醫院醫療給付費用總額一般服務項目之地區預算分配方式，謹請鑒核。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第60條規定、鈞部110年8月11日衛部保字第1101260248號函及本會110年10月29日衛部健字第1103360143號書函(諒達)辦理。
- 二、111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式，其協定結果如說明一，業報請鈞部核定與決定在案。至於旨揭部門總額一般服務項目之地區預算分配方式，經本會110年第6次(110.10.22)、第7次(110.11.19)委員會議完成協定，分配結果如附件。另醫院總額之風險調整移撥款額度，本會醫院部門代表委員與付費者代表委員雙方未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第10條規定，以兩案併陳方式報請鈞部決定。至西醫基層部門尚未完成協定，預計將於年底前另案陳報。

正本：衛生福利部

副本：衛生福利部中央健康保險署、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、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會(均含附件)



## 就部分回復擬請解除追蹤案件徵詢關切各該案件之委員意見

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	委員意見
1	<p>「為使政府當責承擔健保總經費不得少於36%之財務責任，建請衛生福利部恢復101年10月30日修正通過之全民健康保險法施行細則第45條條文內容，並匡正105年度之政府應負擔健保總經費法定下限36%計算方式案」，本會委員所提意見送請衛生福利部(社會保險司)及中央健康保險署審慎研析並檢討修正。/[俟衛福部完成法規檢討修正後解除追蹤]</p> <p>(106.7 決議、106.8、106.12、107.6、107.12、108.3、108.6、108.12、109.6、109.12、110.04 決定)</p> <p>.....</p> <p>本會委員認為現行全民健康保險法施行細則第45條，恐有違背母法第27條之虞，建請衛生福利部檢討修正，並於下(第4)次委員會議提出研修方向及期程。另委員針對上開中央健康保險署所送預、決算備查案所提意見，併送請衛生福利部參考。/[繼續追蹤]</p> <p>(107.4、107.5、107.6、107.12、108.3、108.6、108.12、109.6、109.12、110.04 決定)</p> <p>.....</p> <p>有關近年健保「應提列安全準備來源」受到社保司自行解釋並逕減，影響安全準備之實際權責數字，為維繫現行費率適足，建請健保署逐期提供健保財務收支情形試算表，持續健全財務監理案，健保財務收支情形試算資料中，政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數之金額，請分別依主管機關依法認定及提案委員主張〔依健保法第76條第1項規定計算應提列之安全準備(各項來源金額<math>\geq 0</math>)後，再帶入同法第2條、第3條公式〕之兩種計算方式及結果呈現，俾利委員持續監理健保財務狀況。/[繼續追蹤]</p> <p>(108.12 決議、109.2、109.6、109.12、110.04 決定)</p> <p>.....</p> <p>委員所提有關政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數之計算方式，與其他財務相</p>	<p>李委員永振： 不同意社保司回復之辦理情形，建議本項繼續追蹤。</p>

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	委員意見
	關建議，送請衛生福利部研議參考。/[繼續追蹤] (109.09、109.10、109.12、110.04 決定)	
2	建請政府依財政狀況，撥補 105~107 年政府應負擔健保法定經費不足數之缺口，以確保健保財務之健全案，本會委員基於監理職責，持續關注政府應負擔健保總經費法定下限 36%之計算方式，且於歷次委員會議多有討論，惟雙方仍有不同見解，考量現階段本案之爭議，涉及法令解釋及預算編列等主管機關權責，委員建議對健保財務之長期穩定有正面意義，建請主管機關積極研議處理。/[俟衛福部撥補 105 ~107 年政府應負擔健保法定經費不足數或舉證委員建議不符現行法規後解除追蹤] (108.11 決議、108.12、109.6、109.12、110.04 決定)	李委員永振： 不同意社保司回復之辦理情形，建議本項繼續追蹤。
3	近年政府應負擔健保總經費未達法定 36%，建請健保署協助本委員會向行政院彙報說明，依財政狀況撥補 105~108 年政府應負擔健保法定經費之缺口，維繫現行費率適足，持續強化財務案，本案委員意見，送請衛生福利部參考。/[俟社保司、健保署協助本委員會向行政院彙報說明後解除追蹤] (109.4 決議、109.5、109.6、109.12、110.04 決定)	李委員永振： 不同意社保司、健保署回復之辦理情形，建議本項繼續追蹤。
4	為監理全民健康保險財務正常運作，正視呆帳對於健保財務收支平衡的重大襲蝕影響，建請於每年度協商下年度健保總額預算時，應將前年度自 7 月 1 日起算至協商時當年度 6 月 30 日止的呆帳總額列為下年度健保總額預算基期的減項，就此減項計算結果，做為協商下年度健保總額預算擬定範圍的計算基準，並就每年健保呆帳納入公務預算或其他財務來源補助案，請中央健康保險署正視全民健保呆帳之問題，積極研擬事前防範措施及事後財源籌措方案，並研議全民健保呆帳由公務預算或其他財源補助之可能性。/[俟健保署研議全民健保呆帳由公務預算或其他財源補助之可能性後解除追蹤] (109.6 決議、109.7、109.9、109.12、110.04 決定)	干委員文男： 不同意健保署回復之辦理情形，建議本項繼續追蹤。

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	委員意見
5	<p>委員十分關切 C 型肝炎新藥之預算來源，爰建請衛生福利部及中央健康保險署能有整體規劃並積極爭取公務預算等財源挹注，以利造福更多民眾，並建請衛福部思考除健保署外，宜有更適合爭取公務預算之單位。[俟社保司提供具體公務預算規劃及期程後解除追蹤]</p> <p>(105.8、105.12、106.6、106.12、107.6、107.12、108.3、108.6、108.12、109.6、109.12、110.04 決定)</p> <p>.....</p> <p>本會委員支持加速根治國人 C 型肝炎，增列 108 年 C 型肝炎口服新藥費用之政策，惟顧及總額協商各總額部門間之公平性，依據本會 108 年總額協商通則，經委員共識決定，108 年度整體總額及四部門總額成長率以 4.5% 為上限，進行總額協商。附帶決定：本會委員所提「應編列公務預算支應或補助 C 型肝炎口服新藥費用」之建議，提供衛生福利部明年納入擬定政策時參考。[俟社保司提供具體公務預算規劃及期程後解除追蹤]</p> <p>(107.8、107.9、107.12、108.3、108.6、108.12、109.6、109.12、110.04 決定)</p>	<p>滕委員西華： 同意社保司擬解除追蹤之意見。</p>
6	<p>有關分級醫療各項策略之執行成效(含醫學中心及區域醫院門診減量措施、家庭醫師整合性照護計畫、強化基層照護能力及「開放表別」、鼓勵院所建立轉診之合作機制)，對於醫學中心、區域醫院門診量確實已減少並達標但病人似未確實下轉，以及未進入轉診平台的病人流向，請健保署於 109 年委託研究「分級醫療制度之轉診就醫流向分析與原因探討」完成後，參考研究成果並進行相關檢討後，予以說明。[俟健保署參考研究成果檢討及說明後解除追蹤]</p> <p>(109.6、109.7、109.12、110.04 決定)</p>	<p>朱委員益宏： 不同意健保署回復之辦理情形，理由如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.依據健保相關資料，107、108 年分級醫療政策實施期間，下轉不如預期。109、110 年受疫情影響，政策暫停實施，疫情過後應該如何推動分級醫療尚不明確。</li> <li>2.健保署並未就已實施經驗，提出具體改善方式，以推動病人下轉，落實分級醫療。</li> <li>3.健保署應該檢討相關措施，並且訂出 KPI，以利本會追蹤。</li> </ol> <p>劉委員淑瓊： 不同意健保署回復之辦理情</p>

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	委員意見
		形，理由如附件(第 92~93 頁)。
7	建議健保總額財源應優先解決總額缺口，不宜再新增任何項目案，委員所提意見，送請衛生福利部社會保險司及中央健康保險署研議。/[俟社保司及健保署依委員意見提供研議結果後解除追蹤] (110.9 決議、110.10 決定)	朱委員益宏： 不同意社保司、健保署擬解除追蹤之意見，理由如下： 健保署或社保司並未針對本案提出處理方式，僅推給年度總額協商，對本案所提問題無法解決。

附件

### 醫改會回復「健保會歷次追蹤案件，是否同意健保署之建議解除追蹤」意見 (110.12.6)

健保署 109 年委託中國醫大的醫管系謝嘉容副教授進行「分級醫療制度之轉診就醫流向分析與原因探討」。該研究發現：接受轉診之主因在於診治醫師，透過醫師的建議，絕大多數病患會信任醫師專業判斷，進而接受轉診。願意後續在基層診所就醫的民眾多具有轉診認知或與基層醫師存在信任關係。但也發現，對病患來說，多數認為整體費用變更高，等待看診時間與交通時間也變更長。

健保署提出的檢討作為是：

- (1)於健保全球資訊網「分級醫療」主題專區，持續提供相關民眾宣導素材；
- (2)強化基層診所量能；
- (3)積極鼓勵基層院所參與家醫及疾病照護計畫。

醫改會建議應「持續追蹤」，理由與建議如下：

1. 查健保署網站之「分級醫療」頁面，光是 FAQ 就達 115 項，資訊龐雜亦無系統化之整理，難以閱讀及使用。且其懶人包為 106 年的第 7 版、網頁更新日期為 109 年 11 月(查詢時間 110 年 12 月 3 日)。即便有所修正，針對可用性與提高民眾觸及的問題，應也不太會有太多改變。
2. 該研究表示：「大多數病患會信任醫師專業判斷，」這點醫改會也一再重申。但綜觀我們近年看到的現況，存在上轉後不一定會回轉、擔心流失病人、轉診誘因不足等問題。因此，僅針對民眾進行單向式的政策宣導、鼓勵基層參與相關計畫，其成效令人質疑。整體應回歸制度設計與轉診誘因的問題來提出策進作為。

3. 該研究亦指出，病患認為轉診時存在負誘因，包含費用提升、看診時間提升與交通時間提升，健保署如何就這些面向提高民眾接受轉診意願？亦沒有在檢討回復中說明。
4. 就「強化基層診所量能」在 110 年的評核會議中，評核委員已指出，應釐清強化基層診所量能的內容與基層量能不足的原因。西醫基層總額後續對此回應：「各分會就分級轉診提出現況問題及改善建議，並反饋健保署，」健保署應就西醫基層所提問題及建議中，對其可行性與策進作為等進行說明。
5. 醫改會在健保會 110 年第 3 次委員會議中，家醫計畫「會員急診率」、「潛在可避免急診率(每十萬人潛在可避免急診數)」及「可避免住院率(每十萬人可避免住院數)」均長年未達標，其成效、指標設計與靈敏度都有健保委員、評核委員提出顧慮及建議。而前述相關問題至今，亦未見說明及檢討。因此，健保署再度提出鼓勵院所參與家醫計畫之作為，收效也不無疑慮。

綜此，我們建議本案應「持續追蹤」，應待健保署依該研究建議，來完成後續 3 項檢討目標：

1. 分級醫療的 FAQ 及宣導素材等資訊，應從使用者角度重新檢討可用性，以達到研究所提之增加民眾轉診認知，並針對該研究發現之民眾轉診負誘因，整體費用、看診時間、交通時間提出策進作為，以增加民眾轉診意願。
2. 就研究指「大多數病患會信任醫師專業判斷」卻無法達到下轉目標的現象，進行說明與檢討。
3. 應強化健保署所指政策檢討之正當性，從改善家醫計畫之誘因、指標設計等問題切入，並說明強化基層量能之階段性目標與時程。

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部 函

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

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年11月15日  
發文字號：衛部保字第1101260356C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11月15日以衛部保字第1101260356號令修正發布，除第七部全民健康保險住院診斷關聯群第一章Tw-DRGs支付通則之「附表7.3 111年1月至6月3.4版1,068項Tw-DRGs權重表」自111年1月1日生效，第二部西醫第二章特定診療第一節檢查「間變性淋巴瘤激酶(ALK)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD)-IHC法」(編號30105B)項目自111年2月1日生效外，自110年12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、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)

110.11.15



110CC00769

# 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修正總說明

本次醫療服務給付項目及支付標準之修正，為本（一百十）年第五次修正。本次主要運用一百十年醫院總額部門新醫療科技項目預算，新增「濕化高流量氧氣治療」等五項特定診療項目，並配合前述新增項目，修正十項支付規範；另修正第五部第一章居家照護之通則及醫師訪視費（次）之支付規範，及第七部全民健康保險住院診斷關聯群（Tw-DRGs）附表 7.3 一百十一年一月至六月適用權重表等。重點如下：

## 一、西醫特定診療（第二部第二章）

### （一）檢查（第一節）：

- 1.新增「間變性淋巴瘤激酶(ALK)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD)-IHC法」（編號30105B，7,294點）。
- 2.修正「乳房病灶粗針穿刺組織切片（單側）」（編號29035B）支付規範：刪除ICD-10-CM代碼。

### （二）治療處置（第六節）：

- 1.新增「大腸金屬支架置放術」（編號49029B，13,735點）。
- 2.新增「濕化高流量氧氣治療－第一天照護費（含管路特材）」（編號57030B，6,000點）及「第二天後照護費（天）」（編號57031B，1,937點）二項，並配合修正「氧氣吸入使用費」（編號57004C）等二項不得同時申報之規定。
- 3.修正「迷走神經刺激術（VNS）－參數調整」（編號56041K）之執行頻率。

### （三）手術（第七節）：新增「腹腔鏡次全子宮切除術」（編號80430B，25,885點），並配合修正「一般子宮肌瘤切除術」（編號80402C）等八項不得同時申報之規定。

## 二、居家照護（第五部第一章）：

### （一）修正通則：明定居家照護醫囑單效期為自開立起三十日內有效；個案

收案期限四個月延長為一年；同時執行安寧居家療護乙類，其每位居家護理人員每月訪視合理量為一百人次；刪除通則八。

(二) 修正醫師訪視費(次)之支付規範：增列醫師至少每三個月訪視個案一次之規定。

三、全民健康保險住院診斷關聯群(第七部)：按通則十三之規定，依一百零九年醫療服務點數，配合本標準支付點數及特材價格調整，修正「附表 7.3 111 年 1 月至 6 月 3.4 版 1,068 項 Tw-DRGs 權重表」。

四、除第七部全民健康保險住院診斷關聯群「附表 7.3 111 年 1 月至 6 月 3.4 版 1,068 項 Tw-DRGs 權重表」自一百十一年一月一日生效，第二部西醫第二章特定診療第一節檢查「間變性淋巴瘤激酶(ALK)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD)-IHC 法」(編號 30105B)項目自一百十一年二月一日生效外，其餘自一百十年十二月一日生效。



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：蘇小姐  
聯絡電話：(02)8590-6739  
傳真：(02)8590-6048  
電子郵件：hgmaggiesu@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11月16日  
發文字號：衛部保字第1101260358F號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：公告影本共4份

主旨：有關全民健康保險自付差額之特殊材料品項類別「調控式腦室腹腔引流系統」及「特殊材質加長型伽瑪髓內釘組」二項一案，詳如說明，請查照。

說明：

- 一、廢止旨揭二項自付差額特殊材料品項類別(詳附件1及2)。
- 二、另訂定「腦脊髓液分流系統」及「特殊功能及材質髓內釘組」二項自付差額之特殊材料品項類別(詳附件3及4)。

正本：地方政府衛生局、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、歐洲在臺商務協會、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、衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部國民健康署、衛生福利部食品藥物管理署、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會

副本：

110.11.16



110CC00775

## 衛生福利部 公告

發文日期：中華民國110年11月19日  
發文字號：衛部保字第1101260363號



主旨：訂定「一百十一年全民健康保險保險對象住院應自行負擔費用之最高金額」，並自中華民國一百十一年一月一日生效。

依據：「全民健康保險法」第四十七條第二項。

公告事項：訂定「一百十一年全民健康保險保險對象住院應自行負擔費用之最高金額」如下：

- 一、因同一疾病每次住院應自行負擔費用之最高金額：新臺幣四萬三千元。
- 二、全年累計住院應自行負擔費用之最高金額：新臺幣七萬二千元。
- 三、前二項住院應自行負擔費用之最高金額適用範圍，以保險對象於急性病房住院三十日以內或於慢性病房住院一百八十日以內，依全民健康保險法第四十七條規定所應自行負擔之醫療費用為限，不包含全民健康保險法所規定不予給付之項目。

部長陳時中

中央健康保險署本年 9 至 12 月份公告暫予支付及修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分項目如下：

一、藥品部分：計公告 31 件，其中 4 件為新藥收載、14 件為給付規定異動、13 件為其他(新收載品項暫予支付、已收載品項支付標準異動)。

(一)新藥收載：4 件

公告日期	藥物分類	公告主旨
110.10.12	新成分新藥/抗腫瘤藥物	公告暫予支付含 darolutamide 成分藥品 Nubeqa F.C. Tablets 300mg 暨其藥品給付規定，修訂含 apalutamide 成分藥品(如 Erleada)、含 abiraterone 成分藥品(如 Zytiga)及含 enzalutamide 成分藥品(如 Xtandi)之給付規定。(用於治療高風險非轉移性去勢抗性前列腺癌)
110.10.14	新劑型新藥/神經系統藥物	公告暫予支付含 carbidopa/levodopa 成分藥品 Numient extended-release capsules 23.75mg/95mg 共 4 品項藥品暨其藥品給付規定。(用於治療帕金森氏症)
110.10.15	新成分新藥/神經系統藥物	公告暫予支付含 opicapone 成分藥品 Ongentys 50mg hard capsules 共 1 品項藥品暨其藥品給付規定。(用於治療成人帕金森氏症)
110.10.15	新劑型新藥/腸胃藥物	公告暫予支付含 potassium chloride 成分藥品 Const-K Extended-Release Tablets 750mg 共 1 品項。(用於治療鉀缺乏症)

(二)已收載藥品給付規定異動：14 件

公告日期	藥物分類	公告主旨
110.09.14	抗腫瘤藥物	公告異動 CDK4/6 抑制劑(如 ribociclib; palbociclib)之支付價格及修訂其藥品給付規定。(用於治療乳癌)
110.09.15	抗腫瘤藥物	公告修訂免疫檢查點 PD-1、PD-L1 抑制劑之給付規定。(用於治療癌症)
110.09.24	抗微生物劑	公告異動含 ceftaroline fosamil 成分藥品(如 Zinforo)之支付價格及修訂其藥品給付規定。(用於治療抗生素感染)
110.10.18	抗腫瘤藥物	公告異動含 cabozantinib 成分藥品(如 Cabometyx)共 3 品項支付價格及修訂其藥品給付規定，修訂含 sunitinib 成分藥品(如 Sutent)、含 pazopanib 成分藥品(如 Votrient)之給付規定。(用於治療腎細胞癌)
110.10.22	抗微生物劑	公告修訂 C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫。(用於治療 C 型肝炎)

公告日期	藥物分類	公告主旨
110.11.12	皮膚科製劑	公告異動含 pimecrolimus 成分藥品(Elidel 1% cream)之支付價格及修訂其藥品給付規定。(用於治療異位性皮膚炎)
110.11.15	腸胃藥物	公告修訂消化性潰瘍用藥之給付規定。(用於治療消化性潰瘍)
110.11.15	神經系統藥物	公告修訂含 topiramate 成分(如 Trokendi)之藥品給付規定。(用於治療癲癇)
110.11.15	代謝及營養劑	公告修訂口服活性維生素 D3 之藥品給付規定。(用於治療慢性腎不全引起之低血鈣症)
110.11.15	代謝及營養劑	公告修訂含 alglucosidase alfa 成分藥品(如 Myozyme)之給付規定。(用於治療龐貝氏症)
110.11.15	神經系統藥物	公告修訂含 modafinil 成分藥物(如 Provigil Tablets 200mg)之給付規定。(用於治療猝睡症)
110.11.15	免疫製劑	公告修訂含高單位免疫球蛋白成分之藥品給付規定。(用於治療慢性脫髓鞘多發性神經炎)
110.11.15	激素及影響內分泌機轉藥物	公告修訂 Utrogestan Cap 之藥品給付規定。(用於賀爾蒙治療)
110.11.15	激素及影響內分泌機轉藥物	公告修訂含生長激素成分及含 GnRH analogue 成分之藥品給付規定。(用於生長激素缺乏症)

(三)其他：13 件

公告日期	分類	公告主旨
110.09.15	新收載品項暫予支付及已收載品項支付標準異動	公告暫予支付新增及異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」之藥物品項計 285 項。
110.09.28	已收載品項支付標準異動	公告異動含 digoxin 0.25mg 成分專案進口藥品 Digoxin tab 0.25mg 之支付價格。(用於治療心臟衰竭)
110.09.30	已收載品項支付標準異動	公告異動含 lactitol monohydrate 成分藥品共 4 品項之支付價格。(用於治療便秘、急慢性肝性腦病變)
110.09.30	已收載品項支付標準異動	公告異動含 codeine phosphate 成分藥品 Codeine Phosphate Injection 15mg/mL 共 1 品項之支付價格。(用於鎮咳、鎮痛)
110.11.04	已收載品項支付標準異動	公告異動含 perampanel 成分藥品 Fycompa Film-coated Tablets 8mg 共 1 品項之支付價格。(用於治療癲癇)
110.11.15	新收載品項暫予支付	公告暫予支付含 icatibant 成分之罕見疾病藥品 Icanticure Injection。(用於遺傳性血管性水腫急性發作症狀治療)
110.11.15	新收載品項暫予支付	公告暫予支付含 tetanus toxoid 成分藥品之注射劑 Bio-TT ; Suspension for injection 0.5mL/amp。(用於預防破

公告日期	分類	公告主旨
		傷風)
110.11.15	新收載品項暫予支付及已收載品項支付標準異動	公告暫予支付新增及異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」之藥物品項計 86 項。(西藥 76 項及中藥 10 項)
110.11.15	已收載品項支付標準異動	公告異動含 alectinib 成分藥品(如 Alecensa)健保支付價格。(用於治療晚期非小細胞肺癌)
110.11.17	新收載品項暫予支付	公告暫予支付新增「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」之藥物品項計 5 項。
110.11.25	已收載品項支付標準異動	公告異動含 tamoxifen 成分用於抗癌瘤之特殊藥品 Nolvadex tablets 10mg、Novofen tablets 10mg、Tadex tablets 10mg 及 Taxifen Film Coated Tablets 10mg "Yung Shin"等共 4 品項之支付價格。(用於治療乳癌)
110.11.26	已收載品項支付標準異動	公告異動含 midostaurin 成分藥品 Rydapt 25mg soft capsule 之支付價格。(用於治療急性骨髓性白血病)
110.11.26	已收載品項支付標準異動	公告異動含 lenvatinib 成分藥品(如 Lenvima)健保支付價格。(用於治療甲狀腺癌)

二、特材部分：計公告 26 件，其中 14 件為新特材收載、7 件為給付規定異動、5 件為其他(新增既有功能品項、已收載品項支付標準異動或效期延長、修正自付差額特材功能分類)。

(一)新特材收載：14 件

公告日期	分類	公告主旨
110.09.15	人工機能代用類-骨科類	公告暫予支付特材「"史耐輝"雅歌鋼索系統-CoCr 纜線」等 14 項暨其給付規定。
110.09.23	耳鼻喉科類	公告暫予支付特殊材料「"可立耳"核心系列第七代人工耳蝸聲音處理器及附件」。
110.10.07	心臟科-心臟血管類	公告增修自付差額特殊材料「特殊材質生物組織心臟瓣膜」功能分類暨品項明細。
110.10.22	人工機能代用類-心臟血管類	公告暫予支付特殊材料「柏世大經導管肺動脈瓣膜系統」等共 2 項暨其給付規定。
110.11.02	管套類-栓塞治療類	公告暫予支付特殊材料「"波士頓科技"內部鎖固纖維式 IDC 關閉系統」共計 5 項暨其給付規定。
110.11.03	管套類-栓塞治療類	公告暫予支付特殊材料「"伊格"明膠微粒栓塞物」計 1 項暨其給付規定。
110.11.03	人工機能代用類-骨科類	公告暫予支付特材「"瑞德"福勒踝關節髓內釘系統」等 3 項暨其給付規定。

110.11.08	管套類-人工機能代用類	公告暫予支付特材「"波士頓科技"華勒斯腸道支架系統-結腸支架」等6項暨其給付規定。
110.11.09	管套類-呼吸管	公告暫予支付特材「"史密斯"百弗納氣切套管與配件」暨其給付規定
110.11.09	管套類-麻醉類	公告暫予支付特殊材料「"艾飛斯"低阻力針筒」暨其給付規定。
110.11.09	人工機能代用類-骨科類	公告暫予支付特材「"信迪思"波帝斯人工頸椎椎間盤」等9項暨其給付規定。
110.11.11	人工機能代用類-骨科類	公告增修自付差額特殊材料「特殊功能及材質髓內釘組」功能分類品項明細暨給付規定。
110.11.12	管套類-栓塞治療類	公告暫予支付特殊材料「"美敦力"奧尼斯液態周邊栓塞系統」暨其給付規定。
110.11.12	人工機能代用類-骨科類	公告暫予支付特材「"席奈斯"羅泰歐人工頸椎椎間盤」。

(二)已收載特材給付規定異動：7 件

公告日期	分類	公告主旨
110.10.06	傷口護理類-敷料類	公告修訂「人工生物化學覆蓋物 Articial Biochemical Covering Material」等19項特殊材料給付規定。
110.10.08	管套類-輸血輸液套	公告修訂特殊材料「居家化療輸液器」之給付規定。
110.10.13	人工機能代用類-骨科類	公告修正特殊材料「埋頭中空加壓骨釘」之給付規定。
110.10.21	人工機能代用類-心臟科類	公告修訂既有功能類別特殊材料「無導線心律調節器」給付規定。
110.10.26	縫合結紮類-縫合釘	公告修訂特殊材料「開放式手術直線型自動縫合釘」給付規定及「開放式手術直線型自動縫合器」品名名稱。
110.10.27	人工機能代用類-骨科類	公告修正健保收載特材「縫合錨釘」之給付規定。
110.11.01	工具類-血糖試紙	公告修訂特殊材料「糖尿病血糖試紙」給付規定。

(三)其他：5 件

公告日期	分類	公告主旨
110.09.07	已收載品項效期延長	公告延長「"柏蒂"熱稀導管(特材代碼 CBT04254NDBS)」、「"柏蒂"血栓清除導管(特材代碼 CMV02EL134BS)」、「"柏蒂"拜爾特司拋棄式血壓監視組合套(特材代碼 CPD01BTR01BS)」等3品項特材效期。

公告日期	分類	公告主旨
110.09.14	已收載品項效期延長	公告修正延長「"拜爾生"熱稀導管(特材代碼 CBT04254NDBS)」、「"拜爾生"血栓清除導管(特材代碼 CMV02EL134BS)」及「"拜爾生"拜爾特司拋棄式血壓監視組合套(特材代碼 CPD01BTR01BS)」等 3 品項特材代碼效期。
110.09.17	新增既有功能類別品項及已收載品項支付標準異動	公告新增及異動既有功能類別特材「內視鏡自動血管夾-"愛惜康"5 毫米腹腔鏡多釘縫合器-15 釘」共計 30 項之支付標準。
110.10.06	新增既有功能類別品項及已收載品項支付標準異動	公告新增及異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準之特材品項」計 118 項。
110.10.07	修正自付差額特材功能分類	公告修正自付差額特材「特殊功能人工水晶體」功能分類暨品項明細。

檔 號：

保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：臺北市信義路3段140號  
傳真：(02)27069043  
承辦人及電話：張毓芬(02)27065866轉2629  
電子信箱：A111037@nhi.gov.tw

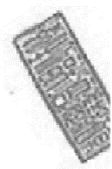
受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年11月19日  
發文字號：健保醫字第1100015425號  
速別：最速件  
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院總額部門110年第3季點值結算方式，  
詳如說明，請查照。

說明：

- 一、依衛生福利部110年11月10日衛部保字第1100144234號函暨  
全民健康保險醫療給付費用醫院總額110年第2次研商議事會  
議決議辦理。
- 二、110年第3季結算，一般服務收入保障之計算基礎調整為109  
年同期，餘項同110年第2季結算方案。
- 三、因110年第3季無一般服務點值，爰110年第4季一般服務部  
門、專款及其他部門涉及「前一季」及「最近一季」係指  
110年第1季結算點值。





正本：衛生福利部全民健康保險會、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、本署各分區業務組  
副本：衛生福利部社會保險司、本署醫務管理組、本署醫審及藥材組、本署企劃組、本署資  
訊組、本署財務組、本署主計室、本署違規查處室

附件：如主旨

合醫福國主  
聯灣生部署  
國台衛利本  
全、會、生、組  
會會衛生組  
公合險衛務  
師聯保、財  
醫國康司署  
牙全健康本  
國會民健、組  
民公全腔理  
華師部口務管  
中藥利及業務  
、國福理區醫  
會民生心分署  
合華衛部各本  
聯中、利署、  
國、部福本組  
全會利生、材  
會合福衛署藥  
公聯生、制及  
師國衛會管審  
醫全、議病醫  
國會局審疾署  
民公生議部本  
華師衛爭利、  
中醫府險福組  
、中政保生劃  
署國方康衛企  
正民地健、署  
矯華、民署本  
部中會全康、  
務、協部健室  
法會院民計

署長 李伯璋



106

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 函

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

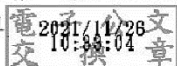
受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年11月26日  
發文字號：健保醫字第1100046119號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：無

主旨：近期疫情趨緩，本(110)年牙醫門診加強感染管制方案即  
日起恢復實地訪查，請查照。

說明：依據110年11月23日全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總  
額110年第3次研商議事會議決定辦理。

正本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、本署各分區業務組  
副本：台灣醫院協會、衛生福利部、衛生福利部心理及口腔健康司、衛生福利部全民健  
康保險會、衛生福利部疾病管制署、本署資訊組、本署醫審及藥材組、本署醫務  
管理組



110.11.26



1103340209

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：臺北市信義路3段140號  
傳真：(02)27069043  
承辦人及電話：歐舒欣(02)27065866轉  
2614  
電子信箱：A110666@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年11月16日  
發文字號：健保醫字第1100045996號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：附件請逕自本署全球資訊網自行擷取

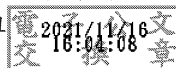
主旨：檢送110年第2季「全民健康保險其他部門結算說明表」，  
並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明段，請查  
照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定：「保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額及其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用」。
- 二、旨揭檔案同步放置於本署全球資訊網，路徑為：健保服務\  
健保醫療費用\醫療費用申報與給付\醫療費用支付\醫療費  
用給付規定\各部門總額預算分配參數及點值結算說明表\  
其他部門，請自行下載利用。

正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、財政部賦稅署、本署醫審及藥材組、  
本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫務管理組



110.11.17



1103340203

## 110年度其他預算支用情形

項目	年	全年 預算數	執行數				小計	全年 執行率
			Q1	Q2	Q3	Q4		
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫		655.4	137.3	118.4			255.7	39.0%
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 <sup>註1</sup>		980.0	34.3	175.6			209.9	21.4%
保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫		1,653.8	347.5	348.3			695.8	42.1%
推動促進醫療體系整合計畫		400.0	48.0	35.6			83.6	20.9%
1.醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫 <sup>註2</sup>			11.1	9.9			21.1	
2.跨層級醫院合作計畫			19.9	9.9			29.8	
3.急性後期整合照護計畫			16.9	15.7			32.6	
4.全民健康保險遠距醫療給付計畫			0.0005	0.07			0.1	
支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及狂犬病治療藥費 <sup>註3</sup>		290.0	0.48	0.14			0.6	0.2%
支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款不足之經費 <sup>註4</sup>		2,850.0	0.0	0.0			0.0	0.0%
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費		1,000.0	0.0	0.0			0.0	0.0%
慢性腎臟病照護及病人衛教計畫 <sup>註5</sup>		450.0	92.0	85.2			177.3	39.4%
1.Pre-ESRD之病人照護與衛教計畫			62.4	58.2			120.7	
2.初期慢性腎臟病醫療給付改善方案			18.3	15.8			34.1	
3.慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫(申復)			0.0	0.0075			0.0	
※慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫(預先扣除，另行結算)			11.3	11.3			22.5	
提升用藥品質之藥事照護計畫 <sup>註6</sup>		30.0	0.0	0.0			0.0	0.0%
居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務		6,544.0	1,480.6	1,426.4			2,906.9	44.4%
1.居家醫療與照護			951.4	928.2			1,879.5	
2.助產所			0.7	0.8			1.6	
3.精神疾病社區復健			518.5	488.2			1,006.7	
4.轉銜長照2.0之服務			9.9	9.2			19.1	
提升保險服務成效		300.0	65.5	42.3			107.8	35.9%
基層總額轉診型態調整費用 <sup>註7</sup>		1,000.0	250.0	250.0			500.0	50.0%
總計		16,153.2	2,455.7	2,481.9	0.0	0.0	4,937.6	30.6%

註：1.因資料上傳獎勵費未及於當季結算前完成過帳，遞延1季納入結算，故執行率偏低。

2.因108年第2季修正「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」，收案人數下降，故執行率不高；「跨層級醫院合作計畫」執行數(9.9百萬元)亦較前1季(19.9百萬元)減少。

3.僅支付狂犬病治療藥費，其餘項目尚無專款不足需支應之情形。

4.C型肝炎藥費尚無專款不足需支應之情形。

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

6.110年「全民健康保險提升用藥品質藥事照護計畫」於110年10月21日公告實施。

7.第1季支用303,945,130點、第2季支用344,639,473點，超出當季預算，按當季各分區補助總點數之比例分配。

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年11月5日

發文字號：健保醫字第1100034614號

附件：請自行至本署全球資訊網下載



主旨：公告110年10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10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(4)

署長李伯璋 出差  
副署長 李 丞 華 代行

衛生福利部全民健康保險會收發



1103300228

110. 11. 8

附錄十五

6 項中醫醫療照護計畫自 110 年 10 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	3	3	6	1	1	2	16
		醫師數	7	9	9	1	1	2	29
中醫提升孕產照 護品質計畫		院所數	2	6	13	2	0	0	23
		醫師數	16	11	21	2	0	0	50
中醫門診總額兒 童過敏性鼻炎照 護試辦計畫		院所數	2	4	12	0	1	0	19
		醫師數	17	9	20	0	3	0	49
全民健康保險中 醫急症處置計畫		院所數	1	1	2	0	0	1	5
		醫師數	3	3	4	0	0	1	11
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	4	3	6	1	1	1	16
		醫師數	12	9	9	1	1	1	33
	癌症患者中 醫門診延長 照護計畫	院所數	4	3	4	0	1	1	13
		醫師數	18	9	6	0	1	1	35
	特定癌症患 者中醫門診 加強照護計 畫	院所數	3	10	11	1	1	1	27
		醫師數	14	20	17	1	1	1	54
全民健康保險中 醫慢性腎臟病門 診加強照護計畫		院所數	4	16	3	0	1	1	25
		醫師數	5	37	3	0	1	2	48

**衛生福利部全民健康保險會**

**第 5 屆 110 年第 8 次委員會議更新及補充資料目錄**

會議時間：110 年 12 月 17 日

議程四、「本會重要業務報告」(會議資料第7~9頁)----- 1

一、補充：說明一(一)

二、更新：說明三、四、六(一)





(會議資料第 7~9 頁)

四、本會重要業務報告

.....

一、本會依上次(第7次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

- (一)討論事項第一案「建議衛福部加速推動並完成菸害防制法修法，積極強化管制新興菸品的法源，嚴禁販售電子煙產品給青少年，落實防制菸害，減輕健保醫療負擔案」：於本(110)年11月30日依會議決議函送國民健康署，請其提供修法進度及管制作為供參，如附錄一(會議資料第85頁)，該署回復內容如附件一(第5~6頁)。
- (二)討論事項第二案「111年度保險費率方案(草案)審議案」：於本年11月26日以衛部健字第1103360161號書函，將本會審議結果陳報衛生福利部(如附錄二，會議資料第86~87頁)，另副本抄送衛生福利部(下稱衛福部)社會保險司、中央健康保險署(下稱健保署)，請其於提供衛福部各項可能的財務微調措施及預估經費之資料供核定參考時，副知本會。
- (三)討論事項第三案「111年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案」(併第6次委員會議醫院、中醫門診總額一般服務地區預算分配案)：於本年11月30日以衛部健字第1103360164號書函，將牙醫門診、中醫門診、醫院總額一般服務之地區預算分配方式陳報衛福部核(決)定(如附錄三，會議資料第88頁)。
- (四)討論事項第四案「111年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案」：於本年11月29日函請中華民國醫師公會全國聯合會儘速於12月份委員會議前提送風險調整移撥款之建議內容，俾利依法於年底前完成議定分配。
- (五)上次委員會議委員關切「於每次委員會議宜提供歷次委員會議未結案件」，考量本次委員會議已依例每半年(6、12月)彙報歷次未結案件(詳說明二)，擬自111年1月起，將歷次會議未結案件電子檔併同每次委員會議資料，以電子郵件寄送委員

參考，不另印製紙本，以符節能減碳政策。

(六)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計3項，依辦理情形，建議解除追蹤1項，繼續追蹤2項，如附表一(會議資料第13~14頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理。

二、為利委員了解歷次委員會議未結案件之辦理情形，依例每半年(6月、12月)彙報1次，截至11月底未結案件計16項，經洽請社保司、健保署提供辦理情形後，就部分回復擬請解除追蹤案件送請關切各該案件之委員審視，回復意見如附錄四(會議資料第89~93頁)。經參酌委員意見及各單位辦理情形，建議解除追蹤1項，繼續追蹤15項，如附表二(會議資料第15~25頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理。

三、依全民健康保險法第72條及本年度工作計畫，健保署應於本次委員會議提出「111年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」討論案，因健保署於本年12月10日才提送本會，為使委員能有充分時間審閱，將安排至本會111年第1次委員會議討論。

四、依本會本年第3次委員會議(110.7.23)決定事項：「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」。健保署提報辦理情形如附件三(會議資料第35~44頁)，總計19項，其中11項尚未完成，其後續處理建議如下：

部門	未完成項目	處理建議
牙醫門診	「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項目(項次1、2) ※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	屬專款項目，因110年度即將結束，爰預算無法支用，惟本項仍屬111年度總額協定之專款項目，請健保署會同牙全會儘速研議具體實施方案，提報本會同意後執行，建議繼續追蹤。
醫院及西醫	「醫療給付改善方案」專款項目(醫院項次1、5及西醫基層項次1、3)	屬專款項目，擬新增之「糖尿病與初期腎臟病整合照護計畫」， <u>已於110.12.9「醫療服務給付項目及支</u>

部門	未完成項目	處理建議
基層	※決定事項：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	付標準共同擬訂會議」 <u>討論通過，建議解除追蹤</u> 。
醫院	「急診品質提升方案」專款項目(項次2、6) ※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	屬專款項目，雖尚未完成方案內容之修正，仍依原方案執行，建議解除追蹤，並請健保署會同相關學協會持續精進方案內容。
	「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」專款項目(項次3、7)	屬專款項目，因110年度即將結束，爰預算無法支用，建議解除追蹤。
透析	門診透析服務 ※決定事項：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	擬新增之「糖尿病與初期腎臟病整合照護計畫」， <u>已於110.12.9「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論通過，建議解除追蹤</u> 。

五、本會同仁業依本年第6次委員會議(110.10.22)決議，參考委員所提意見及健保署回復說明，彙製「109年全民健康保險監測結果報告」，業併同本次會議資料寄送委員，請惠予參考；另電子檔已置於本會網站「公告及重要工作成果」項下(路徑：健保會首頁/公告及重要工作成果/監理指標監測結果報告書，網址：<https://dep.mohw.gov.tw/NHIC/lp-3531-116.html>)，供各界參閱。

六、衛福部及健保署於本年11月至12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12月6日寄至各委員電子信箱]

#### (一)衛福部

4.本年12月14日修正發布「全民健康保險投保金額分級表」，並定自111年1月1日施行。修正後投保金額分級表之下限金額為25,250元(主要係配合基本工資調整，調整前為24,000

元，增加 1,250 元)，上限金額維持 182,000 元不變；最高一級與最低一級投保金額之差距，約為 7.21 倍，如附件二(第 7~9 頁)。

※對職業工會會員健保費影響

月投保金額變化	月付一般保險費			影響人數
	調整前	調整後	差異	
1.薪資月額 24,000 元以下為投保金額。 投保金額提升為 25,250 元。	744 元	783 元	增加 39 元	280 萬人
2.薪資月額 24,001 元至 25,200 元。 投保金額由 25,200 元提升為 25,250 元。	782 元	783 元	增加 1 元	3.8 萬人
3.薪資月額 25,201 元至 25,250 元。 投保金額由 26,400 元降為 25,250 元。	819 元	783 元	減少 36 元	3 千人

資料來源：健保署

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部國民健康署 函

地址：103205 臺北市大同區塔城街36號

聯絡人：蔡小姐

聯絡電話：02-25220612

傳真：02-25220621

電子郵件：ywt@hpa.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12月6日

發文字號：國健教字第1105104357號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關貴會委員提案關切菸害防制法修法進度，復如說明

二，請查照。

說明：

一、復貴會110年11月30日衛部健字第1103360162號書函。

二、衛福部審酌新類型尼古丁及菸草產品健康危害風險及吸引兒少使用之科學實證，參考世界衛生組織（WHO）菸草控制框架公約（FCTC）締約方會議與專家學者建議，已於109年10月20日函報「菸害防制法」修正草案，正由行政院整理文字中。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：電  
交 2021/12/06 16:00:16 文  
章



# 對青少年使用菸品（含電子煙）之菸害防制宣導及相關作為

衛生福利部國民健康署 110 年 12 月

- 一、菸害防制法規定，高中職以下學校全面禁菸，除法定禁止吸菸場所，另為維護學校師生健康權益，免於學校周邊環境二手菸害，依菸害防制法第 15 條第 1 項 13 款規定，由各地方政府自行公告禁菸場所如人潮聚集處、校園周邊通學步道及騎樓等，至 110 年 10 月底逾 2 萬處，全國已達 8 成(2,520 校)高中職以下學校完成周邊環境禁菸公告。
- 二、國民健康署結合傳播媒體及跨部會合作進行反菸及電子煙危害宣導，於國民健康署健康九九網站菸害防制館建置電子煙專區，編有多元電子煙危害相關素材(如電子煙懶人卡、電子煙&加熱式菸品你應該知道的 30 問、20 問、一頁圖表告訴你、電子煙危害相關動畫影片等)，供學校老師或學生運用；因應青少年使用網路及社群媒體習慣，透過廣播、電視、報章雜誌、網路及臉書等社群網站及多元媒體素材宣導其危害，期提升年輕族群對電子煙危害認知，並降低使用情形。
- 三、109 年起以防制電子煙危害列為重點宣導，於 Yahoo 奇摩網站建置「贏得人緣和健康 專家提醒別碰電子煙」電子煙危害資訊專區，以此為相關訊息的露出平台，持續進行相關資料的更新，並於 110 年 9 月 22 日函知教育部及各地方政府衛生局可運用該平台之訊息。
- 四、國民健康署持續與教育部合作辦理校園菸害防制計畫，推動菸害防制教育並輔導學校落實無菸校園，於健康領域課程內適當單元融入菸害防制(含電子煙)危害認知教學；補助地方政府衛生局落實違規業者之稽查輔導，並結合教育局處及學校加強菸害及戒菸教育。

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：吳修儀  
聯絡電話：(02)85906666 分機：6731  
傳真：(02)85906048  
電子郵件：hgshirley@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12月14日  
發文字號：衛部保字第1100149878C號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：發布令影本及「全民健康保險投保金額分級表」修正規定各1份

主旨：「全民健康保險投保金額分級表」，業經本部於中華民國110年12月14日以衛部保字第1100149878號令修正發布，並自111年1月1日施行，茲檢送發布令影本及「全民健康保險投保金額分級表」修正規定各1份，請查照並依說明段辦理。

說明：本部配合基本工資調整，於110年11月25日以衛部保字第1101260369號函報行政院「全民健康保險投保金額分級表」修正草案(副本諒達)，業奉行政院110年12月6日院臺衛字第1100038989號函核定，請配合辦理並轉知相關單位，另請加強對外說明。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會、本部人事處(均含附件)

110.12.14



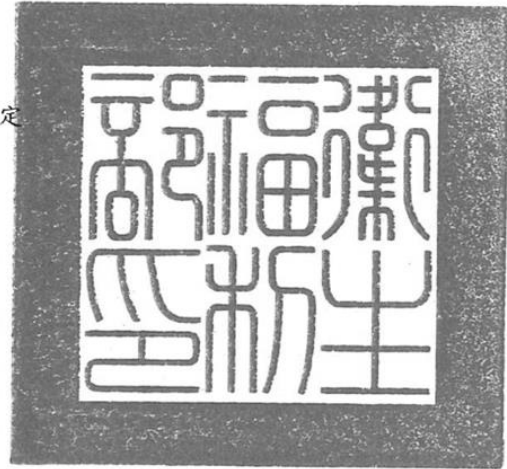
110CC00834



檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部 令

發文日期：中華民國110年12月14日  
發文字號：衛部保字第1100149878號  
附件：「全民健康保險投保金額分級表」修正規定  
1份



修正「全民健康保險投保金額分級表」，並自中華民國一百十一年一月一日生效。

附修正「全民健康保險投保金額分級表」

部長陳時中

## 全民健康保險投保金額分級表

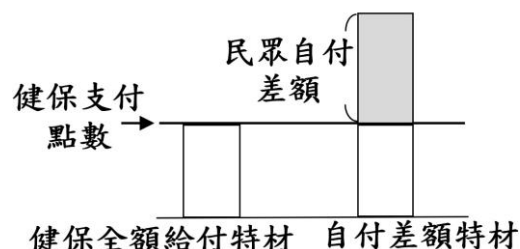
組別 級距	投保 等級	月投保金額 (元)	實際薪資月額 (元)	組別 級距	投保 等級	月投保金額 (元)	實際薪資月額 (元)
第一組 級距 1200 元	1	25,250	25,250 以下	第六組 級距 3700 元	25	76,500	72,801-76,500
	2	26,400	25,251-26,400		26	80,200	76,501-80,200
	3	27,600	26,401-27,600		27	83,900	80,201-83,900
	4	28,800	27,601-28,800		28	87,600	83,901-87,600
第二組 級距 1500 元	5	30,300	28,801-30,300	第七組 級距 4500 元	29	92,100	87,601-92,100
	6	31,800	30,301-31,800		30	96,600	92,101-96,600
	7	33,300	31,801-33,300		31	101,100	96,601-101,100
	8	34,800	33,301-34,800		32	105,600	101,101-105,600
	9	36,300	34,801-36,300		33	110,100	105,601-110,100
第三組 級距 1900 元	10	38,200	36,301-38,200	第八組 級距 5400 元	34	115,500	110,101-115,500
	11	40,100	38,201-40,100		35	120,900	115,501-120,900
	12	42,000	40,101-42,000		36	126,300	120,901-126,300
	13	43,900	42,001-43,900		37	131,700	126,301-131,700
	14	45,800	43,901-45,800		38	137,100	131,701-137,100
第四組 級距 2400 元	15	48,200	45,801-48,200		39	142,500	137,101-142,500
	16	50,600	48,201-50,600		40	147,900	142,501-147,900
	17	53,000	50,601-53,000		41	150,000	147,901-150,000
	18	55,400	53,001-55,400	第九組 級距 6400 元	42	156,400	150,001-156,400
	19	57,800	55,401-57,800		43	162,800	156,401-162,800
第五組 級距 3000 元	20	60,800	57,801-60,800		44	169,200	162,801-169,200
	21	63,800	60,801-63,800		45	175,600	169,201-175,600
	22	66,800	63,801-66,800		46	182,000	175,601 以上
	23	69,800	66,801-69,800				
	24	72,800	69,801-72,800				

七、報告事項第二案「109 年全民健康保險自付差額特材執行概況，請鑒察」

本會研析說明：

- 一、本案係健保署依本會第 2 屆 105 年第 6 次委員會議(105.6.24)修訂之「健保會討論自付差額特材案之作業流程」規定及 110 年度工作計畫，於 12 月份委員會議提報前一年自付差額特材之整體檢討改善情形。
- 二、有關健保全額給付及自付差額特材之說明及示意圖如下：

自付差額特材	具改善功能新特材，其價格昂貴，難以納入健保全額給付，由健保給付部分費用，差額由民眾自行負擔。
健保全額給付特材	經評估屬醫療必須或具經濟效益，健保全額給付之特材，民眾不須另外負擔費用。



- 三、目前全民健保自付差額特材計 10 類別，收載品項數為 436 項。該 10 類別自 106 年至 110 年 9 月之申報使用量占率如下圖。110 年申報使用量占率超過 5 成者計 3 類，分別為：「3.冠狀動脈塗藥支架(67.8%)」、「7.腦脊髓液分流系統(82.5%)」、「10.特殊功能及材質髓內釘組(62.4%)」。其中：

- (一)腦脊髓液分流系統：自 107 年起占率已逾 8 成，顯示民眾對此特材需求較高，健保署曾於 107 年與相關專科醫學會溝通，未獲納入全額給付之共識，建議健保署積極研議將該項特材納入全額給付之可能。
- (二)冠狀動脈塗藥支架：本會委員於第 4 屆 109 年第 10 次(109.12.25)、第 5 屆 110 年第 1 次(110.4.30) 委員會議，關心該類別納入全額給付之可能性，並建議健保署提供其評估結果，詳歷次未結案件追蹤表二之第 7 項(會議資料第 21 頁)，該署表示已列為 110 年度「運用醫療科技再評估提升保險給付項目之給付效益案」項目之一，預計於 110 年 12 月完成，請健保署於完成後，將評估結果主動提報本會。

自付差額特材占率

