

衛生福利部全民健康保險會
第5屆 111 年第 5 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 111 年 5 月 27 日

衛生福利部全民健康保險會第5屆111年第5次委員會議議程

一、主席致詞	
二、議程確認	
三、確認上次(第4次)委員會議紀錄 -----	1
四、本會重要業務報告 -----	20
五、優先報告事項	
中央健康保險署「111年第1季全民健康保險業務執行季報告」-----	49
六、討論事項	
(一)112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)-----	53
(二)112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案) --	73
七、報告事項	
(一)「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) -----	93
(二)有關配合部分負擔調整方案，保障經濟弱勢民眾就醫權益之 配套措施 -----	150
(三)111年度醫院及西醫基層總額新增項目之「執行目標」及「預 期效益之評估指標」確認案 -----	159
八、臨時動議	

三、確認上次(第 4 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：

- 一、本紀錄業以本(111)年 4 月 29 日衛部健字第 1113360060 號函送委員在案，並於本年 4 月 29 日併同會議資料上網公開。
- 二、前揭紀錄討論事項第三案決議一之(二)，因衛生福利部於本年 5 月 12 日以衛部保字第 1111260189 號函註銷「全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用」修正公告案(如附錄一，第 169~171 頁)，並將俟疫情趨緩後再重行公告實施，爰建議修正該決議文字如下：
(二)前述監測指標之監測結果及成效檢討報告，~~應提本年 12 月份委員會議報告，並自 112 年起應自公告實施日起~~，每半年定期向本會提出報告。

以上修正建議是否妥適，請討論。

決定：

衛生福利部全民健康保險會第5屆111年第4次委員會議紀錄 (含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國111年4月21日上午9時30分

方式及地點：實體會議(本部 301 會議室)、視訊會議(使用 Webex 線上會議系統)

主席：周主任委員麗芳

紀錄：盛培珠、張嘉云

出席委員：(依姓名筆劃排序，*為參與視訊會議)

于委員文男、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*、林委員綉珠、
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*、張委員鈺民、許委員駢洪*、陳委員石池*、陳委員有
慶*、陳委員秀熙、陳委員建志(中華民國牙醫師公會全國聯合會徐常務理事邦賢 12：
51 以後代理)、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*(中華民國醫
師公會全國聯合會黃常務理事啓嘉代理)

請假委員：卓委員俊雄

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(蔡副署長淑鈴代理)

本會：周執行秘書淑婉、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19~24頁)

貳、議程確認：(詳附錄第24~26頁)

決定：

一、中央健康保險署署長依規定為本會應列席人員，不宜無故缺席，如需請假，除函知本會外並應敍明具體理由。

二、本次議程增列優先報告事項「衛生福利部『112年度全

民健康保險醫療給付費用總額範圍』(草案)併同中央健康保險署『112年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案』(草案)，請本會表示意見案」。

三、同意將臨時提案第一案「解決民眾餘藥問題之策略與執行方式」、第二案「為確保民國111年5月15日公告實施之『全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用』之執行成效與確實保障民眾就醫權益，健保署應即時提出相關配套措施與監測指標，並定期於本會提出監測報告」列入議程，依序安排為討論事項第二、三案。

四、餘照議程之安排進行。

參、確認上次(第3次)委員會議紀錄：(詳附錄第26~27頁)

決定：確認。

附帶事項：有關評核內部會議，所有參與人員均應簽署保密切結文件，納入作業規範執行。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第28~35頁)

決定：

一、上次(第3次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：
(一)擬解除追蹤共2項，同意解除追蹤。
(二)擬繼續追蹤共4項，同意繼續追蹤。

二、餘洽悉。

伍、優先報告事項：(詳附錄第36~61頁)

報告單位：衛生福利部社會保險司、中央健康保險署

案由：衛生福利部「112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)併同中央健康保險署「112年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案」(草案)，請本會表示意見案。

決定：

- 一、肯定衛生福利部社會保險司重新檢視年度總額預算編列方式之合理性。
- 二、所提112年度總額基期計算方式之變更，考量各界未有共識，且當前新冠肺炎疫情嚴峻，總額擬訂宜以穩定醫療量能、安定醫護人心為要，建請衛生福利部再予審酌，持續溝通，暫緩於112年度總額執行。
- 三、委員所提諮詢意見(含書面意見)摘要(如附件一)，及衛生福利部112年總額擬訂方向會議決議涉及本會部分之回復說明(如附件二)，併同發言實錄，送請衛生福利部參考。

陸、討論事項：(詳附錄第62~104頁)

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：有關「全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫」
(草案)報請同意案，提請討論。

決議：

- 一、原則同意所提計畫。有關收案照護人數，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體妥處後，依法定程序陳報衛生福利部核定。
- 二、請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體滾動式檢討計畫內容，朝改善病患行為及健康習慣養成之方向努力，並於本(111)年12月提出專案報告。
- 三、委員所提意見(含「執行目標」及「預期效益之評估指標」，摘要如附件三)，併同發言實錄，送請中央健康保險署研參。

第二案(臨時提案第一案)

提案人：黃委員金舜

連署人：干委員文男、林委員敏華、許委員驥洪、胡委員峰

賓、劉委員國隆

代表類別：保險醫事服務提供者代表、保險付費者代表、專家學者及公正人士代表

案由：解決民眾餘藥問題之策略與執行方式，提請討論。

決議：本會肯定提案人及委員關心民眾餘藥處理之用藥安全事宜，所提意見送請權責機關食品藥物管理署參考。

第三案(臨時提案第二案)

提案人：劉委員淑瓊、滕委員西華

連署人：林委員恩豪、干委員文男、吳委員鴻來、許委員駢洪、翁委員燕雪、劉委員國隆、李委員麗珍、楊委員芸蘋、陳委員有慶、馬委員海霞、林委員敏華、劉委員守仁、何委員語、李委員永振、趙委員曉芳

代表類別：保險付費者代表、專家學者及公正人士代表

案由：為確保民國111年5月15日公告實施之「全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用」之執行成效與確實保障民眾就醫權益，健保署應即時提出相關配套措施與監測指標，並定期於本會提出監測報告，提請討論。

決議：

一、為確保部分負擔執行成效及民眾就醫權益，請中央健康保險署辦理下列事項：

(一)於本年5月份委員會議，提出對保障經濟弱勢民眾就醫權益之配套措施；6月份委員會議提出部分負擔調整案實施後政策效益及其改善醫療資源合理利用之監測指標。

(二)前述監測指標之監測結果及成效檢討報告，應提本年12月份委員會議報告，並自112年起，每半年定期向本會提出。

二、委員所提意見，送請中央健康保險署參考。

柒、報告事項：(詳附錄第105~111頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：111年3月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提書面意見，送請中央健康保險署回復說明。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：110年度全民健康保險基金附屬單位決算及112年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案，請鑒察。

決定：本案不予備查。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：下午14時。

112年度「全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」及「全民健康保險資源配置及財務平衡方案」本會委員所提諮詢意見摘要

一、對112年度總額範圍(草案)之建議：

付費者委員意見：

- (一)所擬總額範圍成長率 1.256%~5.0%，低、高推估增加金額高達 100.71 億元~400.92 億元。依健保署財務模擬試算，112 年當年保險收支預估將短绌 111 億元至 409 億元，當年底保險收支累計結餘數，僅剩約當 0.88 個月至 0.38 個月保險給付支出，低於法定應至少有 1 個月保險給付支出之安全準備總額，明年勢必面臨調漲保費的問題，建請行政院核定 112 年度總額範圍時，考量健保財務狀況，審慎評估再行調整高推估值之合理性。
- (二)近年受 COVID-19 疫情影響，我國經濟成長主要來自科技產業，但國內許多產業低迷，一般民眾薪資停滯，依主計總處公布之民眾實質經常性薪資呈現衰退(負成長)現象。此外，受通貨膨脹影響，物價齊漲，民眾經濟負擔加重。考量民眾付費能力下降、經濟負擔加重，建議年度總額範圍之高推估不宜過高。
- (三)近年健保配合政策與政府共同推動許多預算，用於疾病防治及提升醫療服務效率，如：C 型肝炎藥費、分級醫療、健保醫療資訊雲端查詢系統，有助於醫療費用之節流，應將節流成效列為總額減項，並研議自總額基期扣除。目前提出之「減列項目」僅約 14.32 億元，未完全反映節流成效，請檢視扣減內容之合理性。
- (四)近年因 COVID-19 疫情民眾健康意識提升，依據健保署統計，109、110 年門診申報件數分別為 -7.43%、-7.88%，住院為 -4.68%、-7.43%。另報載國內傳染病大減，衛福部統計 109 年不健康餘命較前 1 年減少了 0.43 年，是近 10 年來最大降幅。顯示，因民眾加強自主健康管理後，致醫療需求有所減少，應通盤檢視疫情對醫療利用之影響，並納入 112 年度總額調整因素。
- (五)近年健保總額中已配合政府推動許多預防醫學項目，應回歸健

保法意旨，依法將健保給付用於支付被保險人發生疾病、傷害、生育事故，而預防醫療費用則應由公務預算支應。

醫事服務提供者委員意見：

- (一)各部門總額內有很多配合政策項目，其增加之預算，仍無法補足醫療服務之給付，如C型肝炎藥費，雖有編列藥費，但同時衍生之檢查(驗)係由現有總額支付，就算總額預算有成長，點值仍不到每點1元。
- (二)我國平均每人經常性醫療保健支出(CHE)占平均每人國內生產毛額(GDP)比率數據顯示，多年來僅微幅成長，相較其他OECD國家，國內醫療保健支出尚有增加空間。
- (三)若政策推動真有節省費用不反對列減項，但若預算編列不足也應相對加項。例如健保署提出減少重複檢查(驗)及用藥之效益，但導入各項管控措施後費用仍呈現成長，增加額度大於預算成長，預算編列不足應回補，而非列減項。此外，有關MEA(藥品給付管理合約)，當藥品使用超過目標時，係由當年度總額一般服務費用勻支，後續廠商協議退款之效益，也應回歸總額，不應列為總額減項。
- (四)減列預算項目包含C型肝炎藥費，C型肝炎是傳染病防治法規定的第3類法定傳染病，經費應由公務預算編列，現在由健保支付藥費已加重健保負擔，若再列減項，並不合理。
- (五)回歸健保法意旨，涉及公共衛生、預防保健及配合政策推動等項目，應由公務預算支應，不應轉由健保支付。目前健保財務不佳，若考量要減輕民眾負擔，則建議政府應該承擔更多的責任，提高公部門支出占比。

專家學者及公正人士委員意見：

- (一)所擬112年度總額調整因素金額約增加300.21億元，其中政策項目內涵諸多用於預防保健、研究經費、設備費用等屬公務預算支應範圍，建議審酌政策項目預算來源之合理性，避免壓縮重要服務項目之協商空間。
- (二)各項管控措施之節流效益，應列入總額減項或年度總額專項財源。如藥品及特材之價量管理或減少重複檢查(驗)之效益，可做為引進新藥、新特材或給付規定改變之財源，若未納入總額

財源運用，則應列為總額減項。

二、對112年度總額政策目標之建議

醫事服務提供者委員意見：

- (一)政策目標所列項目，包含：延續健保總額中長期改革計畫之擴大推動住院整合照護服務、推動 DRGs 支付制度、試辦門診包裹支付制度等，建議先行與醫界溝通討論。
- (二)政策目標中，整合公共衛生體系與健保資源項目提到「結合公務預算與健保資源」，若無具體內容，恐怕最後都是空談。此外，政策目標提到減少無效醫療，宜先具體定義無效醫療。

專家學者及公正人士委員意見：

針對每年提出的諸多政策目標及政策項目，未見從整體角度進行專案檢討，如每年編列 DRGs 預算，但卻無推動進度，建議系統性檢討後再提出政策目標與調整因素。

三、對總額設定公式及112總額基期計算方式改變之建議

付費者委員意見：

- (一)由於總額基期不斷膨脹，過去付費者一直籲請檢討基期，112 年總額終於正視這個問題，規劃於基期扣減未導入預算或未執行額度。惟專款項目本來就是零基預算，與一般服務分開獨立計算，專款扣減未執行額度是否有實質意義，請審酌。
- (二)112 年度總額基期改採淨值，考量一般服務預算會納入基期累進成長，扣減前開未執行額度，應屬合理；但專款項目採零基預算，未執行額度回歸安全準備，建議維持現行做法，並視執行成效檢討編列專款預算。

醫事服務提供者委員意見：

- (一)衛福部社保司 3 月 15 日召開 112 年度總額範圍(草案)擬訂方向會議，所提之 112 年度總額基期採「淨值」及低推估公式修正規劃，與醫界未有共識，建議暫緩實施、維持原案，並持續與醫療團體充分溝通(相關書面意見如參考資料)。
- (二)衛福部社保司所擬 112 年度總額範圍之算法，須建立在醫療服務支付滿足的情況下，才不會影響服務品質。於疫情前，一般服務預算不足，點值未達每點 1 元，若改以此算法，於疫情穩

定後，未來服務量能增加，會有預算用盡，影響醫療服務提供的問題。

(三)112 年度總額基期扣減「110 年未執行額度」，但專款是零基預算，沒有用完就回到安全準備，沒有扣減的問題。且總額部門於編列預算前，已精確估算執行情形再編列預算，實際執行之落差應在可接受範圍內。

(四)請檢討低推估之設定及計算方式之合理性，近年勞工基本薪資、物價齊漲，「醫療服務成本指數改變率」之藥品、醫療儀器及用品指數，係以躉售物價指數計算，無法反映國內市場價格及醫療院所實際購買成本，建議檢討參數之合理性。

(五)影響總額基期成長因素眾多，包括人口老化、物價上升及勞工薪資提高等，均非醫界所能掌控。若受限於財務因素，可改變給付方式，若各界有共識減少給付內容，則可降低總額基期。

專家學者及公正人士委員意見：

(一)有關年度總額基期部分改採淨值，支持一般服務部分扣減未導入預算或未執行額度部分。至於專款項目部分，因採零基預算，實支實付，建議仍維持以「前一年專款預算」作為計算基礎。

(二)總額推估公式應以實證資料做基礎，並將預防醫學所產生效益的實證資料納入總額推估及基期反映，建議未來可思考以實證精算方式計算年度總額。總額公式歷經多年演變，公式間互有連結及關聯，尚需集思廣益研議修訂。

四、付費者委員之其他建議：

(一)協商時，各總額部門及健保署所提之協商項目，應參照衛福部會議對本會之建議，提出包含具體規劃及完整的 KPI 等內容，以做為總額協商之參據。

(二)於協商 112 年總額時，請健保署以保險人角色發揮專業，就 112 年度總額各總額部門提出的協商草案，提出保險人的評析意見，供委員協商參考。

(三)有關健保署提出之財務平衡方案，顯示 109 年導入減少重複檢查(驗)及重複用藥管控措施之成效，惟與整體費用相較，節省效果有限。宜檢討目前管理手段的有效性，請在會後就「近 5

年檢查(驗)支付標準的檢討情況」及「針對重複與不必要檢查(驗)的具體管理措施」提出檢討報告。



台灣醫院協會 Taiwan Hospital Association

台北縣淡水鎮251中正東路二段29-5號25樓
25F. No.29-5, Section 2, Chong Cheng East Road, Danshuei Township, Taipei County, 251, Taiwan.
Tel: 886-2-28083300 Fax: 886-2-28083304 Web: www.hatw.org.tw E-Mail: hatw@hatw.org.tw

Taiwan Hospital Association

擬就衛福部社保司所擬 112 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍 嚴正表達抗議及反對意見

依據衛生福利部全民健康保險會 111 年 4 月議程補充資料 2 資料所示，社保司擬提送行政院國家發展委員會有關「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍擬訂說明」，針對部分內容顯有缺失，且未經與各部門總額執行單位商議，逕自決定執行，台灣醫院協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會及中華民國私立醫療院所協會等協會聯合嚴正表達抗議及反對意見。

一、111 年 3 月 15 日社保司所召開之 112 年總額擬訂方向會議，僅就 112 年政策方向進行說明，另就總額基期計算公式進行初步討論，其中就投保人口結構改變對醫療費用之影響率由人數百分比擬調為實際總人數、非協商因素之醫療服務成本指數改變率由原非協商調為協商因素等項，經激烈溝通未達共識，應續維持原計算方式執行，本會、中華民國私立醫療院所協會及醫師公會全國聯合會皆分別 111 年 3 月 29 日、28 日及 4 月 14 日以院協健字第 1110200164 號、私立醫協會字第 0000111021 號及全醫聯字第 1110001408 號函表達就公式修正不適之意，合先敍明。

二、社保司就 112 年總額基期建議減列採以淨值計算，其中諸多內容實屬不當，應立即修正，以維各總額部門運行順暢之權益，確保國人就醫權益之維持及健保永續經營，其爭議分述如下：

- (1) 參據社保司所提 110 年初成立之「總額範圍擬訂公式檢討工作小組」建議，給付支付改善成效回饋款應於基期扣減並將於 112 年度總額基期進行處理。依據歷年健保會總額基期協商及計算原則，醫療一般費用已就未執行額度進行扣減作業，且行之多年，依據社保司所擬 112 年總額基期扣除 110 年未執行額度扣減及未導入預算扣減部分，基期淨額係以各總額部門各項專項 107-109 年 3 年平均執行率及 110 年預算數估計，顯示社保司就總額基期之計算與實務運作的未深透研究及了解。
- (2) 各部門一般服務預算於年度協商之際，早就扣減前一年未導入之預算及未執行之額度，112 年總額基期扣除 110 年未執額度，明顯是一帳兩扣，重複扣減。
- (3) 各部門之專款專用項目，多數為配合國家衛生政策指示，確保執行內容而設，採零

基預算，費用部分採獨立計算並沒有併入基期之中，主張由基期減列未用罄之預算，顯示對零基預算設計精神的不了解，減列專款專用預算額度，勢將造成各部門僅可就有限資源提供服務或無法執行之窘境，請慎思。

(4) 政策所減省費用應列為總額減項或節流效益回饋減列基期(如：藥品給付管理協議MEA、雲端藥歷、檢查（驗）結果上傳及管理、C肝新藥等)，明顯違反信賴保護原則

A. 藥品給付管理協議MEA或PVA：依據健保會(107.03.23)第2次委員會議決議中央健康保險署所提有關藥品價量協議回收金額處理方式，改為撥付醫療費用之一部分，預計將略提升各總額一般服務點值，健保會委員意見提供健保署參考，本案現行已採健保署建議撥付醫療費用，今再行要求基期減列，違反行政程序法之信賴保護原則。查據健保會(107.10.26)決議事項辦理情形：
衛福部發佈（依據衛生福利部107年6月8日1070035141號簽核定）：新增藥品給付協議之返還金額併入各總額醫療費用結算。

B. 雲端藥歷、檢查（驗）結果上傳：醫院部門配合健保政策努力推行雲端藥歷及檢查（驗）結果上傳作業，這中間的設備變更費用，悉數由醫院自行吸收，在目前尚為鼓勵階段，主張減扣費用是否合宜。

C. C肝新藥：西醫部門為配合國家2025年消滅C肝之政策，努力執行防治作業，C肝新藥僅在專款中編列藥費，而就治療C肝所需之相關檢驗（查）費用卻是隻字不提，悉數由總額一般服務預算中勻支，造成醫院部門預算排擠效應，今擬以未來節約金額減列現行預算，無法說服醫院部門。

(5) 專款專用預算若未使用完畢，其預算係回歸健保安全準備金，實與各部門總額基期一點關係也沒有。

三、不應再任意加諸全民健保額外負擔，依據【全民健康保險法】第一條第二款已明列：「本保險為強制性之社會保險，於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依法規定給與保險給付」，近年社保司皆未經事前溝通協商以確保醫療實務得否執行，即逕自加諸全民健保有關公共衛生、預防保健等所謂之中長期改革計畫項目並要求醫院單位執行且預算編列嚴重偏低，實為不尊重且有侵蝕健保根基之虞，112年仍續要求醫院部門建立癌症篩檢陽性個案診療模式，以醫療品質為導向之癌病病人診療及照護品質。

四、COVID-19期間全體醫療體系已全力投入防疫及維持醫療體系恆常運作以擔負國人健康之守門員，切莫恣意任行加注額外負擔，加速醫療體系崩盤。

中華民國醫師公會全國聯合會 西醫基層醫療服務審查執行會 函

地址：10688台北市安和路1段29號9樓

承辦人：陳哲維

電話：(02)2752-7286轉151

傳真：(02)2771-8392

電子信箱：wei0508@tma.tw

受文者：衛生福利部

發文日期：中華民國111年4月20日

發文字號：全醫基審字第1110000058號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明

主旨：反對衛福部社保司所擬「112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」意見，建議應先與各部門總額團體充分溝通，以維護民眾原應有就醫權益，請查照。

說明：

- 一、有關111年3月15日社保司召開之「112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)擬訂方向」會議，會中未就「各部門總額基期建議減列採以淨值計算」進行深入討論，且未有共識。惟社保司於是日會議紀錄逕自列入「除了基期淨值將於112年處理」，此外，在健保會111年4月21日會議前，從未再與各部門總額團體商議，並逕行決定提案至111年4月21日健保會，影響民眾原應有就醫權益，本會表達嚴正抗議，並要求修正前揭會議紀錄。
- 二、本會前於111年4月14日全醫聯字第1110001408號函表達「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」應維持現行公式以「各年齡性別組別占總人口數百分比」計算，不須變更；並反對「醫療服務成本指數改變率(MCPI)」移列至「上限」範圍，應先檢討其為負值之原因，而非變相更改為協商項目之意見(諒達)。
- 三、依據歷年健保會總額基期協商及計算原則，一般服務預算已就未執行額度進行扣減作業，且行之多年，如依據社保司所擬112年總額基期扣除110年未執行額度扣減及未導入預算扣減部分，將

無法反映年度總額之需求、壓縮協商空間及無法反映專款實際需求；且各部門一般服務預算於年度協商之際已扣減前一年未導入之預算及未執行之額度，如 112 年總額基期扣除 110 年未執行額度，將重複計算。

四、此外，專款項目多數為配合國家衛生政策指示，確保執行內容而設，專款項目以零基預算進行協商，未執行完之預算均會回歸安全準備金，如於總額基期先行扣減，將造成費用分配不足，實不合理。如西醫部門為配合國家 2025 年消滅 C 肝之政策，戮力執行防治作業，其治療所需之相關檢驗(查)費用均由一般服務預算吸收，先不計可能造成之排擠效應，如逕自刪減預算，亦將嚴重影響民眾就醫權益。

五、自 COVID-19 疫情爆發後，全國醫療體系已竭力投入防疫及維持醫療體系正常運作，期主管機關給予醫界支持並挹注合理總額預算，而非以修正公式或逕自列入各種減項之可能，造成醫病雙輸。

正本：衛生福利部、衛生福利部社會保險司
副本：



主任委員 黃啟嘉

有關 112 年度總額範圍擬訂說明所提，111 年 3 月 15 日衛福部社保司「112 年總額擬訂方向會議」決議中，涉及本會部分回復如下：

一、社保司會議決議內容：111 年總額各部門總額「成效回饋」部分，待健保會確認後再納入總額基期計算。

本會回復如下：

(一) 本會對成效回饋之處理方式：依據本(111)年 3 月份委員會議決定之 111 年度總額協定事項及辦理時程，其中涉及一般服務扣款或節流效益納入總額財源部分，已請健保署分別於 111 年 7 月、112 年 7 月提報規劃之處理方式及執行結果，爰關於成效回饋部分，本會業已納入協定事項並據以辦理。

(二) 本會處理方式：依上開本會的處理方式，本會已將「成效回饋」納入年度總額協商考量。未來仍將視健保署提供之各總額執行結果與成效資料，在年度總額協商時考量處理。

二、社保司會議決議內容：建議健保會未來協商各部門總額相關計畫時，應先訂定 KPI、提案為幾年計畫、成效評估標準、如何回饋付費者和醫界，將可能產生疑義處預先處理，減少協商後須再協商。

本會回復如下：

(一) 本會目前對總額協商草案已略有規範：查 111 年度協商架構及原則與程序，明訂總額協商草案須包含：執行目標、預期效益評估指標、服務內容及費用估算基礎，已包括 KPI 之訂定，惟尚未包含提案為幾年計畫、如何回饋付費者和醫界等內容。

(二) 本會處理方式：本項建議擬納入 112 年總額協商架構及原則與程序案討論(本年 5~6 月份委員會議)，並作為總額協商及協定事項之依據。

「全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫(草案)報請同意案」

本會委員意見摘要

一、整體而言本計畫具前瞻性，肯定其結合前端預防及治療之方向：本計畫旨在改變個案生活型態及健康習慣養成，整合疾病前期預防與疾病治療，具前瞻性，惟規劃內容尚有改善空間，請再評估檢討。

二、請重新訂定所提之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，送本會確認：

(一)執行目標：「照護人數」及「每人支付費用」與總額協商原提規劃及協定事項有落差，應增加照護人數，並檢討支付單價。

(二)預期效益評估指標：所提「完整照護達成率」屬過程面指標，未能反映計畫效益。請提出明確反映整體效益的量化指標，如減少慢性病、降低就醫次數、減少健保支出等，並提供指標定義。

三、所提計畫尚有改善空間，委員之建議摘要如下：

(一)費用支付方式

1.每人單價過高，應檢討支付合理性：每案可申報之金額高達2,000~3,450 點，遠高於家醫計畫(800 點)及協商之預算規劃。目前在健保財務不佳之際，更應妥善使用有限資源。

2.宜降低評估及檢驗檢查費、提高成效獎勵誘因，避免醫療化：多數經費用於評估及管理費，尤其是用於檢驗檢查，而獎勵照護成效費用相對較少。疾病前期照護，應以改善生活型態為主，避免照護往醫療化發展。

(二)個案獎勵及診所獎勵

1.個案進步獎勵，宜有客觀標準：從管理角度，個人客製化目標差異大，不易評估整體成效。建議應有客觀衡量標準，可依個

案病況分類，設定不同進步區間的目標值。

- 2.診所獎勵，宜提高獎勵誘因及鑑別度：診所獎勵雖訂有 8 項反映院所執行績效之評核指標，但相較於評估及檢驗、檢查費用，獎勵績優診所執行績效之誘因相對不足。
- 3.對於個案之健康改善，宜有長期追蹤成效之機制，以確認計畫持續效果。

(三)成效評估與追蹤

- 1.建議提出計畫之成本效益分析：應提出計畫成本效益分析，讓各界審視投資是否合乎效益。
- 2.應將使用藥物等影響因素納入成效評估考量：為評估健康狀況改善是否為生活型態改變所致，應將是否使用藥物、藥品項數或劑量、其他介入措施(如自費減重)等因素納入評估。

(四)費用管控措施及其他建議

- 1.應避免重複收案，浪費醫療資源：對於同一個案在不同院所重複收案，或結案 1 年後在同一院所(或 1 年內不同院所)重新收案等情形，宜說明如何規範及進行利用控管。
- 2.加強跨專業協力合作，並結合社區資源，提供完整照護：為建立個案健康生活型態，計畫應納入營養諮詢、運動指導等多元與完整的衛教及照護，並善用社區資源(如運動教練)，提升照護成效。
- 3.個案應被充分告知及掌握個人健康訊息，以利自我管理：診所在收案過程中應充分告知，並提供個案相對的健康檢測等訊息，建議可結合健康存摺或其他工具(如小冊)，另對於健康知能、社會經濟弱勢個案，宜提供合適的介入方式。
- 4.給予個案成效回饋，肯定其努力：生活習慣改變或健康行為的建立，大部分需靠病人自身的努力，應有回饋個案之機制，增強個案自我照護動機。
- 5.建議修正文字，計畫追蹤管理文字：「提供持續性電話諮商或...」，建議改成諮詢，因諮商是臨床心理師的專業用語。

四、請健保署書面回復所有委員之提問意見，以利總額協商

委員之詢問均為計畫執行重點疑問，因時間因素，健保署未及在會上回復，爰請健保署書面回覆所有委員的提問意見(含書面意見)，以利委員充分瞭解最後執行方式及管理理念，有助於今年度協商所需資訊。

四、本會重要業務報告

一、本會依上次(第4次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

- (一)本(111)年5月2日以衛部健字第1113360063號書函將112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)之會議決定及委員所提諮詢意見，與衛生福利部(下稱衛福部)112年總額擬訂方向會議決議涉及本會部分之回復說明，併同發言實錄，函送衛福部，如附錄二(第172~173頁)。
- (二)本年4月29日以衛部健字第1113360062號書函依「解決民眾餘藥問題之策略與執行方式」會議決議，將委員所提意見函送權責單位食品藥物管理署研參，如附錄三(第174頁)。
- (三)本年4月28日以衛部健字第1113360061號書函將「110年度全民健康保險基金附屬單位決算及112年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案」決定不予備查及委員所提意見函送權責單位中央健康保險署(下稱健保署)，如附錄四(第175頁)。
- (四)決議(定)列管追蹤事項共計7項，依辦理情形，建議解除追蹤1項，繼續追蹤6項，如附表一(第29~31頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理。

二、歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，建議解除追蹤者，計有4項，如附表二(第32頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理。

三、衛福部於本年5月13日函復本會有關「112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」委員諮詢意見之衛福部說明，如附錄五(第176~182頁)。

- (一)來函說明三提及「部分意見屬貴會總額協商之權責者，建請貴會及時向委員澄清與說明」，所稱部分意見屬本會權責者，係指付費者委員對總額部門及健保署提出112年度總額協商草案內容之建議(如諮詢意見摘要四、(一)(二)，會議資料第10頁)，本會已納入本次會議討論事項總額協商架構及原則與程序案討論。

(二)有關112年度總額基期之計算，將以衛福部陳報行政院之總額

範圍草案為準。其餘衛福部說明請委員參閱。

四、為使外界了解歷次委員會議之重要議題及委員關切重點，自107年6月起，本會同仁於每次會議後均會擇重要議題整理為會訊報導，置於本會網頁(路徑：健保會首頁>最新訊息>委員關切重要議題分析，網址：<https://dep.mohw.gov.tw/NHIC/lp-4039-116.html>)，上次(第4次)委員會議後公開之主題如下，內容詳附錄六(第183~190頁)，歡迎委員轉知所屬團體之會員參閱。

委員會議次別及時間	主題
111年第4次 (4.21)	健保會對「全民健保保險對象代謝症候群管理計畫」之討論結果
	112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)諮詢健保會意見
	健保會委員關切111年部分負擔調整對民眾就醫權益影響

五、因近期嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)疫情嚴峻，考量醫界防疫負荷，擬調整「各總額部門110年度執行成果評核之作業方式」之評核會議辦理方式，說明如下：

(一)為使醫界能專注防疫，減輕各總額部門參與評核會議及準備簡報之負荷，建議比照去(110)年辦理模式不辦理公開之成果發表會議，而由各總額部門相關團體如期提出書面報告，送請評核委員書面評核，並於7月20日召開評核結果內部會議，評核作業方式調整如下：

- 1.請健保署及四總額部門受託團體仍依原訂時程，提報執行成果書面報告(不須提送口頭報告簡報)，供評核委員審閱。
- 2.評核委員完成書面評核後，於7月20日召開評核內部會議決定評核等級，當天即於本會網頁公開評核結果。
- 3.有關後續意見交流，本會將彙整評核委員意見，於8月1日前提供健保署及四總額部門於8月10日前提出回應或補充說明，以併入評核紀錄，做為112年度總額協商參考。

(二)配合前開調整，酌修評核作業方式之「伍、111年評核作業時

程表」(如附件二，第48頁)，如蒙同意上開調整事項，將據以辦理後續事宜，未來亦將視疫情發展，隨時滾動調整因應作為，並提報委員會議確認。

六、中華民國中醫師公會全國聯合會於本年4月6、7日，擇花蓮縣壽豐鄉及萬榮鄉辦理111年度全民健康保險中醫門診總額專案計畫實地訪查活動，本會委員(含代理人)計21位參加，茲整理訪查報告如附錄七(第191~198頁)，請參閱。

七、衛福部及健保署於本年4月至5月份發布及副知本會之相關資訊如下：[內容已置於該署全球資訊網，詳細內容及相關附件業於本年5月13日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

1.本年5月13日衛部保字第1110118301號令修正發布「全民健康保險投保金額分級表」，並定自本年7月1日施行。修正後投保金額分級表之下限金額維持25,250元不變，上限金額調升為219,500元(調整前為182,000元)，增列第十組(共5級)如下表，預估影響13萬餘人(含眷屬)，每人每月約增加保險費116~1,939元，每年總計挹注健保費金額約17億元，如附錄八(第199~201頁)。

投保金額上限調整後分級表(節錄)

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1,200元	1	25,250	25,250以下
⋮	⋮	⋮	⋮
第九組 級距6,400元	46	182,000	175,601-182,000
第十組 級距7,500元	47	189,500	182,001-189,500
	48	197,000	189,501-197,000
	49	204,500	197,001-204,500
	50	212,000	204,501-212,000
	51	219,500	212,001以上

2.本年5月12日衛部保字第1111260189號函註銷於本年4月

8 日公告修正之「全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用」，如附錄一(第 169~171 頁)。註銷原因係因 COVID-19 疫情急遽升溫，為使醫療院所專注防疫，避免加重其負擔，爰暫緩實施，俟疫情趨緩後再重行公告。

3.本年 4 月 14 日會銜勞動部以衛部保字第 1111260103 號、勞動保 3 字第 1110150187 號令修正發布「全民健康保險保險人受託辦理職業災害保險醫療給付費用償付辦法」，如附錄九(第 202~211 頁)，本次修正重點如下：

- (1)配合勞工職業災害保險及保護法(下稱職災保險法)制定公布，將本辦法條文中「職業災害保險」及「勞工保險」修正為「勞工職業災害保險」。(修正條文第 3 至第 6 條、第 8 條)
- (2)依職災保險法規定，預防職業病健康檢查屬職業災害預防業務範疇，非屬醫療給付項目，且已授權勞動部就前開檢查之費用等相關事項訂定辦法，爰刪除原條文第 2 條第 2 款及第 5 條。
- (3)配合職災保險法施行日期，明定於 111 年 5 月 1 日施行。
(修正條文第 9 條)

(二)健保署

1.本年 5 月 2 日健保審字第 1110670081 號令修正發布「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分規定，並自本年 5 月 2 日生效，如附錄十(第 212 頁)，本次修正重點如下：

- (1)醫院部門(非住院診斷關聯群案件)：
 - ①一般原則：增訂以手術紀錄內容作為支付依據者應檢附之文件、應於病歷記載開立特定過敏原免疫檢驗之理由；新增部分凝血活酶時間、甲狀腺過氧化酶抗體等 8 項審查原則。
 - ②各科審查注意事項：修訂內科之睡眠多項生理檢查之

審查原則、骨科急診手術限定條件、神經外科之神經分離術之適應症及應檢附文件、放射線科之腫瘤放射治療應檢附文件，並將體外遠隔放射治療審查原則，區分為積極性、複雜緩和性、簡單緩和性、一般緩和性放療等；刪除外科之病態型肥胖實施減重手術條件；新增耳鼻喉科囊腫穿刺或引流之適應症。

(2)西醫基層部門：

①一般原則：修訂同醫院部門一般原則。

②各科審查注意事項：修訂骨科急診手術限定條件；新增耳鼻喉科囊腫穿刺或引流之適應症、眼科之虹膜成形術及光線凝固治療之審查原則。

2.將公告之總額相關計畫副知本會，如附錄十一(第 213~223 頁)[內容已置於該署全球資訊網]，修訂重點如下表：

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
111.4.11/ 111.1.1	全民健康 保險醫院 總額品質 保證保留 款實施方 案	<p>1.新增預算用途：本項預算優先支應醫院總額「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫(111 年新增項目)」專款項目不足之費用。</p> <p>2.修訂參與核發之醫院資格，新增違反特管辦法第 44 及 45 條等歸因於醫院總額所列違規情事，不得參加獎勵金分配之規定。</p> <p>3.品保款分配方式：</p> <p>(1)醫學中心：指標獎勵金之指標達成項數增加，最高以 11 項計算。</p> <p>(2)區域醫院之指標獎勵(85%)分配：</p> <p>①公式 1：占率 55%，指標達成項數最高以 9 項計算。</p> <p>②公式 2：占率 30%，指標達成項數最高以 10 項計算。</p> <p>(3)地區醫院之品保款分配比照 110 年(受 COVID-19 疫情影響，基本獎勵 60%、品質精進獎勵不計分)。</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
111.4.15/ 111.4.15	全民健康 保險遠距 醫療給付 計畫	<p>1.修訂遠距院所申報門診醫療費用點數清單之「就醫序號」欄位之說明，新增「註」：使用虛擬(行動)健保卡就醫者，請依實際取號情形填寫。</p> <p>2.有意願參與計畫之院所，須於 111 年 6 月 13 日前提出申請。</p>
111.4.18/ 111.4.1	全民健康 保險西醫 住院病患 中醫特定 疾病輔助 醫療計畫	<p>1.修訂腦血管疾病適用範圍，ICD-10-CM 由「G45.0-G46.8 及 I60~I68」修正為「G45.0-G46.8、I60-I68」。</p> <p>2.增訂「本計畫支付標準表除第五章及第七章之診療項目外，同一病人同一診療項目，每日限申報一次」規範。</p>
111.4.19/ 111.4.1	全民健康 保險呼吸 器依賴患 者整合性 照護前瞻性 支付方式	<p>1.新增「開業執照載有含收住呼吸器依賴個案之一般護理之家或住宿式長照機構」為收案地點。</p> <p>2.明訂居家審查核減費用標的為「未記載訪視紀錄或記載不全或品質不佳者，予以核扣當日論日計酬醫療費用」。</p>
111.4.19/ 111.4.19	全民健康 保險居家 醫療照護 整合計畫	<p>修訂重點如下：</p> <p>1.新增虛擬(行動)健保卡綁定之相關規定：明訂虛擬健保卡獎勵預算來源(由其他預算之「提升院所智慧化醫療資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路寬頻補助費用」項下支應)及其結算方式、收案程序、照護內容及品質獎勵指標與核發條件等。</p> <p>2.修訂醫療服務提供者資格：新增違規處分「醫事人員」2 年內不得參與計畫。</p> <p>3.修訂結案條件：</p> <p>(1)新增照護團隊逾 6 個月未提供居家醫療服務之病人，由保險人逕行結案；如個案結案後須居家醫療服務，仍可再次收案。</p> <p>(2)刪除「未完成用藥整合需結案措施」。</p> <p>4.照護內容新增開立「長期照護醫師意見書」：符合長照司「居家失能個案家庭醫師照護方案」之收案個案得由照護團隊協助開立意見書。</p> <p>5.修訂「附件 1 之給付項目及支付標準」：調升山地離島地區相關訪視費用 2 成；併支付標準公告實施。</p> <p>6.修訂「附錄 2、末期病患主要症狀表(符</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		合安寧療護收案條件時填寫)」：共計 14 類，本次新增 4 類患者，包含：末期骨髓增生不良症候群、末期衰弱老人、符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者、罕見疾病或其他預估生命受限者；併支付標準公告實施。
111.4.28/ 111.5.1	全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案	<p>1.擴大收案條件：收案條件增訂「前一年診斷為思覺失調症且至少就醫 2 次以上者」及當年度新診斷病人；排除條件調整為僅排除「精神科慢性病房住院中病人」。</p> <p>2.新增高風險病人定義，包括：「前一年以思覺失調症主診斷強制住院者」、「前一年因思覺失調症主診斷住院 2 次以上者」及「就醫紀錄載有施暴史之病人」。</p> <p>3.調升發現費及管理照護費、新增發現確診費 650 點、居家追蹤訪視費 1,500 點/次及出院後追蹤訪視費 3,000 點/次。</p> <p>4.修訂方案指標：新增「社區關懷訪視共訪比率」等 5 項指標，刪除「平均每月精神科門診就診次數」指標，調整原「精神科不規則門診比率」為「精神科規則門診比率」。</p> <p>5.調整「捌、績效評估」內容，將「各參與院所全年品質指標權值達成度」，由「需 $\geq 40\%$」修訂為「需 $\geq 50\%$」，作為評量參與院所是否得以續辦之參考。</p>
111.5.2/ 111.5.2	因應 COVID-19 疫情全民健康保險特約醫療機構提供保險對象視訊診療作業須知	<p>修訂重點如下：</p> <p>1.預算來源：增修居家照護之確診病例因 COVID-19 疾病就醫，依疾管署「COVID-19 確診個案居家照護之相關醫療照護費用」申報及核付作業辦理之規定。</p> <p>2.照護對象：增列居家照護之確診病例。</p> <p>3.增修視訊診療醫療機構，實施視訊診療之應遵行事項：醫療機構如認為其所屬醫師有於機構外實施通訊診療之必要，應敘明實施人員、地點及通訊方式，報經機構所在地衛生局同意，並副知保險人分區業務組，始不受此限制，惟仍須確保病人之隱私。</p> <p>4.施行程序之服務內容：明訂「居家照護之確診病例不得開立慢性病連續處方</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>箋」之規範。</p> <p>5. 醫療費用申報與支付：明訂居家照護之確診病例因 COVID-19 疾病就醫併行其他疾病診療之申報規範，分列「一般診療之醫療費用」與「法定傳染病醫療服務費用」2 筆申報，且不得另行申報「健保門診診察費」。</p> <p>6. 修訂視訊診療「慢性病複診病人」之實施時間，暫訂自 111 年 4 月 27 日起至 111 年 6 月 30 日止。</p>
111.5.13/ 111.5.13	因應 COVID-19 疫情全民 健康保險 特約醫事 服務機構 提供保險 對象視訊 診療作業 須知及問 答集	<p>修訂重點如下：</p> <p>1. 施行程序之服務內容：明訂「居家照護之確診病例如申報遠距診察費，不得開立慢性病連續處方箋、超過 10 天份之藥品」之規範。</p> <p>2. 醫療費用申報與支付：明定確診個案居家照護之隔離治療期間，以 COVID-19 診斷碼申報之醫療相關診療費、藥費，由公務預算支應；如欲開立慢性病連續處方箋，「一般診療之醫療費用」與「法定傳染病醫療服務費用」應分列申報，且僅得擇一申報「健保門診診察費」或「遠距診療費」。</p>
111.5/ 111.4.1	全民健康 保險急診 品質提升 方案	<p>1. 急診重大疾病照護品質獎勵：</p> <p>(1) 新增主動脈剝離需緊急手術相關獎勵項目：</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 主動脈剝離需緊急開刀，於 4 小時內進入開刀房且存活出院之個案，獎勵 30,000 點。 ② 主動脈剝離需緊急開刀，於醫院 2 小時內轉出且轉入醫院於 2 小時內進入開刀房，且存活出院之個案，轉入及轉出院所各獎勵 15,000 點。 <p>(2) 新增申報到院前心跳停止(OHCA)相關獎勵之急救責任醫院，應依衛福部公告之規範，使用電子病歷交換中心上傳資料。</p> <p>2. 轉診品質獎勵：</p> <p>(1) 新增符合向上轉診或平行轉診之病人，且能於 60 分鐘內轉出，轉出院所獎勵 1,500 點。</p> <p>(2) 新增符合本方案急診轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>房(不經轉入醫院之急診)，獎勵轉出與轉入醫院各 5,000 點。</p> <p>(3)前開第 1、2 項與原有之「急診上、平轉」轉出及轉入醫院獎勵，不得重複。</p> <p>3.急診處置效率：</p> <p>(1)僅保留原方案之「完成急診重大疾病照護病人進入加護病房 <6 小時」每人次 5,000 點獎勵，以及「地區醫院急診病人增加獎勵」；刪除其他觀察指標、壅塞指標、效率指標以及維持獎、進步獎之規範。</p> <p>(2)新增下列 2 項獎勵項目：</p> <p>①急性呼吸衰竭於急診緊急插管病人進入加護病房 <6 小時，每人次 5,000 點獎勵。另本項增訂影像導引氣管內管插管之醫令。</p> <p>②新增檢傷一、二、三級急診病人轉入病房 <8 小時，每人次 50 點獎勵。</p>

3.本年 4 月 15 日副知，公告 111 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」、「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 項中醫醫療照護計畫 4 月 1 日起新增之承作院所及醫師名單，如附錄十二(第 224 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)累計統計如附錄十三(第 225 頁)。

決定：

附表一

上次(第4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： 111年3月份全民健康保險業務執行報告。	委員所提書面意見，送請中央健康保險署回復說明。	於111年4月28日請辦健保署。	健保署回復：委員所提意見，說明如附件一(第33頁)。	解除追蹤	—

二、擬繼續追蹤(共 6 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 1 案： 有關「全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫」(草案)報請同意案。	原則同意所提計畫。有關收案照護人數，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體妥處後，依法定程序陳報衛生福利部核定。	於 111 年 4 月 28 日請辦健保署。	健保署回復： 1. 相關計畫將依貴會決議，儘速陳報衛生福利部核定。 2. 另收案照護人數，已函請國民健康署及醫師公會全國聯合會就調整執行目標數提供意見。	1. 繼續追蹤 2. 俟衛福部核定健保署公告後解除追蹤	依健保署陳報時程辦理
2		請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體滾動式檢討計畫內容，朝改善病患行為及健康習慣養成之方向努力，並於本(111)年 12 月提出專案報告。	於 111 年 4 月 28 日請辦健保署。	健保署回復： 將依貴會指示，於 111 年 12 月提專案報告。	1. 繼續追蹤 2. 於健保署報告後解除追蹤	111 年 12 月
3		委員所提意見(含「執行目標」及「預期效益之評估指標」，摘要如附件三)，併同發言實錄，送請中央健康保險署研參。	於 111 年 4 月 28 日請辦健保署。	健保署回復： 委員所提意見，說明如附件一(第 34~46 頁)。	1. 繼續追蹤 2. 於健保署重新訂定「執行目標」及「預期效益之評估指標」送本會確認後解除追蹤	111 年 6 月
4	討論事項第 3 案： 為確保民國 111 年 5 月 15 日公告實施之「全民保險署辦理下	一、為確保部分負擔執行成效及民眾就醫權益，請中央健康	於 111 年 4 月 28 日請辦健保署。	健保署回復： 依會議決議於 5 月委員會議提出弱勢保障措施報告，配合辦理。	1. 繼續追蹤 2. 於健保署提出保障經濟弱勢民眾就醫	111 年 5 月

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
	健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用」之執行成效與確實保障民眾就醫	列事項： (一) 1.於本年 5 月份委員會議，提出對保障經濟弱勢民眾就醫權益之配套措施。			權益之配套措施後解除追蹤	
5	權益，健保署應即時提出相關配套措施與監測指標，並定期於本會提出監測報告。	2.於 6 月份委員會議提出部分負擔調整案實施後政策效益及其改善醫療資源合理利用之監測指標。	於 111 年 4 月 28 日請辦健保署。	健保署回復： 依會議決議於 6 月份提出部分負擔調整案實施後政策效益及其改善醫療資源合理利用之監測指標，配合辦理。	1.繼續追蹤 2.於健保署提出監測指標後解除追蹤	111 年 6 月
6		(二)前述監測指標之監測結果及成效檢討報告，應提本年 12 月份委員會議報告，並自 112 年起，每半年定期向本會提出。二、委員所提意見，送請中央健康保險署參考。	於 111 年 4 月 28 日請辦健保署。	健保署回復： 1.依會議決議於 12 月份提出監測指標之監測結果及成效檢討報告，配合辦理。 2.委員所提意見，說明如附件一(第 47 頁)。	1.配合決議文字修正 2.繼續追蹤	於健保署首次提出監測結果及成效檢討報告後解除追蹤

附表二

歷次委員會議繼續列管追蹤事項

一、達解除追蹤條件(共 4 項)

項次	決議(定)之待辦事項/前次追蹤建議	相關單位辦理情形 (更新處以底線標示)	追蹤建議
1	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、110.12 決定)	健保署回復： <u>本案業經 111 年 3 月 2 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額 111 年第 1 次研商議事會議決議通過，並於 111 年 3 月 18 日健保醫字第 1110660181 號函報貴會備查。</u>	解除追蹤
2	111 年度西醫基層總額一般服務地區預算分配之風險調整移撥款案，所涉執行面及計算(含風險調整移撥款用途與執行方式)等相關細節，授權中央健康保險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。/[於健保署送本會備查後解除追蹤] (110.12 決議、111.1 決定)	健保署回復： <u>本案業經 111 年 3 月 3 日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 111 年第 1 次研商議事會議決議通過，並於 111 年 3 月 18 日健保醫字第 1110660169A 號函報貴會備查。</u>	解除追蹤
3	有關「111 年度全民健康保險牙醫門診總額 12 歲至 18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」(草案)，同意所提計畫，請中央健康保險署依法定程序辦理後續事宜。/[俟衛福部核定健保署公告後解除追蹤] (111.1、111.2 決定)	健保署回復： <u>有關「111 年度全民健康保險牙醫門診總額 12 歲至 18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」，已於 111 年 3 月 11 日公告實施。</u>	解除追蹤
4	111 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)，請中央健康保險署參考委員所提意見及本會補充說明三，研修 111 年度方案內容後，依法定程序陳報衛生福利部核定。意見摘要如議事錄之附件一。/[俟衛福部核定後解除追蹤] (111.1、111.2 決定)	健保署回復： <u>本方案業經衛生福利部於 111 年 3 月 3 日以衛部保字第 1110107877 號函核定。</u>	解除追蹤

附件一

健保會第5屆111年第4次委員會議之健保署答覆

上次(第4次)委員會議之擬解除追蹤項次1

案由：111年3月份全民健康保險業務執行報告。

委員意見	健保署說明
<p>李委員永振會後書面意見(議事錄 p.105-106)</p> <p>依111年3月份全民健康保險業務執行報告所附A4單張資料，檢視表1，110年醫療給付點數約10.5億點，其中投保第2、3、5類之理賠給付率皆超過100%，分別為110.62%、112.38%、142.95%；檢視表2：110年醫療給付點數約50.9億點，其中投保第2、3類之理賠給付率亦均超過100%，各為128.87%、118.22%，另2表中之眷屬理賠給付率，除表2外籍人士第1類為92.5%外，均超過100%，2表之眷屬合計也都超過100%，請說明原因及改善措施。</p>	<p>一、表1大陸港澳人士及無戶籍國民及表2外籍人士，醫療使用以眷屬為大宗，多數為配偶生產等醫療行為造成相關合理醫療支出。</p> <p>二、整體看來，醫療費用占保費比率，表1大陸港澳人士及無戶籍國民為79.56%，表2外籍人士為26.91%，皆未超過100%。</p>

上次(第4次)委員會議之擬繼續追蹤項次3

案由：有關「全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫」(草案)報請同意案。

委員意見	健保署說明
<p>委員意見摘要(議事錄p.16-18)</p> <p>二、請重新訂定所提之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，送本會確認：</p> <p>(一)執行目標：「照護人數」及「每人支付費用」與總額協商原提規劃及協定事項有落差，應增加照護人數，並檢討支付單價。</p> <p>(二)預期效益評估指標：所提「完整照護達成率」屬過程面指標，未能反映計畫效益。請提出明確反映整體效益的量化指標，如減少慢性病、降低就醫次數、減少健保支出等，並提供指標定義。</p>	<p>一、考量本計畫公告實施及診所收案時程，爰將執行目標訂定為10萬人，非計畫最大收案人數；另本署將函請國民健康署及醫師公會全國聯合會就調整執行目標數提供意見。</p> <p>二、本計畫依據國民健康署訂定之代謝症候群指標作為收案條件，為確認個案是否符合代謝症候群指標，仍需進行相關檢驗檢查，故收案評估費內含檢驗檢查費用。</p> <p>三、委員所建議指標屬長期觀察指標，考量代謝症候群個案發展至慢性病有一定進程，且本計畫為第一年試辦，待試辦一段期間後再檢討修訂指標。</p>
<p>委員意見摘要(議事錄p.16-18)</p> <p>三、所提計畫尚有改善空間，委員之建議摘要如下：</p> <p>(一)費用支付方式</p> <p>1.<u>每人單價過高，應檢討支付合理性</u>：每案可申報之金額高達2,000~3,450點，遠高於家醫計畫(800點)及協商之預算規劃。目前在健保財務不佳之際，更應妥善使用有限資源。</p> <p>2.<u>宜降低評估及檢驗檢查費、提高成效獎勵誘因，避免醫療</u></p>	<p>一、本計畫依據國民健康署訂定之代謝症候群指標作為收案條件，為確認個案是否符合代謝症候群指標，仍需進行相關檢驗檢查，故收案評估費內含檢驗檢查費用。</p> <p>二、後續將於健保VPN建置個案登錄系統，診所收案時須於該系統登錄個案資料，同時檢核是否有重複收案等情形。</p> <p>三、另本計畫已要求收案診所依個案評估情形，交付「代謝症候群疾病管理紀錄表」衛教指引，予民眾進行自我</p>

委員意見	健保署說明
<p>化：多數經費用於評估及管理費，尤其是用於檢驗檢查，而獎勵照護成效費用相對較少。疾病前期照護，應以改善生活型態為主，避免照護往醫療化發展。</p>	<p>管理。</p> <p>四、考量本計畫為第一年試辦，尚需觀察實際執行狀況，待試辦一段期間後滾動檢討計畫規範。</p>
<p>(二)個案獎勵及診所獎勵</p>	
<p>1.<u>個案進步獎勵，宜有客觀標準：</u> 從管理角度，個人客製化目標差異大，不易評估整體成效。建議應有客觀衡量標準，可依個案病況分類，設定不同進步區間的目標值。</p>	
<p>2.<u>診所獎勵，宜提高獎勵誘因及鑑別度：</u>診所獎勵雖訂有 8 項反映院所執行績效之評核指標，但相較於評估及檢驗、檢查費用，獎勵績優診所執行績效之誘因相對不足。</p>	
<p>3.<u>對於個案之健康改善，宜有長期追蹤成效之機制，以確認計畫持續效果。</u></p>	
<p>(三)成效評估與追蹤</p>	
<p>1.<u>建議提出計畫之成本效益分析：</u>應提出計畫成本效益分析，讓各界審視投資是否合乎效益。</p>	
<p>2.<u>應將使用藥物等影響因素納入成效評估考量：</u>為評估健康狀況改善是否為生活型態改變所致，應將是否使用藥物、藥</p>	

委員意見	健保署說明
<p>品項數或劑量、其他介入措施(如自費減重)等因素納入評估。</p> <p>(四)費用管控措施及其他建議</p> <p>1.<u>應避免重複收案，浪費醫療資源</u>：對於同一個案在不同院所重複收案，或結案1年後在同一院所(或1年內不同院所)重新收案等情形，宜說明如何規範及進行利用控管。</p> <p>2.<u>提供加強跨專業協力合作，並結合社區資源，提供完整照護</u>：為建立個案健康生活型態，計畫應納入營養諮詢、運動指導等多元與完整的衛教及照護，並善用社區資源(如運動教練)，提升照護成效。</p> <p>3.<u>個案應被充分告知及掌握個人健康訊息，以利自我管理</u>：診所在收案過程中應充分告知，並提供個案相對的健康檢測等訊息，建議可結合健康存摺或其他工具(如小冊)，另對於健康知能、社會經濟弱勢個案，宜提供合適的介入方式。</p> <p>4.<u>給予個案成效回饋，肯定其努力</u>：生活習慣改變或健康行為的建立，大部分需靠病人自身的努力，應有回饋個案之機制，增強個案自我照護動機。</p> <p>5.建議修正文字，計畫追蹤管理</p>	

委員意見	健保署說明
<p>文字：「提供持續性電話<u>諮商</u>或...」，建議改成<u>諮詢</u>，因<u>諮商</u>是臨床心理師的專業用語。</p>	
<p>于委員文男(議事錄 p.68)</p> <p>個案進步獎勵的標準，用飯前血糖、三酸甘油脂、低密度脂蛋白膽固醇作為條件，三酸甘油脂跟低密度脂蛋白膽固醇可能變化不大，但飯前血糖可能會被前1天晚上吃的東西影響而變化很大，這有可議的地方。</p>	<p>一、照顧進步獎勵費5項指標，係依據國民健康署與醫界共識結果，擇定指標項目及目標值。</p> <p>二、考量本計畫為第一年試辦，尚需觀察實際執行狀況，待試辦一段期間後滾動檢討計畫規範。</p>
<p>陳委員秀熙(議事錄 p.71)</p> <p>本計畫追蹤管理5大指標中提到低密度脂蛋白膽固醇，我記得代謝症候群定義應該是好的高密度脂蛋白膽固醇列為目標，這地方西醫基層可不可以解釋一下。</p>	<p>一、依國民健康署111年2月24日召開之「全民健康保險對象代謝症候群管理計畫」第2次研商會議紀錄，醫師公會全國聯合會說明：代謝症候群5項指標中，個案納入標準與後續之疾病監測指標有所不同，例如血糖超標為代謝症候群個案納入標準，後續監測應使用糖化血色素；同樣的，高密度脂蛋白膽固醇超標後，後續治療應監測低密度脂蛋白膽固醇。</p> <p>二、擇定本計畫追蹤管理指標項目之細節，本署將函請醫師公會全國聯合會提供相關說明，並請該會於委員會議適時向委員說明。</p>
<p>何委員語(議事錄p.69)</p> <p>一、我剛剛提出的不是像黃代理委員啓嘉所講的有高血壓不要吃藥，我認為是這樣子，世界醫學會對於每個疾病有訂定標準，我們國家為什麼不依據世界醫學會訂的</p>	<p>一、本計畫係依據國民健康署訂定之代謝症候群指標作為收案條件。</p> <p>二、考量本計畫為第一年試辦，尚需觀察實際執行狀況，待試辦一段期間後滾動檢討計畫規範。</p>

委員意見	健保署說明
<p>標準執行？我剛才講的，世界醫學會糖尿病的標準，飯前血糖值是 115mg/dl，飯後血糖值是 160mg/dl，我們一定要訂 100~140mg/dl，就提早吃藥。我不知道台灣醫界是否認為台灣人飯前血糖值超過 100mg/dl，不吃藥的話馬上就會得糖尿病而洗腎，是不是這樣子？如果不是這樣子，為什麼要訂那麼低？</p> <p>二、我剛剛說血壓 70~120mmHg 最標準，是針對小孩子、青少年的血壓，但是年紀越大血壓就會偏高，所以我剛剛有講高血壓的標準，60 歲以上在世界醫學會收縮壓訂 140mmHg，美國 90 歲以上訂 150mmHg，我們為什麼一定要訂 130mmHg？我不知道，訂 130mmHg，我看台灣 60 歲以上的人全部都要吃高血壓藥，少數不吃而已，這樣可行嗎？我認為 60 歲以上的人收縮壓至少在 130~135mmHg 之間游離，高血壓標準訂 130mmHg，是不是這些 60 歲以上、65 歲以上的人都要吃高血壓藥？人家標準訂 140mmHg、150mmHg，我們為什麼要訂 130mmHg。建議健保署應該要分年齡去定高血壓值，而不是固定在 130mmHg，計畫裡寫了血壓收縮壓 130mmHg、舒張壓 85mmHg，可是收縮壓 130mmHg 要吃高血</p>	

委員意見	健保署說明
<p>壓藥嗎？我收縮壓 140mmHg 都不吃了，也是這樣過，為什麼一定要定在 130mmHg。</p> <p>三、我建議這個計畫不要跟家醫計畫一樣，讓醫療仲介公司介入找對象給醫生做，這已經提了好幾次了啦，就是家醫計畫被醫療仲介公司找對象給院所來做，分獎勵費、管理費的證據。如果這個計畫同樣被醫療仲介公司介入，我想成效就大打折扣，剛剛有委員講了，醫療仲介公司將這票人帶到這間院所做，半年後把這票人移到別的院所做，這樣移來移去 2 邊都在領錢，1 年移 1 次也可以，都算新個案，這樣做醫療浪費很恐怖。</p>	
<p>馬委員海霞(議事錄 p.67)</p> <p>一、我在西醫基層總額研商議事會議已經表達我的想法，我們去年總額協商時建議每人支付費用 800 元，原來期待照護人數是 38.5 萬人，目前草案提出的照護人數是 10 萬人，但去年協商時所提的執行目標是 20 萬人。原則上我支持這個計畫趕快執行，剛剛黃代理委員啓嘉講得很好，要改變病人的生活型態促進健康行為，但從這個計畫內容看不出來是因為使用藥物，或是真正生活型態的改變而達成的效果，計畫裡面並沒</p>	<p>一、本計畫已規範每一診所收案人數上限為 100 名，同一診所同一個案經結案後 1 年內不得再收案；如個案經原診所結案後由另一診所收案則視為新個案。</p> <p>二、考量本計畫為第一年試辦，尚需觀察實際執行狀況，待試辦一段期間後滾動檢討計畫規範。</p>

委員意見	健保署說明
<p>有說明是以哪個指標來看預期效益，這是我蠻想要知道的。</p> <p>二、另外如果病人退出這個計畫，同1院所再加入時算不算1個新個案？個案換1個院所或選擇另1個醫師時，算不算1個新個案？在個案進進出出計畫的狀況之下，要怎麼確定或是計算1個新個案。</p>	
<p>盧委員瑞芬(議事錄 p.72)</p> <p>我有1點請教，計畫裡面有特別提到跟家庭醫師整合性照護計畫或其他醫療給付改善方案不能重複，若病人本來參加家醫計畫，後來轉到這個計畫，這算新個案嗎（理論上，此情形不符合所謂新個案）？我看新發現個案的定義是新發現40歲以下的個案有下列這些代謝症候群狀況(會議資料第75頁)開始追蹤，新個案的定義是在該診所過去從來沒有被診斷過，從此時此刻起是新診斷，還是要全面審視其過去診斷紀錄，包括是否曾參加其他的計畫（家庭醫師整合性照護計畫或其他醫療給付改善方案），如果是這樣定義的話可能就可以避免掉，他原來參加其他的計畫然後換成這個計畫，是不是就變成新個案(因為經濟誘因導致轉移病患參加不同計畫的可能性)，主要請教這個部分怎麼管理？因為這整個計畫強調的是管理的精神，這也是不同於以往單純治療疾病的角，我覺得是1個亮點。</p>	<p>一、民眾參加本計畫、家庭醫師整合性照護計畫或其他醫療給付改善方案，將以不重複支付個案管理費方式進行處理。</p> <p>二、新發現個案定義：收案評估前2年，於該收案診所門診就醫紀錄之主次診斷未申報前述疾病之國際疾病分類代碼。</p>

委員意見	健保署說明
<p>滕委員西華(議事錄 p.75)</p> <p>一、第2部分獎勵費有納入戒菸、戒檳指標，大概有800元是由國健署另外給錢，我想知道國健署和健保署合併執行這個方案，醫療體系幫國健署收案、評估，國健署有沒有給健保署代辦費或行管費？我們幫勞保職災承辦都有收一些行管費、代辦費，我們幫他做那麼多，請問這裡有沒有？不然國健署自己可以委託醫療院所做，為何要透過健保再挹注3億多元的錢做這件事？</p> <p>二、再來就是健保會幕僚及剛剛劉委員淑瓊有提到，900點的收案評估費中，檢驗檢查佔了640點，比例非常的高，請教一下這有沒有計入檢驗部分負擔金額，還是單獨拉出來沒有跟病人收取檢驗部分負擔，就是這個專案裡面檢驗檢查640點，是不加入檢驗部分負擔調整裡面的分母嗎？這是我的疑問。</p> <p>三、另外可能要考慮越來越多病人同時會使用自費減肥項目，西醫診所、中醫診所都有自費減肥方案，如果這些病人同時使用自費減肥項目，要如何檢核是因為什麼因素達成效果？另外收案指標有提到有用藥的人，但檢核指標沒有提到已經用藥的人，收到這個計</p>	<p>一、本署與國民健康署合作之門診戒菸代辦業務係依「衛生福利部國民健康署醫療院所戒菸服務補助計畫作業須知」辦理。本署辦理受託業務所需之行政事務費，由國民健康署依本署與該署議定之公式計算金額，支付代辦費。</p> <p>二、本計畫為配合衛生福利部中長期健保改革計畫，由國民健康署、西醫基層總額團體及本署共同討論擬定計畫內容。</p> <p>三、本計畫依據國民健康署訂定之代謝症候群指標作為收案條件，為確認個案是否符合代謝症候群指標，仍需進行相關檢驗檢查，故收案評估費內含檢驗檢查費用。民眾於收案時接受前開已內含於評估費之檢驗檢查項目，不需繳交部分負擔，後續追蹤未達標準之檢驗檢查項目時，則需按規定繳交部分負擔。</p> <p>四、另722血壓量測為提供診所衛教民眾的方式之一，非收案之必要條件。</p> <p>五、完整照護率定義：申報年度評估費個案數/診所收案個案數。即個案收案達6個月才會被計入完整照護個案(收案後間隔3個月進行追蹤管理，再間隔3個月可進行年度評估)。</p> <p>六、考量本計畫為第一年試辦，尚需觀察實際執行狀況，待試辦一段期間後滾動檢討計畫規範。</p>

委員意見	健保署說明
<p>計畫裡面，如果降低用藥品項數或劑量，是否就是比較成功改善率的指標？而不是只有腰圍、糖化血色素、血壓、三酸甘油脂等指標降低。</p> <p>四、個案完整照護達成率其實沒有說明清楚，會議資料第85頁的評核指標裡面，也沒有定義什麼叫做完整，到底怎樣給錢，再來在追蹤管理的部分，其實只有電話追蹤。最後有1個722血壓量測，我要說計畫收案對象，都要是健康知能比較高的、相對經濟能力比較好的人，至少家裡要買得起血壓計，才有辦法做722血壓量測。如果收案病人沒有做722血壓量測，就不收案嗎？還是順利收進來，萬一這些病人沒有血壓設備的時候怎麼辦？健康知能不足的時候，靠醫療院所同仁打電話追蹤就可以達到嗎？我覺得其實沒有同步考慮到健康知能比較弱的、社會經濟比較弱勢的民眾要怎麼辦。</p> <p>五、整個進步獎勵的規範也沒有說年度收案應該最少執行多少，只有說追蹤管理費跟進步獎勵費以及年度要評估的指標，領取的時間必須要間隔12週也就是3個月，並沒說領到獎勵費的時候，必須要至少收案6個月，或是收案3個月以上，還是多少時間，其實都沒</p>	

委員意見	健保署說明
<p>有。簡單來說，我覺得方案很好，但是我們花很多錢，個案評估管理費及獎勵費2項支付都優於家醫計畫，但評核指標太弱或太個別化，即便要趕著上路，這個錢實在給得太寬鬆，指標應該要更加嚴謹一點。</p>	

滕委員西華會後書面意見(議事錄 p.86)

關於討論事項第一案，委員之詢問均為計畫執行重點疑問，因時間因素，健保署未及在會上回復，爰請健保署書面回覆，以利今年度總額協商。

一、每案評估及管理費最少可以領到2,000點，若加上所有獎勵費最高可以領到3,450點，加上診所獎勵每家1年可以領到5,000~10,000點，整個計畫的支付標準優於家醫計畫。家醫計畫個案管理費加上績效獎勵費才800點，另家醫計畫的獎勵評核指標有26項非常複雜，這個計畫只有5項指標，請見健保署說明為何選擇這5項指標且給付經費之依據。

二、獎勵費有納入戒菸、戒檳指標，大概有800元是由國健署另外支付，請說明本案國健署有無支付健保署代辦費或行管費？

三、本專案裡面檢驗檢查640點，或日後本專案衍生出的檢驗檢查費用，有無加入5月部分負擔調漲方案中併入檢驗部分負擔調整裡面

委員意見	健保署說明
<p>的總金額中？或是另計？或是民眾不需要部分負擔？</p> <p>四、本案一大部分要靠病人的努力，請問健保署有無考量訂定獎勵回饋被保險人的指標或方式？</p> <p>五、請健保署說明如何檢核是因為什麼因素達成效果？</p> <p>(一)個別診所(醫師)跟病人個別訂定的目標值，可能有所差距，改善值下降的百分比也沒有最低下限的要求，所訂定的這些目標值各異，如何確認效果？健保署如何稽核或應否設定改善百分比的具體指標以為公平？</p> <p>(二)檢核指標如何鑑別或區分有已經用藥的病人和未曾用藥的病人的效果歸因？收到這個計畫裡面，如果降低用藥品項數或劑量，是否就是比較成功改善率的指標？</p> <p>(三)若病人同時使用自費減肥，如何排除或計算其他方式導致的指標效果？</p> <p>六、請健保署說明何為「個案完整照護達但現於進步獎勵的規範中訂定年度收案應該最少執行多少？領取獎勵費時，必須要至少收案幾個月以上？</p>	
<p>趙委員曉芳(議事錄 p.77)</p> <p>一、個人對計畫執行目標有點困惑，尤其是完整照護率的概念，在計畫中並未被很好的定義，若未能</p>	<p>一、完整照護率定義：申報年度評估費個案數/診所收案個案數。即個案收案達6個月才會被計入完整照護個案(</p>

委員意見	健保署說明
<p>確定完整照護率的計算及評定方式，將明顯造成評估達成率的困難。</p> <p>二、最後，服務人數的執行目標是10萬人，但當初協商時醫界版本是20萬人，付費者代表與健保署版本是38.5萬人。不清楚服務人數大幅降低是否合宜？或是應該回歸之前協商時所期待的服務人數，建議可以提高。</p>	<p>收案後間隔3個月進行追蹤管理，再間隔3個月可進行年度評估)。</p> <p>二、考量本計畫公告實施及診所收案時程，爰將執行目標訂定為10萬人，非計畫最大收案人數；另本署已函請國民健康署及醫師公會全國聯合會就調整執行目標數一項提供意見。</p>
<p>盧委員瑞芬(議事錄 p.82)</p> <p>想釐清現在如果我們同意本計畫的支付費用方式，就是每人年2千點，今年要編列明年預算的時候，就用這2千點乘以照護人數嗎？事實上，若相較於去年協商的內容，這會是1個變向加價的概念。</p>	<p>一、本計畫依據國民健康署訂定之代謝症候群指標作為收案條件，為確認個案是否符合代謝症候群指標，仍需進行相關檢驗檢查，故收案評估費內含檢驗檢查費用。</p> <p>二、考量本計畫公告實施及診所收案時程，爰將執行目標訂定為10萬人，非計畫最大收案人數；如以點值0.8計算，預計可收案人數約為17萬人。</p>
<p>盧委員瑞芬會後書面意見(議事錄 p.86)</p> <p>在協議預算3.08億元不變的情況下，目前執行目標設定10萬人與原先協商時預計的照護人數，38.5/20萬人，差距甚大，在此情況下擬定的支付費用方式，若收支平衡，則會是支付費用加倍(價格＊數量＝總費用)。請健保署說明，執行目標設為10萬人是因為實施時間最多僅剩8個月，所以下修人數？若是如此，則原先協議預算3.08億元，預計會用多少？若是擬用原先協議預算3.08億元收案10萬人，是否違反去年協商內容？</p>	<p>三、考量本計畫為第一年試辦，尚需觀察實際執行狀況，待試辦一段期間後滾動檢討計畫規範。</p>

委員意見	健保署說明
<p>林委員恩豪(議事錄p.78)</p> <p>對於本計畫的政策方向沒有意見，期待可以趕快落實。唯一有意見的是預期效益部分，一直以來都有類似問題，預期效益評估指標為代謝症候群完整照護率達成30%，但達成以後之效益為何？是就醫次數減少還是用藥量下降？如果就醫次數減少或用藥量下降，反映在健保支出的減少又是多少？希望能提供更具體、明確化的量化資料。</p>	<p>委員所建議指標屬長期觀察指標，考量代謝症候群個案發展至慢性病有一定進程，且本計畫為第一年試辦，故建議本年度預期效益評估指標不變更，待試辦一段期間後再檢討修訂指標。</p>

上次(第4次)委員會議之擬繼續追蹤項次6

案由：為確保民國111年5月15日公告實施之「全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用」之執行成效與確實保障民眾就醫權益，健保署應即時提出相關配套措施與監測指標，並定期於本會提出監測報告。

委員意見	健保署說明
盧委員瑞芬會後書面意見(議事錄p.104) 部分負擔的實施，主要強調其會提升民眾成本意識，降低道德危害的程度(即減少因經濟誘因所導致的過度使用)。評估部分負擔效應的實證分析，一向很重視對經濟弱勢的衝擊(這應是部分負擔較嚴重的副作用)。但健保署此次部分負擔新制，亦很強調分級醫療的政策目標，以轉診與否決定部分負擔的高低，所以更令人關心對經濟弱勢族群的影響。貧病一向有強烈相關性，健保署針對新制的成效評估，相關配套及檢測目標，務必將經濟弱勢族群納入考量。	有關委員就部分負擔調整案意見，本署將納入研參，另經濟弱勢保障配套如下： 一、本次部分負擔調整對於法定免部分負擔的民眾如重大傷病、分娩、山地離島地區就醫，以及有其他單位補助的低收入戶、榮民等均不受影響。 二、另對中低收入戶等經濟困難民眾，本署提供協助措施，補助其經轉診的門診藥品及門診檢驗檢查部分負擔費用。

附件二

伍、111 年評核作業時程表(調整版)

時間	作業內容
111 年 1~3 月	1.函請四總額部門及健保署提供建議之 111 年度重點項目及其績效指標、操作型定義及目標值，並請就本會研擬之評核內容(草案)提供修正建議。 2.研擬評核作業方式(草案)。
111 年 3 月	評核作業方式(草案)提委員會議議定。
111 年 4~5 月	1.請四總額部門及本會付費者代表委員推薦評核委員人選。 2.本會同仁彙整四總額部門及本會付費者代表委員推薦名單，加上本會現任、曾任專家學者及公正人士委員後，請本會委員就該建議名單票選適合人選。 3.依據委員票選結果，及貳之一.評核委員產生方式，排定邀請名單，依序邀請 7 位擔任評核委員。 4.請四總額部門及健保署依議定之評核作業方式準備資料。
111 年 5 月下旬	健保署依評核報告大綱及評核項目表，先提送監測/調查/統計結果(報告上冊)予本會，供評核委員審閱及四總額部門參用，總額部門可專注於提報執行檢討與改善結果。
111 年 6 月中旬 (評核會議前 1 個月)	四總額部門及健保署提送執行成果之書面報告(健保署提送報告下冊)予本會，供評核委員審閱。
111 年 7 月上旬 (評核會議前 2 週)	1.健保署及四總額部門提送「各總額部門 110 年度執行成果發表暨評核會議」之口頭報告(簡報)，供評核委員審閱。 2.本會同仁彙整「各總額部門 110 年度執行成果評核指標摘要」供評核委員參考。
111 年 7 月中旬 (預訂 7 月 19、20 日)	召開為期 2 天之「各總額部門 110 年度執行成果發表暨評核會議」。
111 年 7 月 20 日	1.評核委員完成書面評核，並召開評核內部會議決定評核等級。 2.本會於網頁公開評核等級，並以電子郵件提供委員參考。
111 年 7 月 29 日	本會於 7 月份委員會議提報評核結果。
111 年 8 月上旬	本會彙整評核委員意見，於 8 月 1 日前提供健保署及四總額部門，並請於 8 月 10 日前提供回應或補充說明(併入評核紀錄)。
111 年 8 月 19 日	本會於 8 月份委員會議前完成評核紀錄，提供委員納為總額協商參據。

五、優先報告事項

報告單位：中央健康保險署

案由：「111 年第 1 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 111 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。請委員先行審閱，如有疑義可洽該署各項業務窗口。
- 二、參照 106 年 10 月 27 日委員會議之委員建議，健保署業務執行季報告之口頭報告，有其重要性，爰列為優先報告事項。

決定：

討論事項

第一案

提案單位：本會第三組

案由：112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)，提請討論。

說明：

- 一、依全民健康保險法第 61 條規定，本會應在行政院核定之年度醫療給付費用總額(下稱總額)範圍內，協定該年度總額及其分配方式，報衛生福利部(下稱衛福部)核定。本會均依行政院核定之總額範圍及衛福部當年交付之政策目標進行協商，為利每年 9 月份協商進行，爰循例事先議定協商架構及原則。
- 二、本案主要依衛福部函提本會本(111)年 4 月 21 日委員會議諮詢之「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」(下稱 112 年度總額範圍草案)資料，並參考 111 年度總額協商架構及原則，及近年相關會議委員所提建議，擬具「112 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)」(如附件，第 56~61 頁)。修訂重點如下：

(一)總額協商架構部分：

1.總額設定公式：(如附件，第 56 頁)

(1)查衛福部所提 112 年度總額範圍草案，其 112 年總額基期擬改採淨值(需扣除 110 年未導入及未執行之預算)，若衛福部擬訂之總額範圍基期變更，則本案總額設定公式中的「前一年度醫療給付費用總額」需配合修正。

(2)考量變更總額基期計算方式各界未有共識，本會 4 月份委員會議諮詢意見已建請衛福部再予審酌。故本案先以 111 年度總額設定公式暫列，僅更新資料採計年度，將俟衛福部陳報行政院核定後配合修訂，並提報委員會議確認。

2.醫療服務成本及人口因素：衛福部所提 112 年度總額範圍草案，計算公式與過去相同。本案僅更新各項參數之資料採計年度。(如附件，第 61 頁)

(二)總額協商原則部分：

主要係沿用 111 年度總額協商原則，並參考近年本會委員及專家學者意見酌修部分內容。除更新年度及酌修文字外，研修重點說明如下：

1.第五點協商因素之(五)，增訂健保署提報本會同意之點值保障項目需包含之內容。

(1)研修理由：本項條文為：「需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保署會同各部門總額相關團體議定後送本會同意後執行」。本年 1 月份委員會議(111.1.21)，對於健保署提報之 111 年點值保障項目，委員建議應敘明保障的理由及對總額預算的影響，以利審議其合理性。

(2)擬修訂內容：依委員建議，增訂「前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等」乙段文字。(如附件貳、五(五)，第 59 頁)

2.第七點其他原則增列第(八)項，明訂不可重複編列預算之原則。

(1)研修理由：查近 3 年總額範圍諮詢案本會委員意見及衛福部總額範圍擬訂方向會議，付費者代表及專家學者建議：

①考量健保財務不佳及付費能力有限，「醫療服務成本及人口因素」涵蓋之內容，不應於「協商因素」及「專款項目」重複提出預算需求。

②總額基期龐大且每年成長，一般服務項目已涵蓋之服務，不應重複提出新協商項目或專款計畫增加預算。

(2)擬修訂內容：依上開建議，增列(八)「新增之協商因素及專款項目，不應與『醫療服務成本及人口因素』及『一般服務項目』已涵蓋的服務內容重複並編列預算」。(如附件貳、七(八)，第 60 頁)

3.另有關協商因素及專款項目於年度協商時應提報之內容(第

五點之(四)及第六點之(四)，第 59 頁)，將於討論事項第二案總額協商程序(草案)討論增訂內容，爰擬依該案之決議配合修訂文字。

三、擬具「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)」，請討論(如附件，第 56~61 頁)。

四、檢附以下資料供參考：

- (一)「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，如參考資料一(第 62~67 頁)。
- (二)健保署提供之 110 年度各部門查處追扣金額表，如參考資料二(第 68 頁)，惟協商時以健保署提供之數值為準。若對扣款數值有疑義，請各總額部門逕與健保署核對。
- (三)「貳、總額協商原則」第四點第一項提及之「全民健康保險年度總額對給付項目調整之處理原則」，如參考資料三(第 69~72 頁)。

擬辦：依會議決議辦理。

決議：

112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)

壹、總額協商架構

一、總額設定公式(暫列，將俟衛福部陳報行政院核定後配合修訂)

■年度部門別^{註1}醫療給付費用總額＝

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

年度部門別醫療給付費用總額成長率＝

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

■年度全民健保醫療給付費用總額＝

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

年度全民健保醫療給付費用總額成長率＝

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

- 註：1.部門別為牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。
2.因協商當時尚無法取得該年度實際投保人口數，爰自 97 年度開始，總額基期須校正「投保人口年增率」預估與實際之差值(即 112 年總額基期須校正 110 年度總額投保人口成長率差值)。
3.依本會 110 年第 2 次委員會議(110.6.25)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」，111 年度總額違反特約及管理辦法之扣款，不納入 112 年度總額協商之基期費用。
4.西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

二、醫療服務成本及人口因素

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

(二)成長率計算公式

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

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

三、協商因素

(一)保險給付項目及支付標準之改變

預期新增給付項目及支付標準(如新科技醫療及新藥)改變，對醫療費用之影響率。

(二)鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康

為鼓勵提升醫療服務品質或促進國人健康，而允許增加費用之幅度。

(三)其他醫療服務利用及密集度之改變

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

(四)醫療服務效率之提升

因全民健保支付制度之改革，造成醫療服務效率提升，預估其對醫療費用之影響。

(五)其他預期之法令或政策改變

其他預期之法令或政策改變及政策誘因，對醫療費用之影響。

四、專款項目

針對特定項目協商預算，採零基預算直接協定預算額度。

五、門診透析

(一)合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

(二)門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式

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

(三)計算公式

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

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

貳、總額協商原則

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

二、配合全民健保財務狀況，合理配置健保資源

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

三、基期

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

四、醫療服務成本及人口因素

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

五、協商因素

(一)給付項目之調整

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

(二)各部門之「品質保證保留款」

1.列為專款項目，用於鼓勵提升醫療品質。

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

(三)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱特管辦法)之扣款

1.列為協商減項，扣減110年度違反特管辦法第37、39、40條違規事件本身之醫療費用，僅減列民眾檢舉及健保署主動查核所發現之違規案件，不減列總額受託單位或總額相關團體發揮同儕制約精神而主動舉發之案件，且不納入113年度總額協商之基期費用。

2.本項扣款數值，以協商時中央健康保險署提供者為準。

(四)一般服務之協商因素項目，應於年度協商時提出執行目標及預期效益(含評估指標)、醫療服務內容、費用估算基礎、實證資料(過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用)。並於年度實施前提出具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)，執行情形應即時檢討；若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則應核扣當年度預算；實施成效並納入下年度總額協商考量。(擬配合討論事項第二案之決議修訂文字)

(五)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保署會同各部門總額相關團體議定後送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

六、專款項目

(一)回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出。實施成效納入下年度總額協商考量。

(二)新增計畫，視行政院所核定總額範圍及計畫需要，決定是否支持該計畫並協定預算。具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)應於年度實施前擬定完成。

(三)有特殊性、鼓勵性、目標性之新增計畫，宜列為專款項目，俟其執行具相當成效後，再移至一般服務項目。

(四)新增計畫應於年度協商時提出試辦期程、執行目標及預期效益(含評估指標)、醫療服務內容、費用估算基礎、實證資料(過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用)，以利檢討退場或納入一般服務。(擬配合討論事項第二案之決議修訂文字)

(五)其他預算部分：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。

(六)111 年度專款項目，若因為疫情或委員會作業耽誤，導致執行率未達 50%，112 年度專款項目可照列 111 年度之預算及協定事項。

七、其他原則

(一)年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之。

- (二)醫療費用總額及分配，協商結束後，若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，其處理方式如下：
- 1.衛福部核(決)定前，應經雙方具有委員身分之協商代表同意，依「全民健康保險會會議規範」之復議案程序辦理。
 - 2.衛福部核(決)定後，已成為政策決定事項，本會無權更動，若委員仍有不同意見，則依「全民健康保險會會議規範」提案討論，決議達共識部分，向衛福部提出建議。
- (三)年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內。各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值。
- (四)醫療照護整合與效率提升成效之效益，部分用以獎勵醫療服務提供者，部分回歸保險對象。
- (五)對已協定之試辦性計畫，應嚴格監控，並提出評估報告供委員於協商時參考，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。
- (六)各總額部門之協商代表，需獲得充分授權。經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得酌予協商調整該部門總額單一細項金額，並予以定案。
- (七)各總額部門所提協商草案，若涉及應用年度總額調整支付標準項目，應評估是否連帶影響其他總額部門，如有影響，應有相關預算撥補受影響部門。
- (八)新增之協商因素及專款項目，不應與「醫療服務成本及人口因素」及「一般服務項目」已涵蓋的服務內容重複並編列預算。

附件一醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法

一、投保人口結構改變對醫療費用之影響率

以衛福部報行政院時可取得之最近完整一年醫療費用及計費人口數計算，即以109年醫療費用點數為基礎，計算110年納保人口年齡性別結構相對於109年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用點數之影響，並以1歲為一組做調整(人口數為3月、6月、9月、12月底計費人口數平均)。

二、醫療服務成本指數改變率

(一)成本項目之權數

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

(二)成本項目之指數

採行政院主計總處111年4月發布之「物價統計月報」與「薪資與生產力統計」資料。各總額部門指標類別如下：

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

註：1.醫療材料費用選擇與醫療儀器及材料相關之項目，故採用「理化分析用儀器及器具」；「電子醫療用儀器及設備」；「放射照相或放射治療器具」；「整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品」、「注射筒、聽診器及導管等醫療器材」及「其他醫療器材」。

2.「躉售物價指數—西醫藥品類」指數，其內涵排除「動物用藥」、「中藥製劑」、「中藥材」項目，不納入計算，由行政院主計總處另行提供。

(三)醫療服務成本指數改變率之指數值及計算

前述各指標項目，以105年指數為基值(訂為100)，計算110年相對109年各指數年增率。總醫療服務成本指數改變率，係將各部門之服務成本指數改變率，按其110年醫療給付費用占率加權計算而得。

三、投保人口預估成長率

以最近一年可取得之實際投保人口成長率計算，即以110年對109年投保人口成長率計算(採各季投保人數之平均值)。

111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則

第 5 屆 110 年第 2 次委員會議(110.6.25)通過

壹、總額協商架構

一、總額設定公式

■年度部門別^{註1}醫療給付費用總額＝

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

年度部門別醫療給付費用總額成長率＝

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

■年度全民健保醫療給付費用總額＝

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

年度全民健保醫療給付費用總額成長率＝

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

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

二、醫療服務成本及人口因素

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

(二)成長率計算公式

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

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

三、協商因素

(一)保險給付項目及支付標準之改變

預期新增給付項目及支付標準(如新科技醫療及新藥)改變，對醫療費用之影響率。

(二)鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康

為鼓勵提升醫療服務品質或促進國人健康，而允許增加費用之幅度。

(三)其他醫療服務利用及密集度之改變

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

(四)醫療服務效率之提升

因全民健保支付制度之改革，造成醫療服務效率提升，預估其對醫療費用之影響。

(五)其他預期之法令或政策改變

其他預期之法令或政策改變及政策誘因，對醫療費用之影響。

四、專款項目

針對特定項目協商預算，採零基預算直接協定預算額度。

五、門診透析

(一)合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

(二)門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式

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

(三)計算公式

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

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

貳、總額協商原則

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

二、配合全民健保財務狀況，合理配置健保資源

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

三、基期

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

四、醫療服務成本及人口因素

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

五、協商因素

(一)給付項目之調整

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

(二)各部門之「品質保證保留款」

1.列為專款項目，用於鼓勵提升醫療品質。

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

(三)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱特管辦法)之扣款

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

2.本項扣款數值，以協商時中央健康保險署提供者為準。

- (四)一般服務之協商因素項目，應於年度協商時提出執行目標及預期效益(含評估指標)、醫療服務內容、費用估算基礎及實證資料(過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用)。並於年度實施前提出具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)，執行情形應即時檢討；若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則應核扣當年度預算；實施成效並納入下年度總額協商考量。
- (五)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保署會同各部門總額相關團體議定後送本會同意後執行。

六、專款專用項目

- (一)回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出。實施成效納入下年度總額協商考量。
- (二)新增計畫，視行政院所核定總額範圍及計畫需要，決定是否支持該計畫並協定預算。具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)應於年度實施前擬定完成。
- (三)有特殊性、鼓勵性、目標性之新增計畫，宜列為專款項目，俟其執行具相當成效後，再移至一般服務項目。
- (四)新增計畫應於年度協商時提出試辦期程、執行目標及預期效益(含評估指標)、醫療服務內容、費用估算基礎、實證資料(過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用)，以利檢討退場或納入一般服務。
- (五)其他預算部分：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。
- (六)110 年度專款項目，若因為疫情或委員會作業耽誤，導致執行率未達 50%，111 年度專款項目可照列 110 年度之預算及協定事項。

七、其他原則

- (一)年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之。
- (二)醫療費用總額及分配，協商結束後，若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，其處理方式如下：

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

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

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

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

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

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

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

附件一醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法

一、投保人口結構改變對醫療費用之影響率

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

二、醫療服務成本指數改變率

(一)成本項目之權數

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

(二)成本項目之指數

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

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

註：1. 醫療材料費用選擇與醫療儀器及材料相關之項目，故採用「理化分析用儀器及器具」；「電子醫療用儀器及設備」；「放射照相或放射治療器具」；「整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品」、「注射筒、聽診器及導管等醫療器材」及「其他醫療器材」。

2. 「躉售物價指數—西醫藥品類」指數，其內涵排除「動物用藥」、「中藥製劑」、「中藥材」項目，不納入計算，由行政院主計總處另行提供。

(三)醫療服務成本指數改變率之指數值及計算

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

三、投保人口預估成長率

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

110 年度各部門查處追扣金額表

單位：元

總額別	類型別	扣減	罰鍰	其他	小計
醫院 總額	總額舉發	0	0	0	0
	非總額舉發	152,257	37,944	11,214,235	11,404,436
西醫基層 總額	總額舉發	0	43,370	787,122	830,492
	非總額舉發	335,887	18,591,980	132,747,069	151,674,936
牙醫門診 總額	總額舉發	0	122,237	5,953,463	6,075,700
	非總額舉發	54,562	1,203,583	52,397,696	53,655,841
中醫門診 總額	總額舉發	0	0	33,510	33,510
	非總額舉發	86,218	698,715	33,762,792	34,547,725
其他 預算	總額舉發	37,023	0	23,218	60,241
	非總額舉發	12,909	4,684,116	43,974,080	48,671,105
合計	總額舉發	37,023	165,607	6,797,313	6,999,943
	非總額舉發	641,833	25,216,338	274,095,872	299,954,043

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

註 2：類型別定義：

扣減：扣減 10 倍之本金，即原認列之點數。

罰鍰：罰鍰之本金，即原認列之虛報點數。

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

全民健康保險年度總額對給付項目調整之處理原則

第2屆104年第2次委員會議(104.3.27)通過

壹、背景說明

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

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

貳、運作原則

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

參、作業流程

細部之作業流程如下表：

全民健康保險年度總額對給付項目調整之作業原則與流程

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

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

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

第二案

提案單位：本會第三組

案由：112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)，提請討論。

說明：

- 一、依據本會去(110)年第 8 次委員會議(110.12.17)決定通過之「111 年度工作計畫」，訂於本年 9 月 22~23 日召開 112 年度全民健康保險醫療給付費用總額(下稱總額)協商共識會議及委員會議確認協商結果。歷年在總額協商前，均會事先議定協商工作計畫及協商共識會議之與會人員、進行方式(協商時間)與相關原則等協商程序事宜，以提高議事效率。為利 112 年度總額協商工作之進行，援例事先研訂總額協商程序。
- 二、為研擬 112 年度總額協商程序，參考歷年總額協商程序，並審視去(110)年協商實務運作經驗及委員意見，經檢討後綜整為三大面向應予改善，包括：「協商草案內容的完備度」、「健保署及健保會同仁的角色定位」，及「協商會議無法充分討論且時間冗長」，建議因應作法如下：

(一)協商草案內容的完備度：

●各方意見：

1.依據衛福部社保司於 111.3.15 辦理 112 年總額擬訂方向會議決議，建議本會未來協商各部門總額相關計畫時，應先訂定 KPI、提案為幾年計畫、成效評估標準、如何回饋付費者和醫界，將可能產生的疑義預先處理。

2.去年 9 月份總額協商會議委員反映：

(1)健保財務吃緊，為提升總額預算分配效益，提出之協商項目，應包含「問題分析及需求評估」，此外新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」是協商必備要件及承諾的基礎，應該在協商草案就提出。若屬政策交辦且未列入部門草案之項目，則請健保署依衛福部政策需求，於健

保署草案中提出。

(2)有關「執行目標」及「預期效益之評估指標」，對於協商無共識兩案併陳之部門，考量係由衛福部決定各項預算及用途，建請由衛福部參考部門方案及保險人意見逕行核定。

◆建議因應作法：

在協商草案資料(協商大表)內容，增訂應提報之具體內容及格式：

為利付費者委員在協商過程能充分了解各總額部門提出新增服務項目之必要性，擬增修如下：

- 1.協商草案內容增列「問題分析及需求評估」、專款項目增列「預估試辦檢討期限」相關文字(詳工作計畫表一、(四)1，第 78 頁)。
- 2.增訂協商大表應提報之具體內容及格式(含執行目標及預期效益之評估指標等)，敘明各總額部門及健保署提送協商草案(定案)時，應包含之完整資料內容及格式，以完備協商資料(詳工作計畫表一、(四)3，第 79 頁及其附表，第 84 頁)。
- 3.考量未達共識之部門總額，係以兩案併陳方式，送請衛福部政策決定。爰修訂為請衛福部於核定時就政策需要，一併核定「執行目標」及「預期效益之評估指標」(詳工作計畫表二、(二)3，第 79 頁)。

(二)健保署及健保會同仁的角色定位：

●各方意見：

- 1.本年 4 月份委員會議總額範圍諮詢案付費者委員意見：

於協商 112 年總額時，請健保署以保險人角色發揮專業，就各總額部門提出的 112 年度總額協商草案，除提供試算結果外，應提出保險人的評估意見，供委員協商參考。

- 2.去年 9 月份總額協商會議委員反映：

(1)健保署之角色：我國健保制度是「保險人—被保險人—醫

療服務提供者」的第三方付費關係，健保署(保險人)是代表 2,300 萬名被保險人向醫療服務提供者購買醫療服務的單一買方。健保署理應了解被保險人之醫療需求，並對醫界所提之協商草案負有把關之責，除提供試算外，應審視所提內容之合理性，提出保險人的判斷及相對應之建議方案與預算編列建議。

(2)健保會同仁之角色：依據健保會設置要點，健保會同仁依法辦理總額協商相關事務，提供協商所需具體資訊，供委員參考，包含：整理分析資料、提供協商所需之客觀基礎數據及資料，並協助檢視資料完整性等，惟不涉及預算額度及經費增減之建議。

●建議因應作法：

健保署及健保會同仁回歸各自法定職掌，於協商草案依權責及協商大表格式提報資料(詳工作計畫表一、(四)3 之附表，第 84 頁)。

1. 健保署：以單一保險人角色，代表所有被保險人提出「健保署草案」(本項可回應醫界主張付費者亦應提出協商草案)，內容包含：評析醫界方案之合理性與必要性、民眾之醫療需求及可能增加之醫療費用，提出保險人意見及合理預算建議、對新增項目之執行目標及預期效益評估指標等提出建議等。

2. 健保會：主要為檢視並提供必要的客觀數據及資料，供協商之參考。包含：協商資料是否完整、是否為配合政策項目、專家學者評核意見、彙整相關統計數據與總額相關規範，提供協定事項執行情形與研析等資料，不作任何預算額度及經費增刪的建議。

(三)協商會議無法充分討論且時間冗長：

●各方意見：

去年 9 月份總額協商會議委員反映：

1. 協商資料完成後，請即早提供，並於協商前舉行溝通會議，尤其醫界反映，部分提供之數據資料有誤或解讀不正確，醫界無法即時澄清說明，建議於協商前，讓各方意見能充分溝通及交換意見，也可縮短協商會議時間。
2. 協商會議當日，協商時間過長、各方代表體力耗損，尤其付費者委員須進行四總額部門及其他預算協商，恐有因過勞而無法充分思考與判斷之虞。
3. 協商會議時間緊湊，無足夠時間徵詢專家學者及公正人士意見，使其無法充分發揮第三方專業建議之角色。

◆建議因應作法：

於 9 月協商前 1 週，協商資料出爐後，舉辦「總額部門協商草案溝通會議」：

查歷年總額協商，雖分別於 8~9 月初先舉辦總額協商會前會及座談會，但其均尚屬草案階段，各總額部門於 9 月初會作最後版本之確認，加上健保署草案及本會補充說明資料，大約在 9 月中旬(註)完成協商資料之彙製。本年希望在協商資料確認後，有充分溝通機會，擬舉辦 2 天之溝通會議，期達到事前充分溝通，同時精簡協商會議時間之目的。具體作法規劃如下：

1. 事前充分溝通：規劃於 9 月 16、17 日加開「112 年度總額協商因素項目及計畫草案溝通會議」，原則上安排每個部門半天時間，由部門、健保署及付費者委員三方，對協商草案進行意見溝通，並請專家學者及公正人士提供專業建議(詳工作計畫表一、(四)4，第 79 頁)。

註：協商資料之完成日期視部門及健保署資料是否如期提供而定，若都如期送會，本年預計於 9 月 12 日送印時同步提供電子檔予委員先行參考，會議紙本資料則於印製完成後盡速提供委員。

2. 精簡協商會議時間：考量會前已充分溝通，擬將協商會議第一階段之「提問與意見交換」時間精簡為一半，當日總計

約可減少 67 分鐘之會議時間，減輕委員負擔(詳二、協商共識會議(三)3 各部門協商時間，第 81 頁)。

(四)其他更新日期及酌修文字內容：

- 1.查 111 年總額協商程序，地區預算最遲於 12 月份委員會議完成協定。考量依法應於年度總額實施前完成擬訂並公告，為預留陳報衛福部核定時間，爰將地區預算最遲完成協定時間修訂為 11 月，以符合法定程序規範(詳工作計畫表二、(三)2，第 80 頁)。
- 2.其餘為更新年度別、會議日期，及未涉實質內容酌修部分文字，以臻明確。

三、至於各部門之協商順序，援例由各部門委員代表於本年 7 月份委員會議自行抽籤決定。若 7 月份委員會議仍依現行方式採實體及視訊併行，則請代表各部門委員自行或派員到會抽籤，以符合公平原則。若無法派員抽籤，則擬授權由本會執行秘書於會議上代抽，決議後據以安排「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議程」，並提報 8 月份委員會議。

四、後續總額協商相關會議，將視疫情發展，若有防疫需要，則除本案所規範人員外，將縮減幕僚參與人數，隨時滾動調整因應作為，並提報委員會議確認。

五、擬具「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)」請討論(如附件，第 78~84 頁)，另檢附「111 年度總額協商程序」供參考(如參考資料，第 85~89 頁)。

擬辦：依會議決議辦理。

決議：

112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)

一、工作計畫表

工作項目及內容	預訂時程
一、協商前置作業	
(一)討論 <u>112</u> 年度總額協商架構及原則與協商程序。	<u>第 5 次委員會議(111 年 5 月 27 日)</u>
(二)辦理各總額部門執行成果評核： 檢討、評估各總額部門 <u>110</u> 年度協定事項執行情形。	<u>111 年 7 月 19、20 日</u>
(三) <u>112</u> 年度總額案於衛福部交議後，進行各項相關作業：	
1.請衛福部派員於委員會議說明行政院對總額範圍核定情形及政策方向。	<u>111 年第 7 次或第 8 次委員會議(111 年 7 月 29 日或 8 月 19 日)</u>
2.確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。	<u>111 年第 8 次委員會議(111 年 8 月 19 日)</u>
3.提供協商參考資料「 <u>111</u> 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」。	<u>111 年 8 月</u>
4.由健保署會同各總額部門預擬協商因素/專款項目及其預算規劃草案。 (1)規劃草案內容應包含協商減列項目及預估金額。 (2)各總額部門與健保署擬訂規劃草案時，對相關之醫療服務項目，如護理、藥事服務、門診透析服務等，得邀集相關團體參與。	
(四)安排總額協商會前會及座談會。	
1.召開 <u>112</u> 年度總額協商因素項目及計畫草案會前會： (1)請各總額部門及健保署報告所規劃之「 <u>112</u> 年度總額協商因素項目及計畫草案」，並進行綜合討論。除簡報外，請提供各協商項目或計畫之詳細說明如下： <u>①問題分析及需求評估。</u> <u>②醫療服務內容、費用估算基礎及實證資料(過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用)。</u> <u>③新增項目之執行目標及預期效益之評估指標(若能提出分年目標值尤佳)。</u> <u>④新增專款項目之預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)。</u> (2)請幕僚彙整評核委員之建議，及各部門總額之執行成果，供討論參考。	<u>111 年 8 月 19 日下午 (111 年第 8 次委員會議結束後)</u> <u>111 年 8~9 月</u>

工作項目及內容	預訂時程
<p>2.召開健保署和付費者代表、專家學者與公正人士、相關機關代表座談會。</p> <p>3.請各總額部門及健保署提送所規劃之「<u>112 年度總額協商因素項目及計畫草案</u>」，應提報內容及格式如附表：</p> <p>(1)新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」， 請以結果面為導向，呈現資源投入之具體效益。</p> <p>(2)請如期提送協商草案資料，送會後不宜臨時提出新增項目或更動內容。</p> <p>4.召開 112 年度總額協商因素項目及計畫草案溝通會議。</p>	<u>111 年 8 月 26 日上午</u> <u>111 年 9 月 1 日前</u> <u>111 年 9 月 16、17 日</u> (依協商抽籤順序安排)
<p>二、各部門總額成長率及分配方式之協商</p> <p>(一)各部門委員代表自行抽籤決定各部門之協商順序，並據以排定總額協商會議議程。</p> <p>(二)協商各部門總額成長率及分配方式。</p> <p>1.召開總額協商共識會議。</p> <p>(1)協商四部門總額及其他預算之總額及分配。</p> <p>(2)請部門當日依據協商結論，於協定事項調整新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。</p> <p>2.協商結論提 9 月份委員會議討論、確認。</p> <p>(1)確認四部門總額及其他預算之總額及分配。</p> <p>(2)請委員就協商結果，提供各總額部門所提新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」之修正建議，會後由健保署會同各總額部門共同討論研修。</p> <p>3.確認健保署會同各總額部門研修後之「執行目標」及「預期效益之評估指標」(由健保署提報)：</p> <p>(1)達成共識部門：於 10 月份委員會議提報、確認。</p> <p>(2)未達共識部門：於衛福部核定後最近 1 次委員會議提報、確認。</p> <p>3.「執行目標」及「預期效益之評估指標」之確認：</p> <p>(1)達成共識部門：健保署將研修後之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提報 10 月份委員會議確認。</p> <p>(2)未達共識部門：請衛福部就政策要求，逕予核定。</p> <p>(三)協商各部門總額一般服務費用之分配方式(地區預算)。</p>	<u>111 年第 7 次委員會</u> 議(<u>111 年 7 月 29 日</u>) 抽籤 ^註 ，於 <u>第 8 次委員會</u> (<u>111 年 8 月 19 日</u>)提報排定議程 <u>111 年 9 月 22 日</u> 全天，若有未盡事宜，於 <u>9 月 23 日上午 11 時</u> 繼續處理 <u>111 年第 9 次委員會議</u> (<u>111 年 9 月 23 日上午 11 時</u> ，若有協商未盡事宜則先討論，再進行委員會議)

工作項目及內容	預訂時程
1.請各總額部門於9月份總額協商完成後，2週內提送地區預算分配之建議方案，以利掣案提10月份委員會議討論。	<u>111年10月6日前</u>
2.若部門未達成協商共識或未提送分配建議方案，則由幕僚掣案提11月份委員會議討論，最遲於 <u>12月份委員會議並完成協定</u> 。	<u>111年第11次委員會議 (111年11月18日)</u>
(四)年度整體總額協定成長率及其分配之確認及報請衛福部核定及公告。	<u>111年11~12月</u>
<p>三、協定事項之執行規劃與辦理</p> <p>(一)健保署會同各總額部門，提出各協商或專款項目配套計畫之執行方案，報請衛福部核定公告。</p> <p>(二)各方案/計畫進度之追蹤，並視需要，請健保署或各總額部門專案報告。</p>	<u>111年10月~112年12月</u>

註：惟若因疫情因素無法召開現場會議或各總額部門無法派員抽籤，則由本會執行秘書於視訊會議代為抽籤。

二、協商共識會議

(一)會議時間：

- 1.預備會議：111年9月22日(星期四)上午9時至9時30分。供付費方、醫界方視需要召開內部會議(請事前通知本會同仁協助安排會議場地)。
- 2.協商共識會議：111年9月22日(星期四)上午9時30分起，全天。
- 3.若有協商未盡事宜，則於111年9月23日(星期五)上午11時討論。

(二)與會人員：

- 1.付費方：付費者代表之委員。
- 2.醫界方：
 - (1)保險醫事服務提供者代表之委員。
 - (2)牙醫、中醫、西醫基層、醫院等總額部門協商時，由該總額部門代表之委員主談，各部門並可推派9名代表協助會談，推派之協商代表需經充分授權。
 - (3)護理及藥師公會全聯會代表委員可參與相關部門總額之會談。

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

3.專家學者及公正人士、國家發展委員會及主管機關代表委員。

4.社保司與健保署相關人員及本會幕僚。

(三)進行方式：

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

2.各部門之協商順序，於7月份委員會議抽籤確定後，不可臨時要求變更。

3.各部門協商時間如下表：

部門別	第一階段 ^{#1} 提問與意見交換		第二階段		第三階段		合計	推估 最長時間
			視雙方需要自行召開內部會議 付費方	醫界方	部門之預算協商			
醫院	<u>15分鐘</u>	門診透析	30分鐘	30分鐘	60分鐘	門診透析	<u>105~145分鐘</u>	<u>105~205分鐘</u>
西醫基層	<u>13分鐘</u>	<u>10分鐘</u>	20分鐘	20分鐘	50分鐘	20分鐘	<u>93~128分鐘</u>	<u>93~168分鐘</u>
牙醫	<u>10分鐘</u>		20分鐘	20分鐘	40分鐘		<u>50~70分鐘</u>	<u>50~110分鐘</u>
中醫	<u>10分鐘</u>		20分鐘	20分鐘	40分鐘		<u>50~70分鐘</u>	<u>50~110分鐘</u>
其他預算	<u>10分鐘</u>		20分鐘		35分鐘		<u>45~63分鐘</u>	<u>45~83分鐘</u>

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3分鐘為限。

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

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

4.相關原則：

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

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

場次 協商階段		四部門總額協商	其他預算協商
第三階段	部門之預算協商	<p>由「付費方」與「醫界方」雙方進行預算協商 (得請健保署人員提供說明)</p> <p>若雙方初步協商無法達成共識時： 由專家學者、公正人士、政府機關代表委員，在不涉及特定金額下提供專業見解及中立意見，供雙方參考，再決定是否召開內部會議或繼續協商</p>	<p>由「付費方」與「健保署」雙方進行預算協商</p>

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

(1)付費者代表委員間無法達成共識時：

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

(2)總額部門內部無法達成共識時：

由該總額部門代表之委員召集內部會議協調醫界方案。

(3)總額部門與付費者委員無法達成共識時：

由付費者代表之委員、保險醫事服務提供者代表之委員各自提出一個建議方案。

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

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

8.為利瞭解年度總額之協商過程，與會人員之發言內容，將以實錄方式上網公開。

三、委員會議

(一)時間：111年9月23日(星期五)上午11時，若有協商未盡事宜則先討論，再進行委員會議。

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

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

附表、各部門總額協商草案(協商大表)應提供之內容及格式

項目類別	○○部門草案	健保署草案	健保會補充說明
新增 項目	<p>協商方案：</p> <p>1.<u>問題分析及需求評估</u></p> <p>2.醫療服務內容及說明</p> <p>3.費用估算基礎及淨增加之費用</p> <p>4.執行目標及預期效益之評估指標(以結果面呈現資源投入之具體效益)</p> <p>5.<u>專款項目之預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)</u></p> <p>6.請檢附上開 1~4 項之實證資料，將一併列入協商資料之附錄供參</p>	<p>對醫界方案提出保險人之評析及建議：</p> <p>1.評析醫界方案之<u>問題分析、需求評估及醫療服務內容之合理性與必要性</u>，並提出保險人意見</p> <p>2.試算醫療費用、淨增加費用，並提出合理之預算建議</p> <p>3.對執行目標及預期效益之評估指標提供建議</p> <p>4.<u>對專款項目之預估試辦檢討期限提供建議</u> <u>若新增協商項目或計畫屬政策交辦項目，且未納入各總額部門協商草案：</u> <u>請健保署提供完整之協商方案(比照部門草案內容)</u></p>	<p>彙整相關資料供參考：</p> <p>1.<input type="checkbox"/>是否為政策交付項目：是者，摘錄政策內容</p> <p>2.<input type="checkbox"/>資料是否完整：否者，提出需補充內容</p> <p>3.提供評核委員及會前會專家學者意見</p> <p>4.彙整相關統計數據與總額協商相關規範</p> <p>5.提供協定事項執行情形與研析，<u>不作任何預算額度及經費增刪的建議</u>。另提供協定事項建議文字</p>
延續性 項目	<p>1.醫療服務內容及說明(含<u>問題分析及需求評估</u>)</p> <p>2.費用估算基礎及淨增加之費用</p> <p>3.過去執行成果效益(以結果面呈現資源投入之具體效益)，或檢討改善之相關規劃</p> <p>4.請檢附上開內容之實證資料，將一併列入協商資料之附錄供參</p>		

參考資料

111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序

第 5 屆 110 年第 2 次委員會議(110.6.25)通過

一、工作計畫表

工作項目及內容	預訂時程
<p>一、協商前置作業</p> <p>(一)討論 111 年度總額協商架構及原則與協商程序。</p> <p>(二)辦理各總額部門執行成果評核： 檢討、評估各總額部門 109 年度協定事項執行情形。</p> <p>(三)111 年度總額案於衛福部交議後，進行各項相關作業：</p> <ol style="list-style-type: none">1.請衛福部派員於委員會議說明行政院對總額範圍核定情形及政策方向。2.確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。3.提供協商參考資料「110 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」。4.由健保署會同各總額部門預擬協商因素/專款項目及其預算規劃草案。<ol style="list-style-type: none">(1)規劃草案內容應包含協商減列項目及預估金額。(2)各總額部門與健保署擬訂規劃草案時，對相關之醫療服務項目，如護理、藥事服務、門診透析服務等，得邀集相關團體參與。 <p>(四)安排總額協商會前會及座談會。</p> <ol style="list-style-type: none">1.召開 111 年度總額協商因素項目及計畫草案會前會：<ol style="list-style-type: none">(1)請各總額部門及健保署報告所規劃之「111 年度總額協商因素項目及計畫草案」，並進行綜合討論。除簡報外，請提供各協商項目或計畫之詳細說明如下：<ol style="list-style-type: none">①執行目標及預期效益(含評估指標，若能提出分年目標值尤佳)。②醫療服務內容、費用估算基礎及實證資料(過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用)。(2)請幕僚彙整評核委員之建議，及各部門總額之執行成果，供討論參考。	<p>第 2 次委員會議(110 年 6 月 25 日) 110 年 7 月 28 日</p> <p>110 年第 3 次或第 4 次委員會議(110 年 7 月 23 日或 8 月 20 日)</p> <p>110 年第 4 次委員會議(110 年 8 月 20 日)</p> <p>110 年 8 月</p> <p>110 年 8 月 20 日下午 (110 年第 4 次委員會議結束後)</p> <p>110 年 8~9 月</p>

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

工作項目及內容	預訂時程
(四)年度整體總額協定成長率及其分配之確認及報請衛福部核定及公告。	110 年 11~12 月
三、協定事項之執行規劃與辦理 (一)健保署會同各總額部門，提出各協商或專款項目配套計畫之執行方案，報請衛福部核定公告。 (二)各方案/計畫進度之追蹤，並視需要，請健保署或各總額部門專案報告。	110 年 10 月~111 年 12 月

註：惟若因疫情因素無法召開現場會議，則由本會執行秘書於視訊會議代為抽籤。

二、協商共識會議

(一)會議時間：

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

(二)與會人員：

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

(三)進行方式：

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

2.各部門之協商順序，於7月份委員會議抽籤確定後，不可臨時要求變更。

3.各部門協商時間如下表：

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

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

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

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

4.相關原則：

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

場次 協商階段		四部門總額協商		其他預算協商	
第一階段	提問與意見交換	總額部門委員及協商代表： 說明協商草案與回應提問		健保署： 說明協商草案與回應提問	
		所有委員：均參與提問與意見交換 (若協商草案中，有部分項目涉及其他總額部門者，相關之醫界委員得表達其看法；另必要時，得請健保署人員提供說明)			
第二階段	視雙方需要自行召開內部會議	付費方或醫界方： 自行召開內部會議 (可請本會幕僚與健保署人員協助試算或說明)		付費方或健保署： 自行召開內部會議 (可請本會幕僚協助試算)	
第三階段	部門之預算協商	由「付費方」與「醫界方」雙方進行預算協商 (得請健保署人員提供說明)		由「付費方」與「健保署」雙方進行預算協商	
		若雙方初步協商無法達成共識時： 由專家學者、公正人士、政府機關代表委員，在不涉及特定金額下提供專業見解及中立意見，供雙方參考，再決定是否召開內部會議或繼續協商			

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

(1)付費者代表委員間無法達成共識時：

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

(2)總額部門內部無法達成共識時：

由該總額部門代表之委員召集內部會議協調醫界方案。

(3)總額部門與付費者委員無法達成共識時：

由付費者代表之委員、保險醫事服務提供者代表之委員各自提出一個建議方案。

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

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

8.為利瞭解年度總額之協商過程，與會人員之發言內容，將以實錄方式上網公開。

三、委員會議

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

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

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

報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：「家庭醫師整合性照護計畫」執行成效評估(含導入一般服務之時程規劃)，請鑒察。

說明：詳如健保署簡報(第 97~107 頁)。

報告單位業務窗口：呂姿暉科長，聯絡電話：02-27065866 分機 2650

.....
本會補充說明：

一、健保署依 111 年度西醫基層總額之協定事項及本會 111 年度工作計畫，於本次委員會議提出專案報告(簡報如附件一，第 97~107 頁)，決定事項如下：

(一)專款項目：家庭醫師整合性照護計畫(如附件二，第 108~149 頁)，全年經費 39.48 億元。

(二)請中央健康保險署於 111 年 7 月底提出導入一般服務之評估規劃。

二、有關檢討「家庭醫師整合性照護計畫」(下稱家醫計畫)執行成效及計畫未來走向之相關背景：

(一)依健保法第 44 條規定，「保險人為促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度」。為奠定家庭醫師制度之基礎，健保署自 92 年起於一般服務試辦「家庭醫師整合性照護計畫」，94 年起移至專款項目至今已邁入第 20 年。

有關計畫收案對象條件及參與醫療院所、醫師資格，以 111 年家醫計畫為例，摘要如下：

1.收案對象(會員)條件：

(1)健保署交付名單：保險人依前一年西醫基層門診申報資料，分別擷取慢性病及非慢性病之較需照護名單，交付社區醫療群，收案條件如下：

①慢性病個案：

- A.全民健康保險醫療辦法所列慢性病範圍之病人，曾於西醫基層門診就醫 4 次且平均用藥日數 7 天以上，或慢性病給藥天數大於 60 天，依醫療費用選取最高 90% 且連續 2 年在相同診所就醫之忠誠病人。
- B.65 歲以上(含)多重慢性病病人。
- C.參與醫療給付改善方案之個案。

②非慢性病個案：

- A.非屬前述慢性病個案：依醫療費用選取最高 30% 之病人。
- B.3~5 歲(含)兒童：選取醫療費用最高 60% 之病人。
- C.門診高利用個案：至基層診所門診就醫次數 ≥ 50 次之病人。

(2)社區醫療群醫師自行收案：採定額方式，每位醫師上限 200 人(上年度評核指標 ≥ 90 分之醫療群，上限 300 人)，每家診所不得超過 1,200 人。

2.參與醫療院所、醫師資格：

- (1)診所或醫師於 2 年內，無特管辦法第 38 條至第 40 條之違規情事。
 - (2)社區醫療群或診所 1 年內，未有被核定終止計畫資格、計畫不予續辦之紀錄，或未函知保險人異動情形，而致自動退出計畫之紀錄。
 - (3)醫師參與計畫第 1 年，應參加台灣家庭醫學醫學會或其認可之機構、團體所舉辦之家庭醫師訓練課程。
- (二)衛福部於交付 111 年度總額協商政策方向時指示，應持續檢討現行家醫計畫，作為建立家庭責任醫師制度之基礎。
- (三)近年評核委員及專家學者多次建議，家醫計畫執行迄今邁入第 20 年，已投入相當多之時間、人力及預算，應積極檢討具

體成效及面對問題，並思考計畫未來走向(如：計畫轉型、導入一般服務或退場等)，期能在有限的健保資源下，提供全民全人的醫療照護模式。

三、依健保署所提專案報告：

(一)有關計畫執行及成效，詳第 7~15 張簡報，摘要如下：

- 1.計畫之推動情形：近 6 年預算(相較 105 年，111 年預算增加 2.35 倍)執行率均達 100%，參與之醫療群數、診所數、醫師數及收案人數均逐年小幅增加，截至 110 年收案會員數 600.8 萬餘人(占總保險對象人數 24.8%)。此外，111 年因應 COVID-19 疫情，家醫計畫醫療群參與診所積極投入，提供民眾視訊診療服務，並協助施打疫苗及追蹤會員施打情形。
- 2.評核指標執行結果：109、110 年醫療群品質指標達 80 分以上者占所有群數之 86.34%、81.38%，惟健保署簡報中尚未呈現委員過去關心之各項評核指標執行結果、管理成效，以及會員、相同條件非會員之效益比較資料。本會已於 111 年 5 月 16 日函請健保署補充上開 110 年資料(資料後附)。

(二)有關決定事項「請健保署於 111 年 7 月底提出導入一般服務之評估規劃」，詳第 16~19 張簡報，摘要如下：

- 1.醫師公會全聯會意見：目前計畫運作穩定性尚不足，為避免排擠一般服務預算，應待所有基層醫師納入計畫後再議。建議家醫計畫暫緩導入一般服務，維持現行專款專用。
- 2.健保署意見：全面導入一般服務須突破之障礙，在個案端，部分個案為醫院忠誠病人，納入家醫計畫具有困難度，但院所端，家醫群為政府全面推動政策之一大助力。若導入一般服務，需鼓勵更多基層醫師參與計畫，增加收案會員數。

四、經研析結果，家醫醫療群積極提供民眾視訊診療服務及疫苗施打應予肯定，尤其值此疫情時期，更彰顯家庭責任醫師制度的有效運作，對基層醫療及全人照護的重要性。惟家醫計畫已經執行 20 年，目前正是計畫精進、轉型的好時機，以下建議請健

保署參考：

- (一) 家醫計畫參與診所占率已達 53%，且有論(價)值支付之結構，建議以家醫計畫為窗口整合相關計畫(如：醫療給付改善方案、代謝症候群管理計畫)，並加強與醫院之合作，落實分級醫療，建立以病人為中心之醫療照護模式，積極提升群體健康成效。
- (二) 請檢討計畫成效，尤其是計畫評核指標(結果面指標)之訂定及表現尚有進步空間，建請健保署會同西醫基層總額相關團體持續檢討及精進。
- (三) 請積極檢討計畫推行面臨之問題(如：涵蓋率有限、固定就診率待提高、如何與醫院合作、落實分級醫療等)，研議計畫未來走向，思考下一階段如何藉由家醫計畫，落實健保法第 44 條規定，建立完整之家庭責任醫師制度。

決定：

The cover features a central photograph of a doctor examining a young girl with a stethoscope, with a woman holding her. The background is composed of overlapping geometric shapes in shades of blue, green, and grey. The title text is overlaid on these shapes.

**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**

中央健康保險署

衛生福利部中央健康保險署

The outline includes:

- 計畫目的
- 照護模式
- 執行成效
- 111年修訂重點
- 導入一般服務之規劃



計畫目的

建立家庭醫師制度

提供民眾周全性、協調性與持續性的醫療照護

建立以病人為中心的醫療觀念

以民眾健康為導向，提升醫療品質。

奠定「家庭責任醫師制度」基礎

3



家庭醫師整合性照護推動策略

成立社區醫療群

以群體力量提供服務

保險人提供最適名單

使保險對象於其最常就醫之主要照
護診所獲得完整的醫療照護

促進社區水平整合

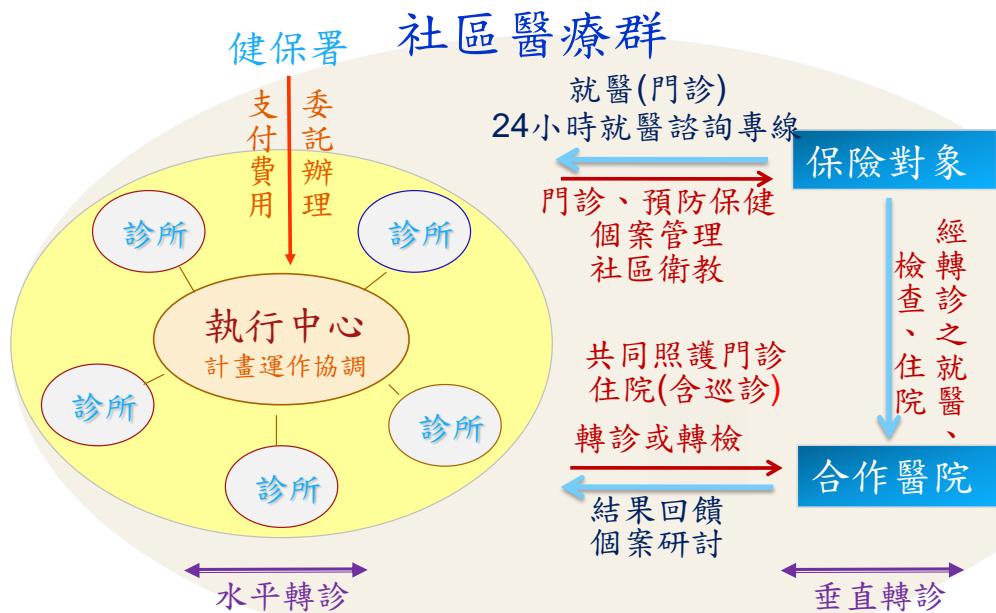
整合基層與醫院的醫療照護品質
，以提供完善的整合性照護

4



家醫計畫照護模式

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



5



家庭醫師整合性照護經費撥付

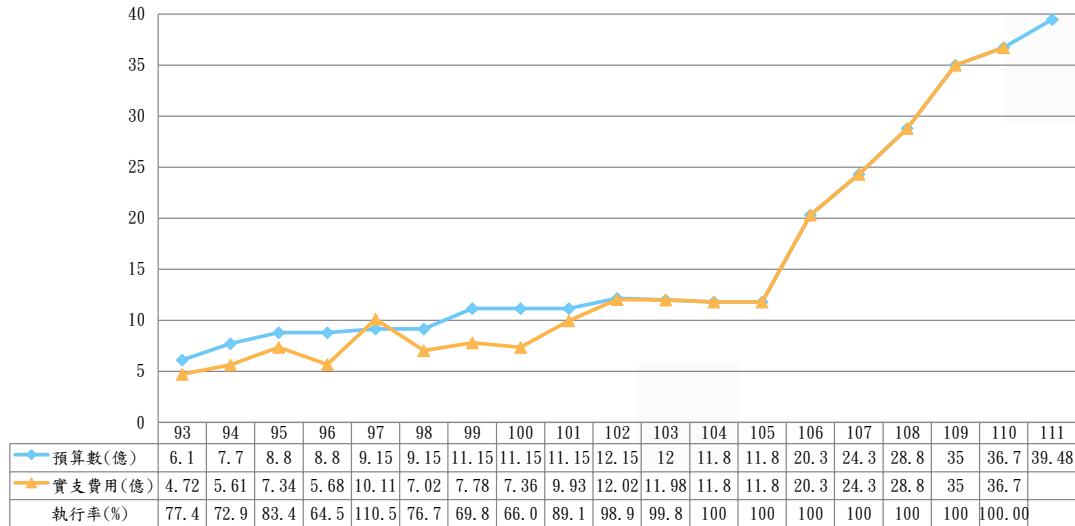
依收案會員數給付費用	失智症門診照護家庭諮詢費用
<ul style="list-style-type: none"> 每人800點/年： <ol style="list-style-type: none"> 績效獎勵費用：每人550點/年 個案管理費：每人250點/年 	<ul style="list-style-type: none"> 每位病人每年最多給付2次 <ol style="list-style-type: none"> 諮詢服務時間15-30分鐘：300點 諮詢服務時間30分鐘以上：500點
支付費用	
<ul style="list-style-type: none"> 會員有2種(含)以上慢性病： <ol style="list-style-type: none"> 總處方調劑日份達56日(含)以上：500點 總處方調劑日份達169日(含)以上：1000點 	績效獎勵費每點1元
多重慢性病人門診整合費用	偏遠地區參與診所績效獎勵費

6



歷年經費執行情形

● 110年預算36.7億元，近五年預算執行率均達100%。

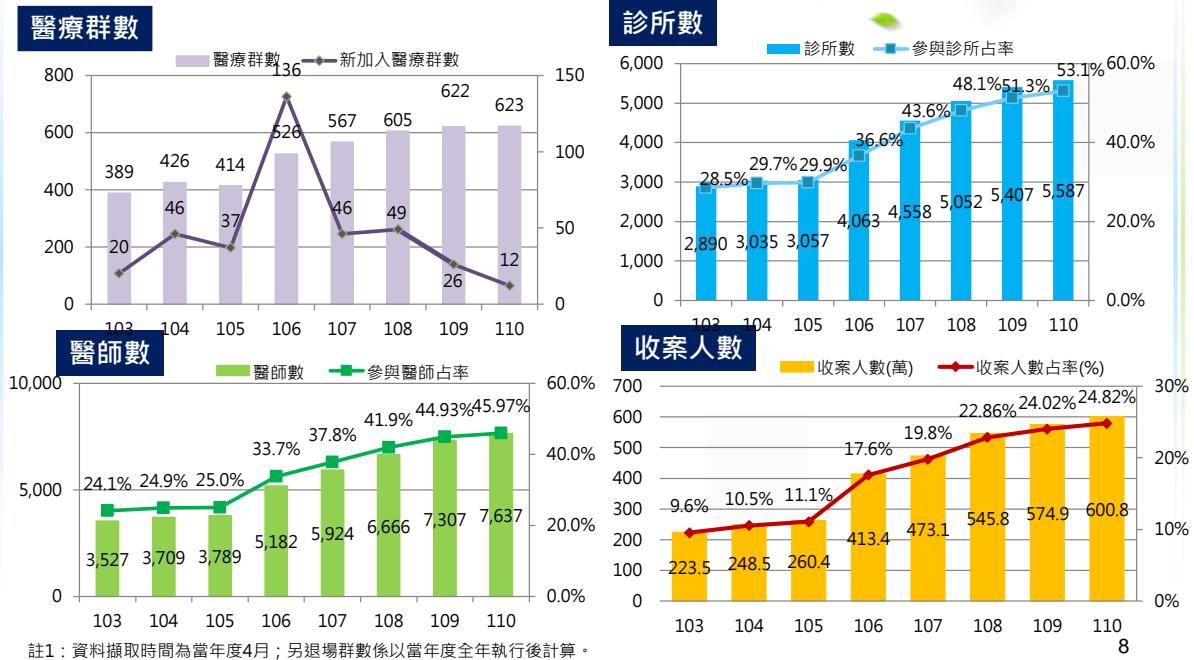


註1：97年因政策導向故選擇健康回饋型之醫療群數不斷增加，致預算較實際給付費用不足0.96億元(實支10.11億元，不足費用由總額其他部門預算之其他預期政策改變所需經費支應)。 7

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

家庭醫師整合照護模式執行概況

110年共623個醫療群，診所數5,587家(53%)、醫師數7,367人(46%)，收案達600.8萬人



註1：資料擷取時間為當年度4月；另退場群數係以當年度全年執行後計算。

註2：102年至103年包含單一診所型態，102年284家診所、366位醫師、會員12.3萬人；103年193家診所、274位醫師、會員8.9萬人。

註3：103年退場9群(未達評核指標6群、1群因無參與意願未繼續加入計畫、2群併入其他醫療群)



110年家醫計畫提供服務特色

會員健康資料建檔

1

- 加強會員個案管理及衛教
- 預防保健各指標歷年均達高標

提供病人轉診服務

3

- 醫療群與296家醫院合作
- 轉診服務：387,968人次
- 共照門診：5,344診次
- 病房巡診：793次

辦理社區衛教、宣導

5

- 營造健康社區，提升醫療群形象。
- 辦理社區衛教736場次。
- 參與人數達24,458人次。

24小時諮詢專線

2

- 電話諮詢服務：47,034通
- 提供適當就醫指導
- 減少急診與不必要就醫
- 主動電訪會員人數：1,151,821人

加強診所與醫院合作

4

- 醫院與診所合作轉診。
- 辦理個案研討。
- 辦理共同照護門診。
- 參與上述活動6次以上醫師計
5,385位。

9



近5年滿意度調查結果

- 110年抽測會員施測項目滿意度結果均達99%以上

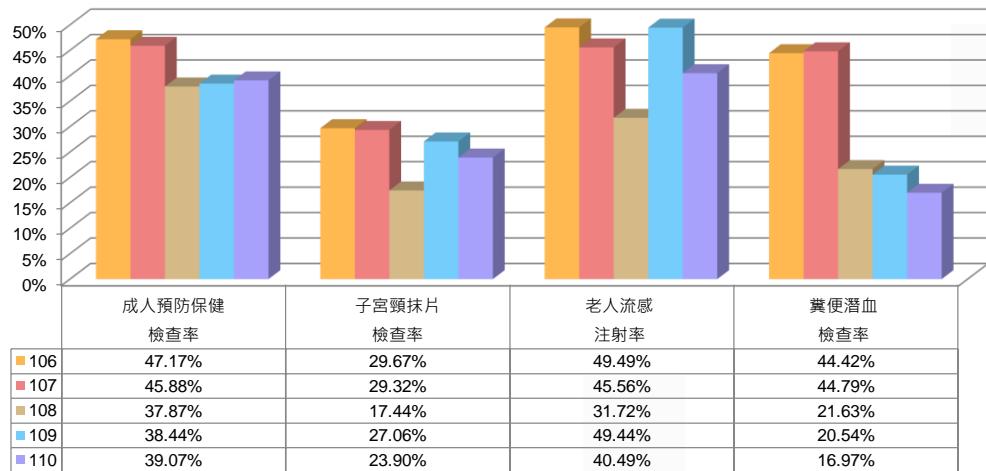
年度	分區電話抽測通數	施測項目		
		健康諮詢及衛教	對會員健康狀況的了解程度	對家庭醫師整體性
106	5,272	99.5%	99.5%	99.5%
107	5,398	99.3%	99.4%	99.3%
108	5,964	99.8%	99.7%	99.8%
109	6,449	99.4%	99.3%	99.9%
110	3,196	99.6%	99.7%	99.7%

10



近5年預防保健指標檢查/注射率

- 各項預防保健檢查率/老人流感注射率均達成目標值



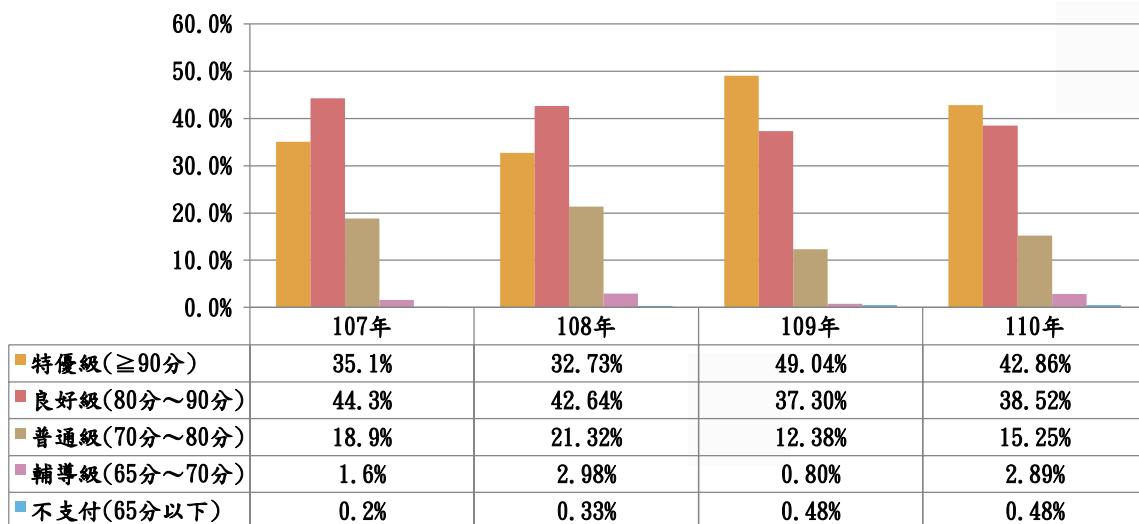
1. 成人預防保健檢查率：分子為40歲(含)以上會員於基層診所接受成人健檢人數；分母為(40歲至64歲會員數/3+65歲《含》會員數)。
2. 子宮頸抹片檢查率：分子為30歲(含)以上女性會員於基層診所接受子宮頸抹片人數；分母為30歲(含)以上女性會員數。
3. 65歲以上老人流感注射率：分子為65歲以上會員於基層診所接種流感疫苗人數；分母為65歲以上總會員人數。
4. 粪便潛血檢查率：分子為50歲以上至未滿75歲會員於基層診所接受定量免疫糞便潛血檢查人數；分母為50歲以上至未滿75歲會員人數/2。
5. 109年修改子宮頸抹片檢查率得分閾值及放寬收案會員於醫院層級檢查亦納為統計範圍

11



近5年社區醫療群品質評核

- 110年品質指標達80分以上共計507群，占所有群數約81.4%，指標<65分計有3群



註1：表內占率係呈現各品質分級之醫療群所佔當年度參與醫療群。

註2：104年共426群、105年共414群、106年共526群、107年共567群、108年共605群、109年共622群。

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

12



111年計畫修訂重點

● 持續增訂管理及獎勵措施，並新增指標

強化知情同意及滿意度調查收載

社區醫療群自行收案會員於收案時向會員說明本計畫之目的及需病人配合定期回診等事項

會員可透過健存摺進行滿意度調查。

依健保中長程計畫、健保會建議增訂評核指標

固定就診率 \geq 當年較需照護族群65百分位且 $\geq 50\%$ (健保會)

新增6項指標：檢驗檢查上傳率(2)、三高風險控制率(國建署)、重複用藥核扣、同日就診率

轉介失智症病人至適當醫院就醫指標，增列轉至診所所在縣市失智共同照護中心納入計分(長照司)。

再強化管理及獎勵

增列社區醫療群每家參與診所自行收案人數不得超過1,200名。

增列「計畫評核指標分數 ≥ 90 分且平均每人VC-AE差值 >275 點」，則支付健康管理成效鼓勵會員每人275元。

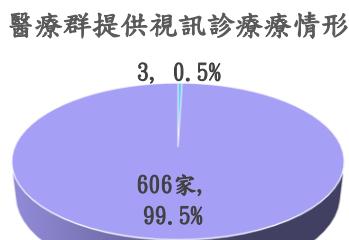
24小時專線改由全聯會抽測

調查修改「設立24小時諮詢專線」配分由10分調整為5分，並改由中華民國醫師公會全國聯合會進行抽測。

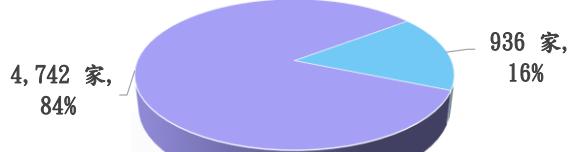


家醫計畫參與診所於COVID-19疫情執行視訊診療情形

- 111年家醫計畫共609個醫療群，其中606群(99.5%)有提供視訊診療服務；參與診所共5,678家，其中4,742家(83.5%)有提供民眾視訊診療服務，相較110年(4,167家)增加。



家醫群診所提供的視訊診療情形



■ 未提供視訊診療 ■ 有提供視訊診療

■ 未提供視訊診療 ■ 有提供視訊診療

→ 持續輔導未參與計畫之醫療群執行視訊診療



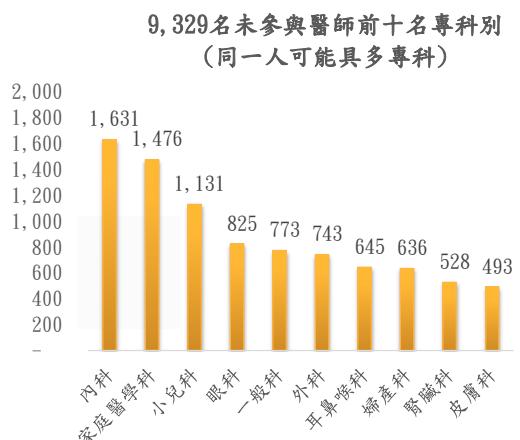
家醫群協助未施打疫苗之會員施打疫苗

- 111年4月28日依據COVID-19疫情指揮中心指示：資訊處提供未施打疫苗會員名單予本署，本署每日回饋醫療群未施打疫苗之個案資料，請醫療群協助收案會員施打疫苗，並追蹤施打情形。



導入一般服務之規劃-西醫基層醫師參與家醫計畫

- 截至110年等仍有44%之西醫基層醫師參與家醫計畫
- 參加醫師前五名科別為家庭醫學科、小兒科、內科、耳鼻喉科、外科；與未參加醫師之前五名專科別相似

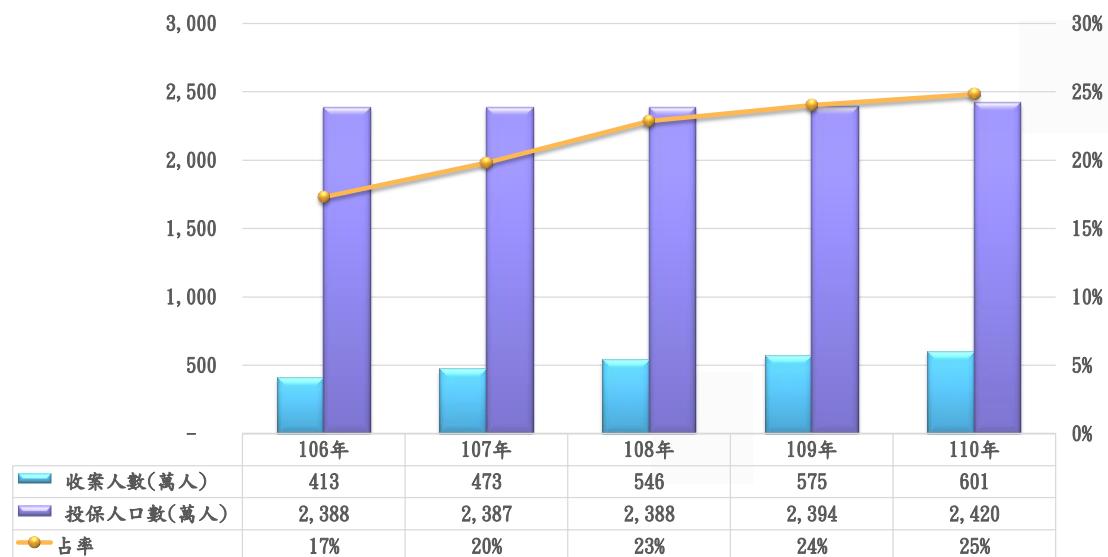


備註：本資料以110年12月31日仍有參加家醫計畫之診所醫師進行計算



導入一般服務之規劃-家醫會員之收案數

- 近年收案人數逐年成長，110年占投保人口約25%



17



家醫計畫導入一般服務規劃-全聯會意見

- 目前計畫運作穩定性尚不足。
- 為避免排擠一般服務預算，應待所有西醫基層醫師皆納入旨揭計畫後再議。
- 建議家醫計畫應暫緩導入一般服務，維持現行專款專用

18



家醫計畫導入一般服務規劃-本署意見

◆全面導入一般服務須突破之障礙

- 病人端：部分個案為醫院忠誠病人，納入家醫計畫具困難。
- 院所端：家醫群為政府全面推動政策之一大助力，例如：疫情指揮中心將家醫計畫參與診所作為標的診所，因應疫情持續投入確診者居家照護、24小時諮詢或視訊診療、疫苗催打等；本署欲公告新政策亦以家醫群為首要推動標的。

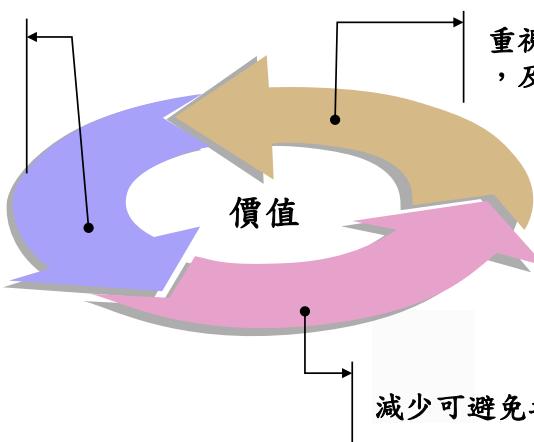
◆導入一般服務之配套措施

- 鼓勵更多西醫基層醫師參與計畫，增加收案會員數：
 1. 持續瞭解西醫基層醫師未參加家計畫之原因。
 2. 持續爭取預算、鼓勵未參加之西醫師加入計畫。
- 以落實健保法第44條保險人為促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，訂定家庭責任醫師制度。



家醫計畫之價值

社區醫療群與合作醫院建立雙向轉診機制及病人資訊分享，減少不必要的跨院醫療浪費



重視預防保健，及早發現，及早診斷治療

減少可避免之急診與住院



結語

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

Thank You!

21

謝謝聆聽
敬請指教



衛生福利部中央健康保險署



22

全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫

中央健康保險局 92 年 3 月 10 日健保醫字第 0920005210 號公告
中央健康保險局 92 年 4 月 21 日健保醫字第 0920008214 號公告修正
中央健康保險局 93 年 3 月 11 日健保醫字第 0930059488 號公告修正
中央健康保險局 94 年 7 月 13 日健保醫字第 0940017934 號公告修正
中央健康保險局 95 年 7 月 18 日健保醫字第 0950015399 號公告修正
中央健康保險局 96 年 1 月 11 日健保醫字第 0960002490 號公告修正
中央健康保險局 97 年 2 月 27 日健保醫字第 0970016889 號公告修正
中央健康保險局 97 年 9 月 9 日健保醫字第 0970035723 號公告修正
中央健康保險局 97 年 12 月 31 日健保醫字第 0970046079 號公告修正
中央健康保險局 98 年 12 月 21 日健保醫字第 0980043950 號公告修正
行政院衛生署中央健康保險局 99 年 3 月 5 日健保醫字第 0990001086 號公告修正
行政院衛生署中央健康保險局 100 年 4 月 7 日健保醫字第 1000072821 號公告修正
行政院衛生署中央健康保險局 101 年 4 月 11 日健保醫字第 1010072898 號公告修正
行政院衛生署中央健康保險局 102 年 1 月 14 日健保醫字第 1020020387 號公告修正
衛生福利部中央健康保險署 102 年 12 月 31 日健保醫字第 1020004147 號公告修正
衛生福利部中央健康保險署 103 年 12 月 15 日健保醫字第 1030014303 號公告修正
衛生福利部中央健康保險署 105 年 1 月 14 日健保醫字第 1050000318 號公告修正
衛生福利部中央健康保險署 105 年 3 月 8 日健保醫字第 1050080347 號公告修正
衛生福利部中央健康保險署 105 年 12 月 28 日健保醫字第 1050015808 號公告修正
衛生福利部中央健康保險署 107 年 4 月 13 日健保醫字第 1070004720 號公告修正
衛生福利部中央健康保險署 108 年 1 月 15 日健保醫字第 1080000711 號公告修正
衛生福利部中央健康保險署 109 年 1 月 22 日健保醫字第 1090000937 號公告修正
衛生福利部中央健康保險署 110 年 2 月 5 日健保醫字第 1100001541 號公告修正
衛生福利部中央健康保險署 111 年 1 月 27 日健保醫字第 1110801214 號公告修正

壹、計畫依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、計畫說明

全民健康保險保險人(以下稱保險人)自 92 年 3 月 10 日起實施「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」，實施迄今已轉型朝向鼓勵社區醫療群選擇以會員照護成效之支付方案。短期目標期待建立個別化照護管理、平行和垂直轉診機制、全天候健康諮詢專線，奠定全民皆有家庭醫師之基礎；長

期目標為落實家庭責任醫師及照護責任，提升醫療品質。

此外民眾就醫的自由在台灣為全民健保的一大特色，因此最理想的家庭醫師照護是病人由其最常就醫的診所將其收案成為家醫忠誠會員，該主要照護診所對其有照護的責任。若主要照護診所能針對其忠誠病人，提供以病人為中心，周全性、協調性、連續性的服務，除了可提供病人更有品質的醫療照護，更可鞏固醫病關係，紮根家庭醫師的概念，亦可因照護責任確認，使計畫誘因的計算更為合理。但因預算經費有限，對病人本身相對健康狀況或自我照護良好者，對診所醫療之需求不高，應可先排除在本計畫之外，使有限的資源用在更需要醫師照護的病人身上。

若上開病人之主要照護診所能參與本計畫並將該等病人收為會員，提供整合性照護，包括個案管理、24小時諮詢專線、與合作醫院的轉診機制、醫療照護品質的提升等，除可增加病人對基層診所的認同，建立家庭醫師制度的規模，亦可使計畫預算做更有效益的運用，並可提升醫療品質確保病人就醫的權益。

參、計畫目的

一、建立家庭醫師制度，提供民眾周全性、協調性與持續性的醫療照護，同時提供家庭與社區健康服務，以落實全人、全家、全社區的整合照護。

二、以民眾健康為導向，建立以病人為中心、家庭為核心、社區

為範疇的健康照護觀念，提升醫療服務品質。

三、為全民健康保險法實施家庭責任醫師制度奠定基礎。

肆、經費來源

全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「家庭醫師整合照護計畫」專款項目。

伍、推動策略及計畫照護範圍

一、成立社區醫療群，以群體力量提供服務。

二、提供參與本計畫之社區醫療群適當誘因，並由保險人提供最適收案名單予社區醫療群，使最需被優先照護的個案分階段由基層診所收案，期使保險對象於其最常就醫之主要照護診所中，獲得完整的醫療照護。

三、社區醫療群自行收案會員於收案時向會員說明本計畫之目的及需病人配合定期回診等事項。

四、整合基層與醫院的醫療照護品質，先促進社區水平整合，提供民眾完善整合性照護，並以此為基礎，作為未來垂直整合醫療體系照護模式的基礎。

陸、組織運作

一、社區醫療群之組織運作型式：

(一) 以同一地區 5 家以上(含)特約西醫診所為單位或聯合診所具有 5 位專任醫師以上且結合該地區其他 3 家特約診所以

上組成，其中 1/2 以上診所專任醫師需具有內科、外科、婦產科、小兒科或家庭醫學科專科醫師資格或 1/5 以上診所專任醫師具有家庭醫學科專科醫師資格，惟 1 家聯合診所限成立 1 個社區醫療群且所有醫師須加入同一社區醫療群。

(二) 診所位於主管機關公告之次醫療區域，且該區域前一年度無參加本計畫之診所或僅有 1 個社區醫療群者，得由 2 家(含)以上診所，結合特約醫院組成社區醫療群，向保險人分區業務組申請通過後成立，不受前項家數及專科別之規範。

(三) 社區醫療群應與 1-2 家特約醫院(地區醫院家數不限)作為合作對象，建立轉診及合作機制，開辦共同照護門診，建立以社區為範疇、以民眾為對象的社區照護網絡。

(四) 新參與計畫之規範

1. 所在地之鄉、鎮、市、區無社區醫療群。
2. 新參與之診所，以社區民眾生活圈之原則，得選擇現有社區醫療群參與本計畫。

(五) 社區醫療群得與下列醫事服務機構作為合作單位：

1. 合作社區藥局、物理治療所及檢驗所：提供民眾用藥、檢驗檢查等就近於社區之醫療服務。
2. 合作診所：提供復健科、眼科、精神科等服務(如社區醫療群內診所具上述專科服務，不在此限)。

二、社區醫療群之組成區域範圍：以符合社區民眾同一鄉(鎮)、

市(區)生活圈為原則，並由保險人分區業務組依實際情形認定。

三、社區醫療群之業務：

(一) 設立會員 24 小時諮詢專線

1. 參與計畫之社區醫療群，應共同提供 24 小時諮詢專線服務，提供會員於有需要時，能立即獲得醫療諮詢服務，進一步減少民眾不必要的就醫需求。所提供之具體服務項目如下：

- (1) 提供健康照護之建議。
- (2) 提供就醫地點並協助聯繫就醫。
- (3) 緊急狀況發生時，適時轉介個案收案醫師協助。

2. 24 小時諮詢專線不得設置於醫院之急診室，且應由醫事人員接聽，並應執業登記於社區醫療群內診所為原則，如執業登記於合作醫院者需經分區業務組核備同意，社區醫療群應於申請計畫書內述明諮詢專線接聽人員名單並檢附前開人員之醫事人員證書。

(二) 建立醫療照護品質提升及轉診機制

1. 參與計畫之基層診所醫師與 1-2 家特約醫院作為合作對象(地區醫院家數不限)，並得至合作醫院開設共同照護門診(不限其轉診對象)。所提供之共同照護門診亦可以家戶會員之病房巡診、個案研討與社區衛教宣導(須含用藥安全宣導)等代替。

2. 醫院及診所得共同照護病人，訂定合作照護機制及相關流

程：

(1)醫師交班表：至少含括下列項目：

A. 兩位醫師共同照護結果。

B. 明列用藥及檢查結果。

C. 醫院及診所醫師連絡方式。

(2)轉診單。

(3)轉診個案照護討論會：每季由醫院及診所共同召開。

(4)社區醫療群與合作醫院定期由護理人員、營養師、藥師、醫檢師、社工師或其他專業人員，共同辦理會員團體衛教指導。

3. 社區醫療群得訂定診所與合作醫院間之實質合作內容，併於申請計畫書送保險人分區業務組備查。合作內容至少需包含下列項目：

(1)雙向轉診流程：包含安排病人轉診、追蹤病人轉診至醫院治療結果、病人轉回後之追蹤治療、診所間平行轉診等。

(2)共同照護機制：包含合作醫院下轉穩定慢性病人至社區醫療群提供照護、合作醫院與診所醫師間之交班流程等。

(3)慢性病人用藥一致。

(4)醫療品質提升計畫。

4. 社區醫療群宜運用電話諮詢專線、即時通訊軟體、電子郵件等多元工具，優化諮詢服務。並規劃主動電訪(Call out)

服務，以加強個案健康管理，提升慢性病人照護品質。

5. 社區醫療群與合作醫院應提供收案會員跨院際合作加值服務，如就醫、檢查快速通道、掛號優先等。

(三) 社區醫療群鼓勵所屬會員下載個人健康存摺做好健康管理，並由保險人定期提供社區醫療群健康存摺下載率等資料供參；並鼓勵會員利用健康存摺填寫社區醫療群會員滿意度調查(滿意度問卷內容詳附件一)。

(四) 應製作家庭會員權利義務說明書或家庭醫師整合性照護計畫會員通知(書面函、簡訊、電子郵件、即時通訊軟體等)，告知本計畫內容及其權益、義務(含 24 小時諮詢專線及該社區醫療群所有參與診所及合作醫院名單)，並提供收案對象確認回饋機制，並留存備查。參與診所應於診所明顯處張貼參與本計畫識別標幟及該社區醫療群所有參與診所及合作醫院名單。

四、計畫執行中心及其規範

(一) 社區醫療群應以西醫基層診所成立計畫執行中心為原則，負責下列事項：

1. 本計畫之申請、管理及監督成員之加入與退出、運作與協調及計畫經費之申請與分配。
2. 協助處理轉介病人及個案管理：安排病人轉診、追蹤轉診病人治療結果，及病人轉回後之追蹤治療，以提供適切、連續性醫療照護。

(二) 為利有效使用資源，降低管理成本，各社區醫療群亦可於

中華民國醫師公會全國聯合會(以下稱醫師全聯會)、各縣市醫師公會或各類正式立案之西醫基層醫療團體內，成立聯合計畫執行中心。

(三) 社區醫療群之組成單位應為本保險特約醫事服務機構，本計畫之核心業務不得委由非醫療服務機構(如管理顧問公司)執行，若有違反情事，該社區醫療群應即終止本計畫。核心業務包含下列項目：

1. 本計畫之申請、管理及監督成員之加入與退出、運作與協調及計畫經費之申請與分配。
2. 24 小時諮詢專線服務。
3. 協助處理安排病人轉診、追蹤轉診病人治療結果，及病人轉回後之追蹤治療。
4. 社區衛教宣導。
5. 個案研討、共同照護門診、病房巡診。
6. 登錄個案：上傳會員名單至健保資訊網服務系統 VPN。
7. 製作家庭會員權利義務說明書或會員通知函，發送對會員之通知，如告知本計畫內容及其權益、義務（含 24 小時諮詢專線及該社區醫療群所有參與診所及合作醫院名單）等。

五、為提升個案管理服務品質，社區醫療群得設置專任個案管理人員至少乙名，辦理下列事項：

- (一) 協助個案健康評估、聯繫及協調照護計畫。
- (二) 協助處理安排病人轉診及追蹤轉診病人治療結果。

(三) 規劃會員之健康管理與疾病預防衛教。

(四) 對於穩定之慢性病會員提供持續性的健康維護指導。

六、社區醫療群及計畫執行中心應遵守「個人資料保護法」相關規定。如有運用本計畫之個人資料，執行非本計畫目的之行為（如商業促銷等）者，應即終止執行本計畫。

柒、收案對象(會員)

一、保險人依全民健康保險申報門診醫療費用資料，擷取前一年西醫基層門診明細清單資料區分為慢性病及非慢性病就醫之保險對象，並將較需照護之名單，交付該參與本計畫之社區醫療群提供健康管理。前述名單排除代辦案件《如：產檢、小兒健檢、流感注射等》、外傷、門診論病例計酬、「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」及其他區域醫療整合計畫者。較需照護之名單如下：

(一) 慢性病個案：

1. 經指前一年全國就醫資料中，屬全民健康保險醫療辦法所列慢性病範圍之病人，其曾於西醫基層門診就醫 4 次且平均用藥日數 7 天以上，或慢性病給藥天數大於 60 天，依醫療費用選取最高 90% 且連續兩年在相同診所就醫之忠誠病人。

2. 65 歲以上(含)多重慢性病病人。

3. 參與醫療給付改善方案(係指糖尿病、氣喘、BC 型肝炎、初期慢性腎臟病或慢性阻塞性肺病等方案)之個案。

(二) 非慢性病個案：係指符合下列資格者，且連續兩年在相同診所就醫之忠誠病人。

1. 非屬前述慢性病個案：依醫療費用選取最高 30%之病人。
2. 3-5 歲(含)兒童：選取醫療費用最高 60%之病人。
3. 門診高利用個案：至基層診所門診就醫次數 \geq 50 次之病人。

(三) 名單交付原則如下：

1. 慢性病個案：以給藥日份最高診所收案照顧，且於該診所門診就醫次數達 2 次(含)以上；若診所給藥日份相同，則由費用最高的診所收案。會員收案期程以 3 年為原則，如當年底未因慢性疾病於收案診所就醫，次年則再依交付原則分派院所收案。
2. 非慢性個案：以門診就醫次數最高的診所收案照顧，排除復健就醫次數 \geq 33 次/年。若診所就醫次數相同，則由費用最高的診所收案。

二、社區醫療群醫師自行收案部分採定額方式(以參與計畫醫師個數為單位)，每名醫師加收人數上限為 200 名，上年度評核指標 \geq 90 分之社區醫療群，每名醫師加收人數上限為 300 名，原則以指定收案會員之家庭成員及該醫師之忠誠病人為優先；另每家參與診所自行收案人數上限不得超過 1,200 名。

捌、管理登錄個案

一、參與本計畫之醫療院所未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付相關費

用，並依相關規定辦理。

二、社區醫療群需於計畫公告3個月內及依上年度評核指標分數達成情形，將會員資料以二階段方式批次經上傳至健保資訊網服務系統VPN(詳附錄1)。

(一) 第一階段：每年度1月上傳較需照護族群收案名單及每位醫師自行收案人數200名。

(二) 第二階段：依上年度評核指標分數達成情形，評核指標 \geq 90分之社區醫療群，每名醫師可再上傳自行收案個案加收之100名。

三、參與本計畫之醫療院所應依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。

玖、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求

一、參與計畫之特約診所或醫師於參與計畫之日起前2年內，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者。(含行政救濟程序中尚未執行處分者)。前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起算。

二、參與計畫診所一年內沒有下列紀錄者：

(一) 社區醫療群或診所未函知保險人各分區業務組異動情形，致自動退出本計畫之紀錄。

(二) 經核定終止計畫資格或計畫不予續辦之紀錄。
因離職而退出醫師之會員，可由原參與診所於一個月內來

函述明其承接理由，經保險人各分區業務組同意後由符合資格醫師承接。

三、醫療院所參與本計畫執行期間因涉及有特管辦法第三十八至第四十條中各條所列違規情事之一者(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起同步終止本計畫。若合作醫院停約1個月不在此限。

四、醫師參與本計畫第一年應參與台灣家庭醫學醫學會或其認可之機構或團體所舉辦之家庭醫師訓練課程。具家庭醫學專科醫師資格之醫師應完成4小時之行政管理教育訓練課程；具內科、外科、兒科、婦產科專科醫師資格之醫師應完成4小時之行政管理教育訓練課程及8小時之家庭醫師專業教育訓練課程；具家庭醫學科、內科、外科、兒科、婦產科以外專科醫師資格之醫師除應完成4小時之行政管理教育訓練課程及8小時之家庭醫師專業教育訓練課程，另應完成8小時其他專科醫師專業教育訓練課程。完成前述課程之醫師並需取得證明；若於年度內未取得訓練認證之醫師，須退出本計畫，保險人將追扣該醫師當年度之相關費用。

壹拾、費用申報及支付方式

一、社區醫療群原有之醫療服務及預防保健服務，依現行「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」、總額支付制度及主管機關公告之「醫事服務機構辦理預防保健注意事項」相關規定支付，由各診所依實際執行情況按月申報，費用撥入個

別帳戶。本計畫相關費用撥入社區醫療群指定帳戶(或依計畫執行中心之申請撥入各基層診所)。

二、相關費用由保險人各分區業務組依計畫執行結果核定後核付，於追扣補付系統辦理社區醫療群帳務處理「“214”家庭醫師整合性照護計畫補付」及「“114”家庭醫師整合性照護計畫追扣」，「“294”家庭醫師整合性照護計畫健康回饋金補付」及「“194”家庭醫師整合性照護計畫健康回饋金追扣」，「“205”家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合費補付」及「“105”家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合費追扣」，「“2N5”家庭醫師整合性照護計畫-失智症門診照護家庭諮詢費補付」及「“1N5”家庭醫師整合性照護計畫-失智症門診照護家庭諮詢費追扣」。

三、參與計畫之診所申報會員門診醫療費用請依門診醫療費點數申報格式規定申報。

四、社區醫療群收案會員每人支付費用 800 點/年，經費撥付原則如下：

(一) 個案管理費，每人支付 250 元/年：

1. 執行內容包含資料建檔上傳、轉診、個案衛教宣導、24 小時諮詢專線、個案研討及與合作醫院開辦共同照護門診。支付每位醫師個案管理費上限為 1,080 名(上年度評核指標 \geq 90 分之社區醫療群醫師上限為 1,180 名)，但並非收案會員上限，仍可依實際收案會員數，計算、支付績效獎

勵費用。

2. 本計畫會員如為本保險醫療給付改善方案及居家醫療照護整合計畫之收案個案，自該計畫收案日起不予支付個案管理費，該個案及死亡個案之個案管理費按收案月份等比例支付；自行收案會員年度內未於收案診所就醫，不支付個案管理費。
 3. 社區醫療群上年度評核指標未達 65 分者，如已上傳會員資料第一階段名單，仍不予支付當年度之個案管理費；上年度評核指標 \geq 90 分之社區醫療群，於上傳會員資料第二階段之自行收案個案，其當年度之個案管理費，溯自社區醫療群醫師參與當年度計畫起日計算。
 4. 本項費用以群為單位，每半年撥付 1 次；由保險人分區業務組於期中及年度結束，經審查通過後一個月內撥付 50% 費用。相關之必要欄位需填寫完整，填寫不實或資料欄位以符號取代文字者，則核扣該筆個案管理費用。
 5. 考量會員照護之完整性，參與計畫之特約院所或醫師於參與計畫期間，如因故中途退出本計畫，則依承作月份按比例核付個案管理費(收案前三個月內退出者除外)，其餘費用則不予核付。
 6. 為達全人照護目標，得視個案需要填具「全人照護評估單」(詳附件二)。
- (二) 績效獎勵費用，每人支付 550 點/年(以群為計算單位)；會員若於計畫執行期間於收案社區醫療群無就醫紀錄，則不

予核付本項費用。計畫評核指標為特優級且平均每人 VC-AE 差值 > 275 點，則支付績效獎勵費用會員每人 550 元。

1. 健康管理成效鼓勵：占本項經費之 50%：社區醫療群登錄個別診所會員（排除居家醫療照護整合計畫之個案）實際申報西醫門診醫療費用(AE)與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之間差值回饋社區醫療，撥入執行中心帳戶或診所(VC-AE)：平均每人 275 點為上限（以群方式統計）。
2. 品質提升費用：占本項經費之 50%，依各社區醫療群計畫評核指標達成情形，分五級支付：
 - (1)特優級：計畫評核指標分數 ≥ 90 分，則支付品質提升費用會員每人 275 點。
 - (2)良好級：計畫評核指標分數介於 80 分 $\leq \sim < 90$ 分，則支付品質提升費用會員每人 210 點。
 - (3)普通級：計畫評核指標分數介於 70 分 $\leq \sim < 80$ 分，則支付品質提升費用會員每人 175 點。
 - (4)輔導級：計畫評核指標分數介於 65 分 $\leq \sim < 70$ 分，則支付品質提升費用會員每人 145 點。
 - (5)不支付：計畫評核指標分數 < 65 分則不予支付。

（三）社區醫療群應承擔財務與品質責任，VC-AE 差值為負值且計畫評核指標分數 < 65 分者，則支付個案管理費之 50%。

五、偏遠地區參與診所績效獎勵費

（一）符合偏遠地區之診所且所屬社區醫療群計畫評核指標為良好級（含）以上，該診所之績效獎勵費每點支付金額以 1 元

計算。

(二) 前項偏遠地區認定方式：依當年度公告之本保險醫療資源缺乏地區施行區域及本保險保險對象免自行負擔費用辦法所列之山地離島地區。

六、失智症門診照護家庭諮詢費用

(一) 參與本計畫之失智症病人，經神經科、精神科或老年醫學專科醫師評估有諮詢需要，且病人之失智症評估結果，符合臨床失智症評量表(Clinical Dementia Rating, CDR)值 ≥ 1 或簡易心智量表 ≤ 23 者，社區醫療群診所得提供家庭諮詢服務，並申報本項費用。

(二) 每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定(如附件三)，併入病人病歷記錄留存。

(三) 細分項目及支付標準：

1. 每次諮詢服務時間 15 分鐘(含)以上，未達 30 分鐘者：支付點數 300 點，申報編號 P5002C。
2. 每次諮詢服務時間 30 分鐘(含)以上者：支付點數 500 點，申報編號 P5003C。
3. 同院所每位病人每年最多給付 2 次費用。

七、多重慢性病人門診整合費用

(一) 支付條件：須同時符合下列條件

1. 會員有 2 種(含)以上慢性病並於收案診所內就醫，且當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份須達 56 日(含)以上，並無「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」之重

複用藥情形者。

本項慢性病係指：高血壓、糖尿病、高血脂、動脈粥樣硬化、心臟病、腦血管病變、慢性肝炎、肝硬化、痛風、慢性腎臟病、慢性貧血、慢性阻塞性肺病。

2. 醫師提供整合照護後，應於會員之就醫當日病歷中，由負責整合之醫師於其診斷下，簡述整合之內容或藥品，以備查核，並於費用申報時，於「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」之「d13」欄位填報，註記「整合照護模式」。若醫師未於病歷中載明前述之整合資料者，不得註記「整合照護模式」。

(二) 支付方式：符合前項條件者，當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 56 日(含)以上，每一會員每年度支付 500 點；若當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 169 日(含)以上，每一會員每年度再增加支付 500 點。

八、本計畫之預算先扣除「個案管理費」、「偏遠地區參與診所績效獎勵費」、「特優級且平均每人 VC-AE>275 點之績效獎勵費用」後，其餘「績效獎勵費用」、「失智症門診照護家庭諮詢費用」及「多重慢性病人門診整合費用」採浮動點值支付，且每點支付金額不高於 1 元。

九、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」辦理。

十、轉診規定：如有轉診之醫療院所請依「全民健康保險轉診實

施辦法」規定，辦理轉診院所需填具轉診單，並依門診醫療費點數申報格式規定，於 d16-d18 欄位依實際情形填報。

壹拾壹、計畫評核指標

社區醫療群型態診所，其達成情形以群為計算單位，並以下列項目作為費用支付評核指標：

一、結構面指標(15 分)

(一) 個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診(10 分)：社區醫療群每月至少需辦理 1 場，且年度內每位醫師至少應參與本項活動達 6 次(含)以上。

(二) 設立 24 小時諮詢專線(每群全年至少抽測 3 次) (5 分)：

鼓勵醫師 call out，有效回答會員問題，並依實際服務品質，分階段給分(由醫師全聯會進行抽測，以平均分數計算得分並將分數於當年度 10 月底前提供保險人計分，超過繳交期限以 0 分計算)。

1. 執行中心或醫院人員接聽，能即時轉達收案醫師，且收案醫師 20 分鐘內即時 callout 回電，得 5 分。
2. 執行中心或醫院人員接聽，可以解答會員問題(可專業回答如發燒如何處理、瞭解會員狀況)，得 5 分。
3. 執行中心或醫院人員接聽，無法解決會員問題(如不了解家醫計畫、簡單回答請他來醫院等)，得 3 分。
4. 無人接聽(連續測試 3 通，每次間隔 10 分鐘)，得 0 分。

二、過程面指標(33 分)

(一)電子轉診成功率(3分)

於保險人「醫事人員溝通平台-轉診資訊交換系統」，登錄及交換轉診病人資訊，進行醫師與醫師聯繫交班，提供連續性照護。社區醫療群診所轉診使用電子轉診情形，且病人完成轉診就醫流程，依下列方式計分：

- (1)電子轉診成功率 $\geq 80\%$ ，得3分。
- (2)電子轉診成功率 $\geq 70\%$ ，得2分。
- (3)電子轉診成功率 $\geq 60\%$ ，得1分。
- (4)計算公式說明：

分子：電子轉診平台之轉出及接受轉入，且病人完成轉診就醫之案件數(排除平行轉診)

分母：電子轉診平台之轉出及接受轉入案件數(排除平行轉診)

(二)檢驗(查)結果上傳率(10分)

參加全民健康保險鼓勵醫事機構即時查訊病患就醫資訊方案，於當月醫療費用申報之前，上傳檢驗(查)結果予保險人。

1. 檢驗(查)結果上傳率 $\geq 50\%$ ，得10分。
2. 檢驗(查)結果上傳率 $\geq 40\%$ ，得8分。
3. 檢驗(查)結果上傳率 $\geq 30\%$ ，得6分。
4. 計算公式說明：

分子：檢驗(查)結果上傳醫令數。

分母：全民健康保險鼓勵醫事機構即時查訊病患就醫資

訊方案附表五所列之檢驗(查)結果上傳申報醫令數。

◎ 計算條件：本指標以當年度第四季(10月至12月)計算獎勵醫事服務機構上傳及申報檢驗（查）結果之項目，並排除醫療檢查影像及影像報告、人工關節植入物資料及出院病歷摘要資料。

(三)預防保健達成情形(20分)

1. 成人預防保健檢查率(6分)

(1)會員接受成人預防保健服務 \geq 較需照護族群 65 百分位數，得 6 分。

(2)<較需照護族群 65 百分位數，但 \geq 較需照護族群 55 百分位數，得 3 分。

(3)計算公式說明：

分子：40 歲(含)以上會員於基層院所接受成人健檢人數

分母：(40 歲至 64 歲會員數/3+65 歲《含》會員數)

2. 子宮頸抹片檢查率(5分)

(1)會員接受子宮頸抹片服務 \geq 較需照護族群 63 百分位數，得 5 分。

(2)<較需照護族群 63 百分位數，但 \geq 較需照護族群 53 百分位數，得 3 分。

(3)計算公式說明：

分子：30 歲(含)以上女性會員於院所接受子宮頸抹片人數。

分母：30 歲(含)以上女性會員數。

3. 65 歲以上老人流感注射率(3 分)

(1) 會員接受流感注射服務 \geq 較需照護族群 65 百分位數，

得 3 分。

(2) < 較需照護族群 65 百分位數，但 \geq 較需照護族群 55

百分位數，得 2 分。

(3) 計算公式說明：

分子：65 歲以上會員於基層院所接種流感疫苗人數。

分母：65 歲以上總會員人數。

4. 粪便潛血檢查率(6 分)

(1) 50 歲以上至未滿 75 歲會員接受定量免疫糞便潛血檢

查率 \geq 50 歲以上至未滿 75 歲較需照護族群檢查率之

80 百分位數，得 6 分。

(2) < 較需照護族群檢查率之 80 百分位數，但 \geq 較需照護

族群檢查率之 70 百分位數，得 5 分。

(3) < 較需照護族群檢查率之 70 百分位數，但 \geq 較需照護

族群檢查率之 60 百分位數，得 3 分。

(4) 計算公式說明：

分子：50 歲以上至未滿 75 歲會員於基層院所接受定

量免疫糞便潛血檢查人數。

分母：50 歲以上至未滿 75 歲會員人數/2。

三、結果面指標(37 分)

(一) 潛在可避免急診率(4 分)

1. \leq 收案會員 30 百分位，或與上年度同期自身比進步率 $\geq 10\%$ ，得 4 分。
2. \leq 收案會員 45 百分位，或與上年度同期自身比進步率 $> 5\%$ ，得 3 分。
3. \leq 收案會員 65 百分位，得 1 分。
4. 計算公式說明：

分子：潛在可避免急診慢性類疾病之案件

分母：18 歲以上家醫會員罹患慢性類疾病人數

(二) 會員急診率(排除外傷)(4 分)

1. \leq 收案會員 30 百分位，或與上年度同期自身比進步率 $\geq 10\%$ ，得 4 分。
2. \leq 收案會員 45 百分位，或與上年度同期自身比進步率 $> 5\%$ ，得 3 分。
3. \leq 收案會員 65 百分位，得 1 分。

4. 計算公式說明：

分子：會員急診人次(排除外傷案件)

分母：會員人數

(三) 可避免住院率(4 分)

1. \leq 收案會員 30 百分位，或與上年度同期自身比進步率 $\geq 10\%$ ，得 4 分。
2. \leq 收案會員 45 百分位，或與上年度同期自身比進步率 $> 5\%$ ，得 3 分。
3. \leq 收案會員 65 百分位，得 1 分。

4. 計算公式說明：

分子：可避免住院慢性類疾病之案件

分母：18 歲以上家醫會員因慢性類疾病就醫人數

(四) 初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢檢驗檢查執行率(5 分)

1. \geq 初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率 50 百分位，得 5 分。

2. 與上年度同期自身比進步，得 3 分。

3. 計算公式說明：

分子：會員於西醫基層執行初期慢性腎臟病之檢驗人數

分母：會員門診主次診斷為初期慢性腎臟病之人數

註：「單次尿液肌酸酐／尿液白蛋白比例(urine albumin to creatinine ratio, UACR)」或「尿液總蛋白與肌酸酐比值(UPCR)」兩項檢查之一。

(五) 會員固定就診率(10 分)

1. 會員在群內(含合作醫院)之西醫門診固定就診率 \geq 當年較需照護族群 65 百分位且 $\geq 50\%$ ，得 10 分。

2. 進步率 $> 5\%$ 或當年較需照護族群 60 百分位 \leq 會員固定就診率 $<$ 「當年較需照護族群 65 百分位且 $\geq 50\%$ 」，得 5 分。

3. 當年較需照護族群 55 百分位 \leq 會員固定就診率 $<$ 當年較需照護族群 60 百分位，得 3 分。

4. 計算公式說明：

分子：會員在社區醫療群內診所(含合作醫院)就醫次數

分母：會員在所有西醫門診就醫次數

(六)慢性病個案三高生活型態風險控制率(10分)

1. 醫療群內150名以上慢性病收案會員之血壓(收縮壓、舒張壓)得以控制或改善，得3分。
2. 醫療群內150名以上慢性病收案會員之醣化血色素(HBAlC)得以控制或改善，得3分。
3. 醫療群內150名以上慢性病收案會員之低密度脂蛋白(LDL)得以控制或改善，得4分。
4. 計算公式說明：

(1)得以控制或改善定義：

檢驗結果後測-前測 <0 或維持正常值(正常值參考國健署規範：血壓：140 mmHg/90mmHg、醣化血色素： $<7\%$ 或原為10%以上者改善到8%以下。低密度脂蛋白(LDL)：糖尿病人為 $<100\text{mg/dl}$ 、非糖尿病人為 $<130\text{mg/dl}$)。

(2)血壓、醣化血色素、低密度脂蛋白得以控制之收案個案不得重複計分。

(3)執行方式：由收案診所於當年度10月底前上傳個案風險控制項目及前後測檢驗值予保險人，超過繳交期限者，本指標以0分計算。

四、自選指標(15分)

社區醫療群可就下列指標，選擇最優3項參加評分，於當年度10月底前將選定指標項目回復分區業務組。

(一)提升社區醫療群品質(5分)

- 辦理一場(含)以上健康管理活動：成效良好接受本社區醫療群內之診所及合作醫院以外之醫療機構觀摩，或應邀參加本社區醫療群以外團體主辦之經驗分享演講。該活動應與當地主管機關(健保分區業務組、衛生局)、家庭醫學醫學會或各縣市醫師公會合辦，並經公告周知。
- 每月至少一次辦理學術演講活動提升社區醫療群醫療品質。
- 以上任一項，檢附佐證資料經分區業務組認可，得 5 分。

(二) 提供全民健康保險居家醫療照護整合計畫服務或「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第三章安寧居家療護」服務(5 分)

- 提供服務 ≥ 5 人，得 5 分。
- 提供服務 ≥ 3 人，得 2 分。

(三) 假日開診並公開開診資訊(5 分)

社區醫療群診所至少 1 家診所於週日或國定假日當日開診，並於 VPN 登錄及公開開診資訊。年度開診情形依下列方式計分：

- 開診診次 ≥ 120 診次，得 5 分。
- 開診診次 ≥ 90 診次，得 3 分。
- 開診診次 ≥ 50 診次，得 1 分。

註：

- 國定假日，依行政院人事行政總處公布放假之紀念日、節日及補假。
- 上下午及晚上各計 1 診次。如社區醫療群計有 5 家診所、

該月計有 4 天國定假日，則該群所列計假日診次為 60 診次。

(四) 糖尿病人眼底檢查執行率(5 分)

依據保險人「醫療品質資訊公開網」公開之院所別醫療品質資訊/糖尿病人執行檢查率-眼底檢查或眼底彩色攝影檢查執行率：

1. \geq 全國平均值，得 5 分。
2. 與上年度同期比進步率 $>0\%$ ，得 3 分。
3. 本項得分上限 5 分。

(五) 糖尿病會員胰島素注射率(5 分)

1. \geq 糖尿病會員胰島素注射率 60 百分位，得 5 分。
2. 與上年度同期自身比進步率 $>5\%$ ，得 3 分。
3. 計算公式說明：

分子：糖尿病會員於西醫基層胰島素注射天數 ≥ 28 天之人數

分母：社區醫療群糖尿病會員門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之人數且 ≥ 100 人

(六) 醫療群內診所重複用藥核扣情形(5 分)

1. 社區醫療群內，該年度平均重複用藥核扣金額達 3,000 元以下，得 5 分。
2. 社區醫療群內，該年度平均重複用藥核扣金額達 5,000 元以下，得 3 分。
3. 社區醫療群內，該年度平均重複用藥核扣金額達 7,000 元

以下，得1分。

(七)兒童預防保健檢查率(5分)

1. 會員接受兒童預防保健服務 \geq 較需照護族群80百分位數，得5分。
2. <較需照護族群80百分位數，但 \geq 較需照護族群75百分位數，得3分。
3. 計算公式說明：

分子：6歲(含)以下會員於基層診所接受兒童預防保健人數

分母：6歲(含)以下會員數

五、加分項(本項最高得分10分)

(一)健康管理成效(VC-AE)執行結果鼓勵(5分)：平均每人節省醫療費用點數 \geq 275點，加5分。

(二)社區醫療群醫師支援醫院(5分)：社區醫療群醫師，經報備支援醫院每月定期執行業務，加5分(醫院無該科別之支援方得計分；共同照護門診已於結構面指標計分，不列入本加分項)。

(三)轉介失智症病人至失智症共照中心接受服務(5分)：協助失智症病人優先轉介至診所所在縣市失智症共照中心、轉至適當醫院就醫，或轉介社會福利資源協助，並留有紀錄，加5分。

(四)同院所同日就診率(5分)：醫療群收案會員同院同日再就診率 $<0.015\%$ ，得5分。

計算公式說明：

分子：同天、同院門診就醫 2 次以上人數(排除預防保健等代辦案件)

分母：門診就診人數

(五)檢驗(查)結果上傳率 $\geq 80\%$ 之社區醫療群，加 5 分。

壹拾貳、計畫管理機制：

一、保險人負責協調總體計畫架構模式與修正。

二、保險人分區業務組負責輔導轄區社區醫療群之成立、審核計畫與協調監督轄區各計畫之執行，並得邀請醫界代表(如總額執行單位)協助參與、輔導及評估。

三、各計畫之社區醫療群應成立「計畫執行中心」，負責提出計畫之申請與該社區醫療群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、保險人得召開觀摩會，邀請執行成效良好之社區醫療群或診所分享經驗，推廣優良的管理模式，促進計畫執行品質。

壹拾參、計畫申請方式

參與計畫之社區醫療群應於計畫公告 3 個月內，檢附申請文件向保險人分區業務組提出申請(新增及異動者須檢附申請書；前一年度已經參與本計畫且群內診所、參與醫師與前一年度相同者，可具函敘明前述事項向保險人分區業務組備查)。經保險人分區業務組同意並函復，計畫執行至當年度年底為限。

壹拾肆、退場機制

- 一、評核期間以本計畫所訂指標執行之期程為原則。
- 二、社區醫療群如評核指標未達 65 分者(評核指標 < 65 分)，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫。評核指標介於 65 分至 70 分者($65 \leq$ 評核指標 < 70 分)，接受保險人分區業務組輔導改善，且須於次年 6 月底前提具執行改善計畫書經保險人分區業務組備查後，始得加入本計畫；第 2 年仍未達 70 分續辦標準者(評核指標 < 70 分)，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫。
- 三、退場之社區醫療群，其中評核指標 > 70 分之個別診所，可申請重新組群或加入其他社區醫療群，經保險人分區業務組同意後參加。
- 四、計畫執行六個月，社區醫療群依據台灣家庭醫學醫學會與醫師全聯會共同設計之自我評估表(如本計畫附錄 2)，辦理自我評估，保險人分區業務組視評估結果，必要時通知醫師全聯會輔導。未自我評估或不接受輔導者，除保險人不予支付本計畫之指標費用外，並應退出本計畫。

壹拾伍、實施期程及評估

各社區醫療群應於計畫執行後，年度結束提送執行結果(包含計畫運作執行現況、計畫評核指標執行率與社區醫療群間的協調連繫情形、社區衛教宣導)至保險人分區業務組。

壹拾陸、訂定與修正程序

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

壹拾柒、慢性病個案臨床治療指引及參考指標，請參閱附件四。

附錄 1

全民健康保險家庭醫師整合照護計畫檢核邏輯 保險人網頁之個案通報及登錄系統說明

- 一、參與計畫之醫師需透過醫事服務機構行文至保險人分區業務組申請，待保險人分區業務組核准後，始能登入健保資訊網服務系統(VPN)傳輸會員資料。
- 二、醫師進入保險人資訊網服務系統網頁後登入試辦計畫登錄系統後，可以點選病人管理選項，進行病人資料之登錄、維護及查詢事項。

說明：

1. 保險人分區業務組需確實將參與院所名單登錄於 HMA 系統。
2. 醫療院所需請資訊廠商修改其自行維護的畫面，並將會員資料以批次經本系統上傳至健保資訊網服務系統(VPN)。
3. 相關會員資料之維護仍由保險人分區業務組維護；收案期限將設定 3 個月，保險人依權限擷取會員資料供分析用，對於資料登錄未完整之社區醫療群於 3 個月內補正資料/或不予支付。
4. 身分證字號有重複登錄情形，則第 2 筆資料無法輸入。

附錄2

社區醫療群自我評估表

● 填表單位：

填表日期： 年 月 日

一、諮詢專線

自我評量

(1) 24 小時諮詢專線自行測試結果	<input type="checkbox"/> 無人接聽 (0分)	<input type="checkbox"/> 接聽但無法 解決會員問 題 (3分)	<input type="checkbox"/> 接聽且可以解答會員 問題，或轉達醫師 20 分 鐘內回電。 (10分)
(2) 受理 24 小時諮詢專線總件數	共	件 (見表一)	

- 檢附諮詢專線電話紀錄表(含電子檔) (見表二)

(3) 主動電訪(Call out)會員人數	共	人 (見表一)
------------------------	---	---------

二、個案研討活動

自我評量

每位醫師參加至少六次「個案研討」或「共同照護門診」或 「社區衛教宣導」或「病房巡診」等活動	<input type="checkbox"/> 達成 (10分)	<input type="checkbox"/> 未達成 (0分)
--	-----------------------------------	-----------------------------------

- 檢附每位醫師參與各項活動的每月統計表 (見表一)
- 檢附活動簽到紀錄 (見表三)

三、會員通知事項

自我評量

(1)會員權利義務說明書或會員通知函是否交付並告知	<input type="checkbox"/> 是 (1分)	<input type="checkbox"/> 否(預定何時改善 完成) (0分)
(2)會員權利義務說明書或會員通知函內容是否符合規定(含 計畫內容、權益義務、24 小時諮詢電話、醫療群所有診 所名單及合作醫院名單)	<input type="checkbox"/> 是 (1分)	<input type="checkbox"/> 否(預定何時改善 完成) (0分)
(3)是否張貼參與本計畫之標識	<input type="checkbox"/> 是 (1分)	<input type="checkbox"/> 否(預定何時改 善完成 (0分))
(4)參與本計畫之標識內容是否符合規定(醫療群所有診所名 單及合作醫院名單)	<input type="checkbox"/> 是 (1分)	<input type="checkbox"/> 否(預定何時改 善完成 (0分))

註：依填表時間換算辦理活動次數是否達成。

總計得分：

分

表一

參與各項活動次數之每月統計表

為瞭解社區醫療群參與各項活動之情況，作為未來社區醫療品質提升與家庭醫師制度改進之建議，請依照表中所列項目，簡單記錄執行情形，若能提供相關附件尤佳，謝謝！

填表單位：

項目	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	總計
24小時諮詢專線 (諮詢件數)													
主動電訪(Call out) (電訪人數)													
個案研討 (參與次數)													
共同照護門診 (診次)													
社區衛教宣導 (辦理場數)													
病房巡診 (巡診次數)													

二

衛生福利部中央健康保險署 業務組
社區醫療群 24 小時諮詢專線服務紀錄表 (範

表三

衛生福利部中央健康保險署 業務組

社區醫療群團體衛教宣導紀錄表(範例)

日期：	年	月	日			
時間：	時	分	至	時	分	第
場						
活動地點：						
醫療群相關人員簽名：						
活動成果：						

衛生福利部中央健康保險署 業務組

社區醫療群

團體衛教宣導民眾簽到單(範例)

日期： 年 月 日

「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」會員滿意度調查問卷

女士/先生/小朋友您好：

由於您已成為____年度「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」照護的會員，本問卷係為了解您的主要照顧診所是否能提供您完整而持續性的醫療照護，因而設計此滿意度調查，請於此問卷上填答您的意見（請以”V”符號註記）。

本問卷僅作整體分析之用，感謝您撥冗填答。再次謝謝您的協助！

敬祝 健康快樂！

衛生福利部中央健康保險署 敬啟

1. 請問您知道自己是「家庭醫師整合性照護計畫」照護的會員嗎？

(1)知道 (2)不知道

2. 請問您參加「家庭醫師整合性照護計畫」後，您知道以下哪些醫療服務資訊？(複選)

- (1)可獲得 24 小時電話諮詢服務
- (2)可獲得由家庭醫師轉診至合作醫院接受醫療服務
- (3)可至家庭醫師在合作醫院開立的共同照護門診求診
- (4)因病轉診合作醫院，家庭醫師可到醫院關懷
- (5)可參加家庭醫師於社區辦理的衛教宣導活動
- (6)可收到家庭醫師寄發的健康會訊刊物
- (7)家庭醫師對我的疾病照護及健康管理部分可提供建議及諮詢

3. 請問您參加「家庭醫師整合性照護計畫」後，您「得到」以下哪些服務？(複選)

- (1)醫師或醫護人員對衛教及治療解說清晰
- (2)醫師或醫護人員提供醫療保健服務
- (3)醫師和醫護人員服務態度熱忱
- (4)醫師或醫護人員能針對個別的需求給予關心
- (5)醫師能尊重及回應您的問題狀況
- (6)候診時間較合理
- (7)提供轉診的協助
- (8)提供主動電訪(Call out)服務或多元服務(包含書信賀卡、E-mail、Line 等多元工具)

4. 請問您對您的家庭醫師向您提供健康諮詢及衛教訊息，您是否滿意？

(1)非常滿意 (2)滿意 (3)不滿意 (4)非常不滿意

5. 請問您的家庭醫師對您健康狀況的了解程度，您是否滿意？

(1)非常滿意 (2)滿意 (3)不滿意 (4)非常不滿意

6. 請問您對您的家庭醫師所提供的整體服務是否滿意？

(1)非常滿意 (2)滿意 (3)不滿意 (4)非常不滿意

計分方式：滿分 100 分

第 1 題 (10 分)：『知道』：10 分、『不知道』：0 分。

第 2-3 題 (每題 10 分，共 20 分)：每題每勾選項 1 項得 5 分 (每題上限 10 分)。

第 4-5 題 (每題 20 分，共 40 分)：『非常滿意』20 分、『滿意』：15 分、『不滿意』：0 分、『非常不滿意』：0 分。

第 6 題 (30 分)：『非常滿意』30 分、『滿意』：25 分、『不滿意』：0 分、『非常不滿意』：0 分。

全人照護評估單

壹、個人基本資料：

1. 姓名	
2. 性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
3. 出生日期	西元 年 月 日
4. 病歷號碼	
5. 主要照顧者	
6. 聯絡電話（或手機）	
7. 職業別	
8. 宗教信仰	<input type="checkbox"/> 民間信仰 <input type="checkbox"/> 佛教 <input type="checkbox"/> 基督教 <input type="checkbox"/> 天主教 <input type="checkbox"/> 一貫道 <input type="checkbox"/> 其他
9. 主要居住區域	<input type="checkbox"/> 都會區 <input type="checkbox"/> 鄉鎮 <input type="checkbox"/> 醫療偏遠區域 <input type="checkbox"/> 未知

貳、疾病及健康狀態

一、主要疾病及健康問題列表

- 1.
- 2.
- 3.

二、重要病史（現病史與過去病史）

三、家庭事件

1. 家族病史及相關健康問題：

2. 家系圖：

3. 家庭生命週期：新婚夫婦 第一個小孩誕生 有學齡兒童 有青少年子女
子女外出創業 空巢 老化的家庭

四、心理及社會事件

參、致病原因綜合評估

1. 疾病因素：
2. 家庭心理社會因素：
3. 其他因素：

評估結果：

肆、全人照護治療計畫

1. 藥物治療：
2. 非藥物治療：
3. 其他健康照護建議：

以下兩項視需要選擇建檔，不另支付。

◎家戶檔案建檔：

◎週期性預防保健追蹤管理：(可自行新增預約項目，如各類疫苗注射)

項目	下次預約時間				
成人健檢					
癌症篩檢					
FOBT					
口腔黏膜篩檢					
子宮抹片					
乳房攝影					
疫苗注射					
流感疫苗					
肺炎疫苗					
衛教					

失智症門診照護諮詢溝通記載內容及規定

1. 病人姓名及臨床失智症評量表(CDR)或簡易心智量表評量結果。
2. 依需要簡要敘述病況、照護技巧指導、藥物或營養諮詢、家屬心理支持、社會資源運用等內容。
3. 諮詢服務之日期及起迄時間至分。
4. 提供服務者職稱及簽章。
5. 接受諮詢服務者簽章及其與病人關係(接受諮詢服務者包括病人或主要照護者，且至少有1位家屬參與)。

註：諮詢服務時間不包括醫師診療及失智症評估量表填報時間。

附件四

治療指引	參考指標	分子定義	分母定義	操作型定義
遵照”The 2017 Focused Update of the Guidelines of the Taiwan Society of Cardiology (TSOC) and the Taiwan Hypertension Society (THS) for the Management of Hypertension”之建議(見後附 Table)，即分為<140/90mmHg 和<130/80mmHg 兩組。	高血壓控制率 (1)有就診有量血壓比率 (2)高血壓併有糖尿病或冠心病史或腎臟病併有蛋白尿病人 (3)原發性高血壓、高血壓併有中風病史或腎臟病病人	(1)有量血壓人數 (2)高血壓併有糖尿病、或冠心病史、或腎臟病併有蛋白尿病人，門診血壓值控制在收縮壓<130mmHg 及舒張壓<80mmHg 人數 (3)原發性高血壓、高血壓併有中風病史或腎臟病病人門診血壓值控制在收縮壓<140mmHg 及舒張壓<90mmHg 人數	(1)有就診病人(原發性高血壓、高血壓併有糖尿病或冠心病史或腎臟病)人數 (2)高血壓併有糖尿病、或冠心病史、或腎臟病併有蛋白尿病人高血壓併有糖尿病病人門診病人總數 (3)原發性高血壓、或高血壓併有中風病史、或腎臟病病人門診病人總數	A. 控制率：所有已達控制目標之病人數/所有有高血壓診斷之病人數。 B. 已達控制目標之病人數：全年紀錄之門診血壓次數至少每三個月一次，其中有 1/2 (含)以上之數值符合指引建議。 C. 「腎臟病」係指 eGFR<60 ,「蛋白尿」係指 proteinuria $\geq 1+$ 。
遵照”2017 Taiwan Lipid guidelines for high risk Patients”之建議，初期先強調 LDL-C 為目標，且以家醫能力所及可照顧的病人群： ★ 穩定冠狀動脈疾病 < 70 mg/dL ★ 缺血性腦中風或暫時性腦部缺氧 < 100 mg/dL ★ 糖尿病 < 100 mg/dL ★ 糖尿病+心血管疾病 < 70 mg/dL	高血脂控制率 (1)缺血性腦中風、糖尿病病人 (2)冠心病、糖尿病人有心血管疾病	(1)低密度膽固醇 < 100 mg/dL 之人數 (2)低密度膽固醇 (LDL-C) < 70 mg/dL 人數 (健保給付為 100 mg/dL)	(1)缺血性腦中風、糖尿病，沒有心血管疾病病人，低密度膽固醇 $\geq 100\text{mg/dL}$ 之人數 (2)冠心病、糖尿病人有心血管疾病低密度膽固醇 $\geq 70\text{mg/dL}$ 之人數	A. 控制率：所有已達控制目標之病人數/所有有下列診斷之病人(穩定冠狀動脈疾病+缺血性腦中風或暫時性腦部缺氧+糖尿病)數。 B. 已達控制目標之病人數：全年檢驗之 LDL-C 次數至少每六個月一次，其中有 1/2 (含)以上之數值符合指引建議。

治療指引	參考指標 ABC 達標率	分子定義	分母定義	操作型定義
★Stark, C. S., Fradkin, J. E., Saydah, S. H., Rust, K. F., Cowie, C. C. (2013). The prevalence of meeting A1C, blood pressure, and LDL goals among people with diabetes, 1988–2010. <i>Diabetes Care</i> , 36(8), 2271–9. doi: 10.2337/dc12-2258.	(1)糖化血色素(HbA1C)達標率 (2)血壓(BP)達標率	(1)分母中，當年度糖尿病人最後一次檢測 HbA1C < 7% 人數 (2)分母中，糖尿病人全年紀錄之門診血壓次數至少每三個月一次，其中有 1/2(含)以上之 BP < 140/90mmHg 人數	4 項指標分母均為醫療群內所有診所糖尿病病人總數	A. 糖尿病病人至少每三個月檢查一次 HbA1C，且當年度最後一次 HbA1C 檢查值 < 7% 者為控制良好。 B. 糖尿病病人全年紀錄之門診血壓次數至少每三個月一次，其中有 1/2(含)以上之 BP < 140/90 為控制良好。
★Ali, M. K., Bullard, K. M., Gregg, E. W., Del, R. C. (2014). A cascade of care for diabetes in the United States: visualizing the gaps. <i>Ann Intern Med</i> , 161(10), 681–9. doi: 10.7326/M14-0019.		(3)低密度膽固醇(LDL cholesterol)達標率。 (4)ABC 三項指標全部達標率	(3)分母中，糖尿病人全年檢驗之 LDL-C 次數至少每六個月一次，其中有 1/2(含)以上之 LDL < 100mg/dl 人數 (4)分母中，同時符合 HbA1C < 7% 及 LDL < 100mg/dl 之人數	C. 糖尿病病人全年檢驗之 LDL-C 次數至少每六個月一次，其中有 1/2(含)以上之數值 LDL-C < 100 mg/dl 為控制良好。

註：本表為衛生福利部國民健康署提供。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：有關配合部分負擔調整方案，保障經濟弱勢民眾就醫權益之配套措施，請鑒察。

說明：

- 一、依貴會 111 年第 4 次委員會議(111.4.21)決議辦理。
- 二、配合部分負擔之調整，減輕經濟弱勢民眾之財務負擔，本署前於 111 年 5 月 6 日以健保財字第 1110104280 號令訂定發布「全民健康保險補助保險對象應自行負擔費用作業要點」，並自 111 年 5 月 15 日生效(如附件一，第 152~155 頁)。
- 三、惟衛福部考量嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)疫情急遽升溫，為使醫療院所專注防疫，避免加重其負擔，爰暫緩實施部分負擔調整方案，並於 111 年 5 月 12 日註銷 111 年 4 月 8 日調整部分負擔之公告，俟疫情趨緩後再重行公告。因此，本署前開要點已失所附麗，故於 111 年 5 月 13 日配合註銷「全民健康保險補助保險對象應自行負擔費用作業要點」(附件二，第 156 頁)。
- 四、註銷前原訂保障弱勢民眾就醫權益之措施內容摘要如下：

(一)補助對象：

1. 中低收入戶。
2. 保險對象為被保險人或為眷屬時所依附之被保險人，有下列情形之一，且依前開要點第 3 點規定認定屬經濟困難者：
 - (1)持有社政主管機關核發之有效身心障礙證明者。
 - (2)領有效期內之全民健康保險重大傷病證明者。
 - (3)單親，須獨自扶養未成年子女，依戶籍資料或其他機關核發之文件，足以證明者。
 - (4)直系卑親屬亡故，須獨自扶養該卑親屬之未成年子女，依戶籍資料，足以證明者。

(二)補助範圍：依衛福部 111 年 4 月 8 日公告之門診藥品、門診

檢驗檢查應自行負擔之費用，且經轉診者。

- (三)申請方式：於就醫後 8 個月內，填妥申請書並檢附相關證明文件(附件三，第 157~158 頁)，郵寄或臨櫃向本署各分區業務組申請。
- (四)審查時間：本署於受理 3 個月內完成審查，並通知申請人審查結果。

報告單位業務窗口：張菊枝專門委員，聯絡電話：02-27065866分機2333

.....

本會補充說明：

一、本會本(111)年第 4 次委員會議(111.4.21)討論事項第三案「為確保民國 111 年 5 月 15 日公告實施之『全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用』之執行成效與確實保障民眾就醫權益，健保署應即時提出相關配套措施與監測指標，並定期於本會提出監測報告」案之決議如下：

(一)為確保部分負擔執行成效及民眾就醫權益，請中央健康保險署辦理下列事項：

- 1.於本年 5 月份委員會議，提出對保障經濟弱勢民眾就醫權益之配套措施；6 月份委員會議提出部分負擔調整案實施後政策效益及其改善醫療資源合理利用之監測指標。
- 2.前述監測指標之監測結果及成效檢討報告，應提本年 12 月份委員會議報告，並自 112 年起，每半年定期向本會提出。

(二)委員所提意見，送請中央健康保險署參考。

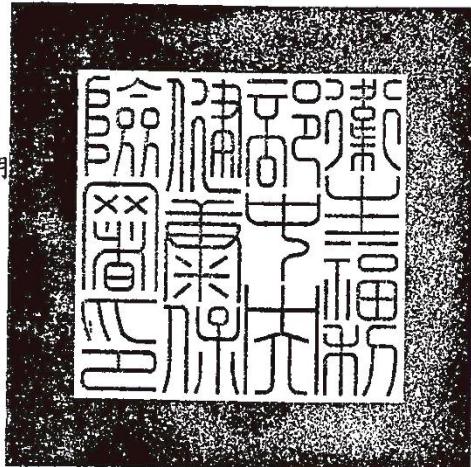
二、衛福部於本年 5 月 12 日註銷之「全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用」修正公告案，如附錄一(第 169~171 頁)。

決定：

附件一

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 令



發文日期：中華民國111年5月6日

發文字號：健保財字第1110104280號

附件：全民健康保險補助保險對象應自行負擔費用
作業要點

裝

訂定「全民健康保險補助保險對象應自行負擔費用作業要點」，並
自中華民國一百十一年五月十五日生效。

印

署長李伯璋

線

全民健康保險補助保險對象應自行負擔費用作業要點

一、為規範補助經濟困難之保險對象應自行負擔費用作業，特訂定本要點。
二、保險對象有下列情形之一且經濟困難者，得向保險人各分區業務組申請補助。

(一)經依社會救助法認定為中低收入戶且在效期內者。
(二)保險對象為被保險人或為眷屬時所依附之被保險人具有下列情形之一者：

1. 持有社政主管機關核發之有效身心障礙證明者。
2. 領有效期內之全民健康保險重大傷病證明者。
3. 單親，須獨自扶養未成年子女，依戶籍資料或其他機關核發之文件，足以證明者。
4. 直系卑親屬亡故，須獨自扶養該卑親屬之未成年子女，依戶籍資料，足以證明者。

三、保險對象為被保險人或為眷屬時所依附之被保險人有下列情形之一，不視為前點所定之補助對象。

(一)所有土地在二筆以上。但一筆房屋附著於多筆土地者，該土地以一筆計算之。
(二)所有房屋在二筆以上。
(三)最近年度之利息所得在新臺幣三千元以上。
(四)符合全民健康保險法第十條所定第一類被保險人資格，其就業期間超過六個月，且申報之投保金額於投保金額分級表第五級以上者。
(五)綜合所得總額在最近年度個人免稅額、標準扣除額及薪資所得特別扣除額總和以上。

符合前項第一款或第二款情形時，其所有土地之公告現值與房屋之評定標準價格，合計價格不超過社會救助法第四條第一項對於家庭財產之不動產所公告當年度一定金額者，不在此限。

保險對象之經濟狀況於認定之日起一年後仍未改善者，應依本要點規定重新認定。

四、補助範圍，依衛生福利部一百十一年四月八日公告之保險對象門診藥品、門診檢驗檢查應自行負擔之費用，且經轉診者為限。

五、保險對象應於就醫之日起八個月內申請補助。

六、保險對象申請補助時，其應檢具之書據，規定如附表。

前項文件如有不全，應自保險人通知之日起二個月內補件；保險人於必要時，得依保險對象之申請予以延長，延長以一次為限，最長不得逾二個月；屆期未補件者，逕依檢具書據進行審核。

保險人於必要時，得通知保險對象補送第一項附表規定以外之其他證明文件。補送期間準用前項規定。

七、保險人應於受理申請案件之日起三個月內完成審查，並將審查結果通知申請人。

前項期間，應扣除下列期間：

(一) 檢具書據不全，經保險人通知補件者：自補件通知送達之日起至補件送達之日止。

(二) 基於審查需要，保險醫事服務機構尚未向保險人申報醫療費用者：自受理申請之日起至保險醫事服務機構申報之日止。

(三) 基於審查需要，經保險人向保險醫事服務機構調閱病歷者：自通知調閱之日起至病歷送達之日止。

附表、申請補助自行負擔費用時應檢具之書據

保險對象(由本人或委託他人申請)	保險對象本人無行為能力或為限制行為能力者(由法定代理人申請)	保險對象本人已死亡(由法定繼承人申請)	備註
<p>一、全民健康保險部分負擔補助申請書。</p> <p>二、全民健康保險經濟困難之證明文件。</p> <p>三、保險醫事服務機構開立之醫療費用收據正本。</p> <p>註： 委託他人申請時，另需檢附委託書及受委託者之身分證明文件。</p>	<p>一、全民健康保險部分負擔補助申請書。</p> <p>二、全民健康保險經濟困難之證明文件。</p> <p>三、保險醫事服務機構開立之醫療費用收據正本。</p> <p>四、戶口名簿影本或法定代理人證明文件。</p>	<p>一、全民健康保險部分負擔補助申請書。</p> <p>二、全民健康保險經濟困難之證明文件。</p> <p>三、保險醫事服務機構開立之醫療費用收據正本。</p> <p>四、法定繼承人聲明書。</p> <p>五、死亡證明文件。</p> <p>六、申請者身分證明文件。</p>	收據正本如有遺失或供其他用途者，應檢具原醫療機構加蓋印信證明與正本相符之影本，並出具聲明書註明無法提出正本之原因。

附件二

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：10634 臺北市大安區信義路三段140號
聯絡人：賴逸琳
聯絡電話：02-27065866 分機：2392
傳真：02-27026324
電子郵件：a110916@nhi.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國111年5月13日
發文字號：健保財字第1110650268號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：註銷函pdf檔

主旨：本署111年5月6日健保財字第1110104280號令訂定發布之
「全民健康保險補助保險對象應自行負擔費用作業要點」，
請惠予註銷，請查照。

說明：相關文號：本署111年5月6日健保財字第1110104280號令、
111年5月6日健保財字第1110104280A號書函及111年5月6日
健保財字第1110104280B號函併予註銷。

正本：行政院公報編印中心(請刊登公報)

副本：行政院法規會、本署企劃組、本署企劃組劉欣萍(機關專責人員)、本署財務組

附件三



全民健康保險經濟困難保險對象轉診門診部分負擔費用補助申請書

① 保險 對象 (就醫 者) 資料	姓名	身分證字號						出生日期	年 月 日	
② 申請 人 資料	通訊 地址	<input type="checkbox"/> □□□	縣 市	鄉鎮 市區	路 街	段	巷	弄	號	樓
	聯絡 電話	公:()_____		住:()_____		手機: _____				
③ 補助 原因 類別	<input type="checkbox"/> 申請人同保險對象(勾選本欄者，申請人資料免填)			申請人身分		<input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 法定繼承人				
	姓名	身分證字號							連絡電話	
④ 領款 方式	通訊 地址	<input type="checkbox"/> 同保險對象(免重複填寫) <input type="checkbox"/> □□□ 縣 市 鄉鎮 市區 路 街 段 巷 弄 號 樓								
	※申請金額：請填寫於背面部分負擔費用申請金額明細									
⑤ 檢附 書據	<input type="checkbox"/> 1.中低收入戶									
	<input type="checkbox"/> 2.保險對象為被保險人或為眷屬時所依附之被保險人，具有下列情形之一者： 所依附之被保險人資料(姓名: _____ 身分證號: _____) <input type="checkbox"/> 持有社政主管機關核發之有效身心障礙證明 <input type="checkbox"/> 單親，須獨自扶養未成年之子女 <input type="checkbox"/> 領有效期內全民健康保險重大傷病證明 <input type="checkbox"/> 直系卑親屬亡故，須獨自扶養該卑親屬之未成年子女									
⑥ 委託 書	領款對象： <input type="checkbox"/> 保險對象 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 法定繼承人									
	<input type="checkbox"/> 1.轉帳：戶名 _____ 金融機構名稱 _____ 轉帳帳號 _____ <input type="checkbox"/> 2.支票(支票為劃線且禁止背書轉讓，如須變更，請於收到支票後，親洽原開立業務組辦理)									
⑦	<input type="checkbox"/> 經濟困難證明文件(詳背面說明) <input type="checkbox"/> 保險醫事服務機構開立之醫療費用收據正本 <input type="checkbox"/> 存摺封面影本(採轉帳方式領款者) <input type="checkbox"/> 其他 _____					其他證明文件： <input type="checkbox"/> 委託人及受託人之身分證明文件(保險對象委託他人申請者) <input type="checkbox"/> 戶口名簿影本或法定代理人證明文件(保險對象本人無行為能力或限制行為能力者) <input type="checkbox"/> 法定繼承人聲明書暨身分證明文件、死亡證明文件(保險對象本人已死亡由法定繼承人申請者)				
	保險對象因 _____，無法親自辦理申請全民健康保險部分負擔費用補助相關事宜，特委託 _____ 代辦。 受託人簽章 _____ (與委託人關係 _____) 受託人連絡電話 _____ 委託人簽章 _____									
⑧申請人簽章：保險對象 _____ 法定代理(繼承)人 _____										
⑨ 同意 書暨 簽章	<input type="checkbox"/> 資料查調同意書： <input type="checkbox"/> 同意本署查調背面填表說明第一點及第二點有關證明被保險人經濟困難之相關資料，以供辦理全民健康保險經濟困難保險對象門診部分負擔費用補助。									
	被保險人簽章: _____ 法定繼承人簽章: _____									
審查 結果	本欄由機關填寫									
	證件齊全： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					核章處				
	資格符合： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否(原因: _____)									
審查結果： <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合(原因: _____)										

中 华 民 国 年 月 日
製表日：111.04

背面

填表說明：

*一、經保險對象同意，本署可查調保險對象及其依附對象資料(請填寫正面⑨資料查調同意書)，符合A-C項者，申請時暫免提供證明文件，惟健保署無法查調時同意配合提供；符合D-E項申請者，請於申請時一併提供證明文件。

全民健康保險補助保險對象應自行負擔費用補助原因類別證明文件摘錄如下：

補助原因類別		證明文件	證明文件核發單位
A	經依社會救助法認定為中低收入戶且在效期內者。	戶籍所在地公所核發之有效證明文件	戶籍地公所社政單位
B	保險對象為被保險人或為眷屬時所依附之被保險人，持有社政主管機關核發之有效身心障礙證明者。	有效之身心障礙證明文件	戶籍地公所社政單位
C	保險對象為被保險人或為眷屬時所依附之被保險人，領有效期內之全民健康保險重大傷病證明者。	有效重大傷病證明或相關證明文件	健保署各分區業務組
D	保險對象為被保險人或為眷屬時所依附之被保險人，單親且須獨自扶養未成年子女，依戶籍資料或其他機關核發之文件，足以證明者。	戶籍資料、訴狀及司法機關收受之證明文件、法院判決書影本、保護令影本、警察處理家暴事件調查表影本、警察局報案單影本或立案之社會福利團體個案輔導資料之足資證明文件	戶籍地戶政事務所、司法機關、法院、警察機關、立案社福團體
E	保險對象為被保險人或為眷屬時所依附之被保險人，直系卑親屬亡故，須獨自扶養該卑親屬之未成年子女，依戶籍資料，足以證明者。	戶籍資料之足資證明文件	戶籍地戶政事務所

*二、保險對象若符合上述 B-E 項者：

請提供稅捐機關核發最近年度財產資料清單及所得資料清單或足資證明之文件。(同意本署查調者,請填寫正面⑨資料查調同意書,申請時暫免提供證明文件。)

*三、(1)申請者臨櫃申請，應攜帶身分證明文件正本、經濟困難之認定證明文件影本及保險醫事服務機構開立之醫療費用收據正本；委託他人辦理者，除檢具上述文件外，應攜帶申請者及受委託者之身分證明文件正本。(2)郵寄申請者，應填具本申請書並簽章，連同身分證明文件及經濟困難之認定證明文件影本及保險醫事服務機構開立之醫療費用收據正本，寄至各分區業務組辦理。

③部分負擔費用申請金額明細：(紅框欄位由機關填寫)

③ 申請 金額	轉診就醫日	就醫院所名稱	藥品/ 檢驗(查)日	藥品金額 A	檢查(驗) 金額 B	申請補助金額 (A+B)	機關核定金額
總申請補助	筆數共	_____筆，	金額共	_____元			
總核定補助	筆數共	_____筆，	金額共	_____元			

※經轉診門診：補助範圍，依衛生福利部一百十一年五月十五日實施之保險對象門診藥品、門診檢驗檢查應自行負擔之費用，且經轉診者為限。

※申請期限：保險對象應於就醫之日起8個月內申請補助，逾期不予受理。

製表日：111/04

第三案

報告單位：本會第三組

案由：111 年度醫院及西醫基層總額新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」確認案，請鑒察。

說明：

- 一、依 111 年度總額協定事項，醫院及西醫基層總額尚有 5 項新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」未完成研訂，如附表(第 161~162 頁)。
- 二、健保署於本年 5 月 13 日函復(如附件，第 163~165 頁)，除醫院總額「住院整合照護服務試辦計畫」外，其餘項目均尚需與醫界達共識後儘速提報委員會議確認。
- 三、有關「住院整合照護服務試辦計畫」之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提請確認。

(一)健保署表示尊重衛生福利部護理及健康照護司於 111 年 3 月 8 日與醫院協會及護理師護士公會全國聯合會召開會議取得之共識如下：

1. 執行目標：

- (1)111 年至少 4 家醫院參與服務。
- (2)111 年服務住院病人 200,000 人日。

說明：服務住院病人 $200,000 \text{ 人日} = 3 \text{ 億元} \times 50\% \div 750 \text{ 元人日}$ 。

2. 預期效益之評估指標：

提升全國醫院提供急性一般病床住院整合照護服務涵蓋率，111 年目標為 2.8%。

說明：當年底試辦醫院住院整合照護開放床數(以 2,150 床計) \div 當年底全國急性一般病床開放床數 76,445 床(註) $\times 100\%$ 。

註：衛生福利部醫事管理系統 111 年 1 月底統計資料。

(二)本會研析意見：考量本計畫為新照護模式之建立，且為第 1 年

試辦，屬資源整備及制度建立階段，爰建議尊重所提 111 年度之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。惟若明(112)年度擬繼續辦理本計畫，請於協定總額提出第 2 年規劃時，即應包括「執行目標」及「預期效益之評估指標」，尤其「預期效益之評估指標」應以能反映實際執行效益之結果面指標為之。

四、醫院及西醫基層總額新增項目尚有 4 項未完成研訂，考量執行期間約剩半年，請健保署會同醫院及西醫基層總額相關團體儘速提出，以利後續評估執行效益，並提報下次委員會議確認。

決定：

附表 健保署回復之 111 年度醫院及西醫基層總額新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，及本會研析意見

一、醫院總額

項目	新增項目 (成長率，預估增加金額)	執行目標/ 預期效益之評估指標	健保署 說明	本會研析 意見
一般服務	項次 1： 持續推動分級醫療，壯大社區醫院 (0.205%， 1,000 百萬元)	待提供	如與台灣醫院協會達共識後儘速提報委員會議確認。	考量執行期間約剩半年，請健保署會同醫院總額相關團體儘速提出，以利後續評估執行效益，並提報下次委員會議確認。
專款項目	項次 2： 住院整合照護服務試辦計畫 (300 百萬元)	<p>照護司與醫院協會及護理師護士公會全國聯合會共識如下：</p> <p>1.執行目標：</p> <p>(1)111 年至少 4 家醫院參與服務。</p> <p>(2)111 年服務住院病人 200,000 人日。</p> <p>說明：服務住院病人 200,000 人日 = 3 億元 $\times 50\% \div 750$ 元人日。</p> <p>2.預期效益之評估指標：</p> <p>提升全國醫院提供急性一般病床住院整合照護服務涵蓋率，111 年目標為 2.8%。</p> <p>說明：當年底試辦醫院住院整合照護開放床數(以 2,150 床計) \div 當年底全國急性一般病床開放床數 76,445 床 $\times 100\%$。</p> <p>註：衛生福利部醫事管理系統 111 年 1 月底統計資料。</p>	尊重照護司與醫界共識。	<p>1.執行目標：</p> <p>依健保署意見，尊重照護司與醫界共識。</p> <p>2.預期效益之評估指標：</p> <p>(1)考量本計畫為新照護模式之建立，且為第 1 年試辦，屬資源整備及制度建立階段，爰建議尊重所提指標。</p> <p>(2)若明年度擬繼續辦理本計畫，請於協定總額提出第 2 年規劃時，即應包括「執行目標」及「預期效益之評估指標」，尤其「預期效益之評估指標」應以能反映實際執行效益之結果為指標為之。</p>

二、西醫基層總額

項目	新增項目 (成長率，預估增加金額)	執行目標/預期效益之評估指標	健保署說明	本會研析意見
一般服務	項次 1： 提升國人視力照護品質 (0.097%，120 百萬元)	待提供	如與醫師公會全國聯合會達共識後儘速提報委員會議確認。	考量執行期間約剩半年，請健保署會同西醫基層總額相關團體儘速提出，以利後續評估執行效益，並提報下次委員會議確認。
專款項目	項次 2： 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫 (9.7 百萬元)	待提供	如與醫師公會全國聯合會達共識後儘速提報委員會議確認。	同上
	項次 3： 代謝症候群防治計畫 (308 百萬元)	待提供	1.業於111.5.6函請國民健康署與醫師公會全國聯合會，依本會第4次委員會議(111.4.21)決議，重新研議照護人數。 2.如有共識儘速提報委員會議確認。	本會於第4次委員會議已對健保署所提之「執行目標」及「預期效益之評估指標」提出修正意見，請參考委員所提意見，儘速修正，其餘意見同上。

附件

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：10634 臺北市大安區信義路三段140
號
聯絡人：林沁玲
聯絡電話：02-27065866 分機：2606
電子郵件：a110948@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111年5月13日
發文字號：健保醫字第1110661042號

速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨 (A21030000I_1110661042_doc1_Attach1.pdf)

主旨：檢送111年醫院及西醫基層醫療給付費用總額新增項目
「執行目標」及「預期效益之評估指標」如附件，請查
照。

說明：復鈞部111年1月26日衛部健字第1113360011A號函。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會(均含附件) 電 2022/05/13 文
交 16:38:37 檢 章

註

111.05.16



1113340093

第 1 頁，共 1 頁

111 年度醫院總額新增項目協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」

項目	新增項目(成長率，預估增加金額)	內容	本署說明
一般服務	持續推動分級醫療，壯大社區醫院 (0.411%，2,000 百萬元)	如與台灣醫院協會達共識後儘速提報委員會議確認。	
專款項目	住院整合照護服務試辦計畫 (300 百萬元)	<p>衛生福利部護理及健康照護司(下稱照護司)於 111 年 3 月 8 日召開「111 年全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫推動共識會議」就計畫之執行目標及預期效益之評估指標，與台灣醫院協會及中華民國護理師護士公會全國聯合會取得共識，訂定如下：</p> <p>(一)執行目標：</p> <p>1.111 年至少 4 家醫院參與服務。 2.111 年服務住院病人 200,000 人日。</p> <p>說明：服務住院病人 200,000 人日 $=3 \text{ 億元} \times 50\% \div 750 \text{ 元人日。}$</p> <p>(二)預期效益之評估指標：提升全國醫院提供急性一般病床住院整合照護服務涵蓋率，111 年目標為 2.8%。</p> <p>說明：當年底試辦醫院住院整合照護開放床數 (以 2,150 床計) \div 當年底全國急性一般病床開放床數 76,445 床 $\times 100\%。$</p> <p>(註)衛生福利部醫事管理系統 111 年 1 月底統計資料。</p>	尊重照護司與醫界共識。

**111 年度西醫基層總額新增項目協定事項之「執行目標」
及「預期效益之評估指標」**

項目	新增項目(成長率，預估增加 金額)	本署說明
一般 服務	提升國人視力照護品質 (0.097%，120 百萬元)	如與醫師公會全國聯合會達共識後儘速提報委員會議確認。
專款 項目	提升心肺疾病患者心肺復健 門診論質計酬(pay for value) 計畫(9.7 百萬元)	
專款 項目	代謝症候群防治計畫(308 百 萬元)	<p>一、本署業於 111 年 5 月 6 日健保醫字第 1110660959 號函請國民健康署與醫師公會全國聯合會，依 111 年 4 月 21 日第 5 屆 111 年第 4 次委員會議決議，重新研議照護人數。</p> <p>二、如有共識儘速提報委員會議確認。</p>

附錄

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：李洵瑋
聯絡電話：(02)8590-6779
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hghsunwei@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年5月12日
發文字號：衛部保字第1111260189A號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：註銷函影本

主旨：本部111年4月8日衛部保字第1111260141號公告修正之「全
民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行
負擔之費用」，業經本部於111年5月12日以衛部保字第
1111260189號函註銷，請查照。

說明：

- 一、有鑑於近期嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）疫情急遽升溫，為使醫療院所專注防疫，避免加重其負擔，爰暫緩實施，俟疫情趨緩後再重行公告。
- 二、檢附本部111年5月12日衛部保字第1111260189號註銷函影本1份。

正本：行政院、立法院、台灣醫院協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、社團法人台灣急診醫學會、台灣兒童急診醫學會、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、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、中華民國醫事檢驗生公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、內政部、內政部役政署、內

111.05.12



111CC00314

政部消防署、內政部警政署、內政部空中勤務總隊、海洋委員會海巡署、國軍退除役官兵輔導委員會、中央警察大學、衛生福利部疾病管制署、衛生福利部國民健康署、衛生福利部社會及家庭署、衛生福利部中央健康保險署、本部醫事司、本部社會救助及社工司、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會

副本：行政院法規會、本部法規會(均含附件)

正本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函



台北市中正區濟南路1段2-2號6樓

地址：115204 台北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：李洵璋
聯絡電話：(02)8590-6779
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hgsunwei@mohw.gov.tw

受文者：行政院公報編印中心

發文日期：中華民國111年5月12日
發文字號：衛部保字第1111260189號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：註銷函pdf檔

主旨：本部111年4月8日衛部保字第1111260141號公告修正發布之
「全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應
自行負擔之費用」，請惠予註銷，請查照。

說明：相關文號：本部111年4月8日衛部保字第1111260141A號函、
111年4月8日衛部保字第1111260141B號函、111年4月8日衛
部保字第1111260141C號函及111年4月8日衛部保字第
1111260141D號書函併予註銷。

正本：行政院公報編印中心(請刊登公報)

副本：行政院法規會、本部法規會、本部綜合規劃司、本部社會保險司(均含附件)

線
部長陳時中

抄本

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：陳思緝
聯絡電話：(02)8590-6871
傳真：(02)8590-6046
電子郵件：hsszchi@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國111年5月2日
發文字號：衛部健字第1113360063號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：本會第5屆111年第4次委員會議優先報告事項決定節錄及意見摘要等

主旨：檢陳本會對「112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」（草案）之意見，請鑒察。

說明：

- 一、復鈞部111年4月15日衛部保字第1111260152號函及同年4月19日衛部保字第1111260165號書函。
- 二、鈞部依據全民健康保險法第60條規定，交下擬訂之112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍（草案）諮詢案，經提本會第5屆111年第4次委員會議（111.4.21）報告，獲致決定節錄及委員所提諮詢意見（含書面意見）摘要，併同發言實錄如附件，敬請鈞部參考。
- 三、有關鈞部112年度總額範圍擬訂說明提及，111年3月15日「112年總額擬訂方向會議」決議涉及本會部分，一併回復如附件第11頁，請卓參。

正本：衛生福利部

副本：衛生福利部中央健康保險署

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：馬文娟
聯絡電話：(02)8590-6872
傳真：(02)8590-6046
電子郵件：hsjuliema@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國111年4月29日
發文字號：衛部健字第1113360062號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：全民健康保險會委員會議資料及議事錄節錄(111.4.21)

主旨：檢送本會委員提案關切有關「解決民眾餘藥問題之策略與執行方式」之案由說明、決議及委員發言實錄(如附件)，事涉貴管業務範圍，敬請卓參。

說明：依據111年4月21日本會第5屆111年第4次委員會議討論事項
二之決議事項辦理。

正本：衛生福利部食品藥物管理署
副本：衛生福利部中央健康保險署、中華民國藥師公會全國聯合會

附錄四

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
4樓
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111年4月28日
發文字號：衛部健字第1113360061號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：會議紀錄及與會人員發言實錄(節錄)

主旨：有關貴署提送110年度全民健康保險基金附屬單位決算及112
年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案，本會決定不予
備查，復請查照。

說明：

- 一、併復貴署111年2月14日健保計字第1110480071號函及同年3
月21日健保計字第1110720051號函。
- 二、所送旨揭決算及預算備查案，經提本會第5屆111年第4次委
員會議(111.4.21)報告，決定不予備查(會議紀錄及與會人
員發言實錄節錄如附件)。

正本：中央健康保險署
副本：衛生福利部社會保險司

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：黃曼青
聯絡電話：(02)8590-6763
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hgching@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年5月13日
發文字號：衛部保字第1110117832A號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：回應說明1份

主旨：有關「112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」諮詢貴會之委員意見，本部說明如附件，復請查照。

說明：

- 一、復貴會111年5月2日衛部健字第1113360063號書函。
- 二、貴會所送之委員意見，本部將納入112年總額範圍擬訂相關資料，併同報請行政院參考。
- 三、111年4月21日貴會委員會議中，部分委員對現況及項目定義有誤解情形，例如：減列項目之C肝藥費項目屬疾病治療，非屬委員所提之公務預算轉移之項目；MEA(藥品給付管理協議)作為扣減項目，係去年諮詢時貴會委員之建議，本部爰於前開會議回應說明；另有部分意見屬貴會總額協商之權責者，建請貴會及時向委員澄清與說明。

正本：本部全民健康保險會
副本：衛生福利部中央健康保險署

111.05.16



111CC00322

**有關 111 年 4 月 21 日健保會委員會議_112 年度總額範圍
諮詢案之委員意見回應說明**

主題	委員意見	衛福部說明
(A) 高推 估值	<p>(A-1)建請行政院核定 112 年度總額範圍時，考量健保財務狀況，審慎評估再行調整高推估值之合理性。【付費者】</p> <p>(A-2)建議年度總額範圍之高推估不宜過高。【付費者】</p>	<p>高推估值係以醫事服務提供者之建議方案、健保署所提之政策目標及內涵，並納入中長期改革計畫之推動項目，整體評估而得，後續將併同委員意見，報請行政院評估與核定。</p>
(B) 減列 項目	<p>(B-1)目前提出之「減列項目」僅約 14.32 億元，未完全反映節流成效，請檢視扣減內容之合理性。【付費者】</p> <p>(B-2)若政策推動真有節省費用不反對列減項，但若預算編列不足也應相對加項。【醫事服務提供者】</p> <p>(B-3)減列預算項目如 C 型肝炎經費應由公務預算編列，由健保支付藥費已加重負擔，若列減項並不合理。【醫事服務提供者】</p> <p>(B-4)各項管控措施之節流效益，應列入總額減項或年度總額專項財源。【專家學者及公正人士】</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 「減列項目」14.32 億元係參考健保署所提草案，112 年度除違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣減費用 2.51 億元外，尚有配合 C 型肝炎治療預計人數之下降、牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫、精神科長效針劑藥費及提升保險服務成效等計畫執行情形減列相關預算。 2. 各項專款項目若遇預算編列不足，建議於總額協商時進行爭取。 3. 有關各項管控措施之節流效益，俟貴會確認後，本部將配合納入年度總額基期計算。
(C) 調整 因素	<p>(C-1)應通盤檢視疫情對醫療利用之影響，並納入 112 年度總額調整因素。【付費者】</p>	<p>本部為通盤檢視總額整體資源配置情形，故近年啟動總額擬訂公式檢討作業，以期低推估值能如實反映基本醫療需求，而高推估則以健保核心價值規劃中長期改革計畫，並研擬相關政策目標，惟本次公式檢討各界尚未達成共識；而調整因素部分，重申總額之協商應與本部政策目標緊密扣連，所述之疫情因素建議於總額協商時納入考量。</p>
(D)	<p>(D-1)近年健保總額已配合政府推動許</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本部為投資民眾健康、精進健保價

<p>政策目標</p>	<p>多預防醫學項目，惟依據健保法，預防醫療費用應由公務預算支應。【付費者】</p> <p>(D-2)政策目標所列項目，建議先行與醫界溝通討論。【醫事服務提供者】</p> <p>(D-3)政策目標提到減少無效醫療，宜先具體定義無效醫療。【醫事服務提供者】</p> <p>(D-4)各部門總額內有很多配合政策項目，其增加之預算，仍無法補足醫療服務之給付。【醫事服務提供者】</p> <p>(D-5)回歸健保法意旨，涉及公共衛生、預防保健及配合政策推動等項目，應由公務預算支應，建議提高公部門支出占比。【醫事服務提供者】</p> <p>(D-6)針對每年提出的諸多政策目標及政策項目，未見從整體角度進行專案檢討，如每年編列 DRGs 預算，但卻無推動進度，建議系統性檢討後再提出政策目標與調整因素。【專家學者及公正人士】</p> <p>(D-7)所擬 112 年度總額之政策項目內涵諸多用於預防保健、研究經費、設備費用等屬公務預算支應範圍，建議審酌政策項目預算來源之合理性，避免壓縮重要服務項目之協商空間。【專家學者及公正人士】</p>	<p>值，推動總額中長期改革計畫，以維持公平、提升效率、改善健康的健保核心價值，讓健保在資源有限的條件下，發揮最大效益；除了醫療、照護服務體系間的合作與品質提升，將健保作為促進國人健康的工具，讓醫療費用更加合理平衡、醫療品質更提升；並增加公務預算挹注，提高政府在醫療保健支出的貢獻。期如 C 型肝炎防治之策略與效益，推動代謝症候群防治等方案，讓前端之積極作為到後續疾病治療之跨體系合作，促使照護、醫療、公衛的資源與專業能統合並發揮加乘效果，確保民眾的權益與健康。</p> <p>2. 依據健保法第 51 條，預防接種等項目不納入健保給付，惟委員所述近年納入給付之 C 型肝炎、代謝症候群防治等相關方案應屬疾病範圍，其相關照護服務屬照護品質提升面向；另於試辦初期亦有權責單位配合挹注公務預算，倘若仍有相關屬健保法第 51 條項目，請詳述，俾本部審慎研議。</p>
<p>(E) 總額 公式 及基 期計 算方 式</p>	<p>(E-1)專款項目本來就是零基預算，專款扣減未執行額度是否有實質意義，請審酌。【付費者】</p> <p>(E-2)112 年度總額基期改採淨值，考量一般服務預算會納入基期累進成長，扣減前開未執行額度，應屬合理；但專款項目採零基預算，未執行額度回歸安全準備，建議維持現行做法，並視執行成效檢討編列專款預算。【付費者】</p>	<p>1. 如貴會本次會議書面意見：「一般服務預算會滾入基期逐年成長，歷年若有未導入預算，均於協商時請健保署提供執行結果扣減，不納入基期。」，本部僅於總額擬訂之基期同步配合處理。</p> <p>2. 參考行政院主計總處「零基預算」定義為「係將每年的預算，從『零』的基準開始，不因上年度或以前年度預算數字的高低，重新審視其業</p>

<p>(E-3)衛福部社保司3月15日召開112年度總額範圍(草案)擬訂方向會議，所提之112年度總額基期採「淨值」及低推估公式修正規劃，與醫界未有共識，建議暫緩實施、維持原案，並持續與醫療團體充分溝通。【醫事服務提供者】</p>	<p>務活動，決定其優先順序。」與所述之現行專款採「前一年專款全年預算做基礎，協定該項專款增加、減少或維持前一年預算」的方式不同。</p>
<p>(E-4)衛福部社保司所擬112年度總額範圍之算法，須建立在醫療服務支付滿足的情況下，才不會影響服務品質，若改以此算法，於疫情穩定後，未來服務量能增加，會有預算用盡，影響醫療服務提供的問題。【醫事服務提供者】</p>	<p>3. 未來專款建議每年度依實際執行情形進行協商，相關專款歷年執行率如附件，請參考。</p>
<p>(E-5)專款是零基預算，且總額部門於編列預算前，已精確估算執行情形再編列預算，實際執行之落差應在可接受範圍內。【醫事服務提供者】</p>	<p>4. 另有關專款未執行預算額度回歸安全準備，對於保險成本支出較無影響，惟本部規劃年度總額範圍所採用之基期為前一年公告之整體醫療費用，包含專款，故仍有逐年墊高基期問題。</p>
<p>(E-6)請檢討低推估之設定及計算方式之合理性，「醫療服務成本指數改變率」之藥品、醫療儀器及用品指數，係以躉售物價指數計算，無法反映國內市場價格及醫療院所實際購買成本，建議檢討參數之合理性。【醫事服務提供者】</p>	<p>5. 有關「醫療服務成本指數改變率」，將持續研議其內涵與定義，並且嘗試研擬預測模型，以解決落後指標與現況有所落差之問題。</p>
<p>(E-7)影響總額基期成長因素眾多，包括人口老化、物價上升及勞工薪資提高等，均非醫界所能掌控。若受限於財務因素，可改變給付方式，若各界有共識減少給付內容，則可降低總額基期。【醫事服務提供者】</p>	
<p>(E-8)有關年度總額基期部分改採淨值，支持一般服務部分扣減未導入預算或未執行額度部分。至於專款項目部分，因採零基預算，實支實付，建議仍維持以「前一年專款預算」作為計算基礎。【專家學者及公正人士】</p>	
<p>(E-9)總額推估公式應以實證資料做基礎，並將預防醫學所產生效益的實證</p>	

	資料納入總額推估及基期反映，建議未來可思考以實證精算方式計算年度總額。總額公式歷經多年演變，公式間互有連結及關聯，尚需集思廣益研議修訂。【專家學者及公正人士】	
(F) 其他	<p>(F-1)我國平均每人經常性醫療保健支出(CHE)占平均每人國內生產毛額(GDP)比率相較其他OECD國家多年來僅微幅成長，國內醫療保健支出尚有增加空間。【醫事服務提供者】</p> <p>(F-2)協商時，各總額部門及健保署所提之協商項目，應參照衛福部會議對本會之建議，提出包含具體規劃及完整的KPI等內容，以做為總額協商之依據。【付費者】</p> <p>(F-3)於協商112年總額時，請健保署以保險人角色發揮專業，就112年度總額各總額部門提出的協商草案提出保險人的評析意見，供委員協商參考。【付費者】</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 國民醫療保健支出(NHE)占GDP比率為各國健康投資之指標，專家學者建議不宜過低。經檢視我國醫療保健支出(NHE)，歷年來均有成長，惟其占GDP比率受限於景氣循環而相對浮動。查我國健保總額預算占NHE之比率逾5成(108年為53.45%)，總額預算每年皆有成長，年成長率大多超過GDP成長率，從106年至111年，健保總額自6,545億元增加至8,096億元，每年成長之金額高達300億元至370億元。 2. 因應人口老化、合理反映民眾需求、保障醫護勞動權益及改善醫療執業環境等原則下，持續爭取公務預算增加，以推展衛生保健及醫療服務，以及鼓勵醫療及長期照護體系之整合，使NHE資源配置更有效率，以逐年提升我國國民醫療保健支出占GDP比率。 3. 建請健保會將111年3月15日會議下列決議納入總額協商作業：「未來於健保會協商各部門總額相關計畫之前，提案時應先訂定好相關KPI，須有相關規劃，包括：提案為幾年計畫、成效評估標準為何、執行後應如何回饋付費者和醫界，將可能產生疑義的地方預先處理，以減少協商後須再協商，如果評估標準達到或者更好，就擴大辦理或持續辦理，不好的話就減少預算或退場」。

各總額部門專款項目 105-109 年執行率

計畫名稱	年度	105	106	107	108	109
		105	106	107	108	109
■ 醫院總額						
1	急診品質提升方案	61.0%	58.2%	65.8%	100%	100%
2	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	100%	100%	100%	100%	100%
3	醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	84.4%	100%	87.8%	96.1%	89.4%
4	罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材，後天免疫缺乏病毒治療藥費	90.1%	95.0%	92.4%	92.2%	96.2%
5	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	93.7%	99.4%	99.8%	96.3%	91.5%
6	醫療給付改善方案	83.9%	81.1%	75.1%	85.7%	92.3%
7	鼓勵院所建立轉診之合作機制			27.4%	29.9%	31.0%
■ 西醫基層						
1	家庭醫師整合性照護計畫	100%	100%	100%	100%	100%
2	西醫醫療資源不足地區改善方案	72.8%	70.7%	100.0%	90.7%	54.9%
3	偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫					10.4%
4	強化基層照護能力及「開放表別」項目		53.4%	63.2%	78.5%	50.1%
5	罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材，後天免疫缺乏病毒治療藥費				1.3%	0.6%
6	因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺法症候群照護衍生費用				14.2%	14.1%
7	新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用			99.7%	99.7%	99.7%
8	醫療給付改善方案	82.9%	93.3%	100%	100%	100%
9	鼓勵院所建立轉診之合作機制			43.0%	55.7%	57.4%
■ 醫院及西醫基層(跨部門)						
1	C型肝炎藥費		91.4%	96.4%	100%	60.1%
■ 牙醫門診						
1	醫療資源不足地區改善方案	86.5%	88.6%	89.9%	92.5%	90.5%
2	牙醫特殊醫療服務	90.9%	100%	100%	100%	83.8%

3	牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫					57. 3%
■ 中醫門診						
1	醫療資源不足地區改善方案	84. 3%	90. 4%	91. 0%	99. 8%	100%
2	西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫	100%	100%	100%	97. 8%	94. 3%
3	癌症患者加強照護整合方案	96. 9%	100%	100. 0%	94. 1%	91. 2%
4	中醫提升孕產照護品質計畫	100%	100%	100%	100%	82. 5%
5	兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	15. 3%	19. 0%	48. 3%	100%	54. 6%
6	中醫急症處置計畫			2. 1%	4. 0%	10. 7%
7	中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫					24. 0%
■ 其他部門						
1	慢性腎臟病照護及病人衛教計畫	82. 94%	91. 36%	97. 96%	100%	100%
2	山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	80. 6%	78. 4%	82. 8%	75. 4%	80. 4%
3	居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2. 0 之服務	100%	87. 7%	89. 5%	88. 0%	91. 7%
4	推動促進醫療體系整合計畫	27. 56%	27. 70%	39. 67%	40. 75%	44. 74%
5	獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用(含各部門總額之網路寬頻補助費用)	61. 5%	77. 5%	100%	75. 5%	81. 8%
6	提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	89. 2%	93. 5%	82. 0%	87. 2%	87. 2%
7	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	5. 0%	97. 4%	4. 3%	0. 6%	0. 4%
8	調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	17. 8%	17. 8%	0. 0%	63. 0%	0. 0%
9	提升保險服務成效	106. 7%	53. 3%	85. 6%	99. 0%	99. 4%

資料來源：健保會 110 年 8 月全民健康保險各總額部門 109 年度執行成果評核指標摘要(本摘要僅供年度總額協商參考)。

健保會對「全民健保保險對象代謝症候群管理計畫」之討論結果

健保會 111.5.2

「全民健保保險對象代謝症候群管理計畫」(下稱代謝症候群管理計畫)，為健保總額中長期改革計畫之一。衛福部秉持「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 年-114 年)」，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。代謝症候群管理計畫係由國民健康署主導，健保署共同合作參與，期透過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。該計畫經衛福部核定納入 111 年度西醫基層總額，編列專款預算 3.08 億元，並須擬訂具體實施方案，提報健保會同意後執行。

代謝症候群被認為與腦血管疾病、心臟病、糖尿病、高血壓等慢性疾病的併發症密切相關，如能針對代謝症候群個案早期介入，由醫事服務機構早期發現代謝症候群患者，協助個案追蹤管理，透過醫療人員指導，引導代謝症候群患者改變飲食及生活型態，就可進一步預防或延緩慢性病之發生，以達有效慢性病之防治。透過推行本計畫，結合疾病前期之危險因子防治，藉由醫療人員指導增進病人自我健康管理識能，期能達到慢性病防治之目的，減輕後續健保醫療資源負擔並提升給付效率。為完善計畫內容，健保署會同西醫基層總額相關團體，經召開多次會議後，將擬具之計畫併同執行目標及預期效益之評估指標，提報健保會 4 月份委員會議討論。

本計畫收案對象為 20~64 歲之保險對象，其腰圍、飯前血糖、血壓、三酸甘油脂值、高密度脂蛋白膽固醇值，任三項符合代謝症候群指標者。服務內容包含收案評估、擬訂照護目標及策略、交付衛教指引、定期追蹤管理及年度評估。支付費用則包含評估費(收案評估含檢驗費)、追蹤管理費、獎勵費(含新發現個案獎勵、個案進步獎勵及診所獎勵)。健保會委員於審視計畫內容後，肯定計畫結合疾病前期預防與疾病治療之方向，認為本計畫具前瞻性，惟內容尚有精進空間，請健保署會同西醫基層總額相關團體再行檢討修訂。首先，對於計畫的「執行目標」與「預期效益評估指標」，委員認為所提「照護人數」及「每人支付單價」與總額協商規劃及協定事項有落差，為能照護更多代謝症候群患者，宜檢討支付單價，增加照護人數。並建議提出明確反映整體效益的量化指標，如減少慢

性病、降低就醫次數、減少健保支出等，以利未來審視計畫之效益。

對於計畫內容，委員提供諸多寶貴意見，請健保署會同西醫基層總額相關團體納為計畫修訂及執行參考，包括：

- 一、在費用支付方面，與其他計畫相較，本計畫每案可申報金額過高，多數經費用於評估及管理費，尤其是用於檢驗檢查，而獎勵照護成效費用相對較少，建議提高診所獎勵之誘因及鑑別度。委員強調疾病前期照護，應以改善生活型態為主，避免照護往醫療化發展。
- 二、服務內容方面，為達到建立健康生活型態的目標，應加強跨不同專業的協力合作，納入營養諮詢、運動指導等多元與完整的衛教及照護，並善用社區資源，以提升照護成效。此外，更提醒診所在收案過程中應充分告知，並提供個案相對的健康檢測訊息，如結合健康存摺或提供其他工具(如小冊)等方式，讓個案掌握個人健康訊息，以利自我管理。
- 三、建議檢討成效回饋機制，目前規劃獎勵對象包括院所及醫師，其中對醫療院所之獎勵誘因不足，此外生活習慣改變或健康行為的建立，大部分需靠病人自身的努力，應有回饋參與個案之機制，肯定其努力，以增強個案自我照護動機。
- 四、成效評估及計畫管控方面，為了解個案的健康改善是否為生活型態改變所致，應將是否使用藥物、藥品項數或劑量、其他介入措施(如自費減重)等因素納入評估。且個案之健康改善宜有長期追蹤成效機制，以確認計畫持續效果，並應避免重複收案，妥善使用健保資源。

考量本計畫屬衛福部健保總額中長期改革計畫之一，宜儘速推動，委員原則同意所提計畫，惟委員特別關切宜適度增加收案照護人數部分，則請健保署會同西醫基層總額相關團體妥處後，依法定程序陳報衛福部核定，並請後續執行應就委員提出之具體建議妥善參採，滾動式檢討計畫內容，朝改善病患行為及健康習慣養成之方向努力，並於本(111)年12月提出專案報告，以利委員瞭解計畫之執行成效與檢討結果。

112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)諮詢健保會意見

健保會 111.5

依健保法第60條規定，衛福部須於年度開始前6個月，擬訂年度總額範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。健保會於111年4月份委員會議(111.4.21)就衛福部提出之「112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」(下稱112年度總額範圍草案)列為優先報告案，諮詢委員意見。為利委員審視前開總額範圍草案時，綜合考量健保財務狀況，乃請健保署併同提出「112年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案」。經委員充分討論後，綜合考量健保財務平衡、民眾付費能力，並衡酌新冠肺炎疫情下穩定醫療量能之重要性後，對於112年度總額範圍草案及預算編列方式提出諸多諮詢意見，提供衛福部陳報行政院核定112年度總額範圍的參考。

衛福部援例於本(111)年3月15日召開112年度總額範圍擬訂方向會議，收集專家學者、付費者及醫事服務提供者相關團體的意見後，再將擬訂之112年度總額範圍草案諮詢健保會。衛福部提出的草案，112年度總額成長率範圍為1.256%(低推估值)~5.0%(高推估值)，預估金額8,119.14~8,419.35億元，較前一年增加100.71~400.92億元。所提草案與歷年比較，主要變更總額基期採計方式，基期由原先採「111年度核定之健保醫療給付費用」，修改為「111年度健保醫療給付費用(淨值)」，所謂淨值是指111年度核定之健保醫療給付費用，扣除110年未執行額度及未導入預算。至於總額設定公式則與過去相同，低推估值是按照公式計算結果，主要反映人口結構改變、醫療服務成本改變及投保人口數成長對醫療費用的影響；高推估值則是「低推估值」(1.256%)加上「調整因素」(3.744%，約300.21億元)，調整因素則依據健保政策目標，並衡量民眾付費能力、總體經濟情勢、我國醫療保健支出及健保財務收支情形等研擬。

委員對於本諮詢案熱烈討論，首先針對112年度總額基期計算方式變更部分，因其對總額協商及實務面均有影響，對此，會中各方充分表達意見。醫事服務提供者委員認為，總額基期採「淨值」修正規劃，與醫界未有共識，建議暫緩實施本次的修正作法，再持續與醫療團體充分溝通；付費者、專家學者及公正人士委員則認為，一般服務預算會滾入基期，扣減未導入預算或未執行額度應屬合理，而專款項目本就採零基預算、實支實付，未使用預算均回歸安全準備，建議維持現行做法，專款預算不列入基期計算，而視執行成效檢討編列專款預算。

對於112年度總額範圍及政策目標，委員提出許多諮詢意見，摘要重點意見如下：

一、付費者委員建議：

- (一)所擬總額範圍成長率1.256%~5.0%，低、高推估增加金額高達100.71億元~400.92億元。依健保署財務模擬試算，112年當年保險收支預估將短绌111億元至409億元，當年底保險收支累計結餘數，僅剩約當0.88個月至0.38個月保險給付支出，低於法定應至少有1個月保險給付支出之安全準備總額，明年勢必面臨調漲保費，建請行政院核定112年度總額範圍時，考量健保財務狀況，審慎評估合理性再行調整高推估值。
- (二)近年受 COVID-19 疫情影響，我國經濟成長主要來自科技產業，但國內許多產業低迷，一般民眾薪資停滯。此外，受通貨膨脹影響，物價齊漲，民眾經濟負擔加重。考量民眾付費能力下降、經濟負擔加重，建議年度總額範圍之高推估不宜過高。
- (三)近年健保配合政策與政府共同推動許多預算，用於疾病防治及提升醫療服務效率，如：C型肝炎藥費、分級醫療、健保醫療資訊雲端查詢系統，有助於醫療費用之節流，應將節流成效列為總額減項，並研議自總額基期扣除。目前提出之「減列項目」，未完全反映節流成效。
- (四)近年因 COVID-19 疫情民眾健康意識提升，依據健保署統計，109、110年門診申報件數為-7.43%、-7.88%，住院為-4.68%、-7.43%。另報載國內傳染病大減，衛福部統計109年不健康餘命較前1年減少0.43年，為近10年最大降幅。顯示民眾加強自主健康管理後，醫療需求有所減少，應通盤檢視疫情對醫療利用之影響，並納入112年度總額調整因素。
- (五)近年健保總額配合政府推動許多預防醫學項目，應回歸健保法意旨，將健保給付用於支付被保險人發生疾病、傷害、生育事故，而預防醫療費用則應由公務預算支應。

二、醫事服務提供者委員建議：

- (一)各部門總額內有很多配合政策項目，其增加之預算，仍無法補足醫療服務之給付，如 C 型肝炎藥費，其衍生之檢查(驗)係由現有總額支付，就算總額預算有成長，點值仍不到每點1元。
- (二)我國平均每人經常性醫療保健支出(CHE)占平均每人國內生產毛額

(GDP)比率數據顯示，多年來僅微幅成長，相較其他 OECD 國家，國內醫療保健支出尚有增加空間。

(三)若政策推動真有節省費用不反對列減項，但若預算編列不足也應相對加項。例如：健保署提出減少重複檢查(驗)及用藥之效益、MEA(藥品給付管理合約)之廠商協議退款、C 型肝炎藥費等項，因實際醫療利用增加大於預算成長或考量預算歸屬，均不應列為總額減項。

(四)涉及公共衛生、預防保健及配合政策推動等項目，應由公務預算支應。

目前健保財務不佳，若考量要減輕民眾負擔，則建議政府應該承擔更多的責任，提高公部門支出占比。

(五)政策目標所列項目，包含：延續健保總額中長期改革計畫之擴大推動住院整合照護服務、推動 DRGs 支付制度、試辦門診包裹支付制度等，建議先行與醫界溝通討論。此外，政策目標中，整合公共衛生體系與健保資源項目提到「結合公務預算與健保資源」，應提出具體內容。

三、專家學者及公正人士委員建議：

(一)112年度總額調整因素約增加300.21億元，其中政策項目內涵諸多預防保健、研究經費、設備費用等用途，建議審酌政策項目預算來源之合理性，避免壓縮重要服務項目之協商空間。

(二)各項管控措施之節流效益，應列入總額減項或年度總額專項財源。如藥品及特材之價量管理或減少重複檢查(驗)之效益，可做為引進新藥、新特材或給付規定改變之財源，若未納入總額財源運用，則應列為總額減項。

(三)針對每年提出的諸多政策目標及政策項目，建議從整體角度進行系統性專案檢討後，檢視政策目標達成情形及成效，再提出下年度政策目標與調整因素。

本諮詢案最後獲致之會議決定內容如下：

健保會委員肯定衛福部社會保險司重新檢視年度總額預算編列方式之合理性，惟所提總額基期計算方式之變更，考量各界未有共識，且當前新冠肺炎疫情嚴峻，總額擬訂宜以穩定醫療量能、安定醫護人心為要，建請衛福部再予審酌，持續溝通，暫緩於112年度總額執行。會後已將委員所提諮詢意見，送請衛福部陳報行政院核定112年度總額範圍時參考。健保會將在本年9月俟衛福部正式交

議行政院核定的總額範圍後，衡酌整體醫療需求及健保財務狀況與民眾付費能力，協議訂定112年度全民健保醫療給付費用總額及其分配，妥善配置健保資源，讓健保持續守護國人健康。

健保會委員關切111年部分負擔調整對民眾就醫權益影響

健保會111.5

為落實使用者成本負擔之公平精神，養成民眾珍惜藥品與檢驗檢查資源之習慣，及改善急診醫療品質，衛福部近期公告新增門診檢驗檢查之部分負擔，並調整門診藥品(含慢性病連續處方箋)與急診分級之部分負擔，將自111年5月15日生效(新制部分負擔與現制之比較如附表一~三)。惟健保會委員關心新修正後部分負擔能否達到其政策目的，以及是否會影響弱勢民眾就醫權益，故於4月份委員會議提出臨時提案，希望健保署能提出相關配套措施與監測指標，並定期提出監測報告。

提案委員主要關切本次部分負擔調整案是否會加重經濟弱勢民眾，尤其是經濟邊緣戶的財務負擔，致延誤就醫，乃要求健保署應於5月份委員會議提出確保弱勢民眾就醫權益之配套措施；另在實施後應定期監測對民眾就醫行為與健康的影響，以及是否能改善藥費與檢驗檢查費用成長快速、緩解大醫院急診雍塞等情形，以檢視該項部分負擔調整能否達成其政策目的。

會中付費者委員關心針對不同層級醫療院所、轉診與否，調整不同差額的部分負擔上限金額，是否會對多重慢性病、疾病複雜度或嚴重度較高者產生影響，提出應追蹤分析對民眾醫療需求產生之影響。又為保障經濟弱勢民眾就醫權益，則建議參酌健保法第47條全年累計住院部分負擔金額上限之精神，研訂相關部分負擔的年度收取上限金額。

醫界委員則提出醫療院所相關電腦系統之改版，希健保署給予最大的協助。另若因民眾繳費後未於檢驗單有效時限內完成檢驗檢查者，建議健保署應將退費流程納入配套措施。

經各委員充分意見交流後，會中決議請健保署於5月份委員會議提出對保障經濟弱勢民眾就醫權益之配套措施；6月份委員會議提出部分負擔調整案實施後政策效益及其改善醫療資源合理利用之監測指標；12月份委員會議提報前述監測指標之監測結果及成效檢討，並自112年起，每半年定期向健保會提出，以確保部分負擔執行成效及民眾就醫權益。對於委員所提寶貴意見，健保署表示會依決議配合辦理，本會後續亦將依會議決議持續追蹤其辦理情形。

附表一 門診藥品應自行負擔之費用

分類 項目	現制	新制 (111.5.15 實施)	
		西醫基層醫療單位/中醫/地區醫院	區域醫院/醫學中心
起徵點 (起收金額)	≥101 元 (20 元)	≥101 元 (20 元)	≤100 元 (10 元)
級距 (每級距增加)	100 元 (20 元)	100 元 (20 元)	
上限點 (上限金額)	≥1,001 元 (200 元)	≥1,001 元 (200 元)	≥1,501 元 (300 元)

註：現行持慢性病連續處方箋(開藥28天以上)第1~3次調劑，均不收費；新制為第1次調劑藥品費用與一般藥品費用併計應自行負擔之費用；第2、3次調劑，免計收。

附表二 門診檢驗檢查應自行負擔之費用(新增)

分類 項目	西醫基層醫療 單位/牙醫/中醫	地區 醫院	區域醫院		醫學中心	
			經轉診	未經轉診	經轉診	未經轉診
起徵點 (起收金額)	≥1,001 元 (100 元)	≥501 元 (50 元)	≤200 元 (10 元)	≤100 元 (10 元)	≤200 元 (10 元)	≤100 元 (10 元)
級距 (每級距增加)	— —	100 元 (10 元)	100 元 (10 元)	100 元 (20 元)	100 元 (10 元)	100 元 (20 元)
上限點 (上限金額)	≥1,001 元 (100 元)	≥1,501 元 (150 元)	≥1,501 元 (300 元)	≥1,501 元 (300 元)	≥2,001 元 (200 元)	≥2,001 元 (400 元)

附表三 急診應自行負擔之費用

層級別	現制		新制 (111.5.15 實施)		
	第 1、2 級	第 3~5 級	第 1、2 級	第 3 級	第 4、5 級
醫學中心	450 元	550 元	300 元	550 元	800 元
區域醫院	300 元		200 元	300 元	600 元
地區醫院	150 元			150 元	

111 年度全民健康保險中醫門診總額專案計畫實地訪查報告

壹、時間：111 年 4 月 6 日至 4 月 7 日

貳、參訪主題及地點：

一、「中醫醫療資源不足地區改善方案」：花蓮縣壽豐鄉、萬榮鄉巡迴點

二、「中醫基層醫療執行情形」：信欣中醫診所

三、「中西醫合併診療」：花蓮慈濟醫院

參、參訪人員：

一、本會委員(含代理人)共計 22 人：周主任委員麗芳、干委員文男、吳委員鴻來、李委員永振、林委員敏華、柯委員富揚、胡委員峰賓、馬委員海霞、許委員駢洪、陳委員有慶、陳委員秀熙、黃委員金舜、楊委員芸蘋、劉委員國隆、劉委員淑瓊、滕委員西華、盧委員瑞芬、林代理委員錫維(林委員恩豪代理人)、楊代理委員玉琦(張委員文龍代理人)、黃常務理事啓嘉(代理黃委員振國)、林常務理事鎰麟(代理陳委員建志)。

二、其他：健保署東區業務組李組長名玉及同仁、本會周執行秘書淑婉及同仁。

肆、參訪重點摘要

主題一：中醫醫療資源不足地區改善方案

一、計畫簡介

(一)本計畫自 92 年起試辦，鼓勵中醫師至中醫醫療資源不足鄉鎮(區)提供巡迴醫療服務，自 95 年起新增獎勵中醫師至醫療資源不足地區開業，提供在地醫療服務。

(二)本方案 110 年度預算 140.6 百萬元，共施行 156 個鄉鎮(區)，包含 83 個無中醫鄉鎮(區)，及 73 個僅有一家中醫之鄉鎮(區)。

(三)執行概況：

1.獎勵開業服務：

(1)分 3 級(山地、離島及其他醫療資源不足地區)訂定保障額度，當月服務量未達保障額度一定成數即折付，若連續 2 個

月未達到前開標準，則自次次月起需提供巡迴醫療服務。

(2)自中醫門診總額開辦至今，由 89 年有 113 個無中醫鄉，至 109 年減少為 79 個，10 年間改善達 30%。

2.巡迴醫療服務：

(1)以浮動點值計算「論次支付」及「門診診察費之加成支付」，每點支付金額不高於 1 元。論次支付點數分為 7 級(三級離島、二級離島、一級離島、山地、二級偏遠、一級偏遠、中醫資源不足)。論量計酬費用由一般服務預算支應，每點支付金額以 1 元計算。

(2)巡迴鄉鎮數逐年增加，截至 109 年提供巡迴服務 116 個鄉鎮，289 個巡迴點，服務總人次 31.6 萬人，50 歲以上占 78.98%。

二、參訪地點及計畫執行概況

1.參訪開業地點執行概況說明：

參訪地區		花蓮縣壽豐鄉
開業醫療點		花蓮縣壽豐鄉豐山村
地區 簡介	面積	218 平方公里
	人口數	17,351 人
	村里數	15 村
	地理環境	境內地形複雜，西有中央山脈，東有海岸山脈，中為縱谷平原
	交通狀況	距市區約 1 小時車程
	中醫診所數	1 家
	中醫師數	1 位
獎勵 開業 概況	施行區域分級級數	偏遠地區
	服務內容	1.診所看診：內科、針傷科，每週看診 7 診次。 2.巡迴醫療：每週巡迴 3 診次，分別於花蓮縣壽豐鄉志學村、宜蘭縣南澳鄉南澳村、花蓮縣光復鄉西富村提供服務。
	開業院所	大正中醫診所

2. 參訪巡迴地點執行概況說明：

	參訪地區	花蓮縣萬榮鄉
	巡迴醫療點	見晴村衛生室
地區 簡介	面積	618 平方公里
	人口數	6,152 人
	村里數	6 村
	地理環境	花蓮縣 3 個山地原住民鄉之一（另 2 個為秀林鄉、卓溪鄉）
	交通狀況	距市區約 1.5 小時車程
	中醫診所數	無中醫鄉
	中醫師數	0
巡迴 醫療 概況	施行區域分級級數	山地鄉
	服務內容	內科、針傷科
	承辦院所	江瑞庭中醫診所
	醫療團隊	1 位醫師
110 年執 行成 果	開診次數	全年 101 診次(含馬遠村)
	看診人次	2,589
	病患分布	老年人居多
	主要疾病	慢性疾病、肌病骨骼痠痛為主

主題二：中醫基層醫療執行情形

一、簡介

信欣中醫診所位於花蓮市，目前有 1 位中醫師服務民眾，其看診採「預約制」，初診、複診民眾於就診日前 2 週預約，現場僅開放複診民眾掛號。診所同時提供視訊看診之服務，居家隔離者、新冠肺炎確診者，初診及複診皆可使用，一般病患則僅開放複診。

二、參訪重點

實地了解多元預約方式及院所感染控制情形，並參觀中醫診所診間、治療室之空間配置，疫情期間診療床使用防水枕，且不使用床單，除了用酒精及漂白水擦拭外，並於夜間使用紫外線消毒燈進行診間消毒。

主題三：中西醫合併診療

參訪重點及中西醫合併診療簡介：

原規劃參訪中醫病房，因疫情關係取消，改由簡報方式呈現，除了報告 110 年度東區巡迴醫療執行概況及東區醫院風險款計畫成果外，並介紹花蓮慈濟醫院中西醫合併診療情形與未來展望，摘要如下，簡報結束後，再進行座談會。

一、花蓮慈濟醫院成立至今已進入 36 年，是東臺灣唯一的醫學中心，秉持創辦人證嚴法師推動中西醫合併診療的理念，積極發展中醫團隊及中草藥研發，提供多元中西醫合併診療模式，服務範圍涵蓋「急診、住院、門診、居家、偏遠、安寧」等完整醫療服務，中西醫結合門診達 13 科，急診會診中醫服務之服務量居全國之冠，並銜接團隊教學訓練，以提供民眾完善的醫療照護。該院於 110 獲得衛福部第 1 屆玉階獎之領航貢獻獎。

二、慈濟醫院中西醫合併診療之 3 大特色：

(一)廣泛：建立中西醫合併診療會診制度，由門診延伸到病房，致力中醫醫療全方位化，由急診(急診會診中醫)、門診(中醫內科、婦科、兒科、針灸科、傷科)、住院(西醫住院中醫會診)及長照(居家醫療、失智日照中心、日照中心、偏遠醫療)建立中西醫照護一條龍。院方有感於民眾對中西醫合併診療之需求，於 109 年 4 月設立中西醫合併診療病房，並於同年 9 月設立中醫病房。

(二)快速：住院於 72 小時內、急診於 30 分鐘內啟動中西醫合併診療，急診期透過中醫介入，減輕急診壅塞、降低留觀時間及減少醫療浪費。

(三)成效：透過中西醫整合醫療，期許能達到「不能醒的要能醒、不能走的要能走」的目標，此外為因應新冠肺炎疫情，已研發「淨斯本草飲」，送達 43 個國家。

伍、委員關心重點與回應

一、中醫醫療資源不足地區改善方案

(一)委員關心與建議事項

有關本方案之獎勵開業服務計畫，108~110 年 3 年間沒有新開

業的中醫診所，到了 111 年才有院所申請開業，醫療資源不足地區的中醫診所顯然仍不足，想了解計畫的申請條件有沒有考慮放寬或提供較優厚的獎勵誘因？

(二) 中全會代表回應

1. 本次僅參訪東區醫療不足地區改善方案執行概況，但獎勵開業服務計畫是全國性的計畫，花東地區於 108~110 年無新開業的診所，但在其他地區，108 年有 2 家新開業診所，位於屏東縣琉球鄉、屏東縣崁頂鄉，109 年有 5 家新開業診所，位於新竹縣關西鎮、苗栗縣頭屋鄉、彰化縣大城鄉，嘉義縣布袋鎮、連江縣南竿鄉。
2. 110 年疫情對中醫巡迴醫療有很大的影響，自 5 月份疫情爆發後，很多巡迴點因不對外租借而關閉，所以 110 年的巡迴醫療人次下降。110 年考量疫情，也沒有院所申請獎勵開業計畫，到今(111)年才又有院所申請。

二、中醫基層醫療

(一) 委員關心與建議事項

1. 診所無障礙空間：中醫診所就醫之病患較年長，因此廁所無障礙空間之規劃更為重要，參訪信欣中醫診所發現廁所出口與廁所地面有高低落差，可能有造成跌倒的危險，建議改善。
2. 民眾就醫問題：信欣診所主要採預約制看診，若民眾有就醫需求，直接去診所看診，會如何處理？

(二) 中全會代表回應

1. 謝謝委員對診所無障礙空間之建議，會再注意廁所無障礙空間規劃並進行改善。
2. 有關民眾就醫問題，民眾若未預約直接到現場掛號，會向民眾說明診所看診方式並協助預約，若為急性須立即處理之症狀，會建議民眾儘速至其他院所就醫。

三、中西醫合併診療：

(一) 委員關心與建議事項

1. 中醫門診總額辦理許多專款計畫，包括中醫癌症患者加強照護整合方案、西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫等，慈濟醫院執行的中西醫合併診療，是否也架構在這些專款計畫

之下，並且擴大服務範圍，因為從報告中可以看到含括更多疾病別的照護。

- 2.有關中西醫合併診療的公平性的問題，觀察某間院所發現，在門診部分民眾使用中西醫合併診療有偏富的現象，比較有錢的、社經地位較高的民眾比較會使用；住院部分比較沒有看到此現象，請問慈濟醫院推動中西醫合併診療，民眾使用上有沒有公平性問題？
- 3.觀察中西醫合併診療最大的關鍵是西醫的態度，因為中醫是受照會的科別，所以西醫的態度決定病人有沒有機會得到中醫的治療，請問如何鼓勵西醫師將病患轉介給中醫？慈濟醫院有沒有哪個科別比較會轉介病人到中醫？或是每個醫師配合度都很高，只要病人有需要就會轉介。

(二)中全會代表回應

- 1.有關中西醫合併診療在門診、住院的使用上是不是有社經地位的差別，東區的病患大概有30~40%都是原住民，他們真的比較弱勢，但都會接受、要求中醫會診，所以比較沒有公平性的問題。
- 2.委員提到西醫師的態度決定中醫會診是否成功是對的，很多事情需要溝通，院長的態度也非常重要，去(110)年院長直接召開跨科別團隊會議，結合感染科、內科等重症科別的主任一起討論，各科對於會診中醫提出很多問題，因為我國醫學系學程幾乎沒有納入中醫訓練，不清楚中醫在做什麼。中醫著重在經驗的實證，而西醫則著重在分子生物學的實證，所以院長提出許多中醫實證醫學的文章說服他們。
- 3.未來慈濟醫院中醫部會持續朝向中西醫合併診療發展，衛福部訂定的中醫科別包含內科、婦科、兒科、針灸、傷科，在此架構下我們還發展次專科，每1科剛進來的中醫師，要選西醫不同科別，與西醫師一起開晨會、透過不斷的溝通及實證醫學，讓西醫師了解中醫的療效。

四、東區醫院風險款計畫成果：

(一)委員關心與建議事項

- 1.建議聯結志工推動全人照護：國外的長照服務有一個叫做

health coach(健康教練)的系統，相當於志工，可分享一些本身的經驗。剛剛報告提到東區風險款運用很多社區資源，從全人照護的角度來看，慈濟的志工很多，是非常好的人力資源。在全人照顧上，提供一些非醫療的諮詢很重要，像慢性病人就很需要協助，如果能跟慢性病照顧結合，成效應該會更好。請問慈濟醫院在這個部分是否有相關應用。

2.科技弱勢問題：執行遠距醫療時，最擔心科技弱勢的問題，有些民眾沒有這樣的資源，導致無法得到所需的照護，請問慈濟醫院於推動東區營造時，對這群科技弱勢民眾是否有特別的關注？

(二)中全會代表回應

1.委員關心科技弱勢的問題，我們運用 3 個解決方式：

(1)第 1 個是 information flow 資訊流，民眾端資訊的使用，儘量朝簡單、容易操作的方式來設計。

(2)第 2 個是 service flow 服務流，分不同對象建置不同的服務形式，自我照顧健康意識高者，提供穿戴式裝置讓個案自己使用；亞健康的民眾，則在衛生所、日照中心、文健站布建固定式的量測設備供其使用；遵從性很差也不會使用高科技設備的民眾，就在偏鄉建置健康守門人，我們叫 health gatekeeper，或許就是委員提的 health coach，主動提著設備到民眾家幫他或教他量測。

(3)第 3 個是 finance flow 財務流，為了能夠永續經營，院長希望跟慈善結合，導入社會資源。此外，我們也很勇敢於 107 年向衛福部提出秀林鄉「健康福祉科技整合照護示範場域計畫」，就是希望有財務挹注，讓服務能永續。

2.有關慈濟運用志工部分，剛剛提到的「健康守門人」希望從社區找人，而不是找外來的人，我們在社區中找當地具高中學歷的居民，經過 2 天的訓練，他們會講族語，可以很快回應當地民眾需求，效果不錯，但也有成本的問題。目前在秀林鄉到吉安鄉的類都會區，都已改用社區志工，結合慈善進入社區服務。偏鄉面臨的不單是醫療問題，結合慈善後才有機會全面性解決偏鄉的問題，所以我們也不斷精進志工的召募及培訓，希

望符合當地民眾的需求。

附錄八

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111年5月13日
發文字號：衛部保字第1110118301C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111年5月13日以衛部保字第1110118301號令修正發布，並自本(111)年7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：本部於111年4月13日以衛部保字第1111260143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111年5月5日院臺衛字第1110012919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)

111.05.13



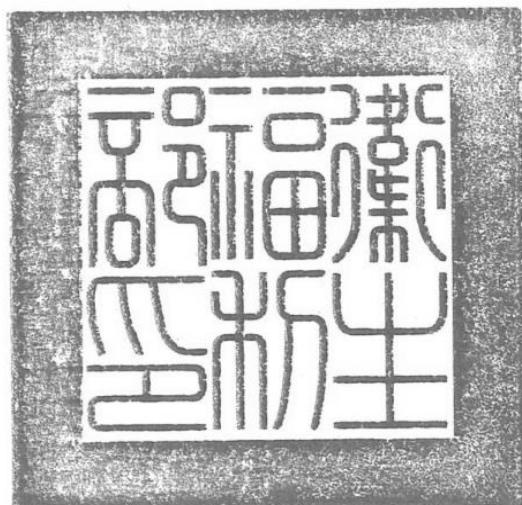
111CC00319

第1頁 共1頁

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 令

發文日期：中華民國111年5月13日
發文字號：衛部保字第1110118301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
七月一日生效。

附修正「全民健康保險投保金額分級表」

部長陳時中

裝

司

線

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	第七組 級距 4500 元	29	92,100	87,601-92,100
	2	26,400	25,251-26,400		30	96,600	92,101-96,600
	3	27,600	26,401-27,600		31	101,100	96,601-101,100
	4	28,800	27,601-28,800		32	105,600	101,101-105,600
第二組 級距 1500 元	5	30,300	28,801-30,300	第八組 級距 5400 元	33	110,100	105,601-110,100
	6	31,800	30,301-31,800		34	115,500	110,101-115,500
	7	33,300	31,801-33,300		35	120,900	115,501-120,900
	8	34,800	33,301-34,800		36	126,300	120,901-126,300
	9	36,300	34,801-36,300		37	131,700	126,301-131,700
第三組 級距 1900 元	10	38,200	36,301-38,200	第九組 級距 6400 元	38	137,100	131,701-137,100
	11	40,100	38,201-40,100		39	142,500	137,101-142,500
	12	42,000	40,101-42,000		40	147,900	142,501-147,900
	13	43,900	42,001-43,900		41	150,000	147,901-150,000
	14	45,800	43,901-45,800		42	156,400	150,001-156,400
第四組 級距 2400 元	15	48,200	45,801-48,200		43	162,800	156,401-162,800
	16	50,600	48,201-50,600		44	169,200	162,801-169,200
	17	53,000	50,601-53,000		45	175,600	169,201-175,600
	18	55,400	53,001-55,400		46	182,000	175,601-182,000
	19	57,800	55,401-57,800	第十組 級距 7500 元	47	189,500	182,001-189,500
第五組 級距 3000 元	20	60,800	57,801-60,800		48	197,000	189,501-197,000
	21	63,800	60,801-63,800		49	204,500	197,001-204,500
	22	66,800	63,801-66,800		50	212,000	204,501-212,000
	23	69,800	66,801-69,800		51	219,500	212,001 以上
	24	72,800	69,801-72,800				
第六組 級距 3700 元	25	76,500	72,801-76,500				
	26	80,200	76,501-80,200				
	27	83,900	80,201-83,900				
	28	87,600	83,901-87,600				

附錄九

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：陳品誼
聯絡電話：0285906666 分機：6748
傳真：0285906048
電子郵件：hgpychen@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年4月14日
發文字號：衛部保字第1111260103C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(含修正條文)1份

主旨：「全民健康保險保險人受託辦理職業災害保險醫療給付費用
償付辦法」，業經本部會銜勞動部於中華民國111年4月14日
以衛部保字第1111260103號、勞動保3字第1110150187號令
修正發布，茲檢送發布令影本（含修正條文）1份，請查照
轉知。

正本：勞動部、衛生福利部中央健康保險署、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會

副本：

111.04.14



111CC00241

第1頁 共1頁

檔 號：

保存年限：

衛生福利部、勞動部 令

發文日期：中華民國 111 年 4 月 14 日

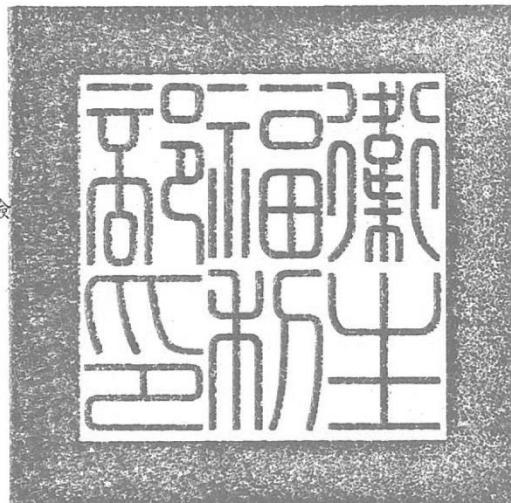
發文字號：衛部保字第 1111260103 號
勞動保 3 字第 1110150187 號

附件：「全民健康保險保險人受託辦理職業災害保險
醫療給付費用償付辦法」修正條文 1 份

裝

訂

線



修正「全民健康保險保險人受託辦理職業災害保險醫療給付費
用償付辦法」。

附修正「全民健康保險保險人受託辦理職業災害保險醫療給
付費用償付辦法」

部長陳時中

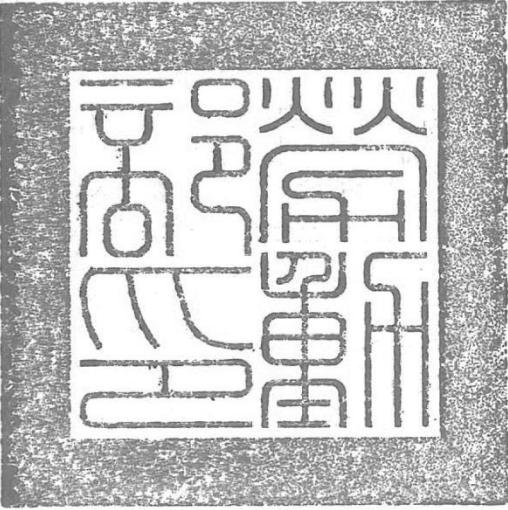
部長許銘春

會銜公文機關印信蓋用續頁表

發文日期：中華民國 111 年 4 月 14 日

發文字號：衛部保字第 1111260103 號、勞動保 3 字第 1110150187 號

主 旨：修正「全民健康保險保險人受託辦理職業災害保險醫療給付費用償付辦法」

說明：2 以上機關之會銜公文用印時，得依本表蓋用。

全民健康保險保險人受託辦理職業災害保險醫療給付費用償付辦法修正條文

第一條 本辦法依全民健康保險法第九十四條第三項規定訂定之。

第二條 勞工職業災害保險給付下列費用，由全民健康保險保險人（以下稱健保保險人）受託辦理，並由勞工職業災害保險保險人（以下稱勞保局）償付：

一、住院及門診醫療費用。

二、住院膳食費。

第三條 前條第一款由勞保局償付之住院醫療費用範圍，以該局所提供之勞工職業災害保險職業災害住院資格核定檔及職業災害傷病給付核定檔，與全民健康保險住院醫療費用檔比對成功案件之醫療費用計算。

前項經勞保局核定不給付案件，依據全民健康保險相關法令屬健保保險人負擔之醫療費用，不予列計。

第四條 第二條第一款由勞保局償付之門診醫療費用，其範圍如下：

一、全民健康保險醫事服務機構（以下稱保險醫事服務機構）依據職業傷病門診單，申報職業傷害或職業病之門診醫療費用案件，並依健保保險人核付之醫療費用計算。

二、勞工職業災害保險被保險人未持前款門診單就醫，而由主管機關審定合格具有診療職業病資格之醫師或地區教學醫院以上之醫院專科醫師開具職業病門診單，申報職業病之門診醫療費用案件，並依健保保險人核付之醫療費用計算。

三、保險醫事服務機構逕依就醫者主訴診斷，並申報職業傷害門診醫療費用之案件，經勞保局與其承保檔資料比對成功者，依健保保險人核付之醫療費用計算。

前項第一款及第二款經勞保局核定不給付之案件，依據全民健康保險相關法令屬健保保險人負擔之醫療費用，及保險醫事服務機構加報之診察費，已由健保保險人於保險醫事服務機構申報之費用內扣還者，不予列計。

- 第五條 第二條第二款由勞保局償付之住院膳食費範圍，以健保保險人依勞工職業災害保險相關法令核付保險醫事服務機構之膳食費用計算。
- 第六條 勞工職業災害保險被保險人向勞保局申請核退第二條第一款或第二款之自墊費用經勞保局核定給付者，依健保保險人核付之費用計算。
- 第七條 勞保局應於每年一月、四月、七月及十月之十五日前，預撥該季之醫療費用予健保保險人，預撥數依前一會計年度發生之醫療費用加計年成長率計算。
- 第八條 勞保局委託健保保險人辦理勞工職業災害保險醫療給付之作業細節，由雙方另訂契約書規範之。
- 第九條 本辦法自中華民國一百十一年五月一日施行。

全民健康保險保險人受託辦理職業災害保險醫療 給付費用償付辦法修正總說明

「中央健康保險局受託辦理職業災害保險醫療給付費用償付辦法」於九十一年四月二十九日訂定發布，嗣經二次修正，最近一次修正為一百零一年十二月十七日，並修正為現行名稱。鑑於勞工職業災害保險及保護法（以下稱職災保險法）於一百十年四月三十日經總統公布，並經行政院核定自一百十一年五月一日施行，將現行職業災害保險規定自勞工保險條例抽離，爰配合修正「全民健康保險保險人受託辦理職業災害保險醫療給付費用償付辦法」，其修正要點如下：

- 一、配合職災保險法制定公布，將「職業災害保險」及「勞工保險」修正為「勞工職業災害保險」；又，預防職業病健康檢查屬職業災害預防業務範疇，非屬醫療給付項目，現行條文第五條爰予刪除。（修正條文第二條至第六條、第八條）
- 二、本次修正配合職災保險法施行日期，明定為一百十一年五月一日施行。（修正條文第九條）

全民健康保險保險人受託辦理職業災害保險醫療給付費用償付辦法修正條文對照表

修正條文	現行條文	說明
<p>第一條 本辦法依全民健康保險法第九十四條第三項規定訂定之。</p>	<p>第一條 本辦法依全民健康保險法第九十四條第三項規定訂定之。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第二條 <u>勞工職業災害保險</u>給付下列費用，由全民健康保險保險人（以下稱健保保險人）受託辦理，並由<u>勞工職業災害保險</u>保險人（以下稱勞保局）償付：</p> <p>一、住院及門診醫療費用。</p> <p>二、住院膳食費。</p>	<p>第二條 職業災害保險給付下列費用，由全民健康保險保險人（以下稱健保保險人）受託辦理，並由勞工保險保險人（以下稱勞保局）償付：</p> <p>一、住院及門診醫療費用。</p> <p>二、<u>預防職業病健康檢查費用</u>。</p> <p>三、住院膳食費。</p>	<p>一、因應勞工職業災害保險及保護法（以下稱職災保險法）制定公布，並自一百十一年五月一日施行，將現行職業災害保險規定自勞工保險條例抽離，並配合職災保險法第三條規定，將本辦法之「職業災害保險」及「勞工保險」修正為「勞工職業災害保險」。</p> <p>二、依職災保險法第六十三條規定，預防職業病健康檢查屬職業災害預防業務範疇，非屬醫療給付項目，且授權勞動部就前開檢查之費用等相關事項訂定辦法，爰刪除現行條文第二款。</p>
<p>第三條 前條第一款由勞保局償付之住院醫療費用範圍，以該局提供之<u>勞工職業災害保險</u>職業災害住院資格核定檔及職業災害傷病給付核定檔，與全民健康保險住院醫療費用檔比對成功案件之醫療費用計算。</p> <p>前項經勞保局核定</p>	<p>第三條 前條第一款由勞保局償付之住院醫療費用範圍，以該局提供之勞工保險職業災害住院資格核定檔及職業災害傷病給付核定檔，與全民健康保險住院醫療費用檔比對成功案件之醫療費用計算。</p> <p>前項經勞保局核定</p>	<p>修正理由同前條說明第一點。</p>

<p>不給付案件，依據全民健康保險相關法令屬健保保險人負擔之醫療費用，不予列計。</p> <p>第四條 第二條第一款由勞保局償付之門診醫療費用，其範圍如下：</p> <p>一、全民健康保險醫事服務機構（以下稱保險醫事服務機構）依據職業傷病門診單，申報職業傷害或職業病之門診醫療費用案件，並依健保保險人核付之醫療費用計算。</p> <p>二、<u>勞工職業災害保險</u>被保險人未持前款門診單就醫，而由主管機關審定合格具有診療職業病資格之醫師或地區教學醫院以上之醫院專科醫師開具職業病門診單，申報職業病之門診醫療費用案件，並依健保保險人核付之醫療費用計算。</p> <p>三、保險醫事服務機構逕依就醫者主訴診斷，並申報職業傷害門診醫療費用之案件，經勞保局與其承保檔資料比對成功者，依健保保險人核付之醫療費用計算。</p>	<p>不給付案件，依據全民健康保險相關法令屬健保保險人負擔之醫療費用，不予列計。</p> <p>第四條 第二條第一款由勞保局償付之門診醫療費用，其範圍如下：</p> <p>一、全民健康保險醫事服務機構（以下稱保險醫事服務機構）依據<u>勞工保險</u>職業傷病門診就診單，申報職業傷害或職業病之門診醫療費用案件，並依健保保險人核付之醫療費用計算。</p> <p>二、勞工保險被保險人未持前款門診就診單就醫，而由主管機關審定合格具有診療職業病資格之醫師或地區教學醫院以上之醫院專科醫師開具<u>勞工保險</u>職業病門診單，申報職業病之門診醫療費用案件，並依健保保險人核付之醫療費用計算。</p> <p>三、保險醫事服務機構逕依就醫者主訴診斷，並申報職業傷害門診醫療費用之案件，經勞保局與其承保檔資料比對成功者，依健保保險人核付之醫療費用。</p>	<p>配合職災保險法制定公布及實務作業，修正第一項第一款及第二款文字。</p>
---	--	---

<p>前項第一款及第二款經勞保局核定不給付之案件，依據全民健康保險相關法令屬健保保險人負擔之醫療費用，及保險醫事服務機構加報之診察費，已由健保保險人於保險醫事服務機構申報之費用內扣還者，不予列計。</p>	<p>用計算。 前項第一款及第二款經勞保局核定不給付之案件，依據全民健康保險相關法令屬健保保險人負擔之醫療費用，及保險醫事服務機構加報之診察費，已由健保保險人於保險醫事服務機構申報之費用內扣還者，不予列計。</p>	
	<p>第五條 第二條第二款由勞保局償付之預防職業病健康檢查費用範圍，以健保保險人依勞保局審核應核付保險醫事服務機構之健康檢查費用計算。</p>	<p>一、<u>本條刪除</u>。 二、刪除理由同第二條說明第二點。</p>
<p><u>第五條</u> 第二條第二款由勞保局償付之住院膳食費範圍，以健保保險人依<u>勞工職業災害</u>保險相關法令核付保險醫事服務機構之膳食費用計算。</p>	<p>第六條 第二條第三款由勞保局償付之住院膳食費範圍，以健保保險人依<u>勞工</u>保險相關法令核付保險醫事服務機構之膳食費用計算。</p>	<p>一、條次變更。 二、修正理由同第二條說明第一點，並配合現行條文第二條第三款移列第二款，併同修正款次。</p>
<p><u>第六條</u> 勞工<u>職業災害</u>保險被保險人向勞保局申請核退第二條第一款或第二款之自墊費用經勞保局核定給付者，依健保保險人核付之費用計算。</p>	<p>第七條 勞工保險被保險人向勞保局申請核退第二條第一款或第三款之自墊費用經勞保局核定給付者，依健保保險人核付之費用計算。</p>	<p>一、條次變更。 二、修正理由同第二條說明第一點，並配合現行條文第二條第三款移列第二款，併同修正款次。</p>
<p><u>第七條</u> 勞保局應於每年一月、四月、七月及十月之十五日前，預撥該季之醫療費用予健保保險人，預撥數依前一會計年度發生之醫療費用</p>	<p>第八條 勞保局應於每年一月、四月、七月及十月之十五日前，預撥該季之醫療費用予健保保險人，預撥數依前一會計年度發生之醫療費用</p>	<p>條次變更。</p>

加計年成長率計算。	加計年成長率計算。	
<u>第八條</u> 勞保局委託健保 保險人辦理 <u>勞工</u> 職業災 害保險醫療給付之作業 細節，由雙方另訂契約 書規範之。	第九條 勞保局委託健保 保險人辦理職業災害保 險醫療給付之作業細節 ，由雙方另訂契約書規 範之。	一、條次變更。 二、修正理由同第二條說 明第一點。
<u>第九條</u> 本辦法自中華民 國一百 <u>十一年五月</u> 一日 施行。	第十條 本辦法自中華民 國一百零二年一月一日 施行。	一、條次變更。 二、配合職災保險法自一 百十一年五月一日施 行，爰明定施行日期 。

附錄十

檔 號：
保存年限：

副本

衛生福利部中央健康保險署 書函

115204



8

臺北市南港區忠孝東路6段488號

地址：10634 臺北市大安區信義路三段140號

聯絡人：葉祝政

聯絡電話：02-27065866 分機：3021

傳真：02-27027723

電子郵件：A110514@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111年5月2日

發文字號：健保審字第1110670081A號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：發布令pdf檔、發布令稿文字檔、「(全民健康保險醫療費用審查注意事項)」部分規定文字檔、提要表文字檔

主旨：「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分規定，業經本署於中華民國111年5月2日以健保審字第1110670081號令修正發布，茲檢送發布令、令稿及行政規則規定1份，請查照。

說明：併附法規及行政規則刊登行政院公報資料提要表1份。

正本：行政院公報編印中心

副本：衛生福利部醫事司、衛生福利部心理及口腔健康司、衛生福利部中醫藥司、行政院法規會、衛生福利部法規會、衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組、本署企劃組、本署資訊組（請刊登全球資訊網）、本署各分區業務組（請轉知轄區特約醫事機構）（均含附件）

衛生福利部中央健康保險署

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300111

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

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111年4月11日

發文字號：健保醫字第1110102634號

附件：請至本署全球資訊網自行擷取

卷



主旨：公告修訂「全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」（附件），並溯自111年1月1日起生效。

司

依據：衛生福利部111年4月1日衛部保字第1111260123號函。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會、台灣社區醫院協會、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會、社團法人台灣醫務管理學會、臺灣醫療品質協會、台灣醫療繼續教育推廣學會、中華民國醫師公會全國聯合會、本署各分區業務組、本署財務組、本署醫審及藥材組、本署資訊組

署長李伯璋

統

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300092

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



13

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111年4月15日

發文字號：健保醫字第1110660628號

附件：如主旨(請自本署全球資訊網即時公告擷取)

卷



主旨：公告修訂「全民健康保險遠距醫療給付計畫」，如附件，自公告日起實施。

依據：全民健康保險遠距醫療給付計畫。

公告事項：

一、有意願參與本計畫者，請於本公告公布次日起2個月內提出申請，受理申請截止日 111 年 6 月 13 日。

二、旨揭計畫置於本署全球資訊網\公告，請自行擷取。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國公立醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國基層醫療協會、衛生福利部醫事司、衛生福利部護理及健康照護司、衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會、衛生福利部全民健康保險會、臺北市政府衛生局、新北市政府衛生局、桃園市政府衛生局、臺中市政府衛生局、臺南市政府衛生局、高雄市政府衛生局、基隆市衛生局、新竹市衛生局、嘉義市政府衛生局、新竹縣政府衛生局、苗栗縣政府衛生局、彰化縣衛生局、南投縣政府衛生局、雲林縣衛生局、嘉義縣衛生局、屏東縣政府衛生局、宜蘭縣政府衛生局、花蓮縣衛生局、臺東縣衛生局、澎湖縣

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300100

政府衛生局、金門縣衛生局、連江縣衛生福利局、本署臺北業務組、本署北區業務組、本署中區業務組、本署南區業務組、本署高屏業務組、本署東區業務組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組、本署資訊組、本署企劃組

署長李伯璋



副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

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111年4月18日

發文字號：健保醫字第1110102731號

附件：請自行至本署全球資訊網站擷取

表



主旨：公告修訂「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」，並自中華民國一百十一年四月一日起生效。

依據：衛生福利部111年4月7日衛部保字第1111260130號函。

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

司

線

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300102

第1頁 共1頁

111.4.19

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

臺北市南港區忠孝東路6段488號

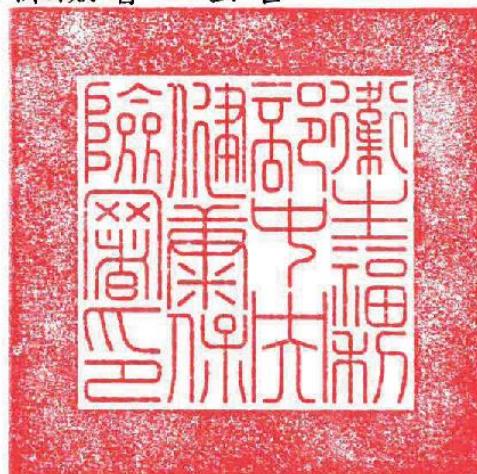
受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年4月19日

發文字號：健保醫字第1110103225號

附件：請自行至本署全球資訊網站擷取

卷



主旨：公告修訂「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性
支付方式」計畫，自一百一十一年四月一日起生效。

依據：衛生福利部111年4月14日衛部保字第1111260138號函。

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

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300104

第1頁 共1頁

111.4.20

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



36

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111年4月19日

發文字號：健保醫字第1110102996號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網站公告欄擷取)

裝



主旨：公告修訂「全民健康保險居家醫療照護整合計畫(附件)」，其中「附件1所列給付項目及支付標準」、「附表1. 居家護理特殊照護項目表」及「附錄2、末期病患主要症狀表(符合安寧療護收案條件時填寫)」之修訂，併同「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)」公告實施日期同步施行，餘項目自公告日起施行。

依據：衛生福利部111年4月12日衛部保字第1111260136號函。

公告事項：

一、配合支付標準增修訂程序及時程「附件1所列給付項目及支付標準」、「附表1. 居家護理特殊照護項目表」及「附錄2、末期病患主要症狀表(符合安寧療護收案條件時填寫)」之修訂，併支付標準公告實施日期同步施行。

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300103

二、自公告日起施行：新增虛擬(行動)健保卡綁定規範及獎勵金、刪除「未完成用藥整合需結案措施」、照護團隊得協助符合長照司「居家失能個案家庭醫師照護方案」之收案個案開立「長期照護醫師意見書」、增訂違規處分「醫事人員」2年內不得參與計畫、明訂「照護團隊逾6個月未提供居家醫療照護之病人，應予結案」規範。

副本：台灣護理學會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、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、中華民國藥師公會全國聯合會、台灣安寧緩和醫學學會、台灣安寧緩和護理學會、台灣醫院協會、台灣家庭醫學醫學會、台灣在宅醫療學會、臺北市政府衛生局、新北市政府衛生局、桃園市政府衛生局、臺中市政府衛生局、臺南市政府衛生局、高雄市政府衛生局、基隆市衛生局、新竹市衛生局、嘉義市政府衛生局、新竹縣政府衛生局、苗栗縣政府衛生局、彰化縣衛生局、南投縣政府衛生局、雲林縣衛生局、嘉義縣衛生局、屏東縣政府衛生局、宜蘭縣政府衛生局、花蓮縣衛生局、臺東縣衛生局、澎湖縣政府衛生局、金門縣衛生局、連江縣衛生福利局、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部全民健康保險會、中華民國呼吸治療師公會全國聯合會

署長李伯璋

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

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111年4月28日

發文字號：健保醫字第1110103589號

附件：請自行至本署全球資訊網站擷取



主旨：公告修訂「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」，
自一百一十一年五月一日起生效。

依據：衛生福利部111年4月18日衛部保字第1111260145號函。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部心理及口腔健康司、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、台灣精神醫學會、台灣兒童青少年精神醫學會、本署醫務管理組、本署各分區業務組、本署企劃組、本署醫審及藥材組

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300109

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



14

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111年5月2日

發文字號：健保醫字第1110660818號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網公告區擷取)

卷



主旨：公告修正「因應COVID-19疫情全民健康保險特約醫事服務
機構提供保險對象視訊診療作業須知」，如附件。

依據：嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心醫療應變組第88
次會議決定。

副本：台灣醫院協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會
會、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國基層醫療協會、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、衛
生福利部醫事司、衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、衛生福
利部疾病管制署、地方政府衛生局、本署各分區業務組、本署醫審及藥材組、本
署資訊組、本署企劃組、本署主計室、本署醫務管理組

線

署長李伯璋



副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



14

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111年5月13日

發文字號：健保醫字第1110661019號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網公告區擷取)

裝



主旨：公告修正「因應COVID-19疫情全民健康保險特約醫事服務

機構提供保險對象視訊診療作業須知」及問答集，如附件。

依據：嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心111年4月29日肺

中指字第1113800123號函。

副本：台灣醫院協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國基層醫療協會、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、衛生福利部醫事司、衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部疾病管制署、地方政府衛生局、本署各分區業務組、本署醫審及藥材組、本署資訊組、本署企劃組、本署主計室、本署醫務管理組

線

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300119

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

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111年5月5日

發文字號：健保醫字第1110104356號

附件：請自行至本署全球資訊網站擷取

裝



主旨：公告修訂「全民健康保險急診品質提升方案」，並自中華民國一百十一年四月一日起生效。

依據：衛生福利部111年4月26日衛部保字第1111260155號函。

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

署長李伯璋

線

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300114

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



3

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111年4月15日

發文字號：健保醫字第1110660493號

附件：請自行至本署全球資訊網下載

裝

訂

主旨：公告111年4月起新增「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等6項中醫門診總額照護計畫承作院所及醫師名單（附件），執行日自111年4月1日起。

副本：中華民國中醫師公會全國聯合會、衛生福利部中醫藥司、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組

署長李伯璋

線

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300101

附錄十三

6項中醫醫療照護計畫自111年4月1日起新增之承作院所及醫師名單

分區別 計畫名稱		項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
西醫住院病患中 醫特定疾病輔助 醫療計畫(腦血 管疾病、顱腦損 傷及脊髓損傷)	院所數	2	3	5	1	0	0	11	
	醫師數	2	3	13	1	0	0	19	
中醫提升孕產照 護品質計畫	院所數	8	5	9	7	1	0	30	
	醫師數	10	8	16	11	4	0	49	
中醫門診總額兒 童過敏性鼻炎照 護試辦計畫	院所數	8	5	7	9	4	0	33	
	醫師數	15	8	15	25	7	0	70	
全民健康保險中 醫急症處置計畫	院所數	1	1	0	0	0	0	2	
	醫師數	1	1	0	0	0	0	2	
中 醫 癌 症 患 者 西 醫 住 院 中 醫 輔 助 醫 療 計 畫	院所數	1	3	3	1	0	0	8	
	醫師數	3	3	10	1	0	0	17	
癌 症 患 者 加 強 照 護 計 畫	院所數	1	3	0	1	0	0	5	
	醫師數	3	3	0	1	0	0	7	
特 定 癌 症 患 者 中 醫 門 診 加 強 照 護 計 畫	院所數	6	5	3	7	0	0	21	
	醫師數	10	8	6	15	0	0	39	
全 民 健 康 保 險 中 醫 慢 性 腎 臟 病 門 診 加 強 照 護 計 畫	院所數	9	6	4	10	1	1	31	
	醫師數	12	10	10	15	3	2	52	

(會議資料第95頁)

報告事項第一案「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)」案，本會請健保署補充之資料

.....

本會補充說明三(一)有關計畫執行及成效 2.評核指標執行結果：

本會已於 111 年 5 月 16 日函請健保署補充委員過去關心之各項評核指標執行結果、管理成效，以及會員、相同條件非會員之效益比較資料等，健保署回復內容如附件(第 2~5 頁)，摘要如下：

一、110 年計畫評核指標之目標值及執行結果詳第 3~5 頁。

二、110 年健康管理成效(平均每人 VC-AE 結餘數)(註)：刻正辦理結算作業，暫無資料提供，將於評核會提供資料。

註：VC：收案會員風險校正模式預估之西醫門診醫療費用。

AE：收案會員實際申報西醫門診醫療費用。

三、有關會員與相同條件非會員之效益比較：因收案會員與非收案會員之組成及分布不同，其差異比較需針對個案年齡、性別、疾病類別等條件校正後進行比較，健保署並無辦理委託研究計畫進行研究統計探討，爰建議仍應與應照護族群之執行情形進行比較。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：10634 臺北市大安區信義路三段140
號
聯絡人：黃奕瑄
聯絡電話：02-27065866 分機：3609
傳真：02-27026324
電子郵件：A110904@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

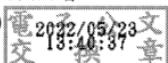
發文日期：中華民國111年5月23日
發文字號：健保醫字第1110056474號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨 (A21030001_1110056474_doc1_Attach1.ods)

主旨：檢送請本署補充「全民健康保險家庭醫師整合性照顧計畫
(家醫計畫)」110年執行成果(附件)，復請查照。

說明：

- 一、復貴會111年5月16日請辦事宜(表單單號：1110516811)。
- 二、旨揭資料說明如下：
 - (一)有關平均每人VC-AE結餘數因刻正辦理結算作業，暫無資料提供，待後續評核會補充。
 - (二)會員及相同條件之非會員(對照組比較資料)：家醫計畫收案會員係由本署擷取較需照護族群，交付該參與本計畫之社區醫療群提供健康管理，與一般保險對象之條件相異。其收案會員與非收案會員之組成及分布不同，其差異比較需針對個案年齡、性別、疾病類別等條件校正後進行比較，本署並無辦理委託研究計畫進行研究統計探討，爰建議仍應與應照護族群之執行情形進行比較。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：本署企劃組(含附件) 

111.05.23



1113340099

表1 西醫基層總額家庭醫師整合性照護計畫執行情形

自92年起實施

項目	年度	106	107	108	109	110
預算數(百萬元) ^{註1}		2,030.0	2,430.0	2,880.0	3,500.0	3,670.0
預算執行數(百萬元)		2,030.0	2,430.0	2,880.0	3,500.0	
預算執行率		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
執行社區醫療群數		526	567	605	622	623
退場群數		5	11	9	11	
新加入群數		136	46	49	26	12
合作醫院家數		184	202	235	258	296
參與診所數		4,063	4,558	5,052	5,407	5,587
參與診所占率		36.6%	43.6%	48.1%	51.3%	53.1%
參與醫師數		5,182	5,924	6,666	7,307	7,637
參與醫師占率		33.7%	37.8%	41.9%	44.9%	46.0%
收案人數(千人)		4,134	4,731	5,458	5,749	6008
收案人數占率 ^{註2}		17.6%	19.8%	22.9%	24.0%	24.8%
交付名單收案在較需照護群占率 ^{註3}		49.7%	55.0%	62.8%	66.2%	68.3%
會員電話諮詢數(通) ^{註4}		...	38,119	45,668	43,708	47,034
主動電訪會員數(千人)		705	1,141	1,152
獎勵多重慢性病人門診整合人數(千人) ^{註5}		358.7	339.3	
組織指標						
--電子轉診使用率		...	73.80%	56.43%
--電子轉診成功率		68.0%	67.4%
--門診雙向轉診率		...	85.2%	84.0%	83.2%	81.0%
品質指標						
--會員急診率(排除外傷)		...	33.2%	34.7%	28.7%	27.2%
--潛在可避免急診率 ^{註6}		2.2%	1.2%	1.2%	1.0%	1.1%
--可避免住院率 ^{註7}		1.4%	0.7%	0.7%	0.6%	0.6%
--初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢執行率		20.5%	22.2%
--會員固定就診率		47.2%	48.3%	48.0%	48.3%	49.4%
預防保健指標						
--成人預防保健檢查率		47.2%	45.9%	37.9%	38.4%	39.1%
--子宮頸抹片檢查率		29.7%	29.3%	17.4%	27.1%	23.9%
--65歲以上老人流感注射率		49.5%	45.6%	31.7%	49.4%	40.5%
--50~75歲糞便潛血檢查率		44.4%	44.8%	21.6%	20.5%	17.0%
自選指標						
--糖尿病病人眼底檢查執行率		41.6%	43.8%	45.6%	46.6%	44.7%
--糖尿病會員胰島素注射率		...	13.6%	6.2%	6.6%	6.9%

表1 西醫基層總額家庭醫師整合性照護計畫執行情形

自92年起實施

項目	年度	106	107	108	109	110
健康管理成效						
--有結餘(VC-AE>0)群數占比		67.1%	76.0%	66.6%	67.0%	67.6%
--平均每會員結餘數(VC-AE)(元)		472	1,041	404	534	585
關鍵績效指標(自選3項)						
1.增加會員人數(千人,當年度-前一年)		1,393	597	727	290	259
2.使用電子轉診平台之院所數		2,341	4,338	4,958	5,219	5,325
3.糖尿病病人眼底檢查執行率		41.6%	43.8%	45.6%	46.6%	44.7%

改善建議：

未來會員固定就診率應高於50%

註：1.107年度：編列2,880百萬元，其中450百萬元用於挹注106年度之不足款(106年執行預算由1,580百萬元增為2,030百萬元，107年執行預算為2,430百萬元)。

109年度：增編620百萬元，其中400百萬元用於提升照護品質及獎勵偏遠地區醫療群，惟須俟完成研修該計畫有關提升照護品質之相關指標及獎勵機制後，始得動支。

- 2.收案人數占率：分子為收案人數，分母為保險對象人數。
- 3.交付名單收案在較需照護族群占率：分子為交付名單收案人數，分母為較需照護族群人數。較需照護族群名單指慢性病、門診高利用、65歲以上多重慢性病、失智症病患及參與醫療給付改善方案個案。
- 4.111年起「24小時諮詢專線」改由醫全會抽測。
- 5.109年本項收案病患刪除失智症、甲狀腺機能障礙及攝護腺(前列腺)肥大等3類疾病。
- 6.潛在可避免急診率：分子為潛在可避免急診慢性類疾病之案件，分母為18歲以上家醫會員罹患慢性類疾病人數。
- 7.可避免住院率：分子為可避免住院慢性類疾病之案件，分母為18歲以上家醫會員因慢性類疾病就醫人數。
- 8.電子轉診使用率及雙向轉診率自107年新增、電子轉診使用率自109年調整為電子轉診成功率。

表2 西醫基層總額家庭醫師整合性照護計畫執行情形(續1)

--110年品質指標執行成果

自92年起實施

指標項目	110年 目標值	目標值定義	收案會員 平均值	達成 群數	達成群 數占率	達標 與否
組織指標						
電子轉診成功率	80.0%	電子轉診成功率≥80%	67.4%	98	15.7%	X
門診雙向轉診率	81.6%	≥社區醫療群50百分位	81.0%	314	50.4%	X
品質指標						
會員急診率(排除外傷)	21.7%	≤會員30百分位	27.2%	490	78.7%	X
潛在可避免急診率	0.4%	≤會員30百分位	1.1%	148	23.8%	X
可避免住院率	0.2%	≤會員30百分位	0.6%	204	32.7%	X
初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢率	4.8%	≥初期慢性腎臟病會員50百分位	22.2%	500	80.3%	V
會員固定就診率	49.1%	≥較需照護族群65百分位	49.4%	279	44.8%	V
預防保健指標						
成人預防保健檢查率	28.1%	≥較需照護族群65百分位	39.1%	485	77.8%	V
子宮頸抹片檢查率	22.4%	≥較需照護族群63百分位	23.9%	374	60.0%	V
65歲以上老人流感注射率	37.8%	≥較需照護族群65百分位	40.5%	373	59.9%	V
50~75歲糞便潛血檢查率	8.7%	≥較需照護族群80百分位	17.0%	534	85.7%	V
自選指標^{註1}						
糖尿病病人眼底檢查執行率	44.7%	≥全國平均值	44.7%	59	9.5%	V
糖尿病會員胰島素注射率	4.7%	≥糖尿病會員60百分位	6.9%	199	31.9%	V

註：1.自選指標之糖尿病病人眼底檢查執行率計有100群醫療群擇定，糖尿病會員胰島素注射率計有264群擇定。

2.計畫評核比較基準係與收案會員相較，不宜再提供同儕50百分位資料。