

衛生福利部全民健康保險會
第 6 屆 113 年第 1 次委員會會議資料

本資料未上網公開前

請勿對外提供

中華民國 113 年 1 月 24 日

衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 113 年第 1 次委員會議議程

一、主席致詞

二、議程確認

三、確認上次(112 年第 11 次)委員會議紀錄 ----- 1

四、本會重要業務報告 ----- 54

五、優先報告事項

本會 113 年度工作計畫(草案)----- 76

六、討論事項

(一)113 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)續
請討論案 ----- 99

(二)新增「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第 2 條第 1 項
第 3 款之附表二指標項目案 ----- 123

(三)113 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案 ----- 145

(四)有關增修訂「牙醫支付標準通則五」高齡根管治療難症處理』
加成由原先 70 歲放寬至 65 歲(含)以上」與 2 項牙醫專款計
畫「牙醫特殊醫療服務計畫」、「高風險疾病口腔照護計畫」
案 ----- 151

七、報告事項

(一)有關各總額部門 112 年第 1~2 季動支「調節非預期風險及
其他非預期政策改變所需經費」項目之結算執行結果如說
明 ----- 197

(二)111 年全民健康保險自付差額特殊材料執行概況 ----- 212

(三)112 年度牙醫門診總額依協定事項須提本會報告「預算扣減
及節流效益之規劃」之未完成項目 ----- 234

(四)113 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會報告之具體
實施計畫/規劃 ----- 246

(五)中央健康保險署「112 年 12 月份全民健康保險業務執行報
告」(書面報告)----- 265

八、臨時動議

三、確認上次(112 年第 11 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以 112 年 12 月 28 日衛部健字第 1123360193 號函送委員在案，並於 112 年 12 月 28 日併同會議資料上網公開。

決定：

衛生福利部全民健康保險會第6屆112年第11次委員會議紀錄
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國112年12月20日上午9時30分

地點：本部 301 會議室

主席：盧主任委員瑞芬

紀錄：盛培珠、林偉翔

出席委員：(依姓名筆劃排序)

王委員惠玄、田委員士金、朱委員益宏、江委員錫仁、吳委員榮達、
吳委員鏘亮、李委員永振、李委員飛鵬、周委員慶明、周委員麗芳、
林委員文德、林委員恩豪、林委員淑珍、林委員綉珠、花委員錦忠、
侯委員俊良(中華民國全國教師會社會發展部主任英倩代理)、張委員清田、陳委員
石池、陳委員杰、陳委員相國、陳委員節如、陳委員鴻文、游委員宏
生、黃委員小娟、黃委員金舜、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、詹委員永
兆、劉委員玉娟、劉委員守仁、劉委員淑瓊、滕委員西華、蔡委員麗
娟、鄭委員力嘉(全國產職業總工會林秘書兩樵代理)、謝委員佳宜、韓委員幸紋

請假委員：董委員正宗、鄭委員素華

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：石署長崇良、李副署長丞華、蔡副署長淑鈴

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

壹、主席致詞：略。(詳附錄第53頁)

貳、議程確認：(詳附錄第53~54頁)

決定：確認。

參、確認上次(第10次)委員會議紀錄：(詳附錄第54~58頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第59~73頁)

決定：

一、上次(第10次)及歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項辦

理情形：

(一)上次委員會議擬繼續追蹤共4項，同意繼續追蹤。

(二)歷次委員會議達解除追蹤條件，擬解除追蹤共5項，同意解除追蹤；其餘17項繼續追蹤。

二、本會113年度會議預定時間表如附件一，請委員預留時間與會。其中訂於3月28~29日辦理東區業務訪視活動，時間為2天1夜，請中央健康保險署提供相關行政協助。

三、依年度工作計畫原訂中央健康保險署提報之「新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告」，為利有效監測結果之研析，改於113年第2次委員會議(113.3.13)再進行報告。

四、有關「112年度各部門總額協定事項」4項尚未完成之工作項目，同意依處理建議(如附件二)辦理。

五、餘洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第74~111頁)

第一案

報告單位：本會第三組

案由：「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」核定結果及後續相關事項，提請鑒察。

決定：

一、請中央健康保險署會同各部門總額相關團體，確實依113年度總額核(決)定事項及時程(附件三)，完成法定程序及提報本會等事宜，並儘速辦理須提113年第1次委員會議(113.1.24)確認、同意或報告之事項(附件四)，以利年度總額順利推動。

二、委員所提意見，請中央健康保險署參考，餘洽悉。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：112年第3季全民健康保險業務執行季報告(併「112年11月份全民健康保險業務執行報告」)，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見(含書面意見)，請中央健康保險署回復說明。

陸、討論事項(詳附錄第112~120頁)

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：113年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)，提請討論。

決議：請中央健康保險署參考委員所提意見及本會研析說明，研修113年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)後，再提下次委員會議討論。

第二案

提案單位：中央健康保險署

案由：新增「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第2條第1項第3款之附表二指標項目案，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

柒、報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：111年全民健康保險自付差額特殊材料執行概況，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：112年度牙醫門診總額依協定事項須提本會報告「預算扣減及節流效益之規劃」之未完成項目，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：下午12時50分。

全民健康保險會 113 年度會議預定時間表

會議次別	會議時間	會議地點
第 1 次	1 月 24 日 (星期三上午 9 時 30 分)	衛生福利部 3 樓 301 會議室
第 2 次	3 月 13 日 (星期三上午 9 時 30 分)	
業務訪視活動	3 月 28、29 日 (星期四、五, 全天)	健保署東區業務組
第 3 次	4 月 24 日 (星期三上午 9 時 30 分)	衛生福利部 3 樓 301 會議室
第 4 次	5 月 22 日 (星期三上午 9 時 30 分)	
第 5 次	6 月 26 日 (星期三上午 9 時 30 分)	
各總額部門 112 年度執行成果發 表暨評核會議	7 月 15 日 (星期一上午 9 時) 全天 7 月 16 日 (星期二上午 9 時) 半天	衛生福利部 1 樓 大禮堂
第 6 次	7 月 24 日 (星期三上午 9 時 30 分)	衛生福利部 3 樓 301 會議室
第 7 次	(星期三上午 9 時 30 分)	
114 年度總額協 商草案會前會	8 月 21 日 (星期三下午 1 時)	
114 年度總額協 商之保險付費者 代表、專家學者 與公正人士及政 府機關代表委員 座談會	8 月 28 日 (星期三上午 9 時 30 分)	
114 年度總額協 商會議	9 月 25 日 (星期三上午 9 時) 全天 若有協商未盡事宜, 則於 9 月 26 日 (星 期四) 上午 9 時 30 分處理	
第 8 次(註 1)	9 月 27 日 (星期五上午 9 時 30 分)	

會議次別	會議時間		會議地點
第 9 次	10 月 23 日	(星期三上午 9 時 30 分)	衛生福利部 3 樓 301 會議室
費率審議前 專家諮詢會議		(星期三下午 1 時 30 分)	
第 10 次	11 月 20 日 (星期三上午 9 時 30 分)		
第 11 次	12 月 25 日 (星期三上午 9 時 30 分)		

備註：

1. 考量第 8 次委員會議與總額協商會議時間相近，且係為確認各部門總額及其他預算協商結論，為避免遠程委員旅途奔波，委員可視需要，選擇視訊方式參與。
2. 各次委員會議時間或地點如有更動，另行通知。
3. 如需召開臨時委員會議，其時間與地點另行通知。

112 年度總額協定事項未依時程完成之工作項目及處理建議

項次	部門	未完成項目	處理建議
1	牙醫門診	<p>「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項目(項次 1)</p> <p>※依 110 年協定事項暨 111 年第 12 次委員會議決定：提報「牙醫特定身心障礙者社區醫療網」之具體實施方案，並提報本會同意後執行</p>	<p>該專款項目始於 110 年度總額協定事項擬新增「社區醫療網」，惟至 112 年度均未執行，並於 113 年度總額協定刪除該執行內容，建議解除追蹤。</p>
2	醫院	<p>「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」專款項目(項次 10)</p> <p>※決定事項：積極推動 DRGs 雙軌制度，加速導入第 3 至 5 階段 DRGs 項目</p>	<p>1.因 112 年度即將結束，基金預算無法保留，建議解除追蹤。</p> <p>2.另本項已列入 113 年度總額專款項目持續辦理，請健保署積極推動 DRGs 雙軌方案，早日完成全面導入 DRGs 支付制度。</p>
3		<p>全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫(項次 11)</p> <p>※決定事項：檢討計畫之評估指標(含結果面指標)，呈現計畫之具體效益</p>	<p>本項為延續性計畫，113 年度總額決定事項已納入精進計畫內容檢討，請健保署將左列決定事項(檢討評估指標)，納入 113 年計畫內容，建議解除追蹤。</p>
4	其他預算	<p>推動促進醫療體系整合計畫(2)急性後期整合照護計畫(項次 18)</p> <p>※協定事項：「急性後期整合照護計畫」支付標準之調整，應考量各部門總額相關支付項目間之衡平性</p>	<p>本項為延續性計畫，113 年度總額決定事項已納入檢討計畫執行內容及於 113 年 7 月提出成效評估檢討報告(含支付標準調整)，請健保署儘速依決定事項辦理，建議解除追蹤。</p>

113 年度各部門總額協定事項及相關計畫追蹤時程表

一、牙醫門診總額

項次	類別	工作項目 及時程 協定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
1		醫療資源不足地區改善方案 請重新檢討執業計畫之執行目標，並研議更積極鼓勵牙醫師執業之策略	113 年 1 月前		113 年 7 月前
2	專款項目	牙醫特殊醫療服務計畫 (1)請妥為研訂 113 年度具體實施計畫(含醫療團服務對象、醫療費用加成方式)，於 112 年 12 月前提報本會同意後，依程序辦理	113 年 1 月前	113 年 1 月委員會議討論案	113 年 7 月前
		(2)持續監測本計畫醫療團適用對象(含不同障礙別、障礙等級)之醫療利用情形，以評估照護成效及資源分配公平性			113 年 7 月前
3		12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫 (1)加強計畫推動並持續監測執行結果(如：參加本計畫追	113 年 1 月前		113 年 7 月前

項次	類別	工作項目 及時程 協定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
3 續		<p>蹤1年後平均拔牙顆數、齲齒情形等結果面指標)，以評估照護成效</p> <p>(2)依113年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。其預算扣減方式規劃，請議定後，於113年7月提本會報告</p>			
4	專款項目	<p>超音波根管沖洗計畫</p> <p>(1)加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效</p> <p>(2)本計畫以3年為檢討期限(112~114年)，請滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第3年(114年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果</p> <p>(3)請於協商114年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源</p>	113年1月前	113年7月委員會議報告案	<p>114年3月委員會議提報執行結果</p> <p>113年7月前</p> <p>1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效</p> <p>2.其中3年期限檢討：於114年7月委員會議提報檢討結果</p> <p>檢討實施成效，提出節流效益：併113年7月追蹤提報</p>

項次	類別	工作項目 及時程 協定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
5	專款項目	<p>高風險疾病口腔照護計畫</p> <p>(1)請妥為研訂具體實施計畫(含醫療服務內容、各項服務適用對象、支付方式及成效監測)，於112年12月前提報本會同意後，依程序辦理</p> <p>(2)執行目標及預期效益之評估指標：涉及具體實施計畫之醫療服務內容，請併同上開報告提本會確認</p> <p>(3)本計畫以3年為檢討期限(112~114年)，請滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第3年(114年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果</p> <p>(4)於協商114年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源</p>	113年1月前	113年1月委員會議討論案	113年7月前
					<p>1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效</p> <p>2.其中3年期限檢討：於114年7月委員會議提報檢討結果</p>
					檢討實施成效並提出節流效益：併113年7月追蹤提報

項次	類別	<p style="text-align: center;">工作項目 及時程</p> <p>協定事項摘要^{註1}</p>	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
6	專款項目	<p>特定疾病病人牙科就醫安全計畫 (113年新增項目)</p> <p>(1)請妥為研訂完整之具體實施計畫(含適用對象之特定疾病病人定義、醫療服務內容、支付方式、稽核機制及成效監測)，於112年12月前提本會報告</p> <p>(2)另依112年10月委員會議決議事項，「預期效益之評估指標」之具體評估方式(含：指標定義、比較年度與基礎、計算方式等)，請妥為研訂，併具體實施計畫於112年12月前提報</p> <p>(3)本計畫以3年為檢討期限(113~115年)，請滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第3年(115年7月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算</p>	113年1月前	113年1月委員會議報告案	113年7月前
					<p>1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效</p> <p>2.其中3年期限檢討：於115年7月委員會議提報檢討結果</p>

項次	類別	工作項目 及時程 協定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
7	專款項目	癌症治療品質改善計畫 (113年新增項目) (1)精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質	113年1月前		113年7月前
(2)請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算				提出節流效益：併113年7月追蹤提報	
(3)本計畫以4年為檢討期限(112~115年)，請滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第4年(115年7月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果				1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中4年期限檢討：於115年7月委員會議提報檢討結果	
8		促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼) (113年新增項目) (1)於112年11月前將具體實施規劃		已於112年11月委員會議提報	113年7月前

項次	類別	工作項目 及時程 協定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
8 續	專款項目	(包含分年目標、執行方法及期程)及執行情形提報本會			
		(2)本項以3年為檢討期限(112~114年)，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年(114年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果			1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中3年期限檢討：於114年7月委員會議提報檢討結果
9		品質保證保留款實施方案	113年1月前		各部門總額112年度執行成果發表暨評核會議(113年7月)
10	其他	一般服務之點值保障項目 112年12月前提本會同意後執行		113年1月委員會議討論案	
11		特定用途移撥款執行方式	113年6月前送本會備查		

註：1.本表協定事項僅摘要重點呈現，完整內容詳公告。另專款項目「網路頻寬補助費用」之辦理情形，併入其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」提報。

2.113年執行情形於本會113年7月份委員會議提報，延續性項目於113年7月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含112年執行情形)。

二、中醫門診總額

項次	類別	工作項目 及時程 協定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
1	一般服務	中醫利用新增人口 (113年新增項目) (1)辦理本項目			113年7月前
		(2)依113年中醫實際就醫人數成長情形，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減，扣減方式如下： 以「113年實際就醫人數」扣除「112年實際就醫人數」，乘以「113年就醫者平均每人就醫費用」計算，若低於113年協定增加之預算588百萬元，則扣減未達之差額 (3)請依上開議定之預算扣減方式，提出其執行細節後，於113年7月提本會報告		113年7月委員會會議報告案	114年3月委員會會議提報執行結果
2		醫療資源不足地區改善方案	113年1月前		113年7月前
3	專款項目	西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 (1.腦血管疾病；2.顱腦損傷；3.脊髓損傷；4.呼吸困難相關疾病；5.術後疼痛)	113年1月前		113年7月前

項次	類別	工作項目 及時程 協定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
3 續		(1)辦理本計畫 ----- (2)針對執行 10 年以上之子計畫，請評估、規劃納入一般服務之期程 ----- (3)另依 112 年度協定事項「術後疼痛」項目，以 3 年為檢討期限，請滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果			113 年 7 月前 1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中 3 年期限檢討：於 114 年 7 月委員會議提報檢討結果
4	專款項目	中醫提升孕產照護品質計畫 (1)辦理本計畫 ----- (2)請持續評估計畫成效，若無法評估計畫效益，建議規劃退場機制	113 年 1 月前		113 年 7 月前 113 年 7 月前
5		兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 (1)持續檢討計畫執行情形(含完整療程照護人數及比率)及結果面之成效，於 113 年 7 月前提本會報告 (2)再試辦 1 年，若未呈現具體成效則應退場	113 年 1 月前	113 年 7 月委員會議報告案	113 年 7 月前

項次	類別	工作項目 及時程 協定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
6	專款 項目	中醫癌症患者加強照護整合方案	113年1月前		113年7月前
7		中醫急症處置 (1)辦理本計畫	113年1月前		113年7月前
		(2)請訂定結果面成效指標，檢討執行成效及計畫執行情形，若未有明顯成效或執行率偏低，則請考量是否持續辦理			113年7月前
8		中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 請持續評估計畫成效，並檢討及監測服務利用之合理性	113年1月前		113年7月前
9		照護機構中醫醫療照護方案 (1)辦理本方案	113年1月前		113年7月前
		(2)請監測參與本計畫照護機構之中醫利用情形(照護機構住民人數、就醫人數與占率及機構外就醫等)，並檢討醫療利用之合理性及評估計畫成效			113年7月前
		(3)依113年度預算執行結果，於一般服務扣除與本項重複部分之費用，其預算扣減方式規		113年7月委員會會議報告案	114年3月委員會會議提報執行結果

項次	類別	工作項目 及時程 協定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
9	專款項目	劃，請議定後，於 113 年 7 月提本會報告			
10		品質保證保留款實施方案	113 年 1 月前		各部門總額 112 年度執行成果發表暨評核會議(113 年 7 月)
11	其他	一般服務之點值保障項目 112 年 12 月前提本會同意後執行		113 年 1 月委員會議討論案	
12		風險調整移撥款執行方式	113 年 6 月前送本會備查		

註：1.本表協定事項僅摘要重點呈現，完整內容詳公告。另專款項目「網路頻寬補助費用」之辦理情形，併入其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」提報。

2.113 年執行情形於本會 113 年 7 月份委員會議提報，延續性項目於 113 年 7 月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含 112 年執行情形)。

三、醫院總額

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
1	一般服務	<p>新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)</p> <p>(1)於 113 年度總額公告後，至本會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控</p>		提出規劃之新增項目與作業時程：併 113 年 1 月追蹤提報	提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容：併 113 年 7 月追蹤提報
		<p>(2)對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估</p>			113 年 7 月前
2		<p>藥品及特材給付規定改變</p> <p>(1)於 113 年度總額公告後，至本會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃</p>		提出規劃之調整項目與作業時程：併 113 年 1 月追蹤提報	提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容：併 113 年 7 月追蹤提報

項次	類別	<p style="text-align: center;">工作項目 及時程</p> <p>決定事項摘要^{註1}</p>	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
2 續	一般服務	與預估內容，俾落實管控			
		(2)於 113 年 7 月前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)			113 年 7 月前
		(3)若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度		113 年 7 月委員會議提報規劃(併入報告案)	114 年 3 月委員會議提報執行結果
3	一般服務	<p>提升醫院兒童急重症照護量能 (113 年新增項目)</p> <p>於 113 年總額公告後，提出相關計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃)，提報至本會最近 1 次委員會議確認</p>		113 年 1 月委員會議討論案	113 年 7 月前
4	專款項目	<p>暫時性支付(新藥、新特材)</p> <p>於 113 年度總額公告後，至本會最近 1 次委員會議提出具體實施規劃(包含執行及費用支付方式、預算估算、擬暫時收載年限、療效評估與退場機制等)及作業時程，俾落實管控</p>		113 年 1 月委員會議報告案	113 年 7 月前

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
5	專款項目	C型肝炎藥費 (1)辦理本項目			113年7月前
		(2)於協商114年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一			檢討實施成效，提出節流效益：併113年7月追蹤提報
6		罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 請檢視本項費用成長之合理性及加強管控，於額度內妥為管理運用。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析			113年7月前
7		後天免疫缺乏症候群 抗病毒治療藥費 請檢視本項費用成長之合理性及加強管控，於額度內妥為管理運用。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析			113年7月前
8	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質 (1)本項專款項目已穩定執行多年，請規劃回歸一般服務，			113年7月前	

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
8 續		<p>並持續監測服務量變化情形</p> <p>(2)提報之執行情形，應含醫療利用、成長原因分析、等待時間及不同器官移植之存活率等</p>			113年7月前
9	專款項目	<p>醫療給付改善方案</p> <p>(1)持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、提升醫院用藥安全與品質(含抗凝血藥品藥師門診方案)、生物相似性藥品等 10 方案</p> <p>(2)請通盤檢討各項方案照護成效不佳之原因，研議具體改善策略，朝向「以人為中心」提供整合式服務，並檢討品質指標之獎勵效果，以提升執行成效</p> <p>(3)對於執行穩定且具成效的項目，宜回歸一般服務費用與相關醫療處置銜接</p>	113年1月前		113年7月前

項次	類別	<div style="text-align: right;">工作項目 及時程</div> <div style="text-align: left;">決定事項摘要^{註1}</div>	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
10		急診品質提升方案 (1)精進方案執行內容，檢討獎勵方式，對實質提升急診處置效率及急診重大疾病照護品質者予以獎勵，並於額度內妥為管理運用，以提升執行成效 (2)提報之成效評估檢討報告，應含急診處置效率及急診重大疾病照護品質相關監測指標	113年1月前		113年7月前
					113年7月前
11	專款項目	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs) 請積極推動 DRGs 雙軌方案，以醫院為單位進行試辦，早日完成全面導入 DRGs 支付制度			113年7月前
12		醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案 請持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與	113年1月前		113年7月前
13		全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫 (1)請確實檢討當地民眾之醫療需求與特	113年1月前		113年7月前

項次	類別	<div style="text-align: right;">工作項目 及時程</div> <div style="text-align: left;">決定事項摘要^{註1}</div>	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
13 續		<p>性，及其醫療利用情形，並精進計畫內容及提升醫療服務可近性</p> <p>(2)另依本會 112 年第 11 次委員會議決定事項，請將 112 年度總額決定事項「檢討計畫之評估指標(含結果面指標)，呈現計畫之具體效益」納入 113 年度精進計畫內容辦理</p>			
14	專款項目	<p>鼓勵院所建立轉診合作機制</p> <p>(1)請檢討獎勵方式及支付誘因，納入醫病共享決策之精神，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效</p> <p>(2)本項併同其他預算「基層總額轉診型態調整費用」提出前 1 年成效評估檢討報告</p>			113 年 7 月前
15		腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金			113 年 7 月前

項次	類別	<div style="text-align: right;">工作項目 及時程</div> <div style="text-align: left;">決定事項摘要^{註1}</div>	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
16	專款項目	住院整合照護服務試辦計畫 (1)加強計畫之推動，發展提升整體照護成效之整合照護服務模式及評估整合服務成效，並持續建立多元品質監測指標，包括病人安全(如：院內感染、跌倒發生率)、照護聘任模式、照護人力狀況、民眾使用意向及實際收費情形等結果面指標 (2)提報之成效評估檢討報告，應含多元品質監測指標監測結果	113年1月前		113年7月前
17		精神科長效針劑藥費請積極推動，提升執行成效，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用			113年7月前
18		鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫請精進計畫內容，檢討醫院評比獎勵方式及獎勵標準設定之合理性，以利檢討改善	113年1月前		113年7月前

項次	類別	<div style="text-align: right;">工作項目 及時程</div> <div style="text-align: left;">決定事項摘要^{註1}</div>	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
19		因應長新冠照護衍生費用 請持續監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用	113年1月前		113年7月前
20	專款項目	因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增 (1)辦理本項目			113年7月前
		(2)本項以3~5年為檢討期限，請滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請最遲於116年7月前提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果			1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中3年期限檢討：於114年7月委員會議提報檢討結果
21		促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼) (1)於112年11月前將具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)及執行情形提報本會		已於112年11月委員會議提報	113年7月前

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
21 續		(2)本項以3年為檢討期限(112~114年)，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年(114年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果			1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中3年期限檢討：於114年7月委員會議提報檢討結果
22	專款項目	<p>癌症治療品質改善計畫</p> <p>(1)精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質</p> <p>(2)請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算</p> <p>(3)本計畫以4年為檢討期限(112~115年)，請滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第4年(115年7月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果</p>	113年1月前		113年7月前 提出節流效益：併113年7月追蹤提報 1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中4年期限檢討：於115年7月委員會議提報檢討結果

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
23	專款項目	慢性傳染病照護品質計畫 (1)精進計畫內容，建立完整之個案照護銜接及追蹤機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，提升照護品質	113年1月前		113年7月前
(2)執行成效之節流效益應適度回饋總額預算				提出節流效益：併113年7月追蹤提報	
(3)本計畫以4年為檢討期限(112~115年)，請滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第4年(115年7月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果				1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中4年期限檢討：於115年7月委員會議提報檢討結果	
24		持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能 (1)本項預算用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值	113年1月前		113年7月前

項次	類別	<div style="text-align: center;">工作項目 及時程</div> 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
24 續		(2)請持續滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效，並定期提報執行情形			定期提報執行情形：併健保署業務執行季報告提報執行情形
25	專款項目	健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能 (1)本項預算用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值	113年1月前		113年7月前
		(2)請持續滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效，並定期提報執行情形			定期提報執行情形：併健保署業務執行季報告提報執行情形
26		地區醫院全人全社區照護計畫 (113年新增項目) (1)於113年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至本會最近1次委員會議確認	113年1月前	113年1月委員會議討論案	113年7月前

項次	類別	<div style="text-align: center;">工作項目 及時程</div> 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
26 續		(2)以 5 年為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 5 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果			1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中 5 年期限檢討：於 117 年 7 月委員會議提報檢討結果
27	專款項目	區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作(113 年新增項目) (1)於 113 年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至本會最近 1 次委員會議確認	113 年 1 月前	113 年 1 月委員會議討論案	113 年 7 月前
		(2)以 5 年為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 5 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果			1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中 5 年期限檢討：於 117 年 7 月委員會議提報檢討結果

項次	類別	<div style="text-align: right;">工作項目 及時程</div> <div style="text-align: left;">決定事項摘要^{註1}</div>	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
28	專款項目	區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作 (113年新增項目) (1)於113年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至本會最近1次委員會議確認	113年1月前	113年1月委員會議討論案	113年7月前
(2)以5年為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第5年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果				1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中5年期限檢討：於117年7月委員會議提報檢討結果	
29		抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫 (113年新增項目) 請於113年總額公告後，提出相關計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規	113年1月前	113年1月委員會議討論案	113年7月前

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
29	專款項目	劃)，提報至本會最近1次委員會議確認			
30		品質保證保留款實施方案	113年1月前		各部門總額112年度執行成果發表暨評核會議(113年7月)
31	其他	一般服務之點值保障項目 112年12月前提本會同意後執行		113年1月委員會議討論案	
32		風險調整移撥款執行方式	113年6月前送本會備查		

註：1.本表決定事項僅摘要重點呈現，完整內容詳公告。另專款項目「網路頻寬補助費用」之辦理情形，併入其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」提報。

2.113年執行情形於本會113年7月份委員會議提報，延續性項目於113年7月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含112年執行情形)。

四、西醫基層總額

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
1	一般服務	<p>新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)</p> <p>(1)於 113 年度總額公告後，至本會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控</p>		提出規劃之新增項目與作業時程：併 113 年 1 月追蹤提報	提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容：併 113 年 7 月追蹤提報
		<p>(2)對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估</p>			113 年 7 月前
2		<p>藥品及特材給付規定改變</p> <p>(1)於 113 年度總額公告後，至本會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於 114 年度總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之</p>		提出規劃之調整項目與作業時程：併 113 年 1 月追蹤提報	提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容：併 113 年 7 月追蹤提報

項次	類別	<div style="text-align: center;">工作項目 及時程</div> 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
2 續		預算規劃與預估內容，俾落實管控			
		(2)於 113 年 7 月前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)			113 年 7 月前
		(3)若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度		113 年 7 月委員會會議提報規劃(併入報告案)	114 年 3 月委員會會議提報執行結果
3	一般服務	因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費 (1)本項預算用於反映護理人員薪資，提升護理照護品質			113 年 7 月前
		(2)於 113 年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至本會最近 1 次委員會會議確認		113 年 1 月委員會會議討論案	113 年 7 月前
		(3)建立稽核機制，以確實提升護理照護品質			113 年 7 月前
4		強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護(113 年新增項目) 請於 113 年總額公告		113 年 1 月委員會會議討論案	113 年 7 月前

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
4 續		後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至本會最近 1 次委員會議確認			
5	一般	因醫療品質提升，增加之醫療費用 (113 年新增項目) 請於 113 年總額公告後，完成擬訂新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提報至本會最近 1 次委員會議確認		113 年 1 月委員會議討論案	113 年 7 月前
6	服務	提升國人視力照護品質 (1)於 113 年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至本會最近 1 次委員會議確認		113 年 1 月委員會議討論案	113 年 7 月前
		(2)請檢討放寬白內障手術規範後，案件成長之合理性，及監測照護成效與民眾自費情形，並加強執行面管理與監督			113 年 7 月前

項次	類別	<div style="text-align: right;">工作項目 及時程</div> <div style="text-align: left;">決定事項摘要^{註1}</div>	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
7		西醫醫療資源不足地區改善方案 (1)本項維持原支付方式 (2)請持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與	113年1月前		113年7月前
8	專款項目	家庭醫師整合性照護計畫 (1)建議依論質計酬模式，建立照護指引及訂定相應之品質指標，以提升照護成效	113年1月前		113年7月前
(2)持續檢討計畫成效，提出朝全人照護方向整合之具體規劃、實施方案(含實施期程、目標、與相關計畫整合方式，以及導入一般服務之評估規劃)，並於113年7月前提報專案報告			113年5月委員會會議專案報告		
9		代謝症候群防治計畫 (1)積極建立成人健檢個案轉介及資源共享之派案機制，鼓勵醫師參與，加強計畫推動	113年1月前		113年7月前

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
9 續	專款項目	(2)滾動式檢討計畫內容，以改變民眾生活習慣為推動方向，檢討擴增收案人數上限合理性，以及現行檢驗(查)使用情形及必要性，監測計畫成效，並與家庭醫師整合性照護計畫及糖尿病醫療給付改善方案之相關指標、費用及效益進行分析比較	113年1月前		113年7月前
		(3)於113年12月前提報執行情形及成效評估檢討之專案報告		113年6月委員會議專案報告	
10		C型肝炎藥費 (1)辦理本項目			113年7月前
	(2)於協商114年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一			檢討實施成效，提出節流效益：併113年7月追蹤提報	

項次	類別	<div style="text-align: right;">工作項目 及時程</div> <div style="text-align: left;">決定事項摘要^{註1}</div>	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
11	專款項目	醫療給付改善方案 (1)持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、生物相似性藥品等8項方案	113年1月前		113年7月前
(2)請通盤檢討各項方案照護成效不佳之原因，研議具體改善策略，朝向「以人為中心」提供整合式服務，並檢討品質指標之獎勵效果，以提升執行成效				113年7月前	
(3)對於執行穩定且具成效的項目，宜回歸一般服務費用與相關醫療處置銜接				113年7月前	
12		強化基層照護能力及「開放表別」項目 (1)提出規劃調整開放之項目與作業時程		提出規劃調整開放之項目與作業時程：併113年1月追蹤提報	
(2)建立評估機制，檢討各開放項目執行差異因素及其適當性，對於執行占率較高、有助病人留在基層就醫之開放品項，應規劃導入一般服務之時程			113年7月前		

項次	類別	<div style="text-align: center;">工作項目 及時程</div> 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
13		鼓勵院所建立轉診合作機制 (1)請檢討獎勵方式及支付誘因，納入醫病共享決策之精神，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效 (2)本項併同其他預算「基層總額轉診型態調整費用」提出前1年成效評估檢討報告			113年7月前
14	專款項目	偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫 請精進計畫內容，研訂以服務成效為支付及獎勵指標，並鼓勵醫師積極參與及投入外部醫療資源	113年1月前		113年7月前
15		罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 請檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用			113年7月前
16		後天免疫缺乏症候群 抗病毒治療藥費 請檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用			113年7月前

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
17	專款項目	因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用 請檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用			113年7月前
18		新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用			113年7月前
19		提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫 請加強計畫推動，並持續監測醫療利用情形與照護成效	113年1月前		113年7月前
20		精神科長效針劑藥費 請積極推動，提升執行成效，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用			113年7月前
21		因應長新冠照護衍生費用 請持續監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用			113年7月前
22		促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼) (1)於112年11月前將具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)及執行情形提報本會			已於112年11月委員會議提報	113年7月前

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
22 續		(2)本項以3年為檢討期限(112~114年)，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年(114年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果			1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中3年期限檢討：於114年7月委員會議提報檢討結果
23	專款項目	<p>癌症治療品質改善計畫</p> <p>(1)精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質</p> <p>(2)請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算</p> <p>(3)本計畫以4年為檢討期限(112~115年)，請滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第4年(115年7月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果</p>	113年1月前		113年7月前
					提出節流效益：併113年7月追蹤提報
					1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中4年期限檢討：於115年7月委員會議提報檢討結果

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
24	專款項目	慢性傳染病照護品質計畫 (1)精進計畫內容，建立完整之個案照護銜接及追蹤機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，提升照護品質	113年1月前		113年7月前
(2)於額度內妥為管理運用，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算				提出節流效益：併113年7月追蹤提報	
(3)本計畫以4年為檢討期限(112~115年)，請滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第4年(115年7月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果				1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中4年期限檢討：於115年7月委員會議提報檢討結果	
25		品質保證保留款實施方案	113年1月前		各部門總額112年度執行成果發表暨評核會議(113年7月)
26	其他	一般服務之點值保障項目 112年12月前提本會同意後執行		113年1月委員會議討論案	

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
27	其他	風險調整移撥款執行方式	113年6月前送本會備查		

註：1.本表決定事項僅摘要重點呈現，完整內容詳公告。另專款項目「網路頻寬補助費用」之辦理情形，併入其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」提報。

2.113年執行情形於本會113年7月份委員會議提報，延續性項目於113年7月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含112年執行情形)。

五、門診透析

項次	工作項目 及時程 協定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
1	門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 45,995.3 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質，其中 300 百萬元不得流用於一般服務			113 年 7 月前
2	請鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，以提升透析病人生活品質			113 年 7 月前
3	持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護			113 年 7 月前
4	鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質之具體實施方案請於 112 年 11 月前完成，並於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告	113 年 1 月前	113 年 7 月委員會議報告案	113 年 7 月前

六、其他預算

項次	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
1	<p>基層總額轉診型態調整費用</p> <p>(1)持續監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)，及評估分級醫療之執行效益</p> <p>(2)通盤檢討鼓勵分級醫療政策及支付誘因之合理性，分析是否達到預期效果，提出轉型之改善方案</p> <p>(3)持續檢討經費動支條件，評估推動分級醫療相關措施對西醫基層總額之財務影響，以落實編列本項預算之目的</p> <p>(4)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，於113年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告</p>			113年7月前
2	<p>山地離島地區醫療給付效益提昇計畫</p> <p>(1)擴大辦理山地鄉論人計酬試辦計畫</p> <p>(2)請持續檢討山地離島地區醫療利用情形，並加強推動山地鄉論人計酬試辦計畫，精進執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效</p>	113年1月前		113年7月前

項次	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
3	居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫(113年新增)、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務 (1)持續精進居家醫療照護品質及成效之評估指標(如依「居家醫療」、「重度居家醫療」與「安寧療護」等不同照護階段之特性與目的，訂定監測指標)	113年1月前		113年7月前
	(2)「在宅急症照護試辦計畫」：擬訂具體實施方案內容(含參與醫療院所之條件、資格認定、醫療服務內容、適用對象、支付方式等)及照護成效監測指標(含照護品質及替代醫院費用情形)，並於113年7月前提本會報告		113年6月委員會議報告案	113年7月前
	(3)「在宅急症照護試辦計畫」：以4年為檢討期限(113~116年)，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則於執行第4年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果			1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中4年期限檢討：於116年7月委員會議提報檢討結果

項次	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
4	支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費			113年7月前
5	支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費 於協商114年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一			檢討實施成效，提出節流效益：併113年7月追蹤提報
6	推動促進醫療體系整合計畫 (1)檢討執行內容及辦理方式，以提升執行成效 (2)於113年7前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告(應含支付標準調整情形及執行成效檢討) (3)另依本會112年第11次委員會議決定事項，請將112年度總額協定事項「『急性後期整合照護計畫』支付標準之調整，應考量各部門總額相關支付項目間之衡平性」納入113年度檢討計畫執行內容辦理	113年1月前		113年7月前

項次	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
7	調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費			113年7月前
8	提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(併四部門總額之「網路頻寬補助費用」) (1)持續精進「提升院所智慧化資訊機制」之成效評估指標	113年1月前		113年7月前
	(2)「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」(含四部門總額之「網路頻寬補助費用」)，請確實依退場期程(110~114年)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於113年7月前提本會報告		113年6月委員會會議報告案	
	(3)請檢討四部門總額及其他醫事服務機構雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果與檢查影像上傳率，與建立稽核機制，並於113年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告			113年7月前
	(4)於協商114年度總額前檢討實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源			檢討實施成效，提出節流效益：併113年7月追蹤提報

項次	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
9	提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫 請持續檢討本計畫醫療利用情形之合理性及健康改善成效，與加強執行面監督，於113年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告	113年1月前		113年7月前
10	腎臟病照護及病人衛教計畫 (1)持續加強腎臟病前期之整合照護，研議與相關疾病照護計畫(如：糖尿病改善方案、代謝症候群防治計畫等)整合，強化延緩病人進入透析之照護 (2)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率	113年1月前		113年7月前
11	提升保險服務成效 (1)精進並提出能反映整體提升保險服務成效之評估指標			113年7月前
	(2)於協商114年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源			檢討實施成效，提出節流效益；併113年7月追蹤提報

項次	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意、確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
12	提升用藥品質之藥事照護計畫 請加強推動計畫，輔導特約藥局加入執行本計畫，並監測計畫之醫療利用及執行成效(含執行目標及預期效益之評估指標)	113年1月前		113年7月前
13	因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能(113年新增項目) (1)優先用於強化住院夜班護理照護量能 (2)請於113年總額公告後，將具體實施規劃，提報本會同意後，依程序辦理。規劃建議如下： ①設定適用對象、動支條件、獎勵費用計算及撥款方式 ②訂定監測指標(含護病比、薪資調整情形) ③建立實質回饋住院夜班護理人員之稽核方式 (3)另依112年10月委員會議決議事項，「執行目標」達一定比率之目標值，請提報具體實施規劃時，一併提報	113年1月前	113年1月委員會議討論案	113年7月前
	(4)於113年7月前提出強化住院護理照護量能之專案報告(含歷年相關預算執行檢討結果)		113年5月委員會議專案報告	

- 註：1.本表決定事項僅摘要重點呈現，完整內容詳公告。另專款項目「網路頻寬補助費用」之辦理情形，併入其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」提報。
- 2.113年執行情形於本會113年7月份委員會議提報，延續性項目於113年7月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含112年執行情形)。

表 1 113 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會同意及確認之計畫/項目

總額別	項目	核(決)定事項
牙醫	牙醫特殊醫療服務計畫	妥為研訂 113 年度具體實施計畫(含醫療團服務對象、醫療費用加成方式)，於 112 年 12 月前提報本會同意後，依程序辦理。
	高風險疾病口腔照護計畫	(1)請妥為研訂具體實施計畫(含醫療服務內容、各項服務適用對象、支付方式及成效監測)，於 112 年 12 月前提報本會同意後，依程序辦理。 (2)執行目標及預期效益之評估指標:涉及具體實施計畫之醫療服務內容，請併同上開報告提本會確認。
醫院	提升醫院兒童急重症照護量能	於 113 年總額公告後，提出相關計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃)，提報至本會最近 1 次委員會議確認。
	抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫	
	地區醫院全人全社區照護計畫	於 113 年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至本會最近 1 次委員會議確認。
	區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作	
	區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作	
西醫基層	因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費	於 113 年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報本會最近 1 次委員會議確認。
	強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護	於 113 年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至本會最近 1 次委員會議確認。
	因醫療品質提升，增加之醫療費用	於 113 年總額公告後，完成擬訂新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提報本會最近 1 次委員會議確認。
	提升國人視力照護品質	113 年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報本會最近 1 次委員會議確認。
其他預算	因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能	(1)於 113 年總額公告後將具體實施規劃，提報本會同意後，依程序辦理。規劃建議如下：①設定適用對象、動支條件、獎勵費用計算及撥款方式②訂定監測指標(含護病比、薪資調整情形)③建立實質回饋住院夜班護理人員之稽核方式。 (2)另依 112 年 10 月委員會議決議事項，「執行目標」達一定比率之目標值，請提報具體實施規劃時，一併提報。
各部門總額	一般服務之點值保障項目	需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由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。

表 2 113 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會報告之具體實施規劃/計畫

總額別	項目	核(決)定事項內容
醫院	暫時性支付(新藥、新特材)	在額度內妥為管理運用，於 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出具體實施規劃(包含執行及費用支付方式、預算估算、擬暫時收載年限、療效評估與退場機制等)及作業時程，俾落實管控。
牙醫	特定疾病病人牙科就醫安全計畫	<p>(1)請妥為研訂完整之具體實施計畫(含適用對象之特定疾病病人定義、醫療服務內容、支付方式、稽核機制及成效監測)，於 112 年 12 月前提本會報告。</p> <p>(2)另依 112 年 10 月委員會議決議事項，「預期效益之評估指標」之具體評估方式(含：指標定義、比較年度與基礎、計算方式等)，請妥為研訂，併具體實施計畫於 112 年 12 月前提報。</p>

四、本會重要業務報告

一、本會依上次(112年 第 11 次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

(一)依討論事項第一案決議，本會業於去(112)年12月29日請辦中央健康保險署(下稱健保署)，請該署參考委員所提意見及本會研析說明，研修「113年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)」後，再提本次委員會議討論。

(二)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計2項，依辦理情形，建議解除追蹤1項，繼續追蹤1項，如附表一(第62~63頁)；但最後仍依委員會議定結果辦理；另個別委員關切事項(含書面意見)，健保署回復如附錄一(第269~279頁)。

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 1 項，如附表二(第 64 頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理。

三、本(113)年各部門總額地區預算分配關於「風險調整/特定用途移撥款」執行方式送本會備查案之辦理情形，健保署業於去年 12 月 13 日、12 月 15 日分別將西醫基層總額(附錄二，第 280~282 頁)、牙醫門診總額(附錄三，第 283~284 頁)、中醫門診總額(附錄四，第 285~298 頁)執行方式函報本會備查，摘要如下：

部門別	風險調整/特定用途移撥款執行方式
西醫 基層	風險調整移撥款6億元，執行方式摘要如下： 1.3億元撥補臺北區，3億元優先用於保障東區浮動點值不低於每點1元(不含「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)，其次為撥補因R值占率前進而減少預算分區之「減少費用」，餘款用於撥補點值落後地區(不含臺北區、東區)。 2.若有剩餘或未動用之移撥款，則當季依五分區(不含臺北區)移撥後之預算占率攤分。
牙醫 門診	特定用途移撥款3.3億元，執行方式摘要如下： 1.«醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用»:2億元。 2.«弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫»:0.8億元。 3.«該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款»:中區0.2億元，高屏0.1億元，合計經費0.3億元。

部門別	風險調整/特定用途移撥款執行方式
	4.「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」：0.2億元。 5.全年預算若有結餘：優先用於「112年度0~6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」之品質獎勵費用，其次用於「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依111年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。
中醫門診	自五分區(不含東區)之一般服務費用移撥 6,000 萬元，作為風險調整基金，由各季提撥 1,500 萬元，分配方式如下： 1.用於補助點值 4,000 萬元： (1)逐季使用至預算使用完畢為止，補助其浮動點值以最低分區該季每點支付金額最高補至 0.8 元之差值(但最高不大於點值第二低的分區)；若經費不足，以原計算補助金額乘以折付比例計算。 (2)若 2 區以上浮動點值低於 0.8 元時，優先補助最低一區至次低的浮動點值，剩餘經費再依相同浮動點值分配，每點浮動點值最高補至 0.8 元。 (3)經費若有結餘則回歸一般服務費用總額，並依 113 年第 4 季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。 2.按季均分 2,000 萬元：撥予當季就醫率最高之分區。

四、衛生福利部(下稱衛福部)以本年 1 月 12 日衛部保字第 1131260034 號函示：「為擬訂 114 年全民健康保險醫療給付費用總額範圍，惠請於本年 3 月 18 日前提供 114 年健保總額基期之扣減項目及額度」，如附件二(第 75 頁)。本會已依 112 年歷次委員會議決議(定)，於 113 年度工作計畫(草案)，安排該署於本年 3 月委員會議(113.3.13)提報「112 年度總額協定事項中有關預算扣減及效益評估之執行結果」，請該署依時程提報，俾利提供衛福部參考。

五、為即早規劃本年 7 月將辦理之各部門總額 112 年度執行成果之評核作業，本會將於本年 2 月初函請四總額部門受託團體及健保署，就本會研修之 112 年度執行成果評核項目內容提供建議，並提出 113 年度重點項目及績效指標(含目標值)，請受託團體及健保署如期於本年 2 月中旬回復，以利辦理後續事宜。

六、下次(第 2 次)委員會議(113.3.13)依年度工作計畫(草案)安排之

專案報告主題為「111 年度健保收入超過 2 億元之醫療院所財務報告之公開情形」、「新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告」，請委員最晚於本年 2 月 2 日前向本會提出需請健保署回應或說明之問題。

七、衛福部及健保署於去年 12 月至本年 1 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 1 月 16 日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

- 1.去年 12 月 27 日來文副知，行政院核定 113 年度全民健康保險一般保險費率維持 5.17%，不予調整，如附錄五(第 299 頁)。
- 2.去年 12 月 25 日修正發布「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，並自 113 年 1 月 1 日生效，本次主要修正第七部全民健康保險住院診斷關聯群之「附表 7.3 113 年 1 月至 6 月 3.4 版 1,068 項 Tw-DRGs 權重表」，如附錄六(第 300~301 頁)。
- 3.去年 12 月 27 日公告廢止「治療複雜性心臟不整脈消融導管為全民健康保險自付差額之特殊材料品項類別」，及公告訂定「治療複雜性心臟不整脈特殊功能導管為全民健康保險自付差額之特殊材料品項類別」，並自 112 年 12 月 27 日生效，如附錄七(第 302~303 頁)：本次公告係為使該特殊材料品項類別名稱與臨床使用需求一致。
- 4.去年 12 月 29 日公告修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」附表，如附錄八(第 304 頁)，修訂「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」、「使用中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率」、「使用中醫門診者之平均中醫就診次數」、「就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率」及「於同院所針傷科處置次數每月大於二十次之比率」等 5 項專業醫療服務品質指標，係配合 112 年度總額協定事

項，資料範圍排除 JS(術後疼痛西醫住院病人中醫輔助醫療)之案件。

(二)健保署

1.去年 12 月 15 日公告「113 年度全民健康保險醫療資源缺乏地區」施行區域，並自 113 年 1 月 1 日生效，如附錄九(第 305~307 頁)。本次公告重點如下：

(1)本次公告之醫療資源缺乏地區施行區域共計 80 個(較 112 年增加 5 個)。

(2)113 年度新增之 5 個施行區域為新北市三芝區、彰化縣大城鄉、雲林縣水林鄉、屏東縣枋山鄉及臺東縣關山鎮。

2.將公告之總額相關計畫副知本會，如附錄十(第 308~318 頁)，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
112.12.6/ 113.1.1	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、全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	3 項計畫均配合執行年度修改實施期程，並增訂參與計畫前二年內不得有特管辦法第 44 條及第 45 條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分及違約期間認定。
112.12.18/ 112.12.1	全民健康保險急診品質提升方案	修訂結算方式為： 1.本方案預算先扣除預估之急診處置效率獎勵費用及補助急診專科醫師人力額度後，按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元。

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		2.當季預算若有結餘，則流用至下一季；第四季併同獎勵費用進行每點支付金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於1元。
112.12.19/ 113.1.1	全民健康保險照護機構中醫醫療照護方案	<p>1.執行目標：113年度以至少90家照護機構(原為30家保險醫事服務機構參與、服務30家照護機構)，及以達成20,000服務人次(原為15,000人次)，服務總天數3,500天為目標(原為1,500天)。</p> <p>2.申請資格：增列參與計畫前二年內不得有特管辦法第44條及第45條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分及違約期間認定。</p> <p>3.給付項目及支付標準：論量支付增列照護機構核定床數50床以上者，每診次以25人次為上限。</p> <p>4.評核指標：照護機構接受本方案之中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫比率較112年減少(原為其住民外出就診中醫件數較108年減少)。</p> <p>5.規範倘次年度計畫未於次年初公告前，得以原計畫規範延續辦理。</p>
112.12.21/ 113.1.1	全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案	僅更新實施年度，方案內容均與112年方案相同。
112.12.26/ 113.1.1	全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	<p>本次修正重點摘要如下：</p> <p>1.醫療服務提供方式增列(九)：放寬矯正計畫疥瘡口服用藥給付規定。</p> <p>2.配合東部地區矯正機關調整及改制，調整論次計酬名單(臺東戒治所(同址原為臺東監獄)得申報論次費用)。</p> <p>3.修訂醫療服務提供者資格(二)之規範：增列特約院所須2年內未曾涉特管辦法第44~45條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分之規範。</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>4.增訂點值結算方式之文字：當季預算如有結餘，則流用至下季。若全年經費尚有結餘，再進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。</p> <p>5.修訂退場機制之規範：增訂承作院所涉及特管辦法第44~45條，需退場之規範。惟保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及院所提供服務成效，另予考量。</p>
112.12.27/ 112.12.1	全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案	<p>本次修正重點摘要如下：</p> <p>1.獎勵醫事服務機構上傳檢驗(查)結果之項目：新增3項「新型冠狀病毒核糖核酸定性擴增試驗」、「新型冠狀病毒抗原檢驗」、「血液及體液葡萄糖-餐後」，修訂2項「血液及體液葡萄糖-空腹」(原血液及體液葡萄糖)及「頸動脈聲圖檢查」(開放為C表)。</p> <p>2.修訂特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明(下稱檢驗(查)上傳格式)。</p> <p>3.特約醫事服務機構上傳醫療檢查影像格式說明(下稱影像上傳格式)：新增就醫識別碼等4個欄位。</p> <p>4.考量院所調整上傳程式所需時間，相關措施如下：</p> <p>(1)「血液及體液葡萄糖-餐後」：自112年11月起生效，院所於113年2月前(含)上傳檢驗(查)結果即予獎勵，113年3月起須依方案規定時效內上傳方予獎勵。</p> <p>(2)「檢驗(查)上傳格式」、「影像上傳格式」：113年3月1日起實施。</p>
113.1.4/ 113.1.4	113年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區	<p>1.巡迴醫療服務計畫：開放巡迴醫療計畫可提供行動不便者到宅醫療。</p> <p>2.支付方式：</p> <p>(1)調高論次費用，山地離島地區每診次調高1,000點，其餘地區調高300點。</p> <p>(2)僅有一家中醫醫事服務機構開業鄉</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
	改善方案	<p>鎮區(方案附件 1-2)所列施行區域如為山地及離島地區，比照二級偏遠論次費用。</p> <p>(3)因天災、政策或歷史等因素遷移他處者，如吾拉魯滋部落等 6 地區以二級偏遠論次費用支付。</p> <p>3.申請資格及違規處理：增列參與計畫近 2 年內不得有特管辦法第 44 條及第 45 條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分及違約期間認定。違規處理配合新增對應文字。</p> <p>4.施行區域：「彰化縣線西鄉」由一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區移至無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，施行區域經增刪後，無中醫醫事服務機構之鄉鎮區計 77 個、一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區計 80 個。</p>
113.1.8/ 113.1.1	全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫	<p>計畫增修內容摘要如下：</p> <p>1.新增 2 項指標項目(Anti-HCV 陽性慢性透析病人 HCV RNA 檢查率、HCV RNA 陽性慢性透析病人抗病毒藥物治療率)，以及調高 2 項指標閾值(B 型肝炎表面抗原受檢率、C 型肝炎抗體受檢率)與調整 1 項指標閾值(55 歲以下透析病人移植登錄率)。</p> <p>2.有關「55 歲以下透析病人移植登錄率」指標，拆分為「偏遠地區醫療院所」及「非偏遠地區醫療院所」2 部分，其中偏遠地區醫療院所指標閾值維持不變，但非偏遠地區醫療院所指標閾值則予調高。另附註其偏遠地區同「門診透析服務保障項目」所列中之「偏遠地區」。</p>

3.去年第 2 季各部門總額每點支付金額：

- (1)牙醫門診總額，如附錄十一(第 319~322 頁)。
- (2)中醫門診總額，如附錄十二(第 323~325 頁)。

- (3)醫院總額，如附錄十三(第 326~329 頁)。
- (4)西醫基層總額，如附錄十四(第 330~333 頁)。
- (5)門診透析服務，如附錄十五(第 334~336 頁)。

總額別 分區別	112 年第 2 季各部門總額平均點值				
	牙醫門診	中醫門診	醫院	西醫基層	門診透析
台北	0.9120	0.8933	0.9332	0.8850	0.9093
北區	0.9903	0.8290	0.9502	0.9280	
中區	0.9853	0.8621	0.9439	0.9255	
南區	1.0242	0.8620	0.9870	0.9583	
高屏	0.9999	0.8664	0.9636	0.9295	
東區	1.1500	1.0799	0.9496	1.0372	
全區	0.9665	0.8712	0.9499	0.9192	

- 4.去年 12 月 15 日函送 112 年第 2 季其他預算結算說明表，公文如附錄十六(第 337 頁)，112 年全年經費 15,779.2 百萬元，1~6 月結算數 5,231.1 百萬元，整理預算執行情形如附錄十七(第 338 頁)供參考。

決定：

上次(112年第11次)委員會議繼續列管追蹤事項

一、擬解除追蹤(共1項)

項次	案由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	優先報告事項 第2案： 112年第3季全民健康保險業務執行季報告(併「112年11月份全民健康保險業務執行報告」)。	委員所提意見(含書面意見)，請中央健康保險署回復說明。	於112年12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65~71頁)。	解除追蹤	—

二、擬繼續追蹤(共 1 項)

項次	案由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	優先報告事項第 1 案：「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」核定結果及後續相關事項。	請中央健康保險署會同各部門總額相關團體，確實依 113 年度總額核(決)定事項及時程(附件三)，完成法定程序及提報本會等事宜，並儘速辦理須提 113 年第 1 次委員會議(113.1.24)確認、同意或報告之事項(附件四)，以利年度總額順利推動。	於 112 年 12 月 28 日請辦健保署。	健保署回復：配合辦理，並儘速與各部門總額相關團體達成共識後，提報貴會確認。	1.繼續追蹤 2.於健保署提委員會議確認、同意或報告之事項完成後解除追蹤。	113 年 3 月

歷次委員會議繼續列管追蹤事項

達解除追蹤條件(共 1 項)

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形 (更新處以底線標示)	追蹤建議
1	111 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告。委員所提意見，請本會及中央健康保險署補充說明並研修趨勢評析意見，完成 111 年全民健康保險監理指標之監測結果報告定稿後，上網公開。 /[俟本會完成 111 年全民健康保險監理指標之監測結果報告上網公開後解除追蹤] (112.11、112.12 決定)	本會說明： <u>已完成 111 年全民健康保險監理指標之監測結果報告，並於 112 年 12 月 29 日上網公開在案(路徑：健保會首頁>公告及重要工作成果>監理指標監測結果報告書，網址：https://gov.tw/zpK)。</u>	解除追蹤 (已完成監理指標之監測結果報告並上網公開，爰建議解除追蹤)

健保會第 6 屆 112 年第 11 次委員會議之健保署答覆

上次(第 112 年第 11 次)委員會議之擬解除追蹤項次 1

案由：112 年第 3 季全民健康保險業務執行季報告(併「112 年 11 月份全民健康保險業務執行報告」)。

委員意見	健保署說明
<p>吳委員榮達(議事錄第 103~104 頁)</p> <p>第 3 點是 11 月份業務執行報告第 88 頁裡面有 1 個數據，因為我不是醫的所以不太懂，剛看到數字有點 shock，去查一些文獻之後稍微有點瞭解，不過還是要請教，11 月份業務執行報告第 88 頁表 28 第 29 項次，我看到庫賈氏病增加 3 個人，因為我不知道庫賈氏病，我本來都以為是狂牛症，但現在才知道並不是，因為庫賈氏病有好幾種，只有新型庫賈氏病才是狂牛症，所以我想請教增加的這 3 個庫賈氏病，到底是舊病轉成重大傷病還是今年度發生的新病？新年度所發生的病的話，到底是屬於哪個類型的庫賈氏病？第 16 項次重症肌無力症增加的新領證人數是 56 人，增加人數蠻多的，我們覺得這個數據上是值得關心的，所以我也順便提出請教，這是另外一點。</p> <p>有關於 10 月份業務執行報告第 24 頁第 3 季，還有 11 月份業務執行報告第 26 頁 10 月份訪查及違規查處的家數，不管訪查或違規查處，大概都是西醫基層跟牙醫的家數最多，想瞭解這些違規跟查處大致上的理由或原因</p>	<p>一、有關委員所提庫賈氏病急重症肌無力症一節，說明如下：</p> <p>(一)依據衛生福利部疾病管制署(下稱疾管署)對於庫賈氏症之定義，庫賈氏病是由一種具感染性的變性蛋白質(普利昂蛋白, prion)快速增加，而造成神經細胞死亡，使腦組織變成海綿樣。此病依發生病因分為四種：1、散發型2、遺傳型3、醫源型4、新型庫賈氏病 (new variant CJD, v-CJD)，其中新型庫賈氏病與牛海綿狀腦病 (BSE，即俗稱狂牛症)有高度相關。散發型庫賈氏病一般多發生於中老年人，平均發病年齡在 65 歲以上，青春期少年人及年青人的病例極為少見；其平均病程約 4 個月。而新型庫賈氏病與傳統庫賈氏病最大不同處，在於病患發病年齡平均約 29 歲，其病程約 14 個月。</p> <p>(二)目前疾管署定期會提供本署庫賈氏症通報審議結果之名單，供後續核發重大傷病之參考；病人之病因皆為散發性，且多發生於中老年人，尚無接獲新型庫賈氏症之病人申請重大傷病紀錄。委員所詢本月新增之 3</p>

委員意見	健保署說明
<p>是什麼？也想請教這是健保署主動發現的？還是經過外部檢舉，然後才做這些訪查或違規查處？這是另外一點。</p> <p>再來 11 月份業務執行報告第 58 頁，西醫基層的慢性病件數跟點數占率都是往下降、負成長，所以看得出來分級醫療好像是沒有什麼太大的效率，因為數據是往下降的，我不曉得我有沒有理解錯？大概可能是這樣。再來 11 月份業務執行報告第 89 頁，各醫學中心的床數狀況看起來好像還沒什麼太大問題的樣子，可是我一直很質疑各醫學中心實際上開設的病床數到底是多少？我們一直講說因為護理離職狀況非常嚴重，所以經常有關床狀況，這些數據好像是把關床都剔除掉了，我在猜想，不然數據應該不會這麼漂亮才對，想要請教健保署，會後再做答覆也沒關係，這些數據是不是扣掉實際關床的床數，關了以後才做數據上的統計？</p>	<p>位庫賈氏症病人皆為散發性庫賈氏症。</p> <p>(三)另重症肌無力之成因係免疫系統機能失調導致抗體破壞神經末梢乙醯膽鹼接受器，影響肌肉收縮功能。透過藥物或手術治療可以改善，故目前重大傷病每次核定有效期限為三年。經統計，近年每年申請重症肌無力之病人約在500-600人之間。</p> <p>二、有關委員所提訪查或違規查處一節，說明如下：</p> <p>(一)112年7至10月訪查家次以西醫基層為最多(共63家)，牙醫次之(共39家)：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.西醫基層訪查案源：主動發現(如費用申報異常等)占 61.9%；檢舉案占 28.6%；檢調或外部機關移案占 9.5%。 2.牙醫訪查案源：外部機關移案(如牙醫師公會等)占 43.6%；主動發現及檢舉各佔 28.2%。 <p>(二)112年7至10月違規處分西醫基層計 24家次、牙醫計12家次，處分原由略以：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.西醫基層：16 家次為涉及虛報處予停終約案件(如未診治保險對象卻自創就醫紀錄、自費報健保等)；4 家次為扣減十倍醫療費用(如未依處方箋或病歷記載提供醫事服務)；4 家次為違約記點(如經保險人通知應限期改善而未改善之情事)。 2.牙醫：10 家次為涉及虛報處予停終

委員意見	健保署說明
	<p>約案件(如虛報牙周病治療或洗牙費用等);1家次未依處方箋或病歷記載提供醫事服務,處予扣減十倍醫療費用;1家次經保險人通知應限期改善而未改善,處予違約記點。</p> <p>三、有關委員所提西醫基層門診慢性病占率下降一節,說明如下: 慢性案件數與點數占率,係為慢性案件占該層級整體案件之比率,爰經檢視近3年西醫門診慢性病醫療申報情形,無論是整體、醫院或西醫基層,慢性病件數、醫療點數占率皆為下降趨勢,推測可能為疫情期間無論是醫院或西醫基層急性病人大幅增加,導致慢性病占率下降,感謝委員指教,本署將持續監控。</p> <p>四、有關委員所提112年11月份業務執行報告第89頁「表29全民健康保險醫學中心病床增減情形」之數據是不是扣掉實際關床的床數再做計算一節,說明如下: (一)保險醫事服務機構之病床異動(新增或減床)時,應事先報經當地衛生主管機關核准登記設置後,另備齊相關資料向本署各分區業務組報請備查。 (二)本署定期擷取各特約醫院每月月底公告之病床資料(開放床),後續計算、彙整如「表29全民健康保險醫學中心病床增減情形」,惟醫院考量其人力配置而調整床數,若無向本署各</p>

委員意見	健保署說明
	分區業務組報備、更正公告病床數，則仍係依該院原公告床數計算。
<p>滕委員西華(議事錄第 104~105 頁)</p> <p>第三個是有關陸生納保的事情，這是賴清德候選人 11 月 9 日的政見，也是第三次呼應候選人的政策。11 月 9 日說陸生要納保、11 月 23 日行政院火速通過要納保、11 月 24 日衛福部公告、明年 2 月 1 日實施。不管是不是因為選舉要政策買票，我要請教陸生納保的事。我們同意陸生跟外籍生一樣納保，而且資格是必須取得 2 年制的學程。依照大陸地區人民來臺就讀專科以上學校辦法裡面的規定，第 1 次入境的簽證是 3 個月、停留註冊入學不得超過 2 個月，之後還要根據他的學籍多次入境。我想請教健保署如何認定陸生居留滿 6 個月這件事？因為他第 1 次拿不到 6 個月以上的居留證，你又怎麼認定他可以持續居留滿 6 個月、並取得符合健保法裡面規定的居留證明文件，這個是我對陸生納保的相關問題。我不是反對，我要問健保署怎麼認定他來臺滿 6 個月這件事情是符合法規的？</p> <p>最後一點，吳榮達委員也有提到 11 月份業務執行報告第 89 頁，過去我們一直希望健保署監控醫學中心病床增減的情況。但過去十幾年來的護病比加成的錢全部領光光，大家卻還一直在講因為護理人員不夠，所以醫院關床。可是護理人員流動率高、護病比</p>	<p>一、有關委員所提陸生納保一節，說明如下：</p> <p>(一)據查大陸地區人民來臺就讀專科以上學校辦法第10條規定略以，陸生首次申請來臺由移民署發給單次入出境許可證，學生應持證於3個月內入境註冊，並於2個月內向移民署申請換發多次入出境許可證。</p> <p>(二)前開單次或多次入出境許可證，均屬「陸生就學」事由之中華民國臺灣地區入出境許可證，陸生持證入境，以入境日起算在臺居留滿6個月。另本次公告生效日(113年2月1日)前已依「陸生就學」事由來臺就學且符合健保法施行細則第8條第2項規定之在臺灣地區居留期間，得併計參加健保前應具備之6個月等待期。</p> <p>二、有關委員建議公開「各層級哪間醫院開或關了病床」事宜： 檢附醫學中心、區域醫院及地區醫院之病床數增減情形(如附表 1~3，第 72~74 頁)，以供委員參考。</p>

委員意見	健保署說明
<p>加成領光光，所以即使有流動但是錢又領走了，這個情況讓我們有非常大的疑問。</p> <p>再來提到一直關床還有待床的情況。根據健保法規定每家醫院都有把病床數公開上網，我想請健保署下個月開始，不僅告訴我們醫學中心的病床數增減情形，請同時告訴我們各層級哪間醫院開或關了病床，因為護理界的訴求就是人力不夠所以關床，可是數字都沒有呈現在任何客觀資料，告訴我們究竟是哪些醫院關了床。從98年已經花了572億元，明年又有40億元，還不包含調整支付標準後每年滾入基期的成長率，錢都花出去了，我覺得應該給個交代。</p>	
<p>李委員永振(議事錄第106頁)</p> <p>第二點，依照10月份業務執行季報告第1頁，本署近期重點工作第二項，新功能特材經共擬會議通過預計在112年12月1日生效情形，其中冠狀動脈斑塊切割氣球導管與旋磨切除系統，但112年12月14日共擬會議又討論冠狀動脈旋磨斑塊切除術，經詢這是兩個不一樣的東西，但我看資料裡面描述的狀況很類似，像我們這種醫界的外人一看一定會誤導，所以剛開始想說怎麼重複了，是不是有討論順序的問題。照理講切除術是醫療項目，要先決定是否手術；決定手術後，再決定要用什麼特材。結果現在看起來好像是特材先通過，再討論後面</p>	<p>謝謝委員對健保業務的關切及指導，本案辦理歷程說明如下：</p> <p>一、有關冠狀動脈旋磨切除系統之特材品項：</p> <p>(一)依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第一部總則第五項規定，各保險醫事服務機構實施未列項，應就適用之類別已列款目中，按其最近似之各該編號項目所訂點數申報。</p> <p>(二)經財團法人醫藥品查驗中心進行醫療科技評估(HTA)，報告指出使用旋磨切除術進行斑塊塑形可有效改善介入過程的成功率。</p> <p>(三)另經專家與專科醫學會共識：</p>

委員意見	健保署說明
<p>這個手術，在程序上有點怪怪的。應該是先決定手術，再看要什麼特材，或者一起公告才對，但是這樣的話，這兩個不同的東西，外界會容易混淆，將來健保署在對外描述說明的話，可以更清楚一點，不要造成誤解。</p>	<p>1.本案特材在臨床使用多年，有臨床實證且已納入治療指引。</p> <p>2.手術費用亦多比照申報「經皮冠狀動脈擴張術(33077B、33078B)。</p> <p>3.112年8月份本保險「心臟科特材」納入健保給付之專家諮詢會議結論，建議新增診療項目「冠狀動脈斑塊切除術」前，比照「經皮冠狀動脈擴張術(33077B、33078B)」申報。</p> <p>(四)112年9月21日全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議特材部分(下稱特材共擬會議)經代表討論同意納入給付，於112年12月1日公告生效。</p> <p>二、有關冠狀動脈旋磨斑塊切除術：</p> <p>(一)係緣於前揭112年9月21日特材共擬會議之與會專家表示，因操作複雜、風險較高且須技術門檻，爰建議新增對應之診療項目「冠狀動脈斑塊切除術」，於新增診療項目前比照「經皮冠狀動脈擴張術(33077B、33078B)」申報。</p> <p>(二)為配合實際臨床需要，依上述特材共擬會議決議及新增醫療服務診療項目程序，提案至112年10月4日召開之醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議及112年12月14日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議，獲各界代表同意後，辦理後續報部公告事宜。</p>

委員意見	健保署說明
	<p>三、另本署考量新醫療科技於臨床應用發展迅速，為配合新醫療科技發展及符合實際臨床需要，「新醫材沒有對應診療項目案件」自 113 年 1 月 1 日起將採單一窗口方式，同步研議新增診療項目及其對應之醫材，以加速支付標準收載作業流程及支付規範增修訂一致性。</p>

附件一之附表 1

全民健康保險醫學中心病床增減情形

醫事機構 簡稱	112年8月-112年10月平均				112年9月-112年11月平均				總病床 增減情形 (移動平均)
	總病床數	急性病床 (不含急診 觀察床)	急診 觀察床	慢性 病床	總病床數	急性病床 (不含急診 觀察床)	急診 觀察床	慢性 病床	
台大醫院	2,268	2,148	120	0	2,281	2,161	120	0	11
臺大兒醫	272	272	0	0	270	270	0	0	
馬偕台北	886	847	39	0	886	847	39	0	1
馬偕兒童醫	188	188	0	0	189	189	0	0	
彰基	1,409	1,179	76	154	1,411	1,181	76	154	2
彰基兒童醫	212	200	12	0	212	200	12	0	
中國	1,878	1,828	50	0	1,878	1,828	50	0	0
中國兒童醫	256	246	10	0	256	246	10	0	
三軍總醫院	1,820	1,765	55	0	1,820	1,765	55	0	0
臺北榮總	3,103	3,046	57	0	3,108	3,051	57	0	5
國泰醫院	765	724	41	0	765	724	41	0	0
新光醫院	813	777	36	0	813	777	36	0	0
亞東醫院	1,331	1,271	60	0	1,330	1,270	60	0	-1
馬偕淡水	953	931	22	0	933	911	22	0	-20
萬芳醫院	737	704	33	0	740	707	33	0	3
台北長庚	247	224	23	0	247	224	23	0	0
林口長庚	3,404	3,244	160	0	3,404	3,244	160	0	0
臺中榮總	1,572	1,492	80	0	1,572	1,492	80	0	0
中山醫院	1,114	1,078	36	0	1,114	1,078	36	0	0
成大醫院	1,335	1,260	75	0	1,335	1,260	75	0	0
奇美醫院	1,273	1,197	76	0	1,273	1,197	76	0	0
高雄榮總	1,453	1,400	53	0	1,453	1,400	53	0	0
高雄長庚	2,593	2,097	100	396	2,593	2,097	100	396	0
高雄醫學大	1,656	1,590	66	0	1,656	1,590	66	0	0
慈濟醫院	1,033	824	36	173	1,033	824	36	173	0
總計	32,571	30,532	1,316	723	32,572	30,533	1,316	723	1

註：

- 1.資料來源：本署醫務管理子系統，其中病床數據係由各醫院經各縣市衛生局核准登記並報本署備查之資料。
- 2.本資料各類病床欄位係以3個月各類病床總數移動平均值採計並以四捨五入取整數位，非實際病床數。
- 3.112年醫學中心計25家(如表1)，針對總病床增減情形(移動平均)大於10床之醫院，說明如下：
 - (1)臺大醫院於112年10-11月增加核醫病床2床及減少亞急性呼吸照護病床10床。
 - (2)馬偕淡水於112年9月增加護病床1床及減少急性一般病床48床、急性收差額病床13床。

附件一之附表 2

全民健康保險區域醫院病床增減情形

醫事機構 簡稱	112年8月-112年10月平均				112年9月-112年11月平均				總病床 增減情形 (移動平均)
	總病床數	急性病床 (不含急診 觀察床)	急診 觀察床	慢性 病床	總病床數	急性病床 (不含急診 觀察床)	急診 觀察床	慢性 病床	
臺北市聯醫	2,921	2,708	80	133	2,933	2,720	80	133	12
桃療	654	311	3	340	645	324	3	317	-9
三總北投	541	318	6	217	554	331	6	217	13
國軍左營	604	542	12	50	607	545	12	50	3
國軍花蓮	381	321	8	52	383	323	8	52	2
天晟醫院	337	321	16	0	339	321	18	0	1
小港醫院	493	459	33	0	501	465	37	0	9
長庚嘉義	1,356	1,326	30	0	1,351	1,321	30	0	-5
雙和醫院	1,139	1,094	45	0	1,144	1,099	45	0	5
總計	8,426	7,400	233	792	8,457	7,449	239	769	31

註：

- 資料來源：本署醫務管理子系統，其中病床數據係由各醫院經各縣市衛生局核准登記並報本署備查之資料。
- 本資料各類病床欄位係以3個月各類病床總數移動平均值採計並以四捨五入取整數位，非實際病床數。
- 112年區域醫院計83家，其中112年9-11月相較同年8-10月之總病床增減情形(移動平均)有異動者計9家(如表2)，針對增減情形(移動平均)大於10床之醫院，說明如下：
 - 臺北市聯醫於112年10-11月共新增急性一般病床30床、急性經濟病床5床及急性收差額病床10床，另減少慢性呼吸床6床。
 - 三總北投病房改建，於112年9月、11月分別新增精神急性一般病床36床及4床。

附件一之附表 3

全民健康保險地區醫院病床增減情形

醫事機構 簡稱	112年8月-112年10月平均				112年9月-112年11月平均				總病床 增減情形 (移動平均)
	總病床數	急性病床 (不含急診 觀察床)	急診 觀察床	慢性 病床	總病床數	急性病床 (不含急診 觀察床)	急診 觀察床	慢性 病床	
桃園新屋	260	254	6	0	261	255	6	0	1
國軍中清分	139	85	4	50	141	87	4	50	2
屏東榮總	276	256	20	0	296	276	20	0	20
梓榮弘大	91	91	0	0	89	89	0	0	-2
天主教聖功	238	233	5	0	237	232	5	0	-1
馬偕兒童醫	201	183	18	0	202	184	18	0	1
湖口仁慈	401	251	10	140	399	250	9	140	-2
中醫大新竹	626	614	12	0	627	615	12	0	1
泰安醫院	35	15	0	20	23	10	0	13	-12
景美醫院	83	80	3	0	77	75	2	0	-6
謝外科醫院	23	23	0	0	21	21	0	0	-2
惠仁醫院	35	35	0	0	34	34	0	0	-1
邱外科醫院	92	90	2	0	88	86	2	0	-4
生安婦產小	67	67	0	0	66	66	0	0	-1
博愛蕙馨醫	77	72	5	0	74	71	3	0	-3
新中興醫院	44	44	0	0	41	41	0	0	-3
開元寺慈愛	44	38	0	6	42	36	0	6	-2
新北仁康	74	74	0	0	65	65	0	0	-9
祐民醫院	77	77	0	0	73	73	0	0	-4
懷寧醫院	101	97	4	0	67	65	3	0	-34
營新醫院	104	97	7	0	103	97	6	0	-1
溪洲醫院	67	67	0	0	66	66	0	0	-1
建佑醫院	251	246	5	0	244	239	5	0	-7
瑞生醫院	24	21	3	0	23	20	3	0	-1
總計	3,430	3,110	104	216	3,359	3,053	98	209	-71

註：

- 1.資料來源：本署醫務管理子系統，其中病床數據係由各醫院經各縣市衛生局核准登記並報本署備查之資料。
- 2.本資料各類病床欄位係以3個月各類病床總數移動平均值採計並以四捨五入取整數位，非實際病床數。
- 3.112年區域醫院計361家，其中112年9-11月相較同年8-10月之總病床增減情形(移動平均)有異動者計24家(如表3)，針對增減情形(移動平均)大於10床之醫院，說明如下：
 - (1)屏東榮總於112年10月新增急性一般病床30床、急性加護病床8床、血液透析床8床及急性收差額病床12床。
 - (2)泰安醫院因評鑑未通過，經臺北市政府衛生局同意註銷所有病房、住院業務暫停一年(自112年10月17日至113年10月17日)。
 - (3)懷寧醫院於112年11月22日歇業。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：黃曼青
聯絡電話：(02)8590-6761
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113年1月12日
發文字號：衛部保字第1131260034號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：為擬訂114年全民健康保險醫療給付費用總額範圍，惠請於
今(113)年3月18日前提供114年健保總額基期之扣減項目及
額度，請查照。

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



五、優先報告事項

報告單位：本會第二組

案由：本會 113 年度工作計畫(草案)，請鑒察。

說明：

- 一、為踐行本會 113 年依全民健康保險法(下稱健保法)授予之法定任務，以及衛福部 113 年度總額核(決)定事項、歷次會議決議(定)事項，擬具本會 113 年度工作計畫(草案)，並徵詢中央健康保險署(下稱健保署)意見後研擬完成。
- 二、健保署對於本會初擬之 113 年度工作計畫(草案)共提出 4 項調整提報時間之建議，詳細內容如參考資料(第 94~95 頁)，本會處理說明如下表：

工作項目(原規劃提報月份)	健保署意見	本會處理說明
1.全民健康保險業務執行季(口頭)報告(3、5、8、11月) 註：依例按季提報，2月因未召開委員會改為3月。	可配合提出業務執行季(口頭)報告，惟因下列資料產出時間因素，建議延後提報： 1.將原列季報告之「分級醫療執行情形」併同「急診品質提升方案指標執行結果」改列於3、6、9、12月份委員會議之業務執行報告中。 2.將3月份委員會議之業務執行報告延至4月份委員會議。	1.請健保署仍依業務執行季(口頭)報告時程，就應提報之事項報告最新之辦理情形。 2.考量3月份委員會議時間提前(3/13)，且已安排季業務口頭報告，爰3月份書面業務報告同意於4月份一併提供。
2.111年度健保收入超過2億元之醫療院所財務報告之公開情形(3月)	原則配合辦理，惟請容許因突發狀況調整報告時間。	請健保署仍依本會預定時程提報；屆時如需調整時間，請具明理由再議。
3.113年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會	其中「地區醫院全人全社區照護計畫」將	依113年度總額核(決)定事項，應於公告

工作項目(原規劃提報月份)	健保署意見	本會處理說明
同意或確認之計畫/項目(1月)	請台灣社區醫院協會提出具體內容及評估可行性後，再提報貴會確認。	後提至最近1次委員會議(即1月份委員會議)確認。請健保署依核定事項辦理，若無法於1月份委員會議提出，則請會同相關團體完成後，提至最近1次委員會議討論， 最遲須於6月份委員會議確認。
4.「代謝症候群防治計畫」之專案報告(含執行情形及成效評估檢討)(6月)	查113年度總額核(決)定事項，係於113年12月前提報專案報告，且考量調整計畫派案機制及執行分析尚須一段時間，建議改至12月。	考量本項為本部推動之重要健保中長期計畫，自111年開始執行，且本會委員向極重視， 請健保署於6月提報歷年執行情形及成效評估檢討 ，以利 114年度總額協商 。並依113年度總額核(決)定事項於113年12月前提出專案報告。

三、經參採健保署所提建議後，完成113年度工作計畫(草案)，分別按會議時間排序，如附件一(第79~82、87~93頁)，及依業務性質分類，如附件二(第83~93頁)。

四、另彙整歷次委員會議決議及總額協定事項中涉及應定期於業務執行報告提報之事項，請健保署依時程提報如下：

應提報事項	提報時程	說明
1.前1年度抑制資源不當耗用改善方案之執行結果及檢討改善策略	季報告(5月)	請於5月季報告提報前1年度完整之執行結果及檢討。
2.分級醫療執行情形	季報告(3、5、8、11月)	建議併同於各季季報告(3、5、8、11月)呈現最新之辦理情形。
3.急診品質提升方案指標執行結果	3、6、9、12月	
4.「『藥品及特材給付規定改	每半年(6、12月)	建議併同於6、12月

應提報事項	提報時程	說明
變』協商因素項目，經費若有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應」之辦理情形		份委員會議之業務報告提報；並於 6 月提報前 1 年度完整資料。
5.「新醫療科技」及「藥品及特材給付規定改變」協商因素項目預算之執行情形	每半年(1、7月)	

擬辦：

- 一、請確認 113 年度工作計畫內容及時程，並請健保署配合辦理。
- 二、另有關應定期於業務執行報告提報事項，請確實依說明四所列時程辦理。

決定：

全民健康保險會 113 年度工作計畫-按會議時間排序

日期	工作項目
1 月 24 日 (委員會議)	討論事項： 1.113 年度各部門總額一般服務點值保障項目之討論 2.113 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會同意或確認之計畫/項目(附表 1)
	報告事項： 113 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會報告之具體實施規劃/計畫 (附表 2)
3 月 13 日 (委員會議)	優先報告事項： 全民健康保險業務執行季報告(口頭，併同提出分級醫療執行情形、急診品質提升方案指標執行結果)
	討論事項： 各總額部門 112 年度執行成果評核作業方式(草案)之討論
	報告事項： 1.111 年度健保收入超過 2 億元之醫療院所財務報告之公開情形 2.112 年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估之執行結果(附表 3)及「111 年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估執行結果」之後續辦理結果(附表 4) 3.新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告(註1,半年資料)
3 月 28、29 日	業務訪視活動 預定地點：東區業務組轄區特約院所
4 月 24 日 (委員會議)	優先報告事項： 衛福部 114 年度總額範圍(草案)併同健保署之財務試算諮詢案
	報告事項： 1.112 年度全民健保年終決算報告、114 年度全民健保預算備查案 2.全民健康保險監理指標研修建議及監測結果之具體改善策略報告
5 月 22 日 (委員會議)	優先報告事項： 全民健康保險業務執行季報告(口頭，併同提出 112 年度抑制資源不當耗用改善方案之執行結果及檢討改善策略(含可節省費用)、分級醫療執行情形、急診品質提升方案指標執行結果)
	討論事項： 1.114 年度總額協商架構及原則(草案)之討論 2.114 年度總額協商程序(草案)之討論

日期		工作項目
		<p>報告事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.「家庭醫師整合性照護計畫」之專案報告(朝全人照護方向整合之具體規劃及實施方案與導入一般服務之評估規劃) 2.強化住院護理照護量能之專案報告(含歷年相關預算執行檢討結果)
6月26日 (委員會議)		<p>討論事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.114年度總額協商架構及原則(草案)之討論(續) 2.114年度總額協商程序(草案)之討論(續) (各總額部門112年度執行成果評核獎勵標準案之討論,依3月評核作業方式議定之時程提會)
		<p>報告事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.「代謝症候群防治計畫」之專案報告(含歷年執行情形及成效評估檢討) 2.「在宅急症照護試辦計畫」之具體實施方案及照護成效監測指標(含照護品質及替代醫院費用情形)報告 <p>全民健康保險業務執行報告(併同提出「『藥品及特材給付規定改變』協商因素項目,經費若有不足或因成本調整,由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應」之辦理情形、「新醫療科技」及「藥品及特材給付規定改變」協商因素項目預算之執行情形)</p>
7月15、16日		各總額部門112年度執行成果發表暨評核會議
7月24日 (委員會議)		<p>優先報告事項：</p> <p>衛福部交議114年度總額範圍案</p>
		<p>討論事項：</p> <p>(各總額部門112年度執行成果評核獎勵標準案之討論,依3月評核作業方式議定之時程提會)</p>
		<p>報告事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.113年度各部門總額依核(決)定事項須提本會報告之項目(含須於113年7月提報項目及預算扣減方式之規劃)(附表5) 2.各總額部門112年度執行成果評核結果
8月21日 全天	上午 (委員會議)	<p>優先報告事項：</p> <p>全民健康保險業務執行季報告(口頭,併同提出分級醫療執行情形、急診品質提升方案指標執行結果)</p>
		<p>報告事項：</p> <p>「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」(含四部門總額之網路寬頻補助費用),依退場期程(110~114年)提出退場之執行方式規劃及辦理進度</p>

日期		工作項目
	下午 (協商 會前會)	114 年度總額協商因素項目及計畫(草案)會前會
8 月 28 日	上午	114 年度總額協商之保險付費者代表、專家學者與公正人士及政府機關代表委員座談會
9 月 25 日	全天	114 年度總額協商會議 (若有未盡事宜，則於 9 月 26 日上午 9 時 30 分繼續處理)
9 月 27 日	(委員會會議)	討論事項： 114 年度各部門總額及其他預算協商結論之討論 (委員可選擇視訊方式參與)
10 月 23 日	上午 (委員 會議)	優先報告事項： 114 年度總額協商結果之整體成長率及部分協定事項之確認
		討論事項： 114 年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論
		報告事項： 新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告(註1，全年資料)
	下午 (諮詢 會議)	114 年度保險費率審議前專家諮詢會議
11 月 20 日	(委員會會議)	優先報告事項： 全民健康保險業務執行季報告(口頭，併同提出分級醫療執行情形、急診品質提升方案指標執行結果)
		討論事項： 1.114 年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論(續) 2.114 年度保險費率方案(草案)之審議
		報告事項： 112 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告
12 月 25 日	(委員會會議)	優先報告事項： 114 年度各部門總額及其分配方式之核定結果及後續相關事項
		討論事項： 健保署擬訂 114 年度抑制資源不當耗用改善方案之討論

日期	工作項目
	報告事項： 1.自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告(含開放半年後之檢討改善情形) 2.「代謝症候群防治計畫」之專案報告(含 113 年執行情形及成效評估檢討) 全民健康保險業務執行報告(併同提出「『藥品及特材給付規定改變』協商因素項目，經費若有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應」之辦理情形、「新醫療科技」及「藥品及特材給付規定改變」協商因素項目預算之執行情形)
視健保署提出相關案件之時間安排	1.健保署所提自付差額特殊材料品項之討論(暫訂於 3、5、8、11 月) 2.自付差額特殊材料品項開放半年後之檢討改善報告(暫訂於 12 月) 3.健保署擬訂調整保險給付範圍方案之審議 4.健保署所提不列入保險給付之診療服務及藥物項目之審議 5.健保署修訂醫療品質資訊公開辦法草案之討論

註：1.依 111 年第 4 及 5 次委員會議(111.4.21 及 111.5.27)決議，自公告實施日起，每半年定期提報。

2.委員會議若另有決議(定)事項，配合安排或調整相關工作項目。

全民健康保險會 113 年度工作計畫(草案)-按業務性質分類

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
	一、例行監理業務			
	1.全民健康保險業務執行季報告	3、5、8、11月	健保署	每季業務執行報告以口頭報告方式進行，為完整呈現前一季資料，安排於2、5、8、11月(2月改為3月)進行口頭報告，其餘月份以書面提報
	2.111 年度健保收入超過 2 億元之醫療院所財務報告之公開情形	3月	健保署	依健保法第 73 條辦理
	3.全民健康保險監理指標研修建議及監測結果之具體改善策略報告	4月	健保署	
	4.112 年度全民健保年終決算報告、114 年度全民健保預算備查案	4月	健保署(本會)	依健保法施行細則第 3 條辦理
業務監理	5.新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告(提報半年、全年資料)	3月、10月	健保署	依 111 年第 4、5 次委員會議(111.4.21、111.5.27)決議(定)，自公告實施日起，每半年定期提報
	6.112 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告	11月	健保署(本會)	季指標另納入 3、9 月業務執行報告
	7.自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告	12月	健保署	1.依 105 年第 6 次委員會議(105.6.24)決議之「健保會討論自付差額特材案之作業流程」辦理
	8.自付差額特殊材料品項開放半年後之檢討改善報告	視健保署提出相關案件之時間安排	健保署	2.自付差額品項開放半年後之檢討改善報告，每半年配合健保署送會時程安排(暫訂於 12 月)

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
業務 監理	二、業務相關活動			
	業務訪視活動 預定地點：東區業務組轄區特約院所	3月	本會	預訂於3月28、29日辦理
總額 協議 訂定	1.113 年度各部門總額一般服務點值保障項目之討論	1月	健保署	依113年度總額核(決)定事項辦理
	2.113 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會同意或確認之計畫/項目(附表1)		健保署	
	3.113 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會報告之具體實施規劃/計畫(附表2)		健保署	
	4.各總額部門112年度執行成果評核作業方式(草案)之討論	3月	本會	
	5.「112年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估」之執行結果(附表3)	3月	健保署	依112年度總額核(決)定事項及112年第6次(112.7.26)委員會議決議事項辦理
	6.「111年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估執行結果」之後續辦理結果(附表4)	3月	健保署	依111年度總額核(決)定事項及112年第2次委員會議(112.3.22)決議事項辦理
	7.衛福部114年度總額範圍(草案)併同健保署之財務試算諮詢案	4月	社保司、健保署	依健保法第60條、第5條辦理
	8.114年度總額協商架構及原則(草案)之討論	5、6月	本會	
	9.114年度總額協商程序(草案)之討論	5、6月	本會	
	10.「家庭醫師整合性照護計畫」之專案報告(朝全人照護方向整合之具體規劃及實施方案與導入一般服務之評估規劃)	5月	健保署	依113年度總額核(決)定事項辦理
	11.強化住院護理照護量能之專案報告(含歷年相關預算執行檢討結果)	5月	健保署	依113年度總額核(決)定事項辦理

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
總額 協議 訂定	12.「代謝症候群防治計畫」之專案報告(含歷年執行情形及成效評估檢討)	6、12月	健保署	1.6月請提報歷年執行情形及成效評估檢討 2.12月依113年度總額核(決)定事項辦理
	13.「在宅急症照護試辦計畫」之具體實施方案及照護成效監測指標(含照護品質及替代醫院費用情形)報告	6月	健保署	依113年度總額核(決)定事項辦理
	14.「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」(含四部門總額之網路寬頻補助費用),依退場期程(110~114年)提出退場之執行方式規劃及辦理進度	8月	健保署	依113年度總額核(決)定事項辦理
	15.各總額部門112年度執行成果評核獎勵標準案之討論	依3月評核作業方式議定之時程提會討論	本會	
	16.各總額部門112年度執行成果發表暨評核會議	7月	本會(健保署)	預訂於7月15、16日召開,5~7月準備資料
	17.衛福部交議114年度總額範圍案	7月	社保司	
	18.113年度各部門總額依核(決)定事項須提本會報告之項目(含須於113年7月提報項目及預算扣減方式之規劃)(附表5)	7月	健保署	依112年第8次委員會議(112.9.22)決議事項辦理
	19.各總額部門112年度執行成果評核結果	7月	本會	
	20.114年度總額協商因素項目及計畫(草案)會前會	8月	本會	預訂於8月21日下午召開
	21.114年度總額協商之保險付費者代表、專家學者與公正人士及政府機關代表委員座談會	8月	本會	預訂於8月28日上午召開
	22.114年度總額協商會議	9月	本會(健保署)	1.依健保法第61條辦理 2.預訂於9月25日召開(若有未盡事宜,則於9月26日上午9時30分處理),7~9月前置作業

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
總額協議訂定	23.114 年度各部門總額及其他預算協商結論之討論	9月	本會	依健保法第61條辦理
	24.114 年度總額協商結果之整體成長率及部分協定事項之確認	10月	本會	依健保法第61條辦理
	25.114 年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論	10、11月	本會	依健保法第61條辦理
	26.114 年度各部門總額及其分配方式之核定結果及後續相關事項	12月(暫訂)	本會	
費率審議	1.114 年度保險費率審議前專家諮詢會議	10月	本會(健保署)	1.依健保法第24條辦理 2.預訂於10月23日下午召開
	2.114 年度保險費率方案(草案)之審議	11月	本會(健保署)	依健保法第24條辦理
保險給付及其他應討論法定事項	1.健保署擬訂114年度抑制資源不當耗用改善方案之討論	12月	健保署(本會)	依健保法第72條辦理
	2.健保署所提自付差額特殊材料品項之討論	視健保署提出相關案件之時間安排	健保署(本會)	1.依健保法第45條第3項及105年第6次委員會議(105.6.24)決議之「健保會討論自付差額特材案之作業流程」辦理 2.各季配合健保署送會時程辦理(暫訂於3、5、8、11月)
	3.健保署擬訂調整保險給付範圍方案之審議			依健保法第26條辦理
	4.健保署所提不列入保險給付之診療服務及藥物項目之審議			依健保法第51條第12款辦理
	5.健保署修訂醫療品質資訊公開辦法草案之討論			依健保法第74條辦理

註：委員會議若另有決議(定)事項，配合安排或調整相關工作項目。

附表

表 1 113 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會同意或確認之計畫/項目

總額別	項目	核(決)定事項
醫院	提升醫院兒童急重症照護量能	於 113 年總額公告後，提出相關計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃)，提報至本會最近 1 次委員會議確認。
	抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫	
	地區醫院全人全社區照護計畫	於 113 年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至本會最近 1 次委員會議確認。
	區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作	
	區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作	
西醫基層	因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費	於 113 年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報本會最近 1 次委員會議確認。
	強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護	於 113 年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至本會最近 1 次委員會議確認。
	因醫療品質提升，增加之醫療費用	於 113 年總額公告後，完成擬訂新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提報本會最近 1 次委員會議確認。
	提升國人視力照護品質	113 年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報本會最近 1 次委員會議確認。
牙醫	牙醫特殊醫療服務計畫	妥為研訂 113 年度具體實施計畫(含醫療團服務對象、醫療費用加成方式)，於 112 年 12 月前提報本會同意後，依程序辦理。
	高風險疾病口腔照護計畫	(1)請妥為研訂具體實施計畫(含醫療服務內容、各項服務適用對象、支付方式及成效監測)，於 112 年 12 月前提報本會同意後，依程序辦理。 (2)執行目標及預期效益之評估指標：涉及具體實施計畫之醫療服務內容，請併同上開報告提本會確認。
其他預算	因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能	(1)於 113 年總額公告後將具體實施規劃，提報本會同意後，依程序辦理。規劃建議如下：①設定適用對象、動支條件、獎勵費用計算及撥款方式②訂定監測指標(含護病比、薪資調整情形)③建立實質回饋住院夜班護理人員之稽核方式 (2)另依 112 年 10 月委員會議決議事項，「執行目標」達一定比率之目標值，請提報具體實施規劃時，一併提報

表 2 113 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會報告之具體實施規劃/計畫

總額別	項目	核(決)定事項
醫院	暫時性支付(新藥、新特材)	在額度內妥為管理運用，於 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出具體實施規劃(包含執行及費用支付方式、預算估算、擬暫時收載年限、療效評估與退場機制等)及作業時程，俾落實管控
牙醫	特定疾病病人牙科就醫安全計畫	<p>(1)請妥為研訂完整之具體實施計畫(含適用對象之特定疾病病人定義、醫療服務內容、支付方式、稽核機制及成效監測)，於 112 年 12 月前提本會報告</p> <p>(2)另依 112 年 10 月委員會議決議事項，「預期效益之評估指標」之具體評估方式(含：指標定義、比較年度與基礎、計算方式等)，請妥為研訂，併具體實施計畫於 112 年 12 月前提報</p>

表 3 「112 年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估」之執行結果

整理 112 年度健保會歷次會議相關之決議(定)事項及規劃內容如下表，請依 112 年第 6 次委員會議(112.7.26)決定事項，於 113 年第 2 次委員會議(113.3.13)提報預算扣減及節流效益之執行結果

總額別	項目【協定事項】	112 年委員會議決定事項及規劃內容(摘要)
牙醫門診 專款項目	1.12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫 【依 112 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用】	112 年第 6 次委員會議(112.7.26)決定 請提出預算扣減之具體計算方式及扣減時程，最遲於 112 年 12 月份委員會議將規劃結果提報本會。
	2.高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫 【檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源】	112 年第 6 次委員會議(112.7.26)決定 1.修正成效指標為：執行 P7301C 後，89013C 及 89113C 「複合體充填」二年內重補率較未執行 P7301C 者低(跨院所計算)。 2.請補充修正後成效指標之分子、分母定義，並研議如何將所提成效指標，轉換為量化節流效益金額之方式，最遲於 112 年 12 月份委員會議將規劃結果提報本會。
	3.超音波根管沖洗計畫 【檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源】	112 年第 6 次委員會議(112.7.26)決定 1.尊重牙全會與健保署所提成效指標：使用超音波根管沖洗的牙齒 2 年內根管治療之再治療率比未使用者低。 【指標定義： (1)使用超音波根管沖洗的牙齒兩年內根管治療之再治療率(分子/分母*100%)： ⊕分母：年度執行超音波根管沖洗的牙齒數。 ⊙分子：分母之牙齒根管充填申報結束日起兩年內申報 90094C 「難症特別處理—根管重新治療在 X 光片上 root canal 內顯現出 radiopaque 等有 obstruction 之根管等個案，以根管數計算」之牙齒數(牙位歸戶)。 (2)未使用超音波根管沖洗的牙齒兩年內根管治療之再治療率(分子/分母*100%)： ⊕分母：年度未執行超音波根管沖洗的根管治療牙齒數。 ⊙分子：分母之牙齒根管充填申報結束日起兩年內申報 90094C 之牙齒數(牙位歸戶)。】 2.請研議如何將所提成效指標，轉換為量化節流效益金額之方式，最遲於 112 年 12 月份委員會議將規劃結果提報本會。

總額別	項目【協定事項】	112年委員會議決定事項及規劃內容(摘要)
	<p>4. 齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫【檢討本項預防處置之實施成效，<u>提出節流效益並納入總額預算財源</u>】</p>	<p>112年第6次委員會議(112.7.26)決定</p> <p>1. 尊重牙全會與健保署所提成效指標：齲齒經驗之高風險患者113年起平均齲齒填補顆數增加率降低。</p> <p>【指標定義：</p> <p>(1) 年度高風險患者的平均齲齒填補顆數(牙位歸戶)。</p> <p>⊕分子：當年度高風險患者之填補顆數(牙位歸戶)。</p> <p>⊖分母：當年度高風險患者之就醫人數。</p> <p>(2) 每年之平均齲齒填補顆數增加率(分子/分母*100%)。</p> <p>⊕分子：(當年度高風險患者的平均齲齒填補顆數)-(前一年度高風險患者的平均齲齒填補顆數)。</p> <p>⊖分母：前一年度高風險患者的平均齲齒填補顆數。】</p> <p>2. 請研議如何將所提成效指標，轉換為量化節流效益金額之方式，最遲於112年12月份委員會議將規劃結果提報本會。</p>
中醫門診	<p>1. 多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度【依112年度預算執行結果，<u>扣減當年度未執行之額度</u>】</p>	<p>112年第6次委員會議(112.7.26)決定修正預算扣減方式為：</p> <p>「當年度執行之額度」為112年A91「整合醫療照護費加計(70點)」全年實際申報點數，若未達協商額度(4.767億元)作為扣減當年度未執行之額度。</p>
	<p>2. 提升中醫小兒傷科照護品質【依112年度預算執行結果，<u>扣減當年度未執行之額度</u>。其「當年度執行額度」，應以點數調升所增加之費用計算】</p>	<p>112年第6次委員會議(112.7.26)決定修正預算扣減方式為：</p> <p>「當年度執行之額度」為112年E90「未滿7歲兒童傷科治療處置費加計(200點)」全年實際申報點數，若未達協商額度(0.025億元)作為扣減當年度未執行之額度。</p>
	<p>3. 針傷合併治療合理給付【依112年度預算執行結果，<u>扣減當年度未執行額度</u>。其「當年度執行額度」，應以調升針傷合併治療給付增加之費用與原申報費用之差額計算】</p>	<p>112年第6次委員會議(112.7.26)決定修正預算扣減方式為：</p> <p>「當年度執行之額度」為112年針灸合併傷科支付標準調整前後差異點數，全年實際增加點數，若未達協商額度(3.04億元)作為扣減當年度未執行之額度。</p>

部門		項目【協定事項】	112年委員會議決定事項及規劃內容(摘要)
中醫門診	一般服務	4.增加「特定疾病門診加強照護」適應症腦中風後遺症(診斷碼 I69) 【依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度。其「當年度執行額度」，應以新增腦血管適應症(診斷碼 I69)與既有適應症申報費用之差額計算】	112 年第 6 次委員會議(112.7.26)決定修正預算扣減方式為： 「當年度執行之額度」為112年「特定疾病門診加強照護」腦中風後遺症(診斷碼 I69)全年實際申報點數，若未達協商額度(0.172億元)作為扣減當年度未執行之額度。
	專款項目	5.照護機構中醫醫療照護方案 【依 112 年度預算執行結果，於一般服務扣除與本項重複部分之費用】	112 年第 6 次委員會議(112.7.26)決定同意健保署所報扣減方式： 以本方案112年新增申報費用之住民(即扣除111年已接受本方案服務之住民)，回推其111年中醫門診申報醫療費用點數，並排除中醫專款計畫/方案及代辦案件，視為自一般服務轉移至專款之費用，於112年第4季結算時予以扣減。
醫院、西醫基層	一般服務	1.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) 2.藥品及特材給付規定改變 【若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度】	112 年第 6 次委員會議(112.7.26)決定同意健保署所報扣減方式： 若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度。配合於尚未結算之季別(如第3、4季)結算，扣減當年度未執行之額度。

**表 4 「111 年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估執行結果」
之後續辦理結果**

依 112 年第 2 次委員會議(112.3.22)決定事項，請健保署辦理下列事項，並將結果提報 113 年第 2 次委員會議(113.3.13)，以納入總額協商參考。

總額別	項目	112 年第 2 次委員會議(112.3.22)決定事項
牙醫	高風險疾病口腔照護	「提出節流效益並納入總額預算財源」部分，請持續研提可實質扣連節流效益及預算影響之計算方式及結果。
	高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫	
醫院	鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫	
醫院及西醫基層	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	「未依時程導入或預算執行有剩餘之扣減」部分，請檢討並提出本案執行數之精準估算方式。
	藥品及特材給付規定改變	
牙醫	高風險疾病口腔照護	「111 年執行數過低或過高之協定項目」部分，請持續追蹤至 112 年度執行情形(含：實際增加費用、未執行額度等)。
中醫	提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護	
西醫基層	提升國人視力照護品質	

表 5 113 年度各部門總額依核(決)定事項須提本會報告之項目(含須於 113 年 7 月提報項目及預算扣減方式之規劃)

類別	總額別	項目	核(決)定事項
預算扣減方式之規劃	牙醫	12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫	依 113 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。其預算扣減方式規劃，請議定後，於 113 年 7 月提本會報告。
	中醫	中醫利用新增人口	1.依 113 年中醫實際就醫人數成長情形，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減，扣減方式如下： 以「113 年實際就醫人數」扣除「112 年實際就醫人數」，乘以「113 年就醫者平均每人就醫費用」計算，若低於 113 年協定增加之預算 588 百萬元，則扣減未達之差額。 2.請依上開議定之預算扣減方式，提出其執行細節後，於 113 年 7 月提本會報告。
		照護機構中醫醫療照護方案	依 113 年度預算執行結果，於一般服務扣除與本項重複部分之費用，其預算扣減方式規劃，請議定後，於 113 年 7 月提本會報告。
	醫院及西醫基層	藥品及特材給付規定改變	若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度。
執行報告	中醫	兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	持續檢討計畫執行情形(含完整療程照護人數及比率)及結果面之成效，於 113 年 7 月前提本會報告。
	門診透析	鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質	具體實施方案請於 112 年 11 月前完成，並於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

全民健康保險會 113 年度工作計畫(草案)-健保署意見及本會處理說明

項次	工作項目 (原規劃提報月份)	健保署意見	本會處理說明
1	<p>全民健康保險業務執行季(口頭)報告(3、5、8、11月)</p> <p>註：依例按季提報，2月因未召開委員會改為3月。</p>	<p>建議調整提會時程：</p> <p>1.有關2、5、8、11月份委員會議提報113年1、4、7、10月份業務執行季報告之「分級醫療執行情形」一節：囿於本資料轉出時程較晚且產製複雜，爰建請容本署同「急診品質提升方案指標執行結果」於3、6、9、12月份委員會議之113年2、5、8、11月份業務執行報告中提報。</p> <p>2.有關3月份委員會議提報113年2月份業務執行報告：囿於本署資料產出時程不及於3月份委員會議(3/13)提供資料，爰建請延至4月份(4/24)會議再進行報告。</p>	<p>1.依委員會議決議及協定事項，應定期於業務執行報告提報事項如下：(1)抑制資源不當耗用改善方案之執行結果及檢討改善策略(每年第2季)、(2)分級醫療執行情形(季報告)、(3)急診品質提升方案指標執行結果(每年3、6、9、12月)、(4)「『藥品及特材給付規定改變』協商因素項目，經費若有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應」之辦理情形(每年6、12月)、(5)「新醫療科技」及「藥品及特材給付規定改變」預算之執行情形(每年1、7月)。</p> <p>2.請健保署仍依業務執行季(口頭)報告時程，就應提報之事項報告最新之辦理情形。</p> <p>3.考量3月份委員會議時間提前(3/13)，且已安排季業務口頭報告，爰3月份書面業務報告同意於4月份一併提供。</p>
2	<p>111年度健保收入超過2億元之醫療院所財務報告之公開情形(3月)</p>	<p>表示原則配合，惟請容留本署因突發狀況調整報告時間之權限。</p>	<p>請健保署仍依本會預定時程提報；屆時如需調整時間，請具明理由再議。</p>

項次	工作項目 (原規劃提報月份)	健保署意見	本會處理說明
3	113 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會同意或確認之計畫/項目(1 月)	建議調整提會時程： 本署將函請台灣社區醫院協會就「地區醫院全人全社區照護計畫」提具具體內容並據以評估計畫內容可行性後，再提報貴會委員確認。	依 113 年度總額核(決)定事項，應於公告後提至最近 1 次委員會議(即 1 月份委員會議)確認。請健保署依核定事項辦理，若無法於 1 月份委員會議提出，則請會同相關團體完成後，提至最近 1 次委員會議討論，最遲須於 6 月份委員會議確認。
4	「代謝症候群防治計畫」之專案報告(含執行情形及成效評估檢討)(6 月)	建議調整提會時程： 查 113 年度總額核(決)定事項，係於 113 年 12 月前提報專案報告，且考量調整計畫派案機制及執行分析尚須時間，建議修改預定時程至 12 月。	考量本項為本部推動之重要健保中長期計畫，並自 111 年開始執行，且本會委員向極重視，請健保署於 6 月提報歷年執行情形及成效評估檢討，以利 114 年度總額協商。並依 113 年度總額核(決)定事項於 113 年 12 月前提出專案報告。

討論事項

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：113 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)，續請討論。

說明：

- 一、依全民健康保險法第 72 條規定，保險人每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案，提全民健康保險會討論後，報主管機關核定。
 - 二、112 年抑制資源不當耗用改善方案，經貴會第 5 屆 111 年第 12 次委員會議討論，並依會議決議修正後，於 112 年 2 月 9 日報經衛生福利部同意後實施，共分 3 大構面 9 項策略，並以 18 項管控指標衡量成效。112 年執行情形將援例於 113 年 5 月貴會委員會議提報。
 - 三、113 年方案(草案)依前次委員建議增修，說明詳如附件一(第 104~106 頁)，內容如附件二(107~113 頁)，略以：
 - (一)提升目標值：管控項目 2、6、8、10、15、16。
 - (二)下修目標值：管控項目 11、12、18。
 - (三)增修指標名稱文字：管控項目 2、3、5、7。
 - 四、另委員建議意見本署參採及說明如附件三(第 114~116 頁)。
- 擬辦：113 年度方案修訂內容提會討論通過後，依程序報部核定。

健保署業務窗口：林沁玫科長，連絡電話：02-27065866 分機 2617

.....

本會研析說明：

- 一、本案於前(112 年第 11)次委員會議(112.12.20)討論，決議：請中央健康保險署(下稱健保署)參考委員所提意見及本會研析說明，研修 113 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)後，再提本次委員會議討論。

二、經檢視本次健保署所送修正內容(附件一、二)，就管控項目及目標值較前次提會版本之差異，整理如下表：

構面	策略	管控項目	112年目標值	113年目標值 (前次提會版本)	相較前次提會版本(註)
合理 使用 保險 權益	強化自我照護能力	1.全民健保行動快易通(健康存摺)APP 安裝人次增加率	≥5%	≥5% (≥3%)	提高目標值
		2.年度使用健康存摺使用人次增加率	≥5%	≥6% (≥5%)	1.修正項目名稱 2.提高目標值
	正確就醫觀念 行為	3.門診就醫次數全年大於 90 次之保險對象就醫成長次數下降率	≤-18%	≥18% (≤-18%)	1.修正項目名稱 2.配合調整目標值方向
		4.基層與地區醫院門診占整體件數之占率	≥74.2%	≥74.2%	—
		5.非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數較去年同期增加	≥63,486	≥63,486 (>0)	1.修正項目名稱 2.配合調整目標值
鼓勵 醫療 體系 合作 轉 服 務	持續推動分級醫療	6.接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	≥29.8%	≥30.2%	—
		7.收案後居家醫療整合照護對象收案後平均每人每月平均門診就醫次數較收案前減少	<0%	<0 次	修正項目名稱
	增進院所合作機制	8.與長照 2.0 之銜接率	≥48%	≥58.1%	—
		9.提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)-半年指標	≥5.33%	≥5.33% (>0%)	提高目標值
		10.醫療檢查影像資訊即時上傳率	≥94%	≥98% (≥97%)	提高目標值
善用 醫療 資源 合理 使用	減少重複醫療利用	11.全藥類藥品重複用藥日數下降率	≥5%	≥1% (≥0%)	提高目標值
		12.門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率	≥5%	≥1% (≥0%)	提高目標值
	13.西醫門診年復健次數>180 次異常件數成長率零成長	≤0%	≤0%	—	
	強化違規查處機制	14.違規院所訪查家次	≥456	≥456	—
		15.死亡前安寧利用率	≥31.3%	≥35.6%	—
持續推動 疾病 管理	尊重醫療自主善保障終身權益	16.呼吸器依賴病人安寧利用率	≥72.2%	≥74.8%	—
		17.西醫門診病人可避免住院率	≤1.16%	≤1.16%	—
	18.住院案件出院後 3 日內急診率	≤2.35%	≤2.42%	—	

註：「—」表同前次版本。

三、彙整前次委員意見(附件四，第 117 頁)及健保署本次修正之回應說明(附件三，第 114~116 頁)，本會研析如下(詳附表，第 102~103)：

(一)項次 1、2、3、5、9、10、11、12：業已修正名稱、調高目標值(如說明二附表畫圈處)，其中項次 11、12 目標值較 112 年為低，仍請健保署應持續加強。

(二)項次 3、9：已提出連續 2 年未達目標值之原因及改善措施。

(三)項次 4、5、18 及建議新增指標部分：已提供說明，包含說明項次 4、5 與業務執行報告係計算基礎不同；說明項次 18 調低目標值之理由及未來將逐年提高目標值。

(四)健保署未依據委員意見，提出方案可減少醫療費用，及各管控項目目標值之實際數值，**建請該署於本會 113 年 5 月份委員會議之業務執行季報告，提出 112 年度執行結果及檢討改善策略時(註)，一併提供。**

註：本會 111 年 1 月份委員會議(111.1.21)決議：自 111 年起，請健保署定期於第 2 季(5 月)業務執行報告，提出前 1 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案之執行結果及檢討改善策略。

四、檢附健保署於前次會議提供之補充說明供參(如參考資料，第 118~122 頁)：包含各管控項目之意涵與計算方式、112 年 1~3 季目標值之達成狀況，及衛福部核定 112 年方案時函請健保署辦理事項)。

決議：

前次委員意見、本次健保署回應說明及本會研析與建議

前次委員意見/本會研析說明	健保署回應說明	本會研析與建議
一、請呈現方案減少多少不當資源耗用之結果面數據(例如：節省多少費用)，以及各管控項目與減少資源耗用之關聯性。	已擬訂管理策略及管理指標，按季執行追蹤，未來將持續精進方案，滾動調整執行策略及管理指標。(詳附件三)	1. 健保署並未提出方案具體可減少醫療費用。 2. 建請該署於第 2 季(5 月)業務執行季報告提供。
二、管控項目目標值建議事項		
(一)多項目標值之設定採成長率計算，建議併同呈現實際數值，以利研析。	參採委員建議。	1. 健保署並未提出各管控項目目標值之實際數值。 2. 建請該署於第 2 季(5 月)業務執行季報告提供。
(二) 項次 5、9 調低目標值未符合目前分級醫療政策目標，請修正並說明調低目標值的原因。另請說明項次 5 在 112 年 Q3 執行值為 3,302，如何達成 112 年全年目標值(≥ 63,486)。	參採委員建議調整目標值。	健保署已修正項次 5、9 名稱及目標值(如說明二附表)。
(三)項次 3、9 連續 2 年未達目標值，應進一步探究原因及提出改善措施。	1. 未達標之原因：受疫情影響，暫緩部分輔導措施。 2. 改善措施：已恢復各輔導措施，並請各分區業務組加強輔導。 (詳附件三)	健保署已提出連續 2 年未達目標值之原因及改善措施。
(四)項次 1、2 雖已達成目標值，惟有下載安裝不等於有使用，應著重在教育民眾提升其健康知能，以達到減少資源耗用之目的。另項次 1 之 113 年目標值 ≥ 3%，已低於目前執行值(112 年 Q3 為 14.7%)，請說明並修正。	1. 項次 1 之目的為提升民眾自主健康管理識能。 2. 項次 2 為監測健康存摺使用率，113 年目標值由 5% 提升至 6%。 (詳附件三)	健保署已修正項次 2 名稱及提高項次 1、2 目標值(如說明二附表)。
三、管控項目建議事項		
(一)請說明項次 4、5 之指標屬性(正向)，與 11 月份業務執行報告呈現負成長，兩者趨勢不一致的原因。	1. 項次 4: 11 月份業務執行報告中西醫(含慢性病)件數及慢性病件數均較去年同期成長，委員所提較去年同期負成長為西	健保署已說明項次 4、5 與業務執行報告係計算基礎不同。

前次委員意見/本會研析說明	健保署回應說明	本會研析與建議
	<p>醫慢性病占西醫比率，兩者並不相同。</p> <p>2.項次 5 為門急住診下轉(含回轉)件數，而 11 月份業務執行報告係急診統計，計算基礎不同。</p> <p>(詳附件三)</p>	
<p>(二)現行醫院、西醫基層總額之不予支付指標，可達到降低不當耗用的效果，另國際研究證實能有效改善資源不當耗用或過度醫療的措施，建議均可參考納入管控項目。</p>	<p>不予支付指標依法係由保險人與保險醫事服務機構代表共同擬訂，涉及各醫療團體意見收集、影響評估，指標檢核系統增修等，指標生效日期不定，較不易制定同一年度內具體性改善方案，本署已另行監測成效，故不建議增列。</p> <p>(詳附件三)</p>	<p>健保署已說明不建議增列之理由。</p>
<p>(三)不建議新增「醫學中心慢性病例數占率」管控項目，因無法明確反映醫療品質。</p>	<p>先觀察趨勢變化再予檢討。(詳附件三)</p>	<p>健保署已提出說明。</p>
<p>四、前次會議本會研析說明</p>		
<p>(一)項次 11、12： 113 年目標值僅訂$\geq 0\%$，不具積極性，請修正。</p>	<p>相關管理措施已推動多年，再下降空間有限，參考委員意見設定為較去年同期下降 1% (詳附件一)</p>	<p>健保署已修正項次 11、12 目標值(如說明二附表)。</p>
<p>(二)項次 18： (本項目為負向指標)為提升醫療品質，本項應朝降低出院後再急診率之方向努力，請說明調低目標值之理由。</p>	<p>因 112 年目標值之計算基期涵蓋 COVID-19 疫情警戒期間(110 至 111 年)，致有高估情形，為避免 113 年目標值受疫情期間影響，爰改以 108 年第 3 至 4 季及 112 年第 1 至 2 季之平均值減 0.1% 訂定，本署將持續監測，並逐年調升目標值。</p> <p>(詳附件一)</p>	<p>健保署已說明調低目標值之理由及訂定方式，未來將逐年提高目標值。</p>

113 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)修改說明

指標代號	指標名稱	112 目標值	113 目標值	調整情形	修改說明
01	全民健保行動快易通(健康存摺)APP 安裝人次增加率	≥5%	維持		
02	年度使用健康存摺 <u>使用</u> 人次增加率	≥5%	≥6%	↑	明確指標名稱。
03	門診就醫次數 <u>全年</u> 大於 90 次之保險對象就醫 <u>次數</u> <u>下降</u> 成長率	≥18%	維持		依委員建議意見修改指標名稱由「成長率」修改為「下降率」。
04	「基層與地區醫院門診占整體件數之占率」	≥74.2%	維持		
05	非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數較去年同期增加	≥63,486	維持		修訂指標名稱以符合目標值定義。
06	接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	≥29.8%	≥30.2%	↑	
07	<u>收案後</u> 居家醫療整合照護對象 <u>平均每人每月</u> 門診就醫次數較 <u>收案前</u> 減少基期成長率	<0%	<0 次		修訂指標名稱以符合目標值定義。
08	與長照 2.0 之銜接率	≥48%	≥58.1%	↑	
09	提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)	≥5.33%	維持		
10	醫療檢查影像資訊即時上傳率	≥94%	≥98%	↑	

指標代號	指標名稱	112 目標值	113 目標值	調整 情形	修改說明
11	全藥類藥品重複用藥日數下降率	≥5%	≥1%	↓	1.考量管控項目 11「全藥類藥品重複用藥日數下降率」、管控項目 12「門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率」相關管理措施已推動多年，自 108 年執行至今，已分別下降 12%及 13%，考量藥品重複及再次檢查(驗)可能是有臨床之需求，再下降空間有限，且人口老化醫療利用趨繁，醫療費用亦不斷成長，故設定之 113 年目標值仍具挑戰性。 2.參考委員意見研擬將「全藥類藥品重複用藥日數下降率」、「門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率」之目標值設定為較去年同期下降 1%。
12	門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率	≥5%	≥1%	↓	
13	西醫門診年復健次數>180 次異常件數成長率零成長	≤0%	維持		
14	違規院所訪查家次	≥456	維持		
15	死亡前安寧利用率	≥31.3%	≥35.6%	↑	
16	呼吸器依賴病人安寧利用率	≥72.2%	≥74.8%	↑	
17	西醫門診病人可避免住院率	≤1.16%	維持		
18	住院案件出院後 3 日以內急診率	≤2.35%	≤2.42%	↓	1.本項指標屬負向指標，數值越低表現越佳。 2.因 112 年目標值訂定，

指標代號	指標名稱	112 目標值	113 目標值	調整情形	修改說明
					<p>計算基期涵蓋 COVID-19 疫情警戒期間(110 至 111 年)，考量民眾於疫情相關管控措施下減少赴醫院（含急診）就醫，致本署 112 年目標值訂定有高估之情形。</p> <p>3.為避免 113 年目標值受疫情期間影響，爰改以 108 年第 3 至 4 季及 112 年第 1 至 2 季之平均值減 0.1% 訂定，本署將持續監測本指標表現情形，並以逐年調升目標值，以期降低出院後再急診率，提升品質及效率。</p>

1132-年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)

壹、依據

依全民健康保險法(以下稱健保法)第 72 條規定：「為減少無效醫療等不當耗用保險醫療資源之情形，保險人每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案，提健保會討論後，報主管機關核定」。

貳、說明

現行全民健康保險（以下稱全民健保）自全面實施總額支付制度以來，每年醫療費用控制在總額成長幅度以下，宏觀面已達費用管控目的；在微觀管控面，對於全民健保可能衍伸之醫療浪費，如看病多、拿藥多、檢查多等議題，希望保險人能積極提出良好改善對策，因此於健保法第 72 條訂定保險人每年擬訂抑制資源不當耗用之改善方案。

資源不當耗用，包括無效醫療及非必要醫療，常見之無效醫療為生命末期或病人處於不可逆狀態下施行之過度的醫療，徒增病人痛苦且療效不彰，惟醫療處置當下有其不確定性，臨終前的治療處置亦涉及倫理道德層面的考量，並不適合以行政手段進行管控，故本方案就末期病人之醫療，係以積極推動安寧療護為管理策略，除避免資源不當耗用外，亦保障病人醫療自主及臨終的尊嚴。

而非必要醫療則為本方案的主要管控目標，經分析可能造成醫療浪費之成因，包括：總額支付制度下論量計酬之誘因，致特約醫事機構提供保險對象過多醫療照護；醫療提供者採防禦性之醫療，增加不必要高科技醫療檢查及治療；保險對象就醫資訊傳遞未暢通，易造成就醫後重複用藥、檢驗(查)與處置的問題；就醫可近性高，少數病患有高診次就醫問題；照護體系及院所間未建立成熟之病人轉銜系統，造成整體就醫屬片斷醫療等。

綜整前述非必要醫療行為的可能原因，本方案從合理使用保險權益、鼓勵醫療體系間合作與轉銜及促進醫療資源合理使用等三面向，擬訂對應管理策略，包括：健保資源宣導、強化自我照護能力、門診高診次就醫個案輔導、持續推動分級醫療、精進雲端醫療資訊、加強審查與查核機制、減少不必要

醫療利用、推動疾病管理、促進院所合作機制、照護服務之銜接等規劃藍圖，並列為每年持續推動改革之策略。

參、實施目的

降低不必要醫療資源使用，促進醫療服務效率與合理使用，保障保險對象就醫權益，執行本方案所擷節之非必要醫療費用支出，亦將回歸健保總額，保障全民健康保險之永續經營。

肆、實施期間

本方案施行期間自 1132-年 1 月 1 日起至 1132-年 12 月 31 日止，執行期間將視方案特性、複雜度與執行情形，必要時將延長實施年限。

伍、實施策略及方法

本方案實施內容，包括導正就醫觀念及行為、鼓勵下載健康存摺強化自我照護能力；保險人持續推動分級醫療、精進雲端醫療資訊系統、精準審查及強化違規查處機制；醫事服務機構則運用雲端資料庫、避免重複檢驗(查)、用藥及治療，加強疾病管理及強化院所間之合作機制等，主要策略及方法如下：

一、合理使用保險權益

(一)強化自我照護能力

1. 策略：提供視覺化就醫資料及與相關衛教資訊連結，強化保險對象自我照護能力。
2. 方法：持續精進「健康存摺2.0」，並追蹤全民健保行動快易通APP安裝人次及使用健康存摺管理自身健康的人次，幫助保險對象即時、便利地掌握個人健康大小事，做好自我健康照顧及管理。

(二)正確就醫觀念及行為

1. 策略：導正就醫觀念及行為，整合及提供醫療高利用保險對象醫療需求，促使合理使用保險權益。
2. 方法：
 - (1) 以門診就醫次數 ≥ 90 次/年及各季 ≥ 40 次者為對象，依標準作業程序強化其正確就醫觀念及行為，包括寄發關懷函表達關心，提供諮詢電話，對不易接觸(失聯)者以限制全民健康保險憑證(以下稱健保卡)更新地點，取得衛教輔導之機會。另針對高診次保險對象，若經專業認定確有浮濫就醫者，則指定院所就醫；被指定就醫者，

至非指定院所就醫，除情況緊急，否則不予給付。

- (2) 持續推動分級醫療，除壯大基層與擴大社區醫療群服務量能與品質外，並逐步導引區域級(含)以上醫院下轉案件以減少輕症服務，以達到醫療分工及合作目的。

二、鼓勵醫療體系間合作與轉銜服務。

(一)持續推動分級醫療

1. 策略：落實轉診及出院準備服務，導引醫院減少輕症服務。
2. 方法：精進轉診資訊交換平台、建立轉診支付誘因、強化居家醫療及醫院出院準備之追蹤服務。

(二)精進雲端醫療資訊系統

1. 策略：利用即時資訊避免重複醫療。
2. 方法：
 - (1)充實健保醫療資訊雲端服務Medicloud之檢驗檢查互享機制，減少重複之醫療影像檢查，鼓勵院所醫療檢查影像CT及MRI即時上傳及分享。
 - (2)持續補助醫療檢查影像上傳院所固接網路頻寬費用。
 - (3)持續獎勵院所即時上傳電腦斷層造影檢查、磁振造影等項目醫療檢查影像。

(三)增進院所之合作機制

1. 策略：提升醫院與基層院所之實質合作，落實雙向轉診機制，確保醫療服務之連續性。
2. 方法：醫院及基層診所間應進行實質合作，包括對病人之雙向轉診及共同照護，確保照護之連續性與協調性

三、善用醫療資源及合理使用。

(一) 減少重複醫療利用：

1. 策略:藉由健保醫療資訊系統之查詢，降低病患重複處方用藥、檢驗(查)、治療處置，提升病患就醫安全及減少重複醫療利用。
2. 方法:
 - (1). 監控全藥類藥品重複用藥日數下降率。
 - (2). 監控10項重點檢驗、檢查等合理區間內之再次執行下降比率，包含CT、MRI、正子造影、腹部超音波、超音波心臟圖、低密度脂蛋白

—膽固醇、杜卜勒氏彩色心臟血流圖、大腸鏡檢查、胃鏡(上消化道泛內視鏡檢查)、全套血液檢查。

(3). 西醫門診復健異常案件管控。

(二) 尊重醫療自主，保障善終權益

1. 策略：積極推動安寧療護，尊重醫療自主。

2. 方法：

(1). 積極推動各項安寧緩和醫療服務，如：住院安寧服務、安寧共照、居家安寧等項目。

(2). 加強長期呼吸器依賴患者管控，鼓勵呼吸器依賴病患進行安寧緩和照護。

(3). 提供安寧療護學習平台，並加強保險對象宣導。

(三) 持續推動疾病管理

1. 策略：推動有助提升醫療照護效率及品質之支付制度，持續降低可避免住院率，並針對住院案件，監控出院後使用急診醫療利用情形，以追蹤住院期間照護品質。

2. 方法：

1. 推動各項論質支付項目，如：糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調、B型及C肝炎個案追蹤、孕產婦、早期療育、慢性阻塞性肺病、慢性腎臟病(含初期及末期)等。

2. 監控全體住院案件出院後3日內急診比率。

(四) 強化違規查處機制

1. 策略:加強查處違規院所，防杜不實醫療申報。

2. 方法:

(1). 落實一般違規案件之訪查。

(2). 規劃辦理全國性費用申報異常查核專案。

(3). 配合檢警調機關查辦重大與集團性詐領健保案件。

陸、預期效益

一、透過落實醫療知情權，加強保險對象正確就醫觀念及行為。

二、經由持續推動分級醫療政策、精進轉診平台及雲端醫療資訊之使用等，促使醫療資源使用更有效率。

三、減少不必要的檢驗(查)、提供有品質的臨終照護，加強疾病管理、增進院所間之合作機制，降低保險對象重複就醫情形，提升就醫安全與品質，增進醫療連續性，使病患獲得適切之醫療服務，促進民眾健康。

附表、抑制資源不當耗用改善方案管控項目及目標值

構面	策略	管控項目	113年目標值
強化自我照護能力		1.全民健保行動快易通(健康存摺)APP 安裝人次增加率	≥5%
		2.年度健康存摺使用人次增加率	≥6%
合理使用保險權益	正確就醫觀念 行為	3.門診就醫次數全年大於90次之保險對象就醫次數下降率	≥18%
		4.基層與地區醫院門診占整體件數之占率	≥74.2%
合理使		5.非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數	≥63,486
		6.接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	≥30.2%
鼓勵醫療體系間合作	持續推動分級醫療	7.收案後居家醫療整合照護對象平均每人每月門診就醫次數較收案前減少	<0 次
		8.與長照 2.0 之銜接率	≥58.1%
與轉銜服務	增進院所合作 機制	9.提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)-半年指標	≥5.33%
		10.醫療檢查影像資訊即時上傳率	≥98%
減少重複醫療利用		11.全藥類藥品重複用藥日數下降率	≥1%

構面	策略	管控項目	113 年 目標值
善用醫療資源 合理使用		12.門診 10 項重點檢查(驗)非 合理區間內再次執行下降率	$\geq 1\%$
		13.西醫門診年復健次數>180 次異常件數成長率零成長	$\leq 0\%$
	強化違規查處 機制	14.違規院所訪查家次	≥ 456
	尊重醫療自 主，保障善終 權益	15.死亡前安寧利用率	$\geq 35.6\%$
		16.呼吸器依賴病人安寧利用 率	$\geq 74.8\%$
	持續推動疾病 管理	17.西醫門診病人可避免住院 率	$\leq 1.16\%$
		18.住院案件出院後 3 日以內 急診率	$\leq 2.42\%$

附件三

委員意見重點摘要回應說明如下：

一、請呈現方案減少多少不當資源耗用之結果面數據，以及各管控項目與減少資源耗用之關聯。

對於全民健保可能衍生之醫療浪費，如重複醫療、無效醫療及低效益醫療等議題，從合理使用保險權益、鼓勵醫療體系間合作與轉銜及促進醫療資源合理使用等三面向，擬訂對應管理策略，包括：強化自我照護能力、正確就醫觀念行為、持續推動分級醫療、精進院所合作機制、精進雲端資訊系統、減少重複醫療利用、強化違規查處機制、尊重醫療自主保障善終權益、持續推動疾病管理等規劃，並設定管理指標，按季執行追蹤，未來將持續精進方案，滾動調整執行策略及管理指標，並與醫界共同努力，以期減少於健保制度下可能產生的醫療浪費，保障健保的永續經營。

二、管控項目目標值建議事項：

項次	委員建議意見	健保署回應說明
1	多項目標值之設定採成長率計算，建議併同呈現實際數值，以利研析。	參採委員建議。
2	項次 5、9（「非同體系區域級以上醫院下轉（含回轉）件數較去年同期增加」、「提升非同體系區域級（含）以上醫院回轉率（累計）-半年指標」）：調低目標值未符合目前分級醫療政策目標，請修正並說明調低目標值的原因另請說明項次 5 在 112 年 Q3 執行值為 3,302，如何達成 112 年全年目標值（ $\geq 63,486$ ）	參採委員建議調整目標值。
3	項次 3、9（「門診就醫次數大於 90 次之保險對象就醫成長率」、「提升非同體系區域級（含）以上醫院回轉率（累計）-半年指標」）：連續 2 年未達目標值，應進一步探究原因及提出改善措施	<p>1. 管控項目 3「門診就醫次數大於 90 次之保險對象就醫成長率」：</p> <p>(1) 受下述影響，未達目標值。</p> <p>A. COVID-19 疫情影響，部分輔導措施受影響（如與醫院共同輔導、暫緩各季關懷函季寄送等）。</p> <p>B. 非緊急醫療或檢查，在疫情趨緩下，恢復就醫或接受檢查。</p> <p>C. 目標值未因疫情而調降。</p> <p>(2) 目前除恢復各輔導措施外，並持續與衛生福利部心健司討論，期提升輔導成效。</p> <p>2. 管控項目 9「提升非同體系區域級(含)以上</p>

項次	委員建議意見	健保署回應說明
		醫院回轉率(累計)： (1)為鼓勵下轉，擬調升下轉之點數。 (2)請各分區業務組加強輔導。 (3)為促進分級醫療，113 年目標值設定為 5.33%。
4	項次 1、2 (「全民健保行動快易通(健康存摺)APP 安裝人次增加率」「年度使用健康存摺人次增加率」): 雖已達成目標值，惟有下載安裝不等於有使用，應著重在教育民眾提升其健康知能，以達到減少資源耗用之目的。	1. 管控項目 1 「全民健保行動快易通(健康存摺)APP 安裝人次增加率」: APP 安裝人次指標為過程面指標，目的為提升民眾自主健康管理識能。 2. 管控項目 2 「年度使用健康存摺人次增加率」係監測健康存摺使用率。另為增加民眾對健康存摺黏著度有助於個人健康管理，113 年目標值由 112 年之 5%，提升至 6%。

三、管控項目建議事項:

項次	健保會委員建議意見	健保署回應說明
1	請說明項次 4、5 (「基層與地區醫院門診占整體件數之占率」、「非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數較去年同期增加」)之指標屬性(正向)，與 11 月份業務執行報告呈現負成長，兩者趨勢不一致的原因。	1. 有關指標 4 「基層與地區醫院門診占整體件數之占率」與 11 月份業務執行報告第 58 頁表 18-2-3 慢性/非慢性病醫療點數統計_西醫基層門診【排重大傷病】有出入一節，經檢視 11 月份業務執行報告第 58 頁表 18-2-3 慢性/非慢性病醫療點數統計_西醫基層門診【排重大傷病】，西醫(含慢性病)件數及慢性病件數 112 年 8-10 月均較去年同期成長(13%~15.27%; 1.34%~6.21%)，委員所提較去年同期負成長為西醫慢性病占西醫比率(-6.48%~-3.36%)，兩者並不相同。 2. 經檢視指標 5 「非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數較去年同期增加」為門急住診下轉(含回轉)件數，而委員所提 11 月份業務執行報告之表 30 「醫院總額各層級醫院急診下轉件數」(第 90 頁)係急診統計，計算基礎不同。
2	現行醫院、西醫基層總額之不予支付指標，可達到降低不當耗用的效果，另國際研究證實能有效改善資源不當耗用或過度醫療	查 112 年抑制資源不當耗用改善方案之管控項目均涉及指標操作型定義及目標值，惟不予支付指標依法係由保險人與保險醫事服務機構代表共同擬訂，報請主管機關核定後公

項次	健保會委員建議意見	健保署回應說明
	的措施，建議均可參考納入管控項目。	告辦理，涉及各醫療團體意見收集、影響評估，指標檢核系統增修等，指標生效日期不定，較不易制定同一年度內具體性改善方案，本署已另行監測成效，故不建議增列至 113 年抑制資源不當耗用改善方案之管控指標中。
3	不建議新增「醫學中心慢性病案件數占率」管控項目，因無法明確反映醫療品質。	觀察指標「醫學中心慢性病案件數占率」係遵照衛生福利部全民健康保險會第 5 屆 111 年第 12 次委員會朱益宏委員提出建議之新增指標，先觀察趨勢變化再予檢討。

委員意見重點摘要

一、請呈現方案減少多少不當資源耗用之結果面數據(例如：節省多少費用)，以及各管控項目與減少資源耗用之關聯性。

二、管控項目目標值之建議

(一)多項目目標值之設定採成長率計算，建議併同呈現實際數值，以利研析。

(二)項次 5、9(「非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數較去年同期增加」、「提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)-半年指標」)：調低目標值未符合目前分級醫療政策目標，請修正並說明調低目標值的原因。另請說明項次 5 在 112 年 Q3 執行值為 3,302，如何達成 112 年全年目標值(≥ 63,486)。

(三)項次 3、9(「門診就醫次數大於 90 次之保險對象就醫成長率」、「提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)-半年指標」)：連續 2 年未達目標值，應進一步探究原因及提出改善措施。

(四)項次 1、2(「全民健保行動快易通(健康存摺)APP 安裝人次增加率」、「年度使用健康存摺人次增加率」)：雖已達成目標值，惟有下載安裝不等於有使用，應著重在教育民眾提升其健康知能，以達到減少資源耗用之目的。

三、管控項目之建議

(一)請說明項次 4、5(「基層與地區醫院門診占整體件數之占率」、「非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數較去年同期增加」)之指標屬性(正向)，與 11 月份業務執行報告呈現負成長，兩者趨勢不一致的原因。

(二)現行醫院、西醫基層總額之不予支付指標，可達到降低不當耗用的效果，另國際研究證實能有效改善資源不當耗用或過度醫療的措施，建議均可參考納入管控項目。

(三)不建議新增「醫學中心慢性病案件數占率」管控項目，因無法明確反映醫療品質。

112 年 12 月 20 日衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 112 年第 11 次委員會議之討論事項第一案「113 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)」(會議資料第 141 頁)，有關貴會請本署補充說明資料如下：

- 一、有關各管控項目之意涵與計算方式(分子、分母之定義)，及指標屬性(正向或負向指標)：112 年全民健康保險抑制醫療資源不當耗用改善方案「管控指標」意涵及分子、分母之定義，提供資料如附件 1。
- 二、有關各管控項目 112 年 1~3 季目標值之達成狀況：112 年 1~3 季達成狀況如附件 2。
- 三、有關衛生福利部 112 年 2 月 9 日核定 112 年方案時函請本署辦理事項，及貴會委員建議新增 5 項管控項目之執行情形，說明如下：

衛福部建議事項/ 健保會委員建議事項	健保署辦理情形
有關方案實施策略二(二)方法(3)之獎勵，查全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法部分條文業於今(112)年1月4日修正發布在案，針對保險醫事服務機構應依修正後規定上傳之項目，是否續予獎勵，請審酌。(衛福部)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 「全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法」(新增應上傳項目)係加強醫療機構上傳檢驗(查)結果等項目之法源依據，與「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」(下稱即時查詢方案)鼓勵「即時」之目的不同。 2. 本署業於 112 年 5 月 24 日邀集台灣醫院協會等 10 個公協會召開修訂「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」(草案)溝通會議，與會代表表示即時上傳檢驗(查)結果及醫療檢查影像均有臨床參考價值，囿於部分院所資訊能力不足，建議持續獎勵提升院所資訊能力。
健保會委員建議新增 5 項管控項目之執行情形	提供資料如附件 3。

112 年全民健康保險抑制醫療資源不當耗用改善方案「管控指標」指標意涵及分母、分子

指標代號	指標名稱	指標意涵 (正向或負向指標)	指標		
			定義	分母	分子
01	全民健保行動快易通(健康存摺)APP 安裝人次增加率	正向指標	較 111 年 12 月 31 日累計安裝人次。	較 111 年 12 月 31 日累計安裝人次。	截至 112 年 12 月 31 日止，民眾累計「健保快易通 APP」安裝人次。
02	年度使用健康存摺人次增加率	正向指標	前一年度使用健康存摺人次數。	前一年度使用健康存摺人次數。	當年度使用健康存摺人次數。
03	門診就醫次數大於 90 次之保險對象就醫成長率	負向指標	保險對象 111 年 1-12 月全年門診就醫次數 ≥ 90 次者(排除死亡、領有重大傷病卡、精神科及 80 歲以上保險對象)之就醫次數，惟如前開保險對象於 108 年亦屬全年門診就醫次數 ≥ 90 次者，該保險對象以 108 年就醫次數計算。	保險對象 111 年 1-12 月全年門診就醫次數 ≥ 90 次者(排除死亡、領有重大傷病卡、精神科及 80 歲以上保險對象)之就醫次數，惟如前開保險對象於 108 年亦屬全年門診就醫次數 ≥ 90 次者，該保險對象以 108 年就醫次數計算。	分母對象經本署各分區業務組輔導後 112 年 1-12 月全年之門診就醫次數。
04	「基層與地區醫院門診占整體件數之占率」	正向指標	醫學中心、區域醫院、地區醫院與基層診所)申報總件數。	醫學中心、區域醫院、地區醫院與基層診所)申報總件數。	分母中屬地區醫院及基層院所申報之件數加總。
05	非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數較去年同期增加	正向指標	醫學中心或區域醫院申報轉出端轉診醫令代碼 01034C、01035C(醫令類別 2)且接受院所為地區醫院或基層診所。	醫學中心或區域醫院申報轉出端轉診醫令代碼 01034C、01035C(醫令類別 2)且接受院所為地區醫院或基層診所。	
06	接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	正向指標	申報健保「出院準備及追蹤管理費(02025B)」及申報急性後期整合照護計畫中結案評估費(P5113B、P5117B、	申報健保「出院準備及追蹤管理費(02025B)」及申報急性後期整合照護計畫中結案評估費(P5113B、P5117B、	分母案件中，出院後 30 日內接受各類居家醫療照護、居家醫療照護整合計畫、PAC(申報「承作醫院評估(初

指標代號	指標名稱	指標意涵 (正向或負向指標)	指標		
			定義	分母	分子
				P5118B、P5123B)之件數，排除出院即死亡案件(轉歸代碼為4、A)。	評)P5114B)、「轉出醫院出院準備及評估費(同/不同團隊)P5113B、P5118B)」、「家庭醫師整合性照護計畫社區醫療群」之件數，並按出院人次歸戶，以出院後接受服務之類別列計。
07	居家醫療整合照護對象門診就醫次數較長期成長率	負向指標	照護對象人數。		考量109年、110年及111年受疫情影響，112年分區各季目標值仍以收案前後門診就醫次數<0進行設定。
08	與長照2.0之銜接率	正向指標	申報健保「出院準備及追蹤管理費(02025B)」且出院前完成長照2.0需求評估(包含簡表及緊表)之件數，排除於出院後7日內死亡之個案。	申報健保「出院準備及追蹤管理費(02025B)」且出院前完成長照2.0需求評估(包含簡表及緊表)之案件，出院後7日內接受長照2.0服務之件數	
09	提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)	正向指標	計算期間各分區區域級(含)以上醫院接受上轉之門診申報件數合計，採累計值計算。	計算期間分母案件中回轉件數，採累計值計算。	
10	醫療檢查影像資訊即時上傳率	正向指標	醫學中心、區域醫院及地區醫院申報「應上傳醫療檢查影像」醫令數。	醫學中心、區域醫院及地區醫院已於24小時內或1-3日內上傳「應上傳醫療檢查影像」醫令數。	
11	全藥類藥品重複用藥日數下降率	正向指標	1.重複用藥方案全藥類藥品重複用藥日數比率；全藥類藥品之總給藥日數。 2.下降率：108年同期全藥類藥品重複用藥日數比率。	1.重複用藥方案全藥類藥品重複用藥日數比率；全藥類藥品之重複用藥日數。 2.下降率：當期全藥類藥品重複用藥日數比率-108年同期全藥類藥品重複用藥日數比率。	
12	門診10項重點檢查	正向指標	1.門診10項重點檢查(驗)非合理區間內	1.門診10項重點檢查(驗)非合理區間內	

指標代號	指標名稱	指標意涵 (正向或負向指標)	指標		
			定義	分母	分子
	(驗)非合理區區內再次執行下降率			再次執行率：門診 10 項檢查(驗)總申報醫令數。 2.下降率：108 年同期門診 10 項重點檢查(驗)非合理區區內再次執行率。	再次執行率：門診 10 項檢查(驗)非合理區區內再次執行醫令數。 2.下降率：當期門診 10 項重點檢查(驗)非合理區區內再次執行率-108 年同期門診 10 項重點檢查(驗)非合理區區內再次執行率。
13	西醫門診年復健次數 >180 次異常件數成長率零成長	正向指標	西醫門診年復健次數 >180 次之異常件數	成長率：108 年同期西醫門診年復健次數 >180 次之異常件數。	成長率：當期(112 年)西醫門診年復健次數 >180 次之異常件數-108 年同期西醫門診年復健次數 >180 次之異常件數。
14	違規院所訪查家次	正向指標	訪查院所數占全體特約院所數之比率達 1.5%。		
15	死亡前安寧利用率	正向指標		112 年累計死亡人數。	分母死亡者於死前一年利用安寧療護之人數。
16	呼吸器依賴病人安寧利用率	正向指標		呼吸器依賴病人排除呼吸器脫離者及 17 歲以下個案之人數。	接受安寧療護包括緩和和醫療家庭諮詢、住院安寧療護、安寧共同照護及居家安寧照護等人數。
17	西醫門診病人可避免住院率	負向指標		當年度各分區西醫門診病人。	當年度各分區可避免住院疾病之案件。
18	住院案件出院後 3 日內急診率	負向指標		出院案件數。	分母出院案件中,距離出院日 0 日至 3 日內急診的案件數。

112年Q1-Q3抑制醫療不當耗用改善方案「管控指標」執行情形彙整表

指標序號	指標名稱	第一季	第二季	第三季	備註
01	全民健保行動快易通(健康存摺)APP安裝人次增加率	- (註2)	- (註2)	Y	執行值以「年」計提，惟監測至第3季全年已達標。
02	年度使用健康存摺人次增加率	- (註2)	- (註2)	Y	執行值以「年」計提，惟監測至第3季全年已達標。
03	門診就醫次數大於90次之保險對象就醫成長率	Y	X	X	
04	基層與地區醫院門診占整體件數之占率	Y	Y	Y	
05	非同體系區域級(含)以上醫院下轉(含回轉)件數較去年同期增加	X	Y	Y	
06	接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	Y	Y	X	
07	居家醫療整合照護對象門診就醫次數較基期成長率	Y	Y	Y	
08	與長照2.0之銜接率	Y	Y	◎ (註3)	
09	提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)	- (註2)	X	- (註2)	執行值以「年」計提，惟監測至第3季全年已達標。
10	醫療檢查影像資訊即時上傳率	Y	Y	Y	
11	全藥類藥品重複用藥日數下降率	Y	Y	Y	
12	門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率	Y	Y	Y	
13	西醫門診年復健次數>180次異常件數成長率零成長	Y	Y	Y	
14	違規院所訪查	Y	Y	Y	
15	死亡前安寧利用率	Y	Y	Y	
16	呼吸器依賴病人安寧利用率	Y	Y	Y	
17	西醫門診病人可避免住院率	Y	X	Y	
18	住院案件出院後3日以內急診率	X	X	◎ (註3)	

註:

1.製表日:112.12.14。

2.管控項目01及02執行值之提報點為「年」，管控項目9執行值為「半年」。

3.管控項目08、18需待各季結束後第3個月始有完整資料計算第3季執行值，暫提提訊。

112年Q1-Q3抑制醫療不當耗用改善方案「觀察指標」執行情形彙整表

指標序號	指標名稱	第一季	第二季	第三季	備註
01	醫學中心慢性病案件數占率	54.4%	53.2%	53.1%	
02	地區醫院在醫院總額之費用占率	19.5%	19.8%	19.6%	
03	大型醫院門診占整體醫療費用比率	56.1%	55.2%	55.6%	
04	每月急診使用麻醉藥物止痛就醫次數≥2次之病人數	2,245	2,258	2,295	
05	西醫門診病人潛在可避免急診率	0.56%	1.02%	1.47%	

註:製表日:112.12.14。

第二案

提案單位：中央健康保險署

案由：新增「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第 2 條第 1 項第 3 款之附表二指標項目案，提請討論。

說明：

一、依全民健康保險法第 74 條第 2 項規定，本保險醫療品質資訊公開之範圍內容、公開方式及其他應遵行事項之辦法，由保險人擬訂，提健保會討論後，報主管機關核定發布。

二、本署就研擬新增疾病別醫療品質指標，辦理情形說明如下：

(一)為持續發展民眾關心具臨床專業意義的疾病別品質資訊，進行資訊公開，本署前研擬肺炎(4 項)、慢性阻塞性肺疾病(3 項)、乳癌(5 項)、腸癌(5 項)及肺癌(4 項)五大項疾病照護品質指標之醫療品質指標名稱及操作型定義，於 110 年 5 月 6 日以健保審字第 1100035248B 號函請台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣內科醫學會等 13 個專科醫學會及台灣癌症基金會等 6 個消費者團體，提供專業意見。

(二)經彙整各單位建議意見，並於 111 年 1 月 25 日、111 年 9 月 20 日、112 年 6 月 28 日及 112 年 9 月 25 日邀集相關單位共召開 4 次討論會議後始達成修訂內容及操作型定義之共識，歷次會議結論彙整如附件二(第 136~144 頁)。

三、本署依據會議共識結論，初擬建議新增機構別之疾病別指標，如附表(第 126 頁)，說明如下：

(一)肺炎：新增 2 項。

(二)慢性阻塞性肺病：新增 1 項。

擬辦：擬依會議結論，報主管機關核定發布。

健保署業務窗口：何小鳳科長，聯絡電話：02-27065866 分機 3068

本會研析說明：

- 一、本案係健保署依全民健康保險法第 74 條第 2 項規定，將擬新增全民健康保險醫療品質資訊公開辦法(詳附件一，第 127~135 頁)第 2 條第 1 項第 3 款之附表二指標，提至本會討論。前開辦法第 2 條規定為保險人應定期公開與全民健保有關之醫療品質資訊，其中附表二指「機構別之醫療品質資訊」。
- 二、前揭附表二指標包括：服務別指標及疾病別指標，健保署本次擬增訂疾病別指標，摘錄現行疾病別指標如下：
 - (一)用途：針對特定疾病治療，提供衛教與個別醫療院所之資訊，供大眾就醫選擇之參考。
 - (二)目前公開資訊涵蓋糖尿病、人工膝關節手術、子宮肌瘤手術、消化性潰瘍、氣喘、急性心肌梗塞、鼻竇炎、腦中風、慢性腎臟病、人工髖關節手術等 10 類疾病。
- 三、依健保署提案說明二(二)提及本案之研修歷程，於 111~112 年間邀集專科醫學會及消費者相關團體共召開 4 次會議討論，其中對於前兩次會議有共識且同意增修部分，提報本會 112 年 2 月份委員會議(112.2.22)修訂，至於未有共識部分持續研擬，該次委員會議決議如下：
 - (一)有關本案所提指標項目增修訂內容，委員所提意見請中央健康保險署參酌後，依法定程序報主管機關核定發布。
 - (二)建請中央健康保險署積極研議增加「疾病別照護品質指標」，俾利民眾就醫選擇之參考。
- 四、本次健保署依前揭決議擬新增疾病別指標如下表，其係與專科醫學會及相關團體多次會議討論之共識，指標之訂定尚屬合理。本案依法應經本會討論後，該署方能報請衛福部核定發布，委員所提意見為健保署報部前再次審視修訂內容之重要參據。

疾病別	指標項目名稱	備註
肺炎	1.肺炎出院後三日內因肺炎再住院率	1.區分 18-64 歲及 65 歲以上兩項指標。 2.排除 1 年內分母小於 30 例個案之院所，進行院所別資訊公開。
	2.住院手術採全身麻醉出院後三日內因肺炎急診或再住院之比率	
慢性阻塞性肺病	肺阻塞出院後十四日內因肺阻塞再住院率	排除 1 年內分母小於 30 例個案之院所，進行院所別資訊公開。

五、另該署尚在研擬癌症別指標，考量癌症為 111 年十大死因第 1 名，其中肺癌、腸癌及乳癌分列 111 年十大癌症死因的第 1 名、第 3 名及第 4 名，又均為民眾常見疾病，爰建請健保署持續與相關單位研議癌症相關及常見疾病「疾病別照護品質指標」，提供民眾就醫選擇之參考。

決議：

第 2 條附表二 機構別之醫療品質資訊(草案)

總額部門別/服務別/疾病別	項目名稱	會議結論
<u>十七、肺炎</u>	<u>1.肺炎出院後三日內因肺炎再住院率</u>	新增
	<u>2.住院手術採全身麻醉出院後三日內因肺炎急診或再住院之比率</u>	新增
<u>十八、慢性阻塞性肺病</u>	<u>肺阻塞出院後十四日內因肺阻塞再住院率</u>	新增

全民健康保險醫療品質資訊公開辦法

中華民國 102 年 8 月 7 日衛生福利部衛部保字第 1021280007 號令訂定發布全文 10 條；自發布日施行。

中華民國 103 年 10 月 9 日衛部保字第 1031260671 號令修正第 10 條、第 2 條附表一、二。

中華民國 104 年 10 月 15 日衛部保字第 1041260684 號令修正第 5 條

中華民國 105 年 12 月 15 日衛部保字第 1051260719 號令修正發布第 2 條附表一、二。

中華民國 107 年 9 月 25 日衛部保字第 1071260424 號令修正發布第 2 條附表一、二。

中華民國 109 年 2 月 6 日衛部保字第 1091260018 號令修正發布第 2 條附表一、二。

中華民國 112 年 7 月 12 日衛部保字第 1121260209 號令修正發布第 2 條附表一、二。

第一條 本辦法依全民健康保險法(以下稱本法)第七十四條第二項規定訂定之。

第二條 保險人應定期公開與全民健康保險(以下稱本保險)有關之醫療品質資訊如下：

一、依本法第六十七條第三項規定每月應公布之各特約醫院保險病房設置比率。

二、整體性之醫療品質資訊(如附表一)。

三、機構別之醫療品質資訊(如附表二)。

四、其他由保險人擬訂，經主管機關核定有關醫療品質之資訊。

前項定期公開之資訊，以保險醫事服務機構依法令規定應向保險人登錄或備查、醫療費用申報及第八條所定資料，並經保險人彙整者為限。

第三條 保險醫事服務機構應定期公開與本保險有關之醫療品質資訊如下：

一、依本法第六十七條第二項規定每日應公布之保險病床使用情形。

二、訂有給付上限之自付差額特殊材料品項、廠牌、產品性質(含副作用、禁忌症及應注意事項等)及收費標準等相關資訊。

三、其他由保險人擬訂，經主管機關核定有關醫療品質之資訊。

第四條 保險人為增訂或修正前二條所定項目，得邀請保險醫事服務提供者、

專家學者及被保險人代表，就資訊公開之目的、成本效益、可行性及實證醫學進行評選或檢討。

第五條 依本辦法公開之醫療品質資訊，除法令另有規定外，保險人、醫學中心及區域醫院應採電信網路傳送供公眾線上查詢為主要公開途徑；其他保險醫事服務機構得選擇下列適當方式之一為之：

一、利用電信網路傳送或其他方式供公眾線上查詢。

二、張貼於保險醫事服務機構內明顯易見處。

三、舉行記者會或說明會。

四、其他足以使公眾得知之方式。

前項第三款說明會得結合網際網路參與方式進行。

第六條 依本辦法公開之醫療品質資訊，應使民眾易於瞭解及避免爭議，並得請相關團體或人員對有關資訊之資料來源、定義、意義及使用限制作說明。

第七條 依本辦法公開之醫療品質資訊，得依公開項目之性質及資訊彙整所需之時程，採日、月、季、半年或年公開及更新。

第八條 保險人為辦理本辦法醫療品質資訊公開作業，得向附表一及附表二所列各醫療給付費用總額部門之代表團體或相關醫學會，要求提供資料。

第九條 依本辦法公開全民健康保險醫療品質資訊時，應依個人資料保護法及其相關法令之規定辦理。

第十條 本辦法自發布日施行。

本辦法修正條文，自發布日施行。

全民健康保險醫療品質資訊公開辦法第二條附表一、附表二修正規定

附表一 整體性之醫療品質資訊

總額部門別/服務別	項目名稱
一、醫院總額	<ol style="list-style-type: none"> 1.門診注射劑使用率 2.門診抗生素使用率 3.同(跨)醫院門診同藥理用藥日數重疊率—降血壓(口服)、降血脂(口服)、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜(口服) 4.慢性病連續處方箋開立率 5.門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率 6.十八歲以下氣喘病人急診率 7.糖尿病病人醣化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率 8.就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率 9.非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率 10.住院案件出院後三日以內急診率 11.剖腹產率-整體、自行要求、具適應症、初次具適應症 12.清淨手術術後使用抗生素超過三日比率 13.接受體外震波碎石術(ESWL)病人平均利用 ESWL 之次數 14.子宮肌瘤手術出院後十四日以內因該手術相關診斷再住院率 15.人工膝關節置換手術後九十日以內置換物深部感染率 16.住院手術傷口感染率 17.急性心肌梗塞死亡率 18.清淨手術術後傷口感染率 19.失智者使用安寧緩和服務使用率
二、西醫基層總額	<ol style="list-style-type: none"> 1.門診注射劑使用率 2.門診抗生素使用率 3.同(跨)院所門診同藥理用藥日數重疊率—降血壓(口服)、降血脂(口服)、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜(口服) 4.慢性病連續處方箋開立率 5.門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率 6.平均每張慢性病處方箋開藥日數—糖尿病、高血壓、高血脂 7.糖尿病病人醣化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率 8.就診後同日於同院所再次就診率 9.剖腹產率—整體、自行要求、具適應症

總額部門別/服務別	項目名稱		
三、牙醫門診總額	1.牙體復形同牙位再補率—一年以內、二年以內 2.牙齒填補保存率—一年以內、二年以內、恆牙二年以內、乳牙一年六個月以內 3.同院所九十日以內根管治療完成率 4.恆牙根管治療六個月以內保存率 5.十二歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率 6.六歲以下牙醫就醫兒童牙齒預防保健服務人數比率 7.院所牙醫門診加強感染管制實施方案診察費申報率 8.醫療費用核減率 9.五十歲以上(含)之就醫人數 10.牙周病統合治療方案後之追蹤治療率		
四、中醫門診總額	1.使用中醫門診者之平均中醫就診次數 2.就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率 3.就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率 4.使用中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率 5.於同院所針傷科處置次數每月大於二十次之比率 6.健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率 7.兩年內初診患者人數比率		
五、門診透析		血液透析	腹膜透析
	1.營養狀態	V	V
	2.尿素氮透析效率	V	V
	3.貧血檢查	V	V
	4.住院率	V	V
	5.死亡率	V	V
	6.瘻管重建率	V	
	7.腹膜炎發生率		V
	8.脫離率	V	V
	9.B 型肝炎表面抗原 (HBsAg) 轉陽率	V	V
	10.C 型肝炎抗體 (anti-HCV) 轉陽率	V	V
	11.五十五歲以下透析病人移植登錄率	V	V
	12.醫療費用核減率	V(合併計算)	
	13.鈣磷乘積	V	V
	14.B 型肝炎表面抗原(HBsAg)受檢率	V	V
	15.C 型肝炎抗體(anti-HCV)受檢率	V	V
	16.C 型肝炎抗體陽性慢性透析病人 HCV RNA 檢查率	V(合併計算)	
	17.HCV RNA 陽性慢性透析病人抗病毒藥物治療率	V(合併計算)	

附表二 機構別之醫療品質資訊

總額部門別/服務別 /疾病別	項目名稱
一、醫院總額	<ol style="list-style-type: none"> 1. 同(跨)醫院門診同藥理用藥日數重疊率—降血壓 (口服)、降血脂 (口服)、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜(口服) 2. 慢性病連續處方箋開立率 3. 就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率 4. 糖尿病病人血清肌酸酐檢查執行率 5. 門診手術後二日以內急診或住院率 6. 急診轉住院暫留急診超過四十八小時案件比率 7. 精神病人出院後三十日以內同醫院門診精神科追蹤率 8. 同醫院生產案件出院後十四日以內非計畫性再住院率 9. 出院後三日以內同院所再急診率 10. 急診就診後同日於同醫院急診返診比率 11. 同醫院急性心肌梗塞(AMI)病人出院後三日以內因同一主診斷或相關病情之急診返診比率 12. 同醫院急性心肌梗塞(AMI)病人出院後十四日以內因同一主診斷或相關病情之非計畫性再住院比率 13. 主要器官移植植入手術個案數與存活率 14. 電腦斷層造影(CT)、磁振造影(MRI)之數量、廠牌、機型、出廠日期、院所購入日期、使用年限 15. 門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率 16. 具高鉀血症病史之高血壓病人使用保鉀利尿劑(Potassium-sparing diuretics)或醛固酮拮抗劑(Aldosterone antagonist)兩種藥品，且有追蹤血鉀數值(執行血鉀檢查)之比率 17. 住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件三日內再急診率 18. 住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件十四日內再住院率 19. 住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件轉出率 20. 非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率 21. 檢傷一級/二級/三級急診病人轉入病房小於八小時之比率(分別計算) 22. 慢性病連續處方箋釋出率 23. 急性一般病床全日平均護病比 24. 接受安寧緩和醫療意願之比率 25. 申報使用兒童製劑院所

總額部門別/服務別 /疾病別	項目名稱
二、西醫基層總額	<ol style="list-style-type: none"> 1. 注射劑使用率 2. 抗生素使用率 3. 同(跨)院所門診同藥理用藥日數重疊率—降血壓 (口服)、降血脂 (口服)、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜(口服) 4. 健康檢查普及率—小兒、成人 5. 糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率 6. 糖尿病病人空腹血脂檢查執行率 7. 糖尿病病人血清肌酸酐檢查執行率 8. 具二度或三度心臟傳導隔斷病史之高血壓病人使用乙型阻斷劑 (β-Blocker)比率 9. 就診後同日於同院所再次就診率 10. 消化性潰瘍新病人執行幽門桿菌清除治療比率 11. 六歲以下兒童氣喘住院率 12. 門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率 13. 具高鉀血症病史之高血壓病人使用保鉀利尿劑(Potassium-sparing diuretics)或醛固酮拮抗劑(Aldosterone antagonist)兩種藥品，且有追蹤血鉀數值(執行血鉀檢查)之比率 14. 慢性病連續處方箋釋出率 15. 慢性病連續處方箋開立率 16. 六歲以下兒童門診開立原瓶口服液劑比率 17. 申報使用兒童製劑院所
三、牙醫門診總額	<ol style="list-style-type: none"> 1. 牙齒填補保存率—二年以內、乳牙一年六個月以內 2. 恆牙二年以內同院所再補率 3. 院所執行「根管難症特別處理」之數量 4. 根管治療完成率 5. 根管治療保存率—六個月以內、乳牙三個月以內、恆牙六個月以內 6. 執行牙周病基礎治療之人數 7. 牙周疾病控制基本處置執行率 8. 十二歲以上病人執行全口牙結石清除之比率 9. 六歲以下兒童執行口腔預防保健服務之比率 10. 執行口腔癌篩檢之案件數 11. 執行單純齒切除之數量

總額部門別/服務別 /疾病別	項目名稱		
	12.簡單性拔牙執行後三十日以內不需要術後特別處理之比率 13.參與牙醫門診總額特殊醫療服務計畫或牙周病統合治療方案之院所名單 14.牙周病案件比率 15.執行複雜齒切除之數量 16.院所牙周病統合治療方案完成率		
四、中醫門診總額	1.就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率 2.中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率 3.同一中醫院所就診次數每月達八次以上之比率 4.參與特定疾病門診加強照護之院所名單 5.參與中醫門診總額所訂計畫或方案之院所名單 6.參與醫療資源不足地區改善方案之院所名單 7.中醫傷科占率		
五、門診透析		血液透析	腹膜透析
	1.營養狀態 2.貧血檢查 3.尿素氮透析效率 4.脫離率 5.腹膜透析腹膜炎發生率 6.瘻管重建率 7.B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率 8.C 型肝炎抗體轉陽率 9.各院所新增透析病人之腹膜透析人數及占率 10.五十五歲以下透析病人移植登錄率	V V V V V V V V V V	V V V V V V V V
六、特約藥局	8.特約藥局雲端藥歷查詢人次比率		
七、糖尿病	1.糖尿病病人執行檢查率－醣化血紅素（HbA1c）或糖化白蛋白（glycated albumin）、空腹血脂、眼底檢查或眼底彩色攝影、尿液蛋白質檢查 2.糖尿病病人加入照護方案比率		

總額部門別/服務別 /疾病別	項目名稱
八、人工膝關節手術	1.人工膝關節置換手術後九十日以內傷口感染率 2.人工膝關節置換手術後九十日以內置換物深部感染率 3.實施人工膝關節置換術出院後三十日以內因相關問題再住院率
九、子宮肌瘤手術	1.子宮肌瘤手術當次住院日數大於七日比率 2.子宮肌瘤手術出院後十四日以內相關器官損傷發生率 3.子宮肌瘤手術出院後十四日以內相關器官徵候發生率 4.子宮肌瘤手術出院後十四日以內因該手術相關診斷再住院率
十、消化性潰瘍疾病	1.消化性潰瘍病人接受除菌藥物治療比率 2.消化性潰瘍病人開始治療一年以內有用口服非類固醇抗發炎劑比率
十一、氣喘疾病	1.氣喘病人參加「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」之比率 2.氣喘病人出院後十四日以內因同一疾病再入院比率 3.氣喘病人使用短效乙型作用劑或類固醇藥物吸入劑藥物控制比率 4.參加「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」之病人因氣喘發作而住院之比率 5.參加「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」之病人因氣喘發作而至急診就醫之比率
十二、急性心肌梗塞 疾病	1.急性心肌梗塞(AMI)病人於住院期間執行血脂 LDL 檢查比率 2.急性心肌梗塞(AMI)病人於住院期間給藥比率－阿斯匹靈 (Aspirin)、腺嘌呤二磷酸受體拮抗劑(ADP 受體拮抗劑)、乙型阻斷劑(β -Blocker)、血管張力素轉化酶抑制劑(ACE inhibitor)或血管張力素 II 受體阻斷劑(ARB) 3.急性心肌梗塞(AMI)病人出院後三個月/六個月/九個月以內給藥比率－阿斯匹靈(Aspirin)、腺嘌呤二磷酸受體拮抗劑(ADP 受體拮抗劑)、乙型阻斷劑(β -Blocker)、血管張力素轉化酶抑制劑(ACE inhibitor)或血管張力素 II 受體阻斷劑(ARB) 4.急性心肌梗塞(AMI)病人出院後三日以內因同一主診斷或相關病情之急診返診比率 5.急性心肌梗塞(AMI)病人出院後十四日以內因同一主診斷或相關病情之非計畫性再住院比率 6.急性心肌梗塞病人接受心臟復健比率
十三、鼻竇炎	1.十八歲以上慢性鼻竇炎病人於住院手術前三個月以內有做電腦斷層造影或鼻竇內視鏡檢查比率 2.鼻竇炎使用氟化恩甯類抗生素(Fluoroquinolones)案件比率

總額部門別/服務別 /疾病別	項目名稱
十四、腦中風	1.缺血性中風或暫時性腦缺血病人出院時有處方抗血栓藥物比率 2.缺血性或出血性中風病人住院期間或出院後四個月內接受復健服務比率 3.未使用血栓溶解劑治療之缺血性腦中風病人住院一日內給予抗血栓藥治療之比率
十五、慢性腎臟病	1.末期腎臟病前期病人最近六個月有測量血清白蛋白之病人數百分比 2.末期腎臟病前期病人至少每六個月檢測一次血色素的比率 3.末期腎臟病前期病人一年內有做血脂檢查之病人數百分比 4.末期腎臟病前期病人最近六個月有測量血清鈣或磷之病人數百分比
十六、人工髖關節手術	1.人工髖關節置換手術後九十日以內傷口感染率 2.人工髖關節置換手術後九十日以內置換物深部感染率 3.實施人工髖關節置換術出院後三十日以內因相關問題再住院率

健保署歷次會議結論彙整

疾病別	初擬建議項目	指標屬性及目的	111.1.25 會議結論	111.9.20 會議結論	112.6.28 會議結論	112.9.25 會議結論
肺炎	1. 執行門診胸部 X 光檢查診斷肺炎之比率	1. 正向指標 2. 評估院所執行胸部 X 光檢查正確診斷肺炎、痰液培養檢查確認肺炎致病菌，以避免不適當之抗生素使用。	考量肺炎出院後追蹤治療定義計算及大部分基層無 X 光儀器無法執行， <u>本項保留。</u>	1. 中華民國醫師公會全聯會說明可從病史及臨床經驗進行診斷，不一定必須執行胸部 X 光檢查且大部分診所皆無 X 光儀器，建議本項指標修改為「住院初次診斷肺炎前七日執行胸部 X 光檢查之比率」。 2. 請健保署以 108 年全年資料分析跨院及同院(含轉診)之指標相關數據。	考量胸部 X 光檢查與肺炎疾病嚴重度有關，與診斷相關性不大，且部分肺炎病人係執行胸部電腦斷層造影而非執行 X 光檢查，為避免可能誘發不必要之醫療需求， <u>本項不新增。</u>	-
	2. 肺炎住院病人執行痰液培養之比率		依會議共識進行資料試算。	同意新增。	因考量肺炎住院原因複雜，且病人可能無痰液而無法執行痰液微生物培養，或改執行血液培養或血清之微生物檢	-

疾病別	初擬建議項目	指標屬性及目的	111.1.25 會議結論	111.9.20 會議結論	112.6.28 會議結論	112.9.25 會議結論
					驗，為避免誘發不必要醫療需求， <u>本項建議暫緩。</u>	
肺炎	3.肺炎出院後三日內再住院率	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>負向指標</u> 2. 評估肺炎出院後3日再住院之情形，以提升院所護理情形。 	依會議共識進行資料試算。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 考量出院後三日內再住院原因複雜，台灣醫院協會建議排除65歲以上及有共病之人，請函詢健保署台灣感症醫學會建議排除共病條件。請以108年各區約行三日內再住院及共病分析，以進行條件之排除。 2. 請健保署以108年各區約行三日內再住院及共病分析，以進行條件之排除。 	<p>健保署以住院肺炎主診區、區分65歲以下，共108年資料再行。</p> <p>署以住院肺炎主診區、區分65歲以下，共108年資料再行。</p> <p>署以住院肺炎主診區、區分65歲以下，共108年資料再行。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>同意新增。</u> 2. 「肺炎出院後三日內再住院率」以區分18-64歲及65歲以上兩項及排除1年內小於30個案之院所，進行別公開。
	4.手術採全身麻醉患者之比率	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>負向指標</u> 2. 評估住院手術採全身麻醉後罹患急症住院之情形，以提升術後照 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 依會議共識進行資料試算。 2. 請醫學會定義外科住院手術。 	同意新增。	維持同意新增	<u>同意新增。</u>

疾病別	初擬建議項目	指標屬性及目的	111.1.25 會議結論	111.9.20 會議結論	112.6.28 會議結論	112.9.25 會議結論
		護與感染控制。				
慢性阻塞性肺病	1. 使用肺量計檢查診斷肺阻之比率	<ol style="list-style-type: none"> 1. 正向指標 2. 評估院所執行肺量計檢查診斷肺阻疾病，以進行適當治療，提升品質。 	依會議共識進行資料試算。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 中華民國醫師公會全聯會說明慢性阻塞性肺病於基層診所可從病人病史及臨床經驗診斷，肺量計檢查非為必要之檢查項目。 2. 台灣醫院協會說明醫院因於層級執行肺量計檢查進行慢性阻塞性肺病之診斷，建議本項指標不納入疾病別醫療品質資訊公開項目，惟仍於健保資訊網服務系統(VPN)進行資訊回饋。 	-	-
慢性阻塞性肺病	2. 肺阻塞急性出院後六個月內轉介肺復原之比率	<ol style="list-style-type: none"> 1. 正向指標 2. 實證研究支持肺復原照護，可降低肺阻塞病人的惡化風 	依會議共識進行資料試算。	台灣醫院協會建議本項指標不納入疾病別資訊公開項目，惟仍於健保資訊網服務系統(VPN)進	-	-

疾病別	初擬建議項目	指標屬性及目的	111.1.25 會議結論	111.9.20 會議結論	112.6.28 會議結論	112.9.25 會議結論
		險，改善病人身心狀態與生活品質。		行資訊回饋。		
	3.肺阻塞出院後十四日內因肺阻塞再住院率	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>負向指標</u> 2. 肺阻塞出院後14日再住院，可評估醫院對肺阻塞病人照護品質。 	依會議共識進行資料試算。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 台灣醫院協會建議修改為「七日內再住院」。 2. 請健保署以108年全進行「七日」或「十四日」再住院率之分析後再決定再住院日數。 	<p>考量與「全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療改善方案」之評估指標定義一致性，以「十四天」為再住院日數計算，另請健保署比照前述醫療方案之定義(分子及分母均以主診定義)，以108年資料再進行試算。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>同意新增</u>。 2. 考量分母因肺阻塞住院次數不多，爰分年齡並排除1年內分母小於30個案之院所，進行院所別資訊公開。
乳癌	1.乳癌病人乳房手術前三個月內乳房攝影或乳房超音波檢查比率	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>正向指標</u> 2. 評估醫院術前進行乳房攝影或乳房超音波可避免遺漏未檢查到的腫瘤，提升手術品質。 	依會議共識進行資料試算。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 因考量癌症治療已逐年朝向個人精準化醫療，會因病人病情不同採行不同治療方式。 2. 相關檢驗檢查等過程面查等項目資訊公開，可能誘發非必要檢驗檢查、無效醫療與徒耗醫療資源，爰不新增。 	-	-
乳癌	2.乳癌病人執行非手術切片檢	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>正向指標</u> 2. 評估醫院於乳癌確 	依會議共識進行資料試算。	1. 因考量癌症治療已逐年朝向個人精	-	-

疾病別	初擬建議項目	指標屬性及目的	111.1.25 會議結論	111.9.20 會議結論	112.6.28 會議結論	112.9.25 會議結論
	查比率	診前執行組織病理學檢查之情形。		<p>準化醫療，會因病人病情不同採行不同治療方式。</p> <p>2. 相關檢驗檢查等過程項目資訊公開，能誘發非必要檢查、無效醫療與徒耗醫療資源，爰不新增。</p>		
乳癌	3. 執行保乳手術病人接受淋巴取樣或清除之比率	<p>1. <u>正向指標</u></p> <p>2. 評估醫院於執行手術後是否接受結核或乾淨，以提升乳癌品質。</p>	依會議共識進行資料試算。	<p>1. 因考量癌症治療已逐年朝向個人精準化醫療，會因病人病情不同採行不同治療方式。</p> <p>2. 相關檢驗檢查等過程項目資訊公開，能誘發非必要檢查、無效醫療與徒耗醫療資源，爰不新增。</p>	-	-
	4. 70 歲以下乳癌病人接受保乳手術之病患 20 週內接受放射線治療之比率	<p>1. <u>正向指標</u></p> <p>2. 評估放射線療程起始不應晚於術後 20 週。</p>	參考癌症醫學會意見，考量乳癌治療已逐年朝向個人精準化醫療，且仍有討論空間，本項不新增。	-	-	-
	5. 乳癌化療病患 30 日內未回診比率	<p>1. <u>負向指標</u></p> <p>2. 評估乳癌病人後續</p>	因相關癌症醫學會與乳房醫學會就回診數定義尚未	1. 因考量癌症治療已逐年朝向個人精準化醫療，	-	-

疾病別	初擬建議項目	指標屬性及目的	111.1.25 會議結論	111.9.20 會議結論	112.6.28 會議結論	112.9.25 會議結論
		治療狀況追蹤。	共識， <u>本項保留</u> 。	會因病人病情不同採行不同治療方式。 2. 相關檢驗檢面查等過程項目資標訊公開，可能誘發非必要檢驗檢醫查、無效醫療與徒耗醫療資源， <u>爰不新增</u> 。		
乳癌	6. 執行保乳手術後有接受全身性化學、標靶或免疫藥物治療者，1 年內接受放療之比例	1. <u>正向指標</u> 2. 評估乳癌治療完後續治療之狀況之整性。	請健保署考量此項定義於健保醫療費用計算之可行性，列入評估研議。	1. 因考量癌症治療已逐年精朝向個人精準化醫療，會因病人病情不同採行不同治療方式。 2. 相關檢驗檢面查等過程項目資標訊公開，可能誘發非必要檢驗檢醫查、無效醫療與徒耗醫療資源， <u>爰不新增</u> 。	-	-
大腸直腸癌	1. 大腸直腸癌病人 3 個月前接受影像檢查之比率	1. <u>正向指標</u> 。 2. 評估在治療前檢驗的完整性。	依會議共識進行資料試算。	1. 因考量癌症治療已逐年精朝向個人精準化醫療，會因病人病情不同採行不同治療方式。 2. 相關檢驗檢面查等過程項目資標訊公開，可能誘發非	-	-

疾病別	初擬建議項目	指標屬性及目的	111.1.25 會議結論	111.9.20 會議結論	112.6.28 會議結論	112.9.25 會議結論
				要檢驗檢查、無效醫療與徒耗醫療資源，爰不新增。		
大腸直腸癌	2.大腸直腸癌病人手術後十二個月內大腸鏡檢查之比率	1.正向指標。 2.評估病人手術後12個月內接受大腸鏡檢查比率，降低復發情形。	術後執行大腸鏡檢查之時間及部位，並排除部分癌症項目，於健保申報之可行性，列入評估考量。	1.因考量癌症治療已逐年朝向個人化醫療，會因病人病情不同採行不同治療方式。 2.相關檢驗過程項目公開，非必要檢驗檢查、無效醫療與徒耗醫療資源，爰不新增。	-	-
	3.大腸直腸癌病人術後8週內完成根治性治療比率	1.正向指標。 2.為提高病人存活率。	考量癌症治療已逐年朝向個人化醫療，會因病人病情不同採行不同治療方式，且健保申報資料無法區別各期病人，爰不新增。	-	-	-
	4.大腸直腸癌根治性手術後再手術之比率	1.負向指標。 2.為手術質量之標記，評估病人手術後有無併發情形。	考量癌症治療已逐年朝向個人化醫療，會因病人病情不同採行不同治療方式，且以再申報令定義再手術	-	-	-

疾病別	初擬建議項目	指標屬性及目的	111.1.25 會議結論	111.9.20 會議結論	112.6.28 會議結論	112.9.25 會議結論
			有爭議，爰不新增。			
大腸直腸癌	5.大腸直腸癌病人化療或放療後三個月內未回診比率	1.負向指標。 2.監測病人後續追蹤情形。	考量癌症治療已個人化，因不同治療方式，爰不新增。 治年朝精會病情不同，有空間，爰不新增。	-	-	-
肺癌	1.肺癌病人執行支氣管鏡檢查三個月內有電腦斷層(CT)檢查之比率	1.正向指標。 2.評估侵入性檢查以非侵入性優先，避免醫療為。	針對民眾自費及健民低劑量斷層掃描(LDCT)及健保醫療費用申報等情形，納入研議。	1.因考量癌症治療已逐年朝準化，會因不同治療方式。 2.相關檢驗項目，能誘發要查、無療療不。	-	-
	2.肺癌手術病人術前接受磁振造影(MRI)檢查之比率	1.正向指標。 2.評估病患在術前接受磁振造影可幫助判別，判定是否適合手術及治療。	考量本項指標討論爰不新增。	-	-	-

疾病別	初擬建議項目	指標屬性及目的	111.1.25 會議結論	111.9.20 會議結論	112.6.28 會議結論	112.9.25 會議結論
肺癌	3.肺癌病人治療後三十日內未回診比率	1.負向指標。 2.評估病人後續追蹤情形。	參考台灣放射腫瘤學會修訂建議，定義仍有討論空間，爰不新增。	-	-	-
	4.肺癌病人手術後一年內有處方 Erlotinib、Gefitinib、Afatinib 之比率	1.負向指標。 2.Erlotinib、Gefitinib、Afatinib 為肺癌末期病患使用的藥品，若開刀後使用此三種藥品，表示該病患不適合進行手術。	考量癌症治療已朝向個體化精準醫療，參考癌症醫學會、放射腫瘤學會及胸腔暨重症加護醫學會意見，且定義仍有討論空間，爰不新增。	-	-	-

第三案

提案單位：中央健康保險署

案由：113 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案，提請討論。

說明：

- 一、依衛生福利部 112 年 12 月 26 日衛部健字第 1123360189 號公告 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式暨貴會 112 年第 9 次、10 次委員會議(112.10.18、112.11.15)討論事項有關各部門總額一般服務之預算分配案之決議：「需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同各總額部門相關團體議定後，於 112 年 12 月底前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障理由及其對總額預算之影響等」。
- 二、過去年度新增之點值保障項目，於新增當年一般服務皆有編列預算支應並納入基期隨成長率成長。另本署每年均與各部門總額相關團體議定次年度保障服務，並已於 112 年 11 月 14 日、11 月 16 日、11 月 21 日、11 月 22 日及 12 月 7 日分別與門診透析、中醫門診、牙醫門診、醫院總額、西醫基層總額相關團體討論 113 年度一般服務之點值保障項目，牙醫門診總額未有點值保障項目。
- 三、113 年度各部門總額一般服務之點值保障項目、保障理由及 111 年非浮動點數占一般服務預算比率(112 年目前結算至第 2 季)如附件(第 148~150 頁)。

擬辦：依會議決議辦理。

健保署業務窗口：朱文瑛科長，聯絡電話：02-27065866 分機 2665

本會研析說明：

- 一、有關 113 年度各部門總額一般服務點值保障項目，健保署已依本會委員會議決議(詳說明一)，於 112 年 12 月底前與各總額相關團體完成議定，提請本會討論。所提報內容包含點值保障項目

及支付方式、保障理由及其占最近 1 年(111 年)一般服務預算比率等。

二、依健保署與各部門總額相關團體議定結果：

(一)牙醫門診總額循往例未有點值保障項目。

(二)中醫門診、西醫基層總額及門診透析預算之點值保障項目及支付方式與 107~112 年度均相同。

(三)醫院總額：

113 年度一般服務點值保障項目同 112 年度。惟對應申請區域醫院評鑑之地區醫院(註)，如經評鑑不符合區域醫院者，調整相關保障項目(項次 6、8、9、10)如下：

- 1.經評鑑不符合區域醫院者，自評鑑不符合之日起，1 年內不得適用地區醫院保障項目【6.地區醫院急診診察費、8.地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)、10.地區醫院住院病房費、一般病床住院診察費、住院護理費】。
- 2.其護病比符合區域醫院評鑑標準者，得比照區域醫院保障項目【9.區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費】。
- 3.自醫院評鑑不符合之日起 1 年後，仍不符合區域醫院評鑑者，不得適用地區醫院保障項目，亦不得比照區域醫院保障。

註：依「112 年度醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序」，醫院有下列情形之一者，應申請區域醫院評鑑：

- 1.急性一般病床登記許可床數 250 以上，但有下列情形之一者不在此限：
 - (1)評鑑前 4 年(108.1.1~111.12.30)，平均每月申報健保醫療服務點數 1 億點以下者。
 - (2)首次申請評鑑之新設立醫院。
- 2.急性一般病床登記許可床數 249 床以下，且評鑑前 4 年平均每月申報健保醫療服務點數 2 億點以上者。

三、另參考 112 年第 1 次委員會議(112.2.22)資料，補充 110 年非浮動點數占一般服務預算比率如附件括弧處供參。111 年各部門總額占率相較 110 年均有增加情形，其中門診透析預算及醫院

總額增加較為顯著。

四、鑑於 112、113 年度總額均編列「促進醫療服務診療項目支付平衡性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」專款預算，通盤研議支付標準調整，建議未來對於需保障或鼓勵之醫療服務，仍應回歸支付標準處理為宜。

決議：

113 年度各部門總額一般服務之點值保障項目、保障理由及 111 年非浮動點數占一般服務預算比率

總額部門	保障項目及支付方式	保障理由	非浮動點數占一般服務預算比率
			最近 1 年(111 年)
中醫	「中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫」之論量計酬案件(每點 1 元支付)。	為持續加強偏鄉醫療照護，提高資源分配公平性及保障弱勢族群就醫可近性，自 101 年起將是類案件列入保障項目。	0.7% (110 年為 0.5%)
西醫基層	1.論病例計酬(每點 1 元支付)。 2.血品費(每點 1 元支付)。 3.「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案，每季各婦產科診所撥付款項=280 點×季申報總住院數(每點 1 元支付)。	1.為與醫院部門同工同酬及提升論病例計酬品質，爰自 97 年起於一般服務增列「西醫基層論病例計酬合理化方案」項目，將點值差額列為費用滾入基期。 2.為促進供血機制合理運作，自 97 年起血品點值以每點 1 元支付。 3.為鼓勵基層診所提供夜間婦產科醫療服務，提升夜間住院照護服務並確保醫療品質，103 年起編列「提升婦產科夜間住院護理照護品質」預算，予以點值保障。	3.6% (110 年為 3.4%)
門診透析	1.腹膜透析之追蹤處理費(每點 1 元支付)。 2.偏遠地區之門診透析服務(每點 1 元支付)。	1.為鼓勵腹膜透析之服務及推廣，自 95 年起腹膜透析服務之追蹤處理費予以保障點值。 2.為加強偏鄉醫療照護，保障弱勢族群就醫可近性，104 年總額公告之協定事項門診透析服務成長率含偏遠地區門診透析服務保障每點 1 元支付。	3.1% (110 年為 1.6%)

總額部門	保障項目及支付方式	保障理由	非浮動點數占一般服務預算比率
			最近1年(111年)
醫院	1.門診、住診之藥事服務費(每點1元支付)。 2.門診手術(每點1元支付)。 3.住院手術費、麻醉費(每點1元支付)。 4.血品費(每點1元支付)。 5.主管機關公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之急診醫療服務點數(每點1元支付)。 6.地區醫院急診診察費(每點1元支付)。 7.經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院(註2)。 8.地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)(每點1元支付)。 9.區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費(每點1元支付)。 10.地區醫院住院病房費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)、一般病床住院診察費、住院護理	1.第1項：藥事服務費之協商基礎為1點1元，爰維持每點1元(摘自95年1月13日貴會(前全民健康保險醫療費用協定委員會，下稱貴會)第109次委員會議紀錄)。 2.第2、3、5及7項：為增進偏遠地區之醫療服務可近性及確保急重症病患就醫權益，減少同醫院管理所計算之門住診點值差異及減少門住診移轉醫療行為改變，經94年6月10日貴會第102次委員會議同意之保障項目。 3.為促進供血機制合理運作，自97年起血品點值以每點1元支付。 4.為提升偏鄉及都市型地區醫院之緊急醫療照護功能，並考量其營運成本，以106年醫院總額醫療服務成本指數改變率之預算，就地區醫院之急診診察費保障每點1元。 5.為持續推動分級醫療，壯大社區醫院，以及提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診結構改變，爰依據110、111年總額公告決定事項，項次8、9、10採固定點值支應。 6.113年一般服務保障項目同112年，惟對應申請區域醫院評鑑之地區醫院，如經評	18.5% (110年為13.1%)

總額部門	保障項目及支付方式	保障理由	非浮動點數占一般服務預算比率
			最近1年(111年)
	費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)。	鑑不符合區域醫院者，自評鑑不符合之日起，1年內不得適用地區醫院保障項目【地區醫院急診診察費、地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)、地區醫院住院病房費、一般病床住院診察費、住院護理費】，惟其護病比符合區域醫院評鑑標準者，其醫療服務得比照區域醫院保障【區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費】；另自醫院評鑑不符合之日起1年後，仍不符合區域醫院評鑑者，不得適用地區醫院保障項目，亦不得比照區域醫院保障。	

註 1.藥費依藥物給付項目及支付標準辦理，不列入。

註 2.以前一季該分區平均點值核付費用，惟結算後如前一季該分區平均點值小於當季該分區浮動點值，該季該分區偏遠地區醫院之浮動點數以當季該分區浮動點值核付。

註 3.非浮動金額不含自墊核退及藥費。

註 4.本統計中醫總額結算非浮動金額含保障醫療資源不足地區論量計酬之金額。

註 5.112年牙醫預算為修正保留款後之預算。

第四案

提案單位：中央健康保險署

案由：有關增修訂「牙醫支付標準通則五『高齡根管治療難症處理』」加成由原先 70 歲放寬至 65 歲(含)以上」與 2 項牙醫專款計畫「牙醫特殊醫療服務計畫」、「高風險疾病口腔照護計畫」案，請鑒察。

說明：

- 一、依衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 112 年第 8 次委員會會議(下稱健保會議)決議、本署 112 年 11 月 21 日全民健康保險牙醫總額研商議事會議決議及 112 年 12 月 14 日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議 112 年第 4 次會議(以下稱共擬會議)決定辦理。
- 二、旨揭項目依上開健保會議決定，請本署會同牙醫門診總額相關團體，妥為研訂 113 年度具體實施計畫，又依本署共擬會議決定，需提報貴會討論，並於同意後依程序辦理，修訂事項重點如下，請社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)補充說明調整原因，並於本會議同意後修訂：
 - (一)有關修訂牙醫支付標準一節，牙全會建議以 113 年非協商因素成長率之預算，約 1,629.2 百萬元，調整牙醫支付標準通則與 16 項支付標準(如附件一，第 161 頁)，惟其中「牙醫支付標準通則五『高齡根管治療難症處理』」加成由原先 70 歲放寬至 65 歲(含)以上」，於共擬會議上付費者代表表示可能產生其他總額比照適用之爭議，經牙全會補充說明，本項係考量 65 歲以上高齡長者，因牙髓腔狹小，視野受限，根管孔徑明顯變小，管徑變窄，器械難以進入，且較無法維持張口時間等因素，該會原提出之適用對象即為 65 歲以上之高齡長者，因 110 年預算有限，改先以 70 歲以上對象施行，113 年以非協商因素成長率之預算(不另爭取成長率)修訂本項適用為對象為 65 歲(含)以上。
 - (二)有關修訂「113 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計

畫」一節(如附件二，第 162~184 頁)：

1.牙全會建議修訂重點及補充說明事項如下：

- (1)醫療費用加成方式「特定身心障礙者牙醫醫療服務加成統一調升 2 成」，本項原先 113 年協商時，牙全會僅提出調升輕度、中度障礙等級之加成成數，惟總額協商時委員表示可能造成醫療團逆選擇輕度、中度病人，爰該會參採委員建議考量預算分配公平性，且計畫經費足已支應，故將輕度、中度、重度、極重度障礙等級一併調升 2 成。
- (2)醫療團服務對象「新增不符合現有牙特計畫但持有身心障礙證明者，於醫療團地點(不含社區醫療站)就診時，費用亦由本計畫支應；其他具身心障礙證明者得加 2 成」，本項牙全會表示係考量為能服務醫療團內全部之收容對象，不因其障別、等級而有不同之待遇，建議將持有身障證明但不符合現有牙特計畫之對象一併納入計畫，另委員提出與一般服務預算重複的費用，該會同意於總額協商時討論由一般預算移撥至專款。
- (3)新增【計畫附件 19】，牙醫特殊醫療服務計畫之支付項目 89304C-89315C「特殊狀況之各複合體充填」，屬新增專款用途，牙全會表示係為照護身心障礙患者，比照高風險口腔照護計畫增列「複合體充填」支付項目。
- (4)調升支付標準「符合牙醫門診加強感染管制身心障礙者門診診察費」，並將重度以上診察費分為重度與極重度(如附件三，第 185 頁)，本項牙全會表示係考量特定身心障礙者門診診察費除因執行加強感染管制外，多年來均未調升，本次調整係就整體面考量，並合理反映成本，將不同等級身障者門診診察費分列。

2.經本署推估 113 年度牙醫特殊醫療服務計畫所需經費(如附件四，第 186 頁)，包含上開事項推估共需 752.6 百萬元；113 年本計畫經費為 781.7 百萬元，尚足以支應。

(三)有關新增「113 年度全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫」一節：

1.牙全會建議修訂重點及方案內容(草案)，彙整如附件五(第 187 頁、附件六(第 188~193 頁)。

2.下列事項請牙全會說明如下：

(1)修訂高風險疾病病人定義第 7 項，原先「不符合牙特計畫之肢體障礙、慢性精神病病人或重要器官失去功能者」擴大為「障別及障度不符合牙特計畫之院所牙醫醫療服務者」，本項牙全會表示係考量身心障礙者均須加強口腔照護，此次修訂係將不符合牙特計畫之身障患者均納入，以符合本計畫支付項目設計概念。

(2)增支付標準 89204C~89215C「複雜性複合體充填」一節，屬新增專款用途，本項牙全會原先於 113 年協商提出因高風險患者牙體復形治療較為困難應加計 2 成，參採委員建議後，調整為預後更好之充填材料「複合體」，並配合增加對應支付標準，期能加強照護高風險患者口腔健康，另為照護身心障礙患者，於牙特計畫一併新增「特殊狀況之複合體充填」支付項目。

3.經本署推估 113 年度高風險疾病口腔照護計畫所需經費(如附件七，第 194 頁)，上開事項推估共需 1,016.2 百萬；113 年本計畫經費為 1,599.0 百萬，尚足以支應。

擬辦：本案於貴會通過後，依程序報衛生福利部核定。

健保署業務窗口：朱文珮科長，聯絡電話：02-27065866 分機 2665
.....

本會研析說明：

本案係健保署依 113 年度牙醫門診總額之核定事項，提報須經本會同意之 2 項專款之具體實施計畫，另就 1 項支付標準放寬年齡規範併請本會討論。經檢視健保署提報內容，分述如下：

一、有關「牙醫特殊醫療服務計畫」(下稱牙特計畫，如附件二)：

(一) 113 年度總額核定事項略以：

- 1.請健保署會同牙醫門診總額相關團體，妥為研訂 113 年度具體實施計畫(含醫療團服務對象、醫療費用加成方式)，提報本會同意後，依程序辦理。
- 2.持續監測本計畫醫療團適用對象(含不同障礙別、障礙等級)之醫療利用情形，以評估照護成效及資源分配公平性。

(二)經檢視健保署所報計畫內容，就上開核定事項與協商時委員關切重點，研析說明如下：

- 1.醫療團服務對象：牙特計畫針對特定身心障礙者提供醫療服務類型，可分為「院所」及「醫療團」2類，本次主要修訂醫療團服務對象(院所服務之適用對象不變)：

(1)113 年計畫新增「不符現有牙特計畫適用對象(共 8 類)」(原由一般服務支應所有牙醫醫療費用)，其相關影響整理如下：

新增「不符現有牙特計畫適用對象」之特定身障者(共 8 類) ^{註 1}	現行規定	113 年計畫
能否接受牙特醫療團服務	V ^{註 2}	V
預算來源	一般服務	牙特專款
費用支應範圍	所有牙醫服務	所有牙醫服務 (部分治療處置 頻率增加)
費用加成	未有加成	加成 20%

註：1.原牙特計畫適用對象之障別及障礙程度主要為中度以上障礙者，本次醫療團新增「不符現有牙特計畫適用對象」之特定身障者(共 8 類)，包含：輕度及中度之視障、輕度及中度之肢礙、輕度及中度之重要器官失去功能、輕度精神障礙、聽覺機能障礙、平衡機能障礙、聲音機能或語言障礙、顏面損傷。

2.現行牙特計畫醫療團服務，已訂有不符合適用對象之身障者得以其他案件類別申報(一般服務費用支應)。

(2)上開修訂涉及協商過程委員關切重點，茲摘述提案相對應之說明如下：

協商過程委員關切重點	提案相對應之說明 (詳提案說明二(二)1(2))
1.現行障礙等級較輕之身心障礙者，亦可使用醫療團服務，其與一般民眾享有一樣的醫療照護，對其權益並無影響。	1.醫療團服務機構內之收容對象，不宜因其障別、等級而有不同之待遇(如：治療處置頻率不同)。
2.倘此類對象之醫療費用由一般服務轉由專款預算支應，則原於一般服務支應之醫療費用，應予扣除。	2.有關新增本項與一般服務預算重複的費用，牙全會同意於總額協商時討論由一般預算移撥至專款。

2.醫療費用加成方式：

(1)113年計畫將各障礙等級之醫療費用加成均調升20%，修訂如下：

對象別	醫療費用加成	現行規定	113年計畫
	障礙等級		
新增	「不符現有牙特計畫適用對象」之特定身障者(共8類)	-	20%
原有	輕度(含失能老人)	10%	30%
	中度(含發展遲緩兒童)、中度以上精神疾病病人	30%	50%
	重度	70%	90%
	極重度、自閉症、失智症	90%	110%

(2)上開修訂涉及協商過程委員關切重點，茲摘述提案相對應之說明如下：

協商過程委員關切重點	提案相對應之說明 (詳提案說明二(二)1(1))
僅建議提升輕度及中度障礙者之醫療費用加成比率，而未提升重度及極重度者之加成比率，可能造成醫師選擇輕症病人之逆選擇效應。	參採委員建議，考量預算分配公平性，且計畫經費足已支應，故將輕度、中度、重度、極重度障礙等級一併調升2成。

3.113年計畫尚增修下列支付項目：

增修支付項目	摘述提案說明 (詳提案說明二(二)1(3)、(4))
(1)調升「牙醫門診加強感染管制身心障礙者察費」：	本次調整係就整體面考量，並合理反映成本，將不同等

增修支付項目	摘述提案說明
A.各障別之診察費均增加 100 點。 B.將「重度以上」診察費分為 2 項 (「極重度」較「重度」增加 100 點)。	(詳提案說明二(二)1(3)、(4)) 級身障者之門診診察費分列。
(2)新增「特殊狀況之複雜性複合體充填」診療項目共 8 項 (89304C-89315C) ^註	為照護身心障礙患者，比照高風險疾病口腔照護計畫增列「特殊狀況之複雜性複合體充填」支付項目。

註:補牙材質多元(如:銀粉、複合樹脂、玻璃離子體及複合體等),其中複合體充填,限用於恆牙牙根齲齒(89013C、89113C)。本次於牙特專款增列「特殊狀況之複雜性複合體充填」支付項目,可用於牙特病人之複雜性前牙、後牙、雙鄰接面等齲齒部位填補。

4.健保署推估 113 年牙特計畫之財務影響約 752.6 百萬元,113 年預算 781.7 百萬元,尚足以支應。

(三)若同意醫療團服務對象新增「不符現有牙特計畫適用對象(共 8 類)」,則需考量於一般服務扣除重複費用事宜,建議如下:考量目前尚無實際執行資料可估算扣款(或移撥)額度,查近年各部門總額協商均有扣除重複預算之協定事項,且牙全會同意於總額協商時討論由一般預算移撥至專款。爰請健保署評估本計畫與一般服務重複費用,併 113 年 7 月追蹤執行情形時提報(含與一般服務重複部分),以利 114 年度總額協商。

(四)依 113 年度總額協定事項,本計畫內容須經本會同意,是否同意,請討論。本案經討論通過後,請健保署依程序辦理後續事宜。

二、有關「高風險疾病口腔照護計畫」(如附件五、附件六):

(一)113 年度總額核定事項略以:

1.全年經費 1,599 百萬元,合併辦理以下項目,其中 405 百萬元自一般服務費用移列:

(1)原一般服務之「高風險疾病口腔照護」。(主要加強牙結石清除服務)

(2)原「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」專款項目。(主要提供接受恆牙牙根齲齒複合體充填者氟化物治療服務)

(3)原「齶齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」專款項目。

(主要提供齶齒經驗之高風險患者氟化物治療服務)

2.執行目標及預期效益之評估指標：本項併同提報本會同意之具體實施計畫，一併確認。

3.請健保署會同牙醫門診總額相關團體，妥為研訂具體實施計畫(含醫療服務內容、各項服務適用對象、支付方式及成效監測)，提本會同意後，依程序辦理。

(二)經檢視健保署所報計畫內容，就上開核定事項與協商時委員關切重點，研析說明如下：

1.適用對象：

(1)配合原 3 項計畫服務內容之整併，修訂高風險疾病病人定義，主要將原「不符合牙特計畫之肢體障礙、慢性精神病或重要器官失去功能者」修訂為「障別及障度不符合牙特計畫之院所牙醫醫療服務者」(原適用於 3 類身障者，放寬至 8 類)，係考量所有身障者均須加強口腔照護。整理原協定適用對象及 113 年計畫比較如下：

項目	原(111、112年)協定適用對象		113年計畫
	111年一般服務「高風險疾病口腔照護」	112年專款「齶齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」	113年專款「高風險疾病口腔照護計畫」
適用對象	1.腦血管疾病 2.血液透析及腹膜透析 3.使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物 4.惡性腫瘤。 5.不符合牙特計畫之肢體障礙、慢性精神病或重要器官失去功能者	1.糖尿病 2.六十五歲以上 3.腦血管疾病 4.血液透析及腹膜透析 5.使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物 6.惡性腫瘤。 7.不符合牙特計畫之肢體障礙、慢性精神病或重要器官失去功能者 (共 3 類：輕度及中度之肢礙、輕度及中度之重要器官失去功能、輕度精障)	1.糖尿病 2.六十五歲以上 3.心血管疾病 4.血液透析及腹膜透析 5.使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物 6.惡性腫瘤。 7.障別及障度不符合牙特計畫之院所牙醫醫療服務者(比照牙特計畫醫療團之放寬對象) (共 8 類，除左欄 3 類，新增 5 類：輕度及中度之視障、聽覺機能障礙、平衡機能障礙、聲音機能或語言障礙、顏面損傷)

(2)其中第3項，刪除原「腦血管疾病」，新增「心血管疾病」病人，請健保署補充說明原因。

2.服務內容及支付方式：除保留原提供之牙結石清除及氟化物治療服務外，新增8項「複雜性複合體充填」支付項目。

(1)113年總額協商時委員關切重點：協商時牙全會提出「高風險患者補牙費用加計2成」，付費者委員認為僅就現已提供的補牙項目給予費用加成，與補牙難度、品質之關連性待審酌。

(2)牙全會參採上開付費者委員建議，改為新增「複雜性複合體充填」診療項目共8項(89204C~89215C)，使高風險病人能使用預後較好之複合體充填材料(註)，期提升其口腔健康。

註：本會補充說明：補牙材質多元(如：銀粉、複合樹脂、玻璃離子體及複合體等)，其中「複合體充填」原限用於恆牙牙根齲齒(89013C、89113C)。本次「高風險疾病口腔照護計畫」專款增訂8項「複雜性複合體充填」，可讓高風險病人填補複雜性前牙、後牙、雙鄰接面等部位，有較好的材質可選擇。

3.健保署推估113年高風險疾病口腔照護計畫之財務影響約1,016.2百萬元(摘要如下表)，113年預算1,599百萬元，尚足以支應：

項目	財務影響
1.高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)	117.6百萬元
2.齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)	502.2百萬元
3.複雜性複合體充填項目(89204C~89215C)(新增用途)	396.4百萬元
合計	1,016.2百萬元

4.成效監測(執行目標及預期效益之評估指標)：整理計畫內容及本會研析說明如下：

執行目標 及預期效益之評估指標	本會研析說明
執行目標： 1.113 年服務高風險病人執行牙結石清除(91090C)達 80,000 人次【111 年協定服務 270,000 人】 2.齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)預估服務人次 202 萬人次【112 年協定服務 200 萬人次】	113 年牙結石清除之目標數低於 111 年目標數，請牙全會補充說明目標值訂定之考量。
預期效益評估指標： 1.113 年服務高風險病人執行牙結石清除(91090C)達 64,000 人次	本項非屬成果面指標，且與執行目標重複，建議刪除。
2.國人牙齒保存數較 104-105 年衛福部口腔健康調查結果增加	查衛福部「我國成年及老年人口腔健康調查」係每 6 年辦理 1 次，最近 1 次調查時間為 110~111 年。建議修正為：國人牙齒保存數較 110~111 年衛福部口腔健康調查結果增加。
3.一年後高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩	本項係沿用本會 111 年第 10 次委員會議(111.10.28)決定之指標，建議如下： 1.依原決定指標，補充年度：1 年後(113 年起)高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。 2.指標定義及計算方式：依原決定內容辦理。

(三)若同意新增 8 項「複雜性複合體充填」支付項目，則需考量於一般服務扣除替代費用事宜(如：取代原一般服務之銀粉、複合樹脂、玻璃離子體充填等)，建議如下：

考量目前尚無實際執行資料可估算本項替代一般服務費用情形，請健保署妥為評估，併 113 年 7 月追蹤執行情形時提報(含替代一般服務部分)，以利 114 年度總額協商。

(四)依 113 年度總額協定事項，本計畫內容須經本會同意，是否同

意，請討論。本案經討論通過後，請健保署依程序辦理後續事宜。

三、有關牙全會建議以 113 年度非協商因素之「醫療服務成本指數改變率」所增預算，修訂「高齡患者根管治療難症處理得加計 30%」之適用對象，由「70 歲以上」放寬至「65 歲以上」：

(一)背景說明：

本項支付標準係健保署依據 110 年度總額協定事項「高齡患者根管治療難症處理：提供 70 歲以上患者根管難症治療」，修訂牙醫支付標準通則，自 110.7.1 起增列「高齡患者根管治療難症處理」項目，規範 70 歲以上病人申報 14 項難症根管處置項目，得加計 30%。

(二)本會研析說明：

- 1.查 113 年度總額核定事項，對於「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算，並未核定其用途。爰有關本項支付標準修訂，建議健保署依健保法第 41 條、第 42 條規定(註)及保險人權責妥處。
- 2.另近年各部門總額常以「高齡」為訴求，爭取預算以調升支付點數或費用加成，然對高齡之界定各有不同。建請健保署本於保險人權責，妥為評估其合理性及必要性。

註：健保法規定：

- 1.第 41 條(略以)：醫療服務給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，報主管機關核定發布。
- 2.第 42 條(略以)：
 - (1)醫療服務給付項目及支付標準之訂定，應以相對點數反應各項服務成本及以同病、同品質同酬為原則，並得以論量、論病例、論品質、論人或論日等方式訂定之。
 - (2)前項醫療服務給付項目及支付標準之訂定，保險人得先辦理醫療科技評估，並應考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及本保險財務；藥物給付項目及支付標準之訂定，亦同。

決議：

113 年度牙醫支付標準調整經費推估

依非協商因素-醫療服務成本指數改變率預算額度(1,629.2 百萬)試算調整幅度

No.	代號	項目	支付點數(A)	修訂點數(B)	預估 113 年增加經費	小計(百萬)
1	通則	高齡根管難症加 3 成 (新增 65 歲~69 歲)			143,493,397	143.5
2-1	91009B	牙周骨膜翻開術-局部	3010	4500	18,252,330	18.3
2-2	91010B	牙周骨膜翻開術-三分之一顎	5010	7500	18,850,907	18.9
3-1	91015C	特定牙周保存治療 9~15 顆	2,000	2,120	2,630,407	2.6
3-2	91016C	特定牙周保存治療 4~8 顆	1,000	1,120	892,075	0.9
3-3	91018C	牙周病支持性治療	1,000	1,120	108,794,675	108.8
3-4	91091C	特定牙周保存治療 1~3 顆	500	600	118,200	0.1
4-1	91004C	牙結石清除-全口	600	660	989,200,095	989.2
	91104C	(40 歲(含)以上另得加成 9.1%)				
	91003C	牙結石清除-局部	150	165	4,368,395	4.4
	91103C	(40 歲(含)以上另得加成 9.1%)				
4-2	91005C	口乾症牙結石清除-全口	600	720	1,144,601	1.1
4-3	91017C	懷孕婦女牙結石清除-全口	800	920	4,370,539	4.4
4-4	91089C	糖尿病患者牙結石清除-全口	700	820	19,606,510	19.6
4-5	91090C	高風險疾病患者牙結石清除-全口	700	820	73,517,829	73.5
5-1	89013C	複合體充填	1000	1200	197,815,757	197.8
5-2	89113C	特殊狀況之複合體充填	1000	1200	1,615,395	1.6
				合計	1,584,671,113	1,584.7

~~112~~113 年度全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫(草案)

一、依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的

旨在提升牙醫醫療服務品質，加強提供先天性唇顎裂及顱顏畸形症病人牙醫醫療服務及特定身心障礙者牙醫醫療服務。

三、實施期間

~~112~~113 年 1 月 1 日至 ~~112~~113 年 12 月 31 日止。

四、年度執行目標

本計畫以至少達成 170,000 服務人次(含腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者服務 2,000 人次)為執行目標。

五、預算來源

本計畫全年經費為 ~~7.221~~7.817 億元，其中：

~~(一)6.721億元~~由~~112~~113年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項目下支應；~~另0.5億元由牙醫門診總額地區預算調整方式之移撥款支應。~~

~~(二)本預算按季均分及結算，當季預算若有結餘，則流用至下季。全年預算若有結餘，屬前述移撥款費用，依當年度移撥款之處理方式辦理。~~

六、先天性唇顎裂及顱顏畸形症病人牙醫醫療服務：

(一) 適用範圍及支付標準詳如【附件 1】，除【附件 1】所列項目外，其餘項目按全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準辦理。

(二) 申請條件：

1. 醫院資格：必須設置有整形外科（或口腔外科）、牙科、耳鼻喉科、精神科、神經外科、眼科及語言治療、社會工作、臨床心理等相關人員之醫院。
2. 醫師資格：口腔顎面外科專科醫師 2 位以上（至少 1 位專任醫師）會同

牙科矯正醫師實施。

3. 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備、心電圖裝置（Monitor，包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度 oximeter）。

(三) 每點支付金額 1 元。

(四) 申報及審查規定：

1. 申報醫療費用時，案件分類請填 16，牙醫醫療服務特定治療項目代號(一) 填報 F4。
2. 服務量不列入門診合理量計算。
3. 服務量不列入分區管控項目，惟仍納入專業審查範圍。

(五) 申請程序：

1. 參與本計畫提供本項牙醫醫療服務之院所及醫師，應檢附相關資料向中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)申請，並由牙醫全聯會報送全民健康保險保險人(以下稱保險人)，經各分區業務組核定後，以公告或行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會，異動時相同，申請書格式如附件 1-1。
2. 保險對象因先天性唇顎裂及顱顏畸形需要齒顎矯正裝置及牙醫醫療服務，應由上述申請醫院向保險人提出事前審查申請，且該個案經保險人分區業務組核定後方可實施本項服務。惟乳牙期及混合牙期僅施行空間維持器者，不須事前審查。
3. 審查應檢附下列文件或電子檔案：事前審查申請書、病歷影印本、X 光片、治療計畫（包括整個療程費用及時間），如變更就醫醫院時，則另檢送前就醫醫院無法繼續完成理由、估計仍需繼續治療月份數字資料及申報未完成時程之費用。
4. 唇顎裂嬰兒術前鼻型齒槽骨矯正：免事前審查，治療成果(術前術後照片)以抽驗方式審核。

七、特定身心障礙者牙醫醫療服務：

(一) 適用對象須符合下列條件之一：

屬肢體障礙（限腦性麻痺、中度腦傷及脊髓損傷之肢體障礙、及重度以上肢體障礙）、植物人、智能障礙、自閉症、中度以上精神障礙、失智症、多重障礙（或同時具備二種及二種以上障礙類別者）、頑固性(難治型)癲

癱、因罕見疾病而致身心功能障礙者、重度以上視覺障礙者、重度以上重要器官失去功能者、染色體異常或其他經主管機關認定之障礙(須為新制評鑑為第 1、4、5、6、7 類者)、發展遲緩兒童、失能老人(非屬上述身心障礙者)等身心障礙者。其中：

1. 腦性麻痺係以重大傷病卡診斷疾病碼前 3 碼為 343 加以認定，餘以主管機關公告之身心障礙類別認定【詳附件 2】，符合資格者會於全民健康保險憑證(以下稱健保卡)中重大傷病欄中牙醫特定身心障礙者註記，極重度註記 1，重度者 2，中度者 3，輕度者 4，醫師可據以獲知身心障礙類別，如無法查知者，可依病患提供之身心障礙手冊或證明【腦性麻痺可提供重大傷病卡、發展遲緩兒童應檢附由衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書】提供服務。
2. 失能老人：係指居住於衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)者(須檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本)，其日常生活活動量表(Activities of Daily Living, ADL) < 60 分，或屬衛生福利部社會及家庭署所訂「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」(以下稱失能老人長照補助辦法)之補助對象且為各縣市長期照顧管理中心個案。
3. 另不符合前項但持有身心障礙證明者，於醫療團地點(不含社區醫療站)就診時，費用亦由本計畫支應。

(二) 提供牙醫醫療服務類型及申請條件：

**院所牙醫醫療服務，得就以下擇一申請：

1. 初級照護院所

(1) 院所資格：

A. 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備。

B. 院所須二年內未曾因牙科有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函處分之停、終約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

(2)醫師資格：

- A.自執業執照取得後滿1年以上臨床經驗之醫師。
- B.每位醫師首次加入本計畫，須接受6學分以上身心障礙口腔醫療業務等相關之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受4學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程（每年再進修課程不得重複，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分）；本計畫之醫師須累積七年以上且超過30（含）學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。
- C.醫師非二年內經保險人停、終約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函所載停、終約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。

2.進階照護院所

(1)院所資格：

- A.可施行鎮靜麻醉之醫療院所及提供完備醫療之醫護人員。
- B.設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備、麻醉機、心電圖裝置（Monitor，包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度 oximeter）、無障礙空間及設施。
- C.需2位以上具有從事相關工作經驗之醫師。
- D.院所須二年內未曾因牙科有特管辦法第三十八至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函處分之停、終約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。

(2)醫師資格：

- A.2位以上具有從事相關工作經驗之醫師，負責醫師自執業執照取得後滿5年以上之臨床經驗，其他醫師自執業執照取得後滿1年以上之臨床經驗。
- B.每位醫師首次加入本計畫，須接受6學分以上身心障礙口腔醫療業務之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受4學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程（每年再進修課程不得重

複，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分)；本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30 (含) 學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。

C. 醫師非二年內經保險人停、終約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函所載停、終約日起算 (含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

****醫療團牙醫醫療服務**

1. 由各縣市牙醫師公會協調或協助至少 2 位以上符合本項計畫資格之醫師組成醫療團，定期至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定，含 109 年增設 2 家為限)等單位，其內部須設置固定牙科診間和醫療設備器材 (含可正常操作且堪用的診療椅和相關設備、氧氣、急救藥品等)，方得提供牙醫醫療服務。另上述照護機構、學校等單位內之保險對象名冊，醫療團之主責院所應依特管辦法規定辦理。
2. 於社區醫療站提供本項計畫之牙醫醫療服務：於全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案 (以下稱牙醫不足改善方案) 之社區醫療站，提供符合本項計畫適用對象之牙醫醫療服務。執行本項計畫之社區醫療站應備有急救設備及氧氣設備，並須經牙醫全聯會審核通過。
3. 醫事人員前往提供服務前須事先向當地衛生主管機關完成支援報備及報保險人分區業務組備查，醫療費用須帶回執業登記院所申報。
4. 醫師資格：
 - (1) 醫療團之醫師，執業登記院所若為已加入本計畫執行者，得優先申請加入醫療團。
 - (2) 自執業執照取得後滿 1 年以上臨床經驗之醫師。
 - (3) 每位醫師首次加入本計畫，須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務

等相關之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程（每年再進修課程不得重複）；本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30（含）學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。

(4)醫師非二年內經保險人停、終約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人。前述違規期間之認定，以保險人第一次發函處分之停、終約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

5.提供「特定需求者」牙醫醫療服務：

(1) 服務對象：係指居住於身心障礙福利機構（不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心）或衛生福利部所屬老人福利機構（或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構）內，且長期臥床，無法移動至固定診療椅之牙醫醫療服務需求者。

(2) 院所參與資格及服務方式：由各縣市牙醫師公會組成醫療團、醫學中心或參與衛生福利部「特殊需求者牙科醫療服務示範中心獎勵計畫」之醫院、參與本計畫之進階照護院所且符合進階照護院所資格之醫師組成醫療團，至身心障礙福利機構（不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心）、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，為長期臥床且無法移動至固定診療椅之病人，在病人床邊提供牙醫醫療服務。

(3) 牙醫服務內容及設備：

A. 基於安全考量，以提供牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周暨齶齒控制基本處置、塗氟、非特定局部治療、特定局部治療、簡單性拔牙及單面蛀牙填補等服務為限，其他治療應轉介到後送之醫療院所進行。

B. 提供特定需求者牙醫醫療服務之牙科設備，經申請單位評估病患實際情形後攜帶【如：攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備（含氧氣幫浦、氧氣筒須有節

流裝置、氧氣面罩等)、急救藥品、開口器及攜帶式強力抽吸設備、健保卡讀寫卡設備等相關物品】。

(三) 費用支付及申報規定：

1. 給付項目及支付標準：屬論量支付部分，依全民健康保險醫療給付項目及支付標準規定申報。

(1) 加成支付：

A. 特定身心障礙者：除麻醉項目外，屬論量計酬之項目得加成申報，即：極重度身心障礙病人、自閉症及失智症得加 911 成、重度病人得加 79 成、中度病人（含發展遲緩兒童）及中度以上精神疾病病人得加 35 成、輕度病人（含失能老人）得加 13 成；另申報牙周病統合治療第一階段、第二階段、第三階段支付（支付標準編號 91021C、91022C、91023C），不得再依病人身心障礙等級別計算加成費用，其費用由一般服務預算項下支應。

B. 醫療團牙醫醫療服務(不含社區醫療站)：其他具身心障礙證明者得加 2 成。

(2) 本計畫不得併報 全民健康保險牙醫門診總額 0 歲至 6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫 及 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 支付標準。

(3) 氟化物防齲處理(支付標準編號為 P30002)：執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時，得依病情適時給予氟化物防齲處理。每次支付 500 點，每 90 天限申報 1 次，重度以上病人每 60 天得申報 1 次。申報本項後九十天內(重度以上病人為六十天內)，不得再申報 92051B、92072C、~~P7301C~~、P7302C 及 P7102C。

(4) 醫療團牙醫服務：

A. 得採論次加論量支付方式，由各醫師帶回執業院所申報論量及論次支付點數。

B. 論次項目（支付代碼為 P30001）：每小時 2,400 點（內含護理費），每位醫師每診次以 3 小時為限（不含休息、用餐時間），平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。

C.社區醫療站牙醫醫療服務：論量部分依本計畫規定申報，並由本計畫預算支應；論次支付標準依牙醫不足改善方案規定申報，並由該方案之專款費用支應，不得重複申報。

D.特定需求者牙醫醫療服務：

- a. 得採論次加論量支付方式，論次項目（支付代碼為 P30003），每小時 2,400 點（內含護理費，且不得收取其它自費項目），每位醫師每診次以 3 小時為限（不含休息、用餐時間），平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。
- b. 每位醫師執行特定需求者牙醫醫療服務及居家牙醫醫療服務(含訪視)，合計每日達 5 人以上，第 5 人起屬本項服務之論量點數按 6 折支付，每日最多 8 人為限，且每月不超過 80 人；每位醫師支援每週不超過 2 日。另每一個案以 2 個月執行 1 次為原則。

2. 費用申報之規定：

(1)申報醫療費用時，案件分類請填 16，牙醫醫療服務特定治療項目代號

(一)填報如下：

A.院所內服務：

非精神疾病者:極重度-FG、重度-FH、中度-FI、輕度-FJ

精神疾病者：重度以上-FC、中度-FD

發展遲緩兒童：FV

腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LF

自閉症、失智症：LN

B.醫療團服務：

非精神疾病者：極重度-FK、重度-FL、中度-FM、輕度-FN

精神疾病者：重度以上-FE、中度-FF

發展遲緩兒童：FX

失能老人：L1

腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LG

自閉症、失智症：LP

其他具身心障礙證明者：XX

C. 特定需求者服務：

極重度 FU、重度 FZ

自閉症、失智症：LR

D. 社區醫療站服務：

非精神疾病者：極重度-L5、重度-L6、中度-L7、輕度-L8

精神疾病者：重度以上-L9、中度-LA

發展遲緩兒童：LB

腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LH

自閉症、失智症：LS

(2) 執行特定身心障礙者牙醫醫療服務之院所，請影印下列證明文件，並黏貼於病歷首頁，以備查驗：

A. 有效之身心障礙手冊（證明）正反面，若為發展遲緩兒童應檢附由健康署委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書影本。

B. 屬衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。

(3) 執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時，須登錄健保卡，就醫序號請依健保卡相關作業規定辦理，另若病人醫療需求需麻醉科醫師支援時，須依相關規定向當地衛生主管機關辦理支援報備，並將相關資料函送保險人分區業務組核定。

(4) 醫療團牙醫醫療服務之限制如下：(不適用於特定需求者牙醫醫療服務)

A. 每位醫師支援同一機構每週不超過 2 診次。如有支援不同機構，每週合計不超過 4 診次，每月不超過 16 診次。

B. 每位牙醫師每月平均每診次申報點數不超過 3 萬點(以加成後論量支付點數計算)，若超過 3 萬點以上者，超過部分不予支付。

C. 至身心障礙福利機構、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或

經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)等單位，提供牙醫醫療服務之規定：未超過 150 人的單位，每週牙醫排診合計不得超過 3 診次，150 人以上 300 人以下的單位，每週牙醫排診合計不得超過 4 診次，300 人以上的單位，視醫療需求每週合計牙醫排診 5 診次；醫療團因前述各單位人數異動需增加平日排診或特殊例假日排診之診次時，須向牙醫全聯會提出申請，經審核通過後，由保險人各分區業務組另行文通知院所，異動時亦同。(離島地區及特殊醫療需求機構，經全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議討論通過者除外。)

(5)本計畫服務量不列入分區管控項目，但仍納入專業審查範圍。

(6)本計畫服務量不納入門診合理量計算。

(四) 申請程序：

參與本計畫提供特定身心障礙者牙醫醫療服務之院所、醫療團牙醫醫療服務等各項申請應檢附相關資料紙本和電子檔，送牙醫全聯會審查，異動時亦同。

1. 申請為初級照護院所，應檢附下列資料：

- (1)申請書格式如【附件 3】。
- (2)身心障礙教育訓練之學分證明影本。
- (3)牙醫師證書正反面影本一份。

2. 申請為進階照護院所，應檢附下列資料：

- (1)申請書格式如【附件 3】。
- (2)2 位以上(含負責醫師)醫師個人學經歷等相關資料紙本(身分證字號、學經歷、專長背景及從事相關工作訓練或經驗說明)。
- (3)身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫書書面紙本及電子檔各一份，一併提供牙醫全聯會(包括目前執行及未來推廣身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫之執行要點，書寫格式請以 A4 版面，由左而右，由上而下，(標)楷書 14 號字型，橫式書寫)。
- (4)身心障礙教育訓練之學分證明影本。

(5)牙醫師證書正反面影本一份。

3. 以醫療團為單位，申請時應檢附下列資料：(含特定需求者牙醫醫療服務)

(1)申請書格式如【附件 5】，並應檢附下列資料，書面紙本和電子檔各一份，一併提供牙醫全聯會：

A.縣市牙醫師公會評估表【附件 6】

B.身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)等單位之立案證明、同意函、簡介、收容對象名冊、口腔狀況、牙科設備、醫師服務排班表、牙科治療計畫、維護計畫、口腔衛生計畫、經費評估牙醫師證書正反面影本乙份等內容書面紙本和電子檔各乙份。若屬衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。

(2)每年度結束後 20 日內須繳交醫療團期末報告【附件 8】及醫師個人期末報告【附件 8-1】兩份報告書面紙本資料和電子檔(由醫療團所屬縣市公會彙整後)，一併函送牙醫全聯會審核，審核不通過或有違規或異常者，經牙醫全聯會及保險人分區業務組確認，得停止延續執行本計畫。

(五) 相關規範

1. 每月 5 日前將申請書及學分證明等資料以掛號郵寄至牙醫全聯會。牙醫全聯會審查後，於每月 20 日前將院所及醫療團(含特定需求者)通過名單函送保險人，由保險人分區業務組審理核定後，以公告或行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會；申請者得於核定之起迄期間執行本項服務，申請流程圖說明詳如【附件 7】。
2. 醫師名單若有異動，應於每月 5 日前分別以【附件 4】及【附件 5】格式

函報牙醫全聯會，再由該會於每月 20 日前彙整送保險人分區業務組，待完成核定程序後，得於核定之起迄期間執行本項服務，另醫事機構代碼、院所名稱、執業登記等如有變更，應函報牙醫全聯會及保險人分區業務組辦理本計畫起迄日期變更作業。

3. 院所或醫療團對患有智能障礙、自閉症及重度以上身心障礙病患提供未經事前審查之全身麻醉案件，應於次月 20 日前將施行之麻醉方式、麻醉時間、麻醉前及術前評估、治療計畫併病歷資料送保險人分區業務組審查。其餘案件仍須依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定申請事前審查。
4. 醫療團執行特定身心障礙牙醫醫療服務時，應注意事項：
 - (1) 醫療團每月 20 日前應檢送次月排班表供牙醫全聯會及保險人分區業務組備查。異動時（包含新增或取消）應於次月 15 日前檢送，並確實完成報備支援程序，當年度累積達 3 次仍未改善者，得暫停當年度計畫執行。
 - (2) 醫療團醫師須依排班表執行服務，服務流程圖詳【附件 9】。
 - (3) 費用申報作業：醫療團醫師每月 20 日前須先至健保資訊網服務系統（VPN）登錄醫療團服務費用明細，傳送資料後列印論次申請表【附件 10】蓋上院所印信，並檢附日報表【附件 11】併同門診醫療服務點數申報總表正本寄所屬保險人分區業務組，副本送牙醫全聯會備查。未繳交者，經催繳三個月內仍未改善者，得暫停計畫執行。
 - (4) 醫療團至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)等單位提供牙醫醫療服務時，得放寬提供該區區域外身心障礙者前往求醫之服務，符合特定身分者以案件類別 16 填報，不符合者以其他案件類別填報，以擴大服務範圍。
 - (5) 每一醫療團必須選定一後送醫療院所，後送醫療院所應為本計畫之進階照護院所，該後送院所應於支援看診時段提供所有必要的諮詢及相

- 關協助。
- (6)若支援之機構無法配合支援醫師或醫療相關之看診業務，應先向牙醫全聯會反映。
 - (7)就診紀錄【附件 12】應詳實記錄並填寫留存於身障機構等內，另於院所製作實體病歷留存，並依病人身份影印本計畫所須之證明文件，黏貼於病歷首頁，以備查驗。
 - (8)一位醫師須搭配至少一位助理或護理人員，提供特定需求者牙醫醫療服務時，一位醫師須搭配至少一位醫護人員。
 - (9)至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)等單位時，必須有老師或熟悉該病人狀況的人陪同就診。
 - (10)所有侵入性治療應取得院生家屬或監護人之書面同意書，並附在個人病歷及醫療紀錄備查，並謹慎為之。
 - (11)若病人無法於機構中順利完成治療應轉介到後送之醫療院所進行後續治療。
 - (12)耗材應由看診醫師自備。
 - (13)治療台之維護、清潔保養及醫療廢棄物由機構妥善處理。
 - (14)病人所需之牙科治療應由具資格之專業醫師予以判斷，協調院方之輔助人員善盡安撫病人情緒之責任，並依個人能力給予醫師所需之協助。
 - (15)若遇臨時緊急狀況或危急情形，應立刻和負責的後送醫療院所聯絡，並立即進行緊急醫療及後送程序。
 - (16)執行全身麻醉時，醫師及場所設備應符合相關法令規定及全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準內容，除牙醫不足改善方案施行地區、山地離島地區之初級照護院所外，其餘地區應於進階照護院所內方得執行。
 - (17)執行全身麻醉時，應以病人安全為優先考量。每位麻醉醫師每次僅

能執行一位病人之麻醉，並搭配至少一位牙醫師執行牙科治療。

- (18) 配合保險人政策執行健保卡登錄業務，依規定上傳就醫資料入健保卡。若遇特殊狀況無法登錄時，以就醫序號特定代碼「C001」申報；並以例外就醫名冊【附件 13】代替並詳實記載，刷卡設備由醫療院所自行準備。
 - (19) 未遵守本計畫相關規定，且經牙醫全聯會或保險人分區業務組要求改善，第一次通知二個月內未改善或第二次通知一個月內未改善者，得由保險人之分區業務組核定暫停計畫執行。
 - (20) 牙醫全聯會會同保險人分區業務組得於年度計畫執行期間依醫療團之設備、病歷書寫、醫師出席情形、環境等進行實地訪視。
 - (21) 提供醫療團牙醫醫療服務應符合「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業細則」。
5. 牙醫全聯會應將審核之相關院所及醫師名單函送保險人，由保險人各分區業務組審理核定後，另行文相關院所。惟被停止參加計畫之醫師可向所屬保險人分區業務組提出申復，經保險人分區業務組確認取消處分後，始得繼續執行本計畫。
 6. 首次申請本計畫提供特定身心障礙者牙醫服務之醫師，須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務基礎課程。加入計畫後，每年仍須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關再進修教育課程（每年再進修課程不得重複，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分），並檢附積分證明後，得於下一年度繼續執行此計畫。本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30（含）學分後，得繼續執行此計畫；惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。
 7. 參加本計畫之院所及醫療團支援看診之服務單位（如：機構、學校或未設牙科之精神科醫院等），應提供院所及服務單位的電話、地址、看診時間等資訊，置放於保險人全球資訊網網站(<http://www.nhi.gov.tw>)及牙醫全聯會網站(<http://www.cda.org.tw>)，俾利民眾查詢就醫。
 8. 醫療團服務院所應將「全民健保牙醫特殊醫療服務」之海報、立牌、直立旗、布條或其他(如看板等)標示物，標示看診地點與時間等，揭示於明顯處。標示製作作業說明請依【附件 14】規定辦理。

八、居家牙醫醫療服務：

(一) 醫療服務提供者資格：

1. 醫師資格：須為參加本計畫照護院所之醫師，且已修習居家牙醫醫療相關課程。
2. 特約醫事服務機構所屬牙醫師至病人住家提供牙醫醫療服務，得視為符合醫師法所稱應邀出診，不需經事先報准；其他訪視人員至病人住家提供醫療服務，須依法令規定事前報經當地衛生主管機關核准。

(二) 收案條件：限居住於住家（不含照護機構）且符合下列條件之一者。

1. 全民健康保險居家醫療照護整合計畫之居家醫療、重度居家醫療及安寧療護階段之病人，且有明確之牙醫醫療需求。
2. 出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人，且有明確之牙醫醫療需求。
3. 特定身心障礙者，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，且有明確之醫療需求。前述特定身心障礙者之障礙類別包含：肢體障礙(限腦性麻痺、中度腦傷及脊髓損傷之肢體障礙、及重度以上肢體障礙)、重度以上視覺障礙、重度以上重要器官失去功能，以及中度以上之植物人、智能障礙、自閉症、精神障礙、失智症、多重障礙(或同時具備二種及二種以上障礙類別)、頑固性(難治型)癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙、染色體異常、其他經主管機關認定之障礙(須為新制評鑑為第1、4、5、6、7類者)或發展遲緩兒童等。
4. 「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」之補助對象(以下稱失能老人)，並為各縣市長期照顧管理中心之個案，且因疾病、傷病長期臥床的狀態，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，行動困難無法自行至醫療院所就醫之病人。

(三) 收案及審核程序：

1. 牙醫師對符合條件之病人首次提供牙醫醫療服務(含訪視)前，應先向牙醫全聯會提出申請【附件15】，經牙醫全聯會核可後，始得至案家提供牙醫醫療服務。為增進牙醫全聯會審核作業，診所及地區醫院之牙醫師得由各縣市牙醫師公會彙整及安排後，向牙醫全聯會提出申請。
2. 牙醫全聯會於每月20日前將核可名單函送保險人分區業務組備查。

(四) 照護內容：

1. 基於安全考量，以提供牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周暨齲齒控制基本處置、塗氟、非特定局部治療、特定局部治療、簡單性拔牙及單面蛀牙填補等服務為原則，其他治療建議轉介到後送之醫療院所進行。
2. 提供居家牙醫醫療服務時，應評估病人實際情形後攜帶適當牙科設備。建議如：攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備(含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等)、急救藥品、開口器及攜帶式強力抽吸設備等相關物品。

(五) 醫療費用申報、支付及審查原則：

1. 為確保醫療服務合理性，對於收案人數及訪視次數高於同儕之特約醫事服務機構，必要時得啟動專案審查。
2. 居家牙醫醫療服務抽審時須檢附三年內之「口腔醫療需求評估及治療計畫」【附件 16】。
3. 醫療費用申報：
 - (1) 特約醫事服務機構執行本計畫之醫療費用應按月申報，並於門診醫療服務點數清單依下列規定填報「案件分類」及「特定治療項目代號」欄位，案件分類 16，特定治療項目代號(一)請依病人類別填報【極重度 FS、重度 FY、中度 L4、發展遲緩兒童 LE、失能老人 L2、居整病人 LC、出院準備 LD、腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙:LJ】。
 - (2) 申報居家牙醫醫療服務費時，應依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，以醫令類別「4 不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料」填報醫療服務之編號、數量與點數。
 - (3) 醫療服務費用須帶回執業登記院所申報。
4. 本計畫服務量不列入門診合理量計算。
5. 本計畫服務量不列入分區管控項目，惟仍納入專業審查範圍。

(六) 給付項目及支付標準：

1. 居家牙醫醫療服務給付項目及支付標準詳【附件 17】。
2. 每位醫師執行特定需求者牙醫醫療服務及居家牙醫醫療服務(含評估訪

視)合計每日達 5 人次以上，自第 5 人次起按 6 折支付，每日最多 8 人次為限，且每月以 80 人次為限；每位醫師支援每週不超過 2 日。

(七) 相關規範：

1. 居家牙醫醫療服務流程圖詳【附件 18】。
2. 個案首次接受居家牙醫醫療服務(含訪視)前，牙醫師須檢送申請表【附件 15】至牙醫全聯會，由牙醫全聯會於每月 20 日前將核可名單函送保險人分區業務組備查。個案於首次接受居家牙醫醫療服務(含訪視)後，須於次月 20 日前檢送病人之「口腔醫療需求評估及治療計畫」【附件 16】，正本送所屬保險人分區業務組、副本送牙醫全聯會備查。經催繳三個月內仍未改善者，經保險人分區業務組及牙醫全聯會確認，得暫停執行居家牙醫醫療服務。
3. 每次訪視應詳實製作病歷或紀錄，且須記錄每次訪視時間(自到達案家起算，至離開案家為止)，並請病人或其家屬簽章；另應製作病人之居家牙醫醫療照護紀錄留存於案家。
4. 牙醫師應於院所製作實體病歷留存，且須將病人身分影印本及計畫所須之證明文件，黏貼於病歷首頁，以備查驗。
5. 一位牙醫師需搭配至少一位醫護人員。
6. 牙醫師應於診療期間隨時注意病人之生理及心理狀況。
7. 所有侵入性治療應取得病人家屬或監護人之書面同意書，並附在病人病歷及醫療紀錄備查。
8. 提供牙醫服務時若無法順利完成治療，應將病人轉介到後送醫療院所進行後續治療。
9. 牙醫師應教導家屬為病人清潔口腔之衛教知識。
10. 耗材應由醫療院所自備。
11. 設備之維護、清潔保養及醫療廢棄物由醫療院所依相關法規妥善處理。
12. 提供服務時若遇臨時緊急狀況或危急情形，應立刻和負責的後送醫療院所聯絡，並立即進行緊急醫療及後送程序。
13. 依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。
14. 未遵守本計畫相關規定，經保險人分區業務組或牙醫全聯會要求改善，第一次通知二個月內未改善或第二次通知一個月內未改善者，保險人分

區業務組得核定暫停執行居家牙醫醫療服務。

九、點值結算方式：

(一)本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘，則流用至下季；當季預算若有不足，則先天性唇顎裂及顱顏畸形症病人牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點1元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於0.95元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應。

(二)全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

十、保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收。屬本計畫第八項「居家牙醫醫療服務」之第(二)款「收案條件」第3目「特定身心障礙者」或第4目「失能老人」者之居家牙醫醫療服務部分負擔，依牙醫門診基本部分負擔計收。

十一、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

十二、本計畫由保險人與牙醫全聯會共同研訂，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。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，餘屬執行面之規定，得由保險人逕行修正公告。

【附件 14】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫 醫療團院所之標示製作作業說明

一、適用對象

承作健保署牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之醫療團院所。

二、預算來源

112113 年總額其他預算項目「提升保險服務成效」項下支應。

三、標示應包含下列內容

1. 全民健保牙醫特殊醫療服務
2. 全民健保標誌
3. 醫療團地點及時間
4. 主辦單位衛生福利部中央健康保險署
5. 承作醫療院所名稱

四、標示製作內容及規格

(一) 下列標示物類型至少擇一標示，各類標示物規格及字體大小不得小於下列規範：

標示物類型	規格	標示內容及字體大小				
		全民健保標誌	全民健保牙醫特殊醫療服務	醫療團地點及時間	主辦單位：衛生福利部中央健康保險署	承作醫療院所名稱
海報	A2 (59.4x42cm)	高度:7 公分 寬度:7.05 公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt
立牌	60x160cm	高度:20 公分 寬度:20.3 公分	300 pt	160 pt	160 pt	160 pt
直立旗	60x150cm	高度:17 公分 寬度:17.2 公分	290 pt	160 pt	160 pt	160 pt
布條	60x300cm	高度:30 公分 寬度:30.4 公分	550 pt	180 pt	180 pt	180 pt
其他 (如看板等)	A2 (59.4x42cm)	高度:7 公分 寬度:7.05 公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt

(二) 各總額標示物(不含布條)之底色及字體顏色

1. 西醫：底色為淡黃色，字體為深藍色
2. 中醫：底色為深紅色，字體為白色

3. 牙醫：底色為淡藍色，字體為深藍色

五、支付原則及核銷方式

1. 同一醫療院所同一計畫限申請一次本項費用，申請費用採實報實銷，上限為 5,000 元。
2. 核銷文件：申請表(如附表)、原始支出憑證、標示物之照片及規格明細。原始支出憑證依政府支出憑證處理要點規定辦理(支付機關名稱或買受機關名稱請註明衛生福利部中央健康保險署、統一編號請註明 08628407)。
3. 標示製作費用請由醫療院所先行墊付，並於承作計畫起 1 個月內檢具核銷文件，向所轄保險人分區業務組申請核付(如係當年 12 月始承作計畫者，申請核銷期限為當年 12 月 10 日前)；經審查不符上述標示內容及規格者，不予支付。

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫醫療團院所

之標示製作費用申請表

承作醫療院所代號：

承作醫療院所名稱：

申請日期： 年 月 日

承作計畫名稱：

標示內容物：

海報

立牌

直立旗

布條

其他

核銷金額： 元

承作醫療院所印信

-----原始支出憑證黏貼處-----

【附件 19】「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」支付項目

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
89304C	特殊狀況之複雜性前牙複合體充填 Complex compomer restoration in anterior teeth for patients with special needs —單面 single surface	√	√	√	√	900
89305C	—雙面 two surfaces	√	√	√	√	1,050
	註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以二面為限。					
89308C	特殊狀況之複雜性後牙複合體充填 Complex compomer restoration in posterior teeth for patients with special needs —單面 single surface	√	√	√	√	1,000
89309C	—雙面 two surfaces	√	√	√	√	1,200
89310C	—三面 three surfaces	√	√	√	√	1,400
	註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。					
89312C	特殊狀況之複雜性前牙三面複合體充填 Complex three-surface compomer restoration in anterior teeth for patients with special needs	√	√	√	√	1,450
	註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。					
89314C	特殊狀況之複雜性前牙雙鄰接面複合體充填 Complex compomer restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in anterior teeth for patients with special needs	√	√	√	√	1,600
	註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。					
89315C	特殊狀況之複雜性後牙雙鄰接面複合體充填 Complex compomer restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in posterior teeth for patients with special needs	√	√	√	√	1,850
	註：					

<u>編號</u>	<u>診療項目</u>	<u>基 層 院 所</u>	<u>地 區 醫 院</u>	<u>區 域 醫 院</u>	<u>醫 學 中 心</u>	<u>支 付 點 數</u>
	<u>1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。</u> <u>2.應於病歷詳列充填牙面部位。</u> <u>3.充填牙面部位應包含雙鄰接面(Mesial, M; Distal, D)及咬合面(Occlusal, O)。</u>					

第一章 門診診察費

第二節 符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
00318C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之自閉症、失智症及極重度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	√	√	√	√	762
00311C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之 自閉症、失智症及 重度 以上 特定身心障礙(非精神疾病)者診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	√	√	√	√	562 662
00312C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之中度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	√	√	√	√	462 562
00313C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之中度以上精神疾病病人診察費 註： 1. 限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2. 限精神病及精神分裂之病人。	√	√	√	√	362 462
00314C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之輕度特定身心障礙者(非精神疾病)及失能老人診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	√	√	√	√	362 462

113 年牙醫特殊醫療計畫經費推估

一、自然成長費用(約 635.4 百萬)

- (一)考量 109-111 年受 COVID-19 疫情影響，牙特醫療團服務大幅衰退，故以 112 年 1-8 月執行狀況為基期估算。
- (二)112 年 1-8 月本計畫申報點數約為 397.0 百萬，推估 112 年全年申報點數乘以方案歷年平均成長率，推估 113 年自然成長費用為 635.4 百萬

二、調升感染管制門診診察費(約 15.0 百萬)

以 112 年 1-8 月「符合牙醫門診加強感染管制身心障礙者門診診察費」申報數量，推估 113 年醫令數約 13 萬件，統一調升 100 點、極重度特定身心障礙(非精神疾病)調升 200 點，預估 113 年增加經費約 15.0 百萬。

三、不同障礙等級調升加成成數 2 成(約 73.4 百萬)

112 年 1-8 月本計畫各障礙別申報點數(含加成)約 341.4 百萬，統一調升 2 成後，推估全年增加 68.8 百萬，乘以方案歷年平均成長率 6.7%，113 全年約增加 73.4 百萬。

四、醫療團新增不符合本計畫之特定身心障礙者(約 15.4 百萬)：

- (一)111 年符合本計畫輕度身心障礙者就醫率 9.45%，醫療團輕度人數佔該計畫輕度服務人數 6.76%，平均每人未加成醫療費用 3,393 點。
- (二)111 年不符合本計畫身心障礙者 59.2 萬人，以輕度身心障礙者就醫率、醫療團之輕度病人占率及平均每人醫療費用，及加成 2 成估算約 15.4 百萬點。

五、新增特殊狀況之複雜性複合體充填費用(約 13.4 百萬)：

- (一)經統計 112 年 1-8 月之特殊狀況複合樹脂充填(89104C-89115C)之件數為 44,760 件，推估全年為 67,140 件。
- (二)因本項目為新增項目無法估算執行數，爰以二分之一的複合樹脂充填案件推估複合體充填案件數，每件差額 400 點，推估 113 年之經費約為 13.4 百萬。

六、推估 113 年使用經費為： $635.4+15+73.4+15.4+13.4=752.6$ 百萬；計畫經費為 781.7 百萬，尚足以支應。

113 年度全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫 (牙全會建議修訂重點)

一、醫療服務內容及支付方式：

- (一) 由原先牙醫門診總額之「高風險疾病口腔照護」、「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」及「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療計畫」三項醫療服務合併辦理。
- (二) 保留現行牙醫支付標準項目 91090C「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(820 點)、P7302C「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」(500 點)，並將 P7301C「高齲齒率病人氟化物治療」醫令項目併入 P7302C 之中。
- (三) 新增支付標準 89204C~89215C「複雜性複合體充填」。

二、修訂高風險疾病病人(適用對象)定義如下：

- (一) 糖尿病病人。
- (二) 六十五歲以上者。
- (三) 將「腦血管疾病病人」修正為「心血管疾病病人」。
- (四) 血液透析及腹膜透析病人。
- (五) 使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。
- (六) 惡性腫瘤病人。
- (七) 將原先「不符合牙特計畫之肢體障礙、慢性精神病病人或重要器官失去功能者」擴大為「障別及障度不符合牙特計畫之院所牙醫醫療服務者」。

三、執行目標：

- (一) 113 年服務高風險病人執行牙結石清除(91090C)達 80,000 人次。
- (二) P7302C 預估服務人次 202 萬人次。

四、預期效益指標：

- (一) 113 年服務高風險病人執行牙結石清除(91090C)達 64,000 人次。
- (二) 國人牙齒保存數較 104-105 年衛福部口腔健康調查結果增加。
- (三) 一年後高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。

113 年度全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫

(草案)

一、依據

全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的

針對高風險疾病病人加強口腔照護頻率，提供牙結石清除、氟化物治療、複合體充填等項目，讓口腔照護更加全面，維護高風險疾病病人口腔健康。

三、實施時程：

113 年 1 月 1 日起至 113 年 12 月 31 日止。

四、預算來源

(一)113 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「高風險疾病口腔照護」專款項目下支應，全年經費為 1,599.0 百萬元。

(二)本預算按季均分及結算，每點支付金額不高於 1 元，當季預算若有結餘，則留用至下季，預算不足採浮動點值計算；全年預算若有結餘，則進行全年結算，預算不足採浮動點值計算，且預算每點支付金額不高於 1 元。

四、醫療費用申報及審查：

(一)依全民健康保險醫療費用支付標準 91090C(高風險疾病病人牙結石清除 - 全口)、P7302C(齲齒經驗之高風險病人氟化物治療)及 89204C~829215(複雜性複合體充填)項目申報(詳如附件)。

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

五、執行目標

(一) 113 年服務高風險病人執行牙結石清除(91090C)達 80,000 人次。

(二) P7302C 預估服務人次 202 萬人次。

六、預期效益之評估指標

(一) 113 年服務高風險病人執行牙結石清除(91090C)達 64,000 人次。

(二) 國人牙齒保存數較 104-105 年衛福部口腔健康調查結果增加。

(三) 一年後高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。

- 七、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。
- 八、本計畫由保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。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，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

「全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫」支付項目

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
91090C	<p>高風險疾病病人牙結石清除-全口 Full mouth scaling for patients at high risk for dental diseases</p> <p>註： 1.適用高風險疾病病人之牙醫醫療服務申報，每九十天限申報一次。 2.高風險疾病病人包含<u>須符合下列狀況之一</u>： (1)六十五歲以上者。 (2)心腦血管疾病病人。 (3)血液透析及腹膜透析病人。 (4)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (5)惡性腫瘤病人。 (6)<u>障別及障度</u>不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之肢體障礙、慢性精神病病人或重要器官失去功能院所牙醫醫療服務者。 3.費用包含牙菌斑偵測及去除維護教導。申報本項後九十天內不得再申報91003C~91005C、91017C、91089C、91103C及91104C。</p>	v	v	v	v	700 820
P7302C	<p>齲齒經驗之高風險病人氟化物治療 Full mouth topical fluoride application for patients with caries experience at high risk for dental disease</p> <p>1.為提升病人牙齒之保存率，針對齲齒經驗之高風險病人，提供本項診療服務。 2.齲齒經驗之高風險病人包含<u>須符合下列狀況之一</u>： (1)糖尿病病人。 (2)六十五歲以上者。 (3)心腦血管疾病病人。 (4)血液透析及腹膜透析病人。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (6)惡性腫瘤病人。 (7)<u>障別及障度</u>不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之肢體障礙、慢性精神病病人或重要器官失去功能院所牙醫醫療服務者。 (8)<u>曾於同院所接受 89013C、89113C、91009B、91010B 病人(含當次)</u>。 3.每九十天限申報一次。 4.本項支付點數含材料費。 5.申報本項後九十天內不得再申報 92051B、92072C、P30002、P7102C 及P7301C。</p>	v	v	v	v	500

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<u>複雜性前牙複合體充填</u> <u>Complex compomer restoration in anterior teeth</u>					
<u>89204C</u>	<u>—單面 single surface</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>900</u>
<u>89205C</u>	<u>—雙面 two surfaces</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>1,050</u>
	註： 1.適用高風險疾病病人之牙醫醫療服務申報，高風險疾病病人須符合下列狀況之一： <u>(1)糖尿病病人。</u> <u>(2)六十五歲以上者。</u> <u>(3) 心血管疾病病人。</u> <u>(4)血液透析及腹膜透析病人。</u> <u>(5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。</u> <u>(6)惡性腫瘤病人。</u> <u>(7)障別及障度不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之院所牙醫醫療服務者。</u> 2.同類牙申報前牙複合體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C，89014C~89015C，89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C)費用，以同一院所為限。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。 4.申報面數最高以二面為限。					
	<u>複雜性後牙複合體充填</u> <u>Complex compomer restoration in posterior teeth</u>					
<u>89208C</u>	<u>—單面 single surface</u>					
<u>89209C</u>	<u>—雙面 two surfaces</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>1,000</u>
<u>89210C</u>	<u>—三面 three surfaces</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>1,200</u>
	註： 1.適用高風險疾病病人之牙醫醫療服務申報，高風險疾病病人須符合下列狀況之一： <u>(1)糖尿病病人。</u> <u>(2)六十五歲以上者。</u> <u>(3) 心血管疾病病人。</u> <u>(4)血液透析及腹膜透析病人。</u> <u>(5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。</u> <u>(6)惡性腫瘤病人。</u> <u>(7)障別及障度不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之院所牙醫醫療服務者。</u> 2.同類牙申報複合體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>1,400</u>

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p><u>得再申報充填(89001C~89005C, 89008C~89012C, 89014C~89015C, 89204C~89205C, 89208C~89210C, 89212C, 89214C~89215C)費用,以同一院所為限。</u></p> <p><u>3.應於病歷詳列充填牙面部位。</u></p> <p><u>4.申報面數最高以三面為限。</u></p>					
89212C	<p><u>複雜性前牙三面複合體充填</u></p> <p><u>Complex three-surface compomer restoration in anterior teeth</u></p> <p><u>註：</u></p> <p><u>1.適用高風險疾病病人之牙醫醫療服務申報,高風險疾病病人包含：</u></p> <p><u>(1)糖尿病病人。</u></p> <p><u>(2)六十五歲以上者。</u></p> <p><u>(3) 心血管疾病病人。</u></p> <p><u>(4)血液透析及腹膜透析病人。</u></p> <p><u>(5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。</u></p> <p><u>(6)惡性腫瘤病人。</u></p> <p><u>(7)障別及障度不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之院所牙醫醫療服務者。</u></p> <p><u>2.同類牙申報複合體充填,乳牙一年、恆牙一年半內,不論任何原因,所做任何形式(窩洞及材質)之再填補,皆不得再申報充填(89001C~89005C, 89008C~89012C, 89014C~89015C, 89204C~89205C, 89208C~89210C, 89212C, 89214C~89215C)費用,以同一院所為限。</u></p> <p><u>3.應於病歷詳列充填牙面部位。</u></p> <p><u>4.申報面數最高以三面為限。</u></p>	Y	Y	Y	Y	1,450
89214C	<p><u>複雜性前牙雙鄰接面複合體充填</u></p> <p><u>Complex compomer restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in anterior teeth</u></p> <p><u>註：</u></p> <p><u>1.適用高風險疾病病人之牙醫醫療服務申報,高風險疾病病人包含須符合下列狀況之一：</u></p> <p><u>(1)糖尿病病人。</u></p> <p><u>(2)六十五歲以上者。</u></p> <p><u>(3) 心血管疾病病人。</u></p> <p><u>(4)血液透析及腹膜透析病人。</u></p> <p><u>(5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。</u></p> <p><u>(6)惡性腫瘤病人。</u></p> <p><u>(7)障別及障度不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之院所牙醫醫療服務者。</u></p> <p><u>2.同類牙申報前牙雙鄰接面複合體充填,乳牙一年、恆牙一</u></p>	Y	Y	Y	Y	1,600

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p><u>年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C，89014C~89015C，89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C)費用，以同一院所為限。</u></p> <p><u>3.應於病歷詳列充填牙面部位。</u></p>					
89215C	<p><u>複雜性後牙雙鄰接面複合體充填</u> <u>Complex compomer restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in posterior teeth</u></p> <p><u>註：</u></p> <p><u>1.適用高風險疾病病人之牙醫醫療服務申報，高風險疾病病人須符合下列狀況之一：</u></p> <p><u>(1)糖尿病病人。</u></p> <p><u>(2)六十五歲以上者。</u></p> <p><u>(3)心血管疾病病人。</u></p> <p><u>(4)血液透析及腹膜透析病人。</u></p> <p><u>(5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。</u></p> <p><u>(6)惡性腫瘤病人。</u></p> <p><u>(7)障別及障度不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之院所牙醫醫療服務者。</u></p> <p><u>2.同類牙申報後牙雙鄰接面複合體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C，89014C~89015C，89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C)費用，以同一院所為限。</u></p> <p><u>3.應於病歷詳列充填牙面部位。</u></p> <p><u>4.充填牙面部位應包含雙鄰接面(Mesial, M; Distal, D)及咬合面(Occlusal, O)。</u></p>	√	√	√	√	1,850

113 年度高風險疾病口腔照護計畫經費推估

一、高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)：約 117.6 百萬

(一) 支付點數：113 年支付點數由 700 點調升為 820 點。

(二) 經費推估：

以 112 年 1-10 月申報 91090 案件數估算全年件數，並加計 111 年成長率，推估 113 年經費約為 117.6 百萬。

二、齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)：約 502.2 百萬

(一) 支付點數：113 年刪除 P7301C 「高齲齒率患者氟化物治療」項目，原 P7301C 醫令項目併入 P7302C 「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」中，支付點數維持 500 點。

(二) 經費推估：

1. P7301C 「高齲齒率患者氟化物治療」：以 112 年 1-10 月申報 P7301C 案件數估算全年件數，並加計 111 年成長率，推估 113 年經費約約為 186.2 百萬。

2. P7302C 「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」：本項為 112 年 3 月 1 日新增項目，以 112 年 1-10 月申報 P7302C 案件數估算全年件數，推估 113 年經費為 316.0 百萬。

3. 兩者加總推估 113 年經費為 502.2 百萬。

三、複雜性複合體充填項目(89204C~89215C)：約 396.4 百萬

(一) 支付點數：113 年新增複雜性複合體充填項目(89204C~89215C)，相較現有樹脂充填項目(89004C-89015C)，每項目增加 400 點。

(二) 經費推估：

1. 89004C-89015C 申報情況(加總)：本項目 111 年成長率為 -6.8%，因成長率小於 0%，以零成長估算 113 年案件數。

2. 因本項目為新增項目無法估算執行數，爰以二分之一的高風險疾病病人複合樹脂充填案件數推估高風險疾病病人複合體充填案件數，推估 113 年經費約為 396.4 百萬。

四、推估 113 年使用經費為： $117.6 + 502.2 + 396.4 = 1,016.2$ 百萬；計畫經費為 1,599.0 百萬，尚足以支應。

報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：有關各總額部門 112 年第 1~2 季動支「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之結算執行結果如說明，請鑒察。

說明：

- 一、依據「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍與動支程序(附件一，第200~201頁)及貴會112年12月20日第6屆112年第11次委員會議議事錄辦理。
- 二、本案前經提案至貴會112年第10次委員會議討論，委員對於112年因COVID-19疫情民眾就醫需求增加醫療費用產生影響部分，多支持以112年度總額調節非預期風險經費挹注。前次會議本署已評估112年第1、2季中醫及112年第2季西醫基層總額符合非預期風險動支程序規定(附件二，第202~206頁)，至於醫院部門，係採分區共管方式，由各分區因地制宜訂定目標管理點值後，各醫院自主於申報前核減點數，或於申報後視當季成長率及占率，於共管會議決定核減方式，爰難以前開動支程序加以評估。
- 三、本署於112年10及11月間與醫界團體討論，並於112年12月5日簽奉行政院核可，112年12月11日報部同意於112年12月14、15日付款補助與院所，補助金額計算方式說明如下：

(一)動支預算計算方式：

- 1.第 1 階段：計算 112 年 COVID-19 與類流感合計申報量高於 108 年同期的點數，以每點 1 元補助。
- 2.第 2 階段：如該分區平均點值(依該分區共管模式之不同分別認定)於第 1 階段撥補後，仍未達每點 0.9 元者，再補至每點 0.9 元。

(二)預算來源：優先由 112 年度全民健康保險總額預算之其他預算「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目 8 億元支應，由於行政院 112 年度已由公務預算挹注全民健

康保險基金 240 億元，不足部分由該基金支應。

(三)各總額撥補助金額合計約 51.34 億元(各分區撥補金額如附件三，第 207 頁)：

- 1.醫院：第 1 季約 15.04 億元、第 2 季約 25.95 億元。
- 2.西醫基層：第 1 季不符合、第 2 季約 5.65 億元。
- 3.中醫：第 1 季約 1.90 億元、第 2 季約 2.80 億元。
- 4.牙醫：經評估不符合動支條件。

(四)撥補後點值情形如附件四(第 208 頁)。

報告單位業務窗口：朱文玟科長，聯絡電話：02-27065866分機2665

.....

本會研析說明：

一、健保署前於本會 112 年第 9 次委員會議(112.10.18)及第 10 次委員會議(112.11.15)提出「因新冠疫情造成各部門總額 112 年醫療費用顯著影響，提請動支其他預算之『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目案」，決議如下：

(一)委員對於 112 年因 COVID-19 疫情民眾就醫需求增加對醫療費用產生影響部分，多支持以 112 年度總額「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」(下稱調節非預期風險經費)挹注，符合「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍與動支程序(下稱非預期風險動支程序)規定者，請健保署參考委員意見，對各總額部門實際受影響及撥補額度詳細分析及估算，再提本會討論。

(二)至於其餘撥補不足數之預算來源，委員表達不同意見，將併同與會人員發言實錄送請健保署參考。

二、在前揭兩次委員會後，健保署於 112.12.18 以健保醫字第 1120665357 號函送本會，醫院、西醫基層及中醫門診總額等部門 112 年第 1、2 季動支調節非預期風險經費之結算執行結果，並列入本會 112 年第 11 次委員會議(112.12.20)本會重要業務報告在案。

三、彙整健保署於112年第10次委員會議(112.11.15)依照非預期風險動支程序提出各部門總額112年第1、2季受疫情影響之評估結果及預估金額，本會整理如附件五(第209~211頁)，相較本次健保署提出112年第1、2季實際補助醫院、西醫基層及中醫門診總額部門已於112年12月14、15日撥付院所之經費，合計**51.34**億元(詳附件三，第207頁)，整理與預估金額差異如下表：

單位：億元

總額部門 健保署提報金額	中醫	基層	醫院	合計
預估金額 (112年第10次委員會議提報)	4.63	6.37	36.12	47.11
實際撥付金額 (112.12.14、15撥付院所)	4.70	5.65	40.99	51.34
實際補助與預估金額差異	+0.07	-0.72	+4.87	+4.23

(一)112年第1、2季各總額部門實際補助金額如下：

- 1.中醫門診總額：112年第1季補助1.9億元，第2季補助2.8億元，合計4.7億元。
- 2.西醫基層總額：112年第2季補助5.65億元。
- 3.醫院總額：112年第1季補助15.04億元，第2季補助25.95億元，合計40.99億元。

(二)補助後全區點值介於0.9001~0.9352間(詳附件四，第208頁)：

- 1.中醫門診總額：112年第1季全區點值為0.9037，第2季為0.9042。
- 2.西醫基層總額：112年第2季全區點值為0.9352。
- 3.醫院總額：112年第1季全區點值為0.9001，第2季為0.9002。

決定：

「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目 之適用範圍與動支程序

100.12.9 費協會第 178 次委員會議通過
103.11.28 健保會第 1 屆 103 年第 11 次委員會議修正
106.4.28 健保會第 3 屆 106 年第 3 次委員會議修正

一、適用範圍：

(一)屬「非預期風險」：

- 1.年度中發生全國(或特定區)之其他不可預期因素，如具傳染性疾病異常流行、非天災所致之大型事件等突發性特殊情況，致使民眾醫療需求大幅上升，對該部門整體醫療費用造成顯著影響。
- 2.應排除依其他法令由各級政府負擔之醫療服務項目。

(二)屬「其他非預期政策改變」：

- 1.年度中非預期之全民健康保險法(下稱健保法)及相關政策修訂，其新增費用不在協定時的各部門總額涵蓋範圍，且須經衛生福利部(下稱衛福部)交議。
- 2.應排除「協商時已於總額架構、通則、涵蓋範圍納入考量之項目(包含醫療服務成本及人口因素、協商因素成長率及專款項目等)」(註)

二、動支程序：

(一)屬「非預期風險」：

1.提案前評估：

由受影響之總額部門與中央健康保險署(下稱健保署)於提案前共同完成評估，確定對總額影響顯著，其影響不可歸責於該總額部門。

依非預期風險事件之屬性，其適用情況及評估指標如下：

(1)具傳染性疾病異常流行(排除依其他法令應由各級政府負擔之醫療服務項目)，致使總額部門全區，單一季別之預估值，有下列情形之一者：

- ①平均點值在0.9以下，且較去年同季點值下降幅度>5%以上。

②一般服務之醫療費用點數成長率 > (當年度醫療服務成本及人口因素成長率 + 5%) 以上。

若該疾病異常流行具有地區性差別，則適用受影響之健保分區；閾值同上。

(2)屬非天災所致之大型事件(為非屬健保法第52條事件，並經主管機關認定之案件)，且該事件發生後，前2個月之預估醫療費用達該地區當年年季平均總額預算之0.3%以上。

2.提案及議定：

由健保署或本會委員提案，並提供前述評估資料與相關數據(含不可歸責於總額部門之評估資料)，供本會討論議定。

3.核定與執行：

由健保署依本會之議定結果，報請衛福部核定後，會同相關總額部門討論執行細節及結算事宜，並於費用結算後，向本會提報執行結果。

(二)屬「其他非預期政策改變」：

1.提案及議定：

依適用範圍，於衛福部交議後，由健保署提案至本會討論議定；提案內容，應包括政策實施日期及方式、預估經費需求及預期效益等。

2.核定與執行：

由健保署依本會之議定結果，報請衛福部核定後，會同相關總額部門討論執行細節及結算事宜，並於費用結算後，向本會提報執行結果。

註：1.年度總額協商前，衛福部會提出該年度總額之協商政策方向，若屬「可預期」之政策改變，於協商時即應納入考量，爰修訂為僅適用年度中「非預期」之全民健康保險法及相關政策修訂。因政策、法規屬主管機關權責，爰須經衛福部交議，健保署據以提案。

2.歷年健保會訂有下列總額協商通則；另健保署會同各總額部門擬訂專款計畫或方案時，對於超過預算部分，係以浮動點值方式處理。

(1)專款專用項目：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考量。

(2)其他預算：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。

(3)其他原則：醫療費用總額經衛福部核定後，對已協定各項目金額之增減應正式提案，在本會議決前，並應再經總額部門與付費者代表協定程序。

112 年第 1、2 季之醫療費用是否符合其他預算之「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」適用範圍及動支程序評估結果：

一、有關「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍與動支程序，依 112 年 7 月 26 日衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 112 年第 6 次委員會議通過之評估方式，動支程序評估指標 2 一般服務之醫療費用核定點數成長率，所依據之「基期年」以「疫情前一年(108 年)」作為比較基期，計算醫療費用點數成長率時，預先扣除受影響年度一般服務成長率（實際作業如表）。

二、因應 COVID-19 於 112 年 3 月 20 日疫情降級，COVID-19 及類流感案件致各總額部門影響如圖 1~圖 3。

三、動支程序評估結果：考量 COVID-19 疫情對各總額費用之影響為全面性的，爰以全區評估

(一) 中醫：112 年第 1、2 季：全區均符合動支條件。

(二) 西醫基層：

112 年第 1 季：全區不符合動支條件。

112 年第 2 季：全區均符合啟動條件。

(三) 牙醫：

112 年第 1、2 季：全區均不符合動支條件。

註：

1. 各總額部門門檻計算方式為「112 年醫療服務成本及人口因素成長率+5%」：

(1) 醫院：7.250%(2.250%+5%)。

(2) 西醫基層：6.400%(1.400%+5%)。

(3) 牙醫門診：5.642%(0.642%+5%)。

(4) 中醫門診：6.394%(1.394%+5%)。

2. 各總額部門「109~111 年一般服務成長率」：

(1) 醫院：13.567%(5.471%+5.047%+3.049%)

(2) 西醫基層：9.009%(3.685%+3.493%+1.831%)

(3) 牙醫門診：8.456%(3.559%+3.054%+1.843%)

(4) 中醫門診：13.132%(4.696%+4.260%+4.176%)

中醫、基層及牙醫門診112年第1-2季評估表

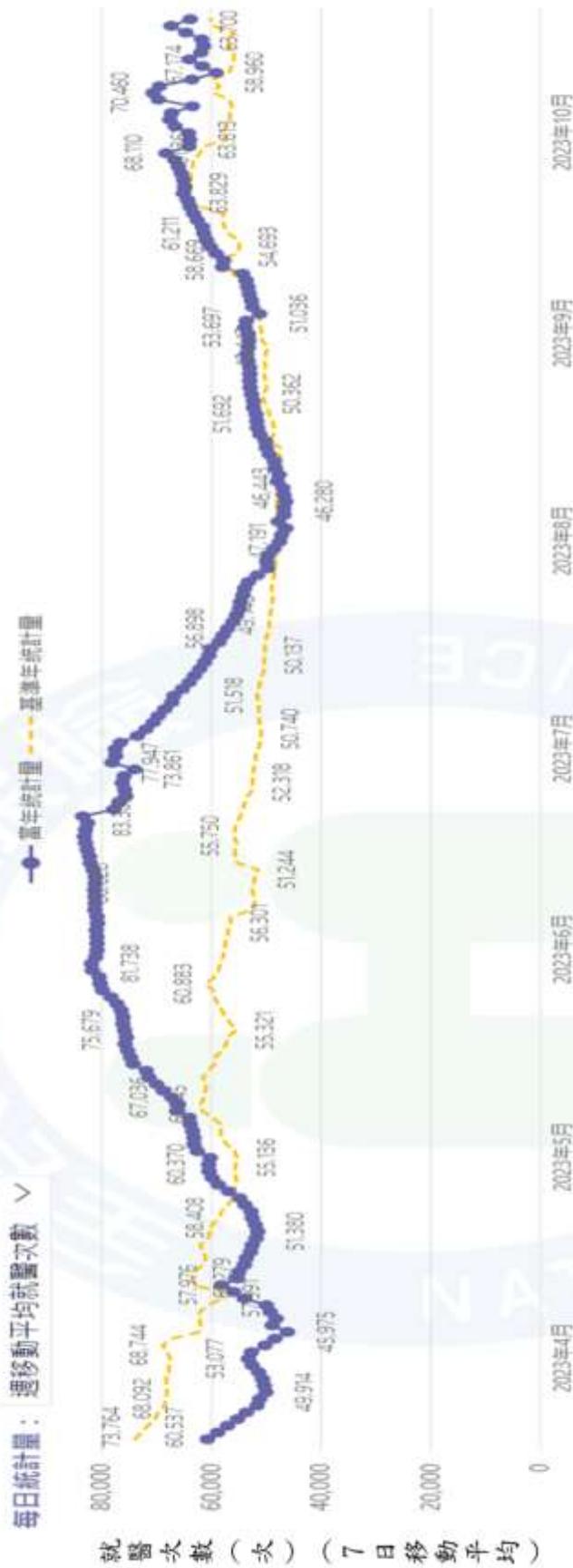
評估指標1:平均點值在0.9以下，且較去年同季點值
下降幅度>5%以上

年季	月份	項目	中醫	基層	牙醫
111年					
第1季	1-3月	浮動點值	1.0469	1.0923	1.0048
		平均點值	1.0289	1.0652	1.0048
第2季	4-6月	浮動點值	1.0016	1.0808	1.0859
		平均點值	1.0010	1.0567	1.0856
第3季	7-9月	浮動點值	0.8220	0.9801	1.0024
		平均點值	0.8911	0.9859	1.0024
第4季	10-12月	浮動點值	0.7746	0.9569	1.0122
		平均點值	0.8633	0.9694	1.0121
112年			0	0	
第1季	1-3月	浮動點值	0.7994	0.9561	0.9859
		平均點值	0.8792	0.9692	0.9861
條件1	點值<0.9		Y	N	N
	同季平均點值成長率		-15%	-9%	-2%
條件2	同季降幅>5%註記		Y	Y	N
條件1&2			Y	N	N
第2季 (預估)	4-6月	浮動點值	0.7970	0.8793	0.9666
		平均點值	0.8735	0.9134	0.9669
條件1	點值<0.9		Y	N	N
	同季平均點值成長率		-13%	-14%	-11%
條件2	同季降幅>5%註記		Y	Y	Y
條件1&2			Y	N	N

評估指標2-實際作業：一般服務之醫療費用核定點數成長率(基期年以108年計算) -

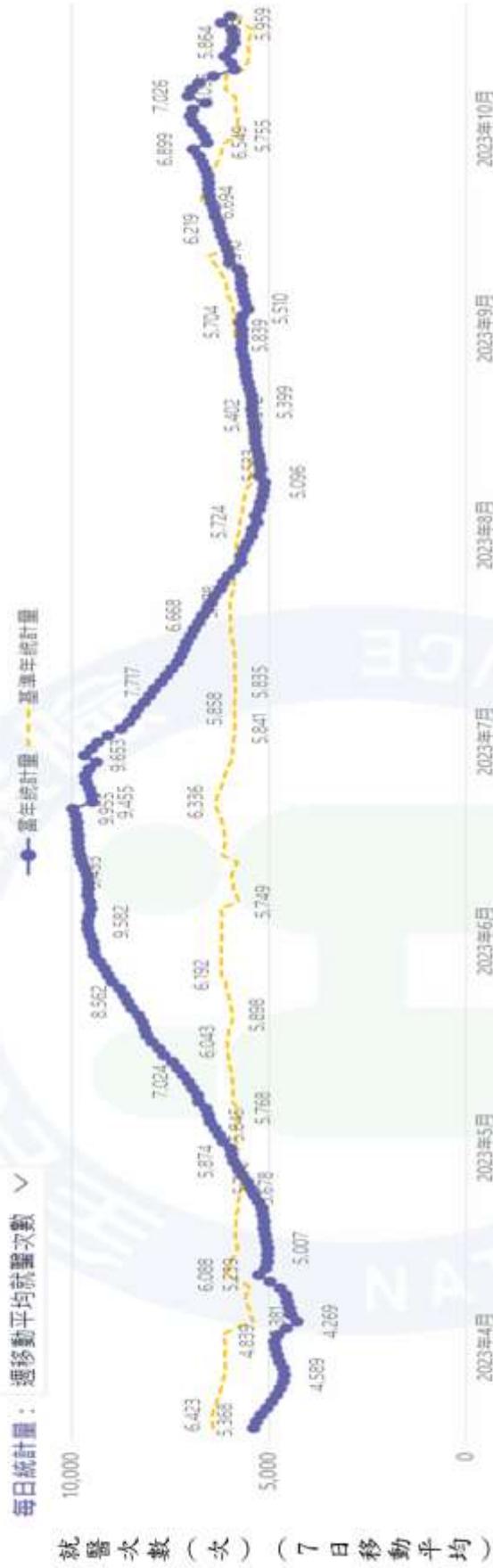
年季	月份	項目	中醫	基層	牙醫
108年					
第1季	1-3月	一般服務點數	6,379	29,878	10,834
第2季	4-6月	一般服務點數	6,961	29,942	11,250
第3季	7-9月	一般服務點數	7,171	30,086	11,622
第4季	10-12月	一般服務點數	7,277	32,037	11,760
112年					
第1季	1-3月	一般服務點數	7,768	33,304	11,556
		較108年同期點數成長率	▲ 21.78%	▲ 11.47%	▲ 6.67%
		扣除受影響年度一般服務成長率後之成長率	▲ 8.64%	▲ 2.46%	▲ -1.79%
條件：成長率>門檻			Y	N	N
第2季	4-6月	一般服務點數	8,512	35,292	11,388
		較108年同期點數成長率	▲ 22.28%	▲ 17.87%	▲ 1.22%
		扣除受影響年度一般服務成長率後之成長率	▲ 9.14%	▲ 8.86%	▲ -7.23%
條件：成長率>門檻			Y	Y	N
指標1or2					
112年					
第1季			Y	N	N
第2季			Y	Y	N

圖 1、【西醫基層】3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年



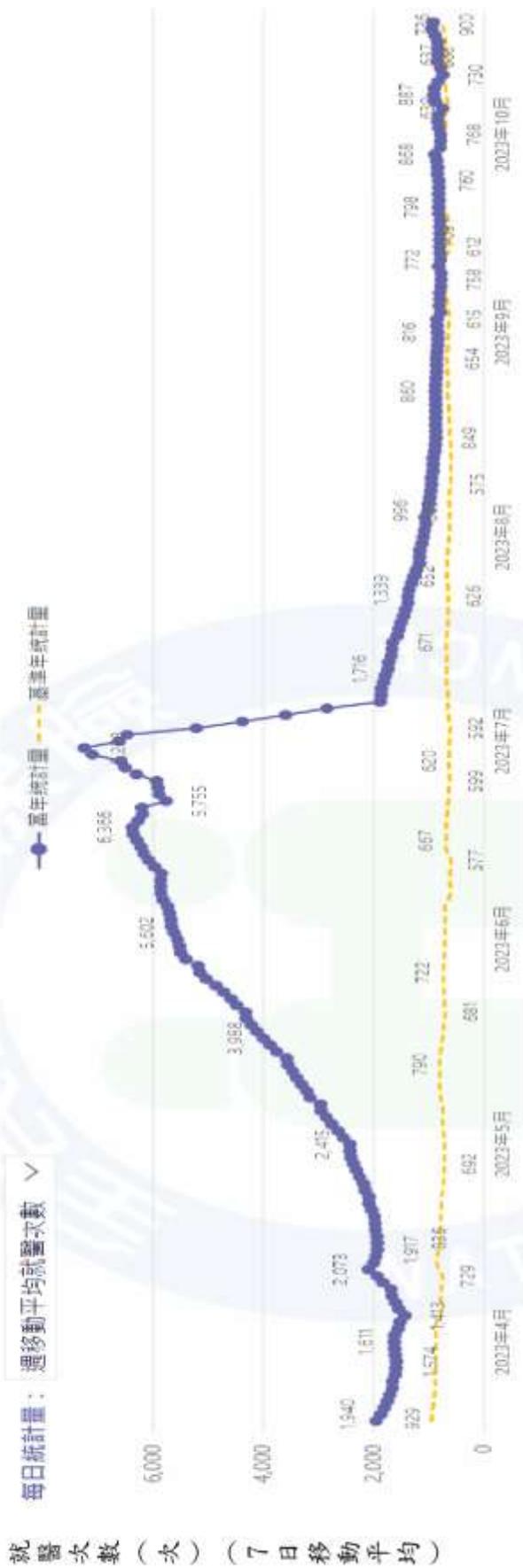
註：
 1. 資料來源：中央健康保險署多模態健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
 2. 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
 3. 統計定義：
 (1) COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 (2) 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 (3) 就醫次數(7 日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

圖 2、【醫院總額】3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年



註：
 1. 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
 2. 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
 3. 統計定義：
 (1) COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 (2) 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 (3) 就醫次數(7 日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

圖 3、【中醫總額】3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年



註：

1. 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料庫(健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20))。

2. 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。

3. 統計定義：

(1) COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。

(2) 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。

(3) 就醫次數(7 日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

醫院、西醫基層及中醫總額部門112年第1、2季動支「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」結算結果及健保基金(含交付機構)

總額別 分區別	醫院						西醫基層						中醫						補付金額總計 (百萬)		
	第1季		第2季		第1季		第2季		第1季		第2季		第1季		第2季		第1季	第2季	合計		
	家數	補付金額 (百萬)	家數	補付金額 (百萬)	家數	補付金額 (百萬)	家數	補付金額 (百萬)	家數	補付金額 (百萬)	家數	補付金額 (百萬)	家數	補付金額 (百萬)	家數	補付金額 (百萬)					
臺北	109	710.28	114	1,089.92	0	0	5,595	183.02	1,207	35.01	1,219	21.49	745.29	1,294.43	2,039.72						
北區	817	55.59	815	255.02	0	0	2,515	99.57	503	45.74	509	80.78	101.33	435.38	536.71						
中區	109	599.43	109	640.23	0	0	3,720	112.37	1,126	50.04	1,129	82.24	649.46	834.84	1,484.31						
南區	66	56.83	66	258.83	0	0	2,792	74.56	568	13.89	573	46.16	70.72	379.55	450.26						
高屏	877	60.26	881	272.96	0	0	2,973	80.28	592	45.13	593	45.84	105.39	399.08	504.47						
東區	17	21.72	17	78.22	0	0	392	14.95	79	0.25	80	2.99	21.98	96.16	118.14						
小計	1,995	1,504.11	2,002	2,595.17	0	0	17,987	564.76	4,075	190.05	4,103	279.51	1,694.17	3,439.44	5,133.61						

季別	分區	中醫		基層		醫院(攤扣前)	
		補助前	補助後	補助前	補助後	補助前	補助後
112年 第1季	臺北	0.88428532	0.90000000			0.88570615	0.90000000
	北區	0.85515586	0.90000000			0.89710612	0.90000000
	中區	0.87474026	0.90000000			0.87623443	0.90000000
	南區	0.88761742	0.90000000	不符合補助條件		0.89710612	0.90000000
	高屏	0.86476814	0.90000000			0.89710612	0.90000000
	東區	1.10657709	1.10842074			0.89710612	0.90292636
	合計	0.87922141	0.90368628			0.88920458	0.90007897

季別	分區	中醫		基層		醫院(攤扣前)	
		補助前	補助後	補助前	補助後	補助前	補助後
112年 第2季	臺北	0.89332915	0.90213914	0.88502929	0.90000000	0.87891525	0.90000000
	北區	0.82898623	0.90000000	0.92801172	0.94628529	0.88726932	0.90000000
	中區	0.86209816	0.90000000	0.92551337	0.94274893	0.87538794	0.90000000
	南區	0.86201218	0.90000000	0.95825634	0.97353651	0.88726932	0.90000000
	高屏	0.86641211	0.90000000	0.92953565	0.94421254	0.88726932	0.90000000
	東區	1.07993661	1.09955522	1.03715690	1.05907075	0.88726932	0.90734291
	合計	0.87124203	0.90420543	0.91917013	0.93520301	0.88210277	0.90019951

有關健保署112年第10次委員會議(112.11.15)依照非預期風險動支程序提出各部門總額112年第1、2季受疫情影響之評估結果(如附件二，第202~206頁，本會摘要及整理如附表，第211頁)，該次會議提報內容摘要如下：

一、各總額部門受影響評估：

(一)中醫門診：

第1季、第2季：全區均符合動支條件。

(二)西醫基層：

1.第1季：全區不符合動支條件。

2.第2季：全區符合1項動支條件。

(三)醫院：

醫院部門係採分區共管方式，由各分區因地制宜訂定目標管理點值後，各醫院自主於申報前核減點數，或於申報後視當季成長率及占率，於共管會議決定核減方式，爰難以前開動支程序加以評估。

(四)牙醫門診：

第1季、第2季：全區不符合動支條件。

二、補助金額計算方式及結果：

健保署考量112年度總額協商結果，未將COVID-19降級對醫療費用所產生衝擊納入，尤其降級後第一年影響較大，應適度補助：

(一)補助金額計算方式，如下：

1.就「COVID-19費用及類流感案件」相較108年同期增加之費用點數，比照降級前以公務預算支應模式予以補助(以每點1元計)。

2.如分區平均點值(醫院部門以攤扣前點值計算)經上開撥補後，仍未至每點0.9元者，再補至每點0.9元。

(二)112年第1、2季補助金額估算結果如下表，合計**47.11**億元：

1.符合「非預期風險動支程序」部門：中醫門診總額約需 4.63 億元、西醫基層總額約需 6.37 億元。

2.至於醫院總額因難以非預期風險動支程序加以評估，健保署比照上開補助方式計算，補助金額約需 36.12 億元。

單位：億元

總額部門 補助方式	中醫		基層		醫院		合計
	Q1	Q2	Q1	Q2	Q1	Q2	
「COVID-19+類流感」與 108 年差額(每點 1 元計)	0.03	0.98	0	5.36	3.77	8.35	18.49
再補至平均點值 09 元費用	1.87	1.75	0	1.00	9.55	14.45	28.62
合計	1.90	2.73	0	6.37	13.31	22.80	47.11
	4.63		6.37		36.12		

評估指標 1				
項目	總額部門	中醫	基層	牙醫
門檻	平均點值<0.9，且較去年同季點值下降幅度達5%			
111Q1 全區平均點值	1.0289	1.0652	1.0048	
112Q1 全區平均點值	<u>0.8792</u>	0.9692	0.9861	
下降幅度	<u>-15%</u>	-9%	-2%	
(符合者 V)	V	X	X	
111Q2 全區平均點值	1.0010	1.0567	1.0856	
112Q2 全區平均點值(預估)	<u>0.8735</u>	0.9134	0.9669	
下降幅度	<u>-13%</u>	-14%	-11%	
(符合者 V)	V	X	X	

評估指標 2(調整後)				
各總額部門調整後成長率需大於門檻，才符合動支條件				
項目	總額部門	中醫	基層	牙醫
門檻 ^{註1}	一般服務之醫療費用核定點數成長率(以「疫情前一年(108年)」作為計算基期)－受影響年度(109~111年)一般服務成長率>(112年度醫療服務成本及人口因素成長率+5%)以上			
		6.394%	6.400%	5.642%
112Q1 較 108Q1 成長率		21.78%	11.47%	6.67%
調整後成長率 ^{註2}		<u>8.64%</u>	2.46%	-1.79%
(符合者 V)		V	X	X
112Q2 較 108Q2 成長率		22.28%	17.87%	1.22%
調整後成長率 ^{註2}		<u>9.14%</u>	<u>8.86%</u>	-7.23%
(符合者 V)		V	V	X

註：

1.各總額部門門檻計算方式為「112年醫療服務成本及人口因素成長率+5%」：

(1)中醫門診：6.394%(1.394%+5%)。

(2)西醫基層：6.400%(1.400%+5%)。

(3)牙醫門診：5.642%(0.642%+5%)。

2.調整後成長率之計算方式為「一般服務之醫療費用核定點數成長率(以108年為基期)－受影響年度(109~111)一般服務成長率」，以112Q1為例：

(1)中醫門診：8.64%=21.78%-13.132%(4.696%+4.260%+4.176%)

(2)西醫基層：2.46%=11.47%-9.009%(3.685%+3.493%+1.831%)

(3)牙醫門診：-1.79%=6.67%-8.456%(3.559%+3.054%+1.843%)

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：111 年全民健康保險自付差額特殊材料執行概況，請鑒察。

說明：

- 一、依據全民健康保險會 112 年度工作計畫事項辦理，於第 11 次委員會議提報本案。
- 二、檢送自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告(113 年 1 月 12 日寄送更新簡報如附件一，第 216~228 頁)，摘要如下：
 - (一)截至 112 年 11 月 14 日，自付差額特材總共 10 類、次功能/材質分類計 85 類、收載品項數計 461 項。
 - (二)111 年自付差額特材申報占率未達 6 成之項目，因調整功能分類、再新增自付差額品項數，造成占率之變動，將持續觀察；另申報占率已達 6 成以上之項目說明如下：
 - 1.冠狀動脈塗藥支架：已於 112 年 8 月專家諮詢會議討論，並於同年 11 月與廠商溝通，後續依程序提會討論。
 - 2.特殊功能及材質髓內釘組：因 110 年 12 月 1 日起將民眾原自費使用「股骨幹」、「脛骨」、「肱骨」鈦合金材質髓內釘品項納入自付差額，並於當年挹注 6.9 千萬，111 年申報組數尚未超出預算數，爰持續監控。
 - 3.腦脊髓液分流系統：自 111 年 11 月 1 日起，把「調控式腦室腹腔引流系統-流速控制型或可調式壓力閥(不具抗虹吸功能)」類別納入健保全額給付，其申報占率已由 110 年 82.7%下降至 112 年 1~9 月 12.7%。
 - (三)為確保民眾知的權利，已請健保特約院所上傳相關自付差額之民眾自付金額資訊至醫材比價網，以利民眾查詢。
 - (四)未來方向：在滿足民眾基本醫療需求，以臨床實證為前提，並兼顧健保特材收載與時俱進及健保財務衝擊，優先有條件式的納入健保全額給付。

報告單位業務窗口：張淑雅科長，聯絡電話：02-27065866分機3012

.....
本會研析說明：

- 一、本案係健保署依本會第 2 屆 105 年第 6 次委員會議(105.6.24)修訂之「健保會討論自付差額特材案之作業流程」(下稱作業流程，如附件二，第 229~233 頁)及 112 年度工作計畫辦理。原訂於前(112 年第 11)次委員會議(112.12.20)提報，因時間因素保留至本次會議。
- 二、針對前次會議資料中本會提供之研析意見，健保署業已補充說明並更新簡報內容(如附件一，第 216~228 頁)，摘要如下：

前次會議本會研析說明	健保署更新簡報內容 (本會標示如劃圈處)
(一)依作業流程規定須補充資料： 1. 醫事服務機構的收費情形。 2. 訂定自付差額上限之規劃與執行情形。 3. 對健保財務之影響評估。	1. 更新簡報第 4 張(第 217 頁)，提供各品項院所收費範圍。 2. 新增簡報第 17 張(第 224 頁)，說明以「院所收費價之百分位」管理院所收費極端值。 3. 更新簡報第 20 張(第 225 頁)，說明最近 1 次(107 年)納入自付差額特材品項之財務影響。
(二)健保署請醫療院所落實於明顯處公布自付差額特材相關訊息之改善作為。	更新簡報第 22 張(第 226 頁)，說明該署請院所於明顯處公布自付差額特材之作為。
	補充「冠狀動脈塗藥支架」納入全額給付之辦理情形，並更新簡報第 18 張(第 224 頁)。

- 三、目前全民健保自付差額特材計 10 類別，收載品項數為 461 項，依健保署資料彙製 108 年至 112 年 9 月之申報使用量占率如附圖(第 215 頁)。112 年占率變動較大及超過七成者有 3 類(序號 3、7、10)，摘要健保署說明、本會研析及建議如下：

序號	類別	112年9月申報占率	健保署說明	本會研析及建議
3	冠狀動脈塗藥支架	72.3%	<ol style="list-style-type: none"> 1.專家諮詢會議共識優先以具臨床實證之適應症範圍納入全額給付。 2.主流市場廠商均無共識。 3.後續將再次召開專家諮詢會議。 	建請健保署積極辦理，儘早納入全額給付項目，以降低民眾財務負擔。
7	腦脊髓液分流系統	由111年70.4%降至112年9月12.7%	自111年11月1日起，將「調控式腦室腹腔引流系統-流速控制型或可調式壓力閥(不具抗虹吸功能)」納入健保全額給付。	本類別計有4項次分類，健保署已將市占率較高之左列2項次功能分類納入健保全額給付。
10	特殊功能及材質髓內釘組	81.6%	因110年12月1日起新增納入自費使用占率高之3項次分類，致111年起占率提高，該署將持續觀察。	考量112年占率已超過八成，請健保署於兼顧民眾就醫權益及健保財務平衡下，評估納入健保全額給付之可行性。

決定：

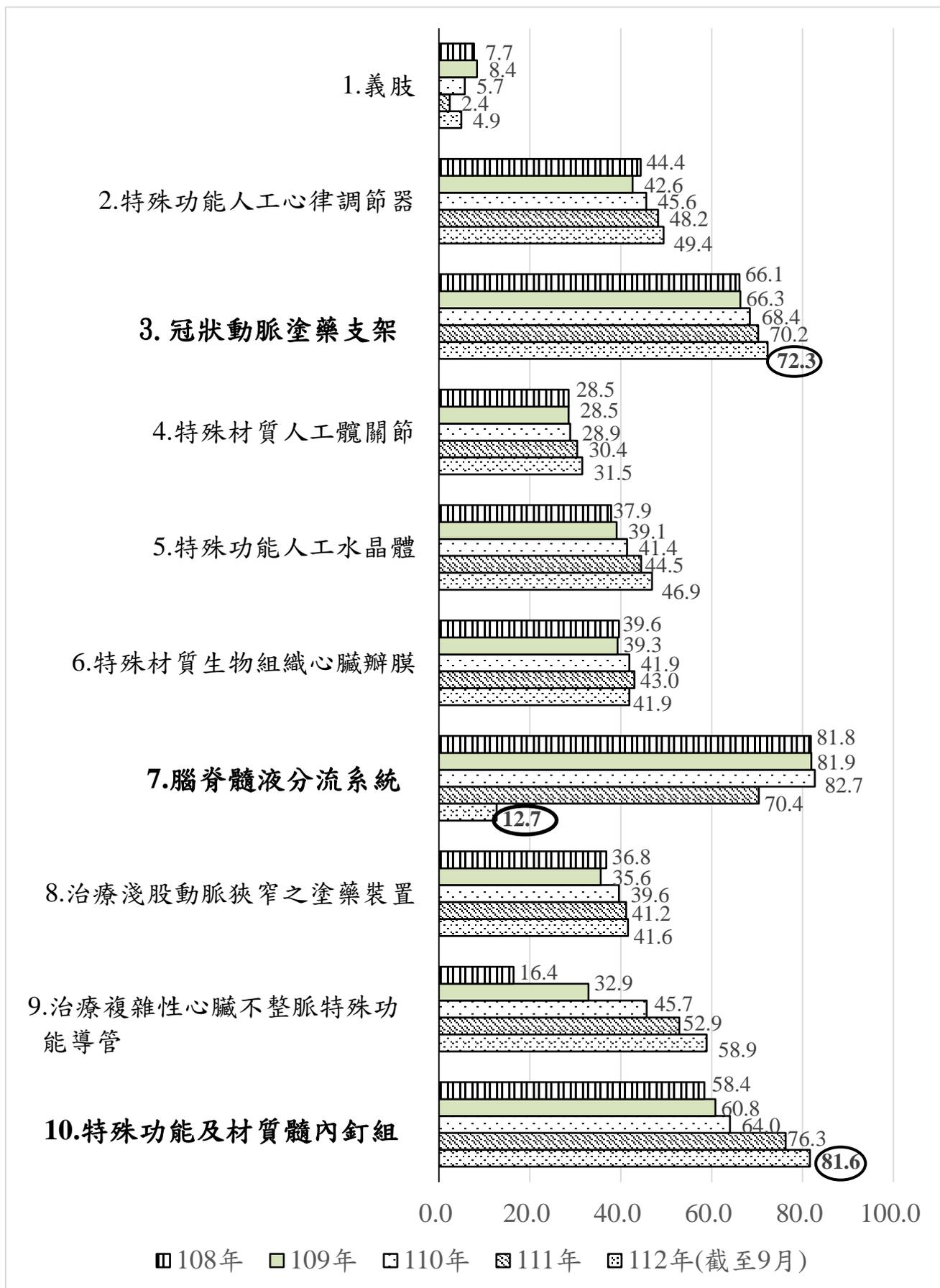


圖 108~112 年 9 月各類別自付差額特材申報占率



全民健康保險 自付差額特材執行概況

衛生福利部中央健康保險署

113年1月24日



大綱

•各類民眾自付差額特材實施現況

各類民眾自付差額特材申報情形

◆自付差額特材申報情形說明

•保障民眾知的權利

•未來方向



各類民眾自付差額特材 實施現況



各類民眾自付差額特材實施現況

類別 序號	類別	次功能/材質分類	實施起日	支付點數	收載品項數	醫事服務機構收費情形範圍 (醫材比價網)
1	義肢	17類	84年3月1日	依裝置部位： 4,800~68,000點	17	-
2	特殊功能人工心律調節器	2類	84年8月3日	93,833點	18	11,467 ~ 78,667
3	冠狀動脈塗藥支架	3類	95年12月1日	14,099點	39	40,526 ~ 67,320
4	特殊材質人工體關節	33類	96年1月1日	組件：4,018~4,352點 整組：35,195~70,099點	122	4,018 ~ 186,002
5	特殊功能人工水晶體	10類	96年10月1日	2,744點	159	6,000 ~ 110,000
6	特殊材質生物組織心臟瓣膜	5類	103年6月1日	43,613點	15	49,887 ~ 438,006
7	腦脊髓液分流系統	2類	104年6月1日	7,127點	7	50,267 ~ 106,273
8	治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置	3類	105年5月1日	28,773~44,293點	18	9,062 ~ 60,000
9	治療複雜性心臟不整脈特殊功能導管	2類	106年11月1日	70,200點	14	38,935 ~ 145,800
10	特殊功能及材質體內釘組	8類	107年6月1日	19,036點	52	19,036 ~ 68,964
總計		85類			461	

資料來源：特材主檔、醫材比價網(更新日期：112.11.14)

註1：收載品項數係指最新健保給付點數不為0之品項數。

註2：目前有關醫事服務機構的收費情形範圍，係屬醫療院所自主收費資訊，本署為利資訊公開透明，於103年建置醫材比價網，讓院所自主上傳該院相關各類自付差額特材之收費情形，以供各界查詢。



各類民眾自付差額特材 申報情形



特殊功能人工心律調節器

	108年		109年		110年		111年		112年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)
自付差額(A)	3,006	282	3,053	286	3,174	298	3,606	338	2,874	270
全額給付(B)	3,761	325	4,121	362	3,785	332	3,879	364	2,938	278
合計(A+B)	6,767	607	7,174	648	6,959	630	7,485	702	5,812	547
占率(A/A+B)	44.4%	46.5%	42.6%	44.2%	45.6%	47.3%	48.2%	48.2%	49.4%	49.3%

◆全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

◆自108年10月：「雙腔型人工心律調節器-具有速率調整功能(DOOR)」由自付差額品項改為全額給付品項，致109年自付差額特材下降至42.6%，110年使用量回復與108年申報情形相同，將持續觀察。



冠狀動脈塗藥支架

	108年		109年		110年		111年		112年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)								
自付差額(A)	48,930	724	50,345	745	50,831	752	53,832	797	43,271	640
全額給付(B)	25,145	372	25,645	380	23,519	348	22,855	338	16,584	245
合計(A+B)	74,075	1,096	75,990	1,125	74,350	1,100	76,687	1,135	59,855	886
占率(A/A+B)	66.1%	66.0%	66.3%	66.2%	68.4%	68.4%	70.2%	70.2%	72.3%	72.3%

◆ 全額給付：指相同功能用途之健保全額給付器材。

7



特殊材質人工髖關節

	108年		109年		110年		111年		112年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)								
自付差額(A)	5,130	211	4,946	201	4,831	195	5,202	210	4,074	163
全額給付(B)	12,869	488	12,422	472	11,892	451	11,908	451	8,867	334
合計(A+B)	17,999	699	17,368	673	16,723	646	17,110	661	12,941	498
占率(A/A+B)	28.5%	30.2%	28.5%	29.9%	28.9%	30.2%	30.4%	31.8%	31.5%	32.8%

◆ 全額給付：指相同功能用途之健保全額給付器材。

8



特殊功能人工水晶體

	108年		109年		110年		111年		112年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)								
自付差額(A)	92,316	262	94,048	268	92,749	266	111,926	320	95,245	272
全額給付(B)	151,086	422	146,214	410	131,109	367	139,626	393	107,769	304
合計(A+B)	243,402	684	240,262	678	223,858	633	251,552	714	203,014	577
占率(A/A+B)	37.9%	38.4%	39.1%	39.6%	41.4%	42.0%	44.5%	44.9%	46.9%	47.2%

◆ 全額給付：指相同功能用途之健保全額給付器材。

9



特殊材質生物組織心臟瓣膜

	108年		109年		110年		111年		112年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)								
自付差額(A)	1,036	45	1,005	44	1,090	48	1,122	49	921	40
全額給付(B)	1,578	72	1,555	71	1,514	68	1,486	68	1,278	58
合計(A+B)	2,614	117	2,560	115	2,604	116	2,608	116	2,199	98
占率(A/A+B)	39.6%	38.7%	39.3%	38.2%	41.9%	41.0%	43.0%	42.0%	41.9%	41.0%

◆ 全額給付：指相同功能用途之健保全額給付器材。

10



腦脊髓液分流系統

	108年		109年		110年		111年		112年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)								
自付差額(A)	2,669	20	2,833	21	2,644	20	2,587	19	426	3
全額給付(B)	593	4	626	5	555	4	1,087	35	2,927	152
合計(A+B)	3,262	24	3,459	26	3,199	24	3,674	54	3,353	155
占率(A/A+B)	81.8%	81.8%	81.9%	81.9%	82.7%	82.6%	70.4%	35.9%	12.7%	2.1%

◆ 全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

◆ 原自付差額品項「調控式腦室腹腔引流系統-流速控制型或可調式壓力閥(不具抗虹吸功能)」自111年11月1日起改納入健保全額給付，自付差額特材申報占率已由110年82.7%下降至112年1-9月12.7%，將持續觀察。

11



治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置

	108年		109年		110年		111年		112年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)								
自付差額(A)	1,508	46	1,596	48	1,693	51	1,880	57	1,502	45
全額給付(B)	2,594	87	2,891	97	2,586	86	2,681	88	2,107	70
合計(A+B)	4,102	133	4,487	145	4,279	138	4,561	145	3,609	116
占率(A/A+B)	36.8%	34.3%	35.6%	33.2%	39.6%	37.2%	41.2%	39.1%	41.6%	39.3%

◆ 全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

12



治療複雜性心臟不整脈特殊功能導管

	108年		109年		110年		111年		112年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)
自付差額(A)	304	21	763	54	1,117	78	1,572	110	1,529	107
全額給付(B)	1,547	109	1,557	109	1,324	93	1,397	98	1,069	75
合計(A+B)	1,851	130	2,320	163	2,441	172	2,969	208	2,598	182
占率(A/A+B)	16.4%	16.4%	32.9%	32.9%	45.7%	45.8%	52.9%	52.9%	58.9%	58.9%

◆ 全額給付：指相同功能用途之健保全額給付器材。

13



特殊功能及材質髓內釘

	108年		109年		110年		111年		112年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)								
自付差額(A)	3,907	78	3,470	69	4,016	80	9,087	181	7,388	147
全額給付(B)	2,779	55	2,240	45	2,256	44	2,818	50	1,662	28
合計(A+B)	6,686	133	5,710	113	6,272	124	11,905	231	9,050	176
占率(A/A+B)	58.4%	58.4%	60.8%	60.6%	64.0%	64.5%	76.3%	78.4%	81.6%	83.9%

◆ 全額給付：指相同功能用途之健保全額給付器材。

◆ 考量健保支付一致性原則及保險對象使用之權益，採取優先以自付差額納入健保給付，以提高健保給付實質效益，自110年12月1日起將民眾原自費使用「股骨幹」、「胫骨」、「腓骨」符合全材質髓內釘品項納入自付差額。

14



	108年		109年		110年		111年		112年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)								
自付差額(A)	86	3	90	3	58	2	26	1	35	1
全額給付(B)	1,029	33	987	31	965	29	1,052	32	685	22
合計(A+B)	1,115	36	1,077	34	1,023	31	1,078	33	720	24
占率(A/A+B)	7.7%	8.1%	8.4%	9.2%	5.7%	6.7%	2.4%	2.8%	4.9%	5.1%

◆ 全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。



自付差額特材 申報情形說明



訂定院所自付差額上限之規劃與執行情形

- ◆108年12月31日前已收載自付差額特材，依109年邀集各界代表召開溝通討論會之共識，以「院所收費價之百分位」管理院所收費極端值：
 - P95：冠狀動脈塗藥支架、治療複雜性心臟不整脈特殊功能導管、特殊材質生物組織心臟瓣膜、治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置及特殊功能人工心律調節器等5類。
 - P90：人工髖關節及腦脊髓液分流系統、特殊功能及材質髓內釘組。
 - P60：人工水晶體。
- ◆109年1月30日增修全民健康保險藥物給付項目及支付標準第52-4條，由保險人按臨床實證等級訂定給付比例。
- ◆截至目前尚無新增功能類別自付差額品項。

17



自付差額特材申報占率達6成以上項目之申報情形(1/3)

➢冠狀動脈塗藥支架：

- ① 於110年進行冠狀動脈血管支架之醫療科技再評估作業，評估結果顯示：
 - ✓ 相較於傳統支架，塗藥支架統計上顯著降低死亡(31%)與心肌梗塞(28%)風險。
 - ✓ 塗藥支架組的病人醫療資源耗用情形統計上顯著低於傳統支架組。
- ② 111年3月提案至全民健保特材專家諮詢會議，如納入健保全額給付，預估年所需費用約29億點(以109年申報量推估)，其會議決議因涉健保財務衝擊甚大，應重新規劃給付條件以符合健保給付效益，以臨床實證為先決條件，分階段研議納入全額給付。
- ③ 經彙整相關專家及學會意見，於111年8月請財團法人醫藥品查驗中心(CDE)就臨床專家建議之給付規定，再次進行醫療科技再評估，並於112年1月完成評估報告，並依程序函請相關學會及廠商提供意見。
- ④ 經再提112年8月18日「心臟科特材」納入健保給付之專家諮詢會議討論，共識優先以具臨床實證之適應症範圍納入全額給付，於同年11月與廠商溝通，主流市場之廠商均無共識。
- ⑤ 預計113年年初將與相關學會再次召開健保自付差額「冠狀動脈塗藥支架」改為健保全額給付案之專家諮詢討論會議，後續將依程序辦理。

18



自付差額特材申報占率達6成以上項目之申報情形(2/3)

➤ 腦脊髓液分流系統：

- ① 自付差額特材申報占率近年皆達8成以上。
- ② 自111年11月1日起，將「調控式腦室腹腔引流系統-流速控制型或可調式壓力閥(不具抗虹吸功能)」類別納入健保全額給付。
- ③ 自付差額特材申報占率已由110年82.7%下降至112年1-9月12.7%。

19



自付差額特材申報占率達6成以上項目之申報情形(3/3)

➤ 特殊功能及材質髓內釘組：

- ① 該類於107年6月1日納入自付差額，占率由107年31.8%上升至109年60.8%。係因原使用動力寬螺釘(DHS)治療股骨轉子下、轉子間骨折之病人，轉用該類特材，致自付差額特材申報占率上升。
- ② 另110年12月1日起將民眾原自費使用占率高之「股骨幹」、「脛骨」、「肱骨」鈦合金材質髓內釘品項納入自付差額，自付差額占率由110年64%上升至112年1-9月81.6%，將持續觀察。
- ③ 財務影響：定期監控近5年申報情形
 - ✓ 新功能特材納入健保給付後，定期於特材共同擬訂會議進行監控。
 - ✓ 107年6月納入該類特材後，108年監控時已超過原預估組數，專家表示該類自付差額(加長型髓內釘)並非取代全額給付(標準型髓內釘)的使用量，而是取代健保給付動力寬螺釘組DHS(鋼板)，為符合臨床適用範圍之差異，本署已於109年3月1日修訂給付規定，以符合臨床合理使用。
 - ✓ 110年12月1日新增次功能類別之「股骨幹」、「脛骨」、「肱骨」鈦合金材質髓內釘品項納入自付差額給付，預算6.9千萬(4,400組)，111年申報3,666組，未超出預算數。
 - ✓ 107年醫院總額部門「新醫療科技」項目新增新功能特材預算為4.55億元，預算導入後至111年約5.41億元(含一般服務成長率)，經扣減替代品項點數後，111年實際申報點數為4.55億點，未超出預算數。

◆ 其餘自付差額品項，因調整功能分類、再新增自付差額品項數，造成占率之變動，將持續觀察。

20



保障民眾知的權利



保障民眾知的權利

◆健保特約院所為病患提供診療或處置時，應做到三步驟：



◆請醫療院所於明顯處公布自付差額特材相關訊息：

- 業於112年2月9日健保審字第1120670228號書函請本署各分區業務組轉知並加強輔導轄內健保特約院所，於該院所網站明顯處公布自付差額相關資訊，以利民眾查詢。
- 另請分區於共管會議再提醒各醫院。



健保特約院所收費資訊公開

- ◆ 健保特約院所應將自付差額品項之新增、取消或民眾自付金額上傳至**醫材比價網**，以供各界查詢。
- ◆ 醫材比價網公開內容：
 - 全額給付及自付差額給付特材之**差異比較**
 - 自付差額特材之**各特約院所使用情形**、最新收費情形、**最高/最低收費**等資訊
- ◆ 民眾取得自付差額之**民眾自付金額**資訊的地方：
 - 中央健康保險署網站之醫材比價網
(<https://info.nhi.gov.tw/INAE2000/INAE2010S01>)
 - 健保快易通APP之醫材比價網
 - 健康保險資料開放服務網(OPEN DATA) (<https://data.nhi.gov.tw/>)

23



107年至112年期間健保新功能特材收載情形

- ◆ 近5年健保特材預算**3.1億~7.6億**，年平均約**5.9億**，每年平均收載新功能特材約**19大類、28次功能分類、105項**。

醫材類別	品項數						占率
	107年	108年	109年	110年	111年	112年	
臨床缺口	37	53	32	60	79	59	51%
(一) 全額給付							
兒童醫材	4	4	9	2	11	29	9.4%
重症醫材	13	21	23	11	21	51	22.3%
其他 ^{註1}	16	0	10	14	21	8	11.00%
(二) 自付差額 ^{註2}	3	0	0	34	0	2	6.3%
總計	73	78	74	121	132	149	100%

註1：其他全額給付醫材指一般新功能類特材。

註2：107年6月1日新增自付差額類別-特殊功能及材質髓內釘組(3項)、110年12月1日於特殊功能及材質髓內釘組類別項下新增**次功能**類別品項34項。112年11月1日於特殊材質人工體關節類別項下新增**次功能**類別人工體關節股骨頭(氧化鈣材質) 2項。

24



未來方向

◆藉由自付差額收載新醫療特材，滿足民眾使用新醫材之需求，並以**臨床實證**或**國際指引**為基礎，兼顧健保財務與時俱進，提升新醫材之可近性。

→**優先納入健保全額給付：**

- 醫療必要性、急迫性
- 臨床使用經驗純熟
- 具給付效益、健保財務可負荷

25



敬請指教

健保會討論自付差額特材案之作業流程

第 1 屆 103 年第 3 次委員會議(103.3.28)訂定
 第 1 屆 103 年第 5 次委員會議(103.5.23)修訂附表
 第 2 屆 105 年第 6 次委員會議(105.6.24)修訂

程序	時程				說明
1.健保署將提案送會	3月1日前	6月1日前	9月1日前	12月1日前	健保署 ：將提案送會（含健保署提案需檢附之自付差額特材品項「基本資料表」、「檢核表」及參考資料）。(基本資料表如表一，檢核表如表二)
2.本會幕僚檢視提案內容	3月20日前	6月20日前	9月20日前	12月20日前	本會幕僚 ：檢視提案內容是否完整，並得視需要洽請本會專家學者委員提供建議，若資料不完備，再洽請健保署補充。
	4月10日前	7月10日前	10月10日前	次年1月10日前	健保署 ：提供補充資料。
3.送請委員參閱	4月15日前	7月15日前	10月15日前	次年1月15日前	本會幕僚 ：彙整各自付差額特材品項案之資料，送請委員參閱。
4.委員會議討論	5月	8月	11月	次年2月	本會幕僚 ：排入議程。 委員會議 ：討論提案。 健保署 ：參酌委員意見，依法報主管機關核定公告。
5.健保署向委員會議報告各品項開放半年後之檢討改善情形	次年5或12月份委員會議				健保署 ：依「開放初期之檢討改善報告內容」提報委員會議。 (報告內容如附件) 本會幕僚 ：排入議程。
6.健保署向委員會議報告整體檢討改善情形	次年12月份委員會議				健保署 ：依「整體檢討改善報告內容」提報委員會議。 (報告內容如附件) 本會幕僚 ：排入議程。

註：議案排入委員會議討論或報告時間，得配合屆時議程之安排，酌予調整。

健保署提案需檢附之自付差額特材品項「基本資料表」

項目		自付差額品項	健保全額給付品項(註2)
1. 基本資料	名稱 (特材代碼)		
	許可證字號		
	核准日期		
	上市日期		
2. 特性	功能類別		
	用途 (適應症)		
	相對效果 (療效)		
	相對風險 (安全性)		
3. 價格	價格分布 (NT)	自費醫材比價網(參考資料 1) 中位數：_____ (P2) 最大值：_____ 最小值：_____ 平均值：_____	健保支付點數： _____ (P1)
	價格差距	價格倍數(P2/P1)： _____ 以中位數估算民眾自付差額額度(P2-P1)： _____	
4. 健保財務影響評估	提案當年預算	提案當年度總額之新特材預算： _____ 提案前已支用額度： _____	
	納入前後 預估使用量	前3年之預估使用量(自費)： _____ 自付差額品項納入後預估3~5 年之申報量： _____、_____	前3年之申報量： _____ 自付差額品項納入後預估3~5 年之申報量： _____、_____
	納入後 預估 新增費用	自付差額品項納入後，預估3~5年合計(含自付差額品項及全額給付品項)之新增費用： _____、_____	
5. 同意納入自付差額特材之理由(參考註3填列)		(1)綜合考量「2.特性」、「3.價格」及「4.健保財務影響評估」後，同意納入自付差額特材之理由： _____ (2)摘述共同擬訂會議之結論(紀錄如參考資料2)： _____ (3)醫療科技評估報告之重點(含醫療倫理考量之相關資料，評估報告如參考資料3)： _____ (4)其他參考資料： _____	

我國資料

他 國 資 料	項目	自付差額品項			
	1.基本資料	國別	上市年度	保險是否給付	保險支付價/市價
2.價格分布(NT) (註4)	中位數：國別	/	元		
	最大值：國別	/	元		
	最小值：國別	/	元		
	平均值：國別	/	元		
3.價格差距(註 5)	國家：	_____、_____、_____、_____			
	價格倍數範圍：	_____倍~_____倍			

健保署填報部門：_____ 填報人：_____ 日期：_____ 連絡電話：_____

註 1：本表價格均以新臺幣呈現。

註 2：健保全額給付品項如有 1 項以上，可增列供參。

註 3：本品項較相同用途且健保已納入全額給付之既有特材，有下列附加之功能或效果之一，且價格昂貴經認定無法納入全額給付者：

- 增加耐久性：_____
- 增加病人使用方便性：_____
- 有利於監控病情：_____
- 增加與特定設備或儀器之相容性：_____
- 因客製化而增加美觀或舒適性：_____
- 增加安全性(或改善副作用)：_____
- 其他醫療功能外之附加效果：_____
- 其他可改善醫療或生活品質之功效：_____

註 4：他國資料以全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 52 條之 3 所列之國家(韓國、日本、美國、澳洲)為優先呈現對象，其次為其他具官方公開網站可供查詢的國家價格。

註 5：請依我國資料「1.基本資料」之「名稱」欄所列 2 種品項，計算該國之價格差距；若無資料請說明。

健保署提案需檢附之自付差額特材品項「檢核表」

為增進健保會討論自付差額特材議案之效率，並保障民眾基本權益及兼顧健保財務，爰以本檢核表就「資料完備」、「程序完備」、「保險對象權益保障」、「實證資料足以佐證」、「價格未偏離國際行情」等項目，協助檢視該品項宜否列入自付差額特材。

本表由健保署先行填列，作為健保會討論之參據。

檢核項目		符合項目請打V， 未符合項目請說明
1.資料完備	(1)完整填列基本資料表	
	(2)提供我國醫療科技評估(HTA)報告	
2.程序完備	提經「藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」通過，並檢附會議紀錄	
3.保險對象權益保障	(1)目前全額給付品項已提供基本照顧功能	
	(2)未有「因病情需要，一定須使用本自付差額特材品項」者	
4.實證資料足以佐證	已提供足夠且明確之實證資料，足以支持本自付差額品項較健保全額給付品項，其附加之功能或效果較佳	
5.價格未偏離國際行情	本自付差額特材品項在自費醫材比價網之中位數，未高於國際價格之中位數或平均數	

健保署填報部門：_____ 填報人：_____ 日期：_____ 連絡電話：_____

健保署提報之「檢討改善報告內容」

一、健保署於自付差額特材品項開放半年後，應提報各該品項「開放初期之檢討改善報告」，至少包含以下內容：

- (一)開放前、後病患的利用量及點數成長分析(含選用自付差額品項及全額給付相同用途品項之比較)。
- (二)醫事服務機構的收費情形(含健保署彙整各院所之收費標準，並置於網站供民眾查詢)。
- (三)民眾對自付差額特材的反映事項。
- (四)對哪些項目啟動檢討改善機制(含訂定自付差額上限之規劃)。
- (五)對健保財務之影響評估：預估值(3~5年)與實際值之比較。

二、健保署每年12月應提報自付差額特材「整體檢討改善報告」，至少包含以下內容：

- (一)自付差額特材品項利用情形：現行各自付差額品項之申報數量及點數成長情形比較(含自付差額特材占率)。
- (二)相關管理規範之執行情形：醫事服務機構的收費情形、事前充分告知(療效及價格)，及資訊公開等病人權益保障措施。
- (三)醫事服務機構的收費情形，及訂定自付差額上限之規劃與執行情形。
- (四)自付差額特材品項改列全額給付之規劃情形：經健保署持續監測療效、安全性及成本效益，若有結合療效提升及價格下降之新事證，或已成為常規使用者，應檢討是否改列全額給付之時程，及其財源預估。
- (五)對健保財務之影響評估：預估值(3~5年)與實際值之比較。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：112 年度牙醫門診總額依協定事項須提本會報告「預算扣減及節流效益之規劃」之未完成項目，請鑒察。

說明：

- 一、依據衛生福利部公告 112 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式及貴會 112 年第 6 次(112.7.26)委員會議報告事項第一案之決定事項辦理。
- 二、依據本署 112 年 8 月 22 日召開之全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 112 年第 3 次研商議事會議，決議如下：
 - (一)「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」扣減方式：
112 年執行 P7101C 青少年齲齒控制照護處置(排除案件分類 14)且沒有申報 91014C「牙周暨齲齒控制基本處置」+91004C「牙結石清除-全口」者，於 111 年一般服務申報 91004C+91014C，則扣減 91014C 之費用。
 - (二)「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」等三項節流效益之量化金額，請牙全會於 112 年 10 月底前提供節流效益之計算方式及推估 112 年量化金額，俾利本署提報健保會。
- 三、有關「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」、「超音波根管沖洗計畫」、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」三項計畫之節流效益計算方式與量化金額，社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)業於 113 年 1 月 4 日以牙全仁字第 00669 號函提本署，並於 113 年 1 月 10 日由本署與牙全會雙方討論共識後，調整成效指標及量化金額計算方式如附件(第 241~245 頁)。

報告單位業務窗口：朱文玥科長，聯絡電話：02-27065866分機2665

.....
本會研析說明：

- 一、本會 112 年第 6 次(112.7.26)委員會議業請健保署就 112 年度總

額核(決)定事項，提報預算扣減方式及節流效益之規劃，該次會議決定略以：

- (一)牙醫門診總額尚有 4 項未完成項目(註)，請儘速規劃具體之預算扣減及節流效益評估方式，最遲於 112 年 12 月份委員會議將規劃結果提報本會。

註：1.牙醫門診總額「12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」：請提出預算扣減之具體計算方式及扣減時程。

2.「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」：請補充修正後成效指標之分子、分母定義，並研議如何將所提成效指標，轉換為量化節流效益金額之方式。

3.「超音波根管沖洗計畫」、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」：請研議如何將所提成效指標，轉換為量化節流效益金額之方式。

- (二)至於「112 年度總額預算扣減方式及節流效益」執行結果，請於 113 年 3 月份提報本會，做為 114 年度總額協商參考。

二、本案原訂於前(112 年第 11)次委員會議(112.12.20)提報，因時間因素，保留至本次會議，健保署復於 113.1.12 更新報告案內容，彙整總額協定事項、112.7.26 委員會議決定、健保署本次提報規劃結果及本會研析說明如附表(第 237~240 頁)，摘要如下：

- (一)項次 1「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」專款項目：有關於一般服務扣減與本項重複費用部分，112.7.26 委員會議已同意健保署與牙全會議定之扣減基礎，惟雙方就排除案件之計算細節未達共識，本次業提出排除案件及具體扣減計算方式，建議予以尊重。至於扣減時程，請健保署循例於 112 年第 4 季結算時執行扣減。

- (二)項次 2~4，「超音波根管沖洗」及 2 項「氟化物治療」相關專款項目，涉及節流效益檢討部分：

1.本會 112.7.26 委員會議已決定成效指標，本次健保署已會同牙全會提報成效指標之分子、分母定義，並提出將成效指標轉換為量化節流效益金額之計算方式。計算方式尚屬具體，建議尊重專業意見。

2.依健保署成效指標定義，需追蹤個案接受處置(超音波根管沖

洗及氟化物治療)後2年~2年半之成效(根管再治療及齲齒填補情形)，故實際節流金額要到114年方能完成統計。依113年度總額核定事項(略以)「計畫以3年為檢討期限(112~114年)，滾動式檢討逐年成效，並於執行第3年(114年7月前)提出納入一般服務或退場之檢討」。爰建議健保署於第3年(114年7月前)提出納入一般服務或退場之檢討時，一併將此3項指標之「量化節流效益」執行結果，納入評估，並做為建議計畫納入一般服務或退場之重要參據。

決定：

彙整 112 年度牙醫門診總額涉及預算扣減及節流效益之協定事項、112.7.26 委員會議決定、健保署本次提報規劃結果及本會研析建議

專款項目	協定事項	112.7.26 委員會議決定		健保署本次提報規劃結果	本會研析說明
		同意之規劃內容	待完成事項		
1.12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫	依 112 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用	112 年扣減方式： 1.以 112 年有申報 P7101C 者，於 111 年申報 91014C 點數做為扣減基礎。 2.惟健保署、牙全會就排除案件之計算細節尚未達共識，需循程序提研商議事會議討論。	請提出預算扣減之具體計算方式及扣減時程。	112 年執行 P7101C 青少年齲齒控制照護處置(排除案件分類 14 醫不足方案)且沒有申報 91014C「牙周暨齲齒控制基本處置」+91004C「牙結石清除-全口」者，於 111 年一般服務申報 91004C+91014C，則扣減 91014C 之費用。	1.健保署及牙全會業於 112 年第 3 次研商議事會議議定扣減計算方式之排除案件及計算細節(如左欄粗體底線處)，尚屬合理，建議予以尊重。 2.請健保署循例於 112 年第 4 季結算時執行扣減。
2. 超音波根管沖洗計畫	檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預	尊重牙全會與健保署所提成效指標： <u>使用超音波根管沖洗的牙齒 2 年內根管治療之再治療率比未</u>	請研議如何將所提成效指標，轉換為量化節流效益金額之方式。	成效指標及量化金額計算方式如附件。	1.健保署與牙全會已提出量化節流效益金額之計算方式，係計算有、無使用「超音波根管沖洗」的牙齒，其 2~2.5 年內平均根管再治療費用的差距， <u>計算方式尚屬具體，建議尊</u>

專款項目	協定事項	112.7.26 委員會議決定		健保署本次提報規劃結果	本會研析說明
		同意之規劃內容	待完成事項		
	算財源	<u>使用者低。</u>			<p><u>重專業意見。</u></p> <p>2.本計畫為延續計畫，113年總額核定事項(略以):「以3年為檢討期限(112~114年)，滾動式檢討逐年成效，並於執行第3年(114年7月前)提出納入一般服務或退場之檢討」。</p> <p>3.依健保署指標定義，本項指標需追蹤後續2年至2年半之根管再治療情形。故實際節流金額要到114年方能統計。<u>爰建議健保署於第3年(114年7月前)提出納入一般服務或退場之檢討時，一併將本項指標之「量化節流效益」成果，納入評估，並做為建議計畫納入一般服務或退場之重要參據。</u></p>
3. 高齲齒病患牙齒保存改善服務計	檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並	修正成效指標： <u>執行 P7301C 後，89013C 及 89113C「複合體充填」二年內重補率較</u>	請補充修正後成效指標之分子、分母定義，並研議如何將所提成效指標，轉換為量化節	成效指標及量化金額計算方式如附件。	<p>1.項次 3(111年新增)及 4(112年新增)均針對特定對象提供氟化物治療，113年起併入「高風險疾病口腔照護計畫」執行。</p> <p>2.健保署與牙全會已提</p>

專款項目	協定事項	112.7.26 委員會議決定		健保署本次提報規劃結果	本會研析說明
		同意之規劃內容	待完成事項		
畫	納入總額預算財源	未執行 P7301C 者低 (跨院所計算)。	流效益金額之方式。		出此 2 項成效指標之分子分母定義，及量化節流效益金額之計算方式，係計算使用「氟化物治療」之個案，使用前及使用後至少 2 年之恆牙牙根齲齒填補費用、平均齲齒填補費用的差距， <u>計算方式尚屬合理，建議尊重專業意見。</u>
4. 齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫	檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源	尊重牙全會與健保署所提成效指標： <u>齲齒經驗之高風險患者 113 年起平均齲齒填補顆數增加率降低。</u>	請研議如何將所提成效指標，轉換為量化節流效益金額之方式。		3.113 年度總額核定事項(略以)：以 3 年為檢討期限(112~114 年)，滾動式檢討逐年成效，並於執行第 3 年(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之檢討。 4.依健保署指標定義，此 2 項指標需追蹤使用後至少 2 年之恆牙牙根齲齒填補情形、平均齲齒填補情形。故實際節流金額要到 114 年方能完成統計。 <u>爰建議健保署於第 3 年(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之檢討時，一併將本項指標之「量化節流效益」成</u>

專款 項目	協定 事項	112.7.26 委員會議決定		健保署本次 提報規劃結果	本會研析說明
		同意之 規劃內容	待完成 事項		
					<u>果，納入評估。並做為 建議計畫納入一般服 務或退場之重要參據。</u>

一、高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫

➤ 成效指標：

執行 P7301C 後，89013C 及 89113C「複合體充填」二年內重補率較未執行 P7301C 者低(跨院所計算)。

➤ 修正後指標定義：

1. 111 年有執行 P7301C「高齲齒率患者氟化物治療」之個案(案件分類 19)，後續 730 天內申報 89013C 及 89113C「複合體充填」之比率(跨院所計算)。
分母：111 年度申報 P7301C「高齲齒率患者氟化物治療」之個案(案件分類 19)，前於 110 年、111 年申報 89013C、89113C「複合體充填」之填補顆數(跨院所計算)。

分子：前述牙齒，於申報 P7301C「高齲齒率患者氟化物治療」後，追蹤同牙位 730 天內再申報 89013C、89113C「複合體充填」填補顆數(跨院所計算)。

公式：分子/分母*100%。

2. 未執行 P7301C「高齲齒率患者氟化物治療」之個案(案件分類 19)，後續 730 天內申報 89013C 及 89113C「複合體充填」之比率(跨院所計算)。

分母：110 年、111 年申報之 89013C、89113C「複合體充填」之個案(案件分類 19)，且後續未有申報 P7301C「高齲齒率患者氟化物治療」者，其 110 年、111 年申報 89013C、89113C「複合體充填」之填補顆數(跨院所計算)。

分子：前述牙齒，追蹤同牙位 730 天內再申報 89013C、89113C「複合體充填」填補顆數(跨院所計算)。

公式：分子/分母*100%。

➤ 轉換為量化節流效益金額之方式：

1. 減少之填補率(A)=「未執行 P7301C 之個案(案件分類 19)，後續 730 天內申報 89013C 及 89113C 之比率」—「111 年有執行 P7301C 之個案(案件分類 19)，後續 730 天內申報 89013C 及 89113C 之比率」。

2. 節流效益之金額(B)=111 年 89013C 之填補顆數*減少之填補率(A)*1,000 (89013C 支付點數)。

【補充說明】

1. 因 89013C「複合體充填」支付標準規定：「每顆牙一年半內不得重複申報，以同一院所為限」，所以本項目觀察成效計算需追蹤至少兩年。
2. 因考量其他案件(如特殊專案)對象可能因照護能力受限或其自身疾病而影響填補之成功率，故指標計算僅限案件分類 19 (牙醫其他案件)。

二、超音波根管沖洗計畫

➤ 成效指標：

使用超音波根管沖洗的牙齒二年內根管治療之再治療率比未使用者低。

➤ 指標定義：

1. 使用超音波根管沖洗的牙齒兩年內根管治療之再治療率。

分母：112 年度執行根管治療項目，且同時申報 P7303C「超音波根管沖洗」者(依個案、牙位歸戶)，統計牙齒顆數加總。

分子：分母之牙齒根管充填項目，自申報結束日起兩年內申報 90094C「根管難症處理」之牙齒數(牙位歸戶)。

公式：分子/分母*100%

2. 未使用超音波根管沖洗的牙齒兩年內根管治療之再治療率。

分母：112 年度執行根管治療項目，且未同時申報 P7303C「超音波根管沖洗」者(依個案、牙位歸戶)，統計牙齒顆數加總。

分子：分母之牙齒根管充填項目，自申報結束日起兩年內申報 90094C「根管難症處理」之牙齒數(牙位歸戶)。

公式：分子/分母*100%。

➤ 轉換為量化節流效益金額之方式：

1. 根管治療使用超音波根管沖洗的牙齒平均根管再治療費用(A)

分子：112 年度執行根管治療項目，且同時申報 P7303C「超音波根管沖洗」者，追蹤同牙位於申報結束日起兩年(730 日)至兩年半(913 日)之區間，再執行根管治療項目之醫療點數加總。

分母：112 年度執行根管治療項目，且同時申報 P7303C「超音波根管沖洗」者，追蹤同牙位於申報結束日起兩年(730 日)至兩年半(913 日)之區間，再執行根管治療項目之牙齒顆數加總。

公式：分子/分母

2. 根管治療未使用超音波根管沖洗的牙齒平均根管再治療費用(B)

分子：112 年度執行根管治療項目，且未同時申報 P7303C「超音波根管沖洗」者，追蹤同牙位於申報結束日起兩年(730 日)至兩年半(913 日)之區間，再執行根管治療項目之醫療點數加總。

分母：112 年度執行根管治療項目，且未同時申報 P7303C「超音波根管沖

洗」者，追蹤同牙位於申報結束日起兩年(730日)至兩年半(913日)之區間，再執行根管治療項目之醫療點數加總。

公式：分子/分母

3. 節流效益之金額(C)=[根管治療未使用超音波根管沖洗的牙齒平均根管再治療費用(B) — 根管治療使用超音波根管沖洗的牙齒平均根管再治療費用(A)] * 112年根管治療使用超音波根管沖洗的牙齒顆數總和。

【補充說明】

1. 指標中所指根管治療項目，係指「恆牙根管治療(90001C、90002C、90003C、90019C、90020C)」與「根管開擴及清創(90015C)」。
2. 不到兩年的再治療原因有可能是其他原因造成的，例如上面填補物脫落造成再感染，因此排除短時間不同原因造成的再治療，因此訂為追蹤兩年至兩年半。
3. 成效指標採計兩年內申報 90094C「根管難症處理」，有為確認原先根管治療的問題是否造成後續 90094C「根管難症處理」增加，而節流效益則是看是否看再執行根管充填，故採計根管治療項目「90001C、90002C、90003C、90015C、90019C、90020C」比較符合新增根管再治療的定義。

三、齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫

➤ 成效指標

齲齒經驗之高風險患者 113 年起平均齲齒填補顆數增加率降低。

➤ 指標定義

1. 當年度高風險患者的平均齲齒填補顆數(牙位歸戶)。

分子：當年度高風險患者之填補顆數(牙位歸戶)。

分母：當年度高風險患者之就醫人數。

公式：分子/分母。

2. 當年度之高風險患者平均齲齒填補顆數增加率。

分子：(當年度高風險患者的平均齲齒填補顆數) — (前一年度高風險患者的平均齲齒填補顆數)。

分母：前一年度高風險患者的平均齲齒填補顆數。

公式：分子/分母*100%。

➤ 轉換為量化節流效益金額之方式：

1. 減少之填補顆數增加率(A)=112 年高風險患者平均齲齒填補顆數增加率 — 113 年高風險患者平均齲齒填補顆數增加率。

2. 節流效益之金額(B)=112 年高風險患者填補顆數*減少之填補顆數增加率(A)*600(89008C 後牙複合樹脂充填支付點數)。

【補充說明】

指標中所指之填補醫令，包含下列項目：

1. 銀粉充填：「89001C、89002C、89003C、89101、89102C、89103C」。
2. 複合樹脂充填：「89004C、89005C、89008C、89009C、89010C、89012C、89014C、89015C、89104C、89105C、89108C、89109C、89110C、89112C、89114C、89115C」
3. 玻璃離子體充填：「89011C、89111C」。
4. 複合體充填：「89013C、89113C」。

第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：113 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會報告之具體實施計畫/規劃，請鑒察。

說明：

- 一、依衛生福利部 112 年 12 月 26 日衛部健字第 1123360189 號公告 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式、貴會第 6 屆 112 年第 11 次委員會(112.12.20)決定事項辦理。
- 二、113 年度各部門總額依核(決)定事項，醫院總額及牙醫門診總額各 1 項目之實施計畫或規劃須提貴會報告，決定事項及本署研訂內容如下：

(一)醫院總額之暫時性支付(新藥、新特材)

核(決)定 事項內容	健保署研訂內容
在額度內妥為管理運用，於 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出具體實施規劃(包含執行及費用支付方式、預算估算、擬暫時收載年限、療效評估與退場機制等)及作業時程，俾落實管控。	<p>為滿足病人治療需求，健保署致力加速審查，近來研擬多項措施，包含「擴大新藥預算」、「實施暫時性支付制度」、「推動平行送審」及「成立國家級健康政策及醫療科技評估中心」等，期望透過各項措施多管齊下，新藥如具臨床實證及給付效益，加速積極納入給付，為病友及家屬爭取最大權益。</p> <p>其中「實施暫時性支付制度」，針對已獲衛生福利部食品藥物管理署核准上市，屬於臨床迫切需求(Unmet medical needs)，惟療效或安全性具未確定性之新藥，搭配風險分擔模式，以暫時性支付方式先行列項收載，後續 2 年內收集真實世界資料，再評估是否持續支付或停止支付。</p> <p>一、實施目的 透過推動暫時性支付之新給付模式，滿足臨床迫切需求，加速與國際治療接軌。</p> <p>二、預算估算及財務控管</p> <p>(一)預算來源：本預算自 113 年起新增編列，由全民健康保險醫院總額之「暫時性支付(新藥、新特材)」專款項下支應。</p> <p>(二)預算預估模式：</p> <p>1.經參酌廠商於「前瞻式新藥及新給付範圍預算推估</p>

核(決)定 事項內容	健保署研訂內容
	<p>登錄作業平台(下稱 HS 平台)」提供預估藥費等評估之財務衝擊，並依 107-109 年非突破創新藥通過率、核價折扣比率及廠商即時送件率等因素，編列 113 年度之預算額度。</p> <p>2.以預期於 113 年暫時性支付適用之藥品，不含精神科長效針劑、罕見疾病用藥、血友病用藥、C 肝全口服新藥、後天免疫缺乏症候群治療藥品及代辦品項計算，於 113 年預計收載新藥計 22 項(癌藥 19 項、非癌藥 3 項)。</p> <p>(三)財務控管：超出當年預算之新藥費用，由廠商依申報費用比率，分攤超出預算之金額。</p> <p>三、執行方式</p> <p>(一)適用藥品：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有臨床迫切需求且未完成三期臨床試驗，經評估具治療潛力但臨床效益、財務衝擊具不確定性之新藥或新適應症。 2.排除「精神科長效針劑」、「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」、「C 肝藥品」及「後天免疫缺乏病毒治療藥費」專款項目及代辦品項。 <p>(二)納入給付與否之評估程序：依藥品專家諮詢會議建議及全民健保藥品給付項目及支付標準共同擬訂會議決議(下稱藥品共擬會議)，確認暫支付理由及待解決的療效不確定(如：臨床療效、相對療效、長期療效、次族群療效、本土族群療效)等事項後，納入暫時性支付項目。</p> <p>四、暫時列項收載年限</p> <p>原則 2 年，最長不超過 3 年。</p> <p>五、療效評估</p> <p>(一)資料收集方式：蒐集臨床試驗資料及真實世界資料</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.廠商檢送文件：全球或本國預訂進行或進行中之相關介入性臨床試驗計劃書與分析計畫、觀察性研究計畫書與分析計畫、前項研究預計完成時程表及真實世界資料收集計畫書與分析計畫等。 2.必要時，本署建立個案登錄系統。 <p>(二)廠商須於藥品納入健保給付後，依藥品給付協議所訂期限，提出台灣及其他國家病人的使用資料，以作</p>

核(決)定 事項內容	健保署研訂內容
	<p>為協議屆期前，重新檢討本藥品之參考依據，倘廠商未依限提交資料或無實證療效，則停止給付。</p> <p>六、退場機制</p> <p>暫時性支付藥品屆時檢討時，提至藥品共擬會議，依會議決議予以持續支付或停止給付辦理。</p>

(二)牙醫門診總額之特定疾病病人牙科就醫安全計畫

核(決)定 事項內容	健保署研訂內容
<p>(1)請妥為研訂完整之具體實施計畫(含適用對象之特定疾病病人定義、醫療服務內容、支付方式、稽核機制及成效監測)，於112年12月前提本會報告。</p> <p>(2)另依112年10月委員會議決議事項，「預期效益之評估指標」之具體評估方式(含：指標</p>	<p>新增「113年度全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫(詳附件，第256~264頁)」，計畫重點如下：</p> <p>一、適用對象</p> <p>糖尿病病人、高血壓病人、骨質疏鬆病人(包含即將使用抗骨鬆藥物病人)、心血管疾病病人、癌症病人、透析病人、器官移植病人、精神疾病病人及其他未明示之疾病病人。</p> <p>二、醫療服務內容</p> <p>(一)醫師當年度第一次申報須填寫特定疾病病人牙科就醫安全計畫醫師自我考評表。</p> <p>(二)申報本項前需查詢病人雲端藥歷。</p> <p>(三)病歷上需載明適用對象之相關資料(如：糖尿病病人-三個月內之空腹血糖(AC sugar)或最近一次糖化色素(HbA1c)、高血壓病人-三個月內血壓值或服用藥物名稱、骨鬆病人-相關針劑或用藥)。</p> <p>三、支付方式</p> <p>新增支付標準 P3601C 「特定疾病病人牙科就醫安全」(100點)。</p> <p>四、稽核機制</p> <p>(一)本署將配合建置申報端檢核邏輯，勾稽每筆案件之雲端查詢(含批次下載)狀況。</p> <p>(二)抽審計畫所屬案件時一併查核醫師自我考評表。</p> <p>五、成效監測</p> <p>年度執行目標設定為執行特定疾病病人牙科就醫安全計畫之院所數占率達3成。</p> <p>六、預期效益之評估指標</p> <p>(一)使用抗凝血劑患者，牙科處置後24小時內因牙科處</p>

核(決)定 事項內容	健保署研訂內容
定義、比較年度與基礎、計算方式等),請妥為研訂,併具體實施計畫於112年12月前提報。	置相關之口腔出血至院所就診比率降低。 (二)使用抗骨鬆藥物患者,牙科處置後顎骨壞死風險降低。 1.將使用抗骨鬆藥物者經由牙科就醫安全計畫處置,發生顎骨壞死之風險:使用抗骨鬆藥物前,先至牙科進行檢查、治療,評估才使用抗骨鬆藥物者,經由本項就醫安全處置,發生顎骨壞死之個案數。 2.骨質疏鬆患者已使用抗骨鬆藥物者經由牙科就醫安全計畫處置,發生顎骨壞死之風險:本類族群經由本項就醫安全處置,發生顎骨壞死之個案數。 3.癌症、骨轉移患者已使用抗骨鬆藥物者經由牙科就醫安全計畫處置,發生顎骨壞死之風險:本類族群經由本項就醫安全處置,發生顎骨壞死之個案數。 備註:由於新的計畫剛執行,沒有背景的母數可以參考,先以個案數呈現,以後有足夠的數據再分析。

報告單位業務窗口:杜安琇科長,聯絡電話:02-27065866 分機 1554

朱文玥科長,聯絡電話:02-27065866 分機 2665

.....

本會研析說明:

本案係健保署就 113 年度醫院及牙醫門診總額之核(決)定事項,提報本會 2 項具體實施計畫/規劃,經檢視健保署提報內容,分述如下:

一、醫院總額「暫時性支付(新藥、新特材)」:

(一)113 年度總額決定事項略以:

- 1.全年經費 2,429.9 百萬元。
- 2.請健保署辦理下列事項:在額度內妥為管理運用,於 113 年度總額公告後,至本會最近 1 次委員會議提出具體實施規劃(包含執行及費用支付方式、預算估算、擬暫時收載年限、療效評估與退場機制等)及作業時程,俾落實管控。

(二)經檢視健保署提報內容,摘要該署研訂內容及本會研析說明,重點如下:

- 1.健保署已提出實施規劃,內容尚符合協定意旨,建議尊重健保署提報內容。其規劃內容包含:

- (1)執行及費用支付方式：執行方式明訂適用藥品為有臨床迫切需求且未完成三期臨床試驗，經評估具治療潛力，但臨床效益、財務衝擊具不確定性之新藥或新適應症，並訂有納入給付與否之評估程序。
 - (2)預算估算：係參酌廠商於「前瞻式新藥及新給付範圍預算推估登錄作業平台(HS 平台)」提供之資料並經校正，預算超支時，由廠商依申報費用比率，分攤超出預算之金額。
 - (3)擬暫時收載年限：原則 2 年，最長不超過 3 年；
 - (4)療效評估：請廠商於納入健保給付後，依限提出台灣及其他國家病人的使用資料，以作為重新檢討之參據，倘未依限提交資料或無實證療效，則停止給付。
 - (5)退場機制：提至藥品共擬會議檢討，依會議決議辦理。
- 2.因暫時性支付為新模式，總額協商時委員十分關切，爰建請健保署就以下部分，再妥為研訂：
- (1)有關執行及費用支付方式：健保署規劃內容僅提及適用藥品及納入給付與否之評估程序，並未提出費用支付方式及作業時程，本會已於 113.1.16 請辦健保署於會中補充說明。
 - (2)有關療效評估：廠商須於藥品納入給付後，依藥品給付協議所訂期限，提出台灣及其他國家病人使用資料，作為檢討是否繼續給付之參考依據，建議佐證療效資料，以本土病人資料為主，並建立個案登錄系統，以利掌握暫時性支付執行情形；另屆期檢討是否繼續給付時，除依納入給付與否之評估程序(如：臨床療效、相對療效、長期療效、次族群療效、本土族群療效)等事項外，並請依健保法第 42 條(註)規定，考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務等因素進行整體評估。
 - (3)有關退場機制：健保署研訂內容僅提及屆期檢討提至藥品共擬會議討論，並未提出退場條件(或有無可能提前終止)及相關配套作法，本會已於 113.1.16 請辦健保署於會中補

充說明。

註：健保法第42條

醫療服務給付項目及支付標準之訂定，應以相對點數反應各項服務成本及以同病、同品質同酬為原則，並得以論量、論病例、論品質、論人或論日等方式訂定之。

前項醫療服務給付項目及支付標準之訂定，保險人得先辦理醫療科技評估，並應考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及本保險財務；藥物給付項目及支付標準之訂定，亦同。

醫療服務及藥物屬高危險、昂貴或有不當使用之虞者，應於使用前報經保險人審查同意。但情況緊急者，不在此限。

前項應於使用前審查之項目、情況緊急之認定與審查方式、基準及其他相關事項，應於醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準中定之。

二、牙醫門診總額「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」：

(一)113 年度總額核定事項略以：

- 1.全年經費 307.1 百萬元。
- 2.本項經費用於評估特定疾病病人用藥情形後，擬定對應之牙醫治療計畫者，以提升其就醫安全。
- 3.執行目標：執行特定疾病病人牙科就醫安全計畫之院所數占率達 3 成。

預期效益之評估指標(註)：特定疾病病人就醫風險降低，至少包括：

- (1)使用抗凝血劑患者，牙科處置後口腔出血風險降低。
- (2)使用抗骨鬆藥物患者，牙科處置後顎骨壞死風險降低。

註：本會 112 年第 9 次委員會議(112.10.18)決議略以：「預期效益之評估指標」之具體評估方式(含：指標定義、比較年度與基礎、計算方式等)，請健保署會同牙全會妥為研訂，併具體實施計畫提本會報告。

- 4.請健保署會同牙醫門診總額相關團體，妥為研訂完整之具體實施計畫(含適用對象之特定疾病病人定義、醫療服務內容、支付方式、稽核機制及成效監測)提本會報告。

(二)經檢視健保署提報內容，摘要該署研訂內容及本會研析說明(詳附表，第 253~255 頁)，重點說明如下：

- 1.健保署已提出具體實施計畫，包含：適用對象限定糖尿病、

高血壓、骨質疏鬆等 9 類疾病病人；醫療服務內容包含須查詢雲端藥歷、病歷須載明相關檢驗值及用藥、並訂有醫師自我考評表，醫師須打勾確認病人用藥及已執行牙醫處置注意事項。稽核機制方面，健保署將勾稽檢核雲端查詢狀況，並抽審醫師自我考評表(下稱自評表)。計畫內容尚符合協定意旨，建議尊重健保署提報內容。

2. 惟就以下部分，建議健保署再妥為研訂：

(1) 有關總額核定事項「本項經費用於評估特定疾病病人用藥情形後，擬定對應之牙醫治療計畫者」，計畫雖已規範醫師須於自評表打勾確認已執行用藥查詢及相關注意事項，惟並未呈現所擬定之「牙醫治療計畫」。建議於自評表增列治療計畫擬定情形(如：增列治療計畫書寫處，或勾選已於病歷載明治療計畫等)，並納入抽審查核機制，以確保病人就醫安全。

(2) 有關預期效益之評估指標，依本會 112 年第 9 次委員會議(112.10.18)決議，須研訂具體評估方式(含：指標定義、比較年度與基礎、計算方式等)，惟所提內容未臻明確：

① 指標 1「使用抗凝血劑患者，牙科處置後 24 小時內因牙科處置相關之口腔出血至院所就診比率降低」，尚未提出指標定義、比較年度與計算方式，請健保署會同牙全會儘速議定後提報本會。

② 指標 2「使用抗骨鬆藥物患者，牙科處置後顎骨壞死風險降低」，健保署考量計畫實施初期尚無背景資料參考，暫以「該類病人發生顎骨壞死之個案數」評估，惟僅統計顎骨壞死之個案數，缺乏比較基準來評估成效，建議待計畫實施累積足夠資料後，再滾動式調整評估指標。相關指標建議以能反映病人就醫風險降低之結果面指標為佳。

決定：

113 年度牙醫門診總額之特定疾病病人牙科就醫安全計畫，摘要
健保署研訂內容及本會研析說明

核(決)定 事項(摘要)	健保署研訂內容	本會研析說明
<p>1. 本項經費用於評估特定疾病病人用藥情形後，擬定對應之牙醫治療計畫者，以提升其就醫安全。</p> <p>2. 請妥為研訂完整之具體實施計畫(含適用對象之特定疾病病人定義、醫療服務內容、支付方式、稽核機制及成效監測)，於 112 年 12 月前提本會報告。</p> <p>3. 執行目標：執行特定疾病病人牙科就醫安全計畫之院所數占率達 3 成。預期效益之評估指標：特定疾病病人就醫風險降低，至少包括： (1) 使用抗凝</p>	<p>新增「113 年度全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫(詳附件，第 256~264 頁)」，計畫重點如下：</p> <p>一、適用對象 糖尿病病人、高血壓病人、骨質疏鬆病人(包含即將使用抗骨鬆藥物病人)、心血管疾病病人、癌症病人、透析病人、器官移植病人、精神疾病病人及其他未明示之疾病病人。</p> <p>二、醫療服務內容 (一)醫師當年度第一次申報須填寫特定疾病病人牙科就醫安全計畫醫師自我考評表。 (二)申報本項前需查詢病人雲端藥歷。 (三)病歷上需載明適用對象之相關資料(如：糖尿病病人-三個月內之空腹血糖(AC sugar)或最近一次糖化血色素(HbA1c)、高血壓病人-三個月內血壓值或服用藥物名稱、骨鬆病人-相關針劑或用藥)。</p> <p>三、支付方式 新增支付標準 P3601C「特定疾病病人牙科就醫安全」(100 點)。</p>	<p>1. 健保署已研訂完整之具體實施計畫，其計畫內容尚符合協定意旨，建議予以尊重，說明如下：</p> <p>(1) 適用對象： 已明定限左列 9 大類疾病病人，並於醫師自評表載明相關用藥及對應之牙科處置注意事項，建議予以尊重。</p> <p>(2) 醫療服務內容及支付方式： ① 規劃新增「特定疾病病人牙科就醫安全」(P3601C)診療項目，並訂有相關支付規範(須填自評表、查詢雲端藥歷、於病歷載明相關資料)。 ② 已訂有醫師自評表，規範牙醫師須因應病人用藥及全身狀況妥善擬定治療計畫，醫師須打勾確認病人用藥及已執行牙醫處置注意事項。 ③ 有關支付方式，已新增 1 項支付標準。惟依核定事項，「本項經費用於評估特定疾病病人用藥情形後，擬定對應之牙醫治療計畫者」，惟並未呈現所擬定之</p>

核(決)定 事項(摘要)	健保署研訂內容	本會研析說明
<p>血劑患者，牙科處置後口腔出血風險降低。</p> <p>(2)使用抗骨鬆藥物患者，牙科處置後顎骨壞死風險降低。</p> <p>【依本會 112 年 10 月委員會議決議： 「<u>預期效益之評估指標</u>」之具體評估方式(含：指標定義、比較年度與基礎、計算方式等)，請妥為研訂，併具體實施計畫提報。】</p>	<p>四、稽核機制</p> <p>(一)本署將配合建置申報端檢核邏輯，勾稽每筆案件之雲端查詢(含批次下載)狀況。</p> <p>(二)抽審計畫所屬案件時一併查核醫師自我考評表。</p> <p>五、成效監測</p> <p>年度執行目標設定為執行特定疾病病人牙科就醫安全計畫之院所數占率達 3 成。</p> <p>六、預期效益之評估指標</p> <p>(一)<u>使用抗凝血劑患者，牙科處置後 24 小時內因牙科處置相關之口腔出血至院所就診比率降低。</u></p> <p>(二)使用抗骨鬆藥物患者，牙科處置後<u>顎骨壞死風險降低。</u></p> <p>1.將使用抗骨鬆藥物者經由牙科就醫安全計畫處置，發生顎骨壞死之風險：使用抗骨鬆藥物前，先至牙</p>	<p><u>「牙醫治療計畫」。</u>建議於自評表增列治療計畫擬定情形(如：<u>增列治療計畫書寫處，或勾選已於病歷載明治療計畫等</u>)，並納入抽審核核機制，以確保病人就醫安全。</p> <p>(3)稽核機制： 健保署將勾稽檢核申報案件之雲端藥歷查詢狀況，並於抽審計畫案件時查核自評表，建議予以尊重。</p> <p>(4)成效監測： 初期以「執行目標」(執行院所達 3 成)做為成效監測，<u>建議實施較穩定後，可朝結果面之成效監測努力。</u></p> <p>(5)預期效益之評估指標： ①指標(一)有關使用抗凝血劑患者指標，已提出使用抗凝血劑患者預期效益評估指標，<u>惟尚未提出指標定義、比較年度與計算方式，請健保署會同牙全會儘速議定具體評估方式後提報本會。</u> ②指標(二)有關使用抗骨鬆藥物患者指標，健保署考量計畫實施初期尚無背景資料可參考，暫以「該類病人發生顎骨壞死之個案數」評估。<u>惟僅統計顎骨壞死之個案</u></p>

核(決)定 事項(摘要)	健保署研訂內容	本會研析說明
	<p>科進行檢查、治療，評估才使用抗骨鬆藥物者，經由本項就醫安全處置，<u>發生顎骨壞死之個案數</u>。</p> <p>2.<u>骨質疏松患者</u>已使用抗骨鬆藥物者經由牙科就醫安全計畫處置，發生顎骨壞死之風險：本類族群經由本項就醫安全處置，發生顎骨壞死之個案數。</p> <p>3.<u>癌症、骨轉移患者</u>已使用抗骨鬆藥物者經由牙科就醫安全計畫處置，發生顎骨壞死之風險：本類族群經由本項就醫安全處置，<u>發生顎骨壞死之個案數</u>。</p> <p>備註：由於新的計畫剛執行，沒有背景的母數可以參考，先以個案數呈現，以後有足夠的數據再分析。</p>	<p><u>數，缺乏比較基準來評估成效，建議待計畫實施累積足夠資料後，再滾動式調整評估指標，相關指標以能反映病人就醫風險降低之結果面指標為佳。</u></p>

113年度全民健康保險牙醫門診總額 特定疾病病人牙科就醫安全計畫(草案)

一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

藉由本計畫之實施，對於特定疾病且長期服用藥物的病人擬定對應之牙醫治療計畫，降低牙科治療及用藥與特定疾病之用藥產生藥物交互作用之風險，以提升其就醫安全。

三、實施期間：

自公告日起至113年12月31日止。

四、年度執行目標：

執行特定疾病病人牙科就醫安全計畫之院所數占率達3成。

五、預算來源：

- (一) 113年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」專款項目下支應；另依牙醫門診總額地區預算調整方式自一般服務預算移撥20.0百萬元，全年經費為327.1百萬元。
- (二) 本預算按季均分及結算，每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘，則留用至下季，預算不足採浮動點值計算，全年預算不足時，由一般服務預算之移撥經費結餘款支應；全年預算若有結餘，則進行全年結算，預算不足採浮動點值計算，且預算每點支付金額不高於1元，屬前述移撥款費用，依當年度移撥款之處理方式辦理。

六、牙醫師申報資格：

- (一) 醫師須接受相關之教育訓練，開課單位限牙醫全聯會、各醫院、各縣市牙醫師公會及向牙醫全聯會申請開課之學會，教材由牙醫全聯會統一編定，並由牙醫全聯會將完訓醫師之姓名及身分證字號造冊函送保險人分區業務組核定。
- (二) 口腔顎面外科專科醫師、口腔病理專科醫師、特殊需求者口腔醫學

科專科醫師及執業登記於牙醫教學醫院之牙醫師不須接受教育訓練，須請專科學會及中華民國醫院牙科協會檢送醫師名單及身分證字號予牙醫全聯會，由牙醫全聯會造冊函送保險人各分區業務組核定。

七、給付項目及支付標準：

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P3601C	<p>特定疾病病人牙科就醫安全註：</p> <p>(一)特定疾病病人就診可依本項申報，特定疾病病人包含：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 糖尿病病人。 2. 高血壓病人。 3. 骨質疏鬆病人(包含即將使用抗骨鬆藥物病人，病歷需記載)。 4. 心血管疾病病人。 5. 癌症病人。 6. 透析病人。 7. 器官移植病人。 8. 精神疾病病人。 9. 其他未明示之疾病病人。 <p>(二)該院所該醫師當年度第一次申報須填寫特定疾病病人牙科就醫安全計畫醫師自我考評表。</p> <p>(三)申報本項前需查詢病人雲端藥歷。</p> <p>(四)病歷上需載明適用對象之相關資料。如：糖尿病病人-三個月內之空腹血糖(AC sugar)或最近一次糖化血色素(HbA1c)、高血壓病人-三個月內血壓值或服用藥物名稱、骨鬆病人-相關針劑或用藥。</p>	v	v	v	v	100

八、醫療費用申報及審查：

- (一) 依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。
- (二) 該院所該醫師當年度第一次申報本項須填寫醫師自我考評表(如附件)，留存於牙醫病歷備查，該計畫所屬案件抽審時一併附上。

九、預期效益之評估指標：

(一) 使用抗凝血劑患者，牙科處置後24小時內因牙科處置相關之口腔出血至院所就診比率降低。

(二) 使用抗骨鬆藥物患者，牙科處置後顎骨壞死風險降低。

1. 將使用抗骨鬆藥物者經由牙科就醫安全計畫處置，發生顎骨壞死之風險：使用抗骨鬆藥物前，先至牙科進行檢查、治療，評估才使用抗骨鬆藥物者，經由本項就醫安全處置，發生顎骨壞死之個案數。

2. 骨質疏鬆患者已使用抗骨鬆藥物者經由牙科就醫安全計畫處置，發生顎骨壞死之風險：本類族群經由本項就醫安全處置，發生顎骨壞死之個案數。

3. 癌症、骨轉移患者已使用抗骨鬆藥物者經由牙科就醫安全計畫處置，發生顎骨壞死之風險：本類族群經由本項就醫安全處置，發生顎骨壞死之個案數。

[備註]：由於新的計畫剛執行，沒有背景的母數可以參考，先以個案數呈現，以後有足夠的數據再分析。

十、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

十一、本計畫由保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。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，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

特定疾病病人牙科就醫安全計畫醫師自我考評表

填表日期：

醫事服務機構名稱：	醫事服務機構代號：
醫師姓名：(醫師親簽)	醫師身分證字號：

【前言】

因應特定疾病病人在牙科求診時，牙醫師得保障其就醫安全，查詢相關用藥，並因應病人用藥內容及全身性狀況妥善擬定治療計畫。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	一、糖尿病 (降血糖藥物)	<ol style="list-style-type: none"> 雲端藥歷查詢並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。 掌握病人血糖監控狀況，病人三個月內空腹血糖(AC sugar)或最近一次糖化血色素(HbA1c)的血糖值病歷評估及追蹤(HbA1c數值，<7%代表血糖值控制良好)。 病人牙科治療前三個月之用藥，含糖尿病用藥、心血管用藥、腎臟性疾病、眼科疾病用藥。 病人牙科治療當天，服藥及用餐狀況了解及詢問。 打胰島素之病人，因降血糖速度較快，要準備糖果或含糖飲料以預防低血糖。 術前預防性投藥(視病情狀況需要)。

【背景說明(參考事項)】

- 確認病人三個月內血糖控制的狀況，AC sugar(空腹血糖)較高但仍在70-200 mg/dL，經由牙醫師評估仍可接受手術。
- 若AC sugar(空腹血糖)>300mg/dL且HbA1c(糖化血色素)>9%則不建議執行侵入性治療。
- 病人年紀偏大、病史較長，若病情需要必須執行侵入性治療，則必須告知病人風險並由牙醫師審慎評估。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	二、高血壓 (降血壓藥物)	<ol style="list-style-type: none"> 雲端藥歷查詢並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。 病人三個月之內的血壓病歷評估及追蹤。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
		4. 病人牙科治療前三個月之用藥，含心血管用藥、抗凝血劑用藥及全身狀況追蹤及評估。 5. 病人牙科治療當天高血壓藥物服藥狀況了解及詢問。 6. 術後流血狀況監控。

【背景說明(參考事項)】

1. 若病人服用3種以上降血壓藥物，建議應謹慎評估及術前先量血壓。
2. 治療前血壓應於150mmHg以內，若高於此數值會有風險產生。(參考資訊： $\geq 140/90$ 但 $< 160/100$)
3. 病人血壓若不容易控制，可考慮使用抗焦慮藥物或以鎮靜配合治療，但醫師須受過相關訓練才可以使用。
4. 血壓高於180/110mmHg不建議做治療。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	三、骨質疏鬆	1. 雲端藥歷查詢並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2. 告知病人使用抗骨質吸收藥物可能帶來的影響及相關風險。 3. 遵循開藥醫師對於病人牙科就診的注意事項與醫囑，必要時得使用諮詢單，如單株抗體類用藥針劑3個月內不建議做牙科侵入性治療。 4. 雙磷酸鹽類用藥3個月內要做牙科侵入性處置，應多方謹慎評估。 5. 術後流血狀況監測。

【背景說明(參考事項)】

1. 病人使用的抗骨質疏鬆藥劑，早期為雙磷酸鹽藥物(bisphosphonate)，近期則是使用單株抗體類之denosumab(如保骼麗，prolia)等。目前實務上使用denosumab的病人，大約是滿五個月的時候，告知病人可能之風險及獲得病人同意後，可以進行手術，同時傷口必須縫合。手術完成一個月左右，若傷口癒合良好，沒有新的骨頭暴露出來或骨壞死的情形，可以接著施打下一次的劑量。
2. 另最近研究，半年之後超過三個月才施打denosumab，藥物原來的效果就會急速下降。
3. 若是病人剛使用藥物，有緊急狀況需進行手術處置時，需告知病人相關風險，並獲得病人之同意。
4. 進行手術後，建議需完全縫合傷口的原因是基於了解病人骨壞死的原理。避免骨暴露，使骨骼能獲得良好的血液供應，是預防新顎骨壞死的重要因素。
5. 由於雙磷酸鹽藥物是直接存在於顎骨內，甚至從壞死骨脫落後，會再結合到鄰近的骨骼內，繼續抑制破骨細胞，與單株抗體類藥物留存在血液中，且有一定之半衰期不同，因此，使用雙磷酸鹽藥物者接受牙科手術時，相對風險可能比單株抗體類藥

物高。但無論如何，如果仍需要進行牙科手術時，最重要的是告知病人接受牙科手術時，仍可能有產生顎骨壞死的風險。

6. 病人使用雙磷酸鹽藥用如果有合併其他多重藥物，應更審慎評估。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	四、心血管 疾病(藥物)	1. 雲端藥歷查詢，詢問病人用藥(病史詢問)、保健品並記載於病歷。 2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。 3. 服用抗凝血劑之一般病人：做監控。 4. 服用抗凝血劑之特殊病人：有栓塞、做支架者，徵詢內科醫師建議，必要時得使用諮詢單。

【背景說明(參考事項)】

1. 抗凝血劑目前有三個大的類型：
 - (1)與血小板有關：如阿斯匹靈、保栓通(Plavix)或其他藥物等。
 - (2)預防心房顫動可能造成血栓的coumadin(wafarin)等。
 - (3)針對第十凝血因子及thrombin的新型抗凝血藥物。
2. 如果是不複雜且時間小於45分鐘的手術這類藥物建議可不停藥，但沒有把握，可詢問原開藥醫師。
3. 醫院通常會做血液凝固狀態監控，若真的太高，會將治療延後。
4. 若病人有進行心臟外科手術，建議至原醫院進行相關牙科治療。
5. 另抗凝血藥物服用2種以上，是否能減藥或停藥應詢問原開藥醫師。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	五、癌症(抗 癌藥物)	1. 雲端藥歷查詢並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。

【背景說明(參考事項)】

1. 若癌症仍在治療中，若僅為簡單、緊急的處置，院所應自行評估是否有能力執行。如需進行牙科手術或侵入性、大範圍的治療或牽涉到用藥，建議回原治療醫院的牙科進行諮詢及治療。
2. 癌症療程若已結束，半年後病情沒有太大的變化，可考慮於診所進行牙科治療。
3. 若病人長期服用抗癌藥物，需進行牙科治療時，建議轉診回原治療醫院的牙科進行諮詢及治療，或不要進行太侵入性或太久的牙科治療。
4. 病人曾接受放射線治療，如口腔癌等，即便是治療完成後數年的追蹤，侵犯性手術如拔牙等的問題，仍可能造成放射線性骨壞死。
5. 另外如乳癌、多發性骨髓瘤、攝護腺癌、肺癌等，使用抗骨吸收的藥物預防遠端骨轉移時，這與使用預防骨質疏鬆的病人一樣，即便他的癌症相關治療已經結束，進行牙科手術仍可能會造成顎骨壞死。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	六、透析病人	<p>(一)血液透析：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 雲端藥歷查詢並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷，並注意洗腎日期。 2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。 3. 術前預防性投藥，要謹慎評估，避免增加腎功能負擔。 4. 原則上非洗腎日做牙科處置，洗腎日不建議執行侵入性牙科處置。 5. 容易感染，注意術後。 <p>(二)腹膜透析：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 雲端藥歷查詢並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。 3. 術前預防性投藥，要謹慎評估，避免增加腎功能負擔。 4. 容易感染，盡量減少傷口範圍，注意術後。

【背景說明(參考事項)】

血液透析病人若要進行大範圍、侵入性治療或手術，建議可詢問原腎臟科醫師是否能調整抗凝血劑或非類固醇抗發炎藥NSAID使用的劑量，可以改善其術後凝血的問題。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	七、器官移植	<ol style="list-style-type: none"> 1. 雲端藥歷查詢並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。 3. 病人一年之內施打或服用抗排斥藥物、免疫抑制劑、抗凝血用藥狀況評估及追蹤。 4. 病人半年內的內科及系統性用藥及身體狀況追蹤及評估。 5. 術前預防性投藥。 6. 術後流血狀況監控。

【背景說明(參考事項)】

若為換心手術病人可進行預防性抗生素投藥。另外，應注意病人是否仍使用抗排斥藥物，並了解該藥物對免疫功能的影響程度，也了解對白血球功能的影響等，或是對造血功能的影響。若移植已經很長一段時間，也沒有使用抗排斥的藥物，屬於穩定病人，除了換心的病人外，可與一般人一樣，可接受常規的牙科處置。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	八、精神疾病(鎮靜劑、安眠藥、抗焦慮藥物)	1. 雲端藥歷查詢並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。

【背景說明(參考事項)】

1. 精神病相關用藥與牙科常用藥物容易產生藥物交互作用
2. 有些精神科藥物具抗膽鹼作用，會造成口乾及唾液分泌減少，易產生蛀牙及念珠菌感染。部分精神科藥物所產生的錐體外路徑症候群(EPS)副作用及遲發性運動異常，其行為特徵包括肢體僵直、無力，舌頭靈活控制度不足，食物容易殘留在雙頰或溢出，可能使食物誤入氣管引發嗆咳，嚴重時出現喉部肌肉不自主收縮，乃至無法吞嚥的情形產生。
3. (Clozapine-非典型抗精神病藥物(Atypical antipsychotic drugs)，臨床上應用於治療難治型精神分裂症(refractory schizophrenia)。相較於第一代抗精神病藥物，clozapine 的錐體外症狀(EPS)較少，在臨床上較常見的副作用為口水外流。根據 Praharaaj 等人的研究，發現經 clozapine 藥物治療的病人，約有 30%的個案有流口水(clozapine induced sialorrhea, CIS)症狀。
4. 早期癲通 (Tegretol) 與帝拔癲 (Depakine) 主要用於癲症的治療，但後來 (1970 年代) 發現對躁鬱症也有急性治療和預防效果。另外對於陣發性衝動控制不良或具攻擊傾向的病患也有療效。療效與鋰鹽相近，約有 50-70% 的躁鬱症患者會有良好反應，尤其是那些有較特殊發作型式的人。它們產生療效的時間比鋰鹽更快，約在一週左右。長期服用癲通會影響白血球，少數人可能較易感冒或口腔潰瘍；而帝拔癲則因影響血小板凝集功能，要小心是否止血較慢。

已確認(V)	病名/藥物	注意事項
	九、其他未明示之疾病	1. 雲端藥歷查詢並詢問病人用藥(病史詢問)且記載於病歷。 2. 告知病人使用藥物帶來的影響及相關風險。 3. 遵循原開藥醫師開立之醫囑。

備註：該院所該醫師當年度第一次申報須填寫特定疾病病人牙科就醫安全計畫醫師自我考評表。

諮詢單

貴醫師鈞鑒：

病患_____，因牙疾至本院就診，經本院詳細診治後，建議病患需進行_____處置，依病患自述，目前正服用貴院所開出之_____藥物，敬請貴醫師協助評估，是否可暫停服用此藥物？每次停藥最多可停幾天？敬請 貴醫師指示，謝謝！

OOOO牙醫診所 敬上

負責醫師：

院所電話：

地 址：

(請將以下之回覆單撕下，交予病患帶回！感謝！)

回覆單

病患_____，經本院評估後：

建議病患可暫停服用_____藥物，請於處置前_____天開始停藥。

建議病患不可停用_____藥物。

原因：_____。

建議病患至原就診院所執行牙科相關處置。

此致 OOOO牙醫診所

負責醫師：

院所電話：

傳真電話：

第五案

報告單位：中央健康保險署

案由：112 年 12 月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

(資料由中央健康保險署另行提供)

報告單位各項業務窗口：詳如業務執行報告內附

.....
本會補充說明：

依 102 年 2 月 22 日委員會議決定及 113 年度工作計畫(草案)，為提高議事效率，本項例行性業務報告，書面資料須每月提供，但口頭報告改採季(每年 2、5、8、11 月)報方式辦理。爰本次提供書面資料，不進行口頭報告。請委員先行審閱，如有疑義可洽該署各項業務窗口。

決定：

附錄

個別委員關切事項(含書面意見)之健保署答覆

委員意見	健保署說明
<p>劉委員淑瓊(議事錄第 62 頁)</p> <p>謝謝，請看會議資料第 19 頁項次五，健保署回復說明文字的倒數第 5 行「實施迄今未接獲民眾或醫院反映不便情況」，建議把這幾個文字刪除，因為這可能是事實，但我們了解到也有很多民眾是含淚接受，所以我覺得刪掉這幾個字不影響，直接說健保署會持續監控前開身分就醫情形，我覺得比較合適，謝謝。</p>	<p>一、 同意劉委員淑瓊意見。</p> <p>二、 本次部分負擔調整方案之重大傷病、低收入戶 <u>皆維持免收部分負擔(低收入戶依法由中央社政主管機關補助)</u>。</p> <p>三、 中低收入戶與身心障礙者之門診藥品和急診部分負擔依調整前收取；惟急診部分負擔因不再以檢傷分類計收，故醫學中心以占比超過八成的檢傷分類3-5級(550元)計收、而非以檢傷分類1-2級的450元計收，並無多收之情事。</p>
<p>陳委員石池(議事錄第 64 頁)</p> <p>第二個我講到的是，弱勢病人不應該收 100 元，我記得當時陳杰委員也有提到要保護低收入戶、弱勢族群，但你們現在還是有收啊，這哪有不受影響，健保署回復與事實不符，應該重新修正。門診部分沒問題，上次我就講過，來門診看病的病人不是每個人都有多收錢，但是急診部分負擔都要多收錢，這是不公平的，當年我有提出來，但是你們都不重視，現在寫不受影響我有點意見，所以希望能再做調整。</p>	<p>四、 目前急診部分負擔最高為醫學中心750元，不另收藥品部分負擔，惟掛號費係各醫院自行規定，依衛生福利部公告之「醫療機構收取掛號費之參考範圍」，急診為0-300元，故若醫學中心之急診掛號費收300元，最高收費為1,050元。</p>
<p>滕委員西華(議事錄第 65 頁)</p> <p>我首先呼應剛剛陳石池委員所說有關部分負擔調整，健保署回復中低收入戶及身心障礙身分者不受影響的部分，特別是中低收入戶。實情是，健保署提到委員會報告的案子跟後來在記者會公告、健保署新聞稿的案子，中低收入戶是有調漲的，調漲至少 100 元，並非</p>	

委員意見	健保署說明
<p>在中低收入戶部分跟之前完全一樣。在當時隔一個月的會議我有請教石署長，石署長說一模一樣，我說新聞稿公告的就是不同，已經漲了，這是過去的問題，我也同意，但應該不能說沒有影響。</p> <p>到底有無影響？特別是民眾到急診就醫沒有 1,000 元出不來這件事情，急診漲部分負擔或過高的部分負擔，原本就有非常嚴重的道德疑慮，更不要講過去用檢傷分類來收取部分負擔。署長是急診專家，他過去也有提到，我們也都很認同，就是剛入急診跟後來出來的檢傷不一樣，所以過去用檢傷分類收取不同的部分負擔就會引發爭議，但健保署歷年來都沒有對這個做出影響評估，好像眼睛一閉就沒事，更不用講急診的給付，雖然跟這個案子沒有關，但急診給付一直加成，造成地區醫院高於醫學中心這種非常不合理的現象，我覺得急診亂象，因為部分負擔調整又更加惡化。</p>	
<p>陳委員杰(議事錄第 68~69 頁)</p> <p>是，我呼應一下陳石池委員跟滕西華委員他們的意見，我同時也感謝他們 2 位，事實上真的行善有福報啦！當然我們在這裡關心弱勢族群，尤其關心所謂的重大傷病以及低收入戶，事實上他的部分負擔，我印象中沒有錯的話，那時候是要跟他收一個 100 元，我說他低收入戶，不是中低收入戶喔，中低收入戶是戶數很多，低收入戶是條件非常嚴格，而且他是非常痛苦、生活非常困難，得到我們社會各界給予關懷跟支持，甚</p>	

委員意見	健保署說明
<p>至於去跟他捐助，結果只為 100 元增加他所謂的部分負擔，所以我當初提議說，那 100 元不要跟他收，在這邊大家可能也有共識，但是現在還是一樣照收不誤，當然剛剛健保署的組長好像有提到 1 點，他說他有去找急診醫學會來瞭解，但是話又說回來，為什麼不找付費者代表來瞭解？你只有找急診醫學會來瞭解，那付費者代表的立場是什麼？所以我借用這個機會做個建議，你們將來假如說制定相關的政策，希望能夠找兩造都來談，聽聽兩造的意見再去做決定，不要只單方面找所謂的醫學會。</p> <p>有關於低收入戶、重大傷病的部分，有多 1 個所謂多收 100 元的部分，我還是堅持我個人的意見，那 100 元不要跟他收，讓我拜託啦！我們大家共同來做善事，謝謝。</p>	
<p>李委員永振(議事錄第 62~63 頁)</p> <p>第 2 點是會議資料第 38 頁項次四，有關 112 年新增項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」，本應在今年 2 月份委員會議提出報告，卻遲至 10 月份才提出，但因為案子太多，延至 11 月才報告。其中配合醫療器材使用規範的修訂，在 112 年 11 月 1 日已優先調整受影響的 73 項診療項目支付點數，但又在上週 12 月 14 日共擬會議提案討論回溯補貼 1 到 10 月點數約 13.4 億元，個人覺得沒有遊戲規則，該預算用在配合醫療器材使用範圍修訂這部分有符合，</p>	<p>一、謝謝委員指導，醫療服務診療項目過程面醫材品項眾多，其使用情形、受影響程度及調整幅度，需凝聚醫界共識，協商及確認過程耗時。</p> <p>二、查本署配合醫療器材使用規範，自 112 年 11 月 1 日起修訂受影響之 73 項診療項目支付點數，惟醫界代表反映相關支付點數調高前，各院配合醫材法規，已陸續改用單次使用醫材且成本增加未獲補貼，為減輕醫療院所配合政策而增加之財務負擔，並考量非所有</p>

委員意見	健保署說明
<p>但沒有符合要通盤研議各項支付標準調整的執行目標。</p> <p>而且有關於醫療器材的部分，也沒有說可以回溯，該回溯的作法雖然是在 11 月 22 日醫院總額研商議事會議才提出，不包含在 11 月委員會會議的報告案裡面，整個處理過程該如何補強才會合理，否則會令人有巧立名目、暗渡陳倉、消化預算的感覺，因為你掛上去的話外界的人看到就會一頭霧水。</p>	<p>申報案件皆由醫療院所自行吸收單次使用醫材成本，部分可能向民眾收取自費，爰採醫療院所提具符合補助之申報案件明細向本署進行申請112年1月至10月之補貼，以反應實際成本調升。</p> <p>三、本署秉持照護病人為宗旨，為符合實際臨床醫療需要，讓醫療提供者得到合理醫療給付、改善現有醫療環境，期盼與醫界團體、專家、付費者代表等共同努力，讓每項健保給付均能達到最佳的效益。</p>
<p>吳委員榮達(議事錄第 64~65 頁)</p> <p>謝謝大家，我要講的是會議資料第 24 頁項次五，有關指示用藥的問題。</p> <p>資料中可以看到 108 年開始我就已經提過指示用藥的問題，健保法就是規定指示用藥不能健保給付，如果認為部分指示用藥有必要健保給付，就應該修法，前後已經講過三、四年以上，這個違法的狀態還在持續當中，為什麼不趕快修法？這是違法，是違反法律不是命令，這狀態還在持續中。健保署回復的意見我都同意，但是請盡快修法，讓他合於法律的規定，不要再繼續處於違法狀態。</p> <p>我想再補充一點，實際上消基會也做過指示用藥的價格調查，調查結果，在藥局內販賣的指示用藥價格高於健保給付價格好幾倍，且從五倍到幾十倍都有，我們覺得健保署對於指示用藥要不</p>	<p>本署規劃將處方藥或指示藥之類別與健保給付與否脫鉤，健保給付以藥品臨床必要性作為考量，並研修全民健康保險法第51條，修正全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險藥品價格調整作業辦法等相關規定。後續將與各界進行溝通凝聚修法共識。</p>

委員意見	健保署說明
<p>要移出健保給付的部分，是不是也可以做個市場調查，對於價格多出太多倍的部分，是不是考慮要留在健保給付？但我再提醒一次，趕快修法，讓它合於法律規定，謝謝。</p>	
<p>黃委員金舜(議事錄第 66 頁)</p> <p>主委、在座的所有委員大家好，大家午安！看起來健保真的還是有救的，看到吳榮達委員已經發出正義的曙光，藥師公會長期一直跟健保署要求要合法，指示用藥要退出整個健保的給付，但是藥師公會吠了 20 幾年，就好像狗吠火車，也毫無任何具體的回應。本來這次很期待健保署可以大力改革，但明天要開藥品共擬會議，我們的幹部跟我報告，有更替的指示用藥才 10 幾項，還有 800 多項，也無動於衷，整個藥品分級已經很清楚，處方藥、指示用藥、成藥。現在我們看到西醫基層開的藥品，指示用藥就領很多，然後我也一直呼籲民眾拿的指示用藥 80 元、100 元，但他要負擔掛號費，而且現在掛號費又要漲，可能到 250 元，政府還要負擔診察費，民眾還要舟車勞頓、請假花時間，健保包山包海，一直沒有改善，所以我希望，剛剛吳榮達委員已經提出對指示用藥的意見，這代表這部分真的是有問題，希望健保署可以好好的思考，謝謝。</p>	
<p>黃委員金舜(議事錄第 68 頁)</p> <p>剛剛聽到署長的回應，我想目前指示用藥還有 800 多項，我也同意在急診有些必要的指示用藥，一定要用，這個部</p>	

委員意見	健保署說明
<p>分的考量也要包含藥價，指示用藥價格比較偏高的，民眾可能在負擔上會有問題的，藥師公會都同意，是不是找主管單位研商，把它變成處方藥？不要說都違法，政府一直講一大堆理由，解釋指示用藥也要給付，你就把它變成處方藥，然後讓整個法規合情合理，我想藥師公會主張的是這種態度，謝謝。</p>	
<p>滕委員西華(議事錄第 65~66 頁)</p> <p>第二個請教的問題，也許會出現在下個月的追蹤或者是報告中，就是在會議資料第 5 頁確認上次會議討論事項第二案決議一，就是付費者代表一直質疑、擔心「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」預算使用及其他補點值的事情，我有點不確認，如果是這樣的話，下次會議要怎麼樣去處理這些事項，所以在這裡提出來。</p> <p>雖然說 1 月要報告，但今天補充資料內所提健保署已經在 12 月 14 日、15 日將 51.34 億元全部撥付院所，其中包含須提報本會討論同意的部分，即使 43 億元健保署跟行政院認為可以自行運用，但 8 億元確實是屬於協商項目之一，但現在錢已經花了，如果是這樣，我就不知道，等於是事後追認嗎？因為錢都已經補出去了，剛才劉淑瓊委員說下個月要報告，署長說下個月不行，你都已經花出去了，怎麼花出去的應該要拿出來看，因為這個不是暫付，不像之前韓老師所講如果醫院要周轉，我們可以暫付，暫付的比率可以提高，但這不是暫</p>	<p>本案將列入本次委員會議報告。</p>

委員意見	健保署說明
<p>付，這個是已經撥付，是要不回來的錢，所以我不清楚將來是要解除追蹤，還是繼續追蹤，還是報告後就沒有這件事情了？這跟過去我們要列入追蹤事項的原則，其實已經不太一樣了，謝謝！</p>	
<p>劉委員淑瓊(議事錄第 70 頁)</p> <p>8 億元呢？</p> <p>這個真的不能下次報告，這個我們大家都期待這次就應該要告訴委員，因為這是上次的決議嘛。</p> <p>署長，這個我要列入紀錄。那 40 幾億元，您堅持說是公務預算，我們就也沒辦法，但因為既然是公務預算，我也希望我們的立法院跟監察院、審計部能夠來關注。但是這 8 億元完全是付費者代表很堅持，而且是從民眾口袋掏出來的錢，所以剛剛署長說下次報告才是對委員尊重，我是認為您已經是不尊重在前了啦！對不起！我講比較重的話，但是我一定要在這邊表達，這個應該是健保署要準備好，在這次委員會議跟委員們溝通，我覺得健保署跟大家互相信任要破壞，其實是很容易的，但我們大家都有誠意一起來努力，所以很希望健保署可以提出報告，這次沒辦法，但我要表達，這個本來就是應該今天要提出來的，謝謝。</p>	
<p>陳委員杰(議事錄第 72 頁)</p> <p>謝謝，我還是支持劉淑瓊委員的意見，是不是能夠懇求署長，剛好今天有這個機會跟大家做個報告，針對 8 億元的情況，另外我也同意周慶明理事長他</p>	

委員意見	健保署說明
<p>的提議，他說 8 億元太少了，其實還不太夠，希望能夠 80 億元，我認為說可以 800 億元，我希望能夠 800 億元，我認為 80 億元還是太少，但是你錢要從哪裡來？請大家思考一下，借用今天的機會，既然劉淑瓊委員，還有現場有很多付費者代表，他們在還沒有開會以前，大家有 1 個共同心聲，就是希望健保署今天能夠針對所謂的「調節非預期風險及其他預期政策改變所需經費」動用 8 億元的情況，能夠在今天的健保會跟大家做說明，以上，謝謝。</p>	
<p>盧主任委員瑞芬(議事錄第 72 頁)</p> <p>陳委員，因為署長剛剛已經表示，他們還沒有準備好，今天是沒有辦法報告，所以要在下次的委員會議報告。</p>	
<p>滕委員西華(議事錄第 81~82 頁)</p> <p>我要再花 2 分鐘講核定的結果，我有點看不懂核定的結果的邏輯，我覺得社保司和健保署應該在下次委員會議補上資料，我們在協商草案時，政策交辦項目已經占了 1/2 以上，接近 2/3，也就是付費者代表跟醫界協商空間已經不到 200 億元，非常非常地低，都是政策交辦事項，那核定呢？核定完全是推翻了原本屬於協商的金額，全部都被政策吃走。也就是衛福部早就有既定觀點，整體年度總額超過付費者方案 88.24 億元、超過醫界方案 2.39 億元，甚至連其他部門預算也增加，原本付費者跟健保署協商的金額一樣，為什麼中醫門診總額、牙醫門診總額可以採用協商成功的</p>	<p>一、本署依總額公告辦理，總額核定係為衛生福利部社會保險司的權責。</p> <p>二、為提升醫院住院護理照護量能，爰本署爭取 113 年健保總額其他預算「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」專款，用以挹注護理人員夜班獎勵。續將依衛生福利部 112 年 12 月 26 日公告「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」協定事項辦理相關計畫研議事宜。</p> <p>三、為鼓勵健保特約醫療院所處方生物相似性藥品，讓健保醫療資源再分配，期讓更多新治療藥物加</p>

委員意見	健保署說明
<p>版本，其他預算明明也是協商成功的，但是衛福部卻沒有採納，反而增加了14.02億元。</p> <p>會議資料第50頁，本會協定結果跟衛福部決定的，增加、減少部分，其實看不出來衛福部的政策走向到底要做什么？剛講到「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」不夠，原本這筆錢就是為了在天然災害、意外、流行病發生時，拿來調整用的，過去一直沒有用，從10億元到8億元，但是8億元，明明在111年度中醫門診總額有用掉一部分，所以付費者才維持8億元的金額，衛福部也把今年8億元全部用完，我也不懂為什麼核定後，硬是少了3.594億元，這很離譜嘛！</p> <p>再來就是「提升保險人成效」項目，原本是公務預算要編列的，今年菸品健康福利捐分配及運作辦法修法又把原本撥給安全準備的錢，把一部分原屬健保署公務預算應該要編列，包括HTA、健保署應辦的保險政策研議事項，全部用菸捐替代，不用公務預算了，這裡衛福部自己又加了2億元，把自己的責任撇開，這是衛福部應該要給健保署的錢，結果把它弄掉了，用健保費喔又加了2億元。還有一項20億元無中生有變成40億元。</p> <p>剛才講到新增「生物相似性藥品方案」，今天甚至沒有檢附無中生有的方案，至少需要尊重健保會，但新增沒有出現在協商項目的方案，卻沒有隻字片</p>	<p>速引進，讓全民共享健保推動生物相似性藥品，本署刻正規劃「全民健康保險推動使用生物相似藥之財務鼓勵試辦計畫」。有關前述計畫內容，將與醫界溝通後公告實施。</p>

委員意見	健保署說明
<p>語。還有已經出現在協商項目卻沒有按照協商規則，沒有把應該檢附的評估指標、預期效益，甚至執行方式的細節，提到協商會議上面，已經是不對了，記者會上醫改會說醫院跟西醫基層缺 46 項。現在還有 20 億元變成 40 億元的項目、無中生有的項目，加入「生物相似性藥品方案」，完全沒有告訴我們為何生物相似性藥品沒有列入新藥的預算，也不是列到暫行性支付，它是一個藥品方案，為什麼會單獨拉到醫療給付改善方案，卻沒有隻字片語？</p>	
<p>李委員永振會後書面意見(議事錄第 94 頁)</p> <p>依附件六所列 113 年度總額相關計畫追蹤時程表顯示，1 月委員會議共有 16 案須討論，如何妥適安排，能掌握時效並真正實質討論，避免因拖延而產生追溯補貼爭議之憾事一再發生！</p> <p>另依會議資料第 52 頁說明四衛福部指示，健保署會同總額相關團體及部相關單位，依核定事項，研訂及推動各新增項目之執行內容。請健保署應居主導地位，善盡保險人角色，不只是類客卿！</p> <p>會議資料第 50 頁，調節非預期風險項目只編不到 5 億元，夠嗎？還是另有什麼盤算！</p>	<p>本署將依總額公告協(決)定事項，儘速與相關單位團體討論，俟議定後提至貴會報告；另有關調節非預期風險項目編列金額，係依衛生福利部核定辦理。</p>
<p>王委員惠玄會後書面意見(議事錄第 94~95 頁)</p> <p>尊重衛生福利部對 2024 年醫院總額及西醫基層總額核定項目與內容。其中醫院總額新增三項”衛生福利部(政策)項目”：提升醫院兒童急重症照護量能</p>	<p>有關提升醫院兒童急重症照護量能、暫時性支付(新藥、新特材)項目、抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫，本署後續將依公告之決定事項，會</p>

委員意見	健保署說明
<p>338 百萬元、暫時性支付(新藥、新特材)2,429.9 百萬元、抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫 225 百萬元，既無醫院總額代表團體研議擬具方案，亦未經付費者代表認知同意，雖要求健保署會同醫院總額相關團體，依規範要件擬具相關計畫內容，提報最近一次健保會委員會議”確認”。前述三項政策或有執行之必要性與迫切性，但衛生福利部逕予核定費用的作為，已跳脫總額協商的精神與現行法制規範。建議盡速建立類此政策執行項目交付健保執行的制度與法規。</p> <p>部分醫院總額與西醫基層總額項目與金額，未能與付費者代表達成共識，實非付費者代表無能體民所苦，亦非否定醫事人員的熱誠與能力，而係所擬執行計畫說明無法說服付費者代表確認其可行性與效益。衛生福利部責成健保署就付費者代表未能同意而衛生福利部核定項目，輔助醫院總額與西醫基層總額相關計畫醫事團體，於下一次健保會委員會議提出並"確認"。期盼醫事團體代表展現仁者之心，思量付費者代表於總額協商時所提出的疑問，增補計畫說明，促進溝通與制度推行。</p>	<p>同總額相關團體討論，提出相關計畫內容，提報至貴會確認。</p>

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號
聯絡人：陳怡蓓
聯絡電話：02-27065866 分機：2614
傳真：02-2706-9043
電子郵件：A111034@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112年12月15日

發文字號：健保醫字第1120665276A號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

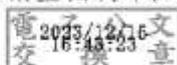
附件：如主旨 (A210300001_1120665276A_doc3_Attach1.pdf)

主旨：檢送113年度西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式（附件），請備查。

說明：依據本署112年12月7日召開之全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額112年第3次研商議事會議決議（諒達）辦理。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：衛生福利部社會保險司、中華民國醫師公會全國聯合會(均含附件)



113年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式

- 一、113年西醫基層一般服務費用地區預算之參數分配方式。
- 二、SMR及TRANS以108-111年度數值依25%、25%、25%、25%加權平均計算。
- 三、113年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式：
 - (一)113年一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度1.052億元)，全年移撥風險調整移撥款600百萬元。提撥300百萬元撥補臺北區，300百萬元優先用於保障東區浮動點值不低於每點1元(不含「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)，其次，為撥補因R值占率前進而減少預算分區之「減少費用」，餘款用於撥補點值落後地區(不含臺北區、東區)，並依113年西醫基層總額四季預算占率提列。
 - (二)六分區各季預算69%依「人口風險因子及轉診型態校正比例(R值)」，31%依「開辦前一年各區門診醫療費用占率(S值)」比率分配。
 - (三)撥補因R值占率前進而減少預算分區之「減少費用」，係採113年一般服務總額預算計算，並扣除風險調整移撥款6億元後，估算減少地區之費用，進行該區預算回補。
 - (四)以臺北區及東區以外之四分區一般服務費用(不含新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用，含查處追扣金額、「強化基層照護能力開放表別項目」、「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」、「因應長新冠照護衍生費用」、「促進醫療服務診療項目支付衡平性」等專款、其他部門「基層總額轉診型態調整費用」、及藥品給付協議)，估算浮動點值後進行排序及風險調整移撥款

作業。

(五) 風險調整移撥款撥補點值落後地區(不含臺北區、東區)方式及比率分配如下：

- 1、點值落後地區：係指點值排序第3名及第4名地區且點值小於每點1元者。
- 2、撥補比率：點值排序第3名地區撥補30%，點值排序第4名地區撥補70%。
- 3、點值落後地區如僅有一分區，仍維持前開撥補比率。
- 4、撥補前與撥補後點值排序不變，若撥補後影響點值排序，則受撥補分區最高補至與原點值排序前一名之分區浮動點值。

(六) 若有剩餘或未動用之移撥款，則當季依五分區(不含臺北區)移撥後(係指撥補因R值占率前進而減少預算分區之「減少費用」後)之預算(不含違規查處、專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算)占率攤分。

(七) 分區一般服務預算依前開調整後併入「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」，結算點值。

四、111年西醫基層總額六區查處非總額舉發追扣金額，依六分區減列金額之50%，列入113年六分區地區預算分配。

(一) 扣除額度，臺北1,332,996元、北區652,325元、中區580,124元、南區25,105,797元、高屏3,380,655元、東區230元。

(二) 113年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依111年四季預算占率計算。

(三) 113年六分區四季一般服務費用預算扣除各該區應減列之金額後，各該季總減列之金額再依111年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至113年六分區各該季費用預算。

註：四季預算占率係指不含專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號
聯絡人：阮柏歡
聯絡電話：02-27065866 分機：2670
傳真：02-27069043
電子郵件：A111267@nhi.gov.tw

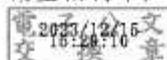
受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年12月15日
發文字號：健保醫字第1120665277C號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨 (A210300001_1120665277C_doc4_Attach1.pdf)

主旨：檢送「113年度牙醫門診總額地區分配預算」(附件)，請
備查。

說明：依據本署112年11月21日全民健康保險醫療給付費用牙醫門
診總額112年第4次研商議事會議決議(諒達)辦理。

正本：衛生福利部全民健康保險會
副本：衛生福利部社會保險司、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會(均含附件)



113 年度牙醫門診總額地區分配預算

112 年 11 月 21 日牙醫門診總額研議事會議 112 年第 4 次會議

- 一、113 年度牙醫門診總額地區預算分配方式調整，自 113 年度全民健康保險牙醫門診總額一般服務費用，移撥 3.3 億元，用於下列 4 個項目：
 - (一)「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」(經費 2 億元)。
 - (二)「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」(經費 0.8 億元)。
 - (三)「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」(其中中區 0.2 億元，高屏 0.1 億元，合計經費 0.3 億元)。
 - (四)「全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」(0.2 億元)。
- 二、各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於 112 年度全民健康保險牙醫門診總額 0 歲至 6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫之品質獎勵費用，其次用於特定疾病病人牙科就醫安全計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依 111 年第 4 季各區人口風險因子(R 值)分配至各區。

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112年12月13日

發文字號：健保醫字第1120125022號

附件：附件請至本署全球資訊網自行擷取



主旨：公告113年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫如附件，並自113年1月1日起實施。

依據：衛生福利部112年12月6日衛部保字第1121260537號函。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部中醫藥司、台灣醫院協會、中華民國中醫師公會全國聯合會、本署財務組、本署企劃組、本署主計室、本署醫審及藥材組、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

署長石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300292

113 年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫

壹、依據：

全民健康保險會協定年度全民健康保險醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的：

為規範中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配之實際操作方式、品質與醫療資源分布之管控，特訂定本計畫。

參、計畫期間：113年1月1日起至113年12月31日止。

肆、預算分配：

當年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算(扣除106年度於一般服務之品質保證保留款額度22.8百萬元)，按季先行結算該年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件(每點以1元支付)後，再依下列方式進行預算分配：

一、東區預算占率2.22%，先予分配；其餘五分區預算占率97.78%。

二、風險調整移撥款之提撥及分配：

(一)提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 6,000 萬元，由各季提撥 1,500 萬元。

(二)分配方式

1、其中 4,000 萬元用於補助點值，補助方式如下：

(1)自 113 年第 1 季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。

(2)其浮動點值以該最低分區該季每點支付金額最高補至 0.8 元之差值(但最高不大於點值第二低的分區)，當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=經費/∑各院補助金額)。

(3)若兩區以上浮動點值低於 0.8 元時，優先補助最低一區至次低的浮動點值，剩餘經費再依相同浮動點值分配，每點浮動點值最高補至 0.8 元。

(4)移撥經費全年預算若有結餘則回歸一般服務費用總額，並依 113 年第 4 季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。

2、其中2,000萬元按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。

註：各分區就醫率=當季就醫人數/當季季中戶籍人口數。

三、113年東區之外五分區中醫總額一般服務預算扣除風險調整移撥款後，各季預算分配方式如下(操作型定義詳附件1)：

(一)66%預算以「95年第4季至98年第3季之五分區實際預算占率」分配。

(二)15%預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配。

(三)9%預算以「各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率」分配。

(四)4%預算以「各區去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差指標加權校正後之占率」分配。

(五)5%預算以「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」指標加權校正後之占率分配(當年前一季)。

(六)1%預算作為「偏鄉人口預算分配調升機制」之用。符合本計畫「偏鄉」定義之中醫門診特約醫事服務機構，當季結算之醫療點數，除依一般服務預算結算外，若該區前一季浮動點值低於每點1元者，依該區前一季浮動點值，補至最高每點1元，其經費由本項預算支應。本項預算當季若有餘款，則餘額按「95年第4季至98年第3季之五分區實際收入預算占率」分配予各區。

註：符合「偏鄉」定義之條件說明如下：

1. 偏鄉定義為(1)全民健康保險保險人(以下稱保險人)公告之全民健康保險山地、離島地區或(2)每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)112年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。

2. 符合中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫之中醫門診特約醫事服務機構不予補付。

3. 112年全國每月申報醫療費用點數之平均值 = Σ 112年各中醫門

診特約醫事服務機構每月申報醫療費用點數/ Σ 112年每月月底中醫門診特約醫事服務機構家數。申報醫療費用點數為中醫門診特約醫事服務機構每月之申請點數+部分負擔點數。

4. 113年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以112年12月之戶籍人口與中醫師數進行計算。

四、經上述第(一)款至第(六)款方式分配後，以及含已撥補分區之風險調整移撥款，如全年各區預算與去年比較呈現負成長，則由其他分區按比例撥補至零成長。

伍、五分區預算分配之計算及各分區點值之核算詳附件2。

陸、管理機制

一、中華民國中醫師公會全國聯合會（以下稱中醫全聯會）應成立「中醫總額共同管理組」，負責本計畫六分區總額事務之協調與管理。

二、中醫全聯會與保險人成立共同管理機制，含各分區全民健康保險中醫門診總額支付制度保險委員會分會與保險人分區業務組，負責本計畫之管理、監控與檢討。

柒、本計畫由保險人與中醫全聯會研訂後，並報請主管機關核定後公告實施，並副知全民健康保險會。屬執行面之修訂，由保險人逕行修正公告。

附件1：指標之操作型定義

※各項指標計算過程結果，四捨五入取至小數點以下第6位（如：99.9905% ≈ 0.999905） ※計算時程：每季

指標：

指標1：95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際預算占率

分子：各分區各季總預算(Ai1)

分母： Σ 各分區各季總預算加總($\Sigma Ai1$)

條件說明：

一、第1季：96Q1+97Q1+98Q1預算加總

二、第2季：96Q2+97Q2+98Q2預算加總

三、第3季：96Q3+97Q3+98Q3預算加總

四、第4季：95Q4+96Q4+97Q4預算加總

指標2：各區去年同期戶籍人口數占率

分子：各區去年同期戶籍人口數(Ai2)

分母： Σ 各分區去年同期戶籍人口數加總($\Sigma Ai2$)

條件說明：

一、資料來源採用內政部戶政司統計資料（採季中戶籍人口數）

http://www.ris.gov.tw/zh_TW/346（首頁 > 人口政策及統計資料 > 人口統計資料庫 > 人口統計資料 > 各月人口資料 > 03鄉鎮戶數及人口數）

二、各分區之各鄉鎮市區採用內政部戶政司之地區分類。

指標3：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率

分子：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值(Ai3)

分母： Σ 各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值加總($\Sigma Ai3$)

條件說明：

一、保險對象：身分證號相同者就醫人數計一人。

二、資料擷取時間點：中醫門診特約醫事服務機構申報資料【不含職業災害案件（案件分類B6）、中醫醫療照護計畫及收容對象醫療服務計畫】，該費用年月次月20日前申報受理者，始納入計算。就醫次數計算排除診察費=0之案件。

三、計算步驟：

- (一)計算去年同期全國就醫人數(季) (p)
- (二)計算每位病患於各區就醫次數(a)
- (三)計算每位病患於各區就醫次數比率(a%)
=每位病患於各區就醫次數(a)/ Σ 每位病患於各區就醫次數(Σa)
- (四)各區每位病患之就醫次數比率(T)
=各區 Σ 每位病患於各區就醫次數比率($\Sigma a\%$)
- (五)計算各區每人就醫次數之權值(K1)
=各區每位病患之就醫次數比率(T)/ 全國就醫人數(p)
- (六)扣除東區後，重新計算各區就醫次數之權值(K2)
=各區每人就醫次數之權值(K1)/加總五區每人就醫次數之權值($\Sigma K1$)

四、舉例說明：

- (一)本季全國中醫就診病患有4人(p)
- (二)計算(a)、(a%)、(T)

分區	病患a1就醫次數	於各區就醫次數比率(a1%)	病患a2就醫次數	於各區就醫次數比率(a2%)	病患a3就醫次數	於各區就醫次數比率(a3%)	病患a4就醫次數	於各區就醫次數比率(a4%)	各區每位病患之就醫次數比率 $T=(a1\%+a2\%+a3\%+a4\%)$
台北	3	16.6667%	2	7.1429%	24	60.0000%	0	0.0000%	0.838095
北區	2	11.1111%	4	14.2857%	7	17.5000%	0	0.0000%	0.428968
中區	6	33.3333%	0	0.0000%	0	0.0000%	7	58.3333%	0.916667
南區	4	22.2222%	8	28.5714%	4	10.0000%	5	41.6667%	1.024603
高屏	2	11.1111%	6	21.4286%	3	7.5000%	0	0.0000%	0.400397
東區	1	5.5556%	8	28.5714%	2	5.0000%	0	0.0000%	0.391270
全區	18	100%	28	100%	40	100%	12	100%	4.000000

(三)計算各分區就醫次數之權值

分區	就醫人數P	各區每位病患之就醫次數比率(T)	權值 (K1)=T/(全區P)	扣除東區分區	權值(K2)
台北	3	0.838095	0.209524	0.209524	0.232241
北區	3	0.428968	0.107242	0.107242	0.118870
中區	2	0.916667	0.229167	0.229167	0.254014
南區	4	1.024603	0.256151	0.256151	0.283923
高屏	3	0.400397	0.100099	0.100099	0.110952
東區	3	0.391270	0.097817	-	-
全區	4		1.000000	0.902183	1.000000

指標4：去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差(季)

條件說明：

- 一、保險對象：以各區各季之身分證號相同者計一人。
- 二、人數利用率成長率 (p)：以各區患者 ID 歸戶(以「季」及「人」為單位不重複計算)，即 $(112\text{年該季}/111\text{年同期}) - 1$ 。
- 三、醫療費用點數成長率(r)： $(112\text{年該季申報醫療費用點數}/111\text{年同期申報醫療費用點數}) - 1$ 。
- 四、各季以費用年月計算，醫療費用點數係指中醫門診醫療給付費用總額一般服務之申報醫療費用點數(申請費用點數+部分負擔點數)，含交付機構，不含職業災害案件(案件分類 B6)、中醫醫療照護專案計畫及收容對象醫療服務計畫。
- 五、本項為正向指標，權重為1、權值為5%(m)。
- 六、(p-r)產生的最大值中，其值大於0且 p 值大於0之區域，權值加計+5%；(p-r)產生的最小值中，其值小於0且 r 值大於0之區域，權值加計-5%，非屬前述二要件之區域均以0計。

指標5：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

分母： Σ 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

條件說明：

- 一、「各分區各鄉鎮市區人口數」之資料來源採用內政部戶政司「戶籍人口數」。
- 二、「中醫師數」之資料來源採用全民健康保險保險人「特約醫事機構醫事人員」公務統計。
- 三、戶籍人口數及中醫師數採用季中數值。
- 四、各分區業務組之各鄉鎮市區如附表。
- 五、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數
 $= \text{各分區各鄉鎮市區中醫師數} \div (\text{各分區各鄉鎮市區戶籍人口數} \div 10,000)$
- 六、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季)，指標值為全國平均值
(一)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 > 全國平均值：
 - *該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率 \geq 全國每萬人口中醫師數成長率，
各鄉鎮市區權值(dr_peop)
 $= -5\%(m) * (\text{各鄉鎮市區戶籍人口數} / \text{該分區戶籍人口數小計})$
 - *該鄉鎮市區本季每萬人口中醫師數成長率 < 全國每萬人口中醫師數成長

率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)為 0 (m)。

*各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

(二)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 \leq 全國平均值：

*該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率 \geq 全國每萬人口中醫師數成長率，
各鄉鎮市區權值(dr_peop)
 $=+5\%(m)*(\text{各鄉鎮市區戶籍人口數}/\text{該分區戶籍人口數小計})$

*該鄉鎮市區本季每萬人口中醫師數成長率 $<$ 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)為 0 (m)。

*各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

(三)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(指標5)之權值和($\sum dr_peop$)
 $=$ 各分區 \sum 各鄉鎮市區權值(dr_peop)

*成長率之計算係與前季季中比較。

指標6：「偏鄉人口預算分配調升機制」

- 一、 每季結算時，「偏鄉」之中醫門診特約醫事服務機構，當季結算之醫療點數，除依一般服務預算結算外，若該區前一季浮動點值低於每點1元者，依該區前一季浮動點值，補至最高每點1元，若分區前一季浮動點值大於每點1元者，則不予補付。
- 二、 依上述方式補付後，若該季預算尚有結餘，則餘額按指標1「95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際預算占率」分配予各分區，併同指標1至指標5之預算進行當季結算。

條件說明：

- 一、 偏鄉定義為(1)保險人公告之全民健康保險山地、離島地區或(2)每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於) $\frac{1111112}{12}$ 年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。
- 二、 符合中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫之中醫門診特約醫事服務機構不予補付。
- 三、 $\frac{112}{12}$ 年全國每月申報醫療費用點數之平均值 = $\frac{\sum 112 \text{年每月申報醫療費用}}{\sum 112 \text{年每月月底特約中醫門診特約醫事服務機構家數}}$ 。申報醫療費

用點數為特約中醫門診特約醫事服務機構每月之申請點數+部分負擔點數。

四、113年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以112年12月之戶籍人口與中醫師數進行計算。

附件2 五分區預算分配之計算及點值核算

※五分區預算分配之計算操作型定義

- 一、當年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務各季預算總額(T)
= 預算 GA+預算 GB+預算 GC+預算 GD+預算 GE+預算 GF+
預算(東區)+當季撥補之風險調整移撥款 Gh。

$$\text{指標1預算 GA} = (T) * 97.78\% * 66\%$$

$$\text{指標2預算 GB} = (T) * 97.78\% * 15\%$$

$$\text{指標3預算 GC} = (T) * 97.78\% * 9\%$$

$$\text{指標4預算 GD} = (T) * 97.78\% * 4\%$$

$$\text{指標5預算 GE} = (T) * 97.78\% * 5\%$$

$$\text{指標6預算 GF} = (T) * 97.78\% * 1\%$$

二、各分區各季指標預算計算如下

(一) 各分區各季預算 Ga

$$= \text{各季預算 GA} * \text{指標1占率} (A_{i1} / \sum A_{i1})。$$

指標1占率 $(A_{i1} / \sum A_{i1})$

$$= \text{95年第4季至98年第3季之各區各季預算} (A_{i1}) / \sum \text{95年第4季至98年第3季之各區各季預算} (\sum A_{i1})。$$

※占率：四捨五入至小數點第6位

(二) 各分區各季預算 Gb

$$= \text{各季預算 GB} * \text{指標2占率} (A_{i2} / \sum A_{i2})。$$

指標2占率 $(A_{i2} / \sum A_{i2})$

$$= \text{去年同期各分區戶籍人口數} (A_{i2}) / \sum \text{去年同期各分區戶籍人口數} (\sum A_{i2})。$$

※占率：四捨五入至小數點第6位

(三) 各分區各季預算 Gc

= 各季預算 GC * 指標3占率 ($A_{i3} / \sum A_{i3}$)。

指標3占率 ($A_{i3} / \sum A_{i3}$)

= 各分區去年同期每人於各分區就醫次數之權值 (A_{i3}) / \sum 去年同期每人於各分區就醫次數之權值 ($\sum A_{i3}$)。

※占率：四捨五入至小數點第6位

(四) 各分區各季預算 Gd

= 各季預算 GD * 指標4加權後之預算占率 ($A_{i4} / \sum A_{i4}$)。

※各分區指標4權值 = 各分區人數利用率成長率(p)與醫療費用成長率(r)差

※各分區各季經指標4加權後之預算 (A_{i4})

= 95年第4季至98年第3季之各區各季預算 (A_{i1}) * (1 + 指標4權值 K2)

※各分區各季經指標4加權後之預算占率 ($A_{i4} / \sum A_{i4}$)

= 各分區各季經指標4加權後之預算 (A_{i4}) / \sum 各分區各季經指標4加權後之預算 ($\sum A_{i4}$)

※成長率占率：四捨五入至小數點第6位

(五) 各分區各季預算 Ge

= 預算 GE * 指標5加權後之預算占率 ($A_{i5} / \sum A_{i5}$)。

※各分區指標5權值 = 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

※各分區各季經指標5加權後之預算 (A_{i5})

= 95年第4季至98年第3季之各區各季預算 (A_{i1}) * 【1 + 指標5權值和 ($\sum dr_peop$)】

※各分區各季經指標5加權後之預算占率 ($A_{i5} / \sum A_{i5}$)

= 各分區各季經指標5加權後之預算 (A_{i5}) / \sum 各分區各季經指標5加權後之預算 ($\sum A_{i5}$)

※占率：四捨五入至小數點第6位

(六) 各分區各季預算 Gf

$$=(\text{預算 GF} - \Sigma \text{ 指標6各區各季補至每點1元所需預算}) * \text{指標1占率} \\ (\text{Ai1} / \Sigma \text{Ai1})。$$

三、各分區各季預算 $T_s = \text{該區當季預算 Ga} + \text{該區當季預算 Gb} + \text{該區當季預算 Gc} + \text{該區當季預算 Gd} + \text{該區當季預算 Ge} + \text{該區當季預算 Gf} + \text{當季撥補之風險調整移撥款 Gh}。$

四、若五分區全年預算與前一年比較呈現負成長，則由其他分區按比例撥補至零成長，其操作定義及撥補程序如下：

(一) 操作定義：各分區全年預算 $T_y = \Sigma \text{ 該區各季 } T_s + \Sigma \text{ 指標6各區各季補至每點1元所需預算}。$

1. 成長率 = $(\text{113年該區各季核算 } T_y / \text{112年該區各季核算 } T_y) - 1。$

2. 各分區撥補比例 = $(\text{成長率大於0之分區 } T_y) / \Sigma (\text{成長率大於0之分區 } T_y)。$

(二) 撥補程序

1. 於113第四季結算時，由「成長率大於0之分區」，各自依比例撥補至「成長率小於0之分區」，使全年預算 T_y 負成長之分區補至零成長。

● 撥補程序之操作範例：如下頁附表。

2. 依上述方式撥補後，如仍有分區呈現負成長，其不足額度繼續由「成長率大於0之分區」按比例撥補，直至各區預算成長率均不小於0為止。

112年該區 113年該區全										
	全年		年		成長		負成長		撥補後 撥補後成	
	預算Ty (百萬元)	預算Ty (百萬元)	W	W/V-1	X	Y	X*Y=Z	調整 金額	Ty	長率
台北	5,604.8	5,723.8	2.1%	--	--	40.4%	-14.1*40.4%	-5.7	5,718.1	2.0%
北區	2,336.2	2,389.2	2.3%	--	--	16.9%	-14.1*16.9%	-2.4	2,386.8	2.2%
中區	5,188.3	5,174.2	-0.3%	-14.1	--	--	--	14.1	5,188.3	0.0%
南區	2,802.0	2,858.7	2.0%	--	--	20.2%	-14.1*20.2%	-2.8	2,855.9	1.9%
高屏	3,144.2	3,207.2	2.0%	--	--	22.6%	-14.1*22.6%	-3.2	3,204.0	1.9%
正成長分	14,178.9				100.0%		0			
區小計										

※各分區點值之核算操作型定義：

一、藥費依全民健康保險藥物給付項目及支付標準以每點一元自地區預算預先扣除。

二、浮動點值

(一) 東區浮動每點支付金額 = [預算(東區) - 東區核定非浮動點數 - 東區自墊核退點數] / 東區一般服務浮動核定點數。

(二) 各分區浮動每點支付金額 = [預算(各分區) - 各分區核定非浮動點數 - 各分區自墊核退點數] / 各分區一般服務浮動核定點數。

(三) 全區浮動每點支付金額 = [全區一般服務預算總額 - 全區核定非浮動點數 - 全區自墊核退點數] / 全區一般服務浮動核定點數。

三、平均點值

(一) 東區平均點值 = [預算(東區) / [東區一般服務核定浮動點數 + 東區核定非浮動點數 + 東區自墊核退點數]

(二) 各分區平均點值 = [各分區預算 / [各分區一般服務核定浮動點數 + 各分區核定非浮動點數 + 各分區自墊核退點數]

(三) 全區平均點值 = [全區一般服務預算總額 / [全區一般服務核定浮動點數 + 全區核定非浮動點數 + 全區自墊核退點數]

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：蕭夢萍
聯絡電話：(02)8590-6732
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hgmph64@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年12月27日
發文字號：衛部保字第1120154544號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：行政院112年12月22日核定函影本一份

主旨：行政院核定113年度全民健康保險一般保險費率維持現行費率5.17%，不予調整一案，請照辦並廣為周知。

說明：

- 一、依行政院112年12月22日院臺衛字第1121044505號函辦理，影本如附件。
- 二、補充保險費率，應依全民健康保險法第33條規定，維持2.11%，不予調整。

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



檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

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

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年12月25日
發文字號：衛部保字第1120152960C號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表之pdf檔各1份

主旨：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，業經本部於中華民國112年12月25日以衛部保字第1120152960號令修正發布，並自113年1月1日生效，茲檢送發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表各1份，請查照。

正本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、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、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、勞動部勞工保險局、衛生福利部中央健康保險署
副本：衛生福利部國民健康署、衛生福利部疾病管制署、本部醫事司、本部中醫藥司、本部護理及健康照護司、本部心理健康司、本部口腔健康司、本部長期照顧司、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會(均含附件)

2.12.25



112CC01016

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正總說明

本次醫療服務給付項目及支付標準之修正，為本（一百十二）年第五次修正，並自一百十三年一月一日生效。

本次修正主要配合醫療器材使用規範反應單次使用醫材成本，自本年十一月一日生效調升支付點數或增列加計規定計七十三項，重新計算及修正第七部全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)「附表 7.3 113 年 1 月至 6 月 3.4 版 1,068 項 Tw-DRGs 權重表」。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國112年12月27日
發文字號：衛部保字第1121260572號



主旨：廢止「治療複雜性心臟不整脈消融導管為全民健康保險自付差額之特殊材料品項類別」，並自即日生效。

依據：中央法規標準法第二十一條第四款。

公告事項：本部一百零八年五月八日衛部保字第一〇八一二六〇一〇二〇號公告「治療複雜性心臟不整脈消融導管為全民健康保險自付差額之特殊材料品項類別」，為使該公告之特殊材料品項類別名稱與臨床使用需求一致，本部於一百十二年十二月二十七日以衛部保字第一一二一二六〇五七二A號公告訂定「治療複雜性心臟不整脈特殊功能導管為全民健康保險自付差額之特殊材料品項類別」，爰配合辦理上開一百零八年五月八日公告廢止。

部長 薛瑞元

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國112年12月27日
發文字號：衛部保字第1121260572A號



主旨：訂定「治療複雜性心臟不整脈特殊功能導管為全民健康保險
自付差額之特殊材料品項類別」，並自即日生效。

依據：全民健康保險法第四十五條第三項。

部長 薛瑞元

檔 號：
保存年限：

副本

衛生福利部 公告

11558



臺北市南港區忠孝東路6段488號4樓

受文者：本部社會保險司

發文日期：中華民國112年12月29日

發文字號：衛部保字第1120154380號

附件：全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案附表



主旨：公告修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」附表。

副本：中華民國中醫師公會全國聯合會、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、本部社會保險司(均含附件)

部長 薛瑞元

副本

檔號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  46
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

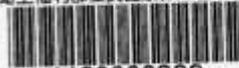
發文日期：中華民國112年12月15日
發文字號：健保醫字第1120125106號
附件：如主旨(請至本署全球資訊網擷取)

主旨：公告「113年度全民健康保險醫療資源缺乏地區」施行區域，如附件，並自一百十三年一月一日起生效。

依據：全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件第三點。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、台灣醫院協會、社團法人台灣私立醫療院所協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國私立地區醫院協會、台灣教會醫療院所協會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、行政院主計總處、地方政府衛生局、國軍退除役官兵輔導委員會、國防部軍醫局、社團法人台灣醫學資訊學會、臺北市電腦商業同業公會、衛生福利部、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、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組、本署資訊組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發

1123300299

113年度「全民健康保險醫療資源缺乏地區」施行區域

序號	分區業務組	區域別	序號	分區業務組	區域別
1	臺北業務組	新北市石碇區	24	中區業務組	臺中市大安區
2	臺北業務組	新北市坪林區	25	中區業務組	彰化縣線西鄉
3	臺北業務組	新北市三芝區	26	中區業務組	彰化縣福興鄉
4	臺北業務組	新北市石門區	27	中區業務組	彰化縣芬園鄉
5	臺北業務組	新北市平溪區	28	中區業務組	彰化縣埔鹽鄉
6	臺北業務組	新北市雙溪區	29	中區業務組	彰化縣田尾鄉
7	臺北業務組	新北市貢寮區	30	中區業務組	彰化縣芳苑鄉
8	臺北業務組	新北市萬里區	31	中區業務組	彰化縣大城鄉
9	臺北業務組	宜蘭縣冬山鄉	32	中區業務組	彰化縣溪州鄉
10	臺北業務組	宜蘭縣五結鄉	33	中區業務組	南投縣鹿谷鄉
11	臺北業務組	宜蘭縣三星鄉	34	中區業務組	南投縣中寮鄉
12	北區業務組	桃園市觀音區	35	中區業務組	南投縣魚池鄉
13	北區業務組	新竹縣橫山鄉	36	中區業務組	南投縣國姓鄉
14	北區業務組	新竹縣芎林鄉	37	南區業務組	雲林縣大埤鄉
15	北區業務組	新竹縣寶山鄉	38	南區業務組	雲林縣元長鄉
16	北區業務組	新竹縣北埔鄉	39	南區業務組	雲林縣水林鄉
17	北區業務組	新竹縣峨眉鄉	40	南區業務組	嘉義縣六腳鄉
18	北區業務組	新竹縣新埔鎮	41	南區業務組	嘉義縣東石鄉
19	北區業務組	苗栗縣南庄鄉	42	南區業務組	嘉義縣鹿草鄉
20	北區業務組	苗栗縣西湖鄉	43	南區業務組	嘉義縣番路鄉
21	北區業務組	苗栗縣造橋鄉	44	南區業務組	嘉義縣大埔鄉
22	北區業務組	苗栗縣三灣鄉	45	南區業務組	臺南市大內區
23	北區業務組	苗栗縣獅潭鄉	46	南區業務組	臺南市七股區

113年度「全民健康保險醫療資源缺乏地區」施行區域

47	南區業務組	臺南市將軍區	64	南區業務組	臺南市北門區
48	南區業務組	臺南市南化區	65	南區業務組	臺南市楠西區
49	南區業務組	臺南市左鎮區	66	東區業務組	花蓮縣玉里鎮
50	南區業務組	臺南市龍崎區	67	東區業務組	花蓮縣壽豐鄉
51	高屏業務組	高雄市田寮區	68	東區業務組	花蓮縣光復鄉
52	高屏業務組	高雄市永安區	69	東區業務組	花蓮縣豐濱鄉
53	高屏業務組	高雄市六龜區	70	東區業務組	花蓮縣瑞穗鄉
54	高屏業務組	高雄市甲仙區	71	東區業務組	花蓮縣富里鄉
55	高屏業務組	高雄市杉林區	72	東區業務組	臺東縣成功鎮
56	高屏業務組	高雄市內門區	73	東區業務組	臺東縣關山鎮
57	高屏業務組	屏東縣萬巒鄉	74	東區業務組	臺東縣卑南鄉
58	高屏業務組	屏東縣竹田鄉	75	東區業務組	臺東縣大武鄉
59	高屏業務組	屏東縣崁頂鄉	76	東區業務組	臺東縣太麻里鄉
60	高屏業務組	屏東縣車城鄉	77	東區業務組	臺東縣東河鄉
61	高屏業務組	屏東縣滿州鄉	78	東區業務組	臺東縣長濱鄉
62	高屏業務組	屏東縣枋山鄉	79	東區業務組	臺東縣鹿野鄉
63	東區業務組	花蓮縣鳳林鎮	80	東區業務組	臺東縣池上鄉

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112年12月6日
發文字號：健保醫字第1120664506號
附件：請自行至本署全球資訊網擷取

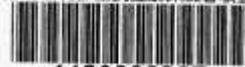
主旨：公告修訂「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、
「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計
畫」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」
(附件)，自一百十三年一月一日起生效。

依據：本署112年11月16日全民健康保險醫療給付費用中醫門診總
額112年第4次研商議事會議決議辦理。

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、本署醫務
管理組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300287

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112年12月18日

發文字號：健保醫字第1120664991號

附件：請自行至本署全球資訊網站擷取



主旨：公告修訂「全民健康保險急診品質提升方案」，並自中華民國一百一十二年十二月一日起生效。

依據：本署112年11月22日召開全民健康保險醫療給付費用醫院總額112年第4次研商議事會議決議。

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、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、社團法人台灣急診醫學會、本署各分區業務組、本署醫審及藥材組、本署企劃組、本署醫務管理組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300301

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



41

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112年12月19日

發文字號：健保醫字第1120125466號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網公告欄擷取)



主旨：公告修訂「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」(附件)。

依據：衛生福利部112年12月13日衛部保字第1121260561號函。

副本：中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、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、台灣教會醫療院所協會、中華民國診所協會全國聯合會、行政院主計總處、地方政府衛生局、社團法人台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、勞動部勞工保險局、衛生福利部、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、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組

署長石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300303

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112年12月21日
發文字號：健保醫字第1120665398號
附件：附件請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：公告修訂全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案(附件)，並自113年1月1日起實施。

依據：依據112年11月16日召開之「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」112年第4次會議決議(諒達)辦理。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部中醫藥司、台灣醫院協會、中華民國中醫師公會全國聯合會、本署財務組、本署企劃組、本署主計室、本署醫審及藥材組、本署資訊組、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

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300306

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



31

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112年12月26日

發文字號：健保醫字第1120665451號

附件：附件請自本署全球資訊網公告區進行擷取



主旨：公告修正「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」，如附件，訂自113年1月1日起施行。

依據：依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」藥品部分第64次會議與112年度「全民健康保險醫療給付項目及支付標準共同擬訂會議」第4次會議辦理。

公告事項：

旨揭計畫修訂內容摘述如下：

- 一、放寬矯正計畫疥瘡口服用藥給付規定：增加文字「(九)承作院所或院所團隊於矯正機關內開立疥瘡口服藥物 Ivermectin (如 Stromectol) 不限使用鏡檢確認診斷，惟須檢附照片備查」。
- 二、配合東部地區矯正機關調整及改制，調整論次計酬名單：

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300307

(一)修正相關之矯正機關名稱，包含法務部矯正署所屬矯正機關一覽表、論次計酬矯正機關名單等文字。

(二)臺東戒治所（同址原為臺東監獄）得申報論次費用。

三、餘酌修文字。

副本：法務部矯正署、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、台灣醫院協會、地方政府衛生局、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部國民健康署、衛生福利部疾病管制署、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組



署長石崇良

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



24

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112年12月27日

發文字號：健保醫字第1120665384號

附件：如主旨、公告事項二(請至本署全球資訊網站公告欄擷取)



主旨：公告修正「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案(下稱即時查詢方案)」如附件1，自112年12月1日起實施。

依據：衛生福利部112年6月16日衛部保字第1120124019號令、同年8月30日衛部保字第1121260319號令、同年10月17日衛部保字第1120143042號令。

公告事項：

- 一、旨揭方案增修方案附件5，共計5項。
- 二、次修正即時查詢方案-特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明(下稱檢驗(查)上傳格式)(附件2)及特約醫事服務機構上傳醫療檢查影像格式說明(下稱影像上傳格式)(附件3)如下：

(一)檢驗(查)上傳格式：

- 1、新增表十二、新型冠狀病毒核糖核酸定性擴增試驗(醫令代碼：12215C)及新型冠狀病毒抗原檢測(醫令代碼：14084C)填寫規範，並配合修正表一及表二上傳欄位說明。
- 2、新增09140C「血液及體液葡萄糖-餐後」之填列規範，及修正表七及表九格式說明。
- 3、表一及表二新增「就醫識別碼」、「原就醫識別碼」及「實際就醫之就醫識別碼」等3個欄位。

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300308

(二)影像上傳格式：新增「特殊個案之出生日期」、「就醫識別碼」、「原就醫識別碼」及「實際就醫之就醫識別碼」等4個欄位。

三、考量院所調整上傳程式所需時間，相關措施如下：

(一)19140C「血液及體液葡萄糖-餐後」於112年11月起生效，醫療院所於113年2月前(含)上傳檢驗(查)結果，即予獎勵，自113年3月起，需依方案規定於時效內上傳，方予獎勵。

(二)檢驗(查)上傳格式及影像上傳格式修訂於113年3月1日起實施。

四、旨揭方案置於本署全球資訊網/公告，又檢驗(查)上傳格式及影像上傳格式置於本署全球資訊網/健保服務/健保與就醫紀錄查詢項下，請自行擷取。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、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、社團法人中華民國職能治療師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國公立醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣教會醫療院所協會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、國軍退除役官兵輔導委員會、社團法人台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、社團法人台灣醫事檢驗學會、台灣臨床病理檢驗醫學會、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署署長室、本署蔡副署長室、本署主任秘書室、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組、本署承保組、本署醫務管理組

署長 石崇良

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  24
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112年12月28日
發文字號：健保醫字第1120665572號
附件：無

主旨：更正本署112年12月27日健保醫字第1120665384號公告之公告事項三。

公告事項：更正本署112年12月27日健保醫字第1120665384號公告之公告事項三、(一)「19140C」為「09140C」。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、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、社團法人中華民國職能治療師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國公立醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣教會醫療院所協會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、國軍退除役官兵輔導委員會、社團法人台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、社團法人台灣醫事檢驗學會、台灣臨床病理檢驗醫學會、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署署長室、本署蔡副署長室、本署主任秘書室、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組、本署承保組、本署醫務管理組

署長 **石崇良** 出差
副署長 蔡淑鈴 代行

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300309

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  29
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113年1月4日

發文字號：健保醫字第1120126347號

附件：如主旨(請自行至本署全球資訊網公告欄擷取)



主旨：公告「113年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」(附件)。

依據：衛生福利部112年12月25日衛部保字第1121260563號函。

副本：中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、台灣醫院協會、地方政府衛生局、台北市電腦商業同業公會、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署主計室、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300002

113. 1. 5

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113年1月8日
發文字號：健保醫字第1130100046號
附件：請至本署全球資訊網公告欄擷取

主旨：公告「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」，溯自113年1月1日起生效。

依據：衛生福利部112年12月29日衛部保字第1121260577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、台灣腎臟醫學會、社團法人台灣基層透析協會、本署各分區業務組、本署主計室、本署醫務管理組、本署醫審及藥材組、本署資訊組、本署財務組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300003

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：阮柏叡

聯絡電話：02-27065866 分機：2670

傳真：02-27069043

電子郵件：A111267@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112年12月15日

發文字號：健保醫字第1120665277A號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：112年第2季暨修正後之第1季「牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨112年11月21日「全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額112年第4次研商議事會議」決定辦理。
- 二、依前開會議決議，112年第1季牙醫門診預算一般服務重新結算，本署前於112年9月7日以健保醫字第1120663744A號函112年第1季旨揭說明表修正同附件。
- 三、旨揭牙醫門診總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/牙醫總額。
- 四、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



112.12.18

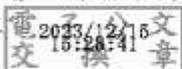


1123340317

規定，自112年12月15日起，牙醫門診總額費用之暫付、核付，依112年第2季結算點值辦理，並於112年12月辦理112年第1季、第2季點值結算後追扣補付事宜。

正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、各縣市牙醫師公會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫審及藥材組



教

打

線



六、修正後一般服務各分區點值之計算

1. 修正後一般服務浮動每點支付金額	= [修正後分區一般服務預算總額(BD3)	
- 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季點值(AF)		198,036] / 3,759,930,357 = 0.90858092
- 投保該分區核定非浮動點數(BG)		104,002] / 1,438,605,262 = 0.98995741
- 當地就醫分區自整核退點數(BJ)]		88,113] / 1,916,603,847 = 0.98500313
/ 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)		55,266] / 1,193,681,551 = 1.02359896
		41,613] / 1,436,946,986 = 0.99960627
		18,284] / 152,554,610 = 1.15549197
臺北分區	= [4,292,597,991 - 844,259,362 - 31,939,605 -	
北區分區	= [1,878,641,332 - 439,717,873 - 14,661,524 -	
中區分區	= [2,101,540,987 - 194,288,903 - 19,303,190 -	
南區分區	= [1,462,558,336 - 232,065,807 - 8,586,068 -	
高屏分區	= [1,614,379,016 - 164,671,926 - 13,284,253 -	
東區分區	= [214,431,878 - 35,816,916 - 2,321,051 -	

2. 修正後一般服務全區浮動每點支付金額 = 加總[修正後分區一般服務預算總額(BD3)

- (核定非浮動點數(BG) - 緩起訴捐助款)	
- 自整核退點數(BJ)]	
/ 加總一般服務浮動核定點數(GF)	
	= [11,564,149,540 - 90,095,691 - 505,314] / 11,874,893,563 = 0.96629222

3. 修正後一般服務分區平均點值 = [修正後分區一般服務預算總額(BD3)]

/ [一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) + 自整核退點數(BJ)]	
臺北分區	= [4,292,597,991 - 844,259,362 - 31,939,605 + 198,036] / 3,759,930,357 = 0.91204908
北區分區	= [1,878,641,332 - 439,717,873 - 14,661,524 + 104,002] / 1,438,605,262 = 0.99030373
中區分區	= [2,101,540,987 - 194,288,903 - 19,303,190 + 88,113] / 1,916,603,847 = 0.98533724
南區分區	= [1,462,558,336 - 232,065,807 - 8,586,068 + 55,266] / 1,193,681,551 = 1.02418130
高屏分區	= [1,614,379,016 - 164,671,926 - 13,284,253 + 41,613] / 1,436,946,986 = 0.99985502
東區分區	= [214,431,878 - 35,816,916 - 2,321,051 + 18,284] / 152,554,610 = 1.15000000

4. 修正後一般服務全區平均點值

= [11,564,149,540 - 90,095,691 + 505,314] / 11,874,893,563 = 0.96645813
--

5. 修正後牙醫門診總額平均點值=加總[依調整後分區一般服務預算總額(BD3) + 專款專用暫結金額
 + 移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報暫結金額+移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫暫結金額
 + 移撥支應高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)暫結金額]
 /加總[一般服務核定浮動點數(GF)+ 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ)
 + 專款專用已支用點數(含品質保證保留款)+移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數]
 = [11,564,149,540+419,877,865 + 53,488,215 + 3,797,768 + 291,211]
 / [11,874,893,563 + 90,095,691 + 505,314+413,558,227 + 52,293,432] = 0.96864848

註：1. 專款專用暫結金額=牙醫特種醫療服務結算金額(含一般服務支應之不足款)+醫療資源不足地區改善方案支付金額
 +網路頻寬補助費用暫結金額+牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫暫結金額+0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫
 +12-18歲青少年口腔提升試辦照護計畫+高齲齒牙齒保存改善服務計畫+超音波根管沖洗計畫+齲齒經驗之高風險患者口腔
 健康照護試辦計畫+品質保證保留款預算
 = 154,938,146 + 70,154,108 + 35,213,834 + 1,438,000 + 62,126 + 8,864,506 + 19,398,700 + 15,447,970
 + 62,161,725 + 52,198,750
 = 419,877,865

2. 品質保證保留款預算=106年各季品質保證保留款預算+112年品質保證保留款預算/4。

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月112/03(含)以前:於112/07/01~112/09/30期間核付者。
 費用年月112/04~112/06:於112/04/01~112/09/30期間核付者。

2. 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

檔 號：
保存年限：



衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：邵子川

聯絡電話：02-27065866 分機：3603

傳真：02-27069043

電子郵件：A110881@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年11月30日

發文字號：健保醫字第1120664820A號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：附件請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：112年第2季「中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額
結算說明表」(附件)已確認並公布於本署全球資訊網，下
載路徑如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨112年11月16日
「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額112年第4次研
商議事會議」決定辦理。
- 二、旨揭中醫門診總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下
載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療
費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門
總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/中醫總
額。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法
規定，自112年12月15日起，中醫門診總額費用之暫付、核
付，依112年第2季結算點值辦理，並於112年12月辦理點值
結算追扣補付事宜。



2.12.01



1123340301

五、調整後一般服務浮動總額浮動點值之計算

1. 一般服務浮動每點支付金額 = [風險調整移撥款撥補後分區一般服務預算總額(BD2)

- 各分區一般服務核定非浮動點數(BG)

- 各分區自墊核退點數(BJ)]

/ 各分區一般服務核定浮動點數(BF)

臺北分區	= [2,179,225,250	-	915,962,500	-	59,259] /	1,523,420,911 =	0.82918876
北區分區	= [943,032,123	-	452,151,945	-	25,403] /	685,395,371 =	0.71616296
中區分區	= [1,870,626,552	-	774,574,462	-	33,649] /	1,395,245,213 =	0.78553822
南區分區	= [1,047,131,702	-	481,284,618	-	22,620] /	733,445,549 =	0.77146076
高屏分區	= [1,182,489,950	-	528,055,075	-	5,974] /	836,751,298 =	0.78210683
東區分區	= [164,729,610	-	52,710,721	-	2,852] /	99,822,796 =	1.12214886

2. 全區浮動每點支付金額 = [加總風險調整移撥款撥補後分區一般服務預算總額(BD2)

- 加總核定非浮動點數(BG)

- 加總自墊核退點數(GJ)]

/ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [7,387,235,187 - 3,204,739,321 - 149,757] / 5,274,081,138 = 0.79299996

3. 一般服務分區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)

= [風險調整移撥款撥補後分區一般服務預算總額(BD2)

/ [一般服務核定浮動點數(BF)

+ 該分區核定非浮動點數(BG)

+ 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]

臺北分區	= [2,179,225,250	]	/	[	1,523,420,911 +	915,962,500	+ 59,259] =	0.89332915
北區分區	= [943,032,123	]	/	[	685,395,371 +	452,151,945	+ 25,403] =	0.82898623
中區分區	= [1,870,626,552	]	/	[	1,395,245,213 +	774,574,462	+ 33,649] =	0.86209816
南區分區	= [1,047,131,702	]	/	[	733,445,549 +	481,284,618	+ 22,620] =	0.86201218
高屏分區	= [1,182,489,950	]	/	[	836,751,298 +	528,055,075	+ 5,974] =	0.86641211
東區分區	= [164,729,610	]	/	[	99,822,796 +	52,710,721	+ 2,852] =	1.07993661

4. 一般服務全區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)

= [7,387,235,187 - 3,204,739,321 - 149,757] = 0.87124203

檔 號：

保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段140號
聯絡人：張毓芬
聯絡電話：02-27065866 分機：2629
電子郵件：A111037@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年12月8日
發文字號：健保醫字第1120665083A號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨

主旨：檢送112年第2季「醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表」，已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨112年11月22日全民健康保險醫療給付費用醫院總額112年第4次研商議事會議決定辦理。
- 二、旨揭醫院總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/醫院總額。
- 三、另依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法

規定，自112年12月15日起暫付、核付之醫院總額費用依112年第2季點值辦理，並於112年12月辦理點值結算追扣補付事宜。

正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會、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、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫審及藥材組

5. 非偏遠地區門住診一般服務浮動每點支付金額

[調整後分區門診一般服務預算總額(BD4) + 調整後分區門住診一般服務預算總額(BD3)			
- 加總(門住診非偏遠地區投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數 × 前季全區浮動點值)(AF1+AF3)			476,036,876
- (加總(門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG3) - 藥品給付協議)			18,614,096]
- 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定浮動點數 × 前季就醫分區平均點值)(AF2+AF4)			21,334,110,506 = 0.87080049
- 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG2+BG4)			
- 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]			188,393,592)
/ 加總(門住診非偏遠地區投保該分區當地就醫一般服務核定浮動點數)(BF1+BF3)			11,560,022]/
臺北分區 = [20,075,978,820 + 25,357,169,147 - 4,358,776,781 - (22,616,634,691 - 177,913,116 - 159,492,194 - 188,393,592)			6,839,818]/
北區分區 = [7,494,286,234 + 10,279,402,752 - 2,724,012,106 - (8,929,083,164 - 17,225,505 - 14,089,643 - 11,560,022)]			6,896,501,339 = 0.90859290
中區分區 = [9,558,055,625 + 13,213,433,537 - 1,141,708,122 - (11,144,659,464 - 352,471,291 - 384,835,156 - 282,564,595)			6,839,818]/
南區分區 = [7,461,330,685 + 10,577,594,321 - 1,489,233,080 - (8,430,016,358 - 23,256,277 - 20,566,092 - 188,120,658)			3,472,016]/
高屏分區 = [7,807,761,674 + 11,216,195,575 - 1,099,104,355 - (9,233,458,251 - 76,626,899 - 50,264,247 - 204,931,676)			4,461,553]/
東區分區 = [1,272,273,094 + 2,184,903,347 - 303,769,236 - (1,621,444,090 - 56,226,641 - 25,948,776 - 33,246,162)			1,564,304]/
6. 非偏遠地區門住診一般服務全區浮動每點支付金額 = [調整後門診一般服務預算總額(D4) + 調整後門住診一般服務預算總額(D3)			
- 加總(門住診核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4) - 藥品給付協議)			
- 加總(門住診自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]			
/ 加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)			
= [53,669,686,132 + 72,828,698,679 - (62,630,492,126 - 1,373,293,559) - 46,511,809]/			71,870,370,081
= 0.90711477			

註：藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

7. 非偏遠地區門住診一般服務分區平均點值 = [調整後分區門診一般服務預算總額(BD4) + 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)]

$\begin{aligned} & \sqrt{[加總(門住診一般服務核定浮動點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)} \\ & + 加總(門住診投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4) - 藥品給付協議} \\ & + 加總(門住診當地就醫分區自整核退點數)(BJ1+BJ3)] \\ & = [20,075,978,820 + 25,357,169,147] \sqrt{[26,364,538,041 + 22,776,126,885 - 476,036,876 + 18,614,096]} = 0.93323998 \\ & 臺北分區 = [7,494,286,234 + 10,279,402,752] \sqrt{[9,939,618,789 + 8,943,172,807 - 188,393,592 + 11,560,022]} = 0.95016192 \\ & 北區分區 = [9,558,055,625 + 13,213,433,537] \sqrt{[12,869,985,420 + 11,529,494,620 - 282,564,595 + 6,839,818]} = 0.94394463 \\ & 中區分區 = [7,461,330,685 + 10,577,594,321] \sqrt{[10,010,954,370 + 8,450,582,450 - 188,120,658 + 3,472,016]} = 0.98698010 \\ & 南區分區 = [7,807,761,674 + 11,216,195,575] \sqrt{[10,660,345,949 + 9,283,722,498 - 204,931,676 + 4,461,553]} = 0.96355066 \\ & 高屏分區 = [1,272,273,094 + 2,184,903,347] \sqrt{[2,024,927,512 + 1,647,392,866 - 33,246,162 + 1,564,304]} = 0.94960717 \\ & 東區分區 \\ & 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值 \\ & = [53,669,686,132 + 72,828,698,679] \sqrt{[71,870,370,081 + 62,630,492,126 - 1,373,293,559 + 46,511,809]} = 0.94987241 \end{aligned}$	$\begin{aligned} & 9. 醫院醫療給付費用總額平均點值(不含門診送折) \\ & = 加總[調整後分區門診一般服務預算總額(BD4) + 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3) + 專款專用暫結金額] \\ & \sqrt{[一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 自整核退點數(BJ)} \\ & + 專款專用已支用點數(含品質保證保留款)] \\ & = [53,669,686,132 + 72,828,698,679 + 7,437,248,289] \\ & \sqrt{[71,870,370,081 + 62,630,492,126 - 1,373,293,559 + 46,511,809 + 7,441,918,209]} \\ & = 0.95249214 \end{aligned}$
---	---

註：

- 專款專用暫結金額=C型肝炎藥費暫結金額+罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材暫結金額+後天免疫缺乏病治療藥費暫結金額+鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質暫結金額+醫療給付改善方案暫結金額+急診品質提升方案暫結金額+醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案暫結金額+醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫暫結金額+鼓勵院所建立轉診合作機制暫結金額+網路頻寬補助費用暫結金額+住院整合照護服務試辦計畫暫結金額+精神科長效針劑藥費暫結金額+鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫暫結金額+癌症治療品質改善計畫暫結金額+慢性傳染病照護品質計畫暫結金額+持續推動分級醫療、優化社區醫院醫療服務品質及量能暫結金額+健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能暫結金額+品質保證保留款預算

$$\begin{aligned} & = 401,103,995 + 3,192,917,022 + 1,091,699,288 + 1,240,073,786 + 308,171,434 + 29,018,834 + 25,004,674 + 199,485,381 \\ & + 54,940,000 + 37,350,443 + 51,205,500 + 461,007,653 + 0 \\ & + 1,783,250 + 0 + 0 + 343,487,029 \\ & = 7,437,248,289 \end{aligned}$$

2. C型肝炎藥費專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議。

3. 罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病治療藥費、精神科長效針劑藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。

4. 品質保證保留款預算=106年各季品質保證保留款預算+112年品質保證保留款預算/4。

5. 註1專款專用暫結金額，係指不包括112年總額公告專款專入一般服務之專款項目。

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月112/03(含)以前：於112/07/01~112/09/30期間核付者。

費用年月112/04~112/06：於112/04/01~112/09/30期間核付者。

2. 當地就醫分區未跨區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：陳怡蓓

聯絡電話：02-27065866 分機：2614

傳真：02-2706-9043

電子郵件：A111034@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112年11月30日

發文字號：健保醫字第1120665043號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：112年第2季「西醫基層總額各分區一般服務每點支付金額
結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑
如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨本署112年11月15日健保醫字第1120664830號函辦理。
- 二、旨揭西醫基層總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/西醫基層。
- 三、依據全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法、112年4月7日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議112年第1次臨時會議決議暨衛生福利部同年5月23日衛部保字第1120119359號函，西醫基層總額費用之暫付、核付，以112年第2季結算與112年第3季預估點值取



112.12.01



1123340299

較保守者之9成計算，並於112年12月辦理點值結算追扣補付事宜」。

正本：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

副本：衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、各縣市醫師公會、中華民國藥師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室

電 2023/11/30 文
交 14:48:22 換 章



六、調整後一般服務分區浮動點值之計算

1. 一般服務分區浮動點值之計算(含「該分區新增醫療分業地區所增加之藥品調劑費用」)

= [風險調整移轉款撥補後一般服務預算總額(BD10) + 該分區新增醫療分業地區所增加之藥品調劑費用

- (投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季投保分區浮動點值(AF)

÷ (投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF) - 藥品給付協議) - 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]

臺北分區	= [10,819,024,109 +	512,946 - 1,638,839,032 - (3,203,598,574 -	1,866,113) -	494,012] ÷	7,229,346,012 =	0.82697267
北區分區	= [5,053,008,752 +	3,790,400 - 826,593,000 - (1,549,598,732 -	1,470,013) -	844,714] ÷	3,043,701,098 =	0.88091197
中區分區	= [6,032,029,547 +	1,885,494 - 402,105,269 - (1,857,576,405 -	1,596,325) -	610,412] ÷	4,253,047,812 =	0.88765033
南區分區	= [4,664,737,594 +	11,196,722 - 469,020,772 - (1,466,234,864 -	934,649) -	547,720] ÷	2,945,807,676 =	0.93049714
高屏分區	= [5,070,201,018 +	6,172,556 - 338,260,001 - (1,649,202,387 -	1,644,714) -	160,096] ÷	3,461,093,903 =	0.89289568
東區分區	= [688,868,324 +	18,818,370 - 83,298,076 - (230,916,827 -	387,106) -	91,127] ÷	372,679,514 =	1.05658550

2. 一般服務全區浮動每點支付金額

= 加總[風險調整移轉款撥補後一般服務預算總額(BD10)

+ 該分區新增醫療分業地區所增加之藥品調劑費用

- (核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議)

- 自墊核退點數(BJ)]

÷ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [32,327,869,344 + 42,376,488 - (9,957,127,789 - 7,898,920) - 2,748,081] ÷ 25,264,839,480 = 0.88733075

註：藥品給付協議回數金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3208r03

112年第 2季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄：112/04-112/06

列印日期：112/11/10

頁次：45

3. 一般服務分區平均點值

= [風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD10)
+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用]
/[一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 自墊核退點數(BJ)]

臺北分區	= [10,819,024,109 + 512,946] / [9,022,834,567 + 3,203,598,574 - 1,866,113 + 494,012] = 0.88502929
北區分區	= [5,053,008,752 + 3,790,400] / [3,900,094,738 + 1,549,598,732 - 1,470,013 + 844,714] = 0.92801172
中區分區	= [6,032,029,547 + 1,885,494] / [4,662,942,598 + 1,857,576,405 - 1,596,325 + 610,412] = 0.92551337
南區分區	= [4,664,737,594 + 11,196,722] / [3,413,779,919 + 1,466,234,864 - 934,649 + 547,720] = 0.95825634
高屏分區	= [5,070,201,018 + 6,172,556] / [3,813,475,201 + 1,649,202,387 - 1,644,714 + 160,096] = 0.92953565
東區分區	= [688,868,324 + 18,818,370] / [451,712,457 + 230,916,827 - 387,106 + 91,127] = 1.03715690

4. 一般服務全區平均點值

= [32,327,869,344 + 42,376,488] / [25,264,839,480 + 9,957,127,789 - 7,898,920 + 2,748,081] = 0.91917013

5. 西醫基層醫療給付費用總額平均點值 = 加總[風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD10)

+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用 + 專款專用暫結金額(註.)]
/[加總分區[一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議
+ 自墊核退點數(BJ) + 專款專用已支用點數(含品質保證保留款)]

= [32,327,869,344 + 42,376,488 + 1,159,829,858] / [25,264,839,480 + 9,957,127,789 - 7,898,920 + 2,748,081 + 1,157,012,629]
= 0.92181870

註：

1. 專款專用暫結金額 = C型肝炎藥費暫結金額 + 家庭醫師整合性照護計畫暫結金額
+ 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 醫療給付改善方案暫結金額
+ 鼓勵院所建立轉診之合作機制暫結金額 + 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 + 後天免疫缺乏病專治藥藥費
+ 網路頻寬補助費用 + 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫
+ 代謝症候群防治計畫暫結金額 + 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫暫結金額
+ 精神科長效針劑藥費暫結金額 + 癌症治療品質改善計畫 + 慢性傳染病照護品質計畫 + 品質保證保留款預算
= 117,470,487 + 631,317,699 + 71,166,442 + 148,417,932 + 35,754,000 + 365,813 + 3,792,110
+ 55,634,516 + 5,203,768 + 24,169,000 + 1,431,800 + 7,364,567 + 0 + 457,250 + 57,284,474
= 1,159,829,858

2. C型肝炎用藥專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議。
3. 罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病專治藥藥費、精神科長效針劑藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。
4. 品質保證保留款預算 = 106年春季品質保證保留款預算 + 112年品質保證保留款預算/4

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：
費用年月112/03(含)以前：於112/07/01~112/09/30期間核付者。
費用年月112/04~112/06：於112/04/01~112/09/30期間核付者。
2. 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：張祐禎

聯絡電話：02-27065866 分機：3626

傳真：02-27069043

電子郵件：A111344@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112年12月1日

發文字號：健保醫字第1120664921A號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：請逕自本署全球資訊網下載

主旨：112年第2季「門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨112年11月14日全民健康保險醫療給付費用門診透析預算112年第3次研商議事會議決定辦理。
- 二、旨揭門診透析預算結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/門診透析。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自112年12月15日起，門診透析預算費用之暫付、核付，依112年第2季結算點值辦理，並於112年12月辦理點值結算追扣補付事宜。





正本：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

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、中華民國藥師公會全國聯合會、台灣腎臟醫學會、社團法人台灣基層透析協會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室

電 文
交 換 章
2023/12/01
14:46:59



衛生福利部中央健康保險署

門診透折預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：112/11/03
頁次：14

核付截止日期：112/09/30

程式代號：RGBI3208R05
112年第2季

結算主要費用年月起迄：112/04-112/06

七、一般服務浮動每點支付金額

預算(D3)－核定非浮動點數合計(M)－1×腹膜透折追蹤處置費核定點數合計(P1)

核定浮動點數合計(P)

10,999,124.979 - 737,742.758 = 164,652.279

11,193,543.912

= 0.90201370 (四捨五入至小數第8位)

八、平均點值

預算(D3)

核定非浮動點數合計(M) + 腹膜透折追蹤處置費核定點數合計(P1) + 核定浮動點數合計(P)

10,999,124.979

737,742.758 + 164,652.279 + 11,193,543.912

= 0.90932378 (四捨五入至小數第8位)

九、門診透折預算平均點值 = 加總[預算(D3) + 專款專用暫結金額] / 加總[核定浮動點數合計(P) + 腹膜透折追蹤處置費核定點數合計(P1) + 核定非浮動點數合計(M) + 專款專用已支用點數]

= [10,999,124.979 + 0]

∕ [11,193,543.912 + 164,652.279 + 737,742.758 + 0] = 0.90932378

註：專款專用暫結金額 = 鼓勵院所加強推動腹膜透折與提升其照護品質計畫暫結金額 = 0

十、說明

本季結算費用年月包括：

1. 費用年月112/03(含)以前：於112/07/01~112/09/30期間核付者。
2. 費用年月112/04~112/06：於112/04/01~112/09/30期間核付者。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：李羿萱

聯絡電話：02-27065866 分機：2630

傳真：27069043

電子郵件：A111360@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112年12月15日

發文字號：健保醫字第1120665317號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：附件請逕自本署全球資訊網自行擷取

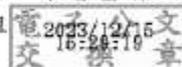
主旨：檢送112年第2季「全民健康保險其他部門結算說明表」，
並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明段，請查
照。

說明：

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

正本：本署各分區業務組

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



112.12.18



1123340321

112年度其他預算支用情形

單位：百萬元；%

項目	年	全年 預算數	執行數				全年 執行率
			Q1	Q2	Q3	Q4	
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(含山地鄉論人計酬試辦計畫)		605.4	136.2	136.9		273.1	45.1%
提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用 ^{註1}		1,636.0	38.5	221.1		259.5	15.9%
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫		1,653.8	376.8	380.0		756.8	45.8%
推動促進醫療體系整合計畫		550.0	43.8	45.2		89.0	16.2%
1.醫院以病人為中心門診整合照護計畫			9.0	8.8		17.8	
2.跨層級醫院合作計畫			14.2	15.3		29.4	
3.急性後期整合照護計畫			19.1	19.5		38.6	
4.遠距醫療會診(遠距醫療服務給付計畫)			1.5	1.7		3.2	
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、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費 ^{註2}		290.0	0.27	0.26		0.5	0.2%
支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費 ^{註3}		600.0	0.0	0.0		0.0	0.0%
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費		800.0	0.0	0.0		0.0	0.0%
腎臟病照護及病人衛教計畫 ^{註4}		511.0	101.3	102.0		203.3	39.8%
1.Pre-ESRD之病人照護與衛教計畫			69.0	71.6		140.6	
2.Early-CKD醫療給付改善方案			21.0	19.2		40.2	
3.慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫(申復)			0.0	0.0		0.0	
※慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫(另行結算)			11.3	11.3		22.5	
提升用藥品質之藥事照護計畫		30.0	0.02	0.11		0.13	0.4%
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		7,803.0	1,595.1	1,626.5		3,221.6	41.3%
1.居家醫療與照護			979.7	993.9		1,973.6	
2.助產所			0.8	0.9		1.7	
3.精神疾病社區復健			605.9	619.8		1,225.7	
4.轉銜長照2.0之服務			8.7	11.9		20.6	
提升保險服務成效		500.0	89.0	66.8		155.8	31.2%
基層總額轉診型態調整費用 ^{註5}		800.0	132.8	138.6		271.4	33.9%
總計		15,779.2	2,513.7	2,717.4	0.0	5,231.1	33.2%

註：1.「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」自112.9.1起生效，其中醫療費用申報格式改版等多項獎勵項目屬全年結算，故執行率偏低。(四部門總額「網路頻寬補助費用」尚無專款不足需支應支情形。)

2.僅支付狂犬病治療藥費，其餘項目尚無專款不足需支應之情形。

3.C型肝炎藥費尚無專款不足需支應之情形。

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

5.111年度起限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」，即基層院所接受醫院申報轉診案件之日起6個月之醫療費用。

衛生福利部全民健康保險會

第 6 屆 113 年第 1 次委員會會議補充資料目錄

會議時間：113 年 1 月 24 日

一、更新議程 -----	1
二、本會重要業務報告	
新增：說明八、有關健保署依113年度各部門總額核(決)定 事項辦理情形 -----	2
三、討論事項	
第一案「113年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會同 意或確認之項目案」(原會議資料之討論事項第四案變更案 由及順序) -----	27
四、報告事項	
第四案「113年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會報 告之具體實施計畫/規劃」，新增本會研析說明一、(二)、 3(會議資料第251頁) -----	94

衛生福利部全民健康保險會第6屆113年第1次委員會議議程(更新)

一、主席致詞

二、議程確認

三、確認上次(112年第11次)委員會議紀錄----- 1

四、本會重要業務報告----- 54

五、優先報告事項

本會113年度工作計畫業務內容(草案)----- 76

六、討論事項

(一)113年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會同意或確認

之項目案----- 補充資料第27頁

(二)113年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)續

請討論案----- 99

(三)新增「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第2條第1項

第3款之附表二指標項目案----- 123

(四)113年度各部門總額一般服務之點值保障項目案----- 145

七、報告事項

(一)有關各總額部門112年第1~2季動支「調節非預期風險及其

他非預期政策改變所需經費」項目之結算執行結果如說明 197

(二)111年全民健康保險自付差額特殊材料執行概況----- 212

(三)112年度牙醫門診總額依協定事項須提本會報告「預算扣減

及節流效益之規劃」之未完成項目----- 234

(四)113年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會報告之具體

實施計畫/規劃----- 246

(五)中央健康保險署「112年12月份全民健康保險業務執行報

告」(書面報告)----- 265

八、臨時動議

(會議資料第 61 頁)

四、本會重要業務報告：新增說明八

說明：

八、有關健保署依 113 年度各部門總額核(決)定事項辦理情形，說明如下：

(一)各部門總額應於113年1月前依法定程序辦理及提本會同意或報告之事項，共計74項，其辦理情形彙整如附件一(第4~25頁)。已辦理完成之項目計34項(含副知本會、須經本會同意或報告之項目)；尚未辦理完成之項目計40項，未完成率為54.1%，整理如下表：

類別 部門別	須依法定程序辦理， 副知本會項目(51項)		須經本會同意/確認 或報告項目(23項)	
	未完成數/ 應完成數	未完成之 項目別	未完成數/ 應完成數	未完成之 項目別
牙醫門診	48	牙醫項次 1、2、5、6	04	—
中醫門診	0/9	—	01	—
醫院	1416	醫院項次 1、2、4~7、9~16	79	醫院項次 17~19、21~24
西醫基層	29	西醫基層項次 4、8	58	西醫基層項次 10~11、14~16
門診透析	11	門診透析項次 1	—	—
其他預算	78	其他預算項次 1~4、6~8	01	—
合計	2851 (54.9%)	28	1223 (52.2%)	12

(二)前揭應辦事項，依上次委員會議決議(112.12.20)須提113年第1次委員會議(即本次會議)確認、同意或報告之事項計有15項，其中有7項未依限提出，包括：醫院部門5項、西醫基層部門2項，如下表。

醫院總額部門	西醫基層總額部門
1. 提升醫院兒童急重症照護量能 2. 抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫 3. 地區醫院全人全社區照護計畫 4. 區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作 5. 區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作	1. 因醫療品質提升，增加之醫療費用 2. 提升國人視力照護品質

(三)對於未能依限提報之決定事項，健保署以本年1月12日健保醫字第1130660093號函說明，因醫院及西醫基層部分項目，尚須與總額相關團體討論或謹慎研議，將於草案訂定後儘速提報本會(如附件二，第26頁)。基於該7項係衛福部為政策考量逕予決定之事項，為使其能於年度開始即順利推動，請該署儘速會同相關團體研議完成後，提至本會最近1次委員會議確認。

113 年度各部門總額應於 113 年 1 月前完成之協定事項辦理情形

一、牙醫門診總額

工作項目	應完成 時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會		
<p>1 醫療資源不足地區改善方案 ※協定事項：請重新檢討執業計畫之執行目標，並研議更積極鼓勵牙醫師執業之策略</p>	<p>113 年 1 月前</p>	<p>1.本署業於 112 年 11 月 21 日「全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 112 年第 4 次研商議事會議」提報「113 年全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」修訂案，並就協定事項所提該方案-執業計畫之執行目標及積極鼓勵牙醫師執業之策略提出相關規劃，惟經該會決議「所提鼓勵牙醫師參與執業計畫之規劃暫緩，俟牙全會完整研議後於明年度提出，執行目標維持不調整」。</p> <p>2.另本署刻依牙全會所提 113 年方案-巡迴計畫級數升級地區/巡迴點意見簽辦 113 年方案，後續將依程序辦理報部事宜。</p>
<p>2 牙醫特殊醫療服務計畫</p>		<p>1.本項目 113 年度具體實施計畫業經 112 年 12 月 14 日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議(下稱支付標準共擬會議)112 年第 4 次會議討論，因涉及新增專款用途，需提報貴會討論，並於同意後依程序辦理。</p> <p>2.已列入本次會議討論事項。</p>
<p>3 12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫</p>		<p>本項目 113 年度具體實施計畫已於 112 年 12 月 14 日支付標準共擬會</p>

工作項目		應完成時限	辦理情形
		113年1月前	議112年第4次會議通過，刻正陳報衛生福利部(下稱衛福部)核定當中。
4	超音波根管沖洗計畫		<ol style="list-style-type: none"> 1. 已於112年11月21日牙醫總額研商議事會議112年第4次會議通過，支付標準P7301C「超音波根管沖洗」113年延續執行。 2. 本計畫之成效指標及轉換為量化節流效益金額之計算方式，已列入本次會議討論事項。
5	高風險疾病口腔照護計畫		<ol style="list-style-type: none"> 1. 本項目113年度具體實施計畫(包含執行目標、具體效益評估指標)業經112年12月14日支付標準共擬會議112年第4次會議討論，因涉及新增專款用途，需提報貴會討論，並於同意後依程序辦理。 2. 已列入本次會議討論事項。
6	特定疾病病人牙科就醫安全計畫 (113年新增項目)		<ol style="list-style-type: none"> 1. 本項目113年度具體實施計畫已於112年12月14日支付標準共擬會議112年第4次會議通過，將於提貴會報告後陳報衛福部核定。 2. 已列入本次會議報告事項。
7	癌症治療品質改善計畫 (113年新增項目) ※協定事項：精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質		已於112年12月14日支付標準共擬會議112年第4次會議決議通過，刻正辦理報衛福部核定事宜。

工作項目	應完成時限	辦理情形
8 品質保證保留款實施方案 ※協定事項：積極檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的	113年1月前	已於113年1月5日公告。
需經本會同意或向本會報告		
9 牙醫特殊醫療服務計畫 ※協定事項：請妥為研訂113年度具體實施計畫(含醫療團服務對象、醫療費用加成方式)，於112年12月前提報本會同意後，依程序辦理	113年1月委員會議討論案	1. 本項目113年度具體實施計畫業經112年12月14日支付標準共擬會議112年第4次會議討論，因涉及新增專款用途，需提報貴會討論，並於同意後依程序辦理。 2. 已列入本次會議討論事項。
10 高風險疾病口腔照護計畫 ※協定事項： (1)請妥為研訂具體實施計畫(含醫療服務內容、各項服務適用對象、支付方式及成效監測)，於112年12月前提報本會同意後，依程序辦理 (2)執行目標及預期效益之評估指標：涉及具體實施計畫之醫療服務內容，請併同上開報告提本會確認		1. 本項目113年度具體實施計畫(包含執行目標、具體效益評估指標)於112年12月14日支付標準共擬會議112年第4次會議討論，因涉及新增專款用途，需提報貴會討論，並於同意後依程序辦理。 2. 修訂重點已列入本次會議討論事項。
11 特定疾病病人牙科就醫安全計畫(113年新增項目) ※協定事項： (1)請妥為研訂完整之具體實施計畫(含適用對象之特定疾病病人定義、醫療服務內容、支付方式、稽核機制及	113年1月委員會議報告案	1. 本項目113年度具體實施計畫已於112年12月14日支付標準共擬會議112年第4次會議通過，將於提貴會報告後陳報衛福部核定。 2. 辦理情形已列入本次會議報告。

工作項目	應完成時限	辦理情形
<p>成效監測)，於 112 年 12 月前提本會報告</p> <p>(2)另依 112 年 10 月委員會議決議事項，「預期效益之評估指標」之具體評估方式(含：指標定義、比較年度與基礎、計算方式等)，請妥為研訂，併具體實施計畫於 112 年 12 月前提報</p>		
12 一般服務之點值保障項目	113 年 1 月委員會議討論案	已列入本次會議討論事項。

二、中醫門診總額

工作項目		應完成時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會			
1	醫療資源不足地區改善方案	113年 1月前	已於113年1月4日公告。
2	西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 (1)腦血管疾病；(2)顱腦損傷； (3)脊髓損傷；(4)呼吸困難相關疾病；(5)術後疼痛		已於112年10月30日陳報衛福部核定，經112年11月9日公告自113年1月1日生效。
3	中醫提升孕產照護品質計畫		已於112年12月6日公告。
4	兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫		已於112年12月6日公告。
5	中醫癌症患者加強照護整合方案		已於112年10月30日陳報衛福部核定，經112年11月9日公告自113年1月1日生效。
6	中醫急症處置		於112年9月14日支付標準共擬會議決定，配合貴會公告113年中醫門診總額協定本項經費後依程序辦理，本署已於113年1月12日陳報衛福部核定，俟核定後本署公告實施。
7	中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫		已於112年12月6日公告。
8	照護機構中醫醫療照護方案		已於112年12月19日公告。
9	品質保證保留款實施方案 ※協定事項：積極檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的		已於112年12月21日公告。
需經本會同意或向本會報告			
10	一般服務之點值保障項目	113年 1月委員 會議討 論案	已列入本次會議討論事項。

三、醫院總額

工作項目	應完成時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會		
<p>1 醫療給付改善方案 ※決定事項：持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、乳癌、思覺失調症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質(含抗凝血藥品藥師門診方案)、生物相似性藥品等10項方案</p>	<p>113年 1月前</p>	<p>1. 糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、乳癌、早期療育、慢性阻塞性肺疾病、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者醫療給付改善方案將持續辦理並滾動檢討適時修訂。</p> <p>2. 全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案於112年2月3日公告自112年1月1日生效，113年延續112年方案持續辦理。</p> <p>3. 全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案：因涉增訂抗凝血藥品藥師門診方案部分俟藥師全聯會提案至本署醫院總額研商議事會議討論後，依程序辦理修訂事宜。</p> <p>4. 全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案於111年4月28日公告自111年5月1日修訂實施，113年延續112年方案持續辦理。</p> <p>5. 生物相似性藥品方案：將提報113年3月6日醫院總額研商議事會議討論。</p>
<p>2 急診品質提升方案 ※決定事項：精進方案執行內容，檢討獎勵方式，對實質提升急診處置效率及急診重大疾病照護品質者予以獎勵，並於額度內妥</p>		<p>111年方案修訂公告自111年4月1日起實施；112年考量111年甫修訂實施，爰持續辦理。另本署於112年10月27日函請急診醫學會提供本方案修訂建議，並於112年12月6日、12月25日請該會</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
<p>為管理運用，以提升執行成效</p>	<p>113 年 1 月前</p>	<p>提供修訂建議，惟尚在蒐集修訂意見中，本署將俟該會提供相關意見後依程序辦理。</p>
<p>3 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案 ※決定事項：請持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與</p>		<p>本方案將提案至 113 年 1 月 11 日西醫基層臨時會議討論(西基與醫院共用預算)，預計於 113 年 2 月陳報衛福部核定公告。</p>
<p>4 全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫 ※決定事項： (1)請確實檢討當地民眾之醫療需求與特性，及其醫療利用情形，並精進計畫內容及提升醫療服務可近性 (2)另依本會 112 年第 11 次委員會議決定事項，請將 112 年度總額決定事項「檢討計畫之評估指標(含結果面指標)，呈現計畫之具體效益」納入 113 年度精進計畫內容辦理</p>		<p>將提報 113 年 3 月 6 日醫院總額研商議事會議討論。</p>
<p>5 住院整合照護服務試辦計畫 ※決定事項：加強計畫之推動，發展提升整體照護成效之整合照護服務模式及評估整合服務成效，並持續建立多元品質監測指標，包括病人安全(如：院內感染、跌倒發生率)、照護聘任模式、照護人力狀況、民眾使用意向及實際收費情形等結果面指標</p>		<p>1.112 年計畫已於 112 年 5 月 23 日公告修正，將持續辦理，依計畫規定，於新年度參與醫院遴選前，原參與醫院得持續辦理。 2.113 年將依衛生福利部護理及健康照護司需求規劃及與各界代表及專家學者意見凝聚共識後，據以修正計畫內容。</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
<p>6 鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫</p> <p>※決定事項：請精進計畫內容，檢討醫院評比獎勵方式及獎勵標準設定之合理性，以利檢討改善</p>	<p>113 年 1 月前</p>	<p>「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」新增 RCC、RCW 住院階段獎勵項目及費用，自 111 年 10 月 1 日起實施，112 年持續辦理；考量該計畫係獎勵當年度新個案脫離呼吸器、簽署 DNR 個案、臨終前接受緩和醫療照護個案(111 年已獎勵者不再重複獎勵)，112 年因尚未結算，將依 112 年結算結果審視及檢討 113 年獎勵金。</p>
<p>7 因應長新冠照護衍生費用</p>		<p>已請台灣醫院協會提報計畫，將俟該會回復後，依程序提至醫院總額研商議事會議討論。</p>
<p>8 癌症治療品質改善計畫</p> <p>※決定事項：精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質</p>		<p>已於 112 年 12 月 14 日支付標準共擬會議 112 年第 4 次會議決議通過，刻正辦理報衛福部核定事宜。</p>
<p>9 慢性傳染病照護品質計畫</p> <p>※決定事項：精進計畫內容，建立完整之個案照護銜接及追蹤機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，提升照護品質</p>		<p>1. 112 年計畫已於 112 年 6 月 1 日公告實施。</p> <p>2. 另衛生福利部疾病管制署及本署已於 112 年 12 月 27 日召開兩署聯繫會議，就計畫執行情形及 113 年計畫修正方向進行討論。</p>
<p>10 持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能</p> <p>※決定事項：本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值</p>		<p>本署預計於 113 年 2 月中旬邀集台灣醫院協會，就本項預算運用方式召開溝通會議討論，續將依程序提案至相關會議。</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
11 健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能 ※決定事項：本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值	113年1月前	本署預計於113年2月中旬邀集台灣醫院協會，就本項預算運用方式召開溝通會議討論，續將依程序提案至相關會議。
12 地區醫院全人全社區照護計畫 (113年新增項目)		1. 本項目規劃部分經費用於支應「在宅急症照護試辦計畫」，刻正就試辦計畫內容蒐集專家意見，預計於113年第2季執行。 2. 將函請社區醫院協會儘速提報計畫，俟該會回復後，依程序提至醫院總額研商議事會議討論。
13 區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作 (113年新增項目)		刻正擬具計畫方向並蒐集分區建議，預計113年2月中旬邀集醫界召開討論會議後，續依程序提至相關會議。
14 區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作 (113年新增項目)		刻正擬具計畫方向並蒐集分區建議，預計113年2月中旬邀集醫界召開討論會議後，續依程序提至相關會議。
15 抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫 (113年新增項目)		業於113年1月8日發函予台灣感染症醫學會，俟學會提供修正計畫後，依程序提至相關會議討論。
16 品質保證保留款實施方案 ※核定事項：積極檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的		1. 已函請台灣醫院協會提供修訂建議。 2. 將俟該會回復後，依程序提至醫院總額研商議事會議討論。
需經本會同意/確認或向本會報告		

工作項目	應完成時限	辦理情形
<p>17 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)</p> <p>※決定事項：於 113 年度總額公告後，至本會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控</p>	<p>113 年 1 月前</p>	<p>1. 新增診療項目： 113 年預計召開 10 次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議、5 次支付標準共擬會議，將視提案單位檢送資料完整性及補件情形，依序提會討論。</p> <p>2. 新藥： 113 年度藥品新增項目與作業時程，併同「112 年度總額協定事項中有關預算扣減及效益評估之執行成果」案，於 3 月份委員會議報告。</p> <p>3. 新特材： (1)特材收載為持續性作業，迄至 112 年 1 月止登載於「尚未納入健保給付之特材品項表」計 2,656 品項，原編列 113 年度新功能特材收載品項優先以 1,284 項(推估預算約為 59.45 億元)進行編列。 (2)盤點健保特材已被同功能/類似功能新特材取代治療使用順序，新特材成為臨床需求主流(含鎖定式骨板骨釘、人工網膜、人工骨、人工血管、脊椎固定系統等)，優先研議納入健保給付，以維護民眾就醫之權益。 (3)依程序蒐集專家及專科學會之共識意見，提至本保險特材專家諮詢會議及特材共同擬訂會議討論至預算執行完畢，倘未於預算時程內導入，將於年度</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
	113 年 1 月前	扣減基期預算費用。
<p>18 藥品及特材給付規定改變 ※決定事項：於 113 年度總額公告後，至本會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控</p>		<p>1. 藥品： 113 年度藥品給付規定改變與作業時程，併同「112 年度總額協定事項中有關預算扣減及效益評估之執行成果」案，於 3 月份委員會議報告。</p> <p>2. 特材： (1)依專科學會、健保會委員及廠商等外界意見，要求按臨床需求修訂特材給付規定計 3 項，經推估預算約 7.9 億點。如放寬修訂 TAVI、ICD 給付規定、冠狀動脈塗藥支架改為全額給付。 (2)113 年度特材給付規定改變核定預算為 3.5 億元，優先用於相關專科醫學會所提臨床需求、各界團體關切給付項目。 (3)上述特材給付規定擬依程序提案至本保險特材專家諮詢會議及特材共擬會議討論至預算執行完畢。</p>
<p>19 提升醫院兒童急重症照護量能 (113 年新增項目) ※決定事項：於 113 年總額公</p>	113 年 1 月委員會議討論案	本署預計於 113 年 2 月中旬邀集兒科醫學會及台灣醫院協會，就本項預算運用方式召開溝通會議討論，續將依程序提案至相關會

	工作項目	應完成 時限	辦理情形
	告後，提出相關計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃)，提報至本會最近1次委員會議確認		議。
20	暫時性支付(新藥、新特材) ※決定事項：於113年度總額公告後，至本會最近1次委員會議提出具體實施規劃(包含執行及費用支付方式、預算估算、擬暫時收載年限、療效評估與退場機制等)及作業時程，俾落實管控	113年 1月委員 會議報告 案	已列入本次會議報告事項。
21	地區醫院全人全社區照護計畫 (113年新增項目) ※決定事項：於113年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至本會最近1次委員會議確認	113年 1月委員 會議討論 案	1.本項目規劃部分經費用於支應「在宅急症照護試辦計畫」，刻正就試辦計畫內容蒐集專家意見，預計於113年第2季執行。 2.將函請社區醫院協會儘速提報計畫，俟該會回復後，依程序提至醫院總額研商議事會議討論。
22	區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作 (113年新增項目) ※決定事項：於113年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至本會最近1次委員會議確認		刻正擬具計畫方向並蒐集分區建議，預計113年2月中旬邀集醫界召開討論會議後，續依程序提至相關會議討論。

工作項目	應完成時限	辦理情形
<p>23 區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作 (113年新增項目) ※決定事項：於113年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至本會最近1次委員會議確認</p>	<p>113年1月委員會議討論案</p>	<p>刻正擬具計畫方向並蒐集分區建議，預計113年2月中旬邀集醫界召開討論會議後，續依程序提至相關會議討論。</p>
<p>24 抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫 (113年新增項目) ※決定事項：請於113年總額公告後，提出相關計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃)，提報至本會最近1次委員會議確認</p>		<p>業於113年1月8日發函予台灣感染症醫學會，俟學會提供修正計畫後，依程序提至相關會議討論。</p>
<p>25 一般服務之點值保障項目</p>		<p>已列入本次會議討論事項。</p>

四、西醫基層總額

工作項目	應完成時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會		
1 西醫醫療資源不足地區改善方案 ※決定事項：本項維持原支付方式，請持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與	113年1月前	本方案將提案至113年1月11日西醫基層臨時會議討論，預計於113年2月陳報衛福部核定公告。
2 家庭醫師整合性照護計畫 ※決定事項：建議依論質計酬模式，建立照護指引及訂定相應之品質指標，以提升照護成效		1. 本署規劃113年優先整合論質方案之糖尿病/初期慢性腎臟病/糖尿病合併初期慢性腎臟病及代謝計畫。 2. 為達上開目標，本署已於112年12月4日召開「113年全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫修訂討論會議」，並將按前述會議決議提案至113年1月11日西醫基層總額研商議事會議討論。若討論通過，則將提至支付標準共擬會議報告後報部核定。
3 代謝症候群防治計畫 ※決定事項： (1)積極建立成人健檢個案轉介及資源共享之派案機制，鼓勵醫師參與，加強計畫推動 (2)滾動式檢討計畫內容，以改變民眾生活習慣為推動方向，檢討擴增收案人數上限合理性，以及現行檢驗(查)使用情形及必要性，監測計畫成效，並與家庭		已於112年12月7日西醫基層總額研商議事會議決議通過，刻正辦理報衛福部核定事宜。

工作項目	應完成時限	辦理情形
醫師整合性照護計畫及糖尿病醫療給付改善方案之相關指標、費用及效益進行分析比較	113年 1月前	
4 醫療給付改善方案 ※決定事項：持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、生物相似性藥品等8項方案		1. 糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、乳癌、早期療育、慢性阻塞性肺疾病、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者醫療給付改善方案將持續辦理並滾動檢討適時修訂。 2. 全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案於112年2月3日公告，自112年1月1日生效，113年延續112年方案持續辦理。 3. 全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案於111年4月28日公告自111年5月1日修訂實施，113年延續112年方案持續辦理。 4. 生物相似性藥品方案：將提報113年3月7日「西醫基層總額研商議事會議」討論。
5 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫 ※決定事項：精進計畫內容，研訂以服務成效為支付及獎勵指標，並鼓勵醫師積極參與及投入外部醫療資源		已於113年1月10日公告。
6 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫		1. 已於112年12月14日支付標準共擬會議112年第4次會議通過，並已於113年1月4日陳報衛福部核定。

工作項目		應完成時限	辦理情形
		113 年 1 月前	2.113 年以年齡 60 歲為界，修訂本計畫獎勵條件為「心肺運動功能改善達到正常標準，60 歲以上病人須符合下列條件之一，未滿 60 歲者須符合下列 3 項條件」。
7	癌症治療品質改善計畫 ※決定事項：精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質		已於 112 年 12 月 14 日支付標準共擬會議 112 年第 4 次會議決議通過，刻正辦理報衛福部核定事宜。
8	慢性傳染病照護品質計畫 ※決定事項：精進計畫內容，建立完整之個案照護銜接及追蹤機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，提升照護品質		1.112 年計畫已於 112 年 6 月 1 日公告實施。 2.另衛生福利部疾病管制署及本署已於 112 年 12 月 27 日召開兩署聯繫會議，就計畫執行情形及 113 年計畫修正方向進行討論。
9	品質保證保留款實施方案 ※決定事項：積極檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的		已於 113 年 1 月 12 日公告。
需經本會同意/確認或向本會報告			
10	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) ※決定事項：於 113 年度總額公告後，至本會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度新醫療	113 年 1 月前	1. 新增診療項目： 113 年預計召開 10 次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議、5 次支付標準共擬會議，將視提案單位檢送資料完整性及補件情形，依序提會討論。

工作項目	應完成時限	辦理情形
科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控	113年 1月前	<p>2.新藥： 113年度藥品新增項目與作業時程，併同「112年度總額協定事項中有關預算扣減及效益評估之執行成果」案，於3月份委員會議報告。</p> <p>3.新特材： 113年度無編列預算。</p>
<p>11 藥品及特材給付規定改變</p> <p>※決定事項：於113年度總額公告後，至本會最近1次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於114年度總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控</p>		<p>1.藥品： 113年度藥品給付規定改變與作業時程，併同「112年度總額協定事項中有關預算扣減及效益評估之執行成果」案，於3月份委員會議報告。</p> <p>2.特材： 113年度無編列預算。</p>
<p>12 因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費</p> <p>※決定事項：於113年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至本會最近1次委員會議確認</p>	113年 1月委員會議討論案	<p>1.本署於113年1月4日邀集醫師全聯會及護理全聯會召開溝通會議，將依會議結論依程序提至相關會議討論。</p> <p>2.已列入本次會議討論事項。</p>
<p>13 強化未滿4歲兒童之基層專科醫師照護 (113年新增項目)</p> <p>※決定事項：請於113年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至本會最近1次委員會議確認</p>		<p>1.本署於113年1月4日邀集醫師全聯會及護理全聯會召開溝通會議，將依會議結論依程序提至相關會議討論。</p> <p>2.已列入本次會議討論事項。</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
<p>14 因醫療品質提升，增加之醫療費用 (113年新增項目) ※決定事項：請於113年總額公告後，完成擬訂新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提報至本會最近1次委員會議確認</p>	<p>113年1月委員會議討論案</p>	<p>已提供「執行目標」及「預期效益之評估指標」草案請醫師公會全國聯合會及衛生福利部國民健康署確認，俟其回復後，再提最近一次委員會議確認。</p>
<p>15 提升國人視力照護品質 ※決定事項：於113年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至本會最近1次委員會議確認</p>		<p>本署刻正蒐集相關團體之專業意見，俟意見回復後，研擬邀集相關團體召開溝通會議討論，將依程序提至113年西醫基層總額研商議事會議討論。</p>
<p>16 強化基層照護能力及「開放表別」項目 ※決定事項：提出規劃調整開放之項目與作業時程</p>	<p>113年1月前</p>	<p>本署俟中華民國醫師公會全國聯合會提供修訂建議後，依程序提至西醫基層總額研商議事會議討論。</p>
<p>17 一般服務之點值保障項目</p>	<p>113年1月委員會議討論案</p>	<p>已列入本次會議討論事項。</p>

五、門診透析服務

工作項目	應完成時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會		
1	鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質	113 年 1 月前 1. 業經 112 年 11 月 14 日門診透析預算研商議事會議討論通過。 2. 已提 113 年 1 月 16 日支付標準共擬會議報告通過。

六、其他預算

工作項目	應完成時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會		
<p>1 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫</p> <p>※決定事項：擴大辦理山地鄉論人計酬試辦計畫，持續檢討山地離島地區醫療利用情形，並加強推動山地鄉論人計酬試辦計畫，精進執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效</p>	<p>113 年 1 月前</p>	<p>1. 本署刻正修訂全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫之山地鄉全人整合照護執行方案草案，預計擴大執行地區為由保險人各分區業務組各擇 1 個區域試辦，並修訂相關評核指標定義及占率。</p> <p>2. 另全民健康保險山地離島地區醫療給付提升計畫延續 112 年計畫辦理。</p>
<p>2 居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫(113 年新增)、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務</p>		<p>1. 刻正研擬居家醫療照護整合計畫修訂內容。另有居家照護及安寧療護服務，113 年將檢討現行支付標準並邀集相關團體討論修訂事宜。</p> <p>2. 精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0：113 年將延續 112 年持續辦理。</p>
<p>3 推動促進醫療體系整合計畫</p> <p>(1)醫院以病人為中心門診整合照護計畫</p> <p>(2)急性後期整合照護計畫</p> <p>(3)跨層級醫院合作計畫</p> <p>(4)遠距醫療會診</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)檢討執行情形及辦理方式，以提升執行成效</p> <p>(2)另依本會 112 年第 11 次委員會議決定事項，請將 112 年度總額協定事項「『急性後期整合照護計畫』支付</p>		<p>1. 醫院以病人為中心門診整合照護計畫：延續 111 年 7 月 1 日公告修訂內容辦理。</p> <p>2. 急性後期整合照護計畫研擬於 113 年第 1 季邀集各層級醫院協會、相關專科醫學會研修本計畫。</p> <p>3. 跨層級醫院合作計畫：延續 112 年計畫辦理。</p> <p>4. 遠距醫療給付計畫：延續 112 年計畫，另刻正研議放寬施行地區及增修計畫內容等，後續將提案至支付標準共擬會議討</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
標準之調整，應考量各部門總額相關支付項目間之「衡平性」納入113年度檢討計畫執行內容辦理	113年1月前	論，依會議決議辦理。
4 提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(併四部門總額之「網路頻寬補助費用」)		預訂提報113年3月支付標準共擬會議討論。
5 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫		已於112年12月26日公告。
6 腎臟病照護及病人衛教計畫 (1)末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫 (2)初期慢性腎臟病醫療給付改善方案 (3)慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫		<ol style="list-style-type: none"> 1. 末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫：延續112年計畫辦理，並持續輔導醫療院所針對尿毒症高危險族群進行衛教。 2. 初期慢性腎臟病醫療給付改善方案：本署分區業務組持續輔導院所收案及管理照護，將持續辦理及與各界代表及專家學者凝聚共識後，據以修正方案內容。 3. 慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫：已於113年1月4日公告。
7 提升用藥品質之藥事照護計畫		將提113年1月16日支付標準共擬會議討論。
8 因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能 (113年新增項目) ※決定事項：優先用於強化住院夜班護理照護量能		本署前於113年1月4日邀集照護司、台灣醫院協會及護理全聯會召開溝通會議討論本項預算運用方式，惟與會代表未達共識，本署續將綜整各界意見後，依程序提至相關會議討論。

工作項目	應完成時限	辦理情形
需經本會同意/確認或向本會報告		
<p>9 因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能(113年新增項目) ※決定事項： (1)請於113年總額公告後，將具體實施規劃，提報本會同意後，依程序辦理。規劃建議如下： ①設定適用對象、動支條件、獎勵費用計算及撥款方式 ②訂定監測指標(含護病比、薪資調整情形) ③建立實質回饋住院夜班護理人員之稽核方式 (2)另依112年10月委員會議決議事項，「執行目標」達一定比率之目標值，請提報具體實施規劃時，一併提報</p>	<p>113年1月委員會議討論案</p>	<p>1.本署前於113年1月4日邀集照護司、台灣醫院協會及護理全聯會召開溝通會議討論本項預算運用方式，惟與會代表未達共識，本署續將綜整各界意見後，依程序提至相關會議討論。 2.已列入本次會議討論事項。</p>

檔 號：
保存年限：

附件二

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：鄭智仁

聯絡電話：02-27065866 分機：2627

傳真：02-27026324

電子郵件：a111087@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113年1月12日

發文字號：健保醫字第1130660093號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：無

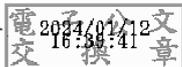
主旨：貴會訂113年1月24日召開之第6屆113年第1次委員會議提
報相關113年總額核(決)定事項案，復如說明，請查照。

說明：

- 一、依鈞部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告113年
度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式、貴會第6
屆112年第11次委員會(112.12.20)決定事項辦理。
- 二、因醫院及西醫基層部分項目，尚須與總額相關團體討論或
謹慎研議，將於草案訂定後儘速提報貴會。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：本署企劃組



3.01.15



1133340014

討論事項第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：113 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會同意或確認之項目案，提請討論。

【註：本次健保署提報本會同意或確認之項目共 5 項(其他預算 1 項、西醫基層總額 2 項、牙醫門診總額 2 項)。為利討論，以下依總額部門分列健保署提案內容及本會研析說明。】

- 壹、其他預算-「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」專款運用方式。
- 貳、西醫基層總額-「強化未滿4歲兒童之基層專科醫師照護」、「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」、項目運用方式。
- 參、牙醫門診總額-有關增修訂「牙醫支付標準通則五『高齡根管治療難症處理』加成由原先70歲放寬至65歲(含)以上」與2項牙醫專款計畫「牙醫特殊醫療服務計畫」、「高風險疾病口腔照護計畫」。

壹、其他預算-「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」 專款運用方式

健保署提案內容：

一、依衛生福利部 112 年 12 月 26 日公告 113 年度全民健康保險其他預算及其分配辦理。

二、查衛生福利部 113 年度全民健康保險其他預算「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」決定事項如下：

(一)優先用於強化住院夜班護理照護量能。

(二)執行目標及預期效益之評估指標：

1.執行目標：調升護理相關費用之醫院家數達一定比率，並以本署與中華民國護理師護士公會全國聯合會(下稱護理全聯會)對調升護理相關費用的共識方案設定目標值。

2.預期效益之評估指標：調升護理相關費用之醫院家數占率。

(三)請本署會同護理師公會於 113 年總額公告後，將具體實施規劃，提報全民健康保險會同意後，依程序辦理。規劃建議如下：

1.設定適用對象、動支條件、獎勵費用計算及撥款方式。

2.訂定監測指標(含護病比、薪資調整情形)。

3.建立實質回饋住院夜班護理人員之稽核方式。

三、為改善醫院護理人員執業環境，衛生福利部護理及健康照護司依日前與各界溝通之三班護病比標準試算，各層級醫院之護理人力缺口以醫學中心最高、區域醫院其次、地區醫院最低，且多集中於夜班(詳下表)。

醫學中心				
	白班	小夜班	大夜班	總計
三班護病比標準	1:6	1:9	1:11	-
護理人力缺口(人)	1,216	1,080	1,249	3,545

區域醫院				
	白班	小夜班	大夜班	總計
三班護病比標準	1:7	1:11	1:13	-
護理人力缺口(人)	1,312	960	1,183	3,455
地區醫院				
	白班	小夜班	大夜班	總計
三班護病比標準	1:10	1:13	1:15	-
護理人力缺口(人)	-	245	445	582
護理人力缺口合計(人)	2,420	2,285	2,878	7,582

四、考量本預算為鼓勵醫院夜班護理人員留任，決定事項敘明優先用於強化夜班護理照護量能，爰本署研擬「強化醫院夜班護理照護量能方案」草案(附件一，第 50~53 頁)，說明如下：

(一)支付方式：

1.急性一般病床(含精神)護理人員夜班獎勵：全年預算 27 億元

(1)醫院應於統計年月次月 20 日前，至健保資訊網服務系統(VPN)填報急性一般病床(含精神)「護理人員夜班排班資料」。未填報者，不予核發各項獎勵金。

(2)每月各醫院夜班獎勵=(當月該院小夜班總排班人次×該院所屬特約類別之小夜班獎勵標準)+(當月該院大夜班總排班人次×該院所屬特約類別之大夜班獎勵標準)。

班別 特約類別	小夜班獎勵	大夜班獎勵
醫學中心	600 元/班	1,000 元/班
區域醫院	500 元/班	800 元/班
地區醫院	400 元/班	600 元/班

(3)本署應按月依醫院填報「護理人員夜班排班資料」計算，並於每月月底前撥付前一個月夜班獎勵，醫院應併

同最近一次發薪時將款項撥付予護理人員、備註名目為【衛生福利部護理人員輪值大(小)夜班獎勵】，並於第一次撥款後，將「薪資明細案例」提交本署備查。

(4)經費如有不足，由本方案「其他護理獎勵」費用支應。

(5)如有特殊情形，本署得預撥「急性一般病床(含精神)護理人員夜班獎勵」，並於醫院填報該月實際資料後重新計算夜班獎勵，不足者補付，溢付者於下次撥款時沖抵。

2.其他護理獎勵：全年預算 13 億元

(1)優先支應本方案「急性一般病床(含精神)護理人員夜班獎勵」之不足，其餘再依各醫院急性一般病床(含精神)夜班獎勵金占整體獎勵金之比率，每半年撥付。

(2)醫院應於方案公告後 30 個工作日內，提交本款項運用方式(8 成以上須用於提升其他須輪值夜班單位之護理人員夜班費)予本署備查。

(二)預期效益之評估指標(綜整說明如附件二，第 54 頁)：

1.調升護理人員夜班獎勵之醫院達 100%。

2.各醫院每月大(小)夜班護病比不高於基期(112 年第 4 季平均)。

3.急性一般病床(含精神)「年資 3 個月以上護理人員離職率」、「年資 3 個月以上但未滿 2 年護理人員離職率」不高於 112 年同期。

4.整體護理人員空缺率不高於 112 年同期。

(三)稽核機制及罰則：

1.款項限用於撥付急性一般病床(含精神)護理人員夜班獎勵、提高其他須輪值夜班單位之護理人員夜班費、強化護理照護量能及提升護理人力配置，不得用於其他用途。

2.醫院夜班費調查及薪資相關爭議案件之申訴，將透過衛生福利部護理及健康照護司「護助 e 起來平台」及「護理職場爭議通報平台」辦理。

3.保險人得不定期進行稽核，經查有「未如實將夜班獎勵撥付予護理人員」、「登錄不實」等情形者，將依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法予以處分，並追扣本方案獎勵款項。

五、本案業提本署 113 年 1 月 16 日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 113 年第 1 次共同擬訂會議討論，台灣醫院協會及中華民國護理師護士公會全國聯合會(下稱護理全聯會)代表建議本案獎勵不限於夜班護理人員，由護理全聯會按不同單位別及班別(白班、小夜班、大夜班)訂定權重進行分配，並提出兩會建議方案(共兩案)，說明如下：

(一)甲案：依各醫院執登護理人員數分配本案獎勵金，續由醫院自行依護理全聯會訂定之權重分配並撥付予護理人員。

(二)乙案：由本署依護理全聯會訂定之權重，計算各權重可分配之獎勵金額度，續由醫院依獲配之獎勵金撥付予護理人員。

六、承上，考量前述甲、乙兩案係以醫院全數護理人員計算撥付之獎勵金額度，未完全扣合決定事項之內容，爰建議今年度本項預算依(附件一，第 50~53 頁)方式執行。至於其他班別或其他單位之護理人員獎勵，衛生福利部護理及健康照護司及本署將列為第二階段爭取公務預算支應重點。

擬辦：本案於貴會同意後，將依程序報衛生福利部核定。

健保署業務窗口：陳依婕專門委員，聯絡電話：02-27065866 分機 2646
.....

本會研析說明：

一、本項為 113 年新增項目，核(決)定事項如下：

(一)全年經費 40 億元，優先用於強化住院夜班護理照護量能。

(二)執行目標：調升護理相關費用之醫院家數達一定比率，並以健保署與護理全聯會對調升護理相關費用的共識方案設定目標值。

預期效益之評估指標：調升護理相關費用之醫院家數占率。

(三)請健保署會同護理全聯會將具體實施規劃，提報本會同意後，依程序辦理。規劃建議如下：

1.設定適用對象、動支條件、獎勵費用計算及撥款方式。

2.訂定監測指標(含護病比、薪資調整情形)。

3.建立實質回饋住院夜班護理人員之稽核方式。

(四)於 113 年 7 月前提出強化住院護理照護量能之專案報告(含歷年相關預算執行檢討結果)。

(五)護理人力留任及流動議題與勞動環境及條件存在複雜關係，建議主管機關提出改善策略，宜由公務預算挹注經費支應。

二、經檢視健保署所提方案內容(如附件一，第 50~53 頁)，就上開核(決)定事項，研析說明如下：

(一)執行目標：依公告核(決)事項，執行目標為調升護理相關費用之醫院家數達一定比率，本方案並未設定執行目標及其目標值，建議訂定，以符合核(決)定事項。

(二)預期效益之評估指標(含護病比、薪資調整情形)：本方案訂有 4 項指標，包含第 1 項「調升護理人員夜班獎勵之醫院占率達 100%」，及 2~4 項(夜班護病比、離職率及空缺率)結果指標，並訂有指標定義及實施前之基礎數值，尚屬合理。惟第 2~4 項指標值均為不高於 112 年，似以維持目前護理人力不流失為主要目的，未來若持續編列經費，建議訂定更具積極性之效益評估指標。

(三)支付方式(含獎勵費用計算及撥款方式)：

預算分為兩筆，用途均以提升住院之護理人員夜班獎勵為主：

1.急性一般病床(含精神)護理人員夜班獎勵：27 億元

(1)小夜班獎勵：醫學中心、區域醫院及地區醫院分別為 600 元、500 元、400 元／班。

(2)大夜班獎勵：醫學中心、區域醫院及地區醫院分別為 1,000 元、800 元、600 元／班。

2.其他護理獎勵：13億元，先支應第1項獎勵款之不足，其餘等比率發放，由醫院統籌規劃運用，惟8成以上須用於提升其他須輪值夜班單位之護理人員夜班費。

(四)稽核方式：主要透過兩種管道進行稽核，包含照護司通報平台申訴案件及健保署不定期進行稽核，並訂有罰則，若有未如實撥付或登錄不實者，將予以處分並追扣獎勵款項。

三、健保署提案內容說明第五點，在113.1.16召開的醫療服務共同擬訂會議，護理全聯會及台灣醫院協會有提出兩會建議方案(共兩案)：

(一)該兩案所建議之獎勵方式不限於夜班護理人員，由護理全聯會按不同單位別及班別(白班、小夜班、大夜班)訂定權重進行分配。

(二)依健保署分析，該兩案未完全扣合決定事項之內容，爰建議今年度依該署所提方案執行。至於其他班別或其他單位之護理人員獎勵，本部護理及健康照護司及該署將列為第二階段爭取公務預算支應重點。

四、依113年度總額核(決)定事項，本方案內容須經本會同意，是否同意，請討論。本案經討論通過後，請健保署依程序辦理後續事宜。

決議：

貳、西醫基層-「強化未滿4歲兒童之基層專科醫師照護」、「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」項目運用方式

健保署提案內容：

一、依衛生福利部 112 年 12 月 26 日衛部健字第 1123360189 號公告 113 年西醫基層醫療給付費用總額(下稱基層總額)暨本署 113 年 1 月 16 日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議(下稱共擬會議)113 年第 1 次會議決議辦理。

二、113 年「強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護」及「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」項目決定事項如下：

(一)「強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護」新增項目：請本署會同西醫基層總額相關團體，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標)。

(二)「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」延續項目：請本署會同西醫基層總額相關團體，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標)。

三、有關「強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護」項目，說明如下：

(一)執行內容：本預算運用方式業經本署 113 年 1 月 16 日共擬會議討論，決議修訂未滿 4 歲兒童第一段門診診察費之專科醫師加成均調升至 13%。

(二)支付方式：基層院所診治未滿 4 歲兒童申報第一段門診診察費之專科醫師加成，由現行整形外科、骨科、泌尿科及神經外科 10%，其餘專科(含兒科)為 9%，不限專科均調升至 13%。

(三)品質監測指標(附件三，第 55 頁)：未滿 4 歲兒童於基層就醫人數或人次之比率，較前 1 年增加(排除全民健康保險重大傷

病範圍)。

(四)本署說明：為鼓勵兒童至鄰近診所就醫獲即時照護、提升就醫可近性，並考量各專科醫師照護未滿 4 歲兒童心力及支付衡平性，爰建議訂定上述品質監測指標。以 111 年未滿 4 歲就醫共 66.6 萬人、人次 1169.6 萬人次，其中於基層就醫計 59.5 萬人、865.3 萬次，占率分別為 89.4%、74%。

四、有關「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」項目，說明如下：

(一)執行內容：本預算運用方式業經本署 113 年 1 月 16 日共擬會議討論，決議「提升護理人員照護品質之門診診察費加計」由 6 點調升至 12 點，申報方式改由本署後續勾稽診所實際調薪情形核付費用，爰刪除支付標準，改以獎勵計畫「提升基層護理人員照護品質獎勵方案(草案)」(附件四，第 56~58 頁)。

(二)支付方式：

- 1.反映護理人員薪資調升之門診診察費加計獎勵：限聘有護理人員且有達調薪幅度之西醫基層診所申報 1~30 人次門診診察費之案件獎勵 12 點。
- 2.提升護理照護品質獎勵：額度視本預算最後一季結餘，依當年度各診所調升護理人員薪資之人月占率發放予有達調薪幅度之基層診所。

(三)執行目標、品質監測指標經上開會議討論修訂如下：

1.執行目標：

- (1)聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數由 66%調升至 70%。
- (2)調整診所調薪幅度認定：診所須按每月聘有護理人員數，達成不同調薪人數(無條件進位)：聘有 4 位以下護理人員之診所須調升全數護理人員薪資、5 至 10 位調升 90%護理人員、11 位以上調升 80%護理人員。

(3)本署說明：每家基層診所須調升護理人員薪資達次一投保等級人數之操作型定義，由原「半數以上護理人員」修訂為「按聘有護理人員數須達不同調薪人數」，依上述定義計算 112 年 10 月診所調升護理人員薪資家數之比率為 32.3%，目標值 70%是現行執行情形 2 倍以上。

2.品質監測指標(同附件三，第 55 頁)：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率。

擬辦：本案於貴會確認後，將依程序報衛生福利部核定。

健保署業務窗口：陳依婕專門委員，聯絡電話：02-27065866 分機 2646
.....

本會研析說明：

一、有關「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」：

(一)本項為 112 年度既有項目(預算額度為 659.3 百萬元)，113 年度本會協商未有共識，衛福部決定事項如下：

1.本項預算成長率 0.517%，預估增加 659.3 百萬元，用於反映護理人員薪資，提升護理照護品質。

2.請健保署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項：

(1)於 113 年度總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

(2)建立稽核機制，以確實提升護理照護品質。

(二)經檢視健保署所報內容(附件三、四，第 55~58 頁)，就上開決定事項，與 112 年執行方式相較，研析說明如下：

1.執行內容及支付方式：

(1)112 年係新增診療項目 00246C「提升基層護理人員照護品質加計」，聘有護理人員且有調升其薪資之基層診所，申報 1~30 人次門診診察費之案件，得併申報該項，支付點數 6 點(由院所申報)。

(2)113 年訂定「提升基層護理人員照護品質獎勵方案(草

案)」(詳附件四，第 56~58 頁)，改由健保署勾稽診所實際調薪情形核付費用。支付方式如下：

①反映護理人員薪資調升之門診診察費加計獎勵：

A.限聘有護理人員且有達調薪幅度之基層診所，申報 1~30 人次門診診察費之案件，得加計獎勵 12 點(112 年加計 6 點)。

B.調薪幅度認定：基層診所符合下表調薪人數比率者，才可獲得加計獎勵。

每月聘有護理人員數	調薪人數比率
4 位以下	全數
5 至 10 位	90%以上
11 位以上	80%以上

②提升護理照護品質獎勵：

本項預算若最後一季有結餘，依各診所調升護理人員薪資之人月占率，發放予有達調薪幅度之基層診所。

2.以結果面為導向之品質監測指標：

113 年度指標修正摘要如下(詳下表)：

(1)執行目標：目標值自 66%提升至 70%，其操作型定義依診所護理人員數明訂調薪幅度。

(2)評估指標：僅酌修文字。

(3)稽核機制：原為診所調升半數以上護理人員薪資，調整為依診所護理人員數達成不同調薪人數。

(4)品質監測指標：113 年新增「聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率」(詳附件三，第 55 頁)。

項目	112 年	113 年
執行目標	聘有護理師/護士之診所，有申報本項加計且有調升護理師/護士薪資比率達 66% 分子：聘有護理人員之診所調升護理人員薪資達本保險投保金	聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數達 70% 分子：聘有護理人員之診所調升護理人員薪資達調薪幅度之診

項目	112 年	113 年
	額次一投保等級之診所家數(含前一年度未聘有之新聘護理人員，且每家基層診所須調升其半數以上護理人員之薪資達次一投保等級，不足一名以一名計算)。 分母：聘有護理人員之診所家數。	所家數(含新聘護理人員，且每家基層診所須按聘有護理人員數達不同調薪人數，不足一名以一名計算)。 分母：聘有護理人員之診所家。
評估指標	聘有護理師/護士之診所，有申報本項加計且有調升護理師/護士薪資比率	聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率
稽核機制	每家基層診所須調升其半數以上護理人員之薪資達本保險投保金額次一投保等級。 比較基準月：111年12月。	每家基層診所須按聘有護理人員數不同(4位以下調升全數護理人員薪資、5至10位調升90%以上護理人員薪資、11位以上調升80%以上護理人員薪資)，調升護理人員薪資達本保險投保金額次一投保等級。

3.經檢視健保署研訂結果，該署已擬訂實施方案，包含執行內容及支付方式、監測指標及稽核機制，建議尊重該署與總額相關團體研訂結果，另所提稽核機制請健保署落實執行。

(三)依 113 年度總額決定事項，本方案內容須經本會確認，請討論。本案經討論通過後，請健保署依程序辦理後續事宜。

二、有關「強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護」：

(一)本項為 113 年度新增項目，本會協商未有共識，衛福部決定事項如下：

- 1.本項預算成長率 0.096%，預估增加 122.5 百萬元。
- 2.請健保署會同西醫基層總額相關團體，於 113 年度總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

(二)經檢視健保署提案說明三及附件三(第 55 頁)，就上開決定事

項，研析說明如下：

1.執行內容及支付方式(說明三)：

主要為支付標準之加成調整，基層院所診治未滿4歲兒童，第一段門診診察費之專科醫師加成，不分科別均調升至13%。整理現行與調整後之差異如下：

專科別	現行專科醫師加成	113年擬調整專科醫師加成
婦產科、外科、內科	13%	13%
整形外科、骨科、泌尿科、神經外科	10%	13%
兒科	9%	13%
其餘專科	9%	13%

註：西醫基層院所診治「未滿4歲兒童」，第一段門診診察費除「專科醫師加成」外，另有「未滿4歲兒童加成20%」，故調整後未滿4歲兒童加成總計為33%。

2.品質監測指標(附件三，第55頁)：

(1)訂有1項指標「未滿4歲兒童於基層就醫人數或人次之比率，較前1年增加」，並提出指標定義及實施前之基礎數值(註)。

(2)依總額決定事項，須擬訂以結果面為導向之品質監測指標，所提指標難以認定為結果面為導向之品質監測指標，請健保署於會上補充說明，並建議朝結果面指標研修。

註：1.111年未滿4歲就醫人數、人次占率為89.4%、74%。

2.分子：未滿4歲兒童於西醫基層就醫人數或人次。分母：未滿4歲兒童就醫人數或人次。

(三)依113年度總額決定事項，本項內容須經本會確認，請討論。本案經討論通過後，請健保署依程序辦理後續事宜。

決議：

參、牙醫門診總額-有關增修訂「牙醫支付標準通則五『高齡根管治療難症處理』加成由原先 70 歲放寬至 65 歲(含)以上」與 2 項牙醫專款計畫「牙醫特殊醫療服務計畫」、「高風險疾病口腔照護計畫」

健保署提案內容：

- 一、依衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 112 年第 8 次委員會會議(下稱健保會議)決議、本署 112 年 11 月 21 日全民健康保險牙醫總額研商議事會議決議及 112 年 12 月 14 日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議 112 年第 4 次會議(以下稱共擬會議)決定辦理。
- 二、旨揭項目依上開健保會議決定，請本署會同牙醫門診總額相關團體，妥為研訂 113 年度具體實施計畫，又依本署共擬會議決定，需提報貴會討論，並於同意後依程序辦理，修訂事項重點如下，請社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)補充說明調整原因，並於本會議同意後修訂：

(一)有關修訂牙醫支付標準一節，牙全會建議以 113 年非協商因素成長率之預算，約 1,629.2 百萬元，調整牙醫支付標準通則與 16 項支付標準(如附件五，第 59 頁)，惟其中「牙醫支付標準通則五『高齡根管治療難症處理』加成由原先 70 歲放寬至 65 歲(含)以上」，於共擬會議上付費者代表表示可能產生其他總額比照適用之爭議，經牙全會補充說明，本項係考量 65 歲以上高齡長者，因牙髓腔狹小，視野受限，根管孔徑明顯變小，管徑變窄，器械難以進入，且較無法維持張口時間等因素，該會原提出之適用對象即為 65 歲以上之高齡長者，因 110 年預算有限，改先以 70 歲以上對象施行，113 年以非協商因素成長率之預算(不另爭取成長率)修訂本項適用為對象為 65 歲(含)以上。

(二)有關修訂「113 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」一節(如附件六，第 60~83 頁)：

1.牙全會建議修訂重點及補充說明事項如下：

- (1)醫療費用加成方式「特定身心障礙者牙醫醫療服務加成統一調升 2 成」，本項原先 113 年協商時，牙全會僅提出調升輕度、中度障礙等級之加成成數，惟總額協商時委員表示可能造成醫療團逆選擇輕度、中度病人，爰該會參採委員建議考量預算分配公平性，且計畫經費足已支應，故將輕度、中度、重度、極重度障礙等級一併調升 2 成。
- (2)醫療團服務對象「新增不符合現有牙特計畫但持有身心障礙證明者，於醫療團地點(不含社區醫療站)就診時，費用亦由本計畫支應；其他具身心障礙證明者得加 2 成」，本項牙全會表示係考量為能服務醫療團內全部之收容對象，不因其障別、等級而有不同之待遇，建議將持有身障證明但不符合現有牙特計畫之對象一併納入計畫，另委員提出與一般服務預算重複的費用，該會同意於總額協商時討論由一般預算移撥至專款。
- (3)新增【計畫附件 19】，牙醫特殊醫療服務計畫之支付項目 89304C-89315C「特殊狀況之各複合體充填」，屬新增專款用途，牙全會表示係為照護身心障礙患者，比照高風險口腔照護計畫增列「複合體充填」支付項目。
- (4)調升支付標準「符合牙醫門診加強感染管制身心障礙者門診診察費」，並將重度以上診察費分為重度與極重度(如附件七，第 84 頁)，本項牙全會表示係考量特定身心障礙者門診診察費除因執行加強感染管制外，多年來均未調升，本次調整係就整體面考量，並合理反映成本，將不同等級身障者門診診察費分列。

2.經本署推估 113 年度牙醫特殊醫療服務計畫所需經費(如附件八，第 85 頁)，包含上開事項推估共需 752.6 百萬元；113 年本計畫經費為 781.7 百萬元，尚足以支應。

(三)有關新增「113 年度全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病

口腔照護計畫」一節：

1.牙全會建議修訂重點及方案內容(草案)，彙整如附件九(第 86 頁、附件十(第 87~92 頁)。

2.下列事項請牙全會說明如下：

(1)修訂高風險疾病病人定義第 7 項，原先「不符合牙特計畫之肢體障礙、慢性精神病病人或重要器官失去功能者」擴大為「障別及障度不符合牙特計畫之院所牙醫醫療服務者」，本項牙全會表示係考量身心障礙者均須加強口腔照護，此次修訂係將不符合牙特計畫之身障患者均納入，以符合本計畫支付項目設計概念。

(2)增支付標準 89204C~89215C「複雜性複合體充填」一節，屬新增專款用途，本項牙全會原先於 113 年協商提出因高風險患者牙體復形治療較為困難應加計 2 成，參採委員建議後，調整為預後更好之充填材料「複合體」，並配合增加對應支付標準，期能加強照護高風險患者口腔健康，另為照護身心障礙患者，於牙特計畫一併新增「特殊狀況之複合體充填」支付項目。

3.經本署推估 113 年度高風險疾病口腔照護計畫所需經費(如附件十一，第 93 頁)，上開事項推估共需 1,016.2 百萬；113 年本計畫經費為 1,599.0 百萬，尚足以支應。

擬辦：本案於貴會通過後，依程序報衛生福利部核定。

健保署業務窗口：朱文玥科長，聯絡電話：02-27065866 分機 2665

本會研析說明：

一、有關「牙醫特殊醫療服務計畫」(下稱牙特計畫，如附件六，第 60~83 頁)：

(一)113 年度總額核定事項如下：

1.全年經費 781.7 百萬元。

2.請健保署會同牙醫門診總額相關團體，妥為研訂 113 年度具

體實施計畫(含醫療團服務對象、醫療費用加成方式)，提報本會同意後，依程序辦理。

3.持續監測本計畫醫療團適用對象(含不同障礙別、障礙等級)之醫療利用情形，以評估照護成效及資源分配公平性。

(二)經檢視健保署所報計畫內容，就上開核定事項與協商時委員關切重點，研析說明如下：

1.醫療團服務對象：牙特計畫針對特定身心障礙者提供醫療服務類型，可分為「院所」及「醫療團」2類，本次主要修訂醫療團服務對象(院所服務之適用對象不變)：

(1)113年計畫新增「不符現有牙特計畫適用對象(共8類)」(原由一般服務支應所有牙醫醫療費用)，其相關影響整理如下：

新增「不符現有牙特計畫適用對象」之特定身障者(共8類) ^{註1}	現行規定	113年計畫
能否接受牙特醫療團服務	V ^{註2}	V
預算來源	一般服務	牙特專款
費用支應範圍	所有牙醫服務	所有牙醫服務 (部分治療處置 頻率增加)
費用加成	未有加成	加成20%

註：1.原牙特計畫適用對象之障別及障礙程度主要為中度以上障礙者，本次醫療團新增「不符現有牙特計畫適用對象」之特定身障者(共8類)，包含：輕度及中度之視障、輕度及中度之肢礙、輕度及中度之重要器官失去功能、輕度精神障礙、聽覺機能障礙、平衡機能障礙、聲音機能或語言障礙、顏面損傷。

2.現行牙特計畫醫療團服務，已訂有不適合適用對象之身障者得以其他案件類別申報(一般服務費用支應)。

(2)上開修訂涉及協商過程委員關切重點，茲摘述提案相對應之說明如下：

協商過程委員關切重點	提案相對應之說明 (詳提案說明二(二)1(2))
1.現行障礙等級較輕之身心障礙者，亦可使用醫療團服務，其與一般民眾享有一樣的醫療照護，對其權益並無影響。	1.醫療團服務機構內之收容對象，不宜因其障別、等級而有不同之待遇(如：治療處置頻率不同)。
2.倘此類對象之醫療費用由一般服務轉由專款預算支應，則原於一般服務支應之醫療費用，應予扣除。	2.有關新增本項與一般服務預算重複的費用，牙全會同意於總額協商時討論由一般預算移撥至專款。

2.醫療費用加成方式：

(1)113 年計畫將各障礙等級之醫療費用加成均調升 20%，修訂如下：

對象別	醫療費用加成		現行規定	113 年計畫
	障礙等級			
新增	「不符現有牙特計畫適用對象」之特定身障者(共 8 類)		-	20%
原有	輕度(含失能老人)		10%	30%
	中度(含發展遲緩兒童)、中度以上精神疾病病人		30%	50%
	重度		70%	90%
	極重度、自閉症、失智症		90%	110%

(2)上開修訂涉及協商過程委員關切重點，茲摘述提案相對應之說明如下：

協商過程委員關切重點	提案相對應之說明 (詳提案說明二(二)1(1))
僅建議提升輕度及中度障礙者之醫療費用加成比率，而未提升重度及極重度者之加成比率，可能造成醫師選擇輕症病人之逆選擇效應。	參採委員建議，考量預算分配公平性，且計畫經費足已支應，故將輕度、中度、重度、極重度障礙等級一併調升 2 成。

3.113 年計畫尚增修下列支付項目：

增修支付項目	摘述提案說明 (詳提案說明二(二)1(3)、(4))
(1)調升「牙醫門診加強感染管制身心障礙者察費」：	本次調整係就整體面考量，並合理反映成本，將不同等

增修支付項目	摘述提案說明 (詳提案說明二(二)1(3)、(4))
A.各障別之診察費均增加 100 點。 B.將「重度以上」診察費分為 2 項 (「極重度」較「重度」增加 100 點)。	級身障者之門診診察費分列。
(2)新增「特殊狀況之複雜性複合體充填」診療項目共 8 項 (89304C-89315C) ^註	為照護身心障礙患者，比照高風險疾病口腔照護計畫增列「特殊狀況之複雜性複合體充填」支付項目。

註:補牙材質多元(如:銀粉、複合樹脂、玻璃離子體及複合體等),其中複合體充填,限用於恆牙牙根齲齒(89013C、89113C)。本次於牙特專款增列「特殊狀況之複雜性複合體充填」支付項目,可用於牙特病人之複雜性前牙、後牙、雙鄰接面等齲齒部位填補。

4.健保署推估 113 年牙特計畫之財務影響約 752.6 百萬元, 113 年預算 781.7 百萬元, 尚足以支應。

(三)若同意醫療團服務對象新增「不符現有牙特計畫適用對象(共 8 類)」, 則需考量於一般服務扣除重複費用事宜, 建議如下: 考量目前尚無實際執行資料可估算扣款(或移撥)額度, 查近年各部門總額協商均有扣除重複預算之協定事項, 且牙全會同意於總額協商時討論由一般預算移撥至專款。爰請健保署評估本計畫與一般服務重複費用, 併 113 年 7 月追蹤執行情形時提報(含與一般服務重複部分), 以利 114 年度總額協商。

(四)依 113 年度總額協定事項, 本計畫內容須經本會同意, 是否同意, 請討論。本案經討論通過後, 請健保署依程序辦理後續事宜。

二、有關「高風險疾病口腔照護計畫」(如附件九、附件十, 第 86~92 頁):

(一)113 年度總額核定事項略以:

1.全年經費 1,599 百萬元, 合併辦理以下項目, 其中 405 百萬元自一般服務費用移列:

(1)原一般服務之「高風險疾病口腔照護」。(主要加強牙結石清除服務)

(2)原「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」專款項目。(主要提供接受恆牙牙根齲齒複合體充填者氟化物治療服務)

(3)原「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」專款項目。(主要提供齲齒經驗之高風險患者氟化物治療服務)

2.執行目標及預期效益之評估指標：本項併同提報本會同意之具體實施計畫，一併確認。

3.請健保署會同牙醫門診總額相關團體，妥為研訂具體實施計畫(含醫療服務內容、各項服務適用對象、支付方式及成效監測)，提本會同意後，依程序辦理。

(二)經檢視健保署所報計畫內容，就上開核定事項與協商時委員關切重點，研析說明如下：

1.適用對象：

(1)配合原3項計畫服務內容之整併，修訂高風險疾病病人定義，主要將原「不符合牙特計畫之肢體障礙、慢性精神病或重要器官失去功能者」修訂為「障別及障度不符合牙特計畫之院所牙醫醫療服務者」(原適用於3類身障者，放寬至8類)，係考量所有身障者均須加強口腔照護。整理原協定適用對象及113年計畫比較如下：

項目	原(111、112年)協定適用對象		113年計畫
	111年一般服務「高風險疾病口腔照護」	112年專款「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」	113年專款「高風險疾病口腔照護計畫」
適用對象	1.腦血管疾病 2.血液透析及腹膜透析 3.使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物 4.惡性腫瘤。 5.不符合牙特計畫之肢體障礙、慢性精神病或重要器官失去功能者	1.糖尿病 2.六十五歲以上 3.腦血管疾病 4.血液透析及腹膜透析 5.使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物 6.惡性腫瘤。 7.不符合牙特計畫之肢體障礙、慢性精神病或重要器官失去功能者 (共3類：輕度及中度之肢礙、輕度及中度之重要器官失去功能、輕度精障)	1.糖尿病 2.六十五歲以上 3.心血管疾病 4.血液透析及腹膜透析 5.使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物 6.惡性腫瘤。 7.障別及障度不符合牙特計畫之院所牙醫醫療服務者(比照牙特計畫醫療團之放寬對象) (共8類，除左欄3類， 新增5類 ：輕度及中度之視障、聽覺機能障礙、平衡機能障礙、聲音機能或語言障礙、顏面損傷)

- (2)其中第 3 項，刪除原「腦血管疾病」，新增「心血管疾
病」病人，請健保署補充說明原因。
- 2.服務內容及支付方式：除保留原提供之牙結石清除及氟化
物治療服務外，新增 8 項「複雜性複合體充填」支付項目。
- (1)113 年總額協商時委員關切重點：協商時牙全會提出「高
風險患者補牙費用加計 2 成」，付費者委員認為僅就現已
提供的補牙項目給予費用加成，與補牙難度、品質之關
連性待審酌。
- (2)牙全會參採上開付費者委員建議，改為新增「複雜性複
合體充填」診療項目共 8 項(89204C~89215C)，使高風險
病人能使用預後較好之複合體充填材料(註)，期提升其口
腔健康。
- 註：本會補充說明：補牙材質多元(如：銀粉、複合樹脂、玻璃離
子體及複合體等)，其中「複合體充填」原限用於恆牙牙根齲
齒(89013C、89113C)。本次「高風險疾病口腔照護計畫」專
款增訂 8 項「複雜性複合體充填」，可讓高風險病人填補複雜
性前牙、後牙、雙鄰接面等部位，有較好的材質可選擇。
- 3.健保署推估 113 年高風險疾病口腔照護計畫之財務影響約
1,016.2 百萬元(摘要如下表)，113 年預算 1,599 百萬元，尚足
以支應：

項目	財務影響
1.高風險疾病患者牙結石清除-全 口(91090C)	117.6 百萬元
2.齲齒經驗之高風險患者氟化物治 療(P7302C)	502.2 百萬元
3.複雜性複合體充填項目 (89204C~89215C)(新增用途)	396.4 百萬元
合計	1,016.2 百萬元

4. 成效監測(執行目標及預期效益之評估指標)：整理計畫內容及本會研析說明如下：

執行目標 及預期效益之評估指標	本會研析說明
執行目標： 1.113 年服務高風險病人執行牙結石清除(91090C)達 80,000 人次【111 年協定服務 270,000 人】 2.齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)預估服務人次 202 萬人次【112 年協定服務 200 萬人次】	113 年牙結石清除之目標數低於 111 年目標數，請牙全會補充說明目標值訂定之考量。
預期效益評估指標： 1.113 年服務高風險病人執行牙結石清除(91090C)達 64,000 人次	本項非屬成果面指標，且與執行目標重複，建議刪除。
2.國人牙齒保存數較 104-105 年衛福部口腔健康調查結果增加	查衛福部「我國成年及老年人口腔健康調查」係每 6 年辦理 1 次，最近 1 次調查時間為 110~111 年。建議修正為：國人牙齒保存數較 110~111 年衛福部口腔健康調查結果增加。
3.一年後高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩	本項係沿用本會 111 年第 10 次委員會議(111.10.28)決定之指標，建議如下： 1.依原決定指標，補充年度：1 年後(113 年起)高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。 2.指標定義及計算方式：依原決定內容辦理。

(三)若同意新增 8 項「複雜性複合體充填」支付項目，則需考量於一般服務扣除替代費用事宜(如：取代原一般服務之銀粉、複合樹脂、玻璃離子體充填等)，建議如下：

考量目前尚無實際執行資料可估算本項替代一般服務費用情形，請健保署妥為評估，併 113 年 7 月追蹤執行情形時提報(含替代一般服務部分)，以利 114 年度總額協商。

(四)依 113 年度總額協定事項，本計畫內容須經本會同意，是否同意，請討論。本案經討論通過後，請健保署依程序辦理後續事宜。

三、有關牙全會建議以 113 年度非協商因素之「醫療服務成本指數改變率」所增預算，修訂『高齡患者根管治療難症處理得加計 30%』之適用對象，由『70 歲以上』放寬至『65 歲以上』：

(一)背景說明：

本項支付標準係健保署依據 110 年度總額協定事項「高齡患者根管治療難症處理：提供 70 歲以上患者根管難症治療」，修訂牙醫支付標準通則，自 110.7.1 起增列「高齡患者根管治療難症處理」項目，規範 70 歲以上病人申報 14 項難症根管處置項目，得加計 30%。

(二)本會研析說明：

- 1.查 113 年度總額核定事項，對於「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算，並未核定其用途。爰有關本項支付標準修訂，建議健保署依健保法第 41 條、第 42 條規定(註)及保險人權責妥處。
- 2.另近年各部門總額常以「高齡」為訴求，爭取預算以調升支付點數或費用加成，然對高齡之界定各有不同。建請健保署本於保險人權責，妥為評估其合理性及必要性。

註：健保法規定：

- 1.第 41 條(略以)：醫療服務給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，報主管機關核定發布。
- 2.第 42 條(略以)：
 - (1)醫療服務給付項目及支付標準之訂定，應以相對點數反應各項服務成本及以同病、同品質同酬為原則，並得以論量、論病例、論品質、論人或論日等方式訂定之。
 - (2)前項醫療服務給付項目及支付標準之訂定，保險人得先辦理醫療科技評估，並應考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及本保險財務；藥物給付項目及支付標準之訂定，亦同。

決議：

113 年度全民健康保險強化醫院夜班護理照護量能方案

○年○月○日健保醫字第○○○○○號公告

壹、依據

全民健康保險會（下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的

- 一、鼓勵醫院護理人員留任。
- 二、提升住院護理照護品質。
- 三、強化醫院夜班護理照護量能。

參、實施期間：113 年 1 月 1 日至 113 年 12 月 31 日。

肆、預算來源：

113 年健保總額其他預算「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護品質」項下 40 億元。

伍、支付方式：

一、急性一般病床（含精神）護理人員夜班獎勵：全年預算 27 億元

（一）醫院資料登錄：

1. 醫院應於統計年月次月 20 日前，至健保資訊網服務系統（VPN）填報「護理人員夜班排班資料」，包含：本月夜班總排班人數、本月急性一般病床大（小）夜班排班護理人員數、本月急性一般病床大（小）夜班總排班人次等資料。未填報前述資料者，不予核發本方案各項獎勵金。
2. 本方案每月撥付夜班獎勵款項後，醫院如有資料修正需求，須於款項撥付日起 1 個月內，向本署各分區業務組提出申請並提具佐證資料，經審核通過後，不足者補付，溢付者於下次撥款時沖抵。

3. 醫院應保存每月「護理人員夜班排班資料」及本案獎勵撥付護理人員清單備查。

(二) 夜班獎勵金計算方式：

1. 急性一般病床（含精神）夜班獎勵標準：

特約類別 \ 班別	小夜班獎勵	大夜班獎勵
醫學中心	600 元／班	1,000 元／班
區域醫院	500 元／班	800 元／班
地區醫院	400 元／班	600 元／班

2. 每月各醫院夜班獎勵金 = (當月該院小夜班總排班人次 × 該院所屬特約類別之小夜班獎勵標準) + (當月該院大夜班總排班人次 × 該院所屬特約類別之大夜班獎勵標準)。
3. 本獎勵按月結算及撥付，經費如有不足，由本方案「其他護理獎勵」費用支應。

(三) 夜班獎勵撥付規範：

1. 本署應於醫院每月「護理人員夜班排班資料」填報完成後，計算前一個月各醫院之夜班獎勵金，並於每月月底前撥付夜班獎勵金。
2. 醫院應於本署撥付夜班獎勵後，併同最近一次發薪時，將「急性一般病床（含精神）護理人員夜班獎勵」撥付予護理人員，並備註該款項名目為【衛生福利部護理人員輪值大（小）夜班獎勵】。
3. 醫院應於第一次撥款後 30 個工作日內，將「薪資明細案例（遮蔽本項夜班獎勵以外之個人資訊）」提交本署分區業務組備查。

- (四) 如有特殊情形，本署得依醫院填報之三班護病比及住院護理費申報資料，預撥「急性一般病床（含精神）護理人員夜班獎勵」，並於醫院填報該月實際資料後重新計算夜班獎勵，不足者補付，溢付者於下次撥款時沖抵。

二、其他護理獎勵：全年預算 13 億元

- (一) 優先支應本方案「急性一般病床（含精神）護理人員夜班獎勵」之不足，其餘再依各醫院急性一般病床（含精神）護理人員夜班獎勵金占整體獎勵金之比率，每半年撥付。
- (二) 本項獎勵金上半年預算占全年預算 40%（上半年獎勵金約於 113 年 9 月底撥付）、下半年預算占全年預算 60%（下半年獎勵金約於 114 年 3 月底前撥付）。
- (三) 醫院應於方案公告後 30 個工作日內，提交本款項運用方式（8 成以上須用於提升其他須輪值夜班單位之護理人員夜班費）予本署分區業務組備查。

三、本署將定期監測預算執行情形，「急性一般病床（含精神）護理人員夜班獎勵」及「其他護理獎勵」得互相流用。

陸、預期效益之評估指標

- 一、調升護理人員夜班獎勵之醫院達 100%。
分子：領有本方案款項之醫院家數。
分母：申報急性一般病床（含精神）護理費之醫院家數。
- 二、各醫院每月大（小）夜班護病比不高於基期（112 年第 4 季平均）大（小）夜班護病比。
- 三、急性一般病床（含精神）之「年資 3 個月以上護理人員離職率」、「年資 3 個月以上但未滿 2 年護理人員離職率」不高於 112 年同期。
- 四、整體護理人員空缺率不高於 112 年同期。

柒、稽核機制及罰則

- 一、款項之應用
 - (一) 本方案「急性一般病床（含精神）護理人員夜班獎勵」之款項應用於撥付急性一般病床（含精神）護理人員夜班獎勵，不得用於其他用途。
 - (二) 本方案「其他護理獎勵」應用於提高其他須輪值夜班單位之護理人員夜班費（本款項 8 成以上須用於此）、強化護理照護量能及提升

護理人力配置，不得用於其他用途。

(三) 醫院如未將本方案款項落實於前述用途，保險人將予以追扣。

二、透過衛生福利部護理及健康照護司（下稱照護司）「護助e起來平台」宣導與公告醫院夜班費調查結果。

三、如護理人員有夜班獎勵相關爭議，可透過護理職場爭議通報平台反映，向照護司提出申訴及陳情受理。

四、保險人得不定期進行稽核，經查有下列情形者，追扣本方案獎勵款項：

(一) 倘醫院未如實將夜班獎勵撥付予護理人員，本署將依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條、第 40 條規定辦理。

(二) 登錄不實或有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 條至第 40 條所列違規情事之一暨第 44 條及第 45 條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人處以停止特約者（含行政救濟進行中尚未執行處分者），以違規發生日期認定，對於處分期間或停約之月份數，不撥付本方案之款項，已撥付者則追扣其費用。

(三) 經勞動檢查發現違反護理人員相關勞動法令者，處分日期當月不予核發本方案獎勵金，款項已撥付者則追扣其費用。

捌、訂定與修正程序

一、本方案由保險人與相關團體共同研訂，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。本方案之修訂，由保險人逕行修正公告。

二、新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

「強化醫院夜班護理照護理量方案(草案)」預期效益之評估指標列表

	指標	定義	備註												
1	調升護理人員夜班獎勵之醫院達 100%	$\frac{\text{領有本方案款項之醫院家數}}{\text{申報急性一般病床(含精神)護理費之醫院家數}} \times 100\%$													
2	各醫院每月大(小)夜班護病比不高於基期(112年第四季平均)	$\frac{\text{(急性一般病床數} \times \text{占床率)}}{\text{護病比}} = \frac{\text{大(小)夜班護理人員數}}{\text{占床率}}$	112年10-11月各院三班護病比： <table border="1" data-bbox="619 232 826 891"> <tr> <td></td> <td>小夜班</td> <td>大夜班</td> </tr> <tr> <td>醫學中心</td> <td>6.5~10.2</td> <td>9.5~14.1</td> </tr> <tr> <td>區域醫院</td> <td>4.2~16.0</td> <td>6.9~19.9</td> </tr> <tr> <td>地區醫院</td> <td>0.1~29.8</td> <td>0.1~32.7</td> </tr> </table> 註：本表係以112年10-11月急性一般病床數、占床率及大(小)夜班護理人員數平均值計算。		小夜班	大夜班	醫學中心	6.5~10.2	9.5~14.1	區域醫院	4.2~16.0	6.9~19.9	地區醫院	0.1~29.8	0.1~32.7
	小夜班	大夜班													
醫學中心	6.5~10.2	9.5~14.1													
區域醫院	4.2~16.0	6.9~19.9													
地區醫院	0.1~29.8	0.1~32.7													
3	急性一般病床(含精神)「年資3個月以上」、「年資3個月以上但未滿2年」之護理人員離職率不高於112年同期	$\frac{\text{全年該季「年資達3個月/年資3個月以上但未滿2年」之護理人員總離職人數}}{\text{全年該季每月最後一日之月平均護理人員數}} \times 100\%$	護理人員離職率(季平均)： <table border="1" data-bbox="967 232 1206 891"> <tr> <td></td> <td>112Q1</td> <td>112Q2</td> <td>112Q3</td> </tr> <tr> <td>年資3個月以上</td> <td>3.48%</td> <td>2.98%</td> <td>3.01%</td> </tr> <tr> <td>年資3個月以上但未滿2年</td> <td>1.35%</td> <td>2.78%</td> <td>1.31%</td> </tr> </table>		112Q1	112Q2	112Q3	年資3個月以上	3.48%	2.98%	3.01%	年資3個月以上但未滿2年	1.35%	2.78%	1.31%
	112Q1	112Q2	112Q3												
年資3個月以上	3.48%	2.98%	3.01%												
年資3個月以上但未滿2年	1.35%	2.78%	1.31%												
4	整體護理人員空缺率不高於112年同期	$\frac{\text{該年度不足護理人力數}}{\text{該年度編制內的護理人員總數}} \times 100\%$	111年護理人員總空缺率：6.53%												

113年全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額項目

「強化未滿4歲兒童之基層專科醫師照護」及

「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」

總額別	項目 (預算金額)	品質監測指標	本署說明
西醫 基層 總額 一般 服務	新增「強化未滿4歲兒童之基層專科醫師照護」 (122.5百萬元)	未滿4歲兒童於基層就醫人數或人次之比率，較前1年增加。 *註： <u>分子</u> ：未滿4歲兒童於西醫基層就醫人數或人次。 <u>分母</u> ：未滿4歲兒童就醫人數或人次。 (排除全民健康保險重大傷病範圍)	以111年未滿4歲就醫共66.6萬人、1169.6萬次，其中於基層就醫計59.5萬人、865.3萬次，占率分別為89.4%、74%
西醫 基層 總額 一般 服務	因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費 (659.3百萬元)	一、聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率。 二、調薪認定：診所須按每月聘有護理人員數，達成不同調薪人數(4位以下調升全數護理人員、5至10位調升90%護理人員、11位以上調升80%護理人員)(無條件進位)。 *註： <u>分子</u> ：聘有護理人員之診所調升護理人員薪資達調薪幅度之診所家數(含新聘護理人員，且每家基層診所須按聘有護理人員數達不同調薪人數，不足一名以一名計算)。 <u>分母</u> ：聘有護理人員之診所家數。	以112年10月聘有護理人員診所計算，調升護理人員薪資家數之比率為32.3%。

113 年度全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案

○年○月○日健保醫字第○○○○○號公告

壹、依據

全民健康保險會（下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的

反映基層護理人員薪資，提升護理照護品質。

參、實施期間：113 年 1 月 1 日至 113 年 12 月 31 日。

肆、預算來源：

113 年度西醫基層總額一般服務「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」預算 6.583 億元。

伍、支付方式：

一、反映護理人員薪資調升之門診診察費加計獎勵

(一) 支付條件：

1. 限聘有護理人員且有達調薪幅度之西醫基層診所申報一至三十人次門診診察費之案件得獎勵 12 點。
2. 門診診察費範圍：醫令代碼 00109C、00110C、00197C、00199C、00158C、00159C、00230C、00232C、00234C、00236C、00168C、00169C、00238C、00240C、00242C、00244C、00184C、00185C、P57001、P57002。
3. 調薪幅度認定：依衛生福利部公告各年度「全民健康保險投保金額分級表」，護理人員當月投保金額須較 111 年 12 月薪資調升幅度達本保險次一投保等級。診所須按每月聘有護理人員數，依以下標準達成不同調薪人數(無條件進位)：
 - (1) 聘有 4 位以下護理人員:調升全數護理人員薪資。

(2) 聘有 5 至 10 位護理人員：調升 90%以上護理人員薪資。

(3) 聘有 11 位以上護理人員：調升 80%以上護理人員薪資。

註：新聘之護理人員認列為調升薪資之護理人員。

(二)診所資格：本保險特約類別為基層醫療院所，不限公、私立醫療機構，需至少一名護理人員當月執業登記於該診所。

(三)護理人員資格：護理人員依護理人員法第 2 條所稱，護理人員指護理師及護士，且依當月所有執業登記之基層診所為認定。

(四)護理人員薪資認定：依護理人員當月本保險「投保金額」進行認定。
各診所調升護理人員薪資後，建議於調升薪資當月向本署辦理投保金額調整事宜。

(五)核付作業：本署每月按各診所當月所有執業登記護理人員且符合調薪幅度認定條件者，計算各診所之加計獎勵，當月獎勵於申報門診診察費月份之次月底前撥付。

(六)本方案每月撥付獎勵款項後，診所如有資料修正需求，須於款項撥付日起 1 個月內，向本署各分區業務組提出申請並提具佐證資料，經審核通過後，不足者補付，溢付者於下次撥款時沖抵。

二、提升護理照護品質獎勵

(一)預算額度：按本預算最後一季結餘辦理。

(二)獎勵方式：依各診所調升護理人員薪資之人月占率發放予有達調薪幅度之基層診所。

(三)核付作業：年度結算及撥付（114 年 3 月底前撥付）。

陸、醫療費用申報、審查及點值結算

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

(二)醫療費用點數及申報格式：由本署依該診所門診診察費申報案件勾稽診所實際調薪情形核付費用。

(三)點值結算：113 年執行優先以 112 年預算支應，按季均分及結算，每點

支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則留用至下季；當季預算不足時，則採浮動點值結算。

柒、方案管理機制

- (一)保險人負責本計畫之研訂與修正，及計算獎勵金額度。
- (二)保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之核發資格、核定及輔導轄區醫事服務機構執行方案。

捌、年度執行目標

- (一)聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數達 70%。
- (二)分子：聘有護理人員之診所調升護理人員薪資達調薪幅度之診所家數（含新聘護理人員，且每家基層診所須按聘有護理人員數達不同調薪人數，不足一名以一名計算）。
- (三)分母：聘有護理人員之診所家數。

玖、評估指標及稽核機制

- (一)評估指標：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率。
- (二)稽核機制：每家基層診所須按聘有護理人員數不同(4位以下調升全數護理人員薪資、5至10位調升90%以上護理人員薪資、11位以上調升80%以上護理人員薪資)，調升護理人員薪資達本保險投保金額次一投保等級。

壹拾、方案修正程序

本方案由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會及中華民國護理師護士公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

113 年度牙醫支付標準調整經費推估

依非協商因素-醫療服務成本指數改變率預算額度(1,629.2 百萬)試算調整幅度

No.	代號	項目	支付點數(A)	修訂點數(B)	預估 113 年增加經費	小計(百萬)
1	通則	高齡根管難症加 3 成 (新增 65 歲~69 歲)			143,493,397	143.5
2-1	91009B	牙周骨膜翻開術-局部	3010	4500	18,252,330	18.3
2-2	91010B	牙周骨膜翻開術-三分之一顎	5010	7500	18,850,907	18.9
3-1	91015C	特定牙周保存治療 9~15 顆	2,000	2,120	2,630,407	2.6
3-2	91016C	特定牙周保存治療 4~8 顆	1,000	1,120	892,075	0.9
3-3	91018C	牙周病支持性治療	1,000	1,120	108,794,675	108.8
3-4	91091C	特定牙周保存治療 1~3 顆	500	600	118,200	0.1
4-1	91004C	牙結石清除-全口	600	660	989,200,095	989.2
	91104C	(40 歲(含)以上另得加成 9.1%)				
4-1	91003C	牙結石清除-局部	150	165	4,368,395	4.4
	91103C	(40 歲(含)以上另得加成 9.1%)				
4-2	91005C	口乾症牙結石清除-全口	600	720	1,144,601	1.1
4-3	91017C	懷孕婦女牙結石清除-全口	800	920	4,370,539	4.4
4-4	91089C	糖尿病患者牙結石清除-全口	700	820	19,606,510	19.6
4-5	91090C	高風險疾病患者牙結石清除-全口	700	820	73,517,829	73.5
5-1	89013C	複合體充填	1000	1200	197,815,757	197.8
5-2	89113C	特殊狀況之複合體充填	1000	1200	1,615,395	1.6
				合計	1,584,671,113	1,584.7

112113 年度全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫(草案)

一、依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的

旨在提升牙醫醫療服務品質，加強提供先天性唇顎裂及顱顏畸形症病人牙醫醫療服務及特定身心障礙者牙醫醫療服務。

三、實施期間

112113 年 1 月 1 日至 112113 年 12 月 31 日止。

四、年度執行目標

本計畫以至少達成 170,000 服務人次(含腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者服務 2,000 人次)為執行目標。

五、預算來源

本計畫全年經費為 ~~7.221~~7.817 億元，其中：

~~(一)6.721 億元~~由 112113 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項目下支應；另 ~~0.5 億元~~由牙醫門診總額地區預算調整方式之移撥款支應。

~~(二)——本預算按季均分及結算，當季預算若有結餘，則流用至下季。全年預算若有結餘，屬前述移撥款費用，依當年度移撥款之處理方式辦理。~~

六、先天性唇顎裂及顱顏畸形症病人牙醫醫療服務：

(一) 適用範圍及支付標準詳如【附件 1】，除【附件 1】所列項目外，其餘項目按全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準辦理。

(二) 申請條件：

1. 醫院資格：必須設置有整形外科（或口腔外科）、牙科、耳鼻喉科、精神科、神經外科、眼科及語言治療、社會工作、臨床心理等相關人員之醫院。
2. 醫師資格：口腔顎面外科專科醫師 2 位以上（至少 1 位專任醫師）會同

牙科矯正醫師實施。

3. 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備、心電圖裝置 (Monitor, 包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度 oximeter)。

(三) 每點支付金額 1 元。

(四) 申報及審查規定：

1. 申報醫療費用時，案件分類請填 16，牙醫醫療服務特定治療項目代號

(一)填報 F4。

2. 服務量不列入門診合理量計算。

3. 服務量不列入分區管控項目，惟仍納入專業審查範圍。

(五) 申請程序：

1. 參與本計畫提供本項牙醫醫療服務之院所及醫師，應檢附相關資料向中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)申請，並由牙醫全聯會報送全民健康保險保險人(以下稱保險人)，經各分區業務組核定後，以公告或行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會，異動時相同，申請書格式如附件 1-1。

2. 保險對象因先天性唇顎裂及顱顏畸形需要齒顎矯正裝置及牙醫醫療服務，應由上述申請醫院向保險人提出事前審查申請，且該個案經保險人分區業務組核定後方可實施本項服務。惟乳牙期及混合牙期僅施行空間維持器者，不須事前審查。

3. 審查應檢附下列文件或電子檔案：事前審查申請書、病歷影印本、X 光片、治療計畫 (包括整個療程費用及時間)，如變更就醫醫院時，則另檢送前就醫醫院無法繼續完成理由、估計仍需繼續治療月份數字資料及申報未完成時程之費用。

4. 唇顎裂嬰兒術前鼻型齒槽骨矯正：免事前審查，治療成果(術前術後照片)以抽驗方式審核。

七、特定身心障礙者牙醫醫療服務：

(一) 適用對象須符合下列條件之一：

屬肢體障礙 (限腦性麻痺、中度腦傷及脊髓損傷之肢體障礙、及重度以上肢體障礙)、植物人、智能障礙、自閉症、中度以上精神障礙、失智症、多重障礙 (或同時具備二種及二種以上障礙類別者)、頑固性(難治

型)癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙者、重度以上視覺障礙者、重度以上重要器官失去功能者、染色體異常或其他經主管機關認定之障礙(須為新制評鑑為第 1、4、5、6、7 類者)、發展遲緩兒童、失能老人(非屬上述身心障礙者)等身心障礙者。其中：

1. 腦性麻痺係以重大傷病卡診斷疾病碼前 3 碼為 343 加以認定，餘以主管機關公告之身心障礙類別認定【詳附件 2】，符合資格者會於全民健康保險憑證(以下稱健保卡)中重大傷病欄中牙醫特定身心障礙者註記，極重度註記 1，重度者 2，中度者 3，輕度者 4，醫師可據以獲知身心障礙類別，如無法查知者，可依病患提供之身心障礙手冊或證明【腦性麻痺可提供重大傷病卡、發展遲緩兒童應檢附由衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書】提供服務。
2. 失能老人：係指居住於衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)者(須檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本)，其日常生活活動量表(Activities of Daily Living, ADL) < 60 分，或屬衛生福利部社會及家庭署所訂「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」(以下稱失能老人長照補助辦法)之補助對象且為各縣市長期照顧管理中心個案。
3. 另不符合前項但持有身心障礙證明者，於醫療團地點(不含社區醫療站)就診時，費用亦由本計畫支應。

(二) 提供牙醫醫療服務類型及申請條件：

**院所牙醫醫療服務，得就以下擇一申請：

1. 初級照護院所

(1) 院所資格：

A. 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備。

B. 院所須二年內未曾因牙科有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函處分之停、終約

日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

(2)醫師資格：

- A.自執業執照取得後滿1年以上臨床經驗之醫師。
- B.每位醫師首次加入本計畫，須接受6學分以上身心障礙口腔醫療業務等相關之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受4學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程（每年再進修課程不得重複，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分）；本計畫之醫師須累積七年以上且超過30（含）學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。
- C.醫師非二年內經保險人停、終約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函所載停、終約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。

2.進階照護院所

(1)院所資格：

- A.可施行鎮靜麻醉之醫療院所及提供完備醫療之醫護人員。
- B.設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備、麻醉機、心電圖裝置（Monitor，包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度oximeter）、無障礙空間及設施。
- C.需2位以上具有從事相關工作經驗之醫師。
- D.院所須二年內未曾因牙科有特管辦法第三十八至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函處分之停、終約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

(2)醫師資格：

- A.2位以上具有從事相關工作經驗之醫師，負責醫師自執業執照取得後滿5年以上之臨床經驗，其他醫師自執業執照取得後滿1年以上之臨床經驗。

- B. 每位醫師首次加入本計畫，須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程（每年再進修課程不得重複，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分）；本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30（含）學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。
- C. 醫師非二年內經保險人停、終約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函所載停、終約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。

****醫療團牙醫醫療服務**

1. 由各縣市牙醫師公會協調或協助至少 2 位以上符合本項計畫資格之醫師組成醫療團，定期至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定，含 109 年增設 2 家為限)等單位，其內部須設置固定牙科診間和醫療設備器材（含可正常操作且堪用的診療椅和相關設備、氧氣、急救藥品等），方得提供牙醫醫療服務。另上述照護機構、學校等單位內之保險對象名冊，醫療團之主責院所應依特管辦法規定辦理。
2. 於社區醫療站提供本項計畫之牙醫醫療服務：於全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案（以下稱牙醫不足改善方案）之社區醫療站，提供符合本項計畫適用對象之牙醫醫療服務。執行本項計畫之社區醫療站應備有急救設備及氧氣設備，並須經牙醫全聯會審核通過。

3.醫事人員前往提供服務前須事先向當地衛生主管機關完成支援報備及報保險人分區業務組備查，醫療費用須帶回執業登記院所申報。

4.醫師資格：

(1)醫療團之醫師，執業登記院所若為已加入本計畫執行者，得優先申請加入醫療團。

(2)自執業執照取得後滿1年以上臨床經驗之醫師。

(3)每位醫師首次加入本計畫，須接受6學分以上身心障礙口腔醫療業務等相關之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受4學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程（每年再進修課程不得重複）；本計畫之醫師須累積七年以上且超過30（含）學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。

(4)醫師非二年內經保險人停、終約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人。前述違規期間之認定，以保險人第一次發函處分之停、終約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

5.提供「特定需求者」牙醫醫療服務：

(1)服務對象：係指居住於身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)或衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)內，且長期臥床，無法移動至固定診療椅之牙醫醫療服務需求者。

(2)院所參與資格及服務方式：由各縣市牙醫師公會組成醫療團、醫學中心或參與衛生福利部「特殊需求者牙科醫療服務示範中心獎勵計畫」之醫院、參與本計畫之進階照護院所且符合進階照護院所資格之醫師組成醫療團，至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，為長期臥床且無法移動至固定診療椅之病人，在病人床邊提供牙醫醫療服務。

(3)牙醫服務內容及設備：

- A. 基於安全考量，以提供牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周暨齲齒控制基本處置、塗氟、非特定局部治療、特定局部治療、簡單性拔牙及單面蛀牙填補等服務為限，其他治療應轉介到後送之醫療院所進行。
- B. 提供特定需求者牙醫醫療服務之牙科設備，經申請單位評估病患實際情形後攜帶【如：攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備（含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等）、急救藥品、開口器及攜帶式強力抽吸設備、健保卡讀寫卡設備等相關物品】。

(三) 費用支付及申報規定：

1. 給付項目及支付標準：屬論量支付部分，依全民健康保險醫療給付項目及支付標準規定申報。

(1) 加成支付：

A. 特定身心障礙者：除麻醉項目外，屬論量計酬之項目得加成申報，即：極重度身心障礙病人、自閉症及失智症得加 **911** 成、重度病人得加 **79** 成、中度病人（含發展遲緩兒童）及中度以上精神疾病病人得加 **35** 成、輕度病人（含失能老人）得加 **13** 成；另申報牙周病統合治療第一階段、第二階段、第三階段支付（支付標準編號 91021C、91022C、91023C），不得再依病人身心障礙等級別計算加成費用，其費用由一般服務預算項下支應。

B. 醫療團牙醫醫療服務(不含社區醫療站)：其他具身心障礙證明者得加 2 成。

- (2) 本計畫不得併報 ~~全民健康保險牙醫門診總額 0 歲至 6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫~~ 及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支付標準。

- (3) 氟化物防齲處理(支付標準編號為 P30002)：執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時，得依病情適時給予氟化物防齲處理。每次支付 500 點，每 90 天限申報 1 次，重度以上病人每 60 天得申報 1 次。申報本項後九十天內(重度以上病人為六十天內)，不得再申報 92051B、92072C→

~~P7301C~~、P7302C 及 P7102C。

(4)醫療團牙醫服務：

- A.得採論次加論量支付方式，由各醫師帶回執業院所申報論量及論次支付點數。
- B.論次項目（支付代碼為 P30001）：每小時 2,400 點（內含護理費），每位醫師每診次以 3 小時為限（不含休息、用餐時間），平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。
- C.社區醫療站牙醫醫療服務：論量部分依本計畫規定申報，並由本計畫預算支應；論次支付標準依牙醫不足改善方案規定申報，並由該方案之專款費用支應，不得重複申報。
- D.特定需求者牙醫醫療服務：
 - a.得採論次加論量支付方式，論次項目（支付代碼為 P30003），每小時 2,400 點（內含護理費，且不得收取其它自費項目），每位醫師每診次以 3 小時為限（不含休息、用餐時間），平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。
 - b.每位醫師執行特定需求者牙醫醫療服務及居家牙醫醫療服務(含訪視)，合計每日達 5 人以上，第 5 人起屬本項服務之論量點數按 6 折支付，每日最多 8 人為限，且每月不超過 80 人；每位醫師支援每週不超過 2 日。另每一個案以 2 個月執行 1 次為原則。

2. 費用申報之規定：

(1)申報醫療費用時，案件分類請填 16，牙醫醫療服務特定治療項目代號(一)填報如下：

A.院所內服務：

非精神疾病者:極重度-FG、重度-FH、中度-FI、輕度-FJ

精神疾病者：重度以上-FC、中度-FD

發展遲緩兒童：FV

腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LF

自閉症、失智症：LN

B. 醫療團服務：

非精神疾病者：極重度-FK、重度-FL、中度-FM、輕度-FN

精神疾病者：重度以上-FE、中度-FF

發展遲緩兒童：FX

失能老人：L1

腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LG

自閉症、失智症：LP

其他具身心障礙證明者：XX

C. 特定需求者服務：

極重度 FU、重度 FZ

自閉症、失智症：LR

D. 社區醫療站服務：

非精神疾病者：極重度-L5、重度-L6、中度-L7、輕度-L8

精神疾病者：重度以上-L9、中度-LA

發展遲緩兒童：LB

腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LH

自閉症、失智症：LS

(2) 執行特定身心障礙者牙醫醫療服務之院所，請影印下列證明文件，並黏貼於病歷首頁，以備查驗：

A. 有效之身心障礙手冊（證明）正反面，若為發展遲緩兒童應檢附由健康署委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書影本。

B. 屬衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。

(3) 執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時，須登錄健保卡，就醫序號請依健保卡相關作業規定辦理，另若病人醫療需求需麻醉科醫師支援時，須依相關規定向當地衛生主管機關辦理支援報備，並將相關資

料函送保險人分區業務組核定。

(4)醫療團牙醫醫療服務之限制如下：(不適用於特定需求者牙醫醫療服務)

A.每位醫師支援同一機構每週不超過2診次。如有支援不同機構，每週合計不超過4診次，每月不超過16診次。

B.每位牙醫師每月平均每診次申報點數不超過3萬點(以加成後論量支付點數計算)，若超過3萬點以上者，超過部分不予支付。

C.至身心障礙福利機構、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)等單位，提供牙醫醫療服務之規定：未超過150人的單位，每週牙醫排診合計不得超過3診次，150人以上300人以下的單位，每週牙醫排診合計不得超過4診次，300人以上的單位，視醫療需求每週合計牙醫排診5診次；醫療團因前述各單位人數異動需增加平日排診或特殊例假日排診之診次時，須向牙醫全聯會提出申請，經審核通過後，由保險人各分區業務組另行文通知院所，異動時亦同。(離島地區及特殊醫療需求機構，經全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議討論通過者除外。)

(5)本計畫服務量不列入分區管控項目，但仍納入專業審查範圍。

(6)本計畫服務量不納入門診合理量計算。

(四)申請程序：

參與本計畫提供特定身心障礙者牙醫醫療服務之院所、醫療團牙醫醫療服務等各項申請應檢附相關資料紙本和電子檔，送牙醫全聯會審查，異動時亦同。

1.申請為初級照護院所，應檢附下列資料：

(1)申請書格式如【附件3】。

(2)身心障礙教育訓練之學分證明影本。

- (3)牙醫師證書正反面影本一份。
2. 申請為進階照護院所，應檢附下列資料：
- (1)申請書格式如【附件 3】。
 - (2)2 位以上（含負責醫師）醫師個人學經歷等相關資料紙本（身分證字號、學經歷、專長背景及從事相關工作訓練或經驗說明）。
 - (3)身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫書書面紙本及電子檔各一份，一併提供牙醫全聯會（包括目前執行及未來推廣身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫之執行要點，書寫格式請以 A4 版面，由左而右，由上而下，(標)楷書 14 號字型，橫式書寫)。
 - (4)身心障礙教育訓練之學分證明影本。
 - (5)牙醫師證書正反面影本一份。
3. 以醫療團為單位，申請時應檢附下列資料：(含特定需求者牙醫醫療服務)
- (1)申請書格式如【附件 5】，並應檢附下列資料，書面紙本和電子檔各一份，一併提供牙醫全聯會：
 - A.縣市牙醫師公會評估表【附件 6】
 - B.身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)等單位之立案證明、同意函、簡介、收容對象名冊、口腔狀況、牙科設備、醫師服務排班表、牙科治療計畫、維護計畫、口腔衛生計畫、經費評估牙醫師證書正反面影本乙份等內容書面紙本和電子檔各乙份。若屬衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。
 - (2)每年度結束後 20 日內須繳交醫療團期末報告【附件 8】及醫師個人

期末報告【附件 8-1】兩份報告書面紙本資料和電子檔(由醫療團所屬縣市公會彙整後)，一併函送牙醫全聯會審核，審核不通過或有違規或異常者，經牙醫全聯會及保險人分區業務組確認，得停止延續執行本計畫。

(五) 相關規範

1. 每月 5 日前將申請書及學分證明等資料以掛號郵寄至牙醫全聯會。牙醫全聯會審查後，於每月 20 日前將院所及醫療團(含特定需求者)通過名單函送保險人，由保險人分區業務組審理核定後，以公告或行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會；申請者得於核定之起迄期間執行本項服務，申請流程圖說明詳如【附件 7】。
2. 醫師名單若有異動，應於每月 5 日前分別以【附件 4】及【附件 5】格式函報牙醫全聯會，再由該會於每月 20 日前彙整送保險人分區業務組，待完成核定程序後，得於核定之起迄期間執行本項服務，另醫事機構代碼、院所名稱、執業登記等如有變更，應函報牙醫全聯會及保險人分區業務組辦理本計畫起迄日期變更作業。
3. 院所或醫療團對患有智能障礙、自閉症及重度以上身心障礙病患提供未經事前審查之全身麻醉案件，應於次月 20 日前將施行之麻醉方式、麻醉時間、麻醉前及術前評估、治療計畫併病歷資料送保險人分區業務組審查。其餘案件仍須依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定申請事前審查。
4. 醫療團執行特定身心障礙牙醫醫療服務時，應注意事項：
 - (1) 醫療團每月 20 日前應檢送次月排班表供牙醫全聯會及保險人分區業務組備查。異動時(包含新增或取消)應於次月 15 日前檢送，並確實完成報備支援程序，當年度累積達 3 次仍未改善者，得暫停當年度計畫執行。
 - (2) 醫療團醫師須依排班表執行服務，服務流程圖詳【附件 9】。
 - (3) 費用申報作業：醫療團醫師每月 20 日前須先至健保資訊網服務系統(VPN)登錄醫療團服務費用明細，傳送資料後列印論次申請表【附件 10】蓋上院所印信，並檢附日報表【附件 11】併同門診醫療

服務點數申報總表正本寄所屬保險人分區業務組，副本送牙醫全聯會備查。未繳交者，經催繳三個月內仍未改善者，得暫停計畫執行。

- (4) 醫療團至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)等單位提供牙醫醫療服務時，得放寬提供該區區域外身心障礙者前往求醫之服務，符合特定身分者以案件類別 16 填報，不符合者以其他案件類別填報，以擴大服務範圍。
- (5) 每一醫療團必須選定一後送醫療院所，後送醫療院所應為本計畫之進階照護院所，該後送院所應於支援看診時段提供所有必要的諮詢及相關協助。
- (6) 若支援之機構無法配合支援醫師或醫療相關之看診業務，應先向牙醫全聯會反映。
- (7) 就診紀錄【附件 12】應詳實記錄並填寫留存於身障機構等內，另於院所製作實體病歷留存，並依病人身份影印本計畫所須之證明文件，黏貼於病歷首頁，以備查驗。
- (8) 一位醫師須搭配至少一位助理或護理人員，提供特定需求者牙醫醫療服務時，一位醫師須搭配至少一位醫護人員。
- (9) 至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)等單位時，必須有老師或熟悉該病人狀況的人陪同就診。
- (10) 所有侵入性治療應取得院生家屬或監護人之書面同意書，並附在個人病歷及醫療紀錄備查，並謹慎為之。

- (11) 若病人無法於機構中順利完成治療應轉介到後送之醫療院所進行後續治療。
 - (12) 耗材應由看診醫師自備。
 - (13) 治療台之維護、清潔保養及醫療廢棄物由機構妥善處理。
 - (14) 病人所需之牙科治療應由具資格之專業醫師予以判斷，協調院方之輔助人員善盡安撫病人情緒之責任，並依個人能力給予醫師所需之協助。
 - (15) 若遇臨時緊急狀況或危急情形，應立刻和負責的後送醫療院所聯絡，並立即進行緊急醫療及後送程序。
 - (16) 執行全身麻醉時，醫師及場所設備應符合相關法令規定及全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準內容，除牙醫不足改善方案施行地區、山地離島地區之初級照護院所外，其餘地區應於進階照護院所內方得執行。
 - (17) 執行全身麻醉時，應以病人安全為優先考量。每位麻醉醫師每次僅能執行一位病人之麻醉，並搭配至少一位牙醫師執行牙科治療。
 - (18) 配合保險人政策執行健保卡登錄業務，依規定上傳就醫資料入健保卡。若遇特殊狀況無法登錄時，以就醫序號特定代碼「C001」申報；並以例外就醫名冊【附件 13】代替並詳實記載，刷卡設備由醫療院所自行準備。
 - (19) 未遵守本計畫相關規定，且經牙醫全聯會或保險人分區業務組要求改善，第一次通知二個月內未改善或第二次通知一個月內未改善者，得由保險人之分區業務組核定暫停計畫執行。
 - (20) 牙醫全聯會會同保險人分區業務組得於年度計畫執行期間依醫療團之設備、病歷書寫、醫師出席情形、環境等進行實地訪視。
 - (21) 提供醫療團牙醫醫療服務應符合「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業細則」。
5. 牙醫全聯會應將審核之相關院所及醫師名單函送保險人，由保險人各分區業務組審理核定後，另行文相關院所。惟被停止參加計畫之醫師可向所屬保險人分區業務組提出申復，經保險人分區業務組確認取消處分後，始得繼續執行本計畫。

6. 首次申請本計畫提供特定身心障礙者牙醫服務之醫師，須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務基礎課程。加入計畫後，每年仍須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關再進修教育課程（每年再進修課程不得重複，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分），並檢附積分證明後，得於下一年度繼續執行此計畫。本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30（含）學分後，得繼續執行此計畫；惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。
7. 參加本計畫之院所及醫療團支援看診之服務單位（如：機構、學校或未設牙科之精神科醫院等），應提供院所及服務單位的電話、地址、看診時間等資訊，置放於保險人全球資訊網網站(<http://www.nhi.gov.tw>)及牙醫全聯會網站(<http://www.cda.org.tw>)，俾利民眾查詢就醫。
8. 醫療團服務院所應將「全民健保牙醫特殊醫療服務」之海報、立牌、直立旗、布條或其他(如看板等)標示物，標示看診地點與時間等，揭示於明顯處。標示製作作業說明請依【附件 14】規定辦理。

八、居家牙醫醫療服務：

(一) 醫療服務提供者資格：

1. 醫師資格：須為參加本計畫照護院所之醫師，且已修習居家牙醫醫療相關課程。
2. 特約醫事服務機構所屬牙醫師至病人住家提供牙醫醫療服務，得視為符合醫師法所稱應邀出診，不需經事先報准；其他訪視人員至病人住家提供醫療服務，須依法令規定事前報經當地衛生主管機關核准。

(二) 收案條件：限居住於住家（不含照護機構）且符合下列條件之一者。

1. 全民健康保險居家醫療照護整合計畫之居家醫療、重度居家醫療及安寧療護階段之病人，且有明確之牙醫醫療需求。
2. 出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人，且有明確之牙醫醫療需求。
3. 特定身心障礙者，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，且有明確之醫療需求。前述特定身心障礙者之障礙類別包含：肢體障礙（限腦性麻痺、中度腦傷及脊髓損傷之肢體障礙、及重度以上肢體

障礙)、重度以上視覺障礙、重度以上重要器官失去功能，以及中度以上之植物人、智能障礙、自閉症、精神障礙、失智症、多重障礙(或同時具備二種及二種以上障礙類別)、頑固性(難治型)癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙、染色體異常、其他經主管機關認定之障礙(須為新制評鑑為第1、4、5、6、7類者)或發展遲緩兒童等。

4. 「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」之補助對象(以下稱失能老人)，並為各縣市長期照顧管理中心之個案，且因疾病、傷病長期臥床的狀態，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，行動困難無法自行至醫療院所就醫之病人。

(三) 收案及審核程序：

1. 牙醫師對符合條件之病人首次提供牙醫醫療服務(含訪視)前，應先向牙醫全聯會提出申請【附件15】，經牙醫全聯會核可後，始得至案家提供牙醫醫療服務。為增進牙醫全聯會審核作業，診所及地區醫院之牙醫師得由各縣市牙醫師公會彙整及安排後，向牙醫全聯會提出申請。
2. 牙醫全聯會於每月20日前將核可名單函送保險人分區業務組備查。

(四) 照護內容：

1. 基於安全考量，以提供牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周暨齶齒控制基本處置、塗氟、非特定局部治療、特定局部治療、簡單性拔牙及單面蛀牙填補等服務為原則，其他治療建議轉介到後送之醫療院所進行。
2. 提供居家牙醫醫療服務時，應評估病人實際情形後攜帶適當牙科設備。建議如：攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備(含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等)、急救藥品、開口器及攜帶式強力抽吸設備等相關物品。

(五) 醫療費用申報、支付及審查原則：

1. 為確保醫療服務合理性，對於收案人數及訪視次數高於同儕之特約醫事服務機構，必要時得啟動專案審查。
2. 居家牙醫醫療服務抽審時須檢附三年內之「口腔醫療需求評估及治療

計畫」【附件 16】。

3. 醫療費用申報：

- (1) 特約醫事服務機構執行本計畫之醫療費用應按月申報，並於門診醫療服務點數清單依下列規定填報「案件分類」及「特定治療項目代號」欄位，案件分類 16，特定治療項目代號(一)請依病人類別填報【極重度 FS、重度 FY、中度 L4、發展遲緩兒童 LE、失能老人 L2、居整病人 LC、出院準備 LD、腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LJ】。
- (2) 申報居家牙醫醫療服務費時，應依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，以醫令類別「4 不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料」填報醫療服務之編號、數量與點數。
- (3) 醫療服務費用須帶回執業登記院所申報。

4. 本計畫服務量不列入門診合理量計算。

5. 本計畫服務量不列入分區管控項目，惟仍納入專業審查範圍。

(六) 給付項目及支付標準：

1. 居家牙醫醫療服務給付項目及支付標準詳【附件 17】。
2. 每位醫師執行特定需求者牙醫醫療服務及居家牙醫醫療服務(含評估訪視)合計每日達 5 人次以上，自第 5 人次起按 6 折支付，每日最多 8 人次為限，且每月以 80 人次為限；每位醫師支援每週不超過 2 日。

(七) 相關規範：

1. 居家牙醫醫療服務流程圖詳【附件 18】。
2. 個案首次接受居家牙醫醫療服務(含訪視)前，牙醫師須檢送申請表【附件 15】至牙醫全聯會，由牙醫全聯會於每月 20 日前將核可名單函送保險人分區業務組備查。個案於首次接受居家牙醫醫療服務(含訪視)後，須於次月 20 日前檢送病人之「口腔醫療需求評估及治療計畫」【附件 16】，正本送所屬保險人分區業務組、副本送牙醫全聯會備查。經催繳三個月內仍未改善者，經保險人分區業務組及牙醫全聯會確認，得暫停執行居家牙醫醫療服務。
3. 每次訪視應詳實製作病歷或紀錄，且須記錄每次訪視時間(自到達案

家起算，至離開案家為止)，並請病人或其家屬簽章；另應製作病人之居家牙醫醫療照護紀錄留存於案家。

4. 牙醫師應於院所製作實體病歷留存，且須將病人身分影印本及計畫所須之證明文件，黏貼於病歷首頁，以備查驗。
5. 一位牙醫師需搭配至少一位醫護人員。
6. 牙醫師應於診療期間隨時注意病人之生理及心理狀況。
7. 所有侵入性治療應取得病人家屬或監護人之書面同意書，並附在病人病歷及醫療紀錄備查。
8. 提供牙醫服務時若無法順利完成治療，應將病人轉介到後送醫療院所進行後續治療。
9. 牙醫師應教導家屬為病人清潔口腔之衛教知識。
10. 耗材應由醫療院所自備。
11. 設備之維護、清潔保養及醫療廢棄物由醫療院所依相關法規妥善處理。
12. 提供服務時若遇臨時緊急狀況或危急情形，應立刻和負責的後送醫療院所聯絡，並立即進行緊急醫療及後送程序。
13. 依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。
14. 未遵守本計畫相關規定，經保險人分區業務組或牙醫全聯會要求改善，第一次通知二個月內未改善或第二次通知一個月內未改善者，保險人分區業務組得核定暫停執行居家牙醫醫療服務。

九、點值結算方式：

(一)本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘，則流用至下季；當季預算若有不足，則先天性唇顎裂及顱顏畸形症病人牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點1元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於0.95元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應。

(二)全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

- 十、保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收。屬本計畫第八項「居家牙醫醫療服務」之第(二)款「收案條件」第3目「特

定身心障礙者」或第 4 目「失能老人」者之居家牙醫醫療服務部分負擔，依牙醫門診基本部分負擔計收。

十一、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

十二、本計畫由保險人與牙醫全聯會共同研訂，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。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，餘屬執行面之規定，得由保險人逕行修正公告。

【附件 14】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫 醫療團院所之標示製作作業說明

一、適用對象

承作健保署牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之醫療團院所。

二、預算來源

112113 年總額其他預算項目「提升保險服務成效」項下支應。

三、標示應包含下列內容

1. 全民健保牙醫特殊醫療服務
2. 全民健保標誌
3. 醫療團地點及時間
4. 主辦單位衛生福利部中央健康保險署
5. 承作醫療院所名稱

四、標示製作內容及規格

(一) 下列標示物類型至少擇一標示，各類標示物規格及字體大小不得小於下列規範：

標示物類型	規格	標示內容及字體大小				
		全民健保標誌	全民健保牙醫特殊醫療服務	醫療團地點及時間	主辦單位：衛生福利部中央健康保險署	承作醫療院所名稱
海報	A2 (59.4x42cm)	高度:7 公分 寬度:7.05 公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt
立牌	60x160cm	高度:20 公分 寬度:20.3 公分	300 pt	160 pt	160 pt	160 pt
直立旗	60x150cm	高度:17 公分 寬度:17.2 公分	290 pt	160 pt	160 pt	160 pt
布條	60x300cm	高度:30 公分 寬度:30.4 公分	550 pt	180 pt	180 pt	180 pt
其他 (如看板等)	A2 (59.4x42cm)	高度:7 公分 寬度:7.05 公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt

(二) 各總額標示物(不含布條)之底色及字體顏色

1. 西醫：底色為淡黃色，字體為深藍色
2. 中醫：底色為深紅色，字體為白色

3. 牙醫：底色為淡藍色，字體為深藍色

五、支付原則及核銷方式

1. 同一醫療院所同一計畫限申請一次本項費用，申請費用採實報實銷，上限為 5,000 元。
2. 核銷文件：申請表(如附表)、原始支出憑證、標示物之照片及規格明細。
原始支出憑證依政府支出憑證處理要點規定辦理(支付機關名稱或買受機關名稱請註明衛生福利部中央健康保險署、統一編號請註明 08628407)。
3. 標示製作費用請由醫療院所先行墊付，並於承作計畫起 1 個月內檢具核銷文件，向所轄保險人分區業務組申請核付(如係當年 12 月始承作計畫者，申請核銷期限為當年 12 月 10 日前)；經審查不符上述標示內容及規格者，不予支付。

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫醫療團院所

之標示製作費用申請表

承作醫療院所代號：

承作醫療院所名稱：

申請日期： 年 月 日

承作計畫名稱：

標示內容物：

海報

立牌

直立旗

布條

其他

核銷金額： 元

承作醫療院所印信

-----原始支出憑證黏貼處-----

【附件 19】「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」支付項目

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
89304C	特殊狀況之複雜性前牙複合體充填 Complex compomer restoration in anterior teeth for patients with special needs —單面 single surface	√	√	√	√	900
89305C	—雙面 two surfaces 註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以二面為限。	√	√	√	√	1,050
89308C	特殊狀況之複雜性後牙複合體充填 Complex compomer restoration in posterior teeth for patients with special needs —單面 single surface	√	√	√	√	1,000
89309C	—雙面 two surfaces	√	√	√	√	1,200
89310C	—三面 three surfaces 註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。	√	√	√	√	1,400
89312C	特殊狀況之複雜性前牙三面複合體充填 Complex three-surface compomer restoration in anterior teeth for patients with special needs 註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。	√	√	√	√	1,450
89314C	特殊狀況之複雜性前牙雙鄰接面複合體充填 Complex compomer restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in anterior teeth for patients with special needs 註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。	√	√	√	√	1,600
89315C	特殊狀況之複雜性後牙雙鄰接面複合體充填 Complex compomer restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in posterior teeth for patients with special needs 註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對	√	√	√	√	1,850

<u>編號</u>	<u>診療項目</u>	<u>基 層 院 所</u>	<u>地 區 醫 院</u>	<u>區 域 醫 院</u>	<u>醫 學 中 心</u>	<u>支 付 點 數</u>
	<u>象之牙醫醫療服務申報。</u> <u>2.應於病歷詳列充填牙面部位。</u> <u>3.充填牙面部位應包含雙鄰接面(Mesial, M; Distal, D)及咬合面(Occlusal, O)。</u>					

第一章 門診診察費

第二節 符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
00318C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之自閉症、失智症及極重度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	√	√	√	√	762
00311C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之 自閉症、失智症及 重度 以上 特定身心障礙(非精神疾病)者診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	√	√	√	√	562 662
00312C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之中度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	√	√	√	√	462 562
00313C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之中度以上精神疾病病人診察費 註： 1. 限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2. 限精神病及精神分裂之病人。	√	√	√	√	362 462
00314C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之輕度特定身心障礙者(非精神疾病)及失能老人診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	√	√	√	√	362 462

113 年牙醫特殊醫療計畫經費推估

一、自然成長費用(約 635.4 百萬)

- (一)考量 109-111 年受 COVID-19 疫情影響，牙特醫療團服務大幅衰退，故以 112 年 1-8 月執行狀況為基期估算。
- (二)112 年 1-8 月本計畫申報點數約為 397.0 百萬，推估 112 年全年申報點數乘以方案歷年平均成長率，推估 113 年自然成長費用為 635.4 百萬

二、調升感染管制門診診察費(約 15.0 百萬)

以 112 年 1-8 月「符合牙醫門診加強感染管制身心障礙者門診診察費」申報數量，推估 113 年醫令數約 13 萬件，統一調升 100 點、極重度特定身心障礙(非精神疾病)調升 200 點，預估 113 年增加經費約 15.0 百萬。

三、不同障礙等級調升加成成數 2 成(約 73.4 百萬)

112 年 1-8 月本計畫各障礙別申報點數(含加成)約 341.4 百萬，統一調升 2 成後，推估全年增加 68.8 百萬，乘以方案歷年平均成長率 6.7%，113 全年約增加 73.4 百萬。

四、醫療團新增不符合本計畫之特定身心障礙者(約 15.4 百萬)：

- (一)111 年符合本計畫輕度身心障礙者就醫率 9.45%，醫療團輕度人數佔該計畫輕度服務人數 6.76%，平均每人未加成醫療費用 3,393 點。
- (二)111 年不符合本計畫身心障礙者 59.2 萬人，以輕度身心障礙者就醫率、醫療團之輕度病人占率及平均每人醫療費用，及加成 2 成估算約 15.4 百萬點。

五、新增特殊狀況之複雜性複合體充填費用(約 13.4 百萬)：

- (一)經統計 112 年 1-8 月之特殊狀況複合樹脂充填(89104C-89115C)之件數為 44,760 件，推估全年為 67,140 件。
- (二)因本項目為新增項目無法估算執行數，爰以二分之一的複合樹脂充填案件推估複合體充填案件數，每件差額 400 點，推估 113 年之經費約為 13.4 百萬。

六、推估 113 年使用經費為： $635.4+15+73.4+15.4+13.4=752.6$ 百萬；計畫經費為 781.7 百萬，尚足以支應。

113 年度全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫 (牙全會建議修訂重點)

一、醫療服務內容及支付方式：

- (一) 由原先牙醫門診總額之「高風險疾病口腔照護」、「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」及「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療計畫」三項醫療服務合併辦理。
- (二) 保留現行牙醫支付標準項目 91090C「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(820 點)、P7302C「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」(500 點)，並將 P7301C「高齲齒率病人氟化物治療」醫令項目併入 P7302C 之中。
- (三) 新增支付標準 89204C~89215C「複雜性複合體充填」。

二、修訂高風險疾病病人(適用對象)定義如下：

- (一) 糖尿病病人。
- (二) 六十五歲以上者。
- (三) 將「腦血管疾病病人」修正為「心血管疾病病人」。
- (四) 血液透析及腹膜透析病人。
- (五) 使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。
- (六) 惡性腫瘤病人。
- (七) 將原先「不符合牙特計畫之肢體障礙、慢性精神病病人或重要器官失去功能者」擴大為「障別及障度不符合牙特計畫之院所牙醫醫療服務者」。

三、執行目標：

- (一) 113 年服務高風險病人執行牙結石清除(91090C)達 80,000 人次。
- (二) P7302C 預估服務人次 202 萬人次。

四、預期效益指標：

- (一) 113 年服務高風險病人執行牙結石清除(91090C)達 64,000 人次。
- (二) 國人牙齒保存數較 104-105 年衛福部口腔健康調查結果增加。
- (三) 一年後高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。

113 年度全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫

(草案)

一、依據

全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的

針對高風險疾病病人加強口腔照護頻率，提供牙結石清除、氟化物治療、複合體充填等項目，讓口腔照護更加全面，維護高風險疾病病人口腔健康。

三、實施時程：

113 年 1 月 1 日起至 113 年 12 月 31 日止。

四、預算來源

(一)113 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「高風險疾病口腔照護」專款項目下支應，全年經費為 1,599.0 百萬元。

(二)本預算按季均分及結算，每點支付金額不高於 1 元，當季預算若有結餘，則留用至下季，預算不足採浮動點值計算；全年預算若有結餘，則進行全年結算，預算不足採浮動點值計算，且預算每點支付金額不高於 1 元。

四、醫療費用申報及審查：

(一)依全民健康保險醫療費用支付標準 91090C(高風險疾病病人牙結石清除-全口)、P7302C(齲齒經驗之高風險病人氟化物治療)及 89204C~829215(複雜性複合體充填)項目申報(詳如附件)。

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

五、執行目標

(一) 113 年服務高風險病人執行牙結石清除(91090C)達 80,000 人次。

(二) P7302C 預估服務人次 202 萬人次。

六、預期效益之評估指標

(一) 113 年服務高風險病人執行牙結石清除(91090C)達 64,000 人次。

(二) 國人牙齒保存數較 104-105 年衛福部口腔健康調查結果增加。

(三) 一年後高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。

七、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

八、本計畫由保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。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，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

「全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫」支付項目

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
91090C	<p>高風險疾病病人牙結石清除-全口 Full mouth scaling for patients at high risk for dental diseases</p> <p>註： 1.適用高風險疾病病人之牙醫醫療服務申報，每九十天限申報一次。 2.高風險疾病病人<u>包含須符合下列狀況之一</u>： (1)六十五歲以上者。 (2)<u>心腦</u>血管疾病病人。 (3)血液透析及腹膜透析病人。 (4)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (5)惡性腫瘤病人。 (6)<u>障別及障度</u>不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之肢體障礙、慢性精神病病人或重要器官失去功能院所牙醫醫療服務者。 3.費用包含牙菌斑偵測及去除維護教導。申報本項後九十天內不得再申報 91003C~91005C、91017C、91089C、91103C 及 91104C。</p>	V	V	V	V	700 820
P7302C	<p>齲齒經驗之高風險病人氟化物治療 Full mouth topical fluoride application for patients with caries experience at high risk for dental disease</p> <p>1.為提升病人牙齒之保存率，針對齲齒經驗之高風險病人，提供本項診療服務。 2.齲齒經驗之高風險病人<u>包含須符合下列狀況之一</u>： (1)糖尿病病人。 (2)六十五歲以上者。 (3)<u>心腦</u>血管疾病病人。 (4)血液透析及腹膜透析病人。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。 (6)惡性腫瘤病人。 (7)<u>障別及障度</u>不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之肢體障礙、慢性精神病病人或重要器官失去功能院所牙醫醫療服務者。 <u>(8)曾於同院所接受 89013C、89113C、91009B、91010B 病人(含當次)。</u> 3.每九十天限申報一次。 4.本項支付點數含材料費。 5.申報本項後九十天內不得再申報 92051B、92072C、P30002、P7102C 及 P7301C。</p>	V	V	V	V	500

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<u>複雜性前牙複合體充填</u> <u>Complex compomer restoration in anterior teeth</u>					
<u>89204C</u>	<u>—單面 single surface</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>900</u>
<u>89205C</u>	<u>—雙面 two surfaces</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>1,050</u>
	註： 1.適用高風險疾病病人之牙醫醫療服務申報，高風險疾病病人須符合下列狀況之一： <u>(1)糖尿病病人。</u> <u>(2)六十五歲以上者。</u> <u>(3)心血管疾病病人。</u> <u>(4)血液透析及腹膜透析病人。</u> <u>(5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。</u> <u>(6)惡性腫瘤病人。</u> <u>(7)障別及障度不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之院所牙醫醫療服務者。</u> 2.同類牙申報前牙複合體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C，89014C~89015C，89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C)費用，以同一院所為限。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。 4.申報面數最高以二面為限。					
	<u>複雜性後牙複合體充填</u> <u>Complex compomer restoration in posterior teeth</u>					
<u>89208C</u>	<u>—單面 single surface</u>					
<u>89209C</u>	<u>—雙面 two surfaces</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>1,000</u>
<u>89210C</u>	<u>—三面 three surfaces</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>1,200</u>
	註： 1.適用高風險疾病病人之牙醫醫療服務申報，高風險疾病病人須符合下列狀況之一： <u>(1)糖尿病病人。</u> <u>(2)六十五歲以上者。</u> <u>(3)心血管疾病病人。</u> <u>(4)血液透析及腹膜透析病人。</u> <u>(5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。</u> <u>(6)惡性腫瘤病人。</u> <u>(7)障別及障度不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之院所牙醫醫療服務者。</u> 2.同類牙申報複合體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C，	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>1,400</u>

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<u>89014C~89015C, 89204C~89205C, 89208C~89210C, 89212C, 89214C~89215C) 費用, 以同一院所為限。</u> <u>3.應於病歷詳列充填牙面部位。</u> <u>4.申報面數最高以三面為限。</u>					
89212C	<u>複雜性前牙三面複合體充填</u> <u>Complex three-surface compomer restoration in anterior teeth</u> <u>註：</u> <u>1.適用高風險疾病病人之牙醫醫療服務申報, 高風險疾病病人包含：</u> <u>(1)糖尿病病人。</u> <u>(2)六十五歲以上者。</u> <u>(3)心血管疾病病人。</u> <u>(4)血液透析及腹膜透析病人。</u> <u>(5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。</u> <u>(6)惡性腫瘤病人。</u> <u>(7)障別及障度不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之院所牙醫醫療服務者。</u> <u>2.同類牙申報複合體充填, 乳牙一年、恆牙一年半內, 不論任何原因, 所做任何形式(窩洞及材質)之再填補, 皆不得再申報充填(89001C~89005C, 89008C~89012C, 89014C~89015C, 89204C~89205C, 89208C~89210C, 89212C, 89214C~89215C) 費用, 以同一院所為限。</u> <u>3.應於病歷詳列充填牙面部位。</u> <u>4.申報面數最高以三面為限。</u>	Y	Y	Y	Y	1,450
89214C	<u>複雜性前牙雙鄰接面複合體充填</u> <u>Complex compomer restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in anterior teeth</u> <u>註：</u> <u>1.適用高風險疾病病人之牙醫醫療服務申報, 高風險疾病病人包含須符合下列狀況之一：</u> <u>(1)糖尿病病人。</u> <u>(2)六十五歲以上者。</u> <u>(3)心血管疾病病人。</u> <u>(4)血液透析及腹膜透析病人。</u> <u>(5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。</u> <u>(6)惡性腫瘤病人。</u> <u>(7)障別及障度不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之院所牙醫醫療服務者。</u> <u>2.同類牙申報前牙雙鄰接面複合體充填, 乳牙一年、恆牙一年半內, 不論任何原因, 所做任何形式(窩洞及材質)</u>	Y	Y	Y	Y	1,600

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<u>之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C，89014C~89015C，89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C)費用，以同一院所為限。</u> <u>3.應於病歷詳列充填牙面部位。</u>					
89215C	<u>複雜性後牙雙鄰接面複合體充填</u> <u>Complex compomer restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in posterior teeth</u> <u>註：</u> <u>1.適用高風險疾病病人之牙醫醫療服務申報，高風險疾病病人須符合下列狀況之一：</u> <u>(1)糖尿病病人。</u> <u>(2)六十五歲以上者。</u> <u>(3)心血管疾病病人。</u> <u>(4)血液透析及腹膜透析病人。</u> <u>(5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物病人。</u> <u>(6)惡性腫瘤病人。</u> <u>(7)障別及障度不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之院所牙醫醫療服務者。</u> <u>2.同類牙申報後牙雙鄰接面複合體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C，89014C~89015C，89204C~89205C，89208C~89210C，89212C，89214C~89215C)費用，以同一院所為限。</u> <u>3.應於病歷詳列充填牙面部位。</u> <u>4.充填牙面部位應包含雙鄰接面(Mesial, M; Distal, D)及咬合面(Occlusal, O)。</u>	Y	Y	Y	Y	1,850

113 年度高風險疾病口腔照護計畫經費推估

一、高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)：約 117.6 百萬

(一) 支付點數：113 年支付點數由 700 點調升為 820 點。

(二) 經費推估：

以 112 年 1-10 月申報 91090 案件數估算全年件數，並加計 111 年成長率，推估 113 年經費約為 117.6 百萬。

二、齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)：約 502.2 百萬

(一) 支付點數：113 年刪除 P7301C 「高齲齒率患者氟化物治療」項目，原 P7301C 醫令項目併入 P7302C 「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」中，支付點數維持 500 點。

(二) 經費推估：

1. P7301C 「高齲齒率患者氟化物治療」：以 112 年 1-10 月申報 P7301C 案件數估算全年件數，並加計 111 年成長率，推估 113 年經費約約為 186.2 百萬。

2. P7302C 「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」：本項為 112 年 3 月 1 日新增項目，以 112 年 1-10 月申報 P7302C 案件數估算全年件數，推估 113 年經費為 316.0 百萬。

3. 兩者加總推估 113 年經費為 502.2 百萬。

三、複雜性複合體充填項目(89204C~89215C)：約 396.4 百萬

(一) 支付點數：113 年新增複雜性複合體充填項目(89204C~89215C)，相較現有樹脂充填項目(89004C-89015C)，每項目增加 400 點。

(二) 經費推估：

1. 89004C-89015C 申報情況(加總)：本項目 111 年成長率為-6.8%，因成長率小於 0%，以零成長估算 113 年案件數。

2. 因本項目為新增項目無法估算執行數，爰以二分之一的高風險疾病病人複合樹脂充填案件數推估高風險疾病病人複合體充填案件數，推估 113 年經費約為 396.4 百萬。

四、推估 113 年使用經費為： $117.6 + 502.2 + 396.4 = 1,016.2$ 百萬；計畫經費為 1,599.0 百萬，尚足以支應。

(會議資料第 251 頁)

報告事項第四案「113 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會報告之具體實施計畫/規劃」：新增本會研析說明一、(二)、3.

本會研析說明：

一、醫院總額「暫時性支付(新藥、新特材)」：

(二)經檢視健保署提報內容，摘要該署研訂內容及本會研析說明，重點如下：

3.健保署依本會 113 年 1 月 16 日請辦單所請，於同年月 22 日以電子郵件回復補充更新資料如下劃線處：

核(決)定 事項內容	健保署研訂內容
在額度內妥為管理運用，於 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會提出具體實施規劃(包含執行及費用支付方式、預算估算、擬暫時收載年限、療效評估與退場機制等)及作業時程，俾落實管控。	<p>為滿足病人治療需求，健保署致力加速審查，近來研擬多項措施，包含「擴大新藥預算」、「實施暫時性支付制度」、「推動平行送審」及「成立國家級健康政策及醫療科技評估中心」等，期望透過各項措施多管齊下，新藥如具臨床實證及給付效益，加速積極納入給付，為病友及家屬爭取最大權益。</p> <p>其中「實施暫時性支付制度」，針對已獲衛生福利部食品藥物管理署核准上市，屬於臨床迫切需求(Unmet medical needs)，惟療效或安全性具未確定性之新藥，搭配風險分擔模式，以暫時性支付方式先行列項收載，後續 2 年內收集真實世界資料，再評估是否持續支付或停止支付。</p> <p>一、實施目的</p> <p>透過推動暫時性支付之新給付模式，滿足臨床迫切需求，加速與國際治療接軌。</p> <p>二、預算估算及財務控管</p> <p>(一)預算來源：本預算自 113 年起新增編列，由全民健康保險醫院總額之「暫時性支付(新藥、新特材)」專款項下支應。</p> <p>(二)預算預估模式：</p> <p>1.經參酌廠商於「前瞻式新藥及新給付範圍預算推估登錄作業平台(下稱 HS 平台)」提供預估藥費等評估之財務衝擊，並依 107-109 年新藥通過率、核價折扣比率</p>

核(決)定 事項內容	健保署研訂內容
	<p>及廠商即時送件率等因素，編列 113 年度之預算額度。</p> <p>2.以預期於 113 年暫時性支付適用之藥品，不含精神科長效針劑、罕見疾病用藥、血友病用藥、C 肝全口服新藥、後天免疫缺乏症候群治療藥品及代辦品項計算，於 113 年預計收載新藥計 22 項(癌藥 19 項、非癌藥 3 項)。</p> <p>(三)財務控管：超出當年預算之新藥費用，由廠商依申報費用比率，分攤超出預算之金額。</p> <p>三、執行方式</p> <p>(一)適用藥品：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有臨床迫切需求且未完成三期臨床試驗，經評估具治療潛力但臨床效益、財務衝擊具不確定性之新藥或新適應症。 2.排除「精神科長效針劑」、「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」、「C 肝藥品」及「後天免疫缺乏病毒治療藥費」專款項目及代辦品項。 <p>(二)納入給付與否之評估程序：依藥品專家諮詢會議建議及全民健保藥品給付項目及支付標準共同擬訂會議決議(下稱藥品共擬會議)，<u>除依健保法第 42 條規定，考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務等因素進行整體評估外，更進一步確認暫支付理由及待解決的療效不確定(如：臨床療效、相對療效、長期療效、次族群療效、本土族群療效)等事項後，才納入暫時性支付項目。</u></p> <p>(三)<u>費用支付方式及作業時程：</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.<u>作業時程：自預算年度開始 113 年 1 月 1 日起，每月召開藥品專家會議 2 次、每 2 個月召開 1 次藥品共擬會議，依照會議決議辦理藥品生效給付作業。</u> 2.<u>費用支付方式：醫療院所申報符合前揭會議決議納入之暫時性支付品項，依所現行申報作業、暫付及結算。</u> <p>四、暫時列項收載年限 原則 2 年，最長不超過 3 年。</p> <p>五、療效評估</p> <p>(一)資料收集方式：蒐集臨床試驗資料及真實世界資料</p>

核(決)定 事項內容	健保署研訂內容
	<p>1.廠商檢送文件：全球或本國預訂進行或進行中之相關介入性臨床試驗計劃書與分析計畫、觀察性研究計畫書與分析計畫、前項研究預計完成時程表及真實世界資料收集計畫書與分析計畫等。</p> <p>2.必要時，本署建立個案登錄系統。</p> <p>(二)廠商須於藥品納入健保給付後，依藥品給付協議所訂期限，提出台灣及其他國家病人的使用資料，以作為協議屆期前，重新檢討本藥品之參考依據，倘廠商未依限提交資料或無實證療效，則停止給付。</p> <p>六、退場機制及配套作法</p> <p>(一)退場機制：暫時性支付藥品屆時檢討時，提至藥品共擬會議，依會議決議予以持續支付或停止給付辦理。</p> <p>(二)配套作法：<u>參考廠商建議納入健保給付時，所提供之臨床試驗數據為基礎設定檢討條件，當真實世界治療族群與臨床試驗族群並不完全相符、且資料蒐集之標準亦有差異難以比較時，將召開專家會議重新審議，屆時依會議決議予以持續支付或停止給付辦理。</u></p>