

衛生福利部全民健康保險會
第 6 屆 112 年第 11 次委員會議資料

本資料未上網公開前

請勿對外提供

中華民國 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 次委員會議議程

一、主席致詞

二、議程確認

三、確認上次(第 10 次)委員會議紀錄 ----- 1

四、本會重要業務報告 ----- 8

五、優先報告事項

(一)「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----- 49

(二)中央健康保險署「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」)(口頭報告)----- 138

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) - 141

(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----- 156

七、報告事項

(一)111 年全民健康保險自付差額特殊材料執行概況----- 181

(二)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----- 201

八、臨時動議

(委員會議後辦理業務座談會)

三、確認上次(第 10 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(112)年 11 月 21 日衛部健字第 1123360169 號函送委員在案，並於本年 11 月 21 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10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11月15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：范裕春、彭美瑩

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、張委員清田、陳委員杰(中華民國全國總工會干常務理事文男代理)、陳委
員相國、陳委員節如、陳委員鴻文(中華民國全國工業總會何常務理事語代理)、游委員
宏生、黃委員小娟、黃委員金舜(中華民國藥師公會全國聯合會李常務監事懿軒代理)、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、鄭委員素華、謝委
員佳宜、韓委員幸紋

請假委員：陳委員石池、董委員正宗

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、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7頁)

貳、議程確認：(詳附錄第7頁)

決定：

一、考量議案連動關係，同意變更議程，調整討論事項第
二案及第四案之順序如下：

(一)討論事項第二案「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」。

(二)討論事項第四案「全民健康保險113年度保險費率方案(草案)審議案」。

二、餘照議程確認。

參、確認上次(第9次)委員會議紀錄：(詳附錄第8頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第9~12頁)

決定：

一、上次(第9次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形，擬繼續追蹤共2項，同意繼續追蹤。

二、有關113年度各部門總額地區預算分配案，部分服務採點值保障，需送本會同意乙節，請中央健康保險署提報各部門內容必須包含：所有點值保障項目之保障理由、整體點值保障項目之總額占比，及對總額預算影響之合理性研析。

三、關於門診透析服務費用分配方式，請中央健康保險署會同醫院總額、西醫基層總額及門診透析相關團體重新審視檢討後，提出共識之具體方案，再送本會討論。

四、餘洽悉。

伍、討論事項(詳附錄第13~73頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：113年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：

一、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費用之地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範

圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

- 1.一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 22.8 百萬元)2.22% 歸東區，97.78% 歸其他五分區。
- 2.自五分區(不含東區)一般服務費用移撥 60 百萬元，作為風險調整移撥款，由各季提撥 15 百萬元：
 - (1)40 百萬元：用於補助點值，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分區)；若經費不足，以原計算補助金額乘以折付比例計算。移撥經費若有剩餘，則回歸一般服務費用。
 - (2)20 百萬元：按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。
- 3.五分區(不含東區)預算扣除上開移撥費用後，依下列參數占率分配：
 - (1)各分區實際收入預算占率：66%。
 - (2)各分區戶籍人口數占率：15%。
 - (3)各分區每人於各分區就醫次數之權值占率：9%。
 - (4)各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：4%。
 - (5)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。
 - (6)偏鄉人口預算分配調升機制：1%。若有餘款則依「各分區實際收入預算占率」分配。

二、所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定

之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。

三、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定後，於112年12月前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

第二案(原列第四案)

提案單位：中央健康保險署

案由：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」項提案，提請討論。

決議：本案經委員討論，中央健康保險署所請關於撥補112年第1、2季受新冠疫情影響總額部門之醫療費用：

- 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經費挹注，符合非預期風險動支程序規定者，請中央健康保險署參考委員意見，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中央健康保險署參考。

第三案

提案人：李委員永振、林委員恩豪、陳委員杰、劉委員淑瓊、楊委員芸蘋、陳委員鴻文

連署人：田委員士金、朱委員益宏、江委員錫仁、吳委員鏘亮、李委員飛鵬、林委員淑珍、林委員綉珠、花委員錦忠、侯委員俊良、張委員清田、陳委員石池、陳委員相國、陳委員節如、游委員宏生、黃委員金舜、楊委員玉琦、董委員正宗、劉委員守仁、蔡委員麗娟、鄭委員力嘉、鄭委員素華(會後應主提案人

要求，以11月2日聯名函為據，將聯名函中列名委員增列為連署人)

代表類別：保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表

案由：建請政府依法撥補102年~111年政府應負擔健保總經費法定下限36%差額，及恢復原健保法施行細則第45條與菸品健康福利捐分配健保安全準備比率，確實承擔健保財務責任，提請討論。

決議：委員基於監理之法定任務，關切政府應負擔健保財務責任相關建議，併同與會人員發言實錄函請衛生福利部積極回應處理。

第四案(原列第二案)

提案單位：中央健康保險署

案由：全民健康保險113年度保險費率方案(草案)，提請審議。

決議：

- 一、113年度保險費率經本會審議結果，建議維持現行費率5.17%。
- 二、上述審議結果將依全民健康保險法第24條第3項規定，併同與會人員發言實錄函請衛生福利部轉陳行政院核定，另請中央健康保險署就委員意見研參妥處。

陸、報告事項(詳附錄第74~83頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署、本會

案由：111年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告，請鑒察。

決定：

- 一、本案洽悉。
- 二、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。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：有關「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)」之具體實施規劃，請鑒察。

決定：

一、本案洽悉。

二、請中央健康保險署依112年度總額決定事項及委員所提意見，於下次委員會議提出本協定事項具體完整之分年目標、執行方法及期程。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：112年9月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提書面意見，請中央健康保險署回復說明。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：下午14時05分。

四、本會重要業務報告

一、本會依上次(第10次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

- (一)討論事項第一案「113年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案」決議，併同第9次委員會議對113年度醫院、西醫基層、牙醫門診總額一般服務地區預算分配案之決議，完成本會協定之「113年度全民健康保險醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式」，於本(112)年11月23日以衛部健字第1123360174號書函陳報衛生福利部(下稱衛福部)核(決)定，如附錄一(第207~208頁)。衛福部於本年12月1日以衛部保字第1121260518號函核(決)定本會所報「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」暨「113年度全民健康保險醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式」案(詳優先報告事項第一案)。
- (二)依討論事項第三案之決議，將本會委員對「建請政府依法撥補102年~111年政府應負擔健保總經費法定下限36%差額，及恢復原健保法施行細則第45條與菸品健康福利捐分配健保安準備比率，確實承擔健保財務責任」案之決議及所提相關建議，於本年11月22日以衛部健字1123360175號書函送請衛福部積極回應處理，如附錄二(第209頁)。
- (三)依討論事項第四案之決議，將本會審議全民健康保險113年度保險費率結果，於本年11月22日以衛部健字1123360172號書函陳報衛福部，如附錄三(第210~212頁)，副本抄送中央健康保險署(下稱健保署)，請其就委員意見研參妥處。另衛福部業於本年11月30日以衛部保字第1120149717號函將113年度保險費率案陳報行政院，如附錄四(第213~216頁)。
- (四)針對本會委員關切全民健康保險監理指標(下稱監理指標)研修建議及監測結果之退步指標，宜研析原因並提出具體改善策略等意見，本會業於本年11月29日請辦健保署，請該署以保險人管理角度全面檢視監理指標，提出指標增修意見，以及具體改善策略或措施，並預定於明(113)年度工作計畫安排專案報告。

(五)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計4項，依辦理情形，建議繼續追蹤4項，如附表一(第15~16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)，健保署回復如附錄五(第217~230頁)。

二、為利委員了解歷次委員會議未結案件之辦理情形，依例每半年(6月、12月)彙報1次，截至11月底未結案件計22項，依辦理情形，建議解除追蹤5項，繼續追蹤17項，如附表二(第17~33頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理。

三、依本年度工作計畫，本次會議原安排健保署進行「新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告」，健保署考量部分負擔調整方案甫於112年7月1日實施，該署刻正評估監測指標妥適性，建議俟實施半年後再提報監測結果，爰擬安排於明年第2次委員會議(113.3.13)再進行報告。

四、本會明年度委員會議原則上仍於每個月第4週星期三召開，部分月份因業務需要略為調整，會議預定時間表如附件二(第35~36頁)，請委員預留時間與會。另為踐行本會依全民健康保險法授予之法定任務，將依衛福部113年度總額核(決)定事項，擬具本會113年度工作計畫，並徵詢健保署意見後，提至明年第1次委員會議(113.1.24)確認。

五、為利委員實地瞭解健保業務之推動狀況，安排於明年3月28~29日至健保署東區業務組，辦理業務訪視活動，時間為2天1夜，請委員預留時間，訪視主題如下：

(一)推動促進醫療體系整合計畫(含醫院以病人為中心門診整合照護計畫、遠距醫療會診)執行成效(花蓮縣慈濟醫院、門諾醫院)。

(二)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫執行成效(花蓮縣秀林鄉衛生所)。

六、依本會本年第6次委員會議(112.7.26)決議事項：「請中央健康保險署會同各總額部門相關團體，儘速辦理112年度總額協定事項未依時程完成之工作項目。」，健保署提報辦理情形如附件

三(第 37~48 頁)，總計 21 項。有 4 項尚未完成，整理如下表，其中 1 項已於 113 年度總額協定時刪除該執行內容、3 項已列入 113 年度總額持續辦理，因 112 年度即將結束，建議解除追蹤，並依 113 年度總額協(決)定事項追蹤辦理情形，後續處理建議如下：

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>

七、本會針對上次(第 10 次)委員會議對 113 年度保險費率審議結果作為委員關切重要議題之會訊報導主題，內容詳附錄六(第 231~232 頁)，已置於本會網頁(路徑：健保會首頁>最新訊息>委員關切重要議題分析，網址：<https://gov.tw/vqq>)，敬請委員轉知所屬團體之會員參閱。

八、衛福部及健保署於本年 11 月至 12 月份發布及副知本會之相關資訊如下：[內容已置於該署全球資訊網，詳細內容及相關附件業於本年 12 月 13 日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

- 1.本年 11 月 30 日以衛部保字第 1120148594 號函復本會團體代表聯名行文「建請依健保法第 76 條第 1 項立法意旨及第 3 條規定，撥補政府應負擔法定下限 36% 差額共計 1,246 億元，並將健保法施行細則第 45 條修回二代健保原先立法的內容」，並副知本會，如附錄七(第 233~237 頁)。
- 2.本年 11 月 13 日修正發布「全民健康保險投保金額分級表」，並定自 113 年 1 月 1 日施行。主要係配合基本工資調整修正投保金額分級表之下限金額為 27,470 元(調整前為 26,400 元)，如附錄八(第 238~240 頁)，調整前後之差異如下表：

月投保金額變化	月付健保費(元) (投保金額×保險費率×負擔比率)			影響金額 (億元)
	調整後	調整前	差異(元)	
1.實際薪資月額 26,401 元至 27,470 元， 投保金額由 27,600 元降為 27,470 元。	426 (27,470×5.17% ×30%)	428 (27,600×5.17 %×30%)	-2	52
2.實際薪資月額 26,400 元以下， 投保金額由 26,400 元提升 為 27,470 元。	426 (27,470×5.17% ×30%)	409 (26,400×5.17% ×30%)	+17	

3. 本年 11 月 24 日依全民健康保險法施行細則第 8 條第 1 項規定，公告內政部移民署許可發給事由為「陸生就學」之中華民國臺灣地區入出境許可證，為全民健康保險法施行細則第 8 條第 1 項所稱「經本保險主管機關認定得在臺灣地區長期居留之證明文件」，並自 113 年 2 月 1 日生效，如附錄九(第 241 頁)。
4. 本年 12 月 12 日公告訂定 113 年保險對象住院應自行負擔費用之最高金額，並自 113 年 1 月 1 日生效，如附錄十(第 242 頁)，重點如下：
 - (1) 因同一疾病每次住院應自行負擔費用之最高金額：50,000 元(112 年為 48,000 元)。
 - (2) 全年累計住院應自行負擔費用之最高金額：84,000 元(112 年為 80,000 元)。
 - (3) 前 2 項住院應自行負擔費用之最高金額適用範圍，以保險對象於急性病房住院 30 日以內或於慢性病房住院 180 日以內，依健保法第 47 條規定所應自行負擔之醫療費用為限，不包括健保法所規定不予給付之項目。

(二) 健保署

1. 本年 11 月 13 日依全民健康保險法施行細則第 68 條各款規定，公告各類被保險人適用之投保金額、保險費、眷屬人數，並自 113 年 1 月 1 日起實施，如附錄十一(第 243~246 頁)，修正重點如下表：

款次	公告內容	修正後	修正前	成長率或影響金額
1	第 3 類被保險人適用之投保金額	27,470 元	26,400 元	4.05%
2	第 4 類及第 5 類保險對象適用之保險費	2,160 元	2,063 元	4.7%
3	第 1 類第 1 目至第 3 目被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數	0.56 人	0.57 人	每年減少約 21 億

款次	公告內容	修正後	修正前	成長率或影響金額
4	僱用被保險人數未滿 5 人之事業負責人，及會計師、律師、建築師、醫師、牙醫師、中醫師以外之專門職業及技術人員自行執業者或屬於第 1 類被保險人之自營業主，自行舉證申報之投保金額，最低金額(如右列)，及其所屬員工申報之最高投保金額	38,200 元	36,300 元	5.23%

2. 本年 11 月 7 日訂定「全民健康保險投保單位、扣費義務人及保險對象罰鍰分期繳納作業要點」，如附錄十二(第 247~254 頁)，重點為規範適用對象及標的、積欠罰鍰須達一定金額以上方得申請分期繳納、每期繳納罰鍰最低金額、可分期數及每期期間、已移送執行者申請分期繳納應先經行政執行機關同意、分期繳納之期限不得逾行政程序法請求權時效規定、罰鍰欠費應優先清償已移送執行者等。

3. 將公告之總額相關計畫副知本會，如附錄十三(第 255~256 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
112.11.3/ 112.1.1	全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案	本方案係將分區結算平均點值大於 1.15 元之預算列入該分區保留款，並規範其用途。109~111 年因疫情暫停執行，本次公告自 112 年 1 月 1 日恢復實施，修訂重點如下： 1. 保留款用途：新增「鼓勵該分區週日及國定假日開診之醫療服務」。 2. 明訂上開新增用途之加成範圍為「假日之每件醫療點數加成 20%」，並於方案中載明假日之定義。

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
112.11.9/ 113.1.1	全民健康 保險西醫 住院病人 中醫特定 疾病輔助 醫療計畫	1.支付標準表第二章藥費加註「出院病人必要時得開給7天藥品」。 2.為完善計畫違約情事之認定，增訂參與計畫前二年內不得有特約管理辦法第四十四條至第四十五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條文。
112.11.9/ 113.1.1	全民健康 保險中醫 癌症病人 加強照護 整合方案	1.適用範圍「主診斷為其他癌症且次診斷為胃癌」之「其他癌症」ICD-10-CM 由原C79.5-C97.7 改為 C79.5-C79.7。 2.為完善計畫違約情事之認定，增訂參與計畫前二年內不得有特約管理辦法第四十四條至第四十五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條文。

4.本年9月至12月份公告暫予支付及修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分項目，藥品計27件、特材計10件，彙整如附錄十四(第257~260頁)。

決定：

上次(第 10 次)委員會議繼續列管追蹤事項

一、擬繼續追蹤(共 4 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	第 9 次討論事項第 1、2、3 案及第 10 次討論事項第 1 案： 113 年度醫院/西醫基層/牙醫門診/中醫門診總額一般服務之地區預算分配案。	所涉執行面及計算(含風險調整/特定用途移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同醫院/西醫基層/牙醫門診/中醫門診總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。	於 112 年 11 月 22 日請辦健保署。	健保署回復： 將依會議結論辦理後續事宜。	1.繼續追蹤 2.俟健保署送本會備查後解除追蹤。	113 年 2 月
2		需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同醫院/西醫基層/牙醫門診/中醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 12 月前送本會同意後執行。前述提報各部門內容須包含：所有點值保障項目之保障理由、整體點值保障項目之總額占比，及對總額預算影響之合理性研析。	於 112 年 11 月 22 日請辦健保署。	健保署回復： 將於議定後提報貴會討論。	1.繼續追蹤 2.俟健保署送本會同意後解除追蹤。	112 年 12 月

項次	案由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
3	報告事項第1案： 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。	於112年11月22日請辦健保署。	健保署回復：感謝委員，本署配合貴會辦理，委員所提意見，本署補充說明詳個別委員關切事項(附錄五，第223~228頁)。	1.繼續追蹤 2.俟本會完成111年全民健康保險監理指標之監測結果報告後解除追蹤。	113年1月
4	報告事項第2案： 有關「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)」之具體實施規劃。	請中央健康保險署依112年度總額決定事項及委員所提意見，於下次委員會議提出本協定事項具體完整之分年目標、執行方法及期程。	於112年11月22日請辦健保署。	健保署回復：說明如附件一(第34頁)。	1.繼續追蹤 2.俟健保署提出114年目標、執行方法及期程後解除追蹤。	113年1月

健保會第 6 屆委員會議歷次未結案件追蹤表(更新部分以底線標示)

一、擬解除追蹤(共 5 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	追蹤建議	完成期限(年月)
1	<p>有關本會 112 年度工作計畫，其中依 112 年度醫院及西醫基層總額決定事項新增 3 項需提本會確認案，請中央健康保險署儘速辦理，俾安排至最近 1 次委員會議討論或報告。/[於健保署提至委員會議確認後解除追蹤] (112.2、112.3、112.6 決定)</p> <p>.....</p> <p>依 112 年度總額核(決)定事項，醫院及西醫基層總額尚有應提報本會確認事項未提出，請中央健康保險署儘速辦理，俾安排至最近 1 次委員會議討論。/[於健保署提至委員會議確認後解除追蹤] (112.4 決議、112.5、112.6 決定)</p> <p>.....</p> <p>112 年第 3 次委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形，擬繼續追蹤新增「112 年度西醫基層總額提升護理人員薪資之指標訂定事宜」1 項。/[於健保署提至委員會議確認後解除追蹤] (112.5、112.6 決定)</p> <p>.....</p> <p>112 年度醫院及西醫基層總額關於「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」、「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」、「因應基層護理人力</p>	<p>健保署回復：</p> <p>1.「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」、「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」：</p> <p>(1)本案二項預算係屬 112 年專款項目，爰採年度計畫方式辦理，而非直接修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準。</p> <p>(2)本署業參酌貴會委員建議，並依程序報衛生福利部核定，於 <u>112 年 9 月 26 日公告實施</u>。</p> <p>2.「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」決定項目，其中就預期效益之評估指標已於貴會 112 年第 7 次委員會議(112.8.16)決議通過。</p> <p>本會補充說明： 本案經委員討論未有共識，請健保署參考委員所提意見，依法定程序報主管機關決定。健保署辦理如下：</p> <p>1.醫院總額的 2 項專款計畫，已於 112.9.5 報部核定，並副知本會。</p> <p>2.因應基層護理人力需求，</p>	<p>解除追蹤 (健保署已依程序將 2 項專款計畫報衛福部核定；另已依委員意見修正「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」指標分母之操作型定義，爰建議解除追蹤)</p>	—

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	需求，提高 1~30 人次診察費」決定項目內容，需提報本會確認案，本案經委員討論未有共識，請中央健康保險署參考委員所提意見，依法定程序報主管機關決定，並副知本會。 /[於健保署依法定程序報主管機關決定，並副知本會後解除追蹤] (112.7 決議、112.8 決定)	提高 1~30 人次診察費之「執行目標」及「預期效益之評估指標」：依委員意見修正指標分母之操作型定義，並於第 7 次委員會議追蹤決(議)定事項辦理情形時，提出修正內容。		
2	請中央健康保險署於衛生福利部交議本會關於「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案」時，依法併提「113 年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案」審議。/[俟健保署依法併提「113 年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案」至本會審議後解除追蹤] (112.4、112.5、112.6 決定)	健保署回復： 1.本署已依示於貴會 112 年第 7 次委員會議(112.8.16)及 113 年度全民健保醫療給付費用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(112.8.23)提報本案，供貴會審議。 2.本案建議解除列管。	解除追蹤 (健保署已於 112 年第 7 次委員會議及總額協商座談會提報本案資料，爰建議解除追蹤)	—
3	因新冠疫情對中醫門診總額 111 年第 3~4 季之醫療費用造成顯著影響，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，請中央健康保險署依本會議定結果，報請衛生福利部核定後，會同中醫門診總額相關團體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。 /[於健保署提報執行結果後解除追蹤] (112.7 決議、112.8 決定)	健保署回復： <u>本案執行結果已於 112 年 10 月 13 日函送貴會。</u>	解除追蹤 (已於 112 年第 10 次委員會議(112.11.15)本會重要業務報告，爰建議解除追蹤)	—
4	請中央健康保險署會同各總額部門相關團體，儘速辦理 112 年度總額協定事項未依時程完成之工作項	健保署回復： 遵照辦理。	解除追蹤 (已於本次委員會議本會重要業務報告，	—

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	目。[於健保署完成後解除追蹤] (112.7、112.8 決定)		爰建議解除追蹤)	
5	有關配合部分負擔調整方案，保障經濟弱勢民眾就醫權益之配套措施，委員提出對於申請資格嚴苛、審核表格不夠友善、審核期間過長、用轉診作為必要條件不合理、事後申請補助改事前審定資格，及有研究顯示提高部分負擔會影響民眾規律就醫，阻礙弱勢民眾尋求有效醫療照護，請健保署檢討修正相關措施，以保障經濟弱勢民眾。[於健保署提出檢討修正相關措施後解除追蹤] (111.6、111.7、111.12、112.2、112.6 決定)	健保署回復： 為保障經濟弱勢民眾就醫權益，經本署重行研議， <u>112年7月1日實施之部分負擔調整方案(112年6月21日衛部保字第1121260222號公告修正「全民健康保險保險對象門診藥品、急診應自行負擔之費用」，原法定免部分負擔者(如重大傷病、低收入戶)不受影響；中低收入戶及身心障礙身分者，其門診藥品部分負擔依現行方式計收，不受本次部分負擔調整影響，以保障其就醫權益。實施迄今未接獲民眾或醫院反映不便情況，本署亦將持續監控前開身分者就醫情形，故建議解除列管。</u>	解除追蹤 (該署提出弱勢民眾就醫權益不受本次調整方案影響之說明，爰建議解除追蹤)	—

二、擬繼續追蹤(共 17 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	追蹤建議	完成期限(年月)
一、財務				
1	<p>「為使政府當責承擔健保總經費不得少於 36%之財務責任，建請衛生福利部恢復 101 年 10 月 30 日修正通過之全民健康保險法施行細則第 45 條條文內容，並匡正 105 年度之政府應負擔健保總經費法定下限 36%計算方式案」，本會委員所提意見送請衛生福利部(社會保險司)及中央健康保險署審慎研析並檢討修正。/[俟衛福部完成法規檢討修正後解除追蹤](106.7 決議、106.8、106.12、107.6、107.12、108.3、108.6、108.12、109.6、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12、112.2、112.6 決定)</p> <p>.....</p> <p>本會委員認為現行全民健康保險法施行細則第 45 條，恐有違背母法第 27 條之虞，建請衛生福利部檢討修正，並於下(第 4)次委員會議提出研修方向及期程。另委員針對上開中央健康保險署所送預、決算備查案所提意見，併送請衛生福利部參考。/[繼續追蹤](107.4、107.5、107.6、107.12、108.3、108.6、108.12、109.6、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12、112.2、112.6 決定)</p> <p>.....</p> <p>有關近年健保「應提列安全準備來源」受到社保司</p>	<p>社保司回復： 政府應負擔健保總經費法定下限為二代健保新制度，施行初期因主計總處與衛福部法規見解差異，致相關預算編列產生疑義。案經行政院跨部會研商，並已確立法律見解及計算方式，配合部分爭議修正之健保法施行細則第 45 條，亦經立法院實質審查確定，據以計算之各年度政府應負擔數，業由審計部完成審定，相關法制程序皆屬完備，合法性及合理性無虞。早期因政府部門間法規爭議衍生之預算不足數，已分年完成撥補，政府每年皆依法負擔本項經費。貴會委員所提意見，將配合健保相關法規研修納入考量，並更明確界定政府負擔範圍，以杜爭議。</p>	<p>1.繼續追蹤 2.俟衛福部完成法規檢討修正後解除追蹤。</p>	<p>依社保司納入考量及研修相關法令進度辦理</p>

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	<p>自行解釋並逕減，影響安全準備之實際權責數字，為維繫現行費率適足，建請健保署逐期提供健保財務收支情形試算表，持續健全財務監理案，健保財務收支情形試算資料中，政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數之金額，請分別依主管機關依法認定及提案委員主張〔依健保法第76條第1項規定計算應提列之安全準備(各項來源金額≥ 0)後，再帶入同法第2條、第3條公式〕之兩種計算方式及結果呈現，俾利委員持續監理健保財務狀況。/[繼續追蹤] (108.12 決議、109.2、109.6、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12、112.2、112.6 決定)</p> <p>.....</p> <p>委員所提有關政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數之計算方式，與其他財務相關建議，送請衛生福利部研議參考。/[繼續追蹤] (109.9、109.10、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12、112.2、112.6 決定)</p>			
2	<p>建請政府依財政狀況，撥補 105~107 年政府應負擔健保法定經費不足數之缺口，以確保健保財務之健全案，本會委員基於監理職責，持續關注政府應負擔健保總經費法定下限 36%之計算方式，且於歷次委員會議多有討論，惟雙方仍有不同見解，考量現階段本案之爭議，涉及法</p>	<p>社保司回復： (回復內容同擬繼續追蹤項次1)</p>	<p>1.繼續追蹤 2.俟衛福部撥補 105~107 年政府應負擔健保法定經費不足數或舉證委員建議不符現行法規後解</p>	<p>依社保司研擬進度辦理</p>

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	<p>令解釋及預算編列等主管機關權責，委員建議對健保財務之長期穩定有正面意義，建請主管機關積極研議處理。[俟衛福部撥補105~107年政府應負擔健保法定經費不足數或舉證委員建議不符現行法規後解除追蹤]</p> <p>(108.11 決議、108.12、109.6、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12、112.2、112.6 決定)</p>		除追蹤。	
3	<p>近年政府應負擔健保總經費未達法定36%，建請健保署協助本委員會向行政院彙報說明，依財政狀況撥補105~108年政府應負擔健保法定經費之缺口，維繫現行費率適足，持續強化財務案，本案委員意見，送請衛生福利部參考。[俟社保司、健保署協助本委員會向行政院彙報說明後解除追蹤]</p> <p>(109.4 決議、109.5、109.6、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12、112.2、112.6 決定)</p>	<p>社保司回復： (回復內容同擬繼續追蹤項次1)</p> <p>健保署回復： 有關政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數之計算方式，歷年來皆依健保法第2條、第3條及同法施行細則第45條規定，以及行政院協商確立之法律見解及計算方式辦理。</p>	<p>1.繼續追蹤 2.俟社保司、健保署協助本委員會向行政院彙報說明後解除追蹤。</p>	依社保司、健保署研擬進度辦理
4	<p>為監理全民健康保險財務正常運作，正視呆帳對於健保財務收支平衡的重大襲蝕影響，建請於每年度協商下年度健保總額預算時，應將前年度自7月1日起算至協商時當年度6月30日止的呆帳總額列為下年度健保總額預算基期的減項，就此減項計算結果，做為協商下年度健保總額預算擬定範圍的計算基準，並就每年健保呆帳納入公務預算或其他財務來</p>	<p>健保署回復： 1.針對經濟弱勢民眾，為使其享有就醫權益，本署提供分期繳納、紓困貸款等欠費協助措施。紓困貸款詳述如下： (1)依全民健康保險法第99條規定，設置全民健康保險紓困基金，提供保險對象無息申貸健保欠費或補助健保費及應自行負擔之費用。 (2)每年申請紓困基金無</p>	<p>1.繼續追蹤 2.俟健保署研議全民健保呆帳由公務預算或其他財源補助之可能性後解除追蹤。</p>	依健保署研擬進度辦理

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	<p>源補助案，請中央健康保險署正視全民健保呆帳之問題，積極研擬事前防範措施及事後財源籌措方案，並研議全民健保呆帳由公務預算或其他財源補助之可能性。[俟健保署研議全民健保呆帳由公務預算或其他財源補助之可能性後解除追蹤]</p> <p>(109.6 決議、109.7、109.9、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12、112.2、112.6 決定)</p>	<p>息貸款約 1.5 億元，112 年度預算編列情形概述如下：</p> <p>A. 健保紓困貸款計畫 1.5 億元，係提供經濟困難無力繳納全民健康保險費之保險對象，無息申貸健保費及應自行負擔之費用。</p> <p>B. 協助弱勢族群排除就醫障礙計畫 2.6 億元，係補助經濟弱勢族群繳納健保欠費，並提供其就醫所產生之健保部分負擔、住院膳食費、救護車費用、偏遠地區交通費、掛號費與無健保身分者就醫時之醫療自付費用(以健保給付範圍為限)。</p> <p>C. 補助經濟困難者健保費計畫 8.1 億元，係補助合於社會救助法規定之中低收入戶應自付二分之一健保費。</p> <p>2. 衛生福利部及本署每年均積極向財政部爭取公益彩券回饋金，辦理「協助弱勢族群排除就醫障礙計畫」，113 年指標性計畫已獲財政部審議通過，經費為 1.8 億元。</p> <p>3. 有關研議健保呆帳納入公務預算或其他財源補助之可能性，依健保法第 3 條規定，政府應負擔健保總經費法定下限(36%)業由主管機關編列公務預算撥</p>		

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
		補，現行健保基金用其他財務來源補助部分(如菸捐、公益彩券盈餘分配)，亦均有相關法源依據，尚屬主管機關權責，若能爭取其他財源補助，本署配合辦理。		
二、新醫療科技、支付標準				
5	<p>請中央健康保險署於考量病患權益及減少社會衝擊等情況下，檢討如何落實全民健康保險法第 51 條第 4 款之規定，包括研提「成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品」逐步不納入健保給付之規劃與配套措施，及對健保財務之影響評估；若確有窒礙難行之處，亦請評估有無修法之必要性。請中央健康保險署將前項整體評估結果，提至本會報告。[俟健保署將整體評估結果提至本會報告後解除追蹤]</p> <p>(106.10 決議、106.11、106.12、107.6、107.12、108.3、108.6、108.12、109.6、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12、112.2、112.6 決定)</p> <p>.....</p> <p>委員對「落實指示藥品不納入健保給付之規劃報告(含配套措施及對健保財務之影響評估)」之意見，建請中央健康保險署參考辦理，並請依所規劃策略研擬妥適配套措施，切不能影響民眾用藥權益，至於執行進度與成果請於 108 年第 4 季業務報告提報。[繼續追蹤]</p>	<p>健保署回復：</p> <p>1.基於保障民眾用藥安全及權益，減少社會衝擊，本署檢討精進作業原則：</p> <p>(1) <u>持續檢討指示用藥之臨床需求</u>：臨床必要、兒童用藥及公衛藥品優先考慮予以保留給付。</p> <p>(2) <u>修法符合民意及實務作業</u>：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。後續將規劃與各界進行溝通凝聚修法共識。</p> <p>(3) <u>持續與各界溝通</u>：本署前於 112 年 6 月 6 日召開「健保給付指示用藥臨床需求溝通會議」，會議決議建議將 8 類成分劑型(計 15 品項)取消健保給付，本署刻正依程序提至藥物共同擬訂會議報告後，辦理公告取消生效事宜。</p> <p>2. <u>本案建議解除列管。</u></p>	<p>1.繼續追蹤</p> <p>2.俟健保署將整體評估結果提至本會報告後解除追蹤。</p>	依健保署研擬進度辦理

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	(108.3、108.4、108.6、108.12、109.6、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12、112.2、112.6 決定)			
6	<p>有關醫院及西醫基層總額之「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」及「藥品及特材給付規定改變」預算檢討、調整與管控機制，委員認為應再說明新醫療科技引進之考量因素，其導入後對總額之財務壓力，以及導入後若超出原編預算之彌補機制。[俟健保署補充說明後解除追蹤]</p> <p>(111.6、111.7、111.12、112.2、112.6 決定)</p>	<p>健保署回復：</p> <p>1.新藥及新特材：</p> <p>(1)本署辦理醫療科技評估(HTA)時，乃就人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及本保險財務衝擊等因素作整體考量，蒐集相關科學證據，HTA 相關評估結果將提送本署藥物專家諮詢會議及共擬會議進行討論，以利做出新醫療科技給付與否之決策，並由新醫療科技預算支應。</p> <p>(2)以新藥給付為例，本署定期於藥品共擬會議提報預算支用情形，新藥如任一年申報藥費超出 2 億元，且逾 HTA 報告預估藥費 0.5 倍，將即時分析因應。</p> <p>(3)本署已委託財團法人醫藥品查驗中心規劃「醫療科技再評估(HTR)」機制，藉著蒐集並分析英國、澳洲、韓國、荷蘭及西班牙等國際實行 HTR 經驗，針對已給付項目的療效及成本效益之追蹤或監測建立系統化的檢討機制，檢討低效益之藥品及藥材品項，以增進低效益的醫療科技轉移到高效益的介入措施，如：</p>	<p>1.繼續追蹤</p> <p>2.依健保署說明，「新增診療項目」近 5 年未有超支預算情形；請健保署補充說明「新藥及新特材」導入後對總額之財務壓力，及導入後若超出原編預算之彌補機制後解除追蹤。</p>	<p>依健保署研擬進度辦理</p>

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
		<p><u>免疫療法參考病人用藥反應情形(RWE)及其他科學實證，停止給付 nivolumab 於肝癌細胞癌及 pembrolizumab 於胃癌之新個案用藥；又 112 年依新的臨床實證再評估 atezolizumab+bevacizumab 用於治療肝癌有顯著臨床效果，且具成本效益，爰於 112.8.1 再次給付 IO+ 標靶用於治療肝癌；C 肝用藥經評估可減少 C 肝併發症所衍生之醫療費用並增加生活品質調整生命年(QALYs)，放寬給付規定取消處方 C 肝新藥之醫師專科資格；長效型心室輔助器(VAD)參考臨床效益評估為較具成本效益之治療選擇，放寬給付規定用於再次開心手術病人；人工電子耳參考臨床實證顯示雙耳植入人工電子耳對嚴重聽損兒童之臨床正面效益(改善聽損兒童的溝通能力與生活品質)，放寬未滿 18 歲兒童雙側植入。</u></p> <p>(4)112 年本署執行 HTR 之品項類別，包括藥品 3 大類(糖尿病類藥品、慢性自發性血小板缺乏紫斑症(ITP)及嚴重再生不良性貧血及精神科長效針劑)及特材 6 品項(深</p>		

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
		<p><u>層腦部刺激器、立體定位貼片及電燒系統、反置式肩關節系統、無導線節律系統(單腔)及雙抗血小板藥物3個月以下的冠狀動脈塗藥支架)。</u></p> <p>2.新增診療項目:</p> <p>(1)為因應醫療科技發展，並配合臨床使用，醫療院所或專科醫學會得視其臨床實務執行經驗，將國內屬臨床執行在案，具技術純熟及安全性之醫療服務，判斷是否有新增或修訂之需要，向本署提出新增或修訂醫療服務給付項目及支付標準之建議。</p> <p>(2)惟考量新醫療科技預算有限，本署得就上述申請項目辦理醫療科技評估(HTA)，並視評估結果研議後續納入健保給付事宜。</p> <p>(3)考量診療項目於增修初期未必立即快速成長，爰本署持續監測追蹤五年執行情形，並就異常申報項目，請相關學協會協助釐清合理性，必要時研議適應症、支付規範之修訂，並請其輔導會員正確申報。另，查近五年醫院及西醫基層總額增修診療項目之預算未有超支情形。</p> <p>3.本案建議解除列管。</p>		
三、總額協商				

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
7	<p>有關 110 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)案，委員所提有關總額範圍擬訂公式之意見，送請衛生福利部納為未來公式檢討參考。[俟社保司完成總額範圍擬訂公式之檢討修訂作業後解除追蹤]</p> <p>(109.5 決議、109.6、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12、112.2、112.6 決定)</p>	<p>社保司回復： <u>有關委員所提意見本部已納入年度總額範圍相關作業參考。</u></p>	<p>1.繼續追蹤 2.俟社保司完成總額範圍擬訂公式之檢討修訂作業後解除追蹤。</p>	<p>依社保司研擬進度辦理</p>
8	<p>有關分級醫療各項策略之執行成效(含醫學中心及區域醫院門診減量措施、家庭醫師整合性照護計畫、強化基層照護能力及「開放表別」、鼓勵院所建立轉診之合作機制)，對於醫學中心、區域醫院門診量確實已減少並達標但病人似未確實下轉，以及未進入轉診平台的病人流向，請健保署於 109 年委託研究「分級醫療制度之轉診就醫流向分析與原因探討」完成後，參考研究成果並進行相關檢討後，予以說明。[俟健保署補充說明因應後疫情時代之分級醫療措施後解除追蹤]</p> <p>(109.6、109.7、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12、112.2、112.6 決定)</p> <p>.....</p> <p>有關 111 年度總額轉診相關協定事項之檢討與未來規劃，請中央健康保險署參考委員所提意見，持續檢討、精進分級醫療政策及相關鼓勵措施，並於 112 年度總額協商草案提出規劃方案，以早日落實分級</p>	<p>健保署回復：</p> <p>1.<u>分級醫療為本署推動醫療改革之重要政策，各項措施按既定期程推動，配合指揮中心醫療量能降載措施，強化基層醫院服務量能，減少大型醫院從事輕症服務，導引醫院與診所間成立垂直整合聯盟，提供病人上、下轉診的合作管道。</u></p> <p>2.<u>與民眾溝通正確就醫觀念，建構初級照護體系，鼓勵慢性病患於鄰近基層診所看診及領取連續處方箋藥品，並調整部分負擔措施，逐步引導民眾就醫行為，以落實分級就醫措施，使醫療資源合理分配運用。</u></p>	<p>1.繼續追蹤 2.俟健保署補充說明因應後疫情時代之分級醫療措施後解除追蹤。</p>	<p>依健保署研擬進度辦理</p>

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	醫療之政策目標。[俟健保署補充說明因應後疫情時代之分級醫療措施後解除追蹤] (111.7、111.8、111.12、112.2、112.6 決定)			
9	建議健保總額財源應優先解決總額缺口，不宜再新增任何項目案，委員所提意見，送請衛生福利部社會保險司及中央健康保險署研議。[俟社保司及健保署依委員意見提供研議結果後解除追蹤] (110.9 決議、110.10、110.12、111.6、111.12、112.2、112.6 決定)	<p>社保司回復： <u>本部每年度擬訂總額範圍草案，其低推估由固定公式計算而得，再依據本部每年度政策目標，各項目新增預算加總得出高推估值，並於每年6月前函報行政院爭取範圍高推估值，俟行政院核定後交議至健保會協商，有關委員所提意見本部已納入年度總額範圍相關作業參考。</u></p> <p>健保署回復： 本署配合衛生福利部核定年度各部門醫療給付費用總額及貴會協定事項，辦理各項事宜。</p>	<p>1.繼續追蹤 2.俟社保司及健保署依委員意見提供研議之具體結果後解除追蹤。</p>	依社保司、健保署研議進度辦理
10	有關「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之執行結果」，對於本案所提各項總額協定事項，請中央健康保險署辦理下列事項，並將辦理結果提報 113 年 3 月份委員會議，以納入總額協商參考： (一)有關「提出節流效益並納入總額預算財源」部分，請會同各部門總額相關團體，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。 (二)請檢討並提出本案執行數之精準估算方式；至於執行數過低或過高之協	健保署回復： 配合辦理，將於113年3月份委員會議提報辦理情形。	<p>1.繼續追蹤 2.俟健保署將辦理結果提報 113年3月份委員會議後解除追蹤。</p>	113 年 3 月

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	定項目，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)。/[俟健保署將辦理結果提報 113 年 3 月份委員會議後解除追蹤] (112.3 決議、112.4、112.6 決定)			
11	112 年度各部門總額依核(決)定事項須提本會報告之項目，部分未完成項目，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。 /[於健保署報告規劃結果後解除追蹤] (112.7、112.8 決定)	<p>健保署回復：</p> <p>1.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：</p> <p>(1)「<u>12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫</u>」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「<u>牙周暨齲齒控制基本處置</u>」+91004C「<u>牙結石清除-全口</u>」者，於 111 年一般服務申報 91004C+91014C，則扣減 91014C 之費用。</p> <p>(2)「<u>高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫</u>」等 3 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。</p> <p>2.惟「<u>高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫</u>」、「<u>超音波根管沖洗計畫</u>」、「<u>齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫</u>」之節流效益計算方式</p>	<p>1.繼續追蹤</p> <p>2.於健保署報告規劃結果後解除追蹤。</p>	112 年 12 月

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
		<u>與量化金額，牙全會迄今尚未提出規劃，本署將再持續追蹤。</u>		
12	「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。 /[於健保署報告執行結果後解除追蹤] (112.7、112.8 決定)	健保署回復： 遵照辦理。	1.繼續追蹤 2.於健保署報告執行結果後解除追蹤	113 年 3 月
13	有關建議各總額部門專款「網路頻寬補助費用」項目及其他預算「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」項目延長執行期間案，請中央健康保險署參考委員意見，會同各總額部門相關團體妥為研議退場後之執行規劃(包含財源規劃，例如由公務預算等其他財源支應)，並於協商 114 年度總額前，提報本會。 /[健保署於協商 114 年度總額前，提報退場後之執行規劃，始解除追蹤] (112.9 決議、112.10 決定)	健保署回復： 有關委員所提意見將提報至 113 年「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」，蒐集各總額團體意見。	1.繼續追蹤 2.健保署於協商 114 年度總額前，提報退場後之執行規劃，始解除追蹤。	113 年 9 月
四、其他				
14	為確保民國 111 年 5 月 15 日公告實施之「全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用」之執行成效與確實保障民眾就醫權益案，有關監測指標之監測結果及成效檢討，請中央健康保險署應自公告實施日起，每半年定期向本會提出報告。/[於健保署首次提出監測結果及成效檢討報告後解除追蹤]	健保署回復： 因部分負擔調整方案甫於 112 年 7 月 1 日實施，本署刻正評估監測指標妥適性，俟實施半年後再提報監測結果。	1.繼續追蹤 2.俟健保署首次提出監測結果及成效檢討報告後解除追蹤。	於健保署首次提出監測結果及成效檢討報告後解除追蹤

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	(111.4 決議、111.5、111.6、111.12、112.2、112.6 決定)			
15	有關部分負擔調整案實施後政策效益及其改善醫療資源合理利用之監測指標，請中央健康保險署參考委員所提意見修正監測指標。/[於健保署修正及提報後解除追蹤] (111.7、111.8、111.12、112.2、112.6 決定)	健保署回復： <u>因部分負擔甫於112年7月1日實施</u> ，本署刻正評估監測指標妥適性，俟 <u>實施半年後再提報</u> 監測結果。	1.繼續追蹤 2.俟健保署修正及提報後解除追蹤。	依健保署研議進度辦理
16	為提升醫療可近性、優化處方箋傳遞流程以及因應環保趨勢，提請衛生福利部儘速實施「電子處方箋」，本案屬衛生福利部及中央健康保險署權責，委員所提意見送請權責單位參考，並請中央健康保險署於例行業務執行報告提報辦理進度。/[俟健保署首次於例行業務執行報告提報後解除追蹤] (111.11 決議、111.12、112.2、112.6 決定)	健保署回復： 經盤點評估，配合衛生福利部「電子處方箋」格式確認及「通訊診察治療辦法」之修訂，本署刻正研擬推動「就醫識別碼(健保卡資料上傳格式 2.0)」上線，規劃辦理門診處方箋 QR CODE 二維條碼欄位建置規則，優化院所、藥局與民眾三方處方箋傳遞流程，確認處方箋的有效性以避免重複調劑等相關作業。	1.繼續追蹤 2.俟健保署首次於例行業務執行報告提報後解除追蹤。	依健保署提報時程辦理
17	請中央健康保險署釐清保險憑證製發及存取資料管理辦法規定，新增應上傳項目與總額其他預算獎勵上傳項目之差異，並檢討繼續給予獎勵之必要及合理性。/[俟健保署就獎勵之必要及合理性提出檢討說明後解除追蹤] (112.2、112.3、112.6 決定)	健保署回復： <u>有關獎勵之必要及合理性</u> ，本署回復如下，建議解除追蹤： 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。	1.繼續追蹤 2.俟健保署就獎勵之必要及合理性提出檢討說明後解除追蹤。	112年12月

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
		<p>2.本署辦理即時查詢方案之目的係為鼓勵醫療院所提升網路頻寬及院所智慧化資訊，以利即時、迅速查詢病患於不同醫療院所間之醫療資訊，可減少不必要之檢驗(查)，確保民眾就醫安全，提升醫療品質。</p> <p>3.查本署 112 年 9 月檢驗(查)三日內上傳率說明如下：</p> <p>(1)檢驗(查)結果計 <u>93.0%</u> (醫院計 <u>97.1%</u>、基層(含檢驗所)計 <u>70.4%</u>)。</p> <p>(2)醫療檢查影像計 <u>82.0%</u> (醫院計 <u>96.6%</u>、基層(含檢驗所)計 <u>13.6%</u>)。</p> <p>4.上開上傳率相較去年同期值，檢驗(查)結果計 <u>87.5%</u>、醫療檢查影像計 <u>77.9%</u>，均有顯著提升，惟基層限於資訊能力不足上傳率仍偏低。</p> <p>5.另本署於 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。</p>		

附件一

有關衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 112 年第 10 次委員會議「報告事項第 2 案：有關『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)』之具體實施規劃。」決議(定)事項，本署 112 年辦理 RBRVS 評量作業，並參考過去推動經驗，規劃期程說明如下：

一、112 年優先針對急迫性高之議題處理，及完成 RBRVS 執行規劃，並邀集總額受託單位討論通盤調整方向。

(一) 因應法規變動壓縮醫事人力成本之單次使用醫材、西醫基層及醫院支付點數不一致、審查注意事項中屬限制應列入支付標準規範文字等優先調整。

(二) 盤點並彙整各診療項目申報量及近年各單位建議調整提案，考量調整幅度涉及各層級及多個專科別，爰將與總額受託單位就 RBRVS 執行期程、檢討範圍、科別歸屬及負責學會分派原則等，討論凝聚共識，以減少日後推動阻力。

(三) 預計於 112 年 12 月辦理總說明會。

二、113 年目標為完成專科評量及代表項的成本分析，規劃期程說明如下：

(一) 1 月至 6 月完成專科評量：

1. 將項目分派給擇定的專科醫學會，由各專科分別組成專家小組，協助提供修訂意見。

2. 召開各專科「醫療服務給付項目及支付標準相對值評量會議」，完成科內相對值評量。

(二) 7 月至 10 月完成代表項之成本分析：

1. 召開成本分析專家會議確定成本分析方法。

2. 依前一年度執行量前 10 名為成本分析候選項目，徵詢學會意見後，選定成本分析代表項。

3. 本次啟動 RBRVS 將請總額受託單位及專科學/協會協助提供相關資料，俾利後續支付點數之調整規劃。

4. 查本署於 102 年辦理 RBRVS 取得 26 家醫院提供之成本分析資料，此外，考量薪資條件陸續改變，本署於 108 年 12 月至 109 年 3 月期間，調查計 54 家醫療院所成本參數資料，並經 109 年第 7、8 次本署專家諮詢會議決議應用於成本校正。其後之新增或修訂診療項目涉支付點數調整，均請提案單位提供成本分析表，爰本次辦理成本分析有相關資料可參酌應用。

5. 召開成本分析專家小組會議，以檢視成本分析資料之正確性。

(三) 11 月至 12 月串聯討論調整方式：

1. 串聯各科相對值，邀集專家定擬訂醫療服務給付項目及支付標準調整方案。

2. 考量各總額層級專科內及專科間的衡平性，本署除統計各項診療項目服務量、成長率、長久未調整項目外，於召開會議時將徵詢臨床意見，盤點急重難罕、具優先調整需求之項目。期能建立客觀、可量化的篩選機制，俾利後續識別須優先調整的服務項目。

三、114 年視預算額度陸續調整。

全民健康保險會 113 年度會議預定時間表(草案)

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 年度各部門總額協定事項尚未依時程完成工作項目之辦理情形

一、牙醫門診總額

工作項目	應完成 時限	請更新下列辦理情形
需經本會同意或向本會報告		
<p>1 牙醫特殊醫療服務計畫 ※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>配合健保署送會時程</p>	<p>原 110 年協定新增牙醫特定身心障礙者社區醫療網，因內容尚未規劃完成，於協商 113 年總額預算時，牙全會提出於特殊醫療服務計畫刪除本項服務內容，113 年協定事項已無「牙醫特定身心障礙者社區醫療網」，建議解除列管。</p>

二、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>2 持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能 (112 年新增項目) ※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>	111 年 12 月底前	1.已於 112.6.29「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」報告通過。 2.經 112.7.26 委員會議討論，未有共識，請健保署參考委員所提意見，依法定程序報主管機關決定，並副知貴會。
<p>3 健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能 (112 年新增項目) ※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>		3.健保署業參酌貴會委員建議，並依程序報衛生福利部(下稱衛福部)核定，於 112.9.26 公告實施，並副知貴會。
需經本會同意/確認或向本會報告		
<p>4 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) (112 年新增項目) ※決定事項：於 112 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(包含支付標準檢討之分年目標、執行方法及期程)，並定期提報執行情形</p>	112 年 2 月份委員會議 (依年度工作計畫，請健保署儘速辦理完成，安排至本會最近 1 次委員會議報告)	促進醫療服務診療項目支付衡平性： (1)健保署已盤點近年外界對於支付標準所提修訂建議，另研擬循 RBRVS 調整模式，合理調整各診療項目支付點數。 (2)規劃工作期程為 3 年，惟考量上述調整項目及調整點數幅度，涉及各層級及多個專科別，爰有關+分年目標及執行方式須再與醫界多次討論，以達共識。 (3)112.11.15 已向貴會委員進行專案報告。 (4)依程序報衛福部核定後，於 112.8.30 公告自 112.10.1 實施：調升小兒外科專科醫師診察費加成率至與兒科專科醫

工作項目	應完成 時限	辦理情形
		<p>師一致。</p> <p>2.因應醫療器材使用規範修訂之補貼：已於 112.6.29「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」報告通過，配合衛福部「醫院重處理及使用說明書標示單次使用醫療器材審查作業要點」，各支付標準項目不得申請重消使用單次醫材，健保署依程序報衛福部核定，於 112.10.17 公告 73 項過程面醫材成本改以單次醫材成本計算，並自 112.11.1 起實施。</p>
提報本會執行情形(112 年初步結果/成果)^註		
<p>5 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)</p> <p>※決定事項：</p> <p>(5)於 113 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源</p>	<p>112 年 7 月底前</p>	<p>1.新增診療項目：健保署試算財務影響時，已扣除替代既有診療項目，統計至 112 年 9 月，112 年新增修訂診療項目預算 632 百萬元，已執行 622.87 百萬點，尚餘 9.13 百萬元。</p> <p>2.新藥：已於 112 年 9 月 20 日「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商共識會議」提出。</p> <p>3.新特材：</p> <p>(1)依全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 58 條辦理特材價量調查，並以 4 年為一週期，循序辦理。</p> <p>(2)特材價量調查時程為每年 1 月公布調查品項及調整後新點數生效實施日期，爰需於 113 年 1 月確認 112 年價量調查所節省之金額，無法於 113 年度總額協商(112 年 9 月)前確認預算財源。</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
<p>6 藥品及特材給付規定改變 ※決定事項： (4)於 113 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源</p>	112 年 7 月底前	辦理情形同項次5。
<p>7 C 型肝炎藥費 ※決定事項： (2)於協商 113 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財源之一</p>		已於 112 年 9 月 20 日「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商共識會議」提出。
<p>8 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費 ※決定事項：檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析</p>		<p>112 年度編列 5,257 百萬元，辦理情形如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.112 年 1~9 月申報 3,297 百萬點點，預算執行率 62.71%。 2.依疾管署規範，建置電腦醫令自動化檢核邏輯，針對藥費過高或不符二合一藥品使用規範進行抽審。 3.有關後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費執行情形，已於總額協商時提供貴會參考。
<p>9 急診品質提升方案 ※決定事項： (1)精進方案執行內容，增進急診處置效率，並提出急診重大疾病照護品質指標，以提升執行成效</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. 為增進急診處置效率，健保署定期監測相關指標，除每半年於「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）報告急診病人留置急診室超過24小時比率之監測結果外，亦每季於貴會之健保署業務執行報告呈現

工作項目	應完成時限	辦理情形
	112 年 7 月底前	<p>急診品質提升方案各指標表現情形。</p> <p>2. 另依據112.9.14第3次共擬會議決議，由健保署函詢績優醫院(臺中榮總)降低「急診病人留置急診室超過24小時比率」之方法及提供給各醫院參考，並於112.12.14第4次會議邀請該院經驗分享。</p> <p>3. 為滾動檢討急診品質提升方案，健保署前邀集急診醫學會等醫界專業團體全面審視及討論，並於111.4.1、112.6.1修訂實施，本方案構面分為「急診重大疾病照護品質」、「轉診品質」、「急診處置效率」及「補助急診專科醫師人力」，其中「急診重大疾病照護品質」已針對急性心肌梗塞、重大外傷、嚴重敗血症、到院前心跳停止及主動脈剝離需緊急開刀病人，訂定到院一定時間內接受必要治療處置之標準(如：急性心肌梗塞於90分鐘內接受緊急介入性心導管治療)，如符合上開獎勵條件者，個案獎勵2,000-30,000點。</p> <p>4. 另為持續精進，健保署業於112.10.27函請急診醫學會提供方案修訂建議，將俟該會提供意見後，另行評估與討論。</p>
<p>10 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs) ※決定事項：積極推動 DRGs 雙軌制度，加速導入第 3 至</p>		<p>112 年度編列 210 百萬元，辦理情形如下：</p> <p>1. 配合衛福部全民健康保險醫療給付總額中長期改革計畫，規劃以</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
5 階段 DRGs 項目	112 年 7 月底前	<p>提供適當財務誘因，招募醫院試行住院案件擴大導入 DRGs 支付制度。</p> <p>2. 為擴大推動 Tw-DRGs，健保署 112 年與台灣醫院協會持續以 Tw-DRGs 工作小組會議方式，針對雙軌實施規劃、MDC 再分類修訂建議及配合 ICD-10-CM/PCS 轉版，研商 Tw-DRGs 支付制度之改革方向。112 年 5 月至 11 月已召開共 7 場會議。</p> <p>3. 健保署已初擬 Tw-DRGs 雙軌試辦草案，規劃採醫院自由參加，並以「支付通則調整」及「納入價值支付獎勵」作為參與誘因，惟於前述工作小組會議討論仍有部分內容未達共識，將持續與該會研商可行性做法，期以透過雙軌試辦方式，達 Tw-DRGs 支付制度有效推展。</p>
11 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：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>112 年度編列 1,100 百萬元，辦理情形如下：</p> <p>1. 本計畫業於 112 年 4 月 13 日公告，符合資格 108 家，94 家參與，截至 112 年第 2 季執行率為 400.3 百萬點，累計執行率 36.4%。</p> <p>2. 健保署業於 112 年 8 月 30 日召開全民健康保險醫療給付費用醫院總額 112 年第 3 次研商議事會議，案內有關立委關切議題(部南投醫院建議急重度急救責任醫院、高雄建佑醫院建議石化專區)擬納入本計畫參與資格一節，與會代表建請陳情單位爭取公</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
	112 年 7 月底前	務預算支應。 3.計畫修訂將俟 113 年總額核定公告計畫預算數後，綜整討論。
12 鼓勵院所建立轉診合作機制 ※決定事項：檢討獎勵方式、支付誘因及經費配置合理性，研擬改善措施，以提升執行成效		健保署依貴會決定事項已提案至全民健康保險醫療給付費用醫院及西醫基層總額 112 年第 4 次研商議事會議討論「轉診支付標準」調整方式，將續依會議決議辦理，如涉支付標準修訂，將依程序提至共擬會議討論。

三、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		
<p>13 因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費(112年新增項目) ※決定事項： (1)本項經費用於反映護理人員薪資，提升護理照護品質 (2)於112年度總額公告後，提出本項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」(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>112年2月份委員會議 (依年度工作計畫，請健保署儘速辦理完成，安排至本會最近1次委員會議討論)</p>	<p>1.健保署於112.6.29邀集醫師公會全聯會及護理師護士公會全聯會共同討論並取得共識。 2.本案業依程序陳報衛福部於112.6.16核定，自112.7.1起生效。 3.有關「執行目標」及「預期效益之評估指標」，業經112.7.26委員會議討論，請本署參考委員所提意見修正，已依委員意見修正指標分母之操作型定義，並提報112.8.16委員會議追蹤決(議)定事項辦理情形。</p>
需經本會同意/確認或向本會報告		
<p>14 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)(112年新增項目) ※決定事項：於112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(包含支付標準檢討之分年目標、執行方法及期程)，並定期提報執行情形</p>	<p>112年2月份委員會議 (依年度工作計畫，請健保署儘速辦理完成，安排至本會最近1次委員會議討論)</p>	<p>1.促進醫療服務診療項目支付衡平性： (1)健保署已盤點近年外界對於支付標準所提修訂建議，另研擬循RBRVS調整模式，合理調整各診療項目支付點數。 (2)規劃工作期程為3年，惟考量上述調整項目及調整點數幅度，涉及各層級及多個專科別，爰有關分年目標及執行方式須再與醫界多次討論，以達共識。 (3)112.11.15已向貴會委員進行專案報告。 (4)依程序報衛福部核定後，於112.8.30公告自112.10.1實施： ①調升145項診療項目支付點數與醫院一致。</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
		<p>②手術及麻醉通則比照醫院適用「提升兒童加成率」。</p> <p>③手術項目通則六比照醫院規範折付。</p> <p>④放寬非簡單傷口案件之認定，每次就醫得申報診察費。</p> <p>2.因應醫療器材使用規範修訂之補貼：已於 112.6.29 及 112.9.14「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」報告通過，配合衛福部「醫院重處理及使用說明書標示單次使用醫療器材審查作業要點」，各支付標準項目不得申請重消使用單次醫材，健保署依程序報衛福部核定，於 112.10.17 公告 73 項過程面醫材成本改以單次醫材成本計算，並自 112.11.1 起實施。</p>
提報本會執行情形(112 年初步結果/成果)^註		
<p>15 C 型肝炎藥費</p> <p>※決定事項：</p> <p>(2)於協商 113 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</p>	<p>112 年 7 月底前</p>	<p>已於 112 年 9 月 20 日「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商共識會議」提出。</p>
<p>16 強化基層照護能力及「開放表別」項目</p> <p>※決定事項：</p> <p>(2)訂定反映效益之績效指標(如提升照護品質、民眾就醫便利性等)，以評估執行效益</p>		<p>健保署業請醫師公會全聯會提供意見，該會於 112 年 8 月 14 日以全醫聯字第 1120001054 號函復如下：</p> <p>1.擴大醫療服務提供量能，提升民眾就醫可近性、年度新增開放表別項目至少 1 項(自 112.7.1 起開</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
		<p>放 18010B「頸動脈聲圖檢查」至基層適用)。</p> <p>2.績效指標:新增開放表別項目後之醫療服務提供院所較前一年增加。</p>
<p>17 鼓勵院所建立轉診合作機制 ※決定事項：檢討獎勵方式、支付誘因及經費配置合理性，研擬改善措施，以提升執行成效</p>		<p>健保署依貴會決定事項已提案至全民健康保險醫療給付費用醫院及西醫基層總額 112 年第 4 次研商議事會議討論「轉診支付標準」檢討，續將依會議決議辦理，如涉支付標準調整方式，將依程序提至共擬會議討論。</p>

四、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		
18 推動促進醫療體系整合計畫 (2)急性後期整合照護計畫 ※協定事項： (1)檢討執行情形及辦理方式，以 提升執行成效 (2)「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	111 年 11 月底前	急性後期整合照護計畫，延續 111 年計畫辦理。另擬於 112 年 第 4 季邀集各層級醫院協會、相 關專科醫學會研修本計畫(含支 付標準、收案範圍等)。
提報本會執行情形(112 年初步結果/成果)^註		
19 支應醫院及西醫基層總額 C 型 肝炎藥費專款不足之經費 ※協定事項： (2)於協商 113 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，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	112 年 7 月底前	已於 112 年 9 月 20 日「113 年度 全民健康保險醫療給付費用總額 協商共識會議」提出。
20 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」) ※協定事項： (1)加強推動「提升院所智慧化資 訊機制」，並持續監測及精進 成效評估指標 (2)於協商 113 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		112年編列1,636百萬元，辦理情形 如下： 1.獎勵上傳及網路頻寬補助費用： (1)112年1~9月整體總上傳率計 95.7%，其中基層診所總上傳 率計69.4%，相較基層診所去 年同期值34.2%有顯著提升， 健保署將持續輔導醫療院所 提升上傳率。 (2)112年10月整體參與率計 95%，其中醫院計100%，診所 計96%，藥局計93%，檢驗所 計92%，其他醫事機構計

工作項目	應完成 時限	辦理情形
	112 年 7 月底前	<p>94%。</p> <p>2.提升院所智慧化資訊機制：</p> <p>(1)截至112年11月27日，執行情形如下：</p> <p>①醫療費用申報格式改版獎勵：共獎勵23,439家。(部分負擔改版獎勵計22,735家；就醫識別碼改版獎勵計6,215家)</p> <p>②健保卡資料上傳格式2.0改版獎勵：共獎勵11,033家。</p> <p>③門診處方箋 QR CODE 二維條碼推動獎勵：共獎勵9,938家。</p> <p>(2)上開獎勵係為獎勵醫療院所資訊改版作業，以利健保署相關政策推動，相關成效將視相關政策推動後評估執行情形。</p>
<p>21 提升保險服務成效</p> <p>※協定事項：</p> <p>(2)於協商 113 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</p>		<p>2.檢討實施成效，提出節流效益部分：</p> <p>延續資訊設備汰換及維護，各層級醫療檢驗(查)上傳率112年1月至6月已提升至醫學中心98.7%、區域醫院98.3%以及地區醫院96.8%，效益反映在減少檢驗(查)重複執行及雲端醫療共享效益，提升病人安全。</p>

註：

1.112 年執行情形於本會 112 年 7 月份委員會議提報，延續性項目於 112 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 111 年執行情形)。

2.112 年度總額協定事項有關預算扣減或檢討節流成效項目之規劃，列於 112 年 7 月份委員會議報告事項，為免重複提報，爰不納入本表。

五、優先報告事項

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。

說明：

一、衛福部業於本(112)年 12 月 1 日以衛部保字第 1121260518 號函，核定「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」暨「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式」(公文如附件一，第 54~55 頁)，及其附件(本年 12 月 11 日以電子郵件更新，如附件二，第 56~73 頁)。

二、衛福部核(決)定之全民健康保險醫療給付費用總額(下稱總額)及健保財務收支情形，摘要如下：

(一)113 年度總額及成長率：

全年總額約為 8,755.35 億元，相較 113 年度基期(8,362.32 億元)，成長率為 4.7%，彙整如下表：

衛福部核(決)定結果：									
113 年度醫療費用	牙醫門診總額	中醫門診總額	其他預算	醫院總額		西醫基層總額		年度總額	
金額(億元)	520.37	322.88	193.20	6,068.51		1,650.39		約8,755.35	
成長率/增加金額	2.436%	4.221%	增加 35.41 億元	4.700%		3.757%		4.700%	
本會協定結果：									
金額(億元)	520.37	322.88	178.18	付費者方案	醫界方案	付費者方案	醫界方案	付費者方案	醫界方案
				6,006.28	6,066.19	1,639.40	1,665.34	約8,667.11	約8,752.96
成長率/增加金額	2.436%	4.221%	增加 20.39 億元	3.626%	4.660%	3.066%	4.697%	3.645%	4.672%

註：1.門診透析服務總成長率 3%、總金額 459.953 億元，其中醫院總額為 239.875 億元，西醫基層總額為 220.078 億元，已分別併入醫院及西醫基層總額計算。

2.年度及各部門總額之金額為預估值，最終仍以健保署結算資料為準。

(二)健保署依據 113 年度總額核(決)定結果，提供 110~113 年健保

財務收支情形，預估 113 年度保險收支短絀 18 億元，至 113 年底安全準備累計餘額為 1,215 億元，約當 1.80 個月保險給付支出，如附件三(第 74 頁)。

三、本會協定結果與衛福部核(決)定結果比較，詳附件四(第 75~94 頁)，摘要如下：

(一)113 年度總額及其分配方式之核(決)定重點：

1.達成共識之牙醫門診總額、中醫門診總額及門診透析服務之額度及相關分配：採協定結果。

2.其他預算：

(1)衛福部之決定事項文字大多數項目採協定結果，惟調整 8 項專款項目額度，摘要重點如下表：(其他預算詳細比較表，如附件四-1，第 75~76 頁)

單位：億元

項 目	全年經費	本會 協定結果	衛福部 決定
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫		7.054	8.554
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		2.9	0.9
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		6	1.25
推動促進醫療體系整合計畫		5.5	4.5
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費		8	4.406
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		12	14.86
提升保險服務成效		3	5
因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能		20	40

(2)其中「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」專款項目，決定事項維持「優先用於強化住院夜班護理照護量能」，刪除「建議醫院總額應有相對金額用於提升住

院護理照護量能」文字(略以)，餘同協定結果。

3.未達共識兩案併陳之醫院總額部分，衛福部決定重點如下：
(醫院總額詳細比較表，如附件四-2，第 77~86 頁)

(1)一般服務：

①新醫療科技(增加 44.63 億元)，不含暫時性支付(新藥、新特材)部分(另立專款)。

②新增 1 項「提升醫院兒童急重症照護量能」(3.38 億元)。

(2)專款項目：較 112 年度總額新增 5 項專款項目、1 項子方案

①「暫時性支付(新藥、新特材)」(24.299 億元)。

②「地區醫院全人全社區照護計畫」(5 億元)。

③「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」(2.25 億元)。

④「區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作」(0.81 億元)。

⑤「區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作」(1.27 億元)。

⑥原「醫療給付改善方案」項下，新增 1 項「生物相似性藥品」方案。

(3)上述一般服務第②項及專款項目第②~⑤項，健保署須於總額公告後，完成擬訂具體實施方案，提報本會最近 1 次委員會議確認，上述專款項目第①項，則須提出具體實施規劃及作業時程。

4.未達共識兩案併陳之西醫基層總額部分，衛福部決定重點如下：
(西醫基層總額詳細比較表，如附件四-3，第 87~94 頁)

(1)一般服務：

①新醫療科技(增加 2 億元)，不含暫時性支付(新藥、新特材)部分。

②較 112 年度總額新增 2 項：「強化未滿 4 歲兒童之基層

專科醫師照護」(1.225 億元)、「因醫療品質提升，增加之醫療費用」(0.706 億元)。

③延續 2 項：「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」(6.593 億元)、「提升國人視力照護品質」(1.555 億元)。

(2)專款項目：未有新增專款項目，僅於原「醫療給付改善方案」項下，新增 1 項「生物相似性藥品」方案。

(3)上述一般服務第②~③項，健保署須於總額公告後，完成擬訂具體實施方案或執行目標，提報本會最近 1 次委員會議確認。

(二)113 年度一般服務費用之地區預算分配方式，核(決)定結果如下表：

- 1.牙醫門診、中醫門診及西醫基層總額：同意依協定結果辦理。
- 2.醫院總額之決定：維持 112 年總額分配比率，風險調整移撥款為 6 億元。

部門別 參數	醫院		西醫 基層	牙醫	中醫 (試辦計畫)		
	門診	住院					
各地區校正 人口風險後 保險對象人 數(R 值)	52%	45%	69%	100%	東區預算占率		2.22%
					其他五分區預算占率，及其分配參數：		97.78%
					1	各分區實際收入預算占率	66%
					2	各分區戶籍人口數占率	15%
					3	各分區每人於各分區就醫次數之權值占率	9%
各地區在總 額實施前 一年的醫療 費用(S 值)	48%	55%	31%	0%	4	各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差	4%
					5	各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率	5%
					6	偏鄉人口預算分配調升機制(若有餘款則依「各分區實際收入預算占率」分配)	1%
風險調整移撥款(億元)	6		6	3.3	0.6		

四、衛福部核定函說明三指示：「請健保署會同總額相關團體及本

部相關單位，依核(決)定事項，研訂及推動各新增項目之執行內容(含執行目標及預期效益之評估指標)」。依核(決)定事項內容，健保署須於公告後提報本會最近 1 次委員會議確認、報告，或須於 112 年 12 月前提報本會同意或報告之項目如附件五(第 95~96 頁)。本會將安排於 113 年 1 月份委員會議討論或報告。

五、113 年度各部門總額核(決)定事項，關於須於 112 年 11 月或 12 月，依程序辦理相關計畫，並副知或提報本會部分，配合核定時程及實務運作，請健保署儘速辦理，於總額核(決)定後於最近 1 次委員會議(113 年 1 月前)副知或提報本會。擬具「113 年度各部門總額協定事項及相關計畫追蹤時程表(草案)」(如附件六，第 97~137 頁)，請健保署會同各總額部門及早研擬及規劃，並依時程提報辦理情形。

擬辦：請健保署依衛福部函示及核(決)定事項，會同各部門總額相關團體或相關單位辦理下列事項：

- 一、儘速辦理「113 年度各部門總額須提至本會委員會議確認或同意之協(決)定事項」。
- 二、確實依「113 年度各部門總額協定事項及相關計畫追蹤時程表(草案)」(如附件六，第 97~137 頁)所列時程，完成相關法定程序及提報本會等事宜。

決定：

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112年12月1日
發文字號：衛部保字第1121260518號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：113年度全民健康保險醫療給付費用總額協(決)定項目表1份

主旨：所報「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」暨「113年度全民健康保險醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式」案，核定如說明，復請查照。

說明：

- 一、復貴會112年11月1日衛部健字第1123360154號、11月2日衛部健字第1123360157號暨11月23日衛部健字第1123360174號書函。
- 二、旨揭事項核定如附件，113年整體醫療給付費用總額約為8,755.35億元，相較113年基期(8,362.32億元)，成長率為4.7%；另醫院總額一般服務費用之地區預算分配方式維持112年總額分配比率，移撥款為6億元，其餘總額部門同意依協商結果辦理。
- 三、副本抄送中央健康保險署，請會同總額相關團體及本部相關

112.12.04



112CC00953

單位，依核（決）定事項，研訂及推動各新增項目之執行內容（含執行目標及預期效益之評估指標）。

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(含附件)

全民健康保險會陳思縝

寄件者: 社會保險司黃曼青
寄件日期: 2023年12月11日星期一 下午 3:07
收件者: 全民健康保險會陳思縝; 鄭智仁
副本: 社會保險司劉玉娟; 社會保險司陳真慧; 社會保險司陳淑華; 社會保險司郭乃文; 社會保險司梁淑政
主旨: 有關113年總額核定函附件之勘誤資料，業奉部長核可，請協助抽換，謝謝~
附件: 【抽換】112年12月1日衛部保字第1121260518號核定函附件_113總額決定項目表.pdf

您好，

有關 113 年總額核定函(112 年 12 月 1 日衛部保字第 1121260518 號函)附件「113 健保總額協(決)定項目表」更新如附檔，並已簽奉部長核可，請協助抽換，謝謝~

曼青敬上

衛生福利部 社會保險司第七科
電話：(02)8590-6761
傳真：(02)8590-6048
電子信箱:hgching@mohw.gov.tw
地址：11558 台北市南港區忠孝東路六段 488 號

113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協(決)定項目表

113 年總額為 8,755.35 億元，成長率為 4.7%。

一、醫院總額：113 年度新增 316.93 億元，共 6,068.51 億元，成長率為 4.700%。

一般服務項目		增加金額(億元) 及成長率(%)	決定項目說明
1	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	44.63 (0.88%)	請中央健康保險署辦理下列事項： 1. 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。 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。
2	保險給付項目及支付標準改變	13.77 (0.27%)	請中央健康保險署辦理下列事項： 1. 在額度內妥為管理運用，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支點數所節省之金額支應。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。 2. 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；並請於 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)。
3	其他醫療服務利用度及密集度改變	3.38 (0.07%)	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，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)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
4	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.121 (-0.002%)	1. 為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。 2. 本項不列入 114 年度總額協商之基期費用。
專款項目		增加金額(億元) (總金額，億元)	決定項目說明
1	暫時性支付(新藥、新特材)	24.299	請中央健康保險署辦理下列事項： 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。
2	C 型肝炎藥費	-12.04 (22.24)	1. 本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2. 請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協商 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。

3	罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	11.65 (151.08)	1. 本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2. 請中央健康保險署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。
4	後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	3.23 (55.80)	1. 本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2. 請中央健康保險署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。
5	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	0 (52.0806)	1. 本項經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2. 請中央健康保險署辦理下列事項： (1) 本項專款項目已穩定執行多年，請規劃回歸一般服務，並持續監測服務量變化情形。 (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。
6	醫療給付改善方案	1.707 (18.141)	1. 持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、乳癌、肺癌、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、生物相似性藥品等10方案。 2. 請中央健康保險署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。 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。
7	急診品質提升方案	0 (3)	請中央健康保險署辦理下列事項： 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。
8	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	0 (2.1)	請中央健康保險署積極推動 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。
9	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	0.15 (1.15)	1. 本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。 2. 請中央健康保險署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。
10	全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	2 (13)	請中央健康保險署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。
11	鼓勵院所建立轉診合作機制	0 (2.247)	1. 經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。 2. 請中央健康保險署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。
12	網路頻寬補助費	0 (2)	1. 經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2. 請中央健康保險署辦理下列事項： (1) 檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率。 (2) 於協商114年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。 (3) 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月前提全民健康保險會報告。

13	腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金	0 (0.15)	<p>1. 用於住院病人之腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金。</p> <p>2. 本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。</p>
14	住院整合照護服務試辦計畫	0 (5.6)	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
15	精神科長效針劑藥費	0 (26.64)	<p>1. 本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2. 請中央健康保險署積極推動，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。</p>
16	鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫	0 (3)	<p>請中央健康保險署精進計畫內容，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>
17	因應長新冠照護衍生費用	0.88 (1.28)	<p>1. 請中央健康保險署持續監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。</p> <p>2. 本項支出如達動支條件，依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。</p>
18	因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增	-5 (5)	<p>1. 本項以 3-5 年為檢討期限，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，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。</p> <p>2. 本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。</p>
19	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)	6.69 (26.69)	<p>1. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(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)及執行情形提報全民健康保險會。</p> <p>(2) 本項以 3 年為檢討期限(112-114 年)，會同醫療服務提供相關團體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。</p> <p>2. 本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。</p>
20	癌症治療品質改善計畫	0.12 (4.14)	<p>1. 本項經費得與西醫基層、牙醫門診總額同項專款相互流用。</p> <p>2. 請中央健康保險署辦理下列事項：</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)，請會同醫院總額相關團體，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>

21	慢性傳染病照護品質計畫	0 (1.8)	<p>1. 本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。</p> <p>2. 請中央健康保險署辦理下列事項： (1) 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。 (2) 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。 (3) 本計畫以4年為檢討期限(112~115年)，請會同醫院總額相關團體，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>
22	持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能	0 (5)	<p>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。</p> <p>2. 請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，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。</p>
23	健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能	0 (10)	<p>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。</p> <p>2. 請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，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。</p>
24	★地區醫院全人全社區照護計畫(113年新增項目)	5	<p>請中央健康保險署會同醫院總額相關團體辦理下列事項：</p> <p>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)，提報至全民健康保險會最近1次委員會議確認。</p> <p>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。</p>
25	★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)	0.81	<p>請中央健康保險署會同醫院總額相關團體辦理下列事項：</p> <p>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)，提報至全民健康保險會最近1次委員會議確認。</p> <p>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。</p>
26	★抗區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作(113年新增項目)	1.27	<p>請中央健康保險署會同醫院總額相關團體辦理下列事項：</p> <p>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)，提報至全民健康保險會最近1次委員會議確認。</p> <p>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。</p>
27	★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)	2.25	<p>請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，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)，提報至全民健康保險會最近1次委員會議確認。</p>

28	品質保證保留款	-4.738 (5.015)	<p>1. 原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7 百萬元)，與 113 年度品質保證保留款(501.5 百萬元)合併運用(計 890.2 百萬元)。</p> <p>2. 請中央健康保險署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。</p>
門診透析服務			
協(決)定項目說明			
1	門診透析服務	3.745 (1.586%)	<p>1. 門診透析服務總費用成長率為 3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。</p> <p>2. 門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第一季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，醫院總額本項服務費用成長率為 1.586%。</p> <p>3. 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。</p> <p>4. 請中央健康保險署辦理下列事項： (1) 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。 (2) 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。 (3) 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。</p>

二、西醫基層：113 年度新增 69.50 億元，共 1,650.39 億元，成長率為 3.757%。

一般服務項目		增加金額(億元) 及成長率(%)	協(決)定項目說明
1	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	2 (0.16%)	請中央健康保險署辦理下列事項： 1. 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。 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。
2	保險給付項目及支付標準之改變	0.76 (0.06%)	請中央健康保險署辦理下列事項： 1. 在額度內妥為管理運用，經費如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。於 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會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。 2. 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；並請於 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)。 3. 歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，並請於 114 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。
3	因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費	6.593 (0.52%)	1. 本項預算用於反映護理人員薪資，提升護理照護品質。 2. 請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項： (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)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會會議確認。 (2) 建立稽核機制，以確實提升護理照護品質。
4	★強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護(113 年新增項目)	1.225 (0.10%)	請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，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)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會會議確認。
5	★因醫療品質提升，增加之醫療費用(113 年新增項目)	0.706 (0.06%)	請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，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」，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會會議確認。
6	其他醫療服務密度改變	1.555 (0.12%)	請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項： 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)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會會議確認。 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。

7	其他議定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.621 (-0.05%)	1. 為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。 2. 本項不列入114年度總額協商之基期費用。
專款項目			增加金額(億元) (總金額, 億元)	決定項目說明
1	西醫醫療資源不足地區改善方案		0 (3.171)	1. 本項維持原支付方式，經費得與醫院總額同項專款相互流用。 2. 請中央健康保險署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。
2	家庭醫師整合性照護計畫		3 (42.48)	請中央健康保險署辦理下列事項： 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。 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。
3	代謝症候群防治計畫		0 (6.16)	請中央健康保險署辦理下列事項： 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。 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。
4	C型肝炎藥費		0 (2.92)	1. 本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2. 請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協商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。
5	醫療給付改善方案		0 (9.003)	1. 持續辦理糖尿病、氣喘、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、生物相似性藥品等8項方案。 2. 請中央健康保險署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。 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。
6	強化基層照護能力及「開放表別」項目		0 (13.20)	1. 請中央健康保險署辦理下列事項： (1) 提出規劃調整開放之項目與作業時程。 (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。 2. 本項經費依實際執行扣除原基期點數併入西醫基層總額一般服務費用結算。

7	鼓勵院所建立轉診合作機制	0 (2.58)	1. 經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。 2. 請中央健康保險署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。
8	偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫	0 (0.5)	請中央健康保險署精進計畫內容，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。
9	罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	0 (0.3)	1. 本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2. 請中央健康保險署檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。
10	後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	0 (0.3)	1. 本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2. 請中央健康保險署檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。
11	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	0 (0.11)	1. 請中央健康保險署檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。 2. 本項經費依實際執行併入西醫基層總額一般服務費用結算。
12	新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	0 (1.78)	本項經費依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各分區一般服務費用結算。
13	網路頻寬補助費用	0 (2.53)	1. 本項經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2. 請中央健康保險署辦理下列事項： (1) 檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果與檢查影像上傳率。 (2) 於協商114年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。 (3) 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月前提全民健康保險會報告。
14	提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計劃(pay for value)計畫	0 (0.097)	請中央健康保險署加強計畫推動，並持續監測醫療利用情形與照護成效。
15	精神科長效針劑藥費	0 (1)	1. 本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2. 請中央健康保險署積極推動，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。
16	因應長新冠照護衍生費用	0 (0.1)	1. 請中央健康保險署持續監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。 2. 本項支出如達動支條件，併入西醫基層總額一般服務費用結算。
17	促進醫療服務診療項目支付扁平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)	0 (10)	1. 請中央健康保險署辦理下列事項： (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)及執行情形提報全民健康保險會。 (2) 本項以3年為檢討期限(112-114年)，會同醫療服務提供相關團體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。 2. 本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入西醫基層總額一般服務費用結算。

18	癌症治療品質改善計畫	-0.22 (0.93)	<p>1. 本項經費得與醫院、牙醫門診總額同項專款相互流用。</p> <p>2. 請中央健康保險署辦理下列事項：</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)，請會同西醫基層總額相關團體，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>
19	慢性傳染病照護品質計畫	0 (0.2)	<p>1. 本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。</p> <p>2. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1) 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。</p> <p>(2) 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>(3) 本計畫以4年為檢討期限(112-115年)，請會同西醫基層總額相關團體，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>
20	品質保證保留款	0.019 (1.262)	<p>1. 原106年度於一般服務之品質保證保留款額(105.2百萬元)，與113年度品質保證保留款(126.2百萬元)合併運用(計231.4百萬元)。</p> <p>2. 請中央健康保險署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。</p>
門診透析服務			協(決)定項目說明
I	門診透析服務	9.652 (4.587%)	<p>1. 門診透析服務總費用成長率為3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。</p> <p>2. 門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第一季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，西醫基層總額本項服務費用成長率為4.587%。</p> <p>3. 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。</p> <p>4. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1) 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。</p> <p>(2) 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。</p> <p>(3) 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。</p>

三、其他預算：113 年度新增 35.41 億元，共 193.2 億元。

專款項目	增加金額(億元) (總金額, 億元)	決定項目說明
1 基層總額轉診型態調整費用	0 (8)	<p>1. 優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。</p> <p>2. 請中央健康保險署辦理下列事項： (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。 (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。 (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。 (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>
2 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	2.5 (8.554)	<p>1. 本項用於鼓勵醫療院所至山地離島地區提供保健醫療服務，並擴大辦理山地鄉論人計酬試辦計畫。</p> <p>2. 請中央健康保險署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>
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	5.75 (83.78)	<p>1. 本項醫療點數以每點 1 元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第 62 條規定採浮動點值處理。</p> <p>2. 新增「在宅急症照護試辦計畫」： (1) 預算 200 百萬元，本項費用不包含現行由醫院總額一般服務支應之住院醫療費用。 (2) 執行目標：113 年至少 100 家院所參與服務。 預期效益之評估指標： 本計畫收案對象結案後 14 天內轉住院率(註)較前 1 年醫院住院同診斷病人 14 天內再住院率下降。(註：在宅急症照護個案結案後 14 天內住院人次/在宅急症照護總人次) 請中央健康保險署辦理下列事項： (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」、「安寧療護」等不同照護階段之特性與目的，訂定監測指標)。 (2) 「在宅急症照護試辦計畫」： ① 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 月前提交全民健康保險會報告。 ② 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。</p>
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	-2 (0.9)	
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	-4.75 (1.25)	<p>請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協商 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專新醫療科技之財源之一。</p>

6	推動促進醫療體系整合計畫	-1 (4.5)	<p>1. 持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」及「遠距醫療會診」。</p> <p>2. 請中央健康保險署辦理下列事項： (1) 檢討執行內容及辦理方式，以提升執行成效。 (2) 於113年7月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)。</p>
7	調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	-3.594 (4.406)	<p>經費之支出，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。</p>
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	-1.5 (14.86)	<p>1. 四部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目經費如有不足，由本項預算剩餘款支應。</p> <p>2. 請中央健康保險署辦理下列事項： (1) 持續精進「提升院所智慧化資訊機制」之成效評估指標。 (2) 「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」，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月前提全民健康保險會報告。 (3) 請檢討其他醫事服務機構雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，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。 (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。</p>
9	提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	0 (16.538)	<p>請中央健康保險署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。</p>
10	腎臟病照護及病人衛教計畫	0 (5.11)	<p>1. 持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫。</p> <p>2. 請中央健康保險署辦理下列事項： (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。</p>
11	提升保險服務成效	0 (5)	<p>1. 請中央健康保險署辦理下列事項： (1) 精進並提出能反映整體提升保險服務成效之評估指標。 (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。 2. 本項於114年度總額退場不再編列預算，請中央健康保險署爭取公務預算支應。</p>
12	提升用藥品質之藥事照護計畫	0 (0.3)	<p>請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會加強推動計畫，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)。</p>
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)	40	<p>1. 優先用於強化住院夜班護理照護量能。</p> <p>2. 執行目標：調升護理相關費用之醫院家數達一定比率，並以中央健康保險署與中華民國護理師護士公會全國聯合會對調升護理相關費用之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。</p>

		<p>3. 請中央健康保險署會同中華民國護理師護士公會全國聯合會於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：</p> <ol style="list-style-type: none"> (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。 	<p>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)。</p> <p>5. 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。</p>
--	--	--	--

四、中醫門診總額：採協定方案，113年度新增15.272億元，共322.88億元，成長率為4.221%。

一般服務項目		增加金額(億元) 及成長率(%)	協(決)定項目說明
1	其他醫療服務密度改變 ★中醫利用新增人口(113年新增項目)	5.88 (1.99%)	1. 執行目標：113年就醫人數大於112年就醫人數。(就醫人數均不含U07.1(確認COVID-19病毒感預期效益之評估指標：113年就醫人數大於112年就醫人數，未明示)、職災及預防保健部分)。 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. 請中央健康保險署依上開議定之預算扣減方式，會同中醫門診總額相關團體提出其執行細節後，於113年7月提交全民健康保險會報告。
2	其他議定項目 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.04 (-0.013%)	1. 為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。 2. 本項不列入114年度總額協商之基期費用。
專款項目		增加金額(億元) (總金額, 億元)	決定項目說明
1	醫療資源不足地區改善方案	0.08 (1.8)	請中央健康保險署加強推動中醫巡迴醫療服務及獎勵開業服務計畫，並優先改善偏遠等級高地區之醫療服務。
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、 呼吸困難相關疾病、5. 術後疼痛 4.	0 (4.368)	1. 持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷、呼吸困難相關疾病及術後疼痛中醫照護。 2. 針對執行10年以上之計畫，請中央健康保險署評估、規劃納入一般服務之期程。
3	中醫提升孕產照護品質計畫	-0.11 (0.7)	請中央健康保險署持續評估計畫成效，若無法評估計畫效益，建議規劃退場機制。
4	兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	-0.004 (0.212)	請中央健康保險署辦理下列事項： 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月前提交全民健康保險會報告。 2. 本計畫再試辦1年，若未呈現具體成效則應退場。
5	中醫癌症患者加強照護整合方案	0.2 (2.65)	持續辦理「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」。
6	中醫急症處置	0.05 (0.1)	1. 執行目標：參與院所數為7家及服務人數以4,000人為目標。 預期效益之評估指標：依本計畫所訂各類疾病適應症使用之相關量表，如：視覺類比量表(Visual Analogue Scale, VAS)、數字等級量表(Numerical Rating Scale, NRS)、現在疼痛狀況(Present Pain Intensity, PPI)等工具進行評估，評量結果後測較前測呈現改善。 2. 請中央健康保險署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。
7	中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	0 (1.053)	請持續評估計畫成效，並檢討及監測服務利用之合理性。

8	照護機構中醫醫療照護方案	0.2 (0.48)	<p>1. 維持每診次看診人次15人次規範，惟照護機構核定床數50床以上者，得由15人次調升至25人次。</p> <p>2. 執行目標： (1) 113年至少服務90家照護機構。 (2) 服務人次20,000人次，服務總天數3,500天。 預期效益之評估指標：照護機構接受中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫比率較112年減少。 請中央健康保險署辦理下列事項： (1) 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。 (2) 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。 (3) 有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於113年7月提全民健康保險會報告。</p>
9	網路頻寬補助費用	-0.15 (0.83)	<p>1. 經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2. 請中央健康保險署辦理下列事項： (1) 檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率。 (2) 於協商114年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。 (3) 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月前提全民健康保險會報告。</p>
10	品質保證保留款	0.298 (0.574)	<p>1. 原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8百萬元)，與113年度品質保證保留款(57.4百萬元)合併運用(計80.2百萬元)。</p> <p>2. 請中央健康保險署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。</p>

五、牙醫門診總額：採協定方案，113年度新增16.03億元，共520.37億元，成長率為2.436%。

一般服務項目		增加金額(億元) 及成長率(%)	協(決)定項目說明
1	其他醫療服務密度改變 移列「高風險疾病口腔照護」至專款項目	-4.05 (-0.852%)	原於一般服務執行，移列405百萬元至「高風險疾病口腔照護計畫」專款項目。
2	其他議定項目 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.008 (-0.002%)	本項不列入114年度總額協商之基期費用。
專款項目		增加金額(億元) (總金額, 億元)	決定項目說明
1	醫療資源不足地區改善方案	0.3 (3.1)	1. 持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡回醫療服務計畫。 2. 請中央健康保險署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。
2	牙醫特殊醫療服務計畫	1.096 (7.817)	1. 持續辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形患者、特定障別之身心障礙者、老人長期照顧暨安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務。 2. 請中央健康保險署辦理下列事項： (1) 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)，於112年12月前提報全民健康保險會同意後，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。
3	牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫	-0.1 (0)	本項自113年度起停辦。
4	0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫	-0.6 (0)	本項自113年度起停辦。
5	12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫	-1 (1.715)	請中央健康保險署辦理下列事項： 1. 加強計畫推動並持續監測執行結果(如：參加本計畫追蹤1年後平均拔牙類數、齲齒情形等結果面指標)，以評估照護成效。 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，請會同牙醫門診總額相關團體議定後，於113年7月提全民健康保險會報告。
6	高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫	-1.84 (0)	本項移併至「高風險疾病口腔照護計畫」專款項目。
7	超音波根管沖洗計畫	0 (1.448)	請中央健康保險署辦理下列事項： 1. 加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。

			<p>2. 本計畫以3年為檢討期限(112~114年)，請會同牙醫門診總額相關團體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>
8	高風險疾病口腔照護計畫	5.89 (15.99)	<p>1. 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」。 (2) 原「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」專款項目。 (3) 原「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」專款項目。 執行目標及預期效益之評估指標：本項併同中央健康保險署112年12月前提報全民健康保險會同意之具體實施計畫，一併確認。</p> <p>3. 請中央健康保險署辦理下列事項： (1) 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)，於112年12月前提報全民健康保險會同意後，依程序辦理。 (2) 考量「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，請併同上開報告提全民健康保險會確認。 (3) 本計畫以3年為檢討期限(112~114年)，請會同牙醫門診總額相關團體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。 (4) 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>
9	網路頻寬補助費用	-0.25 (1.43)	<p>1. 經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2. 請中央健康保險署辦理下列事項： (1) 檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率。 (2) 於協商114年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。 (3) 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月前提全民健康保險會報告。</p>
10	★特定疾病病人牙科就醫安全計畫(113年新項目)	3.071	<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. 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。</p> <p>3. 請中央健康保險署辦理下列事項： (1) 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)，於112年12月前提全民健康保險會報告。 (2) 本計畫以3年為檢討期限(113~115年)，請會同牙醫門診總額相關團體，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>

11	★癌症治療品質改善計畫(113 年新增項目)	0.1	<p>1. 本項經費得與醫院、西醫基層總額同項專款相互流用。</p> <p>2. 執行目標：以當年度癌症篩檢陽性/異常個案進行確認診斷之追陽率達 90%為計畫執行指標。口腔癌(以篩檢人數 60.5 萬人, 陽性率 8.2%估算); 約 14,300 人(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)。</p> <p>3. 預期效益之評估指標：追陽率達 90%(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)。</p> <p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1) 精進計畫內容, 建立完善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), 請會同牙醫門診總額相關團體, 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>
12	★促進醫療服務診療項目支付平衡性(醫療器材使用規範修訂之補貼)(113 年新增項目)	0.055	<p>1. 執行目標：通盤研議支付標準調整, 並配合現行法規之變動(如醫療器材使用規範修訂), 考量支付平衡性, 系統性檢討各項支付點數(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)。</p> <p>預期效益之評估指標：本項目預定辦理期程為 3 年, 考量支付標準調整項目數視核定預算而定, 評估指標如下(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)：</p> <p>(1) 提出醫療服務支付標準檢討時程及方向規劃。</p> <p>(2) 「支付標準研議諮詢會議」召開 4 場次。</p> <p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(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)及執行情形提報全民健康保險會。</p> <p>(2) 本項以 3 年為檢討期限(112~114 年), 會同醫療服務提供相關團體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。</p> <p>3. 本項經費於支付標準修訂後, 依實際執行之項目與季別, 併入牙醫門診總額一般服務費用結算。</p>
13	品質保證保留款	-0.461 (0.478)	<p>1. 原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4 百萬元), 與 113 年度品質保證保留款(47.8 百萬元)合併運用(計 164.2 百萬元)。</p> <p>2. 請中央健康保險署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。</p>

110年至113年健保財務收支情形表
(113年度總額成長率核定為4.7%)

單位：億元

項目	110年	111年	112年	113年
	決算數		預估數	
醫療給付費用總額	7,836	8,096	8,364	8,755
總額成長率	4.107%	3.320%	3.323%	4.700%
保險成本	7,274	7,491	7,825	8,104
保險成本成長率	4.60%	2.98%	4.46%	3.57%
非保險給付占率	7.22%	7.52%	6.50%	7.46%
保險收入	7,119	7,603	8,009	8,086
保險收入成長率	13.39%	6.81%	5.34%	0.96%
一、保險費相關收入	6,948	7,435	7,836	7,915
(一)保險費收入	6,990	7,474	7,638	7,758
1.一般保險費	5,663	5,857	6,067	6,242
2.補充保險費	582	734	670	618
3.政府負擔不足法定36%之差額	745	883	900	898
(二)其他收入	-42	-39	199	157
二、安全準備相關收入	171	169	173	171
當年安全準備填補金額	326	56	0	189
當年保險收支餘絀	-155	113	184	-18
保險收支累計餘絀	936	1,049	1,233	1,215
約當保險給付支出月數	1.55	1.68	1.89	1.80

製表日期：112.12.05

- 說明：1、112年(含)起依健保會112年第10次委員會議(112.11.15)討論「全民健康保險113年度保險費率方案(草案)審議案」資料之假設條件進行推估。
- 2、保險收入=保險費相關收入(保險費收入+其他收入)+安全準備相關收入。
- 3、保險成本=醫療給付費用總額-保險對象應自行負擔之費用-代位求償獲償金額-菸捐挹注罕病等之醫療費用±調整帳+其他保險成本。
- 4、其他收入包括：營運資金孳息、雜項業務收入、其他業務外收入、利息費用(減項)及呆帳提列(減項)。
- 5、安全準備相關收入包括：依健保法規定應提列之安全準備，包含滯納金、運用收益、彩券盈餘及菸捐分配收入等，惟不含保險收支之結餘。
- 6、當年安全準備填補金額，係指運用安全準備(前一年累計餘絀，加計當年安全準備相關收入)填補當年保險費相關收入與保險成本間發生短絀之金額。
- 7、113年保險費率維持以5.17%推估，另政府負擔不足法定36%之差額，以行政院協商確立之法律見解及計算方式為基礎。
- 8、核定之113年度全民健康保險醫療給付費用總額，係依113年度總額基期淨值約8,362.32億元為基期進行計算。
- 9、已納入行政院於112年及113年分別撥補健保基金240億元及200億元、113年1月起基本工資調整為27,470元(一年增加約52億元)、軍公教調薪4%(一年增加約12億元)及平均眷口數由現行0.57人調降為0.56人(一年減少約21億元)之財務影響。
- 10、衛福部於112年11月30日行政院會報告「113年健保總額成長率及112年點值調節情形」，獲行政院同意112年撥補第1、2季點值51.33億元，其中8億元由總額「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」支應，爰以112年公務預算挹注健保基金240億元先行支應之財務影響為43.33億元。
- 11、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

113 年度其他預算之本會協定結果與衛福部決定比較表

序號	項 目	本會協定結果		衛福部決定		說 明 (未列部分採本會協定結果)
		金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	
1	基層總額轉診型態調整費用	800.0	0.0	800.0	0.0	
2	山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	705.4	100.0	855.4	250.0	1.修訂額度，較 112 年增加 2.5 億元。 2.決定事項：本項用於鼓勵醫療院所至山地離島地區提供健保醫療服務，並擴大辦理山地鄉論人計酬試辦計畫。餘採本會協定結果。
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	8,378.0	575.0	8,378.0	575.0	
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	290.0	0.0	90.0	-200.0	修訂額度，較 112 年減少 2 億元。
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	600.0	0.0	125.0	-475.0	修訂額度，較 112 年減少 4.75 億元，決定事項採本會協定結果。
6	推動促進醫療體系整合計畫	550.0	0.0	450.0	-100.0	修訂額度，較 112 年減少 1 億元，決定事項採本會協定結果。
7	調節非預期風險及其他非預期政策變所需經費	800.0	0.0	440.6	-359.4	修訂額度，較 112 年減少 3.594 億元，決定事項採本會協定結果。
8	提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳	1,200.0	-436.0	1,486.0	-150.0	修訂額度，較 112 年減少 1.5 億元，

序號	項 目	本會協定結果		衛福部決定		說 明 (未列部分採本會協定結果) 決定事項採本會協定結果。
		金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	
9	資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,653.8	0.0	1,653.8	0.0	
10	腎臟病照護及病人衛教計畫	511.0	0.0	511.0	0.0	
11	提升保險服務成效	300.0	-200.0	500.0	0.0	修訂額度，維持112年額度，決定事項採本會協定結果。
12	提升用藥品質之藥事照護計畫	30.0	0.0	30.0	0.0	
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)	2,000.0	2,000.0	4,000.0	4,000.0	1.修訂額度，編列40億元。 2.決定事項如下，餘採本會協定結果： (1)刪除原協定事項：「6.歷年醫院總額均編列『醫療服務成本指數改變率所增加之預算』，建議應有相對金額用於提升住院護理照護量能。(註：本項為付費者代表及中央健康保險署之共識，未經與醫院總額部門協商)」。 (2)修訂原協定事項3之提報時間：由112年10月底前提報具體實施規劃，改為113年總額公告後。
	總 計	17,818.2	2,039.0	19,319.8	3,540.6	

113 年度醫院總額之本會協定結果與衛福部決定比較表

(一)年度總額

項目	本會協定結果				衛福部決定		說明 (未列部分採本會協定結果)
	付費者代表方案		醫院代表方案		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	
	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)			
一般服務							
醫療服務成本及人口因素成長率	4.179%	21,325.0	4.179%	21,325.0	4.179%	21,325.0	
投保人口預估成長率	-0.757%		-0.757%		-0.757%		
人口結構改變率	2.034%		2.034%		2.034%		
醫療服務成本指數改變率	2.940%		2.940%		2.940%		
協商因素成長率	0.973%	4,964.9	0.542%	2,764.6	1.209%	6,165.9	
1.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) (*醫院代表方案列專款項目)	0.705%	3,600.0	* —	* —	<u>0.875%</u>	<u>4,463.0</u>	決定事項： 請健保署辦理下列事項： 1.在額度內妥為管理運用，於113年度總額公告後，至健保會最近一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

項目	本會協定結果				衛福部決定		說明 (未列部分採本會協定結果)
	付費者代表方案		醫院代表方案		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	
	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)			
2.藥品及特材給付規定改變	0.270%	1,377.0	0.270%	1,377.0	0.270%	1,377.0	新醫療科技之引進與管 控 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
3.腹膜透析追蹤處置 費及APD租金 (*付費者代表方案列專 款項目)	* —	* —	0.0003%	15.0	—	—	決定事項刪除「節流效 益運用」等相關文字， 餘採付費者代表方案
4.平衛醫院部門實際 醫療服務與總額不 度落差(點值不平 衡調整方案) (113年新增項目)	0.0000%	0.0	0.588%	3,000.0	0.000%	0.0	採付費者代表方案
5.提升醫院兒童急重 症照護量能 (113年新增項目)	0.0000%	0.0	0.0000%	0.0	0.066%	338.0	衛福部新增項目 決定事項：請健保署會 同醫院總額相關團體， 於總額公告後，提出相

項目	本會協定結果				衛福部決定		說明 (未列部分採本會協定結果)
	付費者代表方案		醫院代表方案		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	
	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)			
6.「提升醫院用藥安全與品質方案」之ICU 臨床藥事照護(113 年新增項目) (* 付費者代表方案列「醫療給付改善方案」專款項目) (* 醫院代表方案另立專款項目)	* —	* —	* —	* —	—	—	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)，提報本會最近1次委員會議確認為「醫療給付改善方案」專款項目
7.B 型肝炎病毒治療藥費移列專款	0.0000%	0.0	-0.317%	-1,615.3	0.0000%	0.0	採付費者代表方案，維持於一般服務支應
8.違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.0002%	-12.1	-0.0002%	-12.1	-0.0002%	-12.1	

項目	本會協定結果						說明
	付費者代表方案		醫院代表方案		衛福部決定		
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
一般服務							(未列部分採本會協定結果)
成長率	5.152%	26,289.9	4.721%	24,089.6	5.388%	27,490.9	
		536,580.5		534,381.1		537,784.8	
專款項目(全年計畫經費)							
9.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) (*付費者代表方案列一般服務)	* —	* —	1,306.0	1,306.0	—	—	採付費者代表方案，維持編列於一般服務
10.暫時性支付(新藥、新特材) (*付費者代表方案併入一般服務「新醫療科技」項目) (*醫院代表方案併入「新醫療科技」專款項目)	* —	* —	* —	* —	2,429.9	2,429.9	衛福部新增項目 決定事項： 請健保署在額度內妥為管理運用，於113年度總額公告後，至健保會最近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、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
11.C型肝炎藥費 (*醫院代表方案本項名稱修正為病毒性肝炎藥費)	2,224.0	-1,204.0	*6,359.0	*2,931.0	2,224.0	-1,204.0	採付費者代表方案

項目	本會協定結果				衛福部決定		說明 (未列部分採本會協定結果)
	付費者代表方案		醫院代表方案		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	
	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)			
12. 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	15,108.0	1,165.0	15,108.0	1,165.0	15,108.0	1,165.0	決定事項採付費者代表方案
13. 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	5,580.0	323.0	5,580.0	323.0	5,580.0	323.0	決定事項採付費者代表方案
14. 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,208.06	0.0	5,208.06	0.0	5,208.06	0.0	決定事項採付費者代表方案
15. 醫療給付改善方案	1,693.4	50.0	1,674.1	30.7	<u>1,814.1</u>	<u>170.7</u>	金額調升，決定事項增列 1 項「生物相似性藥品」方案，餘採付費者代表方案
16. 「提升醫院用藥安全與品質方案」之 ICU 臨床藥事照護 (113 年新增項目) (*付費者代表方案編列於「醫療給付改善方案」專款項目)	* —	* —	120.0	120.0	—	—	維持編列於「醫療給付改善方案」專款項目
17. 急診品質提升方案	300.0	0.0	300.0	0.0	300.0	0.0	
18. 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210.0	0.0	210.0	0.0	210.0	0.0	
19. 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	115.0	15.0	115.0	15.0	115.0	15.0	

項目	本會協定結果				衛福部決定		說明 (未列部分採本會協定結果)
	付費者代表方案		醫院代表方案		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	
	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)			
20.全民健康保險醫療 資源不足地區醫療 服務提升計畫	1,300.0	200.0	1,300.0	200.0	1,300.0	200.0	決定事項採付費者代表 方案
21.鼓勵院所建立轉診 合作機制	224.7	0.0	224.7	0.0	224.7	0.0	
22.網路頻寬補助費用	150.0	-50.0	200.0	0.0	200.0	0.0	金額採醫院代表方案， 決定事項採付費者代表 方案
23.腹膜透析追蹤處置 費及 APD 租金 (*醫院代表方案列一般服務)	15.0	0.0	*0.0	*-15.0	15.0	0.0	採付費者代表方案
24.住院整合照護服務 試辦計畫	560.0	0.0	560.0	0.0	560.0	0.0	
25.精神科長效針劑藥 費	2,664.0	0.0	2,664.0	0.0	2,664.0	0.0	
26.鼓勵 RCC、RCW 病 人脫離呼吸器、簽 署 DNR 及安寧療護 計畫	300.0	0.0	300.0	0.0	300.0	0.0	
27.因應長新冠照護行 生費用	40.0	0.0	128.0	88.0	128.0	88.0	採醫院代表方案

項目	本會協定結果				衛福部決定		說明 (未列部分採本會協定結果)
	付費者代表方案		醫院代表方案		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)			
28.因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增	500.0	-500.0	500.0	-500.0	500.0	-500.0	決定事項採付費者代表方案
29.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)	2,772.0	772.0	2,790.0	790.0	<u>2,669.0</u>	<u>669.0</u>	決定事項採付費者代表方案
30.癌症治療品質改善計畫	414.0	12.0	414.0	12.0	414.0	12.0	決定事項採付費者代表方案
31.慢性傳染病照護品質計畫	180.0	0.0	180.0	0.0	180.0	0.0	決定事項採付費者代表方案
32.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能	0.0	-500.0	600.0	100.0	<u>500.0</u>	<u>0.0</u>	決定事項(同112年): 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 2.請健保署會同醫院總額相關團體，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

項目	本會協定結果				衛福部決定		說明 (未列部分採本會協定結果)
	付費者代表方案		醫院代表方案		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	
	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)			
33.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能	0.0	-1,000.0	1,200.0	200.0	<u>1,000.0</u>	<u>0.0</u>	決定事項同前項
34.地區醫院全人全社區照護計畫 (113年新增項目)	0.0	0.0	500.0	500.0	500.0	500.0	金額採醫院代表方案，決定事項： 請健保署會同醫院總額相關團體辦理下列事項： 1.於總額公告後，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 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

項目	本會協定結果				衛福部決定		說明 (未列部分採本會協定結果)
	付費者代表方案		醫院代表方案		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	
	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)			
35.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)	0.0	0.0	81.0	81.0	81.0	81.0	金額採醫院代表方案，決定事項同前項
36.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)	0.0	0.0	127.0	127.0	127.0	127.0	金額採醫院代表方案，決定事項同前項
37.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)	0.0	0.0	0.0	0.0	225.0	225.0	衛福部新增項目 決定事項：請健保署會同醫院總額相關團體，於總額公告後，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)，提報本會最近1次委員會議確認
38.抗凝血藥品藥師門診方案 (113年新增項目) (*付費者代表方案併入「醫療給付改善方案」專款項目處理)	*—	*—	0.0	0.0	—	—	

項目	本會協定結果						衛福部決定		說明 (未列部分採本會協定結果)
	本會協定結果			醫院代表方案			成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	
	付費者代表方案		成長率(%)或 金額(百萬元)	醫院代表方案		預估增加金 額(百萬元)			
39.品質保證保留款	501.5	-473.8	-473.8	501.5	-473.8	-473.8	501.5	-473.8	
專款金額	40,059.7	-1,190.8	6,999.9	48,250.4	6,999.9	3,827.8	45,078.2	3,827.8	
較基期成長率 (一般服務+專款)	3.713%	25,099.1	31,089.5	4.791%	31,089.5	374.5	4.832%	31,318.7	
		576,640.2	582,631.5		582,863.0				
門診透析服 務成長率	1.586%	374.5	374.5	1.586%	374.5	374.5	1.586%	374.5	
		23,987.5	23,987.5		23,987.5				
較基期成長率 (一般服務+專 款+門診透析)	3.626%	25,473.6	31,464.0	4.660%	31,464.0	606,619.0	4.700%	31,693.2	
		600,627.6	606,619.0		606,850.5				

(二)地區預算

地區預算分配	本會協商結果			衛福部決定		備註
	付費者代表方案		醫院代表方案		R值占率：52% S值占率：48%	
	R值占率：53% S值占率：47%	R值占率：52% S值占率：48%	R值占率：45% S值占率：55%	R值占率：52% S值占率：48%		
門診	R值占率：53% S值占率：47%	R值占率：52% S值占率：48%	R值占率：45% S值占率：55%	R值占率：52% S值占率：48%	採醫院代表方案	
住院	R值占率：53% S值占率：47%	R值占率：52% S值占率：48%	R值占率：45% S值占率：55%	R值占率：52% S值占率：48%		
風險調整移撥款	6億元	4億元	6億元	6億元	採付費者代表方案	

113 年度西醫基層總額之本會協定結果與衛福部決定比較表

項目	本會協定結果				衛福部決定		說明 (未列部分採本會協定結果)
	付費者代表方案		西醫基層代表方案		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	
	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)			
一般服務							
醫療服務成本及人口因素成長率	3.517%	4,482.9	3.517%	4,482.9	3.517%	4,482.9	
投保人口預估成長率	-0.757%		-0.757%		-0.757%		
人口結構改變率	1.470%		1.470%		1.470%		
醫療服務成本指數改變率	2.837%		2.837%		2.837%		
協商因素成長率	0.187%	237.9	1.947%	2,484.4	0.958%	1,221.8	
1. 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) (*西醫基層代表方案列專款項目)	0.176%	224.0	*—	*—	<u>0.157%</u>	<u>200.0</u>	決定事項： 請健保署辦理下列事項： 1. 在額度內妥為管理運用，於總額公告後，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

項目	本會協定結果				衛福部決定		說明 (未列部分採本會協定結果)
	付費者代表方案		西醫基層代表方案		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	
	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)			
2.藥品及特材給付規定改變	0.060%	76.0	0.157%	200.0	0.060%	76.0	<p>實新醫療科技之引進與管控。</p> <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> <p>決定事項採付費者代表方案</p> <p>採付費者代表方案</p>
3.配合分級醫療，調高診察費	0.000%	0.0	0.096%	122.5	0.000%	0.0	
4.因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費	0.000%	0.0	0.517%	659.3	0.517%	659.3	

金額採西醫基層代表方案，決定事項：
1.預算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)於總額公告後，完

項目	本會協定結果				衛福部決定		說明 (未列部分採本會協定結果)
	付費者代表方案		西醫基層代表方案		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)			
5.強化未滿4歲兒童之基層專科醫師照護(113年新增項目)	0.000%	0.0	0.096%	122.5	0.096%	122.5	成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及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 (2)建立稽核機制,以確實提升護理品質 金額採西醫基層代表方案,決定事項:請健保署會同西醫基層總額相關團體,於總額公告後,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 採付費者代表方案
6.強化高齡人口之基層醫療照護(113年新增項目)	0.000%	0.0	0.359%	458.2	0.000%	0.0	

項目	本會協定結果				衛福部決定		說明 (未列部分採本會協定結果)
	付費者代表方案		西醫基層代表方案		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)			
7.因應高血壓指引修正，所增加之醫療服務密集度(113年新增項目)	0.000%	0.0	0.141%	180.0	0.000%	0.0	採付費者代表方案
8.因醫療品質提升，增加之醫療費用(113年新增項目)	0.000%	0.0	0.395%	504.0	0.055%	70.6	決定事項：請健保署會同西醫基層總額相關團體，於總額公告後，擬訂「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
9.提升國人視力照護品質	0.000%	0.0	0.235%	300.0	0.122%	155.5	決定事項： 請健保署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項： 1.於總額公告後，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 2.請檢討放寬白內障手

項目	本會協定結果				衛福部決定		說明 (未列部分採本會協定結果)
	付費者代表方案		西醫基層代表方案		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	
	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)			
10. 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.049%	-62.1	-0.049%	-62.1	-0.049%	-62.1	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
一般服務成長率	增加金額	4,720.8	5.464%	6,967.3	4.475%	5,704.7	
	總金額	132,186.3		134,429.7		133,169.1	
專款項目(全年計畫經費)							
11. 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) (*付費者代表方案列一般服務)	*—	*—	234.0	234.0	—	—	採付費者代表方案，維持編列於一般服務
12. 暫時性支付 (*付費者代表方案併入一般服務「新醫療科技」項目) (*西醫基層代表方案建議編列於「新醫療科技」專款項目)	*—	*—	*—	*—	0.0	0.0	本項僅於醫院總額編列

項目	本會協定結果				衛福部決定		說明 (未列部分採本會協定結果)
	付費者代表方案		西醫基層代表方案		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)			
13.西醫醫療資源不足地區改善方案	317.1	0.0	317.1	0.0	317.1	0.0	決定事項採付費者代表方案
14.家庭醫師整合性照護計畫	3,948.0	0.0	4,248.0	300.0	4,248.0	300.0	金額採西醫基層代表方案，決定事項採付費者代表方案
15.代謝症候群防治計畫	616.0	0.0	616.0	0.0	616.0	0.0	決定事項修訂文字，將113年7月前提報專案報告改為12月前，餘採付費者代表方案
16.C型肝炎藥費	292.0	0.0	292.0	0.0	292.0	0.0	決定事項採付費者代表方案
17.醫療給付改善方案	900.3	0.0	900.3	0.0	900.3	0.0	決定事項增修如下，餘採付費者代表方案： 1.增列1項「生物相似性藥品」方案 2.修訂方案名稱，由「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合」，改為「糖尿病」
18.強化基層照護能力及「開放表別」項目	1,320.0	0.0	1,320.0	0.0	1,320.0	0.0	決定事項採付費者代表方案

項目	本會協定結果				衛福部決定		說明 (未列部分採本會協定結果)
	付費者代表方案		西醫基層代表方案		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)			
19.鼓勵院所建立轉診合作機制	258.0	0.0	258.0	0.0	258.0	0.0	決定事項採付費者代表方案
20.偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫	50.0	0.0	50.0	0.0	50.0	0.0	決定事項採付費者代表方案
21.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	30.0	0.0	30.0	0.0	30.0	0.0	決定事項採付費者代表方案
22.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	30.0	0.0	30.0	0.0	30.0	0.0	決定事項採付費者代表方案
23.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	11.0	0.0	11.0	0.0	11.0	0.0	決定事項採付費者代表方案
24.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178.0	0.0	178.0	0.0	178.0	0.0	
25.網路頻寬補助費用	223.0	-30.0	253.0	0.0	253.0	0.0	金額採西醫基層代表方案，決定事項採付費者代表方案
26.提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫	9.7	0.0	9.7	0.0	9.7	0.0	決定事項採付費者代表方案

項目	本會協定結果				衛福部決定		說明 (未列部分採本會協定結果)
	付費者代表方案		西醫基層代表方案		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)			
27.精神科長效針劑藥費	100.0	0.0	100.0	0.0	100.0	0.0	決定事項採付費者代表方案
28.因應長新冠照護衍生費用	10.0	0.0	10.0	0.0	10.0	0.0	決定事項採付費者代表方案
29.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)	1,213.6	213.6	1,000.0	0.0	1,000.0	0.0	金額採西醫基層代表方案，決定事項採付費者代表方案
30.癌症治療品質改善計畫	93.0	-22.0	93.0	-22.0	93.0	-22.0	決定事項採付費者代表方案
31.慢性傳染病照護品質計畫	20.0	0.0	20.0	0.0	20.0	0.0	決定事項採付費者代表方案
32.品質保證保留款	126.2	1.9	126.2	1.9	126.2	1.9	決定事項採付費者代表方案
專款金額	9,745.9	163.5	10,096.3	513.9	9,862.3	279.9	
較基期成長率(一般服務+專款)	增加金額	4,884.3	4.714%	7,481.2	3.631%	5,984.6	
	總金額	141,932.2		144,526.0		143,031.4	
門診透析服務成長率	增加金額	965.2	4.587%	965.2	4.587%	965.2	
	總金額	22,007.8		22,007.8		22,007.8	
較基期成長率(一般服務+專款+門診透析)	增加金額	5,849.6	4.697%	8,446.5	3.757%	6,949.9	
	總金額	163,940.0		166,533.8		165,039.2	

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)定事項內容
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，須提本會報告之計畫/項目

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	(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 (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

113 年度各部門總額協定事項及相關計畫追蹤時程表(草案)

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	112年11月前 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	112年12月前 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	112年11月前 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>	<p>112年11月前</p> <p>113年1月前</p>	<p>113年7月委員會議報告案</p>	<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	<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
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>	<p>112年12月前</p> <p>113年1月前</p>	<p>113年1月委員會會議討論案</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月委員會會議提報檢討結果</p> <p>檢討實施成效並提出節流效益：併113年7月追蹤提報</p>

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>	<p>112年12月前</p> <p>113年1月前</p>	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	112年12月前 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(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	112年11月前 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	112年11月前 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)	112年11月前 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			113 年 7 月前
		(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			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	112 年 11 月前 113 年 1 月前		113 年 7 月前
		(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 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	112 年 11 月前 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	<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		中醫癌症患者加強照護整合方案	112年11月前 113年1月前		113年7月前
7		中醫急症處置 (1)辦理本計畫	112年11月前 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	專款	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	112年11月前 113年1月前		113年7月前
9	項目	照護機構中醫醫療照護方案 (1)辦理本方案	112年11月前 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月委員會報告案	114年3月委員會提報執行結果

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 續	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	112年11月前 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	<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 次委員會會議確認</p>		113 年 1 月委員會會議討論案	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	<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
8 續		並持續監測服務量變化情形 (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			113年7月前
9	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、生物相似性藥品等10方案	112年11月前 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
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	112年11月前 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
10	續	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	112年11月前 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 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	112年11月前 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
14		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
15	專款	腹膜透析追蹤處置費及APD租金			113年7月前
16	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	112年11月前 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
16	專款項目	討報告，應含多元品質監測指標監測結果			
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	112年11月前 113年1月前		113年7月前
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	112年11月前 113年1月前		113年7月前
20		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 (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			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

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	專款項目	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) (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
(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		癌症治療品質改善計畫 (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	112 年 11 月前 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		

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	(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
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	112年11月前 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

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		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	112年11月前 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	
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	112年11月前 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	112年12月前 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
26 續		之品質監測指標等)，提報至本會最近1次委員會議確認			
		(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	112年12月前 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	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
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	112年12月前 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劃)，提報至本會最近1次委員會議確認	112年12月前 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
30		品質保證保留款實施方案	112年11月前 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	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
2 續	一般服務	<p>預算規劃與預估內容，俾落實管控</p> <p>(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)</p> <p>(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</p> <p>(4)歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，並請於 114 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源</p>		113 年 7 月委員會會議提報規劃(併入報告案)	113 年 7 月前 114 年 3 月委員會會議提報執行結果 提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額：併 113 年 7 月追蹤提報
3		<p>因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費</p> <p>(1)本項預算用於反映護理人員薪資，提升護理照護品質</p> <p>(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</p>		113 年 1 月委員會會議討論案	113 年 7 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
3 續		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			
		(3)建立稽核機制，以確實提升護理照護品質			113年7月前
4	一般服務	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
5		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

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
6		<p>提升國人視力照護品質</p> <p>(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</p> <p>(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</p>		113 年 1 月委員會議討論案	113 年 7 月前
					113 年 7 月前
7	專款項目	<p>西醫醫療資源不足地區改善方案</p> <p>(1)本項維持原支付方式</p> <p>(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</p>	112 年 11 月前 113 年 1 月前		113 年 7 月前
8	專款項目	<p>家庭醫師整合性照護計畫</p> <p>(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</p>	112 年 11 月前 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
8 續		(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月委員會議專案報告	
9	專款項目	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 (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	112年11月前 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		113年6月委員會議專案報告	

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	效評估檢討之專案報告			
10		C型肝炎藥費 (1)辦理本項目 (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			113 年 7 月前
11	專款項目	醫療給付改善方案 (1)持續辦理糖尿病、氣喘、生物相似性藥品等 8 項方案	112 年 11 月前 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

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
12		<p>強化基層照護能力及「開放表別」項目</p> <p>(1)提出規劃調整開放之項目與作業時程</p> <hr/> <p>(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</p>		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	
13	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
14		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	112年11月前 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
15	專款 項目	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
17		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	112年11月前 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			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	情形，並於額度內妥為管理運用			
22	專款項目	<p>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)</p> <p>(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</p> <p>(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</p>		已於 112 年 11 月委員會議提報	<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>
23		<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>112 年 11 月前</p> <p>113 年 1 月前</p>		113 年 7 月前

項次	類別	工作項目 及時程	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
		決定事項摘要 ^{註1}			
23 續	專款項目	(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
24		慢性傳染病照護品質計畫	112年11月前 113年1月前		113年7月前
		(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			
		(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			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

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	續	7月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果			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	112年11月前 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	
27		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	112 年 11 月前 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>	112年11月前 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	<p>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)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)</p> <p>(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</p> <p>(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</p>	112年12月前 113年1月前		113年7月前
			113年6月委員會議報告案	113年7月前
				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
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			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
	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			
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 月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)	112年11月前 113年1月前		113年7月前
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	112年11月前 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
8 續	(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
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	112年11月前 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
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	112年11月前 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 (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			113年7月前 檢討實施成效，提出節流效益：併 113年7月追蹤提報
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)	112年11月前 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
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	112年12月前 113年1月前		113年7月前
	(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月委員會議討論案	
	(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)。

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。(資料由中央健康保險署另行提供)

報告單位各項業務窗口：詳如業務執行報告內附

.....

本會補充說明：

- 一、依 102 年 2 月 22 日委員會議決定及 112 年度工作計畫，為提高議事效率，本項例行性業務報告，書面資料須每月提供，但口頭報告改採季(每年 2、5、8、11 月)報方式辦理，考量本年 11 月份會議日期(11 月 15 日)早於第 3 季報告之部分資料產出時程，爰延至本次會議併同 11 月份業務執行報告資料，再進行口頭報告。兩份報告請委員先行審閱，如有疑義可洽該署各項業務窗口。
- 二、參照 106 年 10 月 27 日委員會議之委員建議，健保署業務執行季報告之口頭報告，有其重要性，爰列為優先報告事項。

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)，提請討論。

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 日報經衛福部同意後實施，共分 3 大構面 9 項策略，並以 18 項管控指標衡量成效。112 年第 3 季目標值及執行情形如下：

(一)18 項管控指標：

構面	策略	管控項目	目標值	執行值
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% *	14.7% (註 3)
		2.年度使用健康存摺人次增加率	≥5% *	30.2% (註 3)
合理使 用保險 權益	正確就醫 觀念行為	3.門診就醫次數大於 90 次之保險對象就醫成長率	≤-16%	-13.48%
		4.基層與地區醫院門診占整體件數之占率	≥73.6% *	74.1%
鼓勵合 作與轉 銜	持續推動 分級醫療	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	>0 *	3,302
		6.接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	≥29.3%	26.2%
	增進院所 合作機制	7.居家醫療整合照護對象門診就醫次數較基期成長率	<0 *	-0.49
		8.與長照 2.0 之銜接率	≥48.8% *	53.9% (註 2)
		9.提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)-半年指標	≥5.13%	-9.9% (註 2)

構面	策略	管控項目	目標值	執行值
善用資源合理使用	精進雲端資訊系統	10.醫療檢查影像資訊即時上傳率	≥94%	* 98.1%
		11.全藥類藥品重複用藥日數下降率	≥5%	* 8%
	減少重複醫療利用	12.門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率	≥5%	* 12%
		13.西醫門診年復健次數>180 次異常件數成長率零成長	≤0%	* -36%
	強化查處機制	14.違規院所訪查家次	≥309	* 345
		15.死亡前安寧利用率	≥31.1%	* 34.1%
	尊重醫療自主及善終權益	16.呼吸器依賴病人安寧利用率	≥71.7%	* 74.6%
		17.西醫門診病人可避免住院率	≤0.84%	* -0.89%
	持續推動疾病管理	18.住院案件出院後 3 日以內急診率	≤2.41%	2.70% (註 2)

註：1.「*」為已達 112 年第 3 季目標值

2.管控項目 9 執行值之提報點為「半年」，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，故以第 2 季執行值呈現。

3.管控項目 1、2 執行值之提報點為「年」，執行值以第 3 季提供。

(二) 管控指標未達標後續處理說明：

- 1、「門診就醫次數大於 90 次之保險對象就醫成長率」(指標 3)：本項指標基期為 111 年度保險對象就醫資料，112 年度受 COVID-19 疫情回歸常態，醫療院所醫療服務及保險對象原屬非緊急醫療需求恢復，導致未能達標，後續除將持續監控，加強個案輔導，並透過資料分析與心健司研討，以提升輔導成效。
- 2、「接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率」(指標 6)：本項指標已納入本署各分區品質指標及回饋出院準備服務個案名單供醫院追蹤，將持續監控本項指標後續達成情形。

3. 「住院案件出院後 3 日以內急診率」(指標 18)：防疫新制實施後，屬於 COVID-19 輕症者回歸全民健保給付，透過納入 112 年『配合健保政策送核隨機抽樣案件之減量送審方案』之減審指標及 112Q3『醫院總額點值風險管控暨品質提升方案』之品質補付指標，及加強審查醫療提供適當性等，提高效用。

三、113 年方案摘要如下(草案如附件一，第 147~153 頁)：

- (一)項目 01「全民健保行動快易通(健康存摺)APP 安裝人次增加率」之目標值：鑑於 COVID-19 疫情歷經 3 年，疫情期間所需下載全民健保行動快易通(健康存摺)APP 安裝人次推估已趨飽和，本署亦持續精進全民健保行動快易通 APP 多元健保服務，故 113 年目標值設定為 $\geq 3\%$ 。
- (二)項目 07「居家醫療整合照護對象門診就醫次數較基期成長率」：指標名稱修改為「居家醫療整合照護對象收案後每人每月平均門診就醫次數較收案前減少」，使符目標值定義。
- (三)項目 09「提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)」：113 年目標值計算方式由「112 年上半年目標值 $\geq 5.13\%$ 」及「112 年下半年目標值 $\geq 5.33\%$ 」修訂為「113 年上、下半年較去年同期成長 $> 0\%$ 」，係因基期(112 年)及 113 年受 COVID-19 疫情波動影響，爰 113 年目標值修訂為較去年同期成長 $> 0\%$ 。
- (四)項目 11「全藥類藥品重複用藥日數下降率」：考量 109 年至 111 年因 COVID-19 疫情爆發，影響國人就醫行為，現今疫情趨於穩定，國人慢性病就醫領藥行為已回歸常態，就醫人次上升，爰目標值修為較同期零成長。
- (五)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」：考量 COVID-19 疫情趨緩，目標值則改以較去年同期呈零成長。

健保署業務窗口：黃信忠約聘副研究員，連絡電話：02-27065866 分機 2601

.....

本會研析說明：

一、本案係依全民健康保險法第 72 條規定，本會應對健保署所提「113 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」(草案)進行討論後，由該署報請衛福部核定。

二、健保署所送 113 年度方案(草案)內容：

(一)經檢視 113 年度草案，架構維持與 112 年度相同，包含 3 大構面、9 項策略、18 項管控項目，其中調整 11 項管控項目之目標值，整理其與 112 年差異，併呈現各管控項目於 112 年第 3 季之執行值，如下表：

構面	策略	管控項目	112 年目標值	113 年目標值	調整情形(註1)	112 年 Q3 執行值
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%	≥3%	調低	14.7%
		2.年度使用健康存摺人次增加率	≥5%	≥5%	—	30.2%
	正確就醫觀念行為	3.門診就醫次數大於 90 次之保險對象就醫成長率	≤-18%	≤-18%	—	-13.48%
		4.基層與地區醫院門診占整體件數之占率	≥74.2%	≥74.2%	—	74.1%
		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	>0	調低	3,302
鼓勵醫療體系合作與轉銜服務	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%	提高	26.2%
		7.居家醫療整合照護對象收案後每人每月平均門診就醫次數較收案前減少基期成長率	<0%	<0 次	修正項目內容	-0.49
	增進院所合作機制	8.與長照 2.0 之銜接率	≥48%	≥58.1%	提高	53.9%(註2)
		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%	>0%	調低	-9.9%(註2)
精進雲端資訊系統	10.醫療檢查影像資訊即時上傳率	≥94%	≥97%	提高	98.1%	
減少重複醫療利用	強化違規查處機制	11.全藥類藥品重複用藥日數下降率	≥5%	≥0%	調低	8%
		12.門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率	≥5%	≥0%	調低	12%
		13.西醫門診年復健次數>180 次異常件數成長率零成長	≤0%	≤0%	—	-36%
善用醫療資源使用	尊重醫療自主保障善終權益	14.違規院所訪查家次	≥456	≥456	—	345
		15.死亡前安寧利用率	≥31.3%	≥35.6%	提高	34.1%
	持續推動疾病管理	16.呼吸器依賴病人安寧利用率	≥72.2%	≥74.8%	提高	74.6%
		17.西醫門診病人可避免住院率	≤1.16%	≤1.16%	—	-0.89%
		18.住院案件出院後 3 日以內急診率	≤2.35%	≤2.42%	調低	2.70%(註2)

註：1.「—」表維持。

2.為 112 年第 2 季執行值。

3.「灰底」表 112 年 Q3 執行值未達 112 年第 3 季目標值之項目。

(二)就本次調整 11 項目標值，其中 5 項提升、6 項調降，本會研析意見如下：

1.擬提高目標值之管控項目，計有項次 6、8、10、15、16，尚屬合理；惟項次 10，因 112 年第 3 季執行值已達 98.1%，而 113 年目標值為 $\geq 97\%$ ，似過於寬鬆，建議提高目標值。

2.擬調低目標值之管控項目，計有項次 1、5、9、11、12、18(劃圈處)，建議如下：

項次	管控項目(目標值)	本會研析建議
1	全民健保行動快易通(健康存摺)APP 安裝人次增加率	112 年 Q3 執行值為 14.7%，113 年目標值訂為 $\geq 3\%$ ，已低於目前執行值，請說明並修正。
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(112 年： $\geq 63,486$ ；113 年： >0)	1.112 年 Q3 執行值為 3,302，請說明如何達成 112 年全年目標值($\geq 63,486$)。 2.113 年目標值僅訂 >0 ，不具積極性，請修正。
9	提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)-半年指標(112 年： $\geq 5.33\%$ ；113 年： $>0\%$)	113 年目標值僅訂 $>0\%$ ，不具積極性，請修正。
11	全藥類藥品重複用藥日數下降率(112 年： $\geq 5\%$ ；113 年： $\geq 0\%$)	113 年目標值僅訂 $\geq 0\%$ ，不具積極性，請修正。
12	門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率(112 年： $\geq 5\%$ ；113 年： $\geq 0\%$)	
18	住院案件出院後 3 日以內急診率(112 年： $\leq 2.35\%$ ；113 年： $\leq 2.42\%$)	(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。

3.本會已於 112.12.13 請辦健保署於會中補充說明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)，以利監測及解讀。

三、112 年執行情形：

健保署僅提出 112 年單(第 3)季執行情形，無法了解目前 112 年 1~3 季目標之達成狀況，已於 112.12.13 請該署補充說明，先依第 3 季執行情形，分析如下：

(一)未達目標值之項目，計有項次 3、6、9、18(灰底處)，健保署僅說明其中 3 項(項次 3、6、18)之後續處理方式，請補充項次 9 之後續辦理情形。

(二)另彙整近 3 年(109~112 年第 3 季)抑制資源不當耗用改善方案各管控項目之達成情形如附表(第 155 頁)，供參。

四、就衛福部核定 112 年度方案之相關建議如下(整理本會委員對 112 年度草案之意見及健保署處理情形，如附件二，第 154 頁)：

(一)衛福部於 112 年 2 月 9 日核定同意照辦，並請健保署就本會委員所提新增各項管控項目之建議，妥為研處；另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 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。

(二)本會於 112.12.13 請辦健保署就上開衛福部核定事項加以說明，包含委員所提新增 5 項管控項目^註之執行情形，以利瞭解。

註：新增 5 項管控項目：(1)急診病人使用麻醉藥物止痛就醫次數(2)地區醫院在醫院總額之合理占率(3)大型醫院門診占整體醫療費用比率(4)潛在可避免急診率(5)醫學中心慢性病案件數占率

五、請健保署依本會 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」，於 113 年 5 月份委員會議之業務執行報告，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)。

決議：

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	112年 目標值	113年 目標值	
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%	≥3%	
		2. 年度使用健康存摺人次增加率	≥5%	≥5%	
	正確就醫觀念行為	3. 門診就醫次數大於 90 次之保險對象就醫成長率	≤-18%	≤-18%	
		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 以 110Q4 件數估算	>0	
	鼓勵醫療體系間合作與轉銜服務	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. 居家醫療整合照護對象收案後每人每月平均門診就醫次數較收案前減少基期成長率	<0%	<0次
		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%	>0%
			精進雲端資訊系統	10. 醫療檢查影像資訊即時上傳率	≥94%

構面	策略	管控項目	112 年 目標值	113 年 目標值
		11. 全藥類藥品重複用藥 日數下降率	≥5%	≥0%
	減少重複醫療利 用	12. 門診 10 項重點檢查 (驗)非合理區間內再次執 行下降率	≥5%	≥0%
		13. 西醫門診年復健次數 >180 次異常件數成長率 零成長	≤0%	≤0%
善用醫 療資源 合理使 用	強化違規查處機 制	14. 違規院所訪查家次	≥456	≥456
	尊重醫療自主， 保障善終權益	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%
	持續推動疾病管 理	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 以內急診率	≤2.35%	≤2.42%

前屆委員對 112 年度草案意見及健保署辦理情形

- 一、本會前於 111 年 12 月份委員會議，討論健保署所提「112 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」，決議：請健保署參考委員意見，研修 112 年度方案內容後，依法定程序陳報衛福部核定。
- 二、健保署經參考委員意見修訂 112 年度草案後，於 112 年 2 月 1 日報請衛福部核定。整理健保署原規劃 112 年草案、本會委員意見及健保署報部核定草案如下表：

健保署原規劃 112 年草案	本會委員意見	健保署報部核定草案
1.刪除 2 項管控之項目： (1)全民健保行動快易通(健康存摺)APP 安裝人次增加率 (2)與長照 2.0 之銜接	建議保留	依委員意見保留
2.修改目標值： (1)調降「基層與地區醫院門診占整體件數之占率」 (2)「醫療檢查影像資訊即時上傳率」由 92%調整為「 \geq 前季上傳率」	(1)不宜調降，至少要維持同 111 年目標值 (2)用與前季相比，無法客觀評斷，應訂定合理數值	(1)依委員意見維持 111 年目標值 (2)依委員意見調整為「 $\geq 94\%$ 」
	新增 5 項管控項目： (1)急診病人使用麻醉藥物止痛就醫次數 (2)地區醫院在醫院總額之合理占率 (3)大型醫院門診占整體醫療費用比率 (4)潛在可避免急診率 (5)醫學中心慢性病案件數占率	先列入觀察指標，觀察趨勢後再評估是否納入方案管控
	於每年協商前提出本方案節省之醫療費用	於 112 年 5 月業務執行報告提出 111 年方案可擷節 36.28 億元醫療費用(含違規查處扣款)

附表

109~112 年第 3 季抑制資源不當耗用改善方案各項管控項目之指標達成情形

(V：達標、X：未達標、◎：暫緩追蹤)

構面	策略	管控項目	年度			
			109	110	111	112Q3*
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	V	V	V	V
		2.年度使用健康存摺人次增加率(112 年改善方案新增項目)				V
	正確就醫觀念 行為	3.門診就醫次數大於 90 次之保險對象就醫成長率	V	V	X	X
		4.基層與地區醫院門診占整體件數之占率	◎	◎	V	V
		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	◎	◎	X	V
鼓勵醫療體系間合作與轉銜服務	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	V	V	V	X
		7.居家醫療整合照護對象門診就醫次數較基期成長率	V	V	V	V
	增進院所合作機制	8.與長照 2.0 之銜接率	X	X	V	V
		9.提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)-半年指標	◎	◎	X	X
	精進雲端資訊系統	10.醫療檢查影像資訊即時上傳率	X	V	V	V
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	V	V	V	V
		12.門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率	V	V	V	V
		13.西醫門診年復健次數>180 次異常件數成長率零成長	V	V	V	V
	強化違規查處機制	14.違規院所訪查家次	V	V	V	V
		尊重醫療自主，保障善終權益	15.死亡前安寧利用率	V	X	X
	16.呼吸器依賴病人安寧利用率		V	X	V	V
	持續推動疾病管理	17.西醫門診病人可避免住院率	V	V	V	V
		18.住院案件出院後 3 日以內急診率(112 年改善方案新增項目)				X

*112 年呈現第 3 季執行結果，無法與歷年比較，僅供參考。

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 169~177 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 159 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 160~168 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	指標屬性及其目的	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. 負向指標 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染症醫學會排除共病條件。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>住為後肺再斷因定65及65不部以108進</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. 負向指標 2. 評估住院手術採全身麻醉後罹患急診或再住院之情形，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. 請外科醫學會定義住院手術。 	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滯之比率	<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滯疾病，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. 肺阻滯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，可降低肺阻滯病人的惡化風 	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	指標屬性及其目的	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。 	考量與「全民健康保險性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(分子及分母皆以主斷定義)，以108年資料再進行試算。	<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檢查或清除之比率	<p>1. <u>正向指標</u></p> <p>2. 評估醫院於執行手術前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. 因考量癌症逐年精，治療已個人化，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. 因考量癌症逐年精，治療已個人化，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，並定義於申報之可行性，列入評估。	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.相關檢驗檢查等過程項目公開，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，且以再手術定義	-	-	-

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檢斷層(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。	-	-	-

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。

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(如附件一，第 185~195 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」規定(如附件二，196~200 頁)及 112 年度工作計畫辦理。
- 二、依上開作業流程規定，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。

三、本會研析意見

- (一)經檢視健保署本次提報內容，欠缺整體檢討所需的實際統計分析資料，包含說明二之(二)醫事服務機構的收費情形、(三)訂定自付差額上限之規劃與執行情形、(五)對健保財務之影響評估等資料，業於 112.12.13 請辦健保署於會中補充說明。
- (二)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 184 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%	已提 112 年 8 月 18 日專家諮詢會議討論，共識優先以具臨床實證之適應症範圍納入全額給付，並於同年 11 月與廠商溝通，後續將提至特材共擬會議討論。	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。	經本會委員多次建議，健保署已將該類別市占率較高之左列 2 項次功能分類之特材納入健保全額給付。(原有 4 項次分類)
10	特殊功能及材質髓內釘組	81.6%	因 110 年 12 月 1 日起將自費使用占率高之 3 個品項納入自付差額，爰自 111 年起占率提高；111 年申報數尚未超過預算數(當年挹注 6.9 千萬元)，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。

(三)查 111 年 12 月份委員會議健保署報告自付差額特材執行概況時，有委員提出部分醫療院所並未於明顯處公布自付差額特材相關訊息，請健保署提醒健保特約醫療院所落實執行。惟本次報告健保署並未說明相關改善作為，爰於 112.12.13 請辦該署於會中補充說明，以保障民眾知的權利。

決定：

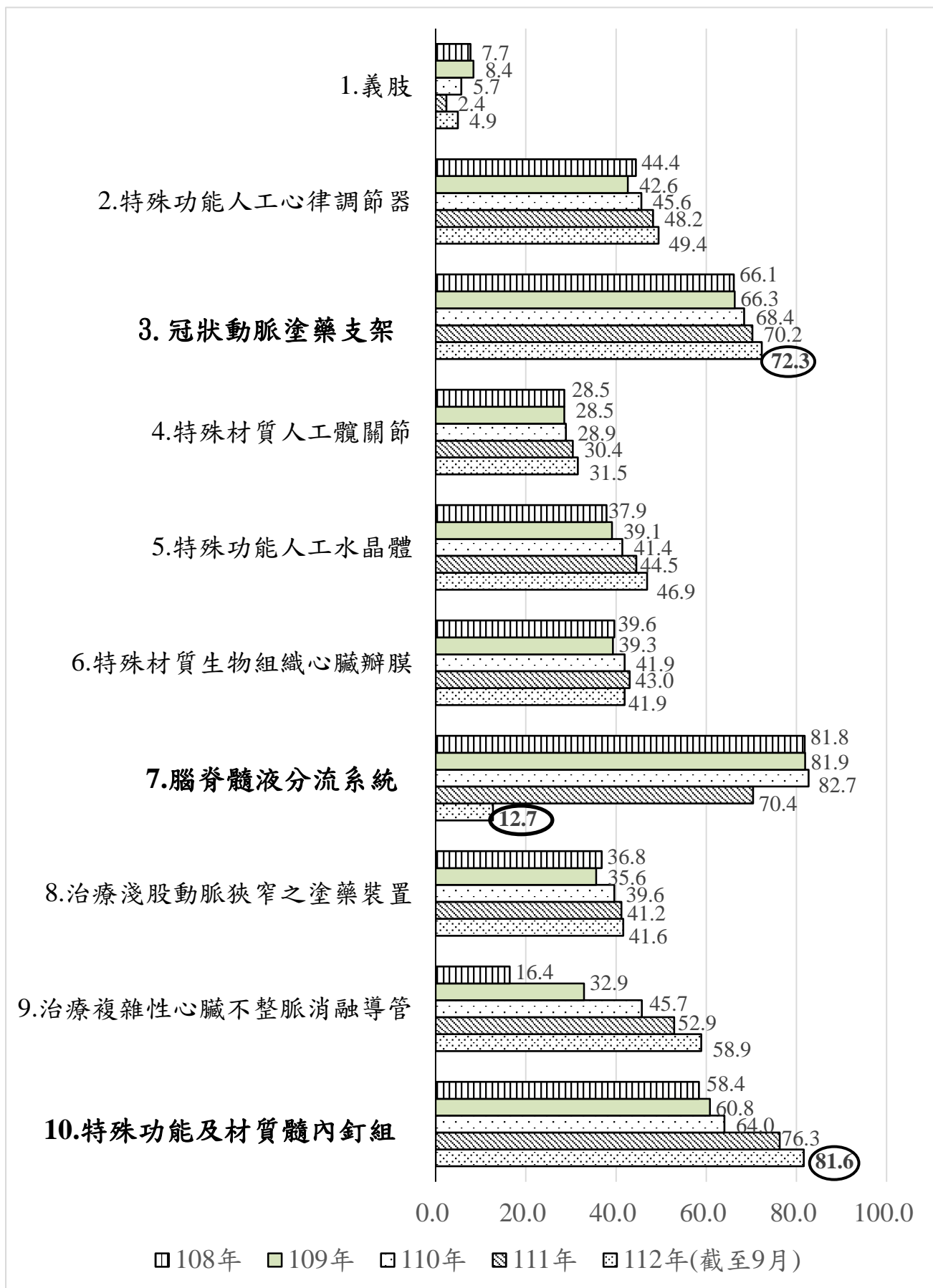


圖 108~112 年 9 月各類別自付差額特材申報占率



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

112年12月20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

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
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
3	冠狀動脈塗藥支架	3類	95年12月1日	14,099點	39
4	特殊材質人工髖關節	33類	96年1月1日	組件：4,018~4,352點 整組：35,195~70,099點	122
5	特殊功能人工水晶體	10類	96年10月1日	2,744點	159
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
7	腦脊髓液分流系統	2類	104年6月1日	7,127點	7
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	治療複雜性心臟不整脈消融導管	2類	106年11月1日	70,200點	14
10	特殊功能及材質髓內釘組	8類	107年6月1日	19,036點	52
總計		85類			461

資料來源：特材主檔

收載品項數係指最新健保給付點數不為0之品項數。

更新日期：112.11.14

3



各類民眾自付差額特材 申報情形



義肢

	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)	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。

5



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(DDR)」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。

6



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)	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)	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特材。

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)	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)	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特材。

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)	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)	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特材。

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)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)
自付差額(A)	1,036	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特材。

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)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)
自付差額(A)	2,669	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)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)
自付差額(A)	1,508	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消融導管

	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特材。

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)	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)	3,907	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特材。

◆ 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」、「脛骨」、「肱骨」鈦合金材質髓內釘品項納入自付差額。

14

自付差額特材 申報情形說明

自付差額特材申報情形說明

◆針對自付差額特材申報占率 已達6成以上 之項目進行說明：

➤冠狀動脈塗藥支架：

- ① 以109年申報量推估自付差額之「冠狀動脈塗藥支架」改以全額納入健保給付涉健保財務衝擊甚大，預估年所需費用約29億點。
- ② 已於111年3月提案至全民健保特材專家諮詢會議中，與會專家建議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，研議納入全額給付之病人族群。
- ③ 經彙整相關專家及學會意見後，函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，協助進行醫療科技再評估，並於112年1月完成評估報告。
- 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，並於同年11月與廠商溝通，後續將提至特材共同擬訂會議討論。



自付差額特材申報情形說明

➤ 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%。

17



自付差額特材申報情形說明

➤ 特殊功能及材質髓內釘組：

- ① 經醫療科技評估(HTA)，若以「全額給付」方式納入健保給付，預估財務影響，第1年約11.4億點至第5年約13.7億點。
- ② 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，基於為減輕民眾負擔，故比照現行健保自付差額「鈦合金加長型髓內釘組」之健保支付點數19,036點支付(原本健保給付不鏽鋼材質之髓內釘支付點數為7,671點)，並於當年挹注6.9千萬，111年申報組數尚未超出預算數。
- ③ 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。

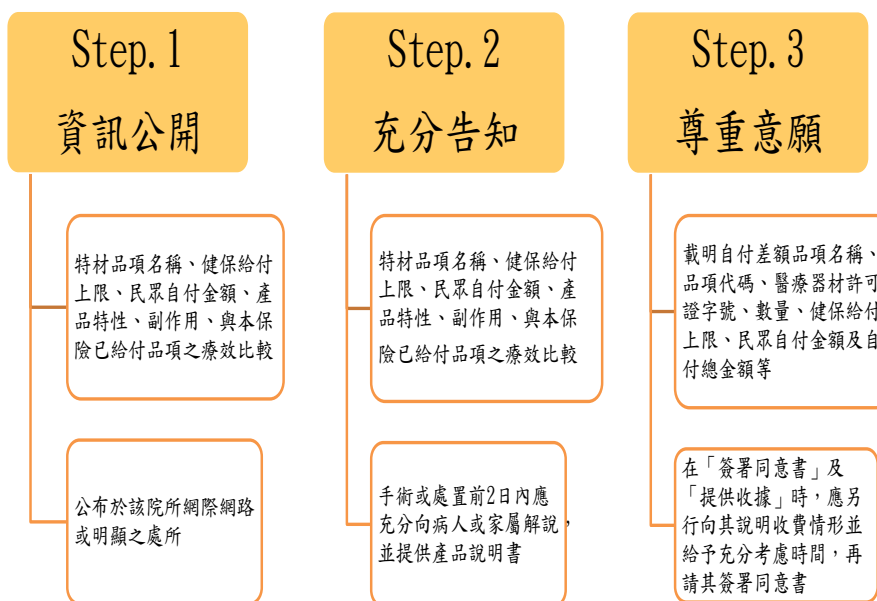
◆其餘自付差額品項，因調整功能分類、再新增自付差額品項數，造成占率之變動，將持續觀察。

18

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：





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://www.nhi.gov.tw/QueryN_New/SpecialMaterial/SpecialMaterial)
 - 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/>)

21



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。
 - **優先有條件式的納入健保全額給付**。
 - 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

22

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。

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、本署於 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，與牙全會就 112 年度牙醫門診總額協定項目之預算扣減方式及節流效益評估方式討論，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 3 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，俾利本署提報貴會。
- 三、惟「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」之節流效益計算方式與量化金額，牙全會迄今尚未提出規劃，本署將再追蹤牙全會提案情況，並於牙醫門診總額研商議事會議討論取得共識後，提報貴會。

報告單位業務窗口：阮柏叡專員，聯絡電話：02-27065866分機2670

.....

本會研析說明：

- 一、本會 112 年度第 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、本案係健保署依上開決定再次提報規劃內容，彙整總額協定事項、112.7.26 委員會議決定內容、健保署本次提報規劃結果及本會研析建議如附件(第 203~204 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之費用，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 季結算執行扣減。

- (二)項次 2~4，3 項涉及節流效益檢討之專款項目：112.7.26 委員會議已決定成效指標，惟尚未提出項次 2 之分子、分母定義，及將此 3 項節流效益轉換為量化金額及其具體計算方式。本次報告仍未及提出相關內容，建議健保署會同牙全會儘速研議，並依 112.7.26 委員會議決定，於 113 年 3 月委員會議將此 3 項之具體規劃，併同「112 年度總額預算扣減方式及節流效益」執行結果提報本會，以做為 114 年度總額協商參考。

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 委員會議決定內容、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 委員會議決定內容		健保署本次提報規劃結果	本會研析建議
		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. 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	修正成效指標： 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)。	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。	本署於 112 年第 3 次研商議事會議決議，請牙全會於 112 年 10 月底提供本項協定項目預算扣減方式及節流效益，惟牙全會迄今尚未提出規劃，本署將儘速與牙全會取得共識後，提報貴會。	<u>建議健保署會同牙全會儘速研議，於 113 年 3 月份委員會議提報「112 年度總額預算扣減方式及節流效益」執行結果時，併同提出此 3 項之計算方式，以做為 114</u>

專款項目	協定事項	112.7.26 委員會議決定內容		健保署本次提報規劃結果	本會研析建議
		同意之規劃內容	待完成事項		
3. 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算財源	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。	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。	本署於112年第3次研商議事會議決議，請牙全會於112年10月底提供本項協定項目預算扣減方式及節流效益，惟牙全會迄今尚未提出規劃，本署將儘速與牙全會取得	年度總額協商參考。
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：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。	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。	共識後，提報貴會。	

附錄

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：陳思琪
聯絡電話：(02)8590-6878
傳真：(02)8590-6046
電子郵件：hsszchi@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國112年11月23日
發文字號：衛部健字第1123360174號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明

主旨：檢陳本會依法完成協議訂定113年度全民健康保險醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式，謹請鑒核。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第61條規定、鈞部本(112)年8月8日衛部保字第1120132989號函及本會本年本(11)月1日衛部健字第1123360154號、本年本月2日衛部健字第1123360157號書函(諒達)辦理。
- 二、113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式之協定結果，業報請鈞部核(決)定在案。另依本會本年第8次(112.9.22)暨第9次(112.10.18)委員會議決議(定)事項之附註：「中央健康保險署對於其他預算建議維持原提各項預算金額(書面資料，會後補充如附件六)，將併同各部門總額協商結論一併陳報衛生福利部。」(紀錄諒達)，併同補充如附件一，請鈞部參考。

三、至於旨揭一般服務費用之地區預算分配方式，經本會本年第9次(112.10.18)、第10次(112.11.15)委員會議完成協定，說明如下：

- (一)牙醫門診總額、中醫門診總額及西醫基層總額一般服務費用之地區預算分配方式達成共識(如附件二)。
- (二)醫院總額一般服務費用之地區預算分配方式，經醫院部門代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第10條規定，以兩案併陳報請鈞部決定(如附件三)。檢附協商過程之發言實錄(如參考資料)，併請鈞部參考。

正本：衛生福利部

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

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

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

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國112年11月22日
發文字號：衛部健字第1123360175號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：本會第6屆112年第10次委員會議紀錄(節錄)

主旨：檢送本會委員提案對「建請政府依法撥補102年~111年政府應負擔健保總經費法定下限36%差額，及恢復原健保法施行細則第45條與菸品健康福利捐分配健保安全準備比率，確實承擔健保財務責任」決議及所提相關建議，敬請積極回應處理，請查照。

說明：依據本會第6屆112年第10次委員會議(112.11.15)決議事項辦理(紀錄及與會人員發言實錄節錄如附)。

正本：衛生福利部
副本：衛生福利部中央健康保險署

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

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

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國112年11月22日
發文字號：衛部健字第1123360172號

速別：速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：1. 衛福部健保會第6屆112年第10次委員會議資料(節錄)、2. 會議紀錄(節錄)

主旨：檢陳本會依法完成全民健康保險113年度保險費率審議結果，謹請鈞部轉陳行政院核定，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法(下稱健保法)第24條規定暨本會第6屆112年第10次委員會議(112.11.15)討論事項第四案決議辦理(會議資料及會議紀錄節錄如附件1、2)。
- 二、旨揭費率之審議，係由中央健康保險署(下稱健保署)依健保法第24條規定提出審議草案，經本會依健保法第24條第2項規定，在審議前邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士，於112年10月18日召開「全民健康保險113年度費率審議前專家諮詢會議」提供意見後，提至112年第10次委員會議審議完成，審議結果為：一般保險費率建議維持現行費率5.17%。
- 三、茲整理前揭專家諮詢會議及委員會議意見重點摘要如下：

(一)就113年度保險費率方案(草案)之意見：

- 1、全民健康保險113年度保險費率：依據113年度總額協商結果及健保財務推估，在現行費率5.17%下，113年底安全準備總額約當2.02(付費者方案)或1.87(醫界方案)個月保險給付支出，符合健保法第78條需有1~3個月安全準備之規定，建議113年度維持現行費率5.17%。
- 2、政府於112年、113年撥補健保安全準備240億元、200億元，雖減輕健保財務壓力，亦增加未來調整費率的困難度，延緩健保改革腳步。長期而言，健保財務問題宜回歸健保制度的調整機制，或調整健保財務收支結構。

(二)對短期開源節流措施之看法及建議：

- 1、應遵循法令規範，落實政府應負擔健保總經費法定下限36%的財務責任；並建請將健保法施行細則第45條修回二代健保原先立法內容、菸捐分配健保安全準備恢復至70%。
- 2、研擬總額範圍及總額協商時宜審慎評估總額成長幅度，並檢討整體總額支出配置是否具有有效性。
- 3、審慎研議部分負擔推動方案：112年7月部分負擔調整之財務影響僅有33億元，建議蒐集各方意見審慎研議，以達預期效果。

(三)對中長期增加保險收入及強化健康投資之建議：

- 1、支持強化健康投資，落實效益評估：衛福部近年推動多項醫療資源整合相關政策計畫(如家庭醫師整合照護計畫、分級醫療)，只看到預算投入，但沒有呈現節省醫療支出多寡，應深入探討相關預算投入後的追蹤管理，若具成效，則可再運用於更多的健康投資項目，形成良性循環。
- 2、規劃保費徵收調整機制：建議參採類似年金保險提存機制，以因應未來負擔保費的青壯年人口逐漸減少的健保財務壓力；或參考德國長照經驗，成立費率平穩基金。
- 3、提高民眾投資健康之認知：新醫療科技價格高昂，如納入健保給付，需有相對財務資源因應，應適度教育民眾認同投資健康的價值與必要性，接受醫療支出在生活費用占比未來會越來越高的趨勢。

四、副本抄送健保署，請就委員意見研參妥處。

正本：衛生福利部

副本：衛生福利部中央健康保險署(含附件)

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：hgmp64@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11月30日
發文字號：衛部保字第1120149717號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：健保會書函及其附件

主旨：檢陳「113年度全民健康保險保險費率案」，請鑒核。

說明：

- 一、依據本部全民健康保險會(以下稱健保會)112年11月22日衛部健字第1123360172號書函(附件)辦理。
- 二、全民健康保險法(以下稱健保法)第24條規定，第18條被保險人及其眷屬之保險費率，應由保險人(以下稱健保署)於健保會協議訂定醫療給付費用總額後一個月提請審議。審議前，健保會應邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供意見；並應於年度開始一個月前，依協議訂定之醫療給付費用總額，完成該年度應計之收支平衡費率之審議，報主管機關轉報行政院核定後，由主管機關公告之。至補充保險費費率，依同法第33條規定，應按一般保險費費率之成長率調整。

112.12.01



112CC00952

三、健保會前於112年9月22日完成並確認「113年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結論」，結果略以：113年度醫療費用年度總額(成長率)，付費者方案：約8667.1億元(3.645%)，醫界方案：約8753.0億元(4.672%)；同年10月18日召開「全民健康保險113年度費率審議前專家諮詢會議」，邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士等提供意見；同年11月15日召開第6屆112年第10次委員會議，討論健保署提具之「全民健康保險113年度保險費率試算結果(草案)」(附件第8頁至第39頁)，審議結果為：一般保險費率建議維持現行費率5.17%。

四、針對上開健保會113年費率審議結果，謹擬議如下：

- (一)健保會113年費率建議，係依據現行費率5.17%下，113年底安全準備總額約當1.87至2.02個月保險給付支出(前者為醫界代表版本預估數，後者為付費者代表版本預估數，健保財務估計詳附件第20頁)，符合健保法第78條安全準備總額以1~3個月保險給付支出為原則之規定。
- (二)健保費率5.17%係110年調整，至今已維持3年。當時費率並未足額調升，本部所研擬並於111年1月28日函送健保會政策諮詢之「全民健保財務調整措施」中，「提高投保金額上限5級至219,500元」已於111年7月1日起施行；健保部分負擔調整，經盤點實務流程，於112年7月1日就門診

藥品與急診調整部分負擔。財務挹注部分，鈞院112年度以公務預算撥補全民健康保險基金240億元，113年度將再以特別預算挹注200億元，以及113年元月1日軍公教將調薪4%、基本工資將由26,400元調整為27,470元等利多政策使健保費增收(共約64億元)等，113年健保費率爰無調整迫切性。

(三)另依據健保署財估資料顯示(詳附件第21頁)，在「維持安全準備1個月」下，116年度費率需調整至5.87%~5.94%，趨近法定上限6%，制度檢討刻不容緩。本部已成立「全民健康保險法修法核心工作小組」，就各界關切之收支重大議題積極盤點並逐項檢討，同時廣續推動分級醫療及支付制度改革、抑制資源不當耗用、重複用藥檢查(驗)管理等醫療品質管理措施，另將強化前端預防保健及後端照護資源連結，及早因應人口老化造成醫療需求的改變。

五、全民健保是政府重要施政，更是所有醫界夥伴們付出心力提供民眾優質醫療服務所營造出的成就。鈞院連續2年挹注健保，投入資源，彰顯政府照護國人健康的決心。考量健保財務在現行費率5.17%下，113年底安全準備總額約當1.87至2.02個月保險給付支出，符合安全準備法定下限規定，本部尊重健保會審議結果，建議113年一般保險費費率維持5.17%，補充保險費費率依法維持2.11%，均不調整。

正本：行政院

副本：衛生福利部中央健康保險署、本部全民健康保險會

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>吳委員榮達(議事錄第 25 頁)</p> <p>第 1 個問題，要不要訂一個上限值？如果沒有定值的上限，是不是會有衡量的問題？就是透過量的次數增加很多而需要很多預算，因此建議是不是要考量定值的問題？第 2 個問題要考慮到能否滾入基期？這部分如果增加之後滾入基期，會影響明年、後年有關於成長率的部分，這要綜合考量。第 3 點是醫院部門這部分怎麼去計算？</p>	<p>一、查動支「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目預算，有其適用範圍及動支程序，符合條件才予以補助，補助金額也不會滾入基期。</p> <p>二、本署業與醫界相關代表就本案評估及補助方式進行討論，決議略以：</p> <p>(一) 第 1 階段先計算 COVID-19 與類流感申報量高於 108 年的點數，以每點 1 元補助。</p> <p>(二) 第 2 階段如該分區平均點值(醫院部門臺北、中區以攤扣前預估點值為基準，其他四分區以全區預估平均點值為攤扣前點值之計算基準)於第 1 階段撥補後，未至每點 0.9 元者，再補至每點 0.9 元。</p> <p>三、各醫院補助分配細節，由各分區業務組於共管會議達成共識。</p> <p>四、針對異常申報之院所，本署將加強審查。</p>
<p>劉委員淑瓊(議事錄第 26 頁)</p> <p>目前健保署只給我們 COVID-19、類流感案件的成長趨勢、試算基礎這些資料，就要我們馬上決定給或不給，我覺得這是很不負責的作法，因為第 1 個是分區的人口組成不一樣，有的是老年人</p>	<p>一、自 112 年 3 月 20 日起，COVID-19 降級後回歸健保，而 112 年健保總額於 111 年協商時未考慮 COVID-19 降級所產生之醫療費用影響，爰就前開費用所產生之影響予以補</p>

委員意見	健保署說明
<p>口多，受到的衝擊也不太一樣，現在齊頭式處理到底能否緩解各個分區面對的困境，我覺得這是我們沒有得到答案的。</p> <p>第2個就是我們現在簡單、粗暴的把112年減108年，可是應該要細緻去比較每個分區各年齡層的類流感跟COVID-19案件的流行病學，這是很關鍵的，你也要去探討到底有沒有upcoding的狀況，就是高報編碼，我們要做一個道德風險的校正，所以這些都是我們在提到這裏要委員做決定時，都應該要提供的資料。</p>	<p>助。</p> <p>二、另考量 COVID-19降級後，民眾可能不再進行快篩，且 COVID-19症狀與類流感相似，爰經與醫界討論後，爰以 COVID-19案件加計類流感案件併計，與疫情前(108年)比較，並比照降級前以公務預算模式每點1元予以補助。</p> <p>三、針對異常申報之院所，本署將加強審查管理。</p>
<p>滕委員西華(議事錄第31~32頁)</p> <p>第3個，如果按照補點值的概念，為什麼不是參照108年點值，為什麼要以每點1元撥，為什麼是要用平均點值算到0.9？如果是參照108年的服務量能，那參照的基準也不對啊，公務預算每點1元是用在傳染病防治，如果要這樣的話，應該請疾管署另外用公務預算補，因為每點1元這件事情，在健保總額中，除需保障或鼓勵的服務項目有保障點值外，都沒有這樣的概念。更不用講，當然會有upcoding的問題，怎麼會沒有upcoding問題。再來108年~112年支付標準也不一樣啊，光看診察費就調過多少了，如果又不參照108年的支付點數或平均點值來計算，用112年的支付標準回補到每點1元，等於被保險人又要再拿出相較108年用較高的支付點數回補，我們在總額協商的非協商因素的公</p>	<p>一、依據「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍及動支程序，評估指標係以「平均點值0.9」作為衡量標準，爰計算補助金額時比照辦理，另111年第3、4季中醫部門動支本項目預算之補助金額亦以平均點值0.9作為基準。</p> <p>二、另112年因應自3月20日起，COVID-19降級後回歸健保，而112年健保總額於111年協商時未考慮 COVID-19降級所產生之醫療費用影響，爰本年度動支額度再加計前開較108年增加費用所產生之影響，並比照降級前以公務預算模式每1點1元予以補助。</p> <p>三、針對異常申報之院所，本署將加強審查。</p>

委員意見	健保署說明
<p>式中，滾入基期的成長率都沒有算了，光是支付標準的調升，在這裡就有不同的金額，健保署要不要告訴我們，如果要按照 108 年服務量和點值，108 年~112 年的支付標準產生什麼樣的變化，特別是基層的診察費調整非常的多，醫院調整的還沒那麼多，我覺得光這幾件疑問就應該要被回答，才有辦法決定目前點值計算的對不對，因為剛主席講要用點值計算，先不要講要不要補點值，光用點值參照這件事，我就有 4 個疑問，我就不太明白。</p>	
<p>林委員恩豪(議事錄第 45~46 頁)</p> <p>我就綜合說，這裡有一個要補的方式，其實我看不太懂，就是補助金額計算方式第 2 點，費用先補到每點 1 元，再去平均，再補到 0.9 元，我不知道這是怎麼弄的，搞不太清楚，剛剛署長講的意思是說先補到 0.9 元，這裡又先補到每點 1 元，再去平均，再補到 0.9 元，這是不是未來說明的時候要說明的更清楚。</p>	<p>一、經與醫界代表討論後，動支預算計算方式如下：</p> <p>(一) 第 1 階段先補 COVID-19 與類流感申報量高於 108 年的點數，以 1 點 1 元代入。</p> <p>(二) 第 2 階段如該分區平均點值(醫院部門台北、中區以攤扣前預估點值為基準，其他四分區以全區預估平均點值為基準)未至每點 0.9 元者，再補至每點 0.9 元。</p> <p>二、補助金額(結算數)計算如下：</p> <p>(一) 中醫：第 1 季約須 1.90 億元、第 2 季約須 2.79 億元，合計約 4.7 億元。</p> <p>(二) 西醫基層：第 1 季未達補助標準，第 2 季約 5.65 億元。</p> <p>(三) 醫院：第 1 季約須 15.04 億元；第 2 季約須 25.95 億元，合計</p>

委員意見	健保署說明
	<p>40.99 億元。</p> <p>(四) 綜上，經統計 112 年第 1、2 季中醫、西醫基層及醫院合計共須動支約 51.33 億元(第 1 季約 16.94 億元、第 2 季約 34.39 億元)。</p>
<p>林委員文德會後書面意見(議事錄第 55 頁)</p> <p>疫後新冠及類流感個案的大幅增加，確實符合非預期風險預算之適用範圍，健保署提案予以補償，應屬合適，惟補償的合理性宜再斟酌。以西醫基層為例，在補助 COVID-19 及類流感前，全區的平均點值已超過 0.9，補助後，多數分區均大於 0.93，僅有台北分區低於 0.9，其他中醫及醫院部門亦有類似的情形。健保署建議將點值不足 0.9 的分區補足到 0.9，似未能考慮分區點值的差異可能受分區預算分配合理性及分區自主管理力度的影響，而非來自於「非預期的風險」。因此以「非預期風險的」預算補助點值未達 0.9 的分區，似不符本預算的適用範圍，亦有違總額預算分配的公平性及各分區專業自主管理的精神，建議宜再審慎考量。</p>	<p>一、考量醫院部門，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，本署業於112年11月20日與醫院相關代表就本案評估及補助方式進行討論，並決議北區、南區、高屏區、東區均實施醫院個別總額，申報數無法反映實際服務量，爰以全區預估平均點值為攤扣前點值之計算基準。另各醫院分配細節，由各分區業務組共管會議決議。</p> <p>二、經與醫界討論後，動支預算計算方式如下：</p> <p>(一) 第 1 階段先補 COVID-19 與類流感申報量高於 108 年的點數，以 1 點 1 元代入。</p> <p>(二) 第 2 階段如該分區平均點值(醫院部門台北、中區以攤扣前預估點值為基準，其他四分區以全區預估平均點值為基準)未至每點 0.9 元者，再補至每點 0.9 元。</p>

委員意見	健保署說明
<p>劉委員淑瓊會後書面意見(議事錄第 55~56 頁)</p> <p>經 112 年第 10 次委員會議討論，台灣醫療改革基金會認同解決因 COVID-19 降級解封後，就醫量改變造成點值衝擊之問題，以緩解醫療院所經營困難，但針對本提案有 3 點意見：</p> <p>一、全民健康保險會對於「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」因預算經費不足，中央健康保險署提案動支安全準備，我們表示反對：</p> <p>(一)不論健保署的資料呈現、主計總處代表已充分敘明，該處挹注特別預算 240 億元，是為撥補安全準備不足之用，已撥入安全準備「水庫」。也就說是說，該款項不是公務預算，也無法匡列用途，即沒有因疫情專款專用的道理。</p> <p>(二)政府將安全準備比作「預備金」，健保署提案動用安全準備，但至今安全準備動支程序及相關作業規範、禁止事由、資訊公開的辦法均付之闕如，違反法律保留，建請社會保險司訂定及完善作業辦法，衛生福利部應依法行政。</p> <p>二、健保署屢指，醫療院所因現金流不足，故提案具急迫性。但是現金流的基本觀念是，機構或商號某一段時間內可以立刻拿出來使用的現金，醫療院所若現金流不足，健保署即可借款協助等。不應在於法無</p>	<p>一、預算來源：</p> <p>(一) 考量健保總額支付制度係前瞻性支付制度，為因應非預期風險或其他非預期政策改變導致各部門整體醫療費用造成顯著影響(如 COVID-19 疫情影響)，於其他預算編列「非預期預算」支應，過去在莫拉克風災、高雄石化氣爆、八仙粉塵暴燃時也曾經動支，惟如當年度未使用則回歸健保安全準備金(自 92 年起累計回歸健保安全準備金約 89.7 億元)；爰此，如遇前開經費當年度所編預算不足，應從健保基金挹注支應。</p> <p>(二) 另政府 112 年挹注特別預算 240 億元至健保基金，供穩定健保運作使用，未指定用途。有關本次點值調節作為，健保署建議經費不足部分由前開預算支應，剩餘款項將滾入健保安全準備。</p> <p>二、安全準備金估算說明：</p> <p>(一) 以最新健保財估，以公務預算支應 112 年撥補第 1、2 季點值 43.33 億元後，112 年保險收支累計結餘 1,233 億元，約當 1.89 個月保險給付支出。</p> <p>(二) 113 年保險給付累計結餘 1,215 億元，約當 1.8 個月保險給付支出，因此本案動用金額後，113 年安全準備仍高於 1 個月保險給付</p>

委員意見	健保署說明
<p>據的情況下，違反總額制度，且破壞以年度結算方式討論點值趨勢的往例，這是本末倒置。</p> <p>三、建議點值撥補問題，應於評估資料更加完備、法令更加完善後，於113年重新提案，請健保署依各分區的人口、年齡情形，提出流行病學之趨勢報告，以及分析 COVID-19 與類流感案件的編碼情形，就高報編碼的狀況加以校正。而經費不足額度動支安全準備，雖非健保會權責範圍，但為維護總額制度與財務穩定，建請衛生福利部另以公務預算撥補。</p>	<p>支出，明年健保費率將不受影響。至於後續費率是否調整，則須視國內人口老化程度，新藥、癌藥等高科技醫療費用影響，民眾健康照護需求，予以評估。</p> <p>三、本案業於112年11月23日報部，並經112年11月30日行政院第3882次院會同意備查。</p>
<p>韓委員幸紋(議事錄第 67 頁)</p> <p>今天政府額外撥補 240 億元、200 億元，如果健保署進行財務預估時也是把它放在收入面，我會建議健保署的圖就要修改，因為現在已經發生了過去沒有的狀況，因為政府居然願意再多撥補一筆預算而使政府負擔超過 36%，所以我覺得這個模型可能要修改。</p>	<p>112 年及 113 年除政府法定負擔外，政府額外撥補健保基金之 240 億元及 200 億元，因非屬法定應負擔，爰列「其他保險收入」，且此項撥付非常態性，不含在政府負擔比率之 36% 內。</p>
<p>李委員永振(議事錄第 67 頁)</p> <p>比方來說，本次健保署更新資料並未標示修改處，閱讀者未能馬上掌握差異及影響，而必須重新閱讀並比對舊資料分析，例如平均眷口數 113 年 1 月起由 0.57 人調整為 0.56 人，此項影響保險收入減少 21 億元，但另檢視會議資料(修正前)及補充資料 1(修正後)之數據，113 年預估保險收入減少 17 億元、政府負擔不足法定 36% 之差額只減少 1 億元，</p>	<p>一、謝謝委員指教，未來更新資料將標示。</p> <p>二、另 113 年公告調整事項除平均眷口數由 0.57 人調整為 0.56 人外，尚包括僱用被保險人數未滿 5 人之事業負責人，會計師、律師、建築師、醫師、牙醫師、中醫師以外之專門職業及技術人員自行執業者或屬於第 1 類被保險人之自營業</p>

委員意見	健保署說明
<p>相關的其他因素未交代，讓人一頭霧水，似嫌有些美中不足。</p>	<p>主(小雇主)之最低投保金額由36,300元調整為38,200元。上開公告調整事項導致保險收入分別減少21億元及增加5億元(整體保險收入減少17億元)，致政府負擔不足法定36%之差額減少1億元。</p>
<p>劉委員淑瓊(議事錄第 76 頁)</p> <p>針對「護理人力指標-全日平均護病比達成加成之占率」指標，健保署回應配合三班護病比政策，持續精進護病比加成規範，健保 VPN(健保資訊網服務系統)在今年 7 月 31 日新增填報欄位，並且以護理及健康照護司函知全國醫院配合填報，肯定健保署有行動，但還是有兩個建議。</p> <p>第 1 個，要持續精進護病比加成規範，我們希望健保署可以提供這個規範的修正重點還有期程，儘快提出不晚於明年 9 月的總額協商，這是第 1 點。</p> <p>第 2 個，請問健保署，現在署長跟副署長都不在，不知道是什麼原因。VPN 在 7 月 31 日已經新增欄位，現在已經過了 3 個月，不知道什麼時候可以在健保署官網醫務管理系統查詢到，因為醫改會同仁上去看找不到，現在公開的資訊還是全日護病比。健保署既然有收集這個資料，希望能夠儘快公布，讓大家都可以看得到三班護理人員數跟三班護病比，以上謝謝。</p>	<p>一、考量現行全日平均護病比加成規範涉及護理及醫院管理相關議題，爰本署續將請相關團體提供專業意見，據以研議並檢討現行加成規範，以鼓勵醫院持續朝向更佳的護病比努力。</p> <p>二、另有關三班護病比公開事宜，考量該數據係衛生福利部護理及健康照護司訂定三班護病比標準之用，且現行醫療機構設置標準係規定醫院按月公開「全日平均護病比」，爰本署續將與該司共同研議三班護病比公開相關事宜。</p>
<p>李委員永振(議事錄第 76~77 頁)</p> <p>有 3 點請教。第 1 點，請參考會議資料第 191 頁投影片第 8 張，有關效率指</p>	<p>一、有關指標 1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數，說明如</p>

委員意見	健保署說明
<p>標 1.3 的檢視，追蹤近 3 年癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數執行情形，有接受安寧療護者相較於未接受安寧療護者的費用約低 10~14%，但癌末病人死亡前一年內有申報安寧照護費用之比率近 3 年呈現下降趨勢，109 年 64%，110 年降為 62%，111 年再降為 61%。除受到當時防疫影響之外，請健保署進一步了解下降的具體原因，做為繼續改進推動安寧醫療服務的參考，保障癌末病人有尊嚴地度過人生的最後一程。</p> <p>第 2 點，請各位參考會議資料第 203 頁投影片第 32 張，這邊數字很明顯有快速惡化的趨勢，同時在費率審議前專家諮詢會議的相關推估，成果也受到關注，推估的假設應依經驗及委員所提建言深入檢視檢討，尋找真正原因，才能確實改善，要先面對問題，如果真的是很大的非預期，那扣掉是可接受的。</p> <p>第 3 點，請各位看到會議資料第 205 頁投影片第 35 張，以目前的觀測條件，109 年的運用效益最好，這從背景資料應該很明顯可突顯出來，111 年呈現的數據好像比 110 年好一點，但是否有實質上的進步，還尚待進一步解析了解，因為所看到的收益率是受到全球利率上升的必然現象，不是努力的結果，實質效益應該要深入剖析所投資的內容，用比較客觀的方式來判定有沒有進步，應該會比較好。當然，目前來要求這項有點為難，最好是在安全準備有 2,000</p>	<p>下：</p> <p>(一) 本署監測癌症末期病人死亡前一年之安寧療護利用率，自 101 年為 40% 成長至 109 年為 64%，110 年為 62.3%、111 年為 61.3%，推估仍可能係因 111 年本土 COVID-19 疫情升溫，Omicron 病毒傳播快速，各醫院配合中央流行疫情指揮中心要求保留特定比率病床做為專責病床，且醫護人力多配合防疫調整，間接影響安寧推動。</p> <p>(二) 本署持續推動並加強癌症末期病人之安寧療護使用。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 本署每月定期提供前開病人安寧醫療利用情形，供本署各分區業務組輔導院所，以提升安寧照護利用率。 2. 另透過全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案之指標「建立安寧緩和醫療跨院際合作」，鼓勵醫院持續推動安寧緩和療護服務並提升可近性，促使更多院所及照護機構加入，提供癌症病人於面臨疾病末期階段之適切安寧緩和療護服務。 <p>二、有關指標 5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率，說明如下：</p> <p>受疫情影響 110 年及 111 年保險費收入預估較為保守，然實際經濟狀況較為樂觀，致該 2 年</p>

委員意見	健保署說明
<p>億元以上時是最佳時期，我們已經錯過了，錯過總是要亡羊補牢，看怎麼再去掌握這部分，這樣監測指標才有意義。</p>	<p>補充保險費收入高於預估。惟排除上開年度，其餘年度本項指標保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率，差異不大。</p> <p>三、有關指標5.4資金運用收益率，說明如下：</p> <p>健保基金屬隨收隨付之短期保險財務制度，資金運用原則係以流動性及安全性重於收益性，未來在兼顧整體資金需求與現金流量下，將視整體利率走勢，若有其他收益較佳且符合期間需求之投資工具，再予以評估進行投資，以適時提升收益率。</p>
<p>朱委員益宏(議事錄第 77~78 頁)</p> <p>謝謝主席，關於這些指標，我記得上次報指標的時候有提出來，健保署現在看起來行禮如儀，指標數字讓大家知道一下，稍微說明指標可能不理想的原因，大部分都是因為疫情關係，但事實上在六個分區的管理層面，像台北區就沒有看到指標落實到管理，沒有看到健保署有實際上的管理，這些正向指標或是負向指標，正向怎麼加強，負向怎麼降低，沒有看到具體的措施。</p> <p>舉個例子來講，我一直很關注急診病人留置急診室超過 24 小時比率，台北某家國家級醫學中心就超過 10%、20%，10 年來都是這樣，這個指標監測 10 年、20 年都是這樣子，因為健保署沒有作為，所以醫院不會去改善。另外看到依檢傷分類的急診病人留置急診室超過</p>	<p>一、感謝委員指教，本署配合持續監測各指標趨勢，並書面提供相關資料與說明，且積極推動各項方案與計畫，及滾動式檢討相關管理與配套措施，另有關監理指標資料統計，並未細分至分區，本署持續配合貴會提供相關資料說明。</p> <p>二、有關指標1.2急診病人留置急診室超過24小時比率，說明如下：</p> <p>(一) 為增進急診處置效率，本署定期監測相關指標，除每半年於「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)報告急診病人留置急診室超過 24 小時比率之監測結果外，亦每季於本會議之本署</p>

委員意見	健保署說明
<p>24 小時比率，因為不改善，111 年醫學中心檢傷分類第一級還有 16.59%，所謂檢傷分類第一級就是病人要死掉了，病人可能已經非常危險、瀕臨死亡，在分類的時候是第一優先要處理的，結果還有 16.59%在急診室留置超過 24 小時，但健保署對這些指標沒有管理策略，也沒落實到分區管理，因為分區管理才會落實到每家醫院管理，這個必須針對每家醫院的特殊狀況管理，但健保署頂多就是回饋資料而已，至於醫院管不管就兩手一攤。</p> <p>像初級醫療，長期看起來初級醫療就是這樣，也沒有改變，衛福部的分級醫療政策現在也停了，連衛福部都不動，健保署當然更不願意動，健保署不動，醫療機構怎麼會動，就看到很多大型醫院一直不斷地開門診，健保署每個月報表可以看到醫學中心的慢性病占門診件數高達 50~60%，也沒有改善，每次報告這些指標，委員講一講，就給健保署參考而已，建議主席應該有具體建議，下一次報告時，健保署要提出具體執行方案，方案怎樣落實到分區管理，比如說方案執行 1 年以後有什麼結果，這樣看指標才有意義，不然每次都讀一讀而已，乾脆上網公告就好了，也不會占用大家時間。</p>	<p>業務報告呈現急診品質提升方案各指標表現情形。</p> <p>(二) 另依據 112.9.14 第 3 次共擬會議決議，由本署函詢績優醫院(臺中榮總)降低「急診病人留置急診室超過 24 小時比率」之方法及提供給各醫院參考，並於 112.12.14 第 4 次會議邀請該院經驗分享。</p> <p>(三) 為滾動檢討急診品質提升方案，本署前邀集急診醫學會等醫界專業團體全面審視及討論，並於 111.4.1、112.6.1 修訂實施，本方案四大構面如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 「急診重大疾病照護品質」:針對急性心肌梗塞、重大外傷、嚴重敗血症、到院前心跳停止及主動脈剝離需緊急開刀病人，訂定到院一定時間內接受必要治療處置之標準(如:急性心肌梗塞於 90 分鐘內接受緊急介入性心導管治療)，如符合上開獎勵條件者，個案獎勵 2,000-30,000 點。 2. 「轉診品質」:依上轉時間、直接轉入加護病房與否，每個案獎勵 500-5,000 點;下轉依是否直接轉入加護病房，每個案獎勵 500-5,000 點。 3. 「急診處置效率」:符合緊急插管、重大疾病進入加護病房<6 小時，每個案獎勵 5000 點;檢傷一、二、三級急診病人轉入病房

委員意見	健保署說明
	<p><8 小時，每個案獎勵 50 點；地區醫院急診病人較去年增加，每增加 1 人次支給 500 點獎勵。</p> <p>4. 「補助急診專科醫師人力」：補助醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務，每人次每月補助上限 3 萬點。</p> <p>(四) 考量健保未限制民眾就醫，本方案已提供醫院端不同構面多元獎勵方式，另為持續精進，本署業於 112.10.27 函請急診醫學會提供方案修訂建議，將俟該會提供意見後，另行評估與討論。</p>
<p>韓委員幸紋(議事錄第 78 頁)</p> <p>第 6 類保險對象保費收繳率，數據明顯偏低，建議健保署應該針對這個問題去研議，事實上第 6 類收繳率偏低不是今年才發生的，應該是長久以來一直存在的問題。</p>	<p>第 6 類被保險人因多屬無工作於戶籍所在公所辦理投保之經濟弱勢對象，致影響保險費繳納能力及收繳率。本署將持續爭取財政部公益彩券回饋金，並集結政府及民間各類社團力量，協助弱勢民眾以減少欠費，提升渠等保險費收繳率。</p>
<p>韓委員幸紋會後書面意見(議事錄第 81 頁)</p> <p>根據全民健康保險法第 2 條，本法用詞，定義如下：</p> <p>一、保險對象：指被保險人及其眷屬。</p> <p>二、眷屬：</p> <p>(一)被保險人之配偶，且無職業者。</p> <p>(二)被保險人之直系血親尊親屬，且無職業者。</p> <p>(三)被保險人二親等內直系血親卑親屬未成年且無職業，或成年無謀</p>	<p>一、健保法第 10 條第 6 款明定，第 1 款至第 5 款及本款前目被保險人及眷屬以外之家戶戶長或代表，為第 6 類第 2 目被險人。即未具有第 1 類至第 5 類及第 6 類第 1 目及眷屬資格者，方符合第 6 類第 2 目被險人投保身分。</p> <p>二、另同法施行細則第 18 條第 2 項明定，保險對象無其他應隨同投保</p>

委員意見	健保署說明
<p>生能力或仍在學就讀且無職業者。</p> <p>若學生主張他有打工，所以是有職業的情況，但是雇主未幫兼職人員投保(健保並未強制要求雇主要幫兼職人員投保)，這樣學生可否以第六類身分投保? 因為目前有職業應該怎樣認定? 如果有工作但是沒有投保這樣算嗎? 目前健保法跟細則似乎沒有明確的規定。</p> <p>如果具學生身分明訂是不能在第六類投保，在行政上，至少在學生自行至鄉鎮市公所投保時，行政人員應告知相關規定 就算現場無法立即串聯學籍資料，但對於一定年齡以下的民眾，應該先行確認有無學生身分，否則即使事後查核，學生若表示現場投保時並未被告知不可以這樣投保的情況，這樣也容易引發爭議。不過，就全民健保法及施行細則，似乎並未明訂學生絕對不能以第六類被保險人身分投保。因為這個爭議其實由來已久，但是一直未獲處理，長期也會影響健保財務，因具學生身分卻以第六類被保險人投保者，多半為父母是高薪者的情況，故希望健保署可以提出相對應的策略予以因應。</p>	<p>之被保險人時，應以第6類被保險人身分投保。</p> <p>三、學生具有受僱者身分時，應以第1類受僱者身分投保，但若從事工作未逾3個月者，依同法施行細則第20條規定，得以原投保身分繼續投保。</p> <p>四、本保險課以投保單位及被保險人主動申報作為義務，為能使各分區業務組及各公所正確受理健保投保作業，本署原即訂有「公所受理第六類保險對象投保流程圖」及「公所受理第六類保險對象辦理加保作業標準問答程序」，例如，公所受理投保時，應視被保險人年齡，提醒被保險人是否在學、是否確無其他被保險人(配偶、子女、父母...)可依附投保、是否有在工作等，如有工作或具眷屬身分，即應告知保險對象另以適法身分投保，以供臨櫃正確受理及輔導民眾以適法身分投保。</p>
<p>劉委員淑瓊(議事錄第 82 頁)</p> <p>請看會議資料第 224、225 頁，就像剛剛報告提到，過去有 2 次做 RBRVS 但沒成功，很重要的原因是醫院的成本資料不願意拿出來，剛剛一直都沒聽到健保署針對這個問題怎麼記取教訓，取得最關鍵的資訊，我們希望以問題為導</p>	<p>本署 112 年辦理 RBRVS 評量作業，並參考過去推動經驗，規劃期程說明如下：</p> <p>一、112年優先針對急迫性高之議題處理，及完成 RBRVS 執行規劃，並邀集總額受託單位討論通盤調整方向。</p>

委員意見	健保署說明
<p>向，先盤點比較難招到人才的科別，急重難罕症醫院比較難營利的這塊，自費項目比較少的、有前瞻性的，而且沒有被滿足的醫療需要，就這些部分重點式的去盤點，可能比較能夠成功。</p> <p>另外，剛剛的報告我覺得有點失望，健保署對於每個期程到底要達成什麼目標，講的都是要做這個、要做那個，但是沒有告訴我們，每個階段要達到什麼目標，那才是我們在意的，因為這項專款是大家萬眾矚目的，現在講到要加成、補點數等等，都講說沒關係有這個專款，可是如果按照您現在的規劃，真的很讓人擔心，所以具體的講，希望下次委員會議可以把112~114年支付標準檢討具體完整的分年目標、執行方法等，以問題為導向，把規劃內容再提一次，謝謝。</p>	<p>(一) 因應法規變動壓縮醫事人力成本之單次使用醫材、西醫基層及醫院支付點數不一致、審查注意事項中屬限制應列入支付標準規範文字等優先調整。</p> <p>(二) 盤點並彙整各診療項目申報量及近年各單位建議調整提案，考量調整幅度涉及各層級及多個專科別，爰將與總額受託單位就RBRVS執行期程、檢討範圍、科別歸屬及負責學會分派原則等，討論凝聚共識，以減少推動阻力。</p> <p>(三) 預計於112年12月辦理總說明會。二、113年目標為完成專科評量及代表項的成本分析，規劃期程說明如下：</p> <p>(一) 1月至6月完成專科評量：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 將項目分派給擇定的專科醫學會，由各專科分別組成專家小組，協助提供修訂意見。 2. 召開各專科「醫療服務給付項目及支付標準相對值評量會議」，完成科內相對值評量。 <p>(二) 7月至10月完成代表項之成本分析：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 召開成本分析專家會議確定成本分析方法。 2. 依前一年度執行量前10名為成本分析候選項目，徵詢學會意見後，選定成本分析代表項。 3. 本次啟動RBRVS將請總額受託

委員意見	健保署說明
	<p>單位及專科學/協會協助提供相關資料，俾利後續支付點數之調整規劃。</p> <p>4. 查本署於 102 年辦理 RBRVS 取得 26 家醫院提供之成本分析資料，此外，考量薪資條件陸續改變，本署於 108 年 12 月至 109 年 3 月期間，調查計 54 家醫療院所成本參數資料，並經 109 年第 7、8 次本署專家諮詢會議決議應用於成本校正。其後之新增或修訂診療項目涉支付點數調整，均請提案單位提供成本分析表，爰本次辦理成本分析有相關資料可參酌應用。</p> <p>5. 召開成本分析專家小組會議，以檢視成本分析資料之正確性。</p> <p>(三) 11 月至 12 月串聯討論調整方式：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 串聯各科相對值，邀集專家定擬訂醫療服務給付項目及支付標準調整方案。 2. 考量各總額層級專科內及專科間的衡平性，本署除統計各項診療項目服務量、成長率、長久未調整項目外，於召開會議時將徵詢臨床意見，盤點急重難罕、具優先調整需求之項目。期能建立客觀、可量化的篩選機制，俾利後續識別須優先調整的服務項目。 <p>三、114 年視預算額度陸續調整。</p>

全民健康保險 113 年度保險費率審議結果維持 5.17%

健保會 112.11

健保會於 112 年 11 月 15 日召開第 6 屆 112 年第 10 次委員會議，審議全民健康保險 113 年度保險費率，依據 113 年度總額協商結果及健保財務推估，在現行費率 5.17% 下，113 年底安全準備約當 2.02(付費者方案)或 1.87(醫界方案)個月保險給付支出，符合健保法第 78 條需有 1~3 個月安全準備之規定，審議結果建議 113 年度維持現行費率 5.17%，後已於 11 月 22 日依法函報衛福部轉陳行政院核定。

健保會於 112 年 9 月 22 日完成 113 年度健保醫療給付費用總額協商後，健保署依健保法第 24 條規定提出 113 年度費率草案，健保會續依規定在 112 年 10 月 18 日召開「全民健康保險 113 年度保險費率審議前專家諮詢會議」提供意見後，提至 11 月份委員會議進行審議，審議結果為一般保險費率建議維持 5.17%。前揭專家諮詢會議及委員會議意見重點摘要如下：

- 一、就 113 年度保險費率方案(草案)之意見：政府於 112 年、113 年撥補健保安全準備 240 億元、200 億元，雖減輕健保財務壓力，亦增加未來調整費率的困難度，延緩健保改革腳步。長期而言，健保財務問題宜回歸健保制度的調整機制，或調整健保財務收支結構。
- 二、對短期開源節流措施之看法及建議：
 - (一)應遵循法令規範，落實政府應負擔健保總經費法定下限 36% 的財務責任；並建請將健保法施行細則第 45 條修回二代健保原先立法內容、菸捐分配健保安全準備恢復至 70%。
 - (二)研擬總額範圍及總額協商時宜審慎評估總額成長幅度，並檢討整體總額支出配置是否具有有效性。
 - (三)審慎研議部分負擔推動方案：112 年 7 月部分負擔調整之財務影響僅有 33 億元，建議蒐集各方意見審慎研議，以達預期效果。
- 三、對中長期增加保險收入及強化健康投資之建議：
 - (一)支持強化健康投資，落實效益評估：衛福部近年推動多項醫療資源整合相關政策計畫(如家庭醫師整合照護計畫、分級醫療)，只看到預算投入，但沒有呈現節省醫療支出多寡，應深入探討相關預算投入後的追蹤管理，若具成效，則可再運用於更多的健康投資項目，形成良性循環。
 - (二)規劃保費徵收調整機制：建議參採類似年金保險提存機制，以因應未來負擔保費的青壯年人口逐漸減少的健保財務壓力；或參考德國長照

經驗，成立費率平穩基金。

(三)提高民眾投資健康之認知：新醫療科技價格高昂，如納入健保給付，需有相對財務資源因應，應適度教育民眾認同投資健康的價值與必要性，接受醫療支出在生活費用占比未來會越來越高的趨勢。

健保會後續於 112 年 11 月 22 日依健保法第 24 條第 3 項規定，將審議結果陳報衛福部，衛福部轉陳行政院核定後，由衛福部公告 113 年度費率。

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：廖凱婷
聯絡電話：(02)8590-6735
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hgktliao@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11月30日
發文字號：衛部保字第1120148594號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關貴團體代表建請依全民健康保險法(下稱健保法)撥補政府應負擔法定下限差額計1,246億元，並將健保法施行細則第45條修回二代健保原先立法內容一案，復請查照。

說明：

- 一、依行政院秘書長112年11月6日院臺衛字第1120015352號函辦理，暨復貴團體代表112年11月2日全勞聯總豪字第11211002號致本部聯名函。
- 二、政府應負擔健保總經費法定下限36%係二代健保新制度。實施初期主計總處與本部對下限差額預算編列之見解差異，案經行政院跨部會研商(以104年6月2日院臺衛字第1040134413號函與106年2月3日院臺衛字第1060162872號函核復)及立法院審查健保法施行細則修正確立計算方式，健保署據以計算各年度政府應負擔健保總經費，業由審計部完成審定，相關

112.12.01



112CC00951

法制程序皆屬完備，合法性無虞。針對全民健康保險會(下稱健保會)委員所提疑義，業多次於健保會委員會議中以口頭及書面方式說明，並曾於107年4月16日「106年度全民健康保險基金附屬單位決算備查案相關疑義」會前討論會、108年5月7日「108年度全民健康保險相關業務座談會」進行專題報告，近期再依該會要求於112年5月24日及112年11月15日之委員會議提供本案爭議過程及計算說明，請諒查。謹針對所提待解課題，擇要說明如後。

三、有關課題一「將健保法施行細則第45條修回二代健保原先立法的內容」一節，查105年修正健保法施行細則第45條，係考量健保法第3條第2項「政府依法令規定應編列本保險相關預算之負擔不足每年度保險經費扣除法定收入後金額之百分之三十六部分，由主管機關編列預算撥補之。」條文中「依法令」之字義，顯已涵蓋健保法以外之其他法令，原限定依健保法規定補助之政府負擔始列入計算之規定似有限縮母法之虞，故修正自105年起將原住民健保費等中央政府依其他規定實質負擔的保險費列入政府負擔數計算；該等內容業經立法院依立法院職權行使法進行實質審查確認，合法性無虞。近年來本部雖以健全健保財務為訴求，提議將依其他法規之健保費補助排除計列政府負擔，惟尚須凝聚相關機關共識，方能順利推動，目前仍持續爭取中。

四、有關課題二「積極發揮主管機關對於健保法令的解釋權，導正計算公式，撥補102~111年1,246億元不足數額」一節：

- (一)依健保法第2條、第3條及第17條，政府應負擔法定下限差額可以下列3種算式表達：(1) $36\% * (\text{保險經費} - \text{法定收入}) - \text{政府已負擔數}$ ；或(2) $36\% * [(\text{保險給付支出} + \text{應提列或增列之安全準備}) - \text{法定收入}] - \text{政府已負擔數}$ ；或(3) $36\% * \text{保險費收入} - \text{政府已負擔數}$ 。於前述條文規範下，3種算式數值皆相等。綜查上開健保法規定及二代健保立法意旨，係採每年收支平衡概念計算，而現行並未以每年平衡費率計收保費，在長期財務平衡下，勢必出現前期盈餘、後期短絀之情形。是以，過去年度之結餘，政府已依法分攤其36%。如「應提列或增列之安全準備」均以正值計算，等同於短絀年度，政府就短絀數獨自出資彌補。故應依健保法第76條第2項規定略以，年度收支發生短絀時，應由安全準備先行填補，不論盈虧皆應以各年度營運實際值計算。該等法規見解與計算方式，行政院(含法制單位)業於106年2月3日函復在案，本部並於112年11月15日健保會委員會議再次說明。
- (二)至所提應以健保法第76條第1項為計算基礎一節，查該條文於健保開辦時即已訂定，立法理由係為規定安全準備來源，並非用以計算法定下限36%之數值。另委員所提未將

第76條第1項第2款至第5款安全準備之來源計入政府應負擔法定下限36%計算一節，查健保署於計算年度營運實際值時，係採當年總收入減去總支出之結果，爰健保法第76條第1項第2款至第5款之滯納金、安全準備運用收益、菸捐及依其他法令規定之收入等皆已計入當年總收入。

五、有關課題三「恢復菸捐分配健保占比70%以上」一節：本部前於104年10月15日以部授國字第10407012021號令、台財庫字第10400159311號令會銜修正發布菸品健康福利捐分配及運作辦法全文7條；其中修正條文第4條為使菸品健康福利捐之分配使用更符實需，俾發揮最大效益，增列由農業主管機關使用於有利癌症防治之相關產業輔導之用，以有助於癌症防治；另配合長期照顧服務法制定公布，增列長期照顧資源發展之用途，爰進行菸捐分配額度評估與檢討，調整第1項各款比率，將菸捐70%供全民健康保險之安全準備調降為50%。另考量近期本部業於112年11月6日與財政部會銜修正發布菸品健康福利捐分配及運作辦法，爰本課題意見，容供下次修正時參考。

六、各團體代表針對法規見解所提不同意見，本部予以尊重，本案相關法制程序完備，政府每年皆已依法負擔健保最低財務責任，針對條文未臻周全之處，未來亦將配合健保相關法規研修以明確界定。本部為健保之主管機關，確保健保永續經

營乃重要使命，任何合理的財源定積極爭取，目前於健保法施行細則第45條之修正雖尚待突破，但於法定責任外，已分別於112年以公務預算撥補240億元及113年以疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別預算撥補200億元，未來亦仍就健保各項財源持續努力。

正本：中華民國工商協進會、中華民國工業協進會、中華民國工業區廠商聯合總會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國全國工業總會、中華民國全國商業總會、中華民國全國教師會、中華民國全國漁會、中華民國全國總工會、中華民國全國職業總工會、中華民國會計師公會全國聯合會、中華民國農會、中華民國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、台灣社會福利總盟、台灣總工會、台灣醫院協會、台灣醫療改革基金會、全國工人總工會、全國產業總工會、全國產職業總工會、全國勞工聯合總工會、台灣癌症基金會
副本：行政院、衛生福利部國民健康署、衛生福利部中央健康保險署、本部全民健康保險會

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：廖桂汎
聯絡電話：(02)8590-6731 分機：6731
傳真：02-85906048
電子郵件：hgeva520@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11月13日
發文字號：衛部保字第1120146473C號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：發布令影本及「全民健康保險投保金額分級表」修正規定各1份

主旨：「全民健康保險投保金額分級表」，業經本部於中華民國112年11月13日以衛部保字第1120146473號令修正發布，並自113年1月1日施行，茲檢送發布令影本及「全民健康保險投保金額分級表」修正規定各1份，請查照並依說明段辦理。

說明：本部配合基本工資調整，於112年10月19日以衛部保字第1121260430號函報行政院「全民健康保險投保金額分級表」修正草案(副本諒達)，業奉行政院112年11月1日院臺衛字第1121040355號函核定，請配合辦理並轉知相關單位，另請加強對外說明。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會、本部人事處(均含附件)

112.11.13

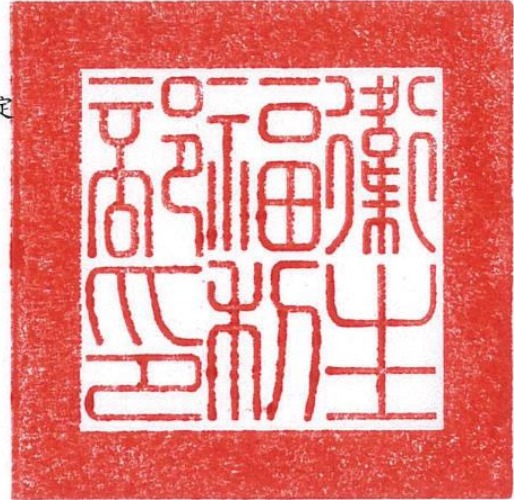


112CC00906

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 令

發文日期：中華民國112年11月13日
發文字號：衛部保字第1120146473號
附件：「全民健康保險投保金額分級表」修正規定
1份



修正「全民健康保險投保金額分級表」，並自中華民國一百十三年
一月一日生效。

附修正「全民健康保險投保金額分級表」

部長 薛瑞元

全民健康保險投保金額分級表

組別 級距	投保 等級	月投保 金額(元)	實際薪資月額 (元)	組別 級距	投保 等級	月投保 金額(元)	實際薪資月額 (元)
第一組 級距1200元	1	27,470	27,470以下	第六組 級距3700元	26	83,900	80,201-83,900
	2	27,600	27,471-27,600		27	87,600	83,901-87,600
	3	28,800	27,601-28,800	第七組 級距4500元	28	92,100	87,601-92,100
第二組 級距1500元	4	30,300	28,801-30,300		29	96,600	92,101-96,600
	5	31,800	30,301-31,800		30	101,100	96,601-101,100
	6	33,300	31,801-33,300		31	105,600	101,101-105,600
	7	34,800	33,301-34,800		32	110,100	105,601-110,100
第三組 級距1900元	8	36,300	34,801-36,300	第八組 級距5400元	33	115,500	110,101-115,500
	9	38,200	36,301-38,200		34	120,900	115,501-120,900
	10	40,100	38,201-40,100		35	126,300	120,901-126,300
	11	42,000	40,101-42,000		36	131,700	126,301-131,700
	12	43,900	42,001-43,900		37	137,100	131,701-137,100
第四組 級距2400元	13	45,800	43,901-45,800		38	142,500	137,101-142,500
	14	48,200	45,801-48,200		39	147,900	142,501-147,900
	15	50,600	48,201-50,600		40	150,000	147,901-150,000
	16	53,000	50,601-53,000	第九組 級距6400元	41	156,400	150,001-156,400
17	55,400	53,001-55,400	42		162,800	156,401-162,800	
第五組 級距3000元	18	57,800	55,401-57,800		43	169,200	162,801-169,200
	19	60,800	57,801-60,800		44	175,600	169,201-175,600
	20	63,800	60,801-63,800		45	182,000	175,601-182,000
第六組 級距3700元	21	66,800	63,801-66,800	第十組 級距7500元	46	189,500	182,001-189,500
	22	69,800	66,801-69,800		47	197,000	189,501-197,000
	23	72,800	69,801-72,800		48	204,500	197,001-204,500
	24	76,500	72,801-76,500		49	212,000	204,501-212,000
	25	80,200	76,501-80,200		50	219,500	212,001以上

檔 號：
保存年限：

副本

衛生福利部 公告

11558

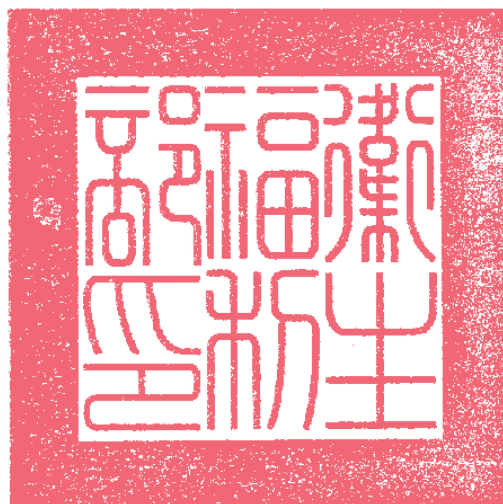


臺北市南港區忠孝東路6段488號4樓

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年11月24日

發文字號：衛部保字第1121260480號



主旨：公告內政部移民署許可發給事由為「陸生就學」之中華民國臺灣地區入出境許可證，為全民健康保險法施行細則第8條第1項所稱「經本保險主管機關認定得在臺灣地區長期居留之證明文件」，並自113年2月1日生效。

依據：全民健康保險法施行細則第8條第1項。

副本：大陸委員會、教育部、內政部、財團法人海峽交流基金會、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、本部國際合作組

部長 薛瑞元

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國112年12月12日
發文字號：衛部保字第1121260529號



主旨：訂定「一百十三年全民健康保險保險對象住院應自行負擔費用之最高金額」，並自中華民國一百十三年一月一日起生效。

依據：「全民健康保險法」第四十七條第二項。

公告事項：訂定「一百十三年全民健康保險保險對象住院應自行負擔費用之最高金額」如下：

- 一、因同一疾病每次住院應自行負擔費用之最高金額：新臺幣五萬元。
- 二、全年累計住院應自行負擔費用之最高金額：新臺幣八萬四千元。
- 三、前二項住院應自行負擔費用之最高金額適用範圍，以保險對象於急性病房住院三十日以內或於慢性病房住院一百八十日以內，依全民健康保險法第四十七條規定所應自行負擔之醫療費用為限，不包含全民健康保險法所規定不予給付之項目。

部長 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



6

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11月13日

發文字號：健保財字第1120651061A號

附件：無



主旨：公告全民健康保險法第22條規定第3類被保險人適用之投保金額。

依據：全民健康保險法施行細則第68條第1款。

公告事項：全民健康保險第3類被保險人適用之投保金額為27,470元，並自113年1月1日起實施。

副本：行政院主計總處、國家發展委員會、農業部、衛生福利部、衛生福利部社會及家庭署、衛生福利部全民健康保險會、原住民族委員會、勞動部勞工保險局、各縣市政府、內政部移民署、本署各組室、本署各分區業務組

署長石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300260

裝

訂

線

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



13

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年11月13日

發文字號：健保財字第1120651061C號

附件：無



主旨：公告全民健康保險法第23條規定第4類及第5類保險對象之保險費。

依據：全民健康保險法施行細則第68條第2款。

公告事項：全民健康保險第4類及第5類保險對象適用之保險費為2,160元，並自113年1月1日起實施。

副本：行政院主計總處、國家發展委員會、國防部全民防衛動員署後備指揮部、內政部、海洋委員會海巡署金馬澎分署、海洋委員會海巡署北部分署、海洋委員會海巡署中部分署、海洋委員會海巡署南部分署、海洋委員會海巡署東部分署、法務部矯正署、臺灣高等檢察署、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、本署各組室、本署各分區業務組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300261

112.11.14

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



7

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11月13日

發文字號：健保財字第1120651061E號

附件：無



主旨：公告全民健康保險法第29條規定之眷屬人數。

依據：全民健康保險法施行細則第68條第3款。

公告事項：全民健康保險第1類第1目至第3目被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數為0.56人，並自113年1月1日起實施。

副本：行政院主計總處、國家發展委員會、教育部、教育部國民及學前教育署、勞動部、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、本署各組室、本署各分區業務組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300262

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  4
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11月13日
發文字號：健保財字第1120651061G號
附件：無

主旨：公告全民健康保險法施行細則第46條第1項第4款所定之平均
投保金額。

依據：全民健康保險法施行細則第68條第4款。

公告事項：僱用被保險人數未滿5人之事業負責人，及會計師、律
師、建築師、醫師、牙醫師、中醫師以外之專門職業及
技術人員自行執業者或屬於第1類被保險人之自營業
主，自行舉證申報之投保金額，自113年1月1日起最低
不得低於38,200元及其所屬員工申報之最高投保金額。

副本：行政院主計總處、國家發展委員會、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、
本署各組室、本署各分區業務組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300263

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：劉瑋婷

聯絡電話：02-27065866 分機：2213

傳真：02-27024091

電子郵件：A110399@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7日

發文字號：健保承字第1120641265B號

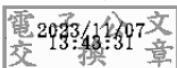
速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨 (A210300001_1120641265B_doc5_Attach1.odt、
A210300001_1120641265B_doc5_Attach2.odt、
A210300001_1120641265B_doc5_Attach3.pdf)

主旨：「全民健康保險投保單位、扣費義務人及保險對象罰鍰分期繳納作業要點」，業經本署於中華民國112年11月7日以健保承字第1120641265A號令發布，檢送發布令影本（含令之附件）（附件1）及總說明、逐點說明各1份（附件2），請查照。

正本：衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、本署企劃組、本署主計室、本署政風室

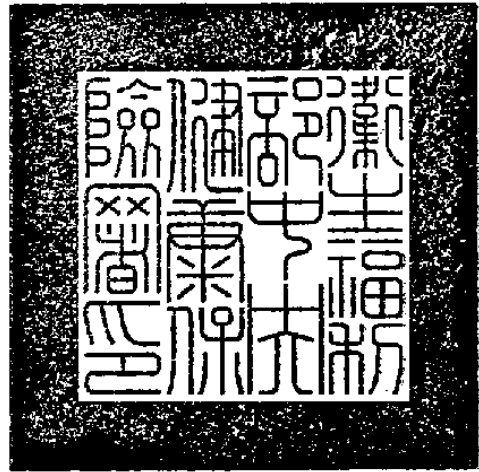
副本：  電子公文
交 換 章
2023/11/07
13:43:31



檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 令

發文日期：中華民國112年11月7日
發文字號：健保承字第1120641265A號
附件：如文



訂定「全民健康保險投保單位、扣費義務人及保險對象罰鍰分期繳納作業要點」，並自即日生效。

附「全民健康保險投保單位、扣費義務人及保險對象罰鍰分期繳納作業要點」

署長 石崇良

全民健康保險投保單位、扣費義務人及保險對象

罰鍰分期繳納作業要點

- 一、全民健康保險保險人為受理無力一次繳納罰鍰之投保單位、扣費義務人及保險對象申請分期繳納，促使其繳款結案，並使該項業務處理有所依循，特訂定本作業要點。
 - 二、投保單位、扣費義務人及保險對象申請罰鍰分期繳納時，應就各次罰鍰未繳總金額，一併辦理。
 - 三、申請罰鍰分期繳納，以符合下列情形之一者為限：
 - (一) 投保單位罰鍰未繳總金額達新臺幣三萬元以上。
 - (二) 扣費義務人罰鍰未繳總金額達新臺幣一萬元以上。
 - (三) 保險對象罰鍰未繳總金額達新臺幣二千元以上。
 - 四、分期繳納之期數，依下列標準為之，且投保單位每期繳納金額不得低於新臺幣三千元，扣費義務人每期繳納金額不得低於新臺幣二千元，保險對象每期繳納金額不得低於保險人公告之全體保險對象平均保險費之百分之六十：
 - (一) 投保單位之罰鍰未繳總金額：
 1. 未滿新臺幣二十萬元者，得分二至十二期繳納。
 2. 新臺幣二十萬元以上，未滿五十萬元者，得分二至二十四期繳納。
 3. 新臺幣五十萬元以上，未滿五百萬元者，得分二至三十六期繳納。
 4. 新臺幣五百萬元以上者，得分二至四十八期繳納。
 - (二) 扣費義務人、保險對象之罰鍰未繳總金額：
 1. 未滿新臺幣五萬元者，得分二至十二期繳納。
 2. 新臺幣五萬元以上，未滿十萬元者，得分二至二十四期繳納。
 3. 新臺幣十萬元以上，未滿二十萬元者，得分二至三十六期繳納。
 4. 新臺幣二十萬元以上者，得分二至四十八期繳納。
- 分期繳納期間，每期原則為一個月。
- 五、罰鍰經本署依法移送行政執行者，其申請分期繳納，應先經行政執行機關同意。
 - 六、罰鍰分期繳納之期限不得逾行政程序法第一百三十一條規定之請求權時效。
 - 七、申請分期繳納罰鍰，應填具罰鍰分期繳納申請書，並檢具下列文件向保險

人提出申請：

- (一) 投保單位：本單位之圖記或印信及負責人之印章及身分證明文件。非由負責人親自辦理時，須另檢具委託書或授權書及受託人之身分證明文件、印章。
- (二) 扣費義務人、保險對象：本人之印章及身分證明文件。非本人親自辦理時，須另檢具委託書或授權書及受託人之身分證明文件、印章。

八、投保單位、扣費義務人及保險對象申請罰鍰分期時，應繳清第一期款項，並應依分期繳納期日及繳納金額按期繳納。如有一期未按時繳納，視同全部到期，保險人得依法移送行政執行。

前項違反分期繳納約定之投保單位、扣費義務人及保險對象，再次申請罰鍰分期時，應連同其他未繳罰鍰一併辦理，但不得逾一次。

九、申請分期繳納之投保單位、扣費義務人及保險對象，符合以下情形之一者，其罰鍰未繳總額、分期期數及分期次數之限制，不適用第三點、第四點及第八點第二項之規定，但分期期數仍不得超過四十八期：

- (一) 扣費義務人、保險對象經有關機關核准補助其應自付之保險費。
- (二) 罰鍰經保險人依法移送行政執行，並經行政執行機關同意分期償還。
- (三) 投保單位情況特殊，得檢具有關機關核准停業、歇業、解散、破產證明或營利事業所得稅結算申報書等證明文件，釋明其理由，經保險人專案核准。
- (四) 扣費義務人、保險對象情況特殊，保險人得依據查詢之年度綜合所得總額未達最近年度基本生活費，或個人免稅額、標準扣除額及薪資所得特別扣除額總和，專案核准。

十、投保單位、扣費義務人及保險對象分期繳納罰鍰，應優先清償已移送執行之罰鍰。

全民健康保險投保單位、扣費義務人及保險對象罰鍰分期繳納作業要點總說明

為落實依法行政，本署於投保單位、扣費義務人及保險對象違反全民健康保險法時，依法處以罰鍰，惟倘其無力一次繳納，尚無受理申請分期繳納之規定可資遵循。為促使受罰鍰處分之投保單位、扣費義務人及保險對象繳款結案，爰擬具本要點，俾相關罰鍰處分申請分期繳納案件有一致處理原則。重點如下：

- 一、本要點訂定之目的。(第一點)
- 二、本要點適用對象及標的。(第二點)
- 三、積欠罰鍰達一定金額以上方得申請分期繳納，即保險人受理申請罰鍰分期繳納之最低金額門檻。(第三點)
- 四、規定投保單位、扣費義務人及保險對象每期繳納罰鍰最低金額、可分期數及每期期間。(第四點)
- 五、為避免影響罰鍰行政執行作業，明訂已移送執行之罰鍰案件申請分期繳納，應先經行政執行機關同意。(第五點)
- 六、罰鍰分期繳納之期限不得逾行政程序法請求權時效規定，避免因時效消滅而難以追償。(第六點)
- 七、規定申請罰鍰分期繳納，應檢具合規定之申請及合法文書、證明文件，以為本署受理之憑據。(第七點)
- 八、罰鍰分期應依約定金額與期日繳納，違反罰鍰分期繳納約定者，保險人得依法移送行政執行，以收回欠款，日後亦僅得再給予一次申請分期繳納之機會。(第八點)
- 九、有特殊困難情況罰鍰分期條件，得不受前開申請門檻、每期繳納最低金額、可分期數、每期期間及違約得再申請一次之限制。(第九點)
- 十、規定罰鍰欠費應優先清償已移送執行者，降低行政執行對企業運營及個人生活之影響。(第十點)

全民健康保險投保單位、扣費義務人及保險對象罰鍰分期繳納作業要點逐點說明

規定	說明
<p>一、全民健康保險保險人為受理無力一次繳納罰鍰之投保單位、扣費義務人及保險對象申請分期繳納，促使其繳款結案，並使該項業務處理有所依循，特訂定本作業要點。</p>	<p>本要點訂定目的。</p>
<p>二、投保單位、扣費義務人及保險對象申請罰鍰分期繳納時，應就各次罰鍰未繳總金額，一併辦理。</p>	<p>一、本要點適用對象，包括全民健康保險法第84條、第85條、第88條、第89條、第90條、第91條所指受罰鍰處分之投保單位、扣費義務人及保險對象。 二、本要點適用之申請罰鍰分期繳納標的，為所有尚未繳納之罰鍰處分。</p>
<p>三、申請罰鍰分期繳納，以符合下列情形之一者為限：</p> <p>(一) 投保單位罰鍰未繳總金額達新臺幣三萬元以上。</p> <p>(二) 扣費義務人罰鍰未繳總金額達新臺幣一萬元以上。</p> <p>(三) 保險對象罰鍰未繳總金額達新臺幣二千元以上。</p>	<p>一、積欠罰鍰達一定金額以上方得申請分期繳納，即保險人受理申請罰鍰分期繳納之最低金額門檻。 二、參考「全民健康保險保險費及滯納金分期繳納辦法」第4條申請罰鍰分期繳納之最低金額門檻規定，投保單位為新臺幣三萬元，保險對象為新臺幣二千元，另參考「111年1月至112年6月保險費及滯納金申請分期繳納統計」，扣費義務人平均申請金額介於投保單位與保險對象之間，爰將扣費義務人分期繳納申請門檻訂為新臺幣一萬元。</p>
<p>四、分期繳納之期數，依下列標準為之，且投保單位每期繳納金額不得低於新臺幣三千元，扣費義務人每期繳納金額不得低於新臺幣二千元，保險對象每期繳納金額不得低於保險人公告之全體保險對象平均保險費之百分之六十：</p> <p>(一) 投保單位之罰鍰未繳總金額：</p> <p>1. 未滿新臺幣二十萬元者，得分二至十二期繳納。</p>	<p>一、規定投保單位、扣費義務人及保險對象每期繳納罰鍰最低金額、得分期數及每期期間。 二、參考「全民健康保險保險費及滯納金分期繳納辦法」第5條每期繳納金額規定，投保單位不得低於新臺幣三千元，保險對象不得低於保險人公告之全體保險對象平均保險費之百分之六十，另參考「111年1月至112年6月保險費</p>

規定	說明
<p>2. 新臺幣二十萬元以上，未滿五十萬元者，得分二至二十四期繳納。</p> <p>3. 新臺幣五十萬元以上，未滿五百萬元者，得分二至三十六期繳納。</p> <p>4. 新臺幣五百萬元以上者，得分二至四十八期繳納。</p> <p>(二)扣費義務人、保險對象之罰鍰未繳總金額：</p> <p>1. 未滿新臺幣五萬元者，得分二至十二期繳納。</p> <p>2. 新臺幣五萬元以上，未滿十萬元者，得分二至二十四期繳納。</p> <p>3. 新臺幣十萬元以上，未滿二十萬元者，得分二至三十六期繳納。</p> <p>4. 新臺幣二十萬元以上者，得分二至四十八期繳納。</p> <p>分期繳納期間，每期原則為一個月。</p>	<p>及滯納金申請分期繳納統計」，扣費義務人平均申請金額介於投保單位與保險對象之間，故將扣費義務人每期最低繳納金額訂為新臺幣二千元；而扣費義務人為自然人，繳款能力較接近保險對象，故得分期數與保險對象並列。</p>
<p>五、罰鍰經本署依法移送行政執行者，其申請分期繳納，應先經行政執行機關同意。</p>	<p>為避免影響罰鍰行政執行作業，明訂已移送執行之罰鍰案件申請分期繳納，應先經行政執行機關同意。</p>
<p>六、罰鍰分期繳納之期限不得逾行政程序法第一百三十一條規定之請求權時效。</p>	<p>罰鍰分期繳納之期限不得逾行政程序法請求權時效規定，避免因時效消滅而難以追償。</p>
<p>七、申請分期繳納罰鍰，應填具罰鍰分期繳納申請書，並檢具下列文件向保險人提出申請：</p> <p>(一)投保單位：本單位之圖記或印信及負責人之印章及身分證明文件。非由負責人親自辦理時，須另檢具委託書或授權書及受託人之身分證明文件、印章。</p> <p>(二)扣費義務人、保險對象：本人之印章及身分證明文件。非本人親自辦理時，須另檢具委託書或授權書及受託人之身分證明文件、印章。</p>	<p>規定申請罰鍰分期繳納，應檢具合規定之申請及合法文書、證明文件，以為本署受理之憑據。</p>
<p>八、投保單位、扣費義務人及保險對象申請</p>	<p>罰鍰分期應依約定金額與期日繳納，違反</p>

規定	說明
<p>罰鍰分期時，應繳清第一期款項，並應依分期繳納期日及繳納金額按期繳納。如有一期未按時繳納，視同全部到期，保險人得依法移送行政執行。</p> <p>前項違反分期繳納約定之投保單位、扣費義務人及保險對象，再次申請罰鍰分期時，應連同其他未繳罰鍰一併辦理，但不得逾一次。</p>	<p>罰鍰分期繳納約定者，保險人得依法移送行政執行，以收回欠款，日後亦僅得再給予一次申請分期繳納之機會。</p>
<p>九、申請分期繳納之投保單位、扣費義務人及保險對象，符合以下情形之一者，其罰鍰未繳總額、分期期數及分期次數之限制，不適用第三點、第四點及第八點第二項之規定，但分期期數仍不得超過四十八期：</p> <p>(一)扣費義務人、保險對象經有關機關核准補助其應自付之保險費。</p> <p>(二)罰鍰經保險人依法移送行政執行，並經行政執行機關同意分期償還。</p> <p>(三)投保單位情況特殊，得檢具有關機關核准停業、歇業、解散、破產證明或營利事業所得稅結算申報書等證明文件，釋明其理由，經保險人專案核准。</p> <p>(四)扣費義務人、保險對象情況特殊，保險人得依據查詢之年度綜合所得總額未達最近年度基本生活費，或個人免稅額、標準扣除額及薪資所得特別扣除額總和，專案核准。</p>	<p>有特殊困難情況罰鍰分期條件，得不受前開申請門檻、每期繳納最低金額、可分期數、每期期間及違約得再申請一次之限制。</p>
<p>十、投保單位、扣費義務人及保險對象分期繳納罰鍰，應優先清償已移送執行之罰鍰。</p>	<p>規定罰鍰欠費應優先清償已移送執行者，降低行政執行對企業運營及個人生活之影響。</p>

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  4
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11月3日
發文字號：健保醫字第1120122230號
附件：請至本署全球資訊網公告欄擷取

主旨：公告「全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案」，並溯自112年1月1日起生效。

依據：依衛生福利部112年10月30日衛部保字第1121260460號函辦理。

副本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、衛生福利部、衛生福利部口腔健康司、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署資訊組、本署醫審及藥材組

署長 **石崇良** 出差
副署長 **李丞華** 代行

衛生福利部全民健康保險會收發

1123300249

裝

訂

線

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11月9日
發文字號：健保醫字第1120122171號
附件：請自行至本署全球資訊網站擷取

主旨：公告修訂「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」及「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」，並自中華民國一百十三年一月一日起生效。

依據：衛生福利部112年10月30日衛部保字第1121260458號函。

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

1123300253

112. 11. 10

裝

訂

線

中央健康保險署 112 年 9 月至 12 月份公告暫予支付及修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分項目如下：

一、藥品部分：計公告 27 件，其中 4 件為新藥收載、12 件為給付規定異動、11 件為其他(新收載品項暫予支付、已收載品項支付標準異動)。

(一)新藥收載：4 件

公告日期	藥物分類	公告主旨
112.09.15	新成分新藥/ 免疫製劑	公告暫予支付含 satralizumab 成分藥品 Enspryng 120 mg for SC Injection 及含 inebilizumab 成分藥品 Uplizna for Intravenous Infusion 100 mg 暨其藥品給付規定。(治療泛視神經脊髓炎，屬第 2A 類新藥)
112.10.02	新成分新藥/ 神經系統藥物	公告暫予支付含 primidone 成分藥品 Tremsolin Tablets 50mg 及 250mg 共 2 品項。(治療癲癇，屬第 2B 類新藥)
112.10.13	新成分新藥/ 抗癌瘤藥物	公告暫予支付含 tisagenlecleucel 成分藥品 Kymriah suspension for intravenous infusion 暨其藥品給付規定。(治療復發 B 細胞急性淋巴性白血病及復發性或難治性瀰漫性大 B 細胞淋巴瘤，屬第 1 類新藥)
112.10.13	新成分新藥/ 呼吸道藥物	公告暫予支付含 azelastine 及 fluticasone propionate 成分之複方藥品 Dufanas Nasal Spray。(治療中重度過敏性鼻炎，屬第 2B 類新藥)

(二)已收載藥品給付規定異動：12 件

公告日期	藥物分類	公告主旨
112.09.05	抗癌瘤藥物	公告修訂免疫檢查點 PD-1、PD-L1 抑制劑之藥品給付規定。(刪除限使用 Avastin、Zirabev、Alymsys、Onbevzi 等文字)
112.09.14	抗癌瘤藥物	公告異動含 pazopanib 成分藥品(如 Votrient)之支付價格及修訂其藥品給付規定。(治療晚期軟組織肉瘤，刪除原「須排除具有骨轉移」條件)
112.09.15	血液治療藥物	公告異動血液治療藥物 pegfilgrastim(如 Fulphila)支付價格暨修訂其藥品給付規定。(本品為白血球生長激素長效型注射劑，增列不限合併有骨髓侵犯之規定及同一化學治療療程內限用 1 支，亦不可併用短效型注射劑)
112.09.15	心臟血管及腎臟藥物	公告異動 rt-PA(如 Actilyse Inj)藥品共 2 品項之支付價格暨修訂其藥品給付規定。(給付條件放寬為急性缺血性腦中風「4.5 小時」內使用)
112.09.15	抗癌瘤藥物	公告異動含 avelumab 成分藥品(如 Bavencio)之支付價格及修訂其藥品給付規定。(擴增給付範圍於局部晚期或轉移性泌尿道上皮癌之維持療法，並調降支付價)
112.09.15	抗微生物劑	公告異動 B 肝用藥共 17 品項之支付價格暨修訂其藥品給付規定。(放寬 e 抗原陰性慢性 B 肝病人之給付條件)

公告日期	藥物分類	公告主旨
112.09.15	神經系統藥物	公告修訂含 onasemnogene abeparvovec 成分藥品(如 Zolgensma)之藥品給付規定。(治療脊髓性肌肉萎縮症，明訂 Zolgensma 之使用條件及執行方式)
112.09.25	神經系統藥物	公告修訂含 Botulinum toxin type A 成分藥品(如 Dysport)之藥品給付規定。(治療成人中風後手臂痙攣，放寬使用條件為「中風發生後，經復健、輔具或藥物治療上肢至少 3 個月以上」，另使用者年齡限制，修訂為 18 歲以上)
112.10.03	抗腫瘤藥物	公告異動含 olaparib 成分藥品(如 Lynparza)之支付價格暨修訂其藥品支付規定。(擴增給付範圍於轉移性攝護腺癌，並調降支付價)
112.10.13	抗腫瘤藥物	公告異動含 lorlatinib 成分藥品(如 Lorviqua)、含 irinotecan 成分藥品(如 Campto injection)、含 dacomitinib 成分藥品(如 Vizimpro)之支付價格暨修訂含 lorlatinib 成分藥品(如 Lorviqua)、含 crizotinib 成分藥品(如 Xalkori)、含 ceritinib 成分藥品(如 Zykadia)、含 alectinib 成分藥品(如 Alecensa)、含 brigatinib 成分藥品(如 Alunbrig)之給付規定。(擴增給付範圍於「ALK 陽性的晚期非小細胞肺癌第一線治療」，並調降支付價)
112.11.22	抗微生物劑	公告異動 B 型肝炎用藥 Baravir F.C. Tablets 0.5mg 及 1mg 共 2 品項之支付價格暨修訂其藥品給付規定。(放寬給付規定於 e 抗原陰性病人，並調降支付價)
112.11.29	抗腫瘤藥物	公告異動免疫檢查點 PD-1、PD-L1 抑制劑及含 carboplatin 成分藥品(如 Paraplatin；Carboplatin inj)之給付規定。(擴增用於「先前未曾接受全身性治療且無法手術切除之復發性或轉移性頭頸部鱗狀細胞癌成人患者」、與化療藥品併用於小細胞肺癌成人患者，及做為轉移性鱗狀非小細胞肺癌第一線治療)

(三)其他：11 件

公告日期	分類	公告主旨
112.09.15	新收載品項暫予支付及已收載品項支付標準異動	公告暫予支付新增及異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」之藥物品項計 114 項。(另於 112.9.28 及 112.10.20 公告調降 2 品項價格、取消 1 品項給付及更正健保代碼 1 品項)
112.09.15	已收載品項支付標準異動	公告異動含 ribociclib 成分藥品(如 Kisqali)之支付價格。(藥品給付協議屆期檢討，調降支付價)
112.09.15	已收載品項支付標準異動	公告異動含 amoxicillin / clavulanic acid 複方成分用於抗感染之特殊藥品 Soonmelt Powder for Syrup 31.25mg/mL 等共 7 品項之支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
112.09.18	已收載品項支付標準異動已收載品項異動	公告異動含 diprophylline 成分特殊藥品 Children's Sentin Suppositories 之支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)

公告日期	分類	公告主旨
112.09.19	已收載品項支付標準異動	公告異動含 tranexamic acid 成分口服錠劑膠囊劑共 21 品項之支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
112.09.22	已收載品項支付標準異動	公告異動含 cisatracurium 成分用於幫助氣管插管及與人工呼吸器協調之特殊藥品 Nimbex Injection 2mg/mL 等共 7 品項之支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
112.09.27	已收載品項支付標準異動	公告異動含 erythromycin 成分一般錠劑膠囊劑 250mg 及 cefaclor 成分一般錠劑膠囊劑 250mg 共 23 品項之支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
112.10.13	已收載品項支付標準異動	公告異動含 imatinib 成分藥品(如 Glivec)之支付價格。(調降支付價)
112.10.25	已收載品項支付標準異動	公告異動含 urokinase 成分 60KIU 注射劑共 3 項特殊藥品之支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
112.11.20	已收載品項支付標準異動	公告異動含 dipyridamole 成分用於取代心肌造影時所需運動試驗之特殊藥品 Posintin Injection 共 4 品項之支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
112.11.20	已收載品項支付標準異動	公告異動含 flurazepam 成分用於失眠之特殊藥品 Dalmadorm Capsules 30mg (flurazepam) 共 6 品項之支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)

二、特材部分：計公告 10 件，其中 5 件為新特材收載、3 件為給付規定異動、2 件為其他(新增既有功能類別品項、已收載品項支付標準異動)。

(一)新特材收載：5 件

公告日期	分類	公告主旨
112.09.14	人工機能代用類-骨科類	公告暫予支付特殊材料「"史耐輝"半月板修補系統-不可吸收半月軟骨快速縫合釘 360 (直型, 彎型, 逆彎型)」計 10 項暨其給付規定。
112.10.13	人工機能代用類-骨科類	公告暫予支付特殊材料「"拜歐博"門型釘(中小尺寸)」1 項暨其給付規定。
112.11.03	縫合結紮類-自動縫合釘	公告暫予支付特殊材料「"愛惜康"愛喜龍環形電動吻合器(含釘)」共 1 項暨其給付規定。
112.11.09	管套類-消化管類	公告暫予支付特殊材料「"曲克"愛佛盧迅十二指腸支架系統」等 5 品項暨其給付規定。
112.11.14	管套類-氣球擴張導管	公告暫予支付特殊材料「"波士頓科技"沃芙靈切割氣球導管」等共 4 項暨其給付規定。

(二)已收載特材給付規定異動：3 件

公告日期	分類	公告主旨
112.10.06	管套類：栓塞治療類	公告修正特殊材料「顱內血管支架取栓裝置」及「顱內血管抽吸取栓裝置」之給付規定。
112.10.12	管套類：氣球擴張導管	公告修訂既有功能類別特殊材料「GUIDE WIRE/SUPER STIFF(OCCLUDER 用)」、「SEPTAL OCCLUDER 心房中膈缺損關閉器、輸送導管及測量導管」、「心室中膈缺損(膜部)關閉器、輸送導管」給付規定。
112.10.18	人工機能代用類：心臟科類	公告修正既有功能類別特材「人工心臟瓣膜／機械性／帶人工血管／主動脈瓣膜／符合生理的血流動力學改進型」共 2 品項之支付標準。

(三)其他：2 件

公告日期	分類	公告主旨
112.10.11	新增既有功能類別品項及已收載品項支付標準異動	公告新增及異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準之特材品項」計 380 項。
112.12.01	新增既有功能類別品項及已收載品項支付標準異動	公告新增及異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準之特材品項」計 145 項。

衛生福利部全民健康保險會

第 6 屆 112 年第 11 次委員會議補充資料目錄

會議時間：112 年 12 月 20 日

一、本會重要業務報告

新增：說明八、(二)之5、6(健保署來文2則) ----- 1

二、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)」，本會請健保署補充之資料(會議資料第145、146頁) ----- 10

(會議資料第 14 頁)

四、本會重要業務報告：新增說明八、(二)之 5、6(健保署來文 2 則)

說明：

八、衛福部及健保署於本年 11 月至 12 月份發布及副知本會之相關資訊如下：[內容已置於該署全球資訊網，詳細內容及相關附件業於本年 12 月 13 日寄至各委員電子信箱]

(二)健保署

5.本年 12 月 15 日以健保醫字第 1120665277D 號函，檢送牙醫門診總額協定項目「高風險疾病口腔照護」之 112 年度未執行額度扣減方式，請本會備查(如附件一，第 2~6 頁)，本案健保署係參採牙全會實務上之反映意見調整，並提經牙醫門診總額 112 年第 4 次研商議事會議通過。

6.本年 12 月 18 日以健保醫字第 1120665357 號函，檢送醫院、西醫基層及中醫門診等總額部門 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附件二(第 7~9 頁)，摘要如下：

(1)預算來源：優先動支 112 年度總額其他預算「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」預算 8 億元；另因 112 年度公務預算已挹注全民健康保險基金 240 億元，不足部分將由該基金支應。

(2)112 年第 1、2 季補助醫院、西醫基層及中醫門診總額部門共計 51.34 億元，已於 112 年 12 月 14 日、15 日撥付院所：

①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。

②西醫基層總額：112 年第 2 季補助 5.65 億元。

③中醫門診總額：112 年第 1 季補助 1.90 億元，第 2 季補助 2.80 億元，合計 4.70 億元。

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1120665277D號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明三 (A21030000I_1120665277D_doc5_Attach1.pdf)

主旨：有關牙醫門診總額醫療給付費用總額協定事項「高風險疾病口腔照護」，本署調整112年度未執行額度扣減方式如說明，請備查。

說明：

- 一、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次研商議事會議決定(諒達)辦理。
- 二、依貴會111年第10次委員會決議，旨揭項目之預算執行額度以「『111年申報本項之費用(91090C)』扣除『申報本項者曾於108-110年任一年執行原相關服務之基期費用(91004C及91014C)』」計算，並於111年第3季、第四季牙醫門診總額中扣減未執行額度在案。
- 三、惟社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會反映實務上之申報樣態，高風險病人仍有可能申報91004C、91014C，並以此為基礎再額外申報每年2次的91090C，且依111年度執

112.12.18



1123340319

行結果新增項目執行件數增加、原有項目亦有增加(如附件)，若重複扣減已執行之91004C、91014C費用，並不合理。

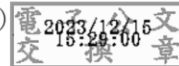
四、本署參採牙全會意見後，調整扣減方式如下：

(一)實際增加費用(A) = 【112年申報91090C之費用+112年申報91090C者於同年執行91004C、91014C的費用】 - 【112年申報91090C者曾於111年一般服務執行91004C、91014C之基期費用】。

(二)扣減未執行額度=預算405百萬元-實際增加費用(A)。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會(含附件)



檔 號：
保存年限：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 函

地址：台北市復興北路 420 號 10 樓
傳真：(02)25000126
聯絡人及電話：邵格蘊 (02)25000133 轉 261
電子郵件信箱：green@cda.org.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 112 年 8 月 28 日
發文字號：牙全仁字第 00116 號
速別：
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關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，報告事項第一案「本會歷次會議決定/決議事
項辦理情形」，本會再次檢送意見，詳如說明段，請 查照。

說明：

- 一、旨揭會議報告事項第一案項次 11，案由：『112_2_討(5)：研
擬牙醫門診總額「高風險疾病口腔照護」項目之當年度未執
行額度扣減計算方式案』，關於高風險疾病患者牙結石清除-
全口(91090C)，本會重申該項將牙結石清除執行間隔時間由
半年縮短為九十天，並沒有重複的問題，依據 貴署提供資
料(詳附件)，111 年高風險疾病患者接受牙結石清除(91004C)
的次數增加，與其內容相近之醫令項目-牙周支持性治療
(91018C)亦增加，結果顯示新增項目執行件數增加，原有的
項目執行件數同時也增加，然原有項目增加執行率無法爭取
新增預算，實屬不合理，故本會主張現行健保會決議之扣減
方式未符合實際狀況，建議應逐年檢討高風險疾病患者牙結
石清除執行人數及次數、高風險疾病患者牙周支持性治療人
數及次數的執行情形，若未有實際不合理狀況，則不應扣減
當年度未執行額度之費用。

- 二、旨揭會議報告事項第一案項次 12，案由：「有關原有牙醫門

第一頁 共三頁



診總額方案歷年成長率如何認定，以牙周病統合治療方案為例，提請討論。」，本會建議原有牙醫門診總額方案歷年成長率僅能以投保人口預估成長率及人口結構改變率計算。

正本：衛生福利部中央健康保險署

牙醫全聯會
校對章(266)

董事長 江錫仁

本案依照分層負責規定
授權 牙醫全聯會 主委決行

附件

高風險疾病患者-執行牙醫相關處置之執行情形 (人數/醫令數)

項目	108年	109年	110年	111年	111年(相較108年) 成長情形	
A.高風險疾病患者人數	657,316	673,836	686,802	710,101	52,785 (8.03%)	↑
B.高風險疾病患者牙醫就醫人數	237,059	237,005	233,881	247,091	10,032 (4.23%)	↑
C.高風險疾病患者牙結石清除人數 (醫令 91004C)	139,242	139,422	135,517	144,613	5,371 (3.86%)	↑
D.高風險疾病患者牙結石清除醫令數 (醫令 91004C)	180,824	179,585	174,246	186,534	5,710 (3.16%)	↑
E.高風險患者塗牙菌斑人數 (醫令 91014C)	66,458	66,011	58,847	59,545	-6,913 (-10.4%)	↓
F.高風險患者牙周支持性治療人數 (醫令 91018C)	4,952	6,205	7,066	8,478	3,526 (71.20%)	↑
G.高風險患者牙周支持性治療醫令數 (次數) (醫令 91018C)	9,933	12,560	13,819	17,347	7,414 (74.64%)	↑

項目	108年	109年	110年	111年
高風險疾病患者牙醫就醫人數比(B/A)	36.06%	35.17%	34.05%	34.80%
高風險疾病患者牙結石清除人數比 (C/A)	58.74%	58.83%	57.94%	58.53%
高風險族群清除牙結石人數平均次數 (D/C)	1.30	1.29	1.29	1.29

1. 資料來源:本署四代倉儲門住診檔(擷取日期 112 年 2 月 3 日)
2. 高風險疾病患者人數定義:當年門住診申報資料
 - (1)腦血管疾病(中風):取主診斷碼前三碼 I60-I69
 - (2)洗腎人數:取案件分類 05
 - (3)服用雙磷酸鹽類藥物人數:擷取 ATC 藥品分類碼前 4 碼為 M05B
3. 第 2-8 項醫令擷取醫事類別 13



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：李珮芳
聯絡電話：02-27065866 分機：2675
傳真：(02)2706-9043
電子郵件：A111353@nhi.gov.tw

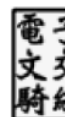
受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年12月18日
發文字號：健保醫字第1120665357號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明三 (A210300001_1120665357_doc1_Attach1.pdf)

主旨：有關醫院、西醫基層及中醫等總額部門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，請查照。

說明：

- 一、依據貴會112年11月15日第6屆112年第10次委員會議結論、衛生福利部同年月23日第1120664960號奉核簽、行政院同年12月5日奉核簽及衛生福利部同年12月11日第1120665264號奉核簽辦理。
- 二、考量疫情指揮中心宣布今(112)年3月20日起COVID-19降級，醫療費用回歸改由健保支應，及疫後就醫次數波動增加，導致點值下降，經行政院112年12月5日同意辦理112年度第1、2季點值撥補，預算來源優先動支前述112年度「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」預算8億元；另因112年度公務預算已挹注全民健康保險基金240億元，不足部分將由該基金支應。
- 三、112年度第1、2季補助中醫4.7億元、西醫基層5.65億元及



2.12.19

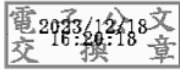


1123340324

醫院40.99億元，共計51.34億元(如附件)，相關補助已於
112年12月14日、15日撥付院所。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：



裝



線



醫院、西醫基層及中醫各總額部門 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」結算結果(含交付機構)

總額別 分區別	醫院				西醫基層				中醫				總計
	第 1 季		第 2 季		第 1 季		第 2 季		第 1 季		第 2 季		
	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	2,039.72
北區	817	55.59	815	255.02	0	0	2,515	99.57	503	45.74	509	80.78	536.71
中區	109	599.43	109	640.23	0	0	3,720	112.37	1,126	50.04	1,129	82.24	1,484.31
南區	66	56.83	66	258.83	0	0	2,792	74.56	568	13.89	573	46.16	450.26
高屏	877	60.26	881	272.96	0	0	2,973	80.28	592	45.13	593	45.84	504.47
東區	17	21.72	17	78.22	0	0	392	14.95	79	0.25	80	2.99	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	5,133.61

(會議資料第 145、146 頁)

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)」，本會請健保署補充之資料

健保署補充說明：

- 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，提供資料如附件一(第 11~13 頁)。
- 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 季達成狀況如附件二(第 14 頁)。
- 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)	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	提供資料如附件三(第 14 頁)。

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。	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。	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。	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		西醫門診(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。		
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、P5118B、P5123B)之件數，排除出院即死亡案件(轉歸代碼為 4、A)。	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「承作醫院評估費(初評)P5114B」、「轉出醫院出院準備及評估費(同/不同團隊)P5113B、

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」)、「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基期成長率	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(包含簡表及繁表)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(包含簡表及繁表)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住診申報件數合計，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(驗)非合理區間內再次執行下降率	正向指標		1. 門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率：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)非合理區間內再次執行率。	1. 門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率：門診 10 項檢查(驗)非合理區間內再次執行醫令數。 2. 下降率：當期門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率-108 年同期門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率。

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
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 日以內急診率	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

附件二

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)	V	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)	V	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	V	X	X	
04	基層與地區醫院門診占整體件數之占率	V	V	V	
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	V	V	
06	接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	V	V	X	
07	居家醫療整合照護對象門診就醫次數較基期成長率	V	V	V	
08	與長照2.0之銜接率	V	V	◎ (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	V	V	V	
11	全藥類藥品重複用藥日數下降率	V	V	V	
12	門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率	V	V	V	
13	西醫門診年復健次數>180次異常件數成長率零成長	V	V	V	
14	違規院所訪查	V	V	V	
15	死亡前安寧利用率	V	V	V	
16	呼吸器依賴病人安寧利用率	V	V	V	
17	西醫門診病人可避免住院率	V	X	V	
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，暫緩提供。

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

附件三

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。



112年第3季 全民健康保險業務執行季報告

中央健康保險署
112年12月20日



1



放寬給付「急性缺血性腦中風」 取栓特材及醫療服務適應症^{1/2}

腦血管疾病1年45萬人就醫，醫療支出203億點

- ◆ 101年與111年相比，國人腦中風十大死因由第2位降為第5位
- ◆ 111年「腦血管疾病」病人健保醫療費用排名第7



腦血管疾病門/住診就醫人數、醫療點數

費用年	合計		門診		住診	
	就醫人數 (萬人)	醫療點數 (億點)	就醫人數 (萬人)	醫療點數 (億點)	就醫人數 (萬人)	醫療點數 (億點)
107年	42.0	194	41.2	101.8	6.1	92.2
108年	42.7	202	41.9	104.4	6.2	97.3
109年	43.3	205	42.6	102.2	6.3	103.1
110年	43.8	203	43.1	100.4	6.0	102.3
111年	44.7	203	44.1	103.4	5.9	99.5

其中「缺血性」腦中風為3.8萬人





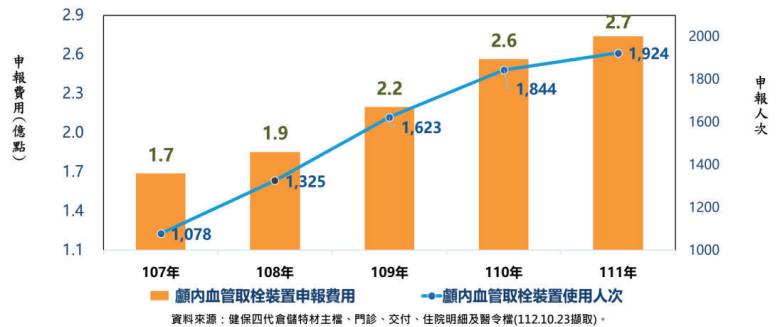
放寬給付「急性缺血性腦中風」 取栓特材及醫療服務適應症2/2

112年11月1日公告修正

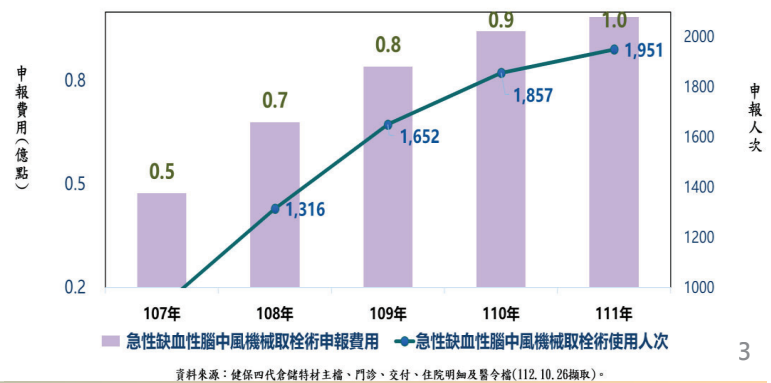
給付規定修訂前
急性缺血性腦中風
前循環在發作內8小時內
後循環在發作後24小時內

給付規定修訂後
發作後24小時內
推估增加**565人次受惠**
健保挹注**1.13億**

◆ 111年特材 申報人次約**1,924人**，申報費用約**2.7億**



◆ 111年取栓術 申報人次約**1,951人**，申報醫療費用約**1億**



112年迄今公告生效之**新成分癌藥**

藥費約 **18億元~25.08億元**

截至112年12月，新增癌藥**8項** (含**4項**暫時性支付)

項次	藥品	適應症	人年藥費	健保財務衝擊評估 (第一年至第五年)
1	Zejula (niraparib)	晚期表皮卵巢癌、輸卵管腫瘤或原發性腹膜癌	179萬元	人數：12人至54人 藥費：0.22億元至0.89億元 財務影響：節省0.07億元至節省0.21億元
2*	Pemazyre (pemigatinib)	局部晚期或轉移性肝內膽管癌	304萬元	人數：27人至54人 藥費：0.70億元至1.39億元 財務影響：0.70億元至1.39億元
3	Xospata (gilteritinib)	復發性或難治性急性骨髓性白血病	249萬元	人數：36人至33人 藥費：0.91億元至0.83億元 財務影響：0.89億元至0.81億元
4	Calquence (acalabrutinib)	被套細胞淋巴瘤成年病人、具有17p缺失的慢性淋巴球性白血病(CLL)	206萬元	人數：74人至149人 藥費：1.21億元至2.96億元 財務影響：0.03億元至0.5億元
5*	Tepmetko (tepotinib)	轉移性之非小細胞肺癌(NSCLC)	250萬元	人數：139人至241人 藥費：4.28億元至7.49億元 財務影響：3.45億元至6.07億元
6*	Qarziba (dinutuximab beta)	高危險神經母細胞瘤病人	745萬元	人數：14人至14人 藥費：1.04億元至1.04億元 財務影響：1.04億元至1.04億元
7*	Kymriah (Tisagenlecleucel)	復發之B細胞急性淋巴性白血病及復發性或難治性瀰漫性大B細胞淋巴瘤	820萬元	人數：105人至111人 藥費：8.61億元至9.10億元 財務影響：8.33億元至8.79億元
8	Brukinsa (zanubrutinib)	被套細胞淋巴瘤、華氏巨球蛋白血症	198萬元	人數：55人至58人 藥費：1.03億元至1.38億元 財務影響：0.46億元至節省0.07億元

註：●藥費：HTA推估近5年醫療院所申報之藥費點數 ●財務影響：申報藥費扣除取代藥費後之財務預估
*：為健保透過暫時性支付制度收載之藥品，藥費約14.63億元~19.02億元



112年迄今公告生效之**癌藥擴增給付**

藥費約 **25.18億元~42.19億元**

截至112年12月，新增癌藥**11項**

項次	藥品	適應症	人年藥費	健保財務衝擊評估 (第一年至第五年)
1	Sutent (sunitinib)	一線非亮細胞型態的晚期或轉移性腎細胞癌	41萬元	人數：122人至176人 藥費：0.26億元至0.38億元 財務影響：節省3.16億元至節省3.71億元
2	Xtandi (Enzalutamide)	治療高風險非轉移性去勢抗性前列腺癌(high risk nmCRPC)的成年男性。	69萬元	人數：83人至153人 藥費：0.56億元至2.88億元 財務影響：節省0.31億元至節省0.65億元
3	Tecentriq (atezolizumab) double A	肝細胞癌	300萬元	人數：1,267人至2,072人 藥費：10.36億元至16.95億元 財務影響：3.05億元至4.99億元
4	Bavencio (avelumab)	局部晚期或轉移性泌尿道上皮癌之維持療法	240萬元	人數：132人至255人 藥費：1.49億元至2.87億元 財務影響：0.89億元至1.72億元
5	Votrient (pazopanib)	適用於治療先前曾接受化療的晚期軟組織肉瘤(STS)患者(刪除軟組織肉瘤『須排除具骨轉移的患者』之限制)	74萬元	人數：58人至38人 藥費：0.16億元至0.11億元 財務影響：節省20萬元至節省590萬元
6	Lorviqua(lorlatinib)	ALK陽性的晚期非小細胞肺癌第一線治療及在ceritinib 或 alectinib 治療中惡化之無腦部轉移者	150萬元	人數：176人至362人 藥費：1.69億元至4.36億元 財務影響：節省0.83億元至節省0.18億元
7	Lynparza (olaparib)	轉移性攝護腺癌	127萬元	人數：81人至108人 藥費：1.13億元至1.51億元 財務影響：0.34億元至0.72億元
8	Blinicyto (blinatumomab)	急性淋巴芽細胞白血病	319萬元	人數：15人至18人 藥費：0.48億元至0.57億元 財務影響：0.40億元至0.49億元
9	Keytruda (pembrolizumab)	頭頸部鱗狀細胞癌	171萬元	人數：930人至1,020人 藥費：7.05億元至7.78億元 財務影響：2.04億元至2.09億元
10	Tecentriq (atezolizumab)	小細胞肺癌	145萬元	人數：272人至359人 藥費：1.59億元至2.09億元 財務影響：1.60億元至2.11億元
11	Vitrakvi (larotrectinib)	有NTRK基因融合不分腫瘤類型之實體腫瘤兒童病人及成人13種癌別	196萬元	人數：21人至161人 藥費：0.41億元至2.69億元 財務影響：0.06億元至1.95億元

5



112年迄今公告生效之**罕藥**

藥費約 **24.24億元~31.98億元**

截至112年12月，新增罕藥**10項**

項次	藥品	適應症	人年藥費	健保財務衝擊評估 (第一年至第五年)
1	Zeposia (ozanimod)	復發型多發性硬化症	32萬元	人數：72人至170人 藥費：0.23億元至0.54億元 財務影響：節省117萬元至節省278萬元
2	Nexviazyme (avalglucosidase alfa)	六個月以上龐貝氏症	1,248萬元	人數：91人至94人 藥費：9.38億元至10.36億元 財務影響：節省5.12億元至節省6.57億元
3	Onpattro (patisiran)	家族性澱粉樣多發性神經病變 (FAP)	893萬元	人數：36人至66人 藥費：3.13億元至5.85億元 財務影響：3.13億元至5.85億元
4	Evrysdi (risdiplam)	脊髓肌肉萎縮症 (SMA)	684萬元	人數：61人至62人 藥費：4.12億元至4.09億元 財務影響：3.98億元至3.67億元
5	PhosAdd Tab.(KH ₂ PO ₄ +Na ₂ HPO ₄ +NaH ₂ PO ₄ ·H ₂ O)	性聯遺傳型低磷酸鹽佝僂症	3萬元	人數：36人至106人 藥費：0.01億元至0.03億元 財務影響：17萬元至48萬元
6	Teglutik (riluzole)	肌萎縮脊髓側索硬化症	8.8萬元	人數：36人至138人 藥費：0.03億元至0.12億元 財務影響：節省45萬元至節省173萬元
7	Galafold(migalastat)	法布瑞氏症	561萬元	人數：22人至74人 藥費：1.22億元至4.16億元 財務影響：節省0.59億元至節省2億元
8	Zolgensma (onasemnogene abeparvovec)	脊髓肌肉萎縮症 (SMA)	4,900萬元 (終身)	人數：8人至9人 藥費：3.92億元至4.41億元 財務影響：3.92億元至4.41億元
9	Enspryng(Satralizumab)	泛視神經脊髓炎	263萬元	人數：44人至61人 藥費：1.14億元至1.40億元 財務影響：1.14億元至1.40億元
10	Uplizna(Inebilizumab)	泛視神經脊髓炎	248萬元	人數：43人至60人 藥費：1.06億元至1.02億元 財務影響：1.06億元至1.02億元

6



112年迄今公告生效之新藥(罕癌藥除外)

藥費約 4.69億元~14.28億元

截至112年12月，新增藥品11項

項次	藥品	適應症	人年藥費	健保財務衝擊評估 (第一年至第五年)
1	Wakix (pitolisant hydrochloride)	猝睡症	14.5萬元	人數：40人至390人 藥費：0.04億元至0.31億元 財務影響：80萬元至670萬元
2	Briviact (brivaracetam)	癲癇	31萬元	人數：132人至1,193人 藥費：0.5億元至0.86億元 財務影響：2,094萬元至2,804萬元
3	Jyseleca (filgotinib)	類風濕性關節炎	24萬元	人數：334人至2,038人 藥費：0.55億元至3.38億元 財務影響：節省0.16億元至0.96億元
4	BREZTRI	慢性阻塞性肺病	1.1萬元	人數：7,277人至16,978人 藥費：1.4億元至3.27億元 財務影響：113萬元至263萬元
5	Menocik	革蘭氏陽性、陰性菌、立克次氏體及巨型濾過性病毒等引起之感染症	無	人數：2,200人至10,700人 藥費：0.36億元至1.7億元 財務影響：節省2300萬元至節省1.1億元
6	ZUTECTRA	B肝	55.5萬	人數：195人至237人 藥費：0.59億元至1.32億元 財務影響：節省160萬元至節省360萬元
7	Cibinqo (abrocitinib)	異位性皮膚炎	30萬元	人數：184人至361人 藥費：0.55億元至1.08億元 財務影響：節省0.27億元至節省0.53億元
8	Fespixon (centella asiatica extract)	糖尿病足傷口潰瘍	2萬元	人數：550人至1,280人 藥費：0.11億元至0.25億元 財務影響：0.11億元至0.25億元
9	Entyvio (vedolizumab)	克隆氏症及潰瘍性結腸炎	32萬	人數：301人至708人 藥費：0.4億元至0.93億元 財務影響：節省0.05億元至節省0.1億元
10	TremsoLin (primidone)	癲癇	0.15萬元	人數：7人至96人 藥費：0.0005億元至0.005億元 財務影響：0.0005億元至0.005億元
11	Dufanas (azelastine/fluticasone propionate)	中重度過敏性鼻炎	0.05萬元	人數：2.8萬人至14.1萬人 藥費：0.13億元至0.64億元 財務影響：節省591萬元至2,924萬元
12	Tonvasca (Pitavastatin / Ezetimibe)	高膽固醇血症及混合型血脂異常	0.8萬元	人數：675人至5,865人 藥費：0.06億元至0.53億元 財務影響：0.02億元至0.13億元
13	Torsix (Torsemide)	鬱血性心臟衰竭、腎疾病、肝臟疾病及慢性腎衰竭引發的水腫症狀、高血壓	無	人數：34,903支至174,518支 藥費：0.02億元至0.12億元 財務影響：2萬元至12萬元

7



112年新功能特材及特材給付規定改變 預算執行情形

112年新功能特材及給付規定改變預算均已執行完畢

新功能特材	特材給付規定改變
<ul style="list-style-type: none"> ◆ 年度預算：6.32億元 ◆ 截至112年11月，經特材共擬通過且已公告計87項，推估預算為6.36億元 <p>臨床缺口 半月板修補系統、橈骨頭置換特材、內視鏡記號液、膀胱藥物準備系統、血管電動縫合器、十二指腸支架系統</p> <p>兒童醫材 早產兒及新生兒用橫膈膜電位導管、經頸靜脈肝臟穿刺取樣組、鎖定式骨板、T型釘</p> <p>重症醫材 旋磨切除系統及氣球切割導管、運用AI技術用於低血壓預警功能的精準感測器、多腔中央靜脈導管組(CVC-四腔)、留置性導便裝置-大便失禁套組</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 年度預算：2.78億元 ◆ 截至112年11月，經特材共擬通過且已公告給付規定修訂涉及財務計6項，推估預算為2.84億元 <p>兒童醫材 人工電子耳、開放性動脈導管關閉器</p> <p>重症醫材 溫度管理系統、顱內血管支架取栓裝置及顱內血管抽吸取栓裝置、長效型心室輔助系統、3D立體定位貼片組</p>

8



強化與爭審交流 減少爭議案件



112年健保與爭審業務交流座談會重點

審查時

凝聚專業共識

邀集審查醫師與爭審會召開專業交流會議

爭議時

消弭見解差異

爭審擬議撤銷案件補充意見提案委員會

審定時

反思回饋避免再發生

撤銷案例有審查疑義與結論回饋爭審會



中央健康保險署



爭審會



9



健保雲端系統批次下載作業資安查檢結果

- ◆ 為審慎管理批次下載作業資訊安全，本署委託第三方公正單位偕同本署各分區業務組就資安風險較高或新申請權限需重點查核之特約醫事機構，於112年7月18日至112年9月19日完成50家特約醫事服務機構實地資安查檢。
- ◆ 查檢結果：
 - 病人簽署書面同意書(完全符合30家，60%；部分符合/不符合20家，40%)
 - 資料儲存機制(完全符合21家，42%；部分符合/不符合29家，58%)
 - 資料傳輸及使用者監控(完全符合45家，90%；部分符合/不符合5家，10%)
 - 病人就醫紀錄與結果資料刪除(完全符合41家，82%；部分符合/不符合9家，18%)
- ◆ 112年度實地資安查檢結果與111年比較，查檢項目符合情形均有提升：

查檢項目	111年 完全符合家數(占率)	112年 完全符合家數(占率)	提升家數(占率)
病人簽署書面同意書	29 (58%)	30 (60%)	1 (2%)
資料儲存機制	18 (36%)	21 (42%)	3 (6%)
資料傳輸及使用者監控	34 (68%)	45 (90%)	11 (22%)
病人就醫紀錄與結果資料刪除	38 (76%)	41 (82%)	3 (6%)

10



THANK YOU

111 年全民健康保險自付差額特殊材料執行概況

補充資料

一、補充整體檢討自付差額所需資料

(一) 醫事服務機構的收費情形

1. 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，(醫材比價網網站路徑：https://www.nhi.gov.tw/QueryN_New/SpecialMaterial/SpecialMaterial)。

2. 各類自付差額特材類別，醫事服務機構的收費情形範圍如下：

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	特殊材質人工髖關節	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消融導管	2類	106年11月1日	70,200點	14	38,935 ~ 145,800
10	特殊功能及材質髓內釘組	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
收載品項數係指最新提保給付點數不為0之品項數。
更新日期：112.11.14

(二) 訂定自付差額上限之規劃與執行情形

1. 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：

- (1) P95：冠狀動脈塗藥支架、治療複雜性心臟不整脈消融導管、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。
- (2) 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。
- (3) P60：人工水晶體。

2. 109年1月30日增訂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。
3. 截至目前尚無新增功能類別自付差額品項。

(三) 健保財務之影響評估

1. 依據健保會討論自付差額特材案之作業流程，須檢討自新增類別項目後，3-5年對健保財務的影響。
2. 新功能特材納入健保給付後，每4個月定期於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)進行監控近5年申報情形，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。
3. 以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為例，預算6.9千萬(4,400組)，111年申報3,666組，未超出預算數。

二、請醫療院所落實執行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。另請辦單予分區於共管會議再提醒各醫院。