

衛生福利部全民健康保險會
第 6 屆 112 年第 5 次委員會議資料

本資料未上網公開前

請勿對外提供

中華民國 112 年 6 月 28 日

衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 112 年第 5 次委員會議議程

一、主席致詞

二、議程確認

三、確認上次(第 4 次)委員會議紀錄----- 1

四、本會重要業務報告----- 20

五、討論事項

(一)全民健康保險各總額部門 111 年度執行成果之評核結果獎勵標準案----- 57

(二)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----- 63

(三)112 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配方式，增列風險調整移撥款修正案----- 68

(四)機構住民之急性需求，應開放居家醫療團隊進入治療----- 77

(五)居家病人之急性照護需求，建立相關配套支付制度----- 80

六、報告事項

(一)「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」之執行結果(含醫療利用、藥費及其成長原因分析)，及「罕見疾病藥費」結算邏輯改變前後之影響----- 85

(二)其他預算—「提升保險服務成效」、「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)」、「基層總額轉診型態調整費用(含鼓勵院所建立轉診合作機制)」核(決)定事項之辦理情形----- 89

(三)「全民健康保險審查制度與執行成效」專案報告----- 99

(四)中央健康保險署「112 年 5 月份全民健康保險業務執行報告」(書面報告)----- 116

七、臨時動議

三、確認上次(第 4 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(112)年 6 月 1 日衛部健字第 1123360067 號函送
委員在案，並於本年 6 月 1 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4次委員會議紀錄
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國112年5月24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、李德馥

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、吳委員榮達、吳委員鏘亮、李委員永振、周委員慶明(中華民國醫師公會全國聯合會黃常務理事啓嘉代理)、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(台灣總工會張秘書長鈺民代理)、侯委員俊良、翁委員文能、商委員東福(本部社會保險司陳副司長真慧代理)、張委員清田、陳委員石池、陳委員杰、陳委員彥廷、陳委員相國、陳委員節如(台灣社會福利總盟馬副理事長海霞代理)、陳委員鴻文、游委員宏生、黃委員小娟、黃委員金舜、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、董委員正宗、詹委員永兆、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

列席人員：

本部社會保險司：陳專門委員淑華

中央健康保險署：石署長崇良(請假)、李副署長丞華、蔡副署長淑鈴

本會：周執行秘書淑婉、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第19頁)

貳、議程確認：(詳附錄第19~20頁)

決定：確認。

參、確認上次(第3次)委員會議紀錄：(詳附錄第20頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第21~38頁)

決定：

一、上次(第3次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情

形：

(一)擬解除追蹤共1項，同意解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤除原有2項外，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，共計3項同意繼續追蹤。

二、全民健康保險各總額部門111年度執行成果發表暨評核會議，訂於本(112)年7月17、18日在衛生福利部召開，會議議程詳附件一，敬請委員踴躍參加。

三、本會112年委託研究計畫預擬以「新藥可否採行差額負擔」為議題，於本年6~8月間分別在北、中、南、東地區辦理公民參與活動，敬請委員協助所屬會員團體派員參加事宜。

四、餘洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第39~52頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：112年第1季全民健康保險業務執行季報告(含111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)，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署回復說明。

陸、討論事項(詳附錄第53~83頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：113年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)，提請討論。

決議：

一、總額協商架構部分暫列，俟衛生福利部交議總額範圍後定案，再提委員會議報告。

- 二、總額協商原則，依委員意見修訂五.協商因素(四)、六.專款項目(三)，另原專款項目(三)修正文字後移列七.其他原則(一)(修正如附件二劃線處)。
- 三、餘照案通過，訂定「113年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，如附件二。
- 四、委員對總額設定公式之「醫療服務成本指數改變率」所提意見，送請衛生福利部研參。

第二案

提案單位：本會第三組

案由：113年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)，提請討論。

決議：

- 一、依委員意見修訂二.協商共識會議(三)進行方式，另配合討論事項第一案通過之總額協商原則修訂相關文字(修正如附件三劃線處)。
- 二、餘照案通過，訂定「113年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」，如附件三。
- 三、另門診透析協商場次，台灣腎臟醫學會仍維持推派1名代表列席說明。

第三案

提案人：陳委員節如

連署人：楊委員芸蘋、楊委員玉琦

代表類別：保險付費者代表

案由：有關極偏遠地區之巡迴醫療支援看診成本高，應適切提升診察費案，提請討論。

決議：本案屬中央健康保險署權責，委員所提意見，請中央健康保險署研參。

柒、報告事項(詳附錄第84~100頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：推動分級醫療之成效檢討(含各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效)，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」之「執行目標」、「預期效益評估指標」，及具體實施計畫(包含提升腹膜透析與品質之具體措施、院所獎勵方式、品質監測指標等)案，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：下午13時55分。

全民健康保險各總額部門 111 年度執行成果發表暨評核會議議程

日期：112 年 7 月 17 日、18 日(星期一、二)

地點：衛生福利部 1 樓大禮堂(台北市南港區忠孝東路 6 段 488 號)

7 月 17 日(一)	報告內容	報告單位
09:00~09:15	報到	
09:15~09:20	開幕致詞	
09:20~10:10	各總額部門(含門診透析)一般服務執行成果報告(50 分鐘)	報告單位：中央健康保險署
	1.年度重點項目之推動與未來規劃	
	2.各總額部門整體性、一致性項目執行成果	
	3.門診透析服務	
10:10~10:40	中場休息(30 分鐘)	(出席人員大合照)
10:40~11:10	跨部門及其他預算專案計畫執行成果報告(30 分鐘)	報告單位：中央健康保險署
	1.年度重點項目之推動與未來規劃	
	2.專案計畫/方案執行成效	
11:10~12:30	評論及意見交流(80 分鐘)	
12:30~13:30	午餐	
13:30~14:10	醫院總額執行成果報告(40 分鐘)	報告單位：台灣醫院協會
	1.年度重點項目之推動與未來規劃	
	2.一般服務執行績效	
	3.專案計畫/方案執行成效	
14:10~15:10	評論及意見交流(60 分鐘)	
15:10~15:30	中場休息(20 分鐘)	
15:30~16:10	西醫基層總額執行成果報告(40 分鐘)	報告單位：醫師公會全聯會
	1.年度重點項目之推動與未來規劃	
	2.一般服務執行績效	
	3.專案計畫/方案執行成效	
16:10~17:10	評論及意見交流(60 分鐘)	
— 賦 歸 —		

7月18日(二)	報告內容	報告單位
08:50~09:00	報到	
09:00~09:40	牙醫門診總額執行成果報告(40分鐘)	報告單位：牙醫師公會全聯會
	1.年度重點項目之推動與未來規劃	
	2.一般服務執行績效	
	3.專案計畫/方案執行成效	
09:40~10:40	評論及意見交流(60分鐘)	
10:40~11:00	中場休息(20分鐘)	
11:00~11:40	中醫門診總額執行成果報告(40分鐘)	報告單位：中醫師公會全聯會
	1.年度重點項目之推動與未來規劃	
	2.一般服務執行績效	
	3.專案計畫/方案執行成效	
11:40~12:40	評論及意見交流(60分鐘)	
— 成果發表會結束 —		
12:40~13:30	午餐	
13:30~16:00	評核內部會議(不公開)	參與人員：主任委員、評核委員、本會同仁

註：依健保會 112 年第 2 次委員會議(112.3.22)通過之評核作業方式，重提報重點如下：

- 1.簡報內容請以「年度重點項目執行成果與未來規劃」為主，請以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 111 年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。
- 2.111 年執行未滿半年及 112 年新增項目之執行現況及未來規劃，請一併提報。

113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則

第 6 屆 112 年第 4 次委員會議(112.5.24)通過

壹、總額協商架構(暫列，俟衛生福利部交議總額範圍後定案，再提委員會議報告)

一、總額設定公式

■年度部門別^{註1}醫療給付費用總額＝

[前一年度校正後部門別一般服務醫療給付費用^{註2、註3、註4}×(1+年度醫療服務成本及人口因素成長率+年度協商因素成長率)]
+年度專款項目經費+年度門診透析服務費用^{註5}

年度部門別醫療給付費用總額成長率＝

[年度部門別醫療給付費用－(前一年度核定之部門別醫療給付費用－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)^{註4}]/(前一年度核定之部門別醫療給付費用－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)^{註4}

■年度全民健保醫療給付費用總額＝

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

年度全民健保醫療給付費用總額成長率＝

[年度核定之全民健保醫療給付費用總額－(前一年度核定之全民健保醫療給付費用總額－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)^{註4}]/(前一年度核定之全民健保醫療給付費用總額－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)^{註4}

註：1.部門別為牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。

2.因協商當時尚無法取得該年度實際投保人口數，爰自 97 年度開始，總額基期須校正「投保人口年增率」預估與實際之差值(即 113 年總額基期須校正 111 年度總額投保人口成長率差值)。

3.依本會 111 年第 6 次委員會議(111.6.24)修正之「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，112 年度總額違反特約及管理辦法之扣款，不納入 113 年度總額協商之基期費用。

4.依衛福部報奉行政院核定之 113 年度總額之基期淨值，係以 112 年度健保醫療給付費用公告之金額，於一般服務扣除「111 年未導入預算扣減」部分。

5.西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

二、醫療服務成本及人口因素

(一)按「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」、「醫療服務成

本指數改變率」及「投保人口預估成長率」合併計算成長率。

(二)成長率計算公式

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

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

三、協商因素

(一)保險給付項目及支付標準之改變

預期新增給付項目及支付標準(如新科技醫療及新藥)改變，對醫療費用之影響率。

(二)鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康

為鼓勵提升醫療服務品質或促進國人健康，而允許增加費用之幅度。

(三)其他醫療服務利用及密集度之改變

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

(四)醫療服務效率之提升

因全民健保支付制度之改革，造成醫療服務效率提升，預估其對醫療費用之影響。

(五)其他預期之法令或政策改變

其他預期之法令或政策改變及政策誘因，對醫療費用之影響。

四、專款項目

針對特定項目協商預算，採零基預算直接協定預算額度。

五、門診透析

(一)合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

(二)門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式

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

(三)計算公式

年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用=前一年度醫院(西醫基

層)門診透析服務費用×(1+成長率)

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

貳、總額協商原則

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

二、配合全民健保財務狀況，合理配置健保資源

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

三、基期

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

四、醫療服務成本及人口因素

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

五、協商因素

(一)給付項目之調整

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

(二)各部門之「品質保證保留款」

1.列為專款項目，用於鼓勵提升醫療品質。

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

(三)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱特管辦法)之扣款

1.列為協商減項，扣減 111 年度違反特管辦法第 37、39、40 條

違規事件本身之醫療費用，僅減列民眾檢舉及健保署主動查核所發現之違規案件，不減列總額受託單位或總額相關團體發揮同儕制約精神而主動舉發之案件，且不納入 114 年度總額協商之基期費用。

2.本項扣款數值，以協商時中央健康保險署提供者為準。

(四)一般服務之協商因素項目：

1.應於年度協商時提出具體之問題分析及需求評估、醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用。新增項目需提出執行目標及預期效益之評估指標(新增項目)，延續性項目需提出過去執行成果效益或檢討改善規劃(延續性項目)，並須持續檢討執行目標及預期效益之評估指標，及檢附前開實證資料。

2.並於年度實施前提出具體實施方案，執行情形應即時檢討；若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則得核扣當年度預算；實施成效並納入下年度總額協商考量。

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

六、專款項目

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

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

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

(三)新增計畫應於年度協商時提出具體之問題分析及需求評估、醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用、執行目標及預期效益之評估指標，及檢附前開實證資料，並提出預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)，以利檢討退場或納入一般服務。若為

續辦性專款項目則須持續檢討執行目標及預期效益之評估指標。

(四)其他預算部分：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。

(五)112年度專款項目，若因為疫情或委員會作業耽誤，導致執行率未達50%，113年度專款項目可照列112年度之預算及協定事項。

七、其他原則

(一)新增協商項目或計畫，宜先列為專款項目，俟執行穩定且具成效後，未來年度再考量移至一般服務項目。

(二)年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之。

(三)醫療費用總額及分配，協商結束後，若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，其處理方式如下：

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

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

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

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

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

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

附件一醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法

一、投保人口結構改變對醫療費用之影響率

以衛福部報行政院時可取得之最近完整一年醫療費用及計費人口數計算，即以 110 年醫療費用點數為基礎，計算 111 年納保人口年齡性別結構相對於 110 年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用點數之影響，並以 1 歲為一組做調整(人口數為 3 月、6 月、9 月、12 月底計費人口數平均)。

二、醫療服務成本指數改變率

(一)成本項目之權數

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

(二)成本項目之指數

採行政院主計總處 112 年 4 月發布之「物價統計月報」與「薪資與生產力統計」資料。各總額部門指標類別如下：

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

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

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

(三)醫療服務成本指數改變率之指數值及計算

1. 113 年度總額醫療服務成本指數改變率以 4 年(113~110 年)平均值計算。

2. 單年度之醫療服務成本指數改變率數值計算方式：以 113 年度為例，係依前述各指標項目，以 105 年指數為基值(訂為 100)，計算 111 年相對 110 年各指數年增率。總醫療服務成本指數改變率，係將各部門之服務成本指數改變率，按其 111 年醫療給付費用占率加權計算而得。

三、投保人口預估成長率

以最近一年可取得之實際投保人口成長率計算，即以 111 年對 110 年投保人口成長率計算(採各季投保人數之平均值)。

113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序

第 6 屆 112 年第 4 次委員會議(112.5.24)通過

一、工作計畫表

工作項目及內容	預訂時程
<p>一、協商前置作業</p> <p>(一)討論 113 年度總額協商架構及原則與協商程序。</p> <p>(二)辦理各總額部門執行成果評核： 檢討、評估各總額部門 111 年度協定事項執行情形。</p> <p>(三)113 年度總額案於衛福部交議後，進行各項相關作業：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.請衛福部派員於委員會議說明行政院對總額範圍核定情形及政策方向。 2.確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。 3.提供協商參考資料「112 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」。 4.由健保署會同各總額部門預擬協商因素/專款項目及其預算協商草案。 <ol style="list-style-type: none"> (1)協商草案內容應包含協商減列項目及預估金額。 (2)各總額部門與健保署擬訂協商草案時，對相關之醫療服務項目，如護理、藥事服務、門診透析服務等，得邀集相關團體參與。 5.由本會將各總額部門提出之協商草案，送請衛福部業管單位評估是否與其政策規劃方向及施政目標相符，提供意見供協商參考。 <p>(四)安排總額協商會前會及座談會。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.召開 113 年度總額協商因素項目及計畫草案會前會： <ol style="list-style-type: none"> (1)請各總額部門及健保署報告所提出之「113 年度總額協商因素項目及計畫草案」，並進行綜合討論。除簡報外，請提供各協商項目或計畫之具體說明如下： <ol style="list-style-type: none"> ①問題分析及需求評估。 ②醫療服務內容、費用估算基礎及實證資料(過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用)。 ③新增項目之執行目標及預期效益之評估指標(以具體、可量化之結果面為導向，若能提出分年目標值尤佳)。延續性項目則須持續檢討。 ④新增專款項目之預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)。 	<p>第 4 次委員會議(112 年 5 月 24 日)</p> <p>112 年 7 月 17、18 日</p> <p>112 年第 6 次或第 7 次委員會議(112 年 7 月 26 日或 8 月 16 日)</p> <p>112 年第 7 次委員會議(112 年 8 月 16 日)</p> <p>112 年 8 月</p> <p>112 年 8 月</p> <p>112 年 8 月 16 日下午 (112 年第 7 次委員會議結束後)</p>

工作項目及內容	預訂時程
<p>(2)請幕僚彙整評核委員之建議，及各部門總額之執行成果，供討論參考。</p> <p>2.召開健保署和付費者代表、專家學者與公正人士、相關機關代表座談會。</p> <p>3.各總額部門及健保署<u>提送之「113年度總額協商因素項目及計畫草案」</u>，應提報內容及格式如附表： (1)新增項目之「<u>執行目標</u>」及「<u>預期效益之評估指標</u>」，請以<u>具體、可量化之結果面</u>為導向，呈現資源投入之具體效益。<u>延續性項目則須持續檢討</u>。 (2)請如期提送協商草案資料，送會後不宜臨時提出新增項目或更動內容。</p> <p>4.<u>113年度總額協商因素項目及計畫草案溝通會議</u>。</p>	<p>112年8~9月</p> <p>112年8月23日上午</p> <p>112年8月25日前</p> <p>視協商資料及討論需求評估是否辦理</p>
<p>二、各部門總額成長率及分配方式之協商</p> <p>(一)各部門委員代表自行抽籤決定各部門之協商順序，並據以排定總額協商會議議程。</p> <p>(二)協商各部門總額成長率及分配方式。</p> <p>1.召開總額協商共識會議。 (1)協商四部門總額及其他預算之總額及分配。 (2)請部門當日依據協商結論，於協定事項調整新增或<u>延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」</u>。</p> <p>2.協商結論提9月份委員會議討論、確認。 (1)確認四部門總額及其他預算之總額及分配。 (2)請委員就協商結果，提供各總額部門所提新增或<u>延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」</u>之修正建議，會後由健保署會同各總額部門共同討論研修。</p> <p>3.«<u>執行目標</u>»及«<u>預期效益之評估指標</u>»之確認： (1)達成共識部門：健保署將研修後之«<u>執行目標</u>»及«<u>預期效益之評估指標</u>»，提報10月份委員會議確認。 (2)未達共識部門：請衛福部就政策要求，逕予核定。</p> <p>(三)協商各部門總額一般服務費用之分配方式(地區預算)。</p> <p>1.請各總額部門於9月份總額協商完成後，2週內提送地區預算分配之建議方案，以利掣案提10月份委員會議討論。</p> <p>2.若部門未達成協商共識或未提送分配建議方案，則由幕僚掣案提11月份委員會議討論，並完成協定。</p> <p>(四)年度整體總額協定成長率及其分配之確認及報請衛福部核定及公告。</p>	<p>112年第6次委員會議(112年7月26日)抽籤^註，於第7次委員會議(112年8月16日)提報排定議程</p> <p>112年9月20日全天；若有未盡事宜，於9月21日上午9時30分繼續處理</p> <p>112年第8次委員會議(112年9月22日上午9時30分開始)</p> <p>112年第9次委員會議(112年10月18日)</p> <p>112年11~12月</p> <p>112年10月2日前(適逢國慶連續假期，請各總額部門及早準備)</p> <p>112年第10次委員會議(112年11月15日)</p> <p>112年11~12月</p>

工作項目及內容	預訂時程
三、協定事項之執行規劃與辦理 (一)健保署會同各總額部門，提出各協商或專款項目配套計畫之執行方案，報請衛福部核定公告。 (二)各方案/計畫進度之追蹤，並視需要，請健保署或各總額部門專案報告。	112年10月~113年12月

註：若各總額部門無法派員抽籤，則由本會執行秘書於會上代為抽籤。

二、協商共識會議

(一)會議時間：

- 1.預備會議：112年9月20日(星期三)上午9時至9時30分。
供付費方、醫界方視需要召開內部會議(請事前通知本會同仁協助安排會議場地)。
- 2.協商共識會議：112年9月20日(星期三)上午9時30分起，全天。
- 3.若有協商未盡事宜，則於112年9月21日(星期四)上午9時30分至12時30分討論。

(二)與會人員：

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

(三)進行方式：

- 1.分場次協商牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院等各部門總額、門診透析服務費用及健保署管控之「其他預算」。
- 2.各部門之協商順序，於7月份委員會議抽籤確定後，不可臨

時要求變更。

3.各協商場次預計分配所需時間如下表：

各協商場次	第一階段 ^{註1} 提問與意見交換	第二階段 視雙方需要自行召開內部會議		第三階段 部門之預算協商	合計 (最長時間含各自召開內部會議時間)
		付費方	醫界方		
醫院	30 分鐘	30 分鐘	30 分鐘	60 分鐘	90~150 分鐘
門診透析 ^{註2}	10 分鐘	10 分鐘	10 分鐘	20 分鐘	30~50 分鐘
西醫基層	25 分鐘	20 分鐘	20 分鐘	50 分鐘	75~115 分鐘
牙醫	20 分鐘	20 分鐘	20 分鐘	40 分鐘	60~100 分鐘
中醫	20 分鐘	20 分鐘	20 分鐘	40 分鐘	60~100 分鐘
其他預算	20 分鐘	20 分鐘		35 分鐘	55~75 分鐘

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

2.門診透析之協商場次，按例安排於醫院或西醫基層抽籤序優先之場次後進行，不另行抽籤。

4.相關原則：

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

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

5.若總額部門與付費者代表委員順利完成協商，達成共識，則於其預算協商時段當場試算，作成共識方案。倘未能達成共

識時，其處理方式如下：

(1)付費者代表委員間無法達成共識時：

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

(2)總額部門內部無法達成共識時：

由該總額部門代表委員召集內部會議協調醫界方案。

(3)總額部門與付費者委員無法達成共識時：

由付費者代表委員、保險醫事服務提供者代表委員各自提出一個建議方案。

6. 各協商場次之協商結果，於主席宣布協商結論後即定案，禁止任一方提出變更或推翻前開結論。惟經雙方代表同意，得再重新協議，並酌予調整該部門總額細項金額，並予以定案。
7. 各部門總額年度預算之協商終止點，訂為 9 月份委員會議之前，經委員會議確認後定案，不得變更。
8. 為利瞭解年度總額之協商過程，與會人員之發言內容，將以實錄方式上網公開。

三、委員會議

(一)時間：112 年 9 月 22 日(星期五)上午 9 時 30 分。

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

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

附表、各部門總額協商草案(協商大表)應提供之內容及格式

項目類別	○○部門草案	健保署草案	健保會補充說明
新增項目	<p>協商方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.問題分析及需求評估 2.醫療服務內容及說明 3.費用估算基礎及淨增加之費用 4.執行目標及預期效益之評估指標(以具體、可量化之結果面呈現資源投入之具體效益) 5.專款項目之預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果) 6.請檢附上開 1~4 項之實證資料，將一併列入協商資料之附錄供參 	<p>對醫界方案提出保險人之評析及建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.評析醫界方案之問題分析、需求評估及醫療服務內容之合理性與必要性，並提出保險人意見 2.試算醫療費用、淨增加費用，並提出合理之預算建議 3.對執行目標及預期效益之評估指標提供建議 4.對專款項目之預估試辦檢討期限提供建議 <p>若新增協商項目或計畫屬政策交辦項目，且未納入各總額部門協商草案：</p> <p>請健保署提供完整之協商方案(比照部門草案內容)</p>	<p>彙整相關資料供參考：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> 是否為政策交付項目：是者，摘錄政策內容 2. <input type="checkbox"/> 資料是否完整：否者，提出需補充內容 3. 提供評核委員及會前會專家學者意見 4. 彙整相關統計數據與總額協商相關規範 5. 提供協定事項執行情形與研析，不作任何預算額度及經費增刪的建議。另提供協定事項建議文字
延續性項目	<ol style="list-style-type: none"> 1.醫療服務內容及說明(含問題分析及需求評估) 2.費用估算基礎及淨增加之費用 3.過去執行成果效益(以結果面呈現資源投入之具體效益)，或檢討改善之相關規劃 4.延續性項目則須持續檢討「執行目標」及「預期效益之評估指標」 5.請檢附上開內容之實證資料，將一併列入協商資料之附錄供參 		

四、本會重要業務報告

一、本會依上次(第4次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

(一)依討論事項第一案決議，於本(112)年6月6日以衛部健字第1123360072號書函，將本會委員對總額設定公式之「醫療服務成本指數改變率」所提意見，送請衛生福利部(下稱衛福部)參考，如附錄一(第119頁)。衛福部於本年6月17日函復本會有關113年度總額範圍低推估公式意見，如附錄二(第120~121頁)。

(二)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計2項，依辦理情形，建議解除追蹤1項，繼續追蹤1項，如附表一(第26~28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)，中央健康保險署(下稱健保署)回復如附錄三(第122~140頁)。

(三)有關衛福部於本年5月17日預告修正「全民健康保險保險對象門診藥品、急診應自行負擔之費用」之草案，業於本年6月5日彙整本會委員所提意見送請衛福部參考，如附錄四(第141~143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5月底未結案件計22項，依辦理情形，建議解除追蹤3項，繼續追蹤19項，如附表二(第29~47頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理。

三、衛福部副知本會該部業於本年6月7日依健保法第60條規定將113年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍草案(下稱113年度總額範圍草案)報請行政院核定(函文及內容節錄如附錄五，第144~204頁)。函報重點摘要：

(一)113年度總額範圍草案約為8,581.49億元(下限金額)至8,780.43億元(上限金額)，與112年度之醫療給付費用相較，其成長率為2.621%(低推估)至5%(高推估)，增加金額約219.18億元至418.12億元，其中低推估之計算、高推估值與政策目標如第146~151頁，至於諮詢本會委員意見重點如第168~170頁。

(二)有關各界關切之總額範圍擬訂公式檢討，衛福部綜整各界意見後，考量疫情後醫療體系量能、物價通膨等各項衝擊，113年總額範圍擬訂公式，其架構及各項指標計算方式維持不變(其中「醫療服務成本指數改變率」維持原計算方式，採單年度計算結果)，修訂歷程詳如第162~180頁。

四、為利各總額部門及健保署及早規劃113年度總額協商草案，本會業於本年6月16日，將113年度總額協商程序，送請各總額部門承辦團體及健保署依所訂之時程，如期將協商資料提送本會。另亦檢送暫依衛福部函報行政院總額範圍草案之擬訂公式，修訂「113年度總額協商架構」之附件及酌修文字，如附件二劃線處(第53~54頁)，連同摘錄113年度健保政策目標及內涵，供其研提協商草案參考。

五、健保署依 112 年度牙醫門診總額地區預算分配協定事項，於本年 6 月 9 日函送「特定用途移撥款」執行方式備查案，自一般服務費用移撥 12.474 億元，用於下列 7 個用途，如附錄六(第 205~207 頁)：

(一)醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用：2億元。

(二)牙醫門診總額特殊醫療服務計畫：0.5億元。

(三)牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫：0.8億元。

(四)該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款：0.3億元(中區 0.2億元，高屏0.1億元)。

(五)牙周病統合治療方案：8.724億元，按各區申報件數占率分配。

(六)高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)：0.15億元。

(七)各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用。

六、查健保署依健保法第 25 條「本保險財務，由保險人至少每 5 年精算 1 次，每次精算 25 年」之規定，完成「111 年度全民健康保險財務評估報告」，並置於該署網頁。本會整理報告內容摘要(如附錄七，第 208~213 頁)，供委員參考。報告下載路

徑：健保署首頁>健保資料站>健保業務報告>全民健康保險費率精算報告>111年報告，網址：<https://gov.tw/Azx>。

七、下次(第6次)委員會議(112.7.26)依年度工作計畫安排之專案報告主題為「112年度各部門總額依核(決)定事項須提本會報告之項目(含須於112年7月提報項目、預算扣減方式及節流效益之規劃等)」，請委員最晚於本年7月3日前向本會提出需請健保署回應或說明之問題。

八、本會針對上次(第4次)委員會議對推動分級醫療及腹膜透析作為委員關切重要議題之會訊報導主題，內容詳附錄八(第214~215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。

九、健保署於本年5月至6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6月19日寄至各委員電子信箱]

(一)將公告之總額相關計畫副知本會，如附錄九(第216~219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
112.5.19/ 112.6.1	全民健康保險癌症治療品質改善計畫	新增計畫，重點如下： <ol style="list-style-type: none"> 1.預算金額：醫院及西醫基層總額專款分別為4.02億元及1.15億元，得相互流用。 2.收案條件：符合健康署5項癌症(大腸癌、口腔癌、子宮頸癌、乳癌、肺癌)篩檢條件且結果為疑似異常者。 3.服務內容： <ol style="list-style-type: none"> (1)篩檢結果為疑似異常個案之追蹤管理，包括：健康指導、確診檢查之準備及個案溝通就醫意向，提供同院所或跨院轉診服務等。 (2)提升癌症診斷品質管理，包括：協助門診安排及評估指導、確認診斷檢查等注意事項及排程等。 4.支付方式：依不同癌別及篩檢疑似

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		異常結果類別，分別支付原篩院所「追蹤管理費」400點或800點及負責診斷治療院所「診斷品質管理費」1,200點或1,700點。
112.5.23/ 112.5.23	全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫	<p>修訂重點如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院遴選核定：原核定各醫院試辦金額，改為核定各醫院試辦床數。 2.申請資格：申請醫院之試辦床數規模應審慎評估，且至少安排1個病房辦理。 3.擴增照護輔佐人員資格，除原有之照顧服務員資格外，新增：高中(職)以上學校照護科(組)畢業，或護理相關科(組)畢業尚未取得護理證照者，及取得本部醫院照護輔佐訓練結業證明者。 4.品質監控指標： <ol style="list-style-type: none"> (1)修正「全院推動住院整合照護涵蓋率」指標操作型定義。 (2)「滿意度」指標增加質性資料與正負面意見關鍵事項，另新增醫院管理者之調查。
112.6.1/ 112.6.1	全民健康保險慢性傳染病照護品質計畫	<p>新增計畫，包含「潛伏結核感染治療品質支付服務計畫」等3項子計畫，重點如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.預算金額：醫院總額1.8億元及西醫基層總額0.2億元，得相互流用。 2.本計畫主要為強化潛伏結核感染(LTBI)及愛滋個案治療與管理照護品質。院所如完成發現確診、治療、管理照護、檢驗/治療評估等，支付項目如下： <ol style="list-style-type: none"> (1)潛伏結核感染治療品質支付服務計畫：支付開立治療費(500點)、管理照護費(600~1,500點)及獎勵費(800點)。 (2)愛滋照護管理品質支付計畫：支付發現確診費(2,000點)、管理照

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		護費(350~1,000 點)及監測評估費(900 點)。 (3)長照機構加強型結核病防治計畫：支付檢驗/治療評估費(100 點)、結核菌快速分子檢測費(2,500 點)、LTBI 檢驗費(3,500 點)及獎勵費(10,000~50,000 點)。
112.6.2/ 112.6.1	全民健康保險急診品質提升方案	修訂重點為新增及修改接受急診病人下轉醫院之住院獎勵： 1.新增對應醫令 P4626B-P4627B「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵(第一天)」。 2.修改既有醫令名稱，加註「第二天起」：P4609B-P4610B「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵(第二天起)」。

(二)本年 6 月 2 日副知，有關全民健康保險醫事服務機構申報醫療服務點數之暫付及核定每點金額計算方式暫予調整案，自本年 6 月 15 日起適用，如附錄十(第 220~221 頁)，調整重點如下：

- 1.西醫基層總額部門：每點暫付金額以最近一季結算平均點值與最近一季預估平均點值取較保守者之 9 成計算，每點核定金額以最近一季結算每點支付金額與最近一季預估每點支付金額取較保守者之 9 成計算，並均以不高於 0.9 元為限。其他交付機構比照西醫基層總額部門計算。
- 2.醫院總額、牙醫門診、中醫門診總額部門：維持現行每點暫付金額/每點支付金額計算方式(健保署 96 年 8 月 7 日健保醫字第 0960052622 號公告)，惟如逐季檢討後決議改變，將逕依決議辦理。

(三)本年 3 月至 6 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 38 件、特材計 15 件，彙整如附錄十一(第 222~227 頁)。

(四)111 年第 4 季各部門總額每點支付金額：

- 1.牙醫門診總額，如附錄十二(第 228~231 頁)。
- 2.中醫門診總額，如附錄十三(第 232~235 頁)。
- 3.醫院總額，如附錄十四(第 236~238 頁)。
- 4.西醫基層總額，如附錄十五(第 239~242 頁)。
- 5.門診透析服務，如附錄十六(第 243~245 頁)。

總額別 分區別	111 年第 4 季各部門總額平均點值				
	牙醫門診	中醫門診	醫院	西醫基層	門診透析
台北	0.9592	0.8673	0.9579	0.9408	0.9026
北區	1.0276	0.8398	0.9766	0.9813	
中區	1.0244	0.8595	0.9530	0.9790	
南區	1.0771	0.8718	0.9998	0.9915	
高屏	1.0476	0.8497	0.9946	0.9813	
東區	1.2282	1.0792	0.9969	1.0321	
全區	1.0121	0.8633	0.9720	0.9694	

(五)本年 6 月 15 日函送 111 年第 4 季其他預算結算說明表，公文如附錄十七(第 246 頁)，111 年全年經費 16,579.2 百萬元，全年結算數 11,017.3 百萬元，整理預算執行情形如附錄十八(第 247 頁)供參考。

十、台灣醫院協會、社團法人台灣私立醫療院所協會，於本年 5 月 30 日函文行政院、衛福部等相關單位並副知本會，對於「總額範圍擬訂低推估公式之醫療服務成本指數(MCPI)改採 4 年平均價值計算」一事，一致表達反對意見，如附錄十九(第 248~252 頁)。

決定：

上次(第4次)委員會議繼續列管追蹤事項

一、擬解除追蹤(共1項)

項次	案由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	優先報告事項： 112年第1季全民健康保險業務執行季報告(含111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)。	委員所提意見，請中央健康保險署回復說明。	於112年5月31日請辦健保署。	健保署回復：委員所提意見，說明如附件一(第48~52頁)。	解除追蹤	—

二、擬繼續追蹤(共 1 項)

項次	案由	決議(定)事項	本會辦理情形	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	本會重要業務報告	上次(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 112 年 5 月 31 日請辦健保署。	<p>健保署回復：</p> <p>1. 有關 112 年度西醫基層總額新增「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」，經協定本項經費用於反映護理人員薪資。</p> <p>2. 本項「執行目標」與「預期效益之評估指標」： (1) 中華民國醫師公會全國聯合會(下稱全聯會)112 年 2 月 21 日檢送建議內容，經提至本署 112 年 3 月 2 日西醫基層總額研商會議，會議決議請本署徵詢中華民國護理師護士公會全國聯合會(下稱護理公會)意見。護理公會於 112 年 3 月 21 日檢送建議說明，本署依程序提至「全民健康保險醫療服務給付項目及標準</p>	<p>1. 繼續追蹤</p> <p>2. 本項工作涉及總額協定項目之執行，請健保署儘速辦理，將達共識之「執行目標」與「預期效益之評估指標」提至委員會議確認後解除追蹤</p>	112 年 8 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
				<p>訂會議」(下稱共擬會議)討論。</p> <p>(2)依本署 112 年 4 月 27 日共擬會議第 1 次臨時會議討論決議，有關「執行目標」與「預期效益之評估指標」，因未具共識，俟達共識後另提至貴會確認。</p> <p>承上，會後本署再請全聯會與護理公會凝聚共識後送至本署，全聯會 112 年 5 月 12 日來函表示維持原建議內容，與護理公會仍未達一致共識，爰兩會建議內容本署將綜整後，提至貴會討論。</p>		

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3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>112 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案，所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。 /[俟健保署送本會備查後解除追蹤] (111.10 決議、111.11、111.12、112.2 決定)</p> <p>.....</p> <p>112 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。 /[俟健保署送本會備查後解除追蹤] (111.10 決議、111.11、111.12、112.2 決定)</p> <p>.....</p> <p>112 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案所涉執行面及計算(含特定用途移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定之，其中特定用途移撥款執行方式請送本會備查。 /[俟健保署送本會備查後解除追蹤]</p>	<p>健保署回復：</p> <p><u>1.112 年醫院、西醫基層總額地區預算分配關於風險調整移撥款執行方式，業分別於 112 年 3 月 25、及同年月 28 日函報貴會在案。</u></p> <p><u>2.112 年牙醫門診總額地區預算分配關於風險調整移撥款已於 112 年 5 月 18 日函報貴會備查，惟牙全會函送修正提案至本署 112 年 5 月 23 日 112 年第 2 次研商議事會議，修訂「高風險疾病患者牙結石清除 - 全口(91090C)」經費 0.15 億元之分配方式，經會議決議通過修訂，已併會議紀錄函送貴會備查。</u></p>	<p>解除追蹤</p> <p>(1.有關醫院、西醫基層總額風險調整移撥款執行方式，健保署已送本會備查，並提報本年4月委員會議，爰建議解除追蹤。</p> <p>2.有關牙醫門診總額特定用途移撥款執行方式，健保署曾於 112.5.18 送本會備查，惟所送內容尚未經研商議事會討論，爰復函該署於完行政程序後再提送。查該署已於 112.6.9 依研商議事會議決議送本會備查，並</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)
	(111.11 決議、111.12、112.2 決定)		報本次委員會議，爰建議解除追蹤。)	
2	<p>111 年度牙醫門診總額「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，本項未執行額度計算方式為 111 年「高風險疾病口腔照護」項目預算(4.05 億元)，扣除「預算執行額度」所得，其中「預算執行額度」依照委員決議採中央健康保險署計算方式，請該署依決議方式辦理後續預算扣減事宜。 [於健保署辦理預算扣減事宜後解除追蹤] (111.10 決議、111.11、111.12、112.2 決定)</p> <p>.....</p> <p>有關「111 年度總額預算扣減」部分，請中央健康保險署依所提報之執行結果，於結算 111 年度點值時處理扣減事宜。[於健保署提報 111 年度點值結算實際扣減結果後解除追蹤] (112.3 決議、112.4 決定)</p>	<p>健保署回復： <u>本署辦理 111 年第 4 季各部門總額結算時已於當年度該部門預算將實際扣減結果扣除後計算，並經研商議事會議確認在案。</u></p>	<p>解除追蹤 (健保署已於 112.6.9、6.12、6.14 副知本會牙醫門診總額、中醫門診總額及西醫基層總額 111 年第 4 季點值結算說明表，已處理事宜，爰建議解除追蹤)</p>	—
3	<p>有關 111 年 11 月份全民健康保險業務執行報告，委員所提意見，俟中央健康保險署提出醫療服務審查制度成效檢討(包含專業雙審及公開具名試辦方案執行情形)專案報告後再解除追蹤。 [俟健保署提出專案報告後解除追蹤] (111.12、112.2 決定)</p>	<p>健保署回復： <u>已提出專案報告。</u></p>	<p>解除追蹤 (健保署已提出專案報告，並列入本次委員會議第三案，爰建議解除追蹤)</p>	—

二、擬繼續追蹤(共 19 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]</p> <p>(106.7 決議、106.8、106.12、107.6、107.12、108.3、108.6、108.12、109.6、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12、112.2 決定)</p> <p>.....</p> <p>本會委員認為現行全民健康保險法施行細則第 45 條，恐有違背母法第 27 條之虞，建請衛生福利部檢討修正，並於下(第 4)次委員會議提出研修方向及期程。另委員針對上開中央健康保險署所送預、決算備查案所提意見，併送請衛生福利部參考。[繼續追蹤]</p> <p>(107.4、107.5、107.6、107.12、108.3、108.6、108.12、109.6、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12、112.2 決定)</p> <p>.....</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本部法規見解差異，致相關預算編列產生疑義。案經行政院跨部會研商，已確立法律見解及計算方式，配合部分爭議修正之健保法施行細則第 45 條，亦經立法院實質審查確定，據以計算之各年度政府應負擔數，業由審計部完成審定，相關法制程序皆屬完備，合法性及合理性無虞。早期因政府部門間法規爭議衍生之預算不足數，已分年完成撥補，政府每年皆依法負擔本項經費。貴會委員所提意見，將配合健保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>有關近年健保「應提列安全準備來源」受到社保司自行解釋並逕減，影響安全準備之實際權責數字，為維繫現行費率適足，建請健保署逐期提供健保財務收支情形試算表，持續健全財務監理案，健保財務收支情形試算資料中，政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數之金額，請分別依主管機關依法認定及提案委員主張〔依健保法第 76 條第 1 項規定計算應提列之安全準備(各項來源金額\geq0)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 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 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</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</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>次委員會會議多有討論，惟雙方仍有不同見解，考量現階段本案之爭議，涉及法令解釋及預算編列等主管機關權責，委員建議對健保財務之長期穩定有正面意義，建請主管機關積極研議處理。[俟衛福部撥補 105~107 年政府應負擔健保法定經費不足數或舉證委員建議不符現行法規後解除追蹤]</p> <p>(108.11 決議、108.12、109.6、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12、112.2 決定)</p>		<p>委員建議不符現行法規後解除追蹤</p>	
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 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>	<p>依社保司、健保署研擬進度辦理</p>
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</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</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>	<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>總額預算擬定範圍的計算基準，並就每年健保呆帳納入公務預算或其他財務來源補助案，請中央健康保險署正視全民健保呆帳之問題，積極研擬事前防範措施及事後財源籌措方案，並研議全民健保呆帳由公務預算或其他財源補助之可能性。[俟健保署研議全民健保呆帳由公務預算或其他財源補助之可能性後解除追蹤]</p> <p>(109.6 決議、109.7、109.9、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12、112.2 決定)</p>	<p>息申貸健保欠費或補助健保費及應自行負擔之費用。</p> <p>(2)每年申請紓困基金無息貸款約 1.5 億元，<u>112 年度預算編列情形概述如下：</u></p> <p>A. 健保紓困貸款計畫 <u>1.5 億元</u>，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 <u>2.6 億元</u>，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 <u>8.1 億元</u>，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><u>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。</u></p> <p><u>3.有關研議健保呆帳納入公務預算或其他財</u></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)
		源補助之可能性，依健保法第 3 條規定，政府應負擔健保總經費法定下限(36%)業由主管機關編列公務預算撥補，現行健保基金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 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</p>	<p>健保署回復：</p> <p><u>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：</u></p> <p><u>(1) 持續檢討指示用藥之臨床需求：臨床必要、兒童用藥及公衛藥品優先考慮予以保留給付。</u></p> <p><u>(2) 修法符合民意及實務作業：以藥品臨床必要性作為健保給付之考量依據，研修全民健康保險法第 51 條，並修正全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險藥品價格調整作業辦法等相關規定。後續將俟各界有修法共識，本署再提修法建議。</u></p> <p><u>(3) 醫界作業與廠商權益：給予取消給付之緩衝時間，及納入給付者，簽立保證供貨穩定之協議等。</u></p> <p>2.本署前於 112 年 6 月 6</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>	<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>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] (108.3、108.4、108.6、108.12、109.6、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12、112.2 決定)</p>	<p><u>日邀集醫師公會全國聯合會、藥師公會全國聯合會、相關專科醫學會、醫/藥專家學者與會討論，針對健保現行給付 840 項指示用藥之「臨床需求」進行溝通，與會代表共識將 15 項無臨床需求、無法採購、臨床實證薄弱之指示用藥取消健保給付。該會議並非定調，本署將再收集意見與分析資料後，持續與各界溝通。</u></p> <p>3. <u>本案業於 112 年 3 月貴會針對「藥費管控策略及檢討」議題(含藥費超出支出目標值之原因檢討、新藥納入健保給付之作業程序與核價原則及新藥引進後之檢討等)報告前揭內容，建議解除列管。</u></p>		
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] (111.6、111.7、111.12、112.2 決定)</p>	<p>健保署回復：</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，本署透過 Power BI 即時</p>	<p>1. 繼續追蹤 2. 俟健保署補充說明後解除追蹤</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>監控新藥藥費支出，並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. 一旦新藥給付後超出原編預算，本署除精進新藥預算推估方法學外，並建立醫療科技再評估(HTR)機制，選擇已收載之特定品項，檢討其支付價格及藥品給付規定，以更符合給付效益。</p> <p>4. <u>業於 112 年 3 月貴會針對「藥費管控策略及檢討」議題(含藥費超出支出目標值之原因檢討、新藥納入健保給付之作業程序與核價原則及新藥引進後之檢討等)報告前揭內容。</u></p> <p>5. <u>另，醫療服務給付項目及支付標準之新增及修訂項目，屬國內臨床執行在案，具技術純熟及安全性，由醫療院所或專科醫學會視其臨床實務執行經驗，判斷有新增或修訂之需要，向本署提出申請。</u></p> <p>6. <u>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</u></p>		

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
		<u>議適應症、支付規範之修訂，並請其輔導會員正確申報。</u> <u>7.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。</u>		
三、總額協商				
7	有關 110 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)案，委員所提有關總額範圍擬訂公式之意見，送請衛生福利部納為未來公式檢討參考。[俟社保司完成總額範圍擬訂公式之檢討修訂作業後解除追蹤] (109.5 決議、109.6、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12、112.2 決定)	社保司回復： <u>1.考量貴會委員所提有關健保總額範圍擬訂公式之意見，涉及不同專業領域，為求慎重周延，本部除廣蒐各界建議納入檢討外，亦召開多次專家諮詢會議，彙整專家意見，進行研議分析，並於年度總額範圍(草案)方向擬訂會議，提案討論，供與會之醫界代表、付費者代表、專家與公正人士代表共同討論。</u> <u>2.110 年至 112 年 6 月間，本部共召開 4 次工作小組會議、8 次專家諮詢會議、2 次總額範圍(草案)擬訂方向會議、1 次說明會議。</u> <u>3.有關總額公式，未來倘有具體之修訂建議，本部將於每年度健保總額範圍(草案)諮詢前，提案至貴會凝聚共識後，再納入檢討規劃。</u>	1.繼續追蹤 2.俟社保司完成總額範圍擬訂公式之檢討修訂作業後解除追蹤	依社保司研擬進度辦理
8	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	健保署回復： <u>本署將持續監測相關數據並持續檢討，將有限資源做最有效利用，現階段並規劃賦能民眾，調整部分負擔制度導引</u>	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	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>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] (109.6、109.7、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12、112.2 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 決定)</p>	<p>民眾改變就醫習慣。</p>	<p>措施後解除追蹤</p>	
9	<p>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 決定)</p>	<p>社保司回復： 1. <u>健保醫療給付費用總額範圍係由低推估值加上政策目標所形成，其低推估值用以維持新年度醫療需要及醫療照護與舊年度相同。而過去健保總額政策目標之擬訂，多參酌醫療服務提供者等各界，以年度為基準所提之健保給付</u></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>	<p>依社保司、健保署研議進度辦理</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>項目或計畫，並考量總體經濟情勢、民眾付費能力、整體醫療保健支出及健保財務等。</u></p> <p><u>2.對應政策目標之相關計畫(含醫療服務提供者所提之新增項目、本部重大推動政策等)，均為本部報請行政院核定年度健保總額範圍時，向行政院爭取協商空間之依據。且行政院核定健保總額範圍時，亦多會考量政策目標所需之經費，並將計畫績效列為總額範圍核定之附帶條件。</u></p> <p><u>3.有關總額之擬訂與核定，本部係依健保法第 60 條規定，於年度開始 6 個月前擬訂其範圍，經諮詢貴會後，報請行政院核定；貴會則依健保法第 61 條規定，由付費者代表與醫療服務提供者代表，每年 9 月就行政院核定總額範圍及本部交議之協商政策方向，據以協商總額。</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>		
10	112 年度醫院、牙醫門診、中醫門診、西醫基層醫療給付費用總額及其他預算協商結論案之附帶決議：有關醫院總額及西醫	<p>健保署回復：</p> <p>有關「藥物成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支</p>	<p>1.繼續追蹤</p> <p>2.俟健保署首次提報業務執行報告後解</p>	112 年 6 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>基層總額之「藥品及特材給付規定改變」項目，付費者版本之協定事項「藥物成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應」，如奉衛生福利部核定，請中央健康保險署將其辦理情形，列入全民健康保險業務執行報告，每半年向本會提報。[俟健保署首次提報業務執行報告後解除追蹤](111.9 決議、111.10、111.12、112.2 決定)</p>	<p>應」協定事項，將提至<u>112年第5次委員會議之全民健康保險業務執行報告(112年6月會議)</u>。</p>	<p>除追蹤</p>	
11	<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 決定)</p> <p>.....</p> <p>112 年度醫院及西醫基層總額關於「因應長新冠照護衍生費用」決定項目內容，需提報本會確認案，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 決定)</p>	<p>健保署回復：</p> <p>1.有關<u>112年度醫院總額新增「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」專款計畫之「執行目標」與「預期效益之評估指標」</u>辦理情形如下：</p> <p>(1)經本署 112 年 4 月 27 日召開「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)第 1 次臨時會決議，請台灣醫院協會提出具體可量化之執行目標。</p> <p>(2)台灣醫院協會於 112 年 5 月 19 日提出具體可量化執行目標如下：</p> <p>A.「<u>持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(5 億)</u>」：112 年</p>	<p>1.繼續追蹤 2.本項工作涉及總額協定項目之執行，請健保署儘速辦理，並提至委員會議確認後解除追蹤</p>	112 年 8 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><u>優化地區醫院住診、重症及急診照護能力，其護病比不低於 108 年。</u></p> <p>B. <u>「區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(10 億元)」：優化醫學中心及區域醫院住診暨重症醫療服務品質，其出院後 14 日再住院率不高於 108 年。</u></p> <p>(3)<u>將併西基總額新增項目提至貴會最近一次委員會議報告。</u></p> <p>2.<u>有關 112 年度西醫基層總額新增項目「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」之「執行目標」與「預期效益之評估指標」辦理情形如下：</u></p> <p>(1)<u>中華民國醫師公會全國聯合會(下稱全聯會)112 年 2 月 21 日檢送建議內容，經提至本署 112 年 3 月 2 日西醫基層總額研商會議，會議決議為請本署徵詢中華民國護理師護士公會全國聯合會(下稱護理公會)意見。護理公會於 112 年 3 月 21 日檢送建議說明，本署依程序提至共擬會議討論。</u></p> <p>(2)<u>依本署 112 年 4 月 27 日共擬會議第 1 次臨時會議討論決議，有關「執行目標」與「預期效益之評估指</u></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>標」，仍無法達成共識。</u></p> <p><u>(3)承上，會後本署再請全聯會與護理公會凝聚共識後送至本署，全聯會112年5月12日來函表示維持原建議內容，與護理公會仍未達一致共識，爰兩會建議內容本署將綜整後提至貴會討論。</u></p> <p><u>3.有關「促進醫療服務項目支付衡平性」案，擬俟規劃具體實施方式，再提貴會報告。</u></p>		
12	<p>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：</p> <p>(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。</p> <p>(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)。</p> <p>[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> <p>(112.3決議、112.4決定)</p>	<p>健保署回復： <u>配合辦理，將於113年3月份委員會議提報辦理情形。</u></p>	<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)
13	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 決定)	健保署回復： 遵照辦理。	1.繼續追蹤 2.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年8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](111.4 決議、111.5、111.6、111.12、112.2 決定)	健保署回復： <u>因部分負擔新制預告內容與原預定實施內容有變動，本署刻正評估監測指標妥適性，俟公告後，定期提報監測結果。</u>	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
15	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	健保署回復： <u>為保障經濟弱勢民眾就醫權益，經本署重行研議，112年5月17日預告修正之「全民健康保險保險對象門診藥品、急診應自行負擔之費用」草案，針對低收入戶、中低收入戶及身心障礙身分者，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，且於就醫</u>	1.繼續追蹤 2.俟健保署提出檢討修正相關措施後解除追蹤	依健保署研議進度辦理

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)
	檢討修正相關措施後解除追蹤] (111.6、111.7、111.12、112.2 決定)	<u>時讀取健保卡身分註記或出示身心障礙證明即可適用，故建議解除列管。</u>		
16	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 決定)	健保署回復： <u>因部分負擔新制預告內容與原預定實施內容有變動，本署刻正評估監測指標妥適性，俟公告後，定期提報監測結果。</u>	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
17	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 決定)	健保署回復： <u>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。</u>	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
18	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 決定)	健保署回復： 1.「 <u>全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法</u> 」(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「 <u>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</u> 」(下稱即時查詢方案)鼓勵「即時」之目	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>的不同。</p> <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4月檢驗(查)三日內上傳率說明如下：</p> <p>(1)檢驗(查)結果計92.6%(醫院計96.5%、基層(含檢驗所)計68.4%)。</p> <p>(2)醫療檢查影像計80.4%(醫院計95.8%、基層(含檢驗所)計9%)。</p> <p>4.上開上傳率相較去年同期值，檢驗(查)結果計85.7%、醫療檢查影像計75.5%，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.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。</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)
19	增刪修訂「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第2條第1項第2、第3款之附表一及附表二指標項目案，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。[俟衛福部核定發布後解除追蹤](112.2 決議、112.3 決定)	健保署回復： <u>業已於 112 年 3 月 27 日至 5 月 26 日辦理醫療品質資訊公開辦法修正草案預告，預告期間無相關建議意見，已依程序於 112 年 6 月 7 日報主管機關核定發布。</u>	1.繼續追蹤 2.俟衛福部核定發布後解除追蹤	—

健保會第 6 屆 112 年第 4 次委員會議之健保署答覆

上次(第 4 次)委員會議之擬解除追蹤項次 1

案由：112 年第 1 季全民健康保險業務執行季報告(含 111 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)。

委員意見	健保署說明
<p>朱委員益宏(議事錄第 45 頁)</p> <p>第 2 點，請教一下，健保署剛剛報告沒有特別提到，其實從報告第 71~74 頁的表，醫學中心的慢性病從 110 年開始，慢性病占門診件數高達 54%，慢性病產生的醫療費用占門診醫療費用高達 65%，也就是醫學中心看慢性病人非常多，而且這裡面所謂慢性病人定義，包括拿慢性病連續處方箋是比較穩定的慢性病，給藥超過 14 天才會納進來統計，區域醫院也高，反而地區醫院與基層診所相對較低，所以剛剛健保署的報告沒有針對慢性病說明，是不是也說明一下，對於穩定慢性病怎麼樣讓醫學中心下轉到地區醫院與診所就醫。</p> <p>這件事情很重要，因為我們只看到 110 年開始的資料，到底疫情前是怎麼樣的情形呢？或是從 106 年推動分級醫療以來，到底是有進步或沒有進步，我們也不知道，所以這部分麻煩健保署在待會報告裡也可以再詳細說明這件事情，穩定的慢性病下轉，健保署是不是可以列入未來很重要的政策。</p>	<p>一、本署推動分級醫療以來，請大醫院致力照護急重難罕症病人，將穩定慢性病人下轉至鄰近醫療院所一直為本署重要推行策略之一；惟民眾現行就醫習慣不易改變且疫情影響就醫程度難以事前預測，本署將持續觀測醫療利用資料並定期公布。</p> <p>二、衛生福利部於 112 年 5 月 17 日預告健保門診藥品與急診部分負擔調整方案，本次門診藥品部分負擔，在地區醫院及基層診所維持藥費 100 元以下免收取藥品部分負擔，101 元以上收取 20%，最多收 200 元；醫學中心或區域醫院藥費 100 元以下，收取藥品部分負擔 10 元，101 元以上收取 20%，最多收 300 元；醫院所開立的慢性病連續處方箋，第 1 次調劑比照一般藥品處方箋需收取藥品部分負擔，第 2 次以後調劑維持免收，另為了鼓勵病情穩定的慢性病人至基層診所就診，基層診所維持免收慢性病連續處方箋部分負擔。</p>

委員意見	健保署說明
<p>陳委員石池(議事錄第 45 頁)</p> <p>主席、各位委員，大家早安。2 件事情請教，第 1 個，有關保險費收繳執行情形，在業務執行季報告第 15 頁，政府保險費補助款收繳率 99.99%，雖然將近 100%，可以這是不對的，還有 0.1% 政府不繳費，政府怎麼可以帶頭違法呢？所以我希望健保署公告是哪個單位不繳保費好不好？第 2 個，有關投保單位及保險對象保險費收繳率是 98.78%，只差 1.22%，可是差 1.22% 是多少錢？請各位看到第 17 頁，應收保險費與實收保險費相減是 243.25 億元，這是非常高的比例，請健保署仍要積極，雖然呆帳部分有進步，但是還是要積極收繳保費，差太多了，這是第 1 件事。</p>	<p>一、有關政府保險費補助款收繳率 99.99%，係因截至統計時點（112 年 4 月 30 日）新北市政府補助 65 歲以上老人 112 年 1 月自付保險費之補助款尚未繳納，該款項之繳納期限為 112 年 5 月 15 日，查該府已於 5 月 3 日撥款。</p> <p>二、本署針對各欠費態樣訂有保險費欠費監控項目實施計畫表，據以執行各項例行性及專案催繳；另建置有投保單位欠費監控平台，加強投保單位欠費催繳。未來將持續積極辦理各項收催繳作業。</p>
<p>張委員清田(議事錄第 46 頁)</p> <p>主席、各位前輩大家好。業務執行季報告第 13 頁，呆帳部分的金額累積下來嚇死人，總共 1,000 多億元，這應該是好看而已，因為裡面 84 年到 106 年有 800 多億元，這部分大概是雇主可能是倒閉解散清算，沒有支付能力或是沒有工作，搞不好都是萬華流浪漢或台北車站的流浪人員，我猜是這些原因，這個金額要特別標明一下，我記得上次參加會議，好像有委員提到呆帳沒辦法收回的有 1,000 多億</p>	<p>一、有關健保基金呆帳，絕大部分係保費欠費所衍生，醫療費用欠費僅占約 1%，為穩健表達財務資訊，每月會將應收款項依不同催收階段，對應不同的估計呆帳率，計算當期備抵呆帳金額，再扣除前期已提列之備抵呆帳，得出當期的呆帳費用，予以認列入帳。</p> <p>二、有關 112 年 4 月業務執行季報告第 13 頁表 5-1 全民健保財務收支分析表，呆帳 84 年到 106 年累計 811 億餘元，截至 112 年 4 月底 1,084 億餘元，係</p>

委員意見	健保署說明
<p>元，請健保署趕快積極催繳，實際上這個沒有 1,000 多億元，應該是 107 年之後或許要催收，106 年之前大概收不回來，這個地方是不是要特別標明才不會造成錯覺。</p>	<p>依上述計算方式辦理列帳；至實際轉銷呆帳金額，則依「全民健康保險保險費及滯納金欠費催收暨轉銷呆帳作業要點」規定辦理。</p> <p>三、針對已轉銷呆帳之欠費，本署仍會按規定持續催繳，並定期清查欠費對象所得及財產，查有可執行標的者予以再移送行政執行，俾保障本署債權。</p>
<p>李委員永振會後書面意見(議事錄第 51 頁)</p> <p>業務執行季報告第 24 頁有關資金投資概況，年收益率為 1.28%，較前有大幅改善，也較上月的 1.26% 進步，主因雖為整體金融利率調升，但針對一般活存的活化也有努力，值得肯定。今有 2 點請教：1.目前資金餘額 1,559 億元，但備註提及的存款才 92 億元，還不到餘額的 6%，看不出全貌。2. 收益較佳的附賣回交易票、債券，則由去年同期 173 億元下滑到 99 億元，占資金的 6.4%，一成不到！建議依健保法第 77 條的規範，持續積極改善健保資金投資組合績效，提高收益率。</p>	<p>一、全民健康保險基金資金運用原則係以流動性及安全性重於收益性。</p> <p>二、在兼顧整體資金需求與現金流量下，目前主要投資工具為收益率較佳之定期存款約 1,409.48 億元，占整體 90.42%，餘佐以收益率次佳之附賣回交易票、債券及優惠存款等進行操作。</p> <p>三、各投資項目之金額及占率已列示於全民健保安全準備金及營運資金投資概況表(詳 112 年 4 月份全民健康保險業務執行季報告第 24 頁表 11，同附件一之附件，第 52 頁)，該表之備註係說明：</p> <p>(一)優惠活期存款：10.57 億元，主要須搭配玉山銀行之定期存款。</p> <p>(二)一般活期存款：39.68 億元，主要為金融機構代收之保險費收入，於入帳後第 4 天始能動用。</p> <p>四、未來將視整體利率走勢，並檢視是</p>

委員意見	健保署說明
	<p>否有其他收益較佳且符合需求之投資工具，予以評估進行投資，以適時提升收益率。</p>
<p>林委員恩豪會後書面意見(議事錄第52頁)</p> <p>健保署報告案關於抑制資源不當耗用之改善方案，健保署概以執行率呈現，但其中有部分策略之管控項目係屬於可具體量化者(例如「減少重複利用」策略的三項管控項目)，請健保署提出量化之執行結果，以估算的具體金額來表達實際節省費用的成效，俾利後續逐年滾動檢討策略的有效性及目標值的合理性。</p>	<p>一、有關本署抑制資源不當耗用改善方案之年度執行狀況，已提於每年5月健保會進行報告，其中可具體量化成效(如推估節約醫療費用、民眾就醫行為的變化.....)，亦呈現於各項指標之年度執行效益中；惟具體節約醫療費用，除本方案的執行外，仍可能受到當年度傳染病疫情、醫療環境及其他醫藥衛生政策影響，故若需檢討方案執行策略的有效性，建議仍採執行率，較具有不同年度間的可比較性。</p> <p>二、本署亦運用雲端查詢、資訊回饋、費用審查等多元管理策略，減少重複利用，推估111年減少重複藥費約16.15億元、減少重複檢查(驗)費用約6.21億點、門診復健次數>180次異常件數相較疫情前(108年)，推估減少復健點數約6億點。</p>

表 11 全民健保安全準備金及營運資金投資概況表

單位:億元

項 目	安全準備金	營運資金	合計	占率
銀行存款--定期	1,409.48	-	1,409.48	90.42%
附賣回交易票、債券	-	99.14	99.14	6.36%
銀行存款--優惠活期 ^{註1}	10.57	-	10.57	0.68%
銀行存款--一般活期 ^{註2}	1.03	38.65	39.68	2.54%
資金餘額合計	1,421.08	137.79	1,558.87	100.00%

資料日期：112年4月30日

備註：

※本表所列金額係現金實際收付數。

1. 優惠活期存款餘額為 10.57 億元，說明如下：

(1) 0.005 億元存放於玉山銀行優利存款帳戶，年利率為 0.865%。

(2) 0.049 億元存放於華南銀行優利存款帳戶，年利率為 0.885%。

(3) 10.52 億元搭配 41.48 億元定存存放於玉山銀行綜合存款帳戶，年平均利率 1.53%。

2. 一般活期存款餘額為 39.68 億元，說明如下：

(1) 38.65 億元為金融機構代收保險費收入入帳第 4 天始能動用。

(2) 1.03 億元係一般活存，年平均利率 0.7%。

3. 112 年截至 4 月底資金運用年收益率為 1.28%，相對五大銀行截至 112 年 4 月一年期大額定存平均年利率 0.693% 為高。

113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(節錄)

壹、總額協商架構(暫列，配合衛生福利部報行政院之總額範圍(草案)修正，俟衛生福利部交議總額範圍後定案，再提委員會議報告)

一、總額設定公式

■年度部門別^{註1}醫療給付費用總額＝

[前一年度校正後部門別一般服務醫療給付費用^{註2、註3、註4}×(1+年度醫療服務成本及人口因素成長率+年度協商因素成長率)]
+年度專款項目經費+年度門診透析服務費用^{註5}

年度部門別醫療給付費用總額成長率＝

[年度部門別醫療給付費用－(前一年度之部門別醫療給付費用－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)^{註4}]/(前一年度之部門別醫療給付費用－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)^{註4}

■年度全民健保醫療給付費用總額＝

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

年度全民健保醫療給付費用總額成長率＝

[年度核定之全民健保醫療給付費用總額－(前一年度之全民健保醫療給付費用總額－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)^{註4}]/(前一年度之全民健保醫療給付費用總額－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)^{註4}

- 註：1.部門別為牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。
2.因協商當時尚無法取得該年度實際投保人口數，爰自 97 年度開始，總額基期須校正「投保人口年增率」預估與實際之差值(即 113 年總額基期須校正 111 年度總額投保人口成長率差值)。
3.依本會 111 年第 6 次委員會議(111.6.24)修正之「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，112 年度總額違反特約及管理辦法之扣款，不納入 113 年度總額協商之基期費用。
4.依衛福部報奉行政院核定之 113 年度總額之基期淨值，係以 112 年度健保醫療給付費用總額，於一般服務扣除「111 年未導入預算扣減」部分。
5.西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

二、醫療服務成本及人口因素

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

(二)成長率計算公式

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

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

附件一醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法

一、投保人口結構改變對醫療費用之影響率

以衛福部報行政院時可取得之最近完整一年醫療費用及計費人口數計算，即以 110 年醫療費用點數為基礎，計算 111 年納保人口年齡性別結構相對於 110 年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用點數之影響，並以 1 歲為一組做調整(人口數為 3 月、6 月、9 月、12 月底計費人口數平均)。

二、醫療服務成本指數改變率

(一)成本項目之權數

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

(二)成本項目之指數

採行政院主計總處 112 年 4 月發布之「物價統計月報」與「薪資與生產力統計」資料。各總額部門指標類別如下：

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

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

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

(三)醫療服務成本指數改變率之指數值及計算

前述各指標項目，以 105 年指數為基值(訂為 100)，計算 111 年相對 110 年各指數年增率。總醫療服務成本指數改變率，係將各部門之服務成本指數改變率，按其 111 年醫療給付費用占率加權計算而得。

三、投保人口預估成長率

以最近一年可取得之實際投保人口成長率計算，即以 111 年對 110 年投保人口成長率計算(採各季投保人數之平均值)。

討論事項

第一案

提案單位：本會第三組

案由：全民健康保險各總額部門 111 年度執行成果之評核結果獎勵標準案，提請討論。

說明：

一、依據本會本(112)年第2次委員會議(112.3.22)決議通過之「各總額部門 111 年度執行成果評核之作業方式」，略以：

(一)評核等級作為 113 年度總額協商之參考，評等「良」級以上之部門，酌給「品質保證保留款」(下稱品保款)之預算，以茲鼓勵。

(二)評核結果獎勵標準之議定，提本年 5 月份或 6 月份委員會議討論。

二、近 5 年總額品保款之預算編列方式及金額如下：

(一)預算編列項目：

品保款在 106 年度以前年度係列為一般服務項目，自 107 年度起改列為專款項目。

(二)各年度編列情形：

1.計算方式：

各部門品保款額度為「計算基礎*評核等級獎勵成長率」，其中歷年計算基礎及評核等級獎勵成長率如下：

總額年度	預算編列項目	計算基礎	評核等級獎勵成長率		
			良	優	特優
106	一般服務	各部門前一年度 一般服務預算	0.1%	0.3%	0.5%
107	專款				
108		各部門評核年度 一般服務預算	0.1%	0.25%	0.5%
109					
110~112	0.1%					0.2%	0.3%

2.編列金額：

108~112 年四部門總額品保款金額介於 8.77~14.98 億元；占

各年度可協商空間比率為 6.5%~12.8%。

(三)整理各部門總額 108~112 年度品保款額度及 108~112 年度品保款占當年度可協商空間比率供參考，詳附件之表 1~2(第 62 頁)。

三、113 年度總額協商空間推估：

(一)113 年度總額協商空間預估約為 157 億元：

依據衛福部於 112 年 6 月 7 日陳報行政院核定之 113 年度總額範圍(草案)為 2.621%(低推估)至 5% (高推估)，相較 112 年度總額淨值(8,362.32 億元)，增加約 219.18 至 418.12 億元，惟仍須視行政院核定總額範圍而訂(依慣例約在 7 月底~8 月初核定)。參考歷年行政院核定總額範圍高推估之經驗值，約為衛福部陳報之 9 成，預估 113 年度總額協商空間約 157 億元(418.12 億元*90%-219.18 億元)。

(二)推估健保財務收支短絀情形：

另依衛福部陳報行政院核定 113 年度總額範圍(草案)併附之健保財務影響評估，推估 113 年度保險收支將短絀 114 億元~312 億元，致該年度保險收支累計結餘數約當 1.29 個月~0.97 個月保險給付支出，預估安全準備在符合法定 1 個月保險給付支出規定之邊緣，仍將面對收支如何平衡的財務問題。

四、有關 113 年度總額品保款之獎勵標準，請委員討論。

茲提供依照 112 年度品保款編列方式試算的結果，作為委員討論之參據：

(一)計算方式：為與 113 年度總額基期算法較一致，以各總額部門評核年度(111 年)一般服務預算(淨值)為計算基礎(即扣除一般服務「未導入預算」)，再乘以 112 年度評核等級獎勵成長率試算。

(二)113 年度品保款額度倘維持 112 年評核結果品保款獎勵標準之試算：

部門	計算基礎： 111 年度一般服務預算(淨值 ^註) (百萬元)	113 年度品保款額度(百萬元)		
		依 112 年度品保款獎勵成長率試算結果		
		良(0.1%)	優(0.2%)	特優(0.3%)
醫院	501,532.1	501.5	1,003.1	1,504.6
西醫基層	126,190.0	126.2	252.5	378.7
牙醫門診	47,779.5	47.8	95.6	143.3
中醫門診	28,710.9	28.7	57.4	86.1
品保款金額合計		7.04 億元	14.09 億元	21.13 億元
品保款占可協商空間比率 (以協商空間 157 億元推估)		4.5%	9.0%	13.4%

註：111 年度一般服務預算(淨值)，暫以健保署 111 年度點值結算報表計算之一般服務預算扣除 111 年未導入額度，前項未導入額度採衛福部 112.6.7 陳報行政院核定之 113 年度總額範圍(草案)資料暫估。

五、歷次委員會議及評核會議與品保款有關之決(建)議如下：

(一)因品保款在 106 年度以前，係列於一般服務項目，亦即已納入一般服務預算基期，自 107 年度起改列專款項目，為合理運用原 106 年度已納入基期之品保款額度，並維持品保款額度之穩定性，107~112 年度各部門總額均加註協定：原 106 年度一般服務預算之品保款額度與當年度品保款專款合併運用。

(二)評核委員建議各部門持續檢討核發標準，提高鑑別度：

1.為落實設立品保款之意旨，達到鼓勵院所持續提升醫療品質之目的，歷年評核委員均建議品保款核發條件，宜有提升醫療品質之鑑別度。

2.依 108~110 年度各部門品保款核發結果研析(如下表)：

(1)核發結果：四總額部門核發品保款院所占率均達 7 成以上，就核發鑑別度而言，依評核委員建議，核發金額前 20%院所領取金額占品保款比率越高，其鑑別度越好。經彙整四部門表現如下表，牙醫部門相較其他部門鑑別度較高，惟 110 年鑑別度下降；醫院部門亦下降；中醫部門則

微升。

(2)核發指標表現：醫院部門有 95%以上院所指標獎勵表現達滿分；西醫基層部門約有 50%院所滿分，兩部門之核發指標及闖值有檢討改進空間。

(3)近 3 年各部門品保款核發鑑別度無明顯提升，建議健保署與各部門持續檢討品保款核發條件，並研擬更具鑑別度之核發指標及分配方式。

品保款核發鑑別度 評估面向	年度	醫院	西醫 基層	牙醫 門診	中醫 門診
1.核發表現優良院所是否領到較多 品保款 【表現優良前 20%院所核發金額占品保 款比率(%)】	108	46.0	無法計算 ^{註1} (滿分院所 占一半)	66.1	52.2
	109	45.0		67.1	51.6
	110	43.0		59.0	52.1
2.有多少院所指標表現達滿分 【表現滿分的院所 ^{註2} 家數比率(%)】	108	94.9	57.9	0.8	1.6
	109	98.5	44.7	1.8	1.7
	110	99.8	57.5	1.9	1.8

註：1.108~110 年西醫基層院所指標表現達核發標準 100%者(滿分)分別占 57.9%、44.7%、57.5%，各領取 62%、63%、61%品保款。

2.醫院部門係以「指標獎勵」全部核發之家數占率計算為滿分。

擬辦：

一、113 年度總額品保款專款之獎勵標準：

(一)計算基礎：以各總額部門評核年度(111 年)一般服務預算(淨值)為計算基礎。

(二)評核等級獎勵成長率：評核結果「良」級給予____%、「優」級給予____%、「特優」級給予____%獎勵成長率。

二、建議依循 107~112 年度方式，於總額結算時，將原 106 年度各部門總額一般服務預算之品保款額度(各部門額度：醫院 3.887 億元、西醫基層 1.052 億元、牙醫 1.164 億元、中醫 0.228 億元)，與 113 年度品保款專款合併運用，並全數作為鼓勵提升醫療品質之用。

三、請健保署會同各總額相關團體持續檢討 113 年度品保款之核發

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。

決議：

表 1 108~112 年度品保款額度

評核等級 與品保款金額		總額年度									
		108		109		110		111		112	
部 門	醫院	良	406.5	優	1,055.4	優	880.4	優	929.8	優	975.3
	西醫基層	優	328.1	優	280.5	良	115.8	良	120.3	良	124.3
	牙醫門診	優	119.1	優	101.2	優	87.9	優	91.2	優	93.9
	中醫門診	良	23.6	優	60.8	良	25.2	良	26.5	良	27.6
合計(百萬元)		877.3		1,497.9		1,109.3		1,167.8		1,221.1	

表 2 108~112 年度品保款占當年度可協商空間比率(介於 6.5%~12.8%)

年度		108	109	110	111	112
行政院 核定總 額成長 率範圍 (%)	上限	4.7	5.5	4.5	4.4	4.5
	下限	2.516	3.708	2.907	1.272	1.307
可協商空間 (億元) ^註		134.6	117.1	118.7	243.4	257.17
評核 結果	優	西醫基層 牙醫門診	醫院 西醫基層 牙醫門診 中醫門診	醫院 牙醫門診	醫院 牙醫門診	醫院 牙醫門診
	良	醫院 中醫門診	—	西醫基層 中醫門診	西醫基層 中醫門診	西醫基層 中醫門診
四部門總額 品保款(億元)		8.77	14.98	11.09	11.68	12.21
品保款占可協 商空間比率		6.5%	12.8%	9.3%	4.8%	4.7%

註：109 年度以前，可協商空間=(行政院核定年度總額之高推估-低推估金額)-人口差值-前一年度總額違規扣款加回金額；110 年度起，總額低推估金額已先予校正人口差值，可協商空間=(行政院核定年度總額之高推估-低推估金額)-前一年度總額違規扣款加回金額。

第二案

提案人：詹委員永兆

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：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，提請討論。

說明：

- 一、依衛生福利部中央健康保險署111年第3季及第4季「中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表」及「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍與動支程序辦理。
- 二、中醫門診總額111年平均點值第3季為0.8911、第4季為0.8633，較110年第3季(1.0844)、第4季(1.0153)的落差超出5%；另111年第3季一般服務之醫療費用點數較去年同期多21.05%，第4季較去年同期多27.16%，並大於當年度醫療服務成本及人口因素成長率(1.085%)+5%以上，符合「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目一、適用範圍(一)屬「非預期風險」中具傳染性疾病異常流行且符合評估指標。
- 三、疫情導致民眾就醫習慣改變，從確診到後遺症就診中醫比率明顯攀升，在各種醫別就醫率成長中更顯的突出：從疫情發生開始，有關C5案件疾病管制署(CDC)以經費彌補疫情這2年的就醫人次下降(如西醫快篩陽判讀每人500元，居家照顧每人1,000元)，中醫未有此經費挹注，但是中醫卻因疫病因素使得利用人口增加，確診利用中醫人口超出歷史上的數據，此風險因素並未被健保使用風險考慮到，今年確診個案若不符合重症風險因子，其診療費用全部由健保給付，而新冠後遺症屬於跨科別的診療，亦是中醫不分科別的特殊診療特點，明顯受到確診後遺症民眾高度信賴使用。
- 四、費用預估：因111年第3季及第4季病人醫療需求大幅上升，對本部門整體醫療費用造成顯著影響，本會建議能以疫情第一年

對中醫影響較少的109年浮動點值之平均值做為補付基準，預估費用為892.6百萬元。

擬辦：建請同意動支「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」挹注因111年第3季及第4季病人醫療需求大幅上升的中醫部門，填補中醫整體醫療費用的缺口。

中央健康保險署意見：本會已於112.6.14請健保署提供相關資料。

(資料後附)

.....

本會補充說明：

一、本案訴求動支111年度「其他預算」項下「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」預算，該項編列有10億元，而依其公告之協定事項，其經費之支用，須依本會議定之「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」之適用範圍與動支程序(下稱適用範圍與動支程序，如附件第66~67頁)辦理，截至目前為止，該項費用並未動支。

二、依適用範圍與動支程序，其中屬「非預期風險」者，其動支程序，略以：

(一)須先進行「提案前評估」，由受影響之總額部門及健保署於提案前共同完成評估，確定對總額影響顯著，且其影響不可歸責於該總額部門，再正式提案。

(二)提案時，須檢附前述評估資料與相關數據(含不可歸責於總額部門之評估資料)，供本會議定。

三、本案屬非預期風險，提案前須先完成「提案前評估作業」。查中醫師公會全國聯合會於112.6.9函請健保署協助評估本案是否符合上開動支程序，並副知本會。在議程送印前，本會尚未收到由中醫部門及健保署共同完成之評估資料與相關數據(含不可歸責於總額部門之評估資料)，建請中醫部門及健保署儘速依程序提出評估報告及提供相關資料，俾憑討論。

四、另有關適用範圍與動支程序提案期限，併提請委員討論議定，

說明如下：

- (一)本案中醫部門於 112 年 5 月提出動支 111 年度預算，屬跨年度之預算動支，查本會前所訂之適用範圍與動支程序，並未訂定提案期限，宜配合年度總額結算有合理之提案期限。為使未來之作業規範更臻明確，擬於二、動支程序 2.提案及議定，明訂提案期限。
- (二)參考健保署點值結算時程，建議提案期限訂為「總額預算年度之次年 6 月 30 日前」，擬修正內容如下列劃線處，請委員討論，並依會議決議修正適用範圍與動支程序。

二、動支程序

2.提案及議定：

由健保署或本會委員於總額預算年度之次年 6 月 30 日前提案，並提供前述評估資料與相關數據(含不可歸責於總額部門之評估資料)，供本會討論議定。

決議：

「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目
之適用範圍與動支程序

100.12.9 費協會第 178 次委員會議通過

103.11.28 健保會第 1 屆 103 年第 11 次委員會議修正

106.4.28 健保會第 3 屆 106 年第 3 次委員會議修正

一、適用範圍：

(一)屬「非預期風險」：

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

(二)屬「其他非預期政策改變」：

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

二、動支程序：

(一)屬「非預期風險」：

1.提案前評估：

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

依非預期風險事件之屬性，其適用情況及評估指標如下：

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

①平均點值在0.9以下，且較去年同季點值下降幅度>

5%以上。

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

若該疾病異常流行具有地區性差別，則適用受影響之健保分區；閾值同上。

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

2.提案及議定：

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

3.核定與執行：

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

(二)屬「其他非預期政策改變」：

1.提案及議定：

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

2.核定與執行：

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

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

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

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

(2)其他預算：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。

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

第三案

提案人：詹委員永兆

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：112 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配方式，增列風險調整移撥款修正案，提請討論。

說明：

- 一、依中華民國中醫師公會全國聯合會112年6月14日召開「112年中醫門診醫療服務審查執行會六區主委第2次會議」決議辦理。
- 二、因受疫情影響，後新冠疫情民眾至中醫醫療機構看診需求大幅上升：112年Q1中醫申請件數成長24.09%，申請點數成長19.96%，造成各區的點值下滑，利用人口大幅增加，遠超出條文修訂時的預期，非總額部門可以管理的範疇，為避免單一區域點值過低影響院所生存，建請予地區預算分配編列風險調整移撥款3,000萬元，逐季當浮動點值低於0.75則補至0.75用完為度，以減少部分分區因浮動點值過低所造成衝擊。

擬辦：

於「112年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫」肆、預算分配：二、風險調整移撥款之提撥及分配，新增：

一、提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥3,000萬元。

二、分配方式：

(一)逐季當浮動點值低於0.75則補至0.75用完為度。

(二)如有剩餘，則餘額於第四季回歸一般服務預算分配。

中央健康保險署意見及提供之相關資料：本會已於 112.6.16 請健保署提供相關資料。(資料後附)

.....
本會補充說明：

一、112 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案，業經本會 111 年第 10 次委員會議(111.10.28)決議通過，並經衛生福利部(下稱衛福部)112.1.9 衛部健字第 1123360002 號公告在案，分配方式如下：

(一)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。

(二)五分區(不含東區)一般服務費用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：14%。

3.各分區每人於各分區就醫次數之權值占率：10%。

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。

(三)所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定之。

二、本案係中全會對衛福部公告之 112 年度地區預算分配，提出修正案。建議增列風險調整移撥款，用於撥補受新冠疫情影響造成點值過低之分區，修正重點如下：

(一)東區及其餘五分區預算占率，及五分區預算 6 項分配參數占率均不變。

(二)增列風險調整移撥款，自五分區(不含東區)一般服務預算移撥 3,000 萬元，用於逐季撥補浮動點值低於 0.75 元之分區，其浮動點值補至 0.75 元(預算上限 3,000 萬元)。預算如有剩餘，則餘額於第四季回歸一般服務預算分配。

三、查近年中醫門診總額於 106~110 年均有編列風險調整移撥款，每年金額介於 3,200~4,200 萬元，主要撥補就醫率較高之分區，或東區以外之鄉鎮市區僅有一家中醫門診特約醫事服務機

構之點值(歷年提撥金額及用途詳附件一，第 72 頁)。惟 111 年度及 112 年度則未編列該項移撥款。

四、依本會訂定之「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，如附件二(第 73 頁)，第七點其他原則規定，醫療費用總額及分配，協商結束後，若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，其處理方式：

衛福部核(決)定後，已成為政策決定事項，本會無權更動，若委員仍有不同意見，則依「全民健康保險會會議規範」(如附件三，第 74~76 頁)提案討論，決議達共識部分，向衛福部提出建議。

五、本案係中醫部門考量受後新冠疫情影響，造成 112 年中醫各區醫療利用增加、各區點值也存有差異，已超過去年協商時之預期，爰需增列風險調整移撥款，以為因應。考量中醫部門過去編列風險調整移撥款，亦曾用於撥補就醫率高之地區，因此，本案提撥經費用於撥補就醫率上升而點值偏低之分區，尚屬合理；惟 112 年度中醫門診總額地區預算分配業經衛福部核定公告在案，若委員同意本修正案，則依協商原則規定，由本會提出建議送請衛福部決定。

六、若委員同意本修正案，則建議酌修文字如劃線處：

(一)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。

(二)自五分區(不含東區)一般服務費用移撥 30 百萬元，作為風險調整移撥款，用於逐季撥補五分區(不含東區)浮動點值低於 0.75 元之分區，其浮動點值補至 0.75 元(預算上限 30 百萬元)；經費若有剩餘，則餘額於第四季回歸一般服務預算分配。

(三)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：14%。
- 3.各分區每人於各分區就醫次數之權值占率：10%。
- 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。

(四)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送請全民健康保險會備查。

決議：

中醫門診總額歷年戶籍人口數占率及風險調整移撥款之協定情形

年度	戶籍人口數占率 協定情形	風險調整移撥款之提撥及分配
106	11% (調升 3%)	(一)提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 4,000 萬元。 (二)分配方式：除東區以外之鄉鎮市區，撥補僅有一家中醫門診特約醫事服務機構者，其浮動點值補至每點 1 元；如有剩餘，則餘額全數撥予當季就醫率最高之分區。(中區)
107	11% (未調升)	(一)提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 3,600 萬元。 (二)分配方式：除東區以外之鄉鎮市區，撥補僅有一家中醫門診特約醫事服務機構者，其浮動點值補至每點 1 元；如有剩餘，則餘額 55% 予臺北區、45% 予北區。
108	13% (調升 2%)	(一)提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 3,200 萬元。 (二)分配方式：除東區以外之鄉鎮市區，撥補僅有一家中醫門診特約醫事服務機構者，其浮動點值補至每點 1 元；如有剩餘，則餘額全數撥予當季就醫率最高之分區。(中區)
109	13% (未調升)	(一)提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 4,200 萬元。 (二)分配方式：除東區以外之鄉鎮市區，撥補僅有一家中醫門診特約醫事服務機構者，其浮動點值補至每點 1 元；如有剩餘，則餘額 50% 予臺北區、50% 予北區。
110	13% (未調升)	(一)提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 3,500 萬元。 (二)分配方式：除東區以外之鄉鎮市區，撥補僅有一家中醫門診特約醫事服務機構者，其浮動點值補至每點 1 元；如有剩餘，則餘額 55% 予臺北區、45% 予北區。
111	14% (調升 1%)	不另行編列「風險調整移撥款」。

112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(摘錄)

第 5 屆 111 年第 5 次委員會議(111.5.27)通過

第 5 屆 111 年第 6 次委員會議(111.6.24)修正

貳、總額協商原則

七、其他原則

- (一)年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之。
- (二)醫療費用總額及分配，協商結束後，若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，其處理方式如下：
 - 1.衛福部核(決)定前，應經雙方具有委員身分之協商代表同意，依「全民健康保險會會議規範」之復議案程序辦理。
 - 2.衛福部核(決)定後，已成為政策決定事項，本會無權更動，若委員仍有不同意見，則依「全民健康保險會會議規範」提案討論，決議達共識部分，向衛福部提出建議。**
- (三)年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內。各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值。
- (四)醫療照護整合與效率提升成效之效益，部分用以獎勵醫療服務提供者，部分回歸保險對象。
- (五)對已協定之試辦性計畫，應嚴格監控，並提出評估報告供委員於協商時參考，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。
- (六)各總額部門之協商代表，需獲得充分授權。經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得酌予協商調整該部門總額單一細項金額，並予以定案。

全民健康保險會會議規範

102年1月25日委員會議討論通過

102年8月23日委員會議修正第三點、第六點

102年12月27日委員會議修正第二點

103年10月24日委員會議修正附表

106年5月26日委員會議修正第二點

一、依據全民健康保險會(以下稱本會)組成及議事辦法第十三條規定，及為使本會委員會議順利進行，特訂定本規範。

二、會議之程序如下：

(一)由主席報告出席人數，並宣布開會。

(二)主席報告及確認議程。

(三)宣讀及確認上次會議紀錄。

(四)報告上次會議決議(定)事項辦理情形及本會重要業務。

(五)優先報告事項：健保署業務執行季報告、總額範圍諮詢案、總額及其分配方式核定結果及後續相關事項等。

(六)討論事項：

1.前次會議遺留之事項。

2.本次會議預定討論之事項。

(七)報告事項：

1.相關單位報告。

2.其他報告。

3.依會議決議(定)事項安排之專案報告。

(八)臨時提案或動議。

三、會議之議案，經主任委員核定並編入議程後，應於開會七日前分送各出席、列席人員。

會議提案程序如下：

(一)一般提案

1.一般議案於開會十日前以書面或電子郵件提送本會(提案單如附)。

- 2.提案得由主管機關交議或本會委員、中央健康保險署、本會幕僚單位提出。
- 3.提案內容應與本會法定任務有關。
- 4.提案內容不全者，本會幕僚單位應立即請其補正；對內容不符合本款第二、三目規定者，應敘明理由通知原提案者。
- 5.議案順序，以具重要性、急迫性或時效性者優先安排。

(二)臨時提案

- 1.書面提案不符前款第一目規定之期限者為臨時提案；但以當次會議亟待決定之緊急事件或具時效性事項，且與本會法定任務有關者為限。
- 2.臨時提案應有出席委員附議或連署始得成立。
- 3.臨時提案若不符合本款第一目之要件，主席得決定提下次會議討論。

四、修正案之提出：

(一)修正案須與原議案有關方得提出，但具有否決原議案之效果者，不得提出。

(二)修正案之修正方法為加入字句、刪除字句或刪除並加入字句。

(三)修正案應以書面提出，提案程序比照第三點規定辦理。

五、復議之提出：

(一)提請復議之理由：

議案經議決通過或否決後，如因情勢變遷或有新資料而認為決議確有重加研討之必要時，得提請復議。

(二)提請復議應具備之條件：

- 1.原案決議後尚未執行。
- 2.具有與原決議不同之理由者。
- 3.提案人須符合以下條件：

(1)提案經當次出席委員十分之一以上之連署。

(2)若為總額協商議題，則需為當時在場且同意原決議案者。

(三)提請復議之方式：

應以書面方式提出，其提案程序比照第三點規定辦理。

(四)復議動議之討論：

- 1.復議動議之成立，須經正反雙方對有無復議必要發言後，由出席委員三分之一以上同意決定之。
- 2.復議動議經否決後，對同一議案，不得再提請復議。

(五)經復議之議案於決議確定後，不得再提請復議。

六、會議列席人員如下：

- (一)本會執行秘書及各組組長。
- (二)中央健康保險署署長及相關單位主管。
- (三)經主任委員同意邀請之有關機關、團體或相關領域之專家學者。

七、會議決議事項如需其他機關配合執行，由本會函各相關機關。

八、本規範未盡事宜，依內政部所公布會議規範處理。

九、本規範提會討論通過後施行，修正時亦同。

第四案

提案人：陳委員節如

代表類別：保險付費者代表

案由：機構住民之急性需求，應開放居家醫療團隊進入治療，提請討論。

說明：

- 一、目前雖有照護機構巡迴門診服務(特約醫事服務機構至照護機構提供診療)，然現況下仍未能滿足機構住院之急性需求，致使機構住民有急性醫療需求時，僅能頻繁往返急診或入院，造成機構管理上人力及成本等負擔，此外，亦增加機構內交叉感染風險。
- 二、健保應開放居家醫療照護整合計畫團隊進入治療，就常見感染症，如：泌尿道感染、呼吸道感染和軟組織感染等，得以原床治療模式，給予抗生素及相關治療(如氧氣呼吸治療)，藉以減少住民往返急診及入院出院之負擔與風險。

擬辦：居家醫療照護整合計畫服務範疇研擬擴增照護機構住民。

中央健康保險署意見：本會已於 112.6.16 請健保署提供相關資料。

(資料後附)

.....
本會補充說明：

- 一、查全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第21條第1項前段(略以)：
保險醫事服務機構得報經所在地衛生主管機關之許可，並報經保險人同意，指派醫師及必要之醫事人員至立案之老人安養、養護機構或身心障礙福利機構、護理之家(以下稱照護機構)，提供保險一般門診及復健診療服務。
- 二、目前各部門總額及其他預算執行照護機構醫療服務之費用支應情形如下：

- (一)醫院或西醫基層總額由一般服務費用支應至照護機構提供一般門診及復健診療費用。
- (二)其他預算編列「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務」預算，主要用居家醫療照護(含居家醫療照護整合計畫)、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務，歷年預算編列及執行情形如附件(第79頁)。其中居家醫療照護整合計畫，主要支應個案管理費及各類訪視人員訪視費等，其餘醫療費用由各部門總額預算支應。
- (三)中醫門診總額自111年度起，於專款編列「照護機構中醫醫療照護方案」，鼓勵中醫師至照護機構執行中醫醫療服務。至於牙醫門診總額亦於專款編列「牙醫特殊醫療服務計畫」，含鼓勵牙醫師至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提供牙醫醫療服務。

三、本案屬年度總額訂定後，總額專款計畫之執行面建議，依健保法第61條第4項規定^註，研商及推動總額支付制度係屬保險人權責，由健保署循法定程序於各部門總額研商議事會議或醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議，會同醫事服務提供者、付費者代表及專家學者研商計畫內容，爰委員對本案提出之建議，建請送該署研參。

註：健保法第61條第4項「第一項醫療給付費用總額訂定後，保險人應遴聘保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表及專家學者，研商及推動總額支付制度」。

決議：

歷年「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務」預算編列及執行情形

項目	年度	106	107	108	109	110	111
預算數(百萬元)		5,000.0	5,520.0	6,020.0	6,170.0	6,544.0	7,300.0
執行數(百萬元) ^註		4,385.5	4,939.1	5,299.0	5,659.4	5,960.5	6,206.8
預算執行率		87.7%	89.5%	88.0%	91.7%	91.1%	85.0%
1.居家醫療與照護							
執行數(百萬元)		2,799.4	3,174.2	3,412.2	3,654.9	3,843.2	3,949.1
--居家照護(第五部第1章)		2,224.3	1,980.6	1,920.0	2,252.1	2,457.6	...
--安寧居家療護(第五部第3章)		107.4	77.1	81.6	91.2	94.3	...
--居家醫療照護整合計畫 (含論次計酬)		469.5	1,116.5	1,410.6	1,311.6	1,291.2	...
--居家醫療		92.0	206.3	254.3	311.4	335.6	...
--重度居家醫療		299.0	736.7	921.8	734.1	649.8	...
--安寧療護		70.6	156.8	200.1	200.3	195.5	...
--個案管理費		7.9	16.8	20.2	41.7	42.4	...
--居家牙醫醫療服務		13.1	...	...	...
--居家中醫醫療服務		1.1	23.9	67.9	...
--居家藥事照護		0.01	0.04	0.11	...
2.精神疾病社區復健		1,583.0	1,732.8	1,846.6	1,960.2	2,074.2	2,212.8
3.助產所		3.2	2.6	3.2	3.3	3.5	3.6
4.到宅牙醫醫療服務		...	9.0	...	...	...	...
5.轉銜長照轉銜長照2.0之服務		...	20.5	37.0	41.0	39.7	41.3
總額協定事項之執行情形							
居家醫療照護品質及效益之績效 指標(111年)							
--每月平均「門診就醫次數」 較收案前增減次數		-0.56	...
--每月平均「急診就醫次數」 較收案前增減次數		-0.04	...
--緊急訪視率		3.7%	...
關鍵績效指標(自選3項) (居家整合照護整合計畫)							
1.累計照護人數		32,759	57,750	66,055	72,474	75,591	...
2.照護對象每月平均門診就醫次數		2.16	1.76	1.73	1.55	1.56	...
3.參與院所數		2,024	2,384	2,701	2,941	3,047	...

註：107年起新增轉銜長照轉銜長照2.0之服務、支應牙醫門診總額專款「牙醫特殊醫療服務計畫」之到宅牙醫醫療服務費用，108年6月起新增居家牙醫、中醫醫療服務及居家藥事照護，109年起到到宅牙醫醫療服務及居家牙醫醫療服務移至牙醫門診總額專款「牙醫特殊醫療服務計畫」支應。

第五案

提案人：陳委員節如

代表類別：保險付費者代表

案由：居家病人之急性照護需求，建立相關配套支付制度，提請討論。

說明：

- 一、根據台灣在宅醫療學會調查居家醫療照護整合計畫服務單位，超過七成的居家病人曾經有急性症狀(發燒、呼吸喘等)，超過五成居家醫師曾到宅治療急性症狀，這類病人若沒有被治療，必然到急診就醫，甚至入院。
- 二、目前居家醫療相關計畫，尚未有針對急性照護需求之在家住院支付制度。國際間之在家住院(Hospital at home, HAH / Hospital in the home)制度亦有許多國家施行。再者，疫情期間凸顯居家失能病患至醫院住院之感染風險，倘特定急性症狀得以在家住院模式因應，應可降低病患與家屬奔波、降低感染風險。
- 三、健保應建立在家住院制度及其相應之支付標準。

擬辦：如說明三。

中央健康保險署意見：本會已於 112.6.16 請健保署提供相關資料。

(資料後附)

.....
本會補充說明：

- 一、目前有關居家醫療照護之費用支應方式如下：
 - (一)主要由其他預算項下之「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務」支應(112年度總額之協定事項如附表)，並訂有「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」，用於支付醫師、中醫師、藥師、護理人員訪視費等費用。
 - (二)其餘藥事服務費、藥費、檢驗(查)、針灸治療等費用，則回歸由各部門總額預算支應。

附表 112年度總額其他預算有關居家醫療照護之協定事項

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務	7,803.0	503.0	<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. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1) 各項服務支付標準之調整，應考量各部門總額相關支付項目間之衡平性，並朝分級支付方向規劃，以鼓勵急重症、困難疾病之照護。並持續精進居家醫療照護品質及成效之評估指標。</p> <p>(2) 於112年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告(應含近年支付標準調整情形及成效指標監測結果)。</p>

二、本案所提擬針對特定急性症狀得以在家住院模式，係將原在醫院住院治療之病患，改由在家接受照護，以降低病患與家屬奔波及感染風險，其屬執行細節，需審慎研議及訂定相關給付項目及支付標準，考量「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」之擬訂，應屬健保署權責^註，委員所提建議，建請送該署研參。

註：

健保法第41條

- 一、醫療服務給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，報主管機關核定發布。
- 二、藥物給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主、保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，並得邀請藥物提供者及相關專家、病友等團體代表表示意見，報主管機關核定發布。
- 三、前二項標準之擬訂，應依被保險人之醫療需求及醫療給付品質為之；其會議內容實錄及代表利益之自我揭露等相關資訊應予公開。於保險人辦理醫療科技評估時，其結果並應於擬訂前公開。
- 四、第一項及第二項共同擬訂之程序與代表名額、產生方式、任期、利益之揭露及資訊公開等相關事項之辦法，由主管機關定之。

決議：

報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」之執行結果(含醫療利用、藥費及其成長原因分析)，及「罕見疾病藥費」結算邏輯改變前後之影響，請鑒察。

(資料後附)

.....
本會補充說明：

- 一、本案依 112 年度醫院總額「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」決定事項及本會年度工作計畫安排，該決定內容係請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (一)檢視本項費用成長之合理性及加強管控，於 112 年 7 月底前提報執行情形專案報告(含醫療利用、藥費及其成長原因分析，並說明「罕見疾病藥費」結算邏輯改變前後之影響)。
 - (二)若經評估「罕見疾病藥費及特材」與「血友病藥費」仍有分列預算之必要，請於協商 113 年度總額前，提出預算拆分之優缺點分析及分列之計算基礎，提報本會。
- 二、為利委員了解本項專款預算歷年執行情形，整理相關資料，供參考：

(一)106~111 年費用執行情形：考量罕見疾病、血友病用藥昂貴，歷年均於醫院及西醫基層總額編列專款預算，以保障病人用藥權益，106~111 年預算編列及費用執行情形，如附件(第 88 頁)。另其醫療利用主要在醫院部門，血友病藥費約 34~40 億元、罕病藥費約 53~76 億元，以罕病藥費成長率較高。摘要 106~111 年醫院總額的利用情形如下表。

年度	106	107	108	109	110	111
全年預算(億元)	124.53	139.61	152.34	155.45	116.99	128.07
執行率	88.4%	92.4%	92.2%	96.2%	95.0%	91.6%
--罕病藥費(億元)	53.55	58.68	61.67	70.51	73.04	76.79
--藥費成長率(%)	16.8%	9.6%	4.4%	15.1%	3.6%	5.1%
--罕病用藥人數(人)	8,351	8,909	9,634	10,178	10,502	11,178
--人數成長率(%)	3.9%	6.7%	8.1%	5.6%	3.2%	6.4%
--罕病特材(億元)	0.03	0.01	0.02	0.03	0.01	0.01
--用藥人數(人)	11	7	10	11	5	8
--血友病藥費^{註1}(億元)	34.23	37.11	39.39	38.77	38.08	40.52
--藥費成長率(%)	-1.5%	8.4%	6.1%	-1.6%	-1.8%	6.4%
--血友病用藥人數(人)	899	933	969	942	979	1,040
--人數成長率(%)	-0.8%	3.8%	3.9%	-2.8%	3.9%	6.2%
--後天免疫缺乏治療藥費 ^{註2} (億元)	25.04	33.18	39.75	40.27	...	...

註：1.106 年血友病藥費預算不足 2.74 億元，由其他預算支應。

2.110 年起後天免疫缺乏治療藥費與罕病、血友病治療費用分列。

(二)112 年度醫院總額本項專款預算編列 139.43 億元，較 111 年增加 11.36 億元，主要考量：

1.健保署依過去申報費用成長率經驗值(106~110 年平均成長率約 10%)及引進罕病新藥之需推估預算，因此歷年本項費用之成長率均較年度總額之成長率為高。基於健保資源有限，爰請健保署分析其醫療利用，檢視成長原因及合理性，以審慎管理，合理使用健保資源。

2.修正「罕見疾病藥費」專款結算邏輯，增編 1.9 億元：

健保署考量過去有部分符合「國民健康署重大傷病罕病通報紀錄檔」之保險對象，因未申請罕病重大傷病卡，其罕病就

醫之藥費，無法由「罕見疾病藥費」專款支應，與該專款設立意旨不符。爰自 112 年起修改結算邏輯，納入未領有罕病重大傷病卡，但符合「國民健康署重大傷病罕病通報紀錄檔」之保險對象，其因罕見疾病就醫使用之罕見疾病藥品費用，由「罕見疾病藥費」專款支應，乃請健保署說明「罕見疾病藥費」結算邏輯改變前後之影響。

三、本會李委員永振於 112 年 5 月 26 日提出本案需請健保署回應或說明之問題，已於當日轉請健保署納入本次報告分析說明。委員關切事項如下：

請健保署檢視近 5 年(107 年~迄今)在健保會進行相關報告時，委員所提出的意見及建議，逐項提出具體回應與說明。

四、另整理近 5 年有關罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材專案報告或討論案之本會委員意見重點摘要如下：

(一)罕見疾病、血友病患者醫療費用前 20 名之費用支出占率高，請提供前 20 名之費用支出情形及原因分析，若能掌握這些資料，應可改善費用支出。

(二)罕見疾病藥費支出成長(如 106 年 16.8%)明顯高於罕病人數成長(如 106 年 3.9%)，罕見疾病藥費之預算成長率偏高，除相關統計數據外，應提供成長原因及合理性分析。

(三)血友病藥費支出逐年降低，應掌控並汲取相關經驗，以善用醫療資源。

(四)委員關切罕病新藥引進之效率問題，希能確保罕病患者用藥權益。

決定：

附件

歷年醫院及西醫基層總額「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」
與「後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費」預算執行情形

單位：億元

總額	項目	106	107	108	109	110	111
醫院	全年預算	124.53	139.61	152.34	155.45	116.99	128.07
	執行率	88.4%	92.4%	92.2%	96.2%	95.0%	91.6%
	--罕病藥費	53.55	58.68	61.67	70.51	73.04	76.79
	--罕病特材	0.03	0.01	0.02	0.03	0.01	0.01
	--血友病藥費	31.49	37.11	39.39	38.77	38.08	40.52
	--後天免疫缺乏治療藥費 ^註	25.04	33.18	39.75	40.27	...	...
西醫 基層	全年預算	...	...	1.10	1.10	0.55	0.30
	執行率	...	...	1.3%	0.6%	0.5%	1.1%
	--罕病藥費	...	...	0.003	0.003	0.003	0.003
	--罕病特材	...	...	0	0	0	0
	--血友病藥費	...	...	0	0	0	0
	--後天免疫缺乏治療藥費 ^註	...	...	0.01	0.003	...	...

註：110年起後天免疫缺乏治療藥費與罕病、血友病治療費用分列。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：其他預算—「提升保險服務成效」、「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)」、「基層總額轉診型態調整費用(含鼓勵院所建立轉診合作機制)」核(決)定事項之辦理情形，請鑒察。

(資料後附)

.....

本會補充說明：

本案係依本(112)年度總額其他預算 3 項協定事項及本會本年度工作計畫安排，以下分項逐一說明：

一、「提升保險服務成效」之執行成效：

(一)總額協定內容，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及執行成果，提本會報告。
- 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。

(二)為利委員了解本項預算編列背景，整理相關資料供參考：

- 1.預算編列及執行情形：於協商 104 年度總額時，健保署考量總額醫療費用申報業務龐大，須建構一套完整、獨立監控及審查分析管理系統，並因應資訊進步更新，以提升整體醫療資源使用效率，爰自 104 年度起編列本項預算，摘

錄 112 年度總額協商資料之本項預算用途如附件一，第 97 頁供參。歷年預算編列及執行情形如下：

年度	104	105	106	107	108	109	110	111	112	合計
預算數(億元)	2.85	2.95	3.1	3.0	3.0	3.0	3.0	6.0	5.0	31.9
執行數(億元)	0.31	3.15	1.65	2.57	2.97	2.98	2.98	5.99	...	...
執行率(%)	10.8	106.7	53.3	85.6	99.0	99.4	99.5	99.8	...	...

2.本項預算之執行績效評估：

(1)付費者委員考量本項已實施多年，期待健保署能提出具體的執行績效，爰於 109、110 年度總額協定事項，請健保署訂定提升保險服務成效之評估指標。並於 111、112 年度請健保署精進評估指標，於協商下年度總額前提出節流效益並納入該年度總額預算財源。

(2)查健保署於 110 年 7 月委員會議(110.7.23)提報之評估指標為「醫院各層級檢驗(查)結果上傳率」，111 年 7 月委員會議(111.7.29)提報之實施成效主要為：強化健保快易通 APP 及健康存摺系統、強化健保醫療資訊雲端查詢系統等執行過程，惟均未提出具體可量化之節流效益。

(三)李委員永振於本年 5 月 26 日提出需請健保署回應或說明之問題，本會已於當日轉請健保署納入本次報告分析說明。委員關切事項如下：

請健保署檢視近 5 年(107 年~迄今)在健保會進行相關報告時，委員所提出的意見及建議，逐項提出具體回應與說明。

(四)整理近 5 年有關「提升保險服務成效」之本會委員意見重點摘要如下：

1.健保署提報之成效評估指標為「醫院各層級檢驗(查)結果上傳率」，惟僅限「醫院」檢驗檢查結果上傳資料，無法反映整體健保總額之效益，須精進評估指標。

2.本項經費支應資訊系統開發、建置、軟體購置、相關設備

維護、醫療科技再評估及其他方案推動等屬行政經費，非屬健保法法定用途，請健保署應積極爭取公務預算支應相關費用為宜。

3.請健保署提供執行提升服務成效之各項措施所產生節流金額，適度回饋總額或作為總額專用財源。

二、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)，退場執行方式之規劃：

(一)總額協定內容，請中央健康保險署辦理下列事項：

1.針對「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)規劃退場之執行方式，並提本會報告。

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。

(二)為利委員了解本項預算編列背景，整理相關資料供參考：

1.預算編列及執行情形：健保署為避免病患重複醫療及浪費，擬提升醫療院所網路頻寬，鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊。爰自 103 年度起於其他預算編列本項經費，並自 108 年度起，將「網路頻寬補助費用」移列至四總額部門，其他預算則保留「獎勵院所資料上傳經費」及其他醫事機構之網路頻寬補助費用。歷年預算編列及執行情形如下表：

年度 項目	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	合計
預算數(億元)	22.0	22.0	11.0	11.0	11.0	13.4	14.7	15.4	22.2	23.6	166.2
--醫院總額	...	...	...	...	...	1.1	1.1	1.3	2.0	2.0	7.6
--西醫基層	...	...	...	...	...	2.1	2.1	2.1	2.5	2.5	11.4
--牙醫門診	...	...	...	...	...	1.4	1.4	1.4	1.7	1.7	7.4
--中醫門診	...	...	...	...	...	0.7	0.7	0.8	1.0	1.0	4.3
--其他預算	22.0	22.0	11.0	11.0	11.0	8.0	9.4	9.8	15.0	16.4	135.5
執行數(億元)	0.1	3.8	6.8	8.5	11.0	10.1	12.0	13.0	17.3	...	...
執行率(%)	0.4	17.4	61.5	77.5	100.0	75.5	81.8	84.5	78.0	...	...

- 2.本項經費之績效評估：付費者委員考量本項預算目的為避免重複醫療及浪費，故自 108 年度起，每年協定事項均請健保署於總額協商前提出節流效益並納入該年度總額協商減項或預算財源。依健保署提出之協商資料，節省金額約 126.1 億元(103~110 年減少重複用藥約 109.7 億元、107~110 年減少重複檢驗檢查約 16.4 億元)。
- 3.本項經費之退場規劃：
 - (1)協商 104 年度總額時，付費者委員認為系統開發及硬體建置屬 1 次性預算需求，應訂定落日條款。依健保署建議，協定事項明定本項原則以 5 年(103~107 年)為期程。
 - (2)協商 109 年度總額時，付費者委員考量健保署承諾之 5 年期程已屆，乃於協定事項請健保署提出未來規劃與期程(含退場)，並評估檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。
 - 健保署於 109 年 6 月委員會議(109.6.19)提報本會，將配合「全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法」(下稱憑證管理辦法)修正，規定醫事機構應上傳就醫結果紀錄，並規劃以 5 年為期程，逐步調整以利獎勵措施退場。
 - (3)協商 110 年度總額時，依健保署建議，協定事項明定以 5 年(110~114 年)為退場期程，並請該署儘速將規劃退場執行方式提報本會。
 - 健保署於 111 年 7 月委員會議(111.7.29)提報本會，有關退場執行方式，將俟疫情趨緩後與醫界討論適當退場方式，該次會議決定：請該署儘速將規劃結果提報本會。
- 4.另查衛福部已於 112.1.4 修正發布憑證管理辦法，其中第 10 條明定保險醫事服務機構應於 24 小時內上傳保險人指定之保險對象就醫紀錄，包含檢驗(查)結果與檢查影像及影像

報告等資料，考量倘醫療機構上傳保險對象就醫紀錄已屬法定義務，自不應再予獎勵或補助，本會 112 年 2 月委員會議(112.2.22)乃決定，請健保署釐清「憑證管理辦法規定應上傳項目」與「總額其他預算獎勵上傳項目」之差異，並檢討持續獎勵之必要及合理性。

(三)李委員永振於本年 5 月 26 日提出需請健保署檢視近 5 年委員所提出的意見及建議，本會已轉請健保署納入本次報告分析說明，茲整理近 5 年有關「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」之本會委員意見重點摘要如下：

1.付費者委員意見：

- (1)本項非屬健保法法定用途，不宜由健保支應，既然系統已完成建置，宜回歸醫療服務常軌。
- (2)依憑證管理辦法已明定院所應於 24 小時上傳資料，請健保署提出具體退場期程表及執行細節，落實協定事項。
- (3)請健保署統計健保醫療資訊雲端查詢之節省金額，作為協商減項或增加醫療服務的財源，減少調漲保費壓力。

2.醫界委員意見：

- (1)本項實報實銷，給付中華電信，基層醫療院所人力物力少，醫療資訊負擔相對較大，建議延長網路頻寬補助。
- (2)憑證管理辦法立意良善，醫療院所的上傳技術仍有困難之處，建議健保署與 HIS 廠商溝通，並輔導及協助院所上傳事宜。

三、基層總額轉診型態調整費用(併同醫院及西醫基層「鼓勵院所建立轉診合作機制」)之成效檢討：

(一)總額協定內容，請健保署辦理下列事項：

- 1.持續檢討「基層總額轉診型態調整費用」經費動支條件。
- 2.評估推動分級醫療相關措施對西醫基層總額之財務影響。
- 3.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。

4.通盤檢討鼓勵分級醫療誘因及實際操作方式之合理性，與是否達到預期效果，提出轉型之改善方案。

(二)為利委員了解本項預算編列背景，整理相關資料供參考：

1.預算編列及執行情形：配合衛福部推動分級醫療政策，提高轉診誘因，自 107 年度起，分別於醫院、西醫基層總額編列「鼓勵院所建立轉診合作機制」預算，另考量推動分級醫療後，病人可能往基層醫療集中，為避免造成財務衝擊，亦於其他預算編列「基層總額轉診型態調整費用」。

歷年預算編列及執行情形如下表：

總額	專款項目	項目	107	108	109	110	111	112	合計
其他 預算	基層總額轉診型態調整費用 ^註	預算數(億元)	13.46	13.46	10.00	10.00	8.00	8.00	62.92
		執行數(億元)	0.63	10.51	10.00	10.00	5.41	...	...
		執行率(%)	4.6	78.1	100	100	67.7	...	...
醫院	鼓勵院所建立轉診合作機制	預算數(億元)	2.58	6.89	6.89	4.00	2.25	2.25	24.85
		執行數(億元)	0.71	2.06	2.14	2.00	1.98	...	...
		執行率(%)	27.4	29.9	31.0	50.0	88.1	...	...
西醫 基層	鼓勵院所建立轉診合作機制	預算數(億元)	1.29	2.58	2.58	2.58	2.58	2.58	14.19
		執行數(億元)	0.554	1.438	1.482	1.435	1.427	...	...
		執行率(%)	43.0	55.7	57.4	55.6	55.3	...	...

註：108~110 年動支條件包含轉診成功及自行就醫案件，111 年起預算限定用於「轉診成功案件」。

2.本項預算之執行績效評估：

(1)分級醫療為衛福部近年重點政策並已推行多年，健保總額亦配合投入相當預算，本會分別於 111 年 7 月及 112 年 5 月委員會議請健保署提報成效檢討結果。委員仍認為分級醫療成效似不明顯，爰建議健保署通盤檢討支付誘因及經費配置合理性，提出轉型之改進方案。

(2)有關「鼓勵院所建立轉診合作機制」之成效^註，依據健保署 111 年 7 月委員會議之專案報告，107~110 年西醫基層「上傳件數」遠大於「接受下轉件數」，110 年基層上轉 71.7 萬件，但接受下轉僅 8.8 萬件，執行結果未符預期。

(3)有關「基層總額轉診型態調整費用」之成效^註，近年西醫基層就醫人數及服務人次占率下降，且「慢性病下轉至診所停留時間」亦減少，執行結果是否達到風險調整之目的，宜再評估。

註：依據健保署 111 年 7 月份委員會議之專案報告「111 年度總額轉診相關協定事項之檢討與未來規劃」。

(三)劉委員淑瓊於本年 4 月 28 日提出本案需請健保署回應或說明之問題，本會於 5 月 1 日轉請健保署納入本次報告分析說明。委員關切問題如下，健保署已於上次委員會議(112.5.29)回復部分問題：

- 1.請說明分級醫療執行成效中「接受上轉」、「接受下轉」(「單向下轉」及「回轉」)之定義。
- 2.請說明 107~111 年「接受下轉」並排除 90 天內再於醫院層級就醫之案件數。
- 3.請說明「建立轉診之合作機制」中，5 項轉診支付標準項目(醫院「辦理轉診費_回轉及下轉」；醫院及診所「辦理轉診費_上轉」；醫院及診所「接受轉診診察費加算」)之檢討情形。

(四)李委員永振於本年 5 月 26 日提出需請健保署檢視近 5 年委員所提出的意見及建議，本會已轉請健保署納入本次報告分析說明，茲整理近 5 年有關「分級醫療」之本會委員意見重點摘要如下(詳附件二，第 98 頁)：

- 1.分級醫療的重點在於「醫療資源合理使用」，健保總額已投入相當預算，惟成效似不明顯，希望能有具體、量化的節省成效。
- 2.轉診效果待加強，建議進一步整合病人之上、下游照護，並加強基層照護。
- 3.目前分級醫療祭出各種轉診支付誘因，但卻無相應成效，建議通盤檢討分級醫療支付誘因的合理性，以及民眾自費情形的變化。

4.應考量 COVID-19 疫後之醫療供需情形，研訂更有效的推動策略及目標，提出強化基層量能之階段性目標與時程。

決定：

112 年度總額協商資料「提升保險服務成效」之預算用途

- 一、健康資料平台功能精進計畫：本項預算用於發展雲端系統、行動化服務及大數據應用，且需隨健保業務及科技發展而擴增及提升效能
 - (一)建置智慧型精準審查作業平台。
 - (二)優化調整醫療雲端查詢系統架構。
 - (三)醫療決策支援與輔助專審大數據應用。
 - (四)強化行動應用服務暨健康資料使用功能。
 - (五)提升資訊軟硬體設備效能及資安防禦能量。
- 二、運用醫療科技再評估與前瞻性評估機制提升健保給付項目之效益。
- 三、提升為民服務效益全民健保客服中心科技導航服務精進方案。
- 四、其他各項方案之推動：
 - (一)特約醫療院所承作相關醫療服務計畫之標示作業。
 - (二)ICD-10-CM/PCS 改版之教育訓練事宜。
 - (三)醫療服務給付項目增訂(HTA)及現行醫療服務給付項目醫療科技再評估(HTR)。
 - (四)診斷關聯群(DRG)全面導入雙軌、研擬及評估支付制度改革。
 - (五)醫院總額地區預算重分配方式評估及支付標準研修專業諮詢等。

近 5 年本會委員對分級醫療之意見摘要

一、總額已投入相當預算，卻未達到分級醫療之預期成效

- (一)分級醫療是衛福部推動的重要政策，推行至今已邁入第 7 年，健保總額配合編列預算已投入約 443 億元，但政策成效並不明顯，健保署應確實檢討，提出改善精進措施。
- (二)觀察 105 年第 1 季至 109 年第 4 季之「西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率」趨勢，並未有太大變動，顯示分級醫療政策成效不大。
- (三)政策目標是鼓勵大醫院下轉輕症病患，即使在 COVID-19 疫情期間，108~110 年醫學中心的初級照護率仍未明顯降低，建議健保署進一步研析如何確實降低醫學中心初級照護率，並將慢性穩定病人下轉至基層。
- (四)分級醫療的重點在於「醫療資源合理使用」，健保總額已投入相當預算，惟成效似不明顯，希望能有具體、量化的節省成效。

二、轉診效果待加強，建議進一步整合病人之上、下游照護，並加強基層照護

- (一)106~110 年的全區轉診件數與轉診率都沒有明顯改變，且接受下轉案件占比低，顯示分級醫療的效果是鈍化的。
- (二)109 年受疫情影響整體就醫人次減少，接受上轉的案件數卻無明顯減少趨勢，多數上轉的案件仍是以上轉醫學中心為主，而醫學中心下轉的案件數則是各層級中最少，分級醫療成效有待商榷。
- (三)鼓勵病情穩定之慢性病病人下轉，但 110 年下轉至診所的慢性病病人停留時間(63.8 天)只剩 108 年(142.79 天)的一半，建議健保署追蹤分析慢性病病人下轉到診所前後的就醫情況，了解基層是否還有精進空間。
- (四)除關切上轉、下轉執行情形外，請健保署思考對策以提升回轉率。

三、建議盤檢分級醫療支付誘因的合理性及民眾自費情形的變化

- (一)目前分級醫療祭出各種轉診支付誘因，但卻無相應成效，現在又研擬支付鼓勵平轉費用，請健保署審慎思考。
- (二)除健保支付部分，也需關注自費部分有無增加，若院所沒有確實下轉，而是改由民眾自費，則分級醫療的效果須打折扣。

四、應考量 COVID-19 疫後之醫療供需情形，研訂更有效的推動策略及目標

- (一)建議健保署檢討 COVID-19 疫情對分級醫療的影響，並評估疫情後之醫療供需情形及民眾需求，研訂更有效的推動策略及相應政策目標。
- (二)COVID-19 亦情期間，凸顯基層醫療之重要性，未來應具體提出強化基層量能之階段性目標與時程。
- (三)健保署在分級醫療的未來努力方向提及，要串聯預防保健、疾病治療、長照及居家照護，擴展到全人全程的照護，希望能夠提出具體規劃內容。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：「全民健康保險審查制度與執行成效」專案報告，請鑒察。

說明：

一、依據全民健康保險會 112 年第 1 次委員會議紀錄決議辦理，於 112 年第 5 次委員會議提報本案。

二、本於「尊重專業對話，提升醫療品質」之原則，以達審查資訊透明，降低審查爭議，爰建立下列滾動式修正之審查制度，持續精進審查品質，以期達到減少個人專業見解差異，提升醫療費用核減合理性之目的。

(一)科技輔助審查，精準篩異管理：

1.運用健保大數據及資料分析技術，建立資訊回饋機制及電腦自動化審查，保障用藥安全及落實支付標準，擴大審查量能。

(1)即時資訊回饋供院所自我管理：

針對重要檢驗檢查項目、重複用藥，運用院所申報資料進行分析，回饋院所別或醫師別高於同儕值之資訊，避免檢驗檢查及藥費過度濫用或浪費。

(2)電腦自動化審查，落實支付標準：

健保申報案件每年約 3 億多件，透過電腦邏輯系統自動核減不符支付標準規定之費用，減少審查負擔，目前已設定超過 7,000 個檢核邏輯。

(3)精準篩異管理，以善用醫療資源：

自 107 年起啟動異常管理專案，迄今累計辦理 87 項，本署依審查經驗或審查醫師意見開發專案進行指標管理，將疑似異常耗用健保資源的申報項目，由電腦自動篩選出異常案件，列入抽樣樣本或予以標記，輔助專業審查，迄今已開發出約 150 項篩異指標。

2.辦理結果：統計上述管理措施之醫療費用核減狀況，111 全年總核減約 33.4 億點。

(二)專業審查委託專業醫事團體，審畢評量齊一審查專家尺度

1.基於尊重醫療專業，醫院總額、西醫基層、中醫及牙醫門診總額等審查業務，分別委託醫院協會、醫師全聯會、中醫師全聯會、牙醫師全聯會承作專業審查事項，112 年四總額部門共聘任審查醫藥專家約 3,800 人。

2.透過管理提升審查品質，進行審畢案件評量作業，藉由重新檢視審畢案件方式，齊一各審查醫藥專家尺度。

(三)推動審查資訊透明，降低審查爭議：

1.105 年 10 月實施「專業雙審及公開具名」試辦方案，現行作業如下：

(1)「公開具名」：依審查醫師之意願，分個別核減案件具名及團體公開姓名雙軌運作。其中個別具名，因同意具名人數不足於期限內完成審查等因素，適用分區及科別逐季減少，而團體具名醫師接受度高，近幾年轉型以團體具名為主，其整體同意比率由初辦 4 成，至近年來超過 6 成。

(2)「專業雙審」：適用全部科別，符合特定情況者得採專業雙審方式辦理審查作業。

2.辦理結果：111 年爭議審議件數 35,630 件、駁回件數 33,716 件，駁回率 94.6%，相較實施前(105 年)駁回率 88.6%增加 6%。有效降低審查爭議，達成「減少個人專業見解差異及核減結果透明化」之目的。

(四)修訂審查注意事項，建立審查共識

每年經各專科醫學會及公協會的共同參與檢視，及透過爭議案例討論，修訂審查注意事項以有效提升審查醫藥專家之審查共識，並供特約院所及審查醫藥專家遵循。111 年度公告修訂各總額條文計 42 項，112 年度迄今公告修訂醫院及西醫

基層總額條文計 36 項。

(五)設有「申復」之行政救濟機制

- 1.依據健保法及全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，本署應依醫藥專家審查結果核付醫療費用。
- 2.本署對醫療院所申報之醫療費用審核結果，提供核定明細資料給醫療院所，若醫療院所對核定內容有疑義，可就近洽詢本署各分區業務組，且仍可依救濟程序提出申復。此外，本署亦設置「健保醫療資訊溝通(VPN)平台」，供臨床醫師與審查醫藥專家進行個別核減案件之醫學專業意見的理性交流，共同提升健保審查品質。

三、未來展望：為保障病人照護品質及提升審查精準度，以公開及主題式評比醫療院所之服務品質，結合醫學實證或臨床專業共識，建置具鑑別度之篩異指標，針對評比差之醫療院所追蹤管理及加強審查，以期審查制度引領院所增進醫療品質。

報告單位業務窗口：涂奇君科長，聯絡電話：02-27065866分機2661

.....
本會補充說明：

一、本案係依據112年第1次委員會議(112.2.22)本會重要業務報告之決定辦理：

請中央健康保險署提出醫療服務審查制度成效檢討(包含專業雙審及公開具名試辦方案執行情形)專案報告。

二、本會歷屆委員會議有關專業雙審及公開具名試辦方案之討論歷程如下：

(一)緣由：健保開辦以來，為使醫療資源合理使用，實施醫療費用的審查與核刪制度，惟因採匿名審查及專業見解的差異，而陸續引發爭議與公開具名的訴求，為回應此訴求，並提升審查品質，衛福部、健保署乃全盤檢討審查制度，並於 105 年 10 月起試辦部分科別以公開具名方式審查。

(二)當時本會部分委員認為不宜公開具名，應重新檢討醫療審查制度，乃於 105 年第 7 次委員會議(105.7.22)提出臨時提案「反對衛生福利部自 10 月起開放健保醫療申請款額第一線個別醫師需具名審查公開之措施，應依據 20 年來對健保醫療審查制度具名不公開措施為準則，並請另行建立乙套公平、公正、合理可信、正義的新審查共審評議制度案」，經討論後決議：

1.基於下列理由，多數委員建議維持現行審查醫師內部具名、不對外公開之作法：

(1)為維護審查醫師人身安全及工作權，避免公開後須承擔不必要的壓力，而致影響擔任審查醫師之意願。

(2)醫師執行審查行為有其專業裁量權，公開審查醫師名單後，恐限縮其裁量空間，倘因此影響核刪結果，將使得總額點值下降。

(3)若僅試辦部分科別公開審查醫師名單、部分科別維持現行作法，可能因不同科別適用方式不同，而影響審查公平性，造成醫界內部不和諧。

2.建議回歸問題本質，應探究目前所面臨的問題及配合研提解決方案。若爭議點在現行審查制度，則應全盤檢討，例如審查標準是否具一致性、有無複審機制、隨機抽樣方式以及其核減點數回推計算之合理性、爭審之救濟機制是否健全等。爰請中央健康保險署參酌委員所提建議，檢討現行審查制度，並與相關團體溝通，完成改善方案後，提至本會報告^(註)。

(註：健保署原訂實施半年後，於 106 年第 3 次委員會議(106.4.28)提出「專業雙審及公開具名」試辦方案之執行情形專案報告，惟當時因討論議案太多，且多項與總額協商相關具時效性議題需優先討論，乃延至 106 年第 10 次委員會議(106.11.17)報告，如(四))

(三)106 年第 2 次委員會議(106.3.24)健保署報告「全民健康保險

業務執行報告」時，委員關切試辦方案實施後造成核減率減少，醫療費用點值下降，恐對總額管控產生影響，因此提出相關意見，重點摘要如下：

- 1.公開具名造成審查醫師核刪壓力，造成健保支出的增加。
- 2.公開具名試辦前後的核減率差距很大，應該從檢討醫療審查制度著手，持續精進並由各專科醫學會協助建立一致性的專業審查標準，滾動式檢討。
- 3.建議健保署針對已具有實證經驗的疾病，明確規範不可執行的臨床指引，並針對規範不可執行的部分進行審查，不要包山包海。
- 4.在方案試辦前，醫院部門的初核減率已呈現下降趨勢，試辦後可能降幅更大，對總額的管控造成影響；健保署已設定一些條件，建議條件成立及核減率達到一定程度影響後，就應該重新檢討制度。

(四)健保署於 106 年第 10 次委員會議(106.11.17)依本會決議進行「專業雙審及公開具名試辦方案」執行結果專案報告(報告如附件一，第 105~114 頁)，委員於會中表達之意見重點摘要如下：

- 1.具名審查科別之醫療費用申報件數及點數，均較非具名科別成長率高，且無論具名科或非具名科，其專審初核減率、爭審案件數均下降很多，雖然爭審案件數減少是好事，但是否係因審查作業不周延所致，希望嚴謹看待。
- 2.建議健保署對於審查醫師能訂定相關配套措施，以避免具名審查的醫師受到不當干擾。
- 3.同意具名之審查醫師不足，具名審查制度浪費太多資源，應恢復以前的制度。

(五)本會委員於 111 年第 11 次委員會議(111.12.23)健保署報告「全民健康保險業務執行報告」時，再次針對具名審查表達關切，健保署於 112 年第 1 次委員會議(112.2.22)提出說明，

委員於會中表達的意見重點如下：

1. 審查制度應能夠有效遏止醫療浪費或不必要的醫療，並提出具體實施成效。
2. 醫療費用審查有的分區具名，有的分區不具名，標準不一，恐有影響公平性之虞。
3. 健保署為管控醫療費用，實施各項措施，惟具名審查作法讓核減率下降，並未達到管控目的，且醫師的參與意願低，建議檢討其必要性。

三、本會研析意見：

- (一) 本次報告內容尚未呈現歷次委員關切審查制度是否能夠有效遏止醫療浪費及管控醫療費用，爰建議健保署進一步分析專業雙審及公開具名試辦方案之優缺點及執行效益。
- (二) 另查歷年各分區公開具名之科別資料如附件二(第 115 頁)，截至 112.4.13 僅有中區之耳鼻喉科公開具名，請評估是否繼續試辦。

決定：

全民健康保險醫院總額醫療費用案件 「專業雙審及公開具名試辦方案」執行結果說明

健保署，1061107

一、實施歷程

健保開辦 21 年來，為使醫療資源合理使用，依法進行專業審查，審查完畢後審查醫藥專家需於所審畢的案件上以代號簽名，但不對外公開，並設有「申復」與「爭議審議」等双重救濟機制，惟仍迭有專業見解差異而引發爭議與公開具名以示負責之訴求。為回應此訴求，本署自 105 年 10 月起實施「專業雙審及公開具名試辦方案」，以醫院總額醫療費用為範圍，在「專業雙審的部分」將全體科別費用案件核減結果由 1 人意見改為 2 人共識；在「公開具名審查」的部分，則對小兒科、婦產科、耳鼻喉科、眼科、神經科及精神科等 6 個科別有核減費用之案件，於核減清單中呈現審查醫藥專家姓名，期望達到「減少個人專業見解差異，提升醫療費用核減合理性」之目的。

在新增公開具名試辦科別部分，泌尿科專科醫學會自 106 年第 1 季起加入試辦，而試辦科別也由試辦初期之 6 科擴增為 7 科。

試辦方案實施 1 季後，105Q3 費用案件申報與審查結果和去年同期相較，有「申報醫療費用點數變動率大於 5%(整體增加 6.47%、門診增加 6.64%、住診增加 6.26%)」及「樣本專審初核減率變動率大於 10%(整體初核減率降低 77.78%、樣本專審初核減率減少 48.08%)」等 2 項符合調整條件，為維持本方案實施之目的，故調整專業雙審之作業方式，並自 106 年 1 月起實施，將原「有核減案件均需雙審，第 2 審醫師對第 1 審核減結果有共識部分方進行核減」之作業方式調整為「符合特定情況之案件得進行雙審，第 2 審醫師可參考第 1 審醫師意見審查，最後以第 2 審醫師的審查結果作為核減結果為原則，必要時得召開共同審查會」。

另於實施第 2 季後，105Q4 費用案件申報與審查結果和去年同期相較，有「申報醫療費用點數變動率大於 5%(整體增加 6.29%、門診增加 6.81%、住診增加 5.48%)」、「預估浮動點值變動率大於 5%(減少 5.01%)」及「樣

本專審初核減率變動率大於 10%(整體初核減率降低 47.83%、樣本專審初核減率減少 44.55%)」等 3 項符合調整條件，故本署於 106 年 4 月 25 日召開「專業雙審及公開具名試辦方案」執行結果討論會議，並確認本方案後續執行方式。

二、試辦方案實施 4 季後，已達到下列目的：

(一)減少個人專業見解差異

- 1.樣本專審初核核減件數占率：實施前同期約 19.3%(105Q2)降為實施後 14.3%(106Q2)~18.8(105Q4)。
- 2.樣本專審申復件數占率：實施前同期 67.2%(105Q2)降為實施後 47.2%(106Q2)~63.5%(105Q4)。

(二)核減結果透明化

- 1.核減案件之核減清單中，已呈現審查醫藥專家姓名。
- 2.「健保醫療資訊溝通(VPN)平台」於 106 年 3 月 31 日上線，讓申報醫師得就審查案件與審查醫師專業交流。
- 3.醫院總額部門整體審查醫藥專家名單，已依審查醫藥專家之意願，公布於「健保資訊網服務系統(VPN)」，以供第一線臨床醫師查詢。

三、健保審查重點在於使費用支付合理，而非作為控管總額點值之倚賴工具：

- (一)主要影響點值的因素為「醫療費用申報」與「總額預算額度」。
- (二)由歷年的醫院總額申報點數資料可得知，醫院在檢驗、檢查及藥費的成長率均高於診察費成長率，因此使醫師的診療報酬無法合理化，希望醫界可以幫忙在前端節流，例如於診療時查詢健保醫療資訊雲端查詢系統，以減少不必要或重複的檢驗、檢查及用藥項目，本署在後端審查作業時會偏重立意審查，使有限的健保資源可以發揮最大效用。

四、106 年 4 月 25 日召開試辦方案討論會議結論

- (一)當日會議邀請衛生福利部、健保會、立法委員國會辦公室、各專科醫學會、醫師公會全聯會、醫院協會、醫勞盟等單位與會討論試辦方案執行結果及未來政策方向建議。
- (二)會議結論如下：
 - 1.請公開具名 7 科(小兒科、婦產科、耳鼻喉科、眼科、神經科、精神科

及泌尿科)醫學會於 106 年 4 月 30 日前，提供足額且已簽立願意具名同意書之審查醫藥專家名單，後續由本署依其願公開具名人數及試辦方案之調整條件，公告難以繼續辦理於核減個案公開具名審查之分區及科別。

- 2.對於專業雙審部分，因可達到減少專業見解差異目的，故繼續辦理。
- 3.對於醫院總額公開整體審查醫藥專家名單部分，將於完成相關姓名公開意願徵詢及行政作業程序後於「健保醫療資訊溝通(VPN)平台」公開，給所有第一線醫師知悉。
- 4.請各專科醫學會及公協會共同參與本署所規劃各項健保審查改革措施，以營造良好健保醫療環境。各項審查改革措施如下：

(1)修訂審查注意事項

未來審查注意事項的修訂，將朝向以醫療專業常見治療模式或手術為主題，採邏輯性編排，來建立審查指引，並比照藥品給付規定進行編碼，以利資訊化勾稽及提供予審查醫藥專家參考，並業以泌尿科之公告內容作為主題範本提供予各專科醫學會、公協會參考，以利各科別比照此模式辦理。

(2)蒐集爭議案例，請專科醫學會進行討論

除蒐集審畢評量之審查意見不一致案例外，也將蒐集全民健康保險爭議審議會撤銷之案例，並邀集專科醫學會討論，以為修訂審查注意事項之參考，及使審查醫藥專家進行審查時有所依循。

(3)訂定審查指標，邁向精準審查

為持續精進審查效率，並節省特約醫事機構的行政成本，將請醫療服務審查受託單位與專科醫學會研訂審查指標，使醫療費用案件審查模式由減少「隨機抽樣審查」，偏重「立意抽樣審查」方式，以朝「精準審查」方向邁進。

(4)擴增程序審查指標

為減少對個案的專業審查差異，將擴增醫令自動化審查邏輯，並請各總額公協會及專科醫學會提供可採閾值核扣的檔案分析審查異常不予支付指標，以提升審查效率。

六、試辦方案辦理至 106 年 10 月 31 日進度

(一)本署於 106 年 9 月 30 日健保審字第 1060036072 號及 106 年 5 月 10 日健保審字第 1060035304 號公告修訂「全民健康保險醫院總額醫療費用案件專業雙審及公開具名試辦方案」公開具名審查各科別之不適用分區。

1.原試辦於核減個案公開具名之科別與分區，因有意願公開具名之審查醫藥專家人數已不足以於法定核定期限內完成該分區之審查業務，不適用於核減個案公開具名作業。

2.不適用科別及分區別如下：

兒科：臺北區、北區、中區、南區、高屏及東區。

泌尿科：北區、中區、及高屏。

耳鼻喉科：北區、南區、高屏及東區。

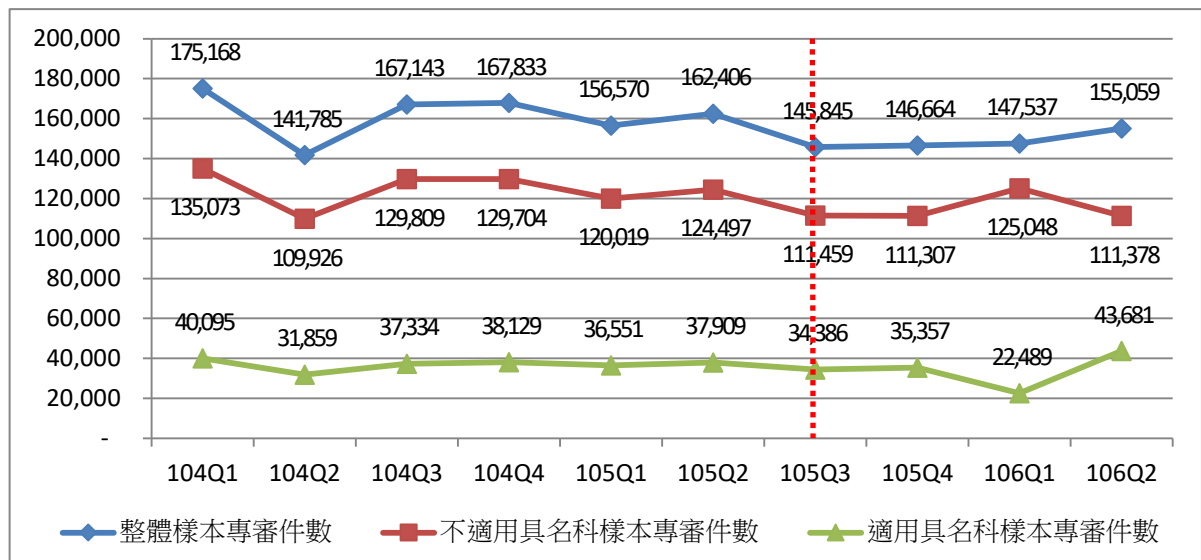
眼科：北區、中區、南區、高屏及東區。

神經科：中區、南區及東區。

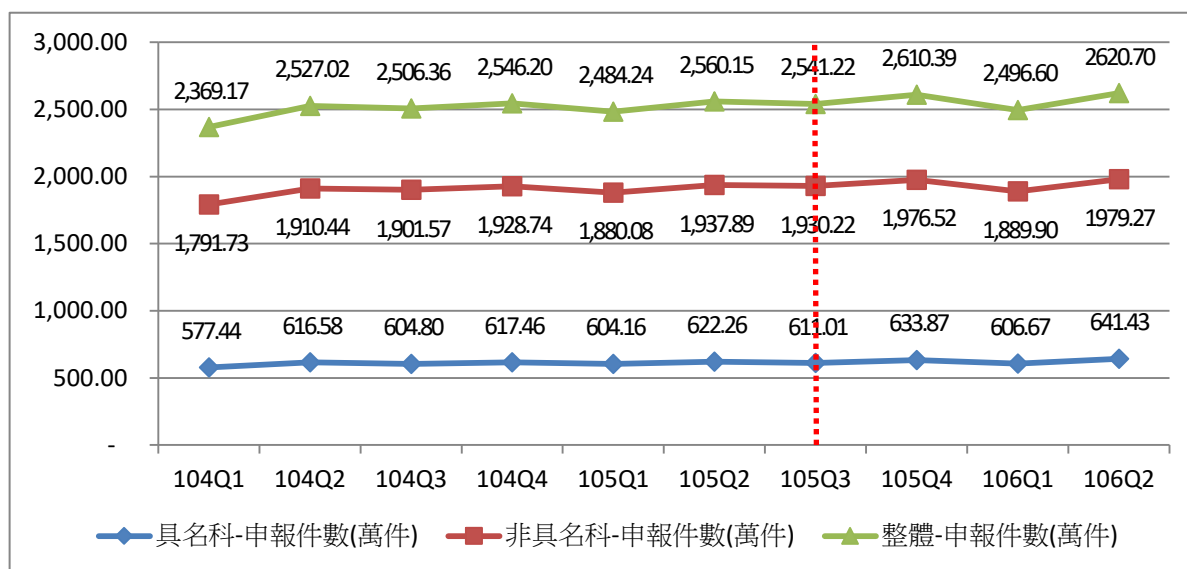
精神科：中區、南區及高屏。

(二)試辦方案執行數據

1.樣本專審件數：105Q3 至 106Q2，4 季合計(440,046 件)較去年同期(491,546 件)減少 10.48%；105Q3(145,845 件)較 104Q3 (167,143 件)減少 12.74%、105Q4(146,664 件)較 104Q4 (167,833 件)減少 12.61%、106Q1(147,537 件)較 105Q1 (156,570 件)減少 5.77%、106Q2(155,059 件)較 105Q2 (162,406 件)減少 4.52%。



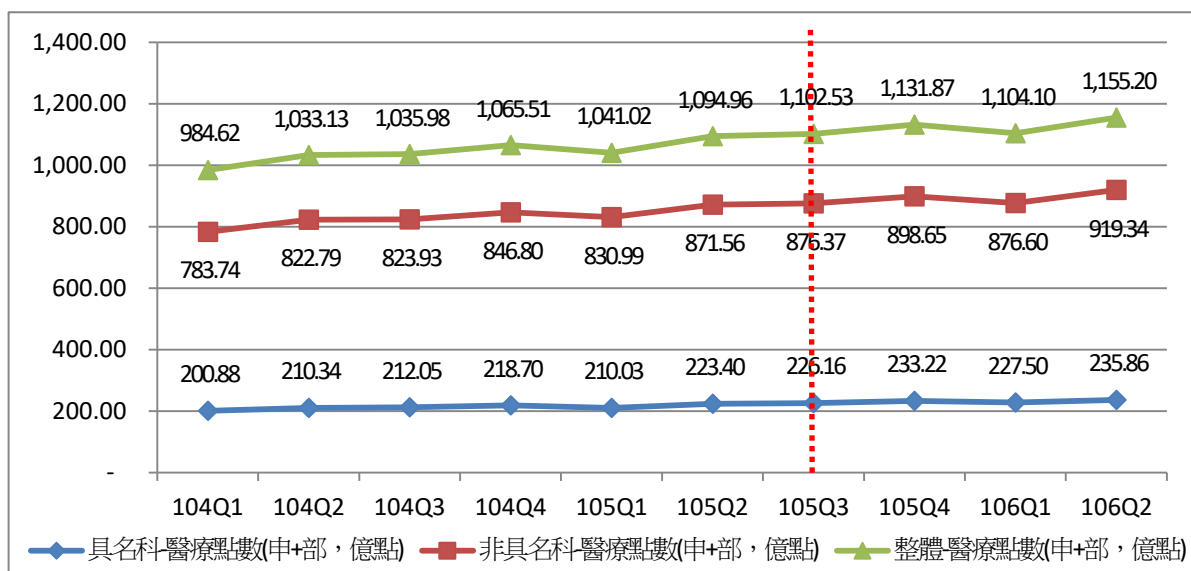
2.醫療費用申報件數：105Q3 至 106Q2，4 季合計(10,268.9 萬件)較去年同期(10,097 萬件)增加 1.70%；105Q3(2,541 萬件)較 104Q3 (2,506 萬件)成長 1.40%、105Q4(2,610 萬件)較 104Q4 (2,546 萬件)成長 2.51%、106Q1(2,496 萬件)較 105Q1 (2,484 萬件)成長 0.48%、106Q2(2,620 萬件)較 105Q2 (2,560 萬件)成長 2.37%。



*非具名科，4 季合計成長 1.67%、105Q3 較 104Q3 成長 1.47%、105Q4 較 104Q4 成長 2.49%、106Q1 較 105Q1 成長 0.48%、106Q2 較 105Q2 成長 2.14%。

*具名科，4 季合計成長 1.81%、105Q3 較 104Q3 成長 0.99%、105Q4 較 104Q4 成長 2.76%、106Q1 較 105Q1 成長 0.38%、106Q2 較 105Q2 成長 3.08%。

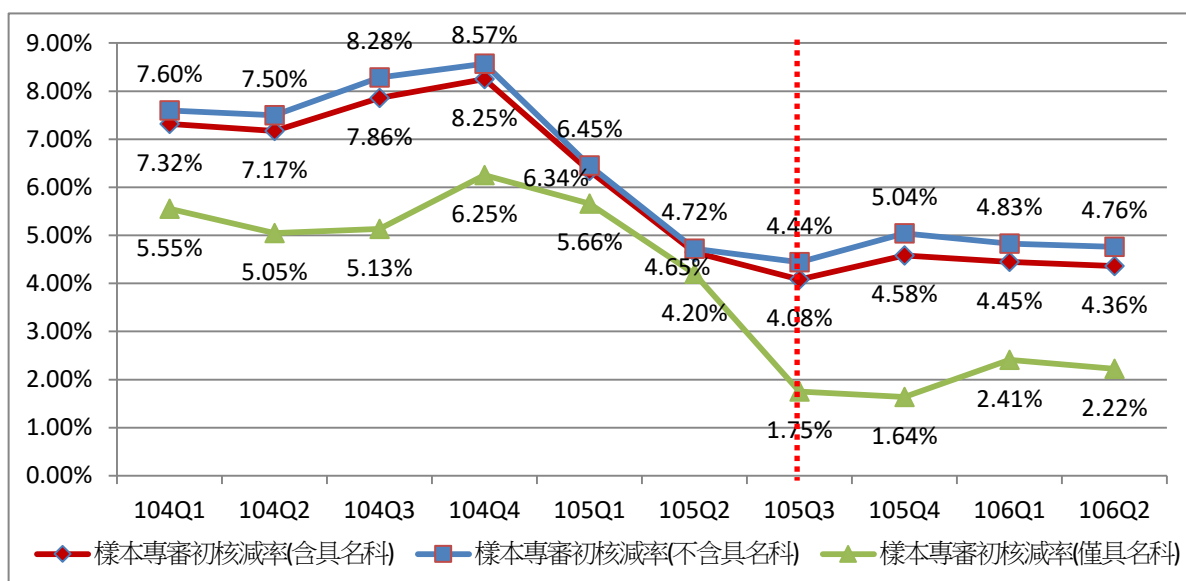
3.醫療費用申報點數：105Q3 至 106Q2，4 季合計(4,493.70 億點)較去年同期(4,237.47 億點)增加 6.05%；105Q3(1,103 億點)較 104Q3(1,036 億點)成長 6.47%、105Q4(1,132 億點)較 104Q4(1,065 億點)成長 6.29%、106Q1(1,103 億點)較 105Q1(1,041 億點)成長 5.96%、106Q2(1,155 億點)較 105Q2(1,095 億點)成長 5.50%。



*非具名科，4季合計成長 5.86%；、105Q3 較 104Q3 成長 6.31%、105Q4 較 104Q4 成長 6.14%、106Q1 較 105Q1 成長 5.4%、106Q2 較 105Q2 成長 5.48%。

*具名科，4季合計成長 6.78%、105Q3 較 104Q3 成長 6.6%、105Q4 較 104Q4 成長 6.39%、106Q1 較 105Q1 成長 8.19%、106Q2 較 105Q2 成長 5.58%。

4-1.樣本專審初核減率：整體部分，105Q3(4.08%)較 104Q3(7.86%)減少 48.08%、105Q4(4.58%)較 104Q4(8.25%)減少 44.48%、106Q1(4.45%)較 105Q1(6.34%)減少 29.81%、106Q2(4.36%)較 105Q2(4.65%)減少 6.24%。

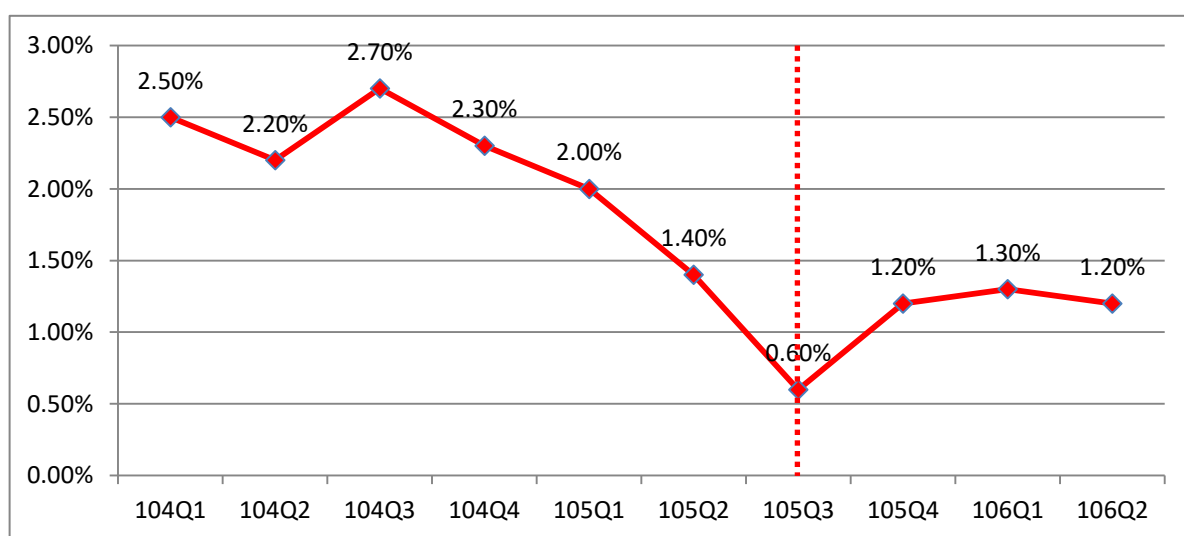


*非具名科，105Q3 較 104Q3 減少 46.43%、105Q4 較 104Q4 減少

41.19%、106Q1 較 105Q1 減少 25.12%、106Q2 較 105Q2 增加 0.85%。

*具名科，105Q3 較 104Q3 減少 65.95%、105Q4 較 104Q4 減少 73.66%、106Q1 較 105Q1 減少 57.42%、106Q2 較 105Q2 減少 47.14%。

4-2. 整體初核減率：整體部分，105Q3(0.6%)較 104Q3(2.7%)減少 77.78%、105Q4(1.2%)較 104Q4(2.3%)減少 47.83%、106Q1(1.30%)較 105Q1(2.00%)減少 35%、106Q2(1.20%)較 105Q2(1.40%)減少 14%。

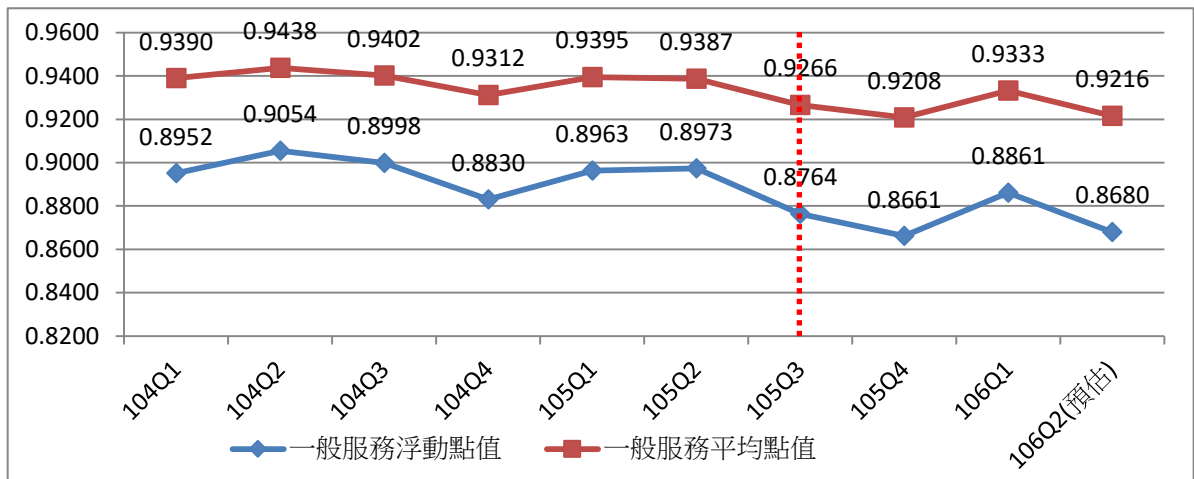


5-1 一般服務浮動點值

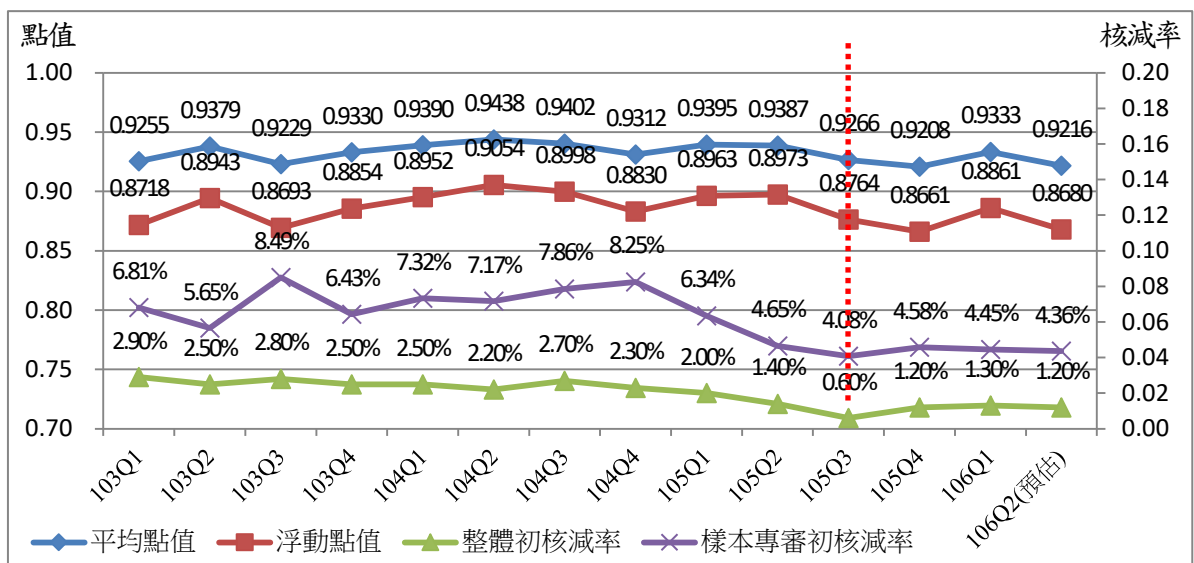
- (1)105Q3 浮動點值 0.8764；較 104Q3(0.8998)減少 2.60%。
- (2)105Q4 浮動點值 0.8661；較 104Q4 (0.8830)減少 1.91%。
- (3)106Q1 浮動點值 0.8861；較 105Q1 (0.8963)減少 1.14%。
- (4)106Q2 浮動點值(預估) 0.8680；較 105Q2 (0.8973)減少 3.26%。

5-2. 一般服務平均點值

- (1)105Q3 平均點值 0.9266；較 104Q3(0.9402)減少 1.45%。
- (2)105Q4 平均點值 0.9208；較 104Q4 (0.9312)減少 1.12%。
- (3)106Q1 平均點值 0.9333；較 105Q1 (0.9395)減少 0.66%。
- (4)106Q2 平均點值(預估) 0.9216；較 105Q2 (0.9387)減少 1.82%。

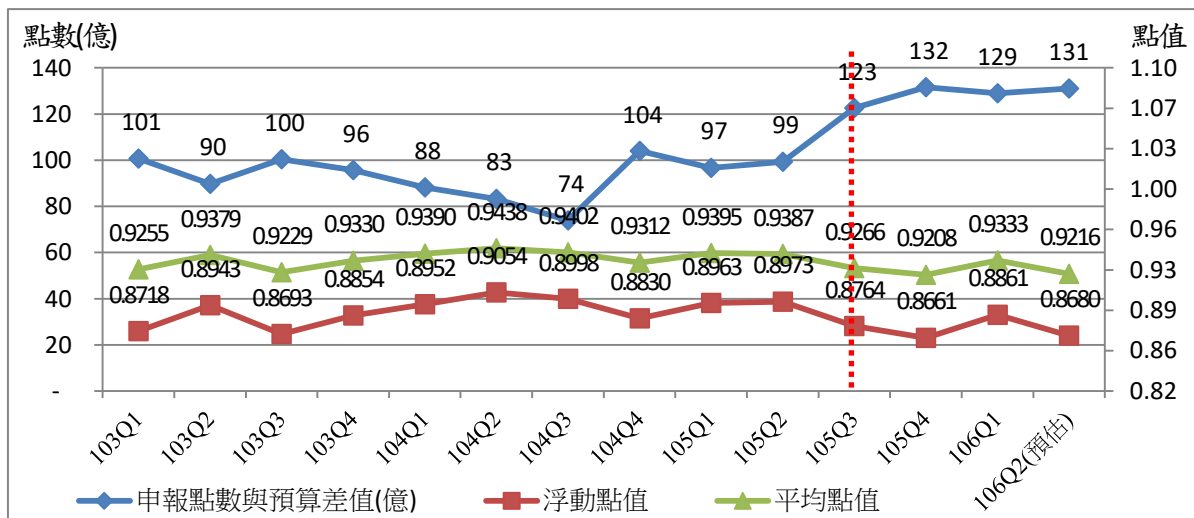


***核減率趨勢與點值趨勢並不一致**



註：經迴歸檢定，兩類點值(Y)分別對兩類核減率(X)之回歸檢定，其 p 值均大於 0.05，兩者無統計相關。

***申報與預算差值趨勢和點值趨勢相反**



註：經迴歸檢定，兩類點值(Y)分別對申報與預算差值(X)之回歸檢定，其 p 值均小於 0.05，兩者間有統計相關。

(三)醫院總額公開整體審查醫藥專家名單進度

- 1.本署依據 106 年 4 月 25 日召開「專業雙審及公開具名試辦方案執行結果」討論會議會議紀錄，請本署各分區業務組徵詢醫院總額部門現任審查醫藥專家同意團體姓名公開之意願。
- 2.為提升同意書簽立比率，本署已於 106 年 6 月 14 日有函請各專科醫學會，鼓勵現已受聘為審查醫藥專家之會員簽立同意書，惟各專科醫學會陸續啟動中，後續將由本署各分區業務組繼續徵詢尚未同意之審查醫藥專家的意願，對於有異動之名單，將彙整後按季公開。
- 3.醫院總額部門整體審查醫藥專家名單，已依審查醫藥專家之意願，公布於「健保資訊網服務系統(VPN)」，以供第一線臨床醫師查詢。整體同意比率為 50.8%。

(四)審查注意事項修訂進度

- 1.為減少審查認知差距，本署持續訂定全民健康保險醫療費用審查注意事項，就現有支付規定，如全民健康保險醫療服務（藥物）給付項目及支付標準之規定等，予以補充解釋或說明。
- 2.為進行審查改革，本署促請各專科醫學會與公協會，將其內部共識與潛規則，經專業討論後提列於醫療費用審查注意事項，且朝向醫療專業常見治療模式或手術為主題，採邏輯性編排建立審查指引，並比照藥品給付規定進行編碼，以利資訊化勾稽，提供審查醫師參考。健保支付標準與審查注意事項等各類規定，均公布於健保署官網，供各界查詢。
- 3.本署已完成泌尿科、耳鼻喉科、婦產科及復健科審查注意事項改版修訂及公告，並已召開內科系及外科系之審查注意事項修訂專家討論會議，俟完成後續行政程序後即進行公告，合計完成 10 個專科別條文修訂。

(五)蒐集爭議案例，請專科醫學會進行討論

- 1.本署已收集 106 年 3 月審畢評量作業，經評量為意見不一致，且經評估需提請討論之爭議案例計 9 件，分屬 4 個就醫科別(胸腔內科、風濕免疫科、消化內科、血液腫瘤科)、 2 個專科醫學會(內科、外科)。
- 2.106 年 7 月已辦理 4 場次經審畢評量後之健保爭議案例研討會，並參考

專科醫學會推薦之專家研討意見，研擬審查注意事項提案單或將其研討結論函送相關專科學會參考。

3.106 年 10 月辦理 1 場次以病人歸戶之健保爭議案例研討會，對於專科醫學會推薦之專家研討結論將函送該學會參考。

(六)104 年至 106Q2 醫院層級爭議審議案件數統計

本署自 105 年 10 月起實施「專業雙審及公開具名試辦方案」後，衛生福利部爭議審議會受理爭議案件數已逐季下降，其中 106Q1 及 106Q2 的爭議案件數相較去年同期分別減少 29.17% 及 34.06%，代表本方案實施後，已確實有效降低審查爭議案件數。

期間	健保申請件數 (門診+住診)(A)	爭審件數 (B)	相較去年同期 爭審件數比較	爭審率 (B)/(A)
104 全年	9,978 萬 9,000 件	103,894	-	0.104%
105 全年	1 億 197 萬件	84,348	-18.81%	0.083%
105Q1	2,484 萬 3,000 件	24,612	-	0.099%
105Q2	2,560 萬 1,000 件	20,256	-	0.079%
105Q3	2,541 萬 4,000 件	19,913	-	0.078%
105Q4	2,611 萬 2,000 件	19,567	-	0.075%
105Q3~Q4	5,152 萬 6,000 件	39,480	-	0.077%
106Q1	2,496 萬 6,000 件	17,432	-29.17%	0.070%
106Q2	2,620 萬 7,000 件	13,357	-34.06%	0.051%
106 Q1~Q2	5,117 萬 3,000 件	30,789	-31.38%	0.060%

全民健康保險適用公開具名作業之科別與分區異動情形

公告日期	科別與分區
105.10.1	試辦科別：兒科、婦產科耳鼻喉科、眼科、神經科、精神科、泌尿科(106年第1季加入)。
107.5.4	婦產科：臺北區、北區。 泌尿科：南區、東區。 耳鼻喉科：臺北區、中區、高屏。 精神科：臺北區、北區。
108.3.28	婦產科：臺北區、北區、南區。 泌尿科：南區、東區。 耳鼻喉科：臺北區、中區、高屏。 精神科：臺北區、北區。
108.10.1	婦產科：臺北區、北區、中區、高屏。 泌尿科：南區、東區。 耳鼻喉科：臺北區、中區、高屏。 精神科：臺北區。
108.12.23	婦產科：臺北區、北區、中區。 泌尿科：南區、東區。 耳鼻喉科：臺北區、中區、高屏。 精神科：臺北區。
109.4.30	婦產科：北區、中區。 泌尿科：東區。 耳鼻喉科：中區。 精神科：東區。
109.6.30	婦產科：北區、中區。 泌尿科：南區、東區。 耳鼻喉科：中區。 精神科：中區、東區。
109.9.26	婦產科：北區、中區。 泌尿科：南區。 耳鼻喉科：中區。 精神科：東區。
110.9.23	婦產科：中區。 耳鼻喉科：中區。 精神科：東區。
112.4.13	耳鼻喉科：中區。

第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：112 年 5 月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

(資料由中央健康保險署另行提供)

報告單位各項業務窗口：詳如業務執行報告內附

.....
本會補充說明：

依 102 年 2 月 22 日委員會議決定及 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。爰本次提供書面資料，不進行口頭報告。請委員先行審閱，如有疑義可洽該署各項業務窗口。

決定：

附錄

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)8590-6871
傳真：(02)8590-6046
電子郵件：hsszchi@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國112年6月6日
發文字號：衛部健字第1123360072號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：衛福部健保會第6屆112年第4次委員會議議事錄(節錄)

主旨：檢送本會委員對總額設定公式之「醫療服務成本指數改變率」所提意見(如附件)，惠請鈞部研參，請查照。

說明：依本會第6屆112年第4次委員會議(112.5.24)決議辦理。

正本：衛生福利部
副本：

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：黃曼青
聯絡電話：(02)8590-6763
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hgching@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年6月17日
發文字號：衛部保字第1120123887E號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關貴會所提113年總額範圍低推估公式意見，復請查照。

說明：

- 一、復貴會112年6月6日衛部健字第1123360072號書函。
- 二、本部於112年3月17日「113年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍（草案）擬訂方向會議」討論有關MCPI改採4年平均一案，經與會專家學者、醫界代表及付費者代表共同討論綜整建議後，研提113年總額範圍（草案），並依全民健康保險法（下稱健保法）第60條規定之程序，提案於112年4月26日諮詢貴會。
- 三、為明確說明旨揭研析方向，本部於同年6月2日上午召開「113年健保總額範圍(草案)說明會議」，邀請醫界代表、付費者代表及專家學者共同與會，廣泛蒐集建議與綜整評估，依健保法之法定程序，俟行政院核定總額範圍後，交議



貴會，由付費者代表與醫療服務提供者協商辦理。

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

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>陳委員石池(議事錄第 31 頁)</p> <p>上次我提到有關重複用藥管制的成果，去年我有提過同樣的問題，你們說管制以後有成果，但是後來重複藥費還是逐漸上升，結果你們跟我回復說什麼重複用藥有減少，這根本就文不對題嘛，我問說你們的管制方法有問題，結果你們跟我說重複用藥下降多少百分比，但你們上次報告重複藥費明明就是逐年增加嘛，我現在已經忘記了，不曉得哪 1 年它是降到最低，後來逐年再上升上來，去年又上升，今年又上升，結果你回答說重複藥費有比 108 年減少，這個回答文不對題，是不是你們再檢討一下，好不好，謝謝。</p>	<p>報告簡報圖示係呈現本署各項措施(如門診特定藥品重複用藥管理方案、健保醫療資訊雲端查詢系統等)介入所帶來的推估效益，經計算圖示中所列近 3 年重複藥費(以同藥理計算重疊用藥，非實際核扣點數)，佔整體藥費之比率呈現持平(0.34%、0.35%、0.35%)。</p>
<p>李委員永振會後書面意見(議事錄第 38 頁)</p> <p>一、4 月份委員會議曾請教健保署，有關大陸港澳人士及外籍人士，第 2、3 類之被保險人及眷屬近 2 年理賠率都超出 100%，其原因及改善措施？健保署雖很認真說明，但看不到具說服力的數據或證據！問題重點在：110、111 年因疫情醫療量能下降、但該類人員之理賠情形顯得特別突出，且有惡化之傾向，才有此一問！署的說明可以理解，但沒有解</p>	<p>一、第 2 類、第 3 類被保險人及眷屬因投保人數較少，且平均投保金額(111 年底第 2 類為 28,339 元、第 3 類為 25,250 元)較整體投保金額(42,053 元)低，故醫療費用占保費比率容易波動較大且出現醫療費用高於保費收入之情形。</p> <p>二、又第 2 類、第 3 類保險對象平均年齡較高，投保第 2 類年齡為 50 歲以上者占 46.2%、投保第 3 類年齡為 50 歲以上者占 70.8%，較</p>

委員意見	健保署說明
<p>惑。</p> <p>二、有關 6 月份委員會議健保署將提出之 2 項專案報告(詳 5 月份委員會議資料第 13 頁)，請健保署檢視近 5 年(107 年~迄今)在健保會進行相關報告時，委員所提出的意見及建議，逐項提出具體回應與說明。</p>	<p>整體年齡為 50 歲以上者占 39.1% 為高。由於醫療需求隨年齡增長而提高，111 年第 2 類投保者就醫比率為 84.5%、第 3 類投保者就醫比率為 85.2%，均高於整體投保者之 71.6%，故歷年平均每人之醫療點數支出多高於其他類別之投保者。</p> <p>三、有關委員提出 2 項專案報告，需檢視近 5 年相關意見及建議，本署配合於本次 6 月份委員會議報告案說明。</p>
<p>劉委員淑瓊會後書面意見(議事錄第 38 頁)</p> <p>有關衛福部依行政程序法規定於本年 5 月 17 日預告修正「全民健康保險保險對象門診藥品、急診應自行負擔之費用」之草案，醫改會意見如下：</p> <p>一、醫改會肯定石崇良署長與民間團體溝通。</p> <p>二、部分負擔新制應以分級醫療、珍惜醫療資源的原政策目的來作考量。以急診為例，雖解決用檢傷分類訂定不同收費標準不合適的問題，但新制有無變相懲罰在大醫院急診的急重症病人之疑慮。</p> <p>三、針對門診藥品部分負擔的調整，國內慢性病人數已突破千萬，而慢性病人有長期就醫的需求，應正視其年度可能累積的就醫負擔，以及是否對多重慢性病人造</p>	<p>一、本次部分負擔調整目的在於引導保險對象就醫行為能落實分級醫療與避免健保資源浪費，讓大型醫院回歸照顧急重難罕的角色，以達成醫療資源的有效利用，且本次急診部分負擔亦先考量各層級醫院急診病人資源耗用狀況後訂定。</p> <p>二、關於多重慢性病人之影響評估，慢性病人全年需多付的部分負擔差額之中位數為 10 元，6 種以上慢性病人全年需多付的部分負擔差額中位數約為 480 元。本署將持續監測部分負擔調整新制對多重慢性病人的影響。</p>

委員意見	健保署說明
<p>成潛在健康與就醫行為衝擊，建請健保署說明。</p>	
<p>王委員惠玄(議事錄第 78 頁)</p> <p>謝謝健保署提供的補充資料，資料中看到不同總額部門對巡迴醫療偏遠地區的認定、補助的對象、條件的設定以及分級是不一樣的，有些鄉鎮其實是重複的。我不太曉得為何同一偏鄉在不同的總額會分在不同的級別，甚至給付的方式也不一樣，包括論次的單次費用、還有是否分為一般日跟例假日。</p>	<p>一、為保障山地離島、偏遠地區民眾健康、提升就醫可近性，全民健康保險醫療給付費用各總額部門每年編列專款，辦理多項偏鄉醫療計畫(例如西、中、牙醫醫療資源不足地區改善方案)，以期偏遠地區民眾得以獲得適當醫療照護，縮減城鄉醫療資源差距。</p> <p>二、各計畫施行區域及執行方式，係每年經本署與地方政府衛生機關依當地醫療資源分布共同評估，並經各總額部門研商議事會議決議，提供因地制宜之醫療服務；此外，考量各總額別提供的服務及性質不同，爰提供不同的給付方式。</p>
<p>李委員永振(議事錄第 78 頁)</p> <p>看過這些資料之後，底下我有 1 點請教、1 點建議。要請教的是在會議資料第 64 頁，西醫基層在 109 年、110 年疫情期間，預算執行率不到非疫情期間的一半，但是 4 年的目標數也訂得都差不多、兩段期間的目標達成率也相當接近，這整個數據呈現是不是怪怪的？預算執行率不到非疫情期間的一半，但是執行的目標達成率接近，而且目標又訂得差不多、不是特別低，這是不是可以說明一下。</p>	<p>一、108 年度西醫醫療資源不足地區改善方案(下稱本方案)西基總額專款計 217.1 百萬元，因應 109 年度方案內容調整，爰前開專款自 109 年增加為 317.1 百萬元，惟因 COVID-19 疫情影響，及參與獎勵開業家數少，預算執行數不如預期。</p> <p>二、本方案每期執行期程為 1 年，每年就鄉鎮數、總服務診次及總服務人次訂定目標數，俾評估方案</p>

委員意見	健保署說明
	<p>執行成效。</p> <p>三、查本方案 110 年調升總服務診次及總服務人次目標數，經本署及參與院所共同努力，即使於 COVID-19 疫情期間，依舊提供醫療資源不足地區民眾穩定的醫療照護服務，故該年度方案目標達成率維持平穩。</p>
<p>劉委員淑瓊會後書面意見(議事錄第 82~83 頁)</p> <p>醫改會關切的是，偏鄉醫療不能夠只靠醫護人員來當「活菩薩」，目前針對偏鄉醫療，健保主要有 IDS 計畫、總額醫療資源不足地區改善方案、醫療不足地區醫療服務提升計畫等，長年投入費用從 31 億元乃至 106 億元以上不等，衛福部其他司署亦有相關計畫，應通盤檢討。目前在健保相關偏鄉醫療計畫的指標中(參會議資料，第 64~67 頁)，仍以執行數、達成率、滿意度為主，而看不見一些偏鄉醫療計畫面對的困境：</p> <p>一、巡迴醫療的限制：依據盧敬文(2016)研究，居民會去使用巡迴醫療，大多是為了控制慢性病，但醫師受限於鄉內通常也可能沒有藥局，不一定能夠釋出處方箋，拿藥還是要到衛生所或等巡醫。也會有部分民眾因感染症(像是蜂窩性組織炎等)就醫，但嚴重的感染症無法單以口服抗生素治療，</p>	<p>謝謝委員意見，委員所提偏鄉醫療計畫困境，本署回復如下：</p> <p>一、巡迴醫療限制</p> <p>(一) IDS計畫：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本署自民國88年起辦理IDS計畫，藉由將醫事人員送入山地離島地區的方式，提升山地離島地區居民醫療照護可近性。 2.IDS計畫承作醫療院所結合當地社區照護資源，因地制宜提供山地離島地區居民急性醫療照護、專科門診、巡迴醫療、夜間及假日門診及待診、轉診後送等服務。 3.如山地離島地居民有緊急或重大傷病門、住診轉診需求，依IDS計畫規定，承作醫療院所訂定並提供轉診後送服務至承作院所之作業流程，並予以優先處理。 4.另為打破山地離島居民就醫距

委員意見	健保署說明
<p>需要輔以針劑甚至住院等，巡迴醫療就會顯得緩不濟急。</p> <p>醫師雖然會建議病情嚴重的居民至醫院治療，並開立轉診單，但是對沒有交通工具的居民來說，「包車」通常就是第一道阻礙。因為衛生所的巡迴醫療和門診不收掛號費，加上部分負擔減免，在鄉內就醫幾乎等於免費，若轉診到鄉外就醫或住院治療而衍生費用，則是第二道阻礙。偏鄉中經濟能力差的居民，大病、小病通常只能等待巡迴醫療，也會讓山地醫師面對延遲、複雜的病情。</p> <p>二、醫療品質缺乏指標：我們關注偏鄉醫療計畫，能夠實現偏鄉居民哪些「未滿足的醫療需要」(unmet medical need)，且若巡迴醫療是以照顧慢性病人為主，目前慢性病照護品質的指標 IDS 計畫中僅有「可避免住院數」，總額的醫療資源不足地區改善方案的品質指標則尚不足，有精進的空間。在第五屆 110 年第 4 次委員會會議中，陳石池委員也有提出相關意見，並建議重新考量評核指標。</p>	<p>離限制，解決專科醫療資源不足問題，IDS計畫承作醫療院所可結合「全民健康保險遠距醫療給付計畫」，提供包括急診、眼科、耳鼻喉科等遠距醫療服務，多管道的解決山地離島地區就醫問題。</p> <p>(二) 西、中、牙醫醫療資源不足地區改善方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有關偏遠地區民眾就診之服務運輸，係由各縣市政府編列預算，依各行政區地形、人口分布及發展，與當地業者共同規劃，若當地主管機關有需求，可洽本署提供巡迴點資訊，俾研議該地區整體運輸管理規劃(如行車路線、車次及接駁地點等)，以符合當地民眾需求。 2.另，西、中、牙醫醫療資源不足地區改善方案，亦鼓勵院所至施行區域辦理開(執)業計畫，每月依施行區域分級支付參與院所最低保障額度，鼓勵院所在地深耕、守護民眾健康。 3.有關偏遠地區民眾轉診就醫費用，依84年4月28日衛署健保字第84024016號公告：「經離島地區院所轉診至臺灣本島當次之門診或急診者，免部分負擔」。又依全民健康保險轉診實施辦法第11條第1項第2款規定

委員意見	健保署說明
	<p>，略以：保險對象持轉診單就醫後，因轉診之傷病經醫師認定需繼續門診診療，自轉診就醫之日起一個月內未逾四次之回診亦視同轉診，免加重部分負擔。</p> <p>二、醫療品質指標</p> <p>查醫療品質可就醫療服務之結構面(如醫療組織提供的資源)、過程面(如可近性)、結果面(如存活率、醫療費用、病人滿意度等)進行監測^註，現行計畫執行內容如下：</p> <p>(一)IDS計畫：</p> <p>1.IDS計畫訂有民眾滿意度、IDS計畫執行情形(如定點門診、專科門診診次等)、提升醫療照護指標(專科服務利用率、衛教宣導活動、居家照護服務等)、促進預防保健指標(成人預防保健受檢率、子宮頸抹片檢查率等)及特定疾病個案管理指標(糖尿病 HbA1c執行率、B、C肝個案收案數等)。</p> <p>2.另IDS計畫之全人整合照護執行方案為鼓勵醫療院所投入健康促進取代疾病診療，改變服務提供者長期以診療為主之醫療行為，建構以「整合」為主之健康行動，訂定健康管理指標(如結核病主動篩檢率、65歲以</p>

委員意見	健保署說明
	<p>上民眾流感疫苗接種率、成人預防保健服務利用率、四癌篩檢率及陽追率等)、醫療照護指標(如可避免住院數及牙體復形案件+牙周案件申報點數\geq70%)及(其他政策指標鼓勵指標(如B、C型肝炎病人接受完整追蹤照護比率\geq50%及根管治療案件申報點數\geq20%)，且於試辦期間(3年)之前期，以健康管理指標占率較大，並逐年遞減，以建立健康照護之可近性及健康結果指標。</p> <p>(二)西、中、牙醫醫療資源不足地區改善方案：</p> <p>1.以醫療服務可近性及醫療資源使用者之滿意度為共同監測項目，包含：</p> <p>(1) 每年檢視施行區域及執行內容，就「鄉鎮數、總服務診次及總服務人次」訂定目標數，俟各部門總額研商議事會議決議後辦理，藉由實際服務量能評估各方案執行成果。</p> <p>(2) 承作院所於計畫執行結束後或年度結束後，依各方案規定期限內提交執行報告(含民眾滿意度調查)。</p> <p>(3) 牙醫醫不足改善方案另訂有品質指標，如巡迴點具固定</p>

委員意見	健保署說明
	<p>式診療椅並符合巡迴感染管制SOP作業細則、牙齒填補2年內保存率等，視院所達成項目提供品質獎勵費。</p> <p>綜上，本署將持續精進及執行各計畫，俾提供山地離島、偏遠地區民眾良好品質之醫療服務。</p> <p>(註)參考文獻： 詹其峰、邱泰源、劉文俊、梁繼權、陳慶餘(2003)。基層醫療保品質評估指標。家醫研究，1(1)，8-20。</p>
<p>劉委員淑瓊(議事錄第 84~86 頁)</p> <p>謝謝主席，謝謝健保署的報告，不過關於這案根據健保會 112 年度工作計畫所列的標題是成效檢討，但是今天聽到健保署報告只有成效沒有檢討，請看投影片。我們醫改會根據健保署既有的這些資料，會內同仁重新計算，大概看到 5 個問題，請看下 1 張投影片。對於這 5 個待檢討的問題，希望健保署可以提出具體的回應，誠如健保會同仁說明，我們已經投入不少的資源，這也是對整個醫療體系、體質健康非常重要的一件事情。請看下 1 張投影片，第 1 個問題是從這個數據看到分級醫療的效果其實是鈍化的，也就是過去我們用了這麼多的策略，但是從全區轉診數及轉診率其實都沒有明顯改變，各位請參閱。</p> <p>請接續看第 2 張投影片，接受下轉</p>	<p>委員意見本署已於會上口頭回復，另補充說明如下：</p> <p>一、本署計算下轉率時是以接受下轉案件除以總就醫次數計，在總就醫次數(分母數)較高的狀況下，顯得下轉率百分比相對較低；若委員有針對轉診指標計算之定義修正建議，歡迎於健保會上隨時提出，集思廣益。</p> <p>二、本署鼓勵大醫院專注照護急重罕難症病人，爰醫院下轉點數不低於現行診察費，至於上下轉與平轉支付點數調整本署將持續與醫界研議並取得共識後辦理。</p> <p>三、穩定慢性病下轉後停留天數將於本次專案報告中一併呈現。</p>

委員意見	健保署說明
<p>的案件占比還是很低，我們姑且接受健保署的定義，這麼寬的一個定義，但是我們發現接受下轉的案件在轉診案件占比不到1成5，如果除以總就醫次數甚至不到1%，目前下轉案件裡面其實還灌了水，也就是沒有排除病人下轉之後又因為同一個原因到不同的醫院層級去就診，這個沒有排除掉，在沒有排除的情況下占比都這麼低，所以這也是1個問題。</p> <p>請接續看下1張投影片，第3個問題是現在祭出的各種轉診支付誘因，但仔細看這些誘因非常的不合理，第1個是醫院下轉可以拿到400點~500點，當然我們鼓勵醫院下轉，可是大家看400點~500點是什麼概念，醫生看1個病人診察費是358點，也就是說下轉1個病人等於多看1.4個病人，這個合不合理呢，如果可以達到效果我們也不反對，但是從前面資料來看好像效果有限。上轉誘因的正當性更不足了，上轉可以拿到200點，我們都知道分級醫療的目的是壯大基層，這是一個基本精神，所以希望能有比較多的下轉，至於上轉部分，如果你不上轉的話，病人有需要、自由就醫還是會去，所以200點用於鼓勵上轉其實有待商榷。</p> <p>現在健保署又在研擬平轉，平轉的議題也希望健保署再審慎思考，這個會不會和社區醫療群的功能重複，</p>	

委員意見	健保署說明
<p>也有正當性的問題。其實應該要鼓勵院所之間的合作，現在每轉 1 個就給 1 個支付點數，這個支付點數又沒有提供有價值的服務，這很難說服我們付費者。</p> <p>第 4 點，基層診所是不是留不住病人，去年第 7 次會議劉林義副組長曾報告過慢性病病人病情穩定之後下轉，但下轉之後到基層停留時間有縮短，我們鼓勵下轉但不是轉了之後又很快回來，而是希望病人留在基層穩定就醫，但 110 年慢性病下轉至診所停留時間只剩 108 年的一半，108 年 142.79 天降到 110 年 63.8 天這也是問題，建議應該要追蹤分析慢性病病人下轉到診所前後的就醫情況，更能夠幫助我們了解基層是不是還有精進空間。</p> <p>最後，門診減量政策，過去大家都知道這是齊頭點砍 2%，現在也沒有實施了，這裡面有很多的因應行為，甚至整個醫療服務量是往上走，卻要逆勢叫它下來，當然就會有很多對策出來，這些對策我相信健保署都有掌握。最後，在今年共識營中鄭守夏老師給我們一個 talk，分級醫療很重要，但如果過去的策略都不 OK、沒有明顯的成效要不要來個典範移轉，不要再一直加點數、一直做數據，反而要思考有沒有辦法真正做到服務提供者之間的整合，對他們之間上下游照護的協調性，如果能夠做到這個，我們的</p>	

委員意見	健保署說明
<p>分級醫療才有希望，以上謝謝。</p>	
<p>吳委員榮達(議事錄第 86 頁)</p> <p>補充資料第 14 頁第 3 點說明，為了讓醫院致力於急診及重症照護，研擬減少西醫基層上轉誘因，支付點數由 200 點~250 點調降為 50 點。我比較質疑的是既然希望醫院致力於急診及重症照護，西醫基層上轉的病人不分一般疾病、急症或急重病一律調降為 50 點，這樣會不會反而將西醫基層急重症照護部分，就沒有誘因上轉給醫院治療，這是我的 1 個疑點。</p> <p>第 2 個是補充資料第 24 頁、投影片第 19 張，各層級醫院收入費用占率，看得出來影響最大的是區域醫院，從 106 年的 38.8% 到現在 111 年只占 36%，可想而知分級醫療措施實施以後衝擊最大的是屬於區域醫院，健保署可否就分級醫療措施對區域醫院的衝擊、經營困難等狀況做一個分析，或是進退場狀況的分析，這是第 2 點。</p> <p>第 3 點是補充資料第 25 頁、投影片第 21 張，提到很多未來努力的方向，包括預防保健、長照、居家照護，擴展到全人全程的照護，除了預防保健部分我有意見之外，其他部分基本上是可以接受，但具體計畫是怎麼樣，希望有機會或是哪個時間點能夠提出這些具體計畫讓健保會了解，以上謝謝。</p>	<p>一、提升基層醫療服務量能及導引醫院減少輕症服務均為分級醫療六大策略，本署於 109 年 3 月 5 日西醫基層總額研商議事會議提案將「上轉」支付點數調降為 50 點係減少西醫基層上轉誘因，若屬西醫基層急重症照護案件，可循已建立之不同層級間轉診合作機制急醫療體系垂直整合策略聯盟進行轉診。</p> <p>二、投影片第 19 頁主要係闡述地區醫院常同時肩負照護鄰近民眾之責，實質收入費用占率其實為逐年增加；本署已於此次專案報告提出分級醫療實施以來各層級醫療利用狀況趨勢分析，並定期公布最新醫療利用數據；也將持續觀察各層級醫院於分級醫療實施後承受之衝擊及經營困境，滾動式檢討。</p> <p>三、有關未來努力方向所提各項目，除精進現行各項計畫(例如家醫及居家照護計畫)外，並依循分級醫療現行政策持續推動。</p>

委員意見	健保署說明
<p>李委員永振(議事錄第 86~87 頁)</p> <p>很感謝劉淑瓊委員做這麼深入的分析，我聽到健保署報告的時候，感覺像跟 107 年當時請教的時候一樣，當時 107 年請教的時候是實施第 2 年，所以回應是剛開始實施，因為剛開始推動就不要要求太高，但是現在已經進入到第 7 年，在分級醫療投入的預算約 219 億元，如果再加上家醫計畫約 224 億元，全部投入合計 443 億元，但一直期待不到我們要的成效和成果，這樣應該要整個翻修而不是檢討。所以不曉得健保署有沒有什麼想法，當然健保署也很為難啦，這是衛福部的政策想要把它廢掉也不太可能，但是像這樣下去也不是辦法，1 個家醫計畫已經實施 20 幾年也成年了，現在這個已經第 7 年也進小學了，要等到什麼時候呢，應該要再深切地思考而不是檢討而已，我的感受是這樣，謝謝。</p>	<p>謝謝委員意見，在台灣現行就醫環境下，分級醫療之推動涉及衛生政策、對應各層級院所提供醫療服務及民眾就醫習慣改變；且疫情期間各項政策均靈活調整，推動分級醫療實有一定之困難度，非短時間內可以完全改變；本署將持續檢討家醫計畫並強化民眾對基層醫療之信心。並秉持持續推動之決心，尚祈各界支持及社會配合，俾使台灣醫療體系之效率與品質能持續提升。</p>
<p>王委員惠玄(議事錄第 87 頁)</p> <p>大家好，也謝謝健保署同仁的報告及努力，分級醫療是一個相當大的挑戰，尤其在我們國家的制度和很多分級醫療實施成功的國家而言稍有不同，但我也認同劉委員及李委員所提的檢討面及成效面，也執行一段時間，成效部分是不是可以考量有更多指標或是 tracer 的制度，病人的轉診包含上轉、下轉、回轉甚至未來的平轉，有沒有可能透過病人的追蹤，了</p>	<p>一、有關分級醫療成效提出更多指標或 tracer 制度一節，本署聽取各界意見，若能同時兼顧保險對象就醫隱私及轉診歷程/病情追蹤且具有效益性指標操作型定義，可於會上討論後議定，本署將據以辦理。</p> <p>二、有關基層開放表別各項目之醫院、西醫基層利用情形，本署已列入評核會資料中一併呈現(如</p>

委員意見	健保署說明
<p>解轉診後病人的病情，不是只有停留在診所多少天，而是了解疾病嚴重度是否降低或病情有無穩定。對部分病人而言，可能需要定期回到醫學中心就醫，病情穩定的病人可以持續在診所就醫一段時間、甚至更長，但不表示不需要回到醫學中心就醫。所以關於在診所停留時間的定義有沒有可能透過 tracer 的追蹤制度，有一個更詳盡的成果或成效的評估。</p> <p>再來是基層開放表別部分，我有機會看到一些資料，就目前開放品項越來越多的情況下，是否所有品項都有合理的使用比率。就我所知，有些項目使用的比預期多很多，有些項目也是寥寥可數，開放表別的效果如何，是不是有達到預期的效果，希望有機會也讓我們知道執行情形及檢討結果。</p>	<p>附件，第 139~140 頁)。</p>
<p>李委員永振會後書面意見(議事錄第 89 頁)</p> <p>自 106 年總額起每年都有持續編列鼓勵分級醫療的預算，過去 2~3 年因為 COVID-19 疫情，影響分級醫療政策推動而未見成效可以理解。但今年疫情已解封，民眾生活也漸回歸常軌，建議健保署檢討疫情對分級醫療的影響，並考量疫後之醫療供給及民眾需求，研訂未來推動策略及政策目標，才能真正有效推動分級醫療。否則投入預算卻不見成效，非付費者支持政策的初衷。</p>	<p>配合 COVID-19 疫情自 112 年 5 月 1 日調整為第 4 級傳染病，中央流行疫情指揮中心亦於同日一併解編，本署將持續公開相關數據並持續檢討，將有限資源做最有效利用。另本署規劃進行部分負擔調整，期導引民眾改變就醫習慣。</p>

委員意見	健保署說明
<p data-bbox="137 232 654 271">滕委員西華(議事錄第 94~96 頁)</p> <p data-bbox="178 300 810 860">謝謝，我比照後面附件一的支付標準，其實都看不太懂，所以做一些請教。第1個，就是提升腹膜透析新發個案照護費裡面的(1)、(2)、(3)，就從後面的支付標準也是一樣，開辦1年內設了有一個病人我們就給，沒有量的要求，就是說沒有你們要做幾個的量，但是按照支付標準 60 萬點可以做蠻多的個案，沒有量的要求，這是第1個。</p> <p data-bbox="178 889 810 1279">第2個，重新部分是前1年你有設沒有收案，所以前1年我們給開設了，比方說是 111 年，以今年算去年 12 月 31 日以前有設這個腹膜透析中心，但1個個案都沒有收，因為沒有收，今年收了個案，領不到 60 萬點的新設，但領到 40 萬點，也是沒有量的要求。</p> <p data-bbox="178 1308 810 2045">輔導醫院設立腹膜透析中心的獎勵費 20 萬點，也沒有說什麼樣的醫院可以輔導別人設置，你要很績優嗎？你要收腹膜透析病人，健保署覺得你做得非常好嗎？或是你要多少個案量、要多少年的經驗才能夠輔導別人，也沒有這個 criteria，可能有，但後面標準都沒有看到，如果一家醫院自己設了又去輔導別人就拿到 80 萬點，只做1個個案就可以了，或是這家醫院去年設了但沒有收案，今年重新回來就有 40 萬點，他如果也可以去輔導別人就收到 60 萬點，我的意思是可</p>	<p data-bbox="836 300 1452 1039">謝謝委員建議，本計畫目的在於提升末期腎衰竭病人腹膜透析治療之占率，爰計畫初期透過提供支付誘因讓更多院所參與，以鼓勵新設置腹膜透析中心/室，進而提升腹膜透析可近性及照護品質，而有關照護團隊獎勵費或轉診費則尊重院所分配方式；至於腹膜透析新發個案定義為首次接受腹膜透析治療之新病人，爰包含血液透析轉腹膜透析之病人；最後是品質照護費的部分，本計畫有建立相關品質的監測指標，以確保照護的服務品質。</p>

委員意見	健保署說明
<p>能不能不是這樣，我猜健保署也沒有這麼 naive，可是在標準裡面沒有看到講到這些。</p> <p>新發生個案獎勵費，我們都知道透析最大疾病病因是跟糖尿病、高血壓都有關係，那麼新個案的發現費或轉診費會發生在誰身上，可能是其他內科醫師發現，就是心血管醫師或是新陳代謝醫師，糖尿病整合照顧計畫醫師發現這個病人需要透析，refer 到透析中心，新發個案到底算誰的。</p> <p>再來就是追蹤照護費，團隊的獎勵費我更是不懂，剛剛蔡麗娟委員也有提到，其實他比較像是疾病管理師或個案管理師的概念，就是腹膜透析不管在家、在上班地方甚至出國，都有非常多的衛教跟確保自我照顧能力，全球在推廣也是因為這樣病人的生活品質會提高，但唯一的 issue 就是病人的 self-care 能力好不好，以及醫療團隊對他的支持，可是這裡又沒有量，例如我一個疾病管理師或個案管理師，我們又沒有把個案管理的概念納進來，我連愛滋病的追蹤管理都有個案量，一個個案管理師，不管 background 是護理還是其他背景，領這個錢，醫院不用告訴健保署說我這個追蹤管理師是需要追蹤多少腹膜透析個案才能領到這個錢嗎？</p> <p>如果這裡面獎勵費原本是血液透析，是 HD 轉 PD 我們有獎勵嗎？我們</p>	

委員意見	健保署說明
<p>這個案子不就是要鼓勵他做腹膜透析，這裡反而沒有本來是在血液透析個案，其實是可以轉成腹膜透析的，這才比較難吧！不是只有新個案，這部分也沒有獎勵，所以我覺得可能還要再思考一下。提升品質照護費更是沒有病人數，一個病人 5,000 點，什麼樣叫做提升品質獎勵的病人數有沒有上限。</p>	
<p>劉委員淑瓊會後書面意見(議事錄第 99~100 頁)</p> <p>一、根據林文源教授的研究：「就實務上而言，如果說過去的問題是因為 HD 較為普及，而讓可能適合 PD 的病患必須遷就 HD，那目前只將眼光放在醫療給付引誘醫生推廣的策略，則可能將不適合採用 PD 治療的病患帶入 PD。更重要的是，目前 PD 治療本身就存在一些與病患生活無法協調的問題，需要病患自行摸索適應。在目前統一、標準的 PD 規劃下，不但由病患自行摸索，並且自行承擔不必要的醫療風險與道德風險。」而病人需要的是：「如何面對能力不一的病患，提供各種支持，使其能安全且有彈性地協調 PD 操作與生活。」</p> <p>二、在疾病治療初期，護理師可能需要花費大量時間衛教與指導，新病人初期常常需要密切跟護理人</p>	<p>謝謝委員的建議，於疾病治療初期，新病人需要提供更多衛教與指導，爰本計畫針對CKD stage 5 或血液透析治療 2 年內之病人不論是否成功接受腹膜透析治療均執行末期腎病治療方式醫病共享決策，另也請院所執行腹膜透析病人居家訪視(含實地訪視或視訊訪視)，以利追蹤病人狀況。</p>

委員意見	健保署說明
<p>員聯繫，甚至夜間也可能需要值班接電話(部分腎友在晚上睡覺時間治療)，如果病人訓練不夠扎實，回到家治療又沒有充分支援，當遇到困難時，可能就會轉做血液透析了，與計畫目標背道而馳。因此，腹膜透析需要支付誘因，除誘因的衡平性需考量，且更重要的是，支付誘因能不能買到具價值的醫療服務，並反映在醫療照護與品質上，需監測與評估。</p>	

107-111年西醫基層總額強化基層照護能力及「開放表別」項目執行情形-於西醫基層及醫院之申報情形

自106年起實施

西醫年度	診療編號	中文項目名稱	支付點數	醫院部門申報件數(千件)										西醫基層申報件數(千件)									
				107	108	109	110	111	107	108	109	110	111	107	108	109	110	111					
107年	09113C	皮膚素免疫分析	240	2.7	4.6	8.5	8.1	11.0	154.1	165.2	177.8	189.8	224.8	1.8%	2.7%	4.6%	4.1%	4.7%					
	121066C	人類白血球抗原-HLA-B27	1,351	1.0	1.4	1.4	1.7	1.6	51.8	51.7	54.1	53.3	57.1	1.9%	2.6%	2.5%	3.1%	2.7%					
	121212C	甲型肝炎病毒抗體	360	7.3	10.1	14.1	22.9	27.9	56.4	69.6	91.9	101.2	112.3	11.5%	12.7%	13.3%	18.4%	19.9%					
	57017C	脈動式或耳垂式血氧飽和度	30	24.8	41.3	59.4	295.0	415.6	935.0	1,174.8	1,094.7	1,015.3	1,105.9	2.6%	3.4%	5.2%	22.5%	27.3%					
	62046C	局部皮類(1-2公分)	5,126	0.1	0.0	0.1	0.1	0.1	1.4	1.2	1.3	1.3	1.4	4.0%	3.1%	4.4%	6.6%	5.7%					
	62047C	局部皮類(2公分以上)	11,184	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	2.4	2.1	2.4	2.6	2.6	1.3%	2.5%	2.6%	3.0%	3.2%					
	09099C	心肌轉糖蛋白I	450	0.6	1.6	2.5	5.5	6.1	1,113.4	1,145.8	1,058.8	1,211.9	1,291.0	0.1%	0.1%	0.2%	0.5%	0.5%					
	12165C	A群鏈球菌抗原	200	1.0	3.2	1.7	1.4	0.5	11.7	14.4	8.1	5.4	4.2	7.7%	18.0%	17.6%	20.9%	10.6%					
	19013C	陰道式超音波	957	56.1	128.5	160.2	160.7	169.5	507.7	568.6	587.4	579.2	642.4	9.9%	18.4%	21.4%	21.7%	20.9%					
	09129C	維生素B12免疫分析	180	0.1	1.3	4.2	6.0	9.6	161.8	178.5	192.3	216.9	253.4	0.1%	0.7%	2.2%	2.7%	3.7%					
121073C	淋球菌衣原体-PCR	800	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	68.8	70.8	72.0	71.6	74.4	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%						
12202C	C型肝炎病毒核糖核酸基因檢測-即	2,450	0.0	3.4	4.2	4.0	4.9	30.8	54.8	32.2	25.2	18.0	0.0%	5.8%	11.4%	13.8%	21.3%						
108年	14074C	HIV病毒負荷量檢查	4,000	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	69.9	71.1	73.2	72.4	75.2	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%					
	18007C	杜-勒氏彩色心臟血視圖	2,000	0.8	8.7	14.8	18.4	24.3	689.3	726.2	769.3	800.8	875.8	0.1%	1.2%	1.9%	2.2%	2.7%					
	18019C	攜帶式心電圖記錄檢查	2,800	0.1	3.7	7.2	7.9	8.9	223.8	231.8	245.4	256.2	271.1	0.1%	1.6%	2.8%	3.0%	3.2%					
	20013C	頸動脈超音波檢查	800	1.1	2.9	4.6	5.3	5.8	270.6	289.0	297.2	299.8	318.0	0.4%	1.0%	1.5%	1.8%	1.8%					
	22017C	平衡檢查	450	0.5	23.0	52.7	80.3	98.7	93.2	100.6	114.6	121.5	124.6	0.5%	18.6%	31.5%	39.8%	44.2%					
	51018C	光化治療一天	855	0.0	0.2	1.3	0.6	0.0	13.0	14.2	11.9	10.3	12.5	0.0%	1.1%	9.7%	5.6%	0.0%					
	51019C	光療治療(包括太陽光、紫外線、紅外線)一天	430	14.9	33.6	36.3	33.9	36.2	510.2	558.5	541.4	471.7	563.0	2.8%	5.7%	6.3%	6.7%	6.0%					
	51033C	皮膚鏡檢查	250	0.0	1.1	1.7	1.9	2.2	5.6	7.0	8.3	9.4	12.7	0.1%	14.0%	17.0%	17.1%	14.5%					
	08036C	部份凝血酶時間/部分凝血活酶時間	180	300	0.7	3.0	3.0	3.2	1126143	1137.3	1275.9	1384.5	0.0%	0.1%	0.2%	0.2%	0.2%						
	09130C	非酶免疫分析	180	143	1.1	3.9	8.7	162533	166.0	183.1	202.4	215562	239.8	259.5	275.0	0.0%	0.7%	2.8%	4.5%				
121060C	DNA抗體	300	12	0.2	1.3	2.2	194395	212.3	225.3	251.0	412681	437.0	535.0	656.6	1.6%	2.3%	6.4%	8.3%					
121068C	甲狀腺球蛋白抗體	200	80	1.7	7.5	13.0	5	1.1	6.1	10.0	17961	15.9	13.1	13.5	0.0%	0.9%	1.0%	0.4%					
12134C	甲狀腺過氧化酶抗體	200	3061	5.0	15.3	22.8	0	0.1	0.1	0.1	10593	14.5	7.8	28.3	0.0%	24.6%	36.0%	31.6%					
12193C	B型肝炎(B型肝炎病毒)	800	0	0.1	0.1	0.1	0	4.7	4.4	13.1	47187	29.3	15.8	20.5	0.1%	14.6%	33.5%	22.3%					
14026C	肺炎鏈球菌抗原	280	26	5.0	7.9	5.9	2053	2.2	3.8	4.1	136329	122.2	106.3	109.7	1.5%	1.7%	3.4%	3.6%					
14058C	呼吸器細菌培養試驗	350	150	667	1,140	1,123	1.7	5.1	4.1	4.1	3863	4.4	3.5	2.7	22.5%	28.2%	59.5%	60.3%					
14064C	呼吸器細菌檢查	150	1123	1.7	5.1	4.1	1123	1.7	5.1	4.1	1123	1.7	5.1	4.1	22.5%	28.2%	59.5%	60.3%					
15007C	穿刺細胞檢查	667	1123	1.7	5.1	4.1	1123	1.7	5.1	4.1	1123	1.7	5.1	4.1	22.5%	28.2%	59.5%	60.3%					
18037C	胎兒、精帶、或孕酮子宮動脈杜卜勒超音波	1,140	1123	1.7	5.1	4.1	1123	1.7	5.1	4.1	1123	1.7	5.1	4.1	22.5%	28.2%	59.5%	60.3%					

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

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國112年6月5日
發文字號：衛部健字第1123360071號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：委員意見

主旨：檢送本會委員於本會第6屆112年第4次委員會議(112.5.24)
就鈞部112年5月17日預告修正「全民健康保險保險對象門診
藥品、急診應自行負擔之費用」草案內容所提意見(如附
件)，敬請卓參。

說明：依上開公告事項，對於公告內容有任何意見或修正建議者，
可於公告刊登行政院公報次日起30日內陳述意見或洽詢鈞
部，爰彙整本會委員意見送請鈞部參考。

正本：衛生福利部
副本：

本會委員就 112 年 5 月 17 日預告修正之「全民健康保險保險對象門診藥品、急診應自行負擔之費用」草案所提意見

(節錄自衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 112 年第 4 次委員會議議事錄)

陳委員石池：

有關部分負擔的事情，我覺得第 1 個有失公平原則，急診就醫每個病人都要多收費用，但是門診病人並不是每個人都會多收費用，假設沒有拿藥就不再增加收費，這是第 1 個不公平。第 2 個不公平，是急診方案在處罰重症病人，因為急診壅塞大部分發生在醫學中心，之前檢傷分類 1、2 級收 450 元比較少，3~5 級收比較多是 550 元，現在通通改成 750 元，表示處罰重症病人，可是沒有 1 個病人願意是重症 1、2 級病人，所以這是在處罰重症病人，這是第 2 個不公平。第 3 個，中低收入及身心障礙者不影響就醫權益，可是明明講急診部分負擔不調整，但是醫學中心檢傷 1、2 級增加 100 元，明明是不公平，還說不影響就醫權利。

急診壅塞大部分發生在醫學中心，之前檢傷 1、2 級收 450 元、3~5 級收 550 元是認為要抑制輕症，所以輕症加錢是合理的，可是現在通通收成一樣的費用，所以是在處罰 1、2 級的病人，這是不對的概念，可是 1、2 級反而比較嚴重，你們要了解一下，其實是怕引起爭議，為什麼會有爭議？檢傷分類是電腦判讀，除非有人為因素不然怎麼會出問題？或這個系統有問題，假如有問題就不應該推 5 級檢傷，這個地方要重新檢討，假設 5 級檢傷是對的還是要做，事實上輕症病人要多付費，重症病人要少付費，才有辦法抑制急診壅塞問題，以上報告，謝謝。

陳委員杰：謝謝，主席、各位委員大家好。針對健保署業務執行季報告的投影片第 10 張，我提出 1 個小小的建議，它裡面提到 1 點就是擴大弱勢族群就醫權益保障，特別提到中低收入戶及身心障礙者不影響就醫權益，既然不影響就醫權益，而且本身又是中低收入戶及身心障礙者，醫學中心檢傷 1、2 級增加 100 元，增加這 100 元

要做甚麼我也不清楚，既然本身是中低收入戶，而且又是身心障礙者，建議不要調漲這 100 元，因為畢竟是弱勢族群，就這點做個建議。

劉委員淑瓊會後書面意見

有關衛福部依行政程序法規定於本年 5 月 17 日預告修正「全民健康保險保險對象門診藥品、急診應自行負擔之費用」之草案，醫改會意見如下：

- 一、醫改會肯定石崇良署長與民間團體溝通。
- 二、部分負擔新制應以分級醫療、珍惜醫療資源的原政策目的來作考量。以急診為例，雖解決用檢傷分類訂定不同收費標準不合適的問題，但新制有無變相懲罰在大醫院急診的急重症病人之疑慮。
- 三、針對門診藥品部分負擔的調整，國內慢性病人數已突破千萬，而慢性病人有長期就醫的需求，應正視其年度可能累積的就醫負擔，以及是否對多重慢性病人造成潛在健康與就醫行為衝擊，建請健保署說明。

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)8590-6763
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hgching@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年6月7日
發文字號：衛部保字第1121260179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範圍草案

主旨：檢陳「113年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」1份(如附件)，報請鑒核。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第60條規定辦理。
- 二、旨揭草案係以112年度全民健康保險醫療給付費用總額扣除一般服務未導入預算為基期(淨值)，經考量投保人口結構改變、醫療服務成本及投保人口數對醫療費用之影響，以及配合113年健保總額政策目標，兼顧民眾醫療需求與醫療體系發展，與衡量民眾付費能力、我國整體醫療保健支出及健保財務收支情形所擬。爰建議113年全民健康保險醫療給付費用總額範圍約為8,581.49億元至8,780.43億元(換算總額成長率為2.621%至5%，約增加219.18億元至418.12億元)。

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

112.06.08



112CC00459

113 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)(節錄)

第三章 113 年度健保醫療給付費用總額範圍擬訂

第一節 113 年總額範圍(草案)

本部所擬之 113 年度健保醫療給付費用總額範圍，係以 112 年度健保醫療給付費用總額(淨值)為基期(約 8,362.32 億元)，總額範圍下限金額約 8,581.49 億元至上限金額約 8,780.43 億元(成長率 2.621%至 5%)。

113 年度健保醫療給付費用總額範圍擬訂公式如下：

$$\begin{aligned} &113 \text{ 年度健保醫療給付費用總額範圍} \\ &= 112 \text{ 年度健保醫療給付費用(淨值)} \\ &\quad \times (1 + 113 \text{ 年度健保醫療給付費用成長率之高(低)推估值}) \end{aligned}$$

範圍擬訂公式各項計算指標之定義及其說明如下：

一、113 年總額範圍基期(淨值)：

依據 112 年 3 月 17 日會議決議，自 112 年度總額起，本部擬訂健保總額範圍時，所採計之基期淨值，係以前 1 年度保險醫療給付費用扣除前 2 年度預算未執行/未導入等金額而得，包含一般服務之「未導入預算」(主要以新醫療科技項目為主)及計畫項目「未執行預算」、專款計畫項目「未執行預算」，以及「節流效益之回饋款」。

其中一般服務(新醫療科技)「未導入預算」及計畫項目「未執行額度」係由健保署完成該年度費用結算作業後提供。另專款部分，本部於 112 年 3 月 17 日偕同健保署、健保會研商總額各階段行政程序後，決議各項專款計畫如有未執行完

預算或與一般服務重複之費用，於總額協商階段處理。

據此，113年總額基期淨值約為8,362.32億元，係以112年度保險醫療給付費用扣除111年西醫基層總額一般服務之新醫療科技未導入預算約1.92億元而得。相關各項扣減項目規劃與執行情形如下表。

113年總額基期扣減項目說明表

基期扣減項目	說明
一般服務 未導入預算額度	依據健保署112年5月15日健保醫字第1120108713號書函，本項為扣除西醫基層總額111年全年「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」未導入預算額度(新診療項目55,590,000+新藥132,002,449)，並乘以「112年度西醫基層醫療給付費用總額一般服務成長率」(2.172%)，共 <u>191,666,957</u> 元。
一般服務 計畫項目預算 未執行額度	依據112年3月17日偕同健保署、健保會召開之三方研商會議決議，未來總額新增計畫應設立執行率之觀察期，以111年度新增計畫為例，如設立執行率未達目標之2年觀察期，則於115年總額開始扣除未執行預算額度。故113年度尚不扣減本項目，後續本部將與健保署、健保會持續研議相關處理方式。
專款項目 與一般服務 重複部分之費用	參採健保署及健保會建議，於當年度總額協商階段處理。
成效回饋款	113年度尚無相關扣減額度。

二、113年度總額範圍低推估值與下限金額：

(一) 低推估值訂為2.621%，增加約219.18億元，預估113年下限金額約為8,581.49億元。

(二) 低推估值係按「投保人口結構改變對醫療費用之影響率，A」、「醫療服務成本指數改變率，B」及「投保人口預估成長率，C」分別計算後，合併為醫療服務成本及人口因素成長率，其公式為： $(1+\text{投保人口結構改變對醫療費用之影響率}+\text{醫療服務成本指數改變率})\times(1+\text{投保人口預估成長率})-1$ 。

醫療服務成本及人口因素成長率之各因素如下表：

項 目	成長率
1. 投保人口預估成長率(註1)	-0.757%
2. 投保人口結構改變對醫療費用之影響率	1.784%
3. 醫療服務成本指數改變率	2.952%
醫療服務成本及人口因素成長率(A)	3.943%

註1：「投保人口預估成長率」係以111年對110年投保人口成長率計算（採各季投保人數之平均值）。

註3：各項因素以112年4月最新公告數值為準。

1. 投保人口結構改變對醫療費用之影響率：以110年每人醫療費用為基礎，計算111年對110年保險對象人口結構之影響（依年齡、性別分組，年齡以1歲為1組），其影響率為1.784%（表3-1），另年齡以5歲為1組之數值詳表3-2。
2. 醫療服務成本指數改變率(MCPI)：前述各項成本指數，係以105年為基期（訂為100），計算111年對110年各指數年增率，並將各總額部門之服務成本指數改變率，按其111年醫療給付費用占率值加

權計算而得。據此，113 年總額醫療服務成本指數改變率(MCPI)為 2.952%，相關指標計算細項詳表 4，113 年總額範圍公式修訂歷程與外界溝通過程詳第三章第三節至第七節。

3. 投保人口預估成長率：按最近一年可取得之實際投保人口成長率，即 111 年對 110 年投保人口成長率計算，採各季投保人數之平均值。110 年投保人口數為 23,689,235 人，111 年為 23,509,843 人，成長率為-0.757%。

(三) 依據上述指標數值，並依 112 年一般服務預算占率校正(86.205%)；考量協商當時尚無法取得該年度實際投保人口數，爰自 97 年度開始，總額基期須校正「投保人口年增率」預估與實際之差值(即 113 年度總額基期須校正 111 年投保人口成長率差值)，校正 111 年投保人口數後(-0.778%)，成長率為 2.621%。

三、113 年度總額範圍高推估值與上限金額：

(一) 高推估值訂為 5%，增加約 418.12 億元，即低推估值(2.621%)+協商因素(2.379%，約 198.94 億元)，預估總額為 8,780.43 億元。

(二) 高推估值即低推估值加上協商因素，其中協商因素係依據 113 年度總額政策目標對醫療費用之影響為主，並兼顧醫療體系之發展，與衡量民眾付費能力(含總體經濟情勢)、我國整體醫療保健支出及健保財務收支

情形等所擬，作為健保會協議訂定及分配113年度總額之空間。

(三) 113年度健保政策目標、內涵及增加金額，分述如下：

1. 整合公共衛生體系與健保資源，發展以人為本的照護模式，積極提升民眾健康【改善健康、提升效率與維持公平】，共6億元。

(1) 推動群體健康，結合公務預算與健保資源，強化慢性病預防、整合疾病管理與病人自我照護。

(2) 擴大推動住院整合照護服務，持續落實院內感染管控措施，減輕民眾住院照顧負擔。

(3) 持續辦理C型肝炎照護，發展早期介入照護模式，提升支付效率，以順利達成國家消除C肝政策綱領設定2025年消除病毒性肝炎的目標。

(4) 以資通訊科技革新醫療服務模式，持續推動雲端藥歷與健康存摺，藉由賦權(empowerment)以提升民眾健康識能(literacy)，加強民眾自我健康管理。

(5) 建立癌症早期治療照護模式，精進癌症篩檢陽性個案診療，提升癌症病人之診療與照護品質。

2. 精進醫療照護相關體系，以民眾健康為導向，提升醫療品質與服務效率，及醫療資源合理分配【改善健康、提升效率與維持公平】，共10.05億元。

(1) 賡續推動分級醫療及落實轉診制度，辦理各項轉診獎勵方案及放寬基層可執行之項目。

- (2) 持續檢討現行家庭醫師整合性方案，精進家庭責任醫師制度。
 - (3) 檢討現行急性期、急性後期與居家醫療照護服務，透過醫療及長照資源之整合，優化各項服務間之轉銜機制。
 - (4) 強化安寧緩和醫療之重要性，鼓勵呼吸器依賴患者脫離呼吸器，提高臨終照護品質。
 - (5) 強化跨院所、跨專業與公私協力之精神衛生照護服務，鼓勵醫師視病情需求施打精神科長效針劑，使病人穩定就醫、回歸社區，提升生活品質。
3. 推動健保給付支付制度改革，減少低價值服務，提升給付與支付效率【改善健康、提升效率與維持公平】，共 **21.91** 億元。
- (1) 研議導入健保給付再評估(HTR)與強化健康科技評估(HTA)制度，提升給付價值。
 - (2) 推動 DRG 支付制度，試辦以醫院為單位導入之計畫，尊重專業自主，發揮醫院管理量能，提升支付效率。
 - (3) 試辦門診包裹支付制度，強化醫療院所財務與民眾賦能，引導提升品質與療效。
 - (4) 改革藥品給付支付制度，促使醫療資源合理分配，檢討整體藥品給付結構，適當再評估及檢討已收載藥品之支付標準。

4. 增進醫療服務價值，提升服務量能，持續引進新藥物、新醫療技術及新服務模式，合理調整給付條件【改善健康、提升效率與維持公平】，共 **143.59** 億元。
- (1) 持續檢討醫療服務支付標準相對值表合理性。
 - (2) 制度化引進新藥物、新醫療技術及新服務模式。
5. 保障保險對象之醫療權益，合理反映偏遠地區及特殊族群之照護需求，均衡醫療資源之分布【維持公平、改善健康】，共 **30.32** 億元。
- (1) 鼓勵發展結合遠距醫療之照護模式，落實遠距照護、遠距醫療以及遠距會診模式，運用科技實現「醫療零偏鄉」的願景。
 - (2) 持續提升特殊族群之照護，如罕見疾病、血友病、愛滋病患者之用藥及器官移植者等醫療照護。
 - (3) 持續加強偏鄉醫療照護，提高資源分配公平性，並保障弱勢族群就醫可近性。
 - (4) 強化孕產婦及兒童醫療照護，落實幼兒初級照護、健康促進及轉介轉診服務。

另違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣減費用 **0.79** 億元、C 型肝炎治療預計人數之下降而扣減 C 肝藥費預算 **12.04** 億元，牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫退場扣減 **0.1** 億元，共減列 **12.93** 億元，故 113 年總額協商因素總金額約 **198.94** 億元。

第二節 政策目標擬訂歷程(中長期計畫)

一、政策目標擬訂原則與精神

為使健保永續經營，投資民眾健康，健保改革是持續且刻不容緩的任務。過去健保總額政策目標之擬訂，多參酌醫療服務提供者等各界，以年度為基準所提出之健保給付項目或計畫；惟政策推動應長遠規劃，以中長期政策為方向，確立目標，再發展相關計畫來相輔相成，方得提升健保資源之運用實益，爰擬逐步將政策目標作「制度化」之轉型，再由醫療服務提供者等各界、跨司署單位依政策目標提出可實踐之計畫及方案。

政策目標擬訂之精神，係架構於「維持公平」、「提升效率」、「改善健康」之三大健保核心價值，並以全民健康需求、整體健保效益為主軸，延續健保總額具發展效益之項目及計畫，並推動「全民健康保險醫療給付總額中長期政策目標及其相關計畫」(以下稱健保總額中長期計畫)。

二、健保總額中長期計畫之推動

健保總額中長期計畫之內容包含促進公共衛生、醫療服務、照護服務體系間的合作，經費來源除了健保基金外，本部之公務預算及相關基金亦一併投入，俾使資源利用最大化，並提供保險對象以人為本的照護。計畫推動說明如下：

(一) 規劃原則

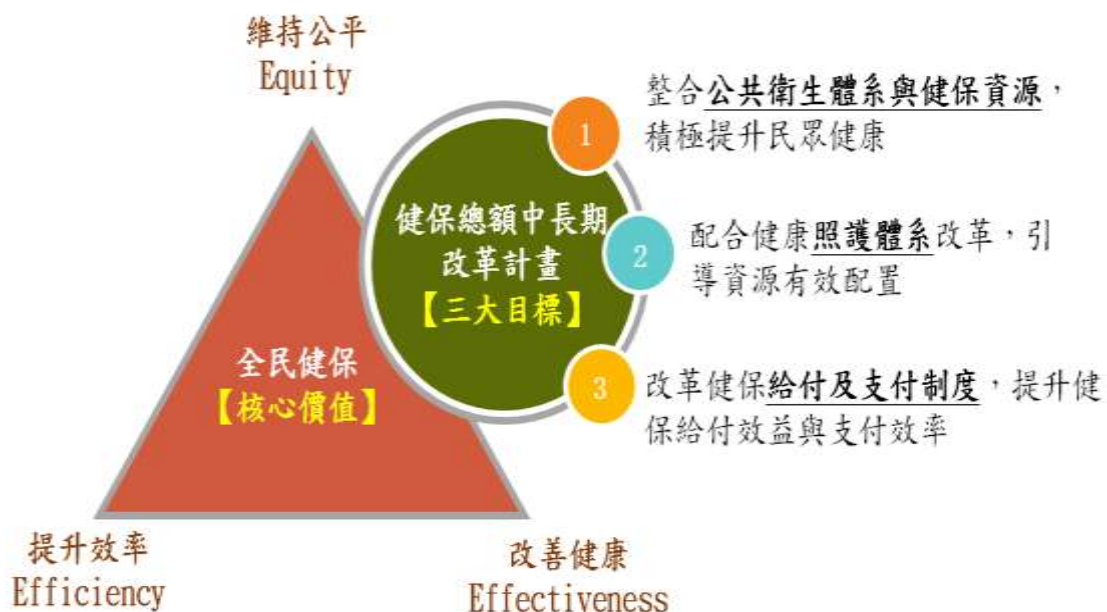
1. 配合總額制度，計畫之行政作業係以「年度」視之，但健康政策應採更長遠之規劃，以保障國民健康。

2. 政策之執行，應將健保視為促進國人健康之工具，妥適連結健保資源與制度，提高政策效益與健保價值，促進醫療品質並投資民眾健康。
3. 促進衛生政策與健保之合作，以整體政策規劃之角度，引導各項計畫水平整合、發揮專業、積極溝通。

(二) 辦理情形

本部於 109 年 9 月成立「全民健康保險醫療給付總額中長期改革計畫推動協調會報」，為落實政策目標，且考量健康政策應長遠規劃，於 111 年 11 月 5 日起更名為「全民健康保險醫療給付總額中長期政策目標及其相關計畫」，由薛部長瑞元擔任召集人，王次長必勝擔任副召集人，相關司署之首長及特聘專家學者為委員，作為健保改革溝通合作平台。除每季召開協調會報外，亦視需要召開工作小組會議。110 年辦理 4 次協調會報及 4 次工作小組會議，111 年辦理 4 次協調會報及 1 次臨時會議，112 年亦完成第 1 次協調會報。

(三) 計畫之三大目標



(四) 計畫之八大策略

- 策略一：醫療及行政資源合理分配。
- 策略二：健保資源結合公務預算。
- 策略三：發揮健保各分區行政量能。
- 策略四：改革應兼具民眾賦能，醫護當責。
- 策略五：強化醫療專業自主。
- 策略六：強化初次級照護，管控疾病源頭，落實群體健康管理。
- 策略七：提供有效醫療，減少無效醫療。
- 策略八：發展多元照護模式。

(五) 計畫之三大框架與各司署推動之方案

序號	框架	方案
1	框架I: 結合公衛與健保資源，發展照護模式，提升健保支付率	I-1 推動「國家慢性病整合防治計畫」，發展多元慢性病照護模式
2		I-2 建立住院整合照護計畫
3		I-3 結合長照資源，推動連續性照護
4		I-4 發展早期介入照護模式(C肝)
5		I-5 慢性傳染病照護品質計畫 (112年新增)
6		I-6 癌症治療品質改善計畫 (112年新增)
7	框架II: 藉由健保制度，精進醫療照護相關體系，提升服務效率	II-1 強化精神照護體系
8		II-2 重整醫療體系架構
9		II-3 精進「家庭醫師整合性照護計畫」
10	框架III: 健保給付支付制度改革，減少無效醫療，提升給付效益與支付效率	III-1 提供獎勵誘因，推動DRG雙軌制
11		III-2 推動門診包裹式支付
12		III-3 改革藥品給付支付制度
13		III-4 導入健康科技評估(再評估)制度 (A 藥品、特材，B 新診療項目)

(六) 推動方案之重點

1. I-1 推動「國家慢性病整合防治計畫」，發展多元慢性 性病照護模式

推動「代謝症候群防治計畫」，結合危險因子防治，藉由疾病管理指導及個案追蹤管理方式，增進代謝症候群患者之自我健康管理識能；透過改變生活型態、提升自我健康照護，減少患者發展為慢性病人之速度、進程與風險，減輕健保醫療負擔、提升給付效率。自 111 年 7 月 1 日啟動收案管理，至 112 年 2 月 7 日止，參與院所計 1,175 家，參與醫師計 1,870 人，收案人數約 2.2 萬人。

2. I-2 建立住院整合照護計畫

建立住院整合照護模式，讓醫院依病房特性及病患疾病嚴重程度，分級分工提供住院照顧，提升住院照護品質，逐步改變陪病文化（家屬探病不陪病），永續醫院照護人力、有效築起醫院感控機制，並減輕民眾因住院產生之照顧及經濟負擔。111 年度經本部中央健康保險署於 111 年 10 月 27 日公告核定 40 家醫院試辦計畫（醫學中心 6 家；區域醫院 16 家；地區醫院 18 家），共 38 家醫院啟動辦理，112 年試辦計畫完成醫院遴選核定前，由 111 年所核定之試辦醫院於 112 年持續辦理。

3. I-3 結合長照資源，推動連續性照護

建立失智照護網絡，提供個案服務管理、認知促進，並提供照顧者支持團體及訓練課程。由單一主責醫師提

供居家失能個案醫療照護與醫師意見書，掌握個案健康情形、控制慢性病惡化。由單一醫療機構主責醫師專責照護機構之健康管理，降低住民就醫之感染風險，維護住民健康。居家失能個案家庭醫師照護方案至 111 年 12 月計有 871 家特約醫療院所，1,341 名醫師參與，累計派案人數約 19 萬人。減少照護機構住民至醫療機構就醫方案 111 年度申請參與照護機構約 700 家、醫療機構約 303 家，受益個案數約 6 萬 1,033 人。

4. I-4 發展早期介入照護模式(C 肝)

賡續推動 C 肝防治，放寬 40-60 歲原住民及年滿 45-79 歲一般民眾的 B、C 肝篩檢、提高病毒量檢驗轉介率及 C 型肝炎全口服新藥治療率，將 C 肝全口服新藥納入健保給付、放寬給付條件並取消處方 C 肝新藥的科別限制。自 106 年給付至今已收載 8 種新藥，最近一次收載為 110 年 9 月 1 日，可治療曾接受其他 C 肝全口服新藥治療無效之 C 肝病人。至 111 年底已治療 14.7 萬人，工作重點為主動發現病人，以篩檢支持治療，並提升 C 肝治療可近性。

5. I-5 慢性傳染病照護品質計畫 (112 年新增)

經由既有之健保結核病品質支付系統，鼓勵醫療體系積極治療潛伏結核感染 (Latent Tuberculosis Infection; LTBI) 者、提升疾病管理照護品質，增進 LTBI 治療完治率，以避免進展至結核病，降低結核病對我國社會及醫療衝擊；並整合愛滋感染之疾病治療與管

理，以及病人自我照護模式，提升個案管理照護品質，以更有效持續控制感染者病情及減少後續共病或發病等健保醫療負擔。

6. I-6 癌症治療品質改善計畫（112 年新增）

針對癌症篩檢異常個案為中心之追蹤管理，進行篩檢異常個案通知、指導及轉介，及提升醫療院所診斷品質，以提升篩檢異常個案能進一步完成診斷與治療，降低罹患癌症風險，及降低晚期癌症發生，早期治療，增進治療效率。

7. II-1 強化精神照護體系

提高醫療院所對於新發病或不穩定個案之管理，穩定精神病人就醫，發展精神病之早期治療與服務模式。運用長效針劑提高病情穩定度，關懷高風險個案，逐步建構連續性照護服務，減少住院之醫療成本、強化社會安全。委託精神醫學會共同推廣及鼓勵醫療機構使用長效針劑，並建置嚴重情緒行為者精神醫療轉診及外展服務，111 年總受益病人數計 524 人，服務 12,482 人次；與 28 家精神醫療機構（含精神科診所）合作，建置轉診制度；與 38 家身心障礙福利機構及 40 家個案生活層面網絡機構合作（如特教學校、社會局等），建立外展服務模式，提供外展服務 812 場次，服務 7,588 人次。

8. II-2 重整醫療體系架構

透過緊急後送及轉診機制之強化以達區域聯防，提升偏遠及醫療資源不足地區之醫療可近性。建立急性後

期照護模式，促進病床資源運用效能。另強化周產期照護區域網絡之功能，提升高危險妊娠轉診機制（產前轉診）與新生兒外接醫療照護品質。健保署於 111 年 8 月 1 日公告修訂全民健康保險遠距醫療給付計畫，施行區域加入偏遠地區遠距醫療建置計畫；另於 111 年 7 月 6 日及 11 月 8 日召開 2 次會議，邀請相關單位及專家學者共同討論社區化急性後期照護（復健）體制相關事宜；及試辦運用資通訊科技執行器官捐贈腦死判定及家屬悲傷輔導作業，並列入委託財團法人器官捐贈移植登錄及病人自主推廣中心辦理之「112 年度『器官勸募、捐贈及移植管理作業計畫』」中試辦；及以個案管理的方式發展幼兒為中心的健康照護制度，112 年起擴大推動至全國 22 縣市。

9. II-3 精進「家庭醫師整合性照護計畫」（112 年新增）

係鼓勵同一地區 5 家以上基層診所與合作醫院共同組成「社區醫療群」，以群體力量提供服務，提供周全性、協調性且連續性的社區醫療服務。囿於預算經費有限，採逐年交付名單制度，優先將高齡、慢性病、醫療高利用等較需照護之民眾，交付予參與家醫計畫之主要照護診所提供健康管理。

10. III-1 提供獎勵誘因，推動 DRG 雙軌制

透過提供財務誘因，以醫院為單位招募有意願參與之醫院，推動住院案件逐步導入量多、有臨床路徑項目的 DRG 支付制度，評估衝擊並依參與醫院之實施經驗，

逐步修正並完善 DRG 支付制度，以達全面導入 DRG 支付制度之政策目標。健保署於 112 年持續委託台灣醫院協會辦理「112 年全民健保 Tw-DRGs 工作小組會議」，透過與該會共組 Tw-DRGs 工作小組，研商 DRG 推動與分類表修正，同步配合 ICD-10-CM/PCS 代碼轉換，規劃 DRG 支付之改革調整方向。

11. III-2 推動門診包裹式支付

鼓勵醫師及醫療機構積極治療病人，改善病人治療品質，減少不必要服務，病人及家屬往返醫院次數，降低整體社會成本，並建立成效評估機制，視推動情形擴大不同疾病別之門診包裹式支付方式，並提供實質機制及照護獎勵誘因，改善醫療照護品質。健保署 111 年委託國立臺灣大學辦理「發展門診包裹支付之實施方式及導入項目評估」研究計畫，執行期間為 111 年 8 月 27 日至 112 年 6 月 10 日，將俟研究計畫報告完成後，進行相關規劃及評估。

12. III-3 改革藥品給付支付制度

持續優化新藥納入健保給付審議機制、建立藥品支付標準調整機制、適當再評估及檢討已收載藥品之支付標準及透過總額減少藥價差機制，在健保資源有限之下，檢討整體藥品給付結構之合理性，以調配資源使全體保險對象得到更好的健康照護。健保署於 112 年 2 月 18 日邀集藥界代表討論藥價調整事宜，並於 112 年 3 月 1 日公告 110 年及 111 年度全民健康保險藥品費用分配比率

目標制（DET）藥費核付金額超出目標值之額度為 81.8 億元暨 112 年藥品支付價格調整結果，新支付價格自 112 年 4 月 1 日生效；未來 DET 方案，將與醫藥界溝通調整方式與品項選擇。

13. III-4 導入健康科技評估(再評估)制度

規劃新納入健保給付項目導入「健康科技評估」(HTA)機制、檢討現行給付之既有項目以「健康科技再評估」(HTR)，透過溝通平台建立與實務整合執行，精進流程、機制與實施模式，建立透明、系統性的實證評估與低效益退場機制，逐步優化健保給付制度。健保署已將暫時性支付方式納入新藥收載程序，截至 112 年 3 月，已有 2 項藥品經藥品共同擬訂會議通過以暫時性支付方式納入健保給付；另健保 HTA 案件收費案，刻正通盤評估研議。

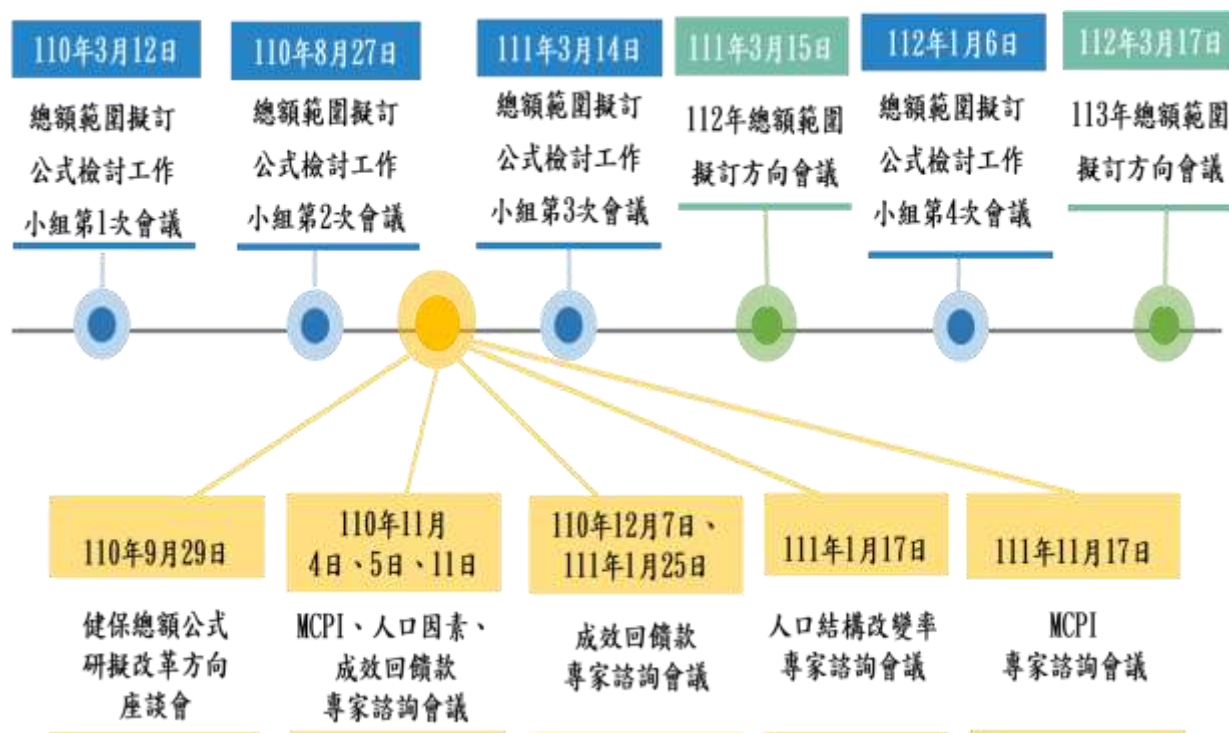
(七) 預計 113 年總額新增計畫

本部現正研擬「口腔癌復健整合照護計畫」，期望藉由建立跨專業團隊，提供口腔癌個案連續性、整合性復健照護服務，訂定個人化復健計畫，強化個案社會復歸，長遠可減少口腔癌造成之國家經濟社會成本；並可向前延伸至「癌症治療品質改善計畫」，發展自公共衛生(篩檢)、整合性治療至社區復健之連續性照護服務模式，可推廣作為其他疾病之照護模式參考。

第三節 113 年度總額範圍公式修訂歷程

一、總額範圍擬訂公式檢討作業歷程

有關全民健保年度總額範圍擬訂公式檢討作業，本部於 110 年初成立「總額範圍擬訂公式檢討工作小組」；檢討議題囊括健保會委員與各界團體所提眾多意見，考量檢討議題涉及不同專業領域，為求慎重周延，110 年至 112 年陸續召開多次專家諮詢會議，彙整專家建議並研議分析，截至 112 年 3 月共召開 4 次工作小組會議及 8 次專家諮詢會議。



二、113 年度總額範圍擬訂公式檢討歷程

為使總額公式檢討制度化並滾動式調整，本部 111 年底啟動 113 年度總額公式各界意見收集作業（111 年 10 月 17 日衛部保字第 1111260334 號函），相關意見與分析亦提案至 112 年 3 月 17 日「113 年總額範圍擬訂方向會議」向各界說明，會議提案及各界意見簡述如下：

■ 提案一：投保人口預估成長率 113 至 115 年度總額採 112 年度總額數值。

(一)提案說明：

1. 依據健保署提供 113 年度至 115 年度總額低推估趨勢，113 年度總額低推估值採用 111 年實際投保人口數(即 111 年季中投保人口數)進行計算，發現 111 年人口數下降幅度比預期高，經查可能為 108 年底 Covid-19 疫情爆發後，本國人民因出境 2 年未歸而除籍所造成，並預期於 115 年總額因疫情趨緩，本國人民歸國復籍，使 115 年總額投保人口成長率大幅上升，造成 113 年總額至 115 年總額 3 年間低推估值產生明顯波動。
2. 依據國發會 100 至 124 年出生率和死亡率趨勢推估資料，從 108 年人口達到高峰後即開始呈現負成長，假設若無發生疫情，112 年至 115 年總額之投保人口應平穩下降。
3. 爰此，本部於 112 年 3 月 17 日會議提案建議，以「若無發生疫情之 113 年至 115 年總額之投保人口成長率，應接近 112 年總額之投保人口成長率」之假設，113 年度至 115 年度總額低推估值計算時，有關投保人口預估成長率，可暫採用 112 年投保人口預估成長率（即 110 年較 109 年投保人口成長率，為-0.264%）進行計算，以減緩該 3 年人口波動之衝擊，116 年度總額再回歸原計算方式，另預估值與實際值之差異，將由人口差值逐年校正。

(二)各界意見與會議決議：部分醫療提供者表示疫情對於人口數之影響尚不明確，如更改「投保人口預估成長率」計算方式，可能影響總額基期穩定性，應讓人口變化自然反應，故不支持本項提案。本部考量本項提案未獲各界共識與支持，爰尊重會議決議，不調整投保人口預估成長率計算方式，並請健保署持續追蹤未來投保人口數變化。

■ 提案二：醫療服務成本指數改變率(MCPI)數值採多年平均方式計算。

(一)提案說明：

1. 本部於 111 年 3 月 15 日召開之「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍草案擬訂方向」會議，與會者（醫界）提出 MCPI 指標落後，與當下對於經濟之認知有所落差，建議能進一步研議並改善。
2. MCPI 各項計算因子是採主計總處提供的資料，以過去已發生的資料進行計算，反映已發生的狀況，呈現 MCPI 隨時間推移的變化，屬落後指標。從圖 3，MCPI 數據顯示高低起伏變化的時間約 3、4 年，而 MCPI 的主要問題在於資料時間落差 2 年，這樣的趨勢剛好導致如當年 MCPI 實際數值在高點，在總額公式計算結果卻在低點；反之亦然，和真實情形有落差。

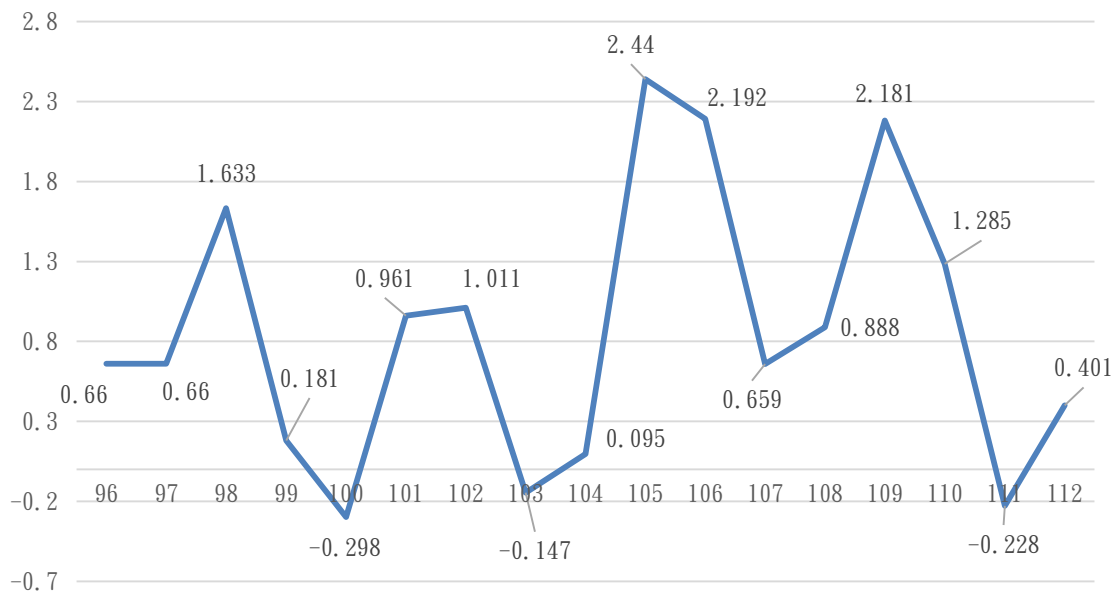


圖 3、歷年(96-112 年)MCPI 趨勢圖

3. 為解決此一問題，本部研擬 4 種 MCPI 預測模型，並提至 111 年 11 月 17 日總額公式檢討專家諮詢會議研議討論：

- (1) 使用 MCPI 之 3 年平均值
- (2) 以經濟指標採逐步迴歸模型
- (3) 醫療服務產業對經濟成長率之貢獻度
- (4) 建立時間序列 ARMA 模型

經專家檢視後，上述推估方法及預測值皆具有不確定性或無法找到解釋力足夠之模型，原因可能有下列 2 點：

- (1) 目前政府機關有做預測指標僅有 GDP 及消費者物價指數(CPI)，其他皆為實際的統計資料，是事實發生的統計。
- (2) 領先指標主要是偏向總體經濟，醫療費用類的

領先指標資訊非常少，所以尋找 MCPI 預測之合適指標非常困難。

4. 爰此，採用推估模型恐難緩解因 MCPI 係落後指標，所造成與真實情形有落差之問題，故專家建議改以建立維持長期 MCPI 平穩趨勢之方案，也就是採用歷年 MCPI 數值以多年平均(3 年、4 年)方式計算。不管 3 年平均或 4 年平均的計算方式，皆使 MCPI 趨勢平穩且較不易產生負值（如圖 4），每年變動趨勢不大，且付費者及醫界都可以自行驗算，容易理解。另總額趨勢之變動主要來自於 MCPI 之趨勢變動，使 MCPI 趨勢平穩亦代表總額趨勢趨於平穩，此改變對於未來財務平穩有幫助，且各界代表也較容易預期總額變動之情形。

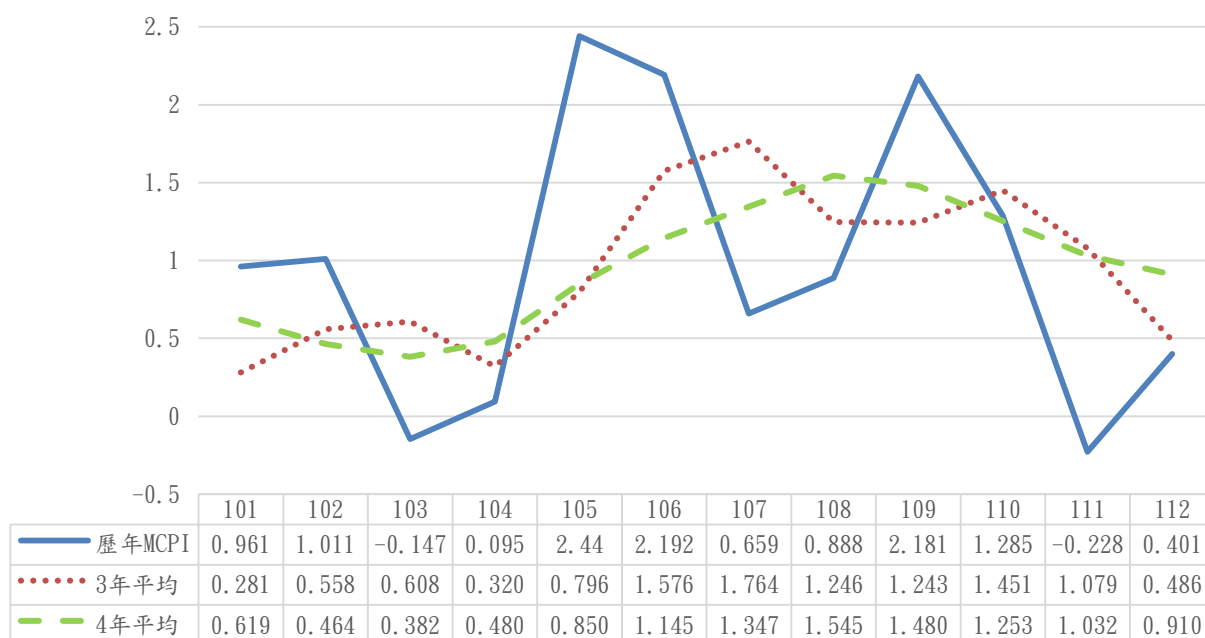


圖 4、健保總額預算之 MCPI 趨勢(101 年至 112 年)

(二) 各界意見與會議決議：本部依據上述研析結果，模擬 MCPI 數值之 3 年、4 年平均值，提案至 112 年 3 月 17 日

「113 年總額範圍擬訂方向會議」討論，會中未有強烈反對意見，針對本提案發言之與會代表多數表示採 4 年平均方式較貼近 MCPI 消長趨勢。

■ **提案三： 將民眾付費能力納入總額範圍擬訂公式。**

(一)提案說明：

1. 本部於 111 年 10 月 17 日函詢各團體有關 113 年度總額低推估公式相關意見，其中臺灣社會福利總盟、工商協進會和全國勞工聯合總工會(以下稱全勞聯)建議公式應納入「民眾付費能力」相關指標；其中全勞聯建議新年度最終核定總額之成長率應以人均 GDP 成長率設限規範。
2. 從 GDP 分配面之內涵來看，其意義為各行各業生產毛額會分配給受僱人員報酬、企業盈餘、固定資產設備及其折舊和政府的稅收等，是一種國內整體平均之指標。
3. 本部在改善健康、提升效率與維持公平之健保 3 大核心價值下，擬訂總額政策目標，以中長期計畫推動方式，來面對我國人口持續老化，醫療照護需要之增加為必然趨勢。而投資需要預算，若以單一公式決定總額上限，恐相關政策受到限制，無法彈性處理。況健保總額為健保收支連動之「支」的部分，也就是醫療照護需要面的部分，而民眾付費能力屬於「收」的部分，是收費公平正義的問題。

(二)各界意見及會議決議：付費者多數認同尚未有合適指標

可納入總額範圍擬訂公式，但支持總額範圍擬訂及協商過程中，應考量民眾負擔能力，本項提案未獲各界共識與支持，不納入總額範圍擬訂公式修訂，惟本部於第四章第二節綜整相關民眾付費能力參考指標，作為 113 年總額範圍擬訂之參考。

第四節 總額範圍諮詢健保會委員意見彙整

依據健保法第 60 條，於 112 年 4 月 26 日健保會委員會議提案諮詢(總額成長率下限 1.053%至上限 4%)，各界委員意見與本部說明摘述如下：

一、 付費者意見

- (一)本次所擬之 113 年度總額範圍草案高、低推估成長率相對於近年幾乎為最低，惟兩者差距之協商空間高達 2.947%，且依健保署財務模擬試算，以 113 年總額上限為 4%，則保險收入成長率 1.72%，保險成本成長率 4.14%，收不抵支將超支 2.42%，健保財務收支仍嚴重失衡，因此高推估成長率 4% 仍有偏高之虞，建議年度總額範圍之設定，應考量健保財務，積極改善健保財務收支結構失衡的問題。
- (二)依健保署財務模擬試算，若 113 年度總額上限 4%，則當年底保險收支累計結餘數，約當 1.01 個月保險給付支出，在法定下限邊緣，而其中已包含 113 年政府特別預算撥補健保基金 200 億元的收入，若不含此筆撥補金額，則推估安全準備可能只剩約 0.7 個月保險給付支出，低於法定應至少一個月保險給付支出之規定，未來仍有面臨調漲費率之壓力。考量目前國內社會經濟仍不景氣，不宜調漲

保費增加民眾負擔，建議積極推動開源節流措施。

- (三)113 年度總額基期，目前僅扣減一般服務未導入預算部分，至於過去配合政策推動投入許多預算之成效，如減少重複藥費部分，節流效益之回饋款尚無相關扣減額度，應合理減列總額基期，以減緩健保總額成長之壓力。
- (四)政策目標提到「結合公共衛生體系與健保資源」，公共衛生基本上是政府的重要責任，宜考量由健保負擔這些費用之合理性，避免原由公務預算支應部分過度轉由健保支付。
- (五)建議衛福部交付總額政策目標項下之新增醫療服務計畫，宜訂定相關 KPI，並需有相關規劃。

二、醫事服務提供者意見

- (一)低推估公式中部分參數，無法反映醫療院所實際成本之變動，請再審酌。目前醫療院所面臨各項成本大幅增加，如醫事人力、藥價等，若總額範圍這麼低，醫療院所恐虧本經營，建議重新評估總額範圍設定公式，以及與經濟成長率、CPI 連動性的可行性。
- (二)MCPI 改採 4 年平均值計算，惟目前物價齊漲，未來 MCPI 可能呈現成長之趨勢，在 MCPI 高成長的趨勢下，改採較低的 4 年平均值計算，較無法反映醫療院所實際成本需求，建議衛福部重新考慮 MCPI 之計算方式。
- (三)COVID-19 疫情後，社會各界肯定醫界的防疫貢獻，認為需要投資醫療，但衛福部提出 113 年度總額範圍草案高推估成長率 4%，卻是近 12 年最低的高推估值。請衛福部

考量醫療需要投資，不要僅考慮費率調整的問題，重新評估高推估之設定。

(四)基期扣減的理由宜明確，並說明是因為什麼狀況而扣減基期。

三、 專家學者及公正人士意見

(一)目前所提之五大政策目標增加之費用，已占滿協商因素空間，宜請進一步說明協商因素對應五大政策目標增加費用之考量，否則將壓縮醫界想提出之新項目及醫界與付費者之可協商空間，將增加總額協商的困難度。

(二)建議年度總額範圍，將民眾特殊醫療需求，例如針對醫療費用支出龐大或每年急遽增加等特定疾病(如癌症)所需費用，列為總額協商因素考量。

(三)衛福部為使每年 MCPI 數值趨勢較為平穩，改採 4 年平均價值計算，尚屬合宜。建議未來總額低推估公式指標，除須具備透明、可預測性外，亦須具備長時間的穩定性，以供各界檢視。另就調整後的結果，建議對單年度數值與 4 年平均數值之差值，考量是否有調整做法，低推估公式之設定，需建立正確的科學數據基礎，以確保總額推估結果的正確性。

(四)113 年度總額 MCPI 指數之計算基期，仍採主計總處 105 年工業及服務業普查調查資料，惟時隔 8 年之久，其結構與現行各總額部門成本結構不盡相同，若主計總處有更新年度的調查資料，宜採用最新資料，以契合實際成本結構。

第五節 諮詢健保會後醫界意見彙整

本部於 112 年 4 月 26 日將 113 年總額範圍草案提案至健保會委員會議諮詢後，醫療服務提供者團體(台灣私立醫療院所協會、中華民國醫師公會全國聯合會)另以拜會或發函形式表示意見，其中台灣私立醫療院所協會於 112 年 5 月 15 日拜會本部並提供意見說帖如下：

- 一、4 月 26 日健保會衛福部提出 113 年大總額規劃，其中 MCPI 成長率依照公式計算，應該為 2.952%，但是衛福部幕僚單位改採前四年平均，重新計算後成長率減為 1.103%，因此 113 年低推估成長率降為 1.053%。另外加上政策需求，高推估成長率只有 4.0%，導致高推估成長率為歷年最低（108-112 年近五年衛福部報行政院高推估成長率分別為 4.89%、5.976%、5%、4.746%、5%），就算 113 年總額成長率成長 4.0%，預估安全準備金為 1.01 個月的保險支出。
- 二、目前各界一再呼籲「醫療是投資，不是成本」來提昇國人的各項健康指標。
- 三、政府的財政收支在這幾年因醫療界協助政府守住 COVID-19 疫情，讓企業得以正常運作而有歷年最佳的盈餘表現。
- 四、111 年第四季所有病人大量回流，導致台北分局的浮動點值只有 0.78 左右。112 年第一季浮動點值可能低到 0.75。
- 五、最近各項物價上揚明顯，尤其電價調漲，醫院並沒有被排除在外，某家醫學中心集團單電價調漲就增加 3.2 億/年，單電價年增加比率為 33.3%。

中華民國醫師公會全國聯合會亦於 112 年 5 月 16 日拜會並同時將意見函送本部，意見如下：

- 一、我國近年人力、房租及物價等成本節節上升，包括基本工資連年調漲，聘用醫師、護理師、藥師等各類醫事人員薪資亦連帶增加；消費者物價指數(CPI)年增率亦連續 18 個月超過 2%通膨警戒線，依據遠見雜誌報導，今(112)年 3 月 CPI 年漲 2.35%，民生物資飆破 6%，後續物價上漲壓力仍大。而醫療服務成本指數係反映各類成本之重要數據，113 年原數值為 2.952%，若改為四年平均值(1.103%)計算，減少 1.849%，預算至少減少 150 億元，整體低推估降為 1.053%，連帶高推估(加上政策需求)成長率僅有 4%，為近十年來最低。如此透過總額制度轉嫁給醫療院所，點值持續下滑，恐無法維持基本營運及照護品質，後果難以想像，更有違 COVID 疫後，政府投資健康、照護民眾的政策方向。
- 二、近十年西醫基層總額 MCPI 介於-0.228%~2.44%，本會多次就「負成長」不符合醫療實務情形，大力疾呼檢討公式計算內涵，以求反映真實成本，惟 鈞部仍以當年之負成長數據計算成長率。現 113 年 MCPI 為 2.952%，卻為求健保費率不調升，而將改採「多年平均」，以「把高拉低」之方式處理，反而越發偏離實際需求，亦無法保障民眾基本醫療需求。
- 三、健保署預估點值下滑，112 年 1 月西醫基層各區介於 0.83~0.98 之間。再加上自 3 月 20 日起，所有 COVID 輕症居家照護(C5 案件)已回歸健保支付，總額實在難以承受。
- 四、為使健保財務穩定永續經營，若健保安全準備不足，應依法

調整保險費率，而非修改 MCPI 計算方式，變相由醫界吸收買單，罔顧所有醫療院所及醫事人員之權益。

第六節 本部對外溝通與說明歷程

為回應外界疑慮，本部先於 112 年 5 月 18 日發布相關說明與澄清之新聞稿，摘述如下：

- 一、低推估值是考量「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」、「醫療服務成本指數改變率(MCPI)」及「投保人口預估成長率」3項因素來合併計算的成長率；有關 MCPI 計算項目，過去共識係參採主計總處公告之數值，惟數值落後 2 年，無法準確反映當下社經環境的實際狀況，屬於落後指標。以近 4 年(109 年至 112 年)總額採計之 MCPI 值為例，數值分別為：2.181%、1.285%、-0.228%、0.401%，顯示每年數值起伏較大，亦會連帶影響低推估值產生明顯波動，故醫療服務提供者建議本部應研議改善。
- 二、為解決此一問題，本部自 111 年至 112 年研議各種改善策略，並試圖建立即時性之各種 MCPI 預測模型，於 111 年 11 月召開專家諮詢會議，經各領域專家學者檢視，因部分推估方法及預測值均有不確定性或無法找到解釋力足夠之模型，而採多年平均為相對合適且平穩之計算方式，其中 4 年平均較符合原 MCPI 指標波動趨勢(兩年高峰、兩年低峰之波動)。上述研析結果亦納入 112 年 3 月之「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍草案擬訂方向」會議討論，與會代表多

數發言者同意採計 4 年平均較為妥適穩定(且較貼近 MCPI 成長趨勢)，且無強烈反對意見之發言。

三、本部依健保法第 60 條規定之程序，將上述會議討論併同 113 年總額範圍草案，提至 112 年 4 月 26 日健保會諮詢。本部將針對各界關切之總額議題，賡續蒐集相關資料，綜合考量 CPI(消費者物價指數)、Cancer(癌症新藥需求)、COVID(新冠疫情)等，提出不低於 4%總額成長率的方案，積極向行政院爭取總額協商空間，並依法定程序，俟行政院核定總額範圍後，交議健保會，由付費者代表與醫療服務提供者協商。

另本部亦於 112 年 6 月 2 日邀集醫療服務提供者、付費者、專家學者及公正人士，再度召開對外說明會議，各團體發言摘述如下：

【醫療服務提供者】

■ 中華民國醫師公會全國聯合會

- 一、醫療服務成本指數改變率(MCPI)如改為 4 年平均值與原值差距太大，且 112 年 3 月 17 日會議並無討論此修訂何時實施，故重申本會強烈反對 MCPI 改為 4 年平均值。
- 二、韓國 CHE 占 GDP 約為 8%，台灣約有 6%，各項醫療保健指標逐年落後，應檢討健保是社會福利或社會保險，如要增加健康投資，政府應多挹注財源，拉高 CHE 占 GDP 比率。

■ 台灣醫學中心協會

目前物價上漲，薪資成本增加，採用 4 年平均與想像落差大。病床及診所數等醫療供給量一直增加，雖然台灣人口數逐漸減少，但醫院也要生存，總額仍要有一定成長率。

■ 中華民國區域醫院協會

近年點值太低，應該設立填補機制。另總額有攤扣機制，在無法拒絕病人的情況下，對於醫院營運有很大的傷害。

■ 台灣社區醫院協會

- 一、先前總額公式檢討會議沒有邀請醫療服務提供者參加。
- 二、總額範圍提案至健保會只是諮詢程序，健保會沒有決策權。
- 三、健保會諮詢時，有學者提出 MCPI 若採 4 年平均值，應該設立回補機制，並且要先補足過去點值未達 1 元的缺口，112 年推動本項修訂不適當。
- 四、若將 MCPI 放至協商因素討論，代表醫療服務提供者需要做很多才能拿到錢。

■ 台灣醫院協會

- 一、MCPI 應採原始計算方式。
- 二、若 MCPI 修訂具學理性，延後 2 年後再實施是可理解，較不反對。
- 三、疫情之後，醫院大量缺工，113 年總額之 MCPI 不只 2.9%，應該是高於 2 倍。
- 四、增加協商因素醫界需多做很多事情，協商雖然給 100 億元，但都要做超過 100 億元，超出成本，多做多賠；因此過去

台灣醫院協會曾於醫院總額協商時，提出接近低推估值的協商版本，這也是本會共識之一。所以只要給我們低推估值就好，但低推估值的 MCPI 要依原來的計算方式。

五、同意付費者發言，應重新整體檢討健保給付範圍。

■ 中華民國牙醫師公會全國聯合會

考量牙科材料成本大幅上漲，能理解 MCPI 數值具有落後 2 年特性，建議如要修訂應等物價平穩後再實施，目前應維持原計算方式。

■ 中華民國中醫師公會全國聯合會

疫情之下，中醫服務人次大幅上升，同時中藥材成本大幅提升，未來 MCPI 應會持續上升，建議維持原計算方式，或另尋其他時間點啟用 4 年平均值算法。

【付費者】

■ 全國勞工聯合總工會

- 一、MCPI 不修，協商因素只有 1%，這樣就不用協商了，錢就給醫界直接拿走嗎？如果本項修訂是好的計算方式，就應該要立即導入，不能因為現在 MCPI 數值高就反對。
- 二、每年總額核定成長率大多接近高推估，沒有核定過低推估。

■ 中華民國全國總工會

- 一、4 月份諮詢會議已經討論過這個公式，如果要更改應該走行政程序，要送健保會去附議。

二、多年來付費者都提出要檢討非協商因素，肯定衛福部相關檢討作業。另健保法並無規範設定非協商因素，建議可取消非協商因素，直接從基期開始協商。

三、改革一定會有陣痛期，112年是最適合修訂的時間點。

■ 中華民國全國工業總會

一、行政院111年核定112年總額範圍時，附帶決議要衛福部就財務衝擊作提早因應，所以衛福部所擬訂的113年總額範圍也是依照行政院指示規劃。

二、本會對於公式3項指標無意見。

三、檢視核定總額之成長率，歷年趨勢皆接近高推估值，應無必要爭執低推估。

■ 中華民國工商協進會

一、111年3月15日召開112年總額範圍擬訂方向會議時，醫界就表示111年總額的MCPI為負值是不公平，113年總額MCPI為正值，就不能修訂，難道要在負值時才能修訂？

二、不應僅聚焦在總額範圍高低推估成長率，而是應該看中間的協商因素絕對金額，雖然低推估成長率屬歷年較低，但範圍間的協商因素絕對金額是歷年第6名。

三、目前健保已經有財務問題，不贊同本項修訂要延後實施。

四、歷年總額的健康投資，回饋都看不到，例如癌篩計畫、家醫計畫、分級醫療等，其中家醫及分級醫療挹注近4百多億元，應該要評估如何回饋總額。

五、疫情期間就醫量約為以往的 86%，但醫療總額仍然照給，如果支付標準一直調升，點值當然會下降，應該通盤檢討支付標準。

■ 中華民國全國商業總會

一、健保總額已達 8 千多億元，財務應作全面性健檢，應重新思考健保給付範圍。

二、整體環境不好，並非只有醫療業，很多產業都缺工。

■ 台灣醫療改革基金會

有關 MCPI 修訂，請衛福部提供更多詳盡解釋。

■ 臺灣癌症基金會

MCPI 採 4 年平均或原案，希望專家學者提出較合理的數據支撐，成本的考量需實證。

【專家學者及公正人士】

■ 滕西華秘書長（臺灣社會心理復健協會）

一、MCPI 的合理性，同意李永振委員說法。

二、協商時各項支出面提案應提出相關財務規劃。

三、近幾年因政府政策目標計畫的加入，協商因素規劃被綁死，故醫界也傾向提出高於高推估成長率提案，不是好現象，政府近期撥補 2 百億元是好的方向，未來如有更多健康投資計畫，政府應同時挹注更多公務預算，支持衛福部向行政院積極爭取。

■ 陳雅萍秘書長（中華民國消費者文教基金會）

同意衛福部 113 年總額範圍規劃方向，強調歷年從來沒有核定過低推估成長率。

■ 盧瑞芬教授

- 一、有關全國總工會委員意見，113 年總額範圍及公式修訂是提報告案至健保會諮詢性質，會後將各界意見函送衛福部參考，由衛福部裁決，故無須再經由健保會附議。
- 二、補充說明，先前諮詢健保會時，林文德教授表示本次修訂方向是正確的，但要有回補機制，但回補有增有減，仍要審慎思考。醫界是想爭取安全值，或者設定執行年也是一個方案。
- 三、112 年 3 月 17 日會議確實無明顯反對意見，當次會議是討論 113 年總額，醫療服務提供者及付費者各有立場。

■ 部長總結

- 一、總額範圍擬訂有既定程序，目前是報行政院核定階段，本部綜合各項因素，將研擬高推估不低於 4%之提案報至行政院審查。
- 二、正逢近 2 年高通膨情形，但 MCPI 的計算並非採計 CPI，MCPI 為落後 2 年指標，即便可取得 MCPI 即時數值，亦無法完全反映實際感受。
- 三、建議醫界於協商階段提出成本相關提案，並向付費者充分說明原由。

第七節 113 年總額範圍公式修訂結論

本部綜整各界意見後，考量疫情後醫療體系量能、物價通膨等各項衝擊，113 年總額範圍擬訂公式，其架構及各項指標計算方式維持不變，並以低推估值 2.621%(原計算方式)至高推估 5%之總額範圍版本報行政院核定。

表 3-1、投保人口結構改變對醫療費用之影響率(每 1 歲為 1 組)

年齡 組別	110 年 每人年申報點數			110 年 保險對象人數%			111 年 保險對象人數%		
	女性	男性	小計	女性	男性	小計	女性	男性	小計
0 歲	21,446	20,129	20,764	0.30%	0.33%	0.63%	0.28%	0.30%	0.58%
1 歲	17,259	20,905	19,151	0.33%	0.36%	0.69%	0.32%	0.34%	0.66%
2 歲	13,014	15,747	14,429	0.35%	0.38%	0.73%	0.33%	0.36%	0.69%
3 歲	12,090	15,995	14,112	0.37%	0.40%	0.77%	0.35%	0.38%	0.73%
4 歲	13,387	17,381	15,454	0.40%	0.43%	0.83%	0.37%	0.40%	0.77%
5 歲	13,337	18,057	15,788	0.42%	0.45%	0.87%	0.40%	0.43%	0.83%
6 歲	12,483	16,954	14,803	0.43%	0.46%	0.89%	0.42%	0.45%	0.87%
7 歲	11,153	13,689	12,465	0.40%	0.43%	0.84%	0.43%	0.46%	0.89%
8 歲	8,655	10,201	9,456	0.43%	0.46%	0.89%	0.41%	0.43%	0.84%
9 歲	9,865	10,925	10,414	0.44%	0.47%	0.91%	0.43%	0.46%	0.89%
10 歲	9,064	11,160	10,153	0.37%	0.40%	0.76%	0.44%	0.47%	0.91%
11 歲	7,183	9,508	8,396	0.35%	0.39%	0.74%	0.37%	0.40%	0.77%
12 歲	8,314	9,022	8,683	0.39%	0.42%	0.81%	0.35%	0.39%	0.74%
13 歲	7,118	9,427	8,326	0.40%	0.44%	0.84%	0.39%	0.42%	0.81%
14 歲	7,923	9,867	8,939	0.40%	0.44%	0.84%	0.40%	0.44%	0.84%
15 歲	8,608	9,290	8,965	0.41%	0.45%	0.85%	0.40%	0.44%	0.84%
16 歲	8,346	9,151	8,766	0.42%	0.46%	0.88%	0.41%	0.45%	0.86%
17 歲	8,817	9,567	9,211	0.43%	0.48%	0.91%	0.42%	0.46%	0.88%
18 歲	9,363	10,196	9,800	0.47%	0.52%	0.99%	0.44%	0.49%	0.93%
19 歲	11,097	9,971	10,509	0.50%	0.55%	1.06%	0.48%	0.53%	1.01%
20 歲	10,318	9,019	9,641	0.58%	0.63%	1.21%	0.51%	0.56%	1.08%
21 歲	12,048	10,203	11,083	0.61%	0.67%	1.28%	0.58%	0.64%	1.23%
22 歲	12,423	10,752	11,554	0.58%	0.63%	1.22%	0.62%	0.68%	1.29%
23 歲	11,538	9,530	10,496	0.62%	0.67%	1.28%	0.58%	0.63%	1.21%
24 歲	12,702	10,359	11,486	0.68%	0.73%	1.41%	0.62%	0.67%	1.29%
25 歲	13,306	10,410	11,804	0.69%	0.74%	1.42%	0.68%	0.74%	1.42%
26 歲	13,867	11,053	12,413	0.69%	0.74%	1.43%	0.69%	0.74%	1.43%
27 歲	13,993	10,828	12,358	0.70%	0.75%	1.44%	0.69%	0.74%	1.44%
28 歲	15,425	11,319	13,310	0.71%	0.75%	1.45%	0.70%	0.75%	1.44%
29 歲	15,937	11,994	13,894	0.69%	0.74%	1.43%	0.70%	0.75%	1.45%
30 歲	16,509	11,703	14,018	0.70%	0.76%	1.46%	0.69%	0.75%	1.43%
31 歲	17,661	12,812	15,163	0.71%	0.76%	1.47%	0.70%	0.76%	1.46%
32 歲	17,416	12,599	14,948	0.71%	0.74%	1.45%	0.71%	0.76%	1.47%
33 歲	19,450	14,490	16,926	0.71%	0.74%	1.45%	0.70%	0.75%	1.45%
34 歲	19,003	14,278	16,633	0.69%	0.69%	1.38%	0.71%	0.74%	1.44%
35 歲	18,082	14,389	16,251	0.72%	0.71%	1.43%	0.69%	0.69%	1.38%
36 歲	18,212	15,312	16,787	0.80%	0.78%	1.58%	0.72%	0.71%	1.43%
37 歲	18,766	16,809	17,806	0.83%	0.80%	1.64%	0.80%	0.78%	1.57%
38 歲	18,543	16,627	17,611	0.88%	0.84%	1.72%	0.83%	0.80%	1.63%
39 歲	18,917	18,118	18,529	0.91%	0.86%	1.78%	0.88%	0.84%	1.72%
40 歲	19,878	19,594	19,740	0.92%	0.86%	1.78%	0.91%	0.86%	1.77%
41 歲	19,818	20,526	20,161	0.92%	0.86%	1.78%	0.91%	0.86%	1.78%
42 歲	21,048	21,981	21,501	0.91%	0.86%	1.76%	0.91%	0.86%	1.77%
43 歲	21,907	23,700	22,777	0.87%	0.82%	1.68%	0.91%	0.86%	1.76%
44 歲	21,453	23,708	22,546	0.88%	0.83%	1.72%	0.86%	0.82%	1.68%
45 歲	25,247	27,867	26,518	0.85%	0.80%	1.65%	0.88%	0.83%	1.71%
46 歲	24,505	27,281	25,842	0.78%	0.73%	1.51%	0.85%	0.80%	1.65%
47 歲	25,346	29,562	27,388	0.76%	0.72%	1.48%	0.78%	0.73%	1.51%
48 歲	25,975	30,485	28,161	0.76%	0.71%	1.47%	0.76%	0.72%	1.48%
49 歲	27,232	31,593	29,350	0.76%	0.72%	1.48%	0.76%	0.71%	1.47%
50 歲	28,454	32,976	30,663	0.77%	0.74%	1.51%	0.76%	0.72%	1.47%
51 歲	29,932	34,777	32,303	0.78%	0.75%	1.53%	0.77%	0.74%	1.51%
52 歲	30,732	36,636	33,628	0.77%	0.74%	1.51%	0.78%	0.74%	1.52%
53 歲	32,750	37,902	35,283	0.76%	0.73%	1.49%	0.77%	0.74%	1.51%
54 歲	31,967	38,818	35,340	0.74%	0.72%	1.46%	0.76%	0.73%	1.49%
55 歲	34,861	42,839	38,773	0.76%	0.74%	1.50%	0.74%	0.72%	1.46%
56 歲	35,402	42,568	38,915	0.77%	0.74%	1.51%	0.77%	0.73%	1.50%
57 歲	37,444	46,068	41,664	0.78%	0.74%	1.52%	0.77%	0.74%	1.51%
58 歲	38,445	48,166	43,184	0.78%	0.74%	1.52%	0.78%	0.74%	1.51%
59 歲	40,072	49,273	44,563	0.77%	0.73%	1.50%	0.78%	0.74%	1.52%
60 歲	42,227	53,113	47,539	0.74%	0.71%	1.45%	0.76%	0.72%	1.48%

表 3-1、投保人口結構改變對醫療費用之影響率(每 1 歲為 1 組) (續完)

年齡 組別	110 年			110 年			111 年		
	每人年申報點數			保險對象人數%			保險對象人數%		
	女性	男性	小計	女性	男性	小計	女性	男性	小計
61 歲	43,606	54,953	49,108	0.74%	0.69%	1.43%	0.74%	0.70%	1.45%
62 歲	45,901	57,206	51,370	0.73%	0.69%	1.42%	0.74%	0.69%	1.43%
63 歲	48,398	60,239	54,106	0.69%	0.64%	1.33%	0.73%	0.68%	1.42%
64 歲	49,921	61,934	55,692	0.67%	0.62%	1.30%	0.69%	0.63%	1.32%
65 歲	52,923	64,862	58,645	0.68%	0.63%	1.31%	0.67%	0.61%	1.28%
66 歲	55,310	68,298	61,521	0.66%	0.61%	1.27%	0.68%	0.62%	1.31%
67 歲	58,773	72,730	65,412	0.62%	0.56%	1.19%	0.66%	0.60%	1.26%
68 歲	60,712	74,125	67,073	0.60%	0.54%	1.14%	0.62%	0.55%	1.17%
69 歲	63,736	76,226	69,627	0.59%	0.53%	1.12%	0.59%	0.53%	1.12%
70 歲	70,090	85,990	77,580	0.56%	0.49%	1.05%	0.59%	0.52%	1.10%
71 歲	72,996	87,402	79,752	0.47%	0.42%	0.89%	0.55%	0.48%	1.03%
72 歲	74,710	90,185	81,901	0.44%	0.38%	0.82%	0.47%	0.41%	0.87%
73 歲	79,034	94,988	86,453	0.38%	0.33%	0.70%	0.43%	0.37%	0.80%
74 歲	85,362	101,515	92,811	0.32%	0.27%	0.59%	0.37%	0.32%	0.69%
75 歲	90,438	110,785	99,693	0.25%	0.21%	0.45%	0.31%	0.26%	0.58%
76 歲	80,922	94,659	87,093	0.26%	0.21%	0.47%	0.24%	0.20%	0.44%
77 歲	86,036	103,360	93,779	0.28%	0.23%	0.51%	0.25%	0.20%	0.46%
78 歲	91,953	109,060	99,515	0.27%	0.21%	0.49%	0.27%	0.22%	0.49%
79 歲	91,149	113,227	100,764	0.26%	0.20%	0.47%	0.26%	0.20%	0.47%
80 歲	93,369	113,178	101,950	0.25%	0.19%	0.45%	0.25%	0.19%	0.45%
81 歲	97,570	118,835	106,526	0.24%	0.18%	0.42%	0.25%	0.18%	0.43%
82 歲	99,691	120,485	108,298	0.22%	0.16%	0.38%	0.23%	0.17%	0.40%
83 歲	100,786	123,420	110,006	0.20%	0.14%	0.33%	0.21%	0.14%	0.35%
84 歲	104,766	125,561	113,158	0.18%	0.12%	0.30%	0.19%	0.12%	0.31%
85 歲	105,861	130,314	115,557	0.16%	0.11%	0.27%	0.17%	0.11%	0.28%
86 歲	106,972	131,224	116,524	0.15%	0.10%	0.24%	0.15%	0.09%	0.24%
87 歲	108,129	136,584	119,345	0.13%	0.08%	0.21%	0.13%	0.08%	0.22%
88 歲	109,750	132,203	118,882	0.11%	0.07%	0.18%	0.11%	0.07%	0.19%
89 歲	107,673	134,497	118,883	0.10%	0.07%	0.16%	0.10%	0.06%	0.16%
90 歲	112,036	140,870	124,406	0.08%	0.06%	0.14%	0.08%	0.06%	0.14%
91 歲	108,650	145,942	124,954	0.07%	0.05%	0.12%	0.07%	0.05%	0.12%
92 歲	109,627	146,453	125,705	0.05%	0.04%	0.10%	0.06%	0.04%	0.10%
93 歲	109,692	149,213	127,135	0.04%	0.03%	0.08%	0.04%	0.03%	0.08%
94 歲	111,002	153,909	129,613	0.03%	0.03%	0.06%	0.03%	0.03%	0.06%
95 歲	116,985	154,881	133,422	0.02%	0.02%	0.04%	0.03%	0.02%	0.05%
96 歲	116,974	167,927	139,062	0.02%	0.01%	0.03%	0.02%	0.01%	0.03%
97 歲	111,085	158,655	130,287	0.01%	0.01%	0.02%	0.01%	0.01%	0.02%
98 歲	114,636	150,736	129,398	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.02%
99 歲	127,833	177,479	148,824	0.01%	0.00%	0.01%	0.01%	0.00%	0.01%
100 歲	120,421	192,567	149,949	0.00%	0.00%	0.01%	0.00%	0.00%	0.01%
101 歲	110,776	168,504	133,329	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
102 歲	114,964	165,761	136,357	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
103 歲	114,362	203,706	152,836	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
104 歲	125,877	210,030	160,152	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
105 歲	102,813	171,109	128,498	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
106 歲	120,088	136,487	125,623	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
107 歲	69,422	214,793	133,243	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
108 歲	78,561	127,468	101,792	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
109 歲	104,282	172,209	129,669	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
110 歲 以上	273,342	101,092	187,217	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
小計	31,840	33,878	32,846	50.64%	49.36%	100.00%	50.63%	49.37%	100.00%
111 年校正後每人年費用			33,432						
成長率			1.784%						

註：1.投保人口結構改變對醫療費用之影響率係指110年納保人口年齡性別結構相對於109年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用點數之影響(以109年費用點數為基礎；年齡則以1歲一組做調整)。

2.投保人口結構改變對醫療費用之影響率 = $(\sum HE_{109ij} \times \% POP_{110ij}) / (\sum HE_{109ij} \times \% POP_{109ij}) - 1$

(1)HE_{109ij}：109 年各年齡性別組別之每人年醫療給付費用

(2)%POP_{110ij}：110 年保險對象各年齡性別組別占總人口百分比

(3)%POP_{109ij}：109 年保險對象各年齡性別組別占總人口百分比

3.醫療費用點數為申請點數+部分負擔，不含代辦費用，且為核減前點數。

4.人口數為 3 月、6 月、9 月、12 月底計費人口數平均。

表 3-2、人口結構改變對醫療費用點數之影響率(每 5 歲為 1 組)

年齡 組別	110 年			111 年			111 年		
	每人年申報點數			保險對象人數占率			保險對象人數占率		
	女性	男性	小計	女性	男性	小計	女性	男性	小計
0-4 歲	15,165	17,904	16,583	1.76%	1.89%	3.65%	1.66%	1.78%	3.44%
5-9 歲	11,080	13,938	12,561	2.12%	2.28%	4.40%	2.08%	2.24%	4.32%
10-14 歲	7,916	9,784	8,891	1.91%	2.08%	3.99%	1.95%	2.11%	4.06%
15-19 歲	9,320	9,663	9,499	2.23%	2.45%	4.69%	2.16%	2.37%	4.53%
20-24 歲	11,835	9,983	10,872	3.07%	3.33%	6.40%	2.91%	3.18%	6.09%
25-29 歲	14,510	11,122	12,758	3.47%	3.72%	7.19%	3.45%	3.72%	7.17%
30-34 歲	18,006	13,153	15,524	3.52%	3.69%	7.21%	3.51%	3.74%	7.25%
35-39 歲	18,526	16,331	17,451	4.16%	3.99%	8.15%	3.91%	3.82%	7.73%
40-44 歲	20,804	21,869	21,321	4.49%	4.23%	8.72%	4.51%	4.26%	8.77%
45-49 歲	25,644	29,316	27,422	3.91%	3.68%	7.59%	4.03%	3.78%	7.82%
50-54 歲	30,749	36,205	33,425	3.82%	3.68%	7.50%	3.84%	3.66%	7.50%
55-59 歲	37,249	45,778	41,420	3.86%	3.69%	7.55%	3.84%	3.66%	7.50%
60-64 歲	45,902	57,332	51,433	3.58%	3.36%	6.94%	3.66%	3.43%	7.09%
65-69 歲	58,080	70,975	64,218	3.15%	2.87%	6.02%	3.22%	2.92%	6.13%
70-74 歲	75,470	90,935	82,689	2.16%	1.89%	4.06%	2.40%	2.10%	4.50%
75-79 歲	88,084	106,101	96,114	1.32%	1.06%	2.38%	1.35%	1.08%	2.43%
80 歲以上	103,629	128,851	114,093	2.09%	1.48%	3.58%	2.17%	1.50%	3.67%
小計	31,840	33,878	32,846	50.64%	49.36%	100.00%	50.63%	49.37%	100.00%
110 年校正後每人年費用			33,405						
成長率			1.703%						

註：1.投保人口結構改變對醫療費用之影響率係指111年納保人口年齡性別結構相對於110年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用點數之影響(以110年費用點數為基礎；年齡則以5歲一組做調整)。

2. 人口結構改變率 = $(\sum HE_{110ij} \times \%POP_{111ij}) / (\sum HE_{110ij} \times \%POP_{110ij}) - 1$

(1)HE_{110ij}：110年1~12月各年齡性別組別之每人年醫療給付費用

(2)%POP_{111ij}：111年保險對象各年齡性別組別占總人口百分比

(3)%POP_{110ij}：110年保險對象各年齡性別組別占總人口百分比

3. 醫療費用點數為申請點數+部分負擔，不含代辦費用，且為核減前點數。

4. 人口數為3月、6月、9月、12月底計費人口數平均。

醫療服務成本指數改變率

■ 指標計算說明：

1. 醫療服務成本係依各總額部門，分有「人事費用」、「藥品費用」、「醫療材料費用」、「基本營業費用」以及「其他營業費用」五項成本類別，就各項之權重及指數，計算其變動率。
2. 各總額部門各項成本之權重，自 109 年總額起，係採行政院主計總處 105 年工業及服務業普查調查之「醫事機構專案調查」之調查結果，取去除「最高及最低 5%極端值」後之平均數。
3. 依據 106 年底暨 109 年底總額公式檢討結果，計算各項醫療服務成本指數之採計，除「藥品費用」與「醫療材料費用」2 項目由行政院主計總處另行計算外，其餘採用行政院主計總處例行公告之指標項目及數值。

表 4、醫療服務成本指數改變率

總額部門	費用百分比	醫療服務成本 指數改變率(MCPI)
醫 院	70.510%	2.940%
西醫基層	19.502%	2.837%
牙 醫	6.245%	3.427%
中 醫	3.744%	2.989%
總 計	100%	2.952%

註：

1. 費用百分比資料為 112 年醫療給付費用各類服務部門占率值。各醫療服務部門之服務成本指數改變率以 105 年為基期計算而得，並按其 112 年醫療給付費用占率值加權計算而得總醫療服務成本指數改變率。

表4-1、醫院醫療服務成本指數改變率

指標類別及權數項目	權數 (%)	110年指數	111年指數	110-111年年增率(%)
	100.0	104.75	107.83	2.940
人事費用				
1/2「醫療保健服務業」薪資及1/2「工業及服務業」薪資	50.39	108.63	112.94	3.968
藥品費用				
躉售物價指數—西醫藥品類	18.03	103.07	103.20	0.126
醫療材料費用				
躉售物價指數—醫療儀器及用品類	10.15	94.08	96.97	3.072
基本營業費用				
躉售物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	9.46	99.29	101.61	2.337
其他營業費用				
消費者物價指數—總指數	11.97	104.32	107.40	2.952

表4-2、西醫基層醫療服務成本指數改變率

指標類別及權數項目	權數 (%)	110年指數	111年指數	110-111年年增率(%)
	100.0	105.40	108.39	2.837
人事費用				
1/2「醫療保健服務業」薪資及1/2「工業及服務業」薪資	54.58	108.63	112.94	3.968
藥品、藥材及耗材成本				
躉售物價指數—西醫藥品類	23.94	103.07	103.20	0.126
躉售物價指數—醫療儀器及用品類	6.37	94.08	96.97	3.072
基本營業費用				
躉售物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	6.28	99.29	101.61	2.337
其他營業費用				
消費者物價指數—總指數	8.83	104.32	107.40	2.952

表4-3、牙醫診所醫療服務成本指數改變率

指標類別及權數項目	權數 (%)	110年指數	111年指數	110-111年年增率(%)
	100.0	103.30	106.84	3.427
人事費用				
1/2「醫療保健服務業」薪資；1/2「工業及服務業」薪資	54.23	108.63	112.94	3.968
藥品、藥材及耗材成本				
健保牙醫門診藥費權重及躉售物價指數—西醫藥品類	4.87	94.48	95.57	1.154
躉售物價指數—醫療儀器及用品類	23.78	94.08	96.97	3.072
基本營業費用				
躉售物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	8.73	99.29	101.61	2.337
其他營業費用				
消費者物價指數—總指數	8.39	104.32	107.40	2.952

表4-4、中醫診所醫療服務成本指數改變率

指標類別及權數項目	權數 (%)	110年指數	111年指數	110-111年年增率(%)
	100.0	105.40	108.55	2.989
人事費用				
1/2「醫療保健服務業」薪資及1/2「工業及服務業」薪資	52.94	108.63	112.94	3.968
藥品、藥材及耗材成本				
躉售物價指數—藥品類之中藥濃縮製劑	18.16	106.52	106.78	0.244
躉售物價指數—醫療儀器及用品類	12.62	94.08	96.97	3.072
基本營業費用				
躉售物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	6.14	99.29	101.61	2.337
其他營業費用				
消費者物價指數—總指數	10.14	104.32	107.40	2.952

註：

- 1.「權數」：採行政院主計總處 105 年「工業及服務業普查」所作之「醫療機構專案調查實施計畫」調查結果，採第 5~95 百分位值之平均數為權重。
- 2.「指數」：以行政院主計總處 112 年 4 月發布之「物價統計月報」與「薪資與生產力統計」，採 111 年 1 月至 12 月相對於 110 年 1 月至 12 月資料。本表以 105 年指數訂為 100。
- 3.醫療材料費用選擇與醫療儀器及材料相關之項目，故採用「理化分析用儀器及器具」；「電子醫療用儀器及設備」；「放射照相或放射治療器具」；「整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品」「注射筒、聽診器及導管等醫療器材」及「其他醫療器材」。
- 4.「躉售物價指數—西醫藥品類」指數，其內涵排除「動物用藥」、「中藥製劑」、「中藥材」項目，不納入計算，由行政院主計總處另行提供。

第四章 整體健保財務評估與相關措施

第一節 健保財務影響評估

有關113年總額範圍草案之財務影響評估(詳表5)，依113年度健保總額成長率範圍(2.621%至5%)，推算應付保險支出約為8,581億元至8,780億元，安全準備餘額折合保險給付支出月數約為1.29個月(低推估)至0.97個月(高推估)。健保財務長期趨勢推估詳表6、7-1、7-2、8-1、8-2。

第二節 民眾付費能力參考指標

有關民眾付費能力參考指標詳表9至11、圖5至7，簡要說明如下：

一、經濟成長率

依據行政院主計總處112年公告資料，我國實質國內生產毛額成長率(GDP)之趨勢，100年至112年成長率數值範圍介於1.47%至6.53%。

二、健保平均投保金額成長率

基本工資自112年1月1日起調升，月薪由2萬5,250元調整至2萬6,400元，調升1,150元，調幅約為4.55%；時薪則比照月薪調幅，由168元調整至176元。因應基本工資調漲，健保投保金額分級表亦隨之微調，預估112年之平均投保金額成長率為2.34%。

三、健保保險費成長率

自110年1月1日起，健保一般保險費費率為5.17%，補充

保費費率 2.11%，112 年健保應收保險費成長率為-1.73%。

四、國民醫療保健支出(NHE)占 GDP 比率

依據本部「110 年國民醫療保健支出統計分析」，110 年 NHE 占 GDP 比率為 6.56%，其中健保支出占 GDP 比率為 3.60%。

五、國際比較

比較 109 年經濟合作暨發展組織(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD)會員國與我國平均每人經常性醫療保健支出(CHE)與平均每人 GDP (以購買力平價(PPP)為基準)，我國平均每人 CHE 占平均每人 GDP 之比率低於其他國家。

第三節 相關財務措施

健保自 91 年 7 月起全面實施總額支付制度，至今已近 20 年，在總體醫療費用控制上已達一定之效果，然目前醫療費用成長集中於重大傷病及弱勢族群，且老年人口比率日益增加，在既有醫療模式將逐漸難以承擔前開所致之沈重負擔。因此，健保仍須持續進行各項給付與支付制度之改革。近年國人對健保財務之制度精進與改革期待更加殷切。本部除致力解決財務問題外，對於各界關心認為會影響財務收入面之議題，也正秉持負擔公平原則，積極研議相關改革措施，辦理情形如下：

一、提高投保金額上限

查 111 年 7 月 1 日修正前之「全民健康保險投保金額分級表」(以下稱分級表)最高一級 182,000 元與最低一級

25,250 元相距 7.2 倍；依 110 年 12 月承保資料顯示，以最高一級投保之被保險人於全部被保險人之占率為 0.62%；雖皆未達健保法第 19 條第 3 項規定應調高之標準，惟考量分級表最高一級已 12 年未調整，同一期間，最低一級已配合基本工資調升 11 次(調整幅度 46%)。為強化社會保險量能負擔精神，高所得者負擔較多保險費責任，縮小貧富差距衍生之健康不平等，亦達成為健保財務開源之目的，所研擬投保金額上限調整案，將最高一級投保金額由 182,000 元適度調升為 219,500 元(增列 47-51 級，共 5 級，調整幅度 20.6%)，經行政院 111 年 5 月 5 日以院臺衛字第 1110012919 號函核定，本部已於同年 5 月 13 日發布自 111 年 7 月 1 日施行並函請健保署轉知相關單位及加強對外說明。分級表調整後，每年約可增加保險收入 17.2 億元。原本以最高一級加保之被保險人及其眷屬 13 萬餘人，調整後每人月增加保險費 116~1,939 元。

二、強化政府財務責任

二代健保新增政府最低財務責任，依健保法第 3 條規定，政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之 36%。過去(102~105 年)因本部與主計總處對法規見解差異，致相關預算編列受到影響；案經行政院協調及立法院審查，105 年修正健保法施行細則後，將中央政府依其他法律規定之補助納入計算，並以行政院函釋計算，爭議已獲解決。惟健保會部分委員針對政府應負擔數仍提出不同計算方式或認為政府依其他法律對

特定對象補助之健保費，係屬社會福利範疇，不應納入政府負擔數計算等。考量政府歷年負擔之保險經費，雖符合當前法定下限 36%之規範，且由審計部完成審定，惟為進一步強化政府責任，並杜絕外界對政府將福利補助列為負擔係規避責任之質疑，亦避免各部會所提之健保費補助法案美意，卻影響健保財務之扞格窘況，擬修正健保相關法規，明定依健保法規定之政府負擔才納入計算；又為解決外界質疑政府透過法規解釋逃避責任之爭議，提升法規解釋層次，以明確條文規範政府責任以勞資政三方總保險費為計算 36%之基礎因應質疑。修正後本案全數由政府負擔，不涉個別民眾保險費增減。前述相關規劃，目前已列入本部全民健康保險法修法核心工作小組研商議題。

三、補充保險費制度改革

本部 99 年原規劃之二代健保計費方案，是以家戶總所得為計費基礎，但因國人無所得資料者比率極高，致基本保費訂定之方式爭議極大，且架構於綜合所得稅制下，可能發生所得確認時點延後、少眷口家戶負擔暴增、家戶組成變動頻繁且健保收入易受景氣影響等難以克服，最終因變動幅度太大，未能修法通過，改以推動補充保險費制度取代。考量當前財稅體制未有明顯改變，短期內再推動家戶總所得制，恐面臨相同困難，擬以強化量能負擔、提升負擔公平為訴求，朝總所得精神改革補充保險費收繳制度，擴大費基至所得稅法十類總所得及財政部可掌握之海外所得，以增加財源，並適度回應外界對改革期待。亦將導入

結算機制，解決拆單、避費之問題。也由於一般與補充保險費之整合，較低所得者之負擔也可望減輕，本案約影響 600 萬餘人，其中 8 成增加，2 成減少。本案事涉健保法之修正，目前各界見解仍有歧異，為求審慎，將列為持續檢討之中長期改革推動政策，持續進行溝通，尋求社會共識。本項議題，已配合其他財務檢討事項，由本部全民健康保險法修法核心工作小組積極研議中。

四、其他收入面財源挹注

本部依勞動部公告 112 年基本工資將由 25,250 元調整為 26,400 元，於 111 年 11 月 17 日發布修正「全民健康保險投保金額分級表」最低一級投保金額，並自 112 年 1 月 1 日起實施，每年約可增收 56 億元；以及政府除法定負擔外，行政院於 112 年另行增核 240 億元撥補健保基金，協助改善健保財務；並因 111 年補充保險費實收金額較預期明顯增加，均使得 112 年底預估安全準備可以維持 1 個月保險給付支出之法定標準，健保費率得以尊重健保會審議結果，維持 5.17% 不調整。截至 112 年 4 月底止，健保財務收支累計結餘約 1,180.94 億元，約當保險給付支出 1.87 個月，尚符合健保法第 78 條保險安全準備總額以 1 至 3 個月保險給付支出之原則性規定。此外，本部依據疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別條例第 3 條第 1 款規定，113 年度已編列特別預算 200 億元挹注全民健康保險基金，有助紓緩該年度收支短絀之壓力，依目前估計，於 113 年度醫療給付費用總額成長率上限範圍內，當年底之安全準備勉可維

持 1 個月保險給付支出之法定最低標準。

五、健保署醫療費用管理措施

(一)近年健保署為提升民眾就醫品質與安全，運用雲端科技，整合病人跨院所之健保醫療費用申報資料建置「健保醫療資訊雲端查詢系統」，讓醫師於臨床處置、開立處方及藥事人員調劑時，可查詢病人中西醫用藥等紀錄、檢查檢驗結果(含電腦斷層、核磁共振等醫療影像)等 12 項主題式資訊，並透過持續宣導 111 年共有 28,925 家院所、80,969 位醫事人員查詢使用健保醫療資訊雲端查詢系統(使用率：醫院 100%、西醫基層診所 100%、中醫診所 99%、牙醫診所 99%、藥局 98%)，醫療院所整體使用率達 99%，總查詢次數約 10.9 億人次，經歸戶後，有 87.7% 的病人在就醫或領藥時，醫事人員會先查詢本系統。透過歷年來推廣醫療院所運用雲端系統及實施各項藥品管理方案等政策，估算 103 年至 110 年減少重複藥費約 109.7 億元，其中 110 年減少重複藥費約 16.2 億元支出。

(二)107 年起健保署提供醫療影像跨院調閱分享機制，經統計有調閱影像案件中，醫療院所跨院調閱占率達 76%，其中基層診所跨院調閱占率達 98%，除可避免檢查重複，及病人到醫院複製影像之交通與時間成本，亦可強化基層診所照護能力，提供精準醫療，並估計因此分享電腦斷層(CT)、磁共振造影(MRI)醫療影像，以 107 年第 2 季累計至 111 年第 4 季，平均每月民眾節省約 701.7 萬元；估算 107 年至 110 年減少重複檢查檢驗費用約 16.4 億點，其中 110 年減少重

複檢查檢驗約 6.3 億點支出。

(三)為提升醫療服務效率，減少不必要醫療行為及重複檢驗檢查等醫療浪費，健保署分別從「及時」、「效率」、「效果」、「安全」、「公平」及「以病人為中心」等六大醫療品質構面，推動多項重要措施。包括導入新醫療科技、推動疾病管理方案、假日開診等提升就醫之及時性，並透過分級醫療雙向轉診、支付制度改革等提升服務之效率，且公開品質指標、定期監測民眾滿意度等方式監測服務之效果；再者，執行以病人為中心之各項整合方案，並在公平性前提下保障弱勢族群醫療權益及強化偏遠地區醫療，以及推動院所即時上傳、健保醫療雲端查詢系統及健康存摺，加強院所感染控管及護理人力之改善，提供更安全的就醫環境。

六、為強化負擔公平性，提升民眾就醫成本意識，促進醫病共同決策，以優化民眾就醫行為及醫療照護品質，本部原公告自 111 年 5 月 15 日起，調整實施「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(即通稱之部分負擔)」，惟因 COVID-19 疫情影響而暫緩，以避免加重醫病雙方之負擔。於暫緩期間，健保署仍持續對外溝通，並參酌各方意見調整門診藥品、急診部分負擔調整方案內容及相關配套，以協助落實分級醫療，並減少對弱勢群體之衝擊，又考量門診檢驗檢查部分負擔尚有收取流程問題須解決，故規劃該項暫不調整，屆時若重行調整之方案完成踐行預告程序並順利公告上路，推估影響金額約為新臺幣 32.7 億元。

表5、113年度總額範圍(草案)費用推估及健保財務之影響評估

項目	低推估	高推估
113 年度總額醫療費用成長率	2.621%	5%
113 年度總額醫療費用(億元) (含部分負擔)	8,581	8,780
增加金額(億元)	219	418
113 年保險成本(億元) (不含部分負擔)	7,968	8,165
113 年保險收入(億元)	7,854	7,853
113 年當年保險收支餘絀(億元)	-114	-312
113 年保險收支累計結餘(億元)	858	660
113 年保險收支累計結餘 約當保險給付支出月數	1.29	0.97

附註：

製表日期：112.06.06

- 1、保險收入主要包含一般保險費、補充保險費及政府負擔健保總經費法定下限 36% 不足數之保險費收入，以及其他法定收入(滯納金、菸捐分配收入、公益彩券盈餘收入、投資運用收益、呆帳提列(減項)…等)。
- 2、113 年一般保險費率假設暫以現行費率 5.17%(補充保險費率 2.11%)推估；另因受醫療給付費用總額成長率不同影響，投資運用收益略有差異，以致保險收入亦略有差異。
- 3、納入 113 年「中央政府疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別預算案」撥補 200 億元之財務影響。
- 4、依目前所擬之 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)，以總額基期淨值約 8,362.32 億元進行計算，並納入預計於 112 年 7 月實施「健保門診藥品與急診部分負擔調整方案」之財務影響(一年 32.7 億元)。
- 5、納入行政院 112 年 6 月 1 日宣布軍公教調薪 4%，並自 113 年 1 月 1 日實施之財務影響(一年約 12 億元)。
- 6、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。

表6、歷年健保財務收支情形(86年至113年)

年別	保險收入[1]		保險成本[2]		保險收支 餘絀(億元) [3]=[1]-[2]	保險收支 累計餘絀 (億元)
	金額 (億元)	成長率 (%)	金額 (億元)	成長率 (%)		
85年	2,413	-	2,229	-	184	555
86年	2,436	0.96	2,376	6.58	60	616
87年	2,605	6.91	2,620	10.28	-16	600
88年	2,649	1.69	2,859	9.10	-210	390
89年	2,852	7.65	2,842	-0.59	10	400
90年	2,861	0.34	3,018	6.19	-156	243
91年	3,076	7.50	3,233	7.12	-157	87
92年	3,368	9.48	3,371	4.29	-4	83
93年	3,522	4.60	3,527	4.61	-4	79
94年	3,611	2.51	3,674	4.18	-63	15
95年	3,819	5.76	3,822	4.02	-3	12
96年	3,874	1.44	4,011	4.96	-138	-126
97年	4,020	3.77	4,159	3.68	-140	-265
98年	4,031	0.28	4,348	4.53	-317	-582
99年	4,608	14.32	4,423	1.73	185	-397
100年	4,924	6.85	4,582	3.59	342	-55
101年	5,072	3.01	4,806	4.90	265	210
102年	5,557	9.57	5,021	4.47	536	746
103年	5,695	2.49	5,181	3.19	514	1,260
104年	6,410	12.54	5,381	3.85	1,029	2,289
105年	5,869	-8.43	5,684	5.63	186	2,474
106年	5,900	0.53	5,998	5.54	-98	2,376
107年	6,061	2.73	6,328	5.49	-266	2,109
108年	6,224	2.69	6,566	3.77	-342	1,767
109年	6,278	0.87	6,954	5.91	-676	1,091
110年	7,119	13.39	7,274	4.60	-155	936
111年(自編)	7,602	6.78	7,498	3.08	103	1,040
112年(P)	7,708	1.41	7,776	3.71	-68	972
113年(P)-低推估 2.621%	7,854	1.89	7,968	2.47	-114	858
113年(P)-高推估 5%	7,853	1.87	8,165	5.01	-312	660
85~111年平均	4,535	4.51	4,511	4.78	-	-

製表日期：112.06.06

- 說明：1、保險收入=保險費收入(應收保險費+中斷投保開單一呆帳提存)+保險費滯納金+社會公益彩券盈餘分配收入+菸品健康福利捐分配收入+投資淨收益(利息收入-利息費用+買賣票券利益-投資損失)+雜項收入+其他業務外收入。
- 2、保險成本=醫療給付費用總額-部分負擔-代位求償及代辦部分負擔醫療費用-其他非本保險應付之費用+其他業務外費用。
- 3、85年保險收支累計結餘555億元含84年結餘371億元，110年(含)以前為審定決算數，111年為自編決算數，112年及113年為預估值。
- 4、112年度健保費率，經行政院核定一般保險費率維持現行為5.17%，補充保險費率為2.11%；113年一般保險費率假設暫以現行費率5.17%(補充保險費率2.11%)推估。
- 5、行政院主計總處為因應健保安全準備不足1個月保險給付支出，112年於「撥補全民健康保險基金」項下核增240億元，113年「中央政府疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別預算案」撥補200億元。
- 6、依目前所擬之113年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)，以總額基期淨值約8,362.32億元進行計算，並納入預計於112年7月實施「健保門診藥品與急診部分負擔調整方案」之財務影響(一年約32.7億元)。
- 7、納入行政院112年6月1日宣布軍公教調薪4%，並自113年1月1日實施之財務影響(一年約12億元)。
- 8、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。

表7-1、110年至117年健保財務收支概估(低推估/現行費率)

113 年度總額成長率依總額範圍(草案)：低推估(2.621%)

112 年 7 月起預計上路之「健保門診藥品與急診部分負擔調整方案」，預估影響金額 32.7 億元/年

113 年 1 月起軍公教調薪 4%，預估影響金額 12 億元/年

單位：億元、月數

項目	110 年	111 年	112 年	113 年	114 年	115 年	116 年	117 年
	審定 決算數	自編 決算數	預估數					
醫療給付費用總額	7,836	8,096	8,364	8,581	8,918	9,344	9,730	10,072
成長率	4.107%	3.320%	3.323%	2.621%	3.923%	4.774%	4.136%	3.509%
保險成本	7,274	7,498	7,776	7,968	8,295	8,711	9,087	9,419
保險收入	7,119	7,602	7,708	7,854	7,794	7,908	8,003	8,108
一、保險費相關收入	6,948	7,433	7,540	7,685	7,626	7,747	7,842	7,946
(一)保險費收入	6,990	7,472	7,343	7,529	7,672	7,793	7,902	8,024
1.一般保險費	5,663	5,862	5,957	6,098	6,195	6,268	6,321	6,396
2.補充保險費	582	724	589	605	613	625	638	650
3.政府負擔不足法定 36%之差額	745	886	797	826	864	900	943	978
(二)其他收入	-42	-39	197	155	-45	-47	-60	-77
二、安全準備相關收入	171	169	169	169	168	161	161	162
當年安全準備填補金額	326	65	236	283	669	517	-	-
當年保險收支餘絀	-155	103	-68	-114	-501	-803	-1,084	-1,311
保險收支累計餘絀	936	1,040	972	858	356	-447	-1,531	-2,842
約當保險給付支出月數	1.55	1.66	1.50	1.29	0.52	-0.62	-2.02	-3.62

製表日期：112.06.06

- 說明：1、其他收入項包含營運資金孳息、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)。
- 2、安全準備相關收入，係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，惟不含保險費相關收入用來支應保險成本後之結餘。
- 3、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。
- 4、112 年度醫療給付費用總額核定成長率為 3.323%，依目前所擬之 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)，以總額基期淨值約 8,362.32 億元進行計算，並納入預計於 112 年 7 月實施「健保門診藥品與急診部分負擔調整方案」之財務影響(一年 32.7 億元)。
- 5、113 年總額成長率依總額範圍(草案)低推估值為 2.621%，114 年起之總額成長率，採以歷年核定之「醫療服務成本及人口因素」成長率與「協商因素」成長率推估。
- 6、行政院主計總處為因應健保安全準備不足 1 個月保險給付支出，112 年於「撥補全民健康保險基金」項下核增 240 億元，113 年「中央政府疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別預算案」撥補 200 億元。
- 7、納入行政院 112 年 6 月 1 日宣布軍公教調薪 4%，並自 113 年 1 月 1 日實施之財務影響(一年約 12 億元)。
- 8、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。

表7-2、110年至117年健保財務收支概估(高推估/現行費率)

_113 年度總額成長率依總額範圍(草案)：高推估(5%)

_112 年 7 月起預計上路之「健保門診藥品與急診部分負擔調整方案」，
預估影響金額 32.7 億元/年

_113 年 1 月起軍公教調薪 4%，預估影響金額 12 億元/年

單位：億元、月數

項目	110 年	111 年	112 年	113 年	114 年	115 年	116 年	117 年
	審定 決算數	自編 決算數	預估數					
醫療給付費用總額	7,836	8,096	8,364	8,780	9,125	9,561	9,956	10,305
成長率	4.107%	3.320%	3.323%	5.000%	3.923%	4.774%	4.136%	3.509%
保險成本	7,274	7,498	7,776	8,165	8,500	8,925	9,310	9,650
保險收入	7,119	7,602	7,708	7,853	7,791	7,901	7,993	8,094
一、保險費相關收入	6,948	7,433	7,540	7,685	7,626	7,740	7,831	7,933
(一)保險費收入	6,990	7,472	7,343	7,529	7,672	7,793	7,902	8,024
1.一般保險費	5,663	5,862	5,957	6,098	6,195	6,268	6,321	6,396
2.補充保險費	582	724	589	605	613	625	638	650
3.政府負擔不足法定 36%之差額	745	886	797	826	864	900	943	978
(二)其他收入	-42	-39	197	155	-45	-54	-71	-91
二、安全準備相關收入	171	169	169	168	164	161	161	162
當年安全準備填補金額	326	65	236	480	824	111	-	-
當年保險收支餘絀	-155	103	-68	-312	-709	-1,024	-1,318	-1,556
保險收支累計餘絀	936	1,040	972	660	-50	-1,074	-2,392	-3,948
約當保險給付支出月數	1.55	1.66	1.50	0.97	-0.07	-1.45	-3.09	-4.91

製表日期：112.06.06

- 說明：1、其他收入項包含營運資金孳息、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)。
 2、安全準備相關收入，係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，惟不含保險費相關收入用來支應保險成本後之結餘。
 3、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。
 4、112 年度醫療給付費用總額核定成長率為 3.323%，依目前所擬之 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)，以總額基期淨值約 8,362.32 億元進行計算，並納入預計於 112 年 7 月實施「健保門診藥品與急診部分負擔調整方案」之財務影響(一年 32.7 億元)。
 5、113 年總額成長率依總額範圍(草案)高推估值為 5%，114 年起之總額成長率，採以歷年核定之「醫療服務成本及人口因素」成長率與「協商因素」成長率推估。
 6、行政院主計總處為因應健保安全準備不足 1 個月保險給付支出，112 年於「撥補全民健康保險基金」項下核增 240 億元，113 年「中央政府疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別預算案」撥補 200 億元。
 7、納入行政院 112 年 6 月 1 日宣布軍公教調薪 4%，並自 113 年 1 月 1 日實施之財務影響(一年約 12 億元)。
 8、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。

表8-1、110年至117年健保財務收支概估(低推估/平衡費率)

_113 年度總額成長率依總額範圍(草案)：低推估(2.621%)

_112 年 7 月起預計上路之「健保門診藥品與急診部分負擔調整方案」，
預估影響金額 32.7 億元/年

_113 年 1 月起軍公教調薪 4%，預估影響金額 12 億元/年

單位：億元、月數

項目	110 年	111 年	112 年	113 年	114 年	115 年	116 年	117 年
	審定 決算數	自編 決算數	預估數					
醫療給付費用總額	7,836	8,096	8,364	8,581	8,918	9,344	9,730	10,072
成長率	4.107%	3.320%	3.323%	2.621%	3.923%	4.774%	4.136%	3.509%
保險成本	7,274	7,498	7,776	7,968	8,295	8,711	9,087	9,419
保險收入	7,119	7,602	7,708	7,968	8,298	8,714	9,094	9,421
一、保險費相關收入	6,948	7,433	7,540	7,799	8,126	8,541	8,920	9,246
(一)保險費收入	6,990	7,472	7,343	7,644	8,174	8,591	8,973	9,301
1.一般保險費	5,663	5,862	5,957	6,191	6,596	6,903	7,169	7,405
2.補充保險費	582	724	589	613	652	688	723	753
3.政府負擔不足法定 36%之差額	745	886	797	840	926	1,000	1,081	1,143
(二)其他收入	-42	-39	197	155	-48	-51	-53	-55
二、安全準備相關收入	171	169	169	170	172	173	174	174
當年安全準備填補金額	326	65	236	169	170	170	167	173
當年保險收支餘絀	-155	103	-68	0	2	3	7	2
保險收支累計餘絀	936	1,040	972	972	975	978	985	986
約當保險給付支出月數	1.55	1.66	1.50	1.47	1.41	1.35	1.30	1.26

製表日期：112.06.06

- 說明：1、其他收入項包含營運資金孳息、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)。
- 2、安全準備相關收入，係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，惟不含保險費相關收入用來支應保險成本後之結餘。
- 3、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。
- 4、112 年度醫療給付費用總額核定成長率為 3.323%，依目前所擬之 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)，以總額基期淨值約 8,362.32 億元進行計算，並納入預計於 112 年 7 月實施「健保門診藥品與急診部分負擔調整方案」之財務影響(一年 32.7 億元)。
- 5、113 年總額成長率依總額範圍(草案)低推估值為 2.621%，114 年起之總額成長率，採以歷年核定之「醫療服務成本及人口因素」成長率與「協商因素」成長率推估。
- 6、112 年度健保費率，經行政院核定一般保險費費率維持現行為 5.17%(補充保險費費率為 2.11%)；113 年起各年收支平衡費率分別為 5.25%、5.51%、5.70%、5.87%及 5.99%。
- 7、行政院主計總處為因應健保安全準備不足 1 個月保險給付支出，112 年於「撥補全民健康保險基金」項下核增 240 億元，113 年「中央政府疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別預算案」撥補 200 億元。
- 8、納入行政院 112 年 6 月 1 日宣布軍公教調薪 4%，並自 113 年 1 月 1 日實施之財務影響(一年約 12 億元)。
- 9、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。5.17%、5.43%、5.62%、5.78%及 5.91%。

表8-2、110年至117年健保財務收支概估(高推估/平衡費率)

_113 年度總額成長率依總額範圍(草案)：高推估(5%)

_112 年 7 月起預計上路之「健保門診藥品與急診部分負擔調整方案」，
預估影響金額 32.7 億元/年

_113 年 1 月起軍公教調薪 4%，預估影響金額 12 億元/年

單位：億元、月數

項目	110 年	111 年	112 年	113 年	114 年	115 年	116 年	117 年
	審定 決算數	自編 決算數	預估數					
醫療給付費用總額	7,836	8,096	8,364	8,780	9,125	9,561	9,956	10,305
成長率	4.107%	3.320%	3.323%	5.000%	3.923%	4.774%	4.136%	3.509%
保險成本	7,274	7,498	7,776	8,165	8,500	8,925	9,310	9,650
保險收入	7,119	7,602	7,708	8,171	8,505	8,926	9,296	9,440
一、保險費相關收入	6,948	7,433	7,540	8,002	8,333	8,753	9,123	9,268
(一)保險費收入	6,990	7,472	7,343	7,848	8,383	8,805	9,177	9,323
1.一般保險費	5,663	5,862	5,957	6,354	6,763	7,073	7,329	7,422
2.補充保險費	582	724	589	629	668	706	742	757
3.政府負擔不足法定 36%之差額	745	886	797	865	952	1,026	1,106	1,144
(二)其他收入	-42	-39	197	154	-50	-52	-54	-55
二、安全準備相關收入	171	169	169	170	172	173	174	173
當年安全準備填補金額	326	65	236	164	167	173	188	382
當年保險收支餘絀	-155	103	-68	6	5	1	-14	-210
保險收支累計餘絀	936	1,040	972	978	983	984	970	760
約當保險給付支出月數	1.55	1.66	1.50	1.44	1.39	1.32	1.25	0.95

製表日期：112.06.06

- 說明：1、其他收入項包含營運資金孳息、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)。
- 2、安全準備相關收入，係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，惟不含保險費相關收入用來支應保險成本後之結餘。
- 3、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。
- 4、112 年度醫療給付費用總額核定成長率為 3.323%，依目前所擬之 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)，以總額基期淨值約 8,362.32 億元進行計算，並納入預計於 112 年 7 月實施「健保門診藥品與急診部分負擔調整方案」之財務影響(一年 32.7 億元)。
- 5、113 年總額成長率依總額範圍(草案)高推估值為 5%，114 年起之總額成長率，採以歷年核定之「醫療服務成本及人口因素」成長率與「協商因素」成長率推估。
- 6、112 年度健保費率，經行政院核定一般保險費費率維持現行為 5.17%(補充保險費費率為 2.11%)；113 年起各年收支平衡費率分別為 5.39%、5.65%及 5.84%，惟 116 年及 117 年收支平衡費率分別為 6.02%及 6.14%，超過法定上限 6%，以 6%計算。
- 7、行政院主計總處為因應健保安全準備不足 1 個月保險給付支出，112 年於「撥補全民健康保險基金」項下核增 240 億元，113 年「中央政府疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別預算案」撥補 200 億元。
- 8、納入行政院 112 年 6 月 1 日宣布軍公教調薪 4%，並自 113 年 1 月 1 日實施之財務影響(一年約 12 億元)。
- 9、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。

表9、民眾付費能力之參考指標

單位：%

	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年(預估)	112年(預估)
名目國內生產毛額成長率(%)	8.83%	1.44%	2.91%	4.04%	6.47%	4.90%	2.93%	2.44%	2.18%	3.03%	5.19%	9.16%	4.45%	2.74%
實質國內生產毛額成長率(%)	10.25	3.67	2.22	2.48	4.72	1.47	2.17	3.31	2.79	3.06	3.39	6.53	2.45	2.12
名目國民所得年增率(%)	11.07%	0.79%	2.20%	5.58%	7.71%	4.56%	2.99%	2.80%	1.49%	2.19%	5.60%	9.14%	3.01%	2.51%
實質國民所得年增率(%)	9.43	0.73	2.65	4.16	7.08	5.82	2.37	3.01	0.63	2.11	7.06	5.35	-0.80	-
受雇員工每人每月平均薪資成長率(工業及服務業總計)(%)	5.55%	2.95%	0.32%	0.14%	3.59%	2.49%	0.49%	2.46%	3.82%	2.00%	1.32%	3.01%	3.47%	-
失業率(%)	5.21	4.39	4.24	4.18	3.96	3.78	3.92	3.76	3.71	3.73	3.85	3.95	3.67	3.53 (112年2月)
健保平均投保金額成長率(%)	1.92	2.83	2.17	1.93	1.56	1.65	1.46	1.52	2.93	2.01	1.71	1.50	4.09	2.34 (預估)
健保應收保險費成長率(%)	13.55	7.18	2.90	13.77	4.63	1.07	-4.18	2.90	3.42	2.80	0.82	13.83	6.96	-1.73 (預估)
健保醫療費用成長率(%)	3.317	2.855	4.314	4.436	3.275	3.43	4.912	5.642	4.629	4.461	5.212	4.107	3.320	-
每人健保醫療費用成長率	2.94	2.47	4.2	3.5	2.66	2.83	4.19	5.21	4.52	4.29	5.03	4.48	4.07	-
國民醫療保健支出占GDP比率(%)	6.29	6.40	6.33	6.38	6.26	6.17	6.31	6.39	6.57	6.54	6.65	6.56	-	-
健保支出占GDP比率(%)	3.51	3.56	3.61	3.62	3.51	3.46	3.53	3.64	3.73	3.78	3.78	3.60	3.57	3.59
健保支出占國民醫療保健支出比率(%)	55.83%	55.62%	56.99%	56.77%	56.16%	56.09%	55.91%	56.95%	56.78%	57.89%	56.84%	54.93%	-	-
家庭部門占國民醫療保健支出比率(%)	41.91	42.39	41.01	41.27	41.24	41.03	41.62	40.76	40.69	40.21	41.53	41.29	-	-

註：1. 經濟成長率以實質國內生產毛額(GDP)為基礎；另依據行政院主計總處108年12月4日以主統國字第1080300883號函，主計總處依最新工業及服務業普查與各類相關調查資料修正歷年國民所得統計，故更新歷年平均每人國民所得毛額(GDP)等指標。

2. 名目國民所得係按當期價格計算；實質國民所得係以100年價格為基期。

3. 112年一般保險費率5.17%，補充保險費率2.11%。

4. 國民醫療保健支出占GDP比率，係依據最新版國民經濟會計制度(2008SSNA)修正編算原則，將研究發展支出納入GDP之計算。

5. 主計總處自108年1月公布以105年為基期之受雇員工每人每月平均薪資資料，修正更新歷年資料。

6. 工業及服務業與服務業部門統計結果涵蓋範圍自98年1月起新增「教育業(僅含教育補助及其他教育業)」，自108年1月起新增「研究發展服務業」、「學前教育」及「社會工作服務業」。

表10、近年國民醫療保健支出(NHE)占GDP比率

	國民醫療保健支出(NHE)		平均每人 NHE		平均每人 GDP		NHE/GDP (%)	GDP 年增率 (%)
	億元	年增率 (%)	元	年增率 (%)	元	年增率 (%)		
100 年	9,134	3.3	39,382	3.0	614,922	1.2	6.4	1.4
101 年	9,293	1.7	39,935	1.4	630,749	2.6	6.3	2.9
102 年	9,742	4.8	41,733	4.5	654,142	3.7	6.4	4.0
103 年	10,171	4.4	43,459	4.1	694,680	6.2	6.3	6.5
104 年	10,528	3.5	44,870	3.2	726,895	4.6	6.2	4.9
105 年	11,081	5.3	47,122	5.0	746,526	2.7	6.3	2.9
106 年	11,492	3.7	48,787	3.5	763,445	2.3	6.4	2.4
107 年	12,071	5.0	51,189	4.9	779,260	2.1	6.6	2.2
108 年	12,358	2.4	52,372	2.3	802,361	3.0	6.5	2.9
109 年	13,241	7.2	56,199	7.2	844,485	5.3	6.7	5.3
110 年	14,265	7.7	60,783	8.3	926,314	9.7	6.6	9.2

註：依最新國民所得統計進行編算修正。

資料來源：衛生福利部發布之「109年國民醫療保健支出統計分析」。

表11、OECD國家與我國經常性醫療保健支出(CHE)占國內生產毛額(GDP)比重

單位：%

國別 Nation	年別 Year	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年	110年
		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
中華民國	R.O.C.	5.9	5.9	6.0	6.0	5.9	5.8	5.9	6.0	6.1	6.1	6.1	6.1
澳大利亞	Australia	8.4	8.5	8.7	8.8	9.8	10.2	10.1	10.1	10.1	10.2	10.6	...
奧地利	Austria	10.2	10.0	10.2	10.3	10.4	10.4	10.4	10.4	10.3	10.5	11.5	12.2
比利時	Belgium	10.2	10.4	10.5	10.5	10.6	10.8	10.8	10.8	10.8	10.7	11.1	...
加拿大	Canada	10.7	10.4	10.5	10.4	10.3	10.7	11.0	10.9	10.8	11.0	12.9	11.7
智利	Chile	6.8	6.8	7.0	7.4	7.8	8.3	8.5	9.1	9.2	9.3	9.8	9.1
哥倫比亞	Colombia	7.1	6.8	6.7	7.0	7.2	7.5	7.5	7.7	7.6	8.1	9.0	...
哥斯大黎加	Costa Rica	8.0	8.1	7.8	7.7	7.7	7.6	7.3	7.0	7.3	7.2	7.9	...
捷克	Czech Republic	6.9	6.9	7.0	7.7	7.6	7.2	7.1	7.4	7.5	7.6	9.2	...
丹麥	Denmark	10.6	10.4	10.5	10.3	10.3	10.3	10.3	10.1	10.1	10.1	10.5	10.8
愛沙尼亞	Estonia	6.3	5.8	5.8	6.0	6.4	6.6	6.7	6.6	6.7	6.8	7.8	7.5
芬蘭	Finland	9.1	9.2	9.6	9.8	9.8	9.6	9.4	9.1	9.0	9.2	9.6	...
法國	France	11.2	11.2	11.3	11.4	11.5	11.4	11.5	11.4	11.2	11.1	12.2	12.4
德國	Germany	11.1	10.8	10.9	11.0	11.0	11.2	11.2	11.3	11.5	11.7	12.8	12.8
希臘	Greece	9.6	9.2	8.9	8.4	7.9	8.2	8.4	8.1	8.1	8.2	9.5	...
匈牙利	Hungary	7.4	7.5	7.4	7.2	7.0	6.9	7.0	6.7	6.6	6.3	7.3	...
冰島	Iceland	8.4	8.2	8.2	8.2	8.2	8.1	8.1	8.3	8.4	8.5	9.5	9.7
愛爾蘭	Ireland	10.5	10.6	10.6	10.3	9.5	7.3	7.4	7.1	6.9	6.7	7.1	6.7
以色列	Israel	7.0	7.0	7.1	7.0	7.1	7.1	7.2	7.2	7.3	7.5	8.3	...
義大利	Italy	8.9	8.8	8.8	8.8	8.9	8.9	8.7	8.7	8.7	8.7	9.6	9.5
日本	Japan	9.1	10.5	10.7	10.7	10.7	10.8	10.7	10.7	10.7	11.0	11.1	...
南韓	Korea	5.9	6.0	6.1	6.2	6.5	6.7	6.9	7.1	7.5	8.1	8.4	8.8
拉脫維亞	Latvia	6.1	5.7	5.4	5.4	5.5	5.7	6.1	6.0	6.2	6.6	7.4	...
立陶宛	Lithuania	6.8	6.5	6.3	6.1	6.2	6.5	6.6	6.5	6.5	7.0	7.5	7.9
盧森堡	Luxembourg	6.7	6.0	5.3	5.2	5.2	5.1	5.1	5.1	5.3	5.4	5.8	...
墨西哥	Mexico	5.7	5.5	5.7	5.8	5.6	5.7	5.6	5.5	5.4	5.4	6.2	...
荷蘭	Netherlands	10.2	10.2	10.5	10.6	10.6	10.3	10.3	10.1	10.0	10.1	11.1	11.2
紐西蘭	New Zealand	9.6	9.5	9.7	9.4	9.4	9.3	9.2	9.0	9.0	9.0	9.7	...
挪威	Norway	8.9	8.8	8.8	8.9	9.3	10.1	10.6	10.3	10.0	10.5	11.4	10.1
波蘭	Poland	6.4	6.2	6.2	6.4	6.3	6.4	6.5	6.6	6.3	6.4	6.5	6.6
葡萄牙	Portugal	10.0	9.7	9.7	9.4	9.3	9.3	9.4	9.3	9.4	9.5	10.5	11.2
斯洛伐克	Slovak Republic	7.7	7.3	7.6	7.5	6.9	6.8	7.0	6.8	6.7	6.9	7.2	...
斯洛維尼亞	Slovenia	8.6	8.5	8.7	8.7	8.5	8.5	8.5	8.2	8.3	8.5	9.5	9.2
西班牙	Spain	9.1	9.2	9.2	9.1	9.1	9.1	9.0	9.0	9.0	9.1	10.7	...
瑞典	Sweden	8.3	10.4	10.7	10.9	10.9	10.8	10.9	10.8	10.9	10.8	11.5	11.4
瑞士	Switzerland	9.9	10.0	10.2	10.5	10.6	11.0	11.3	11.5	11.2	11.3	11.8	...
土耳其	Türkiye	5.0	4.7	4.4	4.4	4.3	4.1	4.3	4.2	4.1	4.4	4.6	...
英國	United Kingdom	10.0	9.9	9.9	9.8	9.8	9.8	9.7	9.6	9.7	9.9	12.0	11.9
美國	United States	16.2	16.1	16.1	16.0	16.2	16.5	16.8	16.8	16.6	16.7	18.8	17.8

資料來源：衛生福利部發布之「110年國民醫療保健支出統計分析」。

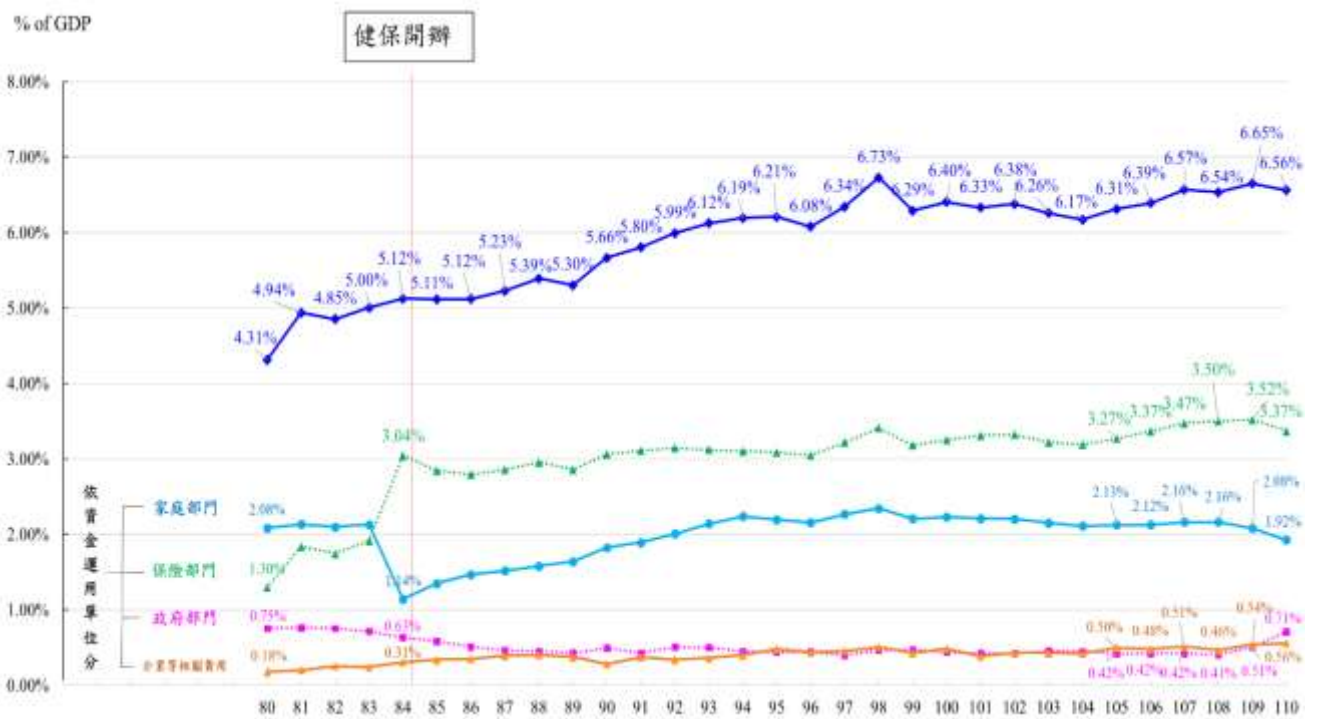


圖5、歷年我國醫療保健支出占GDP比率與保險、民間及政府部門占GDP比率(至110年)

資料來源：衛生福利部發布之「110年國民醫療保健支出統計分析」。

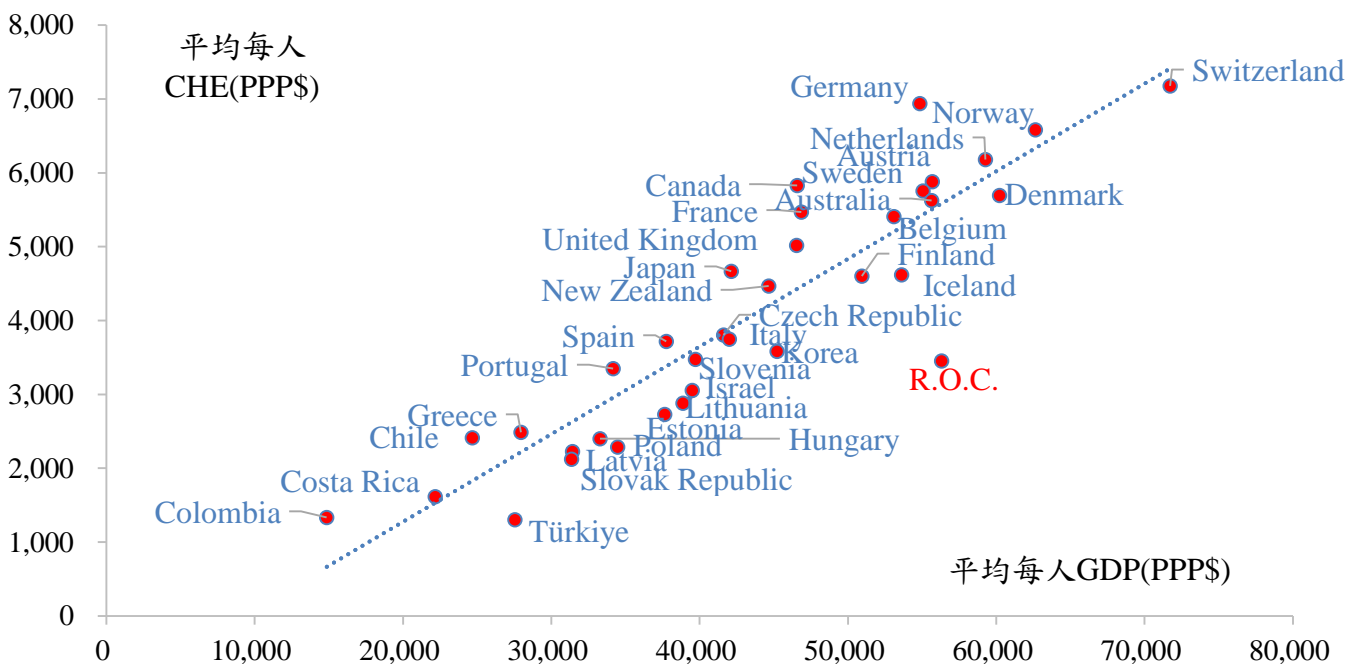


圖6、108年OECD會員國與我國平均每人經常性醫療保健支出(CHE)與平均每人GDP

資料來源：衛生福利部發布之「10年國民醫療保健支出統計分析」。

附註：

1. 剔除盧森堡 Luxembourg、美國 United States 及愛爾蘭 Ireland 3 個國家，其估計迴歸方程式為平均每人 CHE = 0.1226×平均每人 GDP - 1506.8，R² = 0.867。
2. CHE(經常性醫療保健支出)：指 NHE(國民醫療保健支出)扣除資本形成費用。

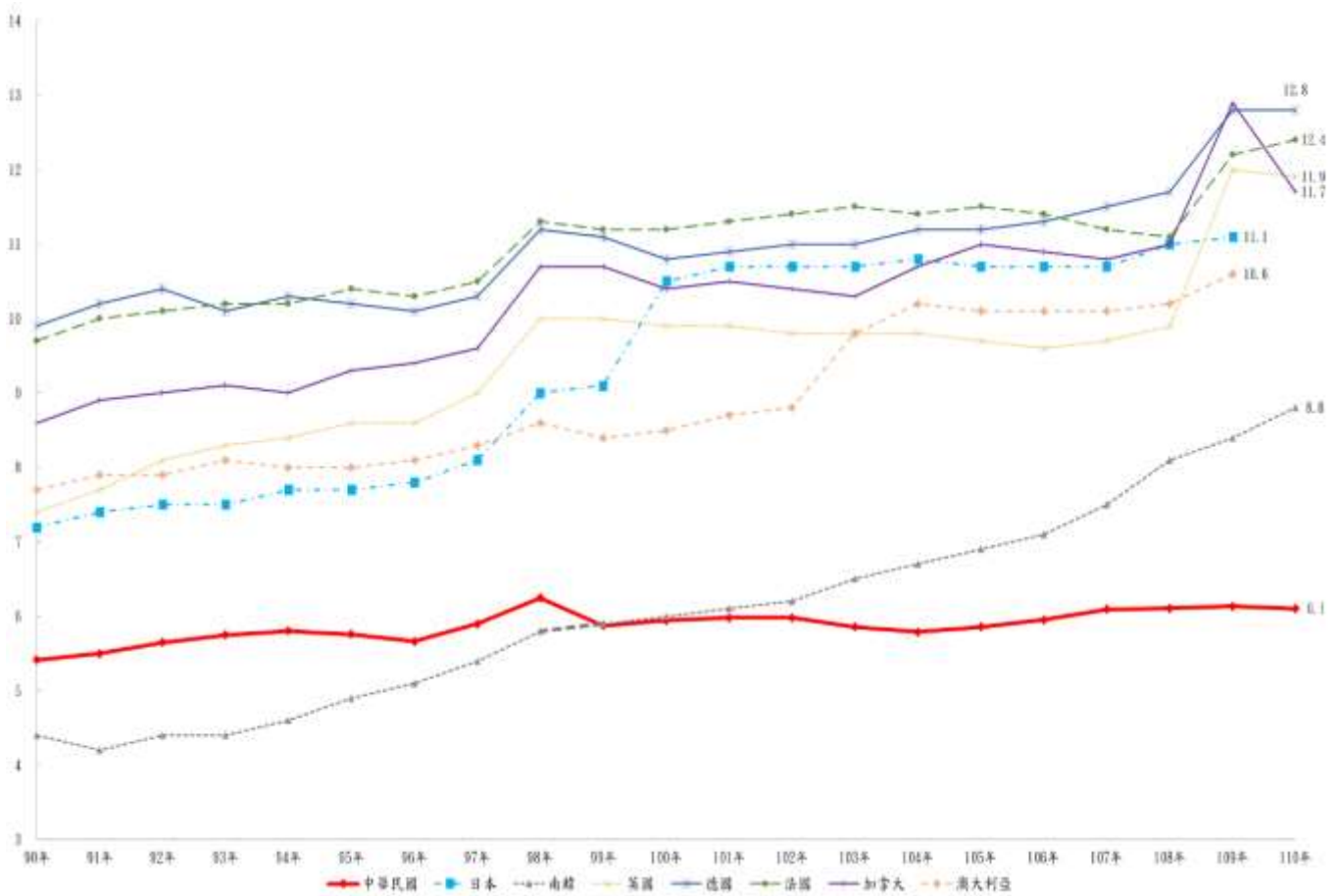


圖7、歷年經常性醫療保健支出(CHE)占GDP比率之國際比較(至110年)

資料來源：衛生福利部發布之「110年國民醫療保健支出統計分析」。

附註：CHE(經常性醫療保健支出)：指NHE(國民醫療保健支出)扣除資本形成費用。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

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

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年6月9日
發文字號：健保醫字第1120662265B號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨 (A210300001_1120662265B_doc3_Attach1.pdf)

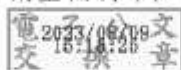
主旨：修正112年度牙醫門診總額地區分配預算(附件)，請備查。

說明：

- 一、依據112年5月23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2次研商議事會議決議(諒達)辦理。
- 二、修正112年度牙醫門診總額地區分配預算「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」經費0.15億元之分配方式，由「以該區前一季浮動點值計算，每點支付金額最高補至1元」，修正為「其浮動點值，以該區該季每點支付金額最高補至1元之差值」，並補充說明經費分配方式。

正本：衛生福利部全民健康保險會

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



112 年度牙醫門診總額地區分配預算

112 年 5 月 23 日牙醫門診總額研商議事會議 112 年第 2 次會議

112 年度牙醫門診總額地區預算分配方式調整，自 112 年度全民健康保險牙醫門診總額一般服務費用，移撥 12.474 億元，用於下列 7 個項目：

- 一、「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」(經費 2 億元)。
- 二、「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(經費 0.5 億元)。
- 三、「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」(經費 0.8 億元)。
- 四、「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」(其中中區 0.2 億元，高屏 0.1 億元，合計經費 0.3 億元)。
- 五、「牙周病統合治療實施方案」(經費 8.724 億元)：六分區預算按 110 年 7 月至 111 年 6 月「牙周病統合治療第二階段支付(91022C)」之申報件數占率分配。
- 六、高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」經費 0.15 億元：為獎勵該季浮動點值不到 1.0 的分區配合執行(91090C)，112 年由一般預算提撥 1 千 5 百萬元，支應高風險患者牙結石清除(91090C)醫令納入當年結算之核定浮動點數，其浮動點值以該區該季每點支付金額最高補至 1 元之差值，該經費按季均分及

結算。當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算（折付比例=經費/∑各院補助金額）。

- 七、各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依 110 年第 4 季各區人口風險因子(R 值)分配至各區。

111 年度全民健康保險財務評估報告摘要

一、法律依據與辦理情形：

(一)法律依據：健保法第 25 條規定，保險財務由保險人至少每 5 年精算 1 次；每次精算 25 年。

(二)辦理情形：健保署本次精算 111 年度全民健康保險財務評估報告，精算期間為 111~135 年之健保財務；前次係於 106 年進行，精算期間為 106~130 年。

經該署檢視前次(106 年)財務評估報告推估之準確度，除 110 年保險收入因費率調整等因素，致推估值差異比率達 11.95% 外，其餘推估值之差異比率約±1%之間(前次財務評估報告推估值與實際值之差異情形如表 1)，爰本次評估報告之編製，仍沿用前次財務評估報告所採用之精算模型及方法。

表 1 前次財務評估報告推估值與實際值之差異情形

單位：億元

項目	年度別	推估值(a)	實際值(b)	差異數	
				金額(b-a)	比率
保險收入	106年	5,908	5,900	-8	-0.14%
	107年	6,067	6,061	-6	-0.09%
	108年	6,167	6,224	57	0.93%
	109年	6,263	6,278	15	0.24%
	110年	6,359	7,119	760	11.95%(註)
保險成本	106年	6,018	5,998	-20	-0.33%
	107年	6,318	6,328	10	0.15%
	108年	6,643	6,566	-77	-1.16%
	109年	6,990	6,954	-36	-0.52%
	110年	7,353	7,274	-79	-1.07%

註：110 年收入推估差異比率較大原因，包括：當年度保險費率由 4.69% 調整為 5.17% (補充保險費費率由 1.91% 連動調整為 2.11%)，約增加 611 億元、第 6 類保險對象之保險費自 110 年 1 月由 1,240 元調整為 1,377 元，約增加 51 億元，及當年度補充保險費受惠新興科技應用、疫情下遠距商機蓬勃以及疫情緩解後終端需求增加，使企業營收及獲利成長，並發放豐厚獎金，投保單位補充保險費較原預期增加約 28 億元，致使政府 36% 差額負擔連帶增加之故。

二、精算模型、平衡費率計算方式及精算假設

健保財務結構由保險收入、保險成本以及安全準備三部分組成，保險收入包括一般保險費、補充保險費、政府應負擔法定下限 36% 差額負擔，及其他保險收入等；保險成本包括保險給付支出及其他保險成本；安全準備則為歷年收支餘絀之累計數，依健保法第 78 條規定，其總額以維持 1 個月至 3 個月之保險給付支出為原則，用以調節保險收支。

(一)精算模型：健保署依據健保財務責任制度，以及健保法相關條文規範，建立下列模型公式：

$$Pt(r)=Bt+\Delta St$$

$$St=\Delta St+S_{t-1}$$

其中 S_t 之法定範圍為： $\frac{1}{12} \times B_t < S_t < \frac{3}{12} \times B_t$

*符號說明：

$Pt(r)$ ：第 t 年之保險收入，包含一般保險費、補充保險費、政府 36% 差額負擔及其他保險收入等，為當年一般保險費平衡費率 r 之函數（補充保險費費率依一般保險費費率之成長率調整）

t ：推估年數

r ：第 t 年之一般保險費平衡費率

B_t ：第 t 年之保險成本，包含保險給付支出及其他保險成本

S_t ：第 t 年底之安全準備餘額

ΔS_t ：第 t 年之安全準備提列

(二)平衡費率計算方式：平衡費率之計算係採「量出為入」方式，先推估當年保險成本後，再反覆設定不同費率值，直到求出的保險收入符合「當年收支平衡」或「年底安全準備總額維持至少 1 個月保險給付支出」等條件；符合條件之最小費率，即為該年之平衡費率。

(三)精算假設：分為投保人口假設及精算項目假設

1.投保人口假設：參考國發會 111 年公布「中華民國人口推估 (2022 至 2070 年)」中推估之人口成長率資料，估算投保人口成長及年齡結構變化，並推估其對於保險費收入及總額成長率之影響。

2.精算項目假設：針對保險收入、保險成本之各項影響因素，參考歷史資料、相關政策實施及總額擬定方式，並以最可能發生之情況作為假設基礎，再依精算方法進行未來 25 年(111~135 年)間的保險收支推估。

三、推估結果

以下分就保險費率維持 5.17%、維持當年收支平衡及年底安全準備總額維持至少 1 個月保險給付支出三種情況，說明保險財務推估結果：

(一)保險費率維持 5.17%

如一般保險費率維持 5.17%情形下，預估 112 年保險收支短絀 84 億元，且未來短絀數持續擴大，於 115 年安全準備用罄，保險收支累計短絀 696 億元，當年保險收支逆差達 883 億元(詳表 2)。

表 2 未來 5 年健保財務收支情形 (費率維持 5.17%)

年度別	保險收入		保險成本		保險收支 餘絀	保險收支 累計餘絀	安全準備 月數
	金額	成長率	金額	成長率			
111年	7,602	6.78%(註)	7,498	3.08%	103	1,040	1.66
112年	7,708	1.40%	7,792	3.92%	-84	956	1.47
113年	7,841	1.72%	8,031	3.06%	-190	766	1.15
114年	7,781	-0.77%	8,359	4.09%	-579	187	0.27
115年	7,893	1.45%	8,776	4.99%	-883	-696	-0.95

註：111 年保險收入成長主要原因包括：1.平均投保金額及平均保險費增加(成長 199 億元)、2.補充保險費增加(成長 142 億元)、3.政府應負擔 36%差額增加(成長 141 億元)、4.滯納金增加(成長 0.76 億元)。

(二)當年收支平衡費率

如以「維持當年收支平衡」方式估算，預估自 113 年起每年皆需調整費率，且 117 年之平衡費率將超過 6%法定上限。自 111 年起至 135 年間一般保險費率平均值為 7.10%，平均調幅約 2.47%。雖然當年保險收支結餘皆為正值，但因保險給付支出逐年增加，安全準備月數亦隨之縮小，至 127 年底安全準備月數將低於 1 個月(詳表 3)。

(三)年底安全準備總額維持至少 1 個月保險給付支出之費率

如以「年底安全準備總額維持至少 1 個月保險給付支出」為原則，預估自 114 年起每年皆需調整費率，費率將於 117 年超過 6%。自 111 年起至 135 年間一般保險費費率平均值為 7.11%，平均調幅約 2.48%(詳表 4)。

四、結論

依本報告各項試算，預估 117 年之保險費率將超過法定上限 6%之限制，必須積極推動健保法修法改革以為因應，避免因受法定費率上限之限制，而壓縮醫療給付費用總額範圍。

為減緩費率調整壓力，衛福部與健保署已推動整合醫療資源有效運用、抑制資源不當耗用、減少醫療浪費等各項措施，另自 109 年 9 月開始推動「全民健康保險醫療給付總額中長期改革計畫(110-114 年)」，將健保給付制度當成促進國人健康的工具，讓醫療費用更加合理平衡、醫療品質更提升，讓照護、醫療、公衛的資源與專業能統合并發揮加乘效果。

未來也將不斷精進、持續推動各項改革，規劃方向包含調整部分負擔、提高投保金額上限、檢討旅外國人權利義務、強化政府財務責任、擴大補充保險費計費基礎，以及思考多元化的財源，以減緩長期財務壓力。

表3 當年收支平衡費率

單位：%、億元、月

年度別	當年收支平衡		保險收入		保險成本		保險收支餘絀		安全準 備月數
	費率	調幅	金額	成長率	金額	成長率	當年	累計	
106	4.69%	-	5,900	2.55%	5,998	5.54%	-98	2,376	4.75
107	4.69%	-	6,061	2.73%	6,328	5.49%	-266	2,109	4.00
108	4.69%	-	6,224	2.69%	6,566	3.77%	-342	1,767	3.23
109	4.69%	-	6,278	0.87%	6,954	5.91%	-676	1,091	1.88
110	5.17%	10.23%	7,119	13.39%	7,274	4.60%	-155	936	1.55
111(P)	5.17%	-	7,602	6.78%	7,498	3.08%	103	1,040	1.66
112(P)	5.17%	-	7,708	1.40%	7,792	3.92%	-84	956	1.47
113(P)	5.31%	2.71%	8,044	4.36%	8,031	3.06%	13	969	1.45
114(P)	5.57%	4.90%	8,375	4.11%	8,359	4.09%	16	985	1.41
115(P)	5.76%	3.41%	8,792	4.98%	8,776	4.99%	16	1,000	1.37
116(P)	5.92%	2.78%	9,158	4.17%	9,154	4.30%	4	1,004	1.32
117(P)	6.05%	2.20%	9,497	3.70%	9,487	3.64%	10	1,015	1.28
118(P)	6.19%	2.31%	9,860	3.82%	9,847	3.79%	13	1,028	1.25
119(P)	6.34%	2.42%	10,243	3.88%	10,234	3.93%	9	1,037	1.22
120(P)	6.50%	2.52%	10,652	4.00%	10,636	3.93%	16	1,053	1.19
121(P)	6.64%	2.15%	11,053	3.76%	11,051	3.90%	2	1,055	1.15
122(P)	6.80%	2.41%	11,493	3.98%	11,481	3.89%	12	1,068	1.12
123(P)	6.97%	2.50%	11,943	3.92%	11,929	3.91%	14	1,082	1.09
124(P)	7.14%	2.44%	12,395	3.78%	12,387	3.84%	8	1,090	1.06
125(P)	7.32%	2.52%	12,867	3.81%	12,854	3.77%	14	1,104	1.03
126(P)	7.50%	2.46%	13,340	3.67%	13,331	3.72%	8	1,112	1.00
127(P)	7.69%	2.53%	13,827	3.65%	13,825	3.70%	2	1,114	0.97
128(P)	7.89%	2.60%	14,334	3.67%	14,333	3.67%	1	1,115	0.93
129(P)	8.10%	2.66%	14,851	3.61%	14,850	3.61%	1	1,116	0.90
130(P)	8.33%	2.84%	15,388	3.61%	15,381	3.58%	7	1,123	0.88
131(P)	8.57%	2.88%	15,941	3.60%	15,927	3.55%	14	1,137	0.86
132(P)	8.81%	2.80%	16,501	3.51%	16,485	3.50%	16	1,154	0.84
133(P)	9.02%	2.38%	17,054	3.35%	17,052	3.44%	3	1,156	0.81
134(P)	9.25%	2.55%	17,637	3.42%	17,631	3.40%	6	1,162	0.79
135(P)	9.51%	2.81%	18,229	3.36%	18,228	3.39%	1	1,164	0.77
25年 平均值	7.10%	2.47%	12,271	3.83%	12,262	3.74%	9	1,074	1.11

備註：112年(含)以前費率為實際保險費率。

資料來源：全民健康保險統計及本報告推估值(P)。

表4 年底安全準備維持至少1個月保險給付支出之費率

單位：%、億元、月

年度別	維持至少1個月 保險給付		保險收入		保險成本		保險收支餘絀		安全準備月數
	費率	調幅	金額	成長率	金額	成長率	當年	累計	
106	4.69%	-	5,900	2.55%	5,998	5.54%	-98	2,376	4.75
107	4.69%	-	6,061	2.73%	6,328	5.49%	-266	2,109	4.00
108	4.69%	-	6,224	2.69%	6,566	3.77%	-342	1,767	3.23
109	4.69%	-	6,278	0.87%	6,954	5.91%	-676	1,091	1.88
110	5.17%	10.23%	7,119	13.39%	7,274	4.60%	-155	936	1.55
111(P)	5.17%	-	7,602	6.78%	7,498	3.08%	103	1,040	1.66
112(P)	5.17%	-	7,708	1.40%	7,792	3.92%	-84	956	1.47
113(P)	5.17%	-	7,841	1.72%	8,031	3.06%	-190	766	1.15
114(P)	5.52%	6.77%	8,295	5.79%	8,359	4.09%	-64	702	1.01
115(P)	5.78%	4.71%	8,814	6.25%	8,776	4.99%	38	740	1.01
116(P)	5.94%	2.77%	9,181	4.17%	9,154	4.30%	28	767	1.01
117(P)	6.07%	2.19%	9,522	3.71%	9,487	3.64%	35	802	1.02
118(P)	6.20%	2.14%	9,867	3.63%	9,847	3.79%	21	823	1.00
119(P)	6.36%	2.58%	10,269	4.07%	10,234	3.93%	35	858	1.01
120(P)	6.52%	2.52%	10,679	3.99%	10,636	3.93%	43	901	1.02
121(P)	6.66%	2.15%	11,081	3.76%	11,051	3.90%	30	931	1.01
122(P)	6.82%	2.40%	11,521	3.97%	11,481	3.89%	41	972	1.02
123(P)	6.98%	2.35%	11,958	3.79%	11,929	3.91%	28	1,000	1.01
124(P)	7.16%	2.58%	12,425	3.91%	12,387	3.84%	39	1,039	1.01
125(P)	7.34%	2.51%	12,898	3.81%	12,854	3.77%	45	1,084	1.01
126(P)	7.52%	2.45%	13,372	3.67%	13,331	3.72%	40	1,124	1.01
127(P)	7.71%	2.53%	13,859	3.65%	13,825	3.70%	34	1,158	1.01
128(P)	7.92%	2.72%	14,388	3.82%	14,333	3.67%	55	1,214	1.02
129(P)	8.12%	2.53%	14,885	3.45%	14,850	3.61%	35	1,249	1.01
130(P)	8.35%	2.83%	15,423	3.61%	15,381	3.58%	42	1,290	1.01
131(P)	8.59%	2.87%	15,977	3.59%	15,927	3.55%	49	1,340	1.01
132(P)	8.83%	2.79%	16,537	3.51%	16,485	3.50%	52	1,392	1.01
133(P)	9.04%	2.38%	17,091	3.35%	17,052	3.44%	39	1,431	1.01
134(P)	9.27%	2.54%	17,675	3.41%	17,631	3.40%	44	1,475	1.00
135(P)	9.54%	2.91%	18,286	3.46%	18,228	3.39%	58	1,533	1.01
25年 平均值	7.11%	2.48%	12,286	3.85%	12,262	3.74%	24	1,063	1.06

備註：112年(含)以前費率為實際保險費率。

資料來源：全民健康保險統計及本報告推估值(P)。

健保會委員關切推動分級醫療成效檢討及鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫研議情形

健保會 112.6

為了解健保署歷年運用健保總額配合衛福部推動分級醫療政策的執行成效，及 112 年度總額門診透析服務新增「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質」專款計畫之執行內容，健保會於 5 月份委員會議安排「推動分級醫療成效檢討(含各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效)」，及「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫之具體實施內容」兩項報告案。

有關分級醫療成效部分，衛福部為促進醫療資源均衡發展，自 106 年起擬訂推動分級醫療策略，包含「調高醫院重症支付標準、導引醫院減少輕症服務」、「提升基層醫療服務量能」及「強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照護」等；健保會亦配合衛福部分級醫療政策，自 106 年起至 112 年分別同意編列相關預算提供誘因，累計於西醫基層總額為 295.3 億元、醫院總額為 84.9 億元及其他預算為 62.9 億元，合計投入約 443.1 億元。委員考量分級醫療政策已推行多年，健保總額亦配合投入相當多的資源，惟分級醫療成效似不明顯，建議宜進行整體的成效評估，以利檢討改善。

委員於聽取健保署的報告後，提出 5 項待檢討的問題，包括：1.分級醫療推動多年，全區轉診件數及轉診率都沒有明顯改變；2.接受下轉案件在轉診案件占比不到 15%；3.轉診支付誘因的設計不合理，分級醫療目的係為壯大基層，應是鼓勵醫院將病人下轉至基層院所，卻又提供上轉及平轉的支付誘因，正當性不足，且下轉支付 400~500 點，已超出一般門診診察費 358 點，亦未見相對成效；4.慢性病人下轉至診所後之停留時間(天數)有逐漸縮短現象，建議追蹤、分析慢性病人下轉到診所前後的就醫情況，以利了解基層是否還有精進空間；5.近 5 年區域級以上醫院之門診初級照護案件比率下降幅度不大等問題，顯見過去策略似無法奏效，應該要思考是否有其他策略可以促進各層級醫療院所的整合，這樣分級醫療才有希望。

在成效評估部分，有委員建議可以透過追蹤病人就醫情形，了解轉診後病人的疾病嚴重度是否降低，或病情有無穩定，而非僅統計轉診後停留在診所多少天；另基層開放表別項目愈來愈多，建議健保署提供開放表別的執行情形及檢討結果，以利了解是否有達到預期效果，並建請衛福部及健保署考量 COVID-19 疫後之醫療供需情形，研訂更具效益的政策目標及相對應的推動策

略。

另有關「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質」專款計畫，於協商 112 年度總額時，付費者委員考量腹膜透析可提升病人生活品質，惟其使用人數占率逐年降低，乃建議將 112 年度門診透析服務新增預算專款專用於推動腹膜透析；協商結論經送衛福部決定如下：112 年度門診透析服務總費用成長率 3%，其中 1%(約 4.335 億元)專款專用，用於鼓勵加強推動腹膜透析與提升照護品質，並請健保署會同透析服務相關團體共同研議提出具體實施計畫(包含提升腹膜透析與品質之具體措施、院所獎勵方式、品質監測指標等)，並提健保會報告。依健保署於會中的報告內容，該署擬藉由支付誘因提升腹膜透析之可近性與照護品質，包含：鼓勵院所新設立腹膜透析室/中心開辦獎勵費(60 萬點)、鼓勵院所重新收治腹膜醫療獎勵費(40 萬點)、醫院輔導其他院所新成立腹膜透析室/中心獎勵費(20 萬點)，另有腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費(依持續接受腹膜透析時間每月給予 1 萬~7.2 萬點)、轉診費(5 千點~1 萬點)等。

在聽取健保署的報告後，委員提出下列意見：1.執行目標與預期效益之評估指標，重複性高，建議應以結果面為導向，提出能明確反映整體效益的量化指標，且執行目標值過於寬鬆，宜再重新審酌；2.部分項目(如新發個案獎勵費、轉診費)支付點數高於總額相關計畫項目之獎勵點數，請健保署考量支付衡平性，監測與評估支付誘因能否買到更具價值的醫療服務，並反映在民眾的醫療照護與品質；3.部分項目之獎勵額度達數十萬點，卻未明訂資格條件或最低執行數量，亦未明訂輔導推廣腹膜透析院所之資格，宜再審酌計畫內容之適當性；4.腹膜透析病人初期需護理人員密切衛教與指導，建議將如何提升腹膜透析的護理照護品質(包含人力與專業訓練)納入考量。經委員熱烈討論後，請健保署與台灣腎臟醫學會參考所提出之建議，修正相關內容，以提升台灣腹膜透析的占率及照護品質，提供病人及家屬較佳的生活品質。

本次會議的兩項報告案皆是總額協商時委員所關心的事項，因健保資源有限，委員期望透過事前周詳規劃計畫的執行內容、事後確實檢討成效及改善，讓計畫內容逐步更臻完善，使健保資源能更有效地運用，以提升我國醫療照護品質，促進國民健康。

出處：[相關內容詳衛福部健保會第 6 屆 112 年第 4 次委員會議議事錄\(112 年 5 月 24 日\)](#)

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5月19日

發文字號：健保醫字第1120109476號

附件：請自行至本署全球資訊網站擷取



主旨：公告「全民健康保險癌症治療品質改善計畫」，自一百二十二年六月一日生效。

依據：衛生福利部112年5月15日衛部保字第1121260151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、衛生福利部國民健康署、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署資訊組、本署醫務管理組

署長 石崇良 出國
副署長 李丞華 代行

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300116

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5月23日
發文字號：健保醫字第1120109664號
附件：請自行至本署全球資訊網站擷取。

主旨：公告修訂「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」，並自公告日起生效。

依據：衛生福利部112年5月17日衛部保字第1121260162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、衛生福利部護理及健康照護司、本署各分區業務組、本署企劃組、本署醫審及器材組、本署醫務管理組

署長 **石崇良** 出國
副署長 李 丞 華 代行

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300119

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6月1日
發文字號：健保醫字第1120110379號
附件：請自行至本署全球資訊網擷取

主旨：公告新增「全民健康保險慢性傳染病照護品質計畫」，並自一百一十二年六月一日起生效。

依據：衛生福利部112年5月26日衛部保字第1121260169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、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、衛生福利部疾病管制署、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

1123300128

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6月2日

發文字號：健保醫字第1120110450號

附件：請自行至本署全球資訊網擷取



主旨：公告修訂「全民健康保險急診品質提升方案」，並自中華民國一百一十二年六月一日起生效。

依據：衛生福利部112年5月26日衛部保字第1121260173號函。

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

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300130

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：虞淑婷
聯絡電話：02-27065866 分機：3607
傳真：02-27069043
電子郵件：A110786@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6月2日
發文字號：健保醫字第1120110020號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明一

主旨：有關全民健康保險醫事服務機構申報醫療服務點數之暫付及核定每點金額計算方式暫予調整案，自112年6月15日起適用，詳如說明，請查照。

說明：

- 一、依衛生福利部112年5月23日衛部保字第1120119359號函辦理（附件）。
- 二、為因應COVID-19疫情後，有關全民健康保險醫事服務機構申報醫療服務點數之暫付及核定每點金額計算方式暫予調整案，本署前於112年5月9日以健保醫字第1120661872號函報請衛生福利部同意備查旨揭每點金額計算方式暫予調整，說明如下：

- (一)西醫基層總額部門醫療服務點數每點暫付金額以最近一季結算平均點值與最近一季預估平均點值取較保守者之9成計算，並以不高於0.9元為限；每點核定金額，以最近一季結算每點支付金額與最近一季預估每點支付金額取較保守者之9成計算，並以不高於0.9元為限；其他交付

電子
文
時



112.06.02



1123340130

機構適用之每點暫付金額及每點核定金額，比照西醫基層總額部門計算。

(二)上開作業實施期間及範圍，將依112年「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」、「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」、「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」、「全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議」及「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」逐季檢討確認後辦理。

(三)醫院總額、牙醫門診、中醫門診總額部門之暫付及核定每點金額仍維持依本署96年8月7日健保醫字第0960052622號公告辦理，惟如逐季檢討後決議改變，將逕依決議辦理。

三、上開調整自中華民國112年6月15日起適用，請協助轉知所屬會員及院所周知。

正本：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、中華民國藥劑生公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、中華民國醫事檢驗生公會全國聯合會、本署臺北業務組、本署北區業務組、本署中區業務組、本署南區業務組、本署高屏業務組、本署東區業務組

副本：衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、中華民國中醫師公會全國聯合會(含附件)、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會(含附件)、台灣醫學中心協會(含附件)、中華民國區域醫院協會(含附件)、台灣醫院協會(含附件)

電 2023/06/12 文
交 16:38 換章



中央健康保險署 112 年 3 月至 6 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 38 件，其中 11 件為新藥收載、12 件為給付規定異動、15 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：11 件

公告日期	藥物分類	公告主旨
112.03.15	新成分新藥/神經系統藥物	公告暫予支付含 risdiplam 成分藥品(如 Evrysdi)暨其藥品給付規定。(用於治療脊髓性肌肉萎縮症之新成分新藥，屬第 2B 類新藥)
112.03.15	罕見疾病藥品/代謝及營養劑	公告暫予支付含 avalglucosidase alfa 成分藥品(如 Nexviazyme)及異動含 alglucosidase alpha 成分藥品(如 Myozyme)之健保支付價暨修訂其藥品給付規定。(Nexviazyme 用於治療晚發型龐貝氏症及嬰兒型龐貝氏症，屬第 2B 類新藥)
112.03.15	已收載成分複方新藥/呼吸道藥物	公告暫予支付含 Budesonide/glycopyrronium bromide/formoterol fumarate dihydrate 成分藥品 Breztri aerosphere 160/7.2/5 micrograms 暨其藥品給付規定。(用於治療慢性阻塞性肺病，屬第 2B 類新藥)
112.03.15	新給藥途徑新藥/抗微生物劑	公告暫予支付含 minocycline 成分藥品 Menocik Lyophilized Injection 100mg “Biogend” 暨其藥品給付規定(用於對 Carbapenem 具抗藥性之 Acinetobacter baumannii 感染、無其他藥物可供選用或對其他抗微生物製劑過敏，屬第 2A 類新藥)
112.03.24	新劑型新藥/免疫製劑	公告暫予支付含 B 型肝炎免疫球蛋白成份藥品 Zutectra 500 IU solution for injection in prefilled syringes 共 1 品項暨使用條件，及異動 Hepatect CP injection 10mL 品項之支付價格。(用於 B 型肝炎病毒帶原者進行肝臟移植後，以預防再度受到 B 型肝炎病毒感染，屬第 2B 類新藥)
112.04.14	新成分新藥/神經系統藥物	公告暫予支付含 patisiran 成分藥品(如 Onpattro)暨其藥品給付規定。(用於治療罕見疾病 TTR 家族性澱粉樣多發性神經病變之新成分新藥，屬第 1 類新藥)
112.04.14	已收載成分複方新藥代謝及營養劑	公告暫予支付含 potassium dihydrogen phosphate、disodium hydrogen phosphate 及 sodium dihydrogen phosphate monohydrate 複方成分藥品 PhosAdd Tab.暨其藥品給付規定。(用於治療罕見疾病「性聯遺傳型低磷酸鹽佝僂症」之補充磷口服錠劑，屬第 2A 類新藥)
112.04.14	新成分新藥/抗腫瘤藥物	公告暫予支付含 pemigatinib 成分藥品 Pemazyre Tablets 4.5mg、9mg 及 13.5mg 共 3 品項暨其藥品給付規定。(用於治療肝內膽管癌之標靶藥物，屬第 2A 類新成分新藥)

公告日期	藥物分類	公告主旨
112.04.14	新成分新藥 /免疫製劑	公告暫予支付含 filgotinib 成分藥品 Jyseleca 100 mg Film-Coated Tablets 及 Jyseleca 200 mg Film-Coated Tablets 共 2 品項藥品暨其藥品給付規定。(用於治療類風濕性關節炎之新成分新藥，屬第 2B 類新藥)
112.05.15	新成分新藥 /抗腫瘤藥物	公告暫予支付含 gilteritinib 成分藥品 Xospata film-coated tablets 40mg 暨其藥品給付規定。(用於治療具有 FLT3 突變的復發性或難治性急性骨髓性白血病，屬第 2A 類)
112.05.15	新成分新藥 /皮膚科製劑	公告暫予支付含 abrocitinib 成分藥品 Cibinqo 100 mg film-coated tablets、Cibinqo 200 mg film-coated tablets 共 2 品項藥品暨其藥品給付規定。(用於治療患有中度至重度異位性皮膚炎病人，屬第 2B 類)

(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
112.03.14	抗腫瘤藥物	公告修訂含 bortezomib (如 Velcade)、lenalidomide (如 Revlimid)、pomalidomide (如 Pomalyst)、carfilzomib (如 Kyprolis)、ixazomib (如 Ninlaro)、daratumumab (如 Darzalex) 成分藥品之給付規定。(用於治療多發性骨髓瘤，為使給付達到最大臨床效益，將審查要件客觀並具體化，使其事前審查標準達一致性)
112.03.15	神經系統藥物	公告修訂含 nusinersen 成分藥品(如 Spinraza)給付規定暨異動健保支付價。(用於治療脊髓性肌肉萎縮症(SMA)，同意擴增給付範圍於「3 歲內發病確診、開始治療年齡滿 7 歲者，且 RULM(上肢肌力測試)≥15 之 SMA 病人」)。
112.03.15	免疫製劑	公告異動含 upadacitinib 成分藥品(如 Rinvoq)之支付價格暨修訂其藥品給付規定。(擴增給付範圍用於治療僵直性脊椎炎、乾癬性關節炎與異位性皮膚炎案)
112.03.15	免疫製劑	公告異動含 tofacitinib 成分藥品(如 Xeljanz)共 2 品項之支付價格暨修訂其藥品給付規定。(擴增給付用於治療僵直性脊椎炎)
112.03.20	血液治療藥物	公告異動含 eftrenonacog alfa 成分藥品(如 Alprolix)共 4 品項之支付價格暨修訂其及 nonacog beta pegol 成分藥品(如 Refixia)之藥品給付規定。(擴增給付用於 B 型血友病之突發性出血治療及手術時使用)
112.04.14	抗微生物劑	公告暫予支付治療 C 型肝炎病毒感染症含 sofosbuvir/velpatasvir 成分之 C 型肝炎全口服新藥治療組合暨修訂其給付規定，及修訂 C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫。(擴增給付範圍於「12 歲以上且體重至少 30 公斤之兒童」及「併有失代償性肝硬化(Child-Pugh B 或 C)之病毒基因型第 1 型、第 2 型、第 3 型、第 4 型、第 5 型或第 6 型病患，先前使用 NS5A 治療第一次治療完成時或治療結束後第 12 週，血中仍偵測到病毒者，可使用 Eplclusa 加上 ribavirin 治療 24 週」)

公告日期	藥物分類	公告主旨
112.05.04 及 112.05.31	呼吸道藥物	公告異動含 beclometasone dipropionate/ formoterol fumarate dihydrate/glycopyrronium bromide 複方成分藥品(如 Trimbrow)之支付價格暨修訂其給付規定(擴增用於氣喘) 註：112 年 5 月 31 日公告廢止。
112.05.15	神經系統藥物	公告修訂含 risdiplam 成分藥品(如 Evrysdi)之藥品給付規定。(擴增用於「18 歲以上不耐受脊髓腔注射之脊髓性肌肉萎縮症」)
112.05.17	神經系統藥物	公告修訂 1.2.2.2.Second generation antipsychotics 藥品給付規定。(刪除給付規定中「使用時需於病歷記載臨床整體評估表(CGI)之分數」)
112.05.23	呼吸道藥物	公告修訂 6.2.7.Nintedanib(如 Ofev)、pirfenidone(如 Pirespa)藥品給付規定。(本次修正係因爭審會專業審查意見，認為本項給付規定之續用條件及停止治療條件不明確，造成爭審案件，經健保署徵詢相關醫學會意見後，修正給付規定，以臻明確)
112.05.31	代謝及營養劑	公告異動含 elosulfase alfa 成分藥品(如 Vimizim)之支付價格暨修訂其給付規定。(用於治療黏多醣症 4A 型病人之罕見疾病用藥，本次調降健保支付價並修正重新申請時之年齡條件)。

(三)其他：15 件

公告日期	分類	公告主旨
112.3.14	新收載品項暫予支付及已收載品項異動	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 158 項。
112.03.15	已收載品項異動暨取消專案進口藥品	公告異動含 miglustat 成分藥品 Zavesca Hard Capsule 100mg 之支付價格，暨取消專案進口藥品 Zavesca Capsule 100mg (miglustat) Galen Limited 之健保給付。(本案藥品原為專案進口之罕見疾病(尼曼匹克症 C 型)用藥，因已取得藥品許可證，同意納入給付)
112.03.15	新收載品項暫予支付	公告暫予支付含 paliperidone 成分藥品 Invega Hafyera Prolonged-Release Suspension for Injection 共 2 品項。(用於治療思覺失調症)
112.03.23	已收載品項支付標準異動	公告異動含 cytarabine 成分用於抗癌瘤之特殊藥品 Cytosar freeze-dried powder for injection 500mg 共 1 品項之支付價格。(用於治療急性白血病，改列屬為特殊藥品)
112.03.25	已收載品項支付標準異動	公告異動含 lithium carbonate 成分特殊藥品 Lidin Tablets 300mg (lithium carbonate)等共 5 品項之支付價格。(用於治療及預防躁鬱症發作第一線用藥，同意認列特殊藥品)
112.03.29	新收載品項暫予支付	公告暫予支付新增「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」之藥物品項計 3 項。(劑型製程符合

公告日期	分類	公告主旨
		PIC/S GMP 及具標準包裝)
112.03.31	已收載品項支付標準異動	公告異動含 colistin methanesulfonate 成分藥品 Colistar Lyo Inj.之支付價格。(比照同分組之 T.T.Y. Colimycin Injection 2000000 U (Sterile Sodium Colistin Methanesulfonate)核價)
112.04.13	已收載品項支付標準異動	公告暫予支付異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」之藥物品項計 11 項。(配合全民健康保險藥價調整辦法第十五條之修正，增訂沖洗用生理食鹽水之基本價及下限價)
112.04.14	新收載品項暫予支付	公告暫予支付含 atropine sulfate 成分藥品 Antol Eye Drops 0.01% "Y.Y." 共 1 品項暨其藥品給付規定。(用於治療兒童散瞳及睫狀肌麻痺之已收載成分劑型藥品)
112.05.15	已收載品項支付標準異動	公告異動含 nintedanib 成分藥品 Ofev 100mg 之支付價格。(用於治療全身性硬化症有關之間質性肺病，因其他協議協議期限屆至檢討支付價格)
112.05.12	已收載品項支付標準異動	公告異動含 magnesium oxide 成分特殊藥品 Magnesium Oxide Tablets "Honten" 等共 7 品項之支付價格。(用於緩解胃部不適、軟便，屬指示藥品，為因應缺藥危機，暫時以特殊藥品之適用標準提高支付價)
112.05.15	新收載品項暫予支付及已收載品項異動	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 143 項。
112.05.24	已收載品項支付標準異動	公告連續 5 年以上無健保醫令申報量，且有替代性品項可供使用之藥品，取消健保給付(共 173 項)，
112.05.30	已收載品項支付標準異動	公告異動含 sodium lactate 4.48 mg、calcium chloride 0.257 mg、magnesium chloride 0.0508 mg、sodium chloride 5.38 mg、icodextrin 75 mg 成分用於慢性腎功能衰竭之特殊藥品 "Baxter" Extraneal Peritoneal Dialysis Solution With 7.5% Icodextrin 共 1 品項之支付價格。(改列屬為特殊藥品，並提高支付價)
112.06.05	已收載品項支付標準異動	公告暫予支付異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」之藥物品項計 120 項。

二、特材部分：計公告 15 件，其中 5 件為新特材收載、6 件為給付規定異動、4 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
112.03.15	容器類-袋類	公告暫予支付特殊材料「"康威"新舒穩保護皮(未滅菌)-新適透膜環」計8項暨其給付規定。
112.04.06	管套類-栓塞治療類	公告暫予支付特殊材料「"曲克"彈簧栓塞推進器」暨其給付規定。
112.04.14	縫合結紮類-縫合釘	公告暫予支付特殊材料「"柯惠"內視鏡自動手術縫合槍及縫合釘-彎頭縫合釘(Tri-Staple Curved-tip)」計2項。
112.05.02	管套類-腎泌尿管	公告暫予支付特殊材料「"巴德"威力特萊希斯透析導管」暨其給付規定。
112.06.07	管套類-泌尿科	公告暫予支付特殊材料「"愛喜優"克萊福膀胱藥物準備系統組件-刻度克萊福接頭」暨其給付規定。

(二)已收載特材給付規定異動：6件

公告日期	分類	公告主旨
112.04.06	人工機能代用類-心臟科類	公告修訂既有功能類別特殊材料「長效型心室輔助系統」給付規定。
112.04.06	管套類-氣球擴張導管	公告修訂既有功能類別特殊材料「經導管置換主動脈瓣膜套組-TAVI(整組含導引線)」給付規定。
112.05.31	人工機能代用類-腎泌尿科類	公告修訂既有功能類別特殊材料「"英弗梅"血液過濾器」給付規定。
112.06.05	人工機能代用類-耳鼻喉科類	公告修訂既有功能類別特殊材料「人工電子耳(Cochlear Implant)」給付規定。
112.06.05	管套類-栓塞治療類	公告新增特殊材料「液態栓塞系統(中樞神經血管)」之給付規定。
112.06.07	工具類-溫度管理	公告修訂既有功能類別特殊材料「溫度管理系統」給付規定。

(三)其他：4件

公告日期	分類	公告主旨
112.03.30	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168項。
112.04.06	已收載品項支付標準異動	公告修正既有功能類別特材「手術中因定縫線之填絮(PTFE)/矩形或圓形之微細補片,0.6*0.45公分」共1品項之支付標準。
112.04.06	已收載品項支付標準異動	公告修正既有功能類別特材「THERMODILUTION CATHETER 順流導管組(四腔)/兒童用」共2品項之支付標準。

公告日期	分類	公告主旨
112.06.05	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 127 項。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

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

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年6月9日
發文字號：健保醫字第1120662265A號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：111年第4季「牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額
結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑
如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨112年5月23日「全
民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額112年第2次研商議
事會議」決定辦理。
- 二、旨揭牙醫門診總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下
載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療
費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門
總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/牙醫總
額。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法
規定，自112年6月15日起，牙醫門診總額費用之暫付、核
付，依111年第4季結算點值辦理，並於112年6月辦理該季
點值結算後追扣補付事宜。



正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、各縣市牙醫師公會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫審及藥材組

電 2023/08/09
18:18:18
交 換 章



2. 一般服務浮動每點支付金額 = [調整後分區一般服務預算總額(BD2)
- 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季點值(AF)
- 投保該分區核定非浮動點數(BG)
- 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]
/ 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區	= [4,515,053,463 - 888,234,033 - 39,743,635 - 227,663] / 3,758,488,391 = 0.96763586
北區分區	= [1,966,787,845 - 438,249,515 - 17,714,108 - 59,263] / 1,448,998,746 = 1.04262682
中區分區	= [2,204,251,781 - 198,200,210 - 16,277,419 - 75,395] / 1,938,586,527 = 1.02636572
南區分區	= [1,542,965,054 - 236,785,899 - 12,172,358 - 64,951] / 1,196,012,450 = 1.08187991
高屏分區	= [1,694,104,187 - 167,320,238 - 13,410,514 - 40,483] / 1,439,433,387 = 1.05133934
東區分區	= [238,678,587 - 39,212,322 - 2,363,251 - 5,176] / 159,420,149 = 1.23634208

3. 一般服務全區浮動每點支付金額 = 加總[調整後分區一般服務預算總額(BD2)

- 核定非浮動點數(BG)	
- 自墊核退點數(BJ)]	
/ 加總一般服務浮動核定點數(BF)	472,931
= [12,161,840,917	11,914,778,884 = 1.01216202

4. 一般服務分區平均點值 = [調整後分區一般服務預算總額(BD2)]

臺北分區	= [4,515,053,463 - 4,667,227,306 + 39,743,635 + 227,663] / 0.95918057
北區分區	= [1,966,787,845 - 1,896,174,857 + 17,714,108 + 59,263] / 1.02760765
中區分區	= [2,204,251,781 - 2,135,464,418 + 16,277,419 + 75,395] / 1.02436757
南區分區	= [1,542,965,054 - 1,420,269,271 + 12,172,358 + 64,951] / 1.07710853
高屏分區	= [1,694,104,187 - 1,603,677,898 + 13,410,514 + 40,483] / 1.04759999
東區分區	= [238,678,587 - 191,965,164 + 2,363,251 + 5,176] / 1.22819007

5. 一般服務全區平均點值 = [12,161,840,917 / 11,914,778,884 + 101,681,285 + 472,931] = 1.01205864

註：依衛生福利部111年3月28日衛部保字第1110112412號函，111年暫行執行「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」。

核付截止日期:112/03/31

6. 牙醫門診總額平均點值 = 加總[依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2)]

+ 專款專用暫結金額

+ 移撥資源不足地區巡迴服務核實申報暫結金額 + 移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫暫結金額]

／加總[一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ)]

+ 專款專用已支用點數(含品質保證保留款) + 移撥資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數]

= [12,161,840,917 + 330,125,256 + 58,628,894 + 2,455,270]

／ [11,914,778,884 + 101,681,285 + 472,931 + 322,893,728 + 56,269,656] = 1.01266155

註：1. 專款專用暫結金額 = 牙醫特殊醫療服務結算金額(含一般服務支應之不足款) + 醫療資源不足地區改善方案支付金額
+ 網路須寬補助費用暫結金額 + 牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫暫結金額 + 0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫

+ 12-18歲青少年口腔提升試辦照護計畫 + 高齲齒牙齒保存改善服務計畫 + 品質保證保留款預算

= 147,123,494 + 76,408,686 + 35,096,846 + 1,414,000 + 125,166 + 4,417,922 + 12,719,063 + 52,820,079

= 330,125,256

2. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 111年品質保證保留款預算/4。

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月111/09(含)以前：於112/01/01~112/03/31期間核付者。

費用年月111/10~111/12：於111/10/01~112/03/31期間核付者。

2. 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號
聯絡人：邵子川
聯絡電話：02-27065866 分機：3603
傳真：02-27069043
電子郵件：A110881@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年6月12日
發文字號：健保醫字第1120662295A號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：附件請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：111年第4季「中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額
結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑
如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨112年5月18日全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額112年第2次研商議事會議決定辦理。
- 二、旨揭中醫門診總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/中醫總額。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自112年6月15日起，中醫門診總額費用之暫付、核付，依111年第4季結算點值辦理，並於112年6月辦理點值結算追扣補付事宜。



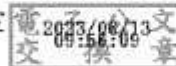
2.06.13



1123340140

正本：本署臺北業務組、本署北區業務組、本署中區業務組、本署南區業務組、本署高
屏業務組、本署東區業務組

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、中華民國中醫師公會全國聯合會、財
政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室



衛生福利部中央健康保險署

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
 結算主要費用年月起迄:111/10-111/12 核付截止日期:112/03/31

列印日期: 112/04/28
 頁次: 25

程式代號: RGB13108R02
 111年第4季

2.一般服務浮動每點支付金額	= [調整後分區一般服務預算總額(BD1)				
	- 各分區一般服務核定非浮動點數(BG)				
	/ 各分區自墊核退點數(BJ)]				
	/ 各分區一般服務核定浮動點數(BF)				
臺北分區	= [2,123,466,238		950,764,551		68,505] / 1,497,605,253 = 0.78300552
北區分區	= [922,136,654		454,449,210		28,167] / 643,513,082 = 0.72672847
中區分區	= [1,867,048,509		818,679,250		32,148] / 1,353,653,682 = 0.77445001
南區分區	= [1,059,161,496		496,495,430		24,781] / 718,413,113 = 0.78317235
高屏分區	= [1,183,955,817		558,704,307		10,005] / 834,611,730 = 0.74914057
東區分區	= [162,931,722		54,383,411		14,564] / 96,573,387 = 1.12384737

3.全區浮動每點支付金額	= [加總調整後分區一般服務預算總額(BD1)				
	- 加總核定非浮動點數(GG)				
	/ 加總自墊核退點數(GJ)]				
	/ 加總一般服務浮動核定點數(GF)				
	= [7,318,700,436		3,333,476,159		178,170] / 5,144,370,247 = 0.77464217

4. 一般服務分區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)

= [調整後分區一般服務預算總額(BD1)
/ [一般服務核定浮動點數(BF)
+ 該分區核定非浮動點數(BG)
+ 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]]

臺北分區	= [2,123,466,238	]/ [	1,497,605,253 +	950,764,551	+	68,505] =	0.86727374
北區分區	= [922,136,654	]/ [	643,513,082 +	454,449,210	+	28,167] =	0.83984032
中區分區	= [1,867,048,509	]/ [	1,353,653,682 +	818,679,250	+	32,148] =	0.85945430
南區分區	= [1,059,161,496	]/ [	718,413,113 +	496,495,430	+	24,781] =	0.87178570
高屏分區	= [1,183,955,817	]/ [	834,611,730 +	558,704,307	+	10,005] =	0.84973350
東區分區	= [162,931,722	]/ [	96,573,387 +	54,383,411	+	14,564] =	1.07922271

5. 一般服務全區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)

= [7,318,700,436] / [5,144,370,247 + 3,333,476,159

+ 178,170] = 0.86325539

6. 中醫門診總額平均點值

= [加總調整後分區一般服務預算總額(BD1) + 專款專用暫結金額 + 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額(B5)]
/ [加總分區一般服務核定浮動點數(BF) + 加總分區核定非浮動點數(GG) + 加總分區自墊核退點數(GJ) +
專款專用已支用點數(含品質保證保留款) + 資源不足地區改善方案_論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B5)]

= [7,318,700,436 + 226,928,641 + 60,152,981] / [5,144,370,247 + 3,333,476,159 + 178,170 + 251,568,309 + 60,152,981]
= 0.86530170

註：

- 專款專用暫結金額 = 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 西醫住院病患中醫科特定疾病輔助醫療計畫暫結金額 + 中醫提升孕產照護品質計畫暫結金額 + 癌症患者加強照護整合方案暫結金額 + 兒童過敏性鼻炎過敏試驗計畫暫結金額 + 中醫急症處置計畫暫結金額 + 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算) + 中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案 + 網路頻寬補助費用暫結金額 + 品質保證保留款預算
= 37,023,303 + 63,175,000 + 16,704,717 + 54,595,538 + 3,923,025 + 394,982 + 12,500,000 + 5,006,612
+ 21,019,237 + 12,586,227
= 226,928,641
- 品質保證保留款預算 = 105年各季品質保證保留款預算 + 111年品質保證保留款預算 / 4

五、說明

- 本季結算費用年月包括：
費用年月111/09(含)以前：於112/01/01~112/03/31期間核付者。
費用年月111/10~111/12：於111/10/01~112/03/31期間核付者。

檔 號：

保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段140號

聯絡人：張毓芬

聯絡電話：02-27065866 分機：2629

電子郵件：A111037@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年6月15日

發文字號：健保醫字第1120662419A號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：請自本署全球資訊網自行擷取

主旨：檢送111年第4季「醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表」，已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨112年5月31日全民健康保險醫療給付費用醫院總額112年第2次研商議事會議決定辦理。
- 二、旨揭醫院總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/醫院總額。
- 三、另依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自112年6月15日起暫付、核付之醫院總額費用依111年第4季點值辦理，並於112年6月辦理點值結算追扣補付事宜。

正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫審及藥材、本署國會聯絡室

程式代號：rgbi3108r04

111年第4季

結算主要費用年月起迄：111/10-111/12

核付截止日期：112/03/31

5. 非偏遠地區門住診一般服務浮動每點支付金額 =

- [調整後分區門住診一般服務預算總額(BD4) + 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)
 - 加總(門住診非偏遠地區投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數 × 前季全區浮動點值)(AF1+AF3)
 - (加總(門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG3) - 藥品給付協議)
 - 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定浮動點數 × 前季就醫分區平均點值)(AF2+AF4)
 - 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG2+BG4)
 - 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]
 / 加總(門住診非偏遠地區投保該分區當地就醫一般服務核定浮動點數)(BF1+BF3)

臺北分區 = [20,488,694,416 + 25,713,292,662 - 4,525,346,462 - (23,190,214,124 - 1,060,665,987)
 - 186,413,420 - 158,581,947 - 16,947,403] / 20,920,079,672 = 0.91706867

北區分區 = [7,658,037,462 + 10,550,489,625 - 2,830,020,907 - (9,079,048,755 - 375,749,874)
 - 18,644,927 - 14,221,991 - 8,225,520] / 6,891,311,118 = 0.96267818

中區分區 = [9,765,761,883 + 13,740,148,746 - 1,183,420,560 - (11,712,543,835 - 523,323,806)
 - 368,524,447 - 390,484,411 - 7,199,986] / 11,435,960,971 = 0.90653170

南區分區 = [7,638,189,277 + 10,937,326,361 - 1,573,692,096 - (9,126,184,530 - 399,460,526)
 - 25,650,022 - 21,950,302 - 5,201,406] / 8,125,552,262 = 1.01190633

高屏分區 = [8,043,053,876 + 11,892,540,478 - 1,134,764,339 - (9,660,788,806 - 358,347,536)
 - 84,095,807 - 53,906,544 - 2,770,227] / 9,394,841,061 = 0.99603773

東區分區 = [1,334,668,467 + 2,289,197,535 - 314,354,311 - (1,669,843,721 - 39,374,546)
 - 55,659,419 - 26,412,345 - 929,041] / 1,587,400,020 = 1.00544393

6. 非偏遠地區門住診一般服務全區浮動每點支付金額 = [調整後門診一般服務預算總額(D4) + 調整後住診一般服務預算總額(D3)

- (加總(門住診核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4) - 藥品給付協議)

- (加總(門住診自墊核退點數)(BJ1+BJ3))

/ 加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

= [54,928,405,381 + 75,122,995,407 - (65,104,181,311 - 2,756,922,275) - 41,273,583] / 71,414,768,610

= 0.94746324

註：藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

7. 非偏遠地區門住診一般服務分區平均點值 = [調整後分區門診一般服務預算總額(BD4) + 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)]

÷ [加總(門住診一般服務核定浮動點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

+ 加總(門住診投保核分區核定非浮動點數)(BC1+BC2+BC3+BC4) - 藥品給付協議

+ 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

臺北分區	= [20,488,694,416 + 25,713,292,662]	÷ [25,927,936,457 + 23,348,796,071 - 1,060,665,987 + 16,947,403]	= 0.95789135
北區分區	= [7,658,037,462 + 10,550,489,625]	÷ [9,919,599,672 + 9,093,270,746 - 375,749,874 + 8,225,520]	= 0.97657222
中區分區	= [9,765,761,883 + 13,740,148,746]	÷ [13,079,523,048 + 12,103,028,246 - 523,323,806 + 7,199,986]	= 0.95295156
南區分區	= [7,638,189,277 + 10,937,326,361]	÷ [9,825,125,808 + 9,148,134,832 - 399,460,526 + 5,201,406]	= 0.99981238
高屏分區	= [8,043,053,876 + 11,892,540,478]	÷ [10,885,302,316 + 9,714,695,350 - 358,347,536 + 2,770,227]	= 0.99457076
東區分區	= [1,334,668,467 + 2,289,197,535]	÷ [1,977,281,309 + 1,696,256,066 - 39,374,546 + 929,041]	= 0.99691181

8. 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值

$$= [54,928,405,381 + 75,122,995,407] \div [71,414,768,610 + 65,104,181,311 - 2,756,922,275 + 41,273,583] = 0.97195958$$

9. 醫院醫療給付費用總額平均點值(不含門診透折)

$$= \text{加總}[\text{調整後分區門診一般服務預算總額}(BD4) + \text{調整後分區住診一般服務預算總額}(BD3) + \text{專款專用暫結金額}]$$

÷ [一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 自墊核退點數(BJ)

+ 專款專用已支用點數(含品質保證保留款)]

$$= [54,928,405,381 + 75,122,995,407 + 7,808,802,584]$$

$$\div [71,414,768,610 + 65,104,181,311 - 2,756,922,275 + 41,273,583 + 7,836,915,724]$$

$$= 0.97331257$$

註：

1. 專款專用暫結金額 = C型肝炎藥費暫結金額 + 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材暫結金額 + 後天免疫缺乏病毒治療藥費暫結金額 + 鼓動器官移植並確保術後追蹤照護品質暫結金額 + 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫暫結金額 + 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 急診品質提升方案暫結金額 + 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫暫結金額 + 鼓動院所建立轉診合作機制暫結金額 + 品質保證保留款預算 + 網路頻寬補助費用暫結金額 + 住院整合照護服務試辦計畫暫結金額 + 鼓動RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫暫結金額 + 精神科長效針劑藥費暫結金額(各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)
- = 414,388,323 + 2,922,371,188 + 1,102,351,395 + 1,228,134,379 + 395,006,962 + 25,747,391 + 407,595,784 + 157,774,907
- + 52,752,350 + 330,980,640 + 37,202,941 + 27,070,500 + 282,565,000 + 424,860,826
- = 7,808,802,584

2. C型肝炎藥費專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議。

3. 罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費、精神科長效針劑藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。

4. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 111年品質保證保留款預算/4。

5. 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫第4季暫結金額 = 第4季已支用點數 + 全年「核算各院所上下限額度」已支用點數。

五、說明

1. 本結算費用年月包括：

費用年月111/09(含)以前：於112/01/01~112/03/31期間核付者。

費用年月111/10~111/12：於111/10/01~112/03/31期間核付者。

2. 當地就醫分區未跨區轉醫醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號
聯絡人：陳怡蓓
聯絡電話：02-27065866 分機：2605
傳真：02-2706-9043
電子郵件：A111034@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年6月14日
發文字號：健保醫字第1120662294A號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：111年第4季「西醫基層總額各分區一般服務每點支付金額
結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑
如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨112年5月25日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額112年第2次研商議事會議決定辦理。
- 二、旨揭西醫基層總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/西醫基層。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自112年6月15日起，西醫基層總額費用之暫付、核付，依111年第4季結算點值辦理，並於112年6月辦理點值結算追扣補付事宜。



112.06.15



1123340145

正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、各縣市醫師公會、中華民國藥師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室

電 2023/06/14 文
交 17:03:44 換 章



六、調整一般服務預算總額浮動點值之計算(含「該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)

1. 一般服務分區浮動每點支付金額 = [風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD6) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用

— 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季投保分區浮動點值(AF)

— (投保該分區核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議) - 當地就醫分區自費核定點數(BJ)]

／ 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區	= [10,929,304,565 +	444,456 - 1,538,698,784 - (3,170,359,269 -	7,286,745) -	612,523] /	6,780,562,262 =	0.91841428
北區分區	= [5,116,639,652 +	3,985,624 - 788,592,927 - (1,548,845,447 -	3,489,641) -	577,735] /	2,864,432,018 =	0.97265314
中區分區	= [6,157,699,210 +	2,748,684 - 374,282,654 - (1,831,044,520 -	3,536,456) -	713,670] /	4,082,289,269 =	0.96954019
南區分區	= [4,734,838,116 +	13,000,520 - 442,900,798 - (1,474,424,663 -	2,723,239) -	422,577] /	2,869,616,557 =	0.98717504
高屏分區	= [5,278,430,099 +	11,271,978 - 328,668,680 - (1,674,540,537 -	5,605,278) -	175,764] /	3,384,778,595 =	0.97256653
東區分區	= [659,989,474 +	21,136,813 - 77,064,835 - (232,432,715 -	1,487,362) -	72,162] /	355,051,336 =	1.05067605

2. 一般服務全區浮動每點支付金額

= 加總「風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD6)

+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用

- (核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議)

- 自費核定點數(BJ)]

／ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [32,876,901,116 + 52,588,075 - (9,931,647,151 - 24,128,721) - 2,574,431] / 24,057,179,883 = 0.95686180

註：藥品給付協議回數金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

3. 一般服務分區平均點值 = [風險調整撥款撥補後一般服務預算總額(BD6) + 該分區新增醫療分業地區所增加之藥品調劑費用] / [一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 自墊核退點數(BJ)]

臺北分區 = [10,929,304.565 + 444,456] / [8,453,917.262 + 3,170,359.269 - 7,286,745 + 612,523] = 0.94079215
 北區分區 = [5,116,639.652 + 3,985,624] / [3,672,229.746 + 1,548,845.447 - 3,489,641 + 577,735] = 0.98130798
 中醫分區 = [6,157,699.210 + 2,748,684] / [4,464,230.883 + 1,831,044.520 - 3,536,456 + 713,670] = 0.97902174
 南區分區 = [4,734,838.116 + 13,000,520] / [3,316,518.648 + 1,474,424.663 - 2,723,239 + 422,577] = 0.99147900
 高屏分區 = [5,278,430.099 + 11,271,978] / [3,721,340.854 + 1,674,540.537 - 5,605,278 + 175,764] = 0.98130958
 東區分區 = [659,989.474 + 21,136,813] / [428,942.490 + 232,432.715 - 1,487,362 + 72,162] = 1.03207207

4. 一般服務全區平均點值 = [32,876,901,116 + 52,588,075] / [24,057,179,883 + 9,931,647,151 - 24,128,721 + 2,574,431] = 0.96944755

5. 西醫基層醫療給付費用總額平均點值 = 加總[風險調整撥款撥補後一般服務預算總額(BD6) + 該分區新增醫療分業地區所增加之藥品調劑費用 + 專款專用暫結金額(註)] / 加總分區[一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 自墊核退點數(BJ) + 專款專用已支用點數(含品質保證保留款)]

= [32,876,901,116 + 52,588,075 + 1,225,523,602] / [24,057,179,883 + 9,931,647,151 - 24,128,721 + 2,574,431 + 1,224,980,654] = 0.97052645

註：

1. 專款專用暫結金額 = C型肝衰竭暫結金額 + 家庭醫師整合性照護計畫暫結金額 + 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 醫療給付改善方案暫結金額 + 鼓勵院所建立轉診之合作機制暫結金額 + 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 + 後天免疫缺乏病毒治療藥費 + 網路頻寬補助費用 + 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫 + 代謝症候群防治計畫暫結金額 + 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計劃(pay for value)計畫暫結金額 + 精神科長效針劑藥費暫結金額 (各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算) + 品質保證保留款預算 = 134,282,253 + 656,251,738 + 42,900,760 + 218,534,976 + 37,641,800 + 89,664 + 1,977,400 + 55,796,879 + 5,227,516 + 8,022,079 + 875,200 + 6,550,094 + 57,373,243 = 1,225,523,602
2. C型肝衰竭專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議。
3. 罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費、精神科長效針劑藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。
4. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 111年品質保證保留款預算 / 4

七、說明

1. 本季結算費用年月份包括：
費用年月111/09(含)以前：於112/01/01~112/03/31期間核付者。
費用年月111/10~111/12：於111/10/01~112/03/31期間核付者。
2. 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號
聯絡人：張祐禎
聯絡電話：02-27065866 分機：3626
傳真：02-27069043
電子郵件：A111344@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年5月26日
發文字號：健保醫字第1120662183號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：111年第4季「門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定辦理。
- 二、有關111年第4季門診透析預算一般服務部門點值，前於112年5月10日以健保醫字第1120661905號函請全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議代表書面確認在案。旨揭結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/門診透析。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報及醫療服務審查辦法規定，自112年6月15日起，門診透析費用之暫付及核付，依111年第4季結算點值辦理，並於112年6月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。



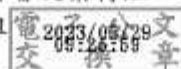
112.05.29



1123340126

正本：本署各分區業務組

副本：田代表士金、白代表其怡、吳代表參斯、宋代表俊明、李代表丞華、林代表元
灝、邱代表琦皓、洪代表冠予、張代表孟源、郭代表咏臻、陳代表文琴、陳代表
盈凱、陳代表鴻文、曾代表國憲、黃代表兆杰、黃代表尚志、楊代表五常、楊代
表孟儒、鄒代表繼群、廖代表秋燭、蔡代表宗昌、謝代表輝龍、顏代表大翔、羅
代表永達、台灣醫院協會、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、台灣腎臟醫學會、社團法人台灣基層透析協會、衛生福利部社會保險
司、衛生福利部全民健康保險會、財政部賦稅署、本署醫審及藥材組、本署企劃
組、本署主計室、本署財務組、本署資訊組、本署承保組



第

訂

錄



程式代號: RGB13108R05
 111年第4季

六、一般服務浮動每點支付金額

預算(D2)-核定非浮動點數合計(M)-1x腹脹透折追蹤處置費核定點數合計(P1)

核定浮動點數合計(P)

11,003,829,072 - 706,844,950 - 163,895,386

11,321,179,147

= 0.89505595 (四捨五入至小數第8位)

七、平均點值

預算(D2)

核定非浮動點數合計(M)+腹脹透折追蹤處置費核定點數合計(P1)+核定浮動點數合計(P)

11,003,829,072

706,844,950 + 163,895,386 + 11,321,179,147

= 0.90255100 (四捨五入至小數第8位)

八、說明

本季結算費用年月包括:

1. 費用年月111/09(含)以前:於112/01/01~112/03/31期間核付者。
2. 費用年月111/10~111/12:於111/10/01~112/03/31期間核付者。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號
聯絡人：歐舒欣
聯絡電話：02-27065866 分機：2614
傳真：02-27069043
電子郵件：A110666@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年6月15日
發文字號：健保醫字第1120662435號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：附件請逕自本署全球資訊網自行擷取

主旨：檢送111年第4季「全民健康保險其他部門結算說明表」，
並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明，請查照。

說明：

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

正本：本署各分區業務組

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

電 2023/06/15
16:44
交 換 章

112.06.16



1123340149

111年度其他預算支用情形

單位：百萬元；%

項目	年	全年 預算數	執行數				小計	全年 執行率
			Q1	Q2	Q3	Q4		
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(含山地鄉論人計酬試辦計畫)		605.4	139.0	126.2	126.0	148.2	539.4	89.1%
提升院所智慧化資訊機制(111年新增項目)、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用 ^{註1}		1,500.0	36.3	195.4	186.9	721.2	1,139.8	76.0%
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫		1,653.8	342.0	341.2	359.2	378.0	1,420.3	85.9%
推動促進醫療體系整合計畫		450.0	40.7	44.4	42.2	49.8	177.1	39.4%
1.醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫			8.9	9.8	9.2	9.2	37.2	
2.跨層級醫院合作計畫			14.2	17.5	16.2	17.0	64.9	
3.急性後期整合照護計畫			16.2	16.0	15.4	22.3	69.9	
4.遠距醫療給付計畫			1.3	1.1	1.4	1.3	5.1	
支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費 ^{註2}		290.0	0.32	0.10	0.19	0.14	0.7	0.3%
支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費 ^{註3}		1,900.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0%
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費		1,000.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0%
腎臟病照護及病人衛教計畫 ^{註4}		450.0	97.3	92.8	98.2	104.5	392.8	87.3%
1.Pre-ESRD之病人照護與衛教計畫			66.2	63.6	69.3	71.1	270.2	
2.初期慢性腎臟病醫療給付改善方案			19.8	17.9	17.7	22.2	77.6	
3.慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫(申復)			0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
※慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫(另行結算)			11.3	11.3	11.3	11.3	45.0	
提升用藥品質之藥事照護計畫 ^{註5}		30.0	0.001	0.09	0.05	0.12	0.26	0.9%
居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務		7,300.0	1,519.2	1,500.7	1,549.0	1,637.9	6,206.8	85.0%
1.居家醫療與照護			972.2	957.1	984.6	1,035.2	3,949.1	
2.助產所			0.8	1.2	0.9	0.7	3.6	
3.精神疾病社區復健			535.9	533.3	552.9	590.6	2,212.8	
4.轉銜長照2.0之服務			10.3	9.0	10.6	11.4	41.3	
提升保險服務成效		600.0	42.9	80.5	102.8	372.5	598.7	99.8%
基層總額轉診型態調整費用 ^{註6}		800.0	47.4	219.6	136.0	138.3	541.4	67.7%
總計		16,579.2	2,265.1	2,601.0	2,600.5	3,550.7	11,017.3	66.5%

註：1.第4季費用大幅增加係因「提升院所智慧化資訊獎勵」(包含：部分負擔新制費用申報格式改版獎勵、居家藍牙APP介接獎勵、就醫識別碼預檢成功獎勵)自111.10.1實施，及資料上傳獎勵費用感延1季結算，故第4季執行數含第3、4季費用。(四部門總額「網路頻寬補助費用」尚無專款不足需支應之情形。)
 2.僅支付狂犬病治療藥費，其餘項目尚無專款不足需支應之情形。
 3.C型肝炎藥費尚無專款不足需支應之情形。
 4.門診透析服務品質提升獎勵計畫為年度另行結算且全數支應，以每季11.3百萬元(45百萬元/4)暫列。
 5.「全民健康保險提升用藥品質藥事照護計畫」於110年10月21日公告實施。
 6.111年度限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」，其中第2季執行數包含110年基層院所接受醫院申報轉診案件之日起6個月之醫療費用屬111年第1季者。

檔 號：
保存年限：

台灣醫院協會 函

地址：新北市淡水區中正東路2段29-5號25樓
承辦人：林佩萩
電話：02-28083300#52
傳真：02-28083304
電子信箱：peichiou@hatw.org.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5月30日
發文字號：院協健字第1120200261號
速別：速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關未達各界共識即宣告修正全民健康保險總額範圍擬訂公式，醫院部門敬表嚴正反對，詳如說明，請 鑒查賜復。

說明：

- 一、鑑於全民健康保險為我國重大民生政策，常年深獲國人高度滿意，亦於此次嚴重特殊傳染性肺炎COVID-19疫情期間發揮快速防護暨診治之功能，使我國免於重大人命暨經濟損失。
- 二、全民健保得以永續經營的關鍵因素在於適切且足額之預算編列，為維持醫療服務提供恆常品質，於總額範圍設置低推估以反應國內外經濟因素、國民人口年齡暨疾病結構之變動為絕對必要之項目。
- 三、近年隨國內外經濟局勢變動，各產業營運成本暨民生物價成長快速，疫情爆發及烏俄戰爭讓情況益形嚴峻，而現行總額低推估公式已是落後二年的數值估列健保基本支出，長年來醫界早已是不敷成本辛苦經營。



112.05.30



1123340128

- 四、參據全民健康保險會議程資料，社保司片面將未達共識之醫療服務成本指數改變率MCPI由現行衍然低估的單年度指標值再修正為4年平均値計算，醫院部門基本營運成本將短缺高達95.174億而整體低推估預算減少達94.456億，形同再將健保財政赤字問題轉嫁予醫界承擔，試問合於政府所提之政府投資健康；照護民眾之政策方向嗎？對此，本會暨各層級醫院協會所形之醫院部門表達嚴正抗議。
- 五、有鑑於健保低推估之運算關乎全民健康福 實宜審慎為之，衛福部亦於多年前成立總額範圍擬訂公式檢討工作小組就公式各式因子進行檢討，其成員卻無醫界代表參與其中，所產出之公式修正建議於議定112年協商之初即不被醫界所認同，今所擬修改之MCPI採4年平均値非但醫界不予支持，其學界亦多表憂慮。
- 六、綜上，醫院部門暨全體醫界懇請 大院明鑒，為確保國人就醫權益及健保政策永續，正視健保財務赤字之餘，亦不應偏廢醫界生存之權益，尚未釐清疑慮之總額任一公式修正之前，應維持現況持續研商溝通。

正本：行政院

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部中央健康保險署、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人台灣私立醫療院所協會

電 2023/06/23
交 16:04:51
文 換 章

檔 號：
保存年限：

社團法人台灣私立醫療院所協會 函

地址：111台北市中山北路四段16號5203A
室
承辦人：施皇如
電話：(02)2885-1528#19
Email：hjshih@nhca.org.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5月30日
發文字號：私立醫協會字第0000112068號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如文

主旨：有關總額範圍擬定低推估公式之醫療服務成本指數(MCPI)改採過去四年平均值計算一事，詳如說明列，建請審慎參酌，如蒙採納，不勝感激。

說明：

- 一、依據衛生福利部112年4月26日及5月25日全民健康保險會第6屆112年第3、4次委員會議報告事項，113年總額公式之「醫療服務成本指數改變率(MCPI)」將採四年平均值計算及本會會員醫院反應內容辦理。
- 二、衛福部雖於5月18日表示，明年健保費用成長率不低於4%，但並未說明將如何計算非協商因素與協商因素之間的比例分配(1%非協商因素+3%協商因素或是3%非協商因素+1%協商因素)？非協商因素增加的金額直接影響健保點值，倘改用四年平均法，將導致明年健保點值大幅下降，醫療院所面臨營運困境，醫護人員難以調高薪資恐造成人力流失等問題。
- 三、衛福部表示MCPI改採四年平均計算是醫療服務提供者要求



112.05.30



1123340127



修改，過程都有醫界、付費者代表、專家全程參與，無明顯反對意見，但經本會詢問當天出席委員，表示此計算方式醫界並未有共識，且相關建議並未被採納；本會諮詢經濟學者，倘若MCPI改為四年平均所造成的影響，經模擬試算結果並非只是外界傳說的減少150億元，而是未來五年衝擊的金額可能高達新臺幣733~966億元(相關資料如附件)。

- 四、另外MCPI在去年為「負值」表示可能有計算上的問題，因為醫院成本結構有50%左右為醫護人員的薪資待遇，底薪加相關津貼從來沒有負成長率，且疫情期間醫護人員待遇並未隨之降低，加上藥品材料等成本持續高漲，不可能下降。
- 五、有關MCPI採用四年平均雖可減緩其波動性，但實施的時間點會影響到醫療界的實質利益，納入前幾年的低通膨效益，將不利於113年醫界可分配到的總額預算，倘若能延後兩、三年實施，避開111、112年較低的效應，各界應較能接受此一改變。
- 六、綜上所述，醫療院所與一般產業特性不同，受限於全民健保總額預算天花板，限縮醫療收入來源之情況下，現正面臨多方面通貨膨脹、成本上漲之情況，實已造成醫療院所經營者龐大之成本壓力；再者疫情爆發以來，皆是醫療院所站在防疫第一線全力守護國人健康，醫療院所倘入不敷出如何奮戰？更有違COVID-19疫情後，政府投資健康、照護民眾的政策方向，本會表達強烈反對在與各界有共識前，片面修改MCPI計算方式，建議請政府相關部門提出差



異試算結果，再由各界檢視其作法，以清楚了解此一政策
產生之衝擊。

正本：行政院、國家發展委員會、衛生福利部

副本：衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部薛瑞元部長、衛生福利部中央健康保險
署石崇良署長



衛生福利部全民健康保險會

第 6 屆 112 年第 5 次委員會議補充資料目錄

會議時間：112 年 6 月 28 日

一、議程確認-----	1
新增：臨時提案「112年B肝藥品擴增給付範圍所需藥費以 112年C型肝炎藥費專款支應」	
二、本會重要業務報告(會議資料第22頁)-----	4
新增九、衛福部公告2則	
三、討論事項	
(一)第二案「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」(會議資料 第 63 頁)-----	14
(二)第三案「112 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配 方式，增列風險調整移撥款修正案」(會議資料第 68 頁)-	46
(三)第四案「機構住民之急性需求，應開放居家醫療團隊進入 治療」(會議資料第 77 頁)-----	58
(四)第五案「居家病人之急性照護需求，建立相關配套支付制 度」(會議資料第 80 頁)-----	62
四、報告事項	
(一)第一案「『罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材』之執 行結果(含醫療利用、藥費及其成長原因分析)，及『罕見疾 病藥費』結算邏輯改變前後之影響」(會議資料第 85 頁)-	65
(二)第二案「其他預算—『提升保險服務成效』、『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)』、『基層總額轉診型態調整費用(含鼓 勵院所建立轉診合作機制)』核(決)定事項之辦理情形」(會 議資料第 89 頁)-----	92

一、議程確認：新增臨時提案「112年B肝藥品擴增給付範圍所需藥費以112年C型肝炎藥費專款支應」

臨時提案

提案單位：中央健康保險署

案由：「112年B肝藥品擴增給付範圍所需藥費以112年C型肝炎藥費專款支應」案，提請討論。

說明：

- 一、為因應國內病毒性肝炎防治需求與配合世界衛生組織於105年揭示至119年「消除病毒性肝炎」之全球目標，本署函請台灣消化系醫學會提供B肝用藥放寬給付之意見，建議針對e抗原陰性者放寬給付規定，年度藥費支出達11.5億元，倘B肝藥品擴增給付範圍於112年10月1日生效，且本署將與廠商協商調降B肝藥品價格事宜，推估今(112)年財務衝擊至多約2.88億元(=11.5/12*3)。
- 二、查112年C肝專款預算43.2億元，經以112年1至5月C肝藥費申報費用推估全年藥費約20.1億元，剩餘額度尚足以支應112年B肝用藥放寬給付範圍所需費用。
- 三、另，規劃將全部B肝藥費自113年起併入C肝藥費專款，並將專款名稱改為病毒性肝炎藥費專款。

擬辦：為更符合B肝治療指引，並儘早達到消除病毒性肝炎之全球目標，使更多人可接受治療，擬將112年B肝藥品擴增給付範圍所需藥費以112年C型肝炎藥費專款支應。

本會補充說明：

- 一、查112年度全民健保醫療給付費用總額及其分配方式，業經衛生福利部112年1月9日公告在案。其中與本案相關事項如下：
 - (一)醫院及西醫基層總額分別在各項經費統籌運用與管理的一般服務項目列有「藥品及特材給付規定改變」，其公告之決定事

項略以：

總額部門	成長率/增加金額	決定事項
醫院	0.228%/ 增加 11.38億元	請中央健康保險署辦理下列事項： 1. <u>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。</u> 於 112 年度總額公告後，至健保會最近 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. <u>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，</u> 並請於 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。
西醫基層	0.115%/增加1.45 億元	

(二)醫院及西醫基層總額在專款專用的專款項目列有「C型肝炎藥費」，並於其他預算編列「醫院及西醫基層C型肝炎藥費專款項目不足之經費」，其公告之決定事項略以：

總額部門	專款金額	決定事項
醫院	34.28億元	1.本項經費醫院總額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.請健保署於額度內妥為管理運用，並於協商 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。
西醫基層	2.92億元	
其他預算	6億元	

二、另查本會決議通過之「112年度總額協商架構及原則」規定如下：

第六點、專款項目

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

(五)其他預算部分：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。

三、綜上，年度總額預算之精神係透過預先協商方式，合理配置與控制年度各項醫療費用，112年總額業於111年依法完成協商及報部核(決)定並公告在案，加上依照總額協商原則，專款項目係有指定專屬用途，且訂有專款不得以任何理由流出之原則，歷年各部門總額專款均遵照辦理。為維持總額制度之穩健執行，建議不宜變動協定項目之預算用途。

四、另本案擴增B肝藥品給付範圍之提案，屬支付標準之改變，尚需依健保法第41條規定(註)之法定程序提經藥品共同擬訂會議討論通過，非屬本會權責，建議倘其完成擴增適用之法定程序，得運用前揭112年醫院及西醫基層總額部門之「藥品及特材給付規定改變」所編費用支應。

註：

健保法第41條第2項

藥物給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主、保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，並得邀請藥物提供者及相關專家、病友等團體代表表示意見，報主管機關核定發布。

(會議資料第 22 頁)

四、本會重要業務報告：新增九、衛福部公告 2 則

說明：

九、衛福部及健保署於本年 5 月至 6 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 6 月 19 日及 21 日寄至各委員電子信箱]：

(一)衛福部

1.本年 6 月 21 日修正發布「全民健康保險保險對象門診藥品、急診應自行負擔之費用」(同預告修正內容，如下表)，將自本年 7 月 1 日生效，如附件一(第 7~10 頁)。

(1)調整門診藥品部分負擔：

院所層級	一般藥品		慢性病連續處方箋	
	藥費 100 元以下	藥費 101 元以上	第 1 次調劑	第 2 次以後調劑
基層院所/ 中醫	免收	比率 20% 上限 200 元	免收	免收
地區醫院	【與原規定相同】	【與原規定相同】	比照一般藥品 【原為免收】	
醫學中心 區域醫院	10 元 【原為免收】	比率 20% 上限 300 元 【原上限 200 元】		

註：低收入戶、中低收入戶、年滿 70 歲中低收入老人及身心障礙者，門診藥品部分負擔維持依現行規定收取(不受影響)。

(2)調整急診部分負擔：

特約類別	原規定		公告內容
	檢傷 1-2 級	檢傷 3-5 級	不區分檢傷
基層診所	150		150
地區醫院	150		150
區域醫院	300		400
醫學中心	450	550	750

註：低收入戶、中低收入戶、年滿 70 歲中低收入老人及身心障礙者急診就醫部分負擔大致維持依現行規定收取，即醫學中心 550 元、區域醫院 300 元、地區醫院及診所 150 元。

2. 本年 6 月 16 日修正發布「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，並自 112 年 7 月 1 日生效，如附件二(第 11~13 頁)，本次修正重點如下：

(1) 第二部西醫：

① 新增診療項目：5 項

A. 新增「直腸癌術前低分次放射治療」等 4 項(預算來源：112 年醫院及西醫基層總額「新醫療科技」預算，醫院為 632 百萬元、西醫基層為 50 百萬元)。

B. 「提升基層護理人員照護品質加計」(6 點)1 項(預算來源：112 年度西醫基層總額「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」預算 659.3 百萬元)。

② 調升支付點數：西醫基層第一階段(每日門診量≤40 人次)門診診察費等 25 項診療項目調升 1 點(預算來源：112 年度西醫基層總額「配合分級醫療調高診察費」預算 122.5 百萬元)、1~30 人次門診診察費再加 5 點(預算：112 年度西醫基層總額「醫療服務成本及人口因素成長率」1,762.5 百萬元)。

③ 開放表別至西醫基層適用：「頸動脈聲圖檢查」1 項(預算來源：112 年度西醫基層總額「強化基層照護能力及開放表別」預算 1,320 百萬元)。

④ 修訂支付規範：

A. 修訂「出院準備及追蹤管理費」等項目支付規範(如：增列排除案件、新增適應症、修正申報規範及執行條件)。

B. 修改 19 項腹腔鏡相關手術支付規範有關廠牌名稱「達文西」相關文字為「機械手臂」。

(2)第五部第一章居家照護第十一條通則：增列機構定義。

(3)第七部全民健康保險住院診斷關聯群：修正「附表 7.3 112 年 7 月至 12 月 3.4 版 1,068 項 Tw-DRGs 權重表」之標準給付額、權重及各項參數值。

(二)健保署

如會議資料第 22~25 頁，序號順調。

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

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年6月21日
發文字號：衛部保字第1121260222C號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：公告影本1份

主旨：「全民健康保險保險對象門診藥品、急診應自行負擔之費用」，業經本部於中華民國112年6月21日以衛部保字第1121260222號公告修正發布，並定自112年7月1日生效，茲檢送公告影本1份，請查照。

正本：台灣醫院協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、社團法人台灣急診醫學會、台灣兒童急診醫學會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、內政部、內政部役政署、內政部消防署、內政部警政署、內政部移民署、內政部空中勤務總隊、國軍退除役官兵輔導委員會、海洋委員會海巡署、中央警察大學、衛生福利部疾病管制署、衛生福利部社會及家庭署、本部醫事司、本部社會救助及社工司、本部全民健康保險爭議審議會、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)

112.06.21



112CC00512

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國112年6月21日
發文字號：衛部保字第1121260222號
附件：全民健康保險保險對象門診藥品、急診應自行負擔之費用1份



主旨：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」，並自中華民國一百十二年七月一日生效。

依據：全民健康保險法第四十三條第三項。

公告事項：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」如附件，其他保險對象門診應自行負擔之費用，依現行規定辦理。

部長 薛瑞元

附件

一、全民健康保險保險對象門診藥品應自行負擔之費用

(一) 收取金額如下：

單位：新臺幣(元)

藥品費用	應自行負擔費用	
	西醫基層醫療單位/ 地區醫院/中醫	區域醫院/ 醫學中心
100 元以下	0 元	低收入戶/中低收入者/身心障礙者(註1) 0 元
		10 元
101-200 元	20 元	20 元
201-300 元	40 元	40 元
301-400 元	60 元	60 元
401-500 元	80 元	80 元
501-600 元	100 元	100 元
601-700 元	120 元	120 元
701-800 元	140 元	140 元
801-900 元	160 元	160 元
901-1,000 元	180 元	180 元
1,001-1,100 元	200 元	200 元
1,101-1,200 元		220 元
1,201-1,300 元		240 元
1,301-1,400 元		260 元
1,401-1,500 元		280 元
1,501 元以上		300 元
		低收入戶(註2)/ 中低收入者/ 身心障礙者 200 元

(二) 保險對象持醫院開立之慢性病連續處方箋調劑(開藥二十八天以上), 第一次調劑以當次調劑慢性病藥品費用與一般藥品費用併計應自行負擔之門診藥品費用。

(三) 下列情形之一者，免計應自行負擔之門診藥品費用：

1. 接受牙醫醫療服務。
2. 接受全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準所定論病例計酬項目服務。
3. 低收入戶、中低收入者及身心障礙者持慢性病連續處方箋調劑（開藥二十八天以上）。
4. 持西醫基層醫療單位及中醫門診開立之慢性病連續處方箋調劑（開藥二十八天以上）。
5. 持醫院開立之慢性病連續處方箋第二次及第三次調劑（開藥二十八天以上）。

二、全民健康保險保險對象急診應自行負擔之費用

(一) 收取金額如下：

單位：新臺幣(元)

層級別	應自行負擔費用
醫學中心	750 元
區域醫院	400 元
地區醫院	150 元
基層醫療單位	150 元

(二) 低收入戶(註2)、中低收入者及身心障礙者急診，於醫學中心應負擔費用 550 元、於區域醫院應負擔費用 300 元、於地區醫院及基層醫療單位應負擔費用 150 元。

註：

1. 「低收入戶」指合於社會救助法規定之低收入戶成員；「中低收入者」指符合社會救助法規定之中低收入戶及符合老人參加全民健康保險無力負擔費用補助辦法規定之年滿七十歲中低收入老人；「身心障礙者」指領有社政主管機關核發之身心障礙證明者。
2. 低收入戶應自行負擔之費用，依法由中央社政主管機關補助。
3. 其他保險對象門診應自行負擔之費用，依現行規定辦理。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

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

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年6月16日
發文字號：衛部保字第1120124019C號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表之pdf檔各1份

主旨：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，業經本部於中華民國112年6月16日以衛部保字第1120124019號令修正發布，並自112年7月1日生效，茲檢送發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表各1份，請查照。

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

112.06.17



112CC00492

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正總說明

本次醫療服務給付項目及支付標準(以下稱本支付標準)之修正，為本(一百十二)年第二次修正，並一百十二年七月一日生效。

本次修正，主要依據本年度醫院及西醫基層部門總額決定事項，調升基層院所門診診察費及放寬表別、新增診療項目及修正支付規範，及更新全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)權重表等。要點如下：

一、西醫基本診療(第二部第一章)

(一)門診診察費(第一節)：

1. 基層院所門診診察費第一段門診量，其中一人至三十人次支付點數調升六點(含精神科門診診察費)，其餘項目調升一點。
2. 新增「提升基層護理人員照護品質加計」(編號00246C, 6點)項目，限由聘有護理人員且調升其薪資之西醫基層診所，申報一人至三十人次門診診察費之案件時得以併報。

(二)住院診察費(第二節)：「出院準備及追蹤管理費」(編號02025B)支付規範增列排除案件，以及「器官移植協調管理費」(編號02027B)增列骨髓移植適應症。

(三)病房費(第三節)：加護病床費增列兒童適用範圍。

二、西醫特定診療(第二部第二章)

(一)檢查(第一節)：

1. 修正「白血病即時定量聚合酶連鎖反應法」(編號12207B)等五項目，增列申報規範、執行人員資格或英文名稱。
2. 「頸動脈聲圖檢查」(編號18010B)項目開放適用表別至基層院所，併同修正編號及支付規範。
3. 放寬「特異過敏原免疫檢驗」(編號30022C)醫院可執行適應症及

明定申報規範。

(二) 放射線診療 (第二節)：

1. 新增「直腸癌術前低分次放射治療」(編號36024B, 204, 966點)。
2. 增列「3D電腦斷層模擬攝影」(編號36021C)適應症。

(三) 注射 (第三節)：

1. 新增「慢性偏頭痛肉毒桿菌素注射技術費」(編號39026C, 3, 664點)項目。
2. 增列「肉毒桿菌素注射費」(編號39023B)各適應症申報上限及定明申報規範。

(四) 治療處置 (第六節)：

1. 新增「難治型顱內高壓之低溫療法一首日」(編號47081B, 6, 057點)及「難治型顱內高壓之低溫療法一第二日至第七日(每日)」(編號47082B, 2, 505點)等二項目,並配合修正相關支付規範十項。
2. 修正「癌症治療計畫諮詢規劃費」(編號47079B)等三項支付規範,修正申報規定或執行醫院條件。

(五) 手術 (第七節)：修正「經導管主動脈瓣膜置換術」(編號68040B)執行醫院條件之計算方式,及刪除腹腔鏡相關手術支付規範有關廠牌名稱「達文西」文字共十九項。

(六) 全民健康保險醫療費用審查注意事項有關不得併報或限制執行次數及頻率,且執行逾三年之規定,增列至本支付標準,修正本章「胎心音監視(三小時以內/三小時後每小時)」等十九項支付規範。

三、居家照護 (第五部第一章)：增列「機構」定義 (通則十一)。

四、全民健康保險住院診斷關聯群 (第七部)：修正「附表 7.3 112 年 7 月至 12 月 3.4 版 1,068 項 Tw-DRGs 權重表」。

(會議資料第 63 頁)

討論事項第二案

提案人：詹委員永兆

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：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，提請討論。

說明：

- 一、依衛生福利部中央健康保險署111年第3季及第4季「中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表」及「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍與動支程序辦理。
- 二、中醫門診總額111年平均點值第3季為0.8911、第4季為0.8633，較110年第3季(1.0844)、第4季(1.0153)的落差超出5%；另111年第3季一般服務之醫療費用點數較去年同期多21.05%，第4季較去年同期多27.16%，並大於當年度醫療服務成本及人口因素成長率(1.085%)+5%以上，符合「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目一、適用範圍(一)屬「非預期風險」中具傳染性疾病異常流行且符合評估指標。
- 三、疫情導致民眾就醫習慣改變，從確診到後遺症就診中醫比率明顯攀升，在各種醫別就醫率成長中更顯的突出：從疫情發生開始，有關C5案件疾病管制署(CDC)以經費彌補疫情這2年的就醫人次下降(如西醫快篩陽判讀每人500元，居家照顧每人1,000元)，中醫未有此經費挹注，但是中醫卻因疫病因素使得利用人口增加，確診利用中醫人口超出歷史上的數據，此風險因素並未被健保使用風險考慮到，今年確診個案若不符合重症風險因子，其診療費用全部由健保給付，而新冠後遺症屬於跨科別的診療，亦是中醫不分科別的特殊診療特點，明顯受到確診後遺症民眾高度信賴使用。
- 四、費用預估：因111年第3季及第4季病人醫療需求大幅上升，對本

部門整體醫療費用造成顯著影響，本會建議能以疫情第一年對中醫影響較少的109年浮動點值之平均值做為補付基準，預估費用為892.6百萬元。

擬辦：建請同意動支「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」挹注因111年第3季及第4季病人醫療需求大幅上升的中醫部門，填補中醫整體醫療費用的缺口。

.....

本會補充說明：

一、本案係訴求動支111年度「其他預算」項下「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」預算，該項編列有10億元，而依其公告之協定事項，其經費之支用，須依本會議定之「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」之適用範圍與動支程序(下稱適用範圍與動支程序，如附件一，第17~18頁)辦理，截至目前為止，該項費用並未動支。

二、依適用範圍與動支程序，其中屬「非預期風險」者，其動支程序，略以：

(一)須先進行「提案前評估」，由受影響之總額部門及健保署於提案前共同完成評估，確定對總額影響顯著，且其影響不可歸責於該總額部門。

(二)提案時，須檢附前述評估資料與相關數據(含不可歸責於總額部門之評估資料)，供本會議定。

三、本案屬非預期風險之突發性特殊情況，提案前須先完成「提案前評估作業」。查中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)於112.6.9函請健保署協助評估本案是否符合上開動支程序，並副知本會。惟本會迄今(112.6.27)並未收到提案委員檢附由中醫門診總額部門及健保署共同完成之提案前評估資料。依據適用範圍與動支程序規定，本提案資料內容不完備，未符合提案程序，請委員審酌本案是否進行討論。

四、本會前於112.6.14依據中全會來函副本，請辦健保署協助提供相關評估資料。健保署於112.6.27提供相關資料如附件二(第19~38

頁)。本會就健保署提供之資料補充研析意見(如附件三，第39~40頁)，併請委員參考。

五、另中全會於 112.6.27 下午提供補充資料如附件四(第 42~45 頁)。

「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目 之適用範圍與動支程序

100.12.9 費協會第 178 次委員會議通過

103.11.28 健保會第 1 屆 103 年第 11 次委員會議修正

106.4.28 健保會第 3 屆 106 年第 3 次委員會議修正

一、適用範圍：

(一)屬「非預期風險」：

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

(二)屬「其他非預期政策改變」：

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

二、動支程序：

(一)屬「非預期風險」：

1.提案前評估：

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

依非預期風險事件之屬性，其適用情況及評估指標如下：

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

①平均點值在0.9以下，且較去年同季點值下降幅度>

5%以上。

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

若該疾病異常流行具有地區性差別，則適用受影響之健保分區；閾值同上。

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

2.提案及議定：

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

3.核定與執行：

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

(二)屬「其他非預期政策改變」：

1.提案及議定：

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

2.核定與執行：

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

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

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

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

(2)其他預算：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。

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

中央健康保險署依本會所請提供之評估資料

111 年中醫門診總額動支其他預算「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」評估資料

一、新冠疫情對中醫門診總額 110、111 年醫療費用之影響情形及影響評估

(一)以 108 年至 111 年中醫醫療利用情形統計來看，110 年至 111 年第 1 季整體就醫次數及醫療費用皆較 108 年(疫情前一年)減少或持平，惟自 111 年第 2 季起就醫次數及醫療費用皆較 108 年及前一年大幅成長，又以感染症皆較 108 年及前一年大幅成長，其中類流感及 COVID-19 案件成長趨勢更為明顯(表 1，第 21 頁)。

(二)111 年中醫門診總額第 3、4 季點值及醫療費用非預期風險評估指標分析(表 2，第 22 頁)

依據「調節非預期風險及其他非預期政策所需經費」項目之動支程序，非預期風險評估指標分析摘要如下：

1.評估指標 1-平均點值在 0.9 以下，且較去年同季點值下降幅度 $>5\%$ 以上：111 年第 3、4 季中醫平均點值，除東區以外各分區當季平均點值皆小於 0.9，且較前一年同期點值下降幅度大於 5%以上。

2.評估指標 2-一般服務之醫療費用點數成長率 $>$ (當年度醫療服務成本及人口因素成長率 $+5\%$)以上：111 年第 3、4 季中醫一般服務之醫療費用點數各分區皆大於 6.085%。(111 年度醫療服務成本及人口因素成長為 1.085%)。

二、分析影響 111 年中醫門診總額第 3、4 季點值及醫療費用點數之因素，醫療利用增加是否不可歸責於該總額部門

以 108-111 年第 3、4 季中醫醫療利用情形(同表 1)來看新冠肺炎對中醫就醫件數及醫療費用的影響，111 年第 3-4 季整體就醫件數及醫療費用皆較前一年或 108 年(疫情前一年)大幅成長；感染

症案件就醫件數及醫療費用亦較前一年或 108 年大幅成長，其中類流感及 COVID-19 案件成長趨勢更為明顯。

三、中醫門診總額 111 年第 3 季及第 4 季結算平均點值補至 108-110 年同期平均點值估算所需經費：(表 3~5，第 23~25 頁)

有關中醫師公會全國聯合會函提費用預估一節，本署依據「調節非預期風險及其他非預期政策所需經費」項目之適用範圍與動支程序估算所需經費，若以 111 年第 3 季及第 4 季中醫門診總額結算平均點值補至 108-110 年同期平均點值所需經費為估算上限，若同期平均點值逾 0.9 則最高補至 0.9 所需經費為估算下限，則補至 108 年同期約需 237.32-265.16 百萬元，補至 109 年同期約需 434.38-1,133.04 百萬元，補至 110 年同期則約需 442.04-2,899.82 百萬元。

四、提供四總額部門以下數據供參：

- (一)107 至 111 年四總額部門醫療服務利用情形(表 6-1~表 6-8，第 26~33 頁)及點值(表 7，第 34 頁)。
- (二)四總額部門 111 年疫情影響醫療利用情形統計(表 8-1~8-4，第 35~38 頁)。

表 1.108-111年中醫醫療利用情形統計

統計值/ 費用年季	類流感及COVID-19				其他感 染 症 或呼吸 道 癥 候		其他 COVID-19 後病況 (C)	感 染 症 小 計 (D=A+B+C)	相 較 108年 成 長 率	相 較 前 一 年 成 長 率	非 感 染 症 (E)	合 計 (T=D+E)	相 較 108 年 成 長 率	相 較 前 一 年 成 長 率
	值(A)	相 較 108 年 成 長 率	相 較 前 一 年 成 長 率	(B)	(C)									
就醫件數(千件)														
108年														
Q1	76			679	-	754				8,722	9,477			
Q2	64			648	-	712				9,332	10,044			
Q3	59			622	-	681				9,654	10,335			
Q4	74			709	-	783				9,693	10,476			
109年														
Q1	60	-20.4%	-20.4%	658	-	718	-4.8%	-4.8%	8,675	9,394	9,942	-0.9%	-0.9%	
Q2	31	-50.8%	-50.8%	442	-	473	-33.6%	-33.6%	9,469	10,061	10,061	-1.0%	-1.0%	
Q3	35	-39.8%	-39.8%	433	-	468	-31.2%	-31.2%	9,593	9,606	9,606	-2.7%	-2.7%	
Q4	42	-43.5%	-43.5%	472	-	514	-34.4%	-34.4%	9,092	9,606	9,606	-8.3%	-8.3%	
110年														
Q1	37	-50.8%	-38.2%	444	-	481	-36.2%	-33.0%	8,351	8,832	8,832	-6.8%	-6.0%	
Q2	29	-54.4%	-7.3%	367	-	396	-44.4%	-16.3%	7,715	8,111	8,111	-19.2%	-18.4%	
Q3	17	-70.5%	-51.0%	300	-	318	-53.4%	-32.2%	8,370	8,688	8,688	-15.9%	-13.6%	
Q4	24	-66.9%	-41.4%	343	0	368	-53.0%	-28.5%	8,920	9,288	9,288	-11.3%	-3.3%	
111年														
Q1	25	-66.9%	-32.7%	331	0	356	-52.8%	-26.1%	8,128	8,484	8,484	-10.5%	-3.9%	
Q2	1,042	1537.2%	3489.7%	781	23	1,846	159.2%	366.1%	8,848	10,694	10,694	6.5%	31.8%	
Q3	1,457	2371.8%	8274.3%	1,123	161	2,741	302.3%	763.1%	10,039	12,780	12,780	23.7%	47.1%	
Q4	1,058	1334.0%	4231.6%	1,351	155	2,564	227.5%	597.4%	10,175	12,739	12,739	21.6%	37.2%	
醫療點數(百萬點)														
108年														
Q1	39			366	-	405			6,128	6,534	6,534			
Q2	34			357	-	391			6,740	7,131	7,131			
Q3	31			344	-	375			6,985	7,360	7,360			
Q4	39			392	-	431			7,035	7,466	7,466			
109年														
Q1	33	-17.4%	-17.4%	371	-	403	-0.5%	-0.5%	6,366	6,769	6,769	3.6%	3.6%	
Q2	17	-48.6%	-48.6%	257	-	275	-29.8%	-29.8%	7,074	7,348	7,348	3.0%	3.0%	
Q3	20	-37.2%	-37.2%	252	-	272	-27.5%	-27.5%	7,255	7,527	7,527	2.3%	2.3%	
Q4	23	-41.0%	-41.0%	275	-	298	-30.9%	-30.9%	6,930	7,229	7,229	-3.2%	-3.2%	
110年														
Q1	21	-47.2%	-36.1%	259	-	280	-30.9%	-30.5%	6,401	6,681	6,681	2.3%	-1.3%	
Q2	17	-50.5%	-3.7%	216	-	233	-40.4%	-15.1%	6,012	6,245	6,245	-12.4%	-15.0%	
Q3	10	-67.4%	-48.1%	179	-	189	-49.7%	-30.5%	6,514	6,703	6,703	-8.9%	-10.9%	
Q4	14	-63.9%	-38.9%	203	0	218	-49.5%	-27.0%	7,039	7,256	7,256	-2.8%	0.4%	
111年														
Q1	15	-62.8%	-29.6%	196	0	211	-47.9%	-24.6%	6,474	6,686	6,686	2.3%	0.1%	
Q2	957	2721.3%	5599.4%	454	15	1,425	264.6%	511.4%	6,873	8,298	8,298	16.4%	32.9%	
Q3	1,371	4261.2%	13276.4%	655	104	2,130	467.8%	1027.9%	7,712	9,842	9,842	33.7%	46.8%	
Q4	971	2365.4%	6737.9%	787	101	1,859	331.1%	754.4%	7,837	9,696	9,696	29.9%	33.6%	

註：

- 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台門住診、交付機構明細(彙算日期：2023/6/5)。
- 資料範圍：總額內案件或C5代辦COVID-19、COVID-19後病況案件。
- 統計定義：
 - 就醫件數：門住診就醫註記欄位(OP_CASE/HP_CASE)合計，交付機構不計。
 - 醫療點數：申報點數及部分負擔金額合計。
 - 感染症/非感染症：COVID-19、類流感、其他感染症或呼吸道癥候、其他COVID-19後病況之案件歸類為感染症，其餘為非感染症。
 - COVID-19：主診斷碼為U07.1、U07.2、U09.9者，惟依現行申報規定，僅有主診斷U07.1之案件。
 - 類流感：主診斷碼三碼為J09-J18、A22、A37、B25、B44或診斷碼為J06.9者。
 - 其他感染症或呼吸道相關癥候：排除類流感後，主診斷第一碼為A、B者(涵蓋感染症及寄生蟲病)，或主診斷第一碼為R且CCS分類屬呼吸道病症(126,133,134)或不明熱(246)類別者。
 - 其他COVID-19後病況：排除上述主診斷條件後，任一診斷碼為「U09.9=COVID-19後病況」者。

表2-111年中醫門診總額第3、4季點值及醫療費用點數影響評估

評估指標1:平均點值<0.9且同季降幅>5%註記

年季	月份	項目	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	全區
110年									
第3季	7-9月	浮動點值	1.2634	1.1591	1.0574	1.0613	1.0739	1.2874	1.1361
		平均點值	1.1656	1.0957	1.0367	1.0367	1.0449	1.1879	1.0844
第4季	10-12月	浮動點值	1.0359	1.0452	0.9986	1.0333	0.9967	1.2375	1.0245
		平均點值	1.0227	1.0273	0.9991	1.0201	0.9979	1.1562	1.0153
111年									
第3季	7-9月	浮動點值	0.8331	0.7861	0.8115	0.8122	0.8153	1.1607	0.8220
		平均點值	0.8969	0.8730	0.8817	0.8885	0.8888	1.1034	0.8911
條件1	點值<0.9		Y	Y	Y	Y	Y	N	
	同季平均點值成長率		-23%	-20%	-15%	-14%	-15%	-7%	
條件2	同季降幅>5%註記		Y	Y	Y	Y	Y	Y	
條件1&2			Y	Y	Y	Y	Y	N	
第4季	10-12月	浮動點值	0.7830	0.7267	0.7745	0.7832	0.7491	1.1238	0.7746
		平均點值	0.8673	0.8398	0.8595	0.8718	0.8497	1.0792	0.8633
條件1	點值<0.9		Y	Y	Y	Y	Y	N	
	同季平均點值成長率		-15%	-18%	-14%	-15%	-15%	-7%	
條件2	同季降幅>5%註記		Y	Y	Y	Y	Y	Y	
條件1&2			Y	Y	Y	Y	Y	N	

評估指標2:一般服務之醫療費用點數成長率>(當年度醫療服務成本及人口因素成長率+5%)以上
門檻:111年醫療服務成本及人口因素成長率(1.085%)+5%,合計6.085%

年季	月份	項目	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	全區
110年									
第3季	7-9月	醫療點數	1,834	846	1,786	983	1,099	153	6,702
第4季	10-12月	醫療點數	2,055	902	1,889	1,055	1,193	161	7,256
111年									
第3季	7-9月	醫療點數	2,471	1,110	2,192	1,207	1,354	174	8,509
較前一年同期點數成長率			34.70%	31.28%	22.73%	22.81%	23.15%	13.75%	26.96%
條件:成長率>門檻			Y	Y	Y	Y	Y	Y	
第4季	10-12月	醫療點數	2,495	1,137	2,257	1,272	1,431	177	8,769
較前一年同期點數成長率			21.42%	25.99%	19.47%	20.52%	20.00%	10.09%	20.86%
條件:成長率>門檻			Y	Y	Y	Y	Y	Y	

註:表列符合條件者為Y;不符合者為N。

表3-111Q3與111Q4中醫結算平均點值補至108年同期之平均點值或最高補至0.9-估算所需的經費

111Q3											
就醫分區	跨區就醫調整後總額(百萬)		點數(百萬)		結算點值		平均點值逾0.9		補至108Q3平均點值		
	(G1)	(A1)	非浮動	浮動	自墊核退	平均點值	108Q3平均點值	(E1)	(F1)	((A1+B1+C1)*E1-G1)	最高補至0.9需補助的差額 ((A1+B1+C1)*F1-G1)
臺北	2,183	929	1,505	0.05	0.89685281	0.88068344	0.88068344	0.88068344	0.88068344	0.00	0.00
北區	940	438	640	0.03	0.87302036	0.90164936	0.90164936	0.90000000	0.90000000	30.84	29.06
中區	1,867	789	1,328	0.04	0.88174125	0.87034011	0.87034011	0.87034011	0.87034011	0.00	0.00
南區	1,030	471	688	0.02	0.88854635	0.90143481	0.90143481	0.90000000	0.90000000	14.94	13.28
高屏	1,170	523	793	0.01	0.88875381	0.90199728	0.90199728	0.90000000	0.90000000	17.43	14.80
東區	163	53	95	0.01	1.10335224	1.09005344	1.09005344	0.90000000	0.90000000	0.00	0.00
合計	7,353	3,203	5,049	0.16	0.89110928	0.89062276	0.89062276	0.89062276	0.89062276	63.21	57.14

111Q4											
就醫分區	跨區就醫調整後總額(百萬)		點數(百萬)		結算點值		平均點值逾0.9		補至108Q4平均點值		
	(G2)	(A2)	非浮動	浮動	自墊核退	平均點值	108Q4平均點值	(E2)	(F2)	((A2+B2+C2)*E2-G2)	最高補至0.9需補助的差額 ((A2+B2+C2)*F2-G2)
臺北	2,123	951	1,498	0.07	0.86727374	0.86191817	0.86191817	0.86191817	0.86191817	0.00	0.00
北區	922	454	644	0.03	0.83984032	0.88416212	0.88416212	0.88416212	0.88416212	48.66	48.66
中區	1,867	819	1,354	0.03	0.85945430	0.87962905	0.87962905	0.87962905	0.87962905	43.83	43.83
南區	1,059	496	718	0.02	0.87178570	0.91792211	0.91792211	0.90000000	0.90000000	56.05	34.28
高屏	1,184	559	835	0.01	0.84973350	0.88896250	0.88896250	0.88896250	0.88896250	53.40	53.40
東區	163	54	97	0.01	1.07922271	1.06876737	1.06876737	0.90000000	0.90000000	0.00	0.00
合計	7,319	3,333	5,144	0.18	0.86325539	0.88512547	0.88512547	0.88512547	0.88512547	201.95	180.18
111Q3+111Q4合計										265.16	257.32

表 3

表4-111Q3與111Q4中醫結算平均點值補至109年同期之平均點值或最高補至0.9-估算所需的經費

111Q3												
就醫分區	跨區就醫調整後總額(百萬)		點數(百萬)		結算點值		平均點值逾0.9最高補至0.9(F3)		補至109Q3平均點值需補助的差額((A3+B3+C3)*E3-G3)		最高補至0.9需補助的差額((A3+B3+C3)*F3-G3)	
	(G3)		(A3)	(B3)	(C3)	(D3)	(E3)					
臺北	2,183		929	1,505	0.05	0.89685281	0.89189558	0.89189558	0.00	0.00	0.00	0.00
北區	940		438	640	0.03	0.87302036	0.93124522	0.90000000	62.72	62.72	29.06	29.06
中區	1,867		789	1,328	0.04	0.88174125	0.91218611	0.90000000	64.45	64.45	38.66	38.66
南區	1,030		471	688	0.02	0.88854635	0.93380103	0.90000000	52.45	52.45	13.28	13.28
高屏	1,170		523	793	0.01	0.88875381	0.93255428	0.90000000	57.66	57.66	14.80	14.80
東區	163		53	95	0.01	1.10335224	1.08900784	0.90000000	0.00	0.00	0.00	0.00
合計	7,353		3,203	5,049	0.16	0.89110928	0.9178099	0.90000000	237.28	237.28	95.80	95.80

111Q4													
就醫分區	跨區就醫調整後總額(百萬)		點數(百萬)		結算點值		平均點值逾0.9最高補至0.9(F4)		補至109Q4平均點值需補助的差額((A4+B4+C4)*E4-G4)		最高補至0.9需補助的差額((A4+B4+C4)*F4-G4)		
	(G4)		(A4)	(B4)	(C4)	(D4)	(E4)						
臺北	2,123		951	1,498	0.07	0.86727374	0.94399499	0.90000000	187.85	187.85	80.13	80.13	
北區	922		454	644	0.03	0.83984032	0.98724529	0.90000000	161.85	161.85	66.05	66.05	
中區	1,867		819	1,354	0.03	0.85945430	0.96283054	0.90000000	224.57	224.57	88.08	88.08	
南區	1,059		496	718	0.02	0.87178570	0.99435581	0.90000000	148.91	148.91	34.28	34.28	
高屏	1,184		559	835	0.01	0.84973350	0.96646115	0.90000000	162.64	162.64	70.04	70.04	
東區	163		54	97	0.01	1.07922271	1.14505607	0.90000000	9.94	9.94	0.00	0.00	
合計	7,319		3,333	5,144	0.18	0.86325539	0.96868494	0.90000000	895.76	895.76	338.58	338.58	
111Q3+111Q4合計										1,133.04	1,133.04	434.38	434.38

表 4

表5-111Q3與111Q4中醫結算平均點值或最高補至110年同期之平均點值或最高補至0.9-估算所需的經費

就醫分區	111Q3										111Q4																								
	跨區就醫調整後總額(百萬)					結算點值					平均點值逾0.9最高補至0.9(F5)					補至110Q3平均點值需補助的差額					最高補至0.9需補助的差額														
	(G5)	非浮動(A5)	浮動(B5)	自墊核退(C5)	平均點值(D5)	110Q3平均點值(E5)	(F5)	(A.5+B5+C5)*E5-G5)	((A.5+B5+C5)*F5-G5)	(A.5+B5+C5)*E5-G5)	((A.5+B5+C5)*F5-G5)	(G6)	非浮動(A6)	浮動(B6)	自墊核退(C6)	平均點值(D6)	110Q4平均點值(E6)	(F6)	(A.6+B6+C6)*E6-G6)	((A.6+B6+C6)*F6-G6)	(A.6+B6+C6)*E6-G6)	((A.6+B6+C6)*F6-G6)													
臺北	2,183	929	1,505	0.05	0.89685281	1.16559603	0.90000000	654.14	0.90000000	654.14	7.66	929	1,505	0.05	0.89685281	1.16559603	0.90000000	654.14	0.90000000	654.14	7.66	929	1,505	0.05	0.89685281	1.16559603	0.90000000	654.14	0.90000000	654.14	7.66				
北區	940	438	640	0.03	0.87302036	1.09574514	0.90000000	239.90	0.90000000	239.90	29.06	438	640	0.03	0.87302036	1.09574514	0.90000000	239.90	0.90000000	239.90	29.06	438	640	0.03	0.87302036	1.09574514	0.90000000	239.90	0.90000000	239.90	29.06				
中區	1,867	789	1,328	0.04	0.88174125	1.03665018	0.90000000	327.96	0.90000000	327.96	38.66	789	1,328	0.04	0.88174125	1.03665018	0.90000000	327.96	0.90000000	327.96	38.66	789	1,328	0.04	0.88174125	1.03665018	0.90000000	327.96	0.90000000	327.96	38.66				
南區	1,030	471	688	0.02	0.88854635	1.03667165	0.90000000	171.69	0.90000000	171.69	13.28	471	688	0.02	0.88854635	1.03667165	0.90000000	171.69	0.90000000	171.69	13.28	471	688	0.02	0.88854635	1.03667165	0.90000000	171.69	0.90000000	171.69	13.28				
高屏	1,170	523	793	0.01	0.88875381	1.04485736	0.90000000	205.49	0.90000000	205.49	14.80	523	793	0.01	0.88875381	1.04485736	0.90000000	205.49	0.90000000	205.49	14.80	523	793	0.01	0.88875381	1.04485736	0.90000000	205.49	0.90000000	205.49	14.80				
東區	163	53	95	0.01	1.10335224	1.18792365	0.90000000	12.52	0.90000000	12.52	0.00	53	95	0.01	1.10335224	1.18792365	0.90000000	12.52	0.90000000	12.52	0.00	53	95	0.01	1.10335224	1.18792365	0.90000000	12.52	0.90000000	12.52	0.00				
合計	7,353	3,203	5,049	0.16	0.89110928	1.08441827	0.90000000	1,611.69	0.90000000	1,611.69	103.46	3,203	5,049	0.16	0.89110928	1.08441827	0.90000000	1,611.69	0.90000000	1,611.69	103.46	3,203	5,049	0.16	0.89110928	1.08441827	0.90000000	1,611.69	0.90000000	1,611.69	103.46				
111Q4																																			
就醫分區	跨區就醫調整後總額(百萬)										結算點值										平均點值逾0.9最高補至0.9(F6)					補至110Q4平均點值需補助的差額					最高補至0.9需補助的差額				
	(G6)	非浮動(A6)	浮動(B6)	自墊核退(C6)	平均點值(D6)	110Q4平均點值(E6)	(F6)	(A.6+B6+C6)*E6-G6)	((A.6+B6+C6)*F6-G6)	(A.6+B6+C6)*E6-G6)	((A.6+B6+C6)*F6-G6)	(G6)	非浮動(A6)	浮動(B6)	自墊核退(C6)	平均點值(D6)	110Q4平均點值(E6)	(F6)	(A.6+B6+C6)*E6-G6)	((A.6+B6+C6)*F6-G6)	(A.6+B6+C6)*E6-G6)	((A.6+B6+C6)*F6-G6)	(G6)	非浮動(A6)	浮動(B6)	自墊核退(C6)	平均點值(D6)	110Q4平均點值(E6)	(F6)	(A.6+B6+C6)*E6-G6)	((A.6+B6+C6)*F6-G6)				
	(G6)	非浮動(A6)	浮動(B6)	自墊核退(C6)	平均點值(D6)	110Q4平均點值(E6)	(F6)	(A.6+B6+C6)*E6-G6)	((A.6+B6+C6)*F6-G6)	(A.6+B6+C6)*E6-G6)	((A.6+B6+C6)*F6-G6)	(G6)	非浮動(A6)	浮動(B6)	自墊核退(C6)	平均點值(D6)	110Q4平均點值(E6)	(F6)	(A.6+B6+C6)*E6-G6)	((A.6+B6+C6)*F6-G6)	(A.6+B6+C6)*E6-G6)	((A.6+B6+C6)*F6-G6)	(G6)	非浮動(A6)	浮動(B6)	自墊核退(C6)	平均點值(D6)	110Q4平均點值(E6)	(F6)	(A.6+B6+C6)*E6-G6)	((A.6+B6+C6)*F6-G6)				
臺北	2,123	951	1,498	0.07	0.86727374	1.02271829	0.90000000	380.60	0.90000000	380.60	80.13	951	1,498	0.07	0.86727374	1.02271829	0.90000000	380.60	0.90000000	380.60	80.13	951	1,498	0.07	0.86727374	1.02271829	0.90000000	380.60	0.90000000	380.60	80.13				
北區	922	454	644	0.03	0.83984032	1.02728264	0.90000000	205.81	0.90000000	205.81	66.05	454	644	0.03	0.83984032	1.02728264	0.90000000	205.81	0.90000000	205.81	66.05	454	644	0.03	0.83984032	1.02728264	0.90000000	205.81	0.90000000	205.81	66.05				
中區	1,867	819	1,354	0.03	0.85945430	0.99909667	0.90000000	303.35	0.90000000	303.35	88.08	819	1,354	0.03	0.85945430	0.99909667	0.90000000	303.35	0.90000000	303.35	88.08	819	1,354	0.03	0.85945430	0.99909667	0.90000000	303.35	0.90000000	303.35	88.08				
南區	1,059	496	718	0.02	0.87178570	1.02013319	0.90000000	180.23	0.90000000	180.23	34.28	496	718	0.02	0.87178570	1.02013319	0.90000000	180.23	0.90000000	180.23	34.28	496	718	0.02	0.87178570	1.02013319	0.90000000	180.23	0.90000000	180.23	34.28				
高屏	1,184	559	835	0.01	0.84973350	0.99794619	0.90000000	206.51	0.90000000	206.51	70.04	559	835	0.01	0.84973350	0.99794619	0.90000000	206.51	0.90000000	206.51	70.04	559	835	0.01	0.84973350	0.99794619	0.90000000	206.51	0.90000000	206.51	70.04				
東區	163	54	97	0.01	1.07922271	1.15621946	0.90000000	11.62	0.90000000	11.62	0.00	54	97	0.01	1.07922271	1.15621946	0.90000000	11.62	0.90000000	11.62	0.00	54	97	0.01	1.07922271	1.15621946	0.90000000	11.62	0.90000000	11.62	0.00				
合計	7,319	3,333	5,144	0.18	0.86325539	1.01531658	0.90000000	1,288.13	0.90000000	1,288.13	338.58	3,333	5,144	0.18	0.86325539	1.01531658	0.90000000	1,288.13	0.90000000	1,288.13	338.58	3,333	5,144	0.18	0.86325539	1.01531658	0.90000000	1,288.13	0.90000000	1,288.13	338.58				
111Q3+111Q4合計																																			
2,899.82																																			
442.04																																			

表 5

表6-2-108年至111年醫院總額人數、件數、醫療費用點數等成長率統計表

費用年序	台北				中區				南區				高雄				東區			
	就醫 人數	就醫 件數	醫療 點數	醫療 費用	就醫 人數	就醫 件數	醫療 點數	醫療 費用	就醫 人數	就醫 件數	醫療 點數	醫療 費用	就醫 人數	就醫 件數	醫療 點數	醫療 費用	就醫 人數	就醫 件數	醫療 點數	醫療 費用
108年第1季	0.66%	-0.98%	3.49%	-0.44%	1.67%	4.07%	4.31%	4.07%	0.81%	-0.35%	4.20%	4.20%	-1.26%	-1.76%	3.33%	3.33%	1.33%	-0.02%	2.38%	2.38%
108年第2季	2.20%	0.47%	4.80%	2.60%	3.47%	5.37%	7.02%	5.37%	2.78%	2.50%	5.84%	5.84%	1.54%	1.21%	5.29%	5.29%	1.64%	-0.58%	2.47%	2.47%
108年第3季	2.71%	2.00%	5.03%	4.44%	4.48%	6.08%	7.58%	6.08%	3.32%	3.56%	6.88%	6.88%	2.52%	3.23%	7.03%	7.03%	3.18%	3.09%	7.31%	7.31%
108年第4季	2.43%	2.42%	4.40%	4.95%	3.32%	7.21%	7.21%	3.03%	2.84%	3.84%	4.17%	4.17%	1.73%	2.44%	4.83%	4.83%	3.08%	3.90%	4.78%	4.78%
108年小計	0.90%	0.99%	4.46%	3.10%	2.20%	6.55%	6.55%	5.31%	0.92%	2.40%	6.03%	6.03%	0.36%	1.29%	5.13%	5.13%	1.60%	1.49%	4.25%	4.25%
109年第1季	-3.91%	-8.03%	-1.78%	-5.80%	-3.62%	0.10%	-0.53%	0.10%	-2.91%	-3.44%	-1.65%	-1.65%	-2.38%	-2.52%	1.27%	1.27%	-1.66%	-2.58%	1.60%	1.60%
109年第2季	-8.60%	-10.60%	-3.70%	-9.61%	-7.88%	-8.90%	-5.30%	-2.78%	-7.19%	-7.33%	-5.71%	-5.71%	-6.96%	-6.07%	-2.57%	-2.57%	-6.27%	-5.91%	1.36%	1.36%
109年第3季	-1.35%	2.24%	7.81%	2.47%	0.54%	5.75%	7.25%	4.72%	-2.08%	0.95%	3.55%	3.55%	-2.28%	0.88%	3.71%	3.71%	-2.78%	-0.79%	6.31%	6.31%
109年第4季	-0.47%	-0.42%	5.45%	-2.03%	0.76%	3.56%	3.56%	0.07%	0.54%	1.75%	4.94%	4.94%	0.03%	0.56%	5.07%	5.07%	-0.34%	-2.06%	6.08%	6.08%
109年小計	-3.05%	-4.11%	2.02%	-3.08%	-2.04%	0.92%	0.92%	1.92%	-4.09%	-1.97%	0.23%	0.23%	-3.81%	-1.76%	1.91%	1.91%	-3.41%	-2.82%	3.90%	3.90%
110年第1季	3.65%	9.27%	10.07%	3.58%	3.28%	5.75%	6.04%	6.04%	3.02%	6.79%	5.82%	5.82%	1.82%	3.94%	7.11%	7.11%	0.31%	2.31%	8.91%	8.91%
110年第2季	-1.11%	-12.93%	-4.40%	-9.18%	-1.79%	-0.86%	-0.86%	2.15%	0.67%	-2.39%	1.88%	1.88%	0.32%	-4.19%	1.64%	1.64%	-1.54%	-6.56%	0.27%	0.27%
110年第3季	-10.81%	-16.59%	-10.35%	-7.89%	-7.89%	-12.03%	-5.88%	-0.87%	-5.00%	-6.53%	-1.63%	-1.63%	-4.87%	-6.33%	-1.08%	-1.08%	-5.40%	-5.74%	-2.81%	-2.81%
110年第4季	-2.81%	-2.69%	3.22%	-0.33%	-1.33%	4.64%	4.64%	5.42%	-1.40%	-1.30%	4.42%	4.42%	0.03%	2.14%	5.40%	5.40%	-0.94%	0.04%	5.98%	5.98%
110年小計	3.54%	-6.09%	0.61%	-3.10%	-1.93%	3.49%	3.49%	1.46%	2.19%	-1.03%	2.57%	2.57%	-2.03%	1.20%	3.24%	3.24%	3.55%	-2.51%	2.98%	2.98%
111年第1季	-0.50%	-0.68%	1.33%	3.32%	3.32%	4.94%	4.07%	3.70%	0.18%	-0.45%	2.04%	2.04%	-0.05%	-1.08%	1.50%	1.50%	1.71%	2.01%	2.34%	2.34%
111年第2季	13.00%	18.48%	8.24%	15.80%	15.80%	17.66%	17.66%	9.81%	6.64%	6.44%	4.33%	4.33%	5.93%	7.23%	3.70%	3.70%	4.66%	2.08%	-0.39%	-0.39%
111年第3季	11.83%	16.63%	13.21%	11.41%	11.41%	15.07%	9.79%	7.48%	3.99%	6.57%	2.66%	2.66%	6.80%	7.56%	4.35%	4.35%	7.45%	4.94%	3.84%	3.84%
111年第4季	3.93%	4.36%	2.15%	4.26%	3.25%	2.38%	3.79%	1.73%	3.09%	2.96%	-0.21%	-0.21%	1.91%	0.50%	0.10%	0.10%	2.76%	2.35%	-2.44%	-2.44%
111年小計	7.04%	9.01%	5.98%	8.55%	9.99%	5.82%	5.82%	3.87%	4.15%	3.80%	2.14%	2.14%	3.26%	3.35%	2.35%	2.35%	4.33%	2.85%	0.81%	0.81%

1. 製表日期：112/6/16。來源資料期間範圍：107Q1 - 112Q2。
2. 篩選條件：總額別(醫院總額、西醫基層總額、牙醫總額、中醫總額)
費用年(107年、108年、109年、110年、111年)
3. 本資料依門、住診及交付機構之醫療費用中級資料計算。
4. 服務機構含醫院、住診及交付機構中級服務機構之分區別(按ACRILID)。
5. 總額別分醫院、基層、中醫、醫院總額、基層總額、代辦及其他。
6. 代辦別依總額別區分為代辦或非代辦案件。
7. 就醫人數依分區別與生戶別計算。
8. 就醫次數依醫院(就醫)看診次數、轉診以下條件：
(1)門診件數扣除「接受其他院所委託代(轉)診案件且本中級費用者」、「復性或連續處方重開劑」、「護理中心」、「交付機構」、「總額部分醫令或醫令重開」及「其他依規定於該次就醫併件且本中級診費者」案件。
(2)住院件數扣除「總額部分醫令或醫令重開」及「其他依規定於該次就醫併件且本中級診費者」案件。
9. 醫療點數為申請點數及部分負擔(住診含已代收之代收部分負擔點數)之合計。

表B-3-107年至111年西醫基層總數、件數、醫療費用點數統計表

醫療科別	107年					108年					109年					110年					111年				
	人數	件數	點數	人數	件數	點數	人數	件數	點數	人數	件數	點數	人數	件數	點數	人數	件數	點數	人數	件數	點數	人數	件數	點數	
107年全科	4,688,316	14,031,530	6,037,296,492	2,397,696	7,182,372	4,465,894,671	2,970,694	9,971,431	6,154,331,626	2,022,269	7,548,530	4,531,910,842	2,390,210	8,408,792	5,033,979,823	304,799	991,340	642,277,263							
107年內科	4,399,795	13,625,394	6,413,571,210	2,254,440	6,704,148	4,329,834,969	2,775,440	8,892,193	5,944,997,159	2,057,921	6,763,464	4,406,292,120	2,215,401	7,500,792	4,861,189,774	295,531	911,238	629,657,349							
107年外科	4,114,042	13,206,832	6,172,110,453	2,245,516	6,548,520	4,376,619,549	2,729,038	8,929,842	5,907,966,040	2,060,139	6,386,649	4,496,972,057	2,246,409	7,622,034	4,880,169,041	294,100	884,508	612,315,669							
107年婦產科	4,535,480	14,325,483	6,382,802,756	2,381,789	7,078,547	4,670,199,017	2,873,569	9,645,268	6,129,480,545	2,121,153	7,280,082	4,673,881,683	2,324,809	8,275,857	5,212,547,629	290,558	923,179	641,435,972							
108年全科	7,024,708	56,189,140	15,595,942,917	3,690,103	27,531,217	17,844,893,205	4,335,743	17,418,668	24,397,375,376	3,269,413	28,384,713	18,929,096,702	3,439,621	31,807,579	20,030,098,107	486,498	3,670,443	2,539,686,232							
108年內科	6,465,227	14,628,543	6,186,371,745	3,395,346	11,117,678	6,596,579,670	2,940,391	9,677,476	6,183,633,058	2,155,486	7,208,404	4,574,818,750	2,447,881	8,127,376	5,074,511,289	360,731	922,627	637,462,844							
108年外科	4,320,480	14,277,256	6,108,499,115	2,327,608	6,938,701	4,601,287,053	2,850,160	9,345,478	6,215,304,802	2,090,282	7,004,892	4,813,920,494	2,273,138	7,852,620	5,104,772,664	298,167	911,259	648,341,948							
108年婦產科	4,386,474	13,691,286	6,187,125,403	2,277,607	6,744,185	4,516,834,693	2,811,619	9,249,040	6,254,097,630	2,082,952	7,024,706	4,823,024,345	2,276,354	7,957,454	5,197,091,804	299,167	912,770	642,751,305							
109年全科	4,667,628	15,224,025	6,964,838,165	2,393,176	7,381,125	4,936,098,254	2,908,570	9,892,199	6,565,505,987	2,135,627	7,405,882	4,897,850,882	2,371,189	8,506,117	5,482,079,087	294,954	942,430	602,538,627							
109年內科	4,379,097	14,144,347	6,180,909,607	2,258,206	6,907,311	4,486,395,499	2,766,958	9,001,518	6,057,161,084	1,938,467	6,707,245	4,337,430,945	2,332,789	7,661,484	5,066,010,038	280,405	878,007	634,458,443							
109年外科	3,895,798	11,521,410	6,315,343,935	2,024,541	6,013,803	4,315,632,870	2,770,194	8,203,869	5,757,632,870	1,870,394	5,931,990	4,340,737,301	2,097,176	6,659,470	4,848,230,393	268,241	796,443	621,425,270							
109年婦產科	4,114,225	12,475,465	6,168,688,109	2,156,433	6,115,110	4,644,264,844	2,626,948	8,246,692	6,146,105,254	1,958,269	6,342,356	4,571,524,422	2,128,979	7,209,535	5,174,456,722	285,028	819,986	645,309,466							
110年全科	4,226,638	13,072,601	6,467,215,213	2,209,136	6,926,475	4,814,331,072	2,694,307	8,708,411	6,357,564,065	2,000,236	6,641,777	4,707,488,106	2,189,549	7,633,303	5,133,128,058	275,715	815,703	635,448,547							
110年內科	4,154,144	12,515,343	6,688,054,572	2,144,803	6,644,530	4,565,648,666	2,632,185	8,360,365	6,153,546,806	1,977,211	6,574,413	4,539,788,107	2,151,290	7,263,413	5,150,177,207	273,385	800,391	622,405,040							
110年外科	3,735,960	10,703,183	6,410,240,610	2,600,703	6,837,510	4,417,553,088	2,424,092	7,291,229	5,856,844,286	1,811,219	6,039,493	4,397,771,960	1,975,911	6,424,007	4,962,622,800	256,649	744,483	621,185,354							
110年婦產科	3,981,287	11,205,848	6,330,590,650	2,047,682	6,901,133	4,904,917,243	2,503,664	7,578,586	6,350,111,498	1,885,439	5,924,586	4,748,476,983	2,075,552	6,906,220	5,467,544,885	254,095	728,189	632,938,129							
111年全科	6,327,166	44,444,111	15,400,611,652	3,092,014	22,028,626	18,449,141,243	3,939,555	30,622,942	24,137,466,988	3,693,555	24,392,110	18,037,988,698	3,133,913	26,337,546	20,584,343,273	431,222	3,653,433	2,481,342,822							
111年內科	5,982,953	11,453,108	6,064,149,025	2,691,575	5,649,267	4,690,880,697	2,588,081	7,901,054	6,178,371,973	1,908,369	5,889,112	4,546,625,403	2,069,238	6,624,609	5,113,369,733	260,736	796,222	613,331,029							
111年外科	4,944,011	11,922,403	6,655,488,451	2,171,312	6,021,662	4,984,241,549	2,588,655	7,948,669	6,461,445,814	1,912,986	6,096,236	4,753,728,970	2,076,496	6,842,739	5,454,156,403	269,083	737,554	652,955,463							
111年婦產科	4,319,043	13,550,693	10,463,600,044	2,312,121	6,859,607	5,355,244,165	2,369,564	9,108,113	7,010,403,982	2,021,796	6,372,843	5,140,330,631	2,221,670	7,066,177	5,699,428,723	276,489	815,142	608,691,189							
111年小計	6,532,949	48,339,549	18,243,033,467	3,549,213	24,167,692	17,548,334,869	4,100,456	32,556,676	23,376,351,157	3,692,181	24,435,757	19,699,980,945	3,203,292	27,967,653	21,879,259,703	445,243	3,943,862	2,571,392,116							

1. 報告日期：112年10月。來源資料數據來源：10701 - 112122。
 2. 傳遞條件：總額可（醫院總額、西醫基層總額、中醫總額、中醫總額）。
 3. 費用年：107年、108年、109年、110年、111年。
 4. 本資料僅供內部參考，非對外發布，僅供內部參考。資料來源：衛生部。資料來源：衛生部。
 5. 總額分區：內科、外科、婦產科、兒科、牙科、皮膚科、泌尿科、眼科、耳鼻喉科、檢驗科、放射科、影像科、中藥科、針灸科、推拿科、康復科、特設科、其他科。
 6. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 7. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 8. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 9. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 10. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 11. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 12. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 13. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 14. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 15. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 16. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 17. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 18. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 19. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 20. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 21. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 22. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 23. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 24. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 25. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 26. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 27. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 28. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 29. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 30. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 31. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 32. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 33. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 34. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 35. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 36. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 37. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 38. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 39. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 40. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 41. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 42. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 43. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 44. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 45. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 46. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 47. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 48. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 49. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 50. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 51. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 52. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 53. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 54. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 55. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 56. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 57. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 58. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 59. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 60. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 61. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 62. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 63. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 64. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 65. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 66. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 67. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 68. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 69. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 70. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 71. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 72. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 73. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 74. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 75. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 76. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 77. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 78. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 79. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 80. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 81. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 82. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 83. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 84. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 85. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 86. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 87. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 88. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 89. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 90. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 91. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 92. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 93. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 94. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 95. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 96. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 97. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 98. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 99. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 100. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 101. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 102. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 103. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 104. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 105. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 106. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 107. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 108. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 109. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 110. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 111. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 112. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 113. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 114. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 115. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 116. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 117. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 118. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 119. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 120. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 121. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 122. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 123. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 124. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 125. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 126. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 127. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 128. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 129. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 130. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 131. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 132. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 133. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 134. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 135. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 136. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 137. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 138. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 139. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 140. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 141. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 142. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 143. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 144. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 145. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 146. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 147. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 148. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。
 149. 代辦到帳：總額分區分區代辦到帳。資料來源：衛生部。<

表6-4-107年至111年西醫基層總額人數、件數、醫療費用點數及成長率統計表

費用年季	台北				花蓮				南投				高雄				東區			
	就醫人數	就醫次數	醫療點數	就醫人數	就醫次數	醫療點數	就醫人數	就醫次數	醫療點數	就醫人數	就醫次數	醫療點數	就醫人數	就醫次數	醫療點數	就醫人數	就醫次數	醫療點數		
108年第1季	-0.54%	-1.37%	1.43%	-0.12%	-0.90%	2.97%	-1.22%	-2.95%	0.44%	-4.51%	0.50%	-1.77%	-3.35%	0.33%	-1.32%	-3.02%	-0.75%			
108年第2季	2.74%	4.78%	5.26%	3.89%	5.20%	5.20%	2.69%	5.10%	4.53%	3.57%	1.86%	2.61%	4.69%	5.01%	0.86%	2.20%	2.97%			
108年第3季	1.65%	3.67%	5.45%	1.41%	2.98%	5.44%	1.32%	3.57%	4.79%	3.51%	1.82%	1.80%	4.40%	6.49%	1.69%	3.20%	4.12%			
108年第4季	2.90%	4.81%	6.19%	2.68%	4.29%	5.69%	1.21%	2.56%	3.73%	1.64%	0.68%	1.13%	2.78%	4.76%	1.51%	2.06%	3.29%			
108年小計	0.89%	2.90%	4.55%	1.04%	2.50%	4.53%	0.41%	1.94%	3.36%	0.91%	0.18%	0.29%	2.60%	4.13%	0.41%	1.05%	2.39%			
109年第1季	-6.17%	-8.16%	-2.36%	-5.71%	-8.58%	-2.44%	-5.93%	-8.03%	-2.01%	-5.70%	-0.82%	-4.90%	-5.73%	-0.13%	-3.80%	-4.84%	-0.31%			
109年第2季	-14.09%	-19.30%	-8.52%	-13.02%	-19.33%	-7.40%	-12.99%	-18.64%	-7.36%	-15.32%	-5.96%	-11.70%	-15.31%	-5.03%	-10.01%	-14.48%	-4.15%			
109年第3季	-6.19%	-8.88%	-0.20%	-5.30%	-9.03%	0.57%	-6.57%	-10.84%	-1.72%	-9.71%	-1.11%	-6.48%	-9.40%	-0.43%	-4.69%	-7.97%	0.41%			
109年第4季	-9.44%	-14.13%	-5.59%	-7.69%	-11.93%	-2.47%	-7.35%	-11.36%	-3.17%	-10.32%	-2.09%	-6.87%	-10.26%	-2.72%	-6.52%	-11.32%	-4.09%			
109年小計	-5.84%	-12.66%	-4.21%	-4.76%	-12.21%	-2.93%	-5.09%	-12.17%	-3.56%	-10.23%	-4.50%	-5.33%	-10.14%	-2.68%	-3.91%	-9.68%	-2.66%			
110年第1季	-5.06%	-6.84%	1.33%	-5.03%	-7.11%	1.76%	-4.12%	-6.07%	1.59%	-6.24%	0.05%	-3.92%	-6.24%	0.05%	-5.50%	-8.84%	-2.05%			
110年第2季	-3.29%	-7.10%	-1.10%	-1.18%	-3.14%	2.37%	-2.25%	-4.11%	1.72%	-3.16%	-4.93%	-1.56%	-3.42%	2.36%	-4.32%	-6.52%	-0.04%			
110年第3季	-14.16%	-19.68%	-7.61%	-13.62%	-19.20%	-6.28%	-12.46%	-17.27%	-5.68%	-11.14%	-15.57%	-11.63%	-14.76%	-3.74%	-17.38%	-19.00%	-6.32%			
110年第4季	-8.17%	-14.28%	-0.82%	-7.31%	-14.03%	-0.20%	-7.09%	-13.57%	-0.43%	-5.74%	-10.80%	-5.21%	-9.53%	2.52%	-7.84%	-12.87%	-0.40%			
110年小計	-5.20%	-12.60%	-2.11%	-4.22%	-11.02%	-0.66%	-4.32%	-10.34%	-0.75%	-9.42%	-4.17%	-4.14%	-8.29%	0.68%	-8.01%	-11.84%	-2.23%			
111年第1季	-4.05%	-8.49%	-0.27%	-2.48%	-6.54%	0.77%	-2.42%	-6.83%	0.40%	-7.91%	0.19%	-4.28%	-8.79%	-0.72%	-4.63%	-8.02%	-1.14%			
111年第2季	4.70%	6.64%	7.75%	4.08%	5.21%	4.68%	4.68%	5.76%	6.30%	3.24%	3.05%	3.38%	3.28%	5.05%	-1.52%	-3.78%	-1.13%			
111年第3季	14.50%	18.99%	13.98%	16.57%	21.47%	13.61%	12.57%	16.50%	11.46%	9.93%	12.17%	10.36%	11.35%	9.48%	14.25%	11.31%	8.00%			
111年第4季	11.28%	20.92%	12.14%	12.91%	22.71%	11.45%	10.26%	20.18%	10.75%	7.23%	14.32%	8.25%	13.03%	7.90%	8.81%	14.77%	8.85%			
111年小計	3.25%	8.76%	8.34%	4.64%	9.71%	7.76%	3.19%	8.33%	7.20%	2.13%	5.01%	2.21%	4.37%	5.44%	3.13%	3.12%	3.64%			

1. 製表日期：112/6/16。來源資料期間範圍：10701 - 11212。
 2. 拆遷條件：總額對(醫院總額、西醫基層總額、牙醫總額、中醫總額)
 費用年(107年、108年、109年、110年、111年)
 3. 本資料部門、住診及支付機構之醫療費用中級資料計算。
 4. 服務機構分區別部門、住診或支付機構中級服務機構之分區別(按AZH1B)。
 5. 總額別分醫院、基層、牙醫、中醫、醫院送外、基層送外、代辦及其他。
 6. 代辦別併位總額別區分為代辦或併代辦案件。
 7. 就醫人數依身分證別與生日歸戶計算。
 8. 就醫次數依醫師(就醫)看診次數，扣除以下條件：
 (1)門診件數扣除「接受其他院所委託代辦(轉)檢案件且未申報費用者」、「僅性成連續處方單調劑」、「戒煙中心」、「支付機構」、「補報部分醫令或醫令重覆」及「其他依規定於此次就醫併報第五集中級診費費者」案件。
 (2)住診件數扣除「補報部分醫令或醫令重覆」及「其他依規定於此次就醫併報第五集中級診費費者」案件。
 9. 醫療點數為中級點數及部分負擔(住診含已收取之部分負擔點數)之合計。

表6-6-108年至111年牙醫總額人數、件數、醫療費用點數等成長率統計表

費用年率	台北				中區				南區				東區			
	就醫 人數	就醫 次數	醫療 點數	就醫 人次	就醫 人數	就醫 次數	醫療 點數	就醫 人次	就醫 人數	就醫 次數	醫療 點數	就醫 人次	就醫 人數	就醫 次數	醫療 點數	就醫 人次
108年第1季	2,95%	1,99%	2,16%	4,29%	2,58%	1,79%	3,66%	2,89%	1,14%	1,27%	2,89%	1,52%	0,78%	-1,79%	-0,80%	-4,71%
108年第2季	3,18%	2,60%	2,64%	3,53%	1,74%	0,92%	3,55%	3,35%	2,37%	1,23%	3,47%	0,92%	1,94%	-0,09%	2,32%	-2,84%
108年第3季	3,09%	2,51%	3,02%	3,93%	3,48%	2,66%	3,67%	3,37%	2,65%	2,34%	4,41%	2,26%	0,67%	5,18%	3,18%	-0,70%
108年第4季	3,46%	3,20%	3,61%	3,93%	1,69%	0,62%	3,10%	2,26%	1,20%	1,02%	2,50%	0,27%	3,64%	1,23%	3,64%	1,16%
108年小計	3,33%	2,58%	2,87%	2,36%	1,30%	1,50%	3,49%	1,54%	1,84%	1,27%	1,63%	0,74%	2,60%	0,43%	2,60%	-1,53%
109年第1季	-5,76%	-4,53%	-2,11%	-1,90%	-4,50%	-4,20%	-2,06%	-2,88%	-2,46%	-2,08%	-3,04%	-3,27%	0,69%	-3,14%	0,69%	0,01%
109年第2季	-9,04%	-6,87%	-2,12%	-6,62%	-5,81%	-4,40%	-1,03%	-5,43%	-4,58%	0,02%	-6,11%	-4,90%	0,59%	-4,91%	0,59%	0,84%
109年第3季	2,34%	4,03%	7,34%	1,97%	-0,35%	3,98%	6,02%	0,64%	1,40%	4,45%	0,26%	0,61%	1,60%	2,57%	4,08%	5,14%
109年第4季	-3,57%	-2,96%	0,50%	-1,34%	-2,21%	-2,05%	1,27%	-1,67%	-1,90%	0,62%	-1,38%	-1,69%	1,19%	-1,44%	1,19%	0,56%
109年小計	-3,45%	-2,52%	0,68%	-2,10%	-2,82%	-3,51%	0,82%	-2,23%	-1,80%	1,23%	-2,26%	-2,28%	1,66%	-2,49%	1,66%	1,64%
110年第1季	6,29%	4,87%	5,87%	5,20%	3,53%	3,08%	5,55%	3,41%	2,32%	2,56%	3,90%	2,63%	2,29%	3,52%	2,29%	-0,80%
110年第2季	-18,58%	-23,15%	-23,02%	-13,64%	-16,07%	-14,71%	-12,81%	-12,07%	-14,35%	-14,62%	-10,88%	-13,26%	-13,33%	-13,78%	-13,33%	-18,63%
110年第3季	-13,44%	-14,52%	-12,05%	-9,66%	-9,59%	-7,70%	-8,29%	-6,88%	-7,44%	-6,24%	-6,33%	-6,77%	-6,44%	-8,38%	-6,44%	-6,47%
110年第4季	1,02%	0,47%	2,13%	2,91%	2,40%	2,19%	3,53%	0,85%	0,21%	0,44%	1,28%	1,16%	0,30%	0,36%	3,36%	0,03%
110年小計	-5,11%	-8,13%	-6,88%	-3,11%	-4,22%	-4,27%	-1,60%	-3,04%	-4,82%	-4,53%	-2,57%	-4,03%	-2,74%	-3,62%	-2,74%	-6,47%
111年第1季	-1,33%	-1,68%	0,40%	0,87%	0,51%	0,68%	1,24%	1,41%	-1,11%	-1,33%	-0,74%	-1,22%	0,85%	-0,69%	0,85%	0,90%
111年第2季	14,63%	17,55%	21,46%	13,14%	11,11%	11,08%	13,83%	9,07%	8,83%	9,60%	8,51%	9,11%	11,40%	0,54%	11,40%	5,27%
111年第3季	11,64%	10,15%	9,99%	10,09%	7,37%	4,97%	6,29%	4,49%	3,48%	2,42%	6,39%	5,27%	2,86%	1,80%	4,53%	1,42%
111年第4季	0,59%	-1,16%	-0,62%	0,76%	-1,46%	-1,10%	-1,07%	0,26%	-1,73%	-1,73%	0,24%	-1,58%	-2,55%	-2,55%	-2,55%	-3,07%
111年小計	3,97%	5,24%	6,74%	4,18%	4,35%	3,41%	4,51%	2,21%	2,09%	1,94%	2,11%	2,58%	1,94%	-0,15%	3,26%	0,88%

1. 製表日期：112/6/16。來源資料期間範圍：10701 - 11212。
2. 篩選條件：總額別（醫院總額、西醫基層總額、牙醫總額、中醫總額）
費用年（107年、108年、109年、110年、111年）
3. 本資料依門、在診及交付機構之醫療費用中報資料計算。
4. 服務機構分區別依門、在診及交付機構中報服務機構之分區別(BRANCH ID)。
5. 總額別分醫院、基層、牙醫、中醫、醫院進析、基層進析、代辦及其他。
6. 代辦詳情依總額別區分為代辦或非代辦案件。
7. 就醫人數依身分醫院別生口歸戶計算。
8. 就醫次數依醫師(就醫)看診次數，扣除以下條件：
(1)門診件數扣除「接受其他院所委託代辦(轉)由案件且本中報費用者」、「慢性病連續處方重複劑」、「護理中心」、「交付機構」、「續報部分醫令或醫令連續」及「其他依規定於該次就醫時併報且本中報診費費者」案件。
(2)在院件數扣除「續報部分醫令或醫令連續」及「其他依規定於該次就醫時併報且本中報診費費者」案件。
(3)門診件數扣除「接受其他院所委託代辦(轉)由案件且本中報費用者」、「慢性病連續處方重複劑」、「護理中心」、「交付機構」、「續報部分醫令或醫令連續」及「其他依規定於該次就醫時併報且本中報診費費者」案件。
9. 醫療點數為申請點數及部分負擔(在診已收點數之部分負擔點數)之合計。

表6-7-107 年至111年中警備團人數、件數、警務費用點數統計表

警務年序	有犯			中區			中區			高區			高區		
	執警 人數	警務 點數	執警 件數	執警 人數	警務 點數	執警 件數	執警 人數	警務 點數	執警 件數	執警 人數	警務 點數	執警 件數	執警 人數	警務 點數	執警 件數
107年第1季	923,856	2,978,573	1,770,314,638	421,129	1,160,661	543,094,903	806,314	2,495,589	1,590,028,991	448,471	1,324,196	872,748,633	497,954	1,474,271	999,336,680
107年第2季	998,813	2,873,963	2,093,983,397	448,093	1,265,476	823,356,418	843,281	2,651,254	1,571,892,856	454,071	1,407,241	932,323,308	497,587	1,601,038,200	1,291,071,010
107年第3季	1,011,144	2,942,644	2,041,042,006	451,092	1,275,847	814,756,837	841,055	2,660,884	1,700,009,378	453,556	1,462,722	931,579,588	498,337	1,628,667	1,058,009,377
107年第4季	978,564	2,919,680	2,033,794,542	444,412	1,293,374	847,953,999	843,181	2,701,596	1,821,575,022	464,307	1,448,999	989,763,628	511,807	1,619,149	1,118,461,698
107全年計	2,853,133	11,110,132	8,346,906,673	944,703	2,828,443	3,248,443,777	3,403,881	10,530,311	6,228,903,431	3,814,444	11,643,146	3,814,444	4,007,669	12,742,667	10,673,807,683
108年第1季	947,013	2,692,666	1,899,067,813	433,228	1,210,386	810,081,707	817,703	2,533,370	1,704,006,171	454,288	1,343,713	935,020,328	497,690	1,499,666	1,051,319,548
108年第2季	1,001,244	2,927,565	2,117,090,910	456,511	1,390,523	895,772,411	840,288	2,678,054	1,846,436,313	498,116	1,497,467	1,003,774,165	504,747	1,559,136	1,131,911,641
108年第3季	1,028,054	3,019,672	2,187,051,271	467,844	1,338,087	924,954,954	858,048	2,764,467	1,914,209,563	463,013	1,420,157	1,026,187,642	511,675	1,601,753	1,158,234,788
108年第4季	998,133	3,026,560	2,195,447,855	453,444	1,345,813	911,546,615	841,934	2,782,268	1,923,869,500	464,826	1,458,462	1,033,929,278	513,603	1,664,780	1,206,291,680
108全年計	3,973,444	15,667,463	12,382,562,393	1,750,029	5,324,809	3,538,539,627	3,403,881	10,530,311	11,882,598,149	3,814,444	11,643,146	4,007,669	4,007,669	13,342,267	11,493,333,333
109年第1季	969,603	2,662,838	1,972,563,812	412,456	1,183,812	833,079,332	784,272	2,318,506	1,754,169,808	435,272	1,335,307	975,098,488	483,903	1,412,775,151	1,112,775,151
109年第2季	933,211	2,805,124	2,162,598,444	429,513	1,274,082	913,590,915	802,271	2,645,548	1,899,466,942	433,572	1,372,468	1,031,843,531	482,591	1,560,929	1,182,254,437
109年第3季	987,169	3,015,556	2,275,469,503	440,013	1,302,529	947,668,166	803,038	2,633,933	1,913,009,379	411,776	1,365,038	1,042,088,302	480,428	1,548,023	1,183,811,113
109年第4季	905,899	2,790,761	2,119,613,919	406,052	1,216,729	891,146,671	783,151	2,310,507	1,852,866,729	420,217	1,341,692	1,030,170,319	479,072	1,533,317	1,179,544,267
109全年計	3,795,882	14,284,287	10,530,311,278	1,688,058	4,973,956	3,538,539,627	3,403,881	10,530,311	11,882,598,149	3,814,444	11,643,146	4,007,669	4,007,669	13,342,267	11,493,333,333
110年第1季	873,148	2,573,688	1,981,756,640	387,246	1,091,777	808,268,923	729,034	2,137,469	1,710,229,007	403,934	1,244,751	962,427,222	450,071	1,419,464	1,093,442,133
110年第2季	988,009	2,905,216	2,191,984,720	382,414	1,026,896	771,663,320	699,960	2,308,691	1,830,717,870	387,469	1,186,116	936,404,128	419,337	1,328,672	1,044,264,967
110年第3季	986,812	2,465,016	1,834,332,182	373,437	1,117,469	846,159,245	707,071	2,467,927	1,786,063,622	384,072	1,241,247	983,084,223	425,743	1,405,432	1,099,614,440
110年第4季	851,696	2,638,576	2,055,228,786	387,561	1,175,993	902,422,045	732,462	2,477,696	1,889,121,023	402,461	1,171,723	1,055,253,555	430,908	1,501,773	1,192,073,179
110全年計	3,705,665	14,585,576	10,673,807,683	1,635,258	4,613,135	3,538,539,627	3,403,881	10,530,311	11,882,598,149	3,814,444	11,643,146	4,007,669	4,007,669	13,342,267	11,493,333,333
111年第1季	825,087	2,625,415	1,953,699,748	369,388	1,063,693	827,073,654	706,793	2,272,913	1,719,166,335	389,783	1,210,278	979,339,547	429,729	1,351,992	1,066,925,047
111年第2季	978,545	2,794,698	2,168,345,370	451,647	1,270,481	944,843,850	807,286	2,602,438	1,949,868,069	443,973	1,364,276	1,068,145,627	487,578	1,495,687,277	1,195,687,277
111年第3季	1,099,000	3,169,873	2,470,928,054	522,249	1,515,928	1,110,323,957	908,372	2,998,087	2,192,240,085	500,463	1,385,714	1,297,280,387	545,263	1,780,941	1,356,312,500
111年第4季	1,082,669	3,341,211	2,495,144,702	524,168	1,530,232	1,117,194,623	920,584	3,099,294	2,237,428,300	529,062	1,678,446	1,271,753,347	569,944	1,886,184	1,433,162,412
111全年計	3,985,261	14,370,897	10,673,807,683	1,837,273	5,400,348	4,018,433,084	3,403,881	10,530,311	11,882,598,149	3,814,444	11,643,146	4,007,669	4,007,669	13,342,267	11,493,333,333

1. 警務日期：112/6/18。警務資料暫缺：18701 - 11212。

2. 原運條件：原條件「警務訓練、警務專業訓練、警務訓練、警務訓練、警務訓練」。

警務年：107年、110年、110年、110年、111年。

3. 本資料部門：包括及案件備案之警務費用會計科目。

4. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

5. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

6. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

7. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

8. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

9. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

10. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

11. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

12. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

13. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

14. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

15. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

16. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

17. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

18. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

19. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

20. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

21. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

22. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

23. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

24. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

25. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

26. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

27. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

28. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

29. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

30. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

31. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

32. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

33. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

34. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

35. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

36. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

37. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

38. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

39. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

40. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

41. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

42. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

43. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

44. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

45. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

46. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

47. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

48. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

49. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

50. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

51. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

52. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

53. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

54. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

55. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

56. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

57. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

58. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

59. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

60. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

61. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

62. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

63. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

64. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

65. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

66. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

67. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

68. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

69. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

70. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

71. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

72. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

73. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

74. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

75. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

76. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

77. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

78. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

79. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

80. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

81. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

82. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

83. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

84. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

85. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

86. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

87. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

88. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

89. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

90. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

91. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

92. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

93. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

94. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

95. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

96. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

97. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

98. 警務訓練：包括及案件備案之警務費用會計科目。

表6-8-108年至111年中醫總額人數、件數、醫療費用點數等成長率統計表

費用年率	台北				高雄				基隆				嘉義			
	就醫 人數	就醫 件數	醫療 點數	醫療 費用 點數	就醫 人數	就醫 件數	醫療 點數	醫療 費用 點數	就醫 人數	就醫 件數	醫療 點數	醫療 費用 點數	就醫 人數	就醫 件數	醫療 點數	醫療 費用 點數
108年第1季	2,579	3,828	7,278	9,028	1,438	2,409	6,624	6,538	1,179	1,728	5,428	5,288	1,179	1,728	5,428	5,288
108年第2季	0,248	1,699	5,638	8,199	-0,359	1,014	5,644	7,669	1,449	2,309	6,789	1,829	1,449	2,309	6,789	1,829
108年第3季	1,678	3,409	7,118	10,818	1,918	3,548	8,768	10,138	4,789	9,528	9,528	5,028	4,789	9,528	9,528	5,028
108年第4季	1,969	3,699	7,959	9,889	0,039	0,759	5,629	6,459	1,139	2,799	7,859	5,239	1,139	2,799	7,859	5,239
108年小計	6,599	3,028	6,999	9,499	-0,439	1,919	6,659	7,709	0,819	3,929	7,439	2,529	0,819	3,929	7,439	2,529
109年第1季	-4,019	-1,119	2,829	2,909	-4,099	-1,449	2,899	4,299	-2,769	1,029	5,629	-0,579	-2,769	1,029	5,629	-0,579
109年第2季	-4,809	-0,949	2,319	2,569	-4,529	-1,219	2,879	2,809	-4,399	0,119	4,409	-0,089	-4,399	0,119	4,409	-0,089
109年第3季	-3,989	-0,149	4,049	2,469	-6,189	-4,589	0,099	1,559	-6,119	-3,359	2,349	-2,559	-6,119	-3,359	2,349	-2,559
109年第4季	-9,249	-7,809	-3,459	-4,309	-10,459	-9,599	-4,309	-8,739	-9,289	-9,609	-8,009	-7,879	-9,189	-9,609	-8,009	-7,879
109年小計	-5,819	-2,559	1,379	-4,219	-6,989	-4,079	0,449	-3,679	-6,729	-2,659	2,439	-3,559	-6,729	-2,659	2,439	-3,559
110年第1季	-3,799	-3,349	0,479	-7,779	-7,049	-7,199	-2,509	-6,809	-7,319	-6,409	-1,569	-6,909	-7,319	-6,409	-1,569	-6,909
110年第2季	-17,249	-23,909	-21,309	-19,409	-13,879	-16,529	-13,109	-13,589	-12,029	-14,889	-11,719	-14,889	-12,029	-14,889	-11,719	-14,889
110年第3季	-20,309	-20,919	-19,399	-14,689	-14,199	-10,719	-6,789	-10,849	-10,849	-9,109	-5,669	-9,219	-11,389	-9,219	-7,279	-12,129
110年第4季	-5,999	-5,459	-3,049	-4,559	-4,299	-2,439	1,969	-1,799	-4,259	-2,439	2,439	-4,089	-4,259	-2,069	1,149	-4,129
110年小計	-11,379	-13,769	-11,339	-7,189	-8,739	-9,189	-5,309	-7,859	-8,819	-8,159	-4,909	-9,509	-8,739	-8,159	-4,909	-9,509
111年第1季	-5,629	-5,779	-2,979	-2,339	-3,059	-2,769	1,699	-2,779	-3,509	-1,769	1,769	-4,529	-4,529	-1,769	-4,529	-1,769
111年第2季	24,069	26,829	23,209	23,729	24,629	23,729	22,449	16,979	16,239	14,949	14,089	16,279	16,239	14,949	14,509	12,869
111年第3季	39,699	38,789	34,709	39,109	39,109	35,669	31,229	22,749	30,009	27,759	22,819	28,079	26,699	25,369	26,309	18,239
111年第4季	27,139	26,639	21,409	26,029	35,259	31,829	19,509	19,509	29,489	27,379	20,529	26,419	25,609	20,139	20,499	17,129
111年小計	22,089	21,129	18,739	22,409	26,749	18,009	15,409	16,999	20,629	14,449	15,849	18,609	15,849	14,449	16,589	10,529

1. 報表日期：112/6/10。來源資料期間範圍：10701 - 11212。
2. 篩選條件：總額別（醫院總額、西醫基層總額、中醫總額、中醫總額）
費用年（107年、108年、109年、110年、111年）
3. 本資料依門、在診及交付機構之醫療費用中級資料計算。
4. 服務機構分區別依門、在診及交付機構中級服務機構之分區別(照ANIRL ID)。
5. 總額別分醫院、基層、中醫、醫院總額、基層總額、代辦及其他。
6. 代辦別依總額別區分為代辦或非代辦案件。
7. 就醫人數依分區別與生自歸戶計算。
8. 就醫次數依院所(就醫)看診次數、扣除以下案件：
(1)門診件數扣除「接受其他院所委託代辦(轉)由案件且未申報費用者」、「復性再連續處方及調劑」、「護理中心」、「交付機構」、「續報部分醫令或醫令重疊」及「其他依規定於該次就醫併報且未申報診察費者」案件。
(2)住院件數扣除「續報部分醫令或醫令重疊」及「其他依規定於該次就醫併報且未申報診察費者」案件。
9. 醫療點數為申請點數及部分負擔(在診含已收取之部分負擔點數)之合計。

表 7

表7-全民健康保險各總額部門107-111年歷年點值

總額別 年月	牙醫		中醫		西醫基層		醫院	
	浮動點值	平均點值	浮動點值	平均點值	浮動點值	平均點值	浮動點值	平均點值
107年1-3月	0.9319	0.9325	0.8998	0.9348	0.9206	0.9435	0.8591	0.9179
107年4-6月	0.9406	0.9411	0.9002	0.9342	0.9606	0.9717	0.8770	0.9271
107年7-9月	0.9458	0.9462	0.8903	0.9277	0.9408	0.9571	0.8731	0.9249
107年10-12月	0.9521	0.9525	0.8824	0.9232	0.9427	0.9587	0.8705	0.9239
108年1-3月	0.9573	0.9576	0.8542	0.9069	0.9544	0.9675	0.8804	0.9299
108年4-6月	0.9553	0.9557	0.8612	0.9110	0.9741	0.9813	0.8822	0.9299
108年7-9月	0.9580	0.9582	0.8290	0.8906	0.9340	0.9523	0.8873	0.9329
108年10-12月	0.9606	0.9608	0.8196	0.8851	0.9344	0.9527	0.8794	0.9293
109年1-3月	1.0053	1.0052	0.8702	0.9195	1.0503	1.0357	0.9492	0.9707
109年4-6月	1.0053	1.0052	0.8702	0.9195	1.0503	1.0357	0.9492	0.9707
109年7-9月	0.9425	0.9430	0.8687	0.9178	1.0503	1.0357	0.8862	0.9338
109年10-12月	0.9829	0.9830	0.9500	0.9687	1.0503	1.0357	0.8903	0.9361
110年1-3月	0.9965	0.9965	0.9512	0.9699	1.0466	1.0329	0.8856	0.9343
110年4-6月	1.2460	1.2447	1.2362	1.1460	1.1439	1.1008	-	-
110年7-9月	1.0491	1.0486	1.1361	1.0844	1.1211	1.0843	-	-
110年10-12月	0.9818	0.9820	1.0245	1.0153	1.1205	1.0843	0.9299	0.9607
111年1-3月	1.0048	1.0048	1.0469	1.0289	1.0923	1.0652	0.9224	0.9567
111年4-6月	1.0859	1.0856	1.0016	1.0010	1.0808	1.0567	0.9872	0.9934
111年7-9月	1.0024	1.0024	0.8220	0.8911	0.9801	0.9859	0.9405	0.9687
111年10-12月	1.0122	1.0121	0.7746	0.8633	0.9569	0.9694	0.9475	0.9720

製表日期：112.05.30

表8-1.111年中醫醫療利用情形統計

統計值/ 費用年季	感 染 症											
	類流感及COVID-19		其他感染症		COVID-19		其他		COVID-19		其他	
值(A)	相較108 年成長率	相較前一 年成長率	相較108 年成長率	相較前一 年成長率	相較108 年成長率	相較前一 年成長率	相較108 年成長率	相較前一 年成長率	相較108 年成長率	相較前一 年成長率	相較108 年成長率	相較前一 年成長率
就醫件數(千件)												
111年												
Q1	25	-66.9%	-32.7%	331	0	356	-52.8%	-26.1%	8,128	8,484	-10.5%	-3.9%
Q2	1,042	1537.2%	3489.7%	781	23	1,846	159.2%	366.1%	8,848	10,694	6.5%	31.8%
Q3	1,457	2371.8%	8274.3%	1,123	161	2,741	302.3%	763.1%	10,039	12,780	23.7%	47.1%
Q4	1,058	1334.0%	4231.6%	1,351	155	2,564	227.5%	597.4%	10,175	12,739	21.6%	37.2%
醫療點數(百萬點)												
111年												
Q1	15	-62.8%	-29.6%	196	0	211	-47.9%	-24.6%	6,474	6,686	2.3%	0.1%
Q2	957	2721.3%	5599.4%	454	15	1,425	264.6%	511.4%	6,873	8,298	16.4%	32.9%
Q3	1,371	4261.2%	13276.4%	655	104	2,130	467.8%	1027.9%	7,712	9,842	33.7%	46.8%
Q4	971	2365.4%	6737.9%	787	101	1,859	331.1%	754.4%	7,837	9,696	29.9%	33.6%

註：

- 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台門住診、交付機構明細(彙算日期：2023/6/5)。
- 資料範圍：總額內案件或C5代辦COVID-19、COVID-19後病況案件。
- 統計定義：
 - 就醫件數：門住診就醫註記欄位(OP_CASE/HP_CASE)合計，交付機構不計。
 - 醫療點數：申報點數及部分負擔金額合計。
 - 感染症/非感染症：COVID-19、類流感、其他感染症或呼吸道癆瘵、其他COVID-19後病況之案件歸類為感染症，其餘為非感染症。
 - COVID-19：主診斷碼為U07.1、U07.2、U09.9者，惟依現行申報規定，僅有主診斷U07.1之案件。
 - 類流感：主診斷碼三碼為J09-J18、A22、A37、B25、B44或診斷碼為J06.9者。
 - 其他感染症或呼吸道相關癆瘵：排除類流感後，主診斷第一碼為A、B者(涵蓋感染症及寄生蟲病)，或主診斷第一碼為R且CCS分類屬呼吸道病症(126,133,134)或不明確(246)類別者。
 - 其他COVID-19後病況：排除上述主診斷條件後，任一診斷碼為「U09.9=COVID-19後病況」者。

表8-2.1111年牙醫醫療利用情形統計

統計值/ 費用年季	感 染 症									
	類流感及COVID-19		其他感染症 或呼吸道 症候 (B)		COVID-19 後病況 (C)		其他 COVID-19 後病況 (C)		非感染症 (E)	
值(A)	相較108 年成長率	相較前一 年成長率	相較108 年成長率	相較前一 年成長率	相較108 年成長率	相較前一 年成長率	相較108 年成長率	相較前一 年成長率	相較108 年成長率	相較前一 年成長率
就醫件數 (千件)										
1111年										
Q1	0.01	-56.3%	-50.0%	4.5	4.6%	4.5	4.9%	8,231	-1.2%	-0.7%
Q2	0.02	60.0%	100.0%	4.0	-10.3%	-	20.1%	7,490	-12.2%	12.6%
Q3	0.02	6.3%	750.0%	5.1	11.2%	0.01	27.3%	8,662	-1.8%	6.9%
Q4	0.02	53.3%	360.0%	5.2	9.9%	0.00	12.6%	8,709	-2.3%	-1.4%
醫療點數 (百萬點)										
1111年										
Q1	0.01	-41.5%	-45.7%	4.2	24.2%	-	9.1%	11,471	3.9%	0.8%
Q2	0.04	-33.6%	163.8%	4.1	9.3%	-	38.7%	10,830	-5.6%	15.2%
Q3	0.07	56.5%	224.2%	4.9	32.7%	0.01	37.2%	12,259	3.4%	6.3%
Q4	0.05	84.1%	324.0%	5.1	23.8%	0.00	17.0%	12,306	2.4%	-1.3%

註：

- 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台門住診、交付機構明細(彙算日期：2023/6/5)。
- 資料範圍：總額內案件或C5代辦COVID-19、COVID-19後病況案件。
- 統計定義：
 - 就醫件數：門住診就醫註記欄位(OP_CASE/HP_CASE)合計，交付機構不計。
 - 醫療點數：申報點數及部分負擔金額合計。
 - 感染症/非感染症：COVID-19、類流感、其他感染症或呼吸道症候、其他COVID-19後病況之案件歸類為感染症，其餘為非感染症。
 - COVID-19：主診斷碼為U07.1、U07.2、U09.9者，惟依現行申報規定，僅有主診斷U07.1之案件。
 - 類流感：主診斷碼三碼為J09-J18、A22、A37、B25、B44或診斷碼為J06.9者。
 - 其他感染症或呼吸道相關症候：排除類流感後，主診斷第一碼為A、B者(涵蓋感染症及寄生蟲病)，或主診斷第一碼為R且CCS分類屬呼吸道病症(126,133,134)或不明熱(246)類別者。
 - 其他COVID-19後病況：排除上述主診斷條件後，任一診斷碼為「U09.9=COVID-19後病況」者。

表8-3.111年基層醫療利用情形統計

統計值/ 費用年季	類流感及COVID-19 感染症							合計 (T=D+E)	相較108 年成長 率	相較前 一年成 長率
	值(A)	相較108 年成長率	相較前一 年成長率	其他 COVID-19 後病況 (C)	其他 COVID-19 後病況 (C)	感染症小計 (D=A+B+C)	相較108 年成長 率				相較前一 年成長率	非感染症 (E)
就醫件數(千件)										
111年										
Q1	2,751	-56.6%	-26.2%	1,845	0	4,596	-47.7%	-21.0%	33,526	-7.8%
Q2	6,354	23.1%	148.6%	1,992	1	8,347	7.1%	88.6%	33,092	14.4%
Q3	6,970	47.0%	515.5%	2,082	6	9,059	21.1%	206.7%	34,799	29.1%
Q4	8,370	36.8%	272.2%	2,215	9	10,594	21.1%	159.1%	38,334	29.0%
醫療點數(百萬點)										
111年										
Q1	1,355	-49.7%	-21.8%	1,260	0	2,615	-36.3%	-13.9%	27,504	0.0%
Q2	6,256	174.6%	394.5%	1,383	1	7,640	97.7%	200.3%	27,602	22.9%
Q3	7,819	265.6%	1265.0%	1,434	4	9,257	148.4%	404.8%	29,200	34.7%
Q4	8,041	201.1%	610.9%	1,483	6	9,530	131.3%	293.1%	30,992	25.0%

註：

- 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台門住診、交付機構明細(彙算日期：2023/6/5)。
- 資料範圍：總額內案件或C5代辦COVID-19、COVID-19後病況案件。
- 統計定義：
 - 就醫件數：門住診就醫註記欄位(OP_CASE/HP_CASE)合計，交付機構不計。
 - 醫療點數：申報點數及部分負擔金額合計。
 - 感染症/非感染症：COVID-19、類流感、其他感染症或呼吸道癆候、其他COVID-19後病況之案件歸類為感染症，其餘為非感染症。
 - COVID-19：主診斷碼為U07.1、U07.2、U09.9者，惟依現行申報規定，僅有主診斷U07.1之案件。
 - 類流感：主診斷碼三碼為J09-J18、A22、A37、B25、B44或診斷碼為J06.9者。
 - 其他感染症或呼吸道相關癆候：排除類流感和後，主診斷第一碼為A、B者(涵蓋感染症及寄生蟲病)，或主診斷第一碼為R且CCS分類屬呼吸道病症(126,133,134)或不明確(246)類別者。
 - 其他COVID-19後病況：排除上述主診斷條件後，任一診斷碼為「U09.9=COVID-19後病況」者。

表8-4.111年醫院醫療利用情形統計

統計值/ 費用年季	感染症											
	類流感及COVID-19		其他感染症		COVID-19		其他		COVID-19		其他	
值(A)	相較108 年成長率	相較前 一年成長率	相較108 年成長率	相較前 一年成長率	相較108 年成長率	相較前 一年成長率	相較108 年成長率	相較前 一年成長率	相較108 年成長率	相較前 一年成長率	相較108 年成長率	相較前 一年成長率
就醫件數(千件)												
111年												
Q1	189	-65.4%	-24.5%	923	0	1,112	-31.0%	-7.8%	24,005	25,117	1.2%	0.7%
Q2	2,564	393.8%	991.1%	1,039	13	3,616	115.9%	219.3%	22,821	26,437	1.7%	21.0%
Q3	1,111	112.0%	797.4%	1,025	41	2,176	26.1%	105.7%	25,140	27,317	3.4%	14.7%
Q4	978	91.2%	531.1%	1,021	41	2,041	26.9%	82.8%	25,829	27,870	4.3%	5.3%
醫療點數(百萬點)												
111年												
Q1	3,206	-21.7%	-2.4%	6,377	7	9,590	-16.3%	-0.9%	127,944	137,535	9.8%	2.5%
Q2	9,173	118.3%	144.9%	6,278	67	15,518	27.1%	53.8%	122,763	138,281	5.7%	10.0%
Q3	7,072	62.9%	109.7%	6,590	300	13,962	20.2%	42.2%	132,494	146,456	10.7%	10.0%
Q4	7,130	73.8%	136.8%	6,578	263	13,970	36.3%	42.7%	137,077	151,047	13.3%	3.2%

註：

- 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台門住診、交付機構明細(彙算日期：2023/6/5)。
- 資料範圍：總額內案件或C5代辦COVID-19、COVID-19後病況案件。
- 統計定義：
 - 就醫件數：門住診就醫註記欄位(OP_CASE/HP_CASE)合計，交付機構不計。
 - 醫療點數：申報點數及部分負擔金額合計。
 - 感染症/非感染症：COVID-19、類流感、其他感染症或呼吸道癥候、其他COVID-19後病況之案件歸類為感染症，其餘為非感染症。
 - COVID-19：主診斷碼為U07.1、U07.2、U09.9者，惟依現行申報規定，僅有主診斷U07.1之案件。
 - 類流感：主診斷碼三碼為J09-J18、A22、A37、B25、B44或診斷碼為J06.9者。
 - 其他感染症或呼吸道相關癥候：排除類流感後，主診斷第一碼為A、B者(涵蓋感染症及寄生蟲病)，或主診斷第一碼為R且CCS分類屬呼吸道病症(126,133,134)或不明熱(246)類別者。
 - 其他COVID-19後病況：排除上述主診斷條件後，任一診斷碼為「U09.9=COVID-19後病況」者。

本會依健保署提供之資料補充研析意見

一、健保署提供之評估結果摘要如下：

(一)健保署依適用範圍與動支程序之規範，進行評估之結果：

- 1.是否對總額影響顯著：依健保署說明一及評估資料(如表 2)，中醫門診總額 111 年第 3、4 季之平均點值及醫療費用點數成長率：2 項評估標準皆達標。
- 2.是否不可歸責於總額部門：依健保署意見說明二及評估資料(如表 1)，111 年第 3、4 季中醫整體及感染症之就醫件數及醫療費用皆較前 1 年或 108 年(疫情前一年)大幅成長，其中類流感及 COVID-19 案件成長趨勢更為明顯。

(二)健保署經費估算：健保署以 111 年第 3 季及第 4 季中醫門診平均點值補至 108~110 年同期平均點值所需經費為上限，及最高補至 0.9 所需經費為估算下限，提出 3 種經費估算：

- 1.補至 108 年同期：約需 237.32~265.16 百萬元。(如表 3)
- 2.補至 109 年同期：約需 434.38~1,133.04 百萬元。(如表 4)
- 3.補至 110 年同期：則約需 442.04~2,899.82 百萬元。(如表 5)

二、本會研析意見如下：

(一)有關是否因新冠疫情對中醫門診總額影響顯著之評估：

- 1.依健保署之評估，111 年第 3、4 季點數成長，符合較前一年點數增加 6.085%之條件(111 年醫療服務成本及人口因素成長率 1.085%+5%)。惟新冠疫情自 109 年發生以來，109、110 年民眾為避免感染減少就醫，故以前一年(110 年)的醫療利用點數作為比較標準，雖符合條件，惟較不合理。
- 2.爰建議以疫情發生前未受影響之年度，即以 108 年的醫療利用點數為比較基準，再以 109~111 年累積醫療服務成本及人口因素成長率+5%，當作成長率是否超出常態的評估標準。若依上開標準重新計算(如參考資料，第 41 頁)，則中醫門診

總額 111 年第 3、4 季點數較 108 年同期成長介於 12.98%~22.05%，仍高於上開標準 12.266% (3.092%+3.089%+1.085%+5%)，故中醫門診總額 111 年第 3、4 季醫療利用點數成長，確實較過去成長顯著。

(二)有關醫療費用點數成長是否不可歸責於總額部門之評估：

- 1.健保署係呈現整體醫療費用、感染症及非感染症之醫療利用成長情形，惟醫療利用點數之成長，亦受支付標準調升影響，建議一併納入考量。
- 2.檢附 108~111 年中醫門診總額協定項目，用以調升各項針傷處置支付點數及放寬支付規定供參：
 - (1)108 年運用「醫療服務成本指數改變率」及「其他醫療服務利用及密集度之改變」等預算 6.151 億元調整支付標準，針灸、傷科及脫臼整復等診療項目各調升 12 點。
 - (2)110 年編列「針灸處置品質提升」及「傷科處置品質提升」計 3.34 億元，合併「醫療服務成本指數改變率」4.95 億元，共計 8.29 億元合併運用，110 年增加中、高度複雜性傷科治療處置，並調升點數 20 點至 800 點。
 - (3)111 年編列「提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護」計 5 億元，修正通則，平均每位專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及針灸合併傷科治療合計申報量上限，由 45 人次調升為 60 人次。

109~111 年中醫門診總額醫療點數相較 108 年成長率

費用年季	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
	醫療 點數	醫療 點數	醫療 點數	醫療 點數	醫療 點數	醫療 點數
109 年第 1 季	2.82%	2.90%	2.89%	4.29%	5.62%	7.96%
109 年第 2 季	2.31%	2.56%	2.87%	2.80%	4.49%	9.31%
109 年第 3 季	4.04%	2.46%	0.09%	1.55%	2.34%	7.37%
109 年第 4 季	-3.45%	-4.36%	-3.69%	-2.22%	-2.22%	0.07%
109 年小計	1.37%	0.80%	0.44%	1.51%	2.43%	6.03%
110 年第 1 季	3.30%	-0.22%	0.31%	2.93%	3.98%	8.99%
110 年第 2 季	-19.48%	-13.37%	-10.60%	-6.72%	-7.74%	-3.40%
110 年第 3 季	-16.13%	-8.52%	-6.70%	-4.20%	-5.10%	3.01%
110 年第 4 季	-6.39%	-3.15%	-1.81%	0.16%	-1.10%	3.95%
110 年小計	-10.03%	-6.44%	-4.78%	-2.03%	-2.60%	3.01%
111 年第 1 季	0.23%	2.10%	2.01%	4.74%	3.17%	14.10%
111 年第 2 季	-0.73%	6.07%	4.57%	6.41%	5.63%	4.07%
111 年第 3 季	12.98%	20.04%	14.52%	17.65%	17.07%	17.03%
111 年第 4 季	13.65%	22.05%	17.34%	20.71%	18.81%	14.37%
111 年小計	6.82%	12.98%	9.88%	12.64%	11.47%	12.42%

註：評估標準 12.266%係以 109~111 年累積醫療服務成本及人口因素成長率+5%

(3.092%+3.089%+1.085%+5%) 計算。

中醫師公會全國聯合會提供之補充資料

- 一、「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」動支條件一、適用範圍(一)屬「非預期風險」：年度中發生全國(或特定區)之其他不可預期因素，如具傳染性疾病異常流行、非天災所致之大型事件等突發性特殊情況，致使民眾醫療需求大幅上升，對該部門整體醫療費用造成顯著影響。
- 二、動支程序在屬「非預期風險」方面，其適用情況具傳染性疾病異常流行(排除依其他法令應由各級政府自擔之醫療服務項目)，評估指標二個條件致使總額部門全區，單一季別之預估值，有下列情形之一者，可以啟動：
 - (1)平均點值在 0.9 以下，且較去年同季點值下降幅度>5%以上：
 - (A)111Q3 全區平均點值為 0.8911，而 110Q3 為 1.0844 下降幅度為 17.8%；(B)111Q4 全區平均點值為 0.8633，而 110Q4 為 1.0153 下降幅度為 15.0%，平均點值在 0.9 以下且下降均大於 >5%以上符合啟動條件。
 - (2)一般服務之醫療費用點數成長率>(當年度醫療服務成本及人口因素成長率+5%)以上：

一般服務之醫療費用點數(A)111 年 Q3 為 8,251.6 百萬點，110 年 Q3 為 6,488.9 百萬點，111Q3 成長 27.2%，(B)110 年 Q4 為 8,477.8 百萬點，110 年 Q4 為 7,003.5 百萬點，111Q4 成長 21.1%，111Q3、Q4 二季均大於 6.085%(111 年醫療服務成本及人口因素成長率 1.085%+5%)
- 三、疫情導致民眾就醫習慣改變，從確診到後遺症就診中醫比率明顯攀升，在各種醫別就醫率成長中更顯得突出，111年中醫門診總額看診人數增加利用率達到32.53%，為歷年最高，111年中醫門診總額看診人數增加利用率達到32.53%，為歷年最高，111中醫門診總額預算為296.9億，中醫院所實際申報點數為313.6億；申報點數多出16.7億造成點值下降。

歷年中醫門診總額利用率資料

年度	100年	101年	102年	103年	104年	105年
中醫利用率	28.97%	29.42%	29.17%	29.25%	28.72%	28.19%
年度	106年	107年	108年	109年	110年	111年
中醫利用率	27.63%	27.59%	27.75%	26.08%	23.91%	32.53%

111年第3季及第4季看診人數、人次相較110年同期多出一百多萬人看診，整年度較110年多出近200萬人看診中醫，看診人數成長35.07%、看診件數成長26.69%；申請ICD10為U09.9人數為37萬人占111年看診人數5.5%，申請件數111Q3約36.4萬件111Q4約36.9萬件，申請點數為483.6百萬點。

111年Q3、Q4看診人、人次與110年比較

	看診人數	看診人次
110Q3	2,742,872	9,239,889
110Q4	2,888,713	9,963,300
110年	5,603,672	37,339,585
111Q3	4,075,376	13,462,662
111Q4	3,975,468	13,453,987
111年	7,568,901	47,303,703
增加人數、人次		
111Q3	1,332,504	4,222,773
111Q4	1,086,755	3,490,687
111年	1,965,229	9,964,118
成長率		
111年	35.07%	26.69%

四、另外統計確診時看診中醫，再回診申報主病名為咳嗽(71.4萬件)、感冒(10.9萬件)、過敏性鼻炎(9.5萬件)、上呼吸道疾病(7.9萬件)、頭痛(7.9萬件)、睡眠障礙、喉嚨痛等新冠後遺症病名，以每件567.6點推算，合計推估至少有6.11億點，遠多於申報U09.9的人數、件數，這尚不包含確診時看西醫後再看中醫的病人。

確診時看診中醫，再回診申報主病名統計

ICD10	中文病名	申請件數	預估申請點數
R05	咳嗽	713, 776	405, 139, 258
J00	感冒	108, 936	61, 832, 074
J309	過敏性鼻炎	94, 845	53, 834, 022
J399	上呼吸道感染	79, 177	44, 940, 865
R51	頭痛	78, 928	44, 799, 533
合計			610, 545, 751
註：內科案件 111 年平均每件申請 567.6 點			

五、希望補浮動點值到0.9而不是平均點值

平均點值因為藥價為非浮動為每點1點1元，因為近三年原物料中藥材大幅成長近四成，科學中藥漲幅近一成，111年申請健保藥費為119.2億元(占中醫總額38.0%)，中醫院所需增加近成長12億元成本在藥品採購上，健保中醫院所、醫師因為成本大幅成長已經偏體鱗傷，不敷成本，所以希望委員能同意用浮動點值補到0.9而不是平均點值。

四大藥廠歷年調幅分析

平均調幅	2021	2022	2023	3年總調幅	3年平均
A	2.30%	4.10%	2.40%	8.80%	2.93%
B	1.20%	1.40%	3.80%	6.40%	2.13%
C	2.10%	2.80%	2.90%	7.80%	2.60%
D	3.50%	3.30%	3.40%	10.20%	3.40%

六、補付方式考量110年為疫情期間，各部門申請情形異常，中醫部門建議以109年疫情剛開始，對中醫影響不大，同期第3季及第4季浮動點值為計算基礎：

(A)111Q3 全區浮動點值為 0.8220，而 109Q3 為 0.8687，兩者浮動點值差距為 0.0467；以各區浮動點數補至該區 109 年第 3 季合計需 245.1 百萬(詳下表)。

(B)111Q4 全區浮動點值為 0.7746，而 109Q4 為 0.9500，以總額反應合理的點數考量，109Q4 浮動點值以 0.9 作為計算基礎，兩者浮動點值差距為 0.1254；以各區浮動點數補至 0.9 第 4 季合

計需 666.5 百萬。(詳下表)兩季合計需 911.6 百萬。

111 年 Q3 補助額建議方式				
	111 年浮動點值	109 年浮動點值	補至 109 年差點值	補助額
臺北分區	0.8331	0.8307		
北區分區	0.7861	0.8859	0.0998	63,794,705
中區分區	0.8115	0.8634	0.0519	68,887,939
南區分區	0.8122	0.8894	0.0772	53,099,848
高屏分區	0.8153	0.8902	0.0748	59,358,350
東區分區	1.1607	1.1356		
合計				245,140,841
111 年 Q4 補助額建議方式				
	111 年浮動點值	109 年浮動點值	補至 0.9 點值差值	補助額
臺北分區	0.7830	0.9121	0.1170	175,211,548
北區分區	0.7267	0.9788	0.1733	111,502,496
中區分區	0.7745	0.9422	0.1255	169,951,206
南區分區	0.7832	0.9906	0.1168	83,930,516
高屏分區	0.7491	0.9457	0.1509	125,909,050
東區分區	1.1238	1.2212		
合計				666,504,816
111 年 Q3、Q4 合計				911,645,657

(會議資料第 68 頁)

討論事項第三案

提案人：詹委員永兆

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：112 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配方式，增列風險調整移撥款修正案，提請討論。

說明：

- 一、依中華民國中醫師公會全國聯合會112年6月14日召開「112年中醫門診醫療服務審查執行會六區主委第2次會議」決議辦理。
- 二、因受疫情影響，後新冠疫情民眾至中醫醫療機構看診需求大幅上升：112年Q1中醫申請件數成長24.09%，申請點數成長19.96%，造成各區的點值下滑，利用人口大幅增加，遠超出條文修訂時的預期，非總額部門可以管理的範疇，為避免單一區域點值過低影響院所生存，建請予地區預算分配編列風險調整移撥款3,000萬元，逐季當浮動點值低於0.75則補至0.75用完為度，以減少部分分區因浮動點值過低所造成衝擊。

擬辦：

於「112年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫」肆、預算分配：二、風險調整移撥款之提撥及分配，新增：

一、提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥3,000萬元。

二、分配方式：

(一)逐季當浮動點值低於0.75則補至0.75用完為度。

(二)如有剩餘，則餘額於第四季回歸一般服務預算分配。

中央健康保險署意見及提供之相關資料：

一、「112 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配方式，增編列風險調整移撥款修正案」，本署援例配合貴會協定共識辦理；至於執行面及操作細節，由本署與中全會再行研商。

二、中醫門診總額 111 年各季及 112 年第 1 季(預估)平均點值及浮

動點值(附件一，第 50 頁)。

三、中醫門診總額 111 年各季及 112 年第 1 季醫療利用情形(含就醫人數、申報件數、醫療費用點數)(附件二，第 51 頁)及各項成長率統計表(附件三，第 52 頁)。

.....
本會補充說明：

一、112 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案，業經本會 111 年第 10 次委員會議(111.10.28)決議通過，並經衛生福利部(下稱衛福部)112.1.9 衛部健字第 1123360002 號公告在案，分配方式如下：

(一)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。

(二)五分區(不含東區)一般服務費用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：14%。

3.各分區每人於各分區就醫次數之權值占率：10%。

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。

(三)所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定之。

二、本案係中全會對衛福部公告之 112 年度地區預算分配，提出修正案。建議增列風險調整移撥款，用於撥補受新冠疫情影響造成點值過低之分區，修正重點如下：

(一)東區及其餘五分區預算占率，及五分區預算 6 項分配參數占率均不變。

(二)增列風險調整移撥款，自五分區(不含東區)一般服務預算移撥

3,000 萬元，用於逐季撥補浮動點值低於 0.75 元之分區，其浮動點值補至 0.75 元(預算上限 3,000 萬元)。預算如有剩餘，則餘額於第四季回歸一般服務預算分配。

三、查近年中醫門診總額於 106~110 年均有編列風險調整移撥款，每年金額介於 3,200~4,200 萬元，主要撥補就醫率較高之分區，或東區以外之鄉鎮市區僅有一家中醫門診特約醫事服務機構之點值(歷年提撥金額及用途詳附件四，第 53 頁)。惟 111 年度及 112 年度則未編列該項移撥款。

四、依本會訂定之「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，如附件五(第 54 頁)，第七點其他原則規定，醫療費用總額及分配，協商結束後，若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，其處理方式：

衛福部核(決)定後，已成為政策決定事項，本會無權更動，若委員仍有不同意見，則依「全民健康保險會會議規範」(如附件六，第 55~57 頁)提案討論，決議達共識部分，向衛福部提出建議。

五、本案係中醫部門考量受後新冠疫情影響，造成 112 年中醫各區醫療利用增加、各區點值也存有差異，已超過去年協商時之預期，爰需增列風險調整移撥款，以為因應。考量中醫部門過去編列風險調整移撥款，亦曾用於撥補就醫率高之地區，因此，本案提撥經費用於撥補就醫率上升而點值偏低之分區，尚屬合理；惟 112 年度中醫門診總額地區預算分配業經衛福部核定公告在案，若委員同意本修正案，則依協商原則規定，由本會提出建議送請衛福部決定。

六、若委員同意本修正案，則建議酌修文字如劃線處：

(一)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。

(二)自五分區(不含東區)一般服務費用移撥 30 百萬元，作為風險調整移撥款，用於逐季撥補五分區(不含東區)浮動點值低於 0.75 元之分區，其浮動點值補至 0.75 元(預算上限 30 百萬

元)；經費若有剩餘，則餘額於第四季回歸一般服務預算分配。

(三)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：14%。
- 3.各分區每人於各分區就醫次數之權值占率：10%。
- 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。

(四)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送請全民健康保險會備查。

決議：

中醫門診總額111年各季及112年第1季(預估)平均點值及浮動點值

年季	月份	項目	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	全區
111年									
第1季	1-3月	浮動點值	1.0464	1.0833	1.0153	1.0546	1.0378	1.2759	1.0469
		平均點值	1.0289	1.0500	1.0096	1.0324	1.0229	1.1773	1.1773	1.0289
第2季	4-6月	浮動點值	1.0311	0.9913	0.9604	1.0048	0.9858	1.3132	1.0016
		平均點值	1.0192	0.9948	0.9750	1.0029	0.9913	1.2000	1.2000	1.0010
第3季	7-9月	浮動點值	0.8331	0.7861	0.8115	0.8122	0.8153	1.1607	0.8220
		平均點值	0.8969	0.8730	0.8817	0.8885	0.8888	1.1034	1.1034	0.8911
第4季	10-12月	浮動點值	0.7830	0.7267	0.7745	0.7832	0.7491	1.1238	0.7746
		平均點值	0.8673	0.8398	0.8595	0.8718	0.8497	1.0792	1.0792	0.8633
以下為預估點值									
112年									
第1季	1-3月	浮動點值	0.8104	0.7052	0.7980	0.7941	0.7674	1.0796	0.7899
		平均點值	0.8851	0.8293	0.8743	0.8800	0.8618	1.0517	1.0517	0.8735

註1：依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」，

預估點值係以現有申報資料及既有結算參數模擬試算，爰可能與實際狀況存在差異，僅供參考。

2. 依據109年11月19日「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額109年第4次研商議事會議」決定，109年第1-2季採合併結算(109年第1-2季各季點值相同)。

製表單位：醫務管理組

製表日期：112/5/12

中醫門診總額111年各季及112年第1季醫療利用情形(含就醫人數、中樞件數、醫療費用點數)統計表

費用年季	北區			中區			南區			東區		
	就醫人數 (千人)	醫療次數(百萬 件)	醫療點數 (百萬點)	就醫人數 (千人)	醫療次數(百萬 件)	醫療點數 (百萬點)	就醫人數 (千人)	醫療次數(百萬 件)	醫療點數 (百萬點)	就醫人數 (千人)	醫療次數(百萬 件)	醫療點數 (百萬點)
111年第1季	826.0	2.43	1903.50	369.4	1.06	827.07	706.8	2.27	1779.17	389.8	1.21	979.34
111年第2季	978.7	2.79	2098.35	451.6	1.27	944.84	807.8	2.60	1930.87	443.4	1.36	1068.15
111年第3季	1099.1	3.31	2470.93	522.2	1.52	1110.32	908.4	3.00	2192.24	500.5	1.59	1207.29
111年第4季	1082.7	3.34	2495.14	524.2	1.55	1137.19	920.6	3.10	2257.42	521.0	1.68	1271.76
111年合計	2106.5	11.87	6967.92	1020.3	3.40	4029.41	1665.3	10.39	3119.30	941.3	3.02	4526.53
112年第1季	1025.7	2.98	2271.73	500.1	1.49	1055.29	858.9	2.76	2061.94	493.5	1.52	1181.19

1. 製表日期：2023/03/16。
 2. 醫療條件：總額制(醫院總額、西醫基層總額、牙醫總額、中醫總額)。
 3. 本資料統計、統計及支付機構之醫療費用中樞資料計算。
 4. 服務機構分區區位門、住診或支付機構中樞服務機構之分區制(BRANCH_ID)。
 5. 總額制分醫院、基層、牙醫、中醫、醫院總額、基層總額、代理及其他。
 6. 代辦所佔總額則區分為代辦或非代辦案件。
 7. 就醫人數區身分總額與非總額計算。
 8. 就醫人數佔總額(就醫)看診之數，扣除以下條件：
 (1)門診件數扣除：請參見其他地區代辦(附)總額條件及本中樞費用者，「假性高單據或含受調劑」，「戒煙中心」，「支付機構」，「護理部分醫令或醫令基礎」及「其他依規定扣除就醫件數且本中樞診察費者」案件。
 (2)住院件數扣除：「護理部分醫令或醫令基礎」及「其他依規定扣除就醫件數且本中樞診察費者」案件。
 9. 醫療點數為中樞點數及部分負擔(在部分已收取之部分負擔點數)之合計。

中醫門診總額111年各季及112年第1季醫療利用情形(含就醫人數、申報件數、醫療費用點數)成長率統計表

費用季季	臺北			北區			中區			南區			東區		
	就醫 人數	就醫 次數	醫療 點數	就醫 人數	就醫 次數	醫療 點數	就醫 人數	就醫 次數	醫療 點數	就醫 人數	就醫 次數	醫療 點數	就醫 人數	就醫 次數	醫療 點數
111年第1季	5,62%	-5.77%	-2.97%	-3.11%	-2.57%	-2.33%	-3.05%	-2.76%	1.69%	-3.50%	-2.77%	1.76%	-4.52%	-4.75%	-0.77%
111年第2季	24.06%	26.82%	23.29%	24.62%	23.72%	22.44%	16.91%	17.83%	16.97%	16.23%	14.94%	14.08%	16.27%	15.34%	14.50%
111年第3季	39.69%	38.78%	34.70%	39.10%	35.66%	31.22%	28.47%	26.61%	22.74%	30.00%	27.75%	22.81%	28.07%	26.69%	23.36%
111年第4季	27.13%	26.63%	21.40%	35.25%	31.82%	26.02%	25.70%	25.09%	19.50%	29.48%	27.37%	20.52%	26.41%	25.60%	20.13%
111年小計	22.08%	21.12%	18.73%	26.74%	22.40%	20.76%	18.00%	16.83%	15.40%	20.62%	16.99%	14.97%	18.60%	15.84%	14.44%
112年第1季	24.18%	22.71%	19.34%	35.39%	31.22%	27.59%	21.51%	21.23%	18.56%	26.61%	25.42%	20.61%	25.52%	26.01%	21.77%

- 1.製表日期：2023/6/16。
- 2.病源條件：總額別（醫院總額、西醫基層總額、牙醫總額、中醫總額）
- 3.本頁科別門、住診及交付機構之醫療費用申報資料計算。
- 4.服務機構分區別依門、住診或交付機構中報服務機構之分區別(BRANCH_ID)。
- 5.總額別分醫院、基層、牙醫、中醫、醫院透析、基層透析、代謝及其他。
- 6.代辦別係依總額別區分為代辦或非代辦案件。
- 7.就醫人數依身分證號將生日歸戶計算。
- 8.就醫次數係醫師(就醫)看診次數，排除以下條件：
 - (1)門診件數排除「接受其他院所委託代(轉)檢案件且未申報費用者」、「慢性病連續處方及調劑」、「病理中心」、「交付機構」、「補報部分醫令或醫令差額」及「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」案件。
 - (2)住院件數排除「補報部分醫令或醫令差額」及「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」案件。
- 9.醫療點數為申請點數及部分負擔(住診含已收取之部分負擔點數)之合計。

中醫門診總額歷年戶籍人口數占率及風險調整移撥款之協定情形

年度	戶籍人口數占率 協定情形	風險調整移撥款之提撥及分配
106	11% (調升 3%)	(一)提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 4,000 萬元。 (二)分配方式：除東區以外之鄉鎮市區，撥補僅有一家中醫門診特約醫事服務機構者，其浮動點值補至每點 1 元；如有剩餘，則餘額全數撥予當季就醫率最高之分區。(中區)
107	11% (未調升)	(一)提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 3,600 萬元。 (二)分配方式：除東區以外之鄉鎮市區，撥補僅有一家中醫門診特約醫事服務機構者，其浮動點值補至每點 1 元；如有剩餘，則餘額 55% 予臺北區、45% 予北區。
108	13% (調升 2%)	(一)提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 3,200 萬元。 (二)分配方式：除東區以外之鄉鎮市區，撥補僅有一家中醫門診特約醫事服務機構者，其浮動點值補至每點 1 元；如有剩餘，則餘額全數撥予當季就醫率最高之分區。(中區)
109	13% (未調升)	(一)提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 4,200 萬元。 (二)分配方式：除東區以外之鄉鎮市區，撥補僅有一家中醫門診特約醫事服務機構者，其浮動點值補至每點 1 元；如有剩餘，則餘額 50% 予臺北區、50% 予北區。
110	13% (未調升)	(一)提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 3,500 萬元。 (二)分配方式：除東區以外之鄉鎮市區，撥補僅有一家中醫門診特約醫事服務機構者，其浮動點值補至每點 1 元；如有剩餘，則餘額 55% 予臺北區、45% 予北區。
111	14% (調升 1%)	不另行編列「風險調整移撥款」。

112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(摘錄)

第 5 屆 111 年第 5 次委員會議(111.5.27)通過

第 5 屆 111 年第 6 次委員會議(111.6.24)修正

貳、總額協商原則

七、其他原則

- (一)年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之。
- (二)醫療費用總額及分配，協商結束後，若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，其處理方式如下：
 - 1.衛福部核(決)定前，應經雙方具有委員身分之協商代表同意，依「全民健康保險會會議規範」之復議案程序辦理。
 - 2.衛福部核(決)定後，已成為政策決定事項，本會無權更動，若委員仍有不同意見，則依「全民健康保險會會議規範」提案討論，決議達共識部分，向衛福部提出建議。**
- (三)年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內。各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值。
- (四)醫療照護整合與效率提升成效之效益，部分用以獎勵醫療服務提供者，部分回歸保險對象。
- (五)對已協定之試辦性計畫，應嚴格監控，並提出評估報告供委員於協商時參考，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。
- (六)各總額部門之協商代表，需獲得充分授權。經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得酌予協商調整該部門總額單一細項金額，並予以定案。

全民健康保險會會議規範

102年1月25日委員會議討論通過

102年8月23日委員會議修正第三點、第六點

102年12月27日委員會議修正第二點

103年10月24日委員會議修正附表

106年5月26日委員會議修正第二點

一、依據全民健康保險會(以下稱本會)組成及議事辦法第十三條規定，及為使本會委員會議順利進行，特訂定本規範。

二、會議之程序如下：

- (一)由主席報告出席人數，並宣布開會。
- (二)主席報告及確認議程。
- (三)宣讀及確認上次會議紀錄。
- (四)報告上次會議決議(定)事項辦理情形及本會重要業務。
- (五)優先報告事項：健保署業務執行季報告、總額範圍諮詢案、總額及其分配方式核定結果及後續相關事項等。
- (六)討論事項：
 - 1.前次會議遺留之事項。
 - 2.本次會議預定討論之事項。
- (七)報告事項：
 - 1.相關單位報告。
 - 2.其他報告。
 - 3.依會議決議(定)事項安排之專案報告。
- (八)臨時提案或動議。

三、會議之議案，經主任委員核定並編入議程後，應於開會七日前分送各出席、列席人員。

會議提案程序如下：

(一)一般提案

- 1.一般議案於開會十日前以書面或電子郵件提送本會(提案單如附)。

- 2.提案得由主管機關交議或本會委員、中央健康保險署、本會幕僚單位提出。
- 3.提案內容應與本會法定任務有關。
- 4.提案內容不全者，本會幕僚單位應立即請其補正；對內容不符合本款第二、三目規定者，應敘明理由通知原提案者。
- 5.議案順序，以具重要性、急迫性或時效性者優先安排。

(二)臨時提案

- 1.書面提案不符前款第一目規定之期限者為臨時提案；但以當次會議亟待決定之緊急事件或具時效性事項，且與本會法定任務有關者為限。
- 2.臨時提案應有出席委員附議或連署始得成立。
- 3.臨時提案若不符合本款第一目之要件，主席得決定提下次會議討論。

四、修正案之提出：

- (一)修正案須與原議案有關方得提出，但具有否決原議案之效果者，不得提出。
- (二)修正案之修正方法為加入字句、刪除字句或刪除並加入字句。
- (三)修正案應以書面提出，提案程序比照第三點規定辦理。

五、復議之提出：

(一)提請復議之理由：

議案經議決通過或否決後，如因情勢變遷或有新資料而認為決議確有重加研討之必要時，得提請復議。

(二)提請復議應具備之條件：

- 1.原案決議後尚未執行。
- 2.具有與原決議不同之理由者。
- 3.提案人須符合以下條件：

(1)提案經當次出席委員十分之一以上之連署。

(2)若為總額協商議題，則需為當時在場且同意原決議案者。

(三)提請復議之方式：

應以書面方式提出，其提案程序比照第三點規定辦理。

(四)復議動議之討論：

- 1.復議動議之成立，須經正反雙方對有無復議必要發言後，由出席委員三分之一以上同意決定之。
- 2.復議動議經否決後，對同一議案，不得再提請復議。

(五)經復議之議案於決議確定後，不得再提請復議。

六、會議列席人員如下：

- (一)本會執行秘書及各組組長。
- (二)中央健康保險署署長及相關單位主管。
- (三)經主任委員同意邀請之有關機關、團體或相關領域之專家學者。

七、會議決議事項如需其他機關配合執行，由本會函各相關機關。

八、本規範未盡事宜，依內政部所公布會議規範處理。

九、本規範提會討論通過後施行，修正時亦同。

(會議資料第 77 頁)

討論事項第四案

提案人：陳委員節如

代表類別：保險付費者代表

案由：機構住民之急性需求，應開放居家醫療團隊進入治療，提請討論。

說明：

- 一、目前雖有照護機構巡迴門診服務(特約醫事服務機構至照護機構提供診療)，然現況下仍未能滿足機構住院之急性需求，致使機構住民有急性醫療需求時，僅能頻繁往返急診或入院，造成機構管理上人力及成本等負擔，此外，亦增加機構內交叉感染風險。
- 二、健保應開放居家醫療照護整合計畫團隊進入治療，就常見感染症，如：泌尿道感染、呼吸道感染和軟組織感染等，得以原床治療模式，給予抗生素及相關治療(如氧氣呼吸治療)，藉以減少住民往返急診及入院出院之負擔與風險。

擬辦：居家醫療照護整合計畫服務範疇研擬擴增照護機構住民。

中央健康保險署意見：

- 一、現行特約醫事服務機構至照護機構提供醫療服務，係依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 21 條及 22 條規定提供一般門診及復健診療服務。
- 二、本署前於 111 年 2 月 22 日及同年 6 月 14 日召開研商「112 年全民健康保險居家醫療照護整合計畫(下稱居整計畫)」修訂方向第一、二次溝通會議，與中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國診所協會全國聯合會、台灣在宅醫療學會等學協會，就居整計畫團隊至照護機構(老人安養、養護機構或身心障礙福利機構、護理之家等)提供服務之可行性進行討論。會議決議略以，全面開放居整計畫團隊至照護機構提供服務並支付訪視費用，應編列相對財源支應，建議可先朝向放寬

照護機構內安寧療護階段個案提供服務並評估財務衝擊。

三、本署將於評估後爭取編列總額預算。

.....
本會補充說明：

一、查全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第21條第1項前段(略以)：

保險醫事服務機構得報經所在地衛生主管機關之許可，並報經保險人同意，指派醫師及必要之醫事人員至立案之老人安養、養護機構或身心障礙福利機構、護理之家(以下稱照護機構)，提供保險一般門診及復健診療服務。

二、目前各部門總額及其他預算執行照護機構醫療服務之費用支應情形如下：

(一)醫院或西醫基層總額由一般服務費用支應至照護機構提供一般門診及復健診療費用。

(二)其他預算編列「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務」預算，主要用居家醫療照護(含居家醫療照護整合計畫)、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務，歷年預算編列及執行情形如附件(第61頁)。其中居家醫療照護整合計畫，主要支應個案管理費及各類訪視人員訪視費等，其餘醫療費用由各部門總額預算支應。

(三)中醫門診總額自111年度起，於專款編列「照護機構中醫醫療照護方案」，鼓勵中醫師至照護機構執行中醫醫療服務。至於牙醫門診總額亦於專款編列「牙醫特殊醫療服務計畫」，含鼓勵牙醫師至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提供牙醫醫療服務。

三、本案屬年度總額訂定後，總額專款計畫之執行面建議，依健保法第61條第4項規定^註，研商及推動總額支付制度係屬保險人權責，由健保署循法定程序於各部門總額研商議事會議或醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議，會同醫事服務提供者、

付費者代表及專家學者研商計畫內容，爰委員對本案提出之建議，建請送該署研參。

註：健保法第 61 條第 4 項「第一項醫療給付費用總額訂定後，保險人應遴聘保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表及專家學者，研商及推動總額支付制度」。

決議：

歷年「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務」預算編列及執行情形

項目	年度	106	107	108	109	110	111
預算數(百萬元)		5,000.0	5,520.0	6,020.0	6,170.0	6,544.0	7,300.0
執行數(百萬元) ^註		4,385.5	4,939.1	5,299.0	5,659.4	5,960.5	6,206.8
預算執行率		87.7%	89.5%	88.0%	91.7%	91.1%	85.0%
1.居家醫療與照護							
執行數(百萬元)		2,799.4	3,174.2	3,412.2	3,654.9	3,843.2	3,949.1
--居家照護(第五部第1章)		2,224.3	1,980.6	1,920.0	2,252.1	2,457.6	...
--安寧居家療護(第五部第3章)		107.4	77.1	81.6	91.2	94.3	...
--居家醫療照護整合計畫 (含論次計酬)		469.5	1,116.5	1,410.6	1,311.6	1,291.2	...
--居家醫療		92.0	206.3	254.3	311.4	335.6	...
--重度居家醫療		299.0	736.7	921.8	734.1	649.8	...
--安寧療護		70.6	156.8	200.1	200.3	195.5	...
--個案管理費		7.9	16.8	20.2	41.7	42.4	...
--居家牙醫醫療服務		13.1	...	...	...
--居家中醫醫療服務		1.1	23.9	67.9	...
--居家藥事照護		0.01	0.04	0.11	...
2.精神疾病社區復健		1,583.0	1,732.8	1,846.6	1,960.2	2,074.2	2,212.8
3.助產所		3.2	2.6	3.2	3.3	3.5	3.6
4.到宅牙醫醫療服務		...	9.0	...	...	...	...
5.轉銜長照轉銜長照2.0之服務		...	20.5	37.0	41.0	39.7	41.3
總額協定事項之執行情形							
居家醫療照護品質及效益之績效 指標(111年)							
--每月平均「門診就醫次數」 較收案前增減次數		-0.56	...
--每月平均「急診就醫次數」 較收案前增減次數		-0.04	...
--緊急訪視率		3.7%	...
關鍵績效指標(自選3項) (居家整合照護整合計畫)							
1.累計照護人數		32,759	57,750	66,055	72,474	75,591	...
2.照護對象每月平均門診就醫次數		2.16	1.76	1.73	1.55	1.56	...
3.參與院所數		2,024	2,384	2,701	2,941	3,047	...

註：107年起新增轉銜長照轉銜長照2.0之服務、支應牙醫門診總額專款「牙醫特殊醫療服務計畫」之到宅牙醫醫療服務費用，108年6月起新增居家牙醫、中醫醫療服務及居家藥事照護，109年起到宅牙醫醫療服務及居家牙醫醫療服務移至牙醫門診總額專款「牙醫特殊醫療服務計畫」支應。

(會議資料第 80 頁)

討論事項第五案

提案人：陳委員節如

代表類別：保險付費者代表

案由：居家病人之急性照護需求，建立相關配套支付制度，提請討論。

說明：

- 一、根據台灣在宅醫療學會調查居家醫療照護整合計畫服務單位，超過七成的居家病人曾經有急性症狀(發燒、呼吸喘等)，超過五成居家醫師曾到宅治療急性症狀，這類病人若沒有被治療，必然到急診就醫，甚至入院。
- 二、目前居家醫療相關計畫，尚未有針對急性照護需求之在家住院支付制度。國際間之在家住院(Hospital at home, HAH / Hospital in the home)制度亦有許多國家施行。再者，疫情期間凸顯居家失能病患至醫院住院之感染風險，倘特定急性症狀得以在家住院模式因應，應可降低病患與家屬奔波、降低感染風險。
- 三、健保應建立在家住院制度及其相應之支付標準。

擬辦：如說明三。

中央健康保險署意見：

一、現行本署已有配套支付制度如下：

- (一)為能快速回應居家照護及居家安寧療護病人發生之緊急狀況，申報全民健康保險醫療服務給付項目與支付標準(下稱支付標準)第五部第一章居家照護及第三章居家安寧療護服務之醫事服務機構或護理機構，依規定應提供居家照護專業人員二十四小時電話諮詢服務。
- (二)另為提供緊急居家訪視之合理支付，本署於 111 年 6 月 1 日增訂支付標準居家照護及安寧居家療護之緊急訪視適應症(含生命徵象不穩定等 8 項適應症)及其加成方式，醫師及護理人員於例假日、夜間及深夜緊急訪視，其診視費得加成 40% 至 70%。

二、本署刻正與在宅醫療學會討論在家住院制度之規劃，評估服務族群及所需醫療費用等，後續將爭取編列總額預算，並俟預算金額議定後辦理後續事宜。

本會補充說明：

一、目前有關居家醫療照護之費用支應方式如下：

(一)主要由其他預算項下之「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務」支應(112年度總額之協定事項如附表)，並訂有「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」，用於支付醫師、中醫師、藥師、護理人員訪視費等費用。

(二)其餘藥事服務費、藥費、檢驗(查)、針灸治療等費用，則回歸由各部門總額預算支應。

附表 112年度總額其他預算有關居家醫療照護之協定事項

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務	7,803.0	503.0	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。 2. 請中央健康保險署辦理下列事項： (1)各項服務支付標準之調整，應考量各部門總額相關支付項目間之衡平性，並朝分級支付方向規劃，以鼓勵急重症、困難疾病之照護。並持續精進居家醫療照護品質及成效之評估指標。 (2)於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告(應含近年支付標準調整情形及成效指標監測結果)。

二、本案所提擬針對特定急性症狀得以在家住院模式，係將原在醫院住院治療之病患，改由在家接受照護，以降低病患與家屬奔波及感染風險，其屬執行細節，需審慎研議及訂定相關給付項目及支付標準，考量「全民健康保險醫療服務給付項目及支付

標準」之擬訂，應屬健保署權責^註，委員所提建議，建請送該署研參。

註：

健保法第41條

- 一、醫療服務給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，報主管機關核定發布。
- 二、藥物給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主、保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，並得邀請藥物提供者及相關專家、病友等團體代表表示意見，報主管機關核定發布。
- 三、前二項標準之擬訂，應依被保險人之醫療需求及醫療給付品質為之；其會議內容實錄及代表利益之自我揭露等相關資訊應予公開。於保險人辦理醫療科技評估時，其結果並應於擬訂前公開。
- 四、第一項及第二項共同擬訂之程序與代表名額、產生方式、任期、利益之揭露及資訊公開等相關事項之辦法，由主管機關定之。

決議：

(會議資料第 85 頁)

報告事項第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」之執行結果(含醫療利用、藥費及其成長原因分析)，及「罕見疾病藥費」結算邏輯改變前後之影響(簡報如附件一，第 74~87 頁)，請鑒察。

說明：

一、專款預算編列及執行現況：

(一)本署爭取並編列預算逐年遞增，其專款藥費之預算，除支應既有用藥費用之成長、擴增藥品給付範圍外，亦作為收載新藥之財源。罕病及血友病藥費於同預算項目內互相流用。

(二)近六年(106-111 年)專款執行數平均成長率約 8%，遠高於健保總額平均成長率，且預算執行率皆達近 9 成以上。

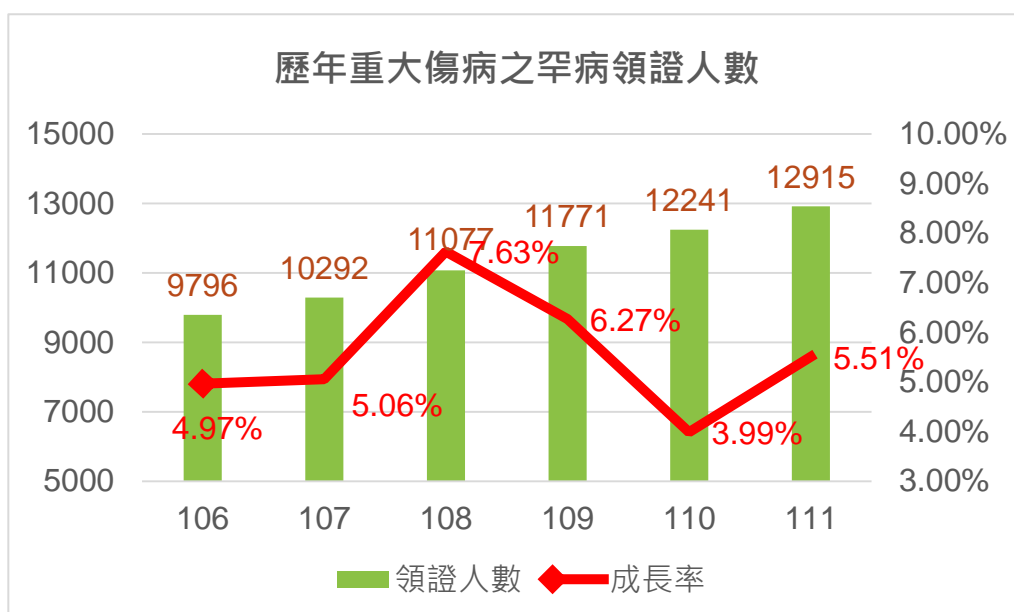


圖、106-111 年專款預算、執行數及執行率

二、藥品申報現況及健保政策：

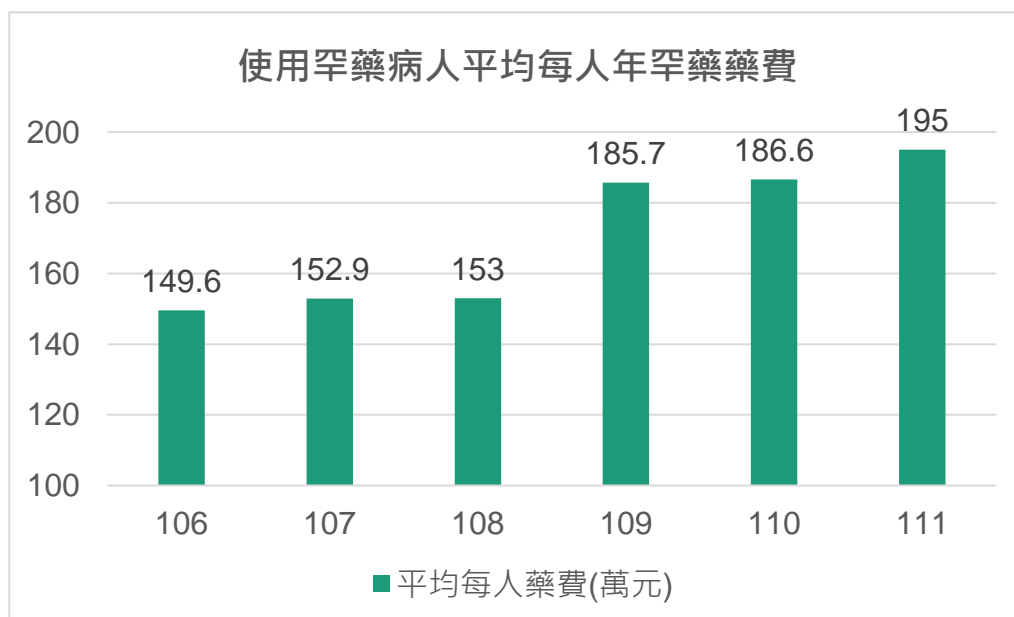
(一)罕見疾病用藥

1.截至 112 年 2 月底，重大傷病罕見疾病領證人數已達 13,001 人，成長率較前年為 5.51%，有效領證數以多發性硬化症人數為最多(1,743 人)，如下圖。



圖、歷年重大傷病之罕病領證人數

2.罕藥病人平均罕藥藥費，由 106 年 149.6 萬餘元，111 年提高至 195 萬餘元，逐年提高(如下圖)。統計 110 年人年藥費最高為約 5092 萬元，最低藥費約 59 萬元。



圖、使用罕藥病人平均每人年罕藥藥費

3.近期罕見疾病新藥收載情形：

(1) 脊髓性肌肉萎縮症 (Spinal Muscular Atrophy; SMA) 藥品：

- 109 年納入新藥 Spinraza (NUSINERSEN)，並於 112 年於財務衝擊控制下，擴增「3 歲內發病確診，若開始治

療年齡 7 歲以上，RULM \geq 15」族群患者。另為提供患者用藥選擇，另一新藥口服液劑 Evrysdi (RISDIPLAM) 納入健保給付。

- 近期受理廠商申請基因治療藥物 Zolgensma (Onasemnogene abeparvovec)，為一次性靜脈注射藥品，將帶有正常 SMN 基因片段的腺病毒載體，導入病人細胞內使其產生 SMN 蛋白，達到治療效果，已經於 112 年 6 月本保險藥物共同擬訂會議通過。將以療效評估為基礎，分期付款予廠商。

(2) 龐貝氏症(Pompe Disease)藥品：94 年 7 月給付第一代專案進口藥品 Myozyme (Alpha-glucosidase)，並於 112 年 4 月 1 日生效第二代具藥品許可證新藥 Nexviazyme (Avalglucosidase alfa)。

(3) 家族性澱粉樣多發性神經病變藥品(Family Amyloidotic Polyneuropathy; FAP)：藥品 ONPATTRO (patisiran)，已經 112 年 5 月生效納入健保給付。

4. 為確保既有病友接受治療之權益，本署期望在健保有限的資源下，照顧最多的病人，結合各項資源，以建構罕見疾病防治及醫療照護網絡，提供病人多元化照護。

(二) 血友病用藥

1. 為提供血友病患更完善之治療，本署極力爭取於健保總額編列血友病用藥納入健保給付及給付範圍放寬所需之預算。
2. 截至 111 年，現行健保已收載 65 項血友病藥品，計 1,038 位血友病病人，平均每人年藥費約 407 萬元。對於血友病患者之照護，非僅以單純給藥預防出血，或有出血時或手術時特別給藥等，而是朝向以病人為中心的照護模式。
3. 合理用藥，穩定病情管理措施及工具開發：本署 109 年建置「血友病個案管理系統」，蒐集臨床使用之真實世界證據

(RWE)，了解真實世界中的療效及控管用藥之合理性，並運用以下 4 種策略，提高管理成效：

- (1) 運用 BI 進行費用監控：提供 5 年內總藥費概況等資料，供分區透過選單取得相關資訊。
- (2) 每季提供高藥費關懷名單：從藥費前百大病人中，找出費用高成長且跨門診跨院就醫者(約 30~40 名)列為關懷名單。
- (3) 凝血因子藥品批號線上查核：為提升管理效率，改以在家治療紀錄表空瓶批號欄位及費用申報檔批號欄位不符名單，予分區業務組管理。
- (4) 身高體重登載管理：為避免餘藥流為不當使用，名單供分區向院所確認醫療評估追蹤紀錄表正確性。

三、罕病特材：

- (一) 僅有罕見疾病(玻璃娃娃)專用特材「”沛佳”法斯樂-杜伸縮式髓內釘系統」1 項，於 104 年 1 月 1 日納入健保給付。
- (二) 107 年至 111 年申報件數及申報點數如下圖，近 2 年申報件數下降可能係因 COVID-19 疫情導致使用人數較低。



四、健保面臨挑戰及策略

隨著基因檢測診斷技術之發展，罕見疾病透過檢測診斷之病患

人數增加，面臨健保資源有限，及部分新藥治療昂貴、但療效實證有限之情況，為加速健保納入新藥物，規劃未來精進策略：

(一)爭取增編罕藥/血友病用藥專款：支應既有罕病/血友病病友用藥費用成長、擴增已收載罕藥/血友病用藥的給付範圍、收載新的罕藥/血友病用藥。

(二)建立多元風險分攤模式，如其他給付協議或暫時性支付：針對臨床迫切需求 (unmet medical need)，惟臨床療效及安全性具未確定性之新藥，與藥商協議多元風險分攤，暫時支付二年，期間蒐集臨床使用經驗，二年後以真實世界資料決定是否繼續給付。

(三)成本效益評估，進行前瞻規劃精準給付：導入前瞻性評估(HS, Horizon Scanning)，將可能收載之新醫療科技於預算編列時納入評估，搭配運用醫療科技評估(Health Technology Assessment; HTA)，估算新科技成本及效益。已收載之藥品，則進行醫療科技再評估(HTR, Health Technology Reassessment)，有效則健保加碼，無效則限縮給付，將資源用在最有效益之治療。

(四)精進新藥核價流程：

1.核價流程管控與加速與廠商議價程序：要求藥商於時限內回復意見，並於藥物共擬會議召開前，提前與藥商協商可行還款方案。

2.強化廠商與審查專家溝通：自 111 年 11 月起，開放廠商可於第一次專家會議到會報告，以加速新藥審議。

五、在健保現有新醫療科技預算額度下，有效健保加碼，無效限縮給付，提升醫療資源配置之合理性。

六、「罕見疾病藥費」結算邏輯改變前後之影響說明如下：

(一)原邏輯：領有罕見疾病重大傷病卡之保險對象(罕見疾病註記為 Y 且部分負擔代碼 001)，其任一主、次診斷符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼(診斷碼完全符合才列入計算)之所有

案件「藥費」小計。

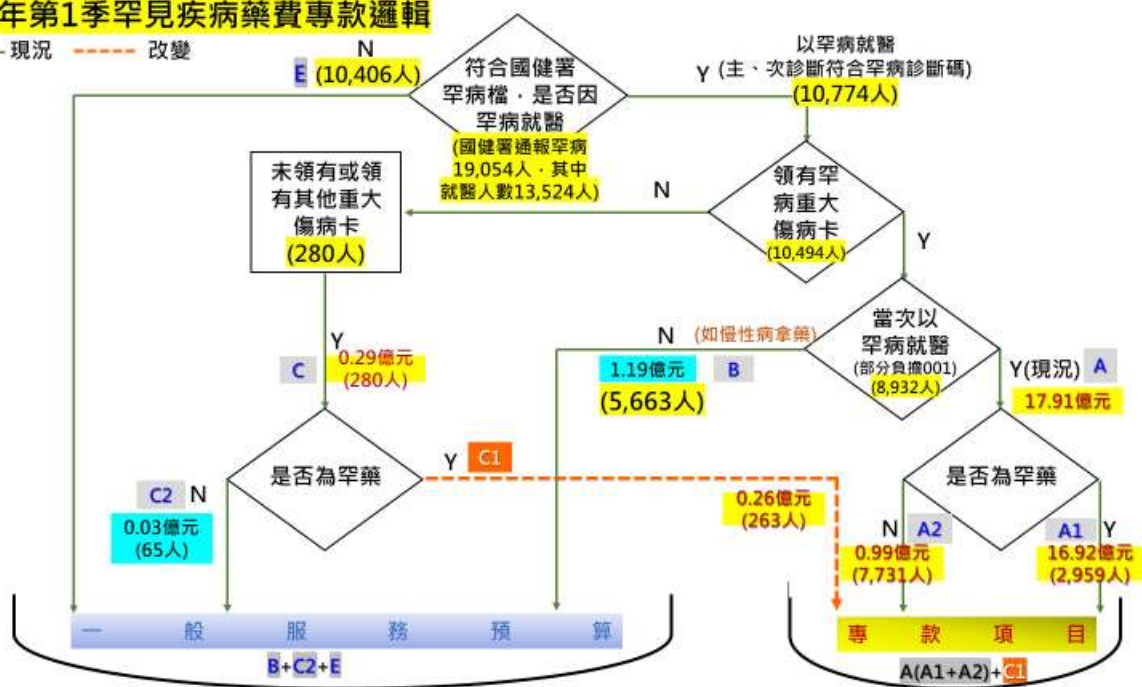
(二)新邏輯：國民健康署重大傷病罕病通報紀錄檔註記審核通過，但未領有重大傷病卡(罕見疾病註記為 Y)之保險對象，任一主、次診斷符合衛生福利部公告罕見疾病診斷碼(診斷碼完全符合才列入計算)且申報符合罕見疾病藥物品項之醫令點數加總。

(三)以112年第1季預估原邏輯當次就醫與罕病相關(部分負擔代碼001)之所有藥費統計為17.91億元，加入新邏輯預估將增加0.26億元(由17.91億元增加為18.17億元)。

(四)結算邏輯改變前後之費用及專款支付範圍改變之相關統計資料如下表。

112年第1季罕見疾病藥費專款邏輯

—— 現況 - - - - 改變



七、有關健保會李永振委員請健保署檢視近 5 年(107 年起迄今)在健保會進行相關報告時，委員所提出的意見及建議，逐項提出具體回應及說明。本署已依委員意見於本報告案說明，並摘錄會議委員意見說明如附件二(第 88~90 頁)。

報告單位業務窗口：醫審及藥材組杜安琇科長/張淑雅科長，

聯絡電話：02-27065866分機1554/3012

.....

本會補充說明：

一、本案依 112 年度醫院總額「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」決定事項及本會年度工作計畫安排，該決定內容係請中央健康保險署辦理下列事項：

(一)檢視本項費用成長之合理性及加強管控，於 112 年 7 月底前提報執行情形專案報告(含醫療利用、藥費及其成長原因分析，並說明「罕見疾病藥費」結算邏輯改變前後之影響)。

(二)若經評估「罕見疾病藥費及特材」與「血友病藥費」仍有分列預算之必要，請於協商 113 年度總額前，提出預算拆分之優缺點分析及分列之計算基礎，提報本會。

二、為利委員了解本項專款預算歷年執行情形，整理相關資料，供參考：

(一)106~111 年費用執行情形：考量罕見疾病、血友病用藥昂貴，歷年均於醫院及西醫基層總額編列專款預算，以保障病人用藥權益，106~111 年預算編列及費用執行情形，如附件三(第 91 頁)。另其醫療利用主要在醫院部門，血友病藥費約 34~40 億元、罕病藥費約 53~76 億元，以罕病藥費成長率較高。摘要 106~111 年醫院總額的利用情形如下表。

年度	106	107	108	109	110	111
全年預算(億元)	124.53	139.61	152.34	155.45	116.99	128.07
執行率	88.4%	92.4%	92.2%	96.2%	95.0%	91.6%
--罕病藥費(億元)	53.55	58.68	61.67	70.51	73.04	76.79
--藥費成長率(%)	16.8%	9.6%	4.4%	15.1%	3.6%	5.1%
--罕病用藥人數(人)	8,351	8,909	9,634	10,178	10,502	11,178
--人數成長率(%)	3.9%	6.7%	8.1%	5.6%	3.2%	6.4%
--罕病特材(億元)	0.03	0.01	0.02	0.03	0.01	0.01
--用藥人數(人)	11	7	10	11	5	8
--血友病藥費^{註1}(億元)	34.23	37.11	39.39	38.77	38.08	40.52
--藥費成長率(%)	-1.5%	8.4%	6.1%	-1.6%	-1.8%	6.4%
--血友病用藥人數(人)	899	933	969	942	979	1,040
--人數成長率(%)	-0.8%	3.8%	3.9%	-2.8%	3.9%	6.2%
--後天免疫缺乏治療藥費 ^{註2} (億元)	25.04	33.18	39.75	40.27	...	...

註：1.106年血友病藥費預算不足2.74億元，由其他預算支應。

2.110年起後天免疫缺乏治療藥費與罕病、血友病治療費用分列。

(二)112年度醫院總額本項專款預算編列139.43億元，較111年增加11.36億元，主要考量：

1.健保署依過去申報費用成長率經驗值(106~110年平均成長率約10%)及引進罕病新藥之需推估預算，因此歷年本項費用之成長率均較年度總額之成長率為高。基於健保資源有限，爰請健保署分析其醫療利用，檢視成長原因及合理性，以審慎管理，合理使用健保資源。

2.修正「罕見疾病藥費」專款結算邏輯，增編1.9億元：

健保署考量過去有部分符合「國民健康署重大傷病罕病通報紀錄檔」之保險對象，因未申請罕病重大傷病卡，其罕病就醫之藥費，無法由「罕見疾病藥費」專款支應，與該專款設立意旨不符。爰自112年起修改結算邏輯，納入未領有罕病重大傷病卡，但符合「國民健康署重大傷病罕病通報紀錄檔」之保險對象，其因罕見疾病就醫使用之罕見疾病藥品費用，由「罕見疾病藥費」專款支應，乃請健保署說明「罕見疾病藥費」結算邏輯改變前後之影響。

三、本會李委員永振於 112 年 5 月 26 日提出本案需請健保署回應或說明之問題，已於當日轉請健保署納入本次報告分析說明。委員關切事項如下：

請健保署檢視近 5 年(107 年~迄今)在健保會進行相關報告時，委員所提出的意見及建議，逐項提出具體回應與說明。

四、另整理近 5 年有關罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材專案報告或討論案之本會委員意見重點摘要如下：

(一)罕見疾病、血友病患者醫療費用前 20 名之費用支出占率高，請提供前 20 名之費用支出情形及原因分析，若能掌握這些資料，應可改善費用支出。

(二)罕見疾病藥費支出成長(如 106 年 16.8%)明顯高於罕病人數成長(如 106 年 3.9%)，罕見疾病藥費之預算成長率偏高，除相關統計數據外，應提供成長原因及合理性分析。

(三)血友病藥費支出逐年降低，應掌控並汲取相關經驗，以善用醫療資源。

(四)委員關切罕病新藥引進之效率問題，希能確保罕病患者用藥權益。

決定：



「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」之執行結果(含醫療利用、藥費及其成長原因分析), 及「罕見疾病藥費」結算邏輯改變前後之影響

衛生福利部中央健康保險署

112年6月28日



報告大綱

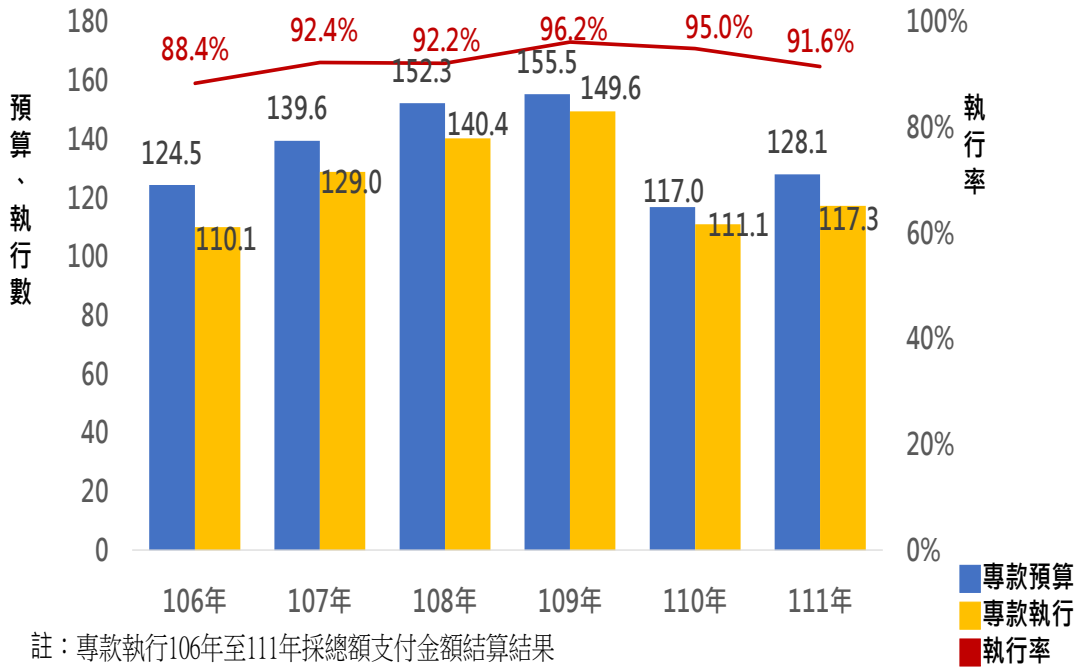
- 罕見疾病藥物申報現況及健保政策(含結算邏輯改變)
- 血友病藥品申報現況及健保政策
- 健保給付挑戰與策略



醫院部門罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材專款執行情形

(單位:億元)

(%)



2

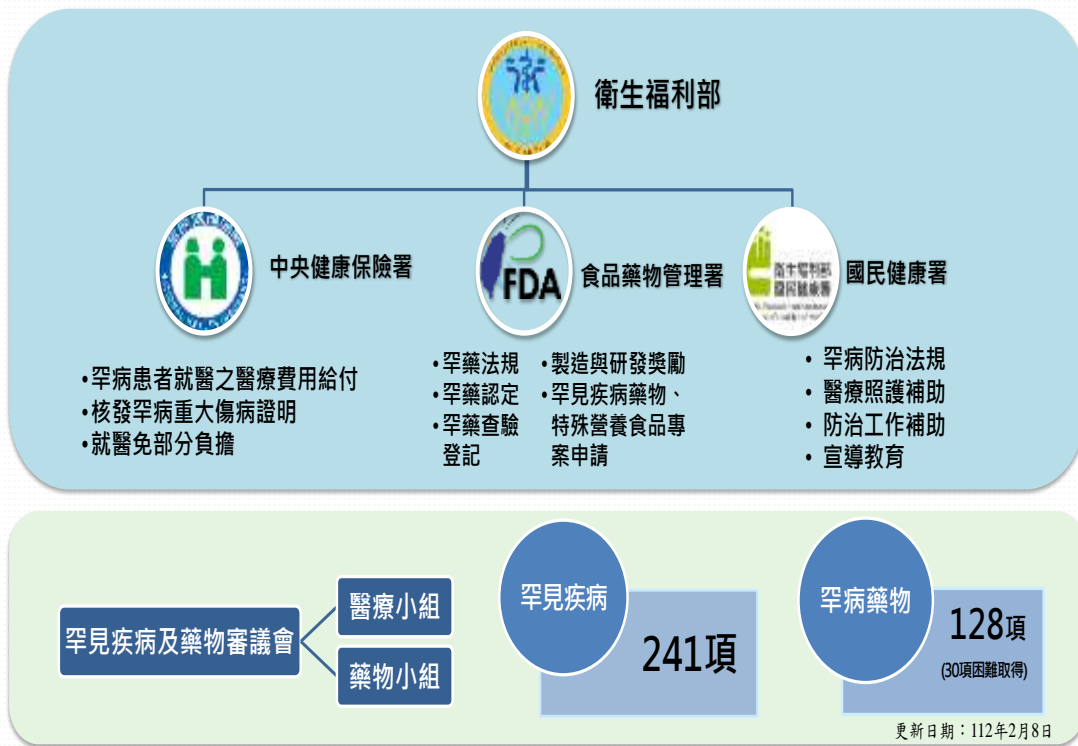


罕見疾病藥品申報現況及健保政策

3



衛生福利部跨單位合作照護罕見疾病



4



健保提供罕病 多元化照護

免除部分負擔

•自101年起，經衛生福利部公告之罕病名單列為健保重大傷病範圍，免除健保部分負擔。

藥費專款專用

•自94年起編列罕見疾病專款專用項目。

罕藥加速收載

•凡經罕見疾病及藥物審議會認定為罕見疾病用藥，即可向健保署建議收載。(毋須等到取得許可證)

藥價二年檢討

•罕藥未列入每年例行性藥價調整，以較具彈性之方式(參考其十國藥價及成本價)，每二年檢討一次。

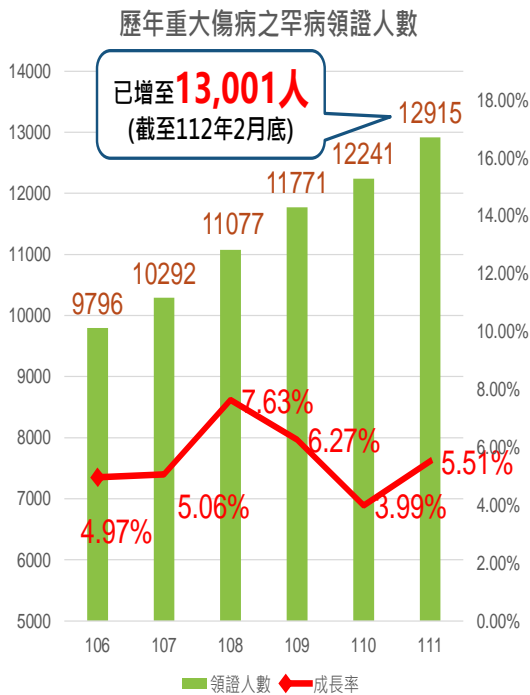
呼吸器+安寧居護

⑩呼吸器居家照護將下列罕病患者納入收案條件：肌萎縮性脊髓側索硬化症(ALS)、先天性肌肉萎縮症(Congenital Muscular Dystrophy)、脊髓肌肉萎縮症(SMA)、龐貝氏症。
⑩111年6月起，安寧居家療護增列「罕見疾病或其他預估生命受限者」收案條件。

5



重大傷病罕病領證人數已達13,001人



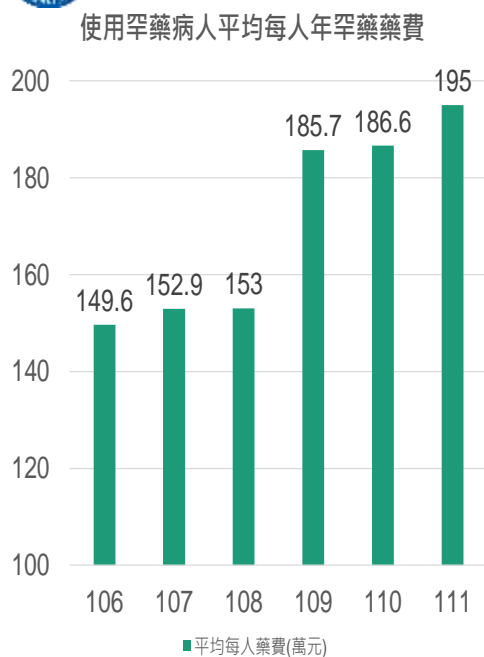
排序	疾病名稱	有效領證數
1	多發性硬化症	1,743
2	脊髓小腦退化性動作協調障礙	952
3	結節性硬化症	689
4	威爾森氏症	577
5	肌萎縮性側索硬化症 (ALS)	554
6	夏柯-馬利-杜斯氏症	467
7	軟骨發育不全症	416
8	脊髓性肌肉萎縮症 (SMA)	411
9	Fabry氏症	409
10	特發性或遺傳性肺動脈高壓	358
-	其他	6,425
總計		13,001

註：1.資料來源：健保署重大傷病領證檔 2.有效領證數：係指實際有效領證數，已排除死亡及註銷案件(擷取資料日期：112/3/24)

6



罕藥藥費 每人年平均達195萬元



108至111年前五大罕病藥費排名

排名	疾病名稱	金額			
		108年	109年	110年	111年
1	Fabry氏症	20.7億	23.7億	25.3億	27.8億
2	肝醣儲積症 (龐貝氏症)	10.6億	11.6億	11.7億	11.3億
3	黏多醣症	8.5億	8.8億	9億	9.6億
4	特發性或遺傳性肺動脈高壓	6.1億	6.6億	6.8億	6.9億
5	陣發性夜間血紅素尿症	5.6億	6億	5.7億	6億

註：1.藥品主檔中罕藥註記為1 (不包括困難取得藥品)之藥品費用
2.以當年度藥品品項使用人數歸人

統計110年人年藥費最高為約5092萬元，最低藥費約59萬元

7

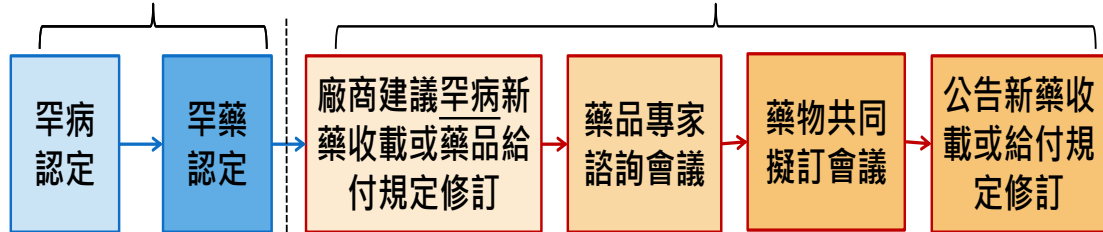


罕見疾病用藥健保給付審議流程

罕病法主管機關(國健署)

公告認定

依健保法第41條辦理之給付擬訂程序



103年6月17日起凡經罕見疾病及藥物審議會藥物小組會議討論，建議認定為罕見疾病用藥，即可向健保署建議收載，可節省6-8個月等待公告時間

1. 罕藥案件邀請罕見疾病及藥物審議會專家學者共同討論
2. 給付規定修訂另徵詢相關專科醫學會意見
3. 醫療科技評估(HTA)

病友意見

8



112年1月1日至6月1日罕藥收載情形

新罕藥				
項次	藥品名稱	治療之疾病名稱	生效日期	預估受惠人數
1	口服錠劑Zeposia (成分ozanimod)	復發型多發性硬化症第一線藥物	112.3月1日	170人
2	注射劑Nexviazyme (成分alfa-avalglucosidase)	龐貝氏症之第二代藥品	112年4月1日	97人
3	口服溶液劑Evrysdi (成分risdiplam)	SMA(脊髓肌肉萎縮症)	112年4月1日及6月1日	200人
4	注射劑Onpattro (成分patisiran)	FAP(家族性澱粉樣多發性神經病變)	112年5月1日	66人
5	口服錠劑藥品PhosAdd Tab. (成分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	112年5月1日	102人
6	基因療法Zolgensma(成分onasemnogene abeparvovec)	SMA(脊髓肌肉萎縮症)	尚未生效	9人
擴增給付範圍				
1	脊髓注射劑Spinraza (成分nusinersen)	SMA(脊髓肌肉萎縮症)	112年4月1日	200人

9



廠商建議收載治療SMA之基因治療藥物 - Zolgensma(Onasemnogene abeparvovec)

作用機轉

基因療法，靜脈輸注將帶有正常SMN基因片段的腺病毒載體，導入病人細胞內使其產生SMN蛋白，達到治療效果。

療程及建議給付範圍

一次性靜脈注射

治療6個月以下，經基因確診之SMA脊髓性肌肉萎縮症病人，其SMN2為2或3套

預估每年約9~10位新生兒確診註

註：考量國內文獻及專家意見，以新生兒篩檢SMN1基因異常發生率(7.1/十萬)估計，篩檢率為80%~90%

後續辦理

- 本品價格昂貴
- 積極與廠商協商
- 112年6月15日藥物共同擬訂會議同意收載

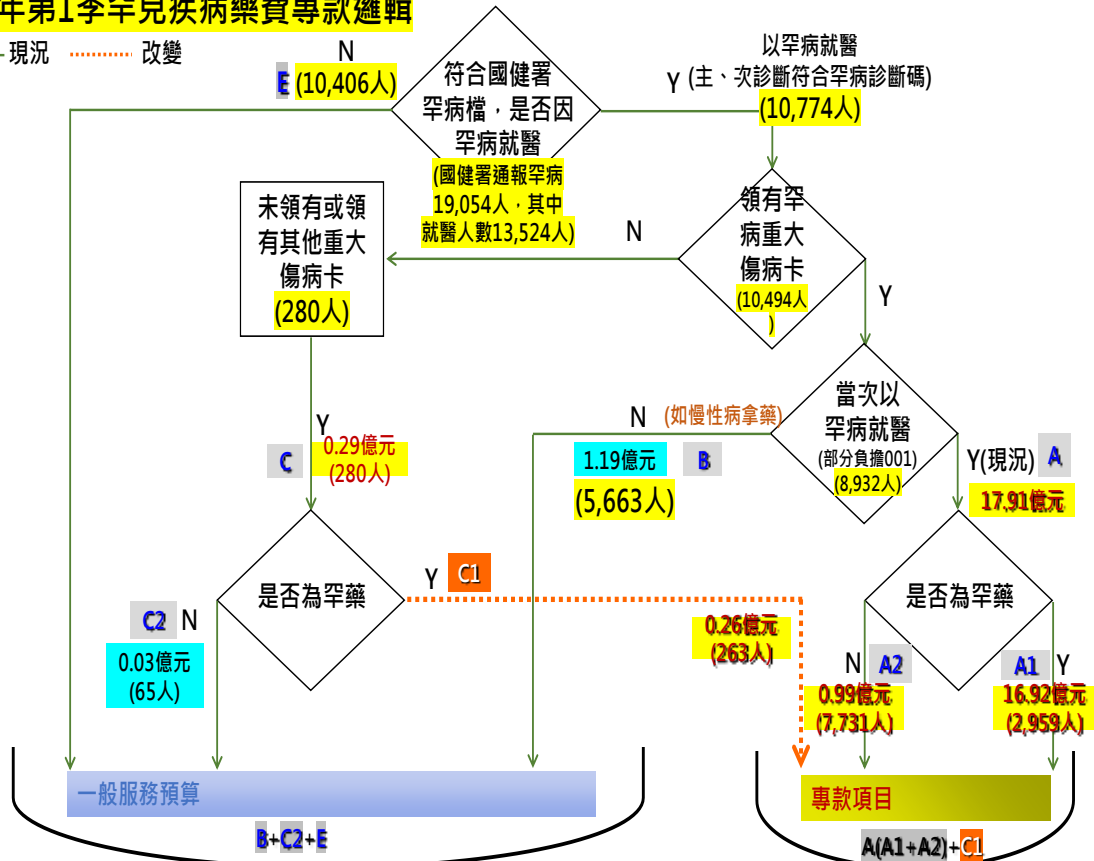
與廠商簽訂以療效為基礎之分期付款給付協議(MEA)

1. 一次給付醫院
2. 每4個月評估運動功能
3. 每年評估如未達協議療效，則停止付款

10

112年第1季罕見疾病藥費專款邏輯

—— 現況 改變



11



SMA藥品給付情形

沒有年齡限制

109.7 111.12 112.04

納入給付

- 注射劑藥 **Spinraza** 優先給付
- 出生 **12個月內** 發病確診且
- 開始治療年齡未滿 **7歲**

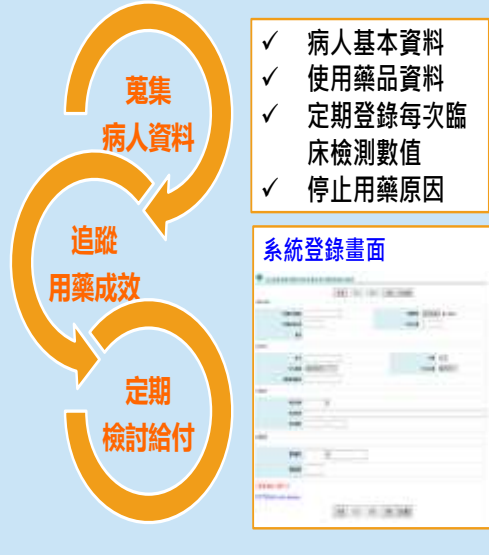
使用概況

- 使用人數 **41人**
- 申報藥費 **7.94億元**
- 平均每人年藥費 **872萬元** (735萬至1,470萬元)

擴增給付

- 財務衝擊可控預算下
- 擴增「**3歲內發病確診**，若開始治療年齡**7歲以上**，**RULM \geq 15**」族群
- 預估約200人受惠
- 111.12罕病病人約400人

建置SMA個案登錄系統



112年4月1日及6月1日生效:

- ✓ 注射劑藥 **Spinraza** 擴增給付規定「**3歲內發病確診**」，若「**起始治療年齡滿7歲者且臨床評估運動功能指標 RULM \geq 15**」。
- ✓ 另一新藥口服液劑 **Evrysdi** 納入健保給付，其給付內容與上述相同。

12



Nusinersen (Spinraza)之真實世界數據

接受Nusinersen治療的SMA病人，其**運動功能有所改善且均存活**，佐證健保給付於最具治療效益的族群。後續將進行給付範圍放寬評估，減輕民眾財務負擔。

運動功能指標變化情形

指標	納入分析人數	基期分數	改變量	p
CHOP	7	34.6(25.5)	8.4(11.9)	0.0469
INTEND				
HINE	9	5.8(9.5)	10.3(8.6)	0.0078
HFMSE	21	26.4(17.2)	7.4(5.7)	<0.0001
RULM	21	20.8(10.1)	2.2(3.5)	0.0098

註1. 因各指標填報人數不一，僅呈現各指標填報人數
 註2. 以無母數統計方法檢定基期自最後一次測量之變化情形
 註3. 撈取109年7月1日至111年2月14日之個案

- 37位個案
- 追蹤天數中位數336天
- 開始用藥年齡平均為4.3歲
- 評估結果：
 - 37位病人都存活
 - 追蹤期間內各項運動指標的評估分數皆呈現**上升或持平的趨勢**
 - 比較個案自研究基期至最後一次評估的改變量，**全部個案進步的程度可達統計上顯著差異(P<0.05)**

13



SMA事前審查情形

- 111/01/01~112/06/07 共計94位病人申請使用藥物：
1. 審查結果：同意82位、補件7位、審查中4位、不同意1位。
 2. 不同意原因：難以判定屬於SMA個案
 3. 補件原因：缺3歲內發病資料(5位)、缺神經電生理檢測報告(1位)、1件缺療效評估資料(1位)。

14



龐貝氏症治療藥品Myozyme之給付效益分析

嬰兒型龐貝氏症病童，文獻記載，未經藥品治療，18個月的存活率僅2%；台灣RWD顯示，經藥品治療，18個月的存活率高達97%

	整體存活期(月份)			嬰兒型龐貝氏症			非嬰兒型龐貝氏症			
	中位數	(未達 50%病患死亡)		180						
存活率(月)	6	12	18	24	30	36	42	48	54	60
嬰兒型龐貝氏症 n=76	99%	97%	97%	97%	97%	97%	92%	91%	91%	91%
非嬰兒型龐貝氏症 n=72	100%	99%	99%	97%	96%	96%	96%	95%	94%	94%

資料來源：撈取「門住診檔」94年7月至111年8月就醫且有使用Myozyme藥品病人

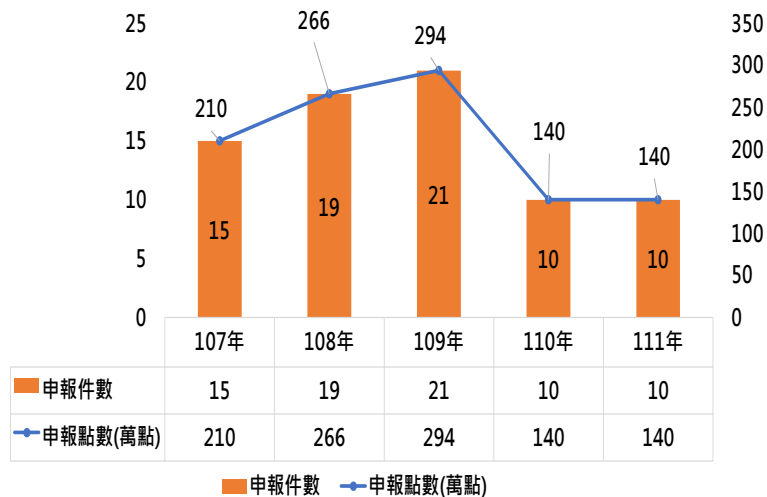
15



罕見疾病特材

僅有罕見疾病（玻璃娃娃）專用特材「沛佳」法斯樂-杜伸縮式髓內釘系統」1項，於104年1月1日納入健保給付。

107-111年罕病特材申報情形



16



血友病藥品申報現況及健保政策

17



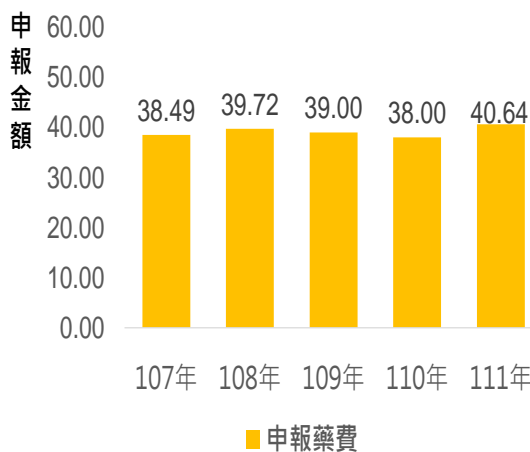
血友病藥品申報藥費維持穩定

94年起血友病協定以
專款專用方式支應

➤ 111年

- 已收載**65項**血友病藥品
- 平均每人年藥費約**392萬元**

(單位:億元)



年度	107年	108年	109年	110年	111年
人年藥費 (萬元)	412.5	409.9	414.4	388.1	391.5

18



血友病藥費管理措施

合理用藥 穩定病情



**雲端用藥查詢
減少跨院領藥**

雲端系統提供近2年
凝血因子紀錄，以利
醫師查閱。



**監測高用量及
門診跨院個案**

每季監測藥費前30
名、藥費前百大中高
成長且有門診跨院個
案。



**登錄線上表單
核對空瓶及批號**

- 強制院所線上登錄
在家治療紀錄表等
表單。
- 不定期實地訪查醫
院，核對表單登錄
批號及空瓶數量。

19

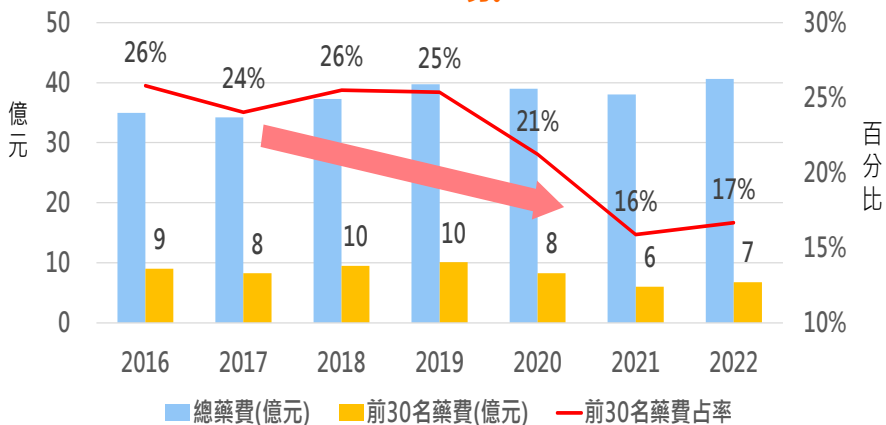


血友病藥費管理成效

合理用藥 穩定病情

01 2022年門診跨院就醫人數占率11%，相較雲端凝血因子用藥頁籤建置前(2014年)25%下降14個百分點。

02 自2017年監測高藥費個案後，前30名病人藥費占率呈下降趨勢。



20



合理用藥 健保雲端系統凝血因子頁籤

提供個案近二年領取凝血因子之紀錄明細及月份統計值，以利醫師查閱



彙整凝血因子就醫軌跡，以利快速瞭解病人就醫週期性

		星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
12月	Week1							
	Week2							
	Week3			110/12/15 1301170017 台北醫大				
	Week4							
	Week5							

21



健保給付挑戰與策略

22



健保面臨之挑戰

隨著基因檢測
診斷發展，罕
病人數增加

新藥治療昂貴
(如：基因療
法)療效實證有
限

健保資源有
限，藥費支出
須控制於合理
範圍

外界質疑新藥
收載時間長預
算少執行率差

23



短期策略

加速給付收載及建立退場機制

NEW 流程加速

- 與食藥署研議特定藥品之**平行送審**機制

精進新藥預算預估模式

- 運用**前瞻式評估(Horizon Scanning)**推估預算
- 視醫療需求設定新藥收載優先順序

NEW 核價流程管控與加速

- 嚴格管控藥商補件和再提建議時間
- 提前9個月與廠商協商(MEA續簽)

建立多元風險分攤模式

- 與廠商協議分期付款及以療效為基礎之還款方式

NEW 優化HTR

- 規劃建立公開透明HTR作業要點

新藥

藥品給付規定改變

申請建議收載

行政審查

專家諮詢會議

共同擬訂會議

健保收載

追蹤監測

NEW 爭取增編罕藥/血友病用藥專款

專款用於支應

- 既有罕病/血友病病友用藥**費用成長**
- 擴增已收載罕藥/血友病用藥的**給付範圍**
- 收載**新的罕藥/血友病用藥**

NEW 核價流程管控與加速

- 自111年11月起，開放藥商可於第1次專家會議到會報告
- 持續推動臺灣首發新藥支付
- 研擬國際上市2年內在臺製造原廠藥之**加速收載及優惠核價**
- 研擬行政審查、HTA評估及專家諮詢會議委託CDE辦理

NEW 推動暫時性健保支付

- 針對有臨床迫切需求，惟療效及安全性較不確定性之新藥，與藥商協議多元風險分攤，**暫時支付2年**，收集真實世界數據檢討

24

說明：新藥與藥品給付規定改變案之申請流程大致相同，惟藥品給付規定改變案件於行政審查時須另請相關醫學會表示意見



短期策略

持續精進優化病友意見平台



病友意見平台設立

- 設立「新藥及新醫材病友意見分享」平台。
- 電子耳HTA研究案收集病友意見

104年

病友參與決策

- 發布「全民健保促進病友參與藥物納入健保給付決策作業要點」，**複審案件邀請病友團體2位代表列席擬訂會議**

105年

委託CDE辦理病友宣導

- 委託CDE辦理病友團體參與健保給付決策過程之宣導活動
- 建立病友意見納入HTA機制

106年

強化病友參與

- 衛福部修訂「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議辦法」，**新增病友團體2位代表列席，全程參與會議**

108年

未來方向

- 優化病友意見分享平台
- 調查病友團體需求
- 舉辦病友團體溝通會議

110年 -



病友意見平台網站連結

25

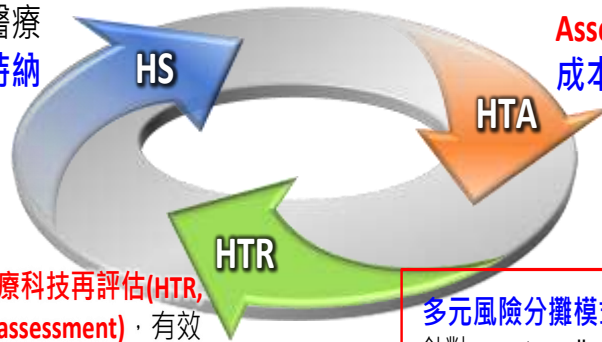


短期策略

成本效益評估 前瞻規劃 精準給付

預算編列

導入**前瞻性評估(HS, Horizon Scanning)**，將可能收載之新醫療科技於**預算編列時納入評估**



就已給付項目進行**醫療科技再評估(HTR, Health Technology Reassessment)**，有效則**健保加碼**，無效則**限縮給付**，將**資源用在最有效益之治療**

已給付項目檢討

新藥新科技納入給付

運用**醫療科技評估(HTA, Health Technology Assessment)**，估算新科技**成本及效益**，輔助決策

多元風險分攤模式(包括暫時性健保支付)：
 針對unmet medical need罕藥，雖臨床試驗個案數不多或試驗期間未久，療效及安全性尚待觀察，但仍與藥商以協議方式暫時性給付，並建置個案登錄系統，定期評估療效及成本效益，滾動式修訂罕藥給付規定，以加速新藥引進及精準用藥。

26



THANK YOU

27

健保會委員會議委員關切議題

李永振委員意見：請健保署檢視近5年(107年起迄今)在健保會進行相關報告時，委員所提出的意見及建議，逐項提出具體回應及說明

請協助回應說明，並納入報告案：「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」之執行結果(含醫療利用、藥費及其成長原因分析)，及「罕見疾病藥費」結算邏輯改變前後之影響。

委員意見摘要	健保署說明
<p>李委員永振(第3屆107年第5次暨第1次臨時委員會議議事錄第130頁)報告案「罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材費用成長之合理性分析」</p> <p>二、去年談到有關罕見疾病編列預算時，認為成長率太高，因此要瞭解成長率的合理性及成長原因。但今天僅能看到統計數據，也看不到原因。</p> <p>三、我記得當時還提到血友病，後來有5年前20名的資料，統計方式和103年不大一樣，103年是追蹤個人，去年是提供前20名資料。我記得前20名的總費用超過7億元，約占血友病2成支出。當時我建議，若能掌握前20名支出情形，就可改善20%醫療費用支出的情況，但本報告並未呈現。</p> <p>四、血友病藥費支出逐年降低，從中可汲取的經驗為何？應掌控相關情況，對醫療資源的善用才有幫助。愛滋病今年是第1年，希望罕病和血友病過去的經驗，可作為未來愛</p>	<p>1. 有關專款編列之成長率合理性： 專款藥費之預算，除支應既有用藥費用之成長、擴增藥品給付範圍外，亦作為收載新藥之財源。罕病及血友病藥費於同預算項目內互相流用。</p> <p>2. 血友病藥費管控機制： 本署109年建置「血友病個案管理系統」，蒐集臨床使用之真實世界證據(RWE)，了解真實世界中的療效及控管用藥之合理性，並運用以下4種策略，提高管理成效：</p> <p>(1) 運用BI進行費用監控：提供5年內總藥費概況等資料，供分區透過選單取得相關資訊。</p> <p>(2) 每季監測高用量個案之實際用藥狀況，納入加強關懷名單，包含血友病專款門診凝血因子藥費最高30名之高用量保險對象、藥費前百大病人中費用高成長，且有門診跨院就醫者。</p> <p>(3) 凝血因子藥品批號線上查核：為提升管理效率，改以在家治療紀錄表空瓶批號欄位及費用申報檔批號欄位不符名單，予分區業務組管</p>

委員意見摘要	健保署說明
<p>滋病追蹤的參考。其藥費已立法移由健保支付，就須依法行政，只能再想其他辦法，但至少目前應朝此方向處理。請健保署於下次會議就不足之處補充說明，讓委員瞭解。</p> <p>-----</p> <p>李委員永振(第5屆110年第2次委員會議事錄第44頁)</p> <p>二、第2點，剛才提到血友病控管相當有成效，是不是可以把最近3年有關血友病以及罕病這方面我們努力的成果，也整理出來給委員了解？謝謝。</p>	<p>理。</p> <p>(4) 身高體重登載管理：為避免餘藥流為不當使用，名單供分區向院所確認醫療評估追蹤紀錄表正確性。</p> <p>3. 112年修正罕見疾病藥費專款結算邏輯：符合國民健康署重大傷病罕病通報紀錄檔之保險對象，因未申請罕病重大傷病卡，其當次罕見疾病就醫以一般服務預算支應，但仍應由專款預算支應。</p>
<p>謝委員武吉(第3屆107年第5次暨第1次臨時委員會議事錄第131頁)</p> <p>健保署今天初步提供這些資料是不錯，但我希望本案早從去年9月份開始，資料完整性應更齊全。針對罕見疾病及血友病核減率的問題，未作說明，僅對愛滋病目前有疾管署的事前審查，及健保署的事後審查。健保署也應有事前審查的機制，不是疾管署推給我們，我們就要接，我們也要對其事前審查，表現出我們的官威，不能說他們推過來，我們就要接。這本就是 CDC 要出的錢，為何要健保署支出，這很沒道理。</p>	<p>經查106年血友病點數核減率為3.36%，其核減理由主要為用藥與病情不符等，另罕見疾病則主要為適應症/種類/用量不符規定或醫療常規等。</p>
<p>吳委員榮達書面意見(第3屆107年第5次暨第1次臨時委員會議事錄第137頁)</p> <p>三、請教關於罕見疾病之醫療費用，應由健保預算支出或應由其他公務預算支出，如何分際？</p>	<p>1. 罕見疾病之醫療費用之預算支用來源，係依據總額協定事項辦理。</p> <p>2. 本署持續針對罕見疾病之高單價用藥，比照血友病藥品管理策略，研擬個案登錄管理作業；另針對血友病跨</p>

委員意見摘要	健保署說明
<p>四、請教血友病藥費管控措施所示，<u>血友病患者跨院就醫之型態及原因</u>？</p> <p>五、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材費用核刪原因？</p>	<p><u>院就醫情形，由分區業務組組長親筆信致函就醫醫院院長，關心個案就醫情形等，以期有效進行個案管理。</u></p> <p>3. <u>經瞭解血友病患者跨院就醫之型態及原因，主要係因病人旅居外縣市時藥量不足或病情臨時變化、病人搬家或因求學等因素改變居住地點。</u></p>

附件三

歷年醫院及西醫基層總額「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」
與「後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費」預算執行情形

單位：億元

總額	項目	106	107	108	109	110	111
醫院	全年預算	124.53	139.61	152.34	155.45	116.99	128.07
	執行率	88.4%	92.4%	92.2%	96.2%	95.0%	91.6%
	--罕病藥費	53.55	58.68	61.67	70.51	73.04	76.79
	--罕病特材	0.03	0.01	0.02	0.03	0.01	0.01
	--血友病藥費	31.49	37.11	39.39	38.77	38.08	40.52
	--後天免疫缺乏治療藥費 ^註	25.04	33.18	39.75	40.27	...	...
西醫 基層	全年預算	...	...	1.10	1.10	0.55	0.30
	執行率	...	...	1.3%	0.6%	0.5%	1.1%
	--罕病藥費	...	...	0.003	0.003	0.003	0.003
	--罕病特材	...	...	0	0	0	0
	--血友病藥費	...	...	0	0	0	0
	--後天免疫缺乏治療藥費 ^註	...	...	0.01	0.003	...	...

註：110年起後天免疫缺乏治療藥費與罕病、血友病治療費用分列。

(會議資料第 89 頁)

報告事項第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：其他預算—「提升保險服務成效」、「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)」、「基層總額轉診型態調整費用(含鼓勵院所建立轉診合作機制)」核(決)定事項之辦理情形，請鑒察。

說明：

一、依據貴會所訂全民健康保險會 112 年度工作計畫、貴會同年 5 月 1 日轉劉淑瓊委員之意見、貴會同年 26 日轉李永振委員意見暨衛生福利部公告 112 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式辦理。

二、本署辦理情形如下：

(一)「基層總額轉診型態調整費用」及「鼓勵院所建立轉診之合作機制」檢討與未來規劃：執行情形如附件一(第 101~114 頁)，重點如下：

1.預算目的：為避免推動分級醫療後病人可能往基層集中，造成基層總額財務衝擊，本署編列「基層總額轉診型態調整費用」預算支應轉診成功費用，108 年增列自行就醫(含門住診)案件，111 年起則依協定事項限定用於「轉診成功案件」。

2.本署持續推動分級醫療及透過部分負擔調整引導民眾就醫，並延續疫情期間已建立的制度及政策，朝向發展全人全程照護而努力。

3.劉淑瓊委員請本署補充內容說明如下：

(1)已列入前次會議報告內容包含

A. 「接受上轉」及「接受下轉」(「單向下轉」及「回轉」)定義。

B. 「建立轉診之合作機制」中，5項轉診支付標準項目醫院「辦理轉診費回轉及下轉」；醫院及診所「辦理

轉診費上轉」；醫院及診所「接受轉診診察費加算」之檢討情形部分。

(2) 107~111 年「接受下轉」並排除 90 天內再於醫院層級就醫情形，已於本次簡報呈現。

(二) 「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」(含四部門總額網路頻寬補助費用)：

1. 本署前於112年5月24日邀集中華民國醫師公會全國聯合會等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，同時針對即時查詢方案退場執行方式進行討論。
2. 與會代表反映本項獎勵費用有助於增進醫療院所與本署間資料傳輸之緊密性及便利性，如查詢TOCC、疫苗注射狀況及確診隔離資訊等，於疫情期間充分協助各醫療院所疫情管控，且獎勵即時上傳檢驗(查)資料，亦可有效避免醫療資源浪費，減少不必要之檢驗(查)。
3. 本署將持續與醫界討論，規劃適當退場方式。

(三) 提升保險服務成效(其他預算)辦理情形詳附件二(第 115~116 頁)，重點如下：

1. 為強化醫療服務品質及效率，本署於原有框架下擴充資訊量能，並因應疫情靈活調整，深化不同系統間連結及效率，優化健保快易通及健保醫療資訊雲端查詢系統，提供保險對象及醫療院所便利查詢。
2. 陸續辦理醫療科技再評估(HTR)作業等項目，逐步優化健保給付機制。

三、李永振委員請本署檢視近 5 年(107 年~迄今)在健保會進行相關報告時委員提出之意見及建議，業已綜整如附件三(第 117~133 頁)。

報告單位業務窗口：朱文瑛科長，聯絡電話：02-27065866 分機 2665

.....
本會補充說明：

本案係依本(112)年度總額其他預算 3 項協定事項及本會本年度工作計畫安排，以下分項逐一說明：

一、「提升保險服務成效」之執行成效：

(一)總額協定內容，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及執行成果，提本會報告。
- 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。

(二)為利委員了解本項預算編列背景，整理相關資料供參考：

- 1.預算編列及執行情形：於協商 104 年度總額時，健保署考量總額醫療費用申報業務龐大，須建構一套完整、獨立監控及審查分析管理系統，並因應資訊進步更新，以提升整體醫療資源使用效率，爰自 104 年度起編列本項預算，摘錄 112 年度總額協商資料之本項預算用途如附件四，第 134 頁供參。歷年預算編列及執行情形如下：

年度	104	105	106	107	108	109	110	111	112	合計
預算數(億元)	2.85	2.95	3.1	3.0	3.0	3.0	3.0	6.0	5.0	31.9
執行數(億元)	0.31	3.15	1.65	2.57	2.97	2.98	2.98	5.99	...	...
執行率(%)	10.8	106.7	53.3	85.6	99.0	99.4	99.5	99.8	...	...

2.本項預算之執行績效評估：

- (1)付費者委員考量本項已實施多年，期待健保署能提出具體的執行績效，爰於 109、110 年度總額協定事項，請健保署訂定提升保險服務成效之評估指標。並於 111、112 年度請健保署精進評估指標，於協商下年度總額前提出節流效益並納入該年度總額預算財源。
- (2)查健保署於 110 年 7 月委員會議(110.7.23)提報之評估指標為「醫院各層級檢驗(查)結果上傳率」，111 年 7 月委員

會議(111.7.29)提報之實施成效主要為：強化健保快易通 APP 及健康存摺系統、強化健保醫療資訊雲端查詢系統等執行過程，惟均未提出具體可量化之節流效益。

(三)李委員永振於本年 5 月 26 日提出需請健保署回應或說明之問題，本會已於當日轉請健保署納入本次報告分析說明。委員關切事項如下：

請健保署檢視近 5 年(107 年~迄今)在健保會進行相關報告時，委員所提出的意見及建議，逐項提出具體回應與說明。

(四)整理近 5 年有關「提升保險服務成效」之本會委員意見重點摘要如下：

- 1.健保署提報之成效評估指標為「醫院各層級檢驗(查)結果上傳率」，惟僅限「醫院」檢驗檢查結果上傳資料，無法反映整體健保總額之效益，須精進評估指標。
- 2.本項經費支應資訊系統開發、建置、軟體購置、相關設備維護、醫療科技再評估及其他方案推動等屬行政經費，非屬健保法法定用途，請健保署應積極爭取公務預算支應相關費用為宜。
- 3.請健保署提供執行提升服務成效之各項措施所產生節流金額，適度回饋總額或作為總額專用財源。

二、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)，退場執行方式之規劃：

(一)總額協定內容，請中央健康保險署辦理下列事項：

- 1.針對「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)規劃退場之執行方式，並提本會報告。
- 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。

(二)為利委員了解本項預算編列背景，整理相關資料供參考：

- 1.預算編列及執行情形：健保署為避免病患重複醫療及浪費，

擬提升醫療院所網路頻寬，鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊。爰自 103 年度起於其他預算編列本項經費，並自 108 年度起，將「網路頻寬補助費用」移列至四總額部門，其他預算則保留「獎勵院所資料上傳經費」及其他醫事機構之網路頻寬補助費用。歷年預算編列及執行情形如下表：

年度 項目	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	合計
預算數(億元)	22.0	22.0	11.0	11.0	11.0	13.4	14.7	15.4	22.2	23.6	166.2
--醫院總額	...	...	...	...	...	1.1	1.1	1.3	2.0	2.0	7.6
--西醫基層	...	...	...	...	...	2.1	2.1	2.1	2.5	2.5	11.4
--牙醫門診	...	...	...	...	...	1.4	1.4	1.4	1.7	1.7	7.4
--中醫門診	...	...	...	...	...	0.7	0.7	0.8	1.0	1.0	4.3
--其他預算	22.0	22.0	11.0	11.0	11.0	8.0	9.4	9.8	15.0	16.4	135.5
執行數(億元)	0.1	3.8	6.8	8.5	11.0	10.1	12.0	13.0	17.3	...	...
執行率(%)	0.4	17.4	61.5	77.5	100.0	75.5	81.8	84.5	78.0	...	...

2.本項經費之績效評估：付費者委員考量本項預算目的為避免重複醫療及浪費，故自 108 年度起，每年協定事項均請健保署於總額協商前提出節流效益並納入該年度總額協商減項或預算財源。依健保署提出之協商資料，節省金額約 126.1 億元(103~110 年減少重複用藥約 109.7 億元、107~110 年減少重複檢驗檢查約 16.4 億元)。

3.本項經費之退場規劃：

(1)協商 104 年度總額時，付費者委員認為系統開發及硬體建置屬 1 次性預算需求，應訂定落日條款。依健保署建議，協定事項明定本項原則以 5 年(103~107 年)為期程。

(2)協商 109 年度總額時，付費者委員考量健保署承諾之 5 年期程已屆，乃於協定事項請健保署提出未來規劃與期程(含退場)，並評估檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。

●健保署於 109 年 6 月委員會議(109.6.19)提報本會，將配合「全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法」

(下稱憑證管理辦法)修正，規定醫事機構應上傳就醫結果紀錄，並規劃以 5 年為期程，逐步調整以利獎勵措施退場。

(3)協商 110 年度總額時，依健保署建議，協定事項明定以 5 年(110~114 年)為退場期程，並請該署儘速將規劃退場執行方式提報本會。

➡健保署於 111 年 7 月委員會議(111.7.29)提報本會，有關退場執行方式，將俟疫情趨緩後與醫界討論適當退場方式，該次會議決定：請該署儘速將規劃結果提報本會。

4.另查衛福部已於 112.1.4 修正發布憑證管理辦法，其中第 10 條明定保險醫事服務機構應於 24 小時內上傳保險人指定之保險對象就醫紀錄，包含檢驗(查)結果與檢查影像及影像報告等資料，考量倘醫療機構上傳保險對象就醫紀錄已屬法定義務，自不應再予獎勵或補助，本會 112 年 2 月委員會議(112.2.22)乃決定，請健保署釐清「憑證管理辦法規定應上傳項目」與「總額其他預算獎勵上傳項目」之差異，並檢討持續獎勵之必要及合理性。

(三)李委員永振於本年 5 月 26 日提出需請健保署檢視近 5 年委員所提出的意見及建議，本會已轉請健保署納入本次報告分析說明，茲整理近 5 年有關「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」之本會委員意見重點摘要如下：

1.付費者委員意見：

(1)本項非屬健保法法定用途，不宜由健保支應，既然系統已完成建置，宜回歸醫療服務常軌。

(2)依憑證管理辦法已明定院所應於 24 小時上傳資料，請健保署提出具體退場期程表及執行細節，落實協定事項。

(3)請健保署統計健保醫療資訊雲端查詢之節省金額，作為協商減項或增加醫療服務的財源，減少調漲保費壓力。

2.醫界委員意見：

(1)本項實報實銷，給付中華電信，基層醫療院所人力物力少，醫療資訊負擔相對較大，建議延長網路頻寬補助。

(2)憑證管理辦法立意良善，醫療院所的上傳技術仍有困難之處，建議健保署與 HIS 廠商溝通，並輔導及協助院所上傳事宜。

三、基層總額轉診型態調整費用(併同醫院及西醫基層「鼓勵院所建立轉診合作機制」)之成效檢討：

(一)總額協定內容，請健保署辦理下列事項：

- 1.持續檢討「基層總額轉診型態調整費用」經費動支條件。
- 2.評估推動分級醫療相關措施對西醫基層總額之財務影響。
- 3.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。
- 4.通盤檢討鼓勵分級醫療誘因及實際操作方式之合理性，與是否達到預期效果，提出轉型之改善方案。

(二)為利委員了解本項預算編列背景，整理相關資料供參考：

- 1.預算編列及執行情形：配合衛福部推動分級醫療政策，提高轉診誘因，自 107 年度起，分別於醫院、西醫基層總額編列「鼓勵院所建立轉診合作機制」預算，另考量推動分級醫療後，病人可能往基層醫療集中，為避免造成財務衝擊，亦於其他預算編列「基層總額轉診型態調整費用」。歷年預算編列及執行情形如下表：

總額	專款項目	項目	107	108	109	110	111	112	合計
其他 預算	基層總額轉 診型態調整 費用 ^註	預算數(億元)	13.46	13.46	10.00	10.00	8.00	8.00	62.92
		執行數(億元)	0.63	10.51	10.00	10.00	5.41	...	...
		執行率(%)	4.6	78.1	100	100	67.7	...	...
醫院	鼓勵院所建 立轉診合作 機制	預算數(億元)	2.58	6.89	6.89	4.00	2.25	2.25	24.85
		執行數(億元)	0.71	2.06	2.14	2.00	1.98	...	...
		執行率(%)	27.4	29.9	31.0	50.0	88.1	...	...
西醫 基層	鼓勵院所建 立轉診合作 機制	預算數(億元)	1.29	2.58	2.58	2.58	2.58	2.58	14.19
		執行數(億元)	0.554	1.438	1.482	1.435	1.427	...	...
		執行率(%)	43.0	55.7	57.4	55.6	55.3	...	...

註：108~110 年動支條件包含轉診成功及自行就醫案件，111 年起預算限定用於「轉診成功案件」。

2.本項預算之執行績效評估：

- (1)分級醫療為衛福部近年重點政策並已推行多年，健保總額亦配合投入相當預算，本會分別於 111 年 7 月及 112 年 5 月委員會議請健保署提報成效檢討結果。委員仍認為分級醫療成效似不明顯，爰建議健保署通盤檢討支付誘因及經費配置合理性，提出轉型之改進方案。
- (2)有關「鼓勵院所建立轉診合作機制」之成效^註，依據健保署 111 年 7 月委員會議之專案報告，107~110 年西醫基層「上傳件數」遠大於「接受下轉件數」，110 年基層上轉 71.7 萬件，但接受下轉僅 8.8 萬件，執行結果未符預期。
- (3)有關「基層總額轉診型態調整費用」之成效^註，近年西醫基層就醫人數及服務人次占率下降，且「慢性病下轉至診所停留時間」亦減少，執行結果是否達到風險調整之目的，宜再評估。

註：依據健保署 111 年 7 月份委員會議之專案報告「111 年度總額轉診相關協定事項之檢討與未來規劃」。

(三)劉委員淑瓊於本年 4 月 28 日提出本案需請健保署回應或說明之問題，本會於 5 月 1 日轉請健保署納入本次報告分析說明。委員關切問題如下，健保署已於上次委員會議(112.5.29)回復部分問題：

- 1.請說明分級醫療執行成效中「接受上轉」、「接受下轉」(「單向下轉」及「回轉」)之定義。
- 2.請說明 107~111 年「接受下轉」並排除 90 天內再於醫院層級就醫之案件數。
- 3.請說明「建立轉診之合作機制」中，5 項轉診支付標準項目(醫院「辦理轉診費_回轉及下轉」；醫院及診所「辦理轉診費_上轉」；醫院及診所「接受轉診診察費加算」)之檢討情形。

(四)李委員永振於本年 5 月 26 日提出需請健保署檢視近 5 年委員所提出的意見及建議，本會已轉請健保署納入本次報告分析說明，茲整理近 5 年有關「分級醫療」之本會委員意見重

點摘要如下(詳附件五，第 135 頁)：

- 1.分級醫療的重點在於「醫療資源合理使用」，健保總額已投入相當預算，惟成效似不明顯，希望能有具體、量化的節省成效。
- 2.轉診效果待加強，建議進一步整合病人之上、下游照護，並加強基層照護。
- 3.目前分級醫療祭出各種轉診支付誘因，但卻無相應成效，建議通盤檢討分級醫療支付誘因的合理性，以及民眾自費情形的變化。
- 4.應考量 COVID-19 疫後之醫療供需情形，研訂更有效的推動策略及目標，提出強化基層量能之階段性目標與時程。

決定：

112年度總額轉診相關協定事項 之檢討與未來規劃



中央健康保險署
112年6月28日

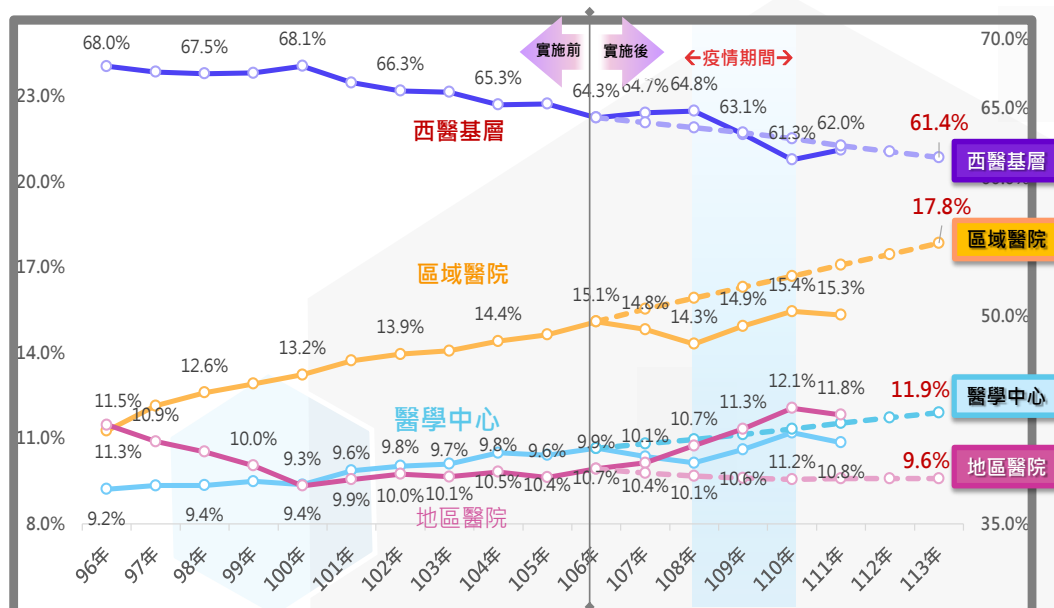


衛生福利部中央健康保險署



西醫門診各層級人次占率趨勢

- 自109年起因疫情影響，整體就醫次數較106年(基期)同期下降，其中以基層診所下降幅度較大，111年起因疫情趨緩，基層相較110年占率微幅上升。



註：虛線部分係模擬若未實施分級醫療政策，門診件數之趨勢，107年起件數及點數係按前10年件數之幾何平均成長率推估



目錄

01 「基層總額轉診型態調整費用」

- 經費動支條件、推動分級醫療對西醫基層總額之財務影響、分級醫療執行效益、支付誘因及操作方式之合理性、提出轉型改善方案

02 「鼓勵院所建立轉診之合作機制」

- 執行成效檢討結果及改善措施、適合轉診案件之定義及院所合作模式

3



「基層總額轉診型態調整費用」

- 經費動支條件、推動分級醫療隊西醫基層總額之財務影響、分級醫療執行效益、支付誘因及操作方式之合理性、提出轉型改善方案

4



基層總額轉診型態-預算目的



預算目的

- 推動分級醫療後病人可能往基層集中，此預算即用於避免造成基層總額財務衝擊

單位：億元、%

年度	107年	108年	109年	110年	111年	112年
費用	13.46	13.46	10	10	8	8
執行數	0.63	10.51	10	10	5.41	-
執行率	4.65%	78.08%	100%	100%	67.63%	-

- 註1.「辦理轉診費_回轉及下轉」、「辦理轉診費_上轉」及「接受轉診診察費加算」等5項支付標準自107年7月1日起施行。
- 2.108年8月29日基層總額研商議事會議，增列「自行就醫_門診(含急診)案件」及「自行就醫_住診案件」，並追溯至108年1月。
- 3.依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，111年度基層總額轉診型態調整費用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」專款項目不足之經費，其餘費用限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」(不包含自行就醫_門診(含急診)、自行就醫_住診)。
- 4.112年尚無結算資料。

5



基層總額轉診型態-動支條件

- 轉診成功案件**：申報轉診醫令且轉診成功者，該保險對象6個月於西醫基層總額案件點數。
- 自行就醫案件**： 不符合第一項條件者，但符合下列(一)、(二)之一者，視為自行就醫案件
 - 門診(含急診)案件**：當月於基層就醫者，其主診斷自就醫當月及往前3個月，均只在醫院就醫而未在基層就醫者，該保險對象當月以同一主診斷於西醫基層總額案件點數 $\times 1.5$ 計算。
 - 住診案件**：不符門診(含急診)案件者，當月於基層就醫者，其主診斷前3碼自就醫當月及往前3個月均只在醫院就醫而未在基層就醫，自醫院住院離院後，2週內至西醫基層總額案件點數。
- 111年起總額協定事項，本項預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。

6



基層總額轉診型態-動支沿革

● 107年：(自107年7月1日起施行)

1. 預算：13.46億元
2. 動支條件：轉診成功案件

● 111-112年：

1. 預算：8億元
2. 動支條件：「限定」轉診成功案件
3. 原因：

評核委員表示因轉診資訊交換平台已於106年建置，運作多年且日趨完善，**本項經費動支條件中包含「民眾自行至基層就醫」，已失去原轉診制度希望經由醫師進行專業評估判斷後再轉診的意義**，建議本項經費動支條件應限定於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」，使轉診病患得到完整照護，以符合當初編列預算之初衷。



● 108-110年：

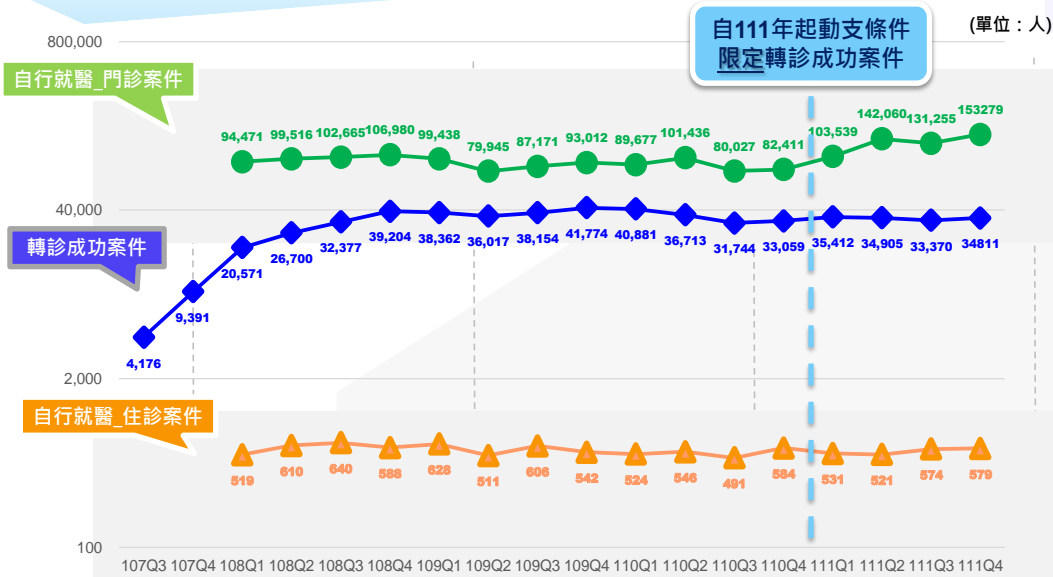
1. 預算：108年13.46億元、109-110年10億元
2. 動支條件：轉診成功案件及自行就醫案件
3. 醫界建議增列「自行就醫案件」：
 - ① 分級醫療實施初期，院所未確實申報
 - ② 急診或住院病人病情穩定，自行至診所就醫
 - ③ 配合分級醫療政策，民眾自主至診所就醫

● 依據中華民國醫師公會全國聯合會110年11月29日來函說明，**因新冠疫情持續延燒，以及醫院門診降載等因素，「自行就醫案件」應持續納入結算條件**；另本項預算執行率逐年升高，建議112年預算應編列充足至13.46億。

7



基層總額轉診型態預算執行情形-人數

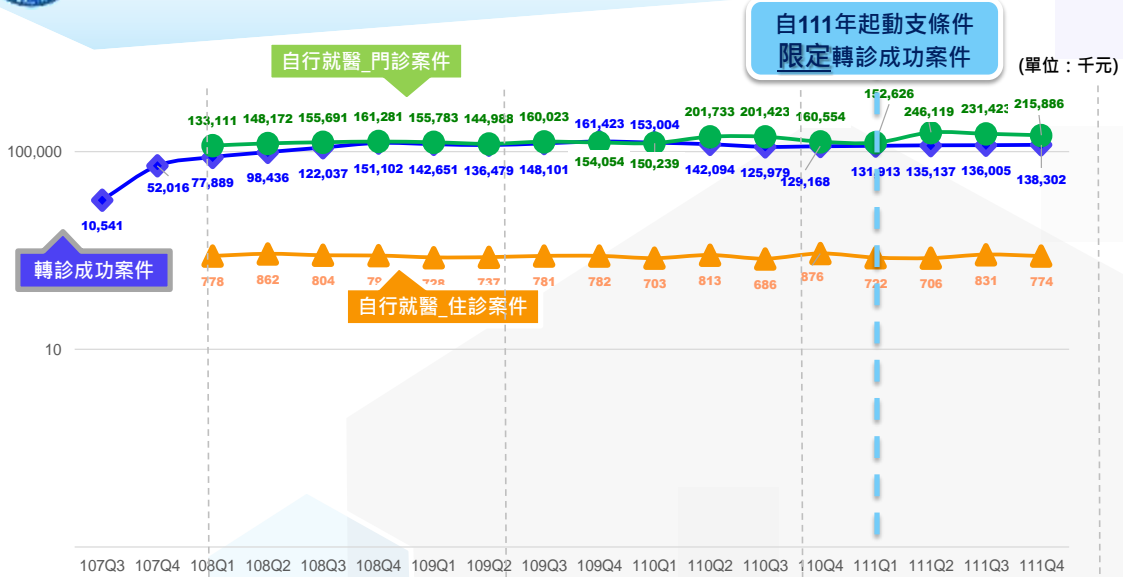


- 轉診成功案件：由107年第3季 4,176人，至111年第4季 34,811人
- 自行就醫案件(門診)：由108年第1季94,471人，至111年第4季約15萬人(自111年起不支應)
- 自行就醫案件(住診)：由108年起至今維持再500-600人左右(自111年起不支應)

8



基層總額轉診型態預算執行情形-費用



- 轉診成功案件：由107年第3季約1,054萬元，至111年第4季1億3,830萬元
- 自行就醫案件(門診)：由108年1億3,311萬元，至111年2億1,588萬元(自111年起不支應)
- 自行就醫案件(住診)：由108年起至111年每季維持70萬-80萬左右(自111年起不支應)

9



基層接受轉診執行概況

項目	109年	110年	111年
基層接受轉診率 ^{註1}	34.20%	34.10%	33.57%
基層接受 <u>慢性病病人</u> 轉診率 ^{註2}	33.80%	36.30%	36.88%
<u>慢性病病人</u> 轉診 <u>持續就醫</u> 照護情形 ^{註3}	26.10%	23.16%	29.01%

註：

- 資料範圍：申報醫令代碼為01034B、01035B、01036C、01037C及01038C之案件；醫院轉至基層案件係以醫院(醫事類別為12)轉出(申報01034B、01035B)且轉出院所代號為基層之案件計算；定義(分子/分母)=基層接受轉診件數/醫院轉至基層件數(註：基層排除平轉案件)。
- 篩選條件：同上，慢性病為案件分類為04、08案件。
- 資料範圍：申報醫令代碼為01034B、01035B、01036C、01037C及01038C之案件；醫院轉至基層人數係以醫院(醫事類別為12)轉出且轉出院所代號為屬基層之案件歸人計算；持續就醫：基層接受轉診人數係以醫院(醫事類別為12)轉出且轉出院所代號為屬基層之案件勾稽基層(醫事類別為11)接受且來源院所代號為屬醫院，且就醫日期相差90天之內之案件，並取第一筆成功轉診案件勾稽後續有慢性病就醫紀錄兩次以上者歸戶計算；定義(分子/分母)=慢性病轉診病人持續就醫歸戶人數/醫院轉至基層慢性病歸戶人數。

10



慢性病下轉至診所停留時間

-基層總額轉診型態調整費用

(單位：天數)

轉診成功案件

類型	108年	109年	110年	111年
下轉病人 平均停留基層時間	85.14	86.33	72.5	136.04
慢性病下轉至診所 停留時間	142.8	109.3	63.8	151.52

註：

- 1.下轉病人平均停留基層時間：排除下轉後未就醫者。
- 2.慢性病下轉至診所停留時間：保險對象由醫院下轉至基層之慢性病患者於基層停留之時間。

- 依劉淑瓊委員意見，保險對象由醫院下轉至基層之病人，於基層停留之時間，經排除同一疾病90日內回醫院就醫者，111年為91.91天
- 另經查同一疾病90日內回醫院就醫者，前三大疾病為急性上呼吸道多處或未明示感染、第二型糖尿病、高血壓

11



基層上轉及接收件數

• 基層上轉件數

層級別	108年	109年	110年	111年
醫學中心	367,375 (45.96%)	342,119 (45.57%)	315,058 (43.95%)	333,443 (44.69%)
區域醫院	333,249 (41.69%)	306,056 (40.77%)	296,964 (41.42%)	305,226 (40.91%)
地區醫院	98,692 (12.35%)	102,525 (13.66%)	104,908 (14.63%)	107,417 (14.40%)
合計	799,316 (100%)	750,700 (100%)	716,930 (100%)	746,086 (100%)

• 基層接收件數

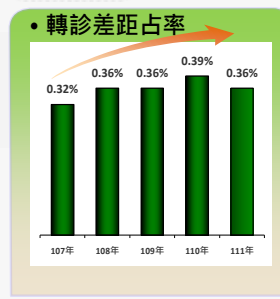
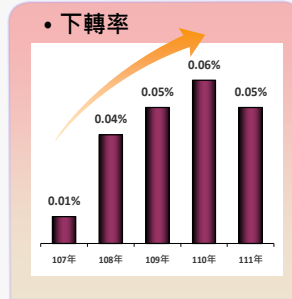
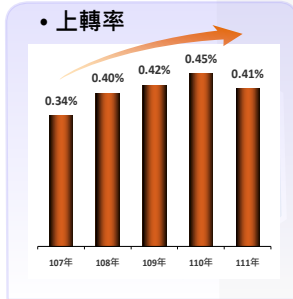
層級別	108年	109年	110年	111年
醫學中心	32,436 (38.50%)	36,814 (37.53%)	31,940 (36.33%)	28,823 (34.70%)
區域醫院	39,788 (47.23%)	47,631 (48.56%)	43,305 (49.26%)	41,696 (50.20%)
地區醫院	12,025 (14.27%)	13,644 (13.91%)	12,670 (14.41%)	12,543 (15.10%)
合計	84,249 (100%)	98,089 (100%)	87,915 (100%)	83,062 (100%)

12



基層轉診件數占就醫件數比率

年	總就醫件數 (千件)(A)	基層上轉件數(B)		基層接收件數(C)		轉診差距占率 (B-C)/A
		值	上轉率 (B/A)	值	下轉率 (C/A)	
107年	194,580	656,246	0.34%	25,862	0.01%	0.32%
108年	198,288	799,316	0.40%	84,249	0.04%	0.36%
109年	179,233	750,700	0.42%	98,089	0.05%	0.36%
110年	159,599	716,930	0.45%	87,915	0.06%	0.39%
111年	182,766	746,086	0.41%	83,062	0.05%	0.36%



13



上轉到醫院案件-前十大疾病

以疾病嚴重度高疾病(如腫瘤)為主

“109年”			“110年”			“111年”		
疾病名稱	件數(A)	占率 (A/B)	疾病名稱	件數(A)	占率 (A/B)	疾病名稱	件數(A)	占率 (A/B)
良性腫瘤·良性神經內分泌腫瘤除外	44,965	4.86%	良性腫瘤·良性神經內分泌腫瘤除外	40,588	4.57%	良性腫瘤·良性神經內分泌腫瘤除外	45,104	4.81%
影響循環及呼吸系統之症狀與徵候	26,044	2.81%	影響循環及呼吸系統之症狀與徵候	29,295	3.30%	影響循環及呼吸系統之症狀與徵候	29,052	3.10%
脈絡膜與視網膜疾病	25,641	2.77%	脈絡膜與視網膜疾病	24,688	2.78%	脈絡膜與視網膜疾病	27,115	2.89%
一般症狀與徵候	24,469	2.64%	一般症狀與徵候	24,611	2.77%	因檢查與診察而接觸健康服務者	23,758	2.54%
糖尿病	23,621	2.55%	糖尿病	21,977	2.47%	一般症狀與徵候	22,967	2.45%
甲狀腺疾患	22,132	2.39%	因檢查與診察而接觸健康服務者	21,349	2.40%	甲狀腺疾患	21,862	2.33%
食道、胃及十二指腸之疾病	21,894	2.37%	急性腎衰竭及慢性腎臟疾病	20,594	2.32%	食道、胃及十二指腸之疾病	21,797	2.33%
急性腎衰竭及慢性腎臟疾病	21,162	2.29%	甲狀腺疾患	20,242	2.28%	急性腎衰竭及慢性腎臟疾病	21,273	2.27%
影響消化系統及腹部之症狀與徵候	20,208	2.18%	食道、胃及十二指腸之疾病	20,224	2.28%	糖尿病	20,346	2.17%
女性生殖道非(發)炎性疾患	18,637	2.01%	影響消化系統及腹部之症狀與徵候	19,218	2.16%	影響消化系統及腹部之症狀與徵候	19,552	2.09%
前10大合計	248,773	26.87%	前10大合計	242,786	27.33%	前10大合計	252,826	26.98%
所有上轉案件	750,700	100%	所有上轉案件	716,930	100%	所有上轉案件	746,086	100%

14



下轉到診所案件-前十大疾病

慢性疾病為主

“109年”			“110年”			“111年”		
疾病名稱	件數 (A)	占率 (A/B)	疾病名稱	件數 (A)	占率 (A/B)	疾病名稱	件數(A)	占率 (A/B)
糖尿病	7,200	7.3%	糖尿病	7,089	8.1%	糖尿病	10,531	6.4%
其他背(部)病變	4,667	4.8%	其他背(部)病變	4,159	4.7%	食道、胃及十二指腸之疾病	5,690	3.5%
高血壓性疾病	4,515	4.6%	食道、胃及十二指腸之疾病	3,871	4.4%	脊椎病變	5,412	3.3%
急性上呼吸道感染	4,327	4.4%	高血壓性疾病	3,868	4.4%	其他背(部)病變	5,015	3.1%
食道、胃及十二指腸之疾病	4,263	4.3%	脊椎病變	3,314	3.8%	高血壓性疾病	4,980	3.0%
脊椎病變	3,957	4.0%	急性上呼吸道感染	2,799	3.2%	急性腎衰竭及慢性腎臟疾病	3,962	2.4%
脈絡膜與視網膜疾病	2,647	2.7%	其他軟組織疾患	2,192	2.5%	甲狀腺疾患	3,335	2.0%
其他軟組織疾患	2,394	2.4%	脈絡膜與視網膜疾病	2,186	2.5%	脈絡膜與視網膜疾病	3,314	2.0%
急性腎衰竭及慢性腎臟疾病	2,087	2.1%	急性腎衰竭及慢性腎臟疾病	2,159	2.5%	其他軟組織疾患	3,111	1.9%
關節(病)症	1,871	1.9%	關節(病)症	1,892	2.2%	良性腫瘤、良性神經內分泌腫瘤除外	3,085	1.9%
前十大小計	37,929	38.7%	前十大小計	33,529	38.1%	前十大小計	48,435	23.6%
所有下轉案件	98,089	100% (B)	所有下轉案件	87,915	100% (B)	所有下轉案件	83,062	100% (B)

15



各院所間組成垂直整合聯盟

81個策略聯盟，共7,065家特約院所(醫中24家、區域82家、地區醫院299家、基層診所6,499家、藥局1家、居護所152家、康復之家5家及居家呼吸治療所3家) _統計至112年3月底

北區

13個雁行計畫：桃園醫院、新盛綜合醫院、聯新醫院、新竹馬偕紀念醫院、壽豐紀念醫院、林口長庚紀念醫院、聖保羅醫院、鹿港桃園醫院、北榮桃園分院、天恩醫院、東元綜合醫院、台大新竹、苗栗醫院。

中區

18個策略聯盟：中山醫、中國醫、台中榮總、秀傳、國聖臺中總醫院、惠基、衛部豐原醫院、彰濱秀傳、澄海、中港、澄海綜合、台中慈濟、臺中醫院、彰化醫院、埔里基督教、大里仁愛、華屯療養院、重慶綜合、光田。

南區

17個策略聯盟：成大醫院、奇美醫院、台大雲林、奇美樟樹、聖馬爾定、臺南醫院、大林慈濟、中榮嘉義、中醫北港、市立安南、長庚嘉義、南市立醫、郭綜合醫、新樓麻豆、新樓醫院、彭基雲林、臺南醫院。

台北

16個策略聯盟：三總、馬槽、亞東醫院、臺北所線、羅東博愛醫院、慈和醫院、基隆共好、台北藍訊(市聯醫)、蘭陽分級照護網、聖母、新光、北醫、星月計畫(台大)、萬芳、聖仁專案(國泰)、北慈谷心(慈濟)。

東區

3個策略聯盟：慈濟醫院Love plus團隊、門諾山地偏鄉整合團隊、臺東縣區域在地醫療整合團隊(高醫)

高屏

14個策略聯盟：高屏與高屏地區基層、高屏支援醫院、高屏高屏醫師聯誼會、高屏策略聯盟合作、大同醫院、高雄市立醫院合作聯盟、屏基基層、義大醫院、小港醫院、安泰、高醫分級醫療雙向轉診合作團隊、高醫分級醫療雙向轉診共同聯盟、高醫守護城鄉零距離、高屏鳳翔區域聯盟。



16



小結

- 依全民健康保險轉診實施辦法第3條規定，特約醫院、診所辦理保險對象轉診，應**基於醫療上之需要**，並符合醫療法之規定
- 整體轉診成功及自行就醫人數逐年上升，費用則呈現趨緩趨勢
- 111年之基層接受**慢性病**病人轉診率、**慢性病**病人轉診持續就醫照護情形、**慢性病**下轉至診所停留時間，均較去年同期較高
- 上轉主要為**疾病嚴重度高之疾病(如腫瘤)**，下轉主要為**慢性病(如糖尿病)**

17



「鼓勵院所建立轉診之合作機制」

—執行成效檢討結果及改善措施、適合轉診案件之定義及院所合作模式

18



轉診支付標準

- 一、為落實分級醫療，鼓勵院所「建立轉診之合作機制」，本署自107年起編列專款預算，並逐年爭取預算推動。

預算(億元)	107年	108年	109年	110年	111年	112年
醫院	2.58	6.89	6.89	4.0	2.247	2.247
西醫基層	1.29	2.58	2.58	2.58	2.58	2.58

- 二、本署自107年7月1日新增「辦理轉診費_回轉及下轉」、「辦理轉診費_上轉」及「接受轉診門診診察費加算」等5項支付標準項目，上轉個案獎勵200-250點；下轉個案獎勵400-500點；另接受轉診加計200點。

支付標準	適用層級		支付點數
	醫院	基層診所	
辦理轉診費_回轉及下轉	V		使用轉診電子平台：500點 未使用轉診電子平台：400點
辦理轉診費_上轉	V	V	使用轉診電子平台：250點 未使用轉診電子平台：200點
接受轉診診察費加算	V	V	200點

19



轉診案件定義-上轉規範

醫療法第73條第1項規定：

醫院、診所因限於人員、設備及專長能力，無法確定病人之病因或提供完整治療時，應建議病人轉診。

支付標準規定適用對象：

院所對無法處理病情之病人，因醫療需要，經病人同意後，轉診至特約類別較高層級之適當醫院。

醫療法及支付標準皆訂有病人上轉規範，院所醫師應依臨床專業判斷病人是否需進行轉診，給予病人適當建議及醫療服務。

20



轉診案件定義-下轉及回轉規範

全民健康保險轉診實施辦法第3條第4項規定：

保險對象經轉診治療後，其病情已無需在接受轉診之特約醫院、診所繼續接受治療，亦無第十一條所定情形，而仍有追蹤治療之必要時，接受轉診之特約醫院、診所應建議轉回原診治之醫院、診所或其他適當之特約醫院、診所，接受後續追蹤治療。

支付標準規定適用對象：

醫院對收治病入(或收治上轉病人)，其病情穩定後，已無需於該院繼續接受治療，但仍需接受門診或住院相關醫療服務，經病人同意，轉診至特約類別較低之適當院所（或轉回原診療院所）。

全民健康保險轉診實施辦法及支付標準皆訂有病人下轉及回轉規範，醫院醫師應依臨床專業判斷，給予病人適當建議及醫療服務。

21



轉診支付方式

- 一、病人需有就醫事實，轉出院所確認轉入院所受理轉診後即可先申報轉診費，惟轉診費用點數先申報為0，由本署後續勾稽個案就醫情形後每季統一補付。
- 二、同體系院所間（含委託經營）之轉診案件不得申報。
 - 同體系院所名單
統計至112年5月11日，共計52個同體系，294家醫院。

22



轉診支付執行情形-核付率

(單位：萬件)

層級別	轉診項目	108年			109年			110年			111年		
		申報醫令量	核付醫令量	核付率	申報醫令量	核付醫令量	核付率	申報醫令量	核付醫令量	核付率	申報醫令量	核付醫令量	核付率
醫院	上轉	12.3	8.3	68.0%	11.0	7.7	69.5%	10.8	7.4	68.8%	11.3	7.8	68.8%
	下轉及回轉	30.7	11.2	36.3%	30.6	11.8	38.5%	27.0	10.2	37.9%	26.5	9.7	36.7%
	接受轉診	81.0	68.4	84.4%	74.9	65.0	86.8%	69.7	61.2	87.8%	70.4	61.2	87.0%
	小計	124.1	87.9	70.9%	116.5	84.4	72.5%	107.5	78.9	73.4%	108.1	78.7	72.8%
西醫基層	上轉	87.9	55.4	63.0%	84.6	55.5	65.7%	84.1	54.1	64.3%	85.4	54.0	63.2%
	下轉及回轉	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	接受轉診	8.4	6.4	76.1%	9.7	7.6	78.0%	8.6	6.7	77.6%	8.1	6.3	77.6%
	小計	96.3	61.7	64.1%	94.3	63.1	66.9%	92.7	60.8	65.6%	93.5	60.2	64.4%
合計	上轉	100.2	63.7	63.6%	95.6	63.2	66.1%	94.9	61.5	64.8%	96.7	61.7	63.8%
	下轉及回轉	30.7	11.2	36.3%	30.6	11.8	38.5%	27.0	10.2	37.9%	26.5	9.7	36.7%
	接受轉診	89.4	74.8	83.7%	84.6	72.6	85.8%	78.4	67.9	86.7%	78.5	67.5	86.0%
	小計	220.3	149.7	67.9%	210.8	147.5	70.0%	200.2	139.7	69.8%	201.7	139.0	68.9%

- 一、108年至111年醫院申報及核付醫令量以接受轉診最多；西醫基層則以上轉最多。
- 二、近年轉診支付之整體核付率約持平，約介於67.9%~70.0%；其中醫院約70.9%~73.4%；西醫基層約64.1%~66.9%。

23



轉診支付執行情形-核付點數

(單位：百萬點)

層級別	轉診項目	108年	109年	110年	111年
		核付點數	核付點數	核付點數	核付點數
醫院	上轉	22.7	18.7	18.2	19.2
	下轉及回轉	74.1	63.2	52.2	50.5
	接受轉診	149	126	122.9	123.0
	小計	245.8	207.9	193.3	192.6
西醫基層	上轉	150.7	137.6	132.8	132.4
	下轉及回轉	-	-	-	-
	接受轉診	14.8	15.2	13.4	12.6
	小計	165.5	152.8	146.2	145.0
合計	上轉	173.4	156.3	151.0	151.5
	下轉及回轉	74.1	63.2	52.2	50.5
	接受轉診	163.7	141.2	136.3	135.6
	小計	411.2	360.7	339.5	337.6

- 一、108年至111年間，醫院及西醫基層核付點數皆有逐年下降的趨勢。
- 二、111年醫院轉診核付192.6百萬點，其中接受轉診核付123.0百萬點（占率63.9%）；111年西醫基層轉診核付145.0百萬點，其中上轉核付132.4百萬點（占率91.3%）。

24



未來方向 (1/2)

一、現行支付點數：

查支付標準轉診相關項目，上轉個案獎勵200-250點；下轉個案獎勵400-500點；另接受轉診加計200點。

二、本署曾於109年西醫基層總額研商議事會議提案調降上轉支付點數：

考量近年支付標準診療項目陸續開放醫院適用表別至基層適用，並為讓醫院致力於急診及重症照護、減少西醫基層上轉誘因，本署於109年3月5日、同年5月28日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議提案，將上轉支付點數由原200~250點調降至50點，惟與會代表表示考量疫情影響民眾就醫型態，且上轉多數為急診案件，爰該提案未獲共識，並請全聯會再行研議後再提回討論。

25



未來方向 (2/2)

三、研擬調整經費配置：

統計108至111年所有申報上轉案件中，約有17.8%至21.3%於半年內下轉 / 回轉、18.7%至25.2%於一年內下轉 / 回轉（如下表）。

考量分級醫療政策係為鼓勵醫院下轉或回轉，爰本署將持續監測並評估調整轉診經費配置、鼓勵醫院下轉、減少上轉誘因，以落實分級醫療策略。

年度	半年內下轉 / 回轉	一年內下轉 / 回轉
108年	19.0%	22.8%
109年	21.3%	25.2%
110年	20.0%	23.9%
111年	17.8%	18.7%

註. 分子：該年度申報上轉案件個案，於半年 / 一年內申報下轉 / 回轉 (01034B、01035B) 之案件
分母：該年度所有申報上轉 (01036C、01037C) 之案件。

26



落實分級醫療 珍惜醫療資源

- 精進家醫計畫：串連「預防保健」、「疾病治療」及「長照及居家照護」，擴展全人全程照護。
- 持續讓醫院下轉穩定慢性病個案：透過支付誘因，讓醫院下轉個案至基層院所。
- 持續鼓勵醫院與診所加強合作：鼓勵醫院與診所建立聯盟，雙邊醫師相互支援。
- 導引民眾改變就醫習慣：賦能民眾，調整部分負擔制度。

27



Thank you

28

112年度其他預算核(決)定事項-提升保險服務成效之執行成效本署辦理情形

項目	辦理情形
<p>提升保險服務成效之執行成效:</p> <p>※協定事項:</p> <p>1.提出精進且能反映整體保險服務成效之評估指標及執行成果</p> <p>2.檢討實施成效，提出節流效益</p>	<p>配合本署 111 年資訊設備汰換及維護，112 年執行成果如下:</p> <p>一、優化智慧型精準審查作業平台:</p> <p>(一)重新梳理錯綜複雜的業務需求，改寫費用申報及醫令審查系統，並歸納整理為模組化的檢核邏輯，可提升系統的彈性及韌性並減少系統維運成本。</p> <p>(二)進行影像硬體設備擴充及規格優化，配合每日檢驗(查)資料上傳及數位化審查業務推動下與日俱增之各類影像收載需求，俾使影像儲存及調閱功能運作順利。另因應資安規範進行 GE 影像軟體版本升級，除提升本署整體審查量能及品質，更確保影像系統安全性。</p> <p>二、持續優化醫療雲端查詢系統架構:</p> <p>(一)為方便特約醫療院所使用，本署持續擴增系統資訊內容，精進線上查詢、批次下載功能及優化主動提示 API 功能，並增加特材紀錄頁籤及優化藥品交互作用提示等，促進醫療跨院及跨層級資訊共享，並確保維護民眾就醫安全。</p> <p>(二)優化系統之認證簽驗章功能，支援讀取虛擬健保卡，強化資訊安全。</p> <p>三、優化輔助醫療審查應用與模型試驗平台:</p> <p>(一)精進指標資料產製內容與完善涵蓋範圍，以協助本署監控醫療現況與掌握計畫推行成效，並滾動式增修指標程式邏輯內容因應政策方針之修訂，包含部分負擔政策調整擴大管理涵蓋範圍、健保支付標準內容修訂等。</p> <p>(二)本署現有多維度報表下新增居家醫療照護監控類別、統計彙整資訊與建置例行性產製內</p>

項目	辦理情形
	<p>容，輔助本署執行醫療審查、分析業務。</p> <p>四、優化健保快易通 APP 及健康存摺系統，逐步結合預防政策：</p> <p>(一)民眾將自己穿戴式裝置載入的生理量測值(如血壓、心跳監測等)納入手機內建 App(如 Google Fit、Apple Health) 後，在民眾授權下，「健保快易通 APP」可取得手機內建 App 的生理量測值，存放至健康存摺並呈現。</p> <p>(二)善用健保快易通 App 的推播機制，開發 Web API，進行民眾資料單筆、即時性推播作業，提供快速多元的為民服務。若民眾有四癌篩檢異常資料即可即時推播讓保險對象知悉。</p> <p>(三)持續優化健康存摺內容，規劃納入「骨質疏鬆檢驗報告」與「肥胖防治」專區，協助民眾自我健康照護。</p> <p>五、「提升保險服務成效」評估指標設定為各層級醫院檢驗(查)結果上傳率，107 年以來上傳率自 91%、89%、83%陸續提升至 111 年 98%、97% 及 95%，提升之效益反映在減少檢驗(查)重複執行及雲端醫療共享效益上，提升病人安全。</p>

近5年健保會委員會議委員關切議題

李永振委員意見:請健保署檢視近5年(107年起迄今)在健保會進行相關報告時，委員所提出的意見及建議，逐項提出具體回應及說明

委員意見摘要	健保署說明
「基層總額轉診型態調整費用」及「鼓勵院所建立轉診之合作機制」成效檢討	
<p>黃代理委員振國(黃委員啟嘉代理人) (第4屆108年第1次委員會議紀錄第106頁)</p> <p>三、報告事項第3案，針對健保署提案「基層總額轉診型態調整費用」的說明，據我了解，107年健保署在計算所謂的轉型型態費用時，採用最嚴格的方式，就是只採計醫院端在VPN(健保資訊網服務系統)有登錄下轉，診所端也同時在VPN接受下轉病人，這樣才可以被完整計算為一個有效的下轉。我們戲稱這只是方便VPN登錄，這嚴重低估病人的實質下轉。很多病人在基層醫師的努力之下，已經整合到基層醫療院所，在這一塊都沒有計算到相關費用，其影響所及，可見於107年第3季台北區、中區點值突然下降的情況。也就是這部分對於基層接收下轉病人實質上產生的費用，並未適當回補。因此建議除了最嚴厲的一個VPN登錄的定義之外，應該也要採計病人的實質下轉行為；另，目前因為部分醫院積極</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.委員所提「基層總額轉診型態調整費用」應採計病人實質下轉行為，查110(含)年以前本項費用支付條件已含委員所稱自行就醫案件。 2.查健保會業務執行報告，業就各分區各層級轉診流向進行分析。分區業務組並已於共管會議列為獎勵指標，強化醫院與診所合作，提供連續型照護。 3.本署積極推動醫療體系垂直整合，由各層級醫療院所合作組成，以民眾為中心評估其照護需求，適當轉至適合之地區醫院、基層診所或長期照護機構提供完善的醫療照護；截至112年3月底共組成81個策略聯盟，已有7,065家特約院所(醫學中心24家、區域醫院82家、地區醫院299家、基層診所6,499家、藥局1家、居護護理機構152家、康復之家5家、呼吸照護所3家)參與。

委員意見摘要	健保署說明
<p>配合，但也有很多的醫院並沒有積極下轉病人，建議健保署公布積極推動下轉的醫院，或是公布沒有積極推動下轉的醫院名單，謝謝。</p>	
<p>何委員語（第4屆108年第1次委員會議紀錄第108頁）</p> <p>四、至於基層總額轉診型態的調整，我們支持基層轉診型態的費用13.46億元，落實分級醫療，我們希望訂定醫院與西醫基層病人流動的監測指標及動支條件，當病人流動達一定門檻時，方能相對動支一定比率預算，我們5位雇主代表支持這個建議。</p> <p>另本會前已於107年第3次委員會議將本案列入重要業務報告，並建議考量本項為107年度總額協定事項，請健保署盡速完成並提出專案報告，因此今天健保署提出專案報告，給我們做最後的確定。另外因扣減支應鼓勵院所轉診機制專款項目經費不足之預算，希望未來在實施108年總額協定事項中，我們支持配合辦理，這一點我們表達我們的意見，謝謝。</p>	<p>委員意見已列入108年協定事項中，本署每年協定次年度預算時均積極檢討本項預算之動支條件，並自107年起於貴會多次報告基層總額轉診型態相關執行情形；歷年動支條件已於簡報中敘明，其中自111年起動支條件已限定「轉診成功」案件。</p>
<p>吳委員榮達(第4屆109年第1次委員會議紀錄第36頁)</p> <p>有關會議資料第44頁，109年度其他預算項目「基層總額轉診型態調整費用」動支方式，可否請健保署就動支</p>	<p>109年度其他預算項目「基層總額轉診型態調整費用」動支方式，主要是因應分級醫療，部分醫院就醫診次可能轉移</p>

委員意見摘要	健保署說明
<p>方式文字內容口頭說明，請以簡單淺顯的說明方式讓委員更為瞭解相關內容。因為委員必須清楚瞭解相關動支方式，才能於總額協商時進行預算增減之討論。</p>	<p>西醫基層而對費用產生衝擊，故109年總額協商時編列10億元予以補助，相關補助方式則依醫院與西醫基層病人流動之方式辦理如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.轉診成功之病人:病人從醫院申報轉出，基層診所申報轉入，這些病人會優先計算費用。 2.非屬上述轉診成功定義而自行就醫之病人，主要考量分級醫療剛實施不久，部分民眾未經醫院轉診即自行到基層診所就醫（含門住診案件），若其於基層診所穩定就醫3個月未至醫院，則列入轉診計算。 3.依總額公告，自111年起動支條件限定「轉診成功」條件。
<p>劉委員淑瓊(第5屆111年第7次委員會議紀錄第64頁)</p> <p>一、關於「基層總額轉診型態的調整費用」，請參閱會議資料第132~134頁，根據健保會幕僚分析，在108年以來，基層上轉率跟醫院下轉率雖然有稍微提升，疫情期間又以慢性病人下轉為主。但我們注意到慢性病人下轉到診所，在診所停留時間的(天數)卻逐年逐漸變短，110年降幅達到108年的一半，不知道健保署如何解讀這樣的現象？是診所無法留住病人，或慢性病人減少就醫等，請署方了解並回復。我們具體建議健保署針對這類下轉到診所的慢性病人做追蹤分析，讓</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.謝謝委員意見，本署已於本次報告中持續追蹤慢性病人至診所後停留就醫天數，考量下轉病人可能因各種原因於短時間內回到醫院就醫，本次另呈現排除上開原因後下轉病人至診所就醫後停留天數趨勢供委員參考。 2.另為讓醫院致力於急診及重症照護，研擬減少西醫基層上轉誘因，將「上轉」支付點數由原200~250點調降為50點，於109年3月5日、同年5月28日、全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議提案討論，惟與會代表表示考量疫情影響民眾就醫型態，且上轉多數為急診案件，爰該提案未

委員意見摘要	健保署說明
<p>我們知道慢性病人下轉後的就醫情形如何。</p> <p>二、針對「鼓勵院所建立轉診合作機制」，請參閱會議資料第135~139頁，大家都知道健保支付制度本就會形塑整個醫療生態，轉診等支付制度更是重中之重，就是要鼓勵大醫院把穩定病人，慢性病人、輕症病人下轉，基層診所或小醫院提供連續性的醫療照護服務，這個是重點所在。可是從健保署剛剛的報告中，針對支付制度的調整，其實在研商議事會議裏面，沒有得到西醫基層的共識。我們基本上認同且支持健保署從管理面去檢討轉診支付，要怎麼改變，錢就要下到那裡，將有限資源集中放在從醫院下轉到基層這一塊上面。</p>	<p>獲共識。</p> <p>3. 「鼓勵院所建立轉診合作機制」調整支付制度一節，考量支付標準調整須經共同擬訂會議共識後辦理，本署將持續與醫界溝通。</p> <p>4. 經分析穩定慢性病人經下轉後90天內回醫院追蹤者多為重大傷病者如癌症等診斷回醫院進行追蹤，並已列入本次簡報中一併報告。</p>
<p>朱委員益宏(第5屆111年第7次委員會議紀錄第65頁)</p> <p>二、第2點是拜託健保署考量的事項，今天我才知道其他預算項下「基層總額轉診型態調整費用」的8億元，限定用於成功下轉到基層的案件，但投影片第13張顯示，基層上轉到醫院的件數及上轉率也是有增加，為什麼不能以同樣專款獎勵從基層上轉到醫院，從醫院下轉到基層的案件，有從其他預算這筆8億元的預算去補貼。所以對於基層上轉到醫院的案件，是否也可對</p>	<p>1. 為推動醫院集中醫療量能照護急重症病人，本署推動分級醫療政策後更致力於提升基層服務量能各項措施（含壯大家醫計畫及陸續開放表別等），爰編列「基層總額轉診型態調整費用」用以緩解醫院積極下轉病人後可能對西醫基層總額造成之財務衝擊。</p> <p>2. 自107年起本署已分別於西醫基層及醫院總額編列「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款，支應兩總額申報「辦理轉診費回轉及下轉」、「辦理轉診</p>

委員意見摘要	健保署說明
<p>醫院總額有相對應的補貼，因為此項預算並不是個別總額，若是編列在基層總額當然就沒有道理去補貼醫院總額，既然編列在其他預算，也就是只要符合條件就應該可以動支，所以我也不明瞭為什麼只有醫院下轉到基層的案件，對基層補貼。當然下轉會增加基層整體的利用率，如果下轉的案件量太大會對基層總額產生一定的衝擊，同樣的若上轉的量太高，同樣會對醫院總額產生財務衝擊，我覺得這筆預算項目既然編在其他預算項下，今年大概也來不及，是不是請健保署在編列明年度其他預算時，在定義上能予以考慮。</p>	<p>費上轉」及「接受轉診門診診察費加算」等5項支付標準項目之轉診案件。</p> <p>3.近年醫院部門陸續以醫療服務成本所增加之預算或編列相關預算調高急重症支付標準如下：</p> <p>(1) 106年醫院總額醫療服務成本指數改變率挹注60億元，自同年10月1日起調高重症支付標準。</p> <p>(2) 107年醫院總額醫療服務成本指數改變率投入9.8億元調整護病比加成與ICU護理費，並刪除門診合理量公式，調整11項特定處置項目支付標準，共挹注20.3億元用於調整急重症支付標準。</p> <p>(3) 108年醫院總額醫療服務成本指數改變率再投入預算42億元，用於調整急重症支付標準(含413項診療項目點數、提升住院診察費、增列75歲以上加成20%、急診診察費診治6歲以下兒童之專科醫師加成、麻醉費調整為提升兒童加成、住院護理費調升等)。</p> <p>(4) 109年醫院總額醫療服務成本指數改變率所增預算，用於調升「急診診察費」、「檢傷分類第三級急診診察費」、「住院診察費」及「住院護理費」支付點數，推估1年挹注36.81億元，自110年3月1日起生效；另調整400項急重難症特定診療項目及4項亞急性呼吸照護病床、2項慢性呼吸照護病房論日計</p>

委員意見摘要	健保署說明
	<p>酬支付點數，調幅介於0.5%~80%之間，合計22.73億點，並自110年7月1日起生效。</p> <p>(5) 110年醫院總額運用「持續推動分級醫療，壯大社區醫院(5億元)」及「提升重症照護費用，促進區域級(含以上)醫院門住診結構改變(10億元)」，保障「區域級以上醫院加護病床之住院護理費、地區醫院假日/夜間門診案件(不含藥費)」以1點1元支應，自110年4月1日起生效。</p> <p>(6) 111年醫院總額運用「提升重症照護費用，促進區域級(含以上)醫院門住診結構改變(20億元)」及「持續推動分級醫療，壯大社區醫院(10億元)」，調升住院首日護理費支付點數30%，自111年3月1日起生效。另自同年4月1日起，區域級(含)以上醫院加護病床之診療費及住院護理費、地區醫院住院病房費、一般病床住院診察費、住院護理費每點1元支付。</p>
<p>李委員永振(第5屆111年第7次委員會議紀錄第66頁)</p> <p>提出2點疑問，就教健保署：</p> <p>一、第1點，從會議資料第127頁附表二「歷年健保總額投入分級醫療之預算」得知，106~111年共投入分級醫療預算362.5億元，但近年本會委員及評核委員都建議，分級</p>	<p>1.「基層總額轉診型態調整費用」用以緩解醫院積極下轉病人後可能對西醫基層總額造成之財務衝擊，更積極之目的為落實分級醫療，推動醫院集中醫療量能照護急重症病人，減少醫院壅塞，壯大基層醫療服務量能。</p>

委員意見摘要	健保署說明
<p>醫療政策的成效不明顯，相關措施有檢討改善的必要，且在黃色會議新增及補充資料1 的第4 頁，今年的評核委員對健保署及總額部門之整體性重點建議第4 點又再次提到。另可從會議資料第125 頁的轉診相關協定事項之關聯示意圖清楚看出，110 年西醫基層上轉71.7 萬件，接受下轉才8.8 萬件，一來一往應該減少將近63萬件，但是為了減少西醫基層因接受醫院下轉病人而造成的財務衝擊所編列的「基層總額轉診型態調整費用」10億元，竟然全部用光，好像完全不合邏輯。</p>	<p>2.110年本項目動支條件包括「轉診成功」、「自行就醫-門診(含門診的急診)」及「自行就醫-住診」案件，結算金額分別為5.5億元、7.1億元及3百萬元，計12.67億元，已逾預算金額10億元。</p> <p>3. 「基層總額轉診型態調整費用」之動支條件係經總額研商議事會議討論通過，111年起限轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)，醫院為申報轉診醫令者或保險對象自行至基層就醫者皆未動支該預算，111年本項目之預算執行率為67.6%(預算8億元，支用5.41億元)。</p>
<p>李委員永振(第5屆111年第7次委員會議紀錄第71頁)</p> <p>因為剛才健保署同仁的說明並沒有清楚回答我的第2個問題，在投影片第11張是慢性病下轉至診所之費用比較，慢性病整體案件110年平均每件醫療點數是1,414 點，下面的欄位的「慢性病轉診成功案件」，是我剛才提到「基層總額轉診型態調整費用」的10億元進行補助，110 年平均每件調整費用點數是862 點，有沒有算上面的「慢性病整體的案件」？如果那個也算的話，就不是比較低，這樣的話，前面的結論，以及對資料的解讀就不對了。剛才解釋可能一般慢性病開藥3 個月，可能慢性病轉診成功案件</p>	<p>「基層總額轉診型態調整費用」係專款補助，其中慢性病成功轉診到基層就醫之案件，110年平均每件醫療點數862點；另統計之比較基準「全國基層的慢性病整體案件」平均每件費用1,414點，係整體西基總額慢性病之費用；兩者慢性病皆有開立2或3個月之慢箋，無統計上顯著差異。</p>

委員意見摘要	健保署說明
<p>開藥2 個月，這樣更糟糕，如果是這樣，怎麼能比較，即使比較出來，整個就亂掉了。</p>	
<p>「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」(含四部門總額之網路頻寬補助費用)</p>	
<p>干委員文男(第5屆110年第2次委員會議第65頁)</p> <p>健保總額預算自105年起，編列獎勵上傳資料的網路頻寬補助費用，但基層診所的執行成效與醫院層級差距很大，請問能否擬訂改善措施，若實務執行上有困難，未來是否考慮縮編是項預算？</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 有關基層診所檢驗(查)結果上傳率較低情形，經調查主要係因人力及資訊能力不足，需委外請資訊廠商協助上傳，增加財務負擔。 2. 為提升基層院所之上傳率，本署擬訂改善措施如下： <ol style="list-style-type: none"> (1) 建置檢驗(查)資料交換系統，使基層診所及檢驗所可分別上傳基本資料及結果資料，整合轉/代檢案件，便利院所上傳。 (2) 簡化上傳格式，將部分非必要之必填欄位，改為非必填欄位，降低醫療院所上傳困難。 (3) 持續蒐集醫療院所意見，優化檢驗(查)結果及醫療檢查影像上傳系統，新增相關功能如健保卡帶入基本資料，減少院所登打欄位數，基本資料段從原需填14-15個，降低至1-2個。 (4) 建置及更新即時上傳率指標報告卡查詢作業、檢驗(查)結果與申報資料之比對明細及醫療院所每日上傳之檢驗(查)結果及醫療檢查影像資料等系統於VPN供院所及本署分區業務組下載使用，以利即時了解醫療院所上傳情形，監測未上傳案件資料，補上傳相關檢驗(查)資料。 (5) 輔導基層診所提升上傳率並於必要

委員意見摘要	健保署說明
	<p>時針對未上傳院所加強審查。</p> <p>(6) 實地訪查基層診所瞭解實務作業及困難。</p> <p>(7) 邀集醫界各層級之公協會瞭解檢驗(查)上傳之困難處，並研議可行之改善策略。</p> <p>3. 查本署112年4月檢驗(查)三日內上傳率說明如下：</p> <p>(1) 檢驗(查)結果計92.6%(醫院計96.5%、基層(含檢驗所)計68.4%)。</p> <p>(2) 醫療檢查影像計80.4%(醫院計95.8%、基層(含檢驗所)計9%)。</p> <p>(3) 上開上傳率相較去年同期值，檢驗(查)結果計85.7%、醫療檢查影像計75.5%，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>4. 本署前於112年5月24日邀集中華民國醫師公會全國聯合會等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，與會代表反映網路頻寬補助費用有助於增進醫療院所與本署間資料傳輸之緊密性及便利性，如查詢TOCC、疫苗注射狀況及確診隔離資訊等，於疫情期間充分協助各醫療院所疫情管控。</p> <p>5. 另與會代表表示將提案至健保會討論，爭取本項預算，屆時再依討論決議辦理。</p>

委員意見摘要	健保署說明
<p>何委員語(第5屆111年第4次委員會議第32頁)</p> <p>主席，各位委員，大家早。請參閱會議資料第25頁「六、其他預算」，再參閱會議資料第26頁第8項「提升院所智慧化33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」，第(3)點提到將依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式，我們希望本項能確實規劃執行細節，並應該將本項具體節省的醫療費用、藥費及檢驗檢查費用，確實作為112年度醫療給付費用總額基期之減項。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本署前於112年5月24日邀集中華民國醫師公會全國聯合會等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，並針對即時查詢方案退場之執行方式進行討論。 2. 與會代表反映本項獎勵費用有助於增進醫療院所與本署間資料傳輸之緊密性及便利性，如查詢TOCC、疫苗注射狀況及確診隔離資訊等，於疫情期間充分協助各醫療院所疫情管控，且獎勵即時上傳檢驗(查)資料，亦可有效避免醫療資源浪費，減少不必要之檢驗(查)。 3. 另與會代表表示將提案至健保會討論，爭取本項預算，屆時再依討論決議辦理。
<p>周主任委員麗芳(第5屆111年第7次委員會議紀錄第60頁)</p> <p>請加強落實本次提報之4項協定事項執行內容，並儘速提報其他預算之獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用退場之執行方式規劃。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本署前於112年5月24日邀集中華民國醫師公會全國聯合會等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，並針對即時查詢方案退場之執行方式進行討論。 2. 與會代表反映本項獎勵費用有助於增進醫療院所與本署間資料傳輸之

委員意見摘要	健保署說明
	<p>緊密性及便利性，如查詢TOCC、疫苗注射狀況及確診隔離資訊等，於疫情期間充分協助各醫療院所疫情管控，且獎勵即時上傳檢驗(查)資料，亦可有效避免醫療資源浪費，減少不必要之檢驗(查)。</p> <p>3. 另與會代表表示將提案至健保會討論，爭取本項預算，屆時再依討論決議辦理。</p>
<p>盧委員瑞芬(第6屆112年第1次委員會議紀錄第80頁)</p> <p>請健保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的獎勵上傳項目的差異，並檢討繼續給予獎勵上傳費用的必要及合理性，這剛剛蔡副署長淑鈴已經有做相關說明，我們也會繼續跟催。</p>	<p>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。</p> <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4月檢驗(查)三日內上傳率說明如下：</p> <p>(1) 檢驗(查)結果計92.6%(醫院計96.5%、基層(含檢驗所)計68.4%)。</p> <p>(2) 醫療檢查影像計80.4%(醫院計95.8%、基層(含檢驗所)計9%)。</p> <p>4. 上開上傳率相較去年同期值，檢驗</p>

委員意見摘要	健保署說明
	<p>(查)結果計85.7%、醫療檢查影像計75.5%，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. 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。</p>
<p>陳組長燕鈴(第5屆111年第7次委員會議紀錄第55頁)</p> <p>「有關檢驗檢查結果上傳率，醫院約8至9成，110年西醫基層是18%，從這些比較具體指標來看，還是有努力空間，希望健保署於協商明年總額時，能有具體資料供協商參考」</p>	<p>1. 查112年4月檢驗(查)結果總上傳率計95%，說明如下：</p> <p>(1) 醫院層級計98%，其中醫學中心計99%，區域醫院計98%，地區醫院計97%。</p> <p>(2) 基層院所計76%，其中基層診所計66%，檢驗所計96%。</p> <p>2. 上開檢驗(查)結果總上傳率相較去年同期值90%，有顯著提升，其中基層院所(含檢驗所)去年同期值計47%，提升尤為顯著，惟限於資訊能力不足上傳率仍偏低，本署將持續輔導院所提升上傳率。</p>
提升保險服務成效	
<p>陳組長燕鈴(第5屆111年第7次委員會議紀錄第55頁)</p> <p>會議資料第117 頁關於其他預算的</p>	<p>本署以提升保險服務成效預算建構本</p>

委員意見摘要	健保署說明
<p>「提升保險服務成效」部分，協定事項是請健保署精進提升保險服務成效的評估指標，以反應節流成效，本次健保署有提出詳細的過程努力，但在過去協商本項時，委員希望能提出保險成效的具體指標，所以希望未來健保署能夠加強這部分的資料提供。舉例而言，健保署在報告提到「強化醫療資訊雲端查詢系統」的部分，經查相關資料，請看會議資料第120頁，執行績效還有努力空間，在醫療資訊雲端查詢系統的查詢率，醫院約7成，基層醫療是西醫基層、牙醫、中醫混合計算的結果比較不精確，110年加起來是93%，有關檢驗檢查結果上傳率，醫院約8至9成，110年西醫基層是18%，從這些比較具體指標來看，還是有努力空間，希望健保署於協商明年總額時，能有具體資料供協商參考，這是第2個部分。</p>	<p>署現有資訊框架同時強化醫療服務品質及效率，並因應疫情靈活調整，深化不同系統間連結及效率，配合本署積極推動檢驗(查)上傳政策，總上傳率已顯著提升，基層院所(含檢驗所)上傳率更由去年同期值47%顯著提升，歷年成果已於評核會議資料中列示；未來本署將持續配合推動重要政策持續研議同時代表本署資訊量能及保險效率提升之具體指標。</p>
<p>其他：提升保險服務成效預算項下支應HTA相關報告之回應</p>	
<p>謝委員武吉(第4屆108年第3次委員會議紀錄第27頁)</p> <p>四、還有就是說，剛才翁委員文能所要求的，我認為沒有錯，健保署都有請HTA(Health Technology Assessment, 醫療科技評估)來評估嘛，就叫HTA先評估出來嘛，看我們今年9月要討論的，用HTA討論評估的東西出來和我們醫界、和我們的消費者，共同來瞭解一</p>	<p>委員關切「新藥預算執行率替代率之計算方式」：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有關新藥預算執行計算方式，為精進推估模式，本署與各界溝通及邀請專家學者分享經驗、收集意見以納入評估模式。業於110年3月30日起，陸續辦理4場健保新藥預算預估模式研究小組討論會議，邀集新藥預算專家學

委員意見摘要	健保署說明
<p>下，不是很好嗎？</p> <p>其實我們是非常感謝健保署的回答，那個社保司的回答就是很簡單，健保署的回答他有寫了很多數據，很多的都是超過嘛，5年內都是超過的很多，尤其1年內有達到90%的那真的是太多了，所以說我在這裡，尤其對於替代率的這方面，到現在都還沒有結果，替代率也應該要有審慎的考量。</p> <p>五、我也是共同提案委員，不可以把我算一次發言。所以說，我是建議這個一定要像翁委員文能剛才講的，翁委員文能講的已非常清楚，希望就是要由HTA來先做出一個相關的預估值，大家來討論，這樣可能蔡副署長淑鈴也不要背負很重的責任，戴組長雪詠也不會背負很重的責任，HTA來替你們背嘛，對不對，這合理的嘛，你拿給他們也是有錢給他們，又不是做免費工，所以說我是感覺上應該要找HTA來做一個預估值的評估才對，謝謝。</p>	<p>者、醫界代表針對預算規劃、執行數計算方式等議題進行討論，並提經111年10月20日第59次藥品部分共同擬訂會議報告。</p> <p>2. 自111年起計算新藥預算之執行數，即以前述提會報告之計算方式，係以各藥品實際申報費用為基礎，參考HTA報告之替代情形，據以計算各品項之財務衝擊。</p>
<p>吳委員國治(第4屆108年第6次委員會議紀錄第57頁)</p> <p>一、首先，我比較好奇的是，現在免疫療法有療效是20%，跟當時HTA(Health Technology Assessment, 醫療科技評估)的評估有無落差？</p>	<p>1. 免疫療法(IO)經提108年3月14日藥品部分共同擬訂臨時會議通過，並於108年4月1日納入健保給付。</p> <p>2. 為掌握藥品療效，本署運用所建置個案登錄系統蒐集真實世界資料</p>

委員意見摘要	健保署說明
	<p>(Real-World Evaluation)，並委請 CDE 定期分析結案個案之療效約近20%。</p> <p>3. 前述相關分析結果已放置於本署全球資訊網(連結：首頁/健保服務/健保藥品與特材/健保藥品/其他藥品相關事項/癌症免疫新藥專區)。</p>
<p>吳委員鴻來(第4屆109年第8次委員會議紀錄第74頁)</p> <p>四、建立完善的生物相似藥資訊平台。今年健保署跟食藥署網站有放相關資訊，希望這資訊可以更完善，是不是可以放一些 HTA(Health Technology Assessment，醫療科技評估)報告上去。網站上目前已有懶人包，希望資訊平台介面讓民眾在使用上更友善，還有第3 點講的資料庫，如果有新的追蹤結果，希望有簡單報告，定期更新在平台上方便民眾查詢。</p>	<p>1. 依照全民健康保險法第41條(規定略以)，有關藥物給付項目及支付標準之擬訂，其會議內容實錄應予公開，保險人辦理醫療科技評估時，其結果應於擬訂前公開。</p> <p>2. 有關藥品相關 HTA 報告目前放置於本署全球資訊網首頁/健保服務/健保藥品與特材/健保藥品/藥品相關法規與規範/全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議及辦法/議程及醫療科技評估。</p> <p>3. 有關特材相關 HTA 報告，目前放置於本署全球資訊網首頁/健保服務/健保藥品與特材/健保特殊材料/特材相關法規與規範/全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議/全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議議程、紀錄及相關資料/醫療科技評估報告。</p>
<p>滕委員西華(第5屆111年第6次委員會議紀錄第93頁)</p> <p>三、請參閱會議資料第 200~202 頁，我其實非常肯定就是除了 HTA (Health Technology Assessment，醫療科技評估)，還有 HTR (Health</p>	<p>1. HTR 選題會議目的係為先瞭解目前已健保給付項目之給付效益再評估，其中涉及臨床專業資訊及財務衝擊，需先確認再評估之方向，爰以相關專</p>

委員意見摘要	健保署說明
<p>Technology Reassessment，醫療科技再評估)，HTR 這個事情如果做得好的話，我們還可以把過去沒有用的診療項目、藥品及醫材品項等提早下市，但是我要問 2 個問題：</p> <p>(一)請問 ICER(Incremental Cost-Effectiveness Ratio, 增加成本效益比)以及 QALY(Quality Adjusted Life Years, 調整品質後存活人年)在 HTR 占的比重是多少，這幾年來全世界非常多國家使用相關的計算作為醫療科技評估的參據，健保署也是引用這個計算方式，可是在特殊疾病上面，譬如我們剛剛前面討論的罕藥、罕病方式，或者是在目前為止沒有有效臨床的治療藥物上面，過度計算 ICER 或引用 QALY 的值，其實也是會延遲這些治療藥物的上市時間。</p> <p>(二)請參閱會議資料第202頁投影片第23張，有關參加 HTR 會議代表，我覺得很可惜，裡面完全沒有病人權益專家代表，也沒有倫理學家的代表，在做 HTR 的時候，就不應該只有藥物經濟學家或醫學家，應該要比照其他的會議，</p>	<p>家為主評估相對給付效益。</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. HTR(醫療科技再評估)的面向分別有臨床評估、經濟評估(包含成本效果/效用/結果分析及調整品質後存活人年等)、使用量分析及財務衝擊。 3. 針對 HTR 評估結果需先與各專科醫學會進行討論，並經專家會議審議決定是否為維持給付、調整給付規定、調整價格及停止給付，再提至共同擬訂會議討論，其間提案的過程亦會蒐集病友相關意見，與新增修訂藥物給付項目及支付標準流程一致。

委員意見摘要	健保署說明
<p>納入病人權益的代表或倫理學家才對，因為這部分健保法也有相關規定，審查藥品的時候也是要考慮……(斷訊)。抱歉，我的意思就是說，有關 HTR 會議代表，請健保署審慎的考慮應該要納入病人權益代表或者是倫理學家，因為 HTR 的審查不應該還是只著重在經濟效益，還是要有人權與倫理的考量。</p>	

112 年度總額協商資料「提升保險服務成效」之預算用途

- 一、健康資料平台功能精進計畫：本項預算用於發展雲端系統、行動化服務及大數據應用，且需隨健保業務及科技發展而擴增及提升效能
 - (一)建置智慧型精準審查作業平台。
 - (二)優化調整醫療雲端查詢系統架構。
 - (三)醫療決策支援與輔助專審大數據應用。
 - (四)強化行動應用服務暨健康資料使用功能。
 - (五)提升資訊軟硬體設備效能及資安防禦能量。
- 二、運用醫療科技再評估與前瞻性評估機制提升健保給付項目之效益。
- 三、提升為民服務效益全民健保客服中心科技導航服務精進方案。
- 四、其他各項方案之推動：
 - (一)特約醫療院所承作相關醫療服務計畫之標示作業。
 - (二)ICD-10-CM/PCS 改版之教育訓練事宜。
 - (三)醫療服務給付項目增訂(HTA)及現行醫療服務給付項目醫療科技再評估(HTR)。
 - (四)診斷關聯群(DRG)全面導入雙軌、研擬及評估支付制度改革。
 - (五)醫院總額地區預算重分配方式評估及支付標準研修專業諮詢等。

近 5 年本會委員對分級醫療之意見摘要

一、總額已投入相當預算，卻未達到分級醫療之預期成效

- (一)分級醫療是衛福部推動的重要政策，推行至今已邁入第 7 年，健保總額配合編列預算已投入約 443 億元，但政策成效並不明顯，健保署應確實檢討，提出改善精進措施。
- (二)觀察 105 年第 1 季至 109 年第 4 季之「西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率」趨勢，並未有太大變動，顯示分級醫療政策成效不大。
- (三)政策目標是鼓勵大醫院下轉輕症病患，即使在 COVID-19 疫情期間，108~110 年醫學中心的初級照護率仍未明顯降低，建議健保署進一步研析如何確實降低醫學中心初級照護率，並將慢性穩定病人下轉至基層。
- (四)分級醫療的重點在於「醫療資源合理使用」，健保總額已投入相當預算，惟成效似不明顯，希望能有具體、量化的節省成效。

二、轉診效果待加強，建議進一步整合病人之上、下游照護，並加強基層照護

- (一)106~110 年的全區轉診件數與轉診率都沒有明顯改變，且接受下轉案件占比低，顯示分級醫療的效果是鈍化的。
- (二)109 年受疫情影響整體就醫人次減少，接受上轉的案件數卻無明顯減少趨勢，多數上轉的案件仍是以上轉醫學中心為主，而醫學中心下轉的案件數則是各層級中最少，分級醫療成效有待商榷。
- (三)鼓勵病情穩定之慢性病病人下轉，但 110 年下轉至診所的慢性病病人停留時間(63.8 天)只剩 108 年(142.79 天)的一半，建議健保署追蹤分析慢性病病人下轉到診所前後的就醫情況，了解基層是否還有精進空間。
- (四)除關切上轉、下轉執行情形外，請健保署思考對策以提升回轉率。

三、建議盤檢分級醫療支付誘因的合理性及民眾自費情形的變化

- (一)目前分級醫療祭出各種轉診支付誘因，但卻無相應成效，現在又研擬支付鼓勵平轉費用，請健保署審慎思考。
- (二)除健保支付部分，也需關注自費部分有無增加，若院所沒有確實下轉，而是改由民眾自費，則分級醫療的效果須打折扣。

四、應考量 COVID-19 疫後之醫療供需情形，研訂更有效的推動策略及目標

- (一)建議健保署檢討 COVID-19 疫情對分級醫療的影響，並評估疫情後之醫療供需情形及民眾需求，研訂更有效的推動策略及相應政策目標。
- (二)COVID-19 亦情期間，凸顯基層醫療之重要性，未來應具體提出強化基層量能之階段性目標與時程。
- (三)健保署在分級醫療的未來努力方向提及，要串聯預防保健、疾病治療、長照及居家照護，擴展到全人全程的照護，希望能夠提出具體規劃內容。