

衛生福利部全民健康保險會
第 6 屆 112 年第 6 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 7 月 26 日

衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 112 年第 6 次委員會議議程

一、主席致詞

二、議程確認

三、確認上次(第 5 次)委員會議紀錄----- 1

四、本會重要業務報告----- 11

五、討論事項

(一)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」項目續請討論案----- 55

(二)112 年度醫院及西醫基層總額關於「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」、「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」、「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」決定項目內容，需提報本會確認案----- 83

六、報告事項

(一)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)----- 99

(二)各總額部門 111 年度執行成果評核結果----- 103

(三)中央健康保險署「112 年 6 月份全民健康保險業務執行報告」(書面報告)----- 104

七、臨時動議

三、確認上次(第 5 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(112)年 7 月 7 日衛部健字第 1123360091 號函送
委員在案，並於本年 7 月 7 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5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6月28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：馬文娟、張琬雅

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
(中華民國區域醫院協會劉秘書長碧珠代理)、李委員永振、周委員慶明、周委員
麗芳、林委員文德、林委員恩豪、林委員淑珍、林委員綉珠、花委
員錦忠、侯委員俊良、翁委員文能、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、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(中華民國工業區廠商聯合總會許執行副秘書長文龍代理)、詹委員永兆、
劉委員玉娟、劉委員淑瓊、滕委員西華、蔡委員麗娟、鄭委員力
嘉、鄭委員素華、謝委員佳宜、韓委員幸紋

請假人員：劉委員守仁

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：石署長崇良、李副署長丞華、蔡副署長淑鈴

本會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、洪組長慧茹、陳組長
燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第9頁)

貳、議程確認：(詳附錄第9~16頁)

決定：

- 一、中央健康保險署所提臨時提案「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」，有3位委員附議成案，惟對本案是否屬具時效性事項，委員未有共識，爰本案排入報告事項之後，視會議時間允許與否，再行處理。

二、餘照議程確認。

參、確認上次(第4次)委員會議紀錄：(詳附錄第16~17頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第18~36頁)

決定：

一、上次(第4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)擬繼續追蹤共1項，同意繼續追蹤。

二、歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，擬解除追蹤共3項，同意解除追蹤；其餘19項繼續追蹤。

三、請各總額部門及中央健康保險署遵循衛生福利部所擬之政策目標及內涵，及早研擬113年度總額協商草案，並依協商程序所定期程如期提送本會，以利後續協商作業順利進行。

四、委員所提意見(含書面意見)，請社會保險司及中央健康保險署回復說明。餘洽悉。

伍、討論事項(詳附錄第37~62頁)

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。

決議：

一、各總額部門111年度執行成果評核結果，將納為113年度各部門總額「品質保證保留款」專款獎勵，其獎勵標準計算方式如下：

(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0.1%、「優」級給予0.2%、「特優」級給予0.3%獎勵成長率。

二、各部門總額前項專款額度，應與其106年度一般服務預算之品質保證保留款額度(各部門額度：醫院3.887億元、西醫基層1.052億元、牙醫門診1.164億元、中醫門診0.228億元)合併運用，全數作為鼓勵提升醫療品質之用。

三、請中央健康保險署會同各部門總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及提升鑑別度，執行結果納為年度執行成果評核之參據。

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。

決議：

一、本案依提案內容及中央健康保險署所提資料，尚符合「『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目之適用範圍與動支程序」(下稱非預期風險動支程序)之適用範圍。惟請中醫門診總額部門及中央健康保險署依該動支程序規定共同完成「提案前評估」程序(註)，並研議因新冠疫情顯著影響該部門醫療費用之合理估算方式(請考量並排除與新冠疫情無關之費用影響，如：人口結構改變之自然成長、支付標準

調整等因素)及建議動支額度，再提本會討論。

二、鑑於新冠疫情影響已延續3年，且對四總額部門均造成影響，請中央健康保險署本於保險人管理權責，整體評估疫情對四部門總額醫療利用及費用之衝擊，並將評估結果提供本會討論本案參考。

三、考量傳染性疾病異常流行具有不同樣態，現行非預期風險動支程序之規範內容及執行規定尚有不足，本會將進行研修，爰請中央健康保險署、社會保險司等相關單位提供修訂意見，俾供本會研修參考。

註：本會第3屆106年第3次委員會議(106.4.28)通過之「『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」規定(略以)：

二、動支程序之(一)屬「非預期風險」：

- 1.提案前評估：由受影響之總額部門與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。
- 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。

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。

決議：

一、本修正案通過，同意112年度中醫門診總額之地區預算，自五分區(不含東區)一般服務費用移撥3,000萬元，作為風險調整移撥款，修正後之112年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式如附件(劃線處)。

二、因112年度中醫門診總額地區預算分配，業經衛生福

利部核定、公告在案，依「112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，本修正案建議，送請衛生福利部決定。

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案，提請討論。

決議：本案屬中央健康保險署權責，委員所提建議，請中央健康保險署研參。

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案，提請討論。

決議：本案屬中央健康保險署權責，委員所提建議，請中央健康保險署研參。

陸、報告事項(詳附錄第63~79頁)

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。

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：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」、「基層總額轉

診型態調整費用」核(決)定事項之辦理情形，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。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參。

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(書面報告)，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提書面意見，請中央健康保險署回復說明。

柒、臨時提案(詳附錄第80~87頁)

提案單位：中央健康保險署

附議人：朱委員益宏、周委員麗芳、蔡委員麗娟

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。

決議：

- 一、本案不通過。依照「112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，專款項目回歸原協定意旨，其款項不得以任何理由流出。為維持總額制度之穩健執行，不宜變動協定項目之預算用途。
- 二、有關112年B肝藥品擴增給付範圍，為支付標準改變，屬中央健康保險署權責，請依法定程序通過後，運用112年度醫院及西醫基層總額所編列「藥品及特材給付規定改變」協商因素項目之預算辦理。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：下午14時。

112 年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務費用 之地區預算分配方式(修正如劃線處)

地區預算：

一、地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

二、分配方式：

(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，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(含風險調整移撥款)等相關細

節，授權中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送全民健康保險會備查。

- 四、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。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。

四、本會重要業務報告

一、本會依上次(第5次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

(一)依討論事項第二案決議，於本(112)年7月10日以衛部健字第1123360094號書函，將「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」之決議及委員意見摘要，函請中央健康保險署(下稱健保署)及中醫師公會全聯會依決議及委員關切重點配合辦理後續事項，共同完成提案前評估等，再提會討論，函文如附錄一(第107~111頁)。健保署業於7月18日再次提案，已納入本次委員會議討論第一案續審。

(二)依討論事項第三案決議，於本年7月11日以衛部健字第1123360095號書函，將「112年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式」修正建議案，送請衛生福利部(下稱衛福部)決定，函文如附錄二(第112~115頁)。

(三)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2項，如附表(第18頁)；歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，建議解除追蹤者，計有2項，如附表(第19頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理；另個別委員關切事項(含書面意見)，健保署回復如附錄三(第116~124頁)。

二、依照「113年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」，為利本年9月總額協商會議之議程安排，本次會議將請四總額部門委員代表進行協商順序之抽籤作業，後續依抽籤結果據以排定協商議程。其中門診透析協商場次，依規定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。

三、截至本年7月20日，本會尚未收到衛福部來函交議113年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案，惟為利委員了解及讓各總額部門及健保署即早準備協商內容，規劃因應作法如下：

(一)為爭時效，於收到交議案後，儘速轉知本會委員，並納入8

月委員會議報告。

(二)本會前於本年6月16日函請各總額部門及健保署即早規劃，並依本會議定協商程序之時程及提報內容提供協商資料在案。本會將於收到交議案後，再函轉衛福部正式交議內容，請各總額部門及健保署遵循113年度健保政策目標及內涵辦理。另為利資料完備，請於本年8月8日提送「113年度總額協商因素項目及計畫」草案，及8月25日提送最終版本時，依檢核表(格式如附件三，第45~46頁)檢視內容是否齊全，併送本會作為協商參據，以利增進協商效率。

四、全民健康保險會付費者團體代表於本年6月30日聯名函文行政院、國發會、衛福部及本會，對於衛福部陳報行政院之「113年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」案，表達意見，如附錄四(第125~126頁)。

五、健保署於本年6月29日奉衛福部核定，並於本年7月4日公告「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」，如附錄五(第127~131頁)，查該署業依本會本年第4次委員會議(112.5.24)之委員建議，修訂計畫內容，重點如下：

(一)修正執行目標及預期效益評估指標(原提報本會數值)：

1.執行目標：

(1)腹膜透析新發個案占率： $>10\%$ 。(原數值 $\geq 10\%$)

(2)腹膜透析盛行個案占率： $>8\%$ 。(原數值 $\geq 8\%$)

2.預期效益評估指標：

(1)腹膜透析病人1年存活率： $>96\%$ 。(原數值92%~94%)

(2)腹膜透析病人3年存活率： $>80\%$ 。(原數值68%~72%)

(3)腹膜透析病人腹膜炎發生率： <1.53 次/每百人月。(本項新增)

(4)腹膜透析病人 Weekly Kt/V ≥ 1.7 百分比： $\geq 93\%$ 。(本項新增)

(二)回應委員有關本案與其他健保專案計畫之支付衡平性問題：
因新發腹膜透析個案數較其他專案個案數相對稀少，腹膜透析病人之收案、醫療執行、後續照護等相對較複雜，須投入

較多且特別之人員訓練及醫療單位建置與運作成本，爰方案訂定之支付點數相較於其他專案較高。

- 六、本會業於本年 7 月 17、18 日完成各總額部門 111 年度執行成果發表暨評核會議，評核結果提報本次會議報告事項第二案。另為利評核作業，本會同仁編製「全民健康保險各總額部門 111 年度執行成果評核指標摘要」，亦可提供委員年度總額協商參考。其中，有關委員關心新冠疫情對各部門總額醫療利用之影響，指標摘要中特繪製疫情發生前後 2 年(107~111 年)各部門總額醫療費用成長因素解構圖(節錄如附件四，第 47~52 頁)，敬請委員參閱。
- 七、本年度委託國立臺北護理健康大學辦理北、中、南、東地區 4 場次公民參與活動，預擬探討之假設性議題為「新藥可否採行差額負擔」，以公民咖啡館方式進行。北區場次已於本年 6 月 30 日(星期五)辦理完竣，共有本會委員所屬團體之 16 位會員參加，邀請蔡麗娟副執行長等 4 位專家學者擔任與談人，就「實施新藥差額負擔，好處有哪些？」等 4 項議題進行意見交流，並由與談人總結報告各分組議題之意見。中區場次預定於 7 月 28 日辦理，已於 7 月 6 日函請相關委員協助推派當地所屬團體之會員參與，目前尚有 6 個團體未推派代表，鑑於本活動係與團體是否關切健保議題有關，各團體派員參與程度將列為下屆委員代表團體是否續聘之參考。
- 八、本會針對上次(第 5 次)委員會議，因新冠疫情對中醫門診總額整體醫療費用造成顯著影響，提請動支 111 年其他預算之「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目，及 112 年度中醫門診總額地區預算增列風險調整移撥款修正案，作為委員關切重要議題之會訊報導主題，內容詳附錄六(第 132~133 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、衛福部及健保署於本年 6 月至 7 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 7 月 11、20 日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

1.本年 6 月 30 日函送立法院咨請總統公布修正全民健康保險法第 80 條之 1 及第 80 條之 2 條文，並自本年 6 月 30 日起生效，如附錄七(第 134 頁)，修正重點如下：

(1)增訂以竊取、毀壞或其他非法方法，危害保險人辦理本保險承保或醫療服務之核心資通系統設備或電腦機房之功能正常運作者，處以刑罰。另明定加重刑責之態樣及未遂犯之處罰。

(2)增訂對保險人辦理本保險承保及醫療服務之核心資通系統，有無故輸入其帳號密碼、破解使用電腦之保護措施等妨礙系統正常運作者，處以刑罰，並明定加重刑責之態樣及未遂犯之處罰。

2.本年 7 月 12 日修正發布「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第二條附表一、附表二，如附錄八(第 135~136 頁)。本次修正重點如下：

(1)附表一、整體性之醫療品質資訊：修正 11 項指標名稱及新增 7 項指標：

①醫院總額：失智者使用安寧緩和服務使用率。

②中醫門診總額：健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率、兩年內初診患者人數比率。

③門診透析：B 型肝炎表面抗原(HBsAg)受檢率、C 型肝炎抗體(Anti-HCV)受檢率、C 型肝炎抗體陽性慢性透析病人 HCV RNA 檢查率、HCV RNA 陽性慢性透析病人抗病毒藥物治療率。

(2)附表二、機構別之醫療品質資訊：修正 11 項指標名稱及新增 1 項指標：急性心肌梗塞病人接受心臟復健比率。

3.本年 6 月 27 日預告「菸品健康福利捐分配及運作辦法」修正草案，如附錄九(第 137~142 頁)，業於本年 6 月 27 日刊

登於行政院公報，陳述意見截止日為本年 8 月 28 日，本次預告修正重點為配合菸害防制法修正調整本辦法授權依據條次，及第 4 條增訂醫療科技評估、醫療服務審查、全民健康保險政策推動之菸捐分配項目。

4. 本年 6 月 16 日公告修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」附表，如附錄十(第 143 頁)，修訂重點為「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」、「使用中醫師門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率」、「使用中醫師門診者之平均中醫就診次數」、「就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率」及「於同院所針傷科處置次數每月大於二十次之比率」等 5 項專業醫療服務品質指標，配合 112 年度總額協定事項，資料範圍排除 JT(胃癌)、JU(攝護腺癌)及 JY(口腔癌)等中醫癌症患者加強照護計畫之案件。
5. 本年 6 月 21 日公告修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」表一，如附錄十一(第 144 頁)，修訂重點如下：
 - (1) 「門診用藥日數重疊率」指標：增訂同、跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-「抗血栓藥物(口服)」、「前列腺肥大藥物(口服)」。
 - (2) 「慢性病開立慢性病連續處方箋百分比」、「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」指標名稱，修訂為「慢性病連續處方箋開立率」及「門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」。

(二)健保署

1. 本年 7 月 18 日修正「全民健康保險醫療費用欠費催收及轉銷呆帳作業要點」，修正重點為增列第 8 點，「欠費金額累計在新臺幣五千元以下，逾繳納期限二年，經查未加保全民健康保險者」，應依行政作業程序經其首長核准後轉銷為呆帳，如附錄十二(第 145~149 頁)。

2.將公告之總額相關計畫副知本會，如附錄五(第 127~131 頁)、附錄十三(第 150~156 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
112.7.4/ 計畫期間 112.1.1~ 112.12.30 ，惟第捌 點「給付 項目及支 付標準」 自公告日 起生效。	全民健康保 險鼓勵院所 加強推動腹 膜透析與提 升照護品質 計畫	<p>新增計畫，重點如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.預算金額：門診透析服務費用成長率 1%，約 433.5 百萬元專款專用。 2.執行目標及預期效益評估指標，如本會重要業務報告說明五。 3.院所獎勵費用： <ol style="list-style-type: none"> (1)院所開辦腹膜透析獎勵費：依不同條件，支付院所 6、4、2 萬點。 (2)腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費：依新病人照護時間及院所層級，6 個月以上每位支付 3.6~7.2 萬點，第 7~12 月每月 1~2 萬點。 (3)腹膜透析院所推廣獎勵費：區域級以上醫院申報腹膜透析病人數需達 5 人以上，腹膜透析病人數年成長率 3%~5% 每人獎勵 1,000 點、成長率 5%~10% 每人獎勵 2,000 點。 (4)提升腹膜透析院所照護品質獎勵費：照護品質指標分數達 70 分以上院所，每個案獎勵 5,000 點。 4.給付項目及支付標準： <ol style="list-style-type: none"> (1)執行末期腎臟病治療方式醫病共享決策(SDM)：600 點。 (2)執行 SDM 後，成功轉腹膜透析之加算：依院所層級，每個案支付 600~1,400 點。 (3)腹膜透析病人訪視費(次)：1,200 點。 (4)腹膜透析轉診費： <ol style="list-style-type: none"> 下轉及回轉獎勵費：1 萬點。 平轉獎勵費：5 千點。 上轉獎勵費：1 萬點。 (5)加強病人自我照護品質處置費：868 點。
112.6.16	111 年慢性 腎衰竭病人 門診透析服	<ol style="list-style-type: none"> 1.111 年預算 45 百萬元。 2.核發情形：111 年血液透析家數共 739 家，領取獎勵金家數計 531 家(占 71.85%)；腹膜透析家數共 117 家，領取

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
	務品質提升 獎勵計畫之 核發結果	獎勵金家數計 74 家(占 63.25%)。
112.6.19/ 112.6.19	112 年度全 民健康保險 牙醫門診總 額醫療資源 不足地區改 善方案	新增施行地區如下： 1.執業服務計畫：新增「南投縣鹿谷鄉」 (分類級數：1 級)及桃園市復興區(分類 級數：2 級)。 2.巡迴服務計畫：新增「南投縣鹿谷鄉」 (分類級數：1 級)。
112.7.10	111 年牙醫 門診總額品 質保證保留 款核發結果	1.111年預算207.6百萬元。 2.核發情形：111 年牙醫院所特約家數共 7,191 家，計 6,364 家院所符合核發資格 且領取品保款(占 88.5%)，未領取品保 款院所計有 827 家(占 11.5%)，其中 813 家(占 11.3%)院所不符合核發資格，14 家院所之指標達成率為 0%(占 0.2%)。
112.7.11/ 112.1.1	全民健康保 險慢性腎衰 竭病人門診 透析服務品 質提升獎勵 計畫	修正附件1-2末期腎衰竭治療模式衛教 表，新增「醫病共享決策輔助表」。

3.本年 7 月 10 日副知，公告 112 年「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等 6 項中醫醫療照護計畫自 7 月 1 日起新增之承作院所及醫師名單，如附錄十四(第 157 頁，名單已置於該署全球資訊網)，各分區承辦院所數、醫師數(人次)累計統計如附錄十五(第 158 頁)。

決定：

上次(第5次)及歷次委員會議繼續列管追蹤事項

一、上次委員會議擬解除追蹤(共2項)

項次	案由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	本會重要業務報告	委員所提意見(含書面意見),請社會保險司及中央健康保險署回復說明。	於112年7月5日請辦社保司、健保署。	社保司回復: 委員所提意見,說明如附件一(第20~27頁)。 健保署回復: 委員所提意見,說明如附件二(第28~35頁)。	解除追蹤	—
2	報告事項第4案: 112年5月份全民健康保險業務執行報告。	委員所提書面意見,請中央健康保險署回復說明。	於112年7月5日請辦健保署。	健保署回復: 委員所提意見,說明如附件二(第36~44頁)。	解除追蹤	—

二、歷次委員會議擬解除追蹤(共 2 項)

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形 (更新處以底線標示)	追蹤建議
1	<p>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]</p> <p>(111.9 決議、111.10、111.12、112.2、112.6 決定)</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應」協定事項，業於 <u>112 年第 5 次委員會議(112.6.28)之全民健康保險業務執行報告第 2~3 頁完成提報。</u></p>	<p>解除追蹤 (健保署已完成首次提報，俟後列為例行業務，爰建議解除追蹤)</p>
2	<p>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]</p> <p>(112.2 決議、112.3、112.6 決定)</p>	<p><u>衛福部業於 112 年 7 月 12 日修正發布，如附錄八(第 135~136 頁)。</u></p>	<p>解除追蹤 (衛福部已核定發布，爰建議解除追蹤)</p>

健保會第 6 屆 112 年第 5 次委員會議之社保司答覆

上次(第 5 次)委員會議之擬解除追蹤項次 1

案由：本會重要業務報告。

委員意見	社保司說明
<p>劉委員淑瓊(議事錄第 20 頁)</p> <p>首先針對項次六，在財務的部分，當然要提高保險費率 6% 上限，是希望被保險人財務負擔不要太高，但是要注意到被保險人的負擔不只是健保，其他還有國保、勞保等等，加上這 3 年的疫情影響，建議考量修法時，一定要把這些因素放在裡頭，因為民眾的可支配所得如果不足的話，其實對於民眾的生計消費能力等等都有影響，這是第 1 點。</p> <p>韓委員幸紋(議事錄第 23~24 頁)</p> <p>另外還有 1 個問題是我們現在要討論的總額範圍，目前上限高推估到 5%，通常會打個折，今年大概落到 4.5% 左右，如果未來幾年都維持 4.5% 成長的話，2026 年理論上保險費率要突破 6%，如果來不及修法，要用 6% 計收保費，差額有 175 億元，這時候要思考是不是開徵新財源，比方說酒品健康捐，或是營業稅，大家都在討論但難度有點高，因為別的社會保險也在搶，另外是不是提高政府補助、政府撥補等方案。</p>	<p>一、有關保險費率 6% 上限修法議題，本部研議時將就收支進行雙向檢討，投資健康及負擔能力等面向會綜整考量。</p> <p>二、至健保費以外之財源，為協助改善健保財務，政府已於 112 年度以公務預算撥補全民健康保險基金 240 億元，另將於 113 年度，再以「疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別預算」挹注全民健康保險基金 200 億元。未來亦將併同爭取其他新財源挹注持續努力。</p>

委員意見	社保司說明
<p>李委員永振會後書面意見（議事錄第34~35頁）</p> <p>在繼續追蹤事項中，政府應負擔健保總經費法定下限 36%之爭議內容可分為2部分：1.計算公式法遵之問題(健保法第 76 條第 1 項)；2.政府已付保費之內容、範圍(健保法施行細則第 45 條)，此議題始於 106 年 7 月，到這個月剛好屆滿 6 年，經歷 2 位司長退休，今天第 3 位司長接手進入第 3 階段！上個月會議在主委的關心下，做了 1 次總複習，今天看到辦理情形，還是一樣，真是令人失望、灰心！</p> <p>計算公式對於應提到安全準備之數據沒有法遵，事證明確，完全沒有模糊空間！若社保司認為現行健保法規不是原先設計的真意，要修法也 OK，6 年的立法院都是朝大野小，卻只聽樓梯響，一直看不到人下來！</p> <p>至於施行細則第 45 條，衛福部去年 2 月即有意修回原版本，在會議資料第 189~190 頁亦有說明，但就是不知道要到何年何月才会有結果？讓我們齊呼衛福部加油！</p>	<p>有關委員所提二項爭議涉及之法令依據及計算方式，過去業於貴會委員會議上多次以書面及口頭方式向委員說明，並於 112 年 5 月 24 日委員會議以書面提供完整說明及行政院核復文件。本案之法律見解及計算方式已依現行法制程序確認，各年度據以計算之政府應負擔數，業由審計部依法完成審定，合法性無虞。現行法條文字或有不臻明確之處，本部將配合法規研修，更明確法條文字界定政府負擔範圍，以杜爭議。以下僅就委員所提二項爭議點再補充說明如下：</p> <p>一、計算公式法遵(健保法第76條第1項)</p> <p>(一)查健保法第76條相關內容，於健保開辦時即已訂定其立法理由：「明定本保險安全準備之來源及財務短絀之處理方式。」，亦即第76條第1項係說明健保安全準備之來源有哪些，而非定義計算政府應負擔法定下限之方式。其第1款「本保險每年度收支之結餘」，係指當年度營運實際值(即總保險收入扣除總保險成本之結餘)，其數值與後面各款具關連性；本部目前計入公式「應提列或增列之安全準備」項目之全年度「營運實際值」，數值已包含滯納金、運用收益、菸捐、彩券盈餘及其他收入。</p>

委員意見	社保司說明
	<p>(二)另委員認為公式中「應提列或增列安全準備」項目，不應為負數一節，目前於收支短絀之年度，以當年度短絀數計入該項目，係於行政院協商過程，經綜整政府負擔下限立法意旨及健保法有關條文，並考量安全準備之內涵即為平衡財務，具調節盈餘、短絀之性質，依健保法第76條第2項「保險年度發生短絀時，應由安全準備先行填補。」之規定處理，亦即「應提列或增列之安全準備」項目，各年度無論盈虧皆以「實際營運值」計入，使計算方式前後一致。</p> <p>二、政府已付保費之內容、範圍(健保法施行細則第45條)：本部原雖已規劃修正健保法施行細則第45條，將政府已負擔健保費，限縮於依健保法補助之部分始得計入；惟因健保法第3條係規定「政府依『法令』規定應編列本保險相關預算之負擔不足每年度保險經費扣除法定收入後金額之36%部分，由主管機關編列預算撥補之」，並未限定健保法，於施行細則訂定該等規範，有限縮母法之虞，無法於部會間達成共識，爰已朝明訂於母法研議。</p>
<p>李委員永振(議事錄第 21 頁)</p> <p>本人在詳讀「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)節錄，個人有幾點感受覺得值得省</p>	<p>一、有關113年健保總額範圍草案係以民眾醫療需求、政策推動對醫療費用之影響、民眾付費能力與總體經濟情勢、整體醫療保健支出及健保財</p>

委員意見	社保司說明
<p>思，在這裡提出來分享跟請教：</p> <p>第 1 點，對於這次社保司積極回應醫界針對 MCPI 公式的改進及所做的努力，令人感佩，值得肯定。可惜部裡面長官沒有聽進專家學者、公正人士及付費者代表的聲音，也暫時忘記健保財務目前的窘境，讓改革又停在原點，令人惋惜。</p>	<p>務等各項因素，及近期各界意見綜合評估後擬訂，本部業於112年6月7日函報至行政院，同年7月3日由國發會審查在案。</p> <p>二、本部業於國發會審查會議中說明各界就113年總額範圍之建議與關切，將持續兼顧民眾醫療需求與醫療照護服務品質，推動各部門總額計畫與效益評估等管理措施，送行政院核定後交議健保會辦理相關協商作業。</p>
<p>陳委員杰(議事錄第 24~25 頁)</p> <p>謝謝，目前進行的議程是重要業務報告，我呼應李永振委員的意見，請大家看一下會議資料第 168 頁，一路發，我發現大家都不發了，第四節總額範圍諮詢健保會委員的意見彙整，有提到剛剛很多委員提起的總額成長率下限是 1.053%到上限 4%，但是我又看到會議資料第 144 頁，衛福部行文給行政院，裡面明白寫著：爰建議 113 年全民健康保險醫療給付費用總額範圍為 8,581.49 億元至 8,780.43 億元，換算起來總額成長率從 2.621%到 5%，增加金額達 219.18 億元到 418.12 億元。</p> <p>我藉此機會提出這個問題，希望能夠維持在會議資料第 168 頁所提的，衛福部本來於 112 年 4 月 26 日諮詢健保會的內容，希望總額下限</p>	<p>一、有關113年健保總額範圍草案係以民眾醫療需求、政策推動對醫療費用之影響、民眾付費能力與總體經濟情勢、整體醫療保健支出及健保財務等各項因素，及近期各界意見綜合評估後擬訂，本部業於112年6月7日函報至行政院，同年7月3日由國發會審查在案。</p> <p>二、本部業於國發會審查會議中說明各界就113年總額範圍之建議與關切，將持續兼顧民眾醫療需求與醫療照護服務品質，推動各部門總額計畫與效益評估等管理措施，送行政院核定後交議健保會辦理相關協商作業。</p>

委員意見	社保司說明
<p>能夠維持在 1.053%到上限 4%，以上借這個機會做 1 個具體建議，謝謝。</p>	
<p>陳委員相國(議事錄第 26~27 頁)</p> <p>醫師公會全聯會表達 2 點意見，感謝社保司跟衛福部瞭解民間醫療需求，體恤民眾醫療辛苦，將總額上下限調整成 2.621%~5%，而且 MCPI 不是採用 4 年平均，而是用舊的估算方式，這點我們表達感謝跟肯定。</p> <p>第 2 點，請大家看到會議資料第 146 頁，關於總額基期扣減的部分，我們有不同意見，社保司說根據 111 年度未導入預算計算起來，應該扣減 1.8 億元，不但扣減 1.8 億元，還要乘以 112 年度西醫基層總額一般服務成長率，所以變成要扣減 1 億 9,100 萬元左右，這一點我們表示非常痛心，因為每次總額爭取預算都非常不容易，新藥新科技在 111 年只爭取到 3 億元預算，現在一扣就扣了 1.8 億元，等於扣了 60%左右的預算。新藥新科技預算一直不夠，請大家看到我們提供的補充資料，這張表格有各年度的計算，請看 107 年度新藥新科技預算是 1 億 1,600 萬元，5 年預算是 5 億 8,000 萬元，收載有 51 個品項。107 年開始執行，第 1 年只執行 4,200 萬元，可是第 2 年就超出預算，變成 1 億</p>	<p>有關基期扣減等檢討，將請健保會及健保署持續研處方式，賡續會議溝通共識。</p>

委員意見	社保司說明
<p>6,200 萬元，第 3 年是 2 億 9,200 萬元，所以累滾 5 年，預算是 8 億 8,500 萬元。我們可以看到新藥新科技執行情形，第 1 年申報會比較少，第 2 年持平，第 3 年以後是倍數上升。如果一直堅持要扣減總額基期，以後如果預算不夠是不是要補回來給西醫基層？我覺得這種扣減非常不合理。</p> <p>希望以後不要再這樣，甚至今年度有沒有辦法導正不要再扣減基期，因為扣減基期對西醫基層總額傷害非常大，另外也不應該再乘以一般服務成長率，如果你要用 111 年度預估 113 年度總額基期的情形，那你不知道 112 年度執行情形，所以你還要乘以 2.172%，多扣了 400 多萬元，我們覺得非常不合理，若你要這樣扣，應該再評估一下今年度新藥新科技執行情形再做扣減，這部分等下請社保司說明，謝謝。</p>	
<p>周委員慶明(議事錄第 29~30 頁)</p> <p>我要回應本會重要業務報告第三項，關於 113 年度健保總額範圍的案子，我們知道 MCPI 這個計算公式其實在之前就行之有年，我們查過資料，大概從 104 年的時候就訂定 105~107 年的計算公式，106 年訂定 108~110 年，109 年訂定 111~113 年，所以每訂 1 次適用年度就是 3 年，最後 1 次訂定是適用到 113 年，</p>	<p>一、有關 113 年健保總額範圍草案係以民眾醫療需求、政策推動對醫療費用之影響、民眾付費能力與總體經濟情勢、整體醫療保健支出及健保財務等各項因素，及近期各界意見綜合評估後擬訂，本部業於 112 年 6 月 7 日函報至行政院，同年 7 月 3 日由國發會審查在案。</p> <p>二、本部業於國發會審查會議中說明各界就 113 年總額範圍之建議與關切，</p>

委員意見	社保司說明
<p>所以照原來的遊戲規則，訂定的公式應該適用到 113 年。今年 113 年又弄了 1 個新的公式出來，MCPI 改用 4 年平均值，第 1 個已經破壞原有遊戲規則，第 2 個就是非常不公平，因為我們知道 MCPI 還有低推估是民眾最基本的醫療需求，也是醫療院所要營運的必須成本，這幾年物價一直上漲大家都知道，包括基本工資也是在調漲，我們聘用的醫師、護理師、藥師其實也都一直在調薪，CPI 指數其實也是連 18 個月超過 2% 通膨警戒線，所以等於是物價一直漲，我們今天訂定 4 年平均計算公式其實是對現實狀況很大的違背，真的是維持在一個不合理的穩定，我們當然是希望它是一個穩定的公式，但我們覺得現在物價在漲，應該維持在反映現有狀況基礎之上，而不是用幾年前很低的狀況來維持，這並不合理，所以我們當然對報行政院的這個內容表達支持。</p> <p>再來提到 113 年基層總額基期扣減項目，社保司有提到關於西醫基層新科技扣減金額，未導入金額應該再乘上 112 年一般服務預算成長率 2.172%，其實會多扣 400 多萬元，我們表達反對意見。因為其實在 5 月 25 日基層總額研商議事會議報告的是 1 億 8,759 萬元這個數字，社保司召開的會議其實也沒有提到要加</p>	<p>將持續兼顧民眾醫療需求與醫療照護服務品質，推動各部門總額計畫與效益評估等管理措施，送行政院核定後交議健保會辦理相關協商作業。</p> <p>三、有關基期扣減等檢討，將請健保會及健保署持續研處方式，賡續會議溝通共識。</p>

委員意見	社保司說明
<p>成，真的要加成也應該要在 1 個合理的計算公式下，因為新藥新科技這一塊，其實它的成長率 111 年是 0.242%，而不應該用一般服務的 1.831%，抱歉，不應該用 112 年一般服務 2.172% 這個比例來扣減，所以我們覺得這個方式不是很合理，而且真的要再做詳細的精算，以上報告。</p>	
<p>林委員恩豪會後書面意見(議事錄第 35~36 頁)</p> <p>關於本會重要業務報告第三項，近年健保財務收支趨於失衡，在總額持續高成長情形下，全民健康保險不斷面臨健保費率調整壓力，衛生福利部於本(112)年 4 月 26 日提案送請全民健康保險會諮詢之內容，原擬下限 1.053% 至上限 4% 為範圍成長率範圍，並經該次委員會議充分討論，亦符合一般民眾福祉與期待，今衛生福利部將報院之 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率範圍調高至 2.621% 至 5% 顯屬不宜，建請仍採原案 1.053% 至 4% 為範圍。</p>	<p>一、有關113年健保總額範圍草案係以民眾醫療需求、政策推動對醫療費用之影響、民眾付費能力與總體經濟情勢、整體醫療保健支出及健保財務等各項因素，及近期各界意見綜合評估後擬訂，本部業於112年6月7日函報至行政院，同年7月3日由國發會審查在案。</p> <p>二、本部業於國發會審查會議中說明各界就113年總額範圍之建議與關切，將持續兼顧民眾醫療需求與醫療照護服務品質，推動各部門總額計畫與效益評估等管理措施，送行政院核定後交議健保會辦理相關協商作業。</p>

健保會第 6 屆 112 年第 5 次委員會議之健保署答覆
 上次(第 5 次)委員會議之擬解除追蹤項次 1
 案由：本會重要業務報告。

委員意見	健保署說明
<p>劉委員淑瓊(議事錄第 20~21 頁)</p> <p>謝謝主席，首先針對項次六，在財務的部分，當然要提高保險費率 6% 上限，是希望被保險人財務負擔不要太高，但是要注意到被保險人的負擔不只是健保，其他還有國保、勞保等等，加上這 3 年的疫情影響，建議考量修法時，一定要把這些因素放在裡頭，因為民眾的可支配所得如果不足的話，其實對於民眾的生計消費能力等等都有影響，這是第 1 點。</p> <p>第 2，針對項次九，住院整合照護服務試辦計畫，請各位看到會議資料第 23 頁，健保署在 112 年 4 月 27 日有召開共同擬訂會議，在會議裡石署長說，因為現在只是執行過程中的滾動修正，做一些調整，如果沒有意見就通過，所以也就這樣公告了。但是我們要提出來，把這次的修正跟 112 年的總額協商事項去做比對，就發現其實兜不起來，因為 112 年總額協定事項要求建立多元品質監測指標，這個指標包括病人安全、照護聘任模式、照護人力狀況、民眾使用意向、實際收費情形，這些都是醫改會根據實際狀</p>	<p>一、有關修法提高保險費率 6% 上限一節說明如下：</p> <p>(一)係為強化保險收入成長動能，因應未來醫療需求，避免因受法定費率上限之限制，而限縮醫療給付費用總額範圍。</p> <p>(二)為減緩費率調整壓力，衛生福利部(下稱衛福部)與本署已推動調整部分負擔等各項措施，未來也將積極推動收支雙向改革，以減緩長期財務壓力。</p> <p>二、有關住院整合照護服務試辦計畫說明如下：</p> <p>(一)為加強計畫之推動，發展提升整體照護成效之整合照護服務模式及評估成效，衛生福利部護理及照護司彙集醫界、護理界相關單位及本署共識，擬訂 112 年試辦計畫草案提至本署 112 年 4 月 7 日「全民健保醫療給付費用醫院總額研商議事會議」第 1 次臨時會討論及 112 年 4 月 27 日「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」第 1 次臨時會報告通過，本署於 112 年 5 月 23 日公告修正「全民健</p>

委員意見	健保署說明
<p>況，同時這些指標本來在照護司所試辦的醫院推動住院病人友善照護模式裡面都是已經出現過的指標，所以它的可行性是很高的。現在公告的指標完全沒有包含在內，要請教健保署，你不訂指標，不開始蒐集資料，如何回應 112 年總額協定事項？這邊我們要嚴厲譴責，照護司跟健保署如果將總額協定事項都可以視之為無物，那將來要訂這些指標做什麼？關於這件事情，希望健保署跟照護司可以提供說明，謝謝。</p>	<p>康保險住院整合照護服務試辦計畫」，並自公告日生效。</p> <p>(二)有關協定事項所提之多元品質監測指標皆可由現有資料取得，爰未增列於計畫中，另為加強監控本計畫之執行品質，爰於本計畫訂定相關品質指標(全院推動住院整合照護涵蓋率、住院整合照護病床使用率、住院整合照護病人平均住院天數)，並於健保資料庫定期統計。</p> <p>(三)協定事項所提之多元品質監測指標，資料取得來源說明如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 病人安全(跌倒發生率、院內感染、壓瘡比率)：為減輕醫院反覆填表資料之行政負擔藉由全日平均護病比之加成，已要求醫院填報「品質報告」急性一般病房住院跌倒人數比率、感染人數比率、急性一般病房新發生之壓瘡人數比率等三項指標，據以評估住院整合照護服務之成效。 2. 照護聘任模式、實際收費情形：由 112 年申請試辦醫院提交之執行計畫書瞭解。 3. 照護人力狀況：由衛福部「護產人員暨機構管理系統」登錄之實際服務人員資料評估。 4. 民眾使用意向：計畫之滿意度調查對象包含病人及家屬，藉以瞭解民眾意向。

委員意見	健保署說明
<p>李委員永振(議事錄第 21~22 頁)</p> <p>第 2 點，依照 4 月份諮詢時所提供的財報基礎占比推估，高推估成長率由 4% 提高到 5%，保險成本約增加 78 億元，推估 113 年底安全準備約當 0.93 個月的保險給付支出。我的推估跟會議資料的 0.97 個月又差了 0.04 個月，因為我是用 4 月份的結構推估出來的，距離法定下限 1 個月，還有 0.07 個月的差距要去努力，當然可能還有一些其他來源這邊沒有顯示出來。讓我想到以前媒體曾報導部長宣示 113 年不會調整保費，這樣的情況下，是不是會讓部長言詞跳票的風險提高，這邊可能杞人憂天，不過有這個現象應該留意。但我知道他有把握，因為在說明有提到報院下來會打 9 折，今年到目前來看好像補充保費還超收，有可能是我多慮了，不過既然有這個數據，就提出來給大家參考。</p> <p>第 3 點，對於下列幾項請健保署跟社保司協助剖析，讓實況透明，以利協商工作能順暢、圓滿。第 1 項是依報行政院草案的高低推估，區間差距約 199 億元，政策目標第 3 項，推動支付制度改革大概有 22 億元，第 4 項目標新藥、新科技與檢討支付標準列了 144 億元，2 項共 166 億元。最近 2 年新藥、新科</p>	<p>一、本署將依行政院核定之年度醫療給付費用總額範圍，據以提供最新財務收支試算，供委員參考。</p> <p>二、在積極推動支付制度改革方面，本署持續推動 Tw-DRGs，通盤檢討支付標準及因醫療器材使用規範修訂所致醫療服務成本之提升；另為有效提升給付與支付效率，透過運用醫療科技管理 (Health Technology Assessment, HTA)，在有限資源下，先給付最具成本效益之病人族群，再利用資料分析與臨床實際使用效益，進行醫療科技再評估 (Health Technology Reassessment, HTR)，有效益健保擴大給付，無效益則限縮給付範圍，提升健保給付效益及使醫療資源再配置。</p>

委員意見	健保署說明
<p>技大概都編 30 億元左右，166 億元扣掉新藥、新科技剩下 136 億元，大概就是可以歸納為跟支付標準有關的預算。請各位思考一下，我們協商空間是 199 億元，但是支付標準就占了 136 億元，差不多 68.3%，將近七成，這是什麼意思？就是說在總額協商裡面，有七成的費用支出之後，我們沒有買到新的東西，因為只是支付標準的提升而已。不曉得行政院核定的結果如何，但是看草案有一種感覺，到時候核下來請健保署或社保司可以把這個地方剖析清楚一點。支付標準如果真的要徹底解決，一定要打掉重練，但一直沒有看到下文，現在只能短期用這種方式處理，看有沒有辦法有一個比較圓滿的結論。</p>	
<p>韓委員幸紋(議事錄第 23~24 頁)</p> <p>另外還有 1 個問題是我們現在要討論的總額範圍，目前上限高推估到 5%，通常會打個折，今年大概落到 4.5% 左右，如果未來幾年都維持 4.5% 成長的話，2026 年理論上保險費率要突破 6%，如果來不及修法，要用 6% 計收保費，差額有 175 億元，這時候要思考是不是開徵新財源，比方說酒品健康捐，或是營業稅，大家都在討論但難度有點高，因為別的社會保險也在搶，另外是不是提高政府補助、政府撥補</p>	<p>衛福部已成立健保法修法核心工作小組，會對收支議題進行討論，包括研議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等；並將持續蒐集各界意見、尋求社會共識，積極推動改革，以維健保永續經營。</p>

委員意見	健保署說明
<p>等方案。但財務評估報告比較沒有針對這部分提出相關建議，就很籠統說未來要做一些收入改革方案，比較沒有相關數據評估，因為不同收入方案能收到的錢差異度蠻大的，所以如果當差額超過 150 億元以上時，選項會變少，這部分在財務評估報告也比較少呈現。</p>	
<p>朱委員益宏(議事錄第 28~29 頁)</p> <p>主席，我有 2 個意見，第 1 個是在會議資料第 36 頁項次 6，對於新醫療科技健保署有報告案，特別是在包括 DET 上次討論時有提出來，但是健保署回復這些內容，我比較關注的是會議資料第 38 頁相關單位辦理情形第 7 項，健保署回復查近 5 年醫院跟西醫基層增修診療項目之預算未有超支情形，我是覺得這個很奇怪，藥費每 1 年就超過 DET 40、50 億，藥費就超支了，健保署在很多場合就跟我們講當然慢性病是原因，但是很多新藥大家也都知道藥費非常昂貴，更何況在醫院總額研商議事會議，健保署也承認對於藥品擴增給付規定費用，確實超支了大概 1 億多，這個都是有超支，但我不曉得，在健保會正式資料上講查 5 年醫院及西醫基層增修診療項目之預算未有超支情形，這個我就完全看不懂，怎麼會未有超支？這是非常奇怪。特別是對於新</p>	<p>一、新醫療科技包括新增診療項目、新藥及新特材等，有關會議資料第 37-38 頁項次 6 第 5-7 點所提為新醫療科技之新增診療項目，就預算執行說明如下：</p> <p>(一)預算執行推估：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 新增修訂診療項目推估預算，係參酌相關學協會及專家建議以確保財務評估合理性：新增診療項目如有明確之替代現有診療項目，按申報資料計算財務影響時，將扣除替代後推估計算；修訂項目係依修訂之支付規範或適應症範圍，依診斷碼、手術處置碼或提案單位依臨床建議之影響比率推估財務影響，並考量是否有替代情形。 2. 前述財務影響分別於專家諮詢會議及共同擬訂會議討論，以期於年度預算額度內妥為管理運用。 <p>(二)持續追蹤預算執行情形：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫療服務給付項目及支付標準之

委員意見	健保署說明
<p>的藥品，我們覺得其實預算是不足，我們一再反映預算不足，但健保署告訴我們預算未有超支，而且是 5 年之內都未有超支，我覺得健保署可能要找機會好好算一下，至少跟醫院總額這邊要算清楚，到底為什麼我們一直質疑有超支，健保署一直說沒有超支，在所有場合都雞同鴨講，我覺得這樣也不好，所以這件事情我有意見，希望也能記錄下來。</p> <p>第 2 個意見是在會議資料第 48 頁，在上次委員會議我有提出來，健保署 5 月份業務執行報告的那本資料，有資料顯示慢性病在 4 個層級，醫學中心、區域醫院、地區醫院跟基層診所中，慢性病占門診人次的比例醫學中心高達 65%，我當時提出希望健保署要去瞭解到底是什麼原因，不應該有這個情形，但是健保署的回復好像雞同鴨講，好像是打空包彈，看起來並沒有具體的回應為什麼會有這個情形，那這個情形白紙黑字寫的是，醫學中心慢性病病人占門診人次高達百分之六十幾，這件事情是事實，健保署應該比較負責任去檢討為什麼會有這樣的情形，如果確實有這樣的情形怎麼樣去檢討，而不是打空包彈說民眾就醫習慣不容易改變，疫情程度難以預測，然後健保署會持續</p>	<p>新增及修訂項目，屬國內臨床已陸續執行，惟尚未納入健保給付，較不易有較大起伏。</p> <p>2. 考量診療項目甫經新增修訂，院所申報情形尚不穩定，財務影響未必立即達到高峰，爰本署持續統計觀察項目實際的淨增加情況並監測追蹤五年執行情形，並就異常申報項目，請相關學協會協助釐清合理性，必要時研議適應症、支付規範之修訂及輔導會員正確申報。</p> <p>3. 經查近五年醫院及西醫基層總額之預算均未有超支情形。</p> <p>(三)新醫療科技預算項目之執行情形於次年最近一次各總額協商會議報告，並於每年 7 月衛生福利部全民健康保險會各部門總額執行成果發表會暨評核會議報告。</p> <p>二、有關慢性病占門診人次的比例醫學中心高達 65%一節說明如下：</p> <p>(一)現行慢性病案件係以案件類別以最大範圍 04、05、06、08、E1、E2、E3 或給藥天數>14 天之案件統計，爰醫院門診各層級慢性病案件占率均大約 5 成。</p> <p>(二)查「醫學中心慢性病案件數占率」業已列入 112 年抑制資源不當耗用改善方案之觀察指標，本署將持續追蹤監控。</p>

委員意見	健保署說明
<p>監測。那監測結果其實還是這樣，因為你看歷年來就是這個樣子，很多資料雖然健保署只有在今年度才開始公告，但是健保署可以查到所有資料，歷年的資料就是這個樣子，我期待健保署應該針對這個問題去做檢討，而不是回復打空包彈。然後回復第 2 點說用部分負擔處理，我也不相信部分負擔就能夠解決這樣的困境，所以我是覺得健保署沒有針對問題去解決，希望健保署下次能夠再針對我的提問具體再做 1 次說明，謝謝。</p>	
<p>李委員永振會後書面意見(議事錄第 34~35 頁)</p> <p>過去長官常鼓勵民眾要投資健康，就是要肯花錢投入預防醫療，這觀念很好，但提早預防，未來的醫療費用應會少一些吧！？但這 2 年已投入的如代謝症候群防治計畫 9 億多元，癌症篩檢陽性個案追蹤 5 億多元，長期更大的如家醫計畫與分級醫療投入 443 億元(到去年效益 6 億元)，C 肝至去年投入 354 億元，效益 25 億元，但在過去協商時都沒有數據！若進一步請教，得到的答案通常都是「健康改善將活更久，醫療費用也越多」，不細思還真有道理，但活越久年齡增長，在非協商因素的人口成長率及年齡改變率都有給錢，所以投資健康所省</p>	<p>一、依據衛生福利部國家消除 C 肝辦公室(現衛生福利部國民健康署 B、C 型肝炎防治辦公室)以「國家消除 C 肝政策綱領 2018-2025」中效益分析模型為基礎，更新治療人數及 SVR12 等參數所得「C 肝全口服新藥治療效益分析」，C 肝口服新藥策略相較於無治療策略，預期於 2030 年及 2040 年時分別節省約 130.0 億元及 295.4 億元。</p> <p>二、各總額新增項目或專案計畫評估，列入總額協(決)定事項者，本署皆依程序與相關總額部門共同研議，並於貴會報告。</p> <p>三、有關 111 年全民健康保險財務評估報告說明如下：</p>

委員意見	健保署說明
<p>的未來醫療支出，要請健保署好好精算一下。</p> <p>有關 111 年全民健康保險財務評估報告，有幾點請教：在會議資料第 208 頁的表 1 中，保險收入 110 年差異數達 760 億元(11.95%)，係因該年費率由 4.69%調至 5.17%所致 (10.2%)，問題是推估當時沒有發現 110 年須調費率？若只有現有資料一些數字，這評估有意義？5 年就出現如此大的差異，推 25 年要做什麼？</p>	<p>(一)依健保法第 25 條規定，健保財務由保險人每 5 年精算 1 次，每次精算 25 年；前次於 106 年精算 106 年至 130 年，爰本次於 111 年精算 111 年至 135 年。</p> <p>(二)106 年財務評估報告分別依當時之保險費率 4.69%、收支連動機制以及當年收支平衡費率之方式估算財務情形。本次 111 年報告為利比較前次精算報告準確度，循例以保險費率維持 4.69%之推估數值與實際數值之數值做比較。</p>

上次(第 5 次)委員會議之擬解除追蹤項次 2

案由：112 年 5 月份全民健康保險業務執行報告。

委員意見	健保署說明
<p>劉委員淑瓊、滕委員西華、吳委員榮達會後書面意見(議事錄第 78 頁)</p> <p>針對媒體報導健保砍價及原物料上漲，導致醫材缺貨及缺藥問題，臨床醫師無戰鬥武器可用，請健保署研析說明近期醫材缺貨(如葉克膜導管)及上百種原廠藥退出台灣市場，是否與健保砍價有關，並針對各種缺貨的醫材與藥品進行分類分級(例如是否屬於治療必須、有無替代品等)，找出缺貨原因及擬訂因應策略，提出完整報告，向委員說明。</p>	<p>一、藥品：</p> <p>(一)本署健保藥價調整並未造成缺貨，112 年藥價調整前本署已與藥業醫界充分溝通，適度校正藥價調整金額，並新增不予調整原則，且有藥價不敷成本之處理措施，以穩定藥品供貨。</p> <p>(二)健保調整藥價時，按例均會考量廠商的合理利潤，並給予基本價及調降幅度的保護，確保藥品穩定銷售，使藥品產業穩健發展，並衡量非可控制因素如疫情、俄烏戰爭、通貨膨脹等因素。本次藥價調整金額適度校正為 81.8 億元，今年檢討的藥品約有 14,000 項，其中約 8,500 項未調整，調降約 5,500 項藥品的價格，調升 36 項藥品價格，調整品項數為自 102 年實施藥品費用支出目標制起最少，以減少衝擊。對於調整後之藥價如認有不敷成本情事，廠商亦得檢具成本分析資料，向本署申請重新核價。</p> <p>(三)針對缺藥問題，本署因應措施如下：</p> <p>1. 設立單一處理窗口：專人協助處理購藥問題，並提供藥商名單、聯絡窗口資訊置於本署網站供各</p>

委員意見	健保署說明
	<p>界參考。</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. 即時掌握缺藥資訊：函請藥界公協會要求廠商必須在停止供應前6個月告知本署。 3. 建立跨單位合作機制：因短缺而須以專案進口或製造之藥品優先核價並儘速生效。 4. 不敷成本之藥價調整機制：廠商如有不敷成本情事，可依法檢具成本資料，向本署申請調整價格，將依程序優先辦理。 5. 替代藥品仍可申報費用：醫師處方之藥物如未註明不可替代，藥師得以相同價格或低於原處方藥物價格之同成分、同劑型、同含量其他廠牌藥品替代，醫事機構申報權益不受影響。 <p>二、特材：</p> <ol style="list-style-type: none"> (一)有關媒體鏡新聞於112年6月30日報導醫材短缺之疑慮無涉及價量調查事宜；另醫材有缺貨之虞時，本署會發函通知醫療院所該醫材品項有無同功能替代品項。 (二)本署自107年起設置特殊材料價格調整停損原則，未予以調整。包括(1)考量廠商市占(2)支付點數已調降50%以上者(3)納入健保給付15年以上經多次價量調查者，非外界質疑一味砍價。 (三)因應疫情因素及俄烏戰爭原物料成本上漲，本署已於111年價量調查

委員意見	健保署說明
	<p>檢視市場實際販售情形後，調升 129 類 283 品項特材支付點數。廠商倘有不敷成本，亦可提出調高支付點數建議。112 年本署接獲廠商之建議，均依程序完成公告調「升」計 40 特材品項，推估預算約 7,650 萬點。</p> <p>(四)重症醫材缺貨疑慮說明：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 葉克膜導管：自 91 年納入健保，依 heparin 有無區分 2 類，支付點數為 16,771 點及 18,230 點，具相同給付規定，主要販售之醫材許可證持有廠商反映缺貨為無 heparin 葉克膜導管，原因為原物料全球短缺供貨不穩。查健保目前仍有具 heparin 導管可供貨，故未接獲臨床使用端向本署反應缺貨。 2. IABP 主動脈氣球導管：自 88 年納入健保，支付點數 25,364 點，因全球性原物料短缺造成供貨不穩，醫材許可證持有廠商表示，尚無法穩定供貨，目前逐漸恢復，可望滿足國內院所最低需求。本署前於 112 年 5 月 25 日放寬給付規定，供特約院所於主動脈氣球導管缺貨期間，得改以高階具光纖感應之主動脈氣球導管(41,110 點)替代使用，放寬期間至 112 年 12 月 31 日。 3. 血栓清除導管：此醫材非缺貨問

委員意見	健保署說明
	<p>題，係因原物料短缺造成成本上漲，本署已依程序調整其支付點數，於 112 年 8 月 1 日生效。經洽目前市場主要販售廠商皆表示無缺貨情形。</p> <p>(五)目前醫材缺貨屬全球原物料供應問題，就臨床端缺貨的醫材皆有同功能產品可供臨床替代使用，本署將密切監控臨床重症醫材供貨情形，以維護民眾就醫權益。</p> <p>(六)本署澄清新聞發布如附件二之附件(第 44 頁)。</p>
<p>李委員永振會後書面意見(議事錄第 78~79 頁)</p> <p>112 年適用之平均眷口數 0.57 人係去年 7 月下旬公告，當時曾針對數值小數第 3 位直接進位的處理方式提出質疑並建議處理方式供參，貴署亦承諾日後簽辦決策該數值時納入參考，並依法每年公告。今正值 6 月下旬，請下次委員會議就此議題之處理情形做一說明。</p> <p>5 月份健保署業務執行報告就下列 2 點請教：1.健保署業務執行報告第 12 頁之表 5「全民健康保險財務收支分析表」中，111 年度之收支結餘由上月報告之 103.43 億元變為 108.08 億元，增加了 4.65 億元，此數額較表下說明分析多項的差異數大很多，卻看不到變化原因，請進一步詳析。2.急診之改善情形是</p>	<p>一、有關平均眷口數，委員所提意見將於簽辦 113 年平均眷口數時一併納入評估。</p> <p>二、有關 112 年 5 月份全民健康保險業務執行報告第 12 頁之表 5「全民健康保險財務收支分析表」：</p> <p>(一)111 年度自編決算，安全準備提列數(收支結餘)103.43 億元，經行政院主計總處查核修正，增加保費收入 4.65 億元，主要係調整一般保險費及補充保險費預估與實際差異數，安全準備提列數修正為 108.08 億元。</p> <p>(二)有關表 5 全民健保財務收支分析表，備註欄第一列說明各年度金額的編列階段，111 年度決算數，年初為自編決算數，於 112 年 5 月份</p>

委員意見	健保署說明
<p>近期委員極關心的議題，依健保署 5 月份業務執行報告資料第 85 頁之表 33-1「急診病人停留超過 24 小時比率」，追蹤健保整體的急診病人停留超過 24 小時占率卻提高至 3.15%，其中以醫學中心的增加情形最明顯，請補充說明原因。如果是因疫情結束所致，在疫後又該如何因應？</p> <p>感謝健保署努力回應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在 110 年、111 年因疫情醫療量能下降之情況下，該類人員之理賠率都遠超出 100%，且居高不下，112 年 5 月 24 日第 1 次說明原因是「配偶生產所致」，112 年 6 月 28 日第 2 次回覆則說是該類人員之平均年齡較高，前後不一致！且這些原因似原就存在，與疫情嚴重與否連結不上，原存在心中的疑惑還是未解。</p>	<p>業務報告修正為院編決算，另 112 年 6 月依審計部決算審核通知事項，修正為審定決算數；各年度決算以審計部審定數為最終決算數。</p> <p>三、有關急診病人停留情形，統計 112 年第 1 季急診總件數(182.7 萬件)較 111 年同期增加約 31.5 萬件，成長率為 20.86%；112 年第 1 季住診總件數為 80.7 萬件，較 111 年同期成長 6.52%(各層級成長率分別為醫學中心 7.39%、區域醫院 8.12%、地區醫院 2.08%)。可能因急診及住診案件增加，導致醫護人員工作負荷增加，惟造成急診病人滯留原因眾多，例如病人之病況危急度、嚴重度、急診人力配置、加護病床或一般病床床位調度、病房護病比、醫療服務量能等因素。另考量部分負擔新制甫於 112 年 7 月 1 日起實施，本署將持續觀察病人留置急診情形。</p> <p>四、大陸港澳人士及外籍人士、第 2、3 類之被保險人及眷屬一節說明第 1 次說明原因以外的部分如下：</p> <p>(一)第 2 類、第 3 類被保險人及眷屬因投保人數較少、投保金額較低(111 年底，整體保險對象平均投保金額為 42,053 元，但其中第 2 類投保對象之平均投保金額僅為 28,339 元，第 3 類投保對象之平均投保金額僅為 25,250 元)，且平均年齡較高，</p>

委員意見

健保署說明

疫情期間該類保險對象仍有固定之醫療需求，如：高齡慢性病、生產等醫療行為造成相關醫療支出(111年境外人士平均醫療支出為 6,744 點，第 2 類投保對象之平均醫療支出為 17,315 點，第 3 類投保對象之平均醫療支出為 18,145 點)，致容易出現醫療費用高於保費收入之情形。

(二)觀其歷年變化尚屬合理，109 年及 110 年係因疫情致醫療費用占比下降，111 年則與其他投保類別同樣呈現提升之情形，但仍多較 108 年降低。

大陸港澳人士、無戶籍國民及外籍人士投保類別	醫療費用占保費比率			
	108	109	110	111
第 2 類被保險人	134.60%	131.13%	116.95%	118.13%
第 2 類眷屬	136.09%	135.37%	119.23%	121.38%
第 3 類被保險人	182.94%	146.26%	166.47%	194.59%
第 3 類眷屬	140.90%	135.67%	114.52%	127.74%

韓委員幸紋會後書面意見(議事錄第 79 頁)

根據 2023 年 6 月 26 日聯合報報導，內文提到新冠肺炎疫情席捲全球 3 年，各國的醫護人員都相當吃緊，台灣更是屢傳護理師過勞，護病比屢創新高。疫情 3 年後，台灣的醫護人力逐漸出走，5 月底更因此出現醫療量能不足，導致急診壅塞，內科病房一床難求，非緊急手術被迫延後執行，癌友至少得等 2 週才有機會住院治療，掛號婦產科、兒科醫師也不一定搶到號，偏

- 一、全民健康保險自 104 年將「提升住院護理照護品質」20 億元由醫院醫療給付費用總額（下稱醫院總額）專款移列至一般服務，並陸續於醫院總額一般服務中編列預算用於調整護理費，該預算隨每年醫院總額一般服務成長率逐年成長，統計 104 年至 112 年共計挹注約 592.18 億元。
- 二、統計 112 年第一季全日平均護病比，醫學中心護病比於 <7.0 及 7.0-7.4 級

委員意見	健保署說明
<p>鄉更為重災區。</p> <p>就健保署 5 月份業務執行報告中第 85 頁表 33-1 顯示 112 年第一季急診停留超過 24 小時件數占率 3.15%較 111 年 2.56%提高 0.59 百分點，無論特約類別、檢傷分類、皆呈現相似現象。</p> <p>在特別類別與檢傷分類的交叉分析中，可以看到急診停留超過 24 小時件數提高幅度最大的是醫學中心第一級(最危急)的部分。</p> <p>表 33-2 急診後轉住院滯留急診 48 小時以上案件比率也是類似現象；表 33-3A 一至三級急診病人轉入病房<8 小時在區域醫院有些微下降；表 33-4 檢傷四五級離開醫院<4 小時的比例在大醫院呈現下降；第一級最危急的在各特約類別則呈現下降趨勢；<u>也就是說急診呈現壅塞(滯留時間長)，且最危急的病人快速轉入病房的比例也在下降，大醫院輕症快速離院的比例也下降，這系列指標確實呈現急診出現問題。</u></p> <p>雖然新聞說是 5 月底開始發生，5 月開始疫情又呈現上升趨勢，但是第一季已經有此現象，加上 7 月急診部分負擔有所調整，急診部分負擔調整是否會使得此現象更加惡化，還是會有所改善，建議健保署應”即時”追蹤。</p>	<p>距之月次占率均下降、區域醫院於 <10.0 級距亦下降。整體而言，區域級以上醫院 112 年第一季護病比較 111 年高。</p> <p>三、統計 112 年第 1 季急診總件數(182.7 萬件)較 111 年同期增加約 31.5 萬件，成長率為 20.86%；112 年第 1 季住診總件數為 80.7 萬件，較 111 年同期成長 6.52%(各層級成長率分別為醫學中心 7.39%、區域醫院 8.12%、地區醫院 2.08%)。可能因急診及住診案件增加，導致醫護人員工作負荷增加，惟造成急診病人滯留原因眾多，例如病人之病況危急度、嚴重度、急診人力配置、加護病床或一般病床床位調度、病房護病比、醫療服務量能等因素。另考量部分負擔新制甫於 112 年 7 月 1 日起實施，本署將持續觀察病人留置急診情形。</p> <p>四、另本署 112 年 6 月 29 日醫療服務共同擬訂會議決議通過 112 年全民健康保險醫院醫療給付費用總額「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」及「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」專款項目以另訂計畫方式辦理，其中部分經費用於調升區域級以上醫院「急診觀察床」之病房費及護理費及地區醫院「急診診察費」、「住院護理費全日平均護</p>

委員意見	健保署說明
	病比」之額外加成，期能提升地區醫院住診及急診照護服務品質、平衡區域級(含)以上醫院住院相關支付點數，落實分級醫療策略。

新聞發布

健保署澄清：媒體報導砍價致缺醫材，臨床醫師無戰鬥武器，非事實 健保署已調升數百類品項特材之點數，廠商不敷成本可提調高

昨(30)日新聞媒體報導「健保砍價及原物料上漲，導致重症醫材缺貨...臨床醫師無戰鬥武器」，健保署澄清說明如下：

1.健保署自107年起設置特殊材料價格調整停損原則，未予以調整。包括(1)考量廠商市占(2)支付點數已調降50%以上者(3)納入健保給付15年以上經多次價量調查者。非外界質疑一味砍價。因應疫情因素及烏俄戰爭原物料成本上漲，健保署已於111年價量調查檢視市場實際販售情形後，調升129類283品項特材支付點數。廠商倘有不敷成本，亦可提出調高支付點數建議。112年健保署接獲廠商之建議，均依程序完成公告調「升」計40特材品項，推估預算約7,650萬點。

2.重症醫材缺貨疑慮說明：

(1)葉克膜導管：自91年納入健保，依heparin有無區分2類，支付點數為16,771點及18,230點，具相同給付規定，主要販售之醫材許可證持有廠商反映缺貨為無heparin葉克膜導管，原因為原物料全球短缺供貨不穩。查健保目前仍有具heparin導管可供貨，故未接獲臨床使用端向健保署反應缺貨。

(2)IABP主動脈氣球導管：自88年納入健保，支付點數25,364點，因全球性原物料短缺造成供貨不穩，醫材許可證持有廠商表示，尚無法穩定供貨，目前逐漸恢復，可望滿足國內院所最低需求。健保署前於112年5月25日放寬給付規定，供特約院所於主動脈氣球導管缺貨期間，得改以高階具光纖感應之主動脈氣球導管(41,110點)替代使用，放寬期間至112年12月31日。

(3)血栓清除導管：此醫材非缺貨問題，係因原物料短缺造成成本上漲，健保署已依程序調整其支付點數，於112年8月1日生效。經洽目前市場主要販售廠商皆表示無缺貨情形。

3.綜上，經健保署了解，目前醫材缺貨屬全球原物料供應問題，就臨床端缺貨的醫材皆有同功能產品可供臨床替代使用，健保署將密切監控臨床重症醫材供貨情形，以維護民眾就醫權利。

發布日期：112-07-01

各總額部門及健保署提送 113 年度總額協商草案自行檢核表

填表說明：

依「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」之附表「各部門總額協商草案(協商大表)應提供之內容及格式」(如參考資料)，請各總額部門及健保署提送 113 年度總額協商草案時，依所提之協商項目類型先自我檢核內容是否完備，並將檢核表一併提送健保會。

113 年度「○○○總額/其他預算協商草案」應提供內容自行檢核表

類別		協商草案應提供內容之檢核(資料完整請打「V」)							
		所有協商項目須填寫					延續項目填寫	專款新增項目填寫	
檢核項目		113 年度總額政策交付項目	問題分析及需求估	醫療服務內容及說明	費用估算基礎及淨增加之費用	提出(檢討)執行目標及預期效益之評估指標	檢附實證資料	過去執行成果或檢討改善之相關規劃	預估試辦檢討期限
協商項目		【A】	【B】	【C】	【D】	【E】	【F】	【G】	【H】
一般服務									
新增	項目名稱： ○○○○○○○								
延續	項目名稱： ○○○○○○○								
專款項目									
新增	項目名稱： ○○○○○○○								
延續	項目名稱： ○○○○○○○								

- 註：1.請各總額部門及健保署依所提協商項目，增加檢核表格。
 2.延續項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」：
 (1)自 108 年度總額起，新增項目協定事項訂有執行目標及評估指標者，若該項目延續則應持續檢討執行目標及評估指標。
 (2)107 年度總額(含)以前，協商項目未訂執行目標及評估指標，若有項目延續且預算有大幅增加(如 20%)者，請檢討執行情形並建議提出執行目標及評估指標，以利協商。
 (3)另「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」、「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」、「後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費」係被動依病人需求或藥物引進情形支用，故不需提出檢討執行目標及評估指標。
 3.延續項目依協商屬性，以下項目不需填報：
 (1)四部門總額：一般服務「違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」、專款項目「品質保證保留款」。
 (2)醫院專款項目：「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」。
 (3)西醫基層專款項目：「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」。
 (4)其他預算專款項目：「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」、「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」、「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」。

113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(節錄)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：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 		

表 1 醫院門診

年	107	108	109	110	111
解構項目					
總費用點數(百萬點)	273,285	289,712	294,078	303,054	320,821
就醫人數(千人)	13,336	13,491	12,950	12,618	13,342
就醫者平均就醫次數	7.40	7.45	7.51	7.45	7.53
每次就醫費用	2,770	2,883	3,025	3,225	3,195
成長率(%)					
--總費用點數	6.5%	6.0%	1.5%	3.1%	5.9%
--就醫人數	0.8%	1.2%	-4.0%	-2.6%	5.7%
--就醫者平均就醫次數	1.4%	0.7%	0.8%	-0.8%	1.1%
--每次就醫費用	4.2%	4.1%	5.0%	6.6%	-0.9%

資料來源：中央健康保險署，摘自「112年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」(草案)統計資料

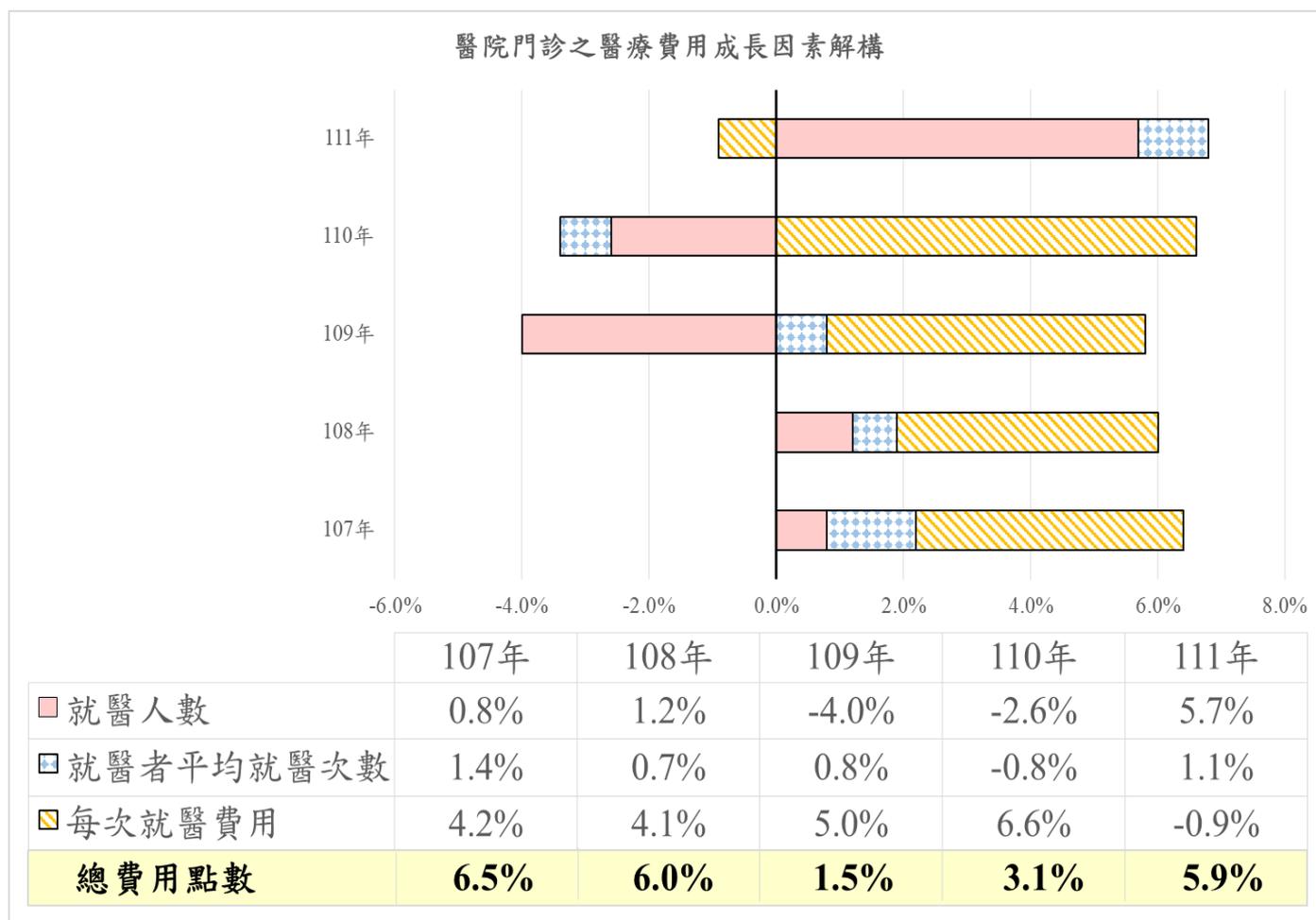


表 2 醫院住診

年	107	108	109	110	111
解構項目					
總費用點數(百萬點)	222,900	231,352	235,441	234,690	240,082
就醫人數(千人)	1,975	2,023	1,895	1,769	1,784
就醫者每人住院次數	1.71	1.72	1.75	1.73	1.72
每日住院費用	6,951	7,096	7,531	7,905	8,220
每次住院日數	9.50	9.38	9.44	9.69	9.50
成長率(%)					
--總費用點數	5.9%	3.8%	1.8%	-0.3%	2.3%
--就醫人數	1.4%	2.4%	-6.3%	-6.7%	0.9%
--就醫者每人住院次數	1.0%	0.4%	1.8%	-0.9%	-0.5%
--每日住院費用	4.0%	2.1%	6.1%	5.0%	4.0%
--每次住院日數	-0.6%	-1.2%	0.6%	2.6%	-1.9%

資料來源：中央健康保險署，摘自「112年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」(草案)統計資料

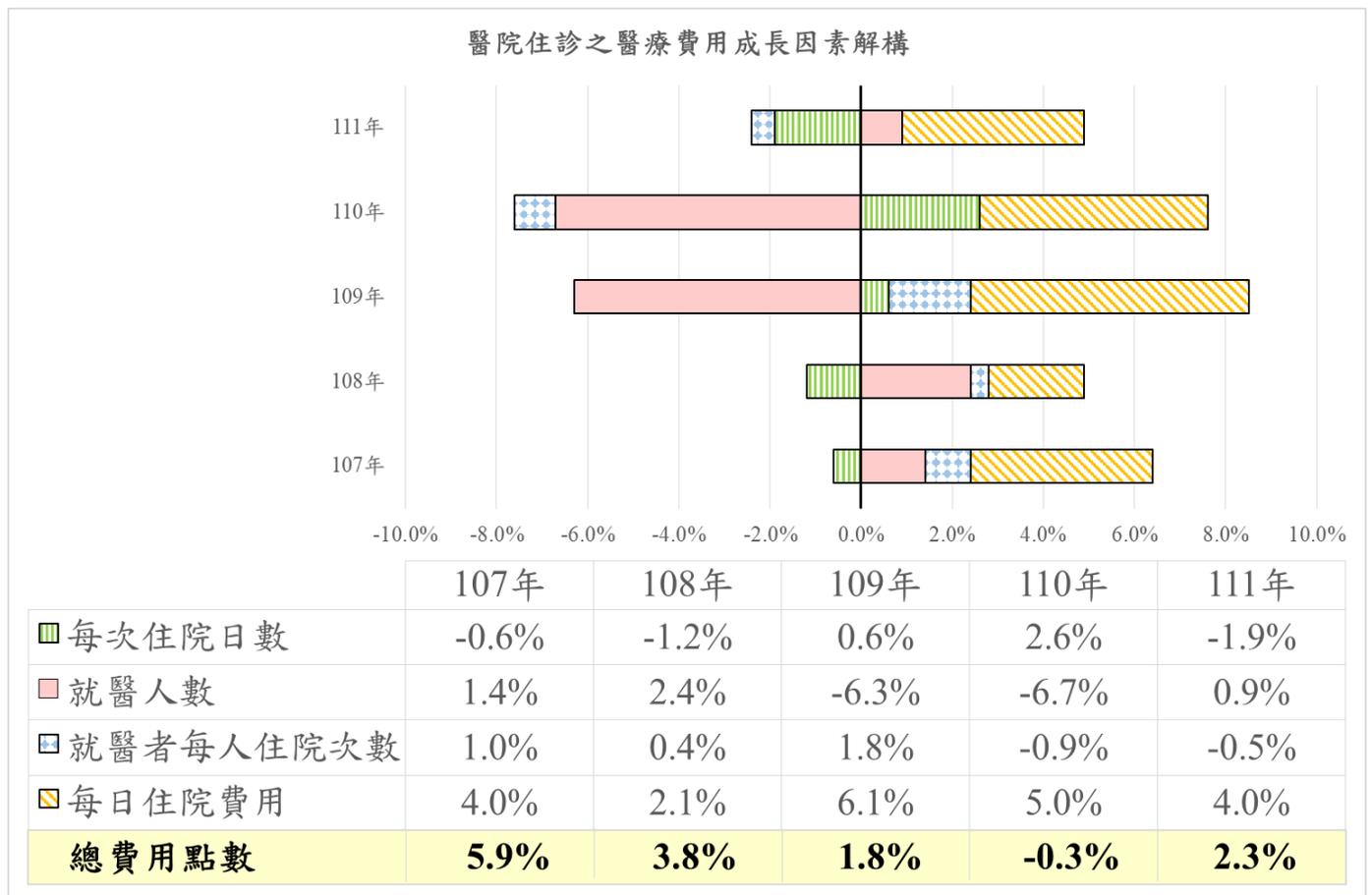


表 3 西醫基層門診

年	107	108	109	110	111
解構項目					
總費用點數(百萬點)	117,339	122,202	118,325	117,239	125,780
就醫人數(千人)	20,239	20,342	19,442	18,727	19,222
就醫者平均就醫次數	9.14	9.29	8.59	7.98	8.35
每次就醫費用	634	647	709	784	784
成長率(%)					
--總費用點數	3.4%	4.1%	-3.2%	-0.9%	7.3%
--就醫人數	0.6%	0.5%	-4.4%	-3.7%	2.6%
--就醫者平均就醫次數	1.6%	1.6%	-7.5%	-7.1%	4.6%
--每次就醫費用	1.2%	1.9%	9.6%	10.7%	-0.1%

資料來源：中央健康保險署，摘自「112年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」(草案)統計資料

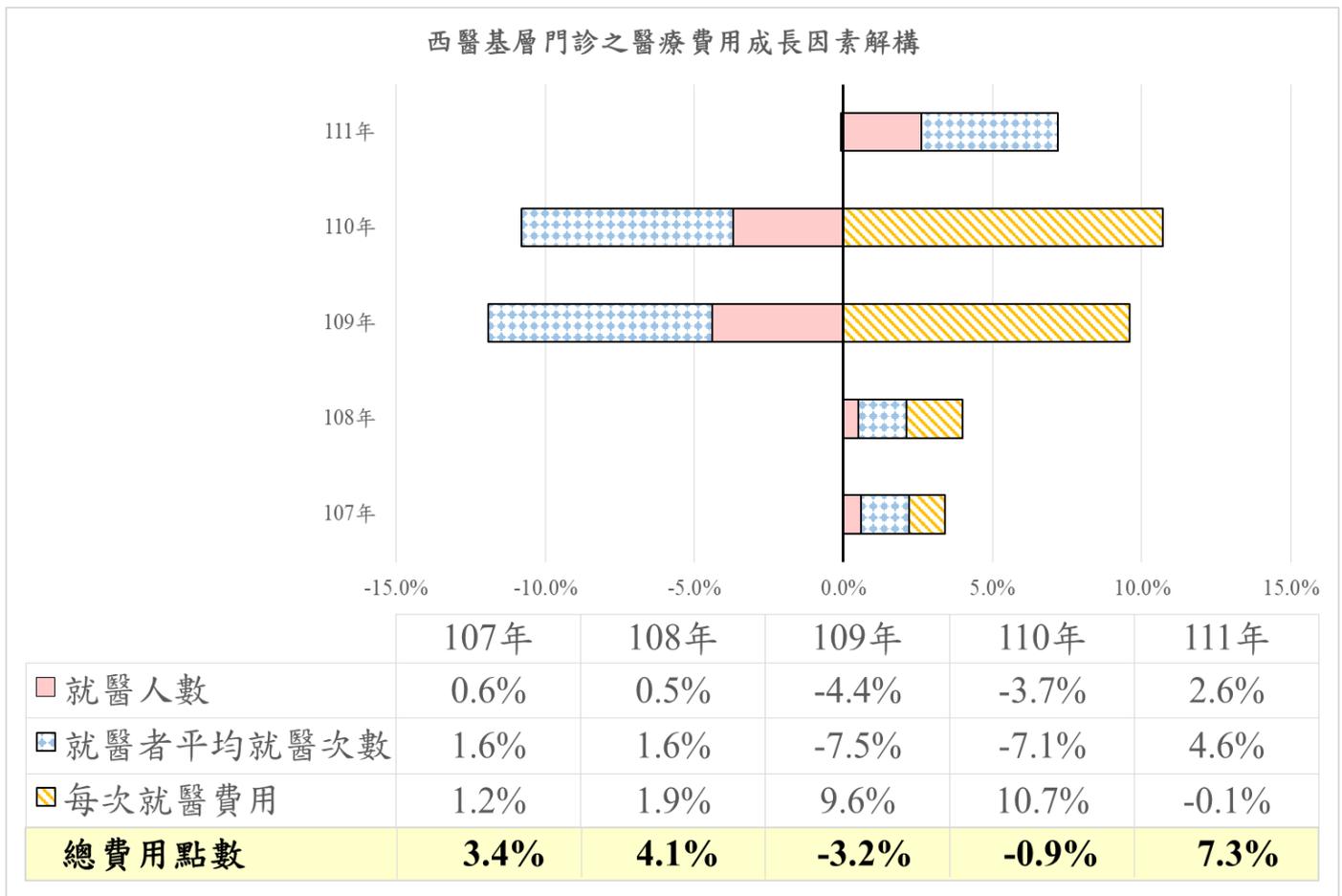
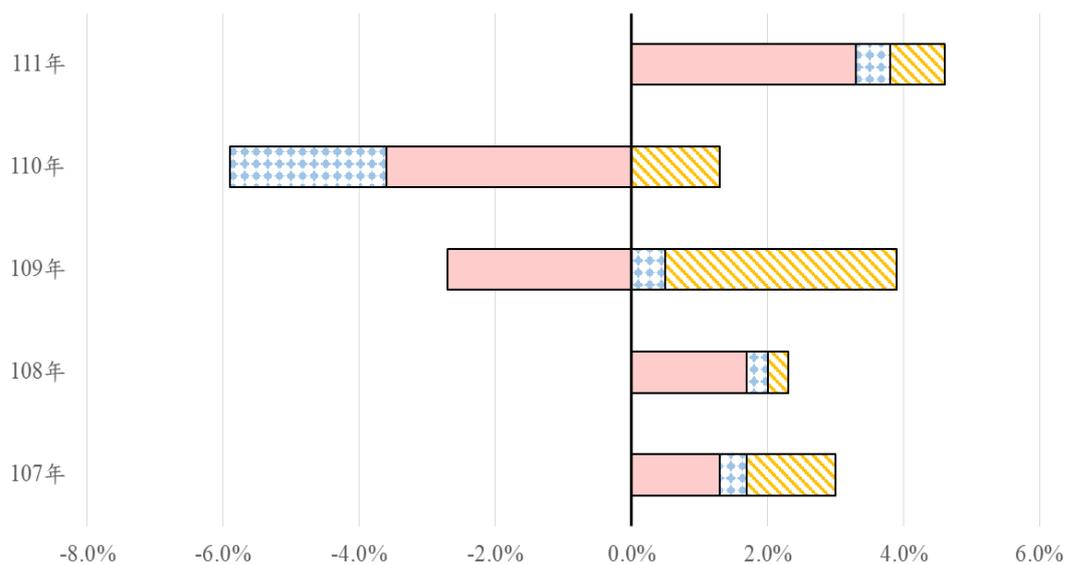


表 4 牙醫門診

年	107	108	109	110	111
解構項目					
總費用點數(百萬點)	45,346	46,410	46,928	44,801	46,885
就醫人數(千人)	11,311	11,508	11,200	10,794	11,145
就醫者平均就醫次數	3.00	3.01	3.02	2.96	2.97
每次就醫費用	1,336	1,341	1,386	1,404	1,416
成長率(%)					
--總費用點數	3.0%	2.3%	1.1%	-4.5%	4.7%
--就醫人數	1.3%	1.7%	-2.7%	-3.6%	3.3%
--就醫者平均就醫次數	0.4%	0.3%	0.5%	-2.3%	0.5%
--每次就醫費用	1.3%	0.3%	3.4%	1.3%	0.8%

資料來源：中央健康保險署，摘自「112年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」(草案)統計資料

牙醫門診總額之醫療費用成長因素解構



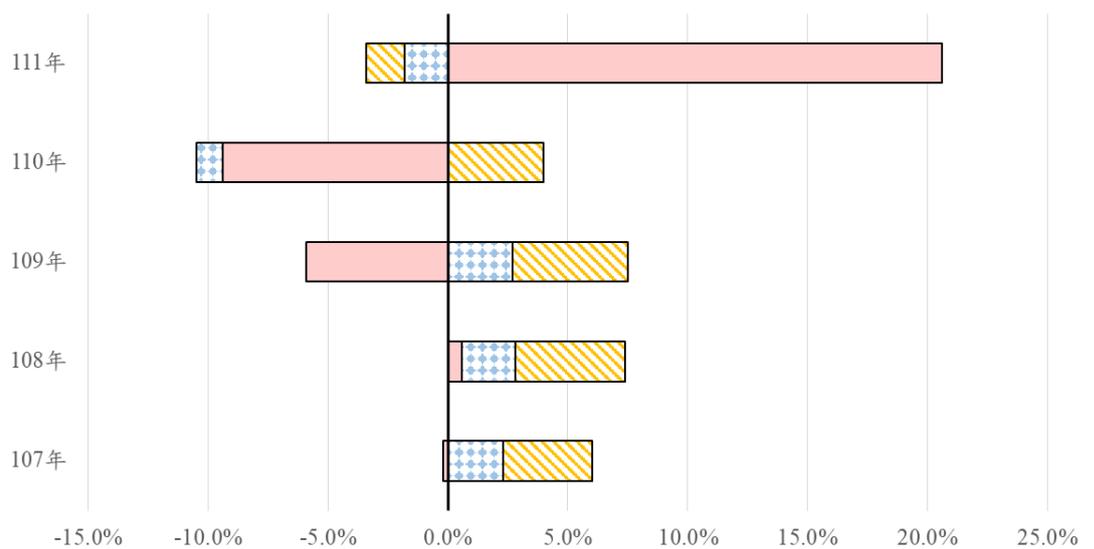
	107年	108年	109年	110年	111年
■ 就醫人數	1.3%	1.7%	-2.7%	-3.6%	3.3%
■ 就醫者平均就醫次數	0.4%	0.3%	0.5%	-2.3%	0.5%
■ 每次就醫費用	1.3%	0.3%	3.4%	1.3%	0.8%
總費用點數	3.0%	2.3%	1.1%	-4.5%	4.7%

表 5 中醫門診

年	107	108	109	110	111
解構項目					
總費用點數(百萬點)	26,506	28,491	28,874	26,885	31,356
就醫人數(千人)	6,461	6,501	6,119	5,541	6,684
就醫者平均就醫次數	6.07	6.20	6.37	6.30	6.19
每次就醫費用	676	706	740	770	758
成長率(%)					
--總費用點數	5.8%	7.5%	1.3%	-6.9%	16.6%
--就醫人數	-0.2%	0.6%	-5.9%	-9.4%	20.6%
--就醫者平均就醫次數	2.3%	2.2%	2.7%	-1.1%	-1.8%
--每次就醫費用	3.7%	4.6%	4.8%	4.0%	-1.6%

資料來源：中央健康保險署，摘自「112年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」(草案)統計資料

中醫門診總額之醫療費用成長因素解構



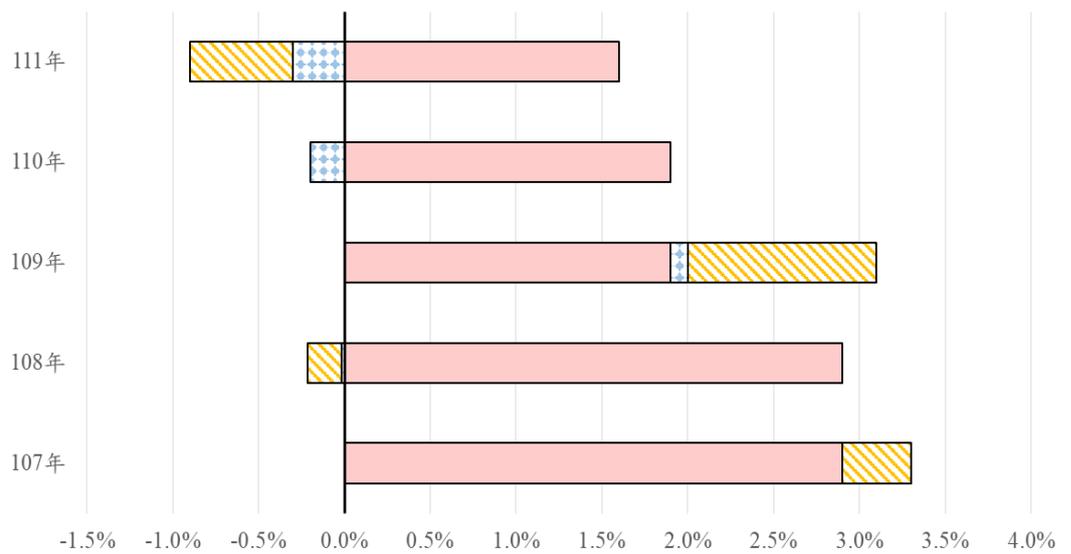
	107年	108年	109年	110年	111年
■ 就醫人數	-0.2%	0.6%	-5.9%	-9.4%	20.6%
■ 就醫者平均就醫次數	2.3%	2.2%	2.7%	-1.1%	-1.8%
■ 每次就醫費用	3.7%	4.6%	4.8%	4.0%	-1.6%
總費用點數	5.8%	7.5%	1.3%	-6.9%	16.6%

表 6 門診透析

年	107	108	109	110	111
解構項目					
總費用點數(百萬點)	44,905	46,101	47,542	48,374	48,677
就醫人數(千人)	90.0	92.6	94.4	96.2	97.7
就醫者平均就醫次數	10.77	10.76	10.77	10.76	10.72
每次就醫費用	46,353	46,240	46,750	46,767	46,471
成長率(%)					
--總費用點數	3.2%	2.7%	3.1%	1.7%	0.6%
--就醫人數	2.9%	2.9%	1.9%	1.9%	1.6%
--就醫者平均就醫次數	0.0%	0.0%	0.1%	-0.2%	-0.3%
--每次就醫費用	0.4%	-0.2%	1.1%	0.0%	-0.6%

資料來源：中央健康保險署，摘自「112年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」(草案)統計資料

門診透析之醫療費用成長因素解構



	107年	108年	109年	110年	111年
■ 就醫人數	2.9%	2.9%	1.9%	1.9%	1.6%
■ 就醫者平均就醫次數	0.0%	0.0%	0.1%	-0.2%	-0.3%
■ 每次就醫費用	0.4%	-0.2%	1.1%	0.0%	-0.6%
總費用點數	3.2%	2.7%	3.1%	1.7%	0.6%

討論事項

第一案

提案單位：中央健康保險署

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，續請討論。

說明：

- 一、依據112.6.28貴會第6屆112年第5次委員會議決議暨「『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、依據前開會議決議略以，請本署與中醫門診總額部門依「『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」，共同完成「提案前評估」程序，並研議因新冠疫情顯著影響該部門醫療費用之合理估算方式(請考量並排除與新冠疫情無關之費用影響，如：人口結構改變之自然成長、支付標準調整等因素)及建議動支額度，並評估疫情對四部門總額醫療利用及費用之衝擊。
- 三、本署業於112.7.12與中華民國中醫師公會全國聯合會召開會議並達成共識。
- 四、本案評估結果如下：
 - (一)111年第3、4季中醫門診醫療利用之分析：

以108~111年第3、4季中醫醫療利用情形(附件一，第59頁)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。
 - (二)108年至111年中醫總額部門各分區點值一覽表如附件二，第60頁。
 - (三)有關「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項

目之適用範圍與動支程序：依貴會前次委員會議決議，評估時應考量並排除與新冠疫情無關之費用影響，爰動支程序評估指標 2 一般服務之醫療費用核定點數成長率，所依據之「基期年」建議以「疫情前一年(108 年)」作為比較基期，計算醫療費用點數成長率時，預先扣除受影響年度一般服務成長率(實際作業如附件三，第 61 頁)。

(四)評估結果(附件四，第 62 頁)：中醫部門除東區外，其餘 5 分區均符合啟動條件。

(五)補助金額：以該分區該季平均點值，補至前一年(以 108 年計算)同分區同季平均點值，上限補至 0.9，最低補至全區同季平均點值估算補助經費。經統計 111 年第 3~4 季所需經費分別為 75.94 百萬元及 236.88 百萬元，合計動支 312.83 百萬元(附件五，第 63 頁)。

五、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(附件六，第 64~71 頁)(表 1-1~表 1-8)。

(二)四總額部門 111 年疫情影響醫療利用情形統計(附件七，第 72~75 頁)(表 2-1~2-4)。

.....
本會補充說明：

一、本案前經本會第6屆112年第5次委員會議(112.6.28)決議略以：

(一)請中醫門診總額部門及健保署依「『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目之適用範圍與動支程序」(下稱動支程序，如附件八，第 76~77 頁)，共同完成「提案前評估」程序，並研議因新冠疫情顯著影響該部門醫療費用之合理估算方式(請考量並排除與新冠疫情無關之費用影響，如：人口結構改變之自然成長、支付標準調整等因素)及建議動支額度，再提本會討論。

(二)鑑於新冠疫情影響已延續 3 年，且對四總額部門均造成影

響，請健保署本於保險人管理權責，整體評估疫情對四部門總額醫療利用及費用之衝擊，並將評估結果提供本會討論參考。

二、本會依上開決議並摘錄委員於會中表達之意見摘要，於112.7.10以衛部健字第1123360094號書函，請健保署及中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)依決議及委員關切重點辦理後續事項(如附件九，第78~82頁)。

三、本案係健保署與中全會依本會決議，於112.7.12召開會議，並就經費動支之評估指標與結果及建議動支額度達成共識，摘要如下：

(一)調整評估指標 2：健保署依據本會決議，評估時應考量疫情流行期間及特性，並排除與新冠疫情無關之費用影響，調整動支程序之評估指標 2(詳附件三，第 61 頁)。調整重點及比較表如下(調整如劃線處)：

1.以「疫情前一年(108年)」為基期年。

2.於計算疫情期間之醫療費用點數成長時，預先扣除受影響年度(109年及110年)一般服務成長率。

動支程序評估指標	健保署實際採用之評估指標
<p>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。</p> <p>評估指標2： 一般服務之醫療費用點數成長率(以前一年(110年)作為計算基期) > (當年度醫療服務成本及人口因素成長率 + 5%) 以上。</p> <p>【即一般服務之醫療費用點數成長率 > 6.085%^註】</p> <p>註:111年醫療服務成本及人口因素成長率 (1.085%+5%)</p>	<p>平均點值在0.9以下，且較去年同季點值下降幅度 > 5% 以上。</p> <p>一般服務之醫療費用<u>核定</u>點數成長率(以「<u>疫情前一年(108年)</u>」作為計算基期) - <u>受影響年度一般服務成長率</u> > (當年度醫療服務成本及人口因素成長率 + 5%) 以上。</p> <p>【即一般服務之醫療費用核定點數成長率 - 8.956%^註 > 6.085%】</p> <p>註:受影響年度為109~110年，其一般服務成長率合計8.956%(4.696%+4.260%)</p>

⊕本會研析：上開調整已採用未受疫情影響之年度資料做為計算醫療費用點數成長之比較基期，另扣除受影響年度(109年及110年)一般服務成長率，形同排除受影響年度之醫療服務成本及人口因素成長、調整支付標準等醫療費用成長的影響，應屬合理。

(二)評估結果：經排除與新冠疫情無關之費用影響評估後，除東區以外之5分區均符合動支程序規定。

(三)建議動支額度：除東區以外之5分區，以該分區該季平均點值，補至疫情前一年(以108年計算)同分區同季平均點值，上限補至0.9，最低補至全區同季平均點值估算補助經費。111年第3~4季所需經費分別為75.94百萬元及236.88百萬元，合計動支312.83百萬元。

四、本會另於112.7.13以請辦單請健保署於112.7.17前依本會前開決議(二)提供保險人之整體評估結果資料，以利委員併同考量新冠疫情對四部門總額醫療利用及費用之影響(健保署資料後附)。

五、請委員討論：

(一)是否同意動支111年度其他預算「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」(預算10億元)，用於撥補中醫門診總額111年第3~4季受新冠疫情影響之醫療費用。

(二)若同意動支，動支額度請討論。

六、本案若經委員討論同意動支上開預算，依動支程序規定，請健保署依本會之議定結果，報請衛福部核定後，會同中醫門診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。

決議：

108-111年第3、4季中醫醫療利用情形統計

統計值/ 費用年 季	感染症						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		
	類流感及COVID-19			其他感染 症 或呼吸道 癥候 (B)	其他 COVID-19 後病況 (C)	感染症小 計 (D=A+B+C)						
	值(A)	相較108 年成長率	相較前一 年成長率									
就醫件數(千件)												
108年												
Q3	59			622	-	681		9,654	10,335			
Q4	74			709	-	783		9,693	10,476			
109年												
Q3	35	-39.8%	-39.8%	433	-	468	-31.2%	-31.2%	9,593	10,061	-2.7%	-2.7%
Q4	42	-43.5%	-43.5%	472	-	514	-34.4%	-34.4%	9,092	9,606	-8.3%	-8.3%
110年												
Q3	17	-70.5%	-51.0%	300	-	318	-53.4%	-32.2%	8,370	8,688	-15.9%	-13.6%
Q4	24	-66.9%	-41.4%	343	0	368	-53.0%	-28.5%	8,920	9,288	-11.3%	-3.3%
111年												
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)												
108年												
Q3	31			344	-	375		6,985	7,360			
Q4	39			392	-	431		7,035	7,466			
109年												
Q3	20	-37.2%	-37.2%	252	-	272	-27.5%	-27.5%	7,255	7,527	2.3%	2.3%
Q4	23	-41.0%	-41.0%	275	-	298	-30.9%	-30.9%	6,930	7,229	-3.2%	-3.2%
110年												
Q3	10	-67.4%	-48.1%	179	-	189	-49.7%	-30.5%	6,514	6,703	-8.9%	-10.9%
Q4	14	-63.9%	-38.9%	203	0	218	-49.5%	-27.0%	7,039	7,256	-2.8%	0.4%
111年												
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：

1. 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)。

2. 資料範圍：總額內案件或C5代辦COVID-19、COVID-19後病況案件。

3. 統計定義：

(1) 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。

(2) 醫療點數：申報點數及部分負擔金額合計。

(3) 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。

108 年至 111 年中醫總額部門各分區點值一覽表

年季	月份	項目	台北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	全區
108年									
第1季	1-3月	浮動點值	0.8285	0.8381	0.8330	0.9064	0.8663	1.1887	0.8542
		平均點值	0.8866	0.9008	0.8909	0.9424	0.9156	1.1247	0.9069
第2季	4-6月	浮動點值	0.8419	0.8575	0.8439	0.8814	0.8747	1.1861	0.8612
		平均點值	0.8964	0.9124	0.8978	0.9271	0.9208	1.1241	0.9110
第3季	7-9月	浮動點值	0.8174	0.8411	0.8017	0.8391	0.8438	1.1344	0.8290
		平均點值	0.8807	0.9016	0.8703	0.9014	0.9020	1.0901	0.8906
第4季	10-12月	浮動點值	0.7874	0.8107	0.8152	0.8656	0.8217	1.1033	0.8196
		平均點值	0.8619	0.8842	0.8796	0.9179	0.8881	1.0888	0.8851
109年									
第1季	1-3月	浮動點值	0.8584	0.8859	0.8447	0.9004	0.8660	1.1292	0.8702
		平均點值	0.9103	0.9320	0.9012	0.9409	0.9181	1.0836	0.9195
第2季	4-6月	浮動點值	0.8584	0.8859	0.8447	0.9004	0.8660	1.1292	0.8702
		平均點值	0.9103	0.9320	0.9012	0.9409	0.9181	1.0836	0.9195
第3季	7-9月	浮動點值	0.8307	0.8859	0.8634	0.8894	0.8902	1.1356	0.8687
		平均點值	0.8919	0.9312	0.9122	0.9338	0.9326	1.0890	0.9178
第4季	10-12月	浮動點值	0.9121	0.9788	0.9422	0.9906	0.9457	1.2212	0.9500
		平均點值	0.9440	0.9872	0.9628	0.9944	0.9665	1.1451	0.9687
110年									
第1季	1-3月	浮動點值	0.9078	1.0002	0.9478	0.9962	0.9311	1.2287	0.9512
		平均點值	0.9421	1.0001	0.9670	0.9977	0.9582	1.1480	0.9699
第2季	4-6月	浮動點值	1.3525	1.2902	1.1679	1.1489	1.1614	1.4380	1.2362
		平均點值	1.2204	1.1735	1.1068	1.0890	1.0983	1.2858	1.1460
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	1.0289
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	1.0010
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	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	0.8633

中醫門診總額 111 第 3-4 季 「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-評估作業

一、依健保會 112 年 6 月 28 日委員會議決議，評估時應考量並排除與新冠疫情無關之費用影響，爰動支程序所依據之「基期年」建議以「疫情前一年(108 年)作為比較基期算，計算醫療費用點數成長率時，預先扣除受影響年度一般服務成長率，指標實際作業如下：

(一) 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。

(二) 評估指標 2(實際作業)：一般服務之醫療費用核定點數成長率－受影響年度一般服務成長率 $>$ 當年度醫療服務成本及人口因素成長率 $+5\%$ 以上」。

註：1. 受影響年度一般服務成長率係指 109-110 年一般服務成長率

$(4.696\%+4.260\%=8.956\%)$ 。

2. 111 年醫療服務成本及人口因素成長率 $(1.085\%+5\%=6.085\%)$ 。

二、動支程序評估結果：

(一) 評估指標 1：111 年第 3、4 季，除東區以外，其他分區皆符合。

(二) 評估指標 2(實際作業)：111 年第 3 季北區、南區及高屏區符合；111 年第 4 季除臺北、東區外，其他分區符合。

(三) 動支程序為符合評估指標 1 或 2，爰除東區外，其餘 5 分區均符合。

中醫門診111年第3-4季評估結果(費用點數以108年為基期並扣除疫情影響)									
評估指標1:平均點值在0.9以下,且較去年同季點值下降幅度>5%以上									
年季	月份	項目	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-實際作業:一般服務之醫療費用核定點數成長率(基期年以108年計算)-受影響年度一般服務成長率> (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%=6.085%;109-110年一般服務成長率合計 8.956%(4.696%+4.260%)。 點數單位:百萬點									
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
108年									
第3季	7-9月	一般服務點數	2,156	897	1,873	991	1,124	130	7,171
第4季	10-12月	一般服務點數	2,164	908	1,881	1,016	1,173	134	7,277
111年									
第3季	7-9月	一般服務點數	2,434	1,077	2,117	1,159	1,316	148	8,252
		較108年同期點數成長率	12.92%	20.10%	13.04%	16.96%	17.09%	13.43%	15.07%
		扣除受影響年度一般服務成長率後之成長率	3.97%	11.14%	4.08%	8.00%	8.13%	4.47%	6.11%
條件:成長率>門檻			N	Y	N	Y	Y	N	
第4季	10-12月	一般服務點數	2,448	1,098	2,172	1,215	1,393	151	8,478
		較108年同期點數成長率	13.12%	20.96%	15.48%	19.52%	18.80%	12.42%	16.51%
		扣除受影響年度一般服務成長率後之成長率	4.17%	12.00%	6.53%	10.57%	9.84%	3.47%	7.55%
條件:成長率>門檻			N	Y	Y	Y	Y	N	

111Q3與111Q4中醫結算平均點值補至108年同期之平均點值以0.9為上限，最低補至全國平均點值估算所需的經費

就醫分區	111Q3					111Q4					
	跨區就醫調整後總額(百萬元)		點數(百萬)		小計	結算點值		估算補助經費			
	(G1)	非浮動(A1)	浮動(B1)	自墊核退(C1)		平均點值(D1)	108Q3平均點值(E1)	108Q3全區平均點值(F1)	補助經費採用點值(P1) ^註	需補助的差額((A1+B1+C1)*P1-G1)	
臺北	2,183	929	1,505	0.05	2,434.06	0.89685281	0.88068344	0.89062276	0.89062276	0.89062276	0.00
北區	940	438	640	0.03	1,077.14	0.87302036	0.90164936	0.89062276	0.90000000	0.90000000	29.06
中區	1,867	789	1,328	0.04	2,117.09	0.88174125	0.87034011	0.89062276	0.89062276	0.89062276	18.80
南區	1,030	471	688	0.02	1,159.08	0.88854635	0.90143481	0.89062276	0.90000000	0.90000000	13.28
高屏	1,170	523	793	0.01	1,316.36	0.88875381	0.90199728	0.89062276	0.90000000	0.90000000	14.80
東區	163	53	95	0.01	147.98	1.10335224	1.09005344	0.89062276	0.89062276	0.89062276	0.00
合計	7,353	3,203	5,049	0.16	8,251.71	0.89110928	0.89062276	0.89062276	0.89062276	0.89062276	75.94

就醫分區	111Q3					111Q4					
	跨區就醫調整後總額(百萬元)		點數(百萬)		小計	結算點值		估算補助經費			
	(G2)	非浮動(A2)	浮動(B2)	自墊核退(C2)		平均點值(D2)	108Q4平均點值(E2)	108Q4全區平均點值(F2)	補助經費採用點值(P2) ^註	需補助的差額((A2+B2+C2)*P2-G2)	
臺北	2,123	951	1,498	0.07	2,448.44	0.86727374	0.86191817	0.88512547	0.88512547	0.88512547	43.71
北區	922	454	644	0.03	1,097.99	0.83984032	0.88416212	0.88512547	0.88512547	0.88512547	49.72
中區	1,867	819	1,354	0.03	2,172.37	0.85945430	0.87962905	0.88512547	0.88512547	0.88512547	55.77
南區	1,059	496	718	0.02	1,214.93	0.87178570	0.91792211	0.88512547	0.90000000	0.90000000	34.28
高屏	1,184	559	835	0.01	1,393.33	0.84973350	0.88806250	0.88512547	0.88512547	0.88806250	53.40
東區	163	54	97	0.01	150.97	1.07922271	1.06876737	0.88512547	0.88512547	0.88512547	0.00
合計	7,319	3,333	5,144	0.18	8,478.02	0.86325539	0.88512547	0.88512547	0.88512547	0.88512547	236.88
111Q3+111Q4合計											312.83

註：若111年該區平均點值大於108年同期平均點值，則經費補至108年同期全區平均點值；

若111年該區平均點值小於108年同期平均點值，則經費補至108年同期平均點值或全區平均點值(取高者)；惟上限補至0.9。

表1-1-107年至111年醫院總額人數、件數、醫療費用點數統計表

費用年季	台北			中區			南區			高雄			東區		
	就醫人數(千)	就醫次數(千)	醫療點數(百萬點)	就醫人數(千)	就醫次數(千)	醫療點數(百萬點)	就醫人數(千)	就醫次數(千)	醫療點數(百萬點)	就醫人數(千)	就醫次數(千)	醫療點數(百萬點)	就醫人數(千)	就醫次數(千)	醫療點數(百萬點)
107年第一季	2,954.40	8,813.36	41,861.50	1,353.38	3,479.60	16,042	1,657	4,939	24,031	1,155	3,316	17,303	1,306	3,822	18,185
107年第二季	2,971.78	9,094.30	42,908.33	1,364.57	3,572.81	16,589	1,660	5,121	24,736	1,148	3,363	17,772	1,290	3,866	18,713
107年第三季	2,982.82	9,060.15	43,196.70	1,369.37	3,557.61	16,610	1,678	5,124	24,952	1,156	3,388	17,715	1,287	3,838	18,813
107年第四季	2,986.23	9,191.85	44,324.38	1,360.74	3,600.87	17,041	1,682	5,191	25,235	1,151	3,392	17,776	1,292	3,916	19,216
107年小計	4,820.21	36,159.65	172,290.91	2,434.77	14,210.90	66,282	2,841	20,375	98,974	1,921	13,459	70,566	2,192	15,441	74,926
108年第一季	2,973.77	8,726.95	43,323.99	1,360.79	3,464.42	16,734	1,685	4,997	25,011	1,165	3,305	18,030	1,289	3,754	18,791
108年第二季	3,037.02	9,136.98	45,007.11	1,403.64	3,665.70	17,754	1,718	5,237	26,086	1,180	3,447	18,809	1,310	3,913	19,695
108年第三季	3,063.52	9,241.15	45,368.89	1,427.46	3,715.59	17,868	1,754	5,370	26,620	1,194	3,509	18,756	1,320	3,962	20,136
108年第四季	3,058.82	9,414.24	46,275.28	1,428.03	3,805.03	18,269	1,738	5,348	26,510	1,183	3,522	18,518	1,314	4,011	20,144
108年小計	4,863.74	36,519.32	179,975.27	2,488.43	14,650.74	70,625	2,905	20,952	104,236	1,939	13,783	74,114	2,200	15,641	78,767
109年第一季	2,857.35	8,026.02	42,554.96	1,323.02	3,263.38	16,646	1,624	4,722	25,036	1,131	3,191	17,734	1,258	3,660	19,028
109年第二季	2,775.82	8,168.50	43,340.82	1,303.76	3,313.45	16,812	1,583	4,770	25,360	1,095	3,194	17,735	1,219	3,675	19,189
109年第三季	3,022.02	9,448.23	48,911.42	1,435.17	3,807.55	18,895	1,704	5,301	27,876	1,169	3,543	19,386	1,290	3,997	20,884
109年第四季	3,044.48	9,375.14	48,797.42	1,438.88	3,727.66	18,920	1,733	5,352	27,960	1,190	3,583	19,433	1,315	4,034	21,167
109年小計	4,652.38	35,017.89	183,604.62	2,437.75	14,112.04	71,274	2,781	20,146	106,232	1,859	13,511	74,287	2,116	15,366	80,267
110年第一季	2,961.59	8,769.65	46,840.27	1,359.05	3,380.32	17,604	1,677	5,008	26,925	1,165	3,408	18,766	1,281	3,804	20,381
110年第二季	2,745.14	7,112.68	41,432.88	1,280.39	3,009.35	16,668	1,584	4,538	25,905	1,102	3,118	18,068	1,223	3,521	19,503
110年第三季	2,695.46	7,880.67	43,849.90	1,321.87	3,349.45	17,785	1,610	4,955	27,633	1,111	3,310	19,070	1,227	3,735	20,657
110年第四季	2,958.88	9,123.31	50,367.34	1,419.81	3,715.45	19,797	1,719	5,350	29,476	1,173	3,537	20,291	1,315	4,120	22,329
110年小計	4,487.46	32,886.31	182,490.39	2,362.25	13,452.57	71,854	2,727	19,851	109,938	1,819	13,372	76,195	2,073	15,181	82,871
111年第一季	2,946.82	8,709.67	47,465.40	1,404.18	3,547.21	18,321	1,706	5,112	27,920	1,167	3,393	19,149	1,281	3,763	20,686
111年第二季	3,101.90	8,427.44	44,848.18	1,482.71	3,540.68	17,924	1,726	4,983	27,310	1,175	3,318	18,850	1,295	3,776	20,226
111年第三季	3,014.21	9,191.10	49,642.65	1,472.70	3,854.28	19,526	1,729	5,326	28,974	1,177	3,527	19,577	1,310	4,010	21,557
111年第四季	3,075.21	9,520.82	51,452.67	1,480.27	3,856.25	20,269	1,775	5,526	29,986	1,209	3,642	20,248	1,340	4,141	22,351
111年小計	4,803.50	35,849.03	193,408.90	2,564.15	14,798.90	76,039	2,859	20,947	114,190	1,894	13,880	77,824	2,141	15,690	84,820

1. 製表日期：112/6/16。來源資料問範圍：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、住診及交付機構之醫療費用申報資料計算。
 4. 總額別分醫院、基層、牙醫、中醫、醫院送折、基層送折、代辦及其他。
 5. 代辦別係依總額別區分為代辦或非代辦案件。
 6. 就醫人數依身分證號與戶籍戶計數。
 7. 就醫次數係醫師(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(轉)檢案件且未申報費用者」、「慢性病連續處方箋調劑」、「護理中心」、「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併報且未申報診察費者」案件。
 (2)住診件數扣除「補報部分醫令或醫令差額」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(住診含已收取之部分負擔點數)之合計。

表1-2-108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

費用年季	台北				北區				中區				南區				高屏				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	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	0.66%	-0.98%	3.49%	0.55%	-0.44%	4.31%	1.67%	1.17%	4.07%	0.81%	-0.35%	4.20%	-1.26%	-1.76%	3.33%	1.33%	-0.02%	2.38%						
108年第2季	2.20%	0.47%	4.89%	2.86%	2.60%	7.02%	3.47%	2.25%	5.37%	2.78%	2.50%	5.84%	1.54%	1.21%	5.25%	1.64%	-0.58%	2.47%						
108年第3季	2.71%	2.00%	5.03%	4.24%	4.44%	7.58%	4.48%	4.80%	6.68%	3.32%	3.56%	5.88%	2.52%	3.23%	7.03%	3.18%	3.05%	7.31%						
108年第4季	2.43%	2.42%	4.40%	4.95%	5.67%	7.21%	3.32%	3.03%	5.05%	2.84%	3.84%	4.17%	1.73%	2.44%	4.83%	3.08%	3.90%	4.78%						
109年小計	0.90%	0.99%	4.46%	2.20%	3.10%	6.55%	2.25%	2.83%	5.31%	0.92%	2.40%	5.03%	0.36%	1.29%	5.13%	1.55%	1.59%	4.25%						
109年第1季	-3.91%	-8.03%	-1.78%	-2.78%	-5.80%	-0.53%	-3.62%	0.10%	0.10%	-2.91%	-3.44%	-1.65%	-2.38%	-2.52%	1.27%	-1.66%	-2.58%	1.60%						
109年第2季	-8.60%	-10.60%	-3.70%	-7.12%	-9.61%	-5.30%	-7.88%	-8.90%	-2.78%	-7.19%	-7.33%	-5.71%	-6.96%	-6.07%	-2.57%	-6.27%	-5.91%	1.36%						
109年第3季	-1.35%	2.24%	7.81%	0.54%	2.47%	5.75%	-2.84%	-1.29%	4.72%	-2.08%	0.95%	3.35%	-2.28%	0.88%	3.71%	-2.78%	-0.79%	6.31%						
109年第4季	-0.47%	-0.42%	5.45%	0.76%	-2.03%	3.56%	-0.27%	0.07%	5.47%	0.54%	1.75%	4.94%	0.03%	0.56%	5.07%	-0.34%	-2.06%	6.08%						
109年小計	-4.35%	-4.11%	2.02%	-2.04%	-3.68%	0.92%	-4.27%	-3.85%	1.92%	-4.09%	-1.97%	0.23%	-3.81%	-1.76%	1.91%	-3.41%	-2.82%	3.90%						
110年第1季	3.65%	9.27%	10.07%	2.72%	3.58%	5.75%	3.28%	6.04%	7.54%	3.02%	6.79%	5.82%	1.82%	3.94%	7.11%	0.31%	2.31%	8.91%						
110年第2季	-1.11%	-12.93%	-4.40%	-1.79%	-9.18%	-0.86%	0.09%	-4.87%	-2.15%	0.67%	-2.39%	1.88%	0.32%	-4.19%	1.64%	-1.54%	-6.56%	0.27%						
110年第3季	-10.81%	-16.59%	-10.35%	-7.89%	-12.03%	-5.88%	-5.48%	-6.52%	-0.87%	-5.00%	-6.58%	-1.63%	-4.87%	-6.53%	-1.08%	-5.40%	-5.74%	-2.81%						
110年第4季	-2.81%	-2.69%	3.22%	-1.33%	-0.33%	4.64%	-0.79%	-0.04%	5.42%	-1.40%	-1.30%	4.42%	0.03%	2.14%	5.49%	-0.94%	0.04%	5.98%						
110年小計	-3.54%	-6.09%	-0.61%	-3.10%	-4.66%	0.81%	-1.93%	-1.46%	3.49%	-2.19%	-1.03%	2.57%	-2.03%	-1.20%	3.24%	-3.55%	-2.51%	2.98%						
111年第1季	-0.50%	-0.68%	1.33%	3.32%	4.94%	4.07%	1.74%	2.08%	3.70%	0.18%	-0.45%	2.04%	-0.05%	-1.08%	1.50%	1.71%	2.01%	2.24%						
111年第2季	13.00%	18.48%	8.24%	15.80%	17.66%	7.53%	8.97%	9.81%	5.43%	6.64%	6.44%	4.33%	5.93%	7.23%	3.70%	4.66%	2.08%	-0.39%						
111年第3季	11.83%	16.63%	13.21%	11.41%	15.07%	9.79%	7.39%	7.48%	4.85%	5.97%	6.57%	2.66%	6.80%	7.36%	4.35%	7.45%	4.94%	3.84%						
111年第4季	3.93%	4.36%	2.15%	4.26%	3.79%	2.38%	3.25%	3.28%	1.73%	3.09%	2.96%	-0.21%	1.91%	0.50%	0.10%	2.76%	2.35%	-2.24%						
111年小計	7.04%	9.01%	5.98%	8.55%	9.99%	5.82%	4.85%	5.52%	3.87%	4.15%	3.80%	2.14%	3.26%	3.35%	2.35%	4.33%	2.85%	0.81%						

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、中醫總額、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申報資料計算。
 4. 服務機構分區別依門、住診或交付機構申報服務機構之分區別(BRANCH_ID)。
 5. 總額別分醫院、基層、中醫、醫院透析、基層透析、代辦及其他。
 6. 代辦別係依總額別區分為代辦或非代辦案件。
 7. 就醫人數係身分證號碼與生日歸戶計數。
 8. 就醫次數係醫師(就醫)看診次數，排除以下案件：
 (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」、「慢性病連續處方箋調劑」、「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。

表1-3-107年至111年西醫基層總額人數、件數、醫療費用點數統計表

費用年季	台北				中區				南區				高屏				東區			
	就醫人數(千)	就醫次數(千)	醫療點數(百萬點)	就醫人數(千)	就醫次數(千)	醫療點數(百萬點)														
107年第1季	4,688.32	14,831.52	9,057.30	2,397.99	7,182.57	4,465.89	2,976.69	9,971.42	6,154.73	2,202.21	7,548.32	4,551.91	2,390.21	8,408.79	5,055.98	3,044.76	951.34	642.28		
107年第2季	4,399.80	13,625.39	8,843.57	2,274.52	6,704.15	4,429.83	2,775.45	8,892.19	5,945.00	2,057.92	6,763.46	4,406.29	2,215.40	7,500.79	4,861.19	2,955.53	911.24	629.66		
107年第3季	4,315.04	13,206.85	8,712.11	2,245.30	6,548.75	4,378.68	2,775.04	8,929.84	5,967.97	2,060.14	6,786.65	4,396.97	2,236.41	7,622.03	4,880.09	2,944.10	884.51	617.32		
107年第4季	4,535.48	14,525.38	9,382.86	2,330.79	7,079.75	4,670.10	2,873.57	9,645.21	6,329.48	2,121.15	7,286.08	4,673.88	2,324.81	8,275.96	5,232.75	2,905.56	923.38	641.44		
107年小計	7,024.71	56,189.15	35,995.84	3,680.10	27,515.22	17,944.50	4,357.74	37,438.66	24,397.18	3,206.42	28,384.72	18,029.06	3,439.62	31,807.58	20,030.01	486.41	3,670.47	2,330.69		
108年第1季	4,663.23	14,628.54	9,186.37	2,395.14	7,117.68	4,598.58	2,940.39	9,677.48	6,181.63	2,155.49	7,208.40	4,574.82	2,347.88	8,127.38	5,072.51	300.73	922.63	637.46		
108年第2季	4,520.49	14,277.26	9,308.49	2,327.69	6,958.70	4,660.29	2,850.16	9,345.48	6,215.30	2,096.26	7,004.89	4,615.92	2,273.14	7,852.62	5,104.77	298.07	931.26	648.34		
108年第3季	4,386.41	13,691.27	9,187.13	2,277.01	6,744.19	4,616.83	2,811.62	9,249.05	6,254.06	2,085.05	7,024.79	4,623.02	2,276.55	7,957.45	5,197.00	299.07	912.77	642.75		
108年第4季	4,667.03	15,224.03	9,963.86	2,393.18	7,383.13	4,936.01	2,908.38	9,892.20	6,565.51	2,135.63	7,405.88	4,807.85	2,351.19	8,506.12	5,482.06	294.93	942.43	662.56		
108年小計	7,087.58	57,821.09	37,645.85	3,718.52	28,203.69	18,811.71	4,375.48	38,164.20	25,216.50	3,212.12	28,643.96	18,621.61	3,449.61	32,443.57	20,856.34	488.42	3,709.09	2,591.12		
109年第1季	4,375.69	13,434.37	8,969.70	2,258.30	6,507.31	4,486.60	2,766.06	8,900.52	6,057.16	2,058.47	6,797.25	4,537.43	2,232.79	7,661.48	5,066.01	289.31	878.01	635.46		
109年第2季	3,883.76	11,521.42	8,515.34	2,024.54	5,613.80	4,315.63	2,479.95	7,603.86	5,757.65	1,870.39	5,931.99	4,340.76	2,007.18	6,650.47	4,848.23	268.24	796.45	621.43		
109年第3季	4,114.73	12,475.37	9,168.69	2,156.43	6,135.11	4,643.26	2,626.95	8,246.69	6,146.20	1,958.21	6,342.36	4,571.52	2,128.98	7,209.74	5,174.45	285.03	839.99	645.40		
109年第4季	4,226.64	13,072.60	9,407.22	2,209.13	6,502.48	4,814.33	2,694.71	8,768.41	6,357.56	2,000.26	6,641.78	4,707.41	2,189.55	7,633.30	5,333.13	275.72	835.70	635.45		
109年小計	6,673.88	50,503.75	36,060.94	3,541.35	24,758.70	18,259.82	4,152.73	33,519.48	24,318.57	3,067.46	25,713.37	18,157.12	3,269.26	29,154.99	20,421.82	469.31	3,350.14	2,337.73		
110年第1季	4,154.13	12,515.34	9,088.65	2,144.80	6,044.54	4,565.65	2,652.19	8,360.37	6,153.55	1,977.71	6,373.42	4,539.76	2,151.20	7,263.41	5,150.18	273.39	800.39	622.41		
110年第2季	3,755.90	10,703.18	8,410.25	2,000.70	5,437.52	4,171.75	2,424.09	7,291.26	5,856.84	1,811.22	5,639.49	4,397.77	1,975.92	6,423.01	4,962.62	256.65	744.48	621.19		
110年第3季	3,531.97	10,019.74	8,471.21	1,862.73	4,957.44	4,351.84	2,299.58	6,822.73	5,796.86	1,740.12	5,354.71	4,351.98	1,881.45	6,145.35	4,981.00	235.48	680.39	604.61		
110年第4季	3,881.29	11,205.85	9,330.50	2,047.68	5,590.13	4,804.92	2,503.66	7,578.59	6,330.11	1,885.44	5,924.59	4,748.48	2,075.55	6,906.22	5,467.54	254.10	728.19	632.94		
110年小計	6,327.11	44,444.12	35,300.61	3,392.01	22,029.63	18,140.16	3,973.53	30,052.94	24,137.36	2,939.56	23,292.21	18,037.99	3,133.91	26,737.99	20,561.34	431.72	2,953.45	2,481.13		
111年第1季	3,985.96	11,453.11	9,064.15	2,091.57	5,649.27	4,600.88	2,588.08	7,789.03	6,178.37	1,908.77	5,869.11	4,546.63	2,059.23	6,624.60	5,113.31	260.74	736.22	615.33		
111年第2季	3,932.52	11,413.99	9,061.80	2,082.42	5,637.06	4,647.99	2,537.48	7,710.87	6,226.07	1,869.94	5,811.57	4,608.59	2,042.73	6,633.92	5,213.37	252.74	716.37	614.16		
111年第3季	4,044.01	11,922.40	9,655.49	2,171.39	6,021.68	4,944.24	2,588.66	7,948.66	6,461.45	1,912.99	6,006.23	4,773.73	2,076.40	6,842.74	5,453.16	269.05	757.35	652.96		
111年第4季	4,319.05	13,550.09	10,463.60	2,312.13	6,859.69	5,355.24	2,760.56	9,108.11	7,010.46	2,021.80	6,772.84	5,140.14	2,221.67	7,806.38	5,899.43	276.49	835.74	688.94		
111年小計	6,532.95	48,339.59	38,245.03	3,549.51	24,167.69	19,548.35	4,100.46	32,556.68	25,876.35	3,002.18	24,459.76	19,069.08	3,203.30	27,907.63	21,679.26	445.25	3,045.69	2,571.39		

1. 製表日期：112/6/18。來源資料期間範圍：10701 ~ 11212。
 2. 精選條件：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申報資料計算。
 4. 服務機構分區別依門、住診或交付機構申報服務機構之分區別(BRANCH_ID)。
 5. 總額別分醫院、基層、中醫、醫院透折、基層透折、代辦及其他。
 6. 代辦別係依總額別區分為代辦或非代辦案件。
 7. 就醫人數係身分證號與生日歸戶計算。
 8. 就醫次數係醫師(就醫)看診次數，排除以下條件：
 (1)門診件數扣除「接受其他院所委託代(轉)檢案件且未申報費用者」、「慢性病症連續處方變調劑」、「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)住院件數扣除「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。

表1-4-107年至111年西醫基層總額人數、醫療費用點數及成長率統計表

費用年季	台北區				中區				南區				高屏				東區				
	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%	-2.12%	-4.51%	0.50%	-1.77%	-3.35%	0.33%	-1.32%	-3.02%	0.33%	-1.32%	-3.02%	-0.75%
108年第2季	2.74%	4.78%	5.26%	2.34%	3.80%	5.20%	2.69%	5.10%	4.55%	1.86%	4.76%	4.69%	0.86%	4.69%	5.01%	0.86%	2.20%	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%	1.21%	5.14%	4.40%	1.69%	4.40%	6.49%	1.69%	3.20%	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%	0.68%	2.87%	2.87%	1.13%	2.78%	4.76%	1.51%	2.06%	4.76%	1.51%	2.06%	3.29%
108年小計	0.89%	2.90%	4.58%	1.04%	2.50%	4.83%	0.41%	1.94%	3.36%	0.18%	0.91%	3.29%	0.29%	2.00%	4.13%	0.41%	1.05%	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%	-4.50%	-5.70%	-0.82%	-4.90%	-5.73%	-0.13%	-3.80%	-4.84%	-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%	-10.77%	-15.32%	-5.96%	-11.70%	-15.31%	-5.03%	-10.01%	-14.48%	-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%	-6.08%	-9.71%	-1.11%	-6.48%	-9.40%	-0.43%	-4.69%	-7.97%	-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%	-6.34%	-10.32%	-2.09%	-6.87%	-10.26%	-2.72%	-6.52%	-11.32%	-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%	-4.50%	-10.23%	-2.49%	-5.23%	-10.14%	-2.08%	-3.91%	-9.68%	-2.08%	-3.91%	-9.68%	-2.06%
110年第1季	-5.06%	-6.84%	1.33%	-5.03%	-7.11%	1.76%	-4.12%	-6.07%	1.59%	-3.92%	-6.24%	0.05%	-3.65%	-5.20%	1.66%	-5.50%	-8.84%	1.66%	-5.50%	-8.84%	-2.05%
110年第2季	-3.29%	-7.10%	-1.23%	-1.18%	-3.14%	2.37%	-2.25%	-4.11%	1.72%	-3.16%	-4.93%	1.31%	-1.56%	-3.42%	2.36%	-4.32%	-6.52%	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%	-4.80%	-11.63%	-14.76%	-3.74%	-17.38%	-19.00%	-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%	-0.87%	-5.21%	-9.53%	2.52%	-7.84%	-12.87%	2.52%	-7.84%	-12.87%	-0.40%
110年小計	-5.20%	-12.00%	-2.11%	-4.22%	-11.02%	-0.66%	-4.32%	-10.34%	-0.75%	-4.17%	-9.42%	-0.66%	-4.14%	-8.29%	0.68%	-8.01%	-11.84%	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%	-3.49%	-7.91%	0.15%	-4.28%	-8.79%	-0.72%	-4.63%	-8.02%	-0.72%	-4.63%	-8.02%	-1.14%
111年第2季	4.70%	6.64%	7.75%	4.08%	3.67%	5.21%	4.68%	5.76%	6.30%	3.24%	3.05%	4.79%	3.38%	3.28%	5.05%	-1.52%	-3.78%	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%	9.69%	10.36%	11.35%	9.48%	14.25%	11.31%	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%	7.04%	13.03%	7.90%	8.81%	14.77%	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%	5.72%	2.21%	4.37%	5.44%	3.13%	3.12%	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. 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申報資料計算。
 4. 服務機構分區別依門、住診或交付機構申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、代辦及其他。
 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與生日歸戶計數。
 8. 就醫次數係醫師(就醫)看診次數，排除以下案件：
 (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」、「慢性連續處方箋調劑」、「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。

表1-5-107年至111年牙醫總額人數、件數、醫療費用點數統計表

費用年季	台北				中區				南區				東區			
	就醫 人數 (千)	就醫 次數 (千)	醫療 點數 (百萬點)	就醫 人數 (千)	就醫 次數 (千)	醫療 點數 (百萬點)	就醫 人數 (千)	就醫 次數 (千)	醫療 點數 (百萬點)	就醫 人數 (千)	就醫 次數 (千)	醫療 點數 (百萬點)	就醫 人數 (千)	就醫 次數 (千)	醫療 點數 (百萬點)	
107年第1季	1,684.76	2,855.72	3,763.03	714.19	1,201.73	1,690.60	960.89	1,612.12	2,141.04	614.42	1,079.76	1,437.08	740.02	1,654.02	210.80	
107年第2季	1,689.68	2,923.68	3,905.20	721.63	1,237.32	1,759.11	946.57	1,627.77	2,193.63	618.69	1,107.86	1,491.21	732.98	1,318.83	215.58	
107年第3季	1,753.00	3,009.85	4,009.28	761.77	1,291.70	1,826.63	1,005.32	1,700.64	2,269.95	638.69	1,125.87	1,504.07	744.61	1,328.17	209.99	
107年第4季	1,767.13	3,052.58	4,078.24	762.21	1,305.68	1,852.90	992.97	1,709.10	2,288.41	649.41	1,159.23	1,545.39	765.98	1,278.54	214.67	
107年小計	4,065.14	11,841.83	15,755.76	1,825.89	5,036.43	7,129.24	2,306.25	6,649.63	8,893.04	1,475.36	4,472.72	5,977.74	1,700.72	5,331.64	851.04	
108年第1季	1,734.54	2,912.43	3,844.46	744.83	1,244.31	1,752.41	985.71	1,640.93	2,168.26	632.16	1,092.10	1,440.85	751.26	1,300.80	200.87	
108年第2季	1,743.41	2,999.84	4,008.28	747.13	1,277.29	1,821.63	963.01	1,642.75	2,213.05	639.43	1,134.14	1,509.51	758.41	1,330.98	209.47	
108年第3季	1,807.19	3,085.30	4,130.17	791.74	1,332.32	1,893.61	1,040.27	1,745.95	2,323.69	660.23	1,155.73	1,539.30	777.42	1,358.13	208.40	
108年第4季	1,828.20	3,150.33	4,225.53	787.39	1,342.42	1,910.35	1,009.70	1,719.61	2,311.82	664.05	1,173.11	1,563.90	785.60	1,381.30	219.31	
108年小計	4,139.44	12,147.90	16,208.45	1,869.06	5,196.34	7,378.00	2,336.13	6,749.25	9,016.81	1,498.02	4,555.07	6,053.56	1,728.44	5,371.20	838.04	
109年第1季	1,634.73	2,793.89	3,763.50	708.33	1,196.60	1,715.40	941.37	1,571.97	2,123.66	613.93	1,065.25	1,436.88	728.46	1,258.31	200.90	
109年第2季	1,585.25	2,793.89	3,923.15	697.69	1,222.42	1,802.90	907.09	1,570.55	2,201.32	604.73	1,082.22	1,509.88	712.10	1,265.75	211.22	
109年第3季	1,849.41	3,210.33	4,433.52	807.37	1,383.66	2,007.61	1,036.60	1,752.74	2,416.28	664.44	1,171.89	1,607.86	779.46	1,366.47	219.11	
109年第4季	1,762.93	3,056.96	4,246.72	776.82	1,334.78	1,934.70	987.41	1,684.36	2,349.33	652.96	1,150.80	1,573.52	774.73	1,358.01	219.11	
109年小計	3,996.62	11,841.67	16,366.89	1,829.78	5,137.46	7,460.61	2,270.33	6,579.61	9,090.59	1,464.66	4,470.15	6,128.14	1,689.43	5,248.54	851.77	
110年第1季	1,737.54	2,916.04	3,984.27	745.18	1,239.02	1,776.00	980.14	1,620.41	2,237.24	634.89	1,089.94	1,473.73	756.86	1,291.42	199.29	
110年第2季	1,291.02	2,146.97	3,019.90	602.52	1,025.97	1,510.54	791.38	1,339.46	1,919.43	531.71	926.88	1,289.10	634.63	1,097.92	171.86	
110年第3季	1,600.77	2,744.27	3,899.19	729.37	1,251.56	1,841.14	950.30	1,617.69	2,327.85	618.75	1,084.69	1,507.49	730.15	1,273.98	204.92	
110年第4季	1,780.93	3,071.18	4,337.04	799.44	1,369.92	2,002.92	1,011.15	1,721.26	2,461.02	658.51	1,153.27	1,580.49	784.62	1,373.73	220.62	
110年小計	3,792.36	10,878.46	15,240.41	1,772.94	4,886.47	7,130.60	2,199.67	6,298.83	8,945.54	1,420.19	4,254.79	5,850.82	1,645.96	5,037.04	796.69	
111年第1季	1,714.51	2,866.98	4,000.23	751.64	1,245.37	1,798.02	994.00	1,631.48	2,297.16	636.62	1,077.88	1,454.14	751.29	1,275.64	201.09	
111年第2季	1,479.89	2,523.79	3,667.97	681.68	1,150.23	1,719.50	879.29	1,487.86	2,185.77	579.94	1,008.73	1,412.85	688.63	1,197.97	180.93	
111年第3季	1,787.09	3,022.69	4,288.75	802.29	1,344.43	1,956.92	1,020.32	1,698.09	2,432.36	653.50	1,122.44	1,544.02	776.79	1,341.08	207.84	
111年第4季	1,791.45	3,035.47	4,309.98	805.51	1,352.87	1,969.53	1,015.83	1,696.08	2,433.92	660.21	1,133.28	1,553.11	786.53	1,352.09	213.84	
111年小計	3,942.90	11,448.92	16,266.94	1,847.14	5,098.90	7,443.97	2,267.81	6,513.31	9,349.21	1,451.61	4,342.33	5,964.12	1,680.69	5,166.77	803.69	

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、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、住診及交付機構申報服務機構之分區別(BRANCHID)。
 5. 總額別依依總額別區分為代辦或非代辦案件。
 6. 代辦別依依總額別區分為代辦或非代辦案件。
 7. 就醫人數依身分區分為門戶計數。
 8. 就醫次數依醫師(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」、「慢性病連續處方箋調劑」、「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。

表1-6-108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

費用年季	台北			中區			南區			高屏			東區		
	就醫人數	就醫次數	醫療點數												
108年第1季	2,95%	1,99%	2,16%	4,29%	3,54%	3,66%	2,58%	1,79%	1,27%	2,89%	1,14%	0,26%	1,52%	-0,48%	-0,80%
108年第2季	3,18%	2,60%	2,64%	3,53%	3,23%	3,55%	1,74%	0,92%	0,88%	3,35%	2,37%	1,23%	3,47%	0,92%	2,32%
108年第3季	3,09%	2,51%	3,02%	3,93%	3,15%	3,67%	3,48%	2,66%	2,37%	3,37%	2,65%	2,34%	4,41%	2,26%	5,18%
108年第4季	3,46%	3,28%	3,61%	3,30%	2,81%	3,10%	1,69%	0,62%	1,02%	2,26%	1,20%	1,20%	2,56%	0,27%	3,64%
108年小計	3,18%	2,58%	2,87%	2,36%	3,18%	3,49%	1,30%	1,50%	1,39%	1,54%	1,84%	1,27%	1,63%	0,74%	2,60%
109年第1季	-5,76%	-4,53%	-2,11%	-4,90%	-3,83%	-2,11%	-4,50%	-4,20%	-2,06%	-2,88%	-2,46%	-0,28%	-3,04%	-3,27%	0,69%
109年第2季	-9,04%	-6,87%	-2,12%	-6,62%	-4,30%	-1,03%	-5,81%	-4,40%	-0,53%	-5,43%	-4,58%	0,02%	-6,11%	-4,90%	0,59%
109年第3季	2,34%	4,05%	7,34%	1,97%	3,85%	6,02%	-0,35%	0,39%	3,98%	0,64%	1,40%	4,45%	0,26%	0,61%	4,08%
109年第4季	-3,57%	-2,96%	0,50%	-1,34%	-0,57%	1,27%	-2,21%	-2,05%	1,62%	-1,67%	-1,90%	0,62%	-1,38%	-1,69%	1,19%
109年小計	-3,45%	-2,52%	0,98%	-2,10%	-1,13%	1,12%	-2,82%	-2,51%	0,82%	-2,23%	-1,86%	1,23%	-2,26%	-2,28%	1,66%
110年第1季	6,29%	4,87%	5,87%	5,20%	3,55%	3,53%	4,12%	3,08%	5,35%	3,41%	2,32%	2,56%	3,90%	2,63%	3,52%
110年第2季	-18,58%	-23,15%	-23,02%	-13,64%	-16,07%	-16,22%	-12,76%	-14,71%	-12,81%	-12,07%	-14,35%	-14,62%	-10,88%	-13,26%	-13,33%
110年第3季	-13,44%	-14,52%	-12,05%	-9,66%	-9,55%	-8,29%	-8,33%	-7,70%	-3,66%	-6,88%	-7,44%	-6,24%	-6,33%	-6,77%	-4,44%
110年第4季	1,02%	0,47%	2,13%	2,91%	2,63%	3,53%	2,40%	2,19%	4,75%	0,85%	0,21%	0,44%	1,28%	1,16%	3,36%
110年小計	-5,11%	-8,13%	-6,88%	-3,11%	-4,89%	-4,42%	-3,11%	-4,27%	-1,60%	-3,04%	-4,82%	-4,53%	-2,57%	-4,03%	-2,74%
111年第1季	-1,33%	-1,68%	0,40%	0,87%	0,51%	1,24%	1,41%	0,68%	2,68%	0,27%	-1,11%	-1,33%	-0,74%	-1,22%	0,85%
111年第2季	14,63%	17,55%	21,46%	13,14%	12,70%	13,83%	11,11%	11,08%	13,88%	9,07%	8,83%	9,60%	8,51%	9,11%	11,40%
111年第3季	11,64%	10,15%	9,99%	10,00%	7,42%	6,29%	7,37%	4,97%	4,49%	5,62%	3,48%	2,42%	6,39%	5,27%	4,53%
111年第4季	0,59%	-1,16%	-0,62%	0,76%	-1,24%	-1,67%	0,46%	-1,46%	-1,10%	0,26%	-1,73%	-1,73%	0,24%	-1,58%	-2,25%
111年小計	3,97%	5,24%	6,74%	4,18%	4,35%	4,39%	3,10%	3,41%	4,51%	2,21%	2,06%	1,94%	2,11%	2,58%	3,26%

1. 親表日期：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、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、住診或交付機構申報服務機構之分區別(BRANCH ID)。

5. 總額別分醫院、基層、牙醫、中醫、醫院透折、基層透折、代辦及其他。

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與生日歸戶計數。

8. 就醫次數係醫師(就醫)看診次數，排除以下案件：

(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」、「慢性病連續處方箋調劑」、「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。

表1-7-107年至111年中醫總額人數、件數、醫療費用點數統計表

費用年季	台北			中區			南區			高屏			東區		
	就醫人數(千)	就醫次數(千)	醫療點數(百萬點)	就醫人數(千)	就醫次數(千)	醫療點數(百萬點)	就醫人數(千)	就醫次數(千)	醫療點數(百萬點)	就醫人數(千)	就醫次數(千)	醫療點數(百萬點)	就醫人數(千)	就醫次數(千)	醫療點數(百萬點)
107年第1季	923.84	2,593.57	1,770.31	421.13	1,160.66	743.09	806.21	2,495.59	1,599.03	877.74	1,324.20	999.34	491.95	1,474.27	999.34
107年第2季	998.82	2,873.96	2,000.99	448.69	1,265.48	823.36	843.28	2,651.25	1,747.89	932.32	1,367.24	1,060.06	497.59	1,523.14	1,060.06
107年第3季	1,011.14	2,932.64	2,041.94	451.98	1,275.81	834.76	841.96	2,669.86	1,760.01	931.58	1,362.72	1,058.01	498.31	1,528.67	1,058.01
107年第4季	978.96	2,919.08	2,033.75	444.41	1,293.37	847.96	843.18	2,761.51	1,821.58	989.76	1,449.00	1,118.46	511.81	1,619.15	1,118.46
107年小計	2,055.13	11,319.26	7,847.00	947.64	4,995.36	3,249.16	1,640.88	10,578.21	6,928.50	3,731.41	5,503.16	4,235.87	1,003.01	6,145.23	4,235.87
108年第1季	947.61	2,692.60	1,899.07	435.23	1,210.39	810.08	817.70	2,555.37	1,704.91	935.02	1,345.71	1,053.52	497.69	1,499.67	1,053.52
108年第2季	1,001.24	2,922.57	2,113.69	456.51	1,300.52	890.77	840.29	2,678.05	1,846.44	1,003.77	1,397.47	1,131.91	504.75	1,559.16	1,131.91
108年第3季	1,028.05	3,019.67	2,187.05	467.34	1,338.99	924.95	858.05	2,764.47	1,914.27	1,026.17	1,206.16	1,158.73	511.68	1,601.75	1,158.73
108年第4季	998.14	3,026.76	2,195.45	453.44	1,345.83	931.75	843.39	2,782.27	1,923.87	1,458.36	1,458.36	1,206.29	517.61	1,664.29	1,206.29
108年小計	2,067.31	11,661.60	8,395.26	963.94	5,195.73	3,577.56	1,640.30	10,780.16	7,389.48	4,018.56	5,621.70	4,550.46	1,011.11	6,324.87	4,550.46
109年第1季	909.60	2,662.84	1,952.57	412.46	1,183.81	833.61	784.27	2,518.51	1,754.11	975.10	1,335.51	1,112.78	483.96	1,514.96	1,112.78
109年第2季	953.21	2,895.12	2,162.60	429.53	1,274.09	913.59	802.27	2,645.56	1,899.47	1,031.85	1,372.47	1,182.75	482.59	1,560.93	1,182.75
109年第3季	987.17	3,015.55	2,275.47	440.01	1,302.33	947.67	805.04	2,637.94	1,915.91	1,042.09	1,365.48	1,185.81	480.43	1,548.02	1,185.81
109年第4季	905.90	2,790.76	2,119.61	406.05	1,216.72	891.15	765.15	2,539.51	1,852.86	1,341.69	1,030.17	1,179.54	470.07	1,533.32	1,179.54
109年小計	1,947.20	11,364.27	8,510.25	896.70	4,976.95	3,586.02	1,546.54	10,341.51	7,422.35	4,079.21	5,415.14	4,660.88	949.39	6,157.23	4,660.88
110年第1季	875.15	2,573.99	1,961.78	381.24	1,091.78	808.27	729.03	2,337.47	1,710.27	1,244.76	1,244.76	1,095.44	430.07	1,419.46	1,095.44
110年第2季	788.91	2,203.24	1,701.98	362.41	1,026.90	771.66	690.96	2,208.60	1,650.72	936.30	1,186.12	1,044.26	419.34	1,328.67	1,044.26
110年第3季	786.81	2,385.04	1,834.33	375.44	1,117.47	846.16	707.07	2,367.93	1,786.06	983.08	1,241.25	1,099.63	425.74	1,405.45	1,099.63
110年第4季	851.61	2,638.58	2,055.23	387.56	1,175.99	902.42	732.36	2,477.69	1,889.12	1,317.72	1,055.25	1,192.98	450.91	1,501.77	1,192.98
110年小計	1,725.75	9,800.84	7,553.32	805.40	4,412.14	3,328.51	1,411.56	9,391.69	7,036.17	4,989.84	4,989.84	4,432.32	866.38	5,655.36	4,432.32
111年第1季	825.99	2,425.42	1,903.50	369.38	1,063.69	827.07	706.79	2,272.91	1,739.17	1,210.28	979.34	1,086.95	429.73	1,351.99	1,086.95
111年第2季	978.75	2,794.10	2,098.35	451.65	1,270.48	944.84	807.79	2,602.44	1,930.87	1,068.15	1,363.28	1,195.69	487.58	1,532.53	1,195.69
111年第3季	1,099.09	3,309.87	2,470.93	522.25	1,515.98	1,110.32	908.38	2,998.09	2,192.24	1,585.71	1,207.29	1,356.51	545.26	1,780.59	1,356.51
111年第4季	1,082.67	3,341.21	2,495.14	524.17	1,550.23	1,137.19	920.58	3,099.29	2,257.42	1,678.45	1,271.76	1,433.16	520.98	1,886.18	1,433.16
111年小計	2,106.75	11,870.60	8,967.92	1,020.74	5,400.38	4,019.44	1,665.71	10,972.73	8,119.70	5,837.71	5,837.71	5,072.32	1,027.49	6,551.30	5,072.32

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、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(醫院、基層、中醫、醫院選折、基層選折、代辦)及「其他依規定於該次就醫併報且未申報診察費者」。
5. 總額別分區別(醫院、基層、中醫、醫院選折、基層選折、代辦)及「其他依規定於該次就醫併報且未申報診察費者」。
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與生日歸戶計算。
8. 就醫次數係醫師(就醫)看診次數，排除以下案件：
(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」、「慢性病連續處方箋調劑」、「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(住診含已收取之該次就醫併報點數)之合計。

表1-8-108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

費用年季	台北				中區				南區				高屏				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	就醫人數	就醫次數	醫療點數	
108年第1季	2.57%	3.82%	7.27%	3.35%	4.28%	9.02%	1.43%	2.40%	6.62%	1.30%	1.62%	6.53%	1.17%	1.72%	5.43%	5.28%	9.69%	5.43%	5.28%	9.69%	5.43%	13.55%
108年第2季	0.24%	1.69%	5.63%	1.74%	2.77%	8.19%	-0.35%	1.01%	5.64%	0.89%	2.21%	7.66%	1.44%	2.36%	6.78%	1.82%	8.25%	6.78%	1.82%	8.25%	6.78%	12.03%
108年第3季	1.67%	2.97%	7.11%	3.40%	4.95%	10.81%	1.91%	3.54%	8.76%	2.13%	4.21%	10.15%	2.68%	4.78%	9.52%	5.02%	8.51%	9.52%	5.02%	8.51%	9.52%	12.55%
108年第4季	1.96%	3.69%	7.95%	2.03%	4.06%	9.88%	0.03%	0.75%	5.62%	0.10%	0.65%	6.45%	1.13%	2.79%	7.85%	5.22%	8.86%	7.85%	5.22%	8.86%	7.85%	13.42%
108年小計	0.59%	3.02%	6.99%	1.72%	4.01%	9.49%	-0.04%	1.91%	6.65%	0.24%	2.15%	7.70%	0.81%	2.92%	7.43%	2.52%	8.81%	7.43%	2.52%	8.81%	7.43%	12.88%
109年第1季	-4.01%	-1.11%	2.82%	-5.23%	-2.20%	2.90%	-4.09%	-1.44%	2.89%	-4.07%	-0.76%	4.29%	-2.76%	1.02%	5.62%	-0.57%	2.94%	5.62%	-0.57%	2.94%	5.62%	7.96%
109年第2季	-4.80%	-0.94%	2.31%	-5.91%	-2.03%	2.56%	-4.52%	-1.21%	2.87%	-5.36%	-1.79%	2.80%	-4.39%	0.11%	4.49%	-0.08%	4.06%	4.49%	-0.08%	4.06%	4.49%	9.31%
109年第3季	-3.98%	-0.14%	4.04%	-5.85%	-2.74%	2.46%	-6.18%	-4.58%	0.09%	-6.75%	-3.85%	1.55%	-6.11%	-3.35%	2.34%	-2.55%	0.67%	2.34%	-2.55%	0.67%	2.34%	7.37%
109年第4季	-9.24%	-7.80%	-3.45%	-10.45%	-9.59%	4.36%	-9.28%	-8.73%	-3.69%	-9.60%	-8.00%	-2.22%	-9.18%	-7.87%	-2.22%	-8.73%	-7.56%	-2.22%	-8.73%	-7.56%	-2.22%	6.03%
109年小計	-5.81%	-2.55%	1.37%	-6.98%	-4.21%	0.80%	-5.72%	-4.07%	0.44%	-6.72%	-3.67%	1.51%	-6.10%	-2.65%	2.43%	-3.55%	-0.15%	2.43%	-3.55%	-0.15%	2.43%	6.03%
110年第1季	-3.79%	-3.34%	0.47%	-7.57%	-7.77%	-3.04%	-7.04%	-7.19%	-2.50%	-7.31%	-6.80%	-1.30%	-7.00%	-6.30%	-1.56%	-6.90%	-7.29%	-1.56%	-6.90%	-7.29%	-1.56%	0.95%
110年第2季	-17.24%	-23.90%	-21.30%	-15.63%	-19.40%	-15.54%	-13.87%	-16.52%	-13.10%	-12.02%	-13.58%	-9.26%	-13.11%	-14.88%	-11.71%	-15.14%	-18.73%	-11.71%	-15.14%	-18.73%	-11.71%	-11.63%
110年第3季	-20.30%	-20.91%	-19.39%	-14.68%	-14.19%	-10.71%	-12.17%	-10.24%	-6.78%	-10.84%	-9.10%	-5.66%	-11.38%	-9.21%	-7.27%	-12.12%	-10.92%	-7.27%	-12.12%	-10.92%	-7.27%	-4.06%
110年第4季	-5.99%	-5.45%	-3.04%	-4.55%	-3.35%	1.27%	-4.29%	-2.43%	1.96%	-4.25%	-1.79%	2.43%	-4.08%	-2.06%	1.14%	-4.12%	-4.25%	1.14%	-4.12%	-4.25%	1.14%	3.88%
110年小計	-11.37%	-13.76%	-11.24%	-10.18%	-11.35%	-7.18%	-8.73%	-9.18%	-5.20%	-8.81%	-7.85%	-3.48%	-8.74%	-8.15%	-4.90%	-9.50%	-10.44%	-4.90%	-9.50%	-10.44%	-4.90%	-2.85%
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%	-2.13%	-3.24%	-0.77%	-2.13%	-3.24%	-0.77%	4.69%
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%	12.86%	9.18%	14.50%	12.86%	9.18%	14.50%	7.73%
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%	26.30%	18.23%	23.36%	26.30%	18.23%	23.36%	13.61%
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%	20.49%	17.12%	20.13%	20.49%	17.12%	20.13%	10.02%
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%	16.58%	10.52%	14.44%	16.58%	10.52%	14.44%	9.14%

- 製表日期：112/6/16。來源資料期間範圍：10701 ~ 11212。
- 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、109年、110年、111年）
- 本資料依門、住診及交付機構之醫療費用申報資料計算。
- 服務機構分區別依門、住診或交付機構申報服務機構之分區別(BRANCH ID)。
- 總額別分區別、基層、牙醫、中醫、醫院透折、基層透折、代辦及其他。
- 代辦別依總額別區分為代辦或非代辦案件。
- 就醫人數依身分證號與生戶歸戶計數。
- 就醫次數係醫師(就醫)看診次數，排除以下案件：
 - (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」、「慢性病連續處方箋調劑」、「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併報且未申報診察費者」案件。
- 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。

表2-1.111年中醫醫療利用情形統計

統計值/ 費用年季	類流感及COVID-19					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	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 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CCCS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2-2. 111年牙醫醫療利用情形統計

統計值/ 費用年季	感染症										相較前 一年成 長率	
	類流感及COVID-19		其他感染症 或呼吸道 癥候 (B)		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
值(A)	相較108 年成長率	相較前一 年成長率	其他感染症 或呼吸道 癥候 (B)	其他 COVID-19 後病況 (C)								
就醫件數 (千件)												
111年												
Q1	0.01	-56.3%	-50.0%	4.5	-	4.5	4.5	4.5	4.6%	4.9%	8,236	-0.7%
Q2	0.02	60.0%	100.0%	4.0	-	4.0	4.0	4.0	-10.3%	20.1%	7,494	12.6%
Q3	0.02	6.3%	750.0%	5.1	0.01	5.1	5.1	5.1	11.2%	27.3%	8,667	6.9%
Q4	0.02	53.3%	360.0%	5.2	0.00	5.2	5.2	5.2	9.9%	12.6%	8,714	-1.4%
醫療點數 (百萬點)												
111年												
Q1	0.01	-41.5%	-45.7%	4.2	-	4.2	4.2	4.2	24.2%	9.1%	11,475	0.8%
Q2	0.04	-33.6%	163.8%	4.1	-	4.1	4.1	4.1	9.3%	38.7%	10,835	15.2%
Q3	0.07	56.5%	224.2%	4.9	0.01	4.9	5.0	5.0	32.7%	37.2%	12,264	6.3%
Q4	0.05	84.1%	324.0%	5.1	0.00	5.1	5.2	5.2	23.8%	17.0%	12,311	-1.3%

註：

- 資料來源：中央健康保險署多模態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(I26,I33,I34)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2-3. 111年基層醫療利用情形統計

統計值/ 費用年季	感染症										相較前 一年成 長率		
	類流感及COVID-19		其他感染症		COVID-19		其他		COVID-19			非感染症 (E)	
值(A)	相較108 年成長率	相較前一 年成長率	其他感染症 或呼吸道 癥候(B)	其他 COVID-19 後病況(C)	相較前一 年成長率		相較108 年成長率						
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	38,121	-20.1%	-7.8%	
Q2	6,354	23.1%	148.6%	1,992	1	8,347	7.1%	88.6%	33,092	41,439	-10.6%	14.4%	
Q3	6,970	47.0%	515.5%	2,082	6	9,059	21.1%	206.7%	34,799	43,857	-3.8%	29.1%	
Q4	8,370	36.8%	272.2%	2,215	9	10,594	21.1%	159.1%	38,334	48,928	-0.9%	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	30,119	-0.4%	0.0%	
Q2	6,256	174.6%	394.5%	1,383	1	7,640	97.7%	200.3%	27,602	35,241	15.3%	22.9%	
Q3	7,819	265.6%	1265.0%	1,434	4	9,257	148.4%	404.8%	29,200	38,457	26.0%	34.7%	
Q4	8,041	201.1%	610.9%	1,483	6	9,530	131.3%	293.1%	30,992	40,522	25.0%	29.4%	

註：

- 資料來源：中央健康保險署多模態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(I26,I33,I34)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2-4. 111年醫院醫療利用情形統計

統計值/ 費用年季	感染症										相較前 一年成 長率	
	類流感及COVID-19		其他感染症 或呼吸道 癥候 (B)		COVID-19 後病況 (C)		其他 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	其他 COVID-19 後病況 (C)	相較108 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態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。

「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。

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：張嘉云
聯絡電話：02-85906873
傳真：02-85906046
電子郵件：hs101825@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國112年7月10日

發文字號：衛部健字第1123360094號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：1. 本會第6屆112年第5次委員會議(112.6.28)紀錄節錄(含與會人員發言實錄)、2. 本案之決議及委員意見摘要

主旨：檢送本會第6屆112年第5次委員會議(112.6.28)討論事項第二案「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」之決議及委員意見摘要，敬請貴署（會）配合辦理後續事項，請查照惠復。

說明：

- 一、依本會第6屆112年第5次委員會議(112.6.28)決議辦理（會議紀錄節錄如附件1）。
- 二、依旨揭會議決議摘錄及委員關切重點，請貴署（會）配合辦理事項整理如附件2，摘要說明如下：
 - (一)請與中醫門診總額部門依「『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」規定，共同完成「提案前評估」程序，並研議因新冠疫情顯

著影響該部門醫療費用之合理估算方式(請考量並排除與新冠疫情無關之費用影響，如：人口結構改變之自然成長、支付標準調整等因素)及建議動支額度，再提本會討論。委員對「提案前評估」、「動支經費之建議額度及計算方式」之意見摘要詳附件2第1~2頁，請貴署(會)予以回應及提供評估、計算相關資料。

(二)鑑於新冠疫情影響已延續3年，且對四總額部門均造成影響，請貴署本於保險人管理權責，整體評估疫情對四部門總額醫療利用及費用之衝擊，並將評估結果提供本會討論參考。委員意見詳附件2第3頁，請貴署予以提供相關評估資料。

正本：衛生福利部中央健康保險署、中華民國中醫師公會全國聯合會
副本：

「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」之決議及委員意見摘要

決議一：請中醫門診總額部門及中央健康保險署依該動支程序規定共同完成「提案前評估」程序，並研議因新冠疫情顯著影響該部門醫療費用之合理估算方式(請考量並排除與新冠疫情無關之費用影響，如：人口結構改變之自然成長、支付標準調整等因素)及建議動支額度，再提本會討論。

委員意見摘要如下：

(一)提案前評估

1.評估是否因新冠疫情對總額影響顯著，應考量新冠疫情影響期間整體醫療利用變化，及以未受新冠疫情影響之年度為比較基準：

(1)新冠疫情自 109 年初開始，影響長達 3 年有餘，受新冠疫情衝擊在前期為醫療利用下降，後期則為醫療利用上升，與單一事件(如八仙塵暴)造成當年度醫療利用上升、點值下降情況不同。若要評估新冠疫情衝擊，應要看新冠疫情影響期間整體醫療利用變化，將其流行特性納入考量，不宜只處理醫療利用上升要求補付，也要一併將醫療利用下降如何處理納入考量，建議應整體評估綜合考量。

(2)有關評估未受新冠疫情影響之參照年度，考量新冠疫情自 109 年即開始蔓延，致 109、110 年 2 年醫療利用減少，若以前 1 年(110 年)醫療利用點數及點值做為比較標準，並不合理，建議試算以未受新冠疫情影響之最近 1 年(108 年)做為比較基準，再以新冠疫情影響期間(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。

2.評估醫療利用增加是否歸因於新冠疫情，應排除與新冠疫情無關之影響因素(如：人口結構改變之自然成長、支付標準調整

等)：

- (1)中醫門診總額從 107 年第 4 季開始點值逐年下降，108 年第 4 季在沒有新冠疫情因素影響下，浮動點值已降至 0.82、平均點值 0.88，可見影響 111 年中醫點值因素不單只有新冠疫情，還有其他原已存在的因素，建議詳細評估醫療利用增加之各種因素分析。
- (2)醫療利用點數之成長，除受到人口結構改變造成醫療費用增加的自然成長影響外，支付標準調整也會造成點數成長及點值降低，建議將這些因素一併納入考量。例如 108~111 年中醫門診總額協定項目，多用以調升各項針傷處置支付點數及放寬支付規定，均會對醫療利用點數及點值造成影響。

(二)動支經費之建議額度及計算方式

- 1.動支經費額度之預估，應回歸因新冠疫情造成之財務影響為補付依據，提出因新冠疫情所造成的醫療影響多寡，並必須排除與新冠疫情無關之費用影響，如人口結構改變之自然成長、支付標準調整等因素，才有辦法進一步討論合理動支的經費額度。
- 2.請審慎評估以平均(浮動)點值做為撥補預算基礎之合理性。考量點值是各種管理措施及醫療利用之綜效結果，尚不宜單以補點值方式估算所需費用，希針對特殊事件對醫療利用造成之費用影響予以撥補預算，爰仍請依上開建議釐清並回歸新冠疫情本身對部門醫療費用所造成的影響估算所需費用。

決議二：鑑於新冠疫情影響已延續3年(109~111年)，且對四總額部門均造成影響，請中央健康保險署本於保險人管理權責，整體評估新冠疫情對四部門總額醫療利用及費用之衝擊，並將評估結果提供本會討論本案參考。

委員意見摘要如下：

- (一) 新冠疫情並非僅影響單一總額部門，請健保署一併考量四部門總額於新冠疫情流行前期及後期之醫療利用及財務影響，進行整體評估，並建議健保署可蒐集四總額部門及社保司意見，使評估結果更加公平與周全。
- (二) 考量自 112.3.20 起中央流行疫情指揮中心調整「嚴重特殊傳染性肺炎」疾病通報定義，回歸總額，及 112 年 4 月底~6 月新冠疫情有攀升之趨勢，持續加重總額負擔，爰請健保署持續監測新冠疫情對 112 年度各部門總額之醫療利用及財務影響。

第二案

提案單位：本會第三組

案由：112 年度醫院及西醫基層總額關於「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」、「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」、「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」決定項目內容，需提報本會確認案。

說明：

- 一、依 112 年度總額決定事項及本會 112 年第 3 次委員會議(112.4.26)決議，醫院總額有 2 項專款項目之計畫內容、執行目標與預期效益評估指標，及西醫基層總額有 1 項一般服務項目之執行目標與預期效益評估指標，需提報本會確認。決定事項如下：

總額別	項目	成長率或金額(億元)	決定事項
醫院	健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能 (專款項目)	10	1.本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。 2.請健保署會同醫院總額相關團體辦理下列事項： (1)於總額公告後， 提出相關計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃) ，提報至本會最近 1 次委員會議確認。 (2)請提出具體實施規劃，滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效，並定期提報執行情形。
	持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能 (專款項目)	5	
西醫基層	因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費	0.524% (6.593)	1.本項經費用於反映護理人員薪資，提升護理照護品質。 2.請健保署辦理下列事項： (1)於總額公告後，會同西醫基層總額相關團體， 提出本項目之「執行目標」

總額 別	項目	成長率 或金額 (億元)	決定事項
	(一般服務)		<p><u>及「預期效益之評估指標」(主要以結果面為導向規劃)，提報至本會最近1次委員會議確認。</u></p> <p>(2)建立稽核機制，並比照醫院總額護理費改採占率方式計價，以確實提升護理照護品質。</p>

二、健保署於本(112)年 7 月 17 日函覆研訂結果(如附件一，第 89~94 頁)，就 3 項提報項目分別摘要如下：

(一)醫院總額「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」：已於 112.6.29「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」決議通過。

1.計畫內容：

(1)區域級(含)以上醫院補付急重症基本診療項目，支付其調整前後點數差額(整理現行及調整後之支付點數比較表如附件二，第 95~96 頁)。

①加護病床住院診察費：補付 109 點(醫中)。

②加護病床病房費：補付 325 點(醫中)、594 點(區域)。

③新生兒中重度住院診察費：補付 693 點(醫中)、107 點(區域)。

④急診觀察床病房費(第 1 天/第 2 天起)：補付 184/167 點(醫中、區域)。

⑤急診觀察床護理費(第 1 天/第 2 天起)：補付 286/175 點(醫中、區域)。

(2)自公告實施日起，回溯至 112 年 1 月按季均分及結算。

2.執行目標及預期效益之評估指標：

(1)執行目標：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。

(2)預期效益之評估指標：醫學中心及區域醫院病人出院後 14 日內再住院率不高於 108 年^註。

註：14 日內再次住院案件數/出院案件數。

(二)醫院總額「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」：已於 112.6.29「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」決議通過。

1.計畫內容：

(1)地區醫院下列診療項目予以額外加成。

①慢性呼吸照護病房(第 1~90 天/第 91 天後)：加成 3%，補付 134、110 點。

②急診診察費(含不分檢傷及按檢傷分類)：加成 15%，補付 59~270 點。

③住院護理費：如護病比達區域級(含)以上醫院級距範圍，依級距予以不同加成比率。

(2)實施日起，回溯至 112 年 1 月按季均分及結算。

2.執行目標及預期效益之評估指標：

(1)執行目標：112 年優化地區醫院住診、重症及急診照護能力，其護病比不低於 108 年。

(2)預期效益之評估指標：住院護理費全日平均護病比達區域醫院(<11.9)或醫學中心(<8.9)級距範圍之地區醫院家數不低於 108 年。

(三)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」：已於 112.6.29 邀集醫師公會全聯會及護理師護士公會全聯會討論，並取得共識。

1.執行方式：

(1)支付方式：新增項目 00246C「提升基層護理人員照護品質加計」，聘有護理人員且有調升其薪資之基層院所，申報 1~30 人次門診診察費時得併報本項。

(2)稽核機制：以該診所聘僱護理人員的 50%，薪資較前一

年度調升幅度達本保險投保金額次一投保等級進行認定計算。

2.執行目標及預期效益之評估指標：

(1)執行目標^註：聘有護理師/護士之診所，有申報本項加計且有調升護理師/護士薪資比率達 66%。

(2)預期效益之評估指標：聘有護理師/護士之診所，有申報本項加計且有調升護理師/護士薪資比率。

註：分子：聘有護理人員之診所調升護理人員薪資達本保險投保金額次一投保等級之診所家數(含前一年度未聘有之新聘護理人員，且每家基層診所須調升其半數以上護理人員之薪資達次一投保等級，不足一名以一名計算)。分母：申報本項加計之診所家數。

三、有關本案須請本會確認事項(如說明一)，經檢視健保署研訂結果，本會研析意見如下：

(一)醫院總額 2 項分級醫療專款項目之計畫內容、執行目標及預期效益評估指標：

1.考量醫院總額 2 項新增項目非本會協商共識，係衛福部就政策推動所核定，其中決定事項載明「本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值」，考量健保署提報之計畫內容，主要為調升支付點數或額外加成，為利委員確認計畫內容能否符合衛福部預期之政策目標及效果，爰本會於 112.7.18 請辦主管單位(社保司)提供意見供參，社保司回復意見(資料後附)。

2.計畫內容之研析：

(1)計畫內容主要補付支付點數差額或額外加成(如附件一，第 89~94 頁)，請健保署及醫院總額部門於會中說明如何達到決定事項「優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能」之具體作為。

(2)現行支付標準係按各層級別規模、設備及人力差異等，訂定不同支付點數，本次僅單獨調整特定層級醫院支付點數，以急診診察費(按檢傷分類一~五級)為例，目前支

付醫學中心、區域醫院、地區醫院相同點數，惟所報計畫僅對地區醫院加成 15%，恐有衡平性問題，加成後三層級醫院支付點數整理如下表(支付標準比較表如附件二，第 95~96 頁)：

編號	診療項目	補付支付點數差額後	
		醫中、區域	地區醫院
00201B	檢傷分類第一級	1,800	2,070
00202B	檢傷分類第二級	1,000	1,150
00203B	檢傷分類第三級	776	892
00204B	檢傷分類第四級	449	516
00225B	檢傷分類第五級	390	449

(3)有關計畫回溯至 112 年 1 月按季均分及結算問題，查過去延續型專款計畫，為避免新年度計畫研修期間服務中斷，而有回溯支付情形，惟本項為新增專款計畫，若回溯至 112.1.1 生效，建請審酌合理性。

(二)西醫基層總額一般服務項目「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」之執行目標及預期效益評估指標：

1.執行方式：依總額核(決)定事項，應比照醫院總額護理費改採占率方式計價，惟健保署表示，若以「門診診察費內含護理費」方式調整，亦將提升未聘有護理人員之診所給付，爰改以新增支付標準項目，符合聘有護理人員且有調升薪資之院所得併報新增項目，此方式較為合理，建議尊重健保署規劃方式。

2.執行目標及預期效益之評估指標：

(1)執行目標：考量本項預算編列於一般服務項目，並於次年度納入基期，為鼓勵較多診所調升護理人員薪資，達到本項預算普遍提升護理人員薪資之意旨，建議訂定申報加計項目之院所家數或涵蓋率之執行目標。建請健保署及西醫基層總額部門於會中提出修訂之執行目標及目標值。

(2)預期效益之評估指標：經檢視，所提報之「執行目標」及「預期效益之評估指標」內容相同，差異僅在「預期效益之評估指標」未訂定量化之指標值，**建議將執行目標之量化指標值納入**，修訂如下劃線處：

聘有護理師/護士之診所，有申報本項加計且有調升護理師/護士薪資比率達 66%。

擬辦：

- 一、請確認 112 年度醫院總額新增項目「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」、「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」之計畫內容，包含關鍵績效指標、「執行目標」及「預期效益之評估指標」。
- 二、請確認 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」及「預期效益之評估指標」。

決議：

衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：何懿庭

聯絡電話：02-27065866 分機：2648

傳真：02-27069043

電子郵件：A111318@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7月17日

發文字號：健保醫字第1120662867號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨 (A210300001_1120662867_doc2_Attach1.odt)

主旨：檢送112年度全民健康保險醫療給付費用醫院總額「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」、「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」及西醫基層總額「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」項目協定事項辦理內容（附件），請查照。

說明：依鈞部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告辦理。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會（均含附件）



112.07.17



1123340186

112 年度醫院總額「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」、「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」及西醫基層總額「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」

總額別	新增項目 (預算金額)	執行目標、 預期效益之評估指標	本署說明
醫院總額專款項目	「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」（1,000 百萬元）	<p>一、執行目標：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。</p> <p>二、預期效益之評估指標：醫學中心及區域醫院病人出院後 14 日內再住院率不高於 108 年，公式為 14 日內再次住院案件數/出院案件數（考量新冠疫情期間醫學中心及區域醫院實際住診案數下降，為避免疫情因素影響以致閾值浮動過大，爰以 108 年為基期比較）。</p> <p>三、執行方式如附件。</p>	本項專款經本署 112 年 6 月 29 日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 112 年第 2 次共同擬訂會議決議通過，將俟提報健保會確認通過後依程序辦理報部作業。
	「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」（500 百萬元）	<p>一、執行目標：112 年優化地區醫院住診、重症及急診照護能力，其護病比不低於 108 年。</p> <p>二、預期效益之評估指標：住院護理費全日平均護病比達區域醫院 (<11.9) 或醫學中心 (<8.9) 級距範圍之地區醫院家數不低於 108 年。</p> <p>三、執行方式同附件。</p>	
西醫	「因應基層護理人力需求，提高	一、執行目標 ^註 ：聘有護理師/護士之診所，有申報本項加	一、本署 112 年 6 月 29 日已邀集中華民國

總額別	新增項目 (預算金額)	執行目標、 預期效益之評估指標	本署說明
基層總額專款項目	1~30 人次診察費」(659.3 百萬元)	<p>計且有調升護理師/護士薪資比率達 66%。</p> <p>二、預期效益之評估指標：聘有護理師/護士之診所，有申報本項加計且有調升護理師/護士薪資比率。</p> <p>註： 分子：聘有護理人員之診所調升護理人員薪資達本保險投保金額次一投保等級之診所家數(含前一年度未聘有之新聘護理人員，且每家基層診所須調升其半數以上護理人員之薪資達次一投保等級，不足一名以一名計算)。 分母：申報本項加計之診所家數。</p>	<p>醫師公會全國聯合會及中華民國護理師護士公會全國聯合會討論並取得共識。</p> <p>二、另考量本項若以「門診診察費內含護理費」方式調整，亦將提升未聘有護理人員之診所給付，為能實際反應於有提升基層護理人力薪資之診所，爰改以<u>聘有護理人員且有調升其薪資之基層院所申報 1~30 人次門診診察費</u>得併報新增項目 00246C「提升基層護理人員照護品質加計」。</p> <p>三、有關本項護理人員薪資調升之評估方式，本署規劃以該診所聘僱護理人員的 50%，薪資較前一年度調升幅度達本保險投保金額次一投保等級進行認定計算。</p>

112 年全民健康保險醫院醫療給付費用總額

「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」及
「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」專款計畫

112 年 XX 月 XX 日健保醫字第 XX 號公告自 112 年 1 月 1 日起生效

壹、依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的

藉由本計畫實施，提升地區醫院住診及急診照護服務品質、平衡區域級（含）以上醫院住院相關支付點數，以落實分級醫療策略。

參、實施期間：112 年 1 月 1 日至 112 年 12 月 31 日。

肆、預算來源

- 一、本計畫涉醫學中心及區域醫院之診療項目，由 112 年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」項下 10 億元支應。
- 二、本計畫涉地區醫院之診療項目，由 112 年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」項下 5 億元支應。

伍、醫療費用支付

- 一、依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準）、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用審查及核付事宜。
- 二、「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」：
區域級（含）以上醫院下列急重症基本診療項目，支付其調整前後點數差額（單位：點）：

醫令 代碼	診療項目	現行 支付點數	調整後 點數	補付 差額
02011K	加護病床住院診察費	1,925	2,034	109
03010E	加護病床病房費	2,852	3,177	325

03011F		2,406	3,000	594
02017K	新生兒中重度住院診察費	819	1,512	693
02018A		777	884	107
03073A	急診觀察床病房費（第一天）	367	551	184
03018A	急診觀察床病房費（第二天起）	167	334	167
03075A	急診觀察床護理費（第一天）	571	857	286
03042A	急診觀察床護理費（第二天起）	175	350	175

三、「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」：

地區醫院下列診療項目予以額外加成（單位：點）：

（一）部分急重症診療項目額外加成

醫令 代碼	診療項目	現行 支付點數	額外 加成	補付 差額
P1011C	慢性呼吸照護病房論日計酬	4,451	3%	134
P1012C	（第 1-90 日／第 91 天以後）	3,674	3%	110
01015C	急診診察費	667	15%	100
00201B	急診診察費（檢傷分類第一級）	1,800	15%	270
00202B	急診診察費（檢傷分類第二級）	1,000	15%	150
00203B	急診診察費（檢傷分類第三級）	776	15%	116
00204B	急診診察費（檢傷分類第四級）	449	15%	67
00225B	急診診察費（檢傷分類第五級）	390	15%	59

（二）住院護理費：如地區醫院之全日平均護病比達區域級（含）以上醫院級距範圍，則依其護病比予以不同加成，如下表：

住院護理費 加成項目	急性一般病床（含精神） ^{註1}		經濟病床（含精神） ^{註1}	
	第一天	第二天起	第一天	第二天起
現行支付點數	1,020 ^{註2}	785 ^{註2}	688 ^{註2}	529 ^{註2}
護病比 級距範圍	調整後 點數	補付 差額	調整後 點數	補付 差額
11.5-11.9	1,037	17	798	13
			699	11
			538	9

11.0-11.4	1,054	34	811	26	711	23	547	18
10.5-10.9	1,071	51	824	39	722	34	556	27
10.0-10.4	1,088	68	837	52	733	45	564	35
9.0-9.9	1,105	85	850	65	745	57	573	44
8.5-8.9	1,122	102	863	78	756	68	582	53
8.0-8.4	1,139	119	876	91	768	80	591	62
7.5-7.9	1,156	136	889	104	779	91	600	71
7.0-7.4	1,173	153	903	118	791	103	609	80
<7.0	1,190	170	916	131	802	114	617	88

註 1：本表住院護理費，係指符合支付標準第二部第一章第三節通則九、(二)之全日平均護病比加成規範者。

註 2：依前述規範，地區醫院護病比<13.0 者，其加成率為 20%，爰本表之「現行支付點數」係以加計 20% 後之點數呈現。

四、本計畫自公告實施日起，回溯至 112 年 1 月按季均分及結算，由本署統一補付點數差額，每點支付金額不高於 1 元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。

陸、評估指標

一、區域級（含）以上醫院：十四日內再住院率不高於該層級別 108 年比率。

(一)分子：十四日內再住院的案件數。

(二)分母：出院案件數。

二、地區醫院：全日平均護病比<12.0 之地區醫院家數不低於 108 年。

柒、修訂與修正程序

本計畫報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。本方案之修訂，屬給付項目及支付標準者，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

各層級醫療院所急重症基本診療項目支付點數比較表

現行支付點數							計畫調整 支付點數
編號	診療項目	基層 院所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數	支 付 點 數
02011K	加護病床住院診察費(天)				v	1925	2034
02012A				v	1729		
02013B			v		1536		
02017K	新生兒中重度住院診察費(天)				v	819	1512
02018A				v	777	884	
02019B			v		710		
03073A	急診觀察床(床/天) --病房費(第一天)			v	v	367	551
03074B			v			306	
03018A	--病房費(第二天起)			v	v	167	334
03019B			v			167	
03075A	急診觀察床(床/天) --護理費(第一天)			v	v	571	857
03076B			v			475	
03042A	--護理費(第二天起)			v	v	175	350
03043B			v			151	
01015C	急診診察費	v	v			667	調整地區 醫院層級 767
00201B	急診診察費(按檢傷分類) 檢傷分類第一級		v	v	v	1800	調整地區 醫院層級 2070
00202B	檢傷分類第二級		v	v	v	1000	1150
00203B	檢傷分類第三級		v	v	v	776	892
00204B	檢傷分類第四級		v	v	v	449	516
00225B	檢傷分類第五級		v	v	v	390	449

現行支付點數						計畫調整 支付點數	
編號	診療項目	丁 級	丙 級	乙 級	甲 級	支付 點數	支付 點數
03010E	加護病床 ICU (床/天) --病房費				v	2852	3177
03011F				v		2406	3000
03012G			v			2406	

註：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部 第一章 第三節 病房費通則：

加護病床支付標準，原則依衛生福利部八十七年「加護病房評定」等級認定；惟新設立、增床者及自八十九年起醫院評鑑層級異動者，加護病床支付標準，依其當時醫院評鑑之特約層級，按醫學中心-甲級、區域醫院-乙級、地區醫院-丙級方式認定。

報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：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)，請鑒察。(資料後附)

.....

本會補充說明：

本案係依本(112)年度總額核(決)定事項須提本會報告之項目及本會本年度工作計畫，安排健保署報告內容必須包含：11 項涉及四部門總額預算扣減或檢討節流效益之處理規劃，及 1 項牙醫部門專款項目之照護成效評估結果，相關核(決)定事項說明如下：

一、有關四部門總額預算扣減或檢討節流效益項目之處理規劃，計 11 項：

(一)依 112 年度總額核(決)定事項，四部門總額計 11 項協商項目，需依實際執行結果扣除未執行預算或與一般服務重複部分、檢討執行成效及評估效益，供總額協商參考，如下：

協商項目		協定事項(摘要)
牙醫門診		
1	12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫(專款)	依 112 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。
2	高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫(專款)	檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源
3	超音波根管沖洗計畫(專款)	檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源
4	齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫(專款)	檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源

協商項目		協定事項(摘要)
中醫門診		
1	多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度(一般服務)	依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度
2	提升中醫小兒傷科照護品質(一般服務)	依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。其「當年度執行額度」，應以點數調升所增加之費用計算
3	針傷合併治療合理給付(一般服務)	依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。其「當年度執行額度」，應以調升針傷合併治療給付增加之費用與原申報費用之差額計算
4	增加「特定疾病門診加強照護」適應症腦中風後遺症(診斷碼 I69)(一般服務)	依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度。其「當年度執行額度」，應以新增腦血管適應症(診斷碼 I69)與既有適應症申報費用之差額計算
5	照護機構中醫醫療照護方案(專款)	依 112 年度預算執行結果，於一般服務扣除與本項重複部分之費用
醫院及西醫基層		
1	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(一般服務)	若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度
2	藥品及特材給付規定改變(一般服務)	若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度

(二)至於健保署依上述規劃方式之執行結果，依 112 年 2 月委員會議決定之總額協定事項辦理時程，需於 113 年 3 月委員會議提報本會，做為 114 年度總額協商參考。

二、有關牙醫門診總額「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」專款項目之照護成效評估結果：

(一)112 年度總額本項專款之協定事項，摘要如下：

- 1.持續監測執行結果，評估照護成效，於 112 年 7 月將評估結果提全民健康保險會報告。
- 2.再行試辦 1 年，若未呈現具體成效即應退場。

(二)本計畫自 109.3.1 起實施迄今 3 年，依健保署評核執行成果報告資料，摘要執行結果如下(詳細執行結果如附件，第

102 頁)：

牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫

項目	年度	109	110	111
預算數(百萬元)		7.8	12.0	12.0
預算執行數(百萬元)		4.5	4.0	5.1
預算執行率(%)		57.3%	32.9%	42.8%
執行試辦點(個)		2	1	1
服務診次(B)		1,194	1,095	1,091
--有提供醫療服務之診次		418	361	412
--待診之診次(A) (值班待診無提供醫療服務之診次)		776	734	679
--待診之診次占率(A/B)(%)		65.0%	67.0%	62.2%

決定：

牙醫門診總額牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫執行情形

自109年3月31日起實施

項目	年度	107	108	109	110	111
牙醫急診醫不足獎勵計畫						
預算數(百萬元)		7.8	12.0	12.0
預算執行數(百萬元)		4.5	4.0	5.1
預算執行率		57.3%	32.9%	42.8%
服務診次(B)		1,194	1,095	1,091
--有提供醫療服務之診次		418	361	412
--待診之診次(A)		776	734	679
--待診之診次占率(A/B)		65.0%	67.0%	62.2%
服務總人次		805	627	659
論次申報費用(百萬點) ^{註2}		4.5	4.0	5.1
--支援夜間急診服務(P22201、P22202)		4.5	4.0	4.5
申報點數	
--值班待診費用(P2201C)申報點數		0.7
(111年新增支付項目)	
醫療費用申報點數(百萬點)(由一般服務支應)		0.9	0.6	0.7
總額協定事項之執行情形(109年)^{註1}						
執行目標：2個試辦點		2	2	2
--執行試辦點 ^{註1}		2	1	1
--目標達成率		100%	50%	50%
預期效益評估指標：						
試辦計畫滿1年後以下指標較前1年改善						
--申報案件數		805	627	659
--申報點數(百萬點) ^{註4}		0.9	0.6	0.7
--就醫人數		775	615	623
--平均每就醫人費用點數(不含論次費用) ^{註4}		1,199	1,030	1,069
--平均每件費用點數(不含論次費用) ^{註4}		1,154	1,011	1,011
關鍵績效指標(自選3項)						
1.執行試辦點		2	1	1
2.3日內再急診率(同疾病) ^{註3}		0.9%	4.2%	1.7%
3.預算執行率		57.3%	32.9%	42.8%

註：1.109年新增計畫，協定事項略以：妥為規劃本計畫執行方式(含2個試辦點、適應症與支付方式等)。109年6月、7月分別於嘉義市陽明醫院及成大醫院斗六分院支援提供夜間牙醫急診服務。110年起計畫施行地區擴增為除6都外之地區(共210個鄉鎮市區)，110~111年僅嘉義市陽明醫院支援此服務(110年5月27日至6月30日因COVID-19疫情暫停執行)。

2.本項預算支應支援急診試辦中心夜間急診服務之論次費用(如下)，至於申報之醫療費用則由一般服務預算支應：(1)夜間門診時段(21:00-09:00)，每4小時為1診次。(2)支援夜間急診服務：每診次(4小時)之平日、假日點數，分別10,000點、12,000點(限有申報92093B、92094C或92096C等急症處置項目始可申報)。(3)值班待診費用(111年新增)：每診次(4小時)1,000點。

3.3日內再急診率：109年僅計算相同牙位案件，110年起除相同牙位案件外，亦列計院所未申報詳細牙位(僅申報全口、上半口、下半口、上顎前齒、下顎前齒、上半右口、上半左口、下半右口、下半左口)之案件。

4.申報點數、平均每就醫人費用點數及每件費用點數均不含論次費用，若含論次費用：111年平均每人約9,320點，每件約8,810點。

第二案

報告單位：本會第三組

案由：各總額部門 111 年度執行成果評核結果，請鑒察。(資料後附)

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：112 年 6 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

附錄一

檔 號：
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：張嘉云
聯絡電話：02-85906873
傳真：02-85906046
電子郵件：hs101825@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國112年7月10日
發文字號：衛部健字第1123360094號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：1. 本會第6屆112年第5次委員會議(112.6.28)紀錄節錄(含與會人員發言實錄)、2. 本案之決議及委員意見摘要

主旨：檢送本會第6屆112年第5次委員會議(112.6.28)討論事項第二案「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」之決議及委員意見摘要，敬請貴署（會）配合辦理後續事項，請查照惠復。

說明：

- 一、依本會第6屆112年第5次委員會議(112.6.28)決議辦理（會議紀錄節錄如附件1）。
- 二、依旨揭會議決議摘錄及委員關切重點，請貴署（會）配合辦理事項整理如附件2，摘要說明如下：
 - (一)請與中醫門診總額部門依「『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」規定，共同完成「提案前評估」程序，並研議因新冠疫情顯

著影響該部門醫療費用之合理估算方式(請考量並排除與新冠疫情無關之費用影響，如：人口結構改變之自然成長、支付標準調整等因素)及建議動支額度，再提本會討論。委員對「提案前評估」、「動支經費之建議額度及計算方式」之意見摘要詳附件2第1~2頁，請貴署(會)予以回應及提供評估、計算相關資料。

(二)鑑於新冠疫情影響已延續3年，且對四總額部門均造成影響，請貴署本於保險人管理權責，整體評估疫情對四部門總額醫療利用及費用之衝擊，並將評估結果提供本會討論參考。委員意見詳附件2第3頁，請貴署予以提供相關評估資料。

正本：衛生福利部中央健康保險署、中華民國中醫師公會全國聯合會
副本：

「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』項立案」之決議及委員意見摘要

決議一：請中醫門診總額部門及中央健康保險署依該動支程序規定共同完成「提案前評估」程序，並研議因新冠疫情顯著影響該部門醫療費用之合理估算方式(請考量並排除與新冠疫情無關之費用影響，如：人口結構改變之自然成長、支付標準調整等因素)及建議動支額度，再提本會討論。

委員意見摘要如下：

(一)提案前評估

1.評估是否因新冠疫情對總額影響顯著，應考量新冠疫情影響期間整體醫療利用變化，及以未受新冠疫情影響之年度為比較基準：

(1)新冠疫情自 109 年初開始，影響長達 3 年有餘，受新冠疫情衝擊在前期為醫療利用下降，後期則為醫療利用上升，與單一事件(如八仙塵暴)造成當年度醫療利用上升、點值下降情況不同。若要評估新冠疫情衝擊，應要看新冠疫情影響期間整體醫療利用變化，將其流行特性納入考量，不宜只處理醫療利用上升要求補付，也要一併將醫療利用下降如何處理納入考量，建議應整體評估綜合考量。

(2)有關評估未受新冠疫情影響之參照年度，考量新冠疫情自 109 年即開始蔓延，致 109、110 年 2 年醫療利用減少，若以前 1 年(110 年)醫療利用點數及點值做為比較標準，並不合理，建議試算以未受新冠疫情影響之最近 1 年(108 年)做為比較基準，再以新冠疫情影響期間(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。

2.評估醫療利用增加是否歸因於新冠疫情，應排除與新冠疫情無關之影響因素(如：人口結構改變之自然成長、支付標準調整

等)：

- (1)中醫門診總額從 107 年第 4 季開始點值逐年下降，108 年第 4 季在沒有新冠疫情因素影響下，浮動點值已降至 0.82、平均點值 0.88，可見影響 111 年中醫點值因素不單只有新冠疫情，還有其他原已存在的因素，建議詳細評估醫療利用增加之各種因素分析。
- (2)醫療利用點數之成長，除受到人口結構改變造成醫療費用增加的自然成長影響外，支付標準調整也會造成點數成長及點值降低，建議將這些因素一併納入考量。例如 108~111 年中醫門診總額協定項目，多用以調升各項針傷處置支付點數及放寬支付規定，均會對醫療利用點數及點值造成影響。

(二)動支經費之建議額度及計算方式

- 1.動支經費額度之預估，應回歸因新冠疫情造成之財務影響為補付依據，提出因新冠疫情所造成的醫療影響多寡，並必須排除與新冠疫情無關之費用影響，如人口結構改變之自然成長、支付標準調整等因素，才有辦法進一步討論合理動支的經費額度。
- 2.請審慎評估以平均(浮動)點值做為撥補預算基礎之合理性。考量點值是各種管理措施及醫療利用之綜效結果，尚不宜單以補點值方式估算所需費用，希針對特殊事件對醫療利用造成之費用影響予以撥補預算，爰仍請依上開建議釐清並回歸新冠疫情本身對部門醫療費用所造成的影響估算所需費用。

決議二：鑑於新冠疫情影響已延續3年(109~111年)，且對四總額部門均造成影響，請中央健康保險署本於保險人管理權責，整體評估新冠疫情對四部門總額醫療利用及費用之衝擊，並將評估結果提供本會討論本案參考。

委員意見摘要如下：

- (一)新冠疫情並非僅影響單一總額部門，請健保署一併考量四部門總額於新冠疫情流行前期及後期之醫療利用及財務影響，進行整體評估，並建議健保署可蒐集四總額部門及社保司意見，使評估結果更加公平與周全。
- (二)考量自 112.3.20 起中央流行疫情指揮中心調整「嚴重特殊傳染性肺炎」疾病通報定義，回歸總額，及 112 年 4 月底~6 月新冠疫情有攀升之趨勢，持續加重總額負擔，爰請健保署持續監測新冠疫情對 112 年度各部門總額之醫療利用及財務影響。

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：張嘉云
聯絡電話：02-85906873
傳真：02-85906046
電子郵件：hs101825@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國112年7月11日
發文字號：衛部健字第1123360095號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：1. 本會第6屆112年第5次委員會議(112.6.28)旨揭提案內容及會議紀錄節錄、2. 修正旨揭建議案

主旨：檢陳「112年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式」修正建議案，謹請鈞部決定。

說明：

- 一、依據本會第6屆112年第5次委員會議(112.6.28)決議(旨揭提案內容及會議紀錄節錄如附件1)，及112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(下稱協商架構及原則)辦理。
- 二、112年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式業經鈞部核定，並於112年1月9日以衛部健字第1123360002號公告在案。惟本會中醫門診總額部門代表委員於112年第5次委員會議提出旨揭修正案，並經委員共識決議通過，爰依協商架構及原則貳、總額協商原則、七、(二)、2之規定，將旨揭修正建議案(如附件2，修正如劃線處)，陳

請鈞部決定。

正本：衛生福利部

副本：衛生福利部中央健康保險署、中華民國中醫師公會全國聯合會

112 年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務費用 之地區預算分配方式(修正如劃線處)

地區預算：

一、地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

二、分配方式：

(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，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(含風險調整移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同中醫門診總額相關團

體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送全民健康保險會備查。

- 四、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。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。

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>滕委員西華(議事錄第 46 頁)</p> <p>如果沒有疫情點值就已經是 0.88、0.86 了，為什麼點值要補到 0.9？我的意思是說還是可以補，但補的邏輯是什麼？規定沒有說點值上限補到 0.9，點值上限 0.9 是推估出來，是因為平均點值 0.9 而且較前一季下降，所以用平均點值 0.9 來推估點值應該補到上限就是 0.9，按照這個辦法的推測點值上限是 0.9，是不是這樣？政策要說明，動用動支的程序是不是意味著補的時候點值就是要補到 0.9。</p>	<p>謝謝委員建議，本署說明如下：</p> <p>一、有關經費估算一節，因『「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍與動支程序』(下稱「動支程序」)並無訂定預估經費需求之計算方式，爰本署考量評估指標係以「平均點值在 0.9 以下」作為門檻，建議受影響之總額部門，該分區該季平均點值「補至基期年同分區同季平均點值最高 0.9。」。</p> <p>二、本署業依貴會第 5 次委員會議決議，已於 112 年 7 月 12 日與中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)就本案進行討論，將另案提貴會討論。</p>
<p>林委員文德(議事錄第 47 頁)</p> <p>如果要評估疫情衝擊的影響，應該是要看整體利用的影響，譬如說補充資料第 34 頁，歷年點值的變動狀況，可以看到點值大幅提升的時候沒有去處理，現在點值大幅下降的時候要來處理，這樣好像只有補利用增加的部分，利用減少的部分要不要綜合起來做考量，因為疫情衝擊在前面是利用下降，後面是利用上升，現在要補利</p>	<p>謝謝委員建議，本署業依貴會第 6 屆 112 年第 5 次委員會議決議，已於 112 年 7 月 12 日與中全會就本案進行討論，將另案提貴會討論。</p>

委員意見	健保署說明
<p>用上升的部分，前面利用下降要怎麼處理，我覺得這是提評估的時候要綜合考量，而不是只有考慮下降的部分，以上。</p>	
<p>李委員永振(議事錄第 48 頁)</p> <p>第 2 個因為牽涉到去年的預算，那我就心裡有一個疑問，將來在健保署的決算怎麼處理，因為 4 月份已經看過健保基金 111 年度決算報告了，雖然 5 月份的資料顯示，111 年度保險收支結餘由 103 億元跑到 108 億元，多了 4 億 6,000 多萬元，我也不曉得原因，我書面請教啦，但是這樣下去的話要怎麼樣會比較好？如果說這個決定在審計部核了之後，怎麼用去年預算？我比較不瞭解。因為我對財務不太懂，是不是可以說明一下？謝謝。</p>	<p>健保基金採權責發生基礎，醫療費用於年底尚未結算完畢，爰須以預估數列帳，並辦理 111 年度各總額別未結案件應付未付保留數，嗣後將依實際結算辦理保留數沖銷，其差異數列入次年度保險給付之調整數，並不影響 111 年度審定決算。</p>
<p>周委員麗芳(議事錄第 48 頁)</p> <p>主席、各位委員，有關中醫提這案子，我覺得也是可以創造一個通則，剛剛周慶明理事長也已經提出來，也就是說我們有編 10 億元其他預算，但是在政府預算法第 79 條提到各機關因為左列情形之一，得請求提出追加歲出預算，其中有一點就是所辦事業因為重大事故經費超過法定預算。也就是我覺得說站在衛福部的話，雖然總額在其他預算只有 10 億元，但看起來不只中醫，西醫基層，甚至未來醫院、牙醫部門也有可能碰到這樣的問題。正好社保司劉司長剛到任，是不</p>	<p>有關四部門總額於疫情影響期間的醫療利用跟財務影響，業已納入貴會第 6 屆 112 年第 5 次委員會議資料，本案將依前揭會議決議及參採各委員之意見，並已於 112 年 7 月 12 日與中全會討論，將另案提貴會討論。</p>

委員意見	健保署說明
<p>是請社保司協助評估，跟健保署一起評估一下，究竟在 111 年其他預算因應新冠肺炎的非預期風險大致會有多少的支出？如果超過 10 億元的部分，我覺得不應該匡在 10 億元之內，應該向行政院額外爭取。</p>	
<p>林委員恩豪會後書面意見(議事錄第 51~52 頁)</p> <p>新冠疫情並非只有影響單一總額部門，請健保署本於保險人權責，一併考量四部門總額於疫情影響期間的醫療利用跟財務影響，進行整體評估，並建議健保署可蒐集四總額部門及社保司意見，使評估結果對各總額部門更加公平與周全。</p> <p>本次新冠疫情，與之前八仙塵暴一次性事件造成當年度醫療利用上升點值下降的情況不同。考量新冠疫情期間(前 2 年 109、110 年)醫療利用減少，若以前 1 年(110 年)醫療利用點數及點值做為比較標準，並不合理，建議以未受疫情影響之最近 1 年(108 年)做為比較基準，再以疫情影響期間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。</p> <p>醫療利用點數的成長，會受支付標準調升影響，建議一併納入考量。例如 108~111 年中醫門診總額協定項目，多用於調升各項針傷處置支付點數及放寬支付規定，均會對醫療利用點數</p>	<p>有關四部門總額於疫情影響期間的醫療利用跟財務影響，業已納入貴會第 6 屆 112 年第 5 次委員會議資料，本案將依前揭會議決議及參採各委員之意見，並已於 112 年 7 月 12 日與中全會討論，將另案提貴會討論。</p>

委員意見	健保署說明
<p>及點值造成影響。此外，中醫門診總額在 108 年第 4 季沒有疫情流行的情況下，浮動點值已降至 0.82、平均點值 0.88，可見影響中醫點值因素不單只有疫情，還有其他原已存在的因素，例如人口結構老化會使醫療利用自然成長、支付標準調升也會造成點值降低，建議詳細評估醫療利用增加之各種因素分析。並應排除與新冠疫情無關的影響因素，再評估醫療利用增加是否歸因於新冠疫情。</p> <p>請審慎評估以點值做為撥補預算基礎的合理性，應就新冠疫情本身對部門醫療費用所造成得影響估算所需費用。其他預算設立「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目的意旨，是針對特殊事件之醫療利用造成額外的財務風險，給予預算撥補。但點值是各種管理措施跟醫療利用的綜合結果，若以補點值方式估算所需費用，請提出合理性評估及說明。</p> <p>動支經費之預估，應回歸以疫情造成之財務影響為補付依據，健保署部門提出的評估資料，應包含因為疫情所造成的影響力占多少，並排除與新冠疫情無關之費用影響，如人口結構改變之自然成長、支付標準調整等因素，才有辦法進一步討論合理動支的經費額度。</p>	

委員意見	健保署說明
<p>滕委員西華(議事錄第 55 頁)</p> <p>追問一下，剛剛後面有一段話沒有說，因為點值補到 0.75，用自己的 3,000 萬元補到 0.75，剛剛李永振委員說不太夠，但我想到你 113 年會不會告訴我，要用風險調控基金補到 0.8 多，就兩邊都補，我覺得要併案考量，點值太低不是我們樂見，確實應該要支持，剛剛那一案石崇良署長已經答應要跟中醫師公會全聯會併案考慮，也請同時考慮到如果是這樣的話，這裡點值只補到 0.75，要用風險調控基金補剩下點值不到 0.8，如果又要提案動支的話，健保署應該要怎麼看待這件事？謝謝。</p>	<p>本署業依貴會第 6 屆 112 年第 5 次委員會議決議，已於 112 年 7 月 12 日與中全會就本案進行討論，將另案提貴會討論。</p>
<p>李委員永振(議事錄第 64 頁)</p> <p>上次也提到是不是可以提供罕病、血友病前 20 名的用藥情況，這應該不會有個資的問題，因為名字沒有出來，只是第 1~20 名年度藥費是多少，為什麼我會一直提這個，我印象很深刻第 1 次健保署說明改善措施有效果的時候，102、103 年曾提出前 20 名用藥資料，102 年用藥第 1 名 103 年變成第 2 名，但是 2 年用多少錢，1 個人約 1 億 5 千萬元，我比較 care 這個，請再補充一下這部分的資料。</p> <p>第 4 個，同樣補充資料第 83 頁投影片第 19 張血友病藥費管理措施之一，雲端用藥查詢減少跨院領藥的相關說明，這部分是不是可以進一步說明，</p>	<p>一、罕藥：</p> <p>罕藥使用情形，109 年個案使用罕藥藥費最高為 4,373 萬元，至 110 年藥費為 1,942 萬元；110 年個案使用罕藥藥費最高為 5,092 萬元，至 111 年藥費為 2,696 萬元。</p> <p>二、血友病：</p> <p>血友病用藥使用情形，109 年個案使用藥費最高為 1 億餘元，至 110 年藥費為 2,854 萬元(成長率為-71.5%)；110 年個案使用藥費最高為 7,058 萬元，至 111 年藥費為 5,338 萬元(成長率為-24.4%)。</p> <p>三、本署 104 年建置凝血因子用藥紀錄頁籤，提供彙整領藥資訊，以</p>

委員意見	健保署說明
<p>如果有存在這種現象的話要如何處置、處理，是要罰款還是怎麼樣。</p>	<p>利醫師查詢並及時瞭解個案用藥情形，以達合理用藥、穩定病人病情之目的。經瞭解跨院就醫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等單次性跨院，如發現異常案件，必要時進行抽審。</p>
<p>劉委員淑瓊(議事錄第 66~68 頁)</p> <p>我們發現在醫院層級的部分，各位可以看到地區醫院的初級門診照護率的下降非常明顯，但我們所關心的醫學中心，因為我們希望4個層級能夠各就各位、各司其職，不要搶別人的病人，但是我們看醫學中心從106年，就是我們實施分級醫療之前，一直到現在其實門診的初級照護率並沒有什麼變化，甚至近年的這個照護率還要高於之前沒有做分級醫療，就是13.94%相對於13.90%。</p> <p>從剛剛健保署投影片(補充資料第101頁投影片第2張)，看到西醫基層就醫人次占率下降，加上醫學中心初級門診照護率沒有顯著變化，我們要問的是現在的分級醫療政策，是不是對於大醫院的初級門診照護率其實是沒有成效的？這個我們比較希望健保署能夠做進一步的分析。</p> <p>請看補充資料第106頁投影片第11張，我第2個要提出的問題，謝謝署方提供慢性病人下轉到基層診所停留的</p>	<p>一、有關地區醫院的門診初級照護率下降非常明顯一節說明如下：</p> <p>(一) 整體而言，各層級醫事機構之門診初級照護率自106年至111年均呈現下降趨勢，惟醫學中心或區域醫院微幅成長可能原因係疫情期間，民眾感冒發燒症狀無法自行區分是否為COVID-19、流感或一般感冒，故逕自前往醫學中心或區域醫院就醫所致。</p> <p>(二) 以特約類別來看，地區醫院初級門診照護率雖由106年35.69%下降至111年30.26%，惟如以一般病床數250床加以區分分析，說明如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 250床以上之地區醫院：106年為31.82%，111年下降至23.95%。 2. 250床以下之地區醫院：106年為35.82%，111年下降至31.80%。

委員意見	健保署說明
<p>時間變化，所以從數據看起來，下轉病人平均停留基層的天數，還有慢性病人下轉到診所的停留天數都有增加，剛剛我們健保署同仁講得很好，可能是疫情的因素，所以我們很高興總算能夠用疫情因素解釋在這個地方，我們建議還要繼續觀察，這個數據就是希望每次有講到分級醫療的時候，都能夠同時呈現。</p> <p>但是我們也從這個數據裡面觀察到，病人因為同一個疾病，90 天內回醫院的前3大原因，其實跟多數的醫院下轉的原因是一樣的，就是很接近，從 109 年到 111 年前3名是糖尿病、高血壓性疾病、急性上呼吸道感染等，都很像，所以我們就不知道這要怎麼解釋，這個也要請健保署進一步說明，謝謝。</p>	<p>3. 綜上，大型地區醫院(250床以上)呈現明顯下降趨勢，而小型地區醫院則微幅下降。</p> <p>(三) 本署推動部分負擔新制甫於112年7月1日起實施，本署將持續觀察各層級醫療機構初級門診照護率情形。</p> <p>二、有關病人因為同一個疾病，90天內回醫院的前3大原因，跟多數的醫院下轉的原因是一樣的疾病一節說明如下：</p> <p>查醫院及基層轉診之病人多數為具多重慢性病之老人，糖尿病、高血壓性疾病、急性上呼吸道感染之常見疾病，母群體多為此三類疾病，故 90 日內回醫院之前三大疾病亦相同，另亦可能因病人病情變化需進一步診斷或檢查而回醫院就醫，如糖尿病多有其他慢性合併症，包括心臟血管、眼睛、腎臟和神經方面的病變等問題回醫院就醫。</p>
<p>滕委員西華(議事錄第 70~71 頁)</p> <p>我想要請健保署下次在分析這個資料時，可不可以多分析 3 樣資訊，第 1 個就是剛剛劉淑瓊委員有關切的病人下轉平均停留基層的時間，在補充資料第 106 頁的投影片第 11 張，排除同一個疾病 90 天內回診就少了 1/3 左右，111 年為 91.91 天，更不要提新冠肺炎疫情的因素，因為新冠肺炎疫情留下</p>	<p>一、經統計108年至111年下轉病人，平均就醫次數108年由7.98次，下降至111年7.56次；平均就醫費用108年由6,720點，下降至111年4,596點，兩者均呈現下降趨勢。</p> <p>二、上下轉之診所多為參與家醫計畫診所約62%，件數占率為69%，聯合診所家數僅0.1%，件數占率</p>

委員意見	健保署說明
<p>來不是壞事，但我想知道這個停留期間，病人的就醫率跟醫療費用的變化，因為停留診所時間跟我第2個問題有關，假如我們去到試辦診所，那些有品質支付，照道理說停留時間越長醫療費用不應該持續增加，而是可能有點期待品質要上升醫療費用要下降，所以這裡沒有看到他停留期間就診率跟醫療費用變化，我覺得有機會可以分析一下。</p> <p>第2個是基層診所上轉、下轉跟接收都有前 10 大疾病分析，能否加以分析到底是什麼樣的診所樣態在上轉病人與接收下轉病人，因為我們都知道最近尤其是外科系的診所越開越多間，聯合診所也是，台灣的診所跟西方國家不同，我們是專科診所居多也是事實，究竟什麼樣的診所在上轉是很勤奮或是他轉對的？是聯合診所、專科診所，還是什麼樣的專科診所，還是家醫群？因為我們後面有個精進計畫，署裡面特別提到對家醫群的期待，是不是家醫群特別在診斷病人的正確性與上轉病人其實是最努力的？我不知道，這只是問號，到底誰在這件事情上表現有沒有樣態上差異？</p> <p>同樣在接收的，就是除了原診所上轉到醫院，原醫院下轉到原診所，因為病人也可能自由就醫，所以上轉後，回到原本轉診醫院的比例到底是多少？這是第1個，第2個是接收的這</p>	<p>為0.2%。</p>

委員意見	健保署說明
<p>個診所樣態又是什麼，要轉回來還是轉到原診所，若不是轉到原診所是轉到哪？有哪些病人會讓原本上轉醫院會放下來？放下來又是放到哪些診所？是不是聯合診所，例如癌症病人若轉下來要做更多照護，這樣會不會有影響，會不會就是上轉醫院認為病人可以下轉，但是病人第1個不安心，或是他自己跑去就醫，不信任醫院下轉的建議，為什麼醫學中心初級照護率降不下來，難道是因為他有所顧慮，病人的病情明明可以接受基層照顧，但他還是覺得很複雜，一直轉不下來，或病人不肯回來，診所別會不會有差異，這都是我的疑問，所以如果可以的話，下次嘗試分析這些資料，讓我們知道究竟在轉診型態裡面，哪種形式是最多、最有效率的轉診，謝謝。</p>	



全國勞工聯合總工會
National Federal Labor Union

全民健康保險會付費者團體代表 聯名函

聯名人：田士金(中華民國全國漁會)，李永振(中華民國工商協進會)，林恩豪(全國勞工聯合總工會)，林淑珍(中華民國農會)，花錦忠(台灣總工會)，侯俊良(中華民國全國教師會)，陳杰(中華民國全國總工會)，張清田(中華民國會計師公會全國聯合會)，陳節如(台灣社會福利總盟)，陳鴻文(中華民國全國工業總會)，游宏生(全國產業總工會)，董正宗(中華民國工業區廠商聯合總會)，楊玉琦(中華民國全國工業協進會)，楊芸蘋(中華民國全國職業總工會)，鄭力嘉(全國產職業總工會)，鄭素華(全國工人總工會)，劉守仁(中華民國全國商業總會)，劉淑瓊(台灣醫療改革基金會)，蔡麗娟(臺灣癌症基金)
(以上依筆劃排序)

115204

台北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：全民健康保險會

發文日期：中華民國112年06月30日

發文字號：全勞聯總豪字第112060013號

速別：最速件

密等及解密條件：

附件：



主旨：有關113年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍乙案，建議大院參採全民健康保險會付費者團體代表委員諮詢意見，該年度之費用總額成長率以原擬之下限1.053%至上限4%為範圍，請查照。

說明：

- 一、依衛生福利部本(112)年6月7日衛部保字第1121260179號函辦理。
- 二、近年健保財務收支趨於失衡，在總額持續高成長率情形下，全民健康保險不斷面臨健保費率調漲之壓力，衛生福利部原於本(112)年4月26日提案送請全民健康保險會諮詢之內容，成長率範圍即訂為首揭所示，並經該次委員會議充分討論，亦符一般台灣民眾福祉與期待，今衛生福利部報院之113年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率範圍已屬偏高，爰建議如主旨，敬請大院合宜調整。

衛生福利部全民健康保險會收發



119 7 3

正本：行政院，國家發展委員會，衛生福利部，衛生福利部薛部長瑞元辦公室，
全民健康保險會

副本：中華民國全國漁會，中華民國工商協進會，全國勞工聯合總工會，中華民國農會，台灣總工會，中華民國全國教師會，中華民國全國總工會，中華民國會計師公會全國聯合會，台灣社會福利總盟，中華民國全國工業總會，全國產業總工會，中華民國工業區廠商聯合總會，中華民國全國工業協進會，中華民國全國職業總工會，全國產職業總工會，全國工人總工會，中華民國全國商業總會，台灣醫療改革基金會，臺灣癌症基金

理事長 林恩豪

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6月17日

發文字號：健保醫字第1120662508號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨 (A21030000I_1120662508_doc3_Attach1.pdf)

主旨：檢陳「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫
(草案)」修訂版(附件)，請鑒核。

說明：

- 一、本署112年5月19日健保會醫字第1120662005號函(諒達)暨依據台灣腎臟醫學會112年5月26日台腎醫麥字第11200500136號函、台灣腎臟醫學會112年6月2日台腎醫麥字第11200600141號函及同年5月5日台腎醫麥字第11200600143號函暨同年6月6日及8日電子郵件辦理。
- 二、台灣腎臟醫學會依據112年5月24日衛生福利部全民健康保險會第6屆112年第5次委員會議委員建議暨本署112年5月30日全民健康保險醫療給付費用門診透析預算112年第2次研商議事會議決議修訂旨揭計畫如下：
 - (一)修正執行目標及預期效益評估指標：
 - 1、執行目標：
 - (1)腹膜透析新發個案占率：>10%。
 - (2)腹膜透析盛行個案占率：>8%。



112.06.19



1123340155

2、預期效益評估指標：

(1)腹膜透析病人1年存活率：>96%。

(2)腹膜透析病人3年存活率：>80%。

(3)腹膜透析病人腹膜炎發生率：<1.53次/每百
月。

(4)腹膜透析病人Weekly Kt/V \geq 1.7百分比： \geq 93%。

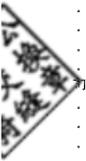
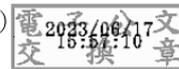
(二)有關本案與其他健保專案計畫之支付衡平性問題，因新發腹膜透析個案之數目與其他專案個案數目相對稀少，其個案病人之收案、醫療執行、後續照護等也相對較複雜，須投入較多且特別之人員訓練、以及醫療單位建置及運作成本之原因，爰此方案訂定之支付點數相較於其他專案較高。

(三)修訂醫病共享決策標準化衛教教材。

三、另酌修旨揭計畫部分同附件。

正本：衛生福利部

副本：衛生福利部全民健康保險會、台灣腎臟醫學會(均含附件)



檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

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

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國112年6月29日

發文字號：衛部保字第1120126094號

速別：普通件

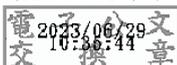
密等及解密條件或保密期限：

附件：全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫
(A210000001_1120126094_doc2_Attach1.pdf)

主旨：所報新增「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提
升照護品質計畫」(修正如附件)一案，同意照辦，復請查
照。

說明：復貴署112年5月19日健保醫字第1120662005號函暨同年6月
17日健保醫字第1120662508號函。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

總收文 112.06.29



1120112758

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7月4日
發文字號：健保醫字第1120112758號
附件：請至本署全球資訊網公告欄擷取

主旨：公告「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」，計畫期間自112年1月1日至同年12月31日，惟本計畫第捌項「給付項目及支付標準」，自公告日起生效。
依據：衛生福利部112年6月29日衛部保字第1120126094號函辦理。
公告事項：

一、具有下列資格之全民健康保險特約醫療院所，得向本保險分區業務組提出申請：

(一)醫師資格：

- 1、應至少有一名專任腎臟專科醫師。
- 2、設立於山地離島地區之特約院所，除前項外，得有經二個月之腹膜透析訓練(112年度腹膜透析醫師及護理人員訓練指定醫院名單，詳附件1)，且完成台灣腎臟醫學會

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300160

舉辦之腹膜透析班訓練並取得及格證書之醫師，或得以
腎臟專科醫師兼任之。

(二)護理人員：領有台灣腎臟醫學會與台灣腎臟護理學會共同
舉辦之腹膜透析訓練班上課證明者。

二、旨揭計畫置於本署全球資訊網\公告，請自行下載。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、台灣腎臟醫學會、台灣醫院協會、社
團法人台灣基層透析協會、中華民國醫師公會全國聯合會、本署各分區業務組、
本署主計室、本署財務組、本署資訊組、本署醫審及藥材組(均含附件)

署長 石崇良



健保會對「因新冠疫情對中醫門診總額整體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」及「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」之討論結果

健保會 112.7

因新冠疫情導致民眾中醫就醫利用率改變，從確診到後遺症治療至中醫院所看診的需求增加，致使就醫人數攀升，造成各區點值下滑，本會中醫部門總額代表委員，乃於6月份委員會議提出兩案因應做法。第一案係希望動支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，因應新冠疫情異常流行對111年第3、4季中醫醫療費用造成顯著影響；第二案是於112年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配，增列風險調整移撥款，以減少部分分區因浮動點值過低所造成之衝擊。

有關訴求動支「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」預算部分，111年該項編列有10億元，其經費支用須依本會106年第3次委員會議議定「『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目之適用範圍與動支程序」(下稱非預期風險動支程序)辦理，截至目前為止，該項預算並未動支。依動支程序規定，於年度中發生之傳染性疾病異常流行等突發性特殊情況，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者，屬於「非預期風險」事件，須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；提案時，須檢附共同評估之資料與相關數據(含不可歸責於總額部門之評估資料)，供本會議定。

本提案在委員會議當天，並未收到提案委員與健保署共同完成之提案前評估資料，僅有健保署依本會幕僚於會前要求其提供相關資料，委員仍依提案內容及健保署所提資料進行討論。該案經委員熱烈討論，最後決議：本案依提案內容及健保署所提資料，尚符合適用範圍與動支程序之適用範圍。惟請中醫門診總額部門及健保署依該動支程序規定共同完成「提案前評估」程序，並研議因新冠疫情顯著影響該部門醫療費用之合理估算方式(請考量並排除與新冠疫情無關之費用影響，如：人口結構改變之自然成長、支付標準調整等因素)及建議

動支額度，再提本會討論。並請健保署本於保險人管理權責，整體評估疫情對四部門總額醫療利用及費用之衝擊，將評估結果提供本會討論本案參考。

另有關 112 年中醫門診總額一般服務地區預算分配方式，增列風險調整移撥款之修正案，衛福部前於 112.1.9 公告該地區預算分配方式在案，中醫門診總額部門因 112 年部分分區浮動點值掉至 0.7 元，乃提出自五分區(不含東區)一般服務費用移撥 3,000 萬元作為風險調整移撥款之修正案，主要用於浮動點值低於 0.75 的分區撥補至 0.75。委員認為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、點值低之地區，本案尚屬合理，惟依本會訂定之「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」(下稱 112 年度總額協商架構及原則)規定，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，則依本會會議規範提案討論，決議達共識部分，向衛福部提出建議。經討論後本修正案通過，同意 112 年中醫門診總額地區預算，自五分區(不含東區)一般服務費用移撥 3,000 萬元，作為風險調整移撥款，並依 112 年度總額協商架構及原則之規定，將本修正建議送請衛福部決定。

本次會議中醫部門因受新冠疫情影響而提出兩項議案，經委員充分討論及綜合考量後，提出因應措施建議，並要求健保署本保險人權責，整體評估疫情對四部門醫療利用及衝擊，妥為因應，期總額運作更趨穩健，為民眾提供更佳之醫療服務。

出處：相關內容詳衛福部健保會第 6 屆 112 年第 5 次委員會議議事錄(112 年 6 月 28 日)

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：張謝庭
聯絡電話：(02)8590-6728
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：lgboris@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30日
發文字號：衛部保字第1120127587號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：總統府秘書長函

主旨：立法院咨請總統公布修正全民健康保險法第八十條之一及第八十條之二條文一案，業奉總統112年6月28日華總一義字第11200054031號令公布，請查照。

說明：

- 一、依據總統府秘書長112年6月28日華總一義字第11200054030號函(影本如附件)辦理。
- 二、旨揭修正案刊載於總統府公報第7670號(見總統府網站<https://www.president.gov.tw>公報系統)。

正本：行政院各部會行總處署、各直轄市及各縣(市)政府、衛生福利部中央健康保險署、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會、本部法規會

副本：

112.06.30



112CC00520

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：陳孟渝
聯絡電話：(02)8590-6749
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：nhmengyu@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7月12日
發文字號：衛部保字第1121260209C號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：發布令影本（含修正規定）1份

主旨：「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第二條附表一、附表二，業經本部於中華民國112年7月12日以衛部保字第1121260209號令修正發布，茲檢送發布令影本（含修正規定）1份，請查照轉知。

正本：衛生福利部中央健康保險署、本部醫事司、本部綜合規劃司、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會
副本：



檔 號：
保存年限：

衛生福利部 令

發文日期：中華民國112年7月12日
發文字號：衛部保字第1121260209號
附件：「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第
二條附表一、附表二



修正「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第二條附表一、附表
二。

附修正「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第二條附表一、
附表二

部長 薛瑞元

衛生福利部公告 中華民國112年6月27日
衛授國字第1120760645號

主 旨：預告「菸品健康福利捐分配及運作辦法」修正草案。

依 據：行政程序法第一百五十一條第二項準用第一百五十四條第一項。

公告事項：

- 一、修正機關：衛生福利部。
- 二、修正依據：菸害防制法第五條第一項。
- 三、「菸品健康福利捐分配及運作辦法」修正草案如附件。本案另載於本部國民健康署網站（網址：<https://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=129>）之「本署公告」網頁及國家發展委員會「公共政策網路參與平臺－眾開講」網頁（網址：<https://join.gov.tw/policies/>）。
- 四、對於本公告內容有任何意見或修正建議者，請於本公告刊登公報次日起60日內陳述意見或洽詢：
 - （一）承辦單位：衛生福利部國民健康署
 - （二）地址：臺北市大同區塔城街36號
 - （三）電話：（02）25220888轉604，黃先生
 - （四）傳真：（02）25220621
 - （五）電子郵件：ming0408@hpa.gov.tw

部 長 薛瑞元

菸品健康福利捐分配及運作辦法修正草案總說明

「菸品健康福利捐分配及運作辦法」(以下稱本辦法)前於九十六年十月十一日訂定發布,其後歷經六次修正,配合菸害防制法(以下稱本法)於一百十二年二月十五日修正公布,為因應科技發展,全民健康保險所涉醫藥服務之品質評估、審查及相關規範制定等事項,專業度與人力需求大幅提升;又為求全民健康保險資源有效利用,能持續研擬規劃相關政策及改革措施,周延照護國民健康與醫療權益,爰擬具本辦法修正草案,修正要點如下:

- 一、配合本法修正,調整本辦法授權依據條次。(修正條文第一條、第三條)
- 二、增訂醫療科技評估、醫療服務審查及全民健康保險政策推動之菸品健康福利捐分配項目。(修正條文第四條)

菸品健康福利捐分配及運作辦法修正草案條文

對照表

修正條文	現行條文	說明
第一條 本辦法依菸害防制法（以下稱本法） <u>第五條</u> 第一項規定訂定之。	第一條 本辦法依菸害防制法（以下簡稱本法）第四條第四項規定訂定之。	配合本法修正後條次變更，修正本辦法授權依據。
第二條 菸品健康福利捐之金額應依本法第四條規定計算並徵收之。	第二條 菸品健康福利捐之金額應依本法第四條規定計算並徵收之。	本條未修正。
第三條 菸品健康福利捐依本法 <u>第五條</u> 第二項規定用於菸農與相關產業勞工之輔導及照顧，以受輔導及照顧者因配合本法之施行，致無法繼續從事於本法施行前已從事與菸草種植相關之工作，且其配合確符本法之立法目的，防制菸害發生者為限。	第三條 菸品健康福利捐依本法第四條第四項規定用於菸農及相關產業勞工之輔導與照顧，以受輔導與照顧者因配合本法之施行，致無法繼續從事於本法施行前已從事與菸草種植相關之工作，且其配合確符本法之立法目的，防制菸害發生者為限。	配合本法修正後條次變更。
第四條 菸品健康福利捐之分配，應視受輔導與照顧者實際需求，以定額先分配供菸農及相關產業勞工輔導與照顧及由農業主管機關使用於有利癌症防治之相關產業輔導之用。但其金額不得超過前一年度菸品健康福利捐徵收金額之百分之一，由中央農業主管機關依年度預算程序編列，其餘額依下列	第四條 菸品健康福利捐之分配，應視受輔導與照顧者實際需求，以定額先分配供菸農及相關產業勞工輔導與照顧及由農業主管機關使用於有利癌症防治之相關產業輔導之用。但其金額不得超過前一年度菸品健康福利捐徵收金額之百分之一，由中央農業主管機關依年度預算程序編列，其餘額依下列	一、全民健康保險法第四十一條第二項及第三項、第四十二條第二項規定，全民健康保險醫療服務及藥物給付項目及支付標準由保險人(即衛生福利部中央健康保險署)、相關機關及專家學者等人召開會議共同擬訂，而在會議召開前，保險人得辦理醫療科技評估相關作業(如：

<p>比率分配之：</p> <p>一、百分之五十供全民健康保險之安全準備、<u>醫療科技評估、醫療服務審查、全民健康保險政策推動及補助經濟困難者之保險費</u>之用。</p> <p>二、百分之二十七點二供罕見疾病等之醫療費用、癌症防治、中央與地方菸害防制及衛生保健之用。</p> <p>三、百分之十六點七供提升預防醫學與臨床醫學醫療品質、補助醫療資源缺乏地區及辦理生產事故救濟等之用。</p> <p>四、百分之五點一供中央與地方社會福利及長期照顧資源發展之用。</p> <p>五、百分之一供中央與地方私劣菸品查緝及防制菸品稅捐逃漏之用。</p>	<p>比率分配之：</p> <p>一、百分之五十供全民健康保險之安全準備及補助經濟困難者之保險費之用。</p> <p>二、百分之二十七點二供罕見疾病等之醫療費用、癌症防治、中央與地方菸害防制及衛生保健之用。</p> <p>三、百分之十六點七供提升預防醫學與臨床醫學醫療品質、補助醫療資源缺乏地區及辦理生產事故救濟等之用。</p> <p>四、百分之五點一供中央與地方社會福利及長期照顧資源發展之用。</p> <p>五、百分之一供中央與地方私劣菸品查緝及防制菸品稅捐逃漏之用。</p>	<p>HTA、HTR)及公開評估結果；又同法第六十三條第一項亦規定保險人對於保險醫事服務機構辦理全民健康保險醫療服務，應遴聘或委託具臨床或相關經驗之專家或專業機構審查。因保險醫事服務機構、藥物提供者等申請上述相關服務或提供建議案件日增，現有財源已不敷所需，且因應醫療科技迅速發展之趨勢，辦理上述評估及審查作業亦有高度專業需求，為落實精準醫療目標、加強審查提升醫療品質及滿足財務支應，爰修正本條第一款文字，於符合本法第五條第一項菸品健康福利捐應用於提升醫療品質之範圍內，於第一款增列醫療科技評估、醫療服務審查之項目。</p> <p>二、另保險人為全民健康保險資源有效利用持續研擬規劃相關政策及改革措施，在全民健康保險服務項目持續增加下，現行資源可供運用實屬有限，為規劃及推動相關政策以周延照護國民健康與醫療權益，爰於</p>
--	--	---

		第一款增列全民健康保險政策推動項目。
<p>第五條 菸品健康福利捐之運作方式如下：</p> <p>一、供前條第一款至第四款之用者，其受分配機關為衛生福利部及所屬機關。</p> <p>二、供前條第五款之用者，其受分配機關為財政部及所屬機關。</p> <p>三、供前條菸農及相關產業勞工輔導與照顧之用及由農業主管機關使用於有利癌症防治之相關產業輔導者，其受分配機關為中央農業主管機關及所屬機關。</p> <p>前項各該受分配機關獲配款項之運用，應以明顯標示或其他方式，表達款項來源為菸品健康福利捐，並應納入其主管之單位預算採收支併列方式辦理或其主管之特種基金循預算程序辦理，並建立完善之管理機制。</p> <p>衛生福利部應就菸品健康福利捐使用成效、行政配合及預算執行狀況等進行評核，納入未來調整分配比率之參考。</p> <p>菸品健康福利捐</p>	<p>第五條 菸品健康福利捐之運作方式如下：</p> <p>一、供前條第一款至第四款之用者，其受分配機關為衛生福利部及所屬機關。</p> <p>二、供前條第五款之用者，其受分配機關為財政部及所屬機關。</p> <p>三、供前條菸農及相關產業勞工輔導與照顧之用及由農業主管機關使用於有利癌症防治之相關產業輔導者，其受分配機關為中央農業主管機關及所屬機關。</p> <p>前項各該受分配機關獲配款項之運用，應以明顯標示或其他方式，表達款項來源為菸品健康福利捐，並應納入其主管之單位預算採收支併列方式辦理或其主管之特種基金循預算程序辦理，並建立完善之管理機制。</p> <p>衛生福利部應就菸品健康福利捐使用成效、行政配合及預算執行狀況等進行評核，納入未來調整分配比率之參考。</p> <p>菸品健康福利捐</p>	<p>為使文義明確，酌作文字修正。</p>

<p>之運用，各受分配機關年度經費之執行情形、成效、金額、補(捐)助事項、受補(捐)助單位名稱與金額及相關資訊，應於次年四月前於各機關網站公開。</p>	<p>之運用，各受分配機關年度經費之執行情形、成效、金額、補(捐)助事項及受補(捐)助單位名稱與金額等相關資訊，應於次年四月前於各機關網站公開。</p>	
<p>第六條 菸品健康福利捐會計事務之處理，由各受分配機關就其受分配之部分，依有關法令規定辦理。</p>	<p>第六條 菸品健康福利捐會計事務之處理，由各受分配機關就其受分配之部分，依有關法令規定辦理。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第七條 本辦法自發布日施行。</p>	<p>第七條 本辦法自中華民國一百零四年九月一日施行。 <u>本辦法修正條文，除中華民國一百零八年五月二十四日修正發布之條文，自一百零八年四月一日施行外，自發布日施行。</u></p>	<p>本次為全案修正，施行日期之規範應以新訂法規方式辦理，爰刪除沿革，明確規範本辦法自發布日施行。</p>

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 公告

11558



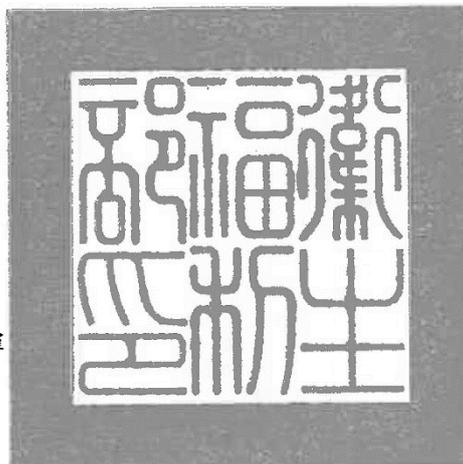
臺北市南港區忠孝東路6段488號4樓

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年6月16日

發文字號：衛部保字第1120124964號

附件：全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案附表



主旨：公告修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」附表。

副本：中華民國中醫師公會全國聯合會、衛生福利部中央健康保險署、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會、本部社會保險司(均含附件)

部長 薛瑞元

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 公告

11558



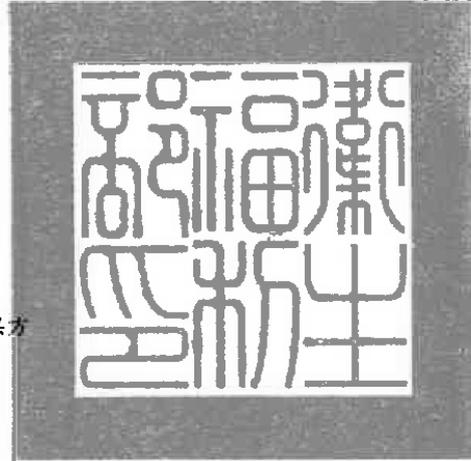
臺北市南港區忠孝東路6段488號4樓

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年6月21日

發文字號：衛部保字第1120125704號

附件：全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案表一



主旨：公告修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」

表一。

副本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、衛生福利部中央健康保險署、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會、本部社會保險司(均含附件)

部長 薛瑞元

分層負責代碼	一層	二層	三層	四層

第1頁 共1頁

部內收存

健保會 112016

112.6.26

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：王金桂
聯絡電話：02-27065866 分機：2690
傳真：02-27029904
電子郵件：A110092@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

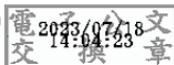
發文日期：中華民國112年7月18日
發文字號：健保醫字第1120113303B號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨 (A21030000I_1120113303B_doc4_Attach1.odt)

主旨：「全民健康保險醫療費用欠費催收及轉銷呆帳作業要點」，本署業於中華民國112年7月18日以健保醫字第1120113303號令修正發布，茲檢送發布令、行政規則規定暨修正對照表各1份，請查照。

說明：依衛生福利部112年7月6日衛部保字第1120126574號函辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署臺北業務組、衛生福利部中央健康保險署北區業務組、衛生福利部中央健康保險署中區業務組、衛生福利部中央健康保險署南區業務組、衛生福利部中央健康保險署高屏業務組、衛生福利部中央健康保險署東區業務組

副本：行政院主計總處、審計部、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、本署企劃組、本署主計室(均含附件)



112.07.18



1123340189

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 令

發文日期：中華民國112年7月18日
發文字號：健保醫字第1120113303號
附件：如文

修正「全民健康保險醫療費用欠費催收及轉銷呆帳作業要點」第八點，並自即日生效。

附修正「全民健康保險醫療費用欠費催收及轉銷呆帳作業要點」第八點

「全民健康保險醫療費用欠費催收及轉銷呆帳作業要點」第八點修正規定

八、醫療費用欠費有下列情形之一，應依行政作業程序經其首長核准後轉銷為呆帳：

- (一) 欠費者無財產可供執行，或有財產但無法受償，或執行無實益已取得債權憑證者。但欠費者為尚在經營之保險醫事服務機構時，非經超過繳納期限一年以上，不得報請轉銷為呆帳者。
- (二) 聲請法院依督促程序核發支付命令或經保險人以雙掛號催繳，仍無法送達，且經有關機關證明已歇業、解散、停業或他遷不明；或經保險人實地查核確無營業或他遷不明者。
- (三) 欠費金額累計在新臺幣一千二百元以下，經有關機關證明已歇業、解散、停業或他遷不明；或經保險人實地查核確無營業或他遷不明者。
- (四) 欠費金額累計在新臺幣五千元以下，逾繳納期限二年，經催收仍未繳納者，或依第三點第一項、第四點第一項規定得免催收者。
- (五) 欠費金額累計在新臺幣五千元以下，逾繳納期限二年，經查未加保全民健康保險者。
- (六) 欠費者依破產法規定聲請和解經和解成立，致未清償者。
- (七) 欠費者破產，致未清償者。
- (八) 對於同一欠費者，前已取得債權憑證，嗣又就其欠費部分取得執行名義，但執行已顯無實益者。
- (九) 欠費者死亡且無財產。
- (十) 因天然災害或其他不可抗力之事故，未受清償者。
- (十一) 其他原因，未受清償，經取具證明者。

全民健康保險醫療費用欠費催收及轉銷呆帳作業要點第八點規定修正對照表

擬修正條文	現行條文	修正說明
未修正	八、醫療費用欠費有下列情形之一，應依行政作業程序經其首長核准後轉銷為呆帳：	
未修正	八(一)欠費者無財產可供執行，或有財產但無法受償，或執行無實益已取得債權憑證者。但欠費者為尚在經營之保險醫事服務機構時，非經超過繳納期限一年以上，不得報請轉銷為呆帳者。	
未修正	八(二)聲請法院依督促程序核發支付命令或經保險人以雙掛號催繳，仍無法送達，且經有關機關證明已歇業、解散、停業或他遷不明；或經保險人實地查核確無營業或他遷不明者。	
未修正	八(三)欠費金額累計在新臺幣一千二百元以下，經有關機關證明已歇業、解散、停業或他遷不明；或經保險人實地查核確無營業或他遷不明者。	
未修正	八(四)欠費金額累計在新臺幣五千元以下，逾繳納期限二年，經催收仍未繳納者，或依第三點第一	

擬修正條文	現行條文	修正說明
	項、第四點第一項規定得免催收者。	
八(五)欠費金額累計在新臺幣五千元以下，逾繳納期限二年，經查未加保全民健康保險者。		1.新增條文。 2.考量醫療費用欠費金額累計在新臺幣五千元以下案件，多數為不具投保資格之外籍人士在台期間就醫之醫療欠費，渠等如已出境，則逾繳納期限二年之再催收作業顯無實益。惟部分已出境人士也有再入境且加保本保險情事，故新增本項。
八(六)欠費者依破產法規定聲請和解經和解成立，致未清償者。	八(五)欠費者依破產法規定聲請和解經和解成立，致未清償者。	項次移列。
八(七)欠費者破產，致未清償者。	八(六)欠費者破產，致未清償者。	項次移列。
八(八)對於同一欠費者，前已取得債權憑證，嗣又就其欠費部分取得執行名義，但執行已顯無實益者。	八(七)對於同一欠費者，前已取得債權憑證，嗣又就其欠費部分取得執行名義，但執行已顯無實益者。	項次移列。
八(九)欠費者死亡且無財產。	八(八)欠費者死亡且無財產。	項次移列。
八(十)因天然災害或其他不可抗力之事故，未受清償者。	八(九)因天然災害或其他不可抗力之事故，未受清償者。	項次移列。
八(十一)其他原因，未受清償，經取具證明者。	八(十)其他原因，未受清償，經取具證明者。	項次移列。

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6月16日
發文字號：健保醫字第1120662525號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明二 (A21030000I_1120662525_doc2_Attach1.pdf)

主旨：有關「111年全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」(下稱透析品保款)核發作業案，詳如說明，請查照。

說明：

一、依據「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」辦理。

二、旨揭計畫核發結果摘要如下：

(一)111年度預算為45,000,000元，扣除申復84,043元，實際預算為44,915,957元，其中血液透析預算為41,988,295元，腹膜透析預算為2,927,662元(附件-表1)。

(二)核發結果：

1、血液透析：111年計531家(71.85%)列入核發，核發金額達41,988,303元；208家(28.15%)列入不予核發(附件-表2)。

2、腹膜透析：111年計74家(63.25%)列入核發，核發金額達2,927,665元；43家(36.75%)列入不予核發(附件-表

112.06.17



1123340154

3)。

3、每家核發院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算數與實際核發數有差距，實際核發共計45,000,011元，與預算相差11元。

三、本署預定112年6月30日前完成透析品保款核發作業，並將核發與不核發之結算報表置於VPN供相關院所下載。

四、111年核定不核發透析品保款院所，倘經申復、爭議等行政救濟審定同意核付者，依計畫規定，核發金額將自112年其他預算之慢性腎臟病照護及病人衛教計畫項下全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫預算中支應。

正本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣腎臟醫學會、社團法人台灣基層透析協會

副本：衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署主計室、本署資訊組(均含附件)



副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  47
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19日
發文字號：健保醫字第1120662645號
附件：如主旨(請至本署全球資訊網站公告欄擷取)

主旨：公告修正「112年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」(附件)。

依據：「112年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」及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年度第2次研商議事會議」決議。

公告事項：本方案執業服務計畫施行地區新增「南投縣鹿谷鄉」(分類級數：1級)及桃園市復興區(分類級數：2級)、巡迴服務計畫施行地區新增「南投縣鹿谷鄉」(分類級數：1級)，並自即日起生效。

副本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國診所協會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國公立醫院協會、社團法人台灣私立醫療院所協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國私立地區醫院協會、台灣教會醫療院所協會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、中華民國開

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300152

第1頁 共2頁

112.6.20

業醫師協會、行政院主計總處、地方政府衛生局、國軍退除役官兵輔導委員會、國防部軍醫局、社團法人台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、勞動部勞工保險局、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部全民健康保險會、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組、本署各分區業務組

署長 石崇良



檔 號：
保存年限：



衛生福利部中央健康保險署 函

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

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年7月10日
發文字號：健保醫字第1120662927號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明二 (A21030000I_1120662927_doc2_Attach1.pdf)

主旨：有關111年度「牙醫門診總額品質保證保留款」核發作業案，詳如說明，請查照。

說明：

- 一、依據本署111年4月7日健保醫字第1110102336號公告「全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」辦理。
- 二、檢送111年度牙醫門診總額品質保證保留款核發結果(附件)，摘要如下：
 - (一)111年預算計有207,582,605元，扣除110年申復核發金額96,677元後，可支用預算207,485,928元。
 - (二)特約牙醫院所家數共計7,191家：
 - 1、6,364家院所符合獎勵條件且核發品保款(88.5%)，827家(11.5%)牙醫院所未領取品保款(813家不符核發資格，14家指標達成率為0%)。
 - 2、每家醫療院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算數與實際核發數有差距，實際核發207,485,953元，與預算數相較差異25元。



112.07.10



1123340175



(三)本案預訂於112年7月20日前完成111年度牙醫門診總額品質保證保留款核發作業。

(四)倘若有未列入本方案核發名單之特約醫療院所提出申復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度牙醫門診總額品質保證保留款項下優先支應。

正本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署資訊組、本署財務組、本署主計室(均含附件)



裝

訂



線

副本

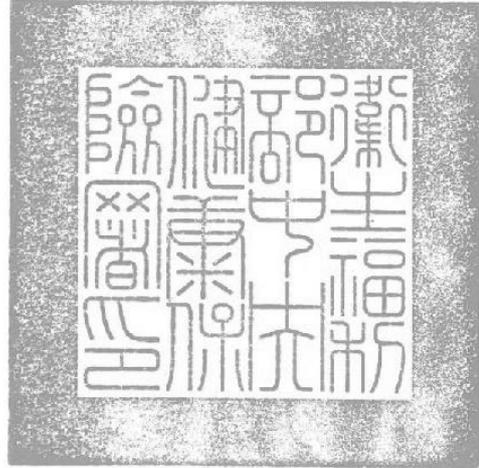
檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  2
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年7月11日
發文字號：健保醫字第1120112885號
附件：請至本署全球資訊網公告欄擷取



主旨：公告「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」，溯自112年1月1日起生效。

依據：衛生福利部112年6月30日衛部保字第1120126407號函辦理。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、台灣腎臟醫學會、社團法人台灣基層透析協會、本署各分區業務組、本署主計室、本署醫務管理組、本署醫審及藥材組、本署資訊組、本署財務組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



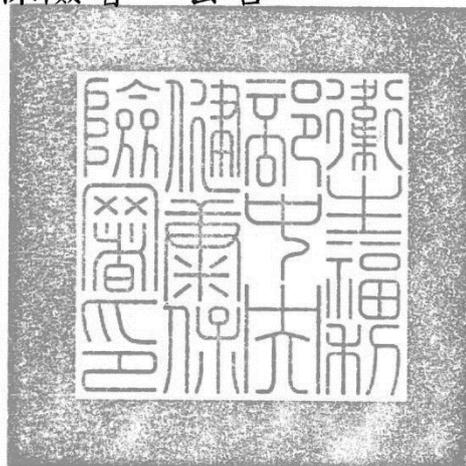
1123300164

檔 號：
保存年限：

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  3
臺北市南港區忠孝東路6段488號



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年7月10日
發文字號：健保醫字第1120662843號
附件：請自行至本署全球資訊網下載

主旨：公告112年7月起新增「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等6項中醫門診總額照護計畫承作院所及醫師名單（附件），執行日自112年7月1日起。

副本：中華民國中醫師公會全國聯合會、衛生福利部中醫藥司、衛生福利部全民健康保險會、本署臺北業務組、本署北區業務組、本署中區業務組、本署南區業務組、本署高屏業務組、本署東區業務組、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300163

6項中醫醫療照護計畫自112年7月1日起新增之承作院所及醫師名單

分區別		項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
西醫住院病患中 醫特定疾病輔助 醫療計畫(腦血 管疾病、顱腦損 傷、脊髓損傷及 呼吸困難相關疾 病)	院所數	3	2	1	1	1	1	9	
	醫師數	4	3	1	2	1	1	12	
中醫提升孕產照 護品質計畫	院所數	4	8	0	2	15	0	29	
	醫師數	5	12	0	4	40	0	61	
中醫門診總額兒 童過敏性鼻炎照 護試辦計畫	院所數	8	9	1	3	14	0	35	
	醫師數	12	15	1	3	26	0	57	
全民健康保險中 醫急症處置計畫	院所數	2	0	1	0	0	1	4	
	醫師數	3	0	1	0	0	1	5	
中醫癌症患者加 強照護整合方案	癌症患者西 醫住院中醫 輔助醫療計 畫	院所數	4	1	2	1	1	0	9
		醫師數	5	1	2	2	1	0	11
	癌症患者中 醫門診延 長照護計 畫	院所數	3	0	2	1	1	0	7
		醫師數	4	0	2	2	1	0	9
	特定癌症患 者中醫門 診延 長 照 護 計 畫	院所數	8	5	2	3	10	1	29
		醫師數	11	11	2	3	16	4	47
全民健康保險中 醫慢性腎臟病門 診加強照護計畫	院所數	5	3	0	1	19	0	28	
	醫師數	10	9	0	2	24	0	45	

衛生福利部全民健康保險會

第 6 屆 112 年第 6 次委員會議補充資料目錄

會議時間：112 年 7 月 26 日

一、議程確認-----	1
新增：臨時提案「反對112.6.27預告修正之菸品健康福利捐分配及運作辦法第4條條文，並請恢復『菸捐分配70%供健保安全準備』之用」	
二、本會重要業務報告-----	4
新增：說明十、112年度各部門總額協定事項定期追蹤辦理情形	
三、討論事項	
(一)第一案「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』項目續請討論案」之健保署意見(會議資料第 58 頁)-----	59
(二)第二案「112 年度醫院及西醫基層總額關於『持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能』、『健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能』、『因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費』決定項目內容，需提報本會確認案」之社保司意見(會議資料第 86 頁)-----	61
四、報告事項	
(一)第一案「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)」(會議資料第 99 頁)-----	62
(二)第二案「各總額部門 111 年度執行成果評核結果」-----	85

一、議程確認：新增臨時提案

.....

臨時提案

提案人：李委員永振、林委員恩豪、劉委員淑瓊

連署人：田委員士金、楊委員玉琦、劉委員守仁、鄭委員力嘉、林委員淑珍、游委員宏生、花委員錦忠、楊委員芸蘋、陳委員鴻文、張委員清田、董委員正宗、陳委員杰、蔡委員麗娟

代表類別：保險付費者代表

案由：反對 112.6.27 預告修正之菸品健康福利捐分配及運作辦法第 4 條條文，並請恢復「菸捐分配 70% 供健保安全準備」之用，提請討論。

說明：

- 一、依據健保署網頁資料，歷年菸害造成疾病所需支用的醫療費用約占各國醫療費用的 10%，如果依照 110 年國民醫療保健支出 1.4 兆元來計算，我國每年因菸害造成的健保醫療費用至少為 770 億元，由全民健保來承擔其外部成本。所以早期菸捐 90% 分配健保安全準備才是正當、符合菸捐辦法的意旨，具有合理性，也符合「捐」專款專用的特性。但後來主管機關陸續調降分配比率，使得健保 111 年從菸捐只獲配 140 億元，嚴重入不敷出。為了維持健保財務穩定，及政府徵收菸捐的正當、合理性，強烈反對本次修法內容。
- 二、過去健保財務充裕，安全準備遠超過 3 個月，行政院 104 年 5 月 15 日協商法定下限 36% 計算方式時，請衛福部檢討調降菸捐分配安全準備的比率，衛福部在 104 年 10 月以推動長照需求修法調整菸捐分配比率從 70% 降到 50%；後面又因政策考量，在 108 年 4 月再次修正菸捐分配安全準備比率 50% 改為與補助經濟困難者共用。本會委員前已多次向衛福部表達反對意見，更何況目前健保財務嚴峻，自 106 年來連年虧損，每年都須用安全準備填補，導致 110 年調升費率，而 111、112 年如果未獲

政府撥補 240、200 億元，恐怕也需要面對費率調漲的困境。現在如果再修法減少健保安全準備獲配金額，將使健保的財務更加惡化，健保安全準備不足的壓力，最後都是由全民負擔。

三、而且本次修正新增共用的「醫療科技評估、醫療服務審查、全民健康保險政策推動」等 3 項目，都屬於健保署現行的法定任務，應由公務預算支應始為合理。

擬辦：堅決反對 112.6.27 預告修正之菸品健康福利捐分配及運作辦法第 4 條條文修正草案；另基於健保財務健全及菸捐用途之正當性，籲請恢復「菸捐分配 70% 供健保安全準備」之用。

.....

本會補充說明：

一、依據本會 104 年第 7 次委員會議(104.8.28)例行報告第二案決定事項「本會為二代健保踐行『擴大社會參與』之平台，健保法乃規定應辦理『保險政策、法規之研究與諮詢』、『保險業務監理』等事項，爰建請主管機關於研修涉及民眾權益、健保財務等之相關重要法規前，先諮詢本會意見，使健保事務之推動更臻完善；並請幕僚對相關之法規預告修正案，以電子郵件轉知，以利委員在時限內，可直接向權責單位表示意見」，已於 112.7.11 以電子郵件週知本會委員。

二、歷次委員會議相關決議如附表(第 3 頁)。

項次	議題	委員會議決議(定)
1	108.3.8 討論事項第四案(原臨時提案)：建請以健保會名義向衛福部表達「反對『預告修正菸捐分配』並請恢復『70%供健保安全準備』」，提請討論。	決議：基於健保之財務永續考量，本會委員反對預告之「菸品健康福利捐分配及運作辦法」修正草案，將菸品健康福利捐之 50%供全民健保安全準備及補助經濟困難者之保險費，並建請應恢復為分配 70%供全民健保安全準備之用，委員相關意見併發言實錄送請衛生福利部參酌。
2	105.06.24 討論事項第六案：建請中央健康保險署針對菸品健康福利捐分配於全民健康保險之安全準備金從 70%調整至 50%一事，重新審視其調整的比例，目前健保署提出 105 年健保收支餘絀預估值為負 117 億元，之後會由健保安全準備金來填補，如此一來健保安全準備金將每年被吞噬，最後回到過去赤字的狀況，再者，目前菸捐分配比率方式有違最初支應長照的原則，將其餘 17%使用至非長照使用項目，有鑑於此，是否應將非使用在長照中的 17%回歸到健保安全準備金中，提請討論。	決議：菸品健康福利捐分配予全民健康保險安全準備之比率，前由 70%調整為 50%，委員建請將 20%調降比率中，未運用於長期照顧資源發展之 17%回歸健保安全準備之意見，送請衛生福利部參酌。
3	104.08.28 臨時報告第二案：預告修正「菸品健康福利捐分配及運作辦法」(草案)，請鑒察。	針對衛生福利部(國民健康署)於 104 年 8 月 20 日公告之「預告修正『菸品健康福利捐分配及運作辦法』(草案)」，本會委員之共識如下，供衛生福利部參酌：菸品健康福利捐之原意，本係應用於防治菸害所造成之相關疾病，目前尚未有證據顯示分配予全民健保之預算已達菸害所引起之醫療費用額度，爰一致反對將分配予健保安全準備之比率，由 70%調降為 50%。 附帶決定：為求健保財務之穩健，及考量社會環境變遷，本會於審議保險費率時，即使安全準備總額相當於三個月以上之保險給付支出，都不輕言調降保險費率。惟若衛生福利部於研議各項修法案時，不考慮健保財務之永續，則未來將不排除於審議健保費率時提出調降之議。

(會議資料第 17 頁)

四、本會重要業務報告：新增說明十

說明：

十、有關 112 年度各部門總額協定事項定期追蹤辦理情形：

(一)依本會本(112)年第1次委員會議(112.2.22)之決定，健保署應於本年7月底前提報各部門總額協定事項辦理情形，經健保署於7月20日提出相關資料，本會同仁多次校對確認始予完成，如附件(第7~58頁)。

(二)本會整理前揭協定事項辦理情形如下表：

部門別	依法定程序辦理， 並副知本會項目 (46 項目)		需經本會同意或 向本會報告項目 (26 項目)		提報本會執行情形 (112 年初步結果) (80 項目)	
	已完成/ 應完成	未完成/ 應完成	已完成/ 應完成	未完成/ 應完成	已完成/ 應完成	未完成/ 應完成
牙醫門診	9 / 9	無	5 / 6	1(項次 13) / 6	10 / 11	1(項次 20) / 11
中醫門診	10 / 10	無	4 / 4	無	12 / 12	無
醫院	9 / 11	2(項次 9、10) / 11	3 / 6	3(項次 13、14、15) / 6	12 / 20	8(項次 18(5)、19(4)、20(2)、 22、25(1)、26、28、29) / 20
西醫基層	9 / 9	無	4 / 6	2(項次 10(2)、14) / 6	18 / 21	3(項次 23(2)、25(2)、26) / 21
門診透析	—	—	1 / 1	無	4 / 4	無
其他預算	6 / 7	1(項次 3(2)) / 7	3 / 3	無	9 / 12	3(項次 15(2)、18(2)、21(2)) / 12
合計 (占率)	43 / 46 (93%)	3 / 46 (7%)	20 / 26 (77%)	6 / 26 (23%)	65 / 80 (81%)	15 / 80 (19%)

(三)依113年度總額協商原則，112年度之執行成效，將納入113年度總額協商考量。依健保署提報之辦理情形，目前尚有24項未依時程完成(如附表V)，其中7項(附表*)需於協商113年度總額前，提出節流效益並納入總額預算財源，請健保署儘速辦理，以利總額協商。

附表

部門總額/未完成項目		依法定程序辦理 副知本會	需經本會同意或 提報	提報 112 年初步 結果
牙醫 門診	牙醫特殊醫療服務計畫 -「牙醫特定身心障礙者社區醫療網」		V(項次 13)	V(項次 20)
醫院	持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療 服務品質及量能 --提出計畫內容並提報本會委員會議確 認	V(項次 9)	V(項次 14)	
	健全區域級(含)以上醫院門住診結構， 優化重症照護量能 --提出計畫內容並提報本會委員會議確 認	V(項次 10)	V(項次 15)	
	促進醫療服務診療項目支付衡平性 --至本會委員會議提出具體實施規劃，定 期提報		V(項次 13)	
	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥 及新特材等) --*協商 113 年度總額前提出節流效益及 藥價調整與特材價量調查節省金額，納 入本項預算財源			V(項次 18(5))
	藥品及特材給付規定改變 --*協商 113 年度總額前提出節流效益及 藥價調整與特材價量調查節省金額，納 入本項預算財源			V(項次 19(4))
	C 型肝炎藥費 --*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			V(項次 20(2))
	後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費 --提報之執行情形，應含醫療利用及成長 原因分析			V(項次 22)
	急診品質提升方案 --提出急診重大疾病照護品質指標，提升 執行成效			V(項次 25(1))
	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs) --積極推動 DRGs 雙軌制度，加速導入第 3 至 5 階段 DRGs 項目			V(項次 26)
	全民健康保險醫療資源不足地區醫療			V(項次 28)

部門總額/未完成項目		依法定程序辦理 副知本會	需經本會同意或 提報	提報 112 年初步 結果
	服務提升計畫 --檢討計畫之評估指標(含結果面指標)， 呈現計畫之具體效益			
	鼓勵院所建立轉診合作機制 --檢討獎勵方式、支付誘因及經費配置合 理性，研擬改善措施，以提升執行成效			V(項次 29)
西醫 基層	因應基層護理人力需求，提高 1~30 人 次診察費 --確認「執行目標」及「評估指標」		V(項次 10(2))	
	促進醫療服務診療項目支付衡平性 --至本會委員會議提出具體實施規劃，定 期提報		V(項次 14)	
	C 型肝炎藥費 --*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			V(項次 23(2))
	強化基層照護能力及「開放表別」項目 --訂定反映效益之績效指標，以評估執行 效益			V(項次 25(2))
	鼓勵院所建立轉診合作機制 --檢討獎勵方式、支付誘因及經費配置合 理性，研擬改善措施，以提升執行成效			V(項次 26)
其他 預算	推動促進醫療體系整合計畫 --急性後期整合照護計畫	V(項次 3(2))		
	支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥 費專款不足之經費 --*檢討實施成效，將節流效益納入總額 預算財源			V(項次 15(2))
	提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資 料及其他醫事機構網路頻寬補助費用 --*檢討成效，提出節流效益並納入總額 預算財源			V(項次 18(2))
	提升保險服務成效 --*檢討成效，提出節流效益並納入總額預 算財源			V(項次 21(2))

112 年度各部門總額協定事項辦理情形

一、牙醫門診總額

工作項目	應完成 時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會		
1	醫療資源不足地區改善方案	111 年 11 月底前 已於 112.1.17 公告；方案修訂重點已提報 112 年 2 月份委員會議。
2	牙醫特殊醫療服務計畫	已於 112.2.10 公告；計畫修訂重點已提報 112 年 3 月份委員會議。
3	牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫	已於 111.12.30 公告；計畫修訂重點已提報 112 年 2 月份委員會議。
4	0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫	已於 112.2.10 公告；計畫修訂重點已提報 112 年 3 月份委員會議。
5	12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫	已於 112.2.10 公告；計畫修訂重點已提報 112 年 3 月份委員會議。
6	高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫	延續執行 111.3.1 生效之「高齲齒率患者氟化物治療(P7301C)」診療項目。
7	超音波根管沖洗計畫 (112 年新增項目)	111 年 12 月底前 本項新增 1 項診療項目，已於 112.2.22 公告。
8	齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫 (112 年新增項目) ※協定事項： (1)適用對象 7 類 (2)本項經費不得與現行一般服務給付之診療項目(如：塗氟 92051B、口乾症塗氟 92072C)及既有專款項目「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」重複支應	本項依協定之適用對象及經費用途，新增 1 項診療項目，已於 112.2.22 公告。
9	品質保證保留款實施方案 ※協定事項：持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發	111 年 11 月底前 已於 112.4.17 公告；方案修訂重點已提報 112 年 5 月份委員會議。

	工作項目	應完成時限	辦理情形
	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		
需經本會同意或向本會報告			
10	特定牙周保存治療-新增全口總齒數一至三顆 (112年新增項目) ※協定事項：於111年12月底前提出具體規劃內容(含給付條件、醫療服務內容及成效監測)	111年12月底前	已提報112年2月份委員會議報告事項。
11	超音波根管沖洗計畫 (112年新增項目) ※協定事項：於111年12月底前提出具體實施方案(含給付條件)，及醫療利用監控與管理措施，並提報本會		已提報112年2月份委員會議報告事項。
12	齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫 (112年新增項目) ※協定事項：於111年12月底前提出具體實施方案(含給付條件、醫療服務內容及成效監測)，並提本會報告		已提報112年2月份委員會議報告事項。
13	牙醫特殊醫療服務計畫 ※依110年協定事項暨111年第12次委員會議決定：提報「牙醫特定身心障礙者社區醫療網」之具體實施方案，並提報本會同意後執行	配合健保署送會時程	新增「重度、極重度特定身心障礙者社區醫療照護網」已提至109.12.8、109.12.23、110.1.15、110.8.24「牙醫門診總額研商議事會議」討論，惟未獲共識，將俟牙全會提送修正草案後再議。
14	牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫 ※協定事項： (1)持續監測執行結果，評估照護成效，於112年7月將評估結	112年7月底前	列於112年7月份委員會議報告事項第一案。

工作項目		應完成時限	辦理情形
	果提本會報告 (2)再行試辦 1 年，若未呈現具體成效即應退場	112 年 7 月底前	
15	12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫 ※協定事項：依 112 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用，其預算扣減方式規劃，請議定後，於 112 年 7 月提本會報告		列於112年7月份委員會議報告事項第一案。
提報本會執行情形(112 年初步結果/成果)^{**}			
16	顱顎關節相關支付項目	112 年 7 月底前	1.本項用於支應 108 年導入之 5 項顱顎關節相關新醫療科技項目費用，並與 110 年導入新醫療科技項目「唾液腺摘取術」於預算額度內統籌運用。 2.112 年度編列 15.5 百萬元，加上 108 年及 110 年新醫療科技編列預算(基期)，合計 40.9 百萬元，辦理情形如下： 1~4 月合計服務 17,955 人次，約申報 14.5 百萬點，預算執行率 35.7%。
17	複雜型顱顎障礙症治療及追蹤		1.本項用於支應「複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板」(92069B)及「複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板治療追蹤檢查與調整」(92070B)申報費用。 2.112 年度編列 13.5 百萬元，加上歷年複雜型顱顎障礙症治療及追蹤預算(基期)，合計 62.7 百萬元，辦理情形如下： 1~4 月合計服務 9,842 人次，約申報 22.3 百萬點，預算執行率 35.6%。

工作項目	應完成時限	辦理情形
<p>18 特定牙周保存治療-新增全口總齒數一至三顆 (112 年新增項目) ※協定事項： 執行目標：112 年度特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆執行次數全年以 10 萬人次為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值 預期效益之評估指標：18 歲以上執行「特定牙周保存治療-顆數一至三顆」者，追蹤其治療後 1 年之平均拔牙顆數低於其最近 3 年年平均拔牙顆數。</p>	<p>112 年 7 月底前</p>	<p>1.本項經費與「特定牙周保存治療-全口總齒數 4 至 8 顆」(91016C)、「特定牙周保存治療-全口總齒數 9 至 15 顆」(91015C)、「牙周病支持性治療」(91018C)等 3 項診療項目採預算中平，經費整體統籌運用。 2.112 年度編列 53.5 百萬元，112.3.1 新增「特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆」(91091C, 500 點)，辦理情形如下： 112 年 3~4 月 91091C 服務 165 人次，目標達成率 0.2%(目標 8.33 萬人次，係以實施時程等比例換算)，約申報 0.1 百萬點。</p>
<p>19 醫療資源不足地區改善方案</p>		<p>112 年編列 280 百萬元，截至 112 年 4 月辦理情形如下： 1.執業計畫：公告施行地區共 86 個，參與計畫院所數共 21 家，服務天數 1,540 天、服務人次 14,056 人次。 2.巡迴計畫：公告施行地區共 154 個，服務天數 3,656 天、服務人次 41,194 人次。</p>
<p>20 牙醫特殊醫療服務計畫</p>		<p>1.112 年編列 672.1 百萬元，辦理情形如下： 112 年 1~4 月服務 5.8 萬人次，目標達成率 34.1%(目標 17 萬人次)，約申報 186.5 百萬點，預算執行率 27.7%。 2.有關新增牙醫特定身心障礙者社區醫療網：辦理情形，詳項次 13。</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
21 牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫 ※協定事項同項次 14	112 年 7 月底前	列於112年7月份委員會議報告事項第一案。
22 0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫 ※協定事項：加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效		112 年編列 60 百萬元，辦理情形如下： 112 年 1~4 月嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療(P6702C)服務 19 人次，目標達成率 0.2%(目標 12,600 人)，全計畫約申報 0.1 百萬點，預算執行率 0.2%。
23 12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫 ※協定事項：加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效		112 年編列 271.5 百萬元，辦理情形如下： 1.112 年 1~4 月服務青少年齲齒控制照護處置(P7101C)12,075 人次，目標達成率 1%(目標 90 萬人次)，全計畫約申報 8.1 百萬點，預算執行率 3%。 2.112 年 1~4 月服務 12~18 歲 138.0 萬人，其中 112 年 1~4 月牙醫門診就醫 35.6 萬人，就醫率 26%(35.6 萬人/138.0 萬人)。
24 高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫 ※協定事項：加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效		112 年編列 184 百萬元，辦理情形如下： 112 年 1~4 月服務約 4.4 萬人次，約申報 22 百萬點，預算執行率 11.8%。
25 超音波根管沖洗計畫 (112 年新增項目) ※協定事項： 執行目標：112 年度超音波根管沖洗執行件數全年以 144.8 萬件為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值		1.已公告自 112.3.1 起生效。 2.112 年度編列 144.8 百萬元，用於支付標準新增「超音波根管沖洗」(P7303C,100 點)，辦理情形如下： 112 年 3~4 月服務 6.5 萬件，目標達成率 5.4%(目標 120.7 萬件，係以實施時程等比例換算)，約申報 8.2 百萬點，預算執行率 5.6%。

工作項目	應完成時限	辦理情形
<p>預期效益之評估指標：使用超音波根管沖洗的牙齒 2 年內根管治療之再治療率，比未使用超音波根管沖洗的牙齒 2 年內根管治療之再治療率低</p>	<p>112 年 7 月底前</p>	
<p>26 齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫 (112 年新增項目) ※協定事項： 執行目標：112 年度齲齒經驗之高風險患者氟化物治療執行人次全年以 200 萬人次為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值 預期效益之評估指標：1 年後(113 年起)齲齒經驗之高風險患者平均齲齒填補顆數增加率減緩</p>		<p>1.已公告自 112.3.1 起生效。 2.112 年度編列 1,010 百萬元，用於支付標準新增「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(P7302C, 500 點)，辦理情形如下： 112 年 3~4 月服務 5.8 萬人次，目標達成率 3.5%(目標 166.7 萬人次，係以實施時程等比例換算)，約申報 29.3 百萬點，預算執行率 2.9%。</p>

二、中醫門診總額

工作項目	應完成時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會		
1 增加「特定疾病門診加強照護」適應症腦中風後遺症(診斷碼 I69) (112 年新增項目) ※協定事項：於 111 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用監控與管理措施，並副知本會	111 年 12 月底前	本項於支付標準特定疾病門診加強照護「腦血管疾病」個案適用範圍，增加腦中風後遺症(ICD-10-CM：I69)，已於 112.2.22 公告。
2 醫療資源不足地區改善方案	111 年 11 月底前	已於 111.12.23 公告；方案修訂重點已提報 112 年 2 月份委員會議。
3 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 (1)腦血管疾病(112 年新增腦血管後遺症(診斷碼 I69)) (2)顱腦損傷 (3)脊髓損傷 (4)呼吸困難相關疾病 (5)術後疼痛(112 年新增項目) ※協定事項：於 111 年 12 月底前依實證資料，訂定術後疼痛適應症條件，並提報本會		已於 112.3.23 公告；計畫修訂重點已提報 112 年 4 月份委員會議。
4 中醫提升孕產照護品質計畫		已於 112.2.10 公告；計畫修訂重點已提報 112 年 3 月份委員會議。
5 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫		已於 112.2.10 公告；計畫修訂重點已提報 112 年 3 月份委員會議。
6 中醫癌症患者加強照護整合方案 (112 年新增胃癌、攝護腺癌及口腔癌)		1.適應症增列胃癌、攝護腺癌及口腔癌。 2.已於 112.2.10 公告；方案修訂重點已提報 112 年 3 月份委員會議。
7 中醫急症處置		已於 112.2.10 公告；計畫修訂重點已提報 112 年 3 月份委員會議。
8 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫		已於 112.2.10 公告；計畫修訂重點已提報 112 年 3 月份委員會議。

工作項目		應完成 時限	辦理情形
9	照護機構中醫醫療照護方案	111年11 月底前	已於111.12.28公告；方案修訂重點已提報112年2月份委員會議。
10	品質保證保留款實施方案 ※協定事項：持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的		已於111.12.28公告；方案修訂重點已提報112年2月份委員會議。
需經本會同意或向本會報告			
11	提升中醫小兒傷科照護品質 (112年新增項目) ※協定事項：於111年12月底前提出提升小兒傷科照護品質具體規劃內容，並提報本會	111年12 月底前	已提報112年2月份委員會議報告事項。
12	多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度 (112年新增項目) ※協定事項：於111年12月底前提出具體實施方案(含申請條件、整合醫療照護服務內容、醫療利用管控及療效監測)，並提報本會		已提報112年2月份委員會議報告事項。
13	針傷合併治療合理給付 (112年新增項目) ※協定事項：於111年12月底前提出針傷科合併治療給付案件之管理方案(含適應症、申請條件、醫療服務內容、醫療利用管控及療效監測)，並提報本會		已提報112年2月份委員會議報告事項。
14	西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 (1)腦血管疾病(112年新增腦血管後遺症(診斷碼I69))		已提報112年2月份委員會議報告事項。

工作項目	應完成時限	辦理情形
(2)顱腦損傷 (3)脊髓損傷 (4)呼吸困難相關疾病 (5)術後疼痛(112年新增項目) ※協定事項：於111年12月底前依實證資料，訂定術後疼痛適應症條件，並提報本會	111年12月底前	
提報本會執行情形(112年初步結果/成果)^{**}		
15 提升中醫小兒傷科照護品質 (112年新增項目) ※協定事項： 執行目標：112年度中醫小兒傷科照護執行人次全年以12,425人次為基準，並以112年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值 預期效益之評估指標：申報6歲以下中醫小兒傷科同一病人同一診斷碼同月跨院所看診人次較前5年平均下降1%	112年7月底前	112年度編列2.5百萬元，辦理情形如下： 1.已公告自112.3.1起生效，新增支付標準E90「未滿7歲兒童傷科處置加計(200點)」。 2.執行目標：以實施時程比率換算目標值為10,354人次(12,425人次/12*10)。 3.112年3~4月服務444人次，執行率4.3%(444人次/目標10,354人次)，申報0.08百萬點，預算執行率3.2%。
16 多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度 (112年新增項目) ※協定事項： 執行目標：112年度中醫整合醫療照護服務人次全年以681萬人次為基準，並以112年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值 預期效益之評估指標：申報中醫整合醫療照護費之慢性疾病或重大疾病同一病人同一診斷碼同季跨院所看診人次較前5年平均下降1%		112年度編列476.7百萬元，辦理情形如下： 1.已公告自112.3.1起生效，新增支付標準A91「整合醫療照護費加計(70點)」。 2.執行目標：以實施時程比率換算目標值為567.5萬人次(681萬人次/12*10)。 3.112年3~4月服務120,469人次，執行率2.1%(120,469人次/目標567.5萬人次)，計申報8.4百萬點，預算執行率1.8%。

	工作項目	應完成時限	辦理情形
17	<p>針傷合併治療合理給付 (112年新增項目)</p> <p>※協定事項：</p> <p>執行目標：112年度中醫針傷合併治療之總案件數全年以130萬人次為基準，並以112年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值</p> <p>預期效益之評估指標：申報中醫針傷合併治療同一病人同一診斷碼同月跨院所看診人次較前5年平均下降1%</p>	112年7月底前	<p>112年度編列304百萬元，辦理情形如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.已公告自112.3.1起生效，調升支付標準第四部中醫第六章針灸合併傷科治療處置費(下稱針傷合併)支付點數： <ol style="list-style-type: none"> (1)原針傷合併支付點數，原則係以針灸或傷科點數高者支付，修改為「針灸+傷科」點數。 (2)新增支付通則七中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報第六章針傷合併上限為八十人次，超出八十人次部分以五折支付。 2.執行目標：以實施時程比率換算目標值為108.3萬人次(130萬人次/12*10)。 3.112年3~4月服務437,851人次，執行率40.4%(437,851人次/目標108.3萬人次)。112年3~4月差異點數(支付點數調整前後之差異點數加總)為81.4百萬點，預算執行率27%。
18	<p>增加「特定疾病門診加強照護」適應症腦中風後遺症(診斷碼I69) (112年新增項目)</p> <p>※協定事項：</p> <p>執行目標：112年度診斷為I69之腦中風病患納入「特定疾病門診加強照護」收案總人數全年以1,347人為基準，並以112年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值</p>		<p>112年度編列17.2百萬元，辦理情形如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.已公告自112.3.1起生效，增列「診斷碼I69腦中風病患」適應症。 2.執行目標：以實施時程比率換算為1,123人(1,347人/12*10)。 3.112年3~4月服務108人次(63人)，執行率5.6%(63人/目標1,123人)，112年3~4月申報0.52百萬點，預算執行率3.0%。

工作項目	應完成時限	辦理情形
<p>預期效益之評估指標：本收案對象診斷為 I69 腦中風病患之巴氏量表評估，後測平均分數優於前測平均分數</p>	112 年 7 月底前	
19 醫療資源不足地區改善方案		<p>112年度編列172百萬元，辦理情形如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.巡迴醫療計畫：公告施行地區共 156 個，112 年 1~4 月服務 4,409 天、服務 94,073 人次。 2.獎勵開業計畫：公告施行地區共 83 個，112 年 1~4 月服務 570 天、服務 3,713 人次。
<p>20 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫</p> <p>(1)腦血管疾病(112 年新增腦血管後遺症(診斷碼 I69))</p> <p>(2)顱腦損傷 (3)脊髓損傷</p> <p>(4)呼吸困難相關疾病</p> <p>(5)術後疼痛(112 年新增項目)</p> <p>※協定事項：</p> <p>(1)辦理本計畫</p> <p>(2)請將腦血管疾病、顱腦損傷等 2 項執行成效良好之專案，規劃納入一般服務，列為常規醫療</p> <p>(3)增列「術後疼痛」中醫照護：執行目標：112 年度符合術後疼痛適應症之服務人次全年以 15,000 人次為基準，並以 112 年修訂計畫後之實施時程等比率換算目標值</p> <p>預期效益之評估指標：本計畫符合術後疼痛適應症案件，須達以下效益評估指標：</p>		<p>112 年度編列 436.8 百萬元，辦理情形如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.112 年增列「術後疼痛」適應症及「腦血管疾病後遺症」適應症。 2.112 年 1~4 月申報 110.8 百萬點，預算執行率 25.4%。 3.中醫門診總額一般服務依歷年協定均係為門診服務，爰住院部分援例以專款項目編列，本項計畫如為住院中醫服務，仍建議以專款計畫延續辦理。

	工作項目	應完成時限	辦理情形
	① 歐氏失能量表 (Oswestry Disability Index, ODI) 評估，後測平均分數優於前測平均分數 ② 簡易麥克吉爾疼痛問卷 (Short Form McGill Pain Questionnaire, SF-MPQ) 評估，後測平均分數優於前測平均分數	112 年 7 月底前	4. 「術後疼痛」目標值：以實施時程比率換算為 1.125 萬人次(1.5 萬人次/12*9)，112 年 4 月服務 141 人次，執行率 1.25%(141 人次/目標 1.125 萬人次)。
21	中醫提升孕產照護品質計畫		112 年度編列 81 百萬元，辦理情形如下： 112 年 1~4 月申報 3,273 人，18,943 件，21.0 百萬點，預算執行率 26.0%。
22	兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 ※協定事項：請檢討方案完整療程照護人數之比率，及計畫執行情形，評估退場機制		112 年度編列 21.6 百萬元，辦理情形如下： 112 年 1~4 月申報 1,652 人，5,220 件，5.6 百萬點，預算執行率 26.0%。
23	中醫癌症患者加強照護整合方案 (112 年新增胃癌、攝護腺癌及口腔癌)		112 年度編列 245 百萬元，辦理情形如下： 112 年 1~4 月申報 73.4 百萬點，預算執行率 30.0%。
24	中醫急症處置 ※協定事項：請檢討計畫執行情形，並考量是否持續辦理		112 年度編列 5 百萬元，辦理情形如下： 1. 112 年 1~4 月申報 1,317 人，1,432 件，2.6 百萬點，預算執行率 51.6%。 2. 本計畫自 107 年起辦理，檢討計畫執行情形及辦理方式： (1) 預算執行數：自 107 年 0.4 百萬元提升至 111 年 1.5 百萬元，另 112 年 1~4 月預算執行數已達 112 年全年預算數額(5 百萬

工作項目	應完成時限	辦理情形
	112 年 7 月底前	元)之 52%，並超過 111 年全年執行數(1.5 百萬元)。 (2)服務人數：自 107 年 328 人提升至 111 年 768 人。
25 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 ※協定事項：請持續評估計畫成效，並檢討及監測服務利用之合理性		112 年度編列 105.3 百萬元，辦理情形如下： 112 年 1~4 月申報 3,536 人，15,218 件，24.7 百萬點，預算執行率 23.5%。
26 照護機構中醫醫療照護方案 ※協定事項：請監測本計畫照護機構住民之中醫利用情形(含機構外就醫)，並評估執行成效		112 年度編列 28 百萬元，辦理情形如下： 1.112 年 1~5 月參與院所共計 59 家，服務 2,804 人次，服務 263 天。 2.112 年 1~5 月全國照護機構住民外出中醫就醫件數共 3,247 件，較 108 年同期 2,781 件，成長 16.8%(全國 112 年中醫門診件數較 108 年成長約 23%)；另分析平均每人外出中醫就醫件數，112 年平均每人就醫件數 5.47 件，較 108 年同期 5.96 件略有下降。

三、醫院總額

工作項目	應完成 時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會		
1 醫療給付改善方案 ※決定事項：持續辦理 9 項方案，通盤檢討各項方案照護成效及照護率不高之原因，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升執行成效	111 年 11 月底前	1.全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案：已於 112.2.3 公告；方案修訂重點已提報 112 年 2 月份委員會議。 2.全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案：已於 112.3.6 公告；方案修訂重點已提報 112 年 3 月份委員會議。 3.其餘方案將持續辦理並滾動檢討適時修訂。
2 急診品質提升方案 ※決定事項：精進方案執行內容，增進急診處置效率		已於 111.5.5 公告修訂，112 年持續辦理。
3 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案 ※決定事項：持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與		已於 112.2.4 公告；方案修訂重點已提報 112 年 2 月份委員會議。
4 全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫 ※決定事項：檢討計畫之評估指標(含結果面指標)，呈現計畫之具體效益		已於 112.4.13 公告；計畫修訂重點已提報 112 年 5 月份委員會議。
5 住院整合照護服務試辦計畫 ※決定事項：請加強計畫之推動，發展提升整體照護成效之整合照護服務模式及評估整合服務成效，建立多元品質監測指標，包括病人安全(如：院內感染、跌倒發生率)、照護聘任模式、照護人		已於 112.5.23 公告；計畫修訂重點已提報 112 年 6 月份委員會議。

工作項目	應完成時限	辦理情形
力狀況、民眾使用意向及實際收費情形等結果面指標	111 年 11 月底前	
6 鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫		「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」，甫自 111.10.1 起實施，112 年持續辦理。
7 癌症治療品質改善計畫 (112 年新增項目) ※決定事項：擬訂具體實施方案，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數	111 年 12 月底前	已於 112.5.19 公告；計畫重點已提報 112 年 6 月份委員會議。
8 慢性傳染病照護品質計畫 (112 年新增項目) ※決定事項：擬訂具體實施方案，建立完整之個案照護銜接及資料介接機制，並考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數		已於 112.6.1 公告；計畫重點已提報 112 年 6 月份委員會議。
9 持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能 (112 年新增項目) ※決定事項：本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值		1. 已於 112.6.29 「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」報告通過。 2. 已納入 112 年 7 月份委員會議，確認計畫內容、「執行目標」及「評估指標」。
10 健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能 (112 年新增項目) ※決定事項：同第 9 項		

	工作項目	應完成 時限	辦理情形
11	<p>品質保證保留款實施方案</p> <p>※決定事項：持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的</p>	111 年 11 月底前	已於 111.12.23 公告；方案修訂重點已提報 112 年 2 月份委員會議。
需經本會同意/確認或向本會報告			
12	<p>因應長新冠照護衍生費用 (112 年新增項目)</p> <p>※決定事項：於 112 年度總額公告後，提出具體規劃內容，以及「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提報至最近 1 次委員會議確認</p>	112 年 2 月份委員會議 (依年度工作計畫，請健保署儘速辦理)	已提報 112 年 4 月份委員會議討論修正通過。
13	<p>促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼) (112 年新增項目)</p> <p>※決定事項：於 112 年度總額公告後，至本會最近 1 次委員會議提出具體實施規劃(包含支付標準檢討之分年目標、執行方法及期程)，並定期提報執行情形</p>	完成，安排至本會最近 1 次委員會議報告)	<p>促進醫療服務診療項目支付衡平性：</p> <p>(1)健保署已盤點近年外界對於支付標準所提修訂建議，另研擬循 RBRVS 調整模式，合理調整各診療項目支付點數。</p> <p>(2)規劃工作期程為 3 年，惟考量上述調整項目及調整點數幅度，涉及各層級及多個專科別，爰有關分年目標及執行方式須再與醫界多次討論，以達共識。</p> <p>2.因應醫療器材使用規範修訂之補貼：已於 112.6.29「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」報告通過，配合衛福部「醫院重處理及使用說明書標示單次使用醫療器材審查作業要點」，各支付標準項目不得申請重消使用單次醫材，爰 79 項過程面醫材</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
	112年2月份委員會 議 (依年度工作計畫，	成本改以單次醫材成本計算，並調升支付點數，推估約 17.61 億點(醫院 17.33 億點、西醫基層 0.22 億點、牙醫 0.05 億點)，將依程序辦理報部核定事宜。
14 持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能 (112 年新增項目) ※決定事項：同第 15 項	請健保署儘速辦理完成，安排至本會	辦理情形同項次9、10。
15 健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能 (112 年新增項目) ※決定事項： (1)於 112 年度總額公告後，提出相關計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃)，提報至本會最近 1 次委員會會議確認	最近 1 次委員會會議報告)	
(2)請提出具體實施規劃，滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效，並定期提報執行情形	112 年 5 月份委員會	
16 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 ※決定事項：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)	112 年 6 月份委員會	已提報 112 年 6 月份委員會報告事項。

工作項目	應完成時限	辦理情形
17 鼓勵院所建立轉診合作機制(併同其他預算「基層總額轉診型態調整費用」提出報告) ※決定事項：檢討獎勵方式、支付誘因及經費配置合理性，研擬改善措施，以提升執行成效	112年6月份委員會議	已提報112年6月份委員會議報告事項。
提報本會執行情形(112年初步結果/成果)^註		
18 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) ※決定事項： (1)在額度內妥為管理運用，於112年度總額公告後，至本會最近1次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程	112年2月份委員會議	1.新增診療項目：已提報112年2月份委員會議報告。 2.新藥：已提報112年4月份委員會議報告。 3.新特材：已提報112年2月份委員會議報告。
(2)於總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控	112年7月底前	1.新增診療項目：將持續提「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論。 2.新藥：新藥、新醫療科技臨床療效不確定性高，若全面納入健保給付勢必帶來龐大財務衝擊。為提升病友用藥權益，健保署透過爭取預算、多元風險分攤模式等方式提高財源，並積極以臨床實證為給付之依據，盤點臨床需求、徵詢專家及專科學會意見，針對臨床迫切需要之臨床缺口之藥物納入給付。 3.新特材：優先用於臨床缺口醫材、兒童醫材、重症醫材及 phase out 醫材，並研議至年度預算執行完畢。
(3)對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並		1.新增診療項目： (1)考量新增及修訂診療項目於增

工作項目	應完成時限	辦理情形
<p>加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估</p>	<p>112年7月底前</p>	<p>修初期財務影響較不顯著，爰健保署持續監測追蹤5年執行情形(申報量及財務影響)。</p> <p>(2)另將持續進行醫療科技再評估(HTR)，針對已納入健保給付項目進行後續療效及成本效益之追蹤或監測，建立系統化的檢討及低效益項目之退場機制。</p> <p>2.新藥：</p> <p>(1)新醫療科技之成果面績效指標包括新增項目、5年內申報費用扣除替代藥費金額、執行金額及執行率等。</p> <p>(2)112年健保署執行藥品HTR之品項類別包括糖尿病類藥品、慢性自發性(免疫性)血小板缺乏紫斑症(ITP)、嚴重再生不良性貧血(SAA)藥品及精神科長效針劑。將持續進行HTR評估，以提升健保給付效益及使醫療資源再配置。</p> <p>3.新特材：將透過運用醫療科技評估(HTA)，在有限資源下，先給付最具成本效益之病人族群，再利用資料分析與臨床實際使用效益，進行醫療科技再評估(HTR)，有效益健保擴大給付，無效益則限縮給付範圍，提升健保給付效益及使醫療資源再配置。例如今今年已針對111年醫療科技再評估(HTR)之人工電子耳項目，放寬未滿18歲兒童植入第二耳，並於112.7.1公告生效。</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
(4)於 112 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)	112 年 7 月底前	<p>112 年度編列 3,078 百萬元，辦理情形如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.新增診療項目：依健保署規劃，預算 632 億元，截至 112 年 6 月，新增 20 項、修訂 116 項。 2.新藥：依健保署規劃，預算 18.14 億元，112 年第 1 季生效新藥計 4 項，5 年內(108~112 年)新藥申報費用扣除替代品項點數後為 3.35 億元。 3.新特材： <ol style="list-style-type: none"> (1)依健保署規劃，預算 632 億元，截至 112 年 4 月，已公告生效之新特材計 31 品項，預算約為 1.31 億元。 (2)截至 112 年 2 月，已公告品項申報約 22 萬點。
(5)於 113 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源		<ol style="list-style-type: none"> 1.新增診療項目：健保署試算財務影響時，已扣除替代既有診療項目。 2.新藥： <ol style="list-style-type: none"> (1)112 年藥品費用分配比率目標制 (DET) 藥價調整於 112.4.1 生效，調整金額 81.8 億元。 (2)112 年第 1、2 季逾專利期之第二大類藥品藥價調整，於 112.3.1 及 112.6.1 生效，調整金額分別為 6.16 億元及 1.16 億元。 (3)上開金額擬納入新藥及藥品給付規定改變之預算財源。 3.新特材： <ol style="list-style-type: none"> (1)依全民健康保險藥物給付項

工作項目	應完成時限	辦理情形
	112年7月底前	<p>目及支付標準第58條辦理特材價量調查，並以4年為一週期，循序辦理。</p> <p>(2)特材價量調查時程為每年1月公布調查品項及調整後新點數生效實施日期，爰需於113年1月確認112年價量調查所節省之金額，無法於113年度總額協商(112年9月)前確認預算財源。</p>
<p>19 藥品及特材給付規定改變 ※決定事項： (1)在額度內妥為管理運用，於112年度總額公告後，至本會最近1次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程</p>	112年2月份委員會議	<p>1.藥品：已提報112年4月份委員會議報告。</p> <p>2.特材：已提報112年2月份委員會議報告。</p>
<p>(2)於總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控</p>	112年7月底前	<p>1.藥品：健保署透過爭取預算、多元風險分攤模式等方式提高財源，並積極以臨床實證為給付之依據，盤點臨床需求、徵詢專家及專科學會意見，針對臨床迫切需要之臨床缺口之藥物納入給付。</p> <p>2.特材：依照112年度總額協商提報項目辦理，並執行研議之項目。</p>
<p>(3)於112年7月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)</p>		<p>112年度編列1,138百萬元，辦理情形如下：</p> <p>1.藥品：依健保署規劃，預算8.6億元，112年第1季修訂10項給付規定章節，與去年同期相比，申報費用增加0.83億點。</p> <p>2.特材：依健保署規劃，預算2.78億元，截至112年7月，已公告</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
	112 年 7 月底前	生效計 4 項，推估預算為 2.03 億元。截至 112 年 4 月，同期實際淨增加 0.1 百萬點。 辦理情形同項次18之(5)。
20	C 型肝炎藥費 ※決定事項： (1)辦理本項目 (2)於協商 113 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技財源之一	112年度編列3,428百萬元，辦理情形如下： 112年第1季申報4.43億元，預算執行率12.9%。 健保署將於113年度總額協商時提出年度 C 肝專款預算，並檢討其實施成效。
21	罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 ※決定事項：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	112 年度編列 13,943 百萬元，辦理情形如下： 1.112 年第 1 季申報 34.52 億元，預算執行率 24.8%。 2.因病友團體反映罕見疾病藥費執行率不彰，健保署原建議 112 年度總額分列「罕見疾病藥費及特材」與「血友病藥費」預算，惟考量行政作業及預算彈性運用，評估後維持本項專款不拆分，另建議於決定事項說明罕見疾病藥費、特材及血友病藥費各項目預算分配額度，並得相互流用。
22	後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費 ※決定事項：檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提	112 年度編列 5,257 百萬元，辦理情形如下： 1.112 年 1~4 月申報 14.3 億點，預算執行率 27.2%。

工作項目	應完成時限	辦理情形
報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析	112 年 7 月底前	<p>2.依疾管署規範，建置電腦醫令自動化檢核邏輯，針對藥費過高或不符二合一藥品使用規範進行抽審。</p> <p>3.健保署將於 113 年度總額協商前提出本項費用之執行情形、醫療利用及成長原因分析。</p>
<p>23 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質</p> <p>※決定事項：提報之執行情形及成效評估報告，應含醫療利用、成長原因分析、等待時間及不同器官移植之存活率等</p>		<p>112 年度編列 5,208.06 百萬元，辦理情形如下：</p> <p>1.112 年 1~4 月申報約 16.15 億元，預算執行率 31.0%。</p> <p>2.不同器官移植存活率，已公布於健保署全球資訊網首頁>健保資料站>醫療品質資訊公開>專題報告>器官移植。</p>
<p>24 醫療給付改善方案</p>		<p>112 年度編列 1,643.4 百萬元，1~4 月辦理情形如下：</p> <p>1.糖尿病：照護個案數 467,637 人，照護率 56.9%。</p> <p>2.糖尿病合併初期慢性腎臟病：申報管理照護費 48,147 人，59,753 件，29.6 百萬點。</p> <p>3.早期療育：照護個案數 833 人，總計申報 884 人次。(早療方案照護率需隔年取得醫院評估人數才可計算)</p> <p>4.思覺失調方案:照護個案數 6.8 萬人，照護率 59%。</p> <p>5.氣喘方案：照護個案數 4.1 萬人，照護率 43.0%。</p> <p>6.孕產婦全程照護方案：照護個案數 0.8 萬人，照護率 28.6%。</p> <p>7.COPD 方案：照護個案數 2.0 萬人，照護率 52.5%。</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
	112 年 7 月底前	<p>8.B、C 型肝炎個案追蹤方案：照護個案數 10.6 萬人，照護率 28.9%。</p> <p>9.乳癌方案：照護個案數 1.2 萬人，照護率 6.7%。</p> <p>10.提升醫院用藥安全與品質方案：112 年 1~3 月申報 20 百萬點；其中重症加護臨床藥事照護個案 2 萬人，申報 7.9 萬人日，19.5 百萬點；門診臨床藥事照護個案 2,218 人，申報 2,053 件，0.4 百萬點。</p>
<p>25 急診品質提升方案 ※決定事項： (1)精進方案執行內容，增進急診處置效率，並提出急診重大疾病照護品質指標，以提升執行成效 (2)提報之成效評估檢討報告，應含急診處置效率相關監測指標</p>		<p>112 年度編列 300 百萬元，辦理情形如下： 112 年 1~4 月申報 18,806 人、25,228 件、38.9 百萬點，預算執行率 13.0%(未包含年度獎勵金)。</p>
<p>26 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs) ※決定事項：積極推動 DRGs 雙軌制度，加速導入第 3 至 5 階段 DRGs 項目</p>		<p>112 年度編列 210 百萬元，辦理情形如下： 1.配合衛福部全民健康保險醫療給付總額中長期改革計畫，規劃以提供適當財務誘因，招募醫院試行住院案件逐步導入 DRGs 支付制度。 2.健保署自 111 年起重啟與台灣醫院協會共同組成之 Tw-DRGs 工作小組，並於 111 年 5 月至 11 月召開 4 場會議，針對雙軌實施內容、支付通則修訂進行研議，並重啟 109 年尚未完成之 MDC 再分類修訂建議之延續討論，同步</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
	112 年 7 月底前	<p>配合 ICD-10-CM/PCS 代碼轉換，研商 DRGs 支付之改革調整方向。</p> <p>3.112 年工作小組延續前述討論議題，健保署初擬 Tw-DRGs 雙軌試辦草案並提至 112.5.4 第 1 次工作小組會議討論，規劃採醫院自由參加方式，並以「支付通則調整」及「納入價值支付獎勵」作為參與誘因，俟台灣醫院協會內部討論後，於 112 年 7 月工作小組會議續行討論。</p>
27 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案		112 年度編列 100 百萬元，公告施行地區共 41 個，辦理情形如下：112 年 1~5 月提供 2,084 診次，服務 26,968 人次。
28 全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫 ※決定事項：檢討計畫之評估指標(含結果面指標)，呈現計畫之具體效益		<p>112 年度編列 1,100 百萬元，辦理情形如下：</p> <p>1.符合計畫參與院所，包括醫事司公告急救責任醫院，惟醫事司尚未公告 112 年醫院名單，已請該司盡快提供；112 年第 1 季資料將於 8 月結算。</p> <p>2.預定下半年將與醫界共同研議檢討。</p>
29 鼓勵院所建立轉診合作機制 ※決定事項：檢討獎勵方式、支付誘因及經費配置合理性，研擬改善措施，以提升執行成效		<p>112 年度編列 224.7 百萬元，辦理情形如下：</p> <p>1.112 年第 1 季醫院部門轉診費用實際核付約 46.1 百萬點，預算執行率 20.5%。</p> <p>2.研擬邀請醫院、西醫基層醫界代表討論轉診支付標準之合理性。</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
30 腹膜透析追蹤處置費及APD租金 ※決定事項：用於住院病人之腹膜透析追蹤處置費及APD租金	112年7月底前	112年度編列15百萬元，辦理情形如下： 112年第1季資料尚未結算。
31 住院整合照護服務試辦計畫 ※決定事項：請加強計畫之推動，發展提升整體照護成效之整合照護服務模式及評估整合服務成效，建立多元品質監測指標，包括病人安全(如：院內感染、跌倒發生率)、照護聘任模式、照護人力狀況、民眾使用意向及實際收費情形等結果面指標		112年度編列560百萬元，辦理情形如下： 1.品質監測指標： (1)病人安全(跌倒發生率、院內感染、壓瘡比率)：為減輕醫院反覆填表資料之行政負擔，藉由全日平均護病比之加成，已要求醫院填報「品質報告」急性一般病房住院跌倒人數比率、感染人數比率、急性一般病房新發生之壓瘡人數比率等三項指標，據以評估住院整合照護服務之成效。 (2)照護聘任模式、實際收費情形：由112年申請試辦醫院提交之執行計畫書瞭解。 (3)照護人力狀況：由衛福部「護產人員暨機構管理系統」，登錄之實際服務人員資料評估。 (4)民眾使用意向：計畫之滿意度調查對象包含病人及家屬，藉以瞭解民眾意向。 2.112年第1季資料尚未結算。
32 精神科長效針劑藥費		112年度編列2,664百萬元，辦理情形如下： 112年第1季申報4.45億元，預算執行率16.7%。
33 鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫 ※決定事項：應符合鼓勵呼吸		112年度編列300百萬元，依111年計畫辦理，本項為年度結算，尚無執行數。

工作項目	應完成時限	辦理情形
	112 年 7 月底前	
<p>器依賴患者脫離呼吸器、簽署 DNR 及強化安寧緩和醫療，提高臨終照護品質之目標</p> <p>34 因應長新冠照護衍生費用 (112 年新增項目) ※決定事項： 執行目標：妥適照護因 COVID-19 確診所引發 MIS-C 個案及延續 COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫至年度結束 預期效益之評估指標： (1)MIS-C 免疫球蛋白：依 MIS-C 認定原則照護人數大(等)於 108 年度 COVID-19 引起 MIS-C 照護人數為基準 (2)COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫收案長新冠人數較 108 年成長</p>		<p>112 年度編列 40 百萬元，本項為 112 年新增項目，採年度結算，尚無執行數。</p>
<p>35 因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增 (112 年新增項目) ※決定事項： 執行目標： (1)111 年之陽性個案於 112 年追蹤且非肺癌確診者 37,775 人 (2)112 年之陽性個案於第 1 年追蹤 86,461 人 預期效益之評估指標：診斷為早期肺癌的人數占率提升</p>		<p>112 年度編列 1,000 百萬元，本項為 112 年新增項目，尚待健康署提供疑似陽性個案名單，以評估後續執行情形。</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
<p>36 癌症治療品質改善計畫 (112 年新增項目) ※決定事項： 執行目標：以當年度 5 項癌症篩檢陽性/異常個案進行確認診斷之追陽率達 90% 為計畫執行指標</p> <p>(1)大腸癌(以篩檢人數 126 萬人，陽性率 7% 估算)：約 54,300 人</p> <p>(2)口腔癌(以篩檢人數 60.5 萬人，陽性率 8.2% 估算)：約 33,400 人</p> <p>(3)子宮頸癌(以篩檢人數 220 萬人，陽性率 0.54% 估算)：約 8,600 人</p> <p>(4)乳癌(以篩檢人數 87 萬人，陽性率 8% 估算)：約 57,600 人</p> <p>(5)肺癌(以篩檢人數 10 萬人，陽性率 10% 估算)：約 9,000 人</p> <p>預期效益之評估指標：追陽率達 90%</p>	<p>112 年 7 月底前</p>	<p>112 年度編列 402 百萬元，已公告自 112.6.1 生效，目前尚無申報資料。</p>
<p>37 慢性傳染病照護品質計畫 (112 年新增項目) ※決定事項： 執行目標(醫院及西醫基層總額合計)：</p> <p>(1)潛伏結核感染(LTBI)治療品質支付服務：112 年 LTBI 治療人數約 12,000 人</p> <p>(2)愛滋照護管理品質支付</p>		<p>112 年度編列 180 百萬元，已公告自 112.6.1 生效，目前尚無申報資料。</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
<p>服務：112 年照護感染者人數約 35,000 人</p> <p>(3)長照機構加強型結核病防治：112 年 LTBI 檢驗人數約 20,000 人</p> <p>預期效益之評估指標(醫院及西醫基層總額合計)：</p> <p>(1)112 年潛伏結核感染者完成治療比率達 85%</p> <p>(2)112 年愛滋感染者有服藥比率目標達 95%，服藥感染者病毒量測不到(病毒量<200 copies/ml)比率目標達 96%</p> <p>(3)112 年長照機構 LTBI 檢驗陽性加入治療比率達 70%，完成治療率達 70%</p>	<p>112 年 7 月底前</p>	

四、西醫基層總額

工作項目	應完成 時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會		
1 西醫醫療資源不足地區改善方案 ※決定事項：持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與	111 年 11 月底前	已於 112.2.4 公告；方案修訂重點已提報 112 年 2 月份委員會議。
2 家庭醫師整合性照護計畫 ※決定事項：請朝「以人為中心」之合作照護模式為推動方向，檢討計畫服務模式及成效，積極進行計畫轉型，並規劃與代謝症候群防治計畫共同執行，及善用健康科技工具，強化個案管理功能		已於 112.1.30 公告；計畫修訂重點已提報 112 年 2 月份委員會議。
3 代謝症候群防治計畫 ※決定事項：精進計畫內容，考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數		已於 112.2.13 公告；計畫修訂重點已提報 112 年 3 月份委員會議。
4 醫療給付改善方案 ※決定事項：通盤檢討各項方案照護成效及照護率不高之原因，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升執行成效		1.全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案:已於 112.2.3 公告；方案修訂重點已提報 112 年 2 月份委員會議。 2.其餘方案將持續辦理並滾動檢討適時修訂。

工作項目		應完成 時限	辦理情形
5	偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫	111 年 11 月底前	延續 111 年計畫辦理。
6	提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫		已於 112.2.10 公告；計畫修訂重點已提報 112 年 3 月份委員會議。
7	癌症治療品質改善計畫 (112 年新增項目) ※決定事項：同醫院項次 7	111 年 12 月底前	已於 112.5.19 公告；計畫重點已提報 112 年 6 月份委員會議。
8	慢性傳染病照護品質計畫 (112 年新增項目) ※決定事項：同醫院項次 8		已於 112.6.1 公告；計畫重點已提報 112 年 6 月份委員會議。
9	品質保證保留款實施方案 ※決定事項：持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的	111 年 11 月底前	已於 112.1.19 公告；方案修訂重點已提報 112 年 2 月份委員會議。
需經本會同意/確認或向本會報告			
10	因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費 (112 年新增項目) ※決定事項： (1)本項經費用於反映護理人員薪資，提升護理照護品質 (2)於 112 年度總額公告後，提出本項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」(主要以結果面為導向規劃)，提報至本會最近 1 次委員會議確認	112 年 2 月份委員會議 (依年度工作計畫，請健保署儘速辦理完成，安排至本會最近 1 次委員會議討論)	1.健保署於 112.6.29 邀集醫師公會全聯會及護理師護士公會全聯會共同討論並取得共識。 2.已納入 112 年月 7 月份委員會議，確認「執行目標」及「評估指標」。
11	代謝症候群防治計畫	112 年 4 月委員會議 (依年度工	已提報 112 年 4 月份委員會議報告事項。

工作項目	應完成時限	辦理情形
	作計畫提報改進方案)	
<p>12 鼓勵院所建立轉診合作機制(併同其他預算「基層總額轉診型態調整費用」提出報告) ※決定事項：檢討獎勵方式、支付誘因及經費配置合理性，研擬改善措施，以提升執行成效</p>	112 年 6 月委員會會議	已提報112年6月份委員會議報告事項。
<p>13 因應長新冠照護衍生費用(112 年新增項目) ※決定事項：於 112 年度總額公告後，提出具體規劃內容，以及「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提報至最近 1 次委員會議確認</p>	112 年 2 月份委員會會議 (依年度工作計畫，請健保署儘速辦理)	已提報 112 年 4 月份委員會議討論修正通過。
<p>14 促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼) (112 年新增項目) ※決定事項：於 112 年度總額公告後，至本會最近 1 次委員會議提出具體實施規劃(包含支付標準檢討之分年目標、執行方法及期程)，並定期提報執行情形</p>	完成，安排至本會最近 1 次委員會議報告)	<p>1.促進醫療服務診療項目支付衡平性：</p> <p>(1)健保署已盤點近年外界對於支付標準所提修訂建議，另研擬循 RBRVS 調整模式，合理調整各診療項目支付點數。</p> <p>(2)規劃工作期程為 3 年，惟考量上述調整項目及調整點數幅度，涉及各層級及多個專科別，爰有關分年目標及執行方式須再與醫界多次討論，以達共識。</p> <p>(3)已於 112.6.29「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」報告通過，修訂下列項目約 3.63 億點，將依程序辦理報部核定事宜：</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
		①調升 145 項診療項目支付點數與醫院一致。 ②手術及麻醉通則比照醫院適用「提升兒童加成率」。 ③手術項目通則六比照醫院規範折付。 ④放寬非簡單傷口案件之認定，每次就醫得申報診察費。 2.因應醫療器材使用規範修訂之補貼：同醫院總額項次 13。
15 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 ※決定事項：檢討及加強醫療服務提供，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)	112 年 6 月委員會議	已提報 112 年 6 月份委員會議報告。
提報本會執行情形(112 年初步結果/成果)^註		
16 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) ※決定事項： (1)在額度內妥為管理運用，於 112 年度總額公告後，至本會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程	112 年 2 月份委員會議	1.新增診療項目：已提報 112 年 2 月份委員會議報告。 2.新藥：已提報 112 年 4 月份委員會議報告。 3.新特材：未編列此項預算。
(2)於總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控	112 年 7 月底前	1.新增診療項目、新藥：辦理情形同醫院總額項次 18 之(2)。 2.新特材：未編列此項預算。

工作項目	應完成時限	辦理情形
(3)對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估	112年7月底前	1.新增診療項目、新藥：辦理情形同醫院總額項次18之(3)。 2.新特材：未編列此項預算。
(4)於112年7月底前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)		112年度編列196百萬元，辦理情形如下： 1.新增診療項目：依健保署規劃，預算0.5億元，截至112年6月，新增5項、修訂13項。 2.新藥：依健保署規劃，預算1.46億元，112年第1季生效新藥計4項，5年內(108~112年)新藥申報費用扣除替代品項點數後為0.2億元。 3.新特材：未編列此項預算。
(5)於113年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源		1.新增診療項目、新藥：辦理情形同醫院總額項次18之(5)。 2.新特材：未編列此項預算。
17 藥品及特材給付規定改變 ※決定事項： (1)在額度內妥為管理運用，於112年度總額公告後，至本會最近1次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程	112年2月份委員會議	1.藥品：已提報112年4月份委員會議報告。 2.特材：未編列此項預算。
(2)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	112年7月底前	1.藥品：辦理情形同醫院總額項次19之(2)。 2.特材：未編列此項預算。
(3)於112年7月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)		112年度編列145百萬元，辦理情形如下： 1.藥品：依健保署規劃，預算1.45

工作項目	應完成時限	辦理情形
	112 年 7 月底前	億元，112 年第 1 季修訂 10 項給付規定章節，與去年同期相比，申報費用增加 0.24 億點。 2.特材：未編列此項預算。
(4)於 113 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源		1.藥品：辦理情形同醫院總額項次 18 之(5)。 2.特材：未編列此項預算。
18 配合分級醫療，調高診察費(112 年新增項目)		112 年度編列 122.5 百萬元，辦理情形如下： 調升西醫基層第一階段門診診察費支付點數1點，自112.7.1生效。
19 因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費(112 年新增項目) ※決定事項： (1)本項經費用於反映護理人員薪資，提升護理照護品質 (2)建立稽核機制，並比照醫院總額護理費改採占率方式計價，以確實提升護理照護品質		112 年度編列 122.5 百萬元，辦理情形如下： 1.新增項目 00246C「提升基層護理人員照護品質加計」支付點數 6 點，聘有護理人員且有調升其薪資之基層院所，申報 1~30 人次門診診察費時得併報本項，自 112.7.1 生效。 2.稽核機制：以該診所聘僱護理人員的 50%，薪資較前一年度調升幅度達本保險投保金額次一投保等級進行認定計算。
20 西醫醫療資源不足地區改善方案		112 年度編列 317.1 百萬元，公告施行地區共 92 個，辦理情形如下： 1.巡迴計畫：112 年 1~5 月提供 4,414 診次，服務 79,581 人次。 2.開業計畫：截至 112 年 5 月，共 4 家院所參與開業計畫，服務 1,639 人次。

工作項目	應完成時限	辦理情形
21 家庭醫師整合性照護計畫 ※決定事項：請朝「以人為中心」之合作照護模式為推動方向，檢討計畫服務模式及成效，積極進行計畫轉型，並規劃與代謝症候群防治計畫共同執行，及善用健康科技工具，強化個案管理功能	112 年 7 月底前	1.相關規劃已於 112 年 4 月份委員會議報告「代謝症候群防治計畫之改進方案」時一併提出。 2.112 年度編列 3,948 百萬元，辦理情形如下： (1)截至 112 年 5 月，共 558 個醫療群、5,590 家診所、7,807 名醫師參與，收案會員約 596 萬人。 (2)收案會員數、參與院所數及醫師數皆較 111 年減少。
22 代謝症候群防治計畫 ※決定事項： (1)朝「以人為中心」之合作照護模式為推動方向，並規劃與家庭醫師整合性照護計畫共同執行，及善用健康科技工具，強化個案管理功能 (2)積極建立與成人健檢之個案轉介及資源共享機制，減少重複檢驗(查)，以提升計畫執行成效		1.相關規劃已提報 112 年 4 月份委員會議報告事項。 2.112 年度編列 616 百萬元，辦理如下： 截至112年5月，共1,670家診所、2,704名醫師參與，收案46,696人
23 C 型肝炎藥費 ※決定事項： (1)辦理本項目 (2)於協商 113 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一		112年度編列292百萬元，辦理情形如下： 112年第1季申報125.52百萬點，預算執行率43.0%。 健保署將於113年度總額協商時提出年度 C 肝專款預算，並檢討實施成效。

	工作項目	應完成時限	辦理情形
24	醫療給付改善方案	112年7月底前	<p>112年度編列900.3百萬元，1~4月辦理情形如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.糖尿病：照護個案數273,026人，照護率44.2%。 2.糖尿病合併初期慢性腎臟病：申報管理照護費64,521人，82,235件，40.0百萬點。 3.早期療育：照護個案數96人，總計申報113人次。(早療方案照護率需隔年取得醫院評估人數才可計算) 4.思覺失調方案：照護個案數0.2萬人，照護率8.2%。 5.氣喘方案：照護個案數4.6萬人，照護率39.9%。 6.孕產婦全程照護方案：照護個案數0.3萬人，照護率27.4%。 7.COPD方案：照護個案數0.1萬人，照護率56.7% 8.B、C型肝炎個案追蹤方案：照護個案數4.9萬人，照護率33.4%。
25	<p>強化基層照護能力及「開放表別」項目</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)於112年度總額公告並經相關會議通過後，至本會最近1次委員會議提出規劃調整開放之項目與作業時程</p> <p>(2)訂定反映效益之績效指標(如提升照護品質、民眾就醫便利性等)，以評估執行效益</p>	<p>112年2月份委員會議</p> <p>112年7月底前</p>	<p>112年度編列1,320百萬元，辦理情形如下：</p> <p>新增「頸動脈聲圖檢查」1項開放表別項目，及修訂19013C「陰道超音波」支付規範，自112.7.1生效。</p> <p>健保署業請醫師公會全聯會提供意見，俟該會回復後研擬訂定。</p>
26	<p>鼓勵院所建立轉診合作機制</p> <p>※決定事項：檢討獎勵方式、</p>		<p>112年度編列258百萬元，辦理情形如下：</p>

工作項目	應完成 時限	辦理情形
<p>支付誘因及經費配置合理性，研擬改善措施，以提升執行成效</p>	<p>112年7月底前</p>	<p>1.112年第1季轉診費用實際核付35.4百萬點，預算執行率13.7%。 2.研擬邀請醫院、西醫基層醫界代表討論轉診支付標準之合理性。</p>
<p>27 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫 ※決定事項：精進計畫評核指標，並檢討計畫實施成效、加強推廣，鼓勵醫師參與</p>		<p>112年度編列50百萬元，辦理情形如下： 截至112年第1季，參與之西醫基層診所15家，生產補助件數891件；參與之助產機構4家，生產補助件數20件。</p>
<p>28 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材</p>		<p>112年度編列30百萬元，辦理情形如下： 1.112年第1季申報0.06百萬元，預算執行率0.2%。 2.依給付規定辦理事前審查、建置電腦醫令自動化檢核邏輯，針對非罕病使用罕藥、血友病藥費過高或高成長進行抽審。 3.本項專款為108年新增項目，係考量患者至西醫基層診所就醫所需，將持續觀察執行情形。</p>
<p>29 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費 ※決定事項：檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用</p>		<p>112年度編列30百萬元，辦理情形如下： 1.112年1~4月申報3.66百萬元，預算執行率12.2%。 2.依疾管署規範，建置電腦醫令自動化檢核邏輯，針對藥費過高或不符二合一藥品使用規範進行抽審。 3.本項專款為108年新增項目，係考量患者至西醫基層診所就醫所需，將持續觀察執行情形。</p>

工作項目		應完成時限	辦理情形
30	因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用 ※決定事項：檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用	112年7月底前	112年度編列11百萬元，辦理情形如下： 112年1~4月申報約62萬點，預算執行率5.6%。
31	新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用		112年度編列178百萬元，辦理情形如下： 1.本項預算自107年起由其他預算移列，近年執行數皆維持穩定。 2.延續前一年辦理方式，其預算依六區執行醫藥分業後所增預算額度分配。
32	提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫 ※決定事項：請持續監測本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督。		112年度編列9.7百萬元，辦理如下： 112年1~4月服務147人、人數執行率86%(目標170人)，申報1.74百萬點，預算執行率18%。
33	精神科長效針劑藥費		112年度編列100百萬元，辦理如下： 112年第1季申報7.42百萬元，預算執行率7.42%。
34	因應長新冠照護衍生費用(112年新增項目) ※決定事項： 執行目標：減緩「長新冠引起的醫療耗用」。 預期效益之評估指標：接受長新冠照護之個案超過2萬件以上。		112年度編列10百萬元，本項為112年新增項目，採年度結算，尚無執行數。

工作項目	應完成時限	辦理情形
<p>35 癌症治療品質改善計畫 (112 年新增項目)</p> <p>※決定事項：</p> <p>執行目標：以當年度 4 項癌症篩檢陽性/異常個案進行確認診斷之追陽率達 90% 為計畫執行指標</p> <p>(1)大腸癌(以篩檢人數 126 萬人，陽性率 7% 估算)：約 25,000 人</p> <p>(2)口腔癌(以篩檢人數 60.5 萬人，陽性率 8.2% 估算)：約 14,300 人</p> <p>(3)子宮頸癌(以篩檢人數 220 萬人，陽性率 0.54% 估算)：約 2,600 人</p> <p>(4)乳癌(以篩檢人數 87 萬人，陽性率 8% 估算)：約 4,500 人</p> <p>預期效益之評估指標：追陽率達 90%</p>	<p>112 年 7 月底前</p>	<p>112 年度編列 115 百萬元，已公告自 112.6.1 生效，目前尚無申報資料。</p>
<p>36 慢性傳染病照護品質計畫 (112 年新增項目)</p> <p>※決定事項：</p> <p>同醫院總額項次 37。</p>		<p>112 年度編列 20 百萬元，已公告自 112.6.1 生效，目前尚無申報資料。</p>

五、門診透析服務

工作項目	應完成 時限	辦理情形
需經本會同意/確認或向本會報告		
<p>1 門診透析服務</p> <p>※決定事項：於 112 年度總額公告後，至本會最近 1 次委員會議提出「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」專款之「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)，並提本會報告</p>	<p>112 年 2 月份委員會議(依年度工作計畫，請健保署儘速辦理完成，安排至本會最近 1 次委員會議報告)</p>	<p>已於 112 年 5 月份委員會議提出專案報告，並參考委員意見修正「執行目標」、「預期效益評估指標」，提報 7 月份委員會議。</p>
提報本會執行情形(112 年初步結果/成果)^註		
<p>2 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，用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質。2%(約 8.671 億元)成長率須含鼓勵透析病患(含血液及腹膜透析)諮詢腎臟移植</p>	<p>112 年 7 月底前</p>	<p>1.有關鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫已奉衛福部核定並於 112.7.4 公告在案。</p> <p>2.已於 112.6.29「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論通過，新增「鼓勵透析病人諮詢腎臟移植費」，內容如下：</p> <p>(1)適用對象為年齡未滿六十五歲符合下列任一條件者適用：</p> <p>A.透析前，eGFR<10ml/1.73m²連續兩次，間隔 3 個月以上，且逐漸衰退者。</p> <p>B.領有「慢性腎衰竭(尿毒症)，必須接受定期透析治療患者」重大傷病證明(3 個月以上)，並於接受透析一年內。</p> <p>(2)諮詢參與人員：包括移植醫療團隊之外科、泌尿科、小兒外科、或曾接受過台灣腎臟醫學</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
	112年7月底前	<p>會與台灣移植醫學會共同舉辦之腎臟移植諮詢訓練課程之腎臟科專科醫師，以及病人或病人家屬。</p> <p>(3)諮詢紀錄：應有參與諮詢醫療團隊及病人或其家屬簽名之「腎臟移植諮詢檢核表(含醫病共享決策評估表)」，並應併入病人之病歷紀錄留存。</p> <p>(4)支付規範：支付點數 600 點，每人終身限申報一次。</p> <p>(5)不得與「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」之醫病共享決策診療項目重複申報。</p>
<p>3 「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」專款 ※</p> <p>執行目標：</p> <p>1.執行目標：</p> <p>(1)腹膜透析新發個案：占率 > 10%</p> <p>(2)腹膜透析盛行個案：占率 > 8%</p> <p>2.預期效益評估指標：</p> <p>(1)腹膜透析病人 1 年存活率：>96%</p> <p>(2)腹膜透析病人 3 年存活率：>80%</p> <p>(3)腹膜透析病人腹膜炎發生率：<1.53 次/每百人月</p> <p>(4)腹膜透析病人 Weekly Kt/V ≥ 1.7 百分比：≥93%</p>		<p>112 年度編列 433.5 百萬元，已公告自 112.7.4 生效，目前尚無申報資料。</p>
4	持續推動腎臟病前期之整合	1.支付標準第八部第二章糖尿病及

工作項目	應完成時限	辦理情形
<p>照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護</p>	<p>112年7月底前</p>	<p>初期慢性腎臟病照護整合方案中之「初期慢性腎臟病」：112年1~4月服務220,444人，約申報45百萬點。</p> <p>2.健保署持續推動各層級醫療院所針對慢性腎臟病的高危險族群提供慢性腎臟病照護及病人衛教計畫(Early-CKD方案與Pre-ESRD計畫)，儘早介入並落實疾病管理，延緩個案腎功能惡化的情形，減少新發生個案。</p>
<p>5 持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並持續監測NSAIDs藥物使用情形及管理成效</p>		<p>1.於111.1.26建立「高風險腎臟病人非類固醇抗發炎口服藥(NSAIDs)用藥提示」。</p> <p>2.新增「腎功能狀態不明者」提示內容，於111.11.24上線。</p> <p>3.統計111.1.26至112.5.31特約醫事機構查詢使用情形，共2,486家醫事機構使用，查詢1,293,527次。</p> <p>4.按季回饋「透析前高風險腎臟病人(Stage3b-5)三個月內使用NSAIDs\geq31天」醫師名單予相關學協會輔導會員，並每月提供個案明細予院所自我管理。</p>

六、其他預算

工作項目	應完成 時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會		
<p>1 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 ※協定事項：加強推動山地鄉論人計酬試辦計畫，並訂定執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效</p>	<p>111年11月底前</p>	<p>1.延續111年計畫辦理。 2.花蓮慈濟醫院自111.1.1起執行花蓮縣秀林鄉「IDS計畫之山地鄉全人整合照護執行方案」，依本方案規定，訂定健康管理(預防保健)、醫療照護(如可避免住院率)及其他政策鼓勵(如B、C肝炎病人完追蹤照護比率)等評核指標，以評估方案成效。</p>
<p>2 居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務 ※協定事項：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>1.居家醫療照護整合計畫：於112.1.17公告，放寬訪視人員資格；方案修訂重點已提報112年2月份委員會議。 2.居家照護之通則、安寧療護服務、精神疾病社區復健、轉銜長照2.0部分延續111年方式辦理。</p>
<p>3 推動促進醫療體系整合計畫 (1)醫院以病人為中心門診整合照護計畫 (2)急性後期整合照護計畫 (3)跨層級醫院合作計畫 (4)遠距醫療會診 ※協定事項： (1)檢討執行情形及辦理方式，以提升執行成效 (2)「急性後期整合照護計畫」支付標準之調整，應考量各部門總額相關支付項目間之衡平性</p>		<p>1.醫院以病人為中心門診整合照護計畫，延續111.7.1公告修訂內容辦理。 2.急性後期整合照護計畫，延續111年計畫辦理。另擬於112年第3季邀集各層級醫院協會、相關專科醫學會研修本計畫(含支付標準、收案範圍等)。 3.跨層級醫院合作計畫，延續111年計畫辦理。 4.遠距醫療給付計畫，已於112.1.18公告；方案修訂重點已提報112年2月份委員會議。</p>

工作項目		應完成 時限	辦理情形
4	提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(併四部門總額之「網路頻寬補助費用」)	111年11月底前	112年度「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」已於112.6.29「醫療給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論通過，將依序辦理報部核定及公告事宜。
5	提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫		已於110.11.19公告(為3年1期計畫)，延續111年計畫辦理。
6	腎臟病照護及病人衛教計畫 (1)末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫 (2)初期慢性腎臟病醫療給付改善方案 (3)慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫		1.末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫，延續111年計畫辦理，並持續輔導醫療院所針對尿毒症高危險族群進行衛教。 2.初期慢性腎臟病醫療給付改善方案：已於111.2.15公告新增「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」，自111.3.1生效，包含新增糖尿病合併初期慢性腎臟病照護整合方案，並整併原糖尿病、初期慢性腎臟病方案，延續111年辦理。 3.慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫，已於112.7.11公告修訂附件，新增「醫病共享決策輔助表」。
7	提升用藥品質之藥事照護計畫		已於112.2.22公告；計畫修訂重點已提報112年3月份委員會議。
需經本會同意或向本會報告			
8	基層總額轉診型態調整費用 ※協定事項： (1)持續檢討經費動支條件，評估推動分級醫療相關措施對西醫基層總額之財務影響 (2)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	112年7月底前	已提報112年6月份委員會議報告事項。

工作項目	應完成時限	辦理情形
療之執行效益 (3)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 (4)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，並提本會報告	112年7月底前	
9 提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(併四部門總額之「網路頻寬補助費用」) ※協定事項：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		已提報112年6月份委員會議報告事項。
10 提升保險服務成效 ※協定事項：精進並提出能反映整體提升保險服務成效之評估指標，其精進之評估指標及執行成果請提本會報告		已提報112年6月份委員會議報告事項。
提報本會執行情形(112年初步結果/成果)^註		
11 基層總額轉診型態調整費用 ※協定事項：優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」	112年7月底前	112年度編列800百萬元，辦理情形如下： 1.預算限定用於「轉診成功案件」。 2.112年第1季資料將於9月結算。
12 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 ※協定事項：加強推動山地鄉論人計酬試辦計畫，並訂定執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效		112年度編列605.4百萬元，辦理情形如下： 1.112年共26家承作醫院，至50個山地離島地區提供夜間及假日24小時門、急診、巡迴等醫療服務。

工作項目	應完成時限	辦理情形
	112年7月底前	<p>2.山地鄉論人計酬試辦計畫，辦理情形如下：</p> <p>(1)花蓮慈濟醫院自111年起執行花蓮縣秀林鄉「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫之山地鄉全人整合照護執行方案(下稱本方案)」，應照護名單為7,888人。</p> <p>(2)111年本方案執行院所計2家(花蓮慈濟醫院及秀林鄉衛生所)，共申報24,104件案件，服務約6,158人，醫療指標達成項目比率約38%(達成項目計8項)，結算金額約4,483萬元。</p> <p>(3)112年1~5月本方案執行院所計2家，共申報11,747件案件，服務約4,235人。</p>
13 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		<p>112年度編列7,803百萬元，辦理情形如下：</p> <p>1.居家醫療照護：</p> <p>(1)截至112年5月，居家醫療照護整合計畫共3,254家醫事機構參與，收案約6.5萬人。</p> <p>(2)居家照護：112年1~4月約申報816.1百萬點。</p> <p>(3)安寧居家：112年1~4月約申報112百萬點。</p> <p>2.精神疾病社區復健：112年1~4月約申報806.0百萬點。</p> <p>3.轉銜長照 2.0 之服務：112年1~4月約申報6.65百萬點。</p>
14 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		112年度編列290百萬元，112年第1季資料將於9月結算。

工作項目		應完成 時限	辦理情形																																						
	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	112 年 7 月底前																																							
15	支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費 ※協定事項： (1)辦理本項目 (2)於協商 113 年度總額前檢討實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一		112年度編列600百萬元，辦理情形如下： 1.醫院及西醫基層專款費用尚無經費不足之情事。 2.檢討實施成效及節流效益評估部分： 健保署將於113年度總額協商時提出年度 C 肝專款預算，並檢討其實施成效。																																						
16	推動促進醫療體系整合計畫 ※協定事項：檢討執行情形及辦理方式，以提升執行成效		112年度編列550百萬元，辦理情形如下： 1.醫院以病人為中心門診整合照護計畫：111.7.1 起取消「未開設整合門診」，保留「開設整合照護門診」模式以提高醫院開設整合門診之意願；112 年 1~4 月執行數約 11.5 百萬元。 2.遠距醫療給付計畫：截至 112.6.29，共核定 47 個鄉鎮，112 年 1~4 月執行情形如下：																																						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">項目</th> <th>110 年</th> <th>111 年</th> <th>112 年 1~4 月</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">專科門診遠距會診</td> <td rowspan="2">論服務量</td> <td>服務人數</td> <td>304</td> <td>1,987</td> <td>825</td> </tr> <tr> <td>服務人次</td> <td>555</td> <td>3,460</td> <td>1,229</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">急診遠距會診</td> <td rowspan="2">論診次</td> <td>開診數</td> <td>177</td> <td>637</td> <td>196</td> </tr> <tr> <td>服務人次</td> <td>636</td> <td>2,845</td> <td>983</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">急診遠距會診</td> <td rowspan="2">服務人數</td> <td>服務人數</td> <td>13</td> <td>85</td> <td>270</td> </tr> <tr> <td>服務人次</td> <td>13</td> <td>85</td> <td>271</td> </tr> </tbody> </table>				項目			110 年	111 年	112 年 1~4 月	專科門診遠距會診	論服務量	服務人數	304	1,987	825	服務人次	555	3,460	1,229	急診遠距會診	論診次	開診數	177	637	196	服務人次	636	2,845	983	急診遠距會診	服務人數	服務人數	13	85	270	服務人次	13	85	271
項目			110 年	111 年	112 年 1~4 月																																				
專科門診遠距會診	論服務量	服務人數	304	1,987	825																																				
		服務人次	555	3,460	1,229																																				
急診遠距會診	論診次	開診數	177	637	196																																				
		服務人次	636	2,845	983																																				
急診遠距會診	服務人數	服務人數	13	85	270																																				
		服務人次	13	85	271																																				

	工作項目	應完成 時限	辦理情形
17	調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	112年7月底前	<p>1.112年度編列800百萬元，未有支用本項經費之項目。</p> <p>2.111年度編列1,000百萬元；是否用於「支應中醫門診總額111年第3、4季點值下降」項目，已列於本次會議討論事項第一案。</p>
18	<p>提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(併四部門總額之「網路頻寬補助費用」)</p> <p>※協定事項：</p> <p>(1)加強推動「提升院所智慧化資訊機制」，並持續監測及精進成效評估指標</p> <p>(2)於協商 113 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源</p>		<p>112年編列1,636百萬元，辦理情形如下：</p> <p>1.獎勵上傳及網路頻寬補助費用：</p> <p>(1)112年1~4月整體總上傳率計95.3%，其中基層診所總上傳率計65.7%，相較基層診所去年同期值26.9%有顯著提升，健保署將持續輔導醫療院所提升上傳率。</p> <p>(2)112年6月整體參與率計95%，其中醫院計100%，診所計96%，藥局計94%，檢驗所計92%，其他醫事機構計93%。</p> <p>2.提升院所智慧化資訊機制：</p> <p>(1)111年執行情形如下：</p> <p>①部分負擔新制費用申報格式改版獎勵：共獎勵20,938家。</p> <p>②居家藍牙 APP 介接獎勵：共獎勵44家。</p> <p>③就醫識別碼預檢成功獎勵：共獎勵28,064家。</p> <p>(2)上開獎勵係為獎勵醫療院所資訊改版作業，以利健保署相關政策推動，相關成效將視相關政策推動後評估執行情形。</p> <p>[本會補充說明:協定事項係請提出包含獎勵上傳資料及網路頻寬</p>

工作項目	應完成 時限	辦理情形
	112 年 7 月底前	補助費之節流效益，並非限於「提升院所智慧化資訊機制」，請於協商 113 年總額依協定事項，提出節流效益並納入總額預算財源]
<p>19 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫</p> <p>※協定事項：持續檢討本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督</p>		<p>112年編列1,653.8百萬元，辦理情形如下：</p> <p>1.112 年 1~4 月矯正機關內門診申報 258,504 件、398 百萬點。</p> <p>2.本計畫每期 3 年，110 年邀集法務部矯正署及衛生福利部等單位研擬本計畫(第四期)，並於 111.1.1 起實施至 113.12.31 止，預計明(113)年啟動計畫修正，屆時進行跨單位溝通，依共識調整計畫。</p> <p>3.為確保醫療服務適當性，健保署分區業務組每年均會邀集相關院所及矯正機關召開檢討會議，並將收容人醫療利用情形納入計畫評核指標，期能減少不必要之就醫。</p> <p>4.不定期邀集相關司署進行健康議題討論，以增進收容人健康醫療品質。</p>
<p>20 腎臟病照護及病人衛教計畫</p> <p>※協定事項：</p> <p>(1)積極提升 Early-CKD 及 Pre-ESRD 之病人照護與衛教計畫之照護率</p> <p>(2)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並持續監測 NSAIDs 藥物使用情形及管理成效</p>		<p>112年度編列511百萬元，辦理情形如下：</p> <p>1.本項於支付標準糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案中之「初期慢性腎臟病」：112 年 1~4 月服務 220,444 人，約申報 45 百萬點。</p> <p>2.健保署持續推動 Pre-ESRD 方案，112 年 1~4 月服務 83,145 人，申報約 90 百萬點；另新公告方案</p>

工作項目	應完成 時限	辦理情形
	112 年 7 月底前	<p>擴大原收案病人範圍至 AKD 病人，期待能及早將更多潛在慢性腎臟病個案收案照護，延緩病人腎功能惡化。</p> <p>3.其餘執行情形同門診透析項次 4。</p>
<p>21 提升保險服務成效</p> <p>※協定事項：</p> <p>(1)辦理本項目</p>		<p>112 年度編列 500 百萬元，辦理情形如下：</p> <p>1.本項預算主要用於提升健保資訊效能，項目重點如下：</p> <p>(1)優化健保醫療資訊雲端查詢系統架構及加值應用，擴增資訊內容並優化主動提示 API 功能，增加特材紀錄頁籤及支援讀取虛擬健保卡，強化資訊安全。</p> <p>(2)優化健保快易通 APP 及健康存摺系統，善用推播機制並優化健康存摺內容，協助民眾自我健康照護。</p> <p>(3)持續提升智慧型精準審查作業平台，重構並改寫費用申報及醫令審查系統並歸納為模組化檢核邏輯，提升系統彈性及韌性。</p> <p>(4)優化輔助醫療審查應用與模型試驗平台，協助監控醫療現況與掌握計畫推行成效，輔助健保署執行醫療審查、分析業務。</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
(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	112 年 7 月底前	<p>2.檢討實施成效，提出節流效益部分：</p> <p>延續資訊設備汰換及維護，各層級醫療檢驗(查)上傳率已提升至 111年98%、97%及95%，效益反映在減少檢驗(查)重複執行及雲端醫療共享效益，提升病人安全。</p> <p>〔本會補充說明:協定事項係請提出具體提升保險服務之節流效益，請於協商113年總額依協定事項，提出節流效益並納入總額預算財源〕</p>
22 提升用藥品質之藥事照護計畫 ※協定事項：加速推動計畫，輔導特約藥局加入執行本計畫，並監測計畫之醫療利用及執行成效(含執行目標及預期效益之評估指標)		<p>112年度編列30百萬元，辦理情形如下：</p> <p>1.已於 112.2.22 公告；112 年 1~4 月執行數共 39,100 元，服務 74 人、161 人次。</p> <p>2.111 年編列 30 百萬元，執行數 259,200 元，參與藥局家數 440 家，參與藥師 577 人，總計服務共 510 人次，482 人完成照護。</p>

註：

- 1.112 年執行情形於本會 112 年 7 月份委員會議提報，延續性項目於 112 年 7 月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含 111 年執行情形)。
- 2.112 年度總額協定事項有關預算扣減或檢討節流成效項目之規劃，列於 112 年 7 月份委員會議報告事項，為免重複提報，爰不納入本表。

(會議資料第 58 頁)

討論事項第一案「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』項目續請討論案」後附資料(健保署意見)

.....

中央健康保險署意見：

本署業於 112.7.18 以電子郵件提供「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」提案內容及評估結果資料。(健保署書函如附件，第 60 頁)

.....

本會補充說明：

- 一、查上開健保署所提 112.7.18 以電子郵件提供之資料，即本案之健保署提案及相關附件，其中附件六為 107 至 111 年四總額部門醫療服務利用情形(表 1-1~表 1-8，如會議資料第 64~71 頁)，附件七為四總額部門 111 年疫情影響醫療利用情形統計(表 2-1~表 2-4，如會議資料第 72~75 頁)。
- 二、健保署已於提案內容之附件六、七，提供四總額部門醫療服務利用及疫情影響之統計數據，為利委員了解統計數據之意義，建請健保署於會議上補充說明保險人對四總額部門之整體評估結果。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

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

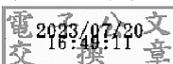
受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年7月20日
發文字號：健保醫字第1120663116號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：本署業於112年7月18日以電子郵件提供「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」提案內容及評估結果資料，請查照。

說明：復貴會112年7月13日單號1120713623號請辦單兼復貴會112年7月10日衛部健字第1123360094號書函。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：

2.07.21



1123340194

(會議資料第 86 頁)

討論事項第二案「112 年度醫院及西醫基層總額關於『持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能』、『健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能』、『因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費』決定項目內容，需提報本會確認案」後附資料(社保司意見)

.....

社會保險司意見：

有關貴會所詢 112 年度醫院總額之「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」及「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」專款項目相關事宜案，查 112 年度總額公告業已載明經費用途之決定文字，無意見提供。

(會議資料第 99 頁)

報告事項第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：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 年度工作計畫及衛生福利部公告 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、112 年總額協定事項有關預算扣減或檢討節流成效項目之規劃，詳細辦理情形如附表一(第 68~81 頁)，說明如下：
 - (一)有關牙醫門診總額，其中項次 1「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」之協定事項「依 112 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用」一節，本署將援例提送全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議討論；項次 2~4，本署將依貴會決定辦理。
 - (二)有關中醫門診總額，其中項次 1~5，屬 112 年扣減當年度未執行之額度，本署將依貴會決定辦理。
 - (三)有關醫院及西醫基層總額之項次 1「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」及項次 2「藥品及特材給付規定改變」，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度，歷年均依據該項協定，配合於尚未結算之季別(如第 3、4 季)結算，扣減當年度未執行之額度。
- 三、牙醫門診總額「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」照護成效評估，詳細辦理情形如附表二(第 82~83 頁)，說明如下：

「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」自 109 年 6 月開始執行，以施行地區而言，109 年僅嘉義市及雲林縣，110 年起開放為六直轄市以外之縣市皆可提供服務(施行鄉鎮擴增至 210 個)，惟

截至 112 年 5 月仍僅嘉義市有醫療團執行；以服務人數、有提供醫療服務之服務診次而言，皆未有成長，且未看診之待診診次占總診次比率約六成。

報告單位業務窗口：陳依婕專門委員，聯絡電話：02-27065866分機2646

杜安琇科長，聯絡電話：02-27065866分機1554

張淑雅科長，聯絡電話：02-27065866分機3012

.....

本會補充說明：

本案係依本(112)年度總額核(決)定事項須提本會報告之項目及本會本年度工作計畫，安排健保署報告內容必須包含：11 項涉及四部門總額預算扣減或檢討節流效益之處理規劃，及 1 項牙醫部門專款項目之照護成效評估結果，分項敘述如下：

一、有關四部門總額預算扣減或檢討節流效益項目之處理規劃，計 11 項：

(一)依 112 年度總額核(決)定事項，四部門總額計 11 項協商項目，需依實際執行結果扣除未執行預算或與一般服務重複部分、檢討執行成效及評估效益，供總額協商參考。

(二)經檢視健保署提報之規劃內容，彙整總額核(決)定事項、本會研析建議詳附表一(第 68~81 頁)供參。摘要如下：

1.尚有部分項目未完成或需釐清：牙醫項次 1 之扣款方式健保署需再提研商議事會議討論、牙醫項次 2 之成效指標健保署與牙醫部門意見不同、中醫項次 1~4 之扣款方式尚需釐清，本會研析如下：

協商項目	健保署之處理規劃	本會研析及建議(摘要)
牙醫門診		
1	12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫(111 年新專款)	建議扣減方式： (1)健保署就牙全會之方案，同意以 112 年有申報 P7101C 者，於 111 年申報 91014C 點數做為扣減基礎。
		1.依健保署建議，本項尚需循程序提研商議事會議討論，建議尊重健保署後續處理規劃。 2.請健保署會同牙醫門診總額相關團體儘速規劃扣減之具體計算方式及扣減時程，於 112 年 12

協商項目	健保署之處理規劃	本會研析及建議(摘要)
	(2)惟雙方就排除案件之計算細節尚未達共識，尚需循程序提研商議事會議討論。	月委員會議前提報本會。
2	<p>高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫(111年新增專款)</p> <p>建議成效指標：</p> <p>(1)健保署及牙全會均建議酌修指標名稱為：<u>「執行 P7301C 後，89013C 及 89113C 『複合體充填』二年內重補率較未執行 P7301C 者低」</u>，以臻明確。</p> <p>(2)惟雙方對於指標定義有不同建議，「複合體充填」二年內重補率計算，健保署建議以跨院所、牙全會建議以同院所計算。</p>	<p>1.考量 111 年係以跨院所計算且不分案件別，為能反映以人為中心照護成效，建議採健保署之建議，112 年成效指標修正為： <u>執行 P7301C 後，89013C 及 89113C 「複合體充填」二年內重補率較未執行 P7301C 者低(跨院所計算)。</u></p> <p>2.另請健保署補充修正指標後之分子、分母定義。</p>
中醫門診		
1	<p>多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度(112年一般服務新增項目)</p> <p>扣款方式：</p> <p>112.3.1 新增支付標準 A91「整合醫療照護費加計(70點)」。健保署以<u>112年3月至12月A91申報點數除以10個月算出每月平均值再乘以12月作為年度總申報費用</u>，若未達協商額度作為扣減當年度未執行之額度。</p>	<p>1.查本新增項目支付標準自 112.3.1 起實施，實際執行 10 個月。健保署以執行 10 個月的平均申報點數，乘以 12 個月，作為「當年度執行之額度」。恐不符實際經費使用情形。</p> <p>2.考量 112 年結算時，已有實際執行數值，建議修正扣款方式： <u>「當年度執行之額度」為：112 年 A91「整合醫療照護費加計(70 點)」全年實際申報點數</u>。若未達協商額度作為扣減當年度未執行之額度。</p>

協商項目	健保署之處理規劃	本會研析及建議(摘要)
2 提升中醫小兒傷科照護品質(112年一般服務新增項目)	扣款方式： 112.3.1 新增支付標準E90「未滿7歲兒童傷科治療處置費加計(200點)」。健保署以112年3月至12月E90申報點數除以10個月算出每月平均值再乘以12月作為年度總申報費用，若未達協商額度作為扣減當年度未執行之額度。	1.同項次1，實際執行10個月。健保署以12個月計算「當年度執行之額度」。恐不符實際經費使用情形。 2.考量112年結算時，已有實際執行數值，建議建議修正扣款方式： <u>「當年度執行之額度」為：112年E90「未滿7歲兒童傷科治療處置費加計(200點)」全年實際申報點數。</u> 若未達協商額度作為扣減當年度未執行之額度。
3 針傷合併治療合理給付(112年一般服務新增項目)	扣款方式： 112.3.1 調升支付標準針灸合併傷科治療處置費。健保署以112年3月至12月支付標準調整前後差異總點數除以10個月算出每月平均值再乘以12月作為年度增加費用，若未達協商額度作為扣減當年度未執行之額度。	1.同項次1，實際執行10個月。健保署以12個月計算「當年度增加費用」。恐不符實際經費使用情形。 2.考量112年結算時，已有實際執行數值，建議修正扣款方式： <u>「當年度增加費用」為：112年針傷合併支付標準調整前後差異點數，全年實際增加點數。</u> 若未達協商額度作為扣減當年度未執行之額度。
4 增加「特定疾病門診加強照護」適應症腦中風後遺症(診斷碼I69)(112年一般服務新增項目)	扣款方式： 112.3.1 新增支付標準「特定疾病門診加強照護」腦中風後遺症(診斷碼I69)。健保署以112年3月至12月申報點數除以10個月算出每月平均值再乘以12月作為年度總申報費用，若未達協商額度作為扣減當年度未執行之額度。	1.同項次1，實際執行10個月。健保署以12個月計算「當年度執行之額度」。恐不符實際經費使用情形。 2.考量112年結算時，已有實際執行數值，建議修正扣款方式： <u>「當年度執行之額度」為：112年「特定疾病門診加強照護」腦中風後遺症(診斷碼I69)全年實</u>

協商項目	健保署之處理規劃	本會研析及建議(摘要)
		際申報點數，若未達協商額度作為扣減當年度未執行之額度。

2.牙醫項次 2~4 提出之節流效益之成效指標，尚無法轉換量化節流金額供協商參用，建議持續研議。

(三)本案未完成項目，請健保署儘速規劃具體之 112 年度總額預算扣減及效益評估方式，最遲 112 年 12 月委員會議將規劃結果提報本會。

(四)至於健保署依上述規劃方式之執行結果，依 112 年 2 月委員會議決定之總額協定事項辦理時程，需於 113 年 3 月委員會議提報本會，做為 114 年度總額協商參考。

二、有關牙醫門診總額「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」專款項目之照護成效評估結果：

(一)112 年度總額本項專款之協定事項，摘要如下：

1.持續監測執行結果，評估照護成效，於 112 年 7 月將評估結果提全民健康保險會報告。

2.再行試辦 1 年，若未呈現具體成效即應退場。

(二)本計畫自 109.3.31 起實施迄今 3 年，依健保署評核執行成果報告資料，摘要執行結果如下(詳細執行結果如附件，第 84 頁)：

牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫

項目	年度	109	110	111
預算數(百萬元)		7.8	12.0	12.0
預算執行數(百萬元)		4.5	4.0	5.1
預算執行率(%)		57.3%	32.9%	42.8%
執行試辦點(個)		2	1	1
服務診次(B)		1,194	1,095	1,091
--有提供醫療服務之診次		418	361	412
--待診之診次(A) (值班待診無提供醫療服務之診次)		776	734	679
--待診之診次占率(A/B)(%)		65.0%	67.0%	62.2%

(三)112 年評核委員共識建議：本計畫自 109 年試辦迄今，歷年預算執行率不佳，且待診診次占率均為 6 成以上，110 年起連續 2 年僅剩 1 個試辦點，建議停辦。

決定：

附表一、彙整「112 年度總額核(決)定事項涉及預算扣減或檢討節流效益項目之處理規劃」之總額核(決)定事項、健保署提報處理規劃及本會研析建議

協商項目	協定事項 (摘要)	健保署對協定事項之處理 規劃	本會研析及建議
牙醫門診			
1	12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫(111 年新增專款)	依 112 年年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用	<p>1.本項於 111 年一般服務扣減與本項重複費用方式：依申報 P7101C「青少年齲齒控制照護處置」於 108 至 110 年任一年曾申報 91014C 之點數扣減一般服務費用。</p> <p>2.112 年於一般服務扣減與本項重複費用：</p> <p>(1)牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)112 年 7 月 3 日函送健保署提報如下：<u>112 年執行 P7101C 青少年齲齒控制照護處置(排除案件分類 14 醫不足方案)且沒有申報 91014C「牙周暨齲齒控制基本處置」+91004C「牙結石清除-全口」者，於 111 年一般服務申報前述兩項(91014C+91004C)</u>，則扣減 91014C 之費用。</p> <p>(2)健保署說明：</p> <p>①原 111 年扣減係考量疫情期間民眾未必至牙醫就醫，爰以 111 年申報 P7101C 者，其 108 至 110 年任一年曾</p> <p>1.本項為 111 年新增計畫，112 年續辦。計畫新增照護項目「青少年齲齒控制照護處置」(P7101)，因部分內容屬原一般服務範圍，如：「牙周暨齲齒控制基本處置」(91014C)。設立專款後，原由一般服務支付項目，將轉為專款支應，爰協定事項要求於一般服務扣減與本項重複部分之費用。</p> <p>2.111 年決定扣減方式：經本會 111.10.28 委員會議決定，同意健保署所提扣款方式(如左列健保署說明 1)。111 年依結算結果完成扣減 1.1 百萬元。</p> <p>3.112 年建議扣減方式：</p> <p>(1)健保署就牙全會之方案，同意以 112 年有申報 P7101C 者，於 111 年申報 91014C 點數做為扣減基礎。</p> <p>(2)惟雙方就排除案件之計算細節尚未達共識(如左欄粗體底線處)，尚需循程序提研</p>

協商項目	協定事項 (摘要)	健保署對協定事項之處理 規劃	本會研析及建議
		<p>申報91014C之點數，作為扣減一般服務費用。考量疫情回穩，同意112年以112年申報P7101C者其111年申報91014C之點數扣減一般服務費用。</p> <p>②依本計畫規定P7101C應以案件分類19牙醫其他專案申報，爰無須排除案件分類14醫不足方案(不影響結果)。</p> <p>③P7101C主要施行牙菌斑偵測、去除維護教導及牙菌斑清除，91014C為執行牙菌斑偵測及去除維護教導，需併同91003C、91004C、91005C實施，非僅限於91004C，本項扣減標的為91014C，爰建議申報91014C者皆納入扣減範圍。</p> <p>3.本項牙全會建議與111年不同，擬援例提全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議討論。</p>	<p><u>商議事會議討論，建議尊重健保署後續處理規劃。</u></p> <p><u>4.扣減期程規劃：</u> <u>健保署本次未提出扣減未執行額度之辦理時程規劃，查111年各總額部門均於當年第3季、第4季結算時扣減，建議112年度宜有明確規劃。</u></p> <p><u>5.請健保署會同牙醫門診總額相關團體儘速規劃112年度預算扣減之具體計算方式及扣減時程，於112年12月委員會會議前提報本會，並於113年3月委員會會議提報扣減結果。</u></p>
2	高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫(111年)檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總	1.本項實施成效前經貴會112.3.22召開112年第2次委員會討論為「高齲齒病患牙齒保存率提高」，以「89013C及89113C『複合體充填』二	1.本項為111年新增計畫，112年續辦。計畫新增照護項目「高齲齒率患者氟化物治療」(P7301C, 500點)，因協

協商項目	協定事項 (摘要)	健保署對協定事項之處理 規劃	本會研析及建議
<p>新增專款)</p>	<p>額預算財源</p>	<p>年內重補率較未實施本計畫前低(跨院所計算)」。</p> <p>(1)分母:當年度 89013C、89113C 填補顆數。</p> <p>(2)分子:當年度 89013C、89113C 同牙位往後追蹤 730 天內重複填補顆數。</p> <p>2.實施成效指標:</p> <p>(1)牙全會 112.7.3 函送健保署提報為「高齲齒病患牙齒保存率提高」,即<u>案件分類 19^註執行 P7301C 後,89013C 及 89113C 『複合體充填』同院所二年內重補率較未執行 P7301C 者低</u>」。</p> <p>(註:案件分類 19 指牙醫其他專案,如:0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫等)</p> <p>(2)<u>指標定義,分母為當年度執行 P7301C 之 89013C、89113C 填補顆數(自家);分子為當年度執行 P7301C 之 89013C、89113C 同牙位往後追蹤 730 天內重複填補顆數(自家)</u>。</p> <p>3.健保署說明:</p> <p>(1)本計畫為執行 P7301C 「高齲齒率患者氟化</p>	<p>商時牙醫部門提出本項可避免根部齲齒好發率,延長牙齒使用年限,爰協定事項要求提出節流效益納入總額財源。</p> <p>2.111 年決定成效指標:本會 112.3.22 委員會議決定,同意健保署所提實施成效指標(如左列健保署說明 1)。惟尚未提出具體節流效益及金額。</p> <p>3.112 年建議成效指標:</p> <p>(1)健保署及牙全會均建議酌修指標名稱為:「執行 P7301C 後,89013C 及 89113C 『複合體充填』二年內重補率較未執行 P7301C 者低」,以臻明確。</p> <p>(2)<u>惟雙方對於指標定義有不同建議,「複合體充填」二年內重補率,健保署建議以跨院所、牙全會建議以同院所計算。考量 111 年係以跨院所計算且不分案件別,為能反映以人為中心照護成效,建議採健保署之建議,112 年成效指標修正為:</u> <u>執行 P7301C 後,</u></p>

協商項目	協定事項 (摘要)	健保署對協定事項之處理 規劃	本會研析及建議
		<p>物治療」，並未就案件分類之申報予以限制，另依牙不足計畫規定，執行本項之案件依診療項目專款費用支應，爰建議不限定案件分類。</p> <p>(2)另查 89013C 支付規範規定，每顆牙一年半內不得重複申報，以同一院所為限，爰同牙位於同院所一年半內重複填補應無申報資料，惟病人可跨院治療，研擬建議指標修改為跨院所計算「執行 P7301C 後，89013C 及 89113C 『複合體充填』二年內重補率較未執行 P7301C 者低(跨院所計算)」。</p> <p>(3)建議本項實施成效依貴會 112 年第 2 次委員會議決議辦理。</p>	<p><u>89013C 及 89113C 「複合體充填」二年內重補率較未執行 P7301C 者低(跨院所計算)</u>。即有無執行 P7301C 之「複合體充填」二年內重補率均以跨院所計。</p> <p>4.有關具體之節流效益及金額：</p> <p>(1)健保署所提指標，惟尚無法轉換為節流效益之量化金額，請健保署會同牙醫門診總額相關團體持續研議可實質扣連節流效益之計算方式，於 112 年 12 月委員會議前提報本會。</p> <p>(2)有關節流效益之評估，建議健保署會同牙醫門診總額相關團體積極研議，提出節流效益之具體計算結果(量化金額)，於 113 年 3 月委員會議提報本會，以納入總額協商參考。</p>
3	超音波根管沖洗計畫(112 年新增專款)	<p>檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源</p> <p>1.本案已於 112.2.22 公告自 112.3.1 生效。</p> <p>2.實施成效指標：</p> <p>(1)牙全會 112.7.3 函送健保署實施成效指標為「使用超音波根管沖</p>	<p>1.本項為 112 年新增計畫，計畫新增照護項目「超音波根管沖洗」(P7303C，100 點)。</p> <p>2.協商時牙醫部門提出透過超音波高速振動頻率</p>

協商項目	協定事項 (摘要)	健保署對協定事項之處理 規劃	本會研析及建議
		<p>洗的牙齒 2 年內根管治療之再治療率比未使用者低」，指標定義如下：</p> <p>①使用超音波根管沖洗的牙齒兩年內根管治療之再治療率(分子/分母*100%)：</p> <p>A.分母：年度執行超音波根管沖洗的牙齒數。</p> <p>B.分子：分母之牙齒根管充填申報結束日起兩年內申報 90094C「難症特別處理—根管重新治療在 X 光片上 root canal 內顯現出 radioopaque 等有 obstruction 之根管等個案，以根管數計算」之牙齒數(牙位歸戶)。</p> <p>②未使用超音波根管沖洗的牙齒兩年內根管治療之再治療率(分子/分母*100%)：</p> <p>A.分母：年度未執行超音波根管沖洗的根管治療牙齒數。</p> <p>B.分子：分母之牙齒根管充填申報結束日起兩年內申報 90094C 之牙齒數</p>	<p>進行根管沖洗，相較傳統空針沖洗，可增加根管治療成功率，爰協定事項要求提出節流效益納入總額預算財源。</p> <p>3.112 年建議成效指標： 牙全會所提成效指標「使用超音波根管沖洗的牙齒 2 年內根管治療之再治療率比未使用者低」，尚屬反映結果面成效指標，並已提供明確計算定義，健保署亦無修正，<u>建議尊重健保署處理規劃</u>。</p> <p>4.有關具體之節流效益及金額：</p> <p>(1)健保署所提指標，惟尚無法轉換為節流效益之量化金額，<u>請健保署會同牙醫門診總額相關團體持續研議可實質扣連節流效益之計算方式，於 112 年 12 月委員會議前提報本會</u>。</p> <p>(2)考量節流效益短期不易評估，<u>建議健保署會同牙醫門診總額相關團體持續研議，提出節流效益之具體計算結果(量化金額)，於 113 年 3 月委員會議提報本會，以納入</u></p>

協商項目	協定事項 (摘要)	健保署對協定事項之處理 規劃	本會研析及建議
		<p>(牙位歸戶)。</p> <p>(2)健保署說明：已提供明確定義，爰無修正建議。</p>	<p><u>總額協商參考。</u></p>
4	<p>齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫(112年新增專款)</p> <p>檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源</p>	<p>1.本案已於 112.2.22 公告自 112 年 3 月 1 日生效。</p> <p>2.本項預算係用以新增 P7302C「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(500點)」。</p> <p>3.實施成效指標：</p> <p>(1)牙全會 112.7.3 函送健保署實施成效指標為「齲齒經驗之高風險患者 113 年起平均齲齒填補顆數增加率降低」，指標定義如下：</p> <p>①年度高風險患者的平均齲齒填補顆數(牙位歸戶)。</p> <p>A.分子：當年度高風險患者之填補顆數(牙位歸戶)。</p> <p>B.分母：當年度高風險患者之就醫人數。</p> <p>②每年之平均齲齒填補顆數增加率(分子/分母*100%)。</p> <p>A.分子：(當年度高風險患者的平均齲齒填補顆數)-(前一年度高風險患者的平均齲齒填補顆數)。</p> <p>B.分母：前一年度高風</p>	<p>1.本項為 112 年新增計畫，計畫新增照護項目「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C, 500點)」。</p> <p>2.協商時牙醫部門提出，本項可減緩齲齒病變，改善高齡長者及高風險患者牙齒保存，爰協定事項要求提出節流效益納入總額預算財源。</p> <p>3.112 年建議成效指標：牙全會所提成效指標「齲齒經驗之高風險患者 113 年起平均齲齒填補顆數增加率降低」，尚屬反映結果面成效指標，其計算方式明確，並與本項協定事項之預期效益評估指標一致，健保署亦無修正，<u>建議尊重健保署處理規劃。</u></p> <p>4.有關具體之節流效益及金額：</p> <p>(1)健保署所提指標，惟尚無法轉換為節流效益之量化金額，<u>請健保署會同牙醫門診總額相關團體持續研議可實質扣連節流效益</u></p>

協商項目	協定事項 (摘要)	健保署對協定事項之處理 規劃	本會研析及建議	
		<p>險患者的平均齲齒填補顆數。</p> <p>(2)健保署說明：與 112 年協定事項之預期效益之評估指標相同，爰無修正建議。</p>	<p><u>之計算方式，於 112 年 12 月委員會議前提報本會。</u></p> <p>(2)考量節流效益短期不易評估，<u>建議健保署會同牙醫門診總額相關團體持續研議，提出節流效益之具體計算結果(量化金額)，於 113 年 3 月委員會議提報本會，以納入總額協商參考。</u></p>	
中醫門診				
1	<p>多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度(112 年一般服務新增項目)</p>	<p>依 112 年年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度</p>	<p>1.本案已於 112.2.22 公告自 112.3.1 起生效。</p> <p>2.本項預算 476.7 百萬元，用於新增支付標準第四部中醫第一章門診診察費 A91「整合醫療照護費加計(70 點)」。</p> <p>3.扣減方式：</p> <p>(1)本案業於 112.5.18 全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 112 年第 2 次研商議事會議決議通過。</p> <p>(2)以 112 年 3 月至 12 月申報點數除以 10 個月算出每月平均值再乘以 12 月作為年度總申報費用，若未達協商額度作為扣減當年度未執行之額度。</p>	<p>1.本項為 112 年新增項目，新增照護項目「整合醫療照護費加計(70 點)」(A91)，提供多重慢性病之中醫整合服務。協商時之預算推估方式：</p> <p>以推估 112 年申報多重慢性疾病之人次，每人每次「整合醫療照護費加計(70 點)」估算。</p> <p>2.112 年建議扣減方式： <u>健保署以 112 年 3 月至 12 月申報點數除以 10 個月算出每月平均值，再乘以 12 月，作為年度總申報費用，若未達協商額度作為扣減當年度未執行之額度。</u></p> <p>3.本會研析及建議：</p> <p>(1)查本新增項目支付標</p>

協商項目	協定事項 (摘要)	健保署對協定事項之處理 規劃	本會研析及建議
			<p>準自 112.3.1 起實施，<u>實際執行 10 個月</u>。健保署以執行 10 個月的平均申報點數，乘以 12 個月，作為「<u>當年度執行之額度</u>」。恐不符實際經費使用情形。</p> <p>(2)考量 112 年結算時，已有實際執行數值，建議「<u>當年度執行之額度</u>」修正為：<u>112 年 A91「整合醫療照護費加計(70 點)」全年實際申報點數</u>。</p> <p>(3)有關扣減時程規劃，健保署本次未提出扣減未執行額度之辦理時程規劃，查 111 年各總額部門均於當年第 3 季、第 4 季結算時扣減，建議 112 年度宜有明確規劃。</p> <p>(4)請健保署與中醫門診總額相關團體，修正「<u>當年度執行之額度</u>」計算方式及扣減時程，<u>並於 113 年 3 月委員會提報扣減結果</u>。</p>
2	提升中醫小兒傷科照護品質(112 年	依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行	<p>1.本案已於 112.2.22 公告自 112.3.1 起生效。</p> <p>2.本項預算 2.5 百萬元，用於新增支付標準第四部</p> <p>1.本項為 112 年新增項目，新增照護項目「未滿 7 歲兒童傷科治療處置費加計(200 點)」(E90)，</p>

協商項目	協定事項 (摘要)	健保署對協定事項之處理 規劃	本會研析及建議
一般服務新增項目)	之額度。其「當年度執行額度」，應以點數調升所增加之費用計算	<p>中醫第五章傷科治療處置費 E90「未滿 7 歲兒童傷科治療處置費加計 (200 點)」；另增訂通則規範「未滿 7 歲兒童執行傷科治療處置得同時申報 E90，同一療程以申報 1 次為限」。</p> <p>3.扣減方式：</p> <p>(1)本案業於 112.5.18 全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 112 年第 2 次研商議事會議決議通過。</p> <p>(2)以 112 年 3 月至 12 月申報點數除以 10 個月算出每月平均值再乘以 12 月作為年度總申報費用，若未達協商額度作為扣減當年度未執行之額度。</p>	<p>提升中醫小兒傷科照護品質，協商時之預算推估方式：</p> <p>以推估 112 年申報未滿 7 歲兒童傷科治療處置費人次，每人次加計「200 點」估算。</p> <p>2.112 年建議扣減方式： <u>健保署以 112 年 3 月至 12 月申報點數除以 10 個月算出每月平均值，再乘以 12 月，作為年度總申報費用</u>，若未達協商額度作為扣減當年度未執行之額度。</p> <p>3.本會研析及建議：</p> <p>(1)查本新增項目支付標準自 112.3.1 起實施，<u>實際執行 10 個月</u>。健保署以執行 10 個月的平均申報點數，<u>乘以 12 個月，作為「當年度執行之額度」</u>。恐不符實際經費使用情形。</p> <p>(2)考量 112 年結算時，已有實際執行數值，建議「<u>當年度執行之額度</u>」修正為：<u>112 年 E90「未滿 7 歲兒童傷科治療處置費加計 (200 點)」全年實際申報點數</u>。</p> <p>(3)有關扣減時程規劃，</p>

協商項目	協定事項 (摘要)	健保署對協定事項之處理 規劃	本會研析及建議
			<p>同項次 1, 建議 112 年度宜有明確規劃。</p> <p>(4) 請健保署與中醫門診總額相關團體, 修正「當年度執行之額度」計算方式, 及扣減時程, <u>並於 113 年 3 月委員會議提報扣減結果。</u></p>
3	<p>針傷合併治療合理給付 (112 年一般服務新增項目)</p>	<p>依 112 年預算執行結果, 扣減當年度未執行之額度。其「當年度執行額」, 應以傷科點數高者支付, 修改為「針灸+傷科」點數。</p> <p>(1) 原針傷合併支付點數之訂定, 係以針灸或傷科點數高者支付, 修改為「針灸+傷科」點數。</p> <p>(2) 新增支付通則七中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報第六章針傷合併上限為八十人次, 超出八十人次部分以五折支付。</p> <p>3. 扣減方式:</p> <p>(1) 本案業於 112.5.18 全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 112 年第 2 次研商議事會議決議通過。</p> <p>(2) 計算支付標準調整前後差異點數, 並以 112 年 3 月至 12 月差異總</p>	<p>1. 本項為 112 年新增項目, 用於調升支付標準針灸合併傷科治療處置費。協商時之預算推估方式:</p> <p>以 110 年 3~12 月申報針灸合併傷科治療處置費之案件, 改以支付標準針灸、傷科處置費醫令分別申報, 平均每人每次增加 230 點估算。</p> <p><u>2. 112 年建議扣減方式:</u> <u>健保署以 112 年 3 月至 12 月調升針傷合併支付標準前後差異點數除以 10 個月算出每月平均值, 再乘以 12 月, 作為年度增加費用, 若未達協商額度作為扣減當年度未執行之額度。</u></p> <p>3. 本會研析及建議:</p> <p>(1) 查本針傷合併調升支付標準自 112.3.1 起實施, <u>實際執行 10 個月。</u> 健保署以執行 10</p>

協商項目	協定事項 (摘要)	健保署對協定事項之處理 規劃	本會研析及建議
		<p>點數除以 10 個月算出每月平均值再乘以 12 月作為年度增加費用，若未達協商額度作為扣減當年度未執行之額度。</p>	<p><u>個月的針傷合併支付標準調整前後差異點數平均值，乘以 12 個月，作為「當年度執行之額度」。</u>恐不符實際經費使用情形。</p> <p>(2)<u>考量 112 年結算時，已有實際執行數值，建議「當年度增加費用」修正為：112 年針傷合併支付標準調整前後差異點數全年實際增加點數。</u></p> <p>(3)有關扣減時程規劃，同項次 1，建議 112 年度宜有明確規劃。</p> <p>(4)請健保署與中醫門診總額相關團體，修正「當年度執行之額度」計算方式及扣減時程，<u>並於 113 年 3 月委員會議提報扣減結果。</u></p>
4	<p>增加「特定疾病門診加強照護」適應症腦中風後遺症(診斷碼 I69)(112 年一般服務新增</p>	<p>依 112 年年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度。其「當年度執行額度」，應以新增腦血管適應症(診斷碼 I69)與既</p> <p>1. 本案已於 112.2.22 公告自 112.3.1 起生效。</p> <p>2. 本項預算用於新增支付標準第四部中醫第八章特定疾病門診加強照護適應症腦中風後遺症(診斷碼 I69)。</p> <p>3. 扣減方式： (1) 本案業於 112.5.18 全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額</p>	<p>1. 本項為 112 年新增項目，用於「特定疾病門診加強照護」新增適應症腦中風後遺症(診斷碼 I69)。協商時之預算推估方式： 以專款計畫 110 年腦血管收案率、平均每人費用，及符合主、次診斷 I69 人數，並扣除一般服務替代費用進行估算。</p>

協商項目	協定事項 (摘要)	健保署對協定事項之處理 規劃	本會研析及建議
項目)	有適應症申報費用之差額計算	<p>112年第2次研商議事會議決議通過。</p> <p>(2)以112年3月至12月申報點數除以10個月算出每月平均值再乘以12月作為年度總申報費用，若未達協商額度作為扣減當年度未執行之額度。</p>	<p>2.112年建議扣減方式： <u>健保署以112年3月至12月申報點數除以10個月算出每月平均值，再乘以12月，作為年度總申報費用</u>，若未達協商額度作為扣減當年度未執行之額度。</p> <p>3.本會研析及建議：</p> <p>(1)查本新增適應症支付標準自112.3.1起實施，<u>實際執行10個月</u>。健保署以執行10個月的平均申報點數，乘以12個月，作為「<u>當年度執行之額度</u>」。恐不符實際經費使用情形。</p> <p>(2)<u>考量112年結算時，已有實際執行數值，建議「當年度執行之額度」修正為：112年「特定疾病門診加強照護」腦中風後遺症(診斷碼 I69)全年實際申報點數。</u></p> <p>(3)有關扣減時程規劃，同項次1，建議112年度宜有明確規劃。</p> <p>(4)請健保署與中醫門診總額相關團體，修正「當年度執行之額度」計算方式及扣減時程，<u>並於113年3</u></p>

協商項目	協定事項 (摘要)	健保署對協定事項之處理 規劃	本會研析及建議
			<u>月委員會議提報扣減結果。</u>
5	<p>照護機構中醫醫療照護方案(111年新增專款)</p> <p>依 112 年年度預算執行結果，於一般服務扣除本項重複部分之費用</p>	<p>1.本案已提 112 年第 2 次中醫門診總額研商議事會議討論。</p> <p>2.112 年本項預算金額 28 百萬元，將於 112 年第 4 季結算時，依本方案 112 年申報費用之住民，回推該住民 111 年全年中醫門診申報醫療費用點數，並排除中醫專款計畫/方案及代辦案件，並排除 111 年已接受本方案服務之照護機構住民，視為自一般服務轉移至專款之費用，予以扣減。</p>	<p>1.本項為 111 年新增計畫，112 年續辦，各年編列 0.28 億元專款，用於照護住民中醫醫療服務。</p> <p>2.111 年決定扣減方式： 本會 111.10.28 委員會議決定，同意健保署以本方案申報費用之收案住民，回推該住民 110 年全年中醫門診申報醫療費用點數，排除「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」專款後點數，於 111 年一般服務予以扣減，並於年度結算完成扣減 0.017 億元。</p> <p><u>3.112 年建議扣減方式：</u> 健保署以本方案 112 年新增申報費用之住民(即扣除 111 年已接受本方案服務之住民)，回推其 111 年中醫門診申報醫療費用點數，並排除中醫專款計畫/方案及代辦案件，視為自一般服務轉移至專款之費用，於 112 年第 4 季結算時予以扣減。<u>與 111 年方式相較，主要增加排除對象及特殊案件，</u></p>

協商項目	協定事項 (摘要)	健保署對協定事項之處理 規劃	本會研析及建議
			<u>尚稱合理，建議尊重健保署處理規劃。</u>
醫院及西醫基層			
1	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(112年一般服務延續項目)	若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度	1.新診療項目：配合於第4季結算，扣減當年度未執行之額度。 2.新藥：配合辦理。 3.新特材：醫院總額配合於112年度第4季結算，扣減當年度未執行之額度；西醫基層總額無編列112年新醫療科技之特材預算。
2	藥品及特材給付規定改變(112年一般服務延續項目)	若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度	1.藥品：配合辦理。 2.特材：醫院總額配合於112年度第4季結算，扣減當年度未執行之額度；西醫基層總額無編列112年特材給付規定改變預算。
			1.依據健保署提案說明二、之(三)，此2項若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度，歷年均依據總額協定事項，配合於尚未結算之季別(如第3、4季)結算，扣減當年度未執行之額度。 <u>2.請健保署依規劃方式辦理，並於113年3月委員會議提報扣減結果。</u>

附表二、健保署提報之「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」照護成效評估

部門	項目	協定事項(摘要)	協定事項之辦理情形
牙醫門診	牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫(專款)	<p>1.持續監測執行結果，評估照護成效，於112年7月將評估結果提全民健康保險會報告。</p> <p>2.再行試辦1年，若未呈現具體成效即應退場。</p>	<p>本計畫自109年6月開始執行，施行成效說明如下：</p> <p>1.施行地區：</p> <p>(1)109年公告施行地區僅嘉義市及雲林縣，嘉義醫療團及雲林醫療團分別自當年6月及7月起執行本服務，惟雲林醫療團因醫療人力不足，自110年1月1日起退出計畫。</p> <p>(2)自110年起施行地區開放為六直轄市以外之縣市皆可提供服務(施行鄉鎮擴增至210個)，惟110年至112年5月仍僅嘉義市有醫療團執行。</p> <p>2.服務人數：</p> <p>(1)109年嘉義醫療團(6月起執行)服務人數589人(平均一個月84人)；雲林醫療團(7月起執行)服務人數僅191人(平均一個月32人)。</p> <p>(2)110年僅嘉義市有醫療團執行，服務人數627人(110年6月因疫情停診，爰以11個月計算，平均57人/月)、111年為659人(平均55人/月)、112年第1季為170人(平均57人/月)，服務人數未有成長。</p> <p>3.有提供醫療服務之服務診次：109年共418診(平均34.8診/月)、110年361診(110年6月嘉義醫療團因疫情停診，爰以11個月計算，平均32.8診/月)、111年412診(平均34.3診/月)、112年第1季112診(平均37.3診/月)，服務診次未有明顯成長。</p> <p>4.專款預算執行數：由109年4.5百萬點，降至110年4.0百萬點，預算執行率由109年57.3%降至110年32.9%，共下降24.4個百分點。至111</p>

部門	項目	協定事項(摘要)	協定事項之辦理情形
			<p>年因新增每診 1,000 點之待診服務費，111 年預算執行數 5.14 百萬點，預算執行率 42.8%，僅較 110 年上升 9.9 個百分點。112 年第 1 季申報論次費用 1.29 百萬點，推估全年申報 5.17 百萬點，預算執行數預估未有明顯成長。</p> <p>5.又前述所提 111 年新增每診 1,000 點待診服務費部分，經統計 111 年不論有無提供醫療服務之總診次共 1,091 診，其中無提供服務之待診診次共 679 診，占總診次比率高達 62.2%，112 年第 1 季待診診次 161 診，占總診次比率高達 59.0%。</p>

牙醫門診總額牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫執行情形

自109年3月31日起實施

項目	年度	107	108	109	110	111
牙醫急診醫不足獎勵計畫						
預算數(百萬元)		7.8	12.0	12.0
預算執行數(百萬元)		4.5	4.0	5.1
預算執行率		57.3%	32.9%	42.8%
服務診次(B)		1,194	1,095	1,091
--有提供醫療服務之診次		418	361	412
--待診之診次(A)		776	734	679
--待診之診次占率(A/B)		65.0%	67.0%	62.2%
服務總人次		805	627	659
論次申報費用(百萬點) ^{註2}		4.5	4.0	5.1
--支援夜間急診服務(P22201、P22202)		4.5	4.0	4.5
申報點數	
--值班待診費用(P2201C)申報點數		0.7
(111年新增支付項目)	
醫療費用申報點數(百萬點)(由一般服務支應)		0.9	0.6	0.7
總額協定事項之執行情形(109年)^{註1}						
執行目標：2個試辦點		2	2	2
--執行試辦點 ^{註1}		2	1	1
--目標達成率		100%	50%	50%
預期效益評估指標：						
試辦計畫滿1年後以下指標較前1年改善						
--申報案件數		805	627	659
--申報點數(百萬點) ^{註4}		0.9	0.6	0.7
--就醫人數		775	615	623
--平均每就醫人費用點數(不含論次費用) ^{註4}		1,199	1,030	1,069
--平均每件費用點數(不含論次費用) ^{註4}		1,154	1,011	1,011
關鍵績效指標(自選3項)						
1.執行試辦點		2	1	1
2.3日內再急診率(同疾病) ^{註3}		0.9%	4.2%	1.7%
3.預算執行率		57.3%	32.9%	42.8%

註：1.109年新增計畫，協定事項略以：妥為規劃本計畫執行方式(含2個試辦點、適應症與支付方式等)。109年6月、7月分別於嘉義市陽明醫院及成大醫院斗六分院支援提供夜間牙醫急診服務。110年起計畫施行地區擴增為除6都外之地區(共210個鄉鎮市區)，110~111年僅嘉義市陽明醫院支援此服務(110年5月27日至6月30日因COVID-19疫情暫停執行)。

2.本項預算支應支援急診試辦中心夜間急診服務之論次費用(如下)，至於申報之醫療費用則由一般服務預算支應：(1)夜間門診時段(21:00-09:00)，每4小時為1診次。(2)支援夜間急診服務：每診次(4小時)之平日、假日點數，分別10,000點、12,000點(限有申報92093B、92094C或92096C等急症處置項目始可申報)。(3)值班待診費用(111年新增)：每診次(4小時)1,000點。

3.3日內再急診率：109年僅計算相同牙位案件，110年起除相同牙位案件外，亦列計院所未申報詳細牙位(僅申報全口、上半口、下半口、上顎前齒、下顎前齒、上半右口、上半左口、下半右口、下半左口)之案件。

4.申報點數、平均每就醫人費用點數及每件費用點數均不含論次費用，若含論次費用：111年平均每人約9,320點，每件約8,810點。

(會議資料第 103 頁)

報告事項第二案

報告單位：本會第三組

案由：各總額部門 111 年度執行成果評核結果，請鑒察。

說明：

一、本會依本(112)年第 2 次委員會議(112.3.22)通過之評核作業方式，業於 7 月 17、18 日辦理「各總額部門 111 年度執行成果發表暨評核會議」，並於 7 月 18 日下午召開評核內部會議討論，獲致最後之評核結果，當天即併同各總額部門執行成果簡報，置於本會網頁對外公布，同時以電子郵件寄送本會委員參閱。

(一)評核委員係由本會委員於 5 月份票選結果產生，依序邀請得票最高的前 7 名專家學者擔任，分別為王評核委員惠玄、林評核委員文德、吳評核委員肖琪、吳評核委員榮達、黃評核委員偉堯、滕評核委員西華及戴評核委員桂英(依姓名筆劃排序)。內部會議主席則由評核委員互推產生，由吳評核委員肖琪擔任，所有與會人員皆簽署保密切結文件，不對外公開討論過程及個別委員發言。

(二)經評核委員討論決議評核結果，如下表：

總額	醫院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
等級	良	良	良	優

註：評核分數之等級區分，90 分以上為「特優」；85 分至未達 90 分為「優」；80 分至未達 85 分為「良」；75 分至未達 80 分為「可」。

二、依上開評核結果及第 5 次委員會議(112.6.28)決議之 111 年度執行成果評核獎勵方式，估算四總額部門 113 年度品質保證保留款專款獎勵額度，合計約為 7.329 億元，各部門額度如下：

總額	醫院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
111 年度一般服務預算(億元)	5,015.3	1,261.9	477.8	287.1
獎勵成長率	0.1%(良)	0.1%(良)	0.1%(良)	0.2%(優)
113 年度品保款專款額度(億元)	5.015	1.262	0.478	0.574

註：113 年度各總額「品質保證保留款」專款額度之計算方式：以評核年度(111 年度)

一般服務預算(淨值)×評核等級獎勵成長率(「良」級 0.1%、「優」級 0.2%、「特優」級 0.3%)。

三、為提昇及精進健保署及各總額部門未來之執行成效，7 位評核委員經內部會議討論，提出對健保署及各總額部門(含其他預算)精進作為之共識建議，詳附件(第 87~91 頁)，本會後續將再整理評核委員個別書面及口頭審查意見，併入評核紀錄，納為未來規劃健保制度及總額預算執行參據，並請於明年評核報告提出辦理情形說明。

決定：

對健保署及各總額部門(含其他預算)精進作為之共識建議

一、我國高齡化及少子女化問題嚴峻，應儘速規劃與因應，建構穩健的制度

- (一)我國自 2020 年起人口即開始減少，未來高齡化、少子女化之情況日益嚴重，預估 2044 年總人口將減少 200 萬人，其中老年人口增加 345 萬人，15-64 歲人口減少 450 萬人，未來需照護的人口增加、而繳保費人口減少，應盡早研議開源節流的因應措施，並進行全面性檢討與改革。
- (二)面對高齡化，未來慢性病及失能長者人數增加，宜精進醫療服務模式，推動以人為中心的整合照護策略，可先從整合多重慢性疾病照護著手，對於多重慢性病多個管理師情形也應進行整合，透過個案管理整合，強化病人健康意識、自我照護能力及自我管理醫療費用之責任。
- (三)透過衛教強化民眾賦能(empowerment)及提升其自我照顧(self care)能力，並善用數位化管理工具(如健康存摺)強化個人健康識能，讓精準醫療資源最大化。此外，建立鼓勵醫病共享決策機制，讓民眾承擔自我健康管理責任。
- (四)面對各行業缺工問題，應注意醫療照護人力供給面問題，應思考如何善用數位健康科技(如遠距醫療、視訊診療)，或整合照護需求，透過專業分工(如護理師、護佐分工)照顧病人，達到有效的人力配置及運用。另針對護理人力不足情形，要盡早提出因應作法。
- (五)因應世代變革，建議儘速啟動健保財務制度及保費費基改革(如採家戶總所得計費)，並應設法建立民眾醫療利用管控機制，以建構更穩健之健保制度。

二、應積極進行支付制度改革，提升健保支付效益

- (一)健保資源有限，目前健保支付方式仍以論量計酬(fee-for-service)為主，建議宜轉向「以價值為基礎的支付」(value-based payment)，朝結果面導向(outcome-oriented)支付制度努力，其中必須與 VPN 上傳資料結合作為支付依據，健保應開始蒐集關鍵照護成果資料(如 HbA1c、牙齒囊袋、復健潛能)，作為精進支付制度的實證基礎，使健保支付效益最大化。
- (二)有關住院支付方式，DRGs 制度於 103 年導入第 2 階段項目迄今，已多年未有進展，請儘速導入第 3~5 階段 DRGs 項目，全面推動 DRGs，早日建立本土化基礎資料，持續精進支付制度。
- (三)門診支付制度改革停滯已久，建議朝如包裹支付(bundle payment)等方式進行，以疾病別或以一段照護時間為包裹計費單位，以合理管控門診費用成長及提升支付效益。
- (四)有關健保署現行支付標準調整，建議宜整體考量建立本土化支付項目相對值，以維支付項目衡平性；另建議檢討藥品支付制度及藥價調整機制，例如過專利期藥品之支付合理性。

三、整體資源配置及公平性問題

- (一)有關「健保中長期改革計畫」，宜架構在衛福部「整體中長期改革計畫」之下，釐清衛福部各司署與健保署所承擔的費用，以及各自的任務與分工，以提升整體政策效果。
- (二)健保資源難以再擴充，中長期計畫若將早期診斷與篩檢、疾病早期防治或預防保健等性質之項目納入健保，宜審慎考量，其預算應由公務預算支應或其他財源共同承擔。例如代謝症候群照護計畫、癌症治療品質改善計畫、C型肝炎防治、兒童及青少年口腔健康照護等項目，應有公務預算或其他財源挹注。
- (三)有關民眾就醫公平性問題，地區預算分配宜配合各區人口成長情形分配預算，尤其是提供門診服務的基層醫療。此外，各部門總額「風險調整移撥款」之必要性應審慎評估，宜注意是否符合地區預算分配的目的，並應以改善醫療資源分布城鄉差距為目的。

四、建議進行分級醫療政策檢討，重新思考有效的照護與合作模式

- (一)過去提供許多支付誘因推動分級醫療，除了轉診率、就醫占率改變外，建議從健保制度及病人需求重新檢視政策效果，並建議提出可精確評估政策效果之評估指標。
- (二)門診初級照護定義是檢視分級醫療成效的重要參據，目前沿用 92 年委託研究之初級照護定義(經醫院協會建議調整照護疾病碼)，建議健保署參考最新診斷編碼建立本土化初級照護之定義，以利評估分級醫療照護的適切性。

五、應關注 COVID-19 疫情後，對民眾健康及醫療利用的影響。

六、對四總額部門及其他預算專款項目之共識建議

- (一)整體性之共識建議：總額專款項目自 107 年 43 項增加至 112 年 75 項，且多數專款計畫/方案已行之多年，未見檢討，建議依屬性區分，以結果面績效呈現全面盤點，並提出納入一般服務或退場之評估指標與實施期程，供協商之參考。
- (二)各部門總額專款項目之共識建議如下表：

部門	專款項目	計畫 停辦	經費 減少	共識建議
跨 部 門	1.網路頻寬補助費用 四總額部門		V	本項退場期程為 110~114 年，建議逐年減少經費
	2.提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用 其他預算		V	「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」：依總額協定事項，本項退場期程為 110~114 年，建議逐年減少經費

部門	專款項目	計畫停辦	經費減少	共識建議
跨部門	3.C 型肝炎藥費 醫院、西醫基層、其他預算		V	整體治療人數下降，建議逐年減少整體經費(醫院、西醫基層及其他預算合計)。
	4.因應長新冠照護衍生費用 (112 年新增) 醫院、西醫基層	V		112 年 5 月 1 日起防疫降級，完成階段性任務，回歸一般服務
	5.促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼) (112 年新增) 醫院、西醫基層		V	健保署之支付標準調整，如已完成醫療器材使用規範修訂之補貼，則建議 113 年不再編列醫療器材補貼之經費
醫院	1.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(112 年新增)	—	—	建議視 113 年總額協商前，提出成效指標決定
	2.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(112 年新增)	—	—	建議視 113 年總額協商前，提出成效指標決定
西醫基層	1.強化基層照護能力及「開放表別」項目		V	預算執行率未達 5 成，且各項目執行情形差異大
	2.鼓勵院所建立轉診合作機制		V	預算執行率未達 6 成，建議訂出適當之轉診指標
	3.代謝症候群防治計畫		V	預算執行率偏低，請於 113 年總額協商前提出具體成效
	4.提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫		V	預算執行率偏低，請於 113 年總額協商前提出具體成效
牙醫門診	1.牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫	V		本項自 109 年試辦迄今，歷年預算執行率不佳，且待診診次占率均為 6 成以上，110 年起連續 2 年僅剩 1 個試辦點，建議停辦
	2.0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫		V	預算執行率偏低應減少經費，倘協商 113 年度總額前未提出具體執行成效，則建議停辦
	3.12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫		V	
	4.高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫		V	預算執行率不佳，建議減少經費

部門	專款項目	計畫 停辦	經費 減少	共識建議
	5.齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫 (112年新增)	併入 項次4		本項計畫與項次4「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」性質類似，皆提供特殊族群(高風險患者、恆牙牙根齲齒患者)氟化物治療，建議合併辦理
中醫門診	1.中醫急症處置	V		本項自107年試辦迄今，歷年預算執行率均偏低(約2%~30%)，建議停辦
	2.中醫提升孕產照護品質計畫		V	1.收案個案醫療費用遠高於未收案個案，且未進行療效比較，無法評估計畫效益 2.僅接受中醫治療個案的助孕成功率低於合併西醫治療之個案，中醫療效有待評估
	3.兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫		V	本項自105年試辦迄今，計畫於111年放寬結案條件，惟完整療程照護人數之比率仍偏低，未見明顯成效
	4.西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 【1.腦血管疾病(112年新增腦血管後遺症(診斷碼I69))；2.顱腦損傷；3.脊髓損傷；4.呼吸困難相關疾病；5.術後疼痛(112年新增項目)】	—	—	1.腦血管疾病及顱腦損傷2項照護執行多年且效益良好，建議納入一般服務 2.未來若有新增適應症之需求，應先評估原有項目之執行成效，若見成效，再考量新增適應症
	5.照護機構中醫醫療照護方案	—	—	111年新增計畫，建議持續監測後續執行情形
其他預算	1.基層總額轉診型態調整費用		V	1.預算執行率約68%，建議酌減經費 2.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)；並請檢討轉診案件的合理性，及是否符合分級醫療政策初衷

部門	專款項目	計畫 停辦	經費 減少	共識建議
	2.提升保險服務成效		V	未來不宜再增編本項經費，請健保署爭取公務預算支應
	3.提升用藥品質之藥事照護計畫	—	—	請檢視執行內容，並提出績效指標及執行成效