

衛生福利部全民健康保險會  
第 6 屆 112 年第 7 次委員會會議資料

本資料未上網公開前

請勿對外提供

中華民國 112 年 8 月 16 日



衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 112 年第 7 次委員會議議程

一、主席致詞(介紹新委員)

二、議程確認

三、確認上次(第 6 次)委員會議紀錄----- 1

四、本會重要業務報告----- 14

五、優先報告事項

(一)衛生福利部交議 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額  
範圍案----- 30

(二)中央健康保險署「112 年第 2 季全民健康保險業務執行季報  
告」(口頭報告)----- 42

六、臨時動議



三、確認上次(第 6 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(112)年 8 月 2 日衛部健字第 1123360103 號函送  
委員在案，並於本年 8 月 2 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6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7月26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、  
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(中華民國護理師護士公會全聯會全民健保護理政策小組洪委員世欣代理)、  
花委員錦忠(台灣總工會張秘書長鈺民代理)、侯委員俊良、翁委員文能、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、  
詹委員永兆、劉委員玉娟、劉委員守仁、劉委員淑瓊、滕委員西華、蔡委員麗娟、  
鄭委員力嘉、鄭委員素華、韓委員幸紋

請假人員：謝委員佳宜

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：石署長崇良、李副署長丞華、蔡副署長淑鈴

本會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第13頁)

貳、議程確認：(詳附錄第13~14頁)

決定：

- 一、同意將李委員永振等3位委員所提臨時提案「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」納入本次委員會議程，安排於報告事項之後討論。

二、餘照議程確認。

參、確認上次(第5次)委員會議紀錄：(詳附錄第14頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第15~28頁)

決定：

一、上次(第5次)及歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)上次委員會議擬解除追蹤共2項，同意解除追蹤。

(二)歷次委員會議達解除追蹤條件，擬解除追蹤共2項，同意解除追蹤。

二、113年度各部門總額協商順序抽籤結果(如附件一)依序為：醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診總額，其中門診透析安排在醫院協商場次之後，最後為其他預算。請同仁據以安排總額協商會議當日之細部議程，提報下次委員會議。

三、為利113年度總額協商，請中央健康保險署及各總額部門務必遵循衛生福利部交議之113年度健保政策目標及內涵，並依規定時程將總額協商草案及檢核表(格式如附件二)提送本會。

四、請中央健康保險署會同各總額部門相關團體，儘速辦理112年度總額協定事項未依時程完成之工作項目(如附件三)。

五、餘洽悉。

伍、討論事項(詳附錄第29~63頁)

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。

決議：

- 一、中醫門診總額部門及中央健康保險署調整因應新冠疫情顯著影響部門醫療費用估算方式(註)提出的共同評估報告，經委員討論議定結果：同意動支111年「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目3億1,283萬元，用於撥補中醫門診總額111年第3、4季除東區以外之五分區受新冠疫情影響之醫療費用。
- 二、請中央健康保險署依本會議定結果，報請衛生福利部核定後，會同中醫門診總額相關團體討論執行細節及結算事宜，並於費用結算後，向本會提報執行結果。

註：調整後動支程序指標2：「一般服務之醫療費用核定點數成長率(以「疫情前一年(108年)」作為計算基期)-受影響年度一般服務成長率>(當年度醫療服務成本及人口因素成長率+5%)以上」。

## 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。

決議：本案經委員討論未有共識，請中央健康保險署參考委員所提意見，依法定程序報主管機關決定，並副知本會。

## 陸、報告事項(詳附錄第64~81頁)

### 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。

決定：

一、依委員意見及本會補充說明，請中央健康保險署辦理以下事項：

(一)修正112年度牙醫及中醫門診總額部分協定項目之預算扣減方式及成效指標，如附件四。

(二)部分未完成項目(註)，請儘速規劃具體之預算扣減及節流效益評估方式，最遲於112年12月份委員會議將規劃結果提報本會。

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

二、有關「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」續辦與否之建議，請牙醫門診總額相關團體及中央健康保險署納為研議113年度總額協商草案之參據。

三、餘洽悉。

註：牙醫門診總額「12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」：請提出預算扣減之具體計算方式及扣減時程。「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」：請補充修正後成效指標之分子、分母定義，並研議如何將所提成效指標，轉換為量化節流效益金額之方式。「超音波根管沖洗計畫」、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」：請研議如何將所提成效指標，轉換為量化節流效益金額之方式。

## 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。

決定：

一、確認依各總額部門111年度評核結果核算113年度「品質保證保留款」專款之獎勵額度如下：

總額別	醫院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
獎勵成長率	0.1%(良)	0.1%(良)	0.1%(良)	0.2%(優)
113年度品質保證保留款專款額度(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%)。

二、評核委員所提精進作為之建議，送請中央健康保險署及各總額部門承辦團體，納為未來規劃健保制度及總額預算執行參據，並請於113年評核報告提出辦理情形說明。

三、至於專款項目續辦與否及經費增減之建議，作為本會協商113年度總額參據。

### 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(書面報告)，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見(含書面意見)，請中央健康保險署回復說明。

### 柒、臨時提案(詳附錄第82~86頁)

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。

決議：委員所提意見併同發言實錄，送請衛生福利部作為修法之參考。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：下午13時30分。

113 年度各部門總額協商順序抽籤結果

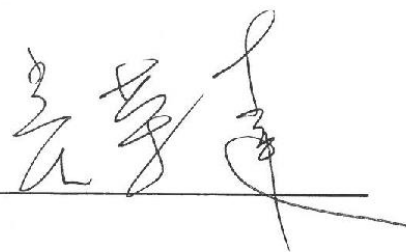
抽籤日期：112 年 7 月 26 日(健保會 112 年第 6 次委員會議)

協商順序	總額部門別/門診透析	簽名
1	醫院	陳石如
2	門診透析	—
3	西醫基層	周厚明
4	中醫門診	詹永琪
5	牙醫門診	陳彥廷

註：1. 若各總額部門無法派員抽籤，則由本會執行秘書於會上代為抽籤。

2. 依 113 年度總額協商程序規定，門診透析協商場次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；最後協商場次為其他預算。

監票人(簽名)：



## 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
檢核項目	113 年度總額政策交付項目 【A】	問題分析及需求評估 【B】	醫療服務內容及說明 【C】	費用估算基礎及淨增加之費用 【D】	提出(檢討)執行目標及預期效益之評估指標 【E】	檢附實證資料 【F】	過去執行成果或檢討改善之相關規劃 【G】	預估辦檢討期限 【H】
協商項目								
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"> <li>1.問題分析及需求評估</li> <li>2.醫療服務內容及說明</li> <li>3.費用估算基礎及淨增加之費用</li> <li>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)</li> <li>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)</li> <li>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</li> </ol>	<p>對醫界方案提出保險人之評析及建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>2.試算醫療費用、淨增加費用，並提出合理之預算建議</li> <li>3.對執行目標及預期效益之評估指標提供建議</li> <li>4.對專款項目之預估試辦檢討期限提供建議</li> </ol> <p>若新增協商項目或計畫屬政策交辦項目，且未納入各總額部門協商草案：</p> <p>請健保署提供完整之協商方案(比照部門草案內容)</p>	<p>彙整相關資料供參考：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> 是否為政策交付項目：是者，摘錄政策內容</li> <li>2. <input type="checkbox"/> 資料是否完整：否者，提出需補充內容</li> <li>3. 提供評核委員及會前會專家學者意見</li> <li>4. 彙整相關統計數據與總額協商相關規範</li> <li>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</li> </ol>
延續性項目	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.醫療服務內容及說明(含問題分析及需求評估)</li> <li>2.費用估算基礎及淨增加之費用</li> <li>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</li> <li>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」</li> <li>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</li> </ol>		

112年度各部門總額協定事項未依時程完成之工作項目

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	V(項次 9)		
	健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能	V(項次 10)		
	促進醫療服務診療項目支付衡平性 --至本會委員會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			V(項次 28)
鼓勵院所建立轉診合作機制			V(項次 29)	

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
	--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			
西醫 基層	<b>因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費</b>	V(項次 10)		
	<b>促進醫療服務診療項目支付衡平性</b> --至本會委員會議提出具體實施規劃，定期提報		V(項次 14)	
	<b>C 型肝炎藥費</b> --*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))
	<b>強化基層照護能力及「開放表別」項目</b> --訂定反映效益之績效指標，以評估執行效益			V(項次 25(2))
	<b>鼓勵院所建立轉診合作機制</b> --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	<b>推動促進醫療體系整合計畫</b> --急性後期整合照護計畫	V(項次 3(2))		
	<b>支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費</b> --*檢討實施成效，將節流效益納入總額預算財源			V(項次 15(2))
	<b>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</b> --*檢討成效，提出節流效益並納入總額預算財源			V(項次 18(2))
	<b>提升保險服務成效</b> --*檢討成效，提出節流效益並納入總額預算財源			V(項次 21(2))

註:

- 1.各部門總額未依時程完成之工作項目，詳委員會議補充資料第7~58頁「112年度各部門總額協定事項辦理情形」之各該項次內容。
- 2.本表註記\*之項目，請健保署於協商113年度總額前，提出節流效益並納入總額預算財源以利總額協商。



## 修正 112 年度牙醫及中醫門診總額部分協定項目 之預算扣減方式及成效指標

112 年度總額協定項目		預算扣減方式及成效指標
<b>牙醫門診總額</b>		
1	高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫 (111 年新增專款，112 年持續辦理)	成效指標修正為： 執行 P7301C 後，89013C 及 89113C 「複合體充填」二年內重補率較未執行 P7301C 者低(跨院所計算)。
<b>中醫門診總額</b>		
1	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)	預算扣減方式修正為： 「當年度執行之額度」為 112 年 A91 「整合醫療照護費加計(70 點)」全年實際申報點數，若未達協商額度作為扣減當年度未執行之額度。
2	提升中醫小兒傷科照護品質 (112 年一般服務新增項目)	預算扣減方式修正為： 「當年度執行之額度」為 112 年 E90 「未滿 7 歲兒童傷科治療處置費加計(200 點)」全年實際申報點數，若未達協商額度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)	預算扣減方式修正為： 「當年度執行之額度」為 112 年針灸合併傷科支付標準調整前後差異點數，全年實際增加點數，若未達協商額度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)	預算扣減方式修正為： 「當年度執行之額度」為 112 年「特定疾病門診加強照護」腦中風後遺症(診斷碼 I69)全年實際申報點數，若未達協商額度作為扣減當年度未執行之額度。

#### 四、本會重要業務報告

一、本會依上次(第6次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

(一)依本會重要業務報告之決定，於本(112)年8月1日以衛部健字第1123360100號書函，請各總額部門及中央健康保險署(下稱健保署)研擬協商因素項目或計畫草案時，務必遵循衛生福利部(下稱衛福部)提出之113年度總額協商政策方向辦理，並於8月8日中午前提出規劃草案及簡報，並依檢核表格式逐項檢視內容是否齊全，填具後併送本會，俾納入8月16日本會辦理之總額協商會前會資料，函文如附錄一(第45~46頁)。

(二)依討論事項第二案之決議「本案經委員討論未有共識，請健保署參考委員所提意見，依法定程序報主管機關決定，並副知本會」，於本年8月4日以電子請辦單(表單單號：1120804793)，將本會委員意見摘要及發言實錄送請健保署參考。

(三)依臨時提案之決議，於本年8月9日以衛部健字第1123360108號書函，將本會委員就衛福部本年6月27日預告「菸品健康福利捐分配及運作辦法」修正草案中第4條條文所提意見，併同提案內容、會議紀錄及發言實錄送請衛福部卓參，函文如附錄二(第47~49頁)。

(四)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計6項，依辦理情形，建議解除追蹤1項，繼續追蹤5項，如附表(第20~23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50~80頁)。

二、衛福部於本年7月25日同意本會所報「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，並於本年8月8日以衛部健字第1123360102號公告修正，如附錄四(第81~83頁)。

三、有關113年度全民健保醫療給付費用總額協商會議(112.9.20)議程安排：

(一)依上次委員會議(112.7.26)抽籤結果，及第4次委員會議(112.5.24)通過之「113年度全民健康保險醫療給付費用總額協

商程序(下稱113年度總額協商程序)」(如附件二，第27頁)，擬訂本年9月20日(星期三)於衛福部301會議室舉行113年度總額協商共識會議，議程(草案)如下：

### 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商共識會議議程(草案)

時間	內容	與會人員
<b>112 年 9 月 20 日(三)</b>		
09:00~09:30	報到/預備會議(供付費方、醫界方「視需要」召開會前內部會議)	
09:30~12:00	1. 醫院總額協商(150 分鐘)	本會委員、醫院部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁
12:00~12:30	午餐	
12:30~13:20	2. 門診透析服務協商(醫院與西醫基層總額，50 分鐘)	本會委員、醫院與西醫基層協商代表，及社保司、健保署與本會同仁 (本節之協商，邀請腎臟醫學會列席)
13:20~13:30	中場休息	
13:30~15:25	3. 西醫基層總額協商(115 分鐘)	本會委員、西醫基層部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁
15:25~15:35	中場休息	
15:35~17:15	4. 中醫門診總額協商(100 分鐘)	本會委員、中醫部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁
17:15~17:25	中場休息	
17:25~19:05	5. 牙醫門診總額協商(100 分鐘)	本會委員、牙醫部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁
19:05~19:35	晚餐	
19:35~20:50	6. 其他預算協商(75 分鐘)	本會委員、健保署，及社保司與本會同仁
<b>112 年 9 月 21 日(四)</b>		
09:30~12:30	視需要處理協商未盡事宜	本會委員、相關部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁
<b>112 年 9 月 22 日(五)</b>		
09:30~14:00	第 8 次委員會議 (實體及視訊併行)	本會委員及社保司、健保署與本會同仁

#### (二)需請付費方及醫界方配合辦理事項：

1. 9 月 20 日上午 9 時至 9 時 30 分(預備會議)：付費方、醫界方若有需要召開會前內部會議，請於 9 月 18 日前通知本會同仁，以利安排會議場地。

2. 9 月 20 日上午 9 時 30 分至晚上 8 時 50 分(協商共識會議)：

(1) 依 113 年度總額協商程序，各部門總額依議程所訂時間依序進行協商，若時間結束，仍無法達成共識，則依健保法

規定兩案併陳送衛福部決定。

(2)若有部門提早於表訂時間完成協商，則下一場協商之總額部門，在協商雙方代表同意下，可提前進行協商。

3.9月21日上午9時30分至12時30分(協商未盡事宜)：

若有協商未盡事宜或有再次協商之必要，得在協商雙方代表共識下繼續處理。

- 四、有關「113年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構」(下稱113年度總額協商架構)：依衛福部於本年8月8日交議行政院核定之「113年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(下稱113年度總額範圍)」，確認113年度總額協商架構及其附件(如附件三劃線處，第28~29頁)。
- 五、為完備113年度總額協商所需資訊，以客觀數據作為協商基礎，本會同仁業已彙整「全民健康保險各部門總額111年度執行成果評核紀錄」，並研析健保署提供之相關資料，完成編製「112年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」，以上共計2冊資料，提供委員參用。
- 六、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，中區及南區場次已分別於本年7月28日、8月11日辦理完竣，共有本會委員所屬團體之15及16位會員參加。東區場次預定於8月25日辦理，請相關委員協助推派所屬團體之會員與會。
- 七、本會針對上次(第6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「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之續請討論案，作為委員關切重要議題之會訊報導主題，內容詳附錄五(第84~85頁)，已置於本會網頁(路徑：健保會首頁>最新訊息>委員關切重要議題分析，網址：<https://gov.tw/vqq>)，敬請委員轉知所屬團體之會員參閱。
- 八、健保署於本年7月至8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8

月 9 日寄至各委員電子信箱]

(一)本年 7 月 18 日副知，修正發布「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分規定，並自 112 年 9 月 1 日生效，如附錄六(第 86 頁)，修正牙醫部分規定，重點如下：

- 1.懷孕婦女得免附 X 光片：增訂申報「92014C 複雜性拔牙」。
- 2.根管治療：增訂執行超音波根管沖洗應於每次執行時依牙位申報，同一療程可按實際執行次數申報，病歷應詳實記載。
- 3.牙周病治療申報「91089C 糖尿病患者牙結石清除-全口」：增訂病歷記載規定。

(二)將公告之總額相關計畫副知本會，如附錄七(第 87~89 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
112.7.17/ 112.7.17	全民健康保險代謝症候群防治計畫	1.修訂每一診所收案人數上限，由 200 人放寬至 300 人。 2.修訂「獎勵費」部分條文： (1)診所品質獎勵費：診所品質指標「代謝症候群改善率」，增列戒菸人數計算之操作型定義「以本計畫結算年前一年 7 月至本計畫結算年當年 12 月登錄個案，並排除前一年結算時已達標之個案計算」。 (2)個案績優改善獎勵費：獎勵條件由「任 3 項代謝症候群指標達標準值，且收案 6 個月後至結案日前，個案無三高用藥紀錄且結案者」，改為「已非屬代謝症候群(即下列 3 項或 3 項以上代謝症候群指標達標)，且結案日前 6 個月內，個案無三高用藥紀錄且結案者」。
112.7.19/ 112.1.1	112 年牙醫門診加強感染管制實施方案	1.修訂實地訪查不合格追扣區間：實地訪查不合格追溯「12 個月」或「自院所前次實地訪查合格之次月 1 日起」之感染管制門診診察費與一般門診診察費差額(以追扣月份數較小者認定)。 2.修訂「111 年牙醫外展點書面評核作業」部分條文： (1)展延資料上傳期限至 113 年 6 月 30

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>日(含)前，並於 113 年 12 月 31 日(含)前完成實地訪查。如遇不可抗力因素無法實地訪查，則列入 114 年度優先訪查名單。</p> <p>(2)執業計畫外展點由牙全會推派 1 位執業醫師上傳其外展點資料，倘書評不合格且經實地訪查不合格者，由該外展點之全體醫師共同承擔結果。</p> <p>(3)配合疾管署公告之牙科感染管制措施指引，修訂「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」之「廢棄物處理」章節內容。</p> <p>(4)修訂「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」、「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業考評表」。</p>

(三)將 111 年醫院、西醫基層、中醫門診總額品質保證保留款核發結果副知本會，如附錄八(第 90~96 頁)，摘要如下表：

發文日期	核發項目	核發結果
112.7.18	111 年醫院總額品質保證保留款核發結果	<p>1.111 年預算 13.185 億元，醫學中心、區域醫院及地區醫院分別為 5.552 億元、4.997 億元及 2.636 億元(按當年各層級醫院核定點數占率分配)。</p> <p>2.核發情形:111 年結算醫院家數共 471 家，各層級醫院核發家數占率分別為醫學中心 100%、區域醫院 100%、地區醫院 98.9%。其中：</p> <p>(1)符合基本獎勵核發家數：醫學中心 19 家(核發率 100%)；區域醫院 80 家(核發率 98.8%)；地區醫院符合學會指標計畫 269 家(核發率 72.5%)。</p> <p>(2)符合指標獎勵核發家數：醫學中心 19 家(核發率 100%)；區域醫院 81 家(核發率 100%)；地區醫院 367 家(核發率 98.9%)。</p>
112.7.17	111 年西醫基層總額品質保證保留款核發結果	<p>1.111 年預算 2.255 億元。</p> <p>2.核發情形：111 年西醫基層特約家數共 10,956 家，計 7,752 家院所(占率 70.8%)符合獎勵條件且領取品保款，其中 1,402 家(占率 12.8%)院所不符合核發資格規定，1,802 家(占率 16.4%)院所獎勵指標</p>

發文日期	核發項目	核發結果
		權重和為零或小於 80%。
112.7.14	111 年中醫門診總額品質保證保留款核發結果	1.111 年預算 49.3 百萬元。 2.核發情形：111 年中醫院所特約家數共 4,130 家，計 2,844 家院所(占率 68.9%)符合獎勵條件且領取品保款，其中 1,082 家(占率 26.2%)院所不符合核發資格規定，204 家(占率 4.9%)院所核算基礎為 0。

決定：

## 上次(第6次)委員會議繼續列管追蹤事項

## 一、擬解除追蹤(共1項)

項次	案由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	報告事項第三案： 112年6月份全民健康保險業務執行報告。	委員所提意見(含書面意見)，請中央健康保險署回復說明。	於112年8月1日請辦健保署。	健保署回復：委員所提意見，說明如附件一(第24~25頁)。	解除追蹤	—



二、擬繼續追蹤(共 5 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	請中央健康保險署會同各總額部門相關團體，儘速辦理112年度總額協定事項未依時程完成之工作項目。	於112年8月1日請辦健保署。	健保署回復：遵照辦理。	1.繼續追蹤 2.於健保署完成後解除追蹤	112年12月
2	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。	請中央健康保險署依本會議定結果，報請衛生福利部核定後，會同中醫門診總額相關團體討論執行細節及結算事宜，並於費用結算後，向本會提報執行結果。	於112年8月1日請辦健保署。	健保署回復：本署已啟動報部事宜，將於程序完成後提報執行結果。	1.繼續追蹤 2.於健保署提報執行結果後解除追蹤	112年10月
3	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	本案經委員討論未有共識，請中央健康保險署參考委員所提意見，依法定程序報主管機關決定，並副知本會。	於112年8月1日請辦健保署。	健保署回復： 1.「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」、「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」： (1) 本案二項預算	1.繼續追蹤 2.於健保署依法定程序報主管機關決定，並副知本會後解除追蹤	112年10月

項次	案由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
	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。			<p>係屬 112 年專款項目，爰採年度計畫方式辦理，而非直接修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準。</p> <p>(2) 本署將參酌貴會委員建議並依程序報部核定後，本署公告實施。</p> <p>2. 「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」決定項目內容： 有關預期效益之評估指標依委員建議，修正操作型定義之分母為「聘有護理人員之診所家數」(如附件一，第 26 頁)。</p>		
4	報告事項 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	部分未完成項目，請儘速規劃具體之預算扣減及節流效益評估方式，最遲於 112 年 12 月份委員會議將規劃結果提報本會。	於 112 年 8 月 1 日請辦健保署。	<p>健保署回復： 牙醫門診總額「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」、「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」、「超音波根管沖洗計畫」、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」之預算扣減及節流效益評估方式，將提至 112</p>	<p>1.繼續追蹤 2.於健保署報告規劃結果後解除追蹤</p>	112 年 12 月

項次	案由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
	扣減方式及節流效益之規劃等)。			年 8 月 22 日 112 年第 3 次牙醫研商會議與牙醫部門討論，後續將依會議決議提報貴會。		
5		至於「112 年度總額預算扣減方式及節流效益」執行結果，請於 113 年 3 月份提報本會，做為 114 年度總額協商參考。	於 112 年 8 月 1 日請辦健保署。	健保署回復：遵照辦理。	1.繼續追蹤 2.於健保署報告執行結果後解除追蹤	113 年 3 月

健保會第 6 屆 112 年第 6 次委員會議之健保署答覆

上次(第 6 次)委員會議之擬解除追蹤項次 1

案由：112 年 6 月份全民健康保險業務執行報告。

委員意見	健保署說明
<p>李委員永振會後書面意見(議事錄第 81 頁)</p> <p>一、有關 113 年適用之平均眷口數數值之請教，雖會中有說明，但似答非所問，再提書面，記得健保署長官曾於委員會上表示，有關上一年度相關之營運數據於次年度 5 月份可確定，112 年度適用之數據也確實在 7 月 27 日就公告了，相關的建議也研究快一年了，會議資料的說明為何還跟去年的答覆類似，都沒有進展！是否可明確告知「何時會有答案」？</p> <p>二、有關 111 年度的結餘數，由年初 103.43 億元，到 5 月份的院編決算數的 108.08 億元，長大了 4.65 億元。才剛說明長大的原因，6 月份審計部審定之決算數變為 112.73 億元，又長大了 4.65 億元！本月份的備註有說明原因，有進步！但不解的是，差異的理由不是很艱深，而且健保署擁有揚名國內外的大數據處理科技，為何無法一次到位？今年的自決數與審定數差異 9.3 億元，較 110 年之 20.66 億元(-175.81 億元→-160.51 億元→-155.15 億元)，差異</p>	<p>一、有關平均眷口數，依健保法施行細則第 68 條規定，保險人公告事項計有 4 項(包含平均眷口數)，本署將整體一併評估辦理公告，往例多於年底前公告。</p> <p>二、有關本署業務執行報告表 5 全民健保財務收支分析表，近期 111 年度結餘數差異說明如下：</p> <p>(一) 全民健康保險基金採權責發生基礎，12 月份的保費收入及醫療費用於年底須以預估數列帳，編製年度決算書；配合主管機關、行政院主計總處(下稱主計總處)與審計部決算查核時程(次年 2-5 月)，提供實際數與預估數之差異數辦理查核修正，合先敘明。</p> <p>(二) 12 月份一般保費及補充保費至次年 1-2 月份辦理繳納，配合衛生福利部辦理本署決算查核報告時程，於 2 月底提供保費收入預估與實際差異數，供該部將查核結果函送主計總處，俟主計總處通知查核結果，本署據以編製院編決算。</p> <p>(三) 審計部辦理本署財務收支及決算抽查，針對主計總處未及修正「各項受</p>

委員意見	健保署說明
<p>有縮小，但趨勢近似，都是主計總處及審計部多找到財源，不知其中原因是否可掌握、改進？另對於此類如此大的變化是否應主動清晰剖析，使所提供之表報數據成為有用的資訊？！</p>	<p>託代辦醫療費用補助計畫」(5月始能完成結算)，及「政府應負擔健保總經費法定下限 36%不足數」(一般保費及補充保費實際數於2月產生，36%實際數於3月計算提供)，由本署計算預估數與實際數之差異提供審計部作查核修正，俟審計部通知查核結果，本署據以編製審定決算。</p> <p>(四) 綜上，囿於保費收入與醫療費用實際數產製時程，並配合主計總處及審計部查核報告期程，無法1次修正完成，各年度決算以審計部審定數為最終決算數。</p>

上次(第 6 次)委員會議之擬繼續追蹤項次 3

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。

總額別	新增項目 (預算金額)	執行目標、預期效益之評估指標
西醫基層總額專款項目	「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」 (659.3 百萬元)	<p>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%。</p> <p>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。</p> <p>註：</p> <p>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)。</p> <p>分母：<b>聘有護理人員之診所家數</b>。</p>

113 年度總額之各協商場次預計分配所需時間如下表：

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

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

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

113 年度各部門總額協商順序抽籤結果

抽籤日期：112 年 7 月 26 日(健保會 112 年第 6 次委員會議)

協商順序	總額部門別/門診透析	簽名
1	醫院	陳石也
2	門診透析	—
3	西醫基層	周孝明
4	中醫門診	詹永琪
5	牙醫門診	陳孝廷

註：1.若各總額部門無法派員抽籤，則由本會執行秘書於會上代為抽籤。

2.依 113 年度總額協商程序規定，門診透析協商場次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；最後協商場次為其他預算。

監票人(簽名)：



## 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(節錄)

第 6 屆 112 年第 4 次委員會會議(112.5.24)通過

### 壹、總額協商架構(暫列，俟衛生福利部交議總額範圍後定案，再提委員會議報告)

#### 一、總額設定公式

##### ■年度部門別<sup>註1</sup>醫療給付費用總額＝

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

##### 年度部門別醫療給付費用總額成長率＝

[年度部門別醫療給付費用－(前一年度~~之~~部門別醫療給付費用－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)<sup>註4</sup>]/(前一年度~~之~~部門別醫療給付費用－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)<sup>註4</sup>

##### ■年度全民健保醫療給付費用總額＝

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

##### 年度全民健保醫療給付費用總額成長率＝

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

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

#### 二、醫療服務成本及人口因素

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

(二)成長率計算公式

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

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



## 附件一醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法

### 一、投保人口結構改變對醫療費用之影響率

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

### 二、醫療服務成本指數改變率

#### (一)成本項目之權數

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

#### (二)成本項目之指數

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

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

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

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

#### (三)醫療服務成本指數改變率之指數值及計算

~~1.113 年度總額醫療服務成本指數改變率以 4 年(113~110 年)平均值計算。~~

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

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

### 三、投保人口預估成長率

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

## 五、優先報告事項

### 第一案

提案單位：本會第三組

案由：衛生福利部(簡稱衛福部)交議 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額(簡稱總額)範圍案。

報告單位：

- (一)衛福部社會保險司(簡稱社保司)：說明行政院核定之 113 年度總額範圍及政策目標。
- (二)中央健康保險署(簡稱健保署)：說明 113 年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案。
- (三)本會：確認 113 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診總額之醫療服務成本及人口因素成長率。

說明：

- 一、衛福部於本(112)年 8 月 8 日以衛部保字第 1120132989 號函交議行政院核定之 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍成長率為 2.621%至 4.7%，請本會依全民健康保險法第 61 條規定，協議訂定其總額及分配方式(如附件一，第 33~37 頁)。
- 二、依本會本年第 4 次委員會議(112.5.24)決議通過之「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(下稱 113 年度總額協商程序)」一、工作計畫表一、(三)、1.請衛福部派員於委員會議說明行政院對總額範圍核定情形及政策方向，本會業於本年 8 月 8 日請辦衛福部(社保司)蒞會說明。
- 三、另依本會本年第 3 次委員會議(112.4.26)決定(略以)：請健保署於衛福部交議本會關於「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案」時，依法併提「113 年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案」審議。健保署於本次會議提送「113 年度醫療給付費用總額範圍(草案)之財務試算」及「110 年至 113 年健保財務收支情形表」供參(如附件二，第 38~39 頁)。
- 四、確認 113 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診總額之醫

療服務成本及人口因素成長率。

(一)依本會本年第 4 次委員會議(112.5.24)決議通過之「113 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 113 年度總額協商架構及原則)」貳、總額協商原則四、醫療服務成本及人口因素：各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率，採衛福部報奉行政院核定之數值與計算公式。

(二)依行政院核定之 113 年度總額範圍成長率，試算醫療費用如下：

總額範圍	低推估值	高推估值
成長率	2.621% <sup>註1</sup>	4.7%
預估醫療費用	約8,581.5億元	約8,755.3億元
高低推估值差距	約173.9億元	

註：1.低推估值：按「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」、「醫療服務成本指數改變率」及「投保人口預估成長率」合併計算醫療服務成本及人口因素成長率(3.943%)，再以 112 年一般服務預算占率(86.205%)校正後，並校正 111 年投保人口成長率差值(-0.778%)，即 $(3.943\% \times 86.205\%) - 0.778\% = 2.621\%$ 。

2.基期費用：以 112 年度健保醫療給付費用總額，於一般服務扣除 111 年未導入預算扣減部分估算，實際總額以健保署結算金額為準。

(三)依衛福部提供之資料，計算 113 年度各部門總額「醫療服務成本及人口因素」成長率如下表，將做為各總額部門研擬 113 年度總額協商草案之依據：

總額部門別	醫療服務成本指數改變率(A)	人口結構改變率(B)	投保人口預估成長率(C)	醫療服務成本及人口因素成長率 $(1+A+B) \times (1+C) - 1$
醫院	2.940%	2.034%	-0.757%	4.179%
西醫基層	2.837%	1.470%		3.517%
牙醫門診	3.427%	0.267%		2.909%
中醫門診	2.989%	0.799%		3.002%
整體	2.952%	1.784%		3.943%

五、本會業於 8 月 8 日函轉衛福部交議案(如附件三，第 40~41 頁)，請各總額部門及健保署遵循衛福部交付之 113 年度總額範圍及政策目標，並依據 113 年度總額協商架構及原則與程序，參考

8月16日本會辦理之總額協商會前會委員意見，於8月25日前提出9月總額協商之「113年度總額協商因素項目及計畫(草案)」最終版本及檢核表。

決定：

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部 函

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

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年8月8日  
發文字號：衛部保字第1120132989號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：來文-行政院核定函(113)

主旨：有關「113年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」一案，業奉行政院核定，請依全民健康保險法第61條規定協議訂定其總額及分配方式，請查照。

說明：

- 一、依行政院112年7月31日院臺衛字第1121030976號函辦理(附件)。
- 二、行政院核定113年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍成長率為2.621%至4.7%，函示略以：
  - (一)依據全民健康保險財務推估，112年保險安全準備金額雖仍高於1個月保險給付支出，惟在維持現行一般保險費費率5.17%情況下，預估113年健保仍將收不抵支，安全準備持續下降，應審慎提前規劃因應。
  - (二)為因應人口高齡化、工作年齡人口占比下降所帶來之醫療服務供需失衡及健保收支短絀問題，請通盤考量醫療資源

112.08.08



112CC00618

配置之妥適性，除持續提升健保運作效率、抑制資源不當耗用外，請強化數位醫療轉型、打造韌性醫療體系，並應增進公衛、醫療及照護服務體系之合作，強化健保與前端預防保健及後端照護資源之連結，以擴大健保資源使用效益，保障民眾醫療權益及提升自我健康維持之能力。

- (三)請持續關注嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)疫情後之遞延性醫療需求，適時調整相關政策；並積極提升給付價值，持續推動支付制度改革，減少低價值醫療服務，落實預算合理編列及有效管理，並持續檢視各項節流措施執行成效。另請檢討現行費基結構，促進保費分擔公平，並研議擴增保險收入之可行性，以建構更穩健的財務制度。

三、另本部113年度總額範圍係考量投保人口結構改變、醫療服務成本及投保人口數對醫療費用之影響，以及113年健保總額政策目標(如下)等各項因素所擬：

- (一)整合公共衛生體系與健保資源，發展以人為本的照護模式，積極提升民眾健康。
- (二)精進醫療照護相關體系，以民眾健康為導向，提升醫療品質與服務效率及醫療資源合理分配。
- (三)推動健保給付支付制度改革，減少低價值服務，提升給付與支付效率。
- (四)增進醫療服務價值，提升服務量能，持續引進新藥物、新

醫療技術及新服務模式，合理調整給付條件。

(五)保障保險對象之醫療權益，合理反映偏遠地區及特殊族群  
之照護需求，均衡醫療資源之分布。

正本：本部全民健康保險會

副本：衛生福利部中央健康保險署



檔 號：  
保存年限：

## 行政院 函

地址：100009臺北市忠孝東路1段1號  
電話：02-33566500

受文者：衛生福利部

發文日期：中華民國112年7月31日  
發文字號：院臺衛字第1121030976號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：無

主旨：所報113年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍一案，核定全民健康保險醫療給付費用成長率下限為2.621%，上限為4.7%。

說明：

- 一、復112年6月7日衛部保字第1121260179號函。
- 二、依據全民健康保險（以下簡稱健保）財務推估，112年保險安全準備金額雖仍高於1個月保險給付支出，惟在維持現行一般保險費費率5.17%情況下，預估113年健保仍將收不抵支，安全準備持續下降，應審慎提前規劃因應。
- 三、為因應人口高齡化、工作年齡人口占比下降所帶來之醫療服務供需失衡及健保收支短絀問題，請通盤考量醫療資源配置之妥適性，除持續提升健保運作效率、抑制資源不當耗用外，請強化數位醫療轉型、打造韌性醫療體系，並應增進公衛、醫療及照護服務體系之合作，強化健保與前端預防保健及後端照護資源之連結，以擴大健保資源使用效益，保障民眾醫療權益及提升自我健康維持之能力。
- 四、請持續關注嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）疫情後之遞延性醫療需求，適時調整相關政策；並請積極提升給付價

總收文 112.07.31



1120132989



值，持續推動支付制度改革，減少低價值醫療服務，落實預算合理編列及有效管理，並持續檢視各項節流措施執行成效。另請檢討現行費基結構，促進保費分擔公平，並研議擴增保險收入之可行性，以建構更穩健的財務制度。

正本：衛生福利部

副本：國家發展委員會、行政院主計總處



裝

訂

線





# 113年度醫療給付費用總額範圍 之財務試算

- ◆ 試算條件：
  - 維持現行費率5.17%
  - 112年納入7月實施「健保門診藥品與急診部分負擔調整方案」之財務影響(一年32.7億元)
  - 113年納入「中央政府疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別預算案」撥補健保基金200億元，及1月起軍公教調薪4%之財務影響(一年12億元)
  - 總額基期為8,362.32億元、低推估值(2.621%)、高推估值(4.7%)，並以總額成長率3.0%至4.5%，每0.5個百分點為間隔，進行試算

總額成長率	總額預算 增加金額 (億元)	當年保險 收支短絀 (億元)	保險收支 累計結餘 (億元)	約當保險給付支出 月數(月)
2.621% (低推估值)	219	-114	867	1.31
3.0%	251	-146	836	1.25
3.5%	293	-188	794	1.19
4.0%	334	-229	752	1.12
4.5%	376	-271	711	1.05
4.7% (高推估值)	393	-287	694	1.02

### 110年至113年健保財務收支情形表

單位：億元

項目	110年	111年	112年	113年	
				總額成長率 採下限2.621%	總額成長率 採上限4.7%
	審定決算數		預估數		
<b>醫療給付費用總額</b>	<b>7,836</b>	<b>8,096</b>	<b>8,364</b>	<b>8,581</b>	<b>8,755</b>
總額成長率	4.107%	3.320%	3.323%	2.621%	4.700%
<b>保險成本</b>	<b>7,274</b>	<b>7,491</b>	<b>7,776</b>	<b>7,968</b>	<b>8,140</b>
保險成本成長率	4.60%	2.98%	3.81%	2.47%	4.69%
非保險給付占率	7.22%	7.52%	7.11%	7.22%	7.10%
<b>保險收入</b>	<b>7,119</b>	<b>7,603</b>	<b>7,709</b>	<b>7,854</b>	<b>7,853</b>
保險收入成長率	13.39%	6.81%	1.38%	1.89%	1.87%
一、保險費相關收入	6,948	7,435	7,540	7,685	7,685
(一)保險費收入	6,990	7,474	7,343	7,529	7,529
1.一般保險費	5,663	5,857	5,957	6,099	6,099
2.補充保險費	582	734	589	605	605
3.政府負擔不足法定36%之 差額	745	883	797	826	826
(二)其他收入	-42	-39	197	155	155
二、安全準備相關收入	171	169	169	169	168
當年安全準備填補金額	326	56	236	283	456
<b>當年保險收支餘絀</b>	<b>-155</b>	<b>113</b>	<b>-67</b>	<b>-114</b>	<b>-287</b>
保險收支累計餘絀	936	1,049	981	867	694
<b>約當保險給付支出月數</b>	<b>1.55</b>	<b>1.68</b>	<b>1.52</b>	<b>1.31</b>	<b>1.02</b>

製表日期：112.08.01

- 說明：1、112年起以健保會111年第11次委員會(111.11.18)討論「全民健康保險112年度保險費率方案(草案)」資料之假設為基礎進行推估。
- 2、保險收入＝一般保險費＋補充保險費＋政府法定下限36%差額負擔－呆帳提存＋保險費滯納金＋公益彩券盈餘分配收入＋菸品健康福利捐分配收入＋投資淨收益＋其他收入。
- 3、保險成本＝醫療給付費用總額－保險對象應自行負擔之費用－代位求償獲償金額－菸捐挹注罕病等之醫療費用±調整帳＋其他保險成本。
- 4、其他收入包括：營運資金孳息、雜項業務收入、其他業務外收入、利息費用(減項)及呆帳提列(減項)。
- 5、安全準備相關收入包括：依健保法規定應提列之安全準備，包含滯納金、運用收益、彩券盈餘及菸捐分配收入等，惟不含保險費相關收入用來支應保險成本後之結餘。
- 6、當年安全準備填補金額，係指運用安全準備(前一年累計餘絀，加計當年安全準備相關收入)填補當年保險費相關收入與保險成本間發生短絀之金額。
- 7、112年度保險費率為5.17%，醫療給付費用總額成長率依衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告為3.323%，另政府負擔不足法定36%之差額，以行政院協商確立之法律見解及計算方式為基
- 8、依國家發展委員會112年7月17日「113年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」審查會議之決議，建議113年總額範圍設為：低推估值2.621%至高推估值4.7%。
- 9、依目前所擬之113年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍草案，係依113年度總額基期淨值約8,362.32億元為基期進行計算，納入112年7月實施「健保門診藥品與急診部分負擔調整方案」之財務影響(一年32.7億元)。
- 10、已納入113年「中央政府疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別預算案」撥補全民健康保險基金200億元對健保財務之影響，及113年1月起軍公教調薪4%之財務影響(一年12億元)。
- 11、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

抄本

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部全民健康保險會 書函

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

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國112年8月8日

發文字號：衛部健字第1123360113號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：1. 衛福部交議113年度總額範圍案、2. 113年度總額架構及原則、3. 113年度總額協商程序、4. 協商草案之檢核表

主旨：檢送衛生福利部交付本會協商之113年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍及政策目標，敬請貴會(署)配合時程研提「113年度總額協商(草案)最終版本」及「地區預算分配之建議方案」，請查照惠辦。

說明：

- 一、依據衛生福利部本(112)年8月8日衛部保字第1120132989號函(如附件1)及本會第6屆本年第6次委員會議(112.7.26)決定事項(諒達)辦理。
- 二、依上開委員會議決定事項，請貴會(署)務必遵循旨揭衛生福利部交付之113年度總額範圍及健保政策目標與內涵，並依據本會議定之113年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則、協商程序(如附件2、3)，完成規劃並依時程提送相關資料：

- (一)請於本年8月25日前，依協商程序之附表格式(附件3，第6頁)，提出113年度總額協商草案之最終版本，送會後不宜臨時提出新增項目或更動內容。另為使協商資料完備，請依檢核表格式(如附件4)，逐項檢視「113年度總額協商因素項目及計畫」草案內容是否齊全，填具後併送本會。
- (二)9月總額協商完成後，請健保署會同達成共識之總額部門研修其總額新增或延續項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提報10月份委員會議確認。
- (三)請各總額部門依協商程序規定，於本年10月2日前提送「地區預算分配之建議方案」，以利10月份委員會議討論。未提送分配建議方案之部門，則由本會同仁掣案提11月份委員會議討論，並完成協定。

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

副本：盧主任委員瑞芬、王委員惠玄、田委員士金、朱委員益宏、江委員錫仁、吳委員榮達、吳委員鏘亮、李委員永振、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、詹委員永兆、劉委員玉娟、劉委員守仁、劉委員淑瓊、滕委員西華、蔡委員麗娟、鄭委員力嘉、鄭委員素華、謝委員佳宜、韓委員幸紋(依委員姓名筆劃排序)、本部社會保險司(均含附件)

## 第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：112 年第 2 季全民健康保險業務執行季報告，請鑒察。(資料由中央健康保險署另行提供)

報告單位各項業務窗口：詳如業務執行報告內附

.....

本會補充說明：

- 一、依 102 年 2 月 22 日委員會議決定及 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，本次進行口頭報告。請委員先行審閱，如有疑義可洽該署各項業務窗口。
- 二、參照 106 年 10 月 27 日委員會議之委員建議，健保署業務執行季報告之口頭報告，有其重要性，爰列為優先報告事項。

決定：

# 附錄





抄本

檔 號：  
保存年限： 附錄一

## 衛生福利部 書函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號  
聯絡人：李岳蓁  
聯絡電話：(02)8590-6869 分機：6869  
傳真：(02)8590-6046  
電子郵件：hsyueh@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國112年8月1日  
發文字號：衛部健字第1123360100號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：健保會第6屆112年第6次委員會議紀錄(節錄)及檢核表

主旨：謹訂於本(112)年8月16日下午2時召開113年度全民健康保險醫療給付費用總額協商因素項目及計畫(草案)會前會，敬請貴會(署)於本年8月8日中午前提供相關資料，請查照並配合辦理。

說明：

- 一、依據本部全民健康保險會於112年6月16日衛部健字第1123360083號書函(諒達)檢送之113年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序，及該會第6屆112年第6次委員會議(112.7.26)決定事項(節錄如附件)辦理。
- 二、旨揭會議將依總額部門別安排報告(各部門報告20分鐘、門診透析10分鐘、健保署其他預算報告15分鐘)，並進行討論與意見交流。請貴會(署)研擬協商因素項目或計畫草案時，務必遵循本部提出之113年度總額協商政策方向辦理，且應

於8月8日中午前提出相關規劃草案、簡報及檢核表(如附件之附表)，提報之詳細內容如下：

- (一)113年度總額政策交付項目、問題分析及需求評估。
- (二)醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用。
- (三)新增項目請提出執行目標及預期效益之評估指標(請以具體、可量化之結果面指標呈現資源投入之具體效益)，延續性項目須持續檢討，並提出過去執行成果效益或檢討改善之相關規劃。
- (四)新增專款項目之預估試辦檢討期限(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)。

三、為使協商資料完備，請依附件之檢核表格式，逐項檢視

「113年度總額協商因素項目及計畫」草案內容是否齊全，填具後併送本會。

正本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、台灣腎臟醫學會、衛生福利部中央健康保險署

副本：

抄本

附錄二

檔 號：  
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

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

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國112年8月9日  
發文字號：衛部健字第1123360108號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：1. 本會第6屆112年第6次委員會議(112.7.26)旨揭提案內容、2. 會議紀錄及與會人員發言實錄(節錄)

主旨：檢送本會委員就鈞部112年6月27日預告「菸品健康福利捐分配及運作辦法」修正草案中第4條條文所提意見，敬請卓參。

說明：

- 一、依據鈞部112年6月27日衛授國字第1120760645號公告，及本會第6屆112年第6次委員會議(112.7.26)決議事項辦理(提案內容、會議紀錄及與會人員發言實錄節錄如附件1、2)。
- 二、本會委員就旨揭預告修正草案，於本會112年第6次委員會提出「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」臨時提案，會中委員意見摘要如下：

(一)反對本次修法內容之理由：

- 1、我國每年因菸害造成的醫療費用至少770億元，卻全由

全民健保承擔其外部成本，因此立法之初菸捐90%分配健保安全準備完全符合其立法意旨。惟歷年因政策考量，將菸捐分配健保安全準備比率由90%降為70%、再調降至50%後又調整為與經濟弱勢者共用50%，本會委員歷來均關切並持續表達反對意見，希能回復合理的分配比率。為維護健保永續經營，嚴正反對本次修法內容並籲請菸捐恢復70%供健保安全準備之用。

2、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短絀，近2年本會進行費率審議時，安全準備金均僅能勉強維持1個月的法定下限，且今(112)年倘未獲政府撥補240億元，恐必須面臨費率調漲的困境。現在如再修法減少健保安全準備獲配金額，健保財務勢必更加惡化，最後將由全民共同承擔調漲費率的結果。

3、本次擬修法納入50%健保安全準備之新增支用項目，包括：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，屬中央健康保險署法定任務，應由公務預算支應始為合理。

(二)倘主管機關最後的政策決定仍要修本項條文者，本會委員提出修法建議為：建請於條文明確訂定菸捐50%中分配健保安全準備之最低比率(例如49%或48%)，合理反映菸捐用

於支付菸害造成疾病所需之健保財務成本。

正本：衛生福利部  
副本：

個別委員關切事項(含書面意見)之健保署答覆

委員意見	健保署說明
<p>劉委員淑瓊(議事錄第 19 頁)</p> <p>另外，會議資料第 32~34 頁，朱益宏委員多次關切大型醫院慢性病人在門診人次過高，然後希望健保署能夠提出檢討的作為，醫改會非常的認同，可是很遺憾的事情是健保署其實每一次都實問虛答，希望健保署能夠提出具體的檢討，至少在總額協商時候提出這 3 個具體數字，第 1 個是穩定的慢性病人多科跨層級就醫狀況造成的費用影響。第 2 個是穩定的慢性病人可以下轉，而且完成下轉的比率。第 3 個是慢性病人可以參與整合照護門診收案的潛在對象人數，也提供我們實際收案的人數。</p> <p>這 3 個我們要求的數據都是對應到分級醫療策略的配套措施，所以希望健保署能夠實問實答，告訴我們什麼是具體作為。</p>	<p>感謝委員建議，近 5 年(107-111 年)西醫門診慢性病就醫件數占率，醫學中心已由 20.8%降至 19.1%，區域醫院由 26.8%降至 24.5%，呈現下降趨勢；另地區醫院由 15.5%升至 16.8%，基層診所由 36.9%升至 39.7%，呈上升趨勢。有關所提 3 項資料穩定的慢性病人多科跨層級就醫狀況造成的費用影響、穩定的慢性病人可以下轉且完成下轉的比例及慢性病人可參與整合照護門診收案的潛在對象人數，俟資料分析後提供。</p>
<p>陳委員石池(議事錄第 22~23 頁)</p> <p>主席、各位委員，大家早安，有關 112 年度各部門總額協定事項提報本會執行情形(112 年初步結果/成果)，請參閱補充資料第 30 頁第 25 項「急診品質提升方案」，我們的決定事項是精進方案執行內容，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</p>	<p>一、有關急診處置效率相關監測指標，本署已按季(3、6、9、12 月)提報至貴會，列於業務執行報告中。</p> <p>二、有關鼓勵院所建立轉診合作機制辦理情形，本次係呈現 112Q1 結算之核付點數及預算執行率，後</p>

委員意見	健保署說明
<p>行成效。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。現在 7 月份已經超過一半了，健保署只提報使用人數、花多少錢而已，好像沒有看到我們想看到的初步成果。補充資料的第 31 頁第 28 項也是一樣，「全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」，辦理情形 2.是預定下半年將與醫界共同研議檢討。所以目前看不到初步的成果。同頁的第 29 項也是一樣，「鼓勵院所建立轉診合作機制」的辦理情形，也都看不到什麼成果。</p> <p>因為本年度已經超過半年了，可否請健保署在以後提報有關成果報告時，要有初步的成果資訊，比如說第 1 季也可以，總要有一些成果讓我們看到，現在都沒有，都只是講花多少錢而已，這樣根本沒有把我們想看到的初步成果表現出來，所以這部分請健保署下次提報辦理情形，是否有些初步結果讓我們看到，以上。</p>	<p><u>續將依協定事項檢討轉診支付標準。</u></p> <p>三、有關提升計畫，本署每年檢視現行計畫並與醫界共同商議修訂內容，112 年提升計畫已於 112 年 4 月 13 日公告；計畫修訂重點已提報 112 年 5 月份委員會議；111 年執行情形亦已提報評核會報告；惟因應醫界持續反映修訂意見，爰下半年仍將與醫界共同研議檢討修訂內容。</p>
<p>劉委員淑瓊(議事錄第 23~24 頁)</p> <p>謝謝，在上次委員會議之後，吳榮達委員、滕西華委員跟我，我們 3 個人有針對大家很關切的缺藥及缺特材的議題，提出了會後的書面意見，但是看到了健保署的回應，我覺得非常的遺憾和挫敗，健保會的委員關心這樣的議題，結果我們能夠得到的資訊也跟新聞稿</p>	<p>一、藥品</p> <p>衛生福利部為有效預防藥品短缺的發生並減緩藥品供應不足的衝擊，已建置藥品供應通報處理中心，提供藥品短缺通報的服務，並將接獲通報後調查短缺原因及替</p>

委員意見	健保署說明
<p>一樣，所有媒體提出來的民怨醫苦我們也看不到具體的釐清與回應，我覺得非常的難過。</p> <p>近期的這些議題延燒，我們盤點了一下，媒體提出來的或醫生提出來的，跟健保署的回應，我們做了兩欄對照表，就發現真的沒有直接去回應，或者是沒有說服，感覺上好像我們作為健保會的委員有虧職守，所以有個具體的建議，就是請健保署能不能逐一盤點，然後公開，就是到底有哪些缺的，不管是醫材或者是藥，它是因為原料的供給或者是通貨膨脹造成成本上升、需要增加給付，這是第1點。</p> <p>第2個是，哪些品項是我們的支付點數不足，所以造成這些藥廠要退出臺灣市場。</p> <p>第3個就是，每個缺藥或者是特材品項的替代狀況怎麼樣？因為這20年我一直聽到健保署說有同功能的特材、有三同的藥品、有學名藥可以替代，但是我們在醫師的臉書，或者是醫療社群的資訊裡面讀起來又不是這樣，這到底是民眾的偏好、醫生的偏好，或者有其他的原因？健保署的說法，有沒有得到專業社群的認證？我覺得都是民眾很想知道的，也是我擔任健保會的委員到現在，以過去我20年的醫改會及3年的健保會委員的經歷，心裡還是很困惑</p>	<p>代品項評估情形，即時公布於網站，本署會根據配合辦理以下事項：</p> <p>(一) 若短缺係因匯率或成本變動等因素致支付價格不敷成本而影響供應者，廠商可依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第34條第及35條之規定，檢送成本資料依程序提藥物擬訂會議同意後提高藥價，112年截至7月底已辦理調高支付價生效案件共8件，藥品清單詳附件1(第64~66頁)。</p> <p>(二) 經食品藥物管理署(下稱食藥署)評估無替代品項，並公開徵求專案輸入或製造之藥品，於接獲廠商建議納入健保給付時，將儘速辦理收載作業，112年截至7月底已收載46個品項，藥品清單詳附件2(第67~70頁)。</p> <p>二、特材</p> <p>(一) 依據醫療器材管理法第34條規定，醫療器材商持有經中央主管機關公告為必要醫療器材之許可證，如有無法繼續製造、輸入或不足供應醫療器材之虞時，應至少逾六個月前向中央主管機關通報。</p>



委員意見	健保署說明
<p>的，所以這點請健保署能夠具體的來回應，謝謝。</p>	<p>(二) 經洽食藥署，目前正在規劃研議必要醫療器材，預計今年年底會公告醫療器材管理法第34條中必要醫療醫材之許可證。</p> <p>(三) 有關缺貨通報單位為食藥署，許可證持有廠商向食藥署通報，亦會併同函知健保署。</p> <p>(四) 目前本署掌握到重症醫材通報缺貨屬全球原物料供應及生產線品管製程問題，需要時間回復供貨。本署亦有請廠商之原產國修復生產線製程問題後優先供貨給台灣市場，另本署將密切監控臨床重症醫材供貨情形，以維護民眾就醫權利。</p> <p>(五) 承上說明如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 動脈或靜脈人工心肺導管套：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，查健保目前仍有具 heparin 導管可供貨。目前已逐步回復供貨。</li> <li>2. IABP 主動脈氣球導管：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</li> </ol>

委員意見	健保署說明
	<p>月31日。目前已有部分廠商逐步回復供貨。</p> <p>(六) 另有關成本不敷品項，依據全民健康保險藥物給付項目及支付標準第53之2條規定，特殊材料因成本變動等因素致不敷成本，該醫療器材許可證之持有廠商得提出該特殊材料調高健保支付點數之建議。</p> <p>(七) 本署今(112)年接獲廠商建議，112年1-8月用於調高因成本不敷之特材品項支付點數，經特材共同擬訂會議通過且已完成公告計40品項，推估預算約76.5百萬點。上述生效品項分別為：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 「"巴德"心血管補片」1項。</li> <li>2. 「"柏蒂"熱稀導管」等2項。</li> <li>3. 「塑膠注射針頭」等16項。</li> <li>4. 「“捷邁”人工肩關節系統：半肩關節」及其相關整組及組件等14項。</li> <li>5. 「動靜脈血栓清除導管」等7項。</li> </ol>
<p>朱委員益宏(議事錄第 26~27 頁)</p> <p>謝謝主席，剛剛聽到健保署的說明，我也有個建議給健保署，因為剛剛看到醫管組在有關 112 年度各部門總額協定事項提報本會執行情形，大部分都是提供資料，但是其實我們希望看到提供資</p>	<p>一、本署係依貴會委員建議按季(3、6、9、12 月)提報急診處置效率相關監測指標，<u>列於業務執行報告中</u>。</p> <p>二、有關委員所提建議，本署將於各季提報相關指標監測結果，加入</p>

委員意見	健保署說明
<p>料以後，到底這個資料是不是正常，提供這些資料希望給健保會委員的目的是怎樣？由委員來判定這個資料是正常嗎？還是委員認為這個資料需要改善？我覺得這些都不是我們的專業，這個應該是健保署的專業，所以健保署提供這些資料以後，應該告訴委員，後面這些資料要怎麼辦。</p> <p>我舉個例子，比如說剛剛提到急診的指標，以後每季都會在業務執行季報告提供，24 小時滯留急診室或是住院的病人在急診室超過 48 小時，委員看到的這些指標是整體的指標，對委員來講這有什麼意義呢？但是事實上這個指標，健保署是有公告的，比如說在急診室滯留超過 48 小時才住院，在健保署的公開資訊裡面就有那個指標，個別醫院每個月的資料都有，健保署應該告訴委員，針對這些指標數值超過或是偏高的醫院，健保署有什麼作為，怎麼樣來降低這些指標的數值，其實委員希望看到這樣的結果。然後健保署有這些作為以後，我們回過頭來，再去監控這些指標有沒有下降，就是 PDCA，我們希望看到的是這個，而不是每個月、每 1 季告訴我們這個指標是 1%、2%，或是之前提供的數據，關於醫學中心或區域醫院所謂的慢性病占它門診人次的比率 60% 多。我的意思是說，健保署對於指標</p>	<p>相關文字說明。</p> <p>三、有關醫學中心或區域醫院慢性病占門診人次約 60% 一節說明如下：</p> <p>(一) 近5年(107-111年)西醫門診慢性病就醫件數占率，醫學中心已由 20.8% 降至 19.1%，區域醫院由 26.8% 降至 24.5%，呈現下降趨勢；另地區醫院由 15.5% 升至 16.8%，基層診所由 36.9% 升至 39.7%，呈上升趨勢。</p> <p>(二) 查醫學中心或區域醫院多數為具多重慢性病之老人，可能因病人病情變化需進一步診斷或檢查而至醫院就醫，本署將持續強化家庭醫師整合性照護計畫品質，調整社區醫療群組織運作以增加民眾對基層醫療之信心，積極推動醫療體系垂直整合計畫，宣導病人可至原看診醫院之垂直整合策略聯盟診所或基層診所看診；加強宣導分級醫療及部分負擔調整，利用既有管道逐年提升民眾正確認知。</p>

委員意見	健保署說明
<p>數值這麼高的結果，到底有什麼作為去改善，但是這邊好像也沒有提到，就是說會持續監控而已，然後每次監控的結果，醫學中心都是 60% 多，這是正常的，是我們就醫的常態，但這是正常的嗎？還是不正常的？那我們要有什麼作為？事實上在本次提供的說明中並沒有看到。</p> <p>所以我建議健保署除了監控以外，對於委員關切及希望調整的方向，如果健保署也認同的話，應該要有些作為。如果健保署認為委員希望調整的方向還有爭議，或許提案的是委員的個別意見，那也應該到有些共識，譬如說醫院總額或是各總額的相關會議去提出來看看是不是需要去做調整，我覺得這應該才是委員比較希望看到的，謝謝。</p>	
<p>王委員惠玄(議事錄第 38 頁)</p> <p>另有關點值超過 1，就總額精神本來就可以超過 1，不然如果超過 1 要扣，0.8、0.9 以下才要補，我想對醫療服務提供者來講不公平，也違反總額預算的精神，但是若超過 1.3、1.4 是否合理？或是像劉淑瓊委員所說的，健保署的態度是什麼？所謂多出來的 1.3、1.4 可不可以把它放到安全準備基金？或是像剛剛也同意今天討論的臨時提案一樣，把它放在 HTA，或者用以提升品質或提升專審，這都有討論的空間，所以我建</p>	<p>總額點值高於一定程度常反映醫界掙節利用健保資源結果，中醫及牙醫總額分別訂有「全民健康保險中醫門診總額點值保留款機制作業方案」及「牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案」(如附件 3、4，第 71~80 頁)，針對分區當季平均點值高於一定機制者訂有調節機制，並依方案所訂內容依序撥補，撥補結果亦列入點值結算報表一併呈現。</p>

委員意見	健保署說明
<p>議，是不是可以請健保署思考，點值有沒有上限？下限我們有處理，但是上限要不要處理？我覺得是我們可以思考的問題，我也不支持超過 1 就扣，這完全違反總額精神，但如果超過 1.3、1.4 時，有沒有辦法再回歸到總額這個大 pool 的精神，拿來做有助於整體公益的事情，我覺得是可以討論的，謝謝。</p>	
<p>侯委員俊良會後書面意見(議事錄第 40 頁)</p> <p>一、中醫利用率在疫情期間大幅提高，顯示民眾對中醫在疾病照護上的信心因此增加，雖然導致點值下降，對中醫總額部門造成非預期風險，但長期來看，或許是使中醫部門壯大的轉機。健保署除了動用預算做事後的補足，亦應對中醫的推廣提出政策面的想法，讓民眾健康獲得更完善的照顧。</p> <p>二、浮動點值是總額支出上限制度的基本精神，目的是為了避免醫療費用的無限擴張，然而醫事服務提供者多次對此有所爭執，點值上升時沒有意見，點值下降時則要求補足，一旦涉及到相關議案，健保會各方團體代表常反覆表達不同意見，難以達成共識。全民健保即將屆滿 30 週年，建議健保署可對點值制度委託學者專家進行研究案，全面檢討。</p>	<p>一、中醫醫療利用於疫情期間因民眾信心大幅增加造成點值低落一節，本署已動用預算循程序予以補助；至於中醫推廣提出政策面建議一節，將於每年總額協商及本署研商議事會議與醫界共同研商。</p> <p>二、有關建議本署就點值制度委託學者專家進行研究一節，將納入未來研議參考。</p>

委員意見	健保署說明
<p>陳委員節如(議事錄第 46 頁)</p> <p>還有我發現我們現在紀錄裡面好像都是發言的紀錄，我上次所提的提案好像都沒有一一來做討論跟回應，我上次提的是在宅醫療的部分，好像也都沒有看到紀錄裡面有這個議題。</p> <p>所以到底提案接下來是怎麼樣進行，好像提案過就沒事了，是不是這樣？我希望我們提的案在下次會議應該要一一回應執行狀況如何？要不要執行？署長要不要來定這個標準，以前好像我提了幾個案都沒有收到回應，紀錄上面也看不到，到底要什麼時候才會看到結果。</p>	<p>委員所提開放居家醫療團隊至機構治療住民急性需求及建立在宅住院支付制度二案，說明如下：</p> <p>一、本署刻正規劃「在宅急症照護試辦計畫」，第 1 年以小規模試辦為目標，在宅治療之適應症暫訂為肺炎、尿路感染、軟組織感染，收案來源包含經急診及不經急診之在宅個案，並將照護機構住民納入收案對象。</p> <p>二、本署刻正爭取 113 年預算，並持續與台灣在宅醫療學會溝通醫療服務內容及服務流程。</p>
<p>劉委員淑瓊(議事錄第 48 頁)</p> <p>第 3 個就是薪資的部分，我聽到醫院的代表在後面有提到說都有加薪，但我們還是很關心在這個地方增加了給付，第一線的護理人員有沒有真正得到加薪？剛剛健保署同仁有提到會去監控，我們希望能夠看到具體的成果。</p> <p>另外就是希望健保署能夠進一步同步地去監測不同地區、不同規模的診所當中，有調升薪資的家數跟比率，我們希望能夠了解整個的經費運作狀況。</p>	<p>一、有關運用 112 年度西醫基層總額編列「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」，用於新增「提升基層護理人員照護品質加計」診療項目(支付點數 6 點)，為確認本項預算係用於反映基層診所調升護理人員薪資，支付規範訂有限聘有護理人員且有調升其薪資之西醫基層診所申報。</p> <p>二、因本項支付標準甫於 112 年 7 月新增，將俟執行一段時間後,再行統計其執行成效。</p>

委員意見	健保署說明
<p>韓委員幸紋(議事錄第 50 頁)</p> <p>針對加薪問題，首先我會問它的目的是什麼？對護理人員加薪這件事情我不反對，但目的是什麼？其實加薪這件事情很多眉角，譬如說我們監控它的方式是薪資調升幅度有沒有達到投保金額次一投保等級，我這樣看你們的監控方式應該是投保金額有沒有增加，可是投保金額只是經常性薪資，所以到底是要加總總薪資，還是只是看經常性薪資就好，這是 1 個問題。</p> <p>另 1 個問題是如果診所透過減少聘任護理人員，但是把留下的護理人員都加薪，這是我們要的結果嗎？好像也不是，對不對？所以這個方案我覺得有點粗糙，到底要加誰的薪水，萬一它用這方式調整怎麼辦。還有到底是要調整專任還是兼任護理人員的薪水，這也是不同的事情。不好意思，我在別的案子剛好研究這個議題，我覺得內容有點粗糙。加薪我支持，只是到底怎麼加，加什麼樣的情況、怎麼監控，我覺得這個其實要規劃得蠻精緻的，不然最後可能無法達到目的，謝謝。</p>	<p>一、112 年度西醫基層總額編列「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」預算，本項係用於反映西醫基層護理人員薪資，提升護理照護品質。</p> <p>二、為利院所依支付規範申報，本署訂有 00246C「提升基層護理人員照護品質加計」問答輯，其中序號 A-3 本署說明護理人員係指護理師及護士，且需執業登記於該基層診所。</p> <p>三、為減輕院所之行政作業負擔，爰本署係以「全民健康保險投保金額」進行計算，為確認基層診所之護理人員薪資調升，本署以護理人員薪資調升幅度達「全民健康保險投保金額」次一投保等級為評估方式及進行監測，診所新增聘用護理人員一併納入計算，以鼓勵基層診所聘用護理人員。</p>
<p>滕委員西華(議事錄第 51 頁)</p> <p>關於支付標準，從 107 年以來就有非常多調整本案類似的項目，像是 ICU 加護病房的住診診察費、護理費、病房費，</p>	<p>一、本計畫預算非用於調整支付標準，而係採專款之年度計畫方式執行，規畫自公告實施日起按季</p>

委員意見	健保署說明
<p>急診的一些費用有保障點值。請問本案調整補付的點數，有沒有在保障點值的範圍內？過去調的時候有 1 點 1 元，這裡都是講點，有沒有講到每點 1 元，可是這次的調整範圍，卻是有過去保障點值的項目，這是第 2 點。</p> <p>第 3 點意見是，因為是專款，有不予支付指標嗎？這裡都講到怎麼付錢，沒有說你沒有做到就不付錢，有沒有不予支付指標的訂定。</p>	<p>均分及結算，並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，爰將與其他一般服務保障點值項目分別處理。</p> <p>二、本項專款訂有特定醫令或條件下，始予以額外加計或加成，以地區醫院全日平均護病比為例，其需達成更佳的護病比數值，始得再予更高加成。</p>
<p>王委員惠玄(議事錄第 55 頁)</p> <p>最後是護理人力需求，這文字敘述不清楚，是先稽核基層診所所有幫一半以上護理人員加薪到從承保單位看到投保金額上升 1 個等級，是這樣子嗎？還是說因為剛剛委員發言好像混淆到調升護理師薪資比率達 66% 的診所，在操作執行面好像有一些混淆，謝謝。</p>	<p>一、申報條件：為利院所依支付規範申報，本署訂有 00246C「提升基層護理人員照護品質加計」問答輯，說明診所需調升半數以上護理人員月投保薪資達次一投保等級，始得申報 00246C。</p> <p>二、另本預算決定事項訂有執行目標及預期效益之評估指標，有關委員所詢「調升護理師薪資比率達 66%」係指執行目標訂為：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%。</p>
<p>劉委員淑瓊(議事錄第 56 頁)</p> <p>謝謝，剛剛不同的委員對於健保署所提到的這個預期效益評估指標的 66%</p>	<p>有關預期效益之評估指標依委員建議，修正操作型定義之分母為「聘有護</p>



委員意見	健保署說明
<p>其實有不同的解讀，是不是可以請健保署再說清楚，就是你們要監控的時候那個 66% 是怎麼算的，會不會有一種可能就是我們的診所他聘有護理師，但是他不用申報，所以會變成少數的有加薪，但是最後容易達到 66% 就拿走了 6 億，會不會有這樣的問題，所以可不可以請健保署再針對這個 66% 的分母說清楚，謝謝。</p>	<p>理人員之診所家數」。</p>
<p>李委員永振(議事錄第 77 頁)</p> <p>老年人口增加，按照常態是保險給付支出會增加，就是分子增加，但是，主要支撐保費的中間年齡層人口會減少，一來一往，剛才提到的 2 個議題就值得重新審視。你要提高費率至 6%、8% 甚至到 10% 夠嗎？保險給付範圍又要滿漢全席，可以嗎？所以是否在今年費率審議時，懇請健保署能否針對這問題稍微估算一下，若面臨將來的情境是怎樣，分子增加、分母減少，將來會面臨什麼問題？我不曉得這是杞人憂天還是未雨綢繆，但總是要去面對，請健保署及社保司合作一下，說不定還要國發會協助，早一點面對這問題，讓大家有個心理準備，謝謝。</p>	<p>感謝委員指教，本署將依委員指示，參考國家發展委員會「中華民國人口推估(2022 至 2070 年)」之人口成長率資料，估算投保人口成長及年齡結構變化，推估其對保險收入及總額成長率之影響，研提保險費率試算結果供貴會審議。</p>
<p>陳委員節如(議事錄第 21~22 頁)</p> <p>各位委員早安，會議資料第 14 頁，本會重要報告業務說明，菸品健康福利</p>	<p>一、因新醫療科技快速發展，針對已獲食藥署核准上市，惟因加速許</p>

委員意見	健保署說明
<p>捐(下稱菸捐)在 104 年有修改菸品健康福利捐分配及運用辦法，原本是 70%用於健保安全準備的部分修改為 50%，108 年又將這 50%的運用範圍增加用於補助經濟困難之保險費，現在又預告將醫療科技評估、醫療服務審查、全民健康保險政策推動這些範疇納入運用範圍，請問社保司跟健保署，這些本來應該是要用公務預算來支出的項目，怎麼會變成去瓜分健保安全準備基金的財源？</p> <p>草案中要納入的這幾個項目，預期各項費用分別是多少？比如說，醫療科技評估的預算經費多少？醫療服務審查預期的經費要多少？健保政策推動預期的經費要多少？在預告的修正草案有說明是因為現有財源已不符所需，現在可供運用的資源是有限，但事實上，這些項目本來就是應該由公務預算來編列，這幾年來菸捐撥給健保的比率不只是減少，根本是回不去了，很難再增加，現在還要把既有公務預算應該支付的項目塞進來，我認為這個非常的不妥，衛福部應要很認真的去爭取公務預算，這才是根本的做法。</p> <p>參加健保委員會議以來，我發現很多計畫的經費都是用健保的預算，就是在這邊瓜分，我也覺得非常的不妥，將來是不是請健保署做個整理，到底哪些計</p>	<p>可，臨床實證資料不足，其療效或安全性具未確定性，屬於臨床迫切需求(Unmet medical need)之新藥，本署以暫時性支付(Conditional listing)，搭配風險分擔模式及建置登錄系統，蒐集我國真實世界實證資料，以醫療科技評估(HTA)及醫療科技再評估(HTR)判斷是否持續支付或停止支付。</p> <p>二、為因應精準審查之目的，需發展 AI 篩異機制、智能審查等，皆需投入經費。另四大總額現行雖委託專業之公協會辦理，其審查經費已超過 6 年皆未調整，急需財源，才能維持專業審查之品質。</p> <p>三、基於維護國民健康與醫療權益，本署須配合外在環境變動所致影響健康相關議題，推動全民健康保險相關政策等臨時應變措施，惟預算編列時程緩不濟急，為使資源更有效率彈性運用，落實精準醫療，提升醫療品質，合理分配醫療照顧資源，爰需財源支應。</p>

委員意見	健保署說明
<p>畫不應該在健保預算，因為健保預算已經非常缺乏，不應該再這樣子瓜分，我想請健保署好好研究一下，以上。</p>	
<p>蔡委員麗娟(議事錄第 84 頁)</p> <p>還有剛剛早上陳節如委員也有提到，如果是用在醫療科技評估，可能是需要多少，這也要分配，還有全民健康保險政策推動這太攏統了，政策的推動到底是哪些？優先順序？會用到多少錢？這 3 個在沒有很清楚的狀況之下，要健保會委員來同意，其實在資料不齊全狀況之下，很難做出一個很正確的選擇或決定，但是我剛剛還是希望瞭解是不是在新興菸品的部分菸捐是有可能增加的，預期可以增加多少？否則衛福部在瞭解我們財務這麼困難的狀況之下，為什麼還會提出把 50% 做這樣的分配，這是不太容易理解的地方，以上。</p>	

## 112年截至7月底已辦理調高支付價生效案件藥品清單

項次	治療疾病分類	藥品名稱	建議者	藥品成分劑型含量	建議提高價格原因	藥物擬訂會議結論摘要
1	躁鬱症	Ligilin Capsules	鴻汶醫藥實業有限公司	lithium carbonate 300mg 一般錠劑膠囊劑	製造成本提高	1. 本藥品前經衛生福利部食品藥物管理署藥品供應資訊平台公布為短缺藥物，考量鋰鹽為治療及預防躁鬱症發作第一線用藥，決議認列特殊藥品，並提高本品支付價為每粒4.33元（原1.5元）。 2. 同成分、劑型及含量之藥品均調整為相同支付價。
2	急性白血病	Cytosar freeze-dried powder for injection 500mg	輝瑞大藥廠股份有限公司	cytarabine 500mg 注射劑	實際進口成本大幅度提升，導致目前健保支付價格已低於成本	為急性白血病不可或缺的治療藥物，目前只有輝瑞公司供應，同意依廠商建議列屬特殊藥品，並調高支付價為每支442元（原285元）。
3	發燒	CHILDRENS ACETA 80 CHEWABLE TABLETS	回春堂製藥廠股份有限公司	acetaminophen 80mg 口服錠劑	市場用量極小，且主原料及相關原物料價格飆漲，產製成本變動導致產製已不敷成本	1. 主要在嬰幼兒症狀發生時使用(尤其在打預防針之後的暫時發燒)，同意列為特殊藥品，並提高支付價為1.5元（原0.24元），屬以原包裝交付病人之鋁箔片裝或常用規格之包裝者提高為2元。 2. 同成分、劑型及含量之藥品均調整為相同支付價。
4	噁心、嘔吐	Domperid Suppository 10mg "Kojar" 及 Molin Suppository 10mg "T.F."	國嘉製藥工業股份有限公司 幼獅三廠、大豐製藥股份有限公司	domperidone 10mg 栓劑	製造成本提高	1. 本案源於衛生福利部食品藥物管理署因全國缺藥危機邀集醫藥相關公會召開會議後之共識，重點包括確保藥證擁有者應妥善分配供應藥品，本藥品成分雖有類似功能療效之藥品，但就劑型而言，具有特殊性，同意列屬特殊藥

項次	治療疾病分類	藥品名稱	建議者	藥品成分劑型含量	建議提高價格原因	藥物擬訂會議結論摘要
						品，並提高支付價為每粒10元（原5元）。 2. 同成分、劑型及含量之藥品均調整為相同支付價。
5	腹膜透析	"Baxter" Extraneal Peritoneal Dialysis Solution With 7.5% Icodextrin	百特醫療產品股份有限公司	Sodium lactate 4.48mg/ Calcium chloride 0.257mg/ Magnesium chloride 0.0508mg/ Sodium chloride 5.38mg/ Icodextrin 75mg 透析用液劑 2,000mL	進口成本增加	使用本藥品的病人多為無法脫水的病人，其病況相對較差，部分患者血糖較高且對本藥品依賴性高，且已列屬特殊藥品，同意提高支付價為每袋374元（原417元）。
6	胃部不適	Magnesium Oxide Tablets "Honten"、Magnesium Oxide Tablets 250mg "VPP" 及 Mayjou Tablets 0.25gm "F.Y." (magnesium oxide)	豐田藥品股份有限公司、榮民製藥股份有限公司、福元化學製藥股份有限公司	magnesium oxide 250mg 一般錠劑 膠囊劑	製造成本提高	1. 本案源於衛生福利部食品藥物管理署因全國缺藥危機邀集醫藥相關公會召開會議後之共識，基於缺藥危機與會議決議，本成分雖屬指示藥，同意暫時以特殊藥品之適用標準提高支付價為每粒0.32元（原最低0.1元）。 2. 同成分、劑型及含量之藥品均調整為相同支付價。
7	微生物所引起的中度至重度感染	Invanz 1g Injection	美商默沙東藥廠股份有限公司台灣分公司	ertapenem 1g 注射劑	因近期俄烏戰爭、原物料、運輸成本上漲及通貨膨脹等因素，藥品成本遽增以致成本高於現行健保價格	1. 因疫情導致原物料上漲，因此成本大幅提升，基於抗感染藥之臨床必要性與重要性，同意列屬特殊藥品及提高支付價為每瓶864元（原651元）。 2. 同成分、劑型及含量之藥品均調整為相同支付價。

項次	治療疾病分類	藥品名稱	建議者	藥品成分劑型含量	建議提高價格原因	藥物擬訂會議結論摘要
8	心律不整	Cordarone Injection	賽諾菲股份有限公司	amiodarone 150mg 注射劑	因進口成本大幅 提升致支付價格不敷成本	為臨床治療心律不整之重要藥物具有其特殊性，且僅有1家公司生產，同意本藥品列為不可替代特殊藥品，及提高支付價每支92元（原61元）。

## 112 年截至 7 月底因應藥品短缺納入給付之專案製造或專案輸入藥品清單

分組名稱	藥商	序號	藥品名稱	生效起日	支付價
ACYCLOVIR, 注射劑, 250.00 MG	全盟生技有限公司	1	ASIMPLEX 250MG LYOPHILIZED POWDER FOR SOLUTION FOR INFUSION(ACYCLOVIR)	1120713	246
ADENOSINE, 注射劑, 6.00 MG	全盟生技有限公司	2	CADEN SOLUTION FOR INJECTION ADENOSINE 6MG/2ML	1120609	126
	溫帝國際有限公司	3	TACHYBAN ADENOSINE INJECTION USP 2ML AMPOULE	1120615	
	賽諾菲股份有限公司	4	ADENOCOR(ADENOSINE/ADENOSINE 6 MG/2 ML RAPID I.V. INJECTION)	1120601	
		5	ADENOCOR 3MG/ML SOLUTION FOR INJECTION ADENOSINE	1120801	
		6	ADENOCOR 6MG/2ML SOLUCION INYECTABLE ADENOSINA	1120801	
AMOXICILLIN 1000MG + CLAVULANIC ACID 200MG, 注射劑, 1200.00MG	泰和碩藥品科技股份有限公司	7	CLAVUXAN CV 1.2G/VIAL	1120601	74
ASPARAGINASE, 注射劑, 10.00, KIU	全盟生技有限公司	8	ONCOGINASE(L-ASPARAGINASE FOR INJECTION, 10,000 IU)	1120101	1192
CISATRACURIUM 10.00 MG/ATRACURIUM 50.00 MG, 注射劑	安沛國際有限公司	9	NIMBIUM 10MG/5ML BESILATO DE CISATRACURIO	1120501	56
	美達特有限公司	10	CISATRAL 2MG/ML SOLUTION FOR INJECTION/INFUSION	1120701	73
	橫山企業有限公司	11	CISATRACURIUM-HAMELN 2MG/ML SOLUTION FOR INJECTION	1120501	56
12		CISATRACURIUM 2MG/ML SOLUTION FOR INJECTION/INFUSION	1120501		

分組名稱	藥商	序號	藥品名稱	生效起日	支付價
CLADRIBINE, 注射劑, 10.00 MG	龍生藥品股份有限公司	13	CLAD SPAL10 CLADRIBINE INJECTION USP 10MG/10ML	1120101	9014
CLOFARABINE, 注射劑, 20MG	賽諾菲股份有限公司	14	EVOLTRA CONCENTRATE FOR SOLUTION FOR INFUSION	1120101	33792
DEFERIOXAMINE, 注射劑, 500.00 MG	泰和碩藥品科技股份有限公司	15	DEFERIOXAMINE MESILATE 500MG POWDER FOR SOLUTION FOR INJECTION OR INFUSION	1120401	246
DEXTROSE 500 MG/ML +- MULTIVITAMINES, 注射劑, 251-500 ML	永豐化學工業股份有限公司	16	GLUCOSE INJECTION 50% "Y.F."	1120201	39.9
ELECTROLYTES, 注射劑, 10ML	台灣費森尤斯卡比股份	17	PEDITRACE CONCENTRATE FOR INFUSION SOLUTION (10ML/VIAL)	1120701	200
ENTRECTINIB, 一般錠劑膠囊劑, 200 MG	羅氏大藥廠股份有限公司	18	ROZLYTREK (ENTRECTINIB) CAPSULES 200MG	1120501	1599
FLUMAZENIL, 注射劑, 500.00 MCG	橫山企業有限公司	19	FLUMAZENIL-HAMELN 0.1MG/ML INJEKTIONS-/INFUSIONSLOSUNG	1120801	910
HYDRALAZINE, 一般錠劑膠囊劑, 25.00 MG	凱沛爾藥品有限公司	20	HYDRALAZINE HYDROCHLORIDE TABLETS USP 25MG	1120601	1.52
HYDRALAZINE, 一般錠劑膠囊劑, 50.00 MG	凱沛爾藥品有限公司	21	HYDRALAZINE HYDROCHLORIDE TABLETS USP 50MG	1120601	1.52
INTERFERON ALPHA- 2A, 注射劑, 3.00, MIU	喜美德生醫科技股份有限公司	22	FERONSURE, RECOMBINANT HUMAN INTERFERON ALFA-2A 3 MIU	1120701	728
IXABEPILONE, 注射劑, 15 MG	美時化學製藥股份有限公司	23	IXEMPRA (IXABEPILONE) FOR INJECTION	1120701	8087
LACOSAMIDE, 注射劑, 200 MG	台灣優時比貿易有限公司	24	VIMPAT 10MG/ML SOLUTION FOR INFUSION	1120101	1083



分組名稱	藥商	序號	藥品名稱	生效起日	支付價
LITHIUM CARBONATE, 一般錠劑膠囊劑, 300.00 MG	凱沛爾藥品有限公司	25	LITHIUM CARBONATE CAPSULES USP 300MG	1120701	4.33
MAGNESIUM OXIDE, 一般錠劑膠囊劑, 250.00 MG	健喬信元醫藥生技股份有限公司	26	MAGNESIUM OXIDE TABLETS "SYNMOSA"	1120104	0.16
MELPHALAN, 注射劑, 50.00 MG	安沛國際有限公司	27	ALKERAN INJECTION MELPHALAN 50MG	1120101	1961
MILRINONE, 注射劑, 10.00 MG	賽諾菲股份有限公司	28	MILRINONE LACTATE INJECTION PRIMACOR	1120801	362
MINOXIDIL, 一般錠劑膠囊劑, 5 MG	全盟生技有限公司	29	MIDIL(MINOXIDIL 5MG TABLET)	1120301	4.77
	韋淳貿易股份有限公司	30	HIRSUTIN TABLET 5MG	1120706	
MODAFINIL, 一般錠劑膠囊劑, 100 MG	哈佛生技藥業股份有限公司	31	MODAVIGIL MODAFINIL 100MG	1120101	92
MOXIFLOXACIN, 注射劑, 400.00 MG	泰和碩藥品科技股份有限公司	32	MIKROBIEL 400MG/250ML SOLUTION FOR INFUSION	1120501	582
PACLITAXEL (ALBUMIN-BASED), 注射劑, 100 MG	賽基有限公司	33	ABRAXANE FOR INJECTABLE SUSPENSION	1120318	7812
PENICILLAMINE, 一般錠劑膠囊劑, 300.00 MG	全盟生技有限公司	34	TROLOVOL 300MG FILM-COATED TABLET	1120315	27.8
		35	METALCAPTASE 300MG(D-PENICILLAMINE 300MG) ENTERIC COATED TABLETS	1120614	43
PERMETHRIN, 外用軟膏劑, 50 MG/GM, 30 GM	旭能醫藥生技股份有限公司	36	PERMETHRIN 5% W/W CREAM	1120201	341
	韋淳貿易股份有限公司	37	PERMETRIIN LMP,50 MG/G GEEL	1120614	

分組名稱	藥商	序號	藥品名稱	生效起日	支付價
PERMETHRIN, 外用軟膏劑, 50 MG/GM, 60 GM	松林藥品有限公司	38	PERMETHRIN CREAM 5% W/W ; 60G/TUBE	1120601	613
PROTAMINE, 注射劑, 50.00 MG	禾利行股份有限公司	39	PROTAMINE SULPHATE LEO PHARMA 1400 ANTI-HEPARIN IU/ML(CORRESPONDS TO 10 MG/ML) SOLUTION FOR INJECTION AND INFUSION	1120601	128
		40	PROTAMINE SULPHATE LEO PHAMA 1400 ANTI-HEPARIN IU/ML SOLUTION FOR INJECTION AND INFUSION	1120621	
		41	PROTAMINSULFAT LEO PHAMA 1400 ANTI-HEPARIN IU/ML	1120622	
tocilizumab, 注射劑, 200.00 mg	臺灣中外製藥股份有限公司	42	ACTEMRA FOR INTRAVENOUS INFUSION 200MG	1120201	8874
tocilizumab, 注射劑, 80.00 mg		43	ACTEMRA FOR INTRAVENOUS INFUSION 80MG	1120201	3783
UROKINASE, 注射劑, 60.00, KIU	橫山企業有限公司	44	UROKINASE FOR INJECTION, 60,000 IU	1120201	939
VIGABATRIN, 口服液劑, 500 MG	凱沛爾藥品有限公司	45	VIGABATRIN FOR ORAL SOLUTION USP,500MG	1120701	39.4
VINORELBINE, 注射劑, 10.00 MG	全盟生技有限公司	46	VINKEBIR INJECTABLE SOLUTION ( VINORELBINE 10MG/1ML/VIAL )	1120201	1075

## 全民健康保險中醫門診總額點值保留款機制作業方案

108 年 4 月 17 日健保醫字第 1080004766 公告

### 壹、依據：

全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議 108 年度第 1 次會議紀錄辦理。

### 貳、目的：

為鼓勵提高中醫門診總額醫療服務利用率，保障民眾就醫可近性及提升地區醫療服務品質。

**參、經費來源：**分區平均點值大於 1.20 元之保留款。

### 肆、保留款機制：

- 一、依分區別設立保留款。
- 二、以季為結算期，分區每季結算平均點值大於 1.20 元部分之預算則列入該分區保留款。

### 伍、保留款之運用：

- 一、該分區平均點值小於 1.0 元時之補助款。
- 二、鼓勵該分區執行「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之獎勵款。
- 三、鼓勵該分區執行「案件分類 22(中醫其他專案)之專款案件」之獎勵款。
- 四、鼓勵其他區執行「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之獎勵款。

### 陸、保留款運用之計算方式：

- 一、以季為結算期，如該分區該季結算平均點值小於 1.0 元時，則由該分區之保留款補助其平均點值，最高補助至每點 1.0 元。如保留款不足時，則依該分區院所補助金額，按比例分配。

- 二、全年結算分區保留款，剩餘分區保留款列入該分區執行「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務論量計酬案件之獎勵，其核定浮動點數最高補助至每點 1.5 元。如該保留款不足時，則依該類案件之補助金額，按比例分配。
- 三、經前二項分配後，如仍有餘款，則列入該分區執行「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務基本承作費用之獎勵，加計 2 成支付。如保留款不足時，則依該補助金額，按比例分配。
- 四、經前三項分配後，如仍有餘款，則列入該分區執行「案件分類 22(中醫其他專款)之專款案件」之獎勵，其核定浮動點數最高補助至每點 1.5 元。如該保留款不足時，則依該類案件之補助金額，按比例分配。
- 五、經前四項分配後，如仍有餘款，則列入其他區執行「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務論量計酬案件之獎勵，其核定浮動點數最高補助至每點 1.2 元。如該保留款不足時，則依該類案件之補助金額，按比例分配。
- 六、經前五項分配後，如仍有餘款，則回歸該分區次年第 1 季該區之保留款。

柒、本方案由保險人與中華民國中醫師公會全國聯合會共同研訂後送全民健康保險會備查，並由保險人報請主管機關核定後公告實施，修正時亦同。但屬執行面之修正，得由保險人逕行公告。

## 全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案

102.12.31 健保醫字第 1020004219 號公告

- 一. 依據:全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議 102 年度第 4 次紀錄。
- 二. 目標值:分區結算平均點值大於 1.15 元部分。
- 三. 保留款機制:
  - (一) 依分區別設立保留款,分區保留款由該分區運用。
  - (二) 以季為結算期,分區每季結算平均點值大於 1.15 元部分之預算則列入該分區保留款。
- 四. 保留款之運用:
  - (一) 該分區平均點值小於 1.0 元時之補助款。
  - (二) 鼓勵該分區醫療資源不足區之醫療服務獎勵款項。
  - (三) 鼓勵全國醫療資源不足區之醫療服務獎勵款項。
- 五. 保留款運用之計算方式:
  - (一) 以季為結算期,如該分區該季結算平均點值小於 1.0 元時,則由分區保留款補助該季分區預算,最高以補助至平均點值每點 1.0 元為限。  
如保留款不足時,則依該分區院所結算點數,按比例分配。
  - (二) 於年底結算時,該年度分區保留款之剩餘款列入鼓勵該分區:
    1. 「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫」之醫療服務經評核為優等之執業診所(該年度如未進行考核,則以 3 年內最近一次考核成績為依據,且該院所申報點數較前一年不超過±20%者),其核定點數(含部分負擔)以每點 1.3 元支付鼓勵。如保留款不足分配,則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。
    2. 前項分配後之餘款則列入鼓勵該分區「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴服務計畫」之醫療服務,屬「核實申報」(含加成部分)計酬方式之項目,其核定浮動點數補助至每點 1.5 元支付鼓勵,餘款則補助論次計酬項目,最多補助到核定金額加成至 5 成;如餘款不足分配,則依所獎勵院所核定鼓勵金額比例分配。

(三) 前(一)(二)項分配後，若有餘款，則列入鼓勵全國醫療資源不足區之醫療服務，依「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」中各計畫執行院所核定浮動點數(含部分負擔)之比例分配，最高以補至每點 1.0 元為限，餘款依該分區依前(一)(二)項分配後之餘款比例，回歸該分區次年第 1 季一般預算。

六、本方案由保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，送全民健康保險會備查，並由保險人報請主管機關核定後公告實施，修正時亦同，惟屬執行面之修正，得由保險人逕行公告。

## 【計算範例】

依據：「全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案」（以下簡稱本方案）

### 一、保留款計算方式：

- (一) 該分區當季平均點值 $>1.15$ 時，啟動保留款機制。
- (二) 該分區保留款=該分區原一般服務預算總額 $-[1.15 \times$  核定點數(含部分負擔)]

[註]核定點數(含部分負擔)：含核定浮動點數、核定非浮動點數及自墊核退點數。

- (三) 依據本方案，保留款計算過程如下(假設自該季始保留)：

1. 假設102年第3、4季浮動點值及平均點值如下表，因102年第4季北區及東區分區平均點值 $>1.15$ ，故啟動保留款機制。

表1 假設點值

投保業務組別	102年第3季浮動點值	102年第3季平均點值	102年第4季浮動點值	102年第4季平均點值
台北	0.9304	0.9467	0.9555	0.9536
北區	1.1580	1.1448	1.2155	1.1929
中區	0.9545	0.9610	0.9887	0.9869
南區	1.0458	1.0424	1.1148	1.0970
高屏	1.0828	1.0726	1.1225	1.1118
東區	1.1015	1.1012	1.3081	1.2926

2. 計算北區及東區102年第4季保留款金額(如下表2)。

表2 保留款金額

投保業務組別	預算總額(BD2)	浮動點數(GF)	非浮動點數(NF1)	自墊核退非浮動點數(NF2)	平均點值	平均點值(修正後)
北區	1,103,938,752	874,538,409	50,922,934	0	1.1929	1.1500
東區	179,410,385	132,059,221	6,735,312	0	1.2926	1.1500
北區保留款=	1,103,938,752 - [ 1.15 × ( 874,538,409+50,922,934+0 ) ]					=39,658,208
東區保留款=	179,410,385 - [ 1.15 × ( 132,059,221 + 6,735,312 + 0 ) ]					=19,796,672



## 二、保留款之運用：

(一) 分區季平均點值小於1元：該分區補貼款=1元/點×該分區核定點數(含部分負擔)-該分區原一般服務預算總額。

(二) 剩餘分區保留款，用於鼓勵以下各項。

### 1. 「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區改善方案執業服務計畫」之醫療服務經評核為優等之執業診所：

假設東區經評核優等執業診所甲、乙、丙診所，每月保障額度均為15萬元，某季總額內分別核定點數4萬1千點、13萬點及16萬點。

表 3 執業服務補助試算表

診所	核定浮動點數(含部分負擔)A	核定非浮動點數(含部分負擔)B	該區浮動點值 C	實質收入 $D= C \times A + 1 \times B$	最後結算執業收入 E	依保留款機制每點點值 1.3 元 F	重新計算院所收入 $G= F \times A + 1 \times B$	保留款補付 $H=G-E$
甲	40,000	1,000	1.1221	45,884	150,000	1.3	53,000	0
乙	120,000	10,000	1.1221	144,652	150,000	1.3	166,000	16,000
丙	140,000	20,000	1.1221	177,094	177,094	1.3	202,000	24,906

[註1]：「最後結算執業收入(E)」：如院所的實質收入(D)小於保障額度，以保障額度計算。

[註2]：「重新計算院所收入」(G)若小於「最後結算執業收入(E)」者，則不再分配保留款。

[註3]：假設東區保留款不足分配，依甲、乙、丙診所各保留款補付比重分攤。

### 2. 「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區改善方案巡迴服務計畫」之醫療服務：

假設丁診所某月「核實申報」核定浮動點數5萬點、戊診所「核實申報」核定浮動點數12萬點；該年度該季全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案(以下稱資源不足改善方案)，該季資源不足改善方案之論量計酬結算浮動點值為0.71111111元，全年資源不足改善方案之結算點值為0.95555555。

(1) 「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區改善方案巡迴服務計畫」之論量浮動點數加計2成部分之補助款。



表 4 巡迴服務(論量浮動點數加成部分)補助試算表

診所	核定浮動點數(含部分負擔)加成 2 成部分點數 A	全年資源不足 結算點值 B	依保留款機制每點點值 1.5 元 C	保留款補付 D=(C-B)*A
丁	10,000	0.95555555	1.5	5,444
戊	24,000	0.95555555	1.5	13,067

[註]：核定浮動點數(含部分負擔)加成 2 成部分點數 (A)，為每件加計 2 成之點數(此項由專款預算支應，故使用全年資源不足改善方案之結算點值計算)。

(2) 「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區改善方案巡迴服務計畫」之論量浮動點數補助款。

表 5 巡迴服務(論量浮動點數)補助試算表

診所	核定浮動點數 (含部分負擔)A	該季資源不足 論量結算 浮動點值 C	依保留款機制每點點值 1.5 元 D	保留款補付 (D-C)*A
丁	50,000	0.71111111	1.5	39,445
戊	120,000	0.71111111	1.5	94,668

[註]：核定浮動點數(含部分負擔) (A)為每件加計 2 成前之點數。此項 101 年度起改由一般服務移撥款預算支應，故使用當季結算時資源不足改善方案之論量結算浮動點值計算。

3. 前項分配後若有餘款，則補助「論次計酬」者，最多補助到**核定金額**加成至5成，如保留款不足分配，依保留款補付比重分攤：

假設本保留款尚有50萬元，各院所該年度「論次計酬」核定金額為48萬元，但因本項分配之補助金額最多補助到**核定金額**加成至5成， $480,000(\text{元}) \times 50\% = 240,000(\text{元})$

- (三) 前(一)(二)項分配後若有餘款，則補助全國醫療資源不足區之醫療服務，依「牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」中各計畫執行院所核定浮動點數(含部分負擔)之比例分配，最高以補助至點值每點1元為限，餘款依該區依前(一)(二)項分配後之餘款比例回歸該區次年第1季

一般預算，補助至該區第1季平均點值每點1.15元為限。

例：假設前(一)、(二)項分配後尚有保留款餘款 260,000 元(A)，其中 200,000 元來自東區，60,000 元來自北區，列入鼓勵全國醫療資源不足區醫療服務。

### 1. 鼓勵全國醫療資源不足區之醫療服務之浮動點數(專款部分)

補助點值=【前(一)(二)項分配後之餘款】/加總全國資源不足之(N2+N4+N5+N9)

- (1). 若該區(資源不足改善方案全年結算浮動點值+補助點值)>1，則  
**實際補助點值**=1-資源不足全年結算浮動點值。
- (2). 若該區(資源不足改善方案全年結算浮動點值+補助點值)≤1，則  
**實際補助點值**=補助點值。
- (3). 分配保留款金額=實際補助點值×[醫療資源不足地區之(N2、N4、N5、N9)點數]

N1：執業服務之「定額給付」(論量)

N2：執業服務之「論次給付」(論次)

N3：巡迴服務之「核實申報加成給付」\_\_藥費(論量)加成點數

N4：巡迴服務之「核實申報加成給付」\_\_非藥費(論量)加成點數

N5：巡迴服務之「論次給付」(論次)

N6：巡迴服務之「核實申報加成給付」\_\_藥費(論量)加成前點數

N7：巡迴服務之「核實申報加成給付」\_\_非藥費(論量)加成前點數

N8：社區醫療站之「核實申報加成給付」\_\_藥費(論量)加成點數

N9：社區醫療站之「核實申報加成給付」\_\_非藥費(論量)加成點數

N11：社區醫療站之「核實申報加成給付」\_\_藥費(論量)加成前點數

N12：社區醫療站之「核實申報加成給付」\_\_非藥費(論量)加成前點數

假設己診所某月核定浮動點數為12萬點，庚診所某月核定浮動點數為24萬點。

表6 補助全國醫療資源不足區(專款部分)

補助全國 資源不足 之保留款 A	診所	核定浮動點 數 B(註 2)	資源不足全 年結算 浮動點值 D	可補助點值 C=A/ΣB	實際補助點 值 E	保留款補付 F= E×B	保留款補付 後餘額 G=A- ΣF
260,000	己	120,000	0.95555555	0.72222222	0.04444445	5,333	244,000
	庚	240,000	0.95555555	0.72222222	0.04444445	10,667	
	小計	360,000				16,000	

[註1]：核定浮動點數，係指論次計酬點數及巡迴浮動論量加計2成部分點數，含部分負擔點數(N2+N4+N5+N9)。

[註2]：可補助點值=260,000/360,000=0.72222222

院所實際補助點值=1-0.95555555=0.04444445

## 2. 鼓勵全國醫療資源不足地區之醫療服務浮動點數(論量部分)

補助點值=【前(三)1.項保留款補付後餘額(G)】/加總全國醫療資源不足地區之點數(N7+ N12)

- (1). 若(各季資源不足改善方案之論量結算浮動點值+補助點值)>1，則實際補助點值=1-各季資源不足論量結算浮動點值。
- (2). 若(各季資源不足改善方案之論量結算浮動點值+補助點值)≤1，則實際補助點值=補助點值。
- (3). 分配保留款金額=實際補助點值 × [醫療資源不足地區支點數(N7、N12)]

假設本保留款尚餘 24.4 萬元(A1)，己診所某月核定浮動點數為 24 萬點，庚診所某季核定浮動點數為 36 萬點。

表7 補助全國醫療資源不足區(論量部分)

補助全國 資源不足 之保留款 A1	診所	核定浮動點 數B(核 實)(註2)	各季資源不 足論量結算 浮動點值D	可補助點值 C=A1/ΣB	實際補助 點值E	保留款補付 F= E×B	保留款補付 後餘額 G = A1 - ΣF
244,000	己	240,000	0.98888888	0.40666666	0.01111112	2,667	237,333
	庚	360,000	0.98888888	0.40666666	0.01111112	4,000	
	小計	600,000				6,667	

[註1]：上表核定點數含部分負擔(N7+N12)。

[註2]：各診所之保留補付數為各診所逐筆計算。

[註3]：補助點值=244,000/600,000=0.40666666

院所實際補助點值=1-0.98888888=0.01111112

## 3. 回歸該區次年一般預算

依前項計算後之餘額為237,333元。

因前(一)、(二)項分配後保留款260,000元(A) 列入鼓勵全國醫療資

源不足區醫療服務，其中200,000元來自東區，60,000元來自北區，故回歸各分區次年一般預算分配方式如下：

表8 回歸該區次年一般預算

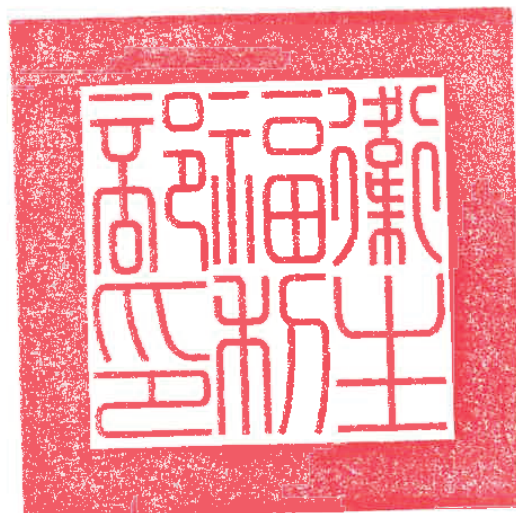
保留款補付後 餘額 G	分區	餘額 A	餘額占率 $B = A / \Sigma A$	回歸該區次年第1 季一般預算之額度 $C = G \times B$
237,333	北區	60,000	23.076923%	54,769
	東區	200,000	76.923077%	182,564
	小計	260,000	100.00%	237,333

註：餘額 A 為該分區列入鼓勵全國醫療資源不足區醫療服務之額度。

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部 公告

發文日期：中華民國112年8月8日  
發文字號：衛部健字第1123360102號  
附件：如公告事項



主旨：修正「112年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式」。

依據：「全民健康保險法」第61條暨112年7月25日衛部保字第1120129515號函。

公告事項：旨揭公告內容原列於112年1月9日公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」公告事項一、(二)、2之附件二，經修正如附件。

部長 薛瑞元 出國  
政務次長 王必勝 代行



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

1.地區預算：

(1)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。

(2)分配方式：

①一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 22.8 百萬元)2.22%歸東區，97.78%歸其他五分區。

②自五分區(不含東區)一般服務費用移撥 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。

③五分區(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：

A.各分區實際收入預算占率：66%。

B.各分區戶籍人口數占率：14%。

C.各分區每人於各分區就醫次數之權值占率：10%。

D.各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：4%。

E.各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。

F.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。

(3)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。

- (4)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。

## 健保會委員同意「因新冠疫情對中醫門診總額 111 年第 3、4 季醫療費用造成顯著影響，提請動支『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目續請討論案」

健保會 112.8

因新冠疫情導致中醫就醫人數攀升，中醫部門總額代表委員前於本會 6 月份委員會議(112.6.28)提案，擬動支 111 年總額其他預算之「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目，因健保署及中醫門診總額部門未依本會訂定之「『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，共同完成「提案前評估」程序，乃決議請雙方再討論並研議因新冠疫情顯著影響中醫部門醫療費用之合理估算方式(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。

案經健保署與中醫師公會全聯會(下稱中全會)討論後，於 7 月份委員會議(112.7.26)提出共同評估的結果，經分析 111 年第 3、4 季中醫醫療利用情形，整體及感染症的案件數、費用都較前一年(110 年)及疫情前一年(108 年)大幅成長，其中類流感、COVID-19 案件的成長趨勢更明顯。健保署及中全會也依循上開決議及委員關切重點，調整動支程序之評估指標 2，將基期年由「前一年(110 年)」調整為「疫情前一年(108 年)」，並於計算疫情期間之醫療費用成長時，預先扣除受影響年度(109、110 年)之一般服務成長率，以排除與新冠疫情無關之費用影響。依調整後之指標評估，除東區以外之 5 分區均符合動支程序規定，雙方建議動支額度以該分區該季平均點值，補至疫情前一年(108 年)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。111 年第 3、4 季所需經費分別為 75.94、236.88 百萬元，合計動支 312.83 百萬元。該署亦以相同評估指標檢視醫院、西醫基層及牙醫門診總額，該三個總額部門 111 年第 3、4 季均未符合動支程序之規定。

本案經討論，委員認為健保署及中全會已延續上次委員會建議處理，所提的動支額度及調整後的評估指標，尚屬合理，雖然會中也有委員指出，110、111 年疫情期間中醫門診總額點值也有超過每點 1 元情形，所以應以全年度併同考量，不能單看 1 季或 2 季，委員在整體考量後，認為疫情期間中醫的醫療利用確實大幅提升，且其影響不在協商 111 年總額時的預估範圍，符合動支條件，乃予同



意，至委員對點值應全年併同考量的意見，納入日後檢討、修正動支程序規定參考，本案同意動支 111 年「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目 3 億 1,283 萬元，用於撥補中醫門診總額 111 年第 3、4 季除東區以外之 5 分區受新冠疫情影響之醫療費用；並請健保署依本會議定結果，報請衛福部核定後，會同中全會討論執行細節及結算事宜，於費用結算後，向本會提報執行結果。

出處：相關內容詳衛福部健保會第 6 屆 112 年第 6 次委員會議議事錄(112 年 7 月 26 日)

## 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：楊梅香

聯絡電話：02-27065866 分機：1520

傳真：02- 27849253

電子郵件：A110568@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：健保審字第1120671720A號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：發布令pdf檔、發布令稿文字檔、「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分規定文字檔、提要表文字表 (A210300001\_1120671720A\_doc3\_Attach1.odt、A210300001\_1120671720A\_doc3\_Attach2.odt、A210300001\_1120671720A\_doc3\_Attach3.pdf、A210300001\_1120671720A\_doc3\_Attach4.odt)

主旨：「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分規定，業經本署於中華民國112年7月18日以健保審字第1120671720號令修正發布，茲檢送發布令、令稿及行政規則規定1份，請查照。

說明：併附法規及行政規則刊登行政院公報資料提要表1份。

正本：行政院公報編印中心

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

電 2023/07/18  
交 換 文 章



副本

檔 號：  
保存年限：

### 衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  8  
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17日  
發文字號：健保醫字第1120113778號  
附件：如主旨(請於本署全球資訊網\公告下載)

裝

主旨：公告修正「全民健康保險代謝症候群防治計畫」如附件，並自公告日起實施。

訂

依據：衛生福利部112年7月13日衛部保字第1120128825號函。

公告事項：旨揭計畫修正內容如下：

- 一、每一診所收案人數上限由200人提高至300人。
- 二、修訂「診所品質獎勵費」代謝症候群改善率之「戒菸成效」指標：擷取資料定義以本計畫結算年前一年7月至本計畫結算年當年12月登錄個案，並排除前一年結算時已達標之個案計算。
- 三、修訂「個案績優改善獎勵費」支付條件為「結案日前6個月內，個案無三高用藥紀錄」。



線

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國基層醫師協會、台灣家庭醫學醫學會、台灣內科醫學會、中華民國內分泌醫學會、衛生

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300170

112. 7. 18

福利部國民健康署、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部社會保險司、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、本署資訊組、本署醫審及藥材組、本署企劃組

署長 石崇良



副本

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



5

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19日

發文字號：健保醫字第1120662980號

附件：請自本署全球資訊網公告欄擷取



主旨：公告「112年牙醫門診加強感染管制實施方案」一案，並溯自112年1月1日起生效。

依據：依衛生福利部112年6月27日衛部保字第1121260196號函辦理。

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

署長石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300178

112.7.19



檔 號：  
保存年限：

### 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段  
140號  
聯絡人：張毓芬  
聯絡電話：02-27065866 分機：2629  
電子郵件：A111037@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年7月18日  
發文字號：健保醫字第1120662942號  
速別：速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：如說明二 (A21030000I\_1120662942\_doc1\_Attach1.pdf)



主旨：檢送111年「醫院總額品質保證保留款」核發結果，詳如說明，請查照。

說明：

- 一、依據本署111年4月11日健保醫字第1110102634號公告「全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」辦理。
- 二、111年度醫院總額品質保證保留款（下稱品保款）核發結果（附件），摘要如下：
  - (一)111年品保款預算共13億1,850萬2,957元。
  - (二)各層級品保款預算以111年醫院各層級核定醫療點數占率分配，各層級醫院核定醫療點數與占率如下(表1)：
    - 1、醫學中心：219,357百萬點（占42.1%）。
    - 2、區域醫院：197,396百萬點（占37.9%）。
    - 3、地區醫院：104,145百萬點（占20.0%）。
  - (三)各層級品保款分配預算（表1）：
    - 1、醫學中心：總預算為555.2百萬元，其中基本獎勵為55.5百萬元（占10%），指標獎勵為499.7百萬元（占



112.07.19



1123340191

90%)。

2、區域醫院：總預算為499.7百萬元，其中基本獎勵為74.9百萬元（占15%），指標獎勵為424.7百萬元（占85%）。

3、地區醫院：總預算為263.6百萬元，其中基本獎勵為158.2百萬元（占60%），指標獎勵為105.4百萬元（占40%）。

(四)各層級核發情形（表2）：

1、符合基本獎勵核發家數：醫學中心19家（核發率100%）；區域醫院80家（核發率98.8%）；地區醫院符合學會指標計畫269家（核發率72.5%）。

2、符合指標獎勵核發家數：醫學中心19家（核發率100%）；區域醫院81家（核發率100%）；地區醫院367家（核發率98.9%）。

(五)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13億1,850萬2,956元，與預算數相差1元。

三、本案預訂於112年7月31日前完成111年醫院總額品質保證保留款核發作業。

四、辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之特約醫院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醫院總額品質保留款項下優先支應。

正本：台灣醫院協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會  
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)

2023/07/18  
16:58:55  
電子公文  
交換章

裝



線





檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 函

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

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年7月17日  
發文字號：健保醫字第1120663032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\_1120663032\_doc2\_Attach1.pdf)

主旨：有關111年西醫基層總額品質保證保留款（下稱品保款）  
核發作業案，詳如說明，請查照。

說明：

- 一、依據本署111年1月28日健保醫字第1110801450號公告「111年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」辦理。
- 二、檢送111年度品保款核發結果（附件），摘要如下：
  - （一）111年預算計有225,511,861元。
  - （二）111年西醫基層總額特約院所家數共計10,956家（同附件表1）：
    - 1、符合獎勵條件且核發品保款院所家數計7,752家（占率70.8%）。
    - 2、未領取品保款院所家數計3,204家（占率29.2%），其中1,402家（占率12.8%）院所不符本方案第肆點核發資格之規定，1,802家（占率16.4%）院所權重和為零或小於80%。



112.07.18



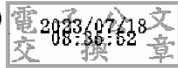
1123340187

三、本案預訂於112年7月31日前完成111年度西醫基層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西醫基層總額品質保證保留款項下優先支應。

正本：中華民國醫師公會全國聯合會

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



檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 函

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



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年7月14日  
發文字號：健保醫字第1120662994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\_1120662994\_doc2\_Attach1.pdf、  
A21030000I\_1120662994\_doc2\_Attach2.pdf)

主旨：有關111年度「中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1月5日健保醫字第1100017843號公告「全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案」辦理。
- 二、檢送111年度中醫門診總額品質保證保留款(以下簡稱品保款)核發結果(附件)，摘要如下：
  - (一)111年原預算計有49,305,586元，扣除110年申復金額7,257元，可支用預算為49,298,329元(附件表1)。
  - (二)特約中醫院所家數共計4,130家(附件表2)：
    - 1、2,844家院所符合獎勵條件且核發中醫品保款(68.9%)，1,286家(31.1%)中醫院所未領取中醫品保款(1,082家不符核發資格，204家核算基礎為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49,298,310元，



2.07.14



1123340185

與預算數相較差異19元。

(三)本案預訂於112年7月31日前完成111年度中醫門診總額品質保證保留款發放作業。

(四)辦理本方案核發作業後，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中醫門診總額品質保留款項下優先支應。

正本：中華民國中醫師公會全國聯合會

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、本署資訊組、本署主計室(均含附件)

