

衛生福利部全民健康保險會
第 6 屆 112 年第 8 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 9 月 22 日

衛生福利部全民健康保險會第6屆112年第8次委員會議議程

一、主席致詞

二、議程確認

三、確認上次(第7次)委員會議紀錄----- 1

四、本會重要業務報告----- 12

五、討論事項

(一)113年度醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診醫療給付費
用總額及其他預算協商結論案----- 27

(二)建議各總額部門專款「網路頻寬補助費用」項目及其他預算
「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機
構網路頻寬補助費用」項目延長執行期間----- 31

六、報告事項

中央健康保險署「112年8月份全民健康保險業務執行報告」
(書面報告)----- 43

七、臨時動議

三、確認上次(第 7 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：

- 一、本紀錄業以本(112)年 8 月 23 日衛部健字第 1123360122 號函送委員在案，並於本年 8 月 23 日併同會議資料上網公開。
- 二、另依本紀錄「參、確認上次(第 6 次)委員會議紀錄決定一」，業於本年 8 月 24 日上網更新第 6 次委員會議紀錄在案。

決定：

衛生福利部全民健康保險會第6屆112年第7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8月16日上午9時30分

地點：本部 301 會議室

主席：盧主任委員瑞芬

紀錄：范裕春、李德馥

出席委員：(依姓名筆劃排序)

王委員惠玄、田委員士金、朱委員益宏(台灣社區醫院協會羅常務理事永達代理)、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(全民健保護理政策小組洪委員世欣代理)、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(台灣社會福利總盟潘副秘書長若琳代理)、陳委員鴻文(中華民國全國工業總會何常務理事語代理)、游委員宏生、黃委員小娟、黃委員金舜、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

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(李副署長丞華代理)、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11頁)

貳、議程確認：(詳附錄第11~12頁)

決定：確認。

參、確認上次(第6次)委員會議紀錄：(詳附錄第12頁)

決定：

一、依委員意見修正(劃線處)如下：

陸、報告事項第二案決定：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年評核報告會議提出辦理情形說明。

二、餘確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第13~17頁)

決定：

一、上次(第6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5項，同意繼續追蹤。

二、確認「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」(如附件一)，請各總額部門委員轉知協商代表依議程時段提早到場準備。

三、確認「113年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」之總額協商架構(如附件二)。

四、餘洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第18~102頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：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。

報告單位：

(一)衛福部社會保險司：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：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。

決定：

一、確認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 $(1+A+B)*(1+C)-1$
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%

二、請各總額部門及中央健康保險署遵循衛生福利部交付之113年度總額範圍及政策目標，參考本會委員意見(包含下午協商會前會意見)，於112年8月25日提出「113年度總額協商因素項目及計畫(草案)」最終版本及檢核表送會，俾利協商資料之準備。

三、有關委員就「113年度總額範圍交議案之政策目標及健保總額中長期相關計畫」所提意見，請衛生福利部於9月總額協商前回復說明，以納入總額協商參考。

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。

決定：本案洽悉。委員所提意見(含書面意見)，請中央健康保險署回復說明。

陸、臨時動議：無。

柒、散會：下午12時45分。

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

時間	內容(協商時間 ^{註1})	與會人員
112 年 9 月 20 日(三)		
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
112 年 9 月 21 日(四)		
09:30~12:30	視需要處理協商未盡事宜 ^{註2}	本會委員、相關部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁
112 年 9 月 22 日(五)		
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

註：1.各部門總額之協商時間已計列各部門視雙方需要自行召開內部會議時間。

2.依 113 年總額協商程序(略以)：「各協商場次之協商結果，於主席宣布協商結論後即定案，禁止任一方提出變更或推翻前開結論。惟經雙方代表同意，得再重新協議」。若總額部門有重新協議需求，並經協商雙方代表同意，則請於 9 月 20 日 20:00 前，通知健保會幕僚，以利 9 月 21 日議事安排。

113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則

第 6 屆 112 年第 4 次委員會議(112.5.24)通過
第 6 屆 112 年第 7 次委員會議(112.8.16)確認

壹、總額協商架構

一、總額設定公式

■年度部門別^{註1}醫療給付費用總額＝

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

年度部門別醫療給付費用總額成長率＝

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

■年度全民健保醫療給付費用總額＝

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

年度全民健保醫療給付費用總額成長率＝

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

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

二、醫療服務成本及人口因素

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

(二)成長率計算公式

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

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

三、協商因素

(一)保險給付項目及支付標準之改變

預期新增給付項目及支付標準(如新科技醫療及新藥)改變，對醫療費用之影響率。

(二)鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康

為鼓勵提升醫療服務品質或促進國人健康，而允許增加費用之幅度。

(三)其他醫療服務利用及密集度之改變

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

(四)醫療服務效率之提升

因全民健保支付制度之改革，造成醫療服務效率提升，預估其對醫療費用之影響。

(五)其他預期之法令或政策改變

其他預期之法令或政策改變及政策誘因，對醫療費用之影響。

四、專款項目

針對特定項目協商預算，採零基預算直接協定預算額度。

五、門診透析

(一)合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

(二)門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式

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

(三)計算公式

年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用=前一年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用 $\times(1+\text{成長率})$

年度門診透析服務費用=年度醫院門診透析服務費用+年度

西醫基層門診透析服務費用

貳、總額協商原則

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

二、配合全民健保財務狀況，合理配置健保資源

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

三、基期

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

四、醫療服務成本及人口因素

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

五、協商因素

(一)給付項目之調整

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

(二)各部門之「品質保證保留款」

1.列為專款項目，用於鼓勵提升醫療品質。

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

(三)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱特管辦法)之扣款

1.列為協商減項，扣減 111 年度違反特管辦法第 37、39、40 條違規事件本身之醫療費用，僅減列民眾檢舉及健保署主動查核所發現之違規案件，不減列總額受託單位或總額相關團體發揮

同儕制約精神而主動舉發之案件，且不納入 114 年度總額協商之基期費用。

2.本項扣款數值，以協商時中央健康保險署提供者為準。

(四)一般服務之協商因素項目：

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

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

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

六、專款項目

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

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

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

(四)其他預算部分：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。

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

事項。

七、其他原則

- (一)新增協商項目或計畫，宜先列為專款項目，俟執行穩定且具成效後，未來年度再考量移至一般服務項目。
- (二)年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之。
- (三)醫療費用總額及分配，協商結束後，若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，其處理方式如下：
 - 1.衛福部核(決)定前，應經雙方具有委員身分之協商代表同意，依「全民健康保險會會議規範」之復議案程序辦理。
 - 2.衛福部核(決)定後，已成為政策決定事項，本會無權更動，若委員仍有不同意見，則依「全民健康保險會會議規範」提案討論，決議達共識部分，向衛福部提出建議。
- (四)年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內。各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值。
- (五)醫療照護整合與效率提升成效之效益，部分用以獎勵醫療服務提供者，部分回歸保險對象。
- (六)對已協定之試辦性計畫，應嚴格監控，並提出評估報告供委員於協商時參考，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。
- (七)各總額部門之協商代表，需獲得充分授權。經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得酌予協商調整該部門總額單一細項金額，並予以定案。

附件一醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法

一、投保人口結構改變對醫療費用之影響率

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

二、醫療服務成本指數改變率

(一)成本項目之權數

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

(二)成本項目之指數

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

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

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

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

(三)醫療服務成本指數改變率之指數值及計算

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)。

四、本會重要業務報告

- 一、上次(第 7 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 17 頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理。
- 二、本會共計 24 位團體代表委員(包括：19 位保險付費者代表、5 位醫事服務提供者代表)於本(112)年 8 月 18 日聯名函文行政院、衛生福利部(下稱衛福部)、衛福部薛部長瑞元辦公室、衛福部國民健康署及本會，表達對衛福部本年 6 月 27 日預告修正之菸品健康福利捐分配及運作辦法第 4 條條文之意見，如附錄一(第 47~48 頁)。
- 三、中央健康保險署(下稱健保署)於本年 9 月 8 日來函修正 112 年度醫院總額「因應長新冠照護衍生費用」專款項目之具體規劃內容、執行目標及預期效益之評估指標，如附錄二(第 49~51 頁)，重點如下：
 - (一)本項專款(預算 4 千萬元)之具體規劃內容、執行目標及預期效益之評估指標，前經本會 4 月份委員會議(112.4.26)確認。台灣醫院協會於 112 年第 3 次醫院總額研商會議(112.8.30)提案修正，並經會議決議通過。
 - (二)本次修正主要增列預算用於 112 年 COVID-19 確診個案醫療費用點數，並配合修正相關內容：
 - 1.執行目標：增列「及減緩新冠引起的醫療耗用」等文字。
 - 2.預算支用項目及順序：增列(三)如有剩餘款則支應 112 年 COVID-19 確診個案醫療費用點數。
 - 3.動支條件及結算方式，配合修正相關文字。
 - 4.預期效益之評估指標：增列(三)接受照護之個案大於 108 年。
- 四、本年度委託國立臺北護理健康大學辦理 4 場次公民參與活動，第 4 場次於本年 9 月 8 日辦理完竣，共有本會委員所屬團體之 15 位會員參加。
- 五、下次(第 9 次)委員會議(112.10.18)依年度工作計畫安排之專案報告主題為「111 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研

析報告」、「『促進醫療服務診療項目支付衡平性』(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」之具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)」，請委員最晚於本年 9 月 26 日前向本會提出需請健保署回應或說明之問題。

六、衛福部及健保署於本年 8 月至 9 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 9 月 11 日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

1.本年 8 月 30 日修正發布「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，並自本年 10 月 1 日生效，如附錄三(第 52~54 頁)，本次修正重點如下：

(1)第二部西醫：

①新增診療項目：9 項

A.腎臟移植諮詢費 1 項【預算來源：112 年門診透析服務總費用，成長率 2%，約 8.671 億元】。

B.新型冠狀病毒核糖核酸定性擴增試驗等 8 項診療項目【預算來源：112 年度醫院及西醫基層總額「新醫療科技」預算(醫院 6.32 億元、西醫基層 0.50 億元)】

②調升支付點數或加成：

A.調整屬西醫基層總額部門院所支付點數與醫院一致，計 144 項【預算來源：112 年度西醫基層總額「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)」專款預算 10 億元】。

B.住院診察費通則增列小兒外科專科醫師診治未滿 19 歲病人，住院診療費得比照兒科專科醫師申報加成【預算來源：112 年度醫院總額「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)」專款預算 20 億元】。

③修正給付規定：修正「X 光骨骼密度測定」、「前哨淋巴

結摘除手術」等 10 項給付規定或支付規範。

(2)第三部牙醫：

①「重度以上特定身心障礙(非精神疾病)者診察費」，增列自閉症及失智症病人適用。

②「附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則」增列 12 項不列入計算之診療項目。

2.本年 8 月 23 日修正發布「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第 79 條附件 2、第 80 條附件 3、第 81 條附件 4、第 82 條附件 5、第 83 條附件 6、第 84 條附件 7，自本年 1 月 1 日生效，如附錄四(第 55~57 頁)。本次係依上開支付標準第 4 條第 8 項規定「保險人每年將暫予收載結果，報請主管機關公告收載於本標準中」，修正重點摘要如下：

(1)給付品項暨支付標準：

類別	修正條文	112年1月 收載項數	相較111年1月		
			新增	調整	刪除
藥品	第79條附件2	15,307	303	202	546
特材	第80條附件3	8,091	575	188	927
中藥 (單方)	第81條附件4	3,514	61	-	3
中藥 (複方)	第82條附件5	6,897	110	-	283

(2)給付規定：

①藥品(第 83 條附件 6)：本次修正通則及計 11 節之給付規定及增修相關附表。

②特材(第 84 條附件 7)：本次新增 14 項、修正 50 項及刪除 1 項給付規定分類碼。

(二)健保署

1.本年 8 月 18 日公告修正「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」，並副知本會，如附錄五(第

58~59 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
112.8.18/ 112.9.1	全民健康 保險鼓勵 醫事服務 機構即時 查詢病患 就醫資訊 方案	<p>1.修訂提升院所智慧化資訊獎勵項目及結算方式，重點如下：</p> <p>(1)修訂鼓勵提供虛擬(行動)健保卡服務獎勵：</p> <p>①適用對象：A.居家醫療(含居整計畫、居家照護及安寧居家療護個案)；B.山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(含山地鄉全人整合照護)；C.遠距醫療給付計畫。</p> <p>②獎勵內容：A.協助病人綁定虛擬(行動)健保卡獎勵金每人限 1 次 200 點。B.虛擬(行動)健保卡申報指標獎勵金：依獎勵指標占率獎勵，每家機構獎勵點數介於 5 千點~2 萬點。</p> <p>(2)修訂醫療費用申報格式改版獎勵：「部分負擔改版獎勵」、「就醫識別碼改版獎勵」：於 112.12.31 完成改版並申報者，每家獎勵 2,000 點。</p> <p>(3)修訂健保卡資料上傳格式 2.0 改版獎勵： 112.12.31 前，院所提出申請並核定，以「健保卡資料上傳格式 2.0」版本上傳每日就醫資料，每家獎勵 10,000 點。若改回「健保卡資料上傳格式 1.0」上傳就醫資料者，則不予獎勵。</p> <p>(4)門診處方箋 QR CODE 二維條碼推動獎勵： A.醫院及診所：於健保資訊網服務系統(VPN)上傳影像者，獎勵每家 2,000 點。 B.藥局：成功介接電子處方箋 API 且有上傳資料者，獎勵每家 2,000 點。</p> <p>2.新增 2 項獎勵上傳檢驗(查)之項目；調整 CT、MRI 等 56 項獎勵點數及牙科 X 光檢查獎勵時效規範。</p> <p>3.修訂「特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明」：新增「全民健康保險慢性傳染病照護品質計畫之愛滋檢驗填寫規範」及部分內容。</p> <p>4.修訂「特約醫事服務機構上傳醫療檢查影</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		像格式說明」：修訂牙科 X 光獎勵上傳規定及部分內容。

- 2.本年6月至9月份公告暫予支付及修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分項目，藥品計19件、特材計22件，彙整如附錄六(第60~63頁)。

決定：

上次(第7次)委員會議繼續列管追蹤事項

一、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	優先報告事項 第1案： 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。	請各總額部門 及中央健康保 險署遵循衛生 福利部交付之 113年度總額範 圍及政策目標， 參考本會委員 意見(包含下午 協商會前會意 見)，於112年8 月25日提出 「113年度總額 協商因素項目 及計畫(草案)」 最終版本及檢 核表送會，俾利 協商資料之準 備。	於112年8 月23日請 辦健保署。	健保署回復： 本署研提「113年度 總額協商因素項目 及計畫(草案)」之最 終版本已於8月29 日送交貴會在案。	解除追蹤	—
2	優先報告事項 第2案： 112年第2季全 民健康保險業 務執行季報告。	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23日請 辦健保署。	健保署回復： 委員所提意見，說明 如附件(第18~23 頁)。	解除追蹤	—

健保會第 6 屆 112 年第 7 次委員會議之健保署答覆
 上次(第 7 次)委員會議之擬解除追蹤項次 2
 案由：112 年第 2 季全民健康保險業務執行季報告。

委員意見	健保署說明
<p>吳委員榮達(議事錄第 55~56、60 頁)</p> <p>我有 2 個問題提出來就教健保署，第 1 個，大方向來看不管是增加癌症、罕病或其他的用藥，基本上從病患的照顧權益來講，這個方向我們應該是支持的，可是特別在癌症的用藥部分，因為非常非常貴，新的癌症用藥進來會導致藥費占率升高，我也好幾次都在強調說，像是藥費占率的逐年升高，會影響到其他醫療服務點值的問題，健保署可不可能分析藥物、新醫療新科技增加健保支出對醫療人員服務點值的衝擊性，這是第 1 點意見。</p> <p>第 2 點意見是剛才李丞華副署長提到，從業務執行季報告第 29 頁來看，第 2 季大概涉及刑責函送司法單位辦理的有 3 個家次，如果往下來看違規查處處分的部分，停止特約 27 家次，終止特約 5 家次，事實上會涉及到停止特約或終止特約的話，已經是嚴重違規狀況，都已經到違反刑責犯法的程度才有停止特約或終止特約的狀況，既然停止特約 27 家次、終止特約 5 家次，為什麼移送的只有 3 個家次？這是不懂的。</p> <p>除了這個問題以外，我也忍了很久，今天終於涉及到這個問題，我也提</p>	<p>一、有關藥物及新醫療新科技說明如下：</p> <p>(一)由於人口老化、物價水準上漲、高單價藥品醫材陸續研發上市及醫療科技發展，導致健保藥品申報費用逐年提高，近三年全民健康保險藥品申報費用占醫療申報費用之比率分別為 109 年 27.9%、110 年 28.9% 及 111 年 27.3%。另扣除協議還款後 (MEA/PVA) 後，近三年藥費占率分別為 109 年 27.4%、110 年 28.0% 及 111 年 26.3%。</p> <p>(二)本署藥費管控策略包括藥品價量調整與管控，期使藥費成長率緩和及使藥費對醫療費用的占率穩定維持：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 藥價調整：實施 DET、第一及第三大類藥品調整及逾專利期 5 年內之第二大類藥品調整。 2. 藥量管控：簽訂給付協議、推動健保醫療資訊雲端查詢系統、門診特定藥品重複用藥管理等方案，進而管控藥費於穩定及合理範圍。 <p>(三)本署歷年均依衛生福利部公告編列年度醫療給付費用總額及其分配之新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材)運用，以新增診療項目為例，就新增診療項目協定預算金額</p>

委員意見	健保署說明
<p>出來，健保署今年提出 1 個政策，違規的 10 萬元以下不移送，不管有沒有涉及犯罪行為，10 萬元以下不移送，這個不是在鼓勵僥倖嗎？不是在鼓勵犯罪行為嗎？為什麼會有這樣的思考，我完全完全沒有辦法理解，其實醫界應該要反對才對，因為這會劣幣驅逐良幣，影響到你們的點值，大家僥倖就衡量，反正不超過 10 萬元就不移送，我可以僥倖衡量就稀釋點值就影響大家權益，不懂為什麼醫界沒有對這個政策提出你們的反對意見，大概是這 2 個問題請教，謝謝。</p> <p>不好意思，對於函送司法單位辦理部分還是有一點意見，蔡副署長就非常清楚，我曾經在會議時候勸進建議比照金管會，因為金管會為了查內線交易，有關違反證券交易法的問題，甚至有駐會檢察官在辦案、指揮監督，為什麼我會一直在提，我一直建議健保署也應該有類似檢察官的駐署辦公，因為我們看到很多違規案件，會受到很大的挑戰，那個很大的挑戰就是我們很多違規案件就是透過訪查獲得，訪查在刑事程序中是不被認為有證據能力，所以很多都是在檢察官那邊做不起訴處分，只要原本被訪查的對象翻口供說沒有，不管是行政程序或刑事程序，被推翻的機會就很大，所以這是健保署需要考量的。</p> <p>第 2 點，其實就機關來講，發現有犯罪行為本來就該告發，這是行政</p>	<p>辦理當年度增修訂醫療服務，並將財務影響控制於預算範圍之內，若推估超出預算之新醫療服務，則列入次年度實施；以 111 年醫院總額為例，協定新增診療項目預算為 2.736 億元，本署於預算範圍內辦理增修訂 50 項，因有預算來源，不影響醫療人員服務點值。</p> <p>二、有關違規查處處分說明如下：</p> <p>(一)本署 112 年 5 月 24 日修正發布全民健康保險法第 81 條涉及刑責移送司法機關辦理原則，係考量實務上或有部分院所違規情節較輕微、虛報金額較少，爰參酌過往此類案件移送檢調偵辦後之緩起訴理由及刑事訴訟法第 253 條「微罪不舉」之概念，對於應函送司法機關偵辦之違法情節，予以修正適度調整，如此修正後，對於違規情節較輕微、虛報金額較少之案件即無須進入刑事偵查程序，將可兼顧維護健保財務及維持與醫界良善之夥伴關係，並適度紓解司法量能負擔，同時本署於停、終約處分後，即可依健保法第 81 條規定開立罰鍰，無需等待刑事偵辦結果(行政罰法第 26 條參照)，亦可收即時處分之效，達成罰鍰歲入預算目標。</p> <p>(二)有關委員所提相關疑慮，本署於 112 年 3 月 24 日召開「保險醫事服務機構違規虛報案件函送偵辦原則討論會議」，由衛生福利部法規會委員、刑事法學者、律師及資深法制人員等相</p>

委員意見	健保署說明
<p>機關、主管機關的權責所在啊！若沒有移送就我來看是瀆職，我從法律精神上就是這樣看，剛才講的理由根本不是理由，雖然大部分都是認罪、認罪後緩起訴，或認罪起訴後緩刑，它有它的效果存在，緩起訴再犯就是原來緩起訴被撤掉，新的案子又加重進去，緩刑也是類似這樣子，你不移送他們就僥倖脫逃，他們永遠都是第 1 次犯罪，我認為不能這樣子，健保署因為移送過去以後處理時間長，不然就緩起訴、緩刑，沒有辦法達到想要的目的，有這樣解釋法律的嗎？有這樣解釋法律精神的嗎？我當然知道大家很討厭我，我常講這樣的話，但這是實在話，機關本身就有權責，發現違法行為就是要移送，本來就是這樣子，以上意見，謝謝。</p>	<p>關法學專家與會討論，會中達成共識就虛報醫療費用應函送偵辦之案件類型予以適度修正，會後亦將修正草案函請中華民國醫師公會全聯會等 16 個醫事團體惠示意見，爰該辦理原則係參採醫界及法律專家意見後修訂。</p> <p>(三)另除刷卡換物及未診治保險對象，虛報醫療費用達 10 萬點以上且未與本署達成和解或未足額返還不當申報之醫療費用者外，倘案件涉密醫(影響民眾健康安全甚鉅)或 5 年內再犯之累犯、明知冒卡就醫卻故意申報醫療費用等情事，不限金額，依據新修正之辦理原則，一律移送司法機關偵辦。</p>
<p>林委員文德(議事錄第 56~57 頁)</p> <p>謝謝健保署的報告，我有一點疑問想要請教，剛剛代謝症候群防治計畫的報告沒有提到修正的部分，我剛看到最後一張投影片提到，修訂個案績優改善獎勵費是結案日前 6 個月內沒有使用三高藥物，請教沒有加入這個計畫的代謝症候群的病人，他沒有使用藥物的比率有多少？沒有加入本來就不會使用，加入之後沒有使用給他獎勵，獎勵效果到底在哪裡？我不太瞭解，所以想請教一下，謝謝。</p>	<p>查個案收案約有 71%有使用三高用藥，故於 112 年計畫新增「個案績優改善獎勵費」，針對積極進行生活型態管理，結案日前已無使用三高用藥，具有成效並結案之個案給予獎勵。</p>
<p>韓委員幸紋(議事錄第 57~58 頁)</p> <p>我就延續也問一下代謝症候群防</p>	<p>一、有關代謝症候群防治計畫，衛生福利</p>

委員意見	健保署說明
<p>治計畫的部分，因為投影片裡面修正重點把每間診所收案人數從 200 人提高到 300 人，我有一點納悶，前 1 份投影片有發現參加代謝症候群防治計畫的診所，有近 40% 參加但沒有收案，剛才又提到有一些診所是非常願意投入這個計畫案，甚至要把上限拉高，是不是能夠進一步分析為什麼在不同的院所當中有這麼大的差異？</p> <p>我的意思是說，剛剛也提到把新藥放進來對財務衝擊其實是非常大的，但一直不放進來也確實非常多民眾不能使用，特別是經濟弱勢的，因為經濟能力比較好的，可以自己購買商業保險，或是他自己的所得就能 cover 這部分，所得相對低、經濟弱勢的民眾怎麼支付，如果他真的得使用這個藥物的時候，制度上怎麼幫助他們，因為自費比例越來越高的情況下，政府應該要討論後面要怎麼做處理。</p>	<p>部國民健康署透過「代謝症候群防治品質評估暨輔導計畫」持續收集診所意見，並進行診所標竿交流，本署與國健署將共同合作推動診所收案。</p> <p>二、有關新藥說明如下：</p> <p>(一)本署持續精進加速收載健保新藥，執行策略如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 爭取增加新藥預算：爭取藥價調整金額挹注、爭取預算支應暫時性支付、研議新藥獨立預算或基金、健保協同商保等。 2. 核價流程管控與加速：管控行政作業及審議時間，精進議價程序，並自 111 年 11 月起，開放廠商可於第一次專家會議到會報告，以加速新藥審議。 3. 推動暫時性健保支付：有臨床迫切需求，惟臨床療效及安全性具不確定性之新藥，與藥商協議多元風險分攤，暫時支付 2 年，以真實世界數據檢討。 4. 精進新藥預算預估模式：持續運用「前瞻式評估(Horizon Scanning, HS)」將可能建議收載新藥及適應症編列預算。 5. 建立多元風險分攤模式：與廠商協議分期付款及以療效為基礎之還款方式。 6. 優化 HTR 制度：規劃建立公開透明之 HTR 作業要點。 <p>(二)本署與衛生福利部食品藥物管理署研議平行送審機制，精進藥物申請查</p>

委員意見	健保署說明
	<p>驗登記、健保建議收載及醫療科技評估之作業流程，縮短申請所需時間，加速新藥核價。</p>
<p>李委員永振會後書面意見(議事錄第61~62頁)</p> <p>一、有關 113 年度適用之平均眷口數值及去年相關處理建議之研擬進度，前 2 次的請教可能語辭不夠精準，貴署所提說明仍無法解惑，今再提第三度請教。貴署依健保法施行細則第 68 條規定，須公告 4 項數值之作業方式與公告時間，本人尊重，沒有意見，但依去年的進度，此時相關平均眷口數的數值資料署裡應該已經有，是否可以先讓委員知曉，私底下告知亦可，對於小數第 3 位之處理方式，亦可讓委員知道研究進度及態度，至於公告作業 4 項整體一併辦理 OK。</p> <p>二、有關年度收支餘絀數之出現時序已瞭解，即次年之 1~4 月可看到健保署的自決數、5 月為院編決算數、6 月才能知道審計部最後的審定數，中間有時間因素須預估及等待，致無法一次修正完成，可以理解、接受。但仍有下列幾點疑惑：(一)1~4 月呈現之署自決數並沒預估、修正問題？(二)4 月份送健保會報告、備查的財報永遠都只是過程版？如何可讓委員放心背書？(三)政府要求民營企業最</p>	<p>一、有關保險人公告事項，本署刻正積極辦理中，委員之建議，各項財務影響、未來作業之可行性及相關配套措施等，均將一併整體考量。</p> <p>二、有關健保基金近年來自編決算與院編決算、審定決算之主要差異原因補充說明如下：</p> <p>(一)院編決算：主要修正保險費收入預估與實際數差異數，其中補充保費近年來受景氣及產業特性之影響巨大，且屬就源扣繳，本署參考以前年度金額及當年成長之趨勢估算，12 月底預估時實無法掌控所有因素，爰較難準確估列。</p> <p>(二)審定決算：主要修正「各項受託代辦醫療費用補助計畫」與「保險給付」項目之調整數，近 2 年受疫情影響，健保基金代辦項目增加，無歷史資料可參考，且受限於各醫療院所醫療費用的申報期程，爰 12 月底自編決算時難準確預估。</p> <p>(三)另，有關每年 4 月份提報之健保基金年度自編決算，係依行政院訂頒之總決算附屬單位決算編製期程，須於 2 月 20 日前函報主管機關，並依據全民健康保險法施行細則第 3 條規定函報健保會備查，其後續之保費收入、</p>

委員意見	健保署說明
<p>近 1 年每期自行決算之數額與會計師簽證或核閱之決(結)算數差異比率應低於「千分之五」。健保 110 年度自決數為短絀 175.8 億元，最終審定為短絀 155.2 億元，誤差 20.6 億元(約 11.8%)；111 年度則由自決數結餘 103.4 億元，增至審定數結餘 112.7 億元，誤差 9.3 億元(約 9%)，雖有改善，但誤差仍接近 10%，在技術上是否仍有改善空間？</p> <p>三、7 月份健保業務執行季報告第 14 頁表 5-1 備註說明 2 之(1)，提及一般保險費較去年同期增加 138.71 億元，補充保險費亦增加 1.29 億元，保費收入較去年同期共增加 140 億元，若依署較簡易之收入面公式粗算政府負擔法定 36% 下限之保費增加數約有 50 億元，實際卻只增 15 億元?! 若以 15.17 億元之增加數反推，保費收入才增加 42 億元，與實際增加數 140 億元有近百億元之差異，是否可略為解惑!?</p>	<p>保險給付等修正，須交由行政院主計總處、審計部辦理查核修正，本署無權辦理修正決算；其年底短溢估數，本署會先反映在次年 1~5 月月報，再依查核修正意見，將短溢估數調整至前年年底決算，並沖轉次年月報認列短溢估金額，爰累計數仍是正確無誤。</p> <p>三、有關政府負擔法定 36% 下限金額，每年度 1~11 月帳列數，係依當年度編列預算數，按月平均分配列帳，俟年度決算時，再依當年度一般保險費及補充保險費決算數計算政府負擔法定 36% 下限自編決算金額，於 12 月份就該自編決算數與帳列數差異金額調整列帳。</p>

討論事項

第一案

提案單位：本會第三組

案由：113 年度醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診醫療給付費用總額及其他預算協商結論案，提請討論。

說明：

一、衛生福利部(下稱衛福部)於本(112)年 8 月 8 日交付行政院核定之「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案」併附該部之政策目標，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後，報請其核定。

(一)行政院核定之總額範圍，113 年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率下限為 2.621%，上限為 4.7%，試算高、低推估值如下：

總額範圍	低推估值	高推估值
成長率	2.621% ^{註1}	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，實際金額以健保署結算金額為準。

(二)113 年度健保總額政策目標：

衛福部 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：

- 1.整合公共衛生體系與健保資源，發展以人為本的照護模式，積極提升民眾健康。
- 2.精進醫療照護相關體系，以民眾健康為導向，提升醫療品質與服務效率及醫療資源合理分配。

- 3.推動健保給付支付制度改革，減少低價值服務，提升給付與支付效率。
- 4.增進醫療服務價值，提升服務量能，持續引進新藥物、新醫療技術及新服務模式，合理調整給付條件。
- 5.保障保險對象之醫療權益，合理反映偏遠地區及特殊族群之照護需求，均衡醫療資源之分布。

二、檢附「110~113年健保財務收支情形表」供參，如附表(第30頁)。

三、經本年9月20日協商會議後，113年度各部門總額協商因素項目及其他預算協商結論，如表1至表5(後附)。

四、依本會本年第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年度協商程序)：

(一)請各部門於協商會議當日(112.9.20)依據協商結論，以具體、可量化之結果面為導向，於協定事項調整新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並提本次(第8次)委員會議(112.9.22)討論：

- 1.請委員就前開調整內容提出修正建議。
- 2.達成共識部門，會後請健保署會同各總額部門共同討論研修，將研修結果提報10月份委員會議(112.10.18)確認。
- 3.未達共識部門，請衛福部就政策目標要求，逕予核定。

(二)總額協商完成後，請各部門於本年10月2日前提送地區預算分配之建議方案，俾於10月份委員會議(112.10.18)討論。若部門未提送分配建議方案，則由幕僚掣案提11月份委員會議(112.11.15)討論，並完成協定。

擬辦：

一、請確認113年度各部門總額協商因素項目及其他預算協商結論，如表1至表5(後附)。

二、有關新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」：

(一)達成共識部門，請健保署會同各總額部門共同討論研修，將

研修結果提報 10 月份委員會議(112.10.18)確認。

(二)未達共識部門，將兩案併陳報部，請衛福部就政策目標要求，逕予核定。

三、有關後續各部門總額一般服務費用之分配，請各部門於本年 10 月 2 日前，提送地區預算分配之建議方案，以利本會掣案提 10 月份委員會議(112.10.18)討論。

決議：

110年至113年健保財務收支情形表

附表

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
醫療給付費用總額	7,836	8,096	8,364	8,581	8,755
總額成長率	4.107%	3.320%	3.323%	2.621%	4.700%
保險成本	7,274	7,491	7,776	7,968	8,140
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%
保險收入	7,119	7,603	7,709	7,854	7,853
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
當年保險收支餘絀	-155	113	-67	-114	-287
保險收支累計餘絀	936	1,049	981	867	694
約當保險給付支出月數	1.55	1.68	1.52	1.31	1.02

製表日期：112.09.06

- 說明：1、112年起以健保會111年第11次委員會議(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=保險費相關收入(保險費收入+其他收入)+安全準備相關收入。**
- 3、**保險成本=醫療給付費用總額-保險對象應自行負擔之費用-代位求償獲償金額-菸捐挹注罕病等之醫療費用±調整帳+其他保險成本。**
- 4、其他收入包括：營運資金孳息、雜項業務收入、其他業務外收入、利息費用(減項)及呆帳提列(減項)。
- 5、安全準備相關收入包括：依健保法規定應提列之安全準備，包含滯納金、運用收益、彩券盈餘及菸捐分配收入等，惟不含保險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礎。
- 8、依行政院112年7月31日核定113年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍為低推估值2.621%至高推估值4.7%。
- 9、依目前所核定之113年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍，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。

第二案

提案人：周委員慶明、陳委員相國

連署人：翁委員文能、陳委員石池、吳委員鏘亮、朱委員益宏、江委員錫仁、詹委員永兆

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：建議各總額部門專款「網路頻寬補助費用」項目及其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」項目延長執行期間，提請討論。

說明：

- 一、旨揭項目協定事項：請中央健康保險署(下稱健保署)確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式，於112年7月底前提全民健康保險會報告。
- 二、112年5月24日健保署召開「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」(草案)溝通會議，當日與會代表一致共識應延長本項專款執行期間。
- 三、為了民眾醫療資訊安全，上傳至健保署VPN的資料，必須要另外透過單獨(非家用)的網路線路上傳，已額外增加醫療機構服務成本。
- 四、除了基本的就醫醫療資訊等，健保署大力要求醫事機構上傳檢驗檢(查)結果及醫療檢查影像等。每年也持續提出各項資訊更新政策規劃，如醫療費用申報格式改版、健保卡資料上傳格式改版(就醫識別碼)、電子處方箋等，都加遽網路頻寬速度升級的需求。
- 五、疫情期間，醫療院所靠著網路頻寬升級後提供的即時病患防疫資訊查詢及管制，成功防疫及完整照護病患，例如新冠肺炎確診病患的居家隔離照護及遠距診療。天災及傳染性疾病延續及頻繁發生，實在非常需要「網路頻寬補助」醫療院所繼續強化「即時查詢病患就醫資訊方案」。
- 六、考量醫事機構與健保資料及政策推廣之緊密性及數據傳輸之便

利性，資訊化政策是主管機關持續推動的重點項目，建議應維持專款編列。

擬辦：

建議各總額部門專款「網路頻寬補助費用」項目及其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」項目延長執行期間(至少5年)。

.....

中央健康保險署意見：本會已於 112.9.12 請健保署提供相關資料。(資料後附)

本會補充說明：

一、查 112 年度各部門總額及其他預算編列與案由有關之專款項目經費及協(決)定事項如下：

專款項目	112 年經費 (億元)	協(決)定事項
四部門總額之「網路頻寬補助費用」	牙醫門診：1.68 億元 中醫門診：0.98 億元 西醫基層：2.53 億元 醫院：2 億元	1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請健保署辦理下列事項： (1)檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。 (2)於協商 113 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。 (3) 確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式 ，提全民健康保險會報告。
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：16.36 億元	1.四部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目經費如有不足，由本項預算剩餘款支應。 2.請健保署辦理下列事項： (1)加強推動「提升院所智慧化資訊機制」，並持續監測及精進成效評估指標。 (2) 「獎勵上傳資料及其他醫事機

		<p>構網路頻寬補助費用」，請確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式，並提全民健康保險會報告。</p> <p>(3)於112年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告(應含「提升院所智慧化資訊機制」成效指標監測結果及檢討)。</p> <p>(4)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>
--	--	--

二、整理歷年有關「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(含四部門總額之網路頻寬補助費用)」編列預算，及退場相關協定情形如附件一(第 35~36 頁)，摘要說明如下：

- (一)健保署為避免病患重複醫療及浪費，擬提升醫療院所網路頻寬，鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊。爰自 103 年度起於其他預算編列本項經費，並自 108 年度起，將「網路頻寬補助費用」移列至四總額部門，其他預算則保留「獎勵院所資料上傳經費」、其他醫事機構之網路頻寬補助費用，另於 111 年新增「提升院所智慧化資訊機制」。
- (二)協商 104 年總額時，付費者委員考量本項非屬健保法法定用途，及建置所需費用屬 1 次性需求，爰依健保署建議，明定以 5 年(103~107 年)為期程。
- (三)因承諾期程已屆，本會要求健保署提報退場規劃，健保署於 109 年提出將配合「全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法(下稱憑證管理辦法)」修正，規劃以 5 年為期，逐步調整以利獎勵措施退場。本會乃據以於 110 年度總額協定事項明定，以 5 年為退場期程(110~114 年)，並請該署儘速將規劃退場方式提報本會。健保署於 111 年 7 月委員會承諾將與醫界討論退場機制後提報本會。

三、依 112 年度總額協定事項，本會於 112 年第 5 次委員會議(112.6.28)安排健保署報告依退場期程(110~114 年)規劃退場之

執行方式，摘要重點如下

(一)健保署報告略以：

1.已於 112 年 5 月 24 日召開修訂「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」(草案)溝通會議，與會代表反映本項獎勵費用有助於增進醫療院所與健保署間資料傳輸之緊密性及便利性，亦可有效避免醫療資源浪費，減少不必要之檢驗(查)。

2.該署將持續與醫界討論，規劃適當退場方式。

(二)會有付費者委員表示，本項經費非屬健保法法定用途，請健保署儘速提報退場規劃，並爭取其它預算來源支應。

四、另於本會 112 年 2 月份委員會議(112.2.22)有委員提出衛生福利部於 112.1.4 修正發布憑證管理辦法，其中第 10 條明定保險醫事服務機構應於 24 小時內上傳保險人指定之保險對象就醫紀錄，包含檢驗(查)結果與檢查影像及影像報告等資料，考量倘醫療機構上傳保險對象就醫紀錄已屬法定義務，自不應再予獎勵或補助。該次會議決定，請健保署釐清「憑證管理辦法規定應上傳項目」與「總額其他預算獎勵上傳項目」之差異，並檢討持續獎勵之必要及合理性。

五、有關本項經費之績效評估：付費者委員考量本項預算目的為避免重複醫療及浪費，故自 108 年度起，每年協定事項均請健保署於總額協商前提出節流效益，並適度納入次年度總額協商減項或預算財源。健保署於 113 年度總額協商資料提出本項節流效益說明如附件二(第 37~38 頁)。

六、整理近 5 年有關「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(含四部門總額之網路頻寬補助費用)」之本會委員意見重點摘要如附件三(第 39 頁)。

決議：

歷年有關「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(含四部門總額之網路頻寬補助費用)」編列預算，及退場相關協定情形

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

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

二、本項經費之退場規劃：

(一)協商 104 年度總額時，付費者委員認為系統開發及硬體建置屬 1 次性預算需求，應訂定落日條款。依健保署建議，協定事項明定本項原則以 5 年(103~107 年)為期程。

(二)協商 109 年度總額時，付費者委員考量健保署承諾之 5 年期程已屆，乃於協定事項請健保署提出未來規劃與期程(含退場)，並評估檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。

☉健保署於 109 年 6 月委員會議(109.6.19)提報本會，將配合「全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法」(下稱憑證管理辦法)修正，規定醫事機構應上傳就醫結果紀錄，並規劃以 5 年為期程，逐步調整以利獎勵措施退場。

(三)協商 110 年度總額時，依健保署建議，協定事項明定以 5 年

(110~114 年)為退場期程，並請該署儘速將規劃退場執行方式提報本會。

- 健保署於 111 年 7 月委員會議(111.7.29)提報本會，有關退場執行方式，將俟疫情趨緩後與醫界討論適當退場方式，該次會議決定：請該署儘速將規劃結果提報本會。

健保署於 112 年 6 月委員會議(112.6.28)再次提報本會之退場執行方式，將持續與醫界討論，規劃適當退場方式。會上有付費者委員表示，考量 114 年退場在即，且本項經費非屬健保法法定用途，爰請該署儘速提報退場規劃，若認為本項經費之必要，請爭取其它預算來源支應。

**依 112 年度總額協定事項暨本會 112 年第 6 次委員會議之決定事項，
須於協商 113 年度總額前提出節流效益並納入總額預算財源之項目**

其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」

--檢討成效，提出節流效益並納入總額預算財源。

健保署說明

一、「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」(下稱本方案)自 103 年起實施，鼓勵特約醫事服務機構提升網路頻寬，以利即時、迅速查詢病患於不同醫事機構間之醫療資訊供處方參考，以確保保險對象就醫安全及效率。

二、109-110 年適逢嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)疫情，因本方案長期鼓勵醫事服務機構提升網路頻寬速率，促使本次疫情期間醫事服務機構得以即時上傳及查詢病患防疫資訊，以利迅速執行邊境管制、避免社區感染，包括以下措施：

(一)透過本署提供之各項管道即時查詢病患之旅遊史及接觸史(TOCC)提示/資料紀錄，累計至 110 年 7 月底計有 10.1 億次查詢紀錄。

(二)醫事服務機構即時上傳病患 SARS-CoV-2 病毒核酸檢驗(PCR)、抗原快速檢驗結果資料及核酸試劑「試劑名稱」及「試劑製造商」資訊，以配合建置「數位疫苗護照」，及便利民眾透過「健康存摺」查詢篩檢結果。並增加急診及住院個案之加護病房費、ECMO、呼吸器及透析等醫令項目即時上傳。

三、考量網路頻寬補助費用屬醫療院所之基礎建設，且醫療院所資料上傳及提升資訊系統傳輸能力仍需成本，又本署近期推動部分負擔新制、就醫識別碼及虛擬健保卡等政策，亟需佈建穩定及快速之網路環境支持，故網路頻寬補助費用建議持續維持，惟各院所補助上限維持 111 年版本，不調升院所補助上限，僅以院所成長率推估所需預算。

四、另本署持續輔導醫事機構提升上傳率，查 112 年 6 月檢驗(查)結果總上傳率約計 95%，說明如下：

(一)醫院層級約計 98%，其中醫學中心約計 99%，區域醫院約計 98%，地區

醫院約計 97%。

(二)基層院所層級約計 78%，其中基層診所約計 69%，檢驗所約計 97%。

五、上開檢驗(查)結果總上傳率相較去年同期值 90%，有顯著提升，其中基層院所層級去年同期值計 50%，提升尤為顯著，惟限於基層人力及資訊能力不足，上傳率仍偏低，本署將持續輔導醫療院所提升上傳率。

六、本署鼓勵醫療院所上傳檢驗(查)結果之目的，係為避免不必要之檢驗(查)，並確保病人安全，考量醫療院所上傳檢驗(查)報告及醫療檢查影像等資料仍需逐步汰換舊型醫療設備、更新院內資訊系統、臨床判讀及整理等成本，建議逐步退場，將上傳率已達 95%，且高單價具臨床參考價值之項目之即時上傳檢驗(查)報告或醫療檢查影像之項目，逐步移列一般服務服務項目，並視執行情形加強行政審查或於「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」規範為應上傳項目。

整理近 5 年有關「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(含四部門總額之網路頻寬補助費用)」之本會委員意見重點摘要

一、付費者委員意見：

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

二、醫界委員意見：

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

報告事項

報告單位：中央健康保險署

案由：112 年 8 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

全民健康保險會各團體代表 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)，吳鏘亮(台灣醫院協會)，林恩豪(全國勞工聯合總工會)，林淑珍(中華民國全國農會)，花錦忠(台灣總工會)，周慶明(全力支持挹注健保資源案 中華民國醫師公會全國聯合會)，侯俊良(中華民國全國教師會)，翁文能(台灣醫院協會)，陳石池(台灣醫院協會)，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)，黃金舜(中華民國藥師公會全國聯合會)，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(臺灣癌症基金會) (以上依筆劃排序)

受文者：全民健康保險會

發文日期：中華民國 112 年 08 月 18 日

發文字號：全勞聯總豪字第 112080008 號

速別：最速件

密等及解密條件：

附件：



主旨：反對衛生福利部預告修正之菸品健康福利捐(下稱菸捐)分配及運作辦法第 4 條條文，並建請恢復菸捐分配 70%供健保安全準備之用，以維護全體國民健康並符合大眾福祉與期待，請 查照。

說明：

- 一、依 20230627 行政院公報第 029 卷第 118 期及衛生福利部本(112)年 6 月 27 日 衛授國字 1120760645 號公告之預告「菸品健康福利捐分配及運作辦法」修正草案辦理。
- 二、查歷年菸害造成疾病支用之醫療費用約占各國醫療費用 10%，如以 110 年台灣國民醫療保健支出 1.4 兆元計，我國每年菸害所衍生的醫療費用約為 770 億元，並多由全民健保險來承擔，故菸捐分配作健保安全準備應屬正當、亦符合徵收菸捐之意旨，後因分配比率陸續調降，分配金額已由 102 年之 247 餘億元減少至 111



年僅 140 億元，嚴重影響健保財務穩定及政府徵收菸捐的正當與合理性，故於此強烈表達反對此次修正草案之立場。

三、過去健保財務充裕時安全準備遠超過 3 個月，惟衛生福利部 104 年 9 月以推動長照需求時已修法調整菸捐分配比率降至 50%；108 年 4 月更修正此 50% 改為與補助經濟困難者共用。全民健康保險會付費者團體代表昔已多次向該部表達反對意見，目前健保財務日趨嚴峻，自 106 年來連年的虧損都須用安全準備金填補，110 年仍不足更導致調升健保費率，近 2 年如無政府公務預算分別撥補 240 及 200 億元，恐怕亦需要再面對費率調漲的困境。故再修法減少健保安全準備獲分配比率，將使健保的財務更加惡化，而後果將轉由全民承擔。

四、另此次修正新增菸捐共用的「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，皆屬中央健康保險署之法定職掌業務，當由公務預算支應始為合理，爰堅決反對此次修正菸捐分配及運作辦法第 4 條條文內容，並建請恢復「菸捐分配 70% 供健保安全準備」之用。

五、本修法意見案業經全民健康保險會 112 年 7 月 26 日第 6 屆 112 年第 6 次委員會議通過，併予敘明，另請於回復時副知本案聯名代表所屬團體。

正本：行政院，衛生福利部，衛生福利部薛部長瑞元辦公室，衛生福利部國民健康署，全民健康保險會

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

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9月8日

發文字號：健保醫字第1120663767號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨 (A21030000I_1120663767_doc1_Attach1.pdf)

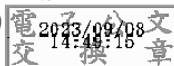
主旨：檢送修正112年度醫院總額「因應長新冠照護衍生費用」
之具體規劃內容、執行目標及預期效益之評估指標(附
件)，請查照。

說明：

- 一、依衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告
112年度醫院總額醫療給付費用總額及其分配及本署112年8
月30日全民健康保險醫療給付費用醫院總額112年第3次研
商議事會議決議辦理。
- 二、旨揭項目前經貴會112年4月26日112年第3次委員會議確認
在案，台灣醫院協會於前開醫院總額研商會議提案修正，
並經會議決議通過(附件)。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：台灣醫院協會(含附件)



112.09.08



1123340232

112年度醫院總額「因應長新冠照護衍生費用」之具體規劃內容、執行目標及預期效益之評估指標

- 一、預算經費：112年度全年經費40百萬元。
 - 二、執行目標：妥適照護因COVID-19確診所引發MIS-C個案、延續COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫至年度結束及減緩新冠引起的醫療耗用。
 - 三、預期效應：減緩醫院部門因COVID-19照護產生的財務衝擊。
 - 四、預算支用項目及順序：
 - (一)優先支應使用MIS-C免疫球蛋白之當次門住診醫療費用點數
 - (二)再支應COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫
 - (三)如有剩餘款則支應112年COVID-19確診個案醫療費用點數。
- 動支條件及結算方式如下：

- (一)使用MIS-C免疫球蛋白藥物之當次門住診醫療費用點數。

支應前開醫療費用點數大於108年同期醫療點數部分。使用MIS-C免疫球蛋白藥物之當次門住診醫療費用：係指0~19歲(就醫日期年—保險對象生日年)保險對象，當次就醫申報診斷碼同時具ICD-10-CM M35.8及U09.9者，且使用ATC代碼J06BA02之藥品(醫令類別1、X、Z)之當次門住診醫療費用(申請費用點數+部分負擔)。

- (二)COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫：

支應前開項目後，預算如有剩餘，支應費用年月112年12月之COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫獎勵費用^{註1}(不含開辦整合門住診照護獎勵費、整合成效獎勵費)。

註：

1. COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫獎勵費之醫令代碼如下：

醫令代碼	醫令名稱	醫令單價
E5102B	個案門診整合獎勵費	1,400
E5103B	初評評估獎勵費	1,400
E5104B	複評評估獎勵費	1,400
E5105B	結案評估獎勵費	1,400
E5106B	精神科評估獎勵費	1,000

E5107B	個別心理諮商及衛教獎勵費(次)	1,200
E5108B	團體心理諮商及衛教獎勵費(人次)	250
E5109B	個案管理獎勵費	1,200
E5110B	營養評估獎勵費	300
E5111B	轉銜長期照顧獎勵費	500
E5112B	社會資源轉介評估獎勵費	500

2. 上述醫令代碼、醫令名稱及醫令單價，摘自110年12月13日健保醫字第1100046233號公告「COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫」。

3. 由本預算支應之COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫獎勵費用，併同當次門住診醫療費用案件申報，醫令類別請填「4不計價」，點數請填0。於年度結算時，點數以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

(三) 接受新冠照護之個案

支應前開項目後，如有剩餘則支應COVID-19確診個案，院所申報主次診斷碼為ICD-10-CM M35.8或U09.9之醫療費用點數（申請點數+部分負擔）。【符合項目(一)者不再重複計算】

五、結算方式：各項目依序由本預算支應，採全年結算，依各項目全年各就醫分區實際執行情形，併入當年第4季各分區一般服務費用結算。若當年經費不足支應時，則按當年各項目各分區前開實際執行申報醫療點數之比例分配，併入當年第4季該分區一般服務費用結算。

六、預期效益之評估指標：

(一)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。

(二)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。

(三)接受照護之個案大於108年。

七、醫療利用監控及管理措施：因本預算為專款，用於支用MIS-C的醫療費用、COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫及接受新冠照護之個案，不致發生濫用情形，預算如有剩餘則回歸安全準備金，健保署仍將定期統計申報資料，提報每季醫院總額研商議事會議監控利用情形。

衛生福利部 函

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

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年8月30日
發文字號：衛部保字第1121260319C號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表之pdf檔各1份

主旨：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，業經本部於中華民國112年8月30日以衛部保字第1121260319號令修正發布，並自112年10月1日生效，茲檢送發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表各1份，請查照。

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

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正總說明

本次醫療服務給付項目及支付標準之修正，為本（一百十二）年第三次修正，並自一百十二年十月一日生效。

本次主要依據本年度醫院及西醫基層部門總額決定事項，新增九項診療項目及修正十二項支付規範、增列小兒外科專科醫師住院診察費加成規定、調整屬西醫基層總額部門院所支付點數與醫院一致，及修正牙醫支付標準。要點如下：

一、西醫基本診療(第二部第一章)：

(一) 門診診察費(第一節)：

1. 新增「腎臟移植諮詢費」(編號01039C, 600點)項目。
2. 調整屬西醫基層總額部門院所「急診診察費」(編號01015C)等三項支付點數與醫院一致。

(二) 住院診察費(第二節)：通則六增列小兒外科專科醫師診治未滿十九歲病人案件，得比照兒科專科醫師申報加成規定。

二、西醫特定診療(第二部第二章)：

(一) 新增診療項目：

1. 新增「新型冠狀病毒核糖核酸定性擴增試驗」及「新型冠狀病毒抗原檢測」(編號12215C, 1,200點；編號14084C, 150點)二項(第一節檢查)。
2. 新增「胃幽門螺旋桿菌特殊培養法」、「(難治型)胃幽門螺旋桿菌藥物敏感度檢測—三種/五種抗生素藥物敏感度檢測」(編號13030B, 903點；編號13031B, 2,278點；編號13032B, 3,047點)三項(第一節檢查)。
3. 新增「高風險妊娠生產新生兒緊急處置費-初階/中階/高階」(編號57124C, 2,354點；編號57125B, 5,000點；編號57126B, 10,000點)。

點)三項(第六節治療處置)。

4. 配合前述新增診療項目，增列相關診療項目支付規範不得併報。

(二) 修正給付規定：

1. 修正「X光骨骼密度測定」(編號33064B)適應症及執行頻率(第二節放射線診療)。

2. 配合臨床手術之執行，修正「前哨淋巴結摘除手術」(編號63017B)等九項支付規範(第七節手術)。

(三) 調整屬西醫基層總額部門院所支付點數與醫院一致，計一百四十一項。

(四) 其餘屬項目名稱、申報規定、操作人員資格及文字等修正。

三、牙醫(第三部)：

(一)「重度以上特定身心障礙(非精神疾病)者診察費」(編號00128C及編號00311C)增列自閉症及失智症病人適用。

(二)「附表3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則」增列十二項不列入計算之診療項目。

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：江小姐
聯絡電話：(02)8590-6766
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hgduedue@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22日
發文字號：衛部保字第1121260312C號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表之pdf檔各1份

主旨：「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第七十九條附件二、第八十條附件三、第八十一條附件四、第八十二條附件五、第八十三條附件六、第八十四條附件七，業經本部於中華民國112年8月23日以衛部保字第1121260312號令修正發布，自112年1月1日生效，茲檢送發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表各1份，請查照。

正本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑師公會全國聯合會、中華民國西藥代理商業同業公會、臺灣製藥工業同業公會、中華民國製藥發展協會、中華民國開發性製藥研究協會、台北市西藥代理商業同業公會、台灣藥品行銷暨管理協會、中華民國西藥商業同業公會全國聯合會、社團法人中華民國學名藥協會、台灣研發型生技新藥發展協會、中華民國醫療器材商業同業公會全國聯合會、中華民國儀器商業同業公會全國聯合會、台北市美國商會醫療器材組、台北市歐洲商務協會、台灣醫療暨生技器材工業同業公會、台北市儀器商業同業公會、台北市進出口商業同業公會、台灣先進醫療科技發展協會
副本：衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部食品藥物管理署、衛生福利部國民健康署、衛生福利部疾病管制署、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會、本部醫事司(均含附件)

112.08.23



112CC00673

全民健康保險藥物給付項目及支付標準第七十九條附件二、第八十條附件三、第八十一條附件四、第八十二條附件五、第八十三條附件六、第八十四條附件七修正總說明

本次全民健康保險藥物給付項目及支付標準(以下稱本標準)之修正，為本(一百十二)年第一次修正。

依據本標準第四條第八項「保險人每年將暫予收載結果，報請主管機關公告收載於本標準中」規定，修正本標準第七十九條附件二至第八十四條附件七之內容，依次為「藥品給付品項暨支付標準表」、「特殊材料給付品項暨支付標準表」、「中藥用藥品項表(單方)」、「中藥用藥品項表(複方)」、「藥品給付規定」及「特殊材料給付規定」，其修正要點如下：

- 一、本次內容係對照一百十二年一月與一百十一年一月之藥物給付品項、支付標準及給付規定等保險人依本標準第五條暫予收載或調整支付價格之品項，或增修之給付規定，所作修正。
- 二、「藥品給付品項暨支付標準表」：一百十二年一月共收載一萬五千三百零七項，相較於一百十一年一月，異動一千零五十一項，其中新增三百零三項、調整兩百零二項、刪除五百四十六項。(修正條文第七十九條附件二)
- 三、「特殊材料給付品項暨支付標準表」：一百十二年一月共收載八千零九十一項，相較於一百十一年一月，異動一千六百九十項，其中新增五百七十五項、調整一百八十八項、刪除九百二十七項。(修正條文第八十條附件三)
- 四、「中藥用藥品項表(單方)」：一百十二年一月共收載三千五百十四項，相較於一百十一年一月，異動六十四項，其中新增六十一項、刪除三項。(修正條文第八十一條附件四)
- 五、「中藥用藥品項表(複方)」：一百十二年一月共收載六千八百九十七項，相較於一百十一年一月，異動三百九十三項，其中新增一百十項、刪除二百八十三項。(修正條文第八十二條附件五)
- 六、「藥品給付規定」：共十五節，本次修正內容為通則及第一節至第六節、第八節至第十節及第十三節至第十五節，同時修正附表八之二、附表十、附表十一、附表十八之三、附表二十二之六、附表三十二之一，及新增附表二十

四之五、附表二十四之六及附表三十六。(修正條文第八十三條附件六)

七、「特殊材料給付規定」：一百十二年一月共有二百九十六項分類碼，相較於一百十一年一月，異動六十五項，其中新增十四項、修正五十項、刪除一項。
(修正條文第八十四條附件七)

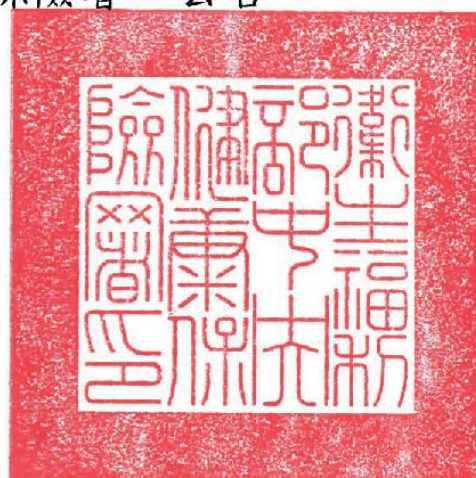
八、本次修正內容為一百十二年一月份之給付品項、支付標準及給付規定，如有異動，以保險人最新公告為主。

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  24
臺北市南港區忠孝東路6段488號



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年8月18日
發文字號：健保醫字第1120115756號
附件：如主旨、公告事項二(請至本署全球資訊網
站公告欄擷取)

主旨：公告修正「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案(下稱即時查詢方案)」如附件1，自112年9月1日起實施。

依據：衛生福利部112年8月8日衛部保字第1121260292號函。

公告事項：

一、旨揭方案增修項次如下：

- (一)三、(五)調整其他預算經費及用途。
- (二)五、(一)新增附件5獎勵項目，共計2項。
- (三)五、(二)調整附件5-1獎勵項目CT、MRI等56項之獎勵點數及牙科X光檢查之獎勵時效規範。
- (四)六、(一)~(四)調整提升智慧化資訊獎勵之獎勵項目。
- (五)七、(二)調整提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料之結算方式。

二、次修正即時查詢方案一特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明(下稱檢驗(查)上傳格式)(附件2)及特約醫事服務機構上傳醫療檢查影像格式說明(下稱影像上傳格式)(附件3)如下：

(一)檢驗(查)上傳格式：

- 1、新增表十一、全民健康保險慢性傳染病照護品質計畫

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300195

之愛滋檢驗填寫規範，並配合修正表一及表二上傳欄位說明。

- 2、修正表一及表二時間欄位收載至「秒」(長度為13)。
- 3、新增表一及表二「就醫序號」欄位之「職災案件」填列說明。

(二)影像上傳格式：

- 1、除調整牙科X光獎勵規範：修正四、(一)、四、(二)3.及表一。
 - 2、修正表二時間欄位收載至「秒」(長度為13)。
 - 3、新增表二「就醫序號」欄位之「職災案件」填列說明。
- 三、考量院所調整上傳程式所需時間，檢驗(查)上傳格式及影像上傳格式修訂於112年10月1日起實施。
- 四、旨揭方案置於本署全球資訊網/公告，又檢驗(查)上傳格式及影像上傳格式置於本署全球資訊網/健保服務/健保與就醫紀錄查詢項下，請自行擷取。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、社團法人中華民國職能治療師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國公立醫院協會、社團法人台灣私立醫療院所協會、台灣教會醫療院所協會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、國軍退除役官兵輔導委員會、社團法人台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、社團法人台灣醫事檢驗學會、台灣臨床病理檢驗醫學會、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部疾病管制署、本署各分區業務組、本署署長室、本署李副署長室、本署主任秘書室、本署財務組、本署主計室、本署企劃組(請刊登本署電子報)、本署資訊組、本署醫審及藥材組、本署承保組、本署醫務管理組

署長 石崇良

中央健康保險署 112 年 6 月至 9 月份公告暫予支付及修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分項目如下：

一、藥品部分：計公告 19 件，其中 8 件為新藥收載、6 件為給付規定異動、5 件為其他(新收載品項暫予支付、已收載品項支付標準異動)。

(一)新藥收載：8 件

公告日期	藥物分類	公告主旨
112.06.13	新劑型新藥/ 神經系統藥物	公告暫予支付含 riluzole 成分藥品 Teglutik 5mg/mL oral suspension 暨其藥品給付規定。(用於治療肌萎縮脊髓側索硬化症，屬第 2B 類新藥)
112.06.14	新成分新藥/ 抗腫瘤藥物	公告暫予支付含 acalabrutinib 成分藥品 Calquence Capsules 100mg 暨其藥品給付規定，修訂含 ibrutinib 成分藥品(如 Imbruvica)及含 venetoclax 成分藥品(如 Venclexta)之給付規定。(用於治療慢性淋巴球性白血病之抗腫瘤藥物，屬第 2B 類新成分新藥)
112.06.15	新成分新藥/ 抗腫瘤藥物	公告暫予支付含 tepotinib 成分藥品 Tepmetko film-coated Tablets 225mg 暨其藥品給付規定。(用於治療帶 MET exon 14 基因突變的非小細胞肺癌患者的第 1 個標靶藥物，屬第 2A 類新藥)
112.07.05	新成分新藥/ 抗腫瘤藥物	公告暫予支付含 dinutuximab beta 成分藥品 Qarziba 4.5mg/mL concentrate for solution for infusion 暨其藥品給付規定。(用於治療神經母細胞瘤之標靶免疫藥物，屬第 1 類新成分新藥)
112.07.14	新成分新藥/ 神經系統藥物	公告暫予支付含 onasemnogene abeparvovec 成分藥品 Zolgensma 暨其藥品給付規定。(用於治療脊髓性肌肉萎縮症(SMA)第一個基因替代療法，屬第 1 類新藥)
112.07.14	新成分新藥/ 代謝及營養劑	公告暫予支付含 migalastat 成分藥品 Galafold 暨其藥品給付規定。(用於治療法布瑞氏症，屬第 2A 類新藥)
112.07.14	新給藥途徑新 藥/免疫製劑	公告暫予支付含 vedolizumab 成分藥品 Entyvio 108mg Solution for Injection 暨其藥品給付規定。(用於治療成人潰瘍性結腸炎及克隆氏症之皮下注射劑，屬第 2B 類新藥)
112.07.14	新成分新藥/ 皮膚科製劑	公告暫予支付含 Centella asiatica extract 及 plectranthus amboinicus extract 成分藥品 Fespixon cream 暨其藥品給付規定。(用於治療糖尿病足傷口潰瘍，符合全民健保藥物給付項目及支付標準第 17-1 條規定之新成分新藥)

(二)已收載藥品給付規定異動：6 件

公告日期	藥物分類	公告主旨
112.06.15	血液治療藥物	公告異動含 emicizumab 成分藥品(如 Hemlibra)共 2 品項之支付價格暨修訂其藥品給付規定。(擴增用於未帶有第八凝血因子抗體之嚴重 A 型血友病預防性治療)
112.07.14	抗腫瘤藥物	公告異動含 atezolizumab 成分藥品 Tecentriq 及含 bevacizumab 成分藥品 Avastin 支付價及修訂其藥品給付規定，並修訂含 sorafenib 成分藥品(如 Nexavar)及含 lenvatinib(如 Lenvima)之給付規定。(擴增 atezolizumab 與 bevacizumab 併用，適用於治療未曾接受全身性療法且無法切除或轉移之肝細胞癌)
112.07.14	皮膚科製劑	公告修訂含 Dupilumab 成分藥品(如 Dupixent)藥品給付規定。(用於治療異位性皮膚炎，修訂藥品使用劑量)
112.07.14	抗腫瘤藥物	公告修訂含 pertuzumab 成分藥品(如 Perjeta)之藥品給付規定。(用於治療轉移後未曾以抗 HER2 或化學療法治療之 HER2 過度表現轉移性乳癌，刪除商品名 Herceptin 僅列成分名稱 trastuzumab)
112.07.14	抗腫瘤藥物	公告異動含 azacitidine 成分藥品 AZACITIDINE LYOPHILIZED INJ 100MG "GBC"之支付價格暨修訂其藥品給付規定。(用於治療骨髓增生不良症候群高危險性，修訂給付規定「續用不需再事前審查」)
112.07.28	抗腫瘤藥物	公告異動含 enzalutamide 成分藥品(如 Xtandi)之支付價格暨修訂其藥品及含 abiraterone 成分藥品(如 Zytiga)、含 apalutamide 成分藥品(如 Erleada)及含 darolutamide 成分藥品(如 Nubeqa)之給付規定。(擴增給付範圍於高風險非轉移性的去勢抗性前列腺癌治療)

(三)其他：5 件

公告日期	分類	公告主旨
112.06.15	已收載品項支付標準異動	公告異動含 rivaroxaban 成分藥品(如 Xarelto)2.5mg 之支付價格。(用於治療靜脈血栓高危險、非瓣膜性心房纖維顫動、深部靜脈血栓與肺栓塞)
112.06.15	已收載品項支付標準異動	公告異動含 entrectinib 成分藥品 Rozlytrek 200mg hard capsules 及 Rozlytrek (entrectinib) capsules 200mg 兩品項之支付價格。(用於治療局部晚期或轉移性非小細胞肺癌)
112.06.30	暫予支付及異動專案進口藥品	公告暫予支付及異動專案進口藥品含 vigabatrin 成分藥品 Vigabatrin for oral solution USP, 500mg/包。(用於抗癲癇輔助療法)
112.07.14	新收載品項暫予支付及已收載品項異動	公告暫予支付新增及異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」之藥物品項計 134 項。
112.07.24	已收載品項支付標準異動	公告異動含 ertapenem 成分之特殊藥品共 2 品項之支付價格。(本案藥品列屬抗感染特殊藥品)

二、特材部分：計公告 22 件，其中 14 件為新特材收載、3 件為給付規定異動、5 件為其他(新增既有功能類別品項、已收載品項支付標準異動)。

(一)新特材收載：14 件

公告日期	分類	公告主旨
112.06.12	管套類-呼吸管	公告暫予支付特殊材料「"邁柯唯"橫膈膜電位導管」暨其給付規定。
112.06.12	管套類-氣球擴張導管	公告暫予支付特殊材料「"愛德華"精準感測器」共 1 項暨其給付規定。
112.06.12	容器類-袋類	公告暫予支付特殊材料「"康樂保"善舒樂密優造口術用袋及其附件(未滅菌)-墊高型造口貼環」計 3 項。
112.06.14	管套類-導引管	公告暫予支付特殊材料「"法斯樂舒順"璀璨爾導管」共 1 項暨其給付規定。
112.06.14	人工機能代用類-骨科類	公告暫予支付特殊材料「"聯合"骨水泥髖關節塑模-強化桿」暨其給付規定。
112.06.29	人工機能代用類-骨科類	公告暫予支付特殊材料「"賀利氏"骨水泥含抗生素」計 8 項暨其給付規定。
112.07.04	管套類-消化類	公告暫予支付特殊材料「"吉愛"史斑特內視鏡記號液」暨其給付規定。
112.07.07	人工機能代用類-骨科類	公告暫予支付特殊材料「"瑞德"伊凡孚撓骨頭系統-鈷鉻合金」計 3 項暨其給付規定。
112.08.07	容器類-袋類	公告暫予支付特殊材料「"康威"膚舒穩大便失禁套件(未滅菌)」暨其給付規定。
112.08.10	人工機能代用類-骨科類	公告暫予支付特殊材料「雙動式人工髖關節-金屬襯墊」暨給付規定。
112.08.14	人工機能代用類-神經外科類	公告暫予支付特殊材料「"美敦力"貝思神經刺激器及其配件(雙側/電池容量 5.26Ah)」計 1 項。
112.08.15	人工機能代用類-骨科類	公告暫予支付特殊材料「特殊金屬髖臼杯」暨給付規定。
112.08.15	管套類-壓力監視管套	公告暫予支付特殊材料「"亞諾"多腔中央靜脈導管組-抗菌四腔」共 1 項暨其給付規定。
112.08.15	針具類-生檢切片針	公告暫予支付特殊材料「"曲克"肝組織取樣組」及「"亞康恩"提雷伯經頸靜脈肝切片系統」共 2 項暨其給付規定。

(二)已收載特材給付規定異動：3 件

公告日期	分類	公告主旨
112.08.07	管套類-電極導管	公告修訂既有功能類別特殊材料「3D 立體定位貼片組」給付規定。

公告日期	分類	公告主旨
112.08.10	人工機能代用類-骨科類	公告修訂特殊材料「埋頭中空加壓骨釘」及「Compression Staple/Plate (Memory Staple)」給付規定。
112.08.15	工具類-血糖試紙	公告修訂既有功能類別特殊材料「糖尿病血糖試紙」給付規定。

(三)其他：5 件

公告日期	分類	公告主旨
112.06.08	已收載品項支付標準異動	公告修正既有功能類別特材「邦美」康品恆禧福肩關節系統-半肩關節」等 4 類核價類別共 14 品項之支付標準。
112.06.08	已收載品項支付標準異動	公告修正「塑膠注射針頭」等 16 類既有功能類別特材之支付標準。
112.06.26	已收載品項支付標準異動	公告修正既有功能類別特材「動靜脈血栓清除導管（單腔）」共 5 品項及「動靜脈血栓清除導管（雙腔）」共 2 品項之支付標準。
112.08.07	新增既有功能類別品項及已收載品項支付標準異動	公告新增及異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準之特材品項」計 127 項。
112.08.25	已收載品項支付標準異動	公告修正既有功能類別特材「PMMAI.O.L」共 4 品項之支付標準。

衛生福利部全民健康保險會

第 6 屆 112 年第 8 次委員會議補充資料目錄

會議時間：112 年 9 月 22 日

- 一、本會重要業務報告----- 1
補充：說明一、個別委員關切事項回復1則(會議資料第12頁)
- 二、討論事項
- (一)第一案「113 年度醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診醫療給付費用總額及其他預算協商結論案」之協商結論附件一至五(會議資料第 28 頁) ----- 9
- (二)第二案「建議各總額部門專款『網路頻寬補助費用』項目及其他預算『提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用』項目延長執行期間」(會議資料第 31 頁)----- 117

(會議資料第 12 頁)

四、本會重要業務報告

.....

說明：

- 一、上次(第 7 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(會議資料第 17 頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理；補充個別委員關切事項回復 1 則，如附件(已於 9 月 19 日以電子郵件寄送委員參考，第 2~7 頁)。

有關 112.7.26 本會第 6 次委員會議劉淑瓊委員關切事項，健保署前於 112.8.16 第 7 次委員會議回復(如下)，該署完成資料分析後，再提供補充說明資料，詳如後附。

節錄 112.8.16 第 7 次委員會議資料第 50 頁

委員意見	健保署說明
<p>劉委員淑瓊(112.7.26 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。</p> <p>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>

有關劉淑瓊委員關切事項「慢性病人相關數據」，健保署說明如下：

一、「穩定慢性病人多科跨層級就醫造成之費用影響」及「穩定慢性病人可下轉且完成下轉之比率」

說明：有關「穩定慢性病人多科跨層級就醫造成之費用影響」及「穩定慢性病人可下轉且完成下轉之比率」，穩定慢性病人，涉醫師臨床專業判斷，無相關定義，亦無法從醫療費用申報資料得知，爰提供「慢性病人就醫科別數及跨層級就醫情形」及「慢性病接受轉診案件之轉診類型(下轉、上轉、平轉)之人數、件數、醫療費用點數」統計資料如附件 1 及 2，資料定義詳附件 3。

二、「慢性病人可參與整合照護門診收案之潛在對象人數及實際收案人數」

說明：111 年慢性病人參與「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」統計如附件 4。

附件1：慢性病人就醫科別數及跨層級就醫情形

就醫科別數	就醫院所層級(特約類別)					
	無跨層級就醫			跨2種層級以上就醫		
	人數	件數	醫療費用點數	人數	件數	醫療費用點數
1科	6,170,873	23,108,795	48,182,019,677	159,250	967,674	2,077,228,278
2科	1,640,468	12,251,674	32,174,381,873	1,594,863	12,288,919	28,175,100,874
3科	482,983	5,371,779	17,417,719,747	1,143,780	13,073,853	34,709,612,267
4科	159,336	2,369,786	9,337,100,579	648,887	9,821,139	29,137,754,860
5科	58,699	1,093,435	4,746,708,131	337,505	6,353,080	20,194,963,144
6科以上	40,407	1,027,134	4,467,030,986	311,877	8,050,975	27,140,698,206
總計	8,552,766	45,222,603	116,324,960,993	4,196,162	50,555,640	141,435,357,629

註：

- 資料來源：多模型健保資料庫平台慢性病彙總檔
- 擷取日期：112/8/25
- 資料範圍：
 - 費用年為111年
 - 僅擷取慢性病彙總檔之門診資料
 - 限制申約院所特約類別為醫院及基層院所
- 人數以校正外來人口後ID+生日歸人
- 醫療費用點數=申請費用點數+部分負擔
- 就醫科別數為資料範圍內每人就醫科別之不重複科別數
- 無跨層級就醫之定義：資料範圍內，就醫案件歸人後，就醫院所層級均為同一特約類別
- 跨2種層級以上就醫之定義：資料範圍內，就醫案件歸人後，就醫院所層級為特約類別醫學中心、區域醫院、地區醫院、基層院所中任2種以上如某甲111年於醫學中心A之家醫科及基層診所B之心臟內科就醫，則屬於就醫科別數2科、跨2種層級以上就醫。

附件 2：慢性病患者接受轉診案件之轉診類型(下轉、上轉、平轉)之人數、件數、醫療費用點數

轉診種類	人數	件數	醫療費用點數
下轉	38,682	41,451	70,036,861
上轉	145,488	160,378	445,776,785
平轉	9,079	16,335	118,701,356
總計	186,566	218,164	634,515,002

註：

- 資料來源：多模型健保資料平台門診清單明細檔、慢性病彙總檔、門診醫令明細檔、院所屬性與基本資料彙整檔
- 擷取日期：112/8/25
- 資料範圍：
 - 費用年為 111 年
 - 慢性病案件定義：同慢性病彙總檔收載之案件定義
 - 限制轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記為 1(保險對象本次就醫係由他院轉診而來)
 - 限制部分負擔代碼為 A30、B30、C30、D30、008
- 人數以校正外來人口後 ID+生日歸人
- 醫療費用點數=申請費用點數+部分負擔
- 轉診種類：下轉(轉出院院所特約類別-接受轉診院所特約類別<0)，上轉(轉出院院所特約類別-接受轉診院所特約類別>0，平轉(轉出院院所特約類別-接受轉診院所特約類別=0)
- 排除轉出院院所特約醫事機構代號無法辨別的案件

本次資料定義：

(一)慢性病患者(參考慢性病彙總檔)：

1. 門診：案件分類為透析(05)、肺結核(06)、慢性病(04、24)、慢連箋調劑(08、28)、論質方案(E1)、愛滋病慢箋(E2、E3)或給藥日份大於 14 天或診察費代碼或醫令代碼屬慢性病連續處方箋之案件。
2. 特約藥局：原始案件分類為透析(05)、肺結核(06)、慢性病(04、24)、慢連箋調劑(08、28)、論質方案(E1)、愛滋病慢箋(E2、E3)或給藥日份大於 14 天之案件。

(二)就醫科別數：資料範圍內每人就醫科別之不重複科別數

(三)跨兩種層級以上就醫：資料範圍內，就醫案件歸人後，就醫院所層級為特約類別醫學中心、區域醫院、地區醫院、基層院所中任 2 種以上者。

(四)無跨層級就醫：資料範圍內，就醫案件歸人後，就醫院所層級均為同一特約類別。

(五)轉診就醫：

- 1、部分負擔代碼=A30(醫學中心：轉診、藥品或復健)、B30(區域醫院：轉診、藥品或復健)、C30(地區醫院：轉診、藥品或復健)、D30(基層診所：轉診(轉入之院所適用)、藥品或復健)、008(經離島醫院診所轉診至台灣本島門診及急診就醫者)
- 2、轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記為 1(保險對象本次就醫係由他院轉診而來)
- 3、下轉(轉入院所特約類別-申報院所特約類別<0)，上轉(轉入院所特約類別-申報院所特約類別>0，平轉(轉入院所特約類別-申報院所特約類別=0)

附件 4：111 年慢性病人參與「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」統計

項目	潛在病人數	實際收案人數 ^{註 3}	收案人數占率
慢性病(疾病) ^{註 1}	13,412	3,164	23.6%
慢連箋 ^{註 2}	32,550	7,078	21.7%
合計	35,332	7,810	22.1%

註：1. 符合給藥日份 ≥ 28 天之案件中最近 3 個月申報之主診斷中有 3 種(含)以上慢性病者。

2. 符合最近 3 個月至少申報 2 次(含)以上慢性病連續處方箋且最近 3 個月申報之慢性病連續

處方箋用藥之藥品項數合計達 10 種(含)以上者。

3. 符合前揭定義者，且符合「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」規定申報收案者。

113 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

■ 113 年度醫院醫療給付費用總額 = 校正後 112 年度醫院一般服務醫療給付費用 \times (1 + 113 年度一般服務成長率) + 113 年度專款項目經費 + 113 年度醫院門診透析服務費用

■ 113 年度醫院門診透析服務費用 = 112 年度醫院門診透析服務費用 \times (1 + 113 年度成長率)

註：校正後 112 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 112 年第 7 次委員會議決定，校正投保人口預估成長率差值、加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款，及扣除「111 年未導入預算扣減」部分(醫院總額 111 年度未有本項扣減金額)。

二、總額協商結論：

經醫院代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及醫院代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定。

付費者代表委員之建議方案：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，依協定事項辦理，並於 113 年 7 月前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效納入 114 年度總額協商考量。

(一)一般服務成長率為 5.152%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 4.179%，協商因素成長率 0.973%。各項協商因素及建議事項如下：

1. 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.705%，預估增加 3,600 百萬元)：

(1)含暫時性支付新藥 6 億元，其 PVA(價量協議)或 MEA(藥品給付管理合約)還款金額，應納入本項預算財源，並於公務預算挹注或另有基金財源後退場。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①在額度內妥為管理運用，於 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程(含暫時性支付之執行及費用支付方式、預算估算、擬暫時收載年限、療效評估與退場機制等)，並於 114 年度總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。

②對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。

③若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並請於 113 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及暫時性支付之申報費用/點數)。

④歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於給付新醫療科技，並請於 114 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。

2.藥品及特材給付規定改變(0.270%，預估增加 1,377 百萬元)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)在額度內妥為管理運用，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。於 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最

- 近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於 114 年度總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。
- (2)若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並請於 113 年 7 月前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。
- (3)歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，並請於 114 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。
- 3.配合醫療器材使用規範，修訂受影響之診療項目支付點數(0%)：
考量本項相關支付標準之調整尚未公告實施，維持編列於「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)」專款項目，爰不新增預算。
- 4.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(0%)：
考量本項預算執行率尚不穩定，維持編列於「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」專款項目。
- 5.平衡醫院部門實際醫療服務與總額額度落差(點值不平衡調整方案)(0%)：
(1)現行總額支付制度為支出上限制，點值隨著醫療服務量變動，本項與總額支付制度之設計不符，爰不新增預算。
(2)醫界所稱點值不平衡，真正的關鍵是「論量計酬」，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，重新檢討並修正總額醫療費用案件之審查作業，以發揮同儕制約精神，並加速支付制度改革之推進，以使健保能永續經營。

6.提升醫院兒童急重症照護量能(0%)：

(1)本項建議由公務預算支應，並重新調整兒童醫療資源配置，主要考量如下：

①兒童急重症照護支付標準已多次調升，但醫界仍舊反映有虧損問題，顯見已不全然是支付因素。

②兒童急重症照護由於量體過小且診療成本高，支付加成能發揮的效果有限，建議應重新調整兒童醫療資源配置，透過區域化分工形成規模，並挹注公務預算，以提升兒童急重症服務量能。

(2)請中央健康保險署通盤檢討支付標準之合理性，若經評估確有調整必要，優先由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應，或併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。

7.提升醫院用藥安全與品質方案之 ICU 臨床藥事照護給付(0%)：

維持編列於「醫療給付改善方案」專款項目。

8.B 型肝炎病毒治療藥費移列專款(0%)：

考量現行 B 型肝炎病人已於一般服務穩定提供治療用藥，尚無移列專款項目之必要，應維持於一般服務支應，故本項不移列專款。

9.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.002%，減少 12.1 百萬元)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

(2)本項不列入 114 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 40,059.7 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同醫院總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 112 年 11 月前

完成，新增計畫原則於 112 年 12 月前完成。

1. 暫時性支付(新藥、新特材)

併入一般服務項目「新醫療科技」支應，故本項不編列專款。

2. C 型肝炎藥費：

(1) 全年經費 2,224 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2) 請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協商 114 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一。

3. 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

(1) 全年經費 15,108 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2) 請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控，於額度內妥為管理運用。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

4. 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

(1) 全年經費 5,580 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2) 請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控，於額度內妥為管理運用。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

5. 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

(1) 全年經費 5,208.06 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①本項專款項目已穩定執行多年，請規劃回歸一般服務，並持續監測服務量變化情形。
- ②提報之執行情形，應含醫療利用、成長原因分析、等待時間及不同器官移植之存活率等。

6.醫療給付改善方案：

- (1)全年經費 1,693.4 百萬元。
- (2)持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質等 9 項方案。
- (3)請中央健康保險署通盤檢討各項方案照護成效不佳之原因，研議具體改善策略，朝向「以人為中心」提供整合式服務，並檢討品質指標之獎勵效果，以提升執行成效。
- (4)對於執行穩定且具成效的項目，宜回歸一般服務費用與相關醫療處置銜接。

7.「提升醫院用藥安全與品質方案」之 ICU 臨床藥事照護：

維持編列於「醫療給付改善方案」專款項下。

8.急診品質提升方案：

- (1)全年經費 300 百萬元。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①精進方案執行內容，檢討獎勵方式，對實質提升急診處置效率及急診重大疾病照護品質者予以獎勵，並於額度內妥為管理運用，以提升執行成效。
 - ②提報之成效評估檢討報告，應含急診處置效率及急診重大疾病照護品質相關監測指標。

9.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

- (1)全年經費 210 百萬元。
 - (2)請中央健康保險署積極推動 DRGs 雙軌方案，以醫院為單位進行試辦，早日完成全面導入 DRGs 支付制度。
- 10.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：
- (1)全年經費 115 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
 - (2)請中央健康保險署持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與。
- 11.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：
- (1)全年經費 1,300 百萬元。
 - (2)請中央健康保險署確實檢討當地民眾之醫療需求與特性，及其醫療利用情形，並精進計畫內容及提升服務可近性。
- 12.鼓勵院所建立轉診合作機制：
- (1)全年經費 224.7 百萬元，經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
 - (2)請中央健康保險署檢討獎勵方式及支付誘因，納入醫病共享決策之精神，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效。
- 13.網路頻寬補助費用：
- (1)全年經費 150 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
 - (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①請檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率。
 - ②於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。
 - ③請確實依退場期程(110~114 年)退場，將所規劃之

執行方式及辦理進度，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。

14.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金：

(1)全年經費 15 百萬元，用於住院病人之腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金。

(2)本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。

15.住院整合照護服務試辦計畫：

(1)全年經費 560 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①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，並持續建立多元品質監測指標，包括病人安全(如：院內感染、跌倒發生率)、照護聘任模式、照護人力狀況、民眾使用意向及實際收費情形等結果面指標。

②提報之成效評估檢討報告，應含多元品質監測指標監測結果。

16.精神科長效針劑藥費：

(1)全年經費 2,664 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署積極推動，提升執行成效，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用。

17.鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)請中央健康保險署精進計畫內容，檢討醫院評比獎勵方式及獎勵標準設定之合理性，以利檢討改善。

18.因應長新冠照護衍生費用：

(1)全年經費 40 百萬元。(擴增藥品給付規定費用由一

般服務「藥品及特材給付規定改變」項目支應)

(2)本項支出如達動支條件，依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。

(3)請中央健康保險署持續監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。

19.因應肺癌篩檢疑似陽性個案健保後續費用擴增：

(1)全年經費 500 百萬元。

(2)本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務結算。

(3)本項以 3~5 年為檢討期限，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請最遲於 116 年 7 月前提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

20.促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)：

(1)全年經費 2,772 百萬元。

(2)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①於 112 年 11 月前將具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)及執行情形提報全民健康保險會。

②本項以 3 年為檢討期限(112~114 年)，會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

21.癌症治療品質改善計畫：

(1)全年經費 414 百萬元，本項經費得與西醫基層、牙醫門診總額同項專款相互流用。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質。
- ②請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。
- ③本計畫以4年為檢討期限(112~115年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第4年(115年7月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

22.慢性傳染病照護品質計畫：

(1)全年經費180百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①於額度內妥為管理運用，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。
- ②精進計畫內容，建立完整之個案照護銜接及追蹤機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，提升照護品質。
- ③本計畫以4年為檢討期限(112~115年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第4年(115年7月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

23.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能：

本項經費用於支付標準補付及加成，與「優化醫療服務品質」及「提升分級醫療推動量能」政策目標不盡相符，爰不編列預算。

24.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護

量能：

本項經費用於支付標準補付及加成，與「優化醫療服務品質」及「提升分級醫療推動量能」政策目標不盡相符，爰不編列預算。

25.社區好醫院-地區醫院家庭責任醫師整合方案(113 年新增項目)：

考量西醫基層總額「家庭醫師整合性照護計畫」之家醫群已與地區醫院合作共同提供服務，並支付相關獎勵費用，爰不編列預算。

26.區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作(113 年新增項目)：

考量現行「急診品質提升方案」已提供緊急手術病人之轉出及轉入醫院獎勵費用，爰不編列預算。

27.區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作(113 年新增項目)：

本項手術獎勵費用高於現行支付標準，考量支付衡平性，且健保已投入多項經費鼓勵轉診與院所合作，爰不編列預算。

28.抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫(113 年新增項目)：

考量醫院部門並未編列本項預算，且感染管制為醫療院所基本要求，爰不編列預算。

29.抗凝血藥品藥師門診方案(113 年新增項目)：併入「醫療給付改善方案」專款項目處理。

30.品質保證保留款：

(1)全年經費 501.5 百萬元。

(2)原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7 百萬元)，與 113 年度品質保證保留款(501.5 百萬元)合併運用(計約 890.2 百萬元)。

(3)請中央健康保險署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。

(三)門診透析服務：

1.門診透析服務總費用成長率為 3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，醫院總額本項服務費用成長率為 1.586%。

3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 45,995.3 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質，其中 300 百萬元不得流用於一般服務。

4.請中央健康保險署辦理以下事項：

(1)請鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，以提升透析病人生活品質。

(2)持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。

(3)鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質之具體實施方案請於 112 年 11 月前完成，並於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

(四)前述三項額度經換算，113 年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長 3.626%。各細項成長率及金額如附表。

醫院代表委員之建議方案：

醫院部門強調續秉持 108 年對非協商因素的主張，即在醫院總額點值未達一點 1 元之前，不應且不得就非協商因素(含醫療服務成本指數改變率；MCPI 預算)以任何附帶決議形式，框定或限定預算的使用。

(一)一般服務成長率為 4.721%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 4.179%，協商因素成長率 0.542%。各項協商因素及建議事項如下：

1. 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0%)：

(1)主張移列專款項目，與暫時性支付(新藥、新特材)合併為新醫療科技((含新藥、新特材、新增診療項目及暫時性支付(新藥、新特材))編列 1,306 百萬元。

(2)另就付費者代表所擬之協定事項：「本項支付之新藥、其 PVA/MEA 還款金額，應納入本項預算財源」表達堅決的反對立場。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①在額度內妥為管理運用，於 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。

②對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。

2. 藥品及特材給付規定改變(0.270%，預估增加 1,377 百萬元)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)在額度內妥為管理運用，經費如有不足或因成本調

整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。於 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。

(2)堅決反對付費者代表所擬之協定事項：「本項支付之新藥、其 PVA/MEA 還款金額，應納入本項預算財源，於公務預算挹注或另有基金財源」

3.配合醫療器材使用規範，修訂受影響之診療項目支付點數(0%)：

(1)配合健保署方案，編列於促進醫療診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼及 RBRVS)預算，112 年加 113 年計 1,882 百萬元。

(2)相關專款預算已併入 112 年醫院總額一般服務費用結算，爰 113 年於一般服務計列成長率。

4.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(0.003%，預估增加 15 百萬元)：

相關專款預算已併入 112 年醫院總額一般服務費用結算，爰 113 年於一般服務計列成長率。

5.平衡醫院部門實際醫療服務與總額額度落差(點值不平衡調整方案)(0.588%，預估增加 3,000 百萬元)

6.提升醫院兒童急重症照護量能(0%)

7.提升醫院用藥安全與品質方案之 ICU 臨床藥事照護給付(0%)：

維持編列於專款項目，原由醫療給付改善方案獨立出來為 ICU 臨床藥事照護給付，編列 120 百萬元。另，提升醫院用藥安全與品質方案-地區醫院門診及一般門診維持在醫療給付改善方案中。

8.B 型肝炎病毒治療藥費移列專款(-0.317%，預估減少

1,615.3 百萬元)：

(1)原於一般服務執行，移列 1,615.3 百萬元至「病毒性肝炎藥費」專款項目。

(2)針對 B 型肝炎病毒治療藥費應依健保署版原規劃移列專款專用編足經費，解決因所編列預算不足長期由醫院總額一般服務預算補入而壓縮排擠其他醫療服務的不合理現象。

9.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.002%，預估減少 12.1 百萬元)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

(2)本項不列入 114 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 48,250.4 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同醫院總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 112 年 11 月前完成，新增計畫原則於 112 年 12 月前完成。

1.暫時性支付(新藥、新特材)

(1)與一般服務預算-新醫療科技(含新藥、新特材及新增診療項目)合併為新醫療科技(含新藥、新特材、新增診療項目及暫時性支付(新藥、新特材)，編列 1,306 百萬元。

(2)堅決反對付費者代表所擬之協定事項：「本項支付之新藥、其 PVA/MEA 還款金額，應納入本項預算財源，於公務預算挹注或另有基金財源」。

2.病毒性肝炎藥費：

(1)全年經費 6,359 百萬元，用於 B 型肝炎及 C 型肝炎治療藥費。

(2)本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經

費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協商 114 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一。

3.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

(1)全年經費 15,108 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

4.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

(1)全年經費 5,580 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

5.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

(1)全年經費 5,208.06 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①規劃本項專款項目回歸一般服務，並持續監測服務量變化情形。

②提報之執行情形，應含醫療利用、成長原因分析、等待時間及不同器官移植之存活率等。

6.醫療給付改善方案：

(1)全年經費 1,674.1 百萬元。

- (2)持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質等9項方案。
 - (3)請中央健康保險署通盤檢討各項方案照護成效不佳之原因，研議具體改善策略，朝向「以人為中心」提供整合式服務，並檢討品質指標之獎勵效果，以提升執行成效。
- 7.提升醫院用藥安全與品質方案-ICU 臨床藥事照護給付：
- (1)全年經費 120 百萬元，由「醫療給付改善方案」專款項下移列。
 - (2)請中央健康保險署積極推動，提升執行成效，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用。
- 8.急診品質提升方案：
- (1)全年經費 300 百萬元。
 - (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①精進方案執行內容，檢討獎勵方式，對實質提升急診處置效率及急診重大疾病照護品質者予以獎勵，並於額度內妥為管理運用，以提升執行成效。
 - ②提報之成效評估檢討報告，應含急診處置效率及急診重大疾病照護品質相關監測指標。
- 9.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：
- (1)全年經費 210 百萬元。
 - (2)請中央健康保險署積極推動 DRGs 雙軌方案，以醫院為單位進行試辦，早日完成全面導入 DRGs 支付制度。
- 10.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：
- (1)全年經費 115 百萬元，本項經費得與西醫基層總額

同項專款相互流用。

- (2)請中央健康保險署持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與。
- 11.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：
全年經費 1,300 百萬元。請中央健康保險署檢討計畫之評估指標，新增結果面指標，呈現計畫之具體效益。
- 12.鼓勵院所建立轉診合作機制：
- (1)全年經費 224.7 百萬元，經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
- (2)請中央健康保險署檢討獎勵方式及支付誘因，納入醫病共享決策之精神，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效。
- 13.網路頻寬補助費用：
- (1)全年經費 200 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
- ①請檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率。
- ②於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。
- 14.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金：
移入一般服務。全年經費 15 百萬元，用於住院病人之腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金。
- 15.住院整合照護服務試辦計畫：
- (1)全年經費 560 百萬元。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
- ①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，並持續建立多元品質監測指標，包括病人安全(如：院內感

染、跌倒發生率)、照護聘任模式、照護人力狀況、民眾使用意向及實際收費情形等結果面指標。

②提報之成效評估檢討報告，應含多元品質監測指標監測結果。

16.精神科長效針劑藥費：

(1)全年經費 2,664 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署積極推動，提升執行成效，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用。

17.鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)請中央健康保險署精進計畫內容，檢討醫院評比獎勵方式及獎勵標準設定之合理性，以利檢討改善。

18.因應長新冠照護衍生費用：

(1)全年經費 128 百萬元。

(2)本項支出如達動支條件，依實際執行情形併入醫院總額一般服務結算。

(3)請中央健康保險署持續監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。

19.因應肺癌篩檢疑似陽性個案健保後續費用擴增：

(1)全年經費 500 百萬元。

(2)本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務結算。

20.促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)：

(1)全年經費 2,790.0 百萬元。

(2)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與

季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

(3)請中央健康保險署於 112 年 11 月前將具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)及執行情形提報全民健康保險會。

21.癌症治療品質改善計畫：

(1)全年經費 414 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質。

②請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

22.慢性傳染病照護品質計畫：

(1)全年經費 180 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①於額度內妥為管理運用，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

②精進計畫內容，建立完整之個案照護銜接及追蹤機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，提升照護品質。

23.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能：

(1)全年經費 600 百萬元，用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效(含提升民眾醫療服務之成效)。

②提出之成效評估檢討報告，應含分級醫療具體成效之結果面指標及監測結果。

- (3)執行目標及指標為 113 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 112 年。
- 24.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能：
- (1)全年經費 1,200 百萬元，用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
- ①滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效(含提升民眾醫療服務之成效)。
- ②提出之成效評估檢討報告，應含分級醫療具體成效之結果面指標及監測結果。
- (3)評核指標以 14 日內再住院率較 112 年比率減少 1% 為目標，公式： 14 日內再住院的案件數/出院案件數。
- 25.地區醫院全人全社區照護計畫(原：社區好醫院-地區醫院家庭責任醫師整合方案)：
- (1)全年經費 500 百萬元。
- (2)執行目標：透過全人全社區照護計畫，接受照護對象能獲得更良善妥適的照護，醫療資源端的使用也更適切、有效率。
- 預期效益之評估指標：接受照護對象，住院次數較 112 年下降 1%。
- 26.區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作：
- (1)全年經費 81 百萬元。
- (2)執行目標：降低主動脈剝離手術病人轉診至非轄區醫院手術率。
- 預期效益之評估指標：主動脈剝離手術病人轉診至非轄區醫院手術小於 15%，公式：分子為急性 A 型主動脈剝離(I71.03)病人轉診至非分(轄)區醫院且執行 68043B 人數；分母：分(轄)區急性 A 型

主動脈剝離 (I71.03) 總病人數。

(3)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體辦理下列事項：

①於 112 年 12 月前完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)。

②以 5 年為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 5 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

27.區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作：

(1)全年經費 127 百萬元。

(2)執行目標：腦中風經動脈內取栓 33143B 手術病人轉診至非轄區醫院手術比率下降。

預期效益之評估指標：腦中風經動脈內取栓 33143B 手術病人轉診至非轄（分）區醫院手術比率 < 15%
公式：分子：急性缺血性腦中風 (I63.9)病人轉診至非分(轄)區醫院且執行 33143B 人數。分母：分(轄)區急性缺血性腦中風(I63.9)總病人數。

(3)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體辦理下列事項：

①於 112 年 12 月前完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)。

②以 5 年為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 5 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

28.抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫：全年經費 0 元。

29.抗凝血藥品藥師門診方案：全年經費 0 元。

30.品質保證保留款：

(1)全年經費 501.5 百萬元。

(2)原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 (388.7 百萬元)，與 113 年度品質保證保留款(501.5 百萬元)合併運用(計約 890.2 百萬元)。

(3)請中央健康保險署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。

(三)門診透析服務：

1.門診透析服務總費用成長率為 3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，醫院總額本項服務費用成長率為 1.586%。

3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 45,995.3 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質，其中 300 百萬元不得流用於一般服務。

4.請中央健康保險署辦理以下事項：

(1)請鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，以提升透析病人生活品質。

(2)持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。

(四)前述三項額度經換算，113 年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長 4.660%。各細項成長率及金額如附表。

附表 113 年度醫院醫療給付費用協定項目表(兩案送主管機關決定)

項目	付費者代表方案		醫院代表方案		
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
一般服務					
醫療服務成本及人口因素成長率		4.179%	21,325.0	4.179%	21,325.0
投保人口預估成長率		-0.757%		-0.757%	
人口結構改變率		2.034%		2.034%	
醫療服務成本指數改變率		2.940%		2.940%	
協商因素成長率		0.973%	4,964.9	0.542%	2,764.6
保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	0.705%	3,600.0	0.000%	0.0
	藥品及特材給付規定改變	0.270%	1,377.0	0.270%	1,377.0
	配合醫療器材使用規範，修訂受影響之診療項目支付點數(113 年新增項目) (*付費者及醫院代表方案列專款項目)	*0.000%	*0.0	*0.000%	*0.0
	腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金 (*付費者代表方案列專款項目)	* -	* -	0.003%	15.0
	平衡醫院部門實際醫療服務與總額額度落差(點值不平衡調整方案) (113 年新增項目)	0.000%	0.0	0.588%	3,000.0
	提升醫院兒童急重症照護量能 (113 年新增項目)	0.000%	0.0	0.000%	0.0
	「提升醫院用藥安全與品質方案」之 ICU 臨床藥事照護 (113 年新增項目) (*付費者代表方案列「醫療給付改善方案」專款項目) (*醫院代表方案另立專款項目)	* -	* -	* -	* -

項目		付費者代表方案		醫院代表方案	
		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)
	B 型肝炎病毒治療藥費移列專款	0.000%	0.0	-0.317%	-1,615.3
其他議定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.002%	-12.1	-0.002%	-12.1
一般服務成長率 ^{#2}	增加金額	5.152%	26,289.9	4.721%	24,089.6
	總金額		536,580.5		534,381.1
專款項目(全年計畫經費)					
新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) (*付費者代表方案列一般服務)		* -	* -	1,306.0	1,306.0
暫時性支付(新藥、新特材) (*付費者代表方案併入一般服務「新醫療科技」項目) (*醫院代表方案併入「新醫療科技」專款項目)		* -	* -	* -	* -
C 型肝炎藥費 (*醫院代表方案本項名稱修正為病毒性肝炎藥費)		2,224.0	-1,204.0	6,359.0	2,931.0
罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材		15,108.0	1,165.0	15,108.0	1,165.0
後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費		5,580.0	323.0	5,580.0	323.0
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質		5,208.06	0.0	5,208.06	0.0
醫療給付改善方案		1,693.4	50.0	1,674.1	30.7
「提升醫院用藥安全與品質方案」之 ICU 臨床藥事照護(113 年新增項目) (*付費者代表方案編列於「醫療給付改善方案」專款項目)		* 0.0	* -	120.0	120.0
急診品質提升方案		300.0	0.0	300.0	0.0
鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)		210.0	0.0	210.0	0.0
醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案		115.0	15.0	115.0	15.0

項目	付費者代表方案		醫院代表方案	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)
全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	1,300.0	200.0	1,300.0	200.0
鼓勵院所建立轉診合作機制	224.7	0.0	224.7	0.0
網路頻寬補助費用	150.0	-50.0	200.0	0.0
腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(*醫院代表方案列一般服務)	15.0	0.0	*0	*-15.0
住院整合照護服務試辦計畫	560.0	0.0	560.0	0.0
精神科長效針劑藥費	2,664.0	0.0	2,664.0	0.0
鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫	300.0	0.0	300.0	0.0
因應長新冠照護衍生費用	40.0	0.0	128.0	88.0
因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增	500.0	-500.0	500.0	-500.0
促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)	2,772.0	772.0	2,790.0	790.0
癌症治療品質改善計畫	414.0	12.0	414.0	12.0
慢性傳染病照護品質計畫	180.0	0.0	180.0	0.0
持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能	0.0	-500.0	600.0	100.0
健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能	0.0	-1,000.0	1,200.0	200.0
社區好醫院-地區醫院家庭責任醫師整合方案 (113 年新增項目)	0.0	0.0	500.0	500.0
區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作 (113 年新增項目)	0.0	0.0	81.0	81.0
區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作 (113 年新增項目)	0.0	0.0	127.0	127.0
抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫 (113 年新增項目)	0.0	0.0	0.0	0.0
抗凝血藥品藥師門診方案 (113 年新增項目) (*付費者代表方案併入「醫療給付改善方案」專款項目)	* -	* -	0.0	0.0

項目		付費者代表方案		醫院代表方案	
		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)
品質保證保留款		501.5	-473.8	501.5	-473.8
專款金額		40,059.7	-1,190.8	48,250.4	6,999.9
較基期成長率(一般服務+專款) ^{#3}	增加金額	3.713%	25,099.1	4.791%	31,089.5
	總金額		576,640.2		582,631.5
門診透析服務成長率	增加金額	1.586%	374.5	1.586%	374.5
	總金額		23,987.5		23,987.5
較基期成長率(一般服務+專款+門診透析) ^{#4}	增加金額	3.626%	25,473.6	4.660%	31,464.0
	總金額		600,627.6		606,619.0

- 註：1.依衛福部報行政院核定之總額設定公式，113年度總額之基期(採淨值)，係以112年度健保醫療給付費用公告之金額，於一般服務扣除「111年未導入預算扣減」部分。
- 2.計算「一般服務成長率」所採基期費用為510,290.3百萬元(含112年一般服務費用為514,745.5百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-4,466.5百萬元、加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款11.4百萬元，未有需扣除111年未導入預算)。
- 3.計算「較113年度總額基期(採淨值)成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為555,995.9百萬元，其中一般服務預算為514,745.5百萬元(112年度健保醫療給付費用公告金額為514,745.5百萬元，未有需扣除111年未導入預算)，專款為41,250.5百萬元。
- 4.計算「較113年度總額基期(採淨值)成長率(一般服務+專款+門診透析)」，所採基期費用為579,608.9百萬元，其中一般服務預算為514,745.5百萬元(112年度健保醫療給付費用公告金額為514,745.5百萬元，未有需扣除111年未導入預算)，專款為41,250.5百萬元，門診透析為23,613.0百萬元。
- 5.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

113 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

- 113 年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後 112 年度西醫基層一般服務醫療給付費用×(1+113 年度一般服務成長率)+113 年度專款項目經費+113 年度西醫基層門診透析服務費用
- 113 年度西醫基層門診透析服務費用＝112 年度西醫基層門診透析服務費用×(1+113 年度成長率)

註：校正後 112 年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 112 年第 7 次委員會議決定，校正投保人口預估成長率差值、加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款，及扣除「111 年未導入預算扣減」部分。

二、總額協商結論：

經西醫基層代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及西醫基層代表之建議方案當中各提一案，報請主管機關決定。

付費者代表委員之建議方案：

請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，依協定事項辦理，並於 113 年 7 月前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效納入 114 年度總額協商考量。

(一)一般服務成長率為 3.704%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.517%，協商因素成長率 0.187%。各項協商因素及建議事項如下：

1. 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.176%，預估增加 224 百萬元)：

(1)含暫時性支付新藥 7 百萬元，其 PVA(價量協議)或 MEA(藥品給付管理合約)還款金額，應納入本項預算財源，並於公務預算挹注或另有基金財源後退場。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①在額度內妥為管理運用，於 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程(含暫時性支付之執行及費用支付方式、預算估算、擬暫時收載年限、療效評估與退場機制等)，並於 114 年度總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。

②對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。

③若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並請於 113 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及暫時性支付之申報費用/點數)。

④歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於給付新醫療科技，並請於 114 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。

2.藥品及特材給付規定改變(0.060%，預估增加 76 百萬元)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)在額度內妥為管理運用，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。於 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最

近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於 114 年度總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。

(2)若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並請於 113 年 7 月前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。

(3)歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，並請於 114 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。

3.配合分級醫療，調高診察費(0%)：

(1)本項屬支付標準之調整，考量「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算已編列因應成本變動所需預算，爰不新增預算。

(2)請中央健康保險署通盤檢討支付標準之合理性，若經評估確有調整必要，優先由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應，或併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。

4.因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費(0%)：

(1)本項屬支付標準之調整，考量「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算已編列因應成本變動所需預算，爰不新增預算。

(2)請中央健康保險署通盤檢討支付標準之合理性，若經評估確有調整必要，優先由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應，或併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。

5.強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護(0%)：

(1)本項屬支付標準之調整，考量「醫療服務成本指數

改變率」所增加之預算已編列因應成本變動所需預算，爰不新增預算。

(2)請中央健康保險署通盤檢討支付標準之合理性，若經評估確有調整必要，優先由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應，或併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。

6.強化高齡人口之基層醫療照護(0%)：

本項屬支付標準之調整，考量現行 75 歲以上長者診察費已加計 7.5%，且應以民眾醫療需求為導向，提出有別於現行且具有價值之醫療服務內容，爰不新增預算。

7.因應高血壓指引修正，所增加之醫療服務密集度(0%)：

本項所提之國際指引修正，國內是否連動修正，尚需審慎評估，且考量目前加強推動之「代謝症候群防治計畫」，旨在降低高血壓、糖尿病等發生率，且早期發現血壓偏高患者應優先調整其生活型態，不必然需要用藥治療，爰不新增預算。

8.因醫療品質提升，增加之醫療費用(0%)：

本項不新增預算，請先檢討「代謝症候群防治計畫」之檢驗(查)使用情形及必要性。

9.提升國人視力照護品質(0%)：

本項不新增預算，請先檢討放寬白內障手術規範後，案件成長之合理性，及監測照護成效與民眾自費情形，並加強執行面管理與監督。

10.B 型肝炎病毒治療藥費移列專款(0%)：

考量現行B型肝炎病人已於一般服務穩定提供治療用藥，尚無移列專款項目之必要，應維持於一般服務支應，故本項不移列專款。

11.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.049%，減少 62.1 百萬元)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

(2)本項不列入 114 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 9,745.9 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 112 年 11 月前完成，新增計畫原則於 112 年 12 月前完成。

1.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)：

考量「新醫療科技」既有項目大多具有替代效應，不易切割，爰維持於一般服務支應，故本項不編列預算。

2.暫時性支付：

併入一般服務項目「新醫療科技」支應，故本項不編列專款。

3.西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)本項維持原支付方式，全年經費 317.1 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

(2)請中央健康保險署持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與計畫。

4.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)全年經費 3,948 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①建議依論質計酬模式，建立照護指引及訂定相應之品質指標，以提升照護成效。

②持續檢討計畫成效，提出朝全人照護方向整合之具體規劃、實施方案(含實施期程、目標、與相關計畫整合方式，以及導入一般服務之評估規劃)，並於 113 年 7 月前提報專案報告。

5.代謝症候群防治計畫：

(1)全年經費 616 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①積極建立成人健檢個案轉介及資源共享之派案機制，鼓勵醫師參與，加強計畫推動。
- ②滾動式檢討計畫內容，以改變民眾生活習慣為推動方向，檢討擴增收案人數上限合理性，以及現行檢驗(查)使用情形及必要性，監測計畫成效，並與家庭醫師整合性照護計畫及糖尿病醫療給付改善方案之相關指標、費用及效益進行分析比較。
- ③於 113 年 7 月前提報執行情形及成效評估檢討之專案報告。

6.C 型肝炎藥費：

(1)全年經費 292 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協商 114 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一。

7.醫療給付改善方案：

(1)全年經費 900.3 百萬元。

(2)持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病等 7 項方案。

(3)請中央健康保險署通盤檢討各項方案照護成效不佳之原因，研議具體改善策略，朝向「以人為中心」提供整合式服務，並檢討品質指標之獎勵效果，以

提升執行成效。

(4)對於執行穩定且具成效的項目，宜回歸一般服務費用與相關醫療處置銜接。

8.強化基層照護能力及「開放表別」項目：

(1)全年經費 1,320 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①提出規劃調整開放之項目與作業時程。

②建立評估機制，檢討各開放項目執行差異因素及其適當性，對於執行占率較高、有助病人留在基層就醫之開放品項，應規劃導入一般服務之時程。

(3)本項經費依實際執行扣除原基期點數併入一般服務費用結算。

9.鼓勵院所建立轉診合作機制：

(1)全年經費 258 百萬元，經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。

(2)請中央健康保險署檢討獎勵方式及支付誘因，納入醫病共享決策之精神，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效。

10.偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫：

(1)全年經費 50 百萬元。

(2)請中央健康保險署精進計畫內容，研訂以服務成效為支付及獎勵指標，並鼓勵醫師積極參與及投入外部醫療資源。

11.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

(1)全年經費 30 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署檢討及加強醫療服務提供，並妥

為管理運用。

12.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

- (1)全年經費 30 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。

13.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：

- (1)全年經費 11 百萬元。
- (2)本項經費依實際執行併入一般服務費用結算。
- (3)請中央健康保險署檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。

14.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：

- (1)全年經費 178 百萬元。
- (2)本項經費依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入各分區一般服務費用結算。

15.網路頻寬補助費用：

- (1)全年經費 223 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①請檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果與檢查影像上傳率。
 - ②於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。
 - ③請確實依退場期程(110~114 年)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。

16.提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫：

(1)全年經費 9.7 百萬元。

(2)請中央健康保險署加強計畫推動，並持續監測醫療利用情形與照護成效。

17.精神科長效針劑藥費：

(1)全年經費 100 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署積極推動，提升執行成效，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用。

18.因應長新冠照護衍生費用：

(1)全年經費 10 百萬元。

(2)請中央健康保險署持續監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。

(3)本項支出如達動支條件，併入西醫基層總額一般服務費用結算。

19.促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)：

(1)全年經費 1,213.6 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①於 112 年 11 月前將具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)及執行情形提報全民健康保險會。

②本項以 3 年為檢討期限(112~114 年)，會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

(3)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入西醫基層總額一般服務費用結算。

20.癌症治療品質改善計畫：

(1)全年經費 93 百萬元，本項經費得與醫院、牙醫門診總額同項專款相互流用。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質。

②請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算

③本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，請會同西醫基層總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 4 年(115 年 7 月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

21.慢性傳染病照護品質計畫：

(1)全年經費 20 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①於額度內妥為管理運用，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

②精進計畫內容，建立完整之個案照護銜接及追蹤機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，提升照護品質。

③本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，請會同西醫基層總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 4 年(115 年 7 月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討

結果。

22.品質保證保留款：

- (1)全年經費 126.2 百萬元。
- (2)原 106 年度一般服務之品質保證保留款額度(105.2 百萬元)，與 113 年度品質保證保留款(126.2 百萬元)合併運用(計 231.4 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署積極檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

(三)門診透析服務：

- 1.門診透析服務總費用成長率為 3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。
- 2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，西醫基層總額本項服務費用成長率為 4.587%。
- 3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 45,995.3 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質，其中 300 百萬元不得流用於一般服務。
- 4.請中央健康保險署辦理以下事項：
 - (1)請鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，以提升透析病人生活品質。
 - (2)持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。
 - (3)鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質之

具體實施方案請於 112 年 11 月前完成，並於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

(四)前述三項額度經換算，113 年度西醫基層醫療給付費用總額，較基期成長 3.066%。各細項成長率及金額如附表。

西醫基層代表委員之建議方案：

(一)一般服務成長率為 5.464%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.517%，協商因素成長率 1.947%。

1. 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0%)：建議移列專款。

2. 藥品及特材給付規定改變(0.157%，預估增加 200 百萬元)：

(1)因修正時程及民眾需求性，財務往往有遞延效應，如需扣減未導入或剩餘預算，建議應有預算不足之回補機制。

(2)如需執行預算扣減規劃，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，方可執行；如 113 年執行預算不足，請於 114 年增編預算。

3. 配合分級醫療，調高診察費(0.096%，預估增加 122.5 百萬元)：

(1)分級醫療是重要政策，應延續 112 年度持續編列。

(2)不應使用「醫療服務成本指數改變率」所增預算支應，不應併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。

4. 因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費(0.517%，預估增加 659.3 百萬元)：

(1)執行目標與預期效益之評估指標：需視執行情形再與中央健康保險署研擬執行目標。

- (2)本項預算以 5 年編列為目標，以朝提高護理人力薪資、維持基層護理人力為中心。
 - (3)不應使用「醫療服務成本指數改變率」所增預算支應，不應併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。
 - (4)如需執行預算扣減規劃，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，方可執行；如 113 年執行預算不足，請於 114 年增編預算。
- 5.強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護(0.096%，預估增加 122.5 百萬元)(113 年新增項目)：
- (1)執行目標：本會成立研議「強化基層醫師提升兒(少)虐辨識與通報」小組。
預期效益之評估指標：於本會「醫療安全暨品質研討系列」與醫事司或相關團體合作辦理全國性「兒(少)虐通報之醫事人員教育訓練課程」至少 1 場。
 - (2)現行兒童醫療照護量能持續萎縮中，要保護其服務量能，本項強調「人文關懷」與「保障兒童的醫療需求得到足夠的照護」。
 - (3)不應使用「醫療服務成本指數改變率」所增預算支應，不應併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。
 - (4)如需執行預算扣減規劃，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，方可執行；如 113 年執行預算不足，請於 114 年增編預算。
- 6.強化高齡人口之基層醫療照護(0.359%，預估增加 458.2 百萬元)(113 年新增項目)：
- (1)執行目標：強化高齡照顧，其可避免住院率及急診率，較現有比率降低百分之 2。[相關數據計算請中央健康保險署提供]。

預期效益之評估指標：降低「可避免住院率」及「可避免急診率」。

(2)不應使用「醫療服務成本指數改變率」所增預算支應，不應併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。

(3)如需執行預算扣減規劃，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，方可執行；如 113 年執行預算不足，請於 114 年增編預算。

7.因應高血壓指引修正，所增加之醫療服務密集度(0.141%，預估增加 180 百萬元)(113 年新增項目)：

(1)執行目標：以新發現高血壓且照護病人為目標，新增醫療費用約 4.21 億元(註)，但囿於成長率上限 4.7%，本項醫療費用僅增加編列 180 百萬元。

預期效益之評估指標：執行預算。

註：

①參考健保署統計 2021 年高血壓性疾病就醫人數為 272.5 萬人，醫療費用約 263.4 億元。

②以盛行率增加 40% 計算，將「增加醫療費用」約 105.3 億元。

③再以醫院與基層高血壓照護占比約 6：4，換算西醫基層約 42.19 億點。建議預算可分 10 年編列，1 年增加 4.21 億元。

④因高血壓民眾「病識感」不高，無法立竿見影。西醫基層會非常努力，加強診斷，並先給與非藥物治療、強化健康促進的生活，窮盡一切非藥物治療都沒有辦法改善，才給予藥物治療。但過程中仍會增加醫療利用(診察費等)。

(2)如需執行預算扣減規劃，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，方可執行；如 113 年

執行預算不足，請於 114 年增編預算。

(3)檢附參考資料 1。

8.因醫療品質提升，增加之醫療費用(0.395%，預估增加 504 百萬元)(113 年新增項目)：

(1)執行目標：提高收案對象「代謝症候群改善率」。

預期效益之評估指標：同代謝症候群防治計畫中之「代謝症候群改善率」指標定義。

(2)透過定期追蹤的檢驗(查)數值，醫病雙方可以掌握健康進步的狀態，進而調整健康管理的方法。

(3)目前追蹤管理及年度評估的檢驗(查)，都是由一般服務預算支應，並沒有用到專款預算，當收案人數增加，就會提高醫療服務的密集度。

9.提升國人視力照護品質(0.235%，預估增加 300 百萬元)：

(1)執行目標：依核定預算換算目標值。

預期效益之評估指標：每月申報超過 40 件以上白內障手術之醫師，其「VPN 登錄率」大於 90%。

(2)中央健康保險署僅以手術量來推估 112 年費用不足 155.5 百萬元，但其未將「疫情期間的醫療需求遞延效應」納入考量。

(3)如需執行預算扣減規劃，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，方可執行。

(4)檢附參考資料 2。

10.B 型肝炎病毒治療藥費移列專款(0%)：維持於一般服務執行。

11.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.049%，減列 62.1 百萬元)：本項不列入 114 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 10,096.3 百萬元。

1.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)：

(1)全年經費 234 百萬點。

(2)新醫療科技移列專款的優點：

①不影響民眾就醫權益(用藥、診療等)。

②專款預算未導入部分不需扣減基期，直接回歸安全準備金。

③有效監控新醫療科技使用情形。

2.暫時性支付(包括新增診療項目、新藥及新特材等)：

(1)全年經費 0 百萬元。

(2)建議編列於專款項目新醫療科技。

3.西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 317.1 百萬元。

(2)本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

(3)巡迴計畫之預算支用範圍，建議修正與醫院一致，包含醫院及診所執行本方案產生之「診察費加成，巡迴醫療服務醫師、護理人員、藥事人員之報酬、診察及診療費用點值最高補至 1 元之費用及執行本方案產生之醫療費用」。

4.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)全年經費 4,248 百萬元。

(2)持續與中央健康保險署研擬，執行「大家醫計畫」逐步整合各項疾病照護計畫與家醫會員之聯結。

5.代謝症候群防治計畫：

(1)全年經費 616 百萬元。

(2)持續與國民健康署滾動式檢討、精進照護內容。

6.C 型肝炎藥費：

(1)全年經費 292 百萬元。

- (2)本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- 7.醫療給付改善方案：
- (1)全年經費 900.3 百萬元。
- (2)持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病等 7 項方案。
- 8.強化基層照護能力及「開放表別」項目：
- (1)全年經費 1,320 百萬元。
- (2)本項經費依實際執行扣除原基期點數併入一般服務費用結算。
- 9.鼓勵院所建立轉診合作機制：
- (1)全年經費 258 百萬元。
- (2)經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
- 10.偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫：全年經費 50 百萬元。
- 11.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：
- (1)全年經費 30 百萬元。
- (2)本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- 12.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：
- (1)全年經費 30 百萬元。
- (2)本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- 13.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：

- (1)全年經費 11 百萬元。
 - (2)本項經費依實際執行併入一般服務費用結算。
- 14.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：
- (1)全年經費 178 百萬元。
 - (2)本項經費依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入各分區一般服務費用結算。
- 15.網路頻寬補助費用：
- (1)全年經費 253 百萬元。
 - (2)經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
 - (3)考量醫事機構與健保資料及政策推廣之緊密性及數據傳輸之便利性，且中央健康保險署每年大力要求醫事機構上傳檢驗(查)結果及醫療檢查影像等，持續提出各項資訊更新政策規劃，如醫療費用申報格式改版、健保卡資料上傳格式改版(就醫識別碼)、電子處方箋等，都加劇網路頻寬速度升級的需求。建議持續補助並延長執行期間至少 5 年。
- 16.提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫：全年經費 9.7 百萬元。
- 17.精神科長效針劑藥費：
- (1)全年經費 100 百萬元。
 - (2)本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- 18.因應長新冠照護衍生費用：全年經費 10 百萬元。
- 19.促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)：全年經費 1,000 百萬元。
- 20.癌症治療品質改善計畫：
- (1)全年經費 93 百萬元。
 - (2)本項經費得與醫院、牙醫門診總額同項專款相互流

用。

21.慢性傳染病照護品質計畫：

(1)全年經費 20 百萬元。

(2)本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

22.品質保證保留款：

(1)全年經費 126.2 百萬元。

(2)原 106 年度一般服務之品質保證保留款額度(105.2 百萬元)，與 113 年品質保證保留款(126.2 百萬元)合併運用(計 231.4 百萬元)。

(三)門診透析服務：

1.門診透析服務總費用成長率為 3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，西醫基層總額本項服務費用成長率為 4.587%。

3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 45,995.3 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質，其中 300 百萬元不得流用於一般服務。

4.請中央健康保險署辦理以下事項：

(1)請鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，以提升透析病人生活品質。

(2)持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。

- (3)鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質之具體實施方案請於 112 年 11 月前完成，並於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
- (四)前述三項額度經換算，113 年度西醫基層醫療給付費用總額，較基期成長 4.697%。各細項成長率及金額如附表。

附表 113 年度西醫基層醫療給付費用協定項目表(兩案送主管機關決定)

項目	付費者代表方案		西醫基層代表方案		
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
一般服務					
醫療服務成本及人口因素成長率	3.517%	4,482.9	3.517%	4,482.9	
投保人口預估成長率	-0.757%		-0.757%		
人口結構改變率	1.470%		1.470%		
醫療服務成本指數改變率	2.837%		2.837%		
協商因素成長率	0.187%	237.9	1.947%	2,484.4	
保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) (*西醫基層代表方案列專款項目)	0.176%	224.0	* -	* -
	藥品及特材給付規定改變	0.060%	76.0	0.157%	200.0
	配合分級醫療，調高診察費	0.000%	0.0	0.096%	122.5
	因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費	0.000%	0.0	0.517%	659.3
	強化未滿4歲兒童之基層專科醫師照護 (113年新增項目)	0.000%	0.0	0.096%	122.5
	強化高齡人口之基層醫療照護 (113年新增項目)	0.000%	0.0	0.359%	458.2
	其他醫療服務利用及密集度之改變				
因應高血壓指引修正，所增加之醫療服務密集度 (113年新增項目)	0.000%	0.0	0.141%	180.0	
因醫療品質提升，增加之醫療費用 (113年新增項目)	0.000%	0.0	0.395%	504.0	

項目		付費者代表方案		西醫基層代表方案		
		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
		提升國人視力照護品質	0.000%	0.0	0.235%	300.0
		B型肝炎病毒治療藥費移列專款(113年新增項目)	0.000%	0.0	0.000%	0.0
	其他議定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.049%	-62.1	-0.049%	-62.1
一般服務成長率 ^{#2}	增加金額		3.704%	4,720.8	5.464%	6,967.3
	總金額			132,186.3		134,429.7

專款項目(全年計畫經費)

新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) (*付費者代表方案列一般服務)	* -	* -	234.0	234.0
暫時性支付 (*付費者及西醫基層代表方案併入「新醫療科技」)	* -	* -	* -	* -
西醫醫療資源不足地區改善方案	317.1	0.0	317.1	0.0
家庭醫師整合性照護計畫	3,948.0	0.0	4,248.0	300.0
代謝症候群防治計畫	616.0	0.0	616.0	0.0
C型肝炎藥費	292.0	0.0	292.0	0.0
醫療給付改善方案	900.3	0.0	900.3	0.0
強化基層照護能力及「開放表別」項目	1,320.0	0.0	1,320.0	0.0
鼓勵院所建立轉診合作機制	258.0	0.0	258.0	0.0
偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫	50.0	0.0	50.0	0.0
罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	30.0	0.0	30.0	0.0
後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	30.0	0.0	30.0	0.0
因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用	11.0	0.0	11.0	0.0

項目	付費者代表方案		西醫基層代表方案	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)
新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178.0	0.0	178.0	0.0
網路頻寬補助費用	223.0	-30.0	253.0	0.0
提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫	9.7	0.0	9.7	0.0
精神科長效針劑藥費	100.0	0.0	100.0	0.0
因應長新冠照護衍生費用	10.0	0.0	10.0	0.0
促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)	1,213.6	213.6	1,000.0	0.0
癌症治療品質改善計畫	93.0	-22.0	93.0	-22.0
慢性傳染病照護品質計畫	20.0	0.0	20.0	0.0
品質保證保留款	126.2	1.9	126.2	1.9
專款金額	9,745.9	163.5	10,096.3	513.9
較基期成長率(一般服務+專款)^{註3}	增加金額	4,884.3	4.714%	7,481.2
	總金額	141,932.2		144,526.0
門診透析服務成長率	增加金額	965.2	4.587%	965.2
	總金額	22,007.8		22,007.8
較基期成長率(一般服務+專款+門診透析)^{註4}	增加金額	5,849.6	4.697%	8,446.5
	總金額	163,940.0		166,533.8

註：1.依衛福部報行政院核定之總額設定公式，113 年度總額之基期(採淨值)，係以 112 年度健保醫療給付費用公告之金額，於一般服務扣除「111 年未導入預算扣減」部分。

2.計算「一般服務成長率」，所採基期費用為 127,465.0 百萬元(含 112 年一般服務預算為 128,629.3 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-1,124.3 百萬元、加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 151.7 百萬元與扣除 111 年度新醫療科技未導入金額 191.7 百萬元)。

3.計算「較 113 年度總額基期(採淨值)成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 138,020.1 百萬元，其中一般服務預算為 128,437.7 百萬元(112 年度健保醫療給付費用公告金額為 128,629.3 百萬元，扣除 111 年度新醫療科技未導入金額 191.7 百萬元)，專款為 9,582.4 百萬元。

4.計算「較 113 年度總額基期(採淨值)成長率(一般服務+專款+門診透析)」，所採基期費用為 159,062.7 百萬元，其中一般服務預算為 128,437.7 百萬元(112 年度健保醫療給付費用公告金額為 128,629.3 百萬元，扣除 111 年度新醫療科技未導入金額 191.7 百萬元)，專款為 9,582.4 百萬元，門診透析為 21,042.6 百萬元。

5.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

「因應高血壓指引修正，所增加醫療服務密集度」

高血壓是死亡風險因子第一名的疾病，值得吾人多投資經費！
尤其台灣國民平均餘命偏低。落後日本、新加坡、韓國等國。

2023.8.4 大岡山醫療群邀請義大醫院內科部何立鈞教學副部長演講「2022 台灣高血壓治療指引」，首先引用 WHO 資料，顯示全球死亡危險因子第一名是高血壓，其次才是抽菸、糖尿病、空氣污染、肥胖...可見控制血壓的重要性。

醫療服務提供者應盡可能找出高血壓病人，努力衛教病人接受治療（因高血壓是一種沒有症狀的沉默殺手）；執行國家政策者應該投予足夠經費，來改善高血壓防治，否則無法改善台灣國民「平均餘命」在日本和亞洲四小龍之間敬陪末座。

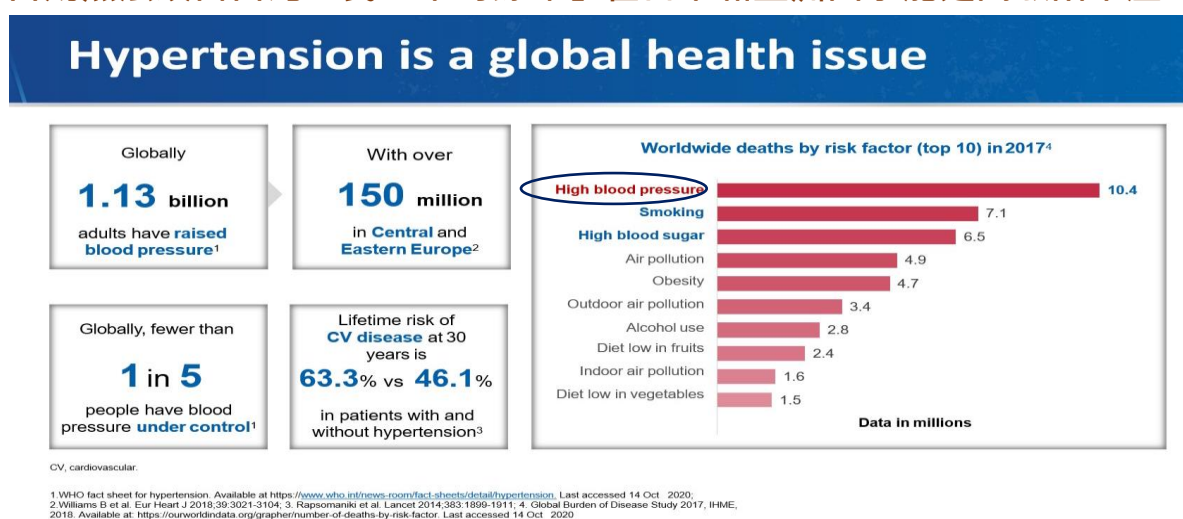


圖 1 WHO 的資料，顯示世界上死亡危險因子第一名是高血壓

<台灣本土資料>

2020.6.5 高雄縣醫師公會林誓揚常務理事到大岡山醫療群演講「慢性病管理之高血壓」，提及台灣大學公衛學院與國健署合作執行「台灣地區歸因於可介入危險因子之主要疾病死亡負擔」研究，利用台灣本土健康資料庫，包括國民健康訪問調查、台灣三高盛行率調查、國民營養健康狀況變遷調查等，及環保署空氣品質測站資料，整合臺灣死因統計資料，評估生活型態、代謝、環境、感染因子對國人死亡影響，分析結果顯示，高血糖、吸菸與高血壓高居國人健康危險因子的前三位。高血壓必須加強防治。

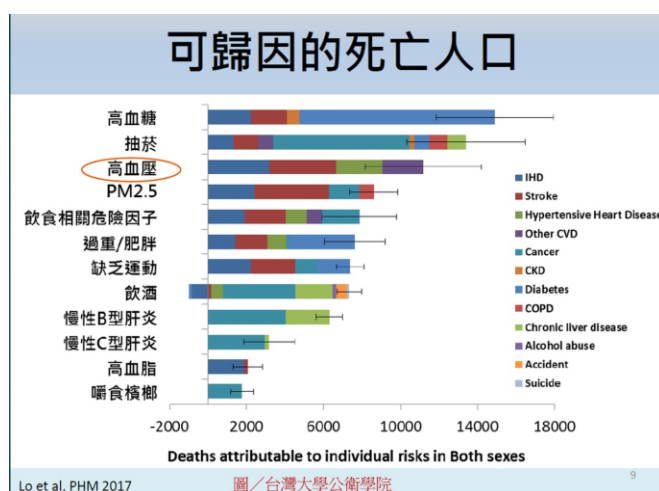


圖 2 台大公衛與國健署研究顯示，高血糖、吸菸與高血壓高居國人健康危險因子前三位

台灣高血壓的病人，有沒有得到適當的治療？ 若只有 20% 得到治療，需不需要投資經費努力改善？

何立鈞副部長引用 2021 年 Lancet 資料，顯示高血壓病人，只有五分之一達到良好的控制，其他五分之四，多數不知道自己患有高血壓，只有少數知道自己患有高血壓卻沒有接受治療，約五分之一有接受治療但沒有得到良好控制。這樣的後果易導致高血壓後端的心臟衰竭、心肌梗塞、主動脈剝離、腦中風、慢性腎臟病、糖尿病共病等盛行率大增，就會導致台灣平均餘命偏低。這個資料顯示一定要加強高血壓的診斷、衛教、治療。政策面更需投注更多的關注和經費，要國家醫療政策的領導人，決策核心，有此深刻體認，才能大幅改善。

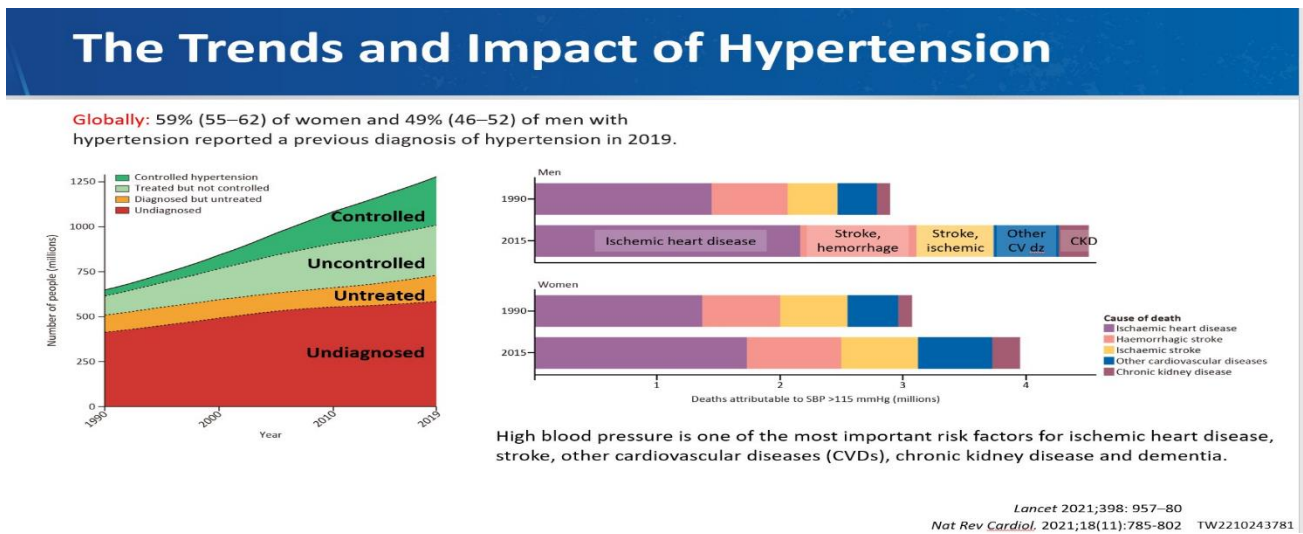


圖 3 Lancet 資料顯示高血壓的病人，只有五分之一達到良好的控制，尚有許多努力的空間。

<台灣本土資料>

高雄縣醫師公會林誓揚常務理事強調高血壓的治療，在台灣有一半以上是沒有得到適當的治療，或是完全沒有治療，如此會導致許多的併發症、後遺症，嚴重傷害國民健康，這就是我們衛福部、健保署、醫界要共同努力的地方。

台灣高血壓良好控制比例，只有 30-40%！需多加強診斷、非藥物治療、藥物治療！

高血壓之自知率及控制率

表 2 20 歲以上民眾高血壓之自知率及控制率

項目	年齡層	男	女	合計
		%	%	%
自知率	20-39 歲	24.6	57.5	34.2
	40-64 歲	70.3	80.4	74.2
	65 歲以上	79.1	82.1	80.7
控制率	20-39 歲	18.2	35.3	23.2
	40-64 歲	45.3	59.6	50.9
	65 歲以上	56.7	59.1	57.9

資料來源：2013-2015 年國民營養健康狀況變遷調查

自知率定義：

控制率定義：分子：體檢值血壓控制在收縮壓 <140mmHg 及舒張壓 <90mmHg。

分母：體檢值收縮壓 ≥ 140mmHg 或舒張壓 ≥ 90mmHg 或問卷調查回答有服用降血壓藥物或曾經醫師診斷有高血壓者

- ▶ 三分之一患者不自覺有高血壓
- ▶ 已知高血壓患者良好控制：30~40%

圖 4 高血壓良好控制比例，只有 30-40%，尚有許多努力空間

十大死因第六名高血壓，可能嚴重低估！ 高血壓直接、間接造成的死亡，和癌症一樣的可怕。

何立鈞副部長提到，一般人比較少知道死亡診斷書的「死亡原因」如何決定。假設有人長期高血壓控制不佳，甚至沒有治療，引起出血性腦中風，最後心肺衰竭死亡，那死亡原因應該要寫**最起始的病因～高血壓**。但有部份醫院的醫師，因不了解病人數十年疾病過程，他只觀察到住院的情況，認為是出血性腦中風導致死亡，那死亡原因就是出血性腦中風。甚至有的醫師只在急診見病人一面，就寫心肺衰竭死亡，以致**死亡原因高血壓常被低估**。高血壓雖是我們十大死因第六名，但十大死因第二名心臟疾病，和第四名腦血管疾病，也可能是因高血壓引起，**高血壓才是許多死亡原因真正根源**，醫師如果沒有正確瞭解最起始疾病，「死亡原因」高血壓就會被低估，所以控制血壓真的很重要。

The Trends and Impact of Hypertension in Taiwan

死因別	109年十大死因		110年十大死因		110年十大死因	
	死亡人數 (人)	年增率 (%)	死亡率 (每十萬人口)	年增率 (%)	死亡人數 (人)	年增率 (%)
所有死亡原因	173,067	-1.3	733.9	-1.3	184,172	6.4
1. 癌症	50,161	-0.1	212.7	-0.1	51,656	3.0
2. 心臟疾病 (高血壓性疾病除外)	20,457	3.0	86.7	3.1	21,852	6.8
3. 肺炎	13,736	-9.5	58.2	-9.5	13,549	-1.4
4. 腦血管疾病	11,821	-2.9	50.1	-2.9	12,182	3.1
5. 糖尿病	10,311	3.2	43.7	3.2	11,450	11.0
6. 事故傷害	6,767	1.9	28.7	2.0	7,886	17.6
7. 高血壓性疾病	6,706	7.2	28.4	7.3	7,886	17.6
8. 慢性下呼吸道疾病	5,657	-10.2	24.0	-10.2	6,238	10.3
9. 腎炎腎病症候群 及腎病變	5,096	0.9	21.6	1.0	5,470	7.3
10. 慢性肝病及肝硬化	3,964	-6.5	16.8	-6.5	4,065	2.5

Taiwan Ministry of Health and Welfare. Cause of Death Statistics (TW2210243781)

圖 5 高血壓常常是心臟疾病、腦血管疾病的根源

「WHO」資料顯示「全球死亡危險因子第一名是高血壓」，如果台灣做的不夠好，國民壽命就會輸給韓國。要迎頭趕上，**一定要投資經費於高血壓的診斷和治療。**

Lancet 顯示只有五分之一高血壓得到治療。台灣官方資料高血壓有 30-40% 得到治療，**更顯示我們應該大力的推廣&「投資經費」於高血壓的診斷和治療。**

第三頁指出高血壓是許多共病根源，如果最基礎的高血壓治療不理想，導致後端的腦中風、心肌梗塞等慢性病的照護品質不好。現在醫學非常重視「可避免死亡率」以及「HAQ」(Healthcare Access & Quality Index)，Lancet 評比台灣慢性病照顧不佳，改善高血壓治療，台灣慢性病照顧成績應該會得到長足的進步。

高血壓改善後(要讓高血壓者「都」知道自己有高血壓，先非藥物治療、不得已才藥物治療)，國民會少中風、少心肌梗塞，少腎臟硬化而洗腎等，會活的更健康，活得更久，減少不健康的餘命(7-8年)，這就是我們的目的。

真正落實健保法第 1 條:為增進全體國民健康，辦理全民健康保險。

綜上，懇請健保署、健保會諸委員大力支持 113 年總額成長率協商項目:**「因應高血壓指引修正，所增加醫療服務密集度」**，台灣民眾健康甚幸！



附錄:計算參考: 美國在 2017 年修改高血壓臨床指引，將標準下修到 130/80 mmHg。台灣直到 2022 年 5 月才跟進，正式將高血壓標準從 140/90 調降至 130/80 mmHg。

- (1)高醫蘇河名教授 2022 年研究，以台灣生物資料庫分析，如新的定義 130/80 分析，國人罹患高血壓人數將增加 15.5%，扣除人口結構改變率 1.47%，增加 14%。國健署統計 18 歲以上高血壓盛行率 26%，增加 14%盛行率將增加為 40%。增加高血壓人數為原來 26%「再」增加 14%，台灣資料增加比例為 $14/26=54\%$ 。
- (2) 陽明醫學院陳震寰院長 2019 研究:根據新的高血壓定義 (130/80)，台灣男性高血壓罹病率為 48.7%，女性 30.7%；相較舊定義，男、女性增加 18.8%、9.4%。
- (3)2017 年美國將高血壓標準從 140/90 下修到 130/80，罹患率上升 13.7%，估計比原來的高血壓人口增加 42.9%。(資料自 J Am Coll Cardiol. 2018;71(2):109-18.)
- (4)110 年全國高血壓性疾病醫療費用 263.41 億點*(約略增)40%，約增加 105.49 億點。
- (5)再以醫院與基層高血壓照護占比約 6:4，換算西醫基層約 42.19 億點。
- (6)因應高血壓民眾「病識感」不高，無法立竿見影。西醫基層診所會非常努力，希望 10 年內可以達成目標，建議分 10 年編列，1 年增加 4.21 億點來照顧民眾健康。

執行方式

1. 當然全聯會一定得多舉辦高血壓學術研討會，例如每個月都有一個禮拜六，會舉辦全國大型醫療品質學術演講，安排傑出的講師，完善精美的講義，一定可以讓所有的基層醫師體察到高血壓的診斷不足，有許多人不知道他有高血壓，要加強我們的診斷能力，並先給與**非藥物治療**，窮盡一切非藥物治療沒有辦法，才給予藥物治療。
2. 家醫照護計畫和代謝症候群防治計劃等許多計畫，也可以要求高血壓的診斷和治療品質。有許多可以努力的目標。
3. 「台灣醫界雜誌」可以多多邀稿~有關高血壓的診斷、治療，強調**非藥物治療**，讓基層醫師知道高血壓的診斷標準有下修，以減少高血壓後端的心臟衰竭、心肌梗塞、主動脈剝離、腦中風、慢性腎臟病、糖尿病共病等併發症，期提高台灣平均餘命。
4. 台灣醫界雜誌最後面「醫師繼續再教育」通訊學分，也可以加強這方面要求。目前每個月大概有 6000 位醫師有藉由台灣醫界雜誌「醫師繼續再教育」通訊測驗拿到學分~至少醫師會員們一定會很用心研讀這些高血壓學術文章。

提升國人視力照護品質

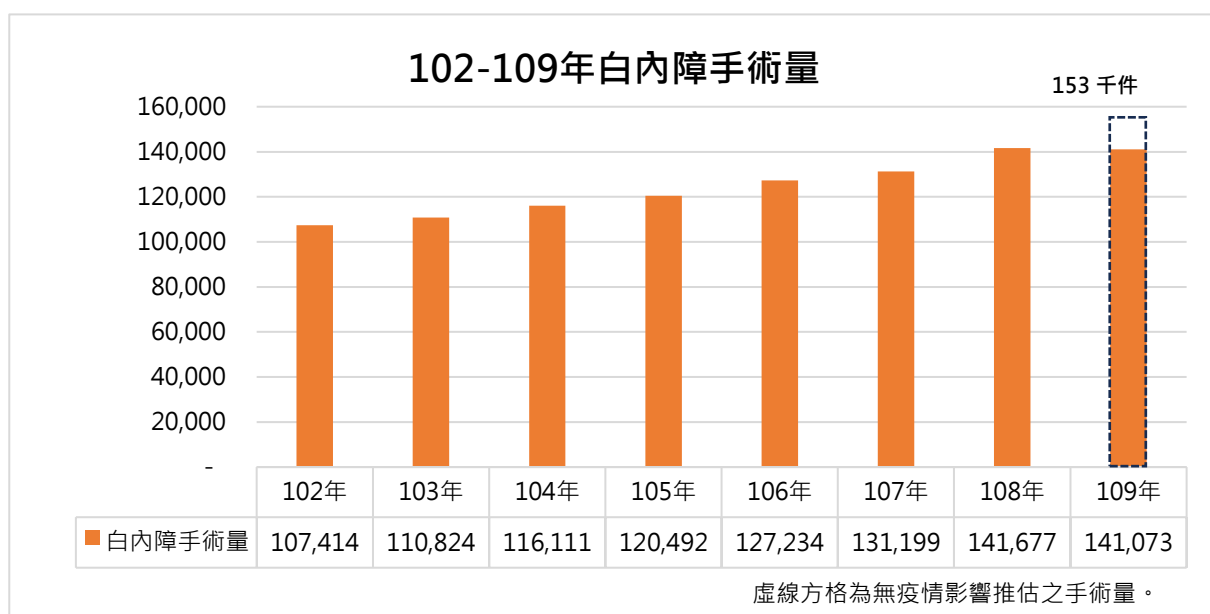
1. 因應人口老化，白內障手術量逐年成長

首先，戰後嬰兒潮出生者(1946~1964 年)開始進入白內障的發生期，增加的人數以前並未詳細估算。

	出生世代	人口數
99 年 55-74 歲人口	1936-1954	3,985,546
109 年 55-74 歲人口	1946-1964	5,850,105

※戰後嬰兒潮出生的 55-74 歲人口(出生年 1946-1964)，人口增加(585 萬)為 10 年前出生之同年齡層 398 萬人 1.5 倍。

且白內障手術成長率遠高於非協商因素的人口結構改變率。自 102 年至 108 年白內障手術量成長介於 3.1%至 8.0% (108 年)，109 年若排除新冠疫情影響，手術量推估達 153 千件，較 108 年增加 12 千件(下圖)。自 111 年起，因應放寬原有「限 40 例」之規定，即取消事前送審規定，爰編列 1.2 億預算因應。



2. 112 年白內障手術量及醫療支出高於預期

依據健保署統計 112 年上半年手術量超出 5226 件，以平均每件白內障手術 30000 元計算，全年費用不足 313.6 百萬元 (超出 5266 件×30000 元×2=313.6 百萬元)。[白內障手術為論病例計酬保障每點 1 元]

112 年各區點值受疫情嚴重影響大幅滑落，卻仍需補足白內障手術超量

每點 1 元。

以台北區為例，112 年上半年手術量超出 1847 件，全年費用不足 110.8 百萬元（超出 1847 件×30000 元×2=110.8 百萬元）。

台北區平均點值六區最低（第一季 0.9382；第二季 0.8791），還需補足手術費用不足 1 元金額共 5.1 百萬元，全年 10.2 百萬元。

★全國西醫基層 112 年上半年白內障手術案件申報與 110、111 年同期比較

項目	申報件數			112 上半年成長情形		112 年分配預算推估				
	110 上半年 A	111 上半年 B	112 上半年 C	111 上半年	110 上半年	110 年 各區申報 件數 (基期)	111 年 各區估計 可成長 件數 ^{註1}	112 年		
				成長率 C/B-1	成長率 C/A-1			各區全年 估計分配 件數 E ^{註2}	平均 半年分配 件數 F=E/2	超出半 年分配 件數 C-F
臺北	15,669	18,558	19,509	5.1%	24.5%	33,252	1,320	35,323	17,662	1,847
北區	8,144	9,653	10,278	6.5%	26.2%	17,700	600	18,697	9,349	929
中區	13,240	14,545	15,527	6.8%	17.3%	27,240	760	28,608	14,304	1,223
南區	12,115	12,318	13,460	9.3%	11.1%	24,328	600	25,469	12,735	725
高屏	14,359	14,943	15,841	6.0%	10.3%	29,579	640	30,875	15,438	403
東區	930	983	1,061	7.9%	14.1%	1,803	80	1,924	962	99
合計	64,457	71,000	75,676	6.6%	17.4%	133,902	4,000	140,896	70,450	5,226

註1：111 年西基總額分配一般服務新增項目「提升國人視力照護品質」計 1 億 2,000 萬元，以一般服務預算占率推估各區成長件數(資料來源：全聯會提供)。

註2：112 年各區估計分配件數=(110 年各區申報件數+111 年各區估計可成長件數)* (1+112 年一般服務預算成長率_2.172%)。

註3：資料擷取時間：112 年 8 月 16 日。

3. 113 年協商項目「提升國人視力照護品質」預算編列建議

依健保署統計，111 年白內障手術成長量，扣除 110 年申報件數及自然成長率，增加 9,152 件，預算執行率 157.7%，111 年 1.2 億元預算不足約 7 千萬元。

112 年起新冠疫情降級，國人白內障手術需求已逐步恢復疫情前（108 年）情形，但健保署推估 112 年醫療費用 31.995 億點，未將疫情期間的醫療需求遞延效應納入考量；依本會試算 112 年所需醫療費用應為 36.655 億萬元，預算編列應為 6.215 億元（36.655 億元－30.44 億元）。

此外，健保署僅推估至 112 年費用缺口即達 1.555 億元，較 111 年費用缺口 0.233 億元，成長 567%；且 112 年分區點值最低已達 0.8159（台北區 Q2），不可輕視 113 年任何成長項目及費用缺口造成的衝擊。

本會試算「113 年」所需預算為 7.04 億元，考量 113 年成長率上限 4.7%，

建議編列 3 億元。本會與健保署就本項 113 年預算編列對照如下：

醫師公會全國聯合會版本	健保署版本																																																																	
<p>預算編列：7.04 億元</p> <ol style="list-style-type: none"> 以「限縮 40 例」110 年手術量計算：134,697 件。 以「放寬 40 例」預估 113 年手術量^{註 1}：186,390 件。 與 110 年相較之費用需求^{註 2}：10.69 億 編列預算^{註 3}：7.04 億 <p>註 1： 108 年各季手術量 × (1+109 年無疫情成長率) × (1+110 年無疫情成長率) × (1+111 年放寬 40 例規定成長率) × (1+112 年成長率) × (1+113 年成長率) = 186,390 件 (1) 109 年及 110 年無疫情成長率： Q1:5.2%；Q2:4.4%；Q3:4.9%；Q4:4.5% (2) 111 年放寬 40 例規定成長率： Q1:7.7%；Q2:12.5%；Q3:12.2%；Q4:2.2% (3) 112 年及 113 年成長率 (102-111 年實際及無疫情成長率之平均)： Q1:5.4%；Q2:5.3%；Q3:5.7%；Q4:4.3%</p> <p>註 2： (186,390 件 - 134,697 件) × 20,679 = 51,693 件 × 20,679 = 10.69 億</p> <p>註 3： 10.69 億 - 111 年已納入基期之預算 - 112 年已納入基期之預算 - 113 年已納入基期之預算 = 10.69 億 - 1.2 億 - 1.2 億 × (1+2.172%) - 1.2 億 × (1+2.172%) = 10.69 億 - 3.65 億 = 7.04 億 預設 112 年及 113 年一般服務服務成長率均為 2.172%。</p>	<p>預算編列：1.555 億元</p> <ol style="list-style-type: none"> 查 111 年度預算 120 百萬元係以 111 年申報件數相較於 110 年(基期)增加數，並扣除過去 5 年(106-110 年)年平均成長率 1.4%做為自然成長率計算本項預算執行情形。 統計 102 年~111 年各年度件數成長率範圍為-4.6%~8.0%，多數年度較一般服務成長率 1.634%~3.963%高。觀察除 105 年、109 年及 110 年外，其餘年度件數成長率皆高於該年一般服務成長率。 以 101 年醫療費用及 102~112 年一般服務成長率計算年度可執行預算，112 年不足 1.555 億元。 <p>(申報件數 102 年為 107,148 件、103 年為 110,294 件、104 年為 115,654 件、105 年為 119,930 件、106 年為 126,524 件、107 年為 130,480 件、108 年為 140,936 件、109 年為 140,329 件、110 年為 133,903 件及 111 年 145,329 件)</p> <table border="1" data-bbox="807 1330 1461 1800"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>總醫療費用 (百萬點)D</th> <th>一般服務成長率% F</th> <th>年度預算(含一般服務成長率增加金額) (百萬元) I=102年D*(1+F)</th> <th>年度可執行預算數(截至111年)(百萬元) J=I-D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>101</td><td>2,047.6</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>102</td><td>2,211.4</td><td>2.494%</td><td>2,098.6</td><td>-112.8</td></tr> <tr><td>103</td><td>2,276.4</td><td>1.634%</td><td>2,247.6</td><td>-28.9</td></tr> <tr><td>104</td><td>2,387.1</td><td>2.447%</td><td>2,302.6</td><td>-84.5</td></tr> <tr><td>105</td><td>2,476.0</td><td>3.831%</td><td>2,390.8</td><td>-85.2</td></tr> <tr><td>106</td><td>2,612.1</td><td>3.963%</td><td>2,485.5</td><td>-126.6</td></tr> <tr><td>107</td><td>2,694.2</td><td>2.310%</td><td>2,542.9</td><td>-151.3</td></tr> <tr><td>108</td><td>2,910.0</td><td>2.901%</td><td>2,616.7</td><td>-293.3</td></tr> <tr><td>109</td><td>2,898.2</td><td>3.685%</td><td>2,713.1</td><td>-185.1</td></tr> <tr><td>110</td><td>2,766.3</td><td>3.493%</td><td>2,807.9</td><td>41.5</td></tr> <tr><td>111</td><td>3,002.6</td><td>1.831%</td><td>2,979.3</td><td>-23.3</td></tr> <tr><td>推估112年</td><td>3,199.5</td><td>2.172%</td><td>3,044.0</td><td>-155.5</td></tr> </tbody> </table>	年度	總醫療費用 (百萬點)D	一般服務成長率% F	年度預算(含一般服務成長率增加金額) (百萬元) I=102年D*(1+F)	年度可執行預算數(截至111年)(百萬元) J=I-D	101	2,047.6				102	2,211.4	2.494%	2,098.6	-112.8	103	2,276.4	1.634%	2,247.6	-28.9	104	2,387.1	2.447%	2,302.6	-84.5	105	2,476.0	3.831%	2,390.8	-85.2	106	2,612.1	3.963%	2,485.5	-126.6	107	2,694.2	2.310%	2,542.9	-151.3	108	2,910.0	2.901%	2,616.7	-293.3	109	2,898.2	3.685%	2,713.1	-185.1	110	2,766.3	3.493%	2,807.9	41.5	111	3,002.6	1.831%	2,979.3	-23.3	推估112年	3,199.5	2.172%	3,044.0	-155.5
年度	總醫療費用 (百萬點)D	一般服務成長率% F	年度預算(含一般服務成長率增加金額) (百萬元) I=102年D*(1+F)	年度可執行預算數(截至111年)(百萬元) J=I-D																																																														
101	2,047.6																																																																	
102	2,211.4	2.494%	2,098.6	-112.8																																																														
103	2,276.4	1.634%	2,247.6	-28.9																																																														
104	2,387.1	2.447%	2,302.6	-84.5																																																														
105	2,476.0	3.831%	2,390.8	-85.2																																																														
106	2,612.1	3.963%	2,485.5	-126.6																																																														
107	2,694.2	2.310%	2,542.9	-151.3																																																														
108	2,910.0	2.901%	2,616.7	-293.3																																																														
109	2,898.2	3.685%	2,713.1	-185.1																																																														
110	2,766.3	3.493%	2,807.9	41.5																																																														
111	3,002.6	1.831%	2,979.3	-23.3																																																														
推估112年	3,199.5	2.172%	3,044.0	-155.5																																																														

備註：111年新增「提升國人視力照護品質」預算120.0百萬元，增加111年度可執行預算合計2979.3百萬元。

健保署僅以手數量來推估 112 年費用不足 1.555 億元，但其未將「疫情期間的醫療需求遞延效應」納入考量；依本會重新試算，費用不足 6.215 億元。

單位：百萬元、件

年度	本會版本			健保署版本		
	手術量	醫療費用	費用不足	手術量	醫療費用	費用不足
112 年	177,257	3,665.5	621.5 註 1	154,722	3,199.5	155.5 註 2
113 年	186,390	3,854.4				

註 1：

- (1) 健保署計算 112 年年度預算 3,044.0 百萬元。 $[111 \text{ 年總醫療費用} \times (1 + 2.172\%) = 3,044.0 \text{ 百萬元}]$
 (2) 本會試算 112 年手術量 177,257 件，總醫療費用 3,665.5 百萬元，費用不足 621.5 百萬元。 $[177,257 \text{ 件} \times 20,679 \text{ 點} = 3,665.5 \text{ 百萬元}。3,044.0 \text{ 百萬元} - 3,665.5 \text{ 百萬元} = -621.5 \text{ 百萬元}]$

註 2：

- (1) 健保署計算 112 年年度預算 3,044.0 百萬元。 $[111 \text{ 年總醫療費用} \times (1 + 2.172\%) = 3,044.0 \text{ 百萬元}]$
 (2) 健保署推估 112 年總醫療費用 3,199.5 百萬元，費用不足 155.5 百萬元。 $[112 \text{ 年 1-6 月總醫療費用} / (111 \text{ 年 1-6 月總醫療費用} / 111 \text{ 年總醫療費用}) = 3,199.5 \text{ 百萬元}。3,044.0 \text{ 百萬元} - 3,199.5 \text{ 百萬元} = -155.5 \text{ 百萬元}]$

113 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

113 年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後 112 年度中醫門診一般服務醫療給付費用×(1+113 年度一般服務成長率)+113 年度專款項目經費

註：校正後 112 年度中醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 112 年第 7 次委員會議決定，校正投保人口預估成長率差值、加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款，及扣除「111 年未導入預算扣減」部分(中醫門診總額 111 年度未有本項扣減金額)。

二、總額協商結論：

- (一)一般服務成長率為 4.979%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.002%，協商因素成長率 1.977%。
- (二)專款項目全年經費為 1,276.7 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，113 年度中醫門診醫療給付費用總額，較基期成長 4.221%。各細項成長率及金額，如附表。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 113 年 7 月前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效納入 114 年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

1.中醫利用新增人口(1.990%，預估增加 588 百萬元)：

(1)執行目標(暫列)：

113 年就醫人數大於 112 年就醫人數。

預期效益之評估指標(暫列)：

113 年就醫人數大於 112 年就醫人數。(就醫人數均不含 U07.1(確認 COVID-19 病毒感染)、U09.9(嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)後的病況，未明示)、職災及預防保健部分)

(2)依 113 年中醫實際就醫人數成長情形，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減，扣減方式如下：

以「113 年實際就醫人數」扣除「112 年實際就醫人數」，乘以「就醫者平均每人就醫費用」計算，若低於 113 年協定增加之預算 588 百萬元，則扣減未達之差額。

(3)請中央健康保險署依上開議定之預算扣減方式，會同中醫門診總額相關團體提出其執行細節後，於 113 年 7 月提全民健康保險會報告。

2.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.013%，減少 4 百萬元)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

(2)本項不列入 114 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 1,276.7 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 112 年 11 月前完成，新增計畫原則於 112 年 12 月前完成。

1.醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 180 百萬元。

(2)請中央健康保險署加強推動中醫巡迴醫療服務及獎勵開業服務計畫，並優先改善偏遠等級高地區之醫療服務。

2.西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：

- (1)全年經費 436.8 百萬元。
 - (2)持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷、呼吸困難相關疾病及術後疼痛中醫照護。
 - (3)針對執行 10 年以上之子計畫，請中央健康保險署評估、規劃納入一般服務之期程。
- 3.中醫提升孕產照護品質計畫：
- (1)全年經費 70 百萬元。
 - (2)請中央健康保險署持續評估計畫成效，若無法評估計畫效益，建議規劃退場機制。
- 4.兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：
- (1)全年經費 21.2 百萬元。
 - (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①持續檢討計畫執行情形(含完整療程照護人數及比率)及結果面之成效，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。
 - ②本計畫再試辦 1 年，若未呈現具體成效則應退場。
- 5.中醫癌症患者加強照護整合方案：
- (1)全年經費 265 百萬元。
 - (2)持續辦理「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」。
- 6.中醫急症處置：
- (1)全年經費 10 百萬元。
 - (2)執行目標(暫列)：
參與院所數為 7 家及服務人數以 1,800 人為目標。
預期效益之評估指標(暫列)：
使用視覺類比量表(Visual Analogue Scale, VAS)、數

字等級量表(Numerical Rating Scale, NRS)、現在疼痛狀況(Present Pain Intensity, PPI)等工具進行評估，評量結果後測較前測呈現改善。

- (3)請中央健康保險署訂定結果面成效指標，檢討執行成效及計畫執行情形，若未有明顯成效或執行率偏低，則請考量是否持續辦理。

7.中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫：

- (1)全年經費 105.3 百萬元。
(2)請持續評估計畫成效，並檢討及監測服務利用之合理性。

8.照護機構中醫醫療照護方案：

- (1)全年經費 48 百萬元。
(2)維持每診次看診人次 15 人次規範，惟照護機構核定床數 50 床以上者，得由 15 人次調升至 25 人次。
(3)執行目標(暫列)：

①113 年至少 90 家院所參與服務。

②服務人次 20,000 人次，服務總天數 3,500 天。

預期效益之評估指標(暫列)：

照護機構接受中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫比率較未被照護前(112 年)之件數減少。

(4)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①請監測參與本計畫照護機構之中醫利用情形(照護機構住民人數、就醫人數與占率及機構外就醫等)，並檢討醫療利用之合理性及評估計畫成效。
②依 113 年度預算執行結果，於一般服務扣除與本項重複部分之費用。
③有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相

關團體議定後，於 113 年 7 月提全民健康保險會報告。

9.網路頻寬補助費用：

- (1)全年經費 83 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①請檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果及檢查影像上傳率。
 - ②於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。
 - ③請確實依退場期程(110~114 年)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。

10.品質保證保留款：

- (1)全年經費 57.4 百萬元。
- (2)原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8 百萬元)，與 113 年度品質保證保留款(57.4 百萬元)合併運用(計 80.2 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署積極檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

本會補充說明：

有關中醫部門所提執行目標及預期效益評估指標，本會研析如下：

項目	新增或增加金額 超過 20%項目 (預估增加金額/ 全年經費)	執行目標	預期效益之 評估指標	本會研析意見
一般服務	中醫利用新增人口(113 年新增項目) (588 百萬元)	113 年就醫人數大於 112 年就醫人數。	113 年就醫人數大於 112 年就醫人數。 (就醫人數均不含 U07.1(確認 COVID-19 病毒感染)、U09.9(嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)後的病況，未明示)、職災及預防保健部分)	1.本項於協商時中醫部門提出執行目標為「看診人數較疫情前一年(108 年)多 1%」。 2.針對中醫部門所提內容，研析如下： (1)執行目標： 建議依 113 年度扣減未執行額度之計算方式，訂定新增就醫人數之具體目標值。 (2)預期效益之評估指標： 建議以具體、可量化之結果面指標呈現資源投入之具體效益。
專款項目	中醫急症處置(延續 107 年項目) (10 百萬元)	參與院所數為 7 家及服務人數以 1,800 人為目標。	使用視覺類比量表 (Visual Analogue Scale, VAS)、數字等級量表 (Numerical Rating Scale,NRS)、現在疼痛狀況 (Present Pain Intensity, PPI) 等工具進行評估，評量結果後測較前測呈現改	1.111 年執行情形：參與院所數 9 家、服務人數 768 人。依協商時中醫部門方案，其預算推估方式包含增加院所之成長費用，即參與院所數應超過 9 家。 2.針對中醫部門所提內容，研析如下： (1)執行目標： 建議提升目標值，訂定較 111 年新增參與之院所數；至服務人數尚屬合理。 (2)預期效益之評估指標：

項目	新增或增加金額 超過 20%項目 (預估增加金額/ 全年經費)	執行目標	預期效益之 評估指標	本會研析意見
			善。	中醫急症處置之疾病適應症有 9 類，所提預期效益之評估指標評量項目之對象不明確，建議明訂評估對象，並訂定可具體量化數值。
	<p>照護機構中醫醫療照護方案(延續 111 年項目)(48 百萬元)</p>	<p>1.113 年至少 90 家院所參與服務。 2. 服務人次 20,000 人次，服務總天數 3,500 天。</p>	<p>照護機構接受中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫比率較未被照護前(112 年)之件數減少。</p>	<p>1.111 年執行目標： (1)111 年至少 30 家院所參與服務。 (2)服務人次 15,000 人次，服務總天數 1,500 天。 【111 年執行情形：58 家院所參與、服務 16,334 人次、服務 1,464 天】</p> <p>2.111 年預期效益之評估指標：照護機構接受中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫件數較未被照護前(108 年)之件數減少。 【111 年執行情形：111 年較 108 年減少 10,787 件】</p> <p>3.針對中醫部門所提內容，研析如下： (1)執行目標： 所訂 113 年執行目標之參與院所數、服務人數及服務天數均較 111 年實際執行情形增加，尚屬合理。 (2)預期效益之評估指標： ①所提預期效益之評估指標為住民外出中醫就醫</p>

項目	新增或增加金額 超過 20%項目 (預估增加金額/ 全年經費)	執行目標	預期效益之 評估指標	本會研析意見
				<p><u>比率較未被照護前(112年)之件數減少</u>，宜釐清比較之基準係比率或件數。</p> <p>②建議分析照護機構住民外出就醫之類型，以具體、可量化之結果面指標呈現資源投入之具體效益。</p>

附表 113 年度中醫門診醫療給付費用協定項目表

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項	
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率	3.002%	886.8	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成 長率=[(1+人口結構改變率+ 醫療服務成本指數改變 率)×(1+投保人口預估成長 率)]-1。	
投保人口預估成長 率	-0.757%			
人口結構改變率	0.799%			
醫療服務成本指數 改變率	2.989%			
協商因素成長率	1.977%	584.0	請於 113 年 7 月前提報各協商 項目之執行情形，延續性項目 則包含前 1 年成效評估檢討報 告；實施成效並納入下年度總 額協考量。	
其他醫 療服務 利用及 集中度 之改變	中醫利用新 增人口(113 年新增項目)	1.990%	588.0	1.執行目標(暫列)： <u>113 年就醫人數大於 112 年 就醫人數。</u> <u>預期效益之評估指標(暫 列)：</u> <u>113 年就醫人數大於 112 年 就醫人數。(就醫人數均不 含 U07.1(確認 COVID-19 病 毒感染)、U09.9(嚴重特殊傳 染性肺炎(COVID-19)後的病 況，未明示)、職災及預防 保健部分)</u> 2.依 113 年中醫實際就醫人數 成長情形，扣減當年未執行 之額度，並列入基期扣減， 扣減方式如下： 以「113 年實際就醫人數」 扣除「112 年實際就醫人 數」，乘以「就醫者平均每 人就醫費用」計算，若低於 113 年協定增加之預算 588 百萬元，則扣減未達之差

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				額。 3.請中央健康保險署依上開議定之預算扣減方式，會同中醫門診總額相關團體提出其執行細節後，於113年7月提全民健康保險會報告。
其他議定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.013%	-4.0	1.為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。 2.本項不列入114年度總額協商之基期費用。
一般服務成長率 ^{註2}	增加金額	4.979%	1,470.8	
	總金額		31,011.3	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於112年11月前完成，新增計畫原則於112年12月前完成，且均應於113年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
	醫療資源不足地區改善方案	180.0	8.0	請中央健康保險署加強推動中醫巡迴醫療服務及獎勵開業服務計畫，並優先改善偏遠等級高地區之醫療服務。
	西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 1.腦血管疾病 2.顱腦損傷 3.脊髓損傷 4.呼吸困難相關疾病 5.術後疼痛	436.8	0.0	1.持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷、呼吸困難相關疾病及術後疼痛中醫照護。 2.針對執行10年以上之子計畫，請中央健康保險署評估、規劃納入一般服務之期程。
	中醫提升孕產照護品質計畫	70.0	-11.0	請中央健康保險署持續評估計畫成效，若無法評估計畫效益，建議規劃退場機制。
	兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	21.2	-0.4	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.持續檢討計畫執行情形(含完整療程照護人數及比率)及

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			<p>結果面之成效，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。</p> <p>2.本計畫再試辦 1 年，若未呈現具體成效則應退場。</p>
中醫癌症患者加強照護整合方案	265.0	20.0	<p>持續辦理「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」。</p>
中醫急症處置	10.0	5.0	<p>1.執行目標(暫列)： <u>參與院所數為 7 家及服務人數以 1,800 人為目標。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列)：</u> <u>使用視覺類比量表(Visual Analogue Scale, VAS)、數字等級量表(Numerical Rating Scale, NRS)、現在疼痛狀況(Present Pain Intensity, PPI)等工具進行評估，評量結果後測較前測呈現改善。</u></p> <p>2.請中央健康保險署訂定結果面成效指標，檢討執行成效及計畫執行情形，若未有明顯成效或執行率偏低，則請考量是否持續辦理。</p>
中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	105.3	0.0	<p>請持續評估計畫成效，並檢討及監測服務利用之合理性。</p>
照護機構中醫醫療方案	48.0	20.0	<p>1.維持每診次看診人次 15 人次規範，惟照護機構核定床數 50 床以上者，得由 15 人次調升至 25 人次。</p> <p>2.執行目標(暫列)： <u>(1)113 年至少 90 家院所參與服務。</u> <u>(2)服務人次 20,000 人次，服務總天數 3,500 天。</u> <u>預期效益之評估指標(暫</u></p>

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			<p>列)：</p> <p><u>照護機構接受中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫比率較未被照護前(112年)之件數減少。</u></p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)請監測參與本計畫照護機構之中醫利用情形(照護機構住民人數、就醫人數與占率及機構外就醫等)，並檢討醫療利用之合理性及評估計畫成效。</p> <p>(2)依 113 年度預算執行結果，於一般服務扣除與本項重複部分之費用。</p> <p>(3)有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 113 年 7 月提全民健康保險會報告。</p>
網路頻寬補助費用	83.0	-15.0	<p>1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)請檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果及檢查影像上傳率。</p> <p>(2)於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。</p> <p>(3)請確實依退場期程(110~114年)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。</p>

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
品質保證保留款		57.4	29.8	1.原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8 百萬元)，與 113 年度品質保證保留款(57.4 百萬元)合併運用(計 80.2 百萬元)。 2.請中央健康保險署積極檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
專款金額		1,276.7	56.4	
較基期成長率 (一般服務+專款) ^{註3}	增加金額	4.221%	1,527.2	
	總金額		32,288.0	

註：1.依衛福部報行政院核定之總額設定公式，113 年度總額之基期(採淨值)，係以 112 年度健保醫療給付費用，於一般服務扣除「111 年未導入預算扣減」部分。

2.故計算「一般服務成長率」所採基期費用為 29,540.5 百萬元(含 112 年一般服務費用為 29,760.1 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-254.2 百萬元、加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 34.5 百萬元，未有需扣除 111 年未導入金額)。

3.計算「較 113 年度總額基期(採淨值)(一般服務+專款)」成長率，所採基期費用為 30,980.4 百萬元，其中一般服務預算為 29,760.1 百萬元(112 年度健保醫療給付費用公告金額為 29,760.1 百萬元，未有需扣除 111 年未導入金額)，專款為 1,220.3 百萬元。

4.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

113 年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

113 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 112 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1+113 年度一般服務成長率)+113 年度專款項目經費

註：校正後 112 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 112 年第 7 次委員會議決定，校正投保人口預估成長率差值、加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款，及扣除「111 年未導入預算扣減」部分(牙醫門診總額 111 年度未有本項扣減金額)。

二、總額協商結論：

- (一)一般服務成長率為 2.055%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.909%，協商因素成長率-0.854%。
- (二)專款項目全年經費為 3,520.4 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，113 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較基期成長 2.436%。各細項成長率及金額，如附表。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 113 年 7 月前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

- 1.口顎顏面疼痛(0%)。
- 2.高風險複雜性拔牙(0%)。
- 3.移列「高風險疾病口腔照護」至專款項目(-0.852%，減列 405 百萬元)：

原於一般服務執行，移列 405 百萬元至「高風險疾病口腔照護計畫」專款項目。

4. 提升兒童照護品質(0%)。
5. 109 年度全面提升感染管制品質未達協定事項之扣款(0%)。
6. 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.002%，減少 0.8 百萬元)：

本項不列入 114 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 3,520.4 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 112 年 11 月前完成，新增計畫原則於 112 年 12 月前完成。

1. 醫療資源不足地區改善方案：

- (1) 全年經費 310 百萬元。
- (2) 持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
- (3) 請中央健康保險署重新檢討執業計畫之執行目標，並研議更積極鼓勵牙醫師執業之策略。

2. 牙醫特殊醫療服務計畫：

- (1) 全年經費 781.7 百萬元。
- (2) 持續辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者、老人長期照顧暨安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務。
- (3) 請中央健康保險署辦理下列事項：

- ① 會同牙醫門診總額相關團體，妥為研訂 113 年度具體實施計畫(含：醫療團服務對象、醫療費用加成方式)，於 112 年 12 月前提報全民健康保險會

同意後，依程序辦理。

- ②持續監測本計畫醫療團適用對象(包含：不同障礙別、障礙等級)之醫療利用情形，以評估照護成效及資源分配公平性。

3.牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫：

本項自 113 年度起停辦。

4.0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫：

本項自 113 年度起停辦。

5.12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫：

(1)全年經費 171.5 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①加強計畫推動並持續監測執行結果(如：參加本計畫追蹤 1 年後平均拔牙顆數、齲齒情形等結果面指標)，以評估照護成效。
- ②依 113 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。其預算扣減方式規劃，請會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 113 年 7 月提全民健康保險會報告。

6.高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫：

本項移併至「高風險疾病口腔照護計畫」專款項目。

7.超音波根管沖洗計畫：

(1)全年經費 144.8 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。
- ②本計畫以 3 年為檢討期限(112~114 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年(114 年 7 月前)提

出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

- ③請於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。

8.高風險疾病口腔照護計畫：

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

- ①原一般服務之「高風險疾病口腔照護」。
②原「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」專款項目。
③原「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」專款項目。

(2)執行目標(暫列)：

- ①113 年服務高風險患者執行牙結石清除(91090C)達 51,600 人次。
②113 年高風險疾病患者齲齒填補顆數為 10 萬顆。
③高齲齒率患者(曾接受過複合體填補處置)氟化物治療(P7301C)預估服務人次 364,000 人次。
④齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)預估服務人次 202 萬人次。

預期效益之評估指標(暫列)：

- ①高風險疾病病人利用全口牙結石清除之比率，111~113 年分別為 40%、45%、50%。
②國人牙齒保存數較 104-105 年衛福部口腔健康調查結果增加。
③高齲齒率患者(曾接受過複合體填補處置)利用塗氟之比率 113 年為 50%。
④1 年後(113 年起)高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①會同牙醫門診總額相關團體，妥為研訂具體實施計畫(含：醫療服務內容、各項服務適用對象、支付方式及成效監測)，於 112 年 12 月前提報全民健康保險會同意後，依程序辦理。
- ②考量「執行目標」及「預期效益評估指標」涉及具體實施方案之醫療服務內容，請併同上開報告提全民健康保險會確認。
- ③本計畫以 3 年為檢討期限(112~114 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
- ④請於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。

9.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費 143 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①請檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
- ②於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。
- ③請確實依退場期程(110~114 年)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。

10.特定疾病病人牙科就醫安全計畫：

(1)全年經費 307.1 百萬元。

(2)本項經費用於評估特定疾病病人用藥情形後，擬定

對應之牙醫治療計畫者，以提升其就醫安全。

(3)執行目標：(暫列)

執行特定疾病病人牙科就醫安全的院所數達 2 成。

預期效益之評估指標：(暫列)

執行「特定疾病病人牙科就醫安全」院所數自我評估合格率達到 6 成。

(4)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同牙醫門診總額相關團體，妥為研訂完整之具體實施計畫(含：適用對象之特定疾病病人定義、醫療服務內容、支付方式、稽核機制及成效監測)，於 112 年 12 月前提全民健康保險會報告。

②本計畫以 3 年為檢討期限(113~115 年)，請會同牙醫門診總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年(115 年 7 月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

11.全民健康保險癌症治療品質改善計畫：

(1)全年經費 10 百萬元，本項經費得與醫院、西醫基層總額同項專款相互流用。

(2)執行目標：以當年度癌症篩檢陽性/異常個案進行確認診斷之追陽率達 90%為計畫執行指標。

口腔癌(以篩檢人數 60.5 萬人，陽性率 8.2%估算)：約 14,300 人(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)。

預期效益之評估指標：追陽率達 90%(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質。
- ②請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。
- ③本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，請會同牙醫門診總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 4 年(115 年 7 月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

12.促進醫療服務診療項目支付衡平性(醫療器材使用規範修訂之補貼)：

(1)全年經費 5.5 百萬元。

(2)執行目標：通盤研議支付標準調整，並配合現行法規之變動(如醫療器材使用規範修訂)，考量支付衡平性，系統性檢討各項支付點數(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)。

預期效益之評估指標：本項目預定辦理期程為 3 年，考量支付標準調整項目數視核定預算而定，評估指標如下(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)：

①提出醫療服務支付標準檢討時程及方向規劃。

②「支付標準研議諮詢會議」召開 4 場次。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①於 112 年 11 月前將具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)及執行情形提報全民健康保險會。

②本項以 3 年為檢討期限(112~114 年)，會同醫療服

務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年(114年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

(4)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入牙醫門診總額一般服務費用結算。

13.牙醫口腔癌急症後期整合照護試辦方案：

本項不編列經費。

14.品質保證保留款：

(1)全年經費 47.8 百萬元。

(2)原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4 百萬元)，與 113 年品質保證保留款專款(47.8 百萬元)合併運用(計 164.2 百萬元)。

(3)請中央健康保險署積極檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

本會補充說明：

有關牙醫部門所提執行目標及預期效益之評估指標，本會研析如下：

專款項目 (全年經費)	執行目標	預期效益之 評估指標	本會研析意見
<p>高風險疾病 口腔照護計畫 (1,599.0 百萬 元)</p> <p>註：合併辦 理以下項 目：</p> <p>1. 原一般服 務之「高 風險疾病 口腔照 護」。</p> <p>2. 原「高 齒病保存 齒齒保存 善服務專 畫」項目。</p> <p>3. 原「齒 齒高者治 險之患 險氣化療 物計畫」 專款項 目。</p>	<p>1.113 年服務高風險 患者執行牙結石 清除 (91090C) 達 51,600 人次。</p> <p>說明： (1)113 年推估服務 高風險疾病患者 250,000 人，推估 實際會執行全口 牙結石清除 (91004C) 的就醫 人數 200,000 人。 (2) 依據往年經驗， 有申報 91090C(高風險疾 病患者牙結石清 除-全口)的人數 約實際就醫的 20%=4 萬人，推 估 113 年預計 91090C 服務人 次 40,000*1.29 (111 年服務人 次 15,350/服務 人數 11,875)= 51,600 人次 *補充說明：牙醫 師無法在健保 IC 卡上直接認 定高風險疾 患者，致有執 行牙結石清 除卻未申報 91090C(高風 險疾病患者牙 結石清除-全口) 項目。 (3)91090C 適用對象 僅 5 類： ③ 腦血管疾病患 者。 ④ 血液透析及腹膜 透析患者。 ⑤ 使用雙磷酸鹽類 或抗骨鬆單株 抗體藥物患 者。</p>	<p>1.高風險疾病病人利 用全口牙結石清 除之比率， 111~113 年分別為 40%、45%、 50%。</p> <p>2.國人牙齒保存數較 104-105 年衛福部 口腔健康調查結 果增加。</p> <p>3.高齲齒率患者(曾 接受過複合體填 補處置)利用塗氟 之比率 113 年為 50%。</p> <p>說明：推行新項目 應以高風險疾病 人有利為目標， 增加醫療服務 療服務項目之 可近性，增加 對象的醫療服 能才是最終目 故建議自 113 以高風險疾病 有利用率為評 估指標。</p> <p>4.1 年後(113 年起)高 風險疾病病人平 均齲齒填補顆數 增加率減緩。</p>	<p>1.本項合併 3 項既有 項目，依 113 年總 額協定結果，本 項具體實施方案 需提本會報告同 意後依程序辦 理，爰建議健保 署會同牙醫部門 研修所提目標、 指標後，併具體 實施內容於 112 年 12 月前提本會報 告及確認。</p> <p>2.針對牙醫部門所提 內容，研析如下： (1)執行目標： ① 113 年服務高風 險患者執行牙結 石清除 (91090C) 達 5.16 萬人次： 查 111 年原訂目 標為服務 27 萬 人次，建議目標 值設定應達原訂 服務人次之 50%(13.5 萬人 次)，請審酌大 幅下修服務人次 之合理性。 ② 113 年高風險疾 病患者齲齒填補 顆數為 10 萬 顆：齲齒填補加 成涉及新增用 途，尚須提本會 報告同意後再配 合新增。 ③ 高齲齒率患者氟 化物治療</p>

專款項目 (全年經費)	執行目標	預期效益之 評估指標	本會研析意見
	<p>⑥ 惡性腫瘤患者。 ⑦ 障別及障礙等級不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之患者。</p> <p>2.113 年高風險疾病患者齲齒填補顆數為 10 萬顆</p> <p>說明：</p> <p>(1) 適用對象包含：</p> <p>① 糖尿病患者。 ② 六十五歲以上患者。 ③ 腦血管疾病患者。 ④ 血液透析及腹膜透析患者。 ⑤ 使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆藥物患者。 ⑥ 惡性腫瘤患者。 ⑦ 障別及障礙等級不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之患者。 ⑧ 口乾症患者。</p> <p>(2) 新增高風險患者的齲齒照護計畫，例如糖尿病會導致牙齒結構的改變，影響患者在牙體復形上的困難與增加治療失敗的機率。</p> <p>① 研究得知，隨著年齡的增加，糖尿病組的血糖水平、DMFT 值、齲齒皆比對照組增加。 ② 糖尿病患者的齲齒發病率有所增加。 ③ 未受控制的糖尿病參與者的唾液 pH 值降低，齲齒發生率及</p>		<p>(P7301C) 預估服務人次 364,000 人次：111 年原訂目標為服務 92,000 人，牙醫部門修正為服務 364,000 人次，請審酌合理性。</p> <p>④ 齲齒經驗之高風險患者氟化物治療 (P7302C) 預估服務人次 202 萬人次：112 年原訂目標為服務 200 萬人次，牙醫部門提升服務人次至 202 萬人次，尚屬合理。</p> <p>(2) 預期效益之評估指標：</p> <p>① 高風險疾病病人利用全口牙結石清除之比率，111~113 年分別為 40%、45%、50%：同 111 年所訂指標，利用率屬過程面指標，建議研議具體結果面指標。</p> <p>② 國人牙齒保存數較 104~105 年衛福部口腔健康調查結果增加：考量衛福部成年及老年人口腔健康調查執行頻率為 6 年 1 次(最近執行年度為 105、112 年)，建議改以健保申報資料可計算之具體結果面指標。</p>

專款項目 (全年經費)	執行目標	預期效益之 評估指標	本會研析意見
	<p>廣泛率增加。</p> <p>(3)從牙齒構造的改變與流行病學上，這群人都與一般民眾不同，處理的難度更高，需求更多，失敗率更高。</p> <p>(4)其他高風險患者因服用藥物或因年長退化造成唾液減少，或口腔環境改變，從牙齒構造的改變與流行病學上，這群人都與一般民眾不同，處理的難度更高，需求更多，失敗率更高。</p> <p>(5)考慮醫師申報執行上會有遺漏，僅以111年65歲以上患者補牙申報點數預估16.35億元*加計成數20%=327百萬。</p> <p>3.高齲齒率患者(曾接受過複合體填補處置)氟化物治療(P7301C)預估服務人次 364,000 人次。</p> <p>說明：曾接受恆牙牙根齲齒複合體充填者。</p> <p>4.齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)預估服務人次 202 萬人次。</p> <p>說明： 適用對象共7類： (1)糖尿病患者。 (2)六十五歲以上患者。 (3)腦血管疾病患者。 (4)血液透析及腹膜透析患者。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體</p>		<p>③ 高齲齒率患者(曾接受過複合體填補處置)利用塗氟之比率113年為50%：111年所訂指標為113年完整塗氟4次比率達40%，牙醫部門建議修改為有塗氟之比率達50%，完整塗氟4次為111年協商承諾，具體結果面指標應以完整塗氟4次為評估對象，如：高齲齒率患者完整塗氟4次者之齲顆填補數較未完整塗氟4次者低。</p> <p>④1年後(113年起)高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩：同112年所訂指標，112年評核委員建議「增加率減緩」一詞較不明確，建議訂定更明確之指標目標值。</p>

專款項目 (全年經費)	執行目標	預期效益之 評估指標	本會研析意見
	<p>物患者。</p> <p>(6) 惡性腫瘤患者。</p> <p>(7) 障別及障礙等級不 符合「全民健康保 險牙醫門診總額特 殊醫療服務計畫」 之患者。</p>		
<p>特定疾病病 人牙科就醫 安全計畫 (307.1 百萬 元)</p>	<p>執行特定疾病病人 牙科就醫安全的院 所數達 2 成。</p> <p>說明：</p> <p>1. 慢性疾病的病人均 應該保障其牙科就 醫安全，而非只有 高風險疾病的病 人。慢性疾病除查 詢雲端藥歷外，還 需要詢問病史並妥 善擬定牙科治療 計畫。</p> <p>2. 適用對象：</p> <p>(1) 領有慢性病處方 箋。</p> <p>(2) 長期服用自費藥 品。</p> <p>(3) 慢性病使用的針 劑。</p> <p>(4) 腹膜透析病人。</p> <p>3. 慢箋領取人數約 700 萬人、糖尿病 200 多 萬人、高血壓 500 多 萬人、雙磷酸鹽類 或單株抗體 138,028 人、透析病人 8.8 萬 人、惡性腫瘤患者 717,803 人、腦血管 疾病患者 447,801 人，考慮其會有重 複身分，僅以領有 慢箋病人做估算。</p>	<p>執行「特定疾病病 人牙科就醫安全」 院所數自我評估合 格率達 6 成。</p>	<p>針對牙醫部門所提內 容，研析如下：</p> <p>1. 執行目標： 執行特定疾病病 人牙科就醫安全 的院所數達 2 成，請載明分子 及分母之計算方 式，以臻明確。</p> <p>2. 預期效益之評估指 標： 依協定事項本項 用於評估特定疾 病病人用藥情形 後，擬定對應之 牙醫治療計畫 者，建議應有稽 核機制，且牙醫 部門所訂指標 「自我評估合格 率」，無法反映 就醫安全提升之 結果，建議研議 符合預算執行目 的之結果面指 標。</p>

附表 113 年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
一般服務			
醫療服務成本及人口 因素成長率	2.909%	1,382.9	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成 長率=[(1+人口結構改變率+醫 療服務成本指數改變率)×(1+ 投保人口預估成長率)]-1。
投保人口預估成長 率	-0.757%		
人口結構改變率	0.267%		
醫療服務成本指數 改變率	3.427%		
協商因素成長率	-0.854%	-405.8	請於 113 年 7 月前提報各協商 項目之執行情形，延續性項 目則包含前 1 年成效評估檢討 報告；實施成效並納入下年 度總額協商考量。
保險給 付項目 及支付 標準之 改變	口顎顏面疼 痛	0.000%	0.0
	高風險複雜 性拔牙	0.000%	0.0
其他醫 療服務 利用及 密集度 之改變	移列「高風 險疾病口腔 照護」至專 款項目	-0.852%	-405.0
	提升兒童照 護品質 (113 年新增 項目)	0.000%	0.0
其他議 定項目	109 年度全 面提升感染 管制品質未 達協定事項 之扣款	0.000%	0.0
	違反全民健 康保險醫事 服務機構特 約及管理辦 法之扣款	-0.002%	-0.8

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
一般服務 成長率 ^{註2}	增加金額	2.055%	977.1	
	總金額		48,516.8	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於 112 年 11 月前完成，新增計畫原則於 112 年 12 月前完成，且均應於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
醫療資源不足地區改善方案		310.0	30.0	1.持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。 2.請中央健康保險署重新檢討執業計畫之執行目標，並研議更積極鼓勵牙醫師執業之策略。
牙醫特殊醫療服務計畫		781.7	109.6	1.持續辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者、老人長期照顧暨安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同牙醫門診總額相關團體，妥為研訂 113 年度具體實施計畫(含：醫療團服務對象、醫療費用加成方式)，於 112 年 12 月前提報全民健康保險會同意後，依程序辦理。 (2)持續監測本計畫醫療團適用對象(包含：不同障別、障等級)之醫療利用情形，以評估照護成效及資源分配公平性。
牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫		0.0	-10.0	本項自 113 年度起停辦。
0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫		0.0	-60.0	本項自 113 年度起停辦。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫	171.5	-100.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.加強計畫推動並持續監測執行結果(如：參加本計畫追蹤 1 年後平均拔牙顆數、齲齒情形等結果面指標)，以評估照護成效。 2.依 113 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。其預算扣減方式規劃，請會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 113 年 7 月提全民健康保險會報告。
高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫	0.0	-184.0	本項移併至「高風險疾病口腔照護計畫」專款項目。
超音波根管沖洗計畫	144.8	0.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。 2.本計畫以 3 年為檢討期限(112~114 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。 3.請於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。
高風險疾病口腔照護計畫	1,599.0	589.0	<ol style="list-style-type: none"> 1.合併辦理以下項目，其中 405 百萬元自一般服務費用移列： <ol style="list-style-type: none"> (1)原一般服務之「高風險疾病口腔照護」。 (2)原「高齲齒病患牙齒保存

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			<p>改善服務計畫」專款項目。</p> <p>(3)原「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」專款項目。</p> <p>2.執行目標(暫列)：</p> <p>(1)113 年服務高風險患者執行牙結石清除(91090C)達 51,600 人次。</p> <p>(2)113 年高風險疾病患者齲齒填補顆數為 10 萬顆。</p> <p>(3)高齲齒率患者(曾接受過複合體填補處置)氟化物治療(P7301C)預估服務人次 364,000 人次。</p> <p>(4)齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)預估服務人次 202 萬人次。</p> <p>預期效益之評估指標(暫列)：</p> <p>(1)高風險疾病病人利用全口牙結石清除之比率，111~113 年分別為 40%、45%、50%。</p> <p>(2)國人牙齒保存數較 104-105 年衛福部口腔健康調查結果增加。</p> <p>(3)高齲齒率患者(曾接受過複合體填補處置)利用塗氟之比率 113 年為 50%。</p> <p>(4)1 年後(113 年起)高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。</p> <p>4.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同牙醫門診總額相關團體，妥為研訂具體實施計畫(含：醫療服務內容、</p>

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			<p>各項服務適用對象、支付方式及成效監測)，於 112 年 12 月前提報全民健康保險會同意後，依程序辦理。</p> <p>(2)考量「執行目標」及「預期效益評估指標」涉及具體實施方案之醫療服務內容，請併同上開報告提全民健康保險會確認。</p> <p>(3)本計畫以 3 年為檢討期限(112~114 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p> <p>(4)請於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。</p>
網路頻寬補助費用	143.0	-25.0	<p>1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)請檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。</p> <p>(2)於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。</p> <p>(3)請確實依退場期程(110~114 年)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於 113 年</p>

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
<p>特定疾病病人牙科就醫安全 (113 年新增項目)</p>	<p>307.1</p>	<p>307.1</p>	<p>7 月前提全民健康保險會報告。</p> <p>1.本項經費用於評估特定疾病病人用藥情形後，擬定對應之牙醫治療計畫者，以提升其就醫安全。</p> <p>2.執行目標：(暫列) <u>執行特定疾病病人牙科就醫安全的院所數達 2 成。</u> <u>預期效益評估指標：(暫列)</u> <u>執行「特定疾病病人牙科就醫安全」院所數自我評估合格率達到 6 成。</u></p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同牙醫門診總額相關團體，妥為研訂完整之具體實施計畫(含：適用對象之特定疾病病人定義、醫療服務內容、支付方式、稽核機制及成效監測)，於 112 年 12 月前提全民健康保險會報告。 (2)本計畫以 <u>3 年</u>為檢討期限(113~115 年)，請會同牙醫門診總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 <u>3 年</u>(115 年 7 月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。</p>
<p>全民健康保險癌症治療品質改善計畫 (113 年新增項目)</p>	<p>10.0</p>	<p>10.0</p>	<p>1.本項經費得與醫院、西醫基層總額同項專款相互流用。</p> <p>2.執行目標：以當年度癌症篩檢陽性/異常個案進行確認診斷之追陽率達 90%為計畫</p>

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			<p>執行指標。</p> <p>口腔癌(以篩檢人數 60.5 萬人，陽性率 8.2%估算)：約 14,300 人(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)。</p> <p>預期效益評估指標：追陽率達 90%(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)。</p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質。</p> <p>(2)請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。</p> <p>(3)本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，請會同牙醫門診總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 4 年(115 年 7 月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。</p>
<p>促進醫療服務診療項目支付衡平性(醫療器材使用規範修訂之補貼) (113 年新增項目)</p>	<p>5.5</p>	<p>5.5</p>	<p>1.執行目標：通盤研議支付標準調整，並配合現行法規之變動(如醫療器材使用規範修訂)，考量支付衡平性，系統性檢討各項支付點數(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)。</p> <p>預期效益之評估指標：本項目預定辦理期程為 3 年，考</p>

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			<p>量支付標準調整項目數視核定預算而定，評估指標如下(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)：</p> <p>(1)提出醫療服務支付標準檢討時程及方向規劃。</p> <p>(2)「支付標準研議諮詢會議」召開4場次。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)於112年11月前將具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)及執行情形提報全民健康保險會。</p> <p>(2)本項以3年為檢討期限(112~114年)，會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年(114年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p> <p>3.本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入牙醫門診總額一般服務費用結算。</p>
牙醫口腔癌急症後期整合照護試辦方案(113年新增項目)	0.0	0.0	
品質保證保留款	47.8	-46.1	<p>1.原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4百萬元)，與113年品質保證保留款專款(47.8百萬元)合併運用(計164.2百萬元)。</p> <p>2.請中央健康保險署積極檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升</p>

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
	專款金額	3,520.4	626.1	
較基期成長率 (一般服務+專款)^{註3}	增加金額	2.436%	1,603.2	
	總金額		52,037.2	

- 註：1.依衛福部報行政院核定之總額設定公式，113 年度總額之基期(採淨值)，係以 112 年度健保醫療給付費用，於一般服務扣除「111 年未導入預算扣減」部分。
- 2.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 47,539.8 百萬元(含 112 年一般服務預算為 47,905.6 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-419.5 百萬元、加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 53.7 百萬元，未有需扣除 111 年未導入金額)。
- 3.計算「較 113 年度總額基期(採淨值)(一般服務+專款)」，所採基期費用為 50,799.9 百萬元，其中一般服務預算為 47,905.6 百萬元(112 年度健保醫療給付費用公告金額為 47,905.6 百萬元，未有需扣除 111 年未導入金額)，專款為 2,894.3 百萬元。
- 4.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

113 年度全民健康保險其他預算及其分配

一、總額協商結論：

(一)113 年度其他預算增加 2,039 百萬元，預算總額度為 17,818.2 百萬元，由中央健康保險署管控，各細項分配，如表 5。

(二)請中央健康保險署依協定事項辦理以下事宜：

- 1.屬計畫型項目，應提出具體實施方案(含預定達成目標及預期效益之評估指標)，其中延續型計畫應於 112 年 11 月前完成，新增項目原則於 112 年 12 月前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。
- 2.請於 113 年 7 月前提報執行情形，延續性項目應包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效並納入 114 年度總額協商考量。

二、預算分配相關事項：

(一)基層總額轉診型態調整費用：

- 1.全年經費 800 百萬元。
- 2.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)」。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)持續監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)，及評估分級醫療之執行效益。
 - (2)通盤檢討鼓勵分級醫療政策及支付誘因之合理性，分析是否達到預期效果，提出轉型之改善方案。
 - (3)持續檢討經費動支條件，評估推動分級醫療相關措施對西醫基層總額之財務影響，以落實編列本項預算之目的。

(4)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

(二)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：

- 1.全年經費 705.4 百萬元。
- 2.擴大辦理山地鄉論人計酬試辦計畫，於東區以外新增 2 分區，擇優試辦。
- 3.請中央健康保險署持續檢討山地離島地區醫療利用情形，並加強推動山地鄉論人計酬試辦計畫，精進執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效。

(三)居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫(113 年新增)、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務：

- 1.全年經費 8,378 百萬元。
- 2.本項醫療點數以每點 1 元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第 62 條規定採浮動點值處理。
- 3.新增「在宅急症照護試辦計畫」：
 - (1)預算 200 百萬元，本項費用不包含現行由醫院總額一般服務支應之住院醫療費用。

(2)執行目標(暫列)：

提供急症病人適當之在宅醫療服務，減少病人住院情形。

預期效益之評估指標(暫列)：

結案後 14 天內轉住院率(在宅急症照護個案結案後 14 天內住院人次/在宅急症照護總人次)。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)持續精進居家醫療照護品質及成效之評估指標(例如依「居家醫療」、「重度居家醫療」與「安寧療護」等不同照護階段之特性與目的，訂定監測指標)。

(2) 「在宅急症照護試辦計畫」：

- ①擬訂具體實施方案內容(含參與醫療院所之條件、資格認定、醫療服務內容、適用對象、支付方式等)及照護成效監測指標(含照護品質及替代醫院費用情形)，並於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。
- ②以 4 年為檢討期限(113~116 年)，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則於執行第 4 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

(四)支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費：全年經費 290 百萬元。

(五)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：

- 1.全年經費 600 百萬元。
- 2.請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協商 114 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥新科技之財源之一。

(六)推動促進醫療體系整合計畫：

- 1.全年經費 550 百萬元。
- 2.持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」及「遠距醫療會診」。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)檢討執行內容及辦理方式，以提升執行成效。
 - (2)於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告(應含支付標準調整情形及執行成效檢討)。

(七)調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費：

- 1.全年經費 800 百萬元。
- 2.經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。

(八)提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用：

- 1.全年經費 1,200 百萬元。
- 2.四部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目經費如有不足，由本項預算剩餘款支應。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)持續精進「提升院所智慧化資訊機制」之成效評估指標。
 - (2)「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」，請確實依退場期程(110~114 年)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。
 - (3)請檢討其他醫事服務機構雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，與建立稽核機制，並於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
 - (4)於協商 114 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。

(九)提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：

- 1.全年經費 1,653.8 百萬元。
- 2.請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用情形之合理性及健康改善成效，與加強執行面監督，於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

(十)腎臟病照護及病人衛教計畫：

- 1.全年經費 511 百萬元。

2.持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)持續加強腎臟病前期之整合照護，研議與相關疾病照護計畫(如：糖尿病改善方案、代謝症候群防治計畫等)整合，強化延緩病人進入透析之照護。

(2)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。

(十一)提升保險服務成效：

1.全年經費 300 百萬元。

2.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)精進並提出能反映整體提升保險服務成效之評估指標。

(2)於協商 114 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。

3.本項於 114 年度總額退場並不再編列預算，請中央健康保險署爭取公務預算支應。

(十二)提升用藥品質之藥事照護計畫：

1.全年經費 30 百萬元。

2.請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會加強推動計畫，輔導特約藥局加入執行本計畫，並監測計畫之醫療利用及執行成效(含執行目標及預期效益之評估指標)。

(十三)因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能(113 年新增項目)：

1.全年經費 2,000 百萬元，優先用於強化住院夜班護理照

護量能。

2. 執行目標(暫列)：

調升護理相關費用之醫院家數達一定比率。

預期效益之評估指標(暫列)：

調升護理相關費用之醫院家數占率。

3. 請中央健康保險署會同中華民國護理師護士公會全國聯合會於 112 年 10 月底前將具體實施規劃，提報全民健康保險會同意後執行。規劃建議如下：

(1) 設定適用對象、動支條件、獎勵費用計算及撥款方式。

(2) 訂定監測指標(含護病比、薪資調整情形)。

(3) 建立實質回饋住院夜班護理人員之稽核方式。

4. 於 113 年 7 月前提出強化住院護理照護量能之專案報告(含歷年相關預算執行檢討結果)。

5. 護理人力留任及流動議題與勞動環境及條件存在複雜關係，建議主管機關提出改善策略，宜由公務預算挹注經費支應。

6. 歷年醫院總額均編列「醫療服務成本指數改變率所增加之預算」，建議應有相對金額用於提升住院護理照護量能。

本會補充說明：

有關健保署所提執行目標及預期效益之評估指標，本會研析如下：

專款項目 (全年經費)	執行目標	預期效益之 評估指標	本會研析意見
居家醫療照護、 在宅急症照護 試辦計畫(113 年新增) 、助產 所、精神疾病社 區復健及轉銜 長照 2.0 之服務 (83.78 億元，其 中新增「在宅急 症照護試辦計 畫」2 億元)	提供急症 病人適當 之在宅醫 療服務， 減少病人 住院情形	結案後 14 天 內轉住院率 (在宅急症 照護個案結 案後 14 天內 住院人次/在 宅急症照護 總人次)	1.健保署所提之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，係減少急症病人住院情形，及 14 日內轉住院率作為監測，惟未提出具體、可量化目標值。 2.針對健保署所提內容研析如下： (1)執行目標：請健保署訂定具體量化目標值。 (2)所提效益評估指標尚屬合理，惟請提出預期達到之具體量化目標值及可減少住院費用，以呈現資源投入之具體效益。
因應醫院護理 人力需求，強化 住院護理照護 量能 (113 年新增項 目) (20 億元)	調升護理 相關費用 之醫院家 數達一定 比率	調升護理相 關費用之醫 院家數占率	1.健保署所提之「執行目標」及「預期效益之評估指標」均以調升護理費用之醫院家數計列，兩者相同，且未有具體量化標準。 2.針對健保署所提內容研析如下： (1)查本項預算以解決護理人力短缺問題，提升住院護理照護量能。爰建議提出符合預算用途，解決護理人力短缺之具體執行目標。 (2)預期效益之評估指標：建議以具體、可量化之結果面指標(如實質回饋住院夜班護理人員費用或人數增加)呈現資源投入之具體效益。

表 5 113 年度其他預算協定項目表

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
其他預算(全年計畫經費)			<ol style="list-style-type: none"> 1.屬計畫型項目，應提出具體實施方案(含預定達成目標及預期效益之評估指標)，其中延續型計畫應於112年11月前完成，新增項目原則於112年12月前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。 2.請於113年7月前提報執行情形，延續性項目應包含前1年成效評估檢討報告；實施成效並納入114年度總額協商考量。
基層總額轉診型態調整費用	800.0	0.0	<ol style="list-style-type: none"> 1.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： <ol style="list-style-type: none"> (1)持續監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)，及評估分級醫療之執行效益。 (2)通盤檢討鼓勵分級醫療政策及支付誘因之合理性，分析是否達到預期效果，提出轉型之改善方案。 (3)持續檢討經費動支條件，評估推動分級醫療相關措施對西醫基層總額之財務影響，以落實編列本項預算之目的。 (4)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，於113年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	705.4	100.0	<ol style="list-style-type: none"> 1.擴大辦理山地鄉論人計酬試辦計畫，於東區以外新增2分區，擇優試辦。 2.請中央健康保險署持續檢討山地離島地區醫療利用情形，並加強推動山地鄉論人計酬試辦計畫，精進執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫(113年新增)、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務	8,378.0	575.0	<p>1.本項醫療點數以每點1元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第62條規定採浮動點值處理。</p> <p>2.新增「在宅急症照護試辦計畫」：</p> <p>(1)預算200百萬元，本項費用不包含現行由醫院總額一般服務支應之住院醫療費用。</p> <p>(2)執行目標(暫列)： <u>提供急症病人適當之在宅醫療服務，減少病人住院情形</u> <u>預期效益之評估指標(暫列)：</u> <u>結案後14天內轉住院率(在宅急症照護個案結案後14天內住院人次/在宅急症照護總人次)</u></p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)持續精進居家醫療照護品質及成效之評估指標(例如依「居家醫療」、「重度居家醫療」與「安寧療護」等不同照護階段之特性與目的，訂定監測指標)。</p> <p>(2)「在宅急症照護試辦計畫」：</p> <p>①擬訂具體實施方案內容(含參與醫療院所之條件、資格認定、醫療服務內容、適用對象、支付方式等)及照護成效監測指標(含照護品質及替代醫院費用情形)，並於113年7月前提全民健康保險會報告。</p> <p>②以4年為檢討期限(113~116年)，<u>滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則於執行第4年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</u></p>
支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾	290.0	0.0	

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
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			
支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費	600.0	0.0	請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協商114年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥新科技之財源之一。
推動促進醫療體系整合計畫	550.0	0.0	1.持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」及「遠距醫療會診」。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)檢討執行內容及辦理方式，以提升執行成效。 (2)於113年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告(應含支付標準調整情形及執行成效檢討)。
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	800.0	0.0	經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。
提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用	1,200.0	-436.0	1.四部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目經費如有不足，由本項預算剩餘款支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續精進「提升院所智慧化資訊機制」之成效評估指標。 (2)「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」，請確實依退場期程(110~114年)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於113年7月前提全民健康保險會報告。 (3)請檢討其他醫事服務機構雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，與建立稽核機制，並於113年7月前提

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			報執行情形及前1年成效評估檢討報告。 (4)於協商114年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財。
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,653.8	0.0	請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用情形之合理性及健康改善成效，與加強執行面監督，於113年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
腎臟病照護及病人衛教計畫	511.0	0.0	1.持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續加強腎臟病前期之整合照護，研議與相關疾病照護計畫(如：糖尿病改善方案、代謝症候群防治計畫等)整合，強化延緩病人進入透析之照護。 (2)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。
提升保險服務成效	300.0	-200.0	1.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)精進並提出能反映整體提升保險服務成效之評估指標。 (2)於協商114年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。 2.本項於114年度總額退場並不再編列預算，請中央健康保險署爭取公務預算支應。
提升用藥品質之藥事照護計畫	30.0	0.0	請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會加強推動計畫，輔導特約藥局加入執行本計畫，並監測計畫之醫療利用及執行成效(含執行目標及預

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			期效益之評估指標)。
因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能 (113年新增項目)	2,000	2,000	<p>1.優先用於強化住院夜班護理照護量能。</p> <p>2.執行目標(暫列)： <u>調升護理相關費用之醫院家數達一定比率。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列)：</u> <u>調升護理相關費用之醫院家數占率。</u></p> <p>3.請中央健康保險署會同中華民國護理師護士公會全國聯合會於112年10月底前將具體實施規劃，提報全民健康保險會同意後執行。規劃建議如下： (1)設定適用對象、動支條件、獎勵費用計算及撥款方式。 (2)訂定監測指標(含護病比、薪資調整情形)。 (3)建立實質回饋住院夜班護理人員之稽核方式。</p> <p>4.於113年7月前提出強化住院護理照護量能之專案報告(含歷年相關預算執行檢討結果)。</p> <p>5.護理人力留任及流動議題與勞動環境及條件存在複雜關係，建議主管機關提出改善策略，宜由公務預算挹注經費支應。</p> <p>6.歷年醫院總額均編列「醫療服務成本指數改變率所增加之預算」，建議應有相對金額用於提升住院護理照護量能。</p>
總計	17,818.2	2,039.0	

討論事項第二案

提案人：周委員慶明、陳委員相國

連署人：翁委員文能、陳委員石池、吳委員鏘亮、朱委員益宏、江委員錫仁、詹委員永兆

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：建議各總額部門專款「網路頻寬補助費用」項目及其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」項目延長執行期間，提請討論。

說明：

- 一、旨揭項目協定事項：請中央健康保險署(下稱健保署)確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式，於112年7月底前提全民健康保險會報告。
- 二、112年5月24日健保署召開「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」(草案)溝通會議，當日與會代表一致共識應延長本項專款執行期間。
- 三、為了民眾醫療資訊安全，上傳至健保署VPN的資料，必須要另外透過單獨(非家用)的網路線路上傳，已額外增加醫療機構服務成本。
- 四、除了基本的就醫醫療資訊等，健保署大力要求醫事機構上傳檢驗檢(查)結果及醫療檢查影像等。每年也持續提出各項資訊更新政策規劃，如醫療費用申報格式改版、健保卡資料上傳格式改版(就醫識別碼)、電子處方箋等，都加遽網路頻寬速度升級的需求。
- 五、疫情期間，醫療院所靠著網路頻寬升級後提供的即時病患防疫資訊查詢及管制，成功防疫及完整照護病患，例如新冠肺炎確診病患的居家隔離照護及遠距診療。天災及傳染性疾病延續及頻繁發生，實在非常需要「網路頻寬補助」醫療院所繼續強化「即時查詢病患就醫資訊方案」。
- 六、考量醫事機構與健保資料及政策推廣之緊密性及數據傳輸之便

利性，資訊化政策是主管機關持續推動的重點項目，建議應維持專款編列。

擬辦：

建議各總額部門專款「網路頻寬補助費用」項目及其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」項目延長執行期間(至少5年)。

中央健康保險署意見：

- 一、本署前於112年5月24日邀集中華民國醫師公會全國聯合會等10個公協會召開修訂「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」(下稱即時查詢方案)(草案)溝通會議，並針對即時查詢方案退場之執行方式進行討論。
- 二、與會代表反映本項獎勵費用有助於增進醫療院所與本署間資料傳輸之緊密性及便利性，如查詢TOCC、疫苗注射狀況及確診隔離資訊等，於疫情期間充分協助各醫療院所疫情管控。
- 三、本署辦理即時查詢方案之目的係為鼓勵醫療院所提升網路頻寬及院所智慧化資訊，以利即時上傳、迅速查詢病患於不同醫療院所間之醫療資訊，以確保民眾就醫安全，提升醫療服務效率，如醫療院所確有延長「網路頻寬補助費用」之需要，本署建議本項預算持續編列，惟各醫療院所之頻寬補助上限將不再調升並以提升頻寬為目標，僅針對院所數推估預算成長率。
- 四、又「上傳資料獎勵」鼓勵醫療院所上傳檢驗(查)結果等資料，載入健保醫療資訊雲端查詢系統及健康存摺，以作為醫事人員提供醫療服務時診斷和治療之參考依據，並供民眾查閱，以保障民眾知的權利；「提升院所智慧化資訊機制獎勵」有助於醫療院所佈建資訊環境，提升資訊能力，以利醫療院所配合本署政策完成資訊系統改版作業，建議皆持續編列。
- 五、本署將依討論決議辦理。

.....
本會補充說明：

一、查 112 年度各部門總額及其他預算編列與案由有關之專款項目經費及協(決)定事項如下：

專款項目	112 年經費 (億元)	協(決)定事項
四部門總額之「網路頻寬補助費用」	牙醫門診：1.68 億元 中醫門診：0.98 億元 西醫基層：2.53 億元 醫院：2 億元	1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請健保署辦理下列事項： (1)檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。 (2)於協商 113 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。 (3) 確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式 ，提全民健康保險會報告。
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：16.36 億元	1.四部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目經費如有不足，由本項預算剩餘款支應。 2.請健保署辦理下列事項： (1)加強推動「提升院所智慧化資訊機制」，並持續監測及精進成效評估指標。 (2) 「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」 ，請 確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式 ，並提全民健康保險會報告。 (3)於112年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告(應含「提升院所智慧化資訊機制」成效指標監測結果及檢討)。 (4)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。

二、整理歷年有關「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(含四部門總額之網路頻寬補助費用)」編列預算，及退場相關

協定情形如附件一(第 123~124 頁)，摘要說明如下：

- (一)健保署為避免病患重複醫療及浪費，擬提升醫療院所網路頻寬，鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊。爰自 103 年度起於其他預算編列本項經費，並自 108 年度起，將「網路頻寬補助費用」移列至四總額部門，其他預算則保留「獎勵院所資料上傳經費」、其他醫事機構之網路頻寬補助費用，另於 111 年新增「提升院所智慧化資訊機制」。
- (二)協商 104 年總額時，付費者委員考量本項非屬健保法法定用途，及建置所需費用屬 1 次性需求，爰依健保署建議，明定以 5 年(103~107 年)為期程。
- (三)因承諾期程已屆，本會要求健保署提報退場規劃，健保署於 109 年提出將配合「全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法(下稱憑證管理辦法)」修正，規劃以 5 年為期，逐步調整以利獎勵措施退場。本會乃據以於 110 年度總額協定事項明定，以 5 年為退場期程(110~114 年)，並請該署儘速將規劃退場方式提報本會。健保署於 111 年 7 月委員會承諾將與醫界討論退場機制後提報本會。

三、依 112 年度總額協定事項，本會於 112 年第 5 次委員會議(112.6.28)安排健保署報告依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，摘要重點如下

(一)健保署報告略以：

- 1.已於 112 年 5 月 24 日召開修訂「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」(草案)溝通會議，與會代表反映本項獎勵費用有助於增進醫療院所與健保署間資料傳輸之緊密性及便利性，亦可有效避免醫療資源浪費，減少不必要之檢驗(查)。

- 2.該署將持續與醫界討論，規劃適當退場方式。

(二)會有付費者委員表示，本項經費非屬健保法法定用途，請健保署儘速提報退場規劃，並爭取其它預算來源支應。

- 四、另於本會 112 年 2 月份委員會議(112.2.22)有委員提出衛生福利部於 112.1.4 修正發布憑證管理辦法，其中第 10 條明定保險醫事服務機構應於 24 小時內上傳保險人指定之保險對象就醫紀錄，包含檢驗(查)結果與檢查影像及影像報告等資料，考量倘醫療機構上傳保險對象就醫紀錄已屬法定義務，自不應再予獎勵或補助。該次會議決定，請健保署釐清「憑證管理辦法規定應上傳項目」與「總額其他預算獎勵上傳項目」之差異，並檢討持續獎勵之必要及合理性。
- 五、有關本項經費之績效評估：付費者委員考量本項預算目的為避免重複醫療及浪費，故自 108 年度起，每年協定事項均請健保署於總額協商前提出節流效益，並適度納入次年度總額協商減項或預算財源。健保署於 113 年度總額協商資料提出本項節流效益說明如附件二(第 125~126 頁)。
- 六、整理近 5 年有關「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(含四部門總額之網路頻寬補助費用)」之本會委員意見重點摘要如附件三(第 127 頁)。
- 七、健保署於 113 年度總額協商草案其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」，提出 114 年退場機制規劃：
- (一)建議網路頻寬補助費用維持：本項屬醫療院所之基礎建設，又醫療院所資料上傳及提升資訊系統傳輸能力仍需成本，建議其他醫事機構(如藥局、檢驗所、居護所等)之網路頻寬補助費用持續編列。另健保署對四總額部門「網路頻寬補助費用」專款，亦建議持續編列預算。
- (二)建議獎勵上傳資料逐步退場方式：
1. 考量醫療院所上傳檢驗(查)報告及醫療檢查影像等資料仍需逐步汰換舊型醫療設備、更新資訊系統、臨床判讀及整理等成本，研擬將上傳率已達 95%，且高單價具臨床參考價值之項目之即時上傳檢驗(查)報告或醫療檢查影像之項目，移列一般服務項目。並視執行情形加強行政審查或於

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」規範為應上傳項目。

2.其餘項目：將再邀集醫界代表討論，並視執行情形研議後續辦理方式。

(三)提升院所智慧化資訊機制獎勵，114年不再編列：本項係醫療院所佈建資訊環境及提升資訊能力，以配合健保署政策完成資訊系統改版作業，屬一次性獎勵，114年將不再編列。

決議：

歷年有關「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(含四部門總額之網路頻寬補助費用)」編列預算，及退場相關協定情形

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

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

二、本項經費之退場規劃：

(一)協商 104 年度總額時，付費者委員認為系統開發及硬體建置屬 1 次性預算需求，應訂定落日條款。依健保署建議，協定事項明定本項原則以 5 年(103~107 年)為期程。

(二)協商 109 年度總額時，付費者委員考量健保署承諾之 5 年期程已屆，乃於協定事項請健保署提出未來規劃與期程(含退場)，並評估檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。

☉健保署於 109 年 6 月委員會議(109.6.19)提報本會，將配合「全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法」(下稱憑證管理辦法)修正，規定醫事機構應上傳就醫結果紀錄，並規劃以 5 年為期程，逐步調整以利獎勵措施退場。

(三)協商 110 年度總額時，依健保署建議，協定事項明定以 5 年

(110~114 年)為退場期程，並請該署儘速將規劃退場執行方式提報本會。

- 健保署於 111 年 7 月委員會議(111.7.29)提報本會，有關退場執行方式，將俟疫情趨緩後與醫界討論適當退場方式，該次會議決定：請該署儘速將規劃結果提報本會。

健保署於 112 年 6 月委員會議(112.6.28)再次提報本會之退場執行方式，將持續與醫界討論，規劃適當退場方式。會上有付費者委員表示，考量 114 年退場在即，且本項經費非屬健保法法定用途，爰請該署儘速提報退場規劃，若認為本項經費之必要，請爭取其它預算來源支應。

**依 112 年度總額協定事項暨本會 112 年第 6 次委員會議之決定事項，
須於協商 113 年度總額前提出節流效益並納入總額預算財源之項目**

其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」

--檢討成效，提出節流效益並納入總額預算財源。

健保署說明

一、「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」(下稱本方案)自 103 年起實施，鼓勵特約醫事服務機構提升網路頻寬，以利即時、迅速查詢病患於不同醫事機構間之醫療資訊供處方參考，以確保保險對象就醫安全及效率。

二、109-110 年適逢嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)疫情，因本方案長期鼓勵醫事服務機構提升網路頻寬速率，促使本次疫情期間醫事服務機構得以即時上傳及查詢病患防疫資訊，以利迅速執行邊境管制、避免社區感染，包括以下措施：

(一)透過本署提供之各項管道即時查詢病患之旅遊史及接觸史(TOCC)提示/資料紀錄，累計至 110 年 7 月底計有 10.1 億次查詢紀錄。

(二)醫事服務機構即時上傳病患 SARS-CoV-2 病毒核酸檢驗(PCR)、抗原快速檢驗結果資料及核酸試劑「試劑名稱」及「試劑製造商」資訊，以配合建置「數位疫苗護照」，及便利民眾透過「健康存摺」查詢篩檢結果。並增加急診及住院個案之加護病房費、ECMO、呼吸器及透析等醫令項目即時上傳。

三、考量網路頻寬補助費用屬醫療院所之基礎建設，且醫療院所資料上傳及提升資訊系統傳輸能力仍需成本，又本署近期推動部分負擔新制、就醫識別碼及虛擬健保卡等政策，亟需佈建穩定及快速之網路環境支持，故網路頻寬補助費用建議持續維持，惟各院所補助上限維持 111 年版本，不調升院所補助上限，僅以院所成長率推估所需預算。

四、另本署持續輔導醫事機構提升上傳率，查 112 年 6 月檢驗(查)結果總上傳率約計 95%，說明如下：

(一)醫院層級約計 98%，其中醫學中心約計 99%，區域醫院約計 98%，地區

醫院約計 97%。

(二)基層院所層級約計 78%，其中基層診所約計 69%，檢驗所約計 97%。

五、上開檢驗(查)結果總上傳率相較去年同期值 90%，有顯著提升，其中基層院所層級去年同期值計 50%，提升尤為顯著，惟限於基層人力及資訊能力不足，上傳率仍偏低，本署將持續輔導醫療院所提升上傳率。

六、本署鼓勵醫療院所上傳檢驗(查)結果之目的，係為避免不必要之檢驗(查)，並確保病人安全，考量醫療院所上傳檢驗(查)報告及醫療檢查影像等資料仍需逐步汰換舊型醫療設備、更新院內資訊系統、臨床判讀及整理等成本，建議逐步退場，將上傳率已達 95%，且高單價具臨床參考價值之項目之即時上傳檢驗(查)報告或醫療檢查影像之項目，逐步移列一般服務服務項目，並視執行情形加強行政審查或於「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」規範為應上傳項目。

整理近 5 年有關「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(含四部門總額之網路頻寬補助費用)」之本會委員意見重點摘要

一、付費者委員意見：

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

二、醫界委員意見：

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