

衛生福利部全民健康保險會
第 7 屆 115 年第 6 次委員會議資料

本資料未上網公開前

請勿對外提供

中華民國 115 年 7 月 29 日

衛生福利部全民健康保險會第7屆115年第6次委員會議議程

壹、主席致詞

貳、議程確認

參、確認上次(第5次)委員會議紀錄 ----- 1

肆、本會重要業務報告 ----- 6

伍、討論事項

特殊材料「脊髓刺激器」以保險對象自付差額方式納入健保 給付建議案 ----- 65

陸、報告事項

一、各總額部門114年度執行成果評核結果及評核建議 ----- 87

二、「促進醫療服務診療項目支付衡平」之具體實施方式及執行 情形專案報告 ----- 88

三、115年度牙醫門診總額專款項目執行期限屆期之檢討(提出 納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果) ----- 98

四、「0~6歲兒童醫療量能保障」具體實施規劃(包含執行方式及 具體提升兒童醫療量能之監測指標)專案報告 ----- 114

五、115年度各部門總額依核定事項，須提本會報告之具體實施 計畫/方案/規劃或執行方式(續提)----- 115

六、中央健康保險署「115年6月份全民健康保險業務執行報告」 (書面報告)----- 118

柒、臨時動議

參、確認上次(第 5 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(115)年 6 月 29 日衛部健字第 1153360076 號函送
委員在案，並於同日併同會議資料上網公開。

決定：

衛生福利部全民健康保險會第7屆115年第5次委員會議紀錄 (含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國115年6月24日上午9時30分

地點：本部301會議室

主席：周主任委員麗芳

紀錄：許至昌、彭美瑩

出席委員：(依姓名筆劃排序)

田委員士金、朱委員益宏、吳委員銘修、吳委員鏘亮、李委員飛鵬、林委員宜平、林委員恩豪、林委員敏華、花委員錦忠、洪委員瑜黛、胡委員峰賓、張委員田黨(台灣身心障礙福利推動聯盟張秘書長志麒代理)、張委員家銘、張委員鈺旋、許委員舒博、許委員慧瑩、陳委員世岳、陳委員秀熙、陳委員建宗、陳委員節如、陳委員麗琴、黃委員心苑、黃委員金舜、黃委員振國、黃委員國祥、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、蔡委員順雄、鄭委員力嘉、謝委員佳宜、顏委員鴻順、嚴委員必文、蘇委員守毅

請假委員：(依姓名筆劃排序)

吳委員永全、呂委員正華、連委員賢明、溫委員宗諭、董委員正宗

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：陳署長亮妤(顏副署長家瑞代理)

本會：周執行秘書淑婉、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第5~7頁)

貳、議程確認：(詳附錄第7~8頁)

決定：確認。

參、確認上次(115年第4次)委員會議紀錄：(詳附錄第8頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第15~17頁)

決定：

- 一、歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計5項，其中1項(擬解除追蹤項次2)同意解除追蹤，其餘4項繼續追蹤。
- 二、同意中央健康保險署所請，將原訂於本次提報之「『0~6歲兒童醫療量能保障』具體實施規劃專案報告」，延至7月份委員會議(115.7.29)提報。
- 三、餘洽悉。

伍、法定諮詢事項(詳附錄第18~30頁)

說明單位：衛生福利部社會保險司、中央健康保險署

案由：衛生福利部「116年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)諮詢暨中央健康保險署併提財務試算案，請鑒察。

決定：

- 一、委員所提諮詢意見，送請衛生福利部參考(整理委員意見摘要，如附件)。
- 二、請中央健康保險署於衛生福利部交議總額範圍時，依法併同提出資源配置及財務平衡方案，供協商參考。
- 三、本會於衛生福利部交議116年度總額範圍案後，將儘速轉知委員、各總額部門承辦團體及中央健康保險署，並邀請衛生福利部派員蒞會說明。

陸、討論事項(詳附錄第31~34頁)

提案單位：本會第三組

案由：全民健康保險各總額部門114年度執行成果之評核結果獎勵標準案，提請討論。

決議：

- 一、116年度各部門總額品質保證保留款(下稱品保款)專款之獎勵標準：
 - (一)計算基礎：以各總額部門受評年度(114年)一般服務預算為計算基礎。

(二)評核等級獎勵成長率：評核結果「良」級給予0.1%、「優」級給予0.2%、「特優」級給予0.3%獎勵成長率。

二、為因應107年起品保款預算屬性改變，將116年度各部門總額品保專款額度，併同其於原106年度一般服務預算保留匡列品保款之額度一起運用，全數作為鼓勵提升醫療品質之用。

柒、報告事項(詳附錄第35頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：中央健康保險署「115年5月份全民健康保險業務執行報告」(書面報告)，請鑒察。

決定：本案洽悉。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：上午11時5分。

「116年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」

健保會委員所提諮詢意見摘要

- 一、總額低推估公式不宜校正基期的一般服務費用占率：**目前以「醫療服務成本及人口因素成長率」乘以「一般服務費用占率」計算，未考量專款項目在醫療服務成本、人口結構、人口成長對醫療費用的影響，建議修正。
- 二、醫療服務成本指數改變率(MCPI)之「藥品費用」，請檢討所採指數的妥適性：**目前指數採主計總處物價調查資料，然其受到「藥品費用分配比率目標制」(DET)人為調降藥價影響，醫院及西醫基層總額呈現負值，未能反映實際藥費成本，請檢討其妥適性。
- 三、總額政策目標建議納入「分級醫療」落實下轉政策：**政策目標中的「提升醫療可近與效能，平衡資源配置」，建議將落實或強化分級醫療政策納入，才能有效提升醫療資源可近性。
- 四、為健保永續，健保財務應有配套措施及長遠規劃：**目前以成長率範圍2.619%~5.5%試算健保財務，將短絀559、843億元，安全準備餘額折合保險給付支出約當1.4、1.01個月，已接近健保法第78條所定保險安全準備法定下限1個月，在不調升保費的前提下，能否持續爭取公務預算或其他財源撥補，並擬訂健保財務配套措施及健保永續之長遠規劃。
- 五、對於醫療人力及薪資問題，宜有整體規劃及預算來源：**目前護理人力費用採公務預算撥補，未來是否仍有公務預算挹注？醫療人力包含各類醫事人員，宜整體思考並有長遠性的處理方式。
- 六、請強化民眾自費的管理及監督機制：**行政院115年函示「就自費醫療項目及金額，強化有效之管理及監督機制」，近年因新醫療科技、高階治療的引進，自費醫療項目及金額增加，為了解民眾財務負擔，請蒐集自費相關資料及資訊透明化，做為健保資源配置參考。

肆、本會重要業務報告

一、本會依上次(第5次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

(一)關於「116年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」法定諮詢事項決定之辦理情形：

1.將本會諮詢意見於本(115)年6月25日以衛部健字第1153360075號書函送請衛生福利部(下稱衛福部)參考，如附錄一(第121頁)。

2.衛福部復於本年7月6日依全民健康保險法(下稱健保法)第60條規定將「116年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」報請行政院核定(函文及內容節錄如附錄二，第122~158頁)並副知本會，函報重點摘要如下：

(1)116年度總額範圍草案約為10,149.55億元(下限金額)至10,434.49億元(上限金額)，與基期(9,890.52億元)相較，其成長率為2.619%(低推估)至5.5%(高推估)，較基期約增加259.03億元至543.98億元。

(2)關於基期、低推估之計算、高推估值與政策規劃目標如第124~130頁；至本會委員諮詢意見重點摘述如第130~131頁；就諮詢本會各界意見之回應如第132~133頁。

(二)至於會議中個別委員關切事項，中央健康保險署(下稱健保署)回復如附錄三(第159頁)。

二、本會業於本年7月20、21日完成各總額部門114年度執行成果發表暨評核會議，評核結果提報本次會議報告事項第一案。另為利評核作業，本會同仁彙整健保署及四總額部門提供資料，編製「全民健康保險各總額部門114年度執行成果評核指標摘要」，併提供委員作為年度總額協商參考，敬請委員參閱。

三、健保署依本會114年第9次委員會議(114.11.19)決議，於本年6月15日將115年度西醫基層總額風險調整移撥款(7億元)執行方式函報本會備查，如附錄四(第160~163頁)，摘要如下：

(一)用於保障東區浮動點值不低於每點1元(不含「新增醫藥分業地

區所增加之藥品調劑費用」)，餘款用於撥補點值落後地區。

(二)若有剩餘或未動用之移撥款，則當季依五分區(不含東區)移撥後之預算(不含違規查處、專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算)占率攤分。

四、有關 115 年度各部門總額各項協定項目之核定事項定期追蹤辦理情形：

(一)依本會115年第2次委員會議(115.3.11)決定，健保署應於本年7月前提報各部門總額各項協定項目之核定事項辦理情形，該署於7月22日提出相關資料，如附件(第16~62頁)。

(二)本會整理115年度總額各項協定項目之核定事項辦理情形，應提報或副知本會項目，計有143項，如下表：

類別 部門別	依相關程序辦理，並 副知本會項目 (46 項目)		需提本會報告或討 論項目 (15 項目)		提報本會執行情形 (115 年初步結果/成果) (82 項目)	
	未完成數/ 應完成數	未完成之 項目別	未完成數/ 應完成數	未完成之 項目別	未完成數/ 應完成數	未完成之 項目別
牙醫門診	0/9	—	0/3	—	1/7	項次 3
中醫門診	0/11	—	0/2	—	4/12	項次 1、2 (3)、 10(1)(2)、12(2)
醫院	1/11	項次 24	0/4	—	5/27	項次 18、20、 21(1)(2)、24、28
西醫基層	0/8	—	0/5	—	8/23	項次 3、4、5、6、 10(2)、12、15(2)、 23(2)
門診透析	0/1	—	0/0	—	1/3	項次 1
其他預算	1/6	項次 8	0/1	—	1/10	項次 8(3)
未完成率	2/46 (4.3%)		0/15 (0%)		20/82 (24.4%)	

(三)依115年度總額協商原則，115年度執行成效將納入116年度總額協商考量。依健保署提報之辦理情形，尚有22個協商項目尚待依時程完成(彙整如附表，第14~15頁)，爰請健保署儘速辦理，以利總額協商。

五、衛福部於本年 6 月 29 日以衛部保字第 1150127355 號函核定健保署所報「115 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」

副知本會，其中並請該署下年度方案之提報，仍按健保會排定時程辦理(如附錄五，第 164~172 頁)。整理核定方案重點如下：
(115 年度方案及目標值修正比較表，如第 165~170 頁)

(一)115 年度方案仍維持3大構面8項策略，並以16項管控項目衡量成效，其中目標值較114年度調高7項、放寬2項，維持6項，另修正指標1項(將「非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數」修正為「醫院下轉率」)。

(二)訂定3年(115~117年)目標值，作為未來努力方向，並於達到目標值後，調整隔年度目標值(如第171~172頁)。

六、財團法人罕見疾病基金會於本年 6 月 29 日函提「116 年健保總額專款項目之分配建議」(詳附錄六，173~179 頁)，對於醫院總額「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」專款項目建議編列 265.15 億元，以確保相關醫療資源之穩定供應及病患權益，並提出細項及編列說明，提供委員做為 116 年度總額協商參考。

七、本會完成編製全民健康保險會 114 年版年報及歷年年報電子書櫃：

(一)依全民健康保險法施行細則第4條規定，本會應每年編具年終業務報告，並對外公開。本會114年版年報已完成編製，置於委員桌上，惠請指正，另將寄送委員推薦單位收藏參考。

(二)為利完整呈現歷年工作成果，110年起於本會網站建置年報電子書櫃，收錄102年起歷年年報之電子書(路徑：本部全球資訊網>本部各單位及所屬機關>全民健康保險會>公告及重要工作成果>年終業務報告，網址：<https://gov.tw/DJr>)，供外界參閱。

八、針對上次(第 5 次)委員會議，就本會完成 116 年度總額範圍諮詢結果作為委員關切重要議題之會訊報導主題，內容詳附錄七(第 180~181 頁)，已置於本會網頁(路徑：健保會首頁>最新訊息>委員關切重要議題分析，網址：<https://gov.tw/vqq>)，敬請委員轉知所屬團體之會員參閱。

九、衛福部及健保署於本年 6 月至 7 月份發布及副知本會之相關資訊摘要如下：[內容已置於該署全球資訊網，詳細內容及相關附

件業於本年 7 月 22 日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

- 1.本年 6 月 24 日修正發布「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第 13 條，並自發布日生效，如附錄八(第 182 頁)，修正重點摘要如下：因應放射性藥品於臨床治療應用之發展，「治療用」放射性藥品與其他治療藥品(如標靶藥物、免疫檢查點抑制劑等)同屬精準治療領域之一環，乃修正第 13 條(含於全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準相關費用不另支付之項目)，刪除「放射線製劑」。
- 2.本年 6 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 8 月 1 日生效，如附錄九(第 183~184 頁)，本次修正西醫基層診所門診診察費之合理量計算規定。【預算來源：115 年度西醫基層總額專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」(5.586 億元)】

(二)健保署

- 1.本年 6 月 17 日修正發布「全民健康保險醫療費用審查注意事項」第四部中醫第 6 點、第 29 點，並自本年 8 月 1 日生效，如附錄十(第 185 頁)
- 2.公告總額相關計畫如附錄十一(第 186~188 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
115.6.26/ 115.1.1	全民健康 保險家庭 醫師整合 性照護計 畫	本次主要係整合醫療給付改善方案-糖尿病及初期慢性腎臟病(下稱 P4P-DM/CKD/DKD 方案)之重複收案個案統一由家醫計畫照護，並全面實施家醫計畫 2.0。修訂重點摘要如下： 1.修訂組織運作：明定未符合糖尿病共同照護網資格之醫師，應按本計畫所定接受教育訓練。 2.修訂收案對象：修訂三高病人之收案模式。 (1)社區醫療群醫師自行收案：增訂之三高病人收案模式。

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		除現行前一年度評核指標≥ 90 分之社區醫療群，於第二階段，每名醫師可再自行收案 100 名外，新增「114 年度糖心腎症候群監測數據控制良好或進步率之 HbA1c 及 LDL 得分皆滿分之社區醫療群，其群內每家診所可自行收案三高病人 100 名。 (2)保險人派案：配合上開規定，於「保險人派案」刪除第一階段保險人將三高病人派案予診所之規定。 3.修訂費用申報及支付方式： (1)增訂「第二階段加收之三高病人，年度內未於收案診所因三高疾病就醫，不支付本計畫所有費用」。 (2)修訂個案管理費之「特定疾病照護費」(原名稱為特定疾病追蹤管理加成費)：配合整合 P4P-DM/CKD/DKD 方案，依疾病別拆分下列 4 類： ①定期檢驗(查)達成加成費：新增疾病別「僅具 DM」之規定，每人支付 100 元/年。(同 114 年支付點數每人 100 元/年) ②新增「追蹤管理加成費」：DM 每人每次追蹤支付 250 元/次，DKD 支付 400 元/次及規範，每年度最多支付 4 次。 ③新增「糖尿病新收案整合照護費」：支付每人 650 元/年。 ④新增「初期慢性腎臟病個案(CKD)」支付規範。 (3)明定不予重複支付規範：若收案會員之 P4P-DM/CKD/DKD 與家醫計畫之收案診所相同，僅支付家醫計畫之個案管理費；並扣除個案之 P4P 個案管理費。 (4)多重慢性病人門診整合費用：刪除 E1 案件納入計算之規範。 (5)修訂糖心腎症候群整合照護提升費：依檢(驗)查結果良好或進步給予對應之提升費，支付點數介於 500~1,100 點(原 150~750 點，各項目皆調升 350

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		點)，並改浮動點值支付。 4.修訂結構面指標—設立 24 小時諮詢專線：明定 24 小時諮詢專線運作機制之內容及規範等。 5.修訂過程面指標—成人預防保健檢查率、65 歲以上老人流感注射率、糞便潛血檢查率、B、C 肝炎篩檢率等 4 項指標：新增得分級距、調整得分或定義等。 6.修訂結果面指標—會員急診率、初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢檢驗檢查執行率、糖心腎症候群監測數據控制良好或進步率等 3 項指標：修訂操作型定義、得分之條件或基準等。 7.自選指標：由健保署擇醫療群當年度「最優 3 項」進行評分。 8.加分指標(修訂後計 6 項指標，本項最高得分 10 分)：新增「春節期間開診」(5 分)及其定義。
115.7.1/ 115.1.1	全民健康保險末期腎臟病前期 (Pre-ESRD) 之病人照護與衛教計畫	1.新增偏遠地區院所之醫師執行業務資格： (1)設立於偏遠地區之院所，當醫師非屬腎臟專科醫師時，需完成由台灣腎臟醫學會舉辦之慢性腎臟病整體照護訓練班並取得考試及格證明之醫師兼任之。 (2)前開所稱偏遠地區同「門診透析一般服務保障項目」所列之「偏遠地區」(含山地離島地區)。 2.修訂照護對象及收案條件：eGFR 之計算，修正為年齡未滿 18 歲及滿 18 歲(含)以上，分別採用不同的計算公式，並新增 eGFR 公式之各參數說明。 3.新增檢驗檢查數據填報欄位，項目為血鈣(Total Ca)、血磷(P)、糖化血色素(HbA1C 限 DM 病人)、血鉀(K)、尿酸(Uric acid)、血尿素氮(BUN)、副甲狀腺素(PTH)等 7 項檢驗項目。 4.血糖建議值修正為控制在飯前 130mg/dl 以下，並修正相關問卷。
115.7.13/ 115.7.1	全民健康保險推動	1.擴大至所有癌症用藥學名藥，並更新生物相似性藥品及化療學名藥之藥品清單。

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
	使用生物相似性藥品及學名藥之鼓勵試辦計畫	【本計畫為3年試辦計畫，自113年7月1日起試辦生物相似性藥品，114年8月1日起試辦癌症化學治療之學名藥】 2.提高本計畫藥品醫令量占率：增訂「化療藥以外之癌症學名藥達30%以上」【原僅訂「生物相似藥品達30%以上」、「化療學名藥達70%以上」】。 3.處方開立獎勵(於民眾領取本計畫藥品後，每一處方獎勵150點)：增訂「處方開立獎勵計算方式」，同一處方優先計入生物相似藥品，其次為化療藥以外之癌症學名藥，餘計入化療學名藥。 4.預算來源：增訂「化療藥以外之癌症學名藥之處方開立獎勵費」，由國家藥物韌性整備計畫之衛福部主管項下支應(115年編列1.5億元)【生物相似藥品及化療學名藥之處方開立獎勵，維持由醫院及西醫基層總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應(醫院編列4,700萬元、西醫基層編列300萬元)】。

3.114年度西醫基層、牙醫門診、中醫門診總額品質保證保留款及門診透析服務品質提升獎勵金核發結果，如附錄十二(第189~196頁)，摘要如下表：

發文日期	核發項目	核發結果
115.6.16	114年度西醫基層總額品質保證保留款核發結果	1.114年度預算233.6百萬元。 2.核發情形：114年特約院所家數11,224家，計7,975家(占率71.1%)符合獎勵條件且領取品保款，未領取品保款院所計3,249家(占率28.9%)，其中1,311家(占率11.7%)不符合本方案第肆點核發資格之規定(如違反特管辦法37~40、44、45條違規情事者)，1,938家(占率17.3%)院所獎勵指標權重和為0或<80%。
115.6.30	114年全民健康保險慢性腎衰竭病人	1.114年度預算45百萬元。 2.核發情形：114年血液透析家數770家，計560家(占率72.7%)符合獎勵條件且領取獎勵金，210家(占率27.3%)不予核發；

發文日期	核發項目	核發結果
	門診透析 服務品質 提升獎勵 計畫核發 結果	腹膜透析家數 124 家，計 74 家(占率 59.7%)符合獎勵條件且領取獎勵金，50 家(占率 40.3%)不予核發。
115.7.2	114 年度 牙醫門診 總額品質 保證保留 款核發結 果	1.114 年預算 212.2 百萬元。 2.核發情形：114 年特約院所家數 7,366 家，計 4,895 家(占率 66.5%)符合獎勵條件且領取品保款，未領取品保款院所計 2,471 家(占率 33.5%)，其中 2,467 家(占率 33.49%)不符合核發資格規定，4 家(占率 0.05%)達成指標率為 0%。
115.7.6	114 年中 醫門診總 額品質保 證保留款 核發結果	1.114 年預算 52.6 百萬元。 2.核發情形：114 年特約院所家數 4,329 家，計 3,220 家(占率 74.4%)符合獎勵條件且領取品保款，未領取品保款院所計 1,109 家(占率 25.6%)，其中 937 家(占率 21.6%)不符合核發資格規定，172 家(占率 4.0%)院所核算基礎為 0。

- 4.本年 7 月 3 日、7 月 13 日公告 115 年「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等 7 項中醫醫療照護計畫(含子計畫)，自本年 6 月 1 日、7 月 1 日起新增之承作院所及醫師名單，如附錄十三(第 197~198 頁，名單已置於該署全球資訊網)，各分區承辦院所數、醫師數(人次)統計如附錄十四(第 199~200 頁)。

決定：

115年度各部門總額各項協定項目之核定事項未依時程完成之工作項目

部門別 / 未完成項目 (應完成期限)		依相關程序辦理，並副知本會項目	需提本會報告或討論項目	提報本會執行情形 (115年初步結果/成果)
牙醫門診總額				
1	牙醫特殊醫療服務計畫			項次3
中醫門診總額				
1	友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質			項次1
2	強化全人照護與慢性疾病管理-增加高度複雜性針灸、中度複雜性傷科適應症(腦中風後遺症-診斷碼I69)(115年新增項目)			項次2(3)
3	中醫急症處置			項次10(1)(2)
4	照護機構中醫醫療照護方案			項次12(2)
醫院總額				
1	全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫			項次18
2	精神科長效針劑藥費			項次20
3	鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫			項次21(1)(2)
4	抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫	項次24		項次24
5	全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS(自專款項目拆分)			項次28
西醫基層總額				
1	因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費			項次3
2	擴大糖尿病用藥(如：SGLT2)適應症產生費用(115年新增項目)			項次4
3	配合根除胃癌政策之衍生醫療費用(115年新增項目)			項次5

部門別 / 未完成項目 (應完成期限)		依相關程序辦理， 並副知本會項目	需提本會報告或討論項目	提報本會執行情形 (115年初步結果/成果)
4	強化心血管疾病照護—放寬開立降膽固醇藥物 Statin 標準(門檻) (115 年新增項目)			項次6
5	提升國人視力照護品質			項次10(2)
6	家庭醫師整合性照護計畫			項次12
7	強化基層照護能力及「開放表別」項目			項次15(2)
8	精神科長效針劑藥費			項次23(2)
門診透析				
1	鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質			項次1
其他預算				
1	腎臟病照護及病人衛教計畫	項次8		項次8(3)

註：各部門總額未依時程完成之工作項目，詳委員會議資料第16~62頁「115年度各部門總額應於115年7月前完成之協定事項辦理情形」之各該項次內容。

115 年度各部門總額應於 115 年 7 月前完成之各項協定項目之核定事項辦理情形

一、牙醫門診總額

(一)一般服務項目

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
1	特定用途移撥款執行方式	依相關程序辦理，並副知本會(3 月前)： 已於 114.12.17 函報本會備查，並提報 115 年 1 月份委員會議。

(二)專款項目

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
2	醫療資源不足地區改善方案 ※核定事項： 請檢討改善本計畫之執行規劃，並研議更有效之鼓勵策略	1.依相關程序辦理，並副知本會(2 月前)： 已於 115.1.16 公告，方案修訂重點已提報 115 年 3 月份委員會議。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前)： 115 年編列 323.8 百萬元，截至 115 年 4 月辦理情形如下： (1)執業計畫：公告施行地區共 84 個，115 年 1 至 4 月參與計畫院所數共 16 家，服務天數 1,151 天、服務約 1.1 萬人次。 (2)巡迴計畫：公告施行地區共 153 個，115 年 1 至 4 月服務天數 3,954 天、服務約 4.7 萬人次。
3	牙醫特殊醫療服務計畫 ※核定事項： (1)檢討醫療團論次費用及居家牙醫醫療服務相關支付標準，加強醫療服務量能 (2)持續監測本計畫適用對象(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	1.依相關程序辦理，並副知本會(2 月前)： 已於 115.3.2 公告，方案修訂重點已提報 115 年 4 月份委員會議。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前)： 115 年編列 955.9 百萬元，截至 115 年 6 月辦理情形如下： (1)依據全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 115 年第 2 次研商議事會議決議修訂本計畫，特定身心障礙者牙醫醫療服務之費用支付及申報不予加成項目，新增 1 項「週日及國定假日牙醫門診處理」(支付

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
		標準編號 92133C)。 (2)業經 115.6.25「全民健康保險醫療給付項目及支付標準共同擬訂會議 115 年第 2 次會議」決定通過，刻正依程序辦理報部核定事宜。 【本會補充說明：依核定事項，請提出本項醫療利用執行情形】
4	青少年口腔提升照護試辦計畫 *核定事項： 加強計畫推動及提升青少年就醫率，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	1.依相關程序辦理，並副知本會(2 月前)： 已於 115.1.15 公告，方案修訂重點已提報 115 年 3 月份委員會議。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前)： 115 年編列 240 百萬元，截至 115 年 4 月止辦理情形如下： (1)115 年 1 至 4 月青少年口腔提升照護試辦計畫申報人數為 9.6 萬人、件數為 9.9 萬件、申報費用為 63.41 百萬點。 (2)113 年參加本計畫之青少年計 4,414 人，追蹤一年後平均牙齒填補顆數 1.8981 顆、根管治療平均 0.0775 顆、拔牙平均 0.0070 顆；未參加本計畫之青少年計 89,458 人，追蹤一年後平均牙齒填補顆數 1.9283 顆、根管治療平均 0.1132 顆、拔牙平均 0.0086 顆，顯示加入計畫者追蹤期間牙齒處理次數皆較低。
5	超音波根管沖洗計畫 *核定事項： 加強計畫推動並持續監測執行結果，提出能即時反映計畫成效之指標，以評估照護成效，並於 115 年提出是否納入一般服務之評估結果	1.依相關程序辦理，並副知本會(2 月前)： 延續執行 112.3.1 生效之「超音波根管沖洗(P7303C)」診療項目。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前)： 115 年編列 144.8 百萬元，截至 115.4.30 止辦理情形如下： (1)115 年 1 至 4 月超音波根管沖洗計畫申報人數為 20.8 萬人、件數為 38.3 萬件、申報費用為 38.33 百萬點。

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
		(2)自 112.3.1 起施行本項專款，112 年至 114 年執行件數為 58.7 萬件、97.9 萬件及 111.8 萬件，目標達成率分別為 48.7%、67.6%及 77.2%，本項計畫服務量逐年上升。 3.核定事項辦理情形(7 月前)： 已列入本次會議報告事項。 超音波根管沖洗計畫照護成效尚在分析資料中，本署將會持續評估執行率及成效，建議 116 年仍維持專款計畫。
6	高風險疾病口腔照護計畫 *核定事項： (1)在額度內妥為管理運用，並持續檢討高風險疾病病人牙結石清除各類適用對象醫療利用情形及評估執行效益，並加強執行管理與費用管控，以提升資源有效運用。具體執行情形及檢討結果，請於 115 年 4 月前提出專案報告 (2)專款計畫執行內容，不應與一般服務重複，倘有涉及一般服務涵蓋部分之費用，請回歸一般服務支應 (3)計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，請滾動式檢討逐年成效，並於執	1.依相關程序辦理，並副知本會(2 月前)： 已於 115.1.15 公告，方案修訂重點已提報 115 年 3 月份委員會議。 2.提 4 月委員會議報告案： 已提 115 年 4 月份委員會議報告。 3.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前)： 115 年編列 42.558 億元，截至 115 年 4 月止辦理情形如下：115 年 1 至 4 月高風險疾病口腔照護計畫申報人數為 114.4 萬人、件數為 126.2 萬件、申報費用為 13.667 億點。 4.核定事項辦理情形(2 月前)： 本計畫在擬訂初期已考量與一般服務重複部分，並據以排除，爰此本計畫執行內容與一般服務無重複。 【本會補充說明：查 113~114 年本項專款照護項目 91090C(高風險疾病病人牙結石清除-全口)，與一般服務之 91004C(牙結石清除-全口)，兩者之服務人數、件數皆逐年上升，推估專款與一般服務應未有替代情形。惟為避免產生爭議，未來專款計畫執行內容，應與一般服務有所區別。】 5.提 7 月委員會議報告案： (1)已列入本次會議報告事項。 (2)牙全會認為本項計畫成效以及實際執行

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
	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	情形已趨於穩定，建議納入一般服務。 (3)本署考量以下因素，建議116年維持專款項目： A.114年預算2,800百萬元，114年第1至4季點值分別為0.85721800、0.81046098、0.77801057、0.72932747，點值尚未穩定。 B.本署前於115.4.22向貴會進行專案報告，3項預期效益之評估指標中有2項尚未無法提供數據，須俟117年及119年方能向貴會報告。 C.倘若本項計畫納入一般服務，則須考慮牙醫門診總額各區申報現行地區預算分配(R/S)(如附件，第62頁)，尚未有配套措施前，建議仍維持專款。
7	特定疾病病人牙科就醫安全計畫 *核定事項： (1)訂定「預期效益之評估指標」之監測值，以利評估成效，並於115年7月前提報本會	1.依相關程序辦理，並副知本會(2月前)： 已於115.1.15公告，方案修訂重點已提報115年3月份委員會議。 2.提報本會執行情形(115年初步結果/成果)(註)(7月前)： 115年編列424.4百萬元，截至115年4月辦理情形如下： (1)115年1至4月特定疾病病人牙科就醫安全計畫申報人數為77.5萬人、件數為128.5萬件、申報費用為1.31億點。 (2)115年本項計畫「預期效益之評估指標」之監測值說明如下： A.指標1「降低使用抗凝血劑病人牙科處置後24小時內，因牙科處置相關之口腔出血至院所就診之比率」，以113年數據作為監測值，惟修正操作型定義，113年指標1.1為0.43514%、指標1.2為0.00243%。 B.指標2「減少使用抗骨質疏鬆藥物病人牙科處置後，顎骨壞死之風險」：考量

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
		計畫執行初期，尚無背景的母數可以參考，建議暫不列監測值。 C.指標 3「服用抗凝血劑至牙科就診病人，申報 P3601C 前後中風或心肌梗塞的比率、死亡率」：以當年度指標 3.2(有申報特定疾病就醫安全者)值小於指標 3.1(整體)值作為監測值。
	(2)計畫以 3 年為檢討期限(113~115 年)，請滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年(115 年 7 月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果	3.提 7 月委員會議報告案： (1)已列入本次會議報告事項。 (2)本項計畫自 113.4.1 公告實施，因計畫訂定預期效益評估指標之定義及監測值尚在研議中，為蒐集多年度執行數據加以分析，建議 116 年維持專款計畫。
8	非齒源性口腔疼痛處置	1.依相關程序辦理，並副知本會(2 月前)： 延續執行 114.5.1 生效之「非齒源性口腔疼痛處置-初診(92131B)」、「非齒源性口腔疼痛處置-複診 (92132B)」診療項目 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前)： 115 年編列 14.4 百萬元，截至 115 年 4 月止辦理情形：115 年 1 至 4 月非齒源性口腔疼痛處置申報人數為 1,884 人、件數為 2,936 件、申報費用為 3.58 百萬點。
9	品質保證保留款實施方案 *核定事項： 積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的	依相關程序辦理，並副知本會(2 月前)： 已於 115.1.19 公告，方案修訂重點已提報 115 年 3 月份委員會議。

註：115 年執行情形於本會 115 年 7 月份委員會議提報，延續性項目於 115 年 7 月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含 114 年執行情形)。

二、中醫門診總額

(一)一般服務項目

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
1	友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質 (115 年新增項目) *核定事項： (1)本項經費用於調整支付標準「看診時聘有護理人員跟診之門診診察費及針傷治療處置費」，以反映護理人員薪資，提升護理照護品質 (2)請研訂具體實施方案(包含執行方式、請領資格、調薪認定標準及稽核機制等)，並於 115 年 3 月前提出專案報告	1.提 3 月委員會議報告案： 已提 115 年 3 月份委員會議報告。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前)： 115 年增加 375.1 百萬元，截至 115 年 6 月辦理情形如下： (1)本署業於 115.4.9 以健保醫字第 1150661359 號公告新增「全民健康保險提升中醫護理人員照護品質獎勵方案」，自 115.1.1 起生效。 (2)考量計畫公告時程，前開方案第 1 季獎勵金將併第 2 季獎勵金結算。 【本會補充說明：依核定事項，請提出本項醫療利用執行情形】
2	強化全人照護與慢性疾病管理-增加高度複雜性針灸、中度複雜性傷科適應症(腦中風後遺症-診斷碼 I69) (115 年新增項目) *核定事項： (1)將腦中風後遺症(診斷碼 I69)擴增納入「高度複雜性針灸」、「中度複雜性傷科」及前二者針傷合併治療之適應症 (2)請於 115 年度總額公告後 1 個月內完成支付標準修訂，並於 115 年 7 月前提報執行情形	1.依相關程序辦理，並副知本會(2 月前)： 已於 115.3.17 公告，並自 115.4.1 生效，支付標準項目附表增列 I69「腦血管疾病後遺症」，方案修訂重點已提報 115 年 4 月份委員會議。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前)： 115 年增加 50.7 百萬元，截至 115 年 6 月辦理情形如下： (1)中醫支付標準之修訂業於 115.3.17 以衛部保字第 1151260123 號令公告，自 115.4.1 起生效。 (2)統計 115 年 4 月申報情形：申報醫令量為 11,409 件，申報點數為 5.15 百萬點。
	(3)請於額度內妥為管理運	3.核定事項辦理情形(7 月前)：

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
	用，並加強高度、中度複雜性針灸傷科及合併處置之療效評估與申報費用管理(如建立「黃金治療期」針傷照護流程及訂定未呈現療效之處理方式)	擬持續追蹤腦中風後遺症病人申報「高度複雜性針灸」、「中度複雜性傷科」及前二者針傷合併治療之申報情形。 【本會補充說明：依核定事項，請提出療效評估與申報費用管理之相關內容。】
3	中醫門診總額「醫療資源不足地區改善方案」專款之論量計酬費用移撥至一般服務費用不足部分	提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前)： 115 年增加 30 百萬元，截至 115 年 4 月辦理情形如下： (1)醫療資源不足地區改善方案自 100 年移撥 65.6 百萬元至一般服務費用，以及 114 年與 115 年於本項分別增加 160 百萬元與 30 百萬元，依歷年一般服務成長率推估 115 年預算約 310 百萬元。 (2)以 115 年 1 至 4 月申報論量計酬費用 90 百萬點，推估全年約 270 百萬點。
4	「中醫癌症患者加強照護整合方案」專款(115 年新增卵巢癌、鼻咽癌、膀胱癌)與一般服務重複費用扣減(115 年新增項目)	提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前)： 115 年減列 14.5 百萬元，截至 115 年 6 月辦理情形如下： 本署業於 115.1.5 報衛生福利部核定，該部請本署依 115.3.10「115 年全民健康保險相關計畫(方案)討論會議」決議辦理，爰本署依建議修訂方案後於 115.6.16 再報部核定。
5	風險調整移撥款執行方式	依相關程序辦理，並副知本會(3 月前)： 已於 115.4.10 函報本會備查，並提報 115 年 4 月份委員會議。

(二)專款項目

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
6	醫療資源不足地區改善方案 ※核定事項：	1.依相關程序辦理，並副知本會(2 月前)： 已於 115.1.14、115.4.24 公告，方案修訂重點已提報 115 年 3 月份、5 月份委員會議。

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
	請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.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前): 115 年編列 183 百萬元，截至 115 年 4 月辦理情形如下： (1)巡迴醫療計畫：公告施行地區共 158 個，115 年 1 至 4 月參與院所計 160 家，服務 4,918 天、服務 113,391 人次。 (2)獎勵開業計畫：公告施行地區共 80 個，114 年 1 至 4 月參與院所計 8 家，服務 672 天、服務 7,991 人次。
7	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) 辦理本計畫	1.依相關程序辦理，並副知本會(2 月前): 本署業於 115.1.5 報衛生福利部核定，該部請本署依 115.3.10「115 年全民健康保險相關計畫(方案)討論會議」決議辦理，爰本署依建議修訂計畫後於 115.6.16 再報部核定。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前): 115 年編列 533.7 百萬元，截至 115 年 4 月辦理情形如下： (1)本計畫 115 年尚未核定，爰沿用 114 年計畫內容。 (2)本計畫參與院所數為 119 家、申報人數為 10.3 萬人、件數為 14.1 萬件、申報 159.9 百萬點(預算執行率 30.0%)。 (3)查本計畫執行目標為「符合術後疼痛適應症之服務人次全年以 15,000 人次」，現目標達成率為 30.4%。
8	中醫提升孕產照護品質計畫 ※核定事項： (1)辦理本計畫 (2)請加強各分區之計畫推動、均衡分區資源及落實成效評估	1.依相關程序辦理，並副知本會(2 月前): 已於 114.12.17 公告，方案修訂重點已提報 115 年 1 月份委員會議。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前): 115 年編列 82 百萬元，截至 115 年 4 月辦理情形如下： (1)本計畫參與院所數為 177 家、申報人數為

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
		3,817 人、件數為 2.4 萬件、申報 26.3 百萬點(預算執行率 32.4%)。 (2)113 年本計畫執行成效：保胎成功率 77.1%、助孕成功率 17.8%。 註：助孕成功率及保胎成功率之計算方式，係以當年度申報本方案管理照護費之個案為分母，分子為當年度至隔年 6 月分母個案有申報第二或第三次產檢(助孕)及第三次以上產檢(保胎)者，爰尚無完整資料可計算 114 年之助孕成功率及保胎成功率。
9	中醫癌症患者加強照護整合方案 ※核定事項： (1)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」 (2)「癌症患者中醫門診加強照護計畫」新增三項適應症：卵巢癌、鼻咽癌及膀胱癌	1.依相關程序辦理，並副知本會(2 月前)： 本署業於 115.1.5 報衛生福利部核定，該部請本署依 115.3.10「115 年全民健康保險相關計畫(方案)討論會議」決議辦理，爰本署依建議修訂方案後於 115.6.16 再報部核定。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前)： 115 年編列 432.5 百萬元，截至 115 年 4 月辦理情形如下： (1)本方案 115 年尚未核定，爰沿用 114 年方案內容。 (2)本計畫參與院所數為 293 家、申報人數為 14.7 萬人、件數為 10.3 萬件、申報 153.0 百萬點(預算執行率 35.4%)。 (3)本方案之執行目標為服務人數 16,000 人，現目標達成率為 92.2%。

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
10	中醫急症處置 ※核定事項： (1)請加強各分區之計畫推動、均衡分區資源及落實成效評估(如急診停留天數) (2)請積極檢討計畫執行情形、執行成效及加強推動區域平衡，並進行客觀成效評估，若計畫效益不佳，建議規劃退場機制	1.依相關程序辦理，並副知本會(2月前)：已於 114.12.17 公告，方案修訂重點已提報 115 年 1 月份委員會議。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7月前)： 115 年編列 20.8 百萬元，截至 115 年 4 月辦理情形如下： (1)本計畫參與院所數為 8 家、申報人數為 0.16 萬人、件數為 0.17 萬件、申報 5.5 百萬點(預算執行率 26.4%)。 (2)查本計畫執行目標為參與院所數 11 家及服務人數 4,000 人，現目標達成率分別為 64%及 39%。 【本會補充說明：依核定事項，請提出加強區域平衡及客觀成效評估之辦理情形。】
11	中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	1.依相關程序辦理，並副知本會(2月前)：已於 115.2.9 公告，方案修訂重點已提報 115 年 3 月份委員會議。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7月前)： 115 年編列 180.8 百萬元，截至 115 年 4 月辦理情形如下： (1)本計畫參與院所數為 296 家、申報人數為 0.91 萬人、件數為 4.5 萬件、申報 68.9 百萬點(預算執行率 38.1%)。 (2)查本計畫執行目標為參與院所數 180 家及服務人數 8,000 人，現目標達成率分別為 164%及 114%。
	※核定事項： (1)專款計畫執行內容，不應與一般服務重複，倘有涉及一般服務涵蓋之費用，請回歸一般服務支應	核定事項辦理情形(7月前)： (1)本案已於中醫門診總額 115 年第 1 次研商議事會議討論，為符合 115 年度中醫門診總額核定事項，本署建議「中醫慢性腎病門診加強照護計畫」依中醫門診總額 114 年第 2 次研商議事會議決議方式扣減，中全會建議不予扣減。

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
	(2)另依 114 年 12 月委員會議決定，請依 114 年度總額核定事項：持續檢討費用申報之合理性，並分析治療模式、醫療服務介入成效等，以建立合理給付標準	【本會補充說明：查 110~114 年本項專款計畫照護慢性腎臟病人，與一般服務照護慢性腎臟病人之人數、件數皆逐年上升，推估專款與一般服務應未有替代情形。惟為避免產生爭議，未來專款計畫執行內容，應與一般服務有所區別。】 (2)擬持續追蹤本計畫之申報情形、成效及治療模式。
12	照護機構中醫醫療照護方案 ※核定事項： (1)辦理本方案 (2)請檢討計畫照護成效，研議減少住民外出就診中醫之策略，以提升資源使用效率	1.依相關程序辦理，並副知本會(2月前)： 已於 114.12.19 公告，方案修訂重點已提報 115 年 1 月份委員會議。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7月前)： 115 年編列 10.8 百萬元，截至 115 年 4 月辦理情形如下： (1)計有 145 家院所參與方案，提供照護機構住民中醫照護服務共計 0.36 萬診次。 (2)另統計 114 年照護機構住民外出中醫就醫率為 12.13%，顯低於 111 年 21.64%。 【本會補充說明：依核定事項，請提出研議減少住民外出就診中醫之策略之相關內容。】
13	中醫三高病人加強照護計畫 (115 年新增項目) ※核定事項： 於 115 年度總額公告後，請訂定具體實施計畫(含適應症、適用對象、醫療服務內容、支付方式)，將實施方案提報全民健康保險會最近 1 次委員會議	1.提 1 月委員會議報告案： 已提 115 年 4 月份委員會議報告。 2.依相關程序辦理，並副知本會(2月前)： 已於 115.5.19 公告，方案修訂重點已提報 115 年 6 月份委員會議。 3.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7月前)： 115 年編列 53 百萬元，截至 115.6.16 計 24 家院所、95 位醫師參與，已收案 11 人，院所持續加入及收案。
14	品質保證保留款實施方案 ※核定事項： 積極檢討品質保證保留	依相關程序辦理，並副知本會(2月前)： 已於 115.4.14 公告，方案修訂重點已提報 115 年 5 月份委員會議。

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
	款之核發條件及核發結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的	

註：115 年執行情形於本會 115 年 7 月份委員會議提報，延續性項目於 115 年 7 月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含 114 年執行情形)。

三、醫院總額

(一)一般服務項目

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
1	新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目) ※核定事項： (1)在額度內妥為管理運用 (2)積極引進新特材，避免新增差額給付項目，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	1.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前)： 115 年增加 4,000 百萬元，截至 115 年 6 月辦理情形如下： (1)醫療給付項目：已公告新增修訂共計 14 項醫療給付項目，預估財務支出為 95.62 百萬元。將持續召開醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議討論增修診療項目。 (2)新藥：115 年編列 2,400 百萬元，係用來支應收載 5 年內(111 至 115 年)生效之新藥於 115 年所增加之費用。截至 115 年 4 月，已收載項目預估全年執行 1,783 百萬元，預估執行率 74.29%。 A.依國內外臨床指引更新或新實證出現滾動式檢討健保已給付藥品，115 年度就抗癲癇用藥、COPD 用藥等藥品進行 HTR 評估。 B.另持續優化本署藥品常規性醫療科技再評估制度，將於 115 年 8 月辦理產官學溝通會議，就醫療科技評估相關事宜蒐集各界意見，以滾動檢討。 (3)新特材：115 年編列 800 百萬元，截至 115 年 5 月特材共擬會議，通過 38 項新功能特材，推估預算約 142 百萬元。
	(3)於協商 116 年度總額前，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.核定事項辦理情形(7 月前)： (1)新藥：116 年研擬編列 3,843 百萬元，較 115 年增加 1,443 百萬元。 (2)新特材：116 年研擬編列 1,100 百萬元，優先將臨床必要、急重症、兒童使用醫材及臨床使用占率高之醫材研議納入健保給付。並編列預算將植入性特材及配合本

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
		保險醫療服務新增診療項目必要使用特材納入給付。 (3)將參考增修診療項目提案情形，規劃 116 年預算額度後續得依預算執行政策調整。
2	藥品及特材給付規定改變 ※核定事項： (1)在額度內妥為管理運用	提報本會執行情形： 1.藥品：115 年編列 2,000 百萬元，截至 115 年 4 月，預估執行 1,045 百萬元，預估執行率 52.24%。 2.特材：115 年編列 500 百萬元，截至 115 年 5 月特材共擬會議，通過給付規定改變 3 項，推估預算約 16.9 百萬元；因成本不敷調整點數計 4 項，推估預算約 22.3 百萬元。
	(2)於協商 116 年度總額前，提出年度給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控	核定事項辦理情形： 1.藥品：116 年研擬編列 2,858 百萬元，較 115 年增加 858 百萬元。 2.特材：116 年預算編列數 500 百萬元，針對使用占率高(60%)之自付差額特材品項，優先研議轉為全額給付，滿足民眾需求，維護民眾醫療權益。定期檢討(含醫療科技再評估)及監控健保特材使用情形及給付效益，如「特殊功能及材質髓內釘組」、「塗藥淺股動脈氣球導管」、「植入式心臟去顫器(ICD)」。
3	因應牙醫支付標準調整所增加預算	提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前)： 115 年增加 0.5 百萬元，截至 115 年 4 月：因應牙醫支付標準調整申報點數增加 0.16 百萬元。
4	合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含 RBRVS) ※核定事項： 本項之 114 年預算額度	核定事項辦理情形(7 月前)： 1.114 年醫院總額一般服務「合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含 RBRVS)」預算 15.869 億元，用於(1)離島住院案件加成 30%、(2)醫院生產案件點值保障 1 點 1 元

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
	剩餘款，併同專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」統籌運用	及(3)增訂醫院自然產手術案件夜間及例假日加成 30%規範，共計 5.519 億元。 2.查 115 年醫院總額專款「促進醫療服務診療項目支付衡平」預算 18.915 億元，用於 114.5.1 調升之急診及急救責任醫院加護病房相關費用，共計 17.068 億元。 3.綜上，現行 115 年專款項目尚足支應，惟如後續有預算不足之情形，將統籌運用本項預算支應。
5	腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金 (自專款項目移列一般服務項目) ※核定事項： 於額度內妥為管理運用	提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前)： 115 年增加 9 百萬元，截至 115 年 6 月辦理情形如下： 1.腹膜透析追蹤處置費(58011C-連續可攜式腹膜透析)費用點數為 1.66 百萬點， 2.腹膜透析追蹤處置費(58017C-全自動腹膜透析)費用點數為 0.53 百萬點。 3.APD 租用(58028C)費用點數為 0.12 百萬點。
6	持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能 (自專款項目移列一般服務項目) ※核定事項： 請健保署會同醫院總額相關團體檢討執行內容及獎勵方式(排除已由公務預算支應部分)，落實分級醫療之目的	提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前)： 115 年增加 500 百萬元，截至 115 年 6 月辦理情形如下： 1.本項計畫預算於 115 年起自專款項目移列一般服務項目，請本署併同醫院總額相關團體檢討執行內容及成效，落實分級醫療之目的。 2.台灣醫院協會於 114.12.8 以院協健字第 1140200669 號函提出方案內容，惟尚需整體考量支付衡平性及研擬估算，爰支付標準修訂項目尚未生效前，暫以原專款項目計畫內容支付。 3.為使獎勵費用實質回到醫療人員及監測大型醫院輕症(非急重症比例)，計畫除執行預算來源不同，增訂獎勵實質回到醫療人

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
		員內容暨增訂 2 項共同評估指標，計畫業於 115.6.25「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」決定通過，刻正依程序辦理報部核定事宜。
7	健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能 (自專款項目移列一般服務項目) ※核定事項： 請健保署會同醫院總額相關團體檢討執行內容及執行成效，落實分級醫療之目的	提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前)： 115 年增加 1,000 百萬元，截至 115 年 6 月辦理情形如下： 1.本項計畫預算於 115 年起自專款項目移列一般服務項目，請本署併同醫院總額相關團體檢討執行內容及成效，落實分級醫療之目的。 2.台灣醫院協會於 114.12.8 以院協健字第 1140200669 號函提出方案內容，惟尚需整體考量支付衡平性及研擬估算，爰支付標準修訂項目尚未生效前，暫以原專款項目計畫內容支付。 3.為使獎勵費用實質回到醫療人員及監測大型醫院輕症(非急重症比例)，計畫除執行預算來源不同，增訂獎勵實質回到醫療人員內容暨增訂 2 項共同評估指標，計畫業於 115.6.25「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」決定通過，刻正依程序辦理報部核定事宜。
8	0~6 歲兒童醫療量能保障(115 年新增項目) ※核定事項： (1)監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用 (2)本項額度 536 百萬元，用於 0~6 歲兒童醫療服務量能，經費如有不足，由其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」項目支應	1.提 6 月委員會議報告案： 預計提本次委員會議報告。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前)： 115 年增加 536 百萬元，截至 115 年 6 月辦理情形如下： (1)依 115 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式公告核定事項，0-6 歲兒童醫療量能保障醫院一般服務預算 125.5 億元及西醫基層項目 123.5 億元合併，用於支應 0-6 歲兒童醫療費用。

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
	(3)本項預算與一般服務預算保留之 0~6 歲兒童醫療費用 12,014 百萬元合併運用(計 12,550 百萬元)，保留額度將與西醫基層總額額度合併，用於支應 0~6 歲兒童醫療費用 (4)訂定具體實施規劃(包含執行方式及具體提升兒童醫療量能之監測指標)，並於 115 年 6 月前提出專案報告	(2)運用方式： A.115 年 0-6 歲兒童醫療費用，點值將分別依醫院及西醫基層不含 0-6 歲各區一般服務之點值不低於 1 元支付，另跨區就醫點值、保障項目比照不含 0-6 歲辦理，另全年預算如有剩餘，再行研議支用方式。 B.上開結算方式分別提至 115 年第 2 次醫院及西基總額研商議事會議決定通過。 (3)為反映兒科醫師之投入心力及對兒童照護之重視，健保持續挹注預算調升兒童重症支付，115 年重要項目包含： A.新增「低／中／高度生物等效劑量質子放射治療」(1.05 億)。 B.調升兒科專科醫師加護病房住院診察費加成、學齡前(未滿 2 歲)兒童一般住院診察費加成(1.9 億)。 C.調升「新生兒重大手術」支付點數(0.3 億)。 D.調升未滿六歲「精神科日間住院治療費」支付點數(0.08 億)。 (4)本署 115.6.25 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議甫通過兒童重症項目調整，續依程序報請衛生福利部核定後公告實施，項目包含： A.放寬「一般、加護病床、隔離病床住院診察費」、「急診觀察床診察費」及「住院會診費」兒科專科醫師加成規範，並調整其年齡加成範圍至未滿 19 歲(1.22 億)。 B.增列先天性心臟病執行「心臟及心包膜」、「動脈與靜脈」所列手術項目者不折付規範(0.49 億)。 C.調升先天性心臟病相關診療項目(含

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
		心導管 4 項、手術 11 項) 支付點數 (0.45 億)。 D.依年齡(未滿 7 歲、7 歲以上至未滿 19 歲)拆分並調升「團體心理治療」及「精神科日間住院治療費」支付點數 (0.10 億點)。 (5)為合理反應臨床人員投入兒童照護之辛勞，續將持續研議兒童重症項目支付調整，並持續爭取健保總額預算支應。
9	風險調整移撥款執行方式	依相關程序辦理，並副知本會(3 月前)： 已於 115.3.20 函報本會備查，並提報 115 年 4 月份委員會議。

(二)專款項目

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
10	暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術) ※核定事項： (1)在額度內妥為管理運用 (2)對於新醫療技術之導入項目及具體執行方式，請妥為規劃後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議	1.提 5 月委員會議報告案： 已提 115 年 5 月份委員會議報告。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前)： 115 年編列 600 百萬元，截至 115 年 6 月辦理情形如下： (1)新藥：編列 400 百萬元，截至 115 年 3 月，預估執行 37.35 百萬元，預估執行率 9.33%。 (2)新特材：115 年編列 100 百萬元；目前尚無公告生效品項。 (3)本署業委託財團法人醫藥品查驗中心辦理「健保醫療服務沙盒計畫或暫時性支付執行流程優化建議書」，後續將依委託成果研議健保收載新醫療科技暫時性支付項目之作業流程。
11	C 型肝炎藥費 ※核定事項： (1)辦理本項目 (2)於額度內妥為管理運	1.提報本會執行情形： 115 年編列 1,200 百萬元，截至 115 年 3 月，預估執行 228.9 百萬元，預估執行率 19.07%。 2.核定事項辦理情形：

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
	用，並檢討實施成效，節流效益請適度納入總額預算財源，或做為提升醫療服務與品質之用，以提升資源使用效率	本署依國健署提供之「C 肝全口服新藥治療效益分析」，C 肝相關併發症醫療費用比較如下： (1)相較於無治療，2030 年及 2040 年時分別節省約 130.0 億元及 295.4 億元。 (2)相較於干擾素，2030 年及 2040 年時則分別節省約 73.4 億元及 167.2 億元。
12	罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 ※核定事項： 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	提報本會執行情形： 1.藥費：115 年編列 19,188 百萬元，公務預算挹注罕見疾病藥費 2,000 百萬元，預算共計 21,188 百萬元，截至 115 年 3 月，預估執行 4837.18 百萬元，預估執行率 22.83%。 2.罕見疾病特材：115 年編列 3 百萬元，罕病特材計 1 品項，截至 115 年 4 月申報費用 0.9 百萬點。
13	後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費 ※核定事項： 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	提報本會執行情形： 115 年編列 5,871 百萬元，截至 115 年 3 月，預估執行 1,168.09 百萬元，預估執行率 19.90%。
14	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前)： 115 年編列 5,364.3 百萬元，截至 115 年 3 月辦理情形： 1.115 年 1 至 3 月申報約 11.7 億元，預算執行率 21.9%。 2.不同器官移植存活率，已公布於健保署全球資訊網首頁>健保資料站>醫療品質資訊公開>專題報告>器官移植(網址： https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-13152-ec21e-3502-1.html)。
15	醫療給付改善方案 ※核定事項：	1.依相關程序辦理，並副知本會(2 月前)： (1)「全民健康保險乳癌照護品質提升方案」

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
	(1)持續辦理糖尿病及初期性腎臟病照護整合、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、性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質、生物相似性藥品、化療學名藥、擴大多重性病收案照護(ASCVD)及加護病房侵襲性呼吸器優化管理計畫等方案 (2)滾動式檢討方案內容及加強結果面之成效評估，對照護率無法提升的項目，請研議具體改善策略 (3)持續朝全人照護方向整合相關計畫(如：地區醫院全人全社區照護計畫、家庭醫師整合性照護計畫等)，以提升照護成效	已於 115.2.12 公告，修訂重點已提報 115 年 3 月份委員會議。 (2)「全民健康保險肝炎醫療給付改善方案」已於 115.3.5 公告，修訂重點已提報 115 年 4 月份委員會議。 (3)「全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案」已於 114.11.4 公告，修訂重點已提報 114 年 11 月份委員會議。 (4)「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」已於 115.7.13 報部，俟核定後公告實施。 (5)「全民健康保險推動使用生物相似性藥品及學名藥之鼓勵試辦計畫」已於 115.6.5 報部，俟核定後公告實施。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前)： 115 年編列 2,618.5 百萬元，截至 115 年 5 月辦理情形如下： (1)115.6.25 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議通過，增修下列計畫： A.擴大早期療育 P4P 的照護涵蓋率：修訂收案條件、提升支付點數及調整申報頻率。 B.思覺失調症 P4P：修訂高風險病人出院後追蹤訪視費、長效針劑注射獎勵措施、高風險病人出院追蹤品質獎勵費。 C.新增「全民健康保險侵襲性呼吸器優化管理計畫」：預算 2.5 億元。 (2)乳癌品質提升方案截至 115.5.25，共計 50 家醫院參與。 (3)生物相似性藥品及化療學名藥：115 年第 1 季結算尚在統計中，另有關修訂「全民健康保險推動使用生物相似性藥品及學名藥之鼓勵試辦計畫」，本署業於 115 年 6

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
		月 5 日報部核定，後續依核定及公告內容辦理。 (4)提升醫院用藥安全與品質方案將持續辦理並滾動式檢討適時修正。
16	急診品質提升方案 ※核定事項： 精進方案執行內容，積極提升急診處置效率及急診照護品質，並於額度內妥為管理運用，以提升執行成效	1.依相關程序辦理，並副知本會(2 月前)： 已於 114.11.8 公告，方案修訂重點已提報 114 年 12 月份委員會議。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前)： 115 年編列 300 百萬元，截至 115 年 4 月辦理情形如下： (1)業於 114.11.18 以健保醫字第 1140125200 號公告修訂「急診品質提升方案」，自 115.1.1 起生效。 (2)統計 115 年 4 月申報情形：申報醫令量為 1.28 萬件，申報點數約 35.1 百萬點。
17	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案 ※核定事項： 持續檢討不同地區醫療需求特性及其利用情形，鼓勵醫師積極參與	1.依相關程序辦理，並副知本會(2 月前)： 已於 115.2.4 公告，方案修訂重點已提報 115 年 3 月份委員會議。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前)： 115 年編列 135.5 百萬元，截至 115 年 4 月辦理情形如下： 計有 57 家醫院於 45 個西醫醫不足地區提供巡迴醫療服務，服務人次約 25,637 人次。
18	全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫 ※核定事項： 精進方案執行內容及檢討計畫成效，並於額度內妥為管理運用	1.依程序辦理，並副知本會(2 月前)： 本署業於 115.3.20 以健保醫字第 1150661060C 號函陳衛生福利部，尚未核定。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前)： 115 年編列 2,000 百萬元，截至 115 年 6 月，本項計畫係於結算時計算，115 年第 1 季結算作業，預計於 115 年 8 月底確認，爰尚無執行數。

項次	核定事項摘要	工作項目及時程																																			
19	鼓勵院所建立轉診合作機制 ※核定事項： (1)會同醫院及西醫基層總額相關團體，持續檢討支付方式及強化院所轉診合作機制，提升成功下轉案件，以落實分級醫療政策 (2)持續監測各層級上下轉情形及病人流向與醫療費用變化情形，以評估執行效益。	提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前)： 115 年編列 224.7 百萬元、基層編列 258 百萬元，截至 115 年 3 月辦理情形如下： 1.為提升轉診效率，鼓勵院所全面採用本保險電子轉診平台，及提升下轉誘因，提升下轉點數(每件增加 200 點，計 700 點)，及接受下轉點數(每件增加 300 點，計 500 點)，落實分級醫療政策，將醫院資源留給急重難症病人。本項調整自 114.9.1 日起生效。 2.經統計上揭調升支付標準後 114 年 9 月至 115 年 3 月，各層級醫院及診所的醫療利用情形如下： <table><tr><th></th><th>件數 (億件)</th><th>成長率 (%)</th><th>醫療費用 (億點)</th><th>成長率 (%)</th></tr><tr><td>整體</td><td>1.75</td><td>-4%</td><td>3,083</td><td>4.2%</td></tr><tr><td>醫院</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>醫學中心</td><td>0.22</td><td>2.4%</td><td>990</td><td>8%</td></tr><tr><td>區域醫院</td><td>0.25</td><td>0.03%</td><td>796</td><td>4.2%</td></tr><tr><td>地區醫院</td><td>0.18</td><td>0.8%</td><td>421</td><td>5.6%</td></tr><tr><td>西基</td><td>1.1</td><td>-6.7%</td><td>874</td><td>-0.5%</td></tr></table> 3.115 年第 1 季核付 39.37 百萬點，持續監測核付狀況。		件數 (億件)	成長率 (%)	醫療費用 (億點)	成長率 (%)	整體	1.75	-4%	3,083	4.2%	醫院					醫學中心	0.22	2.4%	990	8%	區域醫院	0.25	0.03%	796	4.2%	地區醫院	0.18	0.8%	421	5.6%	西基	1.1	-6.7%	874	-0.5%
	件數 (億件)	成長率 (%)	醫療費用 (億點)	成長率 (%)																																	
整體	1.75	-4%	3,083	4.2%																																	
醫院																																					
醫學中心	0.22	2.4%	990	8%																																	
區域醫院	0.25	0.03%	796	4.2%																																	
地區醫院	0.18	0.8%	421	5.6%																																	
西基	1.1	-6.7%	874	-0.5%																																	
20	精神科長效針劑藥費 ※核定事項： 積極推動，並於額度內妥為管理運用，後續請評估執行效益(如整體醫療費用變化)及導入一般服務之可行性	提報本會執行情形： 115 年編列 3,006 百萬元，截至 115 年 3 月，預估執行 689.93 百萬元，預估執行率 22.95%。 【本會補充說明：依核定事項，請提出執行效益及導入一般服務之可行性評估】																																			

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
21	鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫 ※核定事項： (1)精進計畫內容，檢討獎勵方式及支付誘因，並評估病人脫離呼吸器及安寧療護之照護成效 (2)另依 114 年 12 月委員會議決定，請依 114 年度總額決定事項：精進計畫內容，檢討執行目標、預期效益評估指標及其目標值，並納入 115 年度檢討計畫執行內容辦理	1.依相關程序辦理，並副知本會(2 月前)： 全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻支付方式計畫業經 115.6.25 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告，將依程序報請衛生福利部核定後，本署公告實施。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前)： 115 年編列 300 百萬元，截至 115 年 6 月辦理情形如下： 全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻支付方式計畫增列居家照護階段兒童加成。 3.核定事項辦理情形(2 月前)： 114 年預算數 300 百萬元，執行數 294.4 百萬元，預算執行率 98.1%。114 年總額協定事項執行情形：病人簽署 DNR 比率較 108 年 RCC 增加 6.2%、RCW 增加 9.5%。 【本會補充說明：依核定事項，請提出本項 115 年醫療利用及照護成效與指標檢討情形】
22	地區醫院全人全社區照護計畫 ※核定事項： (1)滾動式檢討計畫內容，並鼓勵醫院積極參與	1.依相關程序辦理，並副知本會(2 月前)： 已於 115.1.22 公告，計畫修訂重點已提報 115 年 3 月份委員會議。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前)： 1115 年編列 500 百萬元，截至 115 年 6 月辦理情形如下： 115 年計有 135 家醫院、423 位醫師參加，截至 115.6.23，收案 14 萬 4,480 人，約於 6 月底完成收案。

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
23	區域聯防-提升急重症照護品質 ※核定事項： (1)滾動式檢討計畫內容，加強區域聯防及網絡建置，以提升急重症照護成效	1.依相關程序辦理，並副知本會(2月前)： 已於 115.1.5 公告，僅修正診療項目之編號，不影響實質內容。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7月前)： 115 年編列 268 百萬元，截至 115 年 4 月辦理情形如下： (1)本署業於 115.1.5 以健保醫字第 1140666309 號公告修訂「區域聯防-提升急重症照護品質計畫」，自 115.1.1 起生效。 (2)統計 115 年 4 月申報情形：申報醫令量為 7.7 千件，申報點數約 73.28 百萬點。
24	抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫 ※核定事項： 精進計畫內容及績效指標，並鼓勵醫院積極參與	1.依相關程序辦理，並副知本會(2月前)： 115 年本計畫修訂案經提報 115.6.3 醫院總額研商討論，決議暫保留，待感染症醫學會參考與會代表意見修正後，再提會討論。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7月前)： 115 年編列 300 百萬元，截至 115 年 6 月辦理情形如下： (1)本計畫 115 年尚未核定，爰沿用 114 年計畫內容，115 年第 1 季結算中。 (2)本計畫 114 年預算數 225 百萬元，參與院所數 312 家，執行數 224.8 百萬元。其中高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費(P8301B)為 180 百萬元，醫院感染管制品質獎勵費為 32.8 百萬元，預算執行率為 100%。 (3)查計畫執行目標為參與醫院重點監測抗藥菌占率不高於前 1 年之醫院家數，114 年較 113 年增加 1.28%。 【本會補充說明：依核定事項，請提出本項醫療利用執行情形】

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
25	促進醫療服務診療項目支付衡平 (115 年新增項目) ※核定事項： (1)併入「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」通盤研議，修訂支付標準，系統性檢討各項支付成本及相對合理性	1.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前)： 115 年編列 1,891.5 百萬元，用於 114 年 5 月 1 日調升之急診及急救責任醫院加護病房相關費用，115 年 1 至 3 月申報共約 492.5 百萬元，115 年併入一般服務結算。
	(2)114 年度一般服務項目「合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含 RBRVS)」預算額度剩餘款，併同本項統籌運用	2.核定事項辦理情形(7 月前)： (1)114 年醫院總額一般服務「合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含 RBRVS)」預算 15.869 億元，用於(1)離島住院案件加成 30%、(2)醫院生產案件點值保障 1 點 1 元及(3)增訂醫院自然產手術案件夜間及例假日加成 30%規範，共計 5.519 億元。 (2)查 115 年醫院總額專款「促進醫療服務診療項目支付衡平」預算 18.915 億元，用於 114.5.1 調升之急診及急救責任醫院加護病房相關費用，推估全年約需計 17.068 億元。 (3)綜上，現行 115 年專款項目尚足支應，惟如後續有預算不足之情形，將統籌運用本項預算支應。
	(3)併同西醫基層總額及其他預算同項專款，將具體實施方式及執行情形，於 115 年 7 月前提出專案報告	3.提 7 月委員會會議報告案： 已列入本次會議報告事項。
26	住院護理費用 (115 年新增項目) ※核定事項： (1)請健保署會同醫院總額相關團體及護理師護士	1.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前)： 115 年編列 4,500 百萬元，截至 115 年 6 月辦理情形如下： 115 年醫院總額住院護理費專款預算共 45

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
	全聯會討論研訂執行目標、預期效益之評估指標，確保預算用於增加住院護理人力或回饋第一線護理人員薪資，並報請衛福部核定 (2)本項用於調升住院護理費用，請落實用於調升護理人員薪資，鞏固醫療量能 (3)訂定具體實施規劃，於115年5月前提報全民健康保險會	億元，除維持114年已調升急性一般病床之25億元外，115年增編之20億元用於調升115年住院護理費支付標準，包含急性病床（含特殊病床）調升5%、慢性病床（含慢性精神病床住院照護費）調升10%，及偏鄉醫院護理費加成由現行15%調升至30%，相關提案經115.6.25.全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議討論，將依程序報請衛生福利部核定公告實施。 2.提5月委員會議報告案： 已列入本次會議報告事項。
27	離島地區加成費用 (自一般服務項目及其他預算移列專款項目)	提報本會執行情形(115年初步結果/成果)(註)(7月前)： 115年編列200百萬元，截至115年3月辦理情形如下： 1.離島急救責任醫院急診案件醫療服務項目加成10%~50%：12.0百萬元。 2.離島醫院住院加計30%：47.61百萬點。
28	全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS(自專款項目拆分)	1.依相關程序辦理，並副知本會(2月前)： 「全民健康保險術後加速康復推廣計畫」已於115.7.13報部，俟核定後公告實施。 2.提報本會執行情形(115年初步結果/成果)(註)(7月前)： 115年編列200百萬元，截至115年6月辦理情形如下： 115年「全民健康保險術後加速康復推廣計畫」預算2億元，相關計畫較114年新增「冠狀動脈繞道手術」、「肺臟重大手術」及「大腸直腸重大手術」術式。 【本會補充說明：依核定事項，請提出本項醫療利用執行情形】
29	品質保證保留款實施方案 ※核定事項：	依相關程序辦理，並副知本會(2月前)： 已於115.4.15公告，方案修訂重點已提報115

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
	積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的	年 5 月份委員會議。

註：115 年執行情形於本會 115 年 7 月份委員會議提報，延續性項目於 115 年 7 月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含 114 年執行情形)。

四、西醫基層總額

(一)一般服務項目

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
1	新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目) ※核定事項： (1)在額度內妥為管理運用 (2)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	1.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註 1)(7 月前)： 115 年新增 228 百萬元，辦理情形如下： (1)截至 115 年 6 月，已公告新增修訂共計 14 項醫療給付項目，預估財務支出為 95.62 百萬元。將持續召開醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議討論增修診療項目。 (2)新藥：115 年編列 159 百萬元，係用來支應收載 5 年內(111 至 115 年)生效之新藥於 115 年所增加之費用。截至 115 年 4 月，已收載項目預估全年執行 86 百萬元，預估執行率 54.03%。 A.依國內外臨床指引更新或新實證出現滾動式檢討健保已給付藥品，115 年度就抗癲癇用藥、COPD 用藥等藥品進行 HTR 評估。 B.另持續優化本署藥品常規性醫療科技再評估制度，將於 115 年 8 月辦理產官學溝通會議，就醫療科技評估相關事宜蒐集各界意見，以滾動檢討。 (3)新特材：115 年編列 19 百萬元，目前公告生效品項暫無涉西醫基層部門費用預算使用。
	(3)並於協商 116 年度總額前，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.核定事項辦理情形(7 月前)： (1)新藥：116 年研擬編列 159 百萬元，較 115 年無增加預算。 (2)特特材：116 年西醫基層預算編列數 3 百萬元，係搭配 116 年醫院總額研議新特材涉及西醫基層使用之項目。 (3)將參考增修診療項目提案情形，規劃 116 年預算額度後續得依預算執行政策調整。

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
2	藥品及特材給付規定改變 ※核定事項： (1)在額度內妥為管理運用	提報本會執行情形： 1.藥品：115 年編列 429 百萬元，截至 115 年 4 月，不影響財務支出。 2.特材：115 年編列 1.3 百萬元，目前修正特材給付規定項目暫無涉西醫基層部門費用預算使用。
	(2)於協商 116 年度總額前，提出年度給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控	核定事項辦理情形： 1.藥品：116 年研擬編列 328 百萬元，較 115 年減少 101 百萬元。 2.特材：116 年無編列西醫基層給付規定改變預算數。
3	因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費 ※核定事項： (1)持續研修具體實施方案(包含執行內容、支付方式、結果面之評估指標、稽核機制等)，以增加護理人力或護理人員薪資調整為原則，確實提升護理照護品質，並於 115 年度總額公告後，提報至本會最近 1 次委員會議 (2)檢討評估指標，訂定更具反映護理人員薪資或增加護理人力指標(如：診所實際護理人力雇用數、增加護理人力、在職穩定率)，以落實編列本項預算之目的	1.提 1 月委員會議報告案： 已提 115 年 1 月份委員會議報告。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註 1)(7 月前)： 115 年新增 659.3 百萬元，截至 115 年 6 月辦理情形如下： (1)「115-116 年度全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案」業於 115.4.15 公告，並自 115.1.1 起實施。 (2)115 年第 1 季將併第 2 季結算。 【本會補充說明：依核定事項，請提出本項醫療利用執行情形】
4	擴大糖尿病用藥(如：SGLT2)適應症產生費用(115 年新增項目) ※核定事項：	提報本會執行情形： 本署於 115 年 6 月 16 日邀集臨床專家召開「糖尿病用藥臨床指引會議」，後續就建議修訂之糖尿病用藥給付規定進行醫療科技

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
	於額度內妥為管理運用，並監測糖尿病用藥(如 SGLT-2 抑制劑)利用情形及執行效益(如整體醫療費用變化)	評估，並將依程序提至相關會議討論。 【本會補充說明：依核定事項，請提出糖尿病用藥醫療利用執行情形】
5	配合根除胃癌政策之衍生醫療費用 (115 年新增項目) ※核定事項： 本項依實際執行，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減	提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註 1、2)(7 月前)： 115 年新增 300 百萬元，截至 115 年 6 月辦理情形如下： 依據 115 年 5 月 13 日本署與中華民國醫師公會全國聯合會溝通結論，業函請該會重新研議本項費用未執行額度扣減之執行方式及操作型定義，並請於 115 年 7 月 15 日前函復相關規劃，俾利納入本署 115 年第 3 次西醫基層總額研商議事會議討論。 【本會補充說明：依核定事項，除健保署所提扣減方式未訂定外，請提出本項醫療利用執行情形】
6	強化心血管疾病照護—放寬開立降膽固醇藥物 Statin 標準(門檻) (115 年新增項目) ※核定事項： 本項依實際執行，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減	提報本會執行情形(註 2)： 115 年編列 700 百萬元，本案已提至 115 年 6 月全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議討論通過，預計最快於 115 年 9 月公告生效。 【本會補充說明：依核定事項，請提出本項醫療利用執行情形】
7	0~6 歲兒童醫療量能保障 (115 年新增項目) ※核定事項： (1)監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用 (2)本項額度 590 百萬元，用於 0~6 歲兒童醫療服務量能，經費如有不足，由其他預算「促進醫療	1.提 6 月委員會議報告案： 預計提 115 年 7 月份委員會議報告。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註 1)(7 月前)： 115 年增加 536 百萬元，截至 115 年 6 月辦理情形如下： (1)依 115 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式公告核定事項，0-6 歲兒童醫療量能保障醫院一般服務預算

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
	服務診療項目支付衡平」項目支應 (3)本項預算與一般服務預算保留之 0~6 歲兒童醫療費用 11,760 百萬元合併運用(計 12,350 百萬元)，保留額度將與醫院總額額度合併，用於支應 0~6 歲兒童醫療費用 (4)訂定具體實施規劃(包含執行方式及具體提升兒童醫療量能之監測指標)，並於 115 年 6 月前提出專案報告	125.5 億元及西醫基層項目 123.5 億元合併，用於支應 0-6 歲兒童醫療費用。 (2)運用方式： A.115 年 0-6 歲兒童醫療費用，點值將分別依醫院及西醫基層不含 0-6 歲各區一般服務之點值不低於 1 元支付，另跨區就醫點值、保障項目比照不含 0-6 歲辦理，另全年預算如有剩餘，再行研議支用方式。 B.上開結算方式分別提至 115 年第 2 次醫院及西基總額研商議事會議決定通過。 (3)為反應兒科醫師之投入心力及對兒童照護之重視，健保持續挹注預算調升兒童重症支付，115 年重要項目包含： A.新增「低／中／高度生物等效劑量質子放射治療」(1.05 億)。 B.調升兒科專科醫師加護病房住院診察費加成、學齡前(未滿 2 歲)兒童一般住院診察費加成(1.9 億)。 C.調升「新生兒重大手術」支付點數(0.3 億)。 D.調升未滿六歲「精神科日間住院治療費」支付點數(0.08 億)。 (4)本署 115.6.25 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議甫通過兒童重症項目調整，續依程序報請衛生福利部核定後公告實施，項目包含： A.放寬「一般、加護病床、隔離病床住院診察費」、「急診觀察床診察費」及「住院會診費」兒科專科醫師加成規範，並調整其年齡加成範圍至未滿 19 歲(1.22 億)。 B.增列先天性心臟病執行「心臟及心包膜」、「動脈與靜脈」所列手術項目者不

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
		折付規範(0.49 億)。 C.調升先天性心臟病相關診療項目(含心導管 4 項、手術 11 項)支付點數(0.45 億)。 D.依年齡(未滿 7 歲、7 歲以上至未滿 19 歲)拆分並調升拆分「團體心理治療」及「精神科日間住院治療費」支付點數(0.10 億點)。 (5)為合理反應臨床人員投入兒童照護之辛勞，續將持續研議兒童重症項目支付調整，並持續爭取健保總額預算支應。
8	風險調整移撥款執行方式	依相關程序辦理，並副知本會(3 月前)： 已於 115.6.15 函報本會備查，並提報 115 年 7 月份委員會議。

(二)專款項目

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
9	暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術) ※核定事項： (1)在額度內妥為管理運用 (2)對於新醫療技術之導入項目及具體執行方式，請妥為規劃後，提報本會最近 1 次委員會議	1.提 5 月委員會議報告案： 已提 115 年 5 月份委員會議報告。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註 1)(7 月前)： 115 年編列 100 百萬元，截至 115 年 6 月辦理情形如下： (1)新藥：編列 50 百萬元，尚無執行數。 (2)新特材：115 年無編列西醫基層暫時性支付預算。 (3)本署業委託財團法人醫藥品查驗中心辦理「健保醫療服務沙盒計畫或暫時性支付執行流程優化建議書」，後續將依委託成果研議健保收載新醫療科技暫時性支付項目之作業流程。
10	提升國人視力照護品質 ※核定事項： (1)持續檢討具體實施方案(含執行內容、支付方	1.依相關程序辦理，並副知本會(2 月前)： 本方案業依 115.6.25 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議決議通過，已於 115.7.17 報部核定後公告實施。

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
	式、執行目標、以結果面為導向之評估指標等) (2)持續檢討白內障手術案件成長合理性、手術時機適當性，及監測照護成效與民眾自費情形，以確保醫療品質及民眾權益 (3)加強執行面管理與監督，建立診療指引及醫療利用監測機制，提升分區管理及專業自律	2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註 1)(7 月前)： 115 年編列 3,771.4 百萬元，截至 115 年 6 月辦理情形如下： 本次修訂係調整結算方式(高申報量醫師折付)，並改以點值撥補剩餘款核發品質獎勵金。 【本會補充說明：依核定事項，請提出本項醫療利用執行情形及核定事項之檢討情形】
11	西醫醫療資源不足地區改善方案 ※核定事項： 請持續檢討不同地區醫療需求特性及其利用情形，鼓勵醫師積極參與，並加強就醫率低地區之醫療服務提供，提升就醫可近性	1.依相關程序辦理，並副知本會(2 月前)： 已於 115.2.4 公告，方案修訂重點已提報 115 年 3 月份委員會議。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註 1)(7 月前)： 115 年編列 466.7 百萬元，截至 115 年 4 月辦理情形如下： 計有 120 家診所於 80 個西醫醫不足地區提供巡迴醫療服務，服務人次約 6.5 萬人次。
12	家庭醫師整合性照護計畫 ※核定事項： 持續提升服務量能(如提高醫師參與率及個案涵蓋率)及強化照護品質，並評估本計畫整體照護成效，朝性性病整合及全人照護方向推動計畫，於 115 年 5 月前提出專案報告	1.依相關程序辦理，並副知本會(2 月前)： 已於 115.6.26 公告，方案修正重點已提報本次委員會議。 2.提 5 月委員會議報告案： 已提 115 年 5 月份委員會議報告。 3.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註 1)(7 月前)： 115 年編列 5,866.5 百萬元，截至 115 年 5 月辦理情形如下：本計畫甫公告資料尚在分析中。
13	C 型肝炎藥費 ※核定事項： (1)辦理本項目 (2)於額度內妥為管理運	1.提報本會執行情形： 115 年編列 462 百萬元，截至 115 年 3 月，預估執行 90.09 百萬元，預估執行率 19.50%。 2.核定事項辦理情形：

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
	用，並檢討實施成效，節流效益請適度納入總額預算財源，或做為提升醫療服務與品質之用，以提升資源使用效率	本署依國健署提供之「C 肝全口服新藥治療效益分析」，C 肝相關併發症醫療費用比較如下： (1)相較於無治療，2030 年及 2040 年時分別節省約 130.0 億元及 295.4 億元。 (2)相較於干擾素，2030 年及 2040 年時則分別節省約 73.4 億元及 167.2 億元。
14	醫療給付改善方案 ※核定事項： (1)持續辦理糖尿病及初期性腎臟病照護整合、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、性阻塞性肺疾病、生物相似性藥品、化療學名藥等方案 (2)滾動式檢討方案內容及加強結果面之成效評估，對照護率無法提升的項目，請研議具體改善策略 (3)持續朝全人照護方向整合相關計畫(如：家庭醫師整合性照護計畫、地區醫院全人全社區照護計畫等)，以提升照護成效	1.依相關程序辦理，並副知本會(2 月前)： (1)生物相似性藥品及化療學名藥：有關修訂「全民健康保險推動使用生物相似性藥品及學名藥之鼓勵試辦計畫」本署業於 115 年 6 月 5 日報部核定，後續依核定及公告內容辦理。 (2)「全民健康保險肝炎醫療給付改善方案」已於 115.3.5 公告，修訂重點已提報 115 年 4 月份委員會議。 (3)「全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案」：114.11.4 公告並自 115.1.1 實施，方案修正重點已提報 11 年 11 月份委員會議。 (4)全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案：已於 115.7.13 報部核定後公告實施。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註 1)(7 月前)： 115 年編列 422.1 百萬元，截至 115 年 6 月辦理情形如下： (1)生物相似性藥品及化療學名藥：115 年第 1 季結算尚在統計中。 (2)115 年家醫計畫整合西醫基層 P4P-DM/CKD/DKD，重複收案個案統一由家醫計畫照護，計畫已於 115.6.26 公告。 (3)持續辦理各項 P4P 方案，於 115.6.25 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議通過，修訂下列計畫： A.擴大早期療育 P4P 的照護涵蓋率：修

項次	核定事項摘要	工作項目及時程															
		訂收案條件、提升支付點數及調整申報頻率。 B.思覺失調症 P4P：修訂高風險病人出院後追蹤訪視費、長效針劑注射獎勵措施、高風險病人出院追蹤品質獎勵費。															
15	強化基層照護能力及「開放表別」項目 ※核定事項： (1)持續研議開放表別項目，朝普及性及提升民眾社區就醫可近性的方向努力 (2)對於開放多年且穩定實施之項目，建議規劃導入一般服務項目[本項併入 114 年 12 月委員會議決定之 114 年度總額決定事項追蹤]	提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註 1)(7 月前)： 115 年編列 1,720 百萬元，截至 115 年 6 月辦理情形如下：尚無新增開放表別項目。 【本會補充說明：依核定事項，請提出對開放多年且穩定實施之項目，建議導入一般服務項目之規劃】															
16	鼓勵院所建立轉診合作機制 ※核定事項： (1)持續檢討支付方式及強化院所轉診合作機制，提升成功下轉案件，以落實分級醫療政策 (2)持續監測各層級上下轉情形及病人流向與醫療費用變化情形，以評估執行效益	提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註 1)(7 月前)： 115 年編列 258 百萬元，截至 115 年 4 月辦理情形如下： 1.為提升轉診效率，鼓勵院所全面採用本保險電子轉診平台，及提升下轉誘因，提升下轉點數(每件增加 200 點，計 700 點)，及接受下轉點數(每件增加 300 點，計 500 點)，落實分級醫療政策，將醫院資源留給急重難症病人。本項調整自 114.9 月 1.起生效。 2.經統計上揭調升支付標準後 114 年 9 月至 115 年 3 月，各層級醫院及診所的醫療利用情形如下： <table><tr><td></td><td>件數</td><td>成長率</td><td>醫療費用</td><td>成長率</td></tr><tr><td></td><td>(億件)</td><td>(%)</td><td>(億點)</td><td>(%)</td></tr><tr><td>整體</td><td>1.75</td><td>-4%</td><td>3,083</td><td>4.2%</td></tr></table>		件數	成長率	醫療費用	成長率		(億件)	(%)	(億點)	(%)	整體	1.75	-4%	3,083	4.2%
	件數	成長率	醫療費用	成長率													
	(億件)	(%)	(億點)	(%)													
整體	1.75	-4%	3,083	4.2%													

項次	核定事項摘要	工作項目及時程															
		醫院 <table><tr><td>醫學中心</td><td>0.22</td><td>2.4%</td><td>990</td><td>8%</td></tr><tr><td>區域醫院</td><td>0.25</td><td>0.03%</td><td>796</td><td>4.2%</td></tr><tr><td>地區醫院</td><td>0.18</td><td>0.8%</td><td>421</td><td>5.6%</td></tr></table> 西基1.1-6.7%874-0.5% 3.115 年第 1 季核付 21.22 百萬點，本署每季將持續監測各層級上下轉情形及病人流向與醫療費用變化情形，以評估執行效益。	醫學中心	0.22	2.4%	990	8%	區域醫院	0.25	0.03%	796	4.2%	地區醫院	0.18	0.8%	421	5.6%
醫學中心	0.22	2.4%	990	8%													
區域醫院	0.25	0.03%	796	4.2%													
地區醫院	0.18	0.8%	421	5.6%													
17	基層診所產婦生產補助試辦計畫 ※核定事項： 請精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與提供生產服務	1.依相關程序辦理，並副知本會(2 月前)：延續 113 年公告計畫辦理。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註 1)(7 月前)： 115 年編列 50 百萬元，截至 115 年 4 月補助計 13 家西醫基層診所，生產補助共 628 件，續將請健保署各分區業務組持續輔導轄內診所加入本計畫。															
18	罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 ※核定事項： 請加強醫療服務提供及監測醫療利用情形，並妥為管理運用	提報本會執行情形： 115 年編列 30 百萬元，截至 115 年 3 月辦理情形如下：預估執行 0.11 百萬元，預估執行率 0.37%；另 115 年無編列西醫基層罕見疾病特材預算。															
19	後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費 ※核定事項： 請加強醫療服務提供及監測醫療利用情形，並妥為管理運用	提報本會執行情形： 115 年編列 30 百萬元，截至 115 年 3 月，尚無執行數。															
20	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 ※核定事項： 請加強醫療服務提供及監測醫療利用情形，並	提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註 1)(7 月前)： 115 年編列 11 百萬元，截至 115 年 3 月申報 0.44 百萬元。															

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
	妥為管理運用	
21	新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註 1)(7 月前)： 115 年編列 178 百萬元，截至 115 年 3 月申報 41.16 百萬元。
22	提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫 ※核定事項： 請持續精進計畫內容與支付誘因，透過分級醫療加強與醫院轉介合作，提升參與率，並持續監測照護成效	1.依相關程序辦理，並副知本會(2 月前)： 已於 115.6.1 公告，方案修正重點已提報 6 月份委員會議。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註 1)(7 月前)： 115 年編列 10 百萬元，截至 115 年 6 月辦理情形如下： (1)承作院所家數共 4 家，收案人數 35 人。 (2)執行數為 0.39 百萬。
23	精神科長效針劑藥費 ※核定事項： (1)持續提升基層院所使用長效針劑之比率 (2)於額度內妥為管理運用，並評估執行效益(如整體醫療費用變化)及導入一般服務之可行性	提報本會執行情形： 115 年編列 50 百萬元，截至 115 年 3 月，預估執行 19.44 百萬元，預估執行率 38.88%。 【本會補充說明：依核定事項，請提出執行效益及導入一般服務之可行性評估】
24	促進醫療服務診療項目支付衡平 (115 年新增項目) ※核定事項： (1)通盤研議、修訂支付標準，系統性檢討各項支付成本及相對合理性	1.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註 1)(7 月前)： 115 年編列 558.6 百萬元，截至 115 年 6 月辦理情形如下： 為提升醫護勞動權益，並兼顧民眾就醫品質，自 115.8.1 起修訂西醫基層診所門診診察費合理量之計算規定，每月看診日數由 25 日調整為 22 日，第一段看診人次由 30 人次調整為 35 人次，其餘階段看診人次併同調整，合計共 4 億元。
	(2)114 年度一般服務項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」預算額度	2.核定事項辦理情形(7 月前)： 114 年西醫基層總額一般服務「促進醫療服務診療項目支付衡平」額度賸餘款 10 億元，

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
	剩餘款，併同本項統籌運用	將與本項預算統籌運用。
	(3)併同醫院總額及其他預算同項專款，將具體實施方式及執行情形，於115年7月前提出專案報告	3.提7月委員會議報告案： 已列入本次會議報告事項。
25	品質保證保留款 ※核定事項： 積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的	依相關程序辦理，並副知本會(2月前)： 已於115.1.20公告，方案修訂重點已提報115年3月份委員會議。

註1：115年執行情形於本會115年7月份委員會議提報，延續性項目於115年7月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含114年執行情形)。

註2：依本會115年第2次委員會議(115.3.11)決定，「配合根除胃癌政策之衍生醫療費用」及「強化心血管疾病照護—放寬開立降膽固醇藥物 Statin 標準(門檻)」等2項核定事項明定須依實際執行，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減，請健保署於116年3月委員會議提報執行結果。

五、門診透析

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
1	門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 48,796.4 百萬元)，其中 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質，且 300 百萬元不得流用於一般服務，全年預算如有不足，則由一般服務支應	1.依相關程序辦理，並副知本會(2 月前)： (1)「全民健康保險居家血液透析試辦計畫」已於 115.2.26 公告，修訂重點已提報 115 年 3 月份委員會議。 (2)「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」已於 115.4.1 公告，修訂重點已提報 115 年 3 月份委員會議。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前)： 截至 115 年 6 月辦理情形如下： 114 年用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質之 4.33.5 百萬元已全數支用。 【本會補充說明：依核定事項，請提出本項 115 年醫療利用執行情形】
2	本項經費扣除「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質計畫」經費，其餘預算優先用於調整門診透析支付標準	核定事項辦理情形(7 月前)： 114 年用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質之 4.33.5 百萬元已全數支用，115 年本署將持續推動居家透析業務。
3	持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護	核定事項辦理情形(7 月前)： 1.為達「全人照護」目標，115 年起，規劃西醫基層論質方案-DM/Early CKD/DKD 與家醫計畫進行整合，重複收案之個案統一由家醫計畫照護，並調整家醫計畫相關費用支付額度趨近論質方案，期提升照護品質及照護率。 2.本署將持續提升末期腎臟病前期（Pre-ESRD）之病人照護率。

註：115 年執行情形於本會 115 年 7 月份委員會議提報，延續性項目於 115 年 7 月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含 114 年執行情形)。

六、其他預算

項次	核定事項摘要	工作項目及時程																																			
1	基層總額轉診型態調整費用 ※核定事項： (1)加強各層級醫療院所之資訊整合及交流，並建立引導院所適當轉診及轉診病人追蹤機制，提升病人醫療連續性與照護效率 (2)訂定分級醫療成效評估指標，持續監測病人流向(包含基層就醫占率與醫療費用變化情形)，評估分級醫療之執行效益 (3)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115年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告	提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7月前)： 115 年編列 600 百萬元，截至 115 年 3 月辦理情形如下： 1.本項預算限定用於「轉診成功案件」，115 年第 1 季資料將於 8 月確認，目前尚無數值。 2.為提升轉診效率，鼓勵院所全面採用本保險電子轉診平台，及提升下轉誘因，提升下轉點數(每件增加 200 點，計 700 點)，及接受下轉點數(每件增加 300 點，計 500 點)，落實分級醫療政策，將醫院資源留給急重難症病人。本項調整自 114.9.1 起生效。 3.經統計上揭調升支付標準後 114 年 9 月至 115 年 3 月，各層級醫院及診所的醫療利用情形如下： <table><tr><th></th><th>件數 (億件)</th><th>成長率 (%)</th><th>醫療費用 (億點)</th><th>成長率 (%)</th></tr><tr><td>整體</td><td>1.75</td><td>-4%</td><td>3,083</td><td>4.2%</td></tr><tr><td>醫院</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>醫學中心</td><td>0.22</td><td>2.4%</td><td>990</td><td>8%</td></tr><tr><td>區域醫院</td><td>0.25</td><td>0.03%</td><td>796</td><td>4.2%</td></tr><tr><td>地區醫院</td><td>0.18</td><td>0.8%</td><td>421</td><td>5.6%</td></tr><tr><td>西基</td><td>1.1</td><td>-6.7%</td><td>874</td><td>-0.5%</td></tr></table> 4.114 年「基層總額轉診型態調整費用」及「鼓勵院所建立轉診之合作機制」成效評估檢討報告如下： (1)「基層總額轉診型態調整費用」： A. 動支條件：114 年動支條件依協定事項限定用於「轉診成功案件」。 B. 114 年執行情形： (a)人數：114 年轉診成功案件約 7.4		件數 (億件)	成長率 (%)	醫療費用 (億點)	成長率 (%)	整體	1.75	-4%	3,083	4.2%	醫院					醫學中心	0.22	2.4%	990	8%	區域醫院	0.25	0.03%	796	4.2%	地區醫院	0.18	0.8%	421	5.6%	西基	1.1	-6.7%	874	-0.5%
	件數 (億件)	成長率 (%)	醫療費用 (億點)	成長率 (%)																																	
整體	1.75	-4%	3,083	4.2%																																	
醫院																																					
醫學中心	0.22	2.4%	990	8%																																	
區域醫院	0.25	0.03%	796	4.2%																																	
地區醫院	0.18	0.8%	421	5.6%																																	
西基	1.1	-6.7%	874	-0.5%																																	

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
		萬人。 (b)預算：8 億元，執行數 4.86 億元，執行率 61%。 (c)觀察由醫院下轉之慢性病患者平均停留天數(102.4 天)較一般病人(73 天)長。 (2)「鼓勵院所建立轉診之合作機制」： A. 為推動分級醫療，鼓勵院所「建立轉診之合作機制」，自 107 年起編列專款預算。新增「辦理轉診費_回轉及下轉」、「辦理轉診費_上轉」及「接受轉診診察費加算」等 5 項支付標準。 B. 轉診、接受及回轉轉診，114 年基層編列 2.58 億元；執行數 1.37 億(執行率 53.2%)，醫院編列 2.247 億元；執行數 1.88 億(執行率 83.7%)。 C. 調整支付標準後 6 個月(114 年第 4 季至 115 年第 1 季)與去年同期比較，申報件數/成長率：下轉 43.7 萬件/6.4%)、上轉 123 萬件/9.5%、接受轉診 63.7 萬件/12%。
2	山地離島地區醫療給付效益提升計畫 ※核定事項： (1)持續檢討山地離島地區民眾之醫療利用情形及照護品質，並評估 114 年新增鼓勵提升山地離島地區醫療服務措施之成效 (2)加強推動「偏鄉地區全人整合照護執行方案」，精進執行面及成果面之監測指標，以評估計畫	1.依相關程序辦理，並副知本會(2 月前)： (1)本署已於 114.11.10 公告修訂「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫」，新增大腸癌篩檢率、乳癌篩檢率及 B、C 型肝炎篩檢率三項指標，持續依醫療照護情形修正評核指標，以監測山地離島地區民眾之醫療利用情形及照護品質。 (2)114 年「全民健康保險偏鄉地區全人整合照護執行方案」評核指標執行情形如下： A.成人預防保健利用率、大腸癌篩檢率、乳癌篩檢率、子宮頸癌篩檢率皆高於全國。

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
	成效	B.可避免住院數(慢性與急性)指標皆較 113 年下降。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前)： 115 年編列 1,695.2 百萬元，截至 115 年 4 月辦理情形如下： (1)IDS 計畫：服務約 13.9 萬人次。 (2)全人照護方案：執行地區 14 鄉鎮、照護對象約 4.3 萬人，服務約 9.6 萬人次。
	(3)另依 114 年 12 月委員會決議決定，請依 114 年度總額決定事項：就新增「公費醫師在地服務診次費用」建立評估機制，檢討本項預算對鼓勵公費醫師留鄉之成效，包括公費醫師留鄉比率、區內開業情形及區內就醫率等	3.決定事項辦理情形(7 月前)： 將持續追蹤參與公費醫師人數、開診診次及服務人次，另監測山地離島地區區內就醫率略升(112 年 42.4%，114 年提升至 42.6%)。
3	居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務 ※核定事項： (1)持續精進居家醫療照護模式與照護成效之評估指標(如納入病人健康結果、家屬滿意度等成果指標)，提升照護品質 (2)在宅急症照護試辦計畫：加強計畫推動，研議放寬適應症，並持續監測病人安全、治療品質及成效，滾動檢討計畫內容，提升院所參與意	1.依相關程序辦理，並副知本會(2 月前)： (1)已於 115.3.18 公告「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」，修訂重點已提報 115 年 4 月份委員會議。 (2)已於 115.4.29 公告「全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案」，修訂重點已提報 115 年 5 月份委員會議。 (3)已於 115.5.12 公告「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」，修訂重點已提報 115 年 6 月份委員會議。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前)： 115 年編列 9,876 百萬元，截至 115 年 5 月辦理情形如下： (1)在宅急症照護試辦計畫： 計有 192 個團隊、884 家院所參與計畫，

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
	願	共收案 8.3 千人次，且平均照護天數為 7.2 天。 (2)居家醫療照護： A.截至 115 年 5 月，居家醫療照護整合計畫共 3,583 家醫事機構參與，收案約 7.4 萬人。 B.截至 115 年 4 月，新收案照護對象(收案滿 1 個月)後每月平均門診就醫次數，較收案前半年減少約 0.5 次。
	(3)另依 114 年 12 月委員會議決定，請依 114 年度總額決定事項：持續精進居家醫療照護模式，提升品質與成效之評估指標(如依「居家醫療」、「重度居家醫療」與「安寧療護」等不同照護階段之特性與目的，訂定監測指標)，並檢討、修訂「居家醫療照護整合計畫」相關支付標準	3.決定事項辦理情形(7 月前)： 本署將持續精進「居家醫療照護整合計畫」，以提升居家醫療照護品質，其中為鼓勵基層投入，提升整體居家醫療服務量能，115.4.1 調升訪視費用、新增兒童訪視加成及西醫基層診所專任醫師居家醫療照護獎勵金，並放寬在宅專門醫師每月訪視次數。
4	支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費	提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前)： 115 年編列 300 百萬元，截至 115 年 6 月無動支本項經費。
5	推動促進醫療體系整合計畫 ※核定事項： (1)檢討計畫執行方式，及評估醫療品質與成效，研提改善策略，以提升執行成效 (2)擴大推動「急性後期整合照護計畫」及「遠距醫療給付計畫」，並滾動檢	1.依相關程序辦理，並副知本會(2 月前)： 已於 115.4.16 公告「全民健康保險復健病房試辦計畫」，修訂重點已提報 115 年 5 月份委員會議。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前)： 115 年編列 620 百萬元，截至 115 年 6 月辦理情形如下： (1)醫院以病人為中心門診整合照護計畫：延續 111 年計畫辦理。

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
	討計畫內容，以因應人口老化及醫療不足地區之醫療需求	(2)全民健康保險遠距醫療給付計畫： A.115 年 1 至 4 月計 135 家在地院所、56 家遠距院所參與，服務 4.3 千人次、申報費用 317 萬點；114 年滿意度達 98.4%。 B.為提升執行成效，健保署將持續調查參與計畫院所執行問題，以滾動檢討計畫方向，改善遠距醫療服務可近性。
6	調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前)： 截至 115 年 5 月尚無動支情形。
7	提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫 ※核定事項： 持續檢討本計畫醫療利用情形之合理性及健康改善成效，並加強執行面管理	1.依相關程序辦理，並副知本會(2 月前)： 已於 115.1.19 公告，修訂重點已提報 115 年 3 月份委員會議。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前)： 115 年編列 2,100 百萬元，截至 115 年 4 月辦理情形如下： 申報 34.2 萬件、701.3 百萬點，較去年同期增加近 4 萬件(13.2%)、100 百萬點(16.7%)，將持續監測矯正機關收容人醫療利用情形及健康改善成效。
8	腎臟病照護及病人衛教計畫 ※核定事項： (1)持續強化整合腎臟病前期之相關疾病照護計畫(如逐步整合至大家醫計畫)，並朝向以人為中心之整合服務，以延緩病人進入透析之照護 (2)積極提升初期性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病	1.依相關程序辦理，並副知本會(2 月前)： (1)已於 115.7.1 公告「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」，修正重點已提報 115 年 7 月份委員會議。 (2)115 年「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析品質提升獎勵計畫」修訂案經提報 115.5.13 門診透析預算研商會議討論，決議待台灣腎臟醫學會修改計畫內容後，再提會討論。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前)： 115 年編列 500 百萬元，截至 115 年 6 月辦

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
	人照護與衛教計畫之照護率	理情形如下： (1)為達「全人照護」目標，115 年起，規劃西醫基層論質方案-DM/Early CKD/DKD 與家醫計畫進行整合，重複收案之個案統一由家醫計畫照護，並調整家醫計畫相關費用支付額度趨近論質方案，期提升照護品質及照護率。 (2)114 年末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫支用點數共 3.26 億點，另慢性腎衰竭病人門診透析服務品質保證保留款實施方案 4,500 萬元將於 115 年 6 月底前完成核發。
	(3)為鼓勵院所積極提升照顧品質，請適度調整「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質保證保留款實施方案」預算額度，並檢討核發條件，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本項獎勵之目的[本項併入 114 年 12 月委員會議決定之 114 年度總額決定事項追蹤]	3.決定事項辦理情形(7 月前)： 本項方案條文修訂已於本署門診透析預算 115 年第 2 次研商議事會議(115.5.12)討論，會議決議由台灣腎臟醫學會參考本署及與會代表建議修改計畫內容，於 115 年第 3 次會議(115.8.12)再議。 【本會補充說明：依核定事項，請提出「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質保證保留款實施方案」之預算額度及核發條件檢討】
9	提升用藥品質之藥事照護計畫 ※核定事項： 請加強推動計畫，輔導特約藥局加入執行本計畫，並監測計畫之醫療利用及執行成效	1.依相關程序辦理，並副知本會(2 月前)： 延續 114 年計畫辦理。 2.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前)： 115 年編列 30 百萬元，截至 115 年 4 月辦理情形如下： 115 年 1 至 4 月共申報約 169 萬點，參與藥局家數 571 家，參與藥師 697 人，總計服務約 6.8 千人次，約 2.3 千人完成照護。
10	促進醫療服務診療項目支付衡平	1.提報本會執行情形(115 年初步結果/成果)(註)(7 月前)：

項次	核定事項摘要	工作項目及時程
	(1)本項經費用於通盤檢討、修訂支付標準及提升假日醫療服務可近性，並得支應醫院及西醫基層總額同項專款及「0~6 歲兒童醫療量能保障」項目之不足款	115 年編列 5,311 百萬元，本項用於： (1)全民健康保險週日及國定假日輕急症中心(UCC)試辦計畫之醫療費用：約 2.49 億。 (2)115 年度全民健康保險春節加成獎勵方案獎勵金：約 16 億。 (3)急診重大外傷緊急手術、處置、麻醉加成（2 小時內加成 100%、2-4 小時加成 60%）及緊急處置加成（加成 20%）：約 1.55 億。 (4)調升兒科專科醫師加護病房住院診察費加成，及學齡前（未滿 2 歲）兒童一般住院診察費加成：約 1.9 億。 (5)調升 7 項「新生兒重大手術」支付點數，併同調整手術章節第十八項「治療性先天殘缺手術」不折付規範：約 0.3 億。 (6)調升未滿六歲「精神科日間住院治療費」支付點數（0.08 億）。 (7)綜上，本項用於前述調整項目預算共 23.64 億，賸餘預算 29.47 億。
	(2)併同醫院及西醫基層總額同項專款，將具體實施方式及執行情形，於 115 年 7 月前提出專案報告	2.提 7 月委員會議報告案： 已列入本次會議報告事項。

註：115 年執行情形於本會 115 年 7 月份委員會議提報，延續性項目於 115 年 7 月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含 114 年執行情形)。

專款申報占率

	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	六分區合計
114Q1	38.03%	12.35%	20.16%	12.13%	15.19%	2.14%	100.00%
114Q2	37.93%	12.33%	20.42%	11.98%	15.18%	2.15%	100.00%
114Q3	37.75%	12.82%	20.22%	12.00%	15.09%	2.12%	100.00%
114Q4	37.52%	13.08%	20.48%	11.99%	14.80%	2.12%	100.00%
平均	37.81%	12.64%	20.32%	12.03%	15.07%	2.13%	100.00%

R/S值占率

	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	六分區合計
114Q1	37.06%	16.65%	18.10%	12.52%	13.75%	1.92%	100.00%
114Q2	37.14%	16.60%	18.08%	12.52%	13.75%	1.92%	100.00%
114Q3	37.17%	16.66%	18.09%	12.48%	13.69%	1.92%	100.00%
114Q4	37.18%	16.66%	18.07%	12.47%	13.71%	1.92%	100.00%
平均	37.14%	16.64%	18.09%	12.50%	13.72%	1.92%	100.00%

討論事項

討論事項

提案單位：中央健康保險署

案由：特殊材料「脊髓刺激器」以保險對象自付差額方式納入健保給付建議案，提請討論。

說明：

一、依全民健康保險法第 45 條及全民健康保險藥物給付項目及支付標準(下稱藥物支付標準)第 52 條之 4 規定辦理。

二、上述藥物支付標準第 52 條之 4，重點摘要如下：

(一)健保給付比例：按臨床實證等級訂定給付比例 20%至 40%。

(二)核定費用：得依同功能類別，參考院所採購價格中位數除以浮動點值、國內市場販售價格、院所收取自費價格或國際價格予以核定。

(三)保險醫事服務機構收取差額上限：不得超過該類特材核定費用扣除本保險給付上限之差額。

三、本案特材係以微量電波刺激脊髓神經，改善及治療慢性疼痛，前經 113 年 11 月及 115 年 3 月「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議特材部分」(下稱特材共擬會議)討論，考量本案醫材全額給付財務影響大，尚待觀察評估臨床使用情形，共識同意「脊髓刺激器」以自付差額納入健保，說明如下：

(一)健保給付比例：以臨床實證訂定健保給付比例，暫時性植入品項為核定費用之 20%；永久植入品項為核定費用之 30%。

(二)核定費用：依藥物支付標準第 52 條之 4 第 2 項第 1 款，以公立醫院及醫學中心採購決標價格之中位數除以最近四季浮動點值(0.9382)核定費用。

(三)保險醫事服務機構收取差額上限：核定費用扣除健保給付比例換算支付點數。

(四)功能類別：依暫時性植入與永久植入分為 2 大類，並依不同功能組件分為 8 個次功能類別。

四、檢送本案基本資料表及檢核表(附件一，第 71~79 頁)、品項彙整表(參考資料 1)、113 年 11 月特材共擬會議資料(參考資料 2)、115 年 3 月特材共擬會議資料(參考資料 3)、113 年 11 月特材共擬會議紀錄(參考資料 4)、115 年 3 月特材共擬會議紀錄(參考資料 5)、醫療科技評估報告(參考資料 6)。

擬辦：

- 一、本案「脊髓刺激器」，建議採保險對象自付差額方式納入健保給付，分為暫時性植入與永久植入 2 大類共 8 個次功能分類，並以各類別之院所採購價中位數除以浮動點值 0.9382 予以核定費用，健保給付比例暫時性植入品項為 20%，永久植入品項為 30% 暫予支付。
- 二、基於民眾使用特材權益，建議實施日期為 115 年 8 月 1 日，俟本會討論通過後，報主管機關核定公告。

健保署業務窗口：林其昌科長，聯絡電話：02-27065866 分機 3067

本會整理說明：

- 一、本案係健保署依健保法第 45 條^(註)規定，將擬納為自付差額之特材品項，提本會討論，後續將再報請衛福部核定公告。
- 二、本案特材係以微量電波刺激脊髓神經，達到改善及治療慢性疼痛之療效，其為「脊髓刺激器暫時性植入手術」、「脊髓刺激器永久植入手術」等 4 項診療項目所必須使用之特材，目前健保僅給付該診療項目，並未給付本案所提之特材，民眾需全額自費負擔。本項診療為國際普遍慢性疼痛之最後一線治療方式，臨床先予以暫時性神經刺激測試，確定治療效果後，再植入永久性脊髓刺激器。前經 113 年 11 月及 115 年 3 月特材共擬會議討論，考量本案醫材全額給付財務影響大，尚待觀察評估臨床使用情形，共識同意「脊髓刺激器」以自付差額納入健保。目前無健保全額給付相同功能之特材。

註：健保法第 45 條

本保險給付之特殊材料，保險人得訂定給付上限及保險醫事服務機構得收取差額之上限；屬於同功能類別之特殊材料，保險人得支付同一價格。

保險對象得於經保險醫事服務機構之醫師認定有醫療上需要時，選用保險人定有給付上限之特殊材料，並自付其差額。

前項自付差額之特殊材料品項，應由其許可證持有者向保險人申請，經保險人同意後，併同其實施日期，提健保會討論，報主管機關核定公告。

三、本會為依法審慎評估及討論健保署提出之自付差額特材案，於103年訂定「健保會討論自付差額特材案之作業流程」(下稱作業流程；附錄十五，第201~205頁)，明定相關作業程序與時程，重點摘要如下圖。本案係健保署於115年6月2日函送本會，依前揭作業流程規定時程，原應提至本年11月份委員會議討論，惟考量民眾就醫權益，本會乃提前於本次(7月份)委員會議討論。

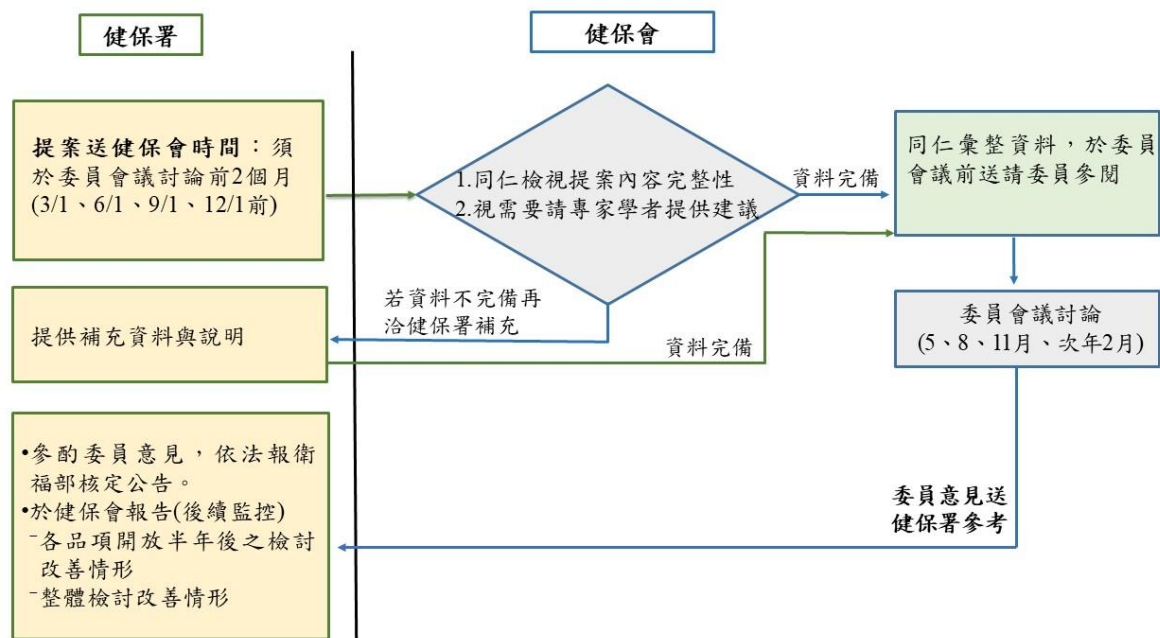


圖 健保會討論自付差額特材案之作業流程

四、經審視提案內容完整性後，本會於6月25日請辦健保署就給付條件、價格、給付規定之疼痛改善認定，財務影響及健保給付比例之訂定等補充說明，該署業於7月8日函復相關說明(如附件二，第80~83頁)，並更新基本資料表(含檢核表)(如附件一，第71~79頁)。

五、依健保署提供資料，本案摘要重點如下：

(一)本次提出品項，配合臨床需要，功能類別分為暫時性及永久植入脊髓刺激器2大類、8個次功能類別，共15項(參考資料第1頁)。

(二)療效(第 71~72 頁)：

依醫療科技評估報告(參考資料第 74~75、85~95 頁)，可改善病人疼痛及生活品質，重點摘要如下：

- 1.英國 NICE 創新醫療科技簡報 MIB305：使用本案脊髓刺激器相較傳統電刺激，更能有效止痛。
- 2.臨床實證文獻 4 篇：在主要療效指標下背痛反應率(疼痛改善)，使用本案特材較傳統電刺激，可明顯改善疼痛；另在疼痛量表、憂鬱症檢測、健康生活品質測量分數，均有改善，且高度心理困擾病人之疼痛量表與憂鬱症檢測分數，亦有改善。

(三)價格：

1.國內外價格(參考資料第 50~51 頁)

本案特材之公立醫院及醫學中心採購價、醫材比價網價格，如附表 1(第 70 頁)，另國際價格如附表 2(第 70 頁)。本案特材之醫材比價網中位數價格，高於國際價格約 1.06~4.8 倍(第 79 頁)。

2.核定費用計算方式(第 75、78 頁)：

(1)本案核價係參考院所採購價中位數計算費用，因 107 年前特材支付點數多參考國際價格訂定，結果造成多數廠商不同意所核之支付價格，致納入給付品項僅 3 成，故近 5 年(110 年~114 年)健保收載新功能特材核價方式，多採院所採購價中位數除以浮動點值。

(2)以公立醫院及醫學中心採購價中位數，除以浮動點值 0.9382(114Q2~115Q1)計算。

3.核定費用、健保給付上限及醫療院所收取差額上限(第 72~73 頁)：

功能類別	分類	核定費用 (元) [P2]	健保給 付比例 (%) [Y]	健保給付 上限(點) [P3= P2 xY]	醫事服務機構 收取差額上限(元) [即民眾自付費用= P2-P3]
暫時 性 ^(註1)	1.體外刺激器(個)	31,038	20%	6,207	24,831
	2.測試導線(組)	30,910		6,182	24,728
永久 植入 ^(註2)	1.非充電式刺激器(個)	362,929~548,337	30%	108,878~164,501	254,051~383,836
	2.充電式刺激器(個)	638,883		191,664	447,219
	3.8 極或 16 極導線(組)	73,865~120,443		22,159~36,133	51,706~84,310
	4.延長導線(組)	22,383		6,714	15,669

註：依 115.3.19 特材共擬會議通過之給付規定(第 76 頁)：

- 1.暫時性脊髓刺激器：限使用體外刺激器 1 個、暫時性導線 2 組；健保給付比例 20%。

- 2.永久性植入脊髓刺激器：為充電式刺激器或非充電式刺激器擇一、8 極導線(2 組)或 16 極導線(1 組)擇一；健保給付比例 30%。

(四)健保財務影響評估(第 74 頁)：

- 1.提案當年預算：115 年度醫院總額「新醫療科技」項下之新特材預算 8 億元；截至 115 年 3 月，經特材共擬會議通過新功能特材計 37 項，財務預估約 1.4 億點(含本案特材)。
- 2.本案納入部分給付後，預估 3~5 年使用量，每年皆為暫時性植入 150 人、永久植入 89 人、電池更換 72 人，新增費用皆為 3,518 萬點/年。

(五)依 113 年 11 月及 115 年 3 月特材共擬會議決議，納入自付差額特材之理由(第 75 頁)：

- 1.為國際普遍最後一線慢性疼痛治療，具國際治療指引及臨床實證療效。
- 2.全額給付財務影響大(參考資料第 14 頁，113 年 11 月特材共擬會議財務預估約 1.04 億點)，建議以差額給付觀察使用量變化及監控成效。
- 3.在兼顧健保財務及提升新醫材臨床可近性與普及性考量下，及參考臨床實證資料，建議優先以自付差額方式納入健保給付，2 年後進行醫療科技再評估(HTR)，滾動式檢討健保給付效益，作為持續給付、調整給付或不給付之決策參考。

六、有關健保署說明四之參考資料(包含品項彙整表、特材共擬會議資料與會議紀錄、醫療科技評估報告)，業以另冊併同本次委員會議資料寄送委員審閱。

七、本案若同意列為自付差額品項，請健保署辦理下列事項：

- (一)儘速循行政程序報請衛福部核定公告實施，以維護民眾權益。至於建議本案實施日期為 115 年 8 月 1 日，建請一併報請衛福部決定。
- (二)依作業流程規定，於納入自付差額特材半年後，提出檢討改善報告；2 年後進行醫療科技再評估(HTR)，滾動式檢討健保給付效益，作為持續給付、調整給付或不給付之決策參考。

決議：

附表 1 公立醫院及醫學中心採購價、醫材比價網價格

項次	品項	公立醫院及醫學中心採購價				醫材比價網			
		家數	中位數	平均數	最低價	家數	中位數	平均數	最低價
1-2	暫時性植入-體外刺激器	15	29,120	31,154	9,000	42	46,350	50,031	13,500
3-4	暫時性植入-測試導線	23	29,000	31,135	23,300	49	41,050	42,410	30,240
5	永久植入-非充電式5.3Ah刺激器	8	340,500	351,075	319,200	6	510,000	472,180	403,200
6	永久植入-非充電式7.5Ah刺激器	6	514,450	583,117	438,900	3	955,200	955,200	955,200
7-8	永久植入-充電式刺激器	15	470,000	493,407	380,000	34	624,000	657,668	570,000
9	永久植入-充電式刺激器-控制器	11	49,400	50,907	45,125	--	--	--	--
10	永久植入-充電式刺激器-充電器	11	80,000	80,393	64,125	--	--	--	--
11-12	永久植入-導線(8極)	20	69,300	69,107	38,304	39	109,918	103,620	48,384
13-14	永久植入-導線(16極)	17	113,000	114,798	73,150	42	141,600	147,901	109,725
15	永久植入-延長導線	10	21,000	19,914	11,140	13	26,325	25,979	16,710

附表 2 國際價格

項次	品項	國際價格(換算台幣)			
		美國	日本	韓國	澳洲
1-2	暫時性植入-體外刺激器	--	--	9,722	21,963
3-4	暫時性植入-測試導線	--	--	15,925~18,036	8,883
5	永久植入-非充電式5.3Ah刺激器	--	384,300	278,624	439,265
6	永久植入-非充電式7.5Ah刺激器	--	384,300	278,624	439,265
7-8	永久植入-充電式刺激器	--	453,600	302,852	475,870
9	永久植入-充電式刺激器-控制器	--	--	4,924	27,459
10	永久植入-充電式刺激器-充電器	--	--	--	24,640
11-12	永久植入-導線(8極)	--	32,550	39,441	77,409
13-14	永久植入-導線(16極)	--	76,230	49,301	164,734
15	永久植入-延長導線	--	23,940	9,027	28,153

表 1 健保署提案需檢附之自付差額特材品項「基本資料表」

	項目		自付差額品項	健保全額給付品項(註 2)
我國資料	1. 基本資料	名稱 (特材代碼)	「“雅培”測試用體外神經刺激器」等 15 項(品項彙整詳參考資料 1)	無
		許可證字號		
		核准日期		
		上市日期		
	2. 特性	功能類別	暫時性脊髓刺激器 永久植入脊髓刺激器	無
		用途 (適應症)	●依據：113 年 11 月及 115 年 3 月特材共擬會議資料(詳參考資料 2，投影片第 2 張；參考資料 3，投影片第 2 張)。本案特材係 110 年公告生效之診療項目 83103B「脊髓刺激器暫時性植入手術」、83104B「脊髓刺激器永久植入手術」、83105B「永久性刺激器電池更換術」及 56042B「脊髓刺激器參數程控調整作業」所必須使用醫材。為國際普遍慢性疼痛之最後一線治療方式，臨床先予以暫時性神經刺激測試，確定治療效果後，再植入永久性脊髓刺激器。	
		相對效果 (療效) 及 相對風險 (安全性)	●依據：113 年 11 月特材共擬會議資料(詳參考資料 2，投影片第 18~20 張)及醫療科技評估(HTA)報告(詳參考資料 6)摘要如下： 1.主要醫療科技評估組織之給付建議： (1)英國 NICE 科技評議指引 TA159：整體脊髓刺激器使用於神經性或缺血性慢性疼痛的整體效益評估。 (2)澳洲 MBS：所列與脊髓神經刺激器植入手術醫療服務相關之給付規定，脊髓神經刺激術限用於治療慢性神經病變疼痛或難治型心絞痛病人。 2.相對療效及安全性評估： (1)英國 NICE 創新科技簡報：使用本案脊髓刺激器進行差異式標靶多路式(DTM)脊髓電刺激，是一種傳統電刺激變化的創新技術，可改善病人疼痛及生活品質。 (2)臨床實證文獻共 4 篇，皆為經脊髓刺激器暫時植入測試成功後，植入永久脊髓刺激器之評估： A.比較 Prodigy 脊髓刺激器之陣發性及持續性刺激模式之試驗 1 篇：主要療效指標為視覺類比分數(visual analogue scale, VAS)，有 89%(65/73 位)病人認為陣發性刺激相較於持續性刺激能降低異常感覺。安全性部分，2 件與試驗相關不良事件，分別為一位持續疼痛或麻痺	

	項目	自付差額品項	健保全額給付品項(註2)
	相對效果 (療效) 及 相對風險 (安全性) (續)	感和一位電極放置失敗。 B.比較 DTM SCS 陣發性刺激模式(Intellis 脊髓刺激系統)與傳統 SCS 刺激模式 1 篇：主要療效指標下背痛反應率 DTM SCS 皆高於傳統 SCS;3 個月時 DTM SCS 組反應率統計上顯著高於傳統 SCS。安全性部分，與試驗相關常見的不良事件為電極導線脫出和手術切口疼痛。 C.TRIUMPH 研究(針對 Prodigy 或 Proclaim 脊髓刺激系統單組上市後研究)2 篇： (A)療效指標包含疼痛量表(Pain Catastrophizing Scale，PCS)、病人健康問卷憂鬱症檢測(Patient Health Questionnaire Depression scale，PHQ-9)、健康生活品質測量問卷(EuroQol 5-Dimensions，EQ-5D)，研究結果顯示相較於基期，PCS 平均分數改善 44%至 48%至 13.2 分，PHQ-9 和 EQ-5D 分數在 6 個月和 12 個月時，則分別改善 28%至 51%和 25%至 44%，其中 EQ-5D 最顯著的分數改善落在「疼痛/不適」項目。 (B)針對對高心理困擾(PD)之次族群分析：高度心理困擾病人在 PCS 與 PHQ-9 分數也分別有 45%和 39%的改善。	
3. 價格	價格分布(NT)	●依據：115 年 3 月特材共擬會議資料及會議紀錄(詳參考資料 3，投影片第 18、22 張，參考資料 5，P.71)。 ●參考價格彙整，詳參考資料 1。 本案特材計 2 大類，8 個次功能分類： (1)醫材比價網中位數 A.暫時性脊髓刺激器 (A)體外刺激器：46,350 元 (B)測試導線：41,050 元 B.永久性植入脊髓刺激器 (A)非充電式刺激器(5.3Ah)：510,000 元 (B)非充電式刺激器(7.5Ah)：955,200 元 (C)充電式刺激器：624,000 元 (D)導線(8 極)：109,918 元 (E)導線(16 極)：141,600 元 (F)延長導線：26,325 元 (2)核定費用 (P2) A.暫時性脊髓刺激器 (A)體外刺激器：31,038 元 (B)測試導線：30,910 元	無

項目		自付差額品項	健保全額給付品項(註2)
	價格分布(NT) (續)	B.永久性植入脊髓刺激器 (A)非充電式刺激器(5.3Ah)：362,929 元 (B)非充電式刺激器(7.5Ah)：548,337 元 (C)充電式刺激器(含充電式電池+控制器+充電器)：638,883 元 (D)導線(8 極)：73,865 元 (E)導線(16 極)：120,443 元 (F)延長導線：22,383 元 (3)健保給付上限(P3) 以暫時性植入特材給付比例 20%，永久性植入特材給付比例 30%，換算健保支付點數： A.暫時性脊髓刺激器 (A)體外刺激器：6,207 點 (B)測試導線：6,182 點 B.永久性植入脊髓刺激器 (A)非充電式刺激器(5.3Ah)：108,878 點 (B)非充電式刺激器(7.5Ah)：164,501 點 (C)充電式刺激器(含充電式電池+控制器+充電器)：191,664 點 (D)導線(8 極)：22,159 點 (E)導線(16 極)：36,133 點 (F)延長導線：6,714 點	
	價格差距	(1)價格倍數(核定費用 P2/健保支付點數 P1)：無。 (2)價格倍數(核定費用 P2/健保給付上限 P3)： A.暫時性脊髓刺激器：5 倍。 B.永久性植入脊髓刺激器：3.33 倍 (3)保險醫事服務機構收取差額上限(核定費用 P2-健保給付上限 P3) A.暫時性脊髓刺激器 (A)體外刺激器：24,831 元 (B)測試導線：24,728 元 B.永久性植入脊髓刺激器 (A)非充電式刺激器(5.3Ah)：254,051 元 (B)非充電式刺激器(7.5Ah)：383,836 元 (C)充電式刺激器(含充電式電池+控制器+充電器)：447,219 元 (D)導線(8 極)：51,706 元 (E)導線(16 極)：84,310 元 (F)延長導線：15,669 元	

	項目	自付差額品項	健保全額給付品項(註2)
4. 健保財務影響評估	提案當年預算	(1)提案當年度總額之新特材預算：8 億元。 (2)提案前已支用額度：115 年截至 3 月，經特材共擬會議通過新功能特材計有 37 項，財務預估約 1.4 億(含本案脊髓刺激器)。	
	納入前後預估使用量	● 依據 115 年 3 月特材共擬會議資料(詳參考資料 3，投影片第 22 張)。 (1)前 3 年之預估使用量(自費)：統計近 3 年本案特材相關醫療服務診療項目申報量： A.112 年：「暫時性植入」13 人；「永久植入」5 人；「電池更換」41 人。 B.113 年：「暫時性植入」14 人；「永久植入」6 人；「電池更換」50 人。 C.114 年：「暫時性植入」9 人；「永久植入」2 人；「電池更換」79 人。 (2)自付差額品項納入後預估 3~5 年使用量皆為「暫時性植入」150 人，「永久植入」89 人，「電池更換」72 人，新增費用合計為 1.05 億(3,518 萬*3)，說明如下： A.按 HTA 報告財務影響評估，本案特材預估第一年至第五年使用量「暫時性植入」39 人至 132 人，「永久植入」23 人至 78 人，「電池更換」43 人至 63 人。 B.依 113 年 8 月特材專家諮詢會議之與會專家意見，納入給付後暫時性植入人數應較 HTA 預估之 132 人略多，約為 150 人。爰參考與會專家意見及 HTA 計算方式，重新計算預估使用量第一年至第五年皆為「暫時性植入」150 人，「永久植入」89 人，「電池更換」72 人，新增費用皆為 3,518 萬。	無
	納入後預估新增費用	● 依據：115 年 3 月特材共擬會議資料(詳參考資料 3，投影片第 22 張)。自付差額品項納入後，預估新增費用：3,518 萬。	

	項目	自付差額品項	健保全額給付品項(註2)
	5.同意納入自付差額特材之理由(參考註3填列)	(1)依據 113 年 11 月及 115 年 3 月特材共擬會議資料(詳參考資料 2，投影片第 2~3 張，投影片第 18~19 張；參考資料 3，投影片第 2~3 張)及會議紀錄(詳參考資料 4，P.66；參考資料 5，P.67) (2)綜合考量「2.特性」、「3.價格」及「4.健保財務影響評估」後，同意納入自付差額特材之理由： A.為國際普遍最後一線慢性疼痛治療，具國際治療指引及臨床實證療效：本案「脊髓刺激器」係配合診療項目 83103B「脊髓刺激器暫時性植入手術」、83104B「脊髓刺激器永久植入手術」、83105B「永久性刺激器電池更換術」及 56042B「脊髓刺激器參數程控調整作業」所必須使用。先予以暫時性神經刺激測試，確定治療效果後，再植入永久性脊髓刺激器。依醫療科技評估報告及臨床專家意見，本案特材於國際上使用已久，具英國 NICE 科技評議指引，並為澳洲 MBS 給付項目，並已累積許多大型臨床實證佐證療效，國內臨床亦有豐富實務經驗。可減少病人長期用藥及看診支出，年輕患者也可回到勞動市場，減輕家庭負擔。 B.全額給付財務影響大，建議以差額給付觀察使用量變化及監控成效：依 113 年 11 月特材共擬會議與會代表意見，本案特材植入後病人疼痛可快速得到緩解，惟價格昂貴，倘全額納入給付恐難以預估使用量。建議可先採自付差額方式納入健保給付以觀察使用量之變化，亦可評估及監控後續之成效。 C.綜上，為維護民眾使用醫材權益，在兼顧健保財務及提升新醫材臨床可近性與普及性考量下，參考臨床實證資料，建議優先以自付差額方式納入健保給付，2 年後進行醫療科技再評估(HTR)滾動式檢討健保給付效益，作為持續給付、調整給付或不給付之決策參考。 (3)摘述 115 年 3 月特材共擬會議之決議(詳參考資料 5，P.67)： A.同意本案「脊髓刺激器」採保險對象自付差額方式納入健保給付。 B.功能分類：共 2 大類 8 個次分類。 C.核定費用：依藥物支付標準第 52-4 條第 2 項第 1 款，以公立醫院及醫學中心採購價中位數，除以浮動點值 0.9382 (114Q2~115Q1)計算。 D.健保給付上限：考量暫時性植入係為評估病人是否適合永久性植入治療，倘評估後確具療效，才會使用到較昂	

	項目	自付差額品項	健保全額給付品項(註2)
	5.同意納入自付差額特材之理由(參考註3填列)(續)	貴的永久性植入醫材。健保給付比例為暫時性植入 20%，永久植入 30%。 E.給付規定： (A)暫時性脊髓刺激器： I.符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目 83103B「脊髓刺激器暫時性植入手術」所訂適應症及執行人員資格。 II.申報應檢附術前心理衡鑑或精神科醫師評估報告。 III.須特殊專案審查。 IV.限使用體外刺激器一個，暫時性導線二組。 (B)永久性植入脊髓刺激器： I.符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目 83104B「脊髓刺激器永久植入手術」支付規範： i.經「脊髓刺激器暫時性植入手術」疼痛改善達臨床上有意義之程度。 ii.須特殊專案審查。 iii.限充電式刺激器或非充電式刺激器擇一；導線(8極)二組或導線(16極)一組擇一。 II.符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目 83105B「永久性刺激器電池更換術」支付規範：限植入永久脊髓刺激器者，限充電式刺激器或非充電式刺激器擇一。 (4)醫療科技評估報告之重點(參考資料 6，P.73~76、P.82~95)：在相對療效之評估結果，同上「2.特性」之說明；在財務影響評估上，「脊髓刺激器」在臨床地位上屬新增關係。 (5)其他參考資料：無。	

他國資料 (註4)	項目	自付差額品項			
	1.基本資料	● 依據 115 年 3 月特材共擬會議資料(詳參考資料 3，投影片第 18~19 張) ● 本案特材之價格彙整表，詳參考資料 1。			
	2.價格分布(NT)	國別	功能類別	保險是否給付	保險支付價/市價(新臺幣)
		日本	永久植入	是	(1)非充電式刺激器(5.3Ah)：384,300 元 (2)非充電式刺激器(7.5Ah)：384,300 元 (3)充電式刺激器：453,600 元 (4)導線(8 極)：32,550 元 (5)導線(16 極)：76,230 元 (6)延長導線：23,940 元
		韓國	暫時性植入	是	(1)體外刺激器：9,722 元 (2)測試導線：15,925~18,036 元
			永久植入	是	(1)非充電式刺激器(5.3Ah)：278,624 元 (2)非充電式刺激器(7.5Ah)：27,864 元 (3)充電式刺激器(含控制器)：307,776 元 (4)導線(8 極)：39,441 元 (5)導線(16 極)：49,301 元 (6)延長導線：9,027 元
		澳洲	暫時性植入	是	(1)體外刺激器：21,963 元 (2)測試導線：8,883 元
			永久植入	是	(1)非充電式刺激器(5.3Ah)：439,265 元 (2)非充電式刺激器(7.5Ah)：439,265 元 (3)充電式刺激器(含控制器+充電器)：527,969 元 (4)導線(8 極)：77,409 元 (5)導線(16 極)：164,734 元 (6)延長導線：28,153 元

3.價格差距(註5)	(1) 本案特材醫材比價網價格多高於國際價格，國內院所採購價格則多數與澳洲價格相近，以「“雅培”板狀神經刺激電極組(16極)」(項次13)為例，國內醫材比價網價格中位數174,720元，日本支付價格換算臺幣為76,230元，價格倍數為2.29倍，韓國支付價換算臺幣為49,301元，價格倍數為3.5倍；澳洲支付價換算臺幣為164,734元，價格倍數為1.06倍。國內公立醫院及醫學中心採購價格中位數127,680元，為澳洲支付價0.77倍。 (2) 107年前特材共擬會議審議通過之醫材，其支付點數多以參考國際價格訂定，然多數廠商因價格因素不同意前述訂定之健保支付價格，納入給付生效率低僅約3成，導致民眾使用自費醫材增加。為維護民眾權益、提升新醫材之臨床可近性與普及性，近5年(110年至114年)健保收載新功能特材核價方式，近7成以院所採購價中位數除以浮動點值核價，其特材共擬會議審議通過且納入給付生效率至114年已達9成，爰本案亦採院所採購價中位數除以浮動點值核定費用。
------------	---

健保署填報部門：醫審及藥材組 填報人：楊佩綺 日期：1150708 連絡電話：27065866*3053

註1：本表價格均以新臺幣呈現。

註2：健保全額給付品項如有1項以上，可增列供參。

註3：本品項較相同用途且健保已納入全額給付之既有特材，有下列附加之功能或效果之一，且價格昂貴經認定無法納入全額給付者：

- ☐增加耐久性：_____
- ☐增加病人使用方便性：_____
- ☐有利於監控病情：_____
- ☐增加與特定設備或儀器之相容性：_____
- ☐因客製化而增加美觀或舒適性：_____
- ☐增加安全性(或改善副作用)：_____
- ☐其他醫療功能外之附加效果：_____
- ☐其他可改善醫療或生活品質之功效：_____

註4：他國資料以全民健康保險藥物給付項目及支付標準第52條之3所列之國家(韓國、日本、美國、澳洲)為優先呈現對象，其次為其他具官方公開網站可供查詢的國家價格。

註5：請依我國資料「1.基本資料」之「名稱」欄所列2種品項，計算該國之價格差距；若無資料請說明。

表 2 健保署提案需檢附之自付差額特材品項「檢核表」

為增進健保會討論自付差額特材議案之效率，並保障民眾基本權益及兼顧健保財務，爰以本檢核表就「資料完備」、「程序完備」、「保險對象權益保障」、「實證資料足以佐證」、「價格未偏離國際行情」等項目，協助檢視該品項宜否列入自付差額特材。

本表由健保署先行填列，作為健保會討論之參據。

檢核項目		符合項目請打 V， 未符合項目請說明
1. 資料完備	(1) 完整填列基本資料表	V
	(2) 提供我國醫療科技評估(HTA)報告	V
2. 程序完備	提經「藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」通過，並檢附會議紀錄	V
3. 保險對象權益保障	(1) 目前全額給付品項已提供基本照顧功能	目前健保尚未收載此類特材。
	(2) 未有「因病情需要，一定須使用本自付差額特材品項」者	V
4. 實證資料足以佐證	已提供足夠且明確之實證資料，足以支持本自付差額品項較健保全額給付品項，其附加之功能或效果較佳	V
5. 價格未偏離國際行情	本自付差額特材品項在自費醫材比價網之中位數，未高於國際價格之中位數或平均數	1. 本案自付差額特材品項於醫材比價網之中位數高於國際價格約 1.06 倍~4.8 倍。 2. 經統計 110 年至 114 年健保全額給付特材支付情形，多以院所採購價中位數除以浮動點值核價，近 7 成高於國際價格中位數。 3. 爰健保收載新功能特材，難以用國際價格核價。

健保署填報部門：醫審及藥材組 填報人：楊佩綺 日期：1150708 連絡電話：27065866*3053

本會檢視後洽請健保署再提供之補充說明資料

案由：特殊材料「脊髓刺激器」以保險對象自付差額方式納入健保給付建議案

項次	幕僚建議補充說明之事項	健保署回復之補充說明
1.	主要醫療科技評估組織之給付建議： 請補充說明「英國 NICE 科技評估指引 TA159」給付建議、與我國健保給付條件或適應症是否相同。	(1)「英國 NICE 科技評估指引 TA159」依本案特材 HTA 報告 p.12-p.13 摘要如下： A.建議脊髓神經刺激器可用於治療「神經性慢性疼痛」；但針對「治療缺血性慢性疼痛」部分，不建議用於一般治療選項，僅建議可用在臨床試驗研究中。 B.使用條件摘要如下： (A)病人必須經適當傳統醫療處置治療後，慢性疼痛仍持續 6 個月以上。 (B)適應症範圍包括脊椎手術後疼痛症候群(failed back surgery syndrome, FBSS)與因外傷導致的複雜性局部疼痛症候群(complex regional pain syndrome, CRPS)；缺血性慢性疼痛導因於組織缺氧，通常是因為血流降低、血管收縮、動脈粥狀硬化或血栓阻塞血管造成。 (2)我國健保給付適應症： 下列疾病之慢性疼痛病人並經專科醫師以藥物及非藥物治療(復健等非侵入性處置及微創疼痛介入性治療，例如：脊椎注射止痛藥物、高頻熱凝療法、脈衝式射頻等)6 個月仍未改善，且經臨床心理師或精神科醫師完成心理評估者： A. 脊椎手術後疼痛症候群(failed back surgery syndrome)。 B. 因外傷導致的複雜性局部疼痛症候群(Complex regional pain syndrome)。 C. 脊神經蜘蛛膜炎(Arachnoiditis)。 D 神經根病變(Radiculopathy)。 E 周邊神經病變(Peripheral neuropathy)。

項次	幕僚建議補充說明之事項	健保署回復之補充說明
		F.無法執行血管重建或血管重建無效之頑固型缺血性疼痛。 (3)綜上，「英國 NICE 科技評估指引 TA159」與我國健保給付適應症大致相同，惟英國 NICE 就治療「缺血性慢性疼痛」僅建議用於臨床試驗研究，我國則建議用於「無法執行血管重建或血管重建無效之頑固型缺血性疼痛」。
2.	參考資料 1-品項彙整表： (1)有關我國及國際價格分布部分，請補充各次分類特材價格之最大值資料。 (2)請說明如何處理廠商建議價、公立醫院及醫學中心採購價格落差太大之情形？ (3)部分次功能分類特材，其同次功能分類下不同廠牌間價格亦存在差異，請補充說明其核定費用之計算方式。	(1)更新各次分類特材價格之最大值資料如參考資料 1。 (2)廠商建議價、公立醫院及醫學中心採購價格落差之處理方式： A.以院所採購價除以浮動點值核價：查 107 年前特材共擬會議審議通過之醫材，其支付點數多健保既有特材品項支付點數加計百分比或參考國際價格訂定，然多數廠商因價格因素不同意供貨，納入給付生效率偏低僅約三成，致民眾自費使用醫材增加。健保署基於維護民眾權益、提升新醫材之普及性，並考量廠商供貨穩定性，近 5 年健保收載新功能特材訂定支付點數方式，近七成採院所採購價中位數除以浮動點值，累計至 114 年納入給付比率達近九成。 B.價量調查機制：本案特材納入健保給付後，依藥物支付標準第 54 條至 61 條規定，每 2 年調查其市場實際交易價格，建立公開、合理、透明之特材點數調整。 (3)核定費用之計算方式：依藥物支付標準第 52 條之 4 第 2 項第 1 款，以公立醫院及醫學中心（含準醫學中心）之採購決標價格之中位數除以浮動點值予以核定費用。採購決標價格中位數計算方式係以同次功能分類下每項產品所有院所採購價格取中位數。

項次	幕僚建議補充說明之事項	健保署回復之補充說明
3.	健保財務影響評估之預估使用量及新增費用： 請補充說明自付差額品項納入後預估3~5年使用量及合計新增費用。	自付差額品項納入後預估 3~5 年使用量皆為「暫時性植入」150 人，「永久植入」89 人，「電池更換」72 人，新增費用合計為 1.05 億(3,518 萬*3)，說明如下： (1)按 HTA 報告財務影響評估，本案特材預估第一年至第五年使用量「暫時性植入」39 人至 132 人，「永久植入」23 人至 78 人，「電池更換」43 人至 63 人。 (2)依 113 年 8 月特材專家諮詢會議之與會專家意見，納入給付後暫時性植入人數應較 HTA 預估之 132 人略多，約為 150 人。爰參考與會專家意見及 HTA 計算方式，重新計算預估使用量第一年至第五年皆為「暫時性植入」150 人，「永久植入」89 人，「電池更換」72 人，新增費用皆為 3,518 萬。
4.	「永久性植入脊髓刺激器」給付規定之疼痛改善認定： 115.3.19 特材共擬會議通過之本項特材給付規定為「經『脊髓刺激器暫時性植入手術』疼痛改善達臨床上有意義之程度」，請補充說明如何認定「達臨床上有意義之程度」？又認定方式是否會造成納入自付差額特材後之預估使用量高估或低估情形？	(1)給付規定「達臨床上有意義之程度」之認定： A.查「永久性植入脊髓刺激器」給付規定訂定係依診療項目 83104B「脊髓刺激器永久性植入手術」支付規範訂定。 B.依 110 年度第一次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」討論重點：「脊髓刺激器永久性植入手術」支付規範係翻譯自英文指引，並考量疼痛分數是否降低難有客觀指標，爰建議由臨床醫師判斷。 C.另查本案特材 HTA 報告提及之國際指引，評估永久植入方式如下： (A)英國 NICE 科技評估指引 TA159:須達到已完成成功的脊髓刺激試驗 (successful trial of stimulation)。永久植入僅能經由慢性疼痛跨團隊評估後，經由 SCS 手術團隊執行植入作業，並且後續由專業人員協助監測。 (B)2023 年美國局部麻醉與疼痛醫學會

項次	幕僚建議補充說明之事項	健保署回復之補充說明
		(American Society of Regional Anesthesia & Pain Medicine, ASRAPM) 脊髓刺激療法之實證共識指引：進行永久植入前應完成暫時性植入測試，具有臨床意義的改善 (clinically meaningful improvement)。評估內容包括疼痛改善 (疼痛改善 $\geq 50\%$，以 NRS、VAS 等驗證工具評估或病人自述疼痛改善百分比)、功能改善 (以病人特定活動目標或疾病專屬量表評估)、病人滿意度、止痛藥物使用情形等。 (2) 依 113 年 11 月特材專家諮詢會議及 115 年 1 月醫療服務暨特殊材料專家諮詢會議之與會專家意見，本案特材相關診療項目已訂有嚴謹條件，植入前須由精神科醫師評估，並做植入前試驗，以病人感覺為主評估是否裝置永久性刺激器；又特材以自付差額方式給付，病人仍須負擔部分費用，爰預估使用量不會大幅增加。
5	健保給付比例之訂定： 依藥物給付項目及支付標準第 52 條之 4 規定，自付差額特材之給付上限，按臨床實證等級訂定給付比例 20~40%。 115.3.19 特材共擬會議通過之健保給付比例為 30%，然健保署同意納入自付差額理由提及「為國際普遍最後一線慢性疼痛治療，具國際治療指引及臨床實證療效」，因目前此類特材尚無健保全額給付品項，且具實證療效，請說明給付上限訂為 30% 之客觀標準。	依 115 年 1 月醫療服務暨特殊材料專家諮詢會議討論內容：依據 HTA 報告，本案特材於英國 NICE 有發布科技評議指引，其相對療效評估有 4 篇 Crossover Non-Inferiority 研究。另參考曾研議以民眾自付差額方式納入給付之「經導管置換主動脈瓣膜套組-TAVI」，具有國際指引及多篇隨機分派試驗之臨床實證，當時建議給付比例為 30%。爰建議本案特材健保給付比例不高於 TAVI。另考量暫時性植入係為評估病人是否適合永久性植入治療，倘評估後確具療效，才會使用到較昂貴的永久性植入醫材。爰建議本案暫時性植入特材給付比例為 20%，永久性植入特材給付比例 30%。

報告事項

第一案

報告單位：本會第三組

案由：各總額部門 114 年度執行成果評核結果及評核建議，請鑒察。
(資料後附)

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：「促進醫療服務診療項目支付衡平」之具體實施方式及執行情形專案報告，請鑒察。

說明：

一、依衛生福利部 115 年 1 月 28 日衛部健字第 1153360013 號公告 115 年度全民健康保險醫院總額、西醫基層總額及其他預算之「促進醫療服務診療項目支付衡平」決定事項辦理。

二、本署近年持續以「不同工不同酬」為原則，運用 114 年度及 115 年度健保總額「促進醫療服務診療項目支付衡平」相關預算調整支付標準，運用情形說明如下(單位：億元；如附件，第 94~97 頁)：

年度	總額別 (預算額度)	調整項目	運用 額度
114	西醫基層 (10)	-	-
	醫院 (15.869)	113 年 5 月 1 日生效，114 年以本項專款支應： ● 離島醫院住院案件之醫療服務診療項目加計 30%(1.50) 114 年全年： ● 醫院生產案件點值保障 1 點 1 元(1.90) 114 年 5 月 1 日生效： ● 增訂醫院自然產手術案件夜間及例假日加成 30%規範(2.12)	5.52
	其他部門 (41.56)	114 年 5 月 1 日生效： ● 急診診察費拆分為診察費及護理費，並調升支付點數 10%(7.33) ● 急診觀察床護理費調升 60%(3.68) ● 調整急救責任醫院加護病房基本診療費用規範-重度級醫院比照醫學中心、中度級醫院比照區域醫院支付(6.06) ● 離島地區急救責任醫院急診案件之醫療服務診療項目加計 10%~50%(0.33) ● 急性一般病床(含精神)住院護理費調升支付點數 12%~16%(24.97)；另 1~4 月係支應全	42.89

年度	總額別 (預算額度)	調整項目	運用 額度
		日平均護病比加成。 114 年 11 月 1 日生效： ● 週日及國定假日輕急症中心(UCC)之醫療費用(0.53)	
115	西醫基層 (5.586)	115 年 8 月 1 日生效： ● 調整西醫基層診所門診診察費之合理量計算規定(4.00)	4.00
	醫院 (18.915)	114 年 5 月 1 日生效，115 年以本項專款支應： ● 急診診察費拆分為診察費及護理費，並調升支付點數 10%(7.33) ● 急診觀察床護理費調升 60%(3.68) ● 調整急救責任醫院加護病房基本診療費用規範-重度級醫院比照醫學中心、中度級醫院比照區域醫院支付(6.06)	17.07
	其他部門 (53.11)	115 年全年： ● UCC 之醫療費用(2.49) ● 春節加成獎勵方案(16) 115 年 1 月 1 日生效： ● 重大外傷緊急手術、處置及麻醉費緊急加成 60%~100%(0.38) ● 急診病人 4 小時內緊急處置加成 20%(1.17) 115 年 4 月 1 日生效： ● 調升兒科專科醫師加護病房住院診察費加成及學齡前(未滿 2 歲)兒童一般住院診察費加成(1.90) ● 調升 7 項「新生兒重大手術」支付點數，及「治療性先天殘缺手術」折付規範(0.27) ● 調升未滿六歲「精神科日間住院治療費」支付點數(0.08) ● 調升「支氣管鏡檢查」支付點數(0.39) ● 調升「住院透析」支付點數(0.57)	23.24

三、承上，除前述已調整項目外，本署亦持續研議調升醫院人力流失科別相關支付標準，以強化住院醫療照護量能。其中「兒童重症」、「產科」及部分「人力流失科別」已獲本署 115 年 6 月 25 日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議決議原則通過。

(一)支付標準調整項目如下表(單位：億元)，規劃以醫院總額及西醫基層總額醫療服務成本指數改變率預算支應：

序 號	項 目	財 務 影 響 評 估		
		合 計	醫 院	基 層
總計		31.66	29.80	1.86
(一)提升兒童重症支付		2.15	2.15	-
1	刪除兒科專科醫師加成上限	0.34	34.2	-
2	調整部分住院診察費年齡加成範圍	0.88	87.5	-
小計(兒童基本診療)		1.22	1.22	-
3	增列先天性心臟病手術不折付規範	0.49	0.49	-
4	調升先天性心臟病相關診療項目支付點數	0.45	0.45	-
小計(兒童手術)		0.93	93.0	0.93
(二)提升產科支付		17.65	15.81	1.84
5	提升一般生產支付	7.20	5.45	1.75
6	提升高危險妊娠支付	9.04	9.03	0.01
7	提升困難重症剖腹產支付	1.41	1.33	0.08
(三)提升人力流失相關科別支付		11.86	11.84	0.02
8	調升精神醫療治療支付	0.30	0.30	-
9	依年齡拆分精神醫療及日間住院治療相關項目	0.10	0.10	-
小計(精神醫療)		0.40	0.40	-
10	調升燒燙傷處置及整形外科相關手術支付點數	2.94	2.93	0.02
小計(整形外科)		2.94	2.93	0.02
11	調整中樞神經手術支付	3.05	3.05	-
小計(神經外科)		3.05	3.05	3.05
12	新增「髌臼周圍截骨術」等 2 項診療項目	0.18	0.18	-
13	調升骨科手術支付點數	0.50	0.50	-
小計(骨科)		0.68	67.5	0.68
14	調升消化系統手術項目支付點數	2.60	2.60	-
小計(消化系外科)		2.60	2.60	-
15	調升大腸直腸手術項目支付點數	2.20	2.20	-
小計(大腸直腸外科)		2.20	2.20	-

(二)另不適用 Tw-DRGs 之生產案件增列「羊水栓塞」、「極重度子癩前症合併器官衰竭」等高危險妊娠及「肺動脈高壓」、「發紺性先天性心臟病」、「心肌病變」等罕見內外科合併症，推估增加 1.15 百萬點，以 115 年醫院總額「促進醫療服務診療項目支付衡平」預算支應。

四、考量近年人力成本上升造成財務衝擊，為合理反應實際醫療成本及臨床人員辛勞，本署將持續以「加強醫院體質」、「維持住院營運」為目標，優先調整醫事人力為主、人力流失科別及整體住院支付，並持續爭取健保總額預算支應。

報告單位業務窗口：曾琬茜科長，聯絡電話：02-27065866 分機 2603

本會整理說明：

一、本案係健保署依 115 年度西醫基層、醫院總額及其他預算之「促進醫療服務診療項目支付衡平」專款項目核定事項(如下)辦理。

總額部門	核定事項(摘要)	金額(億元)
西醫基層總額	1.執行目標：以民眾就醫權益為優先，並保障醫事人員合理工作量能，鼓勵基層院所於假日開診，以利推動分級醫療、改善假日急診壅塞困境，維護民眾假日就醫權益。 2.用途：通盤研議、修訂支付標準，系統性檢討各項支付成本及相對合理性。	5.586
醫院總額	1.執行目標：本項預算原於其他部門，已於 114 年用以調整急診診察費、急診觀察床診察費、離島急救責任醫院急診醫療服務點數加成、急性一般(含精神)病床護理費等項。 2.用途：本項併入「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」通盤研議，修訂支付標準，系統性檢討各項支付成本及相對合理性。	18.915
其他預算	用途：本項經費用於通盤檢討、修訂支付標準及提升假日醫療服務可近性，並得支應醫院及西醫基層總額同項專款及「0~6 歲兒童醫療量能保障」項目之不足款。	53.11
共同核定事項/合計金額	1.西醫基層及醫院總額本項經費如有不足，由其他預算同項專款支應。 2.西醫基層總額、醫院總額及其他預算同項專款，併同將具體實施方式及執行情形，於 115 年 7 月前提出專案報告。	77.611

二、自 112 年起於西醫基層及醫院總額編列「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，112~114 年度總額編列之預算如下表：

單位：億元

總額部門 年度預算	西醫基層	醫院	其他預算
112	10	20	—
113	10	26.69	—
114	10 (列於一般服務)	15.869 ^{註1} (列於一般服務)	41.56 ^{註2}

註：1.醫院總額併入「合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含 RBRVS)」。

2.其他預算新增「114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等」。

三、健保署業依核定事項，提出具體實施方式及執行情形，整理重點如下：

(一)西醫基層總額：114 年未調整；115 年調整西醫基層診所門診診察費之合理量計算規定。

(二)醫院總額及其他預算：以調整急重症支付標準為主，包括：急診診察費及護理費、急救責任醫院急重症診療項目支付規範、重大外傷及急診之緊急處置加成、急性一般病床住院護理費、兒童相關診療項目等，及支應週日與國定假日輕急症中心(UCC)之醫療費用、春節加成獎勵方案。

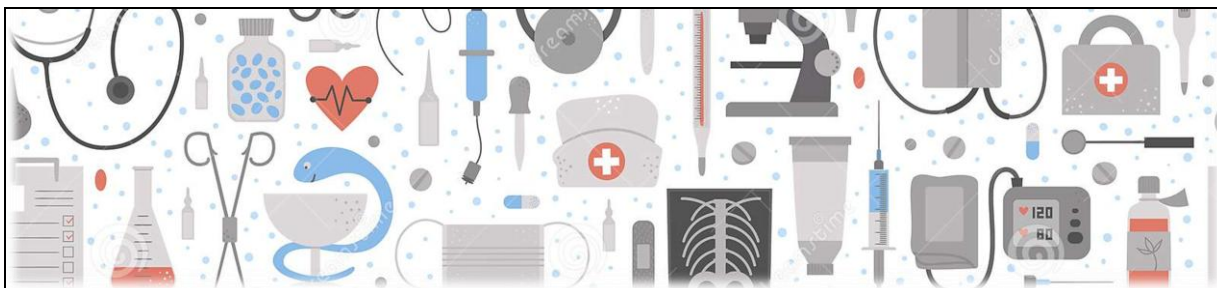
(三)114 及 115 年度醫院、西醫基層總額及其他預算之預算執行情形如下：

預算執行情形		醫院總額	西醫基層總額	其他預算
114 年 (一般服務)	預算數(億元)	15.869	10	41.56
	執行數(億元)	5.52	0	42.89
	執行率(%)	34.8%	0%	103.2%
115 年 (專款項目)	預算數(億元)	18.915	5.586	53.11
	執行數(億元)	17.07	4	23.24
	執行率(%)	90.2%	71.6%	43.8%

(四)115 年另行規劃以西醫基層及醫院總額部門之「醫療服務成本

指數改變率」預算(西醫基層總額為 20.984 億元、醫院總額為 84.667 億元)，用於調整兒童重症、產科、部分人力流失科別之支付標準。

決定：



「促進醫療服務診療項目支付衡平」 專案報告



報告單位：中央健康保險署

大綱

1

健保近年挹注急重難症預算

2

114-115年「促進醫療服務診療項目支付衡平」執行情形

3

近期調整及未來支付標準調整方向

近年急重難症支付標準調整 (1/2)

- 
- 106年 ● 調整特定診療章之**重症項目**支付點數 (60億)
 - 107年 ●
 - 調整**ICU**住院護理費及CPR支付點數
 - 調整護病比加成率 (10.5億)
 - 108年 ●
 - 調整住院診察費、門診診察費、急診診察費、住院護理費
 - 麻醉費調升為「提升兒童加成」項目 (43.9億)
 - 109年 ●
 - 調升住院診察費及住院護理費點數 (排除慢性病床) 及急診診察費 (36.8億) 註1
 - 調升**400項急重難症**支付點數及4項RCC論日點數 (20.7億) 註2
 - 110年 ● 醫學中心及區域醫院**加護病床**護理費採固定點值

註1: 110年3月1日生效。
註2: 110年7月1日生效。

3

近年急重難症支付標準調整 (2/2)

- 
- 111年 ●
 - 用於區域級 (含) 以上醫院**加護病床**之住院診察費及病房費採固定點值
 - 優先用於調升住院首日護理費支付點數30% (30億)
 - 112年 ● 專款計畫 (15億)
~114年
 - 區域級 (含) 以上醫院: 調升**急重症項目**點數, 項目包含:
加護病床住院診察費及病房費、新生兒中重度住院診察費、急診觀察床病房費及護理費
 - 地區醫院: 急診診察費之額外加成3%-15%
 - 113年 ●
 - 調升「新生兒中重度住院診察費」支付點數50%
 - 兒科及新生兒科**加護病房**之住院診察費、病房費及護理費得另加計20% (5.09億)

4

「促進醫療服務診療項目支付衡平」執行情形

114年

西醫基層

預算額度	10億
運用額度	-

醫院

預算額度	15.869億
運用額度	5.52億

其他部門

預算額度	41.56億
運用額度	42.89億

- 離島醫院住院案件之醫療服務項目加計30% (1.50億)
- 醫院生產案件點值保障1點1元 (1.90億)
- 增訂醫院自然產手術案件夜間及例假日加成30%規範 (2.12億)

- 急診診察費拆分為診察費及護理費，並調升支付點數10% (7.33億)
- 急診觀察床護理費調升60% (3.68億)
- 調整急救責任醫院加護病房基本診療費用規範 (6.06億)
- 離島地區急救責任醫院急診案件之醫療服務項目加計10%~50% (0.33億)
- 調升急性一般病床 (含精神) 住院護理費支付點數12%~16% (24.97億)
- UCC醫療費用 (0.53億)

5

「促進醫療服務診療項目支付衡平」執行情形

115年

西醫基層

預算額度	5.586億
運用額度	4億

- 調整西醫基層診所門診診察費之合理量計算規定 (4億)

醫院

預算額度	18.915億
運用額度	17.07億

- 急診診察費拆分為診察費及護理費，並調升支付點數10% (7.33億)
- 急診觀察床護理費調升60% (3.68億)
- 調整急救責任醫院加護病房基本診療費用規範 (6.06億)
- (預計)不適用Tw-DRGs之生產案件增列「羊水栓塞」等高危險妊娠及等罕見內外科合併症(0.01億)

其他部門

預算額度	53.11億
運用額度	23.24億

- UCC醫療費用 (2.49億)
- 春節加成獎勵方案 (16億)
- 重大外傷緊急手術、處置及麻醉費緊急加成60%~100% (0.38億)
- 急診病人緊急處置加成20% (1.17億)
- 調升兒科醫師ICU住院診察費加成及未滿2歲一般住院診察費加成 (1.90億)
- 調升7項「新生兒重大手術」點數及「先天殘缺手術」折付規範 (0.27億)
- 調升未滿6歲「精神科日間住院」 (0.08億)
- 調升「支氣管鏡檢查」 (0.39億)
- 調升「住院透析」 (0.57億)

6

未來醫療服務支付標準調整方向



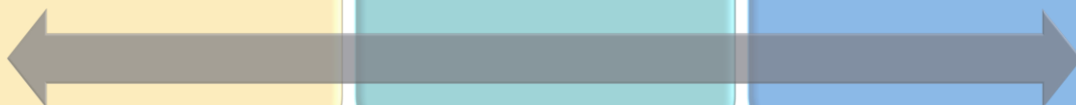
醫事人力為主



人力流失科別



整體住院支付



第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：115 年度牙醫門診總額專款項目執行期限屆期之檢討(提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)，請鑒察。

說明：

一、依據衛生福利部 115 年 1 月 28 日衛部健字第 1153360013 號公告 115 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式及全民健康保險會 115 年度工作計畫辦理。

二、115 年度牙醫門診總額專款項目執行期限屆期之檢討(提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)，辦理情形如下。

項目	核(決)定事項	辦理情形
超音波根管沖洗計畫	請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，提出能即時反映計畫成效之指標，以評估照護成效，並於 115 年提出是否納入一般服務之評估結果。	一、115 年編列 144.8 百萬元，截至 115.4.30 止辦理情形如下： (一)115 年 1 至 4 月超音波根管沖洗計畫申報人數為 20.8 萬人、件數為 38.3 萬件、申報費用為 38.33 百萬點。 (二)自 112.3.1 起施行本項專款，112 年至 114 年執行件數為 58.7 萬件、97.9 萬件及 111.8 萬件，目標達成率分別為 48.7%、67.6%及 77.2%，本項計畫服務量逐年上升。 二、超音波根管沖洗計畫照護成效尚在分析資料中，本署將會持續評估執行率及成效，建議 116 年仍維持專款計畫。
高風險疾病口腔照護計畫	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，並於執行第 4 年(115 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指	一、115 年編列 42.558 億元，截至 115 年 4 月止辦理情形如下：115 年 1 至 4 月高風險疾病口腔照護計畫申報人數為 114.4 萬人、件數為 126.2 萬件、申報費用為 13.667 億點。 二、牙全會認為本項計畫成效以及實際執行情形已趨於穩定，建議納入一般服務。 三、本署考量以下因素，建議 116 年維持專款項目： (一)114 年預算 2,800 百萬元，114 年第 1 至 4 季點值分別為 0.85721800、

項目	核(決)定事項	辦理情形
	標及檢討結果。	0.81046098、0.77801057、0.72932747，點值尚未穩定。 (二)本署前於 115.4.22 向貴會進行專案報告，3 項預期效益之評估指標中有 2 項尚未無法提供數據，須俟 117 年及 119 年方能向貴會報告。 (三)倘若本項計畫納入一般服務，則須考慮牙醫門診總額各區申報現行地區預算分配(R/S)(附件，第 104 頁)，尚未有配套措施前，建議仍維持專款。
特定疾病病人牙科就醫安全計畫	1.會同牙醫門診總額相關團體，訂定「預期效益之評估指標」之監測值，以利評估成效，並於 115 年 7 月前提報全民健康保險會。 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，並於執行第 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。	一、115 年編列 424.4 百萬元，截至 115 年 4 月辦理情形如下： (一)115 年 1 至 4 月特定疾病病人牙科就醫安全計畫申報人數為 77.5 萬人、件數為 128.5 萬件、申報費用為 1.31 億點。 (二)115 年本項計畫「預期效益之評估指標」之監測值說明如下： 1.指標 1「降低使用抗凝血劑病人牙科處置後 24 小時內，因牙科處置相關之口腔出血至院所就診之比率」，以 113 年數據作為監測值，惟修正操作型定義，113 年指標 1.1 為 0.43514%、指標 1.2 為 0.00243%。 2.指標 2「減少使用抗骨質疏鬆藥物病人牙科處置後，顎骨壞死之風險」：考量計畫執行初期，尚無背景的母數可以參考，建議暫不列監測值。 3.指標 3「服用抗凝血劑至牙科就診病人，申報 P3601C 前後中風或心肌梗塞的比率、死亡率」：以當年度指標 3.2(有申報特定疾病就醫安全者)值小於指標 3.1(整體)值作為監測值。 二、本項計畫自 113.4.1 公告實施，因計畫訂定預期效益評估指標之定義及監測值尚在研議中，為蒐集多年度執行數據加以分析，建議 116 年維持專款計畫。

健保署業務窗口：黃瓊萱科長，聯絡電話：02-27065866分機3606

本會整理說明：

健保署依 115 年度牙醫門診總額核定事項及本會 115 年度工作計畫，於本次委員會議提出 3 項專款項目執行期限屆期之檢討(提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)。分項整理說明如下：

一、超音波根管沖洗計畫

(一)背景說明：本計畫係自 112 年起實施，依該年核定事項內容，本計畫以 3 年為檢討期限(112~114 年)，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，惟 114 年健保署於當年第 6 次委員會議(114.8.20)提出屆期檢討結果為：「考量院所需添購專業器械並適應操作流程等因素，故達成預期目標所需時程較長，且計畫成效指標(見表 1)，需經兩年至兩年半追蹤，最快於 115 年始能計算。」爰 115 年同項目之核定內容明列需進行是否納入一般服務項目之檢討。

(二)歷年醫療利用及成效指標執行情形，如表 1(詳參考資料一，第 105~106 頁)：

項目 \ 年度	112	113	114
1.預算執行情形：			
預算數(百萬元)	144.8	144.8	144.8
預算執行數(百萬元)	58.3	97.1	110.9
預算執行率	40.3%	67.1%	76.6%
2.執行目標：			
112 年度超音波根管沖洗執行件數全年以 144.8 萬件為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值	1,206,667	1,448,000	1,448,000
-執行件數	587,250	979,326	1,117,635
-目標達成率	48.7%	67.6%	77.2%
3.預期效益之評估指標：			
使用超音波根管沖洗的牙齒 2 年內根管治療之再治療率，比未使用超音波根管沖洗的牙齒 2 年內根管治療之再治療率低	...	...	...

(三)至於是否納入一般服務之評估結果：健保署考量本計畫之照護成效尚在分析資料中，將持續評估執行率及成效，建議 116 年仍維持專款計畫。

二、高風險疾病口腔照護計畫

- (一)背景說明：本計畫自 113 年實施，係合併 3 項^註原分別於 111、112 年實施之計畫，本年度核定事項摘要：本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，滾動檢討執行成效，並於執行第 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。

註：111 年一般服務「高風險疾病口腔照護」、111 年專款「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」、112 年專款「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」

- (二)歷年醫療利用及成效指標執行情形，如表 2(詳參考資料二，第 107~110 頁)：

項目 \ 年度	113	114
1.預算執行情形：		
預算數(百萬元)	1,599.0	2,800.0
預算執行數(百萬元)	1,599.0	2,800.0
預算執行率	100%	100%
申報點數(百萬點)	2,365.5	3,564.0
申報執行率	147.9%	127.3%
2.執行目標：		
(1)高風險疾病病人執行牙結石清除-全口(91090C)		
-目標人次	80,000	1,500,000
-執行數	1,385,635	2,201,239
-目標人數	—	660,000
-執行數	—	1,293,359
(2)齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)		
-目標人次	2,020,000	1,890,000
-執行數	1,945,766	2,777,822
-目標人數	—	1,000,000
-執行數	—	1,503,963
3.預期效益之評估指標：		
(1)國人牙齒保存數較 110-112 年衛福部口腔健康調查結果增加	—	—
(2)自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩		
-年度高風險疾病病人平均牙齒填補顆數	1.22	1.19
-年度平均齲齒填補增加率	—	-0.03%
(3)65 歲以上接受照護病人 3 年後(116 年執行完，自 117 年起)因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數較該年度比較族群減少(114 年新增)	—	—

(三)至於納入一般服務或退場之評估結果：

- 1.牙全會認為計畫成效及實際執行已趨於穩定，建議納入一般服務。
- 2.健保署考量 114 年點值尚未穩定，且 3 項預期效益評估指標中有 2 項尚無法提供數據(見表 2)，以及若納入一般服務，則須考慮各區「專款申報占率」與「地區預算分配占率」兩者之差距(如附件，第 104 頁)，尚未有配套措施前，建議仍維持專款。

三、特定疾病病人牙科就醫安全計畫

(一)背景說明：本計畫自 113 年實施，本年度核定事項摘要：本計畫以 3 年為檢討期限(113~115 年)，滾動檢討執行成效，並於執行第 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。

(二)歷年醫療利用及成效指標執行情形，如表 3(詳參考資料三，111~113 頁)：

項目 \ 年度	113	114
1.預算執行情形：		
預算數(百萬元)	307.1	307.1
預算執行數(百萬元)	158.1	307.1
預算執行率	51.5%	100%
2.執行目標：		
執行特定疾病病人牙科就醫安全計畫之院所數占率達 3 成	30%	30%
-執行院所數占率	54.2%	76.6%
3.預期效益之評估指標：		
(1)降低使用抗凝血劑病人牙科處置後 24 小時內，因牙科處置相關之口腔出血至院所就診之比率		
①服用抗凝血劑病人經牙科處置，至院所拔牙後特別處理比較基準	—	0.4351%
-指標監測結果	0.0073%	0.3987%
②服用抗凝血劑病人經牙科處置，至院所牙醫急症處置比較基準	—	0.0024%
-指標監測結果	0.0024%	0.0120%
(2)減少使用抗骨質疏鬆藥物病人牙科處置後，顎骨壞死之風險		
-「骨質疏鬆症」顎骨壞死之個案數	591	875
-「癌症、骨轉移者」顎骨壞死之個案數	37	35

項目	年度	113	114
(3)服用抗凝血劑至牙科就診病人，申報 P3601C 前後中風或心肌梗塞的比率、死亡率(115 年新增)		—	—

(三)至於納入一般服務或退場之評估結果：健保署考量本項計畫自 113.4.1 公告實施，預期效益評估指標定義及監測值尚在研議中，且需蒐集多年度執行數據始能研析成效，建議 116 年仍維持專款計畫。

四、本案研析結果，將提供委員作為 116 年度總額協商參考。

決定：

專款申報占率							
	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	六分區合計
114Q1	38.03%	12.35%	20.16%	12.13%	15.19%	2.14%	100.00%
114Q2	37.93%	12.33%	20.42%	11.98%	15.18%	2.15%	100.00%
114Q3	37.75%	12.82%	20.22%	12.00%	15.09%	2.12%	100.00%
114Q4	37.52%	13.08%	20.48%	11.99%	14.80%	2.12%	100.00%
平均	37.81%	12.64%	20.32%	12.03%	15.07%	2.13%	100.00%

R/S值占率							
	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	六分區合計
114Q1	37.06%	16.65%	18.10%	12.52%	13.75%	1.92%	100.00%
114Q2	37.14%	16.60%	18.08%	12.52%	13.75%	1.92%	100.00%
114Q3	37.17%	16.66%	18.09%	12.48%	13.69%	1.92%	100.00%
114Q4	37.18%	16.66%	18.07%	12.47%	13.71%	1.92%	100.00%
平均	37.14%	16.64%	18.09%	12.50%	13.72%	1.92%	100.00%

表1 牙醫門診總額超音波根管沖洗計畫執行情形

計畫型-自112年3月1日起實施

項目 \ 年度	110	111	112	113	114
超音波根管沖洗計畫					
預算數(百萬元)	...	...	144.8	144.8	144.8
預算執行數(百萬元)	...	...	58.3	97.1	110.9
預算執行率	...	...	40.3%	67.1%	76.6%
申報點數(百萬點)	...	...	58.8	98.1	112.0
超音波根管沖洗(P7303C)利用情形 ^{註2} (112年3月新增)					
--執行院所數	...	...	3,174	3,667	4,026
--執行人數	...	...	292,648	463,747	528,799
--執行件數	...	...	449,431	738,329	840,834
--執行醫令數	...	...	587,250	979,326	1,117,635
申報根管治療項目有併報超音波根管 治療之件數占率(A/Z) ^{註2、3}	...	...	21.4%	36.5%	43.6%
--根管治療項目之申報件數(Z)	...	...	1,504,380	1,424,639	1,358,377
--根管治療項目同一療程中曾併報超 音波根管沖洗之件數(A)	...	...	321,229	520,022	592,747
申報根管治療項目有併報超音波根管沖 洗之平均每件沖洗次數	...	...	1.8	1.9	1.9
總額協定事項之執行情形(112年)^{註1}					
執行目標： 112年度超音波根管沖洗執行件數全 年以144.8萬件為基準，並以112年修 訂支付標準後之實施時程等比率換算 目標值 ^{註2}	...	...	1,206,667	1,448,000	1,448,000
--執行數(執行件數)	...	...	587,250	979,326	1,117,635
--目標達成率	...	...	48.7%	67.6%	77.2%
預期效益之評估指標： 使用超音波根管沖洗的牙齒2年內根管治 療之再治療率，比未使用超音波根管沖 洗的牙齒2年內根管治療之再治療率 低 ^{註4(2)②}					
--有使用超音波根管沖洗的牙齒之2年 內根管再治療率	...	...	...	...	—
--未使用超音波根管沖洗的牙齒之2年 內根管再治療率	...	...	...	...	—
關鍵績效指標(自選3項)					
1.預算執行率	...	...	40.3%	67.1%	76.6%
2.執行醫令數	...	...	587,250	979,326	1,117,635
3.申報根管治療項目有併報超音波根管沖 洗之平均每件沖洗次數	...	...	1.8	1.9	1.9

健保署改善建議：

本計畫自112年3月起執行，醫療服務利用率持續上升、根管治療併報超音波根管治療占率上升，惟根管治療的件數逐年下降，成效應該不僅有超音波根管治療介入，還需考量額外因素。

屆期檢討結果(含納入一般服務或退場之評估指標及節流效益成效指標與量化之執行結果)：

114年第6次委員會議檢討結果詳註4：

超音波根管沖洗計畫照護成效尚在分析資料中，本署將會持續評估執行率及成效。

資料來源：中央健康保險署

註：1.112年新增計畫，歷年總額協定事項略以：

- (1)執行目標及預期效益之評估指標如上表。
 - (2)112~114年：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)112~114年：檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。
 - (4)113~114年：加強計畫推動並持續監測執行結果，及評估照護成效。
- 2.本計畫新增診療項目「超音波根管沖洗」(P7303C，100點)，自112.3.1生效。以112年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值，112年執行目標件數為120.7萬件(144.8萬件*10/12)。
 - 3.超音波根管沖洗(P7303C)支付規定，應與根管治療項目(90001C-90003C、90019C、90020C恆牙根管治療(單根至5根以上)、90016C乳牙根管治療、90018C乳牙多根管治療)併同申報。實務上根管治療同一療程的第2-5次就診，有可能只單獨申報P7303C的(根管治療醫令只有療程第1次會申報)，故目前診療項目規定中「需與根管治療項目併同申報」並不完全符合實務狀況。
 - 4.有關屆期檢討結果(含納入一般服務或退場之評估指標及節流效益成效指標與量化之執行結果)：
 - (1)本計畫之節流效益成效指標及其轉換為量化節流效益金額之計算方式，於本會113年第1次(113.1.24)委員會議通過，決定請健保署將其量化之執行結果，併同於114年7月檢討計畫未來納入一般服務或退場時之重要參據。
 - (2)健保署於114年第6次委員會議(114.8.20)提報屆期之檢討：
 - ①經該署函請牙全會表示意見後，尊重該會提出考量院所需添購專業器械並適應操作流程等因素，故達成預期目標所需時程較長，建議115年續辦，並於115年後評估納入一般服務項目。
 - ②112年之資料評估指標需經兩年半(730天至913天)追蹤，最快於115年始能計算。

參考資料二

表2 牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫執行情形(113年合併原3項)

--111年一般服務「高風險疾病口腔照護」及專款「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」、112年專款「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」

計畫型-合併為專款計畫自113年3月1日起實施

項目	年度	110	111	112	113	114
高風險疾病口腔照護計畫(113年合併3項計畫)^{註1}						
1.預算執行情形：						
預算數(百萬元)		...	...	...	1,599.0	2,800.0
預算執行數(百萬元)		...	...	...	1,599.0	2,800.0
預算執行率 ^{註7、8}		...	...	...	100.0%	100.0%
總申報點數(百萬點)		...	...	...	2,365.5	3,564.0
2.醫療利用情形：						
(1)「高風險疾病患者牙結石清除-全口」(91090C)利用情形^{註1(1)}(111年新增)						
--申報點數(百萬點)		...	10.8	38.0	1,134.7	1,805.0
--利用人數(A)		...	11,875	37,735	961,698	1,293,359
--利用人次		...	15,359	53,942	1,385,635	2,201,239
--平均每人利用次數		...	1.3	1.4	1.4	1.7
--牙結石清除利用率(A/Z)		...	0.9%	2.6%	14.0%	15.1%
--高風險疾病病人人數(Z)		1,314,790	1,369,446	1,440,030	6,851,662	8,576,498
(2)「高齲齒率患者氟化物治療」(P7301C)利用情形^{註1(2)}(111年新增)						
--申報點數(百萬點)		...	29.1	86.0	17.5	...
--利用人數(B)		...	42,284	112,185	34,883	...
--利用人次		...	58,086	171,927	34,899	...
--平均每人利用次數		...	1.4	1.5	1.0	...
--氟化物治療利用率(B/Z)		...	4.5%	10.5%	3.2%	...
--高齲齒患者人數(Z)		...	949,331	1,063,616	1,076,850	...
(3)「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)」利用情形^{註1(2)、1(3)}(112年新增)						
--申報點數(百萬點)		...	...	300.3	972.8	1,388.3
--利用人數(C)		...	...	446,805	1,166,588	1,503,963
--利用人次		...	...	600,084	1,945,766	2,777,822
--平均每人利用次數		...	...	1.3	1.7	1.8
--氟化物治療利用率(C/Z)		...	...	10.1%	15.2%	17.2%
--齲齒經驗之高風險患者/高風險疾病病人人數(Z)		...	...	4,420,189	7,667,514	8,756,183
(4)高風險疾病病人之8項複雜性複合體充填支付項目利用情形^{註4}(113年新增)						
--申報點數(百萬點)		...	...	...	253.4	241.6
--利用人數		...	...	...	271,053	379,516
--利用人次		...	...	...	392,514	581,560
--平均填補顆數		...	...	...	4.6	2.4

年度 項目	110	111	112	113	114
總額協定事項之執行情形(113~114年)				V	V
執行目標：					
1.「高風險疾病病人執行牙結石清除-全口」(91090C)服務人次目標值	...	...	...	80,000	1,500,000
--執行數(91090C服務人次)	...	...	...	1,385,635	2,201,239
--目標達成率	...	...	...	1732.04%	146.75%
2.「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(P7302C)預估服務人次目標值	...	...	...	2,020,000	1,890,000
--執行數(P7302C服務人次)	...	...	...	X	V
--目標達成率	...	...	...	1,945,766	2,777,822
3.「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)照護人數目標值(114年新增)	...	...	...	...	660,000
--執行數(91090C服務人數)	...	...	...	...	V
--目標達成率	...	...	...	...	1,293,359
4.「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(P7302C)照護人數目標值(114年新增)	...	...	...	...	195.96%
--執行數(P7302C服務人數)	...	...	...	...	1,000,000
--目標達成率	...	...	...	...	V
預期效益之評估指標：					
1.國人牙齒保存數較110-112年衛福部口腔健康調查結果增加	...	...	...	—	—
2.自113年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩	...	...	...	V	V
--年度高風險疾病病人平均牙齒填補顆數 ^{註8}	...	...	...	1.22	1.19
--年度平均齲齒填補增加率	...	...	...	—	-0.03%
3.65歲以上接受照護病人 ^{註5(1)} 3年後(116年執行完，自117年起)因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數較該年度比較族群 ^{註5(2)} 減少(114年新增)	...	...	...	...	—
--65歲以上接受照護病人因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數	...	...	...	...	—
--比較族群因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數	...	...	...	...	—
參考資料(既有一般服務支付項目利用情形)：高風險疾病病人利用牙結石清除-全口(91004C)情形^{註7(1)}					
--服務人數(X)	324,378	349,800	390,118	887,655	1,237,959
--服務人次	409,156	443,250	502,296	1,052,746	1,559,841
--平均每人利用次數	1.26	1.27	1.29	1.19	1.26
--高風險疾病病人人數(Z)	1,314,790	1,369,446	1,440,030	6,851,662	8,576,498
--利用率(X/Z)	24.7%	25.5%	27.1%	13.0%	14.4%
高風險疾病病人利用「牙周暨齲齒控制基本處置」(91014C)情形^{註7(1)}					
--服務人數(Y)	145,054	148,898	162,155	313,559	509,231
--服務人次	148,117	151,928	165,474	317,163	517,806
--高風險疾病病人人數(Z)	1,314,790	1,369,446	1,440,030	6,851,662	8,576,498
--利用率(Y/Z)	11.0%	10.9%	11.3%	4.6%	5.9%

項目	110	111	112	113	114
參考資料：高風險疾病病人利用一般服務之銀粉、複合樹脂、玻璃離子體充填相關支付項目情形^{註6}					
1.複合樹脂充填：					
--申報點數(百萬點)	1,763.9	1,864.8	1,981.2	2,836.5	2,196.9
--利用人數	916,231	968,670	1,042,009	1,180,168	1,213,069
--利用人次	1,818,110	1,914,771	2,033,750	2,028,314	1,928,776
--填補顆數	2,403,070	2,529,388	2,681,450	3,218,324	2,896,282
2.銀粉充填：					
--申報點數(百萬點)	46.6	46.4	45.2	39.7	47.8
--利用人數	57,726	57,643	56,891	51,456	61,496
--利用人次	71,153	71,014	69,383	59,443	70,940
--填補顆數	81,231	80,741	78,418	69,464	82,968
3.玻璃離子體充填：					
--申報點數(百萬點)	32.8	32.6	32.9	30.1	32.4
--利用人數	36,142	35,991	37,203	34,975	38,605
--利用人次	45,536	45,417	46,593	43,552	47,230
--填補顆數	81,514	80,978	81,485	74,898	80,298
關鍵績效參考指標(自選3項)					
1.當年度高風險患者牙醫就醫率	...	...	...	31.6%	31.6%
2.當年度高風險患者平均齲齒填補顆數	...	...	...	1.22	1.19
3.年度平均齲齒填補增加率	...	...	...	—	-0.03%

健保署改善建議：

高風險病人持續增加，建議持續評估本計畫之適用對象。

屆期檢討結果(含納入一般服務或退場之評估指標及節流效益成效指標與量化之執行結果)：

114年第6次委員會議檢討結果詳註3：

考量114年點值第1季至第4至點值分別為0.85721800、0.81046098、0.77801057及0.72932747，

尚不穩定，建議維持專款。

資料來源：中央健康保險署

註：1.113年本計畫合併辦理以下項目：

(1)111年一般服務新增「高風險疾病口腔照護」預算405百萬元，歷年執行情形：

111年編列預算用於增加高風險疾病病人全口牙結石清除(2次增為4次)及牙周暨齲齒控制基本處置執行頻率(1次增為4次)。111.3.1新增「高風險疾病患者牙結石清除-全口」(91090C)，支付點數700點，限1年申報4次，自111.3.1起生效。113年自一般服務移列405百萬元至專款執行，原高風險疾病患者由5類修訂為6類病人：心血管疾病(原腦血管疾病)、透析、骨鬆、惡性腫瘤、不符牙特計畫之身心障礙者(原3類放寬為8類)、65歲以上(新增)，支付點數820點，自113.3.1起生效。

(2)111年專款新增「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」預算184百萬元，歷年執行情形：

111.3.1新增「高齲齒率患者氟化物治療」(P7301C)，支付點數500點，針對恆牙牙根齲齒者，提供氟化物治療，每90天限申報1次。113年刪除P7301C支付項目，併入「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(P7302C)執行。

(3)112年專款新增「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」預算1,010百萬元，歷年執行情形：

112.3.1新增「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(P7302C)，支付500點，每90天限申報1次。113年齲齒經驗高風險患者定義，由原7類修訂為8類病人：心血管疾病(原腦血管疾病)、透析、骨鬆、惡性腫瘤、不符牙特計畫之身心障礙者(原3類放寬為8類)、65歲以上、糖尿病、恆牙根部齲齒(新增)，自113.3.1起生效。

2.歷年總額協定事項：

(1)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。

(2)114年：請健保署會同牙醫門診總額相關團體，於具體實施計畫中，妥為研訂「高風險疾病病人牙結石清除/塗氟」增加照護人數之作法，並評估其完整照護率及照護成效，研議朝完整照護包裹式支付、論病例或論質計酬等方向，進行支付制度改革。

3.有關屆期檢討結果(含納入一般服務或退場之評估指標及節流效益成效指標與量化之執行結果)：

(1)有關「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」及「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」，113年第1次委員會議(113.1.24)決定請健保署將其量化之執行結果，併同於114年7月檢討計畫未來納入一般服務或退場時之重要參據。

(2)「高風險疾病口腔照護」項目經113年第2次委員會議(113.3.13)同意以上開成效指標併同評估節流效益。

(3)健保署於114年第6次委員會議(114.8.20)提報屆期之檢討：

①考量本計畫之評估指標需俟115年方能統計，且申報尚未穩定，建議仍維持編列於專款項目，視指標評估結果，再研議導入一般服務之可能性。依115年協商結論，本項維持編列於專款，協定事項於115年7月再次提出評估結果。

②有關「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」：經計算節流效益之金額為-4,062萬點，健保署表示原計算方式兩組間追蹤年限不一致，作為成效指標之衡量恐有疑義。

③有關「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」：經計算節流效益之金額為1.07億點，健保署表示此數據未考量高風險人口數增加、老化及醫療指數成本改變率等因素。

4.113年增加預算用途，針對高風險疾病病人新增複雜性前牙、後牙複合體充填支付項目共8項，健保署推估可部分取代原8項複合樹脂充填支付項目(差額400點)，高風險疾病病人共7類(心血管疾病、透析、骨鬆、惡性腫瘤、不符牙特計畫之身心障礙者、65歲以上、糖尿病)，自113.3.1生效。其中每項支付點數400點由本計畫支應，其餘支付點數由一般服務支應。

5.有關114年新增之預期效益之評估指標3定義：

(1)65歲以上接受照護病人為「連續3年每年至少執行2次或2次以上91090C+P7302C之65歲以上病人」。

(2)該年度比較族群為117年68歲以上至牙科就診之病人。

6.113年起資料對象：高風險疾病病人共7類(腦血管疾病、透析、骨鬆、惡性腫瘤、非屬牙特計畫院所適用對象之身心障礙者-LT(其他具身心障礙證明者)和L1(失能老人)_僅門診、65歲以上、糖尿病)。

7.111~112年一般服務「高風險疾病口腔照護」協定事項：依年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度，其111、112年執行額度(淨增加點數)及未執行額度計算方式：

(1)111年以前，一般服務預算已提供「全口牙結石清除」(91004C，600點)每年執行2次、「牙周暨齲齒控制基本處置(91014C，100點)」每年執行1次之費用。本項未執行額度計算方式為預算數(4.05億元)扣除「預算執行額度」所得。其中「預算執行額度」(淨增加點數)計算方式，以111年申報「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」之費用，扣除111年申報91090C者曾於108年至110年任一年執行原相關服務之基期費用，111年扣減401.5百萬元。

(2)112年扣減未執行額度計算方式為預算扣除「實際增加費用」。其中「實際增加費用」為【112年申報91090C之費用+112年申報91090C者於同年執行91004C、91014C的費用】-【112年申報91090C者曾於111年一般服務執行91004C、91014C之基期費用】，112年扣減378.3百萬元。

8.113、114年申報點數超出預算數改採浮動點值，若未採浮動點值，則執行率達147.9%、127.3%。

9.本計畫全年經費為28億元，另由一般服務特定用途移撥款之結餘款支應本計畫17,657,189元。

表3 牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫

計畫型-自113年4月1日起實施

年度	110	111	112	113	114
項目					
特定疾病病人牙科就醫安全計畫^{註1}					
預算數(百萬元)	...	...	...	307.1	307.1
預算執行數(百萬元)	...	...	...	158.1	307.1
預算執行率 ^{註6}	...	...	...	51.5%	100.0%
申報院所數	...	...	...	3,780	5,364
申報醫師數	...	...	...	2,382	3,649
申報點數	...	...	...	162.0	327.4
申報件數	...	...	...	1,585,949	3,214,807
特定疾病病人牙科就醫安全 (P3601C)利用情形 ^{註2} (113.4.1新增)					
--服務人數	...	...	...	690,408	1,193,310
--服務人次	...	...	...	1,585,949	3,214,807
--平均每人利用次數	...	...	...	2.3	2.7
稽核機制					
1.健保醫療資訊雲端系統查詢率(A/B) ^{註4}	...	...	...	—	—
--申報件數中有查詢件數(A)	...	...	...	—	—
--申報件數(B)	...	...	...	—	—
2.抽審核減率(D/C)	...	...	...	12.0%	5.3%
--抽審件數(C)	...	...	...	27,982	53,079
--抽審核減件數(D)	...	...	...	3,350	2,832
總額協定事項之執行情形(113年)				V	V
執行目標：執行特定疾病病人牙科 就醫安全計畫之院所數占率目標值	...	...	...	30%	30%
--執行院所數(B)	...	...	...	3,780	5,364
--牙醫院所數(A) ^{註5}	...	...	...	6,974	6,999
--執行院所數占率(A/B)	...	...	...	54.2%	76.6%
預期效益之評估指標^{註3}：特定疾病 病人就醫風險降低，至少包括：					
1.降低使用抗凝血劑病人牙科處置後24小 時內，因牙科處置相關之口腔出血至院 所就診之比率 ^{註3(2)}					V
(1)服用抗凝血劑病人經牙科處置，至院 所拔牙後特別處理比較基準 ^{註3(2)④}	...	...	...	...	0.4351%
--服用抗凝血劑病人經牙科處置，至院 所拔牙後特別處理之比率	...	...	...	0.0073%	0.3987%
(2)服用抗凝血劑病人經牙科處置，至院 所牙醫急症處置之比較基準 ^{註3(2)④}	...	...	...	...	0.0024%
--服用抗凝血劑病人經牙科處置，至院 所牙醫急症處置之比率	...	...	...	0.0024%	0.0120%

項目 \ 年度	110	111	112	113	114
2.減少使用抗骨質疏鬆藥物病人牙科處置後，顎骨壞死之風險 ^{註3(3)}					
(1)即將使用抗骨質疏鬆藥物之病人： 於使用該類藥物前，先至牙科進行檢查、治療並評估其使用骨質疏鬆藥物之安全性，以減少發生顎骨壞死之個案數					
--顎骨壞死之個案數	...	...	...	5	11
(2)已使用抗骨質疏鬆藥物之病人： 下列疾病經由本計畫處置，分別計算其降低發生顎骨壞死之風險：					
--「骨質疏鬆症」顎骨壞死之個案數	...	...	...	591	875
--「癌症、骨轉移者」顎骨壞死之個案數	...	...	...	37	35
關鍵績效參考指標(自選3項)					
1.執行院所數占率	...	...	...	...	76.6%
2.申報件數	...	...	...	...	3,273,082
3.平均每人利用次數	...	...	...	...	2.7

健保署改善建議：

本計畫113年起實施，醫療服務使用率升高，114年實際申報數為3億2,115萬3,365點，查115年預算已調高，建議繼續觀察預算使用情形。

屆期檢討結果(含納入一般服務或退場之評估指標及節流效益成效指標與量化之執行結果)^{註1(1)②}：

本項計畫自113年4月1日公告實施，因計畫訂定預期效益評估指標之定義及監測值尚在研議中，為蒐集多年度執行數據加以分析，建議116年維持專款計畫。

資料來源：中央健康保險署

註：1.113年新增計畫，歷年總額協定事項略以：

(1)113年：

- 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。
- 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適度回饋總額預算。

(2)114年：

- ①適用對象新增帕金森氏病人、失智症病人、甲狀腺相關疾病病人、與牙科治療相關之自體免疫系統病人。
 - ②請健保署會同牙醫門診總額相關團體，訂定「預期效益之評估指標」之監測值，以利評估成效，並於114年7月前提報健保會。
- 2.本計畫公告自113.4.1實施，新增診療項目「特定疾病病人牙科就醫安全」(P3601C，100點)，適用對象包含13類特定疾病病人，須於病歷上載明適用對象之相關資料，院所當年度第1次申報須填寫自評表，並訂有審查方式(抽審)。
- 3.本計畫預期效益之評估指標：
- (1)已提報113年第1次(113.1.24)、第6次(113.7.30)委員會議通過2項「預期效益之評估指標」之具體評估方式。惟指標1未提出合理之比較基準，決定請健保署會同牙醫門診總額相關團體於114年7月評核113年度總額執行成果時，提出合理之比較基準。
 - (2)評估指標1：
 - ①服用抗凝血劑病人經牙科處置，至院所拔牙後特別處理比率。分母：有服用抗凝血劑病人在牙醫院所就診，當次有申報特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)及拔牙醫令之案件數。分子：分母之病人24小時內至院所就診，當次有申報同牙位拔牙後特別處理(92012C)之案件數。公式：分子/分母*100%。

- ②服用抗凝血劑病人經牙科處置，至院所牙醫急症處置比率。分母：有服用抗凝血劑病人在牙醫院所就診，當次有申報特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)及拔牙醫令之案件數。分子：分母之病人24小時內至院所就診，當次有申報同牙位牙醫急症處置，每次門診限申報一次(92093B)之案件數。公式：分子/分母*100%。
- ③健保署於114.10.22來函對於評估指標1之目標值，建議以113年數值作為比較基準，並提報114.11.25牙醫研商議事會議討論，會上牙全會表示有更完整之定義，會議決議請牙全會於114年12月前提出完整目標值。
- ④健保署於115.5.26研商議事會議決議，評估指標1以113年數據(指標1.1：0.4351%；指標1.2：0.0024%)為監測值。
- (3)依健保署提報113年第1次委員會議建議，評估指標2因計畫執行初期，尚無背景的母數可以參考，爰先以個案數呈現，俟後若有足夠數據再予以分析其降低比率。
- (4)依健保會114年第8次委員會議之決議：「請明訂預期效益評估指標之目標值，以利後續評估規劃」。
- 4.健保署表示本計畫於113年新增，因檢核邏輯尚未完善，暫停產製報表，113、114年無統計健保醫療資訊雲端系統查詢率。健保署自費用年月115年1月起開始執行回溯性審查，申報P3601C未至雲端查詢者將被核刪。
- 5.牙醫院所數定義採年度12月健保特約統計數。
- 6.114年申報點數超出預算數改採浮動點值，若未採浮動點值，則執行率達104.6%。

第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：「0~6 歲兒童醫療量能保障」具體實施規劃(包含執行方式及具體提升兒童醫療量能之監測指標)專案報告，請鑒察。(資料後附)

第五案

報告單位：中央健康保險署

案由：115 年度各部門總額依核定事項，須提本會報告之具體實施計畫/方案/規劃或執行方式(續提)，請鑒察。

說明：

- 一、依據衛生福利部 115 年 1 月 28 日衛部健字第 1153360013 號公告 115 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式及全民健康保險會 115 年度工作計畫辦理。
- 二、有關 115 年度各部門總額依核定事項原須於 5 月份委員會議提健保會報告項目，經健保會第 7 屆 115 年第 4 次委員會議報告案由：「115 年度各部門總額依核定事項，須提本會報告之具體實施計畫/方案/規劃或執行方式(續提)，請鑒察」，經委員會議決定：有關醫院總額「住院護理費用」專款項目，請中央健康保險署會同相關團體儘速完成研訂後，提至最近 1 次委員會議報告。本項健保署辦理情形如下：

總額別	項目	核(決)定事項	辦理情形
醫院	住院護理費用	本項用於調升住院護理費用，請落實用於調升護理人員薪資，鞏固醫療量能，並訂定具體實施規劃，於 115 年 5 月前提報全民健康保險會。	一、115 年醫院總額專款「住院護理費用」預算 45 億元，其調整規劃本署於 115 年 6 月 16 日邀請醫療及護理團體召開醫院總額住院護理費調整討論會議達成共識，並提至同年 25 日召開之 115 年第 2 次醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議討論通過。 二、本項費用除維持 114 年已調整項目(25 億元)，另 20 億元於調升 115 年住院護理費支付標準： (一)急性病床(含特殊病床)調升 5%，約增加 15.10 億點。 (二)慢性病床(含慢性精神病床住院照護費)調升 10%，約增加 3.21 億點。 (三)偏鄉醫院護理費加成由 15%調至 30%，約增加 3.06 億點。 (四)合計調升點數約 21.37 億點，其中 20 億元由 115 年度醫院總額專款項目「住院護理費用」項下 45 億元支應，1.37 億元由

總額別	項目	核(決)定事項	辦理情形
			其他預算支應。 三、另 115 年住院護理費監測指標扣合護理人員薪資指標，擇一達標者始外加其個別醫院額度： (一)執登護理人員之健保投保金額與 113 年 12 月相較，提升一投保等級之人數須達 60%。 (二)高於該院急性一般病床護理人員數占率。

報告單位業務窗口：曾琬茜科長，聯絡電話：02-27065866 分機 2603

本會整理說明：

- 一、本案係健保署依 115 年度各部門總額核定事項及年度工作計畫，向本會提報醫院總額專款項目「住院護理費用」之具體實施規劃。115 年度總額核定事項(略以)：本項用於調升住院護理費用，請落實用於調升護理人員薪資，鞏固醫療量能，並訂定具體實施規劃，於 115 年 5 月前提報全民健康保險會。
- 二、本項係 115 年新增專款項目，健保署已依核定事項提報具體實施規劃，包含預算使用規劃及訂定相關監測指標，說明如下：
 - (一)預算使用規劃：用於調升住院護理費用，落實調升護理人員薪資，鞏固醫療量能。
 - 1.維持支應 114 年已調整之住院護理費項目 25 億元：查 114 年調升急性一般病床(含精神)住院護理費點數，由其他預算「114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等」項目支應，115 年該項費用移入醫院總額，由本項支應。
 - 2.支應 115 年調升之住院護理費支付標準 20 億元：調升急性病床(含特殊病床)、慢性病床(含慢性精神病床住院照護費)，以及偏鄉醫院護理費加成，合計約需 21.37 億點，其中 20 億元由本項支應，1.37 億元由其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」支應。

(二)監測指標：為確保預算用於增加住院護理人力或回饋第一線護理人員薪資，訂定 2 項監測指標，並扣合護理人員薪資，擇一達標者，始得外加其個別醫院總額的預算額度。

決定：

第六案

報告單位：中央健康保險署

案由：115 年 6 月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

(資料由中央健康保險署另行提供)

報告單位各項業務窗口：詳如業務執行報告內附

.....

本會整理說明：

- 一、依 102 年 2 月 22 日委員會議決定及 115 年度工作計畫，為提高議事效率，本項例行性業務報告，書面資料須每月併同委員會議資料寄送委員，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。
- 二、另健保署業務執行報告電子檔已置於該署網頁(健保署首頁>健保資料站>健保業務報告>健保業務執行報告>衛生福利部中央健康保險署業務執行報告，網址：<https://gov.tw/XJC>)。

決定：

附錄

抄本

檔 號： 附錄一
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：盛培珠
聯絡電話：(02)8590-6877
傳真：無
電子郵件：hgpeichu@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國115年6月25日
發文字號：衛部健字第1153360075號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：健保會第7屆115年第5次委員會議紀錄節錄

主旨：檢陳本會對「116年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)之諮詢結果，請鑒察。

說明：

- 一、復鈞部115年6月5日衛部保字第1151260291號函。
- 二、鈞部依據全民健康保險法第60條規定，交下擬訂之116年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)諮詢案，經提本會第7屆115年第5次委員會議(115.6.24)，諮詢結果如附件，敬請鈞部參考。

正本：衛生福利部
副本：衛生福利部中央健康保險署(含附件)

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：廖桂汎
聯絡電話：(02)8590-6666 分機：6761
傳真：02-85906048
電子郵件：hgeva520@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年7月6日
發文字號：衛部保字第1151260344號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：116年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)1份 請至附件下載區
(<https://attach.mohw.gov.tw>)以文號：1151260344及認證碼：DF01BA0A01下載附件
檔案

主旨：檢陳「116年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」1份，報請鑒核。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第60條規定辦理。
- 二、旨揭草案係以115年度健保總額公告金額(9,883.35億元)校正人口費用差值金額(7.01億元)及違規扣款回補金額(0.16億元)，116年健保總額基期為9,890.52億元，並經考量投保人口結構改變、醫療服務成本及投保人口數對醫療費用之影響，以及配合116年政策規劃，兼顧民眾醫療需求與醫療體系發展，與衡量民眾付費能力、我國整體醫療保健支出及健保財務收支情形所擬。爰建議116年健保總額範圍約為1兆149.55億元至1兆434.49億元(成長率為2.619%至5.5%，約增加259.03億元至543.98億元)。

正本：行政院

副本：國家發展委員會、衛生福利部中央健康保險署、本部全民健康保險會(均含附件)

116 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)(節錄)

第三章 116 年度健保醫療給付費用總額範圍擬訂

第一節 116 年總額範圍(草案)

本部所擬之 116 年健保醫療給付費用總額範圍，係以 116 年健保總額基期 9,890.52 億元計算，總額下限金額約 10,149.55 億元至上限金額約 10,434.49 億元(成長率 2.619%至 5.5%)。

116 年度健保醫療給付費用總額範圍擬訂公式如下：

$$\begin{aligned} & 116 \text{ 年度健保醫療給付費用總額範圍} \\ &= 116 \text{ 年度健保總額基期} \\ & \quad \times (1 + 116 \text{ 年度健保醫療給付費用成長率之低推估值} \sim \text{高推估值}) \end{aligned}$$

一、116 年度總額範圍基期(9,890.52 億元)：

(一) 本部擬訂健保總額範圍所採計之基期，係以前 1 年度(115 年)健保總額預算(9,883.35 億元)，校正前 2 年度(114 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額(+7.01 億元)、加回前 1 年度(115 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額(+0.16 億元)，即為 9,890.52 億元(9,883.35+7.01+0.16)。各項校正因素分述如下：

116 年基期金額 9,890.52 億元

= 前 1 年度 (115 年) 健保醫療給付費用總額+ 前 2 年度 (114 年) 投保人口預估成長率與實際之差值 +前 1 年度 (115 年) 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

=9,883.35+7.01+0.16

=9,890.52

1. 前 1 年度（115 年）健保醫療給付費用總額 9,883.35 億元：依本部 115 年 1 月 28 日衛部健字第 1153360013 號公告 115 年度健保醫療給付費用總額核定結果。
2. 前 2 年度（114 年）投保人口預估成長率與實際之差值金額+7.01 億元：
 - (1)因擬訂年度總額時，「投保人口成長率」尚無法取得該年度實際投保人口數，僅能先採計最近 1 年可取得之實際投保人口作為預估值，再於次年度總額之基期費用校正處理預估與實際投保人口費用差值。
 - (2)以 116 年度總額基期說明，前 2 年度人口費用差值即校正 114 年度總額「投保人口成長率」原預估與實際之費用差值。原 113 年擬訂 114 年度總額範圍時，因當時尚無法取得 114 年實際投保人口成長數，爰以 112 年較 111 年之實際人口成長率預估「投保人口成長率」，待 115 年擬訂 116 年總額時，始取得 114 年實際投保人口成長數，故於 116 年度總額校正。
3. 加回前 1 年度（115 年）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+0.16 億元：依本部前開 115 年 1 月 28 日公告，違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款不列入 116 年度總額協商之基期費用，爰須加回前 1 年度（115 年）前開金額。
4. 114 年各部門一般服務預算均已執行完畢，無須扣減基期。

二、116 年度總額範圍低推估值(10,149.55 億元)：

低推估金額 10,149.55 億元

=116 年度健保總額基期 $\times \{1+[(1+A+B)\times(1+C)-1]\times(115 \text{ 年校正後一般服務費用占率})\}$

=9,890.52 $\times \{1+[(1+1.516\%+1.086\%)\times(1+0.447\%)-1]\times(85.561\%)\}$

A：投保人口結構改變對醫療費用之影響率(表 3)

B：醫療服務成本指數改變率(表 4、4-1 至 4-4)

C：投保人口預估成長率

(一) 低推估值為 2.619%，116 年下限金額約 10,149.55 億元，較基期約增加 259.03 億元，較 115 年核定 9,883.35 億元增加約 266.2 億元。

(二) 低推估值係按「投保人口結構改變對醫療費用之影響率(A)」、「醫療服務成本指數改變率(B)」及「投保人口預估成長率(C)」計算：

1. 投保人口結構改變對醫療費用之影響率(A)1.516%：以 113 年每人醫療費用為基礎，依年齡(1 歲為 1 組)、性別分組，計算 114 年對 113 年保險對象人口結構之影響。
2. 醫療服務成本指數改變率(B，簡稱 MCPI) 1.086%：

(1) 其計算公式為 $\Delta \Sigma(\text{各總額部門成本項目之權數} \times \text{指數}) / \text{前一年 } \Sigma(\text{各總額部門成本項目之權數} \times \text{指數})$ ，各總額部門成本項目分別為人事費用、藥品費用、醫療器材費用、基本營業費用及其他營業費用。

(2) 前述公式之權數為各成本項目之費用占率，資料來源為行政院主計總處每 5 年調查 1 次之工業及服務業普查；指數為各成本項目之費用成長率，資料來源為主計總處每年更新之物價指數。考量主計總處已於 113 年發布 110 年工業及服務業普查結果，爰配合調整權數並自 114 年總額起適用 5 年。

3. 投保人口預估成長率(C) 0.447%：按最近一年可取得之實際投保人口成長率，即 114 年對 113 年投保人口成長率計算，採各季投保人數之平均值，113 年為 23,670,494 人，114 年為 23,776,354 人。
4. 綜上分別計算後，「醫療服務成本及人口因素成長率」為 3.061%，經校正一般服務醫療給付費用占率(85.561%)，低推估成長率為 2.619%(=3.061% x85.561%)。

醫療服務成本及人口因素成長率之各因素如下表：

項 目	成長率
投保人口結構改變對醫療費用之影響率(A)	1.516%
醫療服務成本指數改變率(B)	1.086%
投保人口預估成長率(C)	0.447%
醫療服務成本及人口因素成長率	3.061%

註：各項因素以 115 年 4 月最新公告數值為準。

$$\begin{aligned}
 & \text{醫療服務成本及人口因素成長率 } 3.061\% \\
 & = (1 + \text{投保人口結構改變對醫療費用之影響率} + \text{醫療服務成本指數改變率}) \times (1 + \text{投保人口預估成長率}) - 1 \\
 & = (1 + 1.516\% + 1.086\%) \times (1 + 0.447\%) - 1
 \end{aligned}$$

三、規劃目標擬訂歷程

為凝聚 116 年度健保規劃目標，本部於 115 年 3 月函請台灣醫院協會(下稱醫協)、醫師公會全國聯合會(下稱醫全會)、中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)、牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)等醫療服務提供單位、付費者相關工(公)協會及健保署，據以提供相關協商因素建議提案，其提案內容重點及 116 年度規劃目標、內涵如下：

(一) 各部門提案內容重點摘要：

1. 醫院總額：建議整體新增金額 567.982 億元，其中醫協提案新增金額 214.145 億元，主要規劃用於新醫療科技(包括新藥、新特材、新增診療項目)、藥品及特材給付規定改變、強化醫院服務韌性加成。
2. 西醫基層：建議整體新增金額 125.586 億元，其中醫全會提案新增金額 79.815 億元，主要規劃用於因應基層護理人力需求提高診察費、75 歲以上長者診察費加計、提升國人慢性腎臟病照護品質及家庭醫師整合性照護計畫。
3. 中醫門診：建議整體新增金額 18.092 億元，其中中全會提案新增金額 15.93 億元，主要規劃用於提升中醫藥費、假日及春節期間提供醫療服務、中醫癌症患者加強照護整合方案及失智症患者中醫門診加強照護計畫。
4. 牙醫門診：建議整體新增金額 35.155 億元，其中牙全會提案新增金額 34.989 億元，主要規劃用於加強全民口腔疾病照護、高風險疾病口腔照護計畫、非內因性口腔組織創傷照護及弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫。

5. 其他部門：建議整體新增金額 16.80 億元，主要規劃用於居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務-提高居家護理訪視費、推動促進醫療體系整合計畫、促進醫療服務診療項目支付衡平。

(二)116 年健保總額經綜整各界提案、當前重要政策、醫療體系現況及民眾醫療需求，擬訂規劃目標、內涵如下：

1. 強化全人照護與慢性疾病管理，建構以病人為中心的健康照護，整合資源及投資民眾健康：
 - (1) 以全人全程照護並呼應健康台灣 888 目標，建立慢性疾病整合照護模式。
 - (2) 擴大家醫計畫及在宅醫療照護，串聯基層醫療、醫院及長照與社區資源。
2. 留人留才，鞏固醫療量能與醫療價值，強化醫療體系韌性：
 - (1) 改善人力流失問題，確保醫療體系永續發展，提升醫療量能與價值。
 - (2) 確保醫事服務機構獲得合理給付，因應醫材及人力成本財務衝擊。
3. 加速引進新藥新科技，提升支付合理性，照顧兒童、急重難罕病人醫療需求，強化醫療服務及品質。
 - (1) 加速引進新醫療科技，擴增給付範圍，減輕民眾負擔。

(2) 提升支付標準調整合理性，強化給付效率，通盤檢討支付標準衡平性。

(3) 著重保障急重難罕、兒童照護及住院服務量能，強化品質指標之監測與評估，增進醫療效能。

4. 提升醫療可近性與效能，平衡醫療資源配置。

(1) 推動通訊醫療與數位優化，強化醫療資源不足地區醫療服務，提升醫療可近性。

(2) 平衡醫療資源配置，提升醫療體系效能。

四、116 年度總額範圍高推估值與上限金額：

(一) 高推估值訂為 5.5%，較基期增加約 543.98 億元，即低推估值(2.619%，約增加 259.03 億元)+協商因素(2.881%，約增加 284.94 億元)，預估總額為 10,434.49 億元。其中協商因素係依據 116 年度總額規劃目標對醫療費用之影響為主，並兼顧醫療體系之發展，與衡量民眾付費能力（含總體經濟情勢）、我國整體醫療保健支出及健保財務收支情形等所擬，作為健保會協議訂定及分配 116 年度總額之空間。

(二) 依據健保法第 61 條，行政院核定年度總額範圍後，須由健保會邀集付費者、醫界及政府單位進行對等協商後，報本部核定。

第二節 本部諮詢健保會意見彙整

為利擬訂 116 年度健保總額範圍，本部依據健保法第 60 條，於 115 年 6 月 24 日健保會委員會議提案諮詢，委員提問與建議重點摘述如下

(詳附錄 4)：

- 一、總額低推估公式不宜校正基期的一般服務費用占率：目前以「醫療服務成本及人口因素成長率」乘以「一般服務費用占率」計算，未考量專款項目在服務成本、人口結構、人口成長對醫療費用的影響，建議修正。
- 二、醫療服務成本指數改變率(MCPI)之「藥品費用」，請檢討所採指數的妥適性：目前指數採主計總處物價調查資料，然其受到「藥品支出目標」(DET)人為調降藥價影響，醫院及西醫基層總額呈現負值，未能反映實際藥費成本，請檢討其妥適性。
- 三、總額政策目標建議納入「分級醫療」落實下轉政策：政策目標中的「提升醫療可近與效能，平衡資源配置」，建議將落實或強化分級醫療政策納入，才能有效提升醫療資源可近性。
- 四、為健保永續，健保財務應有配套措施及長遠規劃：目前以成長率範圍 2.619%~5.5%試算健保財務，116 年底安全準備餘額折合保險給付支出約當 1.4、1.01 個月，已接近健保法第 78 條所定保險安全準備法定下限 1 個月，在不調升保費的前提下，能否持續爭取公務預算或其他財源撥補，並擬訂健保財務配套措施及健保永續之長遠規劃。
- 五、對於醫療人力及薪資問題，宜有整體規劃及預算來源：目前護理人力費用採公務預算撥補，未來是否仍有公務預算挹注？醫療人力包含各類醫事人員，宜整體思考並有長遠性的處理方式。
- 六、請強化民眾自費的管理及監督機制：行政院 115 年函示「就自費醫療項目及金額，強化有效之管理及監督機制」，近年因新醫療科技、高階治療的引進，自費醫療項目及金額增加，為了解民眾財務負擔，請蒐集自費相關資料並資訊透明，做為健保資源配置參考。

第三節 本部就各界意見之回應

本部經彙整 115 年 6 月 24 日諮詢健保會之各界意見，回應說明如下：

- 一、低推估公式係以一般服務費用作為基期，隨公式成長，以反應服務成本、人口結構及投保人口成長對醫療費用的影響，以維持醫療需求及照護與前一年度相同水準，而專款項目多為政策、醫療試辦計畫等特殊目的，採「零基預算」，因此專款項目不隨公式成長。
- 二、有關 116 年醫療服務成本指數改變率，其藥品指數部分係取自主計總處提供最近 2 年(113 年、114 年)國內產銷及進出口物價指數之數據，依主計總處提供資料顯示，114 年進口藥品受國際匯率影響，114 年指數較 113 年為負成長，因醫院及西醫基層部門，進口藥品比率較高，故藥品指數呈現負值。
- 三、年度健保規劃目標係依當前重要政策、醫療體系現況及民眾醫療需求訂定，未來將落實或強化分級醫療政策納入，以提升醫療資源可近性。
- 四、為使健保永續及財務平衡，未來會從最低工資及分級表調整或擴大補充保險費計費基礎等作為，同時也不排除爭取預算、研議外部財源挹注健保之可能性。另為求周延，本部中央健康保險署已委託專家學者組成研究團隊，就各項改革方案深入分析及進行影響評估，以利研擬兼顧財務穩健與制度公平之改革方向。
- 五、目前健保總額及公務預算皆有編列提升醫事人力費用，用以友善醫事人員環境，提升薪資待遇、改善職場、維持醫療量能，並有規劃稽核機制，確保相關資源確實到位，未來仍會持續爭取編列相關預算，以改善醫事人力問題。

六、為強化民眾自費之管理，已建置自費醫療資訊公開透明平台，如醫材比價網、全國性醫療費用資訊平台等，以提升就醫決策自主性與知情權，增進整體醫療服務品質與效率，促進資訊公開透明，未來將持續精進平台功能。

表 3、投保人口結構改變對醫療費用之影響率(每 1 歲為 1 組)

年齡 組別	113 年			113 年			114 年		
	每人年申報點數			保險對象人數%			保險對象人數%		
	女性	男性	小計	女性	男性	小計	女性	男性	小計
0 歲	32,019	30,948	31,465	0.26%	0.28%	0.54%	0.23%	0.25%	0.49%
1 歲	28,114	34,210	31,268	0.27%	0.29%	0.57%	0.27%	0.29%	0.56%
2 歲	22,018	26,417	24,296	0.29%	0.31%	0.60%	0.27%	0.29%	0.57%
3 歲	24,688	30,774	27,839	0.32%	0.34%	0.66%	0.29%	0.31%	0.61%
4 歲	24,016	31,195	27,740	0.33%	0.36%	0.70%	0.32%	0.34%	0.66%
5 歲	23,333	30,537	27,061	0.36%	0.38%	0.74%	0.34%	0.36%	0.70%
6 歲	21,074	27,489	24,395	0.37%	0.40%	0.77%	0.36%	0.38%	0.74%
7 歲	17,598	21,438	19,585	0.40%	0.43%	0.83%	0.37%	0.40%	0.77%
8 歲	14,869	17,425	16,196	0.42%	0.45%	0.87%	0.40%	0.43%	0.83%
9 歲	13,681	16,382	15,081	0.43%	0.46%	0.89%	0.42%	0.45%	0.87%
10 歲	13,381	15,686	14,573	0.41%	0.43%	0.84%	0.43%	0.46%	0.89%
11 歲	10,846	12,591	11,750	0.43%	0.46%	0.89%	0.41%	0.43%	0.84%
12 歲	11,948	14,395	13,215	0.44%	0.47%	0.91%	0.43%	0.46%	0.89%
13 歲	12,398	15,179	13,843	0.37%	0.40%	0.77%	0.44%	0.47%	0.91%
14 歲	10,076	11,808	10,979	0.35%	0.39%	0.74%	0.37%	0.40%	0.76%
15 歲	11,773	12,311	12,053	0.39%	0.42%	0.81%	0.35%	0.39%	0.74%
16 歲	10,457	12,894	11,731	0.40%	0.44%	0.84%	0.39%	0.42%	0.81%
17 歲	11,568	13,576	12,617	0.41%	0.44%	0.85%	0.40%	0.44%	0.84%
18 歲	12,031	12,488	12,271	0.42%	0.46%	0.88%	0.42%	0.45%	0.87%
19 歲	11,758	12,068	11,920	0.44%	0.48%	0.92%	0.43%	0.48%	0.91%
20 歲	12,543	11,789	12,148	0.46%	0.51%	0.97%	0.45%	0.49%	0.95%
21 歲	12,577	11,513	12,021	0.50%	0.55%	1.05%	0.47%	0.52%	1.00%
22 歲	13,866	11,366	12,571	0.54%	0.58%	1.12%	0.52%	0.56%	1.08%
23 歲	13,084	10,727	11,860	0.60%	0.65%	1.25%	0.55%	0.58%	1.13%
24 歲	15,485	11,912	13,615	0.62%	0.69%	1.31%	0.61%	0.66%	1.27%
25 歲	15,830	12,077	13,874	0.59%	0.64%	1.23%	0.64%	0.70%	1.34%
26 歲	14,499	11,141	12,755	0.63%	0.68%	1.31%	0.61%	0.66%	1.26%
27 歲	16,276	12,418	14,277	0.70%	0.75%	1.45%	0.65%	0.69%	1.34%
28 歲	17,304	12,464	14,797	0.70%	0.76%	1.46%	0.71%	0.76%	1.47%
29 歲	17,794	12,948	15,289	0.71%	0.76%	1.47%	0.72%	0.77%	1.49%
30 歲	18,308	13,296	15,716	0.71%	0.76%	1.48%	0.72%	0.77%	1.49%
31 歲	19,716	14,114	16,821	0.72%	0.77%	1.48%	0.72%	0.77%	1.49%
32 歲	20,271	15,028	17,549	0.70%	0.76%	1.46%	0.73%	0.77%	1.50%
33 歲	20,609	15,239	17,820	0.71%	0.77%	1.48%	0.71%	0.76%	1.47%
34 歲	21,798	16,398	19,012	0.72%	0.76%	1.48%	0.71%	0.77%	1.48%
35 歲	21,067	15,908	18,422	0.71%	0.75%	1.46%	0.72%	0.77%	1.49%
36 歲	23,512	18,705	21,063	0.71%	0.74%	1.45%	0.72%	0.75%	1.47%
37 歲	22,324	18,300	20,301	0.69%	0.70%	1.38%	0.71%	0.74%	1.45%
38 歲	21,142	17,876	19,519	0.72%	0.71%	1.43%	0.69%	0.70%	1.39%
39 歲	21,698	19,877	20,801	0.80%	0.77%	1.57%	0.72%	0.71%	1.43%
40 歲	22,694	21,569	22,141	0.83%	0.80%	1.63%	0.80%	0.77%	1.57%
41 歲	22,398	21,717	22,066	0.88%	0.83%	1.71%	0.83%	0.80%	1.63%
42 歲	23,433	23,522	23,476	0.91%	0.86%	1.77%	0.88%	0.83%	1.71%
43 歲	24,673	24,971	24,818	0.91%	0.86%	1.77%	0.91%	0.85%	1.76%
44 歲	25,561	25,908	25,730	0.91%	0.85%	1.76%	0.91%	0.85%	1.76%
45 歲	27,604	28,109	27,849	0.90%	0.85%	1.75%	0.90%	0.85%	1.75%
46 歲	28,440	30,424	29,403	0.86%	0.81%	1.67%	0.90%	0.85%	1.74%
47 歲	28,116	29,925	28,993	0.88%	0.82%	1.70%	0.86%	0.80%	1.66%
48 歲	32,433	35,630	33,983	0.84%	0.79%	1.63%	0.87%	0.82%	1.69%
49 歲	31,670	35,036	33,291	0.78%	0.72%	1.50%	0.84%	0.79%	1.62%
50 歲	32,685	37,744	35,132	0.76%	0.71%	1.46%	0.77%	0.71%	1.49%
51 歲	33,925	39,114	36,434	0.75%	0.70%	1.45%	0.75%	0.70%	1.46%
52 歲	34,692	39,793	37,161	0.75%	0.71%	1.46%	0.75%	0.70%	1.44%
53 歲	36,017	41,388	38,629	0.77%	0.73%	1.49%	0.75%	0.70%	1.45%
54 歲	37,211	43,770	40,404	0.77%	0.73%	1.51%	0.76%	0.72%	1.48%
55 歲	38,275	46,059	42,070	0.77%	0.73%	1.49%	0.77%	0.73%	1.50%
56 歲	40,274	48,476	44,279	0.75%	0.72%	1.47%	0.76%	0.72%	1.48%
57 歲	39,585	48,497	43,937	0.74%	0.70%	1.44%	0.75%	0.71%	1.46%
58 歲	43,157	53,409	48,140	0.76%	0.72%	1.48%	0.73%	0.70%	1.43%
59 歲	43,583	53,914	48,601	0.77%	0.72%	1.49%	0.76%	0.71%	1.47%
60 歲	46,006	57,791	51,720	0.77%	0.72%	1.49%	0.76%	0.71%	1.47%

表 3、投保人口結構改變對醫療費用之影響率(每 1 歲為 1 組)(續完)

年齡 組別	113 年			113 年			114 年		
	每人年申報點數			保險對象人數%			保險對象人數%		
	女性	男性	小計	女性	男性	小計	女性	男性	小計
61 歲	47,515	60,016	53,545	0.77%	0.72%	1.49%	0.76%	0.71%	1.48%
62 歲	49,315	61,783	55,337	0.76%	0.71%	1.47%	0.77%	0.71%	1.48%
63 歲	51,553	66,281	58,657	0.74%	0.69%	1.42%	0.75%	0.70%	1.45%
64 歲	53,743	68,451	60,786	0.73%	0.67%	1.40%	0.73%	0.67%	1.40%
65 歲	56,477	72,269	64,011	0.72%	0.66%	1.38%	0.72%	0.66%	1.38%
66 歲	59,806	77,361	68,154	0.68%	0.62%	1.30%	0.72%	0.65%	1.37%
67 歲	61,325	77,001	68,750	0.66%	0.60%	1.26%	0.68%	0.61%	1.28%
68 歲	64,290	79,907	71,673	0.67%	0.60%	1.28%	0.66%	0.59%	1.24%
69 歲	67,306	84,415	75,360	0.65%	0.58%	1.23%	0.67%	0.59%	1.26%
70 歲	70,591	88,202	78,826	0.61%	0.53%	1.14%	0.64%	0.57%	1.21%
71 歲	72,698	90,972	81,213	0.58%	0.51%	1.09%	0.60%	0.52%	1.12%
72 歲	75,613	92,521	83,440	0.57%	0.50%	1.07%	0.58%	0.50%	1.07%
73 歲	82,880	103,318	92,313	0.54%	0.46%	1.00%	0.57%	0.48%	1.05%
74 歲	86,293	107,280	95,923	0.45%	0.39%	0.84%	0.53%	0.45%	0.98%
75 歲	89,293	110,088	98,736	0.42%	0.35%	0.77%	0.45%	0.37%	0.82%
76 歲	94,645	113,979	103,420	0.36%	0.30%	0.65%	0.41%	0.34%	0.75%
77 歲	98,797	121,685	109,060	0.30%	0.24%	0.54%	0.35%	0.28%	0.63%
78 歲	105,124	130,885	116,477	0.23%	0.18%	0.41%	0.29%	0.23%	0.53%
79 歲	91,852	110,457	99,935	0.24%	0.18%	0.42%	0.22%	0.17%	0.40%
80 歲	99,034	121,107	108,558	0.26%	0.19%	0.45%	0.23%	0.17%	0.41%
81 歲	102,710	125,717	112,492	0.24%	0.18%	0.42%	0.25%	0.18%	0.43%
82 歲	105,494	130,613	115,999	0.23%	0.17%	0.40%	0.23%	0.17%	0.40%
83 歲	104,720	129,556	115,008	0.22%	0.16%	0.38%	0.22%	0.15%	0.38%
84 歲	109,196	136,108	119,962	0.21%	0.14%	0.35%	0.21%	0.14%	0.35%
85 歲	114,153	141,755	124,982	0.18%	0.12%	0.30%	0.19%	0.13%	0.32%
86 歲	110,712	144,424	123,610	0.16%	0.10%	0.26%	0.17%	0.11%	0.28%
87 歲	115,609	144,260	126,419	0.14%	0.09%	0.23%	0.15%	0.09%	0.23%
88 歲	116,442	149,058	128,519	0.12%	0.07%	0.19%	0.13%	0.08%	0.20%
89 歲	118,333	147,615	129,044	0.11%	0.06%	0.17%	0.11%	0.06%	0.17%
90 歲	118,584	147,051	128,966	0.09%	0.05%	0.14%	0.09%	0.05%	0.15%
91 歲	117,695	142,247	126,927	0.07%	0.04%	0.11%	0.08%	0.04%	0.12%
92 歲	118,241	150,448	130,689	0.06%	0.04%	0.10%	0.06%	0.04%	0.10%
93 歲	122,588	152,434	134,524	0.05%	0.03%	0.08%	0.05%	0.03%	0.08%
94 歲	119,366	153,772	133,392	0.04%	0.03%	0.06%	0.04%	0.02%	0.06%
95 歲	121,532	159,127	136,871	0.03%	0.02%	0.05%	0.03%	0.02%	0.05%
96 歲	117,820	167,106	137,995	0.02%	0.01%	0.03%	0.02%	0.01%	0.04%
97 歲	119,122	172,152	140,436	0.01%	0.01%	0.02%	0.02%	0.01%	0.03%
98 歲	128,538	172,271	146,329	0.01%	0.01%	0.02%	0.01%	0.01%	0.02%
99 歲	123,708	177,492	146,174	0.01%	0.00%	0.01%	0.01%	0.00%	0.01%
100 歲	120,730	175,543	140,949	0.00%	0.00%	0.01%	0.00%	0.00%	0.01%
101 歲	133,800	174,782	149,568	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
102 歲	139,210	163,996	149,693	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
103 歲	113,164	143,783	126,160	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
104 歲	178,614	231,097	201,644	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
105 歲	193,050	227,895	207,907	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
106 歲	183,805	164,734	174,497	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
107 歲	154,042	172,815	161,194	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
108 歲	102,706	107,732	104,814	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
109 歲	176,548	268,958	217,619	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
110 歲以上	97,094	166,440	127,915	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
小計	37,205	39,526	38,348	50.74%	49.26%	100.00%	50.83%	49.17%	100.00%

114 年校正後每人年費用 38,930
成長率 1.516%

註：1.投保人口結構改變對醫療費用之影響率係指114年納保人口年齡性別結構相對於113年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用點數之影響(以113年費用點數為基礎；年齡則以1歲一組做調整)。

2.投保人口結構改變對醫療費用之影響率= $(\sum HE_{113ij} \times \%POP_{114ij}) / (\sum HE_{113ij} \times \%POP_{113ij}) - 1$

(1) HE_{113ij} ：113 年各年齡性別組別之每人年醫療給付費用

(2) $\%POP_{114ij}$ ：114 年保險對象各年齡性別組別占總人口百分比

(3) $\%POP_{113ij}$ ：113 年保險對象各年齡性別組別占總人口百分比

3.醫療費用點數為申請點數+部分負擔，不含代辦費用，且為核減前點數。

4.人口數為 3 月、6 月、9 月、12 月底計費人口數平均。

表 4、醫療服務成本指數改變率

總額部門	費用占率	醫療服務成本 指數改變率(MCPI)
醫 院	70.914%	0.920%
西醫基層	19.283%	1.023%
中 醫	3.767%	2.279%
牙 醫	6.036%	2.501%
總 計	100.00%	1.086%

指標計算說明：

1. 醫療服務成本係依各總額部門，分有「人事費用」、「藥品費用」、「醫療材料費用」、「基本營業費用」以及「其他營業費用」五項成本類別，就各項之權重及指數，計算其變動率。
2. 各總額部門各項成本之權重，自 114 年總額起，係採行政院主計總處 110 年工業及服務業普查「醫事機構專案調查」之調查結果，取去除「最高及最低 5%極端值」後之平均數。
3. 依據 106 年底暨 109 年底總額公式檢討結果，計算各項醫療服務成本指數之採計，除「藥品費用」與「醫療材料費用」2 項目由行政院主計總處另行計算外，其餘採用行政院主計總處例行公告之指標項目及數值。

表4-1、醫院醫療服務成本指數改變率

指標類別及權數項目	權數 (%)	113年 指數	114年 指數	113-114年 年增率(%)
	100	106.50	107.48	0.920%
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	47.84	107.53	110.90	3.134%
藥品費用				
國產內銷及進出口物價指數—西醫藥品類	18.90	103.10	97.27	-5.655%
醫療材料費用				
國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類	12.61	106.49	107.38	0.836%
基本營業費用				
國產內銷及進出口物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	8.92	106.46	108.13	1.569%
其他營業費用				
消費者物價指數—總指數	11.73	107.81	109.6	1.660%

表4-2、西醫基層醫療服務成本指數改變率

指標類別及權數項目	權數 (%)	113年 指數	114年 指數	113-114年 年增率(%)
	100	106.55	107.64	1.023%
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	49.07	107.53	110.90	3.134%
藥品費用				
國產內銷及進出口物價指數—西醫藥品類	17.82	103.10	97.27	-5.655%
醫療材料費用				
國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類	12.67	106.49	107.38	0.836%
基本營業費用				
國產內銷及進出口物價指數—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	7.52	106.46	108.13	1.569%
其他營業費用				
消費者物價指數—總指數	12.91	107.81	109.60	1.660%

表4-3、牙醫門診醫療服務成本指數改變率

指標類別及權數項目	權數 (%)	113年 指數	114年 指數	113-114年 年增率(%)
	100	107.14	109.82	2.501%
人事費用				
1/2「醫療保健服務業」薪資；1/2「工業及服務業」薪資	51.87	107.53	110.90	3.134%
藥品費用				
健保牙醫門診藥費(權重)及國產內銷及進出口物價指數—西醫藥品類	17.25	106.35	109.20	2.680%
醫療材料費用				
國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類	12.22	106.49	107.38	0.836%
基本營業費用				
國產內銷及進出口物價指數—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	7.16	106.46	108.13	1.569%
其他營業費用				
消費者物價指數—總指數	11.49	107.81	109.60	1.660%

表4-4、中醫門診醫療服務成本指數改變率

指標類別及權數項目	權數 (%)	113年 指數	114年 指數	113-114年 年增率(%)
	100	107.95	110.41	2.279%
人事費用				
1/2「醫療保健服務業」薪資及1/2「工業及服務業」薪資	50.26	107.53	110.90	3.134%
藥品費用				
國產內銷及進出口物價指數—藥品類之中藥製劑	18.14	110.81	112.60	1.615%
醫療材料費用				
國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類	12.26	106.49	107.38	0.836%
基本營業費用				
國產內銷及進出口物價指數—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	7.55	106.46	108.13	1.569%
其他營業費用				
消費者物價指數—總指數	11.79	107.81	109.60	1.660%

表註1：「權數」採行政院主計總處110年「工業及服務業普查」結果，採第5~95百分位值之平均數為權重。

表註2：「指數」以行政院主計總處115年4月發布「物價統計月報」與查詢「薪情平臺」，採114年1月至12月相對於113年1月至12月資料。本表以110年指數訂為100。

表註3：醫療材料費用選擇與醫療儀器及材料相關之項目，故採用「理化分析用儀器及器具」、「電子醫療用儀器及設備」、「放射照相或放射治療器具」、「注射筒、聽診器及導管等醫療器材」、「整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品」及「其他醫療器材」；其他醫療器材，包括：注射器、點滴器(或輸液 pump)、病床、人工關節、洗腎用血液迴路導管、外科接管、血液迴路管(不含血壓計、血糖計、體溫計)。

第四章 整體健保財務評估與相關措施

第一節 健保財務影響評估

有關 116 年總額範圍草案之財務影響評估(詳表 5)，依 116 年度健保總額成長率範圍(2.619%至 5.5%)，推算保險給付支出約為 10,149.55 億元至 10,434.49 億元，安全準備餘額折合保險給付支出月數約為 1.40 個月(低推估)至 1.01 個月(高推估)。健保財務長期趨勢推估詳表 6、7-1、7-2、8-1、8-2。

第二節 付費者之付費能力參考指標

有關付費者之付費能力參考指標詳表 9、圖 3 至 4，說明如下：

一、經濟成長率

依據行政院主計總處 114 年公告資料，我國實質國內生產毛額成長率之趨勢，103 年至 114 年成長率數值範圍介於 1.12% 至 8.68%，115 年預估值為 7.71%。

二、健保平均投保金額成長率

最低工資自 115 年 1 月 1 日起調升，月薪由 28,590 元調整至 29,500 元，調升 910 元，調幅約為 3.18%；時薪則比照月薪調幅，由 190 元調整至 196 元。因應最低工資調漲，健保投保金額分級表亦隨之微調，預估 115 年之平均投保金額成長率為 2.14%。

三、健保保險費成長率

自 110 年 1 月 1 日起，健保一般保險費費率為 5.17%，補充

保費費率 2.11%，115 年健保應收保險費成長率為-0.17%。

四、國民醫療保健支出(NHE)占 GDP 比率

依據本部「113 年國民醫療保健支出電子書」，113 年 NHE 占 GDP 比率為 7.34%，其中健保支出占 GDP 比率為 3.40%。

第三節 健保永續經營之精進策略

截至 115 年 5 月底止，健保財務收支累計結餘 1,983 億元，約當保險給付支出 2.77 個月，116 年健保總額範圍為 2.619%至 5.5%，推估截至 116 年底安全準備可維持 1.40 至 1.01 個月。惟因人口老化及醫療需求增加等因素，中長期健保財務確實面臨壓力，為落實總統健康台灣醫療政策，確保健保永續經營，分別以收入面、支出面研擬精進策略：

一、收入面

(一) 為強化政府財務責任，本部業於 114 年 10 月 20 日修正健保法施行細則第 45 條，將政府應負擔健保總經費法定下限 36%之計算，限定健保法有明定之部分，並追溯自 114 年 1 月 1 日施行，以明確區隔政府健保法定責任及依其他法令補助之福利支出，修法後政府每年將增加法定撥補金額(115 年預估 138.9 億元)。

(二) 調整投保金額分級表上下限，提升量能負擔：

1. 114 年 1 月 1 日配合最低工資調整，提高投保金額分級表第一級(由 27,470 元調整至 28,590 元)與最高一級(由 219,500 元調整至 313,000 元)之金額，每年約增加健保收入 86 億元。

2. 115 年 1 月 1 日配合最低工資調整，調升投保金額分級表第一級（調整至 29,500 元），預估每年增加健保收入 43 億元。

（三）完善政府撥補機制：行政院於 114 年 4 月 2 日修正發布「全民健康保險基金收支保管及運用辦法」，增加政府法定負擔外之額外撥補財源及支用法源依據，並使非預期之重要醫療政策有彈性因應機制。

（四）擴大補充保險費計費基礎：隨著社會經濟型態轉變，民眾不再僅限於專職工作所得，改以多元化管道創造收入。目前健保費計算基礎是以薪資所得為主，隨著人口結構趨於高齡與少子化，勞動人口逐年下滑，本部將本於量能負擔精神研擬改革策略，透過調整保費結構，減輕單純受薪與年輕世代未來的壓力，並提升負擔公平性，全案目前仍於研議階段。另為求周延，健保署已委託專家學者組成研究團隊，協助對於各項改革方案深入分析及進行影響評估。後續將積極加強跨部會及社會溝通，賡續推動。

（五）研議外部財源挹注健保：考量人口結構改變對健保財務之長期影響，本部除持續精進保費制度外，亦積極評估多元外部財源挹注之可行性。114 年度已透過國衛院論壇就「因應氣候變遷等環境因素對健康危害—探討環境相關稅（費）挹注健保之可行性」進行研究外，健保署亦透過委託研究針對其他財源進行研議；期藉由拓展財源基礎，強化健保財務永續量能。

二、支出面

（一）健保總額維持適當成長率，持續籌措多元財源：

1. 為提升民眾健康，健保總額維持適當成長率，並且額外挹注公務預算，於 114 年健保總額達 9,286 億元，加上公務預算 181 億元，實質成長率達 8.13%，於 115 年健保總額預算加上額外公務預算，總經費超過 1 兆元，成長率達 6.5%。
2. 115 年持續編列公務預算 50 億元挹注全民健康保險基金，指定用於「癌症新藥暫時性支付專款」，暫予收載已取得藥品許可證，且臨床療效證據明確，但受總額預算限制尚未收載之癌症新藥或新適應症，搭配前瞻式預算機制，提升癌症新藥可及性及減輕民眾癌症治療負擔。

（二）持續精進總額制度：

1. 為提升健保總額範圍擬訂合理性，並使其更貼近第一線實質醫療需求，本部提案「健保總額公式與部分負擔機制之評估：財務、可近性與公平性分析」已納入國家衛生研究院論壇進行研討，期為健保總額發展出一套更貼近現實及科學的計算方式，並能精準反映民眾的醫療照護需求，提供醫療體系更穩健的發展環境。
2. 健保署自 114 年第 2 季起各分區均已實施個別醫院總額制度，依各醫院計算保障基期之收入，依分階成長點數給予點值核付。並確保急重症病患就醫權益能獲得保障，如有不當轉診情形，即不予保障基期收入，改以該區當季平均點值支付。

（三）友善醫事人員環境，不同工、不同酬：透過健保總額及額外公務預算，提升護理照護量能、調升急重症支付、

春節急診及門診加成等，提升支付合理性，保障急重難罕患者醫療量能。

- (四) 呼應健康台灣 888 目標，強化全人全程照護，建立慢性疾病整合照護模式：因應高齡少子化社會下之醫療需求，持續推動家醫計畫與慢性疾病整合照護、強化安寧緩和療護品質、推動居家安寧 2.0 計畫、在宅急症照護等，串聯基層醫療、醫院及長照與社區資源，促進醫療體系分工合作，以落實分級醫療。
- (五) 強化兒童醫療照護：健保總額已編列 0-6 歲兒童醫療照護費用，用以調升兒童相關醫療照護支付，如提高兒科專科醫師在加護病房照護重症兒童、兒科專科醫師診治未滿 2 歲兒童急性一般病床住院診察費、調升新生兒 7 項重大手術支付等，期保障兒童照護量能。
- (六) 加速引進新藥、新科技：持續擴大新醫療科技納入健保給付、現有給付項目放寬給付規定、編列罕見疾病、血友病專款、設立癌症新藥基金等，提升新醫療科技可及性，減輕民眾負擔。
- (七) 推動遠距醫療與優化數位照護：為強化醫療資源不足地區醫療服務，推動偏鄉地區全人照護方案、精進遠距醫療給付計畫等，期提升偏鄉醫療可近性與效率。

為維持健保穩健發展，本部賡續推動相關精進措施，持續兼顧民眾醫療需求與醫療照護服務品質，朝向醫療體系健全發展與鞏固醫療量能，並妥善運用健保資源，朝向健保永續之目標前進。

表5、116年度總額範圍(草案)費用推估及健保財務之影響評估

項目	低推估	高推估
116 年度總額醫療費用成長率	2.619%	5.5%
116 年度總額醫療費用(億元) (含部分負擔)	10,150	10,434
增加金額(億元)	259	544
116 年保險成本(億元) (不含部分負擔)	9,438	9,720
116 年保險收入(億元)	8,879	8,877
116 年當年保險收支餘絀(億元)	-559	-843
116 年保險收支累計結餘(億元)	1,103	819
116 年保險收支累計結餘 約當保險給付支出月數	1.40	1.01

製表日期：115.6.11

附註：

- 1、保險收入主要包含一般保險費、補充保險費及政府負擔健保總經費法定下限 36%不足數之保險費收入，以及其他法定收入(滯納金、菸捐分配收入、公益彩券盈餘收入、投資運用收益、呆帳提列(減項)...等)。
- 2、116 年一般保險費率假設暫以現行費率 5.17%(補充保險費率 2.11%)推估；另因受醫療給付費用總額成長率不同影響，投資運用收益略有差異，以致保險收入亦略有差異。
- 3、依目前所擬之 116 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)，以總額基期淨值約 9,890.52 億元進行計算。增加金額=116 年度總額醫療費用－9,890.52。
- 4、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

表6、歷年健保財務收支情形(85年至116年)

年別	保險收入[1]		保險成本[2]		保險收支 餘絀(億元)	保險收支 累計餘絀
	金額 (億元)	成長率 (%)	金額 (億元)	成長率 (%)	[3]=[1]-[2]	(億元)
85 年	2,413	-	2,229	-	184	555
86 年	2,436	0.96	2,376	6.58	60	616
87 年	2,605	6.91	2,620	10.28	-16	600
88 年	2,649	1.69	2,859	9.10	-210	390
89 年	2,852	7.65	2,842	-0.59	10	400
90 年	2,861	0.34	3,018	6.19	-156	243
91 年	3,076	7.50	3,233	7.12	-157	87
92 年	3,368	9.48	3,371	4.29	-4	83
93 年	3,522	4.60	3,527	4.61	-4	79
94 年	3,611	2.51	3,674	4.18	-63	15
95 年	3,819	5.76	3,822	4.02	-3	12
96 年	3,874	1.44	4,011	4.96	-138	-126
97 年	4,020	3.77	4,159	3.68	-140	-265
98 年	4,031	0.28	4,348	4.53	-317	-582
99 年	4,608	14.32	4,423	1.73	185	-397
100 年	4,924	6.85	4,582	3.59	342	-55
101 年	5,072	3.01	4,806	4.90	265	210
102 年	5,557	9.57	5,021	4.47	536	746
103 年	5,695	2.49	5,181	3.19	514	1,260
104 年	6,410	12.54	5,381	3.85	1,029	2,289
105 年	5,869	-8.43	5,684	5.63	186	2,474
106 年	5,900	0.53	5,998	5.54	-98	2,376
107 年	6,061	2.73	6,328	5.49	-266	2,109
108 年	6,224	2.69	6,566	3.77	-342	1,767
109 年	6,278	0.87	6,954	5.91	-676	1,091
110 年	7,119	13.39	7,274	4.60	-155	936
111 年	7,603	6.81	7,491	2.98	113	1,049
112 年	8,110	6.66	7,771	3.74	339	1,388
113 年	8,344	2.89	8,110	4.37	234	1,622
114 年	8,798	5.44	8,330	2.70	468	2,090
115 年(P)	8,740	-0.66	9,167	10.05	-428	1,662
116 年(P)-低推估 2.619%	8,879	1.60	9,438	2.96	-559	1,103
116 年(P)-高推估 5.5%	8,877	1.57	9,720	6.03	-843	819
85~114 年平均	4,924	4.56	4,866	4.65		

製表日期：115.06.11

說明：1、保險收入＝應收保險費(一般保險費+補充保險費+政府負擔不足 36%之差額)－呆帳提存+保險費滯納金+社會公益彩券盈餘分配收入+菸品健康福利捐分配收入+投資淨收益(利息收入－利息費用+買賣票券利益－投資損失)+雜項業務收入+其他業務外收入。

2、保險成本＝醫療給付費用總額－部分負擔－代辦部分負擔－代位求償－其他非本保險應付之費用+其他業務外費用。

3、85 年保險收支累計結餘 555 億元含 84 年結餘 371 億元，114 年(含)以前為審定決算數，115 年及 116 年為預估值。

4、115 年度健保費率，經行政院核定維持 5.17%(補充保險費費率為 2.11%)；116 年費率暫以現行 5.17%推估。

5、依目前所擬之 116 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)，以總額基期淨值約 9,890.52 億元進行計算。

6、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

表 7-1、113 年至 116 年健保財務收支概估(依現行費率推估)

116 年度總額成長率依總額範圍(草案)：低推估(2.619%)

單位：億元、月數

項目	113 年	114 年	115 年	116 年
	審定 決算數		預估數	
醫療給付費用總額	8,755	9,286	9,883	10,150
成長率	4.700%	5.500%	5.500%	2.619%
保險成本	8,110	8,330	9,167	9,438
保險收入	8,344	8,798	8,740	8,879
(一)保險費收入	7,998	8,620	8,605	8,754
1. 一般保險費	6,294	6,590	6,735	6,820
2. 補充保險費	715	786	645	658
3. 政府負擔不足法定 36%之差額	988	1,243	1,225	1,276
(二)其他收入	347	178	134	125
當年保險收支餘絀	234	468	-428	-559
保險收支累計餘絀	1,622	2,090	1,662	1,103
約當保險給付支出月數	2.40	3.01	2.18	1.40

製表日期：115.06.11

說明：1、其他收入=保險費滯納金+社會公益彩券盈餘分配收入+菸品健康福利捐分配收入+投資淨收益(利息收入－利息費用+買賣票券利益－投資損失)+雜項業務收入+其他業務外收入－呆帳提存。

2、116 年以總額基期淨值約 9,890.52 億元進行計算。

3、行政院於 113 年以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撥補 200 億元。

4、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

表7-2、113年至116年健保財務收支概估(依現行費率推估)

116年度總額成長率依總額範圍(草案)：高推估(5.5%)

單位：億元、月數

項目	113 年	114 年	115 年	116 年
	審定 決算數		預估數	
醫療給付費用總額	8,755	9,286	9,883	10,434
成長率	4.700%	5.500%	5.500%	5.500%
保險成本	8,110	8,330	9,167	9,720
保險收入	8,344	8,798	8,740	8,877
(一)保險費收入	7,998	8,620	8,605	8,754
1.一般保險費	6,294	6,590	6,735	6,820
2.補充保險費	715	786	645	658
3.政府負擔不足法定 36% 之差額	988	1,243	1,225	1,276
(二)其他收入	347	178	134	123
當年保險收支餘絀	234	468	-428	-843
保險收支累計餘絀	1,622	2,090	1,662	819
約當保險給付支出月數	2.40	3.01	2.18	1.01

製表日期：115.06.11

說明：1、其他收入=保險費滯納金+社會公益彩券盈餘分配收入+菸品健康福利捐分配收入+投資淨收益(利息收入－利息費用+買賣票券利益－投資損失)+雜項業務收入+其他業務外收入－呆帳提存。

2、116 年以總額基期淨值約 9,890.52 億元進行計算。

3、行政院於 113 年以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撥補 200 億元。

4、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

表8-1、113年至116年健保財務收支概估(依平衡費率推估)

116年度總額成長率依總額範圍(草案)：低推估(2.619%)

單位：億元、月數

項目	113 年	114 年	115 年	116 年
	審定 決算數		預估數	
醫療給付費用總額	8,755	9,286	9,883	10,150
成長率	4.700%	5.500%	5.500%	2.619%
保險成本	8,110	8,330	9,167	9,438
保險收入	8,344	8,798	8,740	9,453
(一)保險費收入	7,998	8,620	8,605	9,326
1.一般保險費	6,294	6,590	6,735	7,262
2.補充保險費	715	786	645	699
3.政府負擔不足法定 36% 之差額	988	1,243	1,225	1,365
(二)其他收入	347	178	134	127
當年保險收支餘絀	234	468	-428	15
保險收支累計餘絀	1,622	2,090	1,662	1,677
約當保險給付支出月數	2.40	3.01	2.18	2.13

製表日期：115.06.11

說明：1、其他收入=保險費滯納金+社會公益彩券盈餘分配收入+菸品健康福利捐分配收入+投資淨收益(利息收入－利息費用+買賣票券利益－投資損失)+雜項業務收入+其他業務外收入－呆帳提存。

2、116 年以總額基期淨值約 9,890.52 億元進行計算。

3、115 年度健保費率，經行政院核定維持現行 5.17%(補充保險費費率 2.11%)，116 年收支平衡費率分別為 5.51%。

4、行政院於 113 年以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撥補 200 億元。

5、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

表8-2、113年至116年健保財務收支概估(依平衡費率推估)

116年度總額成長率依總額範圍(草案)：高推估(5.5%)

單位：億元、月數

項目	113 年	114 年	115 年	116 年
	審定 決算數		預估數	
醫療給付費用總額	8,755	9,286	9,883	10,434
成長率	4.700%	5.500%	5.500%	5.500%
保險成本	8,110	8,330	9,167	9,720
保險收入	8,344	8,798	8,740	9,737
(一)保險費收入	7,998	8,620	8,605	9,611
1.一般保險費	6,294	6,590	6,735	7,483
2.補充保險費	715	786	645	719
3.政府負擔不足法定 36% 之差額	988	1,243	1,225	1,410
(二)其他收入	347	178	134	126
當年保險收支餘絀	234	468	-428	17
保險收支累計餘絀	1,622	2,090	1,662	1,679
約當保險給付支出月數	2.40	3.01	2.18	2.07

製表日期：115.06.11

說明：1、其他收入=保險費滯納金+社會公益彩券盈餘分配收入+菸品健康福利捐分配收入+投資淨收益(利息收入－利息費用+買賣票券利益－投資損失)+雜項業務收入+其他業務外收入－呆帳提存。

2、116 年以總額基期淨值約 9,890.52 億元進行計算。

3、115 年度健保費率，經行政院核定維持現行 5.17%(補充保險費費率 2.11%)，116 年收支平衡費率分別為 5.68%。

4、行政院於 113 年以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撥補 200 億元。

5、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

表9、付費者之付費能力參考指標

	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年	114年	115年 (預估)
名目國內生產毛額成長率(GDP) ^{註1}	6.47	4.90	2.93	2.60	2.26	3.01	5.53	8.74	4.81	3.40	9.07	11.51	13.23
實質國內生產毛額成長率 ^{註1} (經濟成長率)	4.72	1.47	2.17	3.66	2.91	3.06	3.42	6.72	2.68	1.12	5.27	8.68	7.71
名目國民所得年增率(NI) ^{註1}	7.71	4.56	2.99	2.79	1.65	2.35	5.94	9.11	4.15	1.49	11.60	9.92	15.89
實質國民所得年增率 ^{註2}	7.08	5.82	2.37	2.96	0.75	2.52	7.24	5.58	0.32	1.45	8.42	9.76	-
受雇員工每人每月平均薪資成長率 (工業及服務業總計) ^{註3}	3.60	2.54	0.62	2.80	3.62	-	1.36	3.41	3.41	0.65	4.42	3.90	-
失業率 ^{註4}	3.96	3.78	3.92	3.76	3.71	3.73	3.85	3.95	3.67	3.48	3.38	3.35	3.32
健保平均投保金額成長率 ^{註5}	1.56	1.65	1.46	1.52	2.93	2.01	1.71	1.50	4.09	3.54	3.91	4.79	2.14
健保應收保險費成長率 ^{註5}	4.63	1.07	-4.18	2.90	3.42	2.80	0.82	13.83	7.26	3.51	3.76	7.78	-0.17
健保醫療費用成長率 ^{註6}	3.28	3.38	4.91	5.64	4.67	4.39	5.24	4.10	3.30	3.35	4.68	6.06	6.43
每人健保醫療費用成長率 ^{註7}	2.68	2.75	4.56	5.24	4.40	4.17	5.14	4.40	4.05	2.97	4.36	5.58	6.36
國民醫療保健支出占GDP比率 ^{註8}	6.79	6.72	6.87	7.08	7.38	7.49	7.68	7.59	7.76	7.78	7.34	-	-
健保支出占GDP比率 ^{註1、6}	3.51	3.46	3.53	3.63	3.72	3.77	3.76	3.60	3.55	3.54	3.40	3.24	3.04
健保支出占國民醫療保健支出比率 ^{註6、8}	51.78	51.54	51.37	51.29	50.4	50.33	48.97	47.39	45.71	45.57	46.33	-	-
家庭部門占國民醫療保健支出比率 ^{註8}	37.59	37.37	36.94	37.73	37.49	37.97	36.96	34.82	34.92	36.14	37.23	-	-

註：

1. 名目國內生產毛額成長率(GDP)、實質國內生產毛額成長率及名目國民所得年增率：參考中華民國統計資訊網 115 年 2 月更新之「國民所得及經濟成長」項下「國民所得統計常用資料」。
2. 實質國民所得年增率：參考中華民國統計資訊網 115 年 2 月更新之「國民所得及經濟成長」項下「1-1 GDP、GNI 及 NI」資料。
3. 受雇員工每人每月平均薪資成長率：參考主計總處薪情平台於 115 年 4 月更新。查詢時選「週期」為年資料、「性別」為總計，其餘選項為「每人每月總薪資」、「工業及服務業」、「較上年同期增減率」。另因 108 年行業分類擴增幅度較大，該年度資料未與前一年進行比較，以維持比較基礎一致性。
4. 失業率：參考中華民國統計資訊網於 115 年 4 月更新之「就業、失業統計」「就業失業統計觀測站」項下「常用資料查詢」「失業率」。103 年至 114 年為年平均値，115 年為 1 至 3 月累計平均値。
5. 健保平均投保金額成長率、健保應收保險費成長率：參考健保署 115 年 6 月提供統計資料。
6. 健保醫療費用成長率、健保支出：參考健保會「總額協商參考指標要覽」之總額預算值（102 年至 111 年）及「健保總額公告金額」（112 年至 115 年）。
7. 每人健保醫療費用成長率：參考健保會「總額協商參考指標要覽」之總額預算值（102 年至 111 年）、「健保總額公告金額」（112 年至 115 年）及健保署於 115 年 3 月提供之投保人數計算。
8. 國民醫療保健支出、家庭部門支出：參考本部統計處 115 年 3 月更新「國民醫療保健支出統計表」項下表 1「國民醫療保健支出指標」及表 2「家庭部門金額」。

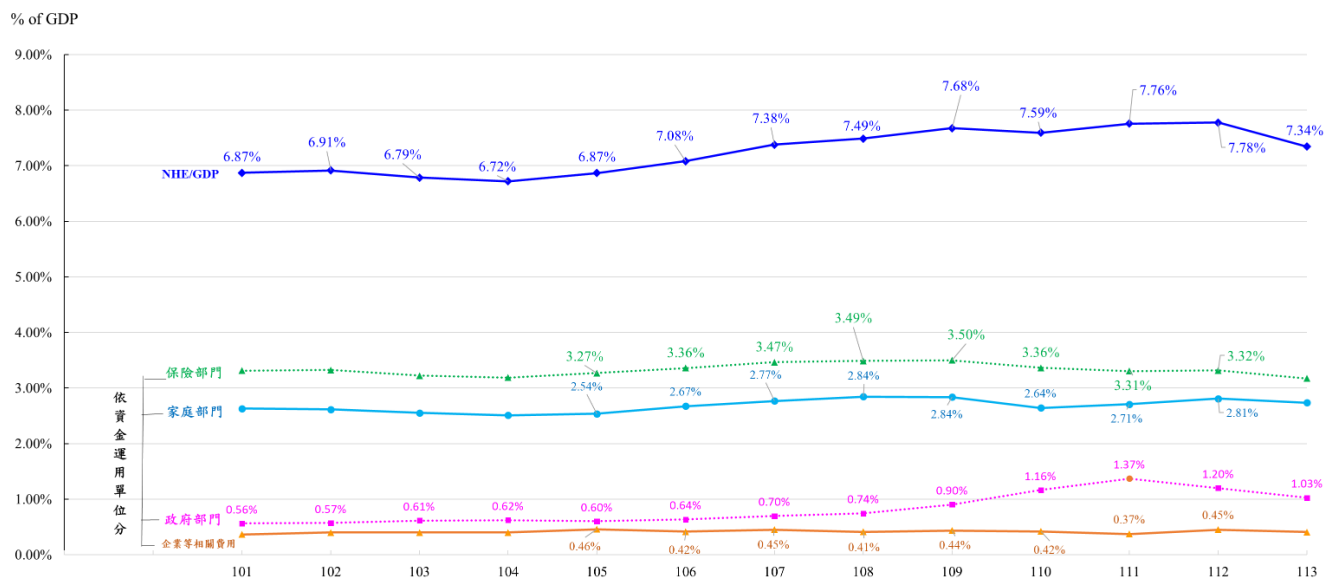


圖3、歷年我國醫療保健支出占GDP比率與保險、民間及政府部門占GDP比率(至113年)

資料來源：本部發布之「113年國民醫療保健支出統計分析」。

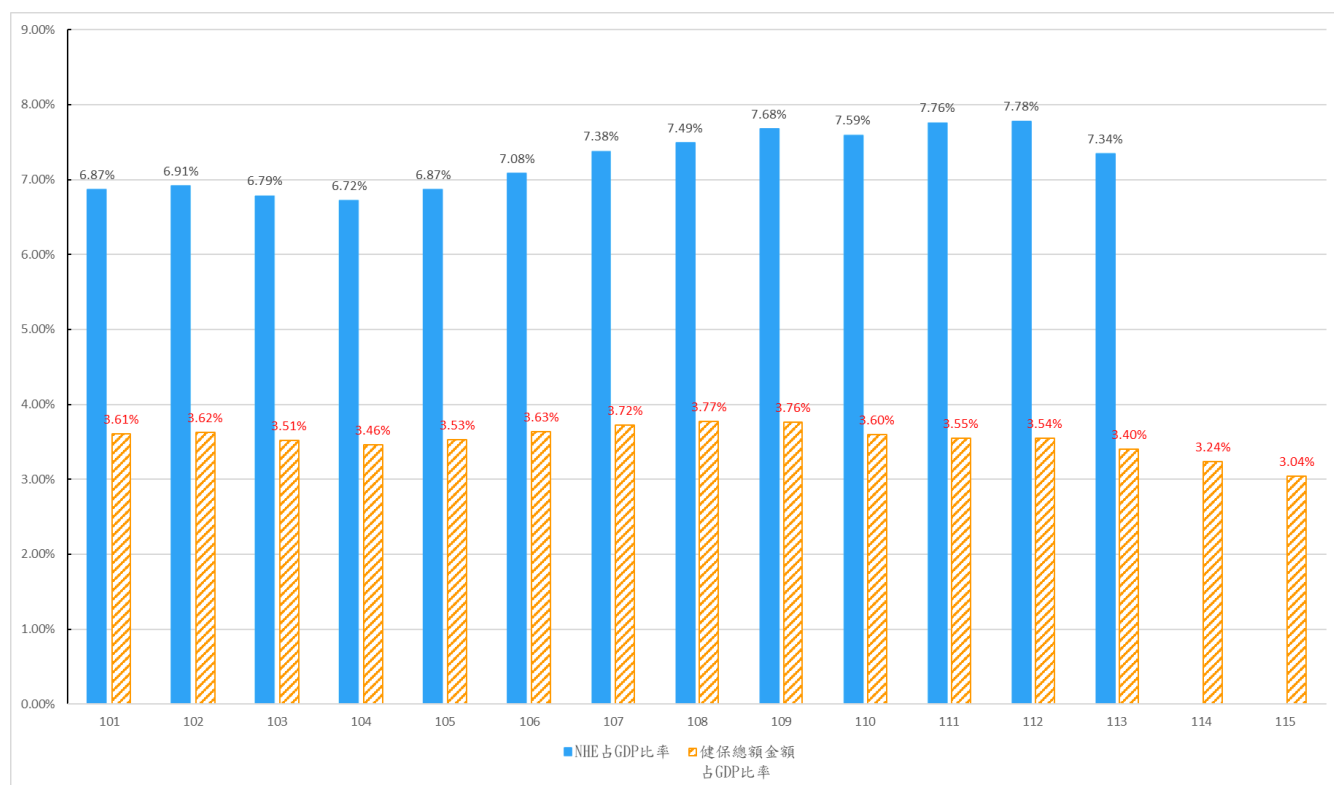


圖4、歷年健保總額占GDP比率趨勢圖

第五章 行政院核定 115 年度總額範圍之函示事項辦理情形

行政院 114 年 8 月 27 日院臺衛字第 1141021415 號函，除核定 115 年度健保醫療給付費用成長率範圍，並函示下列事項，本部併同說明如下：

一、行政院函示「為利健保財務穩定及永續經營，請檢討健保財務收支及健保會運作協商機制，並適時評估檢討健保法整體修法工作。」，本部說明：

(一) 隨著我國人口結構改變及社會環境變遷，預期未來醫療費用支出將持續成長，為健保財務穩定及永續經營，本部改革措施與未來規劃方向如下：

1. 政府擴大財政挹注，除法定負擔外，另於 112 年以公務預算撥補健保基金 240 億元，113 年以疫後特別預算挹注健保基金 200 億元，114 年以韌性特別預算挹注健保基金 200 億元。
2. 編列健保財務協助方案挹注基金收入，並將現有健保總額支付之部分較屬公共衛生性質之服務項目，改以公務預算支應；修正「全民健康保險法施行細則」，政府每年度負擔本保險之總經費，將屬於其他法律規定補助保險對象之保險費排除。
3. 114 年已配合最低工資調整及量能課費原則，同步提高健保投保金額分級表第一級與最高一級之金額。

(二) 為確保健保穩健經營，並減輕單純受薪與年輕族群壓力，已

先強化政府財務責任，未來規劃透過調整保費結構，提升負擔公平性。惟制度改革影響層面大且多涉民眾負擔增加，須審慎評估，目前仍於研議階段；未來亦會持續爭取政府資源挹注，確保健保永續照顧全民健康。

(三) 有關檢討健保會運作協商機制部分，健保會每年於總額協商前，均事先於委員會議提案檢討議定總額協商架構、原則與程序，於總額協商前召開多場座談會及說明會，未來持續加強政策溝通，以完善協商機制，提升總額協商效率。

二、 行政院函示「就健保總額範圍擬訂公式進行全面性研究，以檢討其合理性，貼近實際需求」，本部說明：

為使健保總額範圍擬訂貼近實際需求及合理性，國家衛生研究院已於 115 年論壇「健保總額公式與部分負擔機制之評估：財務、可近性與公平性分析」議題協助進行全面性研究，期提出健保總額範圍高低推估之合理擬訂方式，以反映民眾醫療服務需求及健全醫療服務體系發展。

三、 行政院函示「就自費醫療項目及金額，強化有效之管理及監督機制，以保障病患就醫權益」，本部說明：

(一) 強化民眾「知」的權益，促進自費醫療資訊公開透明：

1. 醫材比價網：健保署自 103 年 6 月建置醫材比價網，供特約院所自主上傳向民眾收取醫材費用資訊，亦提供民眾自付差額品項之功能分類、功能說明，方便民眾作為就醫選擇之參考。藉由資訊公開增進各院所間收費之合理性，以維護民眾權益。

2. 全國性醫療費用資訊平台：醫事司、地方政府衛生局與健保署協力建置全國性醫療費用資訊平台，已於 114 年 5 月 28 日上線，民眾可於平台查詢全國 22 縣市衛生局核定醫療項目收費上限，並依縣市別、醫療院所、科別或醫療項目等條件進行查詢比較，提升就醫決策自主性與知情權，進而增進整體醫療服務品質與效率，促進資訊公開透明，將持續精進平台功能。

（二）違規特約醫療院所之管理：

1. 民眾自費項目倘為健保給付範圍，而特約醫療院所仍向民眾收費者，則構成全民健康保險法第 68 條「自立名目向保險對象收取費用」之情事。違反前述規定者，應退還收取之費用，並按所收取之費用處以 5 倍之罰鍰。
2. 健保給付之項目，保險醫事服務機構不得囑保險對象自費或自購藥劑、治療材料或自費檢查，且不得應保險對象之要求，提供非屬醫療所需之醫療服務並申報費用。若違反者，依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定予以違約記點。
3. 本部業將醫療機構收取費用，列為衛生局督導考核醫療機構業務項目，並於 113 年 7 月 30 日增訂「醫療法施行細則」第 11 條第 4 項，於醫療機構超收醫療費用或擅立收費項目收費經查屬實時，除依醫療法論處外；明定「直轄市、縣（市）主管機關得通知其限期將超收部分或擅立項目之費用退還病人」，維護病人權益。

（三）本部亦提供民眾檢舉申訴管道，民眾遇有就醫疑義可打健

保署免費諮詢服務專線、民眾意見信箱及就醫申訴服務，全民監督醫療院所。

四、行政院函示「確保相關資源投入可確實優化醫事人員工作環境，並請全面檢討租稅等誘因對醫事人員流動之影響及合理性」，本部說明：

(一)已編列提升護理照護量能相關預算共計 55.34 億元，包含：

醫院總額-強化住院護理照護量能(45 億元)、西醫基層總額-提高基層診察費(6.59 億元)、中醫總額-提升中醫護理品質(3.75 億元)。後續健保署與相關總額團體及中華民國護理師護士公會全國聯合會研訂具體實施方案，並以增加護理人力或護理人員薪資調整為原則，規劃稽核機制，確保相關資源投入可確實優化醫事人員工作環境。

(二)另「全民健康保險週日及國定假日輕急症中心(UCC)試辦計畫」

自 114 年 11 月 2 日開辦，此計畫針對各職類醫事人員訂定人力費用標準，作為參與 UCC 服務的額外補貼。具體費用如下：醫師每班日診補貼新臺幣 1.5 萬元，晚診補貼 2 萬元；護理人員、藥事人員、醫事放射人員及醫事檢驗人員每班日診補貼 4,000 元，晚診補貼 6,000 元。

五、行政院函示「建構整合性之全人照護模式，以因應超高齡社會下之醫療照護需求」，本部說明：

(一)持續推動家醫計畫與慢性病整合照護

以家醫計畫為基礎，自 114 年起逐步整合代謝計畫、P4P-DM/CKD/DKD 等論質方案，讓慢性病人於主要就醫之院所接受整合性醫療照護，並以疾病分級為基礎，透過個管費加成、

依個案之疾病類型(含風險等級)及控制情形予以獎勵等措施，強化三高病人照護，調整家醫計畫相關費用支付額度趨近 P4P。

(二)強化安寧緩和療護品質

自 114 年 7 月起推動「安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案」，由評核委員實地訪視並輔導院所安寧實務作業，依評核結果給予 10%至 30%加成獎勵，且獎勵費須分配至少六成以上予安寧團隊參與人員，以回應醫事人員付出之心力，提升安寧照護品質。

(三)推動居家安寧 2.0 計畫

未來將整合現行支付標準與居家醫療照護整合計畫，導入包裹給付模式，並新增緊急訪視及臨終訪視支付項目。試辦期間採雙軌制，院所可選擇參與試辦計畫，或依現行支付標準搭配安寧論質方案執行，以擴大居家安寧服務量能。

(四)健全在宅醫療照護網絡

持續規劃擴增居家醫療服務項目與量能，整合醫療、長照與數位科技資源，建立跨機構協作與資訊共享機制，健全在宅網絡，落實以民眾健康為導向之全人照護模式。

六、行政院函示「全面檢視總額制度下各項政策或計畫之執行成效，並評估訂定具體明確之政策目標」，本部說明：

- (一) 健保署歷年皆依總額協商結果，會同各總額部門及相關團體，針對新增項目制定具體實施方案（包含執行方式、目標及預期效益評估指標等），並檢視上線後的執行情形；延續項目則採滾動式檢討，評估是否導入一般服務或退場。

(二) 另將於次年 7 月「衛生福利部全民健康保險會各部門總額執行成果發表會暨評核會議」報告年度總額執行成效，確保政策落實與資源合理運用。

第六章 結 論

依健保法第 60 條規定，本部擬訂 116 年度健保醫療給付費用總額成長率範圍經 115 年 6 月 24 日諮詢健保會，其範圍為 2.619%至 5.5%，預估整體健保醫療費用約為 10,149.55 億元至 10,434.49 億元，相較於基期增加約 259.03 億元至 543.98 億元。其中，低推估值考量投保人口結構改變對醫療費用之影響率、醫療服務成本指數改變率及投保人口預估成長率；高推估值則在低推估值之基礎下，依據 116 年規劃目標及民眾付費能力等估計而得。

本部亦參考近期府院施政方向，為達成「健康台灣」、「健保永續」，將積極推動多項措施，包括強化全人全程照護、留人留才、提升支付合理性、照顧兒童、急重難罕病人醫療需求、加速導入新醫療科技、提升醫療可近性與效能等多元面向。

後續俟行政院核定後交議健保會進行 116 年度醫療給付費用總額協定及分配，以保障民眾醫療權益及獲得妥適醫療照護，並逐步改善醫療照護品質及醫護人員執業環境，俾持續提升全民健康。

個別委員關切事項(含書面意見)之健保署回復

委員意見	健保署說明
楊委員玉琦(議事錄第 17 頁) 因為平均眷口數的部分已經要公告生效，想要請教可以提供計算公式嗎？讓我們可以做更多的分析。	有關平均眷口數計算規定，係依全民健康保險法第 29 條規定，以第 1 類第 1 目至第 3 目被保險人實際眷屬人數平均計算。
朱委員益宏(議事錄第 19 頁) 第二點，我建議明年度的總額規劃目標，是不是在第 4 項特別強調分級醫療，因為分級醫療是自 106 年政策開始推動，上次健保會委員會議在健保業務執行季報告時，我也提出現在的分級醫療，特別是下轉部分的成效是不好的。我們看到分級醫療下轉的狀況，107、108 年成效非常好，主要是因為政策引導，當時的政策是醫學中心和區域醫院門診量要年減 2%，107 年減 2%、108 年減 4%，所以成效就出來了，可見政策是可以引導這部分。但是到 109 年因為疫情關係暫停，下轉的量就持平，不再有太大的變動。我覺得賴總統的健康台灣政策也一再強調落實分級醫療，建議在總額規劃目標，要再次強調提升醫療資源可近性，平衡醫療資源，並且強化、落實分級醫療，至於怎麼落實分級醫療，當然要執行以後健保署跟四總額部門相關團體大家一起推動，謝謝。	一、分級醫療改善措施： (一) 個別醫院總額，設有下列管理機制： 1. 門診非急重症占率越高，分階成長越低。 2. 門診占率高(未達標)，獎勵金越低。 3. 另設有監測指標，定期資訊回饋、輔導院所。 (二) 調升轉診支付：本署114年9月1日起調升下轉及接受下轉支付點數，以落實分級醫療政策，將醫院資源留給急重難症病人。 二、成果：總轉診件數85萬件，較去年同期成長2%，接受下轉8萬件，較去年同期(7.8萬件)成長2%，其中醫學中心下轉5.8萬件，較去年同期(5.3萬件)成長11.5%。 三、未來規劃：分級醫療為健保重要政策方向，委員所提建議，將作為明年度總額規劃目標研訂的重要參考。有關提升醫療資源配置效益、促進醫療資源合理運用及持續精進分級醫療制度等方向，將配合整體政策規劃審慎研議。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：陳怡蓓

聯絡電話：02-27065866 分機：2614

傳真：02-2706-9043

電子郵件：A111034@nh.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115年6月15日

發文字號：健保醫字第1150662525號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨 (A210300001_1150662525_doc1_Attach1.pdf)

主旨：檢送115年度西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式（附件），請備查。

說明：依據本署115年3月12日召開之全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額115年第1次研商議事會議決議（諒達）暨衛生福利部115年6月1日核定辦理。

一、本案經前開研商議事會議討論，因下列事項未達共識，報請衛生福利部（下稱衛福部）核定：

（一）保障東區浮動點值不低於每點1元，每點1元之計算，刪除「不含『新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用』」。

（二）新增「當有分區結算浮動點值大於每點1元者，則該分區移撥超出金額，按六分區當季預算（不含違規查處、專款及其他預算部門併入一般服務之預算）占率分配至六分區」之規定。

二、本案經衛福部核定未達共識部分，維持114年分配方式，重點如下：



(一)保障東區浮動點值不低於每點1元，每點1元之計算，維持「不含『新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用』」。

(二)不新增「當有分區結算浮動點值大於每點1元者，則該分區移撥超出金額，按六分區當季預算(不含違規查處、專款及其他預算部門併入一般服務之預算)占率分配至六分區」等規定。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：衛生福利部社會保險司、中華民國醫師公會全國聯合會(均含附件)



115114年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」

- 一、115114年西醫基層一般服務費用地區預算之參數分配方式
- 二、SMR及TRANS以110-113~~109-112~~年度數值依25%、25%、25%、25%加權平均計算。
- 三、115114年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式：
 - (一) 115114年一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度1.052億元)，全年移撥風險調整移撥款~~650~~700百萬元。用於因撥補因R值占率前進而減少預算分區之「減少費用」(不含東區)，其次，保障東區浮動點值不低於每點1元(不含「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)，餘款用於撥補點值落後地區，並依115年西醫基層總額四季預算占率提列。
 - (二) 六分區各季預算70%依「人口風險因子及轉診型態校正比例(R值)」，30%依「開辦前一年各區門診醫療費用占率(S值)」比率分配。
 - ~~(三) 撥補因R值占率前進而減少預算分區之「減少費用」，係採114年一般服務總額預算計算，並扣除風險調整移撥款6.5億元後，估算減少地區之費用，進行該區預算回補。~~
 - (四) ~~(三)~~以東區以外之五分區一般服務費用(不含新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用，含查處追扣金額、「強化基層照護能力及開放表別項目」、「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」等專款、其他部門「基層總額轉診型態調整費用」、及藥品給付協議)，估算浮動點值後進行排序及風險調整移撥款撥補點值落後地區方式，如下：
 1. 點值落後地區，係指低於五分區(不含東區)平均浮動點值且不超過每點1元之地區。
 2. 依下列公式進行費用撥補：

$$\{(M - An) \times Y_n / \sum_{n=1}^n [(M - An) \times Y_n]\} \times \text{當季風險調整移撥款}$$

註

M=五分區平均浮動點值；A=該區浮動點值。

Y=該分區一般服務預算（不含違規查處、專款及其他部門）占率。

n=低於五分區平均浮動點值且不超過每點 1 元之地區。

3. 撥補前與撥補後點值排序不變，若撥補後影響點值排序，則受撥補分區最高補至與原浮動點值排序前一名之分區點值，且點值不超過每點1元為止。
4. 若有剩餘或未動用之移撥款，則當季依五分區(不含東區)移撥後之預算(不含違規查處、專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算)占率攤分。

(五) 分區一般服務預算依前開調整後併入「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」，結算點值。

四、113112年西醫基層總額六分區查處非總額舉發追扣金額，依六分區減列金額之50%，列入115114年六分區地區預算分配，計算方式如下：

(一)扣除額度，臺北2,663,669427,212元、北區206,116248,663元、中區73,0231,496,856元、南區2,426,854168,954元、高屏區409,96338,259元、東區2,357143,917元。

(二)115114年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依113年四季預算占率計算。

(三)115114年六分區四季一般服務費用預算扣除各該區應減列之金額後，各該季總減列之金額再依113112年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至115114年六分區各該季費用預算。

註：四季預算占率係指不含專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算。

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：林昱江
聯絡電話：(02)8590-6748
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hgjy0328yj@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年6月29日
發文字號：衛部保字第1150127355號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：所報「115年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」，同意辦理，下年度方案之提報，請仍按全民健康保險會排定時程，復請查照。

說明：復貴署115年6月22日健保醫字第1150662079號函。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：本部全民健康保險會

115.06.29



115CC00450

115 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案

壹、依據

依全民健康保險法(以下稱健保法)第 72 條規定：「為減少無效醫療等不當耗用保險醫療資源之情形，保險人每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案，提健保會討論後，報主管機關核定」。

貳、說明

全民健康保險(以下稱全民健保)自全面實施總額支付制度以來，每年醫療費用控制在總額成長幅度以下，宏觀面已達費用管控目的；在微觀管控面，對於全民健保可能衍伸之醫療浪費，如看病多、拿藥多、檢查多等議題，希望保險人能積極提出良好改善對策，因此於健保法第 72 條訂定保險人每年擬訂抑制資源不當耗用之改善方案。

資源不當耗用，包括無效醫療及非必要醫療，常見之無效醫療為生命末期或病人處於不可逆狀態下施行之過度的醫療，徒增病人痛苦且療效不彰，惟醫療處置當下有其不確定性，臨終前的治療處置亦涉及倫理道德層面的考量，並不適合以行政手段進行管控，故本方案就末期病人之醫療，係以積極推動安寧療護為管理策略，除避免資源不當耗用外，亦保障病人醫療自主及臨終的尊嚴。

而非必要醫療則為本方案的主要管控目標，經分析可能造成醫療浪費之成因，包括：總額支付制度下論量計酬之誘因，致特約醫事機構提供保險對象過多醫療照護；醫療提供者採防禦性之醫療，增加不必要高科技醫療檢查及治療；保險對象就醫資訊傳遞未暢通，易造成就醫後重複用藥、檢驗(查)與處置的問題；就醫可近性高，少數病患有高診次就醫問題；照護體系及院所間未建立成熟之病人轉銜系統，造成整體就醫屬片斷醫療等。

綜整前述非必要醫療行為的可能原因，本方案從合理使用保險權益、鼓勵醫療體系間合作與轉銜及促進醫療資源合理使用等三面向，擬訂對應管理策略，包括：健保資源宣導、強化自我照護能力、門診高診次就醫個案輔導、持續推動分級醫療、加強審查與查核機制、減少不必要醫療利用、推動疾病管理、促進院所合作機制、照護服務之銜接等規劃藍圖，並列為每年持

續推動改革之策略。

參、實施目的

降低不必要醫療資源使用，促進醫療服務效率與合理使用，保障保險對象就醫權益，執行本方案所擷節之非必要醫療費用支出，亦將回歸健保總額，保障全民健康保險之永續經營。

肆、實施期間

本方案施行期間自 115 年 1 月 1 日起至 115 年 12 月 31 日止，執行期間將視方案特性、複雜度與執行情形，必要時將延長實施年限。

伍、實施策略及方法

本方案實施內容，包括導正就醫觀念及行為、鼓勵下載健康存摺強化自我照護能力；保險人持續推動分級醫療、精準審查及強化違規查處機制；醫事服務機構則運用雲端資料庫、避免重複檢驗(查)、用藥及治療，加強疾病管理及強化院所間之合作機制等，主要策略及方法如下：

一、合理使用保險權益

(一)強化自我照護能力

- 1.策略：提供視覺化就醫資料及與相關衛教資訊連結，強化保險對象自我照護能力。
- 2.方法：持續精進「健康存摺2.0」，並追蹤全民健保行動快易通|健康存摺APP登錄人次及使用健康存摺管理自身健康的人次，幫助保險對象即時、便利地掌握個人健康大小事，做好自我健康照顧及管理。

(二)正確就醫觀念及行為

- 1.策略：導正就醫觀念及行為，整合及提供醫療高利用保險對象醫療需求，促使合理使用保險權益。
- 2.方法：
 - (1)以門診就醫次數 ≥ 90 次/年及各季 ≥ 40 次者為對象，依標準作業程序強化其正確就醫觀念及行為，包括寄發關懷函表達關心，提供諮詢電話，對不易接觸(失聯)者以限制全民健康保險憑證(以下稱健保卡)更新地點，取得衛教輔導之機會。另針對高診次保險對

象，若經專業認定確有浮濫就醫者，則指定院所就醫；被指定就醫者，至非指定院所就醫，除情況緊急，否則不予給付。

(2)持續推動分級醫療，除壯大基層與擴大社區醫療群服務量能與品質外，並逐步導引區域級(含)以上醫院下轉案件以減少輕症服務，以達到醫療分工及合作目的。

二、鼓勵醫療體系間合作與轉銜服務。

(一)持續推動分級醫療

1.策略：落實轉診及出院準備服務，導引醫院減少輕症服務。

2.方法：精進轉診資訊交換平台、建立轉診支付誘因、強化居家醫療及醫院出院準備之追蹤服務。

(二)增進院所之合作機制

1.策略：透過轉銜出院後之照護，個案參加居家醫療照護整合計畫後，由照護團隊提供個案訪視服務等，增加就醫可近性與醫療需求整合。

2.方法：提供以病人為中心之轉介照護及透過照護團隊提供病人整合性之全人照護等，確保照護之連續性與協調性。

三、善用醫療資源及合理使用。

(一)減少重複醫療利用

1.策略：藉由健保醫療資訊系統之查詢，降低病患重複處方用藥、檢驗(查)、治療處置，提升病患就醫安全及減少重複醫療利用。

2.方法：

(1)監控全藥類藥品重複用藥日數下降率。

(2)監控 10 項重點檢驗、檢查等合理區間內之再次執行下降比率，包含CT、MRI、正子造影、腹部超音波、超音波心臟圖、低密度脂蛋白—膽固醇、杜卜勒氏彩色心臟血流圖、大腸鏡檢查、胃鏡(上消化道泛內視鏡檢查)、全套血液檢查。

(3)西醫門診復健異常案件管控。

(二)強化違規查處機制

1.策略：加強查處違規院所，防杜不實醫療申報。

2.方法：

(1)落實一般違規案件之訪查。

(2)規劃辦理全國性費用申報異常查核專案。

(3)配合檢警調機關查辦重大與集團性詐領健保案件。

(三)尊重醫療自主，保障善終權益

1.策略：透過居家安寧療護團隊在宅提供安寧臨終個案完整照護服務，並達在宅善終之目標。

2.方法：觀察居家安寧照護對象於死亡前14日之住院情形。

(四)持續推動疾病管理

1.策略：推動有助提升醫療照護效率及品質之支付制度，持續降低可避免住院率，並針對住院案件，監控出院後使用急診醫療利用情形，以追蹤住院期間照護品質。

2.方法：

(1)推動各項論質支付項目，如：糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調、B型及C肝炎個案追蹤、孕產婦、早期療育、慢性阻塞性肺病、慢性腎臟病(含初期及末期)等。

(2)監控全體住院案件出院後3日內急診比率。

陸、預期效益

一、透過落實醫療知情權，加強保險對象正確就醫觀念及行為。

二、經由持續推動分級醫療政策、精進轉診平台及雲端醫療資訊之使用等，促使醫療資源使用更有效率。

三、減少不必要的檢驗(查)、提供有品質的臨終照護，加強疾病管理、增進院所間之合作機制，降低保險對象重複就醫情形，提升就醫醫療安全與品質，增進醫療連續性，使病患獲得適切之醫療服務，促進民眾健康。

附表、抑制資源不當耗用改善方案管控項目及目標值

構面	策略	管控項目	115 年 目標值
合理使用 保險權益	強化自我 照護能力	1.「全民健保行動快易通 健康存摺」APP 健康存摺/生理量測功能資料登錄人數增加率	>6%
		2.年度健康存摺使用人次增加率	≥15%
	正確就醫 觀念行為	3.門診就醫次數全年大於 90 次之保險對象就醫次數下降率	≥18%
		4.基層與地區醫院門診占整體件數之占率	≥74.2%
		5.醫院下轉率	≥9.2%
鼓勵 醫療體系間 合作 與轉銜服務	持續推動 分級醫療	6.接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	≥30.8%
		7.居家醫療整合照護對象收案後之平均每人每月門診就醫次數較收案前減少	>0 次
	增進院所 合作機制	8.與長照 3.0 之銜接率	≥72.8%
		9.照護機構由同一醫療院所提供醫療及長照比率	≥85%
善用醫療資源 合理使用	減少重複 醫療利用	10.全藥類藥品重複用藥日數占率之下降率	≥5%
		11.門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率之下降率	≥4%
		12.西醫門診年復健次數>180 次異常件數成長率零成長	≤0%
	強化違規 查處機制	13.特約院所訪查家數	≥471
	尊重醫療自主 保障善終權益	14.居家安寧照護對象在宅善終比率較前一年成長	> 1%
	持續推動 疾病管理	15.西醫門診病人可避免住院率	≤1.30%
		16.住院案件出院後 3 日以內急診率	≤2.46%

115年方案目標值修正比較表

構面	策略	管控項目	114年 目標值	115年目標值	
				前次報部	本次修正
合理使用保險 權益	強化自我照護能力	1.「全民健保行動快易通 健康存摺」APP 健康存摺/生理量測功能資料登錄人數增加率	>5%	>5%	>6%
		2.年度健康存摺使用人次增加率	≥7%	≥10%	≥15%
	正確就醫觀念行為	3.門診就醫次數全年大於90次之保險對象就醫次數下降率	≥18%	≥18%	≥18%
		4.基層與地區醫院門診占整體件數之占率	≥74.2%	≥74.2%	≥74.2%
		5.醫院下轉率 非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數	≥63,486	≥63,486	≥9.2%
鼓勵醫療體系間合作與轉銜服務	持續推動分級醫療	6.接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	≥30.8%	≥30.8%	≥30.8%
		7.居家醫療整合照護對象 收案後 之平均每人每月門診就醫次數較收案前減少	<0次	<0次	>0次
	增進院所合作機制	8.與長照3.0之銜接率	≥58.9%	≥72.8%	≥72.8%
		9.照護機構由同一醫療院所提供醫療及長照比率	≥80%	≥85%	≥85%
	善用醫療資源合理使用	減少重複醫療利用	10.全藥類藥品重複用藥日數 占率之 下降率	≥8%	≥1%
11.門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率 之 下降率			≥4%	≥2%	≥4%
12.西醫門診年復健次數>180次異常件數成長率零成長			≤0%	≤0%	≤0%
強化違規查處機制		13.特約 違規 院所訪查家數	≥465	≥471	≥471
尊重醫療自主保障善終權益		14.居家安寧照護對象在宅善終比率較前一年成長	> 1%	> 1%	> 1%
持續推動疾病管理		15.西醫門診病人可避免住院率	≤1.26%	≤1.36%	≤1.30%
		16.住院案件出院後3日以內急診率	≤2.48%	≤2.46%	≤2.46%

近 3 年目標值

構面	策略	管控項目	目標值			說明
			115年	116年	117年	
合理使用保險權益	強化自我照護能力	1.「全民健保行動快易通 健康存摺」APP 健康存摺/生理量測功能資料登錄人數增加率	>6%	>6%	>6%	目標117年資料登錄增加人數達114年登錄增加人數之1倍(117年較114年增加48,552人),平均每年資料登錄人數較前一年增加約6%。
		2.年度健康存摺使用人次增加率	≥15%	≥15%	≥15%	目標117年使用健康存摺預估成長人次達到893,859千人次(較114年增加306,132千人次),平均每年使用人次較前一年增加15%。
	正確就醫觀念行為	3.門診就醫次數全年大於90次之保險對象就醫次數下降率	≥18%	≥18%	≥18%	考量114年未達標,爰115年至117年暫訂以114年目標值為目標,並於達到目標值後調整隔年度目標值;另本署已自115年5月起針對90%以上集中於同一院所就醫之高診次個案為優先輔導對象,後續依辦理情形調整目標值。
		4.基層與地區醫院門診占整體件數之占率	≥74.2%	≥74.2%	≥74.2%	考量受醫院評鑑層級異動影響,114年未達標,爰115年至117年暫訂以114年目標值為目標,並於達到目標值後調整隔年度目標值。
		5.醫院下轉率	≥9.2%	≥9.2%	≥9.2%	考量受醫院評鑑層級異動影響,且115年修改以率訂定目標值,爰115年至117年暫訂以114年執行值為目標,並持續觀察。
鼓勵醫療體系間合作與轉銜服務	持續推動分級醫療	6.接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	≥30.8%	≥31.3%	≥31.8%	目標117年目標值達31.8%,每年提升銜接率0.5%。
		7.居家醫療整合照護對象收案後之平均每人每月門診就醫次數較收案前減少	>0次	>0次	>0次	居家醫療照護收案對象收案後之門診就醫次數較收案前降低,目標每年收案差值較前一年減少0次以上。

構面	策略	管控項目	目標值			說明
			115年	116年	117年	
	增進院所合作機制	8.與長照3.0之銜接率	≥72.8%	≥73.3%	≥73.8%	目標117年目標值達73.8%，每年提升銜接率0.5%。
		9.照護機構由同一醫療院所提供醫療及長照比率	≥85%	≥88%	≥90%	目標117年目標值達90%，每年服務比率提升約2.5%。
善用醫療資源合理使用	減少重複醫療利用	10.全藥類藥品重複用藥日數占率之下降率	≥5%	-	-	1.115年目標值依林次指示提高至5%。 2.116、117年指標研擬調整為「針對65歲以上病人高風險藥品重複用藥進行精準管理」，爰暫不提長期目標值。
		11.門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率之下降率	≥4%	≥4%	≥4%	1.115年目標值依林次指示提高至4%。 2.目標117年再執行率以114年為基期年計算下降率達11.5%，平均每年再執行率較前一年下降4%。
		12.西醫門診年復健次數>180次異常件數成長率零成長	≤0%	≤0%	≤0%	管控醫療資源應合理分配在「各類疾病積極復健治療之療程期間」使用，目標每年異常件數較前一年成長率≤0%。
		13.特約院所訪查家數	≥471 (114年6月全國特約醫療院所家數)*1.5%	≥(115年6月全國特約醫療院所家數)*1.5%	≥(116年6月全國特約醫療院所家數)*1.5%	≥前一年6月全國特約醫療院所家數*1.5%
	尊重醫療自主保障善終權益	14.居家安寧照護對象在宅善終比率較前一年成長	>1%	>1%	>1%	在宅善終比率持續上升，每年較前一年增加1%，目標117年在宅善終比率達75%以上。
	持續推動疾病管理	15.西醫門診病人可避免住院率	≤1.30%	≤1.28%	≤1.26%	考量歷年改善趨勢已趨緩，目標117年可避免住院率下降至1.26%，每年約下降0.02%。
		16.住院案件出院後3日以內急診率	≤2.46%	≤2.44%	≤2.42%	考量再急診率受流感疫情等多重因素影響，爰117年目標值暫以近3年最低目標值訂定，目標值為2.42%，每年約下降0.02%，並依實際情形滾動調整。

正 本

檔 號：

保存年限：

附錄六

財團法人罕見疾病基金會 函

115204
臺北市南港區忠孝東路6段488號

地址：10450台北市中山區長春路20號6樓
承辦人：洪春旬
電話：(02)25210717#124
傳真：(02)25673560
電子信箱：rp02@tfird.org.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年6月29日
發文字號：罕病研字第1150550013號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關116年全民健保總額專款項目之分配建議案，請查照。

說明：

一、有關116年全民健保總額專款項目之分配，本會建議於「醫院總額」項下編列「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材專款」預算計265.15億元，以確保相關醫療資源之穩定供應及病患權益。

二、前揭專款建議分配如下，併檢附編列說明資料供參。

- (一)罕見疾病用藥經費：188.82億元。
- (二)血友病用藥經費：76.30億元。
- (三)罕見疾病特殊材料經費：0.03億元。

正本：衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部全民健康保險會
副本：

執行長 陳冠如



財團法人罕見疾病基金會

116 年全民健保總額專款項目之分配建議

訴求一：維持歷年預算基礎，寬列足編罕藥藥費，確保病人治療權益

本會長期服務全台罕見疾病家庭，持續關注罕見疾病治療可近性與健保給付制度之完善。為確保病友獲得穩定且不中斷之治療，本會每年積極倡議編列充足之罕藥專款預算，期盼無論因病患人數自然成長，或新藥納入給付所產生之新增需求，皆能有相對應之經費支應，使病友不致因預算不足而「有藥卻不得用」，甚至面臨「中斷用藥」之困境，影響生命與健康權益。

所幸前幾年之預算編列，皆以平均成長率為基礎來合理計算（如附件一）。然而，115 年罕藥專款預算編列方式，健保署改變歷年沿用之估算邏輯，改以 113 年 94 項罕藥醫令為基準進行推估。其計算公式為： $(113 \text{ 年 } 94 \text{ 項罕藥醫令}) \times (1 + 5 \text{ 年平均成長率})^2 + \text{新藥費用}$ 。（如附件二）

本會認為，此一計算方式存在重大遺漏，並且嚴重低估。首先，罕病病友實際治療過程中，除罕藥外，所有使用到之其他藥費，均計算在罕藥專款範疇，惟該等必要醫療支出並未納入估算範圍。其次，114 年始納入健保給付之新藥，其後續年度之支用與持續成長，亦未反映於 115 年預算基礎之中。上述因素均導致預算推估嚴重失真，依醫令編列預算最終造成 115 年罕藥專款預算出現高達 20.22 億缺口，對臨床用藥與病患權益已構成實質衝擊。

訴求二：長期等待新罕藥，以致死亡率年年累計近 35%（如附件三），祈請明確增列新藥預算，並加速收載給付流程，依全民健保法保障極弱勢與極重症罕病患者醫療權益

截至 115 年 3 月 13 日，公告罕病有 248 種，其中 85 種可被治療（有藥，或有特殊營養品，或兩種皆有），約占公告罕病 34%，換言之有 6 成的疾病無藥可治。而在這 248 種公告罕病中，僅有 68 個病類有健保給

付藥費，占 27.4%。經本會統計，目前尚有 29 種罕藥在等待健保給付，可照顧 25 種罕病、5,472 人。其中，15 種藥更為首個治療該病類之藥物，約 1,247 人在等待唯一的治療機會。（如附件七）

訴求三：本會依貴署歷年之預算數估算，謹此建議 116 年罕藥專款之預算數如下；並且，建議明列罕藥專款財源結構，以消除各界誤解

有鑑於此，本會深切期盼 116 年度預算編列能避免重蹈覆轍，建請健保署審慎檢討並調整現行估算邏輯，回歸以實際支用數為基礎之推估方式，方能完整反映醫療需求之全貌。

經本會依據往年方式推估，以「(115 年實際支用) × (1+5 年平均成長率) + 新藥費用」為計算基礎，116 年度「醫院總額」項下之「罕病及血友病專款」預算應編列 265.15 億元。其中，罕藥經費 188.82 億元、血友病用藥 76.30 億元，另罕病特材 0.03 億元，以確保相關醫療資源之穩定供應。（如附件四）

另外，社會各界對罕藥專款來源仍存在諸多誤解，經常誤認罕藥經費全數來自醫院總額，甚至排擠一般醫療資源。事實上，目前罕藥經費來源除健保總額項下正式編列之罕藥專款外，近年亦持續透過「菸品健康福利捐」及「政府公務預算」等多元財源共同支應。例如近 5 年菸捐用於罕病藥費有 2.14~2.43 億元不等（如附件五）；114 年及 115 年亦額外編列各 20 億元公務預算挹注罕藥經費，顯示政府已逐步建立跨財源支持機制。據此，建議明確揭露罕藥專款各項財源結構，以正視聽，避免外界誤解罕藥專款對健保財務之影響。

訴求四：建請將罕藥專款與血友病專款預算分列

為避免造成醫、病、其他各界對罕藥專款成長及佔率之誤解，及對血友病用藥專款形成排擠，建議將罕藥、血友病之藥費專款分列。

結論

罕藥專款行之已逾二十年，屬獨立編列之專款，未涉及醫療點值，亦未排擠其他急重難症之醫療資源；且歷年所占整體健保總額比例僅 1.19~

1.38%（如附件六），對整體財務影響有限，卻對罕見疾病病患之治療延續具有重大意義。

鑒於新藥預算仍有不足，建請政府積極研議多元財源挹注，包括依法爭取國民健康署增列菸品健康福利捐之支持（如附件五），並循例由健保署爭取適當之公務預算，以強化制度韌性，確保用藥可近性。

此外，罕見疾病之治療不僅是醫療支出，更是對國人遺傳基因健康之長遠投資，亦有助於建立社會對生育風險之支持與保障機制，具有深遠之公共衛生與社會價值。

罕見疾病患者人數雖少，然其醫療需求高度迫切且不可中斷，任何預算編列之疏漏，皆可能直接影響其生存權與生活品質。爰此，懇請衛生福利部審慎參酌本會建議，採取更為周延之預算規劃與資源配置，以維護健保制度之公平與永續，並共同守護罕病家庭之治療權益與生命尊嚴。

附件一 近六年罕藥預算

(不含血友病藥費)

單位：億

年度	110	111	112	113	114	115
健保預算	76.01	87.75	99.84	108.12	128.16	136.25
公務預算					20	20
例外說明						改醫令計算

註：例外說明 115 年預算基礎改為「醫令」，而大幅略算生效新藥 18.22 億+非罕藥的罕病用藥約 2 億=約 20.22 億

附件二 健保署 115 年罕藥專款編列說明

115 年「罕病、血友病藥費及罕見疾病特材」專款預算編列說明

已收數罕藥94項

A1 113年醫令申報藥費×(近5年平均成長率)²=115年申報藥費

A2

...

A94 113年醫令申報藥費×(近5年平均成長率)²=115年申報藥費

新藥及擴增給付罕藥

審議中尚未生效項目+HS平台提報項目

其他

血友病49.38億元、罕見疾病特材0.03億元、西醫基層0.3億元

120.44億元

+

15.15億元

+

49.71億元

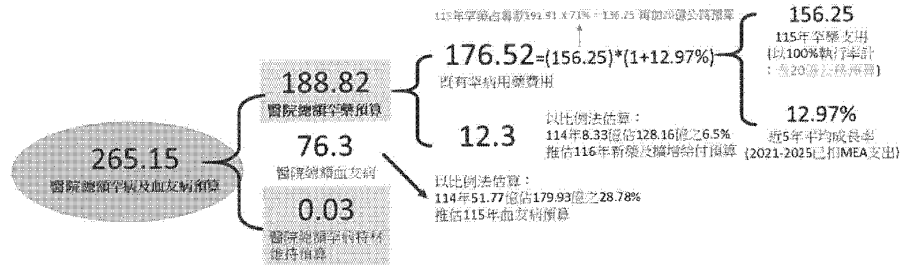
合計185.3億元

資料來源：114.10.03 健保署於厚生會罕病權益促進會之簡報

附件三 近3年年底時，累計等藥死亡率計算

年度	112	113	114	115/5/28
等待新藥數	25	22	28	29
等藥病類數	28	23	25	25
上述病類病人數	8,881	8,367	8,048	8,365
上述病類累計死亡人數	2,094	2,350	2,783	2,893
累計等藥死亡率	23.58%	28.09%	34.58%	34.58%

附件四 本會 116 年罕藥專款編列說明

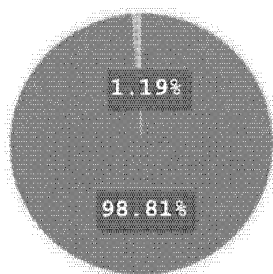


資料來源：本會自行推估計算

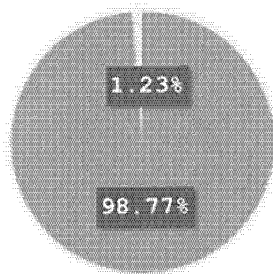
附件五 歷年菸捐補助罕病用於健保罕病藥品費用情形

年度	補助金額	年度	補助金額
98 年	3.12	107 年	1.8873
99 年	6.35	108 年	2.1222
100 年	6.41	109 年	2.3865
101 年	1.80	110 年	2.4395
102 年	1.80	111 年	2.4038
103 年	1.80	112 年	2.2289
104 年	1.80	113 年	2.144
105 年	2.43	114 年	2.141
106 年	2.43		

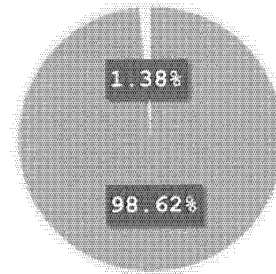
附件六 罕藥專款占整體總額比例圖



2023 罕藥專款占健保總額圖



2024 罕藥專款占健保總額圖



2025 罕藥專款占健保總額比例

附件七 等待健保給付之罕藥名單

序號	成份名/商品名	適應症	認定日期	藥證日期	分享平台(上/下/無日期)	罕病委員HTA	藥廠	國健署通報人數(截至115/04) 通報 過世		等待人數
1	Protein C/Ceprotin	同基因含子蛋白質C缺乏症	94.01.28	111.10.12	113.05.09 案凍境 113.08.08	113.04.15	武田	6	1	5
2	Asfotase alfa/Strensiq	低磷脂磷脂症	106.06.14	113.10.08	114.09.01 案凍境	114.07.17	AZ	12	2	10
3	Cerliponase alfa/Brineura	神經元鞘脂褐質累積症	107.09.07	108.10.28			Biomarin	12	4	8
4	Edaravone/Radicava	肌萎縮性側索硬化症(ALS)	109.09.29				台田	2,299	1,664	635
5	Ofatumumab/Kesimpta	多發性硬化症	109.12.30	111.02.07			諾華	2,477	332	2,145
6	Ponesimod/Ponvory	多發性硬化症	111.01.21	111.10.12			嬌生			
7	Ataluren/Translarna	裘德氏肌肉失養症(DMD) - 特定基因型	109.12.30				吉帝	458 (不分型)	172 (不分型)	286 (不分型)
8	Voretigene neparovoc/Luxturna	萊伯氏先天性黑矇症(LCA)	111.09.14	111.09.15	112.11.10 藥案凍 113.5.16	113.04.15	諾華	10	0	10
9	Pegvaliase/Palynziq	苯酮尿症 - 限成人	112.04.25	111.11.15	113.3.29 台灣首創 113.6.28	113.04.10	Biomarin	323 (全年齡)	2 (全年齡)	321 (全年齡)
10	Maralixibat Chloride/Livmarli	兩拉吉歐症候群 進行性家族性肝內膽汁滯留症(PFIC)	112.07.13	112.08.15	114.06.19 藥案凍	113.11.26	北海康成	23	4	19
11	Olipudase Alfa/Xenpozyme	厄曼匹昂症A、B型(ASMD)	112.07.13	113.01.25	112.5.16 藥案凍 113.5.16	112.04.18	賽諾菲	40 (含NPC)	17	23 (含NPC)
12	Belzutifan/Welireg	維爾伯 - 林德症候群(VHL)	112.10.02		113.7.5 會長填 114.02.03	113.04.15	對沙東	55	8	47
13	Trientine etrahydrochloride/Cucci	威爾森氏症	113.03.13		113.4.9 取代性高 113.7.8		柏德	772	103	669
14	Lumasiran/Oxlumo	遺傳性高草酸鹽尿症	113.12.02		114.01.24 沒有病友	114.01.09	艾拉維	1	0	1
15	rADAMTS13/Adzynma	先天性血管性血小板低下症(cTTP)	114.04.24	114.11.26	114.09.28 沒有病友		武田	3	0	3
16	Eplontersen/Wainua	家族性澱粉樣多發性神經病變(FAP)	114.04.24	114.06.25	114.05.17 會長填	114.03.21	AZ	420	132	288
17	Iptacopan Hydrochloride/Fabhalta	陣發性夜間血紅素尿症	114.04.24	114.07.24	114.06.23 會長填	114.03.19	諾華	170	31	139
18	Odevixibat Sesquihydrate/Bylvy	兩拉吉歐症候群(ALGS) 進行性家族性肝內膽汁滯留症(PFIC)	114.04.24		114.06.19 藥案凍	114.03.12	法商 諾華生	前面已計		
19	Elapegademase/Revcovi	嚴重複合型免疫缺乏症(SCID) - ADA型	114.05.23				友華	30 (無ADA)	6 (無ADA)	24 (無ADA)
20	Garadacimab/Andemby	遺傳性血管性水腫	114.05.23		114.03.24 115.05.07 第二次上原	114.05.05	賴特貝林	48	0	48
21	Sebelipase Alfa/Kanuma	嬰兒型溶酶體酸性脂肪酶缺乏症	114.05.23				AZ	1	0	1
22	Pegcetacoplan/Empaveli	陣發性夜間血紅素尿症	114.05.23		114.09.01 藥案凍	114.03.30	利惠	前面已計		
23	Idursulfase beta/infaze	黏多醣症 - 第二型	114.05.23				靈功商行	224 (不分型)	97 (不分型)	127 (不分型)
24	Metreleptin/Mylept	先天性全身型胱胺酸尿症	114.08.19				Chiesi	34	18	16
25	Tofersen/Qalsody	肌萎縮性側索硬化症(ALS) - SOD1型	114.08.19		115.01.09	115.02.03	百健	前面已計 (不分型)		
26	Birch bark/Filsuvez	遺傳性表皮分解性水痘症(EB)	114.11.05				友華	153	12	141
27	Sepiapterin/Sephience	苯酮尿症	115.04.01				PTC	前面已計		
28	Tadalafil/Adcirca	特發性或遺傳性肺動脈高壓(IPAH/HPAH)	115.05.25	114.01.23			美時	632	280	352
29	Fenfluramine Hydrochloride/Fintepla	卓飛症候群	115.05.25				德時比	139	3	136
小計								8,365	2,893	5,472
罕兒疾病基金會 統計至115.5.28								目前在世等藥 5,472人		
								等待唯一罕藥 1,247人		

116 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)諮詢健保會意見

健保會 115.7

依健保法第 60 條規定，衛福部須於年度開始前 6 個月，擬訂年度總額範圍草案，經諮詢健保會、參考委員意見後，完成總額範圍草案之擬定，再報行政院核定。健保會於 116 年 6 月份委員會議(115.6.24)就衛福部提出之「116 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」法定諮詢事項，諮詢委員意見。為利委員審視，亦請健保署併同提出「116 年度醫療給付費用總額範圍之財務試算」供參考。經委員充分討論後，對於 116 年度總額範圍草案提出諸多諮詢意見，提供衛福部陳報行政院核定總額範圍的參考。

依衛福部提出的草案，116 年度總額成長率範圍為 2.619%(低推估值)~5.5%(高推估值)，預估金額為 10,149.55~10,434.49 億元，較前一年度增加 259.03~543.98 億元；以現行費率 5.17%試算健保財務，預估 116 年底保險收支累計結餘約當 1.4 個月(低推估值)至 1.01 個月(高推估值)保險給付支出。總額低推估計算方式與往年相同，低推估值為依照公式計算的結果，主要反映人口結構改變、醫療服務成本變動及投保人口數成長等自然成長因素對於醫療費用的影響；高推估值則是「低推估值」加上「協商因素」(2.881%，約 284.94 億元)，協商因素則是配合健保總額規劃目標，並衡量民眾付費能力、總體經濟情勢、我國醫療保健支出及健保財務收支情形等研擬。116 年度總額規劃目標包含：強化全人照護與慢性疾病管理、留人留才鞏固醫療量能與價值、加速引進新藥新科技及提升支付合理性，並照顧兒童與急重難罕病人醫療需求、提升醫療可近性與效能等四大面向。

經委員熱烈討論，對於 116 年度總額範圍及預算編列方式與政策目標，提出許多諮詢意見，摘要重點如下：

- 一、總額低推估公式不宜校正基期的一般服務費用占率：目前以「醫療服務成本及人口因素成長率」乘以「一般服務費用占率」計算，未考量專款項目在醫療服務成本、人口結構、人口成長對醫療費用的影響，建議修正。
- 二、醫療服務成本指數改變率(MCPI)之「藥品費用」，請檢討所採指數的妥適性：目前指數採主計總處物價調查資料，然其受到「藥品支出目標」(DET)人為

調降藥價影響，醫院及西醫基層總額呈現負值，未能反映實際藥費成本，請檢討其妥適性。

三、總額政策目標建議納入「分級醫療」落實下轉政策：政策目標中的「提升醫療可近性與效能，平衡資源配置」，建議將落實或強化分級醫療政策納入，才能有效提升醫療資源可近性。

四、為健保永續，健保財務應有配套措施及長遠規劃：目前以成長率範圍 2.619%~5.5% 試算健保財務，將短絀 559、843 億元，安全準備餘額折合保險給付支出約當 1.4、1.01 個月，已接近健保法第 78 條所定保險安全準備法定下限 1 個月，在不調升保費的前提下，能否持續爭取公務預算或其他財源撥補，並擬訂健保財務配套措施及健保永續之長遠規劃。

五、對於醫療人力及薪資問題，宜有整體規劃及預算來源：目前護理人力費用採公務預算撥補，未來是否仍有公務預算挹注？醫療人力包含各類醫事人員，宜整體思考並有長遠性的處理方式。

六、請強化民眾自費的管理及監督機制：行政院 115 年函示「就自費醫療項目及金額，強化有效之管理及監督機制」，近年因新醫療科技、高階治療的引進，自費醫療項目及金額增加，為了解民眾財務負擔，請蒐集自費相關資料及資訊透明化，做為健保資源配置參考。

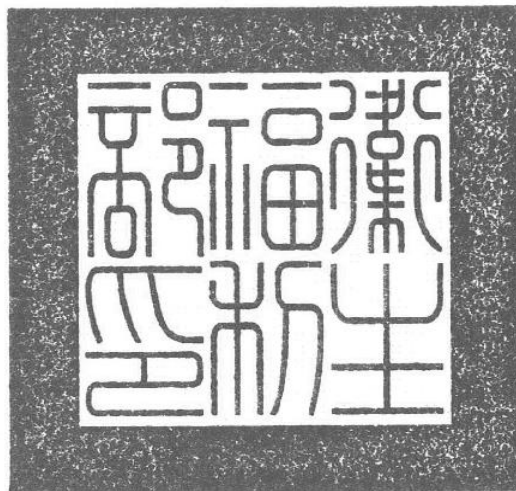
健保會已於會後將委員所提諮詢意見，送請衛福部進一步研析參採，於完成 116 年度總額範圍擬定後，再提報行政院核定。行政院預計於 7、8 月核定後，由衛福部交付健保會，於本年 9 月進行明年度健保總額協商。健保會將在行政院核定之總額範圍內，依循總額規劃目標，並綜合考量整體醫療需求、健保財務狀況與民眾付費能力，協議訂定 116 年度健保總額及其分配，期透過健保資源之合理配置，持續守護國人健康。

出處：相關內容詳[衛福部健保會第 7 屆 115 年第 5 次委員會議議事錄\(115 年 6 月 24 日\)](#)

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 令

發文日期：中華民國115年6月24日
發文字號：衛部保字第1151260314號
附件：「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」
第十三條修正條文1份



修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第十三條。

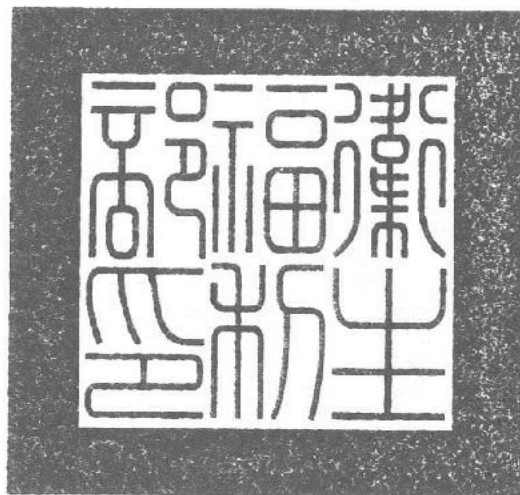
附修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第十三條

部長 石崇良

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 令

發文日期：中華民國115年6月30日
發文字號：衛部保字第1150126750號
附件：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目修正規定1份



修正「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，並自中華民國一百十五年八月一日生效。

附修正「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

部長 石崇良

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(一百十五)年第三次修正，並自一百十五年八月一日生效。

本次修正重點為第二部西醫第一章基本診療第一節門診診察費：修正西醫基層診所門診診察費之合理量計算規定。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：葉祝玫

聯絡電話：02-27065866 分機：3021

傳真：02-27027723

電子郵件：A110514@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115年6月17日

發文字號：健保審字第1150671235A號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：發布令pdf檔、發布令稿文字檔、「全民健康保險醫療費用審查注意事項」規定
文字檔、提要表文字檔 (A21030000I_1150671235A_doc3_Attach1.odt、
A21030000I_1150671235A_doc3_Attach2.odt、
A21030000I_1150671235A_doc3_Attach3.pdf、
A21030000I_1150671235A_doc3_Attach4.odt)

主旨：「全民健康保險醫療費用審查注意事項」，業經本署於中
華民國115年6月17日以健保審字第1150671235號令修正發
布，茲檢送發布令、令稿及行政規則規定1份，請查照。

說明：併附法規及行政規則刊登行政院公報資料提要表1份。

正本：行政院公報編印中心

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



副本

檔 號 附錄十一
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



32

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115年6月26日

發文字號：健保醫字第1150112544號

附件：如主旨(請至全球資訊網公告區擷取)



主旨：公告修訂「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」，如附件，並自115年1月1日起實施。

依據：衛生福利部115年6月18日衛部保字第1151260321號函。

公告事項：旨揭計畫自115年1月1日起實施，其中本次新增之支付標準項目「追蹤管理加成費」及「糖尿病新收案整合照護費」自115年7月1日起實施。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、台灣家庭醫學醫學會、台灣醫院協會、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、行政院主計總處、地方政府衛生局、衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部國民健康署、本署資訊組、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組、本署各分區業務組

署長陳亮好

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300136

115. 6. 29

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  2
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年7月1日
發文字號：健保醫字第1150054922號
附件：請至本署全球資訊網公告欄擷取



主旨：公告「全民健康保險末期腎臟病前期（Pre-ESRD）之病人
照護與衛教計畫」，追溯自115年1月1日生效。

依據：衛生福利部115年6月2日衛部保字第1151260274號函。

公告事項：有關新增上傳檢驗項目7項，自116年1月1日起施行，並
請上傳本署健保資訊網服務系統(VPN)。

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

署長陳亮妤

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300139

115. 7. 2

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



5

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年7月13日

發文字號：健保審字第1150113979號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網擷取)



主旨：公告修訂「全民健康保險推動使用生物相似性藥品及學名藥之鼓勵試辦計畫」，並自115年7月1日起生效。

依據：衛生福利部115年7月7日衛部保字第1151260312號函。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、台灣醫院協會、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署醫務管理組、本署各分區業務組

署長陳亮妤

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300147

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：陳怡蓓

聯絡電話：02-27065866 分機：2614

傳真：02-2706-9043

電子郵件：A111034@nh.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

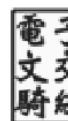
發文日期：中華民國115年6月16日

發文字號：健保醫字第1150662471號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明二 (A210300001_1150662471_doc2_Attach1.pdf)



主旨：有關114年西醫基層總額品質保證保留款（下稱品保款）

核發作業案，詳如說明，請查照。

說明：

一、依據本署114年1月23日健保醫字第 1140101388號公告

「114年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施
方案」辦理。二、檢送114年度西醫基層總額品質保證保留款核發結果(附
件)，摘要如下：(一)114年預算計233,585,519元（已扣除113年申復26,342
元）。(二)114年西醫基層總額特約院所家數共計11,224家（同附件
表1）：1、符合獎勵條件且核發品保款院所家數計7,975 家（占
率71%），每家醫療院所計算核發金額採四捨五入方式

115.06.17



1153340126

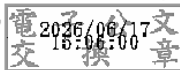
計算，核發金額為233,584,901 元，與預算
(233,585,519元) 相較差異618元，預算剩餘金額回
歸本署健保基金。

2、未核發品保款院所家數計3,249家(占率29%)，其中
1,311 家(占率12%)院所不符本方案第肆點核發資格
之規定，1,938家(占率17%)院所權重和為零或小於
排序(由高至低)非為前80%之院所。

三、本案預訂於115年6月25日前完成114年度品保款核發作業，
倘若有未列入本方案核發名單之特約醫療院所提出申復等
行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自
次年度西醫基層總額品質保證保留款項下優先支應。

正本：中華民國醫師公會全國聯合會

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



裝

訂

線



檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：張美鳳

聯絡電話：02-27065866 分機：2605

傳真：02-27069043

電子郵件：A111423@nh.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115年6月30日

發文字號：健保醫字第1150662162號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明二 (A210300001_1150662162_doc2_Attach1.pdf)

主旨：有關「114年全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務
品質提升獎勵計畫」（下稱透析品保款）核發作業案，詳
如說明段，請查照。

說明：

一、依據「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提
升獎勵計畫」辦理。

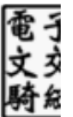
二、旨揭計畫核發結果摘要如下：

(一)114年預算為45,000,000元，其中血液透析預算為
42,070,405元，腹膜透析預算為 2,929,595元（附件-表
1）。

(二)核發結果：

1、血液透析:114年計560家（72.73%）列入核發，核發金
額達 42,070,407元；209家（27.27%）列入不予核發
（附件2-表2）。

2、腹膜透析:114年計74家（59.68%）列入核發，核發金
額達 2,929,594元；50家（40.32%）列入不予核發



115.06.30



1153340135

(附件2-表3)。

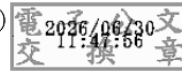
3、每家核發院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算數與實際核發數有差距，實際核發共計 45,000,001 元，與預算相差1元，由全民健康保險基金支應。

三、本署預訂115年7月10日前完成透析品保款核發作業，並將核發與不核發之結算報表置於VPN供相關院所下載。

四、114年核定不核發透析品保款院所，倘經申復、爭議等行政審定事宜，並審核同意核付者，依計畫規定，核發金額將自115年其他預算之慢性腎臟病照護及病人衛教計畫項下全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫預算中支應。

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

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



檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：張容慈

聯絡電話：02-27065866 分機：3618

傳真：02-27069043

電子郵件：A111465@nh.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115年7月2日

發文字號：健保醫字第1150662832號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明二 (A210300001_1150662832_doc2_Attach1.pdf)

主旨：有關114年度「牙醫門診總額品質保證保留款」核發作業
案，詳如說明，請查照。

說明：

一、依據本署113年12月31日健保醫字第1130127297號公告

「114年全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方
案」辦理。

二、檢送114年度牙醫門診總額品質保證保留款核發結果(附
件)，摘要如下：

(一)114年預算計有 212,182,605 元，扣除113年申復核發金
額 163,421 元後，可支用預算 212,019,184 元。

(二)特約牙醫院所家數共計7,366家：

1、4,895家院所符合獎勵條件且核發品保款(66.5%)，
2,471家(33.5%)牙醫院所未領取品保款(2,467家不符
核發資格，4家指標達成率為0%)。

2、每家醫療院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預
算數與實際核發數有差距，實際核發 212,019,147



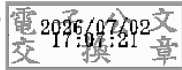
元，與預算數相較剩餘37元，回歸本署健保基金。

三、本案預訂於115年7月17日前完成114年度牙醫門診總額品質保證保留款核發作業。

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

正本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

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



檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：邵子川

聯絡電話：02-27065866 分機：3603

傳真：02-27069043

電子郵件：A110881@nh.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115年7月6日

發文字號：健保醫字第1150662946號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明二 (A210300001_1150662946_doc2_Attach1.pdf)

主旨：有關114年度「中醫門診總額品質保證保留款」核發作業
案，詳如說明，請查照。

說明：

一、依據本署113年12月17日健保醫字第1130126278號公告「全
民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案」辦
理。

二、檢送114年度中醫門診總額品質保證保留款(以下簡稱品保
款)核發結果(附件)，摘要如下：

(一)114年原預算計有52,605,586元，扣除113年申復核定補
付243,613元，可支用預算為52,361,973元(同附件表
1)。

(二)特約中醫院所家數共計4,329家(同附件表2)：

1、3,220家院所符合獎勵條件且核發中醫品保款
(74.4%)，1,109家(25.6%)中醫院所未領取中醫品保款
(937家不符核發資格，172家核算基礎為0)。

2、每家醫療院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預

115.07.06



1153340137

算數與實際核發數有差距，實際核發52,361,949元，

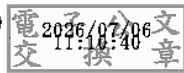
與預算數相較結餘24元，將回歸本署健保基金。

(三)本案預訂於115年7月15日前完成114年度中醫門診總額品質保證保留款發放作業。

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

正本：中華民國中醫師公會全國聯合會

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



副本

檔 號：附錄十三
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年7月3日

發文字號：健保醫字第1150662610號

附件：請自行至本署全球資訊網下載



主旨：新增中醫門診總額照護計畫承作院所及醫師名單。

公告事項：

- 一、新增「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」、「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護試辦計畫」等五項中醫門診總額照護計畫承作院所及醫師名單（附件），執行日期自115年6月1日起。
- 二、附件請至本署全球資訊網首頁/最新消息/法規公告下載(網址為：<https://www.nhi.gov.tw/ch/mp-1.html>)。

副本：中華民國中醫師公會全國聯合會、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部中醫藥司、本署各分區業務組、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組

署長陳亮好

請假

副署長張禹斌代行

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300141

115. 7. 6

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年7月13日

發文字號：健保醫字第1150662971號

附件：請自行至本署全球資訊網下載



主旨：新增中醫門診總額照護計畫承作院所及醫師名單。

公告事項：

一、新增「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」、「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護試辦計畫」等五項中醫門診總額照護計畫承作院所及醫師名單（附件），執行日期自115年7月1日起。

二、附件請至本署全球資訊網首頁/最新消息/法規公告下載(網址為：<https://www.nhi.gov.tw/ch/mp-1.html>)。

副本：中華民國中醫師公會全國聯合會、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部中醫藥司、本署各分區業務組、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組

署長陳亮妤

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300146

115. 7. 14

附錄十四

7 項中醫醫療照護計畫(含子計畫)自 115 年 6 月 1 日起新增之承作院所數及醫師數

分區別 計畫名稱		項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
西醫住院病人中 醫特定疾病輔助 醫療計畫(腦血 管疾病、顱腦損 傷、脊髓損傷、呼 吸困難相關疾病 及術後疼痛)		院所數	0	3	2	0	0	0	5
		醫師數	0	6	6	0	0	0	12
中醫提升孕產照 護品質計畫		院所數	2	1	5	1	0	0	9
		醫師數	2	2	6	1	0	0	11
中醫急症處置計 畫		院所數	0	1	1	0	0	0	2
		醫師數	0	2	1	0	0	0	3
中醫癌症患者加強照護整合方案	癌症病人西 醫住院中醫 輔助醫療計 畫	院所數	0	3	2	0	0	0	5
		醫師數	0	3	6	0	0	0	9
	癌症病人中 醫門診延長 照護計畫	院所數	0	3	1	0	0	0	4
		醫師數	0	6	3	0	0	0	9
	特定癌症病 人中醫門診 加強照護計 畫	院所數	1	7	5	1	0	0	14
		醫師數	1	8	8	1	0	0	18
全民健康保險中 醫慢性腎臟病門 診加強照護計畫		院所數	2	7	8	0	2	0	19
		醫師數	2	13	8	0	3	0	26

7 項中醫醫療照護計畫(含子計畫)自 115 年 7 月 1 日起新增之承作院所數及醫師數

分區別 計畫名稱		項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
西醫住院病人中 醫特定疾病輔助 醫療計畫(腦血 管疾病、顱腦損 傷、脊髓損傷、呼 吸困難相關疾病 及術後疼痛)		院所數	2	0	1	1	1	0	5
		醫師數	2	0	2	1	2	0	7
中醫提升孕產照 護品質計畫		院所數	7	5	1	1	5	0	19
		醫師數	8	5	2	2	7	0	24
中醫急症處置計 畫		院所數	2	0	1	0	0	0	3
		醫師數	2	0	5	0	0	0	7
中醫癌症患者加強照護整合方案	癌症病人西 醫住院中醫 輔助醫療計 畫	院所數	2	0	1	0	1	0	4
		醫師數	2	0	2	0	2	0	6
	癌症病人中 醫門診延長 照護計畫	院所數	2	0	0	0	0	0	2
		醫師數	2	0	0	0	0	0	2
	特定癌症病 人中醫門診 加強照護計 畫	院所數	8	2	5	1	3	1	20
		醫師數	15	2	9	2	4	1	33
全民健康保險中 醫慢性腎臟病門 診加強照護計畫		院所數	7	3	4	1	2	1	18
		醫師數	12	3	7	4	2	1	29

健保會討論自付差額特材案之作業流程

第 1 屆 103 年第 3 次委員會議(103.3.28)訂定
第 1 屆 103 年第 5 次委員會議(103.5.23)修訂附表
第 2 屆 105 年第 6 次委員會議(105.6.24)修訂

程序	時程				說明
1.健保署將提案送會	3月1日前	6月1日前	9月1日前	12月1日前	健保署：將提案送會（含健保署提案需檢附之自付差額特材品項「基本資料表」、「檢核表」及參考資料）。(基本資料表如表一，檢核表如表二)
2.本會幕僚檢視提案內容	3月20日前	6月20日前	9月20日前	12月20日前	本會幕僚：檢視提案內容是否完整，並得視需要洽請本會專家學者委員提供建議，若資料不完備，再洽請健保署補充。
	4月10日前	7月10日前	10月10日前	次年1月10日前	健保署：提供補充資料。
3.送請委員參閱	4月15日前	7月15日前	10月15日前	次年1月15日前	本會幕僚：彙整各自付差額特材品項案之資料，送請委員參閱。
4.委員會議討論	5月	8月	11月	次年2月	本會幕僚：排入議程。 委員會議：討論提案。 健保署：參酌委員意見，依法報主管機關核定公告。
5.健保署向委員會議報告各品項開放半年後之檢討改善情形	次年 5 或 12 月份委員會議				健保署：依「開放初期之檢討改善報告內容」提報委員會議。 (報告內容如附件) 本會幕僚：排入議程。
6.健保署向委員會議報告整體檢討改善情形	次年 12 月份委員會議				健保署：依「整體檢討改善報告內容」提報委員會議。 (報告內容如附件) 本會幕僚：排入議程。

註：議案排入委員會議討論或報告時間，得配合屆時議程之安排，酌予調整。

健保署提案需檢附之自付差額特材品項「基本資料表」

項目		自付差額品項	健保全額給付品項(註 2)
1. 基本資料	名稱 (特材代碼)		
	許可證字號		
	核准日期		
	上市日期		
2. 特性	功能類別		
	用途 (適應症)		
	相對效果 (療效)		
	相對風險 (安全性)		
3. 價格	價格分布 (NT)	自費醫材比價網(參考資料 1) 中位數：_____(P2) 最大值：_____ 最小值：_____ 平均值：_____	健保支付點數： _____(P1)
	價格差距	價格倍數(P2/P1)： _____ 以中位數估算民眾自付差額額度(P2-P1)： _____	
4. 健保財務影響評估	提案當年預算	提案當年度總額之新特材預算： _____ 提案前已支用額度： _____	
	納入前後 預估使用量	前 3 年之預估使用量(自費)： _____、_____ 自付差額品項納入後預估 3~5 年之申報量： _____、_____ _____	前 3 年之申報量： _____、_____ 自付差額品項納入後預估 3~5 年之申報量： _____、_____ _____
	納入後 預估 新增費用	自付差額品項納入後，預估 3~5 年合計(含自付差額品項及全額給付品項)之新增費用： _____、_____ _____	
5. 同意納入自付差額特材之理由(參考註 3 填列)		(1)綜合考量「2.特性」、「3.價格」及「4.健保財務影響評估」後，同意納入自付差額特材之理由： _____ (2)摘述共同擬訂會議之結論(紀錄如參考資料 2)： _____ _____ (3)醫療科技評估報告之重點(含醫療倫理考量之相關資料，評估報告如參考資料 3)： _____ (4)其他參考資料： _____	

我國資料

他 國 資 料 (註4)	項目	自付差額品項			
	1.基本資料	國別	上市年度	保險是否給付	保險支付價/市價
	2.價格分布(NT)	中位數：國別 _____ / _____ 元 最大值：國別 _____ / _____ 元 最小值：國別 _____ / _____ 元 平均值：國別 _____ / _____ 元			
	3.價格差距(註5)	國家：_____, _____, _____, _____ 價格倍數範圍：_____ 倍~ _____ 倍			

健保署填報部門：_____ 填報人：_____ 日期：_____ 連絡電話：_____

註1：本表價格均以新臺幣呈現。

註2：健保全額給付品項如有1項以上，可增列供參。

註3：本品項較相同用途且健保已納入全額給付之既有特材，有下列附加之功能或效果之一，且價格昂貴經認定無法納入全額給付者：

☐增加耐久性：_____

☐增加病人使用方便性：_____

☐有利於監控病情：_____

☐增加與特定設備或儀器之相容性：_____

☐因客製化而增加美觀或舒適性：_____

☐增加安全性(或改善副作用)：_____

☐其他醫療功能外之附加效果：_____

☐其他可改善醫療或生活品質之功效：_____

註4：他國資料以全民健康保險藥物給付項目及支付標準第52條之3所列之國家(韓國、日本、美國、澳洲)為優先呈現對象，其次為其他具官方公開網站可供查詢的國家價格。

註5：請依我國資料「1.基本資料」之「名稱」欄所列2種品項，計算該國之價格差距；若無資料請說明。

健保署提案需檢附之自付差額特材品項「檢核表」

為增進健保會討論自付差額特材議案之效率，並保障民眾基本權益及兼顧健保財務，爰以本檢核表就「資料完備」、「程序完備」、「保險對象權益保障」、「實證資料足以佐證」、「價格未偏離國際行情」等項目，協助檢視該品項宜否列入自付差額特材。

本表由健保署先行填列，作為健保會討論之參據。

檢核項目		符合項目請打V， 未符合項目請說明
1.資料完備	(1)完整填列基本資料表	
	(2)提供我國醫療科技評估(HTA)報告	
2.程序完備	提經「藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」通過，並檢附會議紀錄	
3.保險對象權益保障	(1)目前全額給付品項已提供基本照顧功能	
	(2)未有「因病情需要，一定須使用本自付差額特材品項」者	
4.實證資料足以佐證	已提供足夠且明確之實證資料，足以支持本自付差額品項較健保全額給付品項，其附加之功能或效果較佳	
5.價格未偏離國際行情	本自付差額特材品項在自費醫材比價網之中位數，未高於國際價格之中位數或平均數	

健保署填報部門：_____ 填報人：_____ 日期：_____ 連絡電話：_____

健保署提報之「檢討改善報告內容」

一、健保署於自付差額特材品項開放半年後，應提報各該品項「開放初期之檢討改善報告」，至少包含以下內容：

- (一)開放前、後病患的利用量及點數成長分析(含選用自付差額品項及全額給付相同用途品項之比較)。
- (二)醫事服務機構的收費情形(含健保署彙整各院所之收費標準，並置於網站供民眾查詢)。
- (三)民眾對自付差額特材的反映事項。
- (四)對哪些項目啟動檢討改善機制(含訂定自付差額上限之規劃)。
- (五)對健保財務之影響評估：預估值(3~5 年)與實際值之比較。

二、健保署每年 12 月應提報自付差額特材「整體檢討改善報告」，至少包含以下內容：

- (一)自付差額特材品項利用情形：現行各自付差額品項之申報數量及點數成長情形比較(含自付差額特材占率)。
- (二)相關管理規範之執行情形：醫事服務機構的收費情形、事前充分告知(療效及價格)，及資訊公開等病人權益保障措施。
- (三)醫事服務機構的收費情形，及訂定自付差額上限之規劃與執行情形。
- (四)自付差額特材品項改列全額給付之規劃情形：經健保署持續監測療效、安全性及成本效益，若有結合療效提升及價格下降之新事證，或已成為常規使用者，應檢討是否改列全額給付之時程，及其財源預估。
- (五)對健保財務之影響評估：預估值(3~5 年)與實際值之比較。

衛生福利部全民健康保險會

第 7 屆 115 年第 6 次委員會會議補充資料目錄

會議時間：115 年 7 月 29 日

一、報告事項

- (一)第一案「各總額部門 114 年度執行成果評核結果及評核建議」(會議資料第 87 頁)----- 1
- (二)第四案「『0~6 歲兒童醫療量能保障』具體實施規劃(包含執行方式及具體提升兒童醫療量能之監測指標)專案報告」(會議資料第 114 頁)----- 25

(會議資料第 87 頁)

報告事項第一案

報告單位：本會第三組

案由：各總額部門114年度執行成果評核結果及評核建議，請鑒察。

說明：

一、本會依本(115)年第 2 次委員會議(115.3.11)通過之評核作業方式，業於 7 月 20、21 日辦理「各總額部門 114 年度執行成果發表暨評核會議」，並於 7 月 21 日下午召開評核內部會議討論，獲致最後之評核結果，當天即公布於本會網頁，同時以電子郵件寄送本會委員參閱。另各總額部門執行成果簡報於 7 月 22 日上網公開。

(一)本次會議共計 160 餘人出席，包含評核委員、本會委員、各總額部門團體、專業及民間團體、衛福部與健保署等相關單位參加，其中本會委員(含代理人)共 30 人與會，提供諸多寶貴建議。

(二)評核委員係依本會評核作業方式及委員於 5 月份票選結果產生，邀請 7 名專家學者擔任評核委員，依姓名筆劃排序分別為王評核委員惠玄、吳評核委員肖琪、周評核委員麗芳、郭評核委員年真、陳評核委員秀熙、黃評核委員心苑及戴評核委員桂英。執行成果發表會由周主任委員麗芳擔任主席，而內部會議主席由評核委員互推產生，亦由周評核委員麗芳擔任，所有與會人員皆簽署保密切結文件，不對外公開討論過程及個別委員發言。

(三)經評核委員討論後，評核結果如下表：

總額部門	醫院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
評核等級	優	優	特優	優

二、依上開評核結果及第5次委員會議(115.6.24)決議之114年度執行成果評核獎勵標準計算，各總額部門116年度「品質保證保留款」專款獎勵成長率如下：

總額部門	醫院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
獎勵成長率	0.2%	0.2%	0.3%	0.2%

註：1.評核等級獎勵成長率：「良」級0.1%、「優」級0.2%、「特優」級0.3%。

2.計算基礎係依各總額部門受評年度(114年)一般服務預算為基數。

三、為提升及精進健保署及各總額部門未來之執行成效，彙整7位評核委員提出對健保署及各總額部門(含其他預算)精進作為之整體建議(含嘉勉意見及建議改進意見)，詳附件(第3~24頁)，本會後續將再整理評核委員個別書面及當天評論意見併入評核紀錄，提供本會委員、健保署及各總額部門研參。

四、請健保署及各總額部門承辦團體，將評核委員所提精進作為之整體建議，納為未來規劃健保制度及總額預算執行參據，並於116年評核報告針對建議改進意見提出參採情形說明。

決定：

對健保署及各總額部門(含其他預算)精進作為之整體建議

一、對健保署及四總額部門之整體建議(含門診透析)

(一)嘉勉意見

- 1.全民健保穩健經營，總額執行成果不僅維持醫療服務可近性、民眾高滿意度及醫療品質，亦積極因應人口高齡化、少子化、慢性病增加及醫療人力不足等重大挑戰。持續推動個別醫院總額、大家醫計畫、分級醫療、居家醫療、在宅急症照護、雲端醫療資訊、遠距醫療，以及新醫療科技引進等重要措施，健保署逐步展現由「醫療支付者(Health Care Payer)」轉型為「健康治理者(Health System Steward)」的積極作為，值得肯定。
- 2.持續推動支付制度改革、品質導向給付及跨部門整合照護。促進各醫療領域發揮專業功能，以支付制度引導照護朝向高齡、失能及慢性病整合照護服務，並積極擴充居家照護服務，將住院服務改以門診型態執行，相關改革已逐步奠定健保未來發展的基礎。
- 3.健保署與健保會在有限的公務預算與人力下，戮力統合各項資源及政策研議所需資料，同仁之付出與辛勞值得讚許。再與醫界共同努力，朝重視醫療服務品質的監控與資訊公開，用心管理一般服務預算的利用，促使點值回升，總額管理成果顯著。
- 4.其他預算執行情形良好，各項績效指標均已達標。其中，山地離島地區醫療給付效益提升計畫、居家醫療照護整合計畫、在宅急症照護及急性後期整合照護計畫等，執行成果及品質指標表現良好，服務量能亦逐年提升，健保署管理與推動成效值得肯定。
- 5.近年門診透析服務致力推廣居家透析，鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析，努力方向值得肯定。此外，各項民眾滿意度大多維持九成以上，品質指標監測結果多數已達參考值且表現穩定，執行成效良好。

- 6.門診透析相關計畫展現初步成效，如Early-CKD自收案至進入Pre-ESRD之平均時間延長、糖尿病方案參與者洗腎發生率低於未參與者，值得肯定。惟現有數據尚未經風險校正或干擾因子控制，有待未來進一步研究驗證，以持續擴大計畫效益。

(二)建議改進意見

1.面臨人口超高齡化與少子化挑戰，及新疫情威脅、氣候異常等大環境改變，應及早建置因應未來需求的健保制度：

- (1)面對未來老年人口驟增，多重慢性病醫療與長照需求增加，加上人口集中化趨勢、城鄉資源差距加大，以及新疫情與氣候異常等環境因素，對醫療資源配置及照護體系帶來新的挑戰，健保署應有實證資料協助政策規劃，建置未來的健保制度。
- (2)面對少子化造成勞動人口減少，及高齡化帶來的醫療照護需求增加，應及早規劃人力培育及服務模式轉型策略。建議透過人工智慧工具簡化行政流程，降低醫療人員工作負荷。並加速發展團隊合作(team-based care)之整合照護模式。
- (3)因應非都會區鄉鎮市人口減少，在地的基層診所及衛生所將扮演重要角色，相關政策宜維持其穩定營運，以確保民眾基本醫療服務可近性及品質。

2.現行專業醫療服務品質指標之參考值設定偏向寬鬆，建請重新檢討：

- (1)114年正向指標雖採「近3年全國平均值乘以權重」計算，惟各總額部門權重有所不同(醫院與西醫基層為1-20%或1-15%、中醫為1-10%、牙醫為1-8%)，參考值設定寬鬆，建議分析各該參考值落在多少百分位(如30、40或中位數)，訂定具有提升品質及鑑別度的參考值。
- (2)建議以院所為基礎分析單位，導入標準差管理；經由揭露標準差資訊，引導各院所精進品質、縮小機構間之差異(降低標準差)，進而提升整體達標率及品質。

3.積極研訂護理人力不足與急診壅塞改善策略：

- (1)一般急性病床護理人員月平均人數下降，直接影響住院人次與占床率下降及急診壅塞，建議加速擴大DRGs及推動門診手術、調高病房費部分負擔及住院自行負擔費用上限等機制，以利紓解醫學中心的社會性住院與急診壅塞。
- (2)醫學中心急診滯留超過24小時比率達8.16%，同日於同醫院急診返診比率為1.09%；建議檢討急診部分負擔配套措施，並提供民眾衛教資訊返家觀察，透過政策引導與民眾教育，減少急診壅塞與降低院內感染風險。
- (3)為避免護病比及住院護理品質資料出現監測空窗。建議健保署持續監測各層級醫院護病比、護理人力、開放床數、關床情形及離職率等變化，以掌握醫院整體照護量能。

4.分級醫療已推動多年，成效有待提升，建議進行政策檢討：

- (1)分級醫療政策已推動多年，成效仍待提升。建議健保署以保險人角度，全面檢討現行推動策略之適切性，強化支付及獎勵誘因設計，並檢視相關績效指標之敏感度與代表性。
- (2)現行分級醫療及轉診制度多以轉診件數、轉診率及基層照護天數等指標評估成效。轉診率雖有小幅成長、民眾於基層接受照護天數增加，但下轉基層診所比率呈逐年下降趨勢，且病人是否回轉原轉出院所、跨院資訊交換情形，及轉診適切性等面向，尚未納入評估，難以反映照護轉銜成效。
- (3)建議評估重點由轉診數量轉向照護連續性與成功轉銜成效，納入轉診完成率(轉入院所於一定天數內完成診療的比率)、非必要滯留醫學中心照護比率(照護密集度降至一定程度之占比)。此外，可優先針對糖尿病等具明確臨床指引及照護共識之疾病，建立轉診適切性評估指標，作為檢視分級醫療與雙向轉診制度成效之參考依據。

5.檢視各協商項目或計畫成效，落實以成效導向之資源重整策略：

- (1)為提升健保資源運用效益，建議健保署全面檢視各項計畫之推動成效、實際需求及資源運用情形，對成效有限或需求不足之計畫，優先檢討整併、轉型或退場；對執行成效良好且需求持續增加之服務項目，適度增加資源投入，提升整體服務量能。
- (2)應強化保險人於總額協商、資源配置及政策規劃之角色，建議健保署及相關總額部門於116年度總額協商前，針對DRGs第三至第五階段導入、家醫計畫轉型及分級醫療推動等重點政策提出檢討報告，具體呈現原訂目標與實際成果間之量化落差，檢討推動機制及執行障礙，並訂定明確推動期程，作為預算編列及協商之重要依據。

6.建立專款項目生命週期管理機制，強化資源配置效能及退場管理：

- (1)各部門專款項目持續增加，由110年23項增至114年34項，若納入移列公務預算辦理之計畫已達41項，幾乎倍數成長。惟部分計畫長期存在資源投入與實際成效落差情形，除增加健保署行政管理負擔，亦影響整體資源配置效率，有必要全面檢討。
- (2)建議依專款計畫性質訂定生命週期管理制度，定期檢視執行情形，並建立執行率、政策成效及預算編列連動機制，對於長期執行率偏低、參與度不足或未能展現具體健康效益之計畫，應啟動縮編、整併或退場評估；對已成熟且成效穩定之計畫(如試辦逾5年)，則應評估納入常態性醫療服務或一般預算辦理。

7.資料治理與指標管理精進：

- (1)綜觀本次評核資料，各部門報告中出現相同指標於不同章節數據不一致之情形，顯示資料治理及數據品質管理仍有強化空間。此外，四大總額部門部分績效指標長期維持達標，甚至遠高於目標值，無法達到監督及管理功能。

- (2)各項指標之目標值設定應具適度挑戰性，並增加反映民眾健康結果及照護成果之「結果面」指標，以符合「以病人為中心」之醫療照護目標。資料的提供除歷年趨勢比較外，亦宜提供國際比較或相關文獻數據作為參考基準，以客觀評估政策成效。

8.健保未來發展願景：打造智慧、永續與學習型健康治理體系

- (1)從醫療支付邁向健康策略投資，全民健保已成功建立具代表性的單一保險支付制度。未來建議由醫療費用支付者提升為國家健康策略投資者，於總額資源配置中納入疾病負擔、健康餘命、健康不平等及成本效益等面向，建立以健康投資效益為導向的資源配置架構」。
- (2)從數位健保邁向AI智慧健康治理，在既有健康存摺、醫療資訊雲端及跨院資料交換等數位基礎上，建議進一步整合健保資料庫、電子病歷、健康存摺、醫療影像、藥品資訊及真實世界資料，建立AI驅動之健康治理平台。透過人工智慧技術應用於疾病與醫療需求預測、預算模擬、醫療品質監測、資源配置及政策評估，提升健保政策制定的前瞻性與精準度。
- (3)從全民健保邁向學習型健康體系，善用全民健保全人口醫療資料優勢，建構學習型健康體系，展望健保未來發展，宜以健康策略投資為資源配置理念，以AI智慧健康治理為治理工具，並以學習型健康體系為發展願景，整合醫療照護、公共衛生、長期照護及健康促進資源，持續提升健康餘命、醫療品質與制度永續性，推動臺灣全民健保朝向智慧健康治理典範邁進。

9.請強化腹膜透析及居家透析照護量能，提升照護品質：

腹膜透析與居家透析照護量能有待強化。目前腹膜透析病人數呈逐年下降趨勢，屢管重建率、脫離率及腹膜炎發生率等照護品質指標亦有改善空間。建議強化醫療院所及病人採行腹膜透析與居家透析之誘因，並落實品質指標監測與個案追蹤，以提

升透析病人生活品質。

10.審慎訂定「居家血液透析試辦計畫」之照護模式及監測機制：

114年推動之居家血液透析試辦計畫屬新興照護模式，建議審慎訂定具體實施方式，並監測執行情形及照護品質，以確保醫療品質與病人安全。

二、對醫院總額之整體建議

(一)嘉勉意見

- 1.在健保資源有限及醫護人力短缺之挑戰下，持續配合推動分級醫療、急重症照護、區域聯防、偏鄉醫療等政策，且專業醫療品質指標全數達標，醫療服務品質滿意度亦維持高度滿意，114年度整體執行成果表現穩健，展現醫院部門在維持醫療量能及民眾健康照護之努力。
- 2.配合健保署推動「個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫」，由傳統總額論量計酬逐步轉向前瞻式個別醫院總額，有效管控總體醫療利用，點值穩定度顯著改善，對未來導入整合照護及以價值為導向之支付制度建立良好基礎。
- 3.肯定醫院部門與健保署共同推動Tw-DRGs擴大導入政策，並提出231項可優先研議納入DRG之項目，其涵蓋率預計可由現行約20%提升至約40%，雖然目標仍有精進空間，但停滯多年的DRG政策已有具體進展，值得肯定。

(二)建議改進意見

- 1.推動健保支付制度改革，醫院總額治理模式宜轉型，建構以價值導向、照護整合及智慧管理之體系：
 - (1)醫院總額宜由重視服務量(Volume-based)轉向以健康成果(Value-based)為核心的支付制度。除持續監測執行率及醫療品質外，宜逐步納入病人健康結果(Health Outcomes)、病人報告結果(Patient-Reported Outcome Measures, PROMs)、可避免住院率、重大疾病存活率及成本效益等價值導向指標，使支付制度更能反映照護價值，作為健保3.0支付制度改革的基礎。
 - (2)在現有智慧醫院及數位網絡基礎上，建議進一步整合健保資料、電子病歷、慢性病管理及社區照護等跨院資訊，運用AI人工智慧發展疾病風險預測、急重症預警、護理人力配置、醫療資源調度及總額預算管理等，提升AI人工智慧在醫療管

理及資源配置之核心能力。

- (3)建議醫院總額管理由單一醫院管理模式，進一步發展為跨層級、跨院所及跨照護場域之整合照護生態系(Integrated Healthcare Ecosystem)，強化醫學中心、區域醫院、地區醫院、診所、長照及社區健康照護之合作機制，透過資訊共享及共同照護模式，建立以病人為中心之連續性照護體系，並以健康成效及醫療資源使用效率作為共同績效評估依據。

2.因應人口結構與醫療環境變化，積極研擬因應策略，提升整體醫療量能：

- (1)前一年度評核已建議因應高齡化、少子化及人口減少，推估未來5年就醫人數、人均醫療費用及病床配置，惟多數回應仍未提出具體規劃，建議就未來5年人口結構、疾病負荷、醫療量能及財務需求進行整合評估，以利規劃未來醫療服務供給及總額資源配置方向。
- (2)醫學中心及區域醫院在住院件數、點數的占率逐年增加，而地區醫院則呈現下降趨勢，建議進行個別醫院檔案分析，掌握不同層級醫院之病人結構、服務量及資源使用變化，強化地區醫院的功能，如以社區為中心，整合醫療、健康促進、長照等服務，發展符合在地需求之照護模式，以提升醫療服務量能。
- (3)面對急重難罕醫事人力流失問題，建議健保署與醫院部門共同正視醫療人力配置及資源投入之結構性問題，以避免產生醫療服務可近性下降及急診壅塞等連鎖影響，確保醫療體系穩定。
- (4)個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫實施後，宜分析其對醫療照護方式、資源配置及病人照護成效之影響，後續更應持續關注是否衍生延後就醫、拒收高風險個案、關床等情形，以作為總額管理及政策調整之依據。

3.檢討住院及急診自行負擔費用額度之適切性，促進醫療資源合

理使用：

- (1)考量急診資源使用情形，為解決部分急診壅塞，建議考量全民健康保險法第43條，保險對象應自行負擔門診、急診費用之20%之規定，並訂定單次或全年上限金額，以及提供經濟弱勢者就醫保障，透過部分負擔設計引導民眾適當就醫。
- (2)現行住院部分負擔費用已較過去提高，惟仍低於住宿式長照機構，醫院住院照護之專業人力配置也優於長照機構，可能形成社會性住院之誘因，建議檢視住院自行負擔額度，並配合DRG制度，降低不必要住院及延長住院情形，將有限醫療資源優先提供予有急迫醫療需求之病人。

4.面對護理人力短缺問題，宜持續強化人力監測及留任機制，以確保醫院照護量能：

- (1)平均每月實際於一般急性病床照護之護理人員，114年較110年減少11.77%，114年亦較113年減少2,349人，其中以區域醫院及地區醫院減少幅度較大，醫院部門有何因應作為？另建議積極研擬人力補充及留任策略，避免以減少病床作為主要因應方式，並將護理留任指標及急診壅塞改善成效扣合相關預算，以提高醫院改進誘因。
- (2)因114年起一般服務項目「全日護病比」移出醫院總額，改由公務預算支應，導致相關護病比及住院護理品質資料出現監測空窗，建議健保署與醫院部門協調資料銜接機制，持續監測各層級醫院護病比、護理人力、開放床數、關床情形及離職率等變化，以掌握醫院整體照護量能。
- (3)精神專科及慢性醫院在病人跌倒發生率、病人感染發生率有偏高的情形，建議進行個別醫院檔案分析及輔導，以提出具體改善措施。

5.精進分級醫療及轉診成效評估，確實提升轉診適當性及照護連續性：

- (1)分級醫療轉診率雖逐年提升，惟成長幅度有限，且醫院下轉

基層比率呈下降趨勢，建議增加有效轉診率及照護連續性指標，如轉診後30日內之持續照護率、下轉後90日內非必要返回原院所率、轉診後可避免急診及住院率等，以提升轉診制度之適當性及醫療照護連續性。

- (2)建議依疾病別、院所層級別監測轉診適當性，如糖尿病、慢性腎臟病及穩定心血管疾病等適合社區照護之疾病，分析其下轉率，至於癌症、重大外傷、急性心肌梗塞及高危妊娠等疾病，分析其上轉率，以評估分級醫療政策之實際成效。

6.明確訂定Tw-DRGs推動期程，並強化成效評估：

- (1)醫院部門已提出231項可優先研議納入之DRG項目，建議訂定推動期程及階段性目標，必要時可採雙軌試辦方式，邀請醫院參與特定DRG項目，並與各縣市衛生局合作，積極協助、輔導較弱勢之醫院，以利制度推動。
- (2)建議依目前執行之DRG項目，分析整體及個別醫院過去5年住院人次、醫療費用、平均住院日及住院轉門診手術之人次與費用等變化，據以評估DRGs對醫療服務型態、病床周轉及醫療費用之實際影響，評估DRG之實施成效。
- (3)考量DRGs有助於縮短不必要住院日數、減少社會性住院、提升病床周轉及紓解護理人力不足問題，建議醫院部門加速推動，促進醫療資源有效配置。

7.精進專業醫療品質指標及品質保證保留款(下稱品保款)核發機制，提升指標鑑別度：

- (1)114年專業醫療服務品質指標全數達標，惟部分指標參考值偏於寬鬆，針對連續多年優於參考值之指標，宜適度提高標準或更換指標。另考量各醫院品質表現差異，建議以個別院所為評估單位，納入標準差及離群值管理，並對個別離群醫院加強輔導。
- (2)現行品保款近乎全面核發，建議重新檢討各層級獎勵指標，並與醫療品質實際改善成果連結，提高指標鑑別度，以確保

支付誘因能有效提升醫療品質，才能發揮品保款的激勵與標竿學習效果。

- (3)品質監測應逐步由服務量及過程指標轉向照護成效及價值導向，建議增加多重慢性病控制、治療等待時間、照護中斷，以及風險校正後之死亡率、再住院率、可避免住院率等結果面指標，並適度納入國際比較，提升醫療品質管理之深度及效益。

8.強化醫療服務可近性，積極研擬改善策略：

在醫療服務品質調查結果中，能順利入住健保房的比率較過去下降，且病床等候時間增加，顯示病床實質供給下降，住院可近性降低，建議分析原因，研擬因應改善策略。

9.強化專款項目管理及成效評估，落實檢討及退場機制：

- (1)專案項目之成效評估不宜僅以預算執行率及參與率為主要指標，應依各方案推動目的，訂定疾病控制、照護品質、健康成效及成本效益等結果面指標。
- (2)對於執行率長期偏低或成效未達預期之專款項目，應建立明確的檢討及退場機制，避免專款項目數持續累積，增加行政及資源配置負擔。

三、對西醫基層總額之整體建議

(一)嘉勉意見

- 1.持續發揮社區健康守門人角色，配合健康台灣888政策，積極參與家庭醫師整合性照護計畫(下稱家醫計畫)、各項慢性病整合照護計畫，逐步由疾病治療轉向整合照護責任與風險管理，展現基層醫療在健康照護體系的核心價值，值得肯定。
- 2.整體醫療品質滿意度長期維持高水準、多項專業醫療服務品質指標達標、檢驗(查)結果上傳率大幅提升、多項專款計畫執行良好，顯示西醫基層部門在提升照護品質、維護民眾就醫權益方面已具成果。
- 3.西醫基層部門服務量能穩定，114年就醫率維持85%以上，持續強化管理機制，點值穩定並較前2年提升。

(二)建議改進意見

- 1.宜從疾病治療邁向以健康促進及疾病預防為核心的照護模式：
 - (1)家醫計畫已奠定良好基礎，建議下一階段進一步提升為Community Health Integrator(社區健康整合者)，未來除提供疾病診療外，更應扮演健康管理、資源整合、醫療導航及健康促進領導者角色，建構全人、全家、全社區之整合照護體系，以因應超高齡社會照護需求。
 - (2)基層醫療應朝精準預防邁進，整合預防保健、慢性病管理等，並善用個人健康資料、危險因子及風險分層進行管理，建立以健康促進與健康成果為導向的基層照護模式，並將健康成果(如健康餘命、重大慢性病發生率、可避免住院率等指標)納入總額評估，做為未來全民健康管理之目標。
- 2.檢討年度重點項目及指標值，並以結果為導向，強化照護成效：
 - (1)多項指標均達成目標值或超越參考值，建議可參考國際資料或實務需求，適度提升目標值(如年度HbA1c檢查次數)。
 - (2)糖尿病病人整體照護情形：照護品質指標應由過程面指標轉

向成果指標，建議納入健康結果及公平性指標(如：生理數值控制良好率、可避免急診／住院等)，以評估全人全齡照護成效。

3.建立更具鑑別度之專業醫療服務品質指標及參考值：

- (1)多數指標長年達標，其參考值以近3年平均值*(1-20%或1-15%)，參考值偏寬鬆，難以反映品質改善成效，建議全面檢討指標及其參考值之適切性，評估該值對應之百分位情形(落在多少百分位)，或考量與實績連動，參考值以「不低於最近1年實績」為原則。
- (2)建議增加結果面指標，汰換敏感度不足之指標，並建立院所層級回饋機制，以院所別為單位，納入標準差管理，並與國際資料比較，以提升品質監測效益。

4.檢討總額協商項目之預算編列合理性及執行情形：

114年總額配合健康台灣、預防保健政策，於一般服務新增多項衍生費用，如：「促進醫療服務診療項目支付衡平性」，「代謝症候群及C肝照護品質提升衍生之醫療費用」、「因應預防保健政策改變產生之服務密集度」，但執行率未達2成，請檢討執行落差之原因。另未執行預算會滾入基期，亦請審慎評估合理性。

5.專款項目預算應核實編列，並建立屆期退場機制：

對於部分照護成效或參與率不佳之方案，應檢討計畫內容及支付誘因，瞭解執行不佳之原因，並建立計畫轉型或處理機制。如參考近3年實際執行數減列預算或評估退場，至於執行穩定、具有績效之項目，建議規劃導入一般服務。

6.請持續評估及提升家庭醫師整合性照護計畫之照護成效：

- (1)114年家醫計畫轉型為家醫2.0，強化社區醫療群之擇優汰劣，致醫療群數、參與診所占率呈現下降，請持續提升照護涵蓋率。
- (2)多項結果面指標如：糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)

率-醣化血色素(HbA1c)、低密度脂蛋白(LDL)、急診率、可避免住院率等未達標，請積極檢討改善，加強收案會員之生活型態與健康管理。

- (3)家醫計畫經費(114年46.48億元)係西醫基層總額專款項目最高，惟執行成果報告中敘明114年預算及部分指標項目「尚在核算中」，建議西醫基層部門與健保署共同討論，於評核前提供完整執行成果，以利檢視整體照護成效。

7.精進總額管理與內部審查機制：

- (1)西醫基層108~114年平均每人醫療費用成長率較高，性別年齡校正後仍達18.8%，相較其他總額部門偏高，建議持續監測費用成長原因及合理性。
- (2)專業審查較前4年提升，以抑制不合理的費用申報，惟各分區核減率差異仍大，建議強化跨分區抽查，提升審查一致性。
- (3)各地區浮動點值及爭議審議案件撤銷率、駁回率仍存在區域差異，建議持續檢討原因並研擬改善措施，以縮小區域落差。

8.建議積極導入AI、大數據與數位科技，提升醫療品質與效率：

健保雲端資訊上傳及共享已有顯著成果，建議未來積極導入AI、大數據與數位科技等，整合健保及個人健康等相關數據，建立AI社區健康智慧平台，並發展疾病預警、臨床決策支持及社區健康監測能力，降低醫師行政負擔，以提升醫療品質與照護效率。

四、對牙醫門診總額之整體建議

(一)嘉勉意見

- 1.持續落實我國口腔健康政策，展現卓越成果，並超越總額支付框架，動員各方資源，積極提升整體國民口腔健康。不僅在兒童口腔保健、特殊需求族群照護、偏鄉醫療服務、牙周病及高齡口腔健康等多項政策穩定推展，亦積極結合社區、長照及醫療體系，逐步建立全人口腔健康照護模式，具前瞻性與完整性，將口腔照護由疾病治療提升至健康促進與全身健康，值得高度肯定。
- 2.參採前一年度評核意見，主動以直接標準化呈現結果面成效，按5歲一組共20個年齡層標準化後，分析年齡層投保人口之平均拔牙顆數，呈現有就醫者的平均拔牙顆數較108年下降的改善實績，逐步朝8020政策提升國人自然牙保存的目標邁進，虛心學習與勇於提升的精神，值得肯定。
- 3.總額自主內控管理能力強，藉由各項管理機制，維持各區點值穩定。尤其在醫療利用方面，109~114年牙醫平均每人所需醫療費用，以性別年齡校正前後之成長率均低於10%，相較其他總額部門之成長(校正前16.8%~20.8%、校正後12.3%~28.6%)費用管控良好，有效運用健保資源。
- 4.114年巡迴醫療服務天數、人次及醫療站數均成長，重度以上身障者服務人數增加，展現積極投入偏鄉及特殊需求者的弱勢照護之成效。尤其在114年樺加沙颱風造成堰塞湖溢流災害時，對於花蓮光復鄉受災診所，募集社會資源，協助恢復提供醫療服務，極力維持資源有限地區牙醫服務量能，部門向心力及動員力值得讚許。

(二)建議改進意見

- 1.持續落實「8020」提升國人自然牙之目標，並善用口腔健康調查、精進資料分析，以利訂定改善策略：
 - (1)牙醫部門多年來已建立完善之口腔疾病防治體系，建議下一

階段以「生命歷程口腔健康」為核心理念，從孕產婦、嬰幼兒、學齡兒童、青壯年、高齡者至失能族群，建立不同生命階段之口腔健康促進、疾病預防、功能維護及健康老化照護模式，由「治療口腔疾病」提升至「守護一生口腔健康」，使口腔健康成為健康台灣政策的重要支柱。

(2)衛福部「台灣地區兒童及青少年口腔狀況調查」的資料顯示，12歲兒童的恆齒齲蝕指數(DMFT index)2020年仍達2.01，高於2015年全球平均的1.86，宜瞭解原因並提出改善策略。

(3)衛福部口腔健康司「我國成人及老年人口腔健康調查報告」，顯示75歲以上全口無牙率110年高達20.9%，建議未來調查，將年齡層「75歲以上」再細分(如75~79歲、80~84歲、85歲以上等組別)，以了解實際的口腔健康狀況，並確實掌握衛福部調查報告之期程。

2.持續檢討專業醫療服務品質指標及參考值設定，提升鑑別度：

(1)部分品質指標參考值偏寬鬆，114年指標之參考值雖已依建議調整，但實際監測值仍逼近上限或下限，失去敏感度及鑑別度。建議參考國際臨床指引，替換為較具敏感度之品質指標，或重新檢討參考值適當性(如分析目前所訂參考值是落在多少百分位)。

(2)每家牙醫診所醫療品質表現不同，管理成效宜以個別院所為單位，並納入標準差管理，降低標準差，減少未達標院所與整體平均表現的差異程度。

3.牙醫醫療資源區域分布公平性有待改善：

111至114年發展程度最高與最低兩組醫師人力比由14.43升至15.14，高於西醫基層及中醫部門。114年全國每萬人口特約診所數及每萬人口申報醫師數成長率均上升，但是東區每萬人口申報醫師數為負成長。宜正視牙醫於偏鄉可近性惡化的結構性問題，需採取有效鼓勵措施，讓牙醫師的區域分布更為均衡。

4.提升牙醫服務可近性及可負擔性，保障民眾就醫權益：

- (1)牙醫假日服務仍為影響就醫可近性之主要挑戰，近5年週六開診率由61.49%降至57.68%、週日僅3.49%至3.84%，為四部門最低。建議訂定假日開診覆蓋率等分區量化目標，並試辦輪值、強化假日開診之支付或獎勵誘因。
- (2)114年民眾整體自費比率已明顯低於前幾年，惟民眾自付費用金額明顯偏高，「對院所自費金額的感受(非常貴+貴)」的占率111~114年逐年上升，由38.5%升至50.4%，為四部門中最高，且超過6成由牙醫師建議自付其他費用。建議檢討牙醫健保給付範圍之合理性，適度擴大健保給付，降低民眾經濟負擔。

5.加強院所違規情形及醫療機構輔導之管理：

114年民眾檢舉及健保署查核的違規查處件數較113年增加，且114年違規扣款金額高達4,889萬元，高於其他部門。114年無總額部門自行舉發之案件，反映牙醫業者有重大違規情形，但牙醫部門內部卻無法有效主動發掘，自律機制尚有改進空間。

6.專款計畫之執行檢討：

- (1)部分計畫實際執行數超出預算數(如高風險疾病口腔照護計畫)，採浮動點值支付，因量增造成支付折減，削弱服務牙醫師對政策的信任。建議監測計畫執行情形，當執行量超越預警值時採取相關措施，落實計畫有效管理。
- (2)多項專款項目(如高風險疾病口腔照護計畫、特定疾病病人牙科就醫安全計畫)之監測值遠高於目標值，且指標設計是追蹤「服務量」(分子)而非測量「涵蓋率」，無法呈現可能潛在病患是否受到照顧(分母)之事實。建議重訂目標，改採結果面指標，並將指標值納入國際比較。
- (3)達屆期檢討之3項計畫尚未提出檢討結果，建議於116年度總額協商前，逐案完成評估。若建議納入一般服務，則須試算對點值之影響，並就專款占比訂定上限，落實專款屆期檢討

與退場機制，避免專款排擠一般服務。

7.結合大數據資料與人工智慧，邁向全人健康的目標：

- (1)建議結合大數據資料與人工智慧，建立「口腔健康品質監測系統」。藉由人工智慧成為串聯醫療照護、公共衛生、學校口腔保健、長期照護及健康管理的重要平台，提供疾病風險預測、個人化預防策略及健康決策支持，打造全民共享之智慧口腔健康治理模式。
- (2)研究證實口腔健康與糖尿病、心血管等疾病相關，建議透過跨專業、跨部門合作，深化體系整合，例如將牙醫照護納入「長照3.0」，強化高齡長者之居家牙醫服務，並將口腔健康納入全人健康照護的重要指標。

五、對中醫門診總額之整體建議

(一)嘉勉意見

- 1.持續擴展中醫照護角色，服務內涵逐漸由傳統門診服務，延伸涵蓋急性治療、慢性病照護、居家及長期照護，並持續推廣中西醫整合醫療。在慢性腎臟病及癌症整合照護服務量能增長，符合超高齡社會失能與退化的疾病需求，對提升民眾健康及擴展中醫照護角色具有貢獻。
- 2.醫療品質滿意度114年為近年最高，且醫護人員有進行衛教指導比率亦較過去4年提升，在專業醫療服務及品質保證保留款的執行情形亦相當良好，值得肯定。
- 3.積極推動多項中醫整合照護計畫，成效良好。以疾病為主題之照護方案，能導入國際標準臨床量表，進行客觀評估，針對部分成效不佳之計畫，亦能依據實證結果果斷退場。

(二)建議改進意見

- 1.中醫門診就醫率減少，應審慎思考改善策略，強化服務量能：
 - (1)COVID-19疫情後中醫醫療服務人數呈負成長趨勢，114年已降至26.3%，建議進一步釐清原因，是反映中醫醫療需求下降或僅為疫情後就醫型態改變之短期影響，並強化中醫服務量能與政策成效。
 - (2)提高中醫就醫率，比擴展就醫者使用次數重要，建議改善每萬人口中醫師數偏低的鄉鎮，分析鄉鎮別就醫人數增減的原因，針對就醫率下降的地區提出分區歸因與對策。
 - (3)中醫平均每人所需醫療費用108~114年人口特性未校正之成長率為29.3%，經性別年齡校正後為22.4%，為各總額部門最高，宜研析費用成長原因。
- 2.中醫自費情形增加，應了解原因並積極改善：
 - (1)114年有「自付費用」之比率為38.5%，高於其他部門，費用中位數亦提升，自付費用項目主要為「多配數天的科學中藥」(達42.8%)，將影響民眾對中醫服務的信賴度與觀感，

宜改善。

- (2)建議檢討醫療服務的提供規範，系統性蒐集民眾自費原因(例如處方日數、特殊或高價藥材、水藥等)與金額、常用藥材單價上漲與用量，並將分析結果及健保財務衝擊，作為財務投入、支付項目與標準調整之客觀依據。

3.年度重點項目宜由利用量成長轉向以病人為中心的成效指標：

- (1)9項績效指標之目標值均訂為「利用量呈現正成長」，仍有2項服務人數指標未達標，請參酌實績改訂定具有具體改善效果與挑戰性之目標。
- (2)整體成效評估宜由「利用量成長」逐步轉向以「人口涵蓋、健康結果及病人價值」的成效指標，建議未來重點項目納入結果面指標，以反映「以病人為中心」之醫療品質精神。

4.專業醫療服務品質指標鈍化，建議重新訂定並縮小區域落差：

- (1)專業醫療服務指標不夠敏感，以「於同院所針傷科處置次數每月大於20次之比率」為例，114年監測值為0.0044%，數值非常低、指標鈍化，建議降低次數(改成每月大於10次)，或是將同院所次數改為全年每人使用次數。
- (2)中區在「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」、「就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率」及「於同院所針傷科處置次數每月大於20次之比率」等3項負向品質指標均高於參考值，建議深入分析原因，並研擬具體改善及輔導策略，以縮小區域落差。

5.檢討總額協商項目執行情形，強化課責機制：

部分協商項目如「提升中醫小兒傷科照護品質」、「多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度」及「提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護」，增加預算與實際增加點數有很大落差，「中醫利用新增人口」未達目標，應提出檢討、落實課責機制，並核實編列預算。

6.地區預算分配方式建議持續檢討調整：

查114年北區的一般服務預算占率為13.1%、就醫人數占率為15.8%，惟一般服務點值為各分區中最低，就醫率亦是各分區最低，較其他分區沒有利用過度情形，可見預算分配尚未充分反映就醫人口，建議持續檢討地區預算分配的合理性。

7.請加強同儕自律管理機制，並縮小分區管理差異：

違規查處案件方面，沒有總額管理部門自行舉發的案件，自律管理仍有待加強。另核減率呈逐年上升趨勢，且區域間仍存在差異，建議深入分析各區核減率差異之原因，並研擬具體改善及輔導策略，以縮小區域落差、提升整體醫療品質。

8.專款項目宜建立更具證據力的政策評估機制，進行健保資料庫分析，以落實成本效益評估：

(1)多項專款計畫已試辦多年，成效證據全屬單組前後測、無對照組，亦未校正其他干擾因子，建議未來強化研究設計，適度採用對照組、配對分析或其他準實驗設計，並逐步納入臨床結果指標，以提升政策效益評估之科學性、證據力及國際說服力，作為後續支付制度及政策推動之依據。

(2)西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫、中醫癌症患者加強照護整合方案、中醫急症處置等計畫均在醫院場域執行，涉及中醫門診總額與醫院總額。現行報告主要呈現中醫端服務量，未能回答醫院端是否縮短住院日、減少止痛藥、降低併發症或減輕急診負荷，建議共同建立跨部門指標，並由健保署協助進行健保資料庫分析，以辨識實際之成本效益。

(3)部分計畫各年度、各分區執行情形差異性大、金額規模小或量能不足(如中醫急症處置計畫、中醫孕產照護計畫)，建議提出轉型、併案或退場之指標及時程。

9.結合人工智慧技術，邁向智慧整合醫療：

(1)善用AI協助整合中西醫病歷、影像、生理量測、功能評估及病人回報資料，建立跨專業決策支持平台，提升癌症、慢性腎臟病、神經復健、急重症及長期照護等跨領域整合照護品

- 質，讓AI成為串聯不同醫療專業與照護場域的重要橋梁。
- (2)中醫未來發展不應侷限於傳統醫療服務的延伸，而應朝向「功能恢復(Recovery)」、「智慧整合(Integration)」及「精準創新(Innovation)」三大方向發展，建構以全人照護為核心、以實證醫學為基礎、以人工智慧為驅動的新世代中醫健康照護模式，讓台灣成為全球AI精準中醫與整合醫學的重要典範。

(會議資料第114頁)

報告事項第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：「0~6歲兒童醫療量能保障」具體實施規劃(包含執行方式及具體提升兒童醫療量能之監測指標)專案報告，請鑒察。

說明：

- 一、依據115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式之總額核定事項(下稱總額核定事項)暨貴會115年度工作計畫辦理。
- 二、計畫目的：為保障0~6歲兒童就醫權益及保障兒科醫師基本收入，研擬調升兒童急重難罕支付標準及鼓勵醫院及基層擴大醫師參與幼兒專責醫師制度人數，以維持兒科急、住診服務量能。
- 三、預算：115年249億元(醫院125.5億元、西基123.5億元)。
- 四、執行目標：保障兒童醫療量能

(一)醫院端：鼓勵擴大醫師參與幼兒專責醫師制度人數、穩定兒科醫師數、維持兒科急/住診服務量能。

(二)基層端：提高診所參與幼兒專責醫師制度計畫醫師數。

五、預期效益及評估指標：

(一)醫院端：

- 1.鼓勵醫院擴大醫師參與幼兒專責醫師制度之人數不低於112年。
- 2.醫院兒科醫師之人數、急診及住院服務量不低於114年。

(二)基層端：西醫基層診所參與醫事司幼兒專責醫師制度計畫之醫師數較113年增加。

六、運用規則：

(一)結算方式：

- 1.115年0~6歲預算，點值將分別依醫院及西醫基層不含0~6歲各區一般服務之點值不低於1元支付。
- 2.跨區就醫點值、保障項目比照不含0~6歲辦理，另全年預算如有剩餘，再行研議支用方式。

(二)調升兒童支付：

- 1.115年運用其他預算調整兒科住院診察費加成、新生兒重大手術等支付標準(115/4/1生效)，共約2.28億元。
- 2.近期規劃調整兒童住院基本診療項目、先天性心臟病手術支付等，經115年6月25日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議原則通過，最快115年9月1日生效。

報告單位業務窗口：黃瓊萱科長，聯絡電話：02-27065866分機3006

.....

本會整理說明：

- 一、本案係健保署依115年度各部門總額核定事項(詳參考附件，第34頁)及年度工作計畫，向本會提報醫院及西醫基層總額一般服務項目「0~6歲兒童醫療量能保障」具體實施規劃專案報告。115年度總額核定事項(略以)：訂定具體實施規劃(包含執行方式及具體提升兒童醫療量能之監測指標)，並於115年6月前提出專案報告。
- 二、本項係115年新增之一般服務項目，健保署已依前揭核定事項提報具體實施規劃(詳附件，第28~33頁)，包含執行方式及監測指標，說明如下：

(一)執行方式：用於保障0~6歲兒童醫療服務量能。

1.調升兒童急重難罕支付標準：

- (1)調升兒科住院診察費加成、新生兒重大手術等支付標準，約需2.28億元，由115年度其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」支應。
- (2)調升兒童住院基本診療項目、先天性心臟病手術等支付標準，由醫院總額一般服務支應。

2.保障兒科醫師基本收入：

- (1)有關115年0~6歲兒童醫療費用，點值將分別依醫院及西醫基層總額不含0~6歲兒童之各區一般服務點值不低於1元支付。
- (2)跨區就醫點值及保障項目，比照不含0~6歲兒童之各區一

般服務點值辦理。

(3)若全年預算有剩餘，再行研議支用方式。

(二)監測指標：為保障0~6歲兒童就醫權益，訂定3項評估指標，以維持兒科急、住診服務量能。

1.擴大醫師參與幼兒專責醫師制度之人數，不低於基期。

2.醫院兒科醫師之人數，不低於114年。

3.醫院0~6歲急診及住院服務量不低於114年。

決定：

0-6歲兒童醫療量能保障

全民健康保險會115年7月份委員會議專題報告



中央健康保險署
115年7月29日

1

大綱

1 背景

2 總額協定

3 運用規則

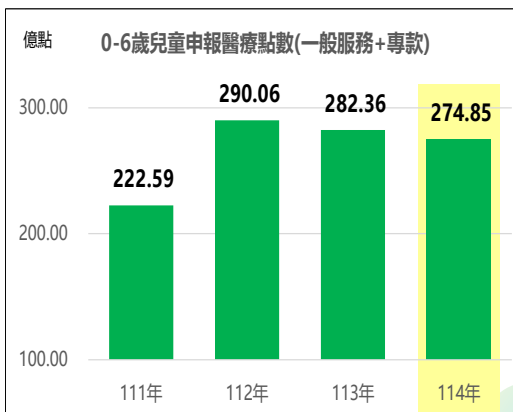
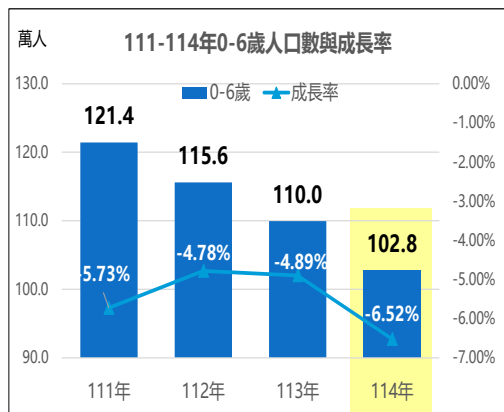
4 結語



2

背景 少子女化，0-6歲就醫人數及醫療費用下降

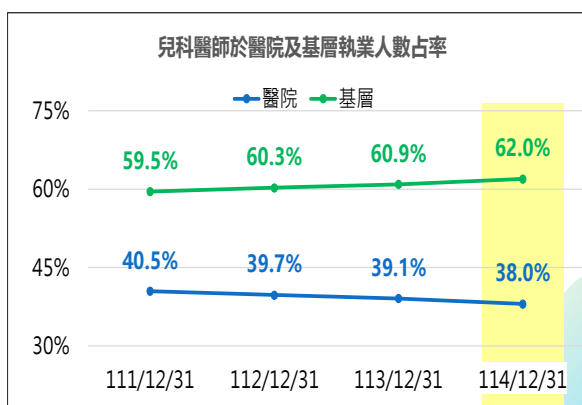
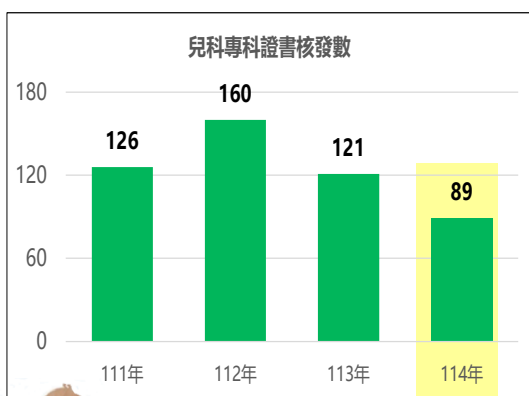
- 0-6歲人數：自111年121.4萬人，降至114年102.8萬人
- 0-6歲兒童醫療費用(一般服務及專款)：自112年290.06億點，降至114年274.85億點。



3

背景 新進兒科醫師人力減少，執業醫院意願下降

- 兒科專科醫師給證人數，從111年126人，降至114年89人，凸顯兒科醫師人力已嚴重不足
- 兒科醫師執登於醫院占率，從111年40.5%，下降至114年38.0%，顯示兒科醫師傾向基層診所執登。



4

協定

115年全民健康保險醫療給付費用總額協定

兒童總額
249億元
協定事項

- 醫院、西醫基層總額額度合併，不足由其它預算支應執行目標：維持兒童醫療量能
- 預期效益之評估指標：
 - 醫院：
 1. 鼓勵醫院擴大醫師參與幼兒專責醫師制度之人數不低於112 年
 2. 醫院兒科醫師之人數、急診及住院服務量不低於114 年
 - 西基：西醫基層診所參與醫事司幼兒專責醫師制度計畫之醫師數較113 年增加



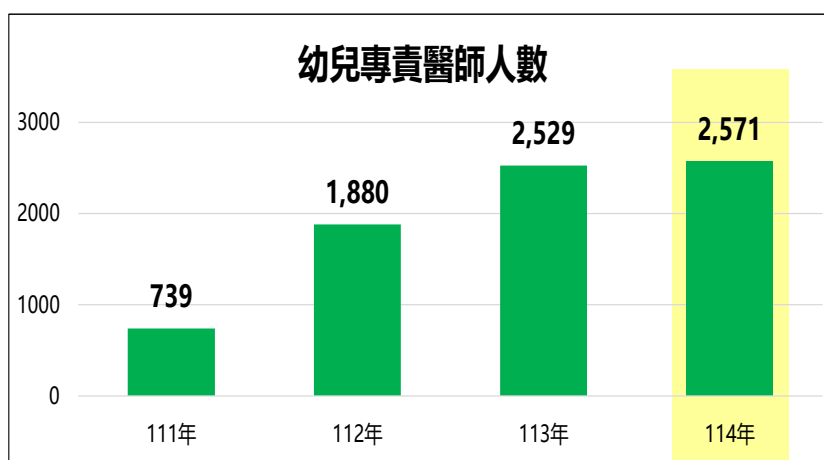
5

協定

評估指標1：

擴大醫師參與幼兒專責醫師制度之人數，不低於基期

衛生福利部自109年起試辦，並於110年正式展開「幼兒專責醫師制度計畫」，於112年11月1日起，將新生兒全面納入為幼兒專責醫師制度計畫的照護管理對象



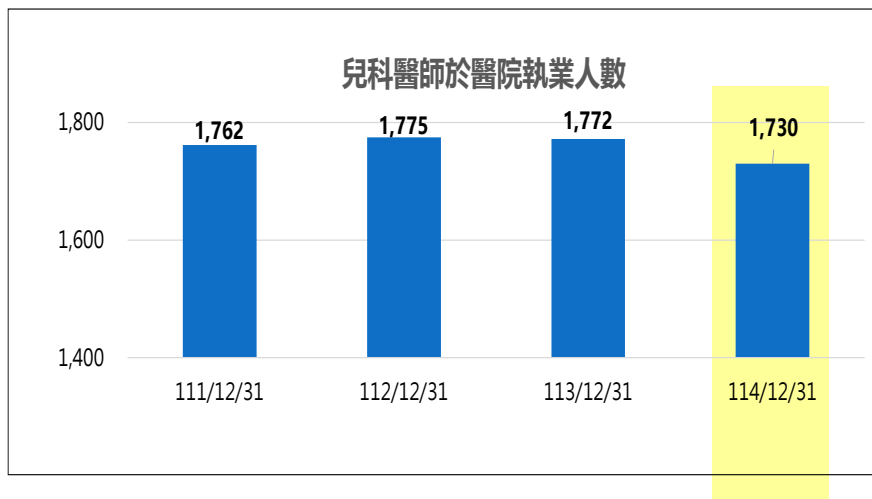
資料來源：衛生福利部兒童醫療健康資訊整合平台



6

協定 評估指標2： 醫院兒科醫師之人數，不低於114年

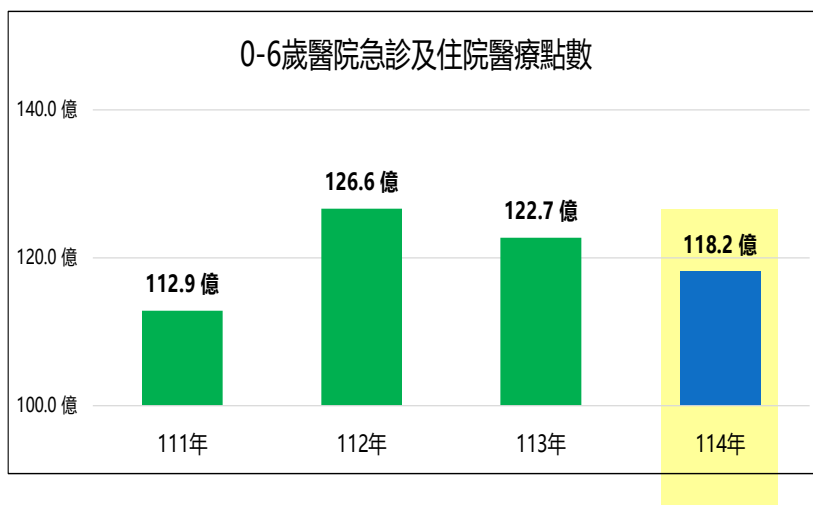
經統計執登於醫院之兒科醫師人數，自111年1,762人，降至114年1,730人。



7

協定 評估指標3： 醫院0-6歲急診及住院服務量不低於114年

0-6歲急診及住院醫療費用，自疫情後112年126.6億點，下降至114年118.2億點。



8

運用 規劃

0-6歲兒童預算結算方式

115年5月28日「西醫基層總額115年第2次研商議事會議」及115年6月3日「醫院總額115年第2次研商議事會議」報告通過：

- 1 115年0-6歲預算，點值將分別依醫院及西醫基層不含0-6歲各區一般服務之點值不低於1元支付
- 2 跨區就醫點值、保障項目比照不含0-6歲辦理，另全年預算如有剩餘，再行研議支用方式



9

運用 規劃

調升兒童相關醫療支付-1

1 115/4/1生效健保115年挹注2.28億元修訂
兒科、新生兒科、兒童精神等診療項目

2 115/7/1生效未滿
7歲兒童預防保健
服務由7次增至9次

兒
科

一般住院診察費：學齡前兒童加成

年齡範圍	兒科專科醫師		其他專科醫師	
	現行	修訂後	現行	修訂後
未滿6個月	150%	210%	60%	60%
6個月~未滿2歲	150%	210%	30%	60%
2歲~未滿7歲	150%	170%	20%	20%

ICU住院診察費：兒科專科醫師加成

現行	修訂後
140%	160%

1.9
億元

兒
童
精
神

0.08
億元

調升未滿六歲日間住院支付：

診療項目	現行	調升後
精神科日間住院治療費（日間全天）-未滿六歲	877	1,623
精神科日間住院治療費（日間半天）-未滿六歲	438	800

小
兒
外
科

0.3
億元

調升新生兒重大手術支付點數：

診療項目	現行	調升後
隱睾雙側睪丸固定術	21,692	31,033
腹腔鏡精索靜脈曲張結紮	4,973	12,673
新生兒壞死性腸炎手術，含腸切除及吻合術	47,035	52,072
新生兒壞死性腸炎手術，含腸造口	37,927	41,988
新生兒胃穿孔修補術	36,832	40,775
新生兒臍疝氣修補術 - 複雜性	33,424	33,660
嬰兒鼠蹊疝氣	17,812	22,000

兒童預防保健項目包含：身體檢查（身高體重、發展性評估等）、發展診察（語言認知、社會性發展等）及衛教指導（母乳哺育、口腔保健等）

兒童預防保健7+2服務時程
（2026年7月1日上路）

次數	原時程	新時程
1	0-2個月	2週-2個月
2	2-4個月	2-4個月
3	4-10個月	4-6個月
4	10-18個月	6-12個月
5	1.5-2歲	12-18個月
6	2-3歲	1.5-2歲
7	3-7歲	2-3歲
8	-	3-5歲
9	-	5-7歲

資料來源：國民健康署 製表：記者羅碧



10

調升兒童相關醫療支付-2

115/6/25全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議原則通過，最快115/9/1生效

兒科挹注
2.3億元

■ 調整住院診察費加成

年齡範圍	一般、急診		ICU、隔離、會診	
	現行	修訂後	現行	修訂後
未滿6個月	60%	70%	60%	70%
6個月~未滿2歲	60%	70%	30%	40%
2歲~未滿7歲	20%	30%	20%	30%
7歲~未滿19歲	0%	10%	0%	10%

■ 先天性心臟病

- ✓ 增列手術不折付規範
- ✓ 調升心導管4項
調幅16.6%-103.9%、
- ✓ 調升手術11項
調幅3.9%-82.4%

■ 調升兒童精神日間住院、團體心理治療 調幅50%-100%



11

結語

1 持續監測評估指標達標狀況

2 擴大研議調整醫院兒童醫療支付、鞏固兒童急重症照護量能



12

115 年度醫院及西醫基層總額「0~6 歲兒童醫療量能保障」核定事項

項目	總額別	核定事項
0~6 歲兒童醫療量能保障 (115年新增項目)	醫院總額	1.本項額度536百萬元，用於0~6歲兒童醫療服務量能，經費如有不足，由其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」項目支應。 2.本項預算536百萬元與一般服務預算保留之0~6歲兒童醫療費用12,014百萬元合併運用(計12,550百萬元)，保留額度將與西醫基層總額額度合併，用於支應0~6歲兒童醫療費用。 3.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)執行目標：維持醫院兒童醫療量能。 預期效益之評估指標： ①鼓勵醫院擴大醫師參與幼兒專責醫師制度之人數不低於112年。 ②醫院兒科醫師之人數、急診及住院服務量不低於114年。 (2)訂定具體實施規劃(包含執行方式及具體提升兒童醫療量能之監測指標)，並於115年6月前提出專案報告。 (3)監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用。
	西醫基層總額	1.本項額度590百萬元，用於0~6歲兒童醫療服務量能，經費如有不足，由其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」項目支應。 2.本項預算590百萬元與一般服務預算保留之0~6歲兒童醫療費用11,760百萬元合併運用(計12,350百萬元)，保留額度將與醫院總額額度合併，用於支應0~6歲兒童醫療費用。 3.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)執行目標：維持西醫基層兒童醫療量能。 預期效益之評估指標：西醫基層診所參與醫事司幼兒專責醫師制度計畫之醫師數較113年增加。 (2)訂定具體實施規劃(包含執行方式及具體提升兒童醫療量能之監測指標)，並於115年6月前提出專案報告。 (3)監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用。