

衛生福利部全民健康保險會
第 6 屆 113 年第 2 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 113 年 3 月 13 日

衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 113 年第 2 次委員會議議程

一、主席致詞	
二、議程確認	
三、確認上次(第 1 次)委員會議紀錄	1
四、本會重要業務報告	31
五、優先報告事項	
中央健康保險署「112 年第 4 季全民健康保險業務執行季報告」(口頭報告)	53
六、討論事項	
(一)各總額部門 112 年度執行成果評核之作業方式(草案)	57
(二)113 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會同意或確認之項目續請討論案	94
(三)近年健保會長期監理政府應負擔健保經費「未達法定 36%」，敬請健保署確實遵守健保法、如實編製 112 年度健保基金附屬單位決算及 114 年度健保基金附屬單位預算，以維護全民權益、確保財務健全	99
七、報告事項	
(一)111 年及 112 年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估執行結果	115
(二)新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告	116
(三)各部門總額一般服務之點值保障之整體檢討	143
八、臨時動議	

三、確認上次(第 1 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(113)年 2 月 1 日衛部健字第 1133360020 號函送委員在案，並於本年 2 月 1 日併同會議資料上網公開。

決定：

衛生福利部全民健康保險會第6屆113年第1次委員會議紀錄 (含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國113年1月24日上午9時30分

地點：本部 301 會議室

主席：盧主任委員瑞芬

紀錄：范裕春、彭美熒

出席委員：(依姓名筆劃排序)

王委員惠玄、田委員士金、朱委員益宏、江委員錫仁、吳委員榮達、吳委員鏘亮、李委員永振、李委員飛鵬、周委員慶明、周委員麗芳、林委員文德、林委員恩豪、林委員淑珍、林委員綉珠、花委員錦忠、侯委員俊良、張委員清田、陳委員石池、陳委員杰、陳委員相國、陳委員節如、陳委員鴻文、游委員宏生、黃委員小娟、黃委員金舜、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、董委員正宗、詹委員永兆、劉委員玉娟、劉委員守仁、劉委員淑瓊、滕委員西華、蔡委員麗娟、鄭委員力嘉、謝委員佳宜

請假委員：鄭委員素華、韓委員幸紋

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：石署長崇良、李副署長丞華、龐副署長一鳴

本會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、洪組長慧茹、

邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第31頁)

貳、議程確認：(詳附錄第31~33頁)

決定：確認(更新後之議程，如附件一)。

參、確認上次(112年第11次)委員會議紀錄：(詳附錄第33頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第34~40頁)

決定：

一、上次(112年第11次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦

理情形：

- (一)擬解除追蹤1項，同意解除追蹤。
- (二)擬繼續追蹤1項，同意繼續追蹤。

二、歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，擬解除追蹤1項，同意解除追蹤。

三、為依衛生福利部來函回復114年總額基期相關扣減情形，請中央健康保險署務必於本年第2次委員會議(113.3.13)提報112年度總額協定事項有關預算扣減及效益評估之執行結果。

四、113年度各部門總額尚有40項未依限完成相關行政作業，請中央健康保險署會同各部門總額相關團體儘速辦理；其中醫院總額、西醫基層總額有7項應提至本次委員會議確認者，為利其能儘早執行，請中央健康保險署務必儘速辦理，並提至最近1次委員會議討論，最遲須於6月份委員會議確認。

五、餘洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第41~44頁)

報告單位：本會第二組

案由：本會113年度工作計畫業務內容(草案)，請鑒察。

決定：

- 一、確認113年度工作計畫業務內容，如附件二之一。
- 二、請中央健康保險署除配合工作計畫辦理外，業務執行報告應定期提報之事項，亦請確實依時程辦理(詳附件二之二)。並於每年第1季業務執行報告時，針對前一年全年健保業務執行情形作整體性說明。

陸、討論事項(詳附錄第45~96頁)

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：113年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會同意或確認之項目案，提請討論。

決議：本次提請同意或確認之項目計5項，討論結果如下：

一、同意或確認之實施計畫如下，請中央健康保險署依委員意見修正後(如附件三)，依程序辦理後續事宜。

(一)西醫基層總額2項：「強化未滿4歲兒童之基層專科醫師照護」、「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」。

(二)牙醫門診總額2項：「牙醫特殊醫療服務計畫」、「高風險疾病口腔照護計畫」。

二、其他預算1項：「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」之實施規劃，經委員討論未有共識，請中央健康保險署參考委員所提意見(含書面意見)，依程序陳報衛生福利部核定，報部核定之規劃內容請同時寄送委員參閱，核定後請副知本會。

三、另請中央健康保險署評估「牙醫特殊醫療服務計畫」、「高風險疾病口腔照護計畫」專款項目，其與一般服務費用重複或替代情形，併113年7月追蹤執行情形時提報評估結果，以利114年度總額協商。

四、至於放寬「高齡患者根管治療難症處理」加成年齡及近年各部門總額常以「高齡」為訴求爭取預算乙節，請中央健康保險署本於保險人權責，評估其合理性，妥予處理，委員所提意見併請研參。

第二案

提案單位：中央健康保險署

案由：113年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)，續請討論。

決議：請中央健康保險署辦理下列事項：

一、參考委員所提意見，研修113年度方案內容後，依法定

程序陳報衛生福利部核定。

二、於113年第4次委員會議(113.5.22)之業務執行季報告，提出112年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案之執行結果及檢討改善策略，包含可節省費用，及各管控項目目標值之實際數值。

第三案

提案單位：中央健康保險署

案由：新增「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第2條第1項第3款之附表二指標項目案，提請討論。

決議：請中央健康保險署辦理下列事宜：

一、本案請參考委員所提意見，註明新增指標「再住院率」之定義後，依法定程序陳報衛生福利部核定發布。

二、持續研議癌症相關及常見疾病之「疾病別照護品質指標」，俾利民眾就醫選擇之參考。

第四案

提案單位：中央健康保險署

案由：113年度各部門總額一般服務之點值保障項目案，提請討論。

決議：

一、同意中央健康保險署所送之「113年度各部門總額一般服務之點值保障項目」，如附件四。另請於下次委員會議(113.3.13)提出「各部門總額一般服務點值保障之整體檢討」專案報告。

二、未來對於各部門總額需保障或鼓勵之一般服務項目，請中央健康保險署應回歸支付標準處理，委員所提意見併請參考。

柒、報告事項(詳附錄第97~122頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：有關各總額部門112年第1~2季動支「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之結算執行結果如說明，請鑒察。

決定：

- 一、委員表達不同意見，請中央健康保險署妥為處理，並對本會決議應予尊重。
- 二、請研議修正「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍與動支程序。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：111年全民健康保險自付差額特殊材料執行概況，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：112年度牙醫門診總額依協定事項須提本會報告「預算扣減及節流效益之規劃」之未完成項目，請鑒察。

決定：

- 一、確認所報4項112年度牙醫門診總額協定項目之「預算扣減及節流效益」規劃內容，如附件五。
- 二、其中涉及節流效益檢討之3項計畫，請中央健康保險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。

三、餘洽悉。

第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：113年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會報告之

具體實施計畫/規劃，請鑒察。

決定：

- 一、委員所提意見，請中央健康保險署研參，尤其對於暫時性支付之執行方式、療效評估等建議應審慎考量。
- 二、有關牙醫門診總額「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」：
 - (一)請中央健康保險署依協定事項，確實將本項經費用於評估特定疾病病人用藥情形後，擬定對應之個人牙醫治療計畫執行，並落實稽核機制。
 - (二)「預期效益之評估指標」之指標1(註)未有具體評估方式，請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定後提報本會。

註：指標1「使用抗凝血劑患者，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比率降低」，尚未提出指標定義、比較年度與計算方式等。

三、餘洽悉。

第五案

報告單位：中央健康保險署

案由：112年12月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提書面意見，請中央健康保險署回復說明。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：下午14時02分。

衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 113 年第 1 次委員會議議程(更新)

一、主席致詞

二、議程確認

三、確認上次(112 年第 11 次)委員會議紀錄

四、本會重要業務報告

五、優先報告事項

本會 113 年度工作計畫業務內容(草案)

六、討論事項

(一)113 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會同意或確認之項目案

(二)113 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)續請討論案

(三)新增「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第 2 條第 1 項第 3 款之附表二指標項目案

(四)113 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案

七、報告事項

(一)有關各總額部門 112 年第 1~2 季動支「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之結算執行結果如說明

(二)111 年全民健康保險自付差額特殊材料執行概況

(三)112 年度牙醫門診總額依協定事項須提本會報告「預算扣減及節流效益之規劃」之未完成項目

(四)113 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會報告之具體實施計畫/規劃

(五)中央健康保險署「112 年 12 月份全民健康保險業務執行報告」(書面報告)

八、臨時動議

全民健康保險會 113 年度工作計畫-按會議時間排序

113 年第 1 次委員會議(113.1.24)通過

日期	工作項目
1 月 24 日 (委員會議)	<p>討論事項：</p> <p>1.113 年度各部門總額一般服務點值保障項目之討論 2.113 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會同意或確認之計畫/項目(附表 1)</p> <p>報告事項：</p> <p>113 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會報告之具體實施規劃/計畫 (附表 2)</p>
3 月 13 日 (委員會議)	<p>優先報告事項：</p> <p>全民健康保險業務執行季報告(口頭，併同提出分級醫療執行情形、急診品質提升方案指標執行結果)</p> <p>討論事項：</p> <p>各總額部門 112 年度執行成果評核作業方式(草案)之討論</p> <p>報告事項：</p> <p>1.111 年度健保收入超過 2 億元之醫療院所財務報告之公開情形 2.「112 年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估」之執行結果(附表 3)及「111 年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估執行結果」之後續辦理結果(附表 4) 3.新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告(註1,半年資料)</p>
3 月 28、29 日	<p>業務訪視活動</p> <p>預定地點：東區業務組轄區特約院所</p>
4 月 24 日 (委員會議)	<p>優先報告事項：</p> <p>衛福部 114 年度總額範圍(草案)併同健保署之財務試算諮詢案</p> <p>報告事項：</p> <p>1.112 年度全民健保年終決算報告、114 年度全民健保預算備查案 2.全民健康保險監理指標研修建議及監測結果之具體改善策略報告</p>
5 月 22 日 (委員會議)	<p>優先報告事項：</p> <p>全民健康保險業務執行季報告(口頭，併同提出 112 年度抑制資源不當耗用改善方案之執行結果及檢討改善策略(含可節省費用)、分級醫療執行情形、急診品質提升方案指標執行結果)</p> <p>討論事項：</p> <p>1.114 年度總額協商架構及原則(草案)之討論 2.114 年度總額協商程序(草案)之討論</p>

日期	工作項目
	<p>報告事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 「家庭醫師整合性照護計畫」之專案報告(朝全人照護方向整合之具體規劃及實施方案與導入一般服務之評估規劃) 強化住院護理照護量能之專案報告(含歷年相關預算執行檢討結果)
6月26日 (委員會議)	<p>討論事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 114年度總額協商架構及原則(草案)之討論(續) 114年度總額協商程序(草案)之討論(續) (各總額部門112年度執行成果評核獎勵標準案之討論,依3月評核作業方式議定之時程提會) <p>報告事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 「代謝症候群防治計畫」之專案報告(含歷年執行情形及成效評估檢討) 「在宅急症照護試辦計畫」之具體實施方案及照護成效監測指標(含照護品質及替代醫院費用情形)報告 <p>全民健康保險業務執行報告(併同提出「『藥品及特材給付規定改變』協商因素項目,經費若有不足或因成本調整,由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應」之辦理情形、「新醫療科技」及「藥品及特材給付規定改變」協商因素項目預算之執行情形)</p>
7月15、16日	各總額部門112年度執行成果發表暨評核會議
7月24日 (委員會議)	<p>優先報告事項：</p> <p>衛福部交議114年度總額範圍案</p> <p>討論事項：</p> <p>(各總額部門112年度執行成果評核獎勵標準案之討論,依3月評核作業方式議定之時程提會)</p> <p>報告事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 113年度各部門總額依核(決)定事項須提本會報告之項目(含須於113年7月提報項目及預算扣減方式之規劃)(附表5) 各總額部門112年度執行成果評核結果
8月 21日 全天	<p>上午 (委員 會議)</p> <p>優先報告事項：</p> <p>全民健康保險業務執行季報告(口頭,併同提出分級醫療執行情形、急診品質提升方案指標執行結果)</p> <p>報告事項：</p> <p>「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」(含四部門總額之網路寬頻補助費用),依退場期程(110~114年)提出退場之執行方式規劃及辦理進度</p>

日期	工作項目	
	下午 (協商 會前會)	114 年度總額協商因素項目及計畫(草案)會前會
8 月 28 日上午		114 年度總額協商之保險付費者代表、專家學者與公正人士及政府機關代表委員座談會
9 月 25 日 全天		114 年度總額協商會議 (若有未盡事宜，則於 9 月 26 日上午 9 時 30 分繼續處理)
9 月 27 日 (委員會議)		討論事項： 114 年度各部門總額及其他預算協商結論之討論 (委員可選擇視訊方式參與)
10 月 23 日 全天	上午 (委員 會議)	優先報告事項： 114 年度總額協商結果之整體成長率及部分協定事項之確認 討論事項： 114 年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論 報告事項： 新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告(註1，全年資料)
	下午 (諮詢 會議)	114 年度保險費率審議前專家諮詢會議
11 月 20 日 (委員會議)		優先報告事項： 全民健康保險業務執行季報告(口頭，併同提出分級醫療執行情形、急診品質提升方案指標執行結果) 討論事項： 1.114 年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論(續) 2.114 年度保險費率方案(草案)之審議 報告事項： 112 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告
12 月 25 日 (委員會議)		優先報告事項： 114 年度各部門總額及其分配方式之核定結果及後續相關事項 討論事項： 健保署擬訂 114 年度抑制資源不當耗用改善方案之討論

日期	工作項目
	<p>報告事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告(含開放半年後之檢討改善情形) 2.「代謝症候群防治計畫」之專案報告(含 113 年執行情形及成效評估檢討) <p>全民健康保險業務執行報告(併同提出「『藥品及特材給付規定改變』協商因素項目，經費若有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應」之辦理情形、「新醫療科技」及「藥品及特材給付規定改變」協商因素項目預算之執行情形)</p>
視健保署提出相關案件之時間安排	<ol style="list-style-type: none"> 1.健保署所提自付差額特殊材料品項之討論(暫訂於 3、5、8、11 月) 2.自付差額特殊材料品項開放半年後之檢討改善報告(暫訂於 12 月) 3.健保署擬訂調整保險給付範圍方案之審議 4.健保署所提不列入保險給付之診療服務及藥物項目之審議 5.健保署修訂醫療品質資訊公開辦法草案之討論

註：1.依 111 年第 4 及 5 次委員會議(111.4.21 及 111.5.27)決議，自公告實施日起，每半年定期提報。

2.委員會議若另有決議(定)事項，配合安排或調整相關工作項目。

全民健康保險會 113 年度工作計畫-按業務性質分類

113 年第 1 次委員會議(113.1.24)通過

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
業務監理	一、例行監理業務			
	1.全民健康保險業務執行季報告	3、5、8、11 月	健保署	每季業務執行報告以口頭報告方式進行，為完整呈現前一季資料，安排於 2、5、8、11 月(2 月改為 3 月)進行口頭報告，其餘月份以書面提報
	2.111 年度健保收入超過 2 億元之醫療院所財務報告之公開情形	3 月	健保署	依健保法第 73 條辦理
	3.全民健康保險監理指標研修建議及監測結果之具體改善策略報告	4 月	健保署	
	4.112 年度全民健保年終決算報告、114 年度全民健保預算備查案	4 月	健保署 (本會)	依健保法施行細則第 3 條辦理
	5.新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告(提報半年、全年資料)	3 月、10 月	健保署	依 111 年第 4、5 次委員會議(111.4.21、111.5.27)決議(定)，自公告實施日起，每半年定期提報
	6.112 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告	11 月	健保署 (本會)	季指標另納入 3、9 月業務執行報告
	7.自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告	12 月	健保署	1.依 105 年第 6 次委員會議(105.6.24)決議之「健保會討論自付差額特材案之作業流程」辦理 2.自付差額品項開放半年後之檢討改善報告，每半年配合健保署送會時程安排(暫訂於 12 月)
	8.自付差額特殊材料品項開放半年後之檢討改善報告	視健保署提出相關案件之時間安排	健保署	

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
業務監理	二、業務相關活動			
	業務訪視活動 預定地點：東區業務組轄區特約院所	3 月	本會	預訂於 3 月 28、29 日辦理
總額協議訂定	1.113 年度各部門總額一般服務點值保障項目之討論	1 月	健保署	依 113 年度總額核(決)定事項辦理
	2.113 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會同意或確認之計畫/項目(附表 1)		健保署	
	3.113 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會報告之具體實施規劃/計畫(附表 2)		健保署	
	4.各總額部門 112 年度執行成果評核作業方式(草案)之討論	3 月	本會	
	5.「112 年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估」之執行結果(附表 3)	3 月	健保署	依 112 年度總額核(決)定事項及 112 年第 6 次(112.7.26)、113 年第 1 次(113.1.24)委員會議決定事項辦理
	6.「111 年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估執行結果」之後續辦理結果(附表 4)	3 月	健保署	依 111 年度總額核(決)定事項及 112 年第 2 次委員會議(112.3.22)決議事項辦理
	7.衛福部 114 年度總額範圍(草案)併同健保署之財務試算諮詢案	4 月	社保司、健保署	依健保法第 60 條、第 5 條辦理
	8.114 年度總額協商架構及原則(草案)之討論	5、6 月	本會	
	9.114 年度總額協商程序(草案)之討論	5、6 月	本會	
	10.「家庭醫師整合性照護計畫」之專案報告(朝全人照護方向整合之具體規劃及實施方案與導入一般服務之評估規劃)	5 月	健保署	依 113 年度總額核(決)定事項辦理
	11.強化住院護理照護量能之專案報告(含歷年相關預算執行檢討結果)	5 月	健保署	依 113 年度總額核(決)定事項辦理

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
總額 協議 訂定	12.「代謝症候群防治計畫」之專案報告(含歷年執行情形及成效評估檢討)	6、12 月	健保署	1.6 月請提報歷年執行情形及成效評估檢討 2.12 月依 113 年度總額核(決)定事項辦理
	13.「在宅急症照護試辦計畫」之具體實施方案及照護成效監測指標(含照護品質及替代醫院費用情形)報告	6 月	健保署	依 113 年度總額核(決)定事項辦理
	14.「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」(含四部門總額之網路寬頻補助費用)，依退場期程(110~114 年)提出退場之執行方式規劃及辦理進度	8 月	健保署	依 113 年度總額核(決)定事項辦理
	15.各總額部門 112 年度執行成果評核獎勵標準案之討論	依 3 月評核作業方式議定之時程提會討論	本會	
	16.各總額部門 112 年度執行成果發表暨評核會議	7 月	本會 (健保署)	預訂於 7 月 15、16 日召開，5~7 月準備資料
	17.衛福部交議 114 年度總額範圍案	7 月	社保司	
	18.113 年度各部門總額依核(決)定事項須提本會報告之項目(含須於 113 年 7 月提報項目及預算扣減方式之規劃)(附表 5)	7 月	健保署	依 112 年第 8 次委員會議(112.9.22)決議事項辦理
	19.各總額部門 112 年度執行成果評核結果	7 月	本會	
	20.114 年度總額協商因素項目及計畫(草案)會前會	8 月	本會	預訂於 8 月 21 日下午召開
	21.114 年度總額協商之保險付費者代表、專家學者與公正人士及政府機關代表委員座談會	8 月	本會	預訂於 8 月 28 日上午召開
	22.114 年度總額協商會議	9 月	本會 (健保署)	1.依健保法第 61 條辦理 2.預訂於 9 月 25 日召開 (若有未盡事宜，則於 9 月 26 日上午 9 時 30 分處理)，7~9 月前置作業

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
總額協議訂定	23.114 年度各部門總額及其他預算協商結論之討論	9 月	本會	依健保法第 61 條辦理
	24.114 年度總額協商結果之整體成長率及部分協定事項之確認	10 月	本會	依健保法第 61 條辦理
	25.114 年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論	10、11 月	本會	依健保法第 61 條辦理
	26.114 年度各部門總額及其分配方式之核定結果及後續相關事項	12 月 (暫訂)	本會	
費率審議	1.114 年度保險費率審議前專家諮詢會議	10 月	本會 (健保署)	1.依健保法第 24 條辦理 2.預訂於 10 月 23 日下午召開
	2.114 年度保險費率方案(草案)之審議	11 月	本會 (健保署)	依健保法第 24 條辦理
保險給付及其他應討論法定事項	1.健保署擬訂 114 年度抑制資源不當耗用改善方案之討論	12 月	健保署 (本會)	依健保法第 72 條辦理
	2.健保署所提自付差額特殊材料品項之討論	視健保署提出相關案件之時間安排	健保署 (本會)	1.依健保法第 45 條第 3 項及 105 年第 6 次委員會議(105.6.24)決議之「健保會討論自付差額特材案之作業流程」辦理 2.各季配合健保署送會時程辦理(暫訂於 3、5、8、11 月)
	3.健保署擬訂調整保險給付範圍方案之審議			依健保法第 26 條辦理
	4.健保署所提不列入保險給付之診療服務及藥物項目之審議			依健保法第 51 條第 12 款辦理
	5.健保署修訂醫療品質資訊公開辦法草案之討論			依健保法第 74 條辦理

註：委員會議若另有決議(定)事項，配合安排或調整相關工作項目。

表 1 113 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會同意或確認之計畫/項目

總額別	項目	核(決)定事項
醫院	提升醫院兒童急重症照護量能	於 113 年總額公告後，提出相關計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃)，提報至本會最近 1 次委員會議確認。
	抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫	
	地區醫院全人全社區照護計畫	於 113 年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至本會最近 1 次委員會議確認。
	區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作	
	區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作	
西醫 基層	因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費	於 113 年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報本會最近 1 次委員會議確認。
	強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護	於 113 年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至本會最近 1 次委員會議確認。
	因醫療品質提升，增加之醫療費用	於 113 年總額公告後，完成擬訂新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提報本會最近 1 次委員會議確認。
	提升國人視力照護品質	113 年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報本會最近 1 次委員會議確認。
牙醫	牙醫特殊醫療服務計畫	妥為研訂 113 年度具體實施計畫(含醫療團服務對象、醫療費用加成方式)，於 112 年 12 月前提報本會同意後，依程序辦理。
	高風險疾病口腔照護計畫	(1)請妥為研訂具體實施計畫(含醫療服務內容、各項服務適用對象、支付方式及成效監測)，於 112 年 12 月前提報本會同意後，依程序辦理。 (2)執行目標及預期效益之評估指標：涉及具體實施計畫之醫療服務內容，請併同上開報告提本會確認。
其他 預算	因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能	(1)於 113 年總額公告後將具體實施規劃，提報本會同意後，依程序辦理。規劃建議如下：①設定適用對象、動支條件、獎勵費用計算及撥款方式②訂定監測指標(含護病比、薪資調整情形)③建立實質回饋住院夜班護理人員之稽核方式。 (2)另依 112 年 10 月委員會議決議事項，「執行目標」達一定比率之目標值，請提報具體實施規劃時，一併提報。

表 2 113 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會報告之具體實施規劃/計畫

總額別	項目	核(決)定事項
醫院	暫時性支付(新藥、新特材)	在額度內妥為管理運用，於 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出具體實施規劃(包含執行及費用支付方式、預算估算、擬暫時收載年限、療效評估與退場機制等)及作業時程，俾落實管控。
牙醫	特定疾病病人牙科就醫安全計畫	(1)請妥為研訂完整之具體實施計畫(含適用對象之特定疾病病人定義、醫療服務內容、支付方式、稽核機制及成效監測)，於 112 年 12 月前提本會報告。 (2)另依 112 年 10 月委員會議決議事項，「預期效益之評估指標」之具體評估方式(含：指標定義、比較年度與基礎、計算方式等)，請妥為研訂，併具體實施計畫於 112 年 12 月前提報。

表 3 「112 年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估」之執行結果

請依 112 年第 6 次委員會議(112.7.26)、113 年第 1 次委員會議(113.1.24)決定事項，於 113 年第 2 次委員會議(113.3.13)提報預算扣減及節流效益之執行結果

總額別	項目【協定事項】	112 年委員會議決定事項及規劃內容(摘要)
牙醫門診(註)	1.12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫 【依 112 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用】	113 年第 1 次委員會議(113.1.24)決定 1.扣減方式：112 年執行 P7101C 青少年齲齒控制照護處置(排除案件分類 14 醫不足方案)且沒有申報 91014C「牙周暨齲齒控制基本處置」+91004C「牙結石清除-全口」者，於 111 年一般服務申報 91004C+91014C，則扣減 91014C 之費用。 2.扣減時程：112 年第 4 季點值結算時執行。
	1.多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度 【依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度】	112 年第 6 次委員會議(112.7.26)決定 修正預算扣減方式為： 「當年度執行之額度」為 112 年 A91「整合醫療照護費加計(70 點)」全年實際申報點數，若未達協商額度(4.767 億元)作為扣減當年度未執行之額度。
	2.提升中醫小兒傷科照護品質 【依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。其「當年度執行額度」，應以點數調升所增加之費用計算】	112 年第 6 次委員會議(112.7.26)決定 修正預算扣減方式為： 「當年度執行之額度」為 112 年 E90「未滿 7 歲兒童傷科治療處置費加計(200 點)」全年實際申報點數，若未達協商額度(0.025 億元)作為扣減當年度未執行之額度。
中醫門診	3.針傷合併治療合理給付 【依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度。其「當年度執行額度」，應以調升針傷合併治療給付增加之費用與原申報費用之差額計算】	112 年第 6 次委員會議(112.7.26)決定 修正預算扣減方式為： 「當年度執行之額度」為 112 年針灸合併傷科支付標準調整前後差異點數，全年實際增加點數，若未達協商額度(3.04 億元)作為扣減當年度未執行之額度。

部門	項目【協定事項】	112 年委員會議決定事項及規劃內容(摘要)
中醫門診	一般服務 4.增加「特定疾病門診加強照護」適應症腦中風後遺症(診斷碼 I69) 【依 112 年度預算執行結果， <u>扣減當年度未執行額度</u> 。其「當年度執行額度」，應以新增腦血管適應症(診斷碼 I69)與既有適應症申報費用之差額計算】	112 年第 6 次委員會議(112.7.26)決定修正預算扣減方式為： 「當年度執行之額度」為112年「特定疾病門診加強照護」腦中風後遺症(診斷碼 I69)全年實際申報點數，若未達協商額度(0.172億元)作為扣減當年度未執行之額度。
	專款項目 5.照護機構中醫醫療照護方案 【依 112 年度預算執行結果， <u>於一般服務扣除與本項重複部分之費用</u> 】	112 年第 6 次委員會議(112.7.26)決定同意健保署所報扣減方式： 以本方案112年新增申報費用之住民(即扣除111年已接受本方案服務之住民)，回推其111年中醫門診申報醫療費用點數，並排除中醫專款計畫/方案及代辦案件，視為自一般服務轉移至專款之費用，於112年第4季結算時予以扣減。
醫院、西醫基層	一般服務 1.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) 2.藥品及特材給付規定改變 【若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度】	112 年第 6 次委員會議(112.7.26)決定同意健保署所報扣減方式： 若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度。配合於尚未結算之季別(如第3、4季)結算，扣減當年度未執行之額度。

註：有關 112 年度牙醫門診總額「超音波根管沖洗計畫」、「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」協定事項【檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源】之提報：

依 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，納為重要參據。

表 4 「111 年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估執行結果」之後續辦理結果

依 112 年第 2 次委員會議(112.3.22)決定事項，請健保署辦理下列事項，並將結果提報 113 年第 2 次委員會議(113.3.13)，以納入總額協商參考。

總額別	項目	112 年第 2 次委員會議(112.3.22)決定事項
牙醫	高風險疾病口腔照護	「提出節流效益並納入總額預算財源」部分，請持續研提可實質扣連節流效益及預算影響之計算方式及結果。
	高齶齒病患牙齒保存改善服務計畫	
醫院	鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫	
醫院及 西醫基層	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	「未依時程導入或預算執行有剩餘之扣減」部分，請檢討並提出本案執行數之精準估算方式。
	藥品及特材給付規定改變	
牙醫	高風險疾病口腔照護	「111 年執行數過低或過高之協定項目」部分，請持續追蹤至 112 年度執行情形(含：實際增加費用、未執行額度等)。
中醫	提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護	
西醫基層	提升國人視力照護品質	

表 5 113 年度各部門總額依核(決)定事項須提本會報告之項目(含須於 113 年 7 月提報項目及預算扣減方式之規劃)

類別	總額別	項目	核(決)定事項
預算扣減方式之規劃	牙醫	12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫	依 113 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。其預算扣減方式規劃，請議定後，於 113 年 7 月提本會報告。
	中醫	中醫利用新增人口	1.依 113 年中醫實際就醫人數成長情形，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減，扣減方式如下： 以「113 年實際就醫人數」扣除「112 年實際就醫人數」，乘以「113 年就醫者平均每人就醫費用」計算，若低於 113 年協定增加之預算 588 百萬元，則扣減未達之差額。 2.請依上開議定之預算扣減方式，提出其執行細節後，於 113 年 7 月提本會報告。
		照護機構中醫醫療照護方案	依 113 年度預算執行結果，於一般服務扣除與本項重複部分之費用，其預算扣減方式規劃，請議定後，於 113 年 7 月提本會報告。
	醫院及西醫基層	藥品及特材給付規定改變	若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度。
執行報告	中醫	兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	持續檢討計畫執行情形(含完整療程照護人數及比率)及結果面之成效，於 113 年 7 月前提本會報告。
	門診透析	鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質	具體實施方案請於 112 年 11 月前完成，並於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

業務執行報告應定期提報事項之時程及內容

項次	應提報事項	提報時程及內容
1	前 1 年全年健保業務執行情形之整體性說明	於每年第 1 季業務執行報告時提報。
2	前 1 年度抑制資源不當耗用改善方案之執行結果及檢討改善策略	併同於 5 月業務執行季報告提報前 1 年度完整之執行結果及檢討。
3	分級醫療執行情形	併同於 3、5、8、11 月業務執行季報告呈現最新之辦理情形。
4	急診品質提升方案指標執行結果	
5	「『藥品及特材給付規定改變』協商因素項目，經費若有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應」之辦理情形	併同於 6、12 月份委員會議之業務執行報告提報；並於 6 月提報前 1 年度完整資料。
6	「新醫療科技」及「藥品及特材給付規定改變」協商因素項目預算之執行情形	

表 1 113 年度西醫基層總額「強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護」協定事項之「品質監測指標」(修正如劃線處)

項目	內容
品質監測指標	<p>1.未滿 4 歲兒童於基層就醫人數或人次之<u>占率</u>，較前 1 年增加。</p> <p>【註：1.分子：未滿 4 歲兒童於西醫基層就醫人數或人次。 分母：<u>全國未滿 4 歲兒童就醫人數或人次</u>。 2.排除全民健康保險重大傷病範圍。】</p> <p>2.請參考委員意見研議增訂結果面之品質監測指標。</p>

表 2 113 年度牙醫門診總額「高風險疾病口腔照護計畫」協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」(修正如劃線處)

項目	內容
執行目標	<p>1.113 年服務高風險病人執行牙結石清除(91090C)達 80,000 人次。</p> <p>2.齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)預估服務人次 202 萬人次。</p>
預期效益之評估指標	<p>1.國人牙齒保存數較 <u>110~111</u> 年衛福部口腔健康調查結果增加。</p> <p>2.1 年後(<u>113 年起</u>)高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩(註)。</p> <p>【註：評估指標之定義：</p> <p>(1)年度高風險患者的平均牙齒填補顆數(牙位歸戶)。 分子：當年度高風險患者之填補顆數(牙位歸戶)。 分母：當年度高風險患者之就醫人數。 公式：分子/分母。</p> <p>(2)每年之平均牙齒填補增加率。 分子：(當年度高風險患者的平均牙齒填補顆數)－(前一年度高風險患者的平均牙齒填補顆數)。 分母：前一年度高風險患者的平均牙齒填補顆數。 公式：分子/分母*100%。】</p>

113 年度各部門總額一般服務之點值保障項目

總額部門	保障項目及支付方式
中醫門診	「中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫」之論量計酬案件(每點 1 元支付)。
西醫基層	1.論病例計酬(每點 1 元支付)。 2.血品費(每點 1 元支付)。 3.「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案，每季各婦產科診所撥付款項=280 點×季申報總住院數(每點 1 元支付)。
門診透析	1.腹膜透析之追蹤處理費(每點 1 元支付)。 2.偏遠地區之門診透析服務(每點 1 元支付)。
醫院 (註 3)	1.門診、住診之藥事服務費(每點 1 元支付)。 2.門診手術(每點 1 元支付)。 3.住院手術費、麻醉費(每點 1 元支付)。 4.血品費(每點 1 元支付)。 5.主管機關公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之急診醫療服務點數(每點 1 元支付)。 6.地區醫院急診診察費(每點 1 元支付)。 7.經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院(註 2)。 8.地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)(每點 1 元支付)。 9.區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費(每點 1 元支付)。 10.地區醫院住院病房費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)、一般病床住院診察費、住院護理費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)。

註 1.藥費依藥物給付項目及支付標準辦理，不列入。

2.以前一季該分區平均點值核付費用，惟結算後如前一季該分區平均點值小

於當季該分區浮動點值，該季該分區偏遠地區醫院之浮動點數以當季該分區浮動點值核付。

3. 應申請區域醫院評鑑之地區醫院，如經評鑑不符合區域醫院者，自評鑑不符合之日起，1年內不得適用地區醫院保障項目【地區醫院急診診察費、地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)、地區醫院住院病房費、一般病床住院診察費、住院護理費】，惟其護病比符合區域醫院評鑑標準者，其醫療服務得比照區域醫院保障【區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費】；另自醫院評鑑不符合之日起1年後，仍不符合區域醫院評鑑者，不得適用地區醫院保障項目，亦不得比照區域醫院保障。

112 年度牙醫門診總額協定項目之「預算扣減及節流效益」規劃

一、12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫：

【依 112 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用】

(一)扣減方式：

112 年執行 P7101C 青少年齲齒控制照護處置(排除案件分類 14 醫不足方案)且沒有申報 91014C「牙周暨齲齒控制基本處置」+91004C「牙結石清除-全口」者，於 111 年一般服務申報 91004C+91014C，則扣減 91014C 之費用。

(二)扣減時程：112 年第 4 季點值結算時執行。

二、超音波根管沖洗計畫：

【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】

(一)成效指標：

使用超音波根管沖洗的牙齒二年內根管治療之再治療率比未使用者低。

(二)指標定義：

1. 使用超音波根管沖洗的牙齒兩年內根管治療之再治療率。

分母：112 年度執行根管治療項目，且同時申報 P7303C「超音波根管沖洗」者(依個案、牙位歸戶)，統計牙齒顆數加總。

分子：分母之牙齒根管充填項目，自申報結束日起兩年內申報 90094C「根管難症處理」之牙齒數(牙位歸戶)。

公式：分子/分母*100%

2. 未使用超音波根管沖洗的牙齒兩年內根管治療之再治療率。

分母：112 年度執行根管治療項目，且未同時申報 P7303C「超音波根管沖洗」者(依個案、牙位歸戶)，統計牙齒顆數加總。

分子：分母之牙齒根管充填項目，自申報結束日起兩年內申報 90094C「根管難症處理」之牙齒數(牙位歸戶)。

公式：分子/分母*100%。

(三)轉換為量化節流效益金額之方式：

1. 根管治療使用超音波根管沖洗的牙齒平均根管再治療費用(A)

分子：112 年度執行根管治療項目，且同時申報 P7303C「超音波根管沖洗」者，追蹤同牙位於申報結束日起兩年(730 日)至兩年半(913 日)之區間，再執行根管治療項目之醫療點數加總。

分母：112 年度執行根管治療項目，且同時申報 P7303C「超音波根管沖洗」者，追蹤同牙位於申報結束日起兩年(730 日)至兩年半(913 日)之區間，再執行根管治療項目之牙齒顆數加總。

公式：分子/分母

2.根管治療未使用超音波根管沖洗的牙齒平均根管再治療費用(B)

分子：112 年度執行根管治療項目，且未同時申報 P7303C「超音波根管沖洗」者，追蹤同牙位於申報結束日起兩年(730 日)至兩年半(913 日)之區間，再執行根管治療項目之醫療點數加總。

分母：112 年度執行根管治療項目，且未同時申報 P7303C「超音波根管沖洗」者，追蹤同牙位於申報結束日起兩年(730 日)至兩年半(913 日)之區間，再執行根管治療項目之牙齒顆數加總。

公式：分子/分母

3.節流效益之金額(C)=[根管治療未使用超音波根管沖洗的牙齒平均根管再治療費用(B) — 根管治療使用超音波根管沖洗的牙齒平均根管再治療費用(A)] * 112 年根管治療使用超音波根管沖洗的牙齒顆數總和。

三、高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫：

【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】

(一)成效指標：

執行 P7301C 後，89013C 及 89113C「複合體充填」二年內重補率較未執行 P7301C 者低(跨院所計算)。

(二)指標定義：

1.111 年有執行 P7301C「高齲齒率患者氟化物治療」之個案(案件分類 19)，後續 730 天內申報 89013C 及 89113C「複合體充填」之比率(跨院所計算)。

分母：111 年度申報 P7301C「高齲齒率患者氟化物治療」之個案(案件分類 19)，前於 110 年、111 年申報 89013C、89113C「複合體充填」之填補顆數(跨院所計算)。

分子：前述牙齒，於申報 P7301C 「高齲齒率患者氟化物治療」後，追蹤同牙位 730 天內再申報 89013C、89113C 「複合體充填」填補顆數(跨院所計算)。

公式：分子/分母*100%。

2.未執行 P7301C 「高齲齒率患者氟化物治療」之個案(案件分類 19)，後續 730 天內申報 89013C 及 89113C 「複合體充填」之比率(跨院所計算)。

分母：110 年、111 年申報之 89013C、89113C 「複合體充填」之個案(案件分類 19)，且後續未有申報 P7301C 「高齲齒率患者氟化物治療」者，其 110 年、111 年申報 89013C、89113C 「複合體充填」之填補顆數(跨院所計算)。

分子：前述牙齒，追蹤同牙位 730 天內再申報 89013C、89113C 「複合體充填」填補顆數(跨院所計算)。

公式：分子/分母*100%。

(三)轉換為量化節流效益金額之方式：

1.減少之填補率(A)=「未執行 P7301C 之個案(案件分類 19)，後續 730 天內申報 89013C 及 89113C 之比率」—「111 年有執行 P7301C 之個案(案件分類 19)，後續 730 天內申報 89013C 及 89113C 之比率」。

2.節流效益之金額(B)=111 年 89013C 之填補顆數*減少之填補率(A)*1,000 (89013C 支付點數)。

四、齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫：

【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】

(一)成效指標

齲齒經驗之高風險患者 113 年起平均齲齒填補顆數增加率降低。

(二)指標定義

1.當年度高風險患者的平均齲齒填補顆數(牙位歸戶)。

分子：當年度高風險患者之填補顆數(牙位歸戶)。

分母：當年度高風險患者之就醫人數。

公式：分子/分母。

2.當年度之高風險患者平均齲齒填補顆數增加率。

分子：(當年度高風險患者的平均齲齒填補顆數) — (前一年度高風險

患者的平均齲齒填補顆數)。

分母：前一年度高風險患者的平均齲齒填補顆數。

公式：分子/分母*100%。

(三)轉換為量化節流效益金額之方式：

- 1.減少之填補顆數增加率(A)=112 年高風險患者平均齲齒填補顆數增加率
—113 年高風險患者平均齲齒填補顆數增加率。
- 2.節流效益之金額(B)=112 年高風險患者填補顆數*減少之填補顆數增加
率(A)*600(89008C 後牙複合樹脂充填支付點數)。

四、本會重要業務報告

一、本會依上次(第1次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

(一)依報告事項第一案決定，為研議修正「『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目之適用範圍與動支程序」(下稱非預期風險動支程序)，本會業於本(113)年2月15日請辦中央健康保險署(下稱健保署)以保險人經驗提供修正建議。本會將參考健保署建議及過去討論相關議案之委員意見，研擬非預期風險動支程序修正草案，並函請四總額部門提供意見後，再掣案提委員會議討論。

(二)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計12項，依辦理情形，建議解除追蹤3項，繼續追蹤9項，如附表一(第45~49頁)；但最後仍依委員會議定結果辦理；另個別委員關切事項(含書面意見)，健保署回復如附錄一(第151~184頁)。

二、歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，建議解除追蹤者，計有2項，如附表二(第50頁)；但最後仍依委員會議定結果辦理。

三、依本會本年度工作計畫，健保署應於本次委員會議提出「111年度健保收入超過2億元之醫療院所財務報告之公開情形」報告案，惟該署於本年3月5日以電子郵件通知，為增列相關資料使報告更臻完備，懇請延期提報(公文後附)，考量報告提報內容之完整性，爰同意健保署所請，本案延至4月份委員會議提報。

四、健保署於本年1月26日來函修正113年度西醫基層總額專款項目「因應長新冠照護衍生費用」之執行方式，如附錄二(第185~186頁)，重點如下：

(一)本項專款(預算1千萬元)之具體規劃內容、執行目標及預期效益之評估指標，前經本會112年第3次委員會議(112.4.26)確認。中華民國醫師公會全國聯合會於「西醫基層總額113年研商議事會議第1次臨時會」(113.1.11)提案修正，並經會議決議通過。

(二)本次主要修正113年動支條件，增列如下劃線處(詳附錄二，第

186頁)：

支應申報任一診斷碼有 U071(確認 COVID-19 病毒感染)、U099(COVID-19 後的病況，未明示)或申報醫令 14084C(新型冠狀病毒抗原檢測)之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)大於 108 年同期醫療點數部分。

- 五、下次(第 3 次)委員會議(113.4.24)依年度工作計畫安排之專案報告主題為「112 年度全民健保年終決算報告及 114 年度全民健保預算備查案」、「全民健康保險監理指標研修建議及監測結果之具體改善策略報告」，請委員最晚於本年 3 月 22 日前向本會提出需請健保署回應或說明之問題。
- 六、本會針對上次(第 1 次)委員會議對本年度抑制資源不當耗用改善方案(草案)及醫療品質資訊公開辦法擬新增指標項目作為委員關切重要議題之會訊報導主題，內容詳附錄三(第 187~189 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。
- 七、衛生福利部(下稱衛福部)及健保署於本年 1 月至 2 月份發布及副知本會之相關資訊如下：[內容已置於該署全球資訊網，詳細內容及相關附件業於本年 3 月 6 日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

1. 本年 2 月 19 日副知，為因應近期國內 COVID-19 疫情升溫，修正「全民健康保險特約醫事服務機構提供保險對象視訊診療作業須知」，如附錄四第(190~191 頁)，本次主要修正為延長健保給付通訊診療實施期限至 113 年 3 月 31 日(原至 112 年 12 月 31 日)，並將「住宿型長照機構」修正為「住宿式機構」，至照護對象不變(山地、離島地區民眾及住宿式機構住民且 COVID-19 檢驗陽性者；自 112 年 5 月 1 日起，主管機關或其所屬機關認可之居家照護收案對象且 COVID-19 檢驗陽性者)。

2. 本年 2 月 27 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，自 113 年 3 月 1 日生效，如附錄五(第 192~194 頁)，本次修正重點如下：

(1) 第一部總則：新增總則四，規範應申請區域醫院評鑑之地區醫院且經評鑑不符合區域醫院者之支付方式。

(2) 第二部西醫：

① 新增診療項目：「冠狀動脈旋磨斑塊切除術」1 項。【預算來源：由 113 年醫院總額之「新醫療科技」項下新增診療項目預算支應】

② 修正支付規範：放寬「雙能量 X 光骨質密度檢查」成骨不全症病人之檢查間隔時間(由 2 年以上放寬至 1 年以上)與刪除次數上限(原以 3 次為限)規定，及修訂「血液及體液葡萄糖-空腹/餐後」等 4 項支付規範文字。【不影響財務】

(3) 第三部牙醫：

① 調升支付點數：調升「複合體充填」等 15 項支付點數，其中 91003C、91004C、91103C、91104C「牙結石清除」支付規範增列 40 歲以上病人另加計 9.1%。【預算來源：113 年醫療服務成本指數改變率所增預算，約 1,629.2 百萬元】

② 修訂支付規範：「齒齦下刮除術(含牙根整平術)－全口/二分之一顆/局部」3 項支付規範增列全口刮除定義，另修正「囊腫摘除術－小/中/大」等 5 項目申報規定。【不影響財務】

③ 刪除「高風險疾病患者病人牙結石清除-全口」、「高齦齒率患者氟化物治療」、「齦齒經驗之高風險患者氟化物治療」等 3 項診療項目，及修正「附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則」不列入計算項目。

(二) 健保署

1.將公告之總額相關計畫副知本會，如附錄六(第 195~209 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
113.1.5/ 113.1.1	113 年 全 民 健 康 保 險 牙 醫 門 診 總 額 弱 勢 鄉 鎮 醫 療 服 務 提 升 獎 勵 計 畫	<p>1.方案第七點修改名稱為「核發原則」，其中院所每月申報點數在 50 萬點以下者，其加計核算比率修訂如下：</p> <p>(1)當季屬六分區中點值最低之分區，加計 2%(原加計 6%)；其餘分區，加計 1%(原加計 5%)。</p> <p>(2)當季該院所執行全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之院所內牙醫醫療服務 2 件(含)以上者，加計 2%。(本項新增)</p> <p>(3)當季該院所執行口腔癌篩檢，且申報代辦案件-口腔黏膜檢查(案件分類 A3、醫令代碼 95、97)至少 1 件(含)者，加計 1%。(本項新增)</p> <p>(4)當季該院所執行齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)申報件數 10 件(含)以上者，加計 2%。(本項新增)</p> <p>(5)當季該院所執行高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)及糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)合計申報件數 5 件(含)以上者，加計 1%。(本項新增)</p> <p>2.適用名單新增新北市瑞芳區、屏東縣恆春鎮，刪除彰化縣埔心鄉。</p>
113.1.5/ 113.1.5	113 年 全 民 健 康 保 險 牙 醫 門 診 總 額 品 質 保 證 保 留 款 實 施 方 案	<p>1.新增核發資格：醫院層級院所當年度須執行「全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」。</p> <p>2.增修指標及調整核算基礎：</p> <p>(1)專業獎勵指標(一)「65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率」，核算基礎由 20% 調降為 15%。</p> <p>(2)專業獎勵指標(二)「4 歲以上自家乳牙 545 天再補率」，核算基礎由 20% 調降為 15%。</p> <p>(3)專業獎勵指標(四)「全口牙結石清除」之次指標，增列「該院所當年度高風險</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>疾病患者牙結石清除-全口(91090C)及糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)合計申報件數 12 件(含)以上」，並將核算基礎由 10% 調升為 20%。</p> <p>(4)政策獎勵指標(七)由「高風險疾病患者照護」指標修訂為「氟化物治療」指標，操作型定義為：該院所當年度齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)申報件數 30 件(含)以上，核算基礎為 10%。</p> <p>3.配合「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」，修正違規院所認定相關文字。</p> <p>4.配合口腔防治業務移轉至衛福部口腔健康司，調整口腔癌篩檢資料提供單位(原為國民健康署)。</p>
113.1.10/ 113.1.10	全民健康 保險基層 診所/助產 機構產婦 生產補助 試辦計畫	<p>1.考量部分施行區域非偏鄉地區，刪除「偏鄉」相關文字，計畫名稱：由「全民健康保險偏鄉地區基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫」，修訂為「全民健康保險基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫」，並配合修訂計畫內文相關文字。</p> <p>2.申請條件：增列不得有違反特約及管理辦法第 44、45 條之規定，並明訂 2 年內未曾涉及違規情事之日期計算方式。</p> <p>3.申請流程：第一章基層診所部分，增列「新申請參加『孕產婦全程照護醫療給付改善方案』且符合本計畫施行區域之診所，由所轄保險人分區業務組逕予核定，及費用起算相關規定。」</p> <p>4.醫療費用申報：補助點數結算時程，由「每季」調整為「每半年」。</p> <p>5.支付項目：為鼓勵助產機構至無基層產科之偏鄉服務，第二章助產機構部分，增列「當年度施行區域未有提供生產服務之特約醫院、西醫基層婦產科診所時，參與計畫之特約助產機構，每例生產案件核發之補助點數，比照第一章基層診所計算」。</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
113.1.12/ 113.1.1	113 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	<p>1.核發資格：酌修違反特管辦法規定之相關文字，以臻明確。</p> <p>2.配合年度修訂文字及附件參數，餘同 112 年度方案。</p>
113.1.12/ 113.1.1	全民健康 保險牙醫 門診總額 牙醫急診 醫療不足 區獎勵試 辦計畫	<p>本計畫自 113 年度起停辦，原 112 年度計畫實施期程至 112 年 12 月 31 日止。</p>
113.1.18/ 113.1.18	全民健康 保險醫院 及西醫基 層醫療給 付費用總 額「配合 醫療器材 使 用 規 範，單次 使用醫材 點 數 調 整」計畫	<p>新增計畫，重點如下：</p> <p>1.目的：配合醫事司訂定重處理單次使用醫材(SUD)規定暨部分醫材已無重消品項可用，為免醫材成本上升，壓縮醫事人力等成本，健保署已於 112 年 11 月 1 日調整受影響 73 項診療項目支付點數。健保署考量院所於上述診療項目生效前，自行吸收單次使用的醫材成本，乃針對 112 年 1~10 月期間申報 73 項診療項目之院所，得申請補貼。</p> <p>2.預算來源：112 年度醫院及西醫基層總額「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」專款，(醫院總額 20 億元、西醫基層總額 10 億元)。</p> <p>3.申請方式：由醫療院所檢具符合補貼條件之申報案件明細，向各分區業務組申請(期限至 113 年 2 月 23 日止)。該案件手術採單次使用醫材，且醫療院所未向病人收取自費。</p> <p>4.結算方式：由健保署統一計算 112 年 1~10 月之補貼差額點數，併同 112 年 11 月 1 日生效之支付標準案件差值，併入醫院或西醫基層總額 112 年第 4 季一般服務費用結算。</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
113.1.23/ 113.1.1	全民健康 保險代謝 症候群防 治計畫	<p>1.參與計畫資格及退場機制：增列不得有違反特約及管理辦法第 44、45 條之規定，並明訂 2 年內未曾涉及違規情事之日期計算方式。</p> <p>2.收案條件：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1)增列「保險人得依檢驗(查)結果上傳資料及成人預防保健服務結果資料，擷取符合收案條件之名單，交付參與本計畫之診所進行收案評估」。 (2)每一診所收案人數上限，由 300 名提高至 500 名。 (3)增列「透析病人(含血液透析及腹膜透析)不得收案」。 <p>3.服務內容：年度評估增列「相關檢驗項目資料，可採用前 3 個月(90 天)內數據，但不得與追蹤管理階段之檢驗(查)日期相同」。</p> <p>4.結案條件：增列「個案收案院所退出本計畫」。</p> <p>5.給付項目及支付標準：追蹤管理費 (P7502C)支付規定，由「同一個案於家醫計畫、醫療給付改善方案之收案者，不得重複申報該計畫個案管理費及本項費用」，修訂為「同一個案於同一診所家醫計畫收案者，不予支付家醫計畫個案管理費，惟仍須申報 P7502C，俾利進入年度評估」。</p> <p>6.獎勵費：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1)診所品質獎勵費：指標得分前 25% 診所，獎勵費由 1 萬點提高至 3 萬點；指標得分前 25%~50% 之診所，獎勵費由 0.5 萬點提高至 1.5 萬點。 (2)新發現個案獎勵費：由 150 點提高至 500 點。 (3)新增「腰圍或身體質量指數管理成效獎勵費」：每一個案獎勵 500 點。 (4)首次提供戒菸服務之醫師獎勵費(國民健康署支應)：由 500 元提高至 1,000 元。 (5)嚼檳榔個案之評估獎勵費支應單位，

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點																					
		<p>由「國民健康署」改為「衛生福利部口腔健康司」。</p> <p>7.點值結算：由「支付點數採浮動點值計算」，改為「收案評估費、追蹤管理費及年度評估費以每點 1 元支付，各項獎勵費採浮動點值計算」。</p>																					
113.1.24/ 113.1.1	全民健康保險癌症治療品質改善計畫	<p>1.新增 113 年牙醫門診總額專款為預算來源及調整醫院、西醫基層總額專款預算金額。</p> <p>2.除透過電子轉診平台開立轉診單，新增可開立紙本轉診單。</p> <p>3.延長轉診及確診報告上傳期限，並調整申報醫令執行時間之認定。</p>																					
113.1.24/ 113.1.1	全民健康保險西醫基層提升心肺疾病復健照護品質計畫	<p>1.計畫名稱：由「西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫」修訂為「西醫基層提升心肺疾病復健照護品質計畫」。</p> <p>2.申請資格及退場機制：增列不得有違反特約及管理辦法第 44、45 條之規定，並明訂 2 年內未曾涉及違規情事之日期計算方式。</p> <p>3.品質獎勵費：因每人每年度僅獎勵 1 次，故由「每個案獎勵 500 點」，明訂為「每個案每年度獎勵 500 點」。</p> <p>4.獎勵條件：由「心肺運動功能改善達到正常標準 3 項條件之一」，修訂為「60 歲以上病人須符合 3 項條件之一，未滿 60 歲者須符合 3 項條件」。</p>																					
113.1.26/ 113.1.1	113 年度全民健康保險強化住院護理照護量能方案	<p>新增方案，重點如下：</p> <p>1.支付方式：</p> <table border="1" data-bbox="743 1635 1418 2061"> <thead> <tr> <th colspan="3">急性一般病床護理人員夜班獎勵</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">全年預算 27 億元</td> </tr> <tr> <td colspan="3">按月依大夜、小夜班次撥付獎勵</td> </tr> <tr> <th></th> <th>小夜班獎勵 (每班)</th> <th>大夜班獎勵 (每班)</th> </tr> <tr> <td>醫學中心</td> <td>600 元</td> <td>1,000 元</td> </tr> <tr> <td>區域醫院</td> <td>500 元</td> <td>800 元</td> </tr> <tr> <td>地區醫院</td> <td>400 元</td> <td>600 元</td> </tr> </tbody> </table>	急性一般病床護理人員夜班獎勵			全年預算 27 億元			按月依大夜、小夜班次撥付獎勵				小夜班獎勵 (每班)	大夜班獎勵 (每班)	醫學中心	600 元	1,000 元	區域醫院	500 元	800 元	地區醫院	400 元	600 元
急性一般病床護理人員夜班獎勵																							
全年預算 27 億元																							
按月依大夜、小夜班次撥付獎勵																							
	小夜班獎勵 (每班)	大夜班獎勵 (每班)																					
醫學中心	600 元	1,000 元																					
區域醫院	500 元	800 元																					
地區醫院	400 元	600 元																					

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點																																								
		<p>其他護理獎勵</p> <p>全年預算 13 億元</p> <p>➤ 優先支應夜班獎勵款之不足</p> <p>.....</p> <p>➤ 其餘由各醫院統籌運用於提升其他須輪值夜班單位(如急診、手術室等)之護理人員夜班費，並提交款項運用方式備查</p> <p>2.預期效益之評估指標：</p> <p>(1)調升護理人員夜班獎勵之醫院達 100%。</p> <p>(2)各醫院每月大(小)夜班護病比不高於基期(112 年第 4 季平均)。</p> <p>(3)急性一般病床之「年資 3 個月以上護理人員離職率」、「年資 3 個月以上但未滿 2 年護理人員離職率」不高於 112 年同期。</p> <p>(4)整體護理人員空缺率不高於 112 年同期。</p> <p>3.稽核機制及罰則：獎勵金調查及護理人員薪資相關爭議案件申訴，係透過照護司「護助 e 起來平台」及「護理職場爭議通報平台」辦理。健保署得不定期進行稽核，並訂有罰則，若有未如實撥付或登錄不實者，將予以處分並追扣獎勵款項。</p> <p>【本會補充：提供衛福部照護司公布之三班護病比護理人力缺口供參：</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" rowspan="2">三班護病比標 準推估</th> <th colspan="4">護理人力缺口</th> </tr> <tr> <th>白班</th> <th>小夜</th> <th>大夜</th> <th>三班</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">醫學 中心</td> <td>白班 1：6</td> <td rowspan="3">-1,216</td> <td rowspan="3">-1,080</td> <td rowspan="3">-1,249</td> <td rowspan="3">-3,545</td> </tr> <tr> <td>小夜 1：9</td> </tr> <tr> <td>大夜 1：11</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">區域 醫院</td> <td>白班 1：7</td> <td rowspan="3">-1,312</td> <td rowspan="3">-960</td> <td rowspan="3">-1,183</td> <td rowspan="3">-3,455</td> </tr> <tr> <td>小夜 1：11</td> </tr> <tr> <td>大夜 1：13</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">地區 醫院</td> <td>白班 1：10</td> <td rowspan="3">109</td> <td rowspan="3">-245</td> <td rowspan="3">-446</td> <td rowspan="3">-582</td> </tr> <tr> <td>小夜 1：13</td> </tr> <tr> <td>大夜 1：15</td> </tr> <tr> <td colspan="2">合計</td><td>-2,419</td><td>-2,285</td><td>-2,878</td><td>-7,582</td></tr> </tbody> </table>	三班護病比標 準推估		護理人力缺口				白班	小夜	大夜	三班	醫學 中心	白班 1：6	-1,216	-1,080	-1,249	-3,545	小夜 1：9	大夜 1：11	區域 醫院	白班 1：7	-1,312	-960	-1,183	-3,455	小夜 1：11	大夜 1：13	地區 醫院	白班 1：10	109	-245	-446	-582	小夜 1：13	大夜 1：15	合計		-2,419	-2,285	-2,878	-7,582
三班護病比標 準推估		護理人力缺口																																								
		白班	小夜	大夜	三班																																					
醫學 中心	白班 1：6	-1,216	-1,080	-1,249	-3,545																																					
	小夜 1：9																																									
	大夜 1：11																																									
區域 醫院	白班 1：7	-1,312	-960	-1,183	-3,455																																					
	小夜 1：11																																									
	大夜 1：13																																									
地區 醫院	白班 1：10	109	-245	-446	-582																																					
	小夜 1：13																																									
	大夜 1：15																																									
合計		-2,419	-2,285	-2,878	-7,582																																					

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		註：護理人力缺口=現有護理人力-需配置護理人力。本表排除精神專科及精神教學醫院。】
113.1.29/ 113.1.1	全民健康 保險中醫 急症處置 計畫	<p>1.增列執行目標：以參與院所數 7 家及服務 4,000 人為目標(本項執行目標為 113 年度總額核定事項)。</p> <p>2.適用範圍及收案條件「骨骼、關節相關痛症」適應症：ICD-10-CM 增列「S03.0、S03.1、S13、S23、S33」。</p> <p>3.申請資格及退場機制：增列不得有違反特約及管理辦法第 44、45 條之規定，並明訂 2 年內未曾涉及違規情事之日期計算方式。</p> <p>4.刪除支付標準 P61002「中醫急症處置費」(500 點)，改增列 P61003「針灸(或電針)治療處置費」(500 點)、P61004「傷科(含推拿治療或外敷換藥處置)治療處置費」(500 點)及 P61005「骨折、脫臼整復復位治療處置費」(1,200 點)；並於支付標準表「註 1」載明申報中醫急症診察費夜間、例假日加成規定。</p>
113.2.2/ 113.1.1	113 年度 全民健康 保險牙醫 門診總額 12 至 18 歲 青少年口 腔提升照 護試辦計 畫	<p>1.年度執行目標：修訂為以達成「青少年齲齒控制照護處置(P7101C)」、「青少年齲齒氟化物治療(P7102C)」合計 444,500 服務人次為執行目標。(原以達成「青少年齲齒控制照護處置(P7101C)」 900,000 服務人次為執行目標)。</p> <p>2.預算來源： 配合 113 年總額核定結果，修訂全年經費，並增列醫不足方案之執業計畫申報本計畫 P7101C 及 P7102C 之費用不由本計畫預算支應。</p> <p>3.給付項目及支付標準： (1)修訂醫師違規期間之認定：以保險人第一次核定違規函所載停約結束日之<u>次日</u>、<u>終約得再申請特約之日起算</u>。 (2)修訂「青少年齲齒氟化物治療」(P7102C)支付標準：須附審核資料，除一年內診斷照片外，增列 X 光片(費</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>用另計)。</p> <p>4.增列參與醫不足方案之牙醫院所得提供本計畫服務：執業計畫申報 P7101C 及 P7102C 之費用，由醫不足方案之專款支應；巡迴計畫申報前揭支付標準費用，由本計畫之專款支應。</p>
113.2.15/ 113.1.1	113 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案	<p>1.申請條件：增列不得有違反特約及管理辦法第 44、45 條之規定，並明訂 2 年內未曾涉及違規情事之日期計算方式。</p> <p>2.施行地區：</p> <p>(1)修訂備註文字(略以)為「申請<u>升級</u>為三級或四級地區之巡迴醫療點時，須提具體理由……」。</p> <p>(2)執業計畫：新增屏東縣車城鄉(1 級地區)、刪除臺南市七股區。</p> <p>(3)巡迴計畫：新增屏東縣恆春鎮(大光里)(1 級地區)、刪除金門縣金寧鄉及烈嶼鄉、加註「部分村里或巡迴地點級數與該鄉鎮不同」，並調升部分地區/巡迴點分級級數。</p> <p>3.執業計畫之巡迴服務及巡迴計畫：</p> <p>(1)論次支付點數申報：增列實際醫療時間計算「須以半小時為間隔」。</p> <p>(2)修改本計畫併同提供「全民健康保險牙醫門診總額 12 歲至 18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」之申報規定。</p> <p>4.巡迴計畫：</p> <p>(1)論次費用申報：增列特定地區/巡迴點升級之規定，如因天災、政策或歷史等因素搬移至他處者或交通較困難者，地區分級得以升級。</p> <p>(2)服務量管控：無牙醫鄉不受限成立滿 2 年之社區醫療站及巡迴點之服務人次管控規定，並加註「無牙醫鄉」定義(連續 3 個月未達標時，於第 3 個月無院所(含衛生所)執業登記牙醫師之行政區)。</p> <p>(3)「巡迴點」：增列設有 X 光機等相關設</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>備者，得提供支付標準「牙周病統合治療方案」服務。</p> <p>5.配合 113 年度總額協定專款項目，刪除「0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」及其特定治療項目代碼、增列醫令代碼 91090C(高風險疾病患者牙結石清除-全口)。</p>
113.2.16/ 113.1.1	113 年度 全民健康 保險西醫 醫療資源 不足地區 改善方案	<p>1.巡迴計畫年度目標：</p> <p>(1)基層診所：總服務人次 227,200 人次 (上調 200 人次)、總診次 12,000 診(上調 1,800 診)。</p> <p>(2)醫院：總服務人次 70,000 人次(上調 20,000 人次)、總診次 5,000 診(上調 2,000 診)。</p> <p>2.施行區域：新增彰化縣社頭鄉、刪除桃園市大溪區，並調整部分區域之地區分級及調整承作單位。</p> <p>3.申請資格：</p> <p>(1)通則：增列不得有違反特約及管理辦法第 44、45 條之規定，並明訂 2 年內未曾涉及違規情事之日期計算方式。</p> <p>(2)開業計畫：</p> <p>①申請執業地點，訂有「與原開業之西醫特約院所設址地點為不同村(里)」之規定，本次增列「且距離 1.8 公里以內無診所」。</p> <p>②負責醫師每月申報點數，訂有「其最近 12 個月全民健康保險平均每月申報點數須大於 14 萬點」之規定，本次增列「無最近 12 個月申報資料者，則以申請本方案前，最後有申報資料，採計 12 個月為計算基礎」。</p> <p>(3)巡迴計畫：巡迴區域，刪除「不得申請跨健保分區執行巡迴醫療服務」。</p> <p>4.相關規定：</p> <p>(1)開業計畫：新增「承辦開業計畫後第 7 個月起，若連續 2 個月之當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度 35% 者，</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>須自次次月起於開業鄉鎮(或經保險人分區業務組核定至鄰近本方案施行地區)每月提供 1 點巡迴醫療服務」。</p> <p>(2)巡迴計畫：備援人員資格，增訂「如有特殊情形，由分區業務組本權責評估後核定」。</p> <p>5.支付原則：</p> <p>(1)開業計畫：</p> <p>①開業診所提供的巡迴醫療服務之論次費用，由「以 30% 支付」，改為「得依提供巡迴醫療服務地區之分級，申請論次支付點數」。</p> <p>②新增「針對辦理開業計畫第 7 個月起，連續 2 個月之當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度 35% 之診所，其參與巡迴醫療服務之醫療費用(含診察費加成)、論次費用併入保障額度計算」。</p> <p>(2)巡迴計畫：</p> <p>①每件診察費加成 3 成，由「依 110 年全年平均診察費 358 點」，調整為「依 111 年全年平均診察費 356 點」。</p> <p>②醫事人員報酬(論次費用)：醫師增加 500 點，第 2、3 級地區分級之護理及藥事人員分別增加 300、600 點。</p> <p>6.申復作業：違規情事增列「違反特約及管理辦法第 44、45 條」。</p>

2.本年 1 月 18 日副知，公告「112 年度特殊材料依價量調查結果辦理之支付點數調整事宜」，並自 113 年 3 月 1 日起生效，如附錄七(第 210~211 頁)，本次調整核價類別共 31 類，計 192 品項。經分析調整前後點數差異，重點摘要如下：

分類	核價類別	品項數	調整狀況
調升點數	3 類	8 項	調升幅度為 0.95~5.94%，其中以「TRANSDUCER 壓力感應器」調升幅度最大(原為 320 點調整為 339 點)。
調降點數	28 類	184 項	調降幅度為-0.25~-23.78 %，其中以「玻璃體替代物>1.0ML 以上」降幅最大(原為 1,539 點調整為 1,173 點)。

- 3.本年 2 月 5 日副知，公告修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事會議作業要點」，如附錄八(第 212 頁)，本次修訂牙醫門診相關醫療服務提供者代表名額(由牙醫師公會全聯會推薦)，由 15 名增為 18 名。
- 4.本年 1 月 16 日副知，公告 113 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」、「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫癌症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 6 項中醫醫療照護計畫，自 1 月 1 日起新增之承作院所及醫師名單，如附錄九(第 213 頁，名單已置於該署全球資訊網)，各分區承辦院所數、醫師數(人次)累計統計如附錄十(第 214 頁)。
- 5.去(112)年 12 月至本年 2 月份公告暫予支付及修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分項目，藥品計 31 件、特材計 13 件，彙整如附錄十一(第 215~219 頁)

決定：

附表一
上次(第1次)委員會議繼續列管追蹤事項

一、擬解除追蹤(共3項)

項 次	案 由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	本會重要業務報告	為依衛生福利部來函回復114年總額基期相關扣減情形,請中央健康保險署務必於本年第2次委員會議(113.3.13)提報112年度總額協定事項有關預算扣減及效益評估之執行結果。	於113年2月1日請辦健保署。	健保署回復: 本案提本次委員會議報告。	已列入本次會議報告事項第一案,於報告後解除追蹤	—
2	討論事項第4案: 113年度各部門總額一般服務額一般服務點之點值保障項目案。	請於下次委員會議(113.3.13)提出「各部門總額一般服務點值保障之整體檢討」專案報告。	於113年2月1日請辦健保署。	健保署回復: 配合辦理。	已列入本次會議報告事項第三案,於報告後解除追蹤	—
3	報告事項第5案: 112年12月份全民健康保險業務執行報告。	委員所提書面意見,請中央健康保險署回復說明。	於113年2月1日請辦健保署。	健保署回復: 委員所提意見,說明如附件(第51~52頁)。	解除追蹤	—

二、擬繼續追蹤(共 9 項)

項次	案由	決議(定)事項	本會辦理情形	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	優先報告事項：本會 113 年度工作計畫業務內容 (草案)。	請中央健康保險署除配合工作計畫辦理外，業務執行報告應定期提報之事項，亦請確實依時程辦理(詳附件二之二)。並於每年第 1 季業務執行報告時，針對前一年全年健保業務執行情形作整體性說明。	於 113 年 2 月 1 日請辦健保署。	健保署回復：配合辦理。	1.繼續追蹤 2.於健保署首次完成當年度所有定期提報事項後解除追蹤。	113 年 12 月
2	討論事項第 1 案：113 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會同意項目案。	一、同意或確認之實施計畫如下，請中央健康保險署依委員意見修正後(如附件三)，依程序辦理後續事宜。 (一)西醫基層總額 2 項：「強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護」、「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」。 (二)牙醫門診總額 2 項：「牙醫特殊醫療服務計畫」、「高風險疾病口腔照護計畫」。	於 113 年 2 月 1 日請辦健保署。	健保署回復： 1.有關西醫基層總額「強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護」：將依委員建議，函請中華民國醫師公會全國聯合會研擬增訂結果面之品質監測指標，並提報貴會。 2.有關「牙醫特殊醫療服務計畫」、「高風險疾病口腔照護計畫」，將依委員意見修正後，送衛生福利部核定。	1.繼續追蹤 2.於健保署依程序辦理完成、計畫公告後解除追蹤。	1.113 年 4 月 2.113 年 3 月
3		二、另請中央健康保險署評估「牙醫特殊醫療服務計畫」、「高風險疾病口腔照護計畫」專款項目，其與一般服務費用重複或替代情形，併 113 年 7 月追蹤執行。	於 113 年 2 月 1 日請辦健保署。	健保署回復： 有關「牙醫特殊醫療服務計畫」、「高風險疾病口腔照護計畫」專款項目，其與一般服務費用重複或替代情形，將與社團法人中華	1.繼續追蹤 2.於健保署提報評估結果後解除追蹤。	113 年 7 月

項 次	案 由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
		情形時提報評估結果，以利 114 年度總額協商。		民國牙醫師公會全國聯合會全會討論議定後，至貴會報告。		
4		三、醫院總額、西醫基層總額有 7 項應提至本次委員會議確認者，為利其能儘早執行，請中央健康保險署務必儘速辦理，並提至最近 1 次委員會議討論，最遲須於 6 月份委員會議確認。	於 113 年 2 月 1 日請辦健保署。	<p>健保署回復：</p> <p>1. 「提升醫院兒童急重症照護量能」、「抗微生物製劑管理及管染管制品質提升計畫」、「區域聯防 - 主動脈剝離手術病患照護跨院合作」、「區域聯防 - 腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作」、「提升國人視力照護品質」等五項，配合辦理。</p> <p>2. 地區醫院全人全社區照護計畫部分經費用於支應「在宅急症照護試辦計畫」，刻正蒐集專家意見，並訂於 113 年 3 月 7 日召開第三次專家會議，後續依委員意見提報 6 月份委員會議確認；另部分經費已請社區醫院協會就「醫院家庭責任醫師整合照護」擬訂具體實施內容，以利本署後續規劃。</p>	<p>1.繼續追蹤</p> <p>2.「因醫療品質提升，增加之醫療費用」案已列入本次會議討論事項第二案，於確認後解除追蹤</p> <p>3.餘 6 項於健保署提報委員會議確認後解除追蹤。</p>	1.113 年 4 月 2.113 年 7 月

項 次	案 由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
				3. 西醫基層總額「因醫療品質提升，增加之醫療費用」案已於113年2月7日函報健保會，已列入113年3月13日委員會議討論事項。		
5	討論事項 第2案： 113年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案（草案）。	參考委員所提意見，研修113年度方案內容後，依法定程序陳報衛生福利部核定。	於113年2月1日請辦健保署。	健保署回復：業依決議事項陳報衛生福利部。	1.繼續追蹤 2.於衛福部核定後解除追蹤。	—
6		於113年第4次委員會議(113.5.22)之業務執行季報告，提出112年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案之執行結果及檢討改善策略，包含可節省費用，及各管控項目目標值之實際數值。	於113年2月1日請辦健保署。	健保署回復：配合辦理。	1.繼續追蹤 2.於健保署提報113年5月份委員會議後解除追蹤。	113年5月
7	討論事項 第3案： 新增「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第2條第1項第3款之附表二	本案請參考委員所提意見，註明新增指標「再住院率」之定義後，依法定程序陳報衛生福利部核定發布。	於113年2月1日請辦健保署。	健保署回復： 1. 本署參考委員意見，將於全民健康保險醫療品質資訊公開網該項指標之指標操作型定義中，增加附註說明再住院率(含急診轉住院案件)之文字	1.繼續追蹤 2.於衛福部核定發布後解除追蹤。	—

項 次	案 由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
	指標項目案。			說明。 2.委員意見無涉本次提報新增內容，爰本案將依法定程序辦理辦法草案預告後報主管機關核定發布。		
8	報告事項 第3案： 112年度 牙醫門診 總額依協 定事項須 提本會報 告「預算 扣減及節 流效益之 規劃」之 未完成項 目。	其中涉及節流效益 檢討之3項計畫，請 中央健康保險署將 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。	於113年2 月1日請 辦健保署。	健保署回復： 配合辦理。	1.繼續追蹤 2.於健保署 將量化之 執行結果 提報114 年7月份 委員會議 後解除追 蹤。	114年7月
9	報告事項 第4案： 113年度 各部門總 額依核 (決)定事 項，須提 本會報告 之具體實 施計畫/規 劃。	有關牙醫門診總額 「特定疾病病人牙 科就醫安全計畫」， 「預期效益之評估 指標」之指標1未有 具體評估方式，請中 央健康保險署會同 牙醫門診總額相關 團體議定後提報本 會。	於113年2 月1日請 辦健保署。	健保署回復： 配合辦理。	1.繼續追蹤 2.於健保署 提報後解 除追蹤。	113年7月

附表二

歷次委員會議繼續列管追蹤事項

達解除追蹤條件(共 2 項)

項 次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形 (更新處以底線標示)	追蹤建議
1	113 年度醫院/西醫基層/牙醫門診/中醫門診總額一般服務之地區預算分配案。需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同醫院/西醫基層/牙醫門診/中醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 12 月前送本會同意後執行。前述提報各部門內容須包含：所有點值保障項目之保障理由、整體點值保障項目之總額占比，及對總額預算影響之合理性研析。 /[俟健保署送本會同意後解除追蹤] (112.11 決議、112.12 決定)	本會說明： <u>本案已提報 113 年第 1 次委員會議(113.1.24)討論事項第四案決議同意。</u>	解除追蹤 (健保署已送本會同意，爰建議解除追蹤)
2	112 年度各部門總額依核(決)定事項須提本會報告之項目，部分未完成項目，請儘速規劃具體之預算扣減及節流效益評估方式，最遲於 112 年 12 月份委員會議將規劃結果提報本會。 /[於健保署報告規劃結果後解除追蹤] (112.7、112.8、112.12 決定)	本會說明： <u>本案已提報 113 年第 1 次委員會議(113.1.24)報告事項第三案。</u>	解除追蹤 (健保署已提報完成，爰建議解除追蹤)

健保會第 6 屆 113 年第 1 次委員會議之健保署答覆

上次(第 1 次)委員會議之擬解除追蹤項次 3

案由：112 年 12 月份全民健康保險業務執行報告。

委員意見	健保署說明
<p>李委員永振會後書面意見(議事錄第 121~122 頁)</p> <p>一、112 年度健保財務收支初步自決已出爐，結餘 344 億元，若扣除政府特別撥補的 240 億元及非總額補點值的 43 億元，則尚有 61 億元的結餘，優於預期，但仍有下列疑惑請教：</p> <p>(一)12 月保費收入 822 億元，較前 11 個月平均的 62 億元多收取 193 億元，約多 30.7%，111 年度情形類似，亦約多收取 27.4%，原因為何？</p> <p>(二)費率審議諮詢會議時，委員多次點出估算精準度尚有改善空間，似仍未見成果，如初結結餘數 344 億元，較 11 月提出的 228 億元，增加 116 億元，短短 2 個月差了 51%，又如 112 年補充保費也少估了 52 億元。</p> <p>(三)估算的假設沒有規則性，使閱讀者較難掌握數據的意義，加以比較，如結餘數據的呈現，費率審議時與自決的基礎一致，但 112 年 12 月委員會議報告 113 年總額核定時財務估算又加入補點值因素，使 3 個結餘數字依時間序分</p>	<p>一、有關 112 年度健保財務收支結餘數一節，說明如下：</p> <p>(一)有關 12 月保費收入 822 億元較前 11 個月平均收入 629 億元增加 193 億元，主要係因「政府應負擔健保總經費法定下限 36% 差額」(下稱政府負擔 36% 差額收入)帳列數係每月先按預算數平均列帳，於 12 月底時再計算當年度應有之政府負擔 36% 差額收入後，調整列帳，以致 12 月份保費收入較前 11 個月平均收入為高。</p> <p>(二)112 年 11 月費率審議時提供之 112 年當年收支金額，係以當年上半年實際數相較前一年同期成長情形分別推估，並參考經濟狀況等因素調整，預估 112 年當年結餘數為 228 億元。</p> <p>(三)後續財務推估資料皆以費率審議資料為基礎，惟如有影響健保財務收支之確定因素，本署會納入並更新財務推估；因此 12 月委員會議時呈現之結餘數 184 億元，已納入補點值約 43 億元之影響。</p> <p>(四)至於 112 年自編決算數結餘 344 億元，與推估結餘數 184 億元，差異 160 億元，其中收入面短估約 100 億元，</p>

委員意見	健保署說明
<p>別為 228、184 及 344 億元，如何顯示可使人一目了然？</p> <p>二、112 年健保資金年收益率為 1.34%，拜全球銀行利率調升之趨勢，成長較往年佳，但資金的 86.54% 都放在銀行定存，似仍有極大的運用空間可改善。媒體報導，至 11 月底，勞動基金收益率 10.82%，勞保基金收益率更高達 12.31%，雙創新高，各種基金的性質雖略有不同，但追求的原則均會考量安全、穩健、收益等，似有他山之石可借鏡！</p>	<p>主要係因補充保險費收入短估約 52 億元，連帶短估政府應負擔法定 36% 收入所致；支出面則高估約 60 億元。</p> <p>二、有關健保資金運用收益率一節，說明如下：</p> <p>(一)全民健康保險基金之來源主要來自保險費，並用以支付醫療費用，具「隨收隨付」之短期財務特性，資金運用之流動性及安全性更甚於收益性，另考量各月資金需求，僅能進行較短期性之投資，主要以定期存款、優惠存款及短期票券等固定收益工具為主，無法像勞動及勞退等財務非屬隨收隨付型之社會保險基金進行較長期性的投資。</p> <p>(二)未來將視整體資金情況，若有其他收益較佳且符合需求之投資工具，再予以評估進行投資，以適時提升收益率。</p>

五、優先報告事項

報告單位：中央健康保險署

案由：112年第4季全民健康保險業務執行季報告，請鑒察。(資料由中央健康保險署另行提供)

報告單位各項業務窗口：詳如業務執行報告內附

.....
本會補充說明：

- 一、依102年2月22日委員會議決定及113年度工作計畫，為提高議事效率，本項例行性業務報告，書面資料須每月提供，但口頭報告改採季(每年3、5、8、11月)報方式辦理。
- 二、本次進行口頭報告，並依113年1月24日委員會議決定，提報下列資料：
 - (一)於每年第1季業務執行報告時，針對前一年(112年)全年健保業務執行情形作整體性說明。
 - (二)併同於3、5、8、11月季報告呈現分級醫療執行情形、急診品質提升方案指標執行結果之最新辦理情形。
- 三、參照106年10月27日委員會議之委員建議，健保署業務執行季報告之口頭報告，有其重要性，爰列為優先報告事項。

討論事項

第一案

提案單位：本會第三組

案由：各總額部門 112 年度執行成果評核之作業方式(草案)，提請討論。

壹、議定「各總額部門 112 年度執行成果評核之作業方式(草案)」。

貳、討論「112 年度總額評核結果之獎勵標準」議定時間點。

參、確認各總額部門及健保署之「113 年度一般服務之重點項目與績效指標(含目標值)」，作為 114 年評核之依據。

壹、議定「各總額部門 112 年度執行成果評核之作業方式(草案)」

說明：

一、為確保健保資源投入之效益，及落實檢討與回饋機制，本會每年均於總額協商前辦理年度總額執行成果評核作業，由健保署及四總額部門提送前一年度之執行成果資料，邀請專家學者擔任評核委員進行審閱，就總額運作及執行效益提出改進建議，評核結果成效優良之總額部門，於次年度總額酌給品質保證保留款獎勵額度，評核建議則列為總額協商參據。依本(113)年度工作計畫，訂於 7 月 15、16 日辦理「各總額部門 112 年度執行成果發表暨評核會議」。

二、為精進評核作業方式，本會辦理下列事項：

(一)於 113.1.24 召開「精進總額評核作業之專家諮詢會議」，邀請熟悉健保總額執行成果評核作業之專家學者就「評核作業方式」、「評核項目及內容」、「評核委員產生方式」等議題提供改進建議，供研修參考，會議紀錄詳附件二(第 82~84 頁)。

(二)於 113.2.1 函請四總額部門及健保署就評核項目、評核內容與格式提供建議，各部門回復意見及參採情形如附件三(第 85~88 頁)，重點如下：

1.四總額部門均回復無修訂建議。

2.健保署對評核內容草案提出 2 點細項建議，其中 1 項屬於填報內容之舉例說明，為避免誤解，本會將配合刪除；另 1 項為填報格式之疑問，已於附件三說明。

三、112 年度執行成果評核之作業方式，經參照 111 年度內容及納入上開諮詢會議專家學者之建議、健保署意見，完成研擬「112 年度執行成果評核之作業方式(草案)」，重點說明如下(修正處詳附件一劃線處，第 64~81 頁)：

(一)評核委員組成(如附件一之貳、一，第 64 頁)：比照原作業方式採三階段之方式辦理。

1.第一階段(產生建議名單)：建議名單有下列 2 種來源。

(1)部門及付費者推薦：過去係由四總額部門及付費者代表委員，每部門/人至多推薦 3 名評核委員人選。為避免付費者委員無法提供建議人選，其改為自由推薦，至多提供 3 名人選；部門維持提供 3 名推薦人選。

(2)本會現任、曾任專家學者及公正人士委員為當然推薦人選：考量歷屆委員人數逐屆累積，為避免專家學者因擔任委員時間久遠，產生對健保評核業務之資訊落差，本項推薦名單限定為「近 3 屆」曾任專家學者及公正人士之委員。

2.第二階段(票選)：維持由本會全體委員就建議名單進行票選(每人 7 票)。

3.第三階段(決定評核委員)：維持依據票選結果之票數多寡，依序邀請 7 位擔任評核委員。惟為能導入新任之評核委員擴大參與及觀點多元性，以加強評核經驗之傳承，規劃對於「初任評核委員」名額予以保障，以 2 名為原則，邀請順序建議如下：

(1)優先邀請建議名單中「當屆專家學者及公正人士委員且未曾擔任評核委員者」，若人數多於 2 人，取票數最高 2 人。

(2)若前開人數不足 2 人，則續邀請「未曾擔任評核委員之專家學者」票數高者。

(二)評核項目及部門提報內容：

「評核項目與配分」大都沿用 111 年度執行成果評核內容，僅參考專家諮詢會議建議酌修部分評核內容，及依 112 年度總額核(決)定事項，增列各部門應提報內容。本次訂定重點如下：

1.評核項目(如附件一之參，第 65~67 頁)：

(1)年度重點項目執行成果與未來規劃：

①新增「近 3 年總額協商項目 KPI 之執行檢討及指標研修」：

依據衛福部近年政策指示，新增協商項目皆訂有「執行目標」及「預期效益之評估指標」(簡稱 KPI)，本會為系統性檢討其執行情形，乃建議新增本項，期部門透過自我檢視，提出對應之改善方式及指標研修建議，俾提升總額預算執行績效。

②刪除「自選重點項目」：考量各部門「年度重點項目」已呈現重點內容，且近年各部門所提報之「自選重點項目」，多與既有評核內容重複，為精簡評核項目，建議刪除。

(2)一般服務項目執行績效：

刪除「113 年新增項目之執行與規劃」：考量本會援例均於 7 月份委員會議追蹤當年度總額執行情形，為免重複及使評核作業聚焦於 112 年度執行成果，建議刪除。

2.部門提報內容及格式：為利評核委員審視整體總額執行情形，本會同仁會協助將各部門重要數據及資訊表格化，以利呈現評核重點及趨勢變化，請受評部門(含健保署)配合加強以下提報內容：

(1)強化「評核委員評論意見與期許之回應說明」：鑑於歷年評核委員提出之評論意見，對各部門總額執行方向及作法多有指導，倘部門確實檢討改善，將有助益於未來成效之呈現。本會將列表整理「評核委員評核重點建議」，請部門以對照表方式明確提出回應說明(含所採行之具體措施)。

(2)加強「執行情形檢討及具體改善作為」：於提報表件所增

加之欄位確實填寫對應的檢討、改善作為。

(三)評核作業時程(如附件一之伍，第 67~68 頁)酌修如下：

1. 加開「評核委員共識會議」：於完成評核委員聘任後，由本會召開評核委員共識會議，說明評核相關作業規劃，並討論評核原則，以利凝聚評核標準共識及一致性。
2. 因各部門相關評核資料眾多，必須依格式如期提出，以利評核委員審視。本會同仁將整理各部門及健保署提報資料之時間點與內容完整性等資訊，供其評核參考。

貳、討論「112 年度總額評核結果之獎勵標準」議定時間點

說明：

- 一、為鼓勵各部門執行總額之努力，評核結果「良」以上之部門，將酌給「品質保證保留款獎勵額度」(下稱品保款額度)。品保款額度計算方式係以各部門前一年度一般服務預算為基礎，依評核等級，乘以對應之獎勵成長率。
- 二、為每年議定其對應之獎勵成長率(即獎勵標準)，且品保款額度為各部門總額預算之一部分，爰本會需於 9 月總額協商前提案討論獎勵標準。歷年議定時間點及考量點如下：
 - (一)評核會議後(8 月)議定(104~107、109 年)：評核結果已定，可視年度總額範圍酌予調整獎勵額度。
 - (二)評核會議前(5 月或 6 月)議定(108、110~112 年)：事先議定各評核結果等級之獎勵額度，對各部門爭取評核成績較具鼓勵效果。
- 三、綜上，112 年度總額評核結果之獎勵標準議定時間點，請討論。

參、確認各總額部門及健保署之「113年度一般服務之重點項目與績效指標(含目標值)」，作為114年評核之依據

說明：

- 一、為使各部門年度總額目標明確，並落實總額執行成效，本會自

107 年起請總額部門於年初即設定當年度重點項目及預期目標，以利各部門聚焦於重點項目努力，並做為次年評核之依據。

二、考量健保總額已達 8 千億元，其中一般服務預算占比高達 9 成以上，且服務對象為所有納保民眾，其執行良好與否，攸關所有民眾健康保障，為瞭解其執行成效，本會業於 113.2.1 循例函請四總額部門及健保署，以政策目標、總額核(決)定要求及民眾關切議題為主軸，提出其 113 年度一般服務重點項目與績效指標。

(一)各總額部門及健保署回復之 113 年度一般服務重點項目如附件四(第 89~93 頁)，摘要如下，將作為評核 113 年度總額執行成果之用：

部門/單位	年度重點項目
整體總額 (健保署)	1.整體資源配置與未來規劃 2.降低門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間再次執行 3.分級醫療之推動成效
醫院總額 (醫院協會)	1.醫院分級醫療執行成效 (其中觀察指標「醫院層級疾病嚴重度 CMI 變動」，建議轉請健保署提報) 2.護病比執行成效
西醫基層總額 (醫全會)	1.西醫基層診所照護 COVID-19 及類流感情形 2.西醫基層診所代謝症候群照護情形
牙醫門診總額 (牙全會)	1.國人牙周照護落實現況、改善情形 2.高風險患者照護現況
中醫門診總額 (中全會)	1.提升中醫醫療服務 2.特定疾病門診醫療服務
其他預算 (健保署)	1.C 型肝炎全口服新藥治療成效 2.居家整合新收案對象門診次數降低

(二)經檢視各部門及健保署所提重點項目與績效指標，本會研析建議如下(詳附件四，第 89~93 頁)：

1.醫院總額：醫院協會建議分級醫療執行成效之觀察指標「醫院層級疾病嚴重度 CMI 變動」轉請健保署提報一節，考量本項資料產製者為健保署，且屬整體分級醫療推動成效之一，建議移列至「整體總額」之「3.分級醫療之推動成效」項下，由

健保署提報。

2. 西醫基層總額：

(1) 所提 113 年重點項目，說明如下：

①項目 1 COVID-19 及類流感照護，係以案件數及醫療費用為主，屬過程面指標，建請考量是否妥適。

②項目 2 代謝症候群照護，為專款項目「代謝症候群防治計畫」品質指標之一，已列入專款評核內容，建議不宜重複。另部門所提目標值為「照護率較前一年度提升」與操作型定義「代謝症候群改善率」不相符，若仍同意增列本項，則目標值建議修正為「代謝症候群改善率較前一年度提升」。

(2) 另整理 112 年度重點項目(如下表)，其為西醫基層總額有待持續提升常見慢性疾病之照護情形，及分級醫療資訊共享的重點項目。

項目	績效指標	說明
1. 西醫基層診所糖尿病病人整體照護情形	指標：照護率、HbA1c<7%、HbA1c>9% 目標值： 1. 照護率：55% 以上 2. HbA1c<7%：54% 以上 3. HbA1c>9%：6% 以下	糖尿病為耗用健保資源前 3 名之重要疾病
2. 檢驗(查)結果上傳率	指標：上傳率 目標值：60% 以上	為分級醫療推動健保醫療資訊共享之基礎
評核委員建議	可選擇基層醫療常見之慢性病照護(如糖尿病、高血壓)為指標，以呈現西醫基層在分級醫療的功能與角色	

(3) 依評核委員建議，上述 112 年兩項重點項目能呈現西醫基層之執行成效，為利觀察長期趨勢，建議 113 年度沿用 112 年度指標，不另新增。

3. 牙醫門診總額：項目 1 牙周照護之指標目標值，建議加上方向性(第 91 頁)，以臻明確。

4. 中醫門診總額：項目 1 中醫醫療服務之指標(6)、指標(7)，建議補正文字(第 92 頁)，以臻明確。

5. 健保署：

(1) 整體總額項目 3 分級醫療成效，依醫院協會建議，增列觀察指標「醫院層級疾病嚴重度 CMI 變動」(原列醫院總額)。

(2) 其他預算項目 2 居家整合收案情形，建議配合指標設定，修正目標值及補正文字(第 93 頁)，以臻明確。

擬辦：

一、112 年度執行成果評核之作業方式，依議定結果辦理，並請四總額部門及健保署依作業時程，提供所需資料。

二、112 年度總額評核結果獎勵標準之決定，依議定時間點提會討論。

三、請四總額部門及健保署依議定之「113 年度一般服務之重點項目與績效指標(含目標值)」落實執行，以利 113 年度總額執行成效之呈現。

決議：

各總額部門 112 年度執行成果評核之作業方式(草案)

第6屆113年第○次委員會議(113.○.○)通過

壹、評核範圍

- 一、醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診四總額部門112年度之年度重點項目、一般服務項目及門診透析服務執行成果。
- 二、四總額部門及其他預算112年度之專款項目執行成果。

貳、辦理方式

一、評核委員

(一)函請四總額部門受託團體(下稱總額部門)及全民健康保險會(下稱本會)付費者代表委員，每部門/人至多推薦 3 名評核委員人選(付費者代表委員採自由推薦)，包括：醫務管理、公共衛生及財務金融等健康保險相關領域專家學者。

(二)本會同仁就四總額部門及本會付費者代表委員推薦人選，加上本會現任、近 3 屆曾任專家學者及公正人士委員，排除具有付費者代表或醫事服務提供者身分者後，彙整為建議名單，請本會委員就該建議名單票選適合人選(每人 7 票，超過或未達 7 票者視為無效票)，依據委員票選結果之票數多寡，依序邀請 7 位擔任評核委員，並對「初任評核委員」名額予以保障，以 2 名為原則，邀請順序如下：

- 1.優先邀請建議名單中「當屆專家學者及公正人士委員且未曾擔任評核委員者」，若人數多於 2 人，取票數最高 2 人。
- 2.若前開人數不足 2 人，則續邀請「未曾擔任評核委員之專家學者」票數高者。

(三)評核委員名單不事先公開，本會委員票選評核委員時，請兼顧四總額部門之衡平性與差異性，並為鼓勵專家學者廣泛參與，請避免專家學者服務機構過度集中。

二、評核會議之資料

(一)請四總額部門及健保署於評核會議前 1 個月，提供年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果書面報告，另對於 112 年執行未滿半年及 113 年新增之總額協商因素項目，請說明執行現況與未來規劃(報告大綱及提報單位，詳附表一~四)，供評核委員事先審閱。

(二)書面報告內容以精簡為原則，部門提報之年度重點項目及一般服務項目內文限 100 頁，各專款項目內文限 10 頁，並編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。

(三)請四總額部門及健保署於評核會議前 2 週，提送口頭報告(簡報)。

三、評核會議

(一)會議期程：2 天。

(二)第一階段：公開發表會議(1 天半)。

1.健保署統一報告各總額部門一般服務之整體性、一致性項目(如：利用概況、滿意度調查結果、品質指標監測結果等)及門診透析與其他預算之執行成果。

2.由接受健保署專業事務委託之四總額部門報告年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果；為利評核委員及與會者掌握及聚焦於重點項目，簡報內容請以「年度重點項目執行成果與未來規劃」為主，請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 112 年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。

3.評核委員評論各總額部門年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果報告，並開放與會者提問。

4.參與人員：除本會委員、四總額部門與健保署外，另邀請衛福部相關單位與附屬機關，如：社保司、醫事司、照護司、心健司、口健司、中醫藥司、全民健保爭議審議會、健康署、疾管署等，以及民間團體，如：病友團體、社福團體、醫策會、消基會、醫改會等，預估約 160 人。

(三)第二階段：評核內部會議(半天)。

1.評核委員就四總額部門之執行成果，充分溝通後評定等級；並針對四部門總額及其他預算之年度重點項目、一般服務項目及專款項目提出共識建議，供協商參考。

2.參與人員：主任委員、評核委員、本會同仁，由評核委員互相推選主席。

參、評核項目與配分

評核年度重點項目執行成果、一般服務項目及專款項目執行績效/成果之計分權重分別為 20%、60%、20%，於分開評核之後再合併計分，各總額部門執行成果評核項目及配分如下表。

評核項目	配分
<p>壹、年度重點項目執行成果與未來規劃^{註1}</p> <p>一、年度重點項目：請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 2~3 項 <u>112</u> 年度重點項目執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為(附表三)</p> <p>二、<u>自選重點項目</u>：部門自行提報，<u>最多 2 項</u>，建議可提出改善<u>最多或有所突破之項目</u></p> <p>三、<u>110~112 年總額協商項目 KPI^{註2} 之執行檢討及指標研修</u> (範例如附表四)</p>	20
<p>貳、一般服務項目執行績效</p> <p>一、就<u>111</u>年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明 (請以對照表方式，針對評核重點建議提出回應說明，包含採行之具體措施)</p> <p>二、維護保險對象就醫權益</p> <p>(一)醫療服務品質調查之結果及檢討與改善措施</p> <p>(二)民眾付費情形及改善措施</p> <p>(三)就醫可近性與及時性之改善措施</p> <p>(四)民眾諮詢及抱怨處理</p> <p>(五)其他確保民眾就醫權益之措施</p> <p>三、專業醫療服務品質之確保與提升</p> <p>(一)專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施</p> <p>(二)品質保證保留款實施方案執行結果</p> <p>(三)其他改善專業醫療服務品質具體措施</p> <p>四、協商因素項目之執行情形</p> <p>(一)延續項目之執行情形</p> <p>1.新醫療科技(新增診療項目、新藥及新特材等)(本項適用於協定事項有新醫療科技項目之部門)</p> <p>2.支付標準修訂及其他協商因素項目(依協定結果分列)</p> <p>(二)112年新增項目(含總額協定之執行目標及預期效益評估指標)之執行情形(執行未滿半年請加註)</p> <p>(三)112年執行未滿半年及113年新增項目之執行情形與規劃</p> <p>五、總額之管理與執行績效</p> <p>(一)醫療利用及費用管控情形</p> <p>(二)地區預算分配(含風險調整移撥款)之執行與管理</p> <p>(三)點值穩定度</p>	60

評核項目	配分
(四)專業審查及其他管理措施 (五)院所違規情形及醫療機構輔導 (六)其他六、COVID-19疫情對醫療服務之影響與因應作為	
參、專款項目執行績效/成果 ^{註3} 一、就 <u>111</u> 年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明 (請以對照表方式，針對評核重點建議提出回應說明，包含採行之具體措施) 二、 <u>112</u> 年計畫/方案執行成果 三、 <u>108~112</u> 年執行情形及成效評估(含自選3項關鍵績效指標) 四、檢討與改善方向 (一)計畫/方案 <u>113</u> 年修正重點 (二) <u>112</u> 年執行未滿半年及 <u>113</u> 年之新增項目/方案執行情形與規劃	20
總分	100

註：1.年度重點項目係就「一般服務項目」及「專款項目」中，擇與政策目標、總額協定要求及民眾關切之議題進行重點報告，以利評核聚焦於年度重要事項。
2.KPI指年度總額核(決)定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。
3.列入評核之專款項目如附表四五。

肆、評核結果之應用

一、評核結果區分為下列五等級：

評核分數	等級
90分及以上	特優
85分至未達90分	優
80分至未達85分	良
75分至未達80分	可
未達75分	劣

- 二、評核等級作為114年度總額協商之參考，評等「良」級以上之部門，酌給「品質保證保留款」之預算，以茲鼓勵。
- 三、評核委員針對四總額部門年度重點項目、一般服務項目及專款項目之共識建議，作為協商114年度該部門總額一般服務項目成長率及各專款項目經費增減及續辦與否之依據。

伍、113年評核作業時程表

時 間	作 業 內 容
<u>113</u> 年 1~3 月	1.函請四總額部門及健保署提供建議之 <u>113</u> 年度一般服務重點項目及其績效指標、操作型定義及目標值，並請就本會研擬之評核內容(草案)提供修正建議。 2.研擬「各總額部門 <u>112</u> 年度執行成果評核之作業方式」(草案)。
<u>113</u> 年 3 月	「各總額部門 <u>112</u> 年度執行成果評核之作業方式」(草案)提委員會議議定。
<u>113</u> 年 4~5 月	1.請四總額部門及本會付費者代表委員推薦評核委員人選。 2.本會同仁彙整四總額部門及本會付費者代表委員推薦名單，加上本會現任、 <u>近 3 屆</u> 曾任專家學者及公正人士委員，排除具有付費者代表或醫事服務提供者身分者後，彙整為建議名單，請本會委員就該建議名單票選適合人選。 3.依據委員票選結果之票數多寡，依序邀請 7 位擔任評核委員。 4.請四總額部門及健保署依議定之評核作業方式準備資料。
<u>113</u> 年 5 月上旬	召開「評核委員共識會議」，說明評核相關作業規劃，並討論評核原則。
<u>113</u> 年 5 月下旬	健保署依評核報告大綱及評核項目表，先提送監測/調查/統計結果(報告上冊)予本會，供評核委員審閱及四總額部門參用，總額部門可專注於提報執行檢討與改善結果。
<u>113</u> 年 6 月中旬 (評核會議前 1 個月)	四總額部門及健保署提送執行成果之書面報告(健保署提送報告下冊)予本會，供評核委員審閱。
<u>113</u> 年 7 月上旬 (評核會議前 2 週)	1.健保署及四總額部門提送「各總額部門 <u>112</u> 年度執行成果發表暨評核會議」之口頭報告(簡報)，供評核委員審閱。 2.本會同仁彙整「各總額部門 <u>112</u> 年度執行成果評核指標摘要」供評核委員參考。
<u>113</u> 年 7 月中旬 (7 月 15、16 日)	召開為期 2 天之「各總額部門 <u>112</u> 年度執行成果發表暨評核會議」。

各總額部門年度重點項目及一般服務項目執行績效/成果之報告大綱

評核項目	健保署提報	部門提報	
壹、年度重點項目執行成果與未來規劃			
一、年度重點項目：請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 2~3 項 112 年度重點項目執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。	V	V	
二、 自選重點項目：部門自行提報，最多 2 項，建議可提出改善最多或有所突破之項目。	跨部門項目 執行情形檢討 改善、指標研修	各部門項目 執行情形檢討 改善、指標研修	
二、110~112 年總額協商項目 KPI ^{註 4} 之執行檢討及指標研修			
貳、一般服務項目執行績效			
一、就 111 年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明 (請以對照表方式，針對評核重點建議提出回應說明，包含採行之具體措施)	V	V	
三、維護保險對象就醫權益			
(一)醫療服務品質調查之結果及檢討與改善措施	調查/統計結果及重點說明	檢討及改善	
(二)民眾付費情形及改善措施			
(三)就醫可近性與及時性之改善措施			
(四)民眾諮詢及抱怨處理			
(五)其他確保民眾就醫權益之措施		V	
三、專業醫療服務品質之確保與提升			
(一)專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施	監測結果及重點說明	檢討及改善	
(二)品質保證保留款實施方案執行結果	核發結果統計		
(三)其他改善專業醫療服務品質具體措施	—	V	
四、協商因素項目之執行情形			
(一)延續項目之執行情形	執行情形(含成效)檢討註 ³	推動情形、目標達成情形、檢討及改善	
(二)112 年新增項目(含總額協定之執行目標及預期效益評估指標)之執行情形(執行未滿半年請加註)			
(三)112 年執行未滿半年及 113 年新增項目之執行與規劃			
五、總額之管理與執行績效			
(一)醫療利用及費用管控情形	醫療利用情形	管控措施、檢討及改善	
(二)地區預算分配(含風險調整移撥款)之執行與管理	預算分配結果		
(三)點值穩定度	點值		
(四)專業審查及其他管理措施	審查核減統計		
(五)院所違規情形及醫療機構輔導			
(六)其他	違規情形統計		
六、COVID-19 疫情對醫療服務之影響與因應作為			
參、附錄 (如：品質確保方案、品質保證保留款實施方案及其他視需要提供之方案內容)			

- 註：1.請健保署於 5 月下旬依報告大綱及評核項目表，先提供監測/調查/統計結果(上冊)予本會及總額部門參考，總額部門請著重於提報檢討及改善措施，不須重複呈現上冊資料。
- 2.報告內容請涵蓋評核項目表各項評核內涵及指標，並提供 5 年(108~112 年)之數據。另請健保署提供各項調查/統計結果時，重點說明其結果。部門提報之執行成果報告內文限 100 頁，請編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。

3.依據 113 年度總額協定事項，請於 113 年 7 月底前，提報延續項目之 112 年執行情形及成效評估。

4.KPI 指年度總額核(決)定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。

各總額部門及其他預算專款項目執行績效/成果之報告大綱

壹、計畫型項目	健保署提報	部門提報
一、就 111 年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明(請以對照表方式，針對評核重點建議提出回應說明，包含採行之具體措施)		
二、112 年計畫/方案執行成果	—	V
(一)計畫目的		
(二)執行目標		
(三)經費來源與協定事項		
(四)費用支付		
(五)執行內容		
(六)評核指標及退場機制		
三、108~112 年執行情形及成效評估		
(一)預算執行數及執行率		
(二)目標達成情形(含總額協定之執行目標及預期效益評估指標達成情形)		
(三)執行概況及結果，包含醫療服務提供及民眾利用情形、獎勵情形等	執行情形之統計結果、關鍵績效指標及改善建議	推動情形、檢討及改善、目標達成情形
(四)成效評估，包含計畫所訂之評核指標達成情形、就醫可近性及健康狀況改善情形等(含自選 3 項關鍵績效指標)		
四、檢討與改善方向		
(一)計畫/方案 113 年修正重點	—	V
(二)112 年執行未滿半年及 113 年之新增計畫/方案執行情形與規劃	執行情形	推動情形、檢討與未來規劃
五、附錄：各項專案計畫/方案內容	—	V
貳、非計畫型項目	健保署提報	部門提報
一、就 111 年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明(請以對照表方式，針對評核重點建議提出回應說明，包含採行之具體措施)	—	V
二、108~112 年執行情形及成效評估		
(一)預算執行數及執行率	執行情形之統計結果及改善建議	推動情形、檢討及改善
(二)執行結果及成效		
三、檢討與改善方向		
(一)113 年修正重點	—	V
(二)112 年執行未滿半年及 113 年之新增計畫/方案執行情形與規劃	執行情形	推動情形、檢討與未來規劃

註：1.各總額部門及跨部門之專款項目，請健保署於 5 月下旬依報告大綱，先提供執行情形摘要表(上冊，其中計畫型應含 3 項自選關鍵績效指標)予本會及總額部門參考，總額部門請著重於提報檢討及改善措施，不須重複呈現上冊資料；由健保署負責之專款項目(計畫型及非計畫型)，均由署提報，各專款項目之提報單位如附表四。

2.各專案之執行成果報告內文限 10 頁，請編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。

各總額部門及健保署「112年度重點項目與績效指標(含目標值)」

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
整體總額 一健保署	項目1：整體資源配置與未來規劃 [延續項目]	
	項目2： 降低門診10項 重點檢查(驗) 非合理區間再 次執行 [新增項目]	<p>指標：門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執 行下降率</p> <p>目標值：較108年同期下降$\geq 5\%$</p> <p>操作型定義：(當期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行 率-108年同期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內 再次執行率)/108年同期門診10項重點檢查(驗)非合 理區間內再次執行率</p> <p>註：考量109年至111年因受COVID-19疫情嚴重影響國人就醫行 為，又第一線醫護人員應以防護為優先，故本指標以108年為 基期進行比較</p>
	項目3： 分級醫療之推 動成效 [延續項目]	<p>指標：非同體系區域級(含)以上醫院回轉率</p> <p>目標值：$\geq 3.85\%$</p> <p>操作型定義：分母案件之回轉件數/區域級(含)以上醫院接受上轉 之門住診申報件數合計</p>
醫院總額 一醫院 協會	項目1： 醫院分級醫療 執行成效 [延續項目]	<p>指標：醫院層級轉診率</p> <p>目標值：轉診率維持成長10%</p> <p>操作型定義：各層級轉診件數/醫院部門總就醫件數</p> <p>觀察指標：醫院層級疾病嚴重度CMI變動</p> <p>註：同111年暫列觀察指標，但鑑於醫院總額獨立資料區僅限於審 查相關案件查詢且不得涉及各院，爰醫院部門無法逕自就各 院資料進行查詢，疾病嚴重度CMI的運算須仰賴健保署協助 運算並提供，且CMI偵測僅可就住院DRG案件，無法顯示門 診情形，另CMI值每年皆會受DRG相對權重所影響，礙於資 料運算難以回溯，爰無法進行年度間的比較，無法訂定目標 值</p>
	項目2： 護病比執行現 況 [延續項目]	<p>指標：全日平均護病比達加成之占率提升</p> <p>目標值：整體全日平均護病比達加成之月次占率 較前一年增加或持平</p> <p>操作型定義：1.整體醫院達護病比加成的月次/整體醫院申報住院 護理費總月次</p> <p>2.「加成」係指全日平均護病比達一定比例之住院 護理費加成</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
西醫基層 總額 一醫全會	項目1： 西醫基層診所 糖尿病病人整 體照護情形 [新增項目]	<p>指標：照護率、HbA1c<7%(控制良好率)、HbA1c >9%(控制不良率)</p> <p>目標值：1.照護率：55%以上 2.HbA1c<7%(控制良好率)：54%以上 3.HbA1c>9%(控制不良率)：6%以下</p> <p>操作型定義：1.照護率：糖尿病病人(E08-13)於同一家基層診所持 續接受糖尿病照護3個月以上/該院所診斷糖尿病 病人數 2.HbA1c<7%(控制良好率)：分母病人中，其最後 一次HbA1c檢驗值<7.0%(80歲以上病人 HbA1c<8.0%)之人數/糖尿病病人於同一家基層 診所持續接受糖尿病照護3個月以上之人數 3.HbA1c>9%(控制不良率)：分母病人中，其最後 一次HbA1c檢驗值>9.0%之人數/糖尿病病人於 同一家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以 上之人數</p>
	項目2： 檢驗(查)結果 上傳率 [新增項目]	<p>指標：上傳率</p> <p>目標值：60%以上</p> <p>操作型定義：檢驗(查)結果上傳醫令數(含診所申報檢驗所上傳檢 驗(查)結果)/「全民健康保險鼓勵醫事機構即時查訊 病患就醫資訊方案」附件五-「獎勵醫事服務機構上 傳檢驗(查)結果之項目」之診所申報醫令數</p> <p>計算條件：1.採診所歸戶(即檢驗所上傳資料併回診所計算) 2.排除醫療檢查影像及影像報告、人工關節植入物資 料、病理報告及出院病歷摘要資料</p>
牙醫門診 總額 一牙全會	項目1： 國人牙周病治 療改善情形 [延續項目]	<p>指標：牙周病統合治療第三階段完成率</p> <p>目標值：最近3年全國平均值*(1-10%)</p> <p>操作型定義：1.分子：當年度完成第三階段人數(當年1~9月申報第 一階段案件於180天內申報第三階段件數) 2.分母：當年度執行第一階段人數(當年1~9月申報 第一階段件數) 3.計算：分子/分母</p>
	項目2： 國人罹患牙周 病後續維護追 蹤情形 [新增項目]	<p>指標：牙周病統合治療實施方案後之追蹤治療率</p> <p>目標值：最近3年全國平均值*(1-10%)</p> <p>操作型定義：1.分子：當年度牙周病統合治療第三階段支付91023C 執行人數往後追蹤一年(112年度)接受牙周病支 持性治療(91018C)之執行人數 2.分母：當年度(111年度)牙周病統合治療第三階 段支付91023C執行人數 3.計算：分子/分母</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
中醫門診 總額 一中全會	項目1： 提升中醫醫療 服務 [延續項目]	<p>指標(1)：中醫醫療服務人數成長率 目標值：中醫醫療服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：(112年中醫醫療服務人數-111年中醫醫療服務人數)/111年中醫醫療服務人數</p> <p>指標(2)：中醫醫療服務人次成長率 目標值：中醫醫療服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：(112年中醫醫療服務人次-111年中醫醫療服務人次)/111年中醫醫療服務人次</p> <p>指標(3)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長2% 操作型定義：(112年中醫居家醫療服務人數-111年中醫居家醫療服務人數)/111年中醫居家醫療服務人數</p> <p>指標(4)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長2% 操作型定義：(112年中醫居家醫療服務人次-111年中醫居家醫療服務人次)/111年中醫居家醫療服務人次</p> <p>指標(5)：無中醫鄉減少比率 目標值：無中醫鄉減少比率大於1% 操作型定義：(111年無中醫鄉數-112年無中醫鄉數)/111年無中醫鄉數</p> <p>指標(6)：無中醫鄉服務人數成長率 目標值：無中醫鄉服務人數成長2% 操作型定義：(112年無中醫鄉服務人數-111年無中醫鄉服務人數)/111年無中醫鄉服務人數</p> <p>指標(7)：無中醫鄉服務人次成長率 目標值：無中醫鄉服務人次成長2% 操作型定義：(112年無中醫鄉服務人次-111年無中醫鄉服務人次)/111年無中醫鄉服務人次</p>
	項目2： 提升中醫治療 慢性腎臟病醫 療服務品質 [新增項目]	<p>指標：延緩慢性腎臟病第3、4、5期病人腎功能惡化程度 目標值：慢性腎臟病第3、4、5期病人收案1年(或12個月)後，腎絲球過濾率值(eGFR)較新收案時改善，或糖尿病慢性腎臟病人eGFR下降</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<p>速率小於6ml/min/1.73m²/ year，或非糖尿病慢性腎臟病人eGFR下降速率小於4ml/min/1.73m²/year</p> <p>操作型定義：針對慢性腎臟病第3、4、5期病人，其中若為糖尿病慢性腎臟病人需符合下述第1點或第2點；非糖尿病慢性腎臟病人需符合下述第1點或第3點：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.第3、4、5期慢性腎臟病人：112年eGFR值-111年eGFR值為正數 2.糖尿病慢性腎臟病人：111年eGFR值-112年eGFR值小於6 3.非糖尿病慢性腎臟病人：111年eGFR值-112年eGFR值小於4
其他預算 —健保署	項目1： C型肝炎新藥治療成效 [延續項目]	<p>指標：C型肝炎治療涵蓋率(年累計)</p> <p>目標值：較去年同期提高</p> <p>操作型定義：至當年底已接受治療人數/慢性C型肝炎患者人數</p>
	項目2： 居家醫療照護整合計畫之推動成效 [延續項目]	<p>指標：居家整合新收案對象門診次數降低</p> <p>目標值：較收案前半年低</p> <p>操作型定義：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低</p>
	項目3： 腎病防治成效 [新增項目]	<p>指標：末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫照護率</p> <p>目標值：較去年同期提高</p> <p>操作型定義：參與末期腎臟病前期病人(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫之人數/個案符合前12月門診2次或住診1次就醫主診斷為N184-186、049符合收案條件之歸戶病人數，排除洗腎及死亡人數</p>

「110~112年總額協商項目KPI之執行檢討及指標研修」(範例)

一、醫院總額

專款項目一住院整合照護服務試辦計畫(111年新增，自111.7.18實施)

項目	110	111	112
預算數(百萬元)	...	300.0	560.0
執行數(百萬元)	...	27.1	
預算執行率	...	9.0%	
執行目標 (達標與否 V/X)	參與服務醫院： 111 年至少 4 家 112 年至少 30 家	...	38(V)
	服務住院病人人日： 111 年 200,000 人日 112 年 800,000 人日	...	36,854(V)
預期效益之評估指標 (達標與否 V/X)	提升全國醫院提供急性一般病床住院整合照護服務涵蓋率： 111 年目標為 2.8% 112 年目標為 4%	...	3.4%(V)
執行情形 檢討改善	(各總額部門提供檢討結果及對應之改善方法)		
指標 研修 ^{註2~4}	(各總額部門提供未來指標研修建議)		

註：1.涵蓋率=當年底試辦醫院整合住院照開放床數/當年底急性一般病床開放床數*100%
 2.依 111.6.24 委員會議決定，若本計畫 112 年度繼續試辦，則於提出總額協商資料時，應包括「執行目標」及「預期效益之評估指標」(應以能反映實際執行效益之結果面指標為之)；健保署協商 112 年度總額時，提出之目標及指標如上表，惟尚未呈現反映執行效益之結果面指標。
 3.112、113 年總額決定事項：加強計畫之推動，建立多元品質監測指標，包括病人安全(如：院內感染、跌倒發生率)、照護聘任模式、照護人力狀況、民眾使用意向及實際收費情形等結果面指標。
 4.「執行目標」及「預期效益之評估指標」之研修(依總額協商程序，請以具體、可量化之結果面為導向，呈現資源投入之具體效益)。

二、西醫基層總額

專款項目一代謝症候群防治計畫(111年新增，111.7.1實施)

項目	110	111	112
預算數(百萬元)	...	308.0	616.0
執行數(百萬元)	...	22.1	
預算執行率	...	7.2%	
執行目標 (達標與否 V/X)	目標值：提供代謝症候群個案疾病危險因子 管理服務	...	10 萬名 25 萬名
	--執行數	...	22,986 (X)
預期效益之 評估指標 (達標與否 V/X)	代謝症候群改善率 ^{註1}	...	26.6
	介入成效率 $\geq 30\%$ ^{註2}	...	5.5% (X)
執行情形 檢討改善	(各總額部門提供檢討結果及對應之改善方法)		
指標研修 ^{註3}	(各總額部門提供未來指標研修建議)		
註：1.代謝症候群改善率：依個案腰圍、醣化血紅素、血壓、三酸甘油脂、低密度脂蛋白膽固醇、戒菸等改善情形評分，總分 70 分。 2.介入成效率：任何一項代謝症候群指標已達標並已不屬於代謝症候群之人數/診所收案人數。 3.「執行目標」及「預期效益之評估指標」之研修(依總額協商程序，請以具體、可量化之結果為導向，呈現資源投入之具體效益)。			

三、牙醫門診總額

一般服務項目一糖尿病患者口腔加強照護(110年新增，自110.7.1實施)

項目		110	111	112
累計預算(含成長率)(百萬元) ^{註1}		225.0	229.1	230.8
申報點數(百萬點)		7.1	28.5	
預算執行率		3.2%	12.4%	
執行目標 (達標與否 V/X)	服務 150,000 人	9,271 (X)	28,753 (X)	
預期效益之評估指標 (達標與否 V/X)	3個月內進入牙周病統合治療方案人數，試辦1年後較前1年改善 ^{註2}	295	1,097 (X)	
執行情形 檢討改善	(各總額部門提供檢討結果及對應之改善方法)			
指標研修 ^{註2}	(各總額部門提供未來指標研修建議)			

註：1.累計預算之金額，除首年為當年預算外，後續年度為前一年預算×(1+當年一般服務成長率)。110.7.1 新增診療項目「糖尿病患者牙結石清除-全口」(91089C)。
 2.3個月內進入牙周病統合治療方案人數，係以申報91089C 任一次 90 天內申報91021C者即納入計算。
 3.「執行目標」及「預期效益之評估指標」之研修(依總額協商程序，請以具體、可量化之結果為導向，呈現資源投入之具體效益)。

四、中醫門診總額

專款項目一照護機構中醫醫療照護方案(111年新增，自111.1.1實施)

項目		108	109	110	111	112
預算數(百萬元)		...	...	...	28.0	28.0
執行數(百萬元)		...	...	...	13.5	
預算執行率(%)		...	...	...	48.4	
(達標與否 V/X)	111 年至少 30 家院所參與服務	...	...	...	58 (V)	
	服務人次 15,000 人次	...	...	...	16,334 (V)	
	服務總天數 1,500 天	...	...	...	1,464 (X)	
(達標與否 V/X)	照護機構接受中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫件數較未被照護前(108 年)之件數減少 -照護機構住民外出中醫就醫件數 ^{註1}	...	...	...	V	
	-減少件數(111 年-108 年)	80,045	-	-	69,258	
執行情形檢討改善	(各總額部門提供檢討結果及對應之改善方法)					
指標研修 ^{註2}	(各總額部門提供未來指標研修建議)					

註：1.健保署表示 109 及 110 年受疫情影響且非本方案效益評估年度，爰予刪除。

2.「執行目標」及「預期效益之評估指標」之研修(依總額協商程序，請以具體、可量化之結果為導向，呈現資源投入之具體效益)。

各總額部門及其他預算專款項目執行績效/成果之提報單位

部門別	計畫／方案名稱	提報單位
牙醫	<ul style="list-style-type: none"> - 醫療資源不足地區改善方案 - 牙醫特殊醫療服務計畫 - 牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫(113 年起停辦) - 0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫(113 年起停辦) - 12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫 - 高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫(113 年起併入「高風險疾病口腔照護計畫」^註) - 超音波根管沖洗計畫(112 年新增) - 齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫(112 年新增) <p>【註：113 年更名為「高風險疾病口腔照護計畫」，並將原一般服務「高風險疾病口腔照護」及專款項目「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」併入執行】</p>	牙醫師公會 全聯會 (健保署提供執行情形統計結果及改善建議)
中醫	<ul style="list-style-type: none"> - 醫療資源不足地區改善方案 - 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫(含 112 年新增適應症) - 中醫提升孕產照護品質計畫 - 中醫癌症患者加強照護整合方案(含 112 年新增 3 項癌別) - 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 - 中醫急症處置計畫 - 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 - 照護機構中醫醫療照護方案 	中醫師公會 全聯會 (健保署提供執行情形統計結果及改善建議)
西醫基層	<ul style="list-style-type: none"> - 家庭醫師整合性照護計畫(含計畫檢討與管控暨執行動果) - 家庭醫師整合性照護計畫(醫界配合推動情形) - 西醫醫療資源不足地區改善方案 - 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫 - 強化基層照護能力及「開放表別」項目(非計畫型) - 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(非計畫型) - 新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用(非計畫型) - 代謝症候群防治計畫 - 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫 - 因應長新冠照護衍生費用(112 年新增) 	健保署 醫師公會 全聯會 (健保署提供執行情形統計結果及改善建議)
醫院	<ul style="list-style-type: none"> - 急診品質提升方案 - 西醫醫療資源不足地區改善方案(醫院支援西醫基層) - 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫 - 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質(非計畫型) - 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)(非計畫型) - 住院整合照護服務試辦計畫 	醫院協會 (健保署提供執行情形統計結果及改善建議)

部門別	計畫／方案名稱	提報單位
	<ul style="list-style-type: none"> - 鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫 - 腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(非計畫型) - 因應長新冠照護衍生費用(112 年新增) - 因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增(112 年新增) - 持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(112 年新增) - 健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(112 年新增) 	
門診透析	<ul style="list-style-type: none"> - 腎臟病照護及病人衛教計畫 - 鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫(112 年新增) 	健保署
跨部門	<ul style="list-style-type: none"> - C 型肝炎藥費(含其他預算「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款項目不足之經費」) - 醫療給付改善方案(含糖尿病等 9 項方案) - 鼓勵院所建立轉診合作機制(非計畫型) - 基層總額轉診型態調整費用(非計畫型) - 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材(非計畫型) - 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費(非計畫型) - 精神科長效針劑藥費(非計畫型) - 慢性傳染病照護品質計畫(112 年新增) - 癌症治療品質改善計畫(112 年新增) - 促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)(112 年新增) 	健保署 (相關總額部門提供配合推動情形)
四部門	<ul style="list-style-type: none"> - 獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用 	
其他預算	<ul style="list-style-type: none"> - 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 - 居家醫療照護(含居家醫療照護整合計畫)、助產所、精神病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務 - 推動促進醫療體系整合計畫 - 提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(含各部門總額之網路頻寬補助費用執行成果) - 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫 - 提升用藥品質之藥事照護計畫 - 支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費(非計畫型) - 調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費(非計畫型) - 提升保險服務成效(非計畫型) 	健保署

「全民健康保險會精進總額評核作業之專家諮詢會議」 會議紀錄

時間：113 年 1 月 24 日下午 14 時 15 分

地點：本部 205 會議室

主席：周執行秘書淑婉

紀錄：劉于鳳

出席人員：吳董事長榮達、林教授文德、劉教授淑瓊、滕秘書長西華
、盧教授瑞芬(依姓名筆劃排序)

列席人員：本部全民健康保險會 張副執行秘書友珊、陳組長燕鈴、
洪組長慧茹、邱組長臻麗

壹、主席致詞(略)

貳、會議緣由(略)

參、討論事項

第一案

案由：評核作業方式，提請討論。

經專家討論，主要建議如下：

一、加開「評核委員共識會議」：於完成評核委員聘任後，建議先召開共識會議，讓評核委員瞭解評核相關作業規劃，並討論評核原則，以利凝聚評核標準及共識。

二、精進評核資料格式：為利評核委員整體審視總額執行情形及趨勢變化，建議修訂各部門提報之資料格式：

(一)請本會同仁設計表件，將重要數據及資訊格式化，以利呈現評核重點及趨勢變化。例如各部門專款項目可新增「專款項目重點摘要彙整表」，呈現近 5 年預算數、執行率、服務人數等重要參考資料。

(二)部門提報表件增加「執行情形之檢討改進及具體改善作為」之欄位，並備註說明以利部門填寫；另請本會同仁提供評核

所須重要背景資訊(如總額核定事項、委員會議相關決議等)，以供評核委員參考。

三、依規劃時程如期提供評核委員各項執行成果報告：

(一)為避免影響評核委員審閱資料時間，請本會同仁提醒健保署及各部門總額受託團體，如期繳交執行成果報告資料。

(二)請本會同仁整理健保署及各部門評核資料應提供時點、實際送達時間、內容完整性等資訊，以供評核委員參考。

第二案

案由：評核項目及內容，提請討論。

經專家討論，主要建議如下：

一、將 KPI 納入評核項目：近年總額協商之新增項目皆訂有「執行目標」及「預期效益之評估指標」(下稱 KPI)，宜進行系統性檢討，建議評核項目新增「近 3 年總額協商項目 KPI 之執行檢討及指標研修」，期部門透過自我檢視，提出對應之改善方式及未來建議，俾提升總額預算執行績效。

二、強化評核委員評論意見與期許之回應說明：由本會同仁設計「評核委員評核重點建議」及「部門回應說明」對照表，請部門明確針對各項建議說明所採行之具體措施(如落實至新年度之工作項目、檢討改進現行作業方式等)。

三、精簡評核項目：現行評核項目包含「當年度新增項目之執行與規劃」，考量本會援例均於 7 月份委員會議追蹤當年度總額執行情形，建議刪除本項提報內容，使評核作業聚焦於前一年度之執行成果。

第三案

案由：評核委員產生方式，提請討論。

經專家討論，主要建議如下：

一、有關評核委員建議名單之產生方式：現行作業係「請各總額部門及每位付費者委員至多推薦 3 名，再加上本會現任、曾任專家學者及公正人士委員」綜整為建議名單，再由健保會委員票

選。考量名單人選眾多，增加委員票選困擾，建議修正如下：

- (一) 本會「曾任專家學者及公正人士委員」人數逐屆累積，為避免時間久遠之資訊落差，建議限定為「近 3 屆」專家學者及公正人士委員。
- (二) 為避免付費者委員無法提供建議人選，建議改為自由推薦，不強制，並維持「至多 3 名」為限。

二、對「初任評核委員」名額予以保障：現行作業係「依據健保會委員票選結果之票數多寡，依序邀請 7 位擔任」，為增加評核委員參與及觀點多元性，並加強評核經驗之傳承，7 位評核委員中，建議「初任評核委員」以保障 2 位為原則，保障對象之邀請順序如下：

- (一) 優先邀請「當屆專家學者及公正人士委員且未曾擔任評核委員者」，若人數多於 2 人，取票數最高 2 人。
- (二) 若前開人數不足 2 人，再邀請「未曾擔任評核委員之專家學者」，亦以票數高者為優先。

肆、會議結論：

上開專家建議將作為本會研修「各總額部門 112 年度執行成果評核之作業方式」之參據，並提至 113 年第 2 次委員會議(113.3.13)討論，依議定結果辦理 113 年評核作業。

伍、臨時動議：無

陸、散會：下午 16 時

**四總額部門及健保署就本會研擬之「各部門總額評核項目、
報告大綱、評核內容與指標(草案)」之回復意見**

單位/部門	回復意見	本會參採情形及說明
各部門總額及其他預算 —健保署	<p>1.經檢視貴會研擬評核內容草案，健保署建議如下：</p> <p>(1)其他預算-「提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」：建議刪除指標「急性、慢性疾病可避免住院率」，考量該指標係用於監測國人整體初級照護水準，藉由門診照護提供及時處置，以避免疾病惡化而住院；惟收容人之特殊性，由評選出來之醫療團隊提供其醫療照護，對於收容人在院所、就醫時間、就醫科別、預防保健等醫療項目之選擇均較為限制，不適用於衡量初級照護之可近性，爰建議刪除該項指標。</p> <p>(2)「照護機構中醫醫療照護方案」之執行目標及預期效益之評估指標(簡稱 KPI)，評估年度應新增 112 年。</p> <p>2.健保署配合辦理評核作業提報所需資料，並視實際作業面可取得資料調整新增內容。</p>	<p>1.(1)有關刪除左列計畫指標「急性、慢性疾病可避免住院率」之建議：查健保署建議刪除之指標，<u>係評核報告大綱「成效評估」應含括內容的舉例說明</u>(如後附表1)，主要提供健保署提報參考，非硬性規定。為避免誤解，尊重健保署建議，將該項從舉例說明中刪除。</p> <p>1.(2)有關左列方案KPI評核年度應新增112年之建議：查左列方案為111年新增項目，依據各部門共同之填報原則，各年新增方案之KPI，均持續追蹤5年。本次提報格式已包含112年填報欄位(如後附表2)。</p> <p>2.有關健保署將視作業面可取得資料調整提報內容：尊重健保署意見，並建請該署盡可能於資料可及範圍內提供相關資料，以利評核委員參考。</p>

單位/部門	回復意見	本會參採情形及說明
醫院總額 —醫院協會	無修正建議	
西醫基層總額 —醫全會	無修正建議	
牙醫門診總額 —牙全會	無修正建議	
中醫門診總額 —中全會	無修正建議	

跨部門及其他預算專案計畫/方案報告大綱之內容說明(節錄)

項目	應含括內容
四、其他預算 (五)提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	<p>1.112 年協定事項 請健保署持續檢討本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督</p> <p>2.108~112 年執行結果(含協定事項執行結果) --醫療服務提供情形：如參與院所數及投入醫療人力、各科別診次 --醫療利用情形，如： --收容人數、服務人數及人次(門診/戒護就醫/住院)、費用點數(門診/戒護就醫/住院) --平均每診服務人次、平均每就醫人門診就醫次數、平均每就醫人住院次數、天數及費用點數 --醫療費用前 20 大疾病</p> <p>3.108~112 年成效評估，評核指標、病患接受照護之相關健康改善情形，<u>如：</u> --評核指標年度分析及檢討改善 --收容對象每人每年門診就醫次數 --收容對象每人每年住院次數 --平均住院天數 --戒護門診(含急診)就醫人次占門診總人次比率 --矯正機關內門診每診人次與醫療費用 --急診就醫率 --疥瘡盛行率 --收容對象滿意度 --基本承作費核發基準達成情形及檢討改善 --第 1 階段：團隊組成完整性 --第 2 階段：指標達成情形 --<u>急性、慢性疾病可避免住院率</u> --收容對象健康狀況改善情形(與全國比較) --其他評估指標及結果</p> <p>4.執行情形(含關鍵績效指標)及改善建議，格式如表 7-5</p>

附件三之附表2

中醫門診總額110~112年總額協商項目KPI之執行檢討
及指標研修摘要(節錄)

照護機構中醫醫療照護方案(111年新增，自111.1.1實施)

項目	108	109	110	111	<u>112</u>
預算數(百萬元)	...	...	...	28.0	28.0
執行數(百萬元)	...	...	...	13.5	
預算執行率(%)	...	...	...	48.4	
執行 目標 (達標與 否 V/X)	<u>111 年至少 30 家院所參與服務</u>	...	...	...	58 (V)
	服務人次 15,000 人次	...	...	...	16,334 (V)
	服務總天數 1,500 天	...	...	...	1,464 (X)
預期效 益之評 估指標 (達標與 否 V/X)	照護機構接受中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫件數較未被照護前(108 年)之件數減少 -照護機構住民外出中醫就醫件數 ^{註1}	...	...	...	V
	-減少件數(111 年-108 年)	80,045	-	-	69,258
執行情 形檢討 改善	(各總額部門提供檢討結果及對應之改善方法)				
指標 研修 ^{註2}	(各總額部門提供未來指標研修建議)				

註：1.健保署表示 109 及 110 年受疫情影響且非本方案效益評估年度，爰予刪除。

2.「執行目標」及「預期效益之評估指標」之研修(依總額協商程序，請以具體、可量化之結果為導向，呈現資源投入之具體效益)。

各總額部門及健保署提報之「113年度一般服務重點項目與績效指標」

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
整體總額 —健保署	<p>項目1：整體資源配置與未來規劃 [延續項目]</p> <p>項目2： 降低門診10項 重點檢查(驗)非 合理區間再次 執行 [延續項目]</p> <p>項目3： 分級醫療之推動 成效 [延續項目]</p>	<p>指標：門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執 行下降率 目標值：較前一年同期下降$\geq 1\%$ 操作型定義：(當期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行 率-112年同期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內 再次執行率)/112年同期門診10項重點檢查(驗)非合 理區間內再次執行率</p> <p>指標：非同體系區域級(含)以上醫院回轉率$\geq 3.85\%$ 目標值：3.85% 操作型定義：分母案件之回轉件數/區域級(含)以上醫院接受上轉 之門住診申報件數合計</p> <p>本會修正意見(如下灰底處)：</p> <p>1.建議配合指標設定，修正目標值為「\geq」3.85%， 以臻明確。</p> <p>2.依醫院協會建議，增列觀察指標「醫院層級疾病 嚴重度CMI變動」(原列於醫院總額)。</p>
醫院總額 —醫院 協會	<p>項目1： 醫院分級醫療 執行成效 [延續項目]</p>	<p>指標：醫院層級轉診率 目標值：轉診率較前一年度成長 操作型定義：各層級轉診件數/醫院部門總就醫件數 觀察指標：醫院層級疾病嚴重度CMI變動 (本項指標係各界擬用以評量分級醫療政策推動成效，由於CMI的 計算必須由健保署計算始得全國醫院資料，爰醫院部門無法自行 計算，建議轉請健保署提報。)</p> <p>本會修正意見：</p> <p>醫院協會建議上開觀察指標「醫院層級疾病嚴重度 CMI變動」轉請健保署提報一節，考量本項資料產 製者為健保署，且屬整體分級醫療推動成效之一， 建議移列至「整體總額」之年度重點項目3「分級醫 療之推動成效」項下，由健保署提報。</p>
	<p>項目2： 護病比執行成 效</p>	<p>指標：全日平均護病比達加成占率 目標值：整體全日平均護病比達加成之月次占率較 前一年維持</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標												
	[延續項目]	操作型定義：整體醫院達護病比加成的月次/整體醫院申報住院護理費總月次												
	項目1： 西醫基層診所照護COVID-19及類流感情情形 [新增項目]	指標：醫療利用率 目標值：「COVID-19及類流感案件」相較108年增加之案件數或醫療費用，較前一年度增加 操作型定義：COVID-19及類流感案件醫療費用： 1.COVID19：主診斷碼為U07.1、U07.2、U09.9者。 2.類流感：主診斷碼三碼為J09-J18、A22、A37、B25、B44、或診斷碼為J06.9者。												
	項目2： 西醫基層診所代謝症候群照護情形 [新增項目]	指標：代謝症候群照護率 目標值：照護率較前一年度提升 操作型定義：1.分子：分母診所「代謝症候群改善率」之「指標3：收案對象血壓改善」及「指標5：收案對象低密度脂蛋白膽固醇改善」之合計分數。 2.分母：診所收案60名以上且當年度檢驗檢查上傳率 $\geq 70\%$ 之診所數。												
本會修正意見：														
1.所提113年重點項目，說明如下：														
<p>(1)項目1係以案件數及醫療費用為主，屬過程面指標，建請考量是否妥適。</p> <p>(2)項目2為專款項目「代謝症候群防治計畫」品質指標之一，已列入專款評核內容，建議不宜重複。另部門所提目標值為「照護率較前一年度提升」與操作型定義「代謝症候群改善率」不相符，若仍同意增列本項，建議目標值修正為「代謝症候群改善率較前一年度提升」。</p>														
2.另整理112年度重點項目(如下表)，依過去評核建議，為西醫基層總額有待持續提升照護的疾病，及呈現分級醫療功能的重點項目。														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th><th>績效指標</th><th>說明</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.西醫基層診所糖尿病病人整體照護情形</td><td>指標：照護率、HbA1c<7%、HbA1c>9% 目標值： 1.照護率：55%以上 2.HbA1c<7%：54%以上 3.HbA1c>9%：6%以下</td><td>糖尿病為耗用健保資源前3名之重要疾病</td></tr> <tr> <td>2.檢驗(查)結果上傳率</td><td>指標：上傳率 目標值：60%以上</td><td>為分級醫療推動健保醫療資訊共享之基礎</td></tr> <tr> <td>評核委員建議</td><td>可選擇基層醫療常見之慢性病照護(如糖尿病、高血壓)為指標，以呈現西醫基層在分級醫療的功能與角色</td><td></td></tr> </tbody> </table>			項目	績效指標	說明	1.西醫基層診所糖尿病病人整體照護情形	指標：照護率、HbA1c<7%、HbA1c>9% 目標值： 1.照護率：55%以上 2.HbA1c<7%：54%以上 3.HbA1c>9%：6%以下	糖尿病為耗用健保資源前3名之重要疾病	2.檢驗(查)結果上傳率	指標：上傳率 目標值：60%以上	為分級醫療推動健保醫療資訊共享之基礎	評核委員建議	可選擇基層醫療常見之慢性病照護(如糖尿病、高血壓)為指標，以呈現西醫基層在分級醫療的功能與角色	
項目	績效指標	說明												
1.西醫基層診所糖尿病病人整體照護情形	指標：照護率、HbA1c<7%、HbA1c>9% 目標值： 1.照護率：55%以上 2.HbA1c<7%：54%以上 3.HbA1c>9%：6%以下	糖尿病為耗用健保資源前3名之重要疾病												
2.檢驗(查)結果上傳率	指標：上傳率 目標值：60%以上	為分級醫療推動健保醫療資訊共享之基礎												
評核委員建議	可選擇基層醫療常見之慢性病照護(如糖尿病、高血壓)為指標，以呈現西醫基層在分級醫療的功能與角色													
3.爰建議113年沿用112年指標，以利觀察長期趨勢，不另新增。														

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
牙醫門診 總額 一牙全會	項目1： 國人牙周照護落 實現況、改善情 形 [新增項目]	<p>指標(1)：年度國人牙周統合執行件數 目標值：最近三年全國平均值 操作型定義：當年度(113年)牙周病統合治療第二階段支付(91022C)及牙周病支持性治療(91018C)申報醫令數加總</p> <p>指標(2)：減少有牙周治療者平均拔牙顆數 目標值：最近三年全國平均值 操作型定義：1.分子：前一年度(112年)牙周病支持性治療(91018C)申報3次以上之就醫人往後追蹤當年度(113年)申報簡單性拔牙(92013C)及複雜性拔牙(92014C)醫令數加總 2.分母：前一年度(112年)牙周病支持性治療(91018C)申報3次以上之就醫人數 3.計算：分子/分母</p> <hr/> <p>本會修正意見(如下灰底處)： 指標目標值建議加上方向性，以臻明確。指標(1)為正向指標，增加「>」、指標(2)為負向指標，增加「<」最近三年全國平均值。</p>
	項目2： 高風險患者照護 現況 [新增項目]	<p>指標：申報高風險患者照護項目院所參與率 目標值：前一年度參與率*(1+5%) 操作型定義：1.分子：當年度申報高風險患者相關照護項目醫令院所數 2.分母：當年度申報院所數 3.計算：分子/分母 4.高風險疾病照護相關項目醫令：口乾症牙結石清除-全口(91005C)、糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)、高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)、齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)。</p>
中醫門診 總額 一中全會	項目1： 提升中醫醫療服 務 [延續項目]	<p>指標(1)：中醫醫療服務人數成長率 目標值：中醫醫療服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：(113年中醫醫療服務人數-112年中醫醫療服務人數)/112年中醫醫療服務人數</p> <p>指標(2)：中醫醫療服務人次成長率 目標值：中醫醫療服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：(113年中醫醫療服務人次-112年中醫醫療服務人次)/112年中醫醫療服務人次</p> <p>指標(3)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長2%</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<p>操作型定義：(113年中醫居家醫療服務人數-112年中醫居家醫療服務人數)/112年中醫居家醫療服務人數</p> <p>指標(4)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長2%</p> <p>操作型定義：(113年中醫居家醫療服務人次-112年中醫居家醫療服務人次)/112年中醫居家醫療服務人次</p> <p>指標(5)：無中醫鄉減少比率 目標值：無中醫鄉減少比率大於1%</p> <p>操作型定義：(112年無中醫鄉數-113年無中醫鄉數)/112年無中醫鄉數</p> <p>指標(6)：醫療資源不足地區服務人數成長率 目標值：醫療資源不足地區人數成長2%</p> <p>操作型定義：(113年醫療資源不足地區服務人數-112年醫療資源不足地區服務人數)/112年醫療資源不足地區服務人數</p> <p>指標(7)：醫療資源不足地區人次成長率 目標值：醫療資源不足地區人次成長2%</p> <p>操作型定義：(113年醫療資源不足地區服務人次-112年醫療資源不足地區服務人次)/112年醫療資源不足地區服務人次</p> <hr/> <p>本會修正意見(如下灰底處)：</p> <p>指標(6)、(7)建議補正文字為「醫療資源不足地區服務人數/人次成長率」，以臻明確。</p>
	<p>項目2： 特定疾病門診醫 療服務 [新增項目]</p>	<p>指標(1)：特定疾病門診人數成長率 目標值：特定疾病門診人數成長率呈現正成長 操作型定義：(113年特定疾病門診人數-112年特定疾病門診人數)/112年特定疾病門診人數</p> <p>指標(2)：特定疾病門診人次成長率 目標值：特定疾病門診人次成長率呈現正成長 操作型定義：(113年特定疾病門診人次-112年特定疾病門診人次)/112年特定疾病門診人次</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<p>指標(3)：特定疾病門診費用成長率 目標值：特定疾病門診費用成長率呈現正成長 操作型定義：(113年特定疾病門診費用 - 112年特定疾病門診費用)/112年特定疾病門診費用</p> <p>特定疾病項目：1.小兒氣喘疾病門診加強照護：年齡未滿十三歲之氣喘疾病(ICD-10：J45)者。 2.小兒腦性麻痺疾病門診加強照護：年齡未滿十三歲之腦性麻痺疾病(ICD-10-CM：G80)者。 3.腦血管疾病(ICD-10-CM：G45.0-G46.8、I60-I69)、顱腦損傷(ICD-10-CM：S02.1-S02.4、S02.6-S02.9、S06.0-S06.9)及脊髓損傷(ICD-10-CM：S14.0-S14.1、S24.0-S24.1、S34.0-S34.1)疾病門診加強照護。</p>
其他預算 一健保署	項目1： C型肝炎全口服 新藥治療成效 [延續項目]	<p>指標：C型肝炎全口服新藥治療成效 目標值：C型肝炎全口服新藥累計受惠人數(歸戶)，較去年提高5% 操作型定義：1.受惠人數：曾接受過C型肝炎全口服新藥治療之歸戶後人數 2.分子：113年C型肝炎全口服新藥累計受惠人數 - 112年C型肝炎全口服新藥累計受惠人數 3.分母：112年C型肝炎全口服新藥累計受惠人數</p>
	項目2： 居家整合新收案 對象門診次數降低 [延續項目]	<p>指標：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(○○次)低 目標值：○○次 操作型定義：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低。</p> <hr/> <p>本會修正意見(如下灰底處)： 建議配合指標設定，補正目標值文字為「每月平均門診就醫次數較收案前半年(○○次)低」，以臻明確。</p>

第二案

提案單位：中央健康保險署

案由：113 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會同意或確認之項目案，續請討論。

西醫基層總額-「因醫療品質提升，增加之醫療費用」一般服務項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」確認

健保署提案內容：

- 一、依衛生福利部 112 年 12 月 26 日公告 113 年度全民健康保險給付費用總額及其分配方式辦理。
- 二、113 年「因醫療品質提升，增加之醫療費用」項目決定事項為「請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，於 113 年度總額公告後，完成擬訂新增項目之『執行目標』及『預期效益之評估指標』，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。」
- 三、經與中華民國醫師公會全國聯合會(下稱醫全會)達成共識，本項執行目標及預期效益之評估指標，說明如下：
 - (一)本項係因全民健康保險代謝症候群防治計畫收案對象追蹤管理及年度評估之檢驗檢查費用需以一般服務費用支應，爰新增本項費用 70.6 百萬元。
 - (二)執行目標：考量全民健康保險代謝症候群防治計畫收案對象已用藥者本應定期檢驗(查)追蹤，爰執行目標訂為「全民健康保險代謝症候群防治計畫收案對象收案評估時無用藥者，追蹤及年度評估執行檢驗人次達 7 萬人次」。
 - (三)預期效益之評估指標：「代謝症候群改善率」較前 1 年提升。
 - 1.分子：分母診所「代謝症候群改善率」之「指標 2：收案對象腰圍改善」、「指標 3：收案對象血壓改善」、「指標 4：收案對象三酸甘油脂改善」、「指標 5：收案對象低密度脂蛋白膽固醇改善」及「加分指標：收案對象醣化血紅素改善」之合計分數。
 - 2.分母：診所收案 60 名以上且當年度檢驗檢查上傳率 $\geq 70\%$

之診所數。

擬辦：依會議決議辦理後續事宜。

健保署業務窗口：黃怡娟科長，聯絡電話：02-27065866 分機 2636

.....
本會研析說明：

一、本項為 113 年度西醫基層總額新增一般服務項目，本會協商未有共識，衛福部決定事項如下：

(一)本項預算成長率 0.055%，預估增加 70.6 百萬元。

(二)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，於 113 年度總額公告後，完成擬訂新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

二、本項協定項目預算(70.6 百萬元)係採協商時健保署之估算結果，相關事項說明如下：

(一)編列用途：主要用於因「代謝症候群防治計畫」(下稱代謝計畫)專款項目收案對象之追蹤管理及年度評估檢驗(查)費用，係由一般服務支應，配合計畫收案人數提升，因應增加之檢驗(查)費用所編列之新增協定項目。

(二)估算方式：以代謝計畫收案對象 15 萬人為估算基礎，其中 28% 為無用藥個案，每年進行 2 次檢驗(查)(1 次追蹤、1 次年度評估、每次費用 840 點推估)，約增加 70.6 百萬元；72% 用藥個案，原已有定期檢查追蹤，不因計畫收案而增加檢驗(查)費用。

三、經檢視健保署所訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」，尚屬合理，摘要該署研訂內容及本會研析說明如下(詳附表，第 97 頁)：

(一)執行目標：代謝計畫收案對象收案評估時無用藥者，追蹤及年度評估執行檢驗人次達 7 萬人次。

依上開健保署估算方式，將增加 8.4 萬檢驗(查)人次(15 萬人

$\times 28\% \times 2$ 次)，高於其所提出之 7 萬人次執行目標，惟考量代謝計畫應以改善生活型態為主，應減少檢驗(查)以避免過度醫療化，爰所提執行無用藥者 7 萬人次檢驗之目標尚屬合理，建議予以尊重。

(二)預期效益之評估指標：「代謝症候群改善率」較前 1 年提升。

- 1.所提「代謝症候群改善率」包含收案對象之腰圍、血壓、三酸甘油脂、低密度脂蛋白膽固醇及糖化血紅素改善情形之合計分數，均屬健康改善之結果面指標，符合指標設定意旨。
- 2.惟分母診所設限條件為「收案 60 名以上且當年度檢驗檢查上傳率 $\geq 70\%$ 之診所」，並非所有參與計畫診所。建議將所有參與診所納入，亦即將分母改為所有參與計畫之診所數，較能完整呈現實際之執行績效。

四、依 113 年度總額決定事項，本項「執行目標」及「預期效益之評估指標」須經本會確認，請討論。

決議：

「因醫藥品質提升，增加之醫療費用」之「執行目標」及「預期效益之評估指標」健保署研訂內容及本會研析說明

項目	健保署研訂內容	本會研析說明
執行目標	全民健康保險代謝症候群防治計畫收案對象收案評估時 <u>無用藥者</u> ，追蹤及年度評估執行檢驗人次達 <u>7萬</u> 人次。	<p>所訂執行目標之計算對象及目標數，尚屬合理，建議予以尊重，說明如下：</p> <p>1.計算對象：以收案評估時無用藥者為執行檢驗人次之計列對象，係考量已有用藥之個案，本在一般服務即有定期進行檢驗追蹤，不因代謝計畫收案而增加檢驗費用；當收案個案為無用藥者，才會增加檢驗費用，故以<u>無用藥者</u>為目標對象，應屬合理。</p> <p>2.目標數設定：依健保署協商時建議之估算方式，將增加 8.4 萬人次(15 萬人$\times 28\% \times 2$ 次檢驗檢查)，高於其所提出之 7 萬人次執行目標，惟<u>考量代謝計畫應以改善生活型態為主</u>，應減少檢驗(查)以避免過度醫療化，爰所提執行無用藥者 7 萬人次檢驗之目標尚屬合理，建議予以尊重。</p>
預期效益之評估指標	<p>「代謝症候群改善率」較前 1 年提升。</p> <p>分子：<u>分母</u>診所「代謝症候群改善率」之「指標 2：收案對象腰圍改善」、「指標 3：收案對象血壓改善」、「指標 4：收案對象三酸甘油脂改善」、「指標 5：收案對象低密度脂蛋白膽固醇改善」及「加分指標：收案對象醣化血紅素改善」之合計分數。</p> <p>分母：<u>診所</u>收案 60 名以上且當年度檢驗檢查上傳率$\geq 70\%$之診所數。</p>	<p>所訂指標屬於健康改善之結果面指標，尚屬合理，建議予以尊重，說明如下：</p> <p>1.「代謝症候群改善率」係代謝計畫計算診所「獎勵費」的品質指標之一(詳參考資料，第 98 頁)，該指標包含收案對象腰圍、血壓、三酸甘油脂、低密度脂蛋白膽固醇及醣化血紅素改善情形之合計分數，均屬於健康改善之結果面指標，符合指標設定意旨。</p> <p>2.惟依其分子分母定義，納入計分診所為「收案 60 名以上且當年度檢驗檢查上傳率$\geq 70\%$之診所」，並<u>未涵蓋所有參與計畫</u>診所，建議請健保署考量將所有參與診所納入，以提升整體醫療品質。</p>

參考資料

全民健康保險代謝症候群防治計畫(節錄)

113 年 1 月 23 日健保醫字第 1130101371 號公告修正

捌、獎勵費：

一、診所品質獎勵費：診所收案60名以上且當年度檢驗檢查上傳率(含診所申報檢驗所上傳之案件) $\geq 70\%$ 者，並依下列診所品質指標得分排序：前25%之診所，核付獎勵費30,000點；得分排序大於25%至50%之診所，核付獎勵費15,000點。

(一)代謝症候群改善率(70分)

1. 診所收案之吸菸對象經醫事人員用藥或衛教指導後，期末自訴未再吸菸者，或受轉介戒菸服務對象經戒菸服務醫事機構評估為戒菸成功者(自接受戒菸服務開始後3個月或6個月，若上一支菸在7天前抽的，視為戒菸成功)，且人數(以本計畫結算年前一年7月至本計畫結算年當年12月登錄個案，並排除前一年結算時已達標之個案計算) ≥ 10 人者，得20分。(戒菸服務及費用由國民健康署補助計畫支應)
2. 診所收案對象之腰圍(男性 ≥ 90 公分，女性 ≥ 80 公分)減少3公分以上或身體質量指數 BMI(≥ 27)，下降1以上，且人數 ≥ 10 人者，得20分。
3. 診所收案對象之血壓，收縮壓140mmHg 以上降至130mmHg 以下，及舒張壓90mmHg 以上降至80mmHg 以下(以非診間血壓紀錄為原則，722紀錄須附存病歷)，且人數 ≥ 10 人者，得10分。
4. 診所收案對象之三酸甘油脂，原200mg/dL 以上降至150mg/dL 以下，且人數 ≥ 10 人者，得10分。
5. 診所收案對象之低密度脂蛋白膽固醇，原130mg/dL 以上，下降10%，且人數 ≥ 10 人者，得10分。

(二)加分項(10分)：診所收案對象之糖化血紅素(前測值須 $\geq 5.7\%$)，下降10%或降至5.7%以下，且人數 ≥ 10 人者，得10分。

第三案

提案人：李委員永振

代表類別：保險付費者代表

案由：近年健保會長期監理政府應負擔健保經費「未達法定 36%」，敬請健保署確實遵守健保法、如實編製 112 年度健保基金附屬單位決算及 114 年度健保基金附屬單位預算，以維護全民權益、確保財務健全，提請討論。

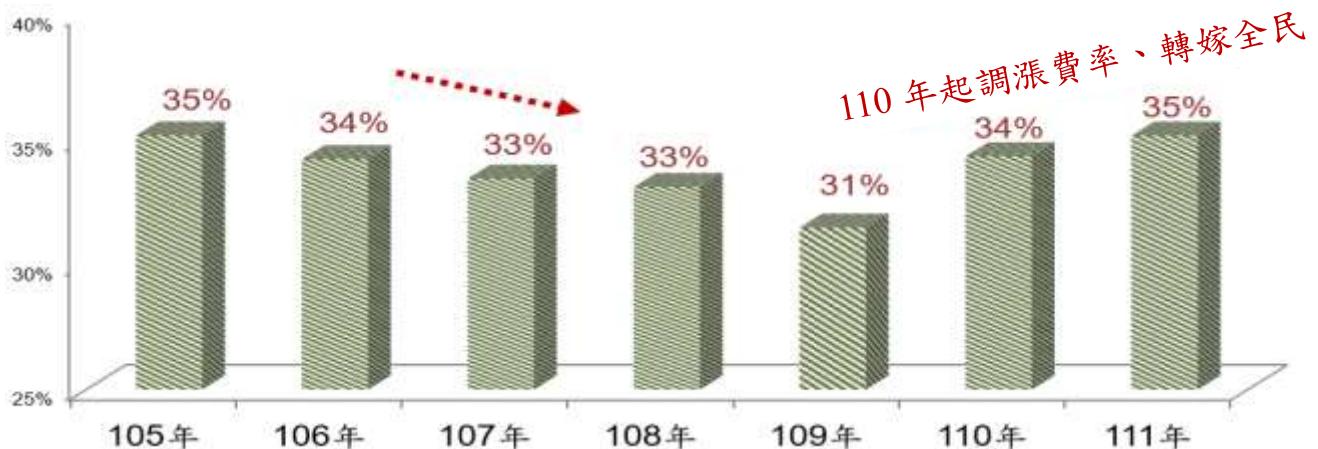
說明：

一、監理健保法令遵循

(一) 政府長期未依法承擔健保最低法定經費

全民健康保險會(下稱健保會)長期監理政府未遵循健保法負擔健保經費(即未依據健保法第 76 條第 1 項計算應提列安全準備、再代入同法第 2 條第 5 款、第 3 條第 1 項規定，如實量化政府應負擔健保法定經費)，追蹤近七年皆未達「法定 36%」，105 年約 35%、106 年約 34%、107 年約 33%、108 年約 33%、109 年約 31%、110 年約 34%、111 年約 35% (112 年尚未決算)，保守估計 105~111 年累計七年經費缺口已達 974 億元，同時也侵蝕健保安全準備，衝擊費率的適足性，且健保安全準備之下降，會帶動日後費率調漲；經過期間，健保委員已多次提醒政府儘速撥補該經費缺口，未果！而政府卻在 110 年起調升健保費率，實將該經費缺口轉嫁給全民負擔，讓全民陷入不應該有的選項。

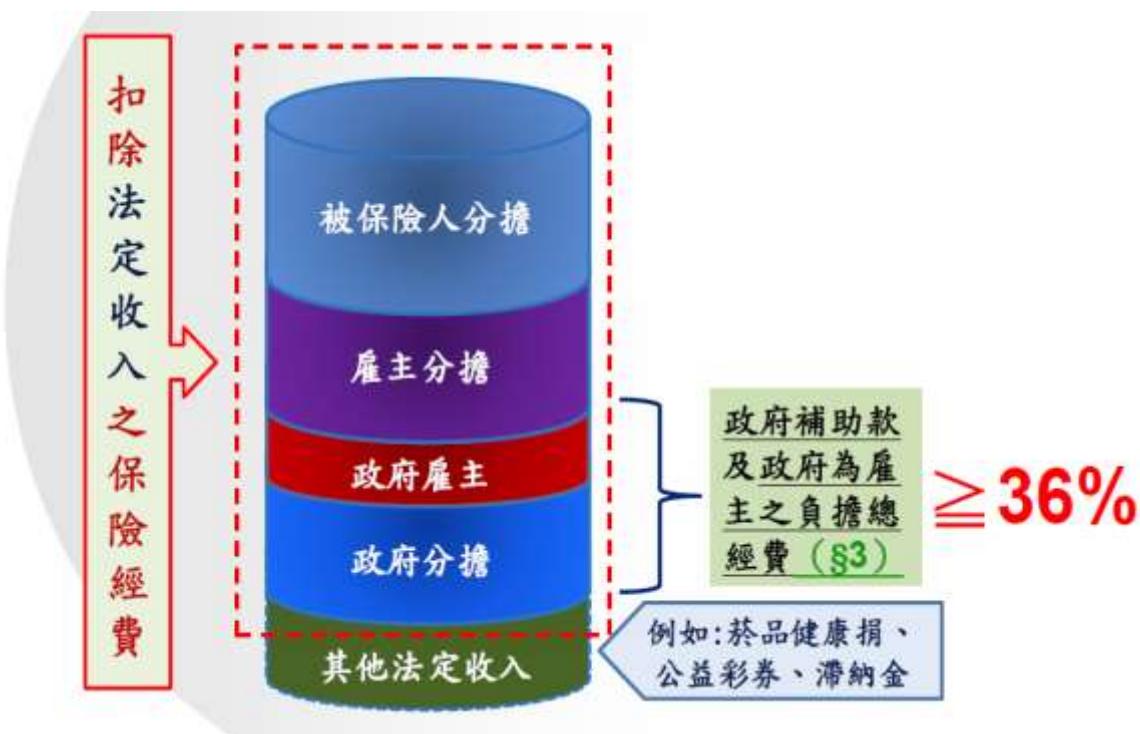
【圖 1】近年政府承擔健保經費之比率皆未達法定 36%



(二) 悄離二代健保的良法美意

回顧政府負擔健保經費 36% 下限之「立法緣由」，係因 101 年健保法修法時，為改善健保財務缺口，新增收取補充保費 2%；由於此舉加重民眾及企業雇主之負擔，經立法委員提案，針對政府當時已負擔健保支出達 34%，亦需相應提高 2 個百分點至 36%，是當時推動二代健保立法的良法美意，即現行健保法第 3 條第 1 項條文，明定「政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度『保險經費』扣除法定收入後金額之 36%」！惟政府已經長期跳票，未履行 36% 健保經費的最低財務責任！

【圖 2】政府財務責任從 34% 提升為 36% (開辦二代健保的宣導重點)



二、監理健保財政紀律的落實度

(一) 健保會已連續六年不予備查健保基金決算、預算案

近年健保委員會逐期審閱各年度全民健康保險基金附屬單位「決算」及「預算」案，檢視健保署提供財務資料，政府仍不願意遵循健保法第 76 條「第 1 項」應提列安全準備之來源規定，尤其未依其「第 1 款」提存科目的「結餘」正數之規定計算，反而濫用健保法第 76 條「第 2 項」收回科目的「短絀」負數(「無涉」政府應負擔健保法定經費之規定) 計算、移花接

木以減輕政府負擔，昭然若揭；長期以來，健保署未能依健保法正確計算政府應負擔健法定經費，因此不予備查；簡列健保委員會議過去六次審閱健保基金決算、預算案之決議，如下：

107.04.27 第一次不予備查 106 年決算、108 年預算案，
108.04.26 第二次不予備查 107 年決算、109 年預算案，
109.04.24 第三次不予備查 108 年決算、110 年預算案，
110.06.25 第四次不予備查 109 年決算、111 年預算案，
111.04.21 第五次不予備查 110 年決算、112 年預算案，
112.04.26 第六次不予備查 111 年決算、113 年預算案。

(二)反駁「政院內部協商之見解及計算」仍自圓其說、不符規定

健保委員長期提醒政府「未依法計算其應負擔健法定經費」，檢視相關權責單位所函覆「行政院協商確立之見解及計算方式」的內容，都是重複內部說帖、自圓其說，仍舊不願遵循健保法第 76 條第 1 項規定、依法行政，亦未回應最近健保委員會議 112.11.15 提出的反駁資料、書面明確匡示有關「行政院政務委員、主計總處、社會保險司」的回覆內容，重點如下：

1. 何來程序皆屬完備？

健保委員長期提醒政府負擔健保經費未達法定 36%，為了積極爭取更有效的溝通管道，已於 109.04.24 健保會議提案決議「近年政府應負擔健保經費未達法定 36%，建請健保署協助本委員會向行政院彙報說明」，但該提案至今仍未果、無法與行政院進行溝通，實已忽視健保法賦予健保會在「保險政策、法規之諮詢」、亦藐視憲法賦予人民的權益保障！

2. 何來合法性無虞？

有關行政院協商結論(詳附件一，第 108~109 頁)所確立之見解及計算方式，實乃逕減應提列安全準備「來源」、減輕政府負擔健保經費、損及全民權益！況且依據憲字第 247 號解釋「行政命令抵觸法律無效，法律抵觸憲法無效，應作有利人民之解釋」，更突顯前述行政院核復文件的「協商結論」，有權力濫用之虞！

3. 不符合誠信原則

行政院政務委員處理本案健保經費疑義，僅與「保險人」溝通，卻未與重要關係人「被保險人」付費者代表溝通；眾人皆知，政府權力之行使，不得違反公共利益，而政務委員僅考量政府權責單位的立場，並未衡量全民之權益，使法律關係未臻於公平妥當，不符合保險誠信原則！

三、請依法編製年度健保基金附屬單位決算及預算、健全財務

依主計總處核定的「健保基金會計制度」，檢視健保「會計帳務」出了什麼問題！大家都知道，會計的「借方」與「貸方」科目是不能混淆的，「提存安全準備」是「借方」科目(歸在保險成本)，「收回安全準備」是「貸方」科目(歸在保險收入)，亦即健保法第 76 條第 2 項是「收回」安全準備之規定，明顯區隔於第 76 條第 1 項「提存」安全準備之規定，法律條文定義明確、字字清楚；而「政府應負擔健保法定經費至少 36%」問題癥結，就是刻意混淆「借貸會計科目」，執意將健保法第 76 條「第 2 項的短绌」科目，混淆代入第 76 條「第 1 項的結餘」科目，以企圖「減少」應提列安全準備「來源」、減輕政府負擔健保經費，漠視全民的權益，實乃財政紀律不良示範；更悖離健保基金會計制度總說明之重要事項：「會計報告應該按行政、監察、立法的需要，以及人民所須明瞭之會計事實編製」。

擬辦：敬請健保署確實遵守健保法(第 76 條第 1 項規定計算應提列安全準備、再代入同法第 2 條第 5 款、第 3 條第 1 項規定，遵循演算)，據實計算政府應負擔健保法定經費(至少 36%)、如實編製 112 年度全民健康保險基金附屬單位決算及 114 年度全民健康保險基金附屬單位預算，以維護全民權益、確保財務健全。

中央健康保險署意見：(資料後附)

.....
本會補充說明：

- 一、現行健保法及健保法施行細則中，與政府應負擔健保總經費法定下限 36% 議題相關之法條，詳附件二(第 110~111 頁)。
- 二、本會歷屆委員向來十分關切政府應負擔健保總經費法定下限

36%議題，歷年相關提案及討論過程說明如下：

(一)二代健保於健保法第2、3條列示政府應負擔健保總經費法定下限36%之核算方式，因衛福部與本會委員對健保法第2條第5款條文所稱「應提列或增列之安全準備」之計算方式有不同主張，本會委員乃於105年(2、3月)、106年(2、3、7、12月)、107年(6、10、11)、108(4、7、11月)委員會議分別提出不同意見；自106年7月迄今，亦多次提案籲請政府依健保法第76條第1項規定計算政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數。另，本會也曾在107、108年間就此議題召開專案會議交換意見。

(二)歷次委員提案及會議彙整如下表供參。相關追蹤事項辦理情形詳附表(第105~107頁)。

會議日期 /案別	案由/會議名稱
106.7.28 討論事項 第三案	為使政府當責承擔健保總經費不得少於36%之財務責任，建請衛生福利部恢復101年10月30日修正通過之全民健康保險法施行細則第45條條文內容，並匡正105年度之政府應負擔健保總經費法定下限36%計算方式案。
107.4.16	「106年度全民健康保險基金附屬單位決算備查案相關疑義」會前討論會 註：會議聚焦討論決算中與政府應負擔健保總經費法定下限36%及健保法施行細則第45條相關部分。
108.5.7	政府應負擔健保總經費法定下限36%計算方式專案會議
108.11.15 討論事項 第五案	建請政府依財政狀況，撥補105~107年政府應負擔健保法定經費不足數之缺口，以確保健保財務之健全案。
108.12.27 討論事項 第三案	近年健保「應提列安全準備來源」受到社保司自行解釋並逕減，影響安全準備之實際權責數字，為維繫現行費率適足，建請健保署逐期提供健保財務收支情形試算表，持續健全財務監理案。
109.4.24 討論事項 第一案	近年政府應負擔健保總經費未達法定36%，建請健保署協助本委員會向行政院彙報說明，依財政狀況撥補105~108年政府應負擔健保法定經費之缺口，維繫現行費率適足，持續強化財務案。

會議日期 /案別	案由/會議名稱
109.10.23 討論事項 第五案	近年政府未遵循健保法承擔 36% 經費，其高額的不足款如滾雪球逐年擴大，如說明一，將加速 110 年安全準備餘額降至 0.5 個月；而在政府尚未撥補不足款之際，卻頻頻透過媒體廣宣調漲費率？等同將高額不足款轉嫁給全民負擔；費率審議在即，建請健保署配合辦理事項，如說明三(一)及說明四，以供健保會委員有效執行 110 年費率審議程序、嚴謹辨識已發生中的費率審議風險、據實衡量安全準備悖離情形、正確回歸安全準備 2.3~2.5 個月、依法回應現行費率適足，並建置專屬費率審議公開資訊，昭全民公信案。
109.11.27 討論事項 第二案	近年健保會監理過程中，多次請求政府撥補應負擔健保法定經費的不足款未果，已嚴重影響健保財務健全，建請比照投保單位欠費處分方式「加徵滯納金」，以昭公允案。
109.11.27 討論事項 第三案	在政府未撥付補足 105 年至 108 年應負擔 36% 保險總經費差額前，應不調整 110 年度健保費率案。
112.11.15 討論事項 第三案	建請政府依法撥補 102 年~111 年政府應負擔健保總經費法定下限 36% 差額，及恢復原健保法施行細則第 45 條與菸品健康福利捐分配健保安全準備比率，確實承擔健保財務責任，提請討論。

附表 本會歷年針對政府應負擔健保總經費法定下限 36%提案之追蹤事項辦理情形表

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位 辦理情形	追蹤 建議	完成 期限 (年月)
1	<p>106.7.28 討論事項第三案 案由：為使政府當責承擔健保總經費不得少於 36%之財務責任，建請衛生福利部恢復 101 年 10 月 30 日修正通過之全民健康保險法施行細則第 45 條條文內容，並匡正 105 年度之政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算方式案。</p> <p>決議(定)：本會委員所提意見送請衛生福利部（社會保險司）及中央健康保險署審慎研析並檢討修正。/[俟衛福部完成法規檢討修正後解除追蹤]</p> <p>(106.7 決議、106.8、106.12、107.6、107.12、108.3、108.6、108.12、109.6、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12、112.2、112.6、112.12 決定)</p>	<p>司回復：擔費為新初總法，算疑政研法計合修法第立審以年負審制完及。府規之，成每負。所關皆法無政生數完府法費員將配關</p> <p>社保應總下健施主本差關產經會確及配合修法第立審以年負審制完及。府規之，成每負。所關皆法無政生數完府法費員將配關</p> <p>政府保定代度因與見相列案部已解方式爭健細亦實定之府業完相關皆法無政生數完府法費員將配關</p> <p>健法二制期處規致編義院跨，見方式分之行條院確算政數部正施45條法查計度擔計定程備合早部爭預已撥年擔貴提合健保</p> <p>法研法計合修法第立審以年負審制完及。府規之，成每負。所關皆法無政生數完府法費員將配關</p> <p>研法計合修法第立審以年負審制完及。府規之，成每負。所關皆法無政生數完府法費員將配關</p>	<p>1. 繼續追蹤</p> <p>2. 俟衛福部完成法規檢討修正後解除追蹤</p>	依社保司入量研相法進辦理
2	<p>107.4.27 上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告 決定：本會委員認為現行全民健康保險法施行細則第 45 條，恐有違背母法第 27 條之虞，建請衛生福利部檢討修正，並於下(第 4)次委員會議提出研修方向及期程。另委員針對上開中央健康保險署所送預、決算備查案所提意見，併送請衛生福利部參考。/[繼續追蹤]</p> <p>(107.4、107.5、107.6、107.12、108.3、108.6、108.12、109.6、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12、112.2、112.6、112.12 決定)</p>	<p>計合修法第立審以年負審制完及。府規之，成每負。所關皆法無政生數完府法費員將配關</p> <p>計合修法第立審以年負審制完及。府規之，成每負。所關皆法無政生數完府法費員將配關</p> <p>計合修法第立審以年負審制完及。府規之，成每負。所關皆法無政生數完府法費員將配關</p> <p>計合修法第立審以年負審制完及。府規之，成每負。所關皆法無政生數完府法費員將配關</p> <p>計合修法第立審以年負審制完及。府規之，成每負。所關皆法無政生數完府法費員將配關</p> <p>計合修法第立審以年負審制完及。府規之，成每負。所關皆法無政生數完府法費員將配關</p> <p>計合修法第立審以年負審制完及。府規之，成每負。所關皆法無政生數完府法費員將配關</p> <p>計合修法第立審以年負審制完及。府規之，成每負。所關皆法無政生數完府法費員將配關</p> <p>計合修法第立審以年負審制完及。府規之，成每負。所關皆法無政生數完府法費員將配關</p>		
3	<p>108.12.27 討論事項第三案 案由：有關近年健保「應提列安全準備來源」受到社保司自行解釋並逕減，影響安全準備之實際權責數字，為維繫現行費率適足，建請健保署逐期提供健保財務收支情形試算表，持續健全財務監理案。</p> <p>決議(定)：健保財務收支情形試算資料中，政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數之金額，請分別依主管機關依法認定及提案委員主張〔依健保法第 76 條第 1 項規定計算應提之安全準備(各項來源金額 ≥ 0)後，再帶入同法第 2 條、第 3 條公式〕之兩種計算方式及結果呈現，俾利委員持續監理健保財務狀況。/[繼續追蹤]</p> <p>(108.12 決議、109.2、109.6、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12、112.2、112.6、112.12 決定)</p>	<p>計合修法第立審以年負審制完及。府規之，成每負。所關皆法無政生數完府法費員將配關</p> <p>計合修法第立審以年負審制完及。府規之，成每負。所關皆法無政生數完府法費員將配關</p> <p>計合修法第立審以年負審制完及。府規之，成每負。所關皆法無政生數完府法費員將配關</p> <p>計合修法第立審以年負審制完及。府規之，成每負。所關皆法無政生數完府法費員將配關</p> <p>計合修法第立審以年負審制完及。府規之，成每負。所關皆法無政生數完府法費員將配關</p> <p>計合修法第立審以年負審制完及。府規之，成每負。所關皆法無政生數完府法費員將配關</p> <p>計合修法第立審以年負審制完及。府規之，成每負。所關皆法無政生數完府法費員將配關</p> <p>計合修法第立審以年負審制完及。府規之，成每負。所關皆法無政生數完府法費員將配關</p> <p>計合修法第立審以年負審制完及。府規之，成每負。所關皆法無政生數完府法費員將配關</p>		

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位 辦理情形	追蹤 建議	完成 期限 (年月)
4	<p>109.9.25 上次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告</p> <p>決定：委員所提有關政府應負擔健保總經費法定下限 36%不足數之計算方式，與其他財務相關建議，送請衛生福利部研議參考。/[繼續追蹤]</p> <p>(109.9、109.10、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12、112.2、112.6、112.12 決定)</p>	法規研修納入考量，並更明確界定政府負擔範圍，以杜爭議。		
5	<p>108.11.15 討論事項第五案</p> <p>案由：建請政府依財政狀況，撥補 105~107 年政府應負擔健保法定經費不足數之缺口，以確保健保財務之健全案。</p> <p>決議(定)：本會委員基於監理職責，持續關注政府應負擔健保總經費法定下限 36%之計算方式，且於歷次委員會議多有討論，惟雙方仍有不同見解，考量現階段本案之爭議，涉及法令解釋及預算編列等主管機關權責，委員建議對健保財務之長期穩定有正面意義，建請主管機關積極研議處理。/[俟衛福部撥補 105~107 年政府應負擔健保法定經費不足數或舉證委員建議不符現行法規後解除追蹤]</p> <p>(108.11 決議、108.12、109.6、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12、112.2、112.6、112.12 決定)</p>	社保司回復： (回復內容同項次1~4)	<p>1. 繼續追蹤</p> <p>2. 俟衛福部撥補 105~107 年政府應負擔健保法定經費不足數或舉證委員建議不符現行法規後解除追蹤</p>	依社保司研擬進度辦理
6	<p>109.4.24 討論事項第一案</p> <p>案由：近年政府應負擔健保總經費未達法定 36%，建請健保署協助本委員會向行政院彙報說明，依財政狀況撥補 105~108 年政府應負擔健保法定經費之缺口，維繫現行費率適足，持續強化財務案。</p> <p>決議(定)：本案委員意見，送請衛生福利部參考。/[俟社保司、健保署協助本委員會向行政院彙報說明後解除追蹤]</p> <p>(109.4 決議、109.5、109.6、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12、112.2、112.6、112.12 決定)</p>	<p>社保司回復： (回復內容同擬繼續追蹤項次 1~4)</p> <p>健署回復： 政府健法應總下足方皆 2 有負擔費限 36%不 算來第 2 及細規 限數之歷年法第 3 條行條行政立 式依條、法第 45 及行政立 同則定，協法第 45 及行政立 院之及計見方 及辦理。</p>	<p>1. 繼續追蹤</p> <p>2. 俟健署本會行政報後解除追蹤</p>	依社保司、健保署研擬進度辦理

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位 辦理情形	追蹤 建議	完成 期限 (年月)
7	<p>112.11.15 討論事項第三案 案由：建請政府依法撥補 102 年~111 年政府應負擔健保總經費法定下限 36% 差額，及恢復原健保法施行細則第 45 條與菸品健康福利捐分配健保安全準備比率，確實承擔健保財務責任案。</p> <p>決議(定)：委員基於監理之法定任務，關切政府應負擔健保財務責任相關建議，併同與會人員發言實錄函請衛生福利部積極回應處理。 (112.11 決議)</p>			

決議：

電子公文

檔
號：
依存年組：

行政院 函

機關地址：10058臺北市忠孝東路1段1號
傳真：02-33566920
聯絡人：王慕儀
電子郵件：shunyi@ay.gov.tw

受文者：衛生福利部

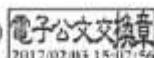
發文日期：中華民國106年2月3日
發文字號：院臺衛字第1060162872號
送別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如文 (A2100000010000000_1060162872-0-0.tif)

主旨：所報「全民健康保險法規定政府應負擔健保總經費法定下限差額」之計算疑義一案，照106年1月23日本院林政務委員萬億、許政務委員瑋瑤等協商結論辦理。

說明：

- 一、復105年8月11日衛部保字第1051260337號函。
- 二、檢附106年1月23日本院林政務委員萬億、許政務委員瑋瑤等協商結論1份。

正本：衛生福利部

副本：國家發展委員會、行政院主計總處(均含附件) 
2017/02/03 15:07:56

衛生福利部 106/02/03
保 1060103542


反駁說明：大家心知肚明，政府應負擔健保總經費至少 36%，現行法規條文（老實聲明 健保法第 76 條第 1 項、同法第 2 條第 5 款、同法第 3 條第 1 項規定，如實計算），字字清楚明確，定義環環相扣，惟權責單位不斷邇循法令，卻推諉給未來修法！

106 年 1 月 23 日本院林政務委員萬億、許政務委員璋瑤等協商結論

- 一、本案係因現行全民健康保險法（以下簡稱健保法）對政府應負擔全民健康保險（以下簡稱健保）總經費法定下限 36% 之規定不明確，致衛生福利部與本院主計總處對相關條文之法令見解及計算公式產生不一致情形，惟考量修法恐曠日廢時，現階段宜先以條文解釋方式處理，爾後再適時提出修法，俾使相關規定更臻明確。
- 二、依健保法第 2 條及第 3 條規定，政府應負擔健保總經費法定下限之計算方式為「36%（保險給付支出 + 應提列或增列之安全準備 - 法定收入）」。考量目前健保未以每年度平衡費率計收健保費，使健保在長期財務平衡下，勢必出現前期盈餘、後期短绌之情形，經衡酌同法第 76 條有關提列安全準備之內涵，安全準備應有平衡健保財務之目的及調節健保盈餘、短绌之性質，倘安全準備均以正值或零值計算，將使健保帳務收支不平衡，並導致諸多不合理現象。
- 三、本案有關「應提列之安全準備」之處理方式，應採實際值計算，使計算方式符合前後一致性，並確保政府依法負擔健保總經費法定下限 36% 之責任。請衛生福利部會同本院主計總處就本案立法意旨及計算公式內涵研擬說帖，並向全民健康保險會妥適說明。

反駁說明：政務委員在陳述結論內容，不能僅以「健保法第 76 條」一詞，含糊帶過！應該誠實面對健保法第 76 條的兩項區隔規定，第 76 條「第 1 項」是提存安全準備之規定，明顯不同於第 76 條「第 2 項」是收回或填補之規定，且健保法第 76 條「第 2 項」「無涉」計算政府應負擔健保法定經費！

反駁說明：不台專業邏輯之推論，仍是政府權責單位不斷重複的說帖，執意將健保法第 76 條「第 2 項的短绌(負值)」科目，混淆代入第 76 條「第 1 項的結餘(正值或零)」科目，以「減少」應提列安全準備來源，損及全民權益！健保法第 76 條第 1 項第 1 款，應提列安全準備「來源」「結餘」，明確字義就是「正值或零」(±0)！

反駁說明：健保預算政策既然採「量出為入」，自然就會收支不平衡，而並非政務委員所述「不合理現象？」！
→所以，健保法第 3 條規定，政府依法負擔健保經費「至少」36% (可以超過 36%，即使 37%、38%、39%…都合法)！
→因此，請依法撥補政府應負擔健保法定經費缺口，以持續改善收支平衡！

162872

【全民健康保險法】

第 2 條

本法用詞，定義如下：

一、保險對象：指被保險人及其眷屬。

二、眷屬：

(一) 被保險人之配偶，且無職業者。

(二) 被保險人之直系血親尊親屬，且無職業者。

(三) 被保險人二親等內直系血親卑親屬未成年且無職業，或成年無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。

三、扣費義務人：指所得稅法所定之扣繳義務人。

四、保險給付支出：指醫療給付費用總額扣除保險對象就醫時依本法應自行負擔費用後之餘額。

五、保險經費：指保險給付支出及應提列或增列之安全準備。

六、就醫輔導：指保險對象有重複就醫、多次就醫或不當醫療利用情形時，針對保險對象進行就醫行為瞭解、適當醫療衛教、就醫安排及協助。

第 3 條

政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之百分之三十六。

政府依法令規定應編列本保險相關預算之負擔不足每年度保險經費扣除法定收入後金額之百分之三十六部分，由主管機關編列預算撥補之。

第 17 條

本保險保險經費於扣除其他法定收入後，由中央政府、投保單位及保險對象分擔之。

第 18 條

第一類至第三類被保險人及其眷屬之保險費，依被保險人之投保金額及保險費率計算之；保險費率，以百分之六為上限。

前項眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過三口者，以三口計。

第 27 條

第十八條及第二十三條規定之保險費負擔，依下列規定計算之：

一、第一類被保險人：

(一) 第十條第一項第一款第一目被保險人及其眷屬自付百分之三十，投保單位負擔百分之七十。但私立學校教職員之保險費，由被保險人及其眷屬自付百分之三十，學校負擔百分之三十五，其餘百分之三十五，由中央政府補助。

(二) 第十條第一項第一款第二目及第三目被保險人及其眷屬自付百分之三十，投保單位負擔百分之六十，其餘百分之十，由中央政府補助。

(三) 第十條第一項第一款第四目及第五目被保險人及其眷屬自付全額保險費。

二、第二類被保險人及其眷屬自付百分之六十，其餘百分之四十，由中央政府補助。

三、第三類被保險人及其眷屬自付百分之三十，其餘百分之七十，由中央政府補助。

四、第四類被保險人：

(一)第十條第一項第四款第一目被保險人，由其所屬機關全額補助。

(二)第十條第一項第四款第二目被保險人，由中央役政主管機關全額補助。

(三)第十條第一項第四款第三目被保險人，由中央矯正主管機關及國防部全額補助。

五、第五類被保險人，由中央社政主管機關全額補助。

六、第十條第一項第六款第一目之被保險人所應付之保險費，由行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助；眷屬之保險費自付百分之三十，行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助百分之七十。

七、第十條第一項第六款第二目之被保險人及其眷屬自付百分之六十，中央政府補助百分之四十。

第 76 條

本保險為平衡保險財務，應提列安全準備，其來源如下：

一、本保險每年度收支之結餘。

二、本保險之滯納金。

三、本保險安全準備所運用之收益。

四、政府已開徵之菸、酒健康福利捐。

五、依其他法令規定之收入。

本保險年度收支發生短绌時，應由本保險安全準備先行填補。

第 78 條

本保險安全準備總額，以相當於最近精算一個月至三個月之保險給付支出為原則。

【全民健康保險法施行細則】

第 45 條(現行條文)

本法第三條第一項所稱政府每年度負擔本保險之總經費如下：

- 一、政府為投保單位時，依本法第二十七條第一款第一目、第二目及第三十四條規定應負擔之保險費。
- 二、政府依本法第二十七條與其他法律規定補助各類被保險人及其眷屬之保險費。
- 三、受僱者育嬰留職停薪期間，政府補助原由雇主負擔之保險費。

報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：111 年及 112 年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估執行結果，請鑒察。(資料後附)

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告，請鑒察。

說明：

一、依貴會 113 年第 1 次委員會議決議(定)事項辦理。

二、本署辦理情形如下：

(一)衛生福利部(下稱衛福部)112 年 7 月 1 日發布修正之「全民健康保險保險對象門診藥品、急診應自行負擔之費用」內容，主要為落實分級醫療與珍惜醫療資源，期待民眾就醫分流，並保障弱勢族群，原免部分負擔對象(如重大傷病、低收入戶等)不受影響，另中低收入者與身心障礙者門診藥品部分負擔以基層診所方式計收、急診維持原方案收費，以落實保障弱勢民眾權益。

(二)委員關切議題本署說明摘述如下：

1. 低收入戶急診是否受影響(陳石池委員、陳杰委員關切)：本次部分負擔調整方案之重大傷病、低收入戶皆維持免收部分負擔(低收入戶依法由中央社政主管機關補助)。

2. 中低收入戶與身心障礙者是否受影響(滕西華委員、陳杰委員關切)：112 年身心障礙者與中低收入戶就醫次數皆較 111 年增加，全年部分負擔身心障礙者增加 30 元、中低收入戶增加 120 元(一般民眾約多 200 元)；另醫學中心檢傷分類 1~2 級較原方案多 100 元之影響，影響人數約占整體族群 0.92%，影響金額中位數約 100 元。

3. 慢性病人是否受影響(劉淑瓊委員關切)：慢性病人共約 1,228 萬人，就醫次數較前一年平均增加 1.96 次(中位數 1 次)，推估全年部分負擔增加金額中位數約 100 元，前六慢性病以糖尿病病患所增部分負擔較高，全年影響金額約中位數為 280 元。

(三)另為監測部分負擔新制實施情況，本署研擬三大項目，13 項

監測指標，分析結果詳如簡報(第 124~142 頁)：

1. 整體面：

- (1)部分負擔金額變化(各類部分負擔類別)：監測部分負擔新制實施後之部分負擔金額變化。
- (2)門診就醫件數占率(層級別)：監測部分負擔新制後，門診各層級別之就醫件數占率。
- (3)門診部分負擔占醫療費用占率變化(層級別)：落實健保法第 43 條門診應自行負擔占醫療費用之比率(20%~50%)。
- (4)西醫門診平均每次就醫部分負擔費用：觀察保險對象每次就醫所負擔之金額變化。
- (5)門診平均就醫次數及每人部分負擔費用：觀察保險對象於新制實施後就醫行為與全年負擔之金額變化。

2. 門診藥品利用監測面：

- (1)門診每張處方箋平均部分負擔變化(層級別)：觀察各層級院所保險對象門診每張處方箋平均部分負擔費用變化。
- (2)門診每張處方箋平均藥費變化(層級別)：觀察各層級院所保險對象門診每張處方箋平均藥費變化。
- (3)門診連續處方箋開立率及釋出率(層級別)：觀察各層級院所門診連續處方箋開立及交付調劑之情形。

3. 急診利用監測面：

- (1)急診整體申報件數變化：觀察保險對象整體利用急診醫療服務情形。
- (2)急診檢傷分類占率與暫留時間(層級別)：觀察急診檢傷分類各級申報占率之變化情形。
- (3)夜間及假日急診檢傷分類占率(層級別)：觀察急診檢傷分類各級暫留時間之變化情形。
- (4)急診每人就醫次數及部分負擔。
- (5)基層診所假日開診率。

(四)結論：

- 1.整體就醫趨勢：112年下半年部分負擔實施後，門診地區醫院、基層件數占率略微上升。
- 2.民眾自付額比率：各層級醫院部分負擔占醫療費用比率為6.7~15.8%。
- 3.新制部分負擔實施後：
 - (1)弱勢族群就醫權益仍持續保障，就醫次數與一般民眾相較一致或增加。
 - (2)慢性病人平均就醫次數上升、全年增加部分負擔金額中位數為100元。
 - (3)基層醫療單位案件數占率上升。
 - (4)各層級醫院急診輕症檢傷案件占率下降、重症停留時間縮短。

報告單位業務窗口：黃奕瑄科長，聯絡電話：02-27065866分機3609

.....

本會研析說明：

- 一、衛福部112年7月1日實施「全民健康保險保險對象門診藥品、急診應自行負擔之費用」，整理如附件(第123頁)。
- 二、有關委員於111~112年期間對新制部分負擔所提意見，整理如下表：

會議時間	委員所提意見
111.04.21、 05.27、 06.24	1.應提出確保弱勢民眾就醫權益之配套措施。 2.實施後應定期監測對民眾就醫行為與健康的影響，及能否達成政策目的(如：改善藥費與檢驗檢查費用成長快速情形、緩解大醫院急診壅塞情形等)
111.07.29	1.監測指標應扣連4項政策效益(提升民眾成本意識、引導民眾分級醫療與轉診、改變民眾不必要的就醫行為，以及促進醫病溝通與決策共享)，及擬改善之5大現象(包括病人不珍惜藥品資源、藥費占率已達29%)

會議時間	委員所提意見
	<p>且成長幅度最高、醫學中心及區域醫院一般藥品費用高於社區醫院及基層診所、檢驗檢查費用占率已達13%且逐年成長，以及輕症急診就醫行為造成醫學中心及區域醫院之急診壅塞)。</p> <p>2.應監測高風險及多重慢性病患族群就醫情形變化，並提出18項指標，包含：整體及特定族群之每人年門診部分負擔金額之分布、慢性病人之規律就醫情形，及有效醫療使用率之變化等，供健保署參考。</p> <p>3.監測指標應具方向性(正向或負向)，以利解讀監測結果，及瞭解是否朝預期方向進行。</p>
112.05.24、 06.28、 12.20	<p>1.有關門診藥品部分負擔調整：慢性病人有長期就醫需求，將會增加其就醫財務負擔，應正視對慢性病人(尤其多重慢性病人)造成之影響。</p> <p>2.有關急診部分負擔調整：</p> <p>(1)醫學中心檢傷分類第1、2級部分負擔增加300元(由450元增加為750元)，變相處罰急診重症病人。</p> <p>(2)是否會對低收入戶、中低收入戶與身心障礙者急診就醫造成影響(急診檢傷分類第1、2級之中低收入戶與身心障礙者，至醫學中心部分負擔由450元增加為550元)。</p>

三、整理本次健保署就歷次會議委員意見之相關說明及本會研析與建議如下：

委員意見	健保署說明重點	本會研析與建議
1.對低收入戶急診就醫影響	低收入戶皆維持免部分負擔，不受影響。 【健保署說明(二)之1.及簡報第5張】	
2.對中低收入戶、身心障礙者影響 (1)門診就醫情形	A.112年每人門診就醫次數增加：	

委員意見	健保署說明重點				本會研析與建議
	對象	111 年	112 年	增減情形	
	中低收入戶	12.7 次	13.3 次	+0.6 次	
	身心障礙者	22.5 次	23.1 次	+0.6 次	
	一般民眾	12.7 次	14 次	+1.3 次	
B.112 年每人門診部分負擔增加：					
	對象	111 年	112 年	增減情形	
	中低收入戶	944 元	1,064 元	+120 元	
	身心障礙者	1,401 元	1,429 元	+28 元	
	一般民眾	1,048 元	1,255 元	+207 元	
【健保署說明(二)之 2. 及簡報第 17 張】					
A.112 年 <u>每人急診就醫次數</u> 未下降：					
	對象	111 年	112 年	增減情形	
	中低收入戶	1.7 次	1.7 次		
	身心障礙者	1.9 次	2.0 次	+0.1 次	
	一般民眾	1.5 次	1.5 次		
B.112 年 <u>每人急診部分負擔</u> 增加：					
	對象	111 年	112 年	增減情形	
	中低收入戶	433 元	468 元	+35 元	
	身心障礙者	455 元	503 元	+48 元	
	一般民眾	383 元	465 元	+82 元	

委員意見	健保署說明重點	本會研析與建議																		
<p>(3)醫學中心急診情形(檢傷分類第1、2級較原本增加100元)</p>	<p>【健保署說明(二)之 2.及簡報第 8 張】</p> <p>A.中低收入戶及身心障礙者受影響人數占整體 0.92%。</p> <p>B.112 年每人醫學中心急診檢傷分類第 1、2 級<u>就醫次數及部分負擔增加金額</u>：</p> <table border="1" data-bbox="663 669 1148 1062"> <thead> <tr> <th rowspan="2">對象</th> <th rowspan="2">就醫次數</th> <th colspan="3">增加金額</th> </tr> <tr> <th>中位數</th> <th>P95</th> <th>最大值</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>中低收入戶</td> <td>1.115 次</td> <td>100 元</td> <td>200 元</td> <td>800 元</td> </tr> <tr> <td>身心障礙者</td> <td>1.145 次</td> <td></td> <td></td> <td>2,000 元</td> </tr> </tbody> </table> <p>【健保署說明(二)之 2.及簡報第 7 張】</p>	對象	就醫次數	增加金額			中位數	P95	最大值	中低收入戶	1.115 次	100 元	200 元	800 元	身心障礙者	1.145 次			2,000 元	<p>(1)僅呈現 112 年中低收入戶及身心障礙者於醫學中心急診檢傷分類第 1、2 級就醫次數，未提供 111 年就醫次數。</p> <p>(2)建議持續觀察最大值變化，並進一步分析是否造成中低收入戶及身心障礙者就醫之財務負擔。</p>
對象	就醫次數			增加金額																
		中位數	P95	最大值																
中低收入戶	1.115 次	100 元	200 元	800 元																
身心障礙者	1.145 次			2,000 元																
<p>3.對慢性病人影響</p>	<p>A.112 年慢性病每人<u>就醫次數</u>增加 1.96 次。</p> <p>B.112 年每人<u>部分負擔</u>：</p> <ul style="list-style-type: none"> 增加金額中位數 100 元 以 4 種慢性病者增加最多，中位數 180 元。 <p>C.112 年 4 種以上慢性病患半年部分負擔增加金額之 P90 均超過 2,000 元。</p> <p>D.112 年前 6 大慢性病人半年部分負擔增加金額之 P90 均超過 2,000 元(除過敏性鼻炎外)。</p> <p>【健保署說明(二)之 3.及簡報第 9~11 張】</p>	<p>建議持續觀察是否造成慢性病患者就醫之財務負擔。</p>																		

委員意見	健保署說明重點	本會研析與建議
4.監測指標宜扣連 4 項政策效益及擬改善 5 大現象	未說明	請健保署於 10 月份委員會提報監測結果及成效檢討報告(全年資料)時併同提出
5.監測指標宜有方向性	未說明	
6.委員建議補充 18 項指標	僅說明慢性病人規律就醫及有效醫療使用率較難定義，暫不列入。 【簡報第 37~38 張】	請健保署於會中說明參採情形及考量因素

四、依本會 113 年度工作計畫，健保署需於 10 月份委員會議提出全年成效檢討報告。考量委員關心新制部分負擔對中低收入戶、身心障礙者、多重慢性病人(尤其 4 種以上慢性病人)之就醫影響，建請健保署持續監測新制部分負擔對前開族群之影響，並於 10 月份委員會提報相關監測結果，併同提出各項監測指標之方向及其如何連結 4 項政策效益及擬改善 5 大現象，以利評估是否達到預期效益。

決定：

1.調整門診藥品部分負擔：

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

註：1.低收入戶、重大傷病皆維持免收部分負擔(低收入戶依法由中央社政主管機關補助)

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

2.調整急診部分負擔：

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

註：1.低收入戶、重大傷病皆維持免收部分負擔(低收入戶依法由中央社政主管機關補助)

2.中低收入者及身心障礙者急診，於醫學中心應負擔 550 元(增加 100 元)、於區域醫院應負擔費用 300 元、於地區醫院及基層醫療單位應負擔 150 元。



新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告

中央健康保險署醫務管理組

1

報告大綱

部分負擔新制說明

- 112年部分負擔新制調整重點

關切議題回應

- 健保會委員關切議題
 - 低收入戶急診影響
 - 中低收入戶與身心障礙者影響
 - 前六大慢性病與多重慢性病人影響

監測指標

- 整體指標
- 藥品指標
- 急診指標

112年部分負擔新制調整重點

藥品部分負擔

調整醫學中心及區域醫院 藥費百元以下收取10元、上限增加100元
醫院慢性病連續處方箋第一次調劑 比照一般藥品計收

院所層級	一般藥品		慢連箋 第1次 調劑	慢連箋 第2次 以後調劑
	藥費 100元 以下	藥費 101元 以上		
基層院所/ 中醫	免收	比率20% 上限200元	免收	免收
地區醫院				
醫學中心 區域醫院	10元 【原免收】	比率20% 上限300元 【原上限200元】	比照一般 藥品 【原免收】	

*中低收入戶及身心障礙者不分層級別，皆以基層院所計收。

急診部分負擔

不區分檢傷分類 按就醫醫院層級別定額收取
醫學中心 增加200-300元；區域醫院 增加100元

特約類別	原本方案		新方案
	檢傷 1-2級	檢傷 3-5級	不區分檢傷
基層診所	150		150
地區醫院	150		150
區域醫院	300		400
醫學中心	450	550	750

*中低收入戶及身心障礙者皆以原本方案計收：醫學中心550元、區域醫院300元。



3

保障弱勢族群就醫權益

法定免部分負擔

重大傷病
分娩
山地離島地區就醫

其他單位補助

- (一)低收入戶
- (二)無職榮民、榮民遺眷之家戶代表
- (三)三歲以下兒童
- (四)警察消防海巡空勤軍人
- (五)油症患者
- (六)替代役役男
- (七)列管結核病患至指定特約醫院就醫
- (八)持有「全國醫療服務卡」愛滋感染者因愛滋病就醫等

▲ 中低收入戶及身心障礙者-不影響就醫權益

門診藥品部分負擔**不調整** 比照**基層診所**收取

急診部分負擔**不調整** 僅**醫學中心**檢傷1-2級**增加100元**

4

健保會委員關切議題- 弱勢族群是否會因部分負擔調整而形成就醫障礙

• 低收入戶

- 本次部分負擔調整方案之重大傷病、低收入戶皆維持免收部分負擔(低收入戶依法由中央社政主管機關補助)【p.4】



5

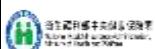


健保會委員關切議題-

• 中低收入戶與身心障礙者

- 整體就醫次數：身心障礙者及中低收入戶者就醫並無減少。

族群	中低收入戶(平均每人)		身心障礙者(平均每人)	
	111年	112年	111年	112年
	就醫次數	就醫次數	就醫次數	就醫次數
門診【p.17】	12.7	13.3	22.5	23.1
急診【p.8】	1.7	1.7	1.9	2.0



6

• 中低收入戶與身心障礙者

- 中低收入戶及身心障礙者僅醫學中心檢傷分類1-2級較原本增加100元，經統計112年7-12月該類就醫案件，影響金額中位數約為100元，p95為200元。
- 影響人數約占整體族群0.92%（中低收入戶0.56%、身心障礙者1.0%）。

中低收入者 (N=359,880)

就醫人數	就醫次數	平均次數	部分負擔金額人均差額推估		總計影響金額	最小值	中位數	P90	P95	最大值
			平均值	標準差						
(人)	(次)	(次)	(元)	(元)	(元)	(元)	(元)	(元)	(元)	(元)
2,006	2,238	1.115	112	45	223,800	100	100	100	200	800

身心障礙者 (N=1,206,409)

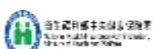
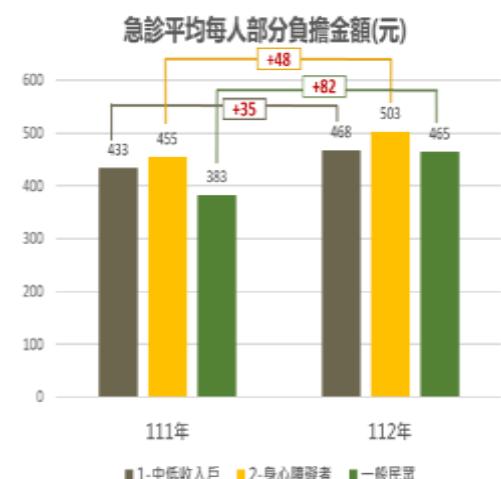
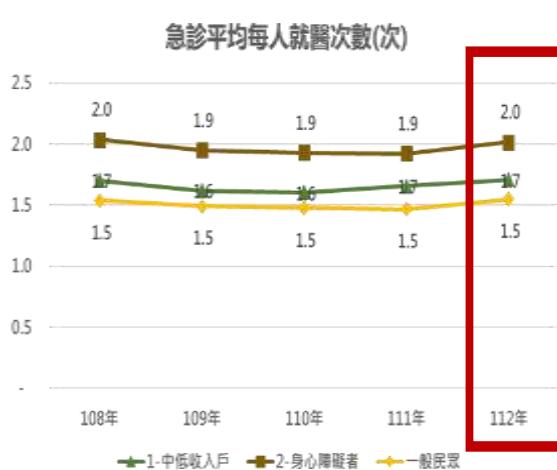
就醫人數	就醫次數	平均次數	部分負擔金額人均差額推估		總計影響金額	最小值	中位數	P90	P95	最大值
			平均值	標準差						
(人)	(次)	(次)	(元)	(元)	(元)	(元)	(元)	(元)	(元)	(元)
12,387	14,179	1.145	114	47.5	1,417,900	100	100	200	200	2,000

備註：1. 以112年7-12月健保申報醫療費用計算
2. 中低收入戶及身心障礙者以112年7月投保身分註記計算，共約156萬人，總影響金額約164萬元。

7

整體急診就醫行為影響

- 112年急診中低收入戶及身心障礙者，急診就醫次數並未因新制而下降
- 平均每部分負擔金額、身心障礙者約增加50元、中低收入戶增加30元，一般民眾則約增加80元。



- 資料來源為醫務管理組MASS系統之門診醫療費用申報資料之急診案件
- 排除以下案件：排除代辦案件(案件分類為A3,B1,B6,B7,B8,B9,C4,D1,D2,HN,BA,DF,C5)、及法定免部分負擔案件(含部分負擔類別009)、外單位請款、需自行負擔案件。

8

健保會委員關切議題-

•慢性病人

- 統計慢性病人之就醫次數較前一年平均增加1.96次(中位數1次)，將持續觀察。
- 慢性病人共約1,228萬人，推估全年部分負擔增加金額中位數約100元，以四種慢性病者中位數增加金額180元最多。【p.10】
- 慢性病就醫人數前6大疾病中【p.11】
 - 三高患者推估全年增加部分負擔中位數約在200-280元；以糖尿病病患所增部分負擔較高，全年影響金額約中位數為280元。
 - 關節炎及精神疾病影響較少、過敏性鼻炎增加部分負擔金額全年為100元以內。



9

多重慢性病患者全年累計影響金額分布 多重慢病負擔狀況

- 慢性病患者112年較前一年比較，半年部分負擔增加金額之中位數為50元。
- 新增部分負擔金額隨慢性病數增加而增加，惟6種以上慢性之病人半年影響金額中位數為0元，P70-P90則隨疾病數增加而上升。

當年度曾就醫 慢性病類別數	就醫 人數 (萬人)	就醫 次數 (萬次)	合計部分負擔差額之百分位數 (與去年同期比較；半年影響)									108年 預估值 (全年影響) (元)
			P10	P20	P30	P40	P50	P60	P70	P80	P90	
			(元)	(元)	(元)	(元)	(元)	(元)	(元)	(元)	(元)	
1種	347	7,339	-1,030	-530	-250	-70	50	220	470	840	1,570	-
2種	234	6,068	-1,250	-650	-320	-90	50	250	530	950	1,760	-
3種	184	5,656	-1,350	-670	-300	-60	70	300	600	1,060	1,940	20
4種	144	5,058	-1,480	-730	-330	-50	90	340	670	1,170	2,116	100
5種	108	4,248	-1,670	-830	-380	-70	80	360	720	1,260	2,270	220
6種(含)以上	211	11,258	-2,330	-1,240	-620	-200	0	300	760	1,420	2,620	480
合計	1,190	39,628	-1,430	-710	-330	-90	50	270	580	1,050	1,960	10

備註：以111年有慢性病之病人名單，比對111年及112年全年部分負擔額，計算部分負擔影響金額；若112年無費用資料則百分位不列入計算。

10

前6大慢性病人全年累計影響金額分布 各疾病別負擔狀況

- 慢性病就醫人數前6大疾病約，所增部分負擔中位數超過100元者，為三高患者。
- 三高患者中又以糖尿病患所增部分負擔較高，中位數為140元。

慢性病 類別	就醫 人數	112年 就醫 次數	合計部分負擔差額之百分位數 (與去年同期比較；半年影響)									108年 預估值 (全年影響)
			P10	P20	P30	P40	P50	P60	P70	P80	P90	
			(萬人)	(萬次)	(元)	(元)	(元)	(元)	(元)	(元)	(元)	
01-糖尿病	250	10,488	-1,470	-640	-230	0	140	400	750	1,280	2,310	240
19-高血脂	394	15,940	-1,450	-660	-260	-20	120	380	720	1,240	2,240	200
02-高血壓	440	17,557	-1,430	-640	-250	-10	100	350	680	1,200	2,210	140
09-關節炎	217	9,009	-2,040	-1,080	-560	-210	0	220	600	1,170	2,270	90
47-精神病	290	11,601	-1,830	-940	-470	-150	0	260	620	1,170	2,200	50
82-過敏性鼻炎	221	7,765	-1,490	-760	-370	-120	40	260	570	1,030	1,910	-

備註：

- 以111年有慢性病之病人名單，比對111年及112年全年部分負擔差額，計算部分負擔影響金額；若112年無費用資料則不列入計算。
- 因慢性病常有共病狀況，故此分析係以有該慢性疾病病人之當年總部分負擔，未再區分就醫主次診斷。

11

部分負擔新制監測指標列表

1-整體指標

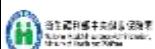
- 1-1部分負擔金額變化
- 1-2門診就醫件數占率
- 1-3門診部分負擔占醫療費用占率變化
- 1-4西醫門診平均每次就醫部分負擔費用
- 1-5門診平均就醫次數及每人部分負擔費用

2-門診藥品

- 2-1門診每張處方平均藥品部分負擔
- 2-2門診每張處方箋平均藥費變化
- 2-3門診連續處方箋開立率及釋出率變化

3-急診

- 3-1急診整體申報件數變化
- 3-2急診檢傷分類占率與暫留時間
- 3-3夜間及假日急診檢傷分類占率
- 3-4急診每人就醫次數及部分負擔
- 3-4基層診所假日開診率



12

1-1部分負擔金額變化 以108年推估全年影響民眾金額約30億元。

部分負擔新制實施後，部分負擔金額較112年上半年增加約21億元。

(單位:百萬元)

■ 門診藥品部分負擔 ■ 門診基本部分負擔 ■ 急診部分負擔



1. 資料來源為醫務管理組MASS系統之門診醫療費用申報資料(急診分列)



2. 排除以下案件：排除代辦案件(案件分類為A3,B1,B6,B7,B8,B9,C4,D1,D2,HN,BA,DF,C5)、及法定免部分負擔案件(含部分負擔類別009)、外單位請款、需自行負擔案件。

13

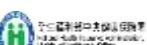
1-2門診就醫件數占率 觀察門診是否往基層移動

部分負擔新制實施後，基層醫療單位案件占率較112年上半年增加0.08%，整體有上升趨勢。



醫學中心	1,597	1,662	1,484	1,701	1,454	1,628	1,611	1,762	1,732	1,793
區域醫院	2,179	2,258	2,019	2,310	1,974	2,138	2,187	2,384	2,381	2,444
地區醫院	1,621	1,691	1,530	1,727	1,519	1,659	1,667	1,842	1,759	1,827
基層醫療單位	13,333	13,610	12,216	12,661	11,239	11,116	11,708	14,003	13,810	14,316

1. 資料來源為醫務管理組MASS系統之門診醫療費用申報資料(不含急診)、僅計醫師(就醫)看診次數，排除以下案件：門診件數排除「接受其他院所委託代(轉)檢案件且未申報費用者」、慢性病連續處方箋調劑、病理中心、交付機構之補報部分醫令或醫令差額及其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者案件。



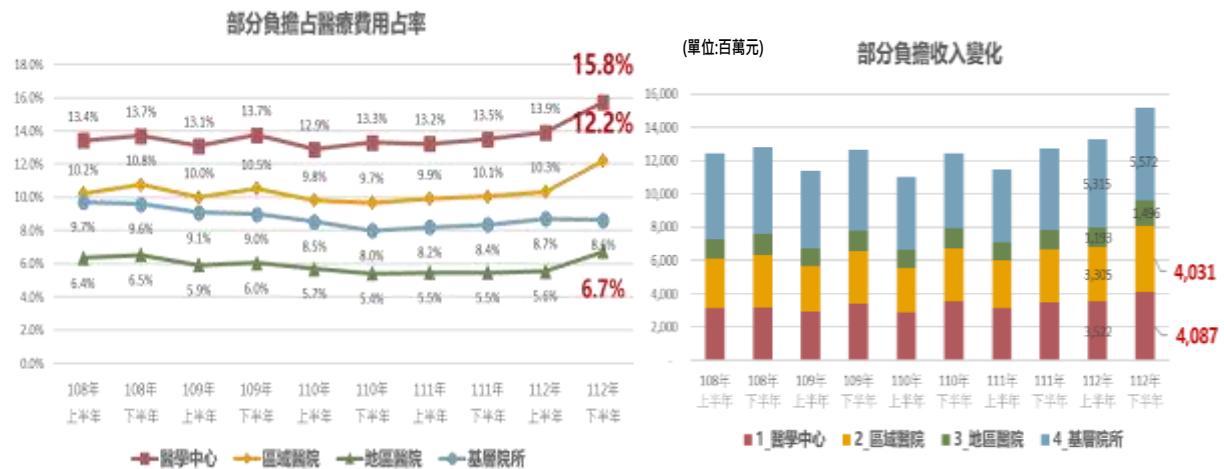
2. 排除代辦案件(案件分類為A3,B1,B6,B7,B8,B9,C4,D1,D2,HN,BA,DF,C5)者。

14



1-3門診部分負擔占醫療費用占率變化 法定部分負擔占率20%

部分負擔調整後，醫院層級部分負擔占醫療費用占率增加；112年下半年門診部分負擔收入較上半年增加18.5億元，以區域醫院增加7.3億和醫學中心5.6億較多。



1. 資料來源為醫務管理組MASS系統之門診醫療費用申報資料，醫事類別為西醫基層和西醫醫院，且不含急診案件。

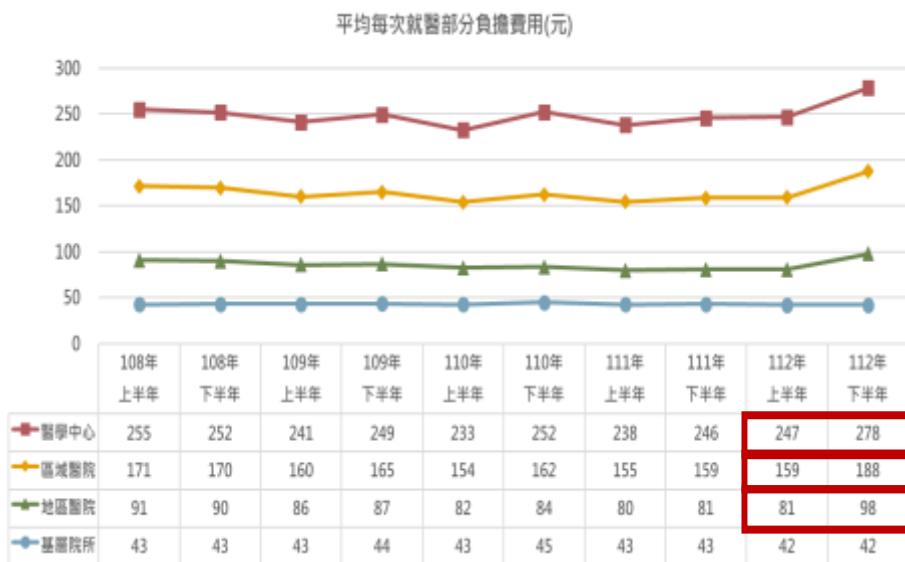
2. 排除代辦案件(案件分類為A3,B1,B6,B7,B8,B9,C4,D1,D2,HN,BA,DF,C5)、及法定免部分負擔案件(含部分負擔類別009)、外單位請款、需自行負擔案件。

15



1-4西醫門診平均每次就醫部分負擔 觀察每次就醫民眾自付額

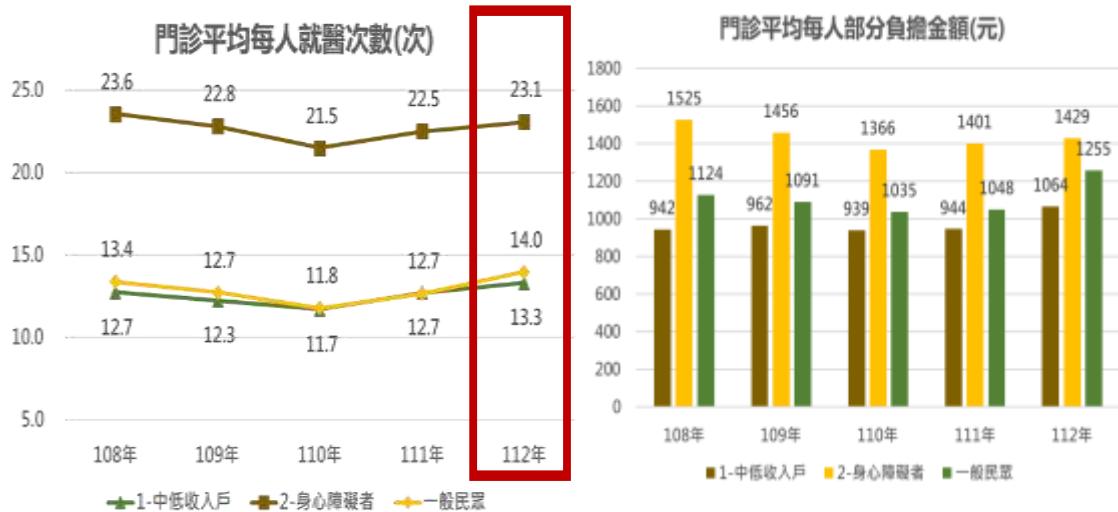
部分負擔調整後，醫院層級平均每次就醫部分負擔費用略為上升，醫學中心與區域醫院增加約30元、地區醫院增加17元；基層診所不變。



16

1-5門診每人就醫次數及部分負擔 對民眾就醫行為及負擔影響

112年門診平均每人就醫次數身心障礙者及中低收入戶增加0.6次、一般民眾增加1.3次；平均每人部分負擔金額以一般民眾增加200元最多、中低收入者約增加120元、身心障礙者增加30元。



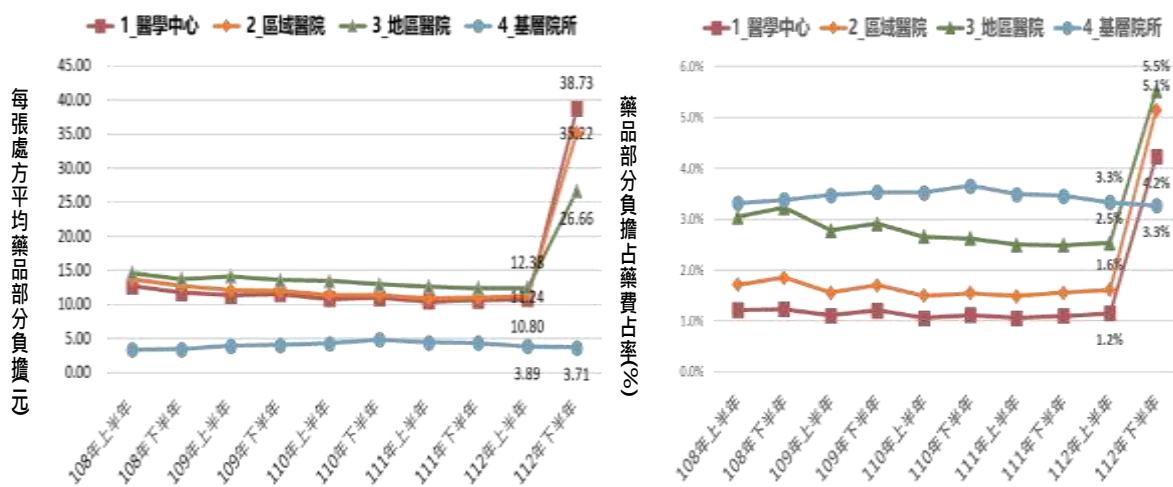
1. 資料來源為醫務管理組MASS系統之門診醫療費用申報資料(不含急診)，僅計醫師(就醫)看診次數，排除以下案件：門診件數排除「接受其他院所委託代(轉)檢案件且未申報費用者」、慢性病連續處方箋調劑、病理中心、交付機構「補報部分醫令或醫令差額及其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者案件」。

2. 排除代辦案件(案件分類為A3,B1,B6,B7,B8,B9,C4,D1,D2,HN,BA,DF,C5)者。

17

2-1門診每張處方平均藥品部分負擔 觀察每次就醫民眾自付額

門診藥品部分負擔調高醫學中心與區域醫院上限至300元及醫院慢箋第一次收費，顯示調整後醫院每張處方藥品部分負擔增加，負擔比例亦有上升，基層則維持不變。



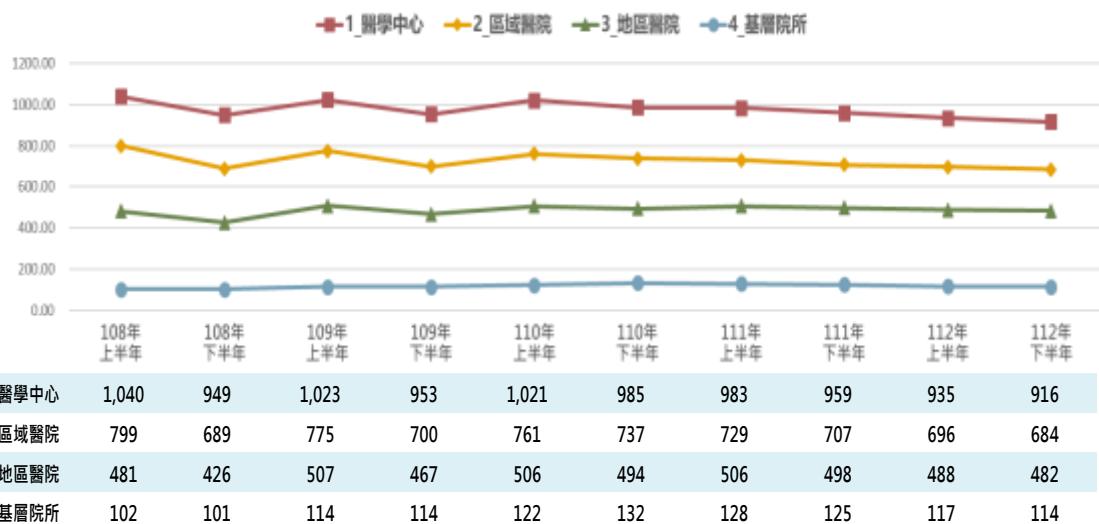
1. 資料來源為醫務管理組MASS系統之門診醫療費用申報資料，醫事類別為西醫基層和西醫醫院，且不含急診案件。

2. 排除代辦案件(案件分類為A3,B1,B6,B7,B8,B9,C4,D1,D2,HN,BA,DF,C5)、及法定免部分負擔案件(含部分負擔類別009)、外單位請款、需自行負擔案件。

18

2-2 門診每張處方箋平均藥費變化 觀察醫師處方藥品是否改變

門診藥品每張處方藥費自110年下半年起逐漸下降，待持續觀察。

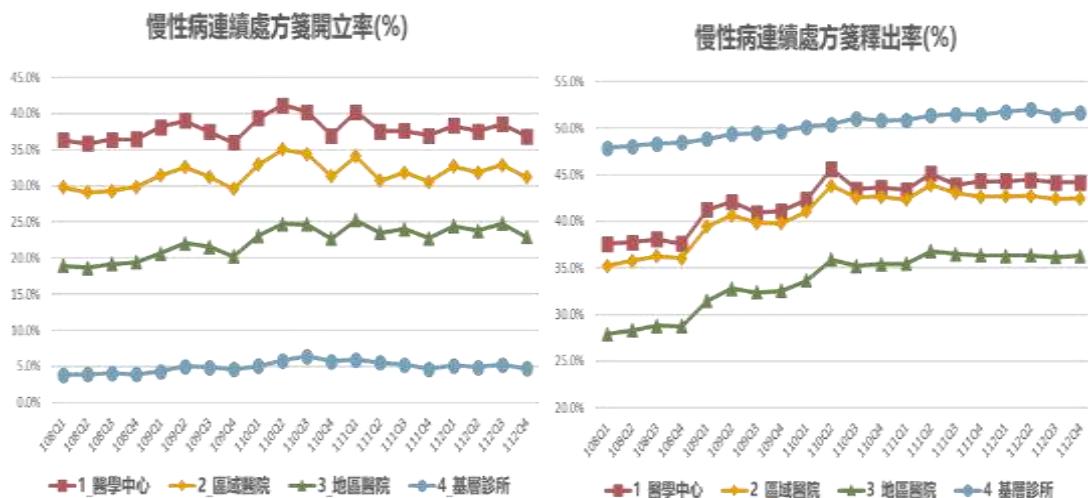


- 資料來源為醫務管理組MASS系統之門診醫療費用申報資料，醫事類別為西醫基層和西醫醫院，且不含急診案件。
- 排除代辦案件(案件分類為A3,B1,B6,B7,B8,B9,C4,D1,D2,HN,BA,DF,C5)、及法定免部分負擔案件(含部分負擔類別009)、外單位請款、需自行負擔案件。

19

2-3 門診連續處方箋開立率及釋出率變化 醫改會建議監測

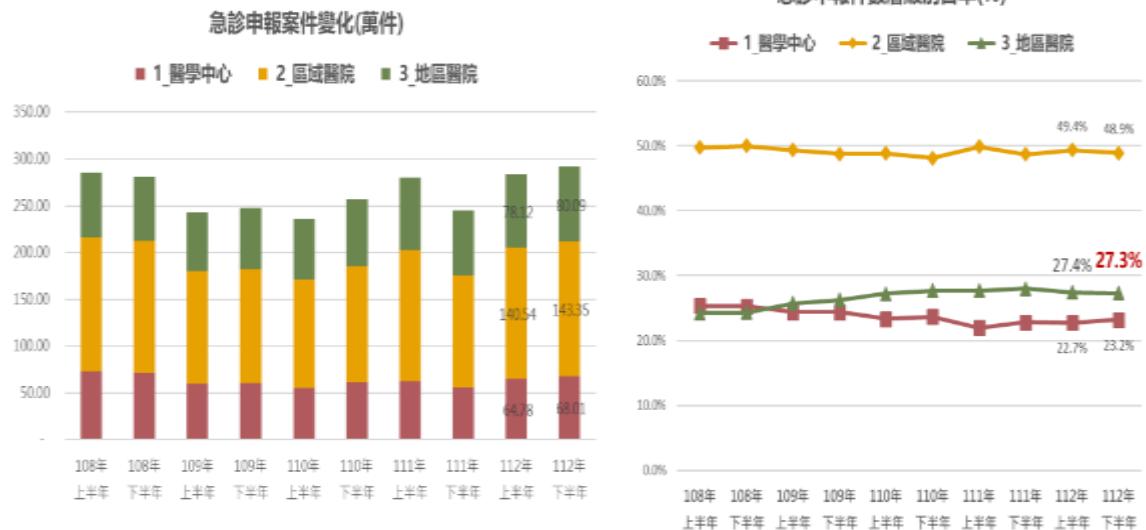
慢性病連續處方箋開立率以醫學中心最高，約在35-40%間，尚無明顯變動趨勢；慢連箋釋出率以基層診所最高，有上升之趨勢。



備註：資料來源為健保署醫療服務指標系統(DA)，指標1858(門診開立一般處方箋、慢性病連續處方箋比率)、及指標842.00(慢性病連續處方箋釋出率)。

3-1急診整體申報件數變化 觀察病人急診就醫行為是否改變

部分負擔新制實施後，急診案件較去年同期及112年上半年略增；各層級件數占率與上半年相當。



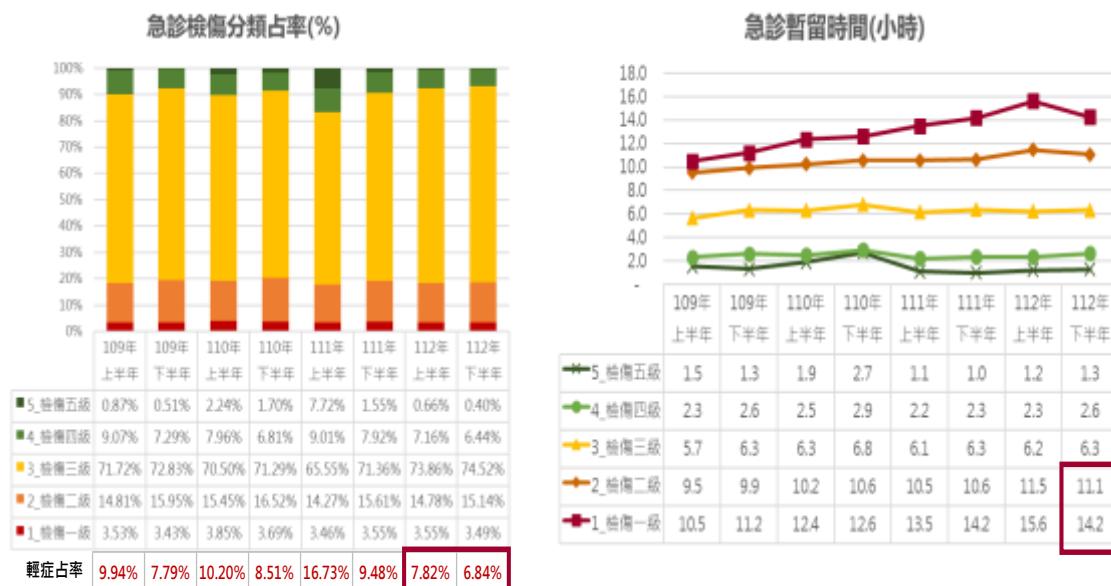
1. 資料來源為醫務管理組MASS系統之門診醫療費用申報資料之急診案件

2. 排除以下案件：排除代辦案件(案件分類為A3,B1,B6,B7,B8,B9,C4,D1,D2,HN,BA,DF,C5)、及法定免部分負擔案件(含部分負擔類別009)、外單位請款、需自行負擔案件。



3-2急診檢傷占率與暫留時間(醫學中心)

部分負擔新制實施後，輕症(檢傷分類4-5級)占率下降；重症(檢傷分類1-2級)急診暫留時間略下降。



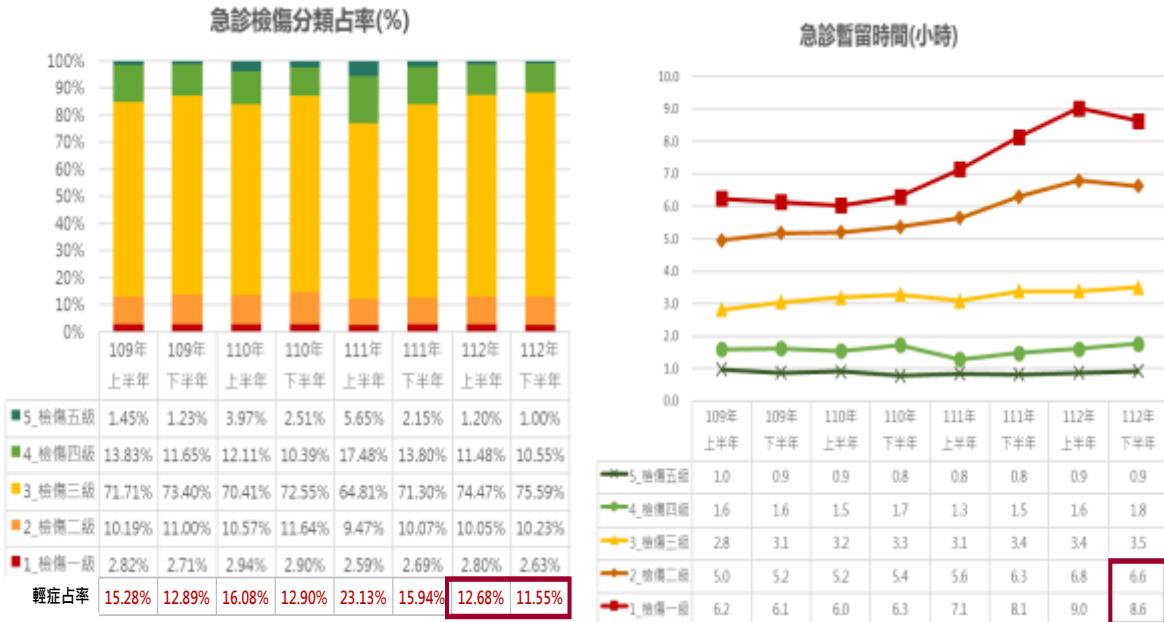
1. 資料來源為醫務管理組MASS系統之門診醫療費用申報資料之急診案件

2. 排除以下案件：排除代辦案件(案件分類為A3,B1,B6,B7,B8,B9,C4,D1,D2,HN,BA,DF,C5)、及法定免部分負擔案件(含部分負擔類別009)、外單位請款、需自行負擔案件。



3-2 急診檢傷分類占率與暫留時間(區域醫院)

部分負擔新制實施後，輕症(檢傷分類4-5級)占率下降；重症急診暫留時間略下降。



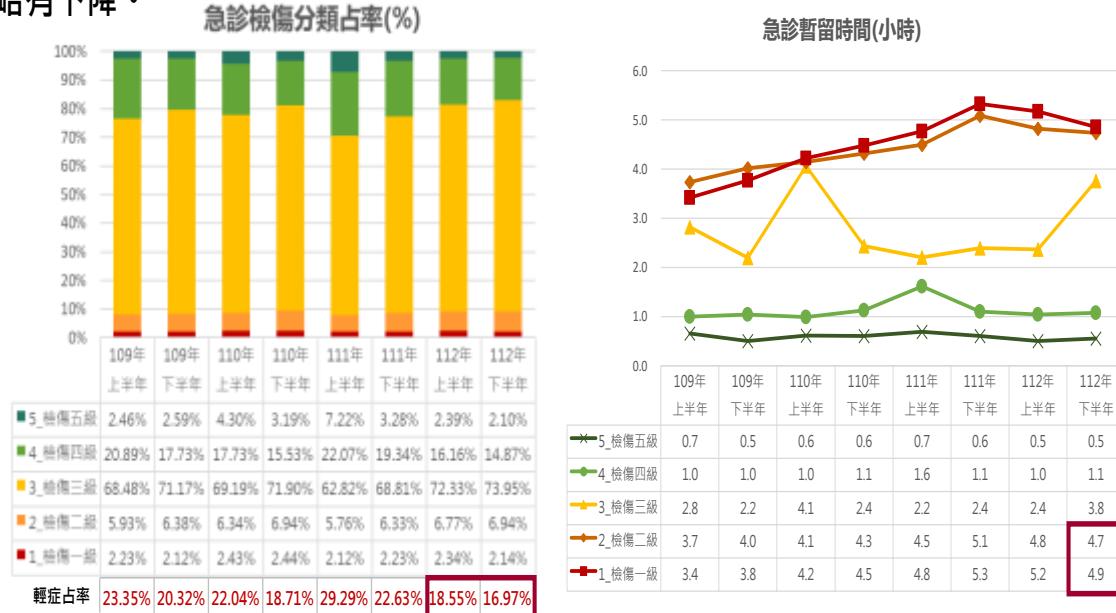
1. 資料來源為醫務管理組MASS系統之門診醫療費用申報資料之急診案件

2. 排除以下案件：排除代辦案件(案件分類為A3,B1,B6,B7,B8,B9,C4,D1,D2,HN,BA,DF,C5)、及法定免部分負擔案件(含部分負擔類別009)、外單位請款、需自行負擔案件。

23

3-2 急診檢傷分類占率與暫留時間(地區醫院)

部分負擔新制實施後，輕症(檢傷4-5級)占率下降；重症(檢傷1-2級)急診暫留時間略有下降。



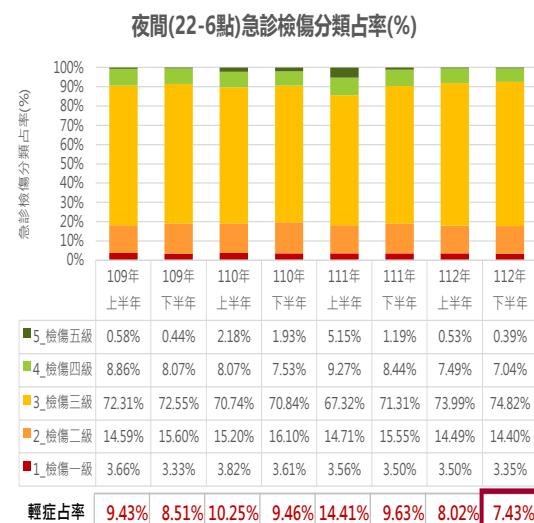
1. 資料來源為醫務管理組MASS系統之門診醫療費用申報資料之急診案件

2. 排除以下案件：排除代辦案件(案件分類為A3,B1,B6,B7,B8,B9,C4,D1,D2,HN,BA,DF,C5)、及法定免部分負擔案件(含部分負擔類別009)、外單位請款、需自行負擔案件。

24

3-3 夜間及假日急診檢傷分類占率 (醫學中心)

部分負擔新制實施後檢傷分類4-5級假日為7.81%、夜間為7.43%，較上半年略降。

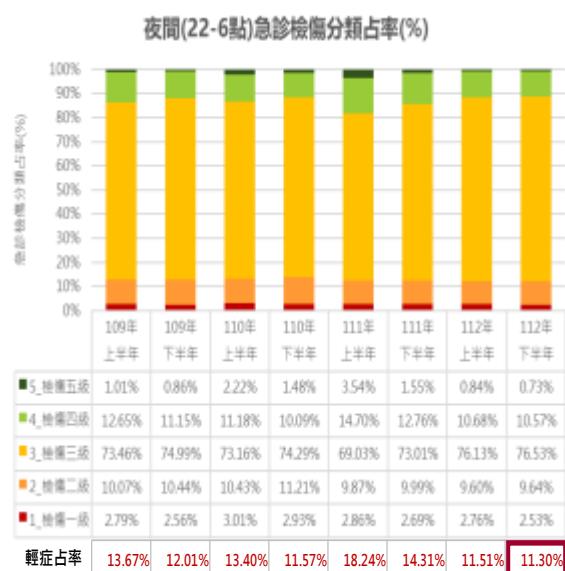
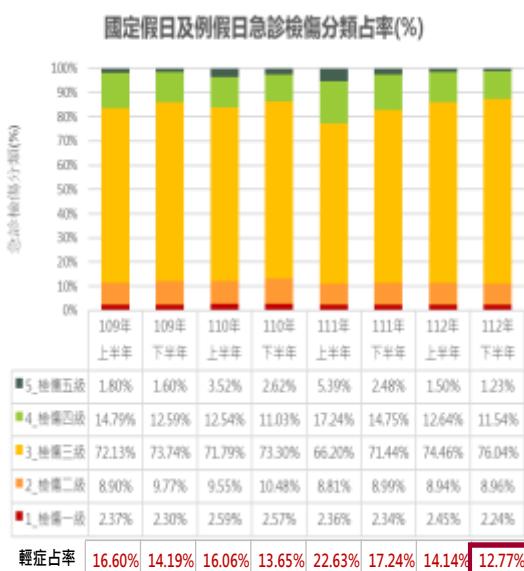


備註：1. 資料來源為四代倉儲多模型平台急診醫療利用明細彙總檢視表
2. 夜間係以進入急診室時間為晚間22-6點、假日含國定假日及例假日。

25

3-3 夜間及假日急診檢傷分類占率 (區域醫院)

部分負擔新制實施後檢傷分類4-5級假日為12.77%、夜間為11.30%，較上半年略降。

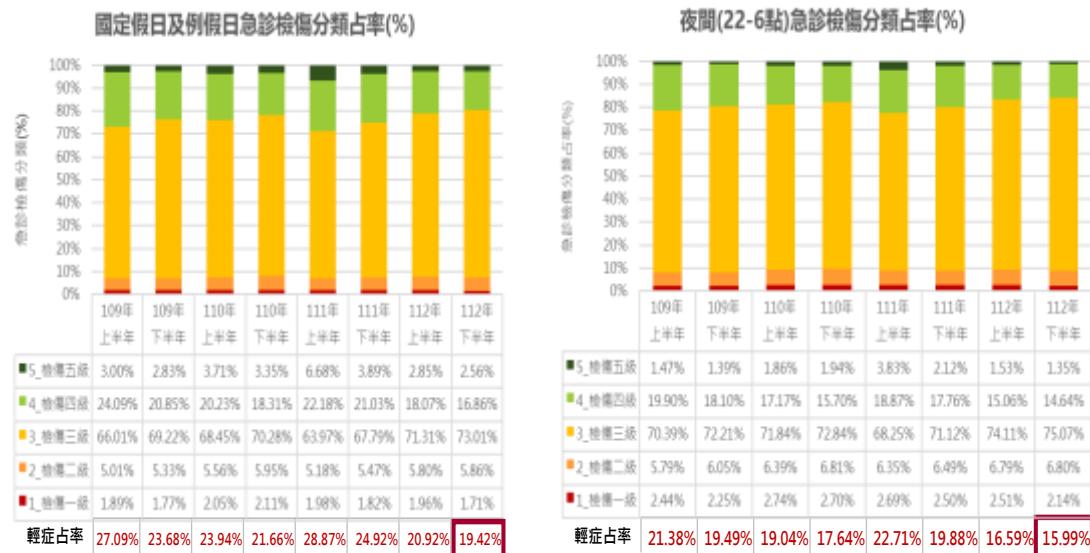


備註：1. 資料來源為四代倉儲多模型平台急診醫療利用明細彙總檢視表
2. 夜間係以進入急診室時間為晚間22-6點、假日含國定假日及例假日。

26

3-3夜間及假日急診檢傷分類占率 (地區醫院)

部分負擔新制實施後檢傷分類4-5級假日為19.42%、夜間為15.99%，較上半年略降。

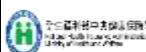
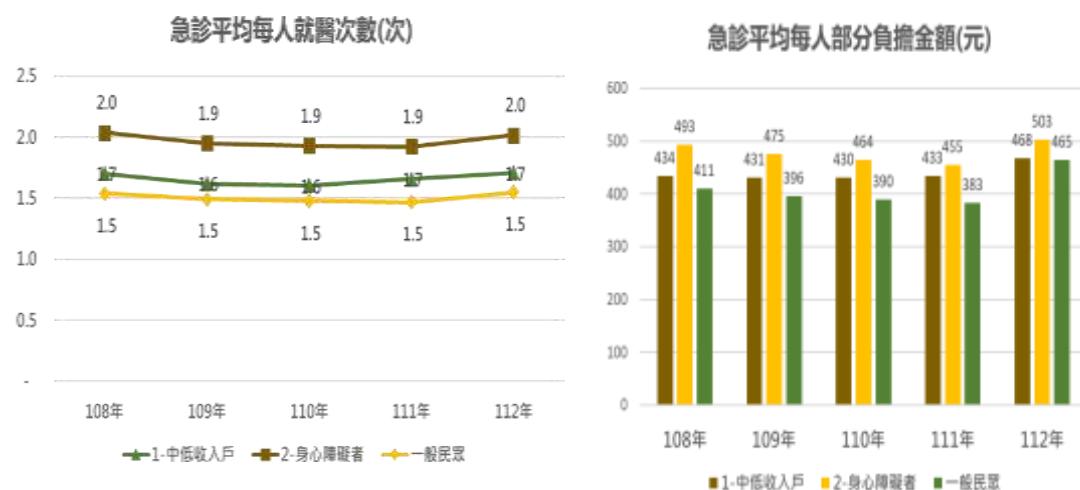


1. 資料來源為四代倉儲多模型平台急診醫療利用明細彙總檢視表
2. 夜間係以進入急診室時間為晚間22-6點、假日含國定假日及例假日。

27

3-4急診每人就醫次數及部分負擔 觀察急診就醫行為與負擔

112年急診平均每個人就醫次數僅身心障礙者略有上升；平均每個人部分負擔金額以一般民眾增加80元最多、身心障礙者約增加50元、中低收入戶增加30元。



1. 資料來源為醫務管理組MASS系統之門診醫療費用申報資料之急診案件
2. 排除以下案件：排除代辦案件(案件分類為A3,B1,B6,B7,B8,B9,C4,D1,D2,HN,BA,DF,C5)、及法定免部分負擔案件(含部分負擔類別009)、外單位請款、需自行負擔案件。

28



3-5 基層診所假日開診率 監測假日開診率與急診檢傷占率趨勢

112年因疫情趨緩，基層診所開診率略為下降，週六開診率約維持在80%以上、周日開診率則較去年同期略為下降，約為15-20%間。



資料來源：健保署全球資訊網>健保資料站>健保統計專區>醫務管理>西醫、牙醫基層院所及中醫院所假日看診統計資料
(<https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-5148-4acf7-3034-1.html>)



總結

- 整體就醫趨勢：112年下半年部分負擔實施後，門診地區醫院、基層件數占率有上升趨勢。
- 民眾自付額比率：各層級醫院部分負擔占醫療費用比率為6.7-15.8%。
- 新制部分負擔實施後：
 - 弱勢族群就醫權益仍持續保障，就醫次數與一般民眾相較一致或增加。
 - 慢性病人平均就醫次數上升、全年增加部分負擔金額中位數為100元。
 - 基層醫療單位案件數占率上升。
 - 各層級醫院急診輕症檢傷案件占率下降、重症停留時間縮短。





敬請指教

31

備參-健保會委員關切議題1-低收入戶急診是否受影響

- 弱勢病人不應該收100元，我記得當時陳杰委員也有提到要保護低收入戶、弱勢族群，但你們現在還是有收啊，這哪有不受影響，健保署回復與事實不符，應該重新修正。門診部分沒問題，上次我就講過，來門診看病的病人不是每個人都有多收錢，但是急診部分負擔都要多收錢，這是不公平的，當年我有提出來，但是你們都不重視，現在寫不受影響我有點意見，所以希望能再做調整(112年第11次陳石池委員關切議題，議事錄第64頁)。
- 我呼應一下陳石池委員跟滕西華委員他們的意見，我同時也感謝他們2位，事實上真的行善有福報啦！當然我們在這裡關心弱勢族群，尤其關心所謂的重大傷病以及低收入戶，事實上他的部分負擔，我印象中沒有錯的話，那時候是要跟他收一個100元，我說他低收入戶，不是中低收入戶喔，中低收入戶是戶數很多，低收入戶是條件非常嚴格，而且他是非常痛苦、生活非常困難，得到我們社會各界給予關懷跟支持，甚至於去跟他捐助，結果只為100元增加他所謂的部分負擔，所以我當初提議說，那100元不要跟他收，在這邊大家可能也有共識，但是現在還是一樣照收不誤，當然剛剛健保署的組長好像有提到1點，他說他有去找急診醫學會來瞭解，但是話又說回來，為什麼不找付費者代表來瞭解？你只有找急診醫學會來瞭解，那付費者代表的立場是什麼？所以我借用這個機會做個建議，你們將來假如說制定相關的政策，希望能夠找兩造都來談，聽聽兩造的意見再去做決定，不要只單方面找所謂的醫學會。
- 有關於低收入戶、重大傷病的部分，有多1個所謂多收100元的部分，我還是堅持我個人的意見，那100元不要跟他收，讓我拜託啦！我們大家共同來做善事，謝謝。(112年第11次陳杰委員關切議題，議事錄第68-69頁)。
- 本次部分負擔調整方案之重大傷病、低收入戶皆維持免收部分負擔(低收入戶依法由中央社政主管機關補助)【p.4】。

32

備參-健保會委員關切議題2-中低收入戶、身心障礙者急診是否受影響

- 健保署回復中低收入戶及身心障礙身分者不受影響的部分，特別是中低收入戶。實情是，健保署提到委員會報告的案子跟後來在記者會公告、健保署新聞稿的案子，中低收入戶是有調漲的，調漲至少100元，並非在中低收入戶部分跟之前完全一樣。在當時隔一個月的會議我有請教石署長，石署長說一模一樣，我說新聞稿公告的就是不同，已經漲了，這是過去的問題，我也同意，但應該不能說沒有影響。
- 到底有無影響？**特別是民眾到急診就醫沒有1,000元出不來這件事情，急診漲部分負擔或過高的部分負擔，原本就有非常嚴重的道德疑慮，更不要講過去用檢傷分類來收取部分負擔。署長是急診專家，他過去也有提到，我們也都很認同，就是剛入急診跟後來出來的檢傷不一樣，所以過去用檢傷分類收取不同的部分負擔就會引發爭議，但健保署歷年來都沒有對這個做出影響評估，好像眼睛一閉就沒事，更不用講急診的給付，(112年第11次滕西華委員關切議題，議事錄第65頁)。

- 經分析中低收入戶與身心障礙者於部分負擔調整新制後，影響金額中位數為100元，p95為200元。影響人數約占整體中低收入戶0.56%、身心障礙者1.0%【p.6-8】

33

備參-健保會委員關切議題3-慢性病人是否受影響

- 劉委員淑瓊會後書面意見(議事錄第38頁)

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

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

(112年第4次劉淑瓊委員會後書面意見關切議題，議事錄第38頁)。

- 經分析慢性病就醫人數前6大疾病中【p.11】
 - 三高患者推估全年增加部分負擔中位數約在200-240元；以糖尿病病患所增部分負擔較高，全年影響金額約中位數為280元。
 - 關節炎及精神疾病約半數病人無影響、過敏性鼻炎增加部分負擔金額全年為100元以內。
- 慢性病人共約1,228萬人，推估全年部分負擔增加金額中位數約100元，以四種慢性病者中位數增加金額180元最多。【p.9】
- 統計慢性病人之就醫次數較前一年平均增加1.96次(中位數1次)，推測部分負擔調整對於慢性病人就醫行為不大，惟慢性病就醫行為會受疾病控制狀況影響，將持續觀察。

34

備參-健保會委員關切議題4-急診部分負擔之檢傷分類問題

- 急診壅塞大部分發生在醫學中心，之前檢傷分類1、2級收450元比較少，3~5級收比較多是550元，現在通通改成750元，表示處罰重症病人。
- 檢傷分類是電腦判讀，除非有人為因素不然怎麼會出問題？或這個有問題，假如系統有問題就不應該推5級檢傷輕症病人要多付費，重症病人要少付費，才能抑制急診壅塞問題(112年第4次陳石池委員關切議題)。

- 原111年5月15日規劃急診部分負擔，醫學中心及區域醫院區分檢傷分類第1-2級、第3級、第4-5級共三個級距，惟依112年2月24日衛生福利部中央健康保險署「醫界溝通會議」會議，醫界反映急診部分負擔在檢傷分類第3、4級嚴重/緊急程度相近，但收費差異大，恐造成潛在醫病關係緊張，加重急診醫師負擔；民間團體亦認為民眾不諳檢傷分類，不易依此自行選擇適當之就醫醫院層級。
- 本署於112年3月17日與急診醫學會及醫學中心、區域醫院、地區醫院三個協會溝通，皆支持以醫院層級別定額收取部分負擔，避免不同檢傷分類造成爭議。
- 部分負擔112年5月17日預告版本，即依醫界及民間團體共識，急診不區分檢傷分類收取部分負擔。

35

備參-健保會委員關切議題5-中低收入與身心障礙之急診部分負擔

- 針對健保署業務執行季報告的投影片第10張，我提出1個小小的建議，它裡面提到1點就是擴大弱勢族群就醫權益保障，特別提到中低收入戶及身心障礙者不影響就醫權益，既然不影響就醫權益，而且本身又是中低收入戶及身心障礙者，醫學中心1、2級增加100元，增加這100元要做甚麼我也不清楚，既然本身是中低收入戶，而且又是身心障礙者，建議不要調漲這100元，因為畢竟是弱勢族群，就這點做個建議。(112年第4次陳杰委員關切議題)。

- 為避免上開調整造成弱勢族群就醫障礙，急診採差別式部分負擔個別訂定，皆以現行急診部分負擔計收金額訂定。
- 醫學中心現行急診部分負擔，依檢傷分類1-2級和3-5級拆分為兩個計收金額。經統計，醫學中心急診檢傷分類3-5級約佔醫學中心急診案件82%，故採檢傷分類3-5級之550元，訂為弱勢族群醫學中心急診部分負擔之計收金額。

36

備參-健保會委員關切議題6-醫改會建議補充指標

健保署所提監測指標		醫改會建議補充
整體	1-1 門診就醫件數占率 1-2 門診部分負擔占醫療費用占率變化 1-3 門診平均就醫次數變化 1-4 門診平均每次就醫部分負擔費用 1-5 門診初級照護案件占率 1-6 門診轉診人次(含上、下轉)占率	 V 1-1 平均每次門診點數、藥費、檢驗檢查費用之變化 V 1-2 平均每入門診點數、藥費、檢驗檢查費用之變化 V 1-3 每人(歸戶後)每年門診部分負擔金額之分布 V 1-4 多重慢性病人(1種~5種以上)每年門診部分負擔金額之分布 V 1-6 高風險特定群體(弱勢保險對象)每年門診部分負擔金額之分布 (平均值、標準差、中位數、最高值、80/90/95百分位數) 1-7 慢性病人規律就醫情形之變化 1-8 慢性病人有效醫療*使用率之變化 <small>*如果健保署認為「有效醫療」難以定義，請健保署以論質支付的5項疾病來分析，該論質支付的指標即是有效醫療指標。這些健保論質的重點照護慢性疾病包含：糖尿病、乳癌、氣喘、C肝、惡性失智。</small>
門診 藥品	2-1 門診每張處方箋平均部分負擔變化 2-2 門診每張處方箋平均藥費變化 2-3 門診開立連續處方箋率變化	V 2-1 平均每人(歸戶後)每年平均藥費之變化 V 2-2 門診開立連續處方箋之變化(各層級) V 2-3 門診釋出連續處方箋之變化(各層級)
檢驗 檢查	3-1 門診經轉診檢驗、檢查占率 3-2 門診檢驗、檢查費用占比變化 3-3 門診檢驗、檢查件數占率變化 3-4 門診指標性檢查(高價檢查CT/MRI)執行率	3-1 平均每人(歸戶後)每年平均門診檢驗檢查費用之變化 3-2 醫令申報成長點數前10大 3-3 醫令執行率前10大 3-4 指標篩異件數前10大
急診	4-1 急診檢傷分類各申報占率 4-2 急診檢傷分類各級暫留時間變化	V 4-1 各層級醫療機構急診假日及夜間檢傷分級第一、二、三級占率 V 4-2 各層級醫療機構急診假日及夜間檢傷分級第四、五級占率 4-3 地區醫院夜間及假日看診之比率 V 4-4 西醫基層夜間及假日看診之比率

37

健保署所提監測指標		醫改會建議補充
整體	1-1 門診就醫件數占率 1-2 門診部分負擔占醫療費用占率變化 1-3 門診平均就醫次數變化 1-4 門診平均每次就醫部分負擔費用 1-5 門診初級照護案件占率 1-6 門診轉診人次(含上、下轉)占率	1-7與1-8 慢性病人規律就醫及有效醫療使用率 較難定義，暫不列入指標
門診 藥品	2-1 門診每張處方箋平均部分負擔變化 2-2 門診每張處方箋平均藥費變化 2-3 門診開立連續處方箋率變化	2-1 平均每人(歸戶後)每年平均藥費之變化 2-2 門診開立連續處方箋之變化(各層級) 2-3 門診釋出連續處方箋之變化(各層級)
檢驗 檢查	3-1 門診經轉診檢驗、檢查占率 3-2 門診檢驗、檢查費用占比變化 3-3 門診檢驗、檢查件數占率變化 3-4 門診指標性檢查(高價檢查CT/MRI)執行率	3-1 平均每人(歸戶後)每年平均門診檢驗檢查費用之變化 3-2 醫令申報成長點數前10大 3-3 醫令執行率前10大 3-4 指標篩異件數前10大
急診	4-1 急診檢傷分類各申報占率 4-2 急診檢傷分類各級暫留時間變化	4-1 各層級醫療機構急診假日及夜間檢傷分級第一、二、三級占率 4-2 各層級醫療機構急診假日及夜間檢傷分級第四、五級占率 4-3 地區醫院夜間及假日看診之比率 4-4 西醫基層夜間及假日看診之比率

38

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：各部門總額一般服務之點值保障之整體檢討，請鑒察。

說明：

- 一、依據貴會113年1月24日第6屆113年第1次委員會議決議辦理。
- 二、貴會上開會議決議，請本署就「各部門總額一般服務點值保障之整體檢討」進行專案報告。
- 三、依衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式暨貴會112年第9次、10次委員會議(112.10.18、112.11.15)討論事項有關各部門總額一般服務之預算分配案之決議：「需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同各總額部門相關團體議定後，於112年12月底前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障理由及其對總額預算之影響等」。
- 四、過去年度新增之點值保障項目，於新增當年一般服務皆有編列預算支應並納入基期隨成長率成長。各年度之保障項目亦與各部門總額相關團體議定次年度保障服務後，提報貴會討論後據以實施。
- 五、各部門總額一般服務之點值保障項目、保障理由、預算及111年非浮動點數占一般服務預算比率(112年目前結算至第2季)如附件(第145~148頁)。
- 六、歷年保障項目退場或修訂如下：
 - (一)藥事服務費於開辦初期即以1點1元為基期規劃保障，牙醫、基層總額於95年起改以浮動點值計算，中醫及透析則自105年起以浮動點值計算，醫院則維持以每點1元支付。
 - (二)腹膜透析案件，95年整件扣除藥費後以每點1元支付；96~99年以每點1.2元支付；100年起腹膜透析追蹤處理費以每點1.1元支付，自103年起改以每點1元支付。

七、另依委員意見，非浮動點數占一般服務預算比率，分母部分排除藥費，占率如下：中醫1.3%、西醫基層4.8%、醫院總額26.8%、透析3.3%(110年中醫1.1%、西醫基層4.7%、醫院總額22.1%、透析3.4%)。

八、有關點值保障項目未來將持續與各部門總額相關團體議定，並提報貴會討論定案後實施。

報告單位業務窗口：朱文明科長，聯絡電話：02-27065866分機2665

.....

本會研析說明：

一、本案依本會第6屆113年第1次委員會議(113.1.24)決議，請健保署於下次委員會議(113.3.13)提出「各部門總額一般服務點值保障之整體檢討」專案報告。

二、彙整上次(第1次)委員會議委員關切「113年度各部門總額一般服務之點值保障項目案」之發言重點(如下)，供委員參考。

(一)111年醫院總額非浮動點數占一般服務預算的比率上升較多，考量多數保障項目自94年起實施，長達10多年，建議應進行整體檢討，以判斷其合理性。

(二)113年度總額已確定，點值保障項目的比率與點值有因果關係，需整體考量。

(三)列入保障點值項目宜審慎評估，並請說明門、住診藥事服務費每點1元支付的必要性。

(四)計算非浮動點數占一般服務預算比率時，建議分母部分排除藥費，以避免稀釋占比。本項健保署業依委員意見重新計算如下表：

總額部門	111年非浮動點數占一般服務預算比率	111年非浮動點數占一般服務預算比率(分母不含藥費)
中醫門診	0.7%(110年為0.5%)	1.3%(110年為1.1%)
西醫基層	3.6%(110年為3.4%)	4.8%(110年為4.7%)
醫院	18.5%(110年為13.1%)	26.8%(110年為22.1%)
門診透析	3.1%(110年為3.2%)	3.3%(110年為3.4%)

決定：

各部門總額一般服務之點值保障項目、保障理由、預算及 111 年非浮動點數占一般服務預算比率

序二

總額部門	保障項目及支付方式	保障理由	當年度編列預算	非浮動點數占一般服務預算比率 最近 1 年(111 年)
中醫	「中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫」之論量計酬案件(每點 1 元支付)。	為持續加強偏鄉醫療照顧，提高資源分配公平性及保障弱勢族群就醫可近性，自 100 年起將是類案件列入保障項目。	1.100 年度中醫門診總額一般部門預算分配方式試辦計畫，就中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件予以每點 1 元支應。 2.開辦時藥事服務費以 1 點 1 元支應，自 105 年起改以浮動點值支應。	0.7% (110 年為 0.5%)
西醫基層	1.論病例計酬(每點 1 元支付)。 2.血品費(每點 1 元支付)。	1.為與醫院部門同工同酬及提升論病例計酬品質，爰自 97 年起於一般服務增列「西醫基層論病例計酬合理化方案」項目，將點值差額列為費用滾入基期。 3.「提升婦產科夜間住院護理品質」執行方案，每季各婦產科診所撥付款項=280 點×季申報總住院數(每點 1 元支付)。	1.論病例計酬及血品費於 97 年總額分別編列成長率 0.465%(約 381.4 百萬元) 及 0.00026%(約 21.5 萬元)。 2.提升婦產科夜間住院護理品質：於 103 年增列預算 59.7 百萬元。 3.開辦時藥事服務費以 1 點 1 元支應，自 95 年起改以浮動點值支應。	3.6% (110 年為 3.4%)

總額 部門	保障項目及支付方式	保障理由	當年度編列預算		非浮動點數占一般 服務預算比率 最近1年(111年)
			點1元核定腹膜透析採 點1元核算，所需預算額度已 列入成長率中。	1.95年協商核定腹膜透析採 點1元核定腹膜透析採 點1元核算，所需預算額度已 列入成長率中。	
透析	1.腹膜透析之追蹤處 理費(每點1元支 付)。 2.偏遠地區之門診透 析服務(每點1元支 付)。	1.為鼓勵腹膜透析之服務及 推廣，自95年起腹膜透析服 務之追蹤處理費予以保障 點值。 2.為加強偏鄉醫療照護，保障 弱勢族群就醫可近性，104 年總額公告之協定事項門 診透析服務成長率含偏遠 地區門診透析服務保障每 點1元支付。	104年編列預算60百萬元。 3.開辦時藥事服務費以1點1元 支應，自105年起改以浮動點 值支應。	2.偏遠地區之門診透析服務 104年為3.2% 3.1%	(110年為3.2%)
醫院	1.門診、住診之藥事 服務費(每點1元支 付)。 2.門診手術(每點1元 支付)。 3.住院手術費、麻醉 費(每點1元支付)。 4.主管機關公告之緊 急醫療資源不足地區之 急診醫療服務點數 (每點1元支付)。 5.經主管機關核定， 保險人公告之分區 偏遠認定原則醫院	1.第1項：藥事服務費之協商 基礎為1點1元，爰維持每 點1元(摘自95年1月13 日貴會(前全民健康保險醫 療費用協定委員會，下稱貴 會)第109次委員會議紀 錄)。 2.第2、3、4及5項：為增進 偏遠地區之醫療服務可近 性及確保急重症病患就醫 權益，減少同醫院管管所計 算之門住診點值差異及減 少門住診移轉醫療行為為 變，經94年6月10日第102 次委員會同意之保	1.開辦時藥事服務費以1點1元 支應。 2.為加強急重症照護及偏遠地 區醫院保障，95年總額分別編 列成長率0.799%(1,937.5 萬元)及0.228%(552.88百萬 元)預算。 3.為促進供血機制合理化，97年 編列成長率0.098%(約258.84 萬元)(項次6)。 4.以106年醫院總額醫療服務 成本指數改變率之預算(135.0 百萬元)，就地區醫院之急診 診察費保障每點1元(項次7)。 5.110年總額分別新增「持續推	18.5% (110年為13.1%) (註：因111年之預 算及保障項目較 110年多，爰占率 提升)	

總額 部門	保障項目及支付方式	保障理由	當年度編列預算	非浮動點數占一般 服務預算比率
			最近1年(111年)	最近1年(111年)
(註2)。	6.血品費(每點1元支付)。 7.地區醫急診診察費(每點1元支付)。 8.地區醫假日及夜間門診案件(不含藥費)(每點1元支付)。 9.區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費(每點1元支付)。 10.地區醫住院病房費(含急慢性一般病床、經濟病床、精神急慢性一般病床、經濟病床、精神急慢性一般病床、精神急慢性經濟病床)。	障項目。 3.為促進供血機制合理運作，自97年起血品點值以每點1元支付。 4.為提升緊急醫療照護功能，並考量其營運成本，以106指數改動之急診診察費保障標準。 5.為持續推動分級醫療，壯大社區醫院，以及提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院加護病床之診察費、病房費及點1元。 5.為持續推動分級醫療，壯大社區醫院，以及提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費，爰上依據110、111年總額公告決定事項，項次8、9、10採固定點值支應。項次8及項次9區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費，於110年4月生效，而項次9區域級(含)以上醫院加護病床之診察費、病房費及點10，在111年4月生效。 6.111年總額分別於「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」及「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費」。 6.111年總額分別於「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」及「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費」。		

總額 部門	保障項目及支付方式	保障理由	當年度編列預算	非浮動點數占一般 服務預算比率
				最近1年(111年)
		112年，惟對應申請區域醫院評鑑之地區醫院者，如經評鑑不符合之日起，1年內不得適用地區醫院保障項目【地區醫院急診診察費、地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)、地區醫院住院費、一般病床住院費、住院察費、住院護理費】，惟其護病比符合區域醫院評鑑標準者，其醫療服務得比照區域醫院保障【區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費】；另自醫院評鑑不符合之日起1年後，仍不符合區域醫院評鑑者，不得適用地區醫院保障項目，亦不得比照區域醫院保障。		

註 1.藥費依藥物給付項目及支付標準辦理，不列入。

註 2.以前一季該分區平均點值核付費用，惟結算後如前一季該分區浮動點值小於當季該分區浮動點值，該季該分區偏遠地區醫院之浮動點數以當季該分區浮動點值核付。

註 3.非浮動金額不含自墊核退及藥費。

註 4.本統計中醫總額結算非浮動金額含保障醫療資源不足地區論量計酬之金額。

附錄

個別委員關切事項(含書面意見)之健保署答覆

委員意見	健保署說明
<p>李委員永振(議事錄第 35~36 頁)</p> <p>主席，各位委員大家早，我這邊有 3 個請教跟期待，第 1 點，是項次四，有關總額預算扣減及效益評估之執行結果，衛福部請本會在 3 月 18 日之前提供，首先感謝衛福部已經將這件事情放在心上特別來函，更期待健保署積極努力，因為過去應該也有，只是最後提出的執行事項都落空了，希望健保署可以積極加油一點。這個議題已經講很多次，在上次會議有提到 112 年 5 月時健保署報告 111 年抑制資源不當耗用改善方案執行情形，撙節費用約 36.28 億元，這很明確，要講績效時就提出來，但真的要講效益、要如何連結總額又不見了，希望今年在 4 月份委員會議 114 年度總額諮詢案的會議資料真的可以看到，不要衛福部來函就說期待健保會提出意見再納進去，年復一年都這樣感覺很奇怪，這是一個建議跟期待今年可以真的踏出成功的第一步，這是第 1 點。</p> <p>第 2 點，項次六，提到健保署在下個月的報告有 2 個專案報告，之後會排進委員會議的議程，我的建議是除了委員新的意見之外，如果碰到相關的議題，能將以前委員所關心的全部翻出來、找出來，做一個總整理，可行、不可行總是一個答案，有些繼續追蹤可以解除追蹤，不要一直追到最後不了了之，希望</p>	<p>一、有關過去健保會委員提出新制部分負擔相關建議或問題，將於 113 年第 2 次委員會議「新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告」簡報一併彙整後說明。</p> <p>二、有關過去委員建議事項，均已於該次會議所列委員關切議題回復說明，另有關滕委員西華於 112 年第 2 次委員會建議列出近 5 年各層級院所的固定資產比例、人事費用比例及非醫療收入變化，本署即於 112 年第 3 次會議中補充說明。</p>

委員意見	健保署說明
<p>每一次遇到相關議題時，都可以把所有的議題不管大、小都做一個總整理，這樣可能會好一點，不要一直提出意見，都快堆成 101 大樓的高度，還沒有解決，這樣也不好。</p>	
<p>吳委員榮達(議事錄第 37 頁)</p> <p>我要提的問題是今天會議資料第 67 頁，也是上次針對病床增減問題提出詢問，健保署的回復看起來好像又跟上次的回復意見差不多，還是沒有把實際關床的數據呈現出來。我們問這個問題，就是希望能夠瞭解各層級醫院實際關床的狀況，以瞭解醫院經營問題，依照健保署的回復好像還是沒有呈現關床的數據，這還是有失真，希望健保署能夠呈現關床的數據，如果有什麼困難也能夠告訴我們，謝謝。</p>	<p>有關委員關心醫院關床議題，提供健保特約醫院之 112 年 12 月病床配置及使用情形(如附表，第 174~184 頁)，俾委員參閱。</p>
<p>劉委員淑瓊(議事錄第 37~38 頁)</p> <p>謝謝主席，我是針對轉診支付標準，健保會於今年 1 月 18 日 mail 委員有關健保署預告修正醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目，其中有關轉診支付標準，因為我們 5 月還會再討論這個案子，我先提的目的是希望健保署能夠提供更多資訊，因為這是 112 年度核定事項，當時決議是要請健保署會同西醫基層跟醫院總額相關團體，檢討獎勵方式、支付誘因及經費配置合理性，研擬改善措施，以提升執行成效。所以增加點數的目的是要提高下轉，因為上轉問題不大，主要是下轉能夠落實分級醫療，但現在共擬會議中提出的全部是提</p>	<p>一、為落實分級醫療策略、提升院所辦理轉診品質，轉診支付標準前經 113 年 1 月 16 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修訂，重點如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 限使用健保電子轉診平台始得申報獎勵。 2. 調升辦理下轉醫令支付點數 100 點(辦理上轉醫令維持原支付點數)。 3. 依轉診型態拆分接受轉診醫令，並調升接受下轉醫令 150 點(接受上轉醫令維持原支付點數)。 4. 新增「下轉病人續留基層院所」指標，獎勵 90 日內未因同一疾病至

委員意見	健保署說明
<p>高點數及增加誘因，所以我們就想請教健保署，尤其是5月要再討論的時候，能夠給我們詳細的資料。</p> <p>第1個，支付點數都是調升而沒有調降，這個我相信大家皆大歡喜，但是重點還是 accountability(課責)，還是要讓我們知道，這是要增加已經執行項目的點數報酬，或是真的要提升執行成效，如何讓付費者知道確實有提高成效，是否有訂定指標？</p> <p>再來是如何透過電子平台來加強上下游照護的協調性？因為你們說即使是上轉也是要寫很多資料，其實上、下轉很關鍵的就是醫生跟醫生之間對於病人資料銜接的周詳性，讓病人與家屬能夠放心。上次委員會議，委員們尤其王惠玄委員也提到要有追蹤稽核制度，這個我們希望能夠看到。</p>	<p>原轉出醫院或任一醫院就醫之案件。</p> <p>二、中華民國醫師公會全國聯合會代表前於113年1月11日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議表示，部分偏鄉醫療院所可能因設備問題致無法使用本署電子轉診平台，如僅限使用電子轉診平台之案件得獎勵恐有失公平，考量前開建議須再研議，爰暫保留轉診支付標準修訂案。</p> <p>三、有關如何透過電子平台來加強上下游照護的協調性一節，保險對象接受特約醫院、診所安排轉至其他適當之各級特約醫院、診所，繼續接受診治，係由醫師基於病人病情診治需要及其人力、設備考量，目前電子轉診平台係已提供「開立」、「回復」及「轉回或轉至適當院所作業」等3種轉診單，供醫師視需要於各層級院所間辦理轉診處置。</p> <p>四、有關電子轉診平台要有追蹤稽核制度一節，說明如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 依全民健康保險轉診實施辦法第6條規定略以，特約醫院、診所對符合需要轉診之保險對象，應開立轉診單；並得於開立前，先洽接受轉診之特約醫院、診所提供的就醫日期、診療科別及掛號等之就醫安排。爰接受轉診之院所及病人，應已事先得知轉診資訊。

委員意見	健保署說明
	2. 另本署已於健保資訊網服務系統 (VPN) 醫事人員溝通平台之醫師登入頁面提醒醫師有未回復轉診單、未讀取轉診結果等訊息，供醫師進行相關作業。
<p>王委員惠玄(議事錄第 39~40 頁)</p> <p>請教一下會議資料第 72~74 頁，有關醫學中心、區域醫院與地區醫院病床增減的情形，這邊用 moving average(註)，我不太知道用意是什麼。這邊只是列出有異動的部分，但我不太確定為什麼要用 3 個月的移動平均，因為這也是有一點模糊了病床異動的狀況。</p>	<p>使用 3 個月的移動平均呈現病床增減情形，係考量醫院會因病房整修或人力調整等因素彈性調整病床數，爰藉由觀察醫院病床數 3 個月的移動平均，俾掌握醫院病床數變化的方向性及長期的趨勢性。</p>
<p>盧主任委員瑞芬(議事錄第 40 頁)</p> <p>好，這部分請健保署書面告訴我們為什麼是用 3 個月的移動平均。</p>	
<p>李委員永振(議事錄第 42~43 頁)</p> <p>我有 3 點建議跟請教，第 1 點，會議資料第 76 頁，我是贊同幕僚的意見，但我是有一些想法提供參考。在第 1 項業務執行報告的部分，我個人認為健保署的季報告類似民營企業季結算的董事會一樣，3 月份應是針對前一年全年的營運做一個整體性的回顧，讓委員澈底瞭解及掌握，為 4 月份的 112 年終決算報告與 114 年預算備查案做鋪路，這樣 4 月份我們討論才有意義。本來如果按照時間序應在 2 月份提，因今年剛好 2 月份農曆春節，所以延到 3 月份已經有一點嫌晚了，還是應要把季報告相關資料先提供給委員瞭解清楚，其他比較</p>	<p>配合辦理。有關代謝症候群防治計畫(下稱本計畫)，本署將與國健署共同評估本計畫之成效，另本計畫及在宅急症照護試辦計畫將依委員意見最晚於 113 年 6 月份委員會報告。</p> <p>另地區醫院全人全社區照護計畫將配合社區醫院協會擬訂內容進行規劃。</p>

委員意見	健保署說明
<p>細節部分留到 4 月份再提供沒有問題，但 3 月份的季報告一定要把整體概況先 RUN 一下，這樣大家比較瞭解，回去才有時間思考，不然 4 月份一報告完就要馬上討論，我自己是覺得我記不起來啦，是不是可以朝這個方向努力。</p> <p>第 2 點，在第 3 項應該要分成兩類，如果是醫界提出來的，他們動念提出該項目時即應開始構想，協商後也還有 3、4 個月時間，所以沒有再延後的理由；但如果是屬於政策性質，因為核定下來的時間太短，去年有比較早在 12 月就核定下來，就可依幕僚建議，最遲於 6 月份提出還可以接受，應該分成兩類來看這部分。但不管你是自提的還是部核的，以後應從公告後開始生效，不可以追溯，這樣的話有一點 PUSH 的意思，因為剛才我已經把原因解釋清楚，醫界自提的項目應該早就開始構想了，不能先要到錢才開始想，這樣有點怪怪的。</p> <p>第 3 點，在第 4 項有關代謝症候群的部分，「代謝症候群防治計畫」已經進入到第 3 年了，到 6 月份也有兩年的實際經驗，希望到時候提出來可以看到一些真正有意義的檢討結果，不要又虛晃一招就過去了，從兩年前開始討論的時候就有很多意見，到去年提出報告後好像也沒有針對那些意見解決，去年還有理由說剛開始，給一點時間 ok，今年提出來已經有兩年的實際運作經驗了吧，這個理由應該不存在才對，謝謝。</p>	
陳委員石池(議事錄第 43~44 頁)	

委員意見	健保署說明																										
<p>有關地區醫院全人全社區照護計畫，我也跟朱益宏委員意見一樣，覺得 6 月份出來太晚，至少在 3 月份就要提出來，應該早一點，不然年度無法執行。</p> <p>另外，那個代謝症候群防治計畫，我也跟李永振委員意見一樣，就是說計畫已經執行 3 年了，到底這個是期中還是期末報告？最好是年度結束後 3 個月內就要提出報告，這樣才算合理，假如拖太久，這樣不太對，而且要去比較每年改善，還是說變化的情況，才知道計畫推展有沒有成功，這樣才有意思嘛！你要每年去比較，不能只說上年度結果是怎麼樣，這樣就不對啊！你做 3 年，應該將第 1 年、第 2 年、第 3 年的所有數據都提出來，要讓人家看得出推動這個計畫確實是有幫助的。</p>																											
<p>劉委員淑瓊(議事錄第 60 頁)</p> <p>既然是把它擺在要強化住院護理照護量能，健保署就要承諾 2 件事情，第 1 個是過程評估，也就是要有稽核機制，簡單講就是「資訊公開全民監督」，請大家看到補充會議資料第 30~31 頁，每個月健保署會請醫院填報護理人員夜班排班資料，建議健保署公開資訊、全民監督。</p> <p>其實大家都很關心，有沒有真正地撥給護理人員，所以請健保署比照勞動檢查，每一季公開稽核情形，如果有登錄不實，除了依照「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」要做處理之外，還要追扣這個案子的獎勵款，同時</p>	<p>一、本署將積極研議委員建議公開「護理人員夜班排班資料」等相關資訊。</p> <p>二、另統計 106 年至 112 年護理人員離職率如下表：</p> <table border="1" data-bbox="913 1567 1430 2052"> <thead> <tr> <th rowspan="2">年度</th><th colspan="2">護理人員離職率</th></tr> <tr> <th>年資 3 個月以上</th><th>年資未滿 2 年</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>106</td><td>2.41%</td><td>-</td></tr> <tr> <td>107</td><td>2.65%</td><td>1.61%</td></tr> <tr> <td>108</td><td>2.39%</td><td>1.77%</td></tr> <tr> <td>109</td><td>2.28%</td><td>1.77%</td></tr> <tr> <td>110</td><td>2.29%</td><td>1.50%</td></tr> <tr> <td>111</td><td>2.59%</td><td>1.42%</td></tr> <tr> <td>112</td><td>2.92%</td><td>1.73%</td></tr> </tbody> </table>	年度	護理人員離職率		年資 3 個月以上	年資未滿 2 年	106	2.41%	-	107	2.65%	1.61%	108	2.39%	1.77%	109	2.28%	1.77%	110	2.29%	1.50%	111	2.59%	1.42%	112	2.92%	1.73%
年度	護理人員離職率																										
	年資 3 個月以上	年資未滿 2 年																									
106	2.41%	-																									
107	2.65%	1.61%																									
108	2.39%	1.77%																									
109	2.28%	1.77%																									
110	2.29%	1.50%																									
111	2.59%	1.42%																									
112	2.92%	1.73%																									

委員意見	健保署說明
<p>要公布違規院所的名單，我覺得這樣才能符合付費者代表關心的，真正有給護理人員。</p> <p>補充資料第 54 頁，健保署提出來 112 年第 3 季離職率，我們只看 112 年，如果去查 106~111 年的長期資料，就看到 2 個數據，1 個是年資 3 個月以上護理人員離職率，106~111 年大概是 2.3% 至 2.7%，這當中有的年度下降、有的持平但增加的沒有。我們再看年資未滿 2 年護理人員離職率，有資料的是 108~111 年，大概從 2.4% 到 1.8%、1.5% 再到 1.4%，所以是逐年下降的，這種情況下現在訂定的 KPI 是不低於 112 年，我覺得好像不太說得通，請健保署再思考一下。</p>	<p>三、承上，考量 112 年「年資 3 個月以上護理人員離職率」為近年最高、「年資未滿 2 年護理人員離職率」為近年次高，且現屬政策實施初期，爰本方案指標將以 112 年指標為基期評估效益，本署將持續監測並適時檢討方案指標，並將呈現近年數據供各界參考。</p>
<p>劉委員淑瓊(議事錄第 65 頁)</p> <p>那個 13 億元看起來是給醫院，我不懂為什麼。沒關係，石署長，就是剛剛滕西華委員講的，再給我們詳細的資料好嗎？</p>	<p>113 年度全民健康保險強化住院護理照護量能方案之「其他護理獎勵」，係由醫院統籌分配運用於「提升其他須輪值夜班單位之護理人員夜班費」，本署將以各醫院前半年急性一般病床夜班獎勵金額(即 27 億元)之 50% 為原則撥付。</p>
<p>朱委員益宏(議事錄第 75 頁)</p> <p>謝謝主席，對於牙醫門診總額的內容，我不表示任何意見，但我唯一的疑義是，因為會有調到基本診療的部分，這部分勢必會影響到醫院總額，因為醫院總額，有部分住院病人或許會經門診轉住院或是在急診轉到住院，申報時會併到住院一併申報。我記得在 109 年時，</p>	<p>一、依近 3 年醫院總額住診申報資料試算，本次牙醫支付標準調升點數對醫院總額造成財務衝擊約 0.23 百萬。</p> <p>二、研擬於 113 年第 4 季總額結算前，按實際影響情形自規劃扣減及撥補至醫院總額事宜，並依程序提</p>

委員意見	健保署說明
<p>牙醫門診總額也有發生過類似的情形，調整部分診療項目，也確實影響到醫院總額申報，那時為了這個案子，其實還耽擱很長一段時間，最後將影響到醫院總額的金額由牙醫門診總額撥補到醫院總額。我記得在 109 年時，也發生過醫院總額調升部分急診診療費，或許會影響到牙醫門診總額，就互相撥補。</p> <p>這議題我在醫療服務項目共擬會議也有提出來，健保署說要統計一下相關資料，但在今天提到健保會的案子中，並沒有把這個議題給突顯出來，健保署也沒有說明萬一發生這個情形該怎麼處理。因為這部分，在 113 年度醫院總額並沒有編列相關的預算，但如果牙醫門診總額調升了，影響到醫院總額，雖然我相信金額不多，但因為沒有預算的編列，所以就會擠壓到醫院總額的一般服務，這對醫院總額並不公平，我想今天如果討論牙醫門診總額的案子，要一併檢討，如果發生這個情形，對醫院總額應該要做什麼樣的處理？謝謝。</p>	<p>報健保會同意後辦理，作為114年總額協商之參考。</p>
<p>陳委員石池(議事錄第 76 頁)</p> <p>有關「高風險疾病口腔照護計畫」，我不瞭解補充資料第 46 頁中間，把腦血管疾病刪除，腦血管疾病常有手腳不靈活、肢障的問題，所以對牙齒保健更有問題，心血管疾病不見得有手腳功能的問題，要增加心血管疾病我沒有意見，但不該把腦血管疾病刪除，因為他手腳動作不靈活機會比較高。謝謝。</p>	<p>一、有關「高風險疾病口腔照護計畫」之適用對象，經洽牙醫師公會全國聯合會表示係將「腦血管疾病」擴大為「心血管疾病」，適用對象範圍仍包含原有的腦血管疾病病人。</p> <p>二、擴大適用對象範圍原因係依據相關文獻顯示，牙周病和動脈硬化之間具有關聯性，包含長期慢性</p>

委員意見	健保署說明
	<p>發炎間接使血管內壁被破壞；以及口腔細菌隨血液循環後，細菌直接感染破壞血管壁，此外口腔衛生亦會影響心血管循環系統。</p>
<p>林委員恩豪會後書面意見(議事錄第 80 頁)</p> <p>討論事項第一案之其他預算「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」，該預算既以「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」為目標，惟所涉最直接的兩個團體—台灣醫院協會及中華民國護理師護士公會全國聯合會，均本其專業與實務考量提出不同意見的執行建議方案，本案應由健保署取得共識後再重新送會討論，通過後依程序報衛生福利部核定後據以執行，避免匆促上路衍生後續爭議，造成原本立意良善的政策為德不卒。</p>	<p>一、考量醫院護理人員多數需輪值三班，且三班輪值係醫院護理人員離職主因，為鼓勵醫院護理人員留任並提升輪值夜班之意願，爰於113年度健保總額其他預算，編列40億元支應相關獎勵。</p> <p>二、承上，本署業於113年1月26日配合政策規劃，公告新增「113年度全民健康保險強化住院護理照護量能方案」。本署將與衛生福利部護理及健康照護司合作適時檢討方案內容，續將爭取公務預算，用於其他非屬值夜班單位或人員之相關獎勵或補貼。</p>
<p>劉委員淑瓊(議事錄第 84~85 頁)</p> <p>謝謝主席，首先要謝謝健保署有依照上次委員意見修正這個改善方案，但對於項次 11、項次 12 這兩個管控項目下修目標值，我還是有不同的意見，我們醫改會同仁有去確認，其實從 109 年到 112 年第 3 季，管控項目項次 11、項次 12 都有達標，而且加上健保署也沒有提供實證資料，以佐證下降的空間已經飽和，所以不知道為何要從 5% 下修到 1%，因為這是個很大的幅度，尤其是健保署的理由是，人口老化利用趨繁，醫療費用也不斷成長，拿這個理由來下</p>	<p>一、109年至111年因 COVID-19 疫情嚴重影響國人就醫行為，又第一線醫護人員全力防疫，故109年至111年相關數值參考價值有限，爰112年係以108年為基期值；現今疫情趨於穩定，應回歸常態即時監控，爰恢復以前一(112)年為基期值。</p> <p>二、本案相關管理措施自108年執行至今，項次11「全藥類藥品重複用藥日數下降率」及項次12「門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再</p>

委員意見	健保署說明
<p>修。反過來講，因為這理由，更要去分析一下到底重複用藥的問題在哪裡？要怎麼去精進？這點請健保署說明一下，謝謝。</p>	<p>次執行下降率」已分別下降12%及13%，頗有成效，為促請醫師善用健保雲端查詢系統，減少非必要用藥，仍有管理必要，惟本案相關管理措施已推動多年，藥品重複可能是有臨床之需求，再下降空間有限，故採納委員監測特定族群之建議，作為今年納入指標調整參考。</p>
<p>陳委員相國(議事錄第 86 頁)</p> <p>我這邊有數據呈現，108 年重複用藥下降目標設定 10%，可是執行率有 27%，重複檢驗的下降部分，目標設定 5%，執行率到 9%，每年都幫我們健保約節省 10、20 億元的檢驗費與藥費，因為已經施行很多年，這些指標已經鈍化了，就是幾乎扣無可扣，無從再下降，這些指標的意義與各方面都變成價值非常低，健保署訂 113 年目標值 1%，因為幾乎扣無可扣，我們醫全會認為沒有參考意義，乾脆要不要把項次 11、12 拿掉，因為沒有具備太大指標性意義，對管控、節省醫療費用的貢獻度有限，以上報告。</p>	
<p>滕委員西華(議事錄第 87 頁)</p> <p>我覺得在高齡化社會，關於重複用藥這個項次，剛剛也有委員說到及健保署說明可能指標鈍化，但我覺得重複用藥在不同族群的意義是不太一樣，我們這是算平均值當然感覺會有鈍化的情況，因為我們有非常多雲端藥歷與檢驗的管理。</p> <p>我建議健保署可以考慮針對特定人口做重複用藥的監測，我剛剛提到 65 歲以上的長輩在重複用藥的情況是相對其他年齡組群嚴重，當然後果也更嚴重，就是因為這樣的關係，所以如果可</p>	

委員意見	健保署說明
<p>可以把這個指標調整為特定的族群，我覺得可能對於將來健康的管理跟促進會更有意義，特別是在輔導他們更正確用藥的時候。</p>	
<p>林委員文德(議事錄第 88 頁)</p> <p>我對剛剛滕西華委員講的非常贊同，並不是重複用藥的問題，而是多用藥的問題，是 polypharmacy 的問題，一張處方箋開 5 種藥、7 種藥，這才是不當的用藥，而不是去看他們藥物有沒有重複，所以我覺得這部分的指標應該再去精進一點，到底是否有用藥過當的問題，這部分是否可以列入考慮，以上。</p>	
<p>李委員永振(議事錄第 85~86 頁)</p> <p>第 1 個，管控項目項次 5 的 113 年度目標值，在修訂增加下轉 100 點的前提下，仍維持 112 年的 63,486 件的目標值是否合理？這樣的話，我們投下去的獎勵不是白花了嗎？雖然錢不多，但也有 4,000 多萬元。</p> <p>第 2 個，在重要業務報告中提到衛福部來函要求 114 年健保總額資料應該在 113 年 3 月 18 日前提供，去(112)年 5 月健保署的業務執行季報告，110 年方案有撙節 32.68 億元醫療費用尚未納入效益考量，112 年方案減少醫療費用，若等到 5 月份再提的話，是不是又趕不上火車？這樣年復一年重複演出，永遠看不到相關效益回饋總額基期。希望健保署加快腳步，今年能夠跨出第一步，將以前提及的數據成效做個整理，在 3 月份委員會議提報時可以提出來。</p>	<p>一、經查112年第1~3季項次5「非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數」執行件數為55,883~61,655件，113年目標值\geq63,486件，已較112年第1~3季之執行件數高(成長率約3.0%~13.6%)。</p> <p>二、本署將持續監測「辦理轉診費_回轉及下轉」支付點數調升，民眾就醫趨勢之變化，並依實際狀況規劃具有挑戰性之目標值。</p>

委員意見	健保署說明
<p>第 3 點，會議資料第 102 頁二、(一) 多項目標值之設定採成長率與實際數值同時呈現，健保署參採委員建議，這個在報部核定時就應該確定，要先提出，至於 113 年 5 月份的業務執行季報告要提再提，如果沒先提出來，到 5 月時才提就真的趕不上火車，永遠都趕不上火車這樣很奇怪。</p> <p>第 4 點，回應國發會 110 年的意見，檢視健保各項支出面改革措施之成效及節流效果，以合理回饋至總額預算的調控，並據以務實檢討基期的合理性，從 110 年到今年又經過了一段期間，事實上更早曾經提過，110 年應該再度提到，所以除了希望今年跨出第一步之外，建議在附件二的改善方案中，第陸項預期效益項下，增加第四點內容如後，就是四、依據本方案所撙節之醫療費用支出，每年應回歸健保總額並納入預算調整因素據以合理調整基期，這樣的話會比較明確而且有法遵，同時健保署比較不會忘記，以上，謝謝。</p>	
<p>陳委員石池(議事錄第 86 頁)</p> <p>各位委員，大家午安，對於這個抑制資源不當耗用改善方案，我想立意非常好，但對其中指標有點意見，請看會議資料第 104 頁項次 3，門診就醫次數全年大於 90 次之保險對象就醫次數下降，目標值應該比率增高才有進步，維持好像不是很好。</p> <p>再來是項次 4，基層與地區醫院門診占整體件數之占率，現在在講分級醫</p>	<p>一、項次 3「門診就醫次數全年大於 90 次之保險對象就醫次數下降」： COVID-19 疫情影響保險對象就醫行為，間接使本項次之降幅縮小，考量後疫情時代疾病型態及保險對象就醫需求，故 113 年目標值維持與 112 年相同。</p> <p>二、項次 4「基層與地區醫院門診占整體件數之占率」：</p>

委員意見	健保署說明
<p>療，目標值比率不能維持，應該要增加才對。</p> <p>項次 9，提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)，這目標值也是要增加才對，這是分級醫療的概念，還是需要增加。</p> <p>會議資料第 105 頁項次 18，住院案件出院後 3 日內急診率，這目標值反而要增加，很奇怪，應該要下降，住院品質照護好的話，就不用回來急診啊！以上是對這幾個指標有一點意見，謝謝。</p>	<p>1. 觀察 COVID-19 疫情後民眾就醫趨勢，醫院層級院所相較基層復甦的更為快速，導致基層院所申報案件數雖有所成長，但 111 年第 3 季~112 年第 3 季期間項次 4 「基層與地區醫院門診占整體件數之占率」仍維持在 72.5%~74.1% 之間，考量 112 年設定目標($\geq 74.2\%$)仍具有挑戰性，建議維持現有目標值。</p> <p>2. 本署將持續監測「辦理轉診費_回轉及下轉」支付點數調升，民眾就醫趨勢之變化，並依實際狀況規劃具有挑戰性之目標值。</p> <p>三、項次 9「提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)-半年指標」：</p> <p>1. 經查 112 年第 1~3 季項次 5「非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數」執行件數為 55,883~61,655 件，113 年目標值 $\geq 63,486$ 件，已較 112 年第 1~3 季之執行件數高(成長率約 3.0%~13.6%)。</p> <p>2. 本署將持續監測「辦理轉診費_回轉及下轉」支付點數調升，民眾就醫趨勢之變化，並依實際狀況規劃具有挑戰性之目標值。</p> <p>四、項次 18「住院案件出院後 3 日以內急診率」：</p> <p>1. 113 年目標值由 112 年 $\leq 2.35\%$ 調整至 $\leq 2.47\%$，主要係為反應目標</p>

委員意見	健保署說明
	<p>值計算基期之落差，並非放寬目標值。</p> <p>2. 112 年目標值係以 110 年年第 3 季 ~111 年第 2 季進行推估，惟該期間適逢疫情警戒管控(民眾大幅減少急診就醫)，致推估目標值明顯低估。</p> <p>3. 為避免目標值設定受疫情影響，爰 113 年目標值改以 108 年第 3~4 季及 112 年第 1~2 季做為推估基期，本署將持續監測本指標表現情形，並逐年調升目標值，以期降低出院後再急診率，提升品質及效率。</p>
<p>朱委員益宏會後書面意見(議事錄第 89 頁)</p> <p>第 103 頁附表有關「前次委員意見/本會研析說明」之「(三)不建議新增『醫學中心慢性病案件數占率』管控項目，因無法明確反映醫療品質」，健保署回應說明「先觀察趨勢變化再予檢討」，本人意見如下：</p> <p>一、本項指標由本人於 111 年第 12 次委員會議中建議新增，今已經過 1 年，各月變化趨勢及連續變化走勢應已有資料，不知要觀察多久變化，才會檢討？</p> <p>二、醫學中心在分級醫療政策之下，穩定慢性病本來就不是鼓勵項目，如果看太多穩定慢性病，會排擠急、重、難症醫療及教學、研究之資源，應與醫學中心的醫療品質有關，不明白為何說本指標無法明確反應</p>	<p>有關「醫學中心慢性病案件數占率」113 年維持觀察指標，持續觀察趨勢變化後納入修訂 114 年方案參考。</p>

委員意見	健保署說明
醫療品質。	
<p>滕委員西華(議事錄第 96 頁)</p> <p>我可不可以進一步麻煩健保署下次提報這個資料時請扣除藥費，因為這都是醫療給付項目，你把分母算進來會稀釋掉占比，謝謝。</p>	配合辦理。
<p>劉委員淑瓊會後書面意見(議事錄第 100~101 頁)</p> <p>112 年第 10 次委員會議中，針對「中央健康保險署所請關於撥補 112 年第 1、2 季受新冠疫情影響總額部門之醫療費用」，會中醫改會等多位委員主張，應有充分的類流感與 COVID-19 流行病學分析，及道德風險的校正等評估資料，當時主席裁示：「請中央健康保險署參考委員意見，對各總額部門實際受影響及撥補額度詳細分析及估算，再提本會討論。」</p> <p>然而，健保署不但無視健保會決議，於 11 月 23 日逕行報部，且後續歷經 112 年第 11 次、113 年第 1 次委員會議，健保署仍未能提出類流感與 COVID-19 流行病學分析，及道德風險的校正等評估資料，未善盡保險人責任，醫改會予以嚴厲譴責，並再次要求提供完整評估資料。</p>	<p>一、本案業經 112 年 12 月 5 日簽奉行政院核可，並於 112 年 12 月 11 日報部同意後執行。</p> <p>二、該補助款業於 112 年 12 月 14、15 日發放完畢。</p>
<p>滕委員西華(議事錄第 102~103 頁)</p> <p>從全民健康保險法修法讓醫材納入自付差額，每年我都會關切品項的納入全額給付或使用率的進度，十幾年來報告都大同小異，老實講百分比對我們來講其實效用很低，會議資料第 217 頁簡</p>	<p>一、謝謝委員建議，針對簡報呈現方式，本署配合調整。</p> <p>二、謝謝委員建議，本署在研議自付差額納入全額給付，將依據臨床實證及參考相關臨床指引，做全</p>

委員意見	健保署說明
<p>報第 4 張，各類的收載品項數都超過 1 種。</p>	<p>面性及整體性的討論。</p>
<p>使用率越高的，包括剛剛提到的冠狀動脈塗藥支架，廠商不願意，廠商當然不願意，因為獲利空間大，價格落在中間等級，如果價格數十萬元的納入全額，廠商當然很高興，因為負擔得起的人太少，如果腦脊髓液分流系統納進來就很好。價格從 2~8 萬元的價格，使用率越高，越不願意納入全額給付，這顯而易見，納入全額給付之後，廠商受到的管理跟醫療院所受到的管理很有程度上的差別。我建議下次做分析時，把項目別拆開，比方冠狀動脈塗藥支架有二代、三代，每個不同品項占率多少，我們看平均數其實不太準。</p>	
<p>特別是特殊功能人工水晶體，有 159 個品項，水晶體的問題我們都知道，就不在這邊講，不同品項的價差也非常大，如果有一天要把自付差額的某一種人工水晶體可望納入全額給付，我當然要從 159 個品項中，看哪一個比較早上市、安全性沒問題、療效明確的納入全額給付，經濟效益是好的。</p>	
<p>我們不求全部都納入，比如二代、三代塗藥支架的衝擊很大，是指二代全部納入嗎？還是不是呢？至少可以分不同的品項數去分批納入，就會對後面不納入的有壓力，會加速納入的使用，這才是相對有效。</p>	
<p>我們也知道健保署很努力，特別在塗藥支架花費蠻多力氣跟廠商協調，廠商</p>	

委員意見	健保署說明
<p>確實也不願意，如果要讓這個報告的監測變得有意義，像是我剛剛提出的建議，請健保署能多考量，至少健保會委員對外或是在相關的會議中，可以去支持納入給付，甚至在估預算的時候可以配合編列，也會比較相對準確一點。</p>	
<p>吳委員鏘亮(議事錄第 103 頁)</p> <p>肯定健保署對於照顧民眾上面的努力，很多特材都要花費很多心力去處理，這些特材都是相當貴，納入全額給付對民眾來講當然是非常好的事情，我想所有委員都很肯定，只是在納入全額給付時，應該規範經費來源，因為全部納入全額給付，對總額的衝擊蠻大，因為這都是高價的，是否等有經費挹注的時候，再來考量全額給付。</p>	<p>謝謝委員建議，本署會持續爭取預算。</p>
<p>李委員永振(議事錄第 104 頁)</p> <p>請各位看到會議資料第 224 頁，冠狀動脈塗藥支架已經有一個趨勢，我記得好像 2 年前在追蹤事項就提到過，又經過 2 年，還是沒有進度，當時就已經提出來估計 29 億元，現在還是估計 29 億元，但這次有呈現更詳細的資料，相較於傳統支架，塗藥支架統計上顯著降低死亡(31%)與心肌梗塞(28%)風險。另外，塗藥支架組的病人醫療資源耗用情形統計上顯著低於傳統支架組。若有這種效益，到底顯著到什麼程度？我的意思是可以省下多少金額，如果是可以省下 15 億元，很抱歉又要講在商言商，我用 29、30 億元去買那個差額 15 億元，可以降低死亡率 31%，心肌梗塞</p>	<p>謝謝委員建議，本署將諮詢相關專科醫學會並就臨床實證效益討論，並持續爭取預算。</p>

委員意見	健保署說明
<p>28%的風險，值不值得？如果值得，應該就要採取行動，因為這個很具體，有成本效益。所以是不是要這樣來考量，這樣你們可能覺得不是都在講財務有困難嗎，但這個有需要的時候不能再講財務有困難，因為成本效益是值得的，我不曉得顯著程度，是 15 億元？還是 25 億元，25 億元的話，可以馬上採取行動，當然廠商那邊還要協調，這樣對於這個議案考量的時候，不會一直觀察，痛失一些機會，我是有這一點感受提供大家參考。</p>	
<p>劉委員淑瓊會後書面意見(議事錄第 105 頁)</p> <p>醫改會於 109 年召開「面對自費五大民苦，正視自費醫療管理問題」記者會，揭示民眾面對自費醫療的五大民苦，並直指「價格」不全是民眾考量自費或自付差額的重點，自費醫療重點在於：「知的權益」與「遇到問題如何處理？」</p> <p>我們曾在全民健康保險會 110 年第 8 次委員會議中提及，醫材比價網的各品項說明排版不足、文字艱澀而難以閱讀，迄今未見改善，如今再次重申，應建立民眾可簡易查詢健保全給付、自付差額品項與全自費品項三者使用情形的頁面，以及適用對象或範圍的比較表，應增加易讀性與可用性。</p>	<p>一、謝謝委員建議，關於健保會 110 年第 8 次委員會議委員關切，因醫材比價網之「全額給付與差額給付特材之比較表」及「功能/材質分類說明」，因涉及專業需由各專科醫學會提供有共識之文字內容。本署已於 111 年 1 月 11 日以健保審字第 1110772714 號函請各專科醫學會以淺顯易懂文字提供修正意見。惟學會表示目前品項的說明已淺顯易懂，不建議修正或無提供修正。</p> <p>二、本署會持續精進醫材比價網呈現內容，便利民眾查詢。</p>
<p>滕委員西華(議事錄第 112~114 頁)</p> <p>關於暫時性支付，健保署所訂定的內容仍然有非常多不明確的事項，在此請教，如果可能應該要修正。</p> <p>第 1 個，實施暫時性支付是屬於有臨</p>	<p>一、符合暫時性支付申請條件的新藥或新適應症，仍需取得食藥署核發藥證，且屬臨床迫切需求及加速核准之具臨床治療潛力藥品，</p>

委員意見	健保署說明
<p>床迫切需求的，這個 Unmet medical needs 是指台灣沒有任何已支付的藥品可用於此疾病，是不是這個定義？就是此疾病都沒有藥可用，所以現在暫時性支付的藥品是符合 1A 這個新藥定義的意思？還是說不是？這是第 1 個請教。</p>	<p>經藥品專家諮詢會議及共同擬訂會議決議，確認暫時性支付理由及待解決的療效不確定(如：臨床療效、相對療效、長期療效、次族群療效或本土族群療效)等事項後，納入暫時性支付項目。</p>
<p>第 2 個，適用藥品是指未完成三期臨床試驗，太寬了，應該倒過來，至少要完成二期吧，這意義完全不一樣！僅通過一期或二期，也是未完成三期，但如果連二期臨床試驗都沒有完成，可以說基本的安全性都備受質疑，就要納入暫時性支付，那病人的安全要怎麼辦？</p>	<p>二、以暫時性支付收載之新藥，仍依全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 14 條規定進行分類。</p> <p>三、暫時性支付原則給付 2 年，期間蒐集我國真實世界資料，廠商需檢送全球或本國預定進行或進行中之相關介入性臨床試驗計劃書、觀察性研究計畫書、前項研究預計完成時程表及真實世界資料收集計畫書等，並於藥品給付協議所訂期限屆期前，由本署重新檢討藥品之參考依據，倘廠商未依限提交資料或無實證療效，則停止給付。</p>
<p>第 3 個，就是因為它可能連二期都沒有完成，我是認為至少完成二期，否則等同於無視病人安全，因為它不是循一般正常的臨床試驗程序，食藥署核准後再進入健保的審核，請問病人若遭受藥害要怎麼認定？安全性還不是很確定，我們就先不要講療效，先講安全性，先確定安全性及藥品毒性是臨床試驗中很重要的一環，到底藥害應該要怎麼認定？</p>	
<p>再來是，以前因為二期之後要擴大收案進入臨床試驗三期，過去都是藥廠用臨床試驗的程序收案以及追蹤與蒐集資料，現在則因為已經納入暫時性支付，請問這些從真實世界收集到的 data 可否供藥廠做為臨床研究的參考資料，這很重要，這本來是藥廠的成本，變成健保成本轉嫁給病人，病人形式上不是做臨床試驗，但實質上就是做臨床試</p>	

委員意見	健保署說明
<p>驗，你應該要跟病人講，使用暫時性支付藥品的風險可能等同於參加臨床試驗的風險，有一些未知的副作用、未知的人體安全性問題、甚至未知的療效，你要跟病人講得很清楚，這跟已完成程序、循正常程序經過 PBRS 審完上市的藥品，是完全不一樣的，這就是為什麼總額協商時我對暫時性支付這麼地焦慮跟擔憂的問題。所以提供暫時性支付藥品之治療，要告知病人有以上提到的問題。另外，real world data 蒐集起來要做什麼樣的應用，誰擁有這個資料的所有權也很重要，以前藥廠做當然是藥廠，公開到什麼地步，這些資料會不會公開？是做了 HTA 然後健保署自己收好就好？</p> <p>最後我要問關鍵的事情，應該在此補充，第 1 個怎麼監測暫時性支付藥品在病人身上的安全性及療效？第 2 個，誰來追蹤？要監測就要有追蹤，誰去追病人？是賦予藥廠、醫師、還是健保署要負責追病人？怎麼追蹤，追蹤是誰負責要給我報告？是藥廠、醫師、醫療機構、還是病人要給我報告？向誰報告，是向健保署、CDE 還是向藥廠報告？也就是應該要釐清，誰該報告，報告給誰，這 2 個都不一樣。第 2 個，在何時？健保署什麼時間要如何做確認，是 3 個月嗎？總是要知道病人吃下去就會有變化，是服用藥物 1 個月、3 個月、還是半年嗎？原則不超過 2 年，那 2 年內只做一次評估嗎？你要定期也要覈實，就</p>	

委員意見	健保署說明
<p>是要釐清多久期間、用什麼樣的方式，去確認我剛剛提的那些問題，如果這個沒有回應，就不應該貿然實施，謝謝。</p>	
<p>吳委員鏘亮(議事錄第 114 頁)</p> <p>謝謝主席，我很贊成滕委員，開放暫時性支付制度的話，我想執行多數在醫院中，不會在其他的總額部門中做這件事情，剛才滕委員已經講很多，這對我們而言執行上會有很大的疑慮，滕委員已講很多我就不贅述。只是對於民眾來講，他們不知道這是在實驗當中，因為未完成三期臨床試驗就是實驗，對民眾來講他只關心健保有無給付，健保沒給付跟健保有給付，而對醫院端來講，是健保給付的話都可以用，但對民眾來講確實是一個很大的風險，這部分對醫院執行也是很大的風險，細節不詳述因為滕委員已經講過，在此重申，我們還是很質疑暫時性支付制度的執行，謝謝。</p>	
<p>滕委員西華(議事錄第 118~120 頁)</p> <p>不好意思，因為既然要提到小孩，我們就 trail，我們在受試者保護協會做病人保護，兒童做臨床試驗更是易受傷害的族群，必須要經由 IRB 非常嚴謹的評估，根據收案標準去走。每個病人都想活，特別是沒有藥醫的病人更想活，但是不能利用病人想活的心情，包裝一個道德的高度說因為他真的很可憐、他那麼小、小孩很急迫有需求。當然急迫，不要說小孩、老人也很急迫，面對疾病傷害的時候大家都很急迫。你舉這個例子我就更擔心，它連一期都沒有完成，</p>	

委員意見	健保署說明
<p>早期做愛滋病藥品臨床試驗，就是一個 milestone，因為它死亡非常的快、又非常多，開始做一期研發時，由美國政府破例用其他收案的方式公告說這等同臨床試驗，病人要自己承擔風險，才有一些這樣的例外，至今這樣的例外非常少，而且要經由國家整體評估，而且你還提小朋友，我們怎麼可能說一個美國有效、然後到台灣來一期試驗都沒有完成、二期試驗都沒有收，只因為小孩子真的沒有藥醫了，所以沒有關係，你就加入我們健保的臨床試驗吧，我們不能這樣子做啊。</p> <p>如果藥廠認為這麼有效，它在台灣做臨床試驗，請問為什麼不能在 FDA 的監管下，就讓藥廠用臨床試驗收病人呢？以前病人參加藥物的臨床試驗是不用付錢，成本是由藥廠負擔、風險也是藥廠承擔，不是藥害救濟基金付。現在健保署要收錢、幫它收個案，還不用確定安全性，就是告訴它病人真的很需要。哪個病人不需要？都需要，罕病也需要還排除罕病、長效精神科也很需要，不知道你為什麼排除這些都沒有理由，甚至排除這些疾病的適用，也不符合暫時性支付的理由，你要救人，要確保國家的體制跟廠商不一樣、跟生技公司不一樣，國家至少要確認這個產品在臨床試用下，不會置醫師、藥師、醫療機構、病人於風險之中。你連一期臨床試驗都沒有做，我覺得這樣不對，而且一期要活下來進到二期，二期藥品要活</p>	

委員意見	健保署說明
<p>下來進到三期，對藥廠來說是什麼？它篩選的有效性是很重要的，如果沒辦法在二期確認安全性，根本無法活下來進到三期，多少藥物在二期就死掉，連疫苗都是，你還記得 COVID-19 疫苗一期、二期臨床試驗的 challenge 嗎？一期的病人甚至在個位數，很多還沒有到病人的階段、還在健康人的階段，二期才有一少部分規模的病人，我們國家真的要這麼做嗎？</p>	
<p>李委員永振(議事錄第 115 頁)</p> <p>第 2 個要請教健保署在提出計畫內容中，如何確認牙醫師「有擬定對應的牙醫治療計畫」？如何落實稽核？這跟剛才第 1 個議題一樣。這稽核的部分還蠻重要的，所以有 2 點請教：第 1，會議資料第 253 頁，健保署研訂內容二(一)提到，醫師當年第 1 次申報需填寫自評表，是指每年只需填寫 1 次自評表嗎？如果是這樣每人都可以給 100 點？這樣好像怪怪的，你 1 年寫 1 次就好，這樣的話好像沒有辦法去呼應；第 2，如果 1 年只自評 1 次，則健保署在會議資料第 254 頁提出的稽核機制，抽審案件時一併查核自評表，如何確認牙醫師有確實為每位病人擬定相應治療計畫？後面這個才是我們所 care 的，不然的話你要怎麼去查。</p>	<p>一、本計畫自評表係要求醫師每年填寫，並由牙全會每年更新自評表內容，以確保醫師可定期接收最新用藥及治療注意事項。</p> <p>二、至於查詢個別病人用藥及擬定牙醫治療計畫一節，則請醫師實際情形記錄於病歷中，抽審時則需要同時檢附自評表及病歷等相關資料，以利審查。</p>

編號	醫事機構代號	醫事機構名稱	特約類別	許可床				開放床				申報情形					
				急性一級病床	慢性一級病床	急性二級病床	慢性二級病床	急 性 病床	慢 性 病床	申報合計							
1	11011100011	台光馬偕		1,622	54	95	0	1,771	1,466	36	0	0	1,502	1,303	35	0	1,338
2	11011150011	新光醫院		832	45	0	0	877	518	25	0	0	543	469	10	0	479
3	11310100111	亞東醫院		831	128	0	100	1,059	830	50	0	0	880	756	46	0	802
4	1301200010	馬偕醫院		590	38	100	0	638	500	38	0	0	538	474	19	0	493
5	1101020018	國泰醫院		565	0	0	0	565	556	0	0	0	556	422	0	0	422
6	04011180014	台大醫院		1,2388	68	0	0	2,456	1,813	68	0	0	1,881	1,768	66	0	1,864
7	0501110514	三軍總醫院		1,250	118	0	0	1,368	1,250	118	0	0	1,368	1,139	110	0	1,249
8	06011160016	臺大榮總		2,404	102	0	0	2,506	2,404	98	0	0	2,502	2,131	80	0	2,211
9	1145010010	馬偕醫院		500	40	173	0	713	500	35	173	0	708	475	30	152	657
10	0602030026	高雄榮總		971	48	0	0	1,019	971	48	0	0	1,019	908	48	0	956
11	114200017	高雄長庚		1,388	150	415	100	2,053	1,388	99	363	54	1,904	1,348	73	329	222
12	0421040011	成大醫院		916	30	0	0	946	916	30	0	0	946	899	26	0	925
13	1141310019	奇美醫院		867	40	0	0	907	867	40	0	0	907	841	36	0	877
14	1317040011	中山附醫		792	46	0	0	838	792	34	0	0	826	712	32	0	744
15	1317050017	中國附醫		1,461	45	0	0	1,506	1,446	45	0	0	1,491	1,429	41	0	1,470
16	0611700018	臺中榮總		975	70	0	0	1,045	975	70	0	0	1,045	962	52	0	1,014
17	1137010024	彰基		976	50	156	0	1,182	889	36	154	0	1,079	875	30	91	996
18	1132010011	林口長庚		3,095	40	0	0	3,135	2,648	25	0	0	2,673	2,515	21	0	2,536
19	1302050014	高雄醫學大		1,200	41	0	0	1,241	1,200	41	0	0	1,241	1,149	40	0	1,189
20	1101160026	和信治癌		252	0	0	0	252	252	0	0	0	252	217	0	0	217
21	1111060015	長庚基隆		800	60	0	0	860	792	25	0	0	817	738	18	0	756
22	1131090019	馬偕醫院		312	0	48	0	360	312	0	37	0	349	288	0	29	0
23	1231050017	林慈醫院		982	80	0	70	1,132	837	49	0	0	886	504	24	0	528
24	1101010021	臺安醫院		256	0	0	0	256	256	0	0	0	256	195	0	0	195
25	0131060029	郵局北		449	50	0	0	499	315	50	0	0	395	334	43	0	377
26	0131230012	郵局里		0	150	0	350	590	0	150	0	350	500	0	144	0	376
27	0501010019	三總松山		320	31	0	40	391	187	31	0	40	258	127	6	0	140
28	05011160014	三總光復		0	335	0	217	552	0	335	0	217	552	0	254	0	466
29	1145010038	門諾醫院		300	0	200	0	500	300	0	0	0	300	287	0	0	287
30	1146010014	台東馬偕		377	27	0	0	404	337	27	0	0	364	333	0	0	333
31	1543010109	國仁醫院		256	0	0	0	256	226	0	0	0	226	87	0	0	87
32	0102080026	市立凱基		0	442	0	250	692	0	442	0	167	609	0	372	0	113
33	0143010011	部隊東醫院		300	50	100	0	550	300	30	3	72	405	248	22	0	306
34	0502080015	國軍高總		507	77	0	0	584	393	77	0	0	470	325	76	0	401
35	1102110011	小慈醫院		496	0	0	0	496	369	0	0	0	369	369	0	0	369
36	1142120001	慈大醫院		900	30	0	0	930	900	30	0	0	930	669	30	0	699
37	1143010012	昇基醫院		449	0	50	0	499	356	0	0	0	356	327	0	0	327
38	1343030018	輔英醫院		371	0	50	0	421	290	0	15	0	305	214	0	0	214
39	1442060014	慈惠醫院		0	70	0	229	299	0	70	0	229	299	0	65	0	279
40	0102020011	高雄市聯醫		312	0	0	0	312	233	0	0	0	233	179	0	0	179
41	0121050011	部隊南醫院		386	84	10	70	550	386	76	3	70	535	251	47	1	318
42	0141270028	志南學苑		0	180	0	318	498	0	164	0	318	482	0	109	0	162
43	0439010518	臺大雲林		617	150	0	110	877	544	50	0	110	704	554	50	0	53
44	1121010018	新竹醫院		285	0	0	0	285	285	0	0	0	285	241	0	0	241

编号	医疗机构代码	医疗机构名称	特约 级别	普通门诊		普通门诊		急诊门诊		急诊门诊		门诊综合		急诊综合				
				急性一 般疾病	急性一 般疾病	慢性精 神疾病	慢性精 神疾病	普通精 神疾病	普通精 神疾病	急诊精 神疾病	急诊精 神疾病	急诊精 神疾病	急诊精 神疾病	慢性精 神疾病	慢性精 神疾病			
45	1122010012	泰基医院	2	601	33	100	0	734	901	33	100	0	734	587	27	12	0	626
46	1140010510	长庚医院	2	1,000	25	0	0	1,025	1,000	25	0	0	1,025	868	23	0	0	891
47	0117030010	都会中	2	258	40	0	50	448	358	40	0	50	448	285	31	0	31	347
48	0136010010	邻里总	2	430	40	45	0	515	430	30	45	0	505	342	19	0	0	361
49	013770515	都彰化	2	378	50	50	150	628	275	50	0	150	475	225	35	0	147	407
50	0138010027	彰南总	2	290	44	130	0	464	262	44	0	0	306	218	26	0	0	244
51	0138030010	单光慈院	2	0	193	0	800	983	0	193	0	800	983	0	192	0	773	965
52	0536190011	圆融量中	2	409	116	0	0	525	299	104	0	0	403	215	67	0	0	282
53	1136200015	大里仁爱	2	488	0	0	0	488	488	0	0	0	488	357	0	0	0	357
54	1532100049	新嘉园新医	2	450	0	0	0	450	400	0	0	0	400	294	0	0	0	294
55	0132010014	都培里	2	620	50	37	0	707	620	50	37	0	707	590	28	17	0	644
56	0132010023	桃盛	2	0	312	0	424	736	0	292	0	272	564	0	285	0	221	506
57	0135010016	都苗素	2	365	80	0	0	445	230	80	0	0	310	194	51	0	0	245
58	0532000029	国医桃园	2	499	75	0	100	674	340	75	0	100	515	274	46	0	87	407
59	1112010519	新竹马偕	2	538	0	0	0	538	353	0	0	0	353	319	0	0	0	319
60	1135050020	为泰医院	2	371	99	0	288	758	300	94	0	288	687	227	92	0	183	502
61	0101090517	丰光市肿瘤	2	2,336	419	0	175	2,930	1,705	365	0	133	2,263	1,272	347	0	68	1,687
62	1131050515	台光慈济	2	499	70	290	0	769	499	70	200	0	769	473	62	147	0	682
63	1517061032	盈清中港	2	750	0	0	0	750	749	0	0	0	749	613	0	0	0	613
64	1137020511	彰藻秀传	2	500	100	60	300	960	419	100	60	300	879	286	82	0	24	302
65	1131110516	汐止圆泰	2	440	40	0	0	480	433	25	0	0	458	353	19	0	0	372
66	0545040515	圆光花莲	2	177	89	0	50	316	177	75	0	50	302	98	41	0	37	176
67	1136090519	台中慈济	2	499	50	360	0	909	499	50	360	0	909	429	35	27	0	485
68	0902080013	民综合	2	434	0	109	0	543	433	0	97	0	530	433	0	97	0	530
69	0943030019	安泰综合	2	450	20	0	0	470	459	20	0	0	470	292	10	0	0	302
70	0943010017	富建综合	2	278	0	36	0	314	278	0	26	0	304	204	0	14	0	218
71	0936050029	光田综合	2	745	50	62	0	857	745	50	62	0	857	572	31	34	0	637
72	0434010518	博大医院	2	499	0	0	0	499	400	0	0	0	400	351	0	0	0	351
73	0936030018	大甲综合	2	300	0	0	0	300	251	0	0	0	251	124	0	0	0	124
74	1331040513	变和综合	2	800	100	0	0	900	800	57	0	0	857	776	38	0	0	814
75	0412040012	台大新竹	2	550	50	0	0	600	550	36	0	0	586	497	17	0	0	514
76	153201154	敏盛综合	2	600	0	0	0	600	455	0	0	0	455	331	0	0	0	331
77	0131020016	新光市肿瘤	2	350	0	0	0	350	328	0	0	0	328	227	0	0	0	227
78	0932020025	天医综合	2	315	0	0	0	315	255	0	0	0	255	130	0	0	0	130
79	0937010019	秀泰综合	2	675	39	0	0	705	634	0	0	0	634	369	0	0	0	369
80	1140030012	大林慈济	2	600	50	350	80	1,080	600	50	0	40	690	450	45	0	15	510
81	1305370013	布立安	2	499	40	0	228	767	499	40	0	228	767	420	17	0	49	486
82	1105040016	新建综合	2	301	0	0	0	301	298	0	0	0	298	176	0	0	0	176
83	1132010024	圣保禄综合	2	449	0	0	0	449	252	0	0	0	252	226	0	0	0	226
84	1134020019	医圣博爱	2	753	0	60	0	813	621	0	0	0	621	548	0	0	0	548
85	0917070029	林新综合	2	412	0	0	0	412	412	0	0	0	412	336	0	0	0	336
86	1138020015	培里基医	2	268	0	100	0	368	268	0	0	0	268	197	0	0	0	197
87	0622020017	中泰基	2	230	50	300	175	775	250	50	36	175	511	173	41	0	98	312
88	1122010021	圣马福安	2	381	40	41	70	532	381	0	0	0	381	295	0	0	0	295
89	1331160010	輔大附醫	2	499	40	0	0	539	499	0	0	0	499	452	0	0	0	452
90	0905320023	南市立醫院	2	431	24	0	0	455	346	24	0	0	370	303	21	0	0	321

編號	醫事機構名稱	醫事機構簡稱	特約 類別	許可床			開放床			申報情形		
				急性一 般病床	慢性病 床	慢病床	急性一 般病床	慢性病 床	慢病床	急性一級 病床	慢性病 床	申報合計
137	1502111089	龍紀堂婦兒	3	20	0	0	20	20	0	20	20	0
138	1542010052	大東醫院	3	114	0	0	114	49	0	49	43	0
139	1542010141	優生婦產科	3	20	0	0	20	20	0	20	9	9
140	1542020129	應安醫院	3	0	30	0	50	0	30	50	80	49
141	1542021171	惠川醫院	3	20	0	0	20	20	0	20	12	0
142	1542030116	溪洲醫院	3	20	0	0	20	20	0	20	6	6
143	1502051337	地外科醫院	3	29	0	0	29	20	0	20	9	0
144	1502060014	新志醫院	3	20	0	0	20	20	0	20	0	0
145	1502060041	靜和醫院	3	0	39	0	0	39	0	0	39	0
146	1502060112	慈德骨科醫	3	20	0	0	20	20	0	20	1	1
147	1502060149	惠仁醫院	3	20	0	0	20	20	0	20	2	2
148	1502070118	健新醫院	3	49	0	0	49	49	0	49	11	0
149	1502020065	正大醫院	3	20	0	0	20	20	0	20	20	0
150	1502031095	譽美醫學院	3	40	0	0	40	30	0	0	30	0
151	1502031102	柏仁醫院	3	48	0	0	48	48	0	48	46	0
152	1502040021	健仁醫院	3	150	0	61	0	211	0	46	0	161
153	1502040076	慈慈醫學院	3	20	0	0	20	20	0	0	20	0
154	1502041108	長春醫院	3	30	0	0	30	22	0	0	22	8
155	1502050170	祐生醫院	3	100	0	0	100	38	0	0	38	14
156	0102080017	民生醫院	3	403	0	0	403	308	0	0	308	280
157	0142030019	錦山醫院	3	185	40	0	100	325	40	0	100	325
158	0143040019	恆泰綠地醫	3	50	0	0	50	35	0	0	35	0
159	0144010015	澎湖醫院	3	79	36	0	80	195	36	0	80	195
160	0542020011	黑墨雨山醫	3	142	48	30	0	220	68	48	30	0
161	0543010019	國豐東分	3	95	30	48	0	173	49	30	0	79
162	0544010031	三富診所	3	138	0	0	138	0	0	0	138	87
163	1143040010	泣春基督教	3	40	0	0	40	29	0	0	29	18
164	1143150011	迦南醫院	3	0	104	0	45	149	0	45	149	0
165	1202080029	基督牧信義	3	25	0	0	25	20	0	0	20	4
166	1543010190	民恩醫院	3	34	0	0	34	34	0	0	34	0
167	1543020105	找骨科醫	3	66	0	0	66	66	0	0	66	45
168	1542061077	應生婦幼醫	3	22	0	0	22	22	0	0	22	10
169	1522021175	康亞人醫院	3	33	0	0	33	33	0	0	33	24
170	1539010048	漢慈醫院	3	49	0	0	49	49	0	0	49	18
171	1539010057	安生醫院	3	20	0	0	20	20	0	0	20	0
172	1539040019	育仁醫院	3	20	0	0	20	20	0	0	20	14
173	1539050015	慈醫院	3	20	0	0	20	20	0	0	20	1
174	1539060011	全生醫院	3	20	0	0	20	20	0	0	20	0
175	1441060010	仁豐醫院	3	0	0	0	200	0	0	0	200	0
176	1521030081	洪外科醫院	3	20	0	0	20	20	0	0	20	0
177	1521040050	志強醫院	3	20	0	0	20	20	0	0	20	3
178	1521050010	奉川醫院	3	20	0	0	20	20	0	0	20	0
179	1541070045	富科醫院	3	20	0	0	20	20	0	0	20	0
180	1541011126	營新醫院	3	37	0	0	37	37	0	0	37	24
181	1521051160	永和醫院	3	20	0	0	20	20	0	0	20	6
182	1521051179	仁村醫院	3	20	0	0	20	20	0	0	20	0

编号	医疗机构代码	医疗机构名称	待可床												申板情形												
			待约 量	急 性 病床	急 性 神病床	急 性 精神病 病床	慢 性 病床	慢 性 精神病 病床	许 可 床	许 可 床 合 计	急 性 病床	急 性 病床	慢 性 病床	慢 性 精神病 病床	同 故床	急 性 病床	急 性 病床	慢 性 病床	慢 性 精神病 病床	同 故床	急 性 病床	急 性 神病床	慢 性 病床	慢 性 精神病 病床	同 故床		
229	1532040066	怡仁醫院	3	150	0	100	0	250	150	0	91	0	241	132	0	4	0	0	136	0	0	0	0	0	0	0	
230	1532060031	居善醫院	3	0	60	0	360	429	0	60	0	369	429	0	41	0	0	0	0	143	0	0	0	0	0	0	0
231	1532070019	大明醫院	3	40	0	0	0	40	22	0	0	0	22	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
232	1532100012	新永和醫院	3	57	0	0	0	57	44	0	0	0	44	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
233	1532101091	福明醫院	3	70	0	0	0	70	70	0	0	0	70	69	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
234	153210108	宋慶宏婦幼	3	90	0	0	0	90	35	0	0	0	35	26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
235	153303028	林醫院	3	20	0	0	0	20	20	0	0	0	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
236	153303046	竹林醫院	3	24	0	0	0	24	24	0	0	0	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
237	1533051063	大安醫院	3	48	0	0	0	48	48	0	0	0	48	44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
238	1533050024	協和醫院	3	32	0	0	0	32	32	0	0	0	32	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
239	151201185	南門醫院	3	105	0	0	0	105	73	0	0	0	73	56	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
240	1512040051	新中興醫院	3	21	0	0	0	21	20	0	0	0	20	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
241	153201013	振生醫院	3	20	0	0	0	20	20	0	0	0	20	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
242	153201020	聯勤檢斷	3	52	0	0	0	52	20	0	0	0	20	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
243	1532020215	裕民醫院	3	49	0	0	0	49	20	0	0	0	20	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
244	1532021285	平安醫院	3	28	0	0	0	28	20	0	0	0	20	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
245	153204039	天成醫院	3	210	0	0	0	210	140	0	0	0	140	67	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
246	0132110519	桃園新星	3	170	0	0	0	170	157	0	0	0	157	133	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
247	0512040014	國軍新竹醫	3	165	67	0	0	232	165	67	0	0	232	81	46	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
248	0633030010	北臺新竹	3	178	60	0	0	150	388	145	60	0	150	355	129	46	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
249	11112010528	圓泰新竹	3	217	0	0	0	217	217	0	0	0	217	159	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
250	1132071736	桃園長庚	3	149	0	1,500	200	1,849	149	0	256	100	505	90	0	170	55	0	0	0	0	0	0	0	0		
251	1435010013	仁愛新生活	3	47	0	0	0	47	47	0	0	0	47	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
252	1531071030	仁愛醫院	3	148	0	0	0	148	132	0	0	0	132	79	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
253	1531101113	淨安醫院	3	0	0	0	0	213	213	0	0	0	213	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
254	1531130052	廣川醫院	3	50	0	0	0	50	38	0	0	0	38	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
255	1531040259	中祥醫院	3	20	0	0	0	20	20	0	0	0	20	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
256	1531050077	同仁醫院	3	20	0	0	0	15	35	20	0	0	20	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
257	1531050086	宏慈榮家	3	0	0	0	0	69	69	0	0	0	69	69	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
258	1531060046	大順醫院	3	0	0	0	0	20	0	0	0	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
259	1531060073	新莊慈仁	3	0	0	77	0	77	0	0	20	0	0	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
260	1531060082	板新醫院	3	20	0	0	0	20	20	0	0	0	20	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
261	1531060108	善中醫院	3	20	0	0	0	20	20	0	0	0	20	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
262	1511701103	第一醫院	3	12	0	0	0	12	12	0	0	0	12	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
263	1531010279	板橋中興	3	81	0	0	0	81	78	0	0	0	78	44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
264	1531011310	板橋國泰醫	3	30	0	0	0	30	25	0	0	0	25	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
265	153102022	宏基醫院	3	29	0	0	0	29	16	0	0	0	16	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
266	1531021165	三愛中興	3	20	0	0	0	138	138	0	0	0	138	137	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
267	1501100037	慈和婦女	3	20	0	0	0	20	20	0	0	0	20	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
268	1501101141	泰安醫院	3	0	86	0	86	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
269	1511010068	新基醫院	3	29	0	0	0	29	16	0	0	0	16	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
270	1511060022	南光精神院	3	0	0	138	138	0	0	0	138	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
271	1531101305	仁安醫院	3	20	0	16	0	36	20	0	0	0	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
272	1536618139	本堂淨德	3	49	0	0	0	49	49	0	0	0	49	28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
273	1531010019	台安醫院	3	0	85	0	85	0	0	0	0	85	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
274	1542061148	地生醫院	3	156	0	0	0	156	20	0	0	0	20	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		

编 码	医 事 机 构 代 码	医 事 机 构 代 称	特 约 服 务 项 目 别	特 约 服 务				急 性 病				慢 性 病				门 诊 病				申 报 情 形				
				急 性 一 般 病	急 性 病 症 病	慢 性 病 症 病	慢 性 病 症 病	急 性 病 症 病	急 性 病 症 病	慢 性 病 症 病	慢 性 病 症 病	急 性 一 般 病	急 性 病 症 病	慢 性 病 症 病	慢 性 病 症 病	急 性 一 般 病	急 性 病 症 病	慢 性 病 症 病	慢 性 病 症 病	急 性 病	急 性 病	慢 性 病	慢 性 病	
275	1531041363	慈生醫院	3	20	0	0	0	20	29	0	0	20	11	0	0	20	11	0	0	0	0	0	11	
276	1522011115	陽明醫院	3	235	0	0	0	235	235	0	0	235	89	0	0	235	89	0	0	0	0	0	89	
277	1537051265	慈生醫院	3	0	60	0	240	300	0	60	0	240	300	0	60	0	240	300	0	0	0	0	240	
278	1541011162	信一醫科	3	20	0	0	0	20	20	0	0	0	0	0	0	20	9	0	0	0	0	0	9	
279	1502081175	鄉外科醫院	3	100	0	0	100	100	45	0	0	0	0	0	0	45	25	0	0	0	0	0	25	
280	1502041117	右昌聯合醫	3	93	0	30	0	123	93	0	5	0	98	50	0	0	0	0	0	0	0	0	50	
281	1536011276	新惠生	3	43	0	0	43	43	0	0	0	0	43	35	0	0	0	0	0	0	0	0	35	
282	0439010577	成大斗六	3	190	60	20	40	310	144	32	0	40	216	126	25	0	12	0	0	0	0	0	163	
283	1531131139	元基醫院	3	20	0	0	20	20	0	0	0	0	0	0	0	20	13	0	0	0	0	0	13	
284	1535031041	通富光田	3	30	0	0	30	30	0	0	0	0	30	11	0	0	0	0	0	0	0	0	11	
285	1521041137	開元專治愛	3	20	0	10	0	30	20	0	6	0	26	11	0	0	3	0	0	0	0	0	14	
286	0190030516	街福部落金門	3	254	30	22	72	378	113	26	0	70	209	100	5	0	0	0	0	0	0	0	6	
287	1536040553	沐漢醫院	3	0	20	0	180	200	0	20	0	180	200	0	19	0	19	0	0	0	0	0	145	
288	1537051274	慈生醫院	3	20	0	0	20	20	0	0	0	0	0	0	0	20	18	0	0	0	0	0	18	
289	1536201065	新基醫療	3	40	0	0	40	40	0	0	0	0	40	16	0	0	0	0	0	0	0	0	16	
290	1502051426	四季台安置	3	49	0	0	49	49	0	0	0	0	49	48	0	0	0	0	0	0	0	0	48	
291	1536011294	祥恩醫院	3	39	0	0	39	39	0	0	0	0	39	36	0	0	0	0	0	0	0	0	36	
292	1137020520	彭基慈惠醫	3	180	110	0	180	470	180	110	0	180	470	135	59	0	54	0	54	0	0	0	0	248
293	0937050014	員榮醫院	3	248	0	0	248	248	0	0	0	0	248	158	0	0	0	0	0	0	0	0	0	158
294	0931010016	中榮醫院	3	38	0	0	38	38	0	0	0	0	38	11	0	0	0	0	0	0	0	0	11	
295	1522021237	世華醫院	3	0	0	43	0	43	0	0	0	0	43	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	
296	0935020937	李綜合這裡	3	183	0	0	183	183	0	0	0	0	183	112	0	0	0	0	0	0	0	0	112	
297	1542011282	杏和醫院	3	48	0	0	48	48	0	0	0	0	48	37	0	0	0	0	0	0	0	0	37	
298	09338030016	信義醫院	3	282	0	0	282	176	0	0	0	0	176	111	0	0	0	0	0	0	0	0	111	
299	0931090014	文化醫院	3	30	0	0	30	30	0	0	0	0	30	13	0	0	0	0	0	0	0	0	13	
300	1139040011	彰基富林	3	200	0	0	200	200	0	0	0	0	200	136	0	0	0	0	0	0	0	0	136	
301	0937030012	道惠醫院	3	49	0	0	49	49	0	0	0	0	49	16	0	0	0	0	0	0	0	0	16	
302	1507290012	生安婦小	3	49	0	0	49	49	0	0	0	0	49	14	0	0	0	0	0	0	0	0	14	
303	1105050012	奇美佳醫	3	228	0	0	228	228	0	0	0	0	228	205	0	0	0	0	0	0	0	0	205	
304	1507340017	中正精神科	3	86	0	0	86	86	0	0	0	0	86	72	0	0	0	0	0	0	0	0	72	
305	0943010026	安和醫院	3	49	0	0	49	49	0	0	0	0	49	21	0	0	0	0	0	0	0	0	21	
306	0933901018	信安醫院	3	0	60	0	170	230	0	60	0	170	230	0	37	0	37	0	0	0	0	0	118	
307	1531120328	鴻芳喉工醫	3	39	0	0	39	39	0	0	0	0	20	11	0	0	0	0	0	0	0	0	11	
308	1536061114	忠惠醫院	3	20	0	0	20	20	0	0	0	0	20	16	0	0	0	0	0	0	0	0	16	
309	0931060016	新仁醫院	3	22	0	0	22	22	0	0	0	0	22	14	0	0	0	0	0	0	0	0	14	
310	0431270012	台大金山	3	100	0	0	100	48	0	0	0	0	48	38	0	0	0	0	0	0	0	0	38	
311	1522021264	安心醫院	3	20	0	0	20	20	0	0	0	0	20	19	0	0	0	0	0	0	0	0	19	
312	1507340026	上華醫院	3	48	0	0	48	48	0	0	0	0	48	33	0	0	0	0	0	0	0	0	33	
313	1507320015	新高醫院	3	82	0	0	82	81	0	0	0	0	81	51	0	0	0	0	0	0	0	0	51	
314	0934060027	海天醫院	3	0	40	0	59	99	0	40	0	59	99	0	40	0	40	0	0	0	0	0	42	
315	0942020019	國山教博	3	64	0	0	64	60	0	0	0	0	60	57	0	0	0	0	0	0	0	0	57	
316	1139130010	長庚宮休	3	400	0	0	400	116	0	0	0	0	116	88	0	0	0	0	0	0	0	0	88	
317	0941010019	新興醫院	3	50	0	0	50	49	0	0	0	0	49	20	0	0	0	0	0	0	0	0	20	
318	1531061230	慈氏醫院	3	25	0	0	25	25	0	0	0	0	25	24	0	0	0	0	0	0	0	0	24	
319	1145060029	门诊希望分	3	40	0	0	160	200	0	40	0	160	200	0	24	0	24	0	0	0	0	0	24	
320	1503250012	家恩慈安分	3	0	45	0	139	184	0	45	0	139	184	0	38	0	38	0	0	0	0	0	31	

编号	医疗机构代码	医疗机构名称	待可床												申板情形												
			待约 量	急 性 病床	慢 性 病床	慢 性 精神病 病床	待可床 合计	急 性 病床	慢 性 病床	慢 性 精神病 病床	待可床 合计	急 性 病床	慢 性 病床	慢 性 精神病 病床	待可床 合计	急 性 病床	慢 性 病床	慢 性 精神病 病床	待可床 合计	急 性 病床	慢 性 病床	慢 性 精神病 病床	待可床 合计				
413	1532091001	龙潭蚊医	3	96	0	0	96	0	0	0	96	23	0	0	23	0	0	0	23	0	0	0	0	0	0		
414	0401020013	台东中医	3	432	0	0	0	0	0	0	432	383	0	0	383	0	0	0	383	0	0	0	0	0	286		
415	0905290020	吉安医院	3	30	0	0	0	0	0	0	30	20	0	0	20	0	0	0	20	0	0	0	0	0	0		
416	1138010019	南投基督教	3	150	0	0	0	0	0	0	150	89	0	0	89	0	0	0	89	0	0	0	0	0	85		
417	1103280012	高雄正地医	3	60	0	0	0	0	0	0	60	60	0	0	60	0	0	0	60	51	0	0	0	0	0	51	
418	0944301044	復興醫院	3	20	0	0	0	0	0	0	20	20	0	0	20	0	0	0	20	4	0	0	0	0	0	4	
419	1137010051	彰基漢基医	3	130	0	0	0	0	0	0	130	130	0	0	130	0	0	0	130	127	0	0	0	0	0	127	
420	0944301035	優生醫院	3	37	0	0	0	0	0	0	37	37	0	0	37	0	0	0	37	20	0	0	0	0	0	20	
421	1542011257	慈德醫院	3	24	0	0	0	0	0	0	24	23	0	0	23	0	0	0	23	10	0	0	0	0	0	19	
422	1507300059	摩華乳房外	3	26	0	0	0	0	0	0	26	20	0	0	20	0	0	0	20	18	0	0	0	0	0	18	
423	0922020031	坪林醫院	3	0	0	0	0	84	0	0	84	0	0	0	84	0	0	0	84	0	0	0	0	0	0	64	
424	0433050018	光大生醫	3	625	75	50	100	350	400	50	0	100	550	0	100	550	0	100	50	0	0	0	0	0	0	56	
425	1144010016	慈民醫院	3	20	0	0	0	0	0	0	20	20	0	0	20	0	0	0	20	0	0	0	0	0	0	0	
426	1507300068	鈞安婦幼醫	3	20	0	0	0	0	0	0	20	20	0	0	20	0	0	0	20	10	0	0	0	0	0	10	
427	1542051151	翠園醫院	3	34	0	0	0	0	0	0	34	30	0	0	30	0	0	0	30	29	0	0	0	0	0	29	
428	1131130018	上城醫院	3	499	30	0	0	50	579	499	30	0	50	579	0	50	579	0	50	382	24	0	0	0	0	0	22
429	1134050026	杏和醫院	3	20	0	0	0	0	0	0	20	0	0	0	20	0	0	0	20	5	0	0	0	0	0	5	
430	1531091149	清福醫院	3	20	0	0	0	0	0	0	20	20	0	0	20	0	0	0	20	11	0	0	0	0	0	11	
431	1507330039	忠孝法律專	3	20	0	0	0	0	0	0	20	20	0	0	20	0	0	0	20	18	0	0	0	0	0	18	
432	1503010045	惠慈醫院	3	36	0	0	0	0	0	0	36	20	0	0	20	0	0	0	20	12	0	0	0	0	0	12	
433	1146010041	台東慈母醫	3	20	0	0	0	0	0	0	20	12	0	0	12	0	0	0	12	1	0	0	0	0	0	1	
434	1507300077	博雅國際醫	3	49	0	0	0	0	0	0	49	49	0	0	49	0	0	0	49	47	0	0	0	0	0	47	
435	1701110019	地威國際牙	3	10	0	0	0	0	0	0	10	10	0	0	10	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	
436	1507310037	高大美吉生	3	20	0	0	0	0	0	0	20	20	0	0	20	0	0	0	20	19	0	0	0	0	0	19	
437	1507340053	東仁營養醫	3	47	0	0	0	0	0	0	47	47	0	0	47	0	0	0	47	18	0	0	0	0	0	18	
438	1542150033	溫昇家和醫	3	30	0	0	0	0	0	0	30	20	0	0	20	0	0	0	20	0	0	0	0	0	0	0	
439	1535010051	大千醫院	3	340	0	0	0	0	0	0	340	340	0	0	340	0	0	0	340	236	0	0	0	0	0	236	
440	1537051318	常春醫院	3	99	0	0	0	0	0	0	99	79	0	0	79	71	0	0	79	71	0	0	0	0	0	71	
441	1532011117	秉坤	3	25	0	0	0	0	0	0	25	25	0	0	25	25	0	0	25	25	0	0	0	0	0	25	
442	1542030018	東安醫院	3	30	0	0	0	0	0	0	30	20	0	0	20	2	0	0	20	2	0	0	0	0	0	2	
443	1538031114	惠和醫院	3	20	0	0	0	0	0	0	20	20	0	0	20	0	0	0	20	17	0	0	0	0	0	17	
444	1502050045	地威醫院	3	25	0	0	0	0	0	0	25	20	0	0	20	16	0	0	20	16	0	0	0	0	0	16	
445	1503270014	澄清度生	3	65	0	0	0	0	0	0	65	65	0	0	65	60	0	0	65	60	0	0	0	0	0	60	
446	0146010013	經東醫院	3	166	50	0	0	0	0	0	236	102	30	0	20	152	58	27	0	27	0	9	9	94	94		
447	1532011172	桃園慈母	3	35	0	0	0	0	0	0	35	32	0	0	32	32	0	0	32	32	0	0	0	0	0	32	
448	1142010518	鳳山醫院	3	250	0	0	0	0	0	0	250	100	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	0	0	0	0	
449	1112010537	馬偕兒童醫	3	250	0	0	0	0	0	0	250	113	0	0	113	110	0	0	113	110	0	0	0	0	0	110	
450	0141270019	經鴻腔病院	3	102	0	0	0	0	0	0	102	52	0	0	52	51	0	0	52	51	0	0	0	0	0	51	
451	1531061258	洋廟醫院	3	99	0	0	0	0	0	0	99	50	0	0	50	22	0	0	50	22	0	0	0	0	0	22	
452	1531061249	新臺綜合醫	3	98	0	0	0	0	0	0	98	98	0	0	98	82	0	0	98	82	0	0	0	0	0	82	
453	06443010011	屏東榮總	3	450	0	0	0	0	0	0	450	230	0	0	230	205	0	0	230	205	0	0	0	0	0	205	
454	1507010023	澄清醫學院	3	20	0	0	0	0	0	0	20	20	0	0	20	0	0	0	20	0	0	0	0	0	0	0	
455	1521031104	郵綜合醫院	3	284	0	0	0	0	0	0	284	236	0	0	236	150	0	0	236	150	0	0	0	0	0	150	
456	1538041129	東華醫院	3	73	0	0	0	0	0	0	73	72	0	0	72	72	0	0	72	72	0	0	0	0	0	72	
457	0933705032	真那	3	88	0	0	0	0	0	0	88	79	0	0	79	69	0	0	79	69	0	0	0	0	0	69	
458	1503030065	美慈醫院	3	0	44	0	0	0	0	0	55	99	0	0	55	99	0	0	55	99	0	0	0	0	0	53	
																									90		

編號 碼	醫事機構代 稱	醫事機構簡 稱	特約 類別		許可床		開放床		申報情形	
			急性一 般病床	急性精 神病床	慢性精 神病床	許可床 合計	急性一 般 病床	慢性精 神 病床	開放床 合計	急性一 般 病床
459 1531021183	全民醫院	全民醫院	3	20	0	0	20	0	0	20
460 0944131004	永達醫院	永達醫院	3	20	0	0	20	0	0	20
461 0933804002	竹山秀華醫	竹山秀華醫	3	227	0	0	227	193	0	193
										129

備註

1. 經費占床率係依日曆天之該機構床申報占床日數/加總(醫院申報病床占床之日曆天數*當月病床數)。

◎申報床數係依院所申報一次數進行歸戶後計算，例如：

(1)萬床笠燈院所於112年12月申報3次(有提供3個入住院)，申報床數計算為1。

(2)該床位使用期間為112年12月25日至113年1月10日，院所報於113年1月申報營業費用，故該資料將統計於113年1月。

2. 依醫療機構設置標準之規定，醫院病床之臺記分半併可床數及開放床數。

(1)有許可床數限制為急性一般病床、急性精神病床、慢性精神病床、慢性精神病床及慢性精神病床，考量病床配置比例，為俾於版規，本表呈現急性一般病床、急性精神病床、慢性一般病床、慢性精神病床為主。

(2)開放床數指院所牵生馬鈴薯之開放床數。

3. 資料來源：中央健康保險署多媒體資料平台醫事機構病床明細檔、住院警令檔、醫事機構對照檔之112年12月病床資料。

4. 資料抽取日期：113年2月21日

5. 病床類別：111、112及211為急性一般病床，117、118及212為急性精神病床，121及221為慢性一般病床，122及222為慢性精神病床。

6. 表中加註#：係指有獨立醫事機構代碼之院所採費用合併報，包含：

(1)台北馬偕病院為信義水及馬偕兒童醫，(2)台大醫院大兒醫，(3)中國附醫信義兒童醫，(4)基伸新基兒童醫，(5)林口長庚新報台北長庚，(6)淡江中港信義澄清綜合醫。

附錄二

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：陳怡蒨
聯絡電話：02-27065866 分機：2614
傳真：02-2706-9043
電子郵件：A111034@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

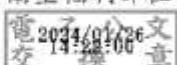
發文日期：中華民國113年1月26日
發文字號：健保醫字第1130660267A號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨 (A210300001_1130660267A_doc2_Attach1.pdf)

主旨：檢送113年西醫基層總額專款項目「因應長新冠照護衍生費用」執行方式（附件），請備查。

說明：依據本署113年1月11日召開之全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額113年研商議事會議第1次臨時會議會議紀錄決議（諒達）辦理。

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)



113.01.26



1133340035

第 1 頁，共 1 頁

113年西醫基層總額因應長新冠照護衍生費用

- 一、 預算經費：113年全年經費 10 百萬元。
- 二、 執行目標：減緩「長新冠引起的醫療耗用」。
- 三、 預期效益評估指標：本項預算使用達 80%。
- 四、 動支條件：
 - (一) 支應申報任一診斷碼有 U071(確認 COVID-19 病毒感染)、
U099(COVID-19 後的病況，未明示) 或申報醫令
14084C(新型冠狀病毒抗原檢測)之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)大於 108 年同期醫療點數部分。
 - (二) 本項支出如達動支條件，併入西醫基層總額一般服務費用結算。
- 五、 結算方式：預算按季均分並依各季各就醫分區實際執行情形，併入該分區一般服務預算結算，當季預算如有剩餘，則流用至下季，惟如當季預算不足支應時，按當季各就醫分區申報醫療點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。
- 六、 醫療利用監控及管理措施
因本預算為專款，用於長新冠引起之醫療利用，預算如有剩餘則回歸安全準備金，惟本署仍將定期統計申報資料，提報每季西醫基層總額研商議事會議監控利用情形。

健保會對 113 年度抑制資源不當耗用改善方案(草案)及醫療品質資訊 公開辦法擬新增指標項目案之討論結果

健保會 113.2

健保會法定任務之一為保險政策、法規之研究及諮詢，而依健保法第 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(健保署)每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案(下稱改善方案)；另依健保法第 74 條第 2 項規定，健保署應定期公開與本保險有關之醫療品質資訊；前開兩項政策、法規均需由健保署擬訂，提健保會討論後，再報主管機關核定。據此，健保署提出 113 年度改善方案(草案)及擬新增之醫療品質資訊公開指標，至健保會 113 年 1 月份委員會議(113.1.24)討論。

有關 113 年度改善方案(草案)部分，前經 112 年 12 月份(112.12.20)委員會議討論，健保署參採委員所提意見研修內容後，再提 113 年 1 月份委員會議(113.1.24)討論，與 112 年方案相比，修正後版本(如附表)，調低目標值有 3 項、提高有 6 項、8 項維持，另 1 項為修正項目名稱配合調整目標值單位。有關擬調低 3 項管控項目目標值，其中項次 11、12 為重複用藥日數下降率、再次檢驗(查)下降率(目標值從 112 年 $\geq 5\%$ 調整為 $\geq 1\%$)，委員認為健保署並未提出需下修目標值之實證資料，且此 2 項與減少重複用藥與檢驗(查)有關，建議健保署應強化不當醫療利用之問題分析，及研議精進作法，例如可改為針對特定族群(例如 65 歲以上長者)不當用藥情形，訂定監測指標，以保障長者用藥安全；項次 18 為出院後 3 日內急診率，委員認為其與住院照護品質有關，不應放寬目標值，且應加強監控。另有 8 項目標值維持同 112 年方案，委員認為其中項次 3、4、5、9 與管控高診次就醫、鼓勵轉診及分級醫療有關，宜再提高目標值，尤其醫療服務給付項目及支付標準 113.1.17 甫預告修正將「辦理轉診費_回轉及下轉」支付點數調升 100 點，項次 5(區域級以上醫院下轉件數)目標值更應調高；又多項目目標值之設定採成長率計算，建議併同呈現實際數值，以利研析。

委員也期盼健保署能提出 112 年改善方案可節省多少費用，以利總額協商整體效益考量，並於改善方案之預期效益，增列「依據本方案所撙節之醫療費用支出，每年應回歸健保總額並納入預算調整因素據以合理調整基期」。經過 2 次委員會議的討論，最後決議請健保署參考委員所提意見，研修 113 年度方案內容後，依法定程序陳報衛福部核定，並於 113 年 5 月份委員會議(113.5.22)之業務執行季報告，提出 112 年度改善方案之執行結果及檢討改善策略，包含可節省費用，及各管控項目目標值之實際數值。

有關新增「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」指標項目案，為增進民眾對醫療品質的瞭解、提供就醫選擇之資訊、促進醫病關係，健保法明定健保署應定期公開醫療品質資訊。本次健保署新增「肺炎」及「慢性阻塞性肺病」等2類疾病類指標，分別為「肺炎出院後三日內因肺炎再住院率」、「肺阻塞出院後十四日內因肺阻塞再住院率」、「住院手術採全身麻醉出院三日內因肺炎急診或在住院率之比率」等指標，這3項指標經本會討論，並經衛福部核定後，將於健保署網站公開「個別醫療院所」品質資訊，供大眾就醫選擇之參考。

對於健保署定期檢討並新增公開之醫療品質資訊，委員均予支持，僅就指標之「再住院率」，建議註明其計算內涵，以利大眾資訊解讀。最後決議請健保署參考委員意見修正後，依法定程序陳報衛福部核定發布。此外，委員考量癌症是我國111年十大死因的首位，尤其肺癌、腸癌、乳癌等等，也是常見疾病，建請健保署持續研議癌症相關及常見疾病之「疾病別照護品質指標」，逐年發展民眾關心的疾病別醫療品質資訊，以方便民眾就醫選擇的參考。

前開兩項討論案，皆是依健保法規定，由健保署擬訂，提請健保會討論。鑑於健保資源有限，委員期盼健保署能持續檢討改善方案執行成效及精進改善方案內容，以降低不必要醫療資源使用，促使有限的醫療資源得以發揮最大效益，及提供民眾有用的醫療品質資訊，並激勵醫界共同努力提升療品質。

出處：相關內容詳衛福部健保會第6屆113年第1次委員會議議事錄(113年1月24日)

健保署所擬 113 年度改善方案(草案)修訂重點

構面	策略	管控項目	年度目標值		113 年 草案(註 1)
			112 年	113 年(註 1)	
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 安裝人次增加率	≥5%	≥5%*	
		2.年度使用健康存摺 <u>使用</u> 人次增加率	≥5%	≥6%	修正項目 名稱及提高目標值
	正確就醫觀念行為	3.門診就醫次數 <u>全年</u> 大於 90 次之保險對象就醫 <u>次數下降成長率</u>	≤-18%	≥18%*	修正項目 名稱並配合調整目標值方向
		4.基層與地區醫院門診占整體件數之占率	≥74.2%	≥74.2%*	
		5.非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數較去年同期增加	≥63,486	≥63,486*	修正項目 名稱
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	≥29.8%	≥30.2%	提高 目標值
		7.收案後居家醫療整合照護對象 <u>平均每人每月</u> 門診就醫次數較收案前減少 <u>基期成長率</u>	< 0%	< 0 次	修正項目 名稱並配合調整目標值
	增進院所合作機制	8.與長照 2.0 之銜接率	≥48%	≥58.1%	提高 目標值
		9.提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)-半年指標	≥5.33%	≥5.33%*	
	精進雲端資訊系統	10.醫療檢查影像資訊即時上傳率	≥94%	≥98%	提高 目標值
善用醫療資源合理使用	減少重複醫療利用	11.全藥類藥品重複用藥日數下降率	≥5%	≥1%	調低 目標值
		12.門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率	≥5%	≥1%	調低 目標值
		13.西醫門診年復健次數>180 次異常件數成長率零成長	≤0%	≤0%*	
	強化違規查處機制	14.違規院所訪查家次	≥456	≥456*	
	尊重醫療自主，保障善終權益	15.死亡前安寧利用率	≥31.3%	≥35.6%	提高 目標值
		16.呼吸器依賴病人安寧利用率	≥72.2%	≥74.8%	提高 目標值
	持續推動疾病管理	17.西醫門診病人可避免住院率	≤1.16%	≤1.16%*	
		18.住院案件出院後 3 日以內急診率	≤2.35%	≤2.42%	調低 目標值

註：1.本草案係健保署提健保會討論之內容，尚需送部核定，公告後始得定案。

2.「*」：113 年目標值同 112 年。

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路六段
488號
聯絡人：崔允馨
聯絡電話：02-27065866 分機：2657
傳真：02-27069043
電子郵件：A111019@nhi.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年2月19日
發文字號：衛授保字第1130660038號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明三 (A21000001_1130660038_doc2_Attach1.odt)

主旨：因應近期國內COVID-19疫情升溫，延長健保給付通訊診療
實施期限至113年3月31日，請查照並轉知所轄醫療機構配
合辦理。

說明：

- 一、本部112年5月4日衛授保字第1120661697號函（諒達）。
- 二、有關旨揭通訊診療適用照護對象及延長實施期限，說明如
下：

（一）照護對象：

- 1、山地、離島地區COVID-19檢驗陽性民眾。
- 2、住宿式機構COVID-19檢驗陽性住民。
- 3、主管機關或其所屬機關認可之居家照護收案對象且
COVID-19檢驗陽性。

（二）實施期限：至113年3月31日止。

三、修正「全民健康保險特約醫事服務機構提供保險對象視訊
診療作業須知」，如附件。

四、副本抄送相關公（協）會，並請轉知所屬會員配合辦理。



正本：地方政府衛生局

副本：本部醫事司、本部護理及健康照護司、本部心理健康司、本部長期照顧司、本部社會保險司、本部全民健康保險會、衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部疾病管制署、衛生福利部社會及家庭署、國軍退除役官兵輔導委員會、台灣醫院協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國基層醫療協會(均含附件)

電子公文
文
章
2024/02/19
11:24:22
交換章



衛生福利部 函

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

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年2月27日
發文字號：衛部保字第1131260098C號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表之pdf檔各1份

主旨：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，業經本部於中華民國113年2月27日以衛部保字第1131260098號令修正發布，並自113年3月1日生效，茲檢送發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表各1份，請查照。

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

3.02.27



113CC00155

第1頁 共1頁

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正總說明

本次醫療服務給付項目及支付標準(以下稱本支付標準)之修正，為本(一百十三)年第一次修正，並自一百十三年三月一日生效。

本次主要依據本年度醫院及牙醫門診總額決定事項，新增西醫特定診療一項、調升牙醫支付標準十五項等。另新增應申請區域醫院評鑑之地區醫院且經評鑑不符合區域醫院者之支付方式。要點如下：

一、總則(第一部)：新增總則四，規範應申請區域醫院評鑑之地區醫院且經評鑑不符合區域醫院者之支付方式，並配合修正總則二及點次編號。

二、西醫特定診療(第二部第二章)：

(一) 新增診療項目：新增「冠狀動脈旋磨斑塊切除術」(編號33117B, 8, 320點)(第二節放射線診療)。

(二) 修正支付規範：放寬「雙能量X光骨質密度檢查」(編號33064B)成骨不全症病人之檢查間隔時間及刪除次數上限規定(第二節放射線診療)。

(三) 「血液及體液葡萄糖-空腹/餐後」(編號09005C及編號09140C)等四項目修正支付規範文字或增列備註(第一節檢查及第七節手術)。

三、牙醫牙科處置及手術(第三部第三章)：

(一) 調升支付點數：調升「複合體充填」(編號89013C)等十五項支付點數，其中「牙結石清除」(編號91003C/編號91004C)等四項支付規範增列四十歲以上病人得另加計規定(第一節牙體復形及第三節牙周病學)。

(二) 修正支付規範：

1. 修正「齒齦下刮除術(含牙根整平術)－全口/二分之一顆/局部」(編號91006C/編號91007C/編號91008C)三項支付規範，增列全口刮除定義(第三節牙周病學)。
2. 修正「囊腫摘除術－小/中/大」(編號92017C/編號92018B/編號

92019B)等五項目申報規定(第四節口腔顎面外科)。

(三) 刪除「高風險疾病患者病人牙結石清除-全口」(編號91090C)、「高齲齒率患者氟化物治療」(編號P7301C)及「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(編號P7302C)三項目，以及修正「附表3.3.3牙醫相對合理門診點數給付原則」不納入計算項目(第三節牙周病學及第四節口腔顎面外科)。

附錄六

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



4

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113年1月5日

發文字號：健保醫字第1120126463號

附件：請自本署全球資訊網公告欄自行擷取



主旨：公告「113年全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」(附件1)及「113年全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」(附件2)。

依據：衛生福利部112年12月27日衛部保字第1121260580號函。

副本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、衛生福利部、衛生福利部口腔健康司、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部國民健康署、本署各分區業務組、本署主計室、本署資訊組、本署醫審及藥材組

署長石崇良

續

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300004

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



36

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113年1月10日

發文字號：健保醫字第1120126768號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網站公告欄擷取)

主旨：公告「全民健康保險基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫」，如附件。

依據：衛生福利部112年12月29日衛部保字第1121260589號函。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人台灣私立醫療院所協會、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、台灣婦產科醫學會、台灣助產學會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、行政院主計總處、地方政府衛生局、社團法人台灣醫學資訊學會、臺北市電腦商業同業公會、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、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組。

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300008

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

106211



15

臺北市大安區信義路三段140號

受文者：本署醫務管理組

發文日期：中華民國113年1月12日

發文字號：健保醫字第1130100316號

附件：請至全球資訊網自行擷取



主旨：公告修訂「113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」（附件），並自113年1月1日起生效。

依據：衛生福利部113年1月3日衛部保字第1121260582號函。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署資訊組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組

署長 石宗良

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



47

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年1月12日

發文字號：健保醫字第1130660124號

附件：無



主旨：公告廢止「全民健康保險牙醫門診總額牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」。

依據：衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式及本署111年12月30日健保醫字第1110123227號公告「112年度全民健康保險牙醫門診總額牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」。

線 公告事項：旨揭計畫自113年度起停辦，原112年度計畫實施期程至112年12月31日止，相關醫療費用申報作業依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」規定辦理。

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300011

副本：中華民國開業醫師協會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國診所協會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國公立醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、台灣教會醫療院所協會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、中華民國私立地區醫院協會、行政院主計總處、地方政府衛生局、國軍退除役官兵輔導委員會、國防部軍醫局、社團法人台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、勞動部勞工保險局、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組

署長石崇良



副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



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113年1月18日

發文字號：健保醫字第1130101262號

附件：請自行至本署全球資訊網擷取



主旨：公告「全民健康保險醫院及西醫基層醫療給付費用總額『配合醫療器材使用規範，單次使用醫材點數調整』計畫」（附件）。

依據：衛生福利部113年1月16日衛部保字第1121260598號函。

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

署長 石宗良

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300028

113.1.22

第1頁 共1頁

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



9

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113年1月23日

發文字號：健保醫字第1130101371號

附件：如主旨(請於本署全球資訊網\公告下載)



主旨：公告修正「全民健康保險代謝症候群防治計畫」如附件，並
自113年1月1日起實施。

依據：衛生福利部113年1月17日衛部保字第1131260035號函。

公告事項：旨揭計畫修正內容如下：

一、收案條件增列個案派案相關文字。

二、收案人數提高至每一診所500名；收案對象增列排除透析病
人(含血液透析及腹膜透析)。

三、結案條件增列個案收案院所退出本計畫之項目。

四、修訂追蹤管理費支付規定「同一個案於同一診所全民健康保
險家庭醫師整合性照護計畫收案者，不予支付家醫計畫個案
管理費」。

五、獎勵費：

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300030

(一)調整診所品質獎勵費，前25%核付30,000點；排序大於25%至50%核付15,000點。

(二)調整新發現個案獎勵費，每一個案獎勵500點。

(三)新增腰圍或身體質量指數管理成效獎勵費，每一個案獎勵500點。

(四)調整首次提供戒菸服務之醫師獎勵費為1,000元。

六、收案評估費、追蹤管理費及年度評估費採固定給付每點1元，各項獎勵費則採浮動點值計算。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國基層醫師協會、台灣家庭醫學醫學會、台灣內科醫學會、中華民國內分泌醫學會、衛生福利部國民健康署、衛生福利部口腔健康司、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部社會保險司、本署臺北業務組、本署北區業務組、本署中區業務組、本署南區業務組、本署高屏業務組、本署東區業務組、本署資訊組、本署醫審及藥材組、本署企劃組



署長石崇良

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



10

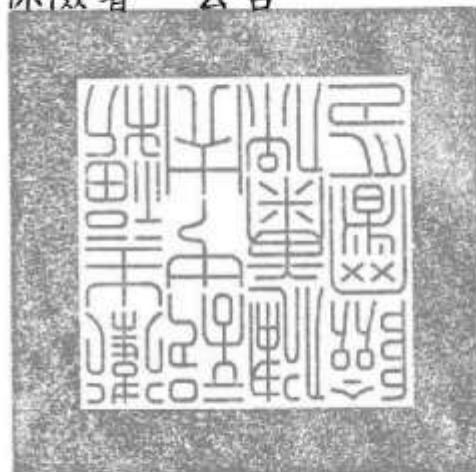
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年1月24日

發文字號：健保醫字第1130101605號

附件：如主旨(請於本署全球資訊網\公告下載)



主旨：公告修正「全民健康保險癌症治療品質改善計畫」如附件，
並自113年1月1日起實施。

依據：衛生福利部113年1月19日衛部保字第1131260030號函辦理。

公告事項：旨揭計畫修正內容如下：

- 一、新增113年牙醫專款為預算來源及調整醫院、西基專款預算金額。
- 二、除透過健保電子轉診平台開立轉診單，新增可開立紙本轉診單。
- 三、延長轉診及確診報告上傳期限，並調整申報醫令執行時間之認定。

副本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國診所協會全國聯合會、
中華民國基層醫療協會、台灣家庭醫學學會、社團法人中華民國牙醫師公會全
國聯合會、衛生福利部國民健康署、衛生福利部口腔健康司、衛生福利部社會保
險司、衛生福利部全民健康保險會、本署臺北業務組、本署北區業務組、本署中
區業務組、本署南區業務組、本署高屏業務組、本署東區業務組、本署資訊組、
本署醫審及藥材組、本署企劃組

署長 石宗良

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300032

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113年1月24日

發文字號：健保醫字第1130101167號

附件：請自行至本署全球資訊網擷取



主旨：公告修訂「全民健康保險西醫基層提升心肺疾病復健照護品質計畫」，並自一百十三年一月一日起生效。

依據：衛生福利部113年1月15日衛部保字第1131260024號函。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、社團法人中華民國職能治療師公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、台灣復健醫學會、台灣心肺復健醫學會、本署各分區業務組、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300033

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113年1月26日

發文字號：健保醫字第1130660376號

附件：請自行至本署全球資訊網擷取



主旨：公告新增「113年度全民健康保險強化住院護理照護量能方案」（附件）。

依據：衛生福利部113年1月25日衛部保字第1130104513號函。

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

署長 石崇良

線

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300036

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113年1月29日

發文字號：健保醫字第1130101782號

附件：請自行至本署全球資訊網站擷取

主旨：公告修訂「全民健康保險中醫急症處置計畫」，並自中華民國一百十三年一月一日起生效。

依據：衛生福利部113年1月23日衛部保字第1131260041號函。

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

署長 石宗良 出國
副署長 李丞華 代行

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300037

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113年2月2日

發文字號：健保醫字第1130660450號

附件：請自行至本署全球資訊網擷取



主旨：公告「113年度全民健康保險牙醫門診總額12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」，並溯至113年1月1日起生效。

依據：衛生福利部113年1月23日衛部保字第1131260048號函。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、社團法人中華牙醫學會、中華民國醫院牙科協會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、本署各分區業務組、本署企劃組、本署醫審及藥材組

署長石崇良 出國
副署長李丞華 代行

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300041

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



45

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113年2月15日

發文字號：健保醫字第1130102575號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網站公告欄擷取)



主旨：公告「113年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」(附件)。

依據：衛生福利部113年2月1日衛部保字第1131260073號函。

副本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國診所協會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國公立醫院協會、社團法人台灣私立醫院所協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國私立地區醫院協會、台灣教會醫療院所協會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、中華民國開業醫師協會、行政院主計總處、地方政府衛生局、社團法人台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、勞動部勞工保險局、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險署啟發



1133300051

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



49

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113年2月16日

發文字號：健保醫字第1130102580號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網站公告欄擷取)



主旨：公告「113年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」(附件)。

依據：衛生福利部113年2月1日衛部保字第1131260062號函。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國公立醫院協會、社團法人台灣私立醫療院所協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國私立地區醫院協會、台灣教會醫療院所協會、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國基層醫師協會、中華民國開業醫師協會、行政院主計總處、地方政府衛生局、連江縣政府、金門縣政府、社團法人台灣醫學資訊學會、臺北市電腦商業同業公會、勞動部勞工保險局、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署資訊組、本署醫務管理組

署長石宗良

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300053

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



6

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113年1月18日

發文字號：健保審字第1130670135號

附件：112年度全民健康保險特材支付點數調整之核價類別處理方式彙總表及112年度全民健康保險特材支付點數調整明細表各1份(請至本署全球資訊網下載)

主旨：公告112年度特殊材料價量調查結果辦理之支付點數調整事

宜。

依據：「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第54條至61條。

公告事項：公布「112年度全民健康保險特材支付點數調整之核價類別處理方式彙總表」及「112年度全民健康保險特材支付點數調整明細表」，112年特殊材料價量調查支付點數調整結果自113年3月1日起生效實施。

副本：行政院法規會、衛生福利部法規會、衛生福利部醫事司、衛生福利部社會保險司、衛生福利部食品藥物管理署、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、衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會、地方政府衛生局、國防部軍醫局、社團法人台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、台灣醫院協會、台灣社區醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣教會醫療院所協會、中華民國醫療器材商業同業公會全國聯合會、台灣美國商會、歐洲在

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300027

臺商務協會、中華民國儀器商業同業公會全國聯合會、台北市儀器商業同業公會、台北市進出口商業同業公會、台灣醫療暨生技器材工業同業公會、台灣先進醫療科技發展協會、本署醫務管理組、本署各分區業務組（請轉知轄區醫事機構）

署長石崇良



副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



24

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年2月5日

發文字號：健保醫字第1130660258號

附件：請至本署全球資訊網公告區下載

裝



主旨：公告修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」。

依據：全民健康保險法第61條規定暨全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點辦理。

公告事項：「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」(附件)，已置於本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定，請自行擷取。

副本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華牙醫學會、中華民國醫院牙科協會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國物理治療師公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、台灣腎臟醫學會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署各分區業務組、本署資訊組、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、本署署長室、本署李副署長室

線

署長石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300043

副本

檔號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



3

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年1月16日

發文字號：健保醫字第1130660039號

附件：請自行至本署全球資訊網下載



主旨：公告113年1月起新增「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等6項中醫門診總額照護計畫承作院所及醫師名單（附件），執行日自113年1月1日起。

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

署長 石宗良

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300024

附錄十

6項中醫醫療照護計畫自 113 年 1 月 1 日起新增之承作院所及醫師名單

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、顱腦損傷及脊髓損傷)	院所數	1	1	7	2	5	3	19	
	醫師數	1	1	15	3	6	5	31	
中醫提升孕產照護品質計畫	院所數	6	30	5	6	11	2	60	
	醫師數	7	70	11	14	27	5	134	
中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	院所數	7	28	6	4	10	3	58	
	醫師數	9	48	11	6	14	7	95	
全民健康保險中醫急症處置計畫	院所數	0	1	2	2	0	1	6	
	醫師數	0	1	8	3	0	1	13	
中醫癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫	院所數	1	3	6	2	4	4	20	
	醫師數	1	6	12	3	6	6	34	
癌症病人中醫門診延長照護計畫	院所數	0	1	3	3	3	2	12	
	醫師數	0	2	12	5	5	2	26	
特定癌症病人中醫門診加強照護計畫	院所數	5	21	12	10	16	2	66	
	醫師數	5	46	22	13	36	2	124	
全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	院所數	5	25	16	8	11	4	69	
	醫師數	8	59	19	13	21	8	128	

附錄十一

中央健康保險署 112 年 12 月至 113 年 2 月份公告暫予支付及修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分項目如下：

一、藥品部分：計公告 31 件，其中 11 件為新藥收載、10 件為給付規定異動、10 件為其他(已收載品項支付標準異動、新收載品項暫予支付)。

(一)新藥收載：11 件

公告日期	藥物分類	公告主旨
112.12.06	新成分新藥/ 眼科製劑	公告暫予支付含 faricimab 成分藥品 Vabysmo solution for intravitreal injection 及其藥品給付規定。(用於黃斑部病變，屬第 2B 類新藥)
112.12.14	新成分新藥/血 液治療藥物	公告暫予支付含 luspatercept 成分藥品(如 Reblozyl)暨其藥品給付規定。(用於治療與 β 型重型海洋性貧血相關的輸血依賴性貧血成年病人，屬第 1 類新藥)
113.01.15	新成分新藥/神 經系統藥物	公告暫予支付含 stiripentol 成分藥品 Diacomit Hard Capsules 250mg 及 Diacomit 250mg powder for oral suspension in sachet 共計 2 項藥品暨其藥品給付規定。(限用於經衛福部健康署認定之嬰兒期嚴重肌痙攣性癲癇，屬第 2A 類新藥)
113.01.15	新成分新藥/心 臟血管及腎臟 藥物	公告暫予支付含 tafamidis 成分藥品 Vyndamax soft capsules 61mg 及其藥品給付規定。(用於治療成人野生型或遺傳性的轉甲狀腺素蛋白類澱粉沉著症造成之心肌病變，屬第 1 類新藥)
113.01.15	新成分新藥/抗 癌瘤藥物	公告暫予支付含 polatuzumab vedotin 成分藥品 Polivy 30mg 暨其藥品給付規定(用於治療復發型或難治型且不適合接受造血幹細胞移植的瀰漫性大型 B 細胞淋巴瘤病人，屬第 2A 類新藥)、異動含 rituximab 成分藥品 Mabthera 之健保支付價格及修訂其藥品給付規定。
113.01.15	新成分新藥/免 疫製劑	公告暫予支付含 siltuximab 成分藥品 Sylvant Powder for Concentrate for Soluttion for Infusion 100mg 、Sylvant Powder for Concentrate for Soluttion for Infusion 400 mg 共 2 品項暨其藥品給付規定。(用於治療人類免疫不全病毒陰性及人類皰疹病毒-8 陰性的多發性 Castleman 氏病，屬第 2A 類新藥)
113.01.15	新成分新藥/抗 癌瘤藥物	公告暫予支付含 sacituzumab govitecan 成分藥品 Trodelvy for Injection 180mg 暨其藥品給付規定。(用於先前已接受 2 次以上全身性治療無效之無法切除的局部晚期或轉移性的三陰性乳癌成年病人，屬第 2A 類新藥)

公告日期	藥物分類	公告主旨
113.01.25	新成分新藥/免疫製劑	公告暫予支付含 apremilast 成分藥品 Otezla Film-coated Tablets 10mg、20mg、30mg 共 3 品項暨其藥品給付規定。(限用於對傳統全身性治療療效反應不佳、無法耐受或具有禁忌症的中度至重度斑塊乾癬之成年病人，屬第 2A 類新藥)
113.02.05	新成分新藥/抗癌瘤藥物	公告暫予支付含 abemaciclib 成分藥品 Verzenio 50mg、100mg、150mg、200mg 共 4 品項暨其藥品給付規定。(治療高復發風險之早期乳癌成年女性病人，屬第 2A 類新藥)
113.02.07	新成分新藥/血液治療藥物	公告暫予支付含 lanadelumab 成分藥品(如 Takhzyro)暨其藥品給付規定(Takhzyro 係用於治療遺傳性血管性水腫，屬第 2A 類新藥)、異動含 icatibant 成分藥品(如 Firazyr)之支付價格，暨取消專案進口藥品含 icatibant 成分藥品(如 Firazyr)之健保給付。
113.02.26	新成分新藥/抗癌瘤藥物	公告暫予支付含 isatuximab 成分藥品(如 Sarclisa)暨其藥品給付規定，並修訂含 daratumumab 成分藥品(如 Darzalex)及含 carfilzomib 成分藥品(如 Kyprolis)之給付規定。(用於治療於復發性或難治性多發性骨髓瘤病人，屬第 2B 類新藥)

(二)已收載藥品給付規定異動：10 件

公告日期	藥物分類	公告主旨
112.12.06	免疫製劑	公告修訂含 tocilizumab 成分藥品(如 Actemra)及含 baricitinib 成分藥品(如 Olumiant)之藥品給付規定。(擴增用於 COVID-19 重症病人)
112.12.11	心臟血管及腎臟藥物	公告修訂含 treprostinil 成分藥品(如 Remodulin)之藥品給付規定。(用於治療原發性或特發性肺動脈高壓，增訂注射劑之使用條件，及事前審查規定)
112.12.15	抗癌瘤藥物	公告修訂含 ribociclib 成分藥品(如 Kisqali)及含 palbociclib 成分藥品(如 Ibrance)之藥品給付規定。(擴增給付於停經前/正在停經婦女之轉移性乳癌)
113.01.09	抗癌瘤藥物	公告修訂免疫檢查點 PD-1、PD-L1 抑制劑藥品給付規定。(修改含 avelumab 成分藥品用於泌尿道上皮癌維持療法之 PD-L1 表現量)
113.01.15	抗癌瘤藥物	公告修訂含 obinutuzumab 成分藥品(如 Gazyva)之給付規定。(擴增用於 CD20 陽性慢性淋巴球性白血病)
113.01.15	抗癌瘤藥物	公告異動含 ibrutinib 成分藥品(如 Imbruvica)之支付價格暨修訂其藥品之給付規定。(擴增給付於未曾接受治療具有 17p(第 17 對染色體短臂)缺失的慢性淋巴球性白血病患者之第一線治療)
113.01.15	抗癌瘤藥物	公告異動含 tegafur/gimeracil/oteracil 成分藥品 TS-1 capsules 20mg 及 25mg 之支付價格暨修訂其藥品給付規定。(擴增用於與 gemcitabine 合併使用作為晚期或復發之膽道癌第一線治療)

公告日期	藥物分類	公告主旨
113.01.15	皮膚科製劑	公告異動含 dupilumab 成分藥品(如 Dupixent)支付價格暨修訂其藥品給付規定。(擴增給付範圍於嚴重氣喘且控制不良之 12 歲以上病人)
113.02.05	抗癌瘤藥物	公告異動含 bevacizumab 成分藥品 Avastin injection 之支付價格暨修訂其給付規定，及修訂含 gefitinib 成分藥品(如 Iressa)、含 erlotinib 成分藥品(如 Tarceva)、含 afatinib 成分藥品(如 Giotrif)及 PARP 抑制劑(如 olaparib、niraparib、talazoparib)之給付規定。(擴增用於晚期、轉移性或復發性非鱗狀非小細胞肺癌，以及卵巢上皮細胞、輸卵管或原發性腹膜癌)
113.02.15	抗癌瘤藥物	公告修訂含 ruxolitinib 成分藥品(如 Jakavi)之給付規定。(擴增用於治療 12 歲以上之青少年及成人，且先前曾接受皮質類固醇或其它全身性治療後反應不佳的急性或慢性移植物抗宿主疾病病人)

(三)其他：10 件

公告日期	分類	公告主旨
112.12.15	已收載品項支付標準異動	公告異動 Femara Film-Coated Tablets 2.5mg 之支付價格。(調降支付價)
113.01.09	已收載品項支付標準異動	公告異動含 brentuximab vedotin 成分藥品 Adcetris 50mg powder for concentrate for solution for infusion 之支付價格。(調降支付價)
113.01.15	已收載品項支付標準異動	公告異動含 imatinib 成分藥品 Ivic Film-coated Tablets 100MG 、含 irinotecan 成分藥品 Irino Solution for I.V. Infusion 100MG 及含 gemcitabine 成分藥品 Gemmis injection 38 MG/ML 6ML 及 30ML 等 4 品項之支付價格。(調降支付價)
113.01.15	新收載品項暫予支付及已收載品項支付標準異動	公告暫予支付新增及異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」之藥物品項計 77 項。
113.01.17	已收載品項支付標準異動	公告異動含 7.0% amino acids+dextrose solutions 成分用於靜脈營養之特殊藥品 Nutriflex Special 1000 mL 及 1500 mL 共 2 品項之支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
113.01.17	已收載品項支付標準異動	公告異動含 clindamycin 成分用於抗感染之特殊藥品 Clincin Inj. "N.K." 150mg/mL (clindamycin) 等共 4 品項之支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
113.01.23	已收載品項支付標準異動	公告異動含 interferon gamma 1B 成分用於抗癌瘤之特殊藥品 Immukin (interferon gamma 1B) 0.1mg/0.5mL 共 1 品項之支付價格。(列屬罕見疾病用藥，調高支付價)
113.01.31	已收載品項支付標準異動	公告異動含 nemonoxacin 成分藥品 Taigexyn Capsule 250 mg 之支付價格。(調降支付價)
113.02.06	已收載品項支付標準異動	公告異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」之指示用藥計 14 品項之支付價格(取消健保給付)

公告日期	分類	公告主旨
113.02.21	新收載品項暫予支付	公告暫予支付新增「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」之藥物品項計 5 項。

二、特材部分：計公告 13 件，其中 5 件為新特材收載、6 件為給付規定異動、2 件為其他(專案暫予支付、新增既有功能類別品項及已收載品項支付標準異動)。

(一)新特材收載：5 件

公告日期	分類	公告主旨
112.12.14	管套類-電極導管	公告暫予支付特殊材料「日本來富恩"菲克斯固定彎電極導管」暨其給付規定。(用於複雜性心律不整電生理診斷)
112.12.15	管套類-栓塞治療類	公告暫予支付特殊材料「恩提愛"阿波羅歐尼斯顱內輸送微導管」計 1 項。(用於顱內動靜脈畸形栓塞治療)
113.01.15	管套類-電極導管	公告暫予支付特殊材料「百多力"聖凱斯心臟電生理影像及定位導管」等 6 項。(用於複雜性心律不整電生理診斷)
113.02.06	管套類-氣球擴張導管	公告暫予支付特殊材料「艾爾貝提克"伊路特斯三紫杉醇塗藥球囊導管」暨其給付規定。(用於顱內動脈狹窄)
113.02.15	針具類-針帶軟管	公告暫予支付特殊材料「內視鏡注射器」暨其給付規定。(搭配內視鏡記號液用於腸胃道內病變精確定位)

(二)已收載特材給付規定異動：6 件

公告日期	分類	公告主旨
112.12.08	人工機能代用類-骨科類	公告修訂特殊材料「肋骨固定系統」給付規定。
112.12.08	人工機能代用類-耳鼻喉科類	公告修訂特殊材料「人工電子耳(Cochlear Implant)」給付規定。
112.12.12	人工機能代用類-骨科類	公告修訂特殊材料「半月板軟骨修補系統」之給付規定。
112.12.13	人工機能代用類-神經外科類	公告修訂特殊材料「刺激迷走神經治療系統」之給付規定。
113.01.31	管套類-栓塞治療類	公告修訂既有功能類別特殊材料「單腔微導管/用於冠狀動脈完全阻塞(CTO)」給付規定。
113.02.06	管套類-壓力監視管套	公告修訂特殊材料「具抗感染處理之中央靜脈導管-四腔」給付規定之品名名稱。

(三)其他：2 件

公告日期	分類	公告主旨
113.01.02	專案暫予支付	通知本保險特材新增品項「EU4754 HEAT EXCHANGER FOR CARDIOPLEGIA (CARDAD 4:1 W/MISTR. MEDOLLAI)」(健保代碼：CHT01EU475WU)。(為供國內緊急公共衛生使

公告日期	分類	公告主旨
		用，專案暫予支付)
113.01.26	新增既有功能類別品項 及已收載品項支付標準 異動	公告新增及異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準之特材品項」計 91 項。

衛生福利部全民健康保險會

第6屆113年第2次委員會議補充資料目錄

會議時間：113年3月13日

一、議程確認-----	1
二、本會重要業務報告：更新說明一之(二)及三，及新增說明八及九(會議資料第31、44、45、48頁)-----	5
三、討論事項	
第三案「近年健保會長期監理政府應負擔健保經費「未達法定36%」，敬請健保署確實遵守健保法、如實編製112年度健保基金附屬單位決算及114年度健保基金附屬單位預算，以維護全民權益、確保財務健全」之健保署意見(會議資料第102頁)-----	16
四、報告事項	
(一)第一案「111年及112年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估執行結果」(會議資料第115頁)-----	17
(二)勘誤：第二案「新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告」本會研析說明之表格數據(會議資料第120頁) 40	
(三)第三案「各部門總額一般服務之點值保障之整體檢討」委員要求提供之資料(會議資料第146頁)-----	41

一、議程確認

健保署於本(113)年3月11日下午2時35分提出新增提案「『桃園市擴大肺癌篩檢計畫』高風險族群篩檢疑似陽性個案後續衍生CT檢查費用，建議納入112年度醫院總額『因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增』專款項目下支應案」(如附件，第2~4頁)。

本會說明：

一、臨時提案處理規定：

- (一)依本會會議規範第3點第2項第2款規定，臨時提案以當次會議亟待決定之緊急事件或具時效性事項，且與本會法定任務有關者為限；並應有出席委員附議或連署始得成立；若不符要件，主席得決定提下次會議討論。
- (二)該案是否屬亟待決定之緊急事件或具有時效性，建議依上開規定，建議請主席依上開規定，徵詢是否有委員附議才能成案，再討論其急迫性，決定於本次或下次(113.4.24)委員會議報告。

二、本案初步研析：

- (一)112年度醫院總額「因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增」專款項目之決定事項略以：本項經費用於國民健康署肺癌篩檢後疑似陽性個案後續確診費用。
- (二)本案建議經費用於「桃園市擴大肺癌篩檢計畫」疑似陽性個案後續衍生CT檢查費用，非國民健康署執行個案，與衛福部決定事項不符。因此，如欲將其納為支付對象，則涉及決定事項之修正，建請應依行政程序提報原決定機關衛福部同意為宜。

三、另健保署提出本臨時提案，距離開會日期僅1天，致本會幕僚作業匆促及委員審閱時間不足，建請健保署未來確實依本會會議規範(註)規定，相關議案均應於開會10日前提送本會，俾利議程安排。

註：依本會會議規範規定，一般提案於開會10日前提送本會(即3月3日前)。

臨時提案

提案單位：中央健康保險署

案由：「桃園市擴大肺癌篩檢計畫」高風險族群篩檢疑似陽性個案後續衍生 CT 檢查費用，建議納入 112 年度醫院總額「因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增」專款項目下支應案，請鑒察。

說明：

- 一、依衛生福利部112年1月9日公告112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式暨113年3月6日全民健康保險醫療給付費用醫院總額113年第1次研商議事會議決議辦理。
- 二、查112及113年度本項專款預算全年經費分別為1,000百萬元、500百萬元，用於衛生福利部國民健康署(下稱國健署)肺癌篩檢後疑似陽性個案後續確診費用。
- 三、有關本案之支應範圍業經本署113年3月6日全民健康保險醫療給付費用醫院總額113年第1次研商議事會議討論，並獲共識，說明如下：
 - (一)「桃園市擴大肺癌篩檢計畫」(下稱本計畫)係桃園市政府衛生局自 112 年 3 月起，擴大辦理國健署肺癌早期偵測篩檢計畫，篩檢對象分別為有「菸品暴露」、「職業暴露」、「空氣汙染、油煙」等共 12 類，且 113 年賡續辦理，目前參與該計畫之合約醫院共 17 家。
 - (二)截至 112 年 12 月止，參與國健署及桃園市肺癌篩檢計畫醫療院所之篩檢情形及疑似陽性個案後續 CT 檢查費用如下(詳附表，第 4 頁)：
 - 1.國健署：疑似陽性個案人數 7,267 人(陽性率 18%)，後續 CT 檢查費用約 21 百萬元。
 - 2.桃園市：疑似陽性個案人數 1,229 人(陽性率 6.6%)，後續 CT 檢查費用約 2 百萬元。

(三)考量本計畫與國健署肺癌早期偵測篩檢計畫性質相同，且目前 112 年本項專款費用僅支應約 21 百萬元，為提升肺癌確診率，使病人儘早接受治療，建議本計畫高風險族群篩檢疑似陽性個案後續衍生 CT 檢查費用，納入 112 年醫院總額「因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增」專款項目下支應，113 年度比照辦理。

報告單位業務窗口：黃怡娟科長，聯絡電話：02-27065866分機2636

決定：

附表

		國健署肺癌早期偵測篩檢計畫	桃園市擴大肺癌篩檢計畫
計畫執行時間		112年1月~12月	112年3月~12月
篩檢人數		約4萬人	18,516人
疑似陽性個案人數		7,267人	1,229人
篩檢陽性率		18%	6.6%
疑似陽性個案後續 CT 檢查費用	人數	4,297人	456人
	費用	21,237,830元	2,027,034元

註：

1. 資料來源：門診清單明細檔、門診清單醫令檔、住院清單明細檔、住院清單醫令檔、國健署及桃園市政府衛生局提供肺癌篩檢後疑似陽性個案名單
2. 資料範圍：
 - (1) 費用年月介於112年1-12月。
 - (2) 門住診醫令代碼33070B、33071B 及33072B，診療部位為 U(胸部)或 G(胸部及上腹部)，且醫令執行起日 \geq 篩檢日(攝影日)。
3. 同一個案 CT 篩檢2次以上，且第2次(含)以上案件之主次診斷前3碼任一為 C34者，不計入費用。

四、本會重要業務報告

說明：

一、本會依上次(第 1 次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

(二)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計 12 項，依辦理情形，建議解除追蹤 4 項，繼續追蹤 8 項，如附表一(第 6 頁)；但最後仍依委員會議定結果辦理；另個別委員關切事項(含書面意見)，健保署回復如附錄一(會議資料第 151~184 頁)。

三、依本會本年度工作計畫，健保署應於本次委員會議提出「111 年度健保收入超過 2 億元之醫療院所財務報告之公開情形」報告案，惟該署於本年 3 月 6 日來函(如附件一，第 7 頁)表示，為增列相關資料使報告更臻完備，建請延期至本年第 3 次委員會議(113.4.24)報告，考量報告提報內容之完整性，爰同意健保署所請，本案延至下次(第 3 次)委員會議(113.4.24)提報。

八、有關「113 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」(下稱改善方案)：

(一)衛福部於本年 3 月 5 日核定健保署所報改善方案(如附件二，第 8~15 頁)，其同意該署對本會意見未參採所提之說明，故核定方案與提送本會 113 年第 1 次委員會議(113.1.24)討論之內容相同，並無修正。

(二)另該核定函說明三，提及請健保署就本會委員所提關於管控項目及目標值設定之原則性建議，於未來擬訂改善方案時，併予審酌乙節，建請健保署於提報 114 年度改善方案時，說明前揭建議之審酌參採情形。

九、本會依年度工作計畫安排於本年 3 月 28~29 日至健保署東區業務組，辦理業務訪視活動，時間為 2 天 1 夜，相關訪視活動行程及委員搭乘交通工具安排情形置於委員桌上，敬請參考。

附表一
上次(第1次)委員會議繼續列管追蹤事項

一、擬解除追蹤(共4項)

項次	案由	決議(定)事項	本會辦理情形	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限
4	討論事項第2案： 113年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案（草案）。	參考委員所提意見，研修113年度方案內容後，依法定程序陳報衛生福善方案（草案）。	於113年2月1日請辦健保署。	本會說明： 本方案業經衛生福利部於113年3月5日以衛部保字第1130109256號函核定(如附件二，第8~15頁)。	解除追蹤	—

二、擬繼續追蹤(共8項)

項次	案由	決議(定)事項	本會辦理情形	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限
5	討論事項第2案： 113年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案（草案）。	參考委員所提意見，研修113年度方案內容後，依法定程序陳報衛生福利部核定。	於113年2月1日請辦健保署。	健保署回復：業依決議事項陳報衛生福利部。	1.繼續追蹤 2.於衛福部核定後解除追蹤。	—

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：莊玉芬
聯絡電話：02-27065866 分機：3607
傳真：02-27069043
電子郵件：A111392@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113年3月6日
發文字號：健保醫字第1130660965號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：貴會原訂於113年3月13日召開之第6屆113年第3次委員會，並安排本署報告「111年度健保收入超過2億元之醫療院所財務報告之公開情形」案，建請延後至113年4月24日報告，請查照。

說明：

- 一、依據貴會113年衛生福利部全民健康保險會工作計畫辦理。
- 二、為增列相關資料使報告更臻完備，原訂報告時程懇請延後辦理。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：本署醫務管理組、本署企劃組

電文
2024/03/06
14:48:53
交換章

3.03.06



1133340066

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：李洵瑋
聯絡電話：(02)8590-6779
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hghsunwei@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年3月5日
發文字號：衛部保字第1130109256號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：所報「113年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」，同意辦理，復請查照。

說明：

- 一、復貴署113年2月26日健保醫字第1130660705號函。
- 二、經核所報方案內容業經全民健康保險會（下稱健保會）第6屆112年第11次及113年第1次委員會議討論後，由貴署依會議決議修正及就未參採部分予以說明，同意照辦。
- 三、另，有關健保會委員所提關於管控項目及目標值設定之原則性建議，仍請貴署未來擬訂方案時，併予審酌。

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

3.03.05



113CC00166

113 年度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，增加不必要的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、精進雲端醫療資訊、加強審查與查核機制、減少不必要的

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，執行本方案所撙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 113 年 1 月 1 日起至 113 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、精進雲端醫療資訊系統、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APP安裝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 \geq 90次/年及各季 \geq 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)精進雲端醫療資訊系統

1. 策略：利用即時資訊避免重複醫療。
2. 方法：
 - (1)充實健保醫療資訊雲端服務Medicloud之檢驗檢查互享機制，減少重複之醫療影像檢查，鼓勵院所醫療檢查影像CT及MRI即時上傳及分享。
 - (2)持續補助醫療檢查影像上傳院所固接網路頻寬費用。
 - (3)持續獎勵院所即時上傳電腦斷層造影檢查、磁振造影等項目醫療檢查影像。

(三)增進院所之合作機制

1. 策略：提升醫院與基層院所之實質合作，落實雙向轉診機制，確保醫療服務之連續性。
2. 方法：醫院及基層診所間應進行實質合作，包括對病人之雙向轉診及共同照護，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) 尊重醫療自主，保障善終權益

1. 策略：積極推動安寧療護，尊重醫療自主。

2. 方法：

(1). 積極推動各項安寧緩和醫療服務，如：住院安寧服務、安寧共照、居家安寧等項目。

(2). 加強長期呼吸器依賴患者管控，鼓勵呼吸器依賴病患進行安寧緩和照護。

(3). 提供安寧療護學習平台，並加強保險對象宣導。

(三) 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。

(四) 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。

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	113 年 目標值
強化自我照護能力		1. 全民健保行動快易通 (健康存摺)APP 安裝人次 增加率	$\geq 5\%$
合理使用保險權益		2. 年度健康存摺使用人 次增加率	$\geq 6\%$
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	$\geq 18\%$
持續推動分級醫療		4. 基層與地區醫院門診 占整體件數之占率	$\geq 74.2\%$
鼓勵醫療體系間合作		5. 非同體系區域級以上 醫院下轉(含回轉)件數	$\geq 63,486$
與轉銜服務		6. 接受出院準備服務個 案之後續醫療銜接率	$\geq 30.2\%$
增進院所合作機制		7. 收案後居家醫療整合 照護對象平均每人每月 門診就醫次數較收案前 減少	< 0 次
精進雲端資訊系統		8. 與長照 2.0 之銜接率	$\geq 58.1\%$
		9. 提升非同體系區域級 (含)以上醫院回轉率 (累計)-半年指標	$\geq 5.33\%$
		10. 醫療檢查影像資訊即 時上傳率	$\geq 98\%$

構面	策略	管控項目	113 年 目標值
		11. 全藥類藥品重複用藥 日數下降率	$\geq 1\%$
		12. 門診 10 項重點檢查 (驗)非合理區間內再次 執行下降率	$\geq 1\%$
		13. 西醫門診年復健次數 >180 次異常件數成長率 零成長	$\leq 0\%$
善用醫 療資源 合理使 用	強化違規查處機 制 尊重醫療自主， 保障善終權益	14. 違規院所訪查家次 15. 死亡前安寧利用率 16. 呼吸器依賴病人安寧 利用率	≥ 456 $\geq 35.6\%$ $\geq 74.8\%$
持續推動疾病管 理	17. 西醫門診病人可避免 住院率 18. 住院案件出院後 3 日 以內急診率	 $\leq 1.16\%$ $\leq 2.42\%$	

(會議資料第 102 頁)

討論事項第三案「近年健保會長期監理政府應負擔健保經費「未達法定 36%」，敬請健保署確實遵守健保法、如實編製 112 年度健保基金附屬單位決算及 114 年度健保基金附屬單位預算，以維護全民權益、確保財務健全」後附資料(健保署意見)

.....

中央健康保險署意見：

有關政府應負擔健保總經費法定下限 36%不足數之計算方式(含預、決算)，歷年來皆依健保法第 2 條、第 3 條及同法施行細則第 45 條規定，以及行政院協商確立之法律見解及計算方式辦理。

報告事項第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：111年及112年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估執行結果，請鑒察。

說明：

- 一、依111、112年度總額核(決)定事項、貴會112年第2次委員會議(112.3.22)及第6次委員會議(112.7.26)及113年第1次委員會議(113.1.24)決議(定)事項辦理。
- 二、有關「112年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估」之執行結果如附表1(第24~32頁)。
- 三、有關「111年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估執行結果」之後續辦理結果如附表2(第33~38頁)。

報告單位業務窗口：朱文明科長，聯絡電話：02-27065866分機2665

杜安琇科長，聯絡電話：02-27065866分機1554

張淑雅科長，聯絡電話：02-27065866分機3012

本會研析說明：

本報告案係健保署依總額核(決)定事項及本會歷次委員會議決定，提報112年度及111年度預算扣減及效益評估執行結果，為利討論，本會研析內容分述如下：

- 一、「112年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估」之執行結果：

(一)查112年度總額核(決)定項目，計有8項需依實際執行結果扣除「未執行預算或與一般服務重複部分」、3項需提報「節流效益之執行結果」，因3項節流效益指標及計算方式已於上次委員會議(113.1.24)提報完成，並決定114年7月提報評估結果。爰本案須提報內容為8項扣款項目之執行結果。

(二)依衛福部本(113)年1月12日來函：「為擬訂114年全民健康保險醫療給付費用總額範圍，懇請於本年3月18日前提供114年健保總額基期之扣減項目及額度」，爰本會安排健保署於本

次委員會議提報本案，預計提會後將本次提報之資料及委員意見，送請衛福部參考。

(三)經檢視健保署於3月8日提報8項預算扣減項目執行結果，補充「本會研析說明」(為利閱讀，增列於健保署附表1之最右欄第24~32頁)供參。健保署提報112年度執行結果及本會研析說明，摘要重點如下：

1. 牙醫門診總額：1項

項目/核(決)定事項	估算扣減金額(扣減率)	健保署處理方式
12~18 歲青少年口提升照護試辦計畫 (專款 271.5 百萬元) 【於一般服務扣減與本項重複部分之費用】	112年1~11月與一般服務重複之額度約 0.08 百萬元 (0.03%)	擬於第4季結算時，依實際執行結果校正扣減費用

◆本會研析說明(附表1第24頁)：已依核(決)定事項辦理，建議尊重健保署之處理方式。

2. 中醫門診總額：5項

項次/扣減項目	估算扣減金額(扣減率)	健保署處理方式
1. 多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度 (一般服務 476.7 百萬元) 【扣減當年度未執行之額度】	112年申報約 64.4 百萬點，推估未執行數約 412.3 百萬點 (86.5%)	1. 中全會於研商議事會議建議不宜扣減，健保署尊重。 2. 健保署意見：考量項次 5「針傷合併治療合理給付」及 111 年新增「提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護」項目，於 112 年之執行數均超過預算之額度，且高於左列 1~4 項未執行金額(合計 4.29 億元)，建議不宜扣減。
2. 提升中醫小兒傷科照護品質 (一般服務 2.5 百萬元) 【扣減當年度未執行之額度】	112年申報約 0.4 百萬點，推估未執行數約 2.1 百萬點 (84.0%)	
3. 增加「特定疾病門診加強照護」適應症腦中風後遺症(診斷碼 I69) (一般服務 17.2 百萬	112年申報約 3.5 百萬點，推估未執行數約 13.7 百萬點 (79.7%)	

項次/扣減項目	估算扣減金額(扣減率)	健保署處理方式
元) 【扣減當年度未執行額度】		
4.照護機構中醫醫療照護方案 (專款 28 百萬元) 【於一般服務扣除與本項重複部分之費用】	112年與一般服務重複之額度約1.11百萬點 (4.0%)	
5.針傷合併治療合理給付 (一般服務 304 百萬元) 【扣減當年度未執行額度】	112年申報約483.4百萬點，已逾預算	本項執行數已超過預算，中全會建議應考量各項目執行超額或不足情形之衡平性，健保署尊重

②本會研析說明(附表1第24~29頁)：

有關健保署建議中醫不扣減項次1~4項未執行額度或於一般服務扣除與本項重複部分之費用：

(1)查各協定項目之未執行預算扣減，係明訂於衛福部總額核(決)定事項，並公告在案，所提不扣減之建議與總額核(決)定事項不符，建請應依核(決)定事項辦理；另考量四部門總額之衡平性，對於核(決)定事項之執行，四總額部門的處理方式應具有一致性，以符合公平正義。若健保署不依核(決)定事項扣減，則應依行政程序報請原核(決)定機關衛福部同意修正協(決)定事項。

(2)對於項次5執行數超過預算，請健保署基於保險人權責，會同總額部門定期監控執行情形，即時瞭解原因，妥為管理。本會已於3月8日請辦健保署提出112年預算執行額度之詳細估算方式、超出預算數之原因分析及申報情形資料(資料後附)。

3. 醫院及西醫基層總額：各2項

項次/項目/核(決)定事項	估算扣減金額 (扣減率)	健保署處理方式
1. 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) (醫院一般服務 30.78 億元 西醫基層一般服務 1.96 億元) 【未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度】	1-1 醫院 新增診療項目推估全年略有剩餘(0.08億點)，新藥超出預算(0.46億點)，新特材已執行完畢(0%) 1-2 西醫基層 新增診療項目推估全年剩餘0.2億元，新藥剩餘0.05億元，計剩餘0.25億元(12.8%)	無需扣減 考量申報數高之診療項目皆於112年7月後生效，申報情形尚不穩定，且第4季仍會補報費用，爰不扣減費用
2. 藥品及特材給付規定改變 (醫院一般服務 11.38 億元 西醫基層一般服務 1.45 億元) 【未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度】	2-1 醫院 藥品超出預算(0.42億元)，由藥價調整所節省之金額支應。 特材已執行完畢(0%) 2-2 西醫基層 藥品剩餘0.09億元(特材無編列預算)(6.2%)	無需扣減 未說明處理方式

○本會研析說明(附表1第29~31頁)：

(1) 醫院總額：已執行完畢無須扣減，建議尊重健保署之處理方式。

(2) 西醫基層總額：健保署建議不扣減未執行預算：

同本會研析說明一(三)2. 中醫門診總額之說明(1)。

二、所報之「111年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估執行結果」之後續辦理結果：

(一) 健保署前依111年度總額核(決)定事項，已於112年第2次委員會議(112.3.22)提報執行結果，該次會議決定「執行過高、過低之項目，持續追蹤至112年度執行情形」、「未提出預算

扣減之精準估算方式及扣連節流效益計算方式之項目，請持續完成」。爰本次須提報上開協定事項計7項之後續辦理結果。

(二)經檢視健保署提報後續辦理結果之內容，補充「本會研析說明」(為利閱讀，增列於健保署附表2之最右欄，第33~38頁)供參。健保署提報之執行結果及本會研析說明，摘要如下：

1.提出節流效益，持續研提可實質扣連節流效益及預算影響之計算方式及結果：

牙醫門診及醫院總額：各1項

總額別/項目	健保署之後續辦理結果及處理方式
牙醫門診總額 高風險疾病口腔照護	已提出節流效益指標及具體計算方式，將於114年7月提報量化之節流效益。
醫院總額 鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫	提出兩項效益評估指標及監測結果。

●本會研析說明(附表2第33~34頁)：

- (1)牙醫門診總額「高風險疾病口腔照護」：已依核(決)定事項辦理，建議尊重健保署之處理方式。
- (2)醫院總額「鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫」：所提指標尚無法實質扣連節流效益及預算影響，較難評估其效益，建請持續研議提出實質扣連節流效益及預算影響之指標、計算方式及結果。
- 2.「111年執行數過低或過高之協定項目」持續追蹤至112年度執行情形(含實際增加費用、未執行額度等)：

牙醫門診、中醫門診及西醫基層總額：各1項

原因	總額別/項目	健保署之後續辦理結果及處理方式
執行數過低	牙醫門診總額 高風險疾病口腔照護	112年執行數雖已上升，惟初步計算仍須扣減約3.783億點，規劃於112年第3季、第4季扣減費用。
執行數過高	中醫門診總額 提升民眾於疾病黃金治療期針傷	估算112年申報點數較110年約增加計15.81億點，已逾本項112年累計預算5.2億元。

	照護	
	西醫基層總額 提升國人視力照 護品質	112年執行數仍超出1.914億元。

⦿ 本會研析說明(附表2第34~37頁)：

- (1) 牙醫門診總額「高風險疾病口腔照護」：持續追蹤及規劃扣減額度，建議尊重健保署提報之結果及處理方式。
- (2) 中醫門診總額「提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護」：
- 本項追蹤至112年執行數仍超過預算，請健保署基於保險人權責，會同總額部門定期監控執行情形，即時瞭解原因，妥為管理。本會已於3月8日請辦健保署提出112年預算執行額度之詳細估算方式、超出預算數之原因分析及申報情形資料(資料後附)。
- (3) 西醫基層總額「提升國人視力照護品質」：本項追蹤至112年執行數仍超過預算，衛福部113年度總額續編1.555億元，決定事項請健保署檢討案件成長之合理、加強執行面管理與監督等，並訂定具體實施方案提本會確認。爰請健保署儘速辦理。

3.「未依時程導入或預算執行有剩餘之扣減」部分，檢討並提出執行數之精準估算方式：

醫院及西醫基層總額：各2項

項次/項目	健保署提報之後續辦理結果及處理方式
1.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	1.新增修訂診療項目、新藥及藥品給付規定改變：說明執行數推估計算模式，並將持續監測、精進。
2.藥品及特材給付規定改變	2.新特材及特材給付規定改變：未提出執行數之估算方式。

⦿ 本會研析說明(附表2第37~38頁)：

醫院、西醫基層總額「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」、「藥品及特材給付規定改變」：新特材及特材給付規定改變部分，尚未提出執行數之估算方式，請健保

署補充說明；其餘部分建議尊重健保署提報之執行數估算方式。

三、關於預算數與執行數落差問題，本會因應做法：

- (一) 本會協商原則明訂「新增協商項目或計畫，宜先列為專款項目，俟執行穩定且具成效後，未來年度再考量移至一般服務項目」。為避免新增項目執行初期不穩定，預算數與執行數有落差，衍生扣款事宜，徒增行政困擾，未來總額協商宜落實上開原則，以避免發生此類情形。
- (二) 本案之執行數過低或過高之核(決)定項目，請健保署會同各部門總額相關團體持續追蹤至113年度執行情形，並將辦理結果(含：實際增加費用、未執行額度、檢討原因等)提報114年3月份委員會議，以納入總額協商參考。

決定：

附表1 「112年度各部門核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估」之執行結果

彙整總額核(決)定事項、本會歷次委員會議決定、健保署提報之執行結果及處理方式，及本會研析說明，如下：

部門	項目 【核(決)定事項】	112、113年委員會議決議 (定)事項及規劃內容(摘要)	健保署提報之結果及處理方式 (預算執行結果及其他)	本會研析說明
牙醫 (註)	〔專款項目〕 12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫 【依112年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用】	113年第1次委員會議 (113.1.24)決定 1.扣減方式：112年執行P7101C青少年齲齒控制照護處置(排除案件分類14醫不足方案)且沒有申報91014C「牙周暨齲齒控制基本處置」+91004C「牙結石清除-全口」者，於111年一般服務申報91004C+91014C，則扣減91014C之費用。 2.扣減時程：112年第4季點值結算時執行。	依112年1月至11月申報資料，統計「12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」與一般服務重複之額度約0.08百萬，考量扣減金額不多，且第4季院所仍會申報及補報費用，研擬於112第4季結算時依實際執行結果校正扣減費用。	1.本計畫自 111.3.11 實施，112年延續辦理。 2.健保署依 112 年度總額協定事項，及本會 113 年第 1 次委員會議決定扣款方式，初步計算 112 年度本項與一般服務重複費用約 0.08 百萬元，將依時程規劃於 112 年第 4 季結算時依實際執行結果校正扣減費用， <u>建議尊重健保署提報之結果及處理方式</u> 。
中醫	〔一般服務〕 1.多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度 【依112年度預算執行結果，扣減當年度未執行之	112年第6次委員會議 (112.7.26)決定 修正預算扣減方式為：「當年度執行之額度」為112年A91「整合醫療照護費加計(70點)」全年實際申報點數，若未達協商額度	1.本項預算用於反映多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度增加，自 112 年 3 月 1 日起新增支付標準 A91「整合醫療照護費加計」(70 點)。 2.經初步統計 112 年申報本項者(申報費用約 64.4 百萬	1.本項為 112 年新增項目，預算用於新增支付標準 A91「整合醫療照護費加計」(70 點)自 112.3.1 實施。 2.健保署初步計算 112 年本項申報費用約 64.4 百萬點，未執行數(應扣除數)約 412.3 百

部門	項目 【核(決)定事項】	112、113年委員會議決議 (定)事項及規劃內容(摘要)	健保署提報之結果及處理方式 (預算執行結果及其他)	本會研析說明
	<u>額度】</u>	(4.767億元)作為扣減當年 度未執行之額度。	<p>點)，推估未執行數約 412.3 百萬點。</p> <p>3.中全會於中醫門診總額 113 年第 1 次研商議事會議建議 不宜扣減，健保署尊重。 【中全會意見詳第32頁】</p>	<p>萬點($476.7 - 64.4 = 412.3$)。</p> <p>3.健保署尊重中全會不宜扣減 之建議，另該署考量項次 5 「針傷合併治療合理給付」 及 111 年新增「提升民眾於 疾病黃金治療期針傷照護」 項目，於 112 年之執行數超 過預算之額度，且高於項次 1~4 項未執行金額(4 項合計 4.29 億元)，建議不宜扣減。</p> <p>4.有關健保署建議中醫不扣減 項次 1~4 項未執行額度或於 一般服務扣除與本項重複部 分之費用：</p> <p>(1)查各協定項目之未執行預 算扣減，係明訂於衛福部 總額核(決)定事項，並公告 在案，所提不扣減之建議 與總額核(決)定事項不符， 建請應依核(決)定事項辦 理；另考量四部門總額之 衡平性，對於核(決)定事項 之執行，四總額部門的處 理方式應具有一致性，以</p>

部門	項目 【核(決)定事項】	112、113年委員會議決議 (定)事項及規劃內容(摘要)	健保署提報之結果及處理方式 (預算執行結果及其他)	本會研析說明
				<p>符合公平正義。若健保署不依核(決)定事項扣減，則應依行政程序報請原核(決)定機關衛福部同意修正協(決)定事項。</p> <p>(2)對於項次 5 執行數超過預算，請健保署基於保險人權責，會同總額部門定期監控執行情形，即時瞭解原因，妥為管理。</p>
	<p>〔一般服務〕</p> <p>2.提升中醫小兒傷科照護品質</p> <p>【依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。其「當年度執行額度」，應以點數調升所增加之費用計算】</p>	<p>112 年第 6 次委員會議 (112.7.26) 決定</p> <p>修正預算扣減方式為：「當年度執行之額度」為 112 年 E90 「未滿 7 歲兒童傷科治療處置費加計 (200 點)」全年實際申報點數，若未達協商額度 (0.025 億元) 作為扣減當年度未執行之額度。</p>	<p>1. 本項預算用於提升中醫小兒傷科醫療照護品質，自 112 年 3 月 1 日起新增支付標準 E90 「未滿 7 歲兒童傷科處置加計」 (200 點)。</p> <p>2. 經初步統計 112 年申報本項者 (申報費用約 0.4 百萬點)，推估未執行數約 2.1 百萬點。</p> <p>3. 中全會於中醫門診總額 113 年第 1 次研商議事會議建議不宜扣減，健保署尊重。</p>	<p>1. 本項為 112 年新增項目，新增照護項目「未滿 7 歲兒童傷科治療處置費加計 (200 點)」 (E90) 自 112.3.1 實施。</p> <p>2. 健保署初步計算 112 年本項申報費用約 0.4 百萬點，未執行數 (應扣除數) 約 2.1 百萬點 ($2.5 - 0.4 = 2.1$)。</p> <p>3. 研析說明第 3 點、第 4 點同項次 1。</p>

部門	項目 【核(決)定事項】	112、113年委員會議決議 (定)事項及規劃內容(摘要)	健保署提報之結果及處理方式 (預算執行結果及其他)	本會研析說明
	<p>〔一般服務〕</p> <p>3.增加「特定疾病門診加強照護」適應症腦中風後遺症(診斷碼I69)</p> <p>【依112年度預算執行結果，<u>扣減當年度未執行額度</u>。其「當年度執行額度」，應以新增腦血管適應症(診斷碼I69)與既有適應症申報費用之差額計算】</p>	<p>112年第6次委員會議(112.7.26)決定</p> <p>修正預算扣減方式為：「當年度執行之額度」為112年「特定疾病門診加強照護」腦中風後遺症(診斷碼I69)全年實際申報點數，若未達協商額度(0.172億元)作為扣減當年度未執行之額度。</p>	<p>1.本項預算用於針對「腦血管疾病後遺症」病人提供更佳的醫療照護，自112年3月1日起增列「診斷碼I69腦中風病患」適應症。</p> <p>2.經初步統計112年申報本項者(申報費用約3.5百萬點)，推估未執行數約13.7百萬點。</p> <p>3.中全會於中醫門診總額113年第1次研商議事會議建議不宜扣減，健保署尊重。</p> <p>【中全會意見詳第32頁】</p>	<p>1.本項為112年新增項目，用於「特定疾病門診加強照護」新增適應症腦中風後遺症(診斷碼I69)，自112.3.1實施。</p> <p>2.健保署初步估算112年本項申報費用約3.5百萬點，未執行數(應扣除數)約13.7百萬點($17.2-3.5=13.7$)。</p> <p>3.研析說明第3點、第4點同項次1。</p>
	<p>〔專款項目〕</p> <p>4.照護機構中醫醫療照護方案</p> <p>【依112年度預算執行結果，於一般服務扣除與本項重複部分之費用】</p>	<p>112年第6次委員會議(112.7.26)決定</p> <p>同意健保署所報扣減方式：</p> <p>以本方案112年新增申報費用之住民(即扣除111年已接受本方案服務之住民)，回推其111年中醫門診申報醫</p>	<p>1.112年本項預算金額28百萬元，依112年申報費用之住民回推其111年全年中醫門診申報醫療費用點數，排除「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」等各專款點數，於112年一般服務予以扣減，未執</p>	<p>1.本項為111年新增計畫，112年續辦，各年編列28百萬元專款，用於照護機構住民中醫醫療服務。</p> <p>2.健保署初步估算112年本項與一般服務重複費用計1.11百萬點。</p> <p>3.研析說明第3點、第4點同</p>

部門	項目 【核(決)定事項】	112、113年委員會議決議 (定)事項及規劃內容(摘要)	健保署提報之結果及處理方式 (預算執行結果及其他)	本會研析說明
		療費用點數，並排除中醫專款計畫/方案及代辦案件，視為自一般服務轉移至專款之費用，於112年第4季結算時予以扣減。	行數約 111 萬點。 2.中全會於中醫門診總額 113 年第 1 次研商議事會議建議不宜扣減，健保署尊重。 【中全會意見詳第32頁】	項次 1。
	〔一般服務〕 5.針傷合併治療合理給付 【依112年度預算執行結果， <u>扣減當年度未執行額度</u> 。其「當年度執行額度」，應以調升針傷合併治療給付增加之費用與原申報費用之差額計算】	112 年第 6 次委員會議(112.7.26)決定 修正預算扣減方式為： 「當年度執行之額度」為 112 年針灸合併傷科支付標準調整前後差異點數，全年實際增加點數，若未達協商額度(3.04 億元)作為扣減當年度未執行之額度。	1.本項預算用於合理給付中醫針灸、傷科治療合併照護，原針傷合併支付點數，係以針灸或傷科點數高者支付，修改為「針灸+傷科」點數，自 112 年 3 月 1 日起調升支付標準第四部中醫第六章針灸合併傷科治療處置費。 2.經初步統計 112 年申報本項者(申報費用約 483.4 百萬點)，已逾預算故無需辦理預算扣減作業。 3.本項執行數已超過預算，中全會建議應考量各項目執行超額或不足情形之衡平性。 【中全會意見詳第32頁： 經統計「傷科合併治療合理	1.本項預算用於調升支付標準針灸合併傷科治療處置費，自 112.3.1 實施。協商時之預算推估方式： 健保署以 111 年 1 百萬人次(成長率 38.4%)推估 112 年約申報 1.3 百萬人次，並以平均每次增加 230 點估算。 2.本項預算額度 304 百萬點，健保署初步估算 112 年申報約 483.4 百萬點，已逾預算額度 304 百萬點。健保署尊重中全會建議應考量各項目執行超額或不足情形之衡平性。 3.本會已於 3 月 8 日請辦健保署提出 112 年預算執行額度之詳細估算方式、超出預算數之原因分析及申報情形資

部門	項目 【核(決)定事項】	112、113年委員會議決議 (定)事項及規劃內容(摘要)	健保署提報之結果及處理方式 (預算執行結果及其他)	本會研析說明
			給付」項目，執行數超過預算約 1.8 億元，另 111 年新增「提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護」項目，經統計 112 年執行數超過預算 10.25 億元，共超過預算 12.05 億元，與前開扣減金額(4.29 億元)相較，理應再追加預算，不應減扣】	料(資料後附)。另附「針灸合併傷科治療處置費申報情形」(如附表 3，第 39 頁)供參。 4. 本項執行數超過預算，請健保署基於保險人權責，會同總額部門定期監控執行情形，即時瞭解原因，妥為管理。
醫院及西醫基層	〔一般服務〕 1.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) 【若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度】	112 年第 6 次委員會議(112.7.26)決定同意健保署所報扣減方式： 若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度。配合於尚未結算之季別(如第 3、4 季)結算，扣減當年度未執行之額度。	1.新增診療項目 (1)醫院：112 年新增診療項目預算金額為 6.32 億元，依總額協商協議事項辦理，推估全年約執行 6.23 億點，無需扣減。 (2)西醫基層：112 年新增診療項目預算金額為 0.5 億元，推估全年約執行 0.3 億點，考量推估年執行點數高於原推估預算之診療項目皆於 112 年 7 月之後生效，申報情形尚不穩定，且第 4 季仍會補報費用，爰不扣減預算費用。	1.醫院總額： (1)新醫療科技編列 30.78 億元，依健保署提報內容，新增診療項目推估全年執行費用點數略有剩餘，新藥及新特材執行數則略有超出或已執行完畢，無需扣減。 (2)考量整體新醫療科技執行數與預算數相當， <u>建議尊重健保署提報之結果及處理方式</u> 。 2.西醫基層總額： (1)新醫療科技編列 1.96 億元，依健保署提報內容，新增

部門	項目 【核(決)定事項】	112、113年委員會議決議 (定)事項及規劃內容(摘要)	健保署提報之結果及處理方式 (預算執行結果及其他)	本會研析說明
			<p>2.新藥</p> <p>112年預算編列19.6億元，執行數20.06億元，其中西基部門執行尚餘0.05億元，考量院所尚在申報作業中，擬不扣減。</p> <p>(1)醫院：預算編列18.14億元，整體新藥申報費用扣除替代藥費後計18.66億元。</p> <p>(2)西醫基層：預算編列1.46億元，整體新藥申報費用扣除替代藥費後計1.41億元。</p> <p>3.新特材</p> <p>(1)醫院：112年本項預算金額為6.32億元，依總額協商協議事項辦理，預算已執行完畢，無需扣減。</p> <p>(2)西醫基層：未編列預算。</p>	<p>診療項目及新藥推估全年執行 1.71 億點，剩餘 0.25 億元。該署考量申報數高之診療項目皆於 112 年 7 月後生效，申報情形尚不穩定，且第 4 季仍會補報費用，爰不扣減預算費用。</p> <p>(2)有關健保署建議不扣減未執行預算：</p> <p>查各協定項目之未執行預算扣減，係明訂於衛福部總額核(決)定事項，並公告在案，所提不扣減之建議與總額核(決)定事項不符，建請應依核(決)定事項辦理；另考量四部門總額之衡平性，對於核(決)定事項之執行，四總額部門的處理方式應具有一致性，以符合公平正義。若健保署不依核(決)定事項扣減，則應依行政程序報請原核(決)定機關衛福部同意修正協(決)定事項。</p>

部門	項目 【核(決)定事項】	112、113年委員會議決議 (定)事項及規劃內容(摘要)	健保署提報之結果及處理方式 (預算執行結果及其他)	本會研析說明
	<p>〔一般服務〕</p> <p>2.藥品及特材給付規定改變</p> <p>【若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度】</p>	<p>112年第6次委員會議(112.7.26)決定</p> <p>同意健保署所報扣減方式：</p> <p>若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度。配合於尚未結算之季別(如第3、4季)結算，扣減當年度未執行之額度。</p>	<p>1.藥品：</p> <p>112年預算編列10.05億元，執行數10.38億元。依112年總額協定事項「經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應」，原超出執行數計0.33億元(醫院部門執行超出0.42億元，西醫基層部門執行剩餘0.09億元)，由112年藥價調整額度81.8億元所節省之金額支應：</p> <p>(1)醫院：預算編列8.6億元，執行數9.02億元。</p> <p>(2)西醫基層：預算編列1.45億元，執行數1.36億元。</p> <p>2.特材：</p> <p>(1)醫院：112年本項預算金額為2.78億元，依總額協商協議事項辦理，預算已執行完畢，無需扣減。</p> <p>(2)西醫基層：未編列預算。</p>	<p>1.醫院總額：</p> <p>藥品及特材給付規定改變編列11.38億元，依健保署提報內容，藥品給付規定改變執行數超出0.42億元，由112年藥價調整額度所節省之金額支應。特材給付規定改變預算亦已執行完畢，無需扣減。建議尊重健保署提報之結果及處理方式。</p> <p>2.西醫基層：</p> <p>藥品及特材給付規定改變編列1.45億元，依健保署提報內容，執行1.36億元，剩餘0.09億元。該署未說明扣減額度或不扣減預算之理由。建議請健保署依核(決)定事項辦理扣款事宜。</p>

註：112年度牙醫門診總額「超音波根管沖洗計畫」、「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」之節流效益檢討：依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，納為重要參據。

中華民國中醫師公會全國聯合會建議中醫門診總額預算不宜扣減之說明

中醫門診總額預算扣減部分，經提全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 113 年第 1 次研商議事會議報告，中華民國中醫師公會全國聯合會建議不宜扣減，理由如下：

1. 有關「多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度」項目，執行時間自 112 年 3 月才開始執行，執行未達一年。
2. 有關「增加『特定疾病門診加強照護』適應症腦中風後遺症(診斷碼 I69)」項目，中醫執行(1)腦中風專案(2)癌症專案(3)腎病照護專案(4)腦中風 30 案件(5)養護機構專案等，都是屬於適合申請整合醫療照護費給付的疾病範圍，院所在將病人以專案收案時，便無法申報診斷碼 I69；因有取代性，影響整體的申報量。
3. 以上二項目，考量第一年執行，中醫對申報不熟悉，如要扣減，建議應以第二年作為核減的依據，並由本會加強宣導，同時請各區業務組協助，鼓勵中醫院所做好整合醫療照護的衛教及申報。
4. 有關「照護機構中醫醫療照護方案」項目，預算已不足，業採浮動點值計算，又核減其與一般服務重複部分，不合理，且該照護方式應是補民眾未被滿足之需求，不宜扣減。
5. 經統計「傷科合併治療合理給付」項目，執行數超過預算約 1.8 億元，另 111 年新增「提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護」項目，經統計 112 年執行數超過預算 10.25 億元，共超過預算 12.05 億元，與前開扣減金額(4.29 億元)相較，理應再追加預算，不應減扣。

健保署意見

考量「傷科合併治療合理給付」項目及 111 年新增「提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護」項目，經統計 112 年執行數超過預算之額度，高於前開未執行金額(4.29 億元)，本署建議不宜減扣。

附表2 「111年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估執行結果」之後續辦理結果

彙整總額核(決)定事項、本會委員會議決定、健保署提報後續辦理結果及處理方式，及本會研析說明，如下：

部門	項目	112年第2次委員會議 (112.3.22)決定事項	健保署提報之後續辦理結果及 處理方式	本會研析說明
牙醫 (註)	1.高風險疾病口腔照護	「提出節流效益並納入總額預算財源」部分，請持續研提可實質扣連節流效益及預算影響之計算方式及結果。	<p>1.有關「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」之節流效益指標，業於貴會 113 年第 1 次委員會議(113.1.24)決定通過。</p> <p>2.前述節流效益指標須追蹤個案接受處置後 2 年之效益，預計將於 114 年 7 月提報量化節流效益之結果。</p>	<p>1.查本項已於 113 年度總額與左列兩項齲齒改善計畫合併為「高風險疾病口腔照護計畫」，並移列專款。</p> <p>2.健保署提報之處理方式，將以本會 113.1.24 通過左列兩項齲齒改善計畫之節流效益指標(複合體充填二年內重補率、高風險患者平均齲齒填補顆數增加率)，持續評估效益。考量 3 項服務內容已整併，爰併同評估節流效益尚屬合理，<u>建議尊重所提報之處理方式</u>。</p>
醫院	2.鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫		<p>1.本案執行效益評估方式，依據貴會 111 年 12 月決議辦理並建置 2 項監測指標：</p> <p>(1)新增個案簽署DNR及預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書之比例： *分母：當年度新增之 RCC、RCW 病人個案數。</p>	<p>1.有關執行效益評估，健保署提報之處理方式，係以本會 111.12.23 通過左列兩項效益評估指標，及呈現監測結果。所提指標未提供計畫實施前的基期資料，無法進行比較，較難評估其執行效益。</p> <p>2.另該兩項指標與「簽署 DNR 及</p>

部門	項目	112年第2次委員會議 (112.3.22)決定事項	健保署提報之後續辦理結果及 處理方式	本會研析說明
			<p>*分子：分母中簽署 DNR 及預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書的個案數。</p> <p>(2) 臨終前未使用心肺復甦術之比例：</p> <p>*分母：當年度死亡之 RCC、RCW 病人數。</p> <p>*分子：分母之臨終前 14 天內未使用心肺復甦術之人數。</p> <p>2.112 年監測結果：</p> <p>(1)「新增個案簽署DNR及預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書之比例」為 26.5%。</p> <p>(2)「臨終前未使用心肺復甦術之比例」為 93.8%。</p>	<p>「安寧療護計畫」較為相關，未見「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器」之相關指標，亦請考量納入，以利評估節流效益。</p> <p>3. 綜上，<u>建議持續研議</u>提出實質扣連節流效益及預算影響之指標、計算方式及結果。</p>
牙醫	1.高風險疾病口腔照護	「111 年執行數過低或過高之協定項目」部分，請持續追蹤至 112 年度執行情形(含：實際增加費用、未執行額度等)。	<p>1.112 年「91090C 高風險疾病患者牙結石清除-全口」醫療費用約 38.0 百萬點，相較 111 年度成長約 251.5%。</p> <p>2. 經統計須扣減未執行額度約 378.3 百萬點，規劃分攤於 112 年第 3 季扣減 190 百萬元、第 4 季考量院所仍會申報及補報費用，依實際執行結果校正扣</p>	<p>1. 本項「高風險疾病口腔照護」係 111 年度總額一般服務協定項目，預算 4.05 億元，依協定事項需扣減當年度未執行額度。</p> <p>2. 查 111 年總額，健保署已依協定事項，於結算時扣減未執行額度約 4.01 億元。因 111 年執行數過低，爰決議請該署持續</p>

部門	項目	112年第2次委員會議 (112.3.22)決定事項	健保署提報之後續辦理結果及 處理方式	本會研析說明
			減費用。	<p>追蹤 112 年度執行情形。</p> <p>3.健保署提報 112 年執行情形，本項執行數已較 111 年度大幅成長，初步計算 112 年度須扣減約 3.783 億點，並規劃於 112 年第 3 季扣減 1.9 億元，第 4 季依實際執行結果校正扣減費用，<u>建議尊重健保署提報之結果及處理方式</u>。</p>
中醫	2.提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護		<p>112 年本項執行數為 15.81 億點，執行情形略述如下：</p> <p>1.針傷處置：</p> <p>112 全年申報點數 (65.03 億點) 較 110 年 (49.58 億點) 增加 15.45 億點，超出預算 5.2 億元 (111 年預算 5 億 * 112 年中醫總額一般服務成長率 4.072%)，約 10.25 億點。</p> <p>2.伴隨增加之診察費及藥費：</p> <p>以 110 年上述針傷處置件數為基期 (2,013 萬件)，及近 5 年 (107~111 年) 平均成長率視為自然成長 (-0.19%)，推估 112 年為 2,013 萬件，112 年針傷處置申</p>	<p>1.本項為 111 年一般服務新增項目，預算為 5 億元，111 年實際增加費用為 8.18 億點，已逾預算 5 億元。因執行數過高，決議持續追蹤 112 年度執行情形。</p> <p>2.健保署估算 112 年申報點數較 110 年增加費用共計 15.81 億點，其中針傷處置費增加 10.25 億點、診察費增加 3.76 億點及藥費增加 1.8 億點。</p> <p>3.本會已於 3 月 8 日請辦健保署提出 112 年預算執行額度之詳細估算方式、超出預算數之原因分析及申報情形資料供參</p>

部門	項目	112年第2次委員會議 (112.3.22)決定事項	健保署提報之後續辦理結果及 處理方式	本會研析說明
			<p>報件數為2,413.8萬件，超出400.8萬件計算，診察費約增加3.76億點，藥費約增加1.80億點。</p> <p>【中全會意見詳第32頁】</p>	<p>(資料後附)。另附「針灸、傷科、針灸合併傷科申報情形」(如附表3，第39頁)。</p> <p>4.本項追蹤至112年執行數仍超過預算，請健保署基於保險人權責，會同總額部門定期監控執行情形，即時瞭解原因，妥為管理。</p>
西醫 基層	3.提升國人視力照 護品質		<p>1.預算數： 111年「提升國人視力照護品質」預算為1.2億元，112年加計一般服務成長率後，預算為1.23億元。</p> <p>2.執行數： 依112年3月2日西醫基層112年第1次研商議事會議決議，以110年為基期(手術件數133,903件)，及近5年(106~110年)平均成長率視為自然成長(1.4%)推估白內障手術自然成長件數，111年為135,814件及112年為137,752件。統計111年及112年申報件數為145,326件及152,937件(較當年自然成長件</p>	<p>1.查本項111年度編列1.2億元，用於放寬白內障手術事前審查限制，主要刪除「醫師執行白內障手術四十例以上須送事前審查」規範，並以白內障手術事前登錄作業及事後審查等管理措施取代。</p> <p>2.本項因111年度執行數(1.97億點)過高，超出預算數0.767億元，故本會決議請健保署持續監測白內障手術醫療利用情形，於本次會議提報。依健保署提報112年執行情形，仍超出1.914億元。</p> <p>3.本項於113年度續編1.555億元，決定事項已請健保署會同</p>

部門	項目	112年第2次委員會議 (112.3.22)決定事項	健保署提報之後續辦理結果及 處理方式	本會研析說明
			<p>數超過9,512及15,185件)，以論病例計酬支付點數基層每件20,679點計算本項預算執行情形，111年為1.97億元、112年3.14億元。</p> <p>3.淨增加數：</p> <p>111年淨增加數76.7百萬元(196.7百萬-120百萬)、112年淨增加數191.4百萬元(314百萬-122.6百萬)。</p>	<p>西醫基層總額辦理下列事項：</p> <p>(1)檢討放寬白內障手術規範後，案件成長之合理性，及監測照護成效與民眾自費情形，並加強執行面管理與監督。</p> <p>(2)擬定具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提本會最近1次委員會議確認。</p> <p>4.爰上，<u>建議健保署落實 113 年度總額決定事項，儘速將具體實施方案提本會確認，並一併說明檢討結果。</u></p>
醫院 及 西醫 基層	1.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	「未依時程導入或預算執行有剩餘之扣減」部分，請檢討並提出本案執行數之精準估算方式。	1.新增修訂診療項目：預算推估係參酌相關學協會及專家建議以確保財務評估合理性，如有明確替代現有診療項目時，財務影響將扣除替代項目後推估計算，本署亦將持續統計實際淨增加情況並監測5年執行情形。	1.本案係委員考量過去健保署對新醫療科技及藥材給付規定改變的預算執行數預估無具體說明，尤其對「藥品給付規定改變項目」的預算執行結果較無精準的估算模式，爰請檢討並提出本案執行數之精準估算方式。

部門	項目	112年第2次委員會議 (112.3.22)決定事項	健保署提報之後續辦理結果及 處理方式	本會研析說明
	2.藥品及特材給付 規定改變		<p>2.藥品：</p> <p>因收載第1年新藥及藥品擴增 給付規定甫納入健保給付，尚 無實際1年申報情形，爰本署 依醫事服務機構實際申報情形 ，結合HTA評估結果估算執行 數。本署將持續收集各方意見 及交流，滾動式精進調整預算 執行數之推估及精準估算模式 。</p> <p>3.特材：</p> <p>(1)醫院：預算執行完畢。</p> <p>(2)西醫基層：無編列預算。</p>	<p>2.新增修訂診療項目、新藥及藥 品給付規定改變： 健保署已說明執行數推估計算 模式，並將持續監測、精進。 <u>建議尊重健保署提報之執行數 估算方式。</u></p> <p><u>3.新特材及特材給付規定改變：</u> <u>未提出執行數之估算方式，請 健保署補充說明。</u></p>

註：111 年度牙醫門診總額「高齡齒病患牙齒保存改善服務計畫」之節流效益檢討，併入 112 年度計畫持續辦理，依 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，納為重要參據。

附表 3

一、針傷合併治療合理給付

項目	年度	針灸合併傷科治療處置費申報情形						
		107	108	109	110 ^{註2}		111	112年 ^{註2}
申報費用點數(百萬點)		42.7	113.8	128.5	17.9	210.8	291.6	
申報醫令數(服務人次/千人)		199.0	498.0	553.4	76.2	613.6	874.7	
申報人數(千人)		42.8	85.1	91.0	21.3	140.0	157.8	
平均每件費用點數 ^{註2}								

註：1.請提供支付標準第四部中醫第六章針灸合併傷科治療處置費醫令代碼 F01~F84 之申報資料。

2.本表以 113 年度總額協商會議資料健保署提供之中醫門診總額資料暫列，110、112 年度資料請健保署更新及補充。

二、提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護

針灸、傷科、針灸合併傷科申報情形						
年度	醫令數	醫令點數	人數	醫令成長率	點數成長率	人數成長率
106	21,586,516	4,510,332,931	2,618,685	-	-	-
107	22,155,750	4,740,092,133	2,620,885	2.6%	5.1%	0.1%
108	23,146,177	5,198,784,386	2,632,283	4.5%	9.7%	0.4%
109	22,644,286	5,147,490,429	2,556,351	-2.2%	-1.0%	-2.9%
110	20,130,407	4,957,672,345	2,311,464	-11.1%	-3.7%	-9.6%
111	21,990,700	5,537,862,436	2,451,138	9.2%	11.7%	6.0%
112 ^註						

註：本表以 112.5.18 健保署召開中醫門診總額 112 年第 2 次研商議事會議資料暫列，112 年度資料請健保署更新及補充。

(會議資料第 120 頁)

報告事項第二案「新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告」本會研析說明之表格數據勘誤(更正如劃圈處)

.....

本會研析說明：

三、整理本次健保署就歷次會議委員意見之相關說明及本會研析與建議如下：

委員意見	健保署說明重點																			
2.對中低收入戶、身心障礙者影響	<p>《修正後》</p> <p>B.112年每人門診部分負擔增加：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>對象</th><th>111年</th><th>112年</th><th>增減情形</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>中低收入戶</td><td>944元</td><td>1,064元</td><td>+120元</td></tr> <tr> <td>身心障礙者</td><td>1,401元</td><td>1,429元</td><td>+28元</td></tr> <tr> <td>一般民眾</td><td>1,048元</td><td>1,255元</td><td>+207元</td></tr> </tbody> </table> <p>【健保署說明(二)之 2.及簡報第 17 張】</p>				對象	111年	112年	增減情形	中低收入戶	944元	1,064元	+120元	身心障礙者	1,401元	1,429元	+28元	一般民眾	1,048元	1,255元	+207元
對象	111年	112年	增減情形																	
中低收入戶	944元	1,064元	+120元																	
身心障礙者	1,401元	1,429元	+28元																	
一般民眾	1,048元	1,255元	+207元																	
(1)門 診 就 醫 情 形	<p>《修正前》</p> <p>B.112年每人門診部分負擔增加：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>對象</th><th>111年</th><th>112年</th><th>增減情形</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>中低收入戶</td><td>944元</td><td>1,064元</td><td>+120元</td></tr> <tr> <td>身心障礙者</td><td>1,041元</td><td>1,429元</td><td>+28元</td></tr> <tr> <td>一般民眾</td><td>1,048元</td><td>1,255元</td><td>+207元</td></tr> </tbody> </table> <p>【健保署說明(二)之 2.及簡報第 17 張】</p>				對象	111年	112年	增減情形	中低收入戶	944元	1,064元	+120元	身心障礙者	1,041元	1,429元	+28元	一般民眾	1,048元	1,255元	+207元
對象	111年	112年	增減情形																	
中低收入戶	944元	1,064元	+120元																	
身心障礙者	1,041元	1,429元	+28元																	
一般民眾	1,048元	1,255元	+207元																	
(2)急 診 就 醫 情 形	<p>A.112 年每人急診就醫次數未下降：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>對象</th><th>111年</th><th>112年</th><th>增減情形</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>中低收入戶</td><td>1.7 次</td><td>1.7 次</td><td></td></tr> <tr> <td>身心障礙者</td><td>1.9 次</td><td>2.0 次</td><td>+0.1 次</td></tr> <tr> <td>一般民眾</td><td>1.5 次</td><td>1.5 次</td><td></td></tr> </tbody> </table>				對象	111年	112年	增減情形	中低收入戶	1.7 次	1.7 次		身心障礙者	1.9 次	2.0 次	+0.1 次	一般民眾	1.5 次	1.5 次	
對象	111年	112年	增減情形																	
中低收入戶	1.7 次	1.7 次																		
身心障礙者	1.9 次	2.0 次	+0.1 次																	
一般民眾	1.5 次	1.5 次																		
	<p>A.112 年每人急診就醫次數未下降：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>對象</th><th>111年</th><th>112年</th><th>增減情形</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>中低收入戶</td><td>1.7 次</td><td>1.7 次</td><td></td></tr> <tr> <td>身心障礙者</td><td>1.9 次</td><td>2.0 次</td><td>+0.1 次</td></tr> <tr> <td>一般民眾</td><td>1.5 次</td><td>1.5 次</td><td></td></tr> </tbody> </table>				對象	111年	112年	增減情形	中低收入戶	1.7 次	1.7 次		身心障礙者	1.9 次	2.0 次	+0.1 次	一般民眾	1.5 次	1.5 次	
對象	111年	112年	增減情形																	
中低收入戶	1.7 次	1.7 次																		
身心障礙者	1.9 次	2.0 次	+0.1 次																	
一般民眾	1.5 次	1.5 次																		

(會議資料第 146 頁)

**報告事項第三案「各部門總額一般服務之點值保障之整體檢討」委員
要求提供之資料**

.....

- 一、黃金舜委員於會前(113.3.8)以電子郵件請本會提供前全民健康保險醫療費用協定委員會第 108、109 次委員會議討論藥事服務費點值保障相關議案之會議紀錄，第 108 次詳如附件一(第 42~56 頁)、第 109 次詳附件二(第 57~68 頁)。
- 二、依本會 110 年第 6 次委員會議(110.10.22)決定略以：本會委員索取業務相關資料之原則及流程，遵循歷屆委員會之共識作法辦理，其中個別委員要求資料，由同仁依委員書面意見提供，並轉送所有委員參考。

全民健康保險醫療費用協定委員會第108次委員會議紀錄(節錄)

壹、時間：中華民國 94 年 12 月 09 日上午 9 時

貳、地點：台北市愛國東路 100 號 14 樓 1401 會議室

拾、討論事項

第一案

提案單位：本會第一組

案由：藥事及被動接受處方之檢驗、檢查及物理治療等服務，於95年度各部門總額宜否給予點值保障案，提請討論。

決議：

- 一、考量各界要求保障點值者眾、資源之有效使用及健保法之規範，爰各項醫療服務之點值仍照第 106 次委員會議之討論共識，回歸依法制面處理。
- 二、至執行面，請中央健康保險局考量行政院衛生署函示原則，與各總額部門協商後，於本會下次委員會議提報。

(與會人員發言摘要詳附錄三)

【附錄三】

討論事項第一案「被動接受處方之藥事、檢驗、檢查及物理治療等服務，於 95 年度各部門總額宜否給予點值保障案」與會人員發言摘要

主任委員

本案於106次委員會議討論後，雖已達成依法辦理之共識，惟仍尊重各相關團體之建議，函詢衛生署有無政策指示，而107次委員會因尚未接獲衛生署函復，故移至本次會議討論。本案對藥事團體影響較大，先請藥師公會洪監事會召集人說明。

洪監事會召集人章榮

- 一、請先修正「討論事項第一案更新資料」第 2 頁說明（二）2. 之（1）「本支付標準由西醫基層先實施，並訂定藥事服務費自主管理額度控制在 8 億元內之管控措施」，此 8 億元係指非門前藥局之社區藥局藥事服務費，而非所有的藥事服務費。
- 二、依據衛生署回函，若藥事服務費改為浮動點值或平均點值，相較於原基期，所剩餘之預算，宜重新討論預算處理方式。
- 三、門前藥局的處理方案，係經長期協商，好不容易才達成共識，若將藥事服務費改為浮動點值，則牽一髮動全身，可能會影響前開方案及總額的運作機制，建議藥事服務費仍維持現制，以每點 1 元核算。

陳委員宗獻

同意洪監事會召集人章榮所言，8 億元係指排除門前藥局後，社區藥局之藥事服務費，採上限制。門前藥局的處理有共識後，藥事服務費點值浮動的問題會比較簡單。因為基本上有 8 億元之上限，若 95 年藥事服務費採取浮動，其點值應會大於 1，且當初額度有寬列，希望在自主管理之下，給予社區藥局發展的空間。至於其他診所藥局及門前藥局之藥事服務費也採浮動點值時，亦不會影響到社區藥局的發展，我想這樣的結果就比較容易討論。

蔡委員登順

站在消費者立場，既然西醫基層其他部分都採浮動點值，基於公平合理原則，最重要的是消費者權益如何確保，建議藥事服務費比照其他服務，也採浮動點值計算。

吳委員南河

醫師公會已與藥界協商過，藥事服務費採浮動點值，且消費者代表也表達同意，個人贊成藥事服務費採取浮動點值。

主任委員

- 一、依據衛生署函復，原則上尊重本會的協商結果，而本會 106 次委員會議已有共識；且該函表示若繼續保障藥事服務費點值，則其他受交付處方機構之服務點值，亦應採取相同處理原則。
- 二、衛生署亦請本會協商時一併考量，是否會增加門前藥局處理的複雜度，根據陳委員宗獻的意見，因有 8 億元上限，其處理應比較容易，不致更為複雜。
- 三、關於藥事服務費若改為浮動點值，相較原基期所剩預算之處理乙節，似宜於協商明年度總額時，再予討論。

洪監事會召集人章榮

藥事服務費與被動接受處方之檢驗、檢查及物理治療等服務之點值，因性質不同，在上次會議已確定分開處理。

主任委員

- 一、對於藥事服務費與被動接受處方服務之點值處理方式，本會已分開討論。目前醫界與付費者代表皆同意維持 106 次委員會議共識，各項服務回歸法制面採浮動點值。
- 二、依衛生署的政策指示，藥事服務費若維持每點 1 元，則其他交付處方機構之服務點值亦應比照辦理。

柯執行秘書桂女

就個人解讀，衛生署的函示內容是指被動接受處方之檢驗、檢查

及物理治療等服務，點值的預算處理原則，應與藥事服務費相同，而非藥事服務費若1點1元，其他被動接受處方之服務，其點值也要1點1元，不知能否先請衛生署代表梁組長說明。

主任委員

目前暫不討論此問題，請洪監事會召集人再次說明。

洪監事會召集人章榮

協商門前藥局的處理方案時，其先決條件為藥事服務費1點1元，目前只將非門前藥局的社區藥局暫行切出，若改採浮動點值，因門前藥局所佔比例較高，當門前藥局往非門前藥局移動時，社區藥局的浮動點值將大受影響。建議本次會議暫緩討論，因其基本先決條件改變，須與西醫基層重新協商，且若點值浮動，也應維持其穩定度。

主任委員

- 一、洪監事會召集人所說若屬執行面，費協會是無法幫忙，須由藥界與西醫基層建立共管機制，避免服務板塊的移動。
- 二、當初談定的95年度總額，概念上，是以保障藥事服務費的點值為基礎，其預算額度應是最大的，現在用此額度來浮動點值，希望鼓勵大家不要衝量。
- 三、藥事服務費部分，除非有更好的理由或證據說服委員，否則本案仍維持上次會議決議。

洪監事會召集人章榮

前述社區藥局的8億元額度是固定的，所以只要門前藥局往非門前藥局移動，就會吃掉社區藥局的額度，對浮動點值會有很大的影響。如果是將西醫基層所有的藥事服務費切出，則其浮動幅度會較小。

主任委員

- 一、藥事服務費浮動是指門前藥局、社區藥局、診所藥局的藥事服務費一起浮動，而要保障哪些項目，屬於管理機制，需藥

界與健保局、西醫基層共同討論。對保障或鼓勵項目如何進行監控，使其不要往壞的方向發展，也是很重要課題。

- 二、以費協會分配預算的立場，依法僅藥品每點 1 元，藥事服務費並不在保障範圍內。過去藥事服務費一直是保障 1 點 1 元，但 106 次委員會議大家討論的共識，同意藥事服務費不再保障及函詢衛生署是否指示處理原則，而衛生署的回函是尊重費協會的共識。
- 三、費協會的決議是大家共同的決定，大家都有責任，再次詢問委員，是否還有其他不同的意見，是否認為浮動點值並不好。

洪監事會召集人章榮

依健保法第49、50條規定，是將整個藥費及藥事服務費設立一定比例，而非只在社區藥局的藥事服務費設定比例，且現行支付標準的設計亦不同，更會誘使門前藥局往非門前藥局方向移動。

主任委員

門前藥局多由診所設立，請問代表西醫基層之陳委員宗獻，真的會造成此種現象嗎？

陳委員宗獻

我認為洪監事會召集人的憂慮是存在的，社區藥局8億元額度約為全部藥事服務費的三分之一，如果由非社區藥局流動到社區藥局，確實會造成影響。建議健保局應給藥師公會最大的裁量權，決定何謂社區藥局，何謂門前藥局。雖有流動的疑慮，但我想和主席所說的大原則並沒有違背。

蔡委員登順

醫界似乎是對健保的未來發展較為憂慮。若能珍惜醫療資源，並減少盜刷、浪費的問題，則藥事服務費改為浮動，點值不見得會更差，甚至可能超過1元。消費者對本案的看法是，既然屬第一道手續之醫師看診採浮動點值了，而後續配合的各項醫療服務也應該比照，這樣較符合公平原則，且消費者權益也比較容易確保。

龔總幹事圻

- 一、談到公平原則，則藥事服務費和藥費若採取浮動點值，實際上是非常不公平的。醫療機制的啟動在醫師手中，整個藥師與藥品所得，一開始就受到醫院與醫師的影響。門前藥局或醫院藥師領的是薪水，不是藥事服務費，藥師從來不敢向醫院或醫師要求調整薪水，所以實際上藥事服務費一開始就被浮動了，這浮動就是他們合作及就業的條件。
- 二、藥費也有相同情形，藥費在採購時有藥價差，這是醫院向藥商採購時講好的條件，所以藥費也在一開始就浮動，如果給付時再次浮動，就會變成一條牛剝兩次皮。大家都知道，藥界的業績看起來雖然很亮麗，但實際利潤已經非常低，國內幾乎已無外資的製藥廠，或賣掉或撤退。再次強調藥費和藥事服務費一開始已經浮動了，這浮動的主導權不在藥界也不在產業界，而是在醫院和醫界。

洪監事會召集人章榮

目前所訂的8億元約是西醫基層三分之一的藥事服務費，如果因為板塊移動造成社區藥局要承接二分之一或四分之三的處方時，其點值只剩下一半而已。所以如果藥事服務費採浮動，先決條件應是將西醫基層所有藥事服務費切出，或者社區藥局的藥事服務費沒有預算上限。

蔡委員登順

澄清一下，我剛剛並未提藥價浮動，只是提藥事服務費浮動。

龔總幹事圻

我是順便提一下，藥價實質上可算是浮動的。如果按照健保局藥價基準交貨給醫院的話，則目前沒有任何藥可進醫院；如果藥師不願意接受醫院所訂的薪水條件，也根本進不了醫院就業，所以藥師現在領的不是藥事服務費，而是浮動後加權所得的薪水，以上謹代表雇主及產業界發言。

主任委員

本案的決議仍維持106次委員會議共識，藥事服務費回歸法制面，不再保障，另請健保局會同西醫基層及藥事服務團體努力進行監控，避免已經談好的8億元，反而對社區藥局造成傷害。如果有明顯的板塊移動到社區藥局，因涉西醫基層的執業型態，非費協會權責，建議相關單位可就8億元的妥適性再行協商，以避免社區藥局遭受傷害。

洪監事會召集人章榮

這樣有種受騙的感覺，原先在藥事服務費1點1元的基礎上談出的結果，現在立刻面臨藥事服務費浮動，且這板塊一移動，就會造成社區藥局點值大幅下降。

主任委員

板塊是否移動很難預估且目前尚未發生。請問陳委員宗獻如果板塊真有明顯移動時，可否再談一次。

陳委員宗獻

我只好講實話，目前針對社區藥局8億元額度的協商結果，已經有人開始大量招募社區連鎖藥局，我們擔心此額度也許不到半年就會用到9億、10億，希望醫界和藥界一起認真、用心地管控，才能避免濫用。

劉副祕書長碧珠

有關擬辦方案二中「採平均或浮動點值，惟若與過去費用相較，有剩餘預算，則應自各該部門總額一般服務預算中減列」，但從衛生署的公文中並未看到要減列，只看到「宜重新討論預算處理方式」，不知方案二直接減列之擬辦意見是否合適？

主任委員

這部分恐怕在明年協商96年預算時，才會有初步資料可供討論，究竟減列或增列。95年度預算已經談定，而衛生署的公文內容並不明確，也非政策交辦或交議討論事項，只是提到若對總額有影

響時，宜重新討論預算處理方式。

洪監事會召集人章榮

現在的浮動是指藥事服務費和整個西醫基層的點值一起浮動，目前西醫基層的浮動點值約0.7，所以原先談定的8億元將變成5.6億元，無形中已先被切掉一截，故建議先在藥事服務費自己的額度內（8億）自行浮動。

主任委員

上次會議曾詢問健保局黃副總，浮動點值的計算有無困難，黃副總答覆全部預算除以整體服務點數就是浮動點值。至於藥事服務費要切多少才公平，基本上藥事服務費並非費協會權責範圍內所協商四部門總額的任何總額，故建議可先收集過去數年的資料，由健保局、醫界及藥事團體一起討論藥事服務費如何切分。

洪監事會召集人章榮

想請問健保局，藥事服務費的浮動點值應如何計算？是否比照西醫基層浮動點值的算法？如果是，那就很明顯將原來8億元額度砍掉一大塊。

林副經理阿明

現在醫院總額和西醫基層總額是分開的，如果要計算西醫基層的藥事服務費浮動點值，就和檢驗、檢查等浮動點值計算方法一樣，先扣除西醫基層的藥費及預防保健等固定點值之費用後，剩下的部分做浮動，浮動的點值大家都是一樣的。

洪監事會召集人章榮

歷年來藥事服務費的給付點數都沒有改變，目前西醫基層的藥事服務費約20多億，如果藥事服務費改採浮動點值，只是拿藥事服務費來補貼診察費，將使藥事服務費只剩下10多億元。

主任委員

若如洪監事會召集人所言有補貼的情形，我想這就是衛生署所謂

的要去調整總額。因為95年度總額已經談定，故於協商96年度總額時，再檢討預算是否須減列較可行。至於藥事服務費浮動的算法，依照健保局的說法，藥事服務費不是切出一塊，而是和其他服務點值的算法一樣。這算法和各委員的想法是否一樣？

陳組長雪芬

請問藥事服務費浮動是否只有西醫基層部門，剛剛提到西醫基層有8億元，浮動之後變5.6億元，是否會牽扯到醫院部門，如果會，醫院部門是完全不願意動的。

主任委員

8億元是為了解決門前藥局，保護社區藥局，係西醫基層和藥界協商的結果，和總額分配並沒有關係。

謝委員文輝

主席已經講得很清楚，我就沒有意見。

張秘書長志鴻

本案案由為各部門總額的點值保障，但討論到現在都是西醫基層部門，是否可以修改案由，將之限縮在西醫基層部門。就中醫部門而言，並不願動到藥事服務費和藥費的問題，也不想跟著浮動。

謝委員文輝

- 一、因為依法只有保障藥費 1 點 1 元，並沒有保障藥事服務費，所以今天才能討論藥事服務費是否浮動，而藥費則絕對不能動，因依法即為 1 點 1 元。
- 二、個人認為應該一視同仁，我也不意外會有兩個不同意見，醫學中心代表剛剛反對藥事服務費浮動，但以地區醫院立場是主張浮動。例如 94 年第 1 季，醫學中心門診的藥費佔 48.2%，地區醫院佔 30.9%，兩者相差 17.3%，醫學中心住院的藥費佔 17.3%，地區醫院佔 10.7%，兩者差了 6.6%。藥費多，藥事服務費相對多的機率比較大，在法律沒有保障 1 點 1 元的情況下，誰多拿藥事服務費，則同一總額的其他人就會被排

擠。我們尊重醫學中心基於自己的立場發言，而地區醫院也需要為自己的立場說話，區域醫院的藥費剛好介於醫學中心和地區醫院中間。

三、中醫有中醫的狀況，而醫院三層級亦各有不同，基本上應該回歸法律面原貌，僅藥費給予保障，這樣大家比較沒有爭執。

陳組長雪芬

如果決議確定，西醫基層、中醫、牙醫、醫院部門一體適用，我們強調的是擬辦方案二，自各該部門總額一般預算中減列，將會影響到我們的額度，因此希望不要動到藥事服務費。

洪監事會召集人章榮

費協會的決議，基本精神是要透過協商，而本案根本沒有經過協商。當初與西醫基層協商的基礎也和藥事服務費浮動的基礎不一樣，如果要依據衛生署解釋函，將被動接受處方之服務點值全部實施浮動時，我們要求應該完全依據健保法，藥費和藥事服務費設定一定比率，這樣才是落實健保法的規定，今天等於是被逼著上架。

陳委員宗獻

我想洪監事會召集人較擔心的是，與西醫基層部門已經談好的社區藥局8億元之上限。目前實際費用約5億多元，這8億元應該屬於自主管理的部分，建議8億元這部分自己做浮動，其他部分做一般的浮動，請問健保局這樣執行上有無困難。

主任委員

一、當初提出本案是因為依法只有保障藥品點值，而其他被動接受處方箋的部門如檢驗、檢查、物理治療等也陳情，同樣都是被動接受處方箋，都沒有主導權，為何獨厚藥事服務費。法條僅提及得設定藥事服務費比例，並未有點值保障。在106次委員會議已有共識，藥事服務費依法規處理，今天會議係就衛生署函復內容繼續討論。

- 二、其他部門如中醫、牙醫會不會受到影響，真正執行面是在每一個部門的支付委員會。在費協會只決議回歸法制面，各部門仍可會同健保局討論，決定要保障哪些項目。
- 三、反對浮動的理由，不該在於醫院的藥師是醫院的雇員，領的是薪水不是藥事服務費，因為薪資的給付屬於醫院內部的管理層面，費協會無法介入。
- 四、請問委員是否尚有其他意見？希望能聽到委員更多中立的意見。

陳組長雪芬

想先請教主席，106次會議的共識為何？另外想確定四個總額是否一體適用？

主任委員

106次委員會議的共識是，依法藥費保障點值，但藥事服務費不在保障範圍之內。對四個總額，除非有特別之處而須對其提出個別建議，否則應該要一體適用。各總額部門如果有不同意見，現在可以提出。

柯執行秘書桂女

- 一、106次委員會議討論本案時，醫界和藥界的意見其實是不一樣的，到最後沒辦法就只能回歸法制面，藥品依藥價基準1點1元，藥事服務費依支付標準採點數。
- 二、106次委員會議當天藥界、物理治療、檢驗及檢查都有代表與會，渠等建議先送衛生署，看有無政策指示，否則各項醫療服務依法並無點值保障。
- 三、本會於94年10月27日函請衛生署指示處理原則，因11月份的107次委員會議尚未接獲衛生署回文，故未討論。衛生署於94年12月7日函復，尊重本會的協定。
- 四、如果今天談不出來，衛生署又沒有政策指示，而大家認為應回到法制面，則包含藥事服務之各項醫療服務恐都是浮動。

洪監事會召集人章榮

其實不可以如此解釋衛生署復文，函中內容只說協商時應該併案考量，而本案議題並沒有急迫性，如果今天主席就這樣裁決本案，對藥界來說是非常不公平的。

主任委員

請健保小組梁組長解釋，衛生署有沒有政策指示，本復函有無要費協會做什麼？我只看到函上有兩個注意事項。

梁組長淑政

- 一、函中的意思是說一切依法處理，全民健康保險法只有第 49 條第 3 項規定「藥品及計價藥材依成本給付」，所以藥品以每點 1 元計算，其他項目是否採取每點 1 元或浮動點值或平均點值，就在本委員會議討論決議。
- 二、衛生署當初的考慮是，這部分涉及各團體的爭議，為了預算能有公平合理處理的方式，假設在藥事服務費每點 1 元時，一年的藥事服務費 20 億元，未來改採浮動點值後，可能會變成 16 億元，隱形中 4 億元的落差應如何處理，請大家於協商時考量，是否在藥事服務費支付標準表中進行調整。在衛生署的立場預算處理必須是公平的，以預算中平立場來處理。
- 三、另為解決門前藥局的問題，健保局與醫事團體已完成協商，社區藥局藥事服務費自管理額度需控制在 8 億元，此點也請貴會協商時一併參考。

主任委員

- 一、衛生署回復是依法辦理，本會上次的共識也是依法辦理，就我所知，過去被動接受處方的各醫事團體向衛生署陳情時，衛生署回復也是依法辦理，所以才會衍生藥事服務費為何沒有依法辦理的問題。
- 二、本會依權責只就法制面處理較大方向的原則性決定，因此在執行面，藥事服務或其他服務應否保障點值，如何計算點值，

由健保局及各個總額部門在其支委會協商。

黃委員耀生

站在資源層面，就編列預算的立場，最不喜歡針對特定項目給予保障，因為保障隱含了一些資源未被有效率的使用，所以在資源有效利用的考量上，建議不予保障。技術上的細節或可再討論克服，但大原則上仍應不再保障。

呂委員明泰

爭議若無法處理時，建議回到法制面，所以贊成106次委員會議的決議。

蕭簡任技正介宏

牽涉到不同團體實在很難表示意見。若考量衛生署之復函亦，指示預算之處理須採公平原則，則建議進一步思考有無更公平的處理原則。

陳委員順來

目前法令並未保障藥事服務費，且有些勞工團體甚至認為保障藥品1點1元並不合理，還醞釀修法，所以我們認為不需要保障藥事服務費。

歐陽執行秘書莉

要談的事情還很多，所以已經有決議的就按照決議做，否則好像都談不完。

楊委員麗珠

一、我一直沒表示意見，其實護理團體也可以提保障護理費1點1元，但在這樣的環境中，我不便提這句話，因為這裏面牽扯到很多資源分配合理性的問題，以往藥事服務費和藥品都是每點1元，如果改為浮動點值，相信對藥界的衝擊會很大，值得討論。

二、今天沒有相關資料，不知道藥事服務費的改變，會對四個總額部門產生怎樣的衝擊，建議這部分應再思考。

主任委員

- 一、綜合大家的意見，就本會協定總額的立場，還是維持 106 次會議的決議，各項醫療服務原則上回歸法的層次。
- 二、法對藥事服務費並未規範每點 1 元，但基於過去十年來都採每點 1 元，大家擔心改變或許會有超過我們想像的不良影響，包括社區藥局之影響等，所以請健保局、藥界與四個總額部門針對執行面分別溝通協調，結果提委員會議備查。

洪監事會召集人章榮

請主席嚴肅面對我剛剛的提議，本議案並無急迫性，我們很質疑衛生署的復函今天才告知，致一點緩衝的空間都沒有。請允許我們能有和各總額部門再度協商的機會。

主任委員

- 一、基本上這是一件大事情，所以在 106 次委員會議尚預留署指示處理原則之空間，甚至也未請健保局依決議開始研擬執行方案，今天的議題應當是如果 106 次委員會決議沒有被推翻，則遵照該次會議之決議。
- 二、至於急迫性的問題，不應該等到火燒屁股沒有談判空間才做決定，這樣是不對的，本來就應該從長計議。很可能今年都談不出來，表示問題很嚴重，利益衝突很大，今天也沒有硬性說明年 1 月 1 日非做不可。如果操作面確有困難，是會影響我們的決策，並非決策後就沒事。
- 三、今天的決議，若依法是對的，但執行面卻有無法克服的困難，則是一件大事情，站在醫界的立場，就應該收集相關的資料，再去說服大家改變決議。
- 四、今天仍照 106 次委員會議決議，各項醫療服務之費用，回歸法制面之規定處理。並請健保局考量衛生署函示原則，和各總額部門就個別狀況與須要，協商如何採計點值。

洪監事會召集人章榮

有關討論事項第一案之結論，藥界並未同意，請將下列三點意見

列入會議紀錄：(一)藥界不同意藥事服務費採浮動點值，(二)藥界認為本方案之執行並無時間急迫性，(三)藥界要求 95 年藥事服務費應依健保法第 49 條，設定一定比例，並於下次委員會議討論。

柯執行秘書桂女

補充說明，依據健保法第 54 條，各法定總額事項之施行日期由主管機關定之，依往例在衛生署交議所規劃方案後，本會才會進行協定。

全民健康保險醫療費用協定委員會第109次委員會議紀錄(節錄)

壹、時間：中華民國95年1月13日上午9時

貳、地點：台北市愛國東路100號6樓601會議室

拾壹、臨時提案

第一案

提案人：何委員榮生

案由：為維持藥事服務現有機制業積極提升藥事服務品質以確保民眾用藥安全及延續落實醫藥分業政策，請依據全民健康保險法第49條規定辦理藥事服務費之協定，並請修正第108次委員會議藥事服務點值決議案，提請 討論。

決議：各項醫療服務之申報及支付方式，法既有明定，自可依法行政而不對藥事服務費例外處理。惟考量其在94年度之前，均以每點1元核算，若須改變，宜給藥界緩衝時間，及尊重中央健康保險局與醫界協商結果，爰95年度各總額部門藥事服務費支付方式如下：

一、醫院、牙醫門診及中醫門診總額依中央健康保險局94年12月23日與醫界之協商，維持以每點1元核算。

二、西醫基層總額：在社區藥局申報金額未超過8億元前，採每點1元核算；惟若金額超過8億元，則自當月份起改採浮動點值。本項申報之監控作業，請中央健康保險局每月邀集西醫基層與藥師公會代表會商及檢討。

(與會人員發言摘要詳附錄三)

【附錄三】

臨時提案第一案「為維持藥事服務現有機制並積極提升藥事服務品質以確保民眾用藥安全及延續落實醫藥分業政策，請依據全民健康保險法第 49 條規定辦理藥事服務費之協定，並請修正第 108 次會議藥事服務費點值決議案」與會人員發言摘要

主任委員

請藥師公會全聯會代表洪監事會召集人章榮說明提案內容，再徵求委員是否同意列入臨時提案。

洪監事會召集人章榮

- 一、本會希望依據全民健保法第 49 條規定，將門診藥事服務費設定一定比例。
- 二、目前藥事服務費均包含於各部門總額中，採論量計酬方式支付，不論品質好壞都支付 32 元，對於民眾用藥品質保證及提升，藥界完全沒有著力點，但如果院所可以將藥事服務做好，可降低重複、不當用藥，節省很多費用，並相對減少醫療浪費，故建議依全民健保法第 49 條協商藥事服務費比例。
- 三、依據本會第 108 次委員會議決議，藥事服務費回歸法制面處理，目前西醫基層總額約 800 多億元，其中藥事服務費僅 45 億元，以目前浮動點值 0.7 計算，32 元的藥事服務費將只剩 21 元，扣除時間成本，將沒有品質可言。
- 四、95 年協商係於藥事服務費每點 1 元基礎下進行，在未有相關配套措施下，健保局也不容易操作，建議依署長指示，基於公平、信賴保護原則，95 年度西醫基層藥事服務費比照中醫門診、牙醫門診、醫院總額採每點 1 元計算。

主任委員

可否請委員同意本提案成為正式臨時提案，並請幕僚分送書面資料。

蔡委員登順

因還有時間，同意列入討論。

主任委員

- 一、在馬武督第 105 次委員會議係討論成長率，藥事服務費的基期是採每點 1 元計算，但並未討論 95 年度保障項目，依往例是在後續委員會議討論保障項目，例如：是否保障衛生署公告的急救責任醫院等議題。
- 二、本會第 106 次委員會議也邀請醫檢師、物理治療師等公會代表列席，他們立場係建議其所提供服務比照藥事服務費處理。於當次委員會討論時委員幾乎未有反對意見，一致通過回歸法制面，全民健保法規定藥品保障每點 1 元，藥事服務費得設比例，但並未提到藥事服務費須與藥品一樣保障點值。
- 三、本議題於第 107、108 次委員會議亦皆有討論，先否請藥師代表說明本案主要訴求，再請委員發表意見。

洪監事會召集人章榮

- 一、建議 96 年度協商時將藥事服務費單獨設定總額。
- 二、尊重第 108 次委員會議決議，但執行上若沒有配套措施，對藥事服務品質的傷害將很大，希望委員同意遵照署長指示，95 年度西醫基層藥事服務點值能每點 1 元。

主任委員

費協會係協定全民健保總額預算及分配方式，洪監事會召集人章榮希望決議藥事服務費比照以前採每點 1 元，請委員發表意見。

謝委員能

本議題有幾個層面須考量：

- 一、剛才提到遵照署長指示，這一點我不太清楚。
- 二、藥事服務費每點 1 元是否僅限於 95 年度，還是以後均比照，如此不符公平性，否則除之前提出的醫檢師、物理治療師外，護理師、醫師診察費都會要求保障，日後浮動點值恐不到 0.2~0.3 元，所以應回歸法制，不應該違法。
- 三、衛生署如何指示？是否署長已指示 95 年度採每點 1 元，96 年再回歸法制？如有，費協會須依據衛生署指示辦理，但目前

為止看不出署長指示何在，所以應從長計議。

主任委員

- 一、有關謝委員所詢衛生署指示，其文字就如臨時提案第3頁所呈現，衛生署函釋重點一：「...預算之處理，須採公平原則，不宜造成醫事團體間之角力」，重點二：「如果將藥事服務費原以每點1元支付，若改為浮動或平均點值，相較於原基期，所剩餘之預算，宜重新討論處理方式...」。但也許每個委員解讀不同。請問梁組長有無補充說明（梁組長搖頭表示沒有）。
- 二、梁組長沒補充說明，請委員討論衛生署函釋內容，係指藥事服務費應延續過去每點1元予以保障，或者並無此意。
- 三、過去討論時，委員曾提出藥師係受僱醫院，屬受薪階級，沒有所謂浮動、非浮動概念。醫檢師、物理治療師、護理師等皆屬之，因此，概念上並沒有保障與否問題。
- 四、依黃副總經理三桂之報告，四部門總額中，三部門願意採每點1元預先扣除，原因正如前項所提，這些人受僱於醫院，領薪水，因此點值浮動與否，是醫院經營者要承受的財務壓力，屬管理面的問題。現在問題卡在西醫基層，西醫基層與藥師公會未有共識，需要再談。
- 五、藥師公會提案，一則希望可以更改決議，二則希望從長計議，藥事服務費若採浮動點值，不要自95年1月1日開始。

黃委員亦昇

- 一、健保局並未與本會（牙醫全聯會）協商藥服費，其係併同於西醫基層提案中包裹表決通過，依據當時所提資料，本會同意，但後來經重新試算資料，發現結果不同。
- 二、總額基本精神，應回歸浮動點值較佳。

主任委員

- 一、委員會對藥事服務費之決議，係回歸法制面，其點值不再如同以前般給予保障。
- 二、至於如何支付，由四總額部門決定，所以才會要求執行面，

由健保局會同各總額部門討論，結果就如黃副總經理三桂所報告。

林副經理阿明

回應牙醫公會代表剛所提之資料問題，當天會中健保局並未提供任何數據，係依照衛生署指示，基於公平原則進行討論，如採浮動點值，剩餘預算要收回。會中基層與藥師有較多意見，希望再協商；其他三總額部門希望預算不要被收回，所以對採每點1元沒有意見。

主任委員

- 一、第108次委員會議的討論情況是，執行面若無困難，則依衛生署指示，「如果」有剩錢（講「如果」是因為點值已經很低，不太可能會剩錢），要有處理方式，例如調整支付標準等，錢就不需收回，但須說服付費者調整是有道理，這是下一步要做的事。
- 二、現請先就藥師公會的訴求表示意見，(一)更改委員會議決議，(二)實施時間是否自95年1月1日開始。

洪監事會召集人章榮

跟謝委員能報告，我們希望95年度暫時依署長指示，因為門前藥局議題剛完成協商，若又貿然採浮動點值，將造成衝擊，我們與醫界協商已有共識，會逐季、逐月檢討。不是反對藥事服務費將來依法制面、公平面，採浮動點值處理，但應有相關配套措施，96年度再來執行會較完善。

陳委員宗獻

如果95年度不採浮動點值，執行會有困難，由資料已顯示幾個問題：

- 一、診所釋出處方天數與藥局申報天數，差距1000天以上，比率達4%，這是我們無法掌握之處。
- 二、與藥界協商時有共識，就是以8億元當上限，因整體社區藥局藥事服務費現為6億元，多出之2億作管控用，處理包括品質改善等議題，基於此原則，社區藥局藥事服務費從32點調高

至 45 點。藥界自 95 年元月開始，招募關閉的門前藥局，與其合作，這樣仍可繼續獲得釋出處方費 25 點，因此已有衝量現象。

三、如果尊重所協商的 8 億元，我們對執行方法沒有意見，但若 8 億元只是擺著的象徵性數字，1 年運作下來，竟支出 20 億元，則顯示管控不力，只是門前藥局換個名字變成社區藥局，這種情況總額執行單位將難以處理，所以 8 億元共識當予尊重，並回歸法制採浮動點值，否則對其他團體無法交代。

主任委員

一、委員會的決議，對各部門總額均適用，執行面如何支付，由各總額部門內部協商、討論。目前僅西醫基層部門須再協商，因為還牽涉門前藥局、社區藥局問題。

二、如果認為社區藥局是正派經營，門前藥局是不恰當獲利管道，我們的決議不應背道而馳，以免最不想保障項目反受到保障，所以之前請健保局就執行面進行協商。如果 8 億元有實質限制，就會有壓力讓藥界內部管控更強有力。

三、剛剛洪監事會召集人章榮提出並非推翻委員會決議，只要求能否不要今年實施。請付費者委員表示意見。

柯委員綉絹

一、不清楚藥師公會臨時提案詳細內容，只是 95 年度總額已經完成協商，藥事服務在四部門如何切割也已談妥，提案所訴求依全民健保法第 49 條訂定分配比例，應該在協定 96 年度總額時提出較佳。

二、95 年度總額已協商完成，應依據相關決議辦理。

主任委員

一、柯委員綉絹意見是回歸法制面，若所作決議很難執行，則下該決議就不妥，但不論如何決議，執行面都很難，則不是委員會的過錯。

二、西醫基層與藥師公會本來就有協商，會不會因決議而產生困

擾，基層與藥界看法不一，似也不易有共識。委員多數意見認應回歸法制，回歸法制是對的，只是實施時間是否自 95 年 1 月 1 日開始。陳委員宗獻提議 95 年度開始，他們較好掌控；洪監事會召集人的意見是，95 年度實施，則既沒緩衝期，也沒相關配套，所以不妥，雙方都有道理。

陳組長雪芬

- 一、對剛剛之討論，個人沒有太大疑慮，只是對牙醫代表所提，我倒建議，因牙醫點值已超過 1 元，藥事服務費在牙醫保障每點 1 元沒有意義，用平均點值即可。
- 二、上次討論爭議點，是落在醫師公會與藥界對 8 億元的爭執，可否請基層與藥師再討論即可，因為其他部門在上次都已討論過。

主任委員

其他委員有無不同意見。

謝委員能

- 一、我主張委員會決議，絕對不能推翻，這是原則，只是實施時間要不要有緩衝，需要健保局就執行面提出看法，即使緩衝也不能超過一年。過去討論很清楚，我們絕對反對 96 年保障藥事服務費每點 1 元，因為法制面並未規定。
- 二、依西醫基層的講法，如果給緩衝，將來門前藥局與社區藥局會扯不清，這方面我們需要聽健保局看法。如果可依藥師公會所建議，緩衝一年好好處理，且取得西醫基層諒解，則可考慮 95 年暫緩，96 年再採浮動點值。這些都只要在健保局會同雙方討論時有共識，大家各退一步，就不用在本會傷腦筋、傷和氣。

主任委員

決議很清楚，96 年回歸法制面，95 年謝委員能的意見是，可考慮緩衝，請健保局邀集醫師、藥師公會討論及取得共識。

陳委員宗獻

- 一、回歸報告案第二案，決議寫得很清楚。
- 二、在執行面，西醫基層一定會尊重所協商之 8 億元共識，8 億元相較於原 6 億元，成長率超過 10%，空間相當大。這空間會否發生危險，主要在雙方對決議的尊重及管控努力，現在是因彼此沒有信心，但不影響報告案決議。

主任委員

- 一、我不確定委員會決定有多大效力，8 億元本來就談好，照講不用提委員會，健保局在委員會做報告，我們當公親，雙方講好就要算數。
- 二、是否願意再談緩衝期，照謝委員能建議，緩衝期不超過一年，雙方有共識即可。請問可以同意嗎？

陳委員宗獻

如果 8 億元上限被尊重的話，我們可在此機制下討論，包括：浮動時間、處理方法等，都可討論。

主任委員

何理事長榮生今天也有與會，請發言。

何理事長榮生

- 一、補充說明，所謂 8 億元，是當初醫藥雙方所協商門前藥局處理辦法的 8 項共識之一，不是上限。這些共識的起因是包括健保局、衛生署、醫界等各相關單位，都希望可將畸形發展的門前藥局回歸正常面，而非針對藥事服務費設定 8 億上限。
- 二、除目前討論浮動點值議題外，就藥師公會立場，希望民眾用藥安全應予考量。藥事服務費成本 70 元，但健保只支付 32 元，支付本來就偏低，今天點值如果浮動，讓藥事服務變成 20 元，除對我們非常不公平外，也不是民眾之福。藥事服務在民眾用藥安全考量下，應支付成本價，今天在醫藥分業的政策下，藥事服務應該受到鼓勵。

三、我們非常尊重委員會決議，就執行面如果須採浮動，可以在 96 年度討論此議題。就很多客觀條件，可否請委員支持 95 年度照往例採每點 1 元處理。

吳常務理事守寶

- 一、醫藥協商已經討論數十次，都無法有共識，這次好不容易討論出較具共識的底線。
- 二、現在診所、門前藥局，藥事服務費已降至 21 元，與社區藥局 45 元，差距愈來愈大，我們非常擔心，省了診所藥事服務費來貼補其他部門，費協會既已決議採浮動點值，當然朝此方向進行。事實上，診所聘的藥師也是藥師，對病人服務也不差，為何僅有 21 元，這一點請藥師公會考量。
- 三、建議藥師與醫師公會再協商，討論相關配套措施及如何執行。請藥師公會也尊重醫師公會的關切。

主任委員

- 一、剛剛黃副總經理三桂向我表示，本會還是需有決議，健保局才有辦法支付，基層也才能確定實施期程。
- 二、剛剛討論的，說實話已屬執行面問題，需要再協商，我在乎的是本會決議，會不會讓執行面更難處理，甚或導向我們不樂見的趨勢，這是委員最在乎的。
- 三、現在或明年開始較佳，有沒有人可以提出好想法，請問有無好意見可供委員參採以下決定，或者健保局有沒有辦法？

黃副總經理三桂

我稍微整理，尊重委員會回歸法制面之決議，有三種建議方案可以選擇：

- 一、從 95 年開始各部門藥事服務費均採浮動點值，節餘費用大約 12 億元，應予收回。
- 二、從 96 年開始採浮動點值，95 年各部門藥事服務費暫時採固定，讓藥界有緩衝空間。
- 三、96 年始採浮動點值，自 95 年起，由健保局每個月邀集基層與

藥師公會代表，就門前藥局、社區藥局申報情形進行監控，金額未超過 8 億元前，採固定點值；金額超過 8 億元時，自當月開始採浮動點值。

四、以上是我想起到的三種選項，不知委員有無其他建議。

主任委員

謝謝黃副總經理三桂，剛剛已聽過醫界與藥界考量，依照委員會不成文慣例，最後還須請付費者表達意見。

蔡委員登順

健保局黃副總經理三桂提出三選項，我們會從中擇執行層面衝擊最小者，由醫界自己討論的共識，理應最為公平，因為當公親本來就很難。個人認為第三選項衝擊較小，超過 8 億元採浮動點值，8 億元以內採每點 1 元，96 年以後回歸法制面。

謝委員能

- 一、我贊成蔡委員登順意見，其亦未推翻上次決議，因為既然有管控機制，緩衝期多長就看管控好壞，管控好，95 年也許全年皆可採每點 1 元，管控不好，經每月檢討，馬上可採浮動點值，對雙方都不致傷害。
- 二、如採第一選項，醫界不願意，因為要收回 12 億元，但是站在消費者立場，應該要收回最好。基於希望雙方可以和緩協調情況下，所以我贊同採第三選項。

陳組長雪芬

回應衛生署指示，沒有剩餘預算問題，本來點值就已經不夠，要收回對醫界傷害更大，對於衛生署說法，麻煩費協會或健保局幫忙說明，照理不應該有那句話。

主任委員

- 一、上次已有共識，本議題留到協商 96 年總額時，依數據再討論。
- 二、如果沒有特別意見，我們採黃副總經理三桂建議的第三選項，8 億元內每點 1 元，超過 8 億元自當月起採浮動點值。

三、大概沒更好的辦法了，協商就是各退一步才有解決，否則拖下去也難以處理，健保局執行會有困難。

何理事長榮生

再補充，所謂8億元，是起因於門前藥局問題，如果依此邏輯，實際藥事服務費45億元，要以8億元浮動點值，我認為不公平。再次強調，8億元只是協商8點共識之一，所以應考量整體性問題，不應僅針對其中一部分討論。

陳委員宗獻

- 一、可能有所誤解，8億元僅針對定義為社區藥局的藥事服務費，非社區藥局（所謂門前藥局）藥事服務費調降為21點，而社區藥局調升為45點，已獲得充分鼓勵，且由資料顯示8億元是有空間，這空間需要醫藥雙方共同努力。
- 二、我們也怕衝破8億元，因為只要更多案件變成假的社區藥局，我們就要多付25點的釋出費，情況會更嚴重，這個機制將促使雙方更努力，不是那一方放棄責任。

林常務理事振順

- 一、我是藥師公會代表，剛剛醫界所提，有混淆事實之虞，說我們把藥事服務費由32點變成45點，其實是因簡表由90元降到75元，醫界並沒有大發慈悲。
- 二、談到藥費衝量，那是醫界的假想。
- 三、提到8億元，是醫藥協商門前藥局時，以社區藥局一年1300萬張處方箋為主軸計算，但協商藥服費時，醫界卻把8億挪成1800萬張，膨脹數目500萬張，西醫基層根本沒有誠意，把弱勢團體丟在一邊，我們希望浮動點值應等醫藥雙方協商完成後再實施。

主任委員

- 一、請終止討論，因為這樣的討論沒有意義。我們最希望有共識方案才提到委員會，在醫藥兩造沒有共識，只好請付費者勉

為其難表示意見，剛剛付費者已表示採第三案，如果醫藥雙方都不同意第三案，則只剩第一案或第二案可選。

- 二、如果選第一案，藥界不能反悔，如果選第二案，西醫基層也不能反悔，請付費者就第一案或第二案表示意見，因為聽起來8億元並沒有共識。
- 三、最好雙方各退一步，啟動點由雙方協商保留彈性，或是由費協會決定時間。再次徵求雙方意見，維持第三案，還是第一、二案擇一。

蔡委員登順

我建議請政府部門代表委員發表意見。

黃委員耀生

原則上，同意付費者代表意見，因為較具彈性，決議不可能盡善盡美，既然健保局提出三個可行方案，我們贊同第三案的方向。

主任委員

決議依健保局建議之第三案。8億元怎麼認定、計算，是非常執行面議題，沒有共識的話，委員會恐怕也無法處理。至於是何時會超過8億元，沒人知道，須醫藥雙方共同努力。

衛生福利部全民健康保險會
第6屆113年第2次委員會議



112年第4季
全民健康保險業務執行季報告

中央健康保險署
113年3月13日

112年健保整體概況

投保單位

98萬家(增加4.56%)

保險對象

2,388.3萬人(增加0.4%)

平均投保金額

43,409元(增加3.22%)

醫事機構

22,085家(增加1.03%)

申報點數

8,856.4億點(上升7.64%)

112年Q3預估點值

各總額部門(中醫除外)>0.9



保費收入 7,532.96億元(增加2.06%)

+ **其他收支** 403.37億元(增加153%)

- **醫療費用** 7,438.00億元(減少5.99%)

= 498.33億元(現金收支)

截至12月底

保險收支淨結餘數 343.9億元

提存後安全準備餘額 1,392.83億元

(約2.15個月保險給付)



112年迄今公告生效之新成分癌藥

藥費約26.4億元~33.7億元

截至113年2月，新增癌藥10項
(含5項暫時性支付)

項次	藥品	適應症	人年藥費	健保財務衝擊評估 (第一年至第五年)	生效日期
1	Zejula (niraparib)	晚期表皮卵巢癌、輸卵管腫瘤或原發性腹膜癌	179萬元	人數：12人至54人 藥費：0.22億元至0.89億元 財務影響：節省0.07億元至節省0.21億元	112/1/1
2*	Pemazyre (pemigatinib)	局部晚期或轉移性肝內膽管癌	304萬元	人數：27人至54人 藥費：0.70億元至1.39億元 財務影響：0.70億元至1.39億元	112/5/1
3	Xospata (gilteritinib)	復發性或難治性急性骨髓性白血病	249萬元	人數：36人至33人 藥費：0.91億元至0.83億元 財務影響：0.89億元至0.81億元	112/6/1
4	Calquence (acalabrutinib)	被套細胞淋巴瘤成年病人、具有17p 缺失的慢性淋巴性白血病(CLL)	206萬元	人數：74人至149人 藥費：1.21億元至2.96億元 財務影響：0.03億元至0.5億元	112/7/1
5*	Tepmetko (tepotinib)	轉移性之非小細胞肺癌(NSCLC)	250萬元	人數：139人至241人 藥費：4.28億元至7.49億元 財務影響：3.45億元至6.07億元	112/7/1
6*	Qarziba (dinutuximab beta)	高危險神經母細胞瘤病人	745萬元	人數：14人至14人 藥費：1.04億元至1.04億元 財務影響：1.04億元至1.04億元	112/8/1
7*	Kymriah (tisagenlecleucel)	復發之B細胞急性淋巴性白血病及復發性或難治性瀰漫性大B細胞淋巴瘤	820萬元	人數：105人至111人 藥費：8.61億元至9.10億元 財務影響：8.33億元至8.79億元	112/11/1
8	Brukinsa (zanubrutinib)	被套細胞淋巴瘤、華氏巨球蛋白血症	198萬元	人數：55人至58人 藥費：1.03億元至1.38億元 財務影響：0.46億元至節省0.07億元	112/12/1
9	Trodelvy (sacituzumab govitecan)	無法切除的局部晚期或轉移性的三陰性乳癌成年病人	121萬元	人數：472人至464人 藥費：5.7億至5.61億 財務影響：5.25億至5.17億	113/2/1
10*	Polivy (polatuzumab vedotin)	限與bendamustine和rituximab併用，適用於第三線治療復發型(relapsed)或難治型(refractory)且未曾接受及不適合接受造血幹細胞移植的瀰漫性大型B細胞淋巴瘤(DLBCL)成年病人	197萬元	人數：160人至180人 藥費：2.7億至3.01億 財務影響：1.97億至2.17億	113/2/1 3



112年迄今公告生效之癌藥擴增給付 1/2

藥費約**46.53億元~55.28億元**

截至113年2月，癌藥擴增給付**16項**
(含**2項暫時性支付**)

項次	藥品	適應症	人年藥費	健保財務衝擊評估 (第一年至第五年)	生效日期
1	Sutent (sunitinib)	一線非亮細胞型態的晚期或轉移性腎細胞癌	41萬元	人數：122人至176人 藥費：0.26億元至0.38億元 財務影響：節省3.16億元至節省3.71億元	112/3/1
2	Tecentriq (atezolizumab) double A	肝細胞癌	300萬元	人數：1,267人至2,072人 藥費：10.36億元至16.95億元 財務影響：3.05億元至4.99億元	112/8/1
3	Xtandi (enzalutamide)	治療高風險非轉移性去勢抗性前列腺癌 (high risk nmCRPC)的成年男性。	69萬元	人數：83人至153人 藥費：0.56億元至2.88億元 財務影響：節省0.31億元至節省0.65億元	112/9/1
4	Bavencio (avelumab)	局部晚期或轉移性泌尿道上皮癌之維持療法	240萬元	人數：132人至255人 藥費：1.49億元至2.87億元 財務影響：0.89億元至1.72億元	112/10/1
5	Votrient (pazopanib)	適用於治療先前曾接受化療的晚期軟組織肉瘤 (STS) 患者 (刪除軟組織肉瘤『須排除具骨轉移的患者』之限制)	74萬元	人數：58人至38人 藥費：0.16億元至0.11億元 財務影響：節省20萬元至節省590萬元	112/10/1
6	Lorviqua (lorlatinib)	ALK陽性的晚期非小細胞肺癌第一線治療及在 ceritinib 或 alectinib 治療中惡化之無腦部轉移者	150萬元	人數：176人至362人 藥費：1.69億元至4.36億元 財務影響：節省0.83億元至節省0.18億元	112/11/1
7	Lynparza (olaparib)	轉移性攝護腺癌	127萬元	人數：81人至108人 藥費：1.13億元至1.51億元 財務影響：0.34億元至0.72億元	112/11/1
8*	Blincyto (blinatumomab)	急性淋巴細胞白血病	319萬元	人數：15人至18人 藥費：0.48億元至0.57億元 財務影響：0.40億元至0.49億元	112/12/1
9	Keytruda (pembrolizumab)	頭頸部鱗狀細胞癌 鱗狀非小細胞肺癌	171萬元	人數：930人至1,020人 藥費：7.05億元至7.78億元 財務影響：2.04億元至2.09億元	112/12/1
10	Tecentriq (atezolizumab)	小細胞肺癌	145萬元	人數：272人至359人 藥費：1.59億元至2.09億元 財務影響：1.60億元至2.11億元	112/12/1

112年迄今公告生效之癌藥擴增給付 2/2

藥費約**46.53億元~55.28億元**

截至113年2月，癌藥擴增給付**16項**
(含**2項暫時性支付**)

項次	藥品	適應症	人年藥費	健保財務衝擊評估 (第一年至第五年)	生效日期
11*	Vitrakvi (larotrectinib)	有NTRK基因融合不分腫瘤類型之實體腫瘤兒童病人及成人13種癌別	196萬元	人數：21人至161人 藥費：0.41億元至2.69億元 財務影響：0.06億元至1.95億元	112/12/1
12	Ibrance (palbociclib)	新增給付於停經前/正在停經婦女之轉移性乳癌	77萬元	人數：1,251人至747人 藥費：10.03億元至5.99億元 財務影響：10.49億元至6.18億元	113/1/1
13	Kisqali(ribociclib)	新增給付於停經前/正在停經婦女之轉移性乳癌	79萬元	人數：1,251人至747人 藥費：10.03億元至5.99億元 財務影響：10.49億元至6.18億元	113/1/1
14	Gazyva (obinutuzumab)	CD20陽性慢性淋巴球性白血病	72萬元	人數：12人至31人 藥費：0.087億至0.22億 財務影響：0.036億至0.1億	113/2/1
15	Imbruvica (ibrutinib)	未曾接受治療具有17p 缺失的慢性淋巴球性白血病 (chronic lymphatic lymphoma, CLL)病人」 (第一線治療)	189萬元	人數：4人至17人。 藥費：0.80億元至0.32億元。 財務影響：節省0.18億元至0.2億元。	113/2/1
16	TS-1 (tegafur/gimeracil /oteracil)	與gemcitabine合併使用作為晚期或復發之膽道癌第一線治療	16萬元	人數：669人至941人。 藥費：0.40億元至0.57億元。 財務影響：0.36億元至0.49億元。	113/2/1





112年迄今公告生效之罕藥

藥費約26.55億元~35.42億元

截至113年2月，新增罕藥12項

項次	藥品	適應症	人年藥費	健保財務衝擊評估 (第一年至第五年)	生效日期
1	Zeposia (ozanimod)	復發型多發性硬化症	32萬元	人數：72人至170人 藥費：0.23億元至0.54億元 財務影響：節省117萬元至節省278萬元	112/3/1
2	Nexviazyme (avalglucosidase alfa)	六個月以上龐貝氏症	1,248萬元	人數：91人至94人 藥費：9.38億元至10.36億元 財務影響：節省5.12億元至節省6.57億元	112/4/1
4	Evrysdi (risdiplam)	脊髓肌肉萎縮症 (SMA)	684萬元	人數：61人至62人 藥費：4.12億元至4.09億元 財務影響：3.98億元至3.67億元	112/4/1
3	Onpattro (patisiran)	家族性澱粉樣多發性神經病變 (FAP)	893萬元	人數：36人至66人 藥費：3.13億元至5.85億元 財務影響：3.13億元至5.85億元	112/5/1
5	PhosAdd Tab.(KH ₂ PO ₄ +Na ₂ HPO ₄ +NaH ₂ PO ₄ · H ₂ O)	性聯遺傳型低磷酸鹽佝僂症	3萬元	人數：36人至106人 藥費：0.01億元至0.03億元 財務影響：17萬元至48萬元	112/5/1
6	Teglutik (riluzole)	肌萎縮脊髓側索硬化症	8.8萬元	人數：36人至138人 藥費：0.03億元至0.12億元 財務影響：節省45萬元至節省173萬元	112/7/1
7	Galafold (migalastat)	法布瑞氏症	561萬元	人數：22人至74人 藥費：1.22億元至4.16億元 財務影響：節省0.59億元至節省2億元	112/8/1
8	Zolgensma (onasemnogene abeparvovec)	脊髓肌肉萎縮症 (SMA)	4,900萬元 (終身)	人數：8人至9人 藥費：3.92億元至4.41億元 財務影響：3.92億元至4.41億元	112/8/1
9	Enspryng (sotralizumab)	泛視神經脊髓炎	263萬元	人數：44人至61人 藥費：1.14億元至1.40億元 財務影響：1.14億元至1.40億元	112/10/1
10	Uplizna (inebilizumab)	泛視神經脊髓炎	248萬元	人數：43人至60人 藥費：1.06億元至1.02億元 財務影響：1.06億元至1.02億元	112/10/1
11	Reblozyl (iuspatercept)	治療與β型海洋性貧血相關的輸血依賴性貧血的成年病人	109萬元	人數：208至299人 藥費：2.27億元至3.26億元 財務影響：2.04億元至2.93億元	113/1/1
12	Diacomit (stiripentol)	Dravet症候群癲癇發作	22萬元	人數：23至80人 藥費：0.04億元至0.18億元 財務影響：0.04億元至0.16億元	113/2/16

112年迄今公告生效之罕藥擴增給付

藥費約**11.29億元~5.65億元**

截至113年2月，罕藥擴增給付**1項**

項次	藥品	適應症	人年藥費	健保財務衝擊評估（第一年至第五年）	生效日期
1	Spinraza (nusinersen)	擴增給付範圍「用於3歲內發病確診、開始治療年齡7歲以上，且RULM \geq 15之SMA病人	614萬元	人數：92人至91人 藥費：11.29億元至5.65億元 財務影響：11.29億元至5.65億元	112/4/1





112年迄今公告生效之新藥(罕癌藥除外)1/2

藥費約7.89億元~29.05億元

截至113年2月，新增藥品15項
(含1項暫時性支付)

項次	藥品	適應症	人年藥費	健保財務衝擊評估 (第一年至第五年)	生效日期
1	Wakix (pitolisant hydrochloride)	猝睡症	14.5萬元	人數：40人至390人 藥費：0.04億元至0.31億元 財務影響：80萬元至670萬元	112/3/1
2	Briviact (brivaracetam)	癲癇	31萬元	人數：132人至1,193人 藥費：0.5億元至0.86億元 財務影響：2,094萬元至2,804萬元	112/3/1
3	Breztri (budesonide glycopyrronium / formoterol fumarate dihydrate)	慢性阻塞性肺病	1.1萬元	人數：7,277人至16,978人 藥費：1.4億元至3.27億元 財務影響：113萬元至263萬元	112/4/1
4	Menocik (minocycline hydrochloride)	革蘭氏陽性、陰性菌、立克次氏體及巨型濾過性病毒等引起之感染症	- (按療程)	人數：2,200人至10,700人 藥費：0.36億元至1.7億元 財務影響：節省2300萬元至節省1.1億元	112/4/1
5	Zutectra	B肝	55.5萬	人數：195人至237人 藥費：0.59億元至1.32億元 財務影響：節省160萬元至節省360萬元	112/5/1
6	Jyseleca (filgotinib)	類風濕性關節炎	24萬元	人數：334人至2,038人 藥費：0.55億元至3.38億元 財務影響：節省0.16億元至0.96億元	112/5/1
7	Cibinquo (abrocitinib)	異位性皮膚炎	30萬元	人數：184人至361人 藥費：0.55億元至1.08億元 財務影響：節省0.27億元至節省0.53億元	112/6/1
8	Fespixon (centella asiatica extract)	糖尿病足傷口潰瘍	2萬元	人數：550人至1,280人 藥費：0.11億元至0.25億元 財務影響：0.11億元至0.25億元	112/8/1
9	Entyvio (vedolizumab)	克隆氏症及潰瘍性結腸炎	32萬	人數：301人至708人 藥費：0.4億元至0.93億元 財務影響：節省0.05億元至節省0.1億元	112/8/1
10	Tremsozin (primidone)	癲癇	0.15萬元	人數：7人至96人 藥費：0.0005億元至0.005億元 財務影響：0.0005億元至0.005億元	112/11/1

112年迄今公告生效之新藥(罕癌藥除外)2/2

藥費約7.89億元~29.05億元

截至113年2月，新增藥品15項
(含1項暫時性支付)

項次	藥品	適應症	人年藥費	健保財務衝擊評估 (第一年至第五年)	生效日期
11	Dufanas (azelastine/fluticasone propionate)	中重度過敏性鼻炎	0.05萬元	人數：2.8萬人至14.1萬人 藥費：0.13億元至0.64億元 財務影響：節省591萬元至2,924萬元	112/11/1
12	Tonvasca (pitavastatin / ezetimibe)	高膽固醇血症及混合型血脂異常	0.8萬元	人數：675人至5,865人 藥費：0.06億元至0.53億元 財務影響：0.02億元至0.13億元	112/12/1
13	Torsix (torsemide)	鬱血性心臟衰竭、腎疾病、肝臟疾病及慢性腎衰竭引發的水腫症狀、高血壓	- (按療程)	人數：34,903支至174,518支 藥費：0.02億元至0.12億元 財務影響：2萬元至12萬元	112/12/1
14	Vabysmo (faricimab)	新增給附於眼科wAMD、PCV及DME	25.5萬元	病眼數：2,145眼至8,907眼 藥費：2.49億元至14.89億元 財務影響：634萬元至1583萬元	113/1/1
15*	Vyndamax (tafamidis)	治療「成人野生型或遺傳性的轉甲狀腺素蛋白類澱粉沉著症造成之心肌病變(ATTR-CM)	117萬元	人數：53人至161人 藥費：1.4億元至4.1億元 財務影響：9,466萬元至2億5,462萬元	113/2/1





112年迄今公告生效之新藥擴增給付(罕癌藥除外)

藥費約33.02億元~68.42億元

截至113年2月，新藥擴增給付12項

項次	藥品	適應症	人年藥費	健保財務衝擊評估 (第一年至第五年)	生效日期
1	Eylea (afibercept) 、 Lucentis(ranibizumab)	擴增「糖尿病引起黃斑部水腫(DME)、中央視網膜靜脈阻塞(CRVO)及分支視網膜靜脈阻塞(BRVO)健保給付支數」	26萬元/每眼	人數：7,073人至7,989人 藥費：3.92億元至1.55億元 財務影響：0.99億元至0.99億元	112/2/1
2	Cosentyx (secukinumab)	乾癬性關節炎及僵直性脊椎炎	17萬元	人數：742人至2,215人 藥費：3.16億元至6.4億元 財務影響：節省1.11億元至節省1.74億元	112/3/1
3	Rinvoq (upadacitinib)	僵直性脊椎炎、乾癬性關節炎與異位性皮膚炎	28萬元	藥費：3.35億元至14.09億元 財務影響：節省0.85億元至節省3.33億元	112/4/1
4	Xeljanz (tofacitinib)	僵直性脊椎炎	29萬元	藥費：3.46億元至7.23億元 財務影響：節省0.63億元至節省1.31億元	112/4/1
5	Hemlibra (emicizumab)	血友病	兒童：537萬元 成人：1,241萬元	人數：99人至214人 藥費：10.5億元至21.22億元 財務影響：3.67億元至7.58億元	112/7/1
6	Fulphila (pegfilgrastim)	白血球生長激素長效型注射劑	0.9萬元/每支	人數：4,173人至14,604人 藥費：0.55億元至1.92億元 財務影響：節省0.05億元至節省0.18億元	112/10/1
7	B肝用藥(17品項)	e抗原陰性慢性B肝病人(1)由半年內2次以上肝指數(ALT)異常($ALT \geq$ 正常值2倍)才能用藥，放寬為1次；(2)肝纖維化程度由重度纖維化($\geq F3$)放寬為中度纖維化($\geq F2$)即可用藥。	4.2萬元	人數：2,830人至21,000人 藥費：1.18億元至7.32億元 財務影響：1.04億元至1.43億元	112/10/1
8	Actilyse (rt-PA)	急性缺血性腦中風三小時內使用，擴增給付範圍於急性缺血性腦中風「4.5 小時」	男性：3.6萬元 女性：1.8萬元 (按療程)	人數：1,557人至1,693人 藥費：0.423億元至0.459億元 財務影響：0.052億元至0.057億元	112/10/1
9	Dysport (botulinum toxin type A)	擴增該成分藥品於「成人中風後手臂痙攣」之給付範圍案	1.2萬元	藥費：0.02億元至0.07億元 財務影響：0.02億元至0.07元	112/11/1
10	Ofev (nintedanib)	擴增用於慢性漸進性纖維化間質性肺病	64萬元	人數：860人至1,300人 藥費：5.50億至6.58億 財務影響：5.50億至6.58億	112/12/1
11	Lumicef (brodalumab)	僵直性脊椎炎、乾癬性關節炎、乾癬性周邊關節炎-修訂為第二線疾病修飾治療藥物治療、無效之第三線治療乾癬性脊椎病變	34萬元	藥費：0.27億元至1.3億元 財務影響：節省0.39億元至節省0.52億元	112/12/1
12	Actemra (tocilizumab) Olumiant (baricitinib)	新增給付於COVID-19	4.3萬元	藥費：0.69億元至0.28億元 財務影響：0.69億元至0.28億元	113/1/1



112年迄今公告生效之暫時性支付藥品

112年1月至113年2月暫時性支付之新藥6項

項次	藥品	適應症	人年藥費	健保財務衝擊評估 (第一年至第五年)	生效日期
1	Pemazyre (pemigatinib)	局部晚期或轉移性肝內膽管癌	304萬元	人數：27人至54人 藥費：0.70億元至1.39億元 財務影響：0.70億元至1.39億元	112/5/1
2	Tepmetko (tepotinib)	轉移性之非小細胞肺癌(NSCLC)	250萬元	人數：139人至241人 藥費：4.28億元至7.49億元 財務影響：3.45億元至6.07億元	112/7/1
3	Qarziba (dinutuximab beta)	高危險神經母細胞瘤病人	745萬元	人數：14人至14人 藥費：1.04億元至1.04億元 財務影響：1.04億元至1.04億元	112/8/1
4	Kymriah (Tisagenlecleucel)	復發之B細胞急性淋巴性白血病及復發性或難治性瀰漫性大B細胞淋巴瘤	820萬元	人數：105人至111人 藥費：8.61億元至9.10億元 財務影響：8.33億元至8.79億元	112/11/1
5	Polivy (polatuzumab vedotin)	限與bendamustine和rituximab併用，適用於第三線治療復發型(relapsed)或難治型(refractory)且未曾接受及不適合接受造血幹細胞移植的瀰漫性大型B細胞淋巴瘤(DLBCL)成年病人	197萬元	人數：160人至180人 藥費：2.7億至3.01億 財務影響：1.97億至2.17億	113/2/1
6	Vyndamax (tafamidis)	治療「成人野生型或遺傳性的轉甲狀腺素蛋白類澱粉沉著症造成之心肌病變(ATTR-CM)」	117萬元	人數：53人至161人 藥費：1.4億元至4.1億元 財務影響：9,466萬元至2億5,462萬元	113/2/1

112年暫時性支付之藥品擴增給付2項

項次	藥品	適應症	人年藥費	健保財務衝擊評估 (第一年至第五年)	生效日期
1	Blincyto (blinatumomab)	急性淋巴芽細胞白血病	319萬元	人數：15人至18人 藥費：0.48億元至0.57億元 財務影響：0.40億元至0.49億元	112/12/1
2	Vitrakvi (larotrectinib)	有NTRK基因融合不分腫瘤類型之實體腫瘤兒童病人及成人13種癌別	196萬元	人數：21人至161人 藥費：0.41億元至2.69億元 財務影響：0.06億元至1.95億元	112/12/1

註：•藥費：HTA推估近5年醫療院所申報之藥費點數 • 財務影響：申報藥費扣除取代藥費後之財務預估

2Fr小管徑電極導管及 高密度高解析度電極導管納入健保給付

納入高密度診斷型導管 強化複雜性心律不整病人照護

◆ 診斷型導管：

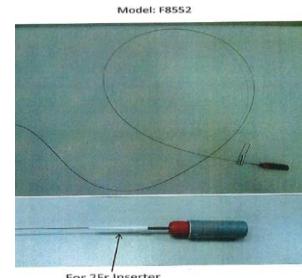
利用心臟電生理檢查之心導管的技術，置放多條電極導管到心臟內，記錄心臟內心律傳導的路徑及心電圖的變化，並經由電極導管刺激心臟，誘發平時發作的心律不整。

→找到病灶處，再經導管電氣燒灼術，
進行阻斷及破壞此不正常的傳導路徑。

比照健保全額「環形>10(不含)以上」
支付點數，具高密度定位優勢

◆2Fr小管徑電極導管

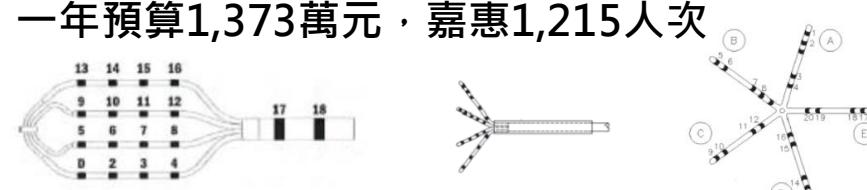
- 為較小的定位導管，屬8極導管，可針對嬰幼兒或成人細小的血管做定位
- 113年1月1日生效，支付點數39,669點
- 一年預算90萬元，嘉惠20人次



全額給付

◆高密度高解析度電極導管

- 為線形，且末端為籃網狀或星狀分支之高密度、高解析度電極導管，用於複雜性心律不整之電生理診斷
- 113年2月1日生效，支付點數39,537點
- 一年預算1,373萬元，嘉惠1,215人次



自付差額
治療複雜性心臟不整脈特殊功能導管
新增次功能分類



AI判讀影像 輔助手術拔除深部阻生齒審查

偵測以低複雜度申報高複雜度拔牙費用 輔助審查

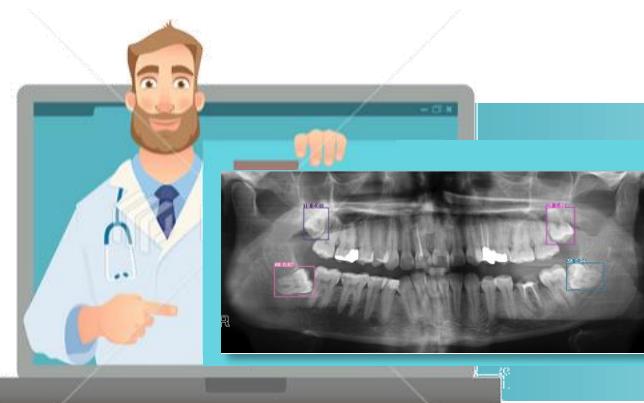


1 模型開發及訓練

以牙位單純且支付標準有明確規範
「手術拔除深部阻生齒」作為模型發展標的

2 驗證AI模型正確性

與牙全會合作持續標註精進AI判讀準確度



3 落地應用至線上專審系統

運用AI模型偵測疑似異常案件，針對AI判讀與專審不符案件進行複審，經判定仍不符規定者不予支付





THANK YOU

一、「針傷合併治療合理給付」、「提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護」詳細估算方式、數據基礎及超出預算數之原因分析

項目	實際增加點數(預算執行額度)之詳細估算方式、數據基礎	超出預算數之原因分析
1.針傷合併治療合理給付(112年新增項目)	<p>112年協定事項：</p> <p>1. 預算 304 百萬元，用於合理給付中醫針灸、傷科治療合併照護，原針傷合併支付點數，係以針灸或傷科點數高者支付，修改為「針灸+傷科」點數，自 112 年 3 月 1 日起調升支付標準第四部中醫第六章針灸合併傷科治療處置費。</p> <p>2. 扣減額度：112 年針灸合併傷科支付標準調整前後差異點數，全年實際增加點數，若未達協商額度作為扣減當年度未執行之額度。</p>	<p>估算步驟如下(表 1 及表 2)：</p> <ol style="list-style-type: none"> 統計第四部中醫第六章逐項醫令(F01-F68)112 年申報點數。 112 年(3-12 月)該項醫令申報量$= 112$ 年 3-12 月申報點數 $\div 112$ 年該項醫令支付單價。 推估 112 年(3-12 月)該項醫令未調整之申報點數$= 112$ 年 3-12 月該項醫令申報量 $\times 111$ 年該項醫令支付單價。 該項醫令調整前後差異點數$= 112$ 年 3-12 月該項醫令申報點數 - 推估 112 年 3-12 月該項醫令未調整之申報點數。 逐項針灸合併傷科支付標準給付項目調整前後差異點數加總$=$全年實際增加點數。 依上述步驟 1~5，統計 112 年 3-12 月申報中醫第六章「針灸合併傷科治療處置費」者 617,432 人、點數調升差額約 489.6 百萬點。 扣減金額：「預算」-「全年實際申報點數」$= 304$ 百萬點 - 489.6 百萬點 $= \underline{\underline{-185.6}}$ 百萬點，執行之額度已逾預算，本項無需辦理預算扣減作業。

<p>2.提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護(111年新增項目)</p>	<p>111 協定事項(112年無該項預算僅追蹤執行情況)：</p> <p>1. 預算 500 百萬元，用於修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫通則，中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及針灸合併傷科治療合計申報量上限，自 45 人次調升為 60 人次。推估調升合理量，同時將影響院所申報態樣，另中醫刪除其不予支付指標每月每位病人看診次數限制。</p> <p>2. 扣減額度：112 年針傷處置申報量較 110 年增加數，扣除 107 年至 111 年件數年平均成長率(視為自然成長)計算本項預算之執行情形；另因針傷處置次數增加，將增加診察費及藥費，爰以平均每件針傷處置申報之診察費及藥費推估此部分增加點數。</p>	<p>估算步驟如下(表 3)：</p> <p>112 年本項執行數為 15.81 億點(10.25 億點+3.76 億點+1.80 億點)，執行情形略述如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 針灸、傷科、針灸合併傷科處置：112 全年申報點數(65.03 億點)較 110 年(49.58 億點)增加 15.45 億點，超出預算 5.2 億元(111 年預算 5 億*112 年中醫總額一般服務成長率 4.072%)，約 10.25 億點。 2. 伴隨增加之診察費及藥費：以 110 年上述針傷處置件數為基期(2,013 萬件)，及近 5 年(107~111 年)平均成長率視為自然成長(-0.19%，視為零成長)，推估 112 年為 2,013 萬件，112 年針傷處置申報件數為 2,413.8 萬件，超出 400.8 萬件計算： <p>(1) 平均 1 件針傷處置 =0.284 件診察費，推估增加 114 萬件診察費，以 1 件診察費 330 點推估，約增加 3.76 億點。</p> <p>(2) 平均 1 件針傷處置 =1.213 件每日藥費，推估增加 486 萬件每日藥費，以 1 人次每日藥費 37 點推估，約增加 1.80 億點。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本項預算用途：申報量上限自 45 人次調升為 60 人次，申報型態改變。 2. 查本署於貴會 111 年總額協商會議資料提供該項之試算及說明如下： <p>(1) 調升至 20 次較 110 年需增加 68.6 萬人次針傷處置費並伴隨診察費及藥費、每日每位醫師針傷處置費申報上限自 45 調至 60 人次較 110 年需增加 18.5 萬人次，推估增加 289.2 百萬點。</p> <p>(2) 111 年總額協定結果本項預算為 5 億元。</p> <p>(3) 112 年實際申報針傷處置費較 110 年增加 400.8 萬件，遠高於 111 年推估之 68.6 萬件，爰超出預算。</p>
--	---	--	--

二、「針傷合併治療合理給付」、「提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護」申報情形

(一)針傷合併治療合理給付

針灸合併傷科治療處置費申報情形

項目	年度	107	108	109	110 年 1~2 月 ^{註 3}	110 年 3~12 月 ^{註 3}	111	112
申報費用點數(百萬點) (A)		42.7	113.8	128.5	17.9	210.8	291.6	1,112.5
申報醫令數(服務人次/千人次) (B)		199.0	498.0	553.4	76.2	613.6	874.7	2,715.8
申報人數(千人)		42.8	85.1	91.0	21.3	140.0	157.8	459.7
平均每醫令費用點數 (A)/(B)		214.6	228.5	232.2	234.9	343.5	333.4	409.6

註：

1. 請提供支付標準第四部中醫第六章針灸合併傷科治療處置費醫令代碼 F01~F84 之申報資料。
2. 本表以 113 年度總額協商會議資料健保署提供之中醫門診總額資料暫列，請更新及補充。
3. 自 110.3.1 起，支付標準第六章針灸合併傷科治療處置費，配合複雜性針灸/傷科區分為中度複雜性針灸/傷科、高度複雜性針灸/傷科，新增 F01~F68(111 年新增 F69~F84)診療項目支付代碼。
 - (1) 110.3.1 前以支付代碼 B80~B94 計算；110.3.1 起以支付代碼 F01~F68 計算。
 - (2) 111.3.1 起增列不分療程代碼(F69、F70、F73、F74、F77、F78、F81)及針灸(電針)合併高度複雜性傷科後續治療(F71、F72、F75、F76、F79、F80、F83、F84)，限中醫醫療資源不足地區改善方案之巡迴醫療服務計畫及照護機構中醫醫療照護方案申報。
4. 112.3.1 起，修訂支付標準第六章針傷合併治療處置費 F01~F84 之支付點數為「針灸+傷科治療點數」，另新增通則「平均每位專任醫師每月申報針灸合併傷科治療處置費上限為 80 人次，超出 80 人次部分以 5 折支付」。

(二)提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護

針灸、傷科、針灸合併傷科申報情形

年度	醫令數	醫令點數	人數	醫令成長率	點數成長率	人數成長率
106	全年	21,586,516	4,510,332,931	2,618,685	-	-
107	全年	22,155,750	4,740,092,133	2,620,885	2.6%	5.1%
108	全年	23,146,177	5,198,784,386	2,632,283	4.5%	9.7%
109	全年	22,644,286	5,147,490,429	2,556,351	-2.2%	-1.0%
110	全年	20,130,407	4,957,672,345	2,311,464	-11.1%	-3.7%
111	全年	21,990,700	5,537,862,436	2,451,138	9.2%	11.7%
112	全年	24,138,671	6,502,947,173	2,551,858	9.8%	17.4%

註：本表以 112.5.18 健保署召開中醫門診總額 112 年第 2 次研商議事會議資料暫列，請更新及補充。

表1：針傷合併治療處置逐項醫令112年3-12月執行情況

YR	ORDER_CODE	CASE_N(件數)	ID_N(人數)	QTY(醫令數)	DOT_12(點數) (B)	醫令	112年3-12月支付點數 (A)	DOT_12 (B)	111年3-12月支付點數 (C)	DOT_11 D=(B)/(A)*(C)	支付點數差額 (A)-(C)	支付標準調整前後差 異點數(B)-(D)
112	F01	254417	124314	336290	132365744	F01	454	132365744	227	66182872	227	66182872
112	F02	749709	F02	1713608	626324989	F02	454	626324989	227	313162495	227	313162495
112	F03	18256	F03	18356	11473495	F03	654	11473495	427	7491105	227	3982390
112	F04	2628	F04	3530	1275740	F04	454	1275740	227	637870	227	637870
112	F05	7636	0	17669	6071730	F05	454	6071730	227	3035865	227	3035865
112	F06	54194	50241	54194	58399443	F06	1104	58399443	877	46391587	227	12007856
112	F07	6506	3714	9473	2481791	F07	454	2481791	227	1240896	227	1240896
112	F08	23867	14216	55932	14387714	F08	454	14387714	227	7193857	227	7193857
112	F09	103	98	107	117576	F09	1104	117576	877	93401	227	24176
112	F10	32	22	38	15436	F10	454	15436	227	7718	227	7718
112	F11	49	43	105	32688	F11	454	32688	227	16344	227	16344
112	F12	369	357	369	500526	F12	1404	500526	1177	419601	227	80926
112	F13	26	19	34	11804	F13	454	11804	227	5902	227	5902
112	F14	218	170	519	126439	F14	454	126439	227	63220	227	63220
112	F15	710	672	720	1079645	F15	1504	1079645	1277	916693	227	162952
112	F16	277	130	389	154814	F16	454	154814	227	77407	227	77407
112	F17	635	315	1706	650537	F17	454	650537	227	325269	227	325269
112	F18	3734	1775	4753	1909537	F18	454	1909537	227	954769	227	954769
112	F19	10255	4246	25196	8192688	F19	454	8192688	227	4096344	227	4096344
112	F20	245	141	245	158268	F20	654	158268	427	103334	227	54934
112	F21	33	18	42	17933	F21	454	17933	227	8967	227	8967
112	F22	109	50	290	102377	F22	454	102377	227	51189	227	51189
112	F23	1534	1416	1534	1692984	F23	1104	1692984	877	1344880	227	348105
112	F24	166	109	236	103966	F24	454	103966	227	51983	227	51983
112	F25	349	255	703	282842	F25	454	282842	227	141421	227	141421
112	F26	2	2	2	2208	F26	454	2208	227	1104	227	1104
112	F28	2	7	7	1589	F28	454	1589	227	795	227	795
112	F29	4	4	4	5616	F29	1404	5616	1177	4708	227	908
112	F31	1	1	1	454	F31	454	454	227	227	227	227
112	F32	18	18	19	28576	F32	1504	28576	1277	24263	227	4313
112	F33	3	1	4	1816	F33	454	1816	227	908	227	908
112	F34	41	7	112	50848	F34	454	50848	227	25424	227	25424
112	F35	24280	9062	33057	16600079	F35	554	16600079	327	9798242	227	6801837
112	F36	44715	16760	104310	52991619	F36	554	52991619	327	31278447	227	21713172
112	F37	19348	10033	19355	13860555	F37	754	13860555	427	7849412	327	6011143
112	F38	2819	1111	4287	2114895	F38	554	2114895	327	1248323	227	866573
112	F39	5929	2410	13391	6541078	F39	554	6541078	327	3860889	227	2680189
112	F40	6402	6007	6402	7695039	F40	1204	7695039	877	5605107	327	2089932
112	F41	1001	548	1427	680866	F41	554	680866	327	401883	227	278983
112	F42	2627	1606	5448	2531503	F42	554	2531503	327	1494227	227	1037277
112	F43	219	179	219	263676	F43	1204	263676	877	192063	327	71613
112	F44	11	7	17	8864	F44	554	8864	327	5232	227	3632
112	F45	13	9	25	13019	F45	554	13019	327	7685	227	5335
112	F46	12	12	12	18048	F46	1504	18048	1177	14124	327	3924
112	F48	3	2	9	3878	F48	554	3878	327	2289	227	1589
112	F49	43	37	43	68972	F49	1604	68972	1277	54911	327	14061
112	F50	8	3	12	6648	F50	554	6648	327	3924	227	2724
112	F51	17	13	39	20775	F51	554	20775	327	12263	227	8513
112	F52	19266	6225	26673	17266292	F52	654	17266292	427	11273252	227	5993040

YR	ORDER_CODE	CASE_N(件數)	ID_N(人數)	QTY(醫令數)	DOT_12(點數) (B)	醫令	112年3-12月支付點數 (A)	DOT_12 (B)	111年3-12月支付點數 (C)	DOT_11 D=(B)/(A)*(C)	支付點數差額 (A)-(C)	支付標準調整前後差 異點數(B)-(D)	
112	F53	32733	9727	78027	50181570	F53	654	50181570	427	32763808	227	17417762	
112	F54	10187	4814	10192	8600634	F54	854	8600634	427	4300317	427	4300317	
112	F55	1245	555	1785	1064385	F55	654	1064385	427	694943	227	369443	
112	F56	4109	1492	10357	6435033	F56	654	6435033	427	4201467	227	2233567	
112	F57	4185	3762	4186	5452901	F57	1304	5452901	877	3667327	427	1785574	
112	F58	915	476	1285	774663	F58	654	774663	427	505782	227	268882	
112	F59	2507	1324	5644	3400473	F59	654	3400473	427	2220187	227	1180287	
112	F60	464	394	464	603100	F60	1304	603100	877	405613	427	197488	
112	F61	154	85	190	121971	F61	654	121971	427	79636	227	42336	
112	F62	446	182	994	608874	F62	654	608874	427	397537	227	211337	
112	F63	10	10	10	16040	F63	1604	16040	1177	11770	427	4270	
112	F65	8	8	17	10791	F65	654	10791	427	7046	227	3746	
112	F66	46	39	48	80513	F66	1704	80513	1277	60338	427	20175	
112	F67	46	15	64	39813	F67	654	39813	427	25994	227	13819	
112	F68	62	22	136	78283	F68	654	78283	427	51111	227	27172	
							1,319,958	279,290	2,574,312	1,066,176,663		1,066,176,663	
										576,567,555		489,609,108	

表1：針傷合併治療處置逐項醫令112年3-12月執行情況

預算項目	預算金額 A	112年3-12月 醫令點數 B	112年3-12月 醫令數	112年3-12月 件數	DOT_12(點數) (B)	推估超出預算 C= B-A	執行率 D=B/A
針傷合併治療給付	304,000,000	489,609,108	304,000,000	1,319,958	617,432	185,609,108	161.06%

表1：針灸合併治療處置項醫令112年3-12月執行情況

針灸、傷科、針灸合併傷科申報情形			DOT_12(點數) (B)			112年3-12月支付點數 (A)			107年-111年自然成長		
年度	可執行醫令數 (110年*%) (K) ^{註1}	實際申報醫令數 (L)	超過件數 (M)=L-K	醫令數逐年成長率	人數	人數逐年成長率	實際申報點數 (N)	點數逐年成長率	相較110年申報增 加點數 (O)=該年度N-110 年N	協定預算數 (P) ^{註2}	超出協定預算數 (Q)=O-P
107	-	22,155,750	-	-	2,620,885	-	4,740,092,133	-	-	-	醫令數
108	-	23,146,177	-	4.50%	2,632,283	0.40%	5,198,784,386	9.70%	-	-	醫令點數
109	-	22,644,286	-	-2.20%	2,556,351	-2.90%	5,147,490,429	-1.00%	-	-	人數
110	20,130,407	20,130,407	0	-11.10%	2,311,464	-9.60%	4,957,672,345	-3.70%	-	-	年平均成長
111	20,130,407	21,991,008	1,860,601	9.20%	2,451,152	6.00%	5,537,932,352	11.70%	580,260,007	500,000,000	80,260,007
112	20,130,407	24,138,671	4,008,264	9.80%	2,551,858	4.10%	6,502,947,173	17.40%	1,545,274,828	520,360,000	1,024,914,828

註1：107-111年平均成長率-0.19%視為零成長

註2：112年一般服務成長率4.072%

執行目標：修正通則，平均每位專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及針灸合併傷科治療合計申報量上限，由45人次調升為60人次。

112年全年扣除自然成長率0%（以107年至111年件數平均成長率-0.19%，本表以零成長為自然成長率）後：

年度	醫令數(C)	醫令點數(D)	醫令成長率(A)	非自然成長之成長率 (B=A-0%)	非自然成長醫令數 (C'=C/A*B)	非自然成長醫令點數 (D'=D/A*B)	
112較110年增 加	全年	4,008,264	1,545,274,828	9.5%	9.5%	4,008,264	1,545,274,828

有申報針傷處置案件之診察費、藥費申報情形

	針傷醫令數(E)	診察費醫令數(F)	藥費醫令數(G)
112全年	24,138,522	6,864,365	29,281,654

(資料來源:多媒體健保資料平台)

平均每一針傷醫令，併隨開立診察費及藥費醫令數

	診察費醫令數(F=F/E)	藥費醫令數(G'=G/E)
112	0.284	1.213

註： 公式- 診察費醫令數(F) / 針傷醫令數(E) 及 藥費醫令數(G) / 針傷醫令數(E)

112年	增加醫令數(H) 診察費(H=C'*F) 藥費(H=C'*G')	單價(I)	推估申報點數 (J=H*I)
診察費	1,139,846	330	376,149,180
藥費	4,862,294	37	179,904,878
總計(Q+J)		1,580,968,886	

註：

增加醫令數(H)：非自然成長醫令數(C') * 平均每一針傷醫令併隨開立診察費或藥費醫令數(F' 或 G')

推估申報點數(J)：增加醫令數(H) * 單價(I)