

衛生福利部全民健康保險會
第 6 屆 113 年第 3 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 4 月 24 日

衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 113 年第 3 次委員會議議程

一、主席致詞

二、議程確認

三、確認上次(第 2 次)委員會議紀錄----- 1

四、本會重要業務報告----- 27

五、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續請討論案----- 51

(二)針對健保署預告修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目草案，關於《第二部/第二章/第一節檢查，第二十五項 次世代基因定序 Next Generation Sequencing (30301B-30305B)》支付規範(6)「基因檢測結果須由病人簽署同意書並於申報後一個月內依指定格式上傳至健保署或其指定資料庫，未上傳者本項不予支付」案，不符合健保法等法規，應予修正----- 96

六、報告事項

(一)新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告----- 109

(二)各部門總額一般服務之點值保障之整體檢討----- 110

(三)111 年健保收入超過 2 億元之醫療院所財務報告之公開情形----- 116

(四)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備查案----- 119

(五)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----- 146

(六)中央健康保險署「113 年 3 月份全民健康保險業務執行報告」(併「113 年 2 月份全民健康保險業務執行報告」)(書面報告)----- 160

七、臨時動議

三、確認上次(第 2 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(113)年 3 月 22 日衛部健字第 1133360040 號函送委員在案，並於本年 3 月 22 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2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3月13日上午9時30分

地點：本部 301 會議室

主席：盧主任委員瑞芬

紀錄：馬文娟、李岳蓁

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、
鄭委員素華(全國工人總工會陳幹事怡伊代理)、謝委員佳宜、韓委員幸紋

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：石署長崇良

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27頁)

貳、議程確認：(詳附錄第27~30頁)

決定：

一、中央健康保險署所提臨時提案^(註)經討論後自行撤案，
請參考委員意見對肺癌篩檢族群及條件妥予規劃，善用健保資源。

二、議程確認。

註：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。

參、確認上次(第1次)委員會議紀錄：(詳附錄第30頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第31~45頁)

決定：

一、上次(第1次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤4項，同意解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤8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2項，同意解除追蹤。

三、為利中央健康保險署參考委員意見研析更完整資料，同意「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，延至4月份委員會議(113.4.24)提報。

四、請中央健康保險署於提報114年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案時，依衛生福利部核定函示，針對本會委員所提建議，說明審酌參採情形。

五、委員所提意見，請中央健康保險署回復說明，餘洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第46~65頁)

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。

決定：本案洽悉。委員所提意見(含書面意見)，請中央健康保險署回復說明。

陸、討論事項(詳附錄第66~92頁)

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。

決議：

- 一、依委員意見修正通過「各總額部門112年度執行成果評核之作業方式」，如附件一(修正如劃線處)，請中央健康保險署及四總額部門依作業方式及時程，提供所需資料。
- 二、有關評核結果獎勵標準將於評核會議前議定，預定安排於113年5月份或6月份委員會議討論。
- 三、依委員意見修正通過「113年度一般服務之重點項目與績效指標(含目標值)」，如附件二(修正如劃線處)，請中央健康保險署及四總額部門落實執行，以呈現執行成效。

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。

決議：

- 一、有關西醫基層總額「因醫療品質提升，增加之醫療費用」一般服務項目的執行目標及預期效益之評估指標，依委員意見修正後確認，如附件三(修正如劃線處)。
- 二、依113年度總額核(決)定事項，醫院及西醫基層總額仍有6項應提但尚未提至本會確認^(註)案，請中央健康保險署依113年第1次委員會議(113.1.24)決定儘速辦理。

註：應提報但尚未提至本會確認之核(決)定事項及其內容如下：

1. 醫院總額：

(1)應提出相關計畫內容(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)：

①一般服務項目「提升醫院兒童急重症照護量能」。

②專款項目「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」。

(2)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)：

①專款項目「地區醫院全人全社區照護計畫」。

②專款項目「區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作」。

③專款項目「區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作」。

2.西醫基層總額：

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)：一般服務項目「提升國人視力照護品質」。

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。

決議：請中央健康保險署於下次委員會議(113.4.24)提報全民健康保險基金附屬單位預、決算備查案時，提供自105年迄今各年度政府應負擔全民健康保險總經費法定下限36%之計算過程及結果供參。

柒、報告事項(詳附錄第93~110頁)

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。

決定：

一、請中央健康保險署依112年度總額核(決)定事項及所提扣減金額辦理扣款事宜，本案提報資料及委員意見，送請衛生福利部參考。

二、基於年度總額協定項目由衛生福利部核(決)定、公告後，已屬政策決定事項，本會無權更動，本案若總額部門有不扣款之要求，應由該總額部門受託團體代表

委員，依「112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」^(註)所訂程序，提案至委員會討論，決議達共識部分，再向衛生福利部提出建議。

三、為落實總額之順利執行，請中央健康保險署務必本於保險人權責，定期監控各部門總額核(決)定項目之執行情形(含預算)，即時檢討、妥為管理。

四、委員所提意見請中央健康保險署研參，餘洽悉。

註：「112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」之貳、總額協商原則七、其他原則(三)2.衛福部核(決)定後，已成為政策決定事項，本會無權更動，若委員仍有不同意見，則依「全民健康保險會議規範」提案討論，決議達共識部分，向衛福部提出建議。

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。

主席裁示：因時間因素，保留至下次委員會會議報告。

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。

主席裁示：因時間因素，保留至下次委員會會議報告。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：下午13時59分。

各總額部門 112 年度執行成果評核之作業方式

第6屆113年第2次委員會議(113.3.13)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 年度重點項目執行成果</u>，及短中期之具體目標及規劃作為(附表三)</p> <p>二、110~112 年總額協商項目 KPI^{註2}之執行檢討及指標研修</p>	20
<p>貳、一般服務項目執行績效</p> <p>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，<u>包含採行之具體措施</u>)</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年新增項目之執行情形(執行未滿半年請加註)</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> <p>(四)專業審查及其他管理措施</p> <p>(五)院所違規情形及醫療機構輔導</p> <p>(六)其他</p> <p>六、COVID-19疫情對醫療服務之影響與因應作為</p>	60

評核項目	配分
參、專款項目執行績效/成果^{註3} 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 <u>(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)</u> 二、 <u>112年計畫/方案執行成果</u> 三、 <u>108~112年執行情形及成效評估(含自選3項關鍵績效指標)</u> 四、檢討與改善方向 (一)計畫/方案113年修正重點 (二)112年執行未滿半年之新增項目/方案執行情形	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。

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參據。

伍、113年評核作業時程表

時間	作業內容
113 年 1~3 月	1.函請四總額部門及健保署提供建議之 113 年度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。

時 間	作 業 內 容
	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	<u>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>
<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 (<u>7 月 15、16 日</u>)	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、110~112 年總額協商項目 KPI ^{註4} 之執行檢討及指標研修	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
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
二、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 年新增項目之執行情形(執行未滿半年請加註)		
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	違規情形統計	
(六)其他		
六、COVID-19 疫情對醫療服務之影響與因應作為	—	V
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 <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， <u>包含採行之具體措施</u>)	—	V
二、 <u>112</u> 年計畫/方案執行成果		
(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、 <u>108~112</u> 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、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
(二)目標達成情形		
(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		
(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 <u>113</u> 年修正重點	—	V
(二) <u>112</u> 年執行未滿半年之新增計畫/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 <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， <u>包含採行之具體措施</u>)	—	V
二、 <u>108~112</u> 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) <u>113</u> 年修正重點	—	V
(二) <u>112</u> 年執行未滿半年之新增項目執行情形與規劃	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 —健保署	項目1：整體資源配置與未來規劃 [延續項目] 至少包括以下內容：	
	(1) <u>整體總額基期執行結果及資源配置檢討與建議：</u> <u>現行總額基期預算分配、費用分布及成長情形分析(區分總額別、服務別、分項費用、層級別、地區別、人口別等)及資源配置檢討與建議。</u>	
	(2) <u>健保總額重點政策推動說明及檢討與建議：</u> <u>重點政策推動情形，及推動多年但未達預期目標之原因檢討(如全面導入DRGs支付制度、家庭醫師整合性照護計畫之轉型等)。</u>	
	(3) <u>全人醫療之醫療服務整合情形及照護成果：</u> <u>包括跨機關、跨專案、共病照護相關計畫(如家庭醫師整合性照護計畫、代謝症候群防治計畫、論質計酬計畫)之整合情形及照護成效。</u>	
	(4) <u>以保險人角度提出健保總額未來實施方向及執行規劃。</u>	
	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]	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108年同期下降 $\geq 5\%$ 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 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疫為優先，故本指標以108年為基期進行比較
	項目3： 分級醫療之推 動成效 [延續項目]	指標：非同體系區域級(含)以上醫院回轉率 目標值： $\geq 3.85\%$ 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
醫院總額 —醫院 協會	項目1： 醫院分級醫療 執行成效 [延續項目]	指標：醫院層級轉診率 目標值：轉診率維持成長10% 操作型定義：各層級轉診件數/醫院部門總就醫件數

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<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>
	<p>項目2： 護病比執行現況 [延續項目]</p>	<p>指標：全日平均護病比達加成之占率提升 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 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>
西醫基層 總額 一醫全會	<p>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>	<p>指標：照護率、HbA1c<7%(控制良好率)、HbA1c>9%(控制不良率) 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>
	<p>項目2： 檢驗(查)結果 上傳率 [新增項目]</p>	<p>指標：上傳率 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>

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： 國人牙周病治療改善情形 [延續項目]	指標：牙周病統合治療第三階段完成率 目標值：最近3年全國平均值*(1-10%) 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)
	項目2： 國人罹患牙周病後續維護追蹤情形 [新增項目]	指標：牙周病統合治療實施方案後之追蹤治療率 目標值：最近3年全國平均值*(1-10%) 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
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]	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 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 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 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 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 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

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<p>指標(7)：無中醫鄉服務人次成長率</p> <p>目標值：無中醫鄉服務人次成長2%</p> <p>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>
	<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>	<p>指標：延緩慢性腎臟病第3、4、5期病人腎功能惡化程度</p> <p>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 一健保署	<p>項目1： C型肝炎新藥治療成效 [延續項目]</p>	<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>
	<p>項目2： 居家醫療照護整合計畫之推動成效 [延續項目]</p>	<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>
	<p>項目3： 腎病防治成效 [新增項目]</p>	<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>

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成果) - 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 - 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) 	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"> - 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	醫院、西醫基層	<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、精神疾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

各總額部門及健保署「113年度一般服務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] 至少包括以下內容：	
	(1) <u>整體總額基期執行結果及資源配置檢討與建議：</u> <u>現行總額基期預算分配、費用分布及成長情形分析(區分總額別、服務別、分項費用、層級別、地區別、人口別等)及資源配置檢討與建議。</u>	
	(2) <u>健保總額重點政策推動說明及檢討與建議：</u> <u>重點政策推動情形，及推動多年但未達預期目標之原因檢討(如全面導入DRGs支付制度、家庭醫師整合性照護計畫之轉型等)。</u> (3) <u>全人醫療之醫療服務整合情形及照護成果：</u> <u>包括跨機關、跨專案、共病照護相關計畫(如家庭醫師整合性照護計畫、代謝症候群防治計畫、論質計酬計畫)之整合情形及照護成效。</u> (4) <u>以保險人角度提出健保總額未來實施方向及執行規劃。</u>	
	項目2： 分級醫療之推動 成效 [延續項目]	指標：非同體系區域級(含)以上醫院回轉率 $\geq 3.85\%$ 目標值： $\geq 3.85\%$ 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 觀察指標：醫院層級疾病嚴重度CMI變動
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]	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
	項目2： 護病比執行成 效 [延續項目]	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 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

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 [延續項目]	<p>指標：<u>照護率</u>、<u>HbA1c<7%(控制良好率)</u>、<u>HbA1c>9%(控制不良率)</u></p> <p>目標值：<u>1.照護率：55%以上</u> <u>2.HbA1c<7%(控制良好率)：54%以上</u> <u>3.HbA1c>9%(控制不良率)：6%以下</u></p> <p>操作型定義：<u>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。</u> <u>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。</u> <u>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。</u></p>
	項目2： 檢驗(查)結果上 傳率 [延續項目]	<p>指標：<u>上傳率</u></p> <p>目標值：<u>60%以上</u></p> <p>操作型定義：<u>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</u> <u>計算條件：1.採診所歸戶(即檢驗所上傳資料併回診所計算)</u> <u>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</u></p>
	項目3： 西醫基層診所代 謝症候群照護情 形 [新增項目]	<p>指標：<u>代謝症候群照護改善率</u> (配合目標值調整，酌修指標名稱)</p> <p>目標值：<u>代謝症候群改善率較前一年度提升</u></p> <p>操作型定義：<u>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。</u> <u>2.分母：診所收案60名以上且當年度檢驗檢查上傳 率≥70%之診所數。</u></p>
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)：<u>年度國人牙周統合執行件數</u></p> <p>目標值：<u>≥最近三年全國平均值</u></p> <p>操作型定義：<u>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</u></p> <p>指標(2)：<u>減少有牙周治療者平均拔牙顆數</u></p> <p>目標值：<u>≤最近三年全國平均值</u></p> <p>操作型定義：<u>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</u></p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<p>報簡單性拔牙(92013C)及複雜性拔牙(92014C)醫令數加總</p> <p>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</p> <p>3.計算：分子/分母</p>
	<p>項目2： 高風險患者照護現況 [新增項目]</p>	<p>指標：申報高風險患者照護項目院所參與率</p> <p>目標值：前一年度參與率*(1+5%)</p> <p>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</p> <p>2.分母：當年度申報院所數</p> <p>3.計算：分子/分母</p> <p>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	<p>項目1： 提升中醫醫療服務 [延續項目]</p>	<p>指標(1)：中醫醫療服務人數成長率</p> <p>目標值：中醫醫療服務人數成長率呈現正成長</p> <p>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</p> <p>目標值：中醫醫療服務人次成長率呈現正成長</p> <p>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</p> <p>目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長2%</p> <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</p> <p>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</p> <p>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>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<p>指標(6)：醫療資源不足地區服務人數成長率 目標值：醫療資源不足地區服務人數成長2% 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)：醫療資源不足地區服務人次成長率 目標值：醫療資源不足地區服務人次成長2% 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>
	<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> <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	<p>項目1： C型肝炎全口服新藥治療成效 [延續項目]</p>	<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>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
	項目2： 居家整合新收案 對象門診次數降 低 [延續項目]	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： <u>每月平均門診就醫次數較收案前半年(○○ 次)低</u> 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。

西醫基層總額一般服務項目「因醫療品質提升，增加之醫療費用」之
「執行目標」及「預期效益之評估指標」

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無用藥者，追蹤及年度評估執行檢驗人次達 7 萬人次。
預期效益之評估指標	<p>「代謝症候群改善率」<u>提升之診所占率較前 1 年提升增加</u>。</p> <p>(配合分子、分母調整，酌修指標名稱)</p> <p>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：收案對象糖化血紅素改善」之合計分數<u>>前 1 年之診所數</u>。</p> <p>分母：<u>參與代謝症候群防治計畫之診所數</u>。</p>

四、本會重要業務報告

一、本會依上次(第2次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

(一)業依討論事項第一案決議，辦理年度總額執行成果評核相關作業：

1.依決議修正 112 年度各總額部門執行成果評核作業方式及評核報告大綱，並於本(113)年 4 月 9 日以衛部健字第 1133360050 號函請中央健康保險署(下稱健保署)及各總額部門受託團體配合時程提供評核相關資料，如附錄一(第 163~164 頁)，其中請健保署分別於 5 月 24 日及 6 月 14 日提出評核報告上、下冊，各總額部門於 6 月 14 日前提出成果報告，至於簡報資料則請所有機關(構)於 7 月 1 日前提供，並請加強「111 年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明」及「執行情形檢討及具體改善作為」，以利評核委員審視及評核參考。

2.依評核作業方式辦理評核委員籌組作業，前請四部門總額受託團體及付費者代表委員推薦評核委員人選，加上本會現任、近 3 屆曾任專家學者及公正人士委員，擬具「113 年評核委員建議名單」後，於本年 4 月 11 日以電子郵件寄送本會委員進行票選作業，本會將依票選結果辦理評核委員邀請及後續事宜。

(二)依報告事項第一案決定，於本年 3 月 27 日以衛部健字第 1133360045 號書函，將健保署提報有關「111、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」，及本會之決定與委員發言實錄函復衛福部作為其 114 年健保總額基期之扣減項目及額度之參據，另副本抄送健保署，請其依衛福部公告之 112 年度健保總額核(決)定事項及前揭委員會議決定辦理扣款事宜，如附錄二(第 165~166 頁)。

(三)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計 5 項，依辦理情形，擬建議解除追蹤 3 項，繼續追蹤 2 項，如附表一(第 37~38 頁)；但

最後仍依委員會議定結果辦理；另個別委員關切事項(含書面意見)，健保署回復如附錄三(第167~177頁)。

二、歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，擬建議解除追蹤者，計有 3 項，如附表二(第 39 頁)；但最後仍依委員會議定結果辦理。

三、依本會本年第 1 次委員會議(113.1.24)決定，本會為研議修正「『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)，前於本年 2 月 15 日請辦健保署以保險人經驗提供修正建議，該署於本年 3 月 8 日函復建議本會暫緩本案研修規劃討論，如附錄四(第 178 頁)，本會將納為研修之參考。

四、健保署於本年 4 月 2 日將 113 年度醫院總額風險調整移撥款(6 億元)執行方式函送本會備查，如附錄五(第 179 頁)，摘要如下：

(一)各分區移撥款計算方式，採二項計算方式之合計：其中 2 億元續維持歷年風險調整計算六因素及權重計算分配^(註)。餘額 4 億元採 107~109 年地區預算 R 值、S 值平均占率計算。

(二)各分區分配金額：依前開方式計算，六分區分配金額約為：臺北 1.60 億元、北區 0.69 億元、中區 0.89 億元、南區 0.75 億元、高屏 1.03 億元、東區 1.04 億元，合計 6 億元。

註：風險調整計算之 6 項因素主要考量人口特性於各區投保人口相對占率為之，各因素權重均為 16.667%，包括：山地離島非原住民人口、偏遠地區人口、重度以上身心障礙人口、台閩地區原住民人口、低收入人口、6 歲以下及 65 歲以上各區戶籍人口。

五、為落實健保法規定，發揮本會民意溝通平台之角色，本會持續辦理公民參與活動，本年度係委由臺北市立大學陳副教授永仁研究團隊辦理，預定於本年 7 月在北、中、南地區各辦理 2 場公民參與活動，議題包括：「如何提升醫事服務提供者/民眾端在醫療資源使用之效率」、「家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向」。預計 5 月中旬前函請所有付費者委員、醫事服務提供者委員所屬會員團體派員參加，敬請委員協助推派事宜。

- 六、中華民國中醫師公會全國聯合會於本年 4 月 10、11 日，擇高雄市及屏東縣辦理「113 年度全民健康保險中醫門診總額專案計畫實地訪視活動」，本會委員(含代理人)計 19 人參加。
- 七、下次(第 4 次)委員會議(113.5.22)依年度工作計畫安排之專案報告主題為「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)」，請委員最晚於本年 4 月 29 日前向本會提出需請健保署回應或說明之問題。
- 八、本會針對上次(第 2 次)委員會議通過 112 年度執行成果評核之作業方式作為委員關切重要議題之會訊報導主題，內容詳附錄六(第 180~181 頁)，已置於本會網頁(路徑：健保會首頁>最新訊息>委員關切重要議題分析，網址：<https://gov.tw/vqq>)，敬請委員轉知所屬團體之會員參閱。
- 九、衛福部及健保署於本年 3 月至 4 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 4 月 17 日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

- 1.本年 3 月 4 日公告停止適用「醫療機構收取掛號費之參考範圍」，並於本年 3 月 14 日依據公平交易委員會 3 月 7 日函，行文地方政府衛生局、各醫療公協會，並副知本會，為加強醫療機構對於公平交易法之遵法意識，請轉知所轄醫療機構或會員，切勿合意共同調整掛號費，以免違反公平交易法聯合行為禁止規定，如附錄七(第 182~185 頁)。
- 2.本年 3 月 20 日修正發布「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」第 3 條、第 4 條、第 12 條，係配合 108 年 7 月 24 日所得稅法第 14 條修正後之文意，將本辦法涉及「薪資所得」扣費項目，改為「薪資收入」，以符合薪資所得扣取補充保險費之立法意旨及補充保險費之制度設計，並明訂本

次修正發布之條文，自 113 年 3 月 20 日施行，如附錄八(第 186~194 頁)。

3.本年 3 月 21 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 4 月 1 日生效，如附錄九(第 195~197 頁)，本次修正重點如下：

(1)第二部西醫：

①門診診察費通則十二(三)專科醫師加成方式，診治未滿 4 歲兒童第一段門診診察費專科醫師加成調升至 13%，並配合修正附表 2.1.4、附表 2.1.5 及附表 2.1.7。【預算來源：113 年度西醫基層總額一般服務項目「強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護」預算 1.225 億元】

②刪除「提升基層護理人員照護品質加計」(編號 00246C)診療項目，改以「全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案」計畫給付。【預算來源：113 年度西醫基層總額一般服務項目「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」預算 6.593 億元】

③新增診療項目：「心內超音波」(8,385 點)、「磁振造影使用 Primovist 造影劑加計」(5,686 點)、「大腸息肉切除術—4 顆至 9 顆」(3,304 點)、「大腸息肉切除術—10 顆以上」(6,304 點)及「神經調控通氣輔助呼吸治療及橫膈膜電位訊號監測(一天)」(3,712 點)等 5 項。【預算來源：由 113 年度醫院及西醫基層總額一般服務項目「新醫療科技」項下新增診療項目預算支應，分別為 11 億元與 0.46 億元】

④修訂支付規範：「經皮椎體成形術(第一節)」及「經直腸大腸息肉切除術」增列申報規定、適應症或施行人員資格。【不影響財務】

(2)第三部牙醫：修正通則五「高齡患者根管治療難症處理」加計之年齡認定，放寬至 65 歲以上(原 70 歲以上)。【預

算來源：113 年度牙醫門診總額醫療服務成本指數改變率
所增預算，約 16.292 億元】

(二)健保署

- 1.本年 3 月 8 日副知，有關西醫基層總額部門醫事服務機構申報醫療服務點數之暫付及核定每點金額恢復原計算方式案，依健保署 96 年 8 月 7 日健保醫字第 0960052622 號公告辦理(每點暫付金額以最近一季結算平均點值 9 成計算，每點核定金額以最近一季結算每點支付金額 9 成計算，並均以不高於 0.9 元為限)，並自 113 年 3 月 15 日起適用，如附錄十(第 198 頁)。
- 2.將公告之總額相關計畫副知本會，如附錄十一(第 199~205 頁)，增修訂重點如下表：

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
113.3.12/ 113.1.1	113 年度 全民健康 保險牙醫 門診總額 高風險疾 病口腔照 護計畫	<p>本計畫為 113 年度新增計畫，合併辦理原一般服務之「高風險疾病口腔照護」、原專款項目「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」，重點如下：</p> <p>1. 支付項目：刪除現行支付標準表之 91090C、P7301C 及 P7302C，整併及移列本計畫中，與原支付標準相比，修訂重點如下：</p> <p>(1)91090C「高風險疾病病人牙結石清除-全口」：</p> <p>①修訂適用對象(原 5 類修訂為 6 類)：</p> <p>A.增列 65 歲以上者。</p> <p>B.將原「腦血管疾病病人」修訂為「心血管疾病病人」。</p> <p>C.放寬適用於所有非屬牙特計畫之身心障礙者(原適用於不符合牙特計畫之 3 種身心障礙者)。</p> <p>②調升支付點數：由 720 點調升至 800 點。</p> <p>(2)P7302C「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」(P7301C「高齲齒率患者氟化物治療」併入 P7302C)：</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>修訂適用對象如下(原 7 類修訂為 8 類)</p> <p>①增列原 P7301C 之服務對象：「曾於同院所接受 89013C『複合體充填』、89113C『特殊狀況之複合體充填』、91009B『牙周骨膜翻開術-局部(牙周囊袋 5mm 以上 3 齒以內)』、91010B『牙周骨膜翻開術-三分之一顎(牙周囊袋 5mm 以上 4 至 6 齒)』病人(含當次)」。</p> <p>②將原「腦血管疾病病人」修訂為「心血管疾病病人」。</p> <p>③放寬適用於所有非屬牙特計畫之身心障礙者(原適用於不符合牙特計畫之 3 類身心障礙者)。</p> <p>(3)新增「複雜性複合體充填」診療項目：新增適用於 7 大類高風險病人之複雜性「前牙」、「後牙」、「前牙雙鄰接面」、「後牙雙鄰接面」複合體充填等 8 項支付標準(89204C~89205C、89208C~89210C、89212C、89214C~89215C)，支付點數介於 900 點至 1,850 點。</p> <p>2.執行目標：</p> <p>(1)113 年服務「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達 80,000 人次。</p> <p>(2)113 年「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(P7302C)預估服務 202 萬人次。</p> <p>3.預期效益之評估指標：</p> <p>(1)國人牙齒保存數較衛福部「110-112 年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增加。</p> <p>(2)自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。</p>
113.3.14/ 113.3.14	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	<p>本次修訂重點如下：</p> <p>1.修訂結案條件：同意放寬縮短再收案間隔時間由一年改為半年。</p> <p>2.增訂違規情事相關規定：增修「第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，並明訂違規情事期間之認定，若有涉及違規情事，即退出執行本計畫」。</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
113.3.18/ 113.1.1	全民健康 保險鼓勵 院所加強 推動腹膜 透析與提 升照護品 質計畫	<p>本次修訂重點如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.預算來源：配合 113 年度總額總額公告事項，增列「其中 300 百萬元不得流用於一般服務」文字。 2.修訂參與醫師資格之文字：腹膜透析醫師及護理人員訓練指定醫院名單由台灣腎臟醫學會另行提供。 3.修訂院所獎勵費用： <ol style="list-style-type: none"> (1)修訂院所重新收治腹膜透析病人之獎勵條件： <ol style="list-style-type: none"> ①已設立腹膜透析室/中心，於 111.7.4 至參與本計畫起始日前皆未收治腹膜透析病人。(原為本計畫公告生效日前一年，認定較不明確) ②前述腹膜透析室/中心重新啟用後，一年內需收治腹膜透析病人，或一年內有與其他院所『共同照護』腹膜透析病人」。 (2)修訂「醫院輔導其他院所新成立腹膜透析室/中心之 4」文字：輔導醫院名單由台灣腎臟醫學會另行提供。 4.修訂「腹膜透析平轉獎勵費 P8110B」及「腹膜透析上轉獎勵費 P8111Q」支付規範註 1 適用對象之文字。
113.3.20/ 113.1.1	113 年度 全民健康 保險提升 基層護理 人員照護 品質獎勵 方案	<p>本項為 113 年度新增方案，重點如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.預算來源：113 年度西醫基層總額一般服務「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」預算 6.593 億元，以及 112 年同項預算(基期)。 2.獎勵條件：聘有護理人員且調升其薪資達下列調薪幅度標準之西醫基層診所。 <ol style="list-style-type: none"> (1)聘有 4 位以下護理人員：調升全數護理人員薪資。 (2)聘有 5 至 10 位護理人員：調升 90% 以上護理人員薪資。 (3)聘有 11 位以上護理人員：調升 80% 以上護理人員薪資。 (4)新聘之護理人員認列為調升薪資之護理人員。

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>3.獎勵方式及核發原則：</p> <p>(1)反映護理人員薪資調升之門診診察費加計獎勵：</p> <p>①符合獎勵條件之診所，申報 1~30 人次門診診察費之案件，加計獎勵 12 點。</p> <p>②由健保署每月勾稽實際調薪情形，計算加計點數，以每點 1 元暫付。</p> <p>③支付標準 00246C「提升基層護理人員照護品質加計」(支付點數 6 點)未刪除前，診所得依原規定申報，符合調薪幅度標準者，每件補付差額 6 點。</p> <p>(2)提升護理照護品質獎勵：預算結算後如有結餘，則依達調薪幅度標準之診所調升護理人員薪資人月占率，核發獎勵金。</p> <p>4.年度執行目標：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數達 70%。</p> <p>(1)分子：調升護理人員薪資幅度達標準之診所家數(含新聘護理人員，且每家診所須按聘有護理人員數達不同調薪人數，不足一名以一名計算)。</p> <p>(2)分母：聘有護理人員之診所家數。</p> <p>5.評估指標及稽核機制：</p> <p>(1)評估指標：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率。</p> <p>(2)稽核機制：每家基層診所須按聘有護理人員數不同，調升護理人員薪資達本保險投保金額次一投保等級。</p>
113.3.22/ 113.4.1	113 年度 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>本項為 113 年度新增計畫，重點如下：</p> <p>1.執行目標：執行特定疾病病人牙科就醫安全計畫之院所數占率達 3 成。</p> <p>2.給付項目及支付標準：</p> <p>(1)支付方式：新增支付標準 P3601C「特定疾病病人牙科就醫安全」(100 點)。</p> <p>(2)適用對象：糖尿病病人、高血壓病人、骨質疏鬆症病人(包含即將使用抗骨質疏鬆藥物病人)、心血管疾病病人、癌症病人、血液透析及腹膜透析病人、器官移植病人、精神疾病病人及其他未明示之疾病病人。</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>(3)申報規定：</p> <p>①牙醫師當年度第 1 次申報本項需填寫本計畫醫師自我考評表。</p> <p>②申報本項前，牙醫師須至健保醫療資訊雲端查詢系統查詢病人資料。</p> <p>③病歷上須載明適用對象之相關資料。</p> <p>3.醫療費用申報及審查：牙醫師當年度第 1 次申報 P3601C 需填寫醫師自我考評表，留存於病歷備查，並於抽審時一併附上。</p> <p>4.預期效益之評估指標：</p> <p>(1)降低使用抗凝血劑病人牙科處置後 24 小時內，因牙科處置相關之口腔出血至院所就診之比率。</p> <p>(2)減少使用抗骨質疏鬆藥物病人牙科處置後，顎骨壞死之風險^(註)。</p> <p>①即將使用抗骨質疏鬆藥物之病人：於使用該類藥物前，先至牙科進行檢查、治療並評估其使用骨質疏鬆藥物之安全性，以減少發生顎骨壞死之個案數。</p> <p>②已使用抗骨質疏鬆藥物之病人：下列疾病經由本計畫處置，分別計算其降低發生顎骨壞死之風險：</p> <p>A.骨質疏鬆症。</p> <p>B.癌症、骨轉移者。</p> <p>註：計畫執行初期，尚無背景的母數可以參考，爰先以個案數呈現，俟後若有足夠數據再予以分析其降低比率。</p>
113.3.22/ 113.4.1	113 年度 全民健康 保險牙醫 門診總額 特殊醫療 服務計畫	<p>本次修訂重點如下：</p> <p>1.適用對象：增列不符合特定障別或障礙等級者，但持有身心障礙證明者，於醫療團地點(不含社區醫療站)就診時，費用亦由本計畫支應。</p> <p>2.院所牙醫醫療服務：配合特管辦法調整參與院所及醫師資格之文字。</p> <p>3.修訂加成支付規定：</p> <p>(1)特定身心障礙者：醫療費用加成均調升 20%，輕度(含失能老人)由 10%調升為 30%；中度(含發展遲緩兒童)及中度以上精神病人由 30%調升為 50%；重度</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>由 70%調升為 90%；極重度、自閉症、失智症由 90%調升為 110%。</p> <p>(2)其他具身心障礙證明者：醫療團牙醫醫療服務(不含社區醫療站)得加 2 成。</p> <p>4.新增支付項目：新增「特殊狀況之複雜性複合體充填」診療項目共 8 項(89304C~89305C、89308C~89310C、89312C、89314C~89315C)，用於牙特計畫適用對象之複雜性「前牙」、「後牙」、「前牙雙鄰接面」、「後牙雙鄰接面」複合體充填，支付點數介於 900 點至 1,850 點。</p>
113.3.29/ 113.3.29	全民健康保險跨層級醫院合作計畫	本次主要增訂違規情事相關規定，並明訂違規情事期間之認定，若有涉及違規情事即停止執行本計畫。另增訂支援報備周知民眾及資料保存之相關規定。

3.112 年第 3 季各部門總額每點支付金額：

- (1)牙醫門診總額，如附錄十二(第 206~209 頁)。
- (2)中醫門診總額，如附錄十三(第 210~212 頁)。
- (3)醫院總額，如附錄十四(第 213~216 頁)。
- (4)西醫基層總額，如附錄十五(第 217~220 頁)。
- (5)門診透析服務，如附錄十六(第 221~223 頁)。

總額別 分區別	112 年第 3 季各部門總額平均點值				
	牙醫門診	中醫門診	醫院	西醫基層	門診透析
台北	0.9170	0.9207	0.9375	0.8661	0.9181
北區	0.9959	0.8445	0.9642	0.9097	
中區	0.9980	0.8926	0.9448	0.9141	
南區	1.0507	0.8904	0.9868	0.9437	
高屏	1.0353	0.9062	0.9742	0.9309	
東區	1.1500	1.1136	0.9527	1.0388	
全區	0.9790	0.9000	0.9552	0.9057	

決定：

上次(第2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	委員所提意見，請中央健康保險署回復說明。	於113年3月22日請辦健保署。	健保署回復：委員所提意見，說明如附件一(第40頁)。	解除追蹤	—
2	優先報告事項： 112年第4季全民健康保險業務執行季報告。	委員所提意見(含書面意見)，請中央健康保險署回復說明。	於113年3月22日請辦健保署。	健保署回復：委員所提意見，說明如附件一(第41~46頁)。	解除追蹤	—
3	討論事項第3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。	請中央健康保險署於下次委員會議(113.4.24)提報全民健康保險基金附屬單位預算、決算備查案時，提供自105年迄今各年度政府應負擔全民健康保險總經費法定下限36%之計算過程及結果供參。	於113年3月22日請辦健保署。	健保署回復：105年至112年各年度政府應負擔健保總經費36%之計算過程及結果如附件二(第47頁)。	解除追蹤	—

二、擬繼續追蹤(共 2 項)

項次	案 由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	本會重要業務報告	請中央健康保險署於提報 114 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案時，依衛生福利部核定函示，針對本會委員所提建議，說明審酌參採情形。	於 113 年 3 月 22 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 114 年度方案並說明委員意見審酌參採情形後解除追蹤。	113 年 5 月
2	報告事項第 1 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。	請中央健康保險署依 112 年度總額核(決)定事項及所提扣減金額辦理扣款事宜。	於 113 年 3 月 27 日以書函將本案健保署提報之預算扣減及效益評估執行結果，及本會之決定送請衛福部卓參，另副本抄送該署，請其依 112 年度健保總額核(決)定事項及本會決定辦理扣款事宜。	健保署回復： 1.依貴會第 6 屆 113 年第 2 次委員會議決定，本案若總額部門有不扣款之要求，應由該總額部門受託團體代表委員，依程序提案至貴會討論。 2.本署將依貴會會議決議(定)辦理後續事宜。	1.繼續追蹤 2.於健保署提報扣款情形後解除追蹤。	113 年 7 月

歷次委員會議繼續列管追蹤事項

達解除追蹤條件(共 3 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	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之執行結果」，對於本案所提各項總額協定事項，請中央健康保險署辦理下列事項，並將辦理結果提報 113 年 3 月份委員會議，以納入總額協商參考： (一)有關「提出節流效益並納入總額預算財源」部分，請會同各部門總額相關團體，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。 (二)請檢討並提出本案執行數之精準估算方式；至於執行數過低或過高之協定項目，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)。 /[俟健保署將辦理結果提報 113 年 3 月份委員會議後解除追蹤] (112.3 決議、112.4、112.6、112.12 決定)	本會說明： <u>本案已提報 113 年第 2 次委員會議(113.3.13)報告事項第一案。</u>	解除追蹤 (健保署已提報完成，爰建議解除追蹤)
2	「112 年度總額預算扣減方式及節流效益」執行結果，請於 113 年 3 月份提報本會，做為 114 年度總額協商參考。 /[於健保署報告執行結果後解除追蹤] (112.7、112.8、112.12 決定)	本會說明： <u>本案已提報 113 年第 2 次委員會議(113.3.13)報告事項第一案。</u>	解除追蹤 (健保署已提報完成，爰建議解除追蹤)
3	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。所涉執行面及計算(含風險調整/特定用途移撥款)等相關細節，授權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之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。 /[俟健保署送本會備查後解除追蹤] (112.11 決議、112.12 決定)	本會說明： <u>健保署已送本會備查，西醫基層、牙醫門診、中醫門診已提報 113 年第 1 次委員會議(113.1.24)備查，醫院總額已提報本次委員會議(113.4.24)重要業務報告說明四。</u>	解除追蹤 (健保署已送本會備查，爰建議解除追蹤)

健保會第 6 屆 113 年第 2 次委員會議之健保署答覆

上次(第 2 次)委員會議之擬解除追蹤項次 1

案由：本會重要業務報告。

委員意見	健保署說明
<p>韓委員幸紋(議事錄第 37 頁)</p> <p>最近還有一個話題，是討論掛號費是否要提高，這個部分可不可以請醫療院所協助額外提供掛號費收入金額，健保署是不是也可提供部分負擔的金額，我們就可以利用財報分析，瞭解醫療院所獲利狀況及收入主要來源。</p>	<p>有關公告掛號費一節，已遵照貴會委員要求，請醫療院所將掛號費資訊上傳，並已於113年4月8日公開於本署網頁及健保快易通APP。</p>
<p>吳委員鏘亮(議事錄第 44 頁)</p> <p>關於掛號費的部分，我想衛福部已經澄清，掛號費不是醫療費用，而是行政費用，這部分大概就是回到市場機制，我想公告掛號費這部分的意見，是不是所有的各行各業都要公告他們的收費標準，我想這是有問題的，所以對於要全部的醫院都公告掛號費這部分，請再酌量，謝謝。</p>	

上次(第2次)委員會議之擬解除追蹤項次2

案由：112年第4季全民健康保險業務執行季報告。

委員意見	健保署說明
<p>滕委員西華(議事錄第55頁)</p> <p>主席、各位委員我有五點建議，第1點是投影片第8張，在新藥給付的第八項「糖尿病足傷口潰瘍」的藥品是由到手香及積雪草這些草藥萃取出來的，我想知道這個藥品中醫可不可以處方？現在很多草藥經過萃取並以西藥方式申請健保給付，這當然跟TFDA、中醫藥司分工有關。可是，這如果是屬於中草藥萃取的，中醫師可否處方？若中醫師可以處方，跟現在每日藥費的規定不符，健保署預計怎麼處理？</p>	<p>一、依據全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部第二章中醫，已訂定A21「每日藥費」支付點數37點，爰經醫師處方且已由健保收載之濃縮中藥，每日支付點數為37點；另西藥則依全民健康保險藥物給付項目及支付標準申報。</p> <p>二、有關「糖尿病足傷口潰瘍」新藥處方疑義，說明如下：</p> <p>(一)大法官釋字第404號解釋略以，依行政院衛生署71年3月18日衛署醫字第370167號函釋：「中醫師如使用『限醫師指示使用』之西藥製劑，核為醫師業務上之不正當行為」、「使用西藥成藥為人治病，核非中醫師之業務範圍」，在闡釋中醫師之業務範圍，符合醫師法及醫療法之立法意旨，與憲法保障工作權之規定，尚無牴觸。</p> <p>(二)另本藥品訂有藥品給付規定，限整形外科或皮膚科專科醫師使用。</p> <p>(三)綜上，本項藥品限整形外科或皮膚科專科醫師處方，且本藥品屬西藥藥品且為處方用藥，中醫師不得處方本藥品。</p>
<p>滕委員西華(議事錄第56頁)</p> <p>剛剛署長有報告，用於品健康福利捐的錢成立HTA專案辦公室，我們都知道過去HTA評估有幾個非常重要的關鍵議題，例如：「審查期限</p>	<p>一、本署於113年1月1日成立健康政策與醫療科技評估中心(Center for Health Policy and Technology Assessment, CHPTA)，專責執行醫療</p>

委員意見	健保署說明
<p>不確定」，以及在英國、澳洲都在審查期間徵詢常民、病友團體的意見，不是上網徵收意見，是邀請常民、病友團體擔任諮詢對象。我覺得既然已經花了這麼多錢成立辦公室了，是否可以在這邊請健保署擇期來委員會報告，究竟我們花了這麼多錢？擴充了什麼樣的編制？預計達成什麼效益？審查程序跟效益如何？一般民眾、病友團體意見被重視的程度有多少？以回應外界對HTA 的期待。</p>	<p>科技評估及平行審查機制，加速新(癌)藥審核納入健保程序，並與國際臨床指引接軌。</p> <p>二、本署積極辦理該中心法人化作業，強化醫療科技評估及藥品納入健保審核量能外，該中心執行平行審查及暫時性支付業務及成果分述如下：</p> <p>(一)辦理平行審查：自 113 年起，針對未滿足醫療需求、突破創新、臺灣首發及相對療效佳且價格便宜等藥品，廠商向食藥署申請新藥查驗登記時，即可同步向健保署建議納入給付，加速收載新(癌)藥，減輕民眾負擔，增加民眾用藥可近性，截至 113 年 3 月已有 4 件藥品向本署建議平行送審。</p> <p>(二)執行健保暫時性支付：針對已核准上市屬臨床迫切需求且臨床療效及財務具高度不確定性之新藥，本署搭配風險分擔模式及建置登錄系統，原則暫時支付二年，並蒐集我國真實世界實證資料，持續評估新(癌)藥效益，以提升病人使用新藥之可近性，且降低昂貴藥費對健保總額中醫療服務之衝擊。截至 113 年 3 月，已有 7 項新藥及 2 項擴增給付範圍以暫時性支付方式納入健保，包含首例 CAR-T 細胞免疫治療藥品 Kymriah。</p> <p>三、為讓病友對於新藥、新特材納入健保給付之決策過程中可提供意見並參採，本署除建置「新藥及新醫材病友</p>

委員意見	健保署說明
	<p>意見分享平台」，如有病友提出相關意見亦會納入 HTA 評估報告，並於共同擬訂會議討論藥品是否納入給付或給付變更時，邀請病友團體代表出席表示意見，將病人意見作為納入新藥品與新醫材收載時之參考。</p>
<p>劉委員淑瓊會後書面意見(議事錄第 64-65 頁)</p> <p>一、參業務執行報告，第 39-40 頁與 145 頁。項次二十一、急診品質提升方案—每季指標執行結果報告。</p> <p>二、醫改會針對急診品質，摘錄幾項重點：</p> <p>(一)112 年急診病人停留超過 24 小時比率，近年增幅達 1%，受影響病人數約 8 萬人。</p> <p>(二)急診後轉住院滯留急診 48 小時以上案件比率，即是 2 天內急診因沒有床「上不去」的狀況，近年增幅約 2.2%，受影響人數約 2 萬人。</p> <p>(三)檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8 小時之比率，近年降幅約 10%，受影響人數約 13 萬人。</p> <p>(四)完成急診重大疾病照護病人進入加護病房<6 小時之比率，近年降幅約 13%</p> <p>(五)檢傷一級病人及完成急診重大疾病照護病人進入加護病房<6 小時(越高越好)之比率，近年降幅約 6%。</p>	<p>一、經分析 112 年 11 月類流感等感染症就醫件數為 58.6 萬件，較 108 年同期增加 8.5 萬件，其中門診增加 5.5 萬件(成長率 14%)、急診增加 2.8 萬件(35%)及住診增加 0.3 萬件(8.6%)。另統計至 113 年 2 月類流感等感染症就醫件數為 58.9 萬件，較 108 年同期增加 9.5 萬件(19.3%)，其中門診增加 6.3 萬件(18.8%)、急診增加 2.8 萬件(22.3%)及住診 0.4 萬件(12.7%)。113 年 2 月急診類流感等感染症較 112 年 11 月增加 3.9 萬件。</p> <p>二、另有關急診壅塞問題，本署業已於 113 年 3 月 6 日醫院總額研商議事會議報告，會議決議為考量各分區業務組急診壅塞原因不盡相同，本署業已於 113 年 3 月 25 日請各分區分析轄區急診壅塞原因後，邀集各層級醫院及台灣急診醫學會共同研擬管理方案，再併急診品質提升方案修訂內容。</p> <p>三、另前述會議資料公布於本署網站，路徑為：健保署網站/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，各</p>

委員意見	健保署說明
<p>三、從我們列舉的數項品質結果，可推論即使疫情解封，近年急診品質仍然持續退步中，甚至有比疫情前還惡化的現象。</p> <p>四、對此，健保署解釋：「醫院類流感等感染症就醫件數較疫情前之基期增加 8 萬件(16.9%)...(中略)...，顯示感染症就醫次數及醫療費用皆高於疫情前，前述情形可能導致急診案件增加，進而增加急診醫護人員工作負荷。」</p> <p>五、我們有 3 點請教：</p> <p>(一)新增 8 萬件類流感等感染症，若類流感大多是輕症，有多少案件增加在醫院門診或急診？這是應該釐清的前提。</p> <p>(二)近 3 年，我們知道「急診品質提升方案」改變獎勵方式、優化監測指標，但我們卻始終未見分級醫療政策的檢討；以及針對急診品質指標退步。民眾與醫界要的，不只是署方的「持續監測」，而是「當前與未來會有什麼具體管理作為與精進」？</p> <p>(三)急診品質退步存在結構問題，我國是單一保險人制度，健保自然有責任瞭解及介入、輔導，請健保署與醫事司合作，勿推託責任。據醫改會所知，在 113 年 1 月的「醫</p>	<p>界得於上述路徑下載會議議程及紀錄。</p>

委員意見	健保署說明
<p>療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」中，署方曾邀請臺中榮總，分享該院如何使「急診病人留置急診室超過 24 小時比率顯著下降」，該院提出 3 項策略，分別是：建置統一簽床制度(由專人處理床位分派)、精實住院準備流程(設置術前準備中心，將術前必要檢查集中，以縮短住院天數)、提供出院一站式服務，加速出院作業流程。</p> <p>對此，我們強烈建議並要求，署方應盤點各院壅塞情形，蒐集各院所的急診管理狀況，建立解決急診壅塞的方法，並在今年5月業務執行季報告時併同說明。此外，請提供3月醫院總額研商議事會議之健保署醫管組報告「急診壅塞原因分析及監測管理策略案」資料，供委員參考。</p>	
<p>李委員永振會後書面意見(議事錄第 65 頁)</p> <p>第三點，陸配入籍時間由六年減為四年的議題，為國會及社會的熱門議題，健保問題也受到關心，署長亦對媒體表示將請移民署提供相關資料做深入分析。建議除針對陸配及依親眷屬進行統計分析外，同時對陸配外的其他外配資料也進行瞭解掌握，屆時亦將分析資料提供委員分享。</p>	<p>有關中國籍配偶入籍時間由六年減為四年的議題，健保相關部分說明如下：</p> <p>一、中國籍配偶在臺灣地區設戶籍取得身分證後，其父母來臺未設籍取得身分證前，按現行規定，並無法參加健保。另中國籍配偶入籍後，其70歲以上父母可以依臺灣地區與大陸地區人民關係條例規定向移民署申請來臺定居，倘中國籍配偶之父母經主管機關內政部移民署核准定居並設戶籍取得身分證，再依健保法施行細則</p>

委員意見	健保署說明
	<p>第8條規定，於設籍滿6個月後始得參加健保。</p> <p>二、因中國籍配偶父母設戶籍後，係持身分證以國人身分加保，故本署申報資料無法區分。</p> <p>三、復依健保法第9條及同法施行細則第8條規定，非本國籍人士來臺持移民署核發的居留證明文件，除受僱者應自受僱日加保，其餘須在臺居留滿6個月始能參加健保。</p> <p>四、據洽內政部移民署表示，中國籍配偶以外其他國家外籍配偶之尊親屬，目前無申請依親來臺居留取得居留證明文件或定居設籍取得身分證規定。</p>

105年至112年政府應負擔健保總經費法定下限36%及不足數計算說明

單位：億元

計算項目	105年度	106年度	107年度	108年度	109年度	110年度	111年度	112年度 (自編)
保險給付支出(A) ²	5,684	5,998	6,328	6,566	6,954	7,274	7,491	7,766
應提列或增列安全準備(B) ³	70	-98	-266	-342	-676	-155	113	344
其他法定收入(C) ⁴	189	174	140	134	135	129	130	378
政府應負擔健保總經費(D) D=(A+B-C)×36%	2,003	2,061	2,132	2,192	2,211	2,516	2,691	2,783
政府已負擔保險費小計(E)	1,573	1,577	1,607	1,617	1,615	1,772	1,808	1,847
政府應負擔健保總經費 法定下限36%不足數(F) (F=D-E)	430	485	524	575	596	745	883	937

製表日期：113.3.29

- 說明：1、依健保法第3條規定，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%；又依健保法第2條規定，保險經費係指保險給付支出及應提列或增列之安全準備；換言之，政府應負擔保險總經費=[(保險給付支出A+應提列或增列之安全準備B)-法定收入C]×36%。
- 2、上表所列保險給付支出含業務費用以及業務外費用。
- 3、依行政院協商確立之法律見解及計算方式為基礎，「應提列或增列安全準備」以實際營運值計入；實際營運值係指當年度保險收支餘絀數。
- 4、依健保法第17條規定，其他法定收入為保險經費扣除三方分擔保險費後之金額，計列項目包含滯納金、社會公益彩券盈餘分配收入、菸品健康福利捐分配收入、呆帳提列(減項)、投資淨收益、呆帳收回及雜項收入等。
- 5、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

討論事項

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，續請討論。

【本會提案處理說明：本次健保署共計提出醫院總額 4 項新增計畫/項目。為利討論，將分項就健保署提案內容及本會研析說明方式呈現，包括：

- 一、「提升醫院兒童急重症照護量能」一般服務項目之計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標)
- 二、「區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作」及「區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作」專款項目之具體實施方案(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)[包含 2 項專款計畫]
- 三、「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」專款項目之計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標)】

依健保署提案內容所述，前述 4 項新增計畫/項目係依據該署 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 次研商議事會議暨 113 年 3 月 21 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(下稱共擬會議)113 年第 2 次會議決議辦理。

一、「提升醫院兒童急重症照護量能」一般服務項目之計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標)

健保署提案內容：

(一)查本項 113 年於一般服務編列 3.38 億元，決定事項請本署會同醫院總額相關團體，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)。

(二)本案運用方式業經本署 113 年 3 月 21 日共擬會議決定通過(支付標準如附件一，第 62~63 頁)，說明如下：

1.執行內容：

(1)兒科及新生兒科申報加護病房之診察費、病房費及護理費，得依表定點數另加計 20% (02011K-02013B「加護病床住院診察費」兒科專科醫師之最高加成上限併同調整由 120%調升至 140%)。

(2)調升 02017K-02019B「新生兒中重度住院診察費」支付點數 50%(由原 710~819 點調升為 1,065~1,229 點)。

2.執行目標：(關鍵績效指標)

(1)兒童加護病房死亡率不高於 112 年同期。

(2)兒童加護病房平均住院日數不大於 112 年同期。

3.預期效益之評估指標：

(1)指標定義：

①兒童加護病房死亡率：

分子：分母案件中，當次住院死亡或病危自動出院者。

分母：入住兒科或新生兒科加護病房者。

②兒童加護病房平均住院日數：以入住兒科及新生兒科加護病房病人(歸戶計算)該次住院之天數計算。

(2)近年指標統計值：

①統計近 5 年「兒童加護病房死亡率」(如下表)約 2.92%至

3.40%。考量 109~111 年受 COVID-19 疫情影響，本指標波動幅度較大，爰經比較 108 年及 112 年本指標數值後，以 112 年(指標表現較佳)為本指標比較基期。

年度	108	109	110	111	112
死亡率	3.23%	2.92%	3.40%	2.98%	3.18%

②統計近 5 年「兒童加護病房平均住院日數」(如下表)約 25.76 至 27.85 日，為利指標比較一致性，爰以 112 年為本指標基期。

年度	108	109	110	111	112
平均住院日數	25.76	27.15	27.85	26.88	25.99

擬辦：上述支付標準將依程序報衛生福利部核定後公告實施。

健保署業務窗口：陳依婕專門委員，聯絡電話：02-27065866 分機 2646

本會研析說明：

一、本項為 113 年度醫院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 0.066%，預估增加 338 百萬元。

(二)請健保署會同醫院總額相關團體，於 113 年度總額公告後，提出相關計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃)，提報至本會最近 1 次委員會議確認。

二、經檢視健保署所訂本案運用方式，本會研析說明如下：

(一)執行內容：(詳健保署提案內容(二)之 1)

主要為支付標準之加成與調整，包括：

1.兒科及新生兒科加護病房之診察費、病房費及護理費得依表定點數另加計 20%。

2.新生兒中重度住院診察費支付點數調升 50%。

(二)「執行目標」(關鍵績效指標)及「預期效益之評估指標」：(詳

健保署提案內容(二)之 2、3)

- 1.「執行目標」及「預期效益之評估指標」兩者內容相同，均以兒童加護病房(入住兒科及新生兒科加護病房者)之死亡率及平均住院日數為指標，其屬結果面指標，符合指標設定意旨。
- 2.目標值以近 5 年(排除疫情影響)死亡率較低及平均住院日數次低之 112 年為比較基期，尚屬合理。

(三)綜上，健保署所提方案主要以調整支付標準方式來提升兒童急重症照護量能，並訂有結果面之監測指標，可供評估醫院兒童急重症照護品質；惟調升支付標準僅能治標，對於兒童急重症照護量能有關的醫事人力政策，則需由主政單位(衛福部醫事司)持續關注其醫療服務提供情形及提出改善策略。

三、依 113 年度總額決定事項，本項「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)」須經本會確認，請討論。

決議：

二、「區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作」及「區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作」專款項目之具體實施方案(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)

健保署提案內容：

(一)本項專款 113 年預算分別為 0.81 億元及 1.27 億元，決定事項：請本署會同醫院總額相關團體，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)。

(二)本案運用方式業經本署 113 年 3 月 21 日共擬會議決定通過，說明如下(附件二，第 64~76 頁)：

1.收案條件：

(1)主動脈剝離：門、急、住診主或次診斷(ICD-10-CM)為 I71.00-I71.03 且執行 68043B「A 型急性主動脈剝離術」。

(2)腦中風(與重大傷病範圍一致)：門、急、住診主或次診斷(ICD-10-CM)為 I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.89 或 I67.9。

2.支付方式：

(1)網絡建置費：單一疾病每分區業務組 100 萬點，由保險人各分區業務組統籌運用及核發。

(2)個案管理費：支付資源分配及管理調度醫院每名個案獎勵 3,000 點(腦中風部分，限有執行 33143B「急性缺血性腦中風機械取栓術」之病人申報)。

(3)跨院合作執行費：

①主動脈剝離：

A.轉診病人，以病人轉出時間區分：

a.轉出醫院 2 小時以內轉出，支付 2 萬點；超過 2 小時轉出，支付 1 萬點。

b.收治轉出醫院轉出之病人，支付收治醫院 9 萬點。

B.自行收治個案：支付 5 萬點。

②腦中風(限於轉入醫院或收治醫院有執行 33143B 者申報)

A.轉診病人，以病人轉出時間區分：

a.轉出醫院於 1 小時以內、超過 1 小時且 2 小時以內、超過 2 小時將病人轉出，分別支付轉出醫院 2 萬點、1.5 萬點及 1 萬點。

b.收治轉出醫院轉出之病人，支付收治醫院 3.5 萬點。

B.自行收治個案：支付 2.5 萬點。

(4) 24 小時急性缺血性腦中風整合治療評估費：限腦中風病人於發作後 24 小時內到院進行術前評估且評估後不符合執行接受治療條件之病人，支付每案 3,000 點。

(三)監測指標，分為整體指標及醫院別指標：

1.整體指標：總死亡率、總手術死亡率、總失能率及腦中風病人經整合評估且完成處置率。

2.醫院別指標：

(1)效率指標：急診病人停留時間之達標比率，及醫院自行收治或經轉診主動脈剝離/腦中風經動脈取栓手術病人之時間達標比率。

(2)結果面指標：死亡率、手術死亡率及失能率。

擬辦：上述計畫將依程序報衛生福利部核定後公告實施。

健保署業務窗口：陳依婕專門委員，聯絡電話：02-27065866 分機 2646

本會研析說明：

一、本兩項為 113 年度醫院總額新增專款項目，本會協商未有共識，衛福部決定事項如下：

(一)「區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作」全年經費 81 百萬元；「區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作」全年經費 127 百萬元。

(二)請健保署會同醫院總額相關團體，於 113 年度總額公告後，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。

二、經檢視健保署所訂專款計畫，本會研析說明如下：

(一)計畫內容：(詳附件二，第 64~76 頁)

健保署擬訂之專款計畫，其費用支付方式主要用於三大部分，包括：各健保分區建置照護網路之「網絡建置費」、資源分配及管理調度之「個案管理費」，以及「跨院所合作」之執行費用。其用途符合總額決定事項建置分區跨院合作區域聯防之意旨，建議予以尊重。

(二)品質監測指標：(詳健保署提案內容(三))

所提之「整體指標」反映該兩項疾病病人健康照護成果(包含死亡率、失能率等)，「醫院別指標」反映醫院處置效率及照護結果，有助於具體評估專款計畫成效。惟未訂定指標比較基準或指標值，建議蒐集計畫實施前 3 年(110~112 年)各分區之基礎資料，並設定能判定照護結果及效率提升之指標值，以利評估執行效益。

三、依 113 年度總額決定事項，本項「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)」須經本會確認，請討論。

決議：

三、「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」專款項目之計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標)

健保署提案內容：

(一)查本項專款 113 年預算 2.25 億元，決定事項：請本署會同醫院總額相關團體，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)。

(二)本案運用方式業經本署 113 年 3 月 21 日共擬會議決定通過(附件三，第 77~95 頁)，說明如下：

1.執行內容：

(1)參與醫院資格，須符合以下各項條件：

①108 年或 112 年醫院感染管制查核合格(符合率 $\geq 60\%$)。

②參與台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)之抗生素抗藥性管理模組(AR)之抗藥性監測通報。

(2)以醫療院所為對象之獎勵規劃(依據達成指標積分獎勵)：

①過程面指標及計分：

A.醫院設有接受感染症醫學訓練之專任專科醫師人數。

B.管理階層訂有感染管制人員攬才、育才、留才計畫。

C.管理階層訂有管理計畫及內部獎勵制度，提撥獎勵予感染管制師或相關醫事人員的百分比。

D.台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)之抗藥性監測(AR)模組參與度。

②結果面指標及計分：

A.全院重點監測抗藥菌占率改善成果：重點監測抗藥菌包括 MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA，分別計算前揭菌種占率之下降率。

B.重點監測抗藥菌感染密度(‰)

a.全院重點監測抗藥菌感染密度。

b.加護病房重點監測抗藥菌感染密度。

C.醫療照護相關感染密度(‰)：暫不列入 113 年度積分計算。

a.全院醫療照護相關感染密度。

b.加護病房醫療照護相關感染密度。

(3)高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費：

①執行人員資格：專任感染症專科醫師。

②照護對象：嚴重感染症之住院病人，並經專任感染症專科醫師評估需使用高度管制性抗微生物製劑。

③量表評估時機，符合以下任一條件：

A.於使用高度管制性抗微生物製劑前。

B.於使用高度管制性抗微生物製劑期間，每週評估並以每週申報 1 次為限。每週採計，滿 7 天得申報一次。

④適用藥品：計畫開始施行 6 個月內，納入計畫附件 1-1 之 18 類抗微生物劑；第 7 個月內納入附件 1-2 之抗微生物劑。

2.支付方式：

(1)以醫療院所為對象之獎勵金分配

①按達成指標積分獎勵，並依照醫院總病床數給予權重加成，各醫院獎勵金分配＝

$$\frac{\text{該院之(指標達成積分} \times \text{權重)}}{\sum \text{各醫院(指標達成積分} \times \text{權重)}} \times \text{獎勵點數}$$

②獎勵金須給付一定成數予感染管制師或相關醫事人員，並請醫院提供提撥成數予本署分區業務組備查。每一積分採浮動點值，以 5,000 點為上限。

(2)高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費：

①支付點數：每次 1,000 點。

②照護評估給付規劃：給付一定成數以上予感染症專科醫師，並請醫院提供提撥成數予本署分區業務組備查。

3.本計畫預算優先支應「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」後，餘款支應「以醫療院所為對象之獎勵規劃」。若超出專款預算，則以浮動點值計算。

4.關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標：考量本項係首年度執行，爰參考感染症醫學會意見訂定如下：

(1)全院重點監測抗藥菌占率不高於 112 年。

(2)全院重點監測抗藥菌感染密度、加護病房重點監測抗藥菌感染密度不高於過去 3 年平均。

(3)高度管制性抗微生物製劑管理成果不高於 112 年。

擬辦：上述計畫將依程序報衛生福利部核定後公告實施。

健保署業務窗口：陳依婕專門委員，聯絡電話：02-27065866 分機 2646
.....

本會研析說明：

一、本項為 113 年度醫院總額新增專款項目，本會協商未有共識，衛福部決定事項如下：

(一)全年經費 225 百萬元。

(二)請健保署會同醫院總額相關團體，於 113 年度總額公告後，提出相關計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃)，提報至本會最近 1 次委員會議確認。

二、經檢視健保署所訂計畫內容，本會研析說明如下：

(一)計畫內容：(詳附件三，第 77~95 頁)

1.健保署擬訂之實施計畫，其費用支付方式主要用於嚴重感染症住院病人使用高度管制性抗微生物製劑之評估費，每件 1000 點；若有剩餘再用於鼓勵院所感染控制過程面及結果面的努力，有助於提升抗微生物製劑管理及感染管制品質提升，符合總額決定事項意旨，建議予以尊重。

(二)關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標：(詳健保署提案內容(二)之 4)

對於健保署參考感染症醫學會意見所訂 3 項指標，建議如下：

- (1)前 2 項指標監測抗藥菌占率及感染密度係以全院(即個別醫院)為單位，為利了解整體經費執行成效，建議以所有醫院或參與醫院為監測對象，將「全院」改為「所有醫院」或「參與醫院」，以發揮同儕共同提升感控品質之效果。
- (2)第 3 項「高度管制性抗微生物製劑管理成果不高於 112 年」語意不明，容易產生誤解，建請修正文字。
- (3)所訂各項指標均為不高於 112 年或過去 3 年平均，屬描述性目標，較難呈現資源投入之效益，建議訂定具體明確之目標值為宜。

三、依 113 年度總額決定事項，本項「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)」須經本會確認，請討論。

決議：

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正規定

第二部 西醫

第一章 基本診療

第二節 住院診察費

通則：

六、兒科專科醫師申報部分住院診察費得加成，說明如下：

(一) 加護病房診察費(包括編號 02011K、02012A、02013B)，兒科專科醫師得加計百分之一百二十，若同時符合「兒童加成」或「兒科及新生兒科加護病房加成」者，依加成率合計後一併加成，最高加成上限為百分之一百四十。

~~(二) 加護病房診察費及~~住院會診費(~~包括~~編號 02005B、~~02011K、02012A、02013B~~)，兒科專科醫師得加計百分之一百二十，若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成，最高加成上限為百分之一百二十。

~~(三)~~ (三) 一般住院診察費及隔離病床住院診察費(包括編號 02006K、02007A、02008B、02014K、02015A、02016B)，兒科專科醫師得加計百分之一百五十，若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成，最高加成上限為百分之一百五十。

~~(四)~~ (四) 小兒外科專科醫師診治未滿十九歲病人之案件，得依前述規範加成。

八、兒科及新生兒科加護病房之加護病床住院診察費(02011K、02012A、02013B)，得依表定點數另加計百分之二十。

編號	診療項目	基 層 院 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
02017K	新生兒中重度住院診察費(天)				v	<u>1,229</u> 849
02018A					v	<u>1,166</u> 777
02019B				v		<u>1,065</u> 740
註：本項非兒童加成項目。						

113 年「主動脈剝離手術病患照護跨院合作」及「腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作」專款計畫(草案)

壹、前言

急性主動脈剝離為一種複雜且致死率高之心血管疾病，病人發病後如未獲得適當處置，死亡率將隨時間增加，每小時增加 1% 死亡率，約有 50% 的病人在送達醫院 24 小時內死亡、71% 的人在 2 個月內死亡；另依據衛生福利部近 10 年統計資料顯示，腦血管疾病列為國人十大死因第 2 至第 4 位，平均每年約有 1 萬多的人死於該疾病。腦中風病人發病後即使存活後通常會留下不同程度的神經功能障礙，而失能之後遺症亦是我國成人殘障的主因之一，不僅造成病人與照顧者的負擔，也嚴重影響生活品質。

為使上述疾病之急重症個案於黃金治療期內接受完善的治療及照顧，以提升功能性預後機率，早日回歸社會。全民健康保險保險人(以下稱保險人)邀集社團法人台灣急診醫學會、台灣胸腔及心臟血管外科學會、社團法人台灣腦中風醫學會、社團法人台灣神經外科醫學會及台灣神經學學會共同研擬本計畫，鼓勵醫院建立完整之上、下游區域聯防合作機制，共同擔任主動脈剝離及腦中風病人之健康守門員。

貳、目標

- 一、建立醫院間合作溝通機制。
- 二、確保急重症個案疾病照護品質及效率。
- 三、落實以品質為導向轉診制度。

參、實施期間：本計畫公告日起至 113 年 12 月 31 日。

肆、預算來源：全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款項目之「主動脈剝離手術病患照護跨院合作」項下 81 百萬元及「腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作」項下 127 百萬元支應。

伍、參與資格：

- 一、須為全民健康保險特約醫院，並依本計畫規定據實登錄相關資料者。
- 二、由本保險特約醫院共同組成合作團隊，並由主責醫院向保險人分區業務組提出參與計畫申請書(附表一)，並經保險人分區業務組資格審核同意後，始得參與本計畫。

陸、計畫構面

一、收案條件：

(一) 主動脈剝離：

門、急、住診主或次診斷(ICD-10-CM)為 I71.00-I71.03 且執行 68043B「A 型急性主動脈剝離術」。

(二) 腦中風：

門、急、住診主或次診斷(ICD-10-CM)為 I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.89 或 I67.9。

二、支付方式：

(一) 網絡建置費：單一疾病每分區業務組 100 萬點，由保險人各分區業務組統籌運用及核發，參與本計畫之主責醫院應自計畫公告日起 30 日內向分區業務組提出申請。

(二) 個案管理費：支付資源分配及管理調度醫院每名個案獎勵 3,000 點(腦中風部分，限有執行 33143B「急性缺血性腦中風機械取栓術」之病人申報)。

(三) 跨院合作執行費：

1. 主動脈剝離：

(1). 轉診病人：

以病人在第一間醫院轉出時間區分獎勵條件，說明如下：

A. 轉出醫院於 2 小時以內將病人轉出，支付轉出醫院每案 2 萬點；轉出醫院超過 2 小時將病人轉出，支付轉出醫院每案 1 萬點。

B. 收治轉出醫院轉出之病人，支付收治醫院每案 9 萬點。

(2). 自收個案：醫院自行收治並診治病人，支付每案 5 萬點。

2. 腦中風：(限於轉入醫院或自收醫院有執行 33143B 者申報)

(1) 轉診病人

以病人在第一間醫院轉出時間區分獎勵條件，說明如下：

A. 轉出醫院分別於 1 小時以內、超過 1 小時且 2 小時以內、超過 2 小時將病人轉出，依上述條件分別支付轉出醫院 2 萬點、1.5 萬點及 1 萬點。

B. 收治轉出醫院轉出之病人，支付收治醫院每案 3.5 萬點。

(2) 自收個案：醫院自行收治並診治病人，支付每案 2.5 萬點。

(四) 24 小時急性缺血性腦中風整合治療評估費：限腦中風病人於發作後 24 小時內到院進行術前評估，若評估後不符合執行靜脈溶栓治療 (IVT) 或導管取栓治療 (EVT) 條件之病人，支付每案 3,000 點。前項所述評估項目應包含神經影像 (CT/MRI) 檢查、中風嚴重度 (NIHSS) 評估、健保雲端與在院病歷整合查詢、不同治療藥物適應症與禁忌症之評估、轉診評估、神經外科介入之可能性討論，並應製作於病歷中，保險人將不定期進行抽查。

柒、醫療費用申報、支付及審查

一、急重症疾病照護獎勵、跨院合作執行費獎勵及自行收治病人獎勵申報規定如下(支付標準如附表二)：

(一) 急重症疾病照護獎勵：採按月申報

1. 個案管理費：負責資源分配及管理調度之醫院，主動脈剝離及腦中風分別以代碼 P8201B 「主動脈剝離個案管理費」及 P8202B 申報「腦中風個案管理費」，每個案支付 3,000 點。
2. 24 小時急性缺血性腦中風整合治療評估費：以代碼 P8203B 「24 小時急性缺血性腦中風整合治療評估費」申報，每個案支付 3,000 點。

(二) 跨院合作執行費獎勵：採按月申報

1. 轉出醫院：醫令類別填報 G，支付點數填報 0，d55 「轉往之醫事服務機構代號」須填報轉往之院所代號，由保險人依轉入院所申報及 VPN 登錄內容進行勾稽後，每季統一補付費用。

(1) 主動脈剝離

- A. 2 小時以內轉出者，以代碼 P8204B 「轉出醫院於 2 小時以內轉出獎勵」申報，支付點數 20,000 點。
- B. 超過 2 小時轉出者，以代碼 P8205B 「轉出醫院超過 2 小時轉出獎勵」申報，支付點數 10,000 點。

(2) 腦中風(限於轉入醫院有執行 33143B 者申報)

- A. 1 小時以內轉出者，以代碼 P8208B 「轉出醫院於 1 小時以內轉出獎勵」申報，支付點數 20,000 點。

- B. 超過 1 小時且 2 小時以內轉出者，以代碼 P8209B「轉出醫院超過 1 小時且 2 小時以內轉出獎勵」申報，支付點數 15,000 點。
- C. 超過 2 小時轉出者，以代碼 P8210B「轉出醫院超過 2 小時轉出獎勵」申報，支付點數 10,000 點。
2. 接受轉診醫院：接受轉診醫院於申報時須填報 d107「轉入服務機構代號」
- (1) 主動脈剝離：接受轉診醫院以代碼 P8206B「接受主動脈剝離病人轉入醫院獎勵」申報，支付點數 90,000 點。
- (2) 腦中風：接受轉診醫院以代碼 P8211B「接受腦中風病人轉入醫院獎勵」申報，支付點數 35,000 點。

(三) 自行收治病人獎勵

1. 主動脈剝離：自行收治主動脈剝離之病人，收治醫院以代碼 P8207B「自行收治主動脈剝離病人之醫院」申報，支付點數 50,000 點。
2. 腦中風：自行收治腦中風之病人，收治醫院以代碼 P8212B「自行收治腦中風病人之醫院」申報，支付點數 25,000 點(限有執行 33143B 者申報)。

二、考量本計畫部分獎勵項目與本署急診品質提升方案(急診重大傷病品質照護-主動脈剝離需緊急開刀且存活出院個案申報 P4621B-P4623B)雷同，為避免重複獎勵，本計畫公告生效後，不得重複申報。

三、本方案之醫令類別，以門診申報格式申報者為「2」、以住院申報格式申報者為「K」。

四、本計畫預算先扣除網絡建置費後，按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元，當季預算若有結餘則流用至下季。於年度結束後進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於 1 元。

五、醫療費用申報、暫付、審查及核付，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。

六、經保險人審查發現登載不實者，除不支付計畫相關費用外，經確證日起至次年底不納入本方案之獎勵。

捌、品質監測指標

訂定下列指標(指標定義如附表三)，用以監測本計畫執行成效。

一、整體指標：

- (一)總死亡率：主、次診斷為主動脈剝離/腦中風病人之死亡人數比率。
- (二)總手術死亡率：當次因該疾病之主、次診斷執行手術且術後 48 小時內死亡之人數比率。
- (三)總失能率：因該疾病執行手術且出院時、出院後 90 天失能評估量表 (Modified Rankin Scale, mRS)之分數達失能標準之人數比率。
- (四)腦中風病人經整合評估且完成處置率：符合腦中風收案條件之病人，於發作後 24 小時內完成術前評估且執行治療之人數比率。

二、醫院別指標：

(一)效率指標：

1. 急診病人停留時間之達標比率：

- (1) 病人不須轉診：符合收案條件之病人進入收治醫院急診後立即評估(到急診時至完成影像檢查於 25 分鐘內)之人次比率。
- (2) 經轉診病人：符合收案條件之病人抵達第一間醫院後，2 小時內轉出之人次比率。

2. 醫院自行收治或經轉診主動脈剝離/腦中風經動脈取栓手術病人之時間達標比率：

(1) 主動脈剝離手術：

- A. 醫院自行收治之病人入院後，4 小時內進入開刀房之人次比率。
- B. 病人抵達第一間醫院後，4 小時內轉診至轉入醫院之人次比率。

(2) 腦中風：依病人來源區分 (入院至接受取栓手術之時間)：

- A. 病人不經轉診至收治醫院接受取栓治療 ≤ 2 小時之人次比率。
- B. 病人經轉診至轉入醫院接受取栓治療 ≤ 1.5 小時之人次比率。

(二) 結果面指標：

1. 死亡率：醫院收治主、次診斷為主動脈剝離/腦中風個案死亡之人數比率，倘於轉院途中之個案死亡應列計於轉出醫院之死亡人數。
2. 手術死亡率：當次因該疾病之主、次診斷執行手術且術後 48 小時內死亡之人數比率。
3. 失能率：因該疾病執行手術且出院時、出院後 90 天失能評估量表 (Modified Rankin Scale, mRS) 之分數達失能標準之人數比率。

玖、品質資訊之登錄

- 一、參加本計畫醫院應依規定，於保險人健保資訊網服務系統之 VPN 登載急診重大疾病照護品質及轉診品質相關資料，格式如附表四（建置於健保資訊網服務系統），如健保相關資料未及時登錄或登錄不全者，不予支付相關費用。
- 二、有關資料登錄作業，因重大行政或系統問題導致延誤或錯誤者，由保險人分區業務組衡酌處理，且同醫院一年不得超過 1 次。
- 三、另為確保急重症照護成效及追蹤個案預後情形，參加本計畫醫院除依前述規定填報出院評估結果外，醫院應追蹤出院個案失能情形，並於出院後 90 天再評估，登載 mRS 分數於 VPN。

壹拾、資訊之分享與公開

- 一、保險人各分區業務組得舉辦方案執行概況檢討或發表會，由參與本方案之特約醫院報告，藉以進行計畫執行成果檢討及經驗交流。
- 二、保險人得公開參與本方案之醫院名單及相關品質資訊供民眾參考。

壹拾壹、訂定與修正程序

本計畫由保險人與醫院總額相關團體共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附表一、參與 113 年「主動脈剝離手術病患照護跨院合作」及「腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作」專款計畫申請書

疾病別：

基本資料	主責醫院		醫事機構代碼	
	聯絡人		聯絡電話	
	E-mail			
配套措施	轉診後送機制			
	合作醫院名單	醫事機構代號	合作醫院名稱	

本院及團隊內醫院同意於計畫執行期間，依照本計畫及全民健康保險法等相關規定，提供保險對象醫療服務。

健保合約大小章用印處

中華民國 年 月 日

附表二、急重症疾病照護、跨院合作執行費及自行收治病人給付項目及支付標準

編號	項目	點數
一、急重症疾病照護獎勵		
P8201B	個案管理費 1. 主動脈剝離個案管理費： 門、急、住診主或次診斷(ICD-10-CM)為 I71.00-I71.03 且執行 68043B「A 型急性主動脈剝離術」，由負責資源分配及管理調度之醫院申報，同個案每次事件限申報一次。	3,000
P8202B	2. 腦中風個案管理費： 門、急、住診主或次診斷(ICD-10-CM)為 I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.89 或 I67.9 且執行 33143B「急性缺血性腦中風機械取栓術」，由負責資源分配及管理調度之醫院申報，同個案每次事件限申報一次。	3,000
P8203B	24 小時急性缺血性腦中風整合治療評估費 註： 1. 限腦中風病人於發作後 24 小時內到院進行術前評估，且不符施作 IVT 或 EVT 治療資格者。同個案每次事件限申報一次。 2. 前述評估項目應包含神經影像(CT/MRI)檢查、中風嚴重度(NIHSS)評估、健保雲端與在院病歷整合查詢、不同治療藥物適應症與禁忌症之評估、轉診評估、神經外科介入之可能性討論。	3,000
二、跨院合作執行費獎勵		
P8204B	(一)主動脈剝離 1. 轉出醫院： -轉出醫院於 2 小時以內轉出獎勵	20,000
P8205B	-轉出醫院超過 2 小時轉出獎勵	10,000
P8206B	2. 接受主動脈剝離病人轉入醫院獎勵	90,000
(二)腦中風(限於轉入醫院有執行 33143B 者申報)		
P8208B	1. 轉出醫院 -轉出醫院於 1 小時以內轉出獎勵	20,000

編號	項目	點數
P8209B	-轉出醫院超過 1 小時且 2 小時以內轉出獎勵	15,000
P8210B	-轉出醫院於超過 2 小時轉出獎勵	10,000
P8211B	2. 接受腦中風病人轉入醫院獎勵	35,000
三、自行收治病入獎勵		
P8207B	(一)自行收治主動脈剝離病人之醫院	50,000
P8212B	(二)自行收治腦中風病人之醫院(限有執行 33143B 者申報)	25,000

附表三、指標定義明細

序號	指標名稱	指標定義
整體指標		
1	總死亡率	<p>主、次診斷為主動脈剝離/腦中風病人之死亡人數比率</p> <p>分子：分母人數中，死亡之病人數</p> <p>分母：我國主、次診斷為主動脈剝離(ICD-10-CM：I71.00-I71.03)/腦中風(ICD-10-CM：I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.89 或 I67.9)之住院病人數</p>
2	總手術死亡率	<p>當次因該疾病之主、次診斷執行手術且術後 48 小時內死亡之人數比率</p> <p>分子：分母人數中，執行 68043B/33143B 且術後 48 小時內死亡之人數</p> <p>分母：我國主動脈剝離(ICD-10-CM：I71.00-I71.03)/腦中風(ICD-10-CM：I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.89 或 I67.9)且執行 68043B/33143B 之病人數</p>
3	總失能率	<p>因該疾病執行手術且出院時、出院後 90 天失能評估量表之分數達失能標準之人數比率</p> <p>分子：分母人數中，量表分數符合失能之病人數</p> <p>分母：執行該項手術之病人數</p>
4	腦中風病人經整合評估且完成處置率	<p>符合腦中風收案條件之病人，於發作後 24 小時內完成術前評估且執行治療之人數比率</p> <p>分子：分母人數中，有執行 24 小時腦中風整合治療評估且執行 33143B 人數</p> <p>分母：我國主、次診斷為腦中風(ICD-10-CM：I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、</p>

序號	指標名稱	指標定義
		I67.82、I67.841-I67.848、I67.89 或 I67.9)，且有申報 33143B 或 P8203B 之病人數
醫院別指標		
(一)效率指標		
5	急診停留時間之達標比率	<p>1. 病人不須轉診：符合收案條件之病人進入收治醫院急診後立即評估(到急診時至完成影像檢查於25分鐘內)之人次比率。</p> <p>2. 病人須轉診：符合收案條件之病人進入收治醫院急診後，於2小時內轉出醫院之人次比率。</p> <p>分子：分母人次中，達指標規範時間之人次 分母：符合收案條件之病人次</p>
6	醫院自行收治或經轉診主動脈剝離/腦中風經動脈取栓手術病人之時間之達標比率	<p>1. 主動脈剝離手術：</p> <p>(1) 自行收治之醫院於病人入院後，4小時內進入開刀房之人次比率。</p> <p>(2) 病人抵達第一間醫院後，4小時內轉診至轉入醫院之人次比率。</p> <p>2. 腦中風：依病人來源區分（入院至接受取栓治療時間）：</p> <p>(1) 病人不經轉診至收治醫院接受取栓治療≤ 2小時之人次比率。</p> <p>(2) 病人經轉診至轉入醫院接受取栓治療≤ 1.5小時之人次比率。</p> <p>分子：分母人次中，達指標規範時間之人次 分母：符合收案條件之病人次</p>
(二)結果面指標		
7	死亡率	醫院收治主、次診斷為主動脈剝離/腦中風個案死亡之人數比率，倘於轉院途中之個案死亡應列計於轉出醫院之死亡人數

序號	指標名稱	指標定義
		<p>分子：主、次診斷為主動脈剝離/腦中風之病人於收治醫院死亡之人數(含轉診途中死亡)</p> <p>分母：醫院收治主、次診斷為主動脈剝離/腦中風之住院病人數</p>
8	手術死亡率	<p>當次因該疾病之主、次診斷執行手術且術後 48 小時內死亡之人數比率</p> <p>分子：醫院執行 68043B/33143B 且術後 48 小時內死亡之人數</p> <p>分母：醫院收治主動脈剝離(ICD-10-CM：I71.00-I71.03)/腦中風(ICD-10-CM：I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.89 或 I67.9)且執行 68043B/33143B 之病人數</p>
9	失能率	<p>因該疾病執行手術且出院時、出院後 90 天失能評估量表之分數達失能標準之人數比率</p> <p>分子：分母人數中，量表分數符合失能之病人數</p> <p>分母：執行該項手術之病人數</p>

附表四、區域聯防跨院合作照護計畫個案登錄系統(VPN)必要欄位表

一、基本資料

1. 院所代碼、2. 病人 ID、3. 出生日期、4. 進入急診時間(年月日時分)

二、重大疾病照護品質必填欄位

1. 主動脈剝離(共 4 欄)：主或次診斷、治療項目醫令代碼(68043B)、開始執行時間。

2. 腦中風(共 5 欄)：主或次診斷、治療項目醫令代碼(33143B)、開始執行時間、出院前、出院後 90 天之 mRS 分數(0-5 分)。

三、轉診必填欄位

1. 轉出醫院：入院時間、轉出時間、轉出醫院代號

2. 接受轉診醫院：轉入時間、轉入醫院代號、治療項目醫令代碼(68043B、33143B)、開始執行時間。

四、24 小時急性缺血性腦中風整合治療評估費必填欄位

1. 疾病發作時間、2. 進入醫院(急診)時間(年月日時分)、3. 完成評估時間、4. 評估結果(填寫 NIHSS 分數)

五、若病人術後 48 小時內死亡或轉診途中死亡，請於相關死亡欄位勾選「Y」(必填)

抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫(草案)

○年○月○日健保醫字第○○○○○號公告

壹、依據

全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的

- 一、鼓勵醫院推動、落實或提升感染管制及抗微生物製劑管理。
- 二、提升醫療品質，保障病人安全。
- 三、鼓勵醫院管理階層對感染管制的實質支援。

參、實施期間

自計畫公告實施日起至113年12月31日止。

肆、預算來源

113年全民健康保險醫院醫療給付費用總額「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」專款項下支應，全年度經費為225百萬元。

伍、計畫內容

一、參與醫院資格，須符合以下各項條件：

- (一)108年或112年醫院感染管制查核合格(符合率 $\geq 60\%$)。
- (二)參與台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)之抗生素抗藥性管理模組(AR)之抗藥性監測通報。

二、以醫療院所為對象之獎勵規劃(依據達成指標積分獎勵)

(一)過程面指標及計分：

1. 醫院總病床數每300床(3分)、每200床(5分)、每100床(10分)設有接受感染症醫學訓練之專任專科醫師1位。若醫院急性一般病床登記許可床數249床以下，且設有感染症專科醫師(專任或支援)，以3分計。
2. 管理階層對於感染管制人員訂有攬才、育才、留才計畫(2分)。
3. 管理階層訂有管理計畫及內部獎勵制度，提撥獎勵予感染管制師或相關醫事人員的百分比(2分)。

4. 台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)之抗藥性監測(AR)模組參與度：當年度通報月比率達100% (6分)；通報月比率50%以上 (4分)；通報月比率未達50% (2分)。

(二)結果面指標及計分：

1. 全院重點監測抗藥菌占率改善成果(最高積分10分)：單一抗藥菌占率較基期(前一年度)下降2-5%(1分)；較基期下降5%以上(2分)。重點監測抗藥菌包括 MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA，分別計算前揭菌種占率之下降率。
2. 重點監測抗藥菌感染密度(%)：
 - (1) 全院重點監測抗藥菌感染密度(最高積分15分)：改善成果個別計分，重點監測抗藥菌包括 MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA 全院感染密度維持與基期(依據該院全院過去3年之數據)相當(1分)；較基期下降2-5%(2分)；較基期下降5%以上(3分)。
 - (2) 加護病房重點監測抗藥菌感染密度(最高積分15分)：改善成果個別計分，重點監測抗藥菌包括 MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA 加護病房感染密度維持與基期(依據該院加護病房過去3年之數據)相當(1分)；較基期下降2-5%(2分)；較基期下降5%以上(3分)。
 - (3) 依醫療機構設置標準規定，無須設置加護病房之醫院，「加護病房重點監測抗藥菌感染密度」指標得不計分，於「全院重點監測抗藥菌感染密度」指標最高積分由15分調升為30分。
3. 醫療照護相關感染密度(‰)：(暫不列入113年度積分計算)
 - (1) 全院醫療照護相關感染密度：將全院月平均感染發生密度控制在95%信賴區間高標以下(依據該院全院過去3年之數據)。
 - (2) 加護病房醫療照護相關感染密度：將加護病房月平均感染發生密度控制在95%信賴區間高標以下(依據該院加護病房過去3年之數據)。
4. 高度管制性抗微生物製劑管理成果(最高積分3分)：針對本保險抗微生物劑藥品給付規定通則須經感染症專科醫師會診確認需要使

用藥品(共18項，附件1-1)，其 DDD 耗用量或 DID(住院抗生素耗用量密度)維持與基期(前一年度)相當(1分)；較基期下降2-5%(2分)；較基期下降5%以上(3分)。

三、高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費(附件2)

(一)執行人員資格：專任感染症專科醫師。

(二)照護對象：嚴重感染症之住院病人(附件3)，包含複雜性感染、嚴重敗血症、困難治療照護處置、及免疫不全之病人，並經專任感染症專科醫師評估需使用高度管制性抗微生物製劑。

(三)量表評估時機，符合以下任一條件：

1. 於使用高度管制性抗微生物製劑前。
2. 於使用高度管制性抗微生物製劑期間，每週評估並以每週申報1次為限。每週採計，滿7天得申報一次。

[註]適用藥品：計畫施行前6個月，僅納入本保險抗微生物劑藥品給付規定通則須經感染症專科醫師會診確認需要使用之18個抗微生物製劑(附件1-1)，第7個月起依量表實際使用狀況評估納入之完整高度管制性抗微生物製劑(附件1-2)。

陸、支付方式及費用申報、審查及核付作業：

一、以醫療院所為對象之獎勵規劃：

(一)獎勵金計算方式：

1. 各醫院獎勵金分配＝

$$\frac{\text{該院之(指標達成積分} \times \text{權重)}}{\sum \text{各醫院(指標達成積分} \times \text{權重)}} \times \text{獎勵點數}$$

2. 按達成指標積分獎勵，並依醫院總病床數給予權重加成，分配權重如下：

- (1) 病床數未滿500床分配權重=1
- (2) 病床數501至1250床分配權重=1.5
- (3) 病床數1251至2000床分配權重=2
- (4) 病床數2001床以上分配權重=3

(二)獎勵金須給付一定成數予感染管制師或相關醫事人員，每一積分採浮動點值，以 5,000 點為上限。

二、高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費：支付點數 1,000 點，申報時醫令類別為「X」，並須給付一定成數予感染症專科醫師。**未參與台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)抗藥性監測模組通報之月份，不予支付該月份量表評估費。**給付項目及支付標準如下：

編號	診療項目	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P8301B	高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費 註： 1. 適應症：嚴重感染症之住院病人(附件3)，包含複雜性感染、嚴重敗血症、困難治療照護處置、及免疫不全之病人，並經專任感染症專科醫師評估需使用高度管制性抗微生物製劑。 2. 量表評估時機，符合以下條件之一： (1) 於使用高度管制性抗微生物製劑前。 (2) 於使用高度管制性抗微生物製劑期間，每週評估並以每週申報1次為限。	V	V	V	1,000

三、「以醫療院所為對象之獎勵」及「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」得互相流用。

四、點值結算方式：

(一)本計畫預算按季均分，優先支應「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」後，餘款支應「以醫療院所為對象之獎勵規劃」。以浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元，當季預算若有結餘則流用至下季。若全年預算當有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。

(二)本計畫「以醫療院所為對象之獎勵規劃」每年結算一次，由保險人於次年 3 月底前，計算參與計畫之醫院名單及分配金額後，辦理撥付事宜。

五、申報、審查及核付作業：

(一)除另有規定外，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

- (二)醫院應於次年1月底前完成通報相關指標資料(含過程面指標 AR 模組通報及所有結果面指標)，如相關資料未及時登錄或登錄不全者，不予支付相關費用。
- (三)參與計畫之醫院應於指定期限前彙整當年度「以醫療院所為對象之獎勵規劃」中「管理階層對於感染管制人員訂有攬才、育才、留才計畫」及「管理階層訂有管理計畫及內部獎勵制度，提撥獎勵予感染管制師或相關醫事人員的百分比」兩項指標相關計畫及獎勵制度內容送保險人，保險人將請台灣感染症醫學會審查。台灣感染症醫學會應將審核定名單，於次年1月底前函送保險人。
- (四)醫院應於次年6月底前，彙整本計畫提撥予感染管制師或相關人員(以醫療院所為對象之獎勵規劃)及感染症專科醫師(高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費)之個別成數，並函送至所屬保險人分區業務組備查。
- (五)醫療費用核付依據：**由衛生福利部相關單位提供下列資料予保險人：108年或112年醫院感染管制查核合格名單(含醫院名稱及醫事機構代碼)及 THAS 之 AR 模組抗藥性監測通報參與醫院名單、THAS 之抗藥性監測模組參與度、全院重點監測抗藥菌占率、全院重點監測抗藥菌感染密度、加護病房重點監測抗藥菌感染密度、全院醫療照護相關感染密度、加護病房醫療照護相關感染密度。**
- (六)醫療費用申復：辦理本計畫核發作業後，若有未列入本計畫核發名單之特約醫院提出申復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度醫院總額「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」專款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季醫院總額一般服務項目預算中支應。

柒、 關鍵績效指標

本項係訂定下列指標(指標定義如附件4)，用以監測本計畫執行成效。

- 一、 全院重點監測抗藥菌占率不高於112年。
- 二、 全院/加護病房重點監測抗藥菌感染密度不高於**過去3年平均**。
- 三、 高度管制性抗微生物製劑管理 DDD 耗用量或 DID(住院抗生素耗用量密

度)不高於112年。

捌、新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

玖、訂定與修正程序

本計畫由保險人與醫院總額相關團體共同擬訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

**附件 1-1 中央健康保險署抗微生物劑用藥給付規定通則須經感染症專科醫師會
診*確認需要使用之高度管制性抗微生物製劑清單**

章節	抗微生物劑	用藥給付規定
10.3.5	Ceftaroline fosamil *	<p>1.限下列條件之一且經感染症專科醫師會診確認需使用者：</p> <p>(1)社區性肺炎，經使用第一線社區性肺炎抗生素(如盤尼西林類抗生素、第三代頭孢子菌素、quinolone 類抗生素)治療失敗或致病菌對第一線抗生素不具感受性。</p> <p>(2)證實或高度懷疑 MRSA 複雜性皮膚和皮膚構造感染，並符合下列條件之一：</p> <p>I.有全身性感染徵兆且白血球數異常(>12,000 或<4,000 cells /mcL)。</p> <p>II.免疫功能不全。</p> <p>2.申報費用時須檢附會診紀錄及相關之病歷資料。</p>
10.3.6	Ceftazidime+avibactam sodium*	<p>1. 限下列條件之一且經感染症專科醫師會診確認需使用者：</p> <p>(1) 複雜性腹腔內感染</p> <p>(2) 複雜性泌尿道感染</p> <p>(3) 院內感染型肺炎</p> <p>(4) 其他臨床感染症</p> <p>2. 申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料。</p>
10.3.7.	Ceftolozane+tazobactam*	<p>1. 治療18 歲以上成人，患有對ceftolozane/tazobactam 有感受性的致病菌引起的以下感染症：</p> <p>(1)複雜性腹內感染，需與metronidazole 併用。</p> <p>(2)複雜性泌尿道感染，包括腎盂腎炎。</p> <p>(3)院內感染性肺炎，包括呼吸器相關肺炎。</p> <p>2. 需經會診感染科醫師同意後使用。申報費用時，需檢附感染科醫師會診報告。</p>
10.4.2	Erythromycin lactobionate*	<p>(1) 限用於無法口服之病患。</p> <p>(2) 使用期間不得超過10 日。</p> <p>(3) 若需使用高劑量（成人每日劑量大於2g）或延長治療者，需經感染症專科醫師會診確認需要使用。</p>
10.4.4 (3)	Clarithromycin*	<p>I. 限用於無法口服之病患。</p> <p>II. 若需使用高劑量（成人每日劑量大於1g）或延長治療者，需經感染症專科醫師會診確認需要使用。</p>

章節	抗微生物劑	用藥給付規定
10.5.1	Imipenem + cilastatin*	<ol style="list-style-type: none"> 1. 經細菌培養證實有意義之致病菌且對其他抗微生物製劑均具抗藥性，而對carbapenem 具有感受性（sensitivity）。 2. 經細菌培養，發現有意義之致病菌對carbapenem及其他抗微生物製劑具有感受性，但病患對其他抗微生物製劑過敏無其他藥物可供選用時。 3. 臨床上為嚴重之細菌感染，且經其他廣效性的非第一線抗微生物製劑治療仍無法控制病情者。 4. 經感染症專科醫師會診，確認有感染症需使用者（申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料）。
10.5.1	Meropenem*	<ol style="list-style-type: none"> 1. 經細菌培養證實有意義之致病菌且對其他抗微生物製劑均具抗藥性，而對carbapenem 具有感受性（sensitivity）。 2. 經細菌培養，發現有意義之致病菌對carbapenem及其他抗微生物製劑具有感受性，但病患對其他抗微生物製劑過敏無其他藥物可供選用時。 3. 臨床上為嚴重之細菌感染，且經其他廣效性的非第一線抗微生物製劑治療仍無法控制病情者。 4. 經感染症專科醫師會診，確認有感染症需使用者（申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料）。
10.5.2	Ertapenem*	<ol style="list-style-type: none"> 1. 臨床上為中、重度細菌感染，且經其他抗微生物製劑治療仍無法控制病情者，但限用於： <ol style="list-style-type: none"> (1) 複雜的腹腔內感染 (2) 感染性肺炎 (3) 急性骨盆感染 2. 經感染症專科醫師會診，確認有感染症需使用者（申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料）。
10.5.3	Doripenem*	<ol style="list-style-type: none"> 1. 經細菌培養證實有意義之致病菌且對其他抗微生物製劑均具抗藥性或對其他具有感受性抗微生物製劑過敏，而對carbapenem 具有感受性（sensitivity）之複雜性泌尿道感染（包括腎盂腎炎）及複雜性腹腔內感染。 2. 臨床上為嚴重之複雜性泌尿道感染（包括腎盂腎炎）及複雜性腹腔內感染，且經其他廣效性的非第一線抗微生物製劑治療仍無法控制病情者。 3. 經感染症專科醫師會診，確認有感染症需使用者（申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料）。

章節	抗微生物劑	用藥給付規定
10.6.3.2	Itraconazole 注射劑*	<ol style="list-style-type: none"> 限用於第一線治療藥物amphotericin B 治療無效或有嚴重副作用之侵入性麴菌症、侵入性念珠菌感染症、組織漿病菌之第二線用藥使用，以14日為限。 限用於第一線治療藥物無法使用或無效的免疫功能不全及中樞神經系統罹患隱球菌病（包括隱球菌腦膜炎）的病人，並以14日為限。 因病情需要，經感染症專科醫師會診確認需要使用者（申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料）。
10.6.10.	Posaconazole*	<ol style="list-style-type: none"> 限下列條件之一使用： <ol style="list-style-type: none"> (1)對amphotericin B或itraconazole或voriconazole治療無效或不能忍受之成人侵入性麴菌病（invasive aspergillosis）的第二線用藥。（無效的定義是先前用有效抗黴菌劑的治療劑量至少7天，感染惡化或未改善）。 (2)對itraconazole或fluconazole治療無效或不能忍受之成人口咽念珠菌感染（oropharyngeal candidiasis）的第二線用藥。（無效的定義是先前用有效抗黴菌劑的治療劑量至少治療一段時間：持續性黴菌血症3天，非黴菌血症型感染7天，食道念珠菌病14天，感染惡化或未改善）限使用口服懸液劑劑型。 (3)用於造血幹細胞移植接受者因發生嚴重（gradeIII、IV）急性植體宿主反應（acute graft versus host reaction, GVHD），而接受高劑量免疫抑制劑（prednisolone使用劑量超過0.8mg/kg/day）治療之高危險病人（口服劑型限用於13歲以上病人、注射劑限用於18 歲以上病人），做為預防侵入性黴菌感染，使用期間以3個月為限。 (4)急性骨髓性白血病（acute myelogenous leukemia）或高危險骨髓化生不良症候群（myelodysplastic syndrome）病人接受誘導性化學治療者，給付條件如下： <ol style="list-style-type: none"> I.用於初診斷之誘導性化學治療、誘導失敗進行第二次誘導性化學治療，或復發病患進行復發後第一次誘導性化學治療者。 II.誘導性化學治療需使用「cytarabine(Ara-C)7 天及anthracycline 類藥物 3 天」、或「高劑量 Ara-C」、或「老年人(60 歲以上)使用 cytarabine (Ara-C)5 天及anthracycline 類藥物 2 天」、或較上述療法更強的化學治療。 III.自化學治療第一天開始使用，當絕對嗜中性白血球數（absolute neutrophil count,ANC)大於 500/mm³，或出現侵入性黴菌感染時應停止使用。每次療程投予

章節	抗微生物劑	用藥給付規定
		<p>posaconazole 預防以一個月為限，最多給付 2 次誘導性化學治療療程。</p> <p>IV.口服劑型限用於 13 歲以上病人、注射劑限用於 18 歲以上病人。</p> <p>2. 使用本藥須經感染症專科醫師會診確認需要使用，申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料。</p> <p>3. 注射劑限用於無法口服之病人。</p>
10.6.11.	Isavuconazole*	<p>1. 限用於：</p> <p>(1) 侵犯性麴菌症 (invasive aspergillosis)</p> <p>(2) 使用於不適合接受amphotericin B的病人治療白黴菌病 (mucormycosis)</p> <p>2. 使用本藥須經感染症專科醫師會診確認需要使用，申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料。</p> <p>3. 注射劑限用於無法口服之病人。</p>
10.8.2.1	Moxifloxacin*	<p>1. 慢性支氣管炎的急性惡化、社區性肺炎、複雜性腹腔內感染。</p> <p>2. 急性鼻竇炎或複雜性皮膚和軟組織感染，因抗藥性細菌感染及病情需要，經感染科醫師會診確認需要使用者。</p>
10.8.3	Linezolid*	<p>1. 限下列條件之一使用：</p> <p>(1) 確定或高度懷疑為MRSA肺炎（痰液培養出MRSA，伴隨全身發炎反應，且CXR出現新的浸潤或痰液性狀改變或氧氣需求增加），並符合下列危險因子之一：</p> <p>I. 65歲以上。</p> <p>II. BMI\geq30。</p> <p>III. 急性腎衰竭、腎功能不穩定時。</p> <p>IV. 過去90天內曾使用glycopeptides者。</p> <p>(2) 因嚴重肺炎致呼吸衰竭或合併嚴重敗血症之患者，同時有其他部位懷疑或證實為MRSA感染，得以經驗性使用；惟後續呼吸道微生物學檢查結果無MRSA呼吸道感染證據時，應停止使用。</p> <p>(3) 證實為MRSA複雜性皮膚和皮膚構造染，並符合下列條件之一：</p> <p>I. 有全身性感染徵兆且白血球數異常(>12,000或<4,000 cells/mcL)。</p> <p>II. 免疫功能不全。</p> <p>(4) 證實為VRE (vancomycin-resistant enterococci) 感染，且其VRE菌株對ampicillin為抗藥者。</p> <p>(5) 其他抗藥性革蘭氏陽性球菌感染，因病情需要，經感染症</p>

章節	抗微生物劑	用藥給付規定
		<p>專科醫師會診確認需要使用者。</p> <p>2. 心內膜炎（endocarditis）病患不建議使用。</p> <p>3. 申報費用時需檢附會診紀錄或相關之病歷資料。</p>
10.8.5	Tigecycline*	<p>1. 限下列條件之一使用：</p> <p>(1) 經細菌培養證實有意義之致病菌且對其他抗微生物製劑均具抗藥性或對其他具有感受性抗微生物製劑過敏，而對 tigecycline 具有感受性（sensitivity）之複雜性皮膚及皮膚結構感染或複雜性腹腔內感染症使用。</p> <p>(2) 其他經感染症專科醫師會診，認定需使用之下列感染症：複雜性皮膚及皮膚結構感染、複雜性腹腔內感染、社區感染性肺炎。</p> <p>2. 申報費用時需檢附會診紀錄或相關之病歷資料。</p>
10.8.6	Colistin*	<p>限經感染症專科醫師會診，確定使用於一般抗生素無效，且具多重抗藥性之革蘭氏陰性菌之嚴重感染。</p>
10.8.7	Daptomycin*	<p>1. 證實為MRSA（methicillin-resistant staphylococcus aureus）複雜皮膚和皮膚組織感染，且證明為vancomycin抗藥菌株或使用 vancomycin、teicoplanin 治療失敗者或對 vancomycin、teicoplanin 治療無法耐受者。</p> <p>2. 其他抗藥性革蘭氏陽性菌引起的複雜皮膚和皮膚組織感染或 MRSA 菌血症（含右側感染性心內膜炎），因病情需要經感染症專科醫師會診確認需要使用者（申報費用時需檢附會診及相關之病歷資料）。</p>
10.8.8	Fidaxomicin*	<p>1. 限用於經第一線藥物metronidazole及vancomycin治療無效或復發，且細菌培養或毒素分析（toxin assay）報告證實為困難梭狀桿菌相關腹瀉（C. difficile-associated diarrhoea, CDAD），並經感染症專科醫師會診，確認有感染症需使用者。</p> <p>2. 申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料。</p>

附件 1-2 其他涵蓋 MDRO 治療指引之高度管制性抗微生物製劑清單

章節	抗微生物劑	用藥給付規定
10.1	Ceftazidime	Ceftazidime 是殺菌性頭孢子菌抗生素、對多種乙內醯胺、有抵抗力、並對廣範圍的革蘭氏陽性及陰性及陰性的細菌有效。
10.1	Cefepime	對 Cefepime 具感受性之細菌性感染症。
10.1	Cefpirome	對 Cefpirome Sulphate 具感受性細菌引起之感染症。
10.1	Fosfomycin	綠膿菌、變形菌、沙雷氏菌、葡萄球菌、大腸菌等具有感受性細菌所引起之下列感染症（敗血症、支氣管炎、細支氣管炎、支氣管擴張症、肺炎、肺化膿症、膿胸、腹膜炎、腎盂腎炎、膀胱炎）。
10.1	Sulbactam	鏈球菌、葡萄球菌、大腸桿菌、克雷氏菌、沙雷氏菌、流行感冒嗜血桿菌、引朵陰性變形桿菌屬、檸檬酸菌屬、厭氧性細菌（Bacteriodes Fusobacterium, Clostridium difficile）、Branhamella catarrhalis 引起之感染症。
10.1	Piperacillin	革蘭氏陰性及陽性厭氧菌及需氧菌所引起之全身性及局部性感染。
10.1	Piperacillin + tazobactam	Piperacillin 具有感受性、以及對 Piperacillin 具抗藥性但對 Piperacillin-Tazobactam 有感受性之 B-Lactamase 產生菌株所引起之中至嚴重程度感染。
10.6.1	Fluconazole	<p>10.6.1.1. Fluconazole 錠劑膠囊劑（如 Diflucan oral）：限</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 全身黴菌感染之治療。 2. 免疫不全病例，治療或預防黴菌感染時使用。 3. 非愛滋病隱球菌腦膜炎患者使用，原則上使用6到8週，視病人臨床反應，抗原效價及培養結果調整療期，而治黴菌藥物之終止以效價下降四倍及兩次培養陰性為原則。 4. 用於念珠性陰道炎，限頑固性疾病或無性經驗病人 <p>10.6.1.2. Fluconazole 注射劑（如 Diflucan inj）：限</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 已證實為全身性黴菌感染（經組織或培養證實）病例使用。 2. 非愛滋病隱球菌腦膜炎患者使用，原則上使用6到8週，視病人臨床反應，抗原效價及培養結果調整療期，而治黴菌藥物之終止以效價下降四倍及兩次培養陰性為原則。 <p>10.6.1.3. Fluconazole 口服液劑（如 Fluzole powder for oral suspension）：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 限用於12 歲以下或吞嚥困難患者，併下列條件之一使用： <ul style="list-style-type: none"> 念珠球菌局部或全身感染、囊珠菌感染。 預防後天免疫缺乏症候群病人的黴菌感染。 2. 病人接受本品治療期間，不得併用其他同類藥品。
10.6.6	Caspofungin Injection	<p>限符合下列規定之一：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 限用於其他黴菌藥物治療無效或有嚴重副作用之侵入性麴

章節	抗微生物劑	用藥給付規定
		菌症、侵入性念珠菌感染症之第二線用藥。 2. 經感染症專科醫師認定需使用者，惟治療食道念珠菌感染限用於fluconazole 無效或有嚴重副作用者。
10.6.7	Micafungin Injection	限用於 1. 治療16 歲以上的食道念珠菌感染。 2. 預防接受造血幹細胞移植病患的念珠菌感染。 3. 治療念珠菌血症與其他侵襲性之念珠菌感染。
10.6.9	Anidulafungin 注射劑	限用於治療一個月以上患者之侵襲性念珠菌感染。
10.8.2	Ciprofloxacin	對 Ciprofloxacin 有感受性之細菌所引起之呼吸道感染、中耳炎、眼感染、腎臟及泌尿道感染（包括淋病）、腹部感染（包括腹膜炎）、竇炎、皮膚及軟組織感染、骨髓炎、關節感染、菌血症。
10.8.2.3	Levofloxacin	限用於成人（18 歲以上）之慢性支氣管炎的急性惡化、社區性肺炎、複雜性泌尿道感染。
-	Amikacin	革蘭氏陰性菌（包括綠膿菌、變形菌、大腸菌）所引起的感染症：敗血症、肺炎、肺化膿症、腹膜炎、腎盂腎炎、膀胱炎、尿道炎、創傷、熱傷、手術後之次感染症。
-	Amphotericin B	骨髓移植後併發腎毒性出現侵入性黴菌感染。 腎功能不全之麴菌屬、念珠菌屬或囊球菌屬類的菌種感染病患。治療感染囊球菌腦膜炎的 HIV 患者（參閱臨床研究） 治療麴菌屬、念珠菌屬或是囊球菌屬類的菌種感染，或是無法用 Amphotericin B deoxycholate 治癒的病患，或是腎功能不全或無法耐受 Amphotericin B deoxycholate 所產生的毒性之病患。 治療臟器的利時曼氏病。在免疫不全且患有臟器的利時曼氏病之患者使用 Amphotericin B Liposome for Injection 治療，在初期寄生蟲清除後仍有高復發率。（參閱臨床研究）參閱用法用量中之適應症建議劑量。 對發燒的重度嗜中性白血球缺乏症患者可能罹患黴菌感染症之經驗療法。說明：發燒的重度嗜中性白血球缺乏症係指嗜中性白血球絕對值小於 500 cell/mm ³ 以下或白血球小於 1000cells/mm ³ 以下，持續達 96 小時，引起發燒（>38°C）之現象。
-	Flucytosine	白色黴菌病、黴菌性肺炎及產色黴菌病。
-	Itraconazole	嚴重或全身性黴菌感染、甲癬、髮癬。
-	Voriconazole	一、治療侵犯性麴菌病（invasive aspergillosis）； 二、治療嚴重之侵犯性念珠菌感染（serious invasive candida infections）； 三、治療足分枝菌（Scedosporium spp.）和鐮刀菌（Fusarium spp.）之嚴重黴菌感染；

章節	抗微生物劑	用藥給付規定
		四、預防高危險患者發生侵入性黴菌感染，包括接受造血幹細胞移植（HSCT）的患者。
-	Cefoperazone+ Sulbactam	適用於治療由感受性細菌所引起的下列感染：上、下呼吸道感染、上、下泌尿道感染、腹膜炎、膽囊炎、膽管炎及其他腹腔內感染、骨盆發炎、子宮內膜炎及其他生殖道感染、以及創傷燙傷、手術後之二次感染。
-	Imipenem + cilastatin+ relabactam	適用於治療成人病人患有對 RECARBRIO 具感受性的革蘭氏陰性微生物（susceptible Gram-negative microorganisms）引起之下列感染： -院內感染性肺炎及呼吸器相關肺炎（HAP/VAP） -複雜性泌尿道感染（cUTI），包括腎盂腎炎-複雜性腹內感染（cIAI）

附件 2 高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表

一、個案基本資料

醫院代號		醫院名稱		填表日期	
病人姓名		性別		出生日期	
身分證號		病歷號碼			

二、用藥前感染症評估暨管制性藥品用藥評估內容如感染症病灶、可能之病原菌、使用此藥物之特別考慮、延長使用之理由等。

三、抗微生物製劑治療策略評估

<input type="checkbox"/> 同意使用
<input type="checkbox"/> 建議修改
<input type="checkbox"/> 需臨床照會

四、使用藥品（經評估之建議用藥）

建議藥品	藥品名（藥品代碼）	
建議用法	劑量	
	頻次	
	天數	
	輸液與輸注速度	

五、說明欄位：

--

醫師（簽名蓋章）_____ 醫事機構章戳：

附件 3 高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表

適用對象操作型定義

適用對象	說明
複雜性感染	複雜性感染包含複雜性泌尿道感染，複雜性腹腔內感染，院內感染肺炎，複雜性感染皮膚軟組織，中樞神經，手術部位感染，血流感染等。
嚴重敗血症	<p>確定或疑似感染所引起的 SIRS 症狀，並至少符合嚴重敗血症灌流不良與器官衰竭規範之一項以上之個案。</p> <p>嚴重敗血症灌流不良與器官衰竭規範包含：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 心血管：給予適當之輸液急救，維持適當之血管內容積，或使用昇壓劑情況下，收縮壓仍$\leq 90\text{mmHg}$，或平均動脈壓$\leq 70\text{mmHg}$並持續一小時以上。 2. 腎臟：給予適當之輸液急救，排尿量$< 0.5\text{ml/Kg/hr}$。 3. 呼吸：$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 250$，或肺功能喪失時，$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200$。 4. 血液：血小板數$< 80,000/\text{mm}^3$，或血小板數於3日內下降50%無法解釋之代謝性酸中毒：$\text{pH} \leq 7.3$，或血漿乳酸濃度高於正常值上限1.5倍以上，合併鹼基不足（Base deficit）$\geq 5\text{mEq/L}$。
困難治療照護處置	<p>困難治療病人之照護處置包括</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 抗藥性菌株感染：如抗甲氧苯青黴素金黃色葡萄球菌（MRSA）抗碳青黴烯類綠膿桿菌（CRPA）抗碳青黴烯類鮑氏不動桿菌（CRAB）抗碳青黴烯類腸道菌（CRE，含 CRE.coli 及 CRKP），或抗萬古黴素腸球菌（VRE）等。 2. 器官功能衰竭等宿主因素導致困難選擇藥物，如腎毒性藥物使用在因嚴重敗血症併發腎衰竭之病人，triazole抗黴菌藥物使用在QT prolongation之病人。 3. 藥物交互作用，如抗微生物製劑與治療原本疾病的藥物有交互作用。 4. 依據國內外指引之建議藥物治療失敗之情境。
免疫不全	因免疫力下降的疾病、處置或情況導致病人免疫缺失，包括原發性先天免疫不全、惡性血液腫瘤疾病、器官移植使用抗排斥藥物、血液幹細胞移植使用抗排斥藥物、免疫抑制處置、抗癌化學治療、人類免疫不全病毒（human immunodeficiency virus；HIV）感染等。

附件 4-指標操作型定義

一、台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)之抗藥性監測模組參與度：

- (一)指標說明：執行期資料通報月比率。
- (二)統計期間：計畫公告月份起至 113 年年底。醫院確實無菌株之月份，應於 THAS 系統進行「零通報」，否則將認定為未通報。
- (三)計算公式：通報率(%)

$$\frac{\text{實際通報月份數}}{\text{總月份數}} \times 100$$

二、全院重點監測抗藥菌占率：

- (一)指標說明：執行期全院重點監測抗藥菌(CRAB、CRKP、CRPA、MRSA 及 VRE)抗藥性百分比相較該院過去 1 年(基期)之降幅。
- (二)統計期間：執行期為 113 年，以 112 年為基期。醫院基期及執行期應每月都有通報資料，確實無菌株之月份，應於 THAS 系統進行「零通報」，否則將認定為未通報。醫院基期或執行期任一月份沒有完整通報，則該項指標不予計分。
- (三)計算公式：CRAB、CRKP、CRPA、MRSA 及 VRE 分別計算。

- 1. 重點監測抗藥菌抗藥性百分比(%)：

$$\frac{\text{重點監測抗藥菌菌株數}}{\text{藥敏試驗菌株數}} \times 100$$

- 2. 重點監測抗藥菌抗藥性百分比改善成果(%)：

$$\frac{[\text{執行期抗藥性百分比} - \text{基期抗藥性百分比}]}{\text{基期抗藥性百分比}} \times 100$$

三、重點監測抗藥菌感染密度

- (一)指標說明：執行期全院住院及加護病房重點監測抗藥菌(CRAB、CRKP、CRPA、MRSA 及 VRE)感染密度相較該院過去 3 年(基期)之降幅。
- (二)統計期間：執行期為 113 年，以 110-112 年為基期。醫院基期及執行期應每月都有通報資料，確實無菌株之月份，應於 THAS 系統進行「零通報」，否則將認定為未通報。醫院基期或執行期任一月份沒有完整通報，則該項指標不予計分。
- (三)計算公式：CRAB、CRKP、CRPA、MRSA 及 VRE 分別計算。

1. 重點監測抗藥菌感染密度(‰)：

$$\frac{\text{重點監測抗藥菌個案數}}{\text{總住院人日數}} \times 1000$$

2. 重點監測抗藥菌感染密度改善成果(%)：

$$\frac{[\text{執行期感染密度} - \text{基期感染密度}]}{\text{基期感染密度}} \times 100$$

[註]：基期感染密度(‰)計算公式：

$$\frac{\text{過去 3 年重點監測抗藥菌個案數加總}}{\text{過去 3 年總住院人日數加總}} \times 1000$$

四、醫療照護相關感染密度

(一)指標說明：執行期全院住院及加護病房月平均醫療照護相關感染密度控制在該院過去 3 年(基期)之 95%信賴區間高標以下。

(二)統計期間：執行期為 113 年，以 110-112 年為基期。

(三)計算公式：

- (1) 醫療照護相關感染密度 (‰) =

$$\frac{\text{醫療照護相關感染人次數}}{\text{住院人日數}} \times 1000$$

$$(2) 95\% \text{ 信賴區間} = \text{平均值 } \bar{x} \pm t_{0.05} \times \frac{\text{標準差 } s}{\sqrt{\text{樣本數 } n}}$$

五、高度管制性抗微生物製劑管理成果

(一)指標說明：針對本署抗微生物劑藥品給付規定通則須經感染症專科醫師會診確認需要使用藥品(共 18 項，附件 1-1)，其 DDD 耗用量或 DID(住院抗生素耗用量密度)與過去 1 年(基期)之降幅。

(二)統計期間：執行期為 113 年，以 112 年為基期。

(三)計算公式：

1. 定義每日劑量(Defined Daily Dose, DDD)：

(1) 為 WHO 制定的標準化單位，表示藥物使用在主要適應症時，70 公斤成人每日所需之平均維持劑量，可用於藥物耗用量之評比與監測。

(2) 以 0.5 克口服劑型之 ampicillin 為例：

- A. WHO 定義之 ampicillin 的 DDD 為 2.0 公克/天，故一錠 0.5 公克之 ampicillin 錠劑經換算後為 0.25 DDD。(公式換算說明： $0.5 \div 2 = 0.25$)
- B. 如 113 年全國共開立 1,000,000 錠 0.5 克的 ampicillin，則 113 年 ampicillin 之總耗用量為 250,000 DDD。[公式換算說明： $1,000,000 \times (0.5 \div 2) = 250,000$]
2. 住院抗生素耗用量密度(Defined Daily Dose per 1000 inpatients per day, DID)，即每千住院人日之定義每日劑量，定義如下：
- (1) 公式：住院抗生素耗用量密度(DID) =
- $$\frac{\text{所選擇條件下之 DDD 數加總}}{\text{所選擇條件下之住院人日數加總}} \times 1000$$
3. 續以前述 0.5 公克口服劑型之 ampicillin 為例：
- 若所有醫院 113 年累計總住院人日數為 100,000 人日，該年度全國住院開立口服劑型 ampicillin 之總耗用量為 250,000 DDD，則 113 年住院口服劑型之 ampicillin 之 DID 為： $(250,000 \text{ DDD/年}) / (100,000 \text{ 住院人日/年}) = \text{每千住院人日 } 2.5 \text{ DDD}。$

第二案

提案人：滕委員西華、吳委員榮達、林委員文德、王委員惠玄、田委員士金、林委員恩豪、林委員淑珍、花委員錦忠、侯委員俊良、張委員清田、陳委員節如、游委員宏生、楊委員芸蘋、劉委員淑瓊、蔡委員麗娟、鄭委員力嘉、李委員永振、陳委員鴻文、楊委員玉琦、董委員正宗、劉委員守仁

代表類別：公正人士及專家學者、被保險人代表、雇主代表

案由：針對健保署預告修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目草案，關於《第二部/第二章/第一節檢查，第二十五項 次世代基因定序 Next Generation Sequencing (30301B-30305B)》支付規範(6)「基因檢測結果須由病人簽署同意書並於申報後一個月內依指定格式上傳至健保署或其指定資料庫，未上傳者本項不予支付」案，不符合健保法等法規，應予修正，提請討論。

說明：

- 一、全民健康保險為國家保障健康權之重要社會保險制度，憲法法庭在釋字第 472 號解釋亦強調全民健保應保障老弱殘廢、無力生活人民之健康，甚至要求國家對於無力繳納保費者應給予適當之救助而不得逕行拒絕給付，乃基於憲法對人民健康權之保障不受人民經濟(繳費)能力而有所差別。故，依照健保法相關法規，被保險人至健保特約機構就醫，特約機構依給付規範提供被保險人醫療服務，凡符合支付規範者，皆應「無差別給付」。而特約機構上傳相關治療資訊(如檢驗、影像、藥品處方等)給予保險人(健保署)乃為進行事前或事後核保與給付確認、確保給付效益用，法律並未授權其他附帶條件，如強制參與研究或提供健保署以外機關資料等要求，而保險人基於給付，無論法規或核保需要，保險人亦無持有被保險人醫療書面、影像資料外之生物檢體之必要與需求和法源依據。

二、《次世代基因定序 Next Generation Sequencing (30301B-30305B)》

支付規範(6)「基因檢測結果須由病人簽署同意書並於申報後一個月內依指定格式上傳至健保署或其指定資料庫，未上傳者本項不予支付」，此支付規範有違反憲法(司法院釋字第 472、785 號、111 年憲判字第 13 號)、健保法、個人資料保護法、人體研究法、人體生物資料庫管理條例、赫爾辛基宣言(註 1)與台北宣言(註 2)等疑慮，更不僅導致民眾受國家保障之健康權不再是任何人可得主張之權利，反而變成是人民被迫以健康資料(檢體資訊)換取之對價財貨，弱化健康權作為憲法基本權利之地位，亦侵害民眾就其個人資料有決定是否揭露、揭露範圍、於何時向何人揭露之自主決定權，並造成法外規定之給付差別化，更荒謬將國家本有保護民眾個資之義務卻變成民眾必須以「高額自費」保存自己與醫療和給付無關之法定權利，**此項檢驗為醫療新科技，單次給付金額介於 1 萬至 3 萬間，不可謂不昂貴**，富裕者可透過自費方式選擇不上傳個人基因資料並獲得隱私保障，但經濟弱勢者卻因無法自費而被強迫上傳資料揭露自身隱私，等同被迫放棄個資保護權，從而違反憲法平等保護原則，直接造成違憲之健康不平等，健保給付不應存在該等規範。全民健保作為憲法所保障健康權具體落實之重要社會政策，其政策規劃應以履行對全體國民提供健康照護責任所必要之合理手段為基礎，不能任意增添不必要之限制。

- 註：1.世界醫師會(World Medical Association, WMA)赫爾辛基宣言—人體醫學研究的倫理原則 World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects 於1964年6月芬蘭赫爾辛基第18屆世界醫師會大會通過，為涉及人體組織或資料之醫學研究倫理指導原則，近半世紀廣泛被世人認知為進行人體醫學研究之核心標準。並經9次大會修訂。
- 2.世界醫師會WMA 2016年10月22日於會員大會通過「健康資料與生物資料庫之倫理考量宣言(Declaration on Ethical Considerations regarding Health Databases and Biobanks)」，並命名為「台北宣言(Declaration of Taipei)」

三、另，此項指標除以「行政措施要求(上傳)」據以作為支付要件

欠缺法律依據外，亦未明確規範「健保署指定資料庫」為何，恐有違憲與違法疑慮。同時依照健保法，亦未有明確規範健保署本署外之任何資料庫得以存取病人(被保險人)個資、甚至檢體，因此依法「上傳基因檢測書面結果應取得病人簽署之書面同意外，其檢測資料除以V P N上傳健保署依法供核保用途外，不得作為他用或上傳至非健保署以外之機關」，且若簽署同意書，則同意書上必須載明上傳之用途。將實體腫瘤/血液腫瘤次世代基因定序納入健保給付，是醫師與病患共同努力之成果，亦有助於保障國民健康；但健保署卻無端增加與病情無關之「同意上傳基因資料」作為支付條件，若因此導致醫病衝突，顯非醫病所樂見。且以上傳基因資料作為健保支付之先決條件，將嚴重限制被保險人在全民健保下利用「實體腫瘤/血液腫瘤次世代基因定序」之權利，健保署不應間接以醫療院所作為白手套要求其取得民眾同意書簽署，讓醫療院所直接去面對需以基因資料換取健保服務之病患質疑與社會責難。

- 四、最後，如前述健保署(保險人)為確保特約醫療院所之服務符合給付規定，要求醫療院所上傳被保險人醫療照護資料或文件、影像給健保署審核，或健保署依法需要確認其給付效益，而從特約醫療院所上傳資料取得被保險人資訊進行內部分析，均在健保資料蒐集利用之原始目的範圍內，自非不許；但若依「實體腫瘤次世代基因定序」支付標準草案之規定，卻進一步以給付/支付為手段強制病患無償上傳至健保署指定資料庫、並作為健保行政目的外之學術或商業利用，顯然已超出並違反健保資料之蒐集利用意旨，並直接違反憲法法庭近期在健保資料庫案(111 年憲判字第 13 號)中所揭示之資訊自主權與退出權之精神。既然以限制病患健康權與資訊自主權為代價建構(學術或商業)基因資料庫，將構成憲法健康權與資訊自主權之保障，其發展亦與聯合國經濟社會文化權利公約或世界衛生組織所強調之全民健康覆蓋(universal health coverage)背道而馳，此政策之通過對於強調

人權立國與積極爭取加入世界衛生組織之台灣政府而言，可能是一大諷刺，故健保署應懸崖勒馬，醫療院所與臨床醫師亦不應同意成為代罪羔羊。

擬辦：本項支付規範建議修正為：「(6) 基因檢測書面結果載明上傳用途須由病人簽署同意書並於申報後一個月內依指定格式上傳至健保署，除作為給付審查外，不得因病人不同意簽署該同意書之給付外目的用途而拒絕提供檢測或要求病人自費。」

中央健康保險署意見：(資料後附)

.....
本會研析說明：

- 一、有關新增次世代基因定序診療項目之支付規範，係屬醫療服務給付項目及支付標準之增訂，依全民健康保險法第 41 條第 1 項^(註)規定，係由健保署循法定程序於各方代表組成之「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論共同決定之後，報衛福部核定發布。

註：全民健康保險法第41條第1項「醫療服務給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，報主管機關核定發布。」

- 二、查健保署 113 年第 2 次醫療服務共擬會議(113.3.21)討論通過「新增實體腫瘤、血液腫瘤次世代基因定序等 5 項診療項目案」，該署爰據以於 113 年 3 月 28 日預告修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，相關內容業並刊載於行政院公報(摘錄如附件一，第 100~102 頁)，如有意見須於 113 年 4 月 8 日前向健保署提出；本會滕委員西華等 5 位委員提出陳述意見，由本會於 113 年 4 月 8 日函送健保署研參(如附件二，第 103~104 頁)，該署於 4 月 12 日回復，委員建議事項業列入支付標準修訂參考，將綜整各界所提意見，依程序報請衛福部核定(循例副知本會)後公布實施(如附件三，第 105 頁)。

決議：

行政院公報 第030卷 第059期 20240329 衛生勞動篇

衛生福利部中央健康保險署公告 中華民國113年3月28日
健保醫字第1130661368A號

主 旨：預告修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目草案。

依 據：行政程序法第一百五十一條第二項準用第一百五十四條第一項。

公告事項：

- 一、修正機關：衛生福利部中央健康保險署。
- 二、修正依據：全民健康保險法第四十一條規定、本署於一百十三年三月二十一日召開「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」之一百十三年第二次會議決議。
- 三、「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目修正草案如附件。本案另載於本署全球資訊網（網址：<https://www.nhi.gov.tw>）之「公告」網頁。
- 四、本次支付標準修正草案公告係診療項目之調整，因涉保險對象醫療服務權益，且為提升給付效率，使民眾儘早獲得醫療服務，對於本公告內容有任何意見或修正建議者，請於本公告刊登公報隔日起7日內陳述意見或洽詢：
 - （一）承辦單位：衛生福利部中央健康保險署醫務管理組
 - （二）地址：台北市大安區信義路三段140號
 - （三）聯絡人：吳科員
 - （四）電話：（02）27065866轉3620
 - （五）傳真：（02）27069043
 - （六）電子郵件：A111314@nhi.gov.tw

署 長 石崇良

第二部 西醫					
第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment					
第一節 檢查 Laboratory Examination					
第二十五項 次世代基因定序 Next Generation Sequencing (30301B-30305B)					
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心
	實體腫瘤次世代基因定序 Solid tumor next generation sequencing, NGS				
30301B	—BRCA1/2基因檢測 BRCA testing (germline or somatic)	√	√	√	10000
30302B	—小套組 Small panel (≤100個基因)	√	√	√	20000
30303B	—大套組 Large panel (>100個基因)	√	√	√	30000
	註： 1.適應症：如附表一。 2.支付規範： (1)醫院資格須符合下列所有條件： A.限區域級以上醫院或衛生福利部「癌症診療品質認證醫院」申報。 B.須院內設立或跨院聯合組成分子腫瘤委員會(Molecular Tumor Board, MTB)。 C.限衛生福利部核准之實驗室開發檢測施行計畫表列醫療機構(檢測項目類別為「抗腫瘤藥物之伴隨檢測」及「癌症篩檢、診斷、治療及預後之基因檢測」)。 (2)核發檢測報告人員及報告簽署醫師：依「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」之規定辦理。 (3)除Germline BRCA1/2基因檢測使用血液檢體外，其他檢測限使用已確診之腫瘤病理組織，且檢測項目須包含適應症附表所列該癌別必須檢測之位點及變異別，始予給付。 (4)每人各癌別限30301B、30302B或30303B擇一申報且終生給付一次。 (5)執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，仍應重行報請核定。 (6)基因檢測結果須由病人簽署同意書並於申報後一個月內依指定格式上傳至健保署或其指定資料庫，未上傳者本項不予支付。				
	血液腫瘤次世代基因定序 Hematologic malignancies next generation sequencing, NGS				
30304B	—小套組 Small panel (≤100個基因)	√	√	√	20000
30305B	—大套組 Large panel (>100個基因)	√	√	√	30000
	註： 1.適應症：如附表二。 2.支付規範： (1)醫院資格符合下列所有條件： A.區域級以上醫院或衛生福利部「癌症診療品質認證醫院」申報。 B.須院內設立或跨院聯合組成分子腫瘤委員會(Molecular Tumor Board, MTB)。 C.限衛生福利部核准之實驗室開發檢測施行計畫表列醫療機構(檢測項目類別為「抗腫瘤藥物之伴隨檢測」及「癌症篩檢、診斷、治療及預後之基因檢測」)。 (2)核發檢測報告人員及報告簽署醫師：依「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」之規定				

第二部 西醫		新增「實體腫瘤次世代基因定序—BRCA1/2基因檢測/小套組(≤100個基因)/大套組(>100個基因)」(10,000點/20,000點/30,000點)及「血液腫瘤次世代基因定序—小套組/大套組」(20,000點/30,000點)，第二十五項名稱修訂為「次世代基因定序」,原「其他檢查」依序遞延至第二十六項。
第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment		
第一節 檢查 Laboratory Examination		
第二十五項 <u>其他檢查 Other Test (30501-30526)</u>		

抄本

附件二
檔 號：
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

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

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國113年4月8日
發文字號：衛部健字第1133360049號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨

主旨：檢送本會委員就貴署113年3月28日預告「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目修正草案之陳述意見(如附件)，請惠參。

說明：依據貴署113年3月28日健保醫字第1130661368A號公告及本會委員113年4月3日電子郵件辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：

關於健保署民國 113 年 3 月 28 日「健保醫字第 1130661368A」公告 意見陳述

陳述人：滕西華、吳榮達、劉淑瓊、李永振、林恩豪

主旨：針對健保署預告修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目草案，關於「第二部/第二章/第一節檢查，第二十五項 次世代基因定序 Next Generation Sequencing (30301B-30305B)」支付規範（6）「基因檢測結果須由病人簽署同意書並於申報後一個月內依指定格式上傳至健保署或其指定資料庫，未上傳者本項不予支付」，表示反對，應予修正。

說明：

- 一、 依照健保法相關法規，被保險人至健保特約機構就醫，特約機構依給付規範提供被保險人醫療服務，凡符合支付規範者，皆應「無差別給付」。而特約機構上傳相關治療資訊（如檢驗、影像、藥品處方等）給予保險人（健保署）乃為進行事前或事後核保與給付確認、確保給付效益用，並無其他附帶如強制參與研究或提供健保署以外機關資料等要求，保險人基於給付，無論法規或核保需要，保險人亦無持有被保險人醫療書面、影像資料外之生物檢體之必要與需求。
- 二、 次世代基因定序 Next Generation Sequencing (30301B-30305B)」支付規範（6）「基因檢測結果須由病人簽署同意書並於申報後一個月內依指定格式上傳至健保署或其指定資料庫，未上傳者本項不予支付」，此項指標除以「行政措施要求（上傳）」據以作為支付要件欠缺法律依據外，亦未明確規範「健保署指定資料庫」為何，恐有違憲與違法疑慮。同時依照健保法，亦未有明確規範健保署本署外之任何資料庫得以存取病人（被保險人）個資、甚至檢體，因此依法「上傳基因檢測書面結果應取得病人簽署之書面同意外，其檢測資料除以 V P N 上傳健保署依法供核保用途外，不得作為他用或上傳至非健保署以外之機關」，且同意書上必須載明上傳之用途。故，本項支付規範建議修正為：「**（6）基因檢測書面結果載明上傳用途後須由病人簽署同意書並於申報後一個月內依指定格式上傳至健保署，除作為給付審查外，不得因病人不同意簽署該同意書之給付外目的用途而拒絕提供檢測或要求病人自費。**」
- 三、 此支付規範有違反憲法（司法院釋字第 472、785 號、111 年憲判字第 13 號）、健保法、個人資料保護法、人體研究法、人體生物資料庫管理條例、赫爾辛基宣言與台北宣言等疑慮，更不僅導致民眾受國家保障之健康權不再是任何人可得主張之權利，反而變成是人民被迫以健康資料（檢體資訊）換取之對價財貨，弱化健康權作為憲法基本權利之地位，亦侵害民眾就其個人資料有決定是否揭露、揭露範圍、於何時向何人揭露之自主決定權，並造成法外規定之給付差別化，使得民眾必須以「自費」保存自己與醫療和給付無關之法定權利，期期不可，應修正該等規範。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：吳倍儀

聯絡電話：02-27065866 分機：3620

傳真：02-27069043

電子郵件：A111314@nh.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年4月12日

發文字號：健保醫字第1130106980號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：無

主旨：有關貴會委員就本署113年3月28日預告「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目修正草案之陳述意見，復請查照。

說明：

- 一、復貴會113年4月8日衛部健字第1133360049號書函。
- 二、有關貴會委員建議事項，本署業列入支付標準修訂參考，將綜整各界所提意見，依程序報請鈞部核定（循例副知貴會）後公布實施。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：電
交
2024/04/12
17:06:41
文
章



報告事項

第一案

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。
(健保署更新後附)

第二案

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112~115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：朱文珣科長，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

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護，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)。 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)。	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。 2.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。 3.為鼓勵基層診所提供夜間婦產科醫療服務，提升夜間住院院照護服務並確保醫療品質，103 年起編列「提升婦產科夜間住院護理照護品質」預算，予以點值保障。	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照護品質：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%)	

附件

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)
透析	<p>1.腹膜透析之追蹤處理費(每點1元支付)。</p> <p>2.偏遠地區之門診透析服務(每點1元支付)。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>1.95年協商核定腹膜透析採每點1元核算,所需預算額度已列入成長率中。</p> <p>2.偏遠地區之門診透析服務於104年編列預算60百萬元。</p> <p>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。</p>	<p>3.1%</p> <p>(110年為3.2%)</p>
醫院	<p>1.門診、住診之藥事服務費(每點1元支付)。</p> <p>2.門診手術(每點1元支付)。</p> <p>3.住院手術費、麻醉費(每點1元支付)。</p> <p>4.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)。</p> <p>5.經主管機關核定,保險人公告之分區偏遠認定原則醫院</p>	<p>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)。</p> <p>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重症病患就醫權益,減少同醫院管理所計算之門住診點值差異及減少門住診轉移醫療行為改變,經94年6月10日貴會第102次委員會同意之保</p>	<p>1.開辦時藥事服務費以1點1元支應。</p> <p>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%(1,937.5百萬元)及0.228%(552.88百萬元)預算。</p> <p>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)。</p> <p>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)。</p> <p>5.110年總額分別新增「持續推</p>	<p>18.5%</p> <p>(110年為13.1%)</p> <p>(註:因111年之預算及保障項目較110年多,爰占率提升)</p>

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)
	<p>(註2)。</p> <p>6.血品費(每點1元支付)。</p> <p>7.地區醫院急診診察費(每點1元支付)。</p> <p>8.地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)(每點1元支付)</p> <p>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)。</p> <p>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、精神急性性經濟病床)。</p>	<p>障項目。</p> <p>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。</p> <p>4.為提升偏鄉及都市型地區醫院之緊急醫療照護功能，並考量其營運成本，以106年醫院總額醫療服務成本指數改變率之預算，就地區醫院之急診診察費保障每點1元。</p> <p>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)以上醫院門住診結構改變，爰依據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、病房費及項次10，在111年4月生效。</p> <p>6.113年一般服務保障項目同</p>	<p>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)以上醫院門住診費用結構改變」項目分別編列5億元及10億元(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)。</p> <p>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)以上醫院門住診結構改變」編列10億元及20億元預算(項次9區域級(含)以上醫院加護病床之診察費、病房費及項次10)。</p>	

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)	
		<p>112 年，惟對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</p> <p>【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。</p>			

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。

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。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：111 年健保收入超過 2 億元之醫療院所財務報告之公開情形，請鑒察。(資料後附)

.....
本會研析說明：

- 一、本案係健保署依健保法第 73 條^(註)規定辦理，而該條文之立法意旨為二代健保保險財源籌措改革方案之一環，要求特約醫院公開揭露財務資訊報表，可提供中央與地方政府、發起人、一般捐助人、債權人、其他提供資源人士及主管機關等所關心之資訊。另同條文第 2 項規定，全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法(下稱財報公開辦法)，由保險人擬訂，提健保會討論後，報主管機關核定發布。惟歷屆委員皆關切特約醫療院所經營情形，並需瞭解醫療服務機構財報公開內容方可於該辦法修訂時提出建議，爰雖財報公開辦法未有修正，於本會歷年之工作計畫均安排報告。
- 二、至於以健保收入超過 2 億元為財務公開之對象，係依據健保法第 73 條授權訂定之財報公開辦法第 4 條第 1 項，保險醫事服務機構自中華民國 102 年起算之一定年限，其領取之保險醫療費用超過一定數額者，應於次年 10 月 31 日前，向保險人提報財務報告；其年限及數額，規定如下：
 - (一)第 1 年至第 3 年：新臺幣 6 億元。

(二)第 4 年至第 5 年：新臺幣 4 億元。

(三)第 6 年以上：新臺幣 2 億元。(107 年以後)

三、依本會本年度工作計畫，健保署應於上次(第 2 次)委員會議(113.3.13)提報本案，惟健保署前於本年 3 月 6 日來函表示，為增列相關資料使報告更臻完備，經該次委員會議決定，同意延至本次(第 3 次)委員會議(113.4.24)提報。

四、整理歷年本會委員及上次委員會議針對財報案的重點意見摘要(如附件，第 118 頁)，業於 3 月 27 日送請健保署回應說明。

註：健保法第 73 條：

保險醫事服務機構當年領取之保險醫療費用超過一定數額者，應於期限內向保險人提報經會計師簽證或審計機關審定之全民健康保險業務有關之財務報告，保險人並應公開之。

前項之一定數額、期限、財務報告之提供程序、格式及內容之辦法，由保險人擬訂，提健保會討論後，報主管機關核定發布。

第一項之財務報告應至少包括下列各項報表：

- 一、資產負債表。
- 二、收支餘絀表。
- 三、淨值變動表。
- 四、現金流量表。
- 五、醫務收入明細表。
- 六、醫務成本明細表。

決定：

歷年委員針對醫療院所財務報告公開情形意見摘要

- 一、醫療院所公開財務報告是依二代健保資訊透明公開之原則，達到民眾共同參與跟監督的目的，所以健保署不只是公開財務資訊，更要讓民眾瞭解醫療院所經營狀況，請健保署分析及解讀保險醫事服務機構提報之財務報告相關數據，例如如何解讀醫務利益率、稅後純益率？不同醫院之間的落差非常大合理嗎？能得到兩位數以上的成長率是否合理？院所間有無可資學習之處？相關盈餘是否用於改善醫事人員勞動條件及醫療環境與品質？另對經營不善發生收支短絀之醫療院所，需探討可能的原因及協助改善。
- 二、各醫院因公、私立等不同屬性類別，其主管機關要求之財務報告格式不同，導致不易分析及比較，為避免因分析而導致醫院需額外再產出其它數字，造成醫院的困擾，建議健保署協調政府相關單位，統一醫療院所財務報告格式，以利統計、分析及比較。
- 三、建議健保署輔導醫療院所，將現有財報資訊填入一致性格式的報表，並實際瞭解院所填寫過程中可能遭遇的困難，尋找可能的解決方式，以增加醫院公開財報內容的使用價值。
- 四、為瞭解醫院營運實際狀況，建議財報分析增加下列內容：
 - (一)將各層級院所醫務收支結餘分析再區分為健保及非健保(自費)收支。
 - (二)近五年各層級院所健保、非健保之收入占率變化。
 - (三)近五年各層級院所中，資產設備與不動產增加之比率、人事費(醫事人力及非醫事人力)之比率變化、非醫療業務收入之變化。
 - (四)建議針對結餘百分比進一步分析，例如 1~3% 多少家、3~5% 多少家，或醫學中心的平均結餘。
 - (五)按地區列表，以便瞭解地區別醫院之營運狀況。
 - (六)按各層級院所呈現非健保收入占整體收入比率，及整體收支有結餘/短絀前二十大醫療機構的非健保收入占整體收入之比率。
 - (七)捐贈、停車場、美食街等相關的收入占醫院營運的比重。

第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：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備查案，請鑒察。

說明：

- 一、依據全民健康保險法施行細則(下稱健保法施行細則)第 3 條：「保險人應依全民健康保險業務計畫及安全準備運用狀況，編列年度預算及年終決算報告，報主管機關，並分送健保會備查。」之規定辦理。
- 二、全民健康保險基金 112 年度決算及 114 年度預算，分別於 113 年 2 月 17 日及同年 3 月 20 日函送貴會備查。本署謹就 112 年度執行及 114 年度預算編列情形簡要說明如下：

(一)112 年度決算：

- 1.保險收入 8,161.95 億元：保費收入 7,736.83 億元、政府補助收入 240 億元、公益彩券盈餘分配及菸品健康福利捐分配收入 146.24 億元、利息收入 25.27 億元及收回呆帳等業務外收入 13.61 億元。
- 2.保險成本 7,818.05 億元：保險給付 7,761.07 億元、呆帳 52.37 億元、業務及業務外等費用 4.61 億元。
- 3.保險收支淨結餘 343.9 億元，依法提存安全準備，112 年底安全準備餘額為 1,392.83 億元，折合約 2.15 個月保險給付支出。
- 4.另菸品健康福利捐分配收入 2.23 億元，全數挹注罕見疾病用藥費用。

(二)114 年度預算：

- 1.保險收入 8,035.25 億元：
 - (1)保費收入 7,858.59 億元：按一般保險費率 5.17%、補充保險費率 2.11%計算。

(2)公益彩券盈餘分配及菸品健康福利捐分配收入 144.33 億元、利息收入 20.8 億元及收回呆帳等業務外收入 11.53 億元。

2.保險成本 8,653.95 億元：

(1)保險給付 8,595.4 億元：暫按 113 年醫療費用核定總額以成長率 5%推估。

(2)呆帳 53.66 億元、業務及業務外等費用 4.89 億元。

3.保險收支淨短絀 618.7 億元，依法收回安全準備填補短絀後，預估 114 年底安全準備餘額為 753.2 億元，折合約 1.05 個月保險給付支出。

4.另菸品健康福利捐分配收入編列挹注罕見疾病用藥費用(收入及支出同額編列 2.18 億元)，以及供全民健康保險之醫療科技評估、醫療服務審查及全民健康保險政策推動等所需(收入編列 6.19 億元、支出編列 2.62 億元，另編列屬資產性質之資訊設備 0.32 億元及電腦軟體 0.60 億元)。

5.又「提升保險服務成效」編列業務費用 2.69 億元，以及編列屬資產性質之資訊設備 0.58 億元及電腦軟體 1.73 億元，合共 5 億元。

報告單位業務窗口：吳珠鳳科長，聯絡電話：02-27065866 分機2121

.....
本會說明：

一、本案係中健保署於 113 年 2 月 17 日及 3 月 20 日依健保法施行細則函送「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」至本會備查，本會並於 4 月 1 日將決算書、預算書併同本會研析之報告(如下)送請委員先行審閱，並請委員如有意見，於 4 月 8 日前提出，再送請健保署回復。

(一)112 年度全民健康保險基金附屬單位決算分析報告(如附件一，第 122~130 頁)。

(二)114 年度全民健康保險基金附屬單位預算分析報告(如附件二，第 131~145 頁)。

二、截至 4 月 8 日止，未有委員提供意見，另健保署業依本會第 6 屆 113 年第 2 次委員會議討論事項第三案決議，提供 105~112 年各年度政府應負擔健保總經費 36%之計算過程及結果(詳第 47 頁)。

決定：

112 年度全民健康保險基金附屬單位決算分析報告

健保會 113 年 4 月

壹、前言

- 一、依據全民健康保險法(下稱健保法)施行細則第 3 條規定，保險人應依全民健康保險業務計畫及安全準備運用狀況，編列年度預算及年終決算報告，報主管機關，並分送健保會備查。中央健康保險署(下稱健保署)爰於 113 年 2 月 17 日以健保計字第 1130720059 號函檢送該署 112 年度全民健康保險基金附屬單位決算報告，請本會備查。
- 二、本分析報告基於本會權責，以「保險收支」為範圍進行整理分析，並參考本會委員會議資料、健保署之業務執行報告及會計月報等資料，以期完整呈現年度保險財務收支狀況，提供委員參考。

貳、保險財務分析

一、保險財務概況

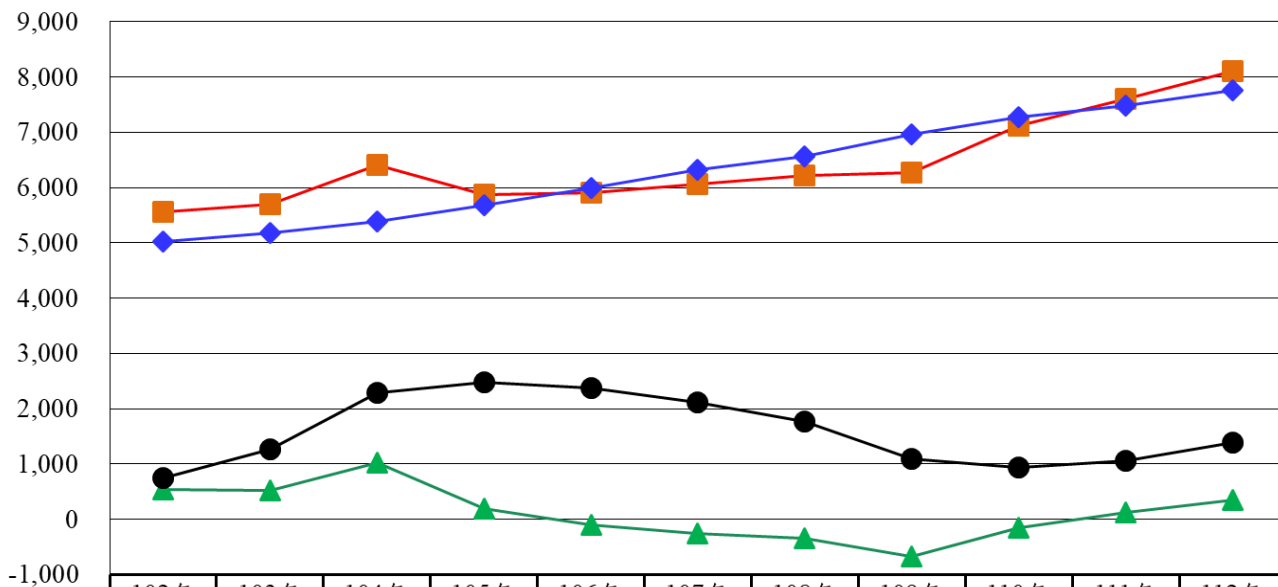
- (一)保險收支：112 年度保險收入 8,109.57 億元¹(成長率 6.66%)，保險成本 7,765.67 億元²(成長率 3.67%)，保險收支結餘 343.90 億元。102~112 年健保財務收支狀況詳圖一：
- (二)安全準備：112 年度保險收支結餘，依全民健康保險法第 76 條第 1 項規定全數提存安全準備，提存後安全準備累計餘額為 1,392.83 億元，約當 2.15 個月保險給付支出³。

¹ 保險收入＝保險費＋滯納金＋資金運用淨收入＋公益彩券盈餘及菸品健康捐分配數＋其他淨收入－呆帳提存數－利息費用，資料來源為健保署。

² 保險成本＝醫療費用＋其他業務外費用(未含手續費用)，資料來源為健保署。

³ 112 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 17 頁。

單位：億元



	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年
保險收入	5,557	5,695	6,410	5,869	5,900	6,061	6,224	6,278	7,119	7,603	8,110
保險成本	5,021	5,181	5,381	5,684	5,998	6,328	6,566	6,954	7,274	7,491	7,766
保險收支餘絀	536	514	1,029	186	-98	-266	-342	-676	-155	113	344
安全準備累計餘額	746	1,260	2,289	2,474	2,376	2,109	1,767	1,091	936	1,049	1,393

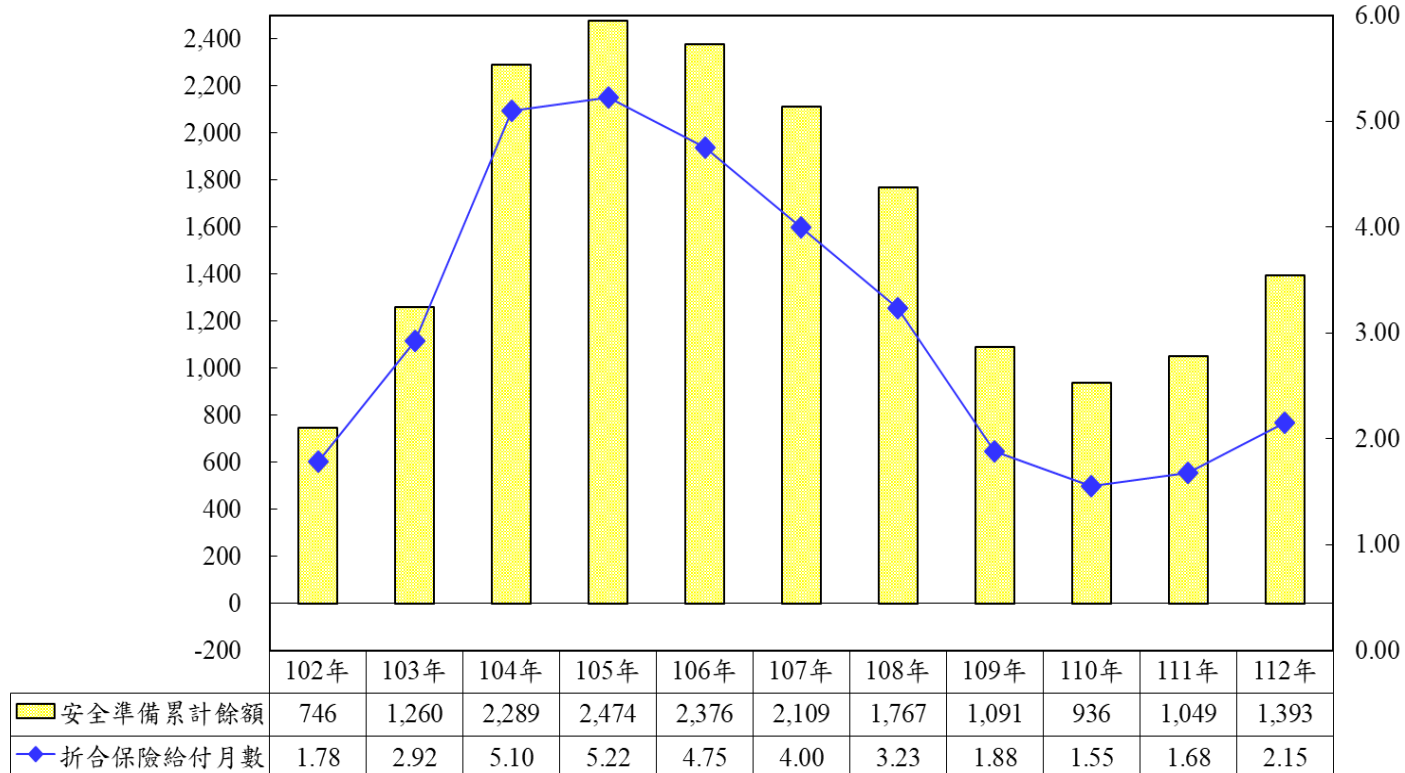
資料來源：健保署。

圖一、102~112年健保財務收支狀況（權責基礎）

(三)102~112 年健保財務趨勢：102 年開始施行二代健保後，受增加收取補充保險費及政府應負擔健保總經費法定下限比率調整至 36% 之影響，102~105 年健保財務皆為結餘，惟受 105 年調降費率(一般保險費費率由 4.91% 調整為 4.69%，補充保險費費率由 2% 調整為 1.91%)，及健保收支結構性問題(保險收入成長率低於保險成本成長率)影響，106 年度開始出現短絀，且短絀數持續增加(詳圖一)；110 年一般保險費率由 4.69% 調整至 5.17%，惟因費率未予調足，當年健保財務收支仍有短絀；惟 111 年保險收入受基本工資調漲及軍公教調薪等因素影響，使保險收入大幅成長，致 111 年財務情形逆轉產生結餘；至 112 年，行政院為因應健保安全準備不足部分，撥補全民健康保險基金 240 億元，當年度收支結餘更增加至 344 億元。102~112 年安全準備累計餘額及約當保險給付支出月數詳圖二。

單位：億元

單位：月



註：全民健康保險法第78條規定，安全準備總額以相當於最近精算1個月至3個月之保險給付支出為原則。

資料來源：健保署。

圖二、102~112年安全準備趨勢

二、保險收支項目比較分析：以下就保費收入、保險給付、安全準備、呆帳、利息收入、雜項收入等保險收支項目，進行比較分析。

(一)保費收入：112 年度保費收入為 7,736.83 億元。

1.預算執行：較預算數 7,220.22 億元增加 516.61 億元，執行率為 107.16%(詳表一)。

2.成長比較：較 111 年度 7,479.04 億元增加 257.78 億元，成長 3.45%(詳表一)。112 年保費收入增加之主要原因如下⁴(詳表二)：

(1)一般保險費 6,073.25 億元，較 111 年增加 216.14 億元，主要是平均投保金額及平均保險費增加所致。

(2)補充保險費 721.63 億元，較 111 年減少 12.26 億元，主要是投保單位雇主負擔、個人股利及獎金減少所致。

⁴ 健保署 113 年 1 月份業務執行季報告第 10 頁表 5-2 附註 2.(1)。

(3)政府應負擔健保總經費法定下限 36% 差額 936.64 億元，較 111 年增加 53.82 億元，主要是 112 年度一般保險費較 111 年增加，政府負擔隨同增加所致。

(4)滯納金 5.30 億元，較 111 年增加 859 萬餘元。

表一、收支餘絀比較表(保險收支部分)

單位：元

科目	112年度		比較		111年度 審定決算數(c)	比較	
	決算數(a)	預算數(b)	金額增減 (a-b)	執行率 (a/b)		金額增減 (a-c)	成長率 (a-c)/c
保險收入	816,194,468,421	761,738,884,000	54,455,584,421	107.15%	765,683,333,714	50,511,134,707	6.60%
保費收入	773,682,530,427	722,021,593,000	51,660,937,427	107.16%	747,904,072,028	25,778,458,399	3.45%
其他補助收入	24,000,000,000	24,000,000,000	0	100.00%	0	24,000,000,000	-
依法分配收入(註)	14,624,138,499	14,166,974,000	457,164,499	103.23%	15,484,058,506	-859,920,007	-5.55%
利息收入	2,526,665,064	455,213,000	2,071,452,064	555.05%	1,008,491,957	1,518,173,107	150.54%
投資賸餘	197,352	0	197,352	-	197,352	0	0.00%
收回呆帳	1,342,380,920	1,070,000,000	272,380,920	125.46%	1,264,198,418	78,182,502	6.18%
雜項收入	18,556,159	25,104,000	-6,547,841	73.92%	22,315,453	-3,759,294	-16.85%
保險成本	781,804,812,766	781,948,474,000	-143,661,234	99.98%	754,410,502,922	27,394,309,844	3.63%
保險給付	776,107,137,116	775,540,632,000	566,505,116	100.07%	748,648,263,312	27,458,873,804	3.67%
呆帳	5,236,669,115	5,927,190,000	-690,520,885	88.35%	5,337,173,608	-100,504,493	-1.88%
雜項業務成本	0	28,000,000	-28,000,000	0.00%	0	0	-
業務費用	458,448,921	451,333,000	7,115,921	101.58%	423,653,685	34,795,236	8.21%
雜項費用	2,557,614	1,319,000	1,238,614	193.91%	1,412,317	1,145,297	81.09%
保險收支淨餘絀	34,389,655,655	-20,209,590,000	54,599,245,655	-170.17%	11,272,830,792	23,116,824,863	205.07%

註：依法分配收入為依法提列保險安全準備之金額，不含於捐補助罕見疾病用藥費用部分(非屬保險收入)。

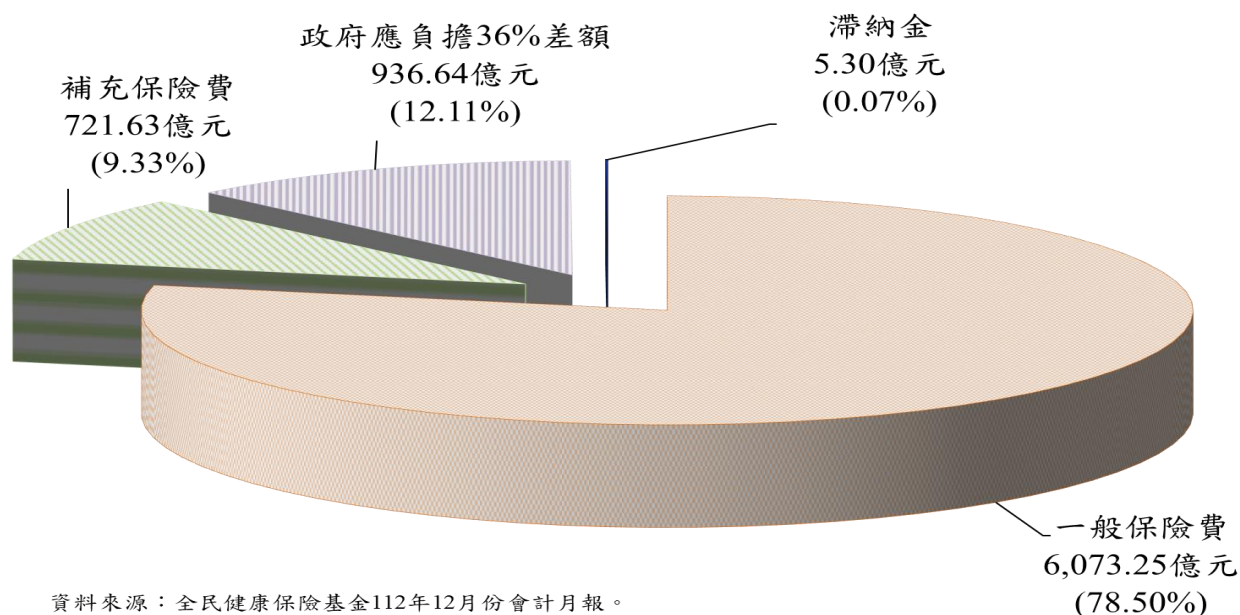
資料來源：健保署

表二 112 年保費收入成長主要原因分析

保費收入類別	原因	成長金額(億元)
一般保險費	平均投保金額及平均保險費增加	216.14
補充保險費	投保單位雇主負擔、個人股利及獎金減少	-12.26
政府應負擔36%	政府負擔隨 112 年度一般保險費增加	53.82
滯納金		0.09
合計		257.79

註：因四捨五入關係，致總數與細數之間有未吻合情況。

3.保費收入結構：112 年度一般保險費為 6,073.25 億元，是保費收入之主要來源，占保費收入 78.50%；補充保險費收入 721.63 億元、政府負擔 36% 差額 936.64 億元，兩者合計為 1,658.27 億元，合計占保費收入 21.44%⁵(詳圖三)。



圖三 112年度保費收入結構

4.保險費收繳：

(1)應收保險費收繳情形⁶：近 5 年一般保險費總收繳率為 99.23%。其中投保單位及保險對象之收繳率為 98.84%，略高於 111 年底 98.69%⁷。

(2)截至 112 年 12 月底止，投保單位及保險對象積欠保險費約 244.9 億元(含補充保險費欠費 5.56 億元)，較 111 年 12 月底 263.8 億元 (含補充保險費欠費 4.76 億元)，減少 18.9 億元⁸。

⁵ 全民健康保險基金 112 年 12 月份會計月報。

⁶ 僅統計未逾 5 年請求權期間之應收保險費(不含利息)。

⁷ 健保署 112 年 12 月及 111 年 12 月份業務執行報告表 6-1。

⁸ 112 年度全民健康保險基金附屬單位決算及 111 年度全民健康保險基金附屬單位(審定)決算第 2 頁。

(3)各級政府積欠保險費補助款情形⁹：依 100 年 1 月 26 日修正公布之健保法第 27、28 條，自 101 年 7 月 1 日施行，地方政府應負擔健保費補助款，統一改由中央負擔，現各級政府均無積欠健保費補助款之情事。

(4)催收款項：112 年底為 200.55 億元，較 111 年底 210.47 億元減少 9.92 億元，成長率-4.71%¹⁰。

(5)政府應負擔健保總經費法定下限 36% 差額：102~112 年度合計為 6,647.6 億元，截至 112 年 12 月底，已撥付 6,312.7 億元，待撥付 334.9 億元，將循預算程序爭取足額編列¹¹。

(二)保險給付：112 年度保險給付為 7,761.07 億元。

1.預算執行：較預算數 7,755.41 億元增加 5.67 億元，執行率為 100.07%(詳表一)。

2.成長比較：較 111 年度之 7,486.48 億元增加 274.59 億元，成長率 3.67%(詳表一)，主要係因總額協商成長所致¹²。

3.現金支出：112 年度保險給付現金支出 7,438.00 億元¹³，占權責基礎比率 95.84%，低於 111 年之 105.68%。

(三)安全準備：

1.提存安全準備(安全準備來源)¹⁴：112 年度安全準備之來源包括：運用收益 21.55 億元、滯納金收入 5.30 億元、公益彩券分配收入 16.09 億元、菸品健康福利捐分配收入 130.15 億元，及上述各項以外之保險收支結餘 170.81 億元，共計 343.90 億元(詳表三)。

⁹ 112 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 2 頁。

¹⁰ 112 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 22 頁，「催收款項」係指投保單位及保險對象清償期屆滿 6 個月尚未收回之一般保費。

¹¹ 112 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 2 頁。

¹² 健保署 113 年 1 月份業務執行季報告第 10 頁表 5-2 附註 2.(7)。另依 112 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 3 頁及 111 年度全民健康保險基金附屬單位(審定)決算第 2 頁，112 及 111 年協定之醫療給付費用總額成長率分別為 3.323%及 3.320%。

¹³ 健保署 113 年 1 月份業務執行季報告第 8 頁表 4：7,438.00 億元÷7,761.07 億元*100%=95.84%；111 年為 7,911.66 億元÷7,486.48 億元*100%=105.68%

¹⁴ 健保法第 76 條第 1 項規定，安全準備來源包括年度收支結餘、滯納金、運用收益、菸品健康福利捐及其他法令規定收入。

2.收回安全準備(安全準備去路)：因 112 年度保費收入增加，保險收支產生淨結餘，無須收回安全準備¹⁵。

表三、安全準備項目比較表

單位：元

來源及去路項目	112年度 自編決算(a)	111年度 審定決算(b)	比較	
			金額增減 (a-b)	成長率 (a-b)/b
提存安全準備	34,389,655,655	16,889,875,625	17,499,780,030	-
運用收益	2,154,584,962	884,065,075	1,270,519,887	143.71%
滯納金	530,351,572	521,752,044	8,599,528	1.65%
公益彩券分配收入	1,608,667,672	1,446,961,007	161,706,665	11.18%
菸品健康福利捐分配收入	13,015,470,827	14,037,097,499	-1,021,626,672	-7.28%
保費收支結餘(上述各項以外)	17,080,580,622	0	17,080,580,622	-
收回安全準備	0	5,617,044,833	-	-

註：依健保法第76條規定，安全準備來源包括年度收支結餘、滯納金、運用收益、菸品健康福利捐及其他法令規定收入；年度收支短絀應由安全準備先行填補。

資料來源：全民健康保險基金112年12月份會計月報、111年度審定決算試算表

(四)呆帳：112 年度呆帳 52.37 億元，呆帳率為 0.68%¹⁶，低於 111 年度之 0.71%。

1.預算執行：較預算數 59.27 億元減少約 6.91 億元，執行率 88.35%(詳表一)。

2.成長比較：較 111 年度 53.37 億元減少 1.01 億元，成長率為-1.88%(詳表一)，係因加強已逾寬限期催收及行政執行，致「執行結案取得債權憑證五年內」之應收款項相對減少，故提列呆帳數較去年同期減少¹⁷。

(五)收回呆帳：112 年度收回呆帳 13.42 億元，較預算數 10.70 億

¹⁵ 112 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 25 頁。健保法第 76 條第 2 項規定，本保險年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補。

¹⁶ 112 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 19 頁。呆帳率=呆帳/保費收入，112 年度為 52.37 億元÷7,736.83 億元*100%=0.68%;111 年度為 53.37 億元÷7,479.04 億元*100%=0.71%。

¹⁷ 健保署 113 年 1 月份業務執行季報告第 10 頁表 5-2 附註 2(8)。

元增加 2.72 億元¹⁸；較 111 年度 12.64 億元增加 0.78 億元，成長率 6.18%，係因健保署加強欠費監控機制並加強已報列呆帳之催收所致¹⁹(詳表一)。

(六)利息收入：112 年度利息收入 25.27 億元。

1.預算執行：較預算數 4.55 億元增加 20.71 億元，執行率為 555.05%(詳表一)²⁰。

2.成長比較：較 111 年度 10.08 億元增加 15.18 億元，成長率為 150.54%，係銀行利率提高及實際平均銀行存款餘額較去年同期增加所致²¹。

(七)雜項收入：112 年度 0.19 億元，較 111 年度 0.22 億元減少 0.04 億元，成長率為-16.85%，主要醫療院所捐贈收入及未兌現支票轉列收入較去年同期減少所致²²(詳表一)。

三、保險資金餘額運用情形

(一)短期借款²³：112 年度無短期借款發生。

(二)資金餘額與運用：112 年底保險資金餘額 1,517.14 億元，較 111 年底 1,018.81 億元增加 498.33 億元²⁴，依法²⁵存放於銀行定期存款 1,312.92 億元、銀行優惠活期存款 17.16 億元、銀行一般活期存款 86.96 億元、投資附賣回交易票券及債券 100.10 億元²⁶(詳表四)，112 年截至 12 月底資金運用收益率為 1.34%，高於 111 年同期之 0.57%。

¹⁸ 112 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 19 頁。

¹⁹ 健保署 113 年 1 月份業務執行季報告第 10 頁表 5-2 附註 2(5)。

²⁰ 112 年度全民健康保險基金附屬單位決算報告第 19 頁。

²¹ 健保署 113 年 1 月份業務執行季報告第 10 頁表 5-2 附註 2(4)。

²² 健保署 113 年 1 月份業務執行季報告第 10 頁表 5-2 附註 2(6)。

²³ 健保署 113 年 1 月份業務執行季報告第 8 頁表 4。

²⁴ 健保署 112 年 12 月份業務執行報告第 7 頁及 111 年 12 月份業務執行報告第 9 頁表 4。

²⁵ 健保法第 77 條規定，保險之基金得以①公債、庫券及公司債之投資、②存放於公營銀行或主管機關指定之金融機構、③其他經主管機關核准有利於本保險之投資方式運用。

²⁶ 健保署 112 年 12 月份業務執行報告第 17 頁表 11。

表四 保險資金投資概況表

投資項目	金額(億元)	占率(%)
銀行定期存款	1,312.92	86.54
銀行優惠活期存款	17.16	1.13
銀行一般活期存款	86.96	5.73
附賣回交易票、債券	100.10	6.60
合計	1,517.14	100

註：因四捨五入關係，致總數與細數之間有未吻合情況。

參、結論

健保財務自 106 年起即產生年度收支短絀情形，由於存在收支結構性失衡問題，財務缺口逐年擴大。為改善健保財務，110 年起將一般保險費及補充保險費率分別調整為 5.17%、2.11%，111、112 年費率維持不變。截至 112 年 12 月底，保險收支結餘 344 億元，安全準備累計餘額為 1,393 億元，約當 2.15 個月保險給付支出。

政府考量近年來社會經濟受疫情影響及物價通貨膨脹，調整費率實有困難，為因應健保安全準備不足，行政院於 112 年撥補全民健保基金 240 億元，一方面可減輕健保財務壓力，但另一方面增加未來調整費率的困難度，並延緩健保的改革腳步。長期而言，健保財務問題宜回歸二代健保所定的收支連動機制，並同時檢視健保財務收支結構，使健保資源運用更具效率，及持續規劃推動財務平衡相關調整措施之優先順序(如擴大費基、增加補充性財源等)，方能使健保永續經營。另本會委員歷年關切政府應負擔健保財務責任之相關建議，對於健保長期的財務穩定，具有正面意義，仍請衛福部積極回應處理。

114 年度全民健康保險基金附屬單位預算分析報告

健保會 113 年 4 月

壹、前言

- 一、依據全民健康保險法(下稱健保法)施行細則第 3 條規定，保險人應依全民健康保險業務計畫及安全準備運用狀況，編列年度預算及年終決算報告，報主管機關，並分送健保會備查。中央健康保險署(下稱健保署)爰依據 114 年度中央政府總預算附屬單位預算-非營業部分編製日程表，於 113 年 3 月 20 日以健保計字第 1130720099A 號函檢送該署 114 年度全民健康保險基金附屬單位預算書，請本會備查。
- 二、本分析報告基於本會權責，以「保險收支」為範圍進行整理分析，並參考本會委員會議資料、健保署之業務執行報告及會計月報等資料，以期完整呈現年度保險財務收支狀況，提供委員參考。另以健保署提供之 113、114 年度全民健康保險基金附屬單位預算書作為分析比較基礎，呈現該 2 年度之健保財務收支情形，並編製附表一~六；及檢附該署依據最新之財務預估資料，提供之「114 年底安全準備餘額推估表」(附表七)供參考。
- 三、全民健康保險基金附屬單位預算書內容除「保險收支」外，另包含「菸品健康福利捐(下稱菸捐)挹注罕見疾病用藥費用(113 年度收支同額編列 2.11 億元、114 年編列 2.18 億元)及支應全民健康保險之醫療科技評估、醫療服務審查及全民健康保險政策推動等專項業務費用(為 114 年度新增項目，114 年度收入編列 6.19 億元、支出編列 2.62 億元)」，但三者財務獨立，不得相互流用、填補¹。

貳、預算書內容概述

茲就 113 年度預算截至 2 月底執行情形及 114 年度保險收支預算分析，分述如下：

一、113 年度預算執行情形

¹ 114 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 2 頁將營運計畫分為「保險營運計畫」及「其他計畫(菸品健康福利捐獲配收入供罕見疾病用藥費用及專項業務費用)」。

113 年度截至 2 月底止²，保險收入³為 1,375.03 億元，較預算數 1,345.91 億元增加 29.12 億元(2.16%)，主要係因一般保險費較預算增加所致；保險成本⁴為 1,305.80 億元，較預算數 1,238.31 億元增加 67.49 億元(5.45%)，主要係因保險給付較預算增加所致。

二、114 年度保險收支預算分析

(一)重要估計基礎摘述：

1.保費收入⁵：

(1)保險費收入

①保險費率：按一般保險費率 5.17%、補充保險費率 2.11% 計算。

②保險對象人數：以 112 年加保資料推估，並參考國家發展委員會「中華民國人口推計(111 年至 159 年)」之人口成長資料，推估總人口數為 2,389.08 萬人。

③投保金額：依據 112 年加保資料，並考量自 113 年 1 月 1 日起，配合基本工資調整，投保金額分級表最低一級由 26,400 元調整為 27,470 元及軍公教調薪 4%，平均投保金額假設第 1 類為 50,530 元，第 2 類為 29,941 元，第 3 類為 27,470 元，第 4、5 類定額保險費為 2,160 元，第 6 類定額保險費為 1,377 元。

(2)滯納金收入：參考 112 年度滯納金決算數編列(5.3 億元)。

2.依法分配收入⁶：

(1)菸捐分配收入：依國民健康署預估 114 年菸捐收入推估數 270 億元扣除辦理檳榔廢園及輔導菸農轉作業務需求 0.85 億元後，分別按分配比例 47.7%、2.3%及 0.81%編列提存安全準備 128.38 億元、支應專項業務 6.19 億元及挹注罕見疾病健保用藥費用 2.18 億元。

(2)公益彩券盈餘分配收入：係按 112 年度實際獲配盈餘之 90% 編列。

² 113 年 2 月份會計月報收支餘絀情形表。

³ 保險收入=保費收入+其他補助收入+依法分配收入(不含菸捐挹注罕病用藥費用)+利息收入+收回呆帳+雜項收入。

⁴ 保險成本=保險給付+呆帳+業務費用+雜項費用。

⁵ 114 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 39 頁。

⁶ 健保署 113 年 3 月 26 日以電子郵件提供之資料。

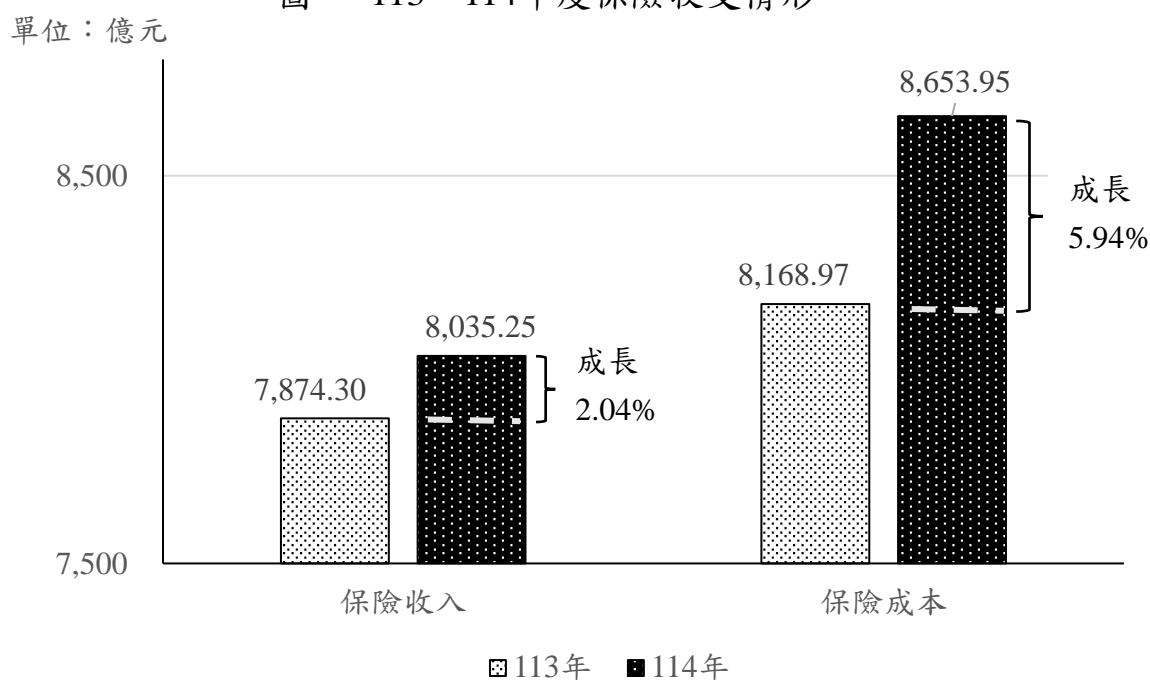
3.保險給付⁷：

- (1)總額：依據 113 年度總額 8,755.35 億元，以成長率 5%推估。
- (2)部分負擔：以 112 年金額每年參考近 5 年平均成長率(約 3.1%)推估。
- (3)代辦部分負擔：以 112 年金額每年參考近 5 年平均成長率(約-1%)推估。
- (4)代辦費用：以 112 年金額按 113 年總額成長率 4.7%及 114 年預計總額成長率 5%推估。
- (5)代位求償費用：參考 112 年度金額及目前協商共識等估算。

(二)保險財務狀況：

- 1.保險收支及餘絀：114 年度編列保險收入 8,035.25 億元，保險成本 8,653.95 億元，保險收支短絀 618.7 億元(詳附表一)。
- (1)保險收入：較 113 年度預算數 7,874.3 億元增加 160.94 億元，成長率 2.04%(如圖一)。
- (2)保險成本：較 113 年度預算數 8,168.97 億元增加 484.98 億元，成長率為 5.94%(如圖一)。
- (3)保險收支短絀：較 113 年度預算數短絀 294.66 億元增加 324.04 億元，成長率為 109.97%。

圖一 113、114年度保險收支情形



⁷ 114 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 40 頁。保險給付=醫療費用-部分負擔-代辦部分負擔-代辦費用-代位求償費用-菸捐挹注罕病用藥費用-辦理提升保險服務成效所需經費。

2.安全準備餘額

依據健保署提供之「114 年底安全準備餘額推估表」(詳附表七)，113 年度保險收支短絀數 20.94 億元，加計 112 年底安全準備餘額 1,392.83 億元，113 年底安全準備餘額為 1,371.9 億元，加計 114 年度保險收支短絀數 618.7 億元後，114 年底安全準備餘額為 753.2 億元，約當 1.05 個月保險給付支出(如下表)。

113、114 年度最新財務預估表

年度	項目	依據健保署 最新財務預估
113	短絀數(億元)	20.94
	安全準備餘額(億元)	1,371.9
	約當保險給付月數(月)	2.03
114	短絀數(億元)	618.7
	安全準備餘額(億元)	753.2
	約當保險給付月數(月)	1.05

(三)保險收支項目分析：

以下將保險收支項目區分為保費收入、依法分配收入、利息收入、保險給付及提列呆帳等 5 項，進行年度成長比較⁸：

1.保費收入⁹

(1)114 年度預估保費收入 7,858.59 億元(含滯納金 5.3 億元)，較 113 年度 7,519.17 億元，增加 339.42 億元，成長率 4.51%(詳附表一)。

(2)114 年度保費收入中，一般保險費收入預估為 6,303.13 億元(成長率 3.8%)、補充保險費為 626.51 億元(成長率 3.59%)、政府應負擔健保總經費 36% 不足數為 923.65 億元(成長率為 10.35%)，後 2 項合計 1,550.16 億元(詳附表二)，約占保費收入 19.73%。

(3)114 年度保險對象人數為 23,890,752 人，較 113 年度增加

⁸ 均以 114 年度預算數與 113 年度預算數比較。

⁹ 114 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 39 頁。

81,996 人，其中第 1、4、6 類保險對象較 113 年度為正成長，分別增加 237,178、2,352、59,804 人，成長率為 1.64%、2.77%、1.74%，第 2、3、5 類保險對象較 113 年度為負成長，分別減少 118,634、86,663、12,041 人，成長率為-3.25%、-4.57%、-4.25%(詳附表三)。

2.依法分配收入：

114 年度預估依法分配收入為 144.33 億元，較 113 年度 134.58 億元，增加 9.75 億元，成長率 7.25%(詳附表一)。分析如下：

(1)菸捐分配收入：114 年度預估菸捐分配收入 128.38 億元，較 113 年度 122.98 億元，增加 5.4 億元，成長率 4.39%(詳附表六)。

(2)公益彩券盈餘分配收入：114 年度預估公益彩券盈餘分配收入 15.95 億元，較 113 年度 11.6 億元，增加 4.35 億元，成長率 37.47%(詳附表六)。

3.利息收入¹⁰

114 年度預估利息收入為 20.8 億元，較 113 年度預算數 8.35 億元，增加 12.46 億元，成長率 149.26%(詳附表二)。

4.保險給付¹¹

(1)114 年度保險給付 8,595.4 億元，較 113 年度 8,107.23 億元，增加 488.18 億元，成長率 6.02%(詳附表四)。

(2)影響 114 年度保險給付金額之項目(含加項及減項)中，部分負擔較 113 年度大幅成長，成長率 13.67%，代位求償費用、代辦費用、菸捐較 113 年度微幅成長，提升保險服務成效較 113 年度減少，成長率-5.74%。

(3)114 年度總額預估為 9,193.11 億元，現行各年度總額，係由主管機關(衛福部)擬訂成長率範圍，報請行政院核定後，再交由本會協議訂定。109 至 113 年度行政院核定之總額範圍

¹⁰ 114 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 15 頁。

¹¹ 114 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 40 頁。

及核(決)定成長率，詳附表五。

(4)114 年度「提升保險服務成效」¹²

①辦理重點：辦理醫療相關應用系統維運、資安相關軟體維護及版權購置暨資訊技術諮詢服務、建立專家研究團隊進行健保重要支付政策之評估分析、ICD-10-CM/PCS 改版事宜、DRG 全面導入雙軌推動案、精進總額支付作為及總額支付研究案、提升醫療照護服務品質及效率、提升全民健保全方位智能客服精進方案等費用。

②預算：114 年度編列 5 億元，較 113 年度 5.3 億元，減少 0.3 億元，成長率-5.74%。114 年度預算包括業務費用 2.69 億元、電腦軟體 1.73 億元及機械設備 0.58 億元(詳附表四)。

5.提列呆帳¹³

(1)114 年度提列呆帳 53.66 億元，較 113 年度預算數 56.32 億元減少 2.66 億元，成長率-4.73%(詳附表二)。

(2)114 年度預估呆帳率¹⁴為 0.68%，略低於 113 年度之 0.75%。

參、110~113 年度保險收支項目推估差異比較表

就 110~113 年度保險收支項目之預算數、費率審議推估數、決算數之差異，整理如下表、圖二，提供委員參考。

¹² 114 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 40 頁。

¹³ 114 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 43 頁。

¹⁴ 呆帳率=呆帳/保費收入。

110~113 年度保險收支項目比較表

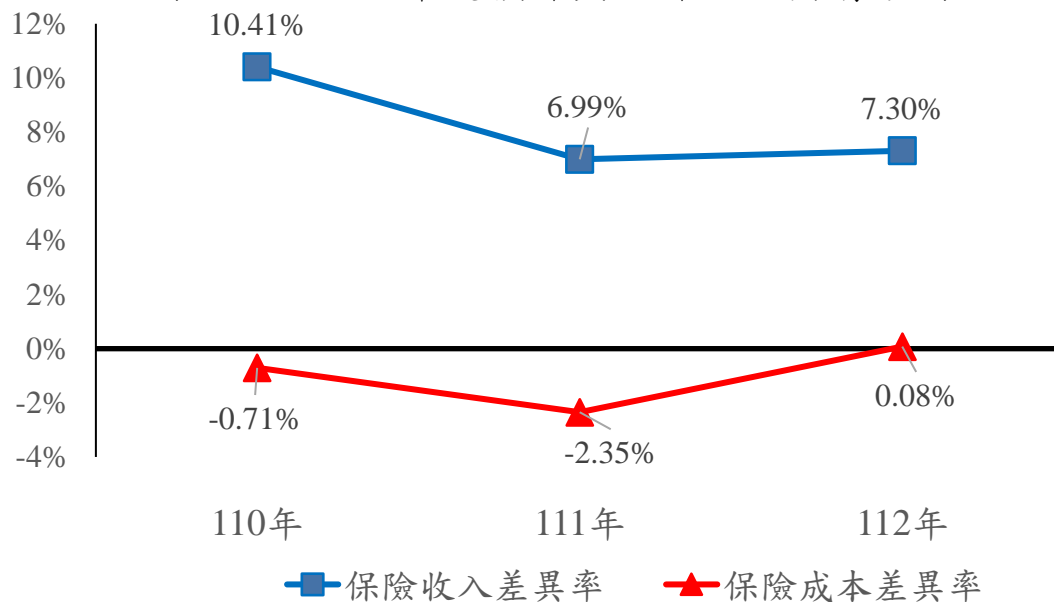
單位：億元；%

年度	項目	預算數 (a)	費率審議 推估數(b)	決算數 (c)	c-a(決算-預算)		c-b(決算-費率推估)	
					金額	差異百分比	金額	差異百分比
110	保險收入	6,448	6,379	7,119	671	10.41%	740	11.60%
	保險成本	7,326	7,231	7,274	-52	-0.71%	43	0.59%
	保險收支餘絀	-878	-852	-155	723	-	697	-
111	保險收入	7,106	7,205	7,603	497	6.99%	398	5.52%
	保險成本	7,671	7,471	7,491	-180	-2.35%	20	0.27%
	保險收支餘絀	-565	-266	113	678	-	378	-
112	保險收入	7,558	7,703	8,110	552	7.30%	407	5.28%
	保險成本	7,760	7,752	7,766	6	0.08%	14	0.18%
	保險收支餘絀	-202	-49	344	546	-	393	-
113	保險收入	7,818	8,087	-	-	-	-	-
	保險成本	8,113	8,017	-	-	-	-	-
	保險收支餘絀	-295	70	-	-	-	-	-

註：1.預算數：110~112 年為法定預算、113 年為送立法院審議預算書；費率審議推估數 112 年 11 月提供；決算數：110、111 年為審定數；112 年為自編數。

2.為使比較基礎一致，預算數及決算數係將呆帳金額移列為保險收入減項(與費率審議推估基礎一致)

圖二 110~112年度預算與決算之差異情形圖



肆、結論

一般保險費及補充保險費費率在 110 年度調整為 5.17% 及 2.11% 下，依據健保署最新財務預估(附表七)，114 年度保險成本仍大於保險收入，預計保險收支短絀 618.7 億元，較 113 年度短

絀 20.94 億元增加 597.76 億元，預估至 114 年底，安全準備餘額為 753.2 億元，約當 1.05 個月保險給付支出。依據健保法第 78 條規定，健保安全準備以相當於最近精算 1~3 個月之保險給付支出為原則，114 年底安全準備將接近法定 1 個月之規定，且由於 112 年及 113 年行政院挹注健保基金 240 億元及 200 億元，方可紓解健保財務壓力，爰建請衛福部及健保署持續推動財務平衡與開源節流相關措施，另本會委員歷年關切政府應負擔健保財務責任之相關建議，對於健保長期的財務穩定，有正面意義，仍請衛福部積極回應處理，俾益健全健保財務。

附表一、收支餘絀情形比較表(保險收支部分)

單位：新臺幣千元；%

科目	112年度 決算數 ¹ (a)		113年度 預算數 ² (b)		114年度 預算數 ³ (c)		113與112年度 比較增減		114與113年度 比較增減	
	金額	占率	金額	占率	金額	占率	金額 (b-a)	成長率 (b-a)/a	金額 (c-b)	成長率 (c-b)/b
保險收入	816,194,468	100.00%	787,430,439	100.00%	803,525,093	100.00%	-28,764,029	-3.52%	16,094,654	2.04%
保費收入	773,682,530	94.79%	751,917,149	95.49%	785,859,326	97.80%	-21,765,381	-2.81%	33,942,177	4.51%
其他補助收入	24,000,000	2.94%	20,000,000	2.54%	0	0.00%	-4,000,000	-16.67%	-20,000,000	-100.00%
依法分配收入	14,624,139	1.80%	13,457,995	1.71%	14,433,084	1.80%	-1,166,144	-7.97%	975,089	7.25%
利息收入	2,526,665	0.31%	834,665	0.11%	2,080,499	0.26%	-1,692,000	-66.97%	1,245,834	149.26%
收回呆帳	1,342,381	0.16%	1,198,000	0.15%	1,131,520	0.14%	-144,381	-10.76%	-66,480	-5.55%
雜項收入	18,753	0.00%	22,630	0.00%	20,664	0.00%	3,877	20.67%	-1,966	-8.69%
保險成本	781,804,813	100.00%	816,896,653	100.00%	865,394,933	100.00%	35,091,840	4.49%	48,498,280	5.94%
保險給付	776,107,137	99.27%	810,722,533	99.24%	859,540,391	99.32%	34,615,396	4.46%	48,817,858	6.02%
呆帳	5,236,669	0.67%	5,632,008	0.69%	5,365,518	0.62%	395,339	7.55%	-266,490	-4.73%
業務費用	458,449	0.06%	540,566	0.07%	486,906	0.06%	82,117	17.91%	-53,660	-9.93%
雜項費用	2,558	0.00%	1,546	0.00%	2,118	0.00%	-1,012	-39.56%	572	37.00%
保險收支餘絀	34,389,655		-29,466,214		-61,869,840		-63,855,869	-185.68%	-32,403,626	109.97%

註：

- 1.112年度全民健康保險基金附屬單位決算書。
- 2.113年度全民健康保險基金附屬單位預算書(預算案)。
- 3.114年度全民健康保險基金附屬單位預算書第9、42頁。
- 4.依健保法第76條第1項規定，依法分配收入為健保之安全準備來源之一，惟該科目金額尚包含菸捐補助罕病用藥費用及用於專業項務部分，因其非屬保險收入，爰以扣除該費用後之金額列計保險收入。

附表二、保險預算估計基礎比較表

單位：新台幣千元；%

序 號	項 目	決算數 ¹						113年度 預算數 ²		114年度 預算數 ³	
		110年度(審定)		111年度(審定)		112年度		金額	成長率	金額	成長率
		金額	成長率	金額	成長率	金額	成長率				
1	保費收入	699,469,487	13.78%	747,904,072	6.92%	773,682,530	3.45%	751,917,149	-2.81%	785,859,326	4.51%
	一般保險費收入	566,306,980	11.61%	585,711,662	3.43%	607,325,246	3.69%	607,218,713	-0.02%	630,313,393	3.80%
	補充保險費收入	58,229,157	23.17%	73,388,478	26.03%	72,162,694	-1.67%	60,478,436	-16.19%	62,650,974	3.59%
	政府補助保費差額收入	74,488,068	24.93%	88,282,180	18.52%	93,664,238	6.10%	83,700,000	-10.64%	92,364,959	10.35%
	滯納金收入	445,282	-4.63%	521,752	17.17%	530,352	1.65%	520,000	-1.95%	530,000	1.92%
1-1	保險給付	727,015,447	4.59%	748,648,263	2.98%	776,107,137	3.67%	810,722,533	4.46%	859,540,391	6.02%
2	其他補助收入	0	-	0	-	24,000,000	-	20,000,000	-16.67%	0	-100.00%
3	收回呆帳	1,132,849	7.28%	1,264,198	11.59%	1,342,381	6.18%	1,198,000	-10.76%	1,131,520	-5.55%
	呆帳	5,429,871	8.59%	5,337,174	-1.71%	5,236,669	-1.88%	5,632,008	7.55%	5,365,518	-4.73%
4	利息收入 ⁴	552,919	-47.55%	1,008,492	82.39%	2,526,665	150.54%	834,665	-66.97%	2,080,499	149.26%
	利息費用	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
5	各級政府未依限撥付保險費	0	-100.00%	0	-	0	-	0	-	0	-
	期末短期借款餘額	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
6	雜項收入	31,506	33.28%	22,512	-28.55%	18,753	-16.70%	22,630	20.67%	20,664	-8.69%
	雜項費用	1,897	-59.52%	1,412	-25.57%	2,558	81.16%	1,546	-39.56%	2,118	37.00%
7	業務費用	372,646	12.65%	423,654	13.69%	458,449	8.21%	540,566	17.91%	486,906	-9.93%
	年底安全準備餘額	93,620,897	-14.22%	104,893,728	12.04%	139,283,383	32.79%	68,679,151	-50.69%	75,319,829	9.67%
8	安全準備相當保險給付月數 ⁵	1.55	-17.98%	1.68	8.72%	2.15	27.98%	1.01	-53.02%	1.05	3.96%

註：

- 1.健保署提供之110至111年度審定決算資料、112年度全民健康保險基金附屬單位決算書。
- 2.113年度全民健康保險基金附屬單位預算書(預算案)。
- 3.114年度全民健康保險基金附屬單位預算書第9、39、40頁。
- 4.114年度全民健康保險基金附屬單位預算書第15頁，利息收入包括營運資金利息、安全準備利息。
- 5.安全準備相當保險給付月數=年底安全準備餘額/(保險給付/12)。

附表三、保險對象類別結構人數變動表

單位：人；%

年度 項目	110年度 ¹		111年度 ¹		112年度 ¹		113年度 ²		114年度 ³	
	人數	成長率	人數	成長率	人數	成長率	人數	成長率	人數	成長率
總保險對象 (一至六類)	23,861,265	-0.52%	23,787,442	-0.31%	23,882,516	0.40%	23,808,756	-0.31%	23,890,752	0.34%
第一類	14,325,078	0.44%	14,444,902	0.84%	14,555,701	0.77%	14,451,009	-0.72%	14,688,187	1.64%
第二類	3,623,011	0.64%	3,577,629	-1.25%	3,497,533	-2.24%	3,646,709	4.27%	3,528,075	-3.25%
第三類	2,010,995	-3.09%	1,929,257	-4.06%	1,857,732	-3.71%	1,895,512	2.03%	1,808,849	-4.57%
第四類	98,233	-0.70%	97,330	-0.92%	98,361	1.06%	85,050	-13.53%	87,402	2.77%
第五類	287,491	-1.85%	282,652	-1.68%	273,097	-3.38%	283,601	3.85%	271,560	-4.25%
第六類	3,516,457	-3.88%	3,455,672	-1.73%	3,600,092	4.18%	3,446,875	-4.26%	3,506,679	1.74%

註：

1.健保署1113年1月份業務執行季報告表2「全民健保各類保險對象人數統計表」(110~112年底人數)。

2.113年度全民健康保險基金附屬單位預算書(預算案)。

3.114年度全民健康保險基金附屬單位預算書第39頁。

4.成長率=前後年度相差人數/前一年度人數。

附表四、保險給付分析表

單位：新臺幣千元；%

明細科目	112年度 預算數 ¹	113年度 預算數 ² (a)	114年度 預算數 ³ (b)	114較113年度增減	
				金額 (b-a)	成長率 (b-a)/a
保險給付					
一、醫療費用【(一)、(二)合計】	775,540,632	810,722,533	859,540,391	48,817,858	6.02%
(一) 醫療給付費用總額 ³	845,246,653	875,936,229	931,740,429	55,804,200	6.37%
(二) 代辦費用	833,848,351	864,217,882	919,311,438	55,093,556	6.37%
	11,398,302	11,718,347	12,428,991	710,644	6.06%
二、減項合計數【(一)至(五)合計】	69,706,021	65,213,696	72,200,038	6,986,342	10.71%
(一) 部分負擔(1、2合計)	55,365,330	50,554,293	56,753,035	6,198,742	12.26%
1.部分負擔	49,819,000	45,011,000	51,166,000	6,155,000	13.67%
2.代辦部分負擔	5,546,330	5,543,293	5,587,035	43,742	0.79%
(二) 代位求償費用	2,200,000	2,200,000	2,300,000	100,000	4.55%
(三) 代辦費用	11,398,302	11,718,347	12,428,991	710,644	6.06%
(四) 菸品健康捐	223,560	210,600	218,012	7,412	3.52%
(五) 提升保險服務成效	518,829	530,456	500,000	-30,456	-5.74%

註：

1.112年度全民健康保險基金附屬單位預算書第40頁(法定預算)。

2.113年度全民健康保險基金附屬單位預算書第40頁(預算案)。

3.114年度全民健康保險基金附屬單位預算書第40頁，114年醫療給付費用總額依113年8,755.35億元以成長率5%推估。

附表五、109年度至113年度行政院核定總額範圍及協定結果

單位：%

設定方式 \ 年度	總醫療給付費用成長率					近5年平均 成長率
	109年度 ¹	110年度 ¹	111年度 ¹	112年度 ¹	113年度 ²	
行政院核定範圍	3.708~5.5	2.907~4.5	1.272~4.4	1.307~4.5	2.621~4.7	
較前一年核定總額成長率	5.237	4.107	3.32	3.323	4.7	4.137

註：

- 1.全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽-112年版第38頁。
- 2.依據衛生福利部112年8月8日衛部保字第1120132989號函及衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告。

附表六、提存及收回安全準備分析比較表¹

單位:新臺幣千元；%

來源及去路項目	決算數 ²			113年度 預算數 ³ (a)	114年度 預算數 ⁴ (b)	114較113年度增減	
	110年度 (審定)	111年度 (審定)	112年度 決算數			金額 (b-a)	成長率 (b-a)/a
提存安全準備(安全準備來源)A	0	11,272,831	34,389,656	0	0	0	-
滯納金收入	445,282	521,752	530,352	520,000	530,000	10,000	1.92%
運用收益	532,675	884,065	2,154,585	688,721	1,895,255	1,206,534	175.18%
公益彩券分配收入	1,511,275	1,446,961	1,608,668	1,159,995	1,594,629	434,634	37.47%
菸品健康福利捐分配收入	14,606,639	14,037,097	13,015,471	12,298,000	12,838,455	540,455	4.39%
保險收支結餘(上述以外各項之和)	-17,095,871	-5,617,044	17,080,580	-14,666,716	-16,858,339	-2,191,623	14.94%
收回安全準備(安全準備去路)B	15,515,185	0	0	29,466,214	61,869,840	32,403,626	109.97%
保險收支短絀	15,515,185	0	0	29,466,214	61,869,840	32,403,626	109.97%
淨提存(收回)安全準備(=A-B)	-15,515,185	11,272,831	34,389,656	-29,466,214	-61,869,840	-32,403,626	109.97%
年底安全準備餘額	93,620,897	104,893,728	139,283,383	68,679,151	75,319,829	6,640,678	9.67%
安全準備餘額折合保險給付月數	1.55	1.68	2.15	1.01	1.05	0.04	3.96%

註：

1.健保法第76條規定，安全準備來源包括年度收支結餘、滯納金、運用收益、菸品健康福利捐及其他法令規定之收入；年度收支短絀應由安全準備先行填補。

2.健保署提供之110至111年度審定決算試算表、112年度全民健康保險基金附屬單位決算書。

3.113年度全民健康保險基金附屬單位預算書(預算案)。

4.114年度全民健康保險基金附屬單位預算書第42頁。

附表七 全民健康保險基金
114年底安全準備餘額推估表

單位：千元

科 目	114年度擬編數
保險收入	803,525,093
保費收入	785,859,326
依法分配收入 (不含菸捐分配於專項業務及罕病之收入)	14,433,084
利息收入	2,080,499
收回呆帳	1,131,520
雜項收入	20,664
保險成本	865,394,933
保險給付	859,540,391
呆帳	5,365,518
業務費用	486,906
雜項費用	2,118
保險收支淨賸餘(短絀)	-61,869,840

安全準備餘額推估：

112年底安全準備餘額(自編決算)	139,283,383
113年度預估短絀 (依據財務組113年2月財估調整後預估數)	-2,093,714
113年底安全準備餘額	137,189,669
114年度預算短絀(擬編預算)	-61,869,840
114年底安全準備餘額(約保險給付1.05個月)	75,319,829

第五案

報告單位：中央健康保險署

案由：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，請鑒察。

說明：

一、有關 111 年全民健康保險監理指標之監測結果報告，依貴會 107 年第 6 次委員會議(107.7.27)修正通過之全民健康保險業務監理架構與指標辦理，包含：監測效率、醫療品質、效果、資源配置及財務之五大構面，共 23 項指標。

二、經提貴會第 6 屆 112 年第 10 次委員會議(112.11.15)報告後，依前揭會議決定事項及貴會 113 年度工作計畫，爰於本次會議提報。

三、就前揭監理架構與指標，經參採委員關切與建議事項，本署研修監理指標建議詳附件一(第 149~154 頁)底線處，說明略以：

(一)就委員建議增加分區數值，以利瞭解六分區各構面指標的表現情形是否有差異。經本署盤點並考量監理指標之監控標的、資料產出可行性與分別資料是否具比較性，建議下列指標增列分區統計資料：

1.指標 1.1 急性病床平均住院天數。

2.指標 1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率。

3.指標 1.4 區域醫院以上初級門診照護率。

4.指標 2.1 手術傷口感染率。

5.指標 3.3 出院後 3 日內再急診比率。

(二)有關「指標 2.4 護理人力指標-全日平均護病比達加成之占率提升」，委員建議以「全日」平均護病比呈現護理人力指標，是相對寬鬆的標準，建議增列「三班護病比」，爰本署除原「全日平均護病比」外，增列「三班護病比」。

(三)另建議刪除「指標 1.7 健保專案計畫之執行成效」，說明如下：

- 1.各年度專款計畫數，係依總額協商結果而定，實難掌握進退場計畫數，又考量醫院、西醫基層、中醫及牙醫總額部門之專款計畫，係配合各該總額部門所需個別編列，各部門間未見相同，即使同一總額部門專案間實施目的亦不相同，實難以共同比較。
- 2.另考量前述總額部門各項專款預算之特殊性(如：為提升可近性、品質、偏遠、弱勢...)，爰難以單一計畫或整體預算執行率進行監測，評斷專案執行效率。又各項專案計畫部分，本署配合貴會評核會書面報告所需，就各項專案報告分別填報關鍵指標三項，且依「全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，續辦性專款項目須持續檢討執行目標及預期效益之評估指標，並於年度協商時提出相關資料。

(四)綜上，配合研修微調前揭指標名稱詳附件一(第 149~154 頁)底線處。

四、有關委員就監理指標建議事項，本署參採及改善策略說明詳附件二(第 155~159 頁)。

報告單位業務窗口：吳玉蓮科長，聯絡電話：02-27065866分機5503

.....

本會研析說明：

- 一、依本會 112 年第 10 次委員會議(112.11.15)報告，決議：委員所提意見，請本會及中央健康保險署補充說明並研修趨勢評析意見，完成 111 年全民健康保險監理指標之監測結果報告定稿後，上網公開。本會並於 112 年 11 月 29 日請辦健保署，請該署以保險人管理角度全面檢視監理指標，提出指標增修意見；並對於退步指標提出具體改善策略或措施；此外亦請其研參回應近 3 年本會委員對監理指標監測結果報告之意見。
- 二、有關監理指標增修，健保署業提出增修意見，如附件一(第 149~154 頁)，本會將納入未來研修監理指標之參考。
- 三、對於退步指標具體改善策略及近 3 年委員對監理指標案相關意

見回應，健保署已提出參採及改善策略說明，如附件二(第155~159 頁)。

決定：

全民健康保險業務監理架構與指標之研修建議

第1屆103年第5次委員會議(103.5.23)討論通過

第2屆104年第11次委員會議(104.12.25)修正11項指標

第3屆107年第5次暨第1次臨時委員會議(107.6.22)、第6次委員會議(107.7.27)修正通過

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
(一) 效率	1.1 急性病床平均住院天數(整體、各層級及分區別)	半年	1.計算公式： 分子：急性病床住院日數 分母：急性病床住院申請件數 急性病床：包含一般病床、特殊病床、精神病床(均含收差額病床)，惟不含安寧病床 2.結果呈現：①醫院整體、②醫學中心、區域醫院、地區醫院分列、③分區別分列 3.增列之資料：於年度監測結果報告書增列各層級醫院最大值、最小值、標準差等資料	院所營運效率/國際比較
	1.2 急診病人留置急診室超過24小時比率(整體、各層級及分區別)	半年	1.計算公式： 分子：急診病人留置超過24小時人次 分母：急診總人次 2.結果呈現：①醫院整體、②醫學中心、區域醫院、地區醫院分列、③分區別分列 3.增列之資料：於年度監測結果報告書增列檢傷分類「1」、「2」、「3」級資料	急診照護效率
	1.3 癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數	半年	1.計算公式： 癌症死亡病人生前6個月每人申報醫療費用點數 2.增列之資料：有無接受安寧療護病人之資料；包括「使用安寧照護人數的比率」；依接受安寧照護期間(如1個月)，分析「有無接受安寧療護病人於死亡前6個月內每人平均醫療費用(含安寧費用)」，及「每人平均前5項醫療費用最高之診療類別(排除基本診療)」。	資源運用適當性/觀察整體趨勢
	1.4 區域醫院以上初級門診照護率(各層)	半年	1.計算公式： 分子：符合初級照護之門診案件數(不含門診透析) 分母：門診總案件數(不含門診透析)	觀察急重症資源是否偏重於

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
	<u>級及分區別)</u>		2.初級照護定義：詳 111 年全民健康保險監理指標之監測結果報告第 98 頁，104 年前以 ICD-9-CM 疾病編碼進行統計，105 年全面改以 ICD-10-CM/PCS 疾病編碼。 <u>3.結果呈現：①醫學中心、區域醫院、地區醫院分列、②分區別分列。</u>	投入初級照護
	1.5 西醫基層與醫院門診就醫人數及申報件數分布	季	1.計算公式： (1)部門就醫人數比例： 分子：該部門門診就醫人數 分母：西醫門診就醫人數 (2)件數占率 分子：該部門門診申報件數(就醫人次) 分母：西醫門診申報件數(就醫人次) 2.部門別為：西醫基層、醫院總額	就醫變動性
	1.6 藥品費用占率	半年	1.計算公式： 分子：藥品申報醫療點數 分母：整體申報醫療點數 2.醫療點數含交付機構 3.結果呈現：①醫院整體、②醫學中心、區域醫院、地區醫院分列 4.增列之資料：藥品費用超過或未達目標總額之百分率 計算公式： 分子：(本年藥品費用發生數-目標總額數)×100% 分母：藥品目標總額數 新藥(如C肝新藥)獨立管控，得不列入計算	藥品使用情形
	1.7 健保專案計畫之執行成效	年	1.計算公式： (1)本年度進場、退場之專案計畫占率： 分子：本年度導入(進場)、退場之專案計畫數 分母：本年度進行之專案計畫總數 (2)專案計畫之KPI達成率： 各部門擇一計畫，計算 KPI(含經費)達成率 2.結果呈現：醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診分列	監理健保各專案執行之效率

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
(二) 醫療品質	2.1 手術傷口感染率 (<u>整體及分區別</u>)	半年	<u>1.計算公式：</u> 分子：住院手術傷口感染病人數(ICD-9-CM 次診斷碼為 996.6，998.1，998.3，998.5 或 ICD-10-CM 次診斷碼全碼為詳 111 年全民健康保險監理指標之監測結果報告第 100 頁之指標定義) 分母：所有住院手術病人數 <u>2.結果呈現：①整體、②分區別分列。</u>	住院照護安全性
	2.2 糖尿病品質支付服務之照護率	半年	分子：分母中有申報管理照護費人數 分母：符合糖尿病品質支付服務訂定之收案條件人數	評估門診照護之品質
	2.3 照護連續性	年	1.計算公式： $COCI = \frac{\sum_{i=1}^M n_i^2 - N}{N(N-1)}$ N = 病患就醫總次數 n_i = 病患在個別院所 i 之就醫次數 M = 就診院所數 (採用 Bice 與 Boxerman 於 1977 年所發展之指標定義) 2.資料範圍：西醫門診案件(不含牙醫、中醫) 3.排除極端值(歸戶後就醫次數 ≤ 3 次，及 ≥ 100 次者)，因易使指標產生偏差 4.歸戶後先計算出個人當年度照護連續性，再計算全國平均值	評估整合性連續照護之品質

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
	2.4 護理人力指標— 全日平均 護病比 達成 之占率提升	半年	<p>1.計算公式：</p> <p>(1)護病比 分子：醫院該月每一個病房之(急性一般病床床位數×占床率×3)加總 分母：每月每日平均上班護理人員數之三班小計加總 護理人員數不列計「實習護士」及「專科護理師」，但列計「護理長」(以1人計)</p> <p>(2)加成月次占率 分子：各層級醫院達全日平均護病比加成的月次<u>不同級距範圍之護病比月次</u>。 分母：各層級醫院申報住院護理費總月次。</p> <p>2.結果呈現：醫學中心、區域醫院、地區醫院分列占率分布，<u>並區分全日平均及三班護病比</u>。</p>	護理人力之供給情形
(三) 效果	3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)	年	<p>1.計算公式：</p> <p>分子：填答「非常滿意」及「滿意」總人數 分母：所有表示意見人數</p> <p>2.結果呈現：醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診分列</p>	民眾就醫結果感受
	3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標)—糖尿病病人住院率	年	<p>分子：15歲(含)以上主診斷為糖尿病之住院案件 分母：15歲以上人口(每十萬人口)</p>	糖尿病初級照護之情形
	3.3 出院後3日內再急診比率(<u>案件別及分區別</u>)	年	<p>1.計算公式：</p> <p>分子：分母出院案件中，距離出院日0日至3日內，再次急診的案件數(跨院) 分母：出院案件數</p> <p>2.結果呈現：一般出院案件、DRGs(住院診斷關聯群)案件，<u>並均分列分區別</u></p>	監測住院治療出院後之照護品質

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
(四) 資源配置	4.1 以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)	年	1.計算公式：依鄉鎮市區發展程度分類後，計算醫師數最高與最低兩組比值 分子：每萬人口醫師數之最高組別 分母：每萬人口醫師數之最低組別 鄉鎮市區發展程度分類建議採謝雨生(2011)定義，依鄉鎮市區之「人力資源結構」、「社會經濟發展」、「教育文化發展」、「交通動能發展」、「生活環境發展」及「資訊基礎建設」等構面加以分類，分為1級至5級區域，共5組 2.結果呈現：醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診分列 3.增列之資料：於年度監測結果報告書增列最高、最低兩組「每萬人口醫師數」資料	人力供給之公平性
	4.2 一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率(各部門)	年	1.計算公式： 分子：指定地區別之各總額部門門診就醫人數 各總額部門門診就醫人數：指定地區別保險對象人數(依戶籍地郵遞區號歸類)，曾於各總額部門門診就醫之人數。 分母：指定地區別之保險對象人數 醫療資源不足地區按該部門最近一年公告之醫療資源不足地區之定義；山地離島地區為執行山地離島地區醫療給付效益提升計畫(IDS)之地區 2.結果呈現：醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診分列	醫療利用之公平性
	4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目)	半年	1.整體： 分子：自付差額特材申報數量 分母：特材申報數量 2.各類別項目： 分子：相同用途自付差額特材申報數量 分母：相同用途之自付差額特材及全額給付特材申報總數量	民眾自付醫材差額之升降趨勢

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
(五) 財務	5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率	季	分子：保險收支餘絀實際數－保險收支餘絀預估數 分母：保險收支餘絀預估數 保險收支餘絀=(年初至本季保險總收入－年初至本季保險總支出)	收支餘絀預估之準確性
	5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數	季	1.計算公式： 分子：安全準備總額 分母：最近 12 個月之保險給付支出月平均數 2.增列之資料：安全準備總額較前一年度增減數	保險之安全準備是否在法定範圍內及較前一年度增減數
	5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率	年	1.計算公式： 分子：全民健保醫療支出總額 分母：GDP 2.結果呈現：「含/不含部分負擔」全民健保醫療支出總額	健保支出成長趨勢
	5.4 資金運用收益率	季	分子：本季保險資金運用收益 分母：本季保險資金日平均營運量	資金管理效率
	5.5 保費收繳率	年	1.計算公式： 分子：最近 5 年投保單位及保險對象一般保費實收數 分母：最近 5 年投保單位及保險對象一般保費應收數 2.結果呈現：分整體，第一、二、三、六類保險對象	監理保費收繳之情形
	5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率	年	分子：投保單位及保險對象本年度之呆帳提列數 分母：投保單位及保險對象本年度一般保費收入數	監理呆帳提列情形

委員就監理指標建議事項之本署參採及改善策略說明

監理指標	委員建議	本署參採及改善策略說明
1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)	近 3 年地區醫院急性病床平均住院天數明顯高出醫學中心及區域醫院，健保署說明主要受呼吸照護個案影響，請健保署研提具體改善措施。	對於呼吸器依賴患者部分，為促進醫療資源合理使用，減少長期呼吸照護個案醫療費用支出，本署於抑制資源不當耗用改善方案訂有「呼吸器依賴病人安寧利用率」指標且每年持續強化推動，查該項指標 107 年約 61.4%，至 111 年已達約 72.4%，本署將持續觀察疫情後之數據變化。
1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級)	近年醫學中心的急診壅塞，尤其急診檢傷分類第 1 級病人應第一優先處理，但 111 年醫學中心該類病患急診留置超過 24 小時比率卻達 16.59%，健保署宜有提升急診處置效率與品質之管理策略，並落實到分區管理，俾利有效改善醫學中心急診壅塞情形。	有關急診壅塞改善策略案，已於 113 年 3 月 6 日醫院總額研商議事會議提案報告，會議決議：考量各分區業務組急診壅塞原因不盡相同，請各分區就轄內急診壅塞進行原因分析，並邀請轄內醫院及急診醫學會共同研擬改善方案後，再併急診品質提升方案修訂內容。
	僅能窺知整體及各層級的占率，建請健保署提供多方比較相關數據指標，以利瞭解急診壅塞與效率問題之全貌。	續依委員建議增列分區執行情形。
1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數	癌末病人死亡前 1 年內有申報安寧照護費用之比率，近 3 年呈現下降趨勢，請健保署進一步分析瞭解下降的具體原因，以利推動安寧緩和醫療照護。	109 至 111 年死前安寧利用率呈下降趨勢，可能受疫情影響需保留一定比率專責病房及執行安寧醫護人力減少，觀察 112 年安寧使用量已回升。
1.4 區域醫院以上初級門診照護率	106 年起陸續推動分級醫療措施，但醫學中心的初級照護率並未降低，請健保署研析如何改善醫學中心「胖門診」或「看輕	本署持續推動分級醫療，透過提供誘因、加強宣導、醫療體系垂直整合、擴大家庭醫師整合性照護計畫及推動部分負擔改革等，透過各層級醫療院所分工合作來共同照顧國人的健康。

監理 指標	委員建議	本署參採及改善策略說明
	症」的情形。	<p>一、提供誘因：調升「辦理轉診費_回轉及下轉」支付點數，分區業務組針對院所加強管理訂定「醫院總額點值風險管控暨品質提升方案」品質指標、或訂定醫院總額風險移撥款「落實分級醫療」指標。</p> <p>二、加強宣導：辦理全國分級醫療宣導說明會，持續於醫院共管會議、院長座談會上宣導，鼓勵雙向轉診、醫院下轉個案。</p> <p>三、醫療體系垂直整合：本署積極推動策略聯盟由各層級醫療院所合作組成，以民眾為中心評估其照護需求，適當轉至適合之地區醫院、基層診所或長期照護機構提供完善的醫療照護，截至 112 年共計組成 81 個策略聯盟，已有 6,958 家特約院所參與。</p> <p>四、擴大家庭醫師整合性照護計畫：落實社區醫療群與合作醫院間實質照護，包括對病人之雙向轉診及慢性病共同照護，以確保病人照護之連續性與協調性。</p> <p>五、推動部分負擔改革：為導引民眾就醫分流，自 112 年 7 月 1 日起實施部分負擔調整方案，調高大型醫院門診藥品部分負擔上限及急診部分負擔。</p>
2.2 糖尿病品質支付服務之照護率	糖尿病照護率顯示的是覆蓋率，建議增加糖尿病改善情形資料(例如糖化血色素)，以利瞭解糖尿病之照護品質。	<p>一、有關整體糖尿病照護品質，已訂有「指標 3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標)—糖尿病病人住院率」進行監測。</p> <p>二、考量糖尿病改善情形無法以糖化血色素指標代表整體糖尿病照護品質，爰建議維持。</p>
4.1 以鄉鎮市區發展程度最高與最低兩	鄉鎮市區發展程度最高與最低兩組醫師人力比值逐步擴大，表示醫師仍多往市區流動，建議健保署宜瞭解偏鄉地區民眾之就醫基本需求是否有	<p>一、為提升偏遠、醫療資源不足地區民眾就醫可近性，本署自民國 88 年起，陸續辦理「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(下稱 IDS 計畫)」及 IDS 計畫之山地鄉全人整合照護執行方案(下稱全人方案)，鼓勵醫事</p>

監理 指標	委員建議	本署參採及改善策略說明
組醫師人力之比值(各部門)	得到滿足、健康公平性有無受到影響，及如何因地制宜研議改善措施，提升偏鄉地區民眾就醫可近性。	<p>機構至山地離島提供各項健保醫療服務，另於 91 年起陸續推動全民健康保險西醫、中醫及牙醫醫療資源不足地區改善方案，鼓勵醫師及院所至醫療資源不足地區開(執)業或以巡迴方式至當地提供醫療服務。</p> <p>二、為確保計畫執行效益及各項指標達成度，本署每年請各地方政府衛生局及醫療專業團體共同檢視計畫內容及西醫、中醫及牙醫醫療資源不足地區改善方施行地區之合宜性，再者，於計畫執行期間，本署以抽查或不定時實地訪查方式，檢視承作院所是否依規定提供醫療服務，俾確保計畫執行品質。</p> <p>三、以西醫醫療資源不足地區改善方案為例，109 至 111 年執行成果如下：</p> <p>(一)109 年：有 170 家院所前往 122 個醫療資源不足鄉鎮巡迴，提供約 1.8 萬診次、服務約 29.8 萬人次。</p> <p>(二)110 年：有 172 家院所前往 119 個醫療資源不足鄉鎮巡迴，提供約 1.7 萬診次、服務約 28 萬人次。</p> <p>(三)111 年：有 172 家院所前往 118 個醫療資源不足鄉鎮巡迴，提供約 1.8 萬診次、服務約 29.2 萬人次。</p> <p>四、綜上，本署將持續戮力辦理上開計畫，將醫療資源主動送入偏遠、醫療資源不足地區，保障當地民眾就醫權益。</p>
5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率	收支餘絀預估數與實際數之差異率逐年擴大，建議健保署從歷年收支數據找出經驗值及歷次會議委員所提收支相關建議，深入檢討收支預估數之推估假設及兩者差異值擴大之原因，以提升收支餘絀預估之準確性。	<p>一、本署辦理財務預估，係以現行保險收支架構為基礎，參考收支歷史趨勢，並納入可掌握之政策影響因素進行推估，110 年及 111 年保險收支餘絀實際數與預估數差異較大，主要係補充保險費收入低估，連帶政府應負擔法定下限 36% 差額低估所致。囿於缺乏與補充保險費具顯著關聯性之經濟領先指標可參考，且於辦理預估作業時，分別適值新冠疫情爆發(109 年)及國內疫</p>

監理指標	委員建議	本署參採及改善策略說明																
		<p>情三級警戒(110 年)，在未來經濟情勢不確定下，本署基於財務保守原則，假設未來年度補充保險費收入回歸過去穩定成長趨勢，致上述低估結果。</p> <p>二、鑑於上開年度推估差異，主要係受經濟景氣狀況異於歷史趨勢所致，惟若排除上開年度，其餘年度本項指標保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率，差異不大。</p>																
5.4 資金運用收益率	近 3 年資金運用收益率介於 0.33~0.59%，建議應該檢討健保基金的投資績效。另 111 年資金運用收益率較 110 年高，是否受到全球利率上升影響所致，宜深入剖析投資內容，以進一步瞭解實質資金管理效率。	<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。為考量各月資金需求，主要投資項目係以公司債及一年內到期之固定收益工具為主，如定期存款、優惠存款、短期票券等。</p> <p>二、央行自 111 年 3 月起連續升息之結果，111 年健保基金年收益率較 110 年為高；另利用前開投資工具操作，109 年至 111 年健保基金運用之收益率皆優於 5 大行庫一年期大額定期存款平均利率及國庫券利率，如下表：</p> <p>單位：%</p> <table><tr><th>項目 \ 年度</th><th>109</th><th>110</th><th>111</th></tr><tr><td>健保基金年收益率</td><td>0.59</td><td>0.33</td><td>0.57</td></tr><tr><td>一年期大額定存平均利率(5 大行庫)</td><td>0.13</td><td>0.13</td><td>0.3</td></tr><tr><td>國庫券利率(182 天)</td><td>0.48</td><td>0.18</td><td>0.32</td></tr></table> <p>三、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>	項目 \ 年度	109	110	111	健保基金年收益率	0.59	0.33	0.57	一年期大額定存平均利率(5 大行庫)	0.13	0.13	0.3	國庫券利率(182 天)	0.48	0.18	0.32
項目 \ 年度	109	110	111															
健保基金年收益率	0.59	0.33	0.57															
一年期大額定存平均利率(5 大行庫)	0.13	0.13	0.3															
國庫券利率(182 天)	0.48	0.18	0.32															

監理 指標	委員建議	本署參採及改善策略說明
5.5 保費 收繳率	第 6 類保險對象之保費收繳率，多年來均明顯偏低，建議健保署宜針對此問題研議如何提升其收繳率。	第 6 類保險對象係屬無職業於戶籍所在公所辦理投保者，多因經濟條件影響其繳納保險費能力。經本署積極辦理欠費監控機制，及強化催收與移送行政執行，渠等 109 年至 111 年保險費收繳率業自 84.65% 逐步提高至 86.05%，本署將持續落實各項催收作為，俾進一步提升是類保險對象收繳率。

第六案

報告單位：中央健康保險署

案由：113 年 3 月份全民健康保險業務執行報告(併「113 年 2 月份全民健康保險業務執行報告」)，請鑒察。(資料由中央健康保險署另行提供)

報告單位各項業務窗口：詳如業務執行報告內附

.....
本會補充說明：

- 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、參照 106 年 10 月 27 日委員會議之委員建議，健保署業務執行季報告之口頭報告，有其重要性，爰列為優先報告事項。

決定：

附錄

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 書函

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

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國113年4月9日
發文字號：衛部健字第1133360050號
速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：1. 各總額部門112年度執行成果評核之作業方式、2. 各總額部門評核報告大綱及評核內容

主旨：檢送本部全民健康保險會議定之「各總額部門112年度執行成果評核之作業方式(如附件1)」，敬請配合依時程辦理，請查照。

說明：

- 一、依本部全民健康保險會(下稱健保會)第6屆113年第2次委員會議(113.3.13)之決議辦理(會議紀錄諒達)。
- 二、健保會訂於本(113)年7月15日(一)及16日(二)召開「各總額部門112年度執行成果發表暨評核會議」；為利評核委員審視執行成果，務請依下列原則及時程提供相關資料：
 - (一)執行成果報告內容請加強「111年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明」及各項目之「執行情形檢討及具體改善作為」，以利評核委員審視及供評核參考。
 - (二)請中央健康保險署(下稱健保署)依評核報告大綱及評核項

目表(附件2)，分別於5月24日(星期五)提送並印製各部門總額監測/調查/統計結果(報告上冊)26份及於6月14日(星期五)為執行成果之書面報告(報告下冊)22份。

(三)請各部門總額受託團體於6月14日(星期五)前，依評核報告大綱(附件2)，提送並印製執行成果書面報告12份。

(四)請健保署及各總額受託團體於7月1日(星期一)前提供並印製10份評核會議書面簡報資料，並將該電子檔，傳送至電子郵件信箱(hs101825@mohw.gov.tw；hsyufeng@mohw.gov.tw)。簡報內容以「年度重點項目執行成果與未來規劃」為主。

正本：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、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、衛生福利部中央健康保險署
副本：

抄本

附錄二

檔 號：
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：張小姐
聯絡電話：(02)8590-6868
傳真：(02)8590-6046
電子郵件：hslingchang@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國113年3月27日
發文字號：衛部健字第1133360045號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明二

主旨：關於鈞部函示提供114年度全民健康保險醫療給付費用總額
(下稱健保總額)基期之扣減項目及額度案，復請查照。

說明：

- 一、依鈞部113年1月12日衛部保字第1131260034號函，及本會第6屆113年第2次委員會議(113.3.13)決定辦理。
- 二、本會業依鈞部來函及112年1月9日衛部健字第1123360002號公告之112年度健保總額核(決)定事項，請中央健康保險署提供「111、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」至本會報告，檢陳該報告內容(含扣減項目及結果，附件1)及議事錄節錄(附件2)，請鈞部卓參；至於其是否納為114年度健保總額基期之扣減項目及額度，敬請鈞部依權責決定。
- 三、副本抄送中央健康保險署，請依衛生福利部公告之112年度健保總額核(決)定事項及前揭委員會議決定辦理扣款事宜。

正本：衛生福利部

副本：衛生福利部中央健康保險署

個別委員關切事項(含書面意見)之健保署答覆

委員意見	健保署說明
<p>滕委員西華(議事錄第 81~82 頁)</p> <p>代謝症候群防治計畫裡面，有一個監測指標是我對健保署的不情之請，但我認為非常重要，因為這一點基層總額是做不出來。根據一些研究代謝症候群的族群裡面有明顯社會經濟地位的 issue，就是有一些可能比較經濟弱勢或是健康知能較不足的，反而在代謝症候群的盛行率上可能會偏高，因為他自我照護知識不足，所以能不能請健保署配合西醫基層的這 1 項專案計畫，同時分析參加這個計畫者的投保金額，就是他的被保險人投保金額的分布跟區域，讓我們知道代謝症候群在實施時有效跟沒有效，有沒有明顯的社會經濟跟地理區域的差異，讓我們看有沒有醫療服務的各個階層的議題，健康不平等的議題。</p>	<p>將依委員建議，後續於全民健康保險代謝症候群防治計畫增加按收案對象投保金額及投保地區，分析相關執行差異。</p>
<p>黃委員小娟(議事錄第 88~89 頁)</p> <p>剛才李委員有提到，就是他現在提出的見解跟方案，跟目前行政部門計算方式的見解差異，主要癥結點是健保法第 76 條第 1 項的規定，行政部門跟行政院都認為這裡只有規範安全準備的來源，其中安全準備應提列的數額在第 76 條看不到，只有在第 78 條可以看到，安全準備的總額以相當 1~3 個月的保險給付支出為原則，所以行政院跟衛福部才會採用衛福部意見從收入面推算政府應負擔的 36%。</p>	<p>一、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，本署歷來依健保法第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。</p> <p>二、至於健保法第76條第1項之立法意旨，查衛生福利部前於112年11月30日衛部保字第1120148594號函(如附件，第173~177頁)略以，健保法第76條第1項於健保開辦</p>

委員意見	健保署說明
<p>李委員歷年的意見跟提案的計算方式都是用第 76 條，他認為要從支出面計算政府應負擔的保費。是不是可以請健保署、衛福部明確說明第 76 條第 1 項規範的是安全準備來源還是應提列的數額，如果是應提列的數額，請問第 1 項第 4 款裡面上頭有一個來源是政府已開徵的菸酒健康福利捐，這部分我們都認為就是應提列安全準備的來源之一不是數額，如果是數額難道政府所有開徵的菸酒福利捐都要進健保基金的安全準備嗎？顯不合理。</p> <p>在健保法裡頭真的看不出來應提列的安全準備數額是多少，所以根本沒辦法用第 2、3 條計算 36%，行政院採用衛福部的見解，依照目前健保法收支平衡概念，收跟支是相等的，用收入面反推政府的 36%，其實行政部門每年都按照這樣的下限編列政府應負擔的數字，都是依法編列、沒有不足的問題，這部分是不是請健保署或衛福部明確地跟委員說明第 76 條的立法意旨或意涵？如果這條沒有疑義，後面的計算方式歷年來的疑問就沒問題了，因為政府應負擔經費就無涉安全準備。</p>	<p>時即已訂定，立法理由係為規定安全準備來源，並非用以計算法定下限36%之數值。</p>
<p>李委員永振(議事錄第 89~90 頁)</p> <p>當然要啊！因為在健保法所有規範中找不到收入面的公式，他引用健保法第 17 條是亂解釋，第 17 條只是規範保險經費扣掉法定收入之外，由投保單位、被保險人、政府三方來分擔，並沒有講怎麼去分擔，也沒說政府是 36%就</p>	

委員意見	健保署說明
<p>夠了，政府錢夠的時候，要提 40% 也可以，36% 是下限，但是他咬定就是 36%，而且當時在收入面跟支出面會一樣的情況，是他已經錯誤解釋，他只帶入結餘，其他四項不見了。</p> <p>公式在第 3 條第 1 項規範很清楚，現在爭議只是說應提列安全準備怎麼認定，所以我剛才說明第 76 條第 1 項是講安全準備來源，既然是安全準備來源，用集合的觀念，應提列安全準備如果是一個大集合，安全準備的來源就是其中一部分，將來帶進去的話，一定會有第 76 條第 1 項安全準備來源那個數字出現才對，你再另外去加加減減交代清楚。</p> <p>但是在 102~104 年在財務結餘的情況下，支出面帶進去只有帶結餘，其他幾項不見了，從 106 年開始短絀的時候，他又由收入面改成支出面，但他是應提列安全準備是帶負的，帶負的話你要交代，因為安全準備的來源有關於收支是結餘，你現在把實際營運值帶進去應該要交代，除了那五項規範金額外，你還考慮了扣什麼東西才會變成負數，爭議就在這裡很明顯，還有什麼好凹的？</p> <p>以前說收入面、支出面還有一點模糊空間，現在短絀的時候就很清楚，主責單位一直講第 76 條第 1 項、第 2 項，我們在這次提案裡講得很清楚，第 1 項是提列、第 2 項是填補、是收回，在會計上的借貸方應該不一樣，很不錯今天報告有提到有收回這個名詞，但爭議就</p>	

委員意見	健保署說明
<p>是在這裡，這樣講大家應該都很清楚。</p> <p>在第一階段的爭議，我們有個結論，就是現在在立法院如果有人質詢用來答覆的內容，都是用第一次結論在講，因為第一次的結論裡面，大概從102~104年使安全準備多挹注了698億元，這是他們給我們的公文裡面提的，施行細則第45條的爭議，因為爭取回來116億元，所以在那階段我們的安全準備多挹注了800多億元。但是剛才提到過，目前爭議是第二次協商結論出來後才產生的，你怎麼一直用第一次協商結論來搪塞，問題點在這裡，謝謝。</p>	
<p>李委員永振(議事錄第104頁)</p> <p>因為這個議題真的很困擾，按照健保會的分析資料，還有我們已經協定的事項，他們講得滿有道理，剛才林教授也提到，我知道詹委員他很痛苦，因為你扣他4點多億，對他112年的預算等於1.3~1.4%，他回去要交代很困難。</p> <p>而且在111年下半年跟112年上半年，也有補點值的因素，所以這些混在一起要去判斷怎麼樣才是對的，有點困難，我是建議這一塊在113年應該也有給，有給的話你要去宣導，至少在113年裡面，明年在看執行情形的時候，就不要再有這種現象，詹委員回去要交代的話，他剛才提到有那麼多件沒有申請，這樣的話有時候用這種方式爭取會有一點困擾，我錢給你你自己不申請，現在說不要扣，但是事實上你就沒有執行，錢怎麼發出去呢？是不是可以考量</p>	<p>一、有關中醫門診醫療費用一般服務協定事項之預算超支或扣減等事宜說明如下：</p> <p>(一)查總額協商時，本署係依該部門所提方案，以當時可擷取之健保資料進行估算。以112年新增項目「針傷合併治療合理給付」為例，本署於112年總額協商會議提供該項之試算及說明如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 111年3月至5月申報「針灸合併傷科治療處置費」總計0.2百萬人次，經以110年同期與全年人次占比23.5%推估，111年約申報1.0百萬(人次成長率38.4%)，推估112年約申報1.3百萬人次。 2. 以平均每人次增加230點推估112年約需3.04億元【1.3百萬人次*230點】。

委員意見	健保署說明
<p>一下這些因素，健保署如果贊成研商會議結論，應該要有一個更深入的分析，就像健保會幕僚提議一樣，把那些理由分析一下，報給衛福部，由衛福部裁決。如果真的要給的話，大不了就是給他超出的那個部分，差不多 1 點多億，是不是那個部分可以補給他，這樣會比較有一個整體性。</p> <p>針對這個事件，我們已經有提到，若以後新增的項目就先放到專款，等穩定後再拿回來一般服務，如果這樣大概將來這種情形就會儘量減少發生，因為你經驗數值不足，有時真的很難估計，當然 111 年跟 112 年有一些超支現象，也要請健保署去檢討，將來我們提出這些因素時，要怎麼靠近事實，這樣才有辦法解決問題，謝謝。</p>	<p>3. 惟112年申報醫令為2.72百萬人次，高於本署依歷史資料推估之1.3百萬人次，故逾預算。</p> <p>(二)另查112年度中醫門診總額一般服務新增「多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度」、「提升中醫小兒傷科照護品質」、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)、「針傷合併治療合理給付」等預算，並協定「全年實際執行點數未達協商額度須扣減當年度未執行之額度」，爰本署於112年中醫總額研商議事會議(下稱中醫研商會議)討論執行方式與操作型定義，並報經112年7月26日貴會確認在案，爰本署於112年度結束依協定事項及院所實際申報情形進行結算，並提報113年2月22日中醫研商會議報告，惟該會建議不宜扣減。於貴會前次會議業已決議請中全會再提健保會討論，本署將依貴會決議辦理。另為提升預算執行率，建議中全會加強向會員宣導當年度重要預算項目之相關措施。</p> <p>二、本署於編列新藥預算，參考先進國家之作法，推動新醫療科技前瞻性評估(Horizon scanning)，對於未來2年可能上市的新藥及擴增藥品給付範圍，預估其財務影響，以使預算編列能貼近實際狀況，</p>
<p>林委員文德(議事錄第 108 頁)</p> <p>若今天要用超支的部分補沒有執行的部分，是不是可以請健保署補充說明超支的合理性，如果是不合理去補，就沒什麼意思，超支可能是當初預算估計不準確，應該要說明超出部分的合理性。</p>	

委員意見	健保署說明
	<p>並定期追蹤預算執行情形，滾動式檢討並精進預算估計之準確性。惟廠商送件情形、藥品之臨床地位、替代性、限量額度之訂定及藥品通過率皆可能影響預算執行，且新藥導入後之滲透性及擴增給付規定後之市占率實難以完全準確預估，爰建議新醫療科技及藥品及特材給付規定改變預算得互相流用，如仍有剩餘情形，再行扣減。</p>
<p>劉委員淑瓊會後書面意見(議事錄第 109 頁)</p> <p>關於新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告案，簡報中的監測資料期間，大多為 109 年度至 112 年度下半年，敬請提供 108 年度資料，以利釐清疫情前後發生影響。</p>	<p>已配合更新資料。</p>

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：廖凱婷
聯絡電話：(02)8590-6735
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hgktliao@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年11月30日
發文字號：衛部保字第1120148594號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關貴團體代表建請依全民健康保險法(下稱健保法)撥補政府應負擔法定下限差額計1,246億元，並將健保法施行細則第45條修回二代健保原先立法內容一案，復請查照。

說明：

- 一、依行政院秘書長112年11月6日院臺衛字第1120015352號函辦理，暨復貴團體代表112年11月2日全勞聯總豪字第11211002號致本部聯名函。
- 二、政府應負擔健保總經費法定下限36%係二代健保新制度。實施初期主計總處與本部對下限差額預算編列之見解差異，案經行政院跨部會研商(以104年6月2日院臺衛字第1040134413號函與106年2月3日院臺衛字第1060162872號函核復)及立法院審查健保法施行細則修正確立計算方式，健保署據以計算各年度政府應負擔健保總經費，業由審計部完成審定，相關

112.12.01



112CC00951

法制程序皆屬完備，合法性無虞。針對全民健康保險會(下稱健保會)委員所提疑義，業多次於健保會委員會議中以口頭及書面方式說明，並曾於107年4月16日「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、108年5月7日「108年度全民健康保險相關業務座談會」進行專題報告，近期再依該會要求於112年5月24日及112年11月15日之委員會議提供本案爭議過程及計算說明，請諒查。謹針對所提待解課題，擇要說明如後。

三、有關課題一「將健保法施行細則第45條修回二代健保原先立法的內容」一節，查105年修正健保法施行細則第45條，係考量健保法第3條第2項「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。」條文中「依法令」之字義，顯已涵蓋健保法以外之其他法令，原限定依健保法規定補助之政府負擔始列入計算之規定似有限縮母法之虞，故修正自105年起將原住民健保費等中央政府依其他規定實質負擔的保險費列入政府負擔數計算；該等內容業經立法院依立法院職權行使法進行實質審查確認，合法性無虞。近年來本部雖以健全健保財務為訴求，提議將依其他法規之健保費補助排除計列政府負擔，惟尚須凝聚相關機關共識，方能順利推動，目前仍持續爭取中。

四、有關課題二「積極發揮主管機關對於健保法令的解釋權，導正計算公式，撥補102~111年1,246億元不足數額」一節：

(一)依健保法第2條、第3條及第17條，政府應負擔法定下限差額可以下列3種算式表達：(1) $36\% * (\text{保險經費} - \text{法定收入}) - \text{政府已負擔數}$ ；或(2) $36\% * [(\text{保險給付支出} + \text{應提列或增列之安全準備}) - \text{法定收入}] - \text{政府已負擔數}$ ；或(3) $36\% * \text{保險費收入} - \text{政府已負擔數}$ 。於前述條文規範下，3種算式數值皆相等。綜查上開健保法規定及二代健保立法意旨，係採每年收支平衡概念計算，而現行並未以每年平衡費率計收保費，在長期財務平衡下，勢必出現前期盈餘、後期短絀之情形。是以，過去年度之結餘，政府已依法分攤其36%。如「應提列或增列之安全準備」均以正值計算，等同於短絀年度，政府就短絀數獨自出資彌補。故應依健保法第76條第2項規定略以，年度收支發生短絀時，應由安全準備先行填補，不論盈虧皆應以各年度營運實際值計算。該等法規見解與計算方式，行政院(含法制單位)業於106年2月3日函復在案，本部並於112年11月15日健保會委員會議再次說明。

(二)至所提應以健保法第76條第1項為計算基礎一節，查該條文於健保開辦時即已訂定，立法理由係為規定安全準備來源，並非用以計算法定下限36%之數值。另委員所提未將

第76條第1項第2款至第5款安全準備之來源計入政府應負擔法定下限36%計算一節，查健保署於計算年度營運實際值時，係採當年總收入減去總支出之結果，爰健保法第76條第1項第2款至第5款之滯納金、安全準備運用收益、菸捐及依其他法令規定之收入等皆已計入當年總收入。

五、有關課題三「恢復菸捐分配健保占比70%以上」一節：本部前於 104 年 10 月 15 日以部授國字第 10407012021 號令、台財庫字第 10400159311 號令會銜修正發布菸品健康福利捐分配及運作辦法全文7條；其中修正條文第4條為使菸品健康福利捐之分配使用更符實需，俾發揮最大效益，增列由農業主管機關使用於有利癌症防治之相關產業輔導之用，以有助於癌症防治；另配合長期照顧服務法制定公布，增列長期照顧資源發展之用途，爰進行菸捐分配額度評估與檢討，調整第1項各款比率，將菸捐70%供全民健康保險之安全準備調降為50%。另考量近期本部業於112年11月6日與財政部會銜修正發布菸品健康福利捐分配及運作辦法，爰本課題意見，容供下次修正時參考。

六、各團體代表針對法規見解所提不同意見，本部予以尊重，本案相關法制程序完備，政府每年皆已依法負擔健保最低財務責任，針對條文未臻周全之處，未來亦將配合健保相關法規研修以明確界定。本部為健保之主管機關，確保健保永續經

營乃重要使命，任何合理的財源定積極爭取，目前於健保法施行細則第45條之修正雖尚待突破，但於法定責任外，已分別於112年以公務預算撥補240億元及113年以疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別預算撥補200億元，未來亦仍就健保各項財源持續努力。

正本：中華民國工商協進會、中華民國工業協進會、中華民國工業區廠商聯合總會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國全國工業總會、中華民國全國商業總會、中華民國全國教師會、中華民國全國漁會、中華民國全國總工會、中華民國全國職業總工會、中華民國會計師公會全國聯合會、中華民國農會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、台灣社會福利總盟、台灣總工會、台灣醫院協會、台灣醫療改革基金會、全國工人總工會、全國產業總工會、全國產職業總工會、全國勞工聯合總工會、台灣癌症基金會
副本：行政院、衛生福利部國民健康署、衛生福利部中央健康保險署、本部全民健康保險會

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：鄭智仁

聯絡電話：02-27065866 分機：2627

傳真：02-27026324

電子郵件：all1087@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8日

發文字號：健保醫字第1130660961號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

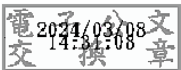
附件：無

主旨：有關提供修訂「『調節非預期風險及其他非預期政策改變
所需經費』項目之適用範圍與動支程序」（下稱非預期風
險動支程序）之建議案，復如說明，請查照。

說明：

- 一、依據貴會113年2月7日第1130207073號請辦單辦理。
- 二、查旨揭非預期風險動支程序係本署據以辦理執行經費撥補
院所之重要依據，又本案與衛生福利部刻正研擬修訂之
「全民健康保險基金收支保管及運用辦法」有連動關係，
爰建議暫緩本案研修規劃討論。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：

113.03.08



1133340067

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：張毓芬

聯絡電話：02-27065866 分機：2629

電子郵件：A111037@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年4月2日

發文字號：健保醫字第1130661303B號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

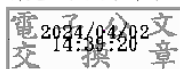
附件：如主旨 (A21030000I_1130661303B_doc4_Attach1.pdf)

主旨：檢送113年度醫院總額風險調整移撥款分配方案(附件)，
請備查。

說明：依據本署113年3月6日召開之全民健康保險醫療給付費用醫
院總額113年第1次研商議事會議決定辦理。

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、台灣醫院協會、本署各分區業務組(均含附件)



113. 04. 02



1133340095

健保會通過「各總額部門 112 年度執行成果評核之作業方式」

健保會 113.4

為確保健保資源投入之效益，及落實檢討與回饋機制，健保會每年於 9 月總額協商前均會辦理前一年度各總額部門執行成果評核作業，邀請專家學者，系統性檢視總額之運作及執行效益並提供改善建議，落實檢討與回饋機制；評核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 日、16 日辦理總額執行成果發表暨評核會議，為順利推動評核作業，健保會研擬「112 年度執行成果評核之作業方式(草案)」，提 113 年第 2 次委員會議(113.3.13)討論。

本次評核作業方式之研修，主要參考 1 月 24 日召開「精進總額評核作業之專家學者諮詢會議」所提之改進意見，研修重點說明如下。經委員會議充分討論後，對於 112 年度評核作業方式委員均表示支持：

- 一、新增評核內容，系統性檢討總額之關鍵績效指標(KPI)：衛福部近年政策指示，新增協商項目皆須訂定「執行目標」及「預期效益之評估指標」(簡稱 KPI)，為系統性檢討其執行情形，於年度重點項目新增「近 3 年總額協商項目 KPI 之執行檢討及指標研修」，希望總額部門透過自我檢視，提出對應之改善方式及指標研修建議，俾提升總額預算之執行績效。另亦精簡部分評核項目，以聚焦於 112 年度執行成果評核。
- 二、導入新任之評核委員，以利擴大參與及觀點多元性，並加強事前溝通：評核委員之組成，首先由醫界及付費者委員推薦建議名單，再由本會委員進行票選，最後依票數多寡依序邀請 7 位評核委員。本年新增 2 名「初任評核委員」保障名額，優先邀請「未曾擔任過評核委員的當屆專家學者及公正人士」，若人數不足 2 人，則續邀請「未曾擔任評核委員之專家學者」。另於評核前召開「評核委員共識會議」，說明相關規劃並討論評核原則，以利凝聚評核標準及共識。
- 三、精進各總額部門提報內容，以整體呈現評核重點及趨勢變化：為利評核委員審視整體總額執行情形，健保會將各部門重要數據及資訊表格化，並請受評部門(含健保署)強化「評核委員評論意見與期許之回應說明」，及確實填寫「執行情形檢討及對應之具體改善作為」。

此外，為使各總額部門聚焦於重點項目努力，每年年初即設定年度重點項目及預期目標。本次會議亦請四總額部門及健保署提出 2~3 項「113 年度一般服務

重點項目與績效指標」，並作為 114 年評核之依據。經檢視所提內容，委員認為健保總額已高達 8 千億元，每年納入基期運作，應就現行預算之支用進行整體檢討，爰於健保署應提報之年度重點項目「整體資源配置與未來規劃」，敘明該署提報內容，應至少包含：整體總額基期執行結果及資源配置檢討與建議、總額重點政策推動說明及檢討與建議、全人醫療之醫療服務整合情形及照護成果，並以保險人角度提出健保總額未來實施方向及執行規劃；在西醫基層總額部分，委員認為 112 年度所提重點項目「西醫基層診所糖尿病病人整體照護情形」、「檢驗(查)結果上傳率」更能反映西醫基層執行成效，為利觀察長期趨勢，113 年度重點項目乃繼續列入該 2 項。

經過委員會議討論，決議依委員意見修正通過「112 年度執行成果評核之作業方式」及「113 年度一般服務之重點項目與績效指標(含目標值)」，後續請健保署及四總額部門依評核作業方式及時程，提供所需資料，並落實執行，以呈現總額執行成效。

出處：相關內容詳衛福部健保會第 6 屆 113 年第 2 次委員會議議事錄(113 年 3 月 13 日)

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：林小姐
聯絡電話：02-85906666 分機：7381
傳真：02-85907087
電子郵件：mdroxaanne@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14日
發文字號：衛部醫字第1130111087號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明一

主旨：為加強醫療機構對於公平交易法之遵法意識，請轉知所轄醫療機構或會員，切勿合意共同調整掛號費，以免違反公平交易法聯合行為禁止規定，請查照。

說明：

- 一、依據公平交易委員會113年3月7日公服字第1131260171號函辦理（如附件影本）。
- 二、本部業以113年3月4日衛部醫字第1131660861號公告停止適用「醫療機構收取掛號費之參考範圍」，為避免各醫療機構聯合調漲掛號費涉及違反公平交易法規定情事，請各直轄市、縣市醫療機構遵守公平交易法相關規定，不得合意共同調整掛號費，並請相關公（協）會協助周知所屬會員。嗣經查獲，公平交易委員會將以違反聯合行為規定論處。
- 三、公平交易法第14條規定：「本法所稱聯合行為，指具競爭關係之同一產銷階段事業，以契約、協議或其他方式之合意，

113.03.15



113CC00193

共同決定商品或服務之價格、數量、技術、產品、設備、交易對象、交易地區或其他相互約束事業活動之行為，而足以影響生產、商品交易或服務供需之市場功能者。前項所稱其他方式之合意，指契約、協議以外之意思聯絡，不問有無法律拘束力，事實上可導致共同行為者。聯合行為之合意，得依市場狀況、商品或服務特性、成本及利潤考量、事業行為之經濟合理性等相當依據之因素推定之。第2條第2項之同業公會或其他團體藉章程或會員大會、理、監事會議決議或其他方法所為約束事業活動之行為，亦為本法之聯合行為。」同法第15條第1項本文規定：「事業不得為聯合行為。」違者依公平交易法第40條規定，得處新臺幣10萬元以上，5,000萬元以下罰鍰。

正本：地方政府衛生局、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國區域醫院協會、台灣醫學中心協會、台灣社區醫院協會、中華民國診所協會全國聯合會、社團法人台灣私立醫療院所協會、本部附屬醫療及社會福利機構管理會

副本：衛生福利部中央健康保險署(含附件)、本部全民健康保險會(含附件)、本部中醫藥司(含附件)、本部口腔健康司(含附件)、本部心理健康司(含附件)、公平交易委員會

檔 號：
保存年限：

公平交易委員會 函

地址：100219臺北市中正區濟南路1段2之2
號13樓
承辦人：蔡小姐
電話：02-23517588#327

受文者：衛生福利部

發文日期：中華民國113年3月7日
發文字號：公服字第1131260171號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：



主旨：鑑於貴部公告113年3月4日起各醫療院所可依照市場機制調整掛號費，為加強醫療機構對於公平交易法之遵法意識，請轉知各直轄市、縣市醫療院所及相關公協會切勿合意共同調整掛號費，以免違反公平交易法聯合行為禁止規定，請查照。

說明：

一、貴部113年3月4日公告停止適用「醫療院所收取掛號費之參考範圍」，各醫療院所依照市場機制調整掛號費，且已有多家醫療院所調漲掛號費或醞釀調漲。為避免各醫療院所聯合調漲掛號費涉及違反公平交易法規定情事，請轉知各直轄市、縣市醫療院所及相關公協會遵守公平交易法相關規定，不得合意共同調整掛號費，否則一旦查獲，本會將以違反聯合行為規定論處。



二、公平交易法第14條規定：「本法所稱聯合行為，指具競爭關係之同一產銷階段事業，以契約、協議或其他方式之合意，共同決定商品或服務之價格、數量、技術、產品、設備、交易對象、交易地區或其他相互約束事業活動之行

總收文 113.03.07



1130111087



裝

訂

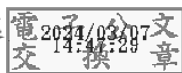


線

為，而足以影響生產、商品交易或服務供需之市場功能者。前項所稱其他方式之合意，指契約、協議以外之意思聯絡，不問有無法律拘束力，事實上可導致共同行為者。聯合行為之合意，得依市場狀況、商品或服務特性、成本及利潤考量、事業行為之經濟合理性等相當依據之因素推定之。第2條第2項之同業公會或其他團體藉章程或會員大會、理、監事會議決議或其他方法所為約束事業活動之行為，亦為本法之聯合行為。」同法第15條第1項本文規定：「事業不得為聯合行為。」違者依公平交易法第40條規定，得處新臺幣10萬元以上，5,000萬元以下罰鍰。

正本：衛生福利部

副本：本會服務業競爭處



衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：陳歆欣
聯絡電話：(02)8590-6736
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hgcindy@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20日
發文字號：衛部保字第1131260134C號
速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」第三條、第四條、第十二條修正條文、
修正總說明、條文對照表及發布令掃描檔各1份

主旨：「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」第三條、第四條、第十二條，業經本部於113年3月20日以衛部保字第1131260134號令修正發布，茲檢送發布令掃描檔（含法規條文）、修正總說明及條文對照表各1份，請查照。

正本：衛生福利部中央健康保險署、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會
副本：

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 令

發文日期：中華民國113年3月20日
發文字號：衛部保字第1131260134號
附件：「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」第三條、第四條、第十二條修正條文1份



修正「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」第三條、第四條、第十二條。

附修正「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」第三條、第四條、第十二條。

部長 薛瑞元

全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法第三條、第四條、第十二條 修正條文

第三條 本法第三十一條第一項所稱所得及收入，規定如下：

- 一、獎金：符合所得稅法第十四條第一項第三類規定應納入薪資收入項目，且未列入投保金額計算之具獎勵性質之各項給予，如年終獎金、節金、紅利等。
- 二、薪資所得：指所得稅法第十四條第一項第三類所稱之薪資收入。
- 三、執行業務收入：指所得稅法第十四條第一項第二類所稱執行業務者之業務或演技收入。
- 四、股利所得：指所得稅法第十四條第一項第一類所稱公司股東所獲分配之股利。
- 五、利息所得：指所得稅法第十四條第一項第四類所稱之利息所得。
- 六、租金收入：指所得稅法第十四條第一項第五類第一款所稱之租賃收入及第二款所稱之租賃所得。

前項所得及收入，以現金、票據、股票及可等值兌換現金之禮券為限。如為股票或外國貨幣，其價格或兌換率依所得稅法相關規定辦理。

第四條 扣費義務人給付本法第三十一條第一項各類所得時，其單次給付金額達新臺幣二萬元者，應按規定之補充保險費率扣取補充保險費，並於給付日之次月底前填具繳款書，向保險人繳納。但符合本法第三十一條第一項第一款逾當月投保金額四倍部分之獎金，應全數計收補充保險費。

有下列情形之一者，免依前項規定扣取補充保險費：

- 一、單次給付金額逾新臺幣一千萬元之部分。
- 二、以雇主或自營業主身分參加本保險期間，已計入投保金額計算之股利所得。
- 三、專門職業及技術人員自行執業者、無一定雇主或自營作業而參

加職業工會者之執行業務收入。

四、第二類被保險人之薪資收入。

五、第五類被保險人之各類所得。

六、未具投保資格或喪失投保資格者之各類所得。

七、非所屬投保單位給付且未達中央勞動主管機關公告基本工資之薪資收入。

八、對於中低收入戶成員、中低收入老人、接受生活扶助之弱勢兒童與少年、領取身心障礙生活補助費者、特殊境遇家庭之受扶助者及符合本法第一百條所定之經濟困難者，單次給付未達中央勞動主管機關公告基本工資之執行業務收入、股利所得、利息所得或租金收入。

第十二條 本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。

本辦法中華民國一百零三年七月二十一日修正發布之條文，自一百零三年九月一日施行。

本辦法中華民國一百零四年一月二十九日修正發布之條文，自一百零四年一月一日施行。

本辦法中華民國一百零四年六月十八日及一百零四年十二月二日修正發布之條文，自一百零五年一月一日施行。

本辦法中華民國一百零八年四月二日修正發布之條文，自一百零七年一月一日施行。

本辦法中華民國一百十三年三月二十日修正發布之條文，自發布日施行。

全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法第三條、第四條、第十二條修正總說明

全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法（以下稱本辦法），於一百零一年十月三十日訂定發布，其後歷經五次修正，最近一次修正為一百零八年四月二日。

本次因應一百零八年七月二十四日所得稅法修正第十四條，薪資所得之計算，以全年薪資收入減除薪資所得特別扣除額後之餘額為所得額，或所得人負擔之特定必要費用超過該扣除額者，得舉證核實自薪資收入中減除，以其餘額為所得額。現行補充保險費之制度設計，依全民健康保險法（以下稱本法）第三十一條第一項規定，保險對象有應扣取補充保險費之各類所得，單次給付達一定金額，應依規定之補充保險費率計收補充保險費，由扣費義務人於「給付時扣取」，並於給付日之次月底前向保險人繳納。即未具事後結算意涵，扣費義務人給付薪資所得當下，亦無法得知成本數額；因此，依所得稅法第十四條修正後之文義，本辦法所涉本法之「薪資所得」扣費項目，應改為「薪資收入」，以符合薪資所得扣取補充保險費之立法意旨及補充保險費之制度設計，爰修正本辦法第三條、第四條、第十二條。

全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法第三條、第四條、第十二條修正條文對照表

修正條文	現行條文	說明
<p>第三條 本法第三十一條第一項所稱所得及收入，規定如下：</p> <p>一、獎金：符合所得稅法第十四條第一項第三類規定應納入薪資收入項目，且未列入投保金額計算之具獎勵性質之各項給予，如年終獎金、節金、紅利等。</p> <p>二、薪資所得：指所得稅法第十四條第一項第三類所稱之薪資收入。</p> <p>三、執行業務收入：指所得稅法第十四條第一項第二類所稱執行業務者之業務或演技收入。</p> <p>四、股利所得：指所得稅法第十四條第一項第一類所稱公司股東所獲分配之股利。</p> <p>五、利息所得：指所得稅法第十四條第一項第四類所稱之利息所得。</p> <p>六、租金收入：指所得稅法第十四條第一項第五類第一款所稱之租賃收入及第二款所稱之租賃所得。</p> <p>前項所得及收入，以現金、票據、股票及可等值兌換現金之禮券為限。如為股票或外國貨幣，</p>	<p>第三條 本法第三十一條第一項所稱所得及收入，規定如下：</p> <p>一、獎金：符合所得稅法第十四條第一項第三類規定應納入薪資所得項目，且未列入投保金額計算之具獎勵性質之各項給予，如年終獎金、節金、紅利等。</p> <p>二、薪資所得：指所得稅法第十四條第一項第三類所稱之薪資所得。</p> <p>三、執行業務收入：指所得稅法第十四條第一項第二類所稱執行業務者之業務或演技收入。</p> <p>四、股利所得：指所得稅法第十四條第一項第一類所稱公司股東所獲分配之股利。</p> <p>五、利息所得：指所得稅法第十四條第一項第四類所稱之利息所得。</p> <p>六、租金收入：指所得稅法第十四條第一項第五類第一款所稱之租賃收入及第二款所稱之租賃所得。</p> <p>前項所得及收入，以現金、票據、股票及可等值兌換現金之禮券為限。如為股票或外國貨幣，</p>	<p>一、依本法第三十一條第一項規定，第一類至第四類及第六類保險對象有應扣取補充保險費之各類所得，應依規定之補充保險費率計收補充保險費，由扣費義務人於「給付時扣取」，並於給付日之次月底前向保險人繳納。爰該條項所稱「薪資所得」及同屬薪資所得性質之獎金，依據立法原意即為所得稅法第十四條第一項第三類之薪資收入(原始薪資給付總額)，而非扣除成本後之淨額。</p> <p>二、一百零二年施行之補充保險費制度，係為擴大計費基礎，以強化量能負擔，為儘可能反映所得能力，於本辦法定明計繳補充保險費之薪資所得，依所得稅法第十四條第一項第三類規定之薪資所得辦理，當時所得稅法之薪資所得為原始給付額。</p> <p>三、一百零八年七月二十四日所得稅法修正薪資所得計稅方式，改以全年薪資收入減除薪資所得特別扣除額或特定必要</p>

<p>其價格或兌換率依所得稅法相關規定辦理。</p>	<p>其價格或兌換率依所得稅法相關規定辦理。</p>	<p>費用後之餘額為所得額。為使引用所得稅法薪資所得扣費項目之獎金和非所屬投保單位給付之薪資所得，符合本法第三十一條之立法原意及補充保險費之制度設計，爰修正第一項第一款及第二款有關「薪資所得」文字為「薪資收入」。</p>
<p>第四條 扣費義務人給付本法第三十一條第一項各類所得時，其單次給付金額達新臺幣二萬元者，應按規定之補充保險費率扣取補充保險費，並於給付日之次月底前填具繳款書，向保險人繳納。但符合本法第三十一條第一項第一款逾當月投保金額四倍部分之獎金，應全數計收補充保險費。</p> <p>有下列情形之一者，免依前項規定扣取補充保險費：</p> <p>一、單次給付金額逾新臺幣一千萬元之部分。</p> <p>二、以雇主或自營業主身分參加本保險期間，已計入投保金額計算之股利所得。</p> <p>三、專門職業及技術人員自行執業者、無一定雇主或自營作業而參</p>	<p>第四條 扣費義務人給付本法第三十一條第一項各類所得時，其單次給付金額達新臺幣二萬元者，應按規定之補充保險費率扣取補充保險費，並於給付日之次月底前填具繳款書，向保險人繳納。但符合本法第三十一條第一項第一款逾當月投保金額四倍部分之獎金，應全數計收補充保險費。</p> <p>有下列情形之一者，免依前項規定扣取補充保險費：</p> <p>一、單次給付金額逾新臺幣一千萬元之部分。</p> <p>二、以雇主或自營業主身分參加本保險期間，已計入投保金額計算之股利所得。</p> <p>三、專門職業及技術人員自行執業者、無一定雇主或自營作業而參</p>	<p>第二項第四款及七款「薪資所得」文字修正為「薪資收入」，修正理由同前條說明。</p>

<p>加職業工會者之執行業務收入。</p> <p>四、第二類被保險人之薪資收入。</p> <p>五、第五類被保險人之各類所得。</p> <p>六、未具投保資格或喪失投保資格者之各類所得。</p> <p>七、非所屬投保單位給付且未達中央勞動主管機關公告基本工資之薪資收入。</p> <p>八、對於中低收入戶成員、中低收入老人、接受生活扶助之弱勢兒童與少年、領取身心障礙生活補助費者、特殊境遇家庭之受扶助者及符合本法第一百條所定之經濟困難者，單次給付未達中央勞動主管機關公告基本工資之執行業務收入、股利所得、利息所得或租金收入。</p>	<p>加職業工會者之執行業務收入。</p> <p>四、第二類被保險人之薪資所得。</p> <p>五、第五類被保險人之各類所得。</p> <p>六、未具投保資格或喪失投保資格者之各類所得。</p> <p>七、非所屬投保單位給付且未達中央勞動主管機關公告基本工資之薪資所得。</p> <p>八、對於中低收入戶成員、中低收入老人、接受生活扶助之弱勢兒童與少年、領取身心障礙生活補助費者、特殊境遇家庭之受扶助者及符合本法第一百條所定之經濟困難者，單次給付未達中央勞動主管機關公告基本工資之執行業務收入、股利所得、利息所得或租金收入。</p>	
<p>第十二條 本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。</p> <p>本辦法中華民國一百零三年七月二十一日修正發布之條文，自一百零三年九月一日施行。</p> <p>本辦法中華民國一百零四年一月二十九日修正發布之條文，自一百零四年一月一日施行。</p> <p>本辦法中華民國一百零四年六月十八日及一百零四年十二月二日修正發</p>	<p>第十二條 本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。</p> <p>本辦法中華民國一百零三年七月二十一日修正發布之條文，自一百零三年九月一日施行。</p> <p>本辦法中華民國一百零四年一月二十九日修正發布之條文，自一百零四年一月一日施行。</p> <p>本辦法中華民國一百零四年六月十八日及一百零四年十二月二日修正發</p>	<p>增訂第六項，規定本次修正條文施行日期。</p>

<p>布之條文，自一百零五年一月一日施行。</p> <p>本辦法中華民國一百零八年四月二日修正發布之條文，自一百零七年一月一日施行。</p> <p><u>本辦法中華民國一百十三年三月二十日修正發布之條文，自發布日施行。</u></p> <p>。</p>	<p>布之條文，自一百零五年一月一日施行。</p> <p>本辦法中華民國一百零八年四月二日修正發布之條文，自一百零七年一月一日施行。</p>	
--	--	--

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3月21日

發文字號：衛部保字第1131260143C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3月21日以衛部保字第1131260143號令修正發布，並自113年4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)

3.03.21



113CC00205

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正總說明

本次醫療服務給付項目及支付標準之修正，為本（一百十三）年第二次修正，並自一百十三年四月一日生效。

本次主要依據本年度醫療給付費用總額決定事項，新增給付項目五項及修正支付規範二項、調升西醫基層診所專科醫師診治未滿四歲兒童第一段門診診察費之加成率，以及牙醫放寬「高齡患者根管治療難症處理」加成計算之年齡等。要點如下：

一、西醫基本診療（第二部第一章）：

- （一）修正通則十二（三），調升西醫基層院所診治未滿四歲兒童第一段門診診察費專科醫師加成至百分之十三，並配合修正附表2.1.4、附表2.1.5及附表2.1.7（第一節門診診察費）。
- （二）「提升基層護理人員照護品質加計」（編號00246C）項目改以「全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案」支付，爰予刪除。

二、西醫特定診療（第二部第二章）：

- （一）新增診療項目：新增「心內超音波」（編號18047B，8,385點）、「磁共振造影使用Primovist造影劑加計」（編號33146B，5,686點）、「大腸息肉切除術—四顆至九顆」（編號49032C，3,304點）、「大腸息肉切除術—十顆以上」（編號49033C，6,304點）及「神經調控通氣輔助呼吸治療及橫膈膜電位訊號監測（一天）」（編號57032B，3,712點）等五項；並配合前開新增項目，刪除「大腸鏡息肉切除術」（編號49014C），及修正診療項目名稱或支付規範共七項（第一節檢查、第二節放射線診療及第六節治療處置）。
- （二）修正支付規範：「經皮椎體成形術（第一節）」（編號33126B）及「經直腸大腸息肉切除術」（編號74207C），增列申報規定、適應症或施行人員資格（第二節放射線診療及第七節手術）。

三、牙醫（第三部）：修正通則五「高齡患者根管治療難症處理」加計之年齡認定，由七十歲以上放寬至六十五歲以上。

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：李珮芳
聯絡電話：02-27065866 分機：2675
傳真：02-27069043
電子郵件：A111353@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8日
發文字號：健保醫字第1130660931號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明一 (A21030000I_1130660931_doc2_Attach1.PDF)

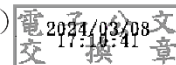
主旨：有關西醫基層總額部門醫事服務機構申報醫療服務點數之
暫付及核定每點金額恢復原計算方式案，自113年3月15日
起適用，詳如說明，請查照。

說明：

- 一、依衛生福利部112年12月27日衛部保字第1121260593號函
(附件)辦理。
- 二、有關旨揭暫付及核定每點金額訂定原則，自113年3月15日
起恢復依本署96年8月7日健保醫字第0960052622號公告辦
理，請協助轉知所屬會員及院所。

正本：中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生
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、中華民國醫事
檢驗生公會全國聯合會、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

副本：衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會(均含附件)



113.03.11



1133340069

副本

附錄十一

檔號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

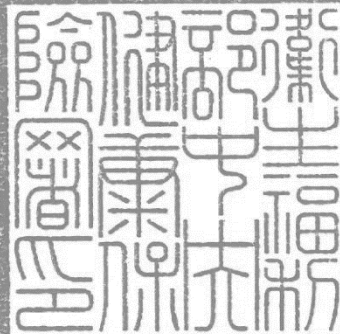
臺北市南港區忠孝東路6段488號

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3月12日

發文字號：健保醫字第1130104547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高風險疾病口腔照護計畫」，並溯自113年1月1日適用，本計畫給付項目及支付標準自113年3月1日起適用。

依據：衛生福利部113年3月5日衛部保字第1131260109號函。

公告事項：113年1月1日至2月29日期間，醫療院所依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定申報之91090C「高風險疾病病人牙結石清除-全口」、P7301C「高齲齒率患者氟化物治療」及P7302C「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」項目，由本計畫專款支應。

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

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300069

113. 3. 13

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3月14日

發文字號：健保醫字第1130661007號

附件：請自行至本署全球資訊網站擷取



主旨：公告修訂「中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」，
並自公告日起生效。

依據：本署113年2月22日召開全民健康保險醫療給付費用中醫門診
總額113年第1次研商議事會議決議辦理。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣
醫院協會、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 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300072

113. 3. 14

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3月18日
發文字號：健保醫字第1130105256號
附件：請至本署全球資訊網公告欄擷取



主旨：公告「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」，溯自113年1月1日起生效。

依據：衛生福利部113年3月13日衛部保字第1131260135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、台灣腎臟醫學會、社團法人台灣基層透析協會、本署各分區業務組、本署主計室、本署醫務管理組、本署醫審及藥材組、本署資訊組、本署財務組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300086

113.3.19

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3月20日

發文字號：健保醫字第1130105206號

附件：請自行至本署全球資訊網擷取



主旨：公告新增「113年度全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案」，並自113年1月1日起生效。

依據：衛生福利部113年3月13日衛部保字第1131260104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 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300093

113. 3. 21

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

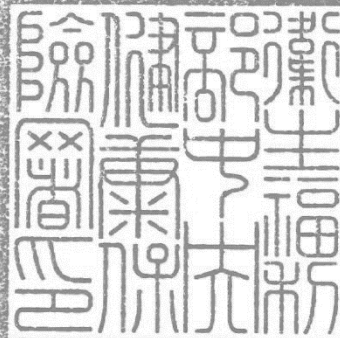
臺北市南港區忠孝東路6段488號

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3月22日

發文字號：健保醫字第1130105207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特定疾病病人牙

科就醫安全計畫」，並自113年4月1日起生效。

依據：衛生福利部113年3月13日衛部保字第1131260133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 出差
副署長 李 丞 華 代行

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300095

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3月22日

發文字號：健保醫字第1130105019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特殊醫療服務計畫」，並自113年4月1日起生效。

依據：衛生福利部113年3月11日衛部保字第1131260114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 出差
副署長 李 丞 華 代行

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300096

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3月29日

發文字號：健保醫字第1130661328號

附件：如主旨(請自行至本署全球資訊網公告欄擷取)



主旨：公告修正「全民健康保險跨層級醫院合作計畫」(附件)。

依據：全民健康保險跨層級醫院合作計畫辦理。

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、中華民國基層醫療協會、地方政府衛生局、行政院主計總處、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、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



1133300102

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：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15日

發文字號：健保醫字第1130660993A號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：112年第3季「牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額
結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑
如說明，請查照。



說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨113年2月27日「全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額113年第1次研商議事會議」決定辦理。
- 二、旨揭牙醫門診總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/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/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/牙醫總額。
- 三、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，自113年3月15日起，牙醫門診總額費用之暫付、核付，依112年第3季結算點值辦理，並於113年3月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。

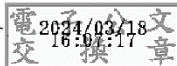
113.03.18



1133340079

正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、各縣市牙醫師公會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫審及藥材組



裝



訂

線

寄件者: 莊玉芬
收件者: 全民健康保險會張 云
主旨: RE: 請問第牙醫第1次研商會議紀錄問題
日期: 2024年3月20日 下午 05:11:03
附件: [image001.png](#)
[image002.png](#)

嘉云,您好
會議紀錄和結算說明表均已更新於網站

莊玉芬 敬上

~~~~~  
衛生福利部中央健康保險署  
醫務管理組 總額規劃科  
電話:02-27065866#3607  
傳真:02-27069043  
地址:台北市大安區信義路三段140號  
~~~~~

六、修正後一般服務各分區點值之計算

1. 修正後一般服務浮動每點支付金額＝[修正後分區一般服務預算總額(BD3)]

－ 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數×前季點值(AF)

－ 投保該分區核定非浮動點數(BG)

－ 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]

／ 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區	＝[4,483,110,198	－	857,059,149	－	40,217,275	－	206,590]	／	3,905,058,152	＝	0.91820071
北區分區	＝[1,977,585,471	－	456,821,039	－	14,125,177	－	70,280]	／	1,510,043,765	＝	0.99769888
中區分區	＝[2,202,095,756	－	193,535,567	－	19,641,695	－	77,822]	／	1,990,359,720	＝	0.99923680
南區分區	＝[1,524,140,160	－	234,812,735	－	13,671,976	－	105,526]	／	1,207,430,723	＝	1.05641665
高屏分區	＝[1,680,721,756	－	166,465,269	－	13,478,509	－	42,864]	／	1,443,349,685	＝	1.03975851
東區分區	＝[219,811,256	－	38,170,502	－	2,314,925	－	11,231]	／	155,780,085	＝	1.15107524

2. 修正後一般服務全區浮動每點支付金額＝加總[修正後分區一般服務預算總額(BD3)]

－ (核定非浮動點數(BG)－緩起訴捐助款)

－ 自墊核退點數(BJ)]

／ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

＝[12,087,464,597

－ 103,449,557

514,313]／12,242,217,772＝0.97886682

3. 修正後一般服務分區平均點值＝[修正後分區一般服務預算總額(BD3)]

／[一般服務核定浮動點數(GF)＋核定非浮動點數(BG)＋自墊核退點數(BJ)]

臺北分區	＝[4,483,110,198	／	4,848,352,392	＋	40,217,275	＋	206,590	]	＝	0.91702094
北區分區	＝[1,977,585,471	／	1,971,499,010	＋	14,125,177	＋	70,280	]	＝	0.99591629
中區分區	＝[2,202,095,756	／	2,186,841,904	＋	19,641,695	＋	77,822	]	＝	0.99797619
南區分區	＝[1,524,140,160	／	1,436,829,877	＋	13,671,976	＋	105,526	]	＝	1.05069103
高屏分區	＝[1,680,721,756	／	1,609,880,522	＋	13,478,509	＋	42,864	]	＝	1.03530848
東區分區	＝[219,811,256	／	188,814,067	＋	2,314,925	＋	11,231	]	＝	1.15000000

4. 修正後一般服務全區平均點值

＝[12,087,464,597

]／[12,242,217,772

＋ 103,449,557

＋ 514,313]＝0.97904477

209

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

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

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年3月12日
發文字號：健保醫字第1130661042號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：附件請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：112年第3季「中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額
結算說明表」(附件)已確認並公布於本署全球資訊網，下
載路徑如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定辦理。
- 二、有關112年第3季中醫門診總額各分區一般服務部門點值，
前於113年3月4日以健保醫字第1130660914號函請全民健康
保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議代表書面確
認在案。
- 三、旨揭中醫門診總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下
載，路徑為本署全球資訊網/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/各部門
總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/中醫總
額。
- 四、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，自113年3月15日起，中醫門診總額費用之暫付、核



3. 03. 13

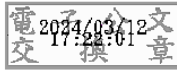


1133340073

付，依112年第3季結算點值辦理，並於113年3月辦理點值
結算追扣補付事宜。

正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、中華民國中醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室



裝

訂



線



五、調整後一般服務浮動總額每點支付金額 = [風險調整移撥款撥補後分區一般服務預算總額(BD2)]

1. 一般服務浮動總額每點支付金額 = [風險調整移撥款撥補後分區一般服務預算總額(BD2)]

- 各分區一般服務核定非浮動點數(BG)

- 各分區自墊核退點數(BJ)]

/ 各分區一般服務核定浮動點數(BF)

臺北分區	= [2,259,973,894	-	924,441,908	-	61,077] /	1,530,079,915 =	0.87281121
北區分區	= [974,453,325	-	459,653,895	-	25,269] /	694,135,250 =	0.74160498
中區分區	= [1,918,908,108	-	769,208,851	-	54,425] /	1,380,571,476 =	0.83273112
南區分區	= [1,060,482,506	-	475,265,651	-	16,864] /	715,700,229 =	0.81766076
高屏分區	= [1,202,685,701	-	519,978,100	-	13,399] /	807,138,683 =	0.84582020
東區分區	= [169,292,509	-	51,556,249	-	7,020] /	100,457,107 =	1.17193540

2. 全區浮動每點支付金額 = [加總風險調整移撥款撥補後分區一般服務預算總額(BD2)]

- 加總核定非浮動點數(GG)

- 加總自墊核退點數(GJ)]

/ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [7,585,796,043

- 3,200,104,654

- 178,054] / 5,228,082,660 = 0.83883780

3. 一般服務分區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)

= [風險調整移撥款撥補後分區一般服務預算總額(BD2)]

/ [一般服務核定浮動點數(BF)

+ 該分區核定非浮動點數(BG)

+ 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]

臺北分區	= [2,259,973,894	]/[	1,530,079,915 +	924,441,908	+	61,077] =	0.92071606
北區分區	= [974,453,325	]/[	694,135,250 +	459,653,895	+	25,269] =	0.84454945
中區分區	= [1,918,908,108	]/[	1,380,571,476 +	769,208,851	+	54,425] =	0.89258400
南區分區	= [1,060,482,506	]/[	715,700,229 +	475,265,651	+	16,864] =	0.89042642
高屏分區	= [1,202,685,701	]/[	807,138,683 +	519,978,100	+	13,399] =	0.90623039
東區分區	= [169,292,509	]/[	100,457,107 +	51,556,249	+	7,020] =	1.11361722

4. 一般服務全區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)

= [7,585,796,043

]/[5,228,082,660 + 3,200,104,654

+ 178,054] = 0.90003170

檔 號：

保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段140號

聯絡人：張毓芬

聯絡電話：02-27065866 分機：2629

電子郵件：A111037@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年2月29日

發文字號：健保醫字第1130660873號

速別：速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨

主旨：檢送112年第3季「醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表」，已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定辦理。
- 二、有關112年第3季醫院總額一般服務部門點值，前於113年2月22日以健保醫字第1130660713號函請全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議代表書面確認在案。旨揭結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/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/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/醫院總額。

三、另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，自113年3月15日起暫付、核付之醫院總額費用依112年第3季點值辦理，並於113年3月辦理點值結算追扣補付事宜。

正本：本署各分區業務組

副本：王代表照元、申代表斯靜、朱代表文洋、朱代表益宏、吳代表明賢、吳代表淑芬、吳代表鏘亮、李代表永川、李代表丞華、李代表承光、周代表思源、周代表雯雯、周代表慶明、孟代表令好、林代表宏榮、林代表恩豪、侯代表勝茂、施代表壽全、洪代表世欣、張代表文瀚、張代表克士、張代表國寬、郭代表錫卿、陳代表文琴、陳代表玉瑩、陳代表志強、陳代表威明、陳代表建宗、陳代表相國、陳代表振文、陳代表節如、陳代表穆寬、童代表瑞龍、黃代表遵誠、楊代表邦宏、廖代表振成、劉代表林義、劉代表碧珠、謝代表文輝、謝代表景祥、羅代表永達、嚴代表玉華、蘇代表主榮、蘇代表東茂(依姓氏筆劃排序)、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會、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、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫審及藥材組

5. 非偏遠地區門診一般服務浮動每點支付金額 =

$$[\text{調整後分區門診一般服務預算總額 (BD4)} + \text{調整後分區住診一般服務預算總額 (BD3)}]$$

$$- \text{加總(門住診非偏遠地區投保該分區至其他五區跨區就醫核定浮動點數} \times \text{前季全區浮動點值}) (\text{AF1} + \text{AF3})$$

$$- \text{加總(門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)} (\text{BG1} + \text{BG3}) - \text{藥品給付協議}$$

$$- \text{加總(門住診偏遠地區投保該分區核定浮動點數} \times \text{前季就醫分區平均點值}) (\text{AF2} + \text{AF4})$$

$$- \text{加總(門住診偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)} (\text{BG2} + \text{BG4})$$

$$- \text{加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)} (\text{BJ1} + \text{BJ3})$$

$$/ \text{加總(門住診非偏遠地區投保該分區當地就醫一般服務核定浮動點數)} (\text{BF1} + \text{BF3})$$

$$\text{臺北分區} = [20,951,245,563 + 26,193,119,361 - 4,522,076,903 - (23,443,486,748 - 911,865,875) - 178,059,713 - 159,928,275 - 23,531,664] / 22,398,830,843 = 0.88081149$$

$$\text{北區分區} = [7,837,192,635 + 10,609,793,057 - 2,881,645,335 - (9,174,689,310 - 312,648,169) - 18,668,511 - 13,765,487 - 12,002,119] / 7,048,332,086 = 0.94474310$$

$$\text{中區分區} = [10,008,352,117 + 13,717,158,712 - 1,197,771,473 - (11,647,828,975 - 458,146,018) - 370,535,694 - 385,284,737 - 9,104,223] / 11,815,225,407 = 0.89487347$$

$$\text{南區分區} = [7,773,135,697 + 11,011,163,383 - 1,611,811,380 - (9,026,164,675 - 380,036,209) - 24,850,157 - 21,286,191 - 6,444,763] / 8,558,176,591 = 0.99013827$$

$$\text{高屏分區} = [8,168,288,368 + 11,785,162,787 - 1,137,270,404 - (9,673,194,257 - 357,433,381) - 80,207,123 - 53,726,769 - 4,273,092] / 9,770,935,742 = 0.95816953$$

$$\text{東區分區} = [1,324,909,766 + 2,267,035,582 - 322,530,284 - (1,686,390,985 - 45,392,769) - 58,688,770 - 32,361,202 - 1,450,225] / 1,678,192,278 = 0.91522090$$

6. 非偏遠地區門診一般服務全區浮動每點支付金額 = [調整後門診一般服務預算總額 (D4) + 調整後住診一般服務預算總額 (D3)]

$$- \text{加總(門住診核定非浮動點數)} (\text{BG1} + \text{BG2} + \text{BG3} + \text{BG4}) - \text{藥品給付協議}$$

$$- \text{加總(門住診自墊核退點數)} (\text{BJ1} + \text{BJ3})$$

$$/ \text{加總(門住診一般服務浮動核定點數)} (\text{GF1} + \text{GF2} + \text{GF3} + \text{GF4})$$

$$= [56,063,124,146 + 75,583,432,882 - (65,318,107,611 - 2,465,522,421) - 56,806,086] / 74,912,008,465$$

$$= 0.91757206$$

註：藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

7. 非偏遠地區門住診一般服務分區平均點值=[調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)+調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)]

÷[加總(門住診一般服務核定浮動點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

+ 加總(門住診投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4)－藥品給付協議

+ 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

臺北分區 = [20,951,245,563 + 26,193,119,361] ÷ [27,574,089,227 + 23,603,415,023] - 911,865,875 + 23,531,664] = 0.93746556
 北區分區 = [7,837,192,635 + 10,609,793,057] ÷ [10,244,795,715 + 9,188,454,797] - 312,648,169 + 12,002,119] = 0.96416490
 中區分區 = [10,008,352,117 + 13,717,158,712] ÷ [13,528,134,137 + 12,033,113,712] - 458,146,018 + 9,104,223] = 0.94478003
 南區分區 = [7,773,135,697 + 11,011,163,383] ÷ [10,361,269,602 + 9,047,450,866] - 380,036,209 + 6,444,763] = 0.98682279
 高屏分區 = [8,168,288,368 + 11,785,162,787] ÷ [11,108,151,530 + 9,726,921,026] - 357,433,381 + 4,273,092] = 0.97419864
 東區分區 = [1,324,909,766 + 2,267,035,582] ÷ [2,095,568,254 + 1,718,752,187] - 45,392,769 + 1,450,225] = 0.95267516
 8. 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值

= [56,063,124,146 + 75,583,432,882] ÷ [74,912,008,465 + 65,318,107,611] - 2,465,522,421 + 56,806,086] = 0.95519678

9. 醫院醫療給付費用總額平均點值(不含門診透析)

= 加總[調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)+調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)+專款專用暫結金額]

÷ [一般服務核定浮動點數(GF)+核定非浮動點數(BG)－藥品給付協議 + 自墊核退點數(BJ)

+ 專款專用已支用點數(含品質保證保留款)]

= [56,063,124,146 + 75,583,432,882 + 7,895,749,123]

÷ [74,912,008,465 + 65,318,107,611 - 2,465,522,421 + 56,806,086 + 7,900,097,613]

= 0.95759588

註：

1. 專款專用暫結金額=C型肝炎藥費暫結金額+罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材暫結金額+後天免疫缺乏病毒治療藥費暫結金額+鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質暫結金額+醫療給付改善方案暫結金額+急診品質提升方案暫結金額+醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案暫結金額+醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫暫結金額+鼓勵院所建立轉診合作機制暫結金額+網路頻寬補助費用暫結金額+住院整合照護服務試辦計畫暫結金額+精神科長效針劑藥費暫結金額+鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫暫結金額+癌症治療品質改善計畫暫結金額+慢性傳染病照護品質計畫暫結金額+持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能暫結金額+健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能暫結金額+品質保證保留款預算
 = 335,329,841 + 3,658,848,486 + 1,102,051,207 + 1,305,851,441 + 273,339,879 + 30,414,869 + 26,117,294 + 193,027,362
 + 56,097,750 + 37,478,679 + 60,750,000 + 460,626,349 + 0 + 0
 + 14,435,530 + 0 + 341,380,436
 = 7,895,749,123

2. C型肝炎藥費專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議，不含支應西醫基層總額同項專款。

3. 罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費、精神科長效針劑藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。

4. 品質保證保留款預算=106年各季品質保證保留款預算+112年品質保證保留款預算/4。

5. 註1專款專用暫結金額，係指不包括112年總額公告專款導入一般服務之專款項目。

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月112/06(含)以前：於112/10/01~112/12/31期間核付者。

費用年月112/07~112/09：於112/07/01~112/12/31期間核付者。

2. 當地就醫分區未跨區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：陳怡蓓

聯絡電話：02-27065866 分機：2614

傳真：02-2706-9043

電子郵件：A111034@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1日

發文字號：健保醫字第1130660926號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：112年第3季「西醫基層總額各分區一般服務每點支付金額
結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑
如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定。
- 二、有關112年第3季西醫基層總額各分區一般服務每點支付金額業於113年2月26日以健保醫字第1130660795號函請全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議代表書面確認在案。旨揭結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/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/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/西醫基層。
- 三、依據全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法、112年12月7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112年第3次會議決議暨衛生福利部同年12

113.03.04

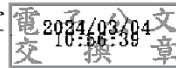


1133340064

月27日衛部保字第1121260593號函，自113年3月15日起，
西醫基層總額費用之暫付、核付，依112年第3季結算點值
辦理，並於113年3月辦理點值結算追扣補付事宜。

正本：本署各分區業務組

副本：丁代表榮哲、王代表宏育、古代表有馨、顏代表鴻順、藍代表毅生、黃代表振國、賴代表俊良、盧代表榮福、朱代表光興、朱代表益宏、江代表心怡、江代表俊逸、何代表活發、吳代表國治、吳代表順國、李代表丞華、李代表承光、李代表紹誠、李代表龍騰、周代表朝雄、周代表慶明、林代表名男、林代表旺枝、林代表恆立、林代表煥洲、林代表誓揚、林代表憶君、洪代表一敬、洪代表德仁、徐代表超群、張代表孟源、連代表哲震、陳代表志明、陳代表相國、陳代表晟康、黃代表啟嘉、楊代表宜青、楊代表芸蘋、趙代表善楷、蔡代表有成、蔡代表昌學、劉代表林義、劉代表守仁、劉代表碧珠、鄭代表俊堂、蘇代表東茂(代表按姓名筆劃排列)、衛生福利部社會保險司、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、各縣市醫師公會、中華民國藥師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室



六、調整後一般服務預算總額浮動點值之計算(含「該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)

1. 一般服務分區浮動每點支付金額 = [風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD10) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用]

— 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季投保分區浮動點值(AF)

— (投保該分區核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議) - 當地就醫分區自墊核退點數(BI)]

／ 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區 = [10,535,286,365 +	260,508 - 1,492,033,422 - (3,128,558,256 - 11,916,689) -	524,525] /	7,242,644,813 =	0.81825735
北區分區 = [4,973,347,423 +	3,144,422 - 750,569,069 - (1,533,068,736 - 9,966,730) -	687,830] /	3,094,483,801 =	0.87320959
中區分區 = [5,911,508,414 +	2,013,312 - 356,479,368 - (1,816,577,296 - 6,560,352) -	629,520] /	4,257,088,782 =	0.88003706
南區分區 = [4,528,920,640 +	8,837,198 - 433,240,658 - (1,421,222,848 - 5,214,035) -	578,193] /	2,926,313,598 =	0.91853798
高屏分區 = [5,015,798,432 +	8,711,664 - 310,789,298 - (1,626,692,794 - 8,426,378) -	218,588] /	3,430,654,914 =	0.90222884
東區分區 = [656,359,663 +	18,424,242 - 83,428,318 - (219,177,386 - 1,688,221) -	92,530] /	353,047,495 =	1.05870711

2. 一般服務全區浮動每點支付金額

= 加總[風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD10)

+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用

- (核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議)

- 自墊核退點數(BI)]

／ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [31,621,220,937 + 41,391,346 - (9,745,297,316 - 43,772,405) - 2,731,186] / 25,254,710,540 = 0.86947566

註：藥品給付協議回數金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

3. 一般服務分區平均點值

=[風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD10)

+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用]

/[一般服務核定浮動點數(GF)+核定非浮動點數(BG)-藥品給付協議+自墊核退點數(BJ)]			
臺北分區=[10,535,286,365 +	260,508]/[9,046,856,096 +	3,128,558,256 -	524,525]= 0.86612362
北區分區=[4,973,347,423 +	3,144,422]/[3,946,520,208 +	1,533,088,736 -	687,830]= 0.90972757
中區分區=[5,911,508,414 +	2,013,312]/[4,658,687,649 +	1,816,577,296 -	629,520]= 0.91408507
南區分區=[4,528,920,640 +	8,837,198]/[3,391,914,878 +	1,421,222,848 -	578,193]= 0.94369472
高屏分區=[5,015,798,432 +	8,711,664]/[3,778,723,905 +	1,626,692,794 -	218,588]= 0.93094601
東區分區=[656,359,663 +	18,424,242]/[432,007,804 +	219,177,386 -	92,530]= 1.03878512

4. 一般服務全區平均點值

=[31,621,220,937 + 41,391,346]/[25,254,710,540 + 9,745,297,316 - 43,772,405 + 2,731,186]= 0.90570790

5. 西醫基層醫療給付費用總額平均點值= 加總[風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD10)

+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用+ 專款專用暫結金額(註)]

/加總分區[一般服務核定浮動點數(GF)+核定非浮動點數(BG)-藥品給付協議

+ 自墊核退點數(BJ)+專款專用已支用點數(含品質保證保留款)]

=[31,621,220,937 + 41,391,346 + 549,772,423]/[25,254,710,540 + 9,745,297,316 - 43,772,405 + 2,731,186 + 546,679,461]

= 0.90724683

註：

- 專款專用暫結金額= C型肝炎藥費暫結金額+ 家庭醫師整合性照護計畫暫結金額
+ 醫療資源不足地區改善方案暫結金額+ 醫療給付改善方案暫結金額
+ 鼓勵院所建立轉診之合作機制暫結金額+ 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材+ 後天免疫缺乏病毒治療藥費
+ 網路頻寬補助費用+ 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫
+ 代謝症候群防治計畫暫結金額+ 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫暫結金額
+ 精神科長效針劑藥費暫結金額+ 癌症治療品質改善計畫+ 慢性傳染病照護品質計畫+ 品質保證保留款預算
= 101,327,374 + 212,500 + 76,264,202 + 154,602,636 + 46,507,250 + 365,140 + 4,381,339
+ 55,763,717 + 5,403,517 + 37,915,981 + 1,484,400 + 6,948,510 + 0 + 1,917,700 + 56,678,157
= 549,772,423

2. C型肝炎用藥專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議。

3. 罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費、精神科長效針劑藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。

4. 品質保證保留款預算=106年各季品質保證保留款預算+112年品質保證保留款預算/4

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月112/06(含)以前：於112/10/01~112/12/31期間核付者。

費用年月112/07~112/09：於112/07/01~112/12/31期間核付者。

2. 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：張祐禎

聯絡電話：02-27065866 分機：3626

傳真：02-27069043

電子郵件：A111344@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年2月29日

發文字號：健保醫字第1130660812號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：112年第3季「門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定辦理。
- 二、有關112年第3季門診透析預算一般服務部門點值，前於113年2月16日以健保醫字第1130660515號函請全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議代表書面確認在案。
- 三、旨揭結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/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/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/門診透析。
- 四、依全民健康保險醫療費用申報及醫療服務審查辦法規定，自113年3月15日起，門診透析費用之暫付及核付，依112年第3季結算點值辦理，並於113年3月辦理該季點值結算後追

113.03.01



1133340058

扣補付事宜。

正本：本署各分區業務組

副本：李代表丞華、田代表士金、白代表其怡、吳代表麥斯、宋代表俊明、林代表元灝、洪代表冠予、張代表孟源、郭代表咏臻、陳代表文琴、陳代表盈凱、陳代表鴻文、黃代表尚志、楊代表五常、楊代表孟儒、朱代表文洋、廖代表秋燭、劉代表林義、蔡代表宗昌、謝代表輝龍、顏代表大翔、羅代表永達、施代表孟甫、謝代表侑伶、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、中華民國藥師公會全國聯合會、台灣腎臟醫學會、社團法人台灣基層透析協會、財政部賦稅署、本署主計室、本署財務組、本署資訊組、本署承保組、本署醫審及藥材組、本署企劃組



裝

訂

線



程式代號: RGB13208R05
 112年第3季

七、一般服務浮動每點支付金額

預算(D3)－核定非浮動點數合計(M)－1×腹膜透折追蹤處置費核定點數合計(P1)

核定浮動點數合計(P)

11,175,677,990 - 739,522,334 - 164,395,008

11,268,429,427

= 0.91155211 (四捨五入至小數第8位)

八、平均點值

預算(D3)

核定非浮動點數合計(M) + 腹膜透折追蹤處置費核定點數合計(P1) + 核定浮動點數合計(P)

11,175,677,990

739,522,334 + 164,395,008 + 11,268,429,427

= 0.91812024 (四捨五入至小數第8位)

九、門診透折預算平均點值 = 加總[預算(D3) + 專款專用暫結金額]
 / 加總[核定浮動點數合計(P) + 腹膜透折追蹤處置費核定點數合計(P1) + 核定非浮動點數合計(M) + 專款專用已支用點數]
 = [11,175,677,990 + 11,062,298]
 / [11,268,429,427 + 164,395,008 + 739,522,334 + 11,062,298] = 0.91819459

註：專款專用暫結金額 = 鼓勵院所加強推動腹膜透折與提升其照護品質計畫暫結金額 = 11,062,298

十、說明

本季結算費用年月包括：

1. 費用年月112/06(含)以前：於112/10/01~112/12/31期間核付者。
2. 費用年月112/07~112/09：於112/07/01~112/12/31期間核付者。

衛生福利部全民健康保險會

第 6 屆 113 年第 3 次委員會議補充資料目錄

會議時間：113 年 4 月 24 日

一、議程確認(臨時提案)-----	1
二、本會重要業務報告	
更新說明一、(一)及附表一-----	7
三、討論事項	
(一)第一案「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」補充附件一之缺漏資料 (會議資料第 52 頁)-----	9
(二)第二案「針對健保署預告修正『全民健康保險醫療服務給 付項目及支付標準』部分診療項目草案，關於《第二部/ 第二章/第一節檢查，第二十五項 <u>次世代基因定序 Next Generation Sequencing (30301B-30305B)</u> 》支付規範(6)『基 因檢測結果須由病人簽署同意書並於申報後一個月內依指 定格式上傳至健保署或其指定資料庫，未上傳者本項不予 支付』案，不符合健保法等法規，應予修正」，全案更新 (會議資料第 96 頁)-----	11
四、報告事項	
(一)第一案「新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報 告」(會議資料第 109 頁)-----	25
(二)第三案「111 年健保收入超過 2 億元之 238 家醫療院所財 務報告之公開情形」(會議資料第 116 頁)-----	53

一、議程確認：臨時提案

.....

周委員慶明、陳委員相國於本(113)年 4 月 19 日提出「有關 112 年度西醫基層總額未執行預算，建議不予扣減案」(如後附，第2~6頁，包含本會研析說明)。

本會說明臨時提案處理規定：

- 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；若不符合要件，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，依規定建請主席徵詢出席委員附議與否方能成案，再討論其急迫性，以決定在本次或下次(113.5.22)委員會議討論；若決定提本次委員會議，建議安排於所有議案完成之後討論。

臨時提案

提案人：周委員慶明、陳委員相國

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：有關 112 年度西醫基層總額未執行預算，建議不予扣減案。

說明：

- 一、依據本會113年3月13日第2次委員會議決定：基於年度總額協定項目由衛生福利部核(決)定、公告後，已屬政策決定事項，本會無權更動，本案若總額部門有不扣款之要求，應由該總額部門受託團體代表委員，依「112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」所訂程序，提案至委員會討論，決議達共識部分，再向衛生福利部提出建議。
- 二、爰全聯會於113年4月1日函請健保署提供前揭項目執行細節，該署於113年4月12日函復如下(附件，第5~6頁)：
 - (一)新增修診療項目 112 年新增預算 50 百萬元，推估全年約執行 29.63 百萬點。
 - (二)新醫療科技(新藥及新特材)：112 年新增預算 146 百萬元皆執行完畢，無須扣減。
 - (三)給付規定改變(藥品及特材)：112 年新增預算 145 百萬元皆執行完畢，無須扣減。
- 三、以歷年新藥使用情形為例，第一年通常低於預算編列，但在第 2~3 年起，預算已不足支應後續財務衝擊。西醫基層近幾年始編列新診療項目之預算，在開放之初亦可能與新藥有相同情形。此外，每年醫療支出超出預算之額度，也從未補回總額部門預算，長期下來亦造成總額財務壓力。
- 四、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季仍會有補報費用。此外，112年新增診療項目之實際增加預算多高於原推估值且近期點值低落，為避免影響民眾就醫權益，建議不予扣減「新增診療項目」未執行預算20百

萬元。

擬辦：建議不予扣減西醫基層總額「新增診療項目」未執行預算20百萬元，並依後續程序報請衛生福利部同意修正協(決)定事項。

.....

本會研析說明：

一、本案涉及未執行預算扣減之總額項目公告內容及本會相關決議：

(一)本案屬 112 年度西醫基層總額一般服務項目，衛福部決定及公告內容如下：

項目	預估增加金額(百萬元)	決定事項(摘錄)
新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	196.0	1.在額度內妥為管理運用，並於總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。
藥品及特材給付規定改變	145.0	2.若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度。

(二)113 年第 2 次委員會議(113.3.13)決定：前揭委員會決定係健保署依本會年度工作計畫及總額核(決)定事項提出扣減結果，惟有委員提出不同意見，乃作成提案說明一之決定。

二、查健保署於前次委員會議提報之預算執行結果，尚有部分未申報完成，依提案說明二，健保署113.4.12函復完整申報資料如附件(第5~6頁)，整理「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」及「藥品及特材給付規定改變」之預算執行情形，如下表：

項目	類別	預算 (百萬元)	執行 (百萬元)	未執行 (百萬元)
新醫療科技	新增修診療項目	50	29.63	20.37
	新藥及新特材	146	執行完畢	無須扣減
	小計	196		
藥品及特材給付規定改變	藥品及特材	145	執行完畢	無須扣減

三、查近年醫院、西醫基層總額在「新醫療科技」協商項目，均有依總額核(決)定事項扣減未執行額度，扣減情形如下表：

總額部門	年度	扣減預算(百萬元)	備註
醫院	107	155.0	扣減未於各該年底前導入之新特材預算
	108	276.0	
	110	62.6	
西醫基層	110	39.0	扣減未於各該年底前導入之新診療項目及新藥預算
	111	187.6	

四、依112年度總額協商原則^(註)，本案業經衛福部決定、公告，屬政策決定事項，本會無權更動，若經討論後，委員有共識不扣減，則由本會向衛福部提出不扣減未執行預算額度之建議；若委員無共識，則請健保署依總額決定事項，辦理扣減事宜。本案是否同意提案所請，不予扣減112年度西醫基層總額「新醫療科技」未執行預算20.37百萬元，請討論。

註：「112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」之貳、總額協商原則七、其他原則(三)2.衛福部核(決)定後，已成為政策決定事項，本會無權更動，若委員仍有不同意見，則依「全民健康保險會會議規範」提案討論，決議達共識部分，向衛福部提出建議。

決議：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：陳怡蓓

聯絡電話：02-27065866 分機：2614

傳真：02-2706-9043

電子郵件：A111034@nhi.gov.tw

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國113年4月12日

發文字號：健保醫字第1130661624號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明二 (A21030000I_1130661624_doc1_Attach1.pdf)

主旨：有關112年度西醫基層總額「新醫療科技（包括新增診療項目、新藥及新特材等）」及「藥品及特材給付規定改變」預算執行情形，復請查照。

說明：

- 一、復貴會113年4月1日全醫聯字第1130000388號函。
- 二、新增修診療項目112年新增預算50百萬元，推估全年約執行29.63百萬點（附件）。
- 三、新醫療科技（新藥及新特材）：112年新增預算146百萬元皆執行完畢，無須扣減。
- 四、給付規定改變（藥品及特材）：112年新增預算145百萬元皆執行完畢，無須扣減。

正本：中華民國醫師公會全國聯合會

副本：電 2024/04/12 文
交 16:40:16 換 章

112年基層總額增修診療項目預算推估及112年實際淨增加比較表

序號	類別	類別備註	實施日	代碼	中文名稱	推估基層預算執行 (點) A	實際淨增加 (自實施日至 112.12.31) 點數(點) B	依實際淨增加推估 年執行點數(點) C註	預估年增加點數 (擇A、C取高)
1	新增		112/03/01	86216C	玻璃體內注射眼科新生血管抑制劑	不影響	不影響	不影響	不影響
2	新增		112/07/01	39026C	慢性偏頭痛肉毒毒素注射技術費	0	81,633	163,265	163,265
3	新增		112/10/01	57124C	高風險妊娠生產新生兒緊急處置費-初階	6,869	28,248	112,992	112,992
4	新增		112/10/01	14084C	新型冠狀病毒抗原檢測	714,837	5,290,500	21,162,000	21,162,000
5	新增		112/10/01	12215C	新型冠狀病毒核糖核酸定性擴增試驗	0	9,600	38,400	38,400
6	新增		112/10/01	22041C	遊戲式聽力檢查	486,607	0	0	486,607
7	新增		112/11/01	12216C	C型肝炎病毒核心抗原	不影響	不影響	不影響	不影響
8	新增		112/11/01	09140C	血液及體液葡萄糖-餐後	不影響	不影響	不影響	不影響
新增項合計			8項			1,208,313	5,409,981	21,476,657	21,963,264
1	修訂		112/03/01	19011C	編號19011C「高危險妊娠胎兒生理評估」	7,131,000	1,251,980	3,755,940	7,131,000
2	修訂		112/03/01	85218C	39007C「角膜內注射」移列至「手術」章節	370,847	0	0	370,847
3	修訂		112/03/01	45102C	編號45102C「精神科社會生活功能評估」	不影響	不影響	不影響	不影響
4	修訂		112/03/01	86201C	編號86201C「玻璃體內注射」	不影響	不影響	不影響	不影響
5	修訂	通則	112/03/01		支付標準第二部第二章第五節「精神醫療治療費」通則二	不影響	不影響	不影響	不影響
6	修訂		112/07/1	36021C	編號36021C「3D電腦斷層模擬攝影」	不影響	不影響	不影響	不影響
7	修訂		112/07/1	29009C	編號29009C「乳房細針穿刺」	169,271	22,930	68,790	169,271
8	修訂		112/07/1	47039C	編號47039C「熱敷或冷(冰)敷」	不影響	不影響	不影響	不影響
9	修訂		112/10/01	23502C	編號23502C「眼底彩色攝影」	不影響	不影響	不影響	不影響
10	修訂		112/10/01	13007C	編號13007C「細菌培養鑑定檢查(包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定,抗菌菌除外)」	不影響	不影響	不影響	不影響
11	修訂		112/10/01	13008C	編號13008C「細菌培養鑑定檢查(包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定,抗菌菌除外)」,對同一檢體合併實施一般培養及厭氧性培養時加算二分之一	不影響	不影響	不影響	不影響
12	修訂		112/10/01	13023C	編號13023C「細菌最低抑制濃度快速試驗」	不影響	不影響	不影響	不影響
13	修訂		112/11/01	09005C	編號09005C「血糖及體液葡萄糖」	不影響	不影響	不影響	不影響
14	修訂		112/11/01	22001C	編號22001C「純音聽力檢查」	不影響	不影響	不影響	不影響
15	修訂	尚未公告實施		01039C	編號01039C「腎臟移植諮詢費」支付規範文字	不影響	不影響	不影響	不影響
16	修訂	尚未公告實施		39004C	編號39004C「大量液體點滴注射(林格氏液, Rock液, 生理食鹽水, 葡萄糖液, 果糖液或血液代用劑等)注射」支付規範文字	不影響	不影響	不影響	不影響
17	修訂	尚未公告實施		09005C	編號09005C「血液及體液葡萄糖-空腹」支付規範文字	不影響	不影響	不影響	不影響
18	修訂	尚未公告實施		09140C	編號09140C「血液及體液葡萄糖-餐後」支付規範文字	不影響	不影響	不影響	不影響
修訂項合計			18項			7,671,118	1,274,910	3,824,730	7,671,118
合計新增8項、修訂17項及1項通則						8,879,432	6,684,891	25,301,387	29,634,382

註：C欄位係以B欄位/實施月份數*12個月計算

四、本會重要業務報告

.....

說明：

一、本會依上次(第 2 次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

(一)業依討論事項第一案決議，辦理年度總額執行成果評核相關作業，增列第3點：

3.另依本年度工作計畫，原訂於本年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」，因場地因素，改期於7月16、17日(星期二、三)在衛福部大禮堂舉行，請健保署及四總額部門配合時程辦理，及敬請委員踴躍參加。

上次(第2次)委員會議繼續列管追蹤事項

二、擬繼續追蹤(共2項)(更正項次1之完成期限如劃底線處)

項次	案由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	本會重要業務報告	請中央健康保險署於提報114年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案時，依衛生福利部核定函示，針對本會委員所提建議，說明審酌參採情形。	於113年3月22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114年度方案並說明委員意見審酌參採情形後解除追蹤。	113年 <u>12</u> 月

註：本項繼續追蹤之完成期限原誤繕為5月，更正為12月。

(會議資料第 52 頁)

討論事項第一案「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」

.....

中央健康保險署補充附件一之缺漏資料：

有關一、「提升醫院兒童急重症照護量能」一般服務項目之計畫內容，提案內容(二)之附件一(如會議資料第 62~63 頁)，補充缺漏之資料如第 10 頁。

第二部 西醫

第一章 基本診療

第三節 病房費

通則：

十、兒科及新生兒科加護病房之加護病床病房費及護理費，得依表定點數另加計百分之二十，包含加護病床病房費(03010E、03011F、03012G)、加護病床護理費(03104E、03105F、03106G、03047E、03048F、03049G)、精神科加護病床病房費(03014A、03025B)、精神科加護病床護理費(03095A、03096B、03037A、03039B)、燒傷加護病床病房費(03017A)、燒傷加護病床護理費(03098A、03041A)。

(會議資料第 96 頁)

討論事項第二案

提案人：滕委員西華、吳委員榮達、林委員文德、王委員惠玄、田委員士金、林委員恩豪、林委員淑珍、花委員錦忠、侯委員俊良、張委員清田、陳委員節如、游委員宏生、楊委員芸蘋、劉委員淑瓊、蔡委員麗娟、鄭委員力嘉、李委員永振、陳委員鴻文、楊委員玉琦、董委員正宗、劉委員守仁

代表類別：公正人士及專家學者、被保險人代表、雇主代表

案由：針對健保署預告修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目草案，關於《第二部/第二章/第一節檢查，第二十五項 次世代基因定序 Next Generation Sequencing (30301B-30305B)》支付規範(6)「基因檢測結果須由病人簽署同意書並於申報後一個月內依指定格式上傳至健保署或其指定資料庫，未上傳者本項不予支付」案，不符合健保法等法規，應予修正，提請討論。

說明：

- 一、全民健康保險為國家保障健康權之重要社會保險制度，憲法法庭在釋字第 472 號解釋亦強調全民健保應保障老弱殘廢、無力生活人民之健康，甚至要求國家對於無力繳納保費者應給予適當之救助而不得逕行拒絕給付，乃基於憲法對人民健康權之保障不受人民經濟(繳費)能力而有所差別。故，依照健保法相關法規，被保險人至健保特約機構就醫，特約機構依給付規範提供被保險人醫療服務，凡符合支付規範者，皆應「無差別給付」。而特約機構上傳相關治療資訊(如檢驗、影像、藥品處方等)給予保險人(健保署)乃為進行事前或事後核保與給付確認、確保給付效益用，法律並未授權其他附帶條件，如強制參與研究或提供健保署以外機關資料等要求，而保險人基於給付，無論法規或核保需要，保險人亦無持有被保險人醫療書面、影像資料外之生物檢體之必要與需求和法源依據。

二、《次世代基因定序 Next Generation Sequencing (30301B-30305B)》支付規範(6)「基因檢測結果須由病人簽署同意書並於申報後一個月內依指定格式上傳至健保署或其指定資料庫，未上傳者本項不予支付」，此支付規範有違反憲法(司法院釋字第 472、785 號、111 年憲判字第 13 號)、健保法、個人資料保護法、人體研究法、人體生物資料庫管理條例、赫爾辛基宣言(註 1)與台北宣言(註 2)等疑慮，更不僅導致民眾受國家保障之健康權不再是任何人可得主張之權利，反而變成是人民被迫以健康資料(檢體資訊)換取之對價財貨，弱化健康權作為憲法基本權利之地位，亦侵害民眾就其個人資料有決定是否揭露、揭露範圍、於何時向何人揭露之自主決定權，並造成法外規定之給付差別化，更荒謬將國家本有保護民眾個資之義務卻變成民眾必須以「高額自費」保存自己與醫療和給付無關之法定權利，此項檢驗為醫療新科技，單次給付金額介於 1 萬至 3 萬間，不可謂不昂貴，富裕者可透過自費方式選擇不上傳個人基因資料並獲得隱私保障，但經濟弱勢者卻因無法自費而被強迫上傳資料揭露自身隱私，等同被迫放棄個資保護權，從而違反憲法平等保護原則，直接造成違憲之健康不平等，健保給付不應存在該等規範。全民健保作為憲法所保障健康權具體落實之重要社會政策，其政策規劃應以履行對全體國民提供健康照護責任所必要之合理手段為基礎，不能任意增添不必要之限制。

- 註：1.世界醫師會(World Medical Association, WMA)赫爾辛基宣言—人體醫學研究的倫理原則 World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects 於1964年6月芬蘭赫爾辛基第18屆世界醫師會大會通過，為涉及人體組織或資料之醫學研究倫理指導原則，近半世紀廣泛被世人認知為進行人體醫學研究之核心標準。並經9次大會修訂。
- 2.世界醫師會WMA 2016年10月22日於會員大會通過「健康資料與生物資料庫之倫理考量宣言(Declaration on Ethical Considerations regarding Health Databases and Biobanks)」，並命名為「台北宣言(Declaration of Taipei)」

三、另，此項指標除以「行政措施要求(上傳)」據以作為支付要件欠缺法律依據外，亦未明確規範「健保署指定資料庫」為何，恐有違憲與違法疑慮。同時依照健保法，亦未有明確規範健保署本署外之任何資料庫得以存取病人(被保險人)個資、甚至檢體，因此依法「上傳基因檢測書面結果應取得病人簽署之書面同意外，其檢測資料除以 V P N 上傳健保署依法供核保用途外，不得作為他用或上傳至非健保署以外之機關」，且若簽署同意書，則同意書上必須載明上傳之用途。將實體腫瘤/血液腫瘤次世代基因定序納入健保給付，是醫師與病患共同努力之成果，亦有助於保障國民健康；但健保署卻無端增加與病情無關之「同意上傳基因資料」作為支付條件，若因此導致醫病衝突，顯非醫病所樂見。且以上傳基因資料作為健保支付之先決條件，將嚴重限制被保險人在全民健保下利用「實體腫瘤/血液腫瘤次世代基因定序」之權利，健保署不應間接以醫療院所作為白手套要求其取得民眾同意書簽署，讓醫療院所直接去面對需以基因資料換取健保服務之病患質疑與社會責難。

四、最後，如前述健保署(保險人)為確保特約醫療院所之服務符合給付規定，要求醫療院所上傳被保險人醫療照護資料或文件、影像給健保署審核，或健保署依法需要確認其給付效益，而從特約醫療院所上傳資料取得被保險人資訊進行內部分析，均在健保資料蒐集利用之原始目的範圍內，自非不許；但若依「實體腫瘤次世代基因定序」支付標準草案之規定，卻進一步以給付/支付為手段強制病患無償上傳至健保署指定資料庫、並作為健保行政目的外之學術或商業利用，顯然已超出並違反健保資料之蒐集利用意旨，並直接違反憲法法庭近期在健保資料庫案(111 年憲判字第 13 號)中所揭示之資訊自主權與退出權之精神。既然以限制病患健康權與資訊自主權為代價建構(學術或商業)基因資料庫，將構成憲法健康權與資訊自主權之保障，其發展亦與聯合國經濟社會文化權利公約或世界衛生組織所強調之

全民健康覆蓋(universal health coverage)背道而馳，此政策之通過對於強調人權立國與積極爭取加入世界衛生組織之台灣政府而言，可能是一大諷刺，故健保署應懸崖勒馬，醫療院所與臨床醫師亦不應同意成為代罪羔羊。

擬辦：本項支付規範建議修正為：「(6) 基因檢測書面結果載明上傳用途須由病人簽署同意書並於申報後一個月內依指定格式上傳至健保署，除作為給付審查外，不得因病人不同意簽署該同意書之給付外目的用途而拒絕提供檢測或要求病人自費。」

中央健康保險署說明(後附資料)：

- 一、本署原係考量基因資料屬機敏個資，為期審慎而規劃病人簽署同意書；惟本署基於法定職掌，依據全民健康保險法第 80 條第 1 項規定略以，保險人為辦理各項保險業務，得請保險對象及保險醫事服務機構提供所需之病歷、診療紀錄等文件或有關資料，且符合個人資料保護法第 6 條第 1 項規定。為避免外界誤解，爰修訂診療項目 30301B-30305B 支付規範第 6 點為「檢測結果須於申報後一個月內依指定格式上傳至健保署，未上傳者本項不予支付」。
- 二、有關次世代基因定序(30301B-30305B)等 5 項診療項目之檢測結果本署係用於審視檢測品質，並評估健保治療藥物反應及療效，以作為確保給付效益及調整給付政策之關鍵依據，為利業務持續推動，敬請惠予支持。

.....
本會研析說明(更新如劃線處)：

- 一、有關新增次世代基因定序診療項目之支付規範，係屬醫療服務給付項目及支付標準之增訂，依全民健康保險法第41條第1項^(註)規定，係由健保署循法定程序於各方代表組成之「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論共同決定之後，報衛福部核定發布。

註：全民健康保險法第41條第1項「醫療服務給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，報主管機關核定發布。」

二、查健保署本(113)年第 2 次醫療服務共擬會議(113.3.21)討論通過「新增實體腫瘤、血液腫瘤次世代基因定序等 5 項診療項目案」，該署爰據以於本年 3 月 28 日預告修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，相關內容並刊載於行政院公報(摘錄如附件一，第 16~18 頁)，如有意見須於本年 4 月 8 日前向健保署提出；本會滕委員西華等 5 位委員提出陳述意見，由本會於 4 月 8 日函送健保署研參(如附件二，第 19~20 頁)，該署於 4 月 12 日函復，委員建議事項業列入支付標準修訂參考，將綜整各界所提意見，依程序報請衛福部核定(如附件三，第 21 頁)。查衛福部業於 4 月 19 日修正發布，並自 5 月 1 日生效(摘錄如附件四，第 22~24 頁)。

行政院公報 第030卷 第059期 20240329 衛生勞動篇

衛生福利部中央健康保險署公告 中華民國113年3月28日
健保醫字第1130661368A號

主 旨：預告修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目草案。

依 據：行政程序法第一百五十一條第二項準用第一百五十四條第一項。

公告事項：

- 一、修正機關：衛生福利部中央健康保險署。
- 二、修正依據：全民健康保險法第四十一條規定、本署於一百十三年三月二十一日召開「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」之一百十三年第二次會議決議。
- 三、「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目修正草案如附件。本案另載於本署全球資訊網（網址：<https://www.nhi.gov.tw>）之「公告」網頁。
- 四、本次支付標準修正草案公告係診療項目之調整，因涉保險對象醫療服務權益，且為提升給付效率，使民眾儘早獲得醫療服務，對於本公告內容有任何意見或修正建議者，請於本公告刊登公報隔日起7日內陳述意見或洽詢：
 - （一）承辦單位：衛生福利部中央健康保險署醫務管理組
 - （二）地址：台北市大安區信義路三段140號
 - （三）聯絡人：吳科員
 - （四）電話：（02）27065866轉3620
 - （五）傳真：（02）27069043
 - （六）電子郵件：A111314@nhi.gov.tw

署 長 石崇良

第二部 西醫					
第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment					
第一節 檢查 Laboratory Examination					
第二十五項 次世代基因定序 Next Generation Sequencing (30301B-30305B)					
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心
	實體腫瘤次世代基因定序 Solid tumor next generation sequencing, NGS				
30301B	—BRCA1/2基因檢測 BRCA testing (germline or somatic)	√	√	√	10000
30302B	—小套組 Small panel (≤100個基因)	√	√	√	20000
30303B	—大套組 Large panel (>100個基因)	√	√	√	30000
	註： 1.適應症：如附表一。 2.支付規範： (1)醫院資格須符合下列所有條件： A.限區域級以上醫院或衛生福利部「癌症診療品質認證醫院」申報。 B.須院內設立或跨院聯合組成分子腫瘤委員會(Molecular Tumor Board, MTB)。 C.限衛生福利部核准之實驗室開發檢測施行計畫表列醫療機構(檢測項目類別為「抗腫瘤藥物之伴隨檢測」及「癌症篩檢、診斷、治療及預後之基因檢測」)。 (2)核發檢測報告人員及報告簽署醫師：依「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」之規定辦理。 (3)除Germline BRCA1/2基因檢測使用血液檢體外，其他檢測限使用已確診之腫瘤病理組織，且檢測項目須包含適應症附表所列該癌別必須檢測之位點及變異別，始予給付。 (4)每人各癌別限30301B、30302B或30303B擇一申報且終生給付一次。 (5)執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，仍應重行報請核定。 (6)基因檢測結果須由病人簽署同意書並於申報後一個月內依指定格式上傳至健保署或其指定資料庫，未上傳者本項不予支付。				
	血液腫瘤次世代基因定序 Hematologic malignancies next generation sequencing, NGS				
30304B	—小套組 Small panel (≤100個基因)	√	√	√	20000
30305B	—大套組 Large panel (>100個基因)	√	√	√	30000
	註： 1.適應症：如附表二。 2.支付規範： (1)醫院資格符合下列所有條件： A.區域級以上醫院或衛生福利部「癌症診療品質認證醫院」申報。 B.須院內設立或跨院聯合組成分子腫瘤委員會(Molecular Tumor Board, MTB)。 C.限衛生福利部核准之實驗室開發檢測施行計畫表列醫療機構(檢測項目類別為「抗腫瘤藥物之伴隨檢測」及「癌症篩檢、診斷、治療及預後之基因檢測」)。 (2)核發檢測報告人員及報告簽署醫師：依「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」之規定				

第二部 西醫		新增「實體腫瘤次世代基因定序 — BRCA1/2 基因檢測/小套組(≤100個基因)/大套組(>100個基因)」(10,000點/20,000點/30,000點)及「血液腫瘤次世代基因定序—小套組/大套組」(20,000點/30,000點)，第二十五項名稱修訂為「次世代基因定序」，原「其他檢查」依序遞延至第二十六項。
第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment		
第一節 檢查 Laboratory Examination		
第二十五項 其他檢查 Other Test (30501-30526)		

抄本

附件二
檔 號：
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

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

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國113年4月8日
發文字號：衛部健字第1133360049號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨

主旨：檢送本會委員就貴署113年3月28日預告「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目修正草案之陳述意見(如附件)，請惠參。

說明：依據貴署113年3月28日健保醫字第1130661368A號公告及本會委員113年4月3日電子郵件辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：

關於健保署民國 113 年 3 月 28 日「健保醫字第 1130661368A」公告 意見陳述

陳述人：滕西華、吳榮達、劉淑瓊、李永振、林恩豪

主旨：針對健保署預告修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目草案，關於「第二部/第二章/第一節檢查，第二十五項 次世代基因定序 Next Generation Sequencing (30301B-30305B)」支付規範（6）「基因檢測結果須由病人簽署同意書並於申報後一個月內依指定格式上傳至健保署或其指定資料庫，未上傳者本項不予支付」，表示反對，應予修正。

說明：

- 一、 依照健保法相關法規，被保險人至健保特約機構就醫，特約機構依給付規範提供被保險人醫療服務，凡符合支付規範者，皆應「無差別給付」。而特約機構上傳相關治療資訊（如檢驗、影像、藥品處方等）給予保險人（健保署）乃為進行事前或事後核保與給付確認、確保給付效益用，並無其他附帶如強制參與研究或提供健保署以外機關資料等要求，保險人基於給付，無論法規或核保需要，保險人亦無持有被保險人醫療書面、影像資料外之生物檢體之必要與需求。
- 二、 次世代基因定序 Next Generation Sequencing (30301B-30305B)」支付規範（6）「基因檢測結果須由病人簽署同意書並於申報後一個月內依指定格式上傳至健保署或其指定資料庫，未上傳者本項不予支付」，此項指標除以「行政措施要求（上傳）」據以作為支付要件欠缺法律依據外，亦未明確規範「健保署指定資料庫」為何，恐有違憲與違法疑慮。同時依照健保法，亦未有明確規範健保署本署外之任何資料庫得以存取病人（被保險人）個資、甚至檢體，因此依法「上傳基因檢測書面結果應取得病人簽署之書面同意外，其檢測資料除以 V P N 上傳健保署依法供核保用途外，不得作為他用或上傳至非健保署以外之機關」，且同意書上必須載明上傳之用途。故，本項支付規範建議修正為：「**（6）基因檢測書面結果載明上傳用途後須由病人簽署同意書並於申報後一個月內依指定格式上傳至健保署，除作為給付審查外，不得因病人不同意簽署該同意書之給付外目的用途而拒絕提供檢測或要求病人自費。**」
- 三、 此支付規範有違反憲法（司法院釋字第 472、785 號、111 年憲判字第 13 號）、健保法、個人資料保護法、人體研究法、人體生物資料庫管理條例、赫爾辛基宣言與台北宣言等疑慮，更不僅導致民眾受國家保障之健康權不再是任何人可得主張之權利，反而變成是人民被迫以健康資料（檢體資訊）換取之對價財貨，弱化健康權作為憲法基本權利之地位，亦侵害民眾就其個人資料有決定是否揭露、揭露範圍、於何時向何人揭露之自主決定權，並造成法外規定之給付差別化，使得民眾必須以「自費」保存自己與醫療和給付無關之法定權利，期期不可，應修正該等規範。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：吳倍儀

聯絡電話：02-27065866 分機：3620

傳真：02-27069043

電子郵件：A111314@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4月12日

發文字號：健保醫字第1130106980號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：無

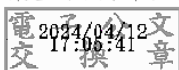
主旨：有關貴會委員就本署113年3月28日預告「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目修正草案之陳述意見，復請查照。

說明：

- 一、復貴會113年4月8日衛部健字第1133360049號書函。
- 二、有關貴會委員建議事項，本署業列入支付標準修訂參考，將綜整各界所提意見，依程序報請鈞部核定（循例副知貴會）後公布實施。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：



3. 04. 15



1133340100

衛生福利部 函

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

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年4月19日
發文字號：衛部保字第1131260195C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4月19日以衛部保字第1131260195號令修正發布，並自113年5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)

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment						第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment						新增「實體腫瘤次世代基因定序—BRCA1/2 基因檢測/小套組(≤100 個基因)/大套組(>100 個基因)」(編號 30301B, 10,000 點/編號 30302B, 20,000 點/編號 30303B, 30,000 點)及「血液腫瘤次世代基因定序—小套組(≤100 個基因)/大套組(>100 個基因)」(編號 30304B, 20,000 點/編號 30305B, 30,000 點)計五項目與相關附表。配合新增第二十五項「次世代基因定序」。	
第一節 檢查 Laboratory Examination						第一節 檢查 Laboratory Examination							
第二十五項 次世代基因定序 Next Generation Sequencing (30301B-30305B)													
編號	診療項目	基 層 所	地 區 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數							
	實體腫瘤次世代基因定序 Solid tumor next generation sequencing, NGS												
30301B	—BRCA1/2 基因檢測 BRCA testing (germline or somatic)	Y	Y	Y		10000							
30302B	—小套組(≤100 個基因) Small panel(≤100 genes)	Y	Y	Y		20000							
30303B	—大套組(>100 個基因) Large panel(>100 genes)	Y	Y	Y		30000							
	註： 1.適應症：如附表2.2.1。 2.支付規範： (1)醫院資格須符合下列各項條件： A.限區域級以上醫院或主管機關公告通過「癌症診療品質認證醫院」者。 B.須院內設立或跨院聯合組成分子腫瘤委員會(Molecular Tumor Board, MTB)。 C.限主管機關核定之實驗室開發檢測施行計畫表列醫療機構(檢測項目類別為「抗腫瘤藥物之伴隨檢測」及「癌症篩檢、診斷、治療及預後之基因檢測」)。 (2)核發檢測報告人員及報告簽署醫師：依「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」之規定辦理。 (3)除Germline BRCA1/2 基因檢測使用血液檢體外，其他檢測限使用已確診之腫瘤病理組織，且檢測項目須包含附表2.2.1所列該癌別必須檢測之位點及變異別，始予給付。 (4)每人各癌別限30301B、30302B 或 30303B擇一申報且終生給付一次。 (5)執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，仍應重行報請核定。 (6)檢測結果須於申報後一個月內依指定格式上傳至保險人，未上傳者本項不予支付。												
	血液腫瘤次世代基因定序 Hematologic malignancies next generation sequencing, NGS												
30304B	—小套組(≤100 個基因) Small panel(≤100 genes)	Y	Y	Y		20000							
30305B	—大套組(>100 個基因) Large panel(>100 genes)	Y	Y	Y		30000							
	註： 1.適應症：如附表2.2.2。 2.支付規範： (1)醫院資格符合下列各項條件： A.區域級以上醫院或主管機關公告通過「癌症診療品質認證醫院」者。 B.須院內設立或跨院聯合組成分子腫瘤委員會(Molecular Tumor Board, MTB)。 C.限主管機關核定之實驗室開發檢測施行計畫表列醫療機構(檢測項目類別為「抗腫瘤藥物之伴隨檢測」及「癌症篩檢、診斷、治療及預後之基因檢測」)。												

	<p>(2)核發檢測報告人員及報告簽署醫師：依「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」之規定辦理。</p> <p>(3)限使用已確診之血液腫瘤檢測，且檢測項目須包含附表2.2.2所列各該癌別檢測位點及變異別，始予給付。</p> <p>(4)每人各癌別限30304B或30305B擇一申報且終生給付一次。</p> <p>(5)執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，仍應重行報請核定。</p> <p>(6)檢測結果須於申報後一個月內依指定格式上傳至保險人，未上傳者本項不予支付。</p>					
--	--	--	--	--	--	--

報告事項第一案

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(如簡報，第 34~52 頁)，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：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：112 年身心障礙者與中低收入戶就醫次數皆較 111 年增加；另醫學中心檢傷分類 1-2 級較原方案多 100 元之影響，受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：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)，表示就醫未受影響，推估全年部分負擔增加金額中位數約 100 元。

(三)112 年部分負擔新制執行半年初步成效：

- 1.促進分級醫療：112 年下半年部分負擔實施後，基層門診就

醫件數占率較上半年上升；慢性病人亦同。

2.改善急診壅塞：各層級醫院急診輕症檢傷(4-5 級)案件較疫情前同期占率下降。

3.藥費公平分擔：整體慢箋每次調劑藥費下降 19 元，預估省 7.2 億點；慢箋第一次調劑部分負擔收取 65 元，增加收入 12 億元。

4.保障弱勢族群：弱勢族群就醫權益仍持續保障，就醫次數變化較一般民眾略為增加。

三、本署將持續宣導並運用政策鼓勵分級醫療；惟本次僅能就部分負擔實施半年資料推估，並以上、下半年比較，爰受限於上、下半年其他不同因素影響，仍待繼續觀察。

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、本案原訂於前(113 年第 2)次委員會議(113.3.13)提報，因時間因素保留至本次會議。健保署依劉委員淑瓊於上開會議後所提書面意見^(註)，更新報告案內容。

註：關於新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告案，簡報中的監測資料期間，大多為109年度至112年度下半年，敬請提供108年度資料，以利釐清疫情前後發生影響。

二、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 33 頁)。

三、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、

會議時間	委員所提意見
	<p>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%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>

四、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。 【健保署簡報資料第 2、20 張】	
2.對中低收入戶、身心障礙者影響		

委員意見	健保署說明重點	本會研析與建議																																								
(1)門診就醫情形	<p>112 年每人<u>門診就醫次數增加</u>：</p> <table><tr><th>對象</th><th>111 年</th><th>112 年</th><th>增減情形</th></tr><tr><td>中低收入戶</td><td>12.7 次</td><td>13.3 次</td><td>+0.6 次</td></tr><tr><td>身心障礙者</td><td>22.5 次</td><td>23.1 次</td><td>+0.6 次</td></tr><tr><td>一般民眾</td><td>12.7 次</td><td>14.0 次</td><td>+1.3 次</td></tr></table> <p>【健保署簡報資料第 8、15 張】</p>	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	14.0 次	+1.3 次																									
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	14.0 次	+1.3 次																																							
(2)急診就醫情形	<p>A.112 年每人<u>急診就醫次數未下降</u>：</p> <table><tr><th>對象</th><th>108 年 (A)</th><th>111 年 (B)</th><th>112 年 (C)</th><th>增減情形 (C-B)</th></tr><tr><td>中低收入戶</td><td>1.70 次</td><td>1.66 次</td><td>1.71 次</td><td>+0.05 次</td></tr><tr><td>身心障礙者</td><td>2.04 次</td><td>1.92 次</td><td>2.02 次</td><td>+0.1 次</td></tr><tr><td>一般民眾</td><td>1.54 次</td><td>1.46 次</td><td>1.55 次</td><td>+0.09 次</td></tr></table> <p>【健保署簡報資料第 16 張】</p> <p>B.112 年每人<u>急診部分負擔金額增加</u>：</p> <table><tr><th>對象</th><th>108 年 (A)</th><th>111 年 (B)</th><th>112 年 (C)</th><th>增減情形 (C-B)</th></tr><tr><td>中低收入戶</td><td>-</td><td>433 元</td><td>468 元</td><td>+35 元</td></tr><tr><td>身心障礙者</td><td>-</td><td>455 元</td><td>503 元</td><td>+48 元</td></tr><tr><td>一般民眾</td><td>411 元</td><td>383 元</td><td>465 元</td><td>+82 元</td></tr></table> <p>【健保署簡報資料第 12、16 張】</p>	對象	108 年 (A)	111 年 (B)	112 年 (C)	增減情形 (C-B)	中低收入戶	1.70 次	1.66 次	1.71 次	+0.05 次	身心障礙者	2.04 次	1.92 次	2.02 次	+0.1 次	一般民眾	1.54 次	1.46 次	1.55 次	+0.09 次	對象	108 年 (A)	111 年 (B)	112 年 (C)	增減情形 (C-B)	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	411 元	383 元	465 元	+82 元	<p>未提供 108 年中低收入戶、身心障礙者每人急診部分負擔金額。</p>
對象	108 年 (A)	111 年 (B)	112 年 (C)	增減情形 (C-B)																																						
中低收入戶	1.70 次	1.66 次	1.71 次	+0.05 次																																						
身心障礙者	2.04 次	1.92 次	2.02 次	+0.1 次																																						
一般民眾	1.54 次	1.46 次	1.55 次	+0.09 次																																						
對象	108 年 (A)	111 年 (B)	112 年 (C)	增減情形 (C-B)																																						
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	411 元	383 元	465 元	+82 元																																						
(3)醫學中心急診情形 (檢傷分類第 1、2 級)	<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 7~12 月每人醫學中心急診檢傷分類第 1、2 級<u>就醫次數及部分</u></p>	<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</p>																																								

委員意見	健保署說明重點	本會研析與建議																
較原本增加100元)	<p><u>負擔</u>增加金額：</p> <table><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><tr><td>中低收入戶</td><td>1.115次</td><td rowspan="2">100元</td><td rowspan="2">200元</td><td>800元</td></tr><tr><td>身心障礙者</td><td>1.145次</td><td>2,000元</td></tr></table> <p>【健保署簡報資料第 17 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	第 1、2 級就醫次數，未提供 111 年就醫次數。 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。
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														
3.對慢性病人影響	<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 種慢性病患者增加最多，中位數 180 元。 <p>C.前 6 大慢性疾病分析：</p> <table><tr><th>疾病別</th><th>112 年增加金額中位數</th></tr><tr><td>三高患者 (糖尿病)</td><td>200~280 元 (280 元)</td></tr><tr><td>過敏性鼻炎</td><td>100 元以內</td></tr><tr><td>關節炎及精神疾病</td><td>約半數病人無影響</td></tr></table> <p>【健保署簡報資料第 22 張】</p>	疾病別	112 年增加金額中位數	三高患者 (糖尿病)	200~280 元 (280 元)	過敏性鼻炎	100 元以內	關節炎及精神疾病	約半數病人無影響	建議持續觀察是否造成慢性病患者就醫之財務負擔。								
疾病別	112 年增加金額中位數																	
三高患者 (糖尿病)	200~280 元 (280 元)																	
過敏性鼻炎	100 元以內																	
關節炎及精神疾病	約半數病人無影響																	
4.監測指標宜扣連政策效益及擬改善現象	<p>112 年部分負擔新制執行半年初步成效：</p> <p>A.<u>促進分級醫療</u>：</p> <ul style="list-style-type: none">•基層診所就醫件數占率似逐漸回到疫情前 <table><tr><th>件數占率</th><th>108 年下半年 (A)</th><th>112 年上半年 (B)</th><th>112 年下半年 (C)</th><th>增減情形 (C-B)</th></tr><tr><td>基層占率</td><td>70.81%</td><td>70.17%</td><td>70.25%</td><td>+0.08%</td></tr></table>	件數占率	108 年下半年 (A)	112 年上半年 (B)	112 年下半年 (C)	增減情形 (C-B)	基層占率	70.81%	70.17%	70.25%	+0.08%	<p>1.本次簡報係新制部分負擔實施半年之初步成果，爰請健保署持續監測。</p> <p>2.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，併同提出如何扣連政策效</p>						
件數占率	108 年下半年 (A)	112 年上半年 (B)	112 年下半年 (C)	增減情形 (C-B)														
基層占率	70.81%	70.17%	70.25%	+0.08%														

委員意見	健保署說明重點	本會研析與建議																																																		
	<div>•慢性病人基層占率已超過疫情前</div> <table><tr><td>件數占率</td><td>108 年下半年 (A)</td><td>112 年上半年 (B)</td><td>112 年下半年 (C)</td><td>增減情形 (C-B)</td></tr><tr><td>基層占率</td><td>40.08%</td><td>38.85%</td><td>43.12%</td><td>+4.26%</td></tr></table> <div>【健保署簡報資料第 4~5 張】</div> <div>B.改善急診壅塞：</div> <div>•112 年各層級醫院急診輕症案件(檢傷分類 4~5 級)占率下降</div> <table><tr><td>醫院層級</td><td>109 年下半年 (A)</td><td>112 年上半年 (B)</td><td>112 年下半年 (C)</td><td>增減情形 (C-B)</td></tr><tr><td>醫學中心</td><td>7.79%</td><td>7.82%</td><td>6.84%</td><td>-0.98%</td></tr><tr><td>區域醫院</td><td>12.89%</td><td>12.68%</td><td>11.55%</td><td>-1.13%</td></tr><tr><td>地區醫院</td><td>20.32%</td><td>18.55%</td><td>16.97%</td><td>-1.58%</td></tr></table> <div>•112 年各層級醫院急診重症(檢傷分類 1 級)暫留時間縮短</div> <table><tr><td>醫院層級</td><td>109 年下半年 (A)</td><td>112 年上半年 (B)</td><td>112 年下半年 (C)</td><td>增減情形 (C-B)</td></tr><tr><td>醫學中心</td><td>11.2 小時</td><td>15.6 小時</td><td>14.2 小時</td><td>-1.4 小時</td></tr><tr><td>區域醫院</td><td>6.1 小時</td><td>9.0 小時</td><td>8.6 小時</td><td>-0.4 小時</td></tr><tr><td>地區醫院</td><td>3.8 小時</td><td>5.2 小時</td><td>4.9 小時</td><td>-0.3 小時</td></tr></table> <div>【健保署簡報資料第 18、32~34 張】</div> <div>C.藥費公平分擔：</div> <div>•一般處方箋【醫學中心及區域醫院部分負擔上限由 200 元調為 300 元】</div>	件數占率	108 年下半年 (A)	112 年上半年 (B)	112 年下半年 (C)	增減情形 (C-B)	基層占率	40.08%	38.85%	43.12%	+4.26%	醫院層級	109 年下半年 (A)	112 年上半年 (B)	112 年下半年 (C)	增減情形 (C-B)	醫學中心	7.79%	7.82%	6.84%	-0.98%	區域醫院	12.89%	12.68%	11.55%	-1.13%	地區醫院	20.32%	18.55%	16.97%	-1.58%	醫院層級	109 年下半年 (A)	112 年上半年 (B)	112 年下半年 (C)	增減情形 (C-B)	醫學中心	11.2 小時	15.6 小時	14.2 小時	-1.4 小時	區域醫院	6.1 小時	9.0 小時	8.6 小時	-0.4 小時	地區醫院	3.8 小時	5.2 小時	4.9 小時	-0.3 小時	本會研析與建議 益及改善作為。
件數占率	108 年下半年 (A)	112 年上半年 (B)	112 年下半年 (C)	增減情形 (C-B)																																																
基層占率	40.08%	38.85%	43.12%	+4.26%																																																
醫院層級	109 年下半年 (A)	112 年上半年 (B)	112 年下半年 (C)	增減情形 (C-B)																																																
醫學中心	7.79%	7.82%	6.84%	-0.98%																																																
區域醫院	12.89%	12.68%	11.55%	-1.13%																																																
地區醫院	20.32%	18.55%	16.97%	-1.58%																																																
醫院層級	109 年下半年 (A)	112 年上半年 (B)	112 年下半年 (C)	增減情形 (C-B)																																																
醫學中心	11.2 小時	15.6 小時	14.2 小時	-1.4 小時																																																
區域醫院	6.1 小時	9.0 小時	8.6 小時	-0.4 小時																																																
地區醫院	3.8 小時	5.2 小時	4.9 小時	-0.3 小時																																																

委員意見	健保署說明重點					本會研析與建議
	醫院層級	108 年 下半年 (A)	112 年 上半年 (B)	112 年 下半年 (C)	增減情形 (C-B)	
	每張處方藥費	198 元	208 元	208 元	0 元	
	每張處方藥品部分負擔	10.4 元	11.2 元	11.7 元	+0.5 元	
	•慢性病連續處方箋【第 1 次調劑改為比照一般藥品收費(原為 27 天以下比照一般藥品收費，28 天以上免收)】					
	醫院層級	108 年 下半年 (A)	112 年 上半年 (B)	112 年 下半年 (C)	增減情形 (C-B)	
	每次調劑藥費	875 元	868 元	849 元	-19 元 (預估省 7.2 億元)	
	第 1 次調劑藥品部分負擔	1.1 元	0.1 元	65 元	+64.9 元 (預估增加收入 12 億元)	
	【健保署簡報資料第 13~14、18 張】					
	D.保障弱勢族群：					
	•中低收入戶與身心障礙者之門診與急診之就醫次數：並無減少。					
•中低收入戶及身心障礙者之醫學中心急診檢傷分類第 1、2 級：						
-受影響人數占整體族群 0.92%。						
-部分負擔最大值 800 元(中低收入戶)、2,000 元(身心障礙者)						
【健保署簡報資料第 15~17 張】						
5.監測指標宜有方向性	未說明。					請健保署於 10 月份委員會提報全年監測結果及成效檢討報告時，併同提出。

委員意見	健保署說明重點	本會研析與建議
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。 【健保署簡報資料第 26 張】	請健保署於會中說明參採情形及考量因素。

五、依本會 113 年度工作計畫，健保署需於 10 月份委員會議(113.10.23)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 月份委員會議提報相關監測結果，併同提出各項監測指標之方向及其如何連結政策效益，與說明改善作為，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				
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】	

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	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

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 實施半年成效

中央健康保險署醫務管理組

1

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(以檢傷3-5級計收)、區域醫院300元。

※法定免部分負擔或其他單位補助如重大傷病、山地離島、低收入戶、榮民遺眷皆維持免部分負擔。

2

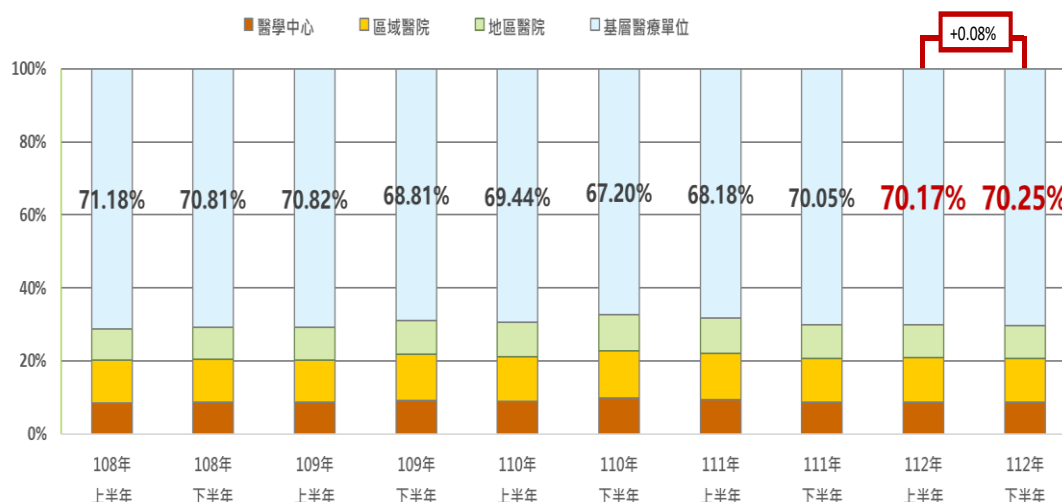
112年部分負擔新制執行半年就醫情形觀察

- 1-促進分級醫療** | 112年下半年部分負擔實施後，基層門診就醫件數占率較112年上半年**上升**；慢性病人亦同。
- 2-改善急診壅塞** | 各層級醫院急診輕症檢傷(4-5級)案件較疫情前同期占率**下降**。
- 3-藥費公平分擔** | 整體慢箋每次調劑藥費**下降19元**，預估省7.2億點；慢箋第一次調劑部分負擔**收取65元**，增收12億元。
- 4-保障弱勢族群** | 弱勢族群就醫權益仍**持續保障**，就醫次數變化較一般民眾略為增加。

1-促進分級醫療

基層診所就醫件數占率似逐漸回到疫情前

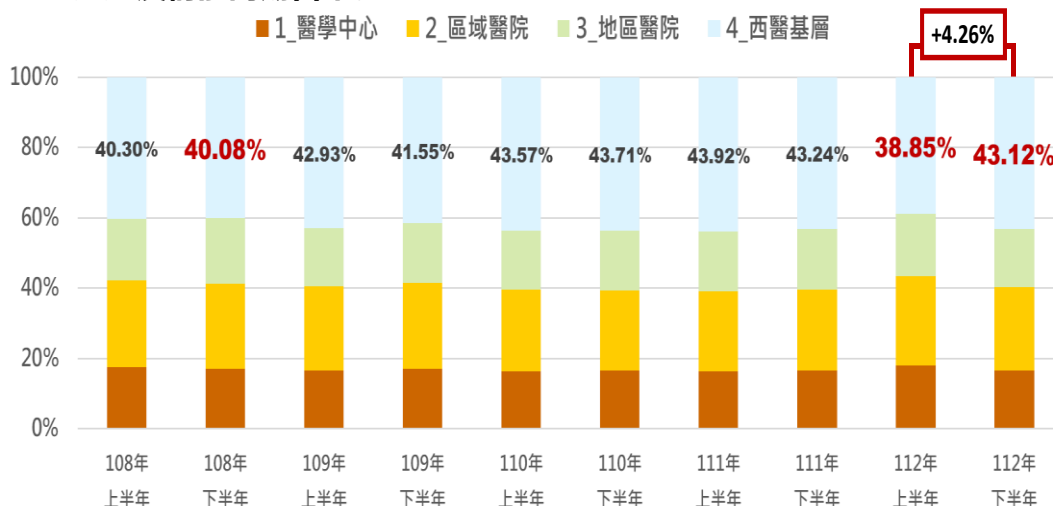
112年下半年基層診所案件占率較112年上半年**增加0.08%**，似逐漸回到疫情前。



- 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。
- 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。

慢性病人(不含重大傷病)基層占率已超過疫情前

112年下半年慢性病人至基層診所就醫件數占率，較112年上半年增加4.26%，且已超過疫情前同期占率。



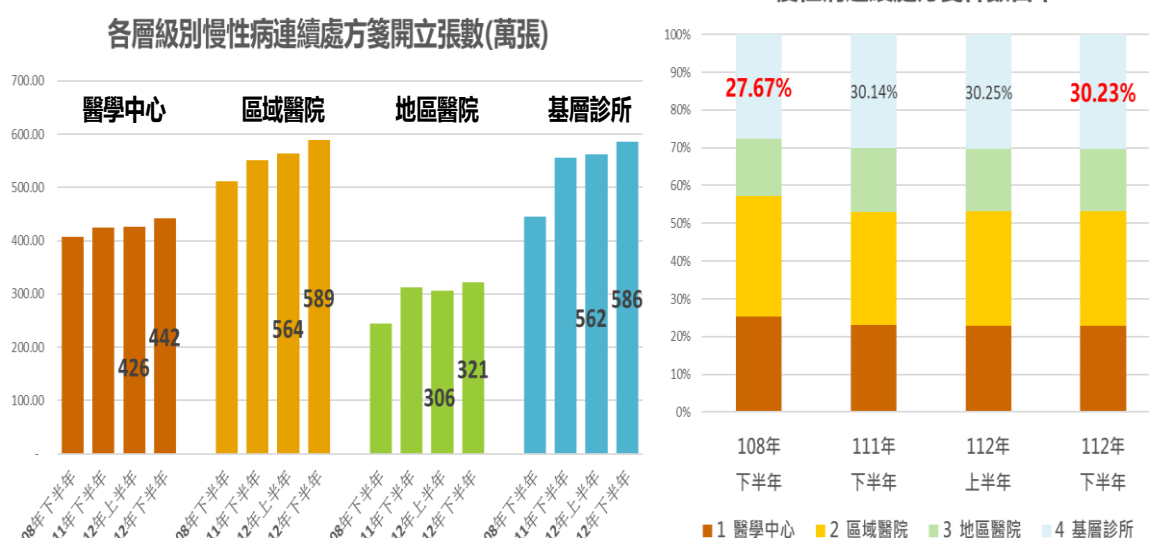
- 資料來源：多模型健保資料平台門診、交付機構及住院明細檔。(擷取日期：113年04月01日)
- 統計範圍：門診醫院、西醫基層總額部門(不含門診透析)案件。
- 本表排除重大傷病註記係申報部分負擔代碼001、011、012、013之案件
- 慢性病係指(原)案件類別為04、05、06、08、E1、E2、E3或給藥天數>14天之案件；並排除「接受其他院所委託代(轉)檢案件且未申報費用者」、「慢性病連續處方箋調劑」、「病理中心」、「交付機構」。



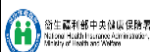
5

慢性病連續處方箋開立狀況

112年下半年慢性病連續處方箋開立件數各層級均有增加，基層診所開立件數占率則較疫情前同期提升。



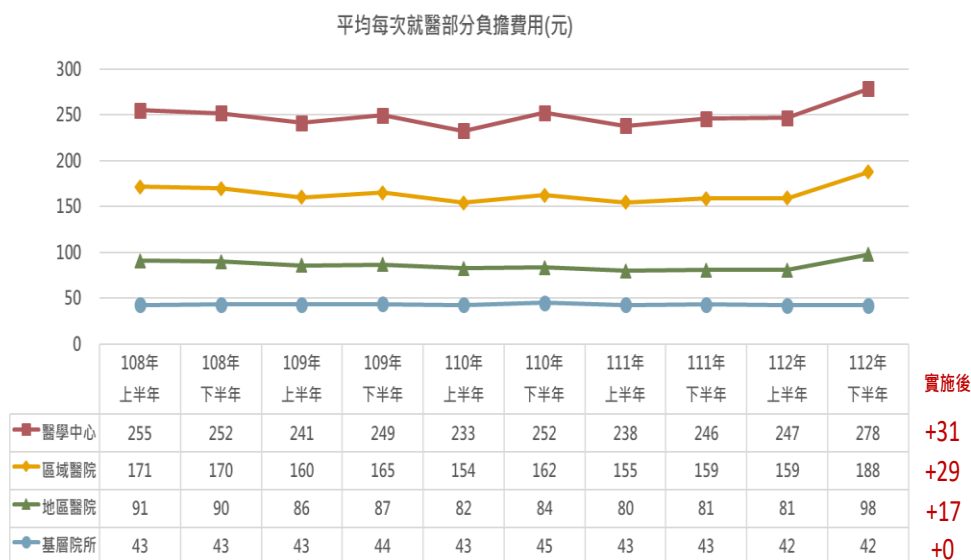
備註：資料來源為健保署醫療服務指標系統(DA)，指標1858(門診開立一般處方箋、慢性病連續處方箋比率)。



6

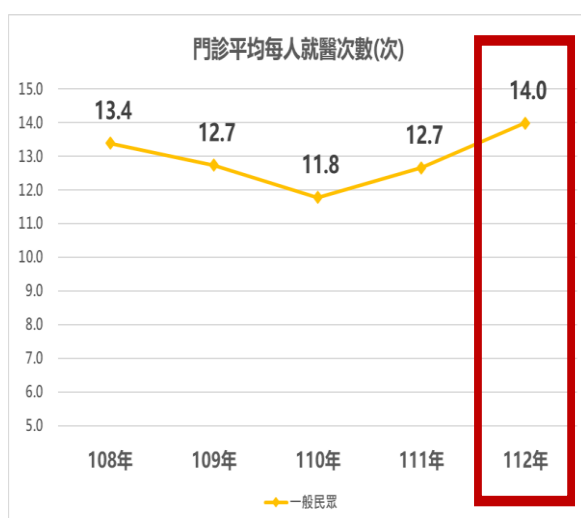
民眾至醫院就醫部分負擔變化

部分負擔調整後，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。



部分負擔調整與就醫次數關係

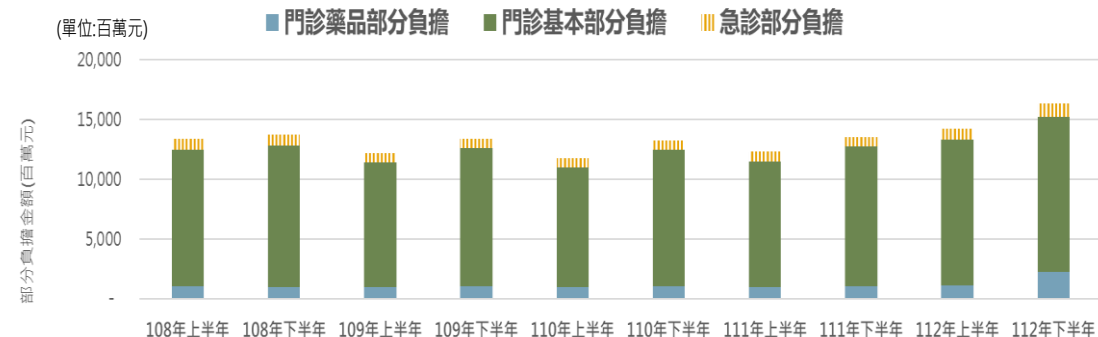
- 就醫者112年平均每人部分負擔**增加207元**，惟仍受到就醫次數與層級影響。
- 門診平均每人就醫次數仍較111年**增加1.3人次**，也較108年增加0.6人次。



- 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。
- 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。

部分負擔金額變化

112年下半年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(推估全年42億元)；較108年推估全年影響30億元高。



門診藥品部分負擔	998	994	950	1,028	951	1,057	970	1,050	1,066	2,231
門診基本部分負擔	11,459	11,829	10,422	11,603	10,066	11,383	10,498	11,682	12,269	12,955
急診部分負擔	923	908	776	786	739	805	868	762	884	1,179
總計	13,379	13,730	12,148	13,418	11,755	13,244	12,336	13,493	14,220	16,365

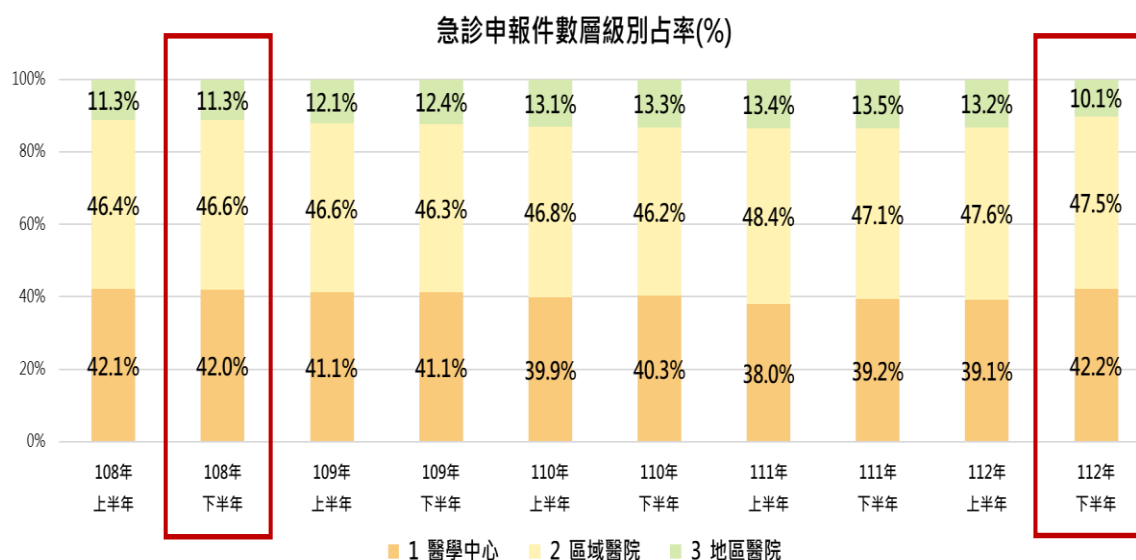
- 資料來源為醫務管理組MASS系統之門診醫療費用申報資料(急診分列)
- 排除以下案件：排除代辦案件(案件分類為A3,B1,B6,B7,B8,B9,C4,D1,D2,HN,BA,DF,C5)、及法定免部分負擔案件(含部分負擔類別009)、外單位請款、需自行負擔案件。
- 108年推估金額係以當年度就醫案件並以新制部分負擔推估，計算其部分負擔增加金額。



9

急診申報件數變化

部分負擔新制實施後，急診案件112年上半年增加8萬件(3%)；各層級件數占率與疫情前同期差距不大。



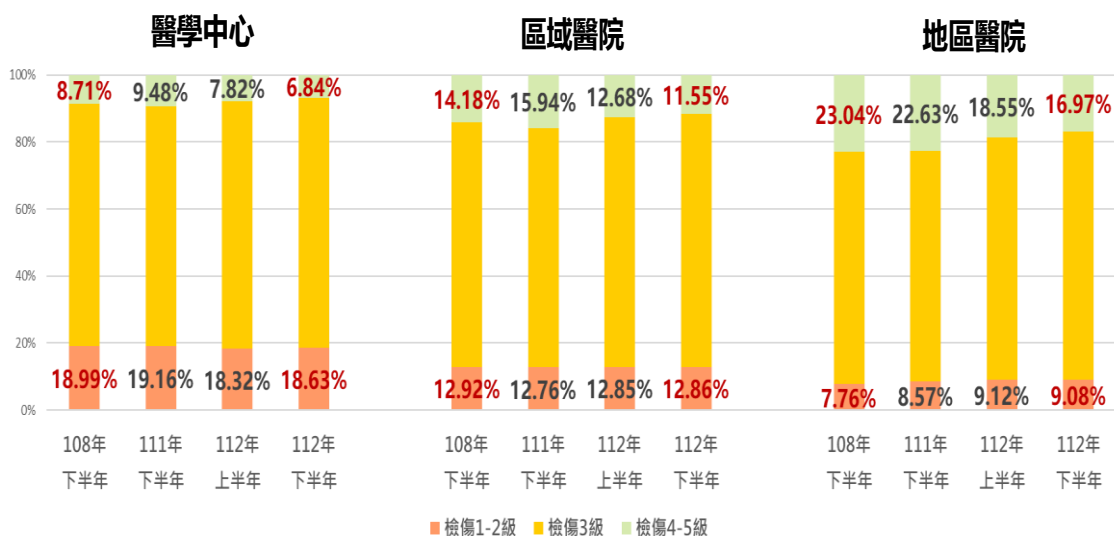
- 資料來源為醫務管理組MASS系統之門診醫療費用申報資料之急診案件
- 排除以下案件：排除代辦案件(案件分類為A3,B1,B6,B7,B8,B9,C4,D1,D2,HN,BA,DF,C5)、及法定免部分負擔案件(含部分負擔類別009)、外單位請款、需自行負擔案件。



10

急診檢傷分類分析

部分負擔新制實施後，各層級別醫院急診輕症(檢傷分類4-5級)占率，皆較疫情前同期**下降**；檢傷分類1-2級占率，醫學中心及區域醫院也較疫情前**下降**。

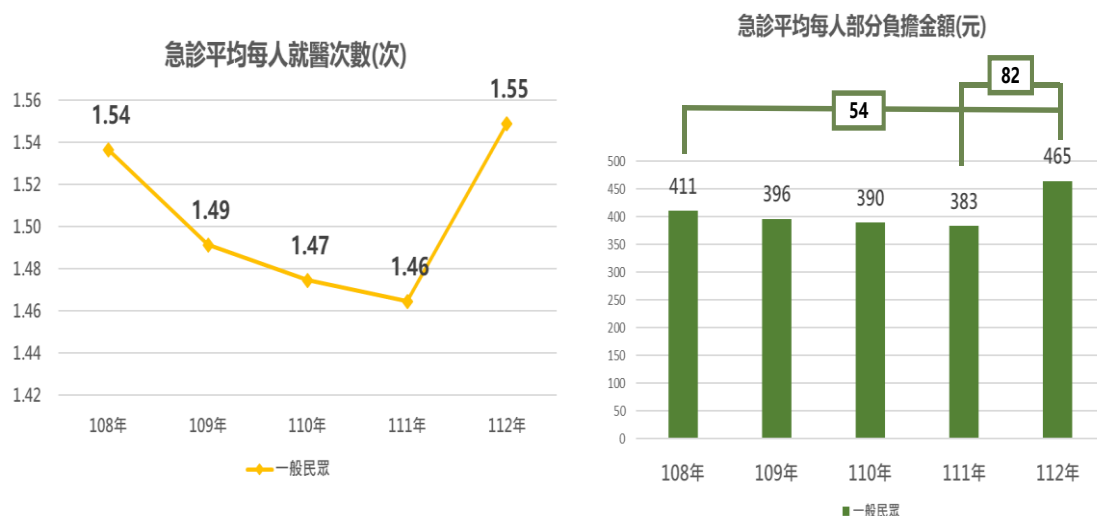


- 資料來源為醫務管理組MASS系統之門診醫療費用申報資料之急診案件
- 排除以下案件：排除代辦案件(案件分類為A3,B1,B6,B7,B8,B9,C4,D1,D2,HN,BA,DF,C5)、及法定免部分負擔案件(含部分負擔類別009)、外單位請款、需自行負擔案件。

11

整體急診就醫行為

- 平均每人部分負擔增加**80元**。
- 急診平均每人就醫次數仍較111年**增加0.09次**，也與108年相近。



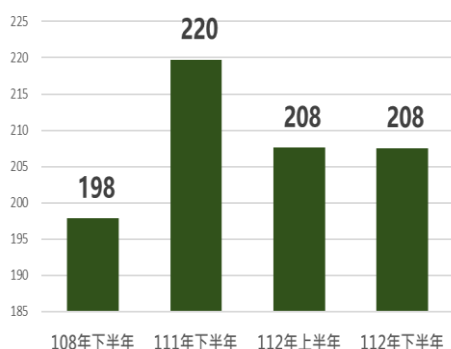
- 資料來源為醫務管理組MASS系統之門診醫療費用申報資料之急診案件
- 排除以下案件：排除代辦案件(案件分類為A3,B1,B6,B7,B8,B9,C4,D1,D2,HN,BA,DF,C5)、及法定免部分負擔案件(含部分負擔類別009)、外單位請款、需自行負擔案件。

12

一般處方箋藥費及部分負擔變化

- 一般處方箋：新制調高醫學中心與區域醫院上限(200→**300元**)。
- 實施後藥品部分負擔增加**0.5元**；每張處方藥費與上半年相當。

一般處方箋_每張處方藥費(點)



一般處方箋_每張處方藥品部分負擔(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，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。

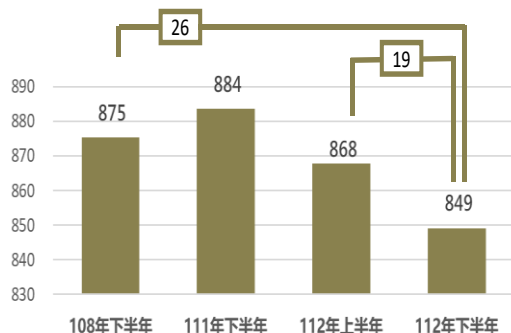


13

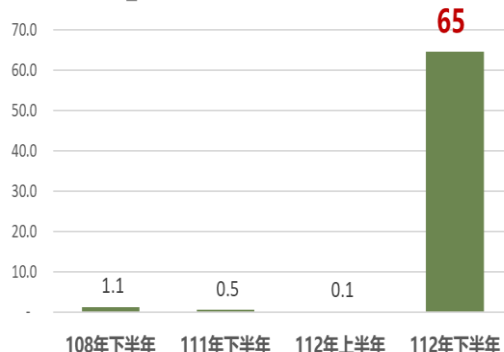
慢性病連續處方藥費及部分負擔變化

- 醫院開立慢性病連續處方箋第一次調劑比照一般藥品收費，第二次以後調劑維持免收：
 - 醫學中心和區域醫院上限300元、**地區醫院**上限200元、基層診所免收。
- 新制實施後**藥費略降，每次調劑藥費下降19元，預估省7.2億點；第一次調劑部分負擔平均收取65元，增加收入12億元。

慢箋_每次調劑藥費(元)



慢箋_第一次調劑藥品部分負擔(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，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。
- 慢性病連續處方箋每次調劑27天以下，不論層級別皆比照一般藥品收取藥品部分負擔。
- 新制節省藥費，係以每次調劑藥費19元*總申報件數計算；慢箋第一次調劑增加收入係以112年下半年部分負擔較上半年增加計。



14

中低收入戶與身心障礙者-就醫次數並無減少

- 一部分負擔新制除醫學中心檢傷分類1-2級調升100元外，其他皆不受影響。
- 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	12.7	13.3	22.5	23.1
急診	1.7	1.7	1.9	2.0

備註：

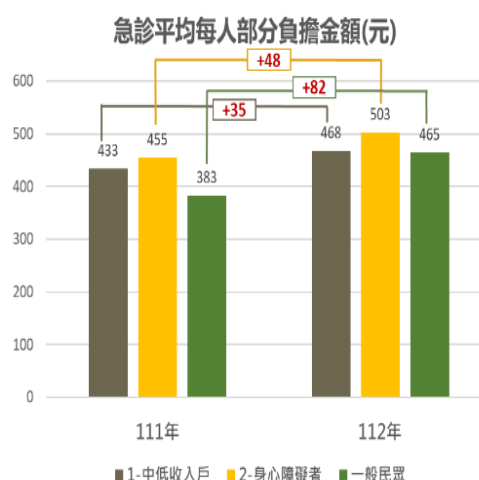
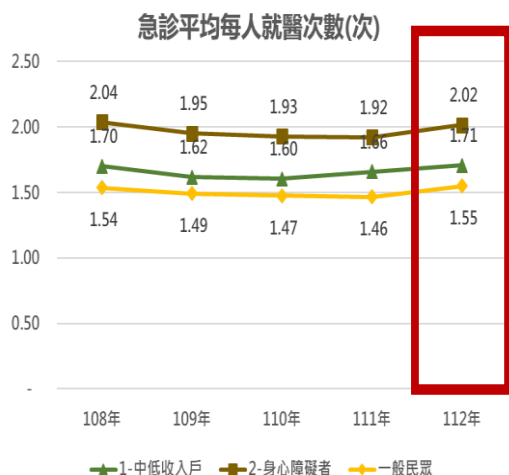
- 中低收入戶由健保署註記身分於健保卡中，就醫時由醫事機構逕行減免。
- 身心障礙者需於就醫時出示相關證明文件，方可以身心障礙身分就醫以減免其部分負擔。



15

中低收入/身心障礙者急診就醫

- 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。
- 平均每位就醫者急診部分負擔金額、身心障礙者約增加48元、中低收入戶增加35元，一般民眾增加82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。



16

中低收入/身心障礙醫學中心檢傷分類1-2級

- 因中低收入戶及身心障礙者醫學中心檢傷分類1-2級較原制度增加100元，經統計112年7-12月該類就醫案件，影響金額中低收入戶至p95為200元、身心障礙者至p90才為200元（看急診2次）。
- 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。



17

總結

- 持續宣導並運用政策鼓勵分級醫療。
- 新制部分負擔實施半年就醫情形觀察：
 - 基層門診就醫件數占率較112年上半年上升；慢性病人亦同。
 - 各層級醫院急診輕症檢傷(4-5級)案件較疫情前同期占率下降、醫學中心、區域醫院重症占率也下降。
 - 整體慢箋每次調劑藥費下降19元，預估省7.2億點；慢箋第一次調劑部分負擔收取65元，增收12億元。
 - 弱勢族群就醫權益仍持續保障，就醫次數變化較一般民眾略為增加。
- 本次僅能就部分負擔實施半年資料推估，並以上、下半年比較，爰受限於上、下半年其他不同因素影響，仍待繼續觀察。



18



敬請指教

19

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.2】。

20

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.14-16】

21

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**，建議健保署說明。

(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
 - 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，以四種慢性病患者中位數增加金額180元最多。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。

22

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。


23

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。


24

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 平均每人門診點數、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 *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、思覺失調。
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

25

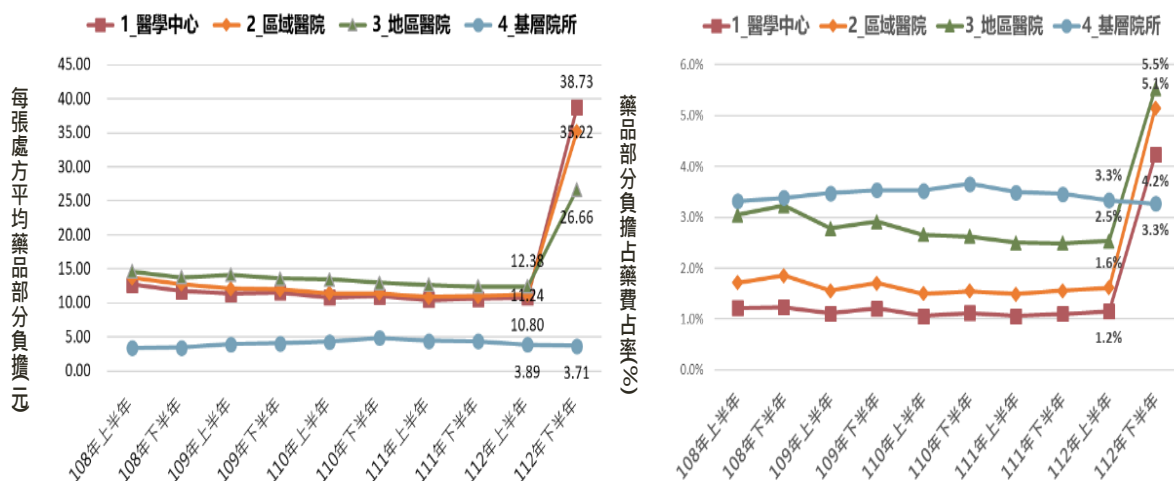
備參-健保會委員關切議題6-醫改會建議補充指標

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	 <div> 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 </div> 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 *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、思覺失調。
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

26

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。



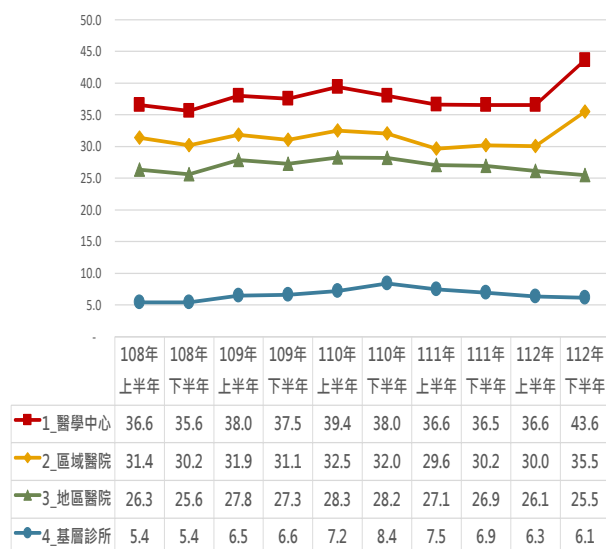
- 資料來源為醫務管理組MASS系統之門診醫療費用申報資料，醫事類別為西醫基層和西醫醫院，且不含急診案件。
- 排除代辦案件(案件分類為A3,B1,B6,B7,B8,B9,C4,D1,D2,HN,BA,DF,C5)，及法定免部分負擔案件(含部分負擔類別009)、外單位請款、需自行負擔案件。

27

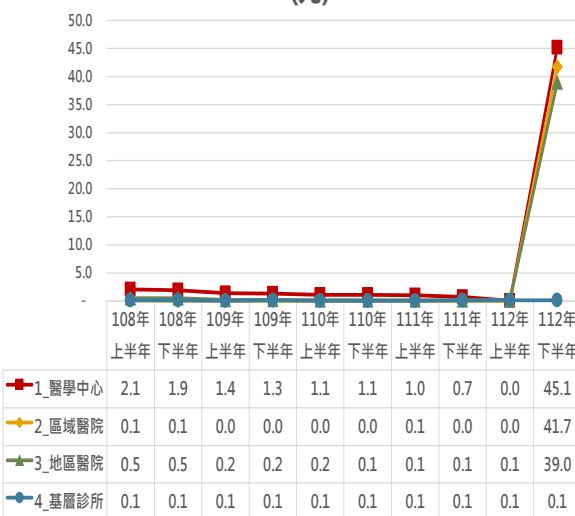
2-1門診每張處方平均藥品部分負擔 拆分一般處方與慢連箋

- 一般處方箋藥品部分負擔：112年下半年醫學中心、區域醫院上升；地區和診所略降。
- 慢性病連續處方箋藥品部分負擔：醫院層級之慢箋部分負擔上升，基層診所則不受影響。

一般處方箋-平均每次調劑藥品部分負擔(元)



慢性病連續處方箋-平均每次調劑藥品部分負擔(元)

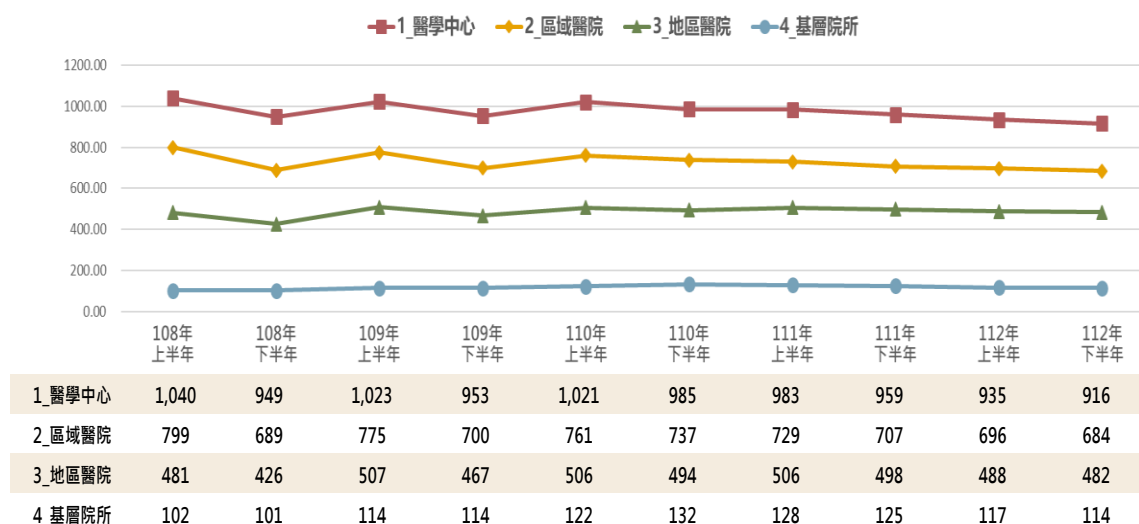


- 資料來源為醫務管理組MASS系統之門診醫療費用申報資料，醫事類別為西醫基層和西醫醫院，且不含急診案件。
- 排除代辦案件(案件分類為A3,B1,B6,B7,B8,B9,C4,D1,D2,HN,BA,DF,C5)，及法定免部分負擔案件(含部分負擔類別009)、外單位請款、需自行負擔案件。

28

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。

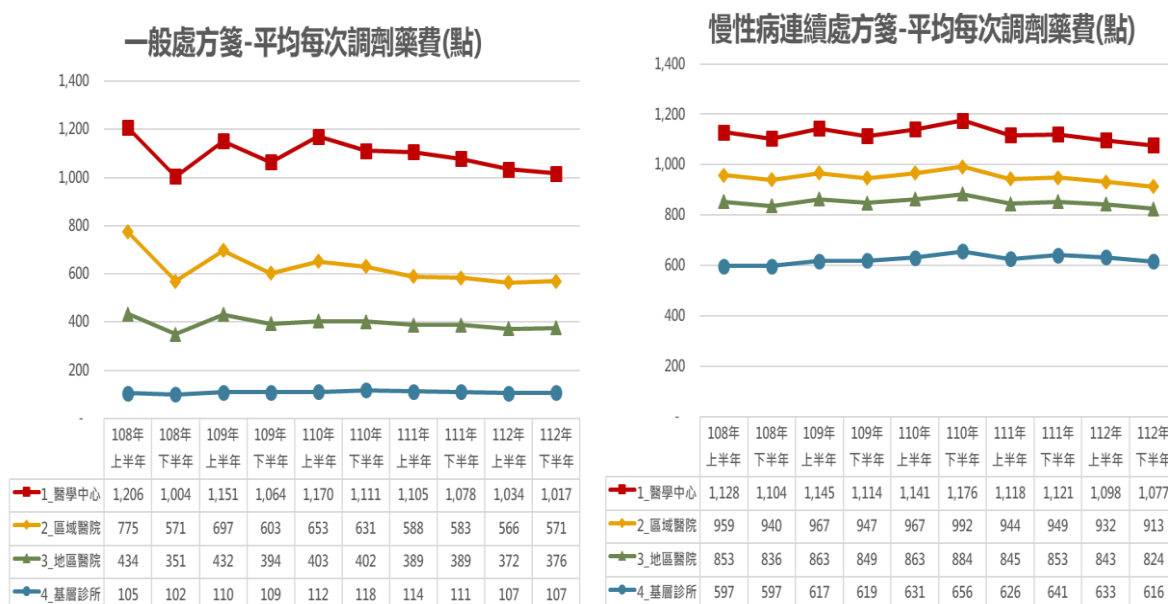


1. 資料來源為醫務管理組MASS系統之門診醫療費用申報資料，醫事類別為西醫基層和西醫醫院，且不含急診案件。
2. 排除代辦案件(案件分類為A3,B1,B6,B7,B8,B9,C4,D1,D2,HN,BA,DF,C5)、及法定免部分負擔案件(含部分負擔類別009)、外單位請款、需自行負擔案件。

29

2-2門診每張處方箋平均藥費變化 拆分一般處方與慢連箋

- 一般處方箋藥品藥費：醫院和基層藥費自110年上半年起逐年下降。
- 慢性病連續處方箋藥品藥費：醫院和基層藥費自110年下半年起逐年下降。

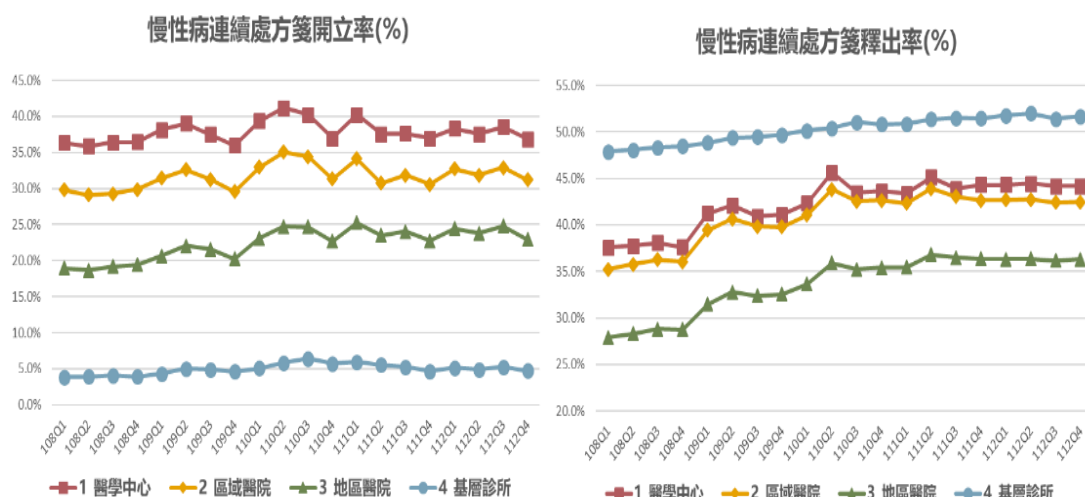


衛生福利部中央健康保險署 1. 資料來源為醫務管理組MASS系統之門診醫療費用申報資料，醫事類別為西醫基層和西醫醫院，且不含急診案件。
2. 排除代辦案件(案件分類為A3,B1,B6,B7,B8,B9,C4,D1,D2,HN,BA,DF,C5)、及法定免部分負擔案件(含部分負擔類別009)、外單位請款、需自行負擔案件。

30

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。

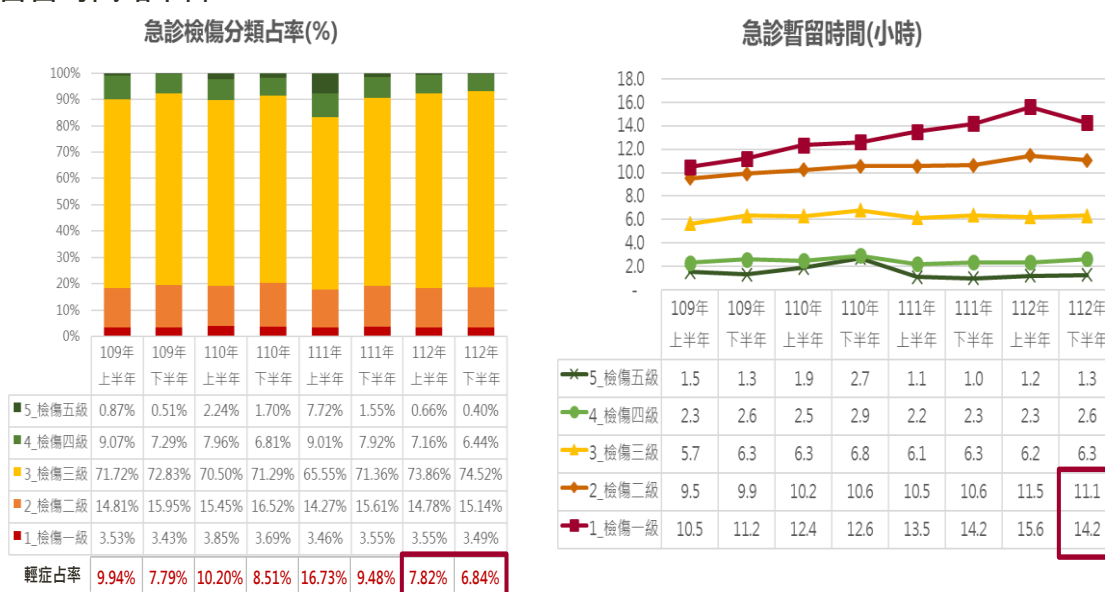


備註：資料來源為健保署醫療服務指標系統(DA)，指標1858(門診開立一般處方箋、慢性病連續處方箋比率)、及指標842.00(慢性病連續處方箋釋出率)。

31

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。

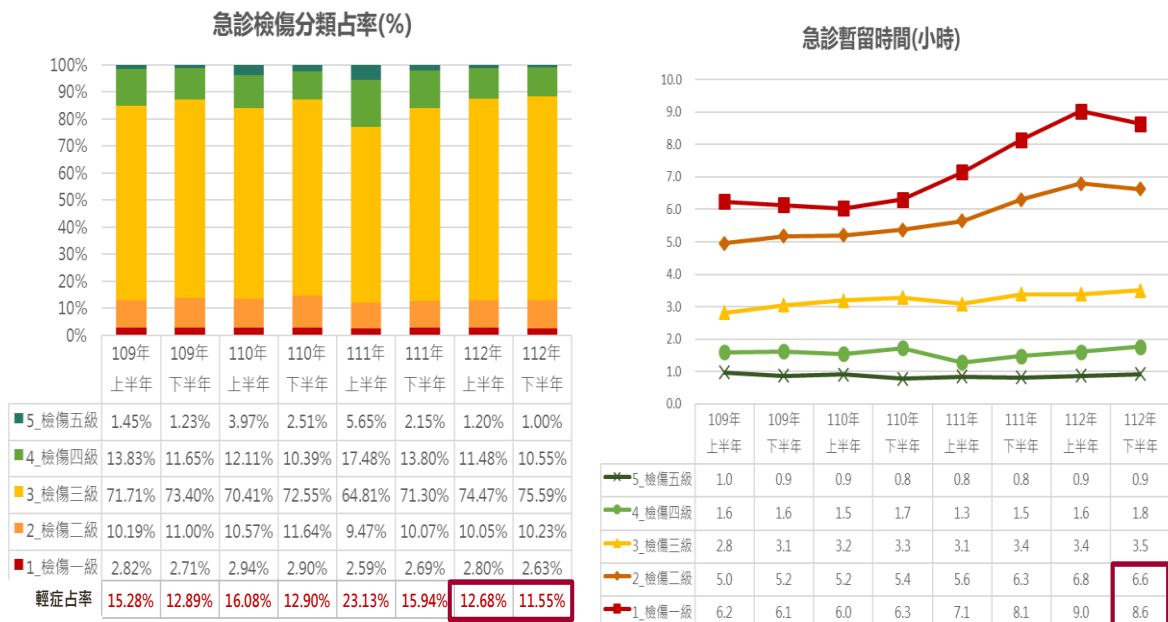


1. 資料來源為醫務管理組MASS系統之門診醫療費用申報資料之急診案件
2. 排除以下案件：排除代辦案件(案件分類為A3,B1,B6,B7,B8,B9,C4,D1,D2,HN,BA,DF,C5)、及法定免部分負擔案件(含部分負擔類別009)、外單位請款、需自行負擔案件。

32

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。

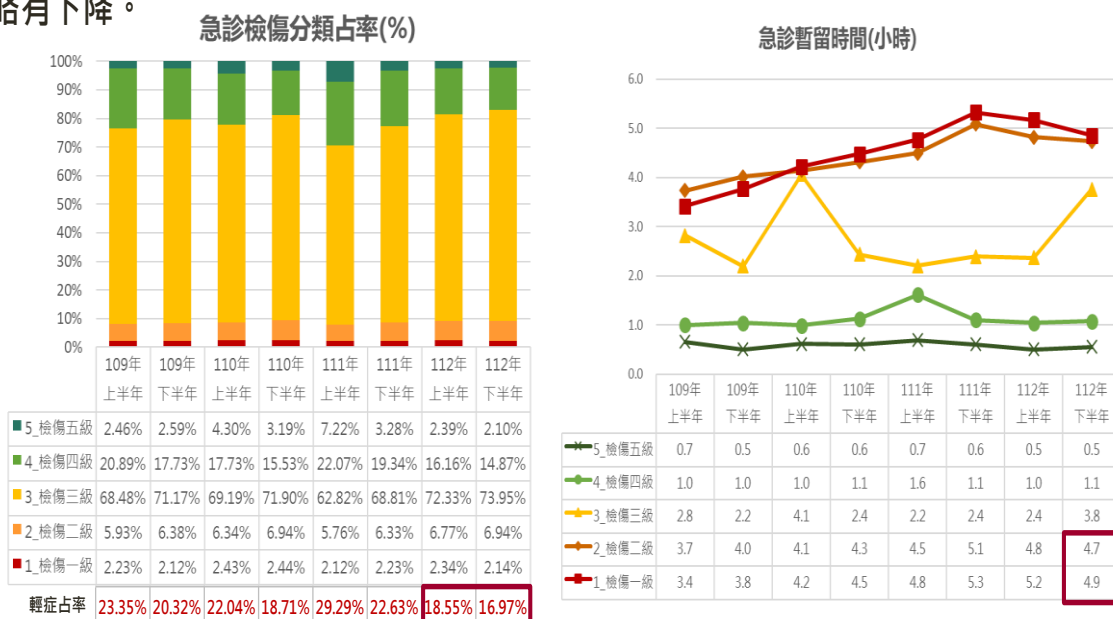


- 資料來源為醫務管理組MASS系統之門診醫療費用申報資料之急診案件
- 排除以下案件：排除代辦案件(案件分類為A3,B1,B6,B7,B8,B9,C4,D1,D2,HN,BA,DF,C5)、及法定免部分負擔案件(含部分負擔類別009)、外單位請款、需自行負擔案件。

33

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。

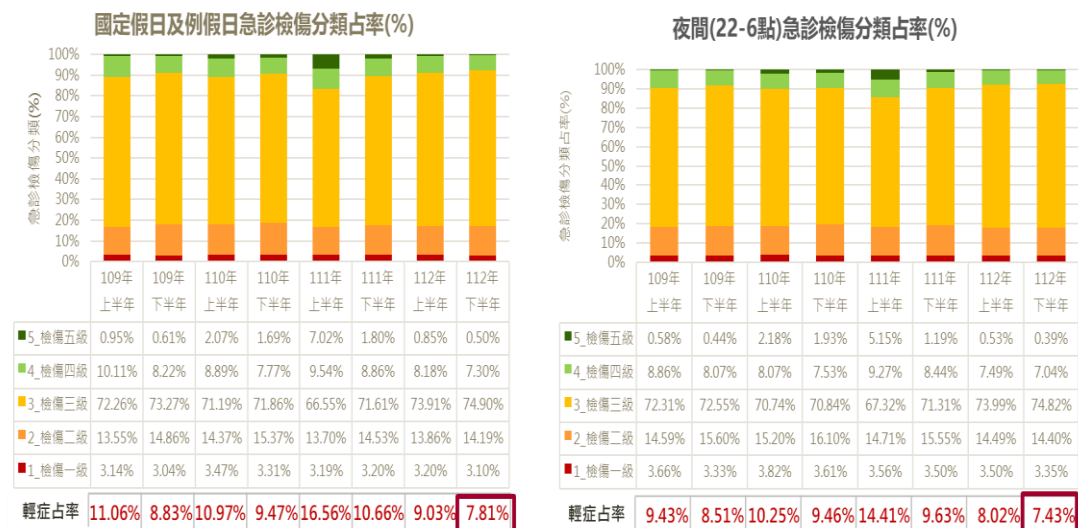


- 資料來源為醫務管理組MASS系統之門診醫療費用申報資料之急診案件
- 排除以下案件：排除代辦案件(案件分類為A3,B1,B6,B7,B8,B9,C4,D1,D2,HN,BA,DF,C5)、及法定免部分負擔案件(含部分負擔類別009)、外單位請款、需自行負擔案件。

34

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。

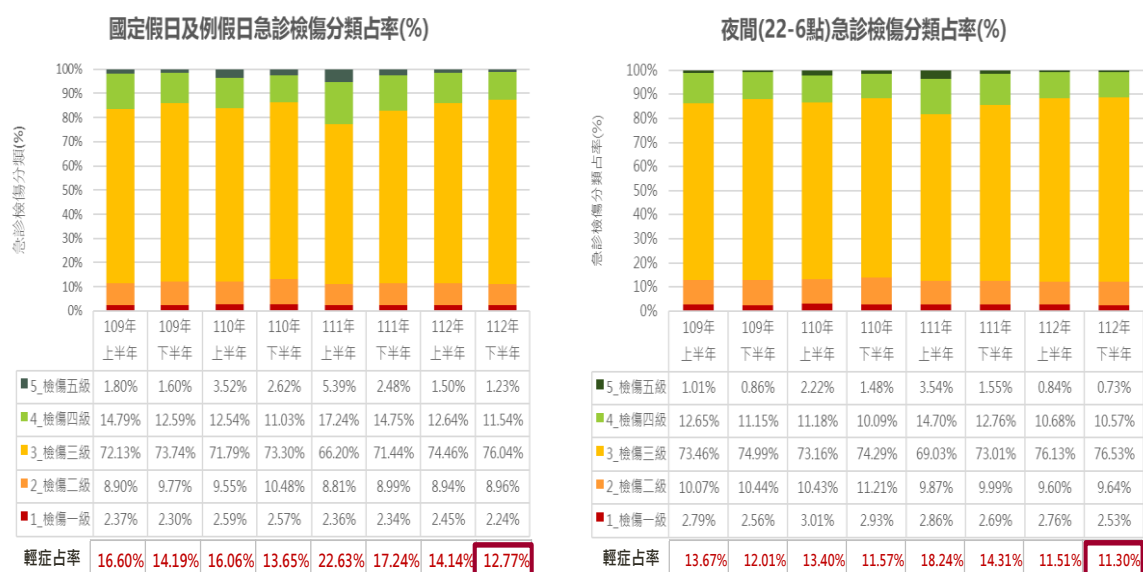


備註：1. 資料來源為四代倉儲多模型平台急診醫療利用明細彙總檢視表
2. 夜間係以進入急診室時間為晚間22-6點、假日含國定假日及例假日。

35

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。

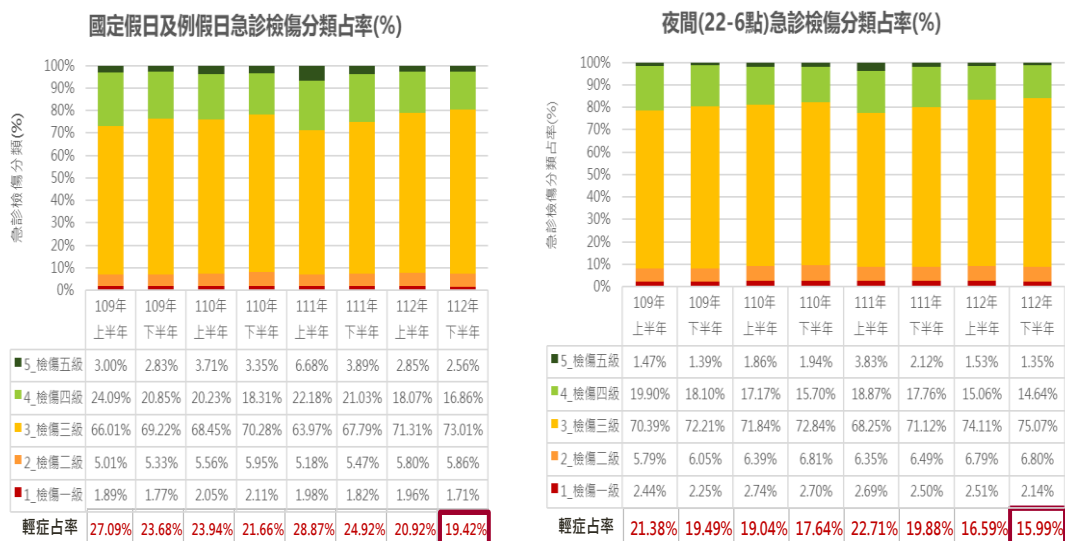


備註：1. 資料來源為四代倉儲多模型平台急診醫療利用明細彙總檢視表
2. 夜間係以進入急診室時間為晚間22-6點、假日含國定假日及例假日。

36

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。

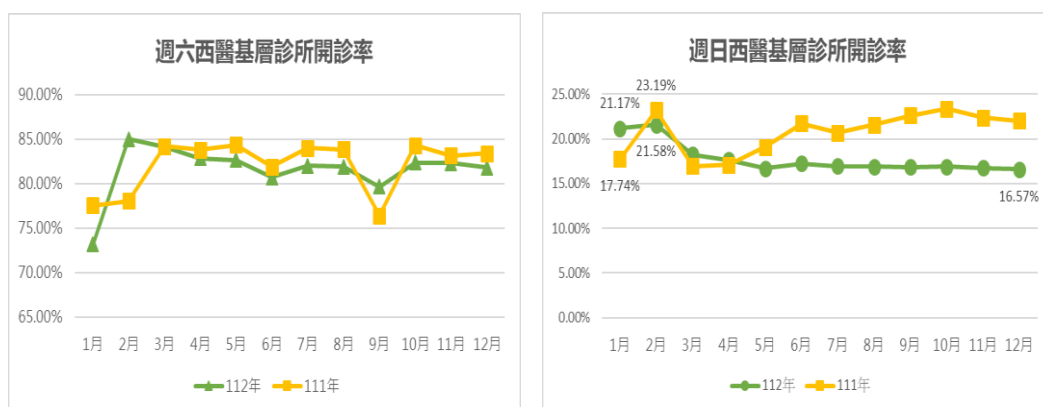


1. 資料來源為四代倉儲多模型平台急診醫療利用明細彙總檢視表
2. 夜間係以進入急診室時間為晚間22-6點、假日含國定假日及例假日。

37

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>)

38

報告事項第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：111 年健保收入超過 2 億元之 238 家醫療院所財務報告之公開情形，請鑒察。

說明：

一、法令依據：

- (一)依全民健康保險法第 73 條規定：保險醫事服務機構當年領取之保險醫療費用超過一定數額者，應於期限內向保險人提報經會計師簽證或審計機關審定之全民健康保險業務有關之財務報告，保險人並應公開之。
- (二)次依「全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法」第 4 條規定略以，保險醫事服務機構自中華民國一百零二年起，其領取之保險醫療費用超過一定數額者，應於次年向保險人提報經各該主管機關審核通過之財務報告，由保險人彙整公開。
- (三)各院所財務報告之審核機關為各該院所之主管機關，如公立院所依其屬性主管機關分別為國軍退除役官兵輔導委員會、國防部、教育部、各縣市政府等，並依據主計機關規定編製財務報告，由審計部審定；醫療法人機構之主管機關為衛生福利部，並依據醫療法人財務報告編製準則編製；非上開機構則依一般公認會計原則編製，經會計師簽證。
- (四)綜上，本署依法將保險醫療費用超過一定數額之院所經會計師簽證或審計機關審定之財務報告予以公開，對所提財報內容均尊重各主管機關管理之權。

二、辦理經過：

- (一)財報公布至今辦理 10 年(102-111 年)，107 年起應提財務報告門檻為 2 億(102 年-111 年提報院所數如表 1，第 59 頁)。

(二)本次公告 111 年財務報表共計 238 家，其中包含 3 家診所 (遠東聯合診所、書田泌尿科診所、安慎診所)及 2 家醫事檢驗所 (登全醫事檢驗所、信品醫事檢驗所)。

三、本署依 111 年 238 家院所財務報告，結合本署相關申報資料，本次財務報告分析如下：

(一)醫務收支情形(表 2，第 60~62 頁)：

1.整體分析：結餘 188 家(占 8 成)，50 家虧損(占 2 成)，醫院層級分析如下：

(1)醫學中心：19 家中，18 家結餘(結餘最多者為中國醫藥大學附設醫院，25.6 億元)、1 家虧損(花蓮慈濟醫院，-2.1 億元)。

(2)區域醫院：82 家中，69 家結餘(占 85%，結餘最多者為新竹馬偕紀念醫院，9.0 億元)、13 家虧損(16%，虧損最多者為基隆長庚醫院，-2.9 億元)。

(3)地區醫院：132 家中，96 家結餘(占 73%，結餘最多者為陽明醫院，7.2 億元)、36 家虧損(27%，虧損最多者為土城醫院，-1.3 億元)。

2.醫務利益率之醫院層級分析(表 3，第 63 頁)：

(1)醫學中心：1 家為-3%，14 家(約 75%)在 0~5%之間，僅 4 家高於 5%，最高為中國醫藥大學附設醫院 10%。

(2)區域醫院：13 家醫務利益率為負值中，最低為國仁醫院 -8%，39 家(約 48%)在 0~5%之間，30 家(約 37%)高於 5%，最高為新竹馬偕紀念醫院 16%。

(3)地區醫院：36 家(約 28%)醫務利益率為負值，最低為門諾醫院壽豐分院-15%，48 家(約 36%)在 0~5%之間，48 家(約 36%)高於 5%，最高為陽明醫院 45%。

3.醫務收支結餘前 20 大醫院(醫學中心 10 家、區域醫院 7 家、地區醫院 3 家)(表 4，第 64 頁)：

(1)醫務結餘在 4.5 億元(桃園長庚醫院)至 25.6 億元(中國醫

藥大學附設醫院)之間，其醫務利益率在 1.6%(臺大醫院)至 45%(陽明醫院)，平均每位醫師申報點數則在 10.4 百萬點(北醫醫院)至 33.4 百萬點(陽明醫院)。

(2)全日平均護病比分析：(依醫療機構設置標準規定，全日平均護病比，醫學中心為 9 人以下、區域醫院為 12 人以下、地區醫院為 15 人以下)

A.10 家醫學中心：低於 7(含)者有 3 家(北榮、馬偕、台大)，7~8 者有 6 家，高於 8 者有 1 家(中國醫藥大學附設醫院)。

B.7 家區域醫院：全日平均護病比在 8~9 有 4 家，9~10 有 3 家。

C.3 家地區醫院：桃園長庚(9.6)、亞大醫院(11.4)、陽明醫院(11.8)。

4.醫務收支短絀 20 大醫院(醫學中心 1 家、區域醫院 11 家、地區醫院 8 家)(表 5，第 65 頁)：

(1)醫務收支短絀在 0.4 億元(國仁醫院)至 2.9 億元(基隆長庚醫院)之間，其醫務利益率在-0.7%(臺大新竹併臺大生醫)至-13.4%(博田國際醫院)，平均每位醫師申報點數則在 8.2 百萬點(博田國際醫院)至 31.7 百萬點(臺大癌醫)。

(2)全日平均護病比分析：

A.1 家醫學中心：花蓮慈濟醫院(8.3)。

B.11 家區域醫院：低於 9(含)者有 4 家(和信醫院、恩主公醫院、大里仁愛醫院、臺大新竹醫院)，9-10 者有 5 家，高於 10 者有 2 家(陽明交大附設醫院、埔里基督教醫院)。

C.8 家地區醫院：低於 7(含)者有 3 家(博田國際醫院、怡仁綜合醫院、臺大金山醫院)，7-9 者有 3 家，高於 9 者有 2 家(土城醫院、中心綜合醫院)。

5.111 年仍為疫情期間，政府挹注特別預算約 1,000 億元，其

中醫院補助 550 億元，另針對偏遠地區或醫療資源不足地區之院所訂有相關計畫補助 11 億元，本次提報財報院所有 66 家受惠，協助偏遠地區院所保持醫務收支平衡，確保民眾在疫情下仍能獲得適切之醫療服務。

(二)固定資產占率 111 年較 110 年為低，亦為近 5 年(107-111 年)最低(表 6，第 66 頁)。

四、有關歷年委員建議事項，本署說明如表 7~11(第 69~74 頁)。

五、本署將擇日發布新聞稿供各界參考。

報告單位業務窗口：朱文珣科長，聯絡電話：02-27065866分機2665

.....

本會研析說明：

一、本案係健保署依健保法第 73 條^(註)規定辦理，而該條文之立法意旨為二代健保保險財源籌措改革方案之一環，要求特約醫院公開揭露財務資訊報表，可提供中央與地方政府、發起人、一般捐助人、債權人、其他提供資源人士及主管機關等所關心之資訊。另同條文第 2 項規定，全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法(下稱財報公開辦法)，由保險人擬訂，提健保會討論後，報主管機關核定發布。惟歷屆委員皆關切特約醫療院所經營情形，並需瞭解醫療服務機構財報公開內容方可於該辦法修訂時提出建議，爰雖財報公開辦法未有修正，於本會歷年之工作計畫均安排報告。

二、至於以健保收入超過 2 億元為財務公開之對象，係依據健保法第 73 條授權訂定之財報公開辦法第 4 條第 1 項，保險醫事服務機構自中華民國 102 年起算之一定年限，其領取之保險醫療費用超過一定數額者，應於次年 10 月 31 日前，向保險人提報財務報告；其年限及數額，規定如下：

(一)第 1 年至第 3 年：新臺幣 6 億元。

(二)第 4 年至第 5 年：新臺幣 4 億元。

(三)第 6 年以上：新臺幣 2 億元。(107 年以後)

三、依本會本年度工作計畫，健保署應於上次(第 2 次)委員會議(113.3.13)提報本案，惟該署前於本年 3 月 6 日來函表示，為增列相關資料使報告更臻完備，經該次委員會議決定，同意延至本次(第 3 次)委員會議(113.4.24)提報。

四、整理歷年本會委員及上次委員會議針對財報案的重點意見摘要(如附件二，第 75 頁)，業於 3 月 27 日送請健保署回應，該署說明摘要如下：

(一)各層級醫院醫務利益率分布(111 年，表 3)：

1. 醫務利益率<0% 家數占率：地區醫院(27.3%)>區域醫院(15.9%)>醫學中心(5.3%)。

2. 醫務利益率>10% 家數占率：地區醫院(14.4%)>區域醫院(8.5%)>醫學中心(5.3%)。

(二)各層級醫院固定資產占率(表 6)：

整體平均值由 107 年 44.9%，至 111 年降為 40.5%；各層級 111 年相較 110 年均呈下降。

(三)各層級醫院人事費用占率(表 7)：

整體平均值由 107 年~111 年介於 45.9%~47.1%之間；各層級 111 年相較 110 年，醫學中心上升(41.2%→42.3%)，區域醫院(48.5%→47.5%)及地區醫院均下降(46.0%→45.5%)。

(四)各層級院所非醫務收支(表 8)：

整體結餘家數占率由 107 年 82.2%，至 111 年升為 86.1%；各層級 111 年相較 110 年，醫學中心、區域醫院結餘家數占率均上升(醫學中心 94.7%→100.0%，區域醫院 86.4%→87.8%)，地區醫院下降(86.8%→83.3%)，基層診所及檢驗所維持(66.7%、100.0%)。

(五)各層級院所非醫務收入占整體收入比率(表 11，無法區分停車場、美食街等收入)：

整體平均值由 107 年 3.9%，至 111 年升為 4.5%；各層級 111 年相較 110 年均呈上升。

註：健保法第 73 條：

保險醫事服務機構當年領取之保險醫療費用超過一定數額者，應於期限內向保險人提報經會計師簽證或審計機關審定之全民健康保險業務有關之財務報告，保險人並應公開之。

前項之一定數額、期限、財務報告之提供程序、格式及內容之辦法，由保險人擬訂，提健保會討論後，報主管機關核定發布。

第一項之財務報告應至少包括下列各項報表：

- 一、資產負債表。
- 二、收支餘絀表。
- 三、淨值變動表。
- 四、現金流量表。
- 五、醫務收入明細表。
- 六、醫務成本明細表。

決定：

附件一、健保署報告案附表

表 1、102 年-111 年提報院所數列表

財報年度	提報年度	提報門檻(億元)	提報院所家數	提報家數占率	健保領取金額占率
102	103	6	109	21.60%	85.40%
103	104		111	22.70%	85.70%
104	105		112	22.80%	86.10%
105	106	4	148	31.00%	90.50%
106	107		150	31.40%	90.50%
107	108	2	*219 其中醫院 214 家	44.03%	95.15%
108	109		**223 其中醫院 220 家	46.32%	95.41%
109	110		**227 其中醫院 224 家	47.56%	95.66%
110	111		***225 其中醫院 221 家	47.02%	95.64%
111	112		****238 其中醫院 233 家	48.44%	96.28%

備註：

1. 提報家數占率:提報醫院家數/申報醫療費用醫院家數。
2. 健保領取金額占率:提報醫院健保金額/整體醫院健保金額(扣繳憑單)。
3. *107 年提報家數含 4 家診所及 1 家藥局；**108 年及 109 年提報家數含 3 家診所；
110 年提報家數含 3 家診所及 1 家醫事檢驗所；*111 年提報家數含 3 家診所及 2 家醫事檢驗所。
4. 110 年較 109 年提報家數共減少 2 家：
 - (1) 增加 2 家：110 年扣繳憑單逾 2 億元：登全醫檢所、豐榮醫院。
 - (2) 減少 4 家：①110 年扣繳憑單不足 2 億元(2 家)：同仁院醫療財團法人萬華醫院、茂隆骨科醫院②財報併報(2 家)：員榮醫院(終止特約)併員生醫院、台大生醫併台大新竹。
5. 111 年較 110 年提報家數共增加 13 家：

中國醫藥大學附設醫院豐原分院、信品醫事檢驗所、同仁院醫療財團法人萬華醫院、東華醫院、茂隆骨科醫院、營新醫院、新國民醫療社團法人新國民醫院、迦樂醫療財團法人迦樂醫院、國軍臺中總醫院中清分院附設民眾診療服務處、佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院、維馨乳房外科醫院、臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院壽豐分院、博田國際醫院。

表 2、各層級院所醫務收支結餘分析

年度	特約別	結餘			短絀			家數合計
		家數	金額 (億)	家數占 率	家數	金額 (億)	家數占 率	
102 年	醫學中心	12	57.85	63.2%	7	-18.02	36.8%	19
	區域醫院	54	48.46	73.0%	20	-16.21	27.0%	74
	地區醫院	10	9.14	62.5%	6	-1.75	37.5%	16
	小計	76	115.45	69.7%	33	-35.98	30.3%	109
103 年	醫學中心	13	66.27	68.4%	6	-12.81	31.6%	19
	區域醫院	53	53.59	72.6%	20	-19.85	27.4%	73
	地區醫院	12	11.98	63.2%	7	-2.07	36.8%	19
	小計	78	131.84	70.3%	33	-34.73	29.7%	111
104 年	醫學中心	13	66.92	68.4%	6	-8.63	31.6%	19
	區域醫院	56	54.05	74.7%	19	-15.40	25.3%	75
	地區醫院	12	10.83	66.7%	6	-1.66	33.3%	18
	小計	81	131.81	72.3%	31	-25.70	27.7%	112
105 年	醫學中心	15	58.65	78.9%	4	-5.62	21.1%	19
	區域醫院	65	65.33	81.3%	15	-11.40	18.8%	80
	地區醫院	34	15.76	69.4%	15	-5.01	30.6%	49
	小計	114	139.74	77.0%	34	-22.04	23.0%	148
106 年	醫學中心	14	60.56	73.7%	5	-5.58	26.3%	19
	區域醫院	64	67.48	81.0%	15	-16.63	19.0%	79
	地區醫院	39	20.93	75.0%	13	-4.99	25.0%	52
	小計	117	148.97	78.0%	33	-27.19	22.0%	150
107 年	醫學中心	9	51.20	47.4%	10	-10.30	52.6%	19
	區域醫院	63	67.62	75.9%	20	-22.67	24.1%	83
	地區醫院	74	31.83	66.1%	38	-13.50	33.9%	112
	基層診所	4	1.55	100.0%			0.0%	4
	藥局			0.0%	1	-0.003	100.0%	1
	小計	150	152.20	68.5%	69	-46.47	31.5%	219

年度	特約別	結餘			短絀			家數合計
		家數	金額 (億)	家數占 率	家數	金額 (億)	家數占 率	
108 年	醫學中心	13	53.15	68.4%	6	-17.35	31.6%	19
	區域醫院	65	79.32	80.2%	16	-17.88	19.8%	81
	地區醫院	86	40.43	71.7%	34	-11.29	28.3%	120
	基層診所	3	1.07	100.0%			0.0%	3
	小計	167	173.97	74.9%	56	-46.52	25.1%	223
109 年	醫學中心	13	81.22	68.4%	6	-13.71	31.6%	19
	區域醫院	63	82.28	77.8%	18	-15.78	22.2%	81
	地區醫院	83	42.70	66.9%	41	-22.13	33.1%	124
	基層診所	3	1.23	100.0%			0.0%	3
	小計	162	207.42	71.4%	65	-51.62	28.6%	227
110 年	醫學中心	15	80.06	78.9%	4	-7.77	21.1%	19
	區域醫院	63	96.38	77.8%	18	-8.70	22.2%	81
	地區醫院	81	48.13	66.9%	40	-12.59	33.1%	121
	基層診所	3	1.56	100.0%			0.0%	3
	醫事檢驗所	1	0.16	100.0%			0.0%	1
	小計	163	226.29	72.4%	62	-29.06	27.6%	225
111 年	醫學中心	18	111.87	94.7%	1	-2.06	5.3%	19
	區域醫院	69	136.88	84.1%	13	-10.35	15.9%	82
	地區醫院	96	71.90	72.7%	36	-9.77	27.3%	132
	基層診所	3	1.65	100.0%			0.0%	3
	醫事檢驗所	2	0.49	100.0%			0.0%	2
	小計	188	322.79	79.0%	50	-22.18	21.0%	238

註 1.107 年提報家數含 4 家診所(遠東聯合診所、書田泌尿科診所、安慎診所、斗六慈濟診所)及 1 家藥局(台北政昇藥局：整體結餘為 0，醫務結餘-32.4 萬，非醫務結餘 32.5 萬，所得稅 0.1 萬)。

註 2.108 年提報家數含 3 家診所(遠東聯合診所、書田泌尿科診所、安慎診所)。斗六慈濟診所 108 年度變更層級為地區醫院-斗六慈濟醫院。

註 3.109 年提報家數含 3 家診所(遠東聯合診所、書田泌尿科診所、安慎診所)。

註 4.110 年提報家數含 3 家診所(遠東聯合診所、書田泌尿科診所、安慎診所)及 1 家檢驗所(登全醫事檢驗所)。110 年較 109 年提報家數共減少 2 家：

(1) 增加 2 家：110 年扣繳憑單逾 2 億元：登全醫檢所、豐榮醫院。

(2) 減少 4 家：①110 年扣繳憑單不足 2 億元(2 家)：同仁院醫療財團法人萬華醫院、茂隆骨科醫院②財報併報(2 家)：員榮醫院(終止特約)併員生醫院、台大生醫併台大新竹。

註 5. 111 年提報家數含 3 家診所(遠東聯合診所、書田泌尿科診所、安慎診所)及 2 家檢驗所(登全醫事檢驗所、信品醫事檢驗所)。111 年較 110 年提報家數共增加 13 家：

中國醫藥大學附設醫院豐原分院、信品醫事檢驗所、同仁院醫療財團法人萬華醫院、東華醫院、茂隆骨科醫院、營新醫院、新國民醫療社團法人新國民醫院、迦樂醫療財團法人迦樂醫院、國軍臺中總醫院中清分院附設民眾診療服務處、佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院、維馨乳房外科醫院、臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院壽豐分院、博田國際醫院。

表 3、111 年各層級醫院醫務利益率分布

醫務利益率	醫學中心		區域醫院		地區醫院		合計	
	家數	占率	家數	占率	家數	占率	家數	占率
<0%	1	5.3%	13	15.9%	36	27.3%	50	21.5%
0%~3%	9	47.4%	22	26.8%	36	27.3%	67	28.8%
3%~5%	5	26.3%	17	20.7%	12	9.1%	34	14.6%
5%~10%	3	15.8%	23	28.0%	29	22.0%	55	23.6%
>10%	1	5.3%	7	8.5%	19	14.4%	27	11.6%
小計	19	100%	82	100%	132	100%	233	100%

註 1.醫務利益率=醫務利益/醫務收入

註 2.醫學中心醫務利益率最低為花蓮慈濟醫院(-2.7%)、最高為中國醫藥大學附設醫院(10.5%)。

註 3.區域醫院醫務收支金額最低為國仁醫院(-8.3%)、最高為新竹馬偕紀念醫院(16.3%)。

註 4.地區醫院醫務收支金額最低為門諾醫院壽豐分院(-15.5%)、最高為陽明醫院(45.3%)。

表 4、111 年醫務收支結餘前 20 大院所

序 號	醫事機構名稱	特約類別	醫務收入 (億元)	醫務成本 (億元)	醫務 ² 利益 (億元)	醫務 利益率	醫師數	病床數	急性一般 病床數	每病床健保住 診醫藥點數 (百萬點)	每位醫師 醫藥點數 (百萬點)	門診件數 (萬件)	住診件數 (萬件)	人事費用 占率	109 年全 年平均 護病比	110 年 ² 年平均 護病比	111 年全 年平均 護病比
1	中國醫藥大學附設醫院	醫學中心	243.35	214.36	25.55	10.50%	1,071	1,941	1,452	4.22	17.62	288.67	8.59	40.30%	8.4	8.2	8.4
2	財團法人私立高雄醫學大學附 設中和紀念醫院	醫學中心	151.65	128.98	12.33	8.13%	965	1,481	1,198	3.84	12.09	158.35	6.24	45.20%	7.8	7.6	7.7
3	臺中榮民總醫院	醫學中心	179.71	151.79	10.65	5.93%	950	1,409	973	4.56	15.50	189.46	8.07	34.97%	7.1	7.4	7.8
4	台灣基督長老教會馬偕醫療財 團法人新竹馬偕紀念醫院	區域醫院	55.28	41.87	9.03	16.33%	169	459	418	3.02	24.19	92.36	2.28	43.61%	8.5	8.3	8.7
5	衛生福利部雙和醫院〈委託臺北 醫學大學興建經營〉	區域醫院	104.27	85.34	8.14	7.80%	606	1,007	798	3.28	13.04	156.56	4.01	52.79%	8.6	8.3	8.3
6	陽明醫院	地區醫院	15.98	8.01	7.25	45.35%	43	283	235	1.28	33.38	44.78	0.54	34.53%	11.5	12.5	11.8
7	奇美醫療財團法人奇美醫院	醫學中心	116.54	97.61	6.85	5.88%	732	1,079	849	4.06	12.58	147.82	5.02	46.88%	6.8	7.1	7.2
8	台灣基督長老教會馬偕醫療財 團法人馬偕紀念醫院	醫學中心	175.07	153.07	6.52	3.72%	1,195	1,834	1,469	3.09	11.69	267.82	6.28	49.32%	7.2	6.6	6.7
9	長庚醫療財團法人高雄長庚紀 念醫院	醫學中心	211.96	199.94	6.27	2.96%	1,123	2,336	1,386	3.26	14.82	224.06	7.20	45.12%	7.6	7.3	7.5
10	戴德森醫療財團法人嘉義基督 教醫院	區域醫院	82.79	68.79	6.09	7.36%	367	888	599	3.00	17.49	124.59	3.73	43.11%	8.3	8.2	8.4
11	高雄市立大同醫院〈委託財團法 人私立高雄醫學大學經營〉	區域醫院	41.91	32.92	5.81	13.87%	125	407	350	2.60	26.18	82.07	1.58	45.65%	9.9	8.9	9.8
12	臺北市立聯合醫院	區域醫院	127.77	105.11	5.71	4.47%	945	2,678	1,751	1.34	10.59	330.89	5.14	39.48%	9.7	9.3	9.0
13	臺北榮民總醫院	醫學中心	274.79	239.90	5.66	2.06%	1,543	2,919	2,402	3.66	14.31	270.13	10.39	28.89%	7.1	7.0	6.7
14	國立成功大學醫學院附設醫院	醫學中心	140.18	113.71	5.54	3.95%	928	1,193	916	4.29	12.96	165.91	5.39	38.39%	7.1	7.2	7.1
15	臺南市立安南醫院-委託中國醫 藥大學興建經營	區域醫院	42.51	34.61	5.22	12.27%	170	846	499	1.90	20.37	75.13	2.24	47.52%	8.4	9.3	9.8
16	中山醫學大學附設醫院	醫學中心	101.42	95.24	5.06	4.99%	531	1,022	765	3.30	14.57	109.79	3.82	31.56%	7.4	7.4	7.4
17	臺北醫學大學附設醫院	區域醫院	88.38	72.26	4.74	5.37%	552	614	500	3.41	10.44	116.90	2.78	50.86%	8.0	8.0	8.5
18	國立臺灣大學醫學院附設醫院	醫學中心	283.18	234.88	4.50	1.59%	1,728	2,320	1,788	4.31	13.13	316.86	8.82	38.59%	7.4	7.1	7.0
19	亞洲大學附屬醫院	地區醫院	36.95	30.25	4.48	12.13%	114	396	348	2.93	26.01	67.86	1.67	37.82%	11.0	11.1	11.4
20	長庚醫療財團法人桃園長庚紀 念醫院	地區醫院	41.08	34.99	4.47	10.87%	143	523	99	0.72	21.33	94.41	0.59	43.86%	9.4	7.9	9.6

註 1：醫務利益率=醫務利益/醫務收入，公立醫院醫務利益(醫務收支)=業務收入-業務成本與費用、私立醫院醫務利益(醫務收支)=醫務收入-醫務成本-管理費用

註 2：病床數排除急診留床、嬰兒床、產科病床與其他觀察床

註 3：人事費用占率=人事費用/醫務成本，惟部分學校附設醫院，其人事費用可能編列於學校，導致醫院人事費用占率低估；另部分醫院也可能於委託經費中，隱含人事費用，故醫院間比較應審慎。

表 5、111 年醫務收支短絀 20 大院所

序 號	醫事機構名稱	特約類別	醫務收入 (億元)	醫務成本 (億元)	醫務 ² 利益 (億元)	醫務 利率	醫師數	病床數	急性一般 病床數	每病床健保 診醫療點數 (百萬點)	每位醫師 醫療點數 (百萬點)	門診件數 (萬件)	住診件數 (萬件)	人事費用 占率	109 年全 年平均 獲病比	110 年全 年平均 獲病比	111 年全 年平均 獲病比
1	長庚醫療財團法人基隆長庚紀念醫院	區域醫院	67.40	67.73	-2.94	-4.36%	436	938	789	2.43	12.96	109.65	2.63	50.05%	9.6	9.6	9.9
2	醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院	區域醫院	34.32	32.24	-2.06	-6.01%	146	275	237	3.11	16.70	32.40	1.30	40.09%	4.8	4.8	4.1
3	佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院	醫學中心	76.17	69.55	-2.06	-2.70%	481	882	500	3.35	12.36	74.73	3.00	42.48%	7.9	8.1	8.3
4	新北市立土城醫院(委託長庚醫療財團法人興建經營)	地區醫院	39.80	38.88	-1.26	-3.16%	191	674	497	2.12	17.60	74.62	1.88	46.55%	7.6	9.3	9.2
5	怡仁綜合醫院	地區醫院	13.11	12.25	-1.02	-7.78%	55	254	150	1.03	17.78	32.28	0.51	45.55%	8	7.7	6.3
6	博田國際醫院	地區醫院	6.15	6.93	-0.83	-13.42%	38	49	49	2.35	8.16	11.28	0.23	43.50%	6	5.1	5.8
7	國立陽明交通大學附設醫院	區域醫院	33.92	33.03	-0.72	-2.13%	150	496	400	2.61	20.77	59.15	1.89	13.23%	9.5	8.9	10.1
8	行天宮醫療志業醫療財團法人恩主公醫院	區域醫院	37.22	32.65	-0.68	-1.82%	166	399	312	2.75	17.99	86.93	1.76	45.79%	9.7	8.3	8.8
9	長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院	區域醫院	83.30	80.85	-0.63	-0.76%	441	1,221	996	2.50	15.28	105.41	3.94	45.32%	9.9	9	9.4
10	臺北市立關渡醫院-委託臺北榮民總醫院經營	地區醫院	10.28	9.21	-0.62	-6.03%	39	157	45	0.82	24.54	49.58	0.14	65.07%	10.3	11.8	8.7
11	仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院	區域醫院	24.81	23.13	-0.60	-2.43%	118	550	488	1.55	17.07	52.91	1.49	49.30%	7.1	6	7.1
12	敏盛綜合醫院	區域醫院	40.56	35.42	-0.58	-1.44%	111	525	455	1.89	21.89	53.72	1.51	39.98%	10.3	9.9	9.9
13	國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院新竹醫院	區域醫院	79.83	75.69	-0.58	-0.72%	303	679	550	2.76	15.11	77.86	2.27	34.89%	8.7	8.2	7.9
14	國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院生醫醫院	地區醫院					134	616	400	1.39	15.52	46.07	1.17	34.89%	6.3	8.6	8.3
15	國立臺灣大學醫學院附設醫院癌醫中心分院	地區醫院	34.41	31.64	-0.55	-1.61%	95	443	366	2.83	31.65	34.05	1.13	31.63%	9.1	5.7	7.3
16	埔基醫療財團法人埔里基督敎醫院	區域醫院	13.92	12.84	-0.54	-3.91%	70	311	249	1.41	15.36	27.91	0.88	53.53%	11.8	10.3	11.2
17	澄清綜合醫院中港分院	區域醫院	46.14	39.96	-0.44	-0.95%	200	933	749	1.93	19.32	82.22	3.06	44.77%	9.9	9.9	9.9
18	中心診所醫療財團法人中心綜合醫院	地區醫院	12.29	12.27	-0.42	-3.44%	47	130	124	1.03	17.14	21.26	0.24	26.04%	6.1	7.5	10.2
19	國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院	地區醫院	3.30	3.53	-0.42	-12.64%	26	50	48	0.80	10.88	11.24	0.11	29.22%	6	5.2	6.6
20	國仁醫院	區域醫院	4.78	5.10	-0.40	-8.31%	24	253	226	0.70	14.38	7.32	0.28	55.81%	10.2	9.5	9.9

註 1：醫務利率=醫務利益/醫務收入，公立醫院醫務利益(醫務收支)=業務收入-業務成本與費用、私立醫院醫務利益(醫務收支)=醫務收入-醫務成本-管理費用

註 2：病床數排除急診留床、透析治療床、嬰兒床、產科病床與其他觀察床

註 3：國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院新竹醫院和國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院生醫醫院財務報告合併申報

表 6、各層級醫院固定資產占率分析

年度	層級別	平均值	標準差	中位數
107 年	醫學中心	43.5%	16.7%	44.3%
	區域醫院	48.7%	25.7%	45.9%
	地區醫院	42.6%	27.2%	40.0%
	小計	44.9%	25.9%	41.7%
108 年	醫學中心	42.4%	17.5%	41.2%
	區域醫院	45.2%	25.0%	40.5%
	地區醫院	43.3%	27.7%	41.3%
	小計	44.0%	25.9%	41.0%
109 年	醫學中心	43.2%	20.2%	40.6%
	區域醫院	45.7%	25.2%	40.5%
	地區醫院	43.4%	28.1%	37.4%
	小計	44.3%	26.4%	38.6%
110 年	醫學中心	44.5%	19.7%	48.7%
	區域醫院	45.7%	25.0%	46.9%
	地區醫院	43.4%	28.2%	39.0%
	小計	44.4%	26.3%	42.1%
111 年	醫學中心	38.3%	13.8%	37.4%
	區域醫院	43.2%	23.0%	36.9%
	地區醫院	42.6%	28.0%	36.6%
	小計	40.5%	26.3%	36.9%

註：固定資產占率=固定資產費用合計/資產總額合計。

資料來源：資產負債表中「固定資產」項目。

附錄、歷年委員建議事項之說明

委員建議事項	健保署說明
<p>一、醫療院所公開財務報告是依二代健保資訊透明公開之原則，達到民眾共同參與跟監督的目的，所以健保署不只是公開財務資訊，更要讓民眾瞭解醫療院所經營狀況請健保署分析及解讀保險醫事服務機構提報之財務報告相關數據，例如如何解讀醫務利益率、稅後純益率不同醫院之間的落差非常大合理嗎？能得到兩位數以上的成長率是否合理？院所間有無可資學習之處？相關盈餘是否用於改善醫事人員勞動條件及醫療環境與品質另對經營不善發生收支短絀之醫療院所需探討可能的原因及協助改善。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本署非院所財報審閱權責單位，故各項數據合理及正確性尊重主管機關審閱結果，惟為使重要財報數據具可讀性，本署開發視覺化分析系統，供各界方便查閱，並將重要名詞解釋，依其各自財報主管機關之規定予以摘錄供參。 2. 因目前各院所依其體系由不同主管機關管理，故其財報格式略有不同，惟本署仍嘗試將相同名稱財報項目予以彙整比較，如人事費用、固定資產比率等，供各界參考，惟各院所比較時仍應審慎。
<p>二、各醫院因公、私立等不同屬性類別，其主管機關要求之財務報告格式不同，導致不易分析及比較，為避免因分析而導致醫院需額外再產出其它數字，造成醫院的困擾，建議健保署協調政府相關單位統一醫療院所財務報告格式以利統計、分析及比較。</p>	<p>因涉各主管部會間之協調及可能之法規修訂，工程浩大，本署將持續與學者研討適當分析方法，並適時提出檢討。</p>
<p>三、建議健保署輔導醫療院所將現有財報資訊填入一致性格式的報表，並實際瞭解院所填寫過程中可能遭遇的困難，尋找可能的解決方式，以增加醫院公開財報內容的使用價值。</p>	

四、為瞭解醫院營運實際狀況，建議財報分析增加下列內容：	
(一)將各層級院所醫務收支結餘分析再區分為健保及非健保(自費)收支。 (二)近五年各層級院所健保、非健保之收入占率變化。	因只有部分法人醫院財報有區分健保與非健保，故無法作全面分析，俟財報格式改變後將納入檢討。
(三)近五年各層級院所中，資產設備與不動產增加之比率、人事費(醫事人力及非醫事人力)之比率變化、非醫療業務收入之變化。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 各層級醫院固定資產占率如表 6(第 66 頁)。 2. 各層級醫院人事費用占率分析如表 7(第 69 頁)，惟部分學校附設醫院，其人事費用可能編列於學校，導致醫院人事費用占率低估；另部分醫院也可能於委託研究經費中，隱含人事費用，故醫院間比較應審慎。 3. 各層級院所非醫務收支分析如表 8(第 70 頁)。
(四)建議針對結餘百分比進一步分析，例如 1~3%多少家、3~5%多少家，或醫學中心的平均結餘。	各層級醫院醫務利益率分布已分析如表 3(第 63 頁)。
(五)按地區列表，以便瞭解地區別醫院之營運狀況。	各分區院所醫務收支結餘分析如表 9(第 71~72 頁)。
(六)按各層級院所呈現非健保收入占整體收入比率，及整體收支有結餘/短絀前二十大醫療機構的非健保收入占整體收入之比率。	整體收支結餘、短絀前 20 大院所的非醫務收入占整體收入之比率(表 10，第 73 頁)。
(七)捐贈、停車場、美食街等相關的收入占醫院營運的比重。	因院所財務報告中未明列停車場、美食街等非醫務收入金額，故分析各層級醫院非醫務收入占整體收入比率(表 11，第 74 頁)。

表 7、各層級醫院人事費用占率分析

年度	層級別	平均值	標準差	中位數
107 年	醫學中心	42.3%	7.9%	43.0%
	區域醫院	47.9%	9.7%	47.0%
	地區醫院	46.6%	11.0%	48.4%
	小計	46.8%	10.3%	47.5%
108 年	醫學中心	41.8%	7.6%	42.2%
	區域醫院	47.2%	9.6%	46.5%
	地區醫院	46.2%	9.2%	47.4%
	小計	46.3%	9.3%	46.6%
109 年	醫學中心	41.3%	7.8%	41.5%
	區域醫院	49.0%	9.9%	47.1%
	地區醫院	46.7%	9.8%	47.2%
	小計	47.1%	9.8%	47.0%
110 年	醫學中心	41.2%	8.1%	43.7%
	區域醫院	48.5%	8.8%	47.4%
	地區醫院	46.0%	8.9%	46.7%
	小計	46.5%	9.0%	46.4%
111 年	醫學中心	42.3%	6.4%	43.6%
	區域醫院	47.5%	9.1%	46.3%
	地區醫院	45.5%	9.2%	45.7%
	小計	45.9%	9.0%	45.6%

註：人事費用占率=醫務人事費用合計/醫務成本。

資料來源：收支餘絀表中「人事費用」項目，可能含無法拆分之學校附設醫院人事費用。

表 8、各層級院所非醫務收支分析

年度	特約別	結餘			短絀			家數合計
		家數	金額(億)	家數占率	家數	金額(億)	家數占率	
107 年	醫學中心	18	208.48	94.7%	1	-1.11	5.3%	19
	區域醫院	73	65.08	88.0%	10	-3.86	12.0%	83
	地區醫院	89	31.85	79.5%	23	-1.51	20.5%	112
	基層診所	4	1.64	100.0%	0	0.0	0.0%	4
	藥局	1	0.00	100.0%	0	0.0	0.0%	1
	小計	180	305.41	82.2%	34	-6.48	15.5%	219
108 年	醫學中心	18	197.55	94.7%	1	-0.88	5.3%	19
	區域醫院	68	76.02	84.0%	13	-1.90	16.0%	81
	地區醫院	92	35.16	76.7%	28	-1.85	23.3%	120
	基層診所	2	0.17	66.7%	1	-0.02	33.3%	3
	小計	180	111.35	80.7%	43	-3.77	19.3%	223
109 年	醫學中心	18	141.71	94.7%	1	-0.98	5.3%	19
	區域醫院	68	59.25	84.0%	13	-11.36	16.0%	81
	地區醫院	104	33.10	83.9%	20	-1.91	16.1%	124
	基層診所	2	0.20	100.0%	1	-0.02	-	3
	小計	192	234.06	84.6%	35	-14.25	15.4%	227
110 年	醫學中心	18	135.07	94.7%	1	-0.71	5.3%	19
	區域醫院	70	77.85	86.4%	11	-3.21	13.6%	81
	地區醫院	105	33.70	86.8%	16	-1.83	13.2%	121
	基層診所	2	0.20	66.7%	1	-0.02	33.3%	3
	檢驗所	1	0.00	100.0%	0	0.00	0.0%	1
	小計	196	246.62	87.1%	29	-5.75	12.9%	225
111 年	醫學中心	19	242.35	100.0%	0	0.00	0.0%	19
	區域醫院	72	102.20	87.8%	10	-3.24	12.2%	82
	地區醫院	110	52.78	83.3%	22	-1.15	16.7%	132
	基層診所	2	0.26	66.7%	1	-0.02	33.3%	3
	檢驗所	2	0.00	100.0%	0	0.00	0.0%	2
	小計	205	397.34	86.1%	33	-4.39	13.9%	238

表 9、各分區院所醫務收支結餘分析

年度	特約別	結餘			短絀家數			家數
		家數	金額(億)	家數占率	家數	金額(億)	家數占率	合計
107 年	臺北	33	48.00	15.1%	28	-18.22	12.8%	61
	北區	28	23.82	12.8%	7	-7.87	3.2%	35
	中區	32	33.53	14.6%	10	-4.77	4.6%	42
	南區	19	15.35	8.7%	12	-10.89	5.5%	31
	高屏區	34	29.34	15.5%	5	-1.32	2.3%	39
	東區	4	2.15	1.8%	7	-3.41	3.2%	11
	小計	150	152.20	68.5%	69	-46.47	31.5%	219
108 年	臺北	42	50.05	18.8%	17	-21.75	7.6%	59
	北區	25	25.56	11.2%	11	-10.47	4.9%	36
	中區	35	39.40	15.7%	9	-3.69	4.0%	44
	南區	24	20.49	10.8%	8	-7.09	3.6%	32
	高屏區	37	37.65	16.6%	4	-0.46	1.8%	41
	東區	4	0.82	1.8%	7	-3.06	3.1%	11
	小計	167	173.97	74.9%	56	-46.52	25.1%	223
109 年	臺北	35	51.09	15.4%	27	-31.39	11.9%	62
	北區	27	24.14	11.9%	10	-8.29	4.4%	37
	中區	33	56.94	14.5%	10	-1.57	4.4%	43
	南區	22	27.34	9.7%	10	-7.17	4.4%	32
	高屏區	39	45.10	17.2%	3	-0.10	1.3%	42
	東區	6	2.81	2.6%	5	-3.09	2.2%	11
	小計	162	207.42	71.4%	65	-51.62	28.6%	227
110 年	臺北	33	39.45	14.7%	29	-18.07	12.9%	62
	北區	30	31.62	13.3%	6	-3.27	2.7%	36
	中區	33	60.59	14.7%	10	-0.91	4.4%	43
	南區	25	37.54	11.1%	7	-2.99	3.1%	32
	高屏區	37	54.12	16.4%	4	-0.24	1.8%	41
	東區	5	2.96	2.2%	6	-3.59	2.7%	11
	小計	163	226.29	72.4%	62	-29.06	27.6%	225

年度	特約別	結餘			短絀家數			家數
		家數	金額(億)	家數占率	家數	金額(億)	家數占率	合計
111 年	臺北	46	78.39	19.3%	17	-10.47	7.1%	63
	北區	29	43.32	12.2%	8	-3.44	3.4%	37
	中區	41	85.04	17.2%	6	-1.87	2.5%	47
	南區	27	55.99	11.3%	6	-1.53	2.5%	33
	高屏區	40	55.34	16.8%	5	-1.39	2.1%	45
	東區	5	4.72	2.1%	8	-3.49	3.4%	13
	小計	188	322.79	79.0%	50	-22.18	21.0%	238

表 10、整體收支結餘&短絀 20 大院所非醫務收入占整體收入比率

111 年 排序	結餘前 20 大院所 醫院名稱	非醫務收入/ 整體收入	111 年 排序	短絀前 20 大院所 醫院名稱	非醫務收入/ 整體收入
1	長庚醫療財團法人林口 長庚紀念醫院	23.7%	233	新北市立土城醫院（委 託長庚醫療財團法人興 建經營）	2.3%
2	長庚醫療財團法人高雄 長庚紀念醫院	25.3%	232	義大醫療財團法人義大 醫院	6.1%
3	中國醫藥大學附設醫院	6.9%	231	博田國際醫院	0.0%
4	長庚醫療財團法人基隆 長庚紀念醫院	31.6%	230	國仁醫院	0.1%
5	長庚醫療財團法人桃園 長庚紀念醫院	31.4%	229	臺灣基督教門諾會醫療 財團法人門諾醫院壽豐 分院	0.6%
6	國立成功大學醫學院附 設醫院	10.3%	228	衛生福利部金門醫院	7.2%
7	國立臺灣大學醫學院附 設醫院	6.7%	227	長庚醫療財團法人雲林 長庚紀念醫院	3.4%
8	臺中榮民總醫院	4.7%	226	霧峰澄清醫院	0.2%
9	臺北榮民總醫院	5.1%	225	佛教慈濟醫療財團法人 玉里慈濟醫院	3.8%
10	財團法人私立高雄醫學 大學附設中和紀念醫院	5.2%	224	國立臺灣大學醫學院附 設醫院金山分院	9.0%
11	衛生福利部雙和醫院 〈委託臺北醫學大學興 建經營〉	6.6%	223	維馨乳房外科醫院	0.0%
12	奇美醫療財團法人奇美 醫院	5.9%	222	長庚醫療財團法人嘉義 長庚紀念醫院	3.4%
13	台灣基督長老教會馬偕 醫療財團法人新竹馬偕 紀念醫院	3.1%	221	重光醫院	0.6%
14	佛教慈濟醫療財團法人 台北慈濟醫院	7.4%	220	行天宮醫療志業醫療財 團法人恩主公醫院	1.6%
15	中山醫學大學附設醫院	3.5%	219	板橋中興醫院	1.1%
16	陽明醫院	1.9%	218	四季台安醫院	2.6%
17	台灣基督長老教會馬偕 醫療財團法人馬偕紀念 醫院	4.5%	217	佛教慈濟醫療財團法人 關山慈濟醫院	9.9%
18	彰化基督教醫療財團法 人彰化基督教醫院	4.0%	216	宏仁醫院	0.2%
19	戴德森醫療財團法人嘉 義基督教醫院	2.3%	215	龍潭敏盛醫院	7.8%
20	臺北醫學大學附設醫院	5.9%	214	台灣基督長老教會新樓 醫療財團法人麻豆新樓 醫院	1.2%

註 1：非醫務收入=整體收入-醫務收入

註 2：博田國際醫院非醫務收入占整體收入比率為 0.001%、維馨乳房外科醫院為 0.02%。

表 11、各層級醫院非醫務收入占整體收入比率

年度	層級別	平均值	標準差	中位數
107 年	醫學中心	7.0%	7.0%	5.4%
	區域醫院	3.6%	4.3%	2.8%
	地區醫院	3.6%	7.0%	1.2%
	小計	3.9%	6.1%	2.1%
108 年	醫學中心	6.6%	6.4%	5.3%
	區域醫院	3.6%	4.3%	2.2%
	地區醫院	2.9%	5.2%	1.1%
	小計	3.5%	5.1%	2.1%
109 年	醫學中心	5.8%	4.7%	4.6%
	區域醫院	3.3%	3.2%	2.7%
	地區醫院	3.2%	4.9%	1.7%
	小計	3.4%	4.4%	2.1%
110 年	醫學中心	6.0%	3.9%	5.2%
	區域醫院	4.2%	3.6%	3.4%
	地區醫院	3.5%	3.9%	2.3%
	小計	4.0%	3.9%	2.9%
111 年	醫學中心	7.4%	6.4%	5.2%
	區域醫院	4.8%	4.7%	3.3%
	地區醫院	3.9%	5.4%	1.9%
	小計	4.5%	5.3%	2.8%

註：非醫務收入=整體收入-醫務收入

註：非醫務收入指利息收入、股利收入、租金收入、研究計畫收入、捐贈收入、臨床教學研究補助收入、其他補助收入、雜項業務收入

附件二、本會整理歷年委員針對醫療院所財務報告公開情形 意見摘要

- 一、醫療院所公開財務報告是依二代健保資訊透明公開之原則，達到民眾共同參與跟監督的目的，所以健保署不只是公開財務資訊，更要讓民眾瞭解醫療院所經營狀況，請健保署分析及解讀保險醫事服務機構提報之財務報告相關數據，例如如何解讀醫務利益率、稅後純益率？不同醫院之間的落差非常大合理嗎？能得到兩位數以上的成長率是否合理？院所間有無可資學習之處？相關盈餘是否用於改善醫事人員勞動條件及醫療環境與品質？另對經營不善發生收支短絀之醫療院所，需探討可能的原因及協助改善。
- 二、各醫院因公、私立等不同屬性類別，其主管機關要求之財務報告格式不同，導致不易分析及比較，為避免因分析而導致醫院需額外再產出其它數字，造成醫院的困擾，建議健保署協調政府相關單位，統一醫療院所財務報告格式，以利統計、分析及比較。
- 三、建議健保署輔導醫療院所，將現有財報資訊填入一致性格式的報表，並實際瞭解院所填寫過程中可能遭遇的困難，尋找可能的解決方式，以增加醫院公開財報內容的使用價值。
- 四、為瞭解醫院營運實際狀況，建議財報分析增加下列內容：
 - (一)將各層級院所醫務收支結餘分析再區分為健保及非健保(自費)收支。
 - (二)近五年各層級院所健保、非健保之收入占率變化。
 - (三)近五年各層級院所中，資產設備與不動產增加之比率、人事費(醫事人力及非醫事人力)之比率變化、非醫療業務收入之變化。
 - (四)建議針對結餘百分比進一步分析，例如 1~3%多少家、3~5%多少家，或醫學中心的平均結餘。
 - (五)按地區列表，以便瞭解地區別醫院之營運狀況。
 - (六)按各層級院所呈現非健保收入占整體收入比率，及整體收支有結餘/短絀前二十大醫療機構的非健保收入占整體收入之比率。
 - (七)捐贈、停車場、美食街等相關的收入占醫院營運的比重。