

衛生福利部全民健康保險會
第 6 屆 113 年第 5 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 6 月 19 日

衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 113 年第 5 次委員會議議程

一、主席致詞	
二、議程確認	
三、確認上次(第 4 次)委員會議紀錄 -----	1
四、本會重要業務報告 -----	21
五、法定諮詢事項	
衛生福利部「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」 (草案)併同中央健康保險署「114 年度醫療給付費用總額範 圍(草案)之財務試算」諮詢案 -----	73
六、討論事項	
全民健康保險各總額部門 112 年度執行成果之評核結果獎勵 標準案 -----	77
七、報告事項	
(一)有關全民健康保險代謝症候群防治計畫執行情形及成效評 估 -----	89
(二)「在宅急症照護試辦計畫」之具體實施方案及照護成效監測 指標(含照護品質及替代醫院費用情形)-----	112
八、臨時動議	

三、確認上次(第4次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(113)年5月30日衛部健字第1133360070號函送委員在案，並於同日併同會議資料上網公開。

決定：

衛生福利部全民健康保險會第6屆113年第4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5月22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：許至昌、彭美熒

出席委員：(依姓名筆劃排序)

王委員惠玄、田委員士金、朱委員益宏、江委員錫仁、吳委員榮達、
吳委員鏘亮、李委員永振、李委員飛鵬、周委員慶明、周委員麗芳、
林委員文德、林委員恩豪、林委員淑珍、林委員綉珠、花委員錦忠、
侯委員俊良、張委員清田、陳委員石池、陳委員杰、陳委員相國、陳
委員節如(台灣社會福利總盟馬副理事長海霞代理)、陳委員鴻文、游委員宏生(全國
產業總工會戴秘書長國榮代理)、黃委員小娟、黃委員金舜、楊委員玉琦、楊
委員芸蘋(中華民國全國職業總工會李秘書長穀生代理)、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(全國產職業總工會林秘書雨樵代理)、鄭委員素華(全國工人總工會陳幹事怡
伊代理)、韓委員幸紋

請假委員：謝委員佳宜

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：石署長崇良、龐副署長一鳴

本會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、邱組長臻麗、

陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第21頁)

貳、議程確認：(詳附錄第21頁)

決定：確認。

參、確認上次(第3次)委員會議紀錄：(詳附錄第21頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第22~33頁)

決定：

- 一、上次(第3次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：
 - (一)擬解除追蹤共1項，同意解除追蹤。
 - (二)擬繼續追蹤共3項，同意繼續追蹤。
- 二、有關「因新冠疫情造成各部門總額112年醫療費用顯著影響，112年點值補助之執行結果」，請中央健康保險署參考委員所提意見，提出詳細書面報告。
- 三、本會訂於113年7月16、17日在衛生福利部召開各總額部門112年度執行成果發表暨評核會議(議程如附件一)，敬請委員踴躍參加。
- 四、餘洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第34~59頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：113年第1季全民健康保險業務執行季報告，請鑒察。

決定：

- 一、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。
- 二、另委員對於抑制資源不當耗用改善方案意見，請納入提報113年度執行成果及研修114年度方案參考(包含回應委員對指標之建議)。

陸、討論事項(詳附錄第60~79頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：114年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)，提請討論。

決議：

- 一、總額協商架構之「一、總額設定公式」及「二、醫療

- 服務成本及人口因素之附件」暫列，將依衛生福利部交議總額範圍內容再行定案，並提報委員會議確認。
- 二、總額協商原則，依委員意見修訂七、其他原則(四)及(八)之文字(修正如附件二劃線處)，餘照案通過。
- 三、依委員共識意見修正內容後，通過訂定「114年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，如附件二。

第二案

提案單位：本會第三組

案由：114年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)，提請討論。

決議：照案通過，訂定「114年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」，如附件三。

柒、報告事項(詳附錄第80~110頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：「家庭醫師整合性照護計畫」朝全人照護方向整合之具體規劃與導入一般服務之評估規劃，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參並回復說明。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：強化住院護理照護量能(含歷年相關預算執行檢討結果)，請鑒察。

決定：

- 一、本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參。
- 二、考量護理照護量能，尚涉及護理人力政策及勞動條件之改善，委員所提相關建議，送請衛生福利部(護理及

健康照護司)參考。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：下午14時4分。

全民健康保險各總額部門 112 年度執行成果發表暨評核會議議程

日期：113 年 7 月 16 日、17 日(星期二、三)

地點：衛生福利部 1 樓大禮堂(台北市南港區忠孝東路 6 段 488 號)

7月16日(二)	報告內容	報告單位
09:00~09:15	報到	
09:15~09:20	開幕致詞	
09:20~10:20	各總額部門(含門診透析)一般服務執 報告單位：中央健康保險署 行成果報告(60 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.各總額部門整體性、一致性項目執行成果 3.門診透析服務	
10:20~10:50	中場休息(30 分鐘)	(出席人員大合照)
10:50~11:20	跨部門及其他預算專案計畫執行成果 報告單位：中央健康保險署 報告(30 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.專案計畫/方案執行成效	
11:20~12:30	評論及意見交流(70 分鐘)	
12:30~13:30	午餐	
13:30~14:10	醫院總額執行成果報告(40 分鐘)	報告單位：台灣醫院協會 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效
14:10~15:10	評論及意見交流(60 分鐘)	
15:10~15:30	中場休息(20 分鐘)	
15:30~16:10	西醫基層總額執行成果報告(40 分鐘)	報告單位：醫師公會全聯會 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效
16:10~17:10	評論及意見交流(60 分鐘)	

— 第 1 天議程結束 —

7月17日(三)	報告內容	報告單位
08:50~09:00	報到	
09:00~09:40	牙醫門診總額執行成果報告(40分鐘) 報告單位：牙醫師公會全聯會 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	
09:40~10:40	評論及意見交流(60分鐘)	
10:40~11:00	中場休息(20分鐘)	
11:00~11:40	中醫門診總額執行成果報告(40分鐘) 報告單位：中醫師公會全聯會 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	
11:40~12:40	評論及意見交流(60分鐘)	
— 成果發表會結束 —		
12:40~13:30	午餐	
13:30~16:00	評核內部會議(不公開)	參與人員：主任委員、評核委員、本會同仁

註：依健保會 113 年第 2 次委員會議(113.3.13)通過之評核作業方式，提報重點如下：

- 1.簡報內容以「年度重點項目執行成果與未來規劃」為主，請以政策目標、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。
- 2.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」。

114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則

第 6 屆 113 年第 4 次委員會議(113.5.22)通過

壹、總額協商架構

一、總額設定公式(暫列，俟衛生福利部交議總額範圍後定案，再提委員會 議報告)

■年度部門別^{註1}醫療給付費用總額＝

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

年度部門別醫療給付費用總額成長率＝

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

■年度全民健保醫療給付費用總額＝

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

年度全民健保醫療給付費用總額成長率＝

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

註：1.部門別為牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。

2.因協商當時尚無法取得該年度實際投保人口數，爰自 97 年度開始，總額基期須校正「投保人

口年增率」預估與實際之差值(即 114 年總額基期須校正 112 年度總額投保人口成長率差值)。

3.依本會 112 年第 7 次委員會議(112.8.16)確認之「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協
商架構及原則」，113 年度總額違反特約及管理辦法之扣款，不納入 114 年度總額協商之基期
費用。

4.依衛福部報奉行政院核定之 114 年度總額之基期淨值計算。

5.西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

二、醫療服務成本及人口因素

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

(二)成長率計算公式

$$[(1+\text{投保人口結構改變對醫療費用之影響率}+\text{醫療服務成本指})$$

數改變率)×(1+投保人口預估成長率)]-1

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

三、協商因素

(一)保險給付項目及支付標準之改變

預期新增給付項目及支付標準(如新科技醫療及新藥)改變，對醫療費用之影響率。

(二)鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康

為鼓勵提升醫療服務品質或促進國人健康，而允許增加費用之幅度。

(三)其他醫療服務利用及密集度之改變

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

(四)醫療服務效率之提升

因全民健保支付制度之改革，造成醫療服務效率提升，預估其對醫療費用之影響。

(五)其他預期之法令或政策改變

其他預期之法令或政策改變及政策誘因，對醫療費用之影響。

四、專款項目

針對特定項目協商預算，採零基預算直接協定預算額度。

五、門診透析

(一)合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

(二)門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式

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

(三)計算公式

年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用=前一年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用×(1+成長率)

年度門診透析服務費用=年度醫院門診透析服務費用+年度西醫基層門診透析服務費用

貳、總額協商原則

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

二、配合全民健保財務狀況，合理配置健保資源

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

三、基期

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

四、醫療服務成本及人口因素

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

五、協商因素

(一)給付項目之調整

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

(二)各部門之「品質保證保留款」

1.列為專款項目，用於鼓勵提升醫療品質。

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

(三)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱特管辦法)之扣款

1.列為協商減項，扣減112年度違反特管辦法第37、39、40條違規事件本身之醫療費用，僅減列民眾檢舉及健保署主動查核所發現之違規案件，不減列總額受託單位或總額相關團體發揮同儕制約精神而主動舉發之案件，且不納入115年度總額協商

之基期費用。

2.本項扣款數值，以協商時中央健康保險署提供者為準。

(四)一般服務之協商因素項目：

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

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

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

六、專款項目

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

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

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

(四)其他預算部分：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。

(五)113 年度專款項目，若因為疫情或委員會作業耽誤，導致執行率未達 50%，114 年度專款項目可照列 113 年度之預算及協定事項。

七、其他原則

- (一)新增協商項目或計畫，宜先列為專款項目，俟執行穩定且具成效後，未來年度再考量移至一般服務項目。
- (二)年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之。
- (三)醫療費用總額及分配，協商結束後，若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，其處理方式如下：
 - 1.衛福部核(決)定前，應經雙方具有委員身分之協商代表同意，依「全民健康保險會會議規範」之復議案程序辦理。
 - 2.衛福部核(決)定後，已成為政策決定事項，本會無權更動，若委員仍有不同意見，則依「全民健康保險會會議規範」提案討論，決議達共識部分，向衛福部提出建議。
- (四)年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內。各部門總額成長率以不得超過行政院核定範圍之上限值為原則。
- (五)醫療照護整合與效率提升成效之效益，部分用以獎勵醫療服務提供者，部分回歸保險對象。
- (六)對已協定之試辦性計畫，應嚴格監控，並提出評估報告供委員於協商時參考，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。
- (七)各總額部門之協商代表，需獲得充分授權。經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得酌予協商調整該部門總額單一細項金額，並予以定案。
- (八)各總額部門提出涉及使用年度總額調整支付標準項目之協商草案，健保署應評估是否連帶影響其他總額部門，如有影響，應於協商前提出受影響總額部門之預算需求評估，供本會協商時一併考量。協商時，請受影響總額部門列席。

附件、醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法(暫列，俟衛生福利部交議總額範圍後定案，再提委員會議報告)

一、投保人口結構改變對醫療費用之影響率

以衛福部報行政院時可取得之最近完整一年醫療費用及計費人口數計算，即以 111 年醫療費用點數為基礎，計算 112 年納保人口年齡性別結構相對於 111 年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用點數之影響，並以 1 歲為一組做調整(人口數為 3 月、6 月、9 月、12 月底計費人口數平均)。

二、醫療服務成本指數改變率

(一)成本項目之權數

採行政院主計總處 110 年「工業及服務業普查」所作之「醫療機構專案調查實施計畫」調查結果，採第 5~95 百分位值之平均數為權重。

(二)成本項目之指數

採行政院主計總處 113 年 4 月發布之「物價統計月報」與「薪資與生產力統計」資料。

各總額部門指標類別如下：

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

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

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

(三)醫療服務成本指數改變率之指數值及計算

前述各指標項目，以 110 年指數為基值(訂為 100)，計算 112 年相對 111 年各指數年增率。總醫療服務成本指數改變率，係將各部門之服務成本指數改變率，按其 112 年醫療給付費用占率加權計算而得。

三、投保人口預估成長率

以最近一年可取得之實際投保人口成長率計算，即以 112 年對 111 年投保人口成長率計算(採各季投保人數之平均值)。

114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序

第 6 屆 113 年第 4 次委員會議(113.5.22)通過

壹、工作計畫表

工作項目及內容	預訂時程
<p>一、協商前置作業</p> <p>(一)討論 <u>114</u> 年度總額協商架構及原則與協商程序。</p> <p>(二)辦理各總額部門執行成果評核： 檢討、評估各總額部門 <u>112</u> 年度協定事項執行情形。</p> <p>(三)<u>114</u> 年度總額案於衛福部交議後，進行各項相關作業：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.請衛福部派員於委員會議說明行政院對總額範圍核定情形及政策目標。 2.確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。 3.提供協商參考資料「<u>113</u> 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」。 4.由健保署會同各總額部門預擬協商因素/專款項目及其預算協商草案。 <ol style="list-style-type: none"> (1)協商草案內容應包含協商減列項目及預估金額。 (2)各總額部門與健保署擬訂協商草案時，對相關之醫療服務項目，如護理、藥事服務、門診透析服務等，得邀集相關團體參與。 5.由本會將各總額部門提出之協商草案，送請衛福部業管單位評估是否與其政策規劃方向及施政目標相符，提供意見供協商參考。 <p>(四)安排總額協商會前會及座談會。</p> <p>1.召開 <u>114</u> 年度總額協商因素項目及計畫草案會前會：</p> <p>(1)請各總額部門及健保署報告所提出之「<u>114</u> 年度總額協商因素項目及計畫草案」，並進行綜合討論。除簡報外，請提供各協商項目或計畫之具體內容(<u>依協商草案最終版本應提報內容</u>，如附表 1)，重點如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> ①問題分析及需求評估。 ②醫療服務內容、費用估算基礎及實證資料(過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用)。 ③新增項目之執行目標及預期效益之評估指標(以具體、可量化之結果為導向，<u>呈現資源投入之具體效益</u>，若能提出分年目標值尤佳)。延續性項目則須持續檢討。 ④新增專款項目之預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)。 	<p><u>第 4 次委員會議(113 年 5 月 22 日)</u> <u>113 年 7 月 16、17 日</u></p> <p><u>113 年第 6 次或第 7 次委員會議(113 年 7 月 24 日或 8 月 21 日)</u> <u>113 年第 7 次委員會議(113 年 8 月 21 日)</u> <u>113 年 7~8 月</u></p> <p><u>113 年 8 月</u></p> <p><u>113 年 8 月 21 日下午 (113 年第 7 次委員會議 結束後)</u></p>

工作項目及內容	預訂時程
<p>(2)請各總額部門及健保署依自行檢核表(如附表 2)，逐項檢視提報資料是否齊全，填具後併會前會資料送本會。</p>	
<p>(3)請幕僚檢視提報資料之完整性，並彙整評核委員之建議，及各部門總額之執行成果，供討論參考。</p>	<u>113 年 8~9 月</u>
<p>2.召開健保署和付費者代表、專家學者與公正人士、相關機關代表座談會。</p>	<u>113 年 8 月 28 日上午</u>
<p>3.各總額部門及健保署提送「<u>114 年度總額協商因素項目及計畫草案</u>」之最終版本：</p>	<u>113 年 8 月 29 日前</u>
<p>(1)應提報內容及格式如附表 1，並檢附自行檢核表(如附表 2)併送，確保資料內容齊全，以利協商。</p> <p>(2)新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，請以具體、可量化之結果面為導向，呈現資源投入之具體效益。延續性項目則須持續檢討。</p> <p>(2)請如期提送協商草案之最終版本，送會後不可臨時提出新增項目或更動內容。</p>	
<p>4.視需要辦理 <u>114 年度總額協商因素項目及計畫草案溝通會議</u>。</p>	視協商資料及討論需求評估是否辦理
<h2>二、各部門總額成長率及分配方式之協商</h2>	
<p>(一)各部門委員代表自行抽籤決定各部門之協商順序，並據以排定總額協商會議議程。</p>	<u>113 年第 6 次委員會議(113 年 7 月 24 日)抽籤^註，於第 7 次委員會議(113 年 8 月 21 日)提報排定議程</u>
<p>(二)協商各部門總額成長率及分配方式。</p>	
<p>1.召開總額協商共識會議。</p> <p>(1)協商四部門總額及其他預算之總額及分配。</p> <p>(2)請部門當日依據協商結論，於協定事項調整新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。</p>	<u>113 年 9 月 25 日全天；若有未盡事宜，於 9 月 26 日上午 9 時 30 分繼續處理</u>
<p>2.協商結論提 9 月份委員會議討論、確認。</p> <p>(1)確認四部門總額及其他預算之總額及分配。</p> <p>(2)請委員就協商結果，提供各總額部門所提新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」之修正建議，會後由健保署會同各總額部門共同討論研修。</p>	<u>113 年第 8 次委員會議(113 年 9 月 27 日上午 9 時 30 分開始)</u>
<p>3.「執行目標」及「預期效益之評估指標」之確認：</p> <p>(1)達成共識部門：健保署會同總額部門研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，將研修後之結果，提報 10 月份委員會議確認。</p> <p>(2)未達共識部門：請衛福部就政策目標要求，逕予核定。</p>	<u>113 年第 9 次委員會議(113 年 10 月 23 日)</u>
<p>(三)協商各部門總額一般服務費用之分配方式(地區預算)。</p> <p>1.請各總額部門於 9 月份總額協商完成後，2 週內提送地區預算分配之建議方案，以利掣案提 10 月份委員會議討論。</p>	<u>113 年 11~12 月</u> <u>113 年 10 月 7 日前</u>

工作項目及內容	預訂時程
2.倘部門未達成協商共識或未提送分配建議方案，則由幕僚掣案提 11 月份委員會議討論，並完成協定。	<u>113 年第 10 次委員會議 (113 年 11 月 20 日)</u>
(四)年度整體總額協定成長率及其分配之確認及報請衛福部核定及公告。	<u>113 年 11~12 月</u>
三、協定事項之執行規劃與辦理 (一)健保署會同各總額部門，提出各協商或專款項目配套計畫之執行方案，報請衛福部核定公告。 (二)各方案/計畫進度之追蹤，並視需要，請健保署或各總額部門專案報告。	<u>113 年 10 月~114 年 12 月</u>

註：若各總額部門無法派員抽籤，則由本會執行秘書於會上代為抽籤。

貳、協商共識會議

二、會議時間：

- (一)預備會議：113 年 9 月 25 日(星期三)上午 9 時至 9 時 30 分。
供付費方、醫界方視需要召開內部會議(請事前通知本會同仁協助安排會議場地)。
- (二)協商共識會議：113 年 9 月 25 日(星期三)上午 9 時 30 分起，全天。
- (三)若有協商未盡事宜，則於 113 年 9 月 26 日(星期四)上午 9 時 30 分至 12 時 30 分討論。

三、與會人員：

- (一)付費方：付費者代表委員。
- (二)醫界方：
 - 1.保險醫事服務提供者代表委員。
 - 2.牙醫、中醫、西醫基層、醫院等總額部門協商時，由該總額部門代表委員 1 名主談，各部門並可推派 9 名代表協助會談，推派之協商代表需經充分授權。
 - 3.護理及藥師公會全聯會代表委員可參與相關部門總額之會談。
 - 4.門診透析服務：由西醫基層及醫院部門各推派 4 名代表會談，並邀請台灣腎臟醫學會推派 1 名代表列席說明。
- (三)專家學者及公正人士、國家發展委員會及主管機關代表委員。
- (四)社保司與健保署相關人員及本會幕僚。

三、進行方式：

- (一)分場次協商牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院等各部門

總額、門診透析服務費用及健保署管控之「其他預算」。

(二)各部門之協商順序，於7月份委員會議抽籤確定後，不可臨時要求變更。

(三)各協商場次預計分配所需時間如下表：

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

註：1.各部門之協商草案已於會前會報告，若本時段仍須說明，請簡要說明並以5分鐘為限。
2.門診透析之協商場次，援例安排於醫院或西醫基層抽籤序優先之場次後進行，不另行抽籤。

(四)相關原則：

所有委員均可入場，惟非該協商場次之總額部門委員，可以提問與發表意見，但不參與預算協商。協商場次安排分為三個階段，與會人員之參與方式如下：

場次		四部門總額及門診透析服務費用協商	其他預算協商
協商階段			
第一階段	提問與意見交換	總額部門委員及協商代表： 說明協商草案與回應提問 所有委員：均參與提問與意見交換 (若協商草案中，有部分項目涉及其他總額部門者，相關之醫界委員得表達其看法；另必要時，得請健保署人員提供說明)	健保署： 說明協商草案與回應提問
第二階段	視雙方需要自行召開內部會議	付費方或醫界方： 自行召開內部會議 (可請本會幕僚與健保署人員協助試算或說明)	付費方或健保署： 自行召開內部會議 (可請本會幕僚協助試算)
第三階段	部門之預算協商	由「付費方」與「醫界方」雙方進行預算協商 (得請健保署人員提供說明) 若雙方初步協商無法達成共識時： 由專家學者、公正人士、政府機關代表委員，在不涉及特定金額下提供專業見解及中立意見，供雙方參考，再決定是否召開內部會議或繼續協商	由「付費方」與「健保署」討論

(五)若總額部門與付費者代表委員順利完成協商，達成共識，則

於其預算協商時段當場試算，作成共識方案。倘未能達成共識時，其處理方式如下：

1.付費者代表委員間無法達成共識時：

由付費者代表委員召集內部會議協調之，若無法以共識決形成一案時，得以多數決定付費者方案。

2.總額部門內部無法達成共識時：

由該總額部門代表委員召集內部會議協調醫界方案。

3.總額部門與付費者委員無法達成共識時：

由付費者代表委員、保險醫事服務提供者代表委員各自提出一個建議方案。

(六)各協商場次之協商結果，於主席宣布協商結論後即定案，禁止任一方提出變更或推翻前開結論。惟經雙方代表同意，得再重新協議，並酌予調整該部門總額細項金額，並予以定案。

(七)各部門總額年度預算之協商終止點，訂為9月份委員會議之前，經委員會議確認後定案，不得變更。

(八)為利瞭解年度總額之協商過程，與會人員之發言內容，將以實錄方式上網公開。

參、委員會議

二、時間：113年9月27日(星期五)上午9時30分。

三、確認協商結論(共識方案或雙方建議方案，含成長率、金額、協定事項)，協定事項之文字在不違反原協商意旨前提下，可酌予調整修正。

三、依全民健康保險會組成及議事辦法第10條規定，未能達成共識方案時，應將委員會議確認之付費者代表委員、保險醫事服務提供者代表委員建議方案，報請主管機關決定。至於個別委員對建議方案有不同意見時，得於建議方案確認後，提出不同意見書，由健保會併送主管機關。

附表 1、各部門總額及其他預算協商草案(協商大表)應提供之內容及格式

項目類別	○○部門(其他預算)草案	健保署草案	健保會補充說明
新增項目	<p>協商方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.問題分析及需求評估 2.醫療服務內容及說明 3.費用估算基礎及淨增加之費用 4.執行目標及預期效益之評估指標(以具體、可量化之結果面呈現資源投入之具體效益) 5.專款項目之預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果) 6.請檢附上開 1~4 項之實證資料，將一併列入協商資料之附錄供參 	<p>對醫界方案提出保險人之評析及建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.評析醫界方案之問題分析、需求評估及醫療服務內容之合理性與必要性，並提出保險人意見 2.試算醫療費用、淨增加費用，並提出合理之預算建議 3.對執行目標及預期效益之評估指標提供建議 4.對專款項目之預估試辦檢討期限提供建議 <p>若新增協商項目或計畫屬政策交辦或健保署提出項目，且未納入各總額部門協商草案：</p> <p>請健保署提供完整之協商方案(比照部門草案內容)</p>	<p>彙整相關資料供參考：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.<input type="checkbox"/>是否為政策交付項目：是者，摘錄政策內容 2.資料是否完整：否者，提出需補充內容 3.提供評核委員及會前會專家學者意見 4.彙整相關統計數據與總額協商相關規範 <p>4.提供協定事項執行情形與研析，不作任何預算額度及經費增刪的建議。另提供協定事項建議文字</p>
延續性項目	<ol style="list-style-type: none"> 1.醫療服務內容及說明(含問題分析及需求評估) 2.費用估算基礎及淨增加之費用 3.過去執行成果效益(以結果面呈現資源投入之具體效益)，或檢討改善之相關規劃 4.延續性項目則須持續檢討「執行目標」及「預期效益之評估指標」 5.請檢附上開內容之實證資料，將一併列入協商資料之附錄供參 		

附表 2、各部門總額及其他預算協商草案(協商大表)自行檢核表

類別	是否符合 114 年度總政策交付項目	協商草案應提供內容之檢核(資料完整請打「V」)						
		所有協商項目須填寫				延續項目填寫	專款新增項目填寫	
檢核項目	【A】	【B】	【C】	【D】	【E】	【F】	【G】	
協商項目								
一般服務								
新增	項目名稱： ○○○○○							
延續	項目名稱： ○○○○○							
專款項目								
新增	項目名稱： ○○○○○							
延續	項目名稱： ○○○○○							

註：1.延續項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」：

- (1)自 108 年度總額起，新增項目協定事項訂有執行目標及評估指標者，若該項目延續則應持續檢討執行目標及評估指標。
- (2)107 年度總額(含)以前，協商項目未訂執行目標及評估指標，若有項目延續且預算有大幅增加(如 20%)者，請檢討執行情形並建議提出執行目標及評估指標，以利協商。
- (3)另「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」、「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」、「後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費」係被動依病人需求或藥物引進情形支用，故不需提出檢討執行目標及評估指標。

2.延續項目依協商屬性，以下項目不須填報：

- (1)四部門總額：一般服務「違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」、專款項目「品質保證保留款」。
- (2)醫院專款項目：「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」。
- (3)西醫基層專款項目：「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」。
- (4)其他預算專款項目：「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」、「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款項目不足之經費」、「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」。

3.【B】~【E】須檢附相關實證資料。

4.若各部門總額新增協商項目或計畫屬政策交辦或健保署提出項目，且未納入各總額部門協商草案，應由健保署填具檢核表送會。

四、本會重要業務報告

一、本會依上次(第4次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

- (一)依本會重要業務報告決定，於本(113)年5月29日以衛部健字第1133360069號書函，邀請本會委員參加7月16、17日召開之「各總額部門112年度執行成果發表暨評核會議」，如附錄一(第129頁)。
- (二)依報告事項第二案決定，對於本會委員關切強化護理照護量能，涉及護理人力政策及勞動條件改善所提相關意見，於本年6月4日以衛部健字第1133360074號書函，送請衛生福利部(護理及健康照護司)參考，如附錄二(第130頁)。
- (三)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計4項，依辦理情形，擬建議解除追蹤2項，繼續追蹤2項，如附表一(第28~29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131~138頁)。

二、為利委員了解歷次委員會議未結案件之辦理情形，依例每半年(6月、12月)彙報1次，截至5月底未結案件計27項，依辦理情形，擬建議解除追蹤6項，繼續追蹤21項，如附表二(第30~28頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理。

三、中央健康保險署(下稱健保署)依工作計畫應於本次會議提報「113年5月份全民健康保險業務執行報告」(書面報告)，惟該署於本年5月15日函知，因本會會議時間更動(原訂6月26日提前至6月19日召開)，致未及提供該書面報告，希請同意延至下次(第6次)委員會議一併提供(如附錄四，第139頁)。擬同意健保署所請，於下次委員會議(113.7.24)提報。

四、關於本會將112年度健保基金決算不予備查及委員相關意見函送審計部案，該部於本年5月30日以台審部三字第1130017051號書函(詳附錄五，第140頁)函復，略以：該部曾於103年7月7日、105年6月21日分別函請行政院及衛生福利部(下稱衛福部)研議明確定義政府應負擔健保總經費，並完備法制，以杜爭

議；惟在相關條文未修正前，該部尊重主管機關(衛福部)對全民健康保險法之法令解釋權及計算方式。

五、健保署於本年 6 月 3 日來函修訂「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草案」，如附錄六(第 141~143 頁)，說明如下：

(一) 本項專款(預算 15.99 億元)之具體實施計畫，前經本會 113 年第 1 次委員會議(113.1.24)同意，新增「高風險疾病病人複雜性複合體充填」診療項目(89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C)，支付點數為 900~1,850 點。

(二) 現因中華民國牙醫師公會全國聯合會於「牙醫門診總額 113 年第 2 次研商議事會議」(113.5.21)提案修正，並經決議通過。該提案係為避免計畫提供之服務與一般服務項目重複，乃修正上開「高風險疾病病人複雜性複合體充填」診療項目之每項支付點數 400 點由本專款支應，其餘支付點數由該總額一般服務預算支應(詳附錄六，第 142 頁)。

(三) 本計畫原業經本會同意在案，現其內容略有修正，健保署乃函知本會，其修正重點主要為本計畫提供高風險疾病病人較佳之補牙材質(複雜性複合體充填)，將替代一般服務項目之既有材質，故修訂由本項專款支應兩種材質之差值 400 點，其餘部分仍由一般服務支應，尚屬合理。

六、本會針對上次(第 4 次)委員會議對家醫計畫、強化住院護理照護量能作為委員關切重要議題之會訊報導主題，內容詳附錄七(第 144~147 頁)，已置於本會網頁(路徑：健保會首頁 > 最新訊息 > 委員關切重要議題分析，網址：<https://gov.tw/vqq>)，敬請委員轉知所屬團體之會員參閱。

七、健保署於本年 5 月至 6 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 6 月 12 日寄至各委員電子信箱]

(一) 公告總額相關計畫如附錄八(第 148~150 頁)，修訂重點如下

表：

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點												
113.5.24/ 113.7.1	全民健康保險在宅急症照護試辦計畫	<p>113 年新增計畫，重點如下：</p> <p>1.預算來源：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1)給付項目及支付標準、床側檢驗(查)加成費用、回饋獎勵金：依收案院所層級，分別由醫院總額「地區醫院全人全社區照護計畫」、其他預算「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫(113 年新增)、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務」支應。 (2)虛擬健保卡相關獎勵金：由其他預算「提升院所智慧化醫療資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路寬頻補助費用」項下支應。 <p>2.醫事服務提供者資格：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1)參與居家醫療照護整合計畫(下稱居整計畫)、支付標準第五部第一、三章(居家照護、居家安寧)及衛福部「減少照護機構住民至醫療機構就醫方案」之特約醫事服務機構。 (2)由特約機構之醫事人員組成在宅急症共同照護小組提供醫療服務： <ul style="list-style-type: none"> ①訪視人員應完成相關教育訓練。 ②應與後送醫院建立綠色通道。 ③應提供個案 24 小時電話諮詢服務。 <p>3.計畫申請：因經費有限，分區業務組得擇優辦理；並視經費使用情形適當限制執行案件量。</p> <p>4.收案對象：經主治醫師評估為「肺炎」、「尿路感染」、「軟組織感染」，應住院但適合在宅照護，且須符合計畫所訂居家個案、照護機構住民、急診個案條件之一者，如急診個案限失能或因疾病特性致外出就醫不便者。</p> <p>5.給付項目及支付標準：</p> <p>(1)各疾病目標照護天數及上限天數：</p> <table border="1" data-bbox="774 1927 1426 2086"> <thead> <tr> <th data-bbox="774 1927 917 1971">疾病別</th><th data-bbox="917 1927 1124 1971">目標天數</th><th data-bbox="1124 1927 1426 1971">上限天數</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="774 1971 917 2016">肺炎</td><td data-bbox="917 1971 1124 2016">9</td><td data-bbox="1124 1971 1426 2016">14</td></tr> <tr> <td data-bbox="774 2016 917 2061">尿路感染</td><td data-bbox="917 2016 1124 2061">7</td><td data-bbox="1124 2016 1426 2061">9</td></tr> <tr> <td data-bbox="774 2061 917 2086">軟組織感染</td><td data-bbox="917 2061 1124 2086">6</td><td data-bbox="1124 2061 1426 2086">8</td></tr> </tbody> </table>	疾病別	目標天數	上限天數	肺炎	9	14	尿路感染	7	9	軟組織感染	6	8
疾病別	目標天數	上限天數												
肺炎	9	14												
尿路感染	7	9												
軟組織感染	6	8												

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>(2)每日醫療費(1,366~4,929 點/天)：含診察、藥物、藥服費、檢驗(查)、各項治療處置、特材、個案管理、電子資料處理及行政成本。</p> <p>(3)每日護理費(877~2,317 點/天)：含護理人員訪視、護理服務、照護處置、電子資料處理及行政成本。</p> <p>(4)訪視費：醫師收案評估費(2,640 點/件)、居家藥事照護費(880~1,452 點/次)、呼吸治療師訪視費(840~1,386 點/次)、醫師/護理人員緊急訪視費(2,632~3,106 點/次)。</p> <p>(5)管理指導費：壓傷照護、噴霧照護、氧氣照護等 3 類(1,000 點/件)，同病人於相同照護期間限報 1 次。</p> <p>(6)遠端生命徵象監測費：400 點/天。</p> <p>(7)床側檢驗(查)獎勵費：使用床側檢驗(查)者，其檢驗(查)依支付標準所列項目支付點數加計 20% 支付。</p> <p>6.獎勵措施：</p> <p>(1)回饋獎勵金：(每件基本點數^註-實際申報點數^註)*80%。註：每件基本點數=(照護目標天數內之每日醫療費+每日護理費)*疾病目標照護天數；實際申報點數=(實際照護天數內之每日醫療費+每日護理費)*實際照護天數+緊急訪視費。</p> <p>(2)虛擬健保卡獎勵金：協助綁定每人 200 點。另依收案院所年度獎勵指標占率，每件獎勵 10~80 點；當年度累計收案≥ 10 人且有提供在宅急症照護，每年每家獎勵 5,000~30,000 點。</p> <p>7.觀察指標(列為次年度是否續辦之參考)：</p> <p>(1)結案後轉急診率(3 天內、14 天內)。</p> <p>(2)結案後轉住院率(3 天內、14 天內)。</p> <p>(3)緩解完治率。</p> <p>(4)超出計畫目標天數案件比率。</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
113.5.27/ 113.5.1 (提升院所智慧化資訊機制獎勵項目回溯自 113.1.1 實施)	全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案	<p>本次修正重點如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.預算來源：依 113 年度總額核(決)定結果修訂全年經費。 2.網路頻寬補助費用(行動網路部分)： <ol style="list-style-type: none"> (1)修訂適用對象為「事先經保險人同意提供非於院所內提供醫療服務之特約醫事服務機構」(刪除居家醫療、或至醫療資源不足地區、山地離島地區等文字)。 (2)增訂退場條件：未符合適用對象條件者不予補助。 3.資料上傳獎勵： <ol style="list-style-type: none"> (1) X 光、內視鏡及超音波檢查(計 41 項)，同時上傳影像及影像報告之獎勵點數，由每筆 7 點調升為 10 點。 (2)修訂牙科 X 光檢查(34006B 巍顎關節 X 光攝影(單側))之上傳規定，應上傳張數由 2 張調整為 1 張，獎勵點數由每筆 10 點調降為 5 點。 4.提升院所智慧化資訊獎勵： <ol style="list-style-type: none"> (1)鼓勵提供虛擬健保卡服務獎勵：適用對象新增「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」、「在宅急症照護試辦計畫」。新增獎勵指標占率級距 5%~25%，並調整各級距獎勵點數。 (2)醫療費用申報格式改版獎勵：刪除部分負擔改版，就醫識別碼改版增訂 112 年已獎勵者不重複獎勵。 (3)健保卡資料上傳格式 2.0 改版、門診處方箋 QR CODE 二維條碼推動獎勵：增訂 112 年已獎勵者不重複獎勵。 5.餘修訂年度及酌修文字。
113.5.31/ 113.6.1	全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫	<p>113 年新增計畫，重點如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.參與醫院資格，須同時符合下列條件： <ol style="list-style-type: none"> (1)108 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)之抗藥性監測通報。 2.支付方式：

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>(1)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：支付點數為每次 1,000 點。評估費須給付一定成數以上予感染症專科醫師。</p> <p>(2)醫院感染管制品質獎勵：訂有過程面及結果面指標及計分，依據達成指標積分獎勵。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。</p> <p>3.點值結算方式：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「醫院感染管制品質獎勵」。</p> <p>4.關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1)參與醫院重點監測抗藥菌占率不高於 112 年。 (2)參與醫院全院/加護病房重點監測抗藥菌感染密度不高於過去 3 年。 (3)參與醫院高度管制性抗微生物製劑 DDD 耗用量或 DID(住院抗生素耗用量密度)不高於 112 年。

(二)本年 5 月 14 日副知，公告 113 年「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等 6 項中醫醫療照護計畫自 4 月 1 日起新增之承作院所及醫師名單，如附錄九(第 151 頁，名單已置於該署全球資訊網)，各分區承辦院所數、醫師數(人次)累計統計如附錄十(第 152 頁)。

(三)本年 2 月至 5 月份公告暫予支付及修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分項目，藥品計 35 件、特材計 16 件，彙整如附錄十一(第 153~157 頁)

(四)112年第4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 158~160 頁)。
- 2.中醫門診總額，如附錄十三(第 161~163 頁)。
- 3.醫院總額，如附錄十四(第 164~167 頁)。
- 4.西醫基層總額，如附錄十五(第 168~171 頁)。
- 5.門診透析服務，如附錄十六(第 172~174 頁)。

分區別 總額別	112年第4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	0.9298	0.8705	0.9285	0.8622	0.9299
北區	1.0117	0.8157	0.9634	0.9055	
中區	1.0044	0.8580	0.9409	0.9097	
南區	1.0479	0.8656	0.9849	0.9367	
高屏	1.0214	0.8526	0.964	0.9315	
東區	1.1500	1.0600	0.9691	1.0414	
全區	0.9860	0.8598	0.9497	0.9019	

決定：

附表一

上次(第4次)委員會議繼續列管追蹤事項

一、擬解除追蹤(共2項)

項 次	案 由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	優先報告事項：委員所提意見 113年第1季全(含書面意見)， 民健康保險業請中央健康保 務執行季報告。	於113年5 月29日請 辦健保署。	健保署回復： 委員所提意見(含抑 制資源不當耗用改 善方案)，說明如附 件(第48~62頁)。	解除追蹤	—	
2	報告事項第1案： 「家庭醫師整合性照護計畫」 朝全人照護方 向整合之具體 規劃與導入一 般服務之評估 規劃。	委員所提意見， 請中央健康保 險署研參並回 復說明。	於113年5 月29日請 辦健保署。	健保署回復： 委員所提意見，說明 如附件(第63~72 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	有關「因新冠疫情造成各部門總額 112 年醫療費用顯著影響，112 年點值補助之執行結果」，請中央健康保險署參考委員所提意見，提出詳細書面報告。	於 113 年 5 月 29 日請辦健保署。	健保署回復： 遵照辦理。	1.繼續追蹤 2.於健保署提出詳細書面報告後解除追蹤。	113 年 6 月
2	優先報告事項：113 年第 1 季全民健保業務執行季報告。	另委員對於抑制資源不當耗用改善方案意見，請納入提報 113 年度執行成果及研修 114 年度方案參考(包含回應委員對指標之建議)。	於 113 年 5 月 29 日請辦健保署。	健保署回復： 遵照辦理。	1.繼續追蹤 2.於健保署提報 113 年度執行成果及研修 114 年度方案後解除追蹤。	113 年 12 月

附表二

歷次委員會議繼續列管追蹤事項(更新部分以底線標示)

一、擬解除追蹤(共 6 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	追蹤建議	完成期限(年月)
1	有關 110 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)案，委員所提有關總額範圍擬訂公式之意見，送請衛生福利部納為未來公式檢討參考。/[俟社保司完成總額範圍擬訂公式之檢討修訂作業後解除追蹤] (109.5 決議)	<p>社保司回復：</p> <p>1.依 109 年 5 月第 3 次委員會議委員意見，係就「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」及「投保人口預估成長率」是否重複計算提出疑問，並將上開意見送本部參考。</p> <p>2.本部於 109 年 6 月即函請醫事服務提供者及付費者提供公式檢討意見，召開多次工作小組及專家諮詢會議，並於年度總額範圍方向擬訂會議討論。經討論「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」及「投保人口預估成長率」本質不同，無重複計算情形。</p> <p>3.另本部將規劃精進 MCPI 計算方式委託研究，本案建請解除列管。</p>	解除追蹤 (社保司已就委員 109 年所提意見，提出研議過程及結果，建議解除追蹤)	—
2	113 年度總額依核(決)定事項，須提會同意或確認項目案，同意或確認之實施計畫如下，請中央健康保險署依委員意見修正後，依程序辦理後續事宜。 (一)西醫基層總額 2 項：「強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護」、「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」。 (二)牙醫門診總額 2 項：「牙醫特殊醫療服務計畫」、	<p>健保署回復：</p> <p>1.有關西醫基層總額： (1)「強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護」：</p> <p>A.本案預算用以未滿 4 歲兒童第一段門診診察費之專科醫師加成均調升至 13%，業經衛生福利部於 113 年 3 月 21 日公告，自 113 年 4 月 1 日起生效。</p>	解除追蹤 (健保署已依程序辦理完成、計畫公告，爰建議解除追蹤)	—

項 次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	<p>「高風險疾病口腔照護計畫」。 /[於健保署依程序辦理完成、計畫公告後解除追蹤] (113.1 決議)</p>	<p>B.另有關本預算決定事項之監測指標，業依委員意見研議增訂結果面之品質監測指標，經提至本署113年5月23日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商會議，會議決議新增「1至4歲兒童死亡率，不高於112年」*。</p> <p>*註：分子：1至4歲兒童死亡數；分母：1至4歲兒童人口數(年中人口數)。</p> <p>(2)有關「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」：業經本署113年3月20日公告新增「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」，自113年1月1日起生效。</p> <p>2.有關牙醫門診總額：</p> <p>(1)「高風險疾病口腔照護計畫」業於113年3月12日公告。</p> <p>(2)「113年度牙醫特殊醫療服務計畫」業於113年3月22日公告。</p>		
3	<p>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。 /[於健保署提報扣款情形後解除追蹤] (113.3 決定)</p> <p>.....</p>	<p>健保署回復：</p> <p>1.業依貴會113年第2次委員會議(113.3.13)決定暨113年3月27日衛部健字第1133360045號書函函示，於112年第4季結算，依112年度西醫基層總額決定事項，辦理如下：</p> <p>(1)新醫療科技：</p>	<p>解除追蹤 (健保署已提報扣款情形，爰建議解除追蹤)</p>	—

項 次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	<p>有關 112 年度西醫基層總額未執行預算，建議不予扣減案，本案經討論後，未有共識，請中央健康保險署依總額決定事項辦理扣減事宜。</p> <p>[於健保署提報扣款情形後解除追蹤] (113.4 決議)</p>	<p>A.扣減新診療項目未執行預算 20.4 百萬元。</p> <p>B.新藥部分 112 年皆已執行完畢，無須扣減。</p> <p>C.新特材部分未編列預算。</p> <p>(2)藥品及特材給付規定 改變：藥品部分 112 年皆已執行完畢，無須扣減；特材部分未編列預算。</p> <p>2.牙醫總額：</p> <p>(1)「高風險疾病口腔照護」扣減當年度未執行之預算約 378.3 百萬元，已分攤於 112 年第 3 季、第 4 季結算時扣減。</p> <p>(2)「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」扣減與於一般服務重複之費用約 0.08 百萬，業於 112 年第 4 季結算時扣減。</p> <p>3.中醫總額：</p> <p>(1)扣減當年度未執行額度項目及金額如下，皆已於 112 年第 4 季結算時扣減：</p> <p>A.「提升中醫小兒傷科照護品質」扣減金額約 2.1 百萬元。</p> <p>B.「多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度」扣減金額約 408.9 百萬元。</p> <p>C.「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)」扣減金額約 13.6 百萬元。</p>		

項 次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
		(2)「照護機構中醫醫療照護方案」扣減與於一般服務重複之費用約1.1百萬元，業於112年第4季結算時扣減。		
4	為確保民國111年5月15日公告實施之「全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用」之執行成效與確實保障民眾就醫權益案，有關監測指標之監測結果及成效檢討，請中央健康保險署應自公告實施日起，每半年定期向本會提出報告。/[於健保署首次提出監測結果及成效檢討報告後解除追蹤] (111.4 決議)	健保署回復： <u>已於貴會113年第3次委員會議(113.4.24)報告。</u>	解除追蹤 (健保署已於113年第3次委員會議首次提出新制部分負擔結果及成效檢討報告、修正之監測指標，爰建議解除追蹤) 註：另全年成效檢討報告安排於113年10月請署提報，詳繼續追蹤項次15。	—
5	有關部分負擔調整案實施後政策效益及其改善醫療資源合理利用之監測指標，請中央健康保險署參考委員所提意見修正監測指標。/[於健保署修正及提報後解除追蹤] (111.7 決定)			
6	請健保署於113年第4次委員會議(113.5.22)之業務執行季報告，提出112年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案之執行結果及檢討改善策略，包含可節省費用，及各管控項目目標值之實際數值。 /[於健保署提報113年5月份委員會議後解除追蹤] (113.1 決議)	健保署回復： <u>已於貴會113年第4次委員會議(113.5.22)報告完竣。</u>	解除追蹤 (健保署已於113年第4次委員會議提報，爰建議解除追蹤)	—

二、擬繼續追蹤(共 21 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	追蹤建議	完成期限(年月)
一、財務				
1	<p>「為使政府當責承擔健保總經費不得少於 36% 之財務責任，建請衛生福利部恢復 101 年 10 月 30 日修正通過之全民健康保險法施行細則第 45 條條文內容，並匡正 105 年度之政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算方式案」，本會委員所提意見送請衛生福利部(社會保險司)及中央健康保險署審慎研析並檢討修正。/[俟衛福部完成法規檢討修正後解除追蹤](106.7 決議)</p> <p>.....</p> <p>本會委員認為現行全民健康保險法施行細則第 45 條，恐有違背母法第 27 條之虞，建請衛生福利部檢討修正，並於下(第 4)次委員會議提出研修方向及期程。另委員針對上開中央健康保險署所送預、決算備查案所提意見，併送請衛生福利部參考。/[繼續追蹤]</p> <p>(107.4 決定)</p> <p>.....</p> <p>有關近年健保「應提列安全準備來源」受到社保司自行解釋並逕減，影響安全準備之實際權責數字，為維繫現行費率適足，建請健保署逐期提供健保財務收支情形試算表，持續健全財務監理案，健保財務收支情形試算資料中，政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數之金</p>	<p>社保司回復：</p> <p>政府應負擔健保總經費法定下限為二代健保新制度，施行初期因主計總處與衛福部法規見解差異，致相關預算編列產生疑義。案經行政院跨部會研商，已確立法律見解及計算方式，配合部分爭議修正之健保法施行細則第 45 條，亦經立法院實質審查確定，據以計算之各年度政府應負擔數，業由審計部完成審定，相關法制程序皆屬完備，合法性及合理性無虞。早期因政府部門間法規爭議衍生之預算不足數，已分年完成撥補，政府每年皆依法負擔本項經費。貴會委員所提意見，<u>已研修辦理中</u>。</p>	<p>1. 繼續追蹤 2. 俟衛福部完成法規檢討修正後解除追蹤。</p>	依社保司研修相關法令進度辦理

項 次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	<p>額，請分別依主管機關依法認定及提案委員主張〔依健保法第 76 條第 1 項規定計算應提列之安全準備(各項來源金額 ≥ 0)後，再帶入同法第 2 條、第 3 條公式〕之兩種計算方式及結果呈現，俾利委員持續監理健保財務狀況。/[繼續追蹤] (108.12 決議)</p> <p>.....</p> <p>委員所提有關政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數之計算方式，與其他財務相關建議，送請衛生福利部研議參考。/[繼續追蹤] (109.9 決定)</p>			
2	<p>建請政府依財政狀況，撥補 105~107 年政府應負擔健保法定經費不足數之缺口，以確保健保財務之健全案，本會委員基於監理職責，持續關注政府應負擔健保總經費法定下限 36% 之計算方式，且於歷次委員會議多有討論，惟雙方仍有不同見解，考量現階段本案之爭議，涉及法令解釋及預算編列等主管機關權責，委員建議對健保財務之長期穩定有正面意義，建請主管機關積極研議處理。/[俟衛福部撥補 105~107 年政府應負擔健保法定經費不足數或舉證委員建議不符現行法規後解除追蹤] (108.11 決議)</p>	<p>社保司回復： (回復內容同擬繼續追蹤項次1)</p>	<p>1.繼續追蹤 2.俟衛福部撥補 105~107 年政府應負擔健保法定經費不足數或舉證委員建議不符現行法規後解除追蹤。</p>	依社保司研擬進度辦理
3	近年政府應負擔健保總經費未達法定 36%，建請健保署協助本委員會向行政	<p>社保司回復： (回復內容同擬繼續追蹤項次 1)</p>	<p>1.繼續追蹤 2.俟社保司、健保署</p>	依社保司、健保署研擬進度辦理

項 次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	院彙報說明，依財政狀況撥補 105~108 年政府應負擔健保法定經費之缺口，維繫現行費率適足，持續強化財務案，本案委員意見，送請衛生福利部參考。/[俟社保司、健保署協助本委員會向行政院彙報說明後解除追蹤] (109.4 決議)	健保署回復： 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，歷年來皆依健保法第 2 條、第 3 條及同法施行細則第 45 條規定，以及行政院協商確立之法律見解及計算方式辦理。	協助本委員會向行政院彙報說明後解除追蹤。	
4	為監理全民健康保險財務正常運作，正視呆帳對於健保財務收支平衡的重大襲蝕影響，建請於每年度協商下年度健保總額預算時，應將前年度自 7 月 1 日起算至協商時當年度 6 月 30 日止的呆帳總額列為下年度健保總額預算基期的減項，就此減項計算結果，做為協商下年度健保總額預算擬定範圍的計算基準，並就每年健保呆帳納入公務預算或其他財務來源補助案，請中央健康保險署正視全民健保呆帳之問題，積極研擬事前防範措施及事後財源籌措方案，並研議全民健保呆帳由公務預算或其他財源補助之可能性。/[俟健保署研議全民健保呆帳由公務預算或其他財源補助之可能性後解除追蹤] (109.6 決議)	健保署回復： 1.針對經濟弱勢民眾，為使其享有就醫權益，本署提供分期繳納、紓困貸款等欠費協助措施。 2. <u>紓困貸款部分</u> ，依全民健康保險法第 99 條規定，設置全民健康保險紓困基金，提供保險對象無息申貸健保欠費或補助健保費及應自行負擔之費用。該基金 113 年度預算編列情形概述如下： (1)健保紓困貸款計畫 1.4 億元，係提供經濟困難無力繳納全民健康保險費之保險對象，無息申貸健保費及應自行負擔之費用。 (2)協助弱勢族群排除就醫障礙計畫 2.2 億元，係補助經濟弱勢族群繳納健保欠費，並提供其就醫所產生之健保部分負擔、住院膳食費、救護車費用、偏遠地區交通費、掛號費與無健保身分者就醫時之醫療自付費	1.繼續追蹤 2.俟健保署研議全民健保呆帳由公務預算或其他財源補助之可能性後解除追蹤。	依健保署研擬進度辦理

項 次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
		<p>用(以健保給付範圍為限)。</p> <p>(3)補助經濟困難者健保費計畫 8.1 億元，係補助合於社會救助法規定之中低收入戶應自付二分之一健保費。</p> <p>3.衛生福利部及本署每年均積極向財政部爭取公益彩券回饋金，辦理「協助弱勢族群排除就醫障礙計畫」，<u>114</u> 年指標性計畫已獲財政部審議通過，經費約為 <u>2.8</u> 億元。</p> <p>4.有關研議健保呆帳納入公務預算或其他財源補助之可能性，依健保法第 3 條規定，政府應負擔健保總經費法定下限(36%)業由主管機關編列公務預算撥補，現行健保基金用其他財務來源補助部分(如菸捐、公益彩券盈餘分配)，亦均有相關法源依據，尚屬主管機關權責，若能爭取其他財源補助，本署配合辦理。</p>		

二、新醫療科技、支付標準

5	請中央健康保險署於考量病患權益及減少社會衝擊等情況下，檢討如何落實全民健康保險法第 51 條第 4 款之規定，包括研提「成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品」逐步不納入健保給付之規劃與配套措施，及對健保財務之影響評估；若確有窒礙難行之處，亦請評估有無修法之必要	<p>健保署回復：</p> <p>1.截至 113 年 5 月，健保給付 815 項指示用藥，本署前於 112 年 6 月 6 日邀請相關公協學會及醫藥專家共同討論，會中代表認為部分指示用藥仍有保留給付必要。</p> <p>2.本署已規劃研修全民健康保險法第 51 條條</p>	<p>1.繼續追蹤</p> <p>2.俟健保署將整體評估結果提至本會報告後解除追蹤。</p>	依健保署研擬進度辦理
---	--	---	--	------------

項 次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	<p>性。請中央健康保險署將前項整體評估結果，提至本會報告。/[俟健保署將整體評估結果提至本會報告後解除追蹤]</p> <p>(106.10 決議)</p> <p>.....</p> <p>委員對「落實指示藥品不納入健保給付之規劃報告(含配套措施及對健保財務之影響評估)」之意見，建請中央健康保險署參考辦理，並請依所規劃策略研擬妥適配套措施，切不能影響民眾用藥權益，至於執行進度與成果請於 108 年第 4 季業務報告提報。</p> <p>/[繼續追蹤]</p> <p>(108.3 決定)</p>	<p>文，相關草案已於 113 年 3 月 12 日提報衛福部社保司。</p>		
6	<p>有關醫院及西醫基層總額之「新醫療科技(包括新藥及新特材等)」及「藥品及特材給付規定改變」預算檢討、調整與管控機制，委員認為應再說明新醫療科技引進之考量因素，其導入後對總額之財務壓力，以及導入後若超出原編預算之彌補機制。/[俟健保署補充說明後解除追蹤]</p> <p>(111.6 決定)</p>	<p>健保署回復：</p> <p>1. 有關新藥及新特材，本署於編列「新藥及新特材」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，預估其財務影響，以使預算編列能貼近實際狀況，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市占率實難以完全準確預估，爰本署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。</p> <p>2. 查「新藥及新特材」預算於計算 MEA 還款</p>	<p>1. 繼續追蹤 2. 於健保署補充新藥及新特材預算及實際執行數據後解除追蹤。</p>	<p>113年12月</p>

項 次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
		後皆未有超支情形，如有超出原編預算，本署將積極爭取次年預算以補足超支之部分。		
三、總額協商				
7	<p>有關分級醫療各項策略之執行成效(含醫學中心及區域醫院門診減量措施、家庭醫師整合性照護計畫、強化基層照護能力及「開放表別」、鼓勵院所建立轉診之合作機制)，對於醫學中心、區域醫院門診量確實已減少並達標但病人似未確實下轉，以及未進入轉診平台的病人流向，請健保署於 109 年委託研究「分級醫療制度之轉診就医流向分析與原因探討」完成後，參考研究成果並進行相關檢討後，予以說明。/[俟健保署補充說明因應後疫情時代之分級醫療措施後解除追蹤] (109.6 決定)</p> <p>.....</p> <p>有關 111 年度總額轉診相關協定事項之檢討與未來規劃，請中央健康保險署參考委員所提意見，持續檢討、精進分級醫療政策及相關鼓勵措施，並於 112 年度總額協商草案提出規劃方案，以早日落實分級醫療之政策目標。/[俟健保署補充說明因應後疫情時代之分級醫療措施後解除追蹤] (111.7 決定)</p>	<p>健保署回復：</p> <p>1. 分級醫療為本署推動醫療改革之重要政策，各項措施按既定期程推動，配合指揮中心醫療量能降載措施，強化基層醫院服務量能，減少大型醫院從事輕症服務，導引醫院與診所間成立垂直整合聯盟，提供病人上、下轉診的合作管道。</p> <p>2. 為促進分級醫療，於<u>112 年 7 月調整部分負擔</u>，鼓勵慢性病患於鄰近基層診所看診及領取連續處方箋藥品，逐步引導民眾就醫行為，以落實分級就醫措施，使醫療資源合理分配運用。</p> <p>3. 持續調升醫院重症支付標準，<u>113 年再就醫院兒童加護病床、中重度住院診察費予以加成給付</u>，達到重症病人於醫院照護，輕症或穩定慢性病人於社區院所照護。</p> <p>4. 積極推動大家醫計畫，鼓勵參與醫師接受各項慢性病照護知能，提升基層全人照護量能，並將建構家醫大平台供家醫群使用。</p>	<p>1. 繼續追蹤 2. 俟健保署補充說明因應後疫情時代之分級醫療措施後解除追蹤。</p>	依健保署研擬進度辦理

項 次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
8	建議健保總額財源應優先解決總額缺口，不宜再新增任何項目案，委員所提意見，送請衛生福利部社會保險司及中央健康保險署研議。/[俟社保司及健保署依委員意見提供研議結果後解除追蹤] (110.9 決議)	<p>社保司回復：</p> <p>本部每年度擬訂總額範圍草案，其低推估由固定公式計算而得，再依據本部每年度政策目標，各項目新增預算加總得出高推估值，並於每年6月前函報行政院爭取範圍高推估值，俟行政院核定後交議至健保會協商，有關委員所提意見本部已納入年度總額範圍作業重要參考。</p> <p>健保署回復：</p> <p>本署配合衛生福利部核定年度各部門醫療給付費用總額及貴會協定事項，辦理各項事宜。</p>	1.繼續追蹤 2.俟社保司及健保署依委員意見提供研議結果後解除追蹤。	依社保司、健保署研議進度辦理
9	有關建議各總額部門專款「網路頻寬補助費用」項目及其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」項目延長執行期間案，請中央健康保險署參考委員意見，會同各總額部門相關團體妥為研議退場後之執行規劃(包含財源規劃，例如由公務預算等其他財源支應)，並於協商114年度總額前，提報本會。 /[健保署於協商114年度總額前，提報退場後之執行規劃，始解除追蹤] (112.9 決議)	健保署回復： <u>配合貴會規劃時程報告。</u>	1.繼續追蹤 2.健保署於協商114年度總額前，提報退場後之執行規劃，始解除追蹤。	113年9月
10	請中央健康保險署會同各部門總額相關團體，確實依113年度總額核(決)定事項及時程，完成法定程序及提報本會等事宜，並儘速辦理須提113年第1次	<p>健保署回復：</p> <p>1.需提會報告之事項共2項(「暫時性支付(新藥、新特材)」、「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」)已於113年</p>	1.繼續追蹤 2.於健保署提報「提升國人視力照護品質」、「地區醫	113年7月

項 次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	<p>委員會議確認、同意或報告之事項(如 112.12.20 議事錄附件四)，以利年度總額順利推動。</p> <p>/[於健保署提委員會議確認、同意或報告之事項完成後解除追蹤] (112.12 決定)</p> <p>.....</p> <p>醫院總額、西醫基層總額有 7 項應提至 113 年第 1 次委員會議(113.1.24)確認者，為利其能儘早執行，請中央健康保險署務必儘速辦理，並提至最近 1 次委員會議討論，最遲須於 6 月份委員會議確認。</p> <p>/[餘 6 項於健保署提報委員會議確認後解除追蹤解除追蹤] (113.1 決議)</p>	<p><u>第 1 次委員會議報告。</u></p> <p><u>2.需提會確認或同意之事項共 13 項，已完成 11 項：</u></p> <p><u>(1)各部門總額 1 項(「一般服務之點值保障項目」)、其他預算 1 項(因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能)及牙醫 2 項(「牙醫特殊醫療服務計畫」、「高風險疾病口腔照護計畫」)，已於 113 年第 1 次委員會議確認。</u></p> <p><u>(2)醫院共 5 項，其中 4 項已提會確認：「提升醫院兒童急重症照護量能」、「抗微生物製劑管理及管染管制品質提升計畫」、「區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作」、「區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作」，已於 113 年第 3 次委員會議確認。</u></p> <p><u>(3)西醫基層共 4 項，其中 3 項已提會確認：「強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護」、「因應基層護理人力需求，提高 1~30 次人次診察費」已於 113 年第 1 次委員會議確認；「因醫療品質提升，增加之醫療費用」已於 113 年第 2 次委員會議確認。</u></p> <p><u>3.尚未完成之 2 項：</u></p> <p><u>(1)另「提升國人視力照護品質」品質監測指</u></p>	<p><u>院全人全社區照護計畫」等 2 項至委員會議確認後解除追蹤。</u></p>	

項 次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
		<p>標，提 113 年 5 月 23 日「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商會議」討論，會議決議：請中華民國醫師公會全國聯合會及中華民國眼科醫學會提供有關白內障手術之結果面品質監測指標，俟回復後本署將依程序提至貴會確認。</p> <p>(2)有關地區醫院全人全社區照護計畫，本署已於 113 年 5 月 2 日與台灣社區醫院協會召開溝通會議，預計提案至 113 年 6 月 12 日 113 第 2 次醫院總額研商議事會議討論。另地區醫院全人全社區照護計畫部分經費用於支應「在宅急症照護試辦計畫」，該計畫已於 113 年 5 月 24 日公告，並提報本次會議報告。</p>		
11	另請中央健康保險署評估「牙醫特殊醫療服務計畫」、「高風險疾病口腔照護計畫」專款項目，其與一般服務費用重複或替代情形，併 113 年 7 月追蹤執行情形時提報評估結果，以利 114 年度總額協商。/[於健保署提報評估結果後解除追蹤] (113.1 決議)	<p>健保署回復：</p> <p>1.業於 113 年 5 月 21 日牙醫門診總額 113 年第 2 次研商議事會議討論，決議如下：</p> <p>(1)高風險疾病口腔照護計畫-複雜性複合體充填項目(89204C~89215C)：同意僅將本項目與複合樹脂充填之差額 400 點納入專款結算，故無與一般服務替代情形。</p> <p>(2)牙醫特殊醫療服務計畫：醫療團服務其他</p>	<p>1.繼續追蹤 2.於健保署提報評估結果後解除追蹤。</p>	113 年 7 月

項 次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
		<p>具身心障礙證明者 (特定治療項目代號 LT)，112 年曾於一般 牙醫院所就診者，其 醫療費用(案件分類 19)應自一般服務中 扣除，並列出分項費 用供參。</p> <p>2.將依貴會規劃時程， 依上述決議提報評估 結果。</p>		
12	<p>本次提請確認之醫院總額 4 項新增項目，委員所提意 見，提供中央健康保險署 修正及衛生福利部核定參 考，並請於核定後副知本 會。</p> <p>[於衛福部核定及副知本 會後解除追蹤] (113.4 決議)</p>	<p>健保署回復：</p> <p>1.提升醫院兒童急重症 照護量能：本案刻正 辦理支付標準預告程 序，將俟預告完成後， 依程序報請衛生福利 部核定。</p> <p>2.區域聯防-主動脈剝離 手術病患照護跨院合 作：本案刻正報請衛 生福利部核定作業 中。</p> <p>3.區域聯防-腦中風經動 脈內取栓術病患照護 跨院合作：本案刻正 報請衛生福利部核定 作業中。</p> <p>4.抗微生物製劑管理及 感染管制品質提升計 畫：本案業於 113 年 5 月 13 日報請衛生福利 部核定，待核定後依 程序公告。</p>	<p>1.繼續追蹤 2.於衛福部 核定及副 知本會後 解除追蹤 。</p>	113 年 6 月
13	<p>112 年度牙醫門診總額依 協定事項須提本會報告 「預算扣減及節流效益之 規劃」之未完成項目，其中 涉及節流效益檢討之 3 項 計畫，請中央健康保險署 將其量化之執行結果，併 同於 114 年 7 月檢討計畫</p>	<p>健保署回復：</p> <p>1.有關 112 年度牙醫門 診總額協定事項之需 提節流效益之 3 項計 畫，業於 113 年第 1 次 委員(113.1.24)會報 告，摘要如下：</p> <p>(1)「高齡齒病患牙齒保 存改善服務計畫」：執</p>	<p>1.繼續追蹤 2.於健保署 將量化之 執行結果 提報 114 年 7 月份 委員會議 後解除追 蹤。</p>	114 年 7 月

項 次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
14	未來納入一般服務或退場時之重要參據。 /[於健保署將量化之執行結果提報 114 年 7 月份委員會議後解除追蹤] (113.1 決議)	<p>行 P7301C 後， <u>89013C 及 89113C「複合體充填」二年內重補率較未執行 P7301C 者低(跨院所計算)。</u></p> <p>(2) 「超音波根管沖洗計畫」：使用超音波根管沖洗的牙齒二年內根管治療之再治療率比未使用者低。</p> <p>(3) 「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」：齲齒經驗之高風險患者 113 年起平均齲齒填補顆數增加率降低。</p> <p>2. 考量 3 項計畫之節流效益指標需追蹤 2 年，本署將於完成追蹤後提報貴會報告。</p>		
四、部分負擔				
15	有關新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告，委員所提意見請中央健康保險署研參，並請於 113 年第 9 次委員會議(113.10.23)提報新制部分負擔全年成效檢討報告時，併同回應委員意見及說明改	<p>健保署回復：</p> <p>業於 113 年 5 月 21 日牙醫門診總額 113 年第 2 次研商議事會議討論通過，將於下次會議報告。</p>	<p>1. 繼續追蹤 2. 於健保署提報後解除追蹤。</p>	113 年 7 月

項 次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	善行為，以利評估執行成效。 /[於健保署提報全年報告，並回應委員意見及說明改善行為後解除追蹤] (113.4 決定)	告，併同回應委員意見及說明改善行為。	追蹤。	
五、其他				
16	為提升醫療可近性、優化處方箋傳遞流程以及因應環保趨勢，提請衛生福利部儘速實施「電子處方箋」，本案屬衛生福利部及中央健康保險署權責，委員所提意見送請權責單位參考，並請中央健康保險署於例行業務執行報告提報辦理進度。/[俟健保署首次於例行業務執行報告提報後解除追蹤] (111.11 決議)	健保署回復： 經盤點評估，配合衛生福利部「電子處方箋」格式確認及「通訊診察治療辦法」之修訂，本署刻正 <u>規劃辦理電子處方箋運作架構，並廣納外界意見，優化院所、藥局與民眾三方處方箋傳遞流程，確認處方箋的有效性以避免重複調劑等相關作業。</u>	1.繼續追蹤 2.俟健保署首次於例行業務執行報告提報後解除追蹤。	依健保署提報時程辦理
17	請中央健康保險署釐清保險憑證製發及存取資料管理辦法規定，新增應上傳項目與總額其他預算獎勵上傳項目之差異，並檢討繼續給予獎勵之必要及合理性。/[俟健保署就獎勵之必要及合理性提出檢討說明後解除追蹤] (112.2 決定)	健保署回復： <u>配合於 113 年 7 月前併同退場機制一併報告。</u>	1.繼續追蹤 2.俟健保署就獎勵之必要及合理性提出檢討說明後解除追蹤。	113 年 7 月
18	有關「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」之具體實施規劃，請中央健康保險署依 112 年度總額決定事項及委員所提意見，於下次委員會議提出本協定事項具體完整之分年目標、執行方法及期程。/[俟健保署提出 114 年目標、執行方法及期程後解除追蹤] (112.11 決定)	健保署回復： <u>1.考量近年人力成本上升造成財務衝擊，為反應實際醫療成本及臨床人員的辛勞，除汲取過往推動 3 次 RBRVS 評量作業推動經驗，亦須就方法學及成本蒐集與校正程序等關鍵事宜，邀集專家學者、專科醫學會、醫療院所及醫界團體共同討論與凝聚</u>	1.繼續追蹤 2.於健保署提出 114 年具體目標規劃及執行方法後解除追蹤。	113 年 12 月

項 次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
		<p><u>執行共識。</u></p> <p><u>2.113年目標為邀相關專業團體或專科醫學會共同參與研議調整方案：</u></p> <p>(1)<u>業成立支付標準衡平性評量規劃專家小組，於113年5月20日召開會議，決議優先調整醫事人力為主之支付標準。</u></p> <p>(2)<u>考量調整項目及調整點數幅度，涉及各層級及多個專科別，須與醫界多次討論，以達共識，將持續邀相關專業團體或專科醫學會共同參與研議調整方案。</u></p> <p><u>3.114年目標、執行方法及期程規劃說明如下：</u></p> <p>(1)<u>規劃根據學會共識方案和預算逐步調整支付標準。</u></p> <p>(2)<u>執行方法包括確認共識方案並與利害關係人持續溝通。</u></p> <p>(3)<u>依共擬會議期程調整支付標準，並監測評估執行情形。</u></p> <p><u>4.為符合實際臨床醫療需要，讓醫療提供者得到合理醫療給付，本署將持續與醫界溝通討論，盼委員支持。</u></p>		
19	請中央健康保險署除配合113年度工作計畫辦理外，業務執行報告應定期提報之事項，亦請確實依時程辦理(詳 113.1.24 議事錄附件二之二)。並於每年第1季業務執行報告時，針對	健保署回復： 配合辦理。	1.繼續追蹤 2.於健保署首次完成當年度所有定期提報事項後解除追蹤。	113年12月

項 次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	前一年全年健保業務執行情形作整體性說明。 /[於健保署首次完成當年度所有定期提報事項後解除追蹤] (113.1 決定)			
20	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] (113.3 決定)	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 12 月
21	新增「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第 2 條第 1 項第 3 款之附表二指標項目案，本案請參考委員所提意見，註明新增指標「再住院率」之定義後，依法定程序陳報衛生福利部核定發布。 /[於衛福部核定發布及健保署於醫療品質資訊公開網新增指標及定義後解除追蹤。] (113.1 決議)	1. <u>衛生福利部已於 113 年 5 月 7 日以衛部保字第 1131260234 號令核定發布「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第 2 條之附表二指標項目。</u> 2. <u>另本項指標操作型定義文件，已參考委員意見包含急診轉住院之案件。</u> 3. <u>本案建議解除追蹤。</u>	1.繼續追蹤 2.於衛福部核定發布及健保署於醫療品質資訊公開網新增指標及定義後解除追蹤。	—

健保會第 6 屆 113 年第 4 次委員會議之健保署答覆

上次(第 4 次)委員會議之擬解除追蹤項次 1

案由：113 年第 1 季全民健康保險業務執行季報告。

委員意見	健保署說明
<p>李委員永振(議事錄第 38~40 頁)</p> <p>第 1 點就是，在 112 年所撙節的健保費用粗估是 10.5 億元，健保會幕僚有整理並將有節省費用之管控項目列出，列出來加一加也差不多 10 億元左右，在 10.5 億元上下，因為粗估也不能算到很準。不過我個人是感覺說，111 年可節省費用約有 36.28 億元，是因為疫情的關係所以省比較多嗎？還是怎樣？都好像沒有分析到，當然這不能苛求，因為我們是要看 112 年的執行成果，但是就沒有聯想到 111 年，這個變化大概也只有我會追吧？但不管怎樣，健保署是不是可以稍微分析一下變化的原因？粗估的 10.5 億元，我感覺好像也有點低估，譬如像指標 12 跟指標 15，尤其指標 15，死亡前安寧利用率可節省的醫療費用，1 個人節省的費用是 6.5 萬點，因為人數增加了 7,761 人，算算大概是 5 億點左右，應該也是相當可觀，這個就沒算到。</p> <p>第 2 點是有關於分級醫療的部分，我有 2 點請教，第 1 點沒有未達目標的原因檢討，好像沒有真正去掌握到問題，如果無法真正掌握問題，</p>	<p>一、有關委員詢問抑制資源不當耗用改善方案相關說明如下：</p> <p>(一)112 年與 111 年撙節醫療費用點數均屬粗估數值，其中影響因素係計算比較基期不同，如指標代號 11「全藥類藥品重複用藥日數下降率」，112 年撙節之醫療費用，是與基期 108 年相比減少之重複藥費。而 111 年則以當年度實際重複藥費與預估未介入管理之重複藥費比較。</p> <p>(二)指標 15「死亡前安寧利用率」之 112 年執行效益說明略以，112 年死亡前利用安寧人數 62,646 人，111 年癌末病人死前 6 個月已接受安寧療護者之每人平均醫療費用較未接受者少 6.5 萬點、死亡年前 1 年約減少 1.77 萬點，顯示病人接受安寧療護時點可能與醫療費用有關，惟病人死亡時間難以預測，推動安寧醫療係為提升生命未期之醫療品質而非以節省費用為考量，且目前該病人接受安寧照護是否較其未接受之存活時間短，尚無適當可量化之方法學進行研究，爰難以定量計算；另考量前開病人論量費用係於一般服務預算支應，部分撙節效益已適時反應於總額點值。</p>

委員意見	健保署說明
<p>所提的改善策略，坦白講我個人是質疑，如果提策略的人不曉得問題重點在哪裡，提出的改善策略怎麼會有效呢？譬如說在指標 6，年度的檢討，還是用季的觀點在寫，我不曉得是誤植，還是腦袋裡面就是季而已，所掌握的問題是什麼？例如指標 5、9，針對 112 年的疫情似有 2 種解讀，我就不懂，同樣是健保署怎麼對疫情的解讀方式有 2 種？細節各位可以參考。</p>	<p>(三)本署針對分級醫療改善策略如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 經統計醫院部門醫療費用點數之增加，主要來自門診量大幅成長(相較 108 年，醫療費用點數之成長來自門診之貢獻)，研擬重啟醫學中心門診減量措施之可行性。 2. 調升醫院重症支付標準，達到重症病人於醫院照護，輕症或穩定慢性病人於社區院所照護。
<p>掌握問題重點，卻未針對問題提出有效改善，譬如說指標 3，門診就醫次數大於 90 次之保險對象有 38% 是精神疾病患者，但是在改善策略裡面看不到怎麼辦？如果這 38% 的高診次患者，就醫情形有再改善的話，效益應該是蠻大的。112 年有 5 項指標未達目標值，分級醫療部分相對占了 3 項，還蠻高的，這個政策是 106 年開始推動，到 112 年已經超過 7 年，應該是國小二年級的階段，健保署在業務執行季報告第 170 頁的第 26 張投影片，提出改善的策略是要加強宣導，辦理全國性宣導說明會，政策都已經推動 7 年了，還在宣導說明會階段，怪不得看不到分級醫療真正的效果。除了提升支付點數以外，看不到其他令人期待的做法，已經投入 200 多億元，以前第 1 年、第 2 年追績效時，是說宣導期還沒過，但是現在都已經 7</p>	<p>(四)針對委員建議，本署將加強未達標管控指標項目原因檢討及改善策略分析。</p> <p>二、有關 113 年 4 月份全民健康保險業務執行季報告第 10 頁「表 5-1 全民健保財務收支分析表」，其中補充保險費收入 113 年度截至 4 月底止帳列 230.86 億元較去年同期減少 17.45 億元，主要原因係本表採權責發生基礎，補充保險費依規定於給付日後約 2 個月繳納完竣，爰帳列數包含已收取現金及應收估列數。上開減少數為 113 年度投保單位雇主負擔及獎金應收估列數較 112 年度同期減少所致。</p> <p>三、有關疫後特別預算 113 年度撥補全民健康保險基金 200 億元部分，依國庫預算分配期程，預計於 6 月份撥入。</p>

委員意見	健保署說明
<p>年了，我覺得有點失望。</p> <p>第 3 點，在業務執行季報告的第 10 頁，就是有關於財務的部分，有 2 點建議。第 1 點，111 年跟 112 年補充保費大幅增加，應該是該 2 年度產生收支結餘的主要因素之一，113 年度對該項收入的變化應該值得加以留意，我留意到今年到 4 月比去年少了 17.45 億元，但比 109 年以前還是好很多，因為從 110 年才大幅增加，不過參照上開報告的第 15 頁，今年 1、2 月共收取 176.75 億元，比較 112 年同期的 176.141 億元，還增加 0.61 億元，為什麼提出 1、2 月？因為 1、2 月就是發獎金的時候，但是這 2 個發獎金的時候並沒有減少還增加，但是健保署的解釋原因之中，獎金減少是其中 1 項，我不解，是不是可以稍微說明。另外是，今年行政院要特別挹注的 200 億元，到 4 月份好像還沒看到收入，到底是有還是沒有，還是什麼時候會看得到？</p>	
<p>吳委員榮達(議事錄第 40 頁)</p> <p>今天健保署補充資料後半部是分級醫療執行情形，有提到各層級轉診就醫情形，在 113 年 1 月到 3 月，就醫學中心的部分來看，占率是上升的，就醫的占率上升就是表示醫療分級的部分在醫學中心是沒有做得很好，我不曉得有沒有解讀錯誤，就這個補充資料，本來在 106 年的</p>	<p>自 113 年 3 月起台北慈濟、雙和醫院及新竹台大分院升級醫學中心，爰醫學中心就醫件數占率增加。</p>

委員意見	健保署說明
<p>時候是 10.42%，然後到 113 年是 11.2%，我不曉得我有沒有誤會那個數字，到底下轉比較多，還是比較少？如果下轉比較少，所以醫學中心就醫占率比較高，表示分級醫療沒有做得很好。</p>	
<p>滕委員西華(議事錄第 41~43 頁)</p> <p>首先，針對業務執行季報告第 3 頁，提到召開健保藥品政策改革修法溝通會議，其實我覺得很遺憾，就是我們國家這兩年在召開相關的醫療政策或是藥品政策，不管改革也好，或是有些重大會議都幾乎沒有邀請病人團體代表、也沒有邀請消費者代表，沒有病人角色的改革能夠成為醫藥品、醫藥政策的改革嗎？所以我覺得其實是非常可惜。醫藥政策的改革不能把病人漏掉，所以如果下次有這樣類似的會議，誠心的建議應該要邀請台灣的病友團體跟消費者相關的代表。健保署所提草案內容，指的應該是健保署所提的草案內容，這個草案內容是什麼，是不是有機會讓健保會瞭解，因為對於健保的相關法規政策，本來就是在健保會的監理範圍之內，這個會議是修什麼法，就報告內容看起來，各界的共識跟修法都沒有關係，所以我的疑問是，他們是對修法沒共識，但是對健保署繼續做的事情有共識嗎？所以對於季報告所列的結論，其實我個人非常的好奇。</p>	<p>一、有關委員詢問藥品相關說明如下：</p> <p>(一) 本署非常重視消費者代表及病友團體之聲音，5 月 15 日召開健保藥品政策改革修法溝通會議時，已有發文邀請消基會、台灣病友聯盟、醫改會（當日不克出席）等共同參與，本署歡迎所有病友團體及利害關係者提供建議，政策制定過程會廣納各界意見。</p> <p>(二) 本次修法草案重點係為確保健保用藥供應穩定，針對屬衛生主管機關認定之必要藥品，鼓勵在地製造，給予核價及調價保障，各界普遍支持，俟溝通作業完成後，未來將循程序辦理法規命令草案預公告作業。</p> <p>(三) 為提升生物相似性藥品使用率，本署已陸續推動生物相似性藥品策略，分別為「免除續用審查」、「放寬使用時間」及「擴增給付範圍」，讓生物相似性藥品在藥品降價效益及給付範圍差異下，提升醫師處方及病友使用意願。另考量生物相似性藥品使用關鍵在於醫療院所，本署已規劃使用生物相似性藥品鼓勵試辦計畫，於 113 年 4 月 25 日「全</p>

委員意見	健保署說明
<p>我們國家有非常多的祕密會議跟祕密結論，健保藥品政策改革應該是可以供社會公平討論的。</p> <p>另外就是關床的新聞，因為護理人員不足，這每個月都有，不要說每個禮拜都有，前幾天還有媒體在做專案，可是我們健保署一向都有監測醫學中心的資料，我不知道健保署到底有沒有掌握誰在關床，按照業務執行季報告第 98 頁這個表，彰基跟高雄長庚還增加床，過去幾個月來醫學中心關床都不明顯，不知道是哪些醫院關床，北榮只有顯示台北榮總整體關了 6 床，在說明裡面它的加護病房關了 18 床。那我們就要問，健保署有沒有掌握到底是哪些醫院關床，關了什麼樣的床？這些醫院是關健保床，還是關自費床？健保床都關了自費床還是在運作，哪些醫院一邊關床，一邊去領護病比獎勵？健保署有沒有掌握這些？否則大家每次都講護理人員不夠所以關床，我們都不知道這到底是喊爽的、喊心酸的，還是具體真的有醫院關了什麼床，是因為招募不到護理人員，以及關了哪些科別的床？有沒有影響到民眾就醫？如果關的那些床都是平常住院率就很低的，比如說眼科或腎臟科，或其他住院率相對低的，那麼關床對其他在排隊住院的人有產生什麼樣的衝擊嗎？這些都沒有，我覺得健保署都</p>	<p>民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」決議通過，5 月 13 日函報衛生福利部，俟本計畫公告核定實施，讓院所願意進藥並開立處方，以提供病友更多用藥選擇、增進藥品市場競爭及供貨穩定。</p> <p>二、有關委員詢問 113 年 4 月份全民健康保險業務執行季報告第 98 頁「表 29 全民健康保險醫學中心病床增減情形」數據說明如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> (一)特約院所病床異動(新增或減床)時，應事先報經當地衛生主管機關核准登記設置後，另備齊相關資料向本署各分區業務組報請備查。 (二)本署定期擷取各特約院所每月月底公告之病床資料(開放床)，後續計算、彙整如前揭表 29，惟醫院自行調整床數，若無向本署各分區業務組報備、更正公告病床數，則仍係依該院原公告床數計算。 (三)考量各醫院病床運用情況不同，爰藉由觀察醫院病床數 3 個月的移動平均，俾掌握該醫院病床數變化的方向性及長期的趨勢性。 (四)依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 33 條規定略以：「特約公立醫院及非公立醫院之保險病房病床數，其占總病床之比率，應分別達 75% 及 60% 以上。」，本署已按月監測特約醫院保險病房設置比率，並將相關資料公告於本署全球資訊網(路徑：首頁/健保服務/健保醫

委員意見	健保署說明
<p>補了護病比、補了夜班、三班，應該要掌握上述細節，不是任由輿論或是其他的特定團體講，因為聘不到人所以關床。病人住不到院，到底是哪些科別、關了什麼床，是關健保床還是關自費床？健保署可以容許護病比領光光，然後自費床開得嚇嚇叫，然後健保床都一直被人家關掉嗎？這就很荒謬的事情，本來護病比的獎勵，就是要補在健保特約床數。</p>	<p>療服務/院所查詢/醫療品質資訊公開網路查詢服務/專業版/特約醫院保險病房設置比率)，供民眾查詢，俾保障民眾使用保險病床權益。</p> <p>三、有關每月全日平均護病比之計算基準，說明如下：</p> <p>(一)查全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)第二部第一章第三節通則九略以，醫院應按月至本署健保資訊網服務系統(VPN)填報結構性資料，包含急性病床數、占床率等資料，據以計算每月全日平均護病比。</p> <p>(二)每月全日平均護病比，係以各醫院向地方衛生局申請登記開放之急性一般病床數及急性精神病床數為基礎計算。</p>
<p>蔡委員麗娟(議事錄第 49~50 頁)</p> <p>我要講的是執行季報告第 3 頁，剛剛滕西華委員已經有提到關於健保藥品政策改革修法溝通會議的事情，我們都知道，之所以會有醫療體系，是因為有病人，所以醫療體系因為病人而存在。在整個醫療照顧上，我們常聽到應該以病人為中心，所以在很多政策制定上，也應該涵蓋病友的聲音，這也是聯合國對於病人應有權利定義的其中 3 項「病人一定要有知的權利、病人要有參與的權利、病人要有選擇的權利」。</p> <p>剛剛所提的健保藥品政策改革修法溝通會議，沒有邀請病友團體，我覺得從過去到現在，一直以來我們在政策制定上，病友團體的聲音，以往常常會是由醫護人員代為表達，不過這些年來台灣在這方面也有很多進步，因為台灣已經有台灣病友聯盟，已經是一個跨疾病別的聯盟，</p>	

委員意見	健保署說明
<p>可以集結各種不同疾病別病友的需求與聲音，所以在整個病友代表上，我們已經有這樣的組織可以來參與。</p> <p>另外，如果有病人參與的話，可以將實際使用藥品的一些問題呈現在政策上，讓我們的政策可以更完整、更全面。譬如說，各界共識所提到「要強化宣導或用藥教育」，這的確很重要，像這裡有提到的是生物相似藥，生物相似藥的引進已經很多年了，如果因為專利期過了，有因生產生物相似藥所節省下來的藥費，是不是可以用來引進更多新藥？或是在過去限縮給付的適應上來擴充適應症，讓它接軌國際指引。但台灣使用生物相似藥的比率仍相當低，大家對於生物相似藥的一些認知，還有待提升，所以用藥教育也很重要，尤其過去幾年很多醫院已經開始使用生物相似藥，這些有實際經驗的醫院及 real world data，這些數據的蒐集、分析跟呈現，的確可以使一些病人、家屬，或是其他還沒有用藥的醫院有更多的參考資訊。因為每一年生物製劑用藥費用還是很高，這方面怎麼樣強化，如果病友團體可以參加，我們也希望在用藥教育、宣導跟實證的呈現，讓病友跟家屬能夠更了解，整體在藥費使用上能節約下來引進更多新藥，或是同樣藥費讓更多病人治療。</p>	

委員意見	健保署說明
<p>同時很重要的，如果每個醫院都可以同時引進生物相似藥的話，對於需要自費的病人，可以根據自己的經濟狀況選擇對自己可以承接、承受的藥價，來讓這個治療更完整，謝謝。</p>	
<p>劉委員淑瓊(議事錄第 44~45 頁)</p> <p>最近媒體也都在問，也是民眾的痛，就是急診壅塞、一床難求，現在大家建構的那個邏輯，就是說健保給的點數不夠，醫院經營困難，所以沒有辦法給醫護人員，尤其是護理人員加薪，因為他們的薪水不好，所以他們離職，因為他們離職，所以我們關床，因為關床所以急診壅塞，民眾就只好忍耐，我覺得健保署真的應該要講清楚，這個邏輯裡面的每個箭頭、因果關係都是 1 個問號，我覺得不應該就是這麼直接去定論。</p> <p>在急診壅塞的部分，過去幾乎每次委員會談到這個議題時，不管來自付費者或者來自醫界，有好多位先進都很關心，但是我要很遺憾地講，其實我請醫改會的同仁奎彥計算，在第 5 屆、第 6 屆任期間，到目前為止，包含今天已經講第 15 次了。經回顧歷次會議實錄，我們整理了健保署每次的回應，大概就是持續監測、滾動式檢討、多元對策等，我覺得這樣不對，健保署跟我們作文比賽。在 113 年的第 1 次醫院總</p>	<p>一、本署為研議改善急診壅塞問題，業已於 113 年 3 月 25 日請各分區分析轄內急診現況，並邀集社團法人台灣急診醫學會及轄內醫院共同討論具體改善措施。</p> <p>二、經初步彙整各分區所提建議，其中護理人力不足問題為最多，人口老化導致住院天數長及病床數不足造成急診壅塞等 2 項問題次之。</p> <p>三、本署續依各分區所提建議及改善策略，將擬具急診品質提升方案修訂草案，並邀集相關學會及專家們共同討論方案修訂內容，俾利就急診壅塞之主因研對策與配套措施。</p>

委員意見	健保署說明
<p>額研商議事會議，健保署又提出例如急診部分負擔、分級醫療宣傳、鼓勵假日及夜間開診、保障急診點值、新增轉診誘因、挹注夜班護理人員薪資等對策，各位委員這些都是長期未解的問題，如果這些策略已經沒有效果、鈍化了，健保署真的應該提出新的。尤其我記得上次去拜訪署長的時候，署長有提到固定就是那幾家醫院，所以我們可不可以就直接挑明點出問題，這並不是要去攻擊他們，不是的，而是他們有什麼樣的問題，我們來一起面對跟處理，我覺得這個議題才不會一直擺在那裡，好像長年未解，所以簡單講，就是針對有問題的醫院進行專案輔導，我覺得這個是必要的。</p>	
<p>朱委員益宏(議事錄第 45~46 頁)</p> <p>第 1 個就是對於轉診這件事，我也長期在關注，從健保署的統計資料看起來，好像 106 年跟 113 年比起來是有改善，百分比看起來有增加，轉診量如果單純就 106 年跟 113 年的數字比，看起來也有增加，但是就醫學中心整體的門診量跟轉診的數量比，還是小巫見大巫。</p> <p>比如說，在補充資料 2 分級醫療執行情形的第 3 頁，113 年 1~3 月，3 個月份合起來才 27 萬件，但是在 1~3 月醫院整體的門診量合起來是不得了的一個數字，所以其實我們真正在轉診只有大概百分之幾而</p>	<p>一、113 年 1~3 月醫學中心轉診率為 3.66%，較 106 年同期成長約 1%。醫學中心或區域醫院往下轉之病人除由醫院轉診外，尚有病人自行就醫部分，後續規劃實施醫學中心門診減量措施之可行性。</p> <p>二、經檢視 113 年 4 月慢性/非慢性病醫療點數統計【排重大傷病】，西醫(含慢性病)件數及慢性病件數 113 年第 1 季均較去年同期成長，前開件數成長率，西醫基層門診為 16.51% 及 4.54%、地區醫院為 18.45% 及 17.37%，醫學中心為 14.28% 及 13.88%、區域醫院為 1.87% 及 -0.64%，地區慢性病人成長率</p>

委員意見	健保署說明
<p>已，我印象中大概不到 5%，大概只有 2%、3%，就是轉診的病人占整體門診的數量。我覺得轉診這件事情推了很久，看起來有進步但是進步的幅度是非常非常小，特別健保署最近半年在業務執行報告裡面，也有公布一些資料，比如說在醫學中心或區域醫院慢性病的比率占其門診量其實還是高居不下，我希望健保署未來對於這些真的該轉診的病人，應該要有輔導措施，真正去落實轉診。因為補充資料 2 所呈現的，大部分都是地區醫院跟基層診所往上轉診的數量比較多，但是由醫學中心或區域醫院往下轉的數量，其實非常非常的少，所以我覺得這跟我們的期待，至少跟我個人的期待會不一樣，我看劉老師也在一直點頭，所以相信劉老師也應該同意我的意見，這個是對於轉診，我也期待政府應該加快腳步，不然轉診從 106 年講到現在，已經大概也 8 年了，效果還是這個樣子，這是第 1 點。</p> <p>既然健保署署長剛剛講未來有可能統一叫貨後由健保署跟廠商結帳。是不是可以現在就先開始，醫院如果有需要，直接跟健保署聯繫，健保署這邊就統一幫忙處理？不然我覺得 TFDA 的行政效率我是不太敢恭維，給你一個名單就了事，叫醫院自己跟廠商聯繫，這是第 2 點。</p> <p>第 3 點，我也想請教一下署長，</p>	<p>較區域級以上醫院成長率高。</p> <p>三、有關委員詢問輸注液相關說明如下：</p> <p>(一)本次國內大型輸注液供應不足事件，依業務權責食品藥物管理署(下稱食藥署)應瞭解各醫療院所需求量及現有庫存情形，並安排專人聯繫通報醫療院所，媒合藥品供應分配，本署將配合食藥署辦理藥品核價與費用支付事宜。</p> <p>(二)有關健保總額衝擊部分，說明如下：為因應生理食鹽水輸注液及沖洗液供應缺口品項，本署於 113 年 5 月 29 日召開「藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部分第 68 次臨時會議」決議，同意專案進口藥品納入健保支付，各品項支付價格依會議同意之價格上限，由本署與各廠商協議後核予健保支付價公告生效。</p>

委員意見	健保署說明
<p>請廠商加工生產或專案進口都會增加健保給付，這些給付費用到底對總額衝擊有多少？因為如果沒有專案補助進來，就是用其他點值浮動來補，讓浮動點值更差。</p> <p>如果為了醫療不中斷把一部分的錢挪到購買點滴，那其他醫療服務點值怎麼辦？我想知道這對總額有多少影響，政府有沒有其他因應方式。</p>	
<p>林委員文德(議事錄第 46~47 頁)</p> <p>有關轉診的數據，朱益宏委員說不到 5%，實際上不到 1%，而且 1% 是還有一點灌水的。請看補充資料 2 第 2 頁，113 年 1~3 月轉診率整體來講是 1%，但總轉診率 1% 有包含視同轉診案件，有一些醫院病人出院後之首次回診，回到自己原來同體系的醫院回診，也都視同轉診，所以這數字裡面有很大一部分並不是醫院之間的轉診，我們看補充資料 2 第 3 頁 113 年 1~3 月轉出陝所合計件數，才 27 萬件，可是呢，在補充資料 2 第 2 頁 113 年 1~3 月轉診件數是 79 萬件，等於是說，視同轉診的部分有大概 50 幾萬件，是有一點高估了轉診的件數，所以下一次是否可以把它呈現一個比較正確，實際上是醫院之間的轉診，不要把出院之後的回診就醫算進來，比較能夠真實反映我們轉診的狀態。</p>	

委員意見	健保署說明
<p>陳委員石池(議事錄第 47~48 頁)</p> <p>有關轉診部分,看起來相較於 106 年 1~3 月,113 年 1~3 月轉診是有增加的,轉診效果好像是有的樣子,不過我比較關心的是,我記得這是上下轉診,應該是有獎勵。我想請教的第一個問題是,同層級轉診到底有沒有獎勵?因為從轉出院所占率看起來,醫學中心有 5.61% 轉出至醫學中心,區域醫院 28.57% 轉出至區域醫院,地區醫院 15.09% 轉出至地區醫院,基層診所有 3.10% 轉出至基層診所,我想健保署也很忙,但能不能提供一些資料給我們參考,也許裡面有不當轉診的情況,我想了解一下,以上是有關轉診的部分。</p> <p>第 2 個是有關急診品質提升方案,在全民健康保險業務執行季報告第 41 頁有提到「綜上,113 年 1~2 月部分指標有改善趨勢,本署將持續監測指標執行概況」。我不能說健保署寫錯,可是看執行季報告第 138~139 頁表 36-1~36-6,只有 1 項有改善,其他都退步,我是要說這 7 項指標只有 1 項進步,大家看一下表 36-1「急診病人停留超過 24 小時比率」占率增加,是退步;表 36-2「急診後轉住院滯留急診 48 小時以上案件比率」占率增加,是退步;表 36-3A「一、二、三級急診病人轉入病房 <8 小時之比率」占率下降,是退步;表 36-3B「二、三級急診病人</p>	<p>一、為鼓勵院所建立轉診合作機制,本署自 107 年 7 月 1 日新增「轉診支付標準」,對於轉出和轉入院所,上轉個案共獎勵 400-450 點,下轉個案共獎勵 600-700 點,並未針對同層級轉診案件給予獎勵。</p> <p>二、本署為研議急診壅塞改善策略,前於 113 年 3 月 25 日請各分區業務組邀集社團法人台灣急診醫學會及轄區醫院共同討論分析轄內醫院急診壅塞原因,並提供急診品質提升方案修訂建議。</p> <p>三、有關委員建議修訂急診品質提升方案指標案,本署續將邀集台灣急診醫學會及台灣醫院協會,共同研議本方案修訂方向。</p>

委員意見	健保署說明
<p>轉入病房<8 小時之比率」占率下降，是退步；表 36-4「檢傷四、五級急診病人離開醫院<4 小時之比率」占率增加，只有這個指標合乎標準；表 36-5「完成急診重大疾病照護病人進入加護病房<4 小時之比率」占率下降，是退步；表 36-6「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 小時之比率」占率下降，是退步。</p> <p>這 7 項指標裡面有 6 項退步 1 項進步，指標真的要重新修訂，我已經提很多次，檢傷四、五級急診病人的指標，就是鼓勵輕症趕快治療，讓一、二、三級急診病人就留在那裡，所以指標看起來每個都退步，指標我覺得有必要重新修正，目前指標已經不合時宜，再次請健保署重視這件事情。</p>	
<p>王委員惠玄(議事錄第 48~49 頁)</p> <p>有關健保署報告事項，首先很肯定、很支持健保將新藥新功能特材納入給付，很高興看到這麼多民眾受惠，建議是不是能夠提供財務面的評估，如預計的資源耗用或是點數占全年預算比率，讓我們知道這個預算編得夠不夠。</p>	<p>謝謝委員建議，下次報告新藥及新功能特材納入給付之報告案中，將提供財務面的評估讓委員參考；有關抑制資源不當耗用改善方案委員建議意見，將列入未來改善方案研修參辦。</p>
<p>第 2 個有關抑制資源不當耗用改善方案的部分，在技術面有一些指標建議，是不是能提供實際數字，很多指標都只有提供率，如指標 3、4、8、9、11、12、13、15、16 等，因</p>	

委員意見	健保署說明
<p>為這個率的分子跟分母以及成長率的基期，其實跟率的評估很重要，是不是能夠提供實際數字？</p>	
<p>有關執行季報告第 169 頁檢討及規劃的部分，對於門診就醫次數大於 90 次的民眾，像是未達標原因檢討提到的，38% 都有精神方面的疾患，但在全人整合方案裡面，特約院所是否都有能力就精神疾患的個案給予適當照護或關懷，這部分是不是能再確認一下？</p>	
<p>指標 6「接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率」的改善策略，同樣是比較技術面的去談排除或成長，是不是能夠就出院準備的數量、銜接不良的原因作深入探討？</p>	
<p>再來有關指標 5、9 轉診部分，剛剛好幾位委員都有就分級醫療談到，我一併講，轉診內涵是否能做更清楚的分類，包括剛剛林文德委員所講「視同轉診」的類型，還有之前曾經提過是否開始考慮就特定疾病建立追蹤的概念，譬如說剛剛署長說的 COVID-19 轉診，還有癌症的轉診，是不是可以更精化轉診的適當性，建立追蹤模式。</p>	
<p>就 113 年抑制資源不當耗用改善方案目標設定的部分，在策略「強化自我照護能力」，有關全民健保行動快易通 APP 的下載率、健康存摺使用率，是不是能增加一個快易通的涵蓋率指標？之前也提過使用健康</p>	

委員意見	健保署說明
<p>存摺與抑制資源不當的關連，是不是考慮做交叉分析？</p> <p>再來是調整原則，有很多項目都是講維持調升或調降，是不是能夠很簡要地說明背後的理由，不好意思，恐怕加重健保署同仁負擔。最後有關觀察指標，指標 1、2、3 的基準跟解讀，慢性疾病占醫學中心的占率有沒有一個合理的範疇。</p> <p>最後分級醫療的部分，觀察到各分區的轉診流向有不小的差異，跟各分區的醫療照顧環境生態有關，這部分是不是也可以考慮做更進一步的分析？</p>	

上次(第 4 次)委員會議之擬解除追蹤項次 2

案由：「家庭醫師整合性照護計畫」朝全人照護方向整合之具體規劃與導入一般服務之評估規劃。

委員意見	健保署說明
<p>劉委員淑瓊(議事錄第 84~85 頁)</p> <p>我有幾點請教，歸納成 4W1H。第 1 個是 when，不管是家醫 2.0 或家醫大平台，具體的期程是怎麼樣？第 2 個是 where，大平台是架在哪裡？是雲端的藥歷平台？或是一個新的資訊平台？第 3 個是 what，簡報提到健保署要把一些資料放上去，比方說健保就醫紀錄、預防保健以及各司署的資料，我們想知道是哪一些的資料、放上去的目的以及預期用途是什麼。第 4 個是 who，這個平台是給誰用？一般民眾能不能用得到、看得到？還有就是只有家醫 2.0 的醫生可以用？或是所有醫生都可以用？最後 1 個是 how，這也是最關鍵的，我們如何確認這些資訊有被看到、有被用，我們怎麼去確認有在用？因為過去確實有虛設的問題。</p> <p>我們怎麼去監控說它有沒有在用，大概就從 3 個角度，就是所謂的結構、過程跟成效。在結構的部分，非常謝謝健保會辦理的專家諮詢，我仔細拜讀，覺得裡面的專家學者見解都非常有參考價值。蔡淑鈴教授有提到結構裡面很大的問題是家醫群不在一個生活圈，這個結構會影響民眾的醫療利用。另外就是</p>	<p>為將醫療服務模式逐步轉型為以病人為中心之全人照護，本署規劃建置家醫大平台，按委員提問說明如下：</p> <p>一、家醫大平台預訂於 113 年底建置完成，並逐年精進及擴增平台功能。建置初期係以家醫計畫參與診所/醫師作為使用對象，且並未局限於家醫 2.0 醫療群，另醫師得經由特約醫事機構端入口網頁進入平台。</p> <p>二、平台資料來源包含本署醫療費用申報資料、檢查(驗)上傳資料、各項方案於 VPN 登錄之追蹤管理資料、國民健康署之預防保健資料及癌症篩檢異常資料等，並已規劃收載穿戴式裝置的生理量測數值，後續亦將配合醫療照護需要，持續收載各項醫療/健康資料。</p> <p>三、另因家醫大平台係以家醫計畫參與診所/醫師作為使用對象，該平台資料收載對象將為家醫計畫收案個案，資料收載範圍則優先以 DM、CKD、DKD 病人追蹤管理所需資料為主，如基本資料(如年紀、BMI 等)、個人健康生活狀況(如抽菸史)、共病狀態、特定檢驗項目結果(如 HbA1c、LDL)等。</p> <p>四、透過家醫大平台將所有數據進行個人歸戶，平台亦將呈現整體家醫會員照護情形，如特定檢驗項目(HbA1c、LDL)異常比例等。另透過數位化工具</p>

委員意見	健保署說明
<p>學者專家也有建議現在很多都是單獨執業，而不是群體執業，這也會影響。</p> <p>在過程面，過去在雲端藥歷就是用點擊，我們會監測點擊率，這就會有所反彈，比較是論量計酬。現在家醫 2.0 要走到 P4P 的話，可能不能用過去點擊，而是真的要看他的 performance，比方說多重慢性病人的疾病共同管理，如果說我們可以要求醫生或是醫療團隊在這個系統裡面可以記錄看診醫師的注意事項、叮嚀留言，加強跨科、跨院所，甚至跨層級的溝通協調，這樣我們才有辦法做到所謂的整合，不然還是無法做到以病人為中心，我覺得這是一個在過程面。</p> <p>最後是在成效面，如同剛剛署長講我們要過度到健保法第 44 條的家庭責任醫師，這個 outcome base 尤其是獎勵，也要朝這個方向。最後在支付方式上，我們可能要考慮到現在醫療團隊的量能，可能診所沒有團隊，可能會有所影響，就是有他的困境，我們要怎麼鼓勵診所引入全人照顧的個管師系統，而不是專科個管師，這是我們要努力的。</p> <p>另外就是逆選擇的問題，過去也曾經發生過，這也是蔡淑鈴教授在發言實錄裡面提到的，我們過去確實有逆選擇或是挑病人收案，或是找地區醫院的急診室、資訊公司幫</p>	<p>提供主動監測數據、異常提醒、提供醫師制定個人化治療方案參考等個案追蹤照護管理功能。讓家醫診所提升整體管控效率。另就民眾端部分，將透過健康存摺推播風險等級、衛教資訊、檢驗(查)結果及用藥(回診)提醒等訊息，賦能民眾，提升其自我健康管理能力。</p> <p>五、本署將續研議監測策略或相關指標，以瞭解各診所使用情形，發揮平台最大效益。</p>

委員意見	健保署說明
<p>忙，我們都不諱言確實有發生，造成一些扭曲，這都是付費者、醫界、民眾、健保署都不希望看到的，希望在這些部份能夠加強管理。</p>	
<p>吳委員榮達(議事錄第 86 頁)</p> <p>我想請教幾個問題，第 1 個是因為這個計畫裡面採取的點值是 1 點 1 元，這個情況發生的機會不大，但假設點數超過原來的預算時要怎麼處理？這是第 1 個問題。第 2 個是上面講到生活習慣諮詢服務的費用怎麼支付？是依照家庭醫師整合性照護計畫內的參考值嗎？另外希望在計畫推行一段時間後，能夠調查固定就醫率，因為固定就醫率對於家庭醫師整合性照護計畫的成效是很重要的參考指標。</p> <p>還有剛才劉淑瓊委員所提到的選擇病人部分，我們覺得應該要很慎重的考量，對於輕、中、重不同的病人有不同的獎勵金額、方式，會不會發生只挑輕症病人，重症病人就丟給醫院的狀況？</p>	<p>一、以 113 年計畫為例，若當年度計畫總費用超出該年度預算，按計畫規定，將會優先保障「個案管理費」、「偏遠地區參與診所績效獎勵費」、完成訓練之家醫 2.0 醫療群「特優級且平均每人 VC-AE>275 點之績效獎勵費用」及「糖尿病/初期慢性腎臟病整合照護提升費」為 1 點 1 元，其餘「績效獎勵費用」、「失智症門診照護家庭諮詢費用」及「多重慢性病人門診整合費用」採浮動點值支付，且每點支付金額不高於 1 元。</p> <p>二、本署規劃於 114 年將「生活習慣諮詢」導入家醫計畫，爰已爭取 114 年增編相對應預算支應，將再視預算額度，規劃費用支付方式。</p> <p>三、按本署規劃之糖尿病分流照護管理機制，中高風險以上病人分流予區域級以上醫院照護，中低風險則交由地區醫院、診所照護，符合分級醫療之概念：讓區域級以上醫院專注於急、重、難、罕等嚴重複雜疾病照護，輕症或病情穩定者至社區院所（地區醫院或基層診所）接受照護。</p>
<p>李委員永振(議事錄第 87 頁)</p> <p>會議資料第 13~15 頁有公告今年要做的方案或計畫，要請教健保署</p>	<p>一、為使病人能於同一家診所接受家醫計畫及 P4P-DM/CKD/DKD、代謝症候群</p>

委員意見	健保署說明
<p>其中的 2 點，第 1 點在會議資料第 13 頁，4. 費用申報及支付方式(1)個案管理費，為什麼還會出現非屬同一診所？是不是剛剛石署長補充提到黃色、綠色的因素？如果是，為什麼大平台沒整合在一起？這樣不是又多花一筆個案管理費嗎？</p> <p>第 2 點在會議資料第 15 頁，5. 計畫評核指標(4)加分指標，檢驗(查)結果上傳率從 90% 調降為 70%。是因為 90% 訂得太高嗎？所以遷就於現實降到 70%？這樣也怪怪的，獎勵是要獎勵特別好的，沒有提高就已經不得了，還往下降，讓我們覺得好像有一點美中不足。</p>	<p>防治計畫相關醫療照護，爰 113 年修訂家醫計畫派案原則，讓家醫會員能夠在同一家診所接受到家醫計畫及前述計畫所提供的醫療照護服務，惟部分家醫會員之 P4P 收案院所為醫院或未參與家醫計畫之診所，爰仍會有病人之家醫診所與 P4P 院所相異之情形。</p> <p>二、112 年指標為「檢驗(查)結果上傳率」係採每月上傳結果，113 年則修訂為「檢驗(查)結果即時上傳率」係採 3 天內上傳結果，兩者操作型定義相異，爰調整得分門檻。</p>
<p>滕委員西華(議事錄第 89~91 頁)</p> <p>首先我還是要說，我還是沒有被說服，到目前依然不支持地區醫院加入家庭醫師整合性照護計畫，完全沒道理。醫院可以有疾病管理師、個案管理師，但不管在健保法的架構或實務上，醫院都不應該是家醫群的人，但在會議資料第 64 頁，健保署仍在規劃。雖然這是部長核定的項目之一，但核定的過程其實是很遺憾，因為就剛剛前面講的協商程序都沒有看到資料就核定，等於是空白授權，現在在補漏，這樣其實很不好，不是跟 20 年前家醫制有點類似，為什麼要走這樣的路？</p> <p>第 2 個是陳永仁老師的研究，我後來有事情沒有參與，但也看了報</p>	<p>一、分級醫療係盼引導民眾適當的就醫習慣，藉由各層級醫療院所分工，提升醫療效率，並透過部分負擔之調整，讓區域級以上醫院專注於急、重、難、罕等嚴重複雜疾病照護，輕症或病情穩定者至社區院所（地區醫院或基層診所）接受照護。</p> <p>二、承上，本署係以上述概念為基礎，規劃於 113 年辦理「地區醫院全人全社區照護計畫」，預訂以「地區醫院之三高疾病忠誠病人」為收案目標。讓前述病人能於同一家地區醫院接受多科別之整合性醫療照護服務。</p> <p>三、另有關家醫計畫對於醫療群組成及審核相關規定，說明如下：</p> <p>(一) 社區醫療群之組成單位應為本保險</p>

委員意見	健保署說明
<p>告，我要提出幾個問題，第一個是為什麼健保署試辦 20 年的家醫群，但無法主動審核家醫群的要件？誰應該要加入家醫群？一個群應該要涵蓋什麼科別？生活圈距離要在多少之內？為什麼沒有辦法做到？我們已經看到問題，過去還有很多第三方機構、基金會，甚至是資訊公司、商業公司來幫忙成立家醫群，這個醫全會都知道，造成群跟群之間不僅不認識，只認識打電話來的人，然後健保署要求的行政作業及關心病人都是承包廠商在做，目的就是要大量取得病人個資，所以這個群裡面在幹麼？在賣健康食品、醫療器材。因為醫療院所有健保署沒辦法擁有的，就是病人的電話、住哪裡的資訊，現在他們都建了一個 LINE 群組，所以更方便了，我們有收到民眾關切，不是檢舉，是好奇醫生可不可以群組裡面在特定季節或特定時候推銷某一些或建議群裡的某一些人使用某些健康產品，雖然醫療法說可以廣告，但行銷還是禁止的。</p> <p>這個不應該只有丟給承辦的醫師公會或其它總額，我們應該可以審核吧？你要汰劣吧？查虛報、浮報的時候，你都會問病人有沒有去看病了，怎麼不問家醫群，你收的病人是誰、我是不是你收的病人，或是做秘密客的查詢，去瞭解群跟群之間認不認識。我們申報居家照護都知</p>	<p>特約醫事服務機構，本計畫之核心業務不得委由非醫療服務機構(如管理顧問公司)執行，若有違反情事，該社區醫療群應即終止本計畫。核心業務包含本計畫之申請、管理及監督成員之加入與退出、運作與協調及計畫經費之申請與分配。24 小時諮詢專線服務協助處理安排病人轉診、追蹤轉診病人治療結果，及病人轉回後之追蹤治療。</p> <p>(二)另社區醫療群之組成區域範圍，以符合社區民眾同一鄉(鎮)、市(區)生活圈為原則。若所在地之鄉、鎮、市、區無社區醫療群，新參與計畫之診所得以社區民眾生活圈之原則，選擇現有社區醫療群參與。</p> <p>(三)為保障醫療品質，每年積極檢討家醫計畫，持續修訂評核指標，並針對品質指標執行不佳者，訂有退場機制，以 112 年計畫規定，評核指標未達 70 分者，應退出計畫，1 年內不得再加入計畫；指標介於 70 分至 75 分者，接受分區業務組輔導改善後方可加入計畫(以 112 年為例，計有 28 群退場，27 群納為需輔導改善之醫療群)。</p> <p>(四)為促進計畫執行品質，本署不定期召開觀摩會，邀請執行成效良好之社區醫療群或診所分享經驗，推廣優良的管理模式。社區醫療群於計畫執行 6 個月辦理自我評估，由本署視評估結果，必要時通知中華民</p>

委員意見	健保署說明
<p>道幾公里內不能申報，為什麼家醫群沒有這種生活圈的基本要件？我覺得可惜。</p>	<p>國醫師公會全國聯合會進行輔導，未自我評估或不接受輔導者，將不予支付計畫之指標費用，並應退出計畫。</p>
<p>第 3 個，20 年了，雖然有大家醫計畫，石署長第 1 張投影片引用健保法第 44 條，當初修法的時候，我記得涂醒哲前署長特別提出論人計酬是關鍵，除了大家醫計畫，要不要試辦論人計酬，特別是在支付制度改革有講到 APG，就是門診要不要論人包裹，家醫群可以是很好的試金石。剛剛講的健保法第 44 條之所以加入預防保健的前提是論人計酬，沒有加入論人計酬的話，為什麼不付錢給有做預防保健的其他醫師，他有做衛教，你問哪一個醫師沒有做衛教，他都否認，他都有跟病人做衛教，為什麼家醫群的醫師可以拿到這筆錢，其他沒有加入家醫群的醫師不可以拿到，這道理說不通，關鍵就是論人計酬。</p>	<p>四、另為提升個案管理服務品質，社區醫療群得設置專任個案管理人員至少 1 名，協助個案健康評估、聯繫及協調照護計畫，安排病人轉診及追蹤轉診病人治療結果，規劃會員健康管理與疾病預防衛教等事宜。</p> <p>五、承上，現行家醫計畫規定醫師於參計畫第一年應接受 4 小時之行政管理教育訓練課程，爰後續將研議個案管理人員亦須接受前述教育訓練課程，以維持設置專任個案管理人員之醫療群個案管理品質。</p> <p>六、有關委員建議實施論人計酬部分，涉及層面廣泛，另民眾就醫自由是台灣全民健保的一大特色，且民眾醫療需求多元，需有社會共識才易全面推動。</p>
<p>我們有可能找出論人計酬的對象嗎？蔡前副署長講出一個關鍵，我們過去就講過這一些話，只是她講得更有說服力，因為她本身是過去在執行這個計畫專案的人。慢性病患者中，30% 為 65 歲以上之多重慢性病人，多重慢性病收進來試辦論人計酬，更有一種人要使用論人計酬，中高齡但還沒進到多重慢性病前，就幫他建立良好的就醫習慣，就是忠誠病人，讓他有第 2 個慢性病</p>	

委員意見	健保署說明
<p>或惡化的時候，是在你這邊作為起點，就是黃啓嘉委員說的，不是教民眾大病看大醫院，小病看醫院，我們認同大小病都要看同一個醫師，因為家醫群的醫師幫民眾判斷什麼是大病需要轉診。現行的部長是家醫科，要實施大家醫及家醫群，首先就是醫學中心到底要不要廢除家醫科，要有轉診制度，但醫學中心有家醫科是蠻特別的，要去整體盤點健保法第44條家庭醫師責任制到底要不要去做。</p> <p>最後一點，我覺得沒有人否認個案管理師的重要性，可是其實我們對個案管理師也沒有一定的SOP要求跟要不要在職教育，要當社工的個案管理師是有規定每年要多少學分的繼續教育、要符合衛福部規範的專業及學分，英國也有規範疾病管理師要做什麼，特別是這一次大家醫計畫期望個案管理師的角色發揮更好，你就不能不有所要求，誰可以擔任個案管理師？個案管理師應該要具備怎麼樣的能力？每年要不要繼續教育？應該追蹤什麼固定事項並留有紀錄，他才會真的去追蹤，否則就是外面承辦公司幫你打電話關心他最近好不好，地下電台賣藥的打電話都比你好，還會關心天氣變化要不要多吃藥、穿暖和一點，他的關心都比你到位，這個雖然是笑話，但其實是實話。如果沒有進一步</p>	

委員意見	健保署說明
<p>在個案管理師的規範上盡力的話，可以預期個案管理師的錢花下去，收到的效果會非常有限，以上建議。</p>	
<p>林委員文德(議事錄第 87~88 頁)</p> <p>比方說這些會員知道自己的家庭醫師嗎？如果今天是家庭醫師制度的話，我們應該知道自己的家庭醫師是誰，我記得開辦的前幾年都有打電話問會員知不知道自己的家庭醫師及參加這個計畫後的滿意度如何，有這些措施至少確保家庭醫師制度是真的有家庭醫師的，而不是我們給錢讓他們成立一個醫療群，但實際上並沒有在做未來要成為家庭醫師的工作，不知道這部分是不是有辦法改善。</p> <p>因為現在的制度是自由就醫，所以可能有一些困難，但是至少透過經費的挹注可以朝這個方向努力，或是不是有一些獎勵或鼓勵的方式，讓某些願意做家庭醫師的醫師，真的去做家庭醫師。這就要看家庭醫師制度要怎麼做，像其他國家可能用不同的誘因，給保險對象也好、給醫師也好，或一些限制，像強制轉診制度，有沒有可能開始試辦，而不是現在全部撤下去，但是看不到效果，有沒有可能針對我們想要的家庭醫師制度是什麼樣子而去嘗試看看，而不是 1 年撒 40 幾億元下去卻沒有看到什麼東西。尤其是成果，基本上那些 outcome 很難算在醫療群</p>	<p>一、有關會員是否知道自己的家醫醫師一節，說明如下：</p> <p>(一)按家醫計畫三、社區醫療群之業務之(四)規範：社區醫療群應製作家庭會員權利義務說明書或家醫計畫會員通知，告知計畫內容及其權益、義務，並提供收案對象確認回饋機制。爰為建立雙向回饋機制確認收案意願，本署 112 年於健康存摺建立「家醫計畫同意書(收案意願調查)」，並自 112 年 1 月 1 日至同年 7 月 31 日間，請社區醫療群鼓勵收案會員填寫確認被收案意願。</p> <p>(二)另針對診所自行收案個案，則於家醫計畫規定：應於收案時向會員說明計畫目的及需病人配合定期回診等事項。並應製作家庭會員權利義務說明書或家醫計畫會員通知，告知計畫內容及其權益、義務並提供收案對象確認回饋機制，並留存備查。</p> <p>二、另為鼓勵醫師參與家醫計畫，本署將與醫界持續宣導診所加入家醫計畫的重要性，透過診所與合作醫院共同組成「社區醫療群」，以群體力量提供較完整的健康照護，建立以社區為導向的健康照護觀念。同時本署亦將持續收載各界對於家醫計畫之修訂建</p>

委員意見	健保署說明
<p>身上，因為他們的病人有 50%以上都不在他們那邊就醫，所以這些 outcome 怎麼計算成效後去獎勵，這個部分也是值得去思考的，以上是我的一些觀察。</p>	<p>議，優化計畫內容，進而提升診所參與家醫計畫之意願。</p> <p>三、另本署已規劃於 113 年底建置家醫大平台，該平台將彙整及歸戶現有之個人健康資料，並透過數位化工具進行個案追蹤管理及提醒，賦能民眾及回饋醫師個人化資訊，提升健康管理效率。該平台將以家醫計畫參與診所/醫師為使用對象，亦將作為宣導診所加入家醫計畫之誘因。</p>
<p>王委員惠玄(議事錄第 92 頁)</p> <p>想請教 2 個項目，第 1 點就是剛剛不管書面或口頭的說明都談到糖尿病罹病後的就醫場域是地區醫院，這部分是不是也容許診所？因為在大家醫計畫裡面，不管是糖尿病共同照護網，或 CKD 計畫，診所都占很大一部分的量能，所以罹病之後是不是不要只有地區醫院？</p> <p>第 2 點是陳永仁副教授辦理的家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向專家諮詢會議，提到希望朝家庭責任醫師方向邁進，希望可以做到全人、全社區，可是在全人、全社區之前是不是也要考慮全家？我想在委員會議紀錄裡面，不好意思，是在陳永仁副教授主持的專家諮詢會議紀錄裡面，談到全家恐怕是下一步，那麼針對全家都納入大家醫計畫有沒有一個執行的方案或獎勵制度，剛剛林文德老師也講了，就是我們可不可以想像，從全</p>	<p>一、有關本署規劃未來透過數據分析進行糖尿病分流照護管理機制，低風險病人係交付基層診所照護，爰非僅侷限於地區醫院。另本署 113 年以家醫計畫為基礎，與 P4P-DM/CKD/DKD、代謝計畫進行整合，讓家醫會員能夠在同一家診所接受到家醫計畫及前述計畫所提供的醫療照護服務。</p> <p>二、另現行醫療群收案範圍除本署交付之較應照護族群外，每名醫師可另自行收案 200~300 名病人，原則上以指定收案會員之家庭成員及該醫師之忠誠病人為優先。</p>

委員意見	健保署說明
人進展到全社區之前，全家有沒有具體方案或獎勵措施？	

五、法定諮詢事項

說明單位：衛生福利部社會保險司、中央健康保險署

案由：衛生福利部「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」

(草案)併同中央健康保險署「114 年度醫療給付費用總額範圍

(草案)之財務試算」諮詢案。(資料後附)

討論事項

提案單位：本會第三組

案由：全民健康保險各總額部門 112 年度執行成果之評核結果獎勵標準案，提請討論。

說明：

- 一、依據本會本(113)年第 2 次委員會議(113.3.13)決議略以，對於評核結果獎勵標準將於 7 月份召開之評核會議前議定，爰提本次委員會議討論。
- 二、另依據「各總額部門 112 年度執行成果評核之作業方式」規定，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」(下稱品保款)之預算，以茲鼓勵。近 5 年總額品保款之預算編列方式及金額如下：

(一)預算編列項目：

品保款在 106 年度以前年度係列為一般服務項目，自 107 年度起改列為專款項目。

(二)各年度編列情形：

1.計算方式：

各部門品保款額度為「計算基礎*評核等級獎勵成長率」，其中歷年計算基礎及評核等級獎勵成長率如下：

總額年度	項目	計算基礎	評核等級獎勵成長率		
			良	優	特優
106	一般服務	各部門前一年度 一般服務預算	0.1%	0.3%	0.5%
107					
108		各部門評核年度 一般服務預算			
109		0.1%	0.25%	0.5%	
110~113		0.1%	0.2%	0.3%	

2.編列金額：

109~113 年四部門總額品保款金額介於 7.33~14.98 億元；占各年度可協商空間比率為 4.3%~12.8%。

(三)整理各部門總額 109~113 年度品保款額度及 109~113 年度

品保款占當年度可協商空間比率供參考，詳附件一之表 1~2 (第 82 頁)。

三、114 年度總額協商空間推估：(請參考社保司將提供之「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案))。

四、有關 114 年度總額品保款之獎勵標準，請委員討論。

茲依照 113 年度品保款之編列方式試算，114 年度品保款額度，作為委員討論之參考：

(一) 計算方式：「計算基礎*評核等級獎勵成長率」

1. 「計算基礎」：因評核內容係為 112 年之執行成果為主，乃以各部門「112 年度一般服務預算」為計算基礎，且其將納入 114 年總額內，故其須與 114 年度總額基期算法一致。目前暫以可取得健保署 112 年度點值結算報表之一般服務預算試算，後續須俟 114 年基期算法確認後，方能估算其正確數值。

2. 「評核等級獎勵成長率」：暫以 113 年度品保款獎勵成長率(特優 0.3%、優 0.2%、良 0.1%)試算。

3. 試算結果如下表。

部門	試算基礎(暫列)： 112 年度點值結算報表 之一般服務預算 (百萬元)	114 年度品保款額度估算(百萬元)		
		113 年度品保款獎勵成長率		
		良(0.1%)	優(0.2%)	特優(0.3%)
醫院	514,745.5	514.7	1,029.5	1,544.2
西醫基層	128,437.7	128.4	256.9	385.3
牙醫門診	47,905.6	47.9	95.8	143.7
中醫門診	29,760.1	29.8	59.5	89.3
品保款金額估算(合計)		約 7.21 億元	約 14.42 億元	約 21.63 億元

五、歷次委員會議及評核會議與品保款有關之決(建)議如下：

(一) 因品保款在 106 年度以前，係列於一般服務項目，亦即已納入一般服務預算基期，自 107 年度起改列專款項目，為合理運用原 106 年度已納入基期之品保款額度，並維持品保款額度之穩定性，107~113 年度各部門總額均加註協定：原

106 年度一般服務預算之品保款額度與當年度品保款專款合併運用。

(二)評核委員、委員建議各部門持續檢討核發標準，提高鑑別度：

- 1.為落實設立品保款之意旨，達到鼓勵院所持續提升醫療品質之目的，歷年評核委員、委員均建議應積極檢討品保款之核發條件及提升鑑別度，執行結果納為年度執行成果評核之依據。
- 2.為了解各部門總額歷年品保款之執行情形，本會於 113.5.28 以請辦單請健保署提供近年各部門總額之品保款實施結果(如附件二，第 83 頁)，及各部門總額提升鑑別度之辦理情形(如附件三，第 84~85 頁)，108~111 年度各部門品保款核發結果研析：

(1)核發家數占率：四總額部門 108~111 年核發品保款院所占率如下表(112 年尚未結算)，除中醫門診總額低於 7 成外(68.9%)，其餘部門均達 7 成以上。雖多數院所均獲發品保款，但因個別院所指標表現不同，領取金額多寡不同，尚難看出鑑別度。

項目	年	108	109	110	111
核發院所家數占率(%)					
--醫院	醫學中心	100.0	100.0	100.0	100.0
	區域醫院	98.8	100.0	100.0	100.0
	地區醫院	99.7	100.0	99.7	98.9
--西醫基層		74.6	75.5	73.6	70.8
--牙醫門診		83.4	86.4	87.5	88.5
--中醫門診		80.3	79.8	74.7	68.9

(2)有關各部門總額提升鑑別度之辦理情形：健保署提供 113 年度各部門品保款實施方案修訂情形供參(如附件三，第 84~85 頁)。113 年醫院總額依政策及實務需求，各層級醫院皆有增刪指標；牙醫門診總額將專業獎勵指標達成率較高之項目，調降核算基礎，並新增政策獎勵指標；西醫

基層及中醫門診總額未修訂。

(3)核發鑑別度(如下表)：

①依評核委員建議，核發金額前 20%院所領取金額占品保款比率越高，其鑑別度越好。經彙整四部門表現如下表，牙醫部門相較其他部門鑑別度較高，111 年醫院、牙醫及中醫部門之鑑別度有上升。

②核發指標表現，111 年醫院部門有 97%以上院所指標獎勵表現達滿分；西醫基層部門約有 57%院所滿分，兩部門之核發指標及閾值有檢討改進空間。

③整體而言，近 4 年各部門品保款核發鑑別度無明顯提升，建議健保署與各部門持續檢討品保款核發條件，並研擬更具鑑別度之核發指標及分配方式。

品保款核發鑑別度 評估面向	年 度	醫 院	西 醫 基 層	牙 醫 門 診	中 醫 門 診
1.核發表現優良院所是否領到較多品保款 【核發前 20%院所金額占品保款比率(%)】	108	46.0	無法計算 ^{註1} (滿分院所占一半)	66.1	52.2
	109	45.0		67.1	51.6
	110	45.5		63.5	52.1
	111	46.2		64.0	54.0
2.有多少院所指標表現達滿分 【核發指標權重 ^{註2} ≥100%家數比率(%)】	108	94.9	57.9	0.8	1.6
	109	98.5	44.7	1.8	1.7
	110	98.3	57.5	1.9	1.8
	111	97.2	57.4	1.7	1.3

註：1.108~111 年西醫基層院所指標表現達核發標準 100%者(滿分)分別占 57.9%、44.7%、57.5%、57.4%，各領取 62%、63%、61%、60.8%品保款。

2.醫院部門係以「指標獎勵」全部核發之家數占率計算。

擬辦：

一、114 年度總額品保款專款之獎勵標準計算方式：

(一)計算基礎：以各總額部門評核年度(112 年)一般服務預算為計算基礎，並與 114 年度總額基期算法一致。

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

二、建議依循 107~113 年度方式，於總額結算時，將原 106 年度

各部門總額一般服務預算之品保款額度(各部門額度：醫院 3.887 億元、西醫基層 1.052 億元、牙醫 1.164 億元、中醫 0.228 億元)，與 114 年度品保款專款合併運用，並全數作為鼓勵提升醫療品質之用。

三、請健保署會同各總額相關團體積極檢討 114 年度品保款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

決議：

附件一

表 1 109~113 年度品保款額度

總額年度 評核等級 與品保款金額		109		110		111		112		113	
部 門	醫 院	優	1,055.4	優	880.4	優	929.8	優	975.3	良	501.5
	西醫基層	優	280.5	良	115.8	良	120.3	良	124.3	良	126.2
	牙醫門診	優	101.2	優	87.9	優	91.2	優	93.9	良	47.8
	中醫門診	優	60.8	良	25.2	良	26.5	良	27.6	優	57.4
合計(百萬元)		1,497.9		1,109.3		1,167.8		1,221.1		732.9	

表 2 109~113 年度品保款占當年度可協商空間比率(介於 4.3%~12.8%)

年度		109	110	111	112	113
行政院 核定總 額成長 率範圍 (%)	上限	5.5	4.5	4.4	4.5	4.7
	下限	3.708	2.907	1.272	1.307	2.621
可協商空間 (億元) ^註		117.1	118.7	243.4	257.17	171.34
評核 結果	優	醫院 西醫基層 牙醫門診 中醫門診	醫院 牙醫門診	醫院 牙醫門診	醫院 牙醫門診	中醫門診
	良	—	西醫基層 中醫門診	西醫基層 中醫門診	西醫基層 中醫門診	醫院 西醫基層 牙醫門診
四部門總額 品保款(億元)		14.98	11.09	11.68	12.21	7.33
品保款占可協 商空間比率		12.8%	9.3%	4.8%	4.7%	4.3%

註：109 年度以前，可協商空間=(行政院核定年度總額之高推估-低推估金額)-人口差值-前一年度總額違規扣款加回金額；110 年度起，總額低推估金額已先予校正人口差值，可協商空間=(行政院核定年度總額之高推估-低推估金額)-前一年度總額違規扣款加回金額。

附件二

各部門總額之品質保證保留款實施結果

項目	年	108	109	110	111	112 ^{註4}
品保款金額(百萬元) ^{註1}						
--醫院		406.5	1,055.4	880.4	929.8	975.3
--西醫基層		328.1	280.5	115.8	120.3	124.3
--牙醫門診		119.1	101.2	87.9	91.2	93.9
--中醫門診		23.6	60.8	25.2	26.5	27.6
--門診透析 ^{註1}		45.0	45.0	45.0	45.0	45.0
核發家數						
--醫院	醫學中心	19	19	19	19	
	區域醫院	80	81	81	81	
	地區醫院	372	372	369	367	
--西醫基層		7,978	8,087	7,952	7,752	
--牙醫門診		5,905	6,117	6,249	6,364	
--中醫門診		3,183	3,211	3,042	2,844	
--門診透析	血液透析	515	534	553	531	
	腹膜透析	93	86	91	74	
核發院所家數占率(%)						
--醫院	醫學中心	100.0	100.0	100.0	100.0	
	區域醫院	98.8	100.0	100.0	100.0	
	地區醫院	99.7	100.0	99.7	98.9	
--西醫基層		74.6	75.5	73.6	70.8	
--牙醫門診		83.4	86.4	87.5	88.5	
--中醫門診		80.3	79.8	74.7	68.9	
--門診透析	血液透析	74.3	76.6	75.9	71.9	
	腹膜透析	79.5	72.9	77.8	63.2	
核發前20%院所金額占品保款比率(%)						
--醫院		46.0	45.0	45.5	46.2	
--西醫基層		註2	註2	註2	註2	
--牙醫門診		66.1	67.1	63.5	64.0	
--中醫門診		52.2	51.6	52.1	54.0	
品保款核發指標權重≥100%之家數比率(%)						
--醫院 ^{註3}		94.9	98.5	98.3	97.2	
--西醫基層		57.9	44.7	57.5	57.4	
--牙醫門診		0.8	1.8	1.9	1.7	
--中醫門診		1.6	1.7	1.8	1.3	

資料來源：中央健康保險署

註：1.各部門總額品保款預算以106年度一般服務品保款額度與當年度品保款之合併運用，本表所列金額為當年度品保款專款額度。門診透析則由慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫支應。

2.108~111年院所指標表現達核發標準100%者(滿分)分別占57.9%、44.7%、57.5%、57.4%(4,623、4,788、4,574、4,449家)，各年領取62%、63%、61.1%、60.8%品保款。

3.醫院部門核發標準分為「基本獎勵」與「指標獎勵」，本項係「指標獎勵」全部核發之家數占率。

4.112年品質保證保留款刻正進行結算，預計於113年7月底核發完畢。

各部門總額提升品質保證保留款核發鑑別度之辦理情形

總額部門	健保署辦理情形
醫院	<p>一、本署業於 113.4.15 以健保醫字第 1130107134 號公告修訂本方案，並自 113.1.1 日起生效。</p> <p>二、113 年各層級獎勵指標項目修訂重點如下：</p> <p>(一) 醫學中心：由原 19 項增刪為 20 項。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 新增 3 項指標： <ol style="list-style-type: none"> (1) 就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率。 (2) 西醫門診年復健次數大於 180 次之案件數(同院)。 (3) 慢性病連續處方箋釋出率。 2. 刪除 2 項指標： <ol style="list-style-type: none"> (1) 【雲端藥歷頁籤】就醫類別及病人類別查詢比率。 (2) 門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率。 <p>(二) 區域醫院：維持原 21 項。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 新增 3 項指標： <ol style="list-style-type: none"> (1) 死亡前安寧利用率。 (2) 呼吸器依賴病人於連續使用呼吸器大於等於 64 日期間住 ICU 人數比率。 (3) 急性心肌梗塞(AMI)病人於住院期間給藥比率 - 阿斯匹靈。 2. 刪除 3 項指標： <ol style="list-style-type: none"> (1) 同院所門診同一處方製酸劑重複使用率。 (2) 醫院 MRI 檢查 30 日內同院再次執行比率。 (3) 子宮肌瘤手術後 14 日內因該手術相關診斷再住院率。 <p>(三) 地區醫院：由原 22 項增刪為 23 項。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 新增 3 項指標： <ol style="list-style-type: none"> (1) 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症。 (2) 住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件十四日內再住院率。 (3) 急性一般病床全日護病比。 2. 刪除 2 項指標： <ol style="list-style-type: none"> (1) 醫院 MRI 檢查 30 日內同院再次執行比率(任一部位相同者始列入計算)。

總額部門	健保署辦理情形
	(2)子宮肌瘤手術後14日內因該手術相關診斷再住院率。
西醫基層	為研擬修訂全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案(下稱品保款)，本署於 111.10.5 以健保醫字第 1120664239 號函，請中華民國醫師公會全國聯合會(下稱全聯會)參酌全民健康保險各總額部門 111 年度執行成果發表評核紀錄建議修正方案，惟全聯會於 112.11.28 以全醫聯字第 1120001525 號函復，113 年暫無增修刪訂意見，並於 112.12.7 西醫基層總額研商議事會議提案討論通過，並會議決議仍請全聯會參採健保會委員意見，修訂更具提升醫療品質鑑別度之指標。
牙醫門診	為提升醫療品質鑑別度，於 113 年全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案，增修內容如下： 一、專業獎勵指標達成率較高之項目，調降核算基礎： (一)65 歲(含)以上老人恆牙牙冠 2 年內自家再補率，核算基礎由 20% 降為 15%。 (二)4 歲以上自家乳牙 545 天再補率，核算基礎由 20% 降為 15%。 二、新增政策獎勵指標「氟化物治療」，操作型定義為「該院所當年度齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)申報件數 30 件(含)以上」。
中醫門診	一、112 年度核發品質保證保留款院所占率為 72.7%(預估)，尚具有鑑別度。 二、本署將繼續與中醫門診總額相關團體檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：有關全民健康保險代謝症候群防治計畫(下稱本計畫/代謝計畫)
執行情形及成效評估，簡報如附件(第 100~111 頁)，請鑒察。

說明：

一、本計畫自 111 年 7 月 1 日起實施，針對代謝症候群個案早期介入，由醫事服務機構早期發現具高風險罹患慢性病之個案，協助個案追蹤管理，透過醫療人員指導，引導代謝症候群患者改變飲食及生活型態，以預防或延緩慢性病之發生。

二、服務內容：

(一)收案評估：

1. 醫師向收案對象說明計畫內容及研擬照護目標及策略。
2. 將個案基本資料及相關檢驗資料登錄於 VPN。
3. 交付「代謝症候群疾病管理紀錄表」衛教指引予個案進行自我管理。

(二)追蹤管理：

1. 醫師以電話、訪視、診間等方式定期追蹤個案健康管理情形，並提供衛教指導。
2. 將個案追蹤項目、方式及收案評估未達標準之檢驗檢查項目等資料登錄於 VPN。

(三)年度評估：

1. 依個案代謝症候群五大指標之改善情形，評估結案或擬定次年度照護目標。
2. 將個案危險因子、伴隨疾病及檢查數據等資料登錄 VPN。

三、收案條件：

(一)20 歲至 64 歲之代謝症候群個案：下列條件符合 3 項或以上

1. 腰圍：男性 ≥ 90 公分，女性 ≥ 80 公分或身體質量指數 $(\text{kg}/\text{m}^2)\text{BMI} \geq 27$ 。

2. 飯前血糖值(AC)： $\geq 100\text{mg/dL}$ ，或已使用藥物治療。
3. 血壓值：收縮壓 $\geq 130\text{mmHg}$ ，舒張壓 $\geq 85\text{mmHg}$ ，或已使用藥物治療。
4. 三酸甘油脂值(TG)： $\geq 150\text{mg/dL}$ ，或已使用藥物治療。
5. 高密度脂蛋白膽固醇值(HDL)：男性 $<40\text{mg/dL}$ ，女性 $<50\text{mg/dL}$ ，或已使用藥物治療。

(二) 20 歲至 64 歲符合糖尿病前期個案(糖化血紅素(HbA1c)： $5.7\% \sim 6.4\%$)。

四、計畫內容調整歷程：

(一) 診所收案人數上限：由 100 人調整為 200 人(112 年 2 月)、300 人(112 年 7 月)、500 人(113 年 1 月)。

(二) 收案條件：

1. 112 年收案條件增列糖尿病前期之個案(HbA1c： $5.7 \sim 6.4\%$)、不得與「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」中糖尿病相關條件重複收案。

2. 113 年新增派案機制、排除透析病人(含血液透析及腹膜透析)。

(三) 嘉獎費調整：

1. 112 年：增列「個案績優改善獎勵」，針對個案未使用慢性病用藥且已改善為非代謝症候群個案並結案者，予以 1,000 點獎勵。

2. 113 年：

(1) 增列「腰圍或身體質量指數管理成效獎勵費」，每一個案獎勵 500 點。

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

(3) 調整新發現個案獎勵費，每一個案獎勵 500 點。

五、歷年執行情形：

(一) 預算金額：111 年 3.08 億元、112 年 6.16 億元、113 年 6.16 億元。

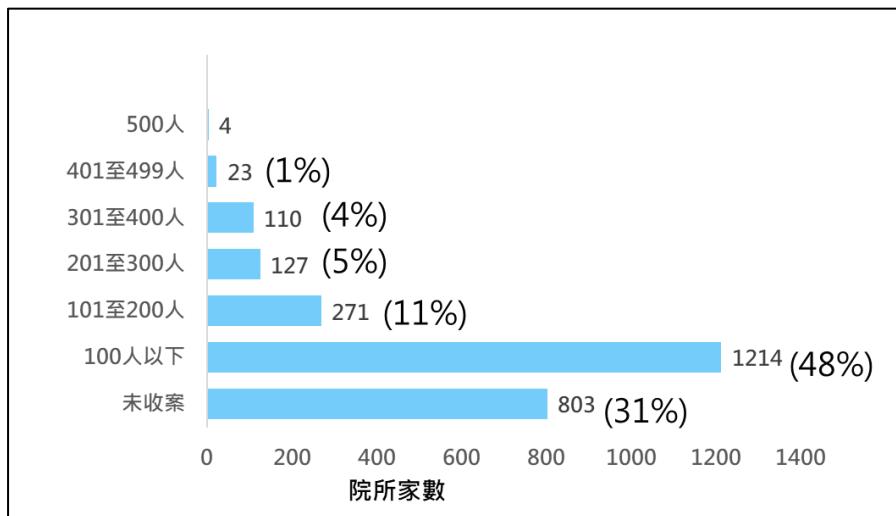
(二) 預算執行率：111 年 7.2%、112 年 17.4%。

(三)111 年 7 月至 113 年 4 月止，參與院所計 2,552 家，參與醫師計 3,995 人，累計收案人數計 16 萬 5,564 人。

年度	成人預防保健診所數	參與診所數	參與率	參與醫師數	累計收案人數
111	6,316	1,196	19%	1,978	22,986
112	6,540	2,367	36%	3,808	120,643
113 年 4 月	6,623	2,552	39%	3,995	165,564

註：113年4月資料擷取區間為111年7月1日至113年4月17日止。

(四)院所收案人數分布：院所收案人數以 100 人以下最多，占 48%(1,214 家)。約有 31% 院所有參加計畫而未收案，已達收案人數上限(500 人)有 4 家診所。



註：資料擷取區間為111年7月1日至113年4月17日止。

六、收案樣態、結案情形及成效評估：

(一)收案樣態：

1. 收案個案以 50-59 歲最多(39%)、20-29 歲最少(2%)。男性及女性皆以 50-59 歲最多。

年齡別	男	女	總計
20 歲至 29 歲	2,409	1,354	3,763(2%)
30 歲至 39 歲	9,359	4,804	14,163(9%)
40 歲至 49 歲	27,368	17,516	44,884(27%)
50 歲至 59 歲	32,121	32,186	64,307(39%)
60 歲至 69 歲	16,681	21,766	38,447(23%)
總計	87,938	77,626	165,564(100%)

註：資料擷取區間為111年7月1日至113年4月17日止。

2.依投保金額分組，收案對象約有 49% 投保金額為第一組(0~28,800 元)、其次為第三組約 18%(36,301~45,800 元)。

組別	投保金額 (元)	收案個案數/ 比率	組別	投保金額 (元)	收案個案數/ 比率
第一組	0~28,800	81,255(49.1%)	第六組	72,801~ 87,600	5,439(3.3%)
第二組	28,801~ 36,300	20,731(12.5%)	第七組	87,601~ 110,100	4,551(2.7%)
第三組	36,301~ 45,800	30,516(18.4%)	第八組	110,101~ 150,000	2,402(1.5%)
第四組	45,801~ 57,800	10,697(6.5%)	第九組	150,001~ 182,000	722(0.4%)
第五組	57,801~ 72,800	8,587(5.2%)	第十組	182,001 以上	664(0.4%)

註：1.資料來源：代謝計畫收案檔、承保檔(113.04.17)。

2.代謝計畫收案人數係扣除無投保金額者且無投保地代碼者。

3.依勞保投保薪資表之投保金額 45,800 元為最大級距，將投保金額分為 3 組，皆是以腰圍或 BMI 不符標準值收案最多(78~80%)、飯前血糖最少(47~52%)。

投保 金額 分組	收案 人數	收案指標					
		腰圍或 BMI	飯前血 糖(AC)	血壓	三酸甘 油脂 (TG)	高密度 脂蛋白 (HDL)	糖化血 紅素 (HbA1c)
0~28,800	81,255	65,251 (80%)	41,909 (52%)	64,180 (79%)	59,324 (73%)	54,686 (67%)	48,068 (59%)
28,801~ 45,800	51,247	40,545 (79%)	25,392 (50%)	40,146 (78%)	36,747 (72%)	33,671 (66%)	31,614 (62%)
45,801 以上	33,062	25,770 (78%)	15,506 (47%)	25,782 (78%)	24,137 (73%)	21,526 (65%)	20,617 (62%)
合計	165,564	131,566 (79%)	82,807 (50%)	130,108 (79%)	120,208 (73%)	109,883 (66%)	100,299 (61%)

註：資料擷取區間為111年7月1日至113年4月17日止。

4.依投保金額分為 3 組，具危險因子情形，有抽菸者 13~20% 、

有吃檳榔者 2~5%。

投保金額分組	收案人數	收案危險因子	
		有抽菸者	有吃檳榔者
0~28,800	81,255	16,422 (20%)	4,188 (5%)
28,801~45,800	51,247	8,086 (16%)	1,542 (3%)
45,801 以上	33,062	4,420 (13%)	622 (2%)
合計	165,564	28,928 (17%)	6,352 (4%)

註：資料擷取區間為111年7月1日至113年4月17日止。

5.依投保金額分為 3 組，具伴隨疾病情形，最多為高血壓(47%)、其次為高血脂(42~44%)及糖尿病(9~13%)。

投保金額分組	收案人數	伴隨疾病					
		糖尿病	高血壓	心臟血管疾病	高血脂症	腎臟病	腦血管疾病
0~28,800	81,255	10,262 (13%)	38,264 (47%)	1,620 (2%)	34,298 (42%)	1,004 (1%)	253 (0.3%)
28,801~45,800	51,247	5,804 (11%)	24,060 (47%)	846 (2%)	21,829 (43%)	489 (1%)	99 (0.2%)
45,801 以上	33,062	3,069 (9%)	15,623 (47%)	541 (2%)	14,559 (44%)	320 (1%)	64 (0.2%)
合計	165,564	19,135 (12%)	77,947 (47%)	3,007 (2%)	70,686 (43%)	1,813 (1%)	416 (0.3%)

註：資料擷取區間為111年7月1日至113年4月17日止。

(二)個案結案情形：111 年 7 月 1 日至 113 年 4 月止，結案人數計 7,078 人(4.3%)，其中結案原因以「病情變化無法繼續接受本計畫之照護者或屬『糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案』中糖尿病相關條件收案者」為最多(46%)、36% 屬「個案拒絕或失聯 ≥ 3 個月」及 14% 屬「個案經介入管理後，經個案管理評估已非代謝症候群患者」。

序號	結案原因別	人數(占率)
1	個案經介入管理後，經個案管理評估已非代謝症候群患者	1,011 (14.3%)
2	病情變化無法繼續接受本計畫之照護者或屬DM 或 DKD 醫療給付改善方案收案者	3,288 (46.5%)
3	個案拒絕或失聯 ≥ 3 個月	2,563 (36.2%)
4	個案死亡	35 (0.5%)
5	收案個案已達一年且收案評估時未達標準值的管理項目，任一項皆未有進步者	160 (2.3%)
6	個案收案院所退出本計畫。	18 (0.3%)

註：資料擷取區間為111年7月1日至113年4月17日止。

(三)成效評估：

1.家醫會員之改善情形比較：

(1)收案個案 16 萬 5,564 人，計 10 萬 8,116 人(65%)為家醫計畫收案會員。

項目	代謝症候群計畫 (A)	家醫計畫 (B)	重複情形 (C)	重複個案/診所占代謝症候群計畫(D=C/A)	重複個案/診所占家醫計畫(E=C/B)
參與診所	2,552	5,607	2,174	85%	39%
收案人數	165,564	5,995,698	108,116	65%	2%

註：統計截至113/4/17參與代謝症候群防治計畫情形；另家醫計畫為113年尚在辦理計畫申請及會員上傳，爰以112年資料統計。

(2)25%~47%個案於最近一次追蹤時，其檢驗檢查項目達進步獎勵目標值，7%~47%檢驗檢查項目已達標準值，以血壓改善情形為最佳。

(3)個案同時為家醫計畫會員，於最近一次追蹤時，達成各項進步獎勵目標值情形皆較非家醫計畫會員佳；血糖、血壓、三酸甘油脂、高密度脂蛋白指標達成標準值之比率，個案同時為家醫計畫會員較非家醫計畫會員佳。

序號	檢驗檢查 項目	追蹤時已達進步獎勵目標 值比率			追蹤時已達標準值 比率		
		整體	為家醫 會員	非家醫 會員	整體	為家醫 會員	非家醫 會員
1	腰圍	24.7%	25.1%	23.6%	8.8%	8.8%	8.9%
2	身體質量 指數	-	-	-	6.5%	6.4%	6.7%
3	飯前血糖	25.4%	26.0%	23.6%	21.9%	22.5%	20.4%
4	收縮壓	32.9%	33.2%	32.2%	32.9%	33.2%	32.2%
5	舒張壓	47.3%	48.0%	45.8%	47.3%	48.0%	45.8%
6	三酸甘 油酯	30.3%	31.4%	27.7%	23.9%	24.9%	21.6%
7	低密度 脂蛋白	33.1%	35.5%	28.9%	-	-	-
8	高密度 脂蛋白	-	-	-	19.8%	20.9%	17.3%

註：資料擷取區間為111年7月1日至113年4月22日止。

2. 接受危險因子之衛教指導及指導後改善情形(由健康署委託中國醫藥大學分析結果)：

(1) 收案對象接受任一危險因子衛教指導率達 99%、個案危險因子完整衛教指導率為 65.2%。

指標	介入人次	占比(%)
接受任一危險因子衛教指導率	155,564	99.0
個案危險因子完整衛教指導率	102,459	65.2
運動指導	134,897	85.8
營養指導	154,074	98.0
量血壓 722 指導	92,610	90.1
戒菸指導或戒菸服務	27,335	100.0
戒檳指導	5,330	88.6

註：統計期間為111年7月至113年3月。

(2) 收案對象接受衛教指導後，整體代謝症候群改善率達 36%、整體代謝症候群緩解率達 16%。

收案條件	衛教指導 人次	整體代謝症候群 改善率		整體代謝症候群 緩解率	
		人次	占比(%)	人次	占比(%)
代謝症候群	24,081	8,701	36.1	3,909	16.2

註：1.統計期間為111年7月至113年3月。

2.整體代謝症候群改善率：個案代謝症候群異常項目數<收案時代謝症候群異常項目數。

3.整體代謝症候群緩解率：個案代謝症候群異常項目數<3項及以下，即追蹤至少3次後以非代謝症候群。

3.三高藥物使用情形(由健康署委託中國醫藥大學分析結果)：收案對象前一年有使用三高用藥，並經本計畫追蹤管理至少1次，停止使用藥物達4.6~29.4%。同時監測收案對象前一年未使用三高用藥，收案後有0.03~10.9%有使用三高用藥。

藥物類型	收案時使用藥物人次	停止使用人次	停止使用率(%)
降血壓藥物	4,756	220	4.6
降血糖藥物	3,592	418	11.6
降血脂藥物	17	5	29.4

註：代謝症候群收案資料檔(111年7月至112年6月)、健保申報資料(109年1月至112年6月)。

藥物類型	收案時未使用藥物人次	新使用人次	新使用率(%)
降血壓藥物	14,375	1,570	10.9
降血糖藥物	24,167	1,122	4.6
降血脂藥物	27,742	8	0.03

註：代謝症候群收案資料檔(111年7月至112年6月)、健保申報資料(109年1月至112年6月)。

七、後續推動方向：

(一)本署已於健康存摺建置代謝症候群專區，除提供5項代謝症候群指標標準值及衛教資訊供民眾參考，亦提供代謝症候群進行風險評估功能，針對符合代謝症候群個案，提醒民眾進一步至本計畫參與院所進行收案評估。

(二)將依113年度西醫基層總額「代謝症候群防治計畫」專款決定事項，本署刻正建立成人健檢個案轉介及資源共享之派案機制，透過個案最近一年之成人預防保健資料及檢驗檢查資料篩

選符合本計畫收案對象進行派案，鼓勵醫師參與，加強計畫推動。

(三)滾動性修正計畫內容，將以改變民眾生活習慣為推動方向，適時檢討擴增診所收案人數上限合理性，以及現行檢驗(查)使用情形及必要性，監測計畫成效。

(四)為朝全人照護方向整合，113 年家醫計畫整合本計畫及糖尿病/初期慢性腎臟病/糖尿病合併初期慢性腎臟病醫療給付改善(下稱 DM/CKD/DKD 方案)。家醫計畫之派案原則，已將病人優先交付本計畫、DM/CKD/DKD 方案之診所收案管理，讓病人能於同一家診所接受家醫計畫、本計畫及 DM/CKD/DKD 方案之整合性醫療照護。

(五)本署與健康署亦將透過相關醫事團體/公會鼓勵院所參與，加強本計畫推動。

報告單位業務窗口：黃怡娟科長，聯絡電話：02-27065866分機2636

本會研析說明：

一、健保署依 113 年度西醫基層總額決定事項(如下)及本會 113 年度工作計畫，於本次委員會議提出專案報告。

項目	金額 (百萬元)	決定事項
代謝症候群防治計畫	616.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>1.積極<u>建立成人健檢個案轉介及資源共享之派案機制</u>，鼓勵醫師參與，加強計畫推動。</p> <p>2.<u>滾動式檢討計畫內容</u>，以改變民眾生活習慣為推動方向，<u>檢討擴增收案人數上限合理性</u>，以及現行檢驗(查)使用情形及必要性，監測計畫成效，並與家庭醫師整合性照護計畫及糖尿病醫療給付改善方案之相關指標、費用及效益進行分析比較。</p> <p>3.<u>於 113 年 12 月前提報執行情形及成效評估檢討之專案報告</u>。</p>

二、代謝計畫之相關背景說明及本會委員意見摘要：

(一)本計畫係配合衛福部健保總額中長期計畫，為111年度開始新增之專款計畫，由健康署及健保署合作，藉由早期發現及介入，減少國人罹患慢性病，111年編列3.08億元，112、113年度增至6.16億元。

(二)本會為了解計畫推動情形，前於111年第12次及112年第3次委員會議(111.12.23及112.4.26)，安排健保署進行2次專案報告，委員意見摘要如下：

- 1.照護人數仍有待提升：111 年照護人數與預期目標(10 萬人)仍有很大落差，建議檢討原因以利改善。此外，112 年度預算數增加 1 倍，建議以 25 萬人為目標，鼓勵醫師積極參與。另建議分析收案對象的投保金額及區域，以瞭解健康狀況及實施成效有無社經地位及地理區域之差異。
- 2.檢討檢驗(查)利用情形：為避免照護往醫療化發展，已修正計畫之檢驗(查)項目可採用收案、追蹤日前 3 個月內數據，請檢討是否善用共享資訊、減少檢驗檢查次數，以利資源有效運用。
- 3.與家醫計畫整合之規劃，並提出具體成效：建議於整合後提供有效的照護模式、追蹤管理及具體成效評估，並建議支付制度朝向家庭責任醫師制度之論人計酬方式規劃。

三、經檢視 113 年度總額決定事項、委員意見與健保署提報內容，本會研析說明如下：

(一)計畫執行情形：

112 年預算執行率 17.4%。截至 113 年 4 月，累計收案人數為 165,564 人(112 年執行目標 25 萬人)，收案人數中近半數伴隨高血壓、高血脂症；若以投保金額分組，第一組約占 5 成(49.1%)、第二組及第三組合計約占 3 成(30.9%)；參與診所 2,552 家，參與率 39%，惟其中有 803 家(占 31%)未收案。

(二)有關建立成人健檢個案轉介及資源共享之派案機制：

健保署刻正建立中，將透過個案最近一年之成人預防保健及檢驗檢查資料，篩選符合本計畫之收案對象進行派案。

(三)有關滾動式檢討計畫內容：

總額決定事項之「檢討擴增收案人數上限合理性，以及現行檢驗(查)使用情形及必要性」，健保署列為後續推動方向。

(四)計畫成效分析：

- 1.代謝症候群指標改善情形：24.7%~47.3%個案於追蹤時已達進一步獎勵目標，6.5%~47.3%個案於追蹤時已達標準值，顯示其具初步成效。另，若個案同時為家醫收案會員，多數指標達成情形較非家醫會員佳。
- 2.個案結案情形：結案人數 7,078 人(占收案人數 4.3%)，其中 46.5%為「病情變化無法繼續接受照護或屬 DM 或 DKD 醫療給付改善方案收案者」最多、36.2%為「個案拒絕或失聯 ≥ 3 個月」次之，另有 14.3%為「介入管理後，經評估已非代謝症候群患者」。

(五)本會研析意見：

對於113年度總額決定事項及委員建議事項，多已納入113年計畫修訂及後續規劃，以下事項建議持續研議、精進：

- 1.請持續提升照護人數：113 年照護人數與預期目標(112 年目標 25 萬人)仍有落差，為提升照護人數，請持續加強推動成人健檢個案轉介及資源共享之派案機制，並鼓勵醫師參與。另參與計畫但未收案之院所超過 3 成(31%)，宜瞭解其原因及協助改善。
- 2.積極落實未來推動規劃：有關決定事項之檢討擴增收案人數上限合理性，以及現行檢驗(查)使用情形及必要性，已列為後續推動方向，請積極落實。
- 3.持續追蹤照護成效：考量 113 年家醫計畫已朝全人照護方向整合相關計畫，並配合修訂派案原則納入代謝計畫，宜持續追蹤、評估計畫整合後之照護成效，並進行效益比較分析，期建立對民眾最具成本效益之照護模式。

決定：

衛生福利部全民健康保險會
第6屆113年第5次委員會議

「代謝症候群防治計畫」 專案報告(含歷年執行情形及成 效評估檢討)



報告大綱

- ◆計畫內容
- ◆歷年執行情形
- ◆收案樣態、結案情形及成效評估
- ◆後續推動方向



計畫背景說明

◆執行目的：

針對代謝症候群個案早期介入，由醫事服務機構早期發現具高風險罹患慢性病之個案，協助個案追蹤管理，透過醫療人員指導，引導代謝症候群患者改變飲食及生活型態，以預防或延緩慢性病之發生。

◆實施日期：111年6月20日，同年7月1日起開始收案

3



計畫執行流程



4



收案條件

20歲至64歲之保險對象，符合下列代謝症候群指標任三項



腰圍



血糖



血壓



TG



HDL

男 \geq 90公分
女 \geq 80公分
BMI \geq 27

飯前血糖
 \geq 100mg/dL
或已用藥

收縮壓
 \geq 130mmHg
舒張壓
 \geq 85mmHg
或已用藥

\geq 150mg/dL
或已用藥

男性
 $<$ 40mg/dL
女性
 $<$ 50mg/dL
或已用藥

5.7%~6.4%

112年新增

符合糖尿病前期
定義者



HbA1c

5



計畫內容調整歷程

◆ 診所收案人數上限：由100人調整為200人(112年2月)、300人(112年7月)、500人(113年1月)。

◆ 收案條件：

1. 112年收案條件增列糖尿病前期之個案(HbA1c：
5.7~6.4%)、不得與「糖尿病及初期慢性腎臟病照
護整合方案」中糖尿病相關條件重複收案。
2. 113年新增派案機制、排除透析病人(含血液透析及
腹膜透析)。

6



計畫內容調整歷程

◆獎勵費調整：

1. 112年：增列「個案績優改善獎勵」，針對個案未使用慢性病用藥且已改善為非代謝症候群個案並結案者，予以1,000點獎勵。
2. 113年：
 - 1) 增列「腰圍或身體質量指數管理成效獎勵費」，每一個案獎勵500點。
 - 2) 調整診所品質獎勵費，前25%核付30,000點；排序大於25%至50%核付15,000點。
 - 3) 調整新發現個案獎勵費，每一個案獎勵500點。

7



歷年執行情形-預算

◆預算金額：111年3.08億元、112年6.16億元、113年6.16億元。

◆預算執行率：111年7.2%、112年17.4%。

- 111年7月至113年4月止，參與院所計2,552家，參與醫師計3,995人，累計收案人數計16萬5,564人。

年度	成人預防保健診所數	參與診所數	參與率	參與醫師數	累計收案人數
111	6,316	1,196	19%	1,978	22,986
112	6,540	2,367	36%	3,808	120,643
113年4月	6,623	2,552	39%	3,995	165,564

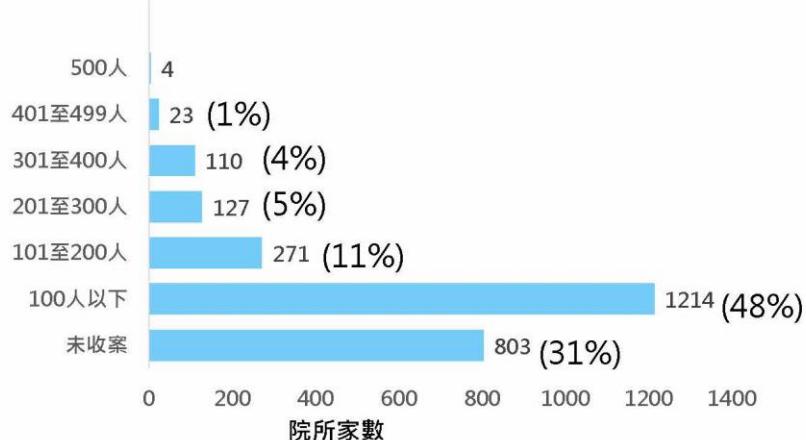
註：113年4月資料擷取區間為111年7月1日至113年4月17日止

8



歷年執行情形-收案人數分布

- ◆院所收案人數以100人以下最多，占48%(1,214家)。約有31%院所有參加計畫而未收案，已達收案人數上限(500人)有4家診所。



註：擷取區間為111年7月1日至113年4月17日止

9



收案樣態-年齡性別分析

- ◆收案個案以50歲至59歲最多(39%)、20-29歲最少(2%)。男性及女性皆以50-59歲最多。

年齡別	男	女	總計
20歲至29歲	2,409	1,354	3,763(2%)
30歲至39歲	9,359	4,804	14,163(9%)
40歲至49歲	27,368	17,516	44,884(27%)
50歲至59歲	32,121	32,186	64,307(39%)
60歲至69歲	16,681	21,766	38,447(23%)
總計	87,938	77,626	165,564(100%)

註：擷取區間為111年7月1日至113年4月17日止

10



收案樣態-投保金額分析

◆依投保金額分組，收案對象約有49%投保金額為第一組(0~28,800元)、其次為第三組約18%(36,301~45,800元)。

組別	投保金額 (元)	收案個案數 /比率	組別	投保金額 (元)	收案個案數 /比率
第一組	0~28,800	81,255 (49.1%)	第六組	72,801~ 87,600	5,439 (3.3%)
第二組	28,801~ 36,300	20,731 (12.5%)	第七組	87,601~ 110,100	4,551 (2.7%)
第三組	36,301~ 45,800	30,516 (18.4%)	第八組	110,101~ 150,000	2,402 (1.5%)
第四組	45,801~ 57,800	10,697 (6.5%)	第九組	150,001~ 182,000	722 (0.4%)
第五組	57,801~ 72,800	8,587 (5.2%)	第十組	182,001 以上	664 (0.4%)

註：

- 資料來源：代謝計畫收案檔、承保檔(113.04.17)
- 代謝計畫收案人數係扣除無投保金額者且無投保地代碼者。

11



投保金額與收案指標分析

◆依勞保投保薪資表之投保金額45,800元為最大級距，將投保金額分為3組，皆是以腰圍或BMI不符標準值收案最多(78-80%)、飯前血糖最少(47-52%)。

收案指標							
投保金額 分組	收案人數	腰圍或 BMI	飯前血糖 (AC)	血壓	三酸甘油 脂(TG)	高密度脂 蛋白(HDL)	糖化血紅 素(HbA1c)
0~ 28,800	81,255	65,251 (80%)	41,909 (52%)	64,180 (79%)	59,324 (73%)	54,686 (67%)	48,068 (59%)
28,801~ 45,800	51,247	40,545 (79%)	25,392 (50%)	40,146 (78%)	36,747 (72%)	33,671 (66%)	31,614 (62%)
45,801 以上	33,062	25,770 (78%)	15,506 (47%)	25,782 (78%)	24,137 (73%)	21,526 (65%)	20,617 (62%)
合計	165,564	131,566 (79%)	82,807 (50%)	130,108 (79%)	120,208 (73%)	109,883 (66%)	100,299 (61%)

註：擷取區間為111年7月1日至113年4月17日止

12



投保金額與危險因子分析

◆具危險因子情形，有抽菸者13-20%、有吃檳榔者2-5%。

投保金額分組	收案人數	收案危險因子	
		有抽菸者	有吃檳榔者
0~28,800	81,255	16,422 (20%)	4,188 (5%)
28,801~45,800	51,247	8,086 (16%)	1,542 (3%)
45,801以上	33,062	4,420 (13%)	622 (2%)
合計	165,564	28,928 (17%)	6,352 (4%)

註：擷取區間為111年7月1日至113年4月17日止

13



投保金額與伴隨疾病分析

◆具伴隨疾病情形，最多為高血壓(47%)、其次為高血脂(42-44%)及糖尿病(9-13%)。

投保金額分組	收案人數	伴隨疾病					
		糖尿病	高血壓	心臟血管疾病	高血脂症	腎臟病	腦血管疾病
0~28,800	81,255	10,262 (13%)	38,264 (47%)	1,620 (2%)	34,298 (42%)	1,004 (1%)	253 (0.3%)
28,801~45,800	51,247	5,804 (11%)	24,060 (47%)	846 (2%)	21,829 (43%)	489 (1%)	99 (0.2%)
45,801以上	33,062	3,069 (9%)	15,623 (47%)	541 (2%)	14,559 (44%)	320 (1%)	64 (0.2%)
合計	165,564	19,135 (12%)	77,947 (47%)	3,007 (2%)	70,686 (43%)	1,813 (1%)	416 (0.3%)

註：擷取區間為111年7月1日至113年4月17日止

14



個案結案情形

◆ 結案人數計7,075人，占收案人數4.3%，

序號	結案原因別	人數(占率)
1	個案經介入管理後，經個案管理評估已非代謝症候群患者	1,011 (14.3%)
2	病情變化無法繼續接受本計畫之照護者或屬DM或DKD醫療給付改善方案收案者	3,288 (46.5%)
3	個案拒絕或失聯≥3個月	2,563 (36.2%)
4	個案死亡	35 (0.5%)
5	收案個案已達一年且收案評估時未達標準值的管理項目，任一項皆未有進步者	160 (2.3%)
6	個案收案院所退出本計畫。	18 (0.3%)

註：擷取區間為111年7月1日至113年4月17日止

15



成效評估-與家醫計畫相較

◆ 收案個案16萬5,564人，計10萬8,116人(65%)為家醫計畫收案會員。

項目	代謝症候群 計畫(A)	家醫計畫(B)	重複情形 (C)	重複個案/診所 占代謝症候群計 畫(D=C/A)	重複個案/診 所占家醫計 畫(E=C/B)
參與診所	2,552	5,607	2,174	85%	39%
收案人數	165,564	5,995,698	108,116	65%	2%

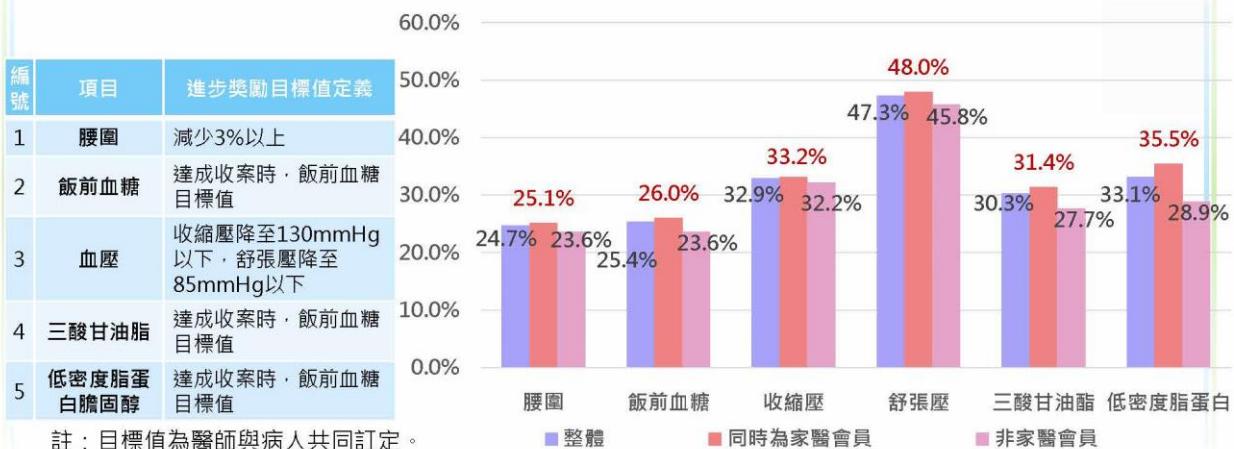
註：統計截至113/4/17參與代謝症候群防治計畫情形；另家醫計畫為113年尚在辦理計畫申請及會員上傳，爰以112年資料統計。

16



成效評估-達進步獎勵目標值

◆個案同時為家醫計畫會員，於最近一次追蹤時，達成各項進步獎勵目標值情形皆較非家醫計畫會員佳。



註：中央健康保險署多模型資料庫(代謝症候群及家醫計畫收案檔案)(113.04.22)

17



成效評估-達標準值

◆血糖、血壓、三酸甘油脂、高密度脂蛋白指標達成標準值之比率，個案同時為家醫計畫會員較非家醫計畫會員佳。



註：中央健康保險署多模型資料庫(代謝症候群及家醫計畫收案檔案)(113.04.22)

18



接受危險因子衛教指導 (國健署委託研究)

◆收案對象接受任一危險因子衛教指導率達99%、個案危險因子完整衛教指導率為65.2%。

指標	介入人次	佔比(%)
接受任一危險因子衛教指導率	155,564	99.0
個案危險因子完整衛教指導率	102,459	65.2
運動指導	134,897	85.8
營養指導	154,074	98.0
量血壓722指導	92,610	90.1
戒菸指導或戒菸服務	27,335	100.0
戒檳指導	5,330	88.6

註：統計期間為111年7月至113年3月。

19



接受危險因子衛教指導 (國健署委託研究)

◆收案對象接受衛教指導後，整體代謝症候群改善率達36%、整體代謝症候群緩解率達16%。

收案條件	衛教指導人 次	整體代謝症候群改善率		整體代謝症候群緩解率	
		人次	佔比(%)	人次	佔比(%)
代謝症候 群	24,081	8,701	36.1	3,909	16.2

註：

- 1.統計期間為111年7月至113年3月。
- 2.整體代謝症候群改善率：個案代謝症候群異常項目數<收案時代謝症候群異常項目數。
- 3.整體代謝症候群緩解率：個案代謝症候群異常項目數<3項及以下，即追蹤至少3次後以非代謝症候群。

20



三高藥物使用情形 (國健署委託研究)

- ◆ 收案對象前一年有使用三高用藥，經追蹤管理，停止使用藥物達4.6~29.4%。
- ◆ 收案對象前一年未使用三高用藥，收案後0.03~10.9%有使用三高用藥。

藥物類型	收案時使用藥物 人次	停止使用人次	停止使用率(%)
降血壓藥物	4,756	220	4.6
降血糖藥物	3,592	418	11.6
降血脂藥物	17	5	29.4
藥物類型	收案時未使用藥 物人次	新使用人次	新使用率(%)
降血壓藥物	14,375	1,570	10.9
降血糖藥物	24,167	1,122	4.6
降血脂藥物	27,742	8	0.03

註：代謝症候群收案資料檔(111年7月至112年6月)、健保申報資料(109年1月至112年6月)。

21



後續推動方向-1/2

1. 健康存摺建置代謝症候群專區，提供5項代謝症候群指標標準值、衛教資訊及代謝症候群進行風險評估功能。
2. 依113年西醫基層總額「代謝症候群防治計畫」專款決定事項，刻正建立成人健檢個案轉介及資源共享之派案機制，以提升本計畫執行率。
3. 滾動性修正計畫內容，適時檢討擴增診所收案人數上限合理性，定期監測計畫成效。

22



後續推動方向-2/2

4. 為朝全人照護方向整合，113年家醫計畫整合本計畫及糖尿病/初期慢性腎臟病/糖尿病合併初期慢性腎臟病醫療給付改善(DM/CKD/DKD方案)。修訂家醫計畫之派案原則，讓病人能於同一家診所接受整合性醫療照護。
5. 本署與國健署將透過相關醫事團體/公會鼓勵院所參與，加強本計畫推動。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：「在宅急症照護試辦計畫」之具體實施方案及照護成效監測指標（含照護品質及替代醫院費用情形），簡報如附件(第 118~125 頁)，請鑒察。

說明：

一、依衛生福利部(下稱衛福部)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辦理。

二、「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」(下稱本計畫)業於 113 年 5 月 24 日公告，並自 113 年 7 月 1 日起實施，預算來源依收案院所分列如下：

(一)地區醫院：由醫院總額「地區醫院全人全社區照護計畫」專款支應。

(二)醫學中心、區域醫院及基層診所：由其他預算之「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫(113年新增)、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務」支應。

(三)虛擬(行動)健保卡相關獎勵金：由其他預算之「提升院所智慧化醫療資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路寬頻補助費用」項下支應。

三、本計畫係提供急性感染症患者住院替代服務，避免個案因感染症疾病住院，促使醫療資源有效應用。計畫內容概述如下：

(一)醫療服務提供者資格：參與「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」(下稱居整計畫)、「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第五部第一章居家照護及第三章安寧居家療護之特約醫事服務機構，及報經保險人同意至照護機構提供一般西醫門診服務，並參與衛生福利部「減少照護機構住民至醫療機構就醫方案」之特約醫事服務機構。

(二)由本保險特約醫事服務機構之醫事人員共同組成照護小組提

供醫療服務，訪視醫事人員首次參加本計畫，應接受保險人認可之4小時實體教育訓練，及每年接受繼續教育時數4小時；護理人員、藥事人員及呼吸治療師應於參與本計畫起1年內完成相關專業訓練。

(三)收案對象：經醫師評估為肺炎、尿路感染、軟組織感染，應住院治療但適合在宅(照護機構)接受照護者，包含居家個案、照護機構住民及急診失能個案。

(四)照護內容：

- 1.醫師、護理人員、呼吸治療師及藥事人員訪視服務，藥品處方調劑、檢驗(查)、個案健康管理、24小時電話諮詢及緊急訪視服務。
- 2.醫師應於收案3天內完成實地訪視，護理人員於照護期間應每天實地訪視；醫師未執行實地訪視時，仍應每日以通訊方式追蹤病人病情。

(五)給付項目：

- 1.論日支付：每日醫療費(2,050~4,929點)、每日護理費(1,404~2,317點)、遠端生命徵象監測費(每日400點)。並依各疾病設定目標照護天數及上限天數，逾目標照護天數者，每日醫療費及每日護理費以五成支付，逾上限天數者不予支付。
- 2.論次支付：居家藥事照護費(880~1,452點)、呼吸治療師訪視費(840~1,386點)及醫師與護理人員緊急訪視費(2,632~3,106點)。
- 3.論件支付：壓傷、噴霧、氧氣照護管理指導費(1,000點)、醫師收案評估費(2,640點)。
- 4.使用床側檢驗(查)，依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」所列項目支付點數加計20%支付。

(六)獎勵金：

- 1.回饋獎勵金：鼓勵照護小組提升照護品質，每件完成治療結

案之在宅急症照護案件，其「每件基本點數」及「實際申報點數」之差額，回饋 80% 作為獎勵。

2.虛擬健保卡獎勵金：協助病人綁定虛擬健保卡者，每名病人獎勵 200 點；並依院所當年使用虛擬健保卡申報醫療費用之案件比率，每家院所獎勵 5,000~30,000 點、每案件獎勵 10~80 點。

(七)部分負擔：以實際照護天數計算每日醫療費及每日護理費之百分之五計收。

(八)照護成效監測指標：

1.觀察指標：

- (1)結案後 3 天(14 天)轉急診率。
- (2)結案後 3 天(14 天)轉住院率。
- (3)緩解完治率。
- (4)超出計畫目標天數案件比率。

2.醫療費用監測：本計畫採論日支付，並規定醫療院所於申報費用時，應填報各項不計價醫令，以利本署評估醫療費用成本及住院醫療費用之差異，俾檢討本計畫支付點數。

(九)財務影響評估：每件在宅急症費用推估，肺炎 5.2 萬~6.4 萬點、尿路感染 3.6~4.3 萬點、軟組織感染 3.3 萬~4.1 萬點；受惠人數約 5,400 人。

(十)本計畫醫療費用與住院醫療費用差異：統計 111 年居整個案、照護機構住民及 65 歲以上急診個案平均每件住院醫療費用，肺炎 6.2 萬~7.7 萬點、尿路感染 3.1 萬~4.8 萬點、軟組織感染 3.1 萬~4.3 萬點。本計畫每件醫療費用以各疾病別之目標天數估算，約住院費用 7~9 成，急診個案之醫療費用則與住院費用相當。

報告單位業務窗口：黃怡娟科長，聯絡電話：02-27065866 分機 2636

.....

本會研析說明：

一、健保署依本(113)年度其他預算之決定事項(如下)及本會本年度工作計畫，於本次委員會議提出報告，本計畫業於本年5月24日公告，並將於7月1日實施。

項目	金額 (百萬元)	決定事項(節錄)
居家醫療照護、 <u>在宅急症照護試辦計畫(113年新增)</u> 、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務	8,378.0	<p>1.新增「在宅急症照護試辦計畫」： (1)<u>預算200百萬元</u>，本項費用不包含現行由醫院總額一般服務支應之住院醫療費用。 (2)執行目標：113年至少100家院所參與服務。 預期效益之評估指標：本計畫收案對象結案後14天內轉住院率(註)較前1年醫院住院同診斷病人14天內再住院率下降。(註：在宅急症照護個案結案後14天內住院人次/在宅急症照護總人次)</p> <p>2.健保署辦理下列事項： (1)擬訂<u>具體實施方案內容(含參與醫療院所之條件、資格認定、醫療服務內容、適用對象、支付方式等)</u>及<u>照護成效監測指標(含照護品質及替代醫院費用情形)</u>，並於113年7月前提全民健康保險會報告。 (2)以4年為檢討期限(113~116年)，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則於執行第4年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p>

二、經檢視113年度總額決定事項、健保署提報內容與本計畫公告內容重點摘要(第23~24頁)，本會研析說明如下：

(一)本計畫為113年度總額其他預算項下新增計畫，旨在提供急性感染症患者適當之在宅照護，以替代住院服務。為提昇計畫執行量能，健保署同時將醫院總額「地區醫院全人全社區照護計畫」專款項目部分預算納入共同執行，依收案院所層級及支付項目屬性，分別由下表3項預算支應。

預算來源	收案院所	支付項目
1.醫院總額「地區醫院全人全社區照護計畫」專款(其中 1.5 億元)	地區醫院	計畫所列給付項目及支付標準、床側檢驗(查)加成費用、回饋獎勵金
2.其他預算「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫(113 年新增)、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務」專款(2 億元)	醫學中心 區域醫院 基層診所	
3.其他預算「提升院所智慧化醫療資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路寬頻補助費用」專款	所有院所	虛擬健保卡相關獎勵金

(二) 實施內容：(第 118~125 頁)

1. 參與院所條件、資格認定：申請條件為現行有提供居家照護、有至照護機構提供服務之團隊，擇優辦理。(第 120 頁)
2. 適用服務對象：須經主治醫師評估為肺炎、尿路感染、軟組織感染，且符合下表條件之一，適合在宅照護之患者。(第 119 頁)

類別	個案條件
1.居家個案	參與居家醫療照護整合計畫、呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫之居家照護階段、居家照護與居家安寧之收案個案。
2.照護機構住民	參與衛福部「減少照護機構住民至醫療機構就醫方案」之照護機構住民。
3.急診個案	限失能或因疾病特性，致外出就醫不便者。

3. 醫療服務內容及支付方式：(第 121~122 頁)

(1)採多元支付方式：醫療費及護理費採論日計酬，依疾病別訂有目標及上限照護天數。訪視費、緊急訪視費及管理指導費採論次或論件計酬；床側檢驗(查)費用加計 20%。

(2)訂有獎勵措施：於目標天數內完治結案之個案給予回饋獎勵金，計算方式為(每件基本點數^註-實際申報點數^註)*80%。
 註：每件基本點數=(照護目標天數內之每日醫療費+每日護理費)*疾病目標照護天數；實際申報點數=(實際照護天數內之每日醫療費+每日護理費)*實際照護天數+緊急訪視費。

4. 照護成效監測指標：(第 123 頁)

(1)訂有 6 項觀察指標，包括結案後轉急診或住院率、緩解完

治率等結果面指標，並將列為次年度是否續辦之參考。

(2)醫療費用監測：採論日計酬，健保署並請院所填報各項實際使用醫令，以利評估醫療費用成本，俾後續檢討計畫支付點數。

(三)本會研析意見：

- 1.經檢視健保署報告內容，該署已依決定事項與總額相關團體研商後擬訂具體實施計畫，包含參與院所之條件、資格認定、醫療服務內容、適用對象、支付方式及替代醫院費用估算情形等，並訂有結果面之成效監測指標，計畫內容具體可行。
- 2.本計畫為健保首次給付在宅急症治療之新興照護模式，將於113年7月1日實施，建議健保署後續監測下列執行情形，逐步精進照護模式，及提供未來協商參考：

(1)有關病人安全、治療品質及成效：考量在宅急症照護為替代住院服務之新照護模式，涉及病人照護場域及醫療服務提供方式之改變。總額協商時，委員特別關切病人安全、照護品質及成本效益問題，建議健保署持續監測執行情形及照護結果，並滾動檢討計畫內容，以精進在宅急症照護模式。

(2)有關替代醫院費用情形：

①依健保署評估資料，本計畫預計受惠人數約5,400人，以各疾病別之目標照護天數推估在宅急症照護費用，居整計畫個案及機構住民之每件費用，約為111年平均每件住院費用之7~9成(急診個案兩者費用相當)。
(第124~125頁)

②本計畫旨在促使醫療資源有效運用，考量目前尚無實際執行資料(如利用人次、照護天數及實際醫療利用等)可估算在宅急症照護替代住院費用之情形，建請健保署持續收集資料、進行分析，以利未來納入總額協商參考。

決定：



「在宅急症照護試辦計畫」之具體實施方案 及照護成效監測指標

1

2022年住院人數前十大疾病

以感染症佔多數



全國

排序	主診斷(ICD10前3碼)	人數 (萬人)	件數 (萬件)	醫療費用 (億點)
1	肺炎	7.4	9.1	67.5
2	其他敗血症	6.1	7.2	80.5
3	來院接受其他照護	6.0	26.7	110.3
4	慢性缺血性心臟病	5.6	6.1	75.3
5	泌尿系統其他疾患	5.4	6.2	27.9
6	足月正常生產	4.4	4.4	15.4
7	膽結石	3.8	4.4	31.5
8	腦梗塞	3.7	4.6	41.3
9	蜂窩組織炎和急性淋巴管炎	3.3	3.6	15.9
10	股骨骨折	3.2	3.4	29.5
	其他	15.4	236.3	1,921
	總計	182	312	2,416

居整計畫個案

照護機構住民

排序	主診斷(ICD10前3碼)	人數	件數 (萬件)	醫療費用 (億點)
1	肺炎	6,933	0.9	7.8
2	其他敗血症	6,149	0.8	8.9
3	泌尿系統其他疾患	5,813	0.7	4.0
4	呼吸衰竭	3,021	0.5	8.8
5	細菌性肺炎	2,680	0.3	3.9
6	腦梗塞	2,177	0.3	3.4
7	固體和液體所致之肺炎	1,988	0.2	2.3
8	COVID-19	1,926	0.2	1.5
9	來院接受其他照護	1,515	0.5	2.5
10	股骨骨折	1,448	0.2	1.5
	總計	42,923	10.1	100.1

排序	主診斷(ICD10前3碼)	人數	件數 (萬件)	醫療費用 (億點)
1	肺炎	16,626	2.3	18.1
2	其他敗血症	13,384	1.7	17.2
3	泌尿系統其他疾患	11,731	1.5	7.9
4	細菌性肺炎	9,888	1.4	13.6
5	呼吸衰竭・他處未歸類	7,068	1.5	25.0
6	腦梗塞	3,404	0.4	5.4
7	COVID-19	3,309	0.4	2.2
8	股骨骨折	2,985	0.3	3.0
9	蜂窩組織炎和急性淋巴管炎	2,495	0.3	1.6
10	固體和液體所致之肺炎	2,404	0.3	2.5
	總計	76,769	18.3	178.1

2



2022年

- 居整計畫收案8.1萬人
- 照護機構住民12.7萬人

居家個案以居護所收案照護居多，照護機構住民以地區醫院巡診照護居多

特定對象	收案(巡診)院所層級別	收案(巡診)人數(A)	住院件數(B)	平均每入住院件數(B/A)	平均住院日數	平均每件點數(點)
全體居家個案						
醫學中心	9,236	2,682	0.3	11.6	70,637	
區域醫院	19,681	6,130	0.3	12.0	68,991	
地區醫院	8,243	3,390	0.4	12.6	72,304	
診所	31,617	3,289	0.1	10.6	58,415	
居護所	93,545	72,968	0.8	12.6	74,557	
呼吸照護所	639	1,119	1.8	10.7	98,881	
照護機構住民						
醫學中心	1,014	260	0.3	10.9	61,942	
區域醫院	15,588	3,314	0.2	11.9	62,696	
地區醫院	31,781	10,289	0.3	11.2	56,736	
診所	6,504	2,318	0.4	12.4	61,519	

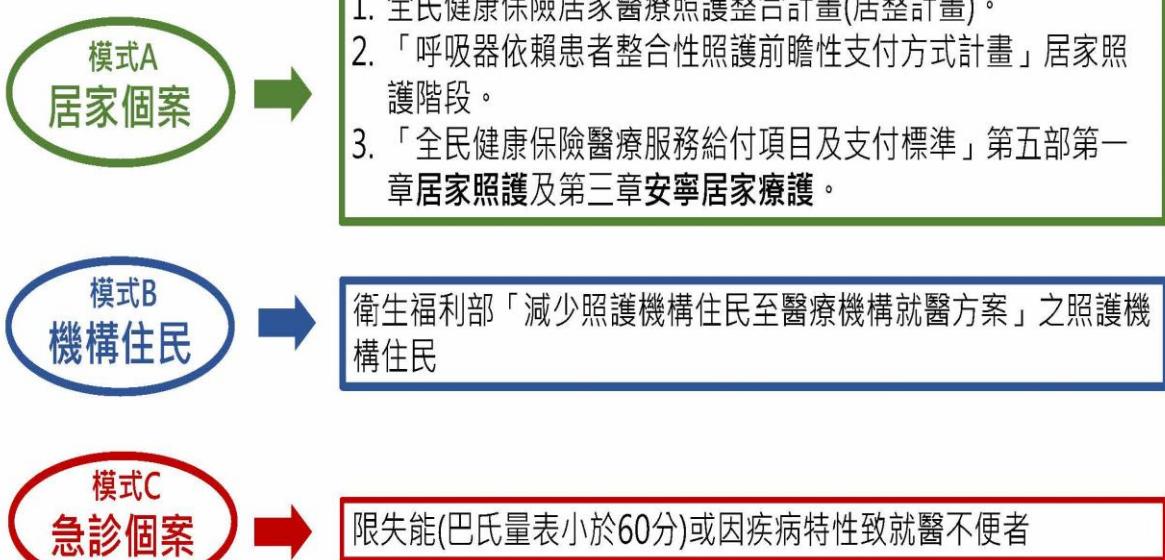
※註：全體居家個案包含居整計畫、一般居護、一般居家安寧及呼吸器依賴患者前瞻計畫居家模式個案。
住民僅計算有參與巡診及減少方案之住民名單。

3

收案對象



經醫師評估為**肺炎、尿路感染、軟組織感染**，應住院治療但適合在宅接受照護者，且須符合下列條件：



註：居家個案於本計畫照護期間，原參加計畫不結案，並於本計畫結束後回歸原計畫持續照護。

4



醫療服務提供者資格

醫療院所

居家個案

由參與居整計畫、居家照護及安寧居家療護院所組成照護小組提供本計畫服務

- 1.由原居整團隊、居家照護及安寧居家療護院所持續收案或轉介其他照護小組提供本計畫服務。
- 2.限醫院及診所收案。

機構住民

由健保巡診+已參與長照司「減少照護機構住民至醫療機構就醫方案」之醫療院所提供本計畫服務

急診個案

由參與居整計畫院所組成照護小組提供本計畫服務

居整個案由原團隊組成之照護小組提供服務，原團隊未參與本計畫或未被收案者，由急診醫院之在宅急症照護小組提供服務

醫事人員

- ✓ 醫師、護理人員、藥事人員、呼吸治療師以專任人員為限。
- ✓ 醫師須具專科醫師資格。
- ✓ 醫事人員應接受4小時實體教育訓練並取得證明，即可參與本計畫；並應每年接受4小時繼續教育(得採線上課程)。
- ✓ 護理人員、藥事人員及呼吸治療師參與本計畫起1年內完成相關專業訓練。

5

收案程序



個案發生急症問題

模式A 居家個案



在宅急症
收案



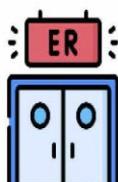
結案

回歸居家醫
療持續照護、
門診追蹤

模式B 機構住民

模式C 急診個案

急診



經評估後
在宅急症
收案

1. 向病人詳細說明，並取得病人同意書。
2. 收案後24小時內(翌日)至VPN登打收案申請書。

6

照護內容



在宅急症照護小組

醫師、護理人員、
呼吸治療師、藥師
訪視服務

醫師通訊
診療

藥品處方
調劑

檢驗
檢查
【含床側檢(驗)查
POCT、POCUS】

24小時諮詢專線、
緊急訪視服務

綠色通道
後送醫院

協助連結
長照資源

個案健康
管理

7

給付項目及支付標準1



8

給付項目及支付標準2



	目標天數	上限天數	每日醫療費
肺炎	9天	14天	2,800-4,929點
尿路感染	7天	9天	2,050-3,608點
軟組織 感染	6天	8天	2,329-4,099點

註：

1. 目標天數係參考111年居整個案每件住院案件之平均住院天數減2天訂定；上限天數為各疾病之目標天數加2天(肺炎加5天)。
2. 每日醫療及護理費係以各疾病居家個案之平均住院費用60%推估，其他醫事人員訪視費、管理指導費及緊急訪視費係以住院費用20%推估。例：肺炎每日醫療及護理費=(79,263點*0.6)/9天

9

回饋獎勵金



1. 為鼓勵照護小組提升照護品質並即時結案，病人若提早完治，其節省之費用差額將支付8成予收案院所作為獎勵。
2. 病人結案後14日內轉急診/住院者，不支付獎勵金。
3. 急診個案支付點數與住院點數相當，不給付回饋獎勵金。



基本點數=(每日醫療費+每日護理費)*疾病目標天數

實際申報點數=(每日醫療費+每日護理費)*實際照護天數+所有緊急訪視費

10

虛擬健保卡獎勵金



- 協助收案病人綁定虛擬健保卡獎勵金：每名病人獎勵200點，限獎勵一次。(含居護所或居家呼吸照護所)
- 虛擬健保卡申報指標獎勵金：依收案院所當年使用虛擬健保卡申報醫療費用之案件比率計算

獎勵指標 占率	每件獎勵點數		收案院所當年度累計收案 ≥ 10 人且有提供病人在宅急 症照護，每家機構獎勵點 數
	一般 地區	山地離島 地區	
5% \leq 占率<25%	10	20	5,000
25% \leq 占率<50%	20	40	10,000
50% \leq 占率<70%	30	60	20,000
$\geq 70\%$	40	80	30,000

*註：

分子：收案院所當年度以虛擬健保卡申報本計畫醫療費用成功之件數。

分母：收案院所當年度申報本計畫醫療費用之件數。

11

照護成效監測指標



觀察指標

- ✓ 結案後14天(3天)內轉住院率：在宅急症照護完成治療結案後14天(3天)內住院之案件數/在宅急症照護完成治療結案之案件數。
- ✓ 結案後14天(3天)內轉急診率：在宅急症照護完成治療結案後14天(3天)內急診之案件數/在宅急症照護完成治療結案之案件數。
- ✓ 緩解完治率：完成治療結案數(排除結案後因同一疾病3天內轉住院及轉急診之案件)/在宅急症照護案數。
- ✓ 超出計畫目標天數案件比率：超過該疾病目標照護天數之案件數/在宅急症照護完成治療結案之案件數。

醫療費用監測

- ✓ 本計畫採論日支付，並規定醫療院所於申報費用時，應填報各項不計價醫令。
- ✓ 後續監測本計畫醫療費用及住院費用之差異，俾檢討支付點數。

12



結案條件及部分負擔

結案條件

- | | | |
|--------|------------------|-------------------|
| ✓ 死亡 | ✓ 完成治療
(病情改善) | ✓ 轉住院
改由其他院所收案 |
| ✓ 遷居 | | |
| ✓ 拒絕訪視 | ✓ 轉急診 | |

部分負擔

比照居家照護收取5%部分負擔費用。

計算方式：(每日醫療費+每日護理費)*5%

13

財務影響



➤ 每件在宅急症照護費用推估：肺炎5.2萬-6.4萬點、尿路感染3.6-4.3萬點、軟組織感染3.3萬-4.1萬點。

➤ 以**每件醫療費用6.4萬點**推估，受惠人數約5,400人：

- ✓ 醫院總額「地區醫院全人全社區照護計畫」專款(其中1.5億元)：約可執行2,343件。
- ✓ 其他預算「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務」(2億元)：約可執行3,125件。

14



本計畫醫療費用與住院費用差異

本計畫預估每件費用為111年住院費用之7-9成，急診個案之費用與住院費用相當。

	照護族群	111年平均 每件住院費用(A)	本計畫 每件費用(B)	占比 (B/A)
肺炎 9天	居整個案	77,204	64,197	83.2%
	機構住民	75,750	51,782	68.4%
	急診個案 (65歲以上)	61,692	61,197	104%
尿路感染 7天	居整個案	45,952	43,312	94.3%
	機構住民	48,433	35,644	73.6%
	急診個案 (65歲以上)	31,157	43,312	139%
軟組織 感染 6天	居整個案	41,078	40,656	99%
	機構住民	43,070	33,464	77.7%
	急診個案 (65歲以上)	30,858	40,656	131%

費用推估推估方式：每日醫療費+每日護理費+醫師收案評估費+藥師訪視1次+呼吸治療師訪視(肺炎3次，其他疾病1次)+醫師緊急訪視1次+壓傷管理費+IoT監測費+POCT加成(200)。 15

敬請指教



16

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：黃文瑤
聯絡電話：(02)8590-6864
傳真：(02)8590-6046
電子郵件：hsyyao@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國113年5月29日
發文字號：衛部健字第1133360069號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：議程、出席意願調查表

主旨：本部全民健康保險會訂於本(113)年7月16、17日(星期二、三)，在本部1樓大禮堂召開「全民健康保險各總額部門112年度執行成果發表暨評核會議」(議程如附)，敬請委員撥冗與會指導，並請於本年6月17日(星期一)前依調查表及其所附電子郵件方式回覆，請查照惠復。

正本：盧主任委員瑞芬、王委員惠玄、田委員士金、朱委員益宏、江委員錫仁、吳委員榮達、吳委員鏗亮、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、謝委員佳宜、韓委員幸紋(依委員姓名筆劃排序)

副本：

附錄二

檔 號：
保存年限：

抄本

衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號

聯絡人：盛培珠

聯絡電話：(02)8590-6877

傳真：(02)8590-6046

電子郵件：hgpeichu@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國113年6月4日

發文字號：衛部健字第1133360074號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：衛福部健保會第6屆113年第4次委員會議議事錄(節錄)

主旨：本會委員關切強化護理照護量能，其涉及護理人力政策及勞動條件之改善，所提相關意見(如附件)，敬請卓參。

說明：依據本會第6屆113年第4次委員會議(113.5.22)決定辦理。

正本：衛生福利部

副本：

個別委員關切事項(含書面意見)之健保署答覆

委員意見	健保署說明
<p>李委員永振(議事錄第 24 頁)</p> <p>第 2 點，在會議資料第 15 頁第 3 點提到 111 年第 4 季其他預算結算說明表，有誤植的情形，我就不解，111 年第 4 季的數據到最近 4 月 26 日才發現更正，是怎麼回事？他有講原因就是誤植，只有 4 萬多元，但是那個效率我是很不瞭解啦！</p>	<p>有關 111 年第 4 季全民健康保險其他部門結算說明表之表一、(二)「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」項下 2.04 遠距醫療給付計畫-虛擬健保卡獎勵金數字誤植一事，本項費用已撥付院所，爰相關院所依其實際執行並申報符合規定之案件，皆有收到費用，不影響院所權益。</p>
<p>侯委員俊良(議事錄第 25 頁)</p> <p>在會議資料第 12 頁，有關「113 年度全民健康保險強化住院護理照護量能方案」調整的部分，我發現護理人員夜班獎勵，在今年 4 月區域醫院與地區醫院的費用都有調升，調升是好事，但我想詢問的是調升理由是什麼，是因為這 4 個月的執行情況不 OK 嗎？所以還要加重補助，我不了解調升改變的原因。</p>	<p>為回應醫界訴求，行政院前於 113 年 3 月 4 日召開政策溝通會議，會中共識縮減各層級醫院間差距，爰本署配合調整「急性一般病床護理人員夜班獎勵」單價為大夜班 900-1,000 元、小夜班 500-600 元，並回溯自同年 1 月 1 日起算。</p>
<p>朱委員益宏(議事錄第 26 頁)</p> <p>對於會議資料第 152~153 頁幾個統計的數字，我也想請教一下健保署，比方第 152 頁醫院北區家數的這個欄位，第 1、2、3 季北區醫院的家數有 800 多家，全部醫學中心、區域醫院全台灣加起來才 500 多家，但這個數字就 800 多家，不知道對不對。</p> <p>在會議資料第 153 頁，醫院攤扣前、後的平均點值，跟醫院總額研商議事會</p>	<p>一、第 6 屆 113 年第 4 次委員會議資料第 152 頁(醫院、西醫基層及中醫個總額部門 112 年第 1 至 3 季各投保分區動支「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」結算補付結果之統計表(含交付機構)，表列醫院家數係含交付機構家數，當日已於委員會議說明。</p>

委員意見	健保署說明
<p>議每次報告的攤扣前的狀況，我看起來這數字也不一樣，譬如說在會議資料第 153 頁醫院第 3 季在補助前的平均點值，攤扣前臺北分區是 0.9161，但是醫院總額研商議事會議報告的攤扣前的平均點值是 0.8782，這個數字差滿多的，不知道這些數字到底哪一個對哪一個不對，想再請教一下。</p>	<p>二、第 6 屆 113 年第 4 次委員會議資料第 153 頁(112 年第 3 季補助後點值前後差距)之醫院攤扣前、後的平均點值一節，本署說明如下：</p> <p>(一)本表係以實際結算攤扣金額，回算「攤扣前平均點值」，另外考量各分區管理方式不同，爰北區、南區、高屏、東區四分區以全區預估平均點值為攤扣前點值回算其攤扣金額，再據以計算其攤扣前點值。</p> <p>(二)醫院總額研商議事會議報告之點值為總額管理前後預估點值，係因預估當下很多參數尚無數據，爰以前一季或去年同期估算，如攤扣金額以前一季之金額計算(與當年度管理作為一致，故採前一季)，R 值、跨區就醫總額以去年同估算(與去年同期較相關)。</p> <p>(三)綜上，本表總額管理前後點值與研商會議預估點值有落差。</p>
<p>林委員文德(議事錄第 29 頁)</p> <p>我也是要針對點值的部分請教，因為剛剛朱委員也有提到補點值是以醫院來計算，那醫院怎麼計算它的點值不夠 0.9，因為這有時候牽涉到醫院或診所的經營效率問題，有些醫院經營管理得很好，點值控制在 0.9 以上，就沒有補它的點值。因為剛剛這一部分沒有回答，我不曉得醫院怎麼計算點值不足的問題。同樣的，各地區也一樣，我們分六</p>	<p>有關點值計算方式，考量醫院總額部門因採分區因地制宜之不同管控方式，故各醫院之分配金額細節，係由各分區共管會議決議。</p>

委員意見	健保署說明
<p>區，各分區有自主管理，有的管理好，點值比較高的，我們沒有補，點值比較低的，我們來補，這也是牽涉區域配置的公平性問題，想請教背後邏輯是什麼。</p>	
<p>王委員惠玄(議事錄第 33 頁)</p> <p>針對點值討論很久，我就把自己小小的問題放在最後，我在上次會議有提書面意見，在 4 月份委員會議議事錄第 44 頁，不知道為什麼沒有看到健保署的答覆，不曉得是再次書面答覆或是現在有機會口頭答覆一下？有關「提升醫院兒童及重症照護量能」的計畫，我對成效指標有一些想法，計畫主題既然是講量能提升，但成效卻用死亡率這實在有點遙遠，我建議至少在第一年針對量能提升的這部分，就兒科醫事人員的標竿數據、量能數據或是特定設施設備這方向做過程面、結構面指標，至於較長遠指標，例如：死亡率或是特定 outcome variable，是不是第 2 年或第 3 年再實施？這是我的書面意見。</p>	<p>有關「提升醫院兒童及重症照護量能」項目之執行效益評估指標案，目前本署規劃監測死亡率及住院天數兩項以結果面為導向之指標；委員建議之過程面、結構面指標（兒童死亡危險評估表、新生兒介入性治療計分系統等），本署續將請兒科醫學會共同評估，並列入 114 年總額若有爭取類此預算之規劃參考。</p>
<p>王委員惠玄會後書面意見(113.4.24 委員會議議事錄第 44 頁)</p> <p>有關「提升醫院兒童及重症照護量能」計畫之效益評估指標，建議回歸計畫目的(提升量能)及資源挹注重點(診察費、病房費、護理費之 20% 加成，及新生兒中重度住院診察支付點數 50%) 調升，預期增加或穩固量能的結構面與過程面指標，例如：(1)PICU 具新生兒或兒童重症訓練認證主治醫師達標竿</p>	

委員意見	健保署說明
<p>之醫院%、(2)值班醫師/護理/兒童呼吸治療師人力達標竿的醫院%、(3)具標竿設施設備(例如：家屬諮詢室)醫院%;結果面指標原定死亡率及平均住院日受諸多因素而波動，亦難謂有穩定數值趨勢，並不適用統計製程管制(Statistical Process Control, SPC)，建議改採(1)兒童死亡危險評估表(Pediatric Risk of Mortality Score, PRISM III Score)或(2)新生兒介入性治療計分系統(Neonatal Therapeutic Intervention Scoring System, NTIIS)達標竿數值醫院之%或分布的理想區間，此2項指標為兒童醫院評鑑採用指標，應具一定信度，亦可減少資料收集之行政負荷。</p>	
<p>李委員永振(議事錄第66頁)</p> <p>請教的部分是，會議資料第39頁有列出來健保署提供的112年度各部門查處追扣金額，與業務執行報告裡面的第50頁跟第167頁指標14那邊，也有列出這個數字，都是健保署的數字，但差異蠻大的。第1個，就是它的歸類，我這邊列出來是說醫院舉發都沒有，但另外1個資料列出來有1千8百多萬元，另外整個總共的金額誤差了2.7億元，為什麼有這麼大的差異，同樣是健保署提供的資料，是不是可以釋疑一下。</p>	<p>一、112年度查處追扣金額約計2億9,011萬元，其中自清金額2億7,123萬元(自清金額中總額舉發為1,127萬餘元；非總額舉發為2億5,995萬餘元)，上開數據請參照113年4月份全民健康保險業務執行季報告第50頁及第167頁指標14之簡報。</p> <p>二、另第6屆113年第4次委員會議資料第39頁之112年度各部門查處追扣金額合計1,888萬餘元，並未包含前開自清金額2億7,123萬元。理由略以，該資料係為掣案討論總額協商架構及原則，查「違反特管辦法之扣款」列為協商減項，其費用係違反第37、39、40條違</p>
<p>盧主任委員瑞芬(議事錄第68頁)</p> <p>接下來若委員沒有其他意見，健保署是不是先回應，李永振委員提到你們數字不一致的部分？李委員說查處追扣的金額前後數字不一致，還是你們需要</p>	

委員意見	健保署說明
<p>一點時間回去查？再給我們書面回覆。好，這個部分健保署表示要再查，再給我們書面回覆。</p>	<p>規事件本身之醫療費用，爰僅減列民眾檢舉及本署主動查核所發現之違規案件，不減列總額舉發之案件或依特管辦法第 46 條院所主動返還之費用。</p>
<p>劉委員淑瓊(議事錄第 104~105 頁)</p> <p>我們讀了去年 12 月財團法人醫藥品查驗中心(CDE)發表一個最新的研究，標題是「實證本土三班護病比暨照護品質監測可行模式研析成果報告」，這個報告引用的文獻是 Oner 在 2021 年發表的系統性文獻回顧，發現在台灣跌倒的發生率跟壓瘡發生率，其實跟護病比不具相關性，是不具相關性的指標。反而有相關性的是死亡率、住院天數、救援失敗、跌倒造成的傷害發生率還有給藥錯誤等，所以建議健保署要不要參考這個研究再去調整一下指標。</p> <p>剛剛有列出來目前用的指標，護理人員離職率年資 3 個月以上、年資 3 個月以上未滿 2 年、年資 2 年以上，可是目前離職率的計算，不太能反映真正的醫院人事政策跟人員調動政策，比方說護理界很關心的調動訓練、跨科支援所造成的影响。所以我們具體建議，重新檢討指標的信度、效度，最好用月度來計算，現在全年度為主，希望改成月。</p> <p>護病比其實要反映 2 個東西，第 1 個是每 1 位病人「每日」接受到的照護程度，第 2 個是護理人員「每日」工作程度。所以其實依照它的定義，護病比之所以重要強調的都是「每日」，但是現在</p>	<p>一、查支付標準第二部第一章第三節通則九略以，為監測全日平均護病比加成之成效，醫院應按時程至本署 VPN 登錄護理品質指標（跌倒、感染、壓瘡）及人力指標（年資三個月以上、未滿二年護理人員離職率及年資二年以上護理人員比率）。</p> <p>二、現行各醫院提報護病比之護理人員數係以「實際提供照護之護理人員數」填列，若單純從事行政工作之護理人員不予以計，且不含護理長、專科護理師、實習護士。</p> <p>三、有關委員建議參考 CDE 研究增訂護理相關指標、調整指標填報頻率及按日填報護病比部分，考量案涉醫院填報相關數值行政作業及指標定義調整，須通盤研議，本署續將納入研議參考。</p>

委員意見	健保署說明
<p>的計算是「每月」再平均回去，這已經有一個變形了，我們希望能夠還是以「每日」填報為主。</p> <p>另外剛剛有報告急性一般病床，但護病比對護理人員的認定是依照醫院評鑑標準，我們知道在實務上會把個管師、研究護理師的都加進去，其實有灌水的疑慮，所以建議計算時要確定都是急性一般病床的護理人員。</p>	
<p>吳委員榮達(議事錄第 105 頁)</p> <p>我想請教第 1 個，這 40 億元的撥付，是直接入到護理人員的帳戶，還是透過醫院給付，這是第 1 個問題。</p> <p>第 2 個，如果相關的醫院沒有依照健保署的標準給付，或甚至沒有給付的狀況之下，請教署相對應的措施是怎麼樣？這是第 2 個問題。</p> <p>第 3 個問題，我不曉得這樣的理據對不對，因為這 40 億元講起來應該屬於健保給付，健保給付原則上應該給健保病房，是不是這 40 億元應該給健保病房的護理人員來提高薪水，還是要照顧到醫院自費病房護理師的薪水？</p>	<p>一、「全民健康保險強化住院護理照護量能方案」獎勵金，係由醫院代收轉付予所屬護理人員，並規定應於保險人撥付款項後，併同最近一次發薪時，將款項撥付予護理人員，並備註款項名目為「衛生福利部護理人輪值大(小)夜班獎勵」。倘醫院有登錄不實或未如實將夜班獎勵撥付予護理人員之情形，本署將追扣獎勵款項，並依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法相關規定辦理。</p> <p>二、為強化醫院夜班護理照護量能、鼓勵醫院護理人員留任，本方案獎勵對象係包含「固定輪值三班單位」之大（小）夜班護理人員。</p>
<p>韓委員幸紋(議事錄第 108~109 頁)</p> <p>剛才報告中也有提到，整體來講，護理人員的離職率有上升的趨勢，可是我覺得報告有點做一半，應該要往下追，比如剛才健保會也有提建議，到底護理人員離職是雇主的責任？還是制度上</p>	<p>一、查本署 VPN 護理人員離職率，係以各院總離職人數計算。考量護理人員流向分析涉及整體護理人力政策，爰委員建議依決議將轉請衛生福利部護理及健康照護司</p>

委員意見	健保署說明
<p>的問題？其實這個事情一直沒有釐清。我的理解是，如果這個護理人員原本在醫學中心離職沒錯，但他跑到另外 1 家醫學中心，大家覺得這是誰的問題？這應該是雇主的問題，這跟我們的制度無關，所以我覺得這個報告有點做一半，應該往下追，就是如果這個醫學中心的離職率提高，也確定這些離職的護理人員都不在醫學中心，甚至就離開醫療產業，那真的可能是制度上的問題，我覺得流向的問題也要追，不是只看當下離職，但是他離職去哪裡？他也許去更好的地方，比如 A 醫學中心太苛刻，我去另外一個待遇稍微好一點的地方，我就覺得這樣好像是雇主問題，我覺得這個部分後續應該要釐清。</p>	<p>參考。 二、另有關本次專案報告呈現之「醫事人員薪資調整及轉知調查」薪資調整相關資料，因當時預算編列未指定提升護理照護之方式，爰部分醫院除用於提升薪資外，亦用於增聘人力以降低人員之工作負荷；又因問卷為簡化行政作業，僅詢問各院「平均護理人員薪資」，委員意見將留供日後問卷設計參考。</p>
<p>到底這個錢是用在增加人力上嗎？因為現在數字有點呼嚕呼嚕的，也不知道加薪是加在這個人身上或是這個總薪資往上拉，因為總薪資往上拉，可能是有 1 個資深的護理人員離職了，聘任 2 個年輕的護理人員，那總薪資可能會稍微增加，因為資深的薪水可能不到 2 個新進護理人員的薪水。</p>	

委員意見	健保署說明
<p>王委員惠玄(議事錄第 110 頁)</p> <p>會議資料第 114 頁的護理品質指標，雖然石署長已經說不見得跟護理品質相關，但是跌倒發生率在精神專科醫院約 10%，感染發生率在精神專科醫院是 5%上下，這是非常駭人聽聞的，我想署長、副署長對於品質指標部分，有一定的敏感度，這個部分是不是可以去了解一下、深入探索。</p>	<p>一、統計 32 家精神專科醫院 112 年全年跌倒發生率 10.54%，其中 11 家醫院跌倒發生率超過 10%。</p> <p>二、考量精神專科醫院跌倒指標顯著較其他類別之醫院高，本署將請各分區業務組輔導是類醫院留意本項指標表現。</p>

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：吳箴
聯絡電話：02-27065866 分機：2531
傳真：02-27029964
電子郵件：a111158@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5月15日
發文字號：健保企字第1130681228號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：本署原訂於貴會第6屆113年第5次委員會議提報「113年5月份全民健康保險業務執行報告」，囿於作業期程，請同意延至同年7月24日召開第6次委員會議一併提供書面報告，請查照。

說明：

- 一、依貴會113年度工作計畫及第6屆113年第3次委員會議紀錄辦理。
- 二、有關貴會第6屆113年第5次委員會議提前至6月19日召開，囿於作業期程，將於同年7月24日召開第6次委員會議一併提供旨揭書面報告。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本： 2024/05/15
16:54

113.05.15

第 1 頁，共 1 頁



1133340126

審計部 書函

地址：10058臺北市杭州北路1號
承辦人：吳怡霈
電話：(02)2397-1366分機669
傳真：(02)2397-7883
電子信箱：yipei@mail.audit.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5月30日
發文字號：台審部三字第1130017051號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：貴會檢送第6屆113年第3次委員會議之委員意見，請本部回應，並作為審定112年度全民健康保險基金附屬單位決算之參考一案，復如說明二，請查照。

說明：

- 一、復貴會113年5月10日衛部健字第1133360063號書函。
- 二、本部曾於103年7月7日、105年6月21日分別函請行政院及衛生福利部研議明確定義政府應負擔健保總經費，並完備法制，以杜爭議。惟在相關條文未修正前，本部尊重主管機關衛生福利部對全民健康保險法之法令解釋權及計算方式。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：電子公文
2024/05/30
14:02:21
交換章

113.05.30



1133340137

附錄六

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6月3日
發文字號：健保醫字第1130662493B號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨 (A21030001I_1130662493B_doc4_Attach1.pdf)

主旨：修訂「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草案」（附件），請查照。

說明：

- 一、依據113年5月21日全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額113年第2次研商議事會議決議辦理。
- 二、於旨揭計畫第四點預算來源新增(二)有關「高風險疾病病人複雜性複合體充填診療項目(89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C)」之醫療費用，每項支付點數400點由本計畫專款項目支應，其餘支付點數由該總額一般服務預算支應。

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、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會(均含附件)



3.06.03



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(草案)

一、依據：

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

針對高風險疾病病人加強口腔照護頻率，提供牙結石清除、氟化物治療、複合體充填等項目，讓口腔照護更加全面，維護高風險疾病病人口腔健康，爰整併全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱醫療服務支付標準)中「高風險疾病口腔照護」相關診療項目，與 112 年「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」及「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」二專款項目之評估指標。

三、實施期間：

113 年 1 月 1 日起至 113 年 12 月 31 日止。本計畫給付項目及支付標準，自 113 年 3 月 1 日起適用。

四、預算來源

(一)113 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「高風險疾病口腔照護」專款項目下支應，全年經費為 1,599.0 百萬元。

(二)有關「高風險疾病病人複雜性複合體充填」診療項目(89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C)之醫療費用，每項支付點數 400 點由本計畫專款項目支應，其餘支付點數由該總額一般服務預算支應。

五、執行目標：

- (一) 113 年服務高風險病人執行牙結石清除(91090C)達 80,000 人次。
- (二) P7302C 預估服務人次 202 萬人次。

六、本計畫各項給付項目、適用對象及支付標準，詳附件。

七、醫療費用申報、審查及點值結算：

- (一)除另有規定外，依醫療服務支付標準、全民健康保險藥物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)本計畫預算按季均分及結算，每點支付金額不高於 1 元，當季預算若有結餘，則留用至下季；若預算不足時，採浮動點值計算。全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。

八、預期效益之評估指標

(一) 國人牙齒保存數較衛生福利部「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。

(二) 自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。

評估指標之定義：

1. 年度高風險疾病病人平均牙齒填補顆數(牙位歸戶)。

分子：當年度高風險疾病病人之填補顆數(牙位歸戶)。

分母：當年度高風險疾病病人之就醫人數。

公式：分子/分母。

2. 年度高風險疾病病人平均牙齒填補增加率。

分子：(當年度高風險疾病的平均牙齒填補顆數)－(前一年度高風險疾病的平均牙齒填補顆數)。

分母：前一年度高風險疾病的平均牙齒填補顆數。

公式：分子/分母*100%。

九、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人(以下稱保險人)公告實施日期辦理。

十、本計畫由保險人與中華民國牙醫師公會全國聯合會共同研訂後，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。

健保會委員關切「家庭醫師整合性照護計畫」朝全人照護方向整合之具體規劃與導入一般服務之評估

健保會 113.6

依健保法第 44 條規定，保險人應訂定「家庭責任醫師制度」，為奠定家庭責任醫師制度之基礎，健保署自 92 年起於西醫基層總額試辦「家庭醫師整合性照護計畫」(下稱家醫計畫)，因執行已超過 20 年，近年本會委員及專家學者均籲請健保署進行計畫轉型，並規劃過渡措施，以利落實「家庭責任醫師制度」。考量我國人口老化、慢性病及多重疾病增加，家醫計畫如何朝「全人照護」方向，整合現有相關疾病照護計畫，是現階段重要的議題。爰依照 113 年度總額決定事項，請健保署於 113 年第 4 次委員會議(113.5.22)提出「家醫計畫朝全人照護方向整合之具體規劃與導入一般服務之評估規劃」專案報告。

依健保署報告，有關朝全人照護方向整合之規劃，首先進行慢性病整合，於 113 年優先整合論質方案之糖尿病、初期慢性腎臟病、糖尿病合併初期慢性腎臟病，並配合修訂派案原則，增加支付誘因；此外，配合建置家醫大平台，彙整現有個人健康資料，透過數位化工具加強個案追蹤管理，期藉由逐步整合資訊、服務、資源及財務，擴大家醫計畫的服務涵蓋率，達到落實全人全程健康照護之目標。未來將規劃加強三高病人的防治，逐步納入照護管理，期達成 5 年「三高防治」888 政策目標(註)。至於導入一般服務之規劃，則待持續擴大家醫計畫照護範圍，且有相關配套措施後，再研議導入一般服務。

註：80% 病患加入照護網、加入照護網的病患 80% 的比例接受生活習慣諮詢，以及 80% 達到三高控制率。

委員聽取健保署的報告後，肯定健保署為推動家醫計畫轉型所做的努力，建議健保署及醫師公會全聯會參考健保會 113 年委託研究計畫「多元公民參與模式探討-以健保資源配置之議題為例」中，對於家醫計畫提出四個改進方向建議，包括：「提升會員固定就醫率及增加計畫涵蓋範圍」、「精進評核指標，提出具體成效」、「以人為中心為整合方向，個案管理師扮演重要角色」、「檢討誘因及獎勵措施」。此外，委員也從各個面向提出諸多寶貴建議，首先在結構面，醫療群團隊組成應考量民眾生活圈及群內科別分布等因素，以提升民眾醫療利用率；在過程面，則要注重醫療群共同管理的成效，加強跨科、跨院所，甚至跨層級的溝通；在成效面，為過渡至家庭責任醫師制度，獎勵應以醫療結果為基礎，納入論人計酬模式；在支付方式設計上，宜考量是否會有逆選擇(選擇輕症病人)問題；最後，

個案管理師扮演重要角色，爰建議建立個管師之標準作業程序及定期教育訓練，鼓勵診所引入全人照護的個管師系統，以提供整合服務。

最後，委員也相當關切家醫大平台建置，對於建置期程、平台包含的資訊內容、預期用途、使用對象等提出許多建議，請健保署提出具體規劃，並確保資訊平台能有效發揮功能。委員亦提醒，家醫計畫為奠定家庭責任醫師制度之基礎，為能順利過渡至家庭責任醫師制度，健保署宜訂定分階段實施期程、策略與目標，以引導計畫往預定的目標推展。

經過委員熱烈討論，最後決議將委員所提意見送請健保署研參。健保會將持續關注家醫計畫之未來發展，期能持續精進服務型態，落實健保法第 44 條規定，建立完善家庭責任醫師制度，提供民眾全人醫療照護。

出處：相關內容詳衛福部健保會第 6 屆 113 年第 4 次委員會議議事錄(113 年 5 月 22 日)

健保會委員關切「強化住院護理照護量能方案」及歷年相關預算執行結果

健保會 113.6

健保會委員長期關切護理人力(護病比)的改善狀況，歷年來陸續於健保總額編列提升住院護理品質、調升護理支付標準、保障點值及護理費加成等預算，期透過經費投入，以改善護理人員的薪資及工作負荷，進而提升護理照護品質。113 年度總額經衛福部核定，於其他預算編列「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」項目，經費 40 億元，用於護理人員夜班獎勵，以鼓勵醫院護理人員留任。為了解歷年健保總額對提升住院護理照護相關投入之執行成效，並於決定事項請健保署提出執行情形檢討之專案報告，健保署乃於 113 年第 4 次委員會議(113.5.22)提報「強化住院護理照護量能(含歷年相關預算執行檢討結果)」。

依健保署報告，健保自 104 年將「提升住院護理照護品質」20 億元由醫院總額專款移列至一般服務，用於調增住院護理之支付標準，並陸續編列預算調升護理費，同時也推動護病比與支付連動，醫院每年申報護病比加成點數約 22~24 億點；另為鼓勵偏鄉護理人員留任，偏鄉醫院住院護理費加成亦由 106 年之 3.5% 提升為 15%。至有關 113 年度「全民健康保險強化住院護理照護量能方案」，1~3 月已撥付護理人員夜班獎勵金予 417 家醫院、共計 6.64 億元。而依近 5 年護理品質與人力指標監測結果顯示，跌倒、壓瘡、感染發生率等 3 項品質指標中，跌倒發生率不分層級，112 年數值為近 5 年相對低點，係 3 項指標表現最佳者；醫學中心感染發生率則有微幅上升趨勢。護理人力指標中，整體離職率有上升趨勢，其中未滿 2 年離職率波動較大，2 年以上留任率則微幅上升。未來該署將持續推動「三班護病比」，監測、檢討修正護病比、護理品質與人力相關指標，並配合衛福部「護理人力政策整備 12 項中長程策略計畫」辦理相關事宜。

委員首先感謝健保署提供完整資訊，讓委員了解歷年來健保對提升住院護理照護之相關投入及執行成果。整體而言，護理人員離職率有上升趨勢，討論過程中，付費者代表委員最關心的是健保挹注的經費是否確實補貼到護理人員薪資及其勞動條件有否改善，其屬勞方、資方、政府 3 方的責任，健保已盡力於 113 年編列 40 億元經費用於強化住院護理照護量能，衛福部照護司及醫院應承擔其應有的責任。委員也建議進一步探討護理人員離職原因，分析護理人員離職流向，以釐清護理人員離職是雇主的責任還是制度問題？舉例而言，若醫學中心的離職率提高，且這些離職的護理人員就此離開醫療產業，可能屬制度或個人問題，但若只是換到待遇較好的醫院，則可能是雇主問題，了解原因之後，才能針

對問題進行改善。

此外，付費者代表及專家學者也針對護病比的定義及護理品質監測指標提出研修建議，例如，護病比中「護」的計算，應確實是照護急性一般病床的護理人員，而「病」的定義，則應釐清是健保床或自費床。對於目前所監測的護理品質指標，如跌倒發生率及壓瘡發生率，與護病比較不具相關性，建議健保署參考相關研究，就研究顯示具有相關性的指標(如死亡率、住院天數、救援失敗、跌倒造成的傷害發生率等)調整監測指標。

護理師公會代表委員則感謝健保對於護理人力及護理品質的關心，惟認為健保過去挹注的經費多用於調整支付標準，未必會回饋到護理人員身上，但 113 年「全民健康保險強化住院護理照護量能方案」40 億元，則是真正進到護理人員的口袋，讓她們相當有感。惟目前僅支應急性一般住院護理夜班費，無法涵蓋到所有護理同仁，宜思考如何讓其他在臨床工作的護理人員也能真正受益。

對於委員關切護病比及相關指標的定義及計算方式，健保署說明護病比係以整體急性病床計算，未區分自費病床，至未來資料是否區分，將視專業團體的定義及實務考量再配合調整。至護理品質相關指標主要是參採財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會所訂指標，未來將與該會反映後進行檢討修正。

由於健保資源有限，委員除肯定健保署在強化住院護理照護量能所做的努力外，也認為醫事人員薪資結構，係醫院就其盈餘狀況之內部考量而訂，若政府希望藉由政策誘因導引、改善醫事人力問題，建議由公務預算挹注為宜。考量護理人力不足與職場環境，尚涉及護理人力政策及勞動條件之改善，爰建議回歸主政單位(衛福部護理及健康照護司)提出改善策略及進行管理與監督，委員所提相關建議，將送請衛福部照護司參考。期藉由各方群策群力，達到強化住院護理照護量能之目的。

出處：相關內容詳衛福部健保會第 6 屆 113 年第 4 次委員會議議事錄(113 年 5 月 22 日)

副本

檔號： 附錄八
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



15

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5月24日

發文字號：健保醫字第1130110065號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網公告欄擷取)



主旨：公告「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」(附件)，並自
113年7月1日起實施。

依據：衛生福利部113年5月17日衛部保字第1131260252號函。

公告事項：符合申請資格之特約醫事服務機構，由主責特約醫事服
務機構於本計畫公告1個月內，向本署分區業務組提出
參與計畫申請書。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國
呼吸治療師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、台灣醫院協會、台
灣社區醫院協會、中華民國診所協會全國聯合會、台灣在宅醫療學會、台灣居家
醫療學會、台灣家庭醫學醫學會、社團法人台灣安寧緩和醫學學會、社團法人
台灣安寧緩和護理學會、台灣護理學會、社團法人台灣居家護理暨服務協會、衛
生福利部全民健康保險會、衛生福利部醫事司、衛生福利部長期照顧司、地方政
府衛生局、本署各分區業務組、本署醫審及藥材組、本署企劃組、本署承保組、
本署醫務管理組

署長石宗良 出國
副署長李丞華代行

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300154

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



15

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5月27日

發文字號：健保醫字第1130110147號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網站公告欄擷取)



主旨：公告修正「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」如附件，提升院所智慧化資訊機制獎勵項目回溯自113年1月1日起實施，其餘修正項目自113年5月1日起實施。

依據：衛生福利部113年5月17日衛部保字第1131260278號函。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、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、中華民國藥劑生公會全國聯合會、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、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國醫院牙科協會、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署資訊組、本署醫審及藥材組

署長石崇良 出國
副署長李丞華代行

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300156

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5月31日

發文字號：健保醫字第1130110860號

附件：請自行至本署全球資訊網擷取



主旨：公告新增「全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」，並自113年6月1日起生效。

依據：衛生福利部113年5月28日衛部保字第1131260282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、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、台灣醫院協會、台灣感染症醫學會、社團法人台灣感染管制學會、衛生福利部疾病管制署、本署各分區業務組、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組

署長 石宗良 出國
副署長 李丞華 代行

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300163

113.6.4

第1頁 共1頁

附錄九

檔 號：
保存年限：

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



3

臺北市南港區忠孝東路6段488號

裝
訂
紙

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5月14日

發文字號：健保醫字第1130661988號

附件：請自行至本署全球資訊網下載



主旨：公告113年4月起新增「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等6項中醫門診總額照護計畫承作院所及醫師名單（附件），執行日自113年4月1日起。

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

署長石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300144

附錄十

6項中醫醫療照護計畫自 113 年 4 月 1 日起新增之承作院所數及醫師數

計畫名稱 分區別	項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
		院所數	1	3	4	3	2	0
西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫(腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷、呼吸困難相關疾病及術後疼痛)	醫師數	5	6	4	3	3	0	21
	院所數	8	10	4	4	4	0	30
中醫提升孕產照護品質計畫	醫師數	26	17	6	5	5	0	59
	院所數	3	0	3	1	0	0	7
中醫急症處置計畫	醫師數	5	0	3	1	0	0	9
	院所數	11	8	5	4	4	0	32
兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	醫師數	31	15	7	4	5	0	62
	院所數	2	0	4	3	2	0	11
中醫癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫	醫師數	7	0	5	4	3	0	19
	院所數	1	0	2	3	2	0	8
癌症患者中醫門診延長照護計畫	醫師數	4	0	2	4	3	0	13
	院所數	7	4	6	8	4	0	29
特定癌症患者中醫門診加強照護計畫	醫師數	19	6	6	9	5	0	45
	院所數	1	1	6	5	1	0	14
全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	醫師數	1	1	6	11	2	0	21

附錄十一

中央健康保險署 113 年 2 月至 5 月份公告暫予支付及修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分項目如下：

一、藥品部分：計公告 35 件，其中 6 件為新藥收載、15 件為給付規定異動、14 件為其他(已收載品項支付標準異動、新收載品項暫予支付)。

(一)新藥收載：6 件

公告日期	藥物分類	公告主旨
113.03.05	新成分新藥/神經系統藥物	公告暫予支付含 cannabidiol 成分藥品(如 Epidyolex)暨其藥品給付規定。(適用於年滿 2 歲 Dravet 症候群、或年滿 1 歲之結節硬化症病人，於癲癇發作之輔助治療，屬第 2A 類新藥)
113.03.15	新成分新藥/抗人類免疫缺乏病毒藥品	公告暫予支付含 cabotegravir 成分藥品 Vocabria 30mg film-coated tablets、Vocabria prolonged-release suspension for injection，及含 rilpivirine 成分藥品 Rekambys prolonged-release suspension for injection 300mg/mL 共 3 品項。(治療成人人類免疫不全病毒(HIV)-1 感染症二線治療藥品，屬第 2A 類新藥)
113.03.15	新成分新藥/抗癌瘤藥物	公告暫予支付含 ipilimumab 成分藥品 Yervoy injection 及含 nivolumab 成分之新規格量品項 Opdivo 120mg/12mL，異動含 nivolumab 成分藥品 Opdivo 100mg/10mL 之健保支付價格暨修訂免疫檢查點抑制劑之藥品給付規定，及含 oxaliplatin 成分藥品及含 capecitabine 成分藥品(如 Xeloda)之給付規定。(Yervoy 併同新規格量品項 Opdivo 用於治療非上皮型惡性肋膜間皮瘤，屬第 2A 類新藥)
113.04.15	新成分新藥/代謝及營養劑	公告暫予支付含 burosomab 成分藥品 Crys vita solution for injection 10mg、20mg 及 30mg 共 3 品項暨其藥品給付規定。(用於治療性聯遺傳型低磷酸鹽症之罕見疾病用藥，屬第 1 類新藥)
113.04.19	新成分新藥/呼吸道藥物	公告暫予支付含 tezepelumab 成分藥品 Tezspire solution for injection 210mg 暨其藥品給付規定。(用於治療嚴重氣喘控制不良，屬第 2A 類新藥)
113.05.15	新成分新藥/抗癌瘤藥物	公告暫予支付含 tirabrutinib 成分藥品 Velexbru Tablets 80mg 品項暨其藥品給付規定。(用於治療成人復發或難治型原發性中樞神經系統 B 細胞淋巴瘤，屬第 2A 類新藥)

(二)已收載藥品給付規定異動：15 件

公告日期	分類	公告主旨
113.02.27	免疫製劑	公告修訂含 mepolizumab 成分藥品(如 Nucala)之給付規定暨異動健保支付價。(擴增給付於 18 歲以上嗜伊紅性肉芽腫併多發性血管炎病人)
113.03.15	抗微生物劑	公告修訂 B 型肝炎口服抗病毒用藥之給付規定。(敘明未

公告日期	分類	公告主旨
		同意調降支付價格之品項，不適用於 112.10.1 擴增之給付規定)
113.03.15	皮膚科製劑	公告修訂含 ivermectin 成分藥品(如 Stromectol)之藥品給付規定。(用於治療疥瘡，放寬醫師於住宿型長期照顧機構為住民處方時，不限鏡檢確診者使用，惟須附照片備查)
113.03.15	抗癌瘤藥物	公告修訂含 lorlatinib 成分藥品(如 Lorviqua)之給付規定。(擴增給付範圍於治療惡化之 ALK 陽性晚期非小細胞肺癌)。
113.03.15	抗微生物劑	公告修訂含 ceftazidime+avibactam sodium 成分藥品(如 Zavicefta)之給付規定。(用於治療具抗藥性的革蘭氏陰性菌感染，加註臨床使用之相關限制條件)
113.03.15	神經系統藥物	公告修訂含 onasemnogene abeparvovec 成分藥品(如 Zolgensma)之藥品給付規定。(用於治療脊髓性肌肉萎縮症(SMA)，使用本藥品需簽署「全民健康保險保險對象使用 onasemnogene abeparvovec 基因療法製劑協議書」規定)
113.04.03	抗癌瘤藥物	公告異動含 darolutamide 成分藥品 Nubeqa F.C. Tablets 300 mg 之支付價格暨修訂其給付規定及修訂含 docetaxel 成分藥品之給付規定。(擴增給付範圍於轉移性的去勢敏感性前列腺癌，並調降支付價)
113.05.15	抗癌瘤藥物	公告修訂含 copanlisib 成分藥品(如 Aliqopa)之給付規定。(因本藥品已於 113.2.1 取消健保給付，爰刪除給付規定)
113.05.15	抗癌瘤藥物	公告修訂含 abemaciclib 成分藥品(如 Verzenio)之給付規定(依本藥品核准之適應症修訂給付規定文字，以臻明確)
113.05.15	抗癌瘤藥物	公告修訂免疫檢查點抑制劑、含 oxaliplatin 成分藥品及含 capecitabine 成分藥品之給付規定。(用於治療食道鱗狀細胞癌、惡性肋膜間皮瘤及胃癌，修正藥品使用條件，以臻明確)
113.05.15	激素及影響內分泌機轉藥物	公告修訂 Gn-RH analogue 藥品給付規定(刪除「無法忍受其他荷爾蒙製劑」之規定，及加註「依適應症範圍內」使用)。
113.05.15	抗癌瘤藥物	公告修訂藥品給付規定涉及生物標記檢測報告之規定。(於藥品給付規定通則十二規範檢測報告應符合之條件)
113.05.15	抗癌瘤藥物	公告修訂含 ruxolitinib 成分藥品(如 Jakavi)之給付規定。(明訂用藥後第一次、第二次及其後評估得以繼續使用之條件)
113.05.21	免疫製劑	公告修訂克隆氏症及潰瘍性結腸炎之藥品給付規定。(增訂可持續用藥之條件及續用評估之時間)
113.05.28	眼科製劑	公告修訂 14.5.人工淚液之藥品給付規定。(明訂使用條件及規格量)

(三)其他：14 件

公告日期	分類	公告主旨
113.02.29	已收載品項支付標準異動	公告異動含 piperacillin / tazobactam 成分之特殊藥品共 10 品項之支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)

公告日期	分類	公告主旨
113.02.29	已收載品項支付標準異動	公告異動含 bromocriptine 成分之特殊藥品共 7 品項之支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
113.03.15	新收載品項暫予支付	公告暫予支付含 dioctahedral smectite 成分藥品 Smectite oral suspension 200mg/mL "CENTER", 60mL 暨其藥品給付規定。(本項為水劑，有利於兒童使用外，相較於「口服懸液用粉劑」，整體用量會減少)
113.03.15	新收載品項暫予支付及已收載品項支付標準異動	公告暫予支付新增及異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」之藥物品項計 132 項。
113.03.15	已收載品項支付標準異動	公告異動含 ixazomib 成分藥品(如 Ninlaro)之支付價格。(藥品給付協議屆期，調降支付價)
113.03.15	已收載品項支付標準異動	公告異動含 carfilzomib 成分藥品(如 Kyprolis)之支付價格。(藥品給付協議屆期，調降支付價)
113.03.15	已收載品項支付標準異動	公告異動含 daratumumab 成分藥品 Darzalex concentrate for solution for infusion 20mg/ml 及含 decitabine 成分藥品 Dacogen powder for concentrate for solution for infusion 之支付價格。(藥品給付協議屆期，調降支付價)
113.03.18	已收載品項支付標準異動	公告異動含 dextrose8-100mg/mL+electrolytes 成分用於電解質、熱能補充之特殊藥品共 29 品項之支付價格。(調高支付價)
113.03.18	已收載品項支付標準異動	公告異動含 sulfamethoxazole 成分及 erythromycin 成分用於抗感染眼用製劑之特殊藥品 Kingmin Ophthalmic Solution (sulfamethoxazole) 及 Erythromycin Ophthalmic Ointment 0.5% "Synmosa" 等共 6 品項之支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
113.03.29	已收載品項支付標準異動	公告異動含 esomeprazole 成分及 omeprazole 成分注射劑 Emazole powder for solution for injection/infusion 40mg "Standard" 等共 7 品項之支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
113.05.14	新收載品項暫予支付及已收載品項支付標準異動	公告暫予支付新增及異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」之藥物品項計 179 項。
113.05.28	已收載品項支付標準異動	公告異動含 amoxicillin 80mg/mL + clavulanic acid 11.4mg/mL 成分用於抗感染之特殊藥品 Augmentin Syrup 457mg/5mL 共 1 品項之支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
113.05.29	已收載品項支付標準異動	公告異動含 minocycline 100 mg 成分用於抗感染之特殊藥品共 10 品項之支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
113.05.31	已收載品項支付標準異動	公告暫予支付含 Sodium Chloride 0.9% 成分注射液及沖洗液 Otsuka Normal Saline (sodium chloride 0.9%) 500mL 等 8 品項藥品。(因國內製造廠供應問題導致短缺，專案進口並調高支付價，自 113.6.1 生效，於 113.11.1 取消支付)

二、特材部分：計公告 16 件，其中 6 件為新特材收載、4 件為給付規定異動、6 件為其他(異動特材品項、新增既有功能類別品項及已收載品項支付標準異動、更正品項數)。

(一)新特材收載：6 件

公告日期	分類	公告主旨
113.03.27	管套類：導引管	公告暫予支付「"聖猷達"心內超音波導管」等 6 項特材暨其給付規定。(用於觀測心臟內部各腔室內影像及心臟內其他裝置的影像)
113.4.03	管套類：壓力監視管套	公告暫予支付特殊材料「"艾貝爾"中心靜脈導管組-四 腔 (CATHETER+DILATOR+GUIDEWIRE+NEEDLE+SYRINGE)」。(用於長期輸液治療或腸道外營養治療)
113.04.15	容器類：袋類	公告暫予支付特殊材料「"康威"益舒穩彈性環(未滅菌)-可塑形」計 2 項。(具塑形功能之造口貼環)
113.04.15	人工機能代用類：神經外科類	公告暫予支付特殊材料「"安寶"雙引線皮下針電極」計 15 項暨其給付規定。(用於神經外科術中神經功能監測)
113.04.18	管套類：腎泌尿管	公告暫予支付特材料「小兒雙腔腎臟透析導管」計 1 項。(用於體型較小兒童之血液透析)
113.05.15	管套類：引流管	公告暫予支付特殊材料「"波士頓科技"華勒斯膽道支架系統」等計 11 項暨其給付規定(用於緩解因惡性腫瘤致膽道阻塞)

(二)已收載特材給付規定異動：4 件

公告日期	分類	公告主旨
113.04.12	管套類：氣球擴張導管	公告修訂既有功能類別特殊材料「冠狀動脈旋磨切除系統」給付規定。
113.04.12	人工機能代用類：骨科類	公告修訂特殊材料「足踝關節髓內釘組 Ankle Fusion Nail」給付規定。
113.04.12	傷口護理類：敷料類	公告修訂特殊材料「人工生物化學覆蓋物(含銀、抗菌)」給付規定。
113.04.12	管套類：栓塞治療類	公告修訂既有功能類別特殊材料「可吸收性栓塞微粒球」給付規定。

(三)其他：6 件

公告日期	分類	公告主旨
113.02.29	已收載品項支付標準異動	公告異動含 bromocriptine 成分之特殊藥品共 7 品項之支付價格。(調高支付價)
113.03.27	公告異動特材品項	公告異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準之特材品項」計 4 項。
113.04.11	已收載品項支付標準異動	公告修正既有功能類別特材「人工心肺套 W/長效型人工心肺+TUBING SET(ECMO)」、「人工心肺套 W/長效型人工心肺+DISPOSABLE PROBE+TUBING SET(ECMO)」及「長效型人工心肺套 W/OXYGENATOR+PUMPHEAD+TUBINGSET(ECMO)+TRANSDUCER+CUVETTE」共 3 品項之支付標準。(調高支付價)
113.04.12 、113.04.24	新增既有功能類別品項及已收載品項支付標準異動	公告新增及異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準之特材品項」計 181 項。
113.04.16	新增及異動支付標準	公告新增及異動既有功能類別特材「胃造口術裝置組配件/低板胃造口術替換套含護理套組(鈕釦型替換管)」計 2 項之支付標準。(調高支付價)

附錄十二

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號
聯絡人：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6月3日
發文字號：健保醫字第1130662493A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4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5月21日「全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額113年第2次研商議事會議」決定辦理。
- 二、旨掲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6月15日起，牙醫門診總額費用之暫付、核付，依112年第4季結算點值辦理，並於113年6月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。

3.06.03



1133340142

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

電 2024/06/03
文
交 檢 章
12:30:29



裝



訂

線

八、修正後一般服務各分區點值之計算

1. 一般服務浮動每點支付金額 = 「調整後分區一般服務預算總額(BD4)

- 「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」浮動核定點數(不含牙結石清除) ×該分區估算點值(AF1)
- 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數(不包含牙結石清除) ×該分區估算點數(不含牙結石清除) ×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	= [4,517,325,024 - 4,737,742 - 872,625,731 - 42,557,418 - 179,784]／[3,859,972,300] = 0.93193009
北區分區	= [1,997,378,371 - 1,417,515 - 462,303,345 - 17,012,273 - 86,693]／[1,492,316,087] = 1.01624485
中區分區	= [2,216,934,817 - 2,833,711 - 203,477,727 - 18,864,995 - 92,615]／[1,981,860,398] = 1.00494756
南區分區	= [1,532,937,918 - 1,698,384 - 248,625,678 - 13,953,354 - 79,546]／[1,211,815,799] = 1.04684306
高屏分區	= [1,693,481,798 - 1,821,108 - 177,400,474 - 13,589,634 - 32,124]／[1,472,012,657] = 1.01944671
東區分區	= [223,049,862 - 645,536 - 39,812,583 - 2,278,773 - 13,970]／[156,547,770] = 1.15171874

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(BD4)

- (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) + 加總「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」浮動核定點數(GF1)」]

$$= [12,181,107,790 - 108,256,447 - 484,732] / 12,245,850,798 = 0.98553323$$

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(BD4)」

- ／「[一般服務核定浮動點數(GF) + 「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」浮動核定點數(GF1))」
- + 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ)】
- ／[4,815,496,854 + 42,557,418 + 179,784] = 0.92982861
- ／[1,957,103,707 + 17,012,273 + 86,693] = 1.01173927
- ／[2,188,349,017 + 18,864,995 + 92,615] = 1.00436196
- ／[1,448,803,706 + 13,953,354 + 79,546] = 1.04792149
- ／[1,644,433,855 + 13,589,634 + 32,124] = 1.02136610
- ／[191,663,659 + 2,278,773 + 13,970] = 1.15000000

4. 修正後一般服務全區平均點值
= [12,181,107,790 - 108,256,447 - 484,732] = 0.98559592

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5月30日
發文字號：健保醫字第1130662461A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4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項規定暨113年5月16日「全
民健康保險醫療給付費用中醫門診總額113年第2次研商議
事會議」決定辦理。
- 二、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。
- 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6月15日起，中醫門診總額費用之暫付、核
付，依112年第4季結算點值辦理，並於113年6月辦理點值
結算追扣補付事宜。

3.05.30



公文換章

正本：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、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、財
政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室

電文
2024/05/30
14:08:12
交換章

37

裝

訂

線

五、調整後一般服務預算總額浮動點值之計算

1. 一般服務浮動每點支付金額 = [風險調整移撥款機補後分區一般服務預算總額(BD3)]

- 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 = [2,067,832,023	-	893,013,620	-	72,757] / [
北區分區 = [904,501,189	-	440,488,702	-	29,208] / [
中區分區 = [1,818,041,810	-	751,958,298	-	20,537] / [
南區分區 = [1,035,505,220	-	472,485,059	-	36,290] / [
高屏分區 = [1,152,679,452	-	519,649,371	-	8,207] / [
東區分區 = [159,446,354	-	50,325,522	-	2,027] / [

2. 全區浮動每點支付金額

$$= [\text{加總風險調整移撥款機補後分區一般服務預算總額(BD3)} \\ - \text{加總核定非浮動點數(GG)}]$$

$$- [\text{加總自墊核退點數(GI)}] \\ / \text{加總一般服務浮動核定點數(GF)}$$

$$3. \text{一般服務分區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)} \\ = [\text{風險調整移撥款機補後分區一般服務預算總額(BD3)} \\ / [\text{一般服務核定浮動點數(BF)}]$$

$$+ \text{該分區核定非浮動點數(BG)}]$$

$$+ \text{當地就醫分區自墊核退點數(BJ)}]$$

臺北分區 = [2,067,832,023	-	1,482,303,136 +	893,013,620	+ 72,757] = 0.87052334
北區分區 = [904,501,189	-	668,357,898 +	440,488,702	+ 29,208] = 0.8156206
中區分區 = [1,818,041,810	-	1,366,966,003 +	751,958,298	+ 20,537] = 0.8579393
南區分區 = [1,035,505,220	-	723,794,873 +	472,485,059	+ 36,290] = 0.86557818
高屏分區 = [1,152,679,452	-	832,258,909 +	519,649,371	+ 8,207] = 0.85265623
東區分區 = [159,446,354	-	100,086,470 +	50,325,522	+ 2,027] = 1.06004982

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)

$$= [7,138,006,048 / [5,173,767,289 + 3,127,920,572] = 0.85980837$$

檔 號：

附錄十四

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5月30日

發文字號：健保醫字第1130662506號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨

主旨：檢送112年第4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4季醫院總額一般服務部門點值，前於113年5月22日以健保醫字第1130662358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6月15日起暫付、核付之醫院總額費用依112年第4季點值辦理，並於113年6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、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、孟代表令妤、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、郭代表昭宏、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、中華民國醫師公會全國聯合會、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、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、臺灣醫療暨生技器材工業同業公會、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

程式代號：rgb13208r04

112年第4季

衛生福利部中央健康保險署

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄：112/10~112/12

列印日期：113/05/21

核付截止日期：113/03/31

頁次：63

5. 非偏遠地區門住診一般服務浮動每點支付金額 =

[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(門住診非偏遠地區投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數 × 前季全區浮動點值)(AF1+AF3)

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

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

- 加總(門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG2+BG4)

/ 加總(門住診當地就醫分區自整核退點數)(BJ1+BJ3)]

$$\text{臺北分區} = [21,292,585,696 + 26,689,340,371 - 4,659,479,540 -(23,947,814,121 - 376,253,249)$$

- 187,302,299 - 163,492,306 - 18,831,123] / 22,647,251,473 = 0.85578861

$$\text{北區分區} = [7,962,798,670 + 10,830,496,222 - 2,905,289,369 -(9,284,454,362 - 129,893,998)$$

- 19,386,012 - 14,506,290 - 9,277,152] / 7,142,862,235 = 0.93663793

$$\text{中區分區} = [10,135,419,248 + 14,062,130,879 - 1,238,144,829 -(11,789,909,253 - 196,600,077)$$

- 362,448,633 - 389,403,529 - 7,792,847] / 11,995,171,974 = 0.88422668

$$\text{南區分區} = [7,917,176,688 + 11,120,131,960 - 1,618,352,285 -(8,996,925,837 - 156,182,942)$$

- 26,185,177 - 23,855,129 - 4,627,852] / 8,667,691,200 = 0.98336975

$$\text{高屏分區} = [8,328,727,171 + 12,099,674,708 - 1,147,161,295 -(9,945,413,002 - 143,727,783)$$

- 84,109,007 - 58,603,191 - 4,634,359] / 9,988,664,708 = 0.93427991

$$\text{東區分區} = [1,372,921,727 + 2,322,434,948 - 318,537,949 -(1,729,766,013 - 21,923,297)$$

- 54,697,236 - 26,820,843 - 715,170] / 1,673,124,210 = 0.94837117

6. 非偏遠地區門住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)

- (加總(門住診非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4) - 藥品給付協議)

- 加總(門住診自整核退點數)(BJ1+BJ3)]

$$= [57,009,629,200 + 77,124,209,088 -(66,370,963,876 - 1,024,581,346) - 45,878,503] / 75,844,480,437 \\ = 0.90634911$$

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。

程式代號：rgb13208r04

112年第4季

衛生福利部中央健康保險署

列印日期：113/05/21

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

核算主要費用年月起迄：112/10~112/12

核算截止日期：113/03/31

核付截止日期：113/03/31

頁次：64

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)

$$\begin{aligned} & \quad / [\text{加總(門住診投保該分區核定非浮動點數)}(\text{BG1+BG2+BG3+BG4}) - \text{藥品給付協議} \\ & \quad + \text{加總(門住診當地就醫分區自整核退點數)}(\text{BJ1+BJ3})] \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{臺北分區} &= [21,292,585,696 + 26,689,340,371] / [27,924,465,550 + 24,111,306,427 - 376,253,249 + 18,831,123] = 0.92847249 \\ \text{北區分區} &= [7,962,798,670 + 10,830,496,222] / [10,329,597,159 + 9,298,960,652 - 129,893,998 + 9,277,152] = 0.96336640 \\ \text{中區分區} &= [10,135,419,248 + 14,062,130,879] / [13,728,102,249 + 12,179,312,782 - 196,600,077 + 7,792,847] = 0.94085770 \\ \text{南區分區} &= [7,917,176,688 + 11,120,131,960] / [10,459,006,731 + 9,020,780,966 - 156,182,942 + 4,627,852] = 0.98494824 \\ \text{高屏分區} &= [8,328,727,171 + 12,099,674,708] / [11,325,615,574 + 10,004,016,193 - 143,727,783 + 4,634,359] = 0.96403412 \\ \text{東區分區} &= [1,372,921,727 + 2,322,434,948] / [2,077,693,174 + 1,756,586,856 - 21,923,297 + 715,170] = 0.96912851 \end{aligned}$$

8. 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值

$$= [57,009,629,200 + 77,124,209,088] / [75,844,480,437 + 66,370,963,876 - 1,024,581,346 + 45,878,503 + 10,283,776,824] = 0.94970924$$

9. 醫院醫療給付費用總額平均點值(不含門診透析)

$$\begin{aligned} &= \text{加總}[\text{調整後分區門診一般服務預算總額 (BD4) + 調整後分區住診一般服務預算總額 (BD3) + 專款專用暫結金額}] \\ &\quad / [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品給付協議} + \text{自整核退點數(BI)}] \end{aligned}$$

$$+ \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款)]}$$

$$= [57,009,629,200 + 77,124,209,088 + 10,232,623,629]$$

$$\quad / [75,844,480,437 + 66,370,963,876 - 1,024,581,346 + 45,878,503 + 10,283,776,824]$$

$$= 0.95278490$$

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 + 鼓勵院所轉診合作機制暫結金額 + 網路擴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暫結金額 + 持續推動分級醫療，優化社區醫療服務品質及量能暫結金額 + 健全區域(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
- = 395,951,417 + 3,649,128,716 + 1,120,810,396 + 1,284,889,931 + 434,614,075 + 211,506,720 + 25,180,109 + 206,721,946
- + 54,279,900 + 37,386,289 + 103,861,500 + 526,702,392 + 300,000,000 + 17,838,800
- + 21,395,798 + 500,000,000 + 1,000,000,000 + 342,355,640
- = 10,232,623,629

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. 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫第4季已支用點數 + 全年「核算各院所上下限額度」已支用點數。

6. 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。各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算。

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：
費用年月112/09(含)以前：於113/01/01~113/03/31期間核付者。費用年月112/10/01~113/03/31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。

附錄十五

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號
聯絡人：陳怡蒨
聯絡電話：02-27065866 分機：2614
傳真：02-2706-9043
電子郵件：A111034@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年6月4日
發文字號：健保醫字第1130662538A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4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項規定暨113年5月23日全民
健康保險醫療給付費用西醫基層總額113年第2次研商議事
會議決定辦理。
- 二、旨揭西醫基層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)/西醫基
層。
- 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6月15日起，西醫基層總額費用之暫付、核
付，依112年第4季結算點值辦理，並於113年6月辦理點值
結算追扣補付事宜。



3.06.04



1133340147

正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、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、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室

電 2024/06/04 文
交 15:48:03 搢 章

裝

訂

線



程式代號：rgbi3208r03

112年第4季

衛生福利部中央健康保險署

列印日期：113/05/17

頁次：45

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

核算主要費用年月起迄：112/10-112/12

核付截止日期：113/03/31

列印日期：113/05/17

頁次：45

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. 一般服務分區浮動點值之計算 = [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(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 = [11,247,051,384 +	444,456 - 1,594,600,125 - (3,392,720,285 - 14,130,752) -	433,090] / 7,716,644,665 = 0.81303123
北區分區 = [5,286,938,492 +	3,985,624 - 795,849,610 - (1,658,493,752 - 8,839,143) -	912,849] / 3,281,087,553 = 0.86694031
中區分區 = [6,240,273,512 +	2,748,684 - 384,778,110 - (1,950,925,196 - 10,085,098) -	660,763] / 4,484,145,726 = 0.87346475
南區分區 = [4,803,599,946 +	13,000,520 - 458,657,112 - (1,536,961,526 - 6,714,057) -	634,976] / 3,112,074,157 = 0.90841695
高屏分區 = [5,353,569,859 +	11,271,978 - 343,959,530 - (1,745,425,752 - 10,871,304) -	239,830] / 3,643,594,790 = 0.90188076
東區分區 = [692,506,941 +	21,136,813 - 88,085,440 - (233,164,983 - 1,791,872) -	74,864] / 370,600,503 = 1.06343714

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(BJ)]

/ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

$$= [33,623,940,134 + 52,588,075 - (10,517,691,494 - 52,432,226) - 2,956,372] / 26,869,327,902 = 0.86374742$$

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。

程式代號：rgbi3208r03

112年第4季

西醫基層醫療給付費用年月起迄：112/10~112/12

核算主要費用年月起迄：112/10~112/12

列印日期：113/05/17

頁次：46

3. 一般服務分區平均點值

$$= [\text{風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD10)}]$$

+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用]

$$\begin{aligned} & / [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \\ & \quad \text{藥品給付協議} + \text{自墊核退點數(BJ)}] \\ \text{臺北分區} & = [11,247,051,384 + 444,456] / [9,665,420,469 + 3,392,720,285 - 14,130,752 + 433,090] = 0.86224423 \\ \text{北區分區} & = [5,286,938,492 + 3,985,624] / [4,192,494,871 + 1,658,493,752 - 8,839,143 + 912,849] = 0.90550534 \\ \text{中區分區} & = [6,240,273,512 + 2,748,684] / [4,921,375,166 + 1,950,925,196 - 10,085,098 + 660,763] = 0.90968016 \\ \text{南區分區} & = [4,803,599,946 + 13,000,520] / [3,611,408,013 + 1,536,961,526 - 6,714,057 + 634,976] = 0.93666441 \\ \text{高屏分區} & = [5,353,569,859 + 11,271,978] / [4,024,827,927 + 1,745,425,752 - 10,871,304 + 239,830] = 0.93145725 \\ \text{東區分區} & = [692,506,941 + 21,136,813] / [453,801,456 + 233,164,983 - 1,791,872 + 74,864] = 1.04143648 \end{aligned}$$

4. 一般服務全區平均點值

$$= [33,623,940,134 + 52,588,075] / [26,869,327,902 + 10,517,691,494 - 52,432,226 + 2,956,372] = 0.90194815$$

5. 西醫基層醫療給付費用總額平均點值

$$\begin{aligned} & = \text{加總[風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD10)} \\ & \quad + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} + \text{專款專用暫結金額(註)}] \\ & \quad / \text{加總分區[一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \\ & \quad \text{藥品給付協議} + \text{自墊核退點數(BJ)} + \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款)}] \\ & = [33,623,940,134 + 52,588,075 + 657,507,124] / [26,869,327,902 + 10,517,691,494 - 52,432,226 + 2,956,372 + 654,722,835] \\ & = 0.90371117 \end{aligned}$$

註：

1. 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暫結金額

+ 謝妊娠群防治計畫暫結金額 + 提升心肺疾患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 + 濫症治療品品質改善計畫 + 慢性傳染病照護品質計畫 + 品質保證保留款預算

$$\begin{aligned} & = 128,066,346 + -1,107,471 + 81,316,093 + 235,518,346 + 39,807,550 + 386,258 + 4,454,040 \\ & + 56,233,836 + 5,391,076 + 35,177,400 + 1,265,100 + 9,206,965 + 496,300 + 2,922,042 + 58,373,243 \\ & = 657,507,124 \end{aligned}$$

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扣。

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112/09(含)以前：於113/01/01~113/03/31期間核付者。

費用年月112/10~112/12：於112/10/01~113/03/31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。

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6月3日
發文字號：健保醫字第1130662391A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4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項規定暨113年5月15日全民健康保險醫療給付費用門診透析預算113年第2次研商議事會議決定辦理。

二、旨揭門診透析預算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。

三、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6月15日起，門診透析費用之暫付及核付，依112年第4季結算點值辦理，並於113年6月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。



113.06.03



1133340143

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、林代表元瀨、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、廖代表秋鐸、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

電文
交換章
2024/06/03
12:48:37

裝

訂

線

92

衛生福利部中央健康保險署

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表
112年第4季 結算主要費用年月起迄：112/10~112/12

列印日期：113/05/06
核付截止日期：113/03/31
頁次：15

七、一般服務浮動每點支付金額

$$= \text{預算(D3)} - \text{核定非浮動點數合計(M)} - 1 \times \text{腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)}$$

核定浮動點數合計(P)

$$= 11,208,373,749 - 754,368,739 = 163,289,534$$

$$= 11,136,157,750$$

$$= 0.92408133 \quad (\text{四捨五入至小數第8位})$$

八、平均點值

預算(D3)

$$= \text{核定非浮動點數合計(M)} + \text{腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)} + \text{核定浮動點數合計(P)}$$

$$= 11,208,373,749$$

$$= 754,368,739 + 163,289,534 + 11,136,157,750$$

$$= 0.92986103 \quad (\text{四捨五入至小數第8位})$$

九、門診透析預算平均點值 = 加總[預算(D3) + 專款專用暫結金額]
／加總[核定浮動點數合計(P) + 腹膜透析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]
= [11,208,373,749 + 154,978,163]
／[11,136,157,750 + 163,289,534 + 754,368,739 + 154,978,163] = 0.93075137

註：專款專用暫結金額 = 鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫暫結金額 = 154,978,163

十、說明

本季結算費用年月包括：

1. 費用年月112/09(含)以前：於113/01/01~113/03/31期間核付者。
2. 費用年月112/10~112/12：於112/10/01~113/03/31期間核付者。

衛生福利部全民健康保險會

第 6 屆 113 年第 5 次委員會議補充資料目錄

會議時間：113 年 6 月 19 日

一、本會重要業務報告----- 1

(一)說明一、(三)：上次(第 4 次)委員會議決議(定)列管追蹤事項新增「擬解除追蹤項次 3」及同步刪除「擬繼續追蹤項次 1」，並更正「原擬繼續追蹤項次 2」之完成期限(會議資料第 21、28、29 頁)

(二)說明二：歷次委員會議繼續列管追蹤事項，更正頁碼誤植處，及更新「擬繼續追蹤項次 9、21」之內容。(會議資料第 21、40、47 頁)

二、法定諮詢事項

衛生福利部「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)併同中央健康保險署「114 年度醫療給付費用總額範圍(草案)之財務試算」諮詢案 ----- 17

(會議資料第 21、28、29、40、47 頁)

四、本會重要業務報告

一、本會依上次(第 4 次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

(三)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計 4 項，依辦理情形，擬建議解除追蹤 3 項，繼續追蹤 1 項，如附表一(第 2~3 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(會議資料第 131~138 頁)。

二、為利委員了解歷次委員會議未結案件之辦理情形，依例每半年(6 月、12 月)彙報 1 次，截至 5 月底未結案件計 27 項，依辦理情形，擬建議解除追蹤 6 項，繼續追蹤 21 項，如附表二(會議資料第 30~47 頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理。

註：其中擬繼續追蹤之項次 9 及 21 內容(會議資料第 40 及 47 頁)，更新如第 4 頁。

附表一

上次(第4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	優先報告事項： 113年第1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5 月29日請 辦健保署。	健保署回復： 委員所提意見(含抑 制資源不當耗用改 善方案)，說明如附 件(會議資料第48~62 頁)。	解除追蹤	—
2	報告事項第1 案： 「家庭醫師整 合性照護計畫」 朝全人照護方 向整合之具體 規劃與導入一 般服務之評估 規劃。	委員所提意見， 請中央健康保 險署研參並回 復說明。	於113年5 月29日請 辦健保署。	健保署回復： 委員所提意見，說明 如附件(會議資料第 63~72頁)。	解除追蹤	—
3	本會重要業務 報告	有關「因新冠疫 情造成各部門 總額112年醫 療費用顯著影 響，112年點值 補助之執行結 果」，請中央健 康保險署參考 委員所提意見， 提出詳細書面 報告。	於113年5 月29日請 辦健保署。	健保署回復： <u>提供詳細書面報告</u> <u>如附件(第5~16</u> <u>頁)。</u>	<u>解除追蹤</u>	—

二、擬繼續追蹤(共 1 項)

項次	案由	決議(定)事項	本會辦理情形	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	<u>本會重要業務報告</u>	<u>有關「因新冠疫情造成各部門總額112年醫療費用顯著影響，112年點值補助之執行結果」，請中央健康保險署參考委員所提意見，提出詳細書面報告。</u>	<u>於113年5月29日請辦健保署。</u>	<u>健保署回復：遵照辦理。</u>	<u>1.繼續追蹤 2.於健保署提出詳細書面報告後解除追蹤。</u>	<u>113年6月</u>
2	<u>優先報告事項：113年第1季全民健保業務執行季報告。</u>	<u>另委員對於抑制資源不當耗用改善方案意見，請納入提報113年度執行成果及研修114年度方案參考(包含回應委員對指標之建議)。</u>	<u>於113年5月29日請辦健保署。</u>	<u>健保署回復：遵照辦理。</u>	<u>1.繼續追蹤 2.於健保署提報113年度執行成果及研修114年度方案後解除追蹤。</u>	<u>114年5月^註</u>

註：本項繼續追蹤之完成期限原誤繕為113年12月，更正為114年5月。

附表二

歷次委員會議繼續列管追蹤事項(更新項次 9 及 21，如底色處)

二、擬繼續追蹤(共 21 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	追蹤建議	完成期限(年月)
9	<p>有關建議各總額部門專款「網路頻寬補助費用」項目及其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」項目延長執行期間案，請中央健康保險署參考委員意見，會同各總額部門相關團體妥為研議退場後之執行規劃(包含財源規劃，例如由公務預算等其他財源支應)，並於協商 114 年度總額前，提報本會。</p> <p>/[健保署於協商 114 年度總額前，提報退場後之執行規劃，始解除追蹤] (112.9 決議)</p>	<p>健保署回復： <u>配合貴會規劃時程報告。</u></p>	<p>1.繼續追蹤 2.本會業於年度工作計畫安排於 8 月報告，於健保署報告後解除追蹤。</p>	113 年 8 月
21	<p>新增「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第 2 條第 1 項第 3 款之附表二指標項目案，本案請參考委員所提意見，註明新增指標「再住院率」之定義後，依法定程序陳報衛生福利部核定發布。</p> <p>/[於衛福部核定發布及健保署於醫療品質資訊公開網新增指標及定義後解除追蹤] (113.1 決議)</p>	<p>1.衛生福利部已於 113 年 5 月 7 日以衛部保字第 1131260234 號令核定發布「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第 2 條之附表二指標項目。 2.另本項指標操作型定義文件，已參考委員意見包含急診轉住院之案件。 3.本案建議解除追蹤。</p>	<p>1.繼續追蹤 2.衛福部已核定發布，惟新增指標及定義健保署尚未公開在醫療品質資訊公開網，將俟公開後解除追蹤。</p>	—

「因新冠疫情造成各部門總額112年醫療費用顯著影響，112年點值補助之執行結果」書面報告

說明：

- 一、依貴會113年5月22日113年第4次委員會議決定辦理。
- 二、全民健康保險依法採行總額支付制度，係以前瞻性預算方式執行，為因應年度中可能產生之非預期風險，或其他非預期政策改變對總額造成之衝擊，另於其他預算編列「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」專款備用。
- 三、因應COVID-19相關醫療費用自112年3月20日回歸健保支應，及疫後就醫人潮回流，112年健保總額於111年協商時未考慮COVID-19降級所產生之醫療費用影響，而導致醫院、西醫基層及中醫總額點值滑落，屬非預期政策改變所造成的衝擊，爰經行政院核定進行點值補助，預算來源如下：
 - (一)優先由112年度全民健康保險總額預算之其他預算「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目8億元支應。
 - (二)由於行政院112年度已由公務預算挹注全民健康保險基金240億元，不足部分由該基金支應。
- 四、本案之補助方式，係由本署與醫界共同協商討論而定，補助之經費作為提升該分區平均點值之用，另考量醫院總額係採分區共管方式，由各分區因地制宜訂定目標管理點值後，各醫院自主於申報前核減點數，或於申報後視當季成長率及占率，於共管會議決定核減方式，難以「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」動支程序加以評估，爰經與醫界討論後規劃如下：
 - (一)會議決議：醫院部門平均點值依該分區共管模式之不同分別認定，各醫院之分配由分區共管會議討論。
 - (二)本案補助方式如下：
 1. 第1階段：計算112年COVID-19與類流感合計申報量高於108年同期的點數，以每點1元補助。

2. 第2階段：如該分區平均點值(依該分區共管模式之不同分別認定)於第1階段撥補後，仍未達每點0.9元者，再補至每點0.9元。

五、撥補結果：

(一) 第一階段：

經統計112年因COVID-19與類流感合計申報量高於108年的點數共計43.39億點，其中中醫1.3億點、西醫基層11.65億點、醫院30.43億點(附件1)，112年西醫基層、醫院及中醫總額之COVID-19及類流感案件就醫統計如附件2。

(二) 第二階段：

經統計各總額平均點值不足0.9，再補至0.9元所需經費，共44.59億元，其中中醫7.98億點、西醫基層6.91億點、醫院29.71億點(同附件1)。

(三) 兩階段合計共87.98億元，其中8億元由調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費支應，其餘79.98億元由行政院撥補健保基金支應，各部門總額撥補情形如下：

1. 醫院總額：第1季約15.04億元、第2季約25.95億元、第3季約10.87億元、第4季預估為8.28億元，全年合計約為60.14億元。
2. 西醫基層：第1季不符合、第2季約5.65億元、第3季約6.26億元、第4季預估為6.65億元，全年合計約為18.56億元。
3. 中醫：第1季約1.90億元、第2季約2.79億元、第3季約1.00億元、第4季預估為3.58億元，全年合計約為9.28億元。。
4. 牙醫：經評估不符合動支條件。

(四) 撥補後點值如附件3。

六、112第4季補助作業，將報告後，依程序提報衛生福利部核定後辦理。

112 年 COVID-19 與類流感醫療費用點數較 108 年同期新增點數且平均點值補至 0.9(結算數)

單位：億元

總額別		中醫			西基			醫院			合計		
季別	就醫分區	COVID-19 與類流感 A1	再補至 0.9 A2	合計 A=A1+A2	COVID-19 與類流感 B1	再補至 0.9 B2	合計 B=B1+B2	COVID-19 與類流感 C1	再補至 0.9 C2	合計 C=C1+C2	COVID-19 與類流感 A1+B1+C1	再補至 0.9 A2+B2+C2	合計 A+B+C
	臺北	0.01	0.34	0.35	-	-	-	2.27	4.83	7.10	2.28	5.17	7.45
第 1 季	北區	0.01	0.45	0.46	-	-	-	0.00	0.56	0.56	0.01	1.00	1.01
	中區	0.00	0.50	0.50	-	-	-	1.28	4.71	5.99	1.29	5.21	6.49
	南區	0.00	0.14	0.14	-	-	-	0.00	0.57	0.57	0.00	0.71	0.71
	高屏	0.00	0.45	0.45	-	-	-	0.00	0.60	0.60	0.00	1.05	1.05
	東區	0.00	0.00	0.00	-	-	-	0.22	0.00	0.22	0.22	0.00	0.22
	小計	0.03	1.87	1.90	-	-	-	3.77	11.27	15.04	3.80	13.15	16.94
	臺北	0.21	0.00	0.21	1.55	0.28	1.83	3.02	7.88	10.90	4.78	8.16	12.94
第 2 季	北區	0.20	0.61	0.81	1.00	0.00	1.00	1.21	1.34	2.55	2.40	1.95	4.35
	中區	0.26	0.57	0.82	1.12	0.00	1.12	2.34	4.07	6.40	3.72	4.63	8.35
	南區	0.15	0.31	0.46	0.75	0.00	0.75	0.32	2.27	2.59	1.22	2.58	3.80
	高屏	0.13	0.33	0.46	0.80	0.00	0.80	0.68	2.05	2.73	1.61	2.38	3.99
	東區	0.03	0.00	0.03	0.15	0.00	0.15	0.78	0.00	0.78	0.96	0.00	0.96
	合計	0.98	1.82	2.79	5.36	0.28	5.65	8.35	17.60	25.95	14.69	19.70	34.39

註：1.COVID-19 案件：主診斷為 U07.1 申報案件，但排除 C5 案件。

2. 類流感案件：主診斷前 3 碼為 A22、A37、B25、B44、J09-J18、或診斷碼為 J06.9(急性上呼吸道)之申報案件。

總額別		中醫			西基			醫院			合計		
季別	就醫分區	COVID-19 與類流感	再補至 0.9	合計	COVID-19 與類流感	再補至 0.9	合計	COVID-19 與類流感	再補至 0.9	合計	COVID-19 與類流感	再補至 0.9	合計
		A1	A2	A=A1+A2	B1	B2	B=B1+B2	C1	C2	C=C1+C2	A1+B1+C1	A2+B2+C2	A+B+C
第 3 季	臺北	0.05	0.00	0.05	1.25	2.87	4.12	5.01	0.00	5.01	6.31	2.87	9.18
	北區	0.06	0.58	0.64	0.88	0.00	0.88	1.50	0.00	1.50	2.43	0.58	3.02
	中區	0.05	0.11	0.16	0.84	0.00	0.84	2.83	0.00	2.83	3.72	0.11	3.83
	南區	0.04	0.07	0.11	0.24	0.00	0.24	0.82	0.00	0.82	1.10	0.07	1.17
	高屏	0.03	0.00	0.03	0.17	0.00	0.17	0.33	0.00	0.33	0.53	0.00	0.53
	東區	0.01	0.00	0.01	0.02	0.00	0.02	0.38	0.00	0.38	0.41	0.00	0.41
小計		0.24	0.77	1.00	3.39	2.87	6.26	10.87	0.00	10.87	14.49	3.64	18.14
第 4 季	臺北	0.02	0.68	0.70	1.18	3.75	4.93	2.84	0.83	3.68	4.04	5.26	9.30
	北區	0.02	0.91	0.93	0.70	0.00	0.70	1.05	0.00	1.05	1.77	0.91	2.68
	中區	0.01	0.88	0.89	0.60	0.00	0.60	1.99	0.00	1.99	2.60	0.88	3.48
	南區	0.01	0.41	0.41	0.25	0.00	0.25	0.57	0.00	0.57	0.83	0.41	1.23
	高屏	0.00	0.64	0.64	0.14	0.00	0.14	0.48	0.00	0.48	0.63	0.64	1.27
	東區	0.00	0.00	0.00	0.04	0.00	0.04	0.51	0.00	0.51	0.55	0.00	0.55
小計		0.06	3.52	3.58	2.90	3.75	6.65	7.45	0.83	8.28	10.41	8.10	18.51

註：1.COVID-19 案件：主診斷為 U07.1 申報案件，但排除 C5 案件。

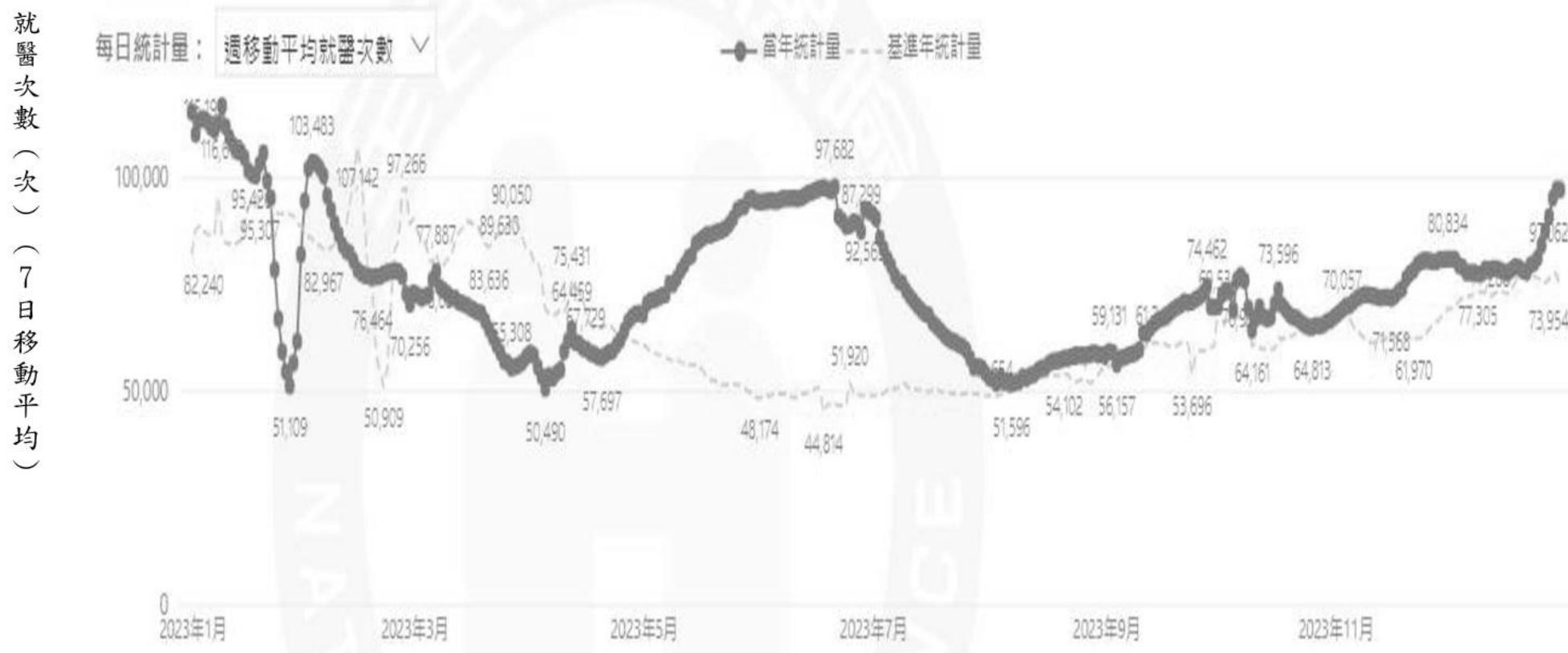
2. 類流感案件：主診斷前 3 碼為 A22、A37、B25、B44、J09-J18、或診斷碼為 J06.9(急性上呼吸道)之申報案件。

總額別		中醫			西基			醫院			合計		
季別	就醫分區	COVID-19 與類流感	再補至 0.9	合計	COVID-19 與類流感	再補至 0.9	合計	COVID-19 與類流感	再補至 0.9	合計	COVID-19 與類流感	再補至 0.9	合計
		A1	A2	A=A1+A2	B1	B2	B=B1+B2	C1	C2	C=C1+C2	A1+B1+C1	A2+B2+C2	A+B+C
全年	臺北	0.30	1.02	1.32	3.97	6.91	10.88	13.14	13.54	26.69	17.41	21.47	38.88
	北區	0.28	2.56	2.84	2.57	0.00	2.57	3.75	1.90	5.65	6.61	4.45	11.06
	中區	0.32	2.05	2.37	2.56	0.00	2.56	8.43	8.78	17.21	11.32	10.83	22.15
	南區	0.20	0.92	1.13	1.23	0.00	1.23	1.71	2.84	4.55	3.15	3.76	6.91
	高屏	0.16	1.42	1.58	1.11	0.00	1.11	1.50	2.65	4.15	2.77	4.07	6.84
	東區	0.05	0.00	0.05	0.21	0.00	0.21	1.89	0.00	1.89	2.14	0.00	2.14
小計		1.30	7.98	9.28	11.65	6.91	18.56	30.43	29.71	60.14	43.39	44.59	87.98

註：1.COVID-19 案件：主診斷為 U07.1 申報案件，但排除 C5 案件。

2. 類流感案件：主診斷前 3 碼為 A22、A37、B25、B44、J09–J18、或診斷碼為 J06.9(急性上呼吸道)之申報案件。

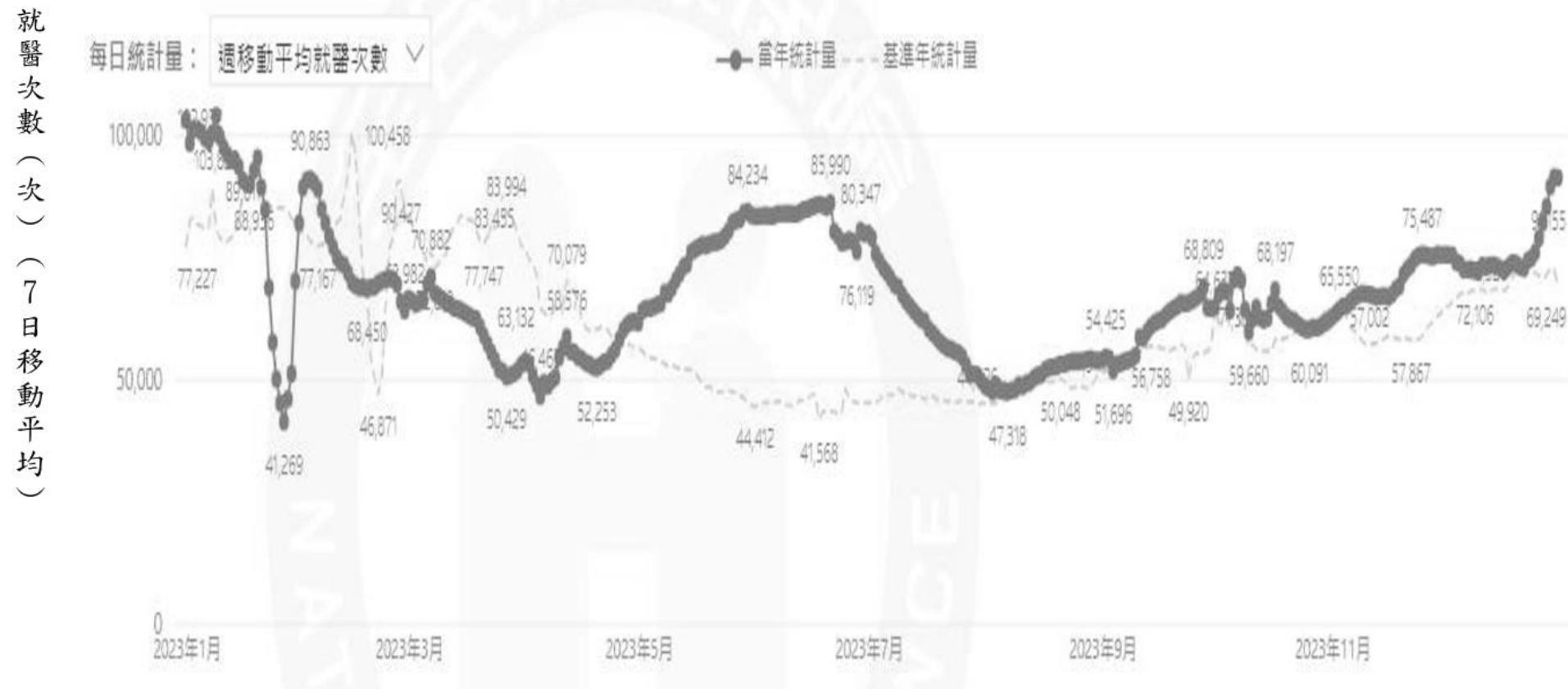
圖 1、【西醫基層+醫院+中醫】1/1~12/31 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年



註：

1. 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2024/6/7)。
2. 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
3. 統計定義：
 - (1) COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - (2) 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - (3) 就醫次數(7 日移動平均)：統計日 -6 至統計日當日就醫次數。

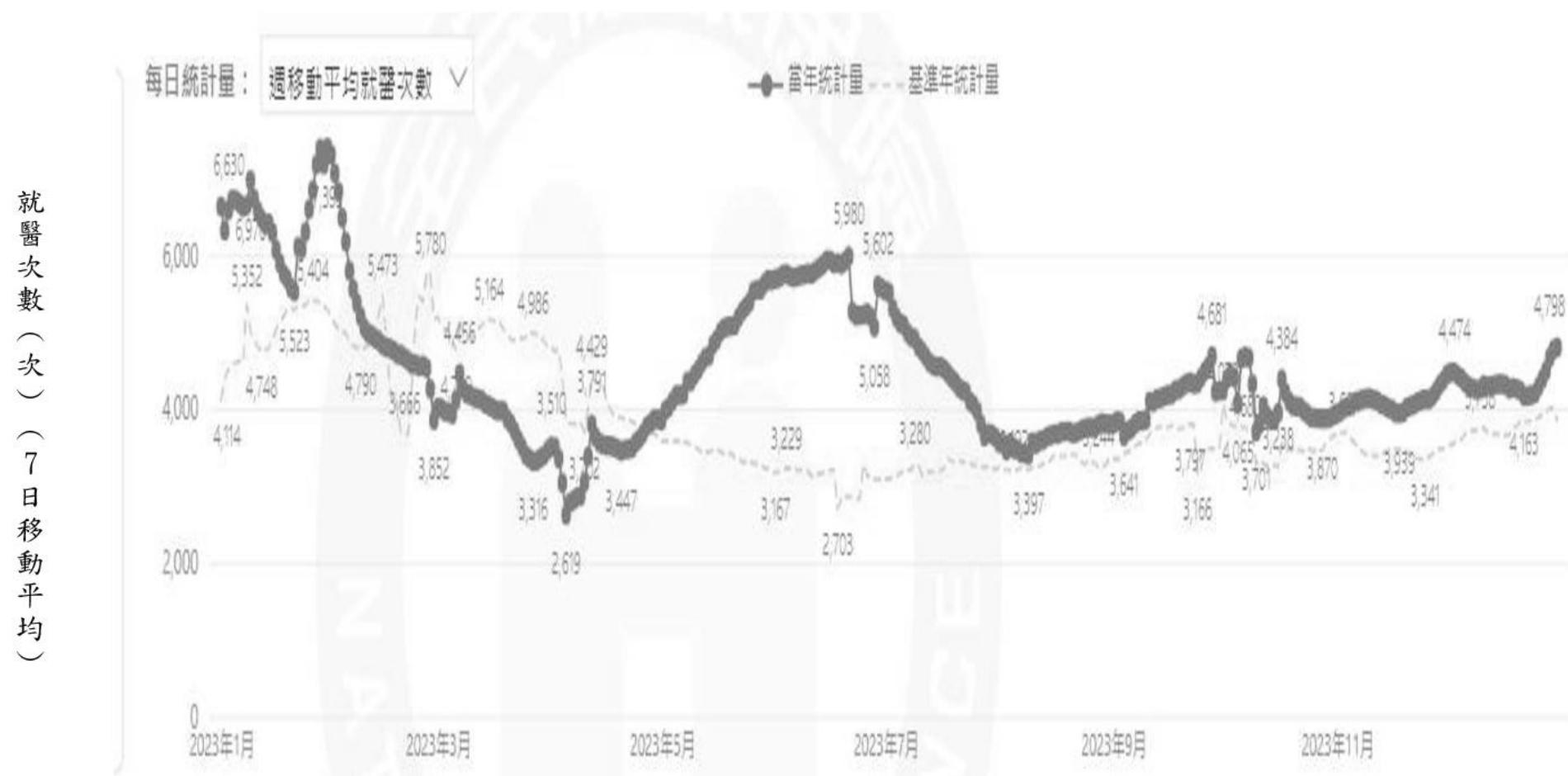
圖 2、【西醫基層】1/1~12/31 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年



註：

4. 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2024/6/7)。
 5. 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
 6. 統計定義：
- (1) COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - (2) 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - (3) 就醫次數(7 日移動平均)：統計日 -6 至統計日當日就醫次數。

圖 3、【醫院總額】1/1~12/31 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年

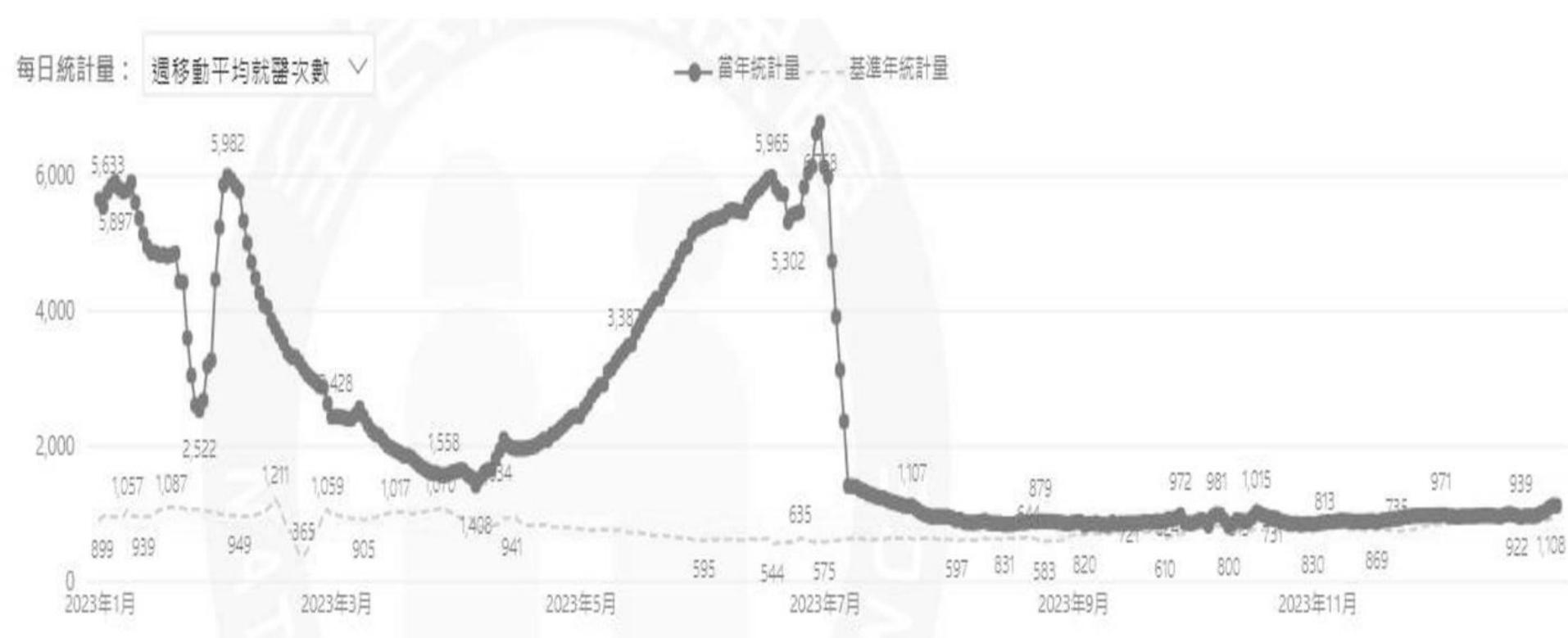


註：

1. 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2024/6/7)。
2. 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
3. 統計定義：
 - (1) COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - (2) 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - (3) 就醫次數(7 日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

圖 4、【中醫總額】1/1~12/31 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年

就醫次數（次）（7 日移動平均）



註：

1. 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2024/6/7)。
2. 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
3. 統計定義：
 - (1) COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - (2) 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - (3) 就醫次數(7 日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

112 年動支調節非預期風險及健保基金補助後平均點值差距

季別	分區	中醫		基層		醫院(攤扣後)		醫院(攤扣前)	
		平均點值		平均點值		平均點值		平均點值	
		補助前	補助後	補助前	補助後	補助前	補助後	補助前	補助後
112 年 第 1 季	臺北	0.88428532	0.90000000	0.93822379	-	0.93188139	0.94692043	0.88570615	0.90000000
	北區	0.85515586	0.90000000	0.97678155	-	0.95340710	0.95648260	0.89710612	0.90000000
	中區	0.87474026	0.90000000	0.98599081	-	0.93013263	0.95536004	0.87623443	0.90000000
	南區	0.88761742	0.90000000	1.00013366	-	0.98552977	0.98870889		0.90000000
	高屏	0.86476814	0.90000000	0.97341940	-	0.96387753	0.96698680	0.89710612	0.90000000
	東區	1.10657709	1.10842074	1.03435900	-	0.96544542	0.97170904		0.90292636
	合計	0.87922141	0.90368628	0.96915483	-	0.94762275	0.95921155	0.88920458	0.90007897
112 年 第 2 季	臺北	0.89332915	0.90213914	0.88502929	0.90000000	0.93323998	0.95562795	0.87891525	0.90000000
	北區	0.82898623	0.90000000	0.92801172	0.94628529	0.95016192	0.96379499	0.88726932	0.90000000
	中區	0.86209816	0.90000000	0.92551337	0.94274893	0.94394463	0.97048419	0.87538794	0.90000000
	南區	0.86201218	0.90000000	0.95825634	0.97353651	0.98698010	1.00114145		0.90000000
	高屏	0.86641211	0.90000000	0.92953565	0.94421254	0.96355066	0.97737584	0.88726932	0.90000000
	東區	1.07993661	1.09955522	1.03715690	1.05907075	0.94960717	0.97109109		0.90734291
	合計	0.87124203	0.90420543	0.91917013	0.93520301	0.94987241	0.96935948	0.88210277	0.90019951

季別	分區	中醫		基層		醫院(攤扣後)		醫院(攤扣前)	
		平均點值		平均點值		平均點值		平均點值	
		補助前	補助後	補助前	補助後	補助前	補助後	補助前	補助後
112年 第3季	臺北	0.92071606	0.92290258	0.86612362	0.90000000	0.93746556	0.94742810	0.91617701	0.92591331
	北區	0.84454945	0.90000000	0.90972757	0.92584453	0.96416490	0.97197900	0.90776528	0.91512229
	中區	0.89258400	0.90000000	0.91408507	0.92711092	0.94478003	0.95603548	0.89902645	0.90973682
	南區	0.89042642	0.90000000	0.94369472	0.94858652	0.98682279	0.99114323		0.91173959
	高屏	0.90623039	0.90837698	0.93094601	0.93404016	0.97419864	0.97582814	0.90776528	0.90928365
	東區	1.11361722	1.11975338	1.03878512	1.04140505	0.95267516	0.96275918		0.91737393
合計		0.90003170	0.91195257	0.90570790	0.92362692	0.95519678	0.96308232	0.90916189	0.91666739
112年 第4季	臺北	0.87052334	0.90000000	0.86224423	0.90000000	0.92847249	0.93558582	0.89315723	0.90000000
	北區	0.81569206	0.90000000	0.90550534	0.91743216	0.96336640	0.96874391	0.91787518	0.92299876
	中區	0.85799393	0.90000000	0.90968016	0.91840074	0.94085770	0.94859398	0.89821577	0.90560142
	南區	0.86557818	0.90000000	0.93666441	0.94151562	0.98494824	0.98790633		0.92063183
	高屏	0.85262623	0.90000000	0.93145725	0.93390889	0.96403412	0.96632139	0.91787518	0.92005294
	東區	1.06004982	1.06267150	1.04143648	1.04708574	0.96912851	0.98242187		0.93046551
合計		0.85980837	0.90294730	0.90194815	0.91975806	0.94970924	0.95557037	0.90533792	0.91092522

季別	分區	中醫		基層		醫院(攤扣後)		醫院(攤扣前)	
		平均點值		平均點值		平均點值		平均點值	
		補助前	補助後	補助前	補助後	補助前	補助後	補助前	補助後
	臺北	0.89221347	0.90626043	0.88790523	0.90955595	0.93276486	0.94639058	0.89348891	0.90647833
	北區	0.83609590	0.90000000	0.93000655	0.94158588	0.95777508	0.96525013	0.90250398	0.90953026
	中區	0.87185409	0.90000000	0.93381735	0.94356285	0.93992875	0.95761842	0.88721615	0.90383456
全年	南區	0.87640855	0.90000000	0.95968728	0.96594308	0.98607022	0.99222497		0.90809286
	高屏	0.87250922	0.90209425	0.94133958	0.94639525	0.96641524	0.97162804	0.90250398	0.90733415
	東區	1.09004519	1.09760021	1.03793438	1.04548014	0.95921406	0.97199529		0.91452718
	合計	0.87757588	0.90569790	0.92399525	0.93693571	0.95060029	0.96180593	0.89645179	0.90696777

註 1:基層 112 年第 1 季不符合補助條件。

註 2:醫院部門臺北、中區以攤扣前平均點值為基準，其他四分區以全區預估平均點值為攤扣前點值之計算基準。

註 3:全年點值係採當年各季點值採簡單平均法計算之(加總各季點值除以 4)。

(會議資料第 73 頁)

五、法定諮詢事項

案由：衛生福利部「114年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)併同中央健康保險署「114年度醫療給付費用總額範圍(草案)之財務試算」諮詢案，請鑒察。

說明：

- 一、本件係衛福部依據全民健康保險法(下稱健保法)第 60 條規定，於本(113)年 6 月 17 日以衛部保字第 1131260329 號函送「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」(下稱 114 年度總額範圍草案)諮詢案，如附件一(第 22~39 頁)；簡報如附件二(第 40~51 頁)。
- 二、另為利委員審視前揭總額範圍草案，商請中央健康保險署(下稱健保署)併提「114 年度醫療給付費用總額範圍(草案)之財務試算」供參，如附件三(第 52~53 頁)。

三、說明單位：

(一)衛福部社會保險司(下稱社保司)：說明 114 年度總額範圍草案。

(二)健保署：說明 114 年度總額範圍草案之財務試算。

衛福部社保司業務窗口：郭乃文科長，聯絡電話：02-85906666，分機 6770

健保署業務窗口：溫怡珺科長，聯絡電話：02-27065866，分機 1507

.....
本會研析說明：

- 一、衛福部所擬之 114 年度總額範圍草案，係以 114 年度健保總額基期(約 8,802.17 億元)計算，成長率範圍為 3.521% 至 5.5%，重點摘要如下：

(一)低推估值：低推估成長率為 3.521%，較基期約增加 309.91 億元，低推估金額約為 9,112.08 億元：

低推估成長率係按「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」、「醫療服務成本指數改變率」及「投保人口預估成長率」

計算，再乘以校正後一般服務預算占率。

(二)高推估值：高推估成長率為 5.5%，較基期約增加 484.11 億元，高推估金額約為 9,286.28 億元：

即低推估值(3.521%)+協商因素(1.979%，約增加 174.2 億元)，其中協商因素係依據 114 年規劃目標，並以民眾醫療需求、政策推動對醫療費用之影響為主，衡量民眾付費能力、總體經濟情勢、我國整體醫療保健支出及全民健康保險財務收支情形等所擬。

二、經審視 114 年度總額範圍草案，其擬訂方式說明如下：

(一)低推估值計算方式：

1.114 年度總額基期、低推估成長率計算方式不同：(詳附件一，第 25~28 頁)

(1)114 年度總額基期：

採前 1 年度(113 年)健保總額預算(8,755.35 億元)，校正前 2 年度(112 年)投保人口預估成長率與實際之差值(下稱人口差值，+46.03 億元^註)，及加回前 1 年度(113 年)違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款(下稱違規扣款，+0.79 億元)，約為 8,802.17 億元。

註：人口差值為 112 年實際投保人口成長率(0.362%)，與協商 112 年度總額時預估投保人口成長率(-0.264%)之差值。

(2)低推估成長率：

113 年度於低推估成長率校正之人口差值，而 114 年度則改至基期校正(詳下比較表)，爰低推估成長率(3.521%)，係將醫療服務成本及人口因素成長率(4.104%^註)，再乘以 113 年校正後一般服務占率(85.793%)後所得(專款採零基預算，直接協定額度，不納入基期計算)。

註：醫療服務成本及人口因素成長率 4.104%
 $= (1 + \text{投保人口結構改變對醫療費用之影響 } 1.570\% + \text{醫療服務成本指數改變率 } 2.159\%) \times (1 + \text{投保人口預估成長率 } 0.362\%) - 1$

(3)因 114 年度總額基期及低推估成長率計算方式與過去不同，爰低推估成長率無法與歷年數值直接比較。

項目	113 年度總額	114 年度總額
基期	前 1 年度(112 年)總額淨值 =前 1 年度(112 年)總額 -前 2 年度(111 年)未導入預算扣減	前 1 年度(113 年)校正後總額 =前 1 年度(113 年)總額 +前 2 年度(112 年) <u>人口差值</u> +前 1 年度(113 年) ^{違規扣款} _註
低推估成長率	醫療服務成本及人口因素成長率， 校正一般服務占率及 <u>人口差值</u>	醫療服務成本及人口因素成長率， 校正一般服務占率

註：過去(113 年度總額前)衛福部擬訂總額範圍時所採基期，未處理前 1 年度違規扣款之回補；然本會依總額協商原則，自 108 年度總額起，於總額協商計算各總額部門一般服務成長金額之基期，會加回前 1 年度違規扣款金額。

2. 「醫療服務成本及人口因素成長率」計算公式與過去相同，其中「醫療服務成本指數改變率」(MCPI)採主計總處最新資料：(詳附件一，第 27、33~35 頁)

(1) 「權數」(各成本項目費用占率)：

採主計總處「工業及服務業普查」之調查結果，配合其調查頻率每 5 年更新一次。109~113 年度採 105 年資料，114 年度逢 5 年更新之第 1 年，改採 110 年調查結果，自 114 年度總額起適用 5 年，即 114~118 年度總額，MCPI 權重均會採用此調查結果，其權數與 105 年之調查結果有所變化。

(2) 「指數」(各項指標費用成長率)：

採主計總處每年發布之最新物價、薪資等資料。配合主計總處停編「躉售物價指數」，114 年度藥品、醫療器材費用指標，改採「國產內銷及進出口物價指數」計算。

(3) 各總額部門 MCPI 之計算，係以各成本項目之「權數」×「指數」之加總，與前一年相較計算成長率，檢附 114 年度及 113 年度所採數據(如附件四，第 54 頁)供參。

(二)高推估值計算方式與過去相同(即低推估值+調整因素)：本項係「低推估值」(3.521%)加上「調整因素(1.979%，約增加 174.2 億元)」所得，114 年政策目標及金額摘要如下：(詳附件一，第 28~29 頁)

1. 強化全人照護與慢性疾病管理，擴大居家醫療，建構大家醫計畫，投資民眾健康。(增加 42.43 億元)
2. 友善醫事人員環境與薪資，鞏固醫療量能與醫療價值。(增加 46.91 億元)
3. 加速引進新藥新科技，提升支付合理性，照顧急重難罕病人與民眾醫療品質。(增加 82.66 億元)
4. 推動通訊醫療及優化數位，提升偏鄉醫療可近性與效能。(增加 2.19 億元)

三、健保署依照 114 年度總額範圍草案低、高推估值，以現行費率 5.17% 試算健保財務，預估 114 年度保險收支將短絀 482 億元至 655 億元，當年底保險收支累計結餘為 897 億元至 724 億元，安全準備約當保險給付支出 1.27 個月至 1.01 個月。

表 114 年度醫療給付費用總額範圍草案之財務試算

項目	低推估	高推估
114 年度總額醫療費用成長率	3.521%	5.5%
114 年度總額醫療費用(億元)(含部分負擔)	9,112	9,286
增加金額(億元)	310	484
114 年保險成本(億元)(不含部分負擔)	8,452	8,624
114 年保險收入(億元)	7,970	7,969
114 年當年保險收支餘絀(億元)	-482	-655
114 年保險收支累計結餘(億元)	897	724
約當保險給付支出月數	1.27	1.01

四、彙整歷年總額核定情形(如附件五，第 55 頁)，及衛福部於 113 年 4 月 2 日、4 月 30 日召開「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍擬訂方向會議」、「114 年度全民健康保險醫療給付總額範圍協商方向規劃會議」之與會者意見摘要(如附件六，第 56~59 頁)，供委員參考。

五、依健保法第 5 條規定，本會於辦理總額之協議訂定等事項，有減少保險收入或增加保險支出之情事時，應請健保署同時提出資源配置及財務平衡方案，併案審議或協議訂定。為利本會進

行 114 年度健保總額之協議訂定，請健保署於衛福部交議本會「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案」時，依法併同提出「114 年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案」，供協商參考。

決定：

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：賴如琳
聯絡電話：(02)8590-6752
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hg1498@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6月17日
發文字號：衛部保字第1131260329號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：114年總額範圍草案

主旨：有關「114年度全民健康保險醫療給付費用範圍」（草案），
請查照並惠示意見。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第60條規定辦理。
- 二、旨揭草案之總額基期約為8,802.17億元，並考量投保人口結構改變、醫療服務成本指數改變及投保人口數成長對醫療費用之影響，以及配合114年總額規劃目標，衡量民眾付費能力、總體經濟情勢、我國整體醫療保健支出及健保財務收支情形等各面向所擬，總額成長率為3.521%至5.5%，總額下限金額約9,112.08億元至上限金額約9,286.28億元，較前一年度總額增加309.91億元至484.11億元。
- 三、檢附旨揭諮詢草案之說明及簡報資料詳附件1、2。

正本：本部全民健康保險會
副本：衛生福利部中央健康保險署

113.06.18



113CC00458

114 年全民健康保險醫療給付費用

總額範圍（草案）

依全民健康保險法(以下簡稱健保法)第 60 條規定，健保每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，經諮詢貴會意見後，報請行政院核定。

本部所擬之 114 年健保醫療給付費用總額範圍，係以 114 年健保總額基期 8,802.17 億元計算，總額下限金額約 9,112.08 億元至上限金額約 9,286.28 億元(成長率 3.521% 至 5.5%)。

114 年健保醫療給付費用總額範圍擬訂公式如下：

$$\begin{aligned} & \text{114 年健保醫療給付費用總額範圍} \\ & = \text{114 年健保總額基期} \\ & \quad \times (1 + \text{114 年健保醫療給付費用成長率之低推估值} \sim \text{高推估值}) \end{aligned}$$

- 一、 基期(8,802.17 億元)：係以前 1 年(113 年)健保醫療給付費用總額 8,755.35 億元，校正前 2 年(112 年)投保人口預估成長率與實際之差值(46.03 億元)，以及加回前 1 年(113 年)總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款(0.79 億元)計算而得。
- 二、 低推估值(3.521%，較基期約增加 309.91 億元，下限金額約為 9,112.08 億元)：係按「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」、「醫療服務成本指數改變率」及「投保人口預估成長率」計算成長率。
- 三、 高推估值(5.5%，較基期增加約 484.11 億元，上限金額約為 9,286.28 億元)：即低推估值+協商因素，其中協商因素係依據 114 年規劃目標，並以民眾醫療需求、政策推動對醫療費用之影響為主，衡量民眾付費能力、總體經濟情勢、我國整體醫療保健支出及全民健康保險財務收支情形等所擬。

綜上，預估 114 年度健保醫療給付費用總額，約為 9,112.08 億元至 9,286.28 億元，敬請貴會惠予支持。

114 年全民健康保險醫療給付費用總額範圍擬訂說明

壹、行政院核定 113 年總額範圍函示事項

有關行政院 112 年 7 月 31 日院臺衛字第 1121030976 號函核定 113 年度總額範圍函示事項如下：

- (一) 依據全民健康保險（以下簡稱健保）財務推估，112 年保險安全準備金額雖仍高於 1 個月保險給付支出，惟在維持現行一般保險費費率 5.17% 情況下，預估 113 年健保仍將收不抵支，安全準備持續下降，應審慎提前規劃因應。
- (二) 為因應人口高齡化、工作年齡人口占比下降所帶來之醫療服務供需失衡及健保收支短绌問題，請通盤考量醫療資源配置之妥適性，除持續提升健保運作效率、抑制資源不當耗用外，請強化數位醫療轉型、打造韌性醫療體系，並應增進公衛、醫療及照護服務體系之合作，強化健保與前端預防保健及後端照護資源之連結，以擴大健保資源使用效益，保障民眾醫療權益及提升自我健康維持之能力。
- (三) 請持續關注嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）疫情後之遞延性醫療需求，適時調整相關政策；並請積極提升給付價值，持續推動支付制度改革，減少低價值醫療服務，落實預算合理編列及有效管理，並持續檢視各項節流措施執行成效。另請檢討現行費基結構，促進保費分擔公平，並研議擴增保險收入之可行性，以建構更穩健的財務制度。

貳、114 年全民健康保險醫療給付費用總額範圍

一、114 年總額基期(8,802.17 億元)：本部擬訂健保總額範圍所採計之基期，係以前 1 年度(113 年)健保總額預算(8,755.35 億元)，校正前 2 年度(112 年)投保人口預估成長率與實際之差值(+46.03 億元)、加回前 1 年度(113 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額(+0.79 億元)，即為 8,802.17 億元($8,755.35 + 46.03 + 0.79$)。各項校正因素分述如下：

- (一) 前 1 年度 (113 年) 健保醫療給付費用總額 8,755.35 億元：依本部

112 年 12 月 26 日衛部健字第 1123360189 號公告 113 年度健保醫療給付費用總額核定結果。

(二)前 2 年度(112 年)投保人口預估成長率與實際之差值 +46.03 億元：

1. 因擬訂年度總額時，「投保人口成長率」尚無法取得該年度實際投保人口數，僅能先採計最近 1 年可取得之實際投保人口作為預估值，再於次年度總額之基期費用校正處理預估與實際投保人口費用差值。
2. 以 114 年度總額基期說明，前 2 年度人口費用差值即校正 112 年度總額「投保人口成長率」原預估與實際之費用差值。原 111 年擬訂 112 年度總額範圍時，因當時尚無法取得 112 年實際投保人口成長數，爰以 110 年較 109 年之實際人口成長率預估「投保人口成長率」，待 113 年擬訂 114 年總額時，始取得 112 年實際投保人口成長數，故於 114 年度總額校正。

(三)加回前 1 年度(113 年)總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款 +0.79 億元：依本部前開 112 年 12 月 26 日公告，違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款不列入 114 年度總額協商之基期費用，爰須加回前 1 年度(113 年)前開金額。

(四)112 年西醫基層一般服務新醫療科技(預算 3.41 億元)未導入 2,036 萬元，考量執行率高於 9 成，不於基期扣減；112 年中醫一般服務「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)」等 3 項計畫(預算 4.964 億元)未執行 4.281 億元，考量總額為前瞻性預算，計畫初辦及疫情因素，預算預估不準確，實際執行未穩定需校正，不予以扣減。

二、114年總額範圍下限：低推估值為3.521%，114年下限金額約9,112.08億元，較基期約增加309.91億元，較113年核定8,755.35億元增加約356.73億元。

低推估金額9,112.08億元

$$\begin{aligned} &= 114\text{年度健保總額基期} \times \{ [(1+A+B) \times (1+C) - 1] \times (113\text{年校正後一般服務費用占率}) \} \\ &= \{ 8,802.17 \times [(1+1.570\% + 2.159\%) \times (1+0.362\%) - 1] \times (85.793\%) \} \end{aligned}$$

A：投保人口結構改變對醫療費用之影響率

B：醫療服務成本指數改變率

C：投保人口預估成長率

(一) 低推估值係按「投保人口結構改變對醫療費用之影響率(A)」、「醫療服務成本指數改變率(B)」及「投保人口預估成長率(C)」計算(相關數值詳表1至2)：

1. 投保人口結構改變對醫療費用之影響率(A) 1.570%：以111年每人醫療費用為基礎，依年齡(1歲為1組)、性別分組，計算112年對111年保險對象人口結構之影響。

2. 醫療服務成本指數改變率(B，簡稱MCPI) 2.159%：

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

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

(二) 投保人口預估成長率(C) 0.362%：按最近一年可取得之實際投保人口成長率，即112年對111年投保人口成長率計算，採各季投保人數之平均值。111年投保人口數為23,509,843人，112年為23,594,984人。

(三) 綜上分別計算後，合併為「醫療服務成本及人口因素成長率」3.521%。

醫療服務成本及人口因素成長率之各因素如下表：

項 目	成長率
投保人口結構改變對醫療費用之影響率(A)	1.570%
醫療服務成本指數改變率(B)	2.159%
投保人口預估成長率(C)	0.362%
醫療服務成本及人口因素成長率	3.521%

註 1：「投保人口預估成長率」係以 112 年對 111 年投保人口成長率計算（採各季投保人數之平均值）。

註 2：各項因素以 113 年 4 月最新公告數值為準。

$$\begin{aligned} &\text{醫療服務成本及人口因素成長率 } 3.521\% \\ &= (1 + \text{投保人口結構改變對醫療費用之影響率} + \text{醫療服務成本指數改變率}) \times (1 + \text{投保人口預估成長率}) - 1 \\ &= (1 + 1.570\% + 2.159\%) \times (1 + 0.362\%) - 1 \end{aligned}$$

三、114 年總額範圍上限：高推估值訂為 5.5%，即低推估值(3.521%)+協商因素(1.979%，約增加 174.2 億元)，預估總額為 9,286.28 億元。114 年政策目標、內涵及金額如下：

(一) 強化全人照護與慢性疾病管理，擴大居家醫療，建構大家醫計畫，投資民眾健康，共 42.43 億元：

1. 持續整合家醫計畫與論質計畫、代謝症候群防治計畫等相關計畫，提供以病人為中心之全人照護。
2. 持續提升醫療服務品質，促進醫療體系分工合作，以落實分級醫療。
3. 擴大特定疾病照護對象，全面優化兒少醫療照護，強化國家癌症防治策略，持續推動在宅急症照護試辦計畫，提供居家個案適當急性照護。

(二) 友善醫事人員環境與薪資，鞏固醫療量能與醫療價值，共 46.91 億元：

1. 確保醫事服務機構獲得合理給付，應對醫材及人力成本財務衝擊。
2. 持續改善醫事人員工作環境，鼓勵醫療機構提升人員薪資，積極推動分級醫療，提升醫療量能與價值。

(三) 加速引進新藥新科技，提升支付合理性，照顧急重難罕病人與民眾醫療品質，共 82.66 億元：

1. 加速引進新醫療科技，擴增給付範圍及收載新藥，提升急重難罕病人藥物可近性。
2. 提升支付標準調整合理性，強化給付效率，通盤檢討支付標準衡平性。
3. 持續推動區域聯防，建立醫院間合作溝通機制、確保急重症個案疾病照護品質及效率。

(四) 推動通訊醫療及優化數位，提升偏鄉醫療可近性與效能，共 2.19 億元：

1. 智慧醫療結合健康照護，納入數位醫療科技應用，提高醫療效率。
2. 優化健保雲端系統，善用資料及資訊系統，提升病人就醫及用藥安全，提高健保資源運用效率。
3. 強化醫療資源不足地區醫療服務，優先保障離島偏鄉醫療給付，逐步擴大推廣山地鄉全人整合照護，提升偏鄉醫療可近性。

參、民眾付費能力及健保財務評估

一、 健保財務影響評估（詳表 3）

114 年健保總額成長率範圍(3.521%至 5.5%)，推算應付保險給付支出約為 9,112.08 億元至 9,286.28 億元，安全準備餘額折合保險給付支出月數約為 1.27 個月（低推估）至 1.01 個月（高推估）。健保財務長期趨勢推估詳表 6。

二、 付費者之付費能力參考指標（詳表 4、圖 1 至 2）

(一) 我國經濟成長率：依據行政院主計總處 113 年公告資料，我國實質國內生產毛額成長率(GDP)之趨勢，101 年至 112 年成長率數值範圍介於 1.28%至 6.62%，113 年預估值為 3.94%。

- (二) 健保平均投保金額成長率：基本工資自 113 年 1 月 1 日起調升，月薪由 26,400 元調整至 27,470 元，調升 1,070 元，調幅約為 4.05%；時薪則比照月薪調幅，由 176 元調整至 183 元。因應基本工資調漲，健保投保金額分級表亦隨之微調，預估 113 年之平均投保金額成長率為 2.66%。
- (三) 健保保險費成長率：自 110 年 1 月 1 日起，健保一般保險費費率為 5.17%，補充保費費率 2.11%，113 年健保應收保險費成長率為 0.34%。
- (四) 國民醫療保健支出(NHE)占 GDP 比率：依據本部「111 年國民醫療保健支出電子書」，111 年 NHE 占 GDP 比率為 7.47%，其中健保支出占 GDP 比率為 3.57%。

三、歷年健保醫療給付費用總額範圍與協定結果，詳表 5。100 年至 113 年期間，報院之高推估值以 102 年的成長率 7%最高，而 100 年的成長率 3.627% 則為最低；行政院核定之高推估值，則以 102 年成長率 6%最高，100 年成長率 3.6%最低；健保會協定及本部核定結果，以 106 年成長率 5.642%最高，而 100 年成長率 2.855%最低。

伍、結語

依據健保法第 60 條規定，於年度開始 6 個月前擬訂醫療給付費用總額範圍，報請行政院核定。研擬之 114 年總額係參考近期府院施政方向，為達成「健康台灣」、「健保永續」，將積極推動多項措施，包括充足醫療人力，改善醫療人員工作環境；持續提升醫療服務品質，重整大家醫計畫；加速導入新醫療科技，強化國家癌症防治；智慧醫療結合健康照護與推動遠距醫療等多元面向。後續將據上述總額範圍與政策目標內涵報行政院核定，核定後續交議健保會進行年度醫療給付費用總額之協定及分配。期保障民眾醫療權益及獲得妥適醫療照顧，逐步改善醫療照護品質，持續提升全民健康。

表1、投保人口結構改變對醫療費用之影響率

年齡組別	111 年 每人年申報點數			111 年 保險對象人數%			112 年 保險對象人數%		
	女性	男性	小計	女性	男性	小計	女性	男性	小計
	24,291	23,670	23,969	0.28%	0.30%	0.58%	0.26%	0.28%	0.55%
0 歲	24,291	23,670	23,969	0.28%	0.30%	0.58%	0.26%	0.28%	0.55%
1 歲	22,215	27,006	24,697	0.32%	0.34%	0.66%	0.29%	0.31%	0.60%
2 歲	15,995	20,163	18,157	0.33%	0.36%	0.69%	0.32%	0.34%	0.66%
3 歲	16,835	21,811	19,412	0.35%	0.38%	0.73%	0.33%	0.36%	0.69%
4 歲	16,234	21,819	19,126	0.37%	0.40%	0.77%	0.36%	0.38%	0.74%
5 歲	15,966	21,340	18,748	0.40%	0.43%	0.83%	0.37%	0.40%	0.77%
6 歲	14,505	19,119	16,902	0.42%	0.45%	0.87%	0.40%	0.43%	0.83%
7 歲	11,518	14,996	13,322	0.43%	0.46%	0.89%	0.42%	0.45%	0.87%
8 歲	10,540	12,729	11,672	0.41%	0.43%	0.84%	0.43%	0.46%	0.89%
9 歲	9,186	10,499	9,866	0.43%	0.46%	0.89%	0.41%	0.43%	0.84%
10 歲	10,062	11,435	10,773	0.44%	0.47%	0.91%	0.43%	0.46%	0.89%
11 歲	9,155	11,672	10,463	0.37%	0.40%	0.77%	0.44%	0.47%	0.91%
12 歲	8,065	9,979	9,064	0.35%	0.39%	0.74%	0.37%	0.40%	0.77%
13 歲	8,780	9,838	9,331	0.39%	0.42%	0.81%	0.36%	0.39%	0.74%
14 歲	7,896	10,312	9,160	0.40%	0.44%	0.84%	0.39%	0.42%	0.81%
15 歲	9,286	10,924	10,142	0.40%	0.44%	0.84%	0.40%	0.44%	0.84%
16 歲	9,590	10,190	9,904	0.41%	0.45%	0.86%	0.41%	0.44%	0.85%
17 歲	9,623	9,802	9,716	0.42%	0.46%	0.88%	0.41%	0.45%	0.86%
18 歲	10,216	10,751	10,498	0.44%	0.49%	0.93%	0.43%	0.47%	0.90%
19 歲	10,746	10,920	10,837	0.48%	0.53%	1.01%	0.45%	0.50%	0.95%
20 歲	12,027	10,359	11,157	0.52%	0.56%	1.08%	0.49%	0.54%	1.03%
21 歲	11,467	9,334	10,351	0.58%	0.64%	1.23%	0.53%	0.57%	1.10%
22 歲	13,270	10,666	11,908	0.62%	0.68%	1.29%	0.60%	0.65%	1.25%
23 歲	13,815	11,398	12,555	0.58%	0.63%	1.21%	0.62%	0.68%	1.29%
24 歲	12,858	10,006	11,371	0.62%	0.67%	1.29%	0.58%	0.64%	1.22%
25 歲	14,177	11,075	12,563	0.68%	0.74%	1.42%	0.62%	0.68%	1.30%
26 歲	14,770	10,975	12,798	0.69%	0.74%	1.43%	0.69%	0.74%	1.43%
27 歲	15,450	12,061	13,696	0.69%	0.74%	1.44%	0.69%	0.75%	1.44%
28 歲	15,718	11,576	13,572	0.70%	0.75%	1.44%	0.70%	0.75%	1.45%
29 歲	16,751	12,501	14,554	0.70%	0.75%	1.45%	0.70%	0.76%	1.46%
30 歲	17,419	12,969	15,106	0.69%	0.75%	1.43%	0.71%	0.76%	1.47%
31 歲	18,096	13,043	15,470	0.70%	0.76%	1.46%	0.70%	0.75%	1.45%
32 歲	19,422	14,089	16,666	0.71%	0.76%	1.47%	0.71%	0.76%	1.47%
33 歲	18,883	13,586	16,160	0.71%	0.75%	1.45%	0.71%	0.76%	1.47%
34 歲	20,831	15,923	18,328	0.71%	0.74%	1.44%	0.71%	0.75%	1.46%
35 歲	20,229	15,637	17,919	0.69%	0.69%	1.38%	0.71%	0.74%	1.45%
36 歲	19,294	15,619	17,467	0.72%	0.71%	1.43%	0.69%	0.70%	1.38%
37 歲	19,558	16,859	18,228	0.80%	0.78%	1.57%	0.72%	0.71%	1.43%
38 歲	20,135	18,362	19,263	0.83%	0.80%	1.63%	0.80%	0.78%	1.57%
39 歲	19,998	18,250	19,145	0.88%	0.84%	1.72%	0.83%	0.80%	1.63%
40 歲	20,719	19,655	20,202	0.91%	0.86%	1.77%	0.88%	0.84%	1.71%
41 歲	21,670	21,390	21,534	0.91%	0.86%	1.78%	0.91%	0.86%	1.77%
42 歲	21,865	22,429	22,138	0.91%	0.86%	1.77%	0.91%	0.86%	1.77%
43 歲	23,185	24,019	23,590	0.91%	0.86%	1.76%	0.91%	0.86%	1.77%
44 歲	24,359	25,991	25,152	0.87%	0.82%	1.68%	0.90%	0.85%	1.76%
45 歲	24,044	25,750	24,872	0.88%	0.83%	1.71%	0.86%	0.81%	1.67%
46 歲	27,958	30,248	29,069	0.85%	0.80%	1.65%	0.88%	0.83%	1.71%
47 歲	27,508	29,777	28,602	0.78%	0.73%	1.51%	0.84%	0.80%	1.64%
48 歲	28,085	31,813	29,890	0.76%	0.72%	1.48%	0.78%	0.72%	1.50%
49 歲	29,143	33,419	31,215	0.76%	0.71%	1.47%	0.76%	0.71%	1.47%
50 歲	30,136	34,209	32,113	0.76%	0.72%	1.47%	0.75%	0.71%	1.46%
51 歲	31,707	35,464	33,540	0.77%	0.74%	1.51%	0.76%	0.71%	1.47%
52 歲	33,030	37,591	35,258	0.78%	0.75%	1.53%	0.77%	0.73%	1.50%
53 歲	33,785	39,857	36,758	0.77%	0.74%	1.51%	0.78%	0.74%	1.52%
54 歲	35,512	40,764	38,088	0.76%	0.73%	1.49%	0.77%	0.74%	1.50%
55 歲	35,175	41,497	38,279	0.74%	0.72%	1.46%	0.76%	0.72%	1.48%
56 歲	38,378	46,087	42,147	0.77%	0.73%	1.50%	0.74%	0.71%	1.45%
57 歲	38,426	46,238	42,244	0.77%	0.74%	1.51%	0.76%	0.73%	1.49%
58 歲	39,771	49,572	44,555	0.78%	0.74%	1.52%	0.77%	0.73%	1.50%
59 歲	41,818	51,354	46,452	0.78%	0.74%	1.52%	0.77%	0.73%	1.51%
60 歲	43,316	53,662	48,348	0.76%	0.72%	1.48%	0.77%	0.73%	1.50%

表1、投保人口結構改變對醫療費用之影響率(續完)

年齡組別	111 年			111 年			112 年		
	每人年申報點數			保險對象人數%			保險對象人數%		
	女性	男性	小計	女性	男性	小計	女性	男性	小計
61 歲	45,440	56,662	50,898	0.74%	0.70%	1.45%	0.76%	0.72%	1.48%
62 歲	46,757	59,201	52,768	0.74%	0.69%	1.43%	0.74%	0.70%	1.44%
63 歲	49,286	61,551	55,193	0.73%	0.68%	1.42%	0.73%	0.68%	1.41%
64 歲	51,868	65,369	58,345	0.69%	0.63%	1.32%	0.73%	0.67%	1.40%
65 歲	54,380	67,469	60,635	0.67%	0.61%	1.28%	0.68%	0.62%	1.30%
66 歲	56,633	69,779	62,914	0.68%	0.62%	1.31%	0.67%	0.61%	1.27%
67 歲	59,146	72,802	65,646	0.66%	0.60%	1.26%	0.68%	0.61%	1.29%
68 歲	62,781	77,351	69,680	0.62%	0.56%	1.17%	0.66%	0.59%	1.24%
69 歲	64,938	79,132	71,632	0.59%	0.53%	1.12%	0.61%	0.55%	1.16%
70 歲	67,938	81,503	74,299	0.59%	0.52%	1.10%	0.59%	0.52%	1.11%
71 歲	74,415	90,762	82,073	0.55%	0.48%	1.03%	0.58%	0.51%	1.09%
72 歲	76,644	93,594	84,543	0.47%	0.41%	0.87%	0.54%	0.47%	1.02%
73 歲	78,863	95,460	86,524	0.43%	0.37%	0.80%	0.46%	0.40%	0.86%
74 歲	84,202	101,708	92,279	0.37%	0.32%	0.69%	0.43%	0.36%	0.79%
75 歲	90,297	109,084	98,884	0.31%	0.26%	0.58%	0.36%	0.31%	0.67%
76 歲	95,026	118,171	105,443	0.24%	0.20%	0.44%	0.31%	0.25%	0.56%
77 歲	83,241	99,446	90,439	0.26%	0.20%	0.46%	0.24%	0.19%	0.43%
78 歲	89,981	110,567	99,076	0.27%	0.22%	0.49%	0.25%	0.19%	0.44%
79 歲	93,719	113,985	102,566	0.26%	0.21%	0.47%	0.26%	0.21%	0.47%
80 歲	94,785	116,305	104,030	0.26%	0.19%	0.45%	0.25%	0.19%	0.45%
81 歲	95,754	118,969	105,668	0.25%	0.18%	0.43%	0.24%	0.18%	0.42%
82 歲	98,770	121,753	108,290	0.23%	0.17%	0.40%	0.23%	0.17%	0.40%
83 歲	104,657	126,357	113,500	0.21%	0.14%	0.35%	0.22%	0.15%	0.37%
84 歲	105,033	130,188	115,081	0.19%	0.13%	0.31%	0.20%	0.13%	0.33%
85 歲	108,486	131,214	117,473	0.17%	0.11%	0.28%	0.17%	0.11%	0.29%
86 歲	107,744	136,323	118,818	0.15%	0.10%	0.24%	0.16%	0.10%	0.25%
87 歲	110,038	136,285	120,147	0.14%	0.08%	0.22%	0.14%	0.08%	0.22%
88 歲	112,564	139,382	122,866	0.11%	0.07%	0.19%	0.12%	0.07%	0.19%
89 歲	112,252	134,221	120,960	0.10%	0.06%	0.16%	0.10%	0.06%	0.16%
90 歲	108,478	135,175	119,384	0.08%	0.06%	0.14%	0.08%	0.05%	0.14%
91 歲	111,209	146,773	126,101	0.07%	0.05%	0.12%	0.07%	0.05%	0.12%
92 歲	107,644	146,750	124,371	0.06%	0.04%	0.10%	0.06%	0.04%	0.10%
93 歲	113,084	149,574	128,702	0.05%	0.03%	0.08%	0.05%	0.03%	0.08%
94 歲	111,284	160,558	132,611	0.03%	0.03%	0.06%	0.04%	0.03%	0.06%
95 歲	110,344	153,562	128,654	0.03%	0.02%	0.05%	0.03%	0.02%	0.05%
96 歲	122,924	169,073	142,547	0.02%	0.01%	0.03%	0.02%	0.01%	0.03%
97 歲	116,870	167,734	138,628	0.01%	0.01%	0.02%	0.01%	0.01%	0.02%
98 歲	116,601	165,493	135,790	0.01%	0.01%	0.02%	0.01%	0.01%	0.02%
99 歲	119,141	156,879	134,333	0.01%	0.00%	0.01%	0.01%	0.00%	0.01%
100 歲	129,615	179,034	150,556	0.00%	0.00%	0.01%	0.00%	0.00%	0.01%
101 歲	124,324	176,648	145,273	0.00%	0.00%	0.01%	0.00%	0.00%	0.01%
102 歲	119,373	160,569	136,139	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
103 歲	111,616	159,176	132,113	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
104 歲	94,282	207,122	144,094	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
105 歲	142,095	218,525	172,311	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
106 歲	88,287	156,685	115,158	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
107 歲	182,968	190,798	186,324	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
108 歲	85,498	178,392	122,655	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
109 歲	68,359	88,974	78,311	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
110 歲以上	129,238	160,875	145,960	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
小計	33,757	35,658	34,695	50.64%	49.37%	100.00%	50.68%	49.32%	100.00%
						112 年校正後每人年費用	35,240		
						成長率	1.570%		

註：1. 投保人口結構改變對醫療費用之影響率係指112年納保人口年齡性別結構相對於111年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用點數之影響(以111年費用點數為基礎；年齡則以1歲一組做調整)。
 2. 投保人口結構改變對醫療費用之影響率=($\sum HE_{111ij} \times \% POP_{112ij} / (\sum HE_{111ij} \times \% POP_{111ij}) - 1$)
 (1) HE_{111ij} ：111 年各年齡性別組別之每人年醫療給付費用
 (2) $\% POP_{112ij}$ ：112 年保險對象各年齡性別組別占總人口百分比
 (3) $\% POP_{111ij}$ ：111 年保險對象各年齡性別組別占總人口百分比
 3. 醫療費用點數為申請點數+部分負擔，不含代辦費用，且為核減前點數。
 4. 人口數為 3 月、6 月、9 月、12 月底計費人口數平均。

表2、醫療服務成本指數改變率

總額部門	費用占率	醫療服務成本 指數改變率(MCPI)
醫 院	70.629%	2.161%
西醫基層	19.406%	2.140%
牙 醫	6.190%	2.048%
中 醫	3.775%	2.412%
總 計	100.00%	2.159%

表2-1、醫院服務成本指數改變率

指標類別及權數項目	權數 (%)	111年 指數	112年 指數	111-112年 年增率(%)
	100	102.75	104.97	2.161%
人事費用 1/2「醫療保健服務業」薪資及1/2「工業及服務業」薪資	47.84	103.77	105.30	1.474%
藥品費用 國產內銷及進出口物價指數—西醫藥品類	18.90	100.00	103.02	3.020%
醫療材料費用 國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類	12.61	103.07	106.10	2.940%
基本營業費用 國產內銷及進出口物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	8.92	102.38	104.99	2.549%
其他營業費用 消費者物價指數—總指數	11.73	102.95	105.51	2.487%

表2-2、西醫基層服務成本指數改變率

指標類別及權數項目	權數 (%)	111年 指數	112年 指數	111-112年 年增率(%)
	100	102.79	104.99	2.140%
人事費用 1/2「醫療保健服務業」薪資及1/2「工業及服務業」薪資	49.07	103.77	105.30	1.474%
藥品、藥材及耗材成本 國產內銷及進出口物價指數—西醫藥品類 國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類	17.82 12.67	100.00 103.07	103.02 106.10	3.020% 2.940%
基本營業費用 國產內銷及進出口物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	7.52	102.38	104.99	2.549%
其他營業費用 消費者物價指數—總指數	12.91	102.95	105.51	2.487%

表2-3、牙醫門診服務成本指數改變率

指標類別及權數項目	權數 (%)	111年 指數	112年 指數	111-112年 年增率(%)
	100	103.04	105.15	2.048%
人事費用 1/2「醫療保健服務業」薪資；1/2「工業及服務業」薪資	51.87	103.77	105.30	1.474%
藥品、藥材及耗材成本 健保牙醫門診藥費權重及國產內銷及進出口物價指數—西醫藥品類 國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類	17.25 12.22	101.20 103.07	103.89 106.10	2.658% 2.940%
基本營業費用 國產內銷及進出口物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	7.16	102.38	104.99	2.549%
其他營業費用 消費者物價指數—總指數	11.49	102.95	105.51	2.487%

表2-4 中醫門診服務成本指數改變率

指標類別及權數項目	權數 (%)	111年 指數	112年 指數	111-112年 年增率(%)
	100	102.84	105.32	2.412%
人事費用 1/2「醫療保健服務業」薪資及1/2「工業及服務業」薪資	50.26	103.77	105.30	1.474%
藥品、藥材及耗材成本 國產內銷及進出口物價指數—藥品類之中藥製劑 國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類	18.14 12.26	100.23 103.07	104.85 106.10	4.609% 2.940%
基本營業費用 國產內銷及進出口物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	7.55	102.38	104.99	2.549%
其他營業費用 消費者物價指數—總指數	11.79	102.95	105.51	2.487%

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

表註 2：「指數」以行政院主計總處 113 年 4 月發布「物價統計月報」與查詢「薪情平臺」，採 112 年 1 月至 12 月相對於 111 年 1 月至 12 月資料。本表以 110 年指數訂為 100。

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

表3、114年度總額範圍(草案)費用推估及健保財務之影響評估

項目	低推估	高推估
114 年度總額醫療費用成長率	3.521%	5.5%
114 年度總額醫療費用(億元) (含部分負擔)	9,112	9,286
增加金額(億元)	310	484
114 年保險成本(億元) (不含部分負擔)	8,452	8,624
114 年保險收入(億元)	7,970	7,969
114 年當年保險收支餘純(億元)	-482	-655
114 年保險收支累計結餘(億元)	897	724
114 年保險收支累計結餘 約當保險給付支出月數	1.27	1.01

附註：

製表日期：113.06.07

- 1、保險收入主要包含一般保險費、補充保險費及政府負擔健保總經費法定下限 36%不足數之保險費收入，以及其他法定收入(滯納金、菸捐分配收入、公益彩券盈餘收入、投資運用收益、呆帳提列(減項)...等)。
- 2、114 年一般保險費率假設暫以現行費率 5.17%(補充保險費率 2.11%)推估；另因受醫療給付費用總額成長率不同影響，投資運用收益略有差異，以致保險收入亦略有差異。
- 3、依目前所擬之 114 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)，以總額基期淨值約 8,802.17 億元進行計算。
- 4、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

表4、付費者之付費能力參考指標

單位：%

	101 年	102 年	103 年	104 年	105 年	106 年	107 年	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年	113 年 (預估)
名目國內生產毛額成長率(GDP) ^{註1}	2.91	4.04	6.47	4.90	2.93	2.44	2.18	2.90	5.32	8.78	4.69	3.81	7.17
實質國內生產毛額成長率 ^{註1} (經濟成長率)	2.22	2.48	4.72	1.47	2.17	3.31	2.79	3.06	3.39	6.62	2.59	1.28	3.94
名目國民所得年增率(NI) ^{註1}	2.20	5.58	7.71	4.56	2.99	2.80	1.49	2.15	5.64	9.75	3.36	2.29	8.57
實質國民所得年增率 ^{註1}	2.65	4.16	7.08	5.82	2.37	3.01	0.63	2.11	7.06	5.63	-0.15	1.38	-
受雇員工每人每月平均薪資成長率 (工業及服務業總計) ^{註2}	0.24	0.03	3.60	2.54	0.61	2.80	3.62	-	1.36	3.41	3.41	0.65	-
失業率 ^{註3}	4.24	4.18	3.96	3.78	3.92	3.76	3.71	3.73	3.85	3.95	3.67	3.48	3.36
健保平均投保金額成長率 ^{註4}	2.17	1.93	1.56	1.65	1.46	1.52	2.93	2.01	1.71	1.50	4.09	3.54	2.66
健保應收保險費成長率 ^{註4}	2.90	13.77	4.63	1.07	-4.18	2.90	3.42	2.80	0.82	13.83	7.26	3.51	0.34
健保醫療費用成長率 ^{註4}	4.31	4.44	3.28	3.38	4.91	5.64	4.67	4.39	5.24	4.10	3.30	3.35	-
每人健保醫療費用成長率 ^{註4}	4.27	3.50	2.66	2.83	4.19	5.21	4.56	4.23	5.05	4.48	4.04	2.97	-
國民醫療保健支出占GDP比率 ^{註5}	6.87	6.91	6.79	6.72	6.87	6.99	7.24	7.28	7.40	7.32	7.47	-	-
健保支出占GDP比率 ^{註5}	3.61	3.62	3.51	3.46	3.53	3.64	3.73	3.78	3.78	3.62	3.57	3.55	3.47
健保支出占國民醫療保健支出比率 ^{註5}	52.52	52.39	51.78	51.54	51.37	52.09	51.48	51.93	51.04	49.38	47.75	-	-
家庭部門占國民醫療保健支出比率 ^{註5}	38.29	37.84	37.59	37.37	36.94	36.55	35.80	35.52	33.57	31.32	31.39	-	-

註：1、名目國內生產毛額成長率、實質國內生產毛額成長率及名目國民所得年增率係參考中華民國統計資訊網之「國民所得及經濟成長」資料，網址為 <https://www.stat.gov.tw/cp.aspx?n=2674> 中「國民所得統計常用資料」，其中 112 年為初步統計值，113 年為預測值；實質國民所得年增率資料網址為 <https://www.stat.gov.tw/News.aspx?n=2076&sms=11025> 中「1-1 GDP、GNI 及 NI」以 105 年為參考年。

2、受雇員工每人每月平均薪資成長率係參考主計總處薪情平台，週期選年資料，性別選總計，其餘選項選「每人每月總薪資」、「工業及服務業」、「較上年同期增減綠」，網址為 https://earnings.dgbas.gov.tw/query_payroll.aspx，另因 108 年行業擴增幅度較大，為比較基礎一致，當年數據不與前一年資料進行比較。

3、失業率係參考中華民國統計資訊網之「就業、失業統計」，網址為 https:// manpower.dgbas.gov.tw/dgbas_community/ 項下「常用資料查詢」「失業率」，101 至 112 年為年平均值，113 年為 1 至 4 月累計平均值。

4、健保平均投保金額成長率、健保應收保險費成長率為健保署提供資料；健保醫療費用成長率 101 年至 111 年參考健保會 106 年、108 年和 112 年「總額協商參考指標要覽」中「一、醫療費用支出」之總額預算值，網址為 <https://dep.mohw.gov.tw/nhic/lp-1665-116.html>，112 使用健保總額公告金額，網址為 <https://dep.mohw.gov.tw/NHIC/cp-1661-73150-116.html>；每人健保醫療費用成長率係使用歷年健保總額公告金額除以健保署提供投保人數後計算成長率而得。

5、國民醫療保健支出係參考本部統計處「國民醫療保健支出統計表」中表 1「國民醫療保健支出指標」，其中家庭部門金額參考「國民醫療保健支出統計表」中表 2 數值，網址為 <https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-5071-113.html>；而健保支出參考歷年健保總額公告金額。

表5、歷年本部報院及行政院核定範圍

單位：%

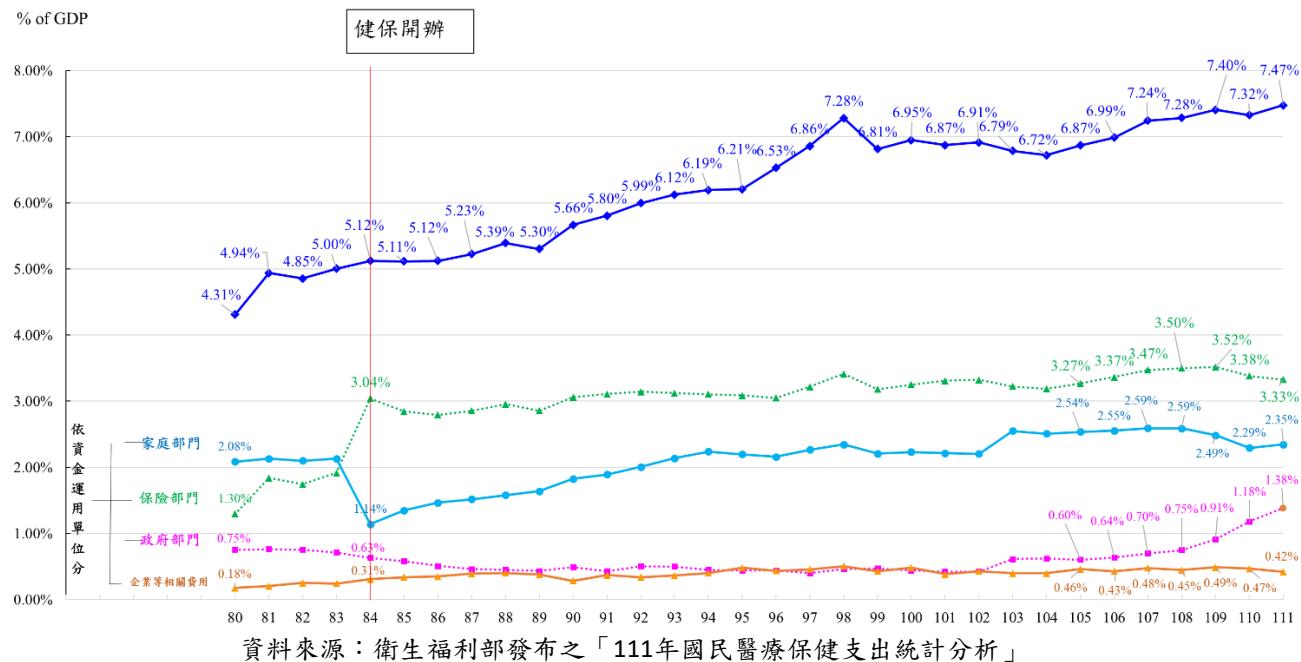
		年度總額 (億元)	人口結構 改變率	醫療成本指 數改變率	人口預估 成長率	協商 因素	醫療給付費用成長率 範圍合計(預估)	
			A	B	C		低推估= (1+A%+B%) * (1+C%) -1	高推估=低 推估+協商 因素
114 年	報院(草案)	-	1.570	2.159	0.362	1.979	3.521	5.5
113 年	報院	8,755	1.784	1.103	-0.757	2.379	2.621	5
	行政院核定					2.079	2.621	4.7
	總額核定					2.079	4.7	
112 年	報院	8,364	1.829	0.401	-0.264	3.744	1.307	5.0
	行政院核定					3.193	1.307	4.5
	總額核定					2.016	3.323	
111 年	報院	8,096	1.746	-0.228	0.136	3.474	1.272	4.746
	行政院核定					3.128	1.272	4.4
	總額核定					2.048	3.320	
110 年	報院	7,835	1.987	1.285	0.204	2.093	2.907	5.0
	行政院核定					1.593	2.907	4.5
	總額核定					1.2	4.107	
109 年	報院	7,526	1.703	2.181	0.346	2.268	3.708	5.976
	行政院核定					1.792	3.708	5.5
	總額核定					1.529	5.237	
108 年	報院	7,153	1.622	0.888	0.359	2.374	2.516	4.89
	行政院核定					2.184	2.516	4.5(4.7)
	總額核定					1.901	4.417	
107 年	報院	6,853	1.511	0.659	0.175	3.282	2.349	5.631
	行政院核定					2.651	2.349	5.00
	總額核定					2.362	4.711	
106 年	報院	6,545	1.460	2.192	0.113	2.721	3.769	6.49
	行政院核定					2.131	3.769	5.9
	總額核定					1.873	5.642	
105 年	報院	6,196	1.440	2.440	0.140	2.114	4.025	6.139
	行政院核定					1.775	4.025	5.8
	總額核定					0.888	4.912	
104 年	報院	5,905	1.500	0.095	0.175	3.239	1.772	5.011
	行政院核定					2.978	1.772	4.75
	總額核定					1.658	3.430	
103 年	報院	5,712	1.516	-0.147	0.205	2.923	1.577	4.500
	行政院核定					2.873	1.577	4.450
	總額核定					1.698	3.275	
102 年	報院	5,531	1.529	1.011	0.443	4.006	2.994	7.000
	行政院核定					3.006	2.994	6.000
	總額核定					1.442	4.436	
101 年	報院	5,296	1.539	0.961	0.190	2.776	2.695	5.471
	行政院核定					2.005	2.695	4.700
	總額核定					1.619	4.314	
100 年	報院	5,077	1.602	-0.298	0.336	1.983	1.644	3.627
	行政院核定					1.956	1.644	3.600
	總額核定					1.211	2.855	

註1：成長率為相較前一年度協定總額基期之成長率。

註2.行政院核定108年總額範圍為：下限值2.516%，上限值4.5%；另為加速根治國人C型肝炎，同意增列108年C肝口服新藥費用，惟所增列之額度，不得超過4.7%之上限。

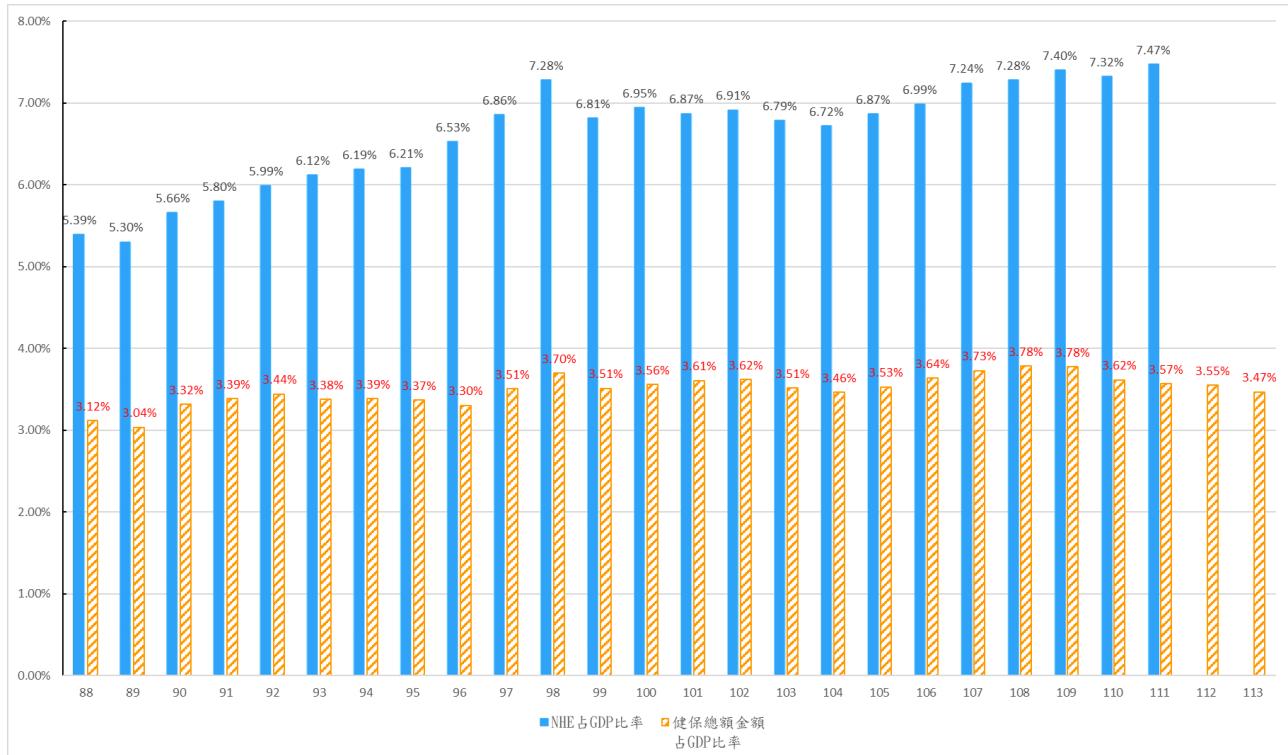
註3：自108年起，人口預估成長率改採最近二年投保人口之成長率作計算；低推估值以前一年度一般服務總費用占該年度醫療給付費用總額之占率校正。

圖1、歷年我國醫療保健支出占GDP比率與政府、保險、家庭、企業及民間部門占GDP比率(至111年)



資料來源：衛生福利部發布之「111年國民醫療保健支出統計分析」

圖2、歷年健保總額占GDP比率趨勢圖



會議資料請勿對外提供



114年度健保總額範圍 擬訂方向

社會保險司
113年6月19日

1



報告大綱

健保總額範圍重要期程

回應113年4月2日健保總額
擬訂方向會議提問與建議

114年低推估及
公式計算

114年高推估及
總額規劃目標

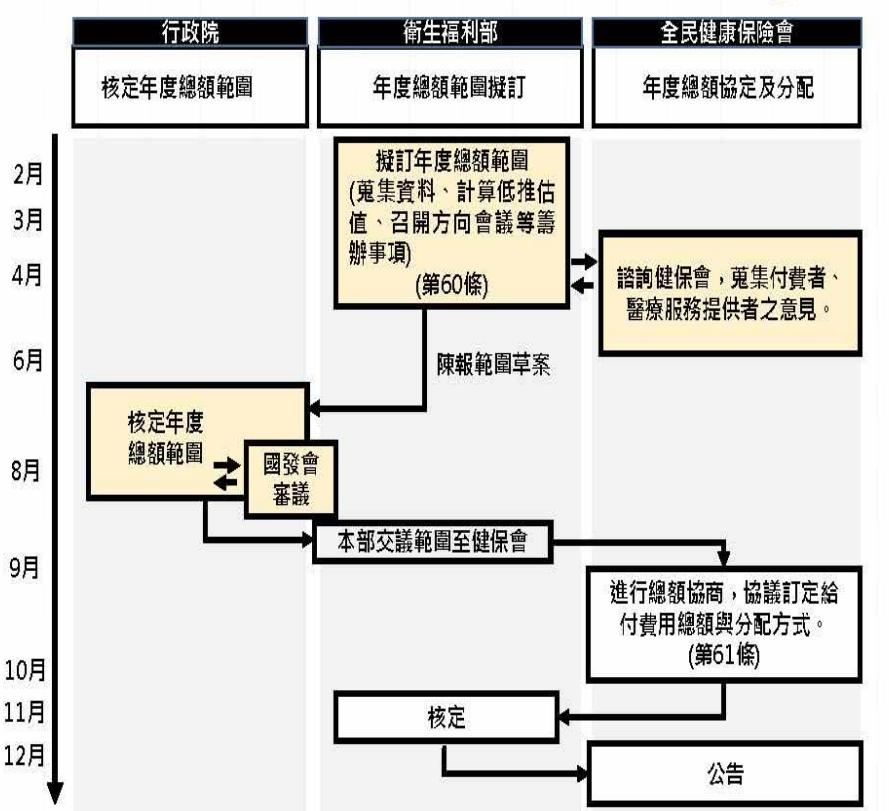


2

年度總額範圍法定程序



衛生福利部
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

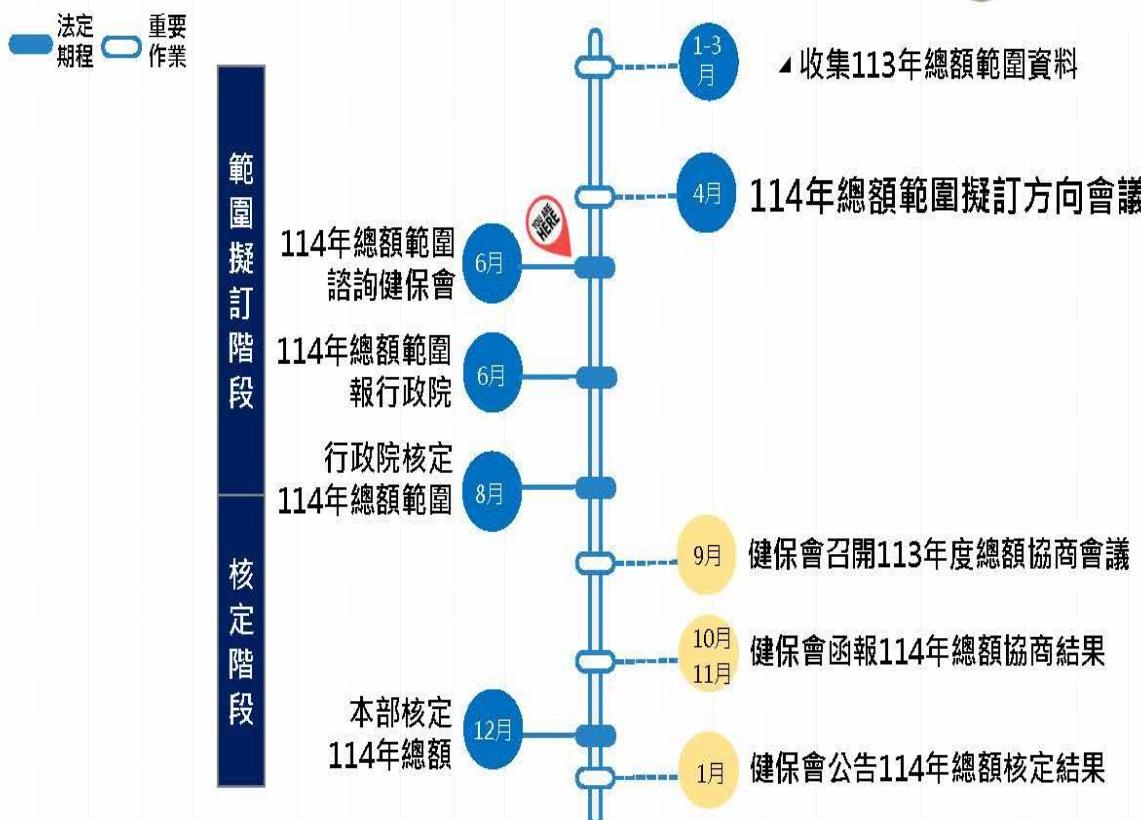


3

年度總額範圍重要期程



衛生福利部
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE



4

113年度各總額部門核定結果



衛生福利部
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

項目/方案別	牙醫門診	中醫門診	西醫基層	醫院	整體總額
1.醫療服務成本及人口因素	2.909%	3.002%	3.517%	4.179%	
-投保人口預估成長率	-0.757%	-0.757%	-0.757%	-0.757%	
-人口結構改變率	0.267%	0.799%	1.470%	2.034%	
-醫療服務成本指數改變率	3.427%	2.989%	2.837%	2.940%	
2.協商因素					
112年一般服務成長率	2.055%	4.979%	4.475%	5.388%	
113年專款項目預算(億元)	35.204	12.767	98.623	450.782	
113年門診透析預算成長率 ^{註1}	-	-	4.587%	1.586%	
113年預算金額(億元)	520.372	322.880	1,650.392	6,068.505	
較112年度基期之 整體總額成長率	2.436%	4.221%	3.757%	4.700%	4.7% ^{註2} (8,755.35億元)



註：1、西醫基層與醫院部門之預算，含門診透析服務，兩部門同項服務合併運作。

2、整體總額預算尚包括其他預算為193.198億元。

5



衛生福利部
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

報告大綱

健保總額範圍重要期程

回應113年4月2日健保總額
擬訂方向會議提問與建議

114年低推估及
公式計算

114年高推估及
總額規劃目標



6

回應113年4月2日健保總額擬訂方向會議提問與建議重點1/5



衛生福利部
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

議題一：總額基期及範圍

提問委員：李永振委員、盧瑞芬委員、滕西華委員、韓幸紋委員、主計總處

► 114年總額基期計算方式？

► 高推估的成長率與對應金額？

■ 社保司回應

1. 114年總額範圍基期(8,802.17億元)高於113年總額公告金額8755.35億元

114年總額基期 = 113年公告預算 + 甲 + 乙

113年公告預算：8755.35億元

甲：人口費用差值金額(46.03億元)，由健保署提供

乙：回補違規扣款金額(0.79億元)，由健保署提供

→112年未執行、未導入預算，不予扣減，說明如下：

(1)西醫基層一般服務「新醫療科技(3.41億)」：未導入2,036萬，考量執行率高於9成，不予扣減。

(2)中醫部門3項計畫(4.964億)：未執行4.281億，考量總額為前瞻性預算，計畫初辦及疫情因素，預算預估不準確，實際執行未穩定需校正，不予扣減。

2. 114年健保總額成長率範圍(3.521%至5.5%)，推算應付保險支出約為9,112.08億元至9,286.28億元。

主因為疫後人口回流，
人口費用差值校正46.03億元。

7

回應113年4月2日健保總額擬訂方向會議提問與建議重點2/5



衛生福利部
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

議題二：低推估

提問委員：王惠玄委員、林文德委員、盧瑞芬委員、醫師公會全聯會

► 薦售物價指數停編，國產內銷、進、出口物價分類如何計算？

► 醫療服務成本指數改變率(MCPI)項目與權重之檢討？

■ 主計總處

(未提供回應)

■ 社保司回應

1. 醫療服務成本指數改變率(MCPI)已含括各總額部門成本項目，包括：人事費用、藥品費用、

醫療器材費用、基本營業費用及其他營業費用。

2. 本部將規劃MCPI相關委託研究案，蒐集各界意見與運用健保大數據評估。

8

回應113年4月2日健保總額擬訂方向會議提問與建議重點3/5



衛生福利部
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

議題三：支付標準

提案委員：李永振委員、林文德委員、吳榮達委員、侯俊良委員、盧瑞芬委員、護理師公會全聯會、中醫師公會全聯會

- ▶ 支付標準調整可將專科別平衡性納入考量，讓未來專科人力分布更加平衡
- ▶ 不應以單一疾病項目提高健保給付，許多疾病照護跟原本已經在做的預算有重疊，應清楚區隔
- ▶ 全盤考量醫事人員薪資與支付制度

■健保署回應

1. 為審視支付標準平衡性，112-113年規劃推動RBRVS作業，除請專科醫學會評定相對值表外，邀請有意願評量成本分析之醫院共同參與，並就方法學及成本蒐集與校正程序等事宜，邀集專家學者、專科醫學會、醫療院所及醫界團體討論與凝聚執行共識，使RBRVS評量結果更契合實務。另歷年各總額部門一般服務已訂有「醫療服務成本指數改變率」適時反應醫療服務成本。
2. 另健保署持續強化全人照護與慢性疾病管理、整合家醫計畫與論質計畫、代謝症候群防治計畫等相關計畫、擴大醫療給付改善方案照護對象、續推動急性後期整合照護計畫，及整合不同類型居家醫療照護片段式之服務模式等各項策略。
3. 以調整護理費為例，健保署自98年持續投入預算改善護理環境，113年總額其他預算則編列「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」40億元，新增「全民健康保險強化住院護理照護量能方案」。

9

回應113年4月2日健保總額擬訂方向會議提問與建議重點4/5



衛生福利部
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

議題四：健保財務

提案委員：楊芸蘋委員、花錦忠委員、李永振委員、王惠玄委員、鄭力嘉委員

- ▶ 運用多元管道挹注健保？如公務預算？
- ▶ 擔心健保總額範圍高推估結果會影響健保費調漲？

■健保署回應

(一)收入面：研擬調升補充保險費率、政府負擔由36%上調至38%等擴大財源的方向。

(二)支出面：

- 1.總額瘦身：將現行總額項目(長照相關、公共衛生、預防保健、基礎資訊建設、補助醫事人員待遇及新醫療科技)改由公務預算委託健保代辦或基金支應，作為挹注提升點值之用。
- 2.嚴格管控支出點數：除加強審查、抑制不當資源耗用外，並對容易衡量的門診業務，除全面檢討合理門診量制度亦將研議對大型醫院啟動門診減量措施可行性，另亦將導入住院DRG並給予較優給付，調整整體給付架構。

■社保司回應

(一)收入部分，除持續爭取政府資源外，刻正研議擴大保險費計費基礎、排除非健保法規定之福利項目經費於政府健保負擔等事項。

(二)支出部分，除持續落實家醫制度、繼續推動分級醫療及支付制度改革、抑制資源不當耗用、重複用藥檢查(驗)管理等管理措施，強化前端預防保健及後端照護資源連結等配套措施，提升資源配置之效益。

10



議題五：規劃目標及提案

提案委員：張清田委員、吳榮達委員、盧瑞芬委員、楊玉琦委員、滕西華委員、陳節如委員、韓幸紋委員

- ▶ 制度上對支付標準及點值問題通盤考量，類似計畫應盤點，確保錢花刀口
- ▶ 協助付費者協商方案？
- ▶ 總額全面檢討？

▪ 健保署回應

將依總額政策目標規劃、盤點相關計畫執行，如：持續整合家醫計畫與論質計畫、代謝症候群防治計畫，投資民眾健康、通盤檢討支付標準衡平性、鞏固醫療量能與價值、加速引進新藥新科技、照顧急重難罕病人，推動通訊醫療及優化數位、提高健保資源運用效率。

▪ 社保司回應

1. 基於本部已有健保署、中長期計畫各司署的提案，爰不另提供。
2. 依據賴清德總統113年4月27日健康台灣論壇及5月20日就職演說宣示之「健康台灣」、「確保健保永續經營」與「健康台灣論壇」之基礎，本部將持續盤點與檢討健保給付支付制度、抑制資源不當耗用、規劃多元財務管道，透過收入面及支出面之配套，提升健保給付效益與支付效率，增進民眾健康，健保永續。

11



報告大綱

健保總額範圍重要期程

回應113年4月2日健保總額擬訂方向會議提問與建議

114年低推估及公式計算

114年高推估及總額規劃目標



12

114年總額低推估值



低推估金額=基期 \times { [(1+A+B) \times (1+C) -1] \times (113年校正後一般服務費用占率) }
 $= 8,802.17 \times \{ [(1+1.570\%+2.159\%) \times (1+0.362\%) -1] \times (85.793\%) \}$

● 114年總額基期：8,802.17億元

有關主計總處與外界詢問：114年總額基期8,802.17億元為何高於113年總額公告金額8755.35億元？

114年總額基期= 113年公告預算+甲+乙

113年公告預算：8755.35億元

甲：人口費用差值金額(46.03億元)，由健保署提供

乙：回補違規扣款金額(0.79億元)，由健保署提供

112年西醫基層新醫療科技未導入2,036萬元、中醫3項計畫未執行4,281萬元，不於基期扣減。

主因為疫後人口回流，人口費用差值校正
46.03億元。

● 114年低推估值：3.521%

114年低推估值=[(1+A+B) \times (1+C) -1]X(校正後一般服務費用占率)

$=[(1+1.570\%+2.159\%) \times (1+0.362\%) -1] \times (85.793\%)$

A：112年投保人口結構改變對醫療費用之影響率(1.570%)，由健保署提供

B：112年醫療服務成本指數改變率(MCPI)(2.159%)，依主總、健保署提供資料計算

C：112年投保人口預估成長率(0.362%)，由健保署提供

113年校正後一般服務費用占率(85.793%) = 7551.64/8802.17

● 114年低推估金額：9,112.08億元

114年低推估金額=113年校正後全總額基期金額 \times (1 + 114年低推估值)

$= (8802.17) \times (1+3.521\%) = 9112.08$

13

114年投保人口結構改變對醫療費用之影響率(A)



低推估值公式：(1+A+B) \times (1+C) -1



投保人口結構改變對醫療費用之影響率(A)：1.570%

- ◆ 人口結構：採112年投保人口之年齡性別結構相較於111年年齡性別結構改變，對醫療費用之影響。
- ◆ 醫療費用：以111年醫療點數為基礎，年齡以1歲為一組。
- ◆ 公式：

$$\Sigma(HE_{111ij} * \%POP_{112ij}) / \Sigma(HE_{111ij} * \%POP_{111ij}) - 1$$

HE_{111ij}：111年各年齡性別組別之每人年醫療給付費用

%POP_{112ij}：112年保險對象各年齡性別組別占總人口百分比

%POP_{111ij}：111年保險對象各年齡性別組別占總人口百分比

註：資料來源：健保署。

14

114年醫療服務成本指數改變率(B)



衛生福利部
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

低推估值公式： $(1+A+B) \times (1+C) - 1$



醫療服務成本指數改變率(B)：2.159%

總額部門	費用占率	醫療服務成本指數改變率(MCPI)
醫 院	70.629%	2.161%
西醫基層	19.406%	2.140%
牙 醫	6.190%	2.048%
中 醫	3.775%	2.412%
總 計	100.00%	2.159%

15

114年醫療服務成本指數改變率(B)_各總額部門MCPI權數與指數

部
WELFARE

$MCPI = \Delta \Sigma (\text{各總額部門成本項目之權數} \times \text{指數}) / \text{前一年} \Sigma (\text{各總額部門成本項目之權數} \times \text{指數})$

總額部門 成本項目	權數(%) (以110年為基期)				總額部門 指標類別	指數 (以110年為基期)			單項指數 年增率(%)
	醫院	西醫 基層	牙醫	中醫		110年	111年	112年	
(W1)人事費用	47.84	49.07	51.87	50.26	(I1)1/2「醫療保健服務業」薪資 +1/2「工業及服務業」薪資	100	103.77	105.30	1.474
(W2)藥品費用	18.90	17.82			(I2)醫院及西醫基層)國內產銷及進出口物價指數—藥品	100	100.00	103.02	3.020
			17.25		(I2)牙醫)健保牙醫門診藥費(權重)及 國內產銷及進出口物價指數—藥品	100	101.20	103.89	2.658
				18.14	(I2)中醫)國內產銷及進出口物價指 數—中藥製劑	100	100.23	104.85	4.609
(W3)醫療器材費用	12.61	12.67	12.22	12.26	(I3)國內產銷及進出口物價指數—醫 材	100	103.07	106.10	2.940
(W4)基本營業費用	8.92	7.52	7.16	7.55	(I4)國產內銷及進出口物價指數—醫 療器材及用品類與消費者物價指數居住 類房租之平均數	100	102.38	104.99	2.549
(W5)其他營業費用	11.73	12.91	11.49	11.79	(I5)消費者物價指數—總指數	100	102.95	105.51	2.487

註1：部門成本權數，採主計處110年「工業及服務業普查」之調查結果，5年普查1次。

註2：藥品費用指數：僅牙醫採計健保藥費用作為該指數之計算。牙醫之健保藥費申報權重，係以110年為基期。

註3：權數代表各總額部門依據工商普查結果計算之各項費用之占率；指數代表各項費用之成長率。

註4：每年2月由健保署提供牙醫部門計算藥品類指數之權數，及由主計處提供其餘權數及指數數據資料。

1.MCPI 權數，
依主總新(110)
年工商普查結果，
基期年調整為110年，
適用5年。
2.MCPI 指數，
依主總每年提
供之物價指數、
薪情平臺資料
計算，基期年
配合工商普查
調整為110年。

16

114年投保人口預估成長率(C)



低推估值公式： $(1+A+B) \times (1+C) - 1$



投保人口預估成長率(C)：0.362%

◆ 投保人口預估成長率(C)：

採計最近1年(112年)可取得之實際投保人口成長率

即以112年對111年投保人口成長率計算

$$= [(112\text{年投保人口數}/111\text{年投保人口數}) - 1]$$

$$= (23,594,984/23,509,843) - 1$$

$$= 0.362\%.$$

17



報告大綱

健保總額範圍重要期程

回應113年4月2日健保總額
擬訂方向會議提問與建議

114年低推估及
公式計算

114年高推估及
總額規劃目標



18

114年總額高推估及規劃目標



- 114年總額高推估值：**5.5%**
- 114年高推估金額：**9,286.28億元** (調整因素**174.2億元**)
- 114年總額規劃目標重點：

- 一. 強化全人照護與慢性疾病管理，擴大居家醫療，建構大家醫計畫，投資民眾健康。
- 二. 友善醫事人員環境與薪資，鞏固醫療量能與醫療價值。
- 三. 加速引進新藥新科技，提升支付合理性，照顧急重難罕病人與民眾醫療品質。
- 四. 推動通訊醫療及優化數位，提升偏鄉醫療可近性與效能。

19

114年總額高推估及規劃目標



(高推估值：**5.5%**，上限金額：**9,286.28億元**)



協商因素之內涵：約**174.20億元**

一、強化全人照護與慢性疾病管理，擴大居家醫療，建構大家醫計畫，投資民眾健康，共增加**42.43億元**。

1. 持續整合家醫計畫與論質計畫、代謝症候群防治計畫等相關計畫，提供以病人為中心之全人照護。
2. 持續提升醫療服務品質，促進醫療體系分工合作，以落實分級醫療。
3. 擴大特定疾病照護對象，全面優化兒少醫療照護，強化國家癌症防治策略，持續推動在宅急症照護試辦計畫，提供居家個案適當急性照護。

20

114年總額高推估及規劃目標



衛生福利部
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

(高推估值：5.5%，上限金額：9,286.28億元)



協商因素之內涵：約**174.20**億元

二、友善醫事人員環境與薪資，鞏固醫療量能與醫療價值，共增加**46.91**億元。

1. 確保醫事服務機構獲得合理給付，應對醫材及人力成本財務衝擊。
2. 持續改善醫事人員工作環境，鼓勵醫療機構提升人員薪資，積極推動分級醫療，提升醫療量能與價值。

21

114年總額高推估及規劃目標



衛生福利部
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

(高推估值：5.5%，上限金額：9,286.28億元)



協商因素之內涵：約**174.20**億元

三、加速引進新藥新科技，提升支付合理性，照顧急重難罕病人與民眾醫療品質，共增加**82.66**億元。

1. 加速引進新醫療科技，擴增給付範圍及收載新藥，提升急重難罕病人藥物可近性。
2. 提升支付標準調整合理性，強化給付效率，通盤檢討支付標準衡平性。
3. 持續推動區域聯防，建立醫院間合作溝通機制、確保急重症個案疾病照護品質及效率。

22

114年總額高推估及規劃目標



(高推估值：5.5%，上限金額：9,286.28億元)



協商因素之內涵：約**174.20**億元

四、推動通訊醫療及優化數位，提升偏鄉醫療可近性與效能，共增加**2.19**億元。

1. 智慧醫療結合健康照護，納入數位醫療科技應用，提高醫療效率。
2. 優化健保雲端系統，善用資料及資訊系統，提升病人就醫及用藥安全，提高健保資源運用效率。
3. 強化醫療資源不足地區醫療服務，優先保障離島偏鄉醫療給付，逐步擴大推廣山地鄉全人整合照護，提升偏鄉醫療可近性。

23

114年健保財務評估

單位：%、億元、月數

項目	低推估	高推估
114年度總額醫療費用成長率	3.521%	5.5%
114年度總額醫療費用(含部分負擔)	9,112	9,286
增加金額	310	484
114年保險成本(不含部分負擔)	8,452	8,624
114年保險收入	7,970	7,969
114年當年保險收支餘純	-482	-655
114年保險收支累計結餘	897	724
114年保險收支累計結餘 約當保險給付支出月數	1.27	1.01

製表日期：113.06.07

附註：

1. 保險收入主要包含一般保險費、補充保險費及政府負擔健保總經費法定下限36%不足數之保險費收入，以及其他法定收入(滯納金、菸捐分配收入、公益彩券盈餘收入、投資運用收益、呆帳提列(減項)…等)。
2. 114年一般保險費率假設暫以現行費率5.17%(補充保險費率2.11%)推估；另因受醫療給付費用總額成長率不同影響，投資運用收益略有差異，以致保險收入亦略有差異。
3. 依目前所擬之114年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)，以總額基期淨值約8,802.17億元進行計算。
4. 部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，略有未能完全吻合情況。

24



114年度醫療給付費用總額預算範圍 之財務試算

◆ 試算條件：

- 維持現行費率5.17%
- 總額基期為8,802.17億元、低推估值(3.521%)、高推估值(5.5%)，並以總額成長率4.0%至5.0%，每0.5個百分點為間隔，進行試算

總額成長率	總額預算 增加金額 (億元)	當年保險 收支短绌 (億元)	保險收入 累計結餘 (億元)	約當保險給付 支出月數(月)
3.521% (低推估值)	310	-482	897	1.27
4.0%	352	-524	855	1.21
4.5%	396	-568	812	1.14
5.0%	440	-612	768	1.07
5.5% (高推估值)	484	-655	724	1.01

註：總額預算增加金額係以基期8,802.17億元為比較基礎。

111年至114年健保財務收支情形表

項目	111年	112年	113年	114年	
				總額成長率 採下限3.521%	總額成長率 採上限5.5%
	審定決算數	院編決算數		預估數	
醫療給付費用總額	8,096	8,364	8,755	9,112	9,286
總額成長率	3.320%	3.323%	4.700%	3.521%	5.500%
保險成本	7,491	7,766	8,104	8,452	8,624
保險成本成長率	2.98%	3.67%	4.36%	4.28%	6.41%
非保險給付占率	7.52%	7.21%	7.46%	7.27%	7.16%
保險收入	7,603	8,114	8,087	7,970	7,969
保險收入成長率	6.81%	6.71%	-0.33%	-1.45%	-1.46%
一、保險費相關收入	7,435	7,939	7,915	7,810	7,810
(一)保險費收入	7,474	7,734	7,758	7,853	7,853
1.一般保險費	5,857	6,076	6,242	6,303	6,303
2.補充保險費	734	722	618	627	627
3.政府負擔不足法定36%之差額	883	937	898	924	924
(二)其他收入	-39	205	157	-43	-43
二、安全準備相關收入	169	175	172	160	158
當年安全準備填補金額	56	0	189	641	814
當年保險收支餘額	113	348	-18	-482	-655
保險收支累計餘額	1,049	1,397	1,379	897	724
約當保險給付支出月數	1.68	2.16	2.04	1.27	1.01

製表日期：113.06.11

- 說明：1、113年起以健保會112年第10次委員會議(112.11.15)討論「全民健康保險113年度保險費率方案(草案)」資料之假設為基礎進行推估。
- 2、保險收入＝保險費相關收入(保險費收入+其他收入)+安全準備相關收入。
- 3、保險成本＝醫療給付費用總額－保險對象應自行負擔之費用－代位求償獲償金額－菸捐挹注罕病等之醫療費用±調整帳+其他保險成本。
- 4、其他收入包括：營運資金孳息、雜項業務收入、其他業務外收入、利息費用(減項)及呆帳提列(減項)。
- 5、安全準備相關收入包括：依健保法規定應提列之安全準備，包含滯納金、運用收益、彩券盈餘及菸捐分配收入等，惟不含保險費相關收入用來支應保險成本後之結餘。
- 6、當年安全準備填補金額，係指運用安全準備(前一年累計餘額，加計當年安全準備相關收入)填補當年保險費相關收入與保險成本間發生短絀之金額。
- 7、113年度保險費率為5.17%，醫療給付費用總額成長率依衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告為4.7%，另政府負擔不足法定36%之差額，以行政院協商確立之法律見解及計算方式為基礎。
- 8、依目前114年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)低推估值及高推估值分別為3.521%及5.5%，以及總額基期淨值約8,802.17億元進行計算。
- 9、已納入112年行政院撥補健保基金240億元，113年「中央政府疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別預算案」撥補全民健康保險基金200億元對健保財務之影響。
- 10、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。

附件四

113 及 114 年度各部門總額醫療服務成本指數改變率(MCPI)所採數值

一、113 年度總額：

成本項目	權數(%) (以 105 年為基期)			
	醫院	西醫 基層	牙醫	中醫
人事費用	50.39	54.58	54.23	52.94
藥品費用	18.03	23.94		
			4.87	
				18.16
醫療器材費用	10.15	6.37	23.78	12.62
基本營業費用	9.46	6.28	8.73	6.14
其他營業費用	11.97	8.83	8.39	10.14

指標類別	指數 (以105年為基期)		單項指數 年增率 (111-110年) /110年
	110年	111年	
1/2「醫療保健服務業」薪資 +1/2「工業及服務」薪資	108.63	112.94	3.968%
躉售物價指數-西醫藥品類權重及指數	103.07	103.20	0.126%
健保牙醫門診藥費權重及 躉售物價指數-西醫藥品類	94.48	95.57	1.154%
躉售物價指數-藥品類中藥製劑之權重及指數	106.52	106.78	0.244%
躉售物價指數-醫療儀器及用品類	94.08	96.97	3.072%
躉售物價指數-醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	99.29	101.61	2.337%
消費者物價指數-總指數	104.32	107.40	2.952%

註：1. 「權數」：以主計總處 105 年工業及服務業普查所做之「醫事機構專案調查實施計畫」調查結果，採第 5~95 百分位值之平均數為權重。

2. 「指數」：以主計總處 112 年 4 月發布之「物價統計月報」與「薪資與生產力統計」，採 111 年 1~12 月相對於 110 年 1~12 月資料(109 年度起將 105 年指數訂為 100)。

3. 醫療材料費用選擇與醫療儀器及材料相關之項目，採用「電子醫療用儀器及設備」、「注射筒、聽診器及導管等醫療器材」、「整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品」、「放射照相或放射治療器具」、「理化分析用儀器及器具」及「其他醫療器材」。躉售物價指數—西醫藥品類指數，其內涵排除「動物用藥」、「中藥製劑」、「中藥材」項目，不納入計算。

二、114 年度總額：

成本項目	權數(%) (以 110 年為基期)			
	醫院	西醫 基層	牙醫	中醫
人事費用	47.84	49.07	51.87	50.26
藥品費用	18.90	17.82		
			17.25	
				18.14
醫療器材費用	12.61	12.67	12.22	12.26
基本營業費用	8.92	7.52	7.16	7.55
其他營業費用	11.73	12.91	11.49	11.79

指標類別	指數 (以110年為基期)		單項指數 年增率 (112-111年) /111年
	111年	112年	
1/2「醫療保健服務業」薪資 +1/2「工業及服務」薪資	103.77	105.30	1.474%
國產內銷及進出口物價指數-西醫藥品類	100.00	103.02	3.020%
健保牙醫門診藥費權重及國產內銷及進出口物價指數-西醫藥品類	101.20	103.89	2.658%
國產內銷及進出口物價指數-藥品類之中藥製劑	100.23	104.85	4.609%
國產內銷及進出口物價指數-醫療儀器及用品類	103.07	106.10	2.940%
國產內銷及進出口物價指數-醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	102.38	104.99	2.549%
消費者物價指數-總指數	102.95	105.51	2.487%

註：1. 「權數」：採主計總處 110 年工業及服務業普查之調查結果，採第 5~95 百分位值之平均數為權重。

2. 「指數」：以主計總處 113 年 4 月發布「物價統計月報」與查詢「薪情平臺」，採 112 年 1 月至 12 月相對於 111 年 1 月至 12 月資料。(110 年指數訂為 100)。

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

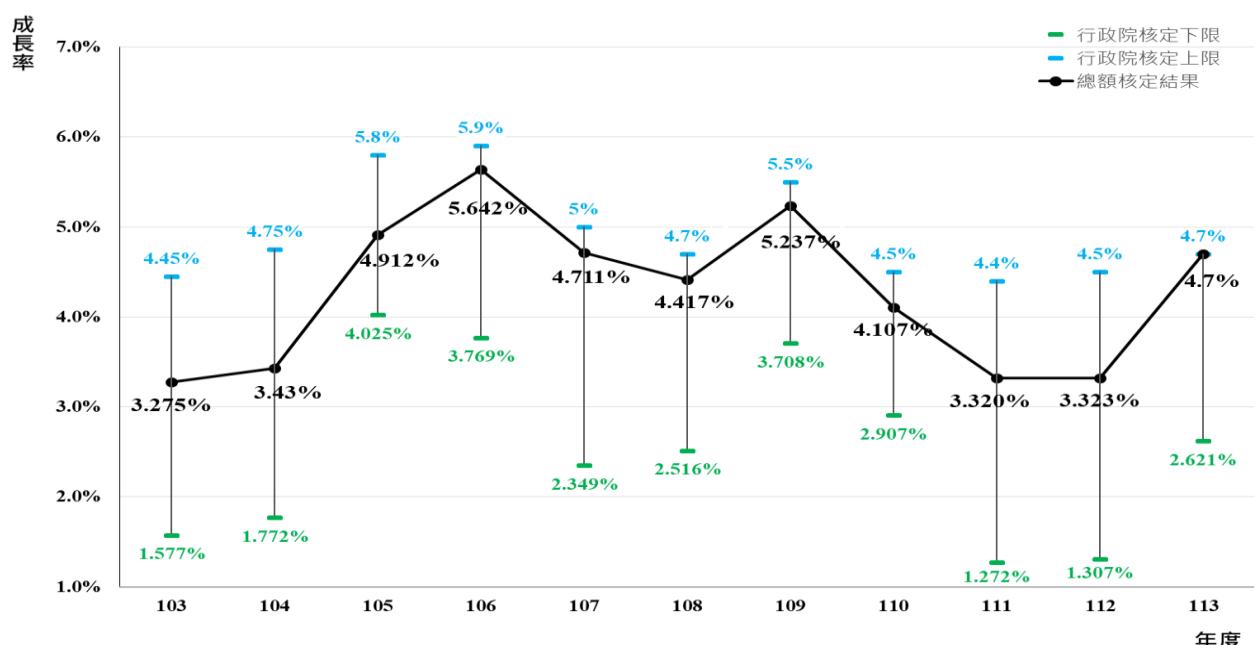
附件五

彙整歷年總額核定情形及相關資料

一、103~113 年行政院核定總額範圍(上、下限)及衛福部核定總額成長率如下圖：

(一)105~110、113 年行政院核定總額範圍(上、下限)及衛福部核定總額成長率，多數高於 103~104、111~112 年度。

(二)106~110、113 年衛福部核定總額成長率均接近行政院核定上限，平均約為上限額度之 95.1%，高於 103~105 年之 76.8%、111~112 年之 74.6%。



資料來源：全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽，及 113 年度總額公告。

註：108 年度總額上限為 4.5%；若增列 C 型肝炎口服新藥費用，則不得超過 4.7%之上限。

二、103~113 年度衛福部核定總額如下表：

單位：億元

年度 項目	103 年	104 年	105 年	106 年	107 年	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年	113 年
核定總金額	5,712	5,905	6,196	6,545	6,853	7,153	7,526	7,836	8,096	8,364	8,755
較前一年度 增加金額 (A) ^{註1}	181.15	193.03	290.05	349.56	308.37	300.05	372.92	309.14	260.11	269.01	393.04
醫療服務成 本及人口因 素增加金額 (B)	77.79	89.79	213.20	209.26	136.34	171.99	265.30	228.05	112.40	137.01	280.78
協商因素增 加金額 ^{註2} (A-B)	103.36	103.24	76.85	140.3	172.03	128.06	107.62	81.09	147.71	132.00	112.26

資料來源：全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽，及 113 年度總額公告。

註：1.自 112 年度起，較前一年度增加金額係以當年度核定總金額，扣除「前 1 年度健保醫療給付費用公告之金額，於一般服務扣除『前 2 年度未導入預算扣減』部分」。

2.協商因素增加金額含「校正投保人口預估成長率差值」及「加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」。

114 年度「全民健康保險醫療給付費用總額範圍擬訂方向會議」 (113.4.2)與會代表意見摘要

一、對 114 年度總額範圍及財務平衡之建議

(一)總額範圍之擬訂，須有相對應的健保財務規劃，以確保健保永續經營

健保總額不斷成長，114年度總額低推估金額已突破9千億元大關，健保費率6%的上限已迫近，除積極爭取公務預算挹注外，總額範圍之擬訂應有相對應的財源與財務改革方案，如費率是否調高？未來財源為何？均須審慎考量。

(二)建議總額範圍擬訂應將被保險人「財務負擔能力」納入考量

114年度總額「低推估成長率」高達3.522%，勢必墊高「高推估成長率」。付費者十分擔心是否又要提高保險費，加重經濟負擔，總額範圍擬訂應考量一般勞工、受薪階級的付費能力。

(三)健保資源有限，總額調整因素項目，應審慎編列預算，並檢討支付效益

調整因素(協商因素)項目，應考量必要性、合理性、支付效益等審慎編列預算，為民眾購買有價值之醫療服務，將有限資源用於刀口上。至於單項支付標準之調升，已於歷年之MCPI編列預算；而預防保健項目，非屬健保法所訂給付項目，均不宜編列預算，以利總額協商。

(四)應將節流成效納入總額財源，以減輕健保財務壓力

歷年總額預算都只談增加預算，對於歷年投入預算，提升醫療服務效率，或替代舊服務項目之節流成效，一直未納入考量。建議以不同形式回饋被保險人，如於基期反映，或用於引進新醫療科技、擴增服務範圍等，減少調升保費的壓力。

二、對 114 年度總額低推估公式之建議

(一)請釐清總額基期計算方式：總額公式中，基期為影響高、低推估金額計算之關鍵因素，請呈現 114 年度總額基期之計算方式(如是否扣減未導入預算)。

(二)宜請確認「醫療服務成本指數改變率(下稱 MCPI)」之採計方式及計算結果

1.請確認新「權數」的採計方式及結果：各總額成本項目所採之「權數」每5年更新、1次適用5年，本次更新為110年工業及服務業普查資料，但與過去資料^(註)及實際狀況有落差。如牙醫藥品費用權重(17%)大幅增高、醫療器材費用權重(12.03%)大幅降低，與過去資料及實際狀況落差甚大；西醫基層之藥品費用及人事費用權重明顯下降，宜審慎處理並釐清影響因素。(註:109~113年總額權數，採105年工業及服務業普查調查結果第5~95百分位值之平均數)

2.請釐清各總額部門成本項目「指數」之採計方式：本次配合主計總處停

編「躉售物價指數」，藥品費用、醫療器材費用、基本營業費用改採「國產內銷及進出口物價指數」相關指標，惟主計總處未公開前揭資料，請說明指標計算方式，並提供相關資料，以利檢視。

- 3.請持續精進MCPI計算方式：114年度總額低推估3.522%，源於MCPI高達2.621%，為避免低推估成長過高，請檢討MCPI之合理性。另建議就113年總額曾規劃的新計算方式(採4年平均值)及導入時間點，持續討論及研議。
- 4.除仰賴主計總處資料外，衛福部可結合健保資料及公立、財團法人醫院財報等，精進MCPI權數及指數，以更貼合醫療院所之經營成本。

(三)請檢討「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」受支付標準調整之內生性影響

- 1.歷年各總額部門使用非協商因素的MCPI，或協商項目所增預算，調升支付點數，造成「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」有內生性問題，有墊高總額基期、稀釋點值之虞，建議應通盤檢討。
- 2.現行公式係以各年齡性別組別之「每人年醫療費用」乘以「人口占率」計算，因「每人年醫療費用」每年更新，會到受該年度支付標準調整影響。如調整兒童相關支付標準會增加每人年費用，因我國兒童人口占率下降，會低估人口結構改變對醫療費用之影響，反之，若調整老年人口相關支付標準，則會高估其影響。
- 3.建議可與MCPI權數採5年固定方式之作法一致，固定每人年醫療費用基期，每5年更新基期年並適用5年，以減少每年支付標準調整對投保人口結構改變對醫療費用指標之影響。

三、對114年度總額規劃目標之建議

- (一)建議衛福部除提出114年度總額規劃目標外，更重要的是提出未來健保改革願景。目前各總額團體所提協商項目與總額規劃目標連結度小，如未見政策目標之一擴大居家醫療之規劃，建議衛福部及健保署協助審視及提出整體規劃，並考量四大目標所占費用之合理性。
- (二)關於政策目標「友善醫事人員環境與薪資，鞏固醫療量能與醫療價值」，肯定友善醫事人員環境之目標，惟現行非協商因素MCPI已包含人事成本變化之費用，不宜重複編列。至於醫事人員薪資為醫事服務機構之內部考量，若有政策需要，建議回歸公務預算。此外，點值為各種管理措施及醫療利用之綜效結果，點值保障有違總額精神，亦不宜編列預算保障點值。
- (三)總額規劃目標宜適時回應各界對於支付制度改革之期待，並以MCPI預算成長為框架，考量各科別服務成本不同，進行整體支付標準調整。

114 年度「全民健康保險醫療給付費用總額範圍協商方向規劃會議」

(113.4.30)與會代表意見摘要

對於健保署提出之 114 年健保總額協商方向規劃，與會委員意見摘要如下：

一、有關所提「強化全人照護與慢性疾病管理及擴大居家醫療」

(一)支持大家醫整合照護計畫，惟應訂定長期目標及策略

長期以來國人自由就醫，門診就醫次數偏高，以現有方式無法獲得改善，建議大家醫計畫，應朝向家庭責任醫師制度邁進，訂定長期目標及策略，如逐步導入論人計酬方向支付，若要限制就醫其可行策略及配套為何等。

(二)請審視推動醫院家醫計畫之妥適性

過去健保已推動醫院以病人為中心門診整合照護計畫，惟院所參與率及病人利用率均不高，應先檢討原因。另推動醫院家醫與分級醫療政策目標有無衝突，能否改善目前就醫次數偏高之問題，宜審慎評估。

(三)推動創新照護模式，應強化照護人員之專業資格認定

民眾對新服務模式易有疑慮，如「在宅急症照護試辦計畫」，可能造成家屬焦慮及協助照護等非直接成本，除應向民眾加強說明外，亦應強化醫師及照護人員之專業訓練及資格認定，讓民眾有信心接受在宅照護。

二、有關所提「友善醫事人員環境與薪資」

(一)應通盤檢討支付標準衡平性，而非單項或齊頭式調整

1. 醫院及西醫基層總額自112年度總額起，編列「促進醫療服務診療項目支付衡平性」專款，並以3年(112~114年)為檢討期限，宜整體檢視支付項目，進行完整評估及規劃，避免因單項、單項調整，而失去衡平性。
2. 應針對不同科別之支付項目(如診察費)，依據成本不同，研訂不同支付標準，因齊頭式調整支付標準，對特定急、重、難、罕科別失去鼓勵效果。

(二)宜思考持續編列護理人員夜班津貼補助算之妥適性

1. 針對特定行業補助夜班津貼並非常態性作法，宜透過其他鼓勵方式(如公務預算挹注、改善勞動條件)使其回歸市場機制，建議不宜長期編列此預算，且應持續監測及檢討本項預算執行成效。
2. 我國健保醫療費用是支付特約醫事服務機構，與美國以RBRVS調整醫師費(直接支付醫師)之情境不同，醫事服務機構如何支付醫事人員薪資才是重點。過去付費者亦對增加健保預算鼓勵特定科別或醫事人員之效果多有疑慮，建議思考應如何突破。

三、有關所提「數位轉型，數位科技導入醫療照護服務」

針對數位轉型，站在民眾立場，一定要保障民眾知情權益(Informed Consent)，健保署推動數位轉型的過程，有兩點要注意，第一是要注意數位信任(Digital Trust)，讓民眾相信資料不會被誤用，其次要注意數位落差

(Digital Divide)可能產生的問題，以善用資訊平台取得之資訊。

四、應重新檢討支付效益，找出改變醫療行為之有效政策

(一)應通盤考量支付效益，訂定有效政策

健保署完整分析健保面臨的挑戰與健保改革方向，並提出許多轉型政策。

但政策的落實，除了增加預算之外，更必須有通盤考量，透過支付標準改革，並檢討成效、分析原因，才能找出有效政策。例如目前很多項目，投入預算調整支付標準(如兒科加成)，但對醫療行為似乎沒有影響，就很難看到成效。

(二)請健保署對各部門協商項目規劃，提出具體的成效評估

有關114年度各總額部門協商項目經費增減之規劃，健保署宜就專業保險人角色，提出具體的執行成效評估，及支持與否依據。若建議或同意增編預算，應有合理論述，以供總額協商參考。

五、健保改革政策，應一併提出財務改革規劃

(一)提出政策的同時應一併提出財務改革規劃

肯定健保署提出短、中、長期之健保改革願景，然資源有限，除評估各項目/計畫的支付效益，設定資源配置的優先順序外，財務可行性非常重要，建議健保署一併提出未來財務改革方向。

(二)健保財務改革，須重視世代分配問題。

現行一般保險費以經常性薪資為主，未來人口結構愈加老化，愈晚出生的世代保費負擔愈沉重，如果只是單純繼續把保險費費率往上拉，對於收入幾乎都來自於薪資的年輕人影響最大，這是整體社會結構性的問題，建議健保收費改革，須重視世代分配問題。