

衛生福利部全民健康保險會
第 6 屆 113 年第 6 次委員會議資料

本資料未上網公開前

請勿對外提供

中華民國 113 年 7 月 30 日

衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 113 年第 6 次委員會議議程

一、主席致詞

二、議程確認

三、確認上次(第 5 次)委員會議紀錄----- 1

四、本會重要業務報告----- 11

五、討論事項

113 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會同意或確認
之項目續請討論案----- 97

六、報告事項

(一)113 年度各部門總額依核(決)定事項須提本會報告之項目
(含須於 113 年 7 月提報項目及預算扣減方式之規劃)----- 101

(二)各總額部門 112 年度執行成果評核結果----- 116

(三)中央健康保險署「113 年 6 月份全民健康保險業務執行報
告」(書面報告)----- 117

七、臨時動議

三、確認上次(第 5 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(113)年 6 月 27 日衛部健字第 1133360083 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5次委員會議紀錄 (含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國113年6月19日上午9時30分

地點：本部 301 會議室

主席：盧主任委員瑞芬

紀錄：馬文娟、李岳蓁

出席委員：(依姓名筆劃排序)

王委員惠玄、田委員士金、朱委員益宏、江委員錫仁(中華民國牙醫師公會全國聯合會徐常務理事邦賢代理)、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、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監事會張召集人重光代理)、詹委員永兆、劉委員玉娟、劉委員守仁、劉委員淑瓊、滕委員西華、蔡委員麗娟、鄭委員力嘉、鄭委員素華(全國工人總工會陳幹事怡伊代理)、謝委員佳宜、韓委員幸紋

請假委員：陳委員杰、董委員正宗

列席人員：

本部社會保險司：陳專門委員淑華

中央健康保險署：石署長崇良(龐副署長一鳴代理)、李副署長丞華

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11頁)

貳、議程確認：(詳附錄第11頁)

決定：

一、依委員意見，增列報告事項第三案「113年5月份全民健康保險業務執行報告」(書面報告)。

二、餘照議程之安排進行。

參、確認上次(第4次)委員會議紀錄：(詳附錄第14頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第15~33頁)

決定：

一、上次(第4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3項，同意解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤共1項，同意繼續追蹤。

二、歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，擬解除追蹤共6項，同意解除追蹤；其餘21項繼續追蹤。請本會同仁對歷次相同議題不同訴求重點之追蹤事項予以整併，俾呈現列管重點。

三、餘洽悉。

伍、法定諮詢事項(詳附錄第34~59頁)

說明單位：衛生福利部社會保險司、中央健康保險署

案由：衛生福利部「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。

決定：

一、114年度總額範圍草案，採用之基期計算方式及醫療服務成本指數有所改變，對未來總額預算影響重大，建請衛生福利部審慎處理及說明。委員所提諮詢意見摘要(如附件)，併同發言實錄，送請衛生福利部參考。

二、另為利本會進行114年度總額之協議訂定，請中央健康保險署於衛生福利部交議總額範圍時，依法併同提出資源配置及財務平衡方案，供協商參考。

陸、討論事項(詳附錄第60~63頁)

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。

決議：

一、各總額部門112年度執行成果評核結果，將納為114年度各部門總額「品質保證保留款」(下稱品保款)專款獎勵，其獎勵標準計算方式如下：

(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0.1%、「優」級給予0.2%、「特優」級給予0.3%獎勵成長率。

二、因應107年起品保款預算屬性改變，114年度各部門總額品保專款額度，應與其一般服務預算保留匡列原106年品保款之額度(各部門額度：醫院3.887億元、西醫基層1.052億元、牙醫門診1.164億元、中醫門診0.228億元)合併運用，全數作為鼓勵提升醫療品質之用。

三、請中央健康保險署會同各部門總額相關團體，積極檢討品保款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實獎勵目的。

柒、報告事項(詳附錄第64~89頁)

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執行情形及成效評估，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見(含書面意見)，請中央健康保險署研參。

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)，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見(含書面意見)，請中央健康保險署研參。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：113年5月份全民健康保險業務執行報告(書面報告)，請鑒察。

決定：

一、請中央健康保險署於113年6月26日提供「113年5月份全民健康保險業務執行報告(書面報告)」送會，如委員對報告內容有意見，本會將轉請回復說明。

二、另委員關心全民健康保險法第62條條文修正草案及脊髓性肌肉萎縮症(SMA)藥品所提意見，請中央健康保險署併同上開報告回應說明。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：下午14時13分。

本會委員對「114年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」及「114年度醫療給付費用總額範圍(草案)之財務試算」之諮詢意見摘要

一、對114年度總額範圍(草案)及財務試算影響部分

付費者委員意見

總額範圍(草案)之擬訂應審慎考量健保財務收支短絀問題，並將被保險人「財務負擔能力」納入考量：

- (一)行政院核定 113 年度總額範圍時明確函示，請衛福部在 113 年健保財務預估仍面臨收不抵支，安全準備持續下降的情況下，審慎提前規劃因應。惟雖 113 年健保基金獲得 200 億元公務預算挹注，當年保險收支餘絀仍短絀 18 億元，現依健保署財務模擬資料，以 114 年度總額成長率 3.521%~5.5% 試算，114 年將擴大短絀 482~655 億元。目前草案之高推估成長率達 5.5%，為近年最高，請審慎考量健保財務並積極面對收支短絀問題。
- (二)建議總額上限之擬訂應將被保險人「財務負擔能力」納入考量，並將節流成效納入總額財源，以減輕健保財務調升保險費率壓力。

醫事服務提供者委員意見

建議提高總額範圍(草案)之高推估值，並運用多元管道挹注健保，以提升點值：

- (一)為改善現階段大家關心點值低的問題，建議衛福部將高推估成長率提升至 6%，增加預算以提升點值。另現行我國經常性醫療保健支出占 GDP 比率尚未達到 8%，建議提高總額高推估值，加強投資健康。
- (二)認同衛福部規劃運用多元管道挹注健保，收入面如調整補充保險費費率、政府負擔由 36% 提升至 38%；支出面如總額瘦身、嚴格管控健保支出點數等。其中有關總額瘦身，建議 114 年度總額政策目標「友善醫事人員環境與薪資」部分，不宜由健保支付，應該由公務預算支應才合理。

專家學者及公正人士委員意見

總額範圍(草案)之設定，宜一併提出具體財源及完整之財務規劃；另屬公務預算支應之項目，應回歸公務預算支應：

- (一)以 114 年度總額高推估成長率 5.5% 試算，114 年保險收支累計結餘約 1.01 個月保險給付支出，安全準備剛好在法定 1 個月之邊緣，需面對收支如何平衡的財務問題。
- (二)面對健保財務收不抵支的問題，衛福部雖有回應未來財務改革方向，如多元管道挹注健保、總額瘦身等，但未提出具體財源，所謂多元財源具體為哪些項目？相關的財源實際上能增加多少收入？若無其他財源，需調升多少保險費率或補充保險費率？何時將超過法定費率 6% 上限？建議均應有詳細評估。
- (三)衛福部對於各界關心健保財務問題，回應解決方式之一為總額瘦身，將現行總額項目(如預防保健、補助醫事人員待遇等)改由公務預算支應，但並未明列哪些項目移出由公務預算支應，反而在 114 年度總額政策目標納入「鼓勵醫療機構提升人員薪資」，此部分屬應回歸公務預算項目，宜由公務預算支應。

二、對114年度總額基期計算方式改變部分

付費者委員意見

對於未執行、未導入預算，應提出明確的處理方式及未來規劃：

- (一)一般服務未執行、未導入的預算，本就應該自基期扣減，不應將未執行預算也納入基期，其複利成長，對總額預算影響很大。
- (二)若考量新增項目第 1 年執行尚不穩定，暫不於基期扣減未執行、未導入額度，則應明訂未來處理方式，如自執行第幾年起扣減未執行預算，以免未來產生爭議。否則醫界不斷爭取於一般服務新增預算，但未執行額度均不扣減，累滾入基期，預算隨成長率不斷增加，會造成編列預算但不執行的惡性循環。

醫事服務提供者委員意見

支持未執行、未導入預算不予扣減基期：

- (一)某些項目因為第 1 年甫執行，執行數不如預期，但未來會加強宣導落實執行，支持未執行預算不扣減基期。若未執行預算須扣減基期，則執行數超過預算數，導致點值下降的項目，也應該相對回補基期。
- (二)新藥、新科技之使用有遞延效應，雖第 1 年導入執行較少，後面幾年會成長快速，若未導入預算須扣減基期，則預算不足時會造成點值下降，對醫界不公平。
- (三)現行點值已偏低，原因是總額成長率不足，預算編列不夠，為了讓點值更為合理，建議未執行、未導入預算不扣減基期。

專家學者及公正人士委員意見

基期計算方式改變影響重大，事前應審慎評估，並有充分說明：

- (一)114 年度總額基期計算方式改變，查 113 年度總額基期為前 1 年度總額，扣減「前 2 年度未導入預算」，114 年度改為不扣減前 2 年度未導入預算，並校正「前 2 年度人口差值」(113 年度總額於低推估值校正)，及加回前 1 年度違規扣款金額。因基期不扣減未導入預算及校正人口差值，均屬重大改變，事前應審慎評估，諮詢專家學者協助確認其合理性，並向委員充分說明改變的理由。
- (二)一般服務未導入、未執行預算，過去會於基期扣減，114 年總額改為不扣減。考量基期為計算未來年度總額預算之基礎，理應有執行的預算才能納入計算。若讓未執行預算、未實際提供服務的金額，每年都滾入基期、永遠複利成長，除墊高總額預算外，亦將對未來總額協商及預算執行，造成不良影響，建請衛福部務必審慎斟酌。
- (三)我國總額預算採上限制，總額議定後匡定預算，而點值為總額管控的結果。故健保署應於預算內妥為管理，執行時必須落實目標管控，避免發生點值稀釋的問題，浮動點值為總額支付制度的管理結果，應無預算不足須回補基期的問題。

三、對114年度總額採計「醫療服務成本指數改變率」(下稱 MCPI)部分 付費者委員意見

建議持續精進 MCPI 計算方式，規劃採 4 年平均值之導入時點：討論 113 年度總額時，衛福部曾規劃 MCPI 計算方式改採 4 年平均值，以改善採單年度數據致年度間數值變動過大的問題，使 MCPI 數值呈現較平穩趨勢，建議應持續研議，規劃 MCPI 採 4 年平均值之導入時點，才能讓制度持續往理想方向改進。

醫事服務提供者委員意見

114 年度 MCPI「權數」改採 110 年調查資料，將適用未來 5 年(114~118 年度)，但計算之數值與過去落差甚大，建議再行評估與調整：

- (一)114 年度 MCPI 所採「權數」為 110 年「工業及服務業普查」之調查結果，牙醫藥品費用權數大幅增高(17.25%，過去 5 年為 4.87%)；醫療器材費用則大幅降低(12.22%，過去 5 年為 23.78%)，與過去數值落差很大，可能原因為 110 年受 COVID-19 疫情嚴重影響，牙醫師較無法提供實際醫療處置，多以緊急醫療方式(如開藥)處理。
- (二)若將 COVID-19 疫情期間所調查之非常態數據，沿用至未來 5 年計算 MCPI，對牙醫門診總額成本計算恐有失真，建議衛福部能加以考量，再做調整。

專家學者及公正人士委員意見

應審慎確認 MCPI 所採「權數」及「指數」，建議透過專家諮詢會議協助審查及把關，評估採計方式之合理性、數據之正確性：

- (一)「權數」：114 年度改採 110 年「工業及服務業普查」之調查結果，其數據與以往權重差異非常大，明顯異常。如牙醫門診總額藥品費用權數大幅增加，且與醫院及西醫基層藥品費用權數相當，不合常理。衛福部應依法定職責，對主計總處提供的數據進行審視，並就主管業務所需重新計算，再行評估其合理性。若有疑義，宜洽主計總處釐清及校正，避免往後 5 年之 MCPI 計算有疑義。
- (二)「指數」：配合主計總處停編「躉售物價指數」，114 年度藥

品、醫療器材費用等指標，改採「國產內銷及進出口物價指數」計算，雖主計總處有協助資料轉換銜接，但衛福部仍應審慎確認數據之妥適性。

- (三)主計總處所進行之「工業及服務業普查」及「物價指數調查」，並非專為醫療服務業設計，而醫療服務有其特殊性，兩者目的性不同，倘前揭調查結果無法反映現況，衛福部應該透過專家諮詢會議協助審視，以確認採用數據之正確性。

四、本會重要業務報告

一、本會依上次(第5次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

- (一)依法定諮詢事項決定，將本會對「114年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(下稱114年度總額範圍)草案」之諮詢結果，於本(113)年6月26日以衛部健字第1133360082號書函送請衛生福利部(下稱衛福部)參考，如附錄一(第121~127頁)。
- (二)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計3項，依辦理情形，擬建議解除追蹤2項，繼續追蹤1項，如附表一(第22~23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)，健保署回復如附錄二，第128~136頁。

二、衛福部業於本年6月28日依全民健康保險法(下稱健保法)第60條規定將114年度總額範圍草案報請行政院核定(函文及內容節錄如附錄三，第137~180頁)並副知本會，函報重點摘要如下：

- (一)114年度總額範圍草案約為9,112.08億元(下限金額)至9,286.28億元(上限金額)，與基期(8,802.17億元)相較，其成長率為3.521%(低推估)至5.5%(高推估)，較基期約增加309.91億元至484.11億元。
- (二)關於基期、低推估之計算、高推估值與政策目標如第139~153頁；至依法諮詢本會委員之提問及建議重點摘述如第153~156頁；衛福部就各界意見之回應如第156~157頁。

三、為利各總額部門及中央健康保險署(下稱健保署)及早準備114年度總額協商內容，本會作法如下：

- (一)為爭時效，本會業於本年7月5日將114年度總額協商程序，函送各總額部門承辦團體及健保署依預定時程及早規劃，並配合辦理相關作業，同時隨函摘錄衛福部函報行政院核定114年度總額範圍草案之健保政策目標，供其作為總額協商擬案參考(如附錄四，第181~183頁)。提送資料之重要時程如下：

- 1.於本年8月12日前提送「114年度總額協商因素項目及計畫草案」(下稱協商草案)，含各協商項目或計畫之具體內容。

2.於本年 8 月 29 日前提送協商草案之最終版本。

提送上開資料須填具自行檢核表，確認資料之完整性，以利協商。

(二)本會將於衛福部來函交議114年度總額範圍案後，儘速轉知各總額部門承辦團體、健保署及本會委員，並提報最近一次委員會議，同時邀請衛福部派員蒞會說明，以利本會委員了解行政院對總額範圍核定情形及政策目標。

四、依照 114 年度總額協商程序，為利本年 9 月總額協商會議之議程安排，本次會議將請四總額部門委員代表進行協商順序之抽籤作業，後續依抽籤結果據以排定協商議程。其中門診透析協商場次，依規定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。

五、本會業於本年 7 月 16、17 日完成各總額部門 112 年度執行成果發表暨評核會議，評核結果提報本次會議報告事項第二案。另為利評核作業，本會同仁編製「全民健康保險各總額部門 112 年度執行成果評核指標摘要」，併可提供委員作為年度總額協商參考，敬請委員參閱。

六、有關 113 年度各部門總額核(決)定事項定期追蹤辦理情形：

(一)依本會112年第11次委員會議(112.12.20)決定，健保署應於本年7月前提報各部門總額核(決)定事項辦理情形，該署於7月12日提出相關資料，如附件三(第32~92頁)。

(二)本會整理113年度總額核(決)定事項辦理情形如下表：

類別 部門別	依法定程序辦理， 並副知本會項目 (51 項目)		需經本會同意、確認 或向本會報告項目 (32 項目)		提報本會執行情形 (113 年初步結果) (84 項目)	
	未完成數/ 應完成數	未完成之 項目別	未完成數/ 應完成數	未完成之 項目別	未完成數/ 應完成數	未完成之 項目別
牙醫門診	0/8	—	0/5	—	3/8	項次 17(2)、18(2)、 20(2)
中醫門診	0/9	—	0/2	—	0/9	—

類別 部門別	依法定程序辦理， 並副知本會項目 (51 項目)		需經本會同意、確認 或向本會報告項目 (32 項目)		提報本會執行情形 (113 年初步結果) (84 項目)	
	未完成數/ 應完成數	未完成之 項目別	未完成數/ 應完成數	未完成之 項目別	未完成數/ 應完成數	未完成之 項目別
醫院	1/16	項次 4(2)	1/10	項次 22	6/29	項次 27(2)、31(2)、 43、48(2)、49(2)、 52
西醫基層	0/9	—	1/11	項次 15	8/24	項次 21(2)、26、 30(2)、32、34、40、 43(2)、44(2)
門診透析	0/1	—	0/1	—	0/1	—
其他預算	2/8	項次 2(1)、 3(2)	1/3	項次 10	3/13	項次 16(2)、19(3)、 22(2)
合計 (占率)	3/51 (5.9%)	3	3/32 (9.4%)	3	20/84 (23.8%)	20

(三)依113年度總額協商原則，113年度執行成效將納入114年度總額協商考量。依健保署提報之辦理情形，尚有23個協商項目尚待依時程完成(彙整如附表二及附表三，第24~27頁)，其中10項(附表二中註記★者)需於協商114年度總額前，提出節流效益並納入總額預算財源，爰請健保署儘速辦理，以利總額協商。

(四)另依本會本年第1次委員會議(113.1.24)之決議：「請健保署評估『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」。彙整健保署提報內容及本會研析建議如附件四(第93~94頁)，經檢視健保署提報之評估結果，尚屬合理，請健保署將評估結果列入114年度總額協商草案，供協商參考。

七、健保署依本年 6 月 12 日召開全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議決議，函送醫院總額 2 項專款項目執行內容/支應方式；依本會本年第 1 次委員會議(113.1.24)決定函送牙醫門診總額 1 項專款項目評估指標定義，重點如下：

(一)本年6月28日函送113年度「因應長新冠照護衍生費用」專款執

行內容，如附錄五(第184~186頁)，摘要如下：

1.支用項目：

(1)第 1 階段：支應 COVID-19 確診病人住院期間使用 Baricitinib 及 Tocilizumab 二項關節炎藥品醫令點數。

(2)第 2 階段：支應 MIS-C 免疫球蛋白藥品醫令點數。

(3)第 3 階段：支應 COVID-19 確診及照護個案醫療費用點數。

2.結算方式：預算按季均分，依序支應第 1、2 階段藥費，全年預算若有結餘，則支應第 3 階段醫療費用點數。

(二)本年7月5日函送「桃園市擴大肺癌篩檢計畫」高風險族群篩檢疑似陽性個案後續衍生CT檢查費用，以醫院總額「因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增」專款項目(下稱本項專款)支應案，如附錄六(第187~188頁)，說明如下：

1.查 112 年度總額本項專款(10 億元)決定事項略以：本項經費用於國民健康署肺癌篩檢後疑似陽性個案後續確診費用。

2.健保署前於本會 3 月份委員會議(113.3.13)臨時提案提出本案，因涉及總額決定事項修正，該署於會上撤案。會後該署經簽報衛福部同意，將「桃園市擴大肺癌篩檢計畫」納入 112 年醫院總額本項專款項目支應，113 年度比照辦理。且爾後倘有其他縣市執行類似計畫，比照由本項專款支應。

3.依健保署來函說明，截至 112 年 12 月止，參與「桃園市擴大肺癌篩檢計畫」高風險族群篩檢計 18,516 人，其中疑似陽性個案數 1,229 人，後續執行 CT 檢查計 456 人，約 2 百萬點，業納入 112 年度本項專款結算作業。

(三)依本會本年第1次委員會議之決定，113年度牙醫門診總額「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」專款項目，其「預期效益之評估指標」指標1「降低使用抗凝血劑病人牙科處置後24小時內，因牙科處置相關之口腔出血至院所就診之比率」未有具體評估方式(未提出指標定義、比較年度與計算方式等)，爰請健保

署會同牙醫門診總額相關團體議定後提報本會。健保署於本年7月12日函送上開指標之操作型定義，如附錄七(第189~191頁)，說明如下：

- 1.以服用抗凝血劑且經牙科處置有申報拔牙醫令病人，其 24 小時內至院所就診之「拔牙後特別處理」及「牙醫急症處置」之比率是否降低，作為評估依據，尚屬合理。
- 2.惟本次健保署未提出指標值降低之基準，建請該署提出合理比較基準，以利評估是否降低。

八、依本會第 5 屆 110 年第 2 次委員會議(110.6.25)及 111 年第 6 次委員會議(111.6.24)之決定，本會委員會議資料在未上網公開前均需保密不得對外公開，爰重申資料保密與機敏之重要性，敬請委員配合辦理：

- (一)依政府資訊公開法第18條規定，基於委員會議召開前之會議資料(含書面資料及電子檔)，屬內部之擬稿或準備作業，符合限制公開或不予提供之條件，僅供會前委員進行內部討論代表團體意見之用，為確保該會議資料在委員會議前合理使用及保密不對外公開，本會於聘任作業時，請所有委員填具「委員會議前提供會議資料保密切結書」。
- (二)另為完善資料寄送之資訊安全，歷次委員會議之資料封面均敘明「本資料未上網公開前請勿對外提供」；電子檔亦以加密方式寄送，密碼則於第2封信提供委員。
- (三)為落實本部資料保密及資安作業，乃重申上開規定，敬請委員惠予配合與協助。

九、本會完成編製全民健康保險會 112 年版年報及歷年年報電子書櫃：

- (一)依健保法施行細則第4條規定，本會應每年編具年終業務報告，並對外公開。本會112年版年報已完成編製，隨本次會議資料寄送委員在案，惠請收藏指正，同時寄送委員推薦單位參考。

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

十、中華民國牙醫師公會全國聯合會於本年6月13、14日，擇台南市及高雄市辦理「113年度全民健康保險牙醫門診總額參訪活動」，本會委員(含代理人)計17人參加；中華民國醫師公會全國聯合會於本年6月21日，擇台北市北投區辦理「基層醫療健康照護之現況與未來研討會」，本會委員(含代理人)計16人參加。

十一、下次(第7次)委員會議(113.8.21)依年度工作計畫安排之專案報告主題為「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(含四部門總額之網路寬頻補助費用)，依退場期程(110~114年)提出退場之執行方式規劃及辦理進度」，請委員最晚於本年7月29日前向本會提出需請健保署回應或說明之問題。

十二、本會針對上次(第5次)委員會議就代謝症候群防治、在宅急症照護等2項計畫作為委員關切重要議題之會訊報導主題，內容詳附錄八(第192~193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。

十三、衛福部及健保署於本年6月至7月份發布及副知本會之相關資訊如下：[內容已置於該署全球資訊網，詳細內容及相關附件業於本年7月17日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

1.本年6月25日修正發布「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，自本年7月1日生效，如附錄九(第194~196頁)，本次修正重點如下：

(1)第二部西醫：

①住院診察費及病房費通則：新增兒科及新生兒科加護病房之加護病床「住院診察費」、「病房費」及「護理費」

得依表訂點數另加計 20%。【預算來源：113 年醫院總額「提升醫院兒童急重症照護量能」預算 3.38 億元支應】

②修訂住院診察費通則六：同時符合「兒童加成」或「兒科及新生兒科加護病房加成」者，兒科專科醫師申報「加護病床住院診察費」最高加成上限為 140%。(原為 120%)【預算來源：113 年醫院總額「提升醫院兒童急重症照護量能」預算 3.38 億元支應】

③調升支付點數：02017K/02018A/02019B「新生兒中重度住院診察費(天)」3 項診療項目調升支付點數 50%。(調整後分別為醫學中心：1,229 點/區域醫院：1,166 點/地區醫院：1,065 點)【預算來源：113 年醫院總額「提升醫院兒童急重症照護量能」預算 3.38 億元支應】

④新增診療項目：「預立醫療照護諮商費—同次住院未曾申報或僅申報一次 02020B『緩和醫療家庭諮詢費』者/同次住院申報二次 02020B『緩和醫療家庭諮詢費』者」(3,000 點/1,500 點)等 2 項，及「白血病即時定量聚合酶連鎖反應法體外診斷醫療器材檢測(IVD)」(3,571 點)、「All-RAS 基因突變分析體外診斷醫療器材檢測(IVD)」(8,872 點)等 2 項。【預算來源：113 年醫院總額之「新醫療科技」項下新增診療項目預算 11 億元】

(2)第三部牙醫：

①新增診療項目：「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之自閉症、失智症及極重度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費」(762 點)1 項。

②調升支付點數：「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之重度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費」等 4 項診療項目調升支付點數 100 點。

③預算來源：113 年牙醫門診總額專款計畫「牙醫特殊醫

療服務計畫」預算 7.817 億元。

(3)第七部全民健康保險住院診斷關聯群：修正「附表 7.3 113 年 7-12 月 3.4 版 1,068 項 Tw-DRGs 權重表」。

2.本年 6 月 4 日公告修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」附表，如附錄十(第 197 頁)，修訂「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」、「使用中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率」、「使用中醫門診者之平均中醫就診次數」、「就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率」及「於同院所針傷科處置次數每月大於二十次之比率」等 5 項專業醫療服務品質指標，參考值修訂為「以前 5 年同季平均值 $\pm 10\%$ 」。

(二)健保署

1.公告總額相關計畫如附錄十一(第 198~201 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
113.6.5/ 113.1.1	全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫、中醫癌症病人加強照護整合方案、中醫急症處置計畫	本次修訂 3 項計畫/方案申請資格之備註： 「醫學中心等級醫院(以下稱總院)另行單獨設立專供診治兒童之綜合醫院，若總院設有中醫門診，則該兒童醫院視同設有中醫門診之醫院」。
113.6.14/ 113.7.1	全民健康保險推動使用生物相似藥之鼓勵試辦計畫	113 年新增計畫，重點如下： 1.預算來源： 處方開立獎勵費：113 年由醫院及西醫基層總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應；114、115 年視年度總額預算支應。 2.實施目標： (1)提升醫療院所開立生物相似性藥品之

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>處方數。</p> <p>(2)提高本計畫藥品醫令量占率達 30% 以上。</p> <p>3.試辦期程：3 年，每年由健保署依前 1 年度實際值滾動檢討，並設定新年度計畫藥品基準值及品項。</p> <p>4.參與資格：健保特約醫療院所。</p> <p>5.本計畫藥品清單：</p> <p>(1)第一年(113 年)：擷取生物相似性藥品與原開發廠藥品價差大於 20% 以上者，列入清單。</p> <p>(2)本計畫藥品成分得每年修正 1 次，公告後不再增修。但試辦期間，如有新暫予收載或異動之生物相似性藥品品項，健保署得於每月 25 日前修正公告附表。</p> <p>6.獎勵措施：</p> <p>(1)處方開立獎勵：</p> <p>①每一處方獎勵 150 點，如開立慢性病連續處方箋，得按可調劑次數計算。</p> <p>②獎勵費用由健保署按季勾稽撥付予個別院所。</p> <p>③點值結算方式：預算按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元；當季預算若有結餘，則流用至下季；若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於 1 元。</p> <p>(2)藥費差額回饋：</p> <p>①由健保署按季統計個別院所藥費差額回饋點數，交由健保署各分區業務組回饋各醫療院所，並列入年度自主管理方案之目標管理點數校正，得以 100% 方式回饋，回饋方案由各分區因地制宜。</p> <p>②試辦期間，如有生物相似性藥品支付價高於原開發廠藥品，則不予列</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>入計算。</p> <p>7.資訊監測與公開：健保署得於「生物相似性藥品專區」，公開本計畫實施前後之藥品清單申報醫令量情形。</p>
113.6.25/ 113.1.1	全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案	<p>本次修訂重點如下：</p> <p>1.保留款之運用：新增鼓勵該分區週六開診之醫療服務。</p> <p>2.保留款運用之計算方式：新增週六開診每件醫療點數加計 50%、修訂週日及國定假日開診加計 100%（原加計 20%）。</p>
113.6.28/ 113.7.1	主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作照護計畫	<p>113 年新增計畫，重點如下：</p> <p>1.預算來源：113 年醫院總額專款項目-「區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作」(81 百萬元)及「區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作」(127 百萬元)。</p> <p>2.支付方式：針對主動脈剝離及腦中風個案提供區域整合性網絡照護，並訂有網絡建置費、個案管理費、跨院合作執行費(依轉診處置效率給予不同獎勵)及 24 小時急性缺血性腦中風整合治療評估費。</p> <p>3.品質監測指標：</p> <p>(1)整體指標：總死亡率、總手術死亡率、總失能率及腦中風病人經整合評估且完成處置率。</p> <p>(2)醫院別指標：效率面(急診病人停留時間之達標比率及醫院自行收治或經轉診主動脈剝離/腦中風經動脈取栓手術病人之時間達標比率)及結果面(死亡率、手術死亡率及失能率)指標。</p>

2.將 112 年西醫基層、中醫門診、牙醫門診總額品質保證保留款及門診透析品質提升獎勵金核發結果副知本會，如附錄十

二(第 202~209 頁)，摘要如下表：

發文日期	核發項目	核發結果
113.6.19	112 年西醫基層總額品質保證保留款核發結果	1.112 年預算 229.5 百萬元。 2.核發情形：112 年西醫基層特約家數共 11,061 家，其中 7,886 家院所(占率 71.3%)符合獎勵條件且領取品保款，其中 1,459 家(占率 13.2%)院所不符合核發資格規定，1,716 家(占率 15.5%)院所獎勵指標權重和為零或小於 80%。
113.6.24	112 年全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫之核發結果	1.112 年預算 45 百萬元。 2.核發情形：112 年血液透析家數共 752 家，其中 549 家(占率 73.01%)領取獎勵金；腹膜透析家數共 120 家，其中 72 家(占率 60%)領取獎勵金。
113.6.26	112 年中醫門診總額品質保證保留款核發結果	1.112 年預算 50.4 百萬元。 2.核發情形：112 年中醫院所特約家數共 4,213 家，其中 3,063 家院所(占率 72.7%)符合獎勵條件且領取品保款，其中 942 家(占率 22.4%)院所不符合核發資格規定，208 家(占率 4.9%)院所核算基礎為 0。
113.7.5	112 年度牙醫門診總額品質保證保留款核發結果	1.112 年預算 210.3 百萬元。 2.核發情形：112 年牙醫院所特約家數共 7,250 家，其中 6,460 家院所符合核發資格且領取品保款(占率 89.1%)，未領取品保款院所計有 790 家(占率 10.9%)，其中 779 家(占率 10.7%)院所不符合核發資格，11 家院所之指標達成率為 0%(占率 0.2%)。

決定：

上次(第 5 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	報告事項第 3 案： 113 年 5 月份全民健康保險業務執行報告(書面報告)。	一、請中央健康保險署於 113 年 6 月 26 日提供「113 年 5 月份全民健康保險業務執行報告(書面報告)」送會，如委員對報告內容有意見，本會將轉請回復說明。	於 113 年 6 月 26 日請辦健保署。	健保署回復：遵示辦理，委員所提意見，說明如附件一(第 28 頁)。	解除追蹤	—
2		二、另委員關心全民健康保險法第 62 條條文修正草案及脊髓性肌肉萎縮症(SMA)藥品所提意見，請中央健康保險署併同上開報告回應說明。	於 113 年 6 月 26 日請辦健保署。	健保署回復： 1. 有關全民健康保險法第 62 條條文修正相關說明，請見本部 113.7.4 之新聞說明(如附件二，第 29~30 頁)。 2. 有關脊髓性肌肉萎縮症(SMA)藥品所詢，說明如附件二(第 31 頁)。	解除追蹤	—

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	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。	為利本會進行 114 年度總額之協議訂定，請中央健康保險署於衛生福利部交議總額範圍時，依法併同提出資源配置及財務平衡方案，供協商參考。	於 113 年 6 月 26 日請辦健保署。	健保署回復：遵照辦理，本署預計於 7 月底與各總額部門召開 114 年度總額預擬會議，屆時將討論資源配置事宜，並配合提供 114 年財務試算資料。	1.繼續追蹤 2.俟健保署依法併提資源配置及財務平衡方案至本會供協商參考後解除追蹤。	113 年 8 月

113年度各部門總額協定事項未依時程完成之工作項目

部門別 / 未完成項目 (應完成期限)		依相關 程序辦 理，並 副知本 會 (113年1 月前)	需經本 會同意、 確認或 向本會 報告 (113年1 或8月)	提報113年 執行情形/ 執行結果 納入總額 協商參考 (113年7 月前)
牙醫門診總額				
1	癌症治療品質改善計畫 ※請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算★			項次 20(2)
醫院總額				
1	全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫 ※依本會 112 年第 11 次委員會議決定事項，請將 112 年度總額決定事項「檢討計畫之評估指標(含結果面指標)，呈現計畫之具體效益」納入 113 年度精進計畫內容辦理	項次 4(2)		
2	地區醫院全人全社區照護計畫 ※於 113 年總額公告後，完成擬訂具體實施方案，提報至本會最近 1 次委員會議確認		項次 22	
	※提報 113 年初步執行情形			項次 52
3	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) ※對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估			項次 27(2)
4	C 型肝炎藥費 ※於協商 114 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一★			項次 31(2)
5	精神科長效針劑藥費 ※決定事項：請積極推動，提升執行成效，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用			項次 43
6	癌症治療品質改善計畫 ※請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算★			項次 48(2)
7	慢性傳染病照護品質計畫 ※執行成效之節流效益應適度回饋總額預算★			項次 49(2)

部門別 / 未完成項目 (應完成期限)		依相關 程序辦 理，並 副知本 會 (113年1 月前)	需經本 會同意、 確認或 向本會 報告 (113年1 或8月)	提報113年 執行情形/ 執行結果 納入總額 協商參考 (113年7 月前)
西醫基層總額				
1	提升國人視力照護品質 ※於 113 年總額公告後，完成擬訂具體實施方案，提報至本會最近 1 次委員會議確認		項次 15	
	※請檢討放寬白內障手術規範後，案件成長之合理性，及監測照護成效與民眾自費情形，並加強執行面管理與監督			項次 26
2	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) ※對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估			項次 21(2)
3	C 型肝炎藥費 ※於協商 114 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一★			項次 30(2)
4	強化基層照護能力及「開放表別」項目 ※建立評估機制，檢討各開放項目執行差異因素及其適當性，對於執行占率較高、有助病人留在基層就醫之開放品項，應規劃導入一般服務之時程			項次 32
5	偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫			項次 34
6	精神科長效針劑藥費 ※請積極推動，提升執行成效，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用			項次 40
7	癌症治療品質改善計畫 ※請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算★			項次 43(2)
8	慢性傳染病照護品質計畫 ※執行成效之節流效益應適度回饋總額預算★			項次 44(2)
其他預算				
1	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 ※持續精進居家醫療照護品質及成效之評估指標(如	項次 2(1)		

部門別 / 未完成項目 (應完成期限)		依相關 程序辦 理，並 副知本 會 (113年1 月前)	需經本 會同意、 確認或 向本會 報告 (113年1 或8月)	提報113年 執行情形/ 執行結果 納入總額 協商參考 (113年7 月前)
	依「居家醫療」、「重度居家醫療」與「安寧療護」等不同照護階段之特性與目的，訂定監測指標)			
2	推動促進醫療體系整合計畫 ※依本會 112 年第 11 次委員會議決定事項，請將 112 年度總額協定事項「『急性後期整合照護計畫』支付標準之調整，應考量各部門總額相關支付項目間之衡平性」納入 113 年度檢討計畫執行內容辦理	項次 3(2)		
3	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(併四部門總額之「網路頻寬補助費用」) ※「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」(含四部門總額之「網路頻寬補助費用」)，請確實依退場期程(110~114 年)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於 113 年 7 月前提本會報告		項次 10	
	※於協商 114 年度總額前檢討實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源★			項次 19(3)
4	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 ※於協商 114 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一★			項次 16(2)
5	提升保險服務成效 ※於協商 114 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源★			項次 22(2)

註：1.各部門總額未依時程完成之工作項目，詳委員會議資料第32~92頁「113年度各部門總額核(決)定事項辦理情形」之各該項次內容。

2.註記★之項目，請健保署於協商114年度總額前，提出節流效益並納入114年度總額預算財源，以利總額協商。

113年度各部門總額協定事項尚待完成之工作項目

部門別 / 未完成項目 (應完成期限)		提報 113 年執行情形/執行結果納入總額協商參考 (114年7月)
牙醫門診總額		
1	超音波根管沖洗計畫 ※請於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源 (依 113 年第 1 次委員會議(113.1.24)決定，於 114 年 7 月提出量化之執行結果)	項次17(2)
2	高風險疾病口腔照護計畫 ※於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源 (依 113 年第 2 次(113.3.13)、第 3 次(113.4.24)委員會議決定，於 114 年 7 月提出量化之執行結果)	項次18(2)

註：各部門總額尚待依時程完成之工作項目，詳委員會議資料第32~92頁「113年度各部門總額核(決)定事項辦理情形」之各該項次內容。

健保會第 6 屆 113 年第 5 次委員會議之健保署答覆

上次(第 5 次)委員會議之擬解除追蹤項次 1

案由：113 年 5 月份全民健康保險業務執行報告(書面報告)。

委員意見	健保署說明
<p>滕委員西華會後書面意見(議事錄第 89 頁)</p> <p>有關健保業務執行報告「表 5-2 收支餘絀情形表」中，雖已提供「收回呆帳」累計實際數，為瞭解呆帳催繳收回情形，建議未來參考表 6-2 編製呆帳催繳收回統計表，以利業務監理。</p> <p>(註：計算公式可參考，分子為投保單位及保險對象本年度之呆帳收回數，分母為投保單位及保險對象本年度期初應收呆帳累計數)</p>	<p>謝謝委員建議，本署納入研議參考。</p>

健保會第6屆113年第5次委員會議之健保署答覆

2024/7/11 中午12:26

衛福部有序改革健保，透過制度面優化，保障民眾及醫事人員權益-衛生福利部

首頁 > 最新消息 > 焦點新聞 > 113年衛生福利部新聞 > 7月新聞

衛福部有序改革健保，透過制度面優化，保障民眾及醫事人員權益

有關國民黨團及部分委員擬具健保法第62條修正草案，點值入法將全面改變健保醫療支付制度，等同實質取消總額制度，醫療支出無法預估及控制，與國家財政編列邏輯相悖，且一旦醫療費用急速增加將加重民眾負擔，立即面臨費率調漲壓力，更加劇城鄉醫療資源失衡，影響健保穩健發展與制度永續。

健保總額制度施行多年，穩定國家醫療服務及健康照顧；面對新醫療科技及人口老化等挑戰，賴總統前召開健康台灣論壇，提出健康台灣醫療政策，其中包括確保健保永續經營；衛福部已據以規劃推動健保改革相關措施如下：

- 持續擴大資源挹注，維持總額預算適當成長率，並將現行總額項目中，如長照相關、公共衛生、預防保健、基礎資訊建設、護理津貼、癌症新藥暫時性支付等項目，改由公務預算支應，原移出項目之費用留於總額，可挹注改善點值及醫療品質。
- 為反應實際醫療成本及臨床人員的付出，健保署已於113年6月成立「支付標準衡平性評量規劃專家小組」，將持續邀請相關專業團體或專科醫學會共同討論，優先調升醫事人力投入及急重難症項目，改善醫事人員待遇，以穩固醫療照護量能。
- 合理分配醫療資源，針對山地離島資源不足地區燈塔型之醫院提供補助，保障其收入或點值，維持在地醫療資源。
- 規劃百億癌藥基金，以增加民眾使用癌症新藥的可近性，並避免排擠健保資源，後續將每年滾動檢討給付。

為使健保資源有效運用提升健保效率，抑制不必要支出，健保署積極推動以下政策：持續推動分級醫療政策及家醫制度，低風險或穩定慢性病人於基層院所照護，讓區域級以上醫院可保存醫療量能照顧高風險或重症病患，以合理分配醫療資源；優化健保雲端系統減少重複用藥、檢查、檢驗；加強醫療服務審查，抑制不當成長；滾動式檢討藥品和醫材給付規範；檢討部分負擔費用。

2024/7/11 中午12:26

衛福部有序改革健保，透過制度面優化，保障民眾及醫事人員權益- 衛生福利部

健保總額預算是對全國民眾健康投資，亦為國家重要社會保險制度；保障健保合理點值，是大家的期盼，但需要審慎以對，多方通盤考量，完備相關配套措施，方能讓總額適度成長、資源合理分配，醫護人員確保合理薪資待遇，保障民眾就醫品質，維持健保永續。

建檔日期：113-07-04 更新時間：113-07-04 資料來源：中央健康保險署

有關衛生福利部全民健康保險會第6屆113年第5次委員會議委員所詢「聽說有同一家庭，於產檢已發現又生下2名患有SMA的嬰兒，並施打一劑4,900萬元藥費，共計花費9,800萬元藥費，健保財務窮困，這樣花費好嗎？有沒有甚麼方法？」事項，本署說明如下：

- 一、健保給付本藥品使用於6個月以下經基因確診為SMA病人，且終身僅須施打一次，相較於健保前已給付2項SMA治療藥品109年7月1日生效含nusinersen成分之脊髓腔內注射劑(人年藥費逾700萬元)及112年4月1日生效含risdiplam成分之口服液劑(人年藥費逾600萬元)，皆須終生使用。
- 二、健保署已建置個案登錄系統，收集本藥品基因療法之真實世界資料並訂定療效評估指標，並與廠商簽訂藥品給付協議，依療效結果分期付款，若無效則後續款項將不支付予廠商。
- 三、另本署於112年6月15日藥物共同擬訂會議之附帶決議，請衛生福利部國民健康署(下稱國健署)將SMA產前篩檢及新生兒篩檢納入公費篩檢項目。國健署委託專業團體蒐集國內外實證文獻資料，及邀集各領域專家召開專家會議進行討論與評估。經113年3月22日衛生福利部「罕見疾病及藥物審議會」第73次會議紀錄決定略以，本案交付「罕見疾病及藥物審議會-醫療小組」，就SMA篩檢策略(如篩檢介入時點、工具及實證基礎等)及其相應的配套措施、倫理議題等面向討論並提出具體建議後，續提本審議會進行討論。本署將持續追蹤國健署本案辦理進度。
- 四、有關委員所提亦同步轉請國健署知悉。

113年度各部門總額核(決)定事項辦理情形

依本會112年12月委員會議通過之「113年度各部門總額協定事項及相關計畫追蹤時程」，健保署須提報113年度總額核(決)定事項辦理情形。

一、牙醫門診總額

工作項目		應完成 時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會			
1	醫療資源不足地區改善方案 ※核定事項：請重新檢討執業計畫之執行目標，並研議更積極鼓勵牙醫師執業之策略	113 年 1 月前	已於113.2.15公告，方案修訂重點已提報113年3月份委員會議。
2	牙醫特殊醫療服務計畫		已於113.3.22公告，方案修訂重點已提報113年4月份委員會議。
3	12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫		已於113.2.2公告，方案修訂重點已提報113年3月份委員會議。
4	超音波根管沖洗計畫		延續執行112.3.1生效之「超音波根管沖洗(P7303C)」診療項目。
5	高風險疾病口腔照護計畫		已於113.3.12公告，方案修訂重點已提報113年4月份委員會議。
6	特定疾病病人牙科就醫安全計畫 (113年新增項目)		已於113.3.22公告，方案修訂重點已提報113年4月份委員會議。
7	癌症治療品質改善計畫 (113年新增項目) ※核定事項：精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制		已於113.1.24公告，方案修訂重點已提報113年3月份委員會議。
8	品質保證保留款實施方案 ※核定事項：積極檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，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		已於113.1.5公告，方案修訂重點已提報113年3月份委員會議。
需經本會同意/確認或向本會報告 ^註			

工作項目		應完成 時限	辦理情形
9	牙醫特殊醫療服務計畫 ※核定事項：請妥為研訂113年度具體實施計畫(含醫療團服務對象、醫療費用加成方式)，於112年12月前提報本會同意後，依程序辦理	113 年 1 月 委 員 會 議 討 論 案	已提報113年1月份委員會議討論修正通過。
10	高風險疾病口腔照護計畫 ※核定事項： (1)請妥為研訂具體實施計畫(含醫療服務內容、各項服務適用對象、支付方式及成效監測)，於112年12月前提報本會同意後，依程序辦理 (2)執行目標及預期效益之評估指標：涉及具體實施計畫之醫療服務內容，請併同上開報告提本會確認		已提報113年1月份委員會議確認。
11	特定疾病病人牙科就醫安全計畫 (113年新增項目) ※核定事項： (1)請妥為研訂完整之具體實施計畫(含適用對象之特定疾病病人定義、醫療服務內容、支付方式、稽核機制及成效監測)，於112年12月前提本會報告 (2)另依112年10月委員會議決議事項，「預期效益之評估指標」之具體評估方式(含：指標定義、比較年度與基礎、計算方式等)，請妥為研訂，併具體實施計畫於112年12月前提報	113 年 1 月 委 員 會 議 報 告 案	已提報113年1月份委員會議報告。 【本會補充說明：依本會 113 第 1 次委員會議(113.1.24)決定，本計畫「預期效益之評估指標」之指標 1(註)未有具體評估方式，請健保署會同牙醫門診總額相關團體議定後提報本會。 <u>健保署業於本年 7 月 12 日來函檢送上開指標之操作型定義，已列入本會重要業務報告。</u> 註：指標 1「使用抗凝血劑患者，牙科處置後 24 小時內因牙科處置相關之口腔出血至院所就診比率降低」，尚未提出指標定義、比較年度與計算方式等。】

工作項目		應完成 時限	辦理情形
12	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) (113年新增項目) ※核定事項：於112年11月前將 具體實施規劃(包含分年目 標、執行方法及期程)及執行 情形提報本會	112 年 11 月前	已提報112年11、12月份委員會議報 告。
13	一般服務之點值保障項目	113 年 1 月 委 員 會 議 討 論 案	已提報113年1月份委員會議討論通 過。
提報本會執行情形(113年初步結果/成果)^註			
14	醫療資源不足地區改善方案	113 年 7 月前	113年編列310百萬元，截至113年4 月辦理情形如下： 1.執業計畫：公告施行地區共86個， 113年1~4月參與計畫院所數共18 家，服務天數1,305天、服務人次 12,207人次。 2.巡迴計畫：公告施行地區共152個 ，113年1~4月服務天數3,655天、 服務人次41,775人次。
15	牙醫特殊醫療服務計畫 ※核定事項：持續監測本計畫 醫療團適用對象(含不同障 礙別、障礙等級)之醫療利用 情形，以評估照護成效及資 源分配公平性		113年編列781.7百萬元，截至113年 4月辦理情形如下： 1.服務6.28萬人次，計畫目標12.75 萬人次(係已實施時程等比例換 算)，目標達成率49.3%。 2.申報約2億點，預算執行率25.6% 。

工作項目		應完成 時限	辦理情形
16	<p>12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫</p> <p>※核定事項：加強計畫推動並持續監測執行結果(如：參加本計畫追蹤1年後平均拔牙顆數、齲齒情形等結果面指標)，以評估照護成效</p>	113 年 7 月前	<p>113年編列171.5百萬元，截至113年4月辦理情形如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.服務青少年齲齒控制照護處置(P7101C)和青少年齲齒氟化物治療(P7102C)4.4萬人次，計畫目標44.5萬人次，目標達成率9.9%。 2.12~18歲青少年投保人口138.2萬人，其中牙醫門診就醫39.8萬人，就醫率28.8%。 3.申報約26百萬點，預算執行率15.2%。
17	<p>超音波根管沖洗計畫</p> <p>※核定事項：</p> <p>(1)加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效</p> <p>(2)請於協商114年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源</p>		<p>1.113年編列144.8百萬元，截至113年4月辦理情形如下：</p> <p>超音波根管沖洗(P7303C，100點)服務22.3萬件，計畫目標144.8萬件，目標達成率15.4%，約申報29.5百萬點，預算執行率20.4%。</p> <p>2.檢討實施成效，提出節流效益並納入協商114年度總額預算財源：本計畫為112年新增項目，成效指標訂為「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為使用者低」，將於114年追蹤成效指標執行結果。</p> <p>【本會補充說明：有關本計畫量化節流效益金額之方式，業於113年第1次委員會議(113.1.24)確認，決定請健保署將其量化之執行結果，併同於114年7月檢討計畫未來納入一般服務或退場時，納為重要參據。】</p>

工作項目	應完成 時限	辦理情形
<p>18 高風險疾病口腔照護計畫 ※核定事項：</p> <p>(1)原一般服務之「高風險疾病口腔照護」、原「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」專款項目合併辦理</p> <p>(2)於協商114年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源</p>	<p>113 年 7 月前</p>	<p>1.113年編列1,599百萬元，截至113年4月辦理情形如下：</p> <p>(1)高風險疾病口腔照護計畫服務71.5萬人次，約申報488.1百萬點，預算執行率30.5%。</p> <p>(2)其中高風險疾病病人牙結石清除-全口(91090C)服務約18.4萬人次，目標值8萬人次，目標達成率230%；另齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫(P7302C)服務約47.1萬人次，目標值202萬人次，目標達成率23.3%。</p> <p>(3)高風險疾病口腔照護計畫「複合體充填(89204C-89215C)」於113.4.1起適用，截至113年4月總計服務5.6萬人次；因方案規定係支付高於樹脂充填之400點差額，故實際由本計畫支應費用約22.5百萬點。</p> <p>2.檢討實施成效，提出節流效益並納入協商114年度總額預算財源：</p> <p>(1)高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫成效指標為「執行P7301C後，89013C及89113C「複合體充填」二年內重補率較未執行者低」，依指標定義111年申報P7301個案追蹤730天，故將於114年追蹤成效指標執行情形。</p> <p>(2)齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫成效指標為「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」。本計畫為112年新增計畫，依成效指標</p>

工作項目		應完成 時限	辦理情形
18 續		113 年 7 月前	<p>「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」，故將於114年追蹤成效指標執行情形。</p> <p>【本會補充說明：有關本計畫之量化節流效益，業於113年第2次(113.3.13)、第3次(113.4.24)委員會議確認，決定請健保署將其量化之執行結果，併同於114年7月檢討計畫成效時提報。】</p>
19	特定疾病病人牙科就醫安全計畫 (113年新增項目)		<p>113年編列307.1百萬元，截至113年4月辦理情形如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本計畫於113.4.1生效。 2.服務9.2萬人次，執行特定疾病病人牙科就醫安全計畫(P3601C)之院所為2,165家，全國牙醫院所7,122家，執行院所占率30.4%，計畫目標院所占率達3成。 3.申報約9.4百萬點，預算執行率3.1%。
20	<p>癌症治療品質改善計畫 (113年新增項目)</p> <p>※核定事項：</p> <p>(1)監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質</p> <p>(2)請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算★</p>		<p>113年編列10百萬元，截至113年4月辦理情形如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.113年1~4月共384家院所參加、服務人數計22,834人。 2.提出結果面指標及執行成效，節流效益應適度回饋總額預算： <p>本計畫之成效指標為陽追率，112年整體陽追率為84.6%(大腸癌79.6%、口腔癌81.5%、子宮頸癌85.8%、乳癌92.6%、肺癌72.9%)。</p> <p>【本會補充說明：依核定事項請於協商114年度總額前提出節流效益及適度回饋總額預算。】</p>

工作項目	應完成 時限	辦理情形
21 促進醫療服務診療項目支付平衡性(含醫療器材使用規範修訂之補貼) (113年新增項目)	113 年 7 月前	113年編列5.5百萬元，截至113年4月辦理情形如下： 1.本署配合衛生福利部(下稱衛福部)自113年起重處理單次使用醫材須依藥事法取得查驗登記許可及符合醫療器材管理法相關規定，經過112年9月14日本保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議通過，調整73項診療項目支付點數。 2.上開調整診療項目涉牙科為92063C「手術拔除深部阻生齒」，支付點數由8,010點調升至8,970點，及92224A「顎骨矯正手術－單顎或二處」，支付點數7,730點，新增備註「一般材料費及單次使用鑽頭、鑽針，得另加計百分之七十八」，業於112年11月1日生效。 3.申報約1.24百萬點，預算執行率23%。

註：

- 1.★屬需於協商114年度總額前，提出節流效益並納入114年度總額預算財源之項目。
- 2.專款項目「網路頻寬補助費用」之辦理情形，併入其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」提報。
- 3.113年度總額核(決)定事項有關預算扣減項目之規劃，列於113年7月份委員會議報告事項，為免重複提報，爰不納入本表。
- 4.113年執行情形於本會113年7月份委員會議提報，延續性項目於113年7月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含112年執行情形)。

二、中醫門診總額

工作項目		應完成 時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會			
1	醫療資源不足地區改善方案	113 年 1 月前	已於113.1.4公告，方案修訂重點已提報113年1月份委員會議。
2	西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 (1)腦血管疾病(2)顱腦損傷(3)脊髓損傷(4)呼吸困難相關疾病(5)術後疼痛		已於112.11.9公告自113.1.1生效，計畫修訂重點已提報112年12月份委員會議。
3	中醫提升孕產照護品質計畫		已於112.12.6公告自113.1.1生效，計畫修訂重點已提報113年1月份委員會議。
4	兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫		1.已於112.12.6公告自113.1.1生效，計畫修訂重點已提報113年1月份委員會議。 2.113.3.14公告修訂，並自公告日起生效，計畫修訂重點已提報113年4月份委員會議。
5	中醫癌症患者加強照護整合方案		已於112.11.9公告自113.1.1生效，方案修訂重點已提報112年12月份委員會議。
6	中醫急症處置		已於113.1.29公告自113.1.1生效，方案修訂重點已提報113年3月份委員會議。
7	中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫		已於112.12.6公告自113.1.1生效，計畫修訂重點已提報113年1月份委員會議。
8	照護機構中醫醫療照護方案		已於112.12.19公告自113.1.1生效，方案修訂重點已提報113年1月份委員會議。
9	品質保證保留款實施方案 ※核定事項：積極檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品		已於112.12.21公告自113.1.1生效，方案修訂重點已提報113年1月份委員會議。

工作項目		應完成 時限	辦理情形
	質鑑別度之標準，落實本款 項獎勵之目的		
需經本會同意/確認或向本會報告^註			
10	兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 ※核定事項： (1)持續檢討計畫執行情形(含 完整療程照護人數及比率)及 結果面之成效，於113年7月 前提本會報告 (2)本計畫再試辦1年，若未呈現 具體成效則應退場	113 年 7 月 委 員 會 議 報 告 案	已列入本次會議報告事項第一案。
11	一般服務之點值保障項目	113 年 1 月 委 員 會 議 討 論 案	已提報113年1月份委員會議討論通 過。
提報本會執行情形(113年初步結果/成果)^註			
12	中醫利用新增人口 (113年新增項目)	113 年 7 月 前	113年編列588百萬元，截至113年4 月辦理情形如下： 1.如以113年1~4月申報情形，依112 年同期占率推估113年全年就醫 人數約650萬人，醫療費用約349 億點，平均每人就醫點數5,370 點。 2.依前開估算，113年全年就醫人數 約650萬人低於112年全年就醫人 數約683萬人，則本項預算應全額 扣除。
13	醫療資源不足地區改善方案		113年編列180百萬元，截至113年4 月辦理情形如下： 1.巡迴醫療計畫：公告施行地區共 157個，113年1~4月服務4,676天、 服務100,270人次。 2.獎勵開業計畫：公告施行地區共 78個，113年1~4月服務934天、服 務13,394人次。

工作項目		應完成 時限	辦理情形
14	西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 ※核定事項：針對執行10年以上之子計畫，請評估、規劃納入一般服務之期程	113 年 7 月前	1.113年編列436.8百萬元，截至113年4月合計申報125.2百萬點，預算執行率28.7%。 2.考量本計畫係中醫輔助西醫住院特定疾病之病人，112年服務人數為1.85萬人，服務量能仍待持續推動，爰建議於專款預算持續編列。
15	中醫提升孕產照護品質計畫 ※核定事項：請持續評估計畫成效，若無法評估計畫效益，建議規劃退場機制		1.113年編列70百萬元，截至113年4月申報3,608人，21,239件，23.1百萬點，預算執行率33.1%。 2.112年保胎成功率75.7%、助孕成功率13.6%；其中胎成功率較111年增加，建議持續推動並監測相關指標執行情形。 註：助孕成功率及保胎成功率之計算方式，係以當年度申報本方案管理照護費之個案為分母，分子為當年度至隔年6月分母個案有申報第二或第三次產檢(助孕)及第三次以上產檢(保胎)者。
16	兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫		113年編列21.2百萬元，截至113年4月申報2,797人，10,028件，10.2百萬點，預算執行率48.0%。
17	中醫癌症患者加強照護整合方案		113年編列265百萬元，截至113年4月申報97.5百萬點，預算執行率36.8%；112年預算達成率100%，建議持續推動並監測相關指標執行情形。
18	中醫急症處置 ※核定事項：請訂定結果面成效指標，檢討執行成效及計畫執行情形，若未有明顯成效或執行率偏低，則請考量是否持續辦理		1.113年編列10百萬元，截至113年4月申報503人，529件，1.4百萬點，預算執行率14.0%；113年執行目標為「參與院所數為7家及服務人數以4,000人」，截至113年4月參與院所數8家、服務人數503人。

工作項目		應完成 時限	辦理情形
18 續		113 年 7 月前	2.112年預算執行率已達100%，建議持續推動並監測相關指標執行情形。
19	中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 ※核定事項：請持續評估計畫成效，並檢討及監測服務利用之合理性		1.113年編列105.3百萬元，截至113年4月申報4,537人，21,743件，34.1百萬點，預算執行率32.4%。 2.預算達成率112年較111年下降，建議中醫醫療服務提供者持續推動。
20	照護機構中醫醫療照護方案 ※核定事項：請監測參與本計畫照護機構之中醫利用情形(照護機構住民人數、就醫人數與占率及機構外就醫等)，並檢討醫療利用之合理性及評估計畫成效		1.113年編列48百萬元，截至113年5月辦理情形如下： 113年1~4月參與院所共計86家，服務22,698人次。 2.檢討醫療利用之合理性及評估計畫成效： (1)本計畫自111年辦理，113年1~4月服務量較112年同期服務量(9,792人次)大幅增加；參加方案之照護機構住民平均每人機構內中醫就醫件數，113年1~4月8.33件，亦較112年同期平均每名7.2件略高。 (2)113年1~4月全國照護機構住民使用機構內中醫照護者且外出使用就醫件數共1,455件(266人)，較108年同期使用中醫服務2,418件減少。

註：

- 1.專款項目「網路頻寬補助費用」之辦理情形，併入其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」提報。
- 2.113年度總額核(決)定事項有關預算扣減項目之規劃，列於113年7月份委員會議報告事項，為免重複提報，爰不納入本表。
- 3.113年執行情形於本會113年7月份委員會議提報，延續性項目於113年7月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含112年執行情形)。

三、醫院總額

工作項目	應完成 時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會		
1 醫療給付改善方案 ※決定事項：持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、乳癌、思覺失調症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質(含抗凝血藥品藥師門診方案)、生物相似性藥品等10項方案	113年1月前	1.糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、乳癌、早期療育、慢性阻塞性肺疾病、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者醫療給付改善方案：持續辦理並滾動檢討適時修訂。 2.思覺失調症醫療給付改善方案：113年延續112年方案持續辦理。 3.孕產婦全程照護醫療給付改善方案：113年延續112年方案持續辦理。 4.提升醫院用藥安全與品質方案(含抗凝血藥品藥師門診方案)：已於113.6.12本署醫院總額研商議事會議討論通過，將續提報113.7.12本署醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告後，依程序辦理後續事宜。 5.生物相似性藥品方案：已於113.6.14公告，自113.7.1起施行。
2 急診品質提升方案 ※決定事項：精進方案執行內容，檢討獎勵方式，對實質提升急診處置效率及急診重大疾病照護品質者予以獎勵，並於額度內妥為管理運用，以提升執行成效		已於112.12.18公告自112.12.1生效，方案修訂重點已提報113年1月份委員會議。

工作項目		應完成 時限	辦理情形
3	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案 ※決定事項：請持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與	113年1月前	已於113.2.16公告自113.1.1生效，方案修訂重點已提報113年3月份委員會議。
4	全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫 ※決定事項： (1)請確實檢討當地民眾之醫療需求與特性，及其醫療利用情形，並精進計畫內容及提升醫療服務可近性 (2)另依本會112年第11次委員會議決定事項，請將112年度總額決定事項「檢討計畫之評估指標(含結果面指標)，呈現計畫之具體效益」納入113年度精進計畫內容辦理		已於113.4.16公告自113.1.1生效，計畫修訂重點已提報113年5月份委員會議。 【本會補充說明：查113年度計畫議主要修訂執行細節，尚未納入檢討後之計畫評估指標(含結果面指標)。】
5	住院整合照護服務試辦計畫		已於113.4.12公告，計畫修訂重點已提報113年5月份委員會議。
6	鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫 ※決定事項：請精進計畫內容，檢討醫院評比獎勵方式及獎勵標準設定之合理性，以利檢討改善		113年編列300百萬元，113年結算作業援例於114年3月辦理，執行情形如下： 1.「呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」新增RCC、RCW住院階段獎勵項目及費用，自111.10.1起實施，112年持續辦理；本計畫係獎勵當年度新個案脫離呼吸器、簽署DNR個案、臨終前接受緩和醫療照護個案。 2.112年獎勵統計結果如下： (1)個案獎勵：

工作項目		應完成 時限	辦理情形
6 續		113 年 1 月 前	<p>A.RCC、RCW獲得獎勵醫院合計為 290 家次(RCC為 59 家、RCW為 231 家)。</p> <p>B.獎勵金額合計 1 億元(RCC約 5,400 萬元，RCW約 4,600 萬元)。</p> <p>(2)醫院評比獎勵：</p> <p>A.RCC、RCW獲得獎勵醫院合計為 221 家次(RCC為 44 家、RCW為 177 家)。</p> <p>B.獎勵金額合計 2 億元(RCC約 5,041 萬元，RCW約 1.5 億元)。</p> <p>3.另 112 年脫離呼吸器人數較 111 年成長 14%、當年度新簽署DNR人數成長 34%、臨終前接受緩和療護服務人數成長 29%，考量本計畫預算已充份運用，爰建議 113 年持續推動與監測。</p>
7	因應長新冠照護衍生費用		已於本署 113.6.12 召開之全民健康保險醫療給付費用醫院總額 113 年第 1 次研商議事會議討論通過。
8	癌症治療品質改善計畫 ※決定事項：精進計畫內容， 建立完整之癌症篩檢異常 個案轉介及資料介接機制		已於 113.1.24 公告自 113.1.1 生效，計畫修訂重點已提報 113 年 3 月份委員會議。
9	慢性傳染病照護品質計畫 ※決定事項：精進計畫內容， 建立完整之個案照護銜接 及追蹤機制		<p>1.113 年延續 112 年計畫持續辦理。</p> <p>2.衛福部疾病管制署(下稱疾管署)及本署已於 112.12.27 召開兩署聯繫會議，就計畫執行情形及 113 年計畫修正方向進行討論。次於 113.5.13 召開兩署業務溝通會議，就子計畫三(長照機構加強型防治計畫)多元的執行情境及後續檢核修正方向進行討論。</p>

工作項目		應完成 時限	辦理情形
10	持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能 ※決定事項：本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值	113 年 1 月 前	已於 113.4.15 公告，計畫修訂重點已提報 113 年 5 月份委員會議。
11	健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能 ※決定事項：本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值		已於 113.4.15 公告，計畫修訂重點已提報 113 年 5 月份委員會議。
12	地區醫院全人全社區照護計畫 (113年新增項目)		1.全民健康保險在宅急症照護試辦計畫業於 113.5.24 公告，並於 7 月 1 日起實施。 2.有關「地區醫院全人全社區照護計畫」已提至 113 年第 2 次醫院總額研商議事會議討論通過，將依會議決議提至 7 月 12 日支付標準共擬會議報告後，報請衛福部核定後公告實施。
13	區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作 (113年新增項目)		本案業於 113.6.27 公告，並自 113.7.1 起實施。
14	區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作 (113年新增項目)		本案業於 113.6.27 公告，並自 113.7.1 起實施。
15	抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫 (113年新增項目)		本案業於 113.5.31 公告，並自 113.6.1 起實施。
16	品質保證保留款實施方案 ※核定事項：積極檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，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		已於 113.4.15 公告自 113.1.1 生效，方案修訂重點已提報 113 年 5 月份委員會議。

工作項目	應完成 時限	辦理情形
需經本會同意/確認或向本會報告 ^註		
17 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) ※決定事項：於113年度總額公告後，至本會最近1次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程	113年1月前	1.新增診療項目： 113年預計召開10次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議、5次支付標準共擬會議，將視提案單位檢送資料完整性及補件情形，依序提會討論。 2.新藥： 113年預計召開26次藥品專家諮詢會議、8次全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議(藥品部分)，將視提案單位檢送資料完整性及補件情形，依序提會討論。 3.新特材： (1)特材收載為持續性作業，迄至112年1月止登載於「尚未納入健保給付之特材品項表」計2,656品項，原編列113年度新功能特材收載品項優先以1,284項(推估預算約為59.45億元)進行編列。 (2)盤點健保特材已被同功能/類似功能新特材取代治療使用順序，新特材成為臨床需求主流(含鎖定式骨板骨釘、人工網膜、人工骨、人工血管、脊椎固定系統等)，優先研議納入健保給付，以維護民眾就醫之權益。

工作項目		應完成 時限	辦理情形
17 續		113 年 1 月 前	(3)依程序蒐集專家及專科學會之共識意見，提至本保險特材專家諮詢會議及特材共同擬訂會議討論至預算執行完畢，倘未於預算時程內導入，將於年度扣減基期預算費用。
18	藥品及特材給付規定改變 ※決定事項：於113年度總額公告後，至本會最近1次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程		<p>1.藥品：</p> <p>113 年預計召開 26 次藥品專家諮詢會議、8 次全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議(藥品部分)，將視提案單位檢送資料完整性及補件情形，依序提會討論。</p> <p>2.特材：</p> <p>(1)依專科學會、健保會委員及廠商等外界意見，要求按臨床需求修訂特材給付規定計 3 項(放寬修訂TAVI、ICD給付規定、冠狀動脈塗藥支架改為全額給付)，推估預算約 7.9 億點。</p> <p>(2)113 年度特材給付規定改變核定預算為 3.5 億元，優先用於相關專科醫學會所提臨床需求、各界團體關切給付項目。</p> <p>(3)上述特材給付規定擬依程序提案至本保險特材專家諮詢會議及特材共擬會議討論至預算執行完畢。</p>

工作項目		應完成 時限	辦理情形
19	<p>提升醫院兒童急重症照護量能 (113年新增項目)</p> <p>※決定事項：於113年總額公告後，提出相關計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃)，提報至本會最近1次委員會議確認</p>	113年1月 委員會議 討論案	已提報 113 年 4 月份委員會議確認。
20	<p>暫時性支付(新藥、新特材) (113年新增項目)</p> <p>※決定事項：於113年度總額公告後，至本會最近1次委員會議提出具體實施規劃(包含執行及費用支付方式、預算估算、擬暫時收載年限、療效評估與退場機制等)及作業時程，俾落實管控</p>	113年1月 委員會議 報告案	已提報 113 年 1 月份委員會議報告。
21	<p>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) (113年新增項目)</p> <p>※核定事項：於112年11月前將具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)及執行情形提報本會</p>	112 年 11 月前	已提報 112 年 11、12 月份委員會議報告。
22	<p>地區醫院全人全社區照護計畫 (113年新增項目)</p> <p>※決定事項：於113年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付</p>	113年1月 委員會議 討論案	<p>1.「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」已提 113.6.19 第 5 次委員會議報告。</p> <p>2.有關「地區醫院全人全社區照護計畫」已提至 113 年第 2 次醫院總額研商議事會議討論通過，將依會議決議提至 7 月 12 日支付</p>

工作項目		應完成 時限	辦理情形
22 續	方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至本會最近1次委員會議確認	113年1月 委員會議 討論案	標準共擬會議報告後，報請衛福部核定後公告實施，再提至最近一次委員會議報告。 【本會補充說明：依總額決定事項，係請健保署會同醫院總額相關團體擬訂具體實施方案，提報至本會最近1次委員會議確認，而非報告。健保署將依總額決定事項辦理，暫列入本次會議討論事項。】
23	區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作 (113年新增項目) ※決定事項：於113年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至本會最近1次委員會議確認		已提報 113 年 4 月份委員會議確認。
24	區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作 (113年新增項目) ※決定事項：於113年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至本會最近1次委員會議確認		已提報 113 年 4 月份委員會議確認。
25	抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫 (113年新增項目) ※決定事項：請於113年總額公告後，提出相關計畫內容(含關鍵績效指標、執行		已提報 113 年 4 月份委員會議確認。

工作項目		應完成 時限	辦理情形
25 續	目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃)，提報至本會最近1次委員會會議確認	113年1月 委員會會議 討論案	
26	一般服務之點值保障項目		已提報 113 年 1 月份委員會會議討論通過。
提報本會執行情形(113 年初步結果/成果) ^註			
27	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) ※決定事項： (1)於總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控★ (2)對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估	113年7月 前	1.113 年編列 4,463 百萬元，辦理情形如下： (1)診療項目：醫院總額預算 1,100 百萬元，截至 113.4.25 支付標準共同擬訂會議通過新增 15 項、修訂 16 項，將持續召開共同擬訂會議討論。 (2)新藥：編列 2,363 百萬元，截至 113 年 3 月預估執行情形 882 百萬元。 (3)新特材： A.113 年醫院總額部門新特材預算為 1,000 百萬元，截至 113 年 5 月，經特材共擬會議通過且公告生效計 49 品項，推估預算約 256 百萬元，實際申報費用約 50 百萬點(截至 4 月)。 B.前述資料每 2 個月固定於特材共同擬訂會議進行新增品項及申報費用之報告案。 2.提出 114 年度新醫療科技預算規劃與預估內容： (1)診療項目：114 年規劃預算 1,200 百萬元，醫院及西醫基層總額預計完成新增修診療項目至少 135 項。

工作項目		應完成 時限	辦理情形
27 續		113 年 7 月 前	<p>(2)新藥：114 年編列 2,710 百萬元（醫院 2,532 百萬元、西醫基層 178 百萬元），較 113 年 2,517 百萬元，新增 193 百萬元。</p> <p>(3)新特材：截至 113 年 2 月止登載於「健保尚未納入給付之特材品項表」計 2,646 項，優先用於臨床缺口、急重症、兒童使用及使用量高之醫材，例如骨科及神經外科之植入物（如鎖定骨板骨釘組等）及外科手術使用之止血輔助物等，計 1,490 品項推估預算約為 4,513 百萬元，並研議至年度預算執行完畢。</p>
28	<p>藥品及特材給付規定改變 ※決定事項：</p> <p>(1)於114年度總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控★</p> <p>(2)於113年7月前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)</p>		<p>1.113 年編列 1,377 百萬元，辦理情形如下：</p> <p>(1)藥品：編列 1,027 百萬元，截至 113 年 3 月預估執行情形 77 百萬元。</p> <p>(2)特材：特材給付規定改變預算為 350 百萬元，113 年截至 5 月經特材共擬會議通過且完成公告生效計 3 項，推估預算 3 百萬元，已公告品項較去年同期淨增加點數約 0.86 百萬點(截至 4 月)。</p> <p>2.提出 114 年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容：</p> <p>(1)藥品：114 年編列 1,460 百萬元（醫院 1,385 百萬元、西醫基層 75 百萬元），較 113 年 1,103 百萬元，新增 357 百萬元。</p> <p>(2)特材：</p> <p>A.依衛福部 113 年第 1 次高階主管會議紀錄決議，針對民眾</p>

工作項目		應完成 時限	辦理情形
28 續		113 年 7 月 前	<p>自付差額特材，應優先處理不影響醫療過程面品項，並透過HTA評估其經濟效益。</p> <p>B.經持續監控申報占率達七成以上自付差額特材項目，參考醫療科技評估等實證資料，及收集專科醫學會修訂給付意見，114 年優先規劃用於自付差額特材改為健保全額給付之「冠狀動脈塗藥支架」、「特殊功能及材質髓內釘組」2 項，推估費用約 1,368 百萬元。</p>
29	提升醫院兒童急重症照護量能 (113年新增項目)		<p>1.本項經 113.3.21 支付標準共同擬訂會議決議，用於調升兒科及新生兒科加護病房住院診察費、病房費及護理費加成規範 20%，及調升「新生兒中重度住院診察費」支付點數 50%。</p> <p>2.本案公告自 113.7.1 起實施。</p>
30	暫時性支付(新藥、新特材) (113年新增項目)		<p>113 年編列 2,429.9 百萬元，截至 113 年 3 月辦理情形如下：</p> <p>1.藥品：預估經費使用 5 百萬元，執行率 0.21%。</p> <p>2.特材：未編列預算。</p>
31	<p>C 型肝炎藥費</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)辦理本項目</p> <p>(2)於協商114年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一★</p>		<p>1.113 年編列 2,224 百萬元，截至 113 年 3 月辦理情形如下：</p> <p>預估經費使用 398.75 百萬元，執行率 17.93%。</p> <p>2.檢討實施成效，提出節流效益並納入 114 年度總額預算財源：</p> <p>本署將於 114 年度總額協商時提出年度C肝專款預算執行情形，並檢討其實施成效。</p>

工作項目	應完成 時限	辦理情形
32 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 ※決定事項：請檢視本項費用成長之合理性及加強管控，於額度內妥為管理運用。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析	113 年 7 月前	113 年編列 15,108 百萬元，辦理情形如下： 1.罕見疾病、血友病藥費： 預估經費使用 3,717.34 百萬元，截至 113 年 3 月執行率 24.61%。 2.罕見疾病特材： (1)每年罕病特材編列預算約為 0.03 億元，110 年至 112 年年申報使用量分別為 10 組、10 組、14 組，110 年至 112 年申報點數約為 1.4 百萬點、1.4 百萬點及 1.96 百萬點，未超過年度編列預算數。 (2)至 113 年 4 月底止，共申報使用量為 2 組，申報點數約 0.28 百萬點。
33 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費 ※決定事項：請檢視本項費用成長之合理性及加強管控，於額度內妥為管理運用。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析		113 年編列 5,580 百萬元，截至 113 年 3 月辦理情形如下： 預估經費使用 1,109.88 百萬元，執行率 19.89%。
34 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質 ※決定事項： (1)提報之執行情形，應含醫療利用、成長原因分析、等待時間及不同器官移植之存活率等 (2)本項專款項目已穩定執行多年，請規劃回歸一般服務，並持續監測服務量變化情形		1.113 年編列 5,208.06 百萬元辦理情形如下： (1)113 年 1~3 月申報約 12.8 億元，預算執行率 24.6%。 (2)不同器官移植存活率，已公布於健保署全球資訊網首頁>健保資料站>醫療品質資訊公開>專題報告>器官移植(網址： https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-13152-ec21e-3502-1.html)。 2.提出本項回歸一般服務之規劃：

工作項目		應完成 時限	辦理情形
34 續		113 年 7 月 前	考量器官移植費用高，且集中於某些有移植能力之醫院，若導入一般服務以R值S值分配，恐因高額費用影響分區點值，故建議仍以專款支應本項費用。
35	<p>醫療給付改善方案</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)請通盤檢討各項方案照護成效不佳之原因，研議具體改善策略，朝向「以人為中心」提供整合式服務，並檢討品質指標之獎勵效果，以提升執行成效</p> <p>(2)對於執行穩定且具成效的項目，宜回歸一般服務費用與相關醫療處置銜接</p>		<p>1.113 年編列 1,814.1 百萬元，截至 113 年 4 月辦理情形如下：</p> <p>(1)糖尿病：照護人數 457,491 人，照護率 54.3%(含DKD之照護人數 546,818 人，照護率 64.9%)。</p> <p>(2)糖尿病合併初期慢性腎臟病：照護人數 95,577 人，照護率為 68.8%。</p> <p>(3)B、C型肝炎個案追蹤方案：照護人數 11.2 萬人，照護率 32.5%。</p> <p>(4)乳癌方案：照護人數計 9,796 人，照護率 6.1%。</p> <p>(5)早療方案：照護人數計 854 人(照護率需隔年取得國健署委辦兒童發展聯合評估中心才可計算)。</p> <p>(6)氣喘：照護人數為 4.4 萬人、照護率為 41.3%。</p> <p>(7)COPD方案：照護人數為 1.9 萬人、照護率為 45.1%。</p> <p>(8)思覺失調方案：113 年 1~4 月照護個案數 6.8 萬人，照護率 64%。</p> <p>(9)孕產婦全程照護方案：113 年 1~4 月照護個案數 1.3 萬人，照護率 33%。</p> <p>(10)生物相似性藥品方案：自 113.7.1 起實施。</p>

工作項目		應完成 時限	辦理情形
35 續		113 年 7 月 前	<p>2.本署將持續評估並滾動檢討方案內容。</p> <p>3.本署規劃逐步整合家醫計畫與論質方案等相關計畫，其中 113 年將以糖尿病、初期慢性腎臟病及代謝症候群防治計畫為目標，期藉由醫療群及家庭醫師，早期發現代謝症候群患者，協助個案追蹤管理延緩進入慢性病的病程，並透過多重慢性病門診整合等措施，提升慢性病人照護品質，落實全人照護。考量氣喘方案及 COPD 方案執行穩定且具成效，已規劃於 114 年將前述方案與家醫計畫進行整合，提升健康管理效率及醫療品質。</p>
36	<p>急診品質提升方案</p> <p>※決定事項：提報之成效評估檢討報告，應含急診處置效率及急診重大疾病照護品質相關監測指標</p>		<p>113 年編列 300 百萬元，截至 113 年 4 月申報 23,936 件，37.5 百萬點，預算執行率 12.5%(未包含年度獎勵金)。</p>
37	<p>鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)</p> <p>※決定事項：請積極推動 DRGs 雙軌方案，以醫院為單位進行試辦，早日完成全面導入 DRGs 支付制度</p>		<p>1.為持續推動Tw-DRGs，本署 111 年至 112 年委託台灣醫院協會辦理「擴大全民健保Tw-DRGs工作小組會議」，並召開 11 場「Tw-DRGs工作小組會議」，透過與該會共組工作小組，研商DRG雙軌實施規劃及醫學會所提各MDC之再分類修訂建議，並同步配合 ICD-10-CM/PCS代碼轉換，規劃 DRG 支付之改革調整方向。</p> <p>2.113 年將朝推動以醫院自由參加</p>

工作項目		應完成 時限	辦理情形
37 續		113 年 7 月 前	，提供誘因予有意願擴大導入 DRG 且符合照護品質或效率指標之醫院之方向，進行 DRG 支付制度改革方案之規劃。
38	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案		113 年編列 115 百萬元，截至 113 年 4 月辦理情形如下： 巡迴計畫共 53 家醫院，前往 36 個醫療資源不足鄉鎮巡迴，服務約 2.5 萬人次。
39	全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫		113 年編列 1,300 百萬元，辦理情形如下： 於 113.4.16 公告，並溯自 113.1.1 生效，本項係於結算時計算，113 年第 1 季係於 113 年 7 月啟動結算作業，同年 8 月確認，爰尚無執行數。
40	鼓勵院所建立轉診合作機制 ※決定事項： (1)請檢討獎勵方式及支付誘因，納入醫病共享決策之精神，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效 (2)本項併同其他預算「基層總額轉診型態調整費用」提出前1年成效評估檢討報告		113 年編列 224.7 百萬元，截至 113 年第 1 季辦理情形如下： 1.統計 113 年第 1 季醫院總額部分轉診費用實際核付約 50.4 百萬元，預算執行率 22.4%。 2.有關近期轉診支付標準修訂之研議歷程，說明如下： (1)轉診支付標準修訂案前經 112.12.14 支付標準共同擬訂會議決議通過，修訂重點包含：調升辦理下轉醫令支付點數、拆分接受轉診醫令及新增下轉病人續留基層院所獎勵等，並限使用電子轉診平台始得申報獎勵。 (2)中華民國醫師公會全國聯合會代表前於 113.1.11 表示，部分偏鄉醫療院所可能因設備問題

工作項目		應完成 時限	辦理情形
40 續		113 年 7 月 前	<p>致無法使用電子轉診平台，如僅限使用電子轉診平台之案件得獎勵恐有失公平。</p> <p>(3)綜上，本案修訂目的係為鼓勵院所下轉、提升電子轉診平台使用以增進轉診品質，考量前述建議與轉診支付標準修訂方向仍有爭點，尚需通盤研議，本署將擬具修訂草案後，再提相關會議討論。</p>
41	腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金		113 年編列 15 百萬元，截至 113 年 4 月，申報 2.46 百萬點，執行率 16.4%。
42	<p>住院整合照護服務試辦計畫 ※決定事項：</p> <p>(1)加強計畫之推動，發展提升整體照護成效之整合照護服務模式及評估整合服務成效，並持續建立多元品質監測指標，包括病人安全(如：院內感染、跌倒發生率)、照護聘任模式、照護人力狀況、民眾使用意向及實際收費情形等結果面指標</p> <p>(2)提報之成效評估檢討報告，應含多元品質監測指標監測結果</p>		<p>1.113 年編列 560 百萬元，截至 113 年 4 月辦理情形如下：</p> <p>(1)已於 113.4.12 公告，刻正辦理醫院申請案件審查作業，於新年度參與醫院遴選核定前，由 112 年核定試辦醫院持續辦理。</p> <p>(2)113 年 1~4 月申報點數約 150.35 百萬點，預算執行率約 26.8%。</p> <p>2.評估成效及建立多元品質監測指標：</p> <p>(1)112 年共核定試辦醫院 84 家，試辦病床 4,414 床，統計 112 年結算數為 270.37 百萬元，共 79 家醫院申報，計提供約 36 萬住院人日、3.8 萬住院人次。</p> <p>(2)品質監測指標：</p> <p>A.全院推動住院整合照護涵蓋率：5.6%。</p> <p>B.住院整合照護病床使用率：29.3%。</p>

42 續	113 年 7 月 前	<p>C.住院整合照護病人平均住院天數：9.5 天。</p> <p>D.滿意度(民眾使用意向)：衛福部護理及健康照護司(下稱照護司)112 年第 4 季調查結果如下：</p> <table><tr><td>對象</td><td>滿意度</td></tr><tr><td>病患及家屬</td><td>89.71%</td></tr><tr><td>護理人員</td><td>82.86%</td></tr><tr><td>護佐人員</td><td>83.33%</td></tr><tr><td>醫院管理者</td><td>89.05%</td></tr></table> <p>E.病人安全相關指標：</p> <p>(a)為簡化各醫院填報護理品質指標之行政作業，本署規劃研議全院一致之指標定義，經函詢財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，並綜整各類指標定義後，與照護司討論，亦同步函請護理全聯會及醫院協會提供意見，惟各指標定義相關單位意見未盡相同，爰提報至醫院總額 113 年第 2 次研商議事會議進行討論。</p> <p>(b)會中針對「住院跌倒人數比率、感染人數比率」2 項指標，各層級醫院已有共識，後續將依會議結論進行健保資訊網服務系統(VPN)護理品質指標修訂事宜，並將請住院整合照護服務試辦醫院配合指標數據填報作業。</p> <p>F.照護聘任模式、實際收費情形：</p> <p>(a)試辦醫院照護輔佐人員聘任模式：依照護司 113 年第 1 季</p>	對象	滿意度	病患及家屬	89.71%	護理人員	82.86%	護佐人員	83.33%	醫院管理者	89.05%
對象	滿意度											
病患及家屬	89.71%											
護理人員	82.86%											
護佐人員	83.33%											
醫院管理者	89.05%											

	工作項目	應完成 時限	辦理情形
42 續		113 年 7 月 前	<p>調查已推動之 81 家醫院辦理情形，其中 34 家醫院係委外照服人力廠商提供人力，30 家採完全自聘人力，另外 17 家採 1 種以上聘任模式(如委外＋自聘＋學校建教/產學合作等)。</p> <p>(b)自費收費情形：各層級醫院收費區間為醫學中心 800~1,050 元、區域醫院 0~1,050 元，地區醫院 0~1,050 元，部分醫院可能因病患身分別而訂有不同收費機制(如貧困或經濟弱勢、照護機構簽約住民或有公務預算補助等)。</p> <p>G.照護人力狀況：</p> <p>(a)統計 112 年經本署核備之照護輔佐人員共計 2,348 名。</p> <p>(b)另為落實照護輔佐人員管理，試辦醫院亦需配合按月至衛福部「護產人員暨機構管理系統」，登錄實際服務人員資料，依照護司統計資料，截至 113 年 5 月實際服務人數計 1,513 人。</p> <p>(c)照護司自 112 年底起開放試辦醫院自訓自用，發展因地制宜、因院創新之照護人力，現行已有 6 家醫院申請自訓人力，113 年朝向醫院照護輔佐人力制度建立，持續輔導試辦醫院精進推動。</p>

工作項目		應完成 時限	辦理情形
43	精神科長效針劑藥費 ※決定事項：請積極推動，提升執行成效，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用	113年7月前	113年編列2,664百萬元，截至113年3月辦理情形如下： 預估經費使用554.69百萬元，執行率20.82%。
44	鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫		執行情形同項次6。
45	因應長新冠照護衍生費用 ※決定事項：請持續監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用		113年編列128百萬元，辦理情形如下： 113年1~3月申報約0.1億元，預算執行率8.3%。
46	因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增		113年編列500百萬元，截至113年4月辦理情形如下： 疑似異常個案執行CT人數為3,011人，約12.5百萬點。
47	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)		113年編列2,669百萬元，截至113年4月辦理情形如下： 1.原112年已公告之修訂診療項目237項，其中73項為配合單次醫材調整，包含醫材計46種，另通則2項，醫院層級申報441.36百萬點，執行率16.54%。 2.另調升離島地區「住院案件」依表定點數加計30%，於113.5.1生效。
48	癌症治療品質改善計畫 ※決定事項： (1)監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質 (2)請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算★		1.113年編列414百萬元，截至113年4月辦理情形如下： 113年1~4月共384家院所參加、服務人數計22,834人。 2.提出結果面指標及執行成效，節流效益應適度回饋總額預算： 本計畫之成效指標為陽追率，112年整體陽追率為84.6%(大腸癌79.6%、

工作項目		應完成 時限	辦理情形
48 續		113 年 7 月 前	<p>口腔癌81.5%、子宮頸癌85.8%、乳癌92.6%、肺癌72.9%)。</p> <p>【本會補充說明：依決定事項請於協商114年度總額前提出節流效益及適度回饋總額預算。】</p>
49	<p>慢性傳染病照護品質計畫</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)監測醫療利用情形及加強執行面監督，提升照護品質</p> <p>(2)執行成效之節流效益應適度回饋總額預算★</p>	113 年 7 月 前	<p>1.113年編列180百萬元，截至113年4月辦理情形如下：</p> <p>113年1~4月申報52.77百萬點，預算執行率為29.31%。</p> <p>2.提出執行成效，節流效益應適度回饋總額預算：</p> <p>112年執行成效如下：</p> <p>(1)潛伏結核感染者完成治療比率達85%。</p> <p>(2)愛滋感染者有服藥比率為96%。</p> <p>(3)服藥感染者病毒量測不到比率95%。</p> <p>(4)長照機構LTBI檢驗陽性加入治療比率78%。</p> <p>(5)長照機構LTBI檢驗陽性完成治療率82%。</p> <p>【本會補充說明：依決定事項請於協商114年度總額前提出節流效益及適度回饋總額預算。】</p>
50	<p>持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能</p> <p>※決定事項：請持續滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效，並定期提報執行情形</p>		<p>1.113年編列500百萬元，本專款113年第1季預算125百萬元全數用於發放差額補付，預算執行率25%。</p> <p>2.已於業務執行季報告，併同提出分級醫療執行情形。</p>
51	<p>健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能</p> <p>※決定事項：請持續滾動式檢討各層級醫院發揮分級</p>		<p>1.113年編列1,000百萬元，本專款113年第1季預算250百萬元全數用於發放差額補付，預算執行率25%。</p>

工作項目		應完成 時限	辦理情形
51 續	醫療角色功能之成效，並定期提報執行情形		2.已於業務執行季報告，併同提出分級醫療執行情形。
52	地區醫院全人全社區照護計畫 (113年新增項目)	113年7月前	113年編列500百萬元，截至113年6月辦理情形如下： 1.全民健康保險在宅急症照護試辦計畫業於113年5月24日公告，並於7月1日起實施，尚無執行數。 2.「地區醫院全人全社區照護計畫」預計113年8月開始執行，尚無執行數。
53	區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作 (113年新增項目)		113年編列81百萬元，本案於113.6.27公告，自113.7.1起實施。
54	區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作 (113年新增項目)		113年編列127百萬元，本案於113.6.27公告，自113.7.1起實施。
55	抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫 (113年新增項目)		113年編列225百萬元，本案於113.5.31公告，並自113.6.1起實施。

註：

- 1.★屬需於協商114年度總額前，提出規劃、節流效益並納入114年度總額預算財源之項目。
- 2.專款項目「網路頻寬補助費用」之辦理情形，併入其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」提報。
- 3.113年度總額核(決)定事項有關預算扣減項目之規劃，列於113年7月份委員會議報告事項，為免重複提報，爰不納入本表。
- 4.113年執行情形於本會113年7月份委員會議提報，延續性項目於113年7月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含112年執行情形)。

四、西醫基層總額

工作項目		應完成 時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會			
1	西醫醫療資源不足地區改善方案 ※決定事項：本項維持原支付方式，請持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與	113年1月前	已於113.2.16公告，方案修訂重點已提報113年3月份委員會議。
2	家庭醫師整合性照護計畫 ※決定事項：建議依論質計酬模式，建立照護指引及訂定相應之品質指標，以提升照護成效		已於113.4.17公告自113.1.1生效，方案修訂重點已提報113年5月份委員會議。
3	代謝症候群防治計畫 ※決定事項： (1)積極建立成人健檢個案轉介及資源共享之派案機制，鼓勵醫師參與，加強計畫推動 (2)滾動式檢討計畫內容，以改變民眾生活習慣為推動方向，檢討擴增收案人數上限合理性，以及現行檢驗(查)使用情形及必要性		已於113.1.23公告113.1.1生效，方案修訂重點已提報113年3月份委員會議。
4	醫療給付改善方案 ※決定事項：持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、生物相似性藥品等8項方案		1.糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、乳癌、早期療育、慢性阻塞性肺疾病、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者醫療給付改善方案：持續辦理並滾動檢討適時修訂。 2.孕產婦全程照護醫療給付改善方案：113年延續112年方案持續辦理。 3.思覺失調症醫療給付改善方案：

工作項目		應完成 時限	辦理情形
4 續		113 年 1 月 前	113年延續112年方案持續辦理。 4. 生物相似性藥品方案：已於113.6.14公告，自113.7.1起施行。
5	偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫 ※決定事項：精進計畫內容，研訂以服務成效為支付及獎勵指標，並鼓勵醫師積極參與及投入外部醫療資源		已於113.1.10公告，方案修訂重點已提報113年3月份委員會議。
6	提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫		已於113.1.24公告113.1.1生效，方案修訂重點已提報113年3月份委員會議。
7	癌症治療品質改善計畫 ※決定事項：精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制		已於113.1.24公告自113.1.1生效，方案修訂重點已提報113年3月份委員會議。
8	慢性傳染病照護品質計畫 ※決定事項：精進計畫內容，建立完整之個案照護銜接及追蹤機制		1.113年延續112年計畫持續辦理。 2. 衛福部疾管署及本署已於112.12.27召開兩署聯繫會議，就計畫執行情形及113年計畫修正方向進行討論。次於113.05.13召開兩署業務溝通會議，就子計畫三(長照機構加強型防治計畫)多元的執行情境及後續檢核修正方向進行討論。
9	品質保證保留款實施方案 ※決定事項：積極檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的		已於113.1.12公告113.1.1生效，方案修訂重點已提報113年3月份委員會議。

工作項目	應完成 時限	辦理情形
需經本會同意/確認或向本會報告^註		
10 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) ※決定事項：於113年度總額公告後，至本會最近1次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程	113年1月前	1.新增診療項目： 113年預計召開10次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議、5次支付標準共擬會議，將視提案單位檢送資料完整性及補件情形，依序提會討論。 2.新藥： 113年預計召開26次藥品專家諮詢會議、8次全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議(藥品部分)，將視提案單位檢送資料完整性及補件情形，依序提會討論。 3.新特材： 113年度無編列預算。
11 藥品及特材給付規定改變 ※決定事項：於113年度總額公告後，至本會最近1次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程		1.藥品： 113年預計召開26次藥品專家諮詢會議、8次全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議(藥品部分)，將視提案單位檢送資料完整性及補件情形，依序提會討論。 2.特材： 113年度無編列預算。
12 因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費 ※決定事項：於113年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至本會最近1次委員會議確認	113年1月 委員會議 討論案	已提報113年1月份委員會議確認。

工作項目		應完成 時限	辦理情形
13	強化未滿4歲兒童之基層專科醫師照護 (113年新增項目) ※決定事項：請於113年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至本會最近1次委員會議確認	113年1月 委員會議 討論案	已提報113年1月份委員會議確認。
14	因醫療品質提升，增加之醫療費用 (113年新增項目) ※決定事項：請於113年總額公告後，完成擬訂新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提報至本會最近1次委員會議確認		已提報113年3月份委員會議確認。
15	提升國人視力照護品質 ※決定事項：於113年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至本會最近1次委員會議確認		暫列入本次會議討論事項。
16	家庭醫師整合性照護計畫 ※決定事項：持續檢討計畫成效，提出朝全人照護方向整合之具體規劃、實施方案(含實施期程、目標、與相關計畫整合方式，以及導入一般服務之評估規劃)，並於113年7月前提報專案報告	113年5月 委員會議 專案報告	已提報113年5月份委員會議報告

工作項目		應完成 時限	辦理情形
17	代謝症候群防治計畫 ※決定事項：於113年12月前 提報執行情形及成效評估 檢討之專案報告	113年6月 委員會議 專案報告	已提報113年6月份委員會議報告
18	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) (113年新增項目) ※核定事項：於112年11月前 將具體實施規劃(包含分年 目標、執行方法及期程)及 執行情形提報本會	112年11 月前	已提報112年11、12月份委員會議 報告
19	強化基層照護能力及「開放表 別」項目 ※決定事項：提出規劃調整開 放之項目與作業時程	113年1月 前	本案於113.4.19公告自113.5.1生 效，並修訂51018C「光化治療一天」 及51019C「光線治療(包括太陽光、 紫外線、紅外線)一天」支付規範。
20	一般服務之點值保障項目	113年1月 委員會議 討論案	已提報113年1月份委員會議討論 通過
提報本會執行情形(113年初步結果/成果)^註			
21	新醫療科技(包括新增診療項 目、新藥及新特材等) ※決定事項： (1)於總額協商前，提出年度新 醫療科技預算規劃與預估 內容，俾落實新醫療科技之 引進與管控★ (2)對於新醫療科技的預算投 入，提出成果面的績效指 標，並加強醫療科技再評估 (HTR)機制，檢討已收載之 品項，加快療效及經濟效益 評估	113年7月 前	1.113年編列200百萬元，辦理情形 如下： (1)診療項目：西醫基層總額46百萬元，截至113.4.25共同擬訂會議 通過修訂2項，將持續召開共同 擬訂會議討論。 (2)新藥：編列154百萬元，截至113 年3月，預估執行情形39百萬元。 (3)新特材：113年無編列預算，亦 無新特材申報量。 2.提出114年度新醫療科技預算規 劃與預估內容：

工作項目		應完成 時限	辦理情形
21 續		113年7月前	<p>(1)診療項目：114年規劃預算50百萬元，醫院及西醫基層總額預計完成新增修診療項目至少135項。</p> <p>(2)新藥：114年編列2,710百萬元(醫院2,532百萬元、西醫基層178百萬元)，較113年2,517百萬元，新增193百萬元。</p> <p>(3)新特材：截至113年2月止，登載於「健保尚未納入給付之特材品項表」計2,646項，優先用於臨床缺口、急重症、兒童使用及使用量高之特材，前述品項暫無用於西醫基層特材，爰114年暫無編列預算。</p>
22	<p>藥品及特材給付規定改變 ※決定事項：</p> <p>(1)於114年度總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控★</p> <p>(2)於113年7月前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)</p>		<p>1.113年編列76百萬元，截至113年3月辦理情形如下：</p> <p>(1)藥品：編列76百萬元，推估執行情形4百萬元。</p> <p>(2)特材：113年無編列預算。</p> <p>2.提出114年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容：</p> <p>(1)藥品：114年編列1,460百萬元(醫院1,385百萬元、西醫基層75百萬元)，較113年1,103百萬元，新增357百萬元。</p> <p>(2)特材：114年優先規劃用於自付差額特材改為健保全額給付之「冠狀動脈塗藥支架」、「特殊功能及材質髓內釘組」2項，暫無用於西醫基層項目，爰114年暫無編列特材給付規定改變預算。</p>

工作項目		應完成 時限	辦理情形
23	因應基層護理人力需求，提高 1~30人次診察費 ※決定事項： (1)本項預算用於反映護理人員薪資，提升護理照護品質 (2)建立稽核機制，以確實提升護理照護品質	113年7月 前	113年編列659.3百萬元，截至113年4月辦理情形如下： 1.本署113.3.20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113.1.1起生效。 2.本預算係用於調升診療項目支付點數，爰以基層院所實際申報資料為計算憑據，並以護理人員薪資達「全民健康保險投保金額」次一投保等級為評估方式。
24	強化未滿4歲兒童之基層專科醫師照護 (113年新增項目)		113年編列122.5百萬元，截至113年4月辦理情形： 本案預算用於未滿4歲兒童第一段門診診察費之專科醫師加成均調升至13%，業經衛福部於113.3.21公告，自113.4.1起生效。
25	因醫療品質提升，增加之醫療費用 (113年新增項目)		113年編列70.6百萬元，截至113年4月辦理情形，本項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」已提報113年2月份委員會議報告事項： 1.執行目標為「全民健康保險代謝症候群防治計畫收案對象收案評估時無用藥者，追蹤及年度評估執行檢驗人次達7萬人次」：113.1.1~113.6.24約2.4萬人次。 2.「預期效益之評估指標」為「代謝症候群改善率」提升之診所占率較前1年增加：將於113年底計算評估指標。

工作項目		應完成 時限	辦理情形
26	提升國人視力照護品質 ※決定事項：請檢討放寬白內障手術規範後，案件成長之合理性，及監測照護成效與民眾自費情形，並加強執行面管理與監督	113年7月前	113年編列155.5百萬元，辦理情形如下： 為監測並管控本預算執行，本署於113.5.6函請中華民國眼科醫學會提供白內障手術管控措施，俟回復後將邀集相關學公會召開會議討論。
27	西醫醫療資源不足地區改善方案		113年編列317.1百萬元，截至113年4月辦理情形如下： 1.巡迴計畫：共125家西基診所，前往83個醫療資源不足鄉鎮巡迴，服務約7萬人次。 2.開業計畫：共3家診所辦理本方案開業計畫，服務約2,992人次。
28	家庭醫師整合性照護計畫		113年編列4,248百萬元，截至113年5月辦理情形如下： 1.本署於113年以家醫計畫為基礎，與代謝計畫、糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案進行整合，期藉由家醫醫療群早期發現代謝症候群患者，協助個案追蹤管理，延緩進入慢性病的病程，亦可透過多重慢性病門診整合等措施，提升慢性病人照護品質，提供以病人為中心之全人照護。 2.另113年家醫計畫雙軌併行，申請成為「家醫2.0醫療群」的診所，若未參加P4P-DM/CKD/DKD方案，應接受DM/CKD相關教育課程，加強其DM/CKD疾病管理照護能力。經統計113年共計522群參與，其中346群(66%)申請參加家醫2.0。另113家醫計畫仍在持續收案，收案截至日為113.7.2。

工作項目		應完成 時限	辦理情形
29	代謝症候群防治計畫 ※決定事項：滾動式檢討計畫內容，以改變民眾生活習慣為推動方向，檢討擴增收案人數上限合理性，以及現行檢驗(查)使用情形及必要性，監測計畫成效，並與家庭醫師整合性照護計畫及糖尿病醫療給付改善方案之相關指標、費用及效益進行分析比較	113年7月前	1.相關規劃已提報113年5月份委員會議報告事項。 2.113年編列616百萬元，截至113年6月辦理情形如下： 截至112年6月，共2,665家診所、4,206名醫師參與，收案19萬5,334人。
30	C型肝炎藥費 ※決定事項： (1)辦理本項目 (2)於協商114年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一★		1.113年編列292百萬元，截至113年3月辦理情形如下： 預估經費使用117.34百萬元，執行率40.18%。 2.檢討實施成效，提出節流效益並納入114年度總額預算財源： 本署將於114年度總額協商時提出年度C肝專款預算執行情形，並檢討其實施成效。
31	醫療給付改善方案 ※決定事項： (1)請通盤檢討各項方案照護成效不佳之原因，研議具體改善策略，朝向「以人為中心」提供整合式服務，並檢討品質指標之獎勵效果，以提升執行成效 (2)對於執行穩定且具成效的項目，宜回歸一般服務費用與相關醫療處置銜接		1.113年編列900.3百萬元，截至113年4月辦理情形如下： (1)糖尿病：照護人數284,605人，照護率43.2%(含DKD之照護人數372,651人，照護率56.5%)。 (2)糖尿病合併初期慢性腎臟病：照護人數91,355人，照護率為84.1%。 (3)B、C型肝炎個案追蹤方案：照護人數5.2萬人，照護率33.3%。 (4)早療方案：照護人數計123人(照護率需隔年取得國健署委辦

工作項目		應完成 時限	辦理情形
31 續		113年7月 前	<p>兒童發展聯合評估中心之評估結果才可計算)。</p> <p>(5)氣喘：照護人數為5.1萬人、照護率為37.9%。</p> <p>(6)COPD 方案：照護人數為0.1萬人、照護率為43.3%。</p> <p>(7)思覺失調方案：113年1~4月照護個案數0.17萬人，照護率5.4%。</p> <p>(8)孕產婦全程照護方案：113年1~4月照護個案數1.3萬人，照護率32.96%。</p> <p>(9)生物相似性藥品方案：自113.7.1起實施。</p> <p>2.本署將持續評估並滾動檢討方案內容。</p> <p>3.本署規劃逐步整合家醫計畫與論質方案等相關計畫，其中113年將以糖尿病、初期慢性腎臟病及代謝症候群防治計畫為目標，期藉由醫療群及家庭醫師，早期發現代謝症候群患者，協助個案追蹤管理延緩進入慢性病的病程，並透過多重慢性病門診整合等措施，提升慢性病人照護品質，落實全人照護。考量氣喘方案及COPD 方案執行穩定且具成效，已規劃於114年將前述方案與家醫計畫進行整合，提升健康管理效率及醫療品質。</p>

	工作項目	應完成 時限	辦理情形
32	<p>強化基層照護能力及「開放表別」項目</p> <p>※決定事項：建立評估機制，檢討各開放項目執行差異因素及其適當性，對於執行占率較高、有助病人留在基層就醫之開放品項，應規劃導入一般服務之時程</p>	113年7月前	<p>本案於113.4.19公告自113.5.1生效，修訂51018C「光化治療一天」及51019C「光線治療(包括太陽光、紫外線、紅外線)一天」支付規範。</p>
33	<p>鼓勵院所建立轉診合作機制</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)請檢討獎勵方式及支付誘因，納入醫病共享決策之精神，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效</p> <p>(2)本項併同其他預算「基層總額轉診型態調整費用」提出前1年成效評估檢討報告</p>		<p>113年編列258百萬元，截至113年第1季辦理情形如下：</p> <p>1.統計113年第1季西醫基層總額部分轉診費用實際核付約38.1百萬元，預算執行率14.8%。</p> <p>2.有關近期轉診支付標準修訂之研議歷程，說明如下：</p> <p>(1)轉診支付標準修訂案前經112.12.14支付標準共同擬訂會議決議通過，修訂重點包含：調升辦理下轉醫令支付點數、拆分接受轉診醫令及新增下轉病人續留基層院所獎勵等，並限使用電子轉診平台始得申報獎勵。</p> <p>(2)中華民國醫師公會全國聯合會代表前於113.1.11表示，部分偏鄉醫療院所可能因設備問題致無法使用電子轉診平台，如僅限使用電子轉診平台之案件得獎勵恐有失公平。</p> <p>3.綜上，本案修訂目的係為鼓勵院所下轉、提升電子轉診平台使用以增進轉診品質，考量前述建議與轉診支付標準修訂方向仍有</p>

工作項目		應完成 時限	辦理情形
33 續		113年7月 前	爭點，尚需通盤研議，本署將擬具修訂草案後，再提相關會議討論。 4.有關「基層總額轉診型態調整費用」提出前1年成效評估檢討報告，詳「其他預算」項次12。
34	偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫		113年編列50百萬元，採半年結算，尚無執行數。
35	罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 ※決定事項：請檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用		113年編列30百萬元，截至113年3月辦理情形如下： 1.藥品：預估經費使用0.38百萬元，執行率1.25%。 2.特材：113年無編列預算。
36	後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費 ※決定事項：請檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用		113年編列30百萬元，截至113年4月辦理情形如下： 113年1~4月申報6.07百萬點，預算執行率20.22%。
37	因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用 ※決定事項：請檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用		113年編列11百萬元，截至113年4月辦理情形如下： 113年1~4月申報0.56百萬點，預算執行率5.07%。
38	新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用		113年編列178百萬元，截至113年4月辦理情形如下： 113年1~4月申報83.53百萬點，預算執行率46.93%。
39	提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫 ※決定事項：請加強計畫推動，並持續監測醫療利用情形與照護成效		1.113年預算9.7百萬元，用於「全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫」，該計畫目的係為使心肺疾病病人出院後能至社區復健門診接受後續心肺復健治療，並提升其心肺復健

工作項目		應完成 時限	辦理情形
39 續		113年7月 前	治療效果。 2.113年1~4月服務人數141人，人數執行率56%(141人/目標250人)，約申報1.19百萬點，預算執行率12%。
40	精神科長效針劑藥費 ※決定事項：請積極推動，提升執行成效，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用		113年編列100百萬元，截至113年3月辦理情形如下： 預估經費使用9.79百萬元，執行率9.79%。
41	因應長新冠照護衍生費用 ※決定事項：請持續監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用		113年編列10百萬元，截至113年4月辦理情形如下： 113年1~4月申報322.74百萬點。
42	促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)		1.原112年已公告之修訂診療項目237項，其中73項為配合單次醫材調整，包含醫材計46種，另通則2項，申報29.56百萬點，執行率2.96%。 2.另調升離島地區「住院案件」依表定點數加計30%，於113年5月1日生效。
43	癌症治療品質改善計畫 ※決定事項： (1)監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質 (2)請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算★		1.113年編列93百萬元，截至113年4月辦理情形如下： 113年1~4月共384家院所參加、服務人數計22,834人。 2.提出結果面指標及執行成效，節流效益應適度回饋總額預算： 本計畫之成效指標為陽追率，112年整體陽追率為84.6%(大腸癌79.6%、口腔癌81.5%、子宮頸癌85.8%、乳癌92.6%、肺癌72.9%)。 【本會補充說明：依決定事項請

工作項目		應完成 時限	辦理情形
43 續		113 年 7 月 前	於協商114年度總額前提出節流效益及適度回饋總額預算。】
44	慢性傳染病照護品質計畫 ※決定事項： (1)監測醫療利用情形及加強執行面監督，提升照護品質 (2)執行成效之節流效益應適度回饋總額預算★		1.113年編列20百萬元，截至113年4月辦理情形如下： 113年1~4月申報4.48百萬點，預算執行率為22.38%。 2.112年執行成效如下： (1)潛伏結核感染者完成治療比率達85%。 (2)愛滋感染者有服藥比率為96%。 (3)服藥感染者病毒量測不到比率95%。 (4)長照機構 LTBI 檢驗陽性加入治療比率78%。 (5)長照機構 LTBI 檢驗陽性完成治療率82%。 【本會補充說明：依決定事項請於協商114年度總額前提出節流效益及適度回饋總額預算。】

註：

- 1.★屬需於協商114年度總額前，提出規劃、節流效益並納入114年度總額預算財源之項目。
- 2.專款項目「網路頻寬補助費用」之辦理情形，併入其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」提報。
- 3.113年度總額核(決)定事項有關預算扣減項目之規劃，列於113年7月份委員會議報告事項，為免重複提報，爰不納入本表。
- 4.113年執行情形於本會113年7月份委員會議提報，延續性項目於113年7月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含112年執行情形)。

五、門診透析服務

工作項目		應完成 時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會			
1	鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質	113年1月前	已於113.3.18公告自113.1.1生效，方案修訂重點已提報113年4月份委員會議。
需經本會同意/確認或向本會報告			
2	鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質之具體實施方案請於112年11月前完成，並於113年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告	113年7月 委員會議 報告案	已列入本次會議報告事項第一案。
提報本會執行情形(113年初步結果/成果)^註			
3	<p>門診透析服務</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)門診透析服務總費用成長率3%(總費用45,995.3百萬元)，維持433.5百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質，其中300百萬元不得流用於一般服務</p> <p>(2)請鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，以提升透析病人生活品質</p> <p>(3)持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護</p>	113年7月前	<p>113年鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫已於113.3.18公告，並溯自113.1.1起生效。本署期藉由腹膜透析品質監控獎勵以及鼓勵腹膜透析醫療資訊化等，提升腎臟疾病整體醫療照護品質。</p> <p>1.考量糖尿病及初期慢性腎臟病具多項共同風險因子，照護族群多有重疊或具因果關係，爰111年3月起本署整併糖尿病及初期慢性腎臟病方案為「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」，使糖尿病及初期慢性腎臟病共病</p>

工作項目		應完成 時限	辦理情形
3 續		113年7月 前	<p>病人於同一次就診中，完成糖尿病及初期慢性腎臟病追蹤管理照護。</p> <p>2. 初期慢性腎臟病方案(Early CKD)113年1~4月照護人數207,095人，照護率17.6%(含DKD之照護人數389,059人，照護率33.1%)。</p> <p>3. 健保署持續推動各層級醫療院所針對慢性腎臟病的高危險族群提供慢性腎臟病照護及病人衛教計畫(Early CKD方案與Pre-ESRD計畫)，儘早介入並落實疾病管理，延緩個案腎功能惡化的情形，減少新發生個案。</p>
	(4)鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質		<p>1. 鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫之「院所開辦腹膜透析獎勵費」、「腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費」、「腹膜透析院所推廣獎勵費」及「提升腹膜透析院所照護品質獎勵費」為年度結算，將於114年第1季提報結算結果。</p> <p>2. 另鼓勵院所加強推動腹膜透析業務，113年第1季腹膜透析院所數為117家，較112年同期增加4家。</p>

註：113年執行情形於本會113年7月份委員會議提報，延續性項目於113年7月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含112年執行情形)。

六、其他預算

工作項目	應完成 時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會		
1 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 ※決定事項： (1)擴大辦理山地鄉論人計酬試辦計畫 (2)請持續檢討山地離島地區醫療利用情形，並加強推動山地鄉論人計酬試辦計畫，精進執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效	113年1月前	1.山地離島地區醫療給付提昇計畫：延續112年計畫辦理。 2.本署業於113.6.18召開「全民健康保險偏鄉地區全人整合照護執行方案(原山地鄉全人整合照護執行方案)修訂」會議，並依會議決議修訂方案草案(含修訂評核指標)，後續將提案至113.7.12全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議討論。
2 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 ※決定事項： (1)持續精進居家醫療照護品質及成效之評估指標(如依「居家醫療」、「重度居家醫療」與「安寧療護」等不同照護階段之特性與目的，訂定監測指標) (2)辦理「在宅急症照護試辦計畫」		1.居家醫療照護整合計畫：延續112年計畫辦理，刻正研擬居家醫療照護整合計畫修訂內容，另有居家照護及安寧療護服務，113年將檢討現行支付標準並邀集相關團體討論修訂事宜。 2.精神疾病社區復健及轉銜長照2.0：延續112年持續辦理。 3.在宅急症照護試辦計畫：已於113.5.24公告，方案重點已提報113年6月份委員會議。
3 推動促進醫療體系整合計畫辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」及「遠距醫療會診」 ※決定事項： (1)檢討執行情形及辦理方式，以提升執行成效 (2)另依本會112年第11次委員		1.醫院以病人為中心門診整合照護計畫：延續111.7.1公告修訂內容辦理。 2.急性後期整合照護計畫：延續112年計畫辦理。 3.跨層級醫院合作計畫：依據113.3.29公告修訂內容辦理。 4.遠距醫療給付計畫：延續112年計畫。另刻正研議放寬施行地

工作項目		應完成 時限	辦理情形
3 續	會議決定事項，請將112年度總額協定事項「『急性後期整合照護計畫』支付標準之調整，應考量各部門總額相關支付項目間之衡平性」納入113年度檢討計畫執行內容辦理	113年1月前	區及增修計畫內容等，後續將提案至支付標準共擬會議討論，依會議決議辦理。
4	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(併四部門總額之「網路頻寬補助費用」)		已於113.5.27公告，方案修訂重點已提報113年6月份委員會議。
5	提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫		已於112年12月26日公告，方案修訂重點已提報113年1月份委員會議。
6	腎臟病照護及病人衛教計畫 (1)末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫 (2)初期慢性腎臟病醫療給付改善方案 (3)慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫		1.末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫：延續112年計畫辦理，並持續輔導醫療院所針對尿毒症高危險族群進行衛教。 2.初期慢性腎臟病醫療給付改善方案：延續112年計畫辦理，並持續輔導院所收案及管理照護。 3.慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫：已於113.1.8公告自113.1.1起生效，方案修訂重點已提報113年1月份委員會議。
7	提升用藥品質之藥事照護計畫		已於113.4.16公告，計畫修訂重點已提報113年5月份委員會議。
8	因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能 (113年新增項目) ※決定事項：優先用於強化住院夜班護理照護量能		1.已於113.1.26公告新增，方案重點已提報113年3月份委員會議。 2.已於113.4.17公告修訂，方案修訂重點已提報113年5月份委員會議。

工作項目	應完成 時限	辦理情形
需經本會同意/確認或向本會報告		
9 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 ※決定事項：「在宅急症照護試辦計畫」：擬訂具體實施方案內容(含參與醫療院所之條件、資格認定、醫療服務內容、適用對象、支付方式等)及照護成效監測指標(含照護品質及替代醫院費用情形)，並於113年7月前提本會報告	113年6月 委員會議 報告案	已提報113年6月委員會議報告
10 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(併四部門總額之「網路頻寬補助費用」) ※決定事項：「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」(含四部門總額之「網路頻寬補助費用」)，請確實依退場期程(110~114年)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於113年7月前提本會報告	依工作計畫排定於113年8月 委員會議 報告案	擬提報113年8月委員會議報告
11 因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能(113年新增項目) ※決定事項： (1)請於113年總額公告後，將具體實施規劃，提報本會同意後，依程序辦理。規劃建議如下：1.設定適用對象、	113年1月 委員會議 討論案	已提報113年1月份委員會議討論

工作項目		應完成 時限	辦理情形
11 續	<p>動支條件、獎勵費用計算及撥款方式。2.訂定監測指標(含護病比、薪資調整情形)。</p> <p>3.建立實質回饋住院夜班護理人員之稽核方式</p> <p>(2)另依112年10月委員會議決議事項，「執行目標」達一定比率之目標值，請提報具體實施規劃時，一併提報</p>		
	(3)於113年7月前提出強化住院護理照護量能之專案報告(含歷年相關預算執行檢討結果)	113年5月 委員會議 專案報告	已提報113年5月委員會議報告
提報本會執行情形(113年初步結果/成果)^註			
12	<p>基層總額轉診型態調整費用 ※決定事項：</p> <p>(1)優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」</p> <p>(2)持續監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)，及評估分級醫療之執行效益</p> <p>(3)通盤檢討鼓勵分級醫療政策及支付誘因之合理性，分析是否達到預期效果，提出轉型之改善方案</p> <p>(4)持續檢討經費動支條件，評估推動分級醫療相關措施對西醫基層總額之財務影響，以落實編列本項預算之目的</p>	113年7月 前	<p>113年編列800百萬元，截至113年4月辦理情形如下：</p> <p>1.預算限定用於「轉診成功案件」。</p> <p>2.113年第1季資料將於9月結算。</p> <p>3.112年「基層總額轉診型態調整費用」及「鼓勵院所建立轉診之合作機制」成效評估檢討報告如下：</p> <p>(1)「基層總額轉診型態調整費用」：</p> <p>A.預算目的：推動分級醫療後病人可能往基層集中，此預算即用於避免造成基層總額財務衝擊。</p> <p>B.動支條件：112年動支條件依協定事項限定用於「轉診成功案件」。</p> <p>C.112年執行情形：</p>

工作項目		應完成 時限	辦理情形
12 續	(5)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，於113年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告	113年7月前	<p>(a)人數：112年轉診成功案件約14萬人；自行就醫案件約42.5萬人。</p> <p>(b)預算：8億元，執行數5.68億元，執行率71%。</p> <p>(c)另觀察由醫院下轉之慢性病患者平均停留天數(91.84天)較一般病人(67.42天)長，亦較自行就醫門診病人停留天數(慢性病人86.4天；一般病人57.81天)長，下轉病人平均就醫費用較去年同期下降。</p> <p>(2)「鼓勵院所建立轉診之合作機制」：</p> <p>A.預算目的：為提高轉診誘因，本署自107年起編列本項專款預算，新增「辦理轉診費_回轉及下轉」、「辦理轉診費_上轉」及「接受轉診門診診察費加算」等5項支付標準項目。</p> <p>B.支付方式：病人需有就醫事實，轉出院所確認轉入院所受理轉診後即可先申報轉診費，惟轉診費用點數先申報為0，由本署後續勾稽個案就醫情形後每季統一補付。惟同體系院所間(含委託經營)之轉診案件不得申報。</p> <p>C.執行情形：</p> <p>(a)108-112年醫院申報及核付醫令量以接受轉診最多，而西醫基層以上轉最多，本署於109</p>

	工作項目	應完成 時限	辦理情形
12 續		113年7月 前	<p>年西醫基層研商議事會議曾提案將上轉支付點數由原200~250點調降至50點，惟該提案未獲與會代表共識。</p> <p>(b)另本署前曾於112年12月14日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議通過轉診支付標準修訂案，修訂重點包含限使用健保電子轉診平台始得申報獎勵、調升下轉項目支付點數等。惟中華民國醫師公會全國聯合會代表前於113年1月11日全民健康保險醫療給付費用西醫基層研商議事會議表示，部分偏鄉醫療院所可能因設備問題致無法使用本署電子轉診平台，如僅限使用電子轉診平台之案件得獎勵恐有失公平。考量本案係為鼓勵院所下轉、提升電子轉診平台使用以增進轉診品質，前述建議與轉診支付標準修訂方向仍有爭點，尚需時研議，本署將擬具修訂方向後，再提相關會議討論。</p> <p>(3)結果評估：</p> <p>A.慢性轉診到基層成功案件中，在基層停留天數較自行就醫長；其平均每件費用較基層全體案件低。</p> <p>B.基層接收下轉案件比率雖逐年成長，惟其上轉案件比率亦同步成長，兩者綜合及疾病</p>

工作項目		應完成 時限	辦理情形
12 續		113年7月 前	<p>對基層的財務影響，仍待觀察。</p> <p>C.規劃利用 AI 科技將病人進行風險分級：低風險輕症或穩定慢性病人於基層院所照護，高風險或重症病人讓區域以上醫院照顧，以合理分配醫療資源，並讓雙向轉診之醫療院所即時獲得必要資訊以提供連續性照護。</p>
13	<p>山地離島地區醫療給付效益提昇計畫</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)擴大辦理山地鄉論人計酬試辦計畫</p> <p>(2)請加強推動山地鄉論人計酬試辦計畫，精進執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效</p>		<p>113年編列855.4百萬元，截至113年6月辦理情形如下：</p> <p>1.113年共26家承作醫院，至50個山地離島地區提供夜間及假日24小時門、急診、巡迴等醫療服務。</p> <p>2.擴大山地鄉論人計酬試辦計畫及精進執行面及成果面監測指標之辦理情形：本署業於113年6月18日召開「全民健康保險偏鄉地區全人整合照護執行方案(原山地鄉全人整合照護執行方案)修訂」會議，並依會議決議修訂方案草案(含修訂評核指標)，後續將提案至113年7月12日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議討論。</p>
14	<p>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</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)持續精進居家醫療照護品質</p>		<p>113年編列8,378百萬元，辦理情形如下：</p> <p>1.居家醫療照護整合計畫：</p> <p>(1)截至113年5月，共3,344家醫事機構參與，收案約6.7萬人。</p> <p>(2)居家照護113年1~4月約申報</p>

工作項目		應完成 時限	辦理情形
14 續	<p>及成效之評估指標(如依「居家醫療」、「重度居家醫療」與「安寧療護」等不同照護階段之特性與目的，訂定監測指標)</p> <p>(2)辦理「在宅急症照護試辦計畫」</p>	113年7月前	<p>832.42百萬點。</p> <p>(3)安寧居家113年1~4月約申報43.87百萬點。</p> <p>(4)截至113年4月，新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門診就醫次數，較收案前半年減少0.5次。</p> <p>2.全民健康保險在宅急症照護試辦計畫業於113年5月24日公告，並自113年7月1日起實施。</p> <p>3.精神疾病社區復健：113年1~4月約申報872.61百萬點。</p> <p>4.轉銜長照2.0之服務：113年1~4月約申報5.75百萬點。</p>
15	支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費		<p>113年編列90百萬元，截至113年3月辦理情形如下：</p> <p>1.藥品：預估經費使用0.41百萬元，執行率0.46%。</p> <p>2.特材：113年無編列預算。</p>
16	<p>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</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)辦理本項</p> <p>(2)於協商114年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一★</p>		<p>1.113年編列125百萬元，截至113年3月辦理情形如下： 醫院及西醫基層專款費用尚無經費不足之情事，尚未使用本項預算。</p> <p>2.檢討實施成效，提出節流效益並納入114年度總額預算財源： 本署將於114年度總額協商時提出年度預算執行情形，並檢討其實施成效。</p>

工作項目		應完成 時限	辦理情形
17	推動促進醫療體系整合計畫	113年7月前	113年編列450百萬元，截至113年4月辦理情形如下： 1.急性後期整合照護計畫，延續112年計畫辦理。預計於113年第3、4季召開專家諮詢會議就本計畫之支付標準、收案範圍等進行檢討。 2.「遠距醫療會診」：截至113年4月執行數為3百萬元。 3.跨層級醫院合作計畫：截至113年4月執行數共24,773,000元，72個醫療團隊參與計畫，申報7,078診次。 4.醫院以病人為中心：截至113年4月135間醫療院所參與計畫，申報點數為9,365,400點。
18	調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費		113年編列440.6百萬元，目前暫無動支「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」之情事。
19	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(併四部門總額之「網路頻寬補助費用」) ※決定事項： (1)持續精進「提升院所智慧化資訊機制」之成效評估指標 (2)請檢討四部門總額及其他醫事服務機構雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果與檢查影像上傳率，與建立稽核機制 (3)於協商114年度總額前檢討實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源★		1.113年編列1,486百萬元，截至113年4月辦理情形如下： (1)113年1~4月整體上傳率計95.9%，其中醫院計98.8%，診所(含檢驗所)計80.2%。 (2)截至113年4月整體參與率計95%，其中醫院計100%，診所計96%，藥局計93%，檢驗所計92%，其他醫事機構計93%。 2.檢討實施成效，提出節流效益並納入114年度總額預算財源：112年檢驗(查)結果總上傳率已達95.9%，相較111年91.2%成長顯著，尤以西醫基層診所從原40.0%上升至71.2%提升最多，

工作項目		應完成 時限	辦理情形
19 續		113年7月 前	將持續推動醫療院所上傳。 【本會補充說明：依決定事項請於協商114年度總額前提出節流效益並納入該年度總額預算財源。】
20	提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫 ※決定事項：請持續檢討本計畫醫療利用情形之合理性及健康改善成效，與加強執行面監督		113年編列1,653.8百萬元，截至113年4月辦理情形如下： 1.矯正機關內門診申報219,344件、359百萬點。 2.本計畫每期3年，本期(第四期)111.1.1起實施至113.12.31止，目前刻正研議第五期計畫，屆時進行跨單位溝通，依共識調整。 3.為確保醫療服務適當性，健保署分區業務組每年均會邀集相關院所及矯正機關召開檢討會議，並將收容人醫療利用情形納入計畫評核指標，期能減少不必要之就醫。 4.不定期邀集相關司署進行健康議題討論，以增進收容人健康醫療品質。
21	腎臟病照護及病人衛教計畫 ※決定事項： (1)持續加強腎臟病前期之整合照護，研議與相關疾病照護計畫(如：糖尿病改善方案、代謝症候群防治計畫等)整合，強化延緩病人進入透析之照護		113年編列511百萬元，截至113年4月辦理情形如下： 1.考量糖尿病及初期慢性腎臟病具多項共同風險因子，照護族群多有重疊或具因果關係，爰111年3月起本署整併糖尿病及初期慢性腎臟病方案為「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」，使糖尿病及初期慢性腎臟病共病病人於同一次就診中，完成糖尿病及初期慢性腎臟病追蹤管理照護。

工作項目		應完成 時限	辦理情形
21 續	(2)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率	113年7月前	<p>2.初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案113年1~4月照護人數 207,095 人，照護率 17.6%(含 DKD 之照護人數為 389,059人，照護率33.1%)。</p> <p>3.加強輔導醫療院所針對糖尿病及代謝症候群高危險族群進行衛教，延緩病人進入透析之療程，另末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫，延續112年計畫辦理。</p> <p>4.113年第1季 Pre-ESRD 個案照護率為 59.43%(112年同期照護率為58.47%)。</p>
22	<p>提升保險服務成效</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)精進並提出能反映整體提升保險服務成效之評估指標</p> <p>(2)於協商114年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源★</p>		<p>1.113年編列500百萬元，本項預算主要用於提升健保資訊效能，辦理情形如下：</p> <p>(1)優化智慧型精準審查作業平台：如期如質完成總額結算與預估相關作業，有效控制醫療費用成長、升級 IPL 數位化審查平台 PACS 影像系統。</p> <p>(2)持續優化醫療雲端查詢系統架構：新增「特材紀錄」頁籤、含複方藥品之「藥品交互作用」及「關懷名單」查詢 Web Service，以促進醫療跨院及跨層級資訊共享、優化系統認證簽驗章功能。</p>

工作項目		應完成 時限	辦理情形
22 續		113年7月 前	<p>(3)優化輔助醫療審查應用與模型試驗平台：精進指標資料產製內容與完善涵蓋範圍，以協助本署監控醫療現況與掌握計畫推行成效、新增居家醫療照護監控類別、統計彙整資訊與建置例行性產製之多維度報表，輔助本署執行醫療審查、分析業務。</p> <p>(4)優化健保快易通 APP 及健康存摺系統：可測值民眾 IOT 的生理量(至少3項)納入手機內建 App。優化健康存摺新增「骨質疏鬆檢驗報告」與「肥胖防治」專區，協助民眾自我健康照護。</p> <p>(5)持續提升全民健保全方位智能客服精進。</p> <p>(6)優化本署常規性醫療科技再評估制度及辦理已給付項目再評估。</p> <p>2.實施成效：延續資訊設備汰換及維護，各層級醫療檢驗查上傳率已提升至112年99.1%、98.5%及97.3%，效益反映在減少檢驗查重複執行及雲端醫療共享效益，提升病人安全。</p> <p>【本會補充說明：依決定事項請於協商114年度總額前提出節流效益並納入該年度總額預算財源。】</p>

工作項目		應完成 時限	辦理情形
23	提升用藥品質之藥事照護計畫 ※決定事項：請加強推動計畫，輔導特約藥局加入執行本計畫，並監測計畫之醫療利用及執行成效(含執行目標及預期效益之評估指標)	113年7月前	113年編列30百萬元，截至113年4月辦理情形如下： 1.113年1~4月申報共18萬點，655人次、服務282人。 2.112年編列30百萬元，執行數45.4萬元，參與藥局家數464家，參與藥師590人，總計服務1,710人次，739人完成照護。
24	因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能 (113年新增項目) ※決定事項：優先用於強化住院夜班護理照護量能		113年編列4,000百萬元，截至113年4月辦理情形如下： 1.急性一般病床護理人員夜班獎勵(27億元)：統計113年1~4月獎勵金撥付情形，共計約8.88億元。 2.其他護理獎勵：每半年撥付一次(預算各6.5億元)，上半年以各醫院申報「非急性一般病床使用人日數」分配、下半年依各醫院提報「非急性一般病床大(小)夜班護理人員總排班人次」分配。 3.綜上，本項專款113年1~4月預算執行率為22.2%。

註：

- 1.★屬需於協商114年度總額前，提出節流效益並納入114年度總額預算財源之項目。
- 2.專款項目「網路頻寬補助費用」之辦理情形，併入其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」提報。
- 3.113年執行情形於本會113年7月份委員會議提報，延續性項目於113年7月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含112年執行情形)。

彙整健保署提報之牙醫門診總額2項專款項目與一般服務費用重複或替代情形之評估結果、本會研析建議

牙醫門診總額專款項目	健保署提報之 評估結果	本會研析及建議
<p>1.高風險疾病口腔照護計畫 ※113 年合併辦理原一般服務「高風險疾病口腔照護」、原專款項目「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」 【本會補充說明： (1)113 年度計畫新增支付項目「高風險疾病病人複雜性複合體充填診療項目(89204C~89215C)」，須評估與既有一般服務其他補牙材質重複或替代情形。 (2)原支付項目「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」，須評估與既有一般服務支付項目全口牙結石清除 91004C 及牙周暨齲齒控制基本處置 91014C 重複或替代情形。】</p>	<p>業於 113.5.21 牙醫門診總額 113 年第 2 次研商議事會議決議如下：</p> <p>1.複雜性複合體充填項目：(89204C~89215C)係以 400 點差額納入結算，爰無與一般服務費用重複或替代之情事。</p> <p>2.高風險疾病患者牙結石清除-全口：同 112 年扣減方式，113 年申報支付項目「高風險疾病患者牙結石清除-全口」91090C 者，曾於 112 年一般服務申報「牙結石清除—全口」91004C、「牙周暨齲齒控制基本處置」91014C 之醫令點數。</p>	<p>1.本計畫之複雜性複合體充填，係提供高風險疾病病人較佳之補牙材質，將替代一般服務項目之既有材質，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，爰健保署評估結果，應屬合理。</p> <p>2.高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)：</p> <p>(1)112 年原編列於一般服務用於支應高風險疾病病人增加服務頻率所增加之費用(「牙結石清除」由每年 2 次增至 4 次、「牙周暨齲齒控制基本處置」由每年 1 次增至 4 次)。</p> <p>(2)本項於 113 年移列專款，考量其支應項目，與既有一般服務提供之牙結石清除-全口(91004C)、牙周暨齲齒控制基本處置(91014C)互有替代，爰健保署評估結果，提出將 112 年曾申報 91004C、91014C 之費</p>

牙醫門診總額專款項目	健保署提報之 評估結果	本會研析及建議
		<p>用自一般服務扣除，尚屬合理。</p> <p>3.請健保署將評估結果列入 114 年度總額協商草案，供總額協商參考。</p>
<p>2.牙醫特殊醫療服務計畫</p> <p>※113 年增列不符合特定障別或障礙等級者，但持有身心障礙證明者，於醫療團地點(不含社區醫療站)就診時，費用亦由本計畫支應(原由一般服務支應所有牙醫醫療費用)</p>	<p>業於 113.5.21 牙醫門診總額 113 年第 2 次研商議事會議討論，決議如下： 本計畫與一般服務費用重複部分之計算方式如下： 113 年申報牙特計畫醫療團服務其他具身心障礙證明者(特定治療項目代號 LT)，曾於 112 年一般服務申報之醫療費用(案件分類 19)點數。</p>	<p>1.查牙醫特殊醫療服務計畫，113 年擴大醫療團服務對象，將不符合特定障別或障礙等級者，但持有身心障礙證明者納入。</p> <p>2.考量上開擴大醫療團服務對象，113 年以前於醫療團地點就診時，其醫療費用原由一般服務支應，113 年改由本專款支應，爰健保署評估結果，提出將 112 年曾申報案件分類 19(屬一般服務)者，其醫療費用應自一般服務中扣除，尚屬合理，並將列出分項費用提供本會參考。</p> <p>3.請健保署將評估結果及分項資料，列入 114 年度總額協商資料，供總額協商參考。</p>

討論事項

提案單位：中央健康保險署

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

報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

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

說明：

- 一、依據全民健康保險會 113 年度工作計畫及衛生福利部公告 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、有關預算扣減項目之規劃、中醫門診總額及門診透析服務專款項目之成效檢討，辦理情形詳如附件一(第 107~111 頁)、附件二(第 112~113 頁)。

報告單位業務窗口：黃瓊萱科長，聯絡電話：02-27065866分機3606
朱文珣科長，聯絡電話：02-27065866分機2665
杜安琇科長，聯絡電話：02-27065866分機1554
張淑雅科長，聯絡電話：02-27065866分機3012

.....

本會補充說明：

本案係依據本(113)年度總額核(決)定事項及本會年度工作計畫，健保署須提會報告之項目內容，包含：4 項涉及四部門總額預算扣減方式之規劃、中醫門診總額及門診透析服務費用各 1 項專款項目之執行情形與成效檢討報告，如下表：

總額別	協定項目	核(決)定事項(摘要)	類別
牙醫	12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫	於一般服務扣減與本項重複部分之費用。	預算扣減方式之規劃
中醫	中醫利用新增人口	扣減當年未執行之額度。	
	照護機構中醫醫療照護方案	於一般服務扣除與本項重複部分之費用。	
醫院/基層	藥品及特材給付規定改變	未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度。	執行報告
中醫	兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	檢討計畫執行情形及結果面之成效	
門診透析	鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質	提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。	

一、有關 4 項涉及四部門總額預算扣減方式之規劃：

(一)依 113 年度總額核(決)定事項，四部門總額計 4 項協商項目，需依實際執行結果扣減當年度未導入、未執行額度，或與一般服務重複部分，供總額協商參考。

(二)經彙整健保署提報之內容(包含總額核(決)定事項、處理規劃)與本會研析及建議詳附件一(第 107~111 頁)，摘要如下：

- 1.有關醫院及西醫基層總額之「藥品及特材給付規定改變」協商項目，健保署已依總額核(決)定事項辦理，規劃於 113 年第 4 季扣減未執行額度，建議尊重其處理規劃。
- 2.另牙醫門診、中醫門診總額尚有 2 項待釐清，及 1 項未完成(中醫項次 2)項目，本會研析及建議如下：

協商項目		健保署之處理規劃	本會研析及建議(摘要)
牙醫門診			
1	12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫(111 年新增專款)	<p>建議扣減方式：</p> <p>1.採用 112 年協定之扣減方式，【113 年執行 P7101C 青少年齲齒控制照護處置(排除案件分類 14)且沒有申報 91014C「牙周暨齲齒控制基本處置」+91004C「牙結石清除-全口」者，於 112 年一般服務申報 91004C+91014C，則扣減 91014C 之費用】。</p> <p>2.另牙全會建議若 112 年度就醫率提升則 113 年不應進行扣款，爰本署將於總額協商時提供前開就醫率資料供委員參考。</p>	<p>1.健保署規劃之扣減計算方式，與 112 年扣減方式相同，尚稱合理，建議尊重健保署處理規劃。並建議循往例，於當年第 3、4 季結算時扣減。</p> <p>2.有關牙全會建議「若 112 年度就醫率提升則 113 年不應扣款」乙節，與 113 年度總額核定事項不符，請依衛福部核定事項辦理。</p> <p>3.至於未來總額協商，就醫率提升是否可作為不扣減之依據，建請健保署評估其合理性，併同評估與本項專款支付項目 P7101C 具替代效應之一般服務 91014C 之利用情形，提供總額協商參考。</p>

協商項目		健保署之處理規劃	本會研析及建議(摘要)
中醫門診			
1	中醫利用新增人口(113年新增一般服務項目)	建議扣減方式： 113年就醫者平均每人就醫費用*(113年實際就醫人數-112年實際就醫人數)。 就醫人數： 不含案件分類 C5(嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件等)、主、次診斷為 U07.1(確認 COVID-19 病毒感染)、U09.9(嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)後的病況，未明示)之案件保險對象人數。	1.健保署規劃之扣減金額計算方式與核定事項扣減方式一致， <u>建議尊重健保署處理規劃</u> 。並建議循往例，於當年第3、4季結算時扣減。 2. <u>惟計算就醫人數案件之定義</u> ，與預期效益評估指標之就醫人數定義相較， <u>排除項目增加 C5 案件(嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件等)</u> ， <u>且不排除職災及預防保健部分</u> ， <u>建請健保署說明理由</u> 。
2	照護機構中醫醫療照護方案(111年新增專款)	建議扣減方式： 有關本項預算扣減方式，將提 113 年 8 月中醫門診總額研商議事會議決議後，再提貴會報告。	113 年預算扣減方式尚未完成規劃， <u>請健保署會同中醫門診總額相關團體儘速規劃扣減方式及時程，最遲於 113 年 12 月委員會前將規劃結果提報本會</u> 。

3.本案之預算扣減方式執行結果，依 112 年第 11 次委員會議(112.12.20)決定之辦理時程，需於 114 年 3 月委員會議提報本會，做為 115 年度總額協商參考。

二、中醫門診總額「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」專款項目之執行情形與照護成效檢討結果：

(一)113 年度總額本項專款之核定事項，摘要如下：

1.持續檢討計畫執行情形(含完整療程照護人數及比率)及結果面之成效。

2.本計畫再試辦 1 年，若未呈現具體成效則應退場。

(二)本計畫自 105 年起執行迄今 9 年，依健保署提報資料(如附

件二，第 112 頁)，接受完整療程照護人數 110 至 112 年由 4 人提升至 6 人，接受完整療程照護人數比率約 0.11%，摘要近 3 年執行結果如下表(詳細執行結果如附件三，第 114 頁)：

項目 \ 年度	110	111	112
預算數(百萬元)	24.0	21.6	21.6
預算執行數(百萬元)	14.8	16.3	21.6
預算執行率 ^{註 1}	61.7%	75.4%	100.0%
申報點數(百萬點)	14.8	16.3	23.1
執行院所數	111	109	125
服務人數	3,336	3,764	5,354
服務人次	14,714	15,903	22,540
接受完整療程照護人數	4	2	6
接受完整療程照護人數比率	0.12%	0.05%	0.11%

(三)另查本計畫訂有 2 項品質監控指標，分別為接受完整療程者自結案一年內因過敏性鼻炎至西醫門診就醫次數較治療前一年下降比例、因過敏性鼻炎問題使用中醫玉屏風散等藥物之次數、藥費較治療前一年下降比例，惟依健保署報告，受接受完整療程照護人數所限，尚無法呈現其效益。

(四)本會補充說明：

- 1.近年評核委員及總額協定事項，多次建議檢討執行成效，若未呈現具體效益則建議退場，請健保署依核定事項提出退場與否之意見。
- 2.健保署提報本項專款之執行成效併評核結果，將納為 114 年度總額協商參考。

三、門診透析服務「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」專款項目之執行情形與成效評估結果：

(一)113 年度總額本項之決定事項(略以)，摘要如下：

- 1.門診透析服務費用維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質，其中 300 百萬元不得流用於一般服務。
- 2.「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質之具體實施

方案」請健保署於 112 年 11 月前完成，並於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

(二)本計畫自 112 年 7 月 4 日公告實施，依健保署提報資料(如附件二，第 112~113 頁)，初步執行結果摘要如下表。依該署說明，本計畫實行僅半年，期間短，爰成效尚不如預期，將持續鼓勵院所加強推動腹膜透析。

項 目	112 年	113 年
預算數(百萬元)	433.5	433.5
執行數(百萬元)	166.0	-
預算執行率	38.3%	-
參加家數	248	268
執行成效		
--腹膜透析新發個案占率：>10%	9.7%	-
--腹膜透析盛行個案占率：>8%	7.8%	-

(三)本會補充說明：

1.查本計畫健保署於 112 年 6 月 29 日報奉衛福部核定，其執行目標、預期效益之評估指標(下稱 KPI)，如下表。

(1)執行目標：

①腹膜透析新發個案占率：>10%。

定義：當年度腹膜透析新發個案數/當年度 ESKD 新發病人數*100%

②腹膜透析盛行個案占率：>8%。

定義：當年度腹膜透析盛行個案數/當年度 ESKD 盛行病人數*100%

(2)預期效益之評估指標：4 項

①腹膜透析病人 1 年存活率：>96%。

②腹膜透析病人 3 年存活率：>80%。

③腹膜透析病人腹膜炎發生率：<1.53 次/每百人月。

④腹膜透析病人 Weekly Kt/V \geq 1.7 百分比： \geq 93%。

2.因本計畫尚處執行初期，計畫成效及品質指標數據尚在收集、評估階段，僅就目前資料，研析如下：

(1)有關腹膜透析新發個案及盛行個案占率：

①經查健保署評核報告資料，所提 2 項指標結果，係採台灣腎病年報資料，資料年度為 109 年，而非上開 KPI 定

義之「當年度」，為利掌握當年度之執行成效，建請依本計畫所訂之指標定義以「當年度」資料計算。

- ②另提供健保署評核報告資料供參(如附件四之表 1，第 115 頁)，108 至 111 年腹膜透析人數占率由 7.1%降為 6.7%，112 年維持 6.7%，與 111 年持平，未再下跌。

(2)有關腹膜透析品質監測結果指標：

「腹膜透析病人之 1 年、3 年存活率」指標，尚需時間蒐集實證資料。另依健保署評核報告資料(如附件四之表 2，第 115 頁)，其專業醫療服務品質指標監測結果，整體腹膜透析之「腹膜炎發生率」呈逐年上升趨勢，112 年「死亡率」高於參考值，「住院率」略為上升，爰建請健保署會同門診透析服務相關團體積極推動計畫，並密切監測病人照護品質及健康結果。

決定：

附件一、彙整「113 年度總額核(決)定事項涉及預算扣減方式項目」之
總額核(決)定事項、健保署對核(決)定事項之處理規劃與本會
研析及建議

協商項目		核(決)定 事項	健保署依核(決)定事項之 處理規劃	本會研析及建議
牙醫門診				
1	12~18 歲青少年口腔 提升照護試辦 計畫(111 年 新增專款)	依 113 年 度預算執行結果， 於一般服務扣減與 本項重複部分之費 用。其預算扣減方 式規劃，請議定後， 於 113 年 7 月提 本會報告。	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： 1.採用 112 年協定之扣減 方式，【113 年執行 P7101C 青少年齲齒控 制照護處置(排除案件 分類 14)且沒有申報 91014C「牙周暨齲齒控 制基本處置」+91004C 「牙結石清除-全口」 者，於 112 年一般服務 申報 91004C+91014C， 則扣減 91014C 之費 用】。 2.另牙全會建議若 112 年 度就醫率提升則 113 年 不應進行扣款，爰本署 將於總額協商時提供前 開就醫率資料供委員參 考。	1.本項為 111 年新增計畫， 112、113 年續辦。112 年 扣減方式業經本會 113.1.24 委員會議決定， 同意健保署所提扣款方 式(如左列健保署說明 1)。112 年結算結果扣減 0.08 百萬元。 2.113 年建議扣減方式： 健保署規劃之扣減方 式，與 112 年相同，尚稱 <u>合理，建議尊重健保署處 理規劃。</u> 3.有關牙全會建議「若 112 年度就醫率提升則 113 年不應扣款」研析如下： (1)113 年度總額核定事 項明訂 ，於一般服務須 扣減與本項重複部分 之費用。所提不扣減之 建議與核定事項不符， <u>建請應依核定事項辦 理扣款事宜。</u> (2)有關未來總額協商： ①本項扣減核定事項， 旨在避免專款與一般 服務費用重複支應。 牙全會所提， <u>若就醫 率提升是否可作為不 扣減之依據，建請健 保署評估其合理性， 提供總額協商參考。</u> ②查本項專款新增項目

協商項目		核(決)定事項	健保署依核(決)定事項之處理規劃	本會研析及建議
				<p>P7101C，與一般服務支付項目 91014C 均為齙齒控制照護，兩者具替代效應，<u>若一般服務之 91014C 利用提升</u>，可代表沒有自一般服務轉移至專款支應之情形(可作為不扣款之依據)。惟查評核資料，112 年 12~18 歲青少年 91014C 之申報件數相較疫情前(108 年)無增加情形(如附件一之附表，第 111 頁)，<u>建議健保署持續評估 91014C 之利用情形，提供總額協商參考。</u></p> <p>4.有關扣減期程，健保署尚未提出規劃，<u>建議循往例，於當年第 3、4 季結算時扣減。</u></p> <p>5.請健保署於 114 年 3 月委員會議提報扣減結果。</p>
中醫門診				
1	中醫利用新增人口(113 年新增一般服務項目)	1.依 113 年中醫實際就醫人數成長情形，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減，扣減方式如下：	業於 113 年 2 月 22 日中醫研商 113 年第 1 次議事會議決議如下： 1.扣減金額=588 百萬元-113 年就醫者平均每人就醫費用*(113 年實際就醫人數-112 年實際就醫人數)。 2.就醫人數：不含案件分類 C5(嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件等) 、主、次診斷為	<p>1.本項為 113 年新增一般服務項目，健保署所提扣減金額計算方式與本項核定事項之扣減方式一致，<u>建議尊重健保署處理規劃。</u></p> <p>2.惟所提計算就醫人數之定義(如左列健保署說明 2、3)，與預期效益評估指標之就醫人數定義(註)相較，<u>排除項目增加 C5 案件(嚴重特殊傳染性肺</u></p>

協商項目		核(決)定事項	健保署依核(決)定事項之處理規劃	本會研析及建議
		<p>以「113 年實際就醫人數」扣除「112 年實際就醫人數」，乘以「113 年就醫者平均每人就醫費用」計算，若低於 113 年協定增加之預算 588 百萬元，則扣減未達之差額。</p> <p>2. 請依上開議定之預算扣減方式，提出其執行細節後，於 113 年 7 月提本會報告。</p>	<p>U07.1(確認 COVID-19 病毒感染)、U09.9(嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)後的病況，未明示)之案件保險對象人數。</p> <p>3. 就醫者平均每人就醫費用=113 年醫療費用點數/113 年就醫人數。</p> <p>(1) 醫療費用點數=申請費用點數+部分負擔。</p> <p>(2) 醫療費用點數：不含案件分類 C5(嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件等)、主、次診斷為 U07.1(確認 COVID-19 病毒感染)、U09.9(嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)後的病況，未明示)之案件醫療費用點數。</p>	<p><u>炎通報且隔離案件等)，且不排除職災及預防保健部分，請健保署說明。</u></p> <p>註：預期效益之評估指標：</p> <p>113 年就醫人數大於 112 年就醫人數。</p> <p>就醫人數：不含 U07.1(確認 COVID-19 病毒感染)、U09.9(嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)後的病況，未明示)、<u>職災及預防保健部分。</u></p> <p>3. <u>有關扣減期程</u>，健保署尚未提出規劃，<u>建議循往例，於當年第 3、4 季結算時扣減。</u></p> <p>4. 請健保署於 114 年 3 月委員會議提報扣減結果。</p>
2	照護機構中醫醫療照護方案(111 年新增專款)	依 113 年度預算執行結果，於一般服務扣除與本項重複部分之費用，其預算扣減方	有關本項預算扣減方式，將提 113 年 8 月中醫門診總額研商議事會議決議後，再提貴會報告。	<p>1. 本項為 111 年新增計畫，112、113 年續辦。112 年扣減方式業經本會 113.1.24 委員會議決定。</p> <p>2. 113 年預算扣減方式尚未完成規劃，<u>請健保署會同中醫門診總額相關團體儘速規劃扣減方式及扣減時程，於 113 年 12</u></p>

協商項目		核(決)定事項	健保署依核(決)定事項之處理規劃	本會研析及建議
		式規劃，請議定後，於113年7月提本會報告。		月委員會前提報本會。 3.請健保署於114年3月委員會議提報扣減結果。
醫院、西醫基層				
1	藥品及特材給付規定改變(113年一般服務延續項目)	若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度。	1.藥品：醫院及西醫基層部門均配合辦理，並於113年度第4季結算，扣減當年度未執行之額度。 2.特材： (1)醫院部門：配合於113年度第4季結算，扣減當年度未執行之額度。 (2)西醫基層：無編列113年特材給付規定改變預算。	1.健保署所提處理規劃，係依據總額決定事項辦理，於113年第4季扣減當年度未執行之額度， <u>建議尊重健保署處理規劃</u> 。 2.請健保署於114年3月委員會議提報扣減結果。

附件一之附表

牙醫門診總額 12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫執行情形

計畫型-自111年3月11日起實施

年度	108	109	110	111	112
項目					
12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫					
預算數(百萬元)	...	...	...	271.5	271.5
預算執行數(百萬元)	...	...	...	9.9	46.9
預算執行率	...	...	...	3.7%	17.3%
申報點數(百萬點)	...	...	...	10.4	47.0
執行院所數	...	...	...	694	1,772
總服務人數(A)	...	...	...	16,048	61,811
--參加計畫人數占青少年人數之占率(A/Z)	...	...	...	1.2%	4.6%
總服務人次	...	...	...	27,312	121,498
青少年齲齒控制照護處置(P7101C)利用情形 ^{註2}					
--服務人數(B)	...	...	...	14,184	53,409
--服務人次	...	...	...	16,511	68,734
--平均每人利用次數	...	...	...	1.2	1.3
--利用率(B/Z)	...	...	...	1.0%	3.9%
青少年齲齒氟化物治療(P7102C)利用情形 ^{註2}					
--服務人數(C)	...	...	...	8,829	39,376
--服務人次	...	...	...	10,801	52,764
--平均每人利用次數	...	...	...	1.2	1.3
--利用率(C/Z)	...	...	...	0.6%	2.9%
總額協定事項之執行情形(111年)^{註1}					
執行目標：服務12~18歲少年90萬人次	...	...	...	900,000	900,000
--執行數(服務人次)	...	...	...	27,312	121,498
--目標達成率	...	...	...	3.0%	13.5%
預期效益評估指標：					
全國12~18歲少年牙醫就醫率不低於該年齡層	...	...	...	40%	50%
108年牙醫就醫率，111~113年分別為40%、50%、60%	...	...	...	...	...
--12~18歲青少年人數(Z)	1,569,500	1,508,498	1,447,335	1,384,138	1,356,016
--12~18歲青少年就醫人數(D)	768,772	739,841	674,237	675,758	723,128
--12~18歲青少年就醫率(D/Z)	49.0%	49.0%	46.6%	48.8%	53.3%
於一般服務扣減與本項重複部分費用(百萬元)	...	...	...	1.1	0.08
參考資料：					
12~18歲青少年利用一般服務之牙周暨齲齒控制基本處置(91014C)情形					
--服務人數(E)	341,841	336,261	281,698	272,190	280,689
--服務人次	350,595	344,380	287,620	278,011	288,103
--平均每人利用次數	1.03	1.02	1.02	1.02	1.03
--利用率(E/Z)	21.8%	22.3%	19.5%	19.7%	20.7%

註：1.111年新增計畫，歷年總額協定事項略以：

- (1)執行目標及預期效益之評估指標如上表。
- (2)依111~112年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。
- 2.依計畫內容所訂之「青少年齲齒控制照護處置」(主要施行牙菌斑偵測、去除維護教導及牙菌斑清除，支付300點)、「青少年齲齒氟化物治療」(主要實施齲前白斑患者氟化物治療，支付500點)，均為每90天申報1次，自111.3.11公告生效；112.1.1起「青少年齲齒氟化物治療」新增初期齲齒、琺瑯缺損等診斷得適用。
- 3.111年以前一般服務已給付不分年齡之牙周暨齲齒控制基本處置(91014C，100點)，處置內容包括：牙菌斑偵測、去除維護教導，每360天限申報1次(若併牙菌斑去除照護91020C實施，每180天限申報1次。)

附件二、有關中醫門診總額及門診透析服務專款項目之成效檢討

總額別	項目	核(決)定事項	核(決)定事項之處理規劃
中醫門診	兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	<ol style="list-style-type: none"> 1.持續檢討計畫執行情形(含完整療程照護人數及比率)及結果面之成效，於 113 年 7 月前提本會報告。 2.本計畫再試辦 1 年，若未呈現具體成效則應退場。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.「接受完整療程照護人數比率」之分子為過敏性鼻炎接受完整治療人數，分母為當年度收案人數。110 年起修訂「接受完整療程照護」定義，原「個案照護滿三個月」改為「個案照護滿六個月」。 2.查接受完整療程照護人數 110 至 112 年由 4 人提升至 6 人，接受完整療程照護人數比率約 0.11%。 3.另本計畫訂有「個案接受完整治療療程，自結案日起一年內，因過敏性鼻炎問題再使用中醫玉屏風散、補中益氣湯、八味地黃丸或西醫抗組織胺藥之次數、用藥費用較治療前一年減少之比例」之指標，因須觀察完整療程(照護滿 6 個月)且結案後一年內使用前述藥品之次數與藥費減少情形，故 110 年、111 年完成「完整治療」為 4 人、2 人，使用所列藥品人數為 0 人。
門診透析	鼓勵院所加強推動腹膜透析與其照護品質	具體實施方案請於 112 年 11 月前完成，並於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。	<ol style="list-style-type: none"> 1.113 年「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」已於 113 年 3 月 18 日健保醫字第 1130105256 號公告。 2.112 年執行情形： <ol style="list-style-type: none"> (1)預算數為 433.5 百萬元，執行數為 166 百萬元，執行率為 38.3%。 (2)院所鼓勵費執行情形： <ol style="list-style-type: none"> A.院所開辦腹膜透析獎勵費：新設立家數共 67 家，獎勵費共提供 40 百萬點。 B.新發個案照護團隊獎勵費：符合獎勵家數共 85 家，獎勵費共提供 49 百萬點。 C.腹膜透析院所推廣獎勵費：符合家數共 39 家，獎勵費共提供 4 百萬點。 D.提升腹膜透析院所照護品質獎勵費：符合獎勵家數共 91 家，獎勵費共提供 29 百萬點。 3.112 年執行成效： <ol style="list-style-type: none"> (1)腹膜透析新發個案占率為 9.7%。 (2)腹膜透析盛行個案占率為 7.8% (3)依執行目標(腹膜透析新發個案占率

總額別	項目	核(決)定事項	核(決)定事項之處理規劃
			<p>> 10%、腹膜透析盛行個案占率 > 8%)，112 未達目標數應該是本計畫施行僅半年，期間短，爰成效尚不如預期，本署將持續鼓勵院所加強推動腹膜透析。</p> <p>4.113 年：</p> <p>(1)預算數為 433.5 百萬元，屬專款專用性質，其中 300 百萬元不得流用於一般服務。113 年參與家數共 268 家，較 112 年(248 家)增加 20 家。</p> <p>(2)本方案相關補助大部分採全年結算，俟 114 年 5 月始有完整資料。</p>

附件三、兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫執行情形

自105年起實施

項目 \ 年度	108	109	110	111	112
兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫					
預算數(百萬元)	10.0	22.0	24.0	21.6	21.6
預算執行數(百萬元)	10.0	12.0	14.8	16.3	21.6
預算執行率 ^{註1}	100.0%	54.6%	61.7%	75.4%	100.0%
申報點數(百萬點)	13.8	12.0	14.8	16.3	23.1
執行院所數	101	103	111	109	125
服務人數	3,545	2,998	3,336	3,764	5,354
服務人次	13,177	11,014	14,714	15,903	22,540
接受完整療程照護人數 ^{註3}	62	30	4	2	6
關鍵績效指標(自選3項)					
1.預算執行率	100.0%	54.6%	61.7%	75.4%	100.0%
2.接受完整療程照護人數比率	1.75%	1.00%	0.12%	0.05%	0.11%
3.服務人數(收案數)	3,545	2,998	3,336	3,764	5,354

改善建議：

110年起修訂結案條件「個案照護滿三個月(以收案日起算滿105日)」改為「個案照護滿六個月(以收案日起算滿195日)」。
分子是過敏性鼻炎接受完整治療，分母是當年度收案人數，重新更正照人數

註：1.108年結算點數超出預算改採浮動點值，如未採浮動點值，執行率為137.3%。

2.109年總額之重要協定事項：請依據臨床證據評估實施成效，檢討退場或回歸一般服務。

3.110年起修訂結案條件「個案照護滿三個月(以收案日起算滿105日)」改為「個案照護滿六個月(以收案日起算滿195日)」。
分子是過敏性鼻炎接受完整治療，分母是當年度收案人數

4.112年總額協定事項：請檢討方案完整療程照護人數之比率，及計畫執行情形，評估退場機制。

5.113年總額之重要協定事項：

(1)持續檢討計畫執行情形(含完整療程照護人數及比率)及結果面之成效。

(2)本計畫再試辦1年，若未呈現具體成效則應退場。

附件四、門診透析醫療利用情形及腹膜透析專業醫療服務品質指標監測結果

表 1.門診透析醫療利用情形

項目	108		109		110		111		112	
	值	占率	值	占率	值	占率	值	占率	值	占率
案件數(千件)	997	100%	1,017	100%	1,034	100%	1,048	100.0%	1,043	100.0%
--血液透析	912	91.5%	931	91.6%	945	91.4%	958	91.4%	954	91.5%
--腹膜透析	69	6.9%	69	6.8%	72	7.0%	72	6.9%	71	6.8%
--兩者	16	1.6%	17	1.6%	17	1.7%	17	1.7%	17	1.6%
費用點數(百萬點)	46,101	100%	47,542	100%	48,374	100%	48,679	100.0%	48,284	100.0%
--血液透析	42,708	92.6%	44,111	92.8%	44,962	92.9%	45,275	93.0%	44,908	93.0%
--腹膜透析	2,806	6.1%	2,828	5.9%	2,797	5.8%	2,788	5.7%	2,772	5.7%
--兩者	587	1.3%	603	1.3%	615	1.3%	616	1.3%	604	1.3%
就醫人數	92,624	100%	94,396	100%	96,165	100.0%	97,688	100.0%	97,274	100.0%
--血液透析	84,785	91.5%	86,560	91.7%	88,301	91.8%	89,828	92.0%	89,337	91.8%
--腹膜透析	6,576	7.1%	6,548	6.9%	6,550	6.8%	6,525	6.7%	6,523	6.7%
--兩者	1,263	1.4%	1,288	1.4%	1,314	1.4%	1,335	1.4%	1,414	1.5%

資料來源：中央健康保險署倉儲資料。

註：1.本表之血液透析案件數及費用點數：門診案件類別申報為'05'洗腎案件且申報醫令代碼為'58001C','58019C','58020C','58021C','58022C','58023C','58024C','58025C','58027C','58029C'任一者。

2.本表之腹膜透析案件數及費用點數：門診案件類別申報為'05'洗腎案件且申報醫令代碼為'58002C','58011A','58011B','58011C','58017A','58017B','58017C','58026C','58028C'任一者。

資料來源：健保署 112 年度各總額部門執行成果報告(上冊)

表 2.腹膜透析專業醫療服務品質指標監測結果

單位：%；次

指標監測項目		參考值 (112 年)	108	109	110	111	112	本會補充說明
尿素氮透析 效率-Weekly Kt/V	受檢率%	87.14%~100%	97.07	97.55	96.58	96.34	97.01	呈平穩趨勢，符合期待
	平均值	...	2.05	2.03	2.01	2.01	2.02	
	≥1.7 百分比	≥83.25%	93.59	92.38	92.77	92.34	93.33	
住院率 (人次/每千人)	住院率(負向指標)	≤452.40	435.28	421.88	399.90	412.03	419.47	112 年略升，但仍符合參考值
死亡率 (人/每百人)	透析時間<1 年之 死亡率(負向指標)	≤1.20	1.28	1.07	1.10	1.11	1.35	112 年上升，高於參考值
	透析時間≥1 年之 死亡率(負向指標)	≤1.94	1.61	1.58	1.89	1.82	2.02	
腹膜炎發生率 (每 100 人月)	腹膜炎發生數	...	1,035	1,121	1,199	1,256	1,276	呈上升趨勢
	腹膜炎發生率(負向指標)	≤1.67	1.32	1.42	1.53	1.60	1.65	呈上升趨勢，但仍符合參考值

資料來源：健保署 112 年度各總額部門執行成果報告(上冊)

第二案

報告單位：本會第三組

案由：各總額部門 112 年度執行成果評核結果，請鑒察。(資料後附)

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：113 年 6 月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。(資料由中央健康保險署另行提供)

報告單位各項業務窗口：詳如業務執行報告內附

.....
本會補充說明：

- 一、依 102 年 2 月 22 日委員會議決定及 113 年度工作計畫，為提高議事效率，本項例行性業務報告，書面資料須每月提供，但口頭報告改採季(每年 3、5、8、11 月)報方式辦理。
- 二、參照 106 年 10 月 27 日委員會議之委員建議，健保署業務執行季報告之口頭報告，有其重要性，爰列為優先報告事項。

決定：

附錄

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

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

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國113年6月26日
發文字號：衛部健字第1133360082號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：健保會第6屆113年第5次委員會議紀錄節錄

主旨：檢陳本會對「114年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)之諮詢結果，請鑒察。

說明：

- 一、復鈞部113年6月17日衛部保字第1131260329號函。
- 二、鈞部依據全民健康保險法第60條規定，交下擬訂之114年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)諮詢案，經提本會第6屆113年第5次委員會議(113.6.19)，諮詢結果如附件，敬請鈞部參考。

正本：衛生福利部
副本：衛生福利部中央健康保險署(含附件)

衛生福利部全民健康保險會第6屆113年第5次委員會議紀錄節錄

時間：中華民國113年6月19日上午9時30分

地點：本部 301 會議室

伍、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，請鑒察。

決定：

- 一、114年度總額範圍草案，採用之基期計算方式及醫療服務成本指數有所改變，對未來總額預算影響重大，建請衛生福利部審慎處理及說明。委員所提諮詢意見摘要(如附件)，併同發言實錄，送請衛生福利部參考。
- 二、另為利本會進行114年度總額之協議訂定，請中央健康保險署於衛生福利部交議總額範圍時，依法併同提出資源配置及財務平衡方案，供協商參考。

本會委員對「114年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」及「114年度醫療給付費用總額範圍(草案)之財務試算」之諮詢意見摘要

一、對114年度總額範圍(草案)及財務試算影響部分

付費者委員意見

總額範圍(草案)之擬訂應審慎考量健保財務收支短絀問題，並將被保險人「財務負擔能力」納入考量：

- (一)行政院核定 113 年度總額範圍時明確函示，請衛福部在 113 年健保財務預估仍面臨收不抵支，安全準備持續下降的情況下，審慎提前規劃因應。惟雖 113 年健保基金獲得 200 億元公務預算挹注，當年保險收支餘絀仍短絀 18 億元，現依健保署財務模擬資料，以 114 年度總額成長率 3.521%~5.5% 試算，114 年將擴大短絀 482~655 億元。目前草案之高推估成長率達 5.5%，為近年最高，請審慎考量健保財務並積極面對收支短絀問題。
- (二)建議總額上限之擬訂應將被保險人「財務負擔能力」納入考量，並將節流成效納入總額財源，以減輕健保財務調升保險費率壓力。

醫事服務提供者委員意見

建議提高總額範圍(草案)之高推估值，並運用多元管道挹注健保，以提升點值：

- (一)為改善現階段大家關心點值低的問題，建議衛福部將高推估成長率提升至 6%，增加預算以提升點值。另現行我國經常性醫療保健支出占 GDP 比率尚未達到 8%，建議提高總額高推估值，加強投資健康。
- (二)認同衛福部規劃運用多元管道挹注健保，收入面如調整補充保險費費率、政府負擔由 36% 提升至 38%；支出面如總額瘦身、嚴格管控健保支出點數等。其中有關總額瘦身，建議 114 年度總額政策目標「友善醫事人員環境與薪資」部分，不宜由健保支付，應該由公務預算支應才合理。

專家學者及公正人士委員意見

總額範圍(草案)之設定，宜一併提出具體財源及完整之財務規劃；另屬公務預算支應之項目，應回歸公務預算支應：

- (一)以 114 年度總額高推估成長率 5.5% 試算，114 年保險收支累計結餘約 1.01 個月保險給付支出，安全準備剛好在法定 1 個月之邊緣，需面對收支如何平衡的財務問題。
- (二)面對健保財務收不抵支的問題，衛福部雖有回應未來財務改革方向，如多元管道挹注健保、總額瘦身等，但未提出具體財源，所謂多元財源具體為哪些項目？相關的財源實際上能增加多少收入？若無其他財源，需調升多少保險費率或補充保險費率？何時將超過法定費率 6% 上限？建議均應有詳細評估。
- (三)衛福部對於各界關心健保財務問題，回應解決方式之一為總額瘦身，將現行總額項目(如預防保健、補助醫事人員待遇等)改由公務預算支應，但並未明列哪些項目移出由公務預算支應，反而在 114 年度總額政策目標納入「鼓勵醫療機構提升人員薪資」，此部分屬應回歸公務預算項目，宜由公務預算支應。

二、對114年度總額基期計算方式改變部分

付費者委員意見

對於未執行、未導入預算，應提出明確的處理方式及未來規劃：

- (一)一般服務未執行、未導入的預算，本就應該自基期扣減，不應將未執行預算也納入基期，其複利成長，對總額預算影響很大。
- (二)若考量新增項目第 1 年執行尚不穩定，暫不於基期扣減未執行、未導入額度，則應明訂未來處理方式，如自執行第幾年起扣減未執行預算，以免未來產生爭議。否則醫界不斷爭取於一般服務新增預算，但未執行額度均不扣減，累滾入基期，預算隨成長率不斷增加，會造成編列預算但不執行的惡性循環。

醫事服務提供者委員意見

支持未執行、未導入預算不予扣減基期：

- (一)某些項目因為第 1 年甫執行，執行數不如預期，但未來會加強宣導落實執行，支持未執行預算不扣減基期。若未執行預算須扣減基期，則執行數超過預算數，導致點值下降的項目，也應該相對回補基期。
- (二)新藥、新科技之使用有遞延效應，雖第 1 年導入執行較少，後面幾年會成長快速，若未導入預算須扣減基期，則預算不足時會造成點值下降，對醫界不公平。
- (三)現行點值已偏低，原因是總額成長率不足，預算編列不夠，為了讓點值更為合理，建議未執行、未導入預算不扣減基期。

專家學者及公正人士委員意見

基期計算方式改變影響重大，事前應審慎評估，並有充分說明：

- (一)114 年度總額基期計算方式改變，查 113 年度總額基期為前 1 年度總額，扣減「前 2 年度未導入預算」，114 年度改為不扣減前 2 年度未導入預算，並校正「前 2 年度人口差值」(113 年度總額於低推估值校正)，及加回前 1 年度違規扣款金額。因基期不扣減未導入預算及校正人口差值，均屬重大改變，事前應審慎評估，諮詢專家學者協助確認其合理性，並向委員充分說明改變的理由。
- (二)一般服務未導入、未執行預算，過去會於基期扣減，114 年總額改為不扣減。考量基期為計算未來年度總額預算之基礎，理應有執行的預算才能納入計算。若讓未執行預算、未實際提供服務的金額，每年都滾入基期、永遠複利成長，除墊高總額預算外，亦將對未來總額協商及預算執行，造成不良影響，建請衛福部務必審慎斟酌。
- (三)我國總額預算採上限制，總額議定後匡定預算，而點值為總額管控的結果。故健保署應於預算內妥為管理，執行時必須落實目標管控，避免發生點值稀釋的問題，浮動點值為總額支付制度的管理結果，應無預算不足須回補基期的問題。

三、對114年度總額採計「醫療服務成本指數改變率」(下稱 MCPI)部分 付費者委員意見

建議持續精進 MCPI 計算方式，規劃採 4 年平均值之導入時點：討論 113 年度總額時，衛福部曾規劃 MCPI 計算方式改採 4 年平均值，以改善採單年度數據致年度間數值變動過大的問題，使 MCPI 數值呈現較平穩趨勢，建議應持續研議，規劃 MCPI 採 4 年平均值之導入時點，才能讓制度持續往理想方向改進。

醫事服務提供者委員意見

114 年度 MCPI「權數」改採 110 年調查資料，將適用未來 5 年(114~118 年度)，但計算之數值與過去落差甚大，建議再行評估與調整：

- (一) 114 年度 MCPI 所採「權數」為 110 年「工業及服務業普查」之調查結果，牙醫藥品費用權數大幅增高(17.25%，過去 5 年為 4.87%)；醫療器材費用則大幅降低(12.22%，過去 5 年為 23.78%)，與過去數值落差很大，可能原因為 110 年受 COVID-19 疫情嚴重影響，牙醫師較無法提供實際醫療處置，多以緊急醫療方式(如開藥)處理。
- (二) 若將 COVID-19 疫情期間所調查之非常態數據，沿用至未來 5 年計算 MCPI，對牙醫門診總額成本計算恐有失真，建議衛福部能加以考量，再做調整。

專家學者及公正人士委員意見

應審慎確認 MCPI 所採「權數」及「指數」，建議透過專家諮詢會議協助審查及把關，評估採計方式之合理性、數據之正確性：

- (一)「權數」：114 年度改採 110 年「工業及服務業普查」之調查結果，其數據與以往權重差異非常大，明顯異常。如牙醫門診總額藥品費用權數大幅增加，且與醫院及西醫基層藥品費用權數相當，不合常理。衛福部應依法定職責，對主計總處提供的數據進行審視，並就主管業務所需重新計算，再行評估其合理性。若有疑義，宜洽主計總處釐清及校正，避免往後 5 年之 MCPI 計算有疑義。

- (二)「指數」：配合主計總處停編「躉售物價指數」，114 年度藥品、醫療器材費用等指標，改採「國產內銷及進出口物價指數」計算，雖主計總處有協助資料轉換銜接，但衛福部仍應審慎確認數據之妥適性。
- (三)主計總處所進行之「工業及服務業普查」及「物價指數調查」，並非專為醫療服務業設計，而醫療服務有其特殊性，兩者目的性不同，倘前揭調查結果無法反映現況，衛福部應該透過專家諮詢會議協助審視，以確認採用數據之正確性。

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>朱委員益宏(議事錄第 19、31、32 頁)</p> <p>每個月其實健保會都會把最近一季點值的狀況做 1 個列表，但是因為醫院總額其實大家都知道各分區有不同管控方式，所以我希望未來列表的時候，醫院總額這邊要加 1 個欄位，就是攤扣前，各分區點值管控措施前的平均點值也要呈現。即應原始呈現管控前與管控後的平均點值，所以我希望以後健保會的會議資料，要列上這一部分，至於資料怎麼來，當然就要麻煩健保會再跟健保署請教。</p> <p>主席，我剛剛所提是針對會議資料第 27 頁健保會幕僚彙整的表格，我只是希望健保會在提供這個表格時，要去跟健保署再去詢問一下，在點值管控措施之前初核的點數大概是什麼情形。</p> <p>健保署事實上業務報告中點值有一行附註也有列出，但非常小，所以我才會說健保會未來在 summary 的時候，不管是把附註或健保署提供相關資料時，把它呈現出來，它就是一個 summary table，以上謝謝。</p>	<p>一、有關委員建議醫院總額呈現管控前與管控後的平均點值一節，為利分區管控，本署業已例行於每季召開之全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議呈現管控前與管控後之平均點值，並公布於全球資訊網，另每月全民健康保險業務執行報告之表 27，亦於備註中說明。</p> <p>二、有關結算點值與預估點值差異點值落差一節，以 112 年第 4 季為例，本署業已於 113 年 6 月 12 日召開之全民健康保險醫療給付費用醫院總額 113 年第 2 次研商議事會議紀錄說明如附表(第 136 頁)。</p>
<p>劉委員淑瓊(議事錄第 30 頁)</p> <p>第 2 個，主席有提到要把控管之前的點值也要放上去，我建議把落差的理由也能寫出來讓委員瞭解。</p>	
<p>滕委員西華(議事錄第 20~21 頁)</p> <p>第 2 個，會議資料第 24 頁中「遠端生命徵象監測費」，過去推長照跟在宅醫療，曾經也有與醫療器材商合作，因為你要做遠端監測，民眾就必須要有設備，還要有人會使用這個設備，一個是有沒有使用遠端監測設備的知能，另外一個是他需不需要購買或自備遠端監</p>	<p>一、謝謝委員建議，本計畫編列「遠端生命徵象監測費」，希冀由醫療院所提供正規醫療器材，在醫事人員不在場之情況下，透過物聯網 (IoT) 取得病人之生命徵象，例如血壓、心跳、呼吸、體溫、血氧等資訊，降低醫事人員頻繁往返</p>

委員意見	健保署說明
<p>測設備，我們這邊編了「遠端生命徵象監測費」400 點 1 天，我想要請健保署說明一下如何監測？是否涉及到民眾必須負擔設備的問題，或是我們如何確認這樣的遠端監測數值是符合標準的？若連 apple watch 這種設備都不被採納，那我想知道如果需要民眾操作，要如何克服這個問題？以上謝謝。</p>	<p>案家的時間成本並提升照護效率。</p> <p>二、照護小組如欲使用遠端監測設備，應至案家完成設備架設及設定，並教導病人及照顧者使用設備，相關費用毋須民眾自行負擔。</p>
<p>李委員永振(議事錄第 30~31 頁)</p> <p>因為我們知道署長隨時會被採訪，而且記者有時候沒辦法 100%轉述署長的回應，我的意思是說，上述的情況或是既定要對外發言的部分，像是新聞稿是否可以給委員參考，如果記者講錯的話，有人問我們委員，也可以幫署長釐清嘛，不然以訛傳訛，到委員會議又講不清，造成誤解。</p> <p>譬如說昨天的頭版，專訪部長，裡面就提到說「在不漲保費下去爭取更多資源」，但在大標題「研議提高補充保費課徵天花板」，補充保費不是保費嗎？這樣不是就矛盾了嗎？有可能是記者誤解，像是這種情況就應該要澄清，讓委員知道。</p>	<p>為確保健保持續運作及健全發展，同時達成政府提高健康醫療投資之政策目標，本署刻正研擬健保改革方案，目前先朝不需要修法之方面著手，至於補充保險費制度改革尚須透過立法程序討論。</p>
<p>李委員永振(議事錄第 66~67 頁)</p> <p>請健保署解惑，依照自由時報 6 月 11 日頭版轉述劉林義組長的談話，有提到國內也有 534 萬名的三高病患，1 年健保費用至少 520 億元，還不少，其中大概有 301 萬名病患被家醫計畫或慢性病方案收案照護，這邊還有個慢性病照護是不是含有代謝症候群，我不知道，因為沒有寫明，當中有 70 萬人是重複收案，這邊也是蠻多的重複收案，還有 233 萬人未收案。再看看本案收案 16 萬 5,564 人中，有 65%與家醫計畫重複，看了這些資料後，讓我好像如入五里霧中，不曉得到底怎麼回事，三高的病人不是本案的收案對象嗎？是不是可以</p>	<p>一、針對自由時報報導內容，補充說明如下：112 年 534 萬名三高疾病患者中，約 301 萬人(56%)已接受家醫計畫、代謝症候群防治計畫(下稱代謝計畫)、糖尿病及初期慢性腎臟病照護方案(下稱 P4P-DM/CKD/DKD)，約有 68.8 萬人同時被家醫計畫及任一慢性病相關方案(P4P-DM/CKD/DKD 或代謝計畫)收案。</p> <p>二、本次報告係分析代謝計畫與家醫計畫收案重複情形，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。</p>

委員意見	健保署說明
<p>解惑剖析前述這些描述的關係，怎麼樣整合出 1 個最好的合作方案？</p> <p>李委員永振(議事錄第 75 頁)</p> <p>其他慢性病相關的計畫，有 70 萬的收案對象重疊，而代謝症候群防治計畫這邊有 65% 收案對象與家醫計畫重疊，所以我建議在 8 月份報告 114 年度總額預算時，健保署可以好好針對這 2 個計畫的預算，將委員所提意見進一步分析，作為明年要給預算的參考。</p>	<p>三、代謝計畫目的為透過罹病前期介入，進而降低罹患慢性病風險，爰收案對象為疾病初期個案，符合五項代謝症候群指標(腰圍、飯前血糖、血壓、三酸甘油脂、高密度脂蛋白膽固醇)任三項或糖尿病前期個案。</p> <p>四、本署於 113 年以家醫計畫為基礎，並與代謝計畫、P4P-DM/CKD/DKD 進行整合，透過修訂家醫計畫派案原則(較需照護個案若已被 P4P-DM/CKD/DKD、代謝計畫收案，且該收案診所前一年度有參加家醫計畫，則優先交付該診所)，讓病人能於同一家診所接受家醫計畫及 P4P-DM/CKD/DKD、代謝計畫的整合性醫療照護。</p>
<p>韓委員幸紋(議事錄第 68 頁)</p> <p>有關結合家醫計畫，現在家醫計畫要整合成大家醫，我有看到之前健保署的回應，比如說把生理監測數據等等都整併進去大家醫平台，假如病患有戴智慧型手錶，那運動紀錄是不是會匯入大家醫平台？</p>	<p>一、為將醫療服務模式逐步轉型為以病人為中心之全人照護，本署規劃於 113 年建置家醫大平台，彙整現有之個人健康資料(健保就醫紀錄、衛福部各司署資料庫、穿戴式裝置或個案自行輸入之生理量測數據及健康資料等)。透過家醫大平台將所有數據進行個人歸戶，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。</p> <p>二、承上，本署將視醫療院所進行病人健康管理之需求，逐步擴增家醫大平台之收載資料內容。</p>
<p>吳委員榮達(議事錄第 69 頁)</p> <p>我們一直有個疑慮，如果診所照顧的病人或是收案人數過多，會不會影響到成效？所以可不可以請健保署對於 300 人以上的診所進行效益評估，才知道收</p>	<p>將依委員建議於後續分析收案 300 人以上診所進行效益評估。</p>

委員意見	健保署說明
<p>這麼多人，到底有沒有影響到計畫效益。</p>	
<p>王委員惠玄(議事錄第 70 頁)</p> <p>再來是一些比較疑惑的部分要請教，首先在成效指標的部分有分進步項目、達標項目，我發現在血壓的收縮壓跟舒張壓，進步比率跟達標比率完全一樣，在投影片第 17、18 張，從資料解讀，似乎進步是一步到位，直接就是達到標準值，雖然覺得有點不太可能，不知道這部分是誤植還是真的這麼厲害？還有投影片第 19 張，有關衛教指導人數，接受任一危險因子衛教指導率的介入人次達 155,564 人，但是第 20 張投影片，衛教指導人次卻降到 24,081 人，不知道中間的差異在哪裡？</p> <p>這 2 個計畫雖然收案標準不同，獎勵方式也不同，但是都涵蓋了針對血糖控制跟血脂控制的獎勵，所以除了對民眾來講有資源重複配置的問題，恐怕也涉及到重複獎勵的疑慮，建議健保署下次不只是評估重複的診所數比率、重複的收案人數比率，我稍微比較這 2 個計畫，相同的項目大概就是血糖跟血脂，控制同一位民眾血糖跟血脂的成果，是不是可以同時從家醫計畫、從代謝計畫得到獎勵？這可能是要去思考的，謝謝。</p>	<p>一、本計畫個案進步獎勵之血壓目標值訂定與標準值相同，爰血壓統計數值相同。</p> <p>二、因本計畫收案時診所即需提供慢性病危險因子衛教指導，「接受任一危險因子衛教指導率」(第 5 次委員會議資料第 109 頁之簡報 19 頁)，指標分子為「個案收案時至少接受 1 項危險因子衛教指導之人次」，另「代謝症候群改善率及緩解率」(第 5 次委員會議資料第 109 頁之簡報 20 頁)指標分母為「收案後追蹤至少 3 次(含)以上之個案」，簡報 20 頁以「衛教指導人次」表示，較不精確，爾後將修正表示方式。</p> <p>三、家醫計畫於 113 年新增「糖尿病/初期慢性腎臟病整合照護提升費」，DM/CKD/DKD 病人之特定檢驗項目(HbA1c、LDL、UACR)控制良好，每人得支付 250 元或 750 元。已規定當年度獲 P4P-DM/CKD/DKD 品質獎勵金之診所，同一個案不得重複領取前揭品質獎勵金或本項費用。</p> <p>四、本署將再就「糖尿病/初期慢性腎臟病整合照護提升費」之獎勵方式(含對象、金額等)，與代謝計畫併同檢討，視需要修訂兩項計畫相關規定，避免重複獎勵之情形。</p>
<p>劉委員淑瓊會後書面意見(議事錄第 75~77 頁)</p> <p>1.請委員參考：會議資料 107、108 頁。即簡報 16~18 頁的「成效評估」節次。</p> <p>2.首先，代謝計畫收案個案約 16 萬人，其中 10 萬人與家醫計畫收案會員重疊(65%)，收案重疊率高也可能造成醫療</p>	<p>一、本署於 113 年以家醫計畫為基礎，並與代謝計畫、P4P-DM/CKD/DKD 進行整合，透過修訂家醫計畫派案原則(較需照護個案若已被 P4P-DM/CKD/DKD、</p>

委員意見	健保署說明
<p>資源浪費，像是個案管理、院所行政流程等，建議應整併。</p> <p>3.其次，簡報第 17、18 頁的目標值與標準值，醫改會幕僚有跟健保署確認，這裡 3 組指的是「(代謝計畫)整體」、「(代謝會員)同時為家醫會員」與「(代謝會員)非家醫會員」。可以看得出來代謝會員同時也是家醫會員的組別表現最為優良，反而是單純為代謝會員、非家醫會員的病人，表現並不突出。這裡更凸顯代謝計畫可能有與家醫計畫整併的潛力。</p> <p>4.最後，在代謝計畫實施後，有民眾向我們反應他的「使用經驗」，醫改會把它整理成 1 項優勢、2 項挑戰：</p> <p>(1)優勢：代謝計畫提供機會，讓民眾可規律處理高血壓、高血脂情形。</p> <p>(2)挑戰：「健保轉移自費」。民眾跟我們說，評估收案當天，醫師跟他告知：這項計畫跟他平常就醫的區別是：「健保提供他每年 3 次的免費抽血檢查，讓他可以瞭解跟三高有關的數字。」並同時詢問病人「因為現代人生活忙碌，有些人覺得要控制這、控制那很不容易，用藥也是安全可靠的方法。是不是要考慮加做甲狀腺功能的血液檢查，若資格符合，就可以來參加院所的減重門診，可以安全地用『瘦瘦筆(註：善纖達，一種用來抑制食慾的藥品，原本是用來控制糖尿病)』來減重。」病人剛好有聽說市面上瘦瘦筆的廣告，所以就問醫師參加減重門診的費用，醫師則回答：「減重門診是全自費的，每次門診約 2,700 元，前期每周回診，後期頻率會拉長。瘦瘦筆的藥費則是要另外算。」民眾最後考量費用高昂，沒有加入減重門重，醫師也沒有再作詢問。醫改會擔憂的是，代謝計畫希望，透過院所指導，促成生活習慣、健康行</p>	<p>代謝計畫收案，且該收案診所前一年度有參加家醫計畫，則優先交付該診所)，讓病人能於同一家診所接受家醫計畫及 P4P-DM/CKD/DKD、代謝計畫的整合性醫療照護。</p> <p>二、另就個案管理費部分，考量家醫計畫與醫療給付改善方案(下稱 P4P)或代謝計畫提供之醫療服務仍有部分相異，為反映醫療團隊照護之辛勞及非 P4P 院所皆參加家醫計畫，爰 113 年家醫計畫修改個案管理費給付條件：若家醫會員之 P4P/代謝計畫收案院所與家醫計畫收案診所相異，得支付家醫計畫之個案管理費。惟若為同一家診所收案，將不重複支付個案管理費。代謝計畫亦一併修正為「同一個案於同一診所家醫計畫收案者，不支付家醫計畫個案管理費」。</p> <p>三、感謝委員對本計畫初步成果及存在價值之肯定，將持續與醫界團體合作，提升民眾代謝症候群防治識能及參與感，國健署將持續推動下列策略：</p> <p>(一)持續結合各種資源提升代謝症候群識能，了解不健康生活習慣是疾病之根源。</p> <p>(二)加強與醫界團體合作，於相關教育訓練、說明會，強化醫療人員與病人需共議生活習慣改善方式與目標值、如何協助病人參與討論之知能。</p> <p>(三)持續蒐集臨床常見衛教問題，聚焦民眾之衛教重點，研製相關素材提供臨床端與民眾端使用。</p> <p>四、本署亦將與國健署共同合作，滾動式修正本計畫。</p>

委員意見	健保署說明
<p>為的改變，但若民眾不清楚用藥利弊與自費需要，會不會反而容易失去計畫宗旨？若是生活習慣沒有改變，3年後復胖、5年後復胖，會不會又讓民眾陷入惡性循環？</p> <p>(3)挑戰：「衛教只做一半」。目前據健康署的調查，衛教指導率達 99%、運動指導、營養指導等都有高達 85.8%至 99.0%。但民眾跟我們反應，他在診間衛教的實際情況，他認為醫師跟他講解三高與慢性疾病的關聯性，這部分很好。但醫師也鼓勵他「多做有氧運動」與「少吃蛋黃與紅肉」，這位民眾說，少吃多運動他是知道的，但他覺得很困難。以運動指導來說，他更希望醫師給他一些建議，像是不喜歡跑步，但要做什麼其他運動合適？購買重訓課程有沒有幫助？運動完會肚子餓，要怎麼吃？</p> <p>(4)營養指導來說，這位民眾在離開診間後，又爬了一些網路文章與影片，他跟我们分享：有些醫療團隊特別說，蛋黃與紅肉減量是過時的知識，減少澱粉、精緻糖分的攝取才更關鍵。營養知識像是各方的飲食套路，也是五花八門，從低碳飲食、高碳飲食、生酮飲食、得舒飲食、地中海飲食等，其中也不乏彼此矛盾的作法(低碳 vs. 高碳)，乃至 1212 斷食法、168 斷食法、1410 斷食法、隔日斷食法等，從血液檢查的結果來說，到底哪個適合自己、也可以安全的減重？</p> <p>(5)醫改會參考了一些優秀院所的建議，也曾訪談過宜蘭愛胰協會，這些衛教、教導民眾自我管理的先進，都特別強調一點：要協助民眾辨識「有問題的」生活習慣，或三高服藥的困境等，再來擬訂能夠改善民眾生活習慣的目標與計畫，比較容易讓民眾有參與感、成就</p>	

委員意見	健保署說明
<p>感，才會成功。編寫在代謝計畫的「照護流程與指導手冊」中，運動指導強調「運動類型與頻率」，營養指導強調「認識食物營養素」、「認識餐盤」等，重點是不是表格填寫而已，而是醫師或團隊與病人共同參與、討論，擬訂改善健康的目標，不再是單方面建議。這些若未能落實，也甚為可惜。</p> <p>5.我們希望健保署、健康署應該通盤思考「代謝計畫」的未來，並且重視收案、施行上有困難的診所，以及分析其困境，擬訂有效的改善方案。</p>	
<p>林委員文德(議事錄第 80 頁)</p> <p>原本是要去住院，現在沒有住院，改用居家方式照護，事實上是替代了原本要花的住院費用，就跟新藥一樣，新藥都會有個 80% 的替代率去計算，我不知道為什麼其他的一些計畫都沒有用替代這個概念。但是這個是明顯的一個替代方案，替代原本住院的一個作法，所以不曉得有沒有可能把替代率考慮進來，後續在協商預算的時候，可以放進來讓我們做為協商的參考，以上。</p>	<p>謝謝委員建議，考量本計畫為新型態之醫療服務，本署將持續監測收案對象於本計畫實行前、後之住院醫療利用情形，評估替代效應。</p>
<p>滕委員西華(議事錄第 80~81 頁)</p> <p>第 2 個問題是在給付的部分，在目標天數裡面，我們只有規定病人結案後 14 日內轉急診或住院，是沒有支付獎勵金，但是如果他 14 日後再由居家在宅住院再收案，就是說他是轉一般住院我不給他獎勵金，他如果再收案這件事情，我們怎麼來看待一定天數以內，或多少的天數以內可以再收案。在觀察指標的部分，因為我們在討論監理指標其實有非常多病人安全的指標，但是有可能是因為這個方案先天的限制，因為他是在家住院，所以很多在醫院裡面可以觀察得到、可以評估得到、統計得到，可能都會不足，所以導致我們這邊只有結果面的指標，就是結案後 14 天或 3</p>	<p>一、謝謝委員建議，本署將評估調整獎勵金計算原則，個案如結案後 14 日內再由本計畫收案者不給付獎勵金，以反映實際醫療品質。</p> <p>二、未來本署將與相關專家研議訂定適合之過程面指標。</p> <p>三、另本計畫尊重醫師專業，未限定醫師專科類別，醫師如有專科醫師證書，即可依其專業提供病人訪視服務。</p>

委員意見	健保署說明
<p>天內的轉住院率或急診率，有沒有可能，譬如說，在感染或是其他病人安全上，我們應該要嘗試用一些，因為我們付很多每日的訪視費、醫師訪視費、或是指導費等，應該要反映在這些過程面指標跟病人安全，就剛剛主席講的，我們其實一開始的時候非常在乎病人安全，我們不是把這些病人丟在家裡，而是希望他得到更妥適的照顧，那就不應該只是轉住院率跟轉急診率，我覺得我們付的錢應該要有過程面的指標可以看。</p> <p>最後一個問題是，在會議資料第 120 頁第 5 張投影片，醫師必須要具專科醫師資格，請問是哪些專科醫師？謝謝。</p>	
<p>吳委員榮達(議事錄第 82~83 頁)</p> <p>第 2 個請教也是(四)的第 2 點，因為這邊有講到說醫師未能執行實地訪視的時候，仍應該每日以通訊的方式來追蹤病人病情，我想請教一下，有沒有限制在什麼情況之下，才能夠用通訊的方式來做一個訪視？因為如果沒有做條件上限制的話，是否乾脆就用通訊就好了，不用實地，因為我們既然是替代，儘量能夠到實地去來做訪視，這個應該對於病患或病症的診斷才會更正確一點，這是一點。其次，這樣子以通訊方式的訪視，其給付的點數跟實際上去做實地訪視的點數有沒有相同？因為畢竟不太一樣，如果點數相同的話，那我就儘量選擇用通訊的方式來做訪視就好了，這也是個問題。這是第 1 點。</p> <p>再來是有關論次支付的部分，論次的部分，所謂的緊急訪視費大概 2,632 點到 3,106 點，這個有沒有包括差旅費？因為我們還有一些交通費，這個交通費是已經涵蓋在這裡面了，如果交通費沒有涵蓋在這裡面的話，醫療院所是否會依距離遠近而做選擇？對於距離較遠</p>	<p>一、有關醫師實地訪視部分，本計畫規定醫師應於收案 3 日內及結案當日需完成實地訪視，其餘則可視病人病情彈性調整訪視頻率，依醫師專業判斷選擇實地訪視或遠距醫療。</p> <p>二、本計畫所訂之緊急訪視費點數，已包含醫師及護理人員之訪視相關行政作業成本，後續將研議就山地離島地區訂定不同支付點數，以符合實際照護之成本。</p> <p>三、另緊急訪視費用限下午 6 時至隔日上午 8 時訪視始得申報費用，同一醫師及護理人員對同一病人之緊急訪視，每日各以一人次為限，超過則不予支付。</p> <p>四、有關獎勵金部分，因本計畫針對不同適應症訂有不同之支付點數及目標天數，當照護小組實際申報點數低於目標天數內之基本點數[即(每日醫療費+每日護理費)*目標天數]時，其節省之費用將回饋 80% 點數予院所做為獎勵。</p>

委員意見	健保署說明
<p>的病患，有需求的部分是不是就會被捨棄掉了，這也是一個考量。此外，一天或半天的緊急訪視，有沒有對需要緊急訪視的病人有所限制？因為這涉及醫療品質的問題。還有訪視費是不是依據病人人數計算，看起來細節好像不是很清楚。再來是有關獎勵金的部分，我實在看不懂回饋獎勵金的這段話，可能我的理解能力比較差一點吧，看了半天還是看不太懂，可能還要請健保署再說明，請教以上問題，謝謝。</p>	

附表

112年結算點值與預估點值差異說明表~以第4季為例

	項目	預估點值	結算點值
1.	統計時點	醫院113年1月20日前申報，同年1月底資訊轉檔，同年2月初統計。	法定結算期程(醫療服務審查辦法第12條)，113年4月1日啟動結算，同年5月確認。
2.	時間範圍	當季費用年月資料	除當季已核定之費用年月資料之外，尚包含補報、申復、追扣補付、爭議審議等影響因素。
3.	計算點值時採用的區別差異	就醫分區	投保分區
4.	參數	111年 Q4(與去年同期較相關)(註)	當季(112年 Q4)
5.	攤扣金額	112年 Q3 (與當年度管理作為一致，故採前一季)	當季(112年 Q4)

註：參數包括 R 值、核減率、送核補報占率，其中核減率採111年下半年。

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：黃曼青
聯絡電話：(02)8590-6761
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hgching@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28日
發文字號：衛部保字第1131260370號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：114年健保總額範圍草案

主旨：檢陳「114年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」1份(如附件)，報請鑒核。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第60條規定辦理。
- 二、旨揭草案係以113年度健保總額公告金額(8,755.35億元)校正人口費用差值金額(46.03億元)及回補違規扣款金額(0.79億元)，114年健保總額基期為8,802.17億元，並經考量投保人口結構改變、醫療服務成本及投保人口數對醫療費用之影響，以及配合114年政策規劃目標，兼顧民眾醫療需求與醫療體系發展，與衡量民眾付費能力、我國整體醫療保健支出及健保財務收支情形所擬。爰建議114年健保總額範圍約為9,112.08億元至9,286.28億元(換算總額成長率為3.521%至5.5%，約增加309.91億元至484.11億元)。

113.07.01



113CC00502

正本：行政院

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

114 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)(節錄)

第三章 114 年度健保醫療給付費用總額範圍擬訂

第一節 114 年總額範圍(草案)

本部所擬之 114 年度健保醫療給付費用總額範圍，係以 114 年度健保總額基期 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 年度健保醫療給付費用總額範圍擬訂公式如下：

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

一、114 年度總額範圍基期(8,802.17 億元)：

(一) 本部擬訂健保總額範圍所採計之基期，係以前 1 年度(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：

114 年基期金額 8,802.17 億元

= 前 1 年度 (113 年) 健保醫療給付費用總額+ 前 2 年度 (112 年) 投保人口預估成長率與實際之差值 +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
=8,755.35 +46.03 +0.79
=8,802.17

1. 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。
2. 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。
3. 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。

4. 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，不予扣減。

二、114 年度總額範圍低推估值(9,112.08 億元)：

低推估金額 9,112.08 億元

=114 年度健保總額基期 $\times\{1+[(1+A+B)\times(1+C)-1]\times(113 \text{ 年校正後一般服務費用占率})\}$

=8,802.17 $\times\{1+[(1+1.570\%+2.159\%)\times(1+0.362\%)-1]\times(85.793\%)\}$

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 356.74 億元。

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

1. 投保人口結構改變對醫療費用之影響率(A) 1.570%：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 $\Delta \Sigma$ (各總額部門成本項目之權數 \times 指數)/前一年 Σ (各總額部門成本項目之權數 \times 指數)，各總額部門成本項目分別為人事費用、藥品費用、醫療器材費用、基本營業費用及其他營業費用。

(2) 前述公式之權數為各成本項目之費用占率，資料來源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。

3. 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。

4. 綜上分別計算後，合併為「醫療服務成本及人口因素成長率」4.104%，並依 113 年一般服務預算占率校正(85.793%)，低推估值為 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	4.104%

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。

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

三、政策目標擬訂歷程

政策目標擬訂之精神，係架構於「維持公平」、「提升效率」、「改善健康」之三大健保核心價值，並以全民健康需求、整體健保效益為主軸，延續健保總額具發展效益之項目及計畫。

依行政院核定 113 年總額範圍之附帶決議，本部應審慎規劃健保財務、人口高齡化、突發疫情(如 COVID-19 等)之醫療需求；並依近期府院、部長所提：改善醫療照護體系之人力、環境、薪資，提升醫事人員待遇；建立以人為本的家庭醫師制度；於現有醫療服務支付體制下，讓更多新藥、新醫材、新診療項目納入健保給付，嘉惠需要民眾；推動遠距、視訊診療，爭取「健康平台」化，規劃基層診所資訊系統雲端化等重要事項，凝聚 114 年度健保政策目標如下：

- (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。
- (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。

依據前述規劃目標，並於 113 年 2 月函請牙全會、中全會、醫全會、醫協等醫療服務提供單位及健保署，據以提供相關協商因素建議提案，重點項目摘述如下：

牙醫門診總額：新增總金額 18.974 億元

一、牙醫師公會全國聯合會提案：新增 16.124 億元

- (一)一般服務建議新增「口腔黏膜健康照護」5.776 億元，用於新增口腔黏膜健康照護支付項目，減緩潛在口腔癌病人口腔癌發生的機率；新增「提升兒童照護品質」1.932 億元，用於原 4 歲以下嬰幼兒處置費加成 30%，年齡提升至 6 歲，增加治療誘因。
- (二)專款建議延續項目「12 歲至 18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」增編 1 億元(總預算 2.715 億元)；「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」增編 7.416 億元(總預算 10.487 億元)。

二、健保署提案：新增金額 2.85 億元

- (一)一般服務之違反特管辦法扣款，提報扣減 0.05 億元。
- (二)專款建議延續項目「牙醫特殊醫療服務計畫」增編 1 億元(總

預算 8.817 億元)；「高風險疾病口腔照護計畫」增編 1.9 億元(總預算 17.89 億元)。

中醫門診總額：新增總金額 16.026 億元

一、中醫師公會全國聯合會提案：新增金額 14.976 億元

(一)一般服務建議新增「提昇中醫護理照護品質」5.147 億元，提高中醫聘有護理人員之診察費及處置費，增進醫療服務品質；新增「提昇用藥品質」6.946 億元，新增藥品項目(艾草膏、神效吹喉散、回生丹加減味)，提昇用藥品質。

(二)專款建議新增「中醫提升骨質疏鬆照護品質計畫」0.54 億元，每季評估 EQ-5D 量表、提供口服藥、針灸治療等照護，提升骨密度，減少骨折危險性；新增「中醫提升第二型糖尿病-眼病變照護品質計畫」0.384 億元及「中醫提升第二型糖尿病-週圍邊神經病變照護品質計畫」0.336 億元，改善糖尿病神經與視網膜病變；新增「中醫失智症患者門診加強照護計畫」1.044 億元，延緩失智病程進展；新增「兒童發展遲緩中醫門診加強照護計畫」0.528 億元，早期介入改善兒童各面向發展遲緩情形；延續項目「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」增編 0.051 億元(總預算 0.263 億元)。

二、健保署提案：新增金額 0.29 億元

(一)一般服務之違反特管辦法扣款，提報扣減 0.01 億元。

(二)專款建議「醫療資源不足地區改善方案」增編 0.3 億元(總預算 2.1 億元)。

三、健保署、中醫師公會全國聯合會共同項目之提案：新增金額 0.76 億元(取健保署或中全會最大值)

專款延續項目「中醫癌症患者加強照護整合方案」中全會建議增編 0.4 億元(總預算 3.05 億元)，健保署則建議增編 0.26 億元(總預算 2.91 億元)；「照護機構中醫醫療照護方案」醫界建議增編 0.16 億元(總預算 0.64 億元)；健保署建議比照西醫巡診及各總額別醫療資源不足地區改善方案之運作機制，醫療費用以一般服務預算支應，計畫僅支應論次費用，爰減列 0.42 億元(總預算 0.06 億元)，一般服務項目增列 0.78 億元。

西醫基層總額：新增總金額 99.027 億元

一、醫師公會全國聯合會提案：新增金額 71.414 億元

(一)一般服務建議新增「推動醫療給付合理化_增修臨床所需支付標準項目」0.142 億元，增列臨床所需支付標準項目並編列相關預算；「推動醫療給付合理化_調整門診藥事服務費」20 億元，基層院所及特約藥局藥師調配相同處方箋藥物，建議給付相同點數；「因醫療品質提升，增加之醫療費用」增編 8 億元，針對醫療服務密集度改變應增列費用；「提升國人視力照護品質」增編 1.95 億元，建議持續編列放寬白內障手術不足預算；新增「強化國人高血壓照護品質」6.9 億元及「提升國人高血壓控制良率」7.526 億元，提升高血壓照護品質；新增「65 歲以上民眾提供 ICOPE 評估及後續追蹤治療」7.9 億元及「65 歲以上民眾 ICOPE 評估異常專責照護」2.496 億元，65 歲以上之高齡者於接受成人預防保健檢查時，加做「長者

健康整合式功能評估(ICOPE)」，如檢查有相關異常，則由「高齡者專責醫師」收案照顧；「提升國人慢性腎臟病照護品質」，增加 11.5 億元，患有慢性腎臟病民眾投以 SGLT2i 用藥，有效延緩洗腎，節約健保醫療費用。

(二) 專款建議延續項目「因應長新冠照護衍生費用」增編 5 億元(總預算 5.1 億元)。

二、健保署提案：新增金額 23.333 億元

(一) 一般服務建議新增「因支付衡平性已調整支付標準之項目(SUD、離島醫院加成導入一般)」3.92 億元，因支付衡平性已調整支付標準之項目，將 113 年原於專款編列預算，移列至西醫基層總額一般服務；違反特管辦法之扣款，提報減列 0.05 億元。

(二) 專款建議新增「暫時性支付(新藥、新特材)(AI 診療項目)」1 億元；延續項目「促進醫療診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」增編 10 億元(總預算 20 億元)；「醫療給付改善方案」增編 0.0613 億元(總預算 9.0643 億元)；「家庭醫師整合性照護計畫」增編 1.8 億元(總預算 44.28 億元)；透析預算增編 6.602 億元。

三、健保署、醫師公會全國聯合會共同項目之提案：新增金額 4.28 億元(取健保署或醫全會最大值)

一般服務延續項目之「新醫療科技(包括新藥、新特材及新診療項目)」，醫界建議增加 2 億元，健保署建議增加 2.28 億元；「藥品及特材給付規定改變」，醫界建議增加 2 億元，健保署建議增加 0.75 億元。

四、醫師公會全國聯合會之其他訴求

建議移列一般服務之「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」6.593 億元，及專款之「全民健康保險醫療資源不足地區改善方案及相關醫療費用」3.171 億元至其他部門。

醫院總額：新增總金額 709.2553 億元

一、醫院協會提案：新增金額 493.82 億元

(一) 一般服務建議新增「點值不平衡調整方案」124.1 億元，平均健保點值不低每點 0.9；「持續改善醫療工作人員薪資福利-藥師及其他人員」80 億元，持續改善藥師、護理師外醫療人員工作條件；「因應醫院護理人力需求，強化護理照護量能」60 億元，調升整體護理人員薪資，除夜班費外，擴大範圍涵蓋日班及繁重任務津貼；「因應因國家衛生政策因素影響醫院總額資源預算重分配(含醫院評鑑政策致使各層級家數變動、新設醫院)」50 億元；「支付標準-基本診療給付成本校正」150 億元，基本診療章進行全面性成本分析(含診察費、病房費、護理費)。

(二) 專款建議新增「單一使用特材補貼」30 億元，配合醫材單一使用規定，致給付點數不足涵蓋特材問題，以及仍有部分品項未調整(如眼科白內障手術套件)；延續項目「因應長新冠照護衍生費用」減編 0.28 億元(總預算 1 億元)，考量疫情日益趨緩，擬逐年減少預算支出慢慢退場。

二、健保署提案：新增金額 107.5953 億元

- (一) 一般服務建議新增「因支付衡平性已調整支付標準之項目(SUD、離島醫院加成導入一般)」16.83 億元，因支付衡平性已調整支付標準之項目，將 113 年原於專款編列預算，移列至醫院總額一般服務；「因應牙醫支付標準調整所增加預算」0.002 億元，因應 113 年度牙醫支付標準調升，撥補醫院受影響之費用；另違反特管辦法之扣款，提報減列 0.03 億元。
- (二) 專款建議新增「多重慢性病人全人照護計畫(家庭醫師整合性照護計畫)」0.02 億元，參考 113 年地區醫院全人全社區照護計畫，優先以習慣於醫院就醫之糖尿病病人為收案對象，並擴大施行層級至醫學中心及區域醫院；延續項目「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」增編 28.88 億元(總預算 179.96 億元)；「後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費」增編 1.7 億元(總預算 57.5 億元)；「醫療資源不足地區改善方案」增編 0.2 億元(總預算 1.35 億元)；「全民健康險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」增編 3 億元(總預算 16 億元)；「促進醫療診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」33.31 億元(總預算 60 億元)；「區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作」0.53 億元(總預算 1.8 億元)；「醫療給付改善方案」0.3433 億元(總預算 18.4843 億元)；「精神科長效針劑」增編 7.11 億元(總預算 33.75 億元)；「C 型肝炎藥費」增編 7.59 億元(總預算 29.83 億元)；「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」增編 8.11 億元(總預算 10.21 億元)。

三、中長期各司署提案：新增金額 4.4 億元

建議住院整合照護服務試辦計畫，增加 2.4 億元(總預算 8 億元)；

醫院總額新增「代謝症候群防治計畫」2 億元。

四、健保署、醫師公會全國聯合會共同項目之提案：新增金額 103.44 億元(取健保署或醫協最大值)

一般服務延續項目之「新醫療科技(包括新藥、新特材及新診療項目)」醫界建議增加 44.63 億元，健保署建議增加 57.32 億元；「藥品及特材給付規定改變」醫界建議增加 13.77 億元；健保署建議增加 31.58 億元；專款之「暫時性支付(含新藥、新特材)」，醫界建議移列至其他部門，健保署建議增加 14.54 億元(總預算 38.84 億元)。

五、醫院協會之其他訴求：

於其他部門新增「鼓勵擴大在宅醫療服務供給試辦計畫」10 億元，推動數位科技醫療及在宅醫療，落實全人全程健康照護移列；「偏鄉山地離島心臟照護智慧社區推動計畫」5 億元，結合資通訊技術及強化偏鄉、離島及山地等醫療可近性；「暫時性支付(含新藥、新特材)」，移列 24.299 億元，專款移列其他部門。

其他預算：新增總金額 74.922 億元

一、醫師公會全國聯合會提案：新增金額 9.764 億元

移列「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」6.593 億元至其他部門；移列「全民健康保險醫療資源不足地區改善方案及相關醫療費用」3.171 億元至其他部門。

二、醫院協會提案：新增金額 39.299 億元

自醫院總額移列「暫時性支付(含新藥、新特材)」24.299 億元；新增「鼓勵擴大在宅醫療服務供給試辦計畫」10 億元，推動數位科技醫療及在宅醫療，落實全人全程健康照護移列；「偏鄉山地離島心臟照護智慧社區推動計畫」5 億元，結合資通訊技術及強化偏鄉、離島及山地等醫療可近性。

三、健保署提案：新增金額 25.859 億元

「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務」增編 11.13 億元(總預算 94.91 億元)，增加居整計畫、在宅急症照護試辦計畫、精神疾病社區復健之預算；「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」增編 5.012 億元(總預算 13.566 億元)；「提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」，增加 4.123 億元(總預算 20.661 億元)；「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」增編 5.594 億元(總預算 10 億元)。

四、114 年度總額範圍高推估值與上限金額(9,286.28 億元)：

(一) 高推估值訂為 5.5%，增加約 484.11 億元，即低推估值 (3.521%)+協商因素(1.979%，約 174.20 億元)，預估總額為 9,286.28 億元。

(二) 高推估值即低推估值加上協商因素，其中協商因素係依據 114 年度總額政策目標對醫療費用之影響為主，並兼顧醫療體系之發展，與衡量民眾付費能力(含總體經濟情勢)、我國整體醫療保健支出及健保財務收支情形等所擬，作為健保會協議訂定及分配 114 年度總額之空間。

(三) 綜上彙整各部門總額計畫並扣連 114 年規劃目標，及協商因素預算分配金額(共 174.2 億元)分配如下：

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，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。
2. 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。
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，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。

4. 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。

(四) 依據健保法第 61 條，行政院核定年度總額範圍後，須由健保會邀集付費者、醫界及政府單位進行對等協商後，報本部核定，爰上述政策目標內涵與分配金額與協商後核訂之公告金額存有落差。

第二節 本部對外溝通及諮詢健保會意見彙整

為利擬訂 114 年度健保總額範圍，本部援例召開 114 年度健保總額範圍擬訂方向會議，於 113 年 4 月 2 日邀集健保會委員之付費者代表、保險醫事服務提供者代表、專家學者及公正人士，及行政院主計總處、國家發展委員會、健保署、健保會共同與會(總額成長率下限 3.521%)，各界提問與建議重點摘述如下：

一、總額基期及範圍：

(一) 114 年總額基期計算方式

1. 在 114 年總額基期是否有扣減未導入後未執行的額度、校正人口差值，另節流效益應納入總額基期的計算考量。

2. 基期計算很重要，基期數值越高，整個成長金額數值就越高，建議呈現數據時，詳列基期校正公式及金額。

(二) 高推估的成長率與對應金額

1. 醫界提出來的項目跟金額，假設通通都接受的話，大概要多少預算，這樣會比較有方向。
2. 115 年 6% 的費率上限即將到頂，建議到行政院核定總額高推估時，都必須一起考量 6% 的費率上限。

二、低推估：醫療服務成本指數改變率(MCPI)項目與權重之檢討

- (一) 牙醫藥品費用跟醫療器材費用的相關權重跟往年差異非常大，建議提供相關數字變化、計算。其實西醫總額藥費比重也下降很多，整體人事成本占比也都下降，不知道是哪個部分影響，可以再做確認。

- (二) MCPI 用主計總處的資料，但很多不是健保藥品，或特材，這些都沒有辦法反映，應該大幅檢討必要。

三、支付標準

- (一) 考慮各科別的成本問題，支付標準調整可將專科別分布的平衡性納入考量，讓未來專科人力分布更加平衡。
- (二) 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。
- (三) 醫事人員薪資調整，放在一般服務，違反支付標準表精神及總額精神，建議全盤考量醫事人員薪資與支付制度。

四、健保財務

- (一) 運用多元管道挹注健保，如由公務預算或健保署編列其他預算支應，以免造成總額點值惡化。
- (二) 今年的低推估 3.521%，勞工團體擔心高推估結果會影響健保費調漲。

五、規劃目標及提案

- (一) 仰賴公務預算，政府的財務之後都是越來越緊的狀況，要跟各項政務支出競爭，不是一個長治久安的方法，可以在制度面努力，對支付標準及點值問題通盤考量。
- (二) 類似的計畫應該盤點收案條件、涵蓋對象有沒有重疊？如果重疊，要適度去做切割，或者重新盤點，才能確保把每一分錢都花在刀口上。
- (三) 總額已經有很多爭議點，而且在執行上已經確實發生很多問題，建議在制度上徹底去做通盤考量，進行改革。

續依據健保法第 60 條，於 113 年 6 月 19 日健保會委員會議提案諮詢(總額成長率下限 3.521%至上限 5.5%)，委員提問與建議重點摘述如下：

一、總額基期及範圍：

(一) 114 年總額基期計算方式

1. 「扣減基期」實質上並非扣減，而是將未執行金額還給健保基金，基期的定義應是已經有執行的金額，且過去若有預算不足情形，隔年必定有提高預算，故健保總額基期應扣減未導入、未執行預算，不然應更改總額協商原則，新項目一律不可列入一般服務，一律列專款，一般服務不執行還滾成長率，非常不合理。唯亦有支持總額基期不扣減未導入、未執行預算，因沒用完時扣減預算，不夠時卻要醫院自行吸收，非常不公平。
2. 人口費用差值於基期校正會墊高總額，惟於基期校正和事後處理僅差一個成長率，但人口費用差值有乘成長率較合理。

(二) 高推估的成長率與對應金額

1. 高推估 5.5%之安全準備僅剩 1.01 個月，可評估降低高推估值，並應說明健保財務改革方向，多元財源來源為何，其效果應該要有相關評估說明。若繼續上調高推估是否代表即要調高保費。
2. 為確保點值達到 1 點等於 1 元，且使 NHE 占 GDP 占率達到 8%，醫院代表建議高推估值 6%以上。

二、低推估

- (一) 應評估醫療服務成本指數改變率(MCPI)改以四年平均計算，並繼續討論何時導入。
- (二) 牙醫 MCPI 權數之藥品和醫材占比和 105 年差異甚大，因該變動資料會使用 5 年，影響深遠，建議請專家協助諮詢確認。

三、支付標準：協商空間有用於友善醫事人員薪資，應使用公務預算支應，而非使用健保基金支應。

第三節 本部就各界意見之回應

本部經彙整 113 年 4 月 2 日對外說明低推估會議及 6 月 19 日諮詢健保會之各界意見，就總額範圍基期、低推估公式等議題說明如下：

- 一、114 年總額基期金額(8,802.17 億元)較 113 年總額核定金額(8755.35 億元)高，主要係因疫後人口回流，人口費用差值校正後，增加 46.03 億元所致。
- 二、為求總額基期精準計算，並與總額協商所採用之基期計算方式一致，爰自 114 年起，人口費用差值及回補違規扣款金額改於基期校正，使低推估公式回歸僅有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、投保人口預估成長率等參數。
- 三、考量西醫基層一般服務「新醫療科技(3.41 億元)」執行率高於 9

成，不予扣減未導入預算；中醫部門 3 項計畫未執行預算為 4.281 億元，惟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，爰不予扣減未執行預算。

- 四、有關牙醫部門 MCPI 藥品費用及醫療器材費用權重變化較大，經洽主總函覆表示，係因 110 年工業及服務業普查資料，牙醫診所主要費用中之「藥品及醫材費用」5 年間價格上漲幅度較人事費用成長大，致人事費用占總成本比率下降。
- 五、為審視支付標準衡平性，健保署自 112 年規劃推動 RBRVS 作業，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。
- 六、為持續強化全人照護與慢性疾病管理，健保署未來將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、持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服務模式。
- 七、有關醫事人員薪資部分，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 40 億元，強化住院護理照護量能。
- 八、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、規劃多元財源，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。

表 3-1、投保人口結構改變對醫療費用之影響率(每 1 歲為 1 組)

年齡 組別	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
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 3-1、投保人口結構改變對醫療費用之影響率(每 1 歲為 1 組) (續完)

年齡組別	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
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 3-2、投保人口結構改變對醫療費用之影響率(每 5 歲為 1 組)

年齡 組別	111 年			112 年			112 年		
	每人年申報點數			保險對象人數占率			保險對象人數占率		
	女性	男性	小計	女性	男性	小計	女性	男性	小計
0-4 歲	18,820	22,788	20,876	1.66%	1.78%	3.44%	1.56%	1.68%	3.24%
5-9 歲	12,302	15,679	14,052	2.08%	2.24%	4.32%	2.03%	2.18%	4.21%
10-14 歲	8,828	10,663	9,783	1.95%	2.11%	4.06%	1.98%	2.14%	4.12%
15-19 歲	9,926	10,530	10,242	2.16%	2.37%	4.53%	2.09%	2.30%	4.40%
20-24 歲	12,709	10,349	11,477	2.91%	3.18%	6.09%	2.81%	3.08%	5.89%
25-29 歲	15,383	11,641	13,443	3.45%	3.72%	7.17%	3.41%	3.67%	7.08%
30-34 歲	18,940	13,915	16,347	3.51%	3.74%	7.25%	3.53%	3.78%	7.32%
35-39 歲	19,848	17,028	18,455	3.91%	3.82%	7.73%	3.74%	3.72%	7.47%
40-44 歲	22,337	22,659	22,494	4.51%	4.26%	8.77%	4.51%	4.27%	8.78%
45-49 歲	27,260	30,061	28,617	4.03%	3.78%	7.82%	4.12%	3.87%	8.00%
50-54 歲	32,834	37,594	35,158	3.84%	3.66%	7.50%	3.82%	3.62%	7.44%
55-59 歲	38,749	46,983	42,771	3.84%	3.66%	7.50%	3.80%	3.62%	7.42%
60-64 歲	47,238	59,120	52,983	3.66%	3.43%	7.09%	3.74%	3.49%	7.23%
65-69 歲	59,388	73,051	65,885	3.22%	2.92%	6.13%	3.30%	2.98%	6.27%
70-74 歲	75,573	91,510	82,996	2.40%	2.10%	4.50%	2.60%	2.26%	4.86%
75-79 歲	90,419	110,153	99,227	1.35%	1.08%	2.43%	1.42%	1.15%	2.57%
80 歲以上	104,686	130,682	115,331	2.17%	1.50%	3.67%	2.21%	1.51%	3.72%
小計	33,757	35,658	34,695	50.63%	49.37%	100.00%	50.68%	49.32%	100.00%
112 年校正後每人年費用			35,504						
成長率			1.466%						

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。

醫療服務成本指數改變率

■ 指標計算說明：

1. 醫療服務成本係依各總額部門，分有「人事費用」、「藥品費用」、「醫療材料費用」、「基本營業費用」以及「其他營業費用」五項成本類別，就各項之權重及指數，計算其變動率。
2. 各總額部門各項成本之權重，自 109 年總額起，係採行政院主計總處 105 年工業及服務業普查調查之「醫事機構專案調查」之調查結果，取去除「最高及最低 5% 極端值」後之平均數。
3. 依據 106 年底暨 109 年底總額公式檢討結果，計算各項醫療服務成本指數之採計，除「藥品費用」與「醫療材料費用」2 項目由行政院主計總處另行計算外，其餘採用行政院主計總處例行公告之指標項目及數值。

表 4、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4-1、醫院醫療服務成本指數改變率

指標類別及權數項目	權數 (%)	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4-2、西醫基層醫療服務成本指數改變率

指標類別及權數項目	權數 (%)	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	17.82	100.00	103.02	3.020%
國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類	12.67	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	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4-3、牙醫診所醫療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	17.25	101.20	103.89	2.658%
國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類	12.22	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	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4-4、中醫診所醫療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	18.14	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	12.26	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	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)。

第四章 整體健保財務評估與相關措施

第一節 健保財務影響評估

有關 114 年總額範圍草案之財務影響評估(詳表 5)，依 114 年度健保總額成長率範圍(3.521%至 5.5%)，推算保險給付支出約為 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、7-1、7-2、8-1、8-2。

第二節 付費者之付費能力參考指標

有關付費者之付費能力參考指標詳表 9、圖 3 至 4，說明如下：

一、經濟成長率

依據行政院主計總處 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 2 萬 6,400 元調整至 2 萬 7,470 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%。

第三節 健保永續經營之精進策略

截至 113 年 4 月底止，健保財務收支累計結餘 1,358 億元，約當保險給付支出 2.06 個月，114 年健保總額範圍為 3.521%~5.5%，推估截至 114 年底安全準備可維持 1.27 至 1.01 個月，符合全民健康保險法第 78 條安全準備總額以 1 個月至 3 個月保險給付支出之原則性規定，尚無調整費率之迫切性。惟因人口老化及醫療需求增加等因素，中長期健保財務確實面臨壓力，且適逢立法院提案健保法第 62 條保障健保點值之修法，為實現賴總統「健康台灣」之 10 大政見與「健康台灣論壇」之建議策略，分別以收入面、支出面研擬精進策略：

一、 收入面：積極規劃多元化財務方案，包括排除非健保法規定之福利項目經費於政府負擔 36%計算範圍、調高投保金額上限、擴大補充保費計費基礎、檢討保險費率上限等。

(一)排除非健保法規定之福利項目經費於政府負擔 36%計算範圍
依健保法施行細則第 45 條規定，政府每年度負擔本保險之總經費，除健保法規定外，將政府依其他法律規定補助保險對象之保險費及受僱者育嬰留職停薪期間，政府補助原由雇主負擔之保險費納入計算。然該條文自 105 年施行以來，衍生諸多社會保險與社會福利界線模糊，及政府撥補金額減少影響健保財務等疑義。為明確政府健保財務責任及強化健保資源投入，規劃修法，將非屬健保法規定之補助皆排除計算。

(二)調高投保金額上限

自 111 年 7 月 1 日起，將最高一級投保金額由 182,000 元適度調升為 219,500 元(調整幅度 20.6%)，調整後每年約可增加保險收入 25 億元。考量基本工資 112 年、113 年基本工資分別調整 4.55%、4.05%，隨著國人薪資水準持續上升，將持續檢討投保金額上限，以符合社會保險量能負擔之精神，高所得者負擔較多保險費責任，縮小貧富差距衍生之健康不平等，並增加健保財源。

(三)擴大補充保費計費基礎

補充保險費自 102 年施行以來，改善過去以薪資為主要計費基礎的問題，也為健保重要之補充財源；惟受制給付時扣取之單筆計費機制，且目前未成立投保單位或沒有員工加保之投保單位，雇主無須就支付之薪資所得負擔補充保險費；未來將從擴大計費項目、提高計費上限、檢討保險費率、導入結算機制、提升雇主負擔公平性等面向進行研議。

(四)檢討保險費率上限

參照我國其他社會保險，公保及勞保均因高齡化及財務問題等，數度檢討調高費率上限，韓國亦因健保財務困境，112 年討論取消 8%上限。國人對於健保永續至為重視，適度調高費率上限以利健保收入維持成長動力，應具可行性，已納入修法研議。

- 二、 支出面：設立癌藥基金並爭取以公務預算撥補、研議將公共衛生性質之項目移出總額改以公務預算支應、推動分級醫療、家醫、DRG 制度，優先保障住院等急重難症照護，保障山地離島資源不足地區院所之收入或點值，抑制資源不當耗用及

重複用藥、檢查(驗)管理。

(一)設立癌藥基金並爭取以公務預算撥補

鑒於癌藥發展快速及精準醫療的引進，除全民健保給付外，應建置多元財源，設置新(癌)藥專款預算（由公務預算支應），以滿足臨床治療需求。

(二)研議將公衛性質項目移出總額改以公務預算支應

依據賴總統提出健康臺灣十大政見，其中一項即為「確保健保永續經營」，健康臺灣論壇針對前述政見提出「擴大健保財務來源、兼顧社會公平」策略，並建議「部分總額項目改公務預算支應」，刻正盤點屬公衛、預防保健項目、配合政策需要編列等項目移出健保總額，回歸公務、基金等預算支應，以利健保永續。

(三)推動分級醫療、家醫、DRG 制度

於 112 年 7 月 1 日起實施門診藥品、急診部分負擔調整方案，藉以強化分級醫療，112 年下半年基層門診就醫件數占率較上半年上升、各層級醫院急診輕症（檢傷第 4、5 級）案件較疫情前同期占率下降、整體慢箋每次調劑費下降等變化，對於促進分級醫療、改善急診壅塞及藥費負擔公平，略有助益。另推動家醫計畫，提升慢性病照護品質，擴大推動 DRG、通盤檢討支付標準衡平性，確保醫事服務機構獲得合理給付，反映醫材及人力成本之財務衝擊。

(四)優先保障住院等急重難症照護，確保山地離島資源不足地區院所之收入或點值

為避免點值浮動，導致離島或醫療資源不足地區具急救責任之「燈塔型地區醫院」營運困難，除原以醫療服務點數加成

及點值保障外，另將增列保障其基本收入。

(五)抑制資源不當耗用及重複用藥、檢查(驗)管理

透過歷年推廣醫療院所運用雲端系統及實施各項藥品管理方案等政策，估算 103 年至 110 年減少重複藥費約 109.7 億元，其中 110 年約 16.2 億元支出。透過電腦斷層(CT)、磁共振造影(MRI)醫療影像調閱，估算 107 年至 110 年減少重複檢查檢驗費用約 16.4 億點，其中 110 年約 6.3 億點支出。

為維持健保穩健發展，除賡續推動相關精進措施、檢視修法範疇外，亦持續兼顧民眾醫療需求與醫療照護服務品質，朝穩定健保點值、保障醫護人員合理待遇、總額適度成長、醫療體系健全發展及健保永續經營之目標前進，以妥善運用健保資源、落實健保永續經營。

表5、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 年當年保險收支餘絀(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6、歷年健保財務收支情形(85年至114年)

年別	保險收入[1]		保險成本[2]		保險收支	保險收支
	金額 (億元)	成長率 (%)	金額 (億元)	成長率 (%)	餘絀(億元) [3]=[1]-[2]	累計餘絀 (億元)
85 年	2,413	-	2,229	-	184	555
86 年	2,436	0.96	2,376	6.58	60	616
87 年	2,605	6.91	2,620	10.28	-16	600
88 年	2,649	1.69	2,859	9.10	-210	390
89 年	2,852	7.65	2,842	-0.59	10	400
90 年	2,861	0.34	3,018	6.19	-156	243
91 年	3,076	7.50	3,233	7.12	-157	87
92 年	3,368	9.48	3,371	4.29	-4	83
93 年	3,522	4.60	3,527	4.61	-4	79
94 年	3,611	2.51	3,674	4.18	-63	15
95 年	3,819	5.76	3,822	4.02	-3	12
96 年	3,874	1.44	4,011	4.96	-138	-126
97 年	4,020	3.77	4,159	3.68	-140	-265
98 年	4,031	0.28	4,348	4.53	-317	-582
99 年	4,608	14.32	4,423	1.73	185	-397
100 年	4,924	6.85	4,582	3.59	342	-55
101 年	5,072	3.01	4,806	4.90	265	210
102 年	5,557	9.57	5,021	4.47	536	746
103 年	5,695	2.49	5,181	3.19	514	1,260
104 年	6,410	12.54	5,381	3.85	1,029	2,289
105 年	5,869	-8.43	5,684	5.63	186	2,474
106 年	5,900	0.53	5,998	5.54	-98	2,376
107 年	6,061	2.73	6,328	5.49	-266	2,109
108 年	6,224	2.69	6,566	3.77	-342	1,767
109 年	6,278	0.87	6,954	5.91	-676	1,091
110 年	7,119	13.39	7,274	4.60	-155	936
111 年	7,603	6.81	7,491	2.98	113	1,049
112 年(院編)	8,114	6.71	7,766	3.67	348	1,397
113 年(P)	8,087	-0.33	8,104	4.36	-18	1,379
114 年(P)-低推估 3.521%	7,970	-1.45	8,452	4.28	-482	897
114 年(P)-高推估 5.5%	7,969	-1.46	8,624	6.41	-655	724
85~112 年平均	4,663	4.59	4,627	4.73	-	-

製表日期：113.06.07

- 說明：1、保險收入＝保險費收入(應收保險費＋中斷投保開單－呆帳提存)＋保險費滯納金＋社會公益彩券盈餘分配收入＋菸品健康福利捐分配收入＋投資淨收益(利息收入－利息費用＋買賣票券利益－投資損失)＋雜項收入＋其他業務外收入。
- 2、保險成本＝醫療給付費用總額－部分負擔－代位求償及代辦部分負擔醫療費用－其他非本保險應付之費用＋其他業務外費用。
- 3、85 年保險收支累計結餘 555 億元含 84 年結餘 371 億元，111 年(含)以前為審定決算數，112 年為院編決算數，113 年及 114 年為預估值。
- 4、113 年度健保費率，經行政院核定一般保險費費率維持現行為 5.17%，補充保險費費率為 2.11%；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。
- 5、行政院主計總處為因應健保安全準備不足 1 個月保險給付支出，112 年於「撥補全民健康保險基金」項下核增 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 200 億元。
- 6、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。

7、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

表 7-1、111 年至 118 年全民健保財務收支概估(依現行費率推估)
 _114年度總額成長率依總額範圍(草案)：低推估(3.521%)

單位：億元、月數

項目	111 年	112 年	113 年	114 年	115 年	116 年	117 年	118 年
	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	9,559	9,959	10,326	10,718
成長率	3.320%	3.323%	4.700%	3.521%	3.653%	4.131%	4.345%	4.157%
保險成本	7,491	7,766	8,104	8,452	8,888	9,277	9,634	10,015
保險收入	7,603	8,114	8,087	7,970	8,062	8,128	8,214	8,294
一、保險費相關收入	7,435	7,939	7,915	7,810	7,911	7,982	8,068	8,148
(一)保險費收入	7,474	7,734	7,758	7,853	7,955	8,037	8,145	8,254
1.一般保險費	5,857	6,076	6,242	6,303	6,366	6,412	6,475	6,539
2.補充保險費	734	722	618	627	633	645	657	667
3.政府負擔不足法定 36%之差額	883	937	898	924	955	980	1,013	1,047
二、其他收入	130	380	329	117	108	91	69	41
當年安全準備填補金額	56	-	189	641	977	219	-	-
當年保險收支餘絀	113	348	-18	-482	-825	-1,149	-1,420	-1,721
保險收支累計餘絀	1,049	1,397	1,379	897	72	-1,077	-2,497	-4,218
約當保險給付支出月數	1.68	2.16	2.04	1.27	0.10	-1.39	-3.11	-5.05

製表日期：113.06.07

- 說明：1、其他收入項包含營運資金孳息、雜項業務收入、其他業務外收入、利息費用(減項)、呆帳提列(減項)及安全準備相關收入(係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)。
- 2、當年安全準備填補金額，係指運用安全準備(前一年累計餘絀，加計當年安全準備相關收入)填補當年保險費相關收入與保險成本間發生短絀之金額。
- 3、113 年度醫療給付費用總額核定成長率為 4.7%，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，以後年度皆含人口費用差值金額。
- 4、114 年總額成長率依總額範圍(草案)低推估值為 3.521%，115 年起之總額成長率，採以歷年核定之「醫療服務成本及人口因素」成長率與「協商因素」成長率推估。
- 5、行政院主計總處為因應健保安全準備不足 1 個月保險給付支出，112 年於「撥補全民健康保險基金」項下核增 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 200 億元。
- 6、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

表7-2、111年至118年全民健保財務收支概估(依現行費率推估)
 _114年度總額成長率依總額範圍(草案)：高推估(5.5%)

單位：億元、月數

項目	111 年	112 年	113 年	114 年	115 年	116 年	117 年	118 年
	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	9,286	9,742	10,150	10,524	10,923
成長率	3.320%	3.323%	4.700%	5.500%	3.653%	4.131%	4.345%	4.157%
保險成本	7,491	7,766	8,104	8,624	9,068	9,466	9,829	10,218
保險收入	7,603	8,114	8,087	7,969	8,059	8,120	8,203	8,279
一、保險費相關收入	7,435	7,939	7,915	7,810	7,911	7,974	8,056	8,133
(一)保險費收入	7,474	7,734	7,758	7,853	7,955	8,037	8,145	8,254
1.一般保險費	5,857	6,076	6,242	6,303	6,366	6,412	6,475	6,539
2.補充保險費	734	722	618	627	633	645	657	667
3.政府負擔不足法定 36%之差額	883	937	898	924	955	980	1,013	1,047
二、其他收入	130	380	329	115	104	83	57	26
當年安全準備填補金額	56	-	189	814	872	-	-	-
當年保險收支餘絀	113	348	-18	-655	-1,010	-1,345	-1,627	-1,938
保險收支累計餘絀	1,049	1,397	1,379	724	-286	-1,631	-3,258	-5,196
約當保險給付支出月數	1.68	2.16	2.04	1.01	-0.38	-2.07	-3.98	-6.10

製表日期：113.06.07

- 說明：1、其他收入項包含營運資金孳息、雜項業務收入、其他業務外收入、利息費用(減項)、呆帳提列(減項)及安全準備相關收入(係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)。
- 2、當年安全準備填補金額，係指運用安全準備(前一年累計餘絀，加計當年安全準備相關收入)填補當年保險費相關收入與保險成本間發生短絀之金額。
- 3、113年度醫療給付費用總額核定成長率為4.7%，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，以後年度皆含人口費用差值金額。
- 4、114年總額成長率依總額範圍(草案)高推估值為5.5%，115年起之總額成長率，採以歷年核定之「醫療服務成本及人口因素」成長率與「協商因素」成長率推估。
- 5、行政院主計總處為因應健保安全準備不足1個月保險給付支出，112年於「撥補全民健康保險基金」項下核增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200億元。
- 6、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

表8-1、111年至118年全民健保財務收支概估(依平衡費率推估)
 _114年度總額成長率依總額範圍(草案)：低推估(3.521%)

單位：億元、月數

項目	111 年	112 年	113 年	114 年	115 年	116 年	117 年	118 年
	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	9,559	9,959	10,326	10,718
成長率	3.320%	3.323%	4.700%	3.521%	3.653%	4.131%	4.345%	4.157%
保險成本	7,491	7,766	8,104	8,452	8,888	9,277	9,634	10,015
保險收入	7,603	8,114	8,087	8,465	8,894	9,282	9,562	9,687
一、保險費相關收入	7,435	7,939	7,915	8,301	8,730	9,116	9,397	9,524
(一)保險費收入	7,474	7,734	7,758	8,348	8,779	9,167	9,449	9,578
1.一般保險費	5,857	6,076	6,242	6,699	7,022	7,302	7,498	7,572
2.補充保險費	734	722	618	662	695	734	760	774
3.政府負擔不足法定 36%之差額	883	937	898	986	1,062	1,131	1,191	1,231
二、其他收入	130	380	329	116	115	115	113	108
當年安全準備填補金額	56	-	189	150	158	162	238	491
當年保險收支餘絀	113	348	-18	13	7	5	-72	-328
保險收支累計餘絀	1,049	1,397	1,379	1,392	1,399	1,404	1,332	1,004
約當保險給付支出月數	1.68	2.16	2.04	1.98	1.89	1.82	1.66	1.20

製表日期：113.06.07

- 說明：1、其他收入項包含營運資金孳息、雜項業務收入、其他業務外收入、利息費用(減項)、呆帳提列(減項)及安全準備相關收入(係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)。
- 2、當年安全準備填補金額，係指運用安全準備(前一年累計餘絀，加計當年安全準備相關收入)填補當年保險費相關收入與保險成本間發生短絀之金額。
- 3、113 年度醫療給付費用總額核定成長率為 4.7%，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，以後年度皆含人口費用差值金額。
- 4、114 年總額成長率依總額範圍(草案)低推估值為 3.521%，115 年起之總額成長率，採以歷年核定之「醫療服務成本及人口因素」成長率與「協商因素」成長率推估。
- 5、113 年度健保費率，經行政院核定一般保險費費率維持現行為 5.17%(補充保險費費率為 2.11%)；114 年起各年收支平衡費率分別為 5.50%、5.71%、5.90%、6.05%及 6.21%。113 年度健保費率，經行政院核定一般保險費費率維持現行為 5.17%(補充保險費費率為 2.11%)；114 年至 116 年收支平衡費率分別為 5.50%、5.71%及 5.90%，惟 117 年及 118 年收支平衡費率分別為 6.05%及 6.21%，超過法定上限 6%，以 6%計算。
- 6、行政院主計總處為因應健保安全準備不足 1 個月保險給付支出，112 年於「撥補全民健康保險基金」項下核增 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 200 億元。
- 7、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

表8-2、111年至118年全民健保財務收支概估(依平衡費率推估)
 _114年度總額成長率依總額範圍(草案)：高推估(5.5%)

單位：億元、月數

項目	111 年	112 年	113 年	114 年	115 年	116 年	117 年	118 年
	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	9,286	9,742	10,150	10,524	10,923
成長率	3.320%	3.323%	4.700%	5.500%	3.653%	4.131%	4.345%	4.157%
保險成本	7,491	7,766	8,104	8,624	9,068	9,466	9,829	10,218
保險收入	7,603	8,114	8,087	8,631	9,077	9,436	9,561	9,682
一、保險費相關收入	7,435	7,939	7,915	8,468	8,912	9,270	9,397	9,525
(一)保險費收入	7,474	7,734	7,758	8,516	8,963	9,322	9,451	9,579
1.一般保險費	5,857	6,076	6,242	6,831	7,167	7,424	7,498	7,572
2.補充保險費	734	722	618	676	710	746	761	775
3.政府負擔不足法定 36%之差額	883	937	898	1,008	1,086	1,152	1,192	1,232
二、其他收入	130	380	329	115	114	113	111	103
當年安全準備填補金額	56	-	189	156	156	196	432	693
當年保險收支餘絀	113	348	-18	7	8	-30	-268	-536
保險收支累計餘絀	1,049	1,397	1,379	1,386	1,395	1,365	1,096	561
約當保險給付支出月數	1.68	2.16	2.04	1.93	1.85	1.73	1.34	0.66

製表日期：113.06.07

- 說明：1、其他收入項包含營運資金孳息、雜項業務收入、其他業務外收入、利息費用(減項)、呆帳提列(減項)及安全準備相關收入(係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)。
- 2、當年安全準備填補金額，係指運用安全準備(前一年累計餘絀，加計當年安全準備相關收入)填補當年保險費相關收入與保險成本間發生短絀之金額。
- 3、113 年度醫療給付費用總額核定成長率為 4.7%，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，以後年度皆含人口費用差值金額。
- 4、114 年總額成長率依總額範圍(草案)高推估值為 5.5%，115 年起之總額成長率，採以歷年核定之「醫療服務成本及人口因素」成長率與「協商因素」成長率推估。
- 5、113 年度健保費率，經行政院核定一般保險費費率維持現行為 5.17%(補充保險費費率為 2.11%)；114 年及 115 年收支平衡費率分別為 5.61%及 5.83%，惟 116 年至 118 年收支平衡費率分別為 6.02%、6.18%及 6.34%，超過法定上限 6%，以 6%計算。
- 6、行政院主計總處為因應健保安全準備不足 1 個月保險給付支出，112 年於「撥補全民健康保險基金」項下核增 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 200 億元。
- 7、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

表9、付費者之付費能力參考指標

	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 ^{註2} (工業及服務業總計)	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=2676&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，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。

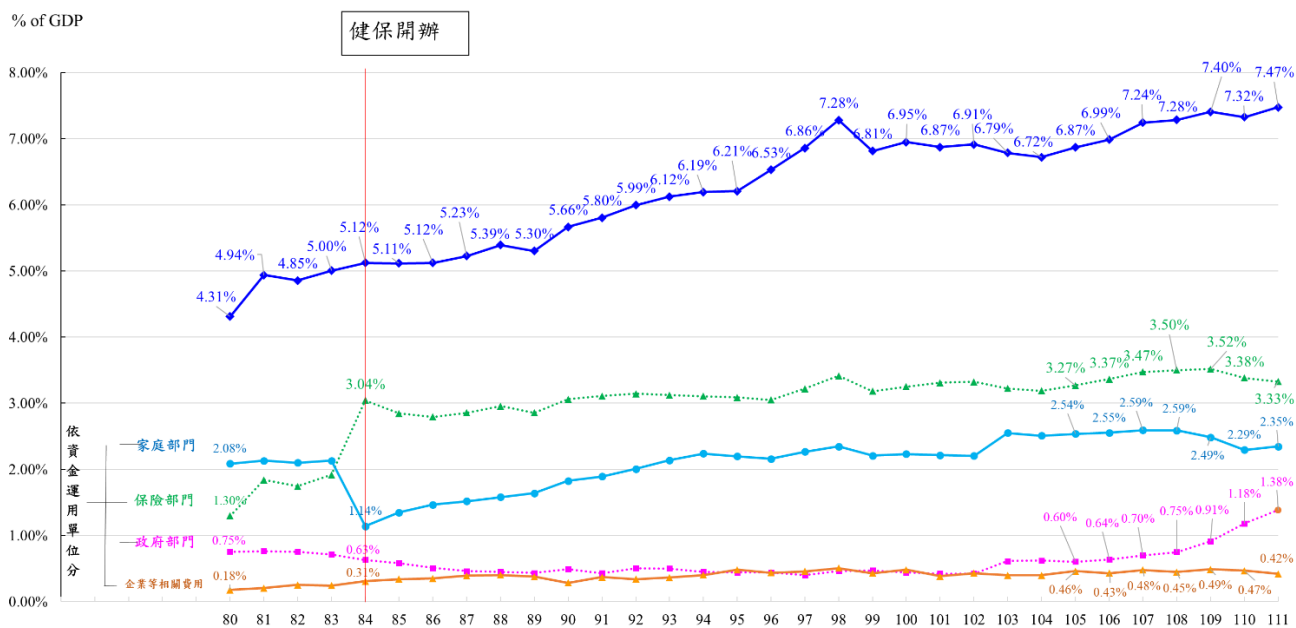


圖3、歷年我國醫療保健支出占GDP比率與保險、民間及政府部門占GDP比率(至111年)

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」。

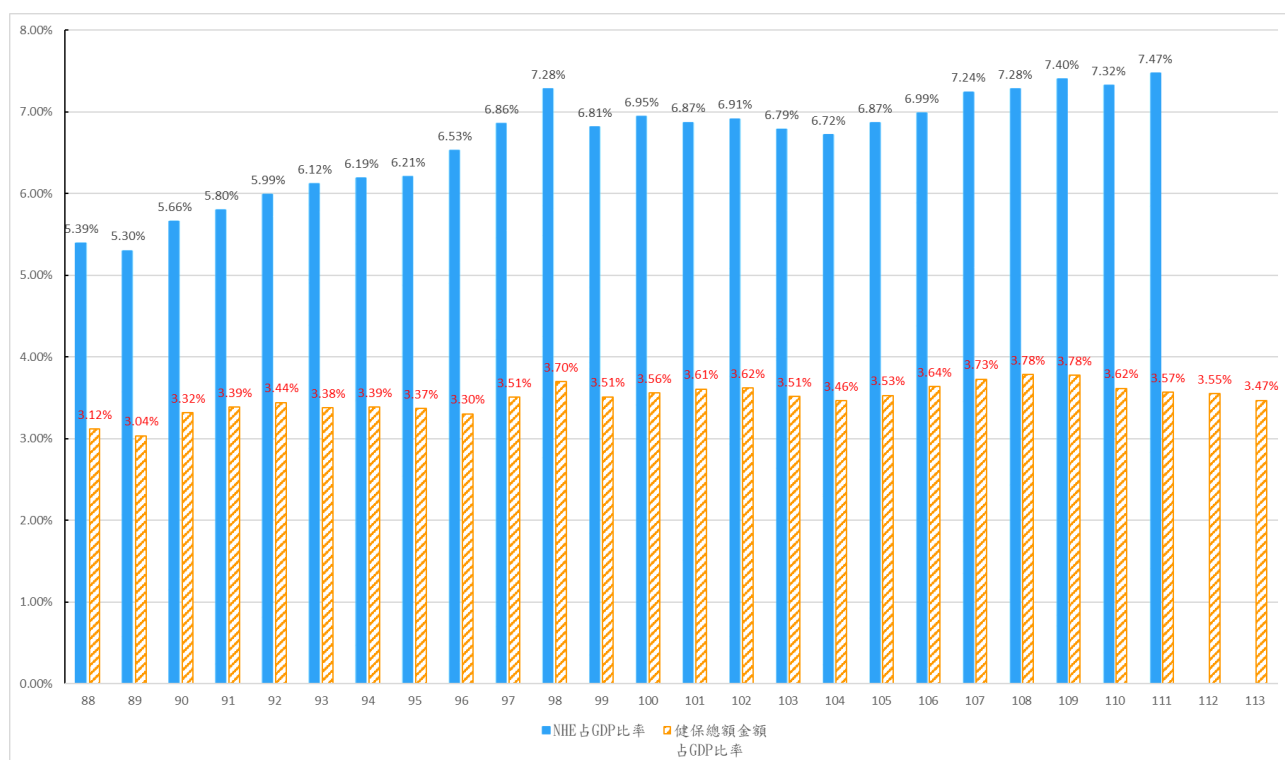


圖4、歷年健保總額占GDP比率趨勢圖

第五章 行政院核定 113 年度總額範圍之函示事項辦理情形

行政院 112 年 7 月 31 日院臺衛字第 1121030976 號函，除核定 113 年度健保醫療給付費用成長率範圍，並函示 3 點事項：

- 一、 依據全民健康保險財務推估，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絀問題，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。

本部說明如下：

- 一、 由於政府擴大財政挹注，112 年度除法定負擔外，行政院另增核

公務預算撥補健保基金 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再增加挹注健保基金 200 億元，截至 113 年 4 月底止，健保財務收支累計結餘約 1,358 億元，約當保險給付支出 2.06 個月，尚符合健保法第 78 條保險安全準備總額以 1 至 3 個月保險給付支出之原則性規定。

- 二、 隨著我國人口結構改變及社會環境變遷，並強化健康投資，預期未來醫療費用支出將持續成長，本部將逐步進行 健保財務改革措施，包含提高投保金額上限，強化政府財務責任、檢討補充保險費、研擬多元財源，及成立健保法修法工作小組，檢討收支重大議題，為因應中長期財務壓力做預先準備，使健保財務維持長久穩健。
- 三、 為提升醫療服務效率，減少不必要醫療行為及重複檢驗檢查等醫療浪費，本部推動多項重要措施。另為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，透過健保中長期計畫推動，逐步將家醫計畫與論質計酬、代謝症候群防治計畫等方案整合。
- 四、 同時考量以人為中心，健保往後延伸與長照銜接，醫養必須合一，導入居家急症照護模式，針對感染急症患者由醫療團隊至案家或長照機構住民提供注射抗生素等服務，避免患者住院。後續再將醫療轉到以社區為基礎的照護模式，達到在宅安老的目標，並擴大整體醫療服務量能，以因應未來人口老化及人口結構變化之衝擊。
- 五、 積極提升給付價值，持續推動支付制度改革，減少低價值服務，每年於總額內編列「新醫療科技」預算，將新診療項目納入健保

給付或擴大適應症；惟在健保預算有限之情形下，為使有限資源達到有效配置，辦理醫療科技評估(HTA)，研議後續是否納入健保給付事宜。另為推動支付制度改革，減少低價值服務，提升給付與支付效率，就現有藥品、特材及醫療服務，運用醫療科技再評估(HTR)制度，提供具體後續政策或支付規範研議方向或措施，使醫療資源再配置的過程達到最大效率化，做為日後執行健保資源配置及給付效益評估的基礎。

- 六、 為持續推動 Tw-DRGs，健保署 111 年起與台灣醫院協會共同組成工作小組，針對 Tw-DRGs 雙軌實施內容、支付通則修訂進行研議，並辦理醫院參與雙軌之意願調查，同步配合 ICD-10-CM/PCS 代碼轉換，研商 DRG 支付制度之改革方向。於 112 年 5 月初擬 Tw-DRGs 雙軌擴大推動方案(草案)，規劃採醫院自由參加方式，並以「支付通則調整」及「納入價值支付獎勵」做為參與誘因，將持續與各界溝通及討論共識方案，據以調整推動內容及方向。
- 七、 為審視支付標準衡平性，健保署 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。
- 八、 二代健保後已建立收支連動機制，為維持收支平衡，將持續透過該機制，檢討保險給付與保險費率，並與時俱進滾動調整各項計畫，以確保健保永續發展。

第六章 結 論

依健保法第 60 條規定，本部擬訂 114 年度健保醫療給付費用總額成長率範圍經 113 年 6 月 19 日諮詢健保會，其範圍為 3.521%至 5.5%，預估整體健保醫療費用約為 9,112.08 億元至 9,286.28 億元，相較於基期增加約 309.91 億元至 484.11 億元。其中，低推估值考量投保人口結構改變對醫療費用之影響率、醫療服務成本指數改變率及投保人口預估成長率；高推估值則依據 114 年規劃目標及平衡民眾付費能力。

本部亦參考近期府院施政方向，為達成「健康台灣」、「健保永續」，將積極推動多項措施，包括充足醫療人力，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。

後續俟行政院核定後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。

抄本

檔 號： 附錄四
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

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

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國113年7月5日
發文字號：衛部健字第1133360086號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：

附件：1. 114年度總額協商程序；2. 114年度總額協商架構及原則；3. 114年度健保政策目標

主旨：檢送本會議定之「114年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」（如附件1），敬請貴會（署）配合辦理各項總額協商作業，請查照。

說明：

- 一、依本會第6屆113年第4次委員會議(113.5.22)決議辦理。
- 二、旨揭協商程序內容原則大多援往例辦理，其中明訂「114年度總額協商因素項目及計畫草案會前會」（下稱協商會前會）應提報之內容，請貴會（署）依預定時程及早規劃，並配合辦理下列事項：

- (一)為利本會於本(113)年8月21日(星期三)下午召開協商會前會，請於本年8月12日前，依附件1協商程序壹.工作計畫表一.(四).1.(1)提出完整之「114年度總額協商因素項目及計畫草案」（下稱協商草案），包含各協商項目或計畫之

具體內容(格式如附件1之附表1)，並填具自行檢核表(如附件1之附表2)，逐項檢視提報資料齊全完備後送本會。

(二)在本年8月21日召開協商會前會後，請務必如期於本年8月29日前，提送協商草案之最終版本(格式如附件1之附表1)，並再次依自行檢核表(如附件1之附表2)確認資料之完整性，俾利協商，且送會後不可臨時提出新增項目或更動內容。

(三)訂於本年9月25日(星期三)召開協商會議，將依本會7月份委員會議抽籤決定之協商順序及時段進行，預計於當天晚上8時50分結束。若有協商未盡事宜，在協商雙方代表共識下，得於9月26日(星期四)上午繼續協商，並於9月27日(星期五)上午召開第8次委員會議確認協商結論。

(四)另請於本年10月7日前，提送地區預算分配之建議方案，於10月份委員會議討論。倘部門未提送建議方案，則由本會掣案提11月份委員會議討論，以能依法於年底前完成協定。

三、衛生福利部業於本年6月28日將114年度總額範圍(草案)函報行政院，暫依前開資料，配合修正「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2)，並摘錄114年度健保政策目標(如附件3)，請貴會(署)納為協商草案提案之參考。

四、為利本會委員了解行政院對總額範圍核定情形及政策目標，
將依總額協商程序(如附件1)，邀請衛生福利部於交議本會
114年度總額範圍案後，派員於本會委員會議說明。

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

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：張毓芬

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6月28日

發文字號：健保醫字第1130662956B號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

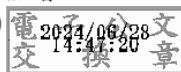
附件：如主旨 (A21030000I_1130662956B_doc3_Attach1.pdf)

主旨：檢送113年度醫院總額「因應長新冠照護衍生費用」內容
(附件)，請查照。

說明：依據本署113年6月12日召開之全民健康保險醫療給付費用
醫院總額113年第2次研商議事會議決議辦理。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：台灣醫院協會(含附件)



113.07.01



1133340171

113 年度醫院總額「因應長新冠照護衍生費用」內容

- 一、預算經費：113 年度全年經費 128 百萬元。
- 二、執行目標：妥適照護因 COVID-19 確診所引發相關病癥(含 MIS-C 及 Baricitinib 及 Tocilizumab 二項關節炎藥品)個案及減緩新冠引起的醫療耗用。
- 三、預期效應：減緩醫院部門因 COVID-19 照護產生的財務衝擊。
- 四、預算支用項目及操作型定義：

(一)支用項目

1. 第 1 階段：支應 COVID-19 確診病人住院期間使用 Baricitinib 及 Tocilizumab 二項關節炎藥品醫令點數。
2. 第 2 階段：支應 MIS-C 免疫球蛋白藥品醫令點數。
3. 第 3 階段：支應 COVID-19 確診及照護個案醫療費用點數。

(二)操作型定義：

1. COVID-19 確診病人住院期間使用 Baricitinib 及 Tocilizumab 二項關節炎藥品醫令點數：
費用年月 113 年 1 月起申報主次診斷碼為(ICD-10-CM U07.1 或 U09.9)且同時使用藥品代碼(BC27288100、BC27289100、KC00907219、KC00907229、KC00907238、X000246219、X000247229 等)(醫令類別 1、X、Z)之藥品醫令點數。
2. MIS-C 免疫球蛋白藥品醫令點數：
0~19 歲(就醫日期年－保險對象生日年)保險對象，當次就醫申報診斷碼符合下列任一條件，且使用 ATC 代碼 J06BA02 之藥品醫令點數(醫令類別 1、X、Z)。
 - (1) 同時申報 U07.1、M35.8
 - (2) 同時申報 M35.8、U09.9
 - (3) 同時申報 M35.8、Z20.822
 - (4) 同時申報 M35.8、Z86.16
3. COVID-19 確診及照護個案醫療費用點數：
主次診斷碼為 ICD-10-CM M35.8 或 U09.9 之醫療費用點數(申請點數＋部分負擔)。

4. 同一個案，依序結算，不重複計算。

五、結算方式：

- (一)本預算按季均分，依序支應第1階段、第2階段之藥費，並依各項目各季各就醫分區實際執行情形，併入各季各分區一般服務費用結算。
- (二)當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足支應，則按各季各項目各分區前開實際執行申報醫療點數之比例分配，併入各季該分區一般服務費用結算。
- (三)全年預算若有結餘，則支應第3階段醫療費用點數，並依其全年各就醫分區實際執行情形，併入當年第4季各分區一般服務費用結算，若預算不足支應，則依全年各分區前開實際執行申報醫療點數之比例分配，併入當年第4季各分區一般服務費用結算。

六、預期效益之評估指標：本項預算因實際個案產生之申報為基準，為實報實銷之性質，爰評估指標僅能設定為使用率達80%。

七、醫療利用監控及管理措施：因本預算為專款，用於支應 COVID-19 確診病人使用 Baricitinib 及 Tocilizumab 二項關節炎及 MIS-C 免疫球蛋白藥品費用，以及 COVID-19 確診及照護醫療費用點數，不致發生濫用情形，預算如有剩餘則回歸健保基金，健保署仍將定期統計申報資料，提報每季醫院總額研商議事會議監控利用情形。

檔 號：

附錄六

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：葉若涵

聯絡電話：02-27065866 分機：3629

傳真：02-27069043

電子郵件：A111167@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7月5日

發文字號：健保醫字第1130662797號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：無

主旨：有關「桃園市擴大肺癌篩檢計畫」高風險族群篩檢疑似陽性個案後續衍生CT檢查費用，以醫院總額「因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增」專款項目（下稱本項專款）支應案，詳如說明，請查照。

說明：

- 一、依據本署113年3月25日第1130661208號奉衛生福利部核定簽暨同年6月12日全民健康保險醫療給付費用醫院總額113年第2次研商議事會議決定辦理。
- 二、查衛生福利部公告112及113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式，本項專款預算全年經費分別為1,000百萬元、500百萬元，用於衛生福利部國民健康署肺癌篩檢後疑似陽性個案後續確診費用。
- 三、旨案業經113年3月6日全民健康保險醫療給付費用醫院總額113年第1次研商議事會議（下稱研商會議）決議通過，於同年月25日簽奉衛生福利部核定，並經113年第2次研商會議決定提報貴會。
- 四、截至112年12月止，參與「桃園市擴大肺癌篩檢計畫」高風險族群篩檢計18,516人，其中疑似陽性個案數1,229人，後續執行CT檢查計456人，約2百萬點，業納入112年度本項專款

結算作業。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：



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7月12日

發文字號：健保醫字第1130663222號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

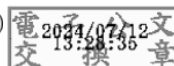
附件：如主旨 (A21030000I_1130663222_doc2_Attach1.pdf)

主旨：檢送「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」預期效益之評估
指標(一)「降低使用抗凝血劑病人牙科處置後24小時內，
因牙科處置相關之口腔出血至院所就診之比率」操作型定
義(附件)，請查照。

說明：依據貴會第6屆113年第1次委員會議決定辦理。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會(含附件)



3.07.12



1133340184

**113 年度全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫
預期效益之評估指標：「降低使用抗凝血劑病人牙科處置後 24 小時
內，因牙科處置相關之口腔出血至院所就診之比率」操作型定義**

一、公式 1：服用抗凝血病人經牙科處置，至院所拔牙後特別處理比率

(一)分母：有服用抗凝血劑病人在牙醫院所就診，當次有申報特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)及拔牙醫令之案件數。

(二)分子 1：分母之病人 24 小時內至院所就診，當次有申報同牙位拔牙後特別處理(92012C)之案件數。

(三)公式 1：分子 1/分母*100%。

二、公式 2：服用抗凝血病人經牙科處置，至院所牙醫急症處置比率

(一)分母：有服用抗凝血劑病人在牙醫院所就診，當次有申報特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)及拔牙醫令之案件數。

(二)分子 2：分母之病人 24 小時內至院所就診，當次有申報同牙位牙醫急症處置-每次門診限申報一次(92093B)之案件數。

(三)公式 2：分子 2/分母*100%。

備註：

1. 「有服用抗凝血劑病人」係指近 6 個月有申報抗凝血劑藥物。

2. 抗凝血劑暨 ATC 碼如下：

B01AA03(Warfarin) 、 B01AB01(Heparin) 、 B01AC04(Clopidogrel) 、
B01AC05(Ticlopidine) 、 B01AC06(Aspirin) 、 B01AC07(Dipyridamole) 、
B01AC23(Cilostazol) 、 B01AC56(Acetylsalicylic acid and esomeprazole) 、
B01AB05(Enoxaparin) 、 B01AX05(Fondaparinux) 、 B01AE07(Dabigatran) 、
B01AF02(Apixaban) 、 B01AF03(Edoxaban) 、 B01AX06(Rivaroxaban) 、
B01AC17(Tirofiban) 、 B01AC24(Ticagrelor) 、 B01AC22(Prasugrel) 。

3. 拔牙醫令：92013C(簡單性拔牙)、92014C(複雜性拔牙)、92015C(單純齒切除術)、
92016C(複雜齒切除術)、92063C(手術拔除深部阻生齒)、92055C(乳牙拔除)、
92092C(乳牙複雜性拔牙)。

4. 因牙醫支付項目中沒有單獨申報止血項目，故以 92012C(拔牙後特別處理)代替，
但該醫令適應症包含乾性齒槽炎或縫合止血及局部麻醉。

5. 因牙醫支付項目中沒有單獨申報止血項目，故以 92093B(牙醫急症處置-每次門

診限申報一次)代替，但該醫令適應症包含(1)顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者、(2)外傷導致之牙齒斷裂、(3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血、(4)下顎關節脫臼、(5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎、(6)口腔及顏面撕裂傷。

健保會委員關切「代謝症候群防治計畫」之推動成效及「在宅急症照護試辦計畫」之實施內容

健保會 113.7

健保會委員持續關心 111 年開辦「代謝症候群防治計畫」(下稱代謝計畫)的執行情形及其成效評估結果，對於 113 年度總額新增的「在宅急症照護試辦計畫」(下稱在宅計畫)，委員也希望瞭解其實施內容及照護品質與預估可能替代住院費用情形，爰依照 113 年度總額決定事項，於第 5 次委員會議(113.6.19)安排健保署進行 2 項專案報告。

代謝計畫係配合衛福部健保總額中長期計畫，希望藉由早期發現、介入，減少國人罹患慢性病，乃自 111 年在西醫基層總額中編列專款，預算 3.08 億元，112 年起增至 6.16 億元。依健保署報告，截至 113 年 4 月底，累計收案人數達 16 萬 5 千多人，其中 65% 為家庭醫師整合性照護計畫(下稱家醫計畫)收案會員，參與醫師人數為 3,995 人，參與診所計 2,552 家(參與率 39%)，收案人數以 100 人以下最多，有 1,214 家(48%)，但有 803 家(約 31%)並未收案。在成效部分，依血壓、血糖、三酸甘油酯等 8 項指標改善情形顯示，有 24.7%~47.3% 個案於追蹤時，已達進步獎勵目標，該署後續將朝全人照護方向整合，由家醫計畫整合本計畫及糖尿病論質計酬相關方案，提供病人整合性醫療照護。

委員在聽取健保署的報告後，認為本計畫有助改善民眾健康，但對於與家醫計畫重複收案比率達 65%，認為應朝整合資源方向推動，以避免資源重複配置，爰請健保署進一步分析，並估算計畫整合所需預算，供未來總額協商參考；另外，對於參與計畫但未收案之 803 家院所，建議健保署瞭解原因及協助改善，對於收案人數較多(例如超過 300 人)的診所，也應進一步評估其效益；再者，考量診所規模大小不同，建議收案人數上限應從「每家診所」為單位，改以訂定醫師之收案人數上限為宜。在資訊運用方面，鑑於未來大家醫平台將整合民眾健康資訊，委員建議健保署應將相關數據整併到健康存摺，供民眾參考運用，以利提升健康意識。

有關 113 年新增之在宅計畫，依健保署報告，適用對象為經主治醫師評估為肺炎、尿路感染、軟組織感染且符合條件適合在宅或在照護機構接受照護之患者，含居家個案、照護機構住民及急診失能個案，改善其就醫不便之問題。參與院所之條件為現行有提供居家照護、有至照護機構提供服務團隊，擇優辦理，由醫事人員組成照護小組提供醫療及實地訪視服務、個案健康管理、24 小時電話

諮詢及緊急訪視服務等，醫師若未執行實地訪視時，則應以通訊方式追蹤病人病情。有關費用支付方式，醫療費及護理費均採論日計酬，並依疾病別訂有目標及上限照護天數，若個案於目標照護天數內完成治療，將給予院所節省費用之 8 成作為獎勵。為掌握在宅照護品質，訂有結果面之監測指標包括：結案後 3 天(14 天)之轉急診率、轉住院率、緩解完治率及超出計畫目標天數案件比率等 6 項，並列為次年度是否續辦之參考。另本計畫醫療費用與住院醫療費用差異情形，依該署預估，每件費用約為 111 年住院費用的 7~9 成，急診個案之費用則與住院費用相當。

考量本計畫是健保首次給付之新興照護模式，且提供照護場所並非醫療院所，委員特別關切、重視病人安全部分，建議健保署所訂之照護成效監測指標應包含結果面、過程面及病人安全等面向，特別是結果面指標，因照護機構住民可能有合併使用中醫醫療照護情形，不同於居家個案，爰應就不同類型的收案對象進行分析，以利瞭解其使用醫療服務，對照護結果之影響；針對回饋獎勵金之訂定，委員認為急診個案的疾病嚴重度與居家個案、照護機構住民不同，建議該署依疾病嚴重度校正回饋獎勵金，使獎勵的計算基礎更為公平；另以在宅照護替代原本的住院照護，應可節省部分費用，爰應將替代效果列入財務影響評估，作為未來總額協商參考之用。

經過熱烈討論，最後決定將委員所提意見送請健保署作為後續計畫滾動檢討之參考，並請健保署日後能於新計畫公告前，先提本會報告，以廣納委員意見，使更臻完備。健保會將持續關注代謝計畫及在宅急症照護試辦計畫的執行情形，期促使醫療資源有效運用，並建立最具成本效益之照護模式。

出處：[相關內容詳衛福部健保會第 6 屆 113 年第 5 次委員會議議事錄\(113 年 6 月 19 日\)](#)

衛生福利部 函

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

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年6月25日
發文字號：衛部保字第1131260358C號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表之pdf檔各1份

主旨：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，業經本部於中華民國113年6月25日以衛部保字第1131260358號令修正發布，並自113年7月1日生效，茲檢送發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表各1份，請查照。

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

113.06.25



113CC00492

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正總說明

本次醫療服務給付項目及支付標準之修正，為本(一百十三)年第四次修正，並自一百十三年七月一日生效。

本次主要依據本年度醫院總額決定事項，醫院部門新增兒科及新生兒科加護病房之住院診察費、病房費及護理費加成規定及調升新生兒中重度住院診察費，另新增預立醫療照護諮商費二項及增修特定診療項目六項；牙醫部門配合專款計畫增修支付標準；及例行性更新全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)權重表(附表 7.3)等。修正要點如下：

一、西醫基本診療（第二部第一章）：

（一）住院診察費（第二節）：

- 1.修訂通則六：同時符合「兒童加成」或「兒科及新生兒科加護病房加成」者，兒科專科醫師申報「加護病床住院診察費」最高加成上限為百分之一百四十，餘標號依序遞延。
- 2.新增通則八：兒科及新生兒科加護病房之加護病床「住院診察費」得依表訂點數另加計百分之二十。
- 3.調升「新生兒中重度住院診察費(天)」(編號02017K、02018A及02019B)三項診療項目支付點數百分之五十。
- 4.新增「預立醫療照護諮商費-同次住院未曾申報或僅申報一次02020B「緩和醫療家庭諮詢費」者/同次住院申報二次02020B「緩和醫療家庭諮詢費」者」(編號02028B，3,000點/編號02029B，1,500點)二項診療項目。

（二）病房費（第三節）：新增通則十，兒科及新生兒科加護病房之加護病床「病房費」及「護理費」得依表訂點數另加計百分之二十。

二、西醫特定診療（第二部第二章）：

（一）修訂「第二型人類表皮生長因子受體(Her-2/neu)原位雜合檢驗」(編號12195B)等四項診療項目支付規範及中英文名稱(第一節檢查)。

（二）新增「白血病即時定量聚合酶連鎖反應法體外診斷醫療器材檢測(IVD)」

(編號12217B, 3,517點)及「A11-RAS基因突變分析體外診斷醫療器材檢測(IVD)」(編號30106B, 8,872點)二項診療項目(第一節檢查)。

三、牙醫(第三部):新增「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之自閉症、失智症及極重度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費」(編號00318C, 762點)診療項目;修訂「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之重度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費」(編號00311C)診療項目名稱及調升四項診療項目支付點數一百點。

四、全民健康保險住院診斷關聯群(第七部):修正「附表7.3 113年7月至12月3.4版1,068項 Tw-DRGs 權重表」。

副本

衛生福利部 公告

11558



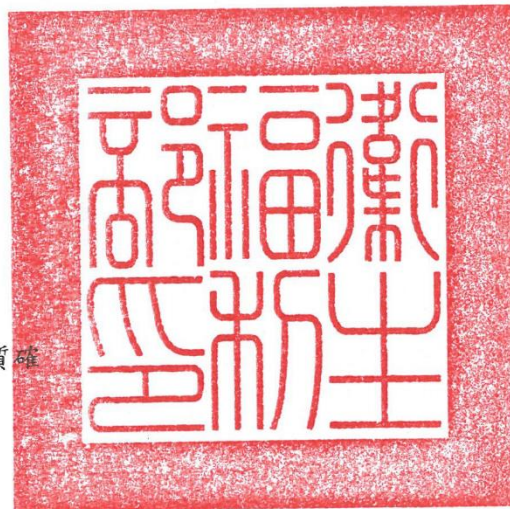
臺北市南港區忠孝東路6段488號4樓

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年6月4日

發文字號：衛部保字第1130124997號

附件：全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案附表



主旨：公告修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」附表。

副本：中華民國中醫師公會全國聯合會、衛生福利部中央健康保險署、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會、本部社會保險司(均含附件)

部長邱泰源

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300166

113. 6. 5

副本

附錄十一
檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

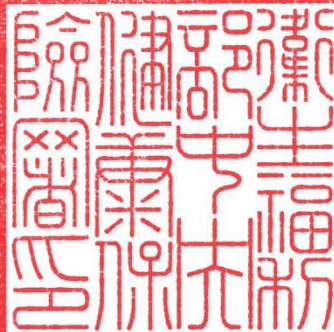
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年6月5日

發文字號：健保醫字第1130662532號

附件：請自行至本署全球資訊網站擷取



主旨：公告修訂「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」及「全民健康保險中醫急症處置計畫」，並自113年1月1日起生效。

依據：本署113年5月16日召開全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額113年第2次研商議事會議決議辦理。

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

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300167

113.6.6

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



5

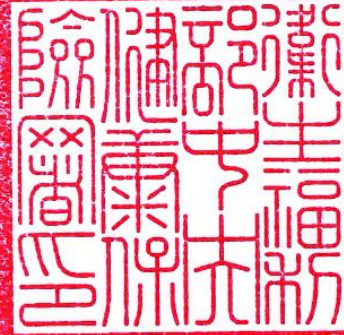
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年6月14日

發文字號：健保審字第1130111063號

附件：如主旨



主旨：公告新增「全民健康保險推動使用生物相似藥之鼓勵試辦計畫」（附件），並自113年7月1日起實施。

依據：衛生福利部113年5月30日衛部保字第1131260297號函。

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

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300176

113. 6. 18

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



4

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年6月25日

發文字號：健保醫字第1130111765號

附件：請至本署全球資訊網公告欄擷取



主旨：公告「全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案」，並溯自113年1月1日起生效。

依據：衛生福利部113年6月11日衛部保字第1131260331號函。

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

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300178

113. 6. 26

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6月28日

發文字號：健保醫字第1130112834號

附件：請自行至本署全球資訊網站擷取



主旨：公告新增「113年全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經
動脈取栓術病人跨院合作照護計畫」，並自113年7月1日起
生效。

依據：衛生福利部113年6月24日衛部保字第1131260356號函。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣
醫院協會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國
聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、
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、中華民國助產師助產士公
會全國聯合會、社團法人台灣腦中風學會、台灣胸腔及心臟血管外科學會、台灣
神經學學會、社團法人台灣神經外科醫學會、社團法人台灣急診醫學會、本署各
分區業務組、本署醫審及藥材組、本署企劃組、本署醫務管理組

署長 **石崇良** 請假
副署長 李 丞 華 代行

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300179

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

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

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年6月19日

發文字號：健保醫字第1130662686號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明二 (A21030000I_1130662686_doc2_Attach1.pdf)

主旨：有關112年西醫基層總額品質保證保留款（下稱品保款）

核發作業案，詳如說明，請查照。

說明：

一、依據本署112年1月19日健保醫字第1120101050 號公告

「112年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施
方案」辦理。

二、檢送112年度品保款核發結果（附件），摘要如下：

（一）112年預算計有 229,511,861元。

（二）112年西醫基層總額特約院所家數共計11,061家（同附件
表1）：

1、符合獎勵條件且核發品保款院所家數計7,886家（占率
71.3%），每家醫療院所計算核發金額採四捨五入方
式，因此預算數與實際核發數有差距，實際核發
229,509,984元，與預算（229,511,861元）相較差異
1,877元。。

2、未領取品保款院所家數計3,175家（占率28.7%），其



113.06.19



1133340161

中1,459家（占率13.2%）院所不符本方案第肆點核發資格之規定，1,716家（占率15.5%）院所權重和為零或小於80%。

三、本案預訂於113年6月28日前完成112年度西醫基層總額品質保證保留款核發作業。

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

正本：中華民國醫師公會全國聯合會

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



檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：張美鳳

聯絡電話：02-27065866 分機：2605

傳真：02-27069043

電子郵件：A111423@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24日

發文字號：健保醫字第1130662899號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明二 (A21030000I_1130662899_doc2_Attach1.pdf)

主旨：有關「112年全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務
品質提升獎勵計畫」（下稱透析品質款）核發作業案，詳
如說明段，請查照。

說明：

一、依據「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提
升獎勵計畫」辦理。

二、旨揭計畫核發結果摘要如下：

(一)112年度預算為45,000,000元，其中血液透析預算為
42,057,476元，腹膜透析預算 2,942,524 元（附件-表
1）。

(二)核發結果：

1、血液透析:112年計549家（73.01%）列入核發，核發金
額達 42,057,477元；203家（26.99%）列入不予核發
（附件-表2）。

2、腹膜透析:112年計72家（60.00%）列入核發，核發金
額達 2,942,522 元；48家（40.00%）列入不予核發



113.06.24



1133340165

(附件-表3)。

3、每家核發院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算數與實際核發數有差距，實際核發共計 44,999,999 元，與預算相差1元。

三、本署預定113年6月28日前完成透析品保款核發作業，並將核發與不核發之結算報表置於VPN供相關院所下載。

四、112年核定不核發透析品保款院所，倘經申復、爭議等行政審定事宜，並審核同意核付者，依計畫規定，核發金額將自113年其他預算之慢性腎臟病照護及病人衛教計畫項下全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫預算中支應。

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

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



檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號
聯絡人：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6月26日
發文字號：健保醫字第1130662949號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明二 (A21030000I_1130662949_doc2_Attach1.pdf)

主旨：有關112年度「中醫門診總額品質保證保留款」核發作業
案，詳如說明，請查照。

說明：

一、依據本署111年12月23日健保醫字第1110123002號公告「全
民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案」辦
理。

二、檢送112年度中醫門診總額品質保證保留款(以下簡稱品保
款)核發結果(附件)，摘要如下：

(一)112年原預算計有50,405,586元，扣除111年申復核定補
付1,284,449元，可支用預算為49,121,137元(附件表
1)。

(二)特約中醫院所家數共計4,213家(附件表2)：

1、3,063家院所符合獎勵條件且核發中醫品保款
(72.7%)，1,150家(27.3%)中醫院所未領取中醫品保款
(942家不符核發資格，208家核算基礎為0)。

2、每家醫療院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預



3.06.26



1133340169

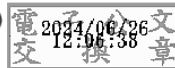
算數與實際核發數有差距，實際核發49,121,155元，
與預算數相較差距18元。

(三)本案預訂於113年7月5日前完成112年度中醫門診總額品質保證保留款發放作業。

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

正本：中華民國中醫師公會全國聯合會

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



檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號
聯絡人：莊玉芬
聯絡電話：02-27065866 分機：3607
傳真：02-27069043
電子郵件：A111392@nh.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年7月5日
發文字號：健保醫字第1130663169號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明二 (A21030000I_1130663169_doc2_Attach1.pdf)

主旨：有關112年度「牙醫門診總額品質保證保留款」核發作業
案，詳如說明，請查照。

說明：

一、依據本署112年4月17日健保醫字第1120106811號公告「112
年全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」
辦理。

二、檢送112年度牙醫門診總額品質保證保留款核發結果(附
件)，摘要如下：

(一)112年預算計有210,282,605元，扣除111年申復核發金額
38,713元後，可支用預算210,243,892元。

(二)特約牙醫院所家數共計7,250家：

1、6,460家院所符合獎勵條件且核發品保款(89.1%)，790
家(10.9%)牙醫院所未領取品保款(779家不符核發資
格，11家指標達成率為0%)。

2、每家醫療院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預
算數與實際核發數有差距，實際核發210,243,983元，

3.07.08



1133340176

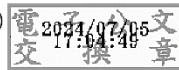
與預算數相較差異91元。

(三)本案預訂於113年7月15日前完成112年度牙醫門診總額品質保證保留款核發作業。

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

正本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

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



裝

訂

線



衛生福利部全民健康保險會

第 6 屆 113 年第 6 次委員會議補充資料目錄

會議時間：113 年 7 月 30 日

一、討論事項

113 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會同意或確認
之項目續請討論案(會議資料第 97 頁)----- 1

二、報告事項

第二案「各總額部門 112 年度執行成果評核結果」(會議資
料第 116 頁)----- 37

(會議資料第 97 頁)

討論事項

提案單位：中央健康保險署

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

【本會提案處理說明：本次健保署提出西醫基層總額 1 項一般服務及醫院總額 1 項新增專款項目，請本會確認。為利討論，將分項就健保署提案內容及本會補充說明方式呈現，包括：

- 一、西醫基層總額-「提升國人視力照護品質」一般服務項目之具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標)】
- 二、醫院總額-「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」專款項目之具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)】

一、西醫基層總額-「提升國人視力照護品質」一般服務項目之具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標)

健保署提案內容：

一、依衛生福利部 112 年 12 月 26 日衛部健字第 1123360189 號公告 113 年西醫基層醫療給付費用總額(下稱基層總額)、本署 113 年 5 月 23 日西醫基層總額研商會議 113 年第 2 次會議決議暨中華民國醫師公會全國聯合會(下稱醫師全聯會)113 年 6 月 27 日全醫聯字第 1130000790 號函辦理。

二、旨案決定事項如下：

(一)請本署會同西醫基層總額相關團體，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標)提至全民健康保險會委員會議確認。

(二)檢討放寬白內障手術規範後，案件成長之合理性及監測照護成效與民眾自費情形，加強執行面管理與監督。

三、執行內容及支付方式：查本項預算用於全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準自 111 年 3 月 1 日起刪除「醫師執行白內障手術四十例以上須送事前審查」規定。

四、執行目標及結果面為導向之品質監測指標：

(一)醫師全聯會於 113 年 3 月 8 日來函建議「執行目標及評估指標」，經提至同年 5 月 23 日研商會議，會議決議請醫師全聯會及中華民國眼科醫學會提供白內障手術之結果面品質監測指標，醫師全聯會於同年 6 月 27 日回復，建議內容如下：

1.執行目標：5,183 件。

2.品質監測指標(附件一，第 10 頁)：

(1)每月申報超過 40 件以上白內障手術之醫師，其 VPN 登錄率大於 90%。

(2)久未看診而當日就診即執行白內障手術比例 $\leq 0.5\%$ ^(註)。

註：久未看診：病人手術日回推 180 日內無同院所就醫資料。

分子：久未看診而當日就診即執行白內障手術之件數。

分母：白內障手術件數。

(二)本署說明：

- 1.指標(1)：為監測醫療院所每月白內障手術申報件數之合理性，以符合支付規範，避免浮濫申報，爰建議訂定本項品質監測指標。以 111 年、112 年基層申報白內障手術案件及 VPN 登錄情形計算，每月申報超過 40 件以上白內障手術之醫師 VPN 登錄率分別為 90.7%、99%。
- 2.指標(2)：為提升視力照護成效，並確保醫療照護品質，爰建議訂定本項品質監測指標。以 111 年、112 年基層申報白內障手術案件 145,163 件、152,729 件，另以執行白內障手術前 180 日未在手術診所就醫件數 1,169 件、827 件計算，久未看診而當日就診即白內障手術比率分別為 0.81%、0.54%(111 年、112 年執行情形較目標值 0.5% 需再減少 0.31%、0.04%)。

擬辦：依會議決議辦理後續事宜。

健保署業務窗口：黃瓊萱科長，聯絡電話：02-27065866 分機 3606
.....

本會補充說明：

一、本項為西醫基層總額在 111 年度新增之一般服務項目(預算額度為 120.0 百萬元)，用於放寬白內障手術規範，因執行數超出預算，西醫基層部門於 113 年度總額協商時提出增編預算，本會協商未有共識，係由衛福部決定，其決定事項如下：

(一)本項預算成長率 0.122%，預估增加 155.5 百萬元。

(二)請健保署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項：

- 1.於 113 年度總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至本會最近 1 次委員會議確認。
- 2.請檢討放寬白內障手術規範後，案件成長之合理性，及監測照護成效與民眾自費情形，並加強執行面管理與監督。

二、經檢視健保署所提內容，就上開決定事項，補充說明如下：

(一)執行內容及支付方式：延續 111 年新增本決定事項作法，即自 111.3.1 刪除「醫師執行白內障手術四十例以上須送事前審查」規範，改以白內障手術個案登錄作業及事後審查等管理措施取代。

(二)品質監測指標(詳附件一，第 10 頁)：

1.訂有 2 項指標：

(1)每月申報超過 40 件以上白內障手術之醫師，其 VPN 登錄率大於 90%^(註)。

註：111、112 年每月申報超過 40 件以上白內障手術之醫師 VPN 登錄率分別為 90.7%、99%。

(2)久未看診而當日就診即執行白內障手術比例 $\leq 0.5\%$ ^(註)。

註：1.久未看診定義：病人手術日回推 180 日內無同院所就醫資料。

2.111、112 年久未看診而當日就診即執行白內障手術比率分別為 0.81%、0.54%。

2.依總額決定事項，須訂定以結果面為導向之品質監測指標。

請健保署補充說明上開 2 項指標與呈現治療結果之關聯性。

建請參考評核委員建議，參照部分手術項目訂有感染率、再手術率、再住院率等方式，訂定術後結果面指標，以確保醫療品質。

(三)有關決定事項，檢討放寬白內障手術規範後，案件成長之合理性，及監測照護成效與民眾自費情形，並加強執行面管理與監督：

依健保署提報 113 年度總額核(決)定事項辦理情形(會議資料第 71 頁)，該署已函請中華民國眼科醫學會提供白內障手術管控措施，並將召開會議討論，請健保署儘速辦理。

本會擬辦：依 113 年度總額決定事項，本項具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，本會是否確認，請討論。

二、「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」專款項目之具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)

健保署提案內容：

- 一、依衛生福利部 112 年 12 月 26 日衛部健字第 1123360189 號公告 113 年醫院醫療給付費用總額(下稱醫院總額)暨本署 113 年 7 月 12 日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議(下稱共擬會議)113 年第 3 次會議決議辦理。
- 二、本項專款 113 年預算 5 億元，決定事項：請本署於 113 年總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
- 三、地區醫院全人全社區照護計畫(附件二，第 11~34 頁)業經 113 年 7 月 12 日共擬會議決定通過，說明如下：
 - (一)組織運作：限特約地區醫院參與，由家庭醫學科、內科或兒科專科醫師、營養師及個案管理人員組成照護團隊。
 - (二)收案對象：以地區醫院忠誠三高病人作為收案對象，排除家庭醫師整合性照護計畫、代謝症候群防治計畫、醫院以病人為中心門診整合照護計畫、糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案已收案者。
 - (三)執行內容：會員之個人健康資料建檔(含家族史、生活型態)，提供預防保健、癌症篩檢、疫苗接種、疾病治療及相關檢驗(查)，定期評估會員健康狀況、辦理健康促進或衛教宣導，設立 24 小時諮詢專線等。
 - (四)支付方式：
 - 1.開辦建置費：首次參與計畫第一年支付，每家醫院支付 15 萬點，需符合「收案會員之個人健康資料建檔率達 80%」等四項條件，才予支付。
 - 2.個案管理費：收案首年每人支付 500 點/年(需完成個人健康

資料建檔)，收案次年起，每人支付 250 點/年。

- 3.績效獎勵費用：每人支付 550 點/年(包含健康管理成效鼓勵及品質提升費用)，考量本年度計畫實施未逾半年，無完整年度資料可監測計畫實際成效，爰計畫第一年不予支付。
- 4.失智症門診照護家庭諮詢費用：15 分鐘 \leq 諮詢時間 $<$ 30 分鐘，支付 300 點；諮詢時間 \geq 30 分鐘，支付 500 點。
- 5.多重慢性病人門診整合費用：當年度慢性病連續處方箋總處方調劑日份(須含兩類以上慢性病用藥) \geq 56 日，每會員支付 550 點/年；處方調劑日份 \geq 169 日，支付 1,100 點/年。
- 6.三高疾病整合照護提升費：三高病人之特定檢驗項目之檢驗結果控制良好或進步，單一疾病個案，支付 250 點/年；兩種疾病(含)以上個案，支付 750 點/年。

(五)評核指標：

- 1.結構面指標：個案研討、社區衛教宣導；設立 24 小時諮詢專線；提供全民健康保險居家醫療照護整合計畫服務或安寧居家療護服務或在宅急症照護試辦計畫；接受生活習慣諮商率等 4 項。
- 2.過程面指標：成人預防保健檢查率；子宮頸抹片檢查率；65 歲以上老人流感注射率；糞便潛血檢查率；B、C 肝炎篩檢率等 5 項。
- 3.結果面指標：潛在可避免急診率；會員急診率(排除外傷)；可避免住院率；初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢檢驗檢查執行率；會員固定就診率；三高疾病監測數據控制良率；糖尿病會員胰島素注射率；糖尿病人眼底檢查執行率；收案會員重複用藥情形等 9 項。

四、針對家庭醫師整合性照護計畫(下稱家醫計畫)及地區醫院全人全社區照護計畫之差異比較詳如附件三，第 35~36 頁。

擬辦：上述計畫將依程序報衛生福利部核定後公告實施。

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

.....
本會補充說明：

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

(一)全年經費 500 百萬元。

(二)請健保署會同醫院總額相關團體，於 113 年度總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至本會最近 1 次委員會會議確認。

二、經檢視健保署所訂專款計畫，就上開決定事項，補充說明如下：

(一)本項「地區醫院全人全社區照護計畫」專款，其中 1.5 億元用於「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」，餘 3.5 億元用於支應本計畫。

(二)執行內容、支付方式：(詳附件二，第 12~13、15~20 頁)

本計畫之執行內容、支付方式，大多與西醫基層總額專款之「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」(下稱家醫計畫)相似，健保署提供差異比較詳附件三，第 35~36 頁，建請健保署說明下列各項，以利委員了解：

1.收案對象：家醫計畫以「慢性病」及「非慢性病之高利用病人」為收案對象，健保署推展家醫 2.0，規劃逐步納入慢性病相關照護方案，朝全人照護方向整合。本計畫以「三高病人」為收案對象，並排除家醫計畫、代謝症候群防治計畫、糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案等已收案者。考量三高病人可能後續發展成其他慢性病或轉由上開方案收案，請補充說明及如何達到病患照護延續性及全人照護目標。

2.支付方式：與家醫計畫相較，主要有 2 點差異：

(1)本計畫支付「開辦建置費」，於參與計畫之第 1 年支付 15 萬點(需符合四項條件才予支付)。家醫計畫自開辦至今從未編列此項費用，請健保署補充說明其執行內容及成本分

析，以利評估其必要性。

(2)績效獎勵費用：本計畫收案首年每人支付 500 點/年，高於家醫計畫每人支付 250 點/年。

(三)品質監測指標：(詳附件二，第 20~26 頁)

共計 18 項指標，指標內涵與家醫計畫比較如下表，本計畫增加 2 項結構面指標：「提供居家醫療照護整合計畫服務或安寧居家療護服務或在宅急症照護試辦計畫」、「接受生活習慣諮商率」，及 2 項結果面指標：「三高疾病監測數據控制良率」、「收案會員重複用藥情形」，新增指標尚屬合理。

地區醫院全人全社區照護計畫	家庭醫師整合性照護計畫
共計 18 項指標： 1.結構面指標 4 項：個案研討、社區衛教宣導；設立 24 小時諮詢專線； <u>提供居家醫療照護整合計畫服務或安寧居家療護服務或在宅急症照護試辦計畫</u> ； <u>接受生活習慣諮商率</u> 。 2.過程面指標 5 項：成人預防保健檢查率、子宮頸抹片檢查率、65 歲以上老人流感注射率、糞便潛血檢查率、B、C 肝炎篩檢率。 3.結果面指標 9 項：潛在可避免急診率、會員急診率(排除外傷)、可避免住院率、初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢檢驗檢查執行率、會員固定就診率、 <u>三高疾病監測數據控制良率</u> 、 <u>糖尿病會員胰島素注射率</u> 、 <u>糖尿病人眼底檢查執行率</u> 、 <u>收案會員重複用藥情形</u> 。	共計 14 項指標： 1.結構面指標 2 項：個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診，設立 24 小時諮詢專線。 2.過程面指標 5 項：成人預防保健檢查率、子宮頸抹片檢查率、65 歲以上老人流感注射率、糞便潛血檢查率、B、C 肝炎篩檢率。 3.結果面指標 7 項：潛在可避免急診率、會員急診率(排除外傷)、可避免住院率、初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢檢驗檢查執行率、會員固定就診率、慢性病管理指標、糖尿病會員胰島素注射率。 4.另有 6 項自選指標。

(四)整體而言，本項計畫主要參照家醫計畫模式，針對三高病人提供健康資料建檔、預防保健、提供飲食生活衛教及諮詢等服務。照護團隊納入個案管理等人員，有助於疾病管理及照

護整合，惟考量醫院之組成、規模、量能及服務模式，與基層診所不同，建議強化地區醫院在分級醫療中的角色，讓病患獲得更完善、整合照護，朝全人照護、發展具社區醫院特色的照護模式推展。

本會擬辦：依 113 年度總額決定事項，本項實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)」，本會是否確認，請討論。

決議：

113年全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額

「提升國人視力照護品質」項目

總額別	項目 (預算金額)	品質監測指標	本署說明
西醫 基層 總額 一般 服務	新增「提升國人視力照護品質」 (155.5百萬元)	<p>一、每月申報超過40件以上白內障手術之醫師，其VPN登錄率>90%。</p> <p>二、指標2*：久未看診而當日就診即執行白內障手術比例\leq0.5%。</p> <p>*註：<u>久未看診</u>：病人手術日回推180日內無同院所就醫資料。 <u>分子</u>：久未看診而當日就診即執行白內障手術之件數。 <u>分母</u>：白內障手術件數。</p>	<p>一、指標1：為監測醫療院所每月白內障手術申報件數之合理性，以符合支付規範，避免浮濫申報，爰建議訂定本項品質監測指標。以111年、112年基層申報白內障手術案件及VPN登錄情形計算，每月申報超過40件以上白內障手術之醫師VPN登錄率分別為90.7%、99%。</p> <p>二、指標2：為提升視力照護成效，並確保醫療照護品質，爰建議訂定本項品質監測指標。以111年、112年基層申報白內障手術案件145,163件、152,729件，另以執行白內障手術前180日未在手術診所就醫件數1,169件、827件計算，久未看診而當日就診即執行白內障手術比率分別為0.81%、0.54%(111年、112年執行情形較目標值0.5%需再減少0.31%、0.04%)。</p>

全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫

衛生福利部中央健康保險 113 年 0 月 00 日健保醫字第 0000000000 號公告

壹、計畫依據

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。

貳、預算來源

全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「地區醫院全人全社區照護計畫」專款項目。

參、計畫目的

- 一、由保險人分階段提供最適收案名單予地區醫院收案照護，藉由整合醫院的醫療及人力資源，使保險對象於其最常就醫之主要照護醫院中，獲得完善且整合性之醫療照護。
- 二、針對高血糖、高血脂及高血壓(下稱三高)疾病高風險族群納入照護管理，達到三高防治 888(80%三高病人加入照護網、80%收案病人接受生活生活習慣諮商、80%收案病人達到三高控制)政策目標。

肆、計畫期間

公告實施日至 113 年 12 月 31 日

伍、組織運作

- 一、參與醫事機構資格：本保險特約之地區醫院。
- 二、參與計畫團隊組成：
 - (一)參與醫師應具有家庭醫學科、內科、兒科專科醫師資格。
 - (二)專任或兼任營養師 1 名、專任個案管理人員 1 名。
 - (三)地區醫院應與社區民眾共同生活圈之 1~2 家區域級以上醫院及 5 家以上診所建立轉診及合作機制。如為當年度公告之本保險醫療資源缺乏地區施行區域及本保險保險對象免自行負擔費用辦法所列之山地離島地區之醫院，得與 1~2 家區域級以上醫院及 1 家以上診所建立轉診及

合作機制。

陸、執行內容：

- 一、會員之個人健康資料建檔(含家族史、生活型態)，並按健康狀況及疾病樣態，訂定治療計畫書。
- 二、提供及提醒相關預防保健、癌篩、疫苗注射等。
- 三、提供疾病治療及相關檢驗(查)，定期檢視個案健康數據(血糖/血壓/體重/檢驗檢查)，並給予疾病相關照護資訊、飲食與生活相關衛教。
- 四、定期評估會員健康狀況是否需轉介居家或長照服務。
- 五、定期辦理健康促進或疾病衛教宣導等活動，院內召集照護團隊舉辦個案研討，確保全人照護品質。
- 六、設立會員 24 小時諮詢專線：
 - (一) 提供會員於有需要時，能立即獲得醫療諮詢服務，進一步減少民眾不必要的就醫需求。所提供之具體服務項目如下：
 1. 提供健康照護之建議。
 2. 提供就醫地點並協助聯繫就醫。
 3. 緊急狀況發生時，適時轉介個案收案醫師協助。
 - (二) 應由執業登記於該醫院之醫事人員接聽，醫院於申請計畫書內述明諮詢專線接聽人員名單並檢附前開人員之醫事人員證書。
- 七、建立醫療照護品質提升及轉診機制：訂定團隊內合作照護機制及相關流程，併於申請計畫書送保險人分區業務組備查。合作內容至少需包含建立雙向轉診流程、共同照護機制、醫療品質提升計畫。
- 八、運用電話諮詢專線、即時通訊軟體、電子郵件等多元工具，優化諮詢服務。並規劃主動電訪(Call out)服務，以加強個案健康管理，提升慢性病會員照護品質。
- 九、醫院（含合作醫院）應提供收案會員加值服務，如就醫、檢查快速通道、掛號優先等。

十、鼓勵所屬會員下載個人健康存摺做好健康管理，並鼓勵會員利用健康存摺填寫會員滿意度調查。

十一、醫院應設置專任個案管理人員至少 1 名，應由執業登記於該醫院之醫事人員、具醫務管理或公共衛生背景之非醫事人員擔任，辦理下列事項：

(一)協助調查個案健康狀況、聯繫及協調照護計畫。

(二)協助處理安排會員轉診及追蹤轉診會員治療結果。

(三)協助會員之個案管理與衛教宣導。

(四)對於穩定之慢性病會員提供持續性的追蹤關懷。

十二、應製作本計畫收案會員權利義務說明書或計畫會員通知(書面函、簡訊、電子郵件、即時通訊軟體等)，告知本計畫內容及其權益、義務，並提供收案對象確認回饋機制，並留存備查。

十三、應遵守「個人資料保護法」相關規定。如有運用本計畫之個人資料，執行非本計畫目的之行為(如商業促銷等)者，應即終止執行本計畫。

柒、收案對象(會員)

一、保險人依全民健康保險申報門診醫療費用資料，擷取前一年西醫醫院門診明細清單資料(排除外傷及代辦案件如：產檢、小兒健檢、流感注射等)後，針對三高就醫之保險對象(以高血糖、高血脂及高血壓就醫並用藥)做為較需照護名單，交付參與計畫之地區醫院提供健康管理。

二、前述名單排除家庭醫師整合性照護計畫、代謝症候群防治計畫、醫院以病人為中心門診整合照護計畫、全民健康保險醫療給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案(以下稱 P4P-DM/CKD/DKD)收案者。

三、交付原則：

以三高就醫件數最高的地區醫院收案照顧；若就醫件數相同時，則由藥費最高的地區醫院收案。

四、每名醫師之收案人數以 1,000 人列計，並以參與計畫之醫師數計算醫院收案人數上限。

捌、管理登錄個案

- 一、參與本計畫之醫療院所未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付相關費用，並依相關規定辦理。
- 二、醫院需於計畫公告 1 個月內將會員資料批次上傳至健保資訊網服務系統 VPN(詳附件一)，並於收案後 3 個月內通知收案會員已被本計畫收案及取得收案會員同意，另於年底前完成會員健康資料建檔。
- 三、參與本計畫之醫院應依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。

玖、參與計畫醫院、醫師資格及基本要求

- 一、參與計畫之特約醫院或醫師於參與計畫之日起前 2 年內，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一暨第四十四及四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序中尚未執行者)。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。
- 二、因離職而退出醫師之會員，可由原參與醫院於一個月內來函述明其承接理由，經保險人各分區業務組同意後由符合資格醫師承接。如承接會員之醫師非當年度原醫院已參加本計畫醫師，則需由醫院主動告知會員，其主要照護醫師更換，如會員不同意更換則不予承接。
- 三、醫院參與本計畫執行期間因涉及有特管辦法第三十八至第四十條中各條所列違規情事之一暨第四十四及四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救

濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)，以保險人第一次核定違規函所載停約或終止特約日起同步終止本計畫。

四、教育訓練：

- (一) 照護團隊中至少 1 名個案管理人員於參與本計畫第一年接受台灣家庭醫學醫學會或其認可之機構或團體所舉辦之 4 小時之行政管理教育訓練課程並需取得證明；若於年度內未取得訓練證明，保險人將追扣該醫院之開辦建置費。
- (二) 醫師參與本計畫第一年應參與台灣家庭醫學醫學會或其認可之機構或團體所舉辦之家庭醫師訓練課程。具家庭醫學專科醫師資格之醫師應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程；具內科、兒科專科醫師資格之醫師應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程及 8 小時之家庭醫師專業教育訓練課程。完成前述課程之醫師並需取得證明；若於年度內未取得訓練認證之醫師，須退出本計畫，保險人將追扣該醫師當年度之相關費用。
- (三) 參與本計畫之醫師每年應接受 8 小時三高防治教育訓練課程（包含高血壓、高血糖及高血脂）。
- (四) 上開教育訓練課程得由中華民國醫師公會全國聯合會(含各縣市公會)、台灣醫院協會(含各層級醫院協會)、各縣市衛生局、專科醫學會、中華民國糖尿病衛教學會及台灣基層糖尿病協會等主辦。

壹拾、費用申報及支付方式

- 一、醫院原有之醫療服務及預防保健服務，依現行「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」、總額支付制度及主管機關公告之「醫事服務機構辦理預防保健注意事項」相關規定支付，依實際執行情況按月申報。
- 二、相關費用由保險人各分區業務組依計畫執行結果核定後核付，於追扣補付系統辦理「“2AM” 全人全社區計畫-開辦建置費補付」及「“1AM” 全人全社區計畫-開辦建置費追扣」，「“2AN” 全人全社區計畫-個

案管理費補付」及「`1 AN` 全人全社區計畫-個案管理費追扣」，

「`2AO` 全人全社區計畫-績效獎勵費補付」及「`1 AO` 全人全社區計畫-績效獎勵費追扣」，「`1AP` 全人全社區計畫- 失智症門診照護家庭諮詢費追扣」、「`2 AP` 全人全社區計畫- 失智症門診照護家庭諮詢費補付」、「`344` 全人全社區計畫- 失智症門診照護家庭諮詢費全年結算追扣」及「`444` 全人全社區計畫- 失智症門診照護家庭諮詢費全年結算補付」，「`2AQ` 全人全社區計畫-多重慢性病人門診整合費補付」及「`1 AQ` 全人全社區計畫-多重慢性病人門診整合費追扣」，

「`2AR` 全人全社區計畫-三高疾病整合照護提升費補付」及「`1 AR` 全人全社區計畫-三高疾病整合照護提升費追扣」。

三、參與計畫之醫院申報會員門診醫療費用請依門診醫療費點數申報格式規定申報。

四、給付項目：

(一) 開辦建置費：每家醫院支付 15 萬點。

1. 未達下列任一條件者，不予支付：

(1) 收案會員之個人健康資料建檔率達 80%。

(2) 評核指標—「設立 24 小時諮詢專線」得 3 分(含)以上。

(3) 收案會員之健康存摺下載率達 80%。

(4) 除 24 小時諮詢專線外，至少提供一種會員諮詢服務方式(如即時通訊軟體)。

2. 醫院首次參與本計畫之第一年支付，如首次參與當年因故中途退出本計畫，不予支付。

(二) 個案管理費，收案首年每人支付 500 點/年，收案次年起，每人支付 250 點/年：

1. 執行內容包含個人健康資料建檔上傳(含家族史、生活型態，詳附件二)、轉診、個案衛教宣導、24 小時諮詢專線、個案研討。

2. 支付條件：

- (1) 本計畫會員如為本保險居家醫療照護整合計畫或為 P4P-DM/CKD/DKD 之收案個案，若與本計畫屬同一收案醫院，自該計畫收案日起不予支付個案管理費；若與本計畫非同一醫院收案，則予以支付個案管理費，惟居家醫療照護整合計畫之收案個案除外。前開個案及死亡個案之個案管理費按收案月份等比例支付。
- (2) 考量會員照護之完整性，參與計畫之特約醫院或醫師於參與計畫期間，如因故中途退出本計畫，則依承作月份按比例核付個案管理費，其餘費用則不予核付。
- (3) 未於年底前完成「個人健康資料建檔」者，不予支付個案管理費。
- (4) 為達全人照護目標，視個案需要撰寫「個案醫療照護計畫書」(詳附件三)。

(三) 績效獎勵費用，每人支付 550 點/年：

1. 會員若於計畫執行期間於收案醫院無就醫紀錄，則不予核付本項費用。

2. 支付方式：

- (1) 健康管理成效鼓勵：占本項經費之 50%：醫院登錄收案會員(排除居家醫療照護整合計畫之個案)實際申報西醫門診醫療費用(AE)與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之間差值回饋醫院：平均每人 275 點為上限。
- (2) 品質提升費用：占本項經費之 50%，依計畫評核指標達成情形，分五級支付：
 - A. 特優級：計畫評核指標分數 ≥ 90 分，則支付品質提升費用會員每人 275 點。
 - B. 良好級：計畫評核指標分數介於 80 分 \leq ~<90 分，則支付品

質提升費用會員每人 210 點。

C. 普通級：計畫評核指標分數介於 70 分 \leq ~<80 分，則支付品質提升費用會員每人 175 點。

D. 輔導級：計畫評核指標分數介於 60 分 \leq ~<70 分，則支付品質提升費用會員每人 145 點。

E. 不支付：計畫評核指標分數<60 分則不予支付。

3. 因本計畫實施未逾半年，無完整年度資料可監測計畫實際成效，爰第一年不予支付績效獎勵費，將於第二年起生效。

4. VC-AE 差值為負值且計畫評核指標分數<60 分者，則支付個案管理費之 50%。

5. 本計畫參與醫師當年度未於執業登記醫院申報醫療費用者(不含代辦案件)，不支付收案會員之「個案管理費用」及「績效獎勵費用」。

(四) 失智症門診照護家庭諮詢費用

1. 條件：參與本計畫之失智症會員，經神經科、精神科或老年醫學專科醫師評估有諮詢需要，且會員之失智症評估結果，符合臨床失智症評量表(Clinical Dementia Rating,CDR)值 \geq 1 或簡易心智量表 \leq 23 者。

2. 醫院得提供符合上述條件之收案會員家庭諮詢服務，並申報本項費用。

3. 每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定(如附件四)，併入會員病歷記錄留存。

4. 給付項目及支付標準：

(1) 每次諮詢服務時間 15 分鐘(含)以上，未達 30 分鐘者：支付點數 300 點，申報編號 P8501B。

(2) 每次諮詢服務時間 30 分鐘(含)以上者：支付點數 500 點，申報

編號 P8502B。

(3) 同院所每位會員每年最多給付 2 次費用。

(4) 同一會員當年度之本項費用不得與醫院以病人為中心門診整合照護計畫之失智症門診照護家庭諮詢費用重複申報。

(五) 多重慢性病人門診整合費用

1. 支付條件：須同時符合下列條件

(1) 會員有 2 種(含)以上慢性病並於收案醫院之門診就醫，且當年度每件慢性病連續處方箋需有兩類(含)以上慢性病用藥，總處方調劑日份須達 56 日(含)以上，並無「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」之重複用藥情形者。

本項慢性病係指：高血壓、糖尿病、高血脂、慢性腎臟病。

(2) 醫師提供整合照護後，應於會員之就醫當日病歷中，由負責整合之醫師於其診斷下，簡述整合之內容或藥品，以備查核，並於費用申報時，於「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」之「d13」欄位填報，註記「整合照護模式」。若醫師未於病歷中載明前述之整合資料者，不得註記「整合照護模式」。

2. 支付方式：符合前項條件者，當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 56 日(含)以上，每一會員每年度支付 550 點；若當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 169 日(含)以上，每一會員每年度再增加支付 550 點。

(六) 三高疾病整合照護提升費：

1. 適用對象及支付條件：三高會員所列檢驗(查)項目之檢驗(查)結果有進步或最後一次檢驗(查)結果位於控制良好範圍，若任一項檢驗(查)項目未有進步或不符合控制良好範圍，不予支付。

2. 當年度最後一次檢驗(查)結果應於當年度 8 月 1 日後；高血糖、高血脂會員若於當年度 8 月 1 日前之 LDL 檢驗結果已達控制良好，

且當年度未再接受 LDL 檢驗者，亦視為控制良好。

疾病型態	檢驗(查)項目	控制良好範圍
高血壓	血壓	收縮壓<130 mmHg 且舒張壓<80 mmHg
高血糖	HbA1c、 LDL	HbA1c <7% 且 LDL<100mg/dL
高血脂	LDL	LDL <100mg/dL

3. 進步之定義：

(1) 進步定義：檢驗(查)結果後測-前測<0，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度 8 月 1 日之後，且前測及後測日期應間隔 84 天(含)以上。

(2) 資料範圍：限收案醫院之上傳檢驗(查)數據。

4. 支付方式：

(1) 單一疾病之收案會員每年支付 250 點；兩種疾病(含)以上之收案會員每年支付 750 點。

(2) 參與醫師未於年度結束前完成三高防治教育訓練課程，不予支付。

(3) 當年度已獲 P4P-DM/CKD/DKD 品質獎勵金之醫院，同一個案不得重複領取該計畫品質獎勵金或本項費用。

五、於年度結束後，扣除在宅急症照護試辦計畫結算金額，進行全年結算，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。

六、醫療費用申報、暫付、審查及核付，依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。

七、轉診規定：如有轉診之醫療院所請依「全民健康保險轉診實施辦法」規定，辦理轉診院所需填具轉診單，並依門診醫療費點數申報格式規定，於 d16-d18 欄位依實際情形填報。

壹拾壹、計畫評核指標

一、結構面指標(20 分)

(一) 個案研討、社區衛教宣導 (10 分)：一年至少辦理 12 場，即平均每

月至少需辦理 1 場，且年度內每位醫師至少應參與本項活動達 3 次(含)以上〔年底應檢附「參與各項活動次數之每月統計表」(附件五)及「衛教宣導紀錄表」(附件六)予分區業務組備查〕。

(二) 設立 24 小時諮詢專線(全年至少抽測 3 次)(5 分)：

鼓勵醫師 call out，有效回答會員問題，並依實際服務品質，分階段給分〔由台灣社區醫院協會進行抽測，以平均分數計算得分並將分數於當年度 12 月底前提供保險人計分，並於年底檢附「24 小時諮詢專線服務每月統計及紀錄表」(附件七)予分區業務組備查，超過繳交期限以 0 分計算〕。

1. 醫院人員接聽，能即時轉達收案醫師，且收案醫師 20 分鐘內即時 callout 回電，得 5 分。
2. 醫院人員接聽，可以解答會員問題(可專業回答如發燒如何處理、瞭解會員狀況)，得 5 分。
3. 醫院人員接聽，無法解決會員問題(如不了解本計畫、簡單回答請他來醫院等)，得 3 分。
4. 無人接聽(連續測試 3 通，每次間隔 10 分鐘)，得 0 分。

(三) 提供全民健康保險居家醫療照護整合計畫服務或「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第三章安寧居家療護」服務或全民健康保險在宅急症照護試辦計畫(5 分)

1. 提供服務 ≥ 25 人，得 5 分。
2. 提供服務 ≥ 15 人，得 2 分。

(四) 接受生活習慣諮商率(計畫實施第一年不予計分)

計算公式說明：

分子：會員接受生活習慣諮商人數。

分母：會員人數。

二、過程面指標(25 分)：

(一) 成人預防保健檢查率(5 分)

1. 會員接受成人預防保健服務 \geq 較需照護族群 70 百分位數，得 5 分。
2. $<$ 較需照護族群 70 百分位數，但 \geq 較需照護族群 60 百分位數，得 3 分。
3. 計算公式說明：
分子：40 歲(含)以上會員於醫院接受成人健檢人數。
分母：(40 歲至 64 歲會員數/3+65 歲《含》會員數)。

(二) 子宮頸抹片檢查率(5 分)

1. 會員接受子宮頸抹片服務 \geq 較需照護族群 63 百分位數，得 5 分。
2. $<$ 較需照護族群 63 百分位數，但 \geq 較需照護族群 53 百分位數，得 3 分。
3. 計算公式說明：
分子：30 歲(含)以上女性會員於醫院接受子宮頸抹片人數。
分母：30 歲(含)以上女性會員數。

(三) 65 歲以上老人流感注射率(5 分)

1. 會員接受流感注射服務 \geq 較需照護族群 65 百分位數，得 5 分。
2. $<$ 較需照護族群 65 百分位數，但 \geq 較需照護族群 55 百分位數，得 2 分。
3. 計算公式說明：
分子：65 歲以上會員於醫院接種流感疫苗人數。
分母：65 歲以上總會員人數。

(四) 糞便潛血檢查率(5 分)

1. 50 歲以上至未滿 75 歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查率 \geq 50 歲以上至未滿 75 歲較需照護族群檢查率之 83 百分位數，得 5 分。
2. $<$ 較需照護族群檢查率之 83 百分位數，但 \geq 較需照護族群檢查率之 73 百分位數，得 3 分。

3. <較需照護族群檢查率之 73 百分位數，但 \geq 較需照護族群檢查率之 63 百分位數，得 2 分。

4. 計算公式說明：

分子：50 歲以上至未滿 75 歲會員於醫院接受定量免疫糞便潛血檢查人數。

分母：50 歲以上至未滿 75 歲會員人數/2。

(五) B、C 肝炎篩檢率(5 分)

1. 會員接受 B、C 肝炎篩檢率 \geq 較需照護族群 70 百分位數，得 5 分。
2. <較需照護族群 70 百分位數，但 \geq 較需照護族群 60 百分位數，得 3 分。
3. 計算公式說明：

分子：曾做過 B、C 肝炎篩檢之會員人數。

分母：符合 B、C 肝炎篩檢資格之會員人數(45 歲以上未滿 80 歲者、原住民為 40 歲以上未滿 80 歲者)。

三、結果面指標(55 分)

(一) 潛在可避免急診率(5 分)

1. \leq 收案會員 30 百分位，得 5 分。
2. \leq 收案會員 45 百分位，得 3 分。
3. \leq 收案會員 65 百分位，得 1 分。
4. 計算公式說明：

分子：潛在可避免急診慢性類疾病之案件。

分母：18 歲以上本計畫會員罹患慢性類疾病人數。

(二) 會員急診率(排除外傷)(5 分)

1. \leq 收案會員 30 百分位，得 5 分。
2. \leq 收案會員 45 百分位，得 3 分。

3. \leq 收案會員 65 百分位，得 1 分。

4. 計算公式說明：

分子：會員急診人次(排除外傷案件)。

分母：會員人數。

(三) 可避免住院率(5 分)

1. \leq 收案會員 30 百分位，得 5 分。

2. \leq 收案會員 45 百分位，得 3 分。

3. \leq 收案會員 65 百分位，得 1 分。

4. 計算公式說明：

分子：可避免住院慢性類疾病之案件。

分母：18 歲以上本計畫會員因慢性類疾病就醫人數。

(四) 初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢檢驗檢查執行率(5 分)

1. \geq 初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率 70 百分位，得 5 分。

2. \geq 初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率 50 百分位，得 3 分。

3. 計算公式說明：

分子：會員於收案醫院執行初期慢性腎臟病之檢驗人數。

分母：會員門診主診診斷為初期慢性腎臟病之人數。

註：「單次尿液白蛋白／尿液肌酸酐比例(UACR)」或「尿液總蛋白與肌酸酐比值(UPCR)」兩項檢查之一。

(五) 會員固定就診率(10 分)

1. 會員在收案醫院之西醫門診固定就診率 \geq 當年較需照護族群 65 百分位且 $\geq 50\%$ ，得 10 分。

2. 當年較需照護族群 60 百分位 \leq 會員固定就診率 $<$ 「當年較需照護族群 65 百分位且 $\geq 50\%$ 」，得 5 分。

3. 當年較需照護族群 55 百分位 \leq 會員固定就診率 $<$ 當年較需照護族群 60 百分位，得 3 分。

4. 計算公式說明：

分子：會員在收案醫院(含合作醫院)就醫次數。

分母：會員在所有西醫門診就醫次數。

(六) 三高疾病監測數據控制良率(15 分)

1. 三高會員之監測檢驗(查)項目之結果屬控制良好或進步之人數比率達 80%，依疾病別各得 5 分。

2. 三高會員之監測檢驗(查)項目之結果屬控制良好或進步之人數比率達 60%，依疾病別各得 3 分。

疾病型態	檢驗(查)項目	控制良好或進步定義：檢驗(查)結果後測-前測<0 或位於以下範圍
高血壓	血壓	收縮壓<130 mmHg 且舒張壓<80 mmHg
高血糖	HbA1c、 LDL	HbA1c <7% 且 LDL<100mg/dL
高血脂	LDL	LDL <100mg/dL

註： 當年度最後一次檢驗(查)結果應於當年度 8 月 1 日後；高血糖、高血脂會員若於當年度 8 月 1 日前之 LDL 檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受 LDL 檢驗者，亦視為控制良好。

(七) 糖尿病會員胰島素注射率(計畫實施第一年不予計分)

計算公式說明：

分子：糖尿病會員於收案醫院胰島素注射天數 ≥ 28 天之人數。

分母：糖尿病會員門診主診診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之人數且 ≥ 100 人。

(八) 糖尿病人眼底檢查執行率(5 分)

依據保險人「醫療品質資訊公開網」公開之院所別醫療品質資訊/糖尿病人執行檢查率-眼底檢查或眼底彩色攝影檢查執行率 \geq 全國平均值，得 5 分。

(九) 收案會員重複用藥情形(5 分)

1. 當年度平均每位會員重複用藥核扣金額或重複用藥率 ≤ 30 百分位，

得5分。

2.當年度平均每位會員重複用藥核扣金額或重複用藥率 ≤ 60 百分位，得3分。

3.當年度平均每位會員重複用藥核扣金額或重複用藥率 ≤ 70 百分位，得1分。

4.計算公式說明：

(1) 當年度平均每位會員重複用藥核扣金額：

分子：收案會員重複用藥核扣金額

分母：收案會員數

(2) 當年度平均每位會員重複用藥率：

分子：收案會員重複用藥處方件數

分母：收案會員調劑7日以上處方件數

壹拾貳、計畫管理機制

- 一、保險人負責協調總體計畫架構模式與修正。
- 二、保險人分區業務組負責審核計畫與協調監督轄區各計畫之執行，並得邀請醫界代表(如總額執行單位)協助參與、輔導及評估。
- 三、保險人分區業務組得召開觀摩會，邀請執行成效良好之地區醫院分享經驗，推廣優良的管理模式，促進計畫執行品質。

壹拾參、計畫申請方式

參與計畫之地區醫院應於計畫公告1個月內，檢附申請文件向保險人分區業務組提出申請(附錄)。經保險人分區業務組同意並函復，計畫執行至當年度年底為限。

壹拾肆、退場機制

- 一、評核期間以本計畫所訂指標執行之期程為原則。
- 二、保險人提供評核指標介於60分至70分($60 \text{分} \leq \text{評核指標} < 70 \text{分}$)之醫院名單予台灣社區醫院協會協助輔導改善，且須於次年6月底前提具

執行改善計畫書經保險人分區業務組備查後，始得加入本計畫(計畫實施第一年無須提具執行改善計畫書)；第2年仍未達70分續辦標準者(評核指標<70分)，應退出本計畫，1年內不得再加入本計畫。

三、如評核指標未達60分者(評核指標<60分)，應退出本計畫，1年內不得再加入本計畫。本項規定於計畫實施第二年起適用，計畫實施第一年比照上述評核指標介於60分至70分($60 \leq \text{評核指標} < 70$)之醫院辦理。

四、本計畫參與醫師當年度未於執業登記醫院申報醫療費用者(不含代辦案件)，1年內不得再加入本計畫。

壹拾伍、實施期程及評估

各醫院應於計畫執行後，年度結束提送執行結果(包含計畫運作執行現況、計畫評核指標執行率與社區衛教宣導)至保險人分區業務組。

壹拾陸、訂定與修正程序

本計畫由保險人與社區醫院協會共同研訂後，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，餘屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫檢核邏輯

保險人網頁之個案通報及登錄系統說明

- 一、參與計畫之醫師需透過醫事服務機構行文至保險人分區業務組申請，待保險人分區業務組核准後，始能登入健保資訊網服務系統(VPN)傳輸會員資料。
- 二、醫師進入保險人資訊網服務系統網頁後登入試辦計畫登錄系統後，可以點選會員管理選項，進行會員資料之登錄、維護及查詢事項。

說明：

1. 保險人分區業務組需確實將參與院所名單登錄於 HMA 系統。
2. 醫療院所需請資訊廠商修改其自行維護的畫面，並將會員資料以批次經本系統上傳至健保資訊網服務系統(VPN)。
3. 相關會員資料之維護仍由保險人分區業務組維護；收案期限將設定 1 個月，保險人依權限擷取會員資料供分析用，對於資料登錄未完整之社區醫療群於 1 個月內補正資料/或不予支付。
4. 身分證字號有重複登錄情形，則第 2 筆資料無法輸入。

地區醫院全人全社區照護計畫－收案會員健康資料

計畫附件二

個人基本資料(必填)			
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生日期	西元 年 月 日	職業別	
主要照顧者		居住地	_____鄉(鎮)
家庭生命週期： <input type="checkbox"/> 新婚夫婦 <input type="checkbox"/> 第一個小孩誕生 <input type="checkbox"/> 有學齡兒童 <input type="checkbox"/> 有青少年子女 <input type="checkbox"/> 子女外出創業 <input type="checkbox"/> 空巢 <input type="checkbox"/> 老化的家庭			
生活型態評估量表各領域總分(附表)(必填)*每個領域最高 10 分			
正向社會連結： 第 1、3、5、7、9 題的分數總和_____		身體活動： 第 13、19、22 題的分數總和_____	
避免危害物質： 第 6、11、15、16 題的分數總和_____		睡眠及壓力管理： 第 4、8、10、17 題的分數總和_____	
營養： 第 2、12、14、18、20、21 題的分數總和_____		抽菸： 1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸 10 支菸以下、4.平均一天約吸 10 支菸(含)以上	
喝酒： 1.無、2.偶爾交際應酬(每週 1-2 天)、3.經常喝(每週>2 天)		嚼檳榔： 1.無、2.偶爾交際應酬(每週 1-2 天)、3.經常嚼或習慣在嚼(每週>2 天)	
醫療病史(必填)			
慢性病史 <input type="checkbox"/> 1.高血壓 <input type="checkbox"/> 2.糖尿病 <input type="checkbox"/> 3.腎臟病 <input type="checkbox"/> 4.缺血性心臟病 <input type="checkbox"/> 5.心律不整 <input type="checkbox"/> 6.心臟衰竭 <input type="checkbox"/> 7.腦血管疾病 <input type="checkbox"/> 8.腫瘤 <input type="checkbox"/> 9.貧血 <input type="checkbox"/> 10.關節炎 <input type="checkbox"/> 11.高膽固醇血症 <input type="checkbox"/> 12.痛風或高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 13.過敏性鼻炎 <input type="checkbox"/> 14.氣喘 <input type="checkbox"/> 15.慢性肺疾病 <input type="checkbox"/> 16.消化性潰瘍 <input type="checkbox"/> 17.功能性腸胃問題 <input type="checkbox"/> 其他			
家族病史及相關健康問題 (若有親人有罹患下列疾病，請填入家屬代碼：A.父 B.母 C.兒女 D.兄弟姊妹 E.父系親戚 F.母系親戚 G.其他) <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.糖尿病【 】 <input type="checkbox"/> 3.高血壓【 】 <input type="checkbox"/> 4.心臟病【 】 <input type="checkbox"/> 5.腦血管病變(中風)【 】 <input type="checkbox"/> 6.高血脂【 】 <input type="checkbox"/> 7.腎臟病或尿毒症【 】 <input type="checkbox"/> 8.惡性腫瘤【 】 <input type="checkbox"/> 9.遺傳性腎臟疾病【 】 <input type="checkbox"/> 10.多囊腎【 】 <input type="checkbox"/> 11.痛風【 】 <input type="checkbox"/> 12.自體免疫性疾病【 】 <input type="checkbox"/> 13.其他【 】 <input type="checkbox"/> 14.不知			
長期藥物使用（使用達 3 個月以上） <input type="checkbox"/> 降血壓藥 <input type="checkbox"/> 胰島素 <input type="checkbox"/> 降血糖藥 <input type="checkbox"/> 降血糖藥 <input type="checkbox"/> 降尿酸藥 <input type="checkbox"/> NSAID <input type="checkbox"/> 中草藥 <input type="checkbox"/> 其他_____			
食物過敏史 食物名稱：		藥物過敏史 藥物名稱：	
身體檢查(皆為必填)			
身高(cm)		血壓(收縮壓/舒張壓)(mmHg)	
體重(kg)		腰圍(cm)	
脈搏(次/每分鐘)			

(附表)資料來源: 社團法人臺灣生活型態醫學會-生活型態評估量表

編號	請想一想過去七天，並回答以下問題，你是否：														
1	感覺生活有目標。														
2	在烹飪時使用橄欖油做為主要用油，或者烹飪時不使用任何油品。														
3	進行了兩次以上(含兩次)的靈性或宗教性活動（例如冥想、祈禱、教堂禮拜等）														
4	大多數日子都感覺自己能夠有效地應對和處理壓力。														
5	參與一個或多個俱樂部或團體（例如運動、社區、學校團體等）。														
6	抽菸、使用電子煙或其他煙草產品。														
7	在三個以上(含三個)不同的場合，跟親近的朋友或家人交談或拜訪他們。														
8	大多數日子睡醒時感到神清氣爽並且有充足的休息。														
9	總共花費至少兩個小時在大自然中（大約每天 20 分鐘）。														
10	大多數日子感覺有足夠的時間照顧自己。														
11	嚼食檳榔。														
	請想一想過去七天，並提供您關於以下問題最好的估計值：														
12	在外面用餐（包含餐廳內用及外帶）的總次數。 <u>少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 次或更多(1、0 分)</u>														
13	進行增加肌肉強度、力量、耐力和肌肉量的活動（例如伏地挺身、深蹲、引體向上等）總天數。 <u>0、1、2、3、4、5、6、7 天(0、1、2 分)</u>														
14	飲用含糖飲料（例如果汁、含糖咖啡或茶、汽水、運動飲料）的總杯數。 <u>少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 杯或更多(2、0 分)</u>														
15	<p>在任何一天內，含酒精飲料喝的最高單位數。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p> 1單位酒精 = 10公克純酒精</p> <p>酒品容量 (ml) x 酒精濃度 (%) x 0.785 (酒精密度) = 每瓶酒精含量 (公克)</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td> = 150ml</td> <td> 啤酒 5%</td> <td> 含酒精提神飲料 10%</td> <td> 紅酒 12%</td> <td> 米酒 19.5%</td> <td> 烈酒 40%</td> <td> 高粱酒 58%</td> </tr> <tr> <td>1單位 ml/天</td> <td>254ml</td> <td>127ml</td> <td>106ml</td> <td>65ml</td> <td>31ml</td> <td>21ml</td> </tr> </table> </div> <p style="text-align: center;">  臺灣生活型態醫學會 製作 參考資料：衛生福利部心理健康司 <small>Taiwan Association of Lifestyle Medicine</small> </p> <p><u>(女 3 以下、男 4 以下，2 分、0 分)</u> <u>少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 單位或更多</u></p>	 = 150ml	 啤酒 5%	 含酒精提神飲料 10%	 紅酒 12%	 米酒 19.5%	 烈酒 40%	 高粱酒 58%	1單位 ml/天	254ml	127ml	106ml	65ml	31ml	21ml
 = 150ml	 啤酒 5%	 含酒精提神飲料 10%	 紅酒 12%	 米酒 19.5%	 烈酒 40%	 高粱酒 58%									
1單位 ml/天	254ml	127ml	106ml	65ml	31ml	21ml									
16	<p>以有飲用含酒精飲料的那幾天平均來算，每天平均喝的單位數（如果過去七天都沒有飲用含酒精飲料，請選「少於 1」）</p> <p><u>(女 1 以下、男 2 以下，2 分、0 分)</u> <u>少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 單位或更多</u></p>														
17	<p>每晚平均睡眠時數(單位：小時)。</p> <p><u>少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 小時或更多 (0、3、5 分)</u></p>														
18	每天平均食用水果的份數(1 份為可食重量約 100 公克，切塊後裝在碗裡約半碗至 1 碗)。														

	<p>少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、大於 10 份</p> <p>水果一份</p> <p>約一個拳頭大小，或切塊水果約一碗8分滿</p>  
	<p>少於 <u>1</u>、<u>1</u>、2、3、4、5、6、7、8、9、10 份或更多(<u>0</u>、<u>1</u>、2 分)</p>
19	<p>每天平均坐著的時數(單位：小時)。</p> <p>少於 <u>1</u>、<u>1</u>、<u>2</u>、<u>3</u>、<u>4</u>、<u>5</u>、<u>6</u>、<u>7</u>、8、9、10 小時或更多(<u>3</u>、<u>1</u>、0 分)</p>
20	<p>每天平均食用包裝零食（例如薯片、餅乾、糖果、蛋白營養棒等）的包數。</p> <p>少於 <u>1</u>、<u>1</u>、2、3、4、5、6、7、8、9、10 包或更多(<u>2</u>、0 分)</p>
21	<p>每天平均食用蔬菜的份數(1 份為可食重約 100 公克。煮熟後，相當於直徑 15 公分盤 1 碟；用碗裝，收縮率較高的如莧菜、地瓜葉等約占半碗，收縮率較低的如芥蘭菜、青花菜等約占 2/3 碗)。</p> <p>少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、大於 10 份</p> <p>蔬菜一份</p> <p>約100公克，或半碗至8分滿的煮熟蔬菜</p>  
	<p>少於 <u>1</u>、<u>1</u>、<u>2</u>、3、4、5、6、7、8、9、10 份或更多(<u>0</u>、<u>1</u>、2 分)</p>
22	<p>一週內的有氧運動（例如快走、慢跑等）總分鐘數。</p> <p>小於 <u>30</u>、<u>30</u>、<u>45</u>、<u>60</u>、<u>90</u>、<u>120</u>、150、180、210、240、270、300、大於 300 分鐘 (<u>0</u>、<u>1</u>、<u>2</u>、<u>3</u>、<u>4</u>、<u>5</u> 分)</p>

●各領域總分計算（每個領域最高 10 分）

正向社會連結：第 1、3、5、7、9 題的分數總和 _____

身體活動：第 13、19、22 題的分數總和 _____

避免危害物質：第 6、11、15、16 題的分數總和 _____

睡眠與壓力管理：第 4、8、10、17 題的分數總和 _____

營養：第 2、12、14、18、20、21 題的分數總和 _____

整體生活型態分數：_____（最高 50 分）

●整體生活型態分數解釋

解釋	整體生活型態分數	
現在是您與醫師合作的好時機，幫助您養成顯著改善健康的生活習慣。	0-20	低於平均
您有一些不錯的健康習慣，但仍有很多生活方式可調整來改善您的健康，並降低疾病風險。	21-30	平均
您有許多良好的健康習慣，但仍有一些領域可以檢視並嘗試改善。	31-40	非常好
您做得很好，但可以對生活方式進行一些小調整，以達到更好的整體健康狀態。	41-50	優秀

一、 疾病及健康狀態

(主要疾病及健康問題列表)

二、 致病原因綜合評估

(一) 疾病因素：

(二) 家庭心理社會因素：

(三) 其他因素：

(四) 評估結果：

三、 全人照護治療計畫

(一) 藥物治療

(二) 非藥物治療

(三) 其他健康照護建議(內容視個案情況而定)

1. 慢性病風險評估及衛教

2. 健康生活型態建議(戒菸、增加運動、飲食建議、減重目標等)

3. 預防保健追蹤(如成人健檢、癌症篩檢、疫苗注射)

4. 專科醫師會診

5. 轉診或轉介(長照或其他醫療/社區資源)

6. 其他

失智症門診照護諮詢溝通記載內容及規定

- 一、 會員姓名及臨床失智症評量表(CDR)或簡易心智量表評量結果。
 - 二、 依需要簡要敘述病況、照護技巧指導、藥物或營養諮詢、家屬心理支持、社會資源運用等內容。
 - 三、 諮詢服務之日期及起迄時間至分。
 - 四、 提供服務者職稱及簽章。
 - 五、 接受諮詢服務者簽章及其與會員關係(接受諮詢服務者包括會員或主要照護者，且至少有 1 位家屬參與)。
- 註：諮詢服務時間不包括醫師診療及失智症評估量表填報時間

家庭醫師整合性照護計畫及地區醫院全人全社區照護計畫之差異比較

項目	西醫基層·家庭醫師整合性照護計畫	醫院·地區醫院全人全社區照護計畫
組織運作	1. 1/2 以上診所專任醫師需具有內科、外科、婦產科、兒科或家庭醫學科專科醫師資格或 1/5 以上診所專任醫師具有家庭醫學科專科醫師 2. 需與 1-2 家醫院建立轉診及合作機制	1. 由家庭醫學科、內科或兒科專科醫師、營養師及個案管理人員組成照護團隊 2. 需與 1-2 家區域級以上醫院及 5 家以上診所*建立轉診及合作機制
收案條件	1. 依前一年西醫基層門診就醫情形，分為慢性病及非慢性病個案交付主要就醫診所收案，並優先交付 P4P-DM/CKD/DKD、代謝診所 2. 除上開應照護理族群外，每名醫師可自收 200/300 人 (每家診所上限為 1,200 人/1,800 人)	1. 以地區醫院忠誠三高病人作為收案對象，並按就醫次數、藥費交付主要就醫醫院(排除家醫計畫、代謝症候群計畫、醫院以病人為中心門診整合照護計畫及 P4P-DM/CKD/DKD 收案者) 2. 每名醫師收案人數以 1,000 人列計，以參與計畫的醫師數計算醫院收案人數上限
教育訓練	1. 醫師於參與計畫第一年須接受家庭醫師相關訓練課程 2. 「家醫 2.0 醫療群」診所，若未參加 P4P-DM/CKD/DKD，醫師應接受 DM/CKD 教育課程	1. 個案管理人員於參與計畫第一年接受行政管理課程 2. 醫師於參與計畫第一年接受家庭醫師相關訓練課程 3. 參與醫師每年應接受 8 小時三高防治教育訓練
開辦建置費	無	15 萬點/家(參與計畫的第一年支付) ● 需符合「收案會員之個人健康資料建檔率達 80%」等四項條件，才予支付
個案管理費	每人 250 點/年	收案首年每人 500 點/年，次年起，每人 250 點/年 ● 應完成個人健康資料建檔，未完成者，不予支付
費用	健康管理成效	成效分潤，醫療費用差值回饋(VC-AE)，平均每會員上限 275 點
	績效獎勵費	結構面、過程面、結果面、加分及自選指標
	品質提升費	依評核指標(含預防保健及疾病管理)達成情形，分五級支付： 達特優級(≥90 分)者，支付會員每人 275 點，依序遞減，<70 分則不予支付

項目	西醫基層-家庭醫師整合性照護計畫	醫院-地區醫院全人全社區照護計畫
疾病整合提升費 (支付條件：控制良好或進步)	DM 或 CKD 病人：250 點/年 DKD 病人：750 點/年	三高疾病中，單一疾病個案：250 點/年；兩種疾病(含)以上個案：750 點/年
多重慢性病人門診整合費 (支付條件：門診用藥整合)	慢箋總處方調劑日份 ≥ 56 日，550 點/人/年； ≥ 169 日，1,100 點/人/年	
失智症門診照護家庭諮詢費	依諮詢時間長短，支付 300 點或 500 點	

*如為當年度公告之本保險醫療資源缺乏地區施行區域及本保險保險對象免自行負擔費用辦法所列之山地離島地區之醫院，得與 1~2 家區域級以上醫院及 1 家以上診所建立轉診及合作機制

(會議資料第 116 頁)

報告事項第二案

報告單位：本會第三組

案由：各總額部門 112 年度執行成果評核結果，請鑒察。

說明：

一、本會依本(113)年第 2 次委員會議(113.3.13)通過之評核作業方式，業於 7 月 16、17 日辦理「各總額部門 112 年度執行成果發表暨評核會議」，並於 7 月 17 日下午召開評核內部會議討論，獲致最後之評核結果，當天即併同各總額部門執行成果簡報，置於本會網頁對外公布，同時以電子郵件寄送本會委員參閱。

(一)本次會議共計 170 餘人出席，包含評核委員、本會委員、各總額部門相關團體、健保署、民間團體及衛福部相關單位，其中本會委員(含代理人)共 33 人與會，提供諸多寶貴建議。

(二)評核委員係依本會委員於 5 月份票選結果產生，依序邀請得票最高的前 7 名專家學者擔任，依姓名筆劃排序分別為王評核委員惠玄、吳評核委員肖琪、吳評核委員榮達、林評核委員文德、郭評核委員年真、滕評核委員西華及韓評核委員幸紋。內部會議主席則由評核委員互推產生，由吳評核委員肖琪擔任，所有與會人員皆簽署保密切結文件，不對外公開討論過程及個別委員發言。

(三)經評核委員討論後，評核結果如下表：

總額部門	牙醫門診	醫院	中醫門診	西醫基層
評核等級	優	優	良	良

二、依上開評核結果及第 5 次委員會議(113.6.19)決議之 112 年度執行成果評核獎勵標準計算，各總額部門 114 年度「品質保證保留款」專款獎勵成長率如下：

總額部門	牙醫門診	醫院	中醫門診	西醫基層
獎勵成長率	0.2%	0.2%	0.1%	0.1%

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

三、為提升及精進健保署及各總額部門未來之執行成效，經內部會議

討論，7 位評核委員及本會委員提出對健保署及各總額部門(含其他預算)精進作為之共識建議，詳附件(第 39~60 頁)，本會後續將再整理評核委員個別書面及口頭審查意見(含當天評論意見之投影片)併入評核紀錄，提供本會委員、健保署及各總額部門研參。

四、請健保署及各總額部門承辦團體，依評核委員所提精進作為之建議，辦理下列事項：

- (一)涉及114年度總額協商項目部分，請納入114年度總額協商草案回應說明。
- (二)作為未來規劃健保制度及總額預算執行參據，並於114年評核報告提出參採情形說明。

決定：

對健保署及各總額部門(含其他預算)精進作為之共識建議

一、對健保署及四總額部門之整體建議

(一)面對快速高齡化、少子化人口結構改變，健保署應積極規劃因應，以確保健保永續經營：

- 1.2020~2022 年 15~64 歲勞動人口減少 45 萬人，2044 年將再減少約 400 萬年輕人，因人口結構快速改變，健保面對的挑戰包括：收入面保費負擔人口減少，支出面多重慢性病等高齡人口增加等，建議審慎規劃健保制度，以確保健保永續經營。
- 2.面對醫事人力不足問題，如何與其他領域競爭、留住人才為一大挑戰，建議醫療供給面及照護模式應進行調整，我國在每萬人口病床數高於多數國家的情況下，醫院仍在擴床，建議減少病床數，將慢性病床、占床率較低的部分急性病床轉型為長照機構，並朝全人整合照護方向努力。
- 3.健保署應以保險人角色，積極就如何運用有限資源讓健保永續發展，提出整體資源配置方案及願景，並提供上級單位(衛福部、行政院)建議，朝向更好的健保邁進。

(二)大家醫計畫應朝以人為中心整合照護模式，及早落實全人照護：

- 1.肯定健保署規劃大家醫計畫開始進行慢性病照護整合，期能逐步建構以病人為中心的整合照護模式。
- 2.建議將牙醫、中醫、社區藥局服務納入醫療群，在同一生活圈區域內，提供全人、全家照護，形成社區共照服務網。
- 3.前 20 大疾病醫療費用為 4,443 億元，約占整體費用的一半；前 3 項疾病費用為 1,600 億元，前 10 項疾病費用為 3,200 億元，建議針對前幾大疾病，思考以人為中心的整合式照護策略。

(三)分級醫療實施多年，轉診成效不顯著，宜檢討原因及加以改善：

- 1.請研析影響下轉率及回轉率的因素，並考量病患就醫可近性，建立引導院所適當轉診之機制。

2.建立評估轉診適當性之指標(如優化初級照護指標)，持續監測醫院下轉後民眾停留基層之時間。

3.訂定分級醫療結果面指標，以利後續評估分級醫療執行成效。

(四)支付制度改革緩慢，請積極推動以價值為導向之支付制度：

多年來論量計酬外的支付制度改革停滯不前，支付標準調整片斷、不見計畫性的調整規劃，且10年來DRGs僅導入第1、2階段，第3~5階段導入停滯，均惡化「價值等於點值或品質」的現象。請健保署秉持保險人責任，積極規劃及推進健保支付制度改革，朝向論病例、論質、論人、論值、包裹式等支付方式，建構以價值導向之支付制度。

(五)點值保障議題涉及層面及影響深遠，需有整體健保改革之規劃：

- 1.近年支付制度改革願景與決心難以整合，導致論量計酬下的點值爭議，且總額協商項目偏好提出支付標準調整或單項疾病治療介入等，欲使「點值等於價值」。實際上，點值影響因素涉及支付制度改革與價量管控，須有整體檢討及規劃。
- 2.從賽局理論來看，保障點值恐導致供給誘發需求及過度醫療，更重要的是「價與量」的合理控管，相關策略包括：支付制度改革、以病人為中心的整合照護、部分負擔改革(如定率搭配上下限)，加強醫療費用審查(如恢復抽審放大回推)、檢討自費比率等，以發揮專業自律，建立以價值為導向之健保制度。
- 3.總額預算是巨觀的效率(macro-efficiency)，若未搭配微觀的效率(micro-efficiency)，點值無法提升是無可避免的結果。DRGs為提升醫療資源利用微觀效率的工具，若短期無法全面實施，建議考慮先做為分類及管理的工具，以各醫院相同Tw-DRGs的費用做檔案分析，並形成同儕比較的基礎，甚至啟動專業審查，亦能達到提升效率之目的。

(六)我國門診就醫次數居高不下，宜從醫療端及民眾端改善此現象：

如何降低民眾就醫次數非常重要，建議強化整合性照護、降低非治療性門診(如檢驗檢查結果無異常)、提高慢性病連續處方箋

開立率及月數，並提升民眾自我照顧、自我管理與健康促進的知能。

(七)近年總額協商面臨諸多問題，健保署宜善盡保險人角色，協助各總額部門研擬合理協商項目，並回應評核意見：

- 1.近年總額協商多由衛福部政策決定協商項目及金額，健保面臨過度承擔非法定給付項目，或多以年齡別、單一疾病別、科別等調整支付標準，失去支付衡平性等問題。健保署應善盡保險人責任，與社保司協助各總額部門研擬合理協商項目，並提供衛福部、行政院國發會政策決定參考。
- 2.建議各總額部門及健保署於 114 年度總額協商前，回應評核意見之參採情形，如納入 114 年度總額協商擬案、評估納入未來協商項目，或無法參採之原因。

(八)相關政策及制度改變，應評估財務衝擊，考慮其財源及健保如何永續經營：

- 1.保障點值涉及健保財務，建議健保署試算 2025 年~2035 年的健保收支能否因應，另健保財務制度的根本問題來自論口計費，應儘快研擬推動家戶總所得制。
- 2.提出新增總額協商項目、調整支付標準時，健保署應考量預算中平原則，並落實健保法第 5 條規定，有減少保險收入或增加保險支出之情事時，應同時提出資源配置及財務平衡方案。
- 3.若調高健保費有困難，應做好「價與量」的合理管控，或爭取其他公務預算的投入。
- 4.部分負擔改革目前已經遭遇瓶頸，建議檢討重大傷病免部分負擔之合理性，同時考量民眾可負擔性，進行部分負擔改革。

(九)建議調整滿意度調查頻率，並針對重要政策進行使用經驗與滿意度調查，以利政策效果評估：

健保已實施 30 年，整體滿意度穩定，建議滿意度改為 2~3 年調查 1 次，並針對重要政策，如分級醫療(轉診)、家庭醫師整合性照護計畫、居家醫療照護、急性後期整合照護計畫、住院整合照

護計畫等重要政策，進行使用者經驗與滿意度調查，以了解政策實施遭遇哪些問題，俾尋求解決策略，並評估政策效果。

(十)肯定健保署推動資訊共享及利用管控，建議呈現其效益：

- 1.對於健保署積極以資訊科技、雲端查詢等方式，建立醫師處方前提示、回饋院所重複處方、檢驗(查)之適當性等資訊，以利提升就醫安全及節省醫療資源，予以高度肯定。
- 2.檢驗檢查結果即時上傳率達 92.6%、醫療檢查影像上傳率也達 83.3%，建議呈現影像上傳、大數據加值應用分析之效益。

(十一)建議檢討各項品質及績效指標之訂定，並朝結果面指標邁進：

- 1.專業醫療服務品質指標，部分指標鈍化或參考值訂定過於保守，指標監測值遠高於參考值，建議新增結果面之敏感指標，或重新檢討參考值。
- 2.協商項目之執行目標及預期效益評估指標(下稱 KPI)，目前多為過程面或利用率指標，建議依協商項目執行目的、預期效果，建立各執行階段合理之過程面(初期)及結果面指標與目標值，呈現執行績效。
- 3.品質保證保留款(下稱品保款)之分配，有改善空間，包括：欠缺結果面指標、指標鈍化或參考值訂定過於保守、分配鑑別度不足等問題，請健保署協助各總額部門加強改善分配方式，以利品質較佳的院所能獲得更多獎勵，落實品保款之獎勵目的。
- 4.牙醫部門相較其他部門品保款核發鑑別度較高，60 分以上之院所占核發家數 34%，分配 78%的品保款，建議其他總額部門參考牙醫的做法，研擬更具鑑別度之核發指標及分配方式。

(十二)各總額部門及健保署其他預算之專款項目數及金額應有上限，試辦一段期間應檢討納入一般服務或退場：

- 1.總額專款項目及金額逐年增加，113 年已高達 84 項，然部分專款執行不佳，甚至試辦多年仍未能確認其效益及定位。建議應積極檢討專款項目，最遲於執行第 3 年應進行檢討評估，第 5 年應納入一般服務或退場，另建議針對試辦超過 10 年之專案

優先檢討。

- 2.請健保署整體檢視總額專款項目，於協商 114 年度總額前，提出各項專款項目之後續辦理建議，供委員協商參考。

二、對醫院總額之建議

(一)加速推動支付制度改革：

- 1.加速「促進醫療服務診療項目支付衡平性」之執行進程，積極規劃並配合健保署推動支付制度改革：近年支付標準之調升淪為片斷化，為穩固支付標準之衡平性與有計畫的逐步合理調整支付標準，建議加速「促進醫療服務診療項目支付衡平性」專案之執行進度(決定事項所訂檢討期程為 112~114 年)，以成本分析、物價指數、醫療分級(工)等基礎，進行整體評估。並積極規劃與配合健保改革之推進，朝論病例、論質、論人、論值及包裹式支付等發展，發揮專業自律，建立以品質、價值為導向之健保制度。
- 2.建議「擴大推進 Tw-DRGs」：考量國際經驗住院部分不會 100% 適用 DRGs，且超出臨界點之重症病患費用可核實支付，故 DRGs 之推動不宜因而停滯不前。建議可搭配健保署提出的住院點值保障方案，並且仿效其他國家，採「DRG、論量計酬」依比例計算支付點數，再逐年推進以 Tw-DRGs 計算之占比。
- 3.研議導入門診前瞻性支付：醫院的門診服務不斷擴張，但住院卻有護理人力不足的情形，醫院總額是患寡還是患不均，值得深思。門診前瞻性支付的建議已提出多年，醫院部門應積極與健保署研議導入。在未實施門診前瞻性支付前，應配合推動區域級(含)以上醫院門診減量措施，及鼓勵穩定慢性病患者下轉基層院所。

(二)為合理配置醫療資源，醫療體系在供給面應積極調整、轉型：

- 1.醫院門診醫療點數於 108~112 年間成長 17.2%，住院成長 13.2%；代表門住診比率仍處於失衡狀況(56.5：43.5)，未見改善。建議降低醫學中心門診比重，強化基層醫療(以社區為中心，加入社區診斷與管理的人才，參與整合醫療、居家照護、健康促進與長照)，同時確保急、重、難症及兒童、感控人力的量能。
- 2.醫院總額 112 年門診之醫療利用情形，與 108 年疫情發生前相

較，門診醫療點數成長 17.3%，平均每人就醫點數成長高達 14.8%，但就醫人數及就醫次數僅成長 2.1%及 7.6%，宜檢討支付單價大幅升高及影響點值之主要原因。

(三)檢討總額協商項目，宜提出精進服務模式或有別於論量支付之醫療服務：

近年新增項目多屬「支付標準調升」、「特定項目保障點值」、「補充人力成本」等項目，在論量計酬下，仍有嚴重內生性與增加醫療服務點數之作用，造成點值衝擊。醫院部門宜主動提出精進服務模式或有別於論量支付之醫療服務，建立以品質和價值為導向的醫療體系，以回應社會期待。

(四)檢討分級醫療執行是否達到原訂政策方向及強化推動策略：

- 1.民眾應依病情嚴重程度至適當的醫院層級就醫：目前因民眾就醫自由，醫療院所亦無法拒絕病人，若轉診中難以建立疾病嚴重度(CMI)分析，使得醫院端無適當的工具加以處理，建議研議以 ICD-10 診斷碼或疾病分類群組分析病人「轉診」之合宜性。
- 2.病患病情經判斷較為穩定後，可轉至適當的院所層級就醫：醫學中心 112 年轉診率雖有成長，但以下轉至區域醫院較多，區域醫院下轉至西醫基層則減少。宜檢討是否存在財務因素，導致大型醫院不願意將病患轉診至基層診所，並關注醫學中心平行轉診是否合理。
- 3.推動門診減量政策：門診減量措施之持續實施，可鼓勵醫院自主訂定減量措施誘因，例如：加強整合門診照護、檢(查)驗報告分析無問題者不需回診、提高慢箋開立率、加強垂直轉診、獎勵醫師外之醫療人員開辦衛教或疾病、藥物諮詢專線(區)等。
- 4.醫院於下轉病患時，宜徵詢其意願及考量就醫可近性，將病患下轉後，應能持續追蹤病情，建議醫院部門努力改善。

(五)建議深入分析護理人力問題，並針對問題尋求改善策略：

- 1.112 年醫學中心年資未滿 2 年之護理人員離職率大幅上升，且 109、111 年人力增加，但平均每月實際於急性一般病床照護之

護理人力反而減少，新投入之人力恐非用於舒緩住院護理人力缺口。建議針對上述現象、問題提出因應對策。

2. 近期關於護理人力與病床是否關床之爭議增加，而護理人力與關床率相關之可能原因，外部涉及不同院所層級別流動，內部涉及院內部門(如門住診)移動、科別或病房差異、自費床與健保床移轉等，醫院除提供誘因增聘人力外，亦積極從事以科技輔助改善勞動負荷，建議醫院協會與護全會合作進行分析，以求長遠之計。
3. 112 年淨增加之護理人力減少，研究顯示近年來影響護理人員離職因素中，薪資的影響持續下降，但工作壓力及負荷的影響相對提高。此外，人力朝長照服務移動現象，亦對醫院護理人力造成影響。針對護理人力的變化與流向，建議醫院協會進行深入的分析。
4. 住院護理照護品質指標之病人感染發生率上升，宜檢討改善：112 年住院病人感染發生率，在醫學中心及慢性醫院為近 5 年最高，尤其慢性醫院成長甚多，其攸關病患健康安全，建議檢討改善。

(六)精進檔案分析異常管理：

檔案分析異常管理作業是體現自主管理精神的重要作為，歷年的指標數量變動大，應考慮以系統性的方式找出標的，並檢討過去進行異常管理的成效，例如復健費用的控管。

(七)提升醫療資源的分配公平性及民眾就醫可近性：

1. 近幾年以鄉鎮市區發展程度最高與最低兩組醫師人力比均大幅提高，僅 112 年微幅下降，醫療資源分配的公平性仍有改善空間。
2. 醫療資源不足地區之資源投入，應以提高當地民眾就醫可近性為目標，而不僅針對偏鄉地區醫院保障點值，或補助 24 小時急診及護理人力加成、獎勵等措施。

(八)醫院專款項目太多，試辦一段期間應檢討納入一般服務或退場：

112 年醫院總額已增至 23 項，建議健保署與醫院部門審慎檢討編列專款項目的必要性，試辦一段期間後應檢討執行成效，考慮納入一般服務或退場。

三、對西醫基層總額之建議

(一)精進照護模式以因應未來人口型態改變：

隨著人口高齡化，基層醫療扮演之角色愈形重要，包含友善無障礙服務、預防衛教、全人照護、醫療守門員、社區健康營造等，為強化基層實力，建請西醫基層部門對於提升優質服務模式及推進時程，應有整體規劃，並積極輔導開業診所(特別是新開業)參加優質專案，以利提供品質與效率兼具之醫療服務。

(二)分級醫療實施多年成效不顯著，宜檢討原因及加以改善：

- 1.112 年轉診件數逐年成長，但轉入件數低於轉出件數且落差加劇，民眾停留基層接受照護天數相較疫情前(108 年)及 111 年大幅縮減，考量醫院的慢性病件數及費用均逐年增加，應努力吸引慢性病患轉診至基層診所就醫。
- 2.開放表別是強化基層服務能量及吸引病患至基層就醫之重要項目，惟西醫基層部門多年來推動緩慢，多將預算編列於提升診察費之協商項目，分級醫療策略尚有改進空間。
- 3.建議重新檢視民眾醫療行為，善用家庭醫師整合性照護計畫(下稱家醫計畫)之合作醫院，加強診所與醫院之轉診模式，並納入家醫計畫成效指標。

(三)對糖尿病病人整體照護之建議：

- 1.參加「糖尿病合併初期慢性腎臟病」者，照護率及控制良好率均有所提升，但 UACR(尿液微白蛋白)、HbA1c(糖化血紅素)、LDL(低密度脂蛋白膽固醇值)之控制不良率亦較前一年度增加，請檢討原因並加以改善。
- 2.參與計畫者的重要項目檢查率優於未參加者，惟未參加之病患亦為保險對象，應提供同等醫療品質之服務，建議分析未參加病患之特性及照護成效，與參加計畫者有無差異。

(四)專業醫療服務品質指標的檢討修訂：

- 1.檢討專業醫療服務品質指標之參考值：部分指標之數值已遠高於參考值，建議重新檢討及訂定，如「平均每張慢性病處方箋

開藥日數」、「糖尿病病人糖化血色素或糖化白蛋白執行率」、「成人預防保健」等，並擴大納入結果面指標。

- 2.檢討品保款實施方案鑑別度：目前約 7 成院所可分配品保款，有 4 成核發權重達 100%，比率偏高，建議刪除不具鑑別度之項目，納入可呈現健康結果的指標，並參考牙醫及中醫門診總額之分配方式，將核發權重差距拉大。

(五)檢討總額協商項目，宜提出精進支付制度、照護品質之協商方案：

- 1.近年西醫基層總額協商項目，多屬支付標準或單一疾病、年齡別等費用調升，欠缺前瞻性支付及提升服務品質之方案，建議提出精進支付制度、照護品質之協商項目。
- 2.協商項目所訂之 KPI 宜加強結果面指標與目標值，以利呈現執行績效：目前協商項目 KPI 多為過程面或利用率指標，建議依項目執行目的、預期效果，建立各執行階段合理之過程面(初期)及結果面指標與目標值。

(六)風險調整移撥款之分配：

西醫基層總額「風險調整移撥款」多數用於撥補點值，宜檢討是否有達到風險調整移撥款之編列目的，並定期檢討其分配方式。

(七)專款項目之執行及後續規劃：

- 1.專款項目執行成效優良者，建議納入一般服務持續推行：對於實施多年且照護率高、執行成效良好之試辦計畫，特別是照護率接近或大於 50% 者，其參與診所醫療品質顯著較佳，建議納入一般服務持續推行，讓民眾能普遍獲得較好的醫療服務品質，而非長期以「試辦方式」推行。
- 2.建議縮減數量、聚焦深耕，對於成效不如預期之專案計畫，應瞭解困難點，找出有效解決方式：建議西醫基層部門深入瞭解推動過程中的困難點，找出有效解決方案，例如家醫計畫、代謝症候群防治計畫之實施成效。此外，代謝症候群防治計畫收

案人數低於目標值，建議深入瞭解參與院所未積極收案原因及其困境，也宜關注是否有選案問題。

(八)家醫計畫應做好民眾知情同意、加強病人黏著度，並重新檢視品質指標權重：

- 1.目前家醫計畫並未朝家庭責任醫師制度或周延性目標邁進，112年固定就醫率未達 50%，建議以民眾健康為中心，整合多項疾病照護，並加強病人與照護團隊之黏著度。
- 2.現行家醫計畫困境之一是民眾無感，甚至不知道被收案，建議收案時應做好知情告知，並提供民眾需要的醫療及衛教服務。
- 3.112 年急診率、潛在可避免急診率及可避免住院率均未達標，甚至高於 111 年，建議調整品質指標權重，並加強輔導成效不佳之醫療群。

(九)西醫醫療資源不足地區改善方案之精進：

112 年巡迴總診次、總服務人次以南區最多，占一半以上，其他地區可能是由醫院提供服務，宜瞭解其他地區診所未參與之原因，並及早規劃因應服務醫師老化後的影響。

四、對牙醫門診總額之建議

(一)肯定牙醫部門「8020」提升國人自然牙之前瞻性目標，建議加強兒童口腔預防保健：

- 1.肯定牙醫部門對提升國人自然牙保存之努力，持續往「8020」前瞻性目標推進，12歲兒童的 DMFT 指數雖然近 20 年來已有下降，但 2020 年仍達 2.01，高於 2015 年全球平均的 1.86，兒童口腔預防保健仍有努力空間。
- 2.建議牙醫部門結合口腔健康司的公權力及相關資源，除提供口腔醫療服務外，更進一步朝口腔健康之目標邁進，例如共同研議有效提升 0~6 歲兒童、12~18 歲青少年就醫率之策略。

(二)全人照護應納入牙醫服務，建議加強跨部門合作及服務整合：

- 1.建議牙醫部門與健保署研議加入大家醫計畫，許多研究證實口腔健康與身體健康密切相關，大家醫計畫宜納入牙醫服務，提供民眾以健康導向、病人為中心、家庭為核心及社區為範疇之全人照護。
- 2.建議牙醫部門透過跨部門合作建立西醫共照團隊，將各總額部門專案計畫共同之服務對象，如糖尿病病人、孕產婦等，透過相關計畫建立轉介(診)機制至牙醫就診，提供完整照護。
- 3.建議加強「病人參與」，與民眾共同建立口腔照護計畫，擴大服務至照護對象之家人，並將照護結果上傳至健保醫療資訊雲端查詢系統及健康存摺，共享資訊，方便院所及民眾查詢。

(三)檢討總額協商項目，宜提出更能展現資源投入價值之方案：

- 1.近年牙醫部門積極爭取預算試辦新方案，惟多項方案 112 年預算執行率不佳，建議新增協商因素項目，應先評估可行性及必要性，並先列為專款項目試辦。
- 2.牙醫部門各項專案，應具體呈現明確之需求評估(如多少潛在病患)，並展現資源投入在效率、健康改善的價值，避免淪為支付標準表之補充項目。
- 3.近年提出之協商項目，多與預防保健、單一疾病或照護對象相

關，欠缺支付制度改革或將自費項目引進健保相關作為，建議將同時具備預防保健、治療性質或針對特定年齡區間之專案，以論人、論質計酬或論病例方式提出試辦，並適度引進新醫療科技。

(四)檢討各項指標設定，持續建構結果面指標，並訂定合理參考值：

- 1.近年多數協商項目所訂指標，過度偏重醫療利用情形，難以客觀解讀結果。建議訂定反映需求滿足(如病患涵蓋率)、醫療利用公平性(如地理區域分布均衡)，及改善健康成效之結果面指標。
- 2.112 年年度重點項目均以近 3 年平均 $\times(1-10\%)$ 計算目標值、專業醫療服務品質指標參考值設定過於保守，建議檢討、訂定合理目標值。

(五)請提升牙醫服務可近性及可負擔性，保障民眾就醫權益：

- 1.提升牙醫約診容易度尚有改善空間，多年來仍無法有效提升，牙醫師人力的供應充足，應加以思考如何提升約診容易度。
- 2.滿意度調查顯示民眾假日牙醫就醫需求未能被滿足，建議提升假日開診率並有相關配套措施，如設置免費專線方便民眾諮詢、提供緩解措施，或協調鄰近診所開診。
- 3.民眾自費比率逐年上升，112 年為歷年最高，建議牙醫部門設法改善。另民眾自付費用，醫材或耗材占率快速成長，宜監控金額成長情形，對於常規使用的品項，宜納入健保給付。

(六)牙醫醫療資源分布公平性仍有改善空間：

- 1.112 年「鄉鎮市區發展程度最高與最低兩組醫師人力比」，牙醫師分布之差距加大，且醫療資源不足地區相較一般地區就醫率的差距也高於其他部門，請牙醫部門加強偏鄉(非都會、非原鄉)地區之服務。
- 2.提升假日就醫可近性，除了監測看診院所數外，建議關注地理分布的公平性，以瞭解服務是否集中於都會區，及其他區域民眾之就醫需求是否獲得滿足。

(七)牙醫部門積極進行總額管理，內部管控及審查嚴謹：

牙醫部門很早即以「錢跟著人走」方式分配地區預算，藉由牙醫同儕之專業自律，積極進行專業審查及總額管理，在醫療利用及費用管控下，維持點值穩定度，值得贊許。

(八)專款項目不宜太多，建議重新檢視與整合，減少重複性：

部分專款項目之適用對象及支付項目具重複性，同一民眾可能同時符合不同專款適用對象，而不同專款間又存在重複支付項目，致申報方式複雜，醫療端與民眾端皆不易瞭解，建議重新檢視與整合各專款項目，減少其重複性，將醫療服務量能投注在重要項目之推動。

五、對中醫門診總額之建議

(一)就醫率提升的同時，應呈現利用率增加的具體成效：

- 1.追求利用率提升的前提是「效率的提升」，中醫就醫人數增加，但就醫次數及每次費用亦成長，請進一步釐清費用成長原因，係反應病情需要，或因支付標準的調整，並應呈現醫療利用增加的具體成效。
- 2.以提升中醫服務人數及人次成長，做為年度重點項目並設定目標值，容易落入衡量的概念，宜考量其合理性。

(二)請檢討協商項目所訂之評估指標，建議研訂結果面指標：

- 1.指標之設定宜反映中醫照護品質及療效。如協商項目「針傷合併治療合理給付」，以降低跨院所看診人次作為評估指標，無法完全反映針傷合併治療的品質提升，建議加以調整。
- 2.建議針對中醫輔助西醫醫療之項目，發展反映中醫醫療服務績效提升之評估指標，以突顯中醫醫療之服務價值。
- 3.建議專案計畫之效益評估，宜釐清治療效果是否來自中醫處置，例如分析病人治療成效是來自中醫處置或是西醫治療，才能客觀評估效果。

(三)請檢討專業醫療服務品質指標，研訂呈現健康結果之指標：

- 1.專業醫療服務品質指標多數均有達標，惟多為過程面或管理面的指標，未能呈現中醫介入對提升健康照護之結果，較無法彰顯中醫的成效。
- 2.部分專業醫療服務品質指標數值遠低於參考值，並已持續多年，建議重新檢討及研訂。

(四)全人照護應納入中醫服務，建議加強跨部門合作及服務整合：

多項中醫疾病治療項目，需要西醫師診治後，再由中醫師共照或輔助治療，特別是高齡與重症族群，建議中醫與西醫部門加強合作，研議加入大家醫計畫，或建立病人共照聯盟，以落實全人照護。

(五)檢討一般服務項目的預算編列與執行情形：

- 1.有關 112 年一般服務協商項目，多項執行不如預期，建議中全會於推展初期及執行期間，即應及早掌握相關問題，並加以因應、思考其處理方式。
- 2.112 年協商項目「針傷合併治療合理給付」，執行數超出預算數甚多，服務人數、服務人次至少成長 3 倍以上，應檢視其實際需求與成長之合理性，並加強稽核，避免浮報或不合理利用。
- 3.中醫近五年於總額協商所提方案，多於一般服務項目新增支付標準調升或單一疾病別治療方式。建議未來新增方案先於專款項目提出，且朝向前瞻性支付方向試辦，建立現代化中醫服務模式。

(六)建議加強中醫衛教及檢討自費比率，保障民眾就醫權益：

112 年醫護人員進行衛教指導比率僅 45.3%，為 5 年來最低，中醫自付其他費用高於其他部門；自費理由中「多開藥」之比率為各部門最高，請檢討原因及加以改善，並加強與民眾的溝通。

(七)請檢討各區民眾醫療資源分配及利用的公平性：

- 1.北區 112 年醫療費用點數成長快速，建議呈現各分區每人分配的中醫資源是否公平，未來甚至可呈現縣市別數據，以利了解醫療資源分配之合理性，減少健康不平等。
- 2.醫療資源不足地區之就醫率，低於全國平均。可探討巡迴醫療服務是屬於額外醫療或必要醫療？該鄉內居民鄉外就醫需求為何？

(八)請加強總額管理及內部審查機制：

- 1.112 年整體中醫門診之醫療利用與 108 年相較，醫療點數成長 20.43%，其中每人就醫次數成長為 9.3%、平均每人就醫點數成長達 12.9%，應為點值異常下降主因之一，建議應探究原因，檢討每人就醫點數上升之合理性。
- 2.中醫核減率較其他部門低，各區之抽審指標差異不大，但核減率卻有比較大的差異，宜進行檢討。建議呈現各分區的審查件數，以瞭解各分區的審查執行情形，並加強申報案件審核、檔案分析，及分區的費用管控。

- 3.檔案分析及異常管理的部分較少呈現，如中醫針灸及傷科處置可同時申報，造成申報費用大幅超出列預算，可能影響點值，應考慮進行異常管理並建立同儕制約及自主管理的機制。

(九)建議檢視專款項目之使用效益及具體成效：

- 1.部分專款項目利用情形不如預期，未來應考慮民眾意願(willingness to pay)，檢討專款計畫的必要性。
- 2.多項專款計畫為支付標準調升或單一疾病別治療方式，執行不佳且效益不明，試辦多年仍未能確認其定位，建議積極檢討，規劃納入一般服務或退場。
- 3.部分專案申報費用超出預算，每人醫療費用亦超出整體平均甚多，宜檢討費用申報之合理性，並分析治療模式、醫療服務介入成效等，以建立合理給付作為導入支付標準之參考。

六、對門診透析服務之建議

(一)請持續蒐集「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升品質計畫」之執行目標、預期效益之評估指標完整資料，評估執行成效：

- 1.計畫 112 年甫執行，請持續收集完整資料，以評估加強推動腹膜透析與提升品質之成效。
- 2.病人選擇腹膜透析及血液透析方式對其生活差異很大，請持續分析計畫之照護品質及人口特性，若可維持相當的治療品質，使用腹膜透析者較不影響生活，亦可兼顧工作，對於整體社會效益相對較佳。

(二)建議檢討專業醫療服務品質指標之參考值：

- 1.專業醫療服務品質指標監測結果，血液透析之「屢管重建率」呈逐年下降，值得肯定。
- 2.但多項專業醫療服務品質指標之參考值應重新檢討其設定之適切性，例如：「營養狀態-血清白蛋白(Albumin) ≥ 3.5 百分比」、「尿素氮透析效率-URR $\geq 65\%$ 百分比」之參考值係採最近 3 年平均值 $\times(1-10\%)$ ，過於寬鬆，有檢討之必要。

(三)為鼓勵院所積極推動腎病防治，宜適度調升透析品質獎勵計畫之額度：

慢性腎衰竭病人門診服務品質提升獎勵計畫近 10 年均編列 0.45 億元，未有調整，建議健保署可參考四總額部門依評核等級酌給品保款獎勵之精神，適度調整計畫之預算額度，以鼓勵院所積極推動腎病防治。

七、對四總額部門及其他預算專款項目之建議

總額 別	專款項目	續辦 與否	經費 增減	共識建議
醫院	1.因應長新冠照護衍生費用	停辦	刪除	考量 112 年 5 月起防疫降級，回歸一般服務，建議不再編列預算
	2.因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增	停辦	刪除	早期篩檢、早期治療可節省醫療費用，篩檢初期衍生之費用建議爭取公務預算支應
	3.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能	停辦	刪除	(1)依決定事項，本項預算用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，惟執行內容僅用於部分診療項目加成，與預算用途似不相符，且未見發揮分級醫療角色之具體成效
	4.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能	停辦	刪除	(2)建議納入「促進醫療服務診療項目支付衡平性」專款，整體檢討支付標準
	5.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金	回歸一般服務		考量執行率已趨穩定，建議依實際支用情形，回歸一般服務
	6.C 型肝炎藥費	續辦	減少	預期新收案數將逐年遞減，建議經費減少
	7.網路頻寬補助費用	續辦	減少	依 113 年度總額決定事項：本項退場期程為 110~114 年。爰建議配合退場期程，經費減少
	8.醫療給付改善方案	續辦	維持	建議執行多年的方案，若實施模式成熟且成效良好，可比照糖尿病方案導入支付標準，若成效不明確，則啟動退場機制
	9.住院整合照護服務試辦計畫	續辦	維持	建議由公務預算優先支應
	10.鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫	續辦	維持	執行目標及預期效益評估指標之目標值訂定標準太保守(高於 108 年即達標)，建議提高目標值

總額 別	專款項目	續辦 與否	經費 增減	共識建議
西醫 基層	1.因應長新冠照護衍生費用	停辦	刪除	考量 112 年 5 月起防疫降級，回歸一般服務，建議不再編列預算
	2.C 型肝炎藥費	續辦	增加	考量近年預算超支，均由醫院及其他預算支應，建議經費增加
	3.代謝症候群防治計畫	續辦	減少	(1)預算執行率不高，且 113 年起部分個案已經與家醫計畫整合，預算應整合運用，建議經費減少 (2)本項屬疾病預防性質，建議積極爭取公務預算支應
	4.網路頻寬補助費用	續辦	減少	依 113 年度總額決定事項：本項退場期程為 110~114 年。爰建議配合退場期程，經費減少
	5.醫療給付改善方案	續辦	維持	建議執行多年的方案，若實施模式成熟且成效良好，可比照糖尿病方案導入支付標準，若成效不明確，則啟動退場機制
牙醫 門診	1.12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫	續辦	減少	112 年預算執行率及青少年就醫率雖有提升，惟預算執行率仍不高，建議經費減少
	2.網路頻寬補助費用	續辦	減少	依 113 年度總額決定事項：本項退場期程為 110~114 年。爰建議配合退場期程，經費減少
中醫 門診	1.兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	停辦	刪除	本計畫經執行多年，照護完整性不佳，建議 114 年度停辦，兒童過敏性鼻炎照護回歸一般服務
	2.中醫癌症患者加強照護整合方案	續辦	增加	若 114 年經費增加，建議各分區至少有 1 家院所加入方案，簡化行政流程，鼓勵院所加入
	3.網路頻寬補助費用	續辦	減少	依 113 年度總額決定事項：本項退場期程為 110~114 年。爰建議配合退場期程，經費減少

總額 別	專款項目	續辦 與否	經費 增減	共識建議
其他 預算	1.提升保險服務成效	停辦	刪除	依 113 年度總額決定事項：本項於 114 年度總額退場並不再編列預算，爰建議依決定事項停辦，請健保署爭取公務預算支應
	2.調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	續辦	增加	本項屬預備金性質，113 年編列金額(4.406 億元)較 108~112 年(8~10 億元)低，且 112 年執行率達 100%。為因應年度中發生傳染病異常流行等非預期風險或非預期政策改變，建議增加經費
	3.推動促進醫療體系整合計畫	續辦	減少	(1)近 5 年預算執行率均未達 5 成，建議減少經費 (2)「跨層級醫院合作計畫」，缺乏照護結果指標，且現行關鍵績效指標中，僅約 1/2 院所達標，需加強改善 (3)「遠距醫療給付計畫」，監測指標「24 小時內重返急診率」高達 90.2%，需留意急診採遠距之照護成效
	4.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	續辦	減少	依 113 年度總額決定事項，獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用部分，請確實依退場期程(110~114 年)退場。爰建議配合其退場期程，經費減少
	5.提升用藥品質之藥事照護計畫	續辦	減少	111、112 年預算執行率均低於 2%，113 年計畫已放寬收案條件，倘 114 年度總額協商前未提出具體執行成效，則建議停辦
	6.提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	續辦	維持	請健保署分析門診次數成長合理性、監測醫療利用率，並訂定成效指標