

衛生福利部全民健康保險會  
第 6 屆 113 年第 7 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 8 月 21 日



# 衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 113 年第 7 次委員會議議程

|  |    |
|--|----|
| 一、主席致詞   |    |
| 二、議程確認   |    |
| 三、確認上次(第 6 次)委員會議紀錄 -----  | 1  |
| 四、本會重要業務報告 -----   | 12 |
| 五、法定交議事項   |    |
| 衛生福利部交議 114 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案 -----  | 24 |
| 六、優先報告事項   |    |
| 中央健康保險署「113 年第 2 季全民健康保險業務執行季報告」-----  | 25 |
| 七、報告事項   |    |
| 「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)，依退場期程(110~114 年)提出退場之執行方式規劃及辦理進度案 ----- | 29 |
| 八、臨時動議   |    |



三、確認上次(第 6 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(113)年 8 月 8 日衛部健字第 1133360099 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6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7月30日上午9時30分(本次會議原訂7月24日召開，因受凱米颱風影響，延期至7月30日，並以實體併同視訊方式辦理)

方式及地點：實體會議(本部 301 會議室)、視訊會議(使用 Webex 線上會議系統)

主席：盧主任委員瑞芬

紀錄：馬文娟、張琬雅

出席委員：(出席委員依姓名筆劃排序，\*為參與視訊會議者)

田委員士金、朱委員益宏\*、江委員錫仁、吳委員榮達\*、吳委員鏘亮  
(中華民國區域醫院協會劉秘書長碧珠代理)\*、李委員永振、李委員飛鵬(台灣醫院協會廖  
秘書長振成代理)\*、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(台灣總工會張秘書長鈺民代理)、侯  
委員俊良(中華民國全國教師會王主任英倩代理)\*、張委員清田\*、陳委員石池\*、  
陳委員杰\*、陳委員相國\*、陳委員節如\*、陳委員鴻文\*、游委員宏  
生、黃委員小娟\*、黃委員金舜\*、楊委員玉琦\*、楊委員芸蘋\*、董委  
員正宗\*、詹委員永兆、劉委員玉娟、劉委員守仁\*、滕委員西華\*、  
蔡委員麗娟、鄭委員力嘉\*、鄭委員素華\*、謝委員佳宜\*、韓委員幸  
紋

請假委員：王委員惠玄、劉委員淑瓊

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：石署長崇良、龐副署長一鳴

本會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、邱組長臻麗、陳組長燕  
鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第11頁)

貳、議程確認：(詳附錄第11~14頁)

決定：確認。

參、確認上次(第5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15~34頁)

決定：

- 一、上次(第5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2項，同意解除追蹤。
    - (二)擬繼續追蹤共1項，同意繼續追蹤。
  - 二、請中央健康保險署及各總額部門遵循衛生福利部114年度健保政策目標，及早研擬年度總額協商草案，並依114年度總額協商程序提供資料，如期提送本會。
  - 三、114年度各部門總額協商順序抽籤結果(如附件一)依序為：醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診總額，其中門診透析安排在醫院總額協商場次之後，最後為其他預算，本會將據以安排總額協商會議細部議程，提下次委員會議報告。
  - 四、請中央健康保險署會同各總額部門相關團體，儘速辦理113年度總額核(決)定事項未完成之工作項目(如附件二)，其中10項須於114年度總額協商前提出節流效益並納入總額預算財源考量，請務必依限提出。
  - 五、有關113年度牙醫門診總額「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」之指標1<sup>(註)</sup>，請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體於114年7月評核113年度總額執行成果時，提出合理之比較基準。
- 註：指標1為「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」。
- 六、重申請委員務必遵守獲聘時已簽署之會議資料保密切結書，於會前對會議資料善盡保密義務，且不得提供代表團體以外之第三人的規範。
  - 七、餘洽悉。

## 伍、討論事項(詳附錄第35~56頁)

提案單位：中央健康保險署

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

決議：

一、本次提請確認之項目計2項，討論結果如下：

(一)西醫基層總額一般服務項目「提升國人視力照護品質」之具體實施方案，委員所提意見，提供中央健康保險署修正參考。

(二)醫院總額專款項目「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」之具體實施方案，委員所提意見，提供中央健康保險署修正及衛生福利部核定參考，並請以書面具體回復及於核定後副知本會。

二、依總額核(決)定事項需提本會同意或確認之計畫/方案，請中央健康保險署確實依程序先經本會討論後，再辦理後續公告事宜。

陸、報告事項(詳附錄第57~79頁)

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。

決定：

一、請中央健康保險署參考委員所提意見及本會補充說明，辦理下列事項：

(一)儘速完成中醫門診總額專款項目「照護機構中醫療照護方案」之預算扣減方式規劃，並參考委員意見研議調整一般服務項目「中醫利用新增人口」扣減方式之就醫人數定義。最遲於113年12月份委員會

議將規劃、研議結果提報本會。

- (二)於114年3月份委員會議提報本案預算扣減方式之執行結果，作為115年度總額協商參考。
- (三)研議114年度中醫門診總額協商草案時，妥善處理「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」是否退場之相關事宜。
- (四)會同門診透析服務相關團體密切監測腹膜透析病人照護品質及健康結果，持續評估「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」專款項目執行成效。

## 二、餘洽悉。

### 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。

決定：

## 一、各總額部門112年度評核結果及114年度「品質保證保留款」專款之獎勵成長率如下：

| 總額別   | 牙醫門診    | 醫院      | 中醫門診    | 西醫基層    |
|-------|---------|---------|---------|---------|
| 獎勵成長率 | 0.2%(優) | 0.2%(優) | 0.1%(良) | 0.1%(良) |

## 二、請中央健康保險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，請務必納入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。

### 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。

決定：本案洽悉。委員所提意見(含書面意見)，請中央健康保

險署回復說明。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：下午13時02分。

## 114 年度各部門總額協商順序抽籤結果

抽籤日期：113 年 7 月 30 日(健保會 113 年第 6 次委員會議)

| 協商順序 | 總額部門別 | 簽名  |
|------|-------|-----|
| 1    | 醫院    | 皮深成 |
| 2    | 西醫基層  | 周春玲 |
| 3    | 中醫門診  | 詹永北 |
| 4    | 牙醫門診  | 江錫仁 |

註：1. 本次會議為實體及視訊併行，醫院及西醫基層總額部門代表委員視訊與會，依 114 年度總額協商程序，由本會執行秘書於會上代為抽籤。

2. 依 114 年度總額協商程序規定，門診透析協商場次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；最後協商場次為其他預算。

## 附表1、113年度各部門總額核(決)定事項未依時程完成之工作項目

| 部門別 / 未完成項目<br>(應完成期限)   | 依相關程序辦理，並副知本會<br>(113年1月前) | 需經本會同意、確認或向本會報告<br>(113年8月) | 提報113年執行情形/執行結果納入總額協商參考<br>(113年7月前) |
|--|----------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| <b>牙醫門診總額</b>  |                            |                             |                                      |
| 1 癌症治療品質改善計畫<br>※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<br>20(2)                          |
| <b>醫院總額</b>  |                            |                             |                                      |
| 1 全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫<br>※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<br>4(2)                 |                             |                                      |
| 2 地區醫院全人全社區照護計畫<br>※提報 113 年初步執行情形   |                            |                             | 項次<br>52                             |
| 3 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)<br>※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<br>27(2)                          |
| 4 C 型肝炎藥費<br>※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<br>31(2)                          |
| 5 精神科長效針劑藥費<br>※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<br>43                             |
| 6 癌症治療品質改善計畫<br>※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<br>48(2)                          |
| 7 慢性傳染病照護品質計畫<br>※執行成效之節流效益應適度回饋總額預算★  |                            |                             | 項次<br>49(2)                          |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <b>部門別 / 未完成項目</b><br><br><b>(應完成期限)</b> | 依相關<br>程序辦<br>理，並副<br>知本會<br>(113年1<br>月前) | 需經本<br>會同意或<br>確認向本<br>會報告<br>(113年8<br>月) | 提報113年<br>執行情形/<br>執行結果納<br>入總額協商<br>參考<br>(113年7<br>月前) |
|--|--|--|--|

### 西醫基層總額

|  |  |  |             |
|--|--|--|-------------|
| 1 提升國人視力照護品質<br><br>※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<br>26    |
| 2 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)<br><br>※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<br>21(2) |
| 3 C型肝炎藥費<br><br>※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<br>30(2) |
| 4 強化基層照護能力及「開放表別」項目<br><br>※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<br>32    |
| 5 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫   |  |  | 項次<br>34    |
| 6 精神科長效針劑藥費<br><br>※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<br>40    |
| 7 癌症治療品質改善計畫<br><br>※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<br>43(2) |
| 8 慢性傳染病照護品質計畫<br><br>※執行成效之節流效益應適度回饋總額預算★  |  |  | 項次<br>44(2) |

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <b>部門別 / 未完成項目</b><br><br><b>(應完成期限)</b>  | 依相關<br>程序辦<br>理，並<br>副知本<br>會<br>(113年1<br>月前) | 需經本<br>會同意、<br>確認或<br>向本會<br>報告<br>(113年8<br>月) | 提報113年<br>執行情形/<br>執行結果<br>納入總額<br>協商參考<br>(113年7<br>月前) |
| <b>其他預算</b>   |  |   |  |
| 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<br><br>※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)  | 項次<br>2(1)                                     |   |  |
| 2 推動促進醫療體系整合計畫<br><br>※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<br>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」)<br><br>※「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<br><br>※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<br>10                                       |   | 項次<br>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<br><br>※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<br>16(2)  |
| 5 提升保險服務成效<br><br>※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<br>22(2)  |

註：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年度總額預算財源考量，以利總額協商。

## 附表2、113年度各部門總額核(決)定事項尚待完成之工作項目

| 部門別 / 未完成項目<br>(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<br>(114年7月) |
|---|---------------------------------------|
| <b>牙醫門診總額</b>   |                                       |
| 1 超音波根管沖洗計畫<br>※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<br>(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<br>※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<br>(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)                               |

#### 四、本會重要業務報告

一、本會依上次(第6次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

(一)依報告事項第二案決定，於本(113)年8月1日以衛部健字第1133360098號書函，將本會對全民健康保險112年度各總額部門執行成果精進作為之共識建議，函送中央健康保險署(下稱健保署)及各總額部門受託團體配合辦理相關事項，其中涉及114年度總額協商項目部分，請務必納入114年度總額協商草案回應說明，以利提升及精進總額執行成效，如附錄一(第37~38頁)。

(二)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計8項，依辦理情形，擬建議解除追蹤1項，繼續追蹤7項，如附表(第17~20頁)；但最後仍依委員會議定結果辦理；至個別委員關切事項(含書面意見)，健保署另案回復(資料後附)。

二、有關114年度全民健保醫療給付費用總額協商會議(113.9.25)議程安排：

(一)依上次委員會議(113.7.30)抽籤結果，及第4次委員會議(113.5.22)通過之「114年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(下稱114年度總額協商程序)」(如附件二，第23頁)，擬訂本年9月25日(星期三)於衛生福利部(下稱衛福部)301會議室舉行114年度總額協商會議之議程(草案)如下：

#### 114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議程(草案)

| 時間                  | 內容(協商時間 <sup>註</sup> )         | 與會人員  |
|---------------------|--------------------------------|---|
| <b>113年9月25日(三)</b> |                                |   |
| 09:00~09:30         | 報到/預備會議(供付費方、醫界方「視需要」召開會前內部會議) |   |
| 09:30~12:00         | 1.醫院總額協商(150分鐘)                | 本會委員、醫院部門協商代表，與社保司、健保署及本會同仁                         |
| 12:00~12:30         | 午餐                             |   |
| 12:30~13:20         | 2.門診透析服務協商<br>(醫院與西醫基層總額，50分鐘) | 本會委員、醫院及西醫基層協商代表，與社保司、健保署及本會同仁<br>(本節之協商，邀請腎臟醫學會列席) |
| 13:20~13:30         | 中場休息                           |   |

| 時間                  | 內容(協商時間 <sup>註</sup> ) | 與會人員                          |
|---------------------|------------------------|-------------------------------|
| 13:30~15:25         | 3.西醫基層總額協商(115分鐘)      | 本會委員、西醫基層部門協商代表，與社保司、健保署及本會同仁 |
| 15:25~15:35         | 中場休息                   |                               |
| 15:35~17:15         | 4.中醫門診總額協商(100分鐘)      | 本會委員、中醫部門協商代表，與社保司、健保署及本會同仁   |
| 17:15~17:25         | 中場休息                   |                               |
| 17:25~19:05         | 5.牙醫門診總額協商(100分鐘)      | 本會委員、牙醫部門協商代表，與社保司、健保署及本會同仁   |
| 19:05~19:35         | 晚餐                     |                               |
| 19:35~20:50         | 6.其他預算協商(75分鐘)         | 本會委員、健保署，與社保司及本會同仁            |
| <b>113年9月26日(四)</b> |                        |                               |
| 09:30~12:30         | 視需要處理協商未盡事宜            | 本會委員、相關部門協商代表，與社保司、健保署及本會同仁   |
| <b>113年9月27日(五)</b> |                        |                               |
| 09:30~14:00         | 第8次委員會議<br>(實體及視訊併行)   | 本會委員與社保司、健保署及本會同仁             |

註:各部門總額之協商時間已計列各部門視雙方需要自行召開內部會議時間。

## (二)需請付費方及醫界方配合辦理事項：

1.9月25日上午9時至9時30分(預備會議)：付費方、醫界方若有需要召開會前內部會議，請於9月23日前通知本會同仁，以利安排會議場地。

2.9月25日上午9時30分至晚上8時50分(協商會議)：

(1)依114年度總額協商程序，各部門總額依議程所訂時間依序進行協商，若時間結束，仍無法達成共識，則依健保法規定兩案併陳送衛福部決定。

(2)若有部門提早於表訂時間完成協商，則下一場協商之總額部門，在協商雙方代表同意下，可提前進行協商。

3.9月26日上午9時30分至12時30分(協商未盡事宜)：

依協商程序，若有協商未盡事宜或有再次協商之必要，得在協商雙方代表共識下於此時段繼續處理。為利議事安排，經9月25日協商後，若總額部門有重新協議需求，請在徵得協商雙方代表同意下，於9月25日20時前，通知本會同仁處理後續事宜。

三、為完備114年度總額協商所需資訊，以客觀數據作為協商基礎，

本會同仁業已彙整「全民健康保險各部門總額 112 年度執行成果評核紀錄」，並研析健保署提供之相關資料，完成編製「113 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」，以上共計 2 冊資料，提供委員總額協商參用。

四、為落實全民健康保險法規定，發揮本會民意溝通平台之角色，本年度委託臺北市立大學辦理「多元公民參與模式探討-以健保資源配置之議題為例」研究計畫，研究團隊於 7 月就「家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向」、「如何提升醫療資源使用效率」2 項議題，在北、中及南區辦理各 3 場願景工作坊(計 6 場次)，參與者包括專家學者、本會付費者及醫事服務提供者所屬團體代表、健保署分區業務組同仁，共計 164 人次參加，願景工作坊與會人員之共同願景意見摘要，如附錄二(第 39~40 頁)

五、本會針對上次(第 6 次)委員會議，就地區醫院全人全社區照護計畫作為委員關切重要議題之會訊報導主題，內容詳附錄三(第 41 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。

六、衛福部及健保署於本年 7 月至 8 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 8 月 14 日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部：本年 8 月 2 日公告修訂「全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案」，如附錄四(第 42 頁)，本次主要修正指標「執行符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費院所訪查合格率」如下：

1. 參考值：修訂為「以最近 3 年全國平均值  $\times (1-10\%)$ 」(原為前 5 年統計加權平均值  $\times (1-20\%)$ )。
2. 分子定義：申報符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費經訪查合格(初評+複審)的院所數(原為初評合格

的院所數)。

## (二)健保署

1.公告總額相關計畫如附錄五(第 43~44 頁),修訂重點如下表:

| 公告/<br>實施日期          | 方案/計畫<br>名稱                                   | 方案/計畫增修訂重點   |
|----------------------|---|--|
| 113.7.16/<br>113.1.1 | 113 年度全民<br>健康保險牙醫<br>門診總額高風<br>險疾病口腔照<br>護計畫 | 本次修訂重點，主要於預算來源，增列「高風險疾病病人複雜性複合體充填」(89204C~89215C)診療項目之醫療費用，每項支付點數 400 點由本計畫專款項目支應，其餘支付點數由該總額一般服務預算支應。  |
| 113.7.18/<br>113.1.1 | 全民健康保險<br>醫療資源不足<br>地區之醫療服<br>務提升計畫           | 本次修訂重點如下：<br>1.新增 4 家醫院：員林郭醫院大村分院、伸港忠孝醫院、財團法人私立高雄醫學大學附設高醫岡山醫院、台灣基督長老教會新樓醫療財團法人麻豆新樓醫院。<br>2.保障金額之計算，增列以院區為計算單位。<br>3.增列偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施：<br>(1)適用範圍：<br>①離島醫院。<br>②參與本計畫或屬當年度「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之地區醫院(不含精神科醫院)，且同時符合主管機關公告之當年度「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」、「急救責任醫院」或該鄉鎮(區)僅有 1 家醫院。<br>(2)補助條件：同一醫院納入 112 年結算之費用年月 112 年 1~12 月一般服務收入，低於基期收入者，得予補助。<br>(註：112 年之基期收入 = 108 年一般服務收入 $\times (1+5.471\%) \times (1+5.047\%) \times (1+3.049\%) \times (1+3.092\%)$ 。)<br>(3)預算以 2 億元為上限，若預算不足時，實際補助金額以原計算補助金額乘以折付比例計算。 |

2.將 112 年醫院總額品質保證保留款核發結果副知本會，如附

錄六(第 45~47 頁)，摘要如下表：

| 發文日期     | 核發項目             | 核發結果  |
|----------|------------------|---|
| 113.7.19 | 112 年醫院總額品質保證保留款 | <p>1.112 年預算 13.64 億元，醫學中心、區域醫院及地區醫院分別為 5.72 億元、5.249 億元及 2.671 億元(按當年各層級醫院核定點數占率分配)。</p> <p>2.核發情形：112 年結算醫院家數共 467 家，各層級醫院核發家數占率分別為醫學中心 100%、區域醫院 100%、地區醫院 99.5%。其中：</p> <p>(1)符合基本獎勵核發家數：醫學中心 19 家(核發率 100%)；區域醫院 82 家(核發率 100%)；地區醫院符合學會指標計畫 272 家(核發率 74.3%)、符合品質精進獎勵 185 家(核發率 50.5%)。</p> <p>(2)符合指標獎勵核發家數：醫學中心 19 家(核發率 100%)；區域醫院 82 家(核發率 100%)；地區醫院 364 家(核發率 99.5%)。</p> |

3.本年 7 月 22 日公告 113 年「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」及「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」等 3 項中醫醫療照護計畫自本年 1 月 1 日起新增兒童醫院之承作院所及醫師名單，如附錄七(第 48 頁，名單已置於該署全球資訊網)，各分區承辦院所數、醫師數(人次)累計統計如附錄八(第 49 頁)。

決定：

附表

上次(第 6 次)委員會議繼續列管追蹤事項

一、擬解除追蹤(共 1 項)

| 項<br>次 | 案<br>由                                | 決議(定)事項                                 | 本會<br>辦理情形                   | 相關單位<br>辦理情形                                     | 追蹤建議 | 完成期限 |
|--------|---------------------------------------|---|------------------------------|--|------|------|
| 1      | 報告事項第 3 案：<br>113 年 6 月份全民健康保險業務執行報告。 | 委員所提意見<br>(含書面意見)，<br>請中央健康保<br>險署回復說明。 | 於 113 年 8<br>月 6 日請<br>辦健保署。 | 健保署回復：<br>遵示辦理，委員所提<br>意見，說明如附件一<br>(第 21~22 頁)。 | 解除追蹤 | —    |

## 二、擬繼續追蹤(共 7 項)

| 項次 | 案由  | 決議(定)事項  | 本會辦理情形                | 相關單位辦理情形                                   | 追蹤建議  | 完成期限       |
|----|---|--|-----------------------|--|---|------------|
| 1  | 本會重要業務報告  | 請中央健康保險署會同各總額部門相關團體，儘速辦理 113 年度總額核(決)定事項未完成之工作項目(如附件二)，其中 10 項須於 114 年度總額協商前提出節流效益並納入總額預算財源考量，請務必依限提出。 | 於 113 年 8 月 6 日請辦健保署。 | 健保署回復：遵照辦理。                                | 1.繼續追蹤<br>2.於健保署完成後解除追蹤。                        | 113 年 12 月 |
| 2  |   | 有關 113 年度牙醫門診總額「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」之指標 1，請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體於 114 年 7 月評核 113 年度總額執行成果時，提出合理之比較基準。        | 於 113 年 8 月 6 日請辦健保署。 | 健保署回復：遵照辦理。                                | 1.繼續追蹤<br>2.健保署於評核 113 年度總額執行成果時提出合理之比較基準後解除追蹤。 | 114 年 7 月  |
| 3  | 討論事項：<br>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。 | 醫院總額專款項目「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」之具體實施方案，委員所提意見，提供中央健康保險署修正及衛生福利部核定參考，並請以書面具體回復及於核定後副知本會。                  | 於 113 年 8 月 6 日請辦健保署。 | 健保署回復：遵照辦理，將參考委員意見研修本計畫，並依程序陳報衛福部核定並副知健保會。 | 1.繼續追蹤<br>2.於健保署書面具體回復委員意見及衛福部核定並副知本會後解除追蹤。     | 113 年 12 月 |
| 4  | 報告事項第 1 案：<br>113 年度各部門總額依核                     | 一、請中央健康保險署參考委員所提意見及本會補充說明，辦理下列事項：  | 於 113 年 8 月 6 日請辦健保署。 | 健保署回復：中醫門診總額專款項目「照護機構中醫醫療照護方案」之預算扣減方式規劃，將  | 1.繼續追蹤<br>2.於健保署提報後解除追蹤。                        | 113 年 12 月 |

| 項<br>次 | 案<br>由                                    | 決議(定)事項  | 本會<br>辦理情形      | 相關單位<br>辦理情形  | 追蹤建議                                  | 完成期限   |
|--------|---|--|-----------------|---|---------------------------------------|--------|
|        | (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)。 | (一)儘速完成中醫門診總額專款項目「照護機構中醫醫療照護方案」之預算扣減方式規劃，並參考委員意見研議調整一般服務項目「中醫利用新增人口」扣減方式之就醫人數定義。最遲於113年12月份委員會議將規劃、研議結果提報本會。 |                 | 提113年第3次中醫總額研商議事會議討論，再提健保會報告。   |                                       |        |
| 5      |   | (二)於114年3月份委員會議提報本案預算扣減方式之執行結果，作為115年度總額協商參考。  | 於113年8月6日請辦健保署。 | 健保署回復：遵照辦理。   | 1.繼續追蹤<br>2.於健保署提報後解除追蹤。              | 114年3月 |
| 6      |   | (三)研議114年度中醫門診總額協商草案時，妥善處理「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」是否退場之相關事宜。  | 於113年8月6日請辦健保署。 | 健保署回復：本署將參考中全會本次會議提供之資料，續與該會溝通本計畫執行成效呈現方式及退場條件調整事宜，並於協商114年總額時，請中全會呈現相關實證資料供討論參考，本署將依據貴會決議辦理。 | 1.繼續追蹤<br>2.健保署於114年度總額協商草案妥善處理後解除追蹤。 | 113年9月 |
| 7      |   | (四)會同門診透析服務相關團體密切監測腹膜透析病人照護品質及健  | 於113年8月6日請辦健保署。 | 健保署回復：遵照辦理。   | 1.繼續追蹤<br>2.健保署於114年7月追蹤總額            | 114年7月 |

| 項<br>次 | 案<br>由 | 決議(定)事項                                 | 本會<br>辦理情形 | 相關單位<br>辦理情形 | 追蹤建議                   | 完成期限 |
|--------|--------|---|------------|--------------|------------------------|------|
|        |        | 康結果，持續評估「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」專款項目執行成效。 |            |              | 核(決)定事項辦理情形時併同提報後解除追蹤。 |      |

## 健保會第6屆113年第6次委員會議之健保署答覆

上次(第6次)委員會議之擬解除追蹤項次1

案由：113年6月份全民健康保險業務執行報告。

| 委員意見  | 健保署說明  |
|---|--|
| <p>李委員永振會後書面意見(議事錄第78~79頁)</p> <p>本月份健保署業務執行書面報告有兩點疑惑：</p> <p>一、業務執行報告第9頁，有關保險給付成長之說明，均解釋為總額協商成長所致，依此請教下列幾點：</p> <p>(一)該表顯示，112年全年保險給付為7,766億元，惟依據112年12月委員會議資料，112年度保險給付預估為7,825億元，兩者相差59億元，請說明原因。</p> <p>(二)113年上半年保險給付成長率為1.58%，與112年底核定總額時轉換之保險給付成長率3.57%比較，少了近2%，換算為金額半年約為77億元。雖有說明6月大幅負成長之原因，但語焉不詳。</p> <p>(三)111、112年6月保險給付成長率均為9%左右，當時均備註說明係因以前年度總額結算追扣補付預估與實際差異數、及專款結餘款影響所致，並另提供排除該影響因素後之成長率，為何113年6月保險給付成長率的分析只</p> | <p>一、有關委員詢問113年6月份健保業務執行報告第9頁表5，說明如下：</p> <p>(一)112年12月委員會議呈現之保險成本7,825億元，係以112年11月費率審議資料為基礎，納入確定影響健保財務收支因素之推估金額。至於推估數與審定決算數之差異，主要係因專款結餘數較預估數多所致。</p> <p>(二)有關113年6月份健保業務執行報告表5全民健保財務收支分析表，截至113年6月底保險給付累計及當月份成長率分別為1.58%及負20.78%，倘排除以前年度總額結算追扣補付預估與實際差異數及專款項目結餘款影響後成長率分別為5.87%及6.49%，其中主要影響數係112年度專款項目於113年6月總額結算後，將結餘款回歸安全準備，致當月份保險給付減少。</p> <p>(三)業務執行報告中表5係依據會計法第17條規定，採用權責發生基礎，每年均依實際保險費率及已協定醫療費用總額成長率執行後</p> |

| 委員意見  | 健保署說明   |
|---|---|
| <p>提到專款結餘款，不見另一影響因素，是沒有影響還是尚未算出？也沒有提供排除影響因素後的成長率。</p> <p>(四)本表採權責發生基礎，但如前述2項影響因素，係因帳務作業延遲，需要在次一年度調整預估與實際之差異數，將使部分金額的權責發生時間與入帳時間不一致，報表使用者如僅依此表內容恐無法瞭解該項目的真正數字，建議權責單位另製表格，將實際應該歸入各年度的收支歸入該年度，以窺全貌。</p> <p>二、健保業務執行報告第18頁表11：</p> <p>(一)6月份保險給付為490億元，相較1~5月平均670億元少了180億元，保費收入與5月相當，政府200億元的挹注於6月撥補，6月份資金應有約380億元注入，為何資金餘額只增加13億元(<math>1,894.84 - 1,881.71 = 13.13</math>)？</p> <p>(二)6月份已預知將有政府撥補200億元收入，票券投資也只增43億元(<math>132.80 - 89.87 = 42.93</math>)，為何需動用銀行定存減少230億元(<math>1,731.93 - 1,501.93</math>)？</p> | <p>產生帳列數，每年度決算數嗣經行政院及審計部審核(每年約2至5月份)，最終由審計部審定決算，惟因每季總額結算約於每季結束後6個月完成，故未及於年度決算呈現總額結算數，僅能於次年度調整列帳。綜上，倘將調整數歸入以前年度另表表達，將產生與審定決算書不一致之情事，本署爾後將於表5備註加強說明保險給付差異原因。</p> <p>二、有關委員詢問113年6月份健保業務執行報告第18頁表11，說明如下：</p> <p>(一)查本署業務執行報告之保險收支情形，係就現金基礎及權責基礎分列於第8頁表4及第9頁表5，兩者計算原則及結果不同。113年6月份按表4現金收支情形計算，保費收入450.57億元扣除醫療費用650.79億元及加計其他收支213.35億元後，金額為13.13億元，故6月份資金增加約13億元。</p> <p>(二)另查6月份政府撥補之200億元於6月28日入帳，本署於次營業日(7月1日)始能動用，致6月份現金缺口約186.87億元(6月份資金餘額13.13億元-200億元)，爰以6月份到期之定存支應。</p> |

## 附件二

**114 年度總額之各協商場次預計分配所需時間如下表：(節錄 114 年度總額協商程序)**

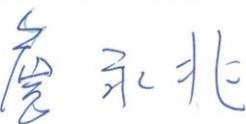
| 各協商場次              | 第一階段 <sup>#1</sup><br>提問與意見交換 | 第二階段                 |       | 第三階段<br>部門之預算協商 | 合計<br>(最長時間含各自召開<br>內部會議時間) |
|--------------------|-------------------------------|----------------------|-------|-----------------|-----------------------------|
|                    |          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

註：1.各部門之協商草案已於會前會報告，若本時段仍須說明，請簡要說明並以 5 分鐘為限。

2.門診透析之協商場次，援例安排於醫院或西醫基層抽籤序優先之場次後進行，不另行抽籤。

### 114 年度各部門總額協商順序抽籤結果

抽籤日期：113 年 7 月 30 日(健保會 113 年第 6 次委員會議)

| 協商順序 | 總額部門別 | 簽名   |
|------|-------|--|
| 1    | 醫院    |  |
| 2    | 西醫基層  |  |
| 3    | 中醫門診  |  |
| 4    | 牙醫門診  |  |

註：1. 本次會議為實體及視訊併行，醫院及西醫基層總額部門代表委員視訊與會，依 114 年度總額協商程序，由本會執行秘書於會上代為抽籤。

2.依 114 年度總額協商程序規定，門診透析協商場次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；最後協商場次為其他預算。

## 五、法定交議事項

案由：衛生福利部交議 114 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案。(資料後附)

說明單位：

- (一)衛福部社會保險司：說明行政院核定之 114 年度總額範圍及政策目標。
- (二)中央健康保險署：說明 114 年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案。
- (三)本會：確認 114 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診總額之醫療服務成本及人口因素成長率。

## 六、優先報告事項

報告單位：中央健康保險署

案由：113年第2季全民健康保險業務執行季報告，請鑒察。(資料由  
中央健康保險署另行提供)

報告單位各項業務窗口：詳如業務執行報告內附

.....

本會補充說明：

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

決定：



# 報告事項



報告單位：中央健康保險署

案由：「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)，依退場期程(110~114 年)提出退場之執行方式規劃及辦理進度案，請鑒察。

說明：

一、依衛生福利部 112 年 12 月 26 日衛部健字第 1123360189 號公告「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」辦理。

二、上開公告之決定事項略以，其他預算之「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」及各總額部門「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提全民健康保險會報告。

三、本署自 103 年起辦理「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」，鼓勵醫療院所提升網路頻寬及院所智慧化資訊，以利即時、迅速查詢病患於不同醫療院所間之醫療資訊，供處方參考，以利確保保險對象就醫安全，及提升醫療服務效率，相關執行情形如下：

(一)固接網路及行動網路參與率：從 108 年 87.2% 提升至 112 年 95.0%，提升顯著，且醫院及診所均已達 95% 以上(附件一，第 33 頁)。

(二)檢驗(查)結果上傳率：從 108 年 77.7% 提升至 112 年 97.2%，醫院層級均已達 97% 以上，基層診所(含檢驗所)從 108 年 15.5% 提升至 86.9% 最為顯著(附件二，第 33 頁)。

四、考量網路頻寬屬醫療院所之基礎建設，且醫療院所資料上傳、提升資訊系統及配合數位醫療發展政策等仍需成本，又檢驗(查)結果上傳，可避免不必要之重複檢驗(查)，且醫療院所上傳檢驗(查)報告及醫療檢查影像等資料仍需逐步汰換舊型醫療設備、更新院內資訊系統、臨床判讀及整理等成本。

五、為利相關作業持續執行，本項預算已於衛生福利部 113 年 7 月 3 日「健保總額給付項目預算編列協調會議」討論，將積極向行政院爭取公務預算支應。

報告單位業務窗口：林沁孜科長，聯絡電話：02-27065866分機2617

.....  
本會補充說明：

一、健保署依 113 年度總額核(決)定事項(如下)及本會 113 年度工作計畫，於本次委員會議提出報告。

| 部門            | 專款項目  | 113 年度經費(億元)   | 核(決)定事項  |
|---------------|---|--|--|
| 四部<br>門總<br>額 | 網 路 頻<br>寬 補 助<br>費 用   | 醫 院：2 億元<br>西醫基層：2.53 億元<br>牙醫門診：1.43 億元<br>中醫門診：0.83 億元 | 請健保署辦理下列事項：<br>1.檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果(西醫基層含檢查影像)上傳率。<br>2.於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。<br>3. <u>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</u> ，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。   |
| 其他<br>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 | 14.86 億元   | 請健保署辦理下列事項：<br>1.持續精進「提升院所智慧化資訊機制」之成效評估指標。<br>2. <u>「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」，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</u> ，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。<br>3.請檢討其他醫事服務機構雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，與建立稽核機制，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。<br>4.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。 |

二、為利委員了解本項預算編列背景，整理相關資料供參考：

(一)為使醫療資源共享、避免重複醫療利用之浪費，健保署自103年度起於健保總額之其他預算編列提升醫療院所網路頻寬並鼓勵即時查詢病患就醫資訊相關經費，後於108年度總額起將其中之「網路頻寬補助」費用移入四部門總額，其他預算則保留「其他醫事機構之網路頻寬補助」及「獎勵上傳資料」費用。惟在協商104年度總額時，付費者委員認為系統開發及硬體建置屬1次性預算需求，應訂定落日條款，爰協定事項明定本項目執行期程以5年(103~107年)為原則。

(二)後續因本項目至108年仍未退場，付費者委員認為其非屬健保法法定用途，既然系統已完成建置，健保支出宜回歸醫療服務常軌，不宜支應該項費用，爰於110年度總額之協定事項明定以5年(110~114年)為退場期程，並請健保署儘速將退場規劃及執行方式提報本會。

### (三)歷年預算編列及執行情形如下：

| 年度<br>項目 | 103  | 104  | 105  | 106  | 107   | 108  | 109  | 110  | 111  | 112  | 113  | 合計    |
|----------|------|------|------|------|-------|------|------|------|------|------|------|-------|
| 預算數(億元)  | 22.0 | 22.0 | 11.0 | 11.0 | 11.0  | 13.4 | 14.7 | 15.4 | 22.2 | 23.6 | 21.7 | 187.8 |
| --醫院總額   | ...  | ...  | ...  | ...  | ...   | 1.1  | 1.1  | 1.3  | 2.0  | 2.0  | 2.0  | 9.6   |
| --西醫基層   | ...  | ...  | ...  | ...  | ...   | 2.1  | 2.1  | 2.1  | 2.5  | 2.5  | 2.5  | 14.0  |
| --牙醫門診   | ...  | ...  | ...  | ...  | ...   | 1.4  | 1.4  | 1.4  | 1.7  | 1.7  | 1.4  | 8.9   |
| --中醫門診   | ...  | ...  | ...  | ...  | ...   | 0.7  | 0.7  | 0.8  | 1.0  | 1.0  | 0.8  | 5.1   |
| --其他預算   | 22.0 | 22.0 | 11.0 | 11.0 | 11.0  | 8.0  | 9.4  | 9.8  | 15.0 | 16.4 | 14.9 | 150.4 |
| 執行數(億元)  | 0.1  | 3.8  | 6.8  | 8.5  | 11.0  | 10.1 | 12.0 | 13.0 | 17.3 | 19.3 | ...  | ...   |
| 執行率(%)   | 0.4  | 17.4 | 61.5 | 77.5 | 100.0 | 75.5 | 81.8 | 84.5 | 78.0 | 81.8 | ...  | ...   |

註：111 年度起其他預算本項用途新增「提升院所智慧化資訊機制」，爰預算數及執行數尚包含前揭項目。

### 三、經檢視 113 年度總額核(決)定事項及健保署提報內容，補充說明如下：

(一)依健保署所提之退場規劃，因網路頻寬屬院所基礎建設，且其上傳資料仍有相關成本需求，已依總額核(決)定事項之退場要求，積極向行政院爭取公務預算支應，建議予以尊重。

(二)依健保署提報之實施成效，歷年健保總額於本項目累計已投

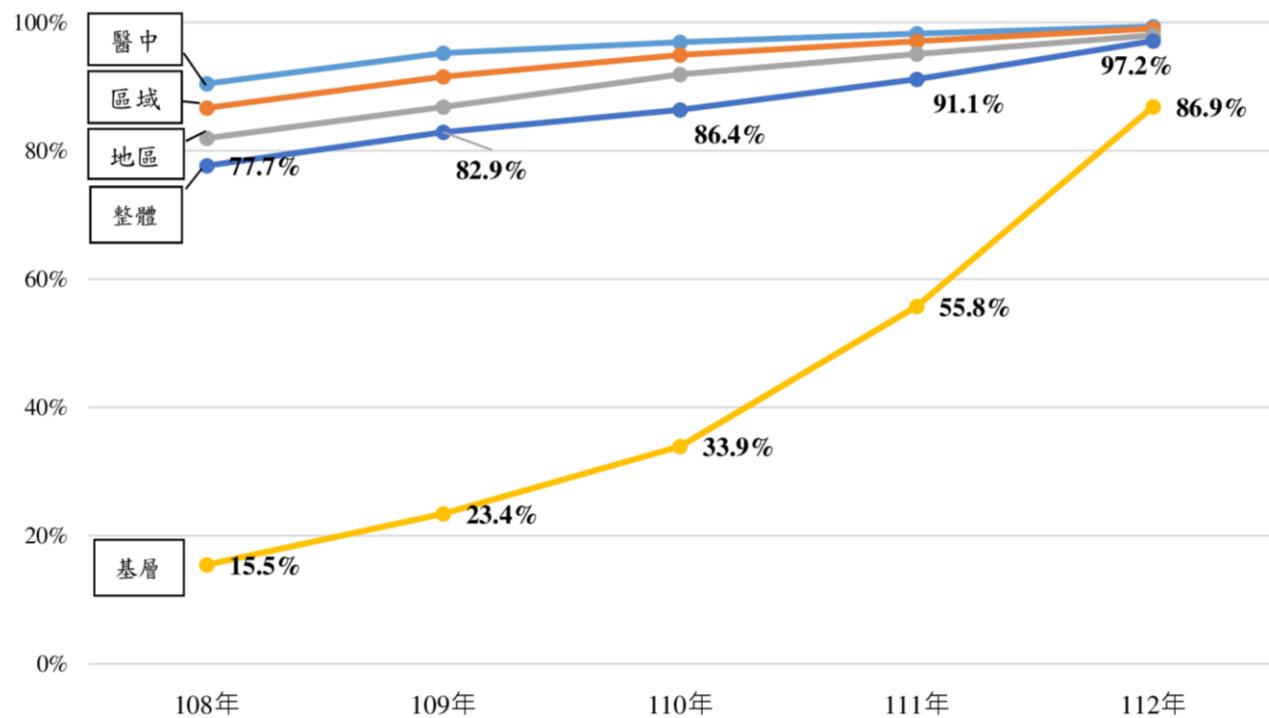
入187.8億元，112年整體檢驗(查)結果上傳率為97.2%，然各層級間尚有差異(如附件二，第33頁)。另依今年度評核委員意見，建議健保署積極輔導院所提升檢驗(查)結果及檢查影像即時上傳率，以利資源有效應用。

決定：

## 附件一、108 年至 112 年各層級固接網路及行動網路參與率

| 層級別    | 108 年 | 109 年 | 110 年 | 111 年 | 112 年  |
|--------|-------|-------|-------|-------|--------|
| 醫院     | 99.4% | 99.8% | 99.8% | 99.6% | 100.0% |
| 診所     | 90.0% | 93.8% | 95.1% | 95.4% | 95.7%  |
| 藥局     | 79.9% | 91.4% | 92.5% | 92.6% | 93.1%  |
| 其他醫事機構 | 72.6% | 88.6% | 90.7% | 92.1% | 93.2%  |
| 合計     | 87.2% | 93.1% | 94.4% | 94.7% | 95.0%  |

## 附件二、108 年至 112 年各層級檢驗(查)結果上傳率



註：

1. 資料來源：門、住、交付機構申報清單醫令檔及檢驗(查)結果每日及每月上傳檔。
2. 資料擷取日期：113.5.30。
3. 統計範圍排除無檢驗(查)報告項目(如微細超音波檢查)，及醫院協會建議排除項目。
4. 基層包含診所及檢驗所。



# 附錄



抄本

檔 號： 附錄一  
保存年限：

## 衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號  
聯絡人：劉于鳳  
聯絡電話：(02)8590-6879  
傳真：(02)8590-6046  
電子郵件：hsyufeng@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國113年8月1日  
發文字號：衛部健字第1133360098號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：對健保署及各總額部門(含其他預算)精進作為之共識建議、113年評核委員評論意見  
簡報

主旨：檢送本會對全民健康保險112年度各總額部門執行成果精進  
作為之共識建議(如附件1)，敬請貴會(署)配合辦理相關事  
項，請查照。

說明：

- 一、依本會第6屆113年第6次委員會議(113.7.30)之決定辦理。
- 二、本會業於113年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」(會議紀錄另送)，評核委員獲致旨揭  
共識建議，依說明一委員會議決定，請貴會(署)配合辦理下  
列事項，以利提升及精進總額執行成效：
  - (一)涉及114年度總額協商項目部分，請務必納入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。

三、另提供評核委員於評核會議現場提出之評論意見簡報(如附件2)供參。

正本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、衛生福利部中央健康保險署

副本：盧主任委員瑞芬、王委員惠玄、田委員士金、朱委員益宏、江委員錫仁、吳委員榮達、吳委員鏘亮、李委員永振、李委員飛鵬、周委員慶明、周委員麗芳、林委員文德、林委員恩豪、林委員淑珍、林委員綉珠、花委員錦忠、侯委員俊良、張委員清田、陳委員石池、陳委員杰、陳委員相國、陳委員節如、陳委員鴻文、游委員宏生、黃委員小娟、黃委員金舜、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、董委員正宗、詹委員永兆、劉委員玉娟、劉委員守仁、劉委員淑瓊、滕委員西華、蔡委員麗娟、鄭委員力嘉、鄭委員素華、謝委員佳宜、韓委員幸紋(依委員姓名筆劃排序)(均含附件)

## 全民健康保險資源配置願景工作坊 與會人員共同願景意見摘要

### 議題一：家庭醫師整合性照護計畫(下稱家醫計畫)之探討及未來改進方向

- 一、加強宣導、提供參加誘因：家醫計畫已實施 20 餘年，但多數民眾仍不了解家庭醫師可以提供哪些服務，建議政府加強宣導家醫計畫的服務內容及優點，以提高民眾的參加意願。另建議增加民眾加入家醫計畫的誘因，例如：加入計畫後在需要轉診時，擁有優先看診號碼，提高轉診的便利性等。
- 二、落實知情告知、增加黏著度：對於已收案對象應充分告知，並藉由建立 line 群組、辦理衛生教育指導等活動，協助其加強健康自我管理，延緩疾病發生，提升收案對象對家醫群的信任感及黏著度。
- 三、建構以人為中心、以生活圈為主之整合性服務：
  - (一)收案對象與家醫群宜以同一生活圈為主，考量部分疾病具有遺傳性或因生活習慣造成，因此對於多重慢性病病人，建議其家庭成員也一起納入照顧。
  - (二)現行家醫群僅包含西醫診所與醫院，基於健康問題常互相關聯，建議納入牙醫師、中醫師、藥師、護理師、心理諮詢師、復健師、營養師、個案管理師等跨職種醫療團隊，以利推動以人為中心整合性服務。
- 四、提升預防醫學功能，結合居家醫療、長照服務：除疾病治療外，也應提供民眾衛教、生活及飲食習慣改變、預防保健等健康行為處方，並結合後端之居家醫療、長照服務，和社會福利資源的轉介服務，發展更為全人、周全、延續的家醫照護網絡。
- 五、提升家醫群基層診所的醫療設備，及可提供醫療服務(如增加跨表項目)，並建立適當的評核制度，以提升民眾對診所之信賴度，亦可減少因醫療設備不足產生的轉診。

### 議題二、如何提升醫療資源使用效率

- 一、加強民眾衛教：

- (一)建議教育部將珍惜健保醫療資源納入課程教導，從小扎根。
- (二)結合民間、社區組織辦理衛教活動，及編製 e 化自我健康照護手冊，提升民眾自我照護能力，並加強宣導小病至基層院所，大病至大醫院就醫，以節省醫療資源。
- (三)加強病人用藥知識，提供多元管道諮詢用藥服務，增強照顧者或病人對用藥的知能和管理。

## 二、強化分級醫療：

- (一)強化家醫醫療群之功能，期待可處理民眾及其家人多數疾病，及建立後送轉診管道，提升就醫效率。
- (二)醫院端加強推動以病人為中心之整合醫療，減少病人多科就診。
- (三)健保支付制度亦須配合提供相關誘因。

## 三、減少就醫次數：

- (一)針對穩定慢性病患，可規劃放寬慢性病連續處方箋開立月數限制(例如由 3 個月延長為 6 個月)。
- (二)在確保檢驗(查)品質一致(例如 X 光片品質)的前提下，各醫療院所之間透過雲端共享資訊，減少重複檢驗(查)次數。
- (三)醫院檢驗(查)結果正常，可透過多元管道(如簡訊、LINE 通訊軟體等)通知民眾；若屬異常但僅需衛教，可透過通訊診察告知民眾；若屬嚴重須追蹤，再通知民眾回診處理。前述 3 種狀況亦可由基層診所透過雲端查看檢查結果，告知民眾，並採取醫療措施。

## 四、減少末期、無效醫療：推廣預立醫療照護諮商(ACP)、預立醫療決定書(AD)及安寧緩和。

## 五、檢討部分負擔制度：

- (一)未經轉診直接至醫院就醫之費用應再增加，宜將其門診部分負擔由定額改為定率，惟對弱勢族群仍須有配套措施，避免造成就醫障礙。
- (二)檢討重大傷病免部分負擔規定。
- (三)落實使用者付費觀念，當民眾主動要求醫師增加檢驗(查)項目或要求重複用藥時，應有增加部分負擔費用機制。

### 附錄三

## 健保會委員對「地區醫院全人全社區照護計畫」實施方案之建議

健保會 113.8

衛生福利部為落實全人健康照護及達成健康台灣慢性病「三高防治」888 計畫的政策目標(80%三高病人加入照護網、80%收案病人接受生活習慣諮詢，以及 80%收案病人達到三高控制)，自 113 年起除擴大西醫基層總額的「家庭醫師整合性照護計畫」(下稱家醫計畫)外，並於醫院總額新增 3.5 億元推動用於「地區醫院全人全社區照護計畫」，將尚未被家醫計畫、代謝症候群計畫等健保整合照護方案收案之三高病人，且屬於地區醫院忠誠病人納入照護管理對象。健保署並依照 113 年度總額決定事項，將具體實施方案提報至健保會第 6 次委員會議(113.7.30)討論。

本計畫參照家醫計畫照護模式，由地區醫院中家醫科、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，提供包含預防保健、癌症篩檢、衛教宣導、疾病治療、定期評估會員健康狀況等服務。委員在聽取健保署說明後，對該署朝以病人為中心提供整合性照護，及壯大社區醫院的目標，表示肯定，惟考量目前健保已有多項針對三高病人的照護計畫，應適度予以收斂、整合。再者，依照分級醫療政策，病情穩定的慢性病人宜在基層診所照護較佳，本計畫與家醫計畫是否扞格，及其相關費用支付條件的合理性，請健保署通盤考量；並建議計畫的承辦醫院應與區域醫院、醫學中心建立轉診網絡，以利病情穩定者可以下轉至地區醫院，及增訂可反映整合照護成效的指標。

針對委員提問，健保署說明本計畫係導入家醫計畫個案管理與整合照護的概念，參與計畫之地區醫院應與社區民眾共同生活圈之區域級以上醫院，及診所建立轉診及合作機制；本計畫於實施一段期間後，也將比照過去對家醫計畫的要求，視執行情形檢討相關規定。會中地區醫院代表委員也提出，願意扮演社區好醫院的角色，希望委員可以支持逐步推動本計畫。

經過熱烈討論，最後決議委員所提意見，提供健保署修正及衛福部核定參考，並請健保署以書面具體回復委員提問及於核定後副知健保會。委員期待本計畫能藉由整合醫療及人力資源，強化地區醫院在分級醫療的角色，使民眾能獲得更完善、全人醫療照護。

---

出處：[相關內容詳衛福部健保會第 6 屆 113 年第 6 次委員會議議事錄\(113 年 7 月 30 日\)](#)

附錄四

檔 號：  
保存年限：

衛生福利部 公告

裝

發文日期：中華民國113年8月2日  
發文字號：衛部保字第1131260434號  
附件：全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確  
保方案



主旨：公告修訂「全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方  
案」，如附件。

計

副本：台灣醫院協會、社團法人中華民國牙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、本部口腔健康  
司、本部社會保險司(均含附件)

部長邱泰源

線

附錄五

檔 號：  
保存年限：

# 副本

## 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

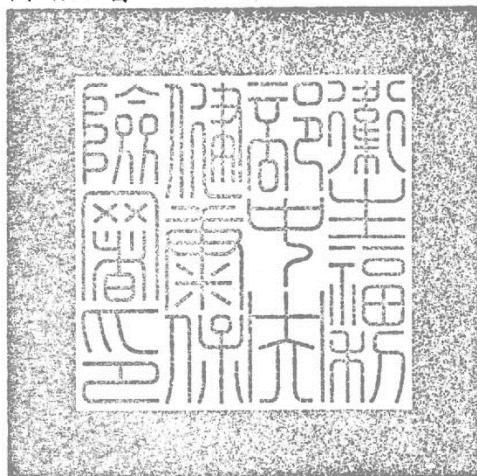
受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年7月16日

發文字號：健保醫字第1130114202號

附件：請至本署全球資訊網公告欄擷取

署



主旨：公告「113年度全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫」，並溯自113年1月1日起生效。

訂

依據：衛生福利部113年7月11日衛部保字第131260392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

線

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300196

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

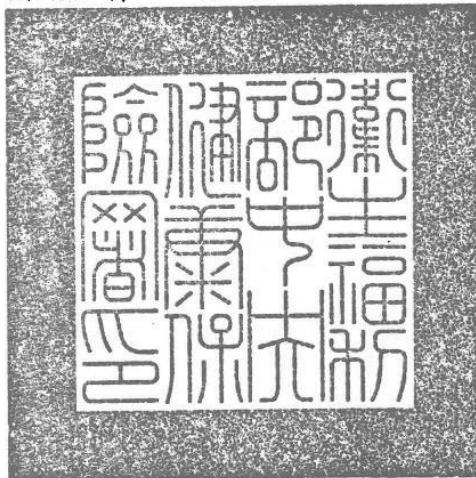
受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年7月18日

發文字號：健保醫字第1130114172號

附件：請至本署全球資訊網自行擷取

署



主旨：公告修訂「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升  
計畫」(附件)，並自113年1月1日起生效。

計

依據：衛生福利部113年7月10日衛部保字第1131260385號函。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會、本署各分區業務組

署長 石宗良 出國  
副署長 龍一鳴 代行

線

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300199

113.7.19

第1頁 共1頁

## 附錄六

檔 號：  
保存年限：

### 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段  
140號  
聯絡人：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7月19日  
發文字號：健保醫字第1130663390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\_1130663390\_doc1\_Attach1.pdf)

主旨：檢送112年「醫院總額品質保證保留款」核發結果，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1110122948號公告「全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」辦理。

二、112年度醫院總額品質保證保留款（下稱品保款）核發結果（附件），摘要如下：

(一)112年品保款預算共13億6,400萬2,957元。

(二)各層級品保款預算以112年醫院各層級核定醫療點數占率分配，各層級醫院核定醫療點數與占率如下(表1)：

1、醫學中心：230,128百萬點（占41.9%）。

2、區域醫院：211,201百萬點（占38.5%）。

3、地區醫院：107,466百萬點（占19.6%）。

(三)各層級品保款分配預算（表1）：

1、醫學中心：總預算為572.0百萬元，其中基本獎勵為57.2百萬元（占10%），指標獎勵為514.8百萬元（占

113.07.22



1133340190



裝



訂

線

90%）。

2、區域醫院：總預算為524.9百萬元，其中基本獎勵為78.7百萬元（占15%），指標獎勵為446.2百萬元（占85%）。

3、地區醫院：總預算為267.1百萬元，其中基本獎勵為160.3百萬元（占60%），指標獎勵為106.8百萬元（占40%）。

(四)各層級核發情形（表2）：

1、符合基本獎勵核發家數：醫學中心19家（核發率100%）；區域醫院82家（核發率100%）；地區醫院符合學會指標計畫272家（核發率74.3%），地區醫院符合品質精進獎勵185家（核發率50.5%）。

2、符合指標獎勵核發家數：醫學中心19家（核發率100%）；區域醫院82家（核發率100%）；地區醫院364家（核發率99.5%）。

(五)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13億6,400萬2,960元，與預算數相差3元，超出金額由健保基金支應。

三、本案預訂於113年7月31日前完成112年醫院總額品質保證保留款核發作業。

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院提出申復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度醫院總額品質保留款項下優先支應。

正本：台灣醫院協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會



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)電文  
2024/07/22  
15:14:12  
交換章

裝



訂

線



附錄七

副本

檔 號：  
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



3

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年7月22日

發文字號：健保醫字第1130663370號

附件：請自行至本署全球資訊網下載

裝  
訂  
線



主旨：公告113年1月起新增「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」等3項中醫門診總額照護計畫承作院所及醫師名單（附件），執行日自113年1月1日起。

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

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300200

## 附錄八

3項中醫醫療照護計畫自113年1月1日起新增之承作院所數及醫師數

| 分區別<br>計畫名稱  |                              | 項目  | 台北 | 北區 | 中區 | 南區 | 高屏 | 東區 | 全區 |
|--|------------------------------|-----|----|----|----|----|----|----|----|
| 西醫住院病患中<br>醫特定疾病輔助<br>醫療計畫(腦血<br>管疾病、顱腦損<br>傷、脊髓損傷、呼<br>吸困難相關疾病<br>及術後疼痛)    | 院所數                          | 1   | 0  | 2  | 0  | 0  | 0  | 0  | 3  |
|  | 醫師數                          | 14  | 0  | 76 | 0  | 0  | 0  | 0  | 90 |
| 中醫急症處置計<br>畫   | 院所數                          | 1   | 0  | 2  | 0  | 0  | 0  | 0  | 3  |
|  | 醫師數                          | 14  | 0  | 75 | 0  | 0  | 0  | 0  | 89 |
| 中<br>醫<br>癌<br>症<br>患<br>者<br>加<br>強<br>照<br>護<br>整<br>合<br>方<br>案           | 癌症患者西<br>醫住院中醫<br>輔助醫療計<br>畫 | 院所數 | 1  | 0  | 2  | 0  | 0  | 0  | 3  |
|  | 醫師數                          | 14  | 0  | 75 | 0  | 0  | 0  | 0  | 89 |
| 癌<br>症<br>患<br>者<br>中<br>醫<br>門<br>診<br>延<br>長<br>照<br>護<br>計<br>畫           | 院所數                          | 1   | 0  | 2  | 0  | 0  | 0  | 0  | 3  |
|  | 醫師數                          | 14  | 0  | 76 | 0  | 0  | 0  | 0  | 90 |
| 特<br>定<br>癌<br>症<br>患<br>者<br>中<br>醫<br>門<br>診<br>加<br>強<br>照<br>護<br>計<br>畫 | 院所數                          | 1   | 0  | 2  | 0  | 0  | 0  | 0  | 3  |
|  | 醫師數                          | 14  | 0  | 64 | 0  | 0  | 0  | 0  | 78 |

衛生福利部全民健康保險會

第 6 屆 113 年第 7 次委員會議補充資料目錄

會議時間：113 年 8 月 21 日

一、本會重要業務報告

更新說明一之(二)、新增說明七(會議資料第12、16頁)----- 1



## (會議資料第 12、16 頁)

### 四、本會重要業務報告

.....

說明：

一、本會依上次(第 6 次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

(二)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計8項，依辦理情形，擬建議解除追蹤1項，繼續追蹤7項，如附表(會議資料第17~20頁)；但最後仍依委員會議定結果辦理；至個別委員關切事項(含書面意見)，健保署回復如附件一(第2~5頁)。

七、衛福部於本年 8 月 16 日來函轉知，請本會於 114 年健保總額協商時，將所有醫療院所電價上漲納入成本考量(如附件二，第 6~7 頁)，敬請委員參考。

## 附件一

### 個別委員關切事項(含書面意見)之健保署答覆

| 委員意見  | 健保署說明   |
|---|---|
| <p>李委員永振會後書面意見(議事錄第33頁)</p> <p>會議資料第129~130頁，署說明上次會議2項個人關切事項，說明內容似未劃中重點或沒有明確回應！第129頁第1個重點是請健保署就媒體列出之相關報導於事前或事後能提供詳細的說明供委員參考，若報導與事實有出入，應設法補救，以免造成以訛傳訛，因而形成誤解、爭議。如自由時報7月14日頭版以斗大的標題報導「達文西手術納健保，再增46項」，並未說明健保只給付手術費用，相關耗材還是須自行負擔，耗材的費用比手術費用還高，病人的預期認知以為健保都給付了，實際遇上卻仍須負擔一半以上的費用，失落感一定很重！該如何補救，好像沒看到後續。另有關代謝症候群與家醫計畫收案重疊該如何整合的議題，感謝健保署做了部分回復，但對於建議在8月份委員會議報告114年度總額預算時，可以好好針對這2項計畫做進一步分析，則尚沒有明確答覆！</p> | <p>一、謝謝委員指導，本署依113年第3次醫療服務及支付標準共同擬訂會議結果對外說明，通過46項機械手臂輔助手術比照胸(腹)腔鏡相關診療項目手術費用申報，並表示機械手臂之相關醫材費用則由民眾自費負擔。</p> <p>二、查該報7月14日載「46項手術手術費用，未來將比照健保腹腔鏡手術申報」，另查7/13其他報載完整敍明「手術費用將比照健保腹腔鏡手術項目申報，相關醫材由民眾自費，...。」本署將持續關注健保相關報導。</p> <p>三、本署於113年第5次委員會議進行代謝症候群防治計畫(下稱代謝計畫)專案報告，代謝計畫個案同時為家醫計畫會員，於最近一次追蹤時，達成各項進步獎勵目標值及血糖、血壓、三酸甘油脂、高密度脂蛋白指標達標準值之比率皆較非家醫計畫會員佳。</p> <p>四、113年本署已透過修訂家醫計畫派案原則，讓病人能於同一家診所接受家醫計畫及代謝計畫的整合性醫療照護。</p> <p>五、另依代謝計畫追蹤管理費規定，同一個案於同一診所參加代謝計畫與家醫計畫，只能申報代謝計畫個案管理費。本署亦將與國民健康署共同合作，滾動式修正代謝計畫。</p> |

| 委員意見   | 健保署說明  |
|--|--|
| <p>朱委員益宏(議事錄第21、33~34頁)</p> <p>第2點，對於要修健保法第62條第3項，雖然在立法院已經有決議了，明年6月以前要儘量讓平均點值達到0.95，這是主決議其中一個事項，但現在所謂的平均點值就是有高有低，如果各分區執行起來，有些分區可能高於0.9，有些分區可能低於0.9，在某一個分區裡面就有些醫院高於0.9，有些醫院低於0.9，這些相關資料包含各分區的平均點值，各層級的平均點值，甚至個別醫院的平均點值，健保署是不是要有一些適當方式讓它公開，因為在分區，某幾家地區醫院的平均點值常常是接近浮動點值，在計算平均點值時只有0.85左右，甚至低於0.85，對少數地區醫院是非常不公平，難怪地區醫院會一直萎縮，我覺得未來在健保會監理時，這些詳細資料或許可以隱藏醫院名稱，因這可能牽涉到營業祕密，但我覺得健保署可以用代號或級距方式，比如點值0.80~0.81有哪幾家醫院，及醫院層級是什麼，分布在哪個分區；0.81~0.82有哪幾家醫院，及醫院層級是什麼，分布在哪個分區，類似這樣的方式去讓大家知道實際的狀況。</p> | <p>立法院於113年7月16日通過全民健康保險法第62條修正草案，主決議為「為改善醫療環境，維護醫事人員專業權益，衛生福利部應進行健保改革具體措施，於114年6月30日前達到平均點值一點0.95元，以維護全國醫事人員權益」。本署後續將依立法院主決議內容進行規劃。</p> |
| <p>朱委員益宏會後書面意見</p> <p>敬請健保署於每月業務執行報告，增加以分層方式提報各區各醫院平均點值落點：</p> <p>一、依據立法院院會對於健保法第62條修正案之主決議：於114年6月平均點值達到0.95。</p> <p>二、「平均」點值達到0.95，亦即有些分區高於0.95，有些分區低於0.95；分區內有些醫院高於0.95，有些醫院低於0.95，其中地區醫院因為醫院總額中保障點值項目不合理，導致部分地區醫院平均點值遠低於分區平均點值甚至全國平均點值，然本項數據卻未完整呈現，導致地區醫院因給付過低，逐年減少。</p> <p>三、建請健保署於每月業務執行報告，增加以分層方式提報各區各醫院平均點值落點，提報表格如下：</p>  |  |

| 委員意見  |      |     |    |    |    |     |    | 健保署說明  |  |
|---|------|-----|----|----|----|-----|----|--|--|
|   |      | 家數  |    |    |    |     |    |  |  |
| 平均點值  | 層級別  | 台北區 | 北區 | 中區 | 南區 | 高屏區 | 東區 |  |  |
| 1.~0.99   | 醫學中心 |     |    |    |    |     |    |  |  |
|   | 區域醫院 |     |    |    |    |     |    |  |  |
|   | 地區醫院 |     |    |    |    |     |    |  |  |
| 0.99~0.98   | 醫學中心 |     |    |    |    |     |    |  |  |
|   | 區域醫院 |     |    |    |    |     |    |  |  |
|   | 地區醫院 |     |    |    |    |     |    |  |  |
| .....   |      |     |    |    |    |     |    |  |  |
|   |      |     |    |    |    |     |    |  |  |
| 0.92.~0.91  | 醫學中心 |     |    |    |    |     |    |  |  |
|   | 區域醫院 |     |    |    |    |     |    |  |  |
|   | 地區醫院 |     |    |    |    |     |    |  |  |
| 0.91.~0.90  | 醫學中心 |     |    |    |    |     |    |  |  |
|   | 區域醫院 |     |    |    |    |     |    |  |  |
|   | 地區醫院 |     |    |    |    |     |    |  |  |
| 李委員永振(議事錄第39~40頁)   |      |     |    |    |    |     |    | <p>一、執行目標訂定方式：查中華民國醫師公會全國聯合會係以預算155.5百萬元及白內障手術每件約30,000點計算，推估年度可增加之執行件數為5,183件(<math>155.5/0.03=5183</math>)。</p> <p>二、有關訂定白內障手術以「結果面品質監測指標」及監測放寬白內障手術規範，將參考委員意見儘速與中華民國醫師公</p> |  |
| 對這個案子我有幾點請教，比較不瞭解，第1個在補充資料的第2頁裡面，有提到執行目標5,183件，它指的是什麼？好像看不到說明。後面的資料裡面有提到111年、112年基層申報白內障手術案件是14萬5,163件跟15萬2,729件，是不是一樣？如果一樣的話，差異就太大了，所以對於執行目標是不是可以詳細說明一下？ |      |     |    |    |    |     |    |  |  |
| 第2個，剛才陳燕鈴組長也有提到過，就是2項監測指標是不是有達到監測提升視力照護品質的目的，就是它的關聯性為何？設定標準與實   |      |     |    |    |    |     |    |  |  |

| 委員意見   | 健保署說明  |
|--|--|
| <p>際狀況好像比較過於寬鬆，我記得今年的評核會議評核委員也一直強調設定的指標值或目標值都太寬鬆了，這2項指標的關聯性之外，指標1的目標值訂為90%，但112年都已經達99%了，這樣的話，投入的預算雖不多，但是得到的結果是這樣，覺得怪怪的。</p> <p>另外更重要的是，上次我們的決定事項是說要檢討放寬白內障手術規範後的相關事宜，到目前也沒有看到結果，所以這樣看起來，我個人不曉得怎麼去確認這個方案，你說他可以嗎？很奇怪，最重要的檢討都沒出來，也不是說只做了3、5個月，自111年3月刪除白內障手術40例以上事前審查的規範以來，目前已經滿2年，為什麼都還沒有看到檢討結果，這樣的話，整個計畫好像沒有1項符合我們可以接受的部分。</p>   | <p>會全國聯合會及中華民國眼科醫學會會議討論修訂內容。</p>                           |
| <p>滕委員西華(議事錄第41~42頁)</p> <p>我們之前有請醫全會跟眼科醫學會監測，我們把年紀、事前審查這個要件拿掉之後，執行白內障手術有沒有因為本案的放寬，在年齡也好，在診斷或分布也好，是否產生一些變化，到底是我們國人得到白內障的人變年輕了，都應該要來開刀，或者是說我們有講過的白內障成熟度，也有眼科醫學會的指證說，成熟度很難講，有些說要熟了才開，沒有，這個是不可靠的，還是要看病人，有些說不熟開不好，對病人來說其實很難判斷哪個醫師說的才是對的，所以專業醫學會跟醫全會要去監測這個手術是不是必要，就當下手術的必要性，以及治療結果如何，才是我們要關切的。</p> <p>我們放寬這個案例數，同時如果也放寬了病人自費的這個可能的話，就不是當初訂本項預算要達到的目的，所以還是要拜託西醫基層跟眼科醫學會應該要去訂定跟品質有關的結果面指標，這2個指標連過程面都不算。</p> | <p>本案參採委員建議訂定以「品質為結果面的監測指標」，將儘速與各部門總額相關團體達成共識後，提報貴會確認。</p> |

## 衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號  
聯絡人：陳裕廷  
聯絡電話：(02)85907369  
傳真：(02)85907088  
電子郵件：mdytchen@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8月16日  
發文字號：衛部醫字第1131667300號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：行政院會議紀錄及奉核簽呈各1份

主旨：檢送行政院113年7月8日「研商電價優惠及前期政策因素凍漲差額由各主管機關編列預算事宜會議紀錄」及奉核簽呈影本各1份，並請依奉核之分工辦理相關事宜，請查照。

說明：

一、依據行政院秘書長113年7月19日院臺經長字第1135014263號函及本部113年8月8日奉核簽呈辦理。

二、旨揭奉核分工如下：

(一)請全民健康保險會、社會保險司、中央健康保險署於114年健保總額協商時，將所有醫療院所電價上漲納入成本考量。

(二)請社會及家庭署與護理及健康照護司，自114年起編列預算支應社福團體(包含電業法第52條所稱使用維生輔具之身障家庭、立案社福機構及護理之家)優惠及凍漲電價減

113.08.16



113CC00624

收之差額，並每2個月依台電公司估算之金額支付該公司一次，於年度結束時結算。

(三)114年度負擔社福團體減收差額之經費需求，請社會及家庭署與護理及健康照護司依後續台電公司精算後提供之金額，儘速提報預算送行政院主計總處審查。

正本：衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部社會及家庭署、本部全民健康保險會、本部社會保險司、本部護理及健康照護司  
副本：