

衛生福利部全民健康保險會
第 6 屆 113 年第 8 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 9 月 27 日

衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 113 年第 8 次委員會議議程

一、主席致詞	
二、議程確認	
三、確認上次(第 7 次)委員會議紀錄 -----	1
四、本會重要業務報告 -----	6
五、討論事項	
(一)114 年度醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診醫療給付費用總額及其他預算協商結論案-----	31
(二)建請健保署成立「心臟—乳癌」照護模式，納入並給付心臟科醫師成為「全民健康保險乳癌醫療給付改善方案」支付標準內之必要共照醫師成員，於處方藥物治療前由心臟科醫師評估病人心臟/心血管情況，且於治療期間注意監測、追蹤病人是否產生心臟與心血管併發症，並同時新增非「全民健康保險乳癌醫療給付改善方案」院所，給付前述相同之心臟科醫師醫療照護費用案-----	35
(三)居家醫療照護整合計畫訪視費及個案管理費應衡酌實務給予合理調升，並將居家醫療整合照護預算逐步提升至健保整體預算百分之一規模案-----	39
(四)全民健保應強化社區型急性後期照顧(PAC)服務模式，協助病患重返家庭生活案-----	41
六、報告事項	
中央健康保險署「113 年 8 月份全民健康保險業務執行報告」 (書面報告)案 -----	47
七、臨時動議	

三、確認上次(第 7 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(113)年 8 月 30 日衛部健字第 1133360113 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7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8月21日上午9時30分

地點：本部301會議室

主席：盧主任委員瑞芬

紀錄：許至昌、李德馥

出席委員：(依姓名筆劃排序)

王委員惠玄、田委員士金(中華民國全國漁會張幹事鈺廷代理)、朱委員益宏(台灣醫院協會羅理事永達代理)、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(中華民國全國教師會王主任英倩代理)、張委員清田、陳委員杰、陳委員石池、陳委員相國、陳委員節如、陳委員鴻文(中華民國全國工業總會何常務理事語代理)、游委員宏生、黃委員小娟、黃委員金舜、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、董委員正宗、詹委員永兆、劉委員玉娟、劉委員守仁、劉委員淑瓊、滕委員西華、蔡委員麗娟、鄭委員力嘉、鄭委員素華(全國工人總工會陳幹事怡伊代理)、謝委員佳宜、韓委員幸紋

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：石署長崇良(龐副署長一鳴代理)

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5頁)

貳、議程確認：(詳附錄第5~6頁)

決定：確認。

參、確認上次(第6次)委員會議紀錄：(詳附錄第6頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第7~18頁)

決定：

一、上次(第6次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤共1項，同意解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤共7項，同意繼續追蹤。

二、請各總額部門承辦團體及中央健康保險署，於113年8月29日前提送「114年度總額協商因素項目及計畫(草案)」時，併提以下資料，以利協商：

(一)請參考本會於會前會(113.8.21下午)提供之檢核表，補齊尚有缺漏部分，以確保資料之完整性。

(二)請依112年度執行成果評核之評核委員意見，就涉及114年度總額協商項目部分，予以回應說明。

(三)請中央健康保險署依113年度總額核(決)定事項，及本會113年第6次委員會議(113.7.30)決定，就其中10項提出節流效益並納入各該總額預算財源考量。

三、確認「114年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議程」(如附件)，請轉知各總額部門協商代表依議程時段提早到場準備。

四、餘洽悉。

伍、法定交議事項(詳附錄第19頁)

說明單位：衛生福利部社會保險司、中央健康保險署、本會第三組

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。

決定：本會將於衛生福利部交議114年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案後，儘速函轉本會委員、各總額部門承辦團體及中央健康保險署，另併同函知各部門總額之「醫療服務成本及人口因素成長率」，俾依交議內容辦理總額協商事宜。

陸、優先報告事項(詳附錄第20~40頁)

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。

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、報告事項(詳附錄第41~45頁)

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。

決定：

一、本案洽悉。請中央健康保險署確實依總額核(決)定事項
之退場期程退場，委員所提意見(含書面意見)併請研
參。

二、本會支持中央健康保險署積極爭取公務預算支應相關
執行作業費用。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：上午11時35分。

附件

114年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議程

時間	內容(協商時間 ^{#1})	與會人員
113年9月25日(三)		
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) 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 (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 (本節之協商，邀請腎臟醫學會列席)
13:20~13:30		中場休息
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
113年9月26日(四)		
09:30~12:30	視需要處理協商未盡事宜 ^{#2}	本會委員、相關部門協商代表，與社保司、健保署及本會同仁
113年9月27日(五)		
09:30~14:00	第8次委員會議 (實體及視訊併行)	本會委員與社保司、健保署及本會同仁

註：1.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。

2.依114年度總額協商程序(略以)：「各協商場次之協商結果，於主席宣布協商結論後即定案，禁止任一方提出變更或推翻前開結論。惟經雙方代表同意，得再重新協議」。若總額部門有協商未盡事宜或有再次協商之必要，並經協商雙方代表同意，則請於9月25日20時前，通知健保會同仁，以利9月26日議事安排。

四、本會重要業務報告

一、本會依上次(第 7 次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

(一)依法定交議事項之決定，本會於本(113)年 9 月 3 日收到衛生福利部(下稱衛福部)交議行政院核定之 114 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案(如附件一，第 15~18 頁)，旋即於當日以衛部健字第 1133360119 號書函將交議內容轉知委員(如附件二，第 19~20 頁)，並據以確認 114 年度總額協商架構及原則；同時請各總額部門承辦團體及中央健康保險署(下稱健保署)重新審視已提出之 114 年度總額協商草案是否遵循交議之內容及政策目標。若有調整，請於本年 9 月 5 日前回復修正版本。

(二)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計 1 項，依辦理情形，擬建議解除追蹤 1 項，如附表一(第 13 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)，相關單位回復如附錄一(第 51~56 頁)。

二、歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，擬建議解除追蹤 1 項，如附表二(第 14 頁)；但最後仍依委員會議定結果辦理。

三、下次(第 9 次)委員會議(113.10.23)依年度工作計畫安排之專案報告主題為「新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告」，請委員最晚於本年 10 月 2 日前向本會提出需請健保署回應或說明之問題。

四、衛福部及健保署於本年 8 月至 9 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 9 月 18 日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

1. 本年 8 月 27 日修正發布「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，自本年 9 月 1 日生效，如附錄三(第 59~62 頁)，本次修正重點如下：

(1)第二部西醫：

- ①第三節病房費：修訂通則九(二)護理品質報告 3 項指標名稱，另配合「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」酌修通則九(一)2 之(1)及(2)「護理費加成」之偏鄉醫院條件文字。
- ②第六節調劑：修訂通則四基層院所藥事服務費得加計兒童加成。(將基層院所納入藥服費兒童加成範圍，未滿 7 歲兒童得依表定點數加計 20~60%)【預算來源：113 年西醫基層總額「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」項下 10 億元】
- ③新增診療項目：33147B「複雜性周邊血管支架置放術」(24,278 點)、57033B/57034B「脈動式或耳垂式血氧飽和監視器未滿二歲者—每次/一天」(36 點/430 點)及 62073B/62074B/62075B「顯微血管游離瓣手術—穿通枝瓣移植—單區塊/雙區塊/三區塊以上組織瓣」(47,775 點/55,237 點/62,698 點)等 6 項。
- ④修訂診療項目：08134B「連續血糖監測」及 68040B「經導管主動脈瓣膜置換術」等 2 項增列適應症；增列 71220B「食道再造術—以大腸重建」等 46 項機械手臂輔助手術得比照胸(腹)腔鏡手術費申報。【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修訂 92094C「週六、日及國定假日牙醫門診急症處置-每次門診限申報一次」不得同時合併申報之外項目。
- ②附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則：增列不列入牙醫相對合理門診點數計算之診療項目。

(3)第四部中醫：修訂 E01/E02「一般傷科」支付規範之「標準作業程序」移列至本章通則五，另將「拔罐」納入前述

作業程序傷科處置。【財務影響：屬「標準作業程序」之修訂，不增加財務支出】

(4)因應健保申報資料自 114 年 1 月 1 日起全面改版為 2023 年版 ICD-10-CM/PCS，配合修訂支付標準及專案計畫之 ICD-10-CM 代碼。【財務影響：屬「相關代碼」之修訂，不增加財務支出】

2.本年 9 月 6 日公告修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」表一，自本年 9 月 6 日生效，如附錄四(第 63 頁)，本次修訂專業醫療服務品質指標，重點如下：

(1)下列指標修訂為參考指標，不另訂參考值：

①同、跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-「降血壓(口服)」、「降血脂(口服)」、「降血糖」3 類藥物共 6 項指標。

②「剖腹產率-整體、自行要求、具適應症、初次具適應症」等 4 項指標。

③「門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」。

(2)修訂「非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率」等 7 項指標「時程」為「每年/季」，及「人工膝關節置換手術後九十日以內置換物深部感染率」之分子定義。

(二)健保署

1.公告總額相關計畫如附錄五(第 64~68 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
113.8.19/ 113.4.1	113 年度 全民健康 保險牙醫 門診總額 特定疾病 病人牙科 就醫安全 計畫	本次修訂重點如下： 修訂支付標準「特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)」備註文字，病歷上需載明適用對象之相關資料，修訂為「糖尿病病人-六個月內之醣化血紅素(HbA1c)或最近一次空腹血糖(AC sugar)」，醫師自我考評表亦配合修正。

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
113.8.19/ 113.8.19	全民健康 保險偏鄉 地區全人 整合照護 執行方案	<p>本方案為原山地離島地區醫療給付效益提升計畫(下稱 IDS 計畫)之山地鄉全人整合照護執行方案，本次修訂重點如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 實施期間：本方案自公告日起實施至 116 年 12 月 31 日止。 2. 預算來源： <ol style="list-style-type: none"> (1)新承作院所第一年籌備費、醫事人員支援費用、點值差值、其他特定醫療服務、促進健康照護或提升醫療服務品質之費用、回饋金及外加獎勵費用，由 IDS 計畫項下支應(每年度各承作計畫支應經費上限為 50 百萬元)；其餘醫療費用由各總額部門預算支應。 (2)健康促進及維護等相關服務費用，由疾管署、健康署、口健司及心健司之公務預算及相關基金支應。 3. 執行地區：由各分區業務組各擇 1 個區域試辦。 4. 服務內容： <ol style="list-style-type: none"> (1)增訂承作院所應組成全人照護團隊服務，及提供照護對象因疾病需求之門及住診轉診後送服務。 (2)增訂承作院所建立遠距醫療提供方式，須經保險人各分區業務組核定。 5. 費用申報、支付方式： <ol style="list-style-type: none"> (1)增訂「結算方式」：新承作院所第一年籌備費、醫事人員支援費用、點值差值、其他特定醫療服務、促進健康照護或提升醫療服務品質之費用，以每點 1 元支付，餘採浮動點值。 (2)增訂「新承作院所第一年籌備費(家戶調查費用)」：每位個案核實支付 450 元，以第一年各計畫書編列支應經費之 10% 為上限。 (3)醫事人員支援費用： <ol style="list-style-type: none"> ①專科門診、急診診療每診次費用：增訂離島地區可因地制宜編列，山地地區則維持原每診次金額上限。

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>(2)外展診療服務：增訂居家醫療照護每診次依現行支付標準之居家訪視費用支付點數為準。</p> <p>(4)全人整合照護費用：</p> <p>回饋金及外加獎勵」：以「虛擬醫療點數」減「實際醫療點數」之結餘點數，計算承作院所之回饋金及外加獎勵費用，並增訂回饋金以各計畫支應經費50百萬元之50%為上限。</p> <p>6.修訂評核指標：</p> <p>(1)健康管理指標：</p> <p>增訂3項指標：孕產婦產檢達成率(必選)、高風險妊娠產檢率(自選)、全口牙結石清除(自選)。</p> <p>(2)其他政策鼓勵指標：增訂B、C型肝炎篩檢比率指標。</p> <p>(3)增訂「加分項」：由承作院所提供之特殊服務，其照護成效報經保險人分區業務組核定後，予以加分(%)。</p>
113.8.27/ 113.8.27	全民健康 保險地區 醫院全人 全社區照 護計畫	<p>本項為113年度新增計畫，重點如下：</p> <p>1.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、營養師及專任個案管理人員組成照護團隊。</p> <p>2.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。</p> <p>3.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。</p> <p>4.給付項目：支付開辦建置費、個案管理費、績效獎勵費用、失智症門診照護家庭諮詢費用、多重慢性病人門診整合費用及三高疾病整合照護提升費。</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		5.評核指標：含「接受生活習慣諮詢率」等4項結構面指標、「成人預防保健檢查率」等5項過程面指標及「三高疾病監測數據控制良率」等9項結果面指標。
113.8.27/ 113.8.27	全民健康 保險遠距 醫療給付 計畫	<p>本次修訂重點如下：</p> <p>1.施行地區：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1)新增山地離島地區醫療給付效益提昇 計畫適用地區：花蓮縣豐濱鄉、嘉義縣大埔鄉。 (2)刪除衛生福利部試辦遠距醫療相關計畫施行地區之年度限制。 (3)新增健保法第43條第4項所定醫缺地區。 (4)新增提供保險對象收容於矯正機關者 醫療服務計畫之施行區域：法務部矯正署所屬51所矯正機關及3所分監地點內。 <p>2.遠距會診實施科別：新增精神科(僅限於矯正機關及3所分監內)。執行精神科遠距會診醫師，應依管制藥品管理條例規定取得管制藥品使用執照。</p> <p>3.給付項目及支付標準：矯正機關及3所分監內專科門診遠距會診費僅限論服務量申報(P6606C)，且不得申報急診遠距會診費(P6601C~P6605C)。</p> <p>4.保險對象應自行負擔之醫療費用：增列矯正機關內門診，依基層醫療單位層級計收。</p> <p>5.計畫管理機制：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1)增列各執行計畫應於當年度12月底前，提供至少10份滿意度調查表至保險人分區業務組。 (2)增列執行計畫醫事服務機構之資通安全，應符合相關規定。

2.本年8月15日副知，公告113年「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏

性鼻炎照護試辦計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等 6 項中醫醫療照護計畫，自本年 7 月 1 日起新增之承作院所及醫師名單，如附錄六(第 69 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)統計如附錄七(第 70 頁)。

3. 本年 8 月 13 日檢送 112 年第 4 季其他預算結算說明表，公文如附錄八(第 71 頁)，112 年全年經費 15,779.2 百萬元，1~12 月結算數 12,587.9 百萬元，整理預算執行情形如附錄九(第 72 頁)供參考。
4. 本年 6 月至 8 月份公告暫予支付及修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分項目，藥品計 27 件、特材計 16 件，彙整如附錄十(第 73~77 頁)。

決定：

附表一

上次(第 7 次)委員會議繼續列管追蹤事項

擬解除追蹤(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	優先報告事項：委員所提意見 113 年第 2 季全(含書面意見)， 民健康保險業請中央健康保 務執行季報告。	於 113 年 8 月 29 日請 辦健保署。	健保署回復： 遵示辦理，委員所提 意見，說明如附件三 (第 21~28 頁)。	解除追蹤	—	

附表二

歷次委員會議繼續列管追蹤事項

達解除追蹤條件(共 1 項)

項 次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形 (更新處以底線標示)	追蹤建議
1	113 年度醫院總額專款項目「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，提供健保署修正及衛福部核定參考，並請以書面具體回復及於核定後副知本會。/[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。] (113.7 決議)	健保署說明： <u>業於 113 年 8 月 12 日陳報衛福部，並就委員意見回復說明在案(如附錄二，第 57~58 頁)。</u> 本計畫業經衛福部 8 月 22 日核定， <u>並於 113 年 8 月 27 日公告實施。</u>	解除追蹤 (健保署已書面回復且衛福部已核定，爰建議解除追蹤)

附件一

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：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9月3日
發文字號：衛部保字第1130139528號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：附件1_行政院核定函(114)、附件2_各總額部門數值

主旨：有關「114年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」一案，業奉行政院核定，請依全民健康保險法第61條規定協議訂定其總額及分配方式，請查照。

說明：

- 一、依行政院113年8月30日院臺衛字第1131022481號函（附件1）辦理。
- 二、行政院核定114年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍成長率為3.521%至5.5%，函示略以：

(一)考量全民健康保險（以下簡稱健保）保險收入與支出長期存在落差，為確保健保財務穩定，請審慎衡酌總體經濟情勢、國家財政負擔及民眾付費能力，維持健保點值之穩健，友善醫事人員待遇及環境等，以通盤檢討健保制度之合理性及公平性，研議可行修法方向，促進健保制度革新

113.09.03



113CC00683

第1頁 共2頁

及永續經營。

(二)另為提升癌症新藥可及性，縮短癌症新藥給付時程，114年以公務預算挹注健保基金新臺幣50億元，作為癌症新藥暫時性支付專款使用。又114年多項健保支出項目移由公務預算支應，請再檢視總額基期與協商因素，避免與公務預算重複。

三、本部114年健保總額範圍係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（各總額部門數值如附件2），以及114年總額規劃目標（如下）等各項因素所擬：

- (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。

正本：本部全民健康保險會

副本：衛生福利部中央健康保險署

檔 號：
保存年限：

行政院 函

地址：100009臺北市忠孝東路1段1號
電話：02-33566500

受文者：衛生福利部

發文日期：中華民國113年8月30日
發文字號：院臺衛字第1131022481號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：所報114年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍一案，
核定全民健康保險醫療給付費用成長率下限為3.521%，上
限為5.5%。

說明：

- 一、復113年6月28日衛部保字第1131260370號函。
- 二、考量全民健康保險（以下簡稱健保）保險收入與支出長期
存在落差，為確保健保財務穩定，請審慎衡酌總體經濟情
勢、國家財政負擔及民眾付費能力，維持健保點值之穩
健，友善醫事人員待遇及環境等，以通盤檢討健保制度之
合理性及公平性，研議可行修法方向，促進健保制度革新
及永續經營。
- 三、另為提升癌症新藥可及性，縮短癌症新藥給付時程，114年
以公務預算挹注健保基金新臺幣50億元，作為癌症新藥暫
時性支付專款使用。又114年多項健保支出項目移由公務預
算支應，請再檢視總額基期與協商因素，避免與公務預算
重複。

正本：衛生福利部

副本：國家發展委員會、行政院主計總處



總收文 113.08.30



1130139528

114 年各總額部門醫療服務成本及人口因素成長率

總額部門	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)	投保人口預估成長率(C)	醫療服務成本及人口因素成長率 $(1+A+B)*(1+C)-1$
醫 院	1.807%	2.161%	0.362%	4.344%
西醫基層	1.232%	2.140%		3.746%
牙 醫	0.257%	2.048%		2.675%
中 醫	0.802%	2.412%		3.588%

附件二

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9月3日
發文字號：衛部健字第1133360119號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：1. 衛福部交議114年度總額範圍案、2. 114年度總額協商架構及原則、3. 114年度總額協商程序

主旨：檢送衛生福利部交議之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)及其政策目標，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部本(113)年9月3日衛部保字第1130139528號函，及本會第6屆本年第7次委員會議(113.8.21)決定事項辦理。
- 二、依旨揭交議內容，行政院核定之114年度總額範圍成長率為3.521%至5.5%，衛生福利部請本會依全民健康保險法第61條規定協議訂定114年度總額及分配方式(如附件1)。另依本會第6屆本年第4次委員會議(113.5.22)決議，據以確認114年度總額協商架構及原則(如附件2)。
- 三、副本抄送各總額部門承辦團體及中央健康保險署，請重新審視貴管提出之協商草案是否遵循衛生福利部交議之114年度

總額範圍(含醫療服務成本及人口因素成長率)及其政策目標，及依據本會議定之114年度總額協商程序(如附件3)與上開協商架構及原則辦理。若有調整必要，考量總額協商會議資料編製時效，請於113年9月5日前回覆修正版本，若逾期未回覆者，將視同無修正，尚祈見諒。

正本：盧主任委員瑞芬、王委員惠玄、田委員士金、朱委員益宏、江委員錫仁、吳委員榮達、吳委員鏘亮、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)

副本：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、本部社會保險司(均含附件)

健保會第 6 屆 113 年第 7 次委員會議之健保署答覆

上次(第 7 次)委員會議之擬解除追蹤項次 1

案由：113 年第 2 季全民健康保險業務執行季報告。

委員意見	健保署說明
<p>吳委員榮達(議事錄第 22~23 頁)</p> <p>今天想問的比較多一點，請多給我一點時間。第 1 點，在業務執行季報告第 1 頁，我想請教有關暫時性支付，資料只有預估受惠人數，沒有預估金額，因為暫時性支付有預算，這預算有沒有特定分配方式？對於項目的選擇以及核准的程序，是如何操作？我想要進一步瞭解。還有因為暫時性支付是暫時性的，如果不符合特定條件下要停止給付，請問條件是什麼？請健保署說明，讓我們都能瞭解。也希望健保署實施一段時間後將暫時性支付項目進行成效分析，在健保會報告，讓我們瞭解暫時性支付實施的成效。</p> <p>第 2 點，在業務執行季報告第 2 頁，我不太瞭解(三)臨床缺口特材，所以想要瞭解，還有其他的項目可不可以一起說明，例如功能改善特材和其他特材部分。</p> <p>第 3 點，在業務執行季報告第 25 頁，可參考第 47 頁表 14，有關醫療院所訪查，除了中醫部門外，我們看第 1、2 季其他有明顯的增加，這是一個警訊還是有什麼原因，這是非常明顯的增加。</p>	<p>一、有關暫時性支付說明如下：</p> <p>(一)為提升新藥可近性，對於具醫療迫切需求 (Unmet Medical Need, UMN) 及治療潛力，但臨床效益、財務衝擊評估不確定之新藥或新適應症，以暫時性支付方式先行收載，與廠商協議多元風險分攤；列入暫時性支付之藥品，廠商須提交相關評估文件，清楚說明如何解決臨床療效、成本效益等不確定性問題(內容包含真實世界資料 RWD 蔑集、後續評估指標與分析等計畫)，原則上暫時支付兩年，收集真實世界數據或後續執行之臨床試驗後再評估臨床效益(HTR)，作為後續是否常規支付之依據。</p> <p>(二)有關新藥或新適應症納入給付，本署均邀請相關醫學會及醫、藥專家學者，就其臨床療效實證基礎進行討論，共同審定，並提請全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議決定藥品的收</p>

委員意見	健保署說明
	<p>載或修訂。</p> <p>(三)113 年醫院總額新增之「暫時性支付(新藥、新特材)」專款項目預算新臺幣 2,429.9 百萬元，113 年迄今公告收載新藥 4 品項(Polivy、Vyndamax、Velexbru、Spevigo)。</p> <p>二、有關新功能特材中臨床缺口及功能改善定義，說明如下：</p> <p>(一)臨床缺口：係指健保已給付診療項目，但其必要使用之特材尚未給付。</p> <p>(二)功能改善：與現行同功能或類似功能特材比較，顯示具有臨床價值之功能改善之特材。</p> <p>三、年初適逢過年，故醫療院所訪查家次較少，後續即陸續啟動訪查業務。另尚需配合本署人力、醫療院所訪查或陳述意見等進行安排，爰各分區各月份家次略有浮動。</p>
吳委員榮達(議事錄第 23~24 頁)	<p>再來是業務執行季報告第 33、34 頁，在第 26~28 頁醫院部門醫療費用申報是小幅成長，但在第 33、34 頁西醫醫院各層級別的申報情形，醫學中心在第 2 季成長率有 10% 以上，但是區域醫院和地區醫院是負成長，我不知道我對數字的理解有無錯誤，但從資料來看，民眾還是集中在醫學中心看病，因為成長率有 10% 以上，所以分級醫療成效好像不太明顯，甚至看起來沒有太大的</p> <p>一、有關分級醫療成效一節，113 年 1-6 月各層級就醫件數占率為醫學中心 11.51%、區域醫院 13.82%、地區醫院 9.81%，基層診所 64.86%，其中基層醫療單位(地區醫院及基層診所)74.66%，相較 106 年成長 0.16%。</p> <p>二、有關 113 年 7 月份業務執行</p>

委員意見	健保署說明
<p>效果，這是第 1 點。</p> <p>第 2 點，我比較擔心，在業務執行季報告第 38 頁 112 年第 4 季點值結算，醫院部門一般服務平均點值 0.9497 元將近 0.95 元，再回到第 33、34 頁，醫學中心申報成長率 10% 以上，地區醫院和區域醫院是負成長，這個平均點值 0.95 元是如何分配？會不會有不公平的狀況？我不知道，所以我提出來請教，這是我看到的一個現象，再請教大家。</p>	
<p>韓委員幸紋(議事錄第 27~28 頁)</p> <p>我想要詢問的部分是，因為健保署定期會出一本業務執行報告，而現在很多政策同時也在立法院討論，比如說到底要不要保障點值，雖然最後立法沒有通過，可是方向上感覺還是希望讓點值維持在比如說 0.95 元左右，我就查了一下，本次業務執行季報告中關於點值的數字，絕大部分都落在 112 年第 4 季，有些部分則有先做 113 年第 1 季的預估。</p> <p>我的意思是，如果我們之後的政策方向，是真的希望點值要維持在一個水平的話，這個監控指標，是不是要更即時？甚至是，因為我大概知道第 2 季數字不太可能出來，因為申報可能是在醫療服務提供後約 2 個月內都還可以進行(註)，是否因為這樣沒辦法馬上去做些事，可是我的意思是，如果我們目標是這樣，其實以前應該就要做了，比如當你現在看到 113 年第 1 季中醫、牙醫及門診透析點值，好像都只有 0.9 元左右，與目標 0.95 元還有一點距離，我的意思是產出這些數據，應該是要幫助我們平時做一些監控，覺得不太對的時候，或是像剛才</p>	<p>季報告(下稱本報告)第 33、34 頁(113 年第 2 季醫療費用之申報)，醫學中心申報成長率較去年同期較高一節，係因 113 年 3 月起有 3 家醫院由區域醫院升級為醫院中心(台北慈濟、雙和醫院、臺大新竹)；另區域醫院新增 5 家(台大癌醫、土城醫院、亞大醫院、義大癌治療、新竹馬偕兒童)、減少 4 家(台北慈濟、雙和醫院、臺大新竹、新樓麻豆)、地區醫院新增 1 家(新樓麻豆)、減少 5 家(台大癌醫、土城醫院、亞大醫院、義大癌治療、新竹馬偕兒童等 5 家升格)，並於本報告第 62 頁至第 64 頁表 18-1-4~表 18-1-6 之「註 9」敘明。</p>

委員意見	健保署說明
<p>陳石池委員提到急診壅塞的部分，若在數據上看到不對，馬上就要去找出可能原因是什麼，而不是等到一整年結算才有動作。特別是以後方向是要保障點值，但若一整年過完之後，真的只有 0.9 元，所以要用公務預算去補，那就是一大筆錢，我的意思是我們既然呈現數據，就要讓它更有意義、真的有作用，不是定時編一編，編完就沒有幹嘛，讓點值這樣掉，中間也沒有任何作為。</p> <p>另外呼應剛才的分級醫療，請參閱業務執行季報告第 36 頁的數字，可以看到醫院總額各層級門、住診醫療點數占率，門診在醫學中心 43.24%、區域醫院 37.33%、地區醫院 19.43%，住診大概也是差不多比率，我的概念是大型醫院理論上做急重症，比如說住診，可是看起來門住診占率都是大型醫院占比數字比較大，或是從另一個數字看，我上次查閱申報點數，醫院門住診的比例是 7:3，門診是 7、住診是 3，其實這跟我們期待的大型醫院應該去做急重症，但它卻花一大堆時間在門診，或是人力配比上，例如護理人員比率也是這樣花了大筆人力都在門診部分，長期來講如何進行結構性調整，看了數據之後，我們還是期待，後面是不是有對應的政策來做因應，大概是這樣。</p>	
<p>林委員文德(議事錄第 24~25 頁)</p> <p>有關急診品質的部分，我們看到業務執行季報告第 138 頁表 36-1，我們在評核會已經有提到這個問題，我們看到 112 年與急診品質有關的一些指標都有惡化的情況，113 年 1~5 月甚至比之前不理想，像是急診停留超過 24 小時的占率增加、急診病人轉入病</p>	<p>一、感謝委員建議，本署為研議改善急診壅塞情形，曾於 111 年 4 月修訂本方案，新增「上轉及平轉病人於 60 分鐘內轉出」、「急診轉診之重症病人直接入住轉入醫院加護病</p>

委員意見	健保署說明
<p>房小於 8 小時的占率減少，還有完成急診重大疾病照護病人進入加護病房小於 6 小時的占率也都在減少，所以這部分是否可以稍微說明，有沒有什麼方法可以來改善急診品質，我想這應該是民眾非常關心的部分。</p>	<p>房」及「急性呼吸衰竭於急診緊急插管病人於 6 小時內進入加護病房」等獎勵。</p>
<p>陳委員石池(議事錄第 27 頁)</p>	<p>二、另 112 年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額編列專款「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」10 億元及「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」5 億元，其中部分預算用於調升 112 年區域級(含)以上醫院急診觀察床病房費、護理費，及地區醫院急診診察費(含檢傷分類)額外加成 15%，以鼓勵急診人力之投入及辛勞，改善急診照護品質及效率。</p>
<p>另外林文德委員談到有關急診品質提升方案，各位請看業務執行季報告第 39 頁，包括轉診量都明顯下降，所以對急診壅塞情況是沒有明顯改善，可以看業務執行季報告第 99 頁，急診下轉件數從 110、111、112 年，總數一直在下降，這表示急診壅塞沒有改善，所以請署裡考慮一下該怎麼做。</p>	<p>三、為落實分級醫療政策，將大醫院急診資源保留給急重症病人，112 年 7 月 1 日實施部分負擔新制，調高醫學中心及區域醫院急診部分負擔，分別收取 750 元及 400 元。</p>
<p>有關急診品質指標，在業務執行季報告第 138 頁，我今年應該講第 3 次了，每次報告我都有提這個問題，有關停留急診超過 24、48 小時的比率都上升，表示急診壅塞比較嚴重，所以這 2 個指標上升是不好的，檢傷一~三級急診病人轉入病房小於 8 小時之比率下降，表示急診壅塞更嚴重。</p>	<p>四、本署分析 112 年急診病人留置比例仍高，醫學中心尤其嚴重，爰加強推動下列措施：</p>
<p>再看業務執行季報告第 139 頁，檢傷四、五級急診病人離開醫院小於 4 小時比率增加了，表示輕症病人很快離開，留下的重症病人就更多，上次我也講過這是不應該的，大家想說要達成指標，先治療輕症病人，剩下的重症病人就留在急診，所以這指標上升也是不好的。</p>	<p>(一)標竿學習：觀察台中榮總近五年急診病人留置情形顯著下降，邀請該院到署分享，該院透過統一簽床制度、精實住院前準備(如 ERAS-術後</p>

委員意見	健保署說明
<p>你們重新檢視一下，反映急診壅塞的指標這幾年反而越來越嚴重，你可以召開公聽會或其他方式，大家共同來想個辦法，不然這麼多年來都是這樣，大概是沒有什麼改善，抱歉，請署裡面再考量一下，謝謝。</p>	<p>加速康復)等，並善用視覺化工具導入管理，有效降低急診 24 小時及 48 小時滯留率，作為本署各分區實務管理參考。</p>
<p>劉委員淑瓊(議事錄第 32~33 頁)</p> <p>關於急診品質提升方案，謝謝剛剛龐副署長的說明，我覺得那是很關鍵、也很重要，我們其實也提了很多次，會壅塞的就是那幾家醫院，例如中山北路、中山南路這幾家，我不是說這幾家不好，因為他們真的承擔了很多責任，但是他們本身內部的管理，或是需要有其他資源，以及像剛剛副署長說的，有一些不同層級醫院的合作都需要介入，不然這個壅塞的問題就會一直存在。所以我記得上次也提過，針對這幾家特別需要關注的醫院，能夠有個特別的資料呈現，就是不要再呈現整體的，因為那看不出來。</p> <p>第 1 個是把這幾家醫院挑出來，讓我們知道健保署跟醫院共同的策略是什麼、目標是什麼，我覺得這樣才有機會改善，像剛剛陳石池委員提到檢傷四、五級急診病人離開的指標不恰當，確實陳委員講過很多次，我也認同，因為這個指標是檢傷四、五級急診病人離開醫院小於 4 小時之比率，所以急診趕快把他們送走，以致於造成檢傷一、二、三級急診病人轉入病房的時間拉長，這兩者之間不一定有因果關係，因為過去醫改會做急診品質時，我們看到的問題是，上不去就是沒有病房或是 ICU(註)，所以這是醫院內部的調控問題，所以也就是說，有關這個指標的適當性，我們希望能夠趕快去處理，否</p>	<p>(二)雙向溝通：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="997 579 1457 1028">1. 經調查醫院端已逐步推行改善急診壅塞具體策略，如：輕症病人建議轉門診、改善及優化急診處理流程、提升病床周轉率、成立跨部門專案小組，定期開會協調改善方法、加速病房出院流程等。 <li data-bbox="997 1051 1457 1379">2. 為瞭解醫院實務執行困境，113 年 4-5 月間本署各分區業務組偕同急診醫學會與醫界召開 6 次會議共同研析急診壅塞原因，歸納如下： <ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="997 1401 1457 1491">(1) 疫後病人至急診就醫人次增加。 <li data-bbox="997 1513 1457 1671">(2) 因醫院開床數減少，病人多留置急診室等待健保病床且不願意轉院。 <li data-bbox="997 1693 1457 1783">(3) 大型醫院護理人力不足致住院醫療供給受限。 <p>五、承上，本署續依醫界所提建議刻正徵詢學會及急重症領域之專家意見，將邀集台灣急診醫學會及台灣醫院協會召開會議討論急診品質提升</p>

委員意見	健保署說明
<p>則我覺得我今天到現在才第一次發言，就是看到很多議題都是一講再講，我相信在座各位委員都很努力講，但是如果改變，我覺得是浪費時間。</p>	<p>方案修訂內容，以協助改善急診壅塞。</p>
<p>李委員永振(議事錄第 25~26 頁)</p> <p>在業務執行季報告第 10 頁備註保險給付的分析，出現這段「倘排除以前年度總額結算追扣補付預估與實際差異數....」，上次我有書面請教，但也沒有答復，這個月才出現，是因為 7 月才辦理完竣嗎？還是 6 月漏掉了，這是否可以補充說明，類似這種情形，以後是否可將影響的金額一併列出？</p> <p>在上次我的書面意見，健保署答復有些歪樓，好像沒有畫對重點，譬如說在會議資料第 22 頁，我本來是建議應該要另提供一份研究分析表格，來完整呈現健保經營的脈絡，以免造成曲解，我常常舉例，在這個表已經沒有看到了，二代健保前 3 年的結餘，以前看到的報表都是第 1 年、第 2 年結餘都 500 多億元，第 3 年突然超過 1,000 億元，第 4 年又剩下不到 200 億元，修正後應該是前 3 年平均在 700 億元上下，這才是真正二代健保前 3 年的實況，我為何今天又提出來？因為我看到一些外面的研究報告，教授引用我們的數字做出這個表，這是審計部審定的表沒有錯，在備註也有說明，但這不是健保經營的實際情況，甚至健保署的人都引用這個表，這樣對外，讓大家一看都會產生誤解。這個部分重點不是要去改這個表的審計部審定的結果，這表可以留著，但你應該依照年度列出實際的經營結果，不一定每個月提，可以 1 年或半年，但要有詳細分析，</p>	<p>一、有關本報告第 10 頁表 5-1 備註保險給付分析文字「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...」一節，於 6 月份時僅就主要差異原因「專款項目結餘款」說明，於 7 月份增加次要原因「以前年度總額結算追扣補付預估與實際差異數」，上述因素對保險給付影響金額約為減少 140 億元。</p> <p>二、表 5-1 係以最近 5 年會計年度(108 至 113 年度)逐年呈現保險財務收支情形，84 至 107 年度收支情形係以合計數呈現，不另逐年列示。</p> <p>三、保險收入除 102 至 105 年間，有因下列兩項因素重新計算政府應負擔健保總經費法定下限不足數，將屬以前年度收入調整數列為雜項收入(其他收支)，106 年度之後保險收入已無該影響因素且審定決算數已呈現實際收入數：</p> <p>(一)104 年度因行政院協商結論之核算原則重新計算 102 及</p>

委員意見	健保署說明
<p>讓看的人充分瞭解。</p>	<p>103 年度政府應負擔健保總經費法定下限不足數，調整差額 102 年度 192.57 億元及 103 年度 297.36 億元，共計 489.93 億元。</p> <p>(二)105 年度因修正健保法施行細則第 45 條及第 73 條，將納入 9 項中央政府已實質負擔保險費修正為 7 項，並自 105 年 1 月 1 日實施，爰重新計算 104 年度政府應負擔健保總經費法定下限不足數，調整差額 116.01 億元。</p> <p>四、保險給付在帳務處理上因醫療費用之核付、結算及追扣補付等各階段付款皆有時間上之落差，難以逐筆回歸各該費用年度，倘逐筆調整需耗費大量時間及人力，且上述保險收入自 106 年度之後各該年度實際收入皆與審定決算數相同，爰建議仍於表 5-1 備註說明保險給付屬以前年度費用之主要項目，不另編製表件。</p>

討論事項

第一案

提案單位：本會第三組

案由：114 年度醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診醫療給付費用總額及其他預算協商結論案，提請討論。

說明：

一、衛生福利部(下稱衛福部)於本(113)年 9 月 3 日交付行政院核定之「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」案，併附該部所擬 114 年總額規劃目標及各總額部門醫療服務成本及人口因素成長率，請本會依全民健康保險法第 61 條規定協議訂定其總額及分配方式(如第 15~18 頁)，摘要如下：

(一)行政院核定之總額範圍成長率為 3.521% 至 5.5%，及健保署依本會本年第 5 次委員會議(113.6.19)決定提供之「111~114 年健保財務收支情形表」(如附件，第 34 頁)，彙整 114 年總額範圍相關資料如下表。

總額範圍	低推估值	高推估值
成長率	3.521%	5.5%
金額	約 9,112 億元(A)	約 9,286 億元(B)
B-A 金額(協商空間)	約 174 億元	

(二)114 年總額規劃目標：

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。
2. 友善醫事人員環境與薪資，鞏固醫療量能與醫療價值。
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。
4. 推動通訊醫療及優化數位，提升偏鄉醫療可近性與效能。

(三)114 年各總額部門醫療服務成本及人口因素成長率：

總額部門	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)	投保人口預估成長率(C)	醫療服務成本及人口因素成長率 (1+A+B)*(1+C)-1
醫 院	1.807%	2.161%	0.362%	4.344%
西醫基層	1.232%	2.140%		3.746%
牙 醫	0.257%	2.048%		2.675%
中 醫	0.802%	2.412%		3.588%

二、經本年 9 月 25 日協商會議後，114 年度各部門總額協商因素項目及其他預算協商結論，如表 1 至表 5。(資料後附)

三、依本會本年第 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 年度協商程序)：

(一)請各部門於協商會議當日(113.9.25)依據協商結論，於協定事項調整新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」(以具體、可量化之結果面呈現資源投入之具體效益)，並提本次(第 8 次)委員會議(113.9.27)討論：

- 1.請委員就前開調整內容提出修正建議。
- 2.達成共識部門，會後請健保署會同各總額部門研修，將研修後之結果提報 10 月份委員會議(113.10.23)確認。
- 3.未達共識部門，請衛福部就政策目標要求，逕予核定。

(二)總額協商完成後，請各部門於本年 10 月 7 日前提送地區預算分配之建議方案，俾於 10 月份委員會議(113.10.23)討論。倘部門未提送分配建議方案，則由幕僚掣案提 11 月份委員會議(113.11.20)討論，並完成協定。

擬辦：

- 一、請確認114年度各部門總額協商因素項目及其他預算協商結論，如表1至表5。(資料後附)
- 二、有關新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」：

(一)達成共識部門，請健保署會同各總額部門研修，將研修後之結果提報 10 月份委員會議(113.10.23)確認。

(二)未達共識部門，將兩案併陳報部，請衛福部就政策目標要求，逕予核定。

三、有關後續各部門總額一般服務費用之分配，請各部門於本年 10 月 7 日前，提送地區預算分配之建議方案，以利本會掣案提 10 月份委員會議(113.10.23)討論。倘部門未提送分配建議方案，則由幕僚掣案提 11 月份委員會議(113.11.20)討論，並完成協定。

決議：

111年至114年健保財務收支情形表

附件

單位：億元

項目	111年	112年	113年	114年	
				總額成長率 採下限3.521%	總額成長率 採上限5.5%
	審定決算數		預估數		
醫療給付費用總額	8,096	8,364	8,755	9,112	9,286
總額成長率	3.320%	3.323%	4.700%	3.521%	5.500%
保險成本	7,491	7,771	8,104	8,452	8,624
保險成本成長率	2.98%	3.74%	4.29%	4.28%	6.41%
非保險給付占率	7.52%	7.15%	7.46%	7.27%	7.16%
保險收入	7,603	8,110	8,087	8,106	8,105
保險收入成長率	6.81%	6.66%	-0.28%	0.24%	0.22%
一、保險費相關收入	7,435	7,935	7,915	7,945	7,945
(一)保險費收入	7,474	7,730	7,758	7,989	7,989
1.一般保險費	5,857	6,075	6,242	6,303	6,303
2.補充保險費	734	723	618	627	627
3.政府負擔不足法定36%之差額	883	933	898	1,059	1,059
(二)其他收入	-39	205	157	-43	-43
二、安全準備相關收入	169	175	172	160	159
當年安全準備填補金額	56	0	189	506	679
當年保險收支餘紳	113	339	-18	-346	-519
保險收支累計餘紳	1,049	1,388	1,370	1,024	851
約當保險給付支出月數	1.68	2.14	2.03	1.45	1.18

製表日期：113.09.05

- 說明：1、113年起以健保會112年第10次委員會議(112.11.15)討論「全民健康保險113年度保險費率方案(草案)」資料之假設為基礎進行推估。
- 2、保險收入=保險費相關收入(保險費收入+其他收入)+安全準備相關收入。
- 3、保險成本=醫療給付費用總額-保險對象應自行負擔之費用一代位求償獲償金額-菸捐挹注罕病等之醫療費用±調整帳+其他保險成本。
- 4、其他收入包括：營運資金孳息、雜項業務收入、其他業務外收入、利息費用(減項)及呆帳提列(減項)。
- 5、安全準備相關收入包括：依健保法規定應提列之安全準備，包含滯納金、運用收益、彩券盈餘及菸捐分配收入等，惟不含保險費相關收入用來支應保險成本後之結餘。
- 6、當年安全準備填補金額，係指運用安全準備(前一年累計餘紳，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紳之金額。
- 7、113年度保險費率為5.17%，醫療給付費用總額成長率依衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告為4.7%，另政府負擔不足法定36%之差額，以行政院協商確立之法律見解及計算方式。
- 8、依行政院於113年8月30日以院臺衛字第1131022481號函核定114年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍成長率為3.521%至5.5%(基期約8,802.17億元)進行試算。
- 9、已納入112年行政院撥補健保基金240億元，113年「中央政府疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別預算案」撥補全民健康保險基金200億元，以及114年「健保財務協助方案」之「政府健保費法定下限認列範圍排除其他法令部分」134億元對健保財務之影響。
- 10、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

第二案

提案人：滕委員西華、吳委員榮達、韓委員幸紋、蔡委員麗娟、劉委員淑瓊、陳委員節如、楊委員芸蘋、林委員恩豪、侯委員俊良、李委員永振、陳委員鴻文

代表類別：專家學者及公正人士、被保險人代表、雇主代表

案由：建請健保署成立「心臟—乳癌」照護模式，納入並給付心臟科醫師成為「全民健康保險乳癌醫療給付改善方案」支付標準內之必要共照醫師成員，於處方藥物治療前由心臟科醫師評估病人心臟/心血管情況，且於治療期間注意監測、追蹤病人是否產生心臟與心血管併發症，並同時新增非「全民健康保險乳癌醫療給付改善方案」院所，給付前述相同之心臟科醫師醫療照護費用案，提請討論。

說明：

一、2022 年歐洲心臟醫學會(ESC)腫瘤—心臟臨床指引(2022 ESC Guidelines on cardio-oncology developed in collaboration with the European Hematology Association (EHA), the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology (ESTRO) and the International Cardio-Oncology Society (IC-OS))指出，腫瘤治療的藥物或放射線會直接、間接導致心臟/心血管併發症或疾病(註)，癌症患者的死亡率雖在下降，但病人因為癌症治療而面臨心臟/心血管併發症的風險，卻相當高且逐漸提升當中，反而增加癌症預後死亡率。因此建議醫療院所成立「心臟—腫瘤」治療團隊，共同照護癌症病患，在治療前、中及後期，一起評估及監測治療藥物、放射劑量等使用，讓癌症病人更加安全的接受最好的癌症治療，而部分於癌症復發需要治療的病人，則應再次重新評估心臟/心血管風險。

註：1.「全民健康保險乳癌醫療給付改善方案」指出有效治療癌症放射治療劑量僅7000雷得(cGY)，而心臟最多能承受放射治療的劑量為5000雷得(cGY)，肺部則約只能承受2000雷得(cGY)。

2. 傳統小紅莓可能造成心律不整，血管阻塞以及擴張性心肌病變；紫杉醇類藥物，可能會造成心房心室傳導阻滯及心搏過慢；五氟尿嘧啶(5-FU)可因暫時性的血管痙攣引起心臟急性局部缺血症狀；癌得星在高劑量的情況下也有可能造成急性心肌病變。標靶藥物(如：泰嘉錠)、單株抗體(如：賀癌平及癌思停)有心衰竭的疑慮外，也與併發高血壓、心律不整或是血栓有關(資料來源：奇美醫學中心網頁)

二、在台灣，根據近年國健署公布之癌症登記報告，乳癌均居女性好發癌症首位，亦長年高居女性癌症死亡率之前幾名。根據國健署公布之 2017-2021 年國內新診斷乳癌的 5 年期別存活率，早期(0+1 期)乳癌的 5 年存活率約 100%，而第 2 期、第 3 期分別約 95.6%、80.5%，第 4 期(晚期)乳癌的 5 年存活率約 39.4%。(資料來源：<https://www.mohw.gov.tw/cp-6656-77233-1.html>)另，2019 年一項基於美國人口分析的大型研究指出，乳癌倖存者約有 6 成於 5-10 年內死於非乳癌因素，10 年後該比率增加至 75%，其中以心血管疾病為多。(資料來源：*Causes of death after breast cancer diagnosis: A US population-based analysis - Afifi - 2020 - Cancer - Wiley Online Library*)

三、癌症中，乳癌的好發率最高，同時其存活率亦顯高於其他癌症，代表有人數眾多的罹癌女性將可能擁有數十年的預後人生，然乳癌治療過程中卻可能併發心臟毒性，增加未來罹患心臟/心血管疾病的風險，影響乳癌倖存者健康，因此建議應率先由乳癌照護開始，成立「心臟—腫瘤」共同照護模式，以維護乳癌患者的良好預後。

擬辦：

一、建請健保署儘速與相關醫學會研議，納入並給付心臟科醫師成為「全民健康保險乳癌醫療給付改善方案」支付標準內之必要共照醫師成員，於處方藥物治療前由心臟科醫師評估病人心臟、心血管情況，且於治療期間給付相關監測、追蹤病人是否產生心臟與血管併發症之醫療照護服務。

二、新增非「全民健康保險乳癌醫療給付改善方案」給付中乳癌治療院所，前述相同之心臟科醫師醫療照護費用案。

中央健康保險署意見：

一、「全民健康保險乳癌醫療給付改善方案」(下稱乳癌方案)參與醫院應成立共同診療團隊，成員包含：

- (一)外科、內科(含腫瘤內科)等各科別專任專科醫師至少二名。
- (二)放射線(腫瘤)科、放射線(診斷)科、病理科、整型外科、精神科、復健科等各科別專任專科醫師至少各一名。
- (三)相關醫事人員。

二、乳癌方案係依各治療組合採定額支付費用，收案個案至結案期間，參與醫院所提供之乳癌治療相關門、住診診療服務及居家照護，皆含於乳癌診療組合定額費用內。

三、台灣女人連線 112 年 5 月 5 日建議乳癌方案規定共同診療團隊加入心臟科醫師，經本署函詢乳癌相關專業醫學會意見，摘述如下：

- (一)台灣乳房醫學會、中華民國心臟學會：同意。
- (二)中華民國癌症醫學會、台灣醫院協會：不同意，並建議維持現行方案，若有問題照會心臟科醫師，亦使病人受到專業醫療照護之需求。

四、鑑於乳癌治療過程可能衍生心臟疾病，本署已於 113 年 4 月 9 日函請各分區業務組轉知所轄參與乳癌醫療給付改善方案之醫院，診療期間應視病人病情需求，照會心臟科醫師，並鼓勵醫院將心臟科醫師納入治療團隊，以利提供乳癌病人最適切治療服務。

五、本署刻正研議於乳癌方案中納入治療過程中需心臟科醫師共同照護之規範，以提升乳癌病人之醫療照護品質。

本署窗口：黃怡娟科長，連絡電話：02-27065866 分機 2636

本會補充說明：

一、查「全民健康保險乳癌醫療給付改善方案」係屬醫院總額「醫療給付改善方案」專款項下之方案，本案所提建議涉及該方案實施內容及相關支付規定修訂，依全民健康保險法(下稱健保法)第 41 條第 1 項^(註)規定，由健保署循法定程序於各方代表組成之「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」共同討論後，報衛福部核定發布。

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

二、依健保法第 5 條第 1 項規定本會之法定任務，本案係屬其中第 5 款「其他有關保險業務之監理事項」，委員所提監理建議事項，建請送健保署研參。

決議：

第三案

提案人：陳委員節如

代表類別：保險付費者代表之被保險人代表

案由：居家醫療照護整合計畫訪視費及個案管理費應衡酌實務給予合理調升，並將居家醫療整合照護預算逐步提升至健保整體預算百分之一規模案，提請討論。

說明：

一、現行居家醫療照護整合計畫中，醫師訪視費(以居家醫療、重度居家醫療、甲類安寧療護為例係為 1553 點)及管理費(一般一年 600 點)之基準，對於鼓勵基層醫療院所醫師實質參與之效益相當有限，此亦是不易擴張實際服務提供者的主因之一。且對於尤其專注投入於居家醫療的診所醫師而言，在此給付基準下更是相當難以平衡營運所需之各項成本。

二、此外，對於(S3)居家安寧療護之個案管理費用，考量該等團隊服務係為協助患者在居家安穩善終，有助於降低整體醫療、家庭、社會成本之耗用，且該類病患之個案管理複雜程度更甚，個案管理費實應酌予調升至合理基準。

三、爰此，健保應以受服務者之照護品質、需求滿足為基礎，研議提升前述所提及之醫師訪視費及管理費等給付標準，並得視需要搭配合適之品質指標，藉以達到實質鼓勵願意專注於居家醫療業務之醫師及積極投入居家安寧療護之醫療團隊，以利居家醫療各類服務之正向發展。此外，為因應各項給付提升之所需，以及因應高齡社會下居家醫療服務規模擴張，應逐步將居家醫療整合照護預算提升至健保整體預算百分之一規模。

擬辦：檢視居家醫療照護整合計畫投入團隊之相關營運成本需求，檢討居家醫療訪視費與管理費之合理性，提出調升給付之草案，並將居家醫療預算逐步提升。

中央健康保險署意見：(資料後附)

.....
本會補充說明：

一、查「居家醫療照護整合計畫」係屬其他預算「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」專款項下之計畫，本案所提建議涉及該計畫實施內容及醫療費用支付標準修訂，依全民健康保險法(下稱健保法)第 41 條第 1 項^(註)規定，由健保署循法定程序於各方代表組成之「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」共同討論後，報衛福部核定發布。

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

二、依健保法第 5 條第 1 項規定本會之法定任務，本案係屬其中第 5 款「其他有關保險業務之監理事項」，委員所提監理建議事項，建請送健保署研參。

決議：

第四案

提案人：陳委員節如

代表類別：保險付費者代表之被保險人代表

案由：全民健保應強化社區型急性後期照顧(PAC)服務模式，協助病患重返家庭生活案，提請討論。

說明：

- 一、我國將在 115 年邁入超高齡社會，如何建立健全以社區為基礎的整合照顧體系相當重要，長期照顧體制雖有相關給付，然而以急性後期照護之病患而言，若能強化復健、積極復原生活功能，回歸家庭後將能更加提升患者與同住家人的生活品質。
- 二、健保雖於 103 年起即推動「急性後期整合照護計畫(PAC)」，逐步涵蓋腦中風、燒燙傷、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、心臟衰竭及衰弱高齡等範圍，且包含住院、日照和居家三種模式，然而目前仍多以住院模式為主要，除了服務提供未必足以容納實際需求外，亦非係以社區為主之服務機制，實有擴增社區服務提供模式之必要。例如：109 年曾辦理「一般護理之家急性後期復健照護試辦計畫」即是社區模式之一、日本藉由社區老人保健設施有效的復健協助病患銜接居家，或是在社區中給予病患生活復健指導等。公共衛生「三段五級」中，第四級『限制殘障』與第五級『復健』皆是疾病後最重要的任務，藉由急性後期照顧的有效和強化銜接，將能夠減少家庭照顧負擔、醫療與長照資源耗用，更是提升患者的生活品質與尊嚴。
- 三、爰建請健保針對急性後期照護執行至今之成效與檢討提出盤點與檢討報告，並研議以落實社區整合照顧為基礎之「社區模式急性後期照護拓展」規劃，以積極協助急性後期照護需求之病患與家庭。

擬辦：由健保署提出急性後期照護至今之成果說明，研擬社區型急性後期新型照顧服務模式，訂定合適之指標，藉以適度擴張服務提供單位之屬性與社區性，嘉惠民眾取得所需服務。

中央健康保險署意見：(資料後附)

本會補充說明：

一、查「全民健康保險急性後期整合照護計畫」自 103 年起實施，係列於其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」專款項下之計畫，113 年預算及決定事項如下：

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	決定事項
推動促進醫療體系整合計畫	450.0	-100.0	<ol style="list-style-type: none">持續辦理「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」。請中央健康保險署辦理下列事項：<ol style="list-style-type: none">(1)檢討執行內容及辦理方式，以提升執行成效。(2)於113年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告(應含支付標準調整情形及執行成效檢討)。

二、健保署業依上開決定事項提報本計畫於 108~112 年之執行情形（如附表，第 43 頁）。

決議：

附表 108~112 年急性後期整合照護計畫執行情形

項目	年度	108	109	110	111	112 ^註
急性後期整合照護計畫						
預算數(百萬元)		150
執行數(百萬元)		60.8	67.5	67.2	69.9	85.8
--腦中風		32.3	34.4	33.0	34.6	42.0
--燒燙傷		0.04	0.02	0.02	0.03	0.03
--創傷性神經損傷		1.7	2.1	2.6	2.4	3.1
--脆弱性骨折		11.7	14.5	15.0	15.3	20.3
--心臟衰竭		6.8	8.4	8.9	9.9	11.0
--衰弱高齡		3.9	3.8	3.5	3.3	4.6
--其他(出院準備及評估獎勵費、照護品質獎勵費)		4.2	4.3	4.1	4.2	4.7
承作團隊數		38	38	38	38	38
承作醫院家數		202	214	215	223	230
上游醫院(轉出醫院)		189	196	202	208	210
服務人次						
--腦中風		5,657	5,506	5,276	5,090	5,846
--燒燙傷(累計)		71	77	87	98	109
--創傷性神經損傷		363	401	413	391	478
--脆弱性骨折		2,713	2,996	3,092	2,980	3,540
--心臟衰竭		1,042	1,213	1,311	1,347	1,512
--衰弱高齡		889	810	675	630	739
結案人次						
--腦中風		5,271	4,521	4,603	4,236	4,707
--燒燙傷(累計)		69	74	85	85	107
--創傷性神經損傷		342	333	361	345	388
--脆弱性骨折		2,623	2,825	2,981	2,855	3,281
--心臟衰竭		652	476	585	589	576
--衰弱高齡		827	698	605	544	616
成效(腦中風)						
--整體功能改善病人比率		89.7%	91.3%	91.9%	90.8%	91.3%
--成功返家比率(回歸門診或居家自行復健)		86.6%	87.0%	87.7%	87.9%	87.9%
14 日內再住院率		8.5%	9.1%	9.3%	9.7%	10.0%
30 日內再住院率		12.9%	13.8%	13.4%	14.2%	14.7%
30 日內再急診率		11.0%	10.4%	10.1%	9.5%	11.1%

資料來源：中央健康保險署。

註：112 年執行數係依健保署 113 年 6 月 12 日健保醫字第 1130662698 號書函提供資料暫列。

報告事項

報告單位：中央健康保險署

案由：113 年 8 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：

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。爰本次提供書面資料，不進行口頭報告。請委員先行審閱，如有疑義可洽該署各項業務窗口。

決定：

附錄

個別委員關切事項(含書面意見)之相關單位答覆

委員意見	相關單位說明
<p>李委員永振(議事錄第 8~9 頁)</p> <p>第 1 點在會議資料第 15 頁，健保署所公告的計畫，這 2 個計畫都是溯及生效，我要請教的是，計畫還沒有執行如何給錢？而且我們看到計畫內容不是新增就是增列，我心裡想說難道這是分錢計畫嗎？你都還沒有做，結果就說要給錢，這不是很奇怪，錢有 2 億元，這是第 1 點。</p> <p>第 2 點是第 2 項，醫院總額品保款的核發結果，請看到會議資料第 16 頁，我不瞭解的是，在後面有 2 個獎勵，一個是基本獎勵、一個是指標獎勵，地區醫院基本獎勵核發率是 74.3%、指標獎勵是 99.5%，就我瞭解應該是訴求內容不一樣，但是訴求內容跟一般的認知好像也不太一樣，一般應該是通過基本門檻之後，再往上針對表現好的去獎勵，但從結果看出來卻不是這樣，是不是在核發時有特別考量的地方。為什麼提出這點，因為評核會議已經好幾年一直有評核委員強調要有識別度、鑑別度，但看起來好像還是沒有，所以將來要怎麼規範，如果沒有按照這樣遵循的話，會用什麼方式來處理，這樣可能會比較合理。</p>	<p>健保署回復：</p> <p>一、有關全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫(下稱本計畫)修訂一節，說明如下：</p> <p>(一)本計畫專款為延續型計畫，因計畫所適用之醫院名單須俟西醫醫療資源不足地區改善方案(約前一年12月公告)名單公告後研議，為免影響醫院權益，爰追溯至1月1日生效。</p> <p>(二)本項預算為專款，補助醫院點值保障或收入，並不會影響分區一般服務預算。</p> <p>(三)有關彰化員林適用本計畫資格一節，係因鄰近西醫醫療資源不足地區(彰化縣社頭鄉，113年公告新增地區)，有關本計畫修訂，本署將持續蒐集各界意見，滾動性檢討。</p> <p>(四)偏遠地區燈塔型地區醫院補助一節，考量社區醫院經營困境，偏鄉社區醫院更為艱困，故為穩定偏遠地區燈塔型地區醫院正</p>
<p>王委員惠玄(議事錄第 10~11 頁)</p> <p>請看會議資料第 15 頁，我要附和李永振委員所提出來，有關全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫，7 月 18 日公告的內容是溯及到 1 月 1 日，我看了公告內容，不曉得所謂的燈塔型地區醫院有沒有數量或是床數的限制，公告內容光是彰化、員林地區就</p>	

委員意見	相關單位說明
<p>有 8 家醫院符合適用的資格，當然公告內容說明要申請審查 45 天後才核定，所以我不確定等到審核確定之後是何年何月，然後再溯及到今年 1 月 1 日可以申報，這在服務的成效上是不是能夠來得及展現，這部分勞請健保署說明。</p>	<p>常營運，維持該地區醫療量能，本署針對離島醫院、急救責任醫院及該鄉鎮(區)僅有一家醫院者，補助該等醫院收入或予以點值保障。</p>
<p>李委員永振(議事錄第 15 頁)</p> <p>健保署公告的那 2 項內容我沒有意見，我要強調的是開始生效日，這以前提到過，我記得去年有 1 項在共擬會議還提到這邊來，醫材不能重複使用，10 月才公告，追溯到 1 月 1 日生效，金額比這邊 2 億元還多，我沒有記錯的話大概 10 幾億元，所以才會一再提到這點，請大家不要誤解，對內容我沒有意見，是在邏輯上怪怪的。</p>	<p>二、有關品保款增修均有徵詢醫界團體，並於研商議事會議與付費者代表、專家學者、醫界代表共同討論，並報衛生福利部核定實施定案，本署將持續蒐集各界意見，作為未來研議參考。</p>
<p>王委員惠玄(議事錄第 17 頁)</p> <p>我很支持燈塔醫院的概念，但執行面有一些關切，特別是有關燈塔型醫院是不是限定資源不足地區只能有 1 家，或是資源不足地區的燈塔型醫院，由不同醫院共同分擔照顧責任，這務必說明，因為公告的審查程序沒有講審查或核定的原則，甚至最後談到要浮動點值，納入一般服務浮動點值，從 108 年起，連續 4 年加計的成長率，有沒有可能排擠到原所謂非資源不足地區且鄰近的地區醫院，這也務必考慮。</p>	<p>三、「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」原業於 113 年 3 月 12 日公告，並溯自 113 年 1 月 1 日適用。本次係因修訂預算執行方式(增列「高風險疾病病人複雜性複合體充填」)，故於 113 年 7 月 16 日重新公告。</p>
<p>王委員惠玄(議事錄第 17 頁)</p> <p>提醒申請資格的第 1 項第 2 款，如果有一個所謂的偏遠離島地區醫療資源不足地區沒有醫院的話，可以由鄰近鄉鎮的地區醫院支援，我剛剛特別談到彰化員林本身就不是一個醫療資源不足的鄉鎮，公告裡面顯示有 8 家醫院</p>	

委員意見	相關單位說明
<p>符合資格，這 8 家醫院也不乏服務量很好的醫院，如果 108 年度連計 4 年的成長率下來，不曉得對於中區或是彰化地區的點值有沒有衝擊。</p>	
<p>李委員永振(議事錄第 11 頁)</p> <p>第 2 個是根據媒體的報導與總額有關的重大訊息，第 1 點是保障點值 0.95 元，第 2 點是應由公務預算來負擔，但仍由健保支出的項目應儘快處理，第 3 點是 114 年加碼 600 億元顧全民的健康，其中挹注健保有 300 億元等等，是不是可以請社保司及健保署剖析與總額的關係，畫一個地圖出來，讓我們充分瞭解來龍去脈，錢花在哪裡。</p>	<p>社保司回復：</p> <p>行政院通過 114 年度中央政府總預算增加「健保財務協助方案」約 336 億元，除提升醫療院所智慧化資訊機制及罕病藥費等健保總額移列公務項目 77 億元外，另有癌症新藥暫時性支付專款 50 億元、輪值夜班護理人員獎勵及三班護病比獎勵 65 億元、政府增額負擔健保費 144 億元，以期優化健保財務、增進民眾健康、提升醫療服務品質。(詳附表，第 56 頁)</p> <p>健保署回復：</p> <p>行政院於 8 月 22 日公告 114 年度中央政府總預算案，包含健保財務協助方案 336 億元，其中用於總額移出項目之預算共 111 億元，如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> 一、輪值夜班護理人員獎勵：40 億元。 二、三班護病比獎勵：25 億元。 三、提升醫療院所智慧化資訊機制：22 億元。 四、住院整合照護服務試辦計畫：6 億元。 五、代謝症候群防治計畫：6 億元。

委員意見	相關單位說明
	六、癌症治療品質改善計畫：5億元。 七、慢性傳染病照護品質計畫：2億元。 八、提升保險服務成效：5億元。
李委員永振(議事錄第 42~44 頁)	健保署回復：
<p>剛才劉林義組長提到要爭取公務預算，我們樂觀其成，但是我看到這資料的時候，心裡在算 7 月 3 日到今天 8 月 21 日已經有一個半月了，有沒有著落？這是第 1 點。第 2 點，剛才重要業務報告有提到，協定事項有提到節流效益的問題，所以請健保署用這個例子弄一個模式出來，看看到底要怎麼樣來處理，給醫界做參考，從 103 年到已經審定的 112 年決算，剛好 10 年，投入的預算數 166 億元，實際的執行數 102 億元，也破百億了，應該把它整理一下，如果未來有爭取到公務預算，節流效益還是要繼續去追，公務預算還是大家的錢，不是改由公務預算支應，節流效益就不用去談了，不是爭取公務預算以後就變成終點站，所以是不是可以請健保署考慮一下，8 月 29 日能不能提出一個案給我們參考，謝謝。</p>	<p>一、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」，目的係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。截至 112 年本署已收載逾 65 億筆之檢驗(查)結果資料，經分析整體檢驗(查)結果上傳率已從 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。</p>
盧主任委員瑞芬	二、另依衛生福利部 113 年 7 月 3 日「健保總額給付項目預算編列協調會議」會議紀錄，114 年本項預算已自總額移出，將由衛生福利部會計處向行政院爭取公務預算支應。
李委員永振	
<p>不是，是已經過去 10 年了，113 年的協定事項是要考慮節流效益納入到 114 年的基期，我沒有那麼高的期待，但至少有一個案出來，不要像劉委員提到的只是在這邊講，我是還比較堅持啦，雖然沒有用但還是要繼續講，因為還在其位，我知道今年我可能會被換，但是換了我還是要講，我是這個意思，要把以前全部整</p>	

委員意見	相關單位說明
<p>理出來，不是只有 113 年，10 年執行已經合計超過 100 億元，印象沒有錯的話，以前的節流效益也有超過 100 億元，這個錢到底跑到哪裡去了，健保署沒有處理，但至少也要把錢整理出來，回饋醫界也沒關係，但該怎麼處理比較合理，不是讓付費者一直看到投錢進去，但都沒有看到後面的效果，我一直強調後面的效果不是只有錢，有效益是 OK，人的平均壽命延長也 OK，但要有一個比較有說服力的科學數據，這樣讓付費者委員回去可以交代，謝謝。</p>	
<p>盧主任委員瑞芬</p> <p>好，李委員的意思是希望對於過去投入在網路頻寬及獎勵上傳資料補助的成效有一個說明就對了。</p>	
<p>李委員永振</p> <p>應該這麼講，先試看看怎麼計算出節流效益，怎麼處理分配，將來怎麼回饋，先建立一個模式、模型。我的意思是獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用是健保署自己的案子，健保署最清楚，應該可以用這個案子當成一個範例來處理，就是要建立模型，建立模型應該要有實例出來，就用健保署自己的案子當實例給醫界參考，模型要先出來，不然已經談 5、6 年，模型都看不到，怎麼談節流效益回饋總額，我沒有期待這麼高，先把模型弄出來，經過健保會討論，大家有共識，這樣以後才有可能再進入下一步，不然永遠都停在這裡，這一屆就剩下幾個月了，新的一屆又開始談這些問題，不曉得要談幾屆才會有結果。健保法施行細則第 45 條從 105 年談到現在，不只 7 年，才稍微有點眉目，但還不知道有沒有結果，都要長期抗戰，沒關係，踏出去就好，</p>	

委員意見	相關單位說明
<p>不要只是一直在這邊談，我聽到很多委員都覺得這樣好像沒有意思，但是又被推派來擔任委員，還是要談，不過還好我今年可以畢業了。</p> <p>盧主任委員瑞芬</p> <p>我想這部分我們讓健保署帶回去研議一下，請羅永達代理委員。</p>	

附表

項目	公務預算挹注
合計	335.6
一、癌症新藥暫時性支付專款	50
二、護理人力政策整備計畫	65
1 輪值夜班護理人員獎勵	40
2 三班護病比獎勵	25
三、健保總額移列公務項目	77
1 提升醫療院所智慧化資訊機制	22
2 住院整合照護服務試辦計畫	6
3 代謝症候群防治計畫	6
4 癌症治療品質改善計畫	5
5 慢性傳染病照護品質計畫	2
6 提升保險服務成效	5
7 生理食鹽水供應穩定專案	11
8 罕病藥費	20
四、公務預算增額負擔健保費	143.6
1 政府健保費法定下限認列範圍，排除其他法令	134
2 補助中低收入戶自付健保費	9.6

抄本

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：蔡宇婷
聯絡電話：02-27065866 分機：3622
傳真：02-27029964
電子郵件：A111421@nhi.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12日
發文字號：健保醫字第1130663573號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨

主旨：檢陳「全民健康保險全人全社區照護計畫(草案)（下稱全人計畫）」案(附件)，請鑒核。

說明：

一、依據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」會議決議辦理。

二、旨揭計畫已依程序提報至前開會議確認，有關委員意見本署說明如下：

(一)考量本計畫為第一年試辦，尚需觀察實際執行狀況，待試辦一段時間後，檢討修正計畫規範。

(二)重複性或非必要性醫療管控：導入個案管理概念，由專任個案管理人員協助調查個案健康狀況、個案管理、衛教宣導及追蹤關懷等事項，讓會員養成正確的就醫態度，並獲得整合性照護服務，以延緩慢性疾病重症之發生。

(三)支付方式與家醫計畫之差異：

- 1、開辦建置費：全人計畫規範，應設置專任個案管理人員至少1名，且需符合個人健康資料建檔率及會員的健康存摺下載率達80%等4項要件，補貼地區醫院聘用個案管理人員、軟體建置及硬體購置所需成本；至家醫計畫則未強制要求設置專任個案管理人員。
- 2、個案管理費：全人計畫依生活型態評估量表針對6大面向(營養、身體活動、壓力管理、睡眠、避免危害物質及正面社會連結)收集會員生活習慣資訊，並於年底前完成會員個人健康資料建檔上傳，給予其建檔費，收案次年起，則比照家醫計畫支付。

(四)社區網絡建立：全人計畫規定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。

(五)財務推估：第2年起無開辦獎勵費及個案管理費之個人健康資料建檔費，始支付績效獎勵費，整體費用推估約3至4億元。

正本：衛生福利部
副本：衛生福利部全民健康保險會(含附件)

附錄三

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號

聯絡人：白其怡

聯絡電話：(02)8590-6744

傳真：(02)8590-6048

電子郵件：lgpai@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年8月27日

發文字號：衛部保字第1131260482C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8月27日以衛部保字第1131260482號令修正發布，並自113年9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)

113.08.27



113CC00664

第1頁 共1頁

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分 診療項目修正總說明

本次醫療服務給付項目及支付標準之修正，為本（一百十三）年第五次修正，並自一百十三年九月一日生效。

本次主要修正基層院所藥事服務費得加計兒童加成之規定；新增特定診療項目六項、增列機械手臂輔助手術得比照胸（腹）腔鏡手術費申報四十六項、修正給付規定二項、修正牙醫及中醫等支付規定。另因應全民健康保險門診、住診醫療申報資料，自一百十四年一月一日起，全面改版為西元二〇二三年版國際疾病分類第十版(ICD-10-CM/PCS)，增列相關代碼等。修正要點如下：

一、第二部西醫

(一)第一章基本診療

- 1.第三節病房費：修訂通則九(二)護理品質報告三項指標名稱為急性一般病房住院跌倒率、急性一般病房院內感染密度及急性一般病房新發生之壓力性損傷人數比率；另配合「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」酌修通則九(一)2之(1)及(2)「護理費加成」之偏鄉醫院條件文字。
- 2.第六節調劑：修訂通則四基層院所藥事服務費得加計兒童加成。

(二)第二章特定診療

- 1.第一節檢查：修訂 08134B「連續血糖監測」新增適應症及調整支付規範文字。
- 2.第二節放射線診療：新增 33147B「複雜性周邊血管支架置放術」(24,278 點)；修訂 33074B「單純性血管整形術」等三項診療項目名稱或支付規範，及不得同時申報項目。

- 3.第四節復健治療：修訂物理治療及職能治療通則一增列「小兒神經次專科專任醫師」限醫院治療十八歲以下病人予以給付。
- 4.第六節治療處置：新增 57033B/57034B「脈動式或耳垂式血氣飽和監視器未滿二歲者—每次/一天」(36 點/430 點)。
- 5.第七節手術：新增 62073B/62074B/62075B「顯微血管游離瓣手術—穿通枝瓣移植—單區塊/雙區塊/三區塊以上組織瓣」(47,775 點/55,237 點/62,698 點)；修訂 68040B「經導管主動脈瓣膜置換術」之適應症，及增列 71220B「食道再造術—以大腸重建」等四十六項機械手臂輔助手術得比照胸（腹）腔鏡手術費申報。

二、第三部牙醫第三章牙科處置及手術

(一)第四節口腔顎面外科：修訂 92094C「週六、日及國定假日牙醫門診急症處置-每次門診限申報一次」不得同時合併申報之外項目。

(二)附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則：增列不列入牙醫相對合理門診點數計算之診療項目。

三、第四部中醫第五章傷科治療處置費：修訂 E01/E02「一般傷科」支付規範之「標準作業程序」移列至本章通則五，另將「拔罐」納入前述作業程序傷科處置。

四、第七部全民健康保險住院診斷關聯群第一章 Tw-DRGs 支付通則：檢視申報規範配合修訂通則三癌症之診斷碼增列 C96.A、C96.Z 及 O9A.1-並刪除 Z51.1 等代碼；愛滋病之診斷碼增列 Z21。

五、自一百十四年一月一日起，全面改版為西元二〇二三年版國際疾病分類第十版(ICD-10-CM/PCS)，配合增列相關代碼：第二部西醫第一章基本診療第八節住院安寧療護、第四部中醫第八章特定

疾病門診加強照護、第五部居家照護及精神病患者社區復健第三章安寧居家療護、第六部論病例計酬第二章婦科、第七部全民健康保險住院診斷關聯群第一章 Tw-DRGs 支付通則之通則三(七)及(十二)與通則六(六)。

附錄四

檔 號：
保存年限：

副本

衛生福利部 公告

11558

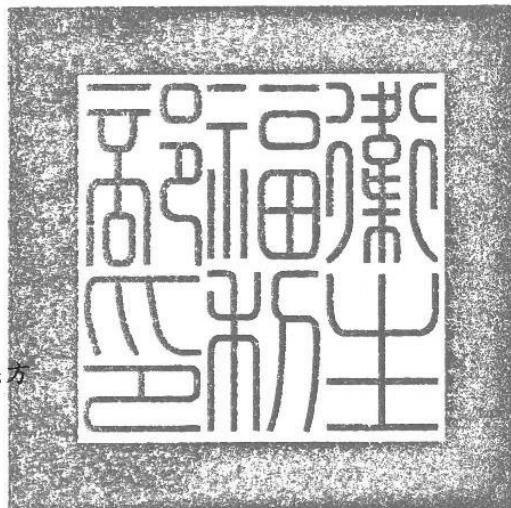
臺北市南港區忠孝東路6段488號4樓

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年9月6日

發文字號：衛部保字第1130140005號

附件：全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案表一



主旨：公告修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」

表一。

副本：台灣醫院協會、中華民國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

分層負責代碼	一層	二層	三層	四層

邱泰源

健保會 113005

113. 9. 6

第1頁 共1頁

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



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8月19日

發文字號：健保醫字第1130116541號

附件：請至本署全球資訊網公告欄擷取

裝



主旨：公告「113年度全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」，並溯自113年4月1日起生效。

依據：依衛生福利部113年8月9日衛部保字第131260444號函辦理。

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、衛生福利部社會保險司、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 出國
副署長 龍一鳴 代行
副署長 龍一鳴 代行

線

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300221

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8月19日

發文字號：健保醫字第1130116825號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網法規公告區擷取)



主旨：公告修訂「全民健康保險偏鄉地區全人整合照護執行方案」

(原「全民健康保險山地離島地區醫療給付改善方案提昇計畫之山地鄉全人整合照護執行方案徵求書」)(附件)。

依據：依衛生福利部113年8月12日衛部保字第1131260436號函辦理。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部疾病管制署、衛生福利部國民健康署、衛生福利部口腔健康司、本署各分區業務組、本署醫務管理組、本署企劃組、本署醫審及藥材組

署長 石崇良 出國
副署長 龍一鳴 代行

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300220

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



6

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年8月27日

發文字號：健保醫字第1130117666號

附件：如主旨(請至全球資訊網公告區擷取)



主旨：公告「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」如附件，並自公告日起實施。

依據：衛生福利部113年8月22日衛部保字第1131260470號函。

公告事項：符合申請資格之本保險特約地區醫院，於本計畫公告1個月內，向本署分區業務組提出參與計畫申請書，並將收案會員資料批次上傳至健保資訊網服務系統。

副本：台灣醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣家庭醫學醫學會、社團法人台灣生活型態醫學會、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部、行政院主計總處、基隆市衛生局、臺北市政府衛生局、新北市政府衛生局、桃園市政府衛生局、新竹市衛生局、新竹縣政府衛生局、苗栗縣政府衛生局、臺中市政府衛生局、彰化縣衛生局、南投縣政府衛生局、雲林縣衛生局、嘉義縣衛生局、嘉義市政府衛生局、臺南市政府衛生局、高雄市政府衛生局、屏東縣政府衛生局、宜蘭縣政府衛生局、花蓮縣衛生局、臺東縣衛生局、連江縣衛生局、澎湖縣政府衛生局、金門縣衛生局、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部國民健康署、衛生福利部疾病管制署、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、本署財務組、本署主計室、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



1133300225

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



14

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8月27日

發文字號：健保醫字第1130117676號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網即時公告擷取)



主旨：公告修訂「全民健康保險遠距醫療給付計畫」，如附件，自
公告日起實施。

依據：衛生福利部113年8月22日衛部保字第1130137093號函。

公告事項：

一、本計畫修訂重點如下：

(一)施行地區：

- 1、新增「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計
畫」適用地區、全民健康保險醫療資源缺乏地區。
- 2、刪除衛生福利部試辦遠距醫療相關計畫之施行地區「年
度之限制」。

(二)實施場域：新增法務部矯正署所屬51所矯正機關及3所分
監。

(三)遠距會診科別：新增精神科(僅限於矯正機關及3所分監
內)；在地醫師執行精神科遠距醫療，應依管制藥品管理



條例規定取得管制藥品使用執照。

二、有意願參與本計畫者，自公告日起得檢具執行計畫書及相關文件向本署各分區業務組提出申請。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國公立醫院協會、社團法人台灣私立醫療院所協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國基層醫療協會、衛生福利部醫事司、衛生福利部社會保險司、衛生福利部護理及健康照護司、衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會、衛生福利部全民健康保險會、地方政府衛生局、本署各分區業務組

署長石崇良



副本

檔 號： 附錄六
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8月15日

發文字號：健保醫字第1130663717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7月起新增「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等6項中醫門診總額照護計畫承作院所及醫師名單（附件），執行日自113年7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 出國
副署長 龍一鳴 代行
副署長 龍一鳴 代行

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300215

附錄七

6項中醫醫療照護計畫自113年7月1日起新增之承作院所數及醫師數

計畫名稱 分區別	項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫(腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷、呼吸困難相關疾病及術後疼痛)	院所數	2	0	2	1	4	0	9
	醫師數	4	0	3	1	4	0	12
中醫提升孕產照護品質計畫	院所數	3	2	6	4	14	2	31
	醫師數	6	3	11	8	38	5	71
中醫急症處置計畫	院所數	0	0	1	0	0	0	1
	醫師數	0	0	1	0	0	0	1
兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	院所數	3	2	7	6	17	2	37
	醫師數	6	3	12	11	42	6	80
中醫癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫	院所數	2	0	1	1	4	0	8
	醫師數	4	0	1	1	4	0	10
癌症患者中醫門診延長照護計畫	院所數	2	0	1	1	4	0	8
	醫師數	4	0	1	1	4	0	10
特定癌症患者中醫門診加強照護計畫	院所數	3	5	5	2	11	2	28
	醫師數	5	6	9	4	27	5	56
全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	院所數	2	5	5	6	16	0	34
	醫師數	2	6	6	10	35	0	59

附錄八

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號
聯絡人：李羿萱
聯絡電話：02-27065866 分機：2630
傳真：02-27069043
電子郵件：A111360@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8月13日

發文字號：健保醫字第1130663465號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：112Q4全民健康保險其他部門結算說明表

主旨：檢送112年第4季「全民健康保險其他部門結算說明表」，
相關檔案已公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明段，
請查照。

說明：

一、依據全民健康保險法第62條第3項規定：「保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額及經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用」辦理。

二、旨揭檔案同步放置於本署全球資訊網，路徑為：健保服務＼健保醫療費用＼醫療費用申報與給付＼醫療費用支付＼醫療費用給付規定＼各部門總額預算分配參數及點值結算說明表＼其他部門，請自行下載利用。

正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、財政部賦稅署、本署醫審及藥材組、
本署資訊組、本署財務組、本署主計室

電子公文
2024/08/13
16:04:55
交換章

113.08.13



附錄九

112年度其他預算支用情形

單位：百萬元；%

項目	年 全 年 預 算 數	執行數					全 年 執 行 率
		Q1	Q2	Q3	Q4	小計	
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(含山地鄉論人計酬試辦計畫)	605.4	136.2	136.9	121.2	166.4	560.7	92.6%
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 ^{註1}	1,636.0	38.5	221.1	231.8	836.0	1,327.3	81.1%
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,653.8	376.8	380.0	398.7	427.4	1,582.9	95.7%
推動促進醫療體系整合計畫	550.0	43.8	45.2	49.2	53.1	191.3	34.8%
1.醫院以病人為中心門診整合照護計畫		9.0	8.8	8.7	8.4	34.9	
2.跨層級醫院合作計畫		14.2	15.3	18.0	16.1	63.5	
3.急性後期整合照護計畫		19.1	19.5	20.6	26.6	85.8	
4.遠距醫療會診(遠距醫療服務給付計畫)		1.5	1.7	1.8	2.1	7.0	
支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費 ^{註2}	290.0	0.27	0.26	0.24	0.33	1.1	0.4%
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 ^{註3}	600.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0%
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費 ^{註4}	800.0	0.0	800.0	0.0	0.0	800.0	100.0%
腎臟病照護及病人衛教計畫 ^{註5}	511.0	101.3	102.0	103.8	108.9	416.0	81.4%
1.Pre-ESRD之病人照護與衛教計畫		69.0	71.6	73.4	75.8	289.9	
2.Early-CKD醫療給付改善方案		21.0	19.2	19.2	21.8	81.1	
3.慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫(申復)		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
※慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫(另行結算)		11.3	11.3	11.3	11.3	45.0	
提升用藥品質之藥事照護計畫	30.0	0.02	0.11	0.20	0.12	0.45	1.5%
居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務	7,803.0	1,595.1	1,626.5	1,671.4	1,764.6	6,657.6	85.3%
1.居家醫療與照護		979.7	993.9	1,017.9	1,093.4	4,084.9	
2.助產所		0.8	0.9	1.0	1.0	3.7	
3.精神疾病社區復健		605.9	619.8	639.5	656.9	2,522.1	
4.轉銜長照2.0之服務		8.7	11.9	13.0	13.2	46.9	
提升保險服務成效	500.0	89.0	66.8	69.7	257.0	482.5	96.5%
基層總額轉診型態調整費用 ^{註6}	800.0	132.8	138.6	146.7	150.1	568.2	71.0%
總計	15,779.2	2,513.7	3,517.4	2,793.0	3,763.9	12,587.9	79.8%

註：1.「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」自112.9.1起生效，其中醫療費用申報格式改版等多項獎勵項目屬全年結算，故執行率偏低。(四部門總額「網路頻寬補助費用」尚無專款不足需支應之情形。)

2.僅支付狂犬病治療藥費，其餘項目尚無專款不足需支應之情形。

3.C型肝炎藥費尚無專款不足需支應之情形。

4.健保署考量112.3.20起COVID-19降級，相關醫療費用改由健保總額支應，致點值下降，112.11.30行政院院會決定及衛福部112.12.11、113.3.1核定辦理112年第1~4季點值撥補(中醫、西醫基層、醫院總額)，其中8億元由本項目支應，不足部分由行政院公務預算挹注之健保基金支應79.87億元。

5.門診透析服務品質提升獎勵計畫為年度另行結算且全數支應，以每季11.3百萬元(45百萬元/4)暫列。

6.111年度起限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」，即基層院所接受醫院申報轉診案件之日起6個月之醫療費用。

附錄十

中央健康保險署 113 年 6 月至 8 月份公告暫予支付及修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分項目如下：

一、藥品部分：計 27 件，其中 6 件為新藥收載、11 件為給付規定異動、10 件為其他(已收載品項支付標準異動、新收載品項暫予支付)。

(一)新藥收載：6 件

公告日期	藥物分類	公告主旨
113.06.13	新成分新藥/血液治療藥物	公告暫予支付含 efanesoctocog alfa 成分藥品(如 Altuviiio)暨其藥品給付規定，並修訂雙特異性單株抗體藥物(如 Hemlibra)之藥品給付規定。(用於治療 A 型血友病，為長效型重組第八凝血因子，屬第 2A 類新藥)
113.06.14	新成分新藥/免疫製劑	公告暫予支付含 spesolimab 成分藥品 Spevigo solution for infusion 暨其藥品給付規定。(用於治療全身型膿疱性乾癬，以暫時性支付納入健保給付 2 年，屬第 2A 類新藥)
113.08.15	新成分新藥/抗癌瘤藥物	公告暫予支付含 bevacizumab 成分藥品 Vegzelma concentrate for solution for infusion 暨修訂其藥品給付規定。(用於治療轉移性大腸癌或直腸癌或乳癌等癌症，屬生物相似性藥品)
113.08.15	新成分新藥/呼吸道藥物	公告暫予支付含 phospholipidic fraction from pig lung 成分藥品 Curosurf Endotracheobronchial Suspension 1.5mL 及 3mL 共 2 品項暨其藥品給付規定。(用於治療新生兒及早產兒的呼吸窘迫症候群，屬第 2A 類新藥)
113.08.15	新給藥途徑新藥/免疫製劑	公告暫予支付含 risankizumab 成分藥品 Skyrizi Concentrate for Solution for infusion 600mg/10mL Vial、Skyrizi 150 mg/mL solution for injection，2.4mL 共 2 品項藥品暨其藥品給付規定。(用於治療中至重度活動性克隆氏症，屬第 2B 類新藥)
113.08.15	新成分新藥/抗癌瘤藥物	公告暫予支付含 elotuzumab 成分藥品 Empliciti TM (elotuzumab) for injection 300mg 及 400mg 共 2 品項暨其藥品給付規定，並異動含 pomalidomide 成分藥品 (Pomalyst 及 Pomali)之支付價格及修訂其給付規定。(用於治療多發性骨髓瘤，屬第 2A 類新藥)

(二)已收載藥品給付規定異動：11 件

公告日期	分類	公告主旨
113.07.12	皮膚科製劑	公告修訂含 abrocitinib 成分藥品(如 Cibinquo)之藥品給付規定。(擴增給付於 12 歲以上未滿 18 歲之中重度異位性皮膚炎病人)
113.07.15	腸胃藥物	公告修訂 7.1.消化性潰瘍用藥之藥品給付規定。(放寬幽門螺旋桿菌除菌治療之初始用藥條件)
113.07.15	呼吸道藥物	公告修訂第 6 節呼吸道藥物之呼吸道吸入製劑之給付

公告日期	分類	公告主旨
		規定 6.1.、6.2.3.~6.2.5.、「成人呼吸道疾患吸入製劑給付規定表」及「兒童呼吸道疾患吸入製劑給付規定表」之藥品給付規定。(呼吸道吸入製劑之給藥天數由「每月」修訂為「每 28 天」、顆粒型藥物由「每月 30 粒」修訂為「每日 1 粒」)
113.07.15	免疫檢查點抑制劑	公告修訂免疫檢查點抑制劑給付規定。(增訂併用化療治療肺癌之療程以 4 個療程為原則，另取消 atezolizumab 藥品用於泌尿道上皮癌第一線及第二線之新病人，而原核准使用之病人得繼續使用至給付療程期滿或於療程期間惡化)
113.07.15	神經系統藥物	1.公告異動含 risdiplam 成分藥品 Evrysdi powder for oral solution 支付價格暨修訂其給付規定。 2.公告異動含 nusinersen 成分藥品 Spinraza solution for injection 之支付價格暨修訂其給付規定。 (用於治療脊髓性肌肉萎縮症，刪除 18 歲以下確診病人依「運動功能指標(RULM)>=15」之用藥起始條件，另使用 nusinersen 或 risdiplam 成分藥品後出現嚴重不耐受反應，經特殊專案審查核准後，此 2 種藥物得轉換 1 次，並調降支付價)
113.07.15	抗癌瘤藥物	公告異動含 abiraterone 成分藥品 Zytiga 250mg 及 500mg、含 enzalutamide 成分藥品 Xtandi 40mg、含 apalutamide 成分藥品 Erleada 60mg 支付價暨修訂其給付規定，及修訂含 darolutamide 成分藥品給付規定。(放寬治療前列腺癌新型荷爾蒙治療藥品總療程至 36 個月，並調降支付價)
113.07.15	抗癌瘤藥物	公告異動含 trastuzumab emtansine 成分藥品(如 Kadcyla)及含 trastuzumab 成分藥品(如 Herceptin)之支付價格及修訂其藥品給付規定。(擴增給付於「曾接受過化療及 trastuzumab 治療，手術後仍有殘留病灶之早期乳癌病人」，並調降支付價)
113.08.01	抗癌瘤藥物	公告異動含 crizotinib 成分藥品 Xalkori Capsules 250mg 及 200mg 支付價格暨修訂其給付規定。(藥品給付協議屆期檢討修訂給付規定，並調降支付價)
113.08.14	抗癌瘤藥物	公告異動含 abiraterone 成分藥品 Abiratred 250mg、Abiranat 250mg 支付價暨修訂其給付規定。(放寬治療前列腺癌新型荷爾蒙治療藥品總療程至 36 個月，並調降支付價)
113.08.15	呼吸道藥物	公告異動 surfactant 製劑藥品 Survanta 200mg/8mL/vial intratracheal suspension 支付價格暨修訂其給付規定。(擴增新生兒及早產兒因表面張力素不足引起的呼吸窘迫症候群之給付條件，並調降支付價)

(三)其他：10 件

公告日期	分類	公告主旨
113.06.07	新收載品項暫予	公告暫予支付含 satralizumab 成分藥品 Enspryng 120mg

公告日期	分類	公告主旨
	支付	for SC injection 暨取消相同成分藥品之健保支付。(更換許可證及新增健保代碼)
113.06.07	新收載品項暫予支付	公告暫予支付含 Sodium Chloride 0.9% 成分注射液 100mL、250mL、500mL、1000mL 及 1500mL 及沖洗液 500mL 及 1000mL 等 12 品項藥品。(因國內製造廠供應問題導致短缺，為穩定必要醫療供需，配合食藥署調度國內廠商增產之專案核價，自 113.6.8 生效，於 113.11.1 取消支付)
113.06.28	已收載品項支付標準異動	公告異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」之藥物品項計 8 項。(罕見疾病用藥，依全民健保藥物給付項目及支付標準第 35 條第 2 項規定，調降其支付價格 5%)
113.07.15	新收載品項暫予支付及已收載品項支付標準異動	公告暫予支付新增及異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」之藥物品項計 190 項。
113.07.15	已收載品項支付標準異動	公告異動含 levodopa 100mg + benserazide 25mg 成分用於巴金森氏症之特殊藥品共 3 品項支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
113.07.15	已收載品項支付標準異動	公告異動含 quinidine 成分用於治療心搏過速之特殊藥品共 3 品項支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
113.07.15	已收載品項支付標準異動	公告異動含 phenytoin 250mg 成分用於大發作型癲癇之特殊藥品共 1 品項支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
113.07.15	已收載品項支付標準異動	公告異動含 chlorambucil 2mg 成分用於抗癌瘤之特殊藥品共 1 品項支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
113.07.16	已收載品項支付標準異動	公告異動含 glucose 1.5-4.25% + calcium 1.25-1.75mmol/L 成分用於腹膜透析之藥品共 16 品項之支付價格。(因其規格容量大，供應成本較高，調高支付價)
113.08.21	新收載品項暫予支付	公告暫予支付含 dextrose 500 mg/mL 成分注射液 50% Dextrose injection (500mL) 藥品。(因國內製造廠供應問題導致短缺，經食藥署同意專案進口，自 113.8.21 生效，於 113.11.1 取消支付)

二、特材部分：計 16 件，其中 8 件為新特材收載、2 件為給付規定異動、6 件為其他(異動特材品項、新增既有功能類別品項及已收載品項支付標準異動、專案暫予支付)。

(一)新特材收載：8 件

公告日期	分類	公告主旨
113.06.07	管套類：氣球擴張導管	公告暫予支付特殊材料「"戈爾"威爾棒球囊擴張式人工血管支架-79mm」。(用於治療髂動脈原發或再狹窄病灶)
113.06.13	工具類：環帶類	公告暫予支付特殊材料「"佛朗惜眼"史塔露瓊氏管」計 1 項。(用於治療淚小管阻塞)

公告日期	分類	公告主旨
113.06.13	人工機能代用類：骨科類	公告暫予支付特殊材料「人工全踝關節置換系統」計 1 項。(用於踝關節置換)
113.06.21	管套類：栓塞治療類	公告暫予支付特殊材料「"波特"暫時閉塞導管」計 1 項。(用於顱內靜脈竇血流暫時閉塞)
113.08.08	人工機能代用類：外科類	公告暫予支付特殊材料「"壯生"薇喬網片 (8.5*10.5cm)」共 1 項暨其給付規定。(用於手術過程防滲漏)
113.08.13	管套類：氣球擴張導管	公告暫予支付特殊材料「"美敦力"艾布杜斯螺旋固定血管內固定錨系統-腹主動脈」暨其給付規定。(用於胸、腹主動脈血管內固定)
113.08.13	人工機能代用類：心臟科心臟血管類	公告暫予支付特殊材料「"波士頓科技"安博倫磁振造影皮下植入式心律去顫器」及「"波士頓科技"安博倫皮下電極」計 2 項暨其給付規定。(用於心律去顫)
103.08.14	人工機能代用類：神經外科類	公告暫予支付特殊材料「"美敦力"艾提神經刺激器-RC (含程控儀+充電組)」等 2 項暨其給付規定。(用於帕金森氏症及肌張力不全)

(二)已收載特材給付規定異動：2 件

公告日期	分類	公告主旨
113.08.06	人工機能代用類：骨科類	公告修訂特殊材料「脊椎前方固定桿鉤組 SPINAL FIXATOR (ROD HOOK/PLATE/SCREW/NUT)」給付規定。(修訂適應症及明定禁忌症)
113.08.09	人工機能代用類：心臟科類	公告修訂既有功能類別特殊材料「經導管置換主動脈瓣膜套組-TAVI (整組含導引線)」給付規定。(適應症增列主動脈人工瓣膜損壞者)

(三)其他：6 件

公告日期	分類	公告主旨
113.06.04	新增既有功能類別品項及已收載品項支付標準異動	公告新增及異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準之特材品項」計 254 項。
113.06.06	展延專案暫予支付期間	茲通知本保險特材「"優樂"心臟麻痺液熱交換器」(健保代碼：CHT01EU475WU)停止給付日期展延至 115 年 1 月 1 日。(為供國內緊急公共衛生使用，專案暫予支付)
113.07.31	專案暫予支付	茲通知本保險特材新增品項「Cardioplegia Set (一次性使用心臟跳停液灌注器)」(健保代碼：CHT01022065X)。(為供國內緊急公共衛生使用，專案暫予支付)

公告日期	分類	公告主旨
113.08.05	新增既有功能類別品項及已收載品項支付標準異動	公告新增及異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準之特材品項」計 99 項。
113.08.06	已收載品項支付標準異動	公告異動既有功能類別特材「海斯凱"泰坦歐德邁冠狀動脈支架系統(塗層)'之支付標準。(於自付差額特材「冠狀動脈塗藥支架」項下另列類別名稱「塗層支架」)
113.08.07	已收載品項支付標準異動	公告修正既有功能類別特材「骨外固定系統」等 8 類核價類別共 23 品項之支付標準。(調高支付價)

衛生福利部全民健康保險會
第6屆113年第8次委員會議補充資料目錄

會議時間：113年9月27日

一、討論事項

- (一)第一案「114年度醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診醫療給付費用總額及其他預算協商結論案」之協商結論附件一至五(會議資料第32頁)
- (二)第三案「居家醫療照護整合計畫訪視費及個案管理費應衡酌實務給予合理調升，並將居家醫療整合照護預算逐步提升至健保整體預算百分之一規模案」中央健康保險署意見(會議資料第39頁)----- (二)-1
- (三)第四案「全民健保應強化社區型急性後期照顧(PAC)服務模式，協助病患重返家庭生活案」中央健康保險署意見(會議資料第42頁)----- (三)-1

114 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

- 114 年度醫院醫療給付費用總額 = 校正後 113 年度醫院一般服務醫療給付費用 $\times (1 + 114 \text{ 年度一般服務成長率})$
+ 114 年度專款項目經費 + 114 年度醫院門診透析服務費用
- 114 年度醫院門診透析服務費用 = 113 年度醫院門診透析服務費用 $\times (1 + 114 \text{ 年度成長率})$

註：校正後 113 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 113.9.3 衛部保字第 1130139528 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度(113 年)醫院一般服務醫療給付費用，校正前 2 年度(112 年)投保人口預估成長率與實際之差值及加回前 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。

二、總額協商結論：

經醫院代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及醫院代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定。

付費者代表委員之建議方案：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，依協定事項辦理，並於 114 年 7 月前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效納入 115 年度總額協商考量。

(一)一般服務成長率為 5.410%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 4.344%，協商因素成長率 1.066%。各項協商因素及建議事項如下：

1.新醫療科技(新藥、新特材、新增診療項目)(0.825%，預估增加 4,463.0 百萬元)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)在額度內妥為管理運用，於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於 115 年度總額協商前，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)積極引進新特材，避免新增差額給付項目。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。
- (3)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；並請於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。
- (4)歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於給付新醫療科技，並於 115 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。

2.給付規定改變(藥品、特材、診療項目)(0.370%，預估增加 2,000 百萬元)：

- (1)含慢性腎臟病方案追蹤之必要檢查項目，由 UPCR(尿蛋白與尿液肌酸酐比值)修訂為 UACR(尿微蛋白與尿液肌酸酐比值)所增加預算。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①在額度內妥為管理運用，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於 115 年度總額協商前，提出年度給

付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。

②若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並請於 114 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)。

③歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，並於 115 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。

3.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(0%)：

依中央健康保險署建議，維持編列於專款項目。

4.因支付衡平性已調整支付標準項目(0.334%，預估增加 1,808.8 百萬元)(114 年新增項目)：

本項配合醫療器材使用規範修訂，及「提升醫院兒童急重症照護量能」已導入支付標準修訂項目，於一般服務編列預算。

5.因應牙醫支付標準調整所增加預算(0.0001%，預估增加 0.7 百萬元%)(114 年新增項目)：

用於因應牙醫門診總額 112 年度調整支付標準，預估於醫院總額增加之費用。

6.因應 Pre-ESRD 及 Early-CKD 配合國際臨床指引-UPCR 修訂為 UACR 所增加預算(0%)(114 年新增項目)：

本項屬單一檢驗項目之放寬，性質符合「給付規定改變(藥品、特材、診療項目)」，爰併入該項。

7.因應 C 肝共病族群(DM、DKD、CKD、Early-CKD 及 Pre-ESRD)之 C 肝篩檢納入健保給付所增加之費用(0%)(114 年新增項目)：

C 肝篩檢屬於預防保健服務，宜由公務預算支應。

8.調整基本診療章支付標準、病房費調整(含 RBRVS)，合理支撐醫療經營成本(如配合政府公教人員調薪的薪資幅度等……)，以改善台灣醫療血汗的環境(0%)(114年新增項目)：

考量歷年「醫療服務成本指數改變率」已編列醫療服務成本變動所需費用，及依中央健康保險署意見，本項併入專款項目「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)」規劃辦理，不另編預算。

9.配合賴總統 888 健康台灣，擴大國健署疾病篩檢，疑似陽性個案致使健保醫療利用提升，醫療服務密集度改變(0%)(114 年新增項目)：

(1)「因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增」，維持於專款項目編列。

(2)國民健康署擴大癌症篩檢，旨在早期發現、早期治療，整體醫療費用應有所節省，篩檢初期衍生之費用，建議爭取公務預算支應，本項不編列預算。

10.全日護病比加成(-0.462%，預估減少 2,500 百萬元)：
114 年起自醫院總額一般服務費用移除，改由公務預算支應。

11.因應長新冠照護衍生費用(0%)(114 年新增項目)

考量新冠疫情已逐年遞減並回歸常態醫療，不編列預算。

12.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.001%，減少 3.2 百萬元)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

(2)本項不列入 115 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 45,947.3 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同醫院總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 113 年 11 月前完成，新增計畫原則於 113 年 12 月前完成。

1. 暫時性支付(新藥(非癌藥)、新特材)：

(1)全年經費 542 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①在額度內妥為管理運用，並於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出具體實施規劃(含執行方式、預算估算及財務控管、擬定暫時收載年限、療效評估與退場機制等)，俾落實管控。

②請於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

2.C 型肝炎藥費：

(1)全年經費 2,224 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協商 115 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。

3.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

(1)全年經費 17,996 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署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。

4.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

- (1)全年經費 5,750 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署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。

5.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

- (1)全年經費 5,364.33 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)中央健康保險署提報之執行情形及成效評估報告，應含醫療利用、等待時間及不同器官移植之存活率等。

6.醫療給付改善方案：

- (1)全年經費 1,814.1 百萬元。
- (2)維持 113 年方案，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、生物相似性藥品等方案。
- (3)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①滾動式檢討方案內容，對執行多年的方案，若實施模式成熟且成效良好，請比照糖尿病方案導入支付標準，若照護率低或成效不明確，應提出改善策略，或啟動退場機制。另請檢討生物相似性藥品方案之執行成效，評估對醫療費用及醫療品質的影響。
 - ②朝全人照護方向整合相關計畫(如：代謝症候群防治計畫、家庭醫師整合性照護計畫、地區醫院全

人全社區照護計畫等)，以避免病患被重複收案。

- ③建議依病患之疾病風險提供分級管理照護服務，並依據病患的疾病風險、追蹤頻率及管理密度，擬定對應的個案管理費，以避免逆選擇效應。
- ④訂定過程面(如：多科看診狀況)及結果面(如：潛在可避免急診率及不當用藥比率等)監測指標。

7.急診品質提升方案：

- (1)全年經費 300 百萬元。
- (2)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體辦理下列事項：
 - ①精進方案執行內容，以解決急診壅塞為目標，並增訂壅塞無法達標之處理方式，以提升急診處置效率及照護品質，並於 114 年 7 月前提出專案報告。
 - ②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。

8.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

- (1)全年經費 210 百萬元。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①積極推動 DRGs 雙軌方案，朝建立論價值支付制度為推動方向，以醫院為單位進行試辦，早日完成全面導入 DRGs 支付制度。
 - ②於 114 年 7 月前提出專案報告，說明雙軌制試辦期程及短、中、長期目標。

9.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

- (1)全年經費 135.5 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
- (2)請中央健康保險署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。

10.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：

(1)全年經費 2,000 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①依衛生福利部核定結果，會同醫院總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部核定後，提報全民健康保險會最近1次委員會議。

②檢討「燈塔型醫院」之補助方式、獎勵成效，及計畫之評估指標，包含醫療資源不足地區民眾醫療利用之過程面指標，及提升醫療品質之結果面指標，以利評估計畫成效。

11.鼓勵院所建立轉診合作機制：

(1)全年經費 224.7 百萬元，經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①為落實分級醫療之健保重要政策，建議以減少大醫院門診初級照護率及提升基層醫療品質為努力目標，精進分級醫療轉診策略，以改善分級醫療推動成效。

②會同西醫基層及醫院總額相關團體，持續檢討獎勵方式及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效。

12.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金：

(1)全年經費 15 百萬元，用於住院病人之腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金。

(2)本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務費

用結算。

13.精神科長效針劑藥費：

(1)全年經費 3,006 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署評估本項專款之替代效果及執行效益，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用。

14.鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)請中央健康保險署精進計畫內容，檢討執行目標、預期效益評估指標及其目標值，以利檢討改善。

15.因應長新冠照護衍生費用：

考量新冠疫情已逐年遞減並回歸常態醫療，不編列預算。

16.因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增：

(1)全年經費 120 百萬元。

(2)本項以 3~5 年為檢討期限，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請最遲於 116 年 7 月前提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

(3)本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。

17.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)全年經費 2,423.2 百萬元。

(2)本項經費用於通盤檢討及修訂支付標準，其中 10 億

元用於調整病房費，另住院護理費、急重難罕症診療費等，有多年未通盤調整情形，建議列為優先調整項目，並不得用於保障點值。

- (3)支付標準調整請以「預算中平」為原則(有調升項目亦相對有調降項目)，並於 114 年 7 月前提出近年支付標準檢討及調整情形之專案報告。
- (4)本項以 3 年為檢討期限(112~114 年)，請中央健康保險署會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第 3 年(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
- (5)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

18.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能：

- (1)全年經費 500 百萬元。
- (2)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。
- (3)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①會同醫院總額相關團體，滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效(含提升民眾醫療服務之成效)，並定期提報執行情形。
 - ②提報之成效評估檢討報告，應含分級醫療具體成效之結果面指標及監測結果。

19.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能：

- (1)全年經費 1,000 百萬元。
- (2)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。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①會同醫院總額相關團體，滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效(含提升民眾醫療服務之成效)，並定期提報執行情形。
- ②提報之成效評估檢討報告，應含分級醫療具體成效之結果面指標及監測結果。

20.地區醫院全人全社區照護計畫：

- (1)全年經費 500 百萬元。
- (2)本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(117 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

21.區域聯防-提升急重症照護品質：

- (1)全年經費 268 百萬元。其中包含「主動脈剝離手術病患照護跨院合作」81 百萬元，及「腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作」127 百萬元。
- (2)本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(117 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

22.抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫：

- (1)全年經費 225 百萬元。
- (2)本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(117 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

23.品質保證保留款：

- (1)全年經費 1,029.5 百萬元。

(2)本項專款額度(1,029.5 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品質保證保留款之額度(388.7 百萬元)，合併運用(計 1,418.2 百萬元)。

(3)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

24. 網路頻寬補助費用：

本項 113 年預算 200 百萬元，114 年改由公務預算支應。

25. 住院整合照護服務試辦計畫：

本項 113 年預算 560 百萬元，114 年改由公務預算支應。

26. 癌症治療品質改善計畫：

本項 113 年預算 414 百萬元，114 年改由公務預算支應。

27. 慢性傳染病照護品質計畫：

本項 113 年預算 180 百萬元，114 年改由公務預算支應。

(三) 門診透析服務：

1. 門診透析服務總費用成長率為 3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

2. 門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，醫院總額本項服務費用成長率為 2.917%。

3. 門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 47,375.2 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液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。

4. 請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1) 考量「居家血液透析」為新的照護模式，請會同門診透析服務相關團體審慎研議，於 114 年度總額公告後，完成擬訂專款「居家血液透析與提升其照護品質」之具體實施方案(包含：參與院所及醫師之資格條件與認定、適用對象、支付方式及結果面為導向之品質監測指標)，並提全民健康保險會報告。
 - (2) 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。
 - (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。
 - (4) 研議末期腎臟病患者之包裹式支付(bundled payment)方式，以提升照護完整性及醫療資源使用效率。
 - (5) 持續加強鼓勵院所精進推動腹膜透析與提升其照護品質之實施方案，監測腹膜透析病人照護品質及健康結果與執行成效，並於 114 年 7 月前提報專案報告。
- (四)前述三項額度經換算，114 年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長 5.055%。各細項成長率及金額，如附表。

醫院代表委員之建議方案：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，依協定事項辦理，並於 114 年 7 月前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效納入 115 年度總額協商考量。

基於醫院部門自實施總額支付制度起算迄今，醫院部門平均點值從未達每點 1 元，為確保醫院維持恆常醫療服務水

準，續堅持醫院總額核付點值未達每點 1 元之前，拒絕以任何附加決議形式，就低推估預算(含醫療服務成本指數改變率)指定預算用途及限定作法。

(一)一般服務成長率為 10.904%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 4.344%，協商因素成長率 6.560%。各項協商因素及建議事項如下：

1. 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.554%，預估增加 3,000 百萬元)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)在額度內妥為管理運用，於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於 115 年度總額協商前，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。

(3)鑑於新醫療科技的引進具有費用遞延成長的效果，爰，建議在醫院部門點值未達立法院所決議之每點 0.95 之前，暫緩執行年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度之設定；並請中央健康保險署於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

(4)請於 115 年度總額協商前提出節流效益及特材價量調查所節省之金額。

2. 藥品及特材給付規定改變(0.370%，預估增加 2,000 百萬元)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)在額度內妥為管理運用。於 114 年度總額公告後，

至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於 115 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。

- (2)鑑於藥品及特材給付規定改變，無論就擴充給付範圍亦或修訂給付規定都同新醫療科技的新醫療項目(含新藥、新特材及新增診療項目)引進具有費用遞延成長的效果。爰，建議在醫院部門點值未達立法院所決議之每點 0.95 之前，暫緩執行年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度之設定；並請於 114 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)。
- (3)請於 115 年度總額協商前提出節流效益及特材價量調查所節省之金額。

3.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(0.001%，預估增加 8 百萬元)：

自專款項目「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」移列一般服務。

4.因支付衡平性已調整支付標準項目(0.334%，預估增加 1,808.8 百萬元)(114 年新增項目)：

本項配合「醫療器材使用規範修訂」及「提升醫院兒童急重症照護量能」已導入支付標準修訂項目，於一般服務編列預算。

5.因應牙醫支付標準調整所增加預算(0.0001%，預估增加 0.7 百萬元)(114 年新增項目)：

用於因應牙醫門診總額 112 年度調整支付標準，預估於醫院總額增加之費用。

6.因應 Pre-ESRD 及 Early-CKD 配合國際臨床指引-UPCR 修訂為 UACR 所增加預算(0.037%，預估增加 200 百萬

元)(114 年新增項目)：

(1)執行目標：配合國家衛生政策調整 Pre-ESRD 及 Early-CKD 臨床指引為 UACR。

預期效益之評估指標：本項為臨床指引的變更，尚無法設計評估指標。

(2)請中央健康保險署監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。

(3)反對設定執行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。

7.因應 C 肝共病族群(DM、DKD、CKD、Early-CKD 及 Pre-ESRD)之 C 肝篩檢納入健保給付所增加之費用(0.018%，預估增加 100 百萬元)(114 年新增項目)：

(1)執行目標：持續發掘具有共病的 C 肝患者。

預期效益之評估指標：共病族群（含 DM、DKD、CKD、Early CKD 及 Pre-ESRD）執行 C 肝篩檢率較 113 年提升。公式：C 肝共病族群執行 C 肝篩檢人數/總 C 肝篩檢人數。

(2)請中央健康保險署監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。

(3)反對設定執行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。

8.調整基本診療章支付標準、病房費調整(含 RBRVS)，合理支撐醫療經營成本(如配合政府公教人員調薪的薪資幅度等……)，以改善台灣醫療血汗的環境(4.564%，預估增加 24,698.0 百萬元)(114 年新增項目)：

(1)執行目標：通盤檢討醫院部門基本診療支付標準。

預期效益之評估指標：醫院人事費用佔比增加：醫院人事成本佔總醫療成本比率高於 113 年。

- (2)請中央健康保險署監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。
- (3)反對設定執行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。
- 9.配合賴總統 888 健康台灣，擴大國健署疾病篩檢，疑似陽性個案致使健保醫療利用提升，醫療服務密集度改變(0.554%，預估增加 3,000 百萬元)(114 年新增項目)：
- (1)執行目標：妥適承接國健癌篩個案醫療照護需求。
預期效益之評估指標：追陽率達 70%，就國健署 5 癌篩之陽性/偽陽性個案於第一年達 70% 追蹤率
- (2)請中央健康保險署監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。
- 10.全日護病比(0%)：
- 反對 114 年起自醫院總額一般服務費用移除。
- 11.因應長新冠照護衍生費用(0.129%，預估增加 700 百萬元)(114 年新增項目)
- 基於醫學文獻顯示，病人患新冠肺炎後仍有一段不明原因的病癥，稱為長新冠，需持續性醫療照護。為妥適照護國人，建議疫後持續編列預算至少 3 年再退場。
- (1)執行目標：持續照護長新冠病人至少三年。
預期效益之評估指標：擬於中央健康保險署商議後提出。
- (2)請中央健康保險署監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。
- 12.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.001%，減少 3.2 百萬元)：
- (1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強

專業自主管理。

(2)本項不列入 115 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 18,698.0 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同醫院總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 113 年 11 月前完成，新增計畫原則於 113 年 12 月前完成。

1.暫時性支付(新藥(非癌藥)、新特材、新增診療項目)：

(1)全年經費 0 百萬元。

(2)基於政府擬設置百億癌症基金以支應新醫療科技之費用支出，建議本項專款項目由醫院部門移列其他預算編列。

2.C 型肝炎藥費、檢驗檢查：

(1)全年經費 0 百萬元。

(2)依據「優化醫療環境，確保全民健保十大策略」的主張：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，改以公務預算支應，以減輕健保負荷、提升健保效率、抑制不必要支出。

(3)本項回歸公務預算編列。

3.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

(1)全年經費 0 百萬元。

(2)依據「優化醫療環境，確保全民健保十大策略」的主張：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，改以公務預算支應，以減輕健保負荷、提升健保效率、抑制不必要支出。

(3)本項回歸公務預算編列。

4.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

(1)全年經費 0 百萬元。

(2)依據「優化醫療環境，確保全民健保十大策略」的主張：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，改以公務預算支應，以減輕健保負荷、提升健保效率、抑制不必要支出。

(3)本項回歸公務預算編列。

5.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

- (1)全年經費 5,364.33 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)中央健康保險署提報之執行情形及成效評估報告，應含醫療利用、等待時間及不同器官移植之存活率等。

6.醫療給付改善方案：

- (1)全年經費 2,271.8 百萬元。
- (2)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及生物相似性藥品等方案。
- (3)新增化療學名藥方案及擴大多重慢性病收案照護。
- (4)請中央健康保險署滾動式檢討方案內容，對執行多年方案，若實施模式成熟且成效良好，請比照糖尿病方案導入支付標準，若照護率低或成效不明確，應提出改善策略，或啟動退場機制。

7.急診品質提升方案：

- (1)全年經費 300 百萬元。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①精進方案執行內容，提升急診處置效率及急診照護品質，並於額度內妥為管理運用，以提升執行

成效。

②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。

8.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

(1)全年經費 210 百萬元。

(2)請中央健康保險署積極推動 DRGs 雙軌方案，朝建立論價值支付制度為推動方向，以醫院為單位進行試辦，早日完成全面導入 DRGs 支付制度。

9.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 135.5 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

(2)請中央健康保險署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。

10.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：

(1)全年經費 2,000 百萬元。經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)執行目標：穩定離島、山地、健保醫療資源不足地區、偏遠地區燈塔型醫院醫療服務量能，以確保國人就醫可近性及醫療平權的提升。

預期效益之評估指標：

①醫院增設 24 小時急診之家數情形。

②醫院增設內科、外科、婦科及小兒科之家數情形。

③醫院提供預防保健服務量，於計畫期間之服務量較前一年成長。

④民眾滿意度提升。

(3)請中央健康保險署檢討「燈塔型醫院」之補助方式、獎勵成效及計畫之評估指標(含結果面指標)，呈現計畫之具體效益。

11.鼓勵院所建立轉診合作機制：

- (1)全年經費 224.7 百萬元，經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
- (2)請中央健康保險署會同西醫基層及醫院總額相關團體，持續檢討獎勵方式及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效。

12.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金：

本項自專款項目移列至一般服務。

13.精神科長效針劑藥費：

- (1)全年經費 3,006.0 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署評估本項專款之執行效益，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用。

14.鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫：

- (1)全年經費 300 百萬元。
- (2)請中央健康保險署精進計畫內容，檢討執行目標、預期效益評估指標及其目標值，以利檢討改善。

15.因應長新冠照護衍生費用：

本項自專款項目移列至一般服務。

16.因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增：

- (1)本項自專款項目移列至一般服務，併入「配合賴總統 888 健康台灣，擴大國健疾病篩檢，疑似陽性個案致使健保醫療利用性提升，醫療服務密集度改變」預算中。
- (2)鑑於「健康台灣」政策擴大國健署癌症篩檢費用，

預計將大幅增加癌症篩檢人數，經篩檢為陽性及偽陽性的病人勢將增加，進而對健保的醫療需求擴增，形成醫療服務密集度改變。參據「醫院總額研議方案」所指因政策致使醫療服務密集度改變得提列為協商因素研商之。

(3)另就醫院實務執行面，鑑於國健癌篩方案後續轉健保進行二次評估及處置部分，實難以透過申報區分來源，爰現行各級醫院幾乎都以健保一般服務申報，致使原因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增專案的執行成效不顯著。

17.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)全年經費 1,423.2 百萬元。

(2)本項以 3 年為檢討期限(112~114 年)，請中央健康保險署會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

(3)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

18.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能：

(1)全年經費 500 百萬元。

(2)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。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同醫院總額相關團體，滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效(含提升民眾醫療服務之成效)，並定期提報執行情形。

②提報之成效評估檢討報告，應含分級醫療具體成

效之結果面指標及監測結果。

19.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能：

- (1)全年經費 1,000 百萬元。
- (2)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。
- (3)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①會同醫院總額相關團體，滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效(含提升民眾醫療服務之成效)，並定期提報執行情形。
 - ②提報之成效評估檢討報告，應含分級醫療具體成效之結果面指標及監測結果。

20.地區醫院全人全社區照護計畫：

- (1)全年經費 500 百萬元。
- (2)本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(117 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

21.區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作：

- (1)全年經費 81 百萬元。
- (2)鑑於本項計畫正式執行僅半年不到，建議待成效明確再予合併為宜。且中央健康保險署擬新增之術後加速康復 ERAS 計畫，因醫院部門尚未完全推動，亦希望再行觀察一年後再議。
- (3)本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(117 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

22.區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作：

(1)全年經費 127 百萬元。

(2)鑑於本項計畫正式執行僅半年不到，建議待成效明確再予合併為宜。且中央健康保險署擬新增之術後加速康復 ERAS 計畫，因醫院部門尚未完全推動，亦希望再行觀察一年後再議。

(3)本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(117 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

23.抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫：

(1)全年經費 225 百萬元。

(2)本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(117 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

24.品質保證保留款：

(1)全年經費 1,029.5 百萬元。

(2)本項專款額度(1,029.5 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品保款之額度(388.7 百萬元)，合併運用(計 1,418.2 百萬元)。

(3)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

25.網路頻寬補助費用：

本項 113 年預算 200 百萬元，114 年改由公務預算支應。

26.住院整合照護服務試辦計畫：

本項 113 年預算 560 百萬元，114 年改由公務預算支應。

27.癌症治療品質改善計畫：

本項 113 年預算 414 百萬元，114 年改由公務預算支應。

28.慢性傳染病照護品質計畫：

本項 113 年預算 180 百萬元，114 年改由公務預算支應。

(三)門診透析服務：

1.門診透析服務總費用成長率為 3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，醫院總額本項服務費用成長率為 2.917%。

3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 47,375.2 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液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。

4.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)考量「居家血液透析」為新的照護模式，請會同門診透析服務相關團體審慎研議，於 114 年度總額公告後，完成擬訂專款「居家血液透析與提升其照護品質」之具體實施方案(包含：參與院所及醫師之資格條件與認定、適用對象、支付方式及結果面為導向之品質監測指標)，並提全民健康保險會報告。

(2)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。

(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。

- (4)研議末期腎臟病患者之包裹式支付(bundled payment)方式，以提升照護完整性及醫療資源使用效率。
- (5)持續加強鼓勵院所精進推動腹膜透析與提升其照護品質之實施方案，監測腹膜透析病人照護品質及健康結果與執行成效，並於114年7月前提報專案報告。

(四)前述三項額度經換算，114年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長5.461%。各細項成長率及金額，如附表。

附表 114 年度醫院醫療給付費用協定項目表(兩案送主管機關決定)

項目	付費者代表方案		醫院代表方案	
	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)
一般服務				
醫療服務成本及人口因素成長率	4.344%	23,504.9	4.344%	23,504.9
投保人口預估成長率	0.362%		0.362%	
人口結構改變率	1.807%		1.807%	
醫療服務成本指數改變率	2.161%		2.161%	
協商因素成長率	1.066%	5,769.3	6.560%	35,512.3
保險給付項目及支付標準之改變	1.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	0.825%	4,463.0	0.554%
	2.藥品及特材給付規定改變 (*付費者代表方案名稱修正為「給付規定改變(藥品、特材、診療項目)」)	0.370%	2,000.0	0.370%
	3.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金 (*付費者代表方案列專款項目)	* -	* -	0.001%
	4.因支付衡平性已調整支付標準項目 (114 年新增項目)	0.334%	1,808.8	0.334%
	5.因應牙醫支付標準調整所增加預算 (114 年新增項目)	0.0001%	0.7	0.0001%
	6.因應 Pre-ESRD 及 Early-CKD 配合國際臨床指引-UPCR 修訂為 UACR 所增加預算 (114 年新增項目) (*付費者代表方案列「給付規定改變」項目)	* -	* -	0.037%
				200.0

項目		付費者代表方案		醫院代表方案	
		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)
保險給付項目及支付標準之改變	7.因應 C 肝共病族群(DM、DKD、CKD、Early-CKD 及 Pre-ESRD)之 C 肝篩檢納入健保給付所增加之費用 (114 年新增項目)	0.000%	0.0	0.018%	100.0
其他醫療服務利用密集度之改變	8.調整基本診療章支付標準、病房費調整(含 RBRVS)，合理支撐醫療經營成本(如配合政府公教人員調薪的薪資幅度等……)，以改善台灣醫療血汗的環境 (114 年新增項目)	0.000%	0.0	4.564%	24,698.0
其他議定項目	9.配合賴總統 888 健康台灣，擴大國健署疾病篩檢，疑似陽性個案致使健保醫療利用提升，醫療服務密集度改變 (114 年新增項目)	0.000%	0.0	0.554%	3,000.0
其他醫療服務利用密集度	10.全日護病比加成	-0.462%	-2,500.0	0.000%	0.0
其他議定項目	11.因應長新冠照護衍生費用	0.000%	0.0	0.129%	700.0
一般服務成長率 ^{*2}	12.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.001%	-3.2	-0.001%	-3.2
一般服務成長率 ^{*2}	增加金額	5.410%	29,274.2	10.904%	59,017.2
	總金額		570,362.9		600,090.4
專款項目(全年計畫經費)					
1.暫時性支付(新藥(非癌藥)、新特材、新增診療項目) (*醫院代表方案列其他預算)		542.0	-1,887.9	0.0	-2,429.9
2.C 型肝炎藥費 (*醫院代表方案名稱修正為「C 型肝炎藥費、檢驗檢查」)		2,224.0	0.0	0.0	-2,224.0

項目	付費者代表方案		醫院代表方案	
	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)
3.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	17,996.0	2,888.0	0.0	-15,108.0
4.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	5,750.0	170.0	0.0	-5,580.0
5.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,364.33	156.3	5,364.33	156.3
6.醫療給付改善方案	1,814.1	0.0	2,271.8	457.7
7.急診品質提升方案	300.0	0.0	300.0	0.0
8.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210.0	0.0	210.0	0.0
9.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	135.5	20.5	135.5	20.5
10.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫(含燈塔型醫院補助)	2,000.0	700.0	2,000.0	700.0
11.鼓勵院所建立轉診合作機制	224.7	0.0	224.7	0.0
12.腹膜透析追蹤處置費及APD租金(*醫院代表方案列一般服務)	15.0	0.0	*0	*-15.0
13.精神科長效針劑藥費	3,006.0	342.0	3,006.0	342.0
14.鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫	300.0	0.0	300.0	0.0
15.因應長新冠照護衍生費用(*醫院代表方案列一般服務)	0.0	-128.0	*0.0	*-128.0
16.因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增(*醫院代表方案併入一般服務「配合賴總統888健康台灣，擴大國健署疾病篩檢，疑似陽性個案致使健保醫療利用提升，醫療服務密集度改變」項目)	120.0	-380.0	*0.0	*-500.0
17.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)	2,423.2	-245.8	1,423.2	-1,245.8
18.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能	500.0	0.0	500.0	0.0
19.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能	1,000.0	0.0	1,000.0	0.0
20.地區醫院全人全社區照護計畫	500.0	0.0	500.0	0.0

項目	付費者代表方案		醫院代表方案	
	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)
21.區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作 (*付費者代表方案名稱修正為「區域聯防-提升急重症照護品質」)	268.0	187.0	81.0	0.0
22.區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作	0.0	-127.0	127.0	0.0
23.抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫	225.0	0.0	225.0	0.0
24.品質保證保留款	1,029.5	528.0	1,029.5	528.0
25.網路頻寬補助費用	0.0	-200.0	0.0	-200.0
26.住院整合照護服務試辦計畫	0.0	-560.0	0.0	-560.0
27.癌症治療品質改善計畫	0.0	-414.0	0.0	-414.0
28.慢性傳染病照護品質計畫	0.0	-180.0	0.0	-180.0
專款金額	45,947.3	869.1	18,698.0	-26,380.2
較基期成長率(一般服務+專款) ^{*3}	增加金額 總金額	5.142% 616,310.2	30,143.3 616,310.2	5.565% 618,788.4
門診透析服務成長率	增加金額 總金額	2.917% 24,687.2	699.7 24,687.2	2.917% 24,687.2
較基期成長率(一般服務+專款+門診透析) ^{*4}	增加金額 總金額	5.055% 640,997.4	30,843.0 640,997.4	5.461% 643,475.6

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為541,089.9百萬元(含113年一般服務預算537,784.8百萬元，及校正前2年度(112年)投保人口預估成長率與實際之差值3,293.0百萬元與加回前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12.1百萬元)。

- 2.計算「較 113 年度總額基期(一般服務+專款)」成長率，所採基期費用為 586,168.2 百萬元，其中一般服務預算為 541,089.9 百萬元，專款為 45,078.3 百萬元。
- 3.計算「較 113 年度總額基期(一般服務+專款+門診透析)」成長率，所採基期費用為 610,155.7 百萬元，其中一般服務預算為 541,089.9 百萬元，專款為 45,078.3 百萬元，門診透析為 23,987.5 百萬元。
- 4.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

114 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

- 114 年度西醫基層醫療給付費用總額 = 校正後 113 年度西醫基層一般服務醫療給付費用 $\times (1 + 114 \text{ 年度一般服務成長率}) + 114 \text{ 年度專款項目經費} + 114 \text{ 年度西醫基層門診透析服務費用}$
- 114 年度西醫基層門診透析服務費用 = 113 年度西醫基層門診透析服務費用 $\times (1 + 114 \text{ 年度成長率})$

註：校正後 113 年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 113.9.3 衛部保字第 1130139528 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度(113 年)西醫基層一般服務醫療給付費用，校正前 2 年度(112 年)投保人口預估成長率與實際之差值及加回前 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。

二、總額協商結論：

經西醫基層代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及西醫基層代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定。

付費者代表委員之建議方案：

請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，依協定事項辦理，並於 114 年 7 月前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效納入 115 年度總額協商考量。

(一)一般服務成長率為 1.851%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.746%，協商因素成長率 -1.895%。各項協商因素及建議事項如下：

1.新醫療科技(新藥、新特材、新增診療項目)(0.170%，預

估增加 228 百萬元)：

(2) 請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1) 在額度內妥為管理運用，於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於 115 年度總額協商前，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。
- (3) 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；並請於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。
- (4) 歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於給付新醫療科技，並於 115 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。

2. 給付規定改變(藥品、特材、診療項目)(0.363%，預估增加 486 百萬元)：

- (1) 含慢性腎臟病方案追蹤之必要檢查項目，由 UPCR(尿蛋白與尿液肌酸酐比值)修訂為 UACR(尿微蛋白與尿液肌酸酐比值)所增加預算。

(2) 請中央健康保險署辦理下列事項：

- ① 在額度內妥為管理運用，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於 115 年度總額協商前，提出年度給

付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。

- ②若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並請於 114 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)。
- ③歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，並於 115 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。

3.因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費(0%)：

- (1)本項屬支付標準之調整，考量「醫療服務成本指數改變率」已編列因應醫療服務成本變動所需預算，且本項屬鼓勵調整薪資用途，112、113 年已編列預算並滾入基期，112 年有調升護理人員薪資之診所占率為 58.5%(註)，應先檢討執行效益及預算編列之必要性與政策目標達成情形，爰 114 年不編列預算。
- (2)請中央健康保險署通盤檢討支付標準之合理性，若經評估確有調整必要，優先由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應，或納入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」併同考量。

註：以該診所聘僱護理人員的 50%，薪資較前一年度調升幅度達本保險投保金額次一投保等級進行認定計算。

4.提升國人視力照護品質(-2.488%，減少 3,335.7 百萬元)：

依中央健康保險署建議，移列白內障手術醫療費用 3,335.7 百萬元至專款項目「提升國人視力照護品質」，以利管理。

5.因應預防保健政策改變衍生之醫療費用(0%)(114 年新

增項目)：

國民健康署擴大癌症篩檢，旨在早期發現、早期治療，整體醫療費用應有所節省，篩檢初期衍生之費用，建議爭取公務預算支應，本項不編列預算。

6.代謝症候群及 C 肝照護品質提升衍生之醫療費用(0%)(114 年新增項目)：

考量代謝症候群照護及擴大 C 肝篩檢屬早期發現、早期治療之作法，理應節省整體醫療費用，不宜再編列衍生費用，且現行「代謝症候群防治計畫」可採用 90 天內檢驗(查)數據，應避免不必要之檢驗(查)，爰不編列預算。

7.DM、CKD 方案比照 DKD 方案採用 UACR 檢測(0%) (114 年新增項目)：

本項為修訂慢性腎臟病方案之追蹤必要檢查項目所需預算，屬單一檢驗項目之放寬，性質符合「給付規定改變(藥品、特材、診療項目)」，爰併入該項。

8.因支付衡平性已調整支付標準之項目(0.064%，預估增加 86.1 百萬元)(114 年新增項目)：

本項配合醫療器材使用規範修訂及層級支付不一致部分，已導入支付標準修訂項目，於一般服務編列預算。

9.因應長新冠照護衍生費用(0%)(114 年新增項目)：

考量新冠疫情已逐年遞減並回歸常態醫療，爰不編列預算。

10.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.004%，減少 5 百萬元)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

(2)本項不列入 115 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 13,320.5 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 113 年 11 月前完成，新增計畫原則於 113 年 12 月前完成。

1.新醫療科技(新藥、新特材、新增診療項目)(114 年新增項目)：

考量「新醫療科技」與既有項目大多具有替代效應，不易切割，爰維持於一般服務支應，故本項不編列預算。

2.藥品及特材給付規定改變(114 年新增項目)：

考量「藥品及特材給付規定改變」與既有項目大多具有替代效應，不易切割，爰維持於一般服務支應，故本項不編列預算。

3.暫時性支付(新藥(非癌藥)、新特材)(114 年新增項目)：

(1)全年經費 58 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①在額度內妥為管理運用，並於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出具體實施規劃(含執行方式、預算估算及財務控管、擬定暫時收載年限、療效評估與退場機制等)，俾落實管控。

②請於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

4.提升國人視力照護品質(114 年新增項目)：

(1)全年經費 3,503 百萬元。

(2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項：

①依衛生福利部核定結果，研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。

- ②持續檢討白內障手術案件成長合理性、手術時機適當性，及監測照護成效與民眾自費情形，以確保醫療品質及民眾權益。
- ③加強執行面管理與監督，建立診療指引及醫療利用監測機制，提升分區管理及專業自律。
- ④本項以 5 年為檢討期限，之後回歸一般服務。

5.鼓勵論病例計酬案件(114 年新增項目)：

- (1)本項應與「提升國人視力照護品質」項目一併考量，因該項目已移列專款項目，則不影響一般服務點值。
- (2)考量總額精神係預算統籌運用，每點支付金額是總額管理之結果，需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，故本項不編列預算。

6.西醫醫療資源不足地區改善方案：

- (1)執行巡迴醫療產生之醫療費用維持由一般服務支應，本項專款全年經費 317.1 百萬元，經費得與醫院總額同項專款相互流用。
- (2)請中央健康保險署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。

7.家庭醫師整合性照護計畫：

- (1)全年經費 4,648 百萬元。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①依論質計酬模式，以改變民眾生活習慣為計畫推動方向，提出全人照護整合之具體規劃，建立照護指引及訂定相應之品質指標。
 - ②請落實依個案疾病風險分級管理照護，建議依會員疾病風險、追蹤頻率及管理密度，擬定對應的個案管理照護費，避免逆選擇效應。
 - ③新增之風險管理照護、生活習慣諮詢服務，應建

立執行面指標(如病人知情同意、群內就醫率)及結果面成效品質指標(如健康成效、就醫行為改變)，以利評估成效。

④為持續檢討計畫成效，依前開建議事項於 114 年 7 月前提出專案報告。

8.C 型肝炎藥費：

- (1)全年經費 462 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協商 115 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。

9. 醫療給付改善方案：

- (1)全年經費 903.1 百萬元。
- (2)維持 113 年方案，持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、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、生物相似性藥品等方案。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①滾動式檢討方案內容，對執行多年的方案，若實施模式成熟且成效良好，請比照糖尿病方案導入支付標準，若照護率低或成效不明確，應提出改善策略，或啟動退場機制。
- ②檢討生物相似性藥品方案之執行成效，評估對醫療費用及醫療品質影響。

10. 強化基層照護能力及「開放表別」項目：

- (1)執行開放表別產生之衍生費用維持由一般服務支應，本項專款全年經費 1,720 百萬元。

(2)依衛生福利部核定結果，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部核定後，提報全民健康保險會最近1次委員會議。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①提出規劃調整開放之項目與作業時程。

②對於開放多年且穩定實施之項目，建議規劃導入一般服務項目。

(4)本項經費依實際執行扣除原基期點數併入西醫基層總額一般服務費用結算。

11.鼓勵院所建立轉診合作機制：

(1)全年經費 258 百萬元，經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①為落實分級醫療之健保重要政策，建議以減少大醫院門診初級照護率及提升基層醫療品質為努力目標，精進分級醫療轉診策略，以改善分級醫療推動成效。

②會同西醫基層及醫院總額相關團體，持續檢討獎勵方式及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效。

12.偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫：

(1)全年經費 50 百萬元。

(2)請中央健康保險署精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與提供生產服務。

13.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

(1)全年經費 30 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專

款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。

14.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

(1)全年經費 30 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。

15.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：

(1)全年經費 11 百萬元。

(2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。

(3)本項經費依實際執行併入西醫基層總額一般服務費用結算。

16.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：

(1)全年經費 178 百萬元。

(2)本項經費依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各分區一般服務費用結算。

17.提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫：

(1)全年經費 10 百萬元。

(2)請中央健康保險署加強計畫推動，並持續監測醫療利用情形與照護成效。

18.精神科長效針劑藥費：

(1)全年經費 100 百萬元，本項經費得與醫院總額同項

專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體積極提升基層院所使用長效針劑之比率，並評估本項專款之替代效果及執行效益。

19.因應長新冠照護衍生費用：

考量新冠疫情已逐年遞減並回歸常態醫療，不編列預算。

20.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)全年經費 913.9 百萬元。

(2)本項經費用於通盤檢討及修訂支付標準，不得用於保障點值。

(3)支付標準調整請以「預算中平」為原則(有調升項目亦相對有調降項目)，並於 114 年 7 月前提出近年支付標準檢討及調整情形之專案報告。

(4)本項以 3 年為檢討期限(112~114 年)，請中央健康保險署會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第 3 年(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

(5)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入西醫基層總額一般服務費用結算。

21.品質保證保留款：

(1)全年經費 128.4 百萬元。

(2)本項專款額度(128.4 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品質保證保留款之額度(105.2 百萬元)，合併運用(計 233.6 百萬元)。

(3)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更

具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

22.代謝症候群防治計畫：

本項 113 年預算 616 百萬元，114 年改由公務預算支應。

23.網路頻寬補助費用：

本項 113 年預算 253 百萬元，114 年改由公務預算支應。

24.癌症治療品質改善計畫：

本項 113 年預算 93 百萬元，114 年改由公務預算支應。

25.慢性傳染病照護品質計畫：

本項 113 年預算 20 百萬元，114 年改由公務預算支應。

(三)門診透析服務：

1.門診透析服務總費用成長率為 3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，西醫基層總額本項服務費用成長率為 3.090%。

3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 47,375.2 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液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。

4.請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)考量「居家血液透析」為新的照護模式，請會同門診透析服務相關團體審慎研議，於 114 年度總額公告後，完成擬訂專款「居家血液透析與提升其照護品質」之具體實施方案(包含：參與院所及醫師之資格條件與認定、適用對象、支付方式及結果面為導向之品質監測指標)，並提全民健康保險會報告。
- (2)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。
- (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。
- (4)研議末期腎臟病患者之包裹式支付(bundled payment)方式，以提升照護完整性及醫療資源使用效率。
- (5)持續加強鼓勵院所精進推動腹膜透析與提升其照護品質之實施方案，監測腹膜透析病人照護品質及健康結果與執行成效，並於 114 年 7 月前提報專案報告。

(四)前述三項額度經換算，114 年度西醫基層醫療給付費用總額，較基期成長 3.990%。各細項成長率及金額，如附表。

西醫基層代表委員之建議方案：

請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，依協定事項辦理，並於 114 年 7 月前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效納入 115 年度總額協商考量。

(一)一般服務成長率為 6.391%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.746%，協商因素成長率 2.645%。

1.新醫療科技(新藥、新特材、新增診療項目)(0%)：

建議移列專款。

2.藥品及特材給付規定改變(0%)：

建議移列專款。

3.因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費(0.492%，預估增加 659.3 百萬元)：

(1)執行目標：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數達 70%。

預期效益之評估指標：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數。

(2)為符合總額精神，協商因素項目之協定事項，若有訂未執行完畢需扣減預算者，則應加註：「若執行超出預算需補足之」。

4.提升國人視力照護品質(0.742%，預估增加 995 百萬元)：

(1)執行目標：期望藉由增加白內障手術預算，放寬及增加可執行之手術量，將縮短病人等待手術的時間，提升病人的就醫滿意度。其次，手術量的增加，將提高醫療團隊的手術經驗和技術水平，進而提升手術成功率與安全性。

預期效益之評估指標：

①術前指標：久未看診當日就診即執行白內障手術比例 $\leq 0.5\%$ 。

(註：久未看診：同病人同院所，自手術日回推 180 日內無就醫資料。)

②術後指標：術後 90 日內眼內炎併發症之件數比率。

(2)為符合總額精神，協商因素項目之協定事項，若有訂未執行完畢需扣減預算者，則應加註：「若執行超出預算需補足之」。

5.因應預防保健政策改變衍生之醫療費用(0.269%，預估增加 360 百萬元)(114 年新增項目)：

(1)執行目標：為避免預防保健政策改變產生之醫療費用，排擠健保其他醫療項目預算，爰編列相關預算支應。

預期效益之評估指標：整體癌症篩檢之陽追率較前一年度提升。

(2)為符合總額精神，協商因素項目之協定事項，若有訂未執行完畢需扣減預算者，則應加註：「若執行超出預算需補足之」。

6.代謝症候群及 C 肝照護品質提升衍生之醫療費用(0.467%，預估增加 626.6 百萬元)(114 年新增項目)：

(1)執行目標：為使原一般服務預算之醫療資源不致排擠，且因應醫療品質提升，爰編列預算支應。

預期效益之評估指標：

①代謝症候群介入成效率，較前一年度提升。

②C 型肝炎 RNA 陽性率，較前一年度減少。

(2)為符合總額精神，協商因素項目之協定事項，若有訂未執行完畢需扣減預算者，則應加註：「若執行超出預算需補足之」。

7.DM、CKD 方案比照 DKD 方案採用 UACR 檢測(0.149%，預估增加 199.8 百萬元)(114 年新增項目)：

(1)執行目標：DM、CKD 方案病人採用 UACR 檢測尿蛋白，增進追蹤作業效率。

預期效益之評估指標：新增申報 Pre-ESRD 之人數，較前一年度減少。

(2)為符合總額精神，協商因素項目之協定事項，若有訂未執行完畢需扣減預算者，則應加註：「若執行超出預算需補足之」。

8.因支付衡平性已調整支付標準之項目(0.350%，預估增加 469.2 百萬元)(114 年新增項目)：

為符合總額精神，協商因素項目之協定事項，若有訂未執行完畢需扣減預算者，則應加註：「若執行超出預算需補足之」。

9.因應新冠肺炎及長新冠照護衍生費用(0.180%，預估增加 241.3 百萬元)(114 年新增項目)：

(1)執行目標：提供新冠肺炎患者及其康復後之潛在醫療需求，協助轉介與照護，以恢復患者健康之生活品質為目標。

預期效益之評估指標：比照 113 年專款項目，本項預算執行率達 80%。

(2)為符合總額精神，協商因素項目之協定事項，若有訂未執行完畢需扣減預算者，則應加註：「若執行超出預算需補足之」。

10.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.004%，減少 5 百萬元)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

(2)本項不列入 115 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 9,740.2 百萬元。

1.新醫療科技(新藥、新特材、新增診療項目)(114 年新增項目)：

(1)全年經費 228 百萬元。

(2)現行預算若超支未有補足機制，建議本項預算如未執行完畢，在點值未達 1 點 1 元前，不須扣減。

2.藥品及特材給付規定改變(114 年新增項目)：

(1)全年經費 486 百萬元。

(2)現行預算若超支未有補足機制，建議本項預算如未執行完畢，在點值未達 1 點 1 元前，不須扣減。

3.暫時性支付(新藥、新特材、新增診療項目)(114 年新增項目)：

本項不編列預算。

4.提升國人視力照護品質(114 年新增項目)：

本項不編列預算。

5.鼓勵論病例計酬案件(114 年新增項目)：

(1)全年經費 450 百萬元。

(2)本項經費依實際執行併入西醫基層總額當季該分區一般服務費用結算。

6.西醫醫療資源不足地區改善方案：

建議移列其他預算。依 113 年預算 317.1 百萬元，並加計衍生之醫療費用 120 百萬元，全年經費 437.1 百萬元。

7.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)全年經費 4,648 百萬元。

(2)新增「整合照護」、「多重慢性病人門診整合」、「糖尿病/慢性腎臟病整合照護提升」、「個案疾病風險分級管理照護」、「生活習慣資料上傳及改善

鼓勵」等項目。

8.C型肝炎藥費：

全年經費 90 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

9.醫療給付改善方案：

(1)全年經費 900.3 百萬元。

(2)持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、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、生物相似性藥品等方案。

10.強化基層照護能力及「開放表別」項目：

(1)全年經費 1,412.5 百萬元。

(2)本項經費依實際執行扣除原基期點數併入西醫基層總額一般服務費用結算。

11.鼓勵院所建立轉診合作機制：

全年經費 258 百萬元，經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。

12.偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫：

全年經費 50 百萬元。

13.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

全年經費 30 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

14.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

全年經費 30 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

15.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：

(1)全年經費 11 百萬元。

(2)本項經費依實際執行併入西醫基層總額一般服務費用結算。

16.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：

(1)全年經費 178 百萬元。

(2)本項經費依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各分區一般服務費用結算。

17.提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫：

全年經費 10 百萬元。

18.精神科長效針劑藥費：

全年經費 30 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

19.因應長新冠照護衍生費用：

原於專款項目執行，移列至一般服務項目「因應新冠肺炎及長新冠照護衍生費用」。

20.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)全年經費 800 百萬元。

(2)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入西醫基層總額一般服務費用結算。

21.品質保證保留款：

(1)全年經費 128.4 百萬元。

(2)114 年度品保專款額度(128.4 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品保款之額度(105.2 百萬元)，合併運用(計 233.6 百萬元)。

(3)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

22.代謝症候群防治計畫：

本項 113 年預算 616 百萬元，114 年改由公務預算支應。

23.網路頻寬補助費用：

本項 113 年預算 253 百萬元，114 年改由公務預算支應。

24.癌症治療品質改善計畫：

本項 113 年預算 93 百萬元，114 年改由公務預算支應。

25.慢性傳染病照護品質計畫：

本項 113 年預算 20 百萬元，114 年改由公務預算支應。

(三)門診透析服務：

1.門診透析服務總費用成長率為 3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，西醫基層總額本項服務費用成長率為 3.090%。

3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 47,375.2 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液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。

4.請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)考量「居家血液透析」為新的照護模式，請會同門診透析服務相關團體審慎研議，於 114 年度總額公告後，完成擬訂專款「居家血液透析與提升其照護品質」之具體實施方案(包含：參與院所及醫師之資格條件與認定、適用對象、支付方式及結果面為導向之品質監測指標)，並提全民健康保險會報告。
- (2)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。
- (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。
- (4)研議末期腎臟病患者之包裹式支付(bundled payment)方式，以提升照護完整性及醫療資源使用效率。
- (5)持續加強鼓勵院所精進推動腹膜透析與提升其照護品質之實施方案，監測腹膜透析病人照護品質及健康結果與執行成效，並於 114 年 7 月前提報專案報告。

(四)前述三項額度經換算，114 年度西醫基層醫療給付費用總額，較基期成長 5.500%。各細項成長率及金額，如附表。

附表 114 年度西醫基層醫療給付費用協定項目表(兩案送主管機關決定)

項目	付費者代表方案		西醫基層代表方案	
	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)
一般服務				
醫療服務成本及人口因素成長率	3.746%	5,021.4	3.746%	5,021.4
投保人口預估成長率	0.362%		0.362%	
人口結構改變率	1.232%		1.232%	
醫療服務成本指數改變率	2.140%		2.140%	
協商因素成長率	-1.895%	-2,540.6	2.645%	3,546.2
1. 新醫療科技(新藥、新特材、新增診療項目) (*西醫基層代表方案列專款項目)	0.170%	228.0	* -	* -
2. 藥品及特材給付規定改變 (*付費者代表方案名稱為「給付規定改變(藥品、特材、診療項目)」) (*西醫基層代表方案列專款項目)	0.363%	486.0	* -	* -
3. 因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費	0.000%	0.0	0.492%	659.3
4. 提升國人視力照護品質 (*付費者代表方案列專款項目，並自一般服務移列費用)	-2.488%	-3,335.7	0.742%	995.0
5. 因應預防保健政策改變衍生之醫療費用 (114年新增項目)	0.000%	0.0	0.269%	360.0
6. 代謝症候群及C肝照護品質提升衍生之醫療費用 (114年新增項目)	0.000%	0.0	0.467%	626.6

項目		付費者代表方案		西醫基層代表方案	
		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)
其他醫 療服務 利用及 密集度 之改變	7.DM、CKD方案比 照DKD方案採用 UACR檢測 (114年新增項目) (*付費者代表方案併 入一般服務「給付規 定改變(藥品、特材、診 療項目)」項目)	0.000%	0.0	0.149%	199.8
	8.因支付衡平性已 調整支付標準之 項目 (114年新增項目)	0.064%	86.1	0.350%	469.2
	9.因應長新冠照護 衍生費用 (114年新增項目) (*西醫基層代表方 案名稱為「因應新 冠肺炎及長新冠照 護衍生費用」)	0.000%	0.0	0.180%	241.3
	10.違反全民健康保 險醫事服務機構 特約及管理辦法 之扣款	-0.004%	-5.0	-0.004%	-5.0
一般服務 成長率 ^{#2}	增加金額	1.851%	2,480.8	6.391%	8,567.6
	總金額		136,529.4		142,615.2

專款項目(全年計畫經費)

1.新醫療科技(新藥、新特材、 新增診療項目) (114年新增項目) (*付費者代表方案列一般服務)	* -	* -	228.0	228.0
2.藥品及特材給付規定改變 (114年新增項目) (*付費者代表方案列一般服務)	* -	* -	486.0	486.0
3.暫時性支付(新藥(非癌藥)、 新特材) (114年新增項目)	58.0	58.0	0.0	0.0
4.提升國人視力照護品質 (114年新增項目) (*西醫基層代表方案列一般服務)	3,503.0	3,503.0	*	*

項目	付費者代表方案		西醫基層代表方案	
	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)
5.鼓勵論病例計酬案件 (114年新增項目)	0.0	0.0	450.0	450.0
6.西醫醫療資源不足地區改善方案 (*西醫基層代表方案列其他預算)	317.1	0.0	* -	* -
7.家庭醫師整合性照護計畫	4,648.0	400.0	4,648.0	400.0
8.C型肝炎藥費	462.0	170.0	90.0	-202.0
9.醫療給付改善方案	903.1	2.8	900.3	0.0
10.強化基層照護能力及「開放表別」項目	1,720.0	400.0	1,412.5	92.5
11.鼓勵院所建立轉診合作機制	258.0	0.0	258.0	0.0
12.偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫	50.0	0.0	50.0	0.0
13.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	30.0	0.0	30.0	0.0
14.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	30.0	0.0	30.0	0.0
15.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	11.0	0.0	11.0	0.0
16.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178.0	0.0	178.0	0.0
17.提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫	10.0	0.3	10.0	0.3
18.精神科長效針劑藥費	100.0	0.0	30.0	-70.0
19.因應長新冠照護衍生費用 (*西醫基層代表方案列一般服務)	0.0	-10.0	*0.0	-10.0
20.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)	913.9	-86.1	800.0	-200.0
21.品質保證保留款	128.4	2.2	128.4	2.2
22.代謝症候群防治計畫 (*改由公務預算支應)	0.0	-616.0	0.0	-616.0

項目	付費者代表方案		西醫基層代表方案	
	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)
23.網路頻寬補助費用 (*改由公務預算支應)	0.0	-253.0	0.0	-253.0
24.癌症治療品質改善計畫 (*改由公務預算支應)	0.0	-93.0	0.0	-93.0
25.慢性傳染病照護品質計畫 (*改由公務預算支應)	0.0	-20.0	0.0	-20.0
專款金額	13,320.5	3,458.2	9,740.2	-122.1
較基期成長率(一般 服務+專款) ^{註3}	增加金額 總金額	4.127% 149,849.9	5,939.0 5.868%	8,445.5 152,355.4
門診透析服務成長率	增加金額 總金額	3.090% 22,687.9	680.0 3.090%	680.0 22,687.9
較基期成長率(一般 服務+專款+門診透 析) ^{註4}	增加金額 總金額	3.990% 172,537.8	6,619.0 5.500%	9,125.5 175,043.3

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 134,048.2 百萬元(含 113 年一般服務預算 133,169.1 百萬元，及校正前 2 年度(112 年)投保人口預估成長率與實際之差值 817.0 百萬元與加回前 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 62.1 百萬元)。

2.計算「較 113 年度總額基期(一般服務+專款)成長率」，所採基期費用為 143,910.5 百萬元，其中一般服務預算為 134,048.2 百萬元，專款為 9,862.3 百萬元。

3.計算「較 113 年度總額基期(一般服務+專款+門診透析)成長率」，所採基期費用為 165,918.3 百萬元，其中一般服務預算為 134,048.2 百萬元，專款為 9,862.3 百萬元，門診透析為 22,007.8 百萬元。

4.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

114 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

114 年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後 113 年度中醫門診一般服務醫療給付費用×(1+114 年度一般服務成長率)+114 年度專款項目經費

註：校正後 113 年度中醫門診一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 113.9.3 衛部保字第 1130139528 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度(113 年)中醫門診一般服務醫療給付費用，校正前 2 年度(112 年)投保人口預估成長率與實際之差值及加回前 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。

二、總額協商結論：

- (一)一般服務成長率為 5.468%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.588%，協商因素成長率 1.880%。
- (二)專款項目全年經費為 1,283.4 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，114 年度中醫門診醫療給付費用總額，較基期成長 5.274%。各細項成長率及金額，如附表。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 114 年 7 月前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效納入 115 年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

1. 醫療服務成本指數改變率所增加之預算(752.6 百萬元)，其中 53.4 百萬元併入「提升用藥品質」項目使用。
2. 提升用藥品質(1.112%，預估增加 347 百萬元)(114 年新增項目)：

(1)執行目標(暫列)：

①確保用藥安全。

②中藥不良反應報告數量低於 0.1%(計算方法：中藥不良反應報告數 / 總用藥人次 * 100%)。

預期效益之評估指標(暫列)：

①確保用藥安全。

②中藥不良反應報告數量低於 0.1%(計算方法：中藥不良反應報告數 / 總用藥人次 * 100%)。

(2)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理以下事項：

①應增加健保中藥給付品項、提升用藥品質，並減少民眾用藥自費情形，具體規劃於 113 年 12 月前提報全民健康保險會。

②於額度內妥為管理運用，並落實中藥用藥品質提升及費用之監督與管理。

③請研議將科學中藥納入核實申報及進行藥價調查之可行性。

3. 中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案專款之論量計酬費用-移撥至一般服務費用不足部分(0.513%，預估增加 160 百萬元)(114 年新增項目)。

4. 中醫癌症患者加強照護整合方案專款(114 年新增子宮頸癌、子宮體癌、甲狀腺癌)與一般服務重複費用扣減(-0.018%，預估減列 5.5 百萬元)(114 年新增項目)。

5. 照護機構中醫醫療照護方案專款之論量計酬費用移列一般服務(0.276%，預估增加 86 百萬元)(114 年新增項目)。

6. 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.003%，減少 0.8 百萬元)：

(1) 為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強

專業自主管理。

(2)本項不列入 115 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 1,283.4 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 113 年 11 月前完成，新增計畫原則於 113 年 12 月前完成。

1. 醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 183 百萬元。

(2)請中央健康保險署加強推動中醫巡迴醫療服務及獎勵開業服務計畫，並優先改善偏遠等級高地區之醫療服務。

2. 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：

(1)全年經費 465.9 百萬元。

(2)持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷、呼吸困難相關疾病及術後疼痛中醫照護。

3. 中醫提升孕產照護品質計畫：

(1)全年經費 82 百萬元。

(2)請中央健康保險署持續評估本計畫提升孕產照護的成效，對於執行成效良好之保胎項目，請規劃導入一般服務；另對成效有待提升之助孕項目，請研提改善策略，以提升助孕成功率。

4. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：

本項目自 114 年度起停辦。

5. 中醫癌症患者加強照護整合方案：

(1)全年經費 352.3 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：

服務人數 14,000 人。

預期效益之評估指標(暫列)：

FACT-G、CTCAE 等整體成效評估有改善。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①持續辦理「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」。

②其中「癌症患者中醫門診加強照護計畫」，擴大適用於子宮頸癌、子宮體癌及甲狀腺癌。

6. 中醫急症處置：

(1)全年經費 10 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同中醫門診總額相關團體，持續檢討計畫執行情形及成效，於 114 年 7 月前提全民健康保險會議報告。

②本計畫再試辦 1 年，若未呈現具體成效則應退場。

7. 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫：

(1)全年經費 152.4 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：

參與院所數為 150 家及服務人數以 7,000 人為目標。

預期效益之評估指標(暫列)：

eGFR 量表評量結果呈正向發展。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①請持續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，以建立合理給付標準。

②依 114 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，請會

同中醫門診總額相關團體議定後，於 114 年 7 月
提健保會報告。

8. 照護機構中醫醫療照護方案：

- (1) 本計畫編列論次費用 8 百萬元，論量計酬費用移列一般服務。
- (2) 請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，檢討本計畫費用(含論量計酬費用)申報之合理性，並分析治療模式、醫療服務介入成效等，朝論質計酬及建立合理支付等方向，精進支付制度。

9. 品質保證保留款：

- (1) 全年經費 29.8 百萬元。
- (2) 本項專款額度(29.8 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品質保證保留款之額度(22.8 百萬元)，合併運用(計約 52.6 百萬元)。
- (3) 請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

10. 網路頻寬補助費用：本項 113 年預算 83 百萬元，114 年改由公務預算支應。

.....

本會補充說明：

有關中醫部門所提執行目標及預期效益之評估指標，本會研析如下：

項目	新增或增加金額 超過 20%項目 (全年經費)	執行目標	預期效益之 評估指標	本會研析意見
一般服務	提升用藥品質 (114 年新增項目) (347 百萬元)	1. 確保用藥安全。 2. 中藥不良反應報告數量低於 0.1%。 (計算方法：中藥不良反應報告數 / 總用藥人次 * 100%)	1. 確保用藥安全。 2. 中藥不良反應報告數量低於 0.1%。 (計算方法：中藥不良反應報告數 / 總用藥人次 * 100%)	1. 所提「執行目標」及「預期效益之評估指標」內容均相同。目前所提較屬「預期效益之評估指標」，請中醫部門再行研議執行目標內容。 2. 有關預期效益之評估指標「中藥不良反應報告數量低於 0.1%」：查協商會議資料，健保署表示目前並無「中藥不良反應」相關資料，請中醫部門說明資料取得方式，及指標值「低於 0.1%」之依據。
專款項目	中醫癌症患者加強照護整合方案 (延續 107 年項目) (352.3 百萬元)	服務人數以 14,000 人為目標。	FACT-G 、 CTCAE 等整體成效評估有改善	1. 執行目標： 114 年以服務人數 14,000 人為目標，惟查 112 年服務總人數已達 14,879 人。 考量 114 年擴大照護對象(增加 3 類癌別)，爰建議提高 114 年服務人數目標值。 2. 預期效益之評估指標： 所提 FACT-G 、 CTCAE 等整體成效評估改善內容不明確，建議明訂評估對象及方式，並訂定具體量化數值。
	中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	1. 參與院所數 150 家。 2. 服務人數	eGFR 量表評量結果呈正向發展。	1. 執行目標： 查 112 年執行院所為 158 家，服務總人數為 6,866

項目	新增或增加金額 超過 20%項目 (全年經費)	執行目標	預期效益之 評估指標	本會研析意見
	(延續 109 年項 目) (152.4 百萬元)	7,000 人。		<p>人，本項 114 年預算增加幅度>20%，達 44.7%，所訂目標參與院所數為 150 家、服務人數目標 7,000 人，爰建議再予提高。</p> <p>2.預期效益之評估指標：</p> <p>(1)所提 114 年指標「eGFR 量表評量結果呈正向發展」，建議訂定具體量化數值。</p> <p>(2)查本項 109 年曾提出具體的結果面指標「使慢性腎臟病患者延緩進入血液透析之期程」，惟尚未提供評估結果。考量該指標亦為西醫部門監測指標，建議維持，並提供具體評估結果。</p>

附表 114 年度中醫門診醫療給付費用協定項目表

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
一般服務			
醫療服務成本及人口 因素成長率	3.588%	1,119.5	<p>1. 計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率 = [(1+人口結構改變率 + 醫療服務成本指數改變率) × (1+投保人口預估成長率)] - 1。</p>
投保人口預估成長率	0.362%		
人口結構改變率	0.802%		
醫療服務成本指數 改變率	2.412%		2. 醫療服務成本指數改變率所增加之預算(752.6 百萬元)，其中 53.4 百萬元併入「提升用藥品質」項目使用。
協商因素成長率	1.880%	586.7	請於 114 年 7 月前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效納入 115 年度總額協商考量。
保險 給付 項目 及支 付標 準之 改變	1. 提升用藥品 質(114 年新 增項目)	1.112%	<p>1. <u>執行目標(暫列)</u>：</p> <p>(1) 確保用藥安全。</p> <p>(2) 中藥不良反應報告數量低於 0.1% (計算方法：中藥不良反應報告數 / 總用藥人次 * 100%)。</p> <p><u>預期效益之評估指標(暫列)</u>：</p> <p>(1) 確保用藥安全。</p> <p>(2) 中藥不良反應報告數量低於 0.1% (計算方法：中藥不良反應報告數 / 總用藥人次 * 100%)。</p> <p>2. 請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理以下事項：</p> <p>(1) 應增加健保中藥給付品項、提升用藥品質，並減少民眾用藥自費情形，具體規劃於 113 年 12 月前提報全民健康保險會。</p> <p>(2) 於額度內妥為管理運用，</p>

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				並落實中藥用藥品質提升及費用之監督與管理。 (3)請研議將科學中藥納入核實申報及進行藥價調查之可行性。
醫療密度改變	2. 中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案專款之論量計酬費用 - 移撥至一般服務費用不足部分(114 年新增項目)	0.513%	160.0	
	3. 中醫癌症患者加強照護整合方案專款專款(114 年新增子宮頸癌、子宮體癌、甲狀腺癌)與一般服務重複費用扣減(114 年新增項目)	-0.018%	-5.5	
	4. 照護機構中醫醫療照護方案專款之論量計酬費用移列一般服務(114 年新增項目)	0.276%	86.0	
	5. 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦	-0.003%	-0.8	1.為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。 2.本項不列入 115 年度總額協商之基期費用。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
一般服 務成長 率 ^{註1}	法之扣款			
	增加金額	5.468%	1,706.2	
	總金額		32,908.6	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於 113 年 11 月前完成，新增計畫原則於 113 年 12 月前完成，且均應於 114 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
1. 醫療資源不足地區改善方案	183.0	3.0		請中央健康保險署加強推動中醫巡迴醫療服務及獎勵開業服務計畫，並優先改善偏遠等級高地區之醫療服務。
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	465.9	29.1		持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷、呼吸困難相關疾病及術後疼痛中醫照護。
3. 中醫提升孕產照護品質計畫	82.0	12.0		請中央健康保險署持續評估本計畫提升孕產照護的成效，對於執行成效良好之保胎項目，請規劃導入一般服務；另對成效有待提升之助孕項目，請研提改善策略，以提升助孕成功率。
4. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	0.0	-21.2		本項自 114 年度起停辦。
5. 中醫癌症患者加強照護整合方案	352.3	87.3		<p>1. <u>執行目標(暫列)：</u> <u>服務人數 14,000 人。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列)：</u> <u>FACT-G、CTCAE 等整體成效評估有改善。</u></p> <p>2. 請中央健康保險署辦理以下事項：</p>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			<p>(1)持續辦理「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」。</p> <p>(2)其中「癌症患者中醫門診加強照護計畫」，擴大適用於子宮頸癌、子宮體癌及甲狀腺癌。</p>
6. 中醫急症處置	10.0	0.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 會同中醫門診總額相關團體，持續檢討計畫執行情形及成效，於 114 年 7 月前提全民健康保險會報告。 2. 本計畫再試辦 1 年，若未呈現具體成效則應退場。
7. 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	152.4	47.1	<p>1. <u>執行目標(暫列)：</u> <u>參與院所數為 150 家及服務人數以 7,000 人為目標。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列)：</u> <u>eGFR 量表評量結果呈正向發展。</u></p> <p>2. 請中央健康保險署辦理以下事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 請持續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，以建立合理給付標準。 (2) 依 114 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，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 114 年 7 月提健保會報告。
8. 照護機構中醫醫療方案	8.0	-40.0	請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，檢討本

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			計畫費用(含論量計酬費用)申報之合理性，並分析治療模式、醫療服務介入成效等，朝論質計酬及建立合理支付等方向，精進支付制度。
9.品質保證保留款	29.8	-27.6	1. 本項專款額度(29.8 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品質保證保留款之額度(22.8 百萬元)，合併運用(計約 52.6 百萬元)。 2. 請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
10.網路頻寬補助費用	0.0	-83.0	本項 113 年預算 83 百萬元，114 年改由公務預算支應。
專款金額	1,283.4	6.7	
較基期成長率 (一般服務 + 專 款) ^{**2}	5.274%	1,712.9	
總金額		34,192.0	

註：1. 計算「一般服務成長率」所採基期費用為 31,202.4 百萬元(含 113 一般服務費用為 31,011.3 百萬元，及校正前 2 年度(112 年)投保人口預估成長率與實際之差值 187.1 百萬元，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 4.0 百萬元)。
 2. 計算「較 113 年度總額基期(一般服務+專款)」，所採基期費用為 32,479.1 百萬元，其中一般服務預算為 31,202.4 百萬元，專款為 1,276.7 百萬元。
 3. 本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

114 年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

114 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 113 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1+114 年度一般服務成長率)+114 年度專款項目經費

註：校正後 113 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 113.9.3 衛部保字第 1130139528 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度(113 年)牙醫門診一般服務醫療給付費用，校正前 2 年度(112 年)投保人口預估成長率與實際之差值，及加回前 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。

二、總額核定結果：

(一)一般服務成長率為 2.676%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.675%，協商因素成長率 0.001%。

(二)專款項目全年經費為 4,663.3 百萬元。

(三)前述二項額度經換算，114 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較基期成長 4.679%。各細項成長率及金額，如附表。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 114 年 7 月前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效納入 115 年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

1.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)(0.011%，預估增加 5.5 百萬元)(114 年新增項目)：

本項配合醫療器材使用規範修訂已導入支付標準修訂

項目，於一般服務編列預算。

- 2.「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」專款與一般服務重複費用扣減(0.000%，減列 0.2 百萬元)(114 年新增項目)。
- 3.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.010%，減少 4.7 百萬元)：

本項不列入 115 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 4,663.3 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 113 年 11 月前完成，新增計畫原則於 113 年 12 月前完成。

1.醫療資源不足地區改善方案：

- (1)全年經費 323.8 百萬元。
- (2)持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
- (3)請中央健康保險署檢討改善本計畫之執行規劃，並研議更有效之鼓勵策略。

2.牙醫特殊醫療服務計畫：

- (1)全年經費 805.9 百萬元。
- (2)持續辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者、老人長期照顧暨安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①持續監測本計畫醫療團適用對象(包含：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。
- ②依 114 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，請會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 114 年 7 月提全民健康保險會報告。

3.12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫：

- (1)全年經費 171.5 百萬元。
- (2)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，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。

4.超音波根管沖洗計畫：

- (1)全年經費 144.8 百萬元。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，及評估照護成效。
 - ②本計畫以 3 年為檢討期限(112~114 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，並於執行第 3 年(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
 - ③請於協商 115 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。

5.高風險疾病口腔照護計畫：

- (1)全年經費 2,800 百萬元。
- (2)加強高風險疾病病人口腔照護，並增加照護人數。
- (3)執行目標(暫列)：
 - ①「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達150 萬人次。
 - ②「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(P7302C)預估服務人次 150 萬人次。

預期效益之評估指標(暫列)：

- ①國人牙齒保存數較衛生福利部「110-112 年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增加。
- ②自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。
- ③65 歲以上病人 3 年後(116 年)起因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數減少。

(4)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①會同牙醫門診總額相關團體，於具體實施計畫中，妥為研訂「高風險疾病病人牙結石清除/塗氟」增加照護人數之作法，並評估其完整照護率及照護成效，研議朝完整照護包裹式支付、論病例或論質計酬等方向，進行支付制度改革。
- ②本計畫以 3 年為檢討期限(112~114 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，並於執行第 3 年(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
- ③請於協商 115 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。

6.特定疾病病人牙科就醫安全計畫：

- (1)全年經費 307.1 百萬元。
- (2)適用對象新增帕金森氏病人、失智症病人、甲狀腺相關疾病病人、與牙科治療相關之自體免疫系統病人。
- (3)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①會同牙醫門診總額相關團體，訂定「預期效益之評估指標」之監測值，以利評估成效，並於 114 年 7 月前提報全民健康保險會。

②本計畫以 3 年為檢討期限(113~115 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，並請於執行第 3 年(115 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

7.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)：本項移列一般服務。

8.品質保證保留款：

(1)全年經費 95.8 百萬元。

(2)本項專款額度(95.8 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品質保證保留款之額度(116.4 百萬元)，合併運用(計 212.2 百萬元)。

(3)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

9.網路頻寬補助費用：本項 113 年預算 143 百萬元，114 年改由公務預算支應。

10.癌症治療品質改善計畫：本項 113 年預算 10 百萬元，114 年改由公務預算支應。

11.非齒源性口腔疼痛處置(114 年新增項目)：

(1)全年經費 14.4 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：每年執行 10,000 人次。

預期效益之評估指標(暫列)：病歷記載之疼痛分數下降超過 3 成。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同牙醫門診總額相關團體，訂定醫療服務內容(含適應症之條件及申報資格，如限定專科別及層級別等)，於 113 年 12 月前提報全民健康保險會。

②本計畫以3年為檢討期限(114~116年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第3年(116年7月)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

.....

本會補充說明：

有關牙醫部門所提執行目標及預期效益之評估指標，本會研析如下：

專款項目 (全年經費)	執行目標	預期效益之 評估指標	本會研析意見
高風險疾病口腔照護計畫 (2,800 百萬元)	1. 「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達 150 萬人次。 2. 「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(P7302C)預估服務人次 150 萬人次。	1. 國人牙齒保存數較衛生福利部「110-112 年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增加。 2. 自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。 3. 65 歲以上病人 3 年後(116 年)起因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數減少。	<p>針對牙醫部門所提內容，研析如下：</p> <p>1.執行目標：</p> <p>(1)「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達 150 萬人次：114 年預算以 148.9 萬件推估，目標訂為服務 150 萬人次，應屬合理。</p> <p>(2)「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(P7302C)預估服務人次 150 萬人次：114 年預算以 127.3 萬件推估，目標訂為 150 萬人次，應屬合理。</p> <p>(3)考量協定事項要求增加高風險疾病病人牙結石清除及塗氟之照護人數，建議研議納入執行目標。</p> <p>2.預期效益之評估指標：</p> <p>(1)「國人牙齒保存數較衛生福利部『110-112 年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告』結果增加」及「自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩」：同 113 年所訂指標，已於本會 113 年第 1 次委員會議(113.1.24)提本會同意，並依委員意見修正，114 年沿用，尚屬合理。</p> <p>(2)65 歲以上病人 3 年後(116 年)起因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數減少：本項為 114 年新增指標，依 113 年評核委員建議增加「拔牙數」相關指標，尚屬合理。</p>
非齒源性口腔疼痛處置 (14.4 百萬元)	每年執行 10,000 人次。	病歷記載之疼痛分數下降超過 3 成。	針對牙醫部門所提內容，研析如下：
			<p>1.執行目標：</p> <p>每年執行 10,000 人次：114 年預算以 12,000 人次計算，目標訂為 10,000 人次，尚有調升空間。</p>

專款項目 (全年經費)	執行目標	預期效益之 評估指標	本會研析意見
			<p>2.預期效益之評估指標： 病歷記載之疼痛分數下降超過 3 成：屬於結果面之評估指標，尚屬合理。</p>

附表 114 年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項	
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率	2.675%	1,306.0	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成 長率=[(1+人口結構改變率+醫 療服務成本指數改變率)×(1+ 投保人口預估成長率)]-1。	
投保人口預估成長 率	0.362%			
人口結構改變率	0.257%			
醫療服務成本指數 改變率	2.048%			
協商因素成長率	0.001%	0.7	請於 114 年 7 月前提報各協商 項目之執行情形，延續性項 目則包含前 1 年成效評估檢討 報告；實施成效納入 115 年度 總額協商考量。	
其他議 定項目	1.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) (114 年新 增項目)	0.011%	5.5	本項配合醫療器材使用規範 修訂已導入支付標準修訂項 目，於一般服務編列預算。
	2.「12~18 歲青少年 口腔提升 照護試辦 計畫」專 款與一般 服務重複 費用扣減 (114 年新 增項目)	0.000%	-0.2	
	3.違反全民 健康保險 醫事服務	-0.010%	-4.7	本項不列入 115 年度總額協商 之基期費用。

項目			成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
		機構特約 及管理辦 法之扣款			
一 般 服 務 成 長 率 ^{註1}	增加金額		2.676%	1,306.7	
	總金額			50,129.8	
專款項目(全年計畫經費)					各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於 113 年 11 月前完成，新增計畫原則於 113 年 12 月前完成，且均應於 114 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
1. 醫療資源不足地區改善方案		323.8	13.8		1. 持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。 2. 請中央健康保險署檢討改善本計畫之執行規劃，並研議更有效之鼓勵策略。
2. 牙醫特殊醫療服務計畫		805.9	24.2		1. 持續辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者、老人長期照顧暨安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務。 2. 請中央健康保險署辦理下列事項： (1) 持續監測本計畫醫療團適用對象(包含：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。 (2) 依 114 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，請會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 114 年 7 月提全民健康保險會報告。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
3.12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫	171.5	0.0	請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，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。
4.超音波根管沖洗計畫	144.8	0.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，及評估照護成效。 2. 本計畫以 3 年為檢討期限 (112~114 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，並於執行第 3 年(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。 3. 請於協商 115 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。
5.高風險疾病口腔照護計畫	2,800.0	1,201.0	<p>1. 加強高風險疾病病人口腔照護，並增加照護人數。</p> <p>2. <u>執行目標(暫列)</u>：</p> <p>(1) 「<u>高風險疾病病人牙結石清除-全口</u>」(91090C)達<u>150 萬人次</u>。</p> <p>(2) 「<u>齲齒經驗之高風險患者氟化物治療</u>」(P7302C)預估服務人次<u>150 萬人次</u>。</p> <p><u>預期效益之評估指標(暫列)</u>：</p> <p>(1) <u>國人牙齒保存數較衛生福利部「110-112 年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增</u></p>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			<p><u>加。</u></p> <p><u>(2)自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。</u></p> <p><u>(3)65 歲以上病人 3 年後(116 年)起因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數減少。</u></p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同牙醫門診總額相關團體，於具體實施計畫中，妥為研訂「高風險疾病病人牙結石清除/塗氟」增加照護人數之作法，並評估其完整照護率及照護成效，研議朝完整照護包裹式支付、論病例或論質計酬等方向，進行支付制度改革。</p> <p>(2)本計畫以 3 年為檢討期限(112~114 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，並於執行第 3 年(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p> <p>(3)請於協商 115 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>
6.特定疾病病人牙科就醫安全計畫	307.1	0.0	<p>1.適用對象新增帕金森氏病人、失智症病人、甲狀腺相關疾病病人、與牙科治療相關之自體免疫系統病人。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同牙醫門診總額相關團體，訂定「預期效益之評</p>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			<p>估指標」之監測值，以利評估成效，並於 114 年 7 月前提報全民健康保險會。</p> <p>(2)本計畫以 3 年為檢討期限 (113~115 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，並請於執行第 3 年(115 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。</p>
7.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)	0.0	-5.5	本項移列一般服務。
8.品質保證保留款	95.8	48.0	<p>1. 本項專款額度(95.8 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品質保證保留款之額度(116.4 百萬元)，合併運用(計 212.2 百萬元)。</p> <p>2. 請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。</p>
9.網路頻寬補助費用	0.0	-143.0	本項 113 年預算 143 百萬元，114 年改由公務預算支應
10.癌症治療品質改善計畫	0.0	-10.0	本項 113 年預算 10 百萬元，114 年改由公務預算支應。
11.非齒源性口腔疼痛處置 (114 年新增項目)	14.4	14.4	<p>1. <u>執行目標(暫列)：</u> <u>每年執行 10,000 人次。</u></p> <p><u>預期效益之評估指標(暫列)：病歷記載之疼痛分數下降超過 3 成。</u></p>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			<p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同牙醫門診總額相關團體，訂定醫療服務內容(含適應症之條件及申報資格，如限定專科別及層級別等)，於 113 年 12 月前提報全民健康保險會。</p> <p>(2)本計畫以<u>3</u>年為檢討期限(<u>114~116</u> 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第<u>3</u>年(<u>116</u> 年 7 月)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p>
專款金額	4,663.3	1,142.9	
較基期成長率 (一般服務 + 專款) ^{#2}	增加金額 總金額	2,449.6 4.679% 54,793.1	

- 註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 48,823.3 百萬元(含 113 年一般服務預算為 48,516.8 百萬元，及校正前 2 年度(112 年)投保人口預估成長率與實際之差值 305.7 百萬元、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 0.8 百萬元)。
- 2.計算「較 113 年度總額基期(一般服務+專款)」，所採基期費用為 52,343.7 百萬元，其中一般服務預算為 48,823.3 百萬元，專款為 3,520.4 百萬元。
- 3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

114 年度全民健康保險其他預算及其分配

總額協商結論：

經付費者代表與中央健康保險署討論，付費者代表之建議方案如下，其中(八)、(十二)2 項中央健康保險署有不同意見，將一併陳報主管機關決定。

付費者代表之建議方案：

一、114 年度其他預算減少 1,092.1 百萬元，預算總額度為 18,227.7 百萬元，由中央健康保險署管控，各細項分配，如附表。

二、請中央健康保險署依協定事項辦理以下事宜：

(一)屬計畫型項目，應提出具體實施方案(含預定達成目標及預期效益之評估指標)，其中延續型計畫應於 113 年 11 月前完成，新增項目原則於 113 年 12 月前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。

(二)請於 114 年 7 月前提報執行情形，延續性項目應包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效納入 115 年度總額協商考量。

三、預算分配相關事項：

(一)基層總額轉診型態調整費用：

1.全年經費 800 百萬元。

2.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)」。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)訂定分級醫療成效評估指標，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)，評估分級醫療之執行效益。

- (2)持續檢討鼓勵分級醫療政策及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，提出改善方案，以提升下轉成效。
- (3)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。
- (4)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 114 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

(二)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：

- 1.全年經費 1,356.6 百萬元。
- 2.預期效益之評估指標：(暫列)

- ①山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度。
- ②成人預防保健利用率。
- ③子宮頸抹片利用率。

執行目標：(暫列)

- ①山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度達 95%。
- ②成人預防保健利用率 ≥ 20%。
- ③子宮頸抹片利用率 ≥ 16%。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)持續檢討山地離島地區民眾之醫療利用情形及照護品質(含建立醫療品質監測指標)，並評估 114 年新增鼓勵提升山地離島地區醫療服務措施之成效。
- (2)新增「公費醫師在地服務診次費用」：建立評估機制，檢討本項預算對鼓勵公費醫師留鄉之成效，包括公費醫師留鄉比率、區內開業情形及區內就醫率等，並提出退場規劃。
- (3)新增「山地離島地區醫療院所點值保障費用」：應審

慎評估鄰近都會地區醫療院所保障點值每點 1 元之合理性，並訂定排除條件。

(4)加強推動「偏鄉地區全人整合照護執行方案」，精進執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效。

(三)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之服務：

1.全年經費 9,378 百萬元。

2.本項醫療點數以每點 1 元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第 62 條規定採浮動點值處理。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)持續精進居家醫療照護模式，提升品質與成效之評估指標(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)，並檢討、修訂「居家醫療照護整合計畫」相關支付標準。

(2)擴大辦理「在宅急症照護試辦計畫」：

①加強監測病人安全、治療品質及成效，並滾動檢討計畫內容，以精進在宅急症照護模式。

②收集及分析本計畫替代醫院住院費用情形，供 115 年度總額協商參考。

③以 4 年為檢討期限(113~116 年)，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則於執行第 4 年(116 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

④於 114 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告(應含近年支付標準調整情形及成效指標監測結果)。

(四)支應醫院及西醫基層總額C 型肝炎藥費、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：全年經費 215 百萬元。

(五)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：本項移併至「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費、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」專款項目。

(六)推動促進醫療體系整合計畫：

1.全年經費 520 百萬元。

2.持續辦理「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」，及擴大辦理「遠距醫療會診」。

3.「遠距醫療會診」之執行目標及預期效益之評估指標：
預期效益(暫列)：增加 2 個山地離島適用地區、80 個醫療資源缺乏地區、51 所矯正機關及 3 所分監等保險對象專科門診可近性。

執行目標(暫列)：服務人次較前一年增加 10%。

4.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)檢討計畫執行方式，及評估醫療品質與成效，研提改善策略，以提升執行成效。

(2)為配合醫院「擴大多重慢性病收案照護」之政策，加強推動「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」，強化多重慢性病人之整合照護。

(3)擴大辦理並持續精進「急性後期整合照護計畫」之照護模式及評估指標，朝強化社區型服務模式方向規劃，並於 114 年 7 月前提全民健康保險會報告。

(4)於 114 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告(應含支付標準調整情形及執行成效檢討)。

(七)調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費：

- 1.全年經費 1,000 百萬元。
- 2.經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。

(八)提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：

- 1.全年經費 1,928.1 百萬元。
- 2.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)持續檢討本計畫醫療利用情形(包含監測醫療利用率、檢討門診次數成長合理性)，並加強執行面管理，訂定監測照護品質及健康結果改善之評估指標，評估執行成效，並於 114 年 7 月前提全民健康保險會報告。

(2)為減少疥瘡等傳染病發生，請矯正機關加強改善衛生環境。

中央健康保險署意見：

本署考量矯正機關之環境衛生非本署權責，建議刪除協定事項文字「請矯正機關加強改善衛生環境」。

(九)腎臟病照護及病人衛教計畫：

- 1.全年經費 500 百萬元。
- 2.持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫，並於額度內妥為管理運用。

- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)持續強化整合腎臟病前期之相關疾病照護計畫(如逐步整合至大家醫計畫)，並朝向以人為中心之整合服務，以延緩病人進入透析之照護。

(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。

(3)檢討「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之預算額度及核發指標，訂定更具鑑別度之獎勵方式，以落實獎勵之目的。

(十)提升用藥品質之藥事照護計畫：

1.全年經費 30 百萬元。

2.請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會加強推動計畫，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。

(十一)提升保險服務成效：

全年經費 0 百萬元。(113 年預算 5 億元，114 年改由公務預算支應，考量藥品確效屬食品藥物管理署權責，應由公務預算支應，爰不另編列預算)

(十二)114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等(114 年新增項目)：

1.全年經費 2,500 百萬元。

2.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)本項經費用於通盤檢討及修訂支付標準，其中住院護理費、急重罕症診療費等，多年未通盤調整的部份，建議列為優先調整項目，並不得用於保障點值每點 0.95 元相關費用。

(2)支付標準調整請以「預算中平」為調整原則(有調升項目亦相對有調降項目)，並於 114 年度總額公告後，將具體執行方案(如預算用途、執行內容及支付方式等)，提全民健康保險會同意後，依程序辦理。

中央健康保險署意見：建議全年經費 3,377 百萬元。

(十三)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：本項 113 年預算 1,486 百萬元，114 年改由公務預算支應。

(十四)因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能：本項 113 年預算 4,000 百萬元，114 年改由公務預算支應。

附表 114 年度其他預算協定項目表

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
其他預算(全年計畫經費)			<p>1. 屬計畫型項目，應提出具體實施方案(含預定達成目標及預期效益之評估指標)，其中延續型計畫應於113年11月前完成，新增項目原則於113年12月前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。</p> <p>2. 請於114年7月前提報執行情形，延續性項目應包含前1年成效評估檢討報告；實施成效納入115年度總額協商考量。</p>
1. 基層總額轉診型態調整費用	800.0	0.0	<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. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 訂定分級醫療成效評估指標，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)，評估分級醫療之執行效益。 (2) 持續檢討鼓勵分級醫療政策及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，提出改善方案，以提升下轉成效。 (3) 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。 (4) 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114年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
2. 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	1,356.6	501.2	<p>1. 預期效益之評估指標：(暫列)</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) <u>山地離島地區醫療給付效益提昇計畫</u> <u>民眾滿意度</u>。 (2) <u>成人預防保健利用率</u>。 (3) <u>子宮頸抹片利用率</u>。 <p>執行目標：(暫列)</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) <u>山地離島地區醫療給付效益提昇計畫</u> <u>民眾滿意度達95%</u>。 (2) <u>成人預防保健利用率≥20%</u>。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			<p>(3)子宮頸抹片利用率$\geq 16\%$。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1)持續檢討山地離島地區民眾之醫療利用情形及照護品質(含建立醫療品質監測指標)，並評估114年新增鼓勵提升山地離島地區醫療服務措施之成效。 (2)新增「公費醫師在地服務診次費用」：建立評估機制，檢討本項預算對鼓勵公費醫師留鄉之成效，包括公費醫師留鄉比率、區內開業情形及區內就醫率等，並提出退場規劃。 (3)新增「山地離島地區醫療院所點值保障費用」：應審慎評估鄰近都會地區醫療院所保障點值每點1元之合理性，並訂定排除條件。 (4)加強推動「偏鄉地區全人整合照護執行方案」，精進執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效。
3.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之服務	9,378.0	1,000.0	<p>1.本項醫療點數以每點1元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第62條規定採浮動點值處理。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1)持續精進居家醫療照護模式，提升品質與成效之評估指標(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)，並檢討、修訂「居家醫療照護整合計畫」相關支付標準。 (2)擴大辦理「在宅急症照護試辦計畫」： <ul style="list-style-type: none"> ①加強監測病人安全、治療品質及成效，並滾動檢討計畫內容，以精進在宅急症照護模式。 ②收集及分析本計畫替代醫院住院費用情形，供115年度總額協商參考。 ③以4年為檢討期限(113~116年)，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則於執行第4年(116年7月前)提出納入

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			<p>一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p> <p>④於 114 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告(應含近年支付標準調整情形及成效指標監測結果)。</p>
4. 支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費、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	215.0	125.0	
5. 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	0.0	-125.0	本項移併至「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費、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」專款項目。
6. 推動促進醫療體系整合計畫	520.0	70.0	<p>1.持續辦理「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」，及擴大辦理「遠距醫療會診」。</p> <p>2.「遠距醫療會診」之執行目標及預期效益之</p>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			<p><u>評估指標：</u></p> <p><u>預期效益(暫列)：增加2個山地離島適用地區、80個醫療資源缺乏地區、51所矯正機關及3所分監等保險對象專科門診可近性。</u></p> <p><u>執行目標(暫列)：服務人次較前一年增加10%。</u></p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1)檢討計畫執行方式，及評估醫療品質與成效，研提改善策略，以提升執行成效。 (2)為配合醫院「擴大多重慢性病收案照護」之政策，加強推動「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」，強化多重慢性病人之整合照護。 (3)擴大辦理並持續精進「急性後期整合照護計畫」之照護模式及評估指標，朝強化社區型服務模式方向規劃，並於114年7月前提全民健康保險會報告。 (4)於114年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告(應含支付標準調整情形及執行成效檢討)。
7.調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	1,000.0	559.4	經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。
8.提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,928.1	274.3	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.持續檢討本計畫醫療利用情形(包含監測醫療利用率、檢討門診次數成長合理性)，並加強執行面管理，訂定監測照護品質及健康結果改善之評估指標，評估執行成效，並於114年7月前提全民健康保險會報告。 2.為減少疥瘡等傳染病發生，<u>請矯正機關加強改善衛生環境</u>。 <p>中央健康保險署意見：</p> <p>本署考量矯正機關之環境衛生非本署權責，</p>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			建議刪除協定事項文字「請矯正機關加強改善衛生環境」。
9. 腎臟病照護及病人衛教計畫	500.0	-11.0	<p>1.持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫，並於額度內妥為管理運用。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1)持續強化整合腎臟病前期之相關疾病照護計畫(如逐步整合至大家醫計畫)，並朝向以人為中心之整合服務，以延緩病人進入透析之照護。 (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。 (3)檢討「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之預算額度及核發指標，訂定更具鑑別度之獎勵方式，以落實獎勵之目的。
10. 提升用藥品質之事照護計畫	30.0	0.0	請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會加強推動計畫，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。
11. 提升保險服務成效	0.0	-500.0	113年預算5億元，114年改由公務預算支應，考量藥品確效屬食品藥物管理署權責，應由公務預算支應，爰不另編列預算。
12. 114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以人事為主之支付標準調整、	<u>2,500.0</u>	<u>2,500.0</u>	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>1.本項經費用於通盤檢討及修訂支付標準，其中住院護理費、急重難罕症診療費等，多年未通盤調整的部份，建議列為優先調整項目，並不得用於保障點值每點0.95元相關費用。</p> <p>2.支付標準調整請以「預算中平」為調整原則(有調升項目亦相對有調降項目)，並於114年度總額公告後，將具體執行方案(如預算用途、執行內容及支付方式等)，提全民健康保險會同意後，依程序辦理。</p>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
急重難症支付費用調整(RBRVS)等(114年新增項目)			中央健康保險署意見： 建議全年經費3,377百萬元。
13.提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他機構網路頻寬補助費用	0.0	-1,486.0	本項113年預算1,486百萬元，114年改由公務預算支應。
14.因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能	0.0	-4,000	本項113年預算4,000百萬元，114年改由公務預算支應。
總計	18,227.7	-1,092.1	

(會議資料第 39 頁)

討論事項第三案「居家醫療照護整合計畫訪視費及個案管理費應衡酌實務給予合理調升，並將居家醫療整合照護預算逐步提升至健保整體預算百分之一規模案」

.....

中央健康保險署意見：

一、提升居家醫療照護訪視費：

- (一)查現行居家醫療照護整合計畫(下稱居整計畫)之預算係編列於其他預算專款「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」項下，專款涵蓋居家醫療與照護(居整計畫、支付標準第五部第一章及第三章)、精神疾病社區復健、助產所、轉銜長照 2.0 之服務及在宅急症照護試辦計畫。
- (二)考量執行居家醫療照護之時間及醫療成本逐年增加，及確保居家醫療服務量能，本署前曾於 112 年總額協商提案增加預算，惟未獲健保會同意，今年再於 114 年總額其他部門，爭取調高居家醫療照護訪視費用預算(規劃訪視費用調高 5%)，所需預算約 1.84 億元。

二、調升個案管理費：

- (一)有關現行居整計畫之個案管理費，除原每名病人每年支付 600 點外，為提升居家醫療照護品質，如醫事服務機構提供病人實質性整合照護者(收案滿 13 個月(含)以上，未於西醫門診就醫且完成用藥整合之病人)，給予品質獎勵調高個案管理費至 2,000 點。112 年居整計畫個案管理費共核付 1,452 家機構 80,060 名收案個案，約 0.5 億元，其中有 24,155 名個案符合品質獎勵條件。
- (二)另為鼓勵院所協助個案在宅善終提升安寧療護品質，本署刻正規劃以目前安寧療護支付方式為基礎，輔以品質評核加成獎勵機制，以及增加在宅善終獎勵費用，並於 114 年爭取新

增預算約 2.69 億元，以回應安寧醫事人員投入心力及增進其投入意願。

本署窗口：黃怡娟科長，連絡電話：02-27065866 分機 2636

(會議資料第 42 頁)

討論事項第四案「全民健保應強化社區型急性後期照顧(PAC)服務模式，協助病患重返家庭生活案」

.....

中央健康保險署意見：

一、全民健康保險急性後期整合照護計畫(PAC 計畫)係透過跨科系、跨醫院、跨地區的團隊合作，垂直整合急性期、急性後期及居家醫療照護，針對具積極復健潛能之個案，在治療黃金期提供高強度且密集復健，恢復功能或降低失能程度，減少再住院，促使回家後能順利獨立生活。

二、近三年 PAC 計畫成果說明：

(一) 照護人次

1. 按疾病別

疾病	110 年	111 年	112 年
腦中風	5,307	5,137	6,041
燒燙傷	9	11	12
脆弱性骨折	3,094	2,985	3,624
創傷性神經損傷	415	392	488
衰弱高齡	677	633	754
心臟衰竭	1,428	1,530	1,723
合計	10,930	10,688	12,642

2. 按執行模式

執行模式	110 年	111 年	112 年
住院模式	8,920	8,378	9,981
日間照護	49	89	79
居家照護	533	691	859
門診追蹤	1,428	1,530	1,723
合計	10,930	10,688	12,642

(二)結案病人整體成效結果進步占率

疾病	110 年	111 年	112 年
腦中風	91%	91%	92%
燒燙傷	94%	93%	91%
脆弱性骨折	95%	96%	96%
創傷性神經損傷	87%	91%	90%
衰弱高齡	75%	79%	80%
心臟衰竭	91%	92%	91%

三、為使 PAC 計畫有更多元的場域選擇及可及性，本署前與護理團體、復健治療人員全聯會召開會議討論一般護理之家納入 PAC 計畫居家模式之可行性，將併案納入 PAC 計畫檢討參考。未來將透過提高 PAC 計畫照護費、評估費、獎勵費等誘因，鼓勵社區資源加入 PAC 計畫，並逐步提高居家照護使用人次，使 PAC 計畫近一步朝社區型態發展。

本署窗口：黃怡娟科長，連絡電話：02-27065866 分機 2636