

衛生福利部全民健康保險會
第 6 屆 113 年第 11 次委員會會議資料

本資料未上網公開前

請勿對外提供

中華民國 113 年 12 月 25 日

衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 113 年第 11 次委員會議議程

〈頒發委員感謝狀及大合影〉

一、主席致詞

二、議程確認

三、確認上次(第 10 次)委員會議紀錄 ----- 1

四、本會重要業務報告 ----- 9

五、報告事項

(一)112 年全民健康保險自付差額特殊材料執行概況 ----- 75

(二)有關全民健康保險代謝症候群防治計畫 113 年執行情形及 成效評估 ----- 98

(三)醫療科技評估辦理情形及未來規劃專案報告 ----- 122

(四)中央健康保險署「113 年 11 月份全民健康保險業務執行報 告」)(書面報告) ----- 139

六、臨時動議

七、散會

(委員會議後辦理「數字會說話嗎？從十大死因到疾病負擔研究」
專題演講，開會通知單業於本(113)年 11 月 22 日以衛部健字第
1133360153 號發文諒達)

三、確認上次(第 10 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(113)年 12 月 2 日衛部健字第 1133360158 號函送委員在案，並於 11 月 29 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10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11月20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、曾幼筑

出席委員：(依姓名筆劃排序)

王委員惠玄、田委員士金、朱委員益宏(台灣社區醫院協會王秘書長秀貞代理)、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(台灣總工會張秘書長鈺民代理)、侯委員俊良、陳委員石池、陳委員杰、陳委員相國、陳委員節如、陳委員鴻文、黃委員小娟、黃委員金舜、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、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(全國工人總工會張理事長家銘代理)、韓委員幸紋

請假委員：張委員清田、游委員宏生、董委員正宗、謝委員佳宜

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：石署長崇良、龐副署長一鳴

本會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第9頁)

貳、議程確認：(詳附錄第9~10頁)

決定：

一、同意臨時提案「有關『全民健康保險提供矯正機關收容人醫療服務計畫』113年專款預算不足額數，擬由113年度醫療給付費用總額『其他預算』項下之『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』預算支應案」納入本次委員會議議程，安排於原有議案完成後討論。

二、餘照議程確認。

參、確認上次(第9次)委員會議紀錄：(詳附錄第11頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第12~29頁)

決定：

一、上次(第9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2項，同意繼續追蹤。

二、餘洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第30~58頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：113年第3季全民健康保險業務執行季報告，請鑒察。

決定：

一、本案洽悉。委員所提意見(含書面意見)，請中央健康保險署回復說明。

二、另請中央健康保險署於衛生福利部核(決)定114年度全民健康保險醫療給付費用總額後，列表呈現114年度總額，及加計各項政府挹注之公務預算(含總額移出項目之預算、罕病藥費及癌症新藥暫時性支付專款等)後之金額、成長率與其計算方式，提供委員參考。

陸、討論事項(詳附錄第59~75頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：114年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案，續請討論。

決議：

一、114年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度22.8百萬元)2.22%歸東區，97.78%歸其他五分區。

2.自五分區(不含東區)一般服務費用移撥150百萬元，作為風險調整移撥款，由各季提撥37.5百萬元：

(1)110 百萬元：逐季使用至預算使用完畢為止，補助其浮動點值以最低分區該季每點支付金額最高補至 0.9 元之差值(但最高不大於點值第二低的分區)；若經費不足，以原計算補助金額乘以折付比例計算。全年預算若有結餘則回歸一般服務費用。

(2)40 百萬元：按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。

3.五分區(不含東區)一般服務費用扣除上開移撥費用後，依下列參數占率分配：

(1)各分區實際收入預算占率：65%。

(2)各分區戶籍人口數占率：16%。

(3)各分區每人於各分區就醫次數之權值占率：9%。

(4)各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：4%。

(5)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。

(6)偏鄉人口預算分配調升機制：1%。若有餘款則依「各分區實際收入預算占率」分配。

二、所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。

三、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原

則。如仍有部分服務需採點值保障，請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定後，於113年12月前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

第二案

提案單位：本會第三組

案由：114年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，續請討論。

決議：

一、114年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度1.052億元)移撥至少6億元，作為風險調整移撥款。

2.扣除上開移撥費用後，預算70%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後之保險對象人數，30%依西醫基層總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

二、所涉執行面及計算(含風險調整移撥款額度、用途與執行方式)等相關細節，授權中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款額度、用途與執行方式請送本會備查。

三、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，於113年12月前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項

目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

第三案

提案單位：本會第三組

案由：114年度醫院總額一般服務之地區預算分配案，續請討論。

決議：

一、114年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

- 1.自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度3.887億元)移撥6.5億元，作為風險調整移撥款，用以持續推動各分區資源平衡發展，其中0.5億元用於因應東區因R值(各地區校正「人口風險因子」後之保險對象人數)占率調升造成之財務衝擊。
- 2.扣除上開移撥費用後，用於計算地區預算所採之門、住診費用比為45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

(1)門診服務(不含門診透析服務)：

預算53%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後之保險對象人數，47%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

(2)住院服務：

預算46%依各地區校正「人口風險因子」後之保險對象人數，54%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

(3)各地區門、住診服務，經依(1)、(2)計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

二、所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。

三、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定後，於113年12月前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

第四案

提案單位：中央健康保險署

案由：全民健康保險114年度保險費率方案(草案)，提請審議。

決議：

一、114年度保險費率經本會審議結果，建議維持現行費率5.17%。

二、上述審議結果將依全民健康保險法第24條第3項規定，併同與會人員發言實錄函請衛生福利部轉陳行政院核定，另請中央健康保險署就委員意見研參妥處。

柒、報告事項(詳附錄第76~92頁)

報告單位：中央健康保險署、本會

案由：112年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告，請鑒察。

決定：

一、本案洽悉。請中央健康保險署依委員所提意見，補充說明監測結果之資料解讀、退步指標之原因分析與改善策略送本會，俾憑彙製112年全民健康保險監理指標之監測結果報告，並上網公開。

二、另委員對監理指標之研修意見(包含指標適當性及操作型定義)，本會將彙整研析後召開專家學者諮詢會議提

出修正草案，至委員會議討論。

捌、臨時提案(詳附錄第93~100頁)

提案單位：中央健康保險署

案由：有關「全民健康保險提供矯正機關收容人醫療服務計畫」113年專款預算不足額數，擬由113年度醫療給付費用總額「其他預算」項下之「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」預算支應案，請鑒察。

決議：請中央健康保險署參考委員所提意見，具體說明本案符合「『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費項目』之適用範圍與動支程序」的條件，並補充相關資料後，提下次(113年第11次)委員會議(113.12.25)再議。

玖、臨時動議：無。

拾、散會：下午2時9分。

四、本會重要業務報告

一、本會依上次(第 10 次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

- (一)依討論事項第一案、第二案及第三案決議，併同第9次委員會議討論事項第四案決議，於本(113)年12月2日以衛部健字第1133360162號書函，將本會完成協定之「114年度全民健康保險醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式」陳報衛生福利部(下稱衛福部)核定，如附錄一(第143頁)。
- (二)依討論事項第四案決議，於本年12月3日以衛部健字第1133360161號書函，將本會審議全民健康保險114年度保險費率結果陳報衛福部，如附錄二(第144~148頁)，副本抄送中央健康保險署(下稱健保署)，請其就委員意見研參妥處。另衛福部業於本年12月11日以衛部保字第1130153252號函，將114年度保險費率案陳報行政院並副知本會，如附錄三(第149~151頁)。
- (三)依報告事項決定，有關全民健康保險監理指標之增修，本會將於114年上半年召開專家學者諮詢會議提出修正草案，再提會討論。
- (四)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計5項，依辦理情形，建議擬解除追蹤1項，繼續追蹤4項，如附表一(第19~21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四(第152~156頁)。

二、為利委員了解歷次委員會議未結案件之辦理情形，依例每半年(6月、12月)彙報1次，截至11月底未結案件計29項，依辦理情形，建議擬解除追蹤13項，繼續追蹤16項，如附表二(第22~38頁)，但最後仍依委員會議定結果辦理；歷次委員會議未結案件，將併說明一、(四)上次委員會議繼續追蹤案件，移請下屆委員繼續督辦。

三、依全民健康保險法第72條及本年度工作計畫，健保署應於本次委員會議提出「114年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善

方案(草案)」討論案，惟因該署表示(健保署來函後附)，擬以「提升照護涵蓋、落實全程照護」、「因地制宜、重點管控減少不合宜使用」、「銜接長照、無憂向晚」等 3 構面擬訂管控指標項目，部分指標項目設定及執行成效刻正請各分區業務組提供意見，後續並將召開專家諮詢會議研議，爰未及於本次會議提出。基於本方案為 114 年執行方案，建請該署儘速完成研議，俾提 114 年第 1 次委員會議討論。

四、依本會本年第 6 次委員會議(113.7.30)決定事項(略以)：「請中央健康保險署會同各總額部門相關團體，儘速辦理 113 年度總額核(決)定事項未完成之工作項目」，健保署提報辦理情形如附件二之劃線處(第 49~68 頁)，總計 25 項，其中有 6 項尚未完成，因 113 年度即將結束，建議解除追蹤及後續處理作法如下：

- (一)項次1~3，核定事項已提報歷次委員會議，部分未完成之內容，將依委員會議決定，納入114年評核及計畫檢討作業持續辦理。
- (二)項次4~6，均為延續性計畫/項目，考量113年度即將結束，請健保署儘速依決定事項辦理，本會將併入114年度總額核(決)定事項持續追蹤。

項次	部門	未完成項目	處理建議
1	牙醫門診	特定疾病病人牙科就醫安全計畫 (附件項次 11) ※核定事項：另依 112 年 10 月委員會議決議事項，「預期效益之評估指標」之具體評估方式(含：指標定義、比較年度與基礎、計算方式等)，請妥為研訂，併具體實施計畫於 112 年 12 月前提報	1.已提報 113 年第 1 次、第 6 次委員會議，依其決定僅餘 1 項指標之比較基準待訂定，請健保署會同牙醫門診總額相關團體，於 114 年 7 月評核時提報。 2.納入評核內容。
2		超音波根管沖洗計畫 (附件項次 17) ※核定事項：請於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源	1.成效指標已提報 112 年第 6 次、113 年第 1 次委員會議，其決定請健保署將量化之執行結果，併同於 114 年 7 月檢討計畫未來納入一般

項次	部門	未完成項目	處理建議
			服務或退場時之參據。 2.納入計畫檢討作業。
3		高風險疾病口腔照護計畫 (附件項次 18) ※核定事項：於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源	1.已提報 112 年第 6 次、113 年第 1 次、第 2 次委員會議，其決定請健保署將量化之執行結果，併同於 114 年 7 月檢討計畫未來納入一般服務或退場時之參據。 2.納入計畫檢討作業。
4	醫院	全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫 (附件項次 4) ※決定事項：檢討計畫之評估指標(含結果面指標)，呈現計畫之具體效益	本項為延續性計畫，請健保署持續檢討計畫評估指標，併入 114 年度總額核(決)定事項持續追蹤。
5		居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫(113 年新增)、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務 (附件項次 2) ※決定事項：持續精進居家醫療照護品質及成效之評估指標(如依「居家醫療」、「重度居家醫療」與「安寧療護」等不同照護階段之特性與目的，訂定監測指標)	本項為延續性計畫，請健保署持續精進居家醫療照護品質及成效評估指標，併入 114 年度總額核(決)定事項持續追蹤。
6	其他預算	推動促進醫療體系整合計畫辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」及「遠距醫療會診」 (附件項次 3) ※決定事項：另依本會 112 年第 11 次委員會議決定事項，請將 112 年度總額協定事項「『急性後期整合照護計畫』支付標準之調整，應考量各部門總額相關支付項目間之衡平性」納入 113 年度	本項為延續性計畫，請健保署檢討「急性後期整合照護計畫」時，其支付標準調整應考量支付衡平性，並納入 114 年度檢討計畫執行內容辦理，併入 114 年度總額核(決)定事項持續追蹤。

項次	部門	未完成項目	處理建議
		檢討計畫執行內容辦理	

- 五、健保署業依本會本年第 6 次委員會議(113.7.30)決定：「請健保署儘速完成中醫門診總額專款項目『照護機構中醫醫療照護方案』之預算扣減方式規劃，並參考委員意見研議調整一般服務項目『中醫利用新增人口』之就醫人數定義」，提出上開扣減方式規劃。彙整健保署提報內容及本會補充說明如附件三(第 69~71 頁)，經檢視健保署提報內容，尚屬合理，建議予以尊重。至於扣減時程，請健保署循例於 113 年第 3、4 季結算執行扣減。
- 六、針對上次(第 10 次)委員會議，就本會完成 114 年度保險費率審議結果作為委員關切重要議題之會訊報導主題，內容詳附錄五(第 157~158 頁)，已置於本會網頁(路徑：健保會首頁>最新訊息>委員關切重要議題分析，網址：<https://gov.tw/vqq>)，敬請委員轉知所屬團體之會員參閱。
- 七、衛福部及健保署於本年 11 月至 12 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 12 月 18 日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

1.本年 11 月 28 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，並自本年 12 月 1 日生效，如附錄六(第 159~161 頁)，本次修正重點如下：

(1)新增診療項目：第二部西醫第二章特定診療，第一節檢查，新增 14085C「B 型肝炎病毒核心關連抗原(HBcrAg)合併表面抗原(HBsAg)定量檢驗」等 9 項診療項目；第七節手術，新增 68058B「尾崎式手術(主動脈瓣之自體/人工心包膜新瓣葉重建手術)」等 2 項診療項目。【預算來源：113 年度醫院總額「新醫療科技」項下之新增診療項目預算 11 億元】

(2)修訂支付規範及調升支付點數：

①第二部西醫第二章特定診療【預算來源：113 年度醫院總額「新醫療科技」項下之新增診療項目預算 11 億元】：

A.增訂 12184C「去氧核糖核酸類定量擴增試驗」不得同時申報項目、擴增 30104B「All-RAS 基因突變分析實驗室開發檢測(LDTs)」等 2 項診療項目之檢測位點及調升支付點數、明訂 37042C「肝腫瘤無線頻率電熱療法」等 3 項診療項目之多顆腫瘤申報方式等。

B.將 30301B「實體腫瘤次世代基因定序」等 5 項支付規範之「檢測結果須於申報後一個月內依指定格式上傳至保險人，未上傳者本項不予支付」移列至第二十五項次世代基因定序通則，並修訂附表 2.2.1、附表 2.2.2 之適應症及應先執行檢測項目。

②第四部中醫【屬「執行面作業調整」，不增加財務支出】：

A.通則七：中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報第六章針灸合併傷科治療處置費上限，由 80 人次下修為 60 人次。

B.第四章針灸治療處置費、第五章傷科治療處置費，增列通則規範。

(3)自 114 年 1 月 1 日起，全面改版為 2023 年版國際疾病分類第十版(ICD-10-CM/PCS)，配合增列相關代碼。【屬「相關代碼」之修訂，爰不增加財務支出】

2.本年 12 月 9 日公告訂定「一百十四年全民健康保險保險對象住院應自行負擔費用之最高金額」，並定自 114 年 1 月 1 日生效，如附錄七(第 162~163 頁)，重點如下：

(1)因同一疾病每次住院應自行負擔費用之最高金額：51,000 元(113 年為 50,000 元)。

(2)全年累計住院應自行負擔費用之最高金額：86,000 元(113 年為 84,000 元)。

(3)前 2 項住院應自行負擔費用之最高金額適用範圍，以保

險對象於急性病房住院 30 日以內或於慢性病房住院 180 日以內，依全民健康保險法第 47 條規定所應自行負擔之醫療費用為限，不包括健保法所規定不予給付之項目。

(二)健保署

1.公告總額相關計畫如附錄八(第 164~170 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
113.11.6/ 114.1.1	全民健康 保險提供 保險對象 收容於矯 正機關者 醫療服務 計畫	<p>本次修訂重點如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.施行期間：第五期計畫自 114.1.1 起至 116.12.31 止。 2.照護對象之收容對象：確認收容對象是否具備投保資格，新增可使用「電子化政府服務平臺衛福部健保署資訊中介服務(Web IR)」查調確認。 3.醫療服務提供方式： <ol style="list-style-type: none"> (1)矯正機關內門診藥品處方及處方箋之調劑方式：新增通訊診療看診程序及申報規範。 (2)戒護外醫及轉診程序：新增可協調其他特約醫療院所共同提供戒護外醫診療與戒護住院等醫療服務。 4.醫療服務內容： <ol style="list-style-type: none"> (1)新增「遠距醫療」(限符合遠距醫療給付計畫可執行之科別)及「通訊診療門診」方式(限皮膚科及精神科)，並明訂以實體門診為主，遠距醫療為輔，倘無法滿足收容人之醫療需求，才開設通訊診療門診。 (2)修訂矯正機關內門診掛號費由矯正機關與承作院所協商議定。 (3)新增承作院所應設置諮詢專線，其服務內容、時段由矯正機關與承作院所商議。 5.給付項目及支付標準： <ol style="list-style-type: none"> (1)明訂通訊診療之門診診察費不得加成。 (2)修訂論次計酬之名單(新增花蓮及台東監獄)，並增訂院所經專案核可之跨分

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>區支援臺東監獄，論次費用 4,000 點(同縣市院所支援，論次費用 2,000 點)。另明訂通訊診療不得申報論次費用。</p> <p>(3)「基本承作費」修改名稱為「承作獎勵金」，並修訂其核發基準及相關規定。</p> <p>6.點值結算方式：刪除「本計畫提供之醫療服務，其保障項目比照各總額部門一般服務預算之保障項目」文字。</p> <p>7.評估指標：新增「C 肝全口服抗病毒藥物治療率」指標。</p> <p>8.修訂作業須知，明訂醫療處置應以符合健保給付為主，及矯正機關人員應向醫師及收容對象說明自費項目需自行負擔。</p>
113.11.21/ 113.11.21	全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案	<p>修訂重點如下：</p> <p>1.方案包含二項子方案，方案一為既有之用藥安全方案，並更名為「臨床藥事照護方案」，方案二為 113 年新增之「抗凝血藥品藥師門診方案」。</p> <p>2.「臨床藥事照護方案」預算 147 百萬元，各層級預算分配為：醫學中心及區域醫院合計 110.1 百萬元、地區醫院 36.9 百萬元。</p> <p>3.增訂「抗凝血藥品藥師門診方案」，預算 20 百萬元，重點如下：</p> <p>(1)照護對象：首次使用或長期使用抗凝血藥品 warfarin 未達理想 INR 值 (International Normalized Ratio，國際標準凝血時間比)，INR 值超過治療目標或出血而至急診或住院之病人，或其他醫師認定需藥師諮詢照護之病人。</p> <p>(2)照護給付項目及支付標準：</p> <p>①首次藥事照護費：須由本方案通過評核之藥師提供首次照護，可申報首次藥事照護費 250 點，每位病人限申報 1 次。</p> <p>②追蹤藥事照護費：經完成初診之病人，由藥師依個案用藥情況進行追蹤，追蹤方式包含實體、線上及電話</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>等，可申報追蹤藥事照護費 200 點，結案前至多申報 6 次。</p> <p>③成效評估藥事照護費：藥師至少進行 2 次照護，可申報成效評估藥事照護費 200 點，每年每位病人最多 1 次，且該年均在同一醫療院所接受本項評估及達到成效指標。</p> <p>(3)成效及監測指標：</p> <p>①成效指標：照護後之 TTR(Percentage Time in Therapeutic Range)達 50%，或照護後之 TTR%較照護前增加 10%。</p> <p>②監測指標：每次照護登錄之 INR 監測數值。</p>
113.11.22/ 114.1.1	全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作照護計畫	配合 114.1.1 起門、住診醫療費用申報資料由 2014 年版 ICD-10-CM/PCS 轉為 2023 年版，修訂本計畫之腦中風適應症 ICD-10-CM 代碼。
113.12.4/ 114.1.1	全民健康保險檔案分析審查不予支付指標及處理方式	<p>1.配合健保署申報資料自 114.1.1 起全面改版為國際疾病分類第十版 (ICD-10-CM/PCS)，修正醫院及西醫基層總額「014-高血壓併氣喘病患不適當用藥處方率過高」、「016-COXII inhibitor 處方不當比率過高」、「027-高血壓懷孕婦女使用 ACEI 或 ARB 之比率偏高」等 3 項指標定義之相關代碼。</p> <p>2.修正西醫基層總額「001-眼科門診局部處置申報率」1 項指標之定義，主要新增排除要件，排除山地離島地區且眼科門診申報件數小於等於 100 件之院所。</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
113.12.6/ 113.12.6	全民健康 保險醫療 資源不足 地區之醫 療服務提 升計畫	新增得申請本計畫之醫院：秀傳醫療社團 法人高雄秀傳紀念醫院。
113.12.6/ 113.12.1	全民健康 保險孕產 婦全程照 護醫療給 付改善方 案	修正重點如下： 1.計畫目標新增「強化高危險族群照護及優 化產程多元共照」，收案條件及參與院所 與人員資格新增「妊娠糖尿病管理照護」 相關規範。 2.給付項目及支付標準： (1)新增「妊娠糖尿病品質提升項目」： ①管理照護費：孕期追蹤(第1~4次)、 生產評估及產後追蹤，分別支付 200~600點。 ②胰島素注射獎勵費：每新增1人，獎 勵500點。 ③產後追蹤執行口服葡萄糖耐受試驗 (OGTT)。 (2)新增「產科醫師與助產人員共照項目」， 除原有生產費用，另支付12,000點/件。 3.新增10項「妊娠糖尿病監測指標」，並將 「剖腹產管控率」改列監測指標，不納入 品質獎勵。

2.本年11月11日副知，公告113年「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項中醫醫療照護計畫自本年10月1日起新增之承作院所及醫師名單，如附錄九(第171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)統計如附錄十(第172頁)。

- 3.本年 12 月 3 日檢送 113 年第 1 季其他預算結算說明表，公文如附錄十一(第 173 頁)，113 年全年經費 19,319.8 百萬元，1~3 月結算數 3,381.8 百萬元，整理預算執行情形如附錄十二(第 174 頁)供參考。
- 4.本年 12 月 4 日公告本保險特約醫事服務機構自 114 年 1 月 1 日起全面將門、住診醫療費用申報資料轉版為 2023 年版 ICD-10-CM/PCS，如附錄十三(第 175~177 頁)。
- 5.本年 9 月至 12 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 41 件、特材計 9 件，彙整如附錄十四(第 178~182 頁)。

決定：

上次(第 10 次)委員會議繼續列管追蹤事項

一、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： 113 年第 3 季全民健康保險業務執行季報告。	委員所提意見(含書面意見)，請中央健康保險署回復說明。	於 113 年 11 月 29 日請辦健保署。	健保署回復：遵示辦理，委員所提意見，說明如附件一(第 39 頁)。配合辦理。	解除追蹤	—

二、擬繼續追蹤(共 4 項)

項次	案由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	優先報告事項： 113 年第 3 季全民健康保險業務執行季報告。	另請中央健康保險署於衛生福利部核(決)定 114 年度全民健康保險醫療給付費用總額後，列表呈現 114 年度總額，及加計各項政府挹注之公務預算(含總額移出項目之預算、罕病藥費及癌症新藥暫時性支付專款等)後之金額、成長率與其計算方式，提供委員參考。	於 113 年 11 月 29 日請辦健保署。	健保署回復： 遵示辦理。	1.繼續追蹤 2.俟衛福部核(決)定 114 年度總額、健保署於最近一次委員會議提供資料後解除追蹤。	114 年 2 月
2	討論事項第 1 案及第 3 案： 114 年度中醫門診及醫院總額一般服務之地區預算分配案。	所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同中醫門診/醫院總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。	於 113 年 11 月 29 日請辦健保署。	健保署回復： 1.中醫門診總額： 本署已於 113 年 11 月 14 日全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 113 年第 4 次研商議事會議討論通過。 2.醫院總額： 有關 114 年風險調整移撥款執行方式請送貴會備查一節，俟台灣醫院協會提案至全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議討論定案後，再送貴會備查。	1.繼續追蹤 2.於健保署送本會備查後解除追蹤。	114 年 3 月
3	討論事項第 2 案： 114 年度	所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)額度、用途與執行方	於 113 年 11 月 29 日請辦健保	健保署回復： 俟中華民國醫師公會全國聯合會提案	1.繼續追蹤 2.於健保署將風險調	114 年 3 月

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
	西醫基層總額一般服務之地區預算分配案。	式)等相關細節，授權中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款額度、用途與執行方式請送本會備查。	署。	至全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議討論定案後，再送貴會備查。	整移撥款額度、用途與執行方式送本會備查後解除追蹤。	
4	報告事項：112 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告。	請中央健康保險署依委員所提意見，補充說明監測結果之資料解讀、退步指標之原因分析與改善策略送本會，俾憑彙製 112 年全民健康保險監理指標之監測結果報告，並上網公開。	於 113 年 11 月 29 日請辦健保署。	健保署回復：遵示辦理，委員所提意見，本署說明如附件一(第 40~48 頁)。	1.繼續追蹤 2.於本會完成 112 年全民健康保險監理指標之監測結果報告後解除追蹤。	114 年 1 月

附表二

歷次委員會議繼續列管追蹤事項(更新部分以底線標示)

一、擬解除追蹤(共 13 項)

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
一、總額協商				
1	有關建議各總額部門專款「網路頻寬補助費用」項目及其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」項目延長執行期間案，請健保署參考委員意見，會同各總額部門相關團體妥為研議退場後之執行規劃(包含財源規劃，例如由公務預算等其他財源支應)，並於協商 114 年度總額前，提報本會。(112.9 決議)	健保署回復： <u>本案已提報貴會 113 年第 7 次委員會議(113.8.21)報告。本項 114 年移列公務預算支應，建議解除列管。</u>	解除追蹤 (健保署已於 113 年第 7 次委員會議(113.8.21)提報，且本項專款於 114 年改由公務預算支應，爰建議解除追蹤)	—
2	請健保署會同各部門總額相關團體，確實依 113 年度總額核(決)定事項及時程，完成法定程序及提報本會等事宜，並儘速辦理須提 113 年第 1 次委員會議確認、同意或報告之事項(如 112.12.20 議事錄附件四)，以利年度總額順利推動。(112.12 決定、113.1 決議)	健保署回復： 1.需提會報告之事項共 2 項(「暫時性支付(新藥、新特材)」、「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」)已於 113 年第 1 次委員會議報告。 2.需提會確認或同意之事項共 13 項， <u>均已完成：</u> (1)醫院總額(共 5 項)： ①「提升醫院兒童急重症照護量能」、「抗微生物製劑管理及管染管制品質提升計畫」、「區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作」、「區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作」，已於 113 年	解除追蹤 (健保署已完成需提會報告 2 項、需提會確認或同意 13 項，爰建議解除追蹤)	—

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
		<p>第3次委員會議確認。</p> <p>②「<u>地區醫院全人全社區照護計畫</u>」，於113年第6次委員會議(113.7.30)報告，並於113年8月27日公告實施。另<u>地區醫院全人全社區照護計畫部分經費用於支應「在宅急症照護試辦計畫</u>」，該計畫已於113年5月24日公告(於113年第5次委員會議報告)。</p> <p>(2)西醫基層總額(共4項):</p> <p>①「<u>強化未滿4歲兒童之基層專科醫師照護</u>」、「<u>因應基層護理人力需求，提高1~30次人次診察費</u>」已於113年第1次委員會議確認；「<u>因醫療品質提升，增加之醫療費用</u>」已於113年第2次委員會議確認。</p> <p>②「<u>提升國人視力照護品質</u>」品質監測指標，已提113年8月20日「<u>全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商會議</u>」討論，會議決議為訂定結果品質監測指標計3項，另本署依<u>中華民國眼科醫學會</u>113年9月6日檢送指標之建議內容，已提至貴會第9</p>		

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
		<p><u>次 委 員 會</u> (113.10.23)確認。</p> <p>(3)牙醫門診總額(共2項): 「牙醫特殊醫療服務計畫」、「高風險疾病口腔照護計畫」),已於113年第1次委員會議確認。</p> <p>(4)其他預算(共1項): 「因應醫院護理人力需求,強化住院護理照護量能」,已於113年第1次委員會議確認。</p> <p>(5)各部門總額一般服務之點值保障項目,已於113年第1次委員會議確認。</p>		
3	另請健保署評估「牙醫特殊醫療服務計畫」、「高風險疾病口腔照護計畫」專款項目,其與一般服務費用重複或替代情形,併113年7月追蹤執行情形時提報評估結果,以利114年度總額協商。(113.1決議)	<p>健保署回復:</p> <p>1.<u>高風險疾病口腔照護計畫-複雜性複合體充填項目(89204C~89215C)與複合樹脂充填之差額400點納入專款結算,故無與一般服務替代情形,業經健保會第6屆113年第6次委員會議資料評析應屬合理。</u></p> <p>2.<u>113年申報牙特計畫醫療團服務其他具身心障礙證明者(特定治療項目代號LT),曾於112年一般服務申報之醫療費用(案件分類19)點數,業於113年9月回復「114年度全民健保醫療給付費用總額協商之保險付費者代表、專家學者與公正人士及政府機關代表委員座談會」之委員意見。</u></p>	解除追蹤 (健保署已於113年第6次委員會議(113.7.30)及114年總額協商參考資料提出評估結果,爰建議解除追蹤)	—

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
4	本次提請確認之 113 年醫院總額 4 項新增項目，委員所提意見，提供健保署修正及衛福部核定參考，並請於核定後副知本會。(113.4 決議)	<p>健保署回復：</p> <p>1.提升醫院兒童急重症照護量能：本案於 113 年 6 月 25 日以衛福部令發布修正，並於 113 年 7 月 1 日起生效。</p> <p>2.區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作：本案於 113 年 6 月 28 日公告並副知貴會，計畫自 113 年 7 月 1 日生效。</p> <p>3.區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作：本案於 113 年 6 月 28 日公告並副知貴會，計畫自 113 年 7 月 1 日生效。</p> <p>4.抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫：本案於 113 年 5 月 31 日公告並副知貴會，計畫自 113 年 6 月 1 日生效。</p>	解除追蹤 (113 年度醫院總額 4 項新增項目衛福部已核定並副知本會，爰建議解除追蹤)	—
5	113 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會報告之具體實施計畫/規劃，有關牙醫門診總額「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」，「預期效益之評估指標」之指標 1 未有具體評估方式，請健保署會同牙醫門診總額相關團體議定後提報本會。(113.1 決議)	<p>健保署回復：</p> <p>業於 113 年 7 月 12 日健保醫字第 1130663222 號提報貴會。</p>	解除追蹤 (已於 113 年第 6 次委員會議(113.7.30)本會重要業務報告，爰建議解除追蹤)	—
6	為利本會進行 114 年度總額之協議訂定，請健保署於衛生福利部交議總額範圍時，依法併同提出資源配置及財務平衡方案，供協商參考。(113.6 決定)	<p>健保署回復：</p> <p>有關 114 年度健保總額資源配置一節，本署業於 113 年 9 月 11 日以健保醫字第 1130118577 號函提交本署建議方案予貴會，另並配合提供 114 年財務試算資料，建</p>	解除追蹤 (健保署已提供 114 年度總額資源配置及財務試算資料供 114 年度總額協商參考，	—

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
		<u>議解除列管。</u>	爰建議解除追蹤)	
7	請健保署會同各總額部門相關團體，儘速辦理 113 年度總額核(決)定事項未完成之工作項目(如 113.7.30 議事錄附件二)，其中 10 項須於 114 年度總額協商前提出節流效益並納入總額預算財源考量，請務必依限提出。(113.7 決定)	健保署回復： <u>業已提供相關資料供協商參考。</u>	已列入本次會議本會重要業務報告，於報告後解除追蹤	—
8	請健保署儘速完成 113 年度中醫門診總額專款項目「照護機構中醫醫療照護方案」之預算扣減方式規劃，並參考委員意見研議調整一般服務項目「中醫利用新增人口」扣減方式之就醫人數定義。最遲於 113 年 12 月份委員會議將規劃、研議結果提報本會。(113.7 決定)	健保署回復： 中醫門診總額專款項目「照護機構中醫醫療照護方案」之預算扣減方式規劃， <u>將提至貴會 113 年第 11 次委員會議(113.12.25)報告。</u>	已列入本次會議本會重要業務報告，於報告後解除追蹤	—
9	請健保署研議 114 年度中醫門診總額協商草案時，妥善處理「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」是否退場之相關事宜。(113.7 決定)	健保署回復： <u>依 114 年中醫總額協商結果，「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」將於 114 年度停辦，回歸一般服務。</u>	解除追蹤 (本案試辦計畫將於 114 年度停辦、回歸一般服務，爰建議解除追蹤)	—
10	肯定中央健康保險署訂定「全民健康保險辦理特殊材料醫療科技評估作業要點」，為利委員瞭解醫療科技評估辦理情形及未來規劃(包含組織架構及分工、對病友權益保障等)，請於 113 年底前提出專案報告。(113.10 決定)	健保署回復： <u>專案報告將提至貴會 113 年第 11 次委員會議(113.12.25)，建議解除列管。</u>	已列入本次會議報告事項第三案，於報告後解除追蹤	—

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
二、部分負擔				
11	有關新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告，委員所提意見請健保署研參，並請於 113 年第 9 次委員會議(113.10.23)提報新制部分負擔全年成效檢討報告時，併同回應委員意見及說明改善行為，以利評估執行成效。(113.4 決定)	健保署回復： 已於貴會 113 年第 9 次委員會議(113.10.23)提報新制部分負擔全年成效檢討報告，並於第 10 次委員會議(113.11.20)回應委員意見及說明改善行為。	解除追蹤 (健保署已依限提報全年成效檢討報告，併同回應委員意見及說明改善行為，爰建議解除追蹤)	—
三、其他				
12	請健保署釐清保險憑證製發及存取資料管理辦法規定，新增應上傳項目與總額其他預算獎勵上傳項目之差異，並檢討繼續給予獎勵之必要及合理性。(112.2 決定)	健保署回復： 1.「 <u>全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法</u> 」新增應上傳項目係為加強醫療機構上傳檢驗(查)結果等項目之法源依據，與「 <u>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</u> 」鼓勵「即時」之目的不同。 2.另有關獎勵上傳項目已於 114 年移列由公務預算支應本署將持續檢討獎勵上傳項目之合理性，建議解除列管。	解除追蹤 (有關獎勵上傳項目已於 114 年改由公務預算支應，爰建議解除追蹤)	—
13	請健保署除配合 113 年度工作計畫辦理外，業務執行報告應定期提報之事項，亦請確實依時程辦理(詳 113.1.24 議事錄附件二之二)。並於每年第 1 季業務執行報告時，針對前一年全年健保業務執行情形作整體性說明。(113.1 決定)	健保署回復： 本署業配合於業務執行報告應提報月份，提供所列定期事項之內容，建議解除列管。	解除追蹤 (健保署已完成 113 年度提報事宜，嗣後並列為例行提報項目，爰建議解除追蹤)	—

二、擬繼續追蹤(共 16 項)

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
一、財務				
1	<p>(1)有關政府應負擔健保總經費法定下限 36%之計算方式：(106.7 決議、106.8、106.12、107.6、107.12、108.3、108.6 決定、108.11、108.12、109.4 決議、109.6、109.9 決定、109.10、109.11 決議、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12、112.2、112.6 決定、112.11 決議、112.12 決定、113.3 決議、113.6 決定)</p> <p>①建請衛福部匡正政府應負擔健保總經費法定下限 36%計算方式，委員所提意見送請衛福部及健保署審慎研析並檢討修正、研參。</p> <p>②健保署定期提報本會之健保財務收支情形表中，政府應負擔健保總經費法定下限 36%不足數之金額，請分別依主管機關依法認定及提案委員主張(註)之兩種計算方式及結果呈現。</p> <p>註：依健保法第 76 條第 1 項規定計算應提列之安全準備(各項來源金額≥ 0)後，再帶入同法第 2 條、第 3 條公式。</p> <p>③建議政府撥補歷年政府應負擔健保法定經費不足數之缺口，以確保健保財務之健全案，請主管機關積極研議處理。並請健保署協助本委員會向行政院彙報說明</p>	<p>社保司回復：</p> <p>1.政府應負擔健保總經費法定下限為二代健保新制度，施行初期因主計總處與衛福部法規見解差異，致相關預算編列產生疑義。案經行政院跨部會研商，已確立法律見解及計算方式，配合部分爭議修正之健保法施行細則第 45 條，亦經立法院實質審查確定，據以計算之各年度政府應負擔數，業由審計部完成審定，相關法制程序皆屬完備，合法性及合理性無虞。早期因政府部門間法規爭議衍生之預算不足數，已分年完成撥補，政府每年皆依法負擔本項經費。</p> <p>2.有關健保法施行細則第 45 條，本部已研議修正政府負擔 36%計算範圍以健保法規定為限，目前尚未完成，但行政院已先就此計算方式，於 114 年增加保險費補助 134 億元至健保基金。後續本部將配合政策方向辦理。</p> <p>健保署回復：</p> <p>有關政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數之計算方式，歷年來</p>	<p>1.繼續追蹤</p> <p>2.俟衛福部完成政府應負擔健保總經費法定下限 36%之法規檢討修正及提供資料與說明後解除追蹤。</p> <p>3.俟衛福部完成健保法施行細則第 45 條之法規檢討修正後解除追</p>	依社保司研修相關法令進度辦理

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	<p>.....</p> <p>(2)有關健保法施行細則第 45 條：(106.7 決議、107.4、107.5、107.6、107.12、108.3、108.6、108.12、109.6、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12、112.2、112.6 決定、112.11 決議、112.12、113.6 決定)</p> <p>健保法施行細則第 45 條，恐有違背母法第 27 條之虞，建請恢復 101 年 10 月 30 日修正通過之健保法施行細則第 45 條條文。</p>	皆依健保法第 2 條、第 3 條及同法施行細則第 45 條規定，以及行政院協商確立之法律見解及計算方式辦理。	蹤。	
2	<p>為監理全民健康保險財務正常運作，正視呆帳對於健保財務收支平衡的重大襲蝕影響，建請於每年度協商下年度健保總額預算時，應將前年度自 7 月 1 日起算至協商時當年度 6 月 30 日止的呆帳總額列為下年度健保總額預算基期的減項，就此減項計算結果，做為協商下年度健保總額預算擬定範圍的計算基準，並就每年健保呆帳納入公務預算或其他財務來源補助案，請健保署正視全民健保呆帳之問題，積極研擬事前防範措施及事後財源籌措方案，並研議全民健保呆帳由公務預算或其他財源補助之可能性。(109.6 決議)</p>	<p>健保署回復：</p> <p>1.針對經濟弱勢民眾，為使其享有就醫權益，本署提供分期繳納、紓困貸款等欠費協助措施。</p> <p>2.紓困貸款部分，依全民健康保險法第 99 條規定，設置全民健康保險紓困基金，提供保險對象無息申貸健保欠費或補助健保費及應自行負擔之費用。該基金 113 年度預算編列情形概述如下：</p> <p>(1)健保紓困貸款計畫 1.4 億元，係提供經濟困難無力繳納全民健康保險費之保險對象，無息申貸健保費及應自行負擔之費用。</p> <p>(2)協助弱勢族群排除就醫障礙計畫 2.2 億元，係補助經濟弱勢族群繳納健保欠費，並提</p>	<p>1.繼續追蹤</p> <p>2.俟健保署研議全民健保呆帳由公務預算或其他財源補助之可能性後解除追蹤。</p>	依健保署研擬進度辦理

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
		<p>供其就醫所產生之健保部分負擔、住院膳食費、救護車費用、偏遠地區交通費、掛號費與無健保身分者就醫時之醫療自付費用(以健保給付範圍為限)。</p> <p>(3)補助經濟困難者健保費計畫 8.1 億元，係補助合於社會救助法規定之中低收入戶應自付二分之一健保費。</p> <p>3.衛福部及本署每年均積極向財政部爭取公益彩券回饋金，辦理「協助弱勢族群排除就醫障礙計畫」，114 年指標性計畫已獲財政部審議通過，經費約為 2.8 億元，115 年計畫業已提出申請書爭取經費約 2.6 億元。</p> <p>4.<u>有關研議健保呆帳納入公務預算或其他財源補助之可能性一節，查行政院於 112 及 113 年度分別以公務預算及特別預算撥補全民健康保險基金 240 億元及 200 億元，114 年度健保財務協助方案編列 336 億元，上開預算雖未針對呆帳挹注經費，但行政院已衡酌整體健保財務狀況編列預算補助或減輕健保財務負擔，爰建請本項次解除追蹤。</u></p>		
二、新醫療科技、支付標準				

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
3	請健保署於考量病患權益及減少社會衝擊等情況下，檢討如何落實全民健康保險法第 51 條第 4 款之規定，包括研提「成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品」逐步不納入健保給付之規劃與配套措施，及對健保財務之影響評估；若確有窒礙難行之處，亦請評估有無修法之必要性。請健保署將前項整體評估結果(包含相關配套措施，且不能影響民眾用藥權益)，提至本會報告。(106.10 決議、108.3 決定)	<p>健保署回復：</p> <p>1.本署已著手檢討並縮小指示藥品給付範圍，並於 113 年 10 月 17 日函請相關醫學會就健保現行收載指示藥品，以臨床效益、醫學實證或醫療必要性提供具體建議，學會函復意見刻正彙整研議中。</p> <p>2.未來精進策略規劃：</p> <p>(1)持續檢討指示用藥之臨床需求：臨床必要、兒童用藥及公衛藥品為優先考量保留給付。</p> <p>(2)修法符合民意及實務作業：將處方藥或指示藥之類別與健保給付脫鉤，意指健保給付將以藥品臨床必要性作為考量。後續將持續與各界進行溝通凝聚修法共識。</p> <p>(3)醫界作業與廠商權益：取消給付將保留緩衝時間，並與納入給付者簽訂保證供貨穩定協議。</p>	<p>1.繼續追蹤</p> <p>2.俟健保署將整體評估結果提至本會報告後解除追蹤。</p>	依健保署研擬進度辦理
4	有關醫院及西醫基層總額之「新醫療科技(包括新藥及新特材等)」及「藥品及特材給付規定改變」預算檢討、調整與管控機制，委員認為應再說明新醫療科技引進之考量因素，其導入後對總額之財務壓力，以及導入後若超出原編預算之彌補機制。(111.6 決定)	<p>健保署回復：</p> <p>1.新醫療科技：</p> <p>(1)新藥：113 年編列 2,517 百萬(醫院總額 2,363 百萬元、西醫基層總額 154 百萬)，截至 113 年 9 月預估執行 1,986 百萬元(醫院總額 1,863 百萬元、西醫基層總額 123 百萬元)。</p> <p>(2)新特材：113 年編列 1,000 百萬(醫院總</p>	<p>1.繼續追蹤</p> <p>2.俟健保署依委員意見提出新醫療科技引進考量因素及財務管控措施後解除追蹤。</p>	114年6月

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
		<p>額)，截至 113 年 11 月，經特材共擬會議通過且公告生效計 63 品項，推估預算約 425.5 百萬元，實際申報費用約 30.70 百萬點(截至 8 月)。</p> <p>2.藥品及特材給付規定改變：</p> <p>(1)藥品：113 年編列 1,103 百萬(醫院總額 1,027 百萬元、西醫基層總額 76 百萬)，截至 113 年 9 月預估執行 783 百萬元(醫院總額 764 百萬元、西醫基層總額 19 百萬元)。</p> <p>(2)特材：113 年編列 3.5 億元(醫院總額)，說明如下：</p> <p>a.截至 113 年 11 月，經特材共同擬訂會議通過且公告生效給付規定計為 5 項，推估預算約 73 百萬元，實際申報費用約 5.68 百萬點(截至 8 月)。</p> <p>b.截至 113 年 11 月，經特材共同擬訂會議通過且公告生效因成本考量調升支付點數計 29 項，推估預算約 25.16 百萬點，實際申報費用約 4.8 百萬。</p>		
三、總額協商				
5	有關分級醫療各項策略之執行成效(含醫學中心及區域醫院門診減量措施、家庭醫師整合性照護計畫、強化基層照護能力及「開放表別」、鼓勵院所建立轉	<p>健保署回復：</p> <p>1.分級醫療為本署推動醫療改革之重要政策，各項措施按既定期程推動，配合指揮中心醫療量能降載措</p>	<p>1.繼續追蹤</p> <p>2.俟健保署補充說明因應後疫情時代精進分級醫</p>	依健保署研擬進度辦理

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	<p>診之合作機制)，對於醫學中心、區域醫院門診量確實已減少並達標但病人似未確實下轉，以及未進入轉診平台的病人流向，請健保署於 109 年委託研究「分級醫療制度之轉診就醫流向分析與原因探討」完成後，參考研究成果並進行相關檢討後，予以說明。(109.6 決定)</p> <p>.....</p> <p>有關 111 年度總額轉診相關協定事項之檢討與未來規劃，請健保署參考委員所提意見，持續檢討、精進分級醫療政策及相關鼓勵措施，並於 112 年度總額協商草案提出規劃方案，以早日落實分級醫療之政策目標。(111.7 決定)</p>	<p>施，強化基層醫院服務量能，減少大型醫院從事輕症服務，導引醫院與診所間成立垂直整合聯盟，提供病人上、下轉診的合作管道。</p> <p>2.為促進分級醫療，於 112 年 7 月調整部分負擔，鼓勵慢性病患於鄰近基層診所看診及領取連續處方箋藥品，逐步引導民眾就醫行為，以落實分級就醫措施，使醫療資源合理分配運用。</p> <p>3.持續調升醫院重症支付標準，113 年再就醫院兒童加護病床、中重度住院診察費予以加成給付，達到重症病人於醫院照護，輕症或穩定慢性病人於社區院所照護。</p> <p>4.積極推動大家醫計畫，鼓勵參與醫師接受各項慢性病照護知能，提升基層全人照護量能，並將建構家醫大平台供家醫群使用。</p>	療措施後解除追蹤。	
6	建議健保總額財源應優先解決總額缺口，不宜再新增任何項目案，委員所提意見，送請衛福部社會保險司及健保署研議。(110.9 決議)	<p>社保司回復：</p> <p>本部每年度擬訂總額範圍草案，其低推估由固定公式計算而得，再依據本部每年度政策目標，各項目新增預算加總得出高推估值，並於每年 6 月前函報行政院爭取範圍高推估值，俟行政院核定後交議至健保會協商，有關委員所提意見本部已納入年度總</p>	<p>1.繼續追蹤</p> <p>2.俟社保司及健保署依委員意見提供研議之具體結果後解除追蹤。</p>	依社保司、健保署研議進度辦理

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
		<p>額範圍相關作業參考。</p> <p>健保署回復：</p> <p>1.本署配合衛福部核定年度各部門醫療給付費用總額及貴會協定事項，辦理各項事宜。</p> <p>2.於各部門總額研商會議中，若該總額部門受託單位提案以「非協商因素」調升支付標準，本署將評估財務影響，若預估點值未達 0.95 元，則不建議增修支付標準。</p>		
7	112 年度牙醫門診總額依協定事項須提本會報告「預算扣減及節流效益之規劃」之未完成項目，其中涉及節流效益檢討之 3 項計畫，請健保署將其量化之執行結果，併同於 114 年 7 月檢討計畫未來納入一般服務或退場時之重要參據。(113.1 決議)	<p>健保署回復：</p> <p>1.有關 112 年度牙醫門診總額協定事項之需提節流效益之 3 項計畫，業於 113 年第 1 次委員 (113.1.24) 會報告，摘要如下：</p> <p>(1)「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」：執行 P7301C 後，89013C 及 89113C「複合體充填」二年內重補率較未執行 P7301C 者低(跨院所計算)。</p> <p>(2)「超音波根管沖洗計畫」：使用超音波根管沖洗的牙齒二年內根管治療之再治療率比未使用者低。</p> <p>(3)「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」：齲齒經驗之高風險患者 113 年起平均齲齒填補顆數增加率降低。</p> <p>2.考量 3 項計畫之節流效益指標需追蹤 2 年，</p>	<p>1.繼續追蹤</p> <p>2.於健保署將量化之執行結果提報 114 年 7 月份委員會議後解除追蹤。</p>	114 年 7 月

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
		本署將於完成追蹤後 提報貴會報告。		
8	有關 113 年度牙醫門診總額「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」之指標 1，請健保署會同牙醫門診總額相關團體於 114 年 7 月評核 113 年度總額執行成果時，提出合理之比較基準。(113.7 決定)	健保署回復： 遵照辦理。	1.繼續追蹤 2.健保署於評核 113 年度總額執行成果時提出合理之比較基準後解除追蹤。	114 年 7 月
9	請健保署於 114 年 3 月份委員會議提報 113 年度總額 4 項涉及四部門總額預算扣減方式之執行結果，作為 115 年度總額協商參考。(113.7 決定)	健保署回復： <u>遵照辦理。有關 12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫扣減方式，業經健保會 113 年第 6 次委員會議資料評析尚稱合理。</u>	1.繼續追蹤 2.於健保署提報後解除追蹤。	114 年 3 月
10	請健保署會同門診透析服務相關團體密切監測腹膜透析病人照護品質及健康結果，持續評估「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」專款項目執行成效。(113.7 決定)	健保署回復： 遵照辦理。	1.繼續追蹤 2.健保署於 114 年 7 月追蹤總額核(決)定事項辦理情形時併同提報後解除追蹤。	114 年 7 月
11	有關委員關切 114 年度全民健康保險醫療給付費用總額基期之計算是否包含移由公務預算支應項目之費用額度，請衛生福利部以書面回復並詳列其計算過程及結果(含公式及詳細數據)。(113.9 決定)	社保司回復： 1.114 年移由公務預算支應項目多為專款及其他部門預算，屬零基預算，不包含於低推估成長。每年總額係以，經校正之前 1 年總額乘上低推估公式 { [1+人口結構改變對醫療費用影響(A)+醫療服務成本指數改變率(B)]x[1+投保人口預估成長率(C)]-1 } x 前一年校正後一般服務費用占率，計算	1.繼續追蹤 2.於社保司召開總額基期檢討相關諮詢會議後解除追蹤。	—

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
		出低推估；再加上協商因素後，得出高推估；其中低推估公式有「校正後一般服務費用」占率，不含專款項目及其他部門預算。 2. 移除總額至公務預算編列之經費，為公共衛生、預防保健、資訊或政策需要等項目，排擠原本可能於一般服務之醫療服務運用資源配置，114 年該等項目回歸公務預算支應，挪出額度歸還一般醫療服務等上述公式計算，爰不於基期扣除。		
12	114 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案，所涉執行面及計算(含特定用途移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定之，其中特定用途移撥款執行方式請送本會備查。(113.10 決議)	健保署回復： <u>業於 113 年 11 月 19 日全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 113 年第 3 次研商議事會議討論通過。</u>	1. 繼續追蹤 2. 於健保署送本會備查後解除追蹤。	114 年 3 月
四、其他				
13	為提升醫療可近性、優化處方箋傳遞流程以及因應環保趨勢，提請衛福部儘速實施「電子處方箋」，本案屬衛福部及健保署權責，委員所提意見送請權責單位參考，並請健保署於例行業務執行報告提報辦理進度。(111.11 決議)	健保署回復： 經盤點評估，配合衛福部「電子處方箋」格式確認及「通訊診察治療辦法」之修訂，本署已規劃電子處方箋運作架構，並廣納外界意見，優化院所、藥局與民眾三方處方箋傳遞流程，確認處方箋的有效性以避免重複調劑等相關作業， <u>現正與慈濟醫院合作於花蓮地區辦理試辦計畫。</u>	1. 繼續追蹤 2. 俟健保署首次於例行業務執行報告提報後解除追蹤。	依健保署提報時程辦理

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
14	有關「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」之具體實施規劃，請健保署依 112 年度總額決定事項及委員所提意見，於下次委員會議提出本協定事項具體完整之分年目標、執行方法及期程。(112.11 決定)	<p>健保署回復：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.考量近年人力成本上升造成財務衝擊，為合理反應實際醫療成本及臨床人員的辛勞，<u>本署參考醫療服務資源耗用相對值(RBRVS)調整模式</u>，<u>研議支付標準調整方案</u>。 2.113年5月成立「<u>支付標準衡平性評量規劃專家小組</u>」並召開會議，就方法學及成本蒐集與校正程序等關鍵事宜進行討論，規劃優先調整醫事人力為主及急重難罕症相關項目。 3.本署刻正研擬「<u>不同工不同酬</u>」之支付標準調整可行性架構，並已於113年9月20日召開上述會議討論，獲共識如下： <ol style="list-style-type: none"> (1)規劃參考日本及美國門診診察費支付架構，優先調整醫事人力為主之基本診療項目。 (2)DRG 採包裹性支付，包含診察費、住院相關費用，調整上述診療項目，將提高 DRG 案件整體費用，藉由擴大住院 DRG 系統，針對提供高品質服務的醫療機構給予獎勵，以提升醫療服務品質。 4.為符合實際臨床醫療需要，讓醫療提供者 	<ol style="list-style-type: none"> 1.繼續追蹤 2.於健保署提出 114 年具體目標規劃及執行方法後解除追蹤。 	113 年 12 月

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
		得到合理醫療給付，本署將持續與醫界溝通討論，盼委員支持。		
15	<p>請健保署於提報 114 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案時，依衛福部核定函示，針對本會委員所提建議，說明審酌參採情形。(113.3 決定)</p> <p>.....</p> <p>有關 113 年第 1 季全民健康保險業務執行季報告之委員對於抑制資源不當耗用改善方案意見，請納入提報 113 年度執行成果及研修 114 年度方案參考(包含回應委員對指標之建議)。(113.5 決定)</p>	健保署回復： 配合辦理。	<p>1.繼續追蹤</p> <p>2.於健保署提報 113 年度執行成果及研修 114 年度方案，並說明委員意見參採情形後解除追蹤。</p>	114 年 5 月
16	<p>新增「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第 2 條第 1 項第 3 款之附表二指標項目案，本案請參考委員所提意見，註明新增指標「再住院率」之定義後，依法定程序陳報衛福部核定發布。(113.1 決議)</p>	<p>健保署回復：</p> <p>1.新增指標操作型定義已參考委員意見註明含急診轉住院案件。</p> <p>2.本署全民健康保險醫療品質資訊公開網新增疾病別指標網頁建置作業，因須進行不同階段驗證與測試，以確保網頁及資料呈現之正確性，並須進行資安檢測及修補，爰採分批上線，預定於 114 年 3 月底完成「肺炎」、114 年 6 月底完成「慢性阻塞性肺病」。</p> <p>3.網頁建置期間，為利各界能先行利用資料，將於 114 年 1 月底先於健保資料開放平台以開放資料集方式公開。</p>	<p>1.繼續追蹤</p> <p>2.衛福部已核定發布，惟新增指標及定義健保署尚未公開在醫療品質資訊公開網，將俟公開後解除追蹤。</p>	—

健保會第 6 屆 113 年第 10 次委員會議之健保署回復

上次(第 10 次)委員會議之擬解除追蹤項次 1

案由：113 年第 3 季全民健康保險業務執行季報告。

委員意見	健保署說明
<p>劉委員淑瓊(議事錄第 35 頁)</p> <p>在 6 月時，石崇良署長在接受記者訪問，有提到今年最快在年底要恢復門診減量的措施，所以就不知道有沒有真的要做？第 2 個，如果要做的话，門診減量 2% 夠不夠，從剛剛的數字看起來跟疫情前比都是增加了 20% 幾，如果我們只要門診減量 2%，到底有沒有用？第 3 個，門診減量 2% 的處方到底有沒有對症下藥？先不管醫院的應對措施，希望如果健保署現在可以回答的話，現在就讓我們瞭解，如果不行的話，是不是可以提 1 個專案的報告，到底這個現象，應該怎麼看待？有沒有 1 個合理的對策？謝謝。</p>	<p>考量各醫院規模不同，性質不同，在各地區功能也不同，難以齊一規定，因目前本署各分區業務組均與醫界組成共管會議共同管理總額，未來將思考透過分區共管納入醫院門診減量課題，由各分區視該區特性對於門住診達一定比率給予鼓勵，或將下轉成效納入獎勵指標等，透過各分區實際獎勵達成門診減量目標。</p>

上次(第 10 次)委員會議之擬繼續追蹤項次 4

案由：112 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告。

委員意見	健保署說明
<p>李委員永振(議事錄第 81 頁)</p> <p>首先感謝健保署同仁很用心把這些資料呈現出來，不過比較可惜的是，因為太用心，所以資料變成用補充資料方式提供，如果可以早一點的話會更好，當然健保會同仁在有限時間整理出後面的建議也相當不錯，2 個單位同仁所提供的，都依照我們規定呈現出來，坦白講沒有什麼可以挑剔的了，不過好還要更好，所以我很贊成剛才劉淑瓊委員、林文德委員及王惠玄委員所提到，大概就是認為這整理出來的東西，有些可以再進一步探討，未來可不可以稍微再衍生一下。</p> <p>另外，它有用到最近 3 年的資料，所以剛才我旁邊的劉守仁委員就提到，3 年裡面有 2 年是疫情期間，這樣怎麼比較呢？基礎好像比較不一樣，如果能夠再進一步闡釋一下的話會更完美。</p> <p>劉委員淑瓊(議事錄第 92 頁)</p> <p>剛剛龐一鳴副署長講得聽起來很有道理，確實指標監測結果有一個連貫性，但我覺得從健保署的角度光講到這邊還不夠，我們還希望聽到然後呢？的確最後不能只用 1、2 個指標，但是我們從指標裡面看到的問題就是這個。比方說聽起來最後的問題是回到護理人力不夠，對不對？剛剛劉林義組長講到急診病人轉入病房的時間，看起來根本原因是在護理人力，我們可能更期待聽到的是健保署告訴我們，這些指標之間的確有一些關聯性，但我們在策略上要從哪裡下手？要怎麼做？時間表是什麼？我覺得這對於制度的推進會比較有幫助。</p>	<p>本署每年配合貴會規劃形式提供各指標近年數據及相關監測結果說明資料，及提供歷年數據於年度報告最後一章節參考資料之監理指監測結果報表(107 年起)中，各指標呈現方式配合貴會規劃辦理。</p>

委員意見	健保署說明
<p>指標 1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率 (整體及各層級)</p> <p>劉委員淑瓊(議事錄第 78 頁)</p> <p>急診壅塞的問題，從數據上看起來，醫學中心的急診病人留置急診室超過 24 小時比率是在上升，我們在上一次委員會議就有提到，這並不是一個偶發短期的狀況，其實從 109 年開始就一直往上攀升，但健保設定的品質標準是小於 8 小時，而剛剛健保署同仁在第 6 張投影片講了很多猜測，因為它屬於病況比較危急、重度，所以處置時間要比較長等等，我覺得這些解釋，因為監測指標其實是很重要的，我們也很尊重健保署專業，但解釋這些指標時，我們希望能夠以證據說話，不是用這樣的猜測，因為剛剛你們猜測它病況較重，但你們定的品質指標就是小於 8 小時。每次提到這個問題，健保署回復都是說，你們會找急診醫學會修訂急診品質提升方案，感覺健保署在這個議題，就是有診斷無處方，所以也已經過了這麼長的時間，我們周圍都有不斷不斷地聽到，在急診待 1 晚或 2 晚已經變成基本消費了，我覺得這是很不好的 1 件事情，所以再講一次，就是我們希望要請健保署針對 5W1H(註)有個時間表，能趕快跟大家講，上次也提到逐家醫學中心，剛剛有提到說你們有跟他們監測，至於其進展情況，希望在健保會提報讓付費者代表能夠瞭解。</p> <p>王委員惠玄(議事錄第 80 頁)</p> <p>有關急診病人滯留，早上署長提到，有稍微去瞭解一下病人的特性跟胸腔相關疾病有關，但我想請教這是不是跟護理人力短缺、急診關床有關係，當然這也反映到護病比部分，</p>	<p>一、本署業於 113 年 8 月 5 日將急診品質提升方案修訂建議函詢台灣急診醫學會、台灣急診管理學會、台灣外傷醫學會及 3 位專家意見。本署目前已優先彙整前述意見，預計邀請台灣急診醫學會及台灣醫院協會召開方案研修會議。</p> <p>二、依據本署各分區業務組 113 年 4-5 月間偕同急診醫學會與醫界召開 6 次會議所歸納壅塞原因之一為「大型醫院護理人力不足致住院醫療供給受限」，本署將綜整 6 次會議之意見，併同提至方案研修會議討論。至於護理人力議題，本署將配合衛生福利部「護理人力政策整備 12 項策略計畫」辦理。</p>

委員意見	健保署說明
<p>剛剛劉淑瓊委員已經談到醫學中心、區域醫院護病比較低部分的月次占率下降，這部分不知道有沒有校正關床的醫院，因為關床的議題是備受關注。</p>	
<p>指標 1.3 癌末病人接受安寧療護比率及生前 6 個月每人申報醫療費用點數</p> <p>李委員永振(議事錄第 82 頁)</p> <p>剛剛我看到在 11 月 4 日媒體報導健保署針對長期依賴呼吸器的患者，要規劃精進安寧緩和醫療，這個值得肯定，因為我看到這項費用 2011 年好像是 280 幾億點，成長到去年已經變成 300 多億點了，我看到這數字已經沒有辦法去找上次署裡面提出來的資料，他應該是 10 年前了吧，那時候是 102、103、104 年有降下來，從 160 幾億點降到 120 幾億點，我查不到資料、印象是這樣，但我看到報導嚇一跳，280 多億點又跑到 360 多億點，這塊應該值得以另 1 案去處理。因為本案有安寧療護的相關指標，而媒體又提到這個呼吸器依賴患者要規劃精進安寧緩和醫療，因為這一塊的費用蠻高的，所以我看到報導又突發奇想，針對癌末的病人是不是可以進行類似規劃，這是第 1 個建議衍生出來的結果。</p> <p>王委員惠玄(議事錄第 87 頁)</p> <p>指標 1.3「癌末病人接受安寧療護比率及生前 6 個月每人申報醫療費用點數」應該有包含安寧共照吧？居家安寧有算進來嗎？</p>	<p>一、查現行支付標準安寧居家療護規範，收案條件已涵蓋癌症末期病人，提供訪視、一般診療、處置、病人及其家屬心理、社會及靈性等方面之照護。</p> <p>二、考量部分病人病情非屬住院或居家安寧收案階段，惟仍有安寧門診診療需求，並扣合早期介入緩和醫療之國際趨勢，本署近期陸續邀集安寧相關專業團體共同研議早期緩和醫療照護方案，規劃優先針對願意接受安寧緩和療護之癌症病人，提供門診照護及個案管理。</p> <p>三、為提升呼吸器依賴患者之照護品質，全民健康保險自 89 年起實施「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫，並自 111 年起訂有鼓勵脫離呼吸器、簽署 DNR、接受安寧療護之獎勵措</p>

委員意見	健保署說明
	<p>施，以降低長期使用呼吸器病人占用加護病房或急性病房之情況，促使醫療資源合理使用。</p> <p>四、本指標安寧療護包含住院安寧、安寧共照及安寧居家。</p>
<p>指標 1.4 區域醫院以上初級門診照護率 王委員惠玄(議事錄第 80 頁)</p> <p>這幾年有逐步上升的趨勢，先前觀察到這趨勢是因為疫情關係，但是看起來 112 年疫情已經降級了，而大家不經轉診直接就醫的比率卻還是在上升，不曉得這部分有沒有機會去瞭解，增加的部分是否有特定疾病類別的初級門診，如果是這樣的話，是不是有什麼可以去介入的特殊方案？</p>	<p>有關初級門診照護率係委託研究以 ICD-9-CM 診斷碼決定屬初級照護之疾病，預計於 ICD-10-CM 由 2014 年版轉版為 2023 年版後，視經費研擬重新定義分類再委託進行分析。</p>
<p>指標 2.3 照護連續性 吳委員榮達(議事錄第 77~78 頁)</p> <p>照護連續性的部分，在補充資料 1 第 31 頁，因為看起來是呈下降現象，這下降應該代表的是病人到處看診，可能是換不同醫療院所看診，可以分析它的原因，這樣子的趨勢確實是對我們的醫療目標好像是有所衝突的，想要瞭解可不可以做這方面的分析。</p> <p>王委員惠玄(議事錄第 80 頁)</p> <p>再來是有關指標 2.3「照護連續性」，剛剛吳榮達委員也就這個議題有所請教，這部分不曉得是不是有對多重疾病進行考量，因為我們人口快速老化中，高齡人口的多重慢性病狀況比較普遍。另外，關於轉診的衝擊，我們早上也聽到轉診率是有增加，不管是上轉、下轉甚至平轉，不論如何，轉診勢必就是跨院所，是</p>	<p>照護連續性指標監測病人集中於單一機構就醫，照護連續性指標值才會越好。惟現行的照護模式趨向多機構依專長整合式照護服務，如家庭醫師群整合照護計畫，係朝向鼓勵社區醫療群方式照護保險對象，本項指標建議修正。</p>

委員意見	健保署說明																								
不是就衝擊到這個指標的數值？這部分是不是也有進行比較或校正？																									
<p>指標 2.4 護理人力指標—全日平均護病比達加成之占率提升情形</p> <p>劉委員淑瓊(議事錄第 78~79 頁)</p> <p>護理人力的部分，有關全日平均護病比的達成率，因為現在資料只有 112 年，我們醫改會同仁就去比較 111 年，發現醫學中心、區域醫院在護病比加成率的最高級距，就是醫學中心小於 7 人、區域醫院小於 10 人的部分，其實都退步了，請看月次占率下降幅度，醫學中心從 42.7%降到 10.3%，區域醫院從 78.8%降到 58.2%，像這樣的降低是負面、不好的情況，我們就很希望健保署能夠跟我們說明一下到底發生什麼事情。</p>	<p>一、統計 108 年至 112 年「全日平均護病比」各層級醫院最高級距之月次占率如下表：</p> <table><tr><th>年度</th><th>醫學中心</th><th>區域醫院</th><th>地區醫院</th></tr><tr><td>108 年</td><td>10.7%</td><td>57.9%</td><td>86.8%</td></tr><tr><td>109 年</td><td>26.3%</td><td>68.4%</td><td>87.1%</td></tr><tr><td>110 年</td><td>44.7%</td><td>77.0%</td><td>86.2%</td></tr><tr><td>111 年</td><td>42.7%</td><td>78.8%</td><td>86.5%</td></tr><tr><td>112 年</td><td>10.3%</td><td>58.2%</td><td>86.1%</td></tr></table> <p>二、經檢視 112 年醫學中心及區域醫院最高級距之月次占率與 108 年資料類似；地區醫院近五年資料則相對穩定。</p> <p>三、考量前述「全日平均護病比」月次占率變化原因之一，可能與疫情後之護理人力缺口有關。為鼓勵護理人員留任，本署配合護理人力政策辦理「113 年度全民健康保險強化住院護理照護量能方案」，後續亦將配合衛生福利部「護理人力政策整備 12 項中長程策略計畫」辦理相關事宜，</p>	年度	醫學中心	區域醫院	地區醫院	108 年	10.7%	57.9%	86.8%	109 年	26.3%	68.4%	87.1%	110 年	44.7%	77.0%	86.2%	111 年	42.7%	78.8%	86.5%	112 年	10.3%	58.2%	86.1%
年度	醫學中心	區域醫院	地區醫院																						
108 年	10.7%	57.9%	86.8%																						
109 年	26.3%	68.4%	87.1%																						
110 年	44.7%	77.0%	86.2%																						
111 年	42.7%	78.8%	86.5%																						
112 年	10.3%	58.2%	86.1%																						

委員意見	健保署說明
	並持續監測「全日平均護病比」數值變化。
<p>指標 4.2 一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率(各部門)</p> <p>王委員惠玄(議事錄第 79 頁)</p> <p>我們普遍看到山地離島就醫率比較高，但林文德委員也提到就醫率提高當然是好的方向，但重點是有沒有減少可避免住院率，甚至我們上次也討論過，預防保健閾值只有 20%，是有點低，若就醫率可以達到這麼高，為什麼預防保健率還這麼低呢？</p>	<p>一、查山地離島地區 103~112 年可避免住院率(如附圖，第 48 頁)，109~111 年下降，112 年雖有上升趨勢，惟未達疫情前 108 年數值。</p> <p>二、有關成人預防保健利用率一節：</p> <p>(一)全國 109~111 年成人預防保健利用率為 27.6%，統計 112 年設籍山地離島且符合成人預防保健之居民，過去三年已接受成人預防保健服務之人數已達 40.1%。</p> <p>(二)112 年以「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS 計畫)」成人預防保健利用率公式^註計算前開利用率約為 20%，本署已將前開利用率修訂為必選指標，未來逐年調整閾值。</p> <p>註：IDS 計畫成人預防保健利用率=計畫實施地區當年符合受檢人數／〔(計畫實施地區 40 歲至 64 歲申報 G9 案件保險對象人數／3)+計畫實施地區 65 歲(含)申報 G9 案件保險</p>

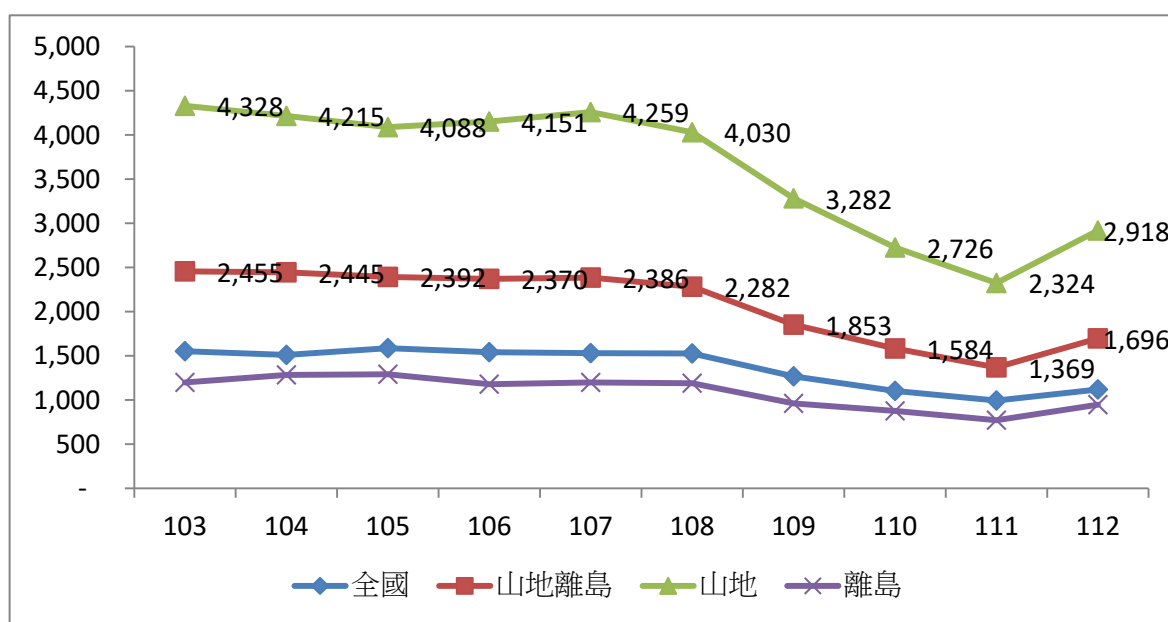
委員意見	健保署說明
	對象人數]
<p>指標 4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目) 滕委員西華(議事錄第 83-85 頁)</p> <p>先請教第 28 張投影片，大家都知道我非常關心自付差額特材的使用率，以及該特材會在何時納入全額給付，健保署也積極回應，特別在冠狀動脈塗藥支架的部分，這次報告也有提到今年 4 月 19 日已討論有共識，將優先全額給付於 ST 段上升的心肌梗塞。我就問幾個問題，第 1 個，現行全民健康保險全額給付點數從 2 萬 1 千點、1 萬 9 千點降到目前的 1 萬 4 千多點，但這個降價並沒有影響到自費，照理來說，當全民健保給付多的時候，自費就會變少，可是沒有，現在自費的塗藥支架都在 5.5~6 萬元之間，更貴的全吸收式生物血管支架是 12 萬多元，這價格居高不下，顯示長期以來，健保給付並沒有有效抑制自費價格的作用。</p> <p>裝置冠狀動脈塗藥支架手術後須服用抗血小板藥物，即是抗凝血藥物，健保只給付 3~6 個月，但幾乎大部分的醫師都會建議病人後續再自費買抗凝血藥物持續服用。現在將「冠狀動脈塗藥支架」項目納入健保全額給付，那抗凝血藥物健保全額給付，要不要隨著國際研究結果，將給付時間延長至 1 年。如果研究實證是要服用抗凝血藥物 1 年，沒有道理僅將冠狀動脈塗藥支架手術納入健保全額給付，還要讓病人自費吃抗凝血藥物，因為自付差額的平均占率為 70.3%，且該手術的年輕族群也很多，應要考慮納入全額支付。</p> <p>補充資料 1 第 37 頁投影片第 30 張「特殊功能及材質髓內釘組」項目的自付差額占率，</p>	<p>一、有關冠狀動脈塗藥支架及特殊功能及材質髓內釘組之歷程將於貴會 113 年第 11 次委員會議(113.12.25)之報告案「自付差額特殊材料品質整體檢討改善報告」中報告。</p> <p>二、目前健保對冠狀動脈塗藥支架手術後抗血小板藥物的給付規定為 3 至 6 個月，這是根據臨床專家的共識和臨床指引所訂定的；若未來有新的臨床證據或指引顯示延長用藥的必要性，各學會可提出建議案，本署將依據新的證據提請專家們討論並調整給付規定。</p>

委員意見	健保署說明
<p>111 年占率為 76.5%，112 年占率 77.9%，但這個項目為什麼沒有規劃納入全民健保全額給付的期程？還是要積極一點。特別是「冠狀動脈塗藥支架」項目的健保全額給付，已經講 10 年了，雖然今年 4 月經專家溝通會議討論通過，已經過去 6 個月了，請問什麼時候會看到後續結果？</p>	
<p>指標 5.4 資金運用收益率 李委員永振(議事錄第 82-83 頁)</p> <p>最近勞動基金又公布今年前 3 季的表現，他們的收益率真的讓人家羨慕，其 3 類基金的平均收益率是 14.69%，其中新制勞退基金是 14.45%規模最大，舊制勞退基金是 17.31%收益率最高，另外我們不是講勞保基金快破產了嗎，但勞保基金也有 16.09%，3 者收益率都在 14%以上，另我記得去年有提到過，3 類之中收益率較低的新制勞退基金，去年收益率亦有 12.06%，而今年變成是 14.45%。當然上次我在費率審議前專家諮詢會議有稍微提到這個，龐一鳴副署長也有說明可以瞭解，因為基金的規模不一樣，勞動基金比較大有好幾兆元，光新制勞退基金就有 4.4 兆元了，另外就是他們是長期資金，我們是短期資金，這我都瞭解、同意，但想一想會不會有太大的差異，昨天晚上我就找了一下，最近 2 年大概我們資金都維持 1,500 億元以上，今年大概超過 2,000 億元，當然這有時間的因素，有些可能不是現金，但是我想一想的話，應該也還好吧，我們要求不多就用 1,500 億元的話，應該也算是有相當規模的，有一些投信公司搞不好連這資金都沒有。另外就是我們在資金運用時，要考慮安全性、流動性跟收益性，收益性一定擺在最後，OK。</p>	<p>一、全民健康保險基金之來源主要來自保險費，並用以支付醫療費用，具「隨收隨付」之短期財務特性，資金運用之流動性及安全性更甚於收益性，另考量各月資金需求，僅能進行較短期性之投資，主要以定期存款、優惠存款及短期票券等固定收益工具為主，無法像勞動及勞退等財務非屬隨收隨付型之社會保險基金進行較長期性的投資。</p> <p>二、未來將視整體資金情況，若有其他收益較佳且符合需求之投資工具，再予以評估進行投資，以適時提升收益率。</p>

委員意見	健保署說明
所以我上次突發奇想說可否達到 5%就好，人家的三分之一也不算奢求，過去龐副署長說股票有慘跌這是事實，但是不要一朝被蛇咬，現在 9 成就是定存，剛剛說收益率有增加，這就是全球利率往上升當然增加，不增加才奇怪。所以有這樣的想法，是不是能以過去不好的經驗當警惕，有沒有辦法進一步弄出來，又突發奇想，至少安全準備 1 個月一定要有，沒有不行，我算一下明年的安全準備 1 個月差不多平均 714 億元，有到 700 億元也算是有一個規模，怎麼樣在這一塊來嘗試努力，對我們健保財務比較困頓的時候不無小補。	

附圖

103 年~112 年全國及山地離島可避免住院率趨勢圖



(註 1)可避免住院率計算方式：18 歲(含)以上急性指標及慢性指標之住院件數總和/18 歲以上人口(每十萬人口)

(註 2)依 AHRQ 第五版之 PQI 指標分類定義：

(1)急性指標：係指脫水、尿道感染、細菌性肺炎等 3 項指標。

(2)慢性指標：係指短期糖尿病併發症、長期糖尿病併發症、控制不良糖尿病、糖尿病下肢截肢、COPD 及成人氣喘、青年氣喘、高血壓、心臟衰竭、心絞痛等 9 項指標。

113 年度各部門總額核(決)定事項辦理情形

一、牙醫門診總額

工作項目	應完成 時限	辦理情形
需經本會同意/確認或向本會報告 ^註		
11 特定疾病病人牙科就醫安全計畫 (113 年新增項目) ※核定事項： (1)請妥為研訂完整之具體實施計畫(含適用對象之特定疾病病人定義、醫療服務內容、支付方式、稽核機制及成效監測)，於 112 年 12 月前提本會報告 (2)另依 112 年 10 月委員會議決議事項，「預期效益之評估指標」之具體評估方式(含：指標定義、比較年度與基礎、計算方式等)，請妥為研訂，併具體實施計畫於 112 年 12 月前提報	113 年 1 月 委員會議報告案	1.具體實施計畫已提報 113 年第 1 次委員會議(113.1.24)報告。 2.「預期效益之評估指標」之具體評估方式： 已提報 113 年第 1 次(113.1.24)、第 6 次(113.7.30)委員會議通過 2 項「預期效益之評估指標」之具體評估方式。惟指標 1(註)未提出合理之比較基準，決定請健保署會同牙醫門診總額相關團體於 114 年 7 月評核 113 年度總額執行成果時，提出合理之比較基準。 【註：指標 1 為「降低使用抗凝血劑病人牙科處置後 24 小時內，因牙科處置相關之口腔出血至院所就診之比率」】
提報本會執行情形(113 年初步結果/成果) ^註		
17 超音波根管沖洗計畫 ※核定事項： (1)加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效 (2)請於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源	113 年 7 月前	1.113 年編列 144.8 百萬元，截至 113 年 9 月辦理情形如下： 超音波根管沖洗(P7303C,100 點)服務 <u>71.5</u> 萬件，計畫目標 144.8 萬件，目標達成率 49.4%，約申報 <u>71.6</u> 百萬點，預算執行率 49.4%。 2.檢討實施成效，提出節流效益並納入協商 114 年度總額預算財源： 已提報 112 年第 6 次(112.7.26)、113 年第 1 次(113.1.24)委員會議

	工作項目	應完成 時限	辦理情形
17 續		113 年 7 月前	<p>通過 1 項節流效益成效指標(註)及其轉換為量化節流效益金額之計算方式，決定請健保署將其量化之執行結果，併同於 114 年 7 月檢討計畫未來納入一般服務或退場時之重要參據。</p> <p>【註：成效指標為「使用超音波根管沖洗的牙齒二年內根管治療之再治療率比未使用者低」。】</p>
18	<p>高風險疾病口腔照護計畫 ※核定事項：</p> <p>(1)原一般服務之「高風險疾病口腔照護」、原「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」專款項目合併辦理</p> <p>(2)於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源</p>		<p>1.113 年編列 1,599 百萬元，截至 113 年 9 月辦理情形如下：</p> <p>(1)高風險疾病口腔照護計畫服務 <u>181.9</u> 萬人次，約申報 <u>1,544.3</u> 百萬點，預算執行率 <u>96.6%</u>。</p> <p>(2)其中高風險疾病病人牙結石清除-全口(91090C)服務約 <u>87.4</u> 萬人次，目標值 8 萬人次，目標達成率 <u>1092%</u>；另齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫(P7302C)服務約 <u>132.8</u> 萬人次，目標值 202 萬人次，目標達成率 <u>65.7%</u>。</p> <p>(3)高風險疾病口腔照護計畫「複合體充填(89204C-89215C)」於 113.4.1 起適用，截至 113 年 9 月總計服務 <u>30.4</u> 萬人次；因方案規定係支付高於樹脂充填之 400 點差額，故實際由本計畫支應費用約 <u>163.9</u> 百萬點。</p> <p>2.檢討實施成效，提出節流效益並納入協商 114 年度總額預算財源：</p> <p>(1)本項 113 年整併 3 個原有協商項目。有關「高齲齒病患牙齒保</p>

工作項目		應完成 時限	辦理情形
18 續		113 年 7 月前	<p>存改善服務計畫」及「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」，已提報 112 年第 6 次(112.7.26)及 113 年第 1 次(113.1.24)委員會議通過節流效益成效指標(註)及其轉換為量化節流效益金額之計算方式。至於「高風險疾病口腔照護項目」，已提報 113 年第 2 次委員會議(113.3.13)同意以上開成效指標併同評估節流效益。</p> <p>(2)依成效指標定義，須追蹤個案接受處置後 2 年之效益(114 年方能完成統計)。113 年第 1 次委員會議(113.1.24)決定請健保署將其量化之執行結果，併同於 114 年 7 月檢討計畫未來納入一般服務或退場時之重要參據。</p> <p>【註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫之成效指標為「執行P7301C後，89013C及 89113C『複合體充填』二年內重補率較未執行P7301C者低(跨院所計算)」 2.齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫之成效指標為「齲齒經驗之高風險患者 113 年起平均齲齒填補顆數增加率降低」】
20	<p>癌症治療品質改善計畫(113 年新增項目)</p> <p>※核定事項：</p> <p>(1)監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質</p>		<p>1.113 年編列 10 百萬元，截至 113 年 9 月辦理情形如下：</p> <p>113 年 1~9 月共 533 家院所參加、服務人數計 57,181 人。</p> <p>2.提出結果面指標及執行成效：</p> <p>本計畫之成效指標為陽追率，</p>

工作項目		應完成 時限	辦理情形
20 續	(2)請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算★	113 年 7 月前	<p>113 年第 2 季 5 癌平均陽追率為 79.91%(大腸癌 75.94%、口腔癌 74.53%、子宮頸癌 83.26%、乳癌 89.72%、肺癌 75.55%)。</p> <p>3.於協商 114 年度總額前提出節流效益及適度回饋總額預算： 本署已將本計畫節流效益說明文字納入「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議資料(參考資料)」。</p>

註：

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

二、醫院總額

工作項目	應完成 時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會		
<p>4 全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)請確實檢討當地民眾之醫療需求與特性，及其醫療利用情形，並精進計畫內容及提升醫療服務可近性</p> <p>(2)另依本會 112 年第 11 次委員會議決定事項，請將 112 年度總額決定事項「檢討計畫之評估指標(含結果面指標)，呈現計畫之具體效益」納入 113 年度精進計畫內容辦理</p>	<p>113 年 1 月前</p>	<p>1.已於 113.4.16、113.10.29 公告並溯自 113.1.1 生效，計畫修訂重點已提報 113 年第 4 次(113.5.22)、第 10 次(113.11.20)委員會議。</p> <p>2.檢討計畫之評估指標(含結果面指標)，呈現計畫之具體效益，納入 113 年度精進計畫內容：</p> <p><u>為穩定偏遠地區燈塔型地區醫院正常營運，以維持該地區醫療量能，於「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫(113 年預算為 13 億元)」中增訂偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施。</u></p> <p>(1)第 1 階段補助：</p> <p><u>A.對象：離島、山地鄉及醫療資源不足或相鄰鄉鎮提供 24 小時急診及內、外、婦、兒科服務之醫院。</u></p> <p><u>B.給予浮動點值「最高 1 點 1 元」保障，每家醫院全年最高以 1,500 萬元為上限。</u></p> <p><u>C.113 年(11 月)共 99 家醫院參與計畫。</u></p> <p>(2)第 2 階段補助：燈塔型地區醫院(113 年開始)：</p> <p><u>A.離島醫院、急救責任醫院及該鄉鎮(區)僅有一家醫院者，於前開計畫預算中，撥用 2 億元，補助該等醫院收入或予以點值保障。</u></p> <p><u>B.本計畫(11 月)初步盤點名單共</u></p>

工作項目		應完成 時限	辦理情形
4 續		113 年 1 月 前	<p>有 72 家醫院，可補助家數 39 家； 另偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施為全年結算，爰暫無相關結算補助金額提供。</p> <p>【本會補充說明：查 113 年度計畫主要增訂偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施，尚未納入檢討後之計畫評估指標(含結果面指標)。】</p>
提報本會執行情形(113 年初步結果/成果) ^註			
27	<p>新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)於總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控★</p> <p>(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</p>	113 年 7 月 前	<p>1.113 年編列 4,463 百萬元，辦理情形如下：</p> <p>(1)診療項目：醫院總額預算 1,100 百萬元，截至 113.9.26 支付標準共同擬訂會議通過新增 32 項、修訂 88 項，推估全年約增加 10.68 億元，將持續召開共同擬訂會議討論。</p> <p>(2)新藥：編列 2,363 百萬元，截至 113 年 9 月預估執行情形 1,863 百萬元。</p> <p>(3)新特材：</p> <p>A.113 年醫院總額部門新特材預算為 1,000 百萬元，截至 113 年 11 月，經特材共擬會議通過且公告生效品項，推估執行預算約 425.5 百萬元。</p> <p>B.前述資料每 2 個月固定於特材共同擬訂會議進行新增品項及申報費用之報告案。</p> <p>2.提出 114 年度新醫療科技預算規劃與預估內容：</p> <p>(1)診療項目：114 年規劃預算 1,200 百萬元，醫院及西醫基層總額預計完成新增修診療項目至少 135 項。</p>

	工作項目	應完成 時限	辦理情形
27 續		113 年 7 月 前	<p>(2)新藥：114 年<u>規劃預算 2,363 百萬元。</u></p> <p>(3)新特材：截至 113 年 2 月止登載於「健保尚未納入給付之特材品項表」計 2,646 項，優先用於臨床缺口、急重症、兒童使用及使用量高之醫材，例如骨科及神經外科之植入物(如鎖定骨板骨釘組等)及外科手術使用之止血輔助物等，計 1,490 品項推估預算約為 4,513 百萬元，並研議至年度預算執行完畢。</p> <p>3.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：</p> <p><u>(1)新藥：</u> <u>持續依實證基礎與國際指引滾動式檢討健保已給付之藥品，113 年度就癌症化療、安眠類、治療呼吸道融合病毒等藥品進行HTR評估；另為完善HTR作業機制，於 113 年 4 月辦理產官學溝通會議，預計將再次邀集相關利益關係人召開會議討論，並完成HTR作業要點及流程公告。</u></p> <p><u>(2)新特材：</u> <u>A.截至 113 年 11 月，經特材共擬會議通過且公告生效計 63 品項，包含兒童醫材計 3 項、急重症醫材計 7 項、臨床缺口計 30 項、功能改善計 23 項。</u></p>

工作項目		應完成 時限	辦理情形
27 續		113 年 7 月 前	<u>B.運用醫療科技再評估機制(HTR)，針對已給付項目的療效及成本效益之追蹤或監測建立系統化的檢討機制，如放寬長效型新式輔助器(VAD)、人工電子耳給付規定，及維持迷走神經刺激系統(VNS)給付，並建立其登錄系統，輔以健保資料評估等。</u>
31	C 型肝炎藥費 ※決定事項： (1)辦理本項目 (2)於協商 114 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一★		1.113 年編列 2,224 百萬元，截至 113 年 9 月辦理情形如下： <u>預估經費使用 398.75 百萬元，執行率 17.93%。</u> 2.檢討實施成效，提出節流效益並納入 114 年度總額預算財源： 本署已於 114 年度總額協商時提出年度 C 肝專款預算執行情形，並檢討其實施成效。
43	精神科長效針劑藥費 ※決定事項：請積極推動，提升執行成效，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用		1.113 年編列 2,664 百萬元，截至 113 年 9 月 <u>預估執行 1,729.2 百萬元。</u> 2. <u>112 年度使用人數約 4.2 萬人及 113 年 1 月至 9 月使用人數約 4 萬人。</u> 3.建立照護成效相關指標： <u>思覺失調醫療給付改善方案品質指標 12 項，高風險病人達成 9 項，達標率 75%(9/12)，其中未達標 3 項(精神科平均每月規則門診比率、出院後轉規則門診比率、住院率)，持續推動本方案，鼓勵醫療院所提高思覺失調症之醫療照護品質。</u>

工作項目	應完成 時限	辦理情形
<p>48 癌症治療品質改善計畫</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質</p> <p>(2)請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算★</p>	<p>113 年 7 月 前</p>	<p>1.113 年編列 414 百萬元，截至 113 年 9 月辦理情形如下： 113 年 1~9 月共 <u>533</u> 家院所參加、服務人數計 <u>57,181</u> 人。</p> <p>2.提出結果面指標及執行成效： 本計畫之成效指標為陽追率，113 年第 2 季 5 癌平均陽追率為 <u>79.91%</u>(大腸癌 <u>75.94%</u>、口腔癌 <u>74.53%</u>、子宮頸癌 <u>83.26%</u>、乳癌 <u>89.72%</u>、肺癌 <u>75.55%</u>)。</p> <p>3.於協商 114 年度總額前提出節流效益及適度回饋總額預算： <u>本署已將本計畫節流效益說明文字納入「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議資料(參考資料)」。</u></p>
<p>49 慢性傳染病照護品質計畫</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)監測醫療利用情形及加強執行面監督，提升照護品質</p> <p>(2)執行成效之節流效益應適度回饋總額預算★</p>		<p>1.113 年編列 180 百萬元，截至 113 年 9 月辦理情形如下： 113 年 1~9 月申報 <u>122.59</u> 百萬點，預算執行率為 <u>68.1%</u>。</p> <p>2.113 年 10 月執行成效如下：</p> <p>(1)潛伏結核感染者完成治療比率達 <u>87%</u>。</p> <p>(2)愛滋感染者有服藥比率為 <u>96%</u>。</p> <p>(3)服藥感染者病毒量測不到比率 <u>95%</u>。</p> <p>(4)長照機構 LTBI 檢驗陽性加入治療比率 <u>76%</u>。</p> <p>(5)長照機構 LTBI 檢驗陽性完成治療率 <u>79%</u>。</p> <p>3.於協商 114 年度總額前提出節流效益及適度回饋總額預算： <u>本署已將本計畫節流效益說明</u></p>

工作項目		應完成 時限	辦理情形
49 續		113 年 7 月 前	<u>文字納入「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議資料(參考資料)」。</u>
52	地區醫院全人全社區照護計畫 (113 年新增項目)		113 年編列 500 百萬元， <u>部分經費用於支應「在宅急症照護試辦計畫」</u> ，截至 113 年 9 月辦理情形如下： 1. <u>本計畫業於 113 年 8 月 27 日公告，113 年計有 127 家地區醫院、471 位醫師參與，收案 11 萬餘名的三高病人。</u> 2. <u>在宅急症照護試辦計畫業於 113 年 5 月 24 日公告，並於 7 月 1 日起實施。截至 113 年 9 月底，地區醫院收案 156 人次，執行數約 372.5 萬點。</u>

註：

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

三、西醫基層總額

工作項目	應完成 時限	辦理情形
提報本會執行情形(113 年初步結果/成果)^註		
<p>21 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)於總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控★</p> <p>(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</p>	<p>113 年 7 月 前</p>	<p>1.113 年編列 200 百萬元，辦理情形如下：</p> <p>(1)診療項目：西醫基層總額 46 百萬元，截至 <u>113.9.26</u> 共同擬訂會議通過<u>新增 4 項、修訂 8 項，全年約增加 3.7 百萬點</u>，將持續召開共同擬訂會議討論。</p> <p>(2)新藥：編列 154 百萬元，截至 113 年 <u>9</u> 月，預估執行情形 <u>123</u> 百萬元。</p> <p>(3)新特材：113 年無編列預算，亦無新特材申報量。</p> <p>2.提出 114 年度新醫療科技預算規劃與預估內容：</p> <p>(1)診療項目：<u>114 年規劃預算 50 百萬元</u>，醫院及西醫基層總額預計完成新增修診療項目至少 <u>135 項</u>。</p> <p>(2)新藥：114 年<u>規劃預算 178</u> 百萬元。</p> <p>(3)新特材：截至 113 年 2 月止，登載於「健保尚未納入給付之特材品項表」計 2,646 項，優先用於臨床缺口、急重症、兒童使用及使用量高之特材，前述品項暫無用於西醫基層特材，爰 114 年暫無編列預算。</p> <p>3.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：</p> <p>(1)新藥：</p>

工作項目		應完成 時限	辦理情形
21 續		113 年 7 月 前	<p><u>持續依實證基礎與國際指引滾動式檢討健保已給付之藥品，113 年度就癌症化療、安眠類、治療呼吸道融合病毒等藥品進行 HTR 評估；另為完善 HTR 作業機制，於 113 年 4 月辦理產官學溝通會議，預計將再次邀集相關利益關係人召開會議討論，並完成 HTR 作業要點及流程公告。</u></p> <p>(2)新特材： <u>113 年無編列西醫基層新功能預算，爰無成果面績效指標。</u></p>
26	提升國人視力照護品質 ※決定事項：請檢討放寬白內障手術規範後，案件成長之合理性，及監測照護成效與民眾自費情形，並加強執行面管理與監督		<p>113 年編列 155.5 百萬元，辦理情形如下： <u>依本署 113.8.22 全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額第 3 次研商議事會議，會議決議依眼科醫學會之「白內障手術管控方案」每季回饋資料提供眼科醫學會及醫師公會全國聯合會自主管理，及提供各分區管控參考。</u></p>
30	C 型肝炎藥費 ※決定事項： (1)辦理本項目 (2)於協商 114 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一★		<p>1.113 年編列 292 百萬元，截至 113 年 9 月辦理情形如下： <u>經費使用 379.18 百萬元，執行率 129.86%。</u></p> <p>2.檢討實施成效，提出節流效益並納入 114 年度總額預算財源： 本署已於 114 年度總額協商時提出年度 C 肝專款預算執行情形，並檢討其實施成效。</p>

工作項目		應完成 時限	辦理情形
32	強化基層照護能力及「開放表別」項目 ※決定事項：建立評估機制，檢討各開放項目執行差異因素及其適當性，對於執行占率較高、有助病人留在基層就醫之開放品項，應規劃導入一般服務之時程	113 年 7 月 前	<p>1.本案於 113.4.19 公告自 113.5.1 生效，修訂 51018C「光化治療一天」及 51019C「光線治療(包括太陽光、紫外線、紅外線)一天」支付規範。</p> <p>2.本案提至 113.3.7 全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額第 1 次研商議事會議，請醫師公會全國聯合會視開放表別項目申報情形，針對基層執行占率較高之開放表別項目，研議分階段將預算導入一般服務；另本署每月定期回饋醫師公會全國聯合會各項開放表別執行情形，以利監測評估。</p>
34	偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫		113 年編列 50 百萬元，採半年結算，截至 113 年 2 季，參與之西醫基層診所 17 家，補助生產案件數 1,672 件；參與之助產機構 4 家，補助生產案件數 29 件（預算來源其他部門）。
40	精神科長效針劑藥費 ※決定事項：請積極推動，提升執行成效，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用		<p>1.113 年編列 100 百萬元，截至 113 年 9 月預估執行 30.14 百萬元。</p> <p>2.112 年度使用人數約 4.2 萬人及 113 年 1 月至 9 月使用人數約 4 萬人。</p> <p>3.建立照護成效相關指標：思覺失調醫療給付改善方案品質指標 12 項，高風險病人達成 9 項，達標率 75%(9/12)，其中未達標 3 項(精神科平均每月規則門診比率、出院後轉規則門診比率、住院率)，持續推動本方案，鼓勵醫療院所提高思覺失調症之醫療照護品質。</p>

工作項目	應完成 時限	辦理情形
<p>43 癌症治療品質改善計畫</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質</p> <p>(2)請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算★</p>	<p>113 年 7 月 前</p>	<p>1.113 年編列 93 百萬元，截至 113 年 9 月辦理情形如下： 113 年 1~9 月共 <u>533</u> 家院所參加、服務人數計 <u>57,181</u> 人。</p> <p>2.提出結果面指標及執行成效： 本計畫之成效指標為陽追率，113 年第 2 季 5 癌平均陽追率為 <u>79.91%</u>(大腸癌 75.94%、口腔癌 74.53%、子宮頸癌 83.26%、乳癌 89.72%、肺癌 75.55%)。</p> <p>3.於協商 114 年度總額前提出節流效益及適度回饋總額預算： <u>本署已將本計畫節流效益說明文字納入「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議資料(參考資料)」。</u></p>
<p>44 慢性傳染病照護品質計畫</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)監測醫療利用情形及加強執行面監督，提升照護品質</p> <p>(2)執行成效之節流效益應適度回饋總額預算★</p>		<p>1.113 年編列 20 百萬元，截至 113 年 9 月辦理情形如下： 113 年 1~9 月申報 <u>10.78</u> 百萬點，預算執行率為 <u>53.92%</u>。</p> <p>2.113 年 10 月執行成效如下： (1)潛伏結核感染者完成治療比率達 <u>87%</u>。 (2)愛滋感染者有服藥比率為 <u>96%</u>。 (3)服藥感染者病毒量測不到比率 <u>95%</u>。 (4)長照機構 LTBI 檢驗陽性加入治療比率 <u>76%</u>。 (5)長照機構 LTBI 檢驗陽性完成治療率 <u>79%</u>。</p> <p>3.於協商 114 年度總額前提出節流效益及適度回饋總額預算： <u>本署已將本計畫節流效益說明文字納入「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議資料(參考資料)」。</u></p>

註：

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

四、其他預算

工作項目	應完成 時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會		
<p>2 居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫(113 年新增)、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)持續精進居家醫療照護品質及成效之評估指標(如依「居家醫療」、「重度居家醫療」與「安寧療護」等不同照護階段之特性與目的，訂定監測指標)</p> <p>(2)辦理「在宅急症照護試辦計畫」</p>	<p>113 年 1 月前</p>	<p>1.居家醫療照護整合計畫：</p> <p>(1)延續 112 年計畫辦理，刻正配合居家透析及安寧療護相關規劃研擬居家醫療照護整合計畫修訂內容。</p> <p>(2)持續精進居家醫療照護品質及成效之評估指標：將配合修訂內容規劃相關評估指標。</p> <p>2.精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0：延續 112 年持續辦理。</p> <p>3.在宅急症照護試辦計畫：已於 113.5.24 公告，方案重點已提報 113 年 6 月份委員會議。</p>
<p>3 推動促進醫療體系整合計畫辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」及「遠距醫療會診」</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)檢討執行情形及辦理方式，以提升執行成效</p> <p>(2)另依本會 112 年第 11 次委員會議決定事項，請將 112 年度總額協定事項「『急性後期整合照護計畫』支付標準之調整，應考量各部門總額相關支付項目間之衡平性」納入 113 年度檢討計畫執行內容辦理</p>		<p>1.醫院以病人為中心門診整合照護計畫：延續 111.7.1 公告修訂內容辦理。</p> <p>2.急性後期整合照護計畫：延續 112 年計畫辦理。</p> <p>有關支付標準之調整，應考量各部門總額相關支付項目間之衡平性」納入 113 年度檢討計畫執行內容辦理：</p> <p><u>預計於 113 年第 4 季邀集各層級醫院協會、相關專科醫學會研修本計畫。</u></p> <p>3.跨層級醫院合作計畫：依據 113.3.29 公告修訂內容辦理。</p> <p>4.遠距醫療給付計畫：<u>113 年 8 月 27 日修正公告，施行地區新增「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</u></p>

工作項目		應完成 時限	辦理情形
3 續		113 年 1 月前	<u>缺乏地區、實施場域新增法務部 所屬矯正機關及其分監、會診科 別新增精神科(限矯正機關及分 監)</u> 。
需經本會同意/確認或向本會報告^註			
10	提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(併四部門總額之「網路頻寬補助費用」) ※決定事項：「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」(含四部門總額之「網路頻寬補助費用」)，請確實依退場期程(110~114 年)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於 113 年 7 月前提本會報告	依工作計畫排定於 113 年 8 月委員會議報告案	已提報 113 年第 7 次委員會議(113.8.21)報告。
提報本會執行情形(113 年初步結果/成果)^註			
16	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 ※決定事項： (1)辦理本項 (2)於協商 114 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一★	113 年 7 月前	1.113 年編列 125 百萬元，截至 113 年 9 月辦理情形如下： 醫院及西醫基層專款費用尚無經費不足之情事，尚未使用本項預算。 2.於協商 114 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源： <u>C型肝炎之治療涵蓋率，已自 106 年之 22.1%逐年提升自 112 年之 59.8%，而治療結束後病毒量檢測結果為陰性(治癒)比率由 106 年之 96.8%提升至 112 年之 98.5%。本署亦已提出年度 C 肝專款預算執行情形，並檢討其實施成效。</u>

工作項目	應完成 時限	辦理情形
<p>19 提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(併四部門總額之「網路頻寬補助費用」)</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)持續精進「提升院所智慧化資訊機制」之成效評估指標</p> <p>(2)請檢討四部門總額及其他醫事服務機構雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果與檢查影像上傳率，與建立稽核機制</p> <p>(3)於協商 114 年度總額前檢討實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源★</p>	<p>113 年 7 月前</p>	<p>1.113 年編列 1,486 百萬元，截至 113 年 9 月辦理情形如下：</p> <p>(1)113 年 1~9 月整體上傳率計 95.9%，其中醫院計 98.9%，診所(含檢驗所)計 81.9%。</p> <p>(2)截至 113 年 9 月整體參與率計 95%，其中醫院計 100%，診所計 96%，藥局計 94%，檢驗所計 91%，其他醫事機構計 94%。</p> <p>2.於協商 114 年度總額前檢討實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源：<u>本案已於 113 年 9 月提報至貴會。</u></p>
<p>22 提升保險服務成效</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)精進並提出能反映整體提升保險服務成效之評估指標</p> <p>(2)於協商 114 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源★</p>		<p>1.113 年編列 500 百萬元，本項預算主要用於提升健保資訊效能，辦理情形如下：</p> <p>(1)優化智慧型精準審查作業平台：如期如質完成總額結算與預估相關作業，有效控制醫療費用成長、<u>優化 IPL 數位化審查平台之影像檢核，收載流程及影像調閱架構，強化影像系統資安及提升整體審查量能。</u></p> <p>(2)持續優化醫療雲端查詢系統架構：新增「<u>C 型肝炎建議追蹤治療病人主動提示</u>」、「<u>終生給付限制就醫紀錄主動提示</u>」Web API，以促進醫療跨院及跨層級資訊共享、優化系統<u>開發建置流程</u>。</p>

	工作項目	應完成 時限	辦理情形
22 續		113 年 7 月前	<p>(3)優化輔助醫療審查應用與模型試驗平台：精進指標資料產製內容與完善涵蓋範圍，以協助本署監控醫療現況與掌握計畫推行成效；<u>配合診斷及處置代碼改版調整程式與優化資料彙算，並擴增健保刷卡異常樣態判別，輔助本署執行醫療審查、分析業務。</u></p> <p>(4)優化健保快易通 APP 及健康存摺系統：可測值民眾 IOT 的生理量(至少 3 項)納入手機內建 App。優化健康存摺新增「骨質疏鬆檢驗報告」與「肥胖防治」專區，協助民眾自我健康照護。<u>截至 113 年 10 月底健康存摺用戶達 1,182 萬人，較 112 年底增加 39 萬人。</u></p> <p>(5)持續提升全民健保全方位智能客服精進。</p> <p>(6)優化本署常規性醫療科技再評估制度及辦理已給付項目再評估：<u>107 年至 109 年蒐集各國作法與機制，並建立我國醫療科技再評估機制，自 110 年起正式篩選藥品品項進行再評估作業，依其再評估作業建議辦理完成之項目：</u></p> <p><u>A.110 年：篩選 9 項藥品，4 項維持給付、1 項給付限縮、1 項增訂給付規範、3 項持續審議辦理中。</u></p> <p><u>B.111 年：篩選 5 大類 46 項藥品，18 項維持給付、28 項持續審議辦理中。</u></p>

工作項目		應完成 時限	辦理情形
22 續		113 年 7 月前	<p>C.112 年：篩選 3 大類 5 項藥品， <u>審議辦理中。</u></p> <p>2.於協商 114 年度總額前檢討實施 成效，提出節流效益並納入該年 度總額預算財源： <u>本署已將本計畫節流效益說明 文字納入「114 年度全民健康保 險醫療給付費用總額協商會議 資料(參考資料)」。</u></p>

註：

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

彙整 113 年度中醫門診總額涉及預算扣減之協定事項、113.7.30 委員會議決定內容、健保署本次提報規劃結果及本會補充說明及建議

協商項目	協定事項(摘要)	113.7.30 委員會議決定內容	健保署本次提報規劃結果	本會補充說明及建議
中醫利用新增人口(113 年一般服務項目)	<p>1.依 113 年中醫實際就醫人數成長情形，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減，扣減方式：以「113 年實際就醫人數」扣除「112 年實際就醫人數」，乘以「113 年就醫者平均每人就醫費用」計算，若低於 113 年協定增加之預算 588 百萬元，則扣減未達之差額。</p> <p>2.預期效益之評估指標：113 年就醫人數大於 112 年就醫人數。(就醫人數均不含 U07.1(確認 COVID-19 病毒感染)、U09.9(嚴重特殊傳染性</p>	<p>1.同意之規劃內容：扣減方式:113 年就醫者平均每人就醫費用*(113 年實際就醫人數-112 年實際就醫人數)。</p> <p>2.待完成事項：請參考委員意見(註)研議調整扣減方式之就醫人數定義。</p> <p>【註:委員意見摘要：所提就醫人數定義與預期效益評估指標之就醫人數定義不相符，未排除職災及預防保健部分，且排除項目增加 C5 案件，爰請再行研議。】</p>	<p>配合中醫門診總額協定事項，並經 113 年 8 月 15 日全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 113 年第 3 次研議事會議報告，本案之就醫人數、醫療費用點數之操作型定義修正如下：</p> <p>1.就醫人數：不含案件分類 C5(嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件等)、B6(職災)、A3(預防保健)、主、次診斷為 U07.1(確認 COVID-19 病毒感染)、U09.9(嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)後的病況，未明示)之案件保險對象人數。</p> <p>2.就醫者平均每人就醫費用=113 年醫療費用點數/113 年就醫人數。</p> <p>(1)醫療費用點數=申請費用點</p>	<p>1.健保署本次所提已修正就醫人數定義(如左列)，尚屬合理，建議予以尊重，說明如下：</p> <p>(1)就醫人數已排除 B6(職災)、A3(預防保健)等不屬於健保支付部分，與預期效益評估指標之就醫人數定義相同，應屬合理。</p> <p>(2)排除項目增加 C5(嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件等)案件部分，考量疫情過後，113 年申報項目已取消 C5 案件，計算 113 年相</p>

協商項目	協定事項(摘要)	113.7.30 委員會議 決定內容	健保署本次提報規劃結果	本會補充說明及建議
	肺炎(COVID-19)後的病況，未明示)、 職災及預防保健部分)。		數+部分負擔。 (2)醫療費用點數：不含案件分類 C5(嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件等) 、 B6(職災) 、 A3(預防保健) 、主、次診斷為 U07.1(確認 COVID-19 病毒感染)、U09.9(嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)後的病況，未明示)之案件醫療費用點數。	對 112 年就醫人數成長，應有一致之比較基準，爰排除 C5 案件尚屬合理。 2.請健保署循例於 113 年第 3、4 季結算時執行扣減。
照護機構中醫照案(111 年新增專款)	依 113 年度預算執行結果，於一般服務扣除與本項重複部分之費用，其預算扣減方式規劃，請議定後，於 113 年 7 月提本會報告。	請儘速提出預算扣減方式及扣減時程。	本案經提全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 113 年第 4 次研商議事會議決議：俟 113 年第 4 季結算時，依 113 年申報費用之住民於本方案收案時點(註)，計算渠等於 112 年申報中醫門診醫療費用(扣除中醫專款項目及代辦案件)，視為一般服務移轉至本專款支應之重複部	1.健保署本次所提扣減計算方式，係依個案不同收案時點，訂定不同的扣減計算方式(如左列之註)，相較於 112 年扣減方式(註)，計算方式較細緻，尚屬合理，建議予以尊重。 2.請健保署於 113 年第 4

協商項目	協定事項(摘要)	113.7.30 委員會 決定內容	健保署本次提報規劃結果	本會補充說明及建議
			<p>分，於一般服務予以扣減。</p> <p>註：本會補充說明：依據健保署中醫門診總額 113 年第 4 次研商議事會議決定，113 年扣減計算方式如下：</p> <p>1.112 年 1 月(含)以前收案：113 年申報本計畫者，無一般服務移轉至專款支應情形，故不扣減。</p> <p>2.112 年 2 月起收案：以住民 112 年收案始點計算未接受本方案服務期間申報之中醫醫療費用(扣除中醫專款項目)，視為一般服務移轉至專款支應，應予扣減之重複費用。</p> <p>3.自 113 年起收案：以 113 年收案始點計算 112 年同期中醫醫療費用(扣除中醫專款項目)，視為一般服務移轉至專款支應，應予扣減之重複費用。</p>	<p>季結算時執行扣減。</p> <p>註：112 年扣減計算方式：以本方案 112 年新增申報費用之住民(即扣除 111 年已接受本方案服務之住民)，回推其 111 年中醫門診申報醫療費用點數，並排除中醫專款計畫/方案及代辦案件，視為自一般服務轉移至專款之費用，於 112 年第 4 季結算時予以扣減。</p>

報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：112 年全民健康保險自付差額特殊材料執行概況，請鑒察。

說明：

- 一、依據全民健康保險會 113 年度工作計畫事項辦理，於第 11 次委員會議提報本案。
- 二、檢送自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告(如附件一，第 80~92 頁)，摘要如下：
 - (一)截至 113 年 11 月 11 日，自付差額特材總共 10 類、次功能/材質分類計 87 類、收載品項數計 505 項。
 - (二)112 年自付差額特材申報占率未達 7 成之項目，因調整功能分類、再新增自付差額品項數，造成占率之變動，將持續觀察；另申報占率已達 7 成以上之項目說明如下：
 - 1.冠狀動脈塗藥支架：已於 113 年 8 月提至專家諮詢會議討論，建議優先在 STEMI 情形下由自付差額改為全額給付，後續依程序討論。
 - 2.特殊功能及材質髓內釘組：因 110 年 12 月 1 日起將民眾原自費使用「股骨幹」、「脛骨」、「肱骨」鈦合金材質髓內釘品項納入自付差額，以致健保自付差額占率上升至 7 成，後續於 114 年啟動研議納入健保全額給付，惟全額給付之健保預算增加約 4.5 億元(以 112 年申報量計算)，後續配合積極爭取預算。
 - (三)為確保民眾知的權利，已請健保特約院所上傳相關自付差額之民眾自付金額資訊至醫材比價網，以利民眾查詢。
 - (四)未來方向：在滿足民眾基本醫療需求，以臨床實證為前提，並兼顧健保特材收載與時俱進及健保財務衝擊，優先有條件式的納入健保全額給付。

報告單位業務窗口：張淑雅簡任技正，聯絡電話：02-27065866分機3012

.....

.....

.....

本會補充說明：

一、本案係健保署依本會訂定之「健保會討論自付差額特材案之作業流程」規定(如附件二，93~97 頁)及 113 年度工作計畫，於每年 12 月應提報自付差額特材整體檢討改善報告。

二、整理前揭作業流程規定應提報內容及該署提報資料，分析如下：

應提報內容	健保署提報資料
(一)自付差額特材品項利用情形： 現行各自付差額品項之申報數量及點數成長情形比較(含自付差額特材占率)。	10 類自付差額特材申報情形，如簡報第 6~15 張(第 82~87 頁)；其中冠狀動脈塗藥支架、特殊功能及材質髓內釘組 113 年至 9 月申報數量占率已超過 70%，如簡報第 7、14 張(第 83、86 頁)。
(二)相關管理規範之執行情形： 醫事服務機構的收費情形、事前充分告知(療效及價格)，及資訊公開等病人權益保障措施。	訂有院所應公開收費資訊及保障民眾知的權利之相關規範，未來規劃「建置全國性醫療費用資訊平台計畫」，以達資訊集中公開透明之目標，如簡報第 20~21 張(第 89~90 頁)。
(三)醫事服務機構的收費情形，及訂定自付差額上限之規劃與執行情形。	1. 醫事服務機構的收費情形：各類別自付差額特材院所收費範圍，如簡報第 4 張(第 81 頁)。 2. 自付差額上限之規劃與執行情形：院所收取差額之上限，不得超過健保核定費用扣除健保給付上限之差額，如簡報第 24 張(第 91 頁)。
(四)自付差額特材品項改列全額給付之規劃情形： 經健保署持續監測療效、安全性及成本效益，若有結合療效提升及價格下降之新事證，或已成為常規使用者，應檢討是	1. 「冠狀動脈塗藥支架」辦理情形，如簡報第 17 張(第 88 頁)。 2. 「特殊功能及材質髓內釘組」辦理情形，如簡報第 18 張(第 88 頁)。

應提報內容	健保署提報資料
否改列全額給付之時程，及其財源預估。	
(五)對健保財務之影響評估： 預估值(3~5 年)與實際值之比較。	未提供(因近 5 年內未有新增之自付差額特材)。

三、另依健保署上一次提報 111 年自付差額特材執行概況時(113.1.24，113 年第 1 次委員會議)，委員提出之意見，未見於本次報告內容說明，業於 113.12.12 請辦該署補充說明：

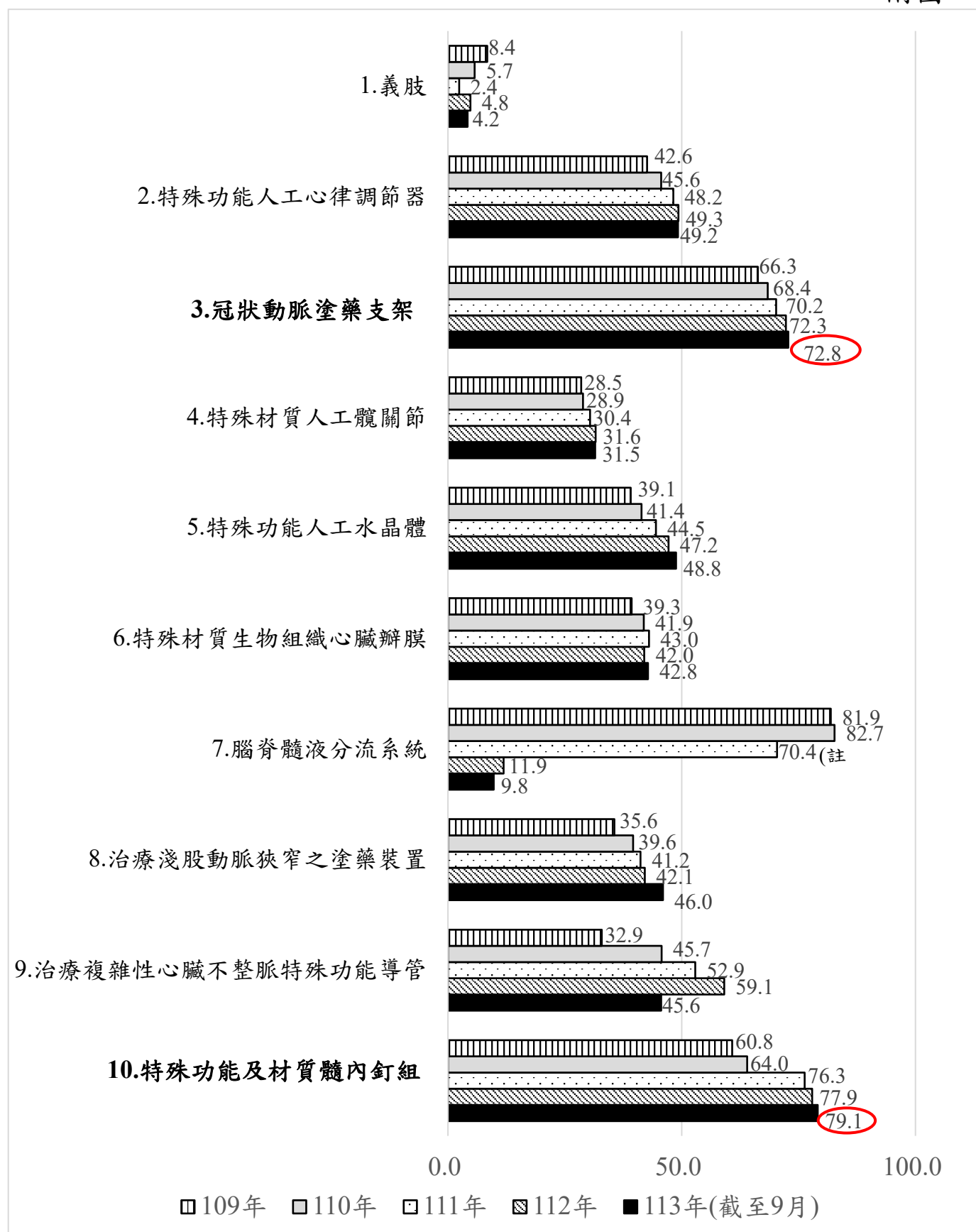
- (一)請進一步分析自付差額特材項下之各次功能分類的使用情形，以利未來研議納入全額給付之參考。
- (二)請健保署改善醫材比價網內容，將艱澀難懂之醫學用語轉化成淺顯易懂之文字，並建立民眾可簡易查詢的介面(包含適用對象或範圍的比較表)，以提升醫材比價網可用性。

四、目前全民健保自付差額特材計有 10 類別，收載品項數為 505 項，本會依健保署資料彙製 109 年至 113 年 9 月之申報數量占率，如附圖(第 79 頁)。其中至 113 年 9 月申報占率超過 70%者有 2 類別，分別為「冠狀動脈塗藥支架」及「特殊功能及材質髓內釘組」，歷來委員均要求健保署應於兼顧民眾就醫權益及健保財務平衡下，積極研議並儘速將其納入健保全額給付之特材。

序號	類別	113 年至 9 月 申報占率	健保署辦理情形
3	冠狀動脈塗藥支架	72.8%	經 113 年 8 月特材專家諮詢會議建議優先將 STEMI(ST 段上升之心肌梗塞)由自付差額改為全額給付，現正與廠商討論健保給付方案，如簡報第 17 張(第 88 頁)。

序 號	類別	113 年至 9 月 申報占率	健保署辦理情形
10	特殊功能及材質 髓內釘組	79.1%	持續監控申報情形，並啟動與學會溝通討論，研議納入健保全額給付(該署評估若改為全額給付，約需增加 4.5 億元，將積極爭取預算)，如簡報第 18 張(第 88 頁)。

決定：



註：111 年 11 月 1 日起將「7.腦脊髓液分流系統」項下市占率達 67%之「流速控制型或可調式壓力閥(不具抗虹吸功能)」納入健保全額給付。

圖 109~113 年 9 月各類別自付差額特材申報占率



全民健康保險 自付差額特材執行概況

衛生福利部中央健康保險署

113年12月25日



大綱

- 民眾自付差額特材實施現況
- 民眾自付差額各類特材申報情形及說明
- 保障民眾知的權利
- 民眾自付差額執行方向與規劃



民眾自付差額特材 實施現況



各類民眾自付差額特材實施現況

類別 序號	類別	次功能/材質分類	實施起日	支付點數	收載品項數	醫事服務機構收費情形範圍 (醫材比價網)
1	義肢	17類	84年3月1日	依裝置部位： 4,800~68,000點	17	-
2	特殊功能人工心律調節器	2類	84年8月3日	93,833點	23	10,567~78,667
3	冠狀動脈塗藥支架	4類	95年12月1日	14,099點	45	40,526~67,320
4	特殊材質人工髖關節	33類	96年1月1日	組件：4,018~4,352點 整組：35,195~70,099點	134	4,018~186,002
5	特殊功能人工水晶體	10類	96年10月1日	2,744點	166	6,000~110,000
6	特殊材質生物組織心臟瓣膜	5類	103年6月1日	43,613點	13	49,887~438,006
7	腦脊髓液分流系統	2類	104年6月1日	7,127點	8	50,267~106,273
8	治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置	3類	105年5月1日	28,773~44,293點	18	9,062~60,000
9	治療複雜性心臟不整脈特殊功能導管	3類	106年11月1日	39,537~70,200點	20	38,935~145,800
10	特殊功能及材質髓內釘組	8類	107年6月1日	19,036點	61	19,036~68,964
總計		87類			505	

資料來源：特材主檔、醫材比價網(更新日期：113.11.11)

註1：收載品項數係指最新健保給付點數不為0之品項數。

註2：目前有關醫事服務機構的收費情形範圍，係屬醫療院所自主收費資訊。本署為利資訊公開透明，於103年建置醫材比價網，讓院所自主上傳該院相關各類自付差額特材之收費情形，以供各界查詢。

民眾自付差額各類特材 申報情形及說明



特殊功能人工心律調節器

	109年		110年		111年		112年		113年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)
自付差額(A)	3,053	286	3,174	298	3,606	338	3,872	363	2,980	279
全額給付(B)	4,121	362	3,785	332	3,879	364	3,982	375	3,076	292
合計(A+B)	7,174	648	6,959	630	7,485	702	7,854	739	6,056	571
占率(A/A+B)	42.6%	44.2%	45.6%	47.3%	48.2%	48.2%	49.3%	49.2%	49.2%	48.9%

◆ 全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

◆ 108年12月31日前已收載自付差額特材，依109年邀集各界代表召開溝通討論會之共識，以「院所收費價之百分位」管理院所收費極端值，此類為P95。



冠狀動脈塗藥支架

	109年		110年		111年		112年		113年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)
自付差額(A)	50,345	745	50,831	752	53,832	797	58,100	860	43,683	646
全額給付(B)	25,645	380	23,519	348	22,855	338	22,277	330	16,354	242
合計(A+B)	75,990	1,125	74,350	1,100	76,687	1,135	80,377	1,190	60,037	889
占率(A/A+B)	66.3%	66.2%	68.4%	68.4%	70.2%	70.2%	72.3%	72.3%	72.8%	72.8%

◆ 全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

◆ 108年12月31日前已收載自付差額特材，依109年邀集各界代表召開溝通討論會之共識，以「院所收費價之百分位」管理院所收費極端值，此類為P95。

7



特殊材質人工髖關節

	109年		110年		111年		112年		113年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)
自付差額(A)	4,946	201	4,831	195	5,202	210	5,464	219	3,941	157
全額給付(B)	12,422	472	11,892	451	11,908	451	11,807	445	8,586	322
合計(A+B)	17,368	673	16,723	646	17,110	661	17,271	664	12,527	479
占率(A/A+B)	28.5%	29.9%	28.9%	30.2%	30.4%	31.8%	31.6%	33.0%	31.5%	32.8%

◆ 全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

◆ 108年12月31日前已收載自付差額特材，依109年邀集各界代表召開溝通討論會之共識，以「院所收費價之百分位」管理院所收費極端值，此類為P90。

8



特殊功能人工水晶體

	109年		110年		111年		112年		113年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)
自付差額(A)	94,048	268	92,749	266	111,926	320	132,057	378	102,114	292
全額給付(B)	146,214	410	131,109	367	139,626	393	147,898	419	107,181	304
合計(A+B)	240,262	678	223,858	633	251,552	714	279,955	796	209,295	596
占率(A/A+B)	39.1%	39.6%	41.4%	42.0%	44.5%	44.9%	47.2%	47.4%	48.8%	49.0%

◆ 全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

◆ 108年12月31日前已收載自付差額特材，依109年邀集各界代表召開溝通討論會之共識，以「院所收費價之百分位」管理院所收費極端值，此類為P60。

9



特殊材質生物組織心臟瓣膜

	109年		110年		111年		112年		113年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)
自付差額(A)	1,005	44	1,090	48	1,122	49	1,244	54	928	41
全額給付(B)	1,555	71	1,514	68	1,486	68	1,720	78	1,239	56
合計(A+B)	2,560	115	2,604	116	2,608	116	2,964	132	2,167	97
占率(A/A+B)	39.3%	38.2%	41.9%	41.0%	43.0%	42.0%	42.0%	41.1%	42.8%	42.0%

◆ 全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

◆ 108年12月31日前已收載自付差額特材，依109年邀集各界代表召開溝通討論會之共識，以「院所收費價之百分位」管理院所收費極端值，此類為P95。

◆ 。

10



腦脊髓液分流系統

	109年		110年		111年		112年		113年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)
自付差額(A)	2,833	21	2,644	20	2,587	19	539	4	332	2
全額給付(B)	626	5	555	4	1,087	35	3,975	208	3,060	162
合計(A+B)	3,459	26	3,199	24	3,674	54	4,514	212	3,392	165
占率(A/A+B)	81.9%	81.9%	82.7%	82.6%	70.4%	35.9%	11.9%	1.9%	9.8%	1.5%

- ◆ 全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。
- ◆ 108年12月31日前已收載自付差額特材，依109年邀集各界代表召開溝通討論會之共識，以「院所收費價之百分位」管理院所收費極端值，此類為P90。
- ◆ 原自付差額品項「調控式腦室腹腔引流系統-流速控制型或可調式壓力閥(不具抗虹吸功能)」自111年11月1日起改納入健保全額給付。自付差額特材申報占率已由110年82.7%下降至113年1-9月9.8%，將持續觀察。

11



治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置

	109年		110年		111年		112年		113年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)
自付差額(A)	1,596	48	1,693	51	1,880	57	1,936	58	1,641	50
全額給付(B)	2,891	97	2,586	86	2,681	88	2,666	89	1,926	64
合計(A+B)	4,487	145	4,279	138	4,561	145	4,602	147	3,567	114
占率(A/A+B)	35.6%	33.2%	39.6%	37.2%	41.2%	39.1%	42.1%	39.7%	46.0%	43.7%

- ◆ 全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。
- ◆ 108年12月31日前已收載自付差額特材，依109年邀集各界代表召開溝通討論會之共識，以「院所收費價之百分位」管理院所收費極端值，此類為P95。

12



治療複雜性心臟不整脈特殊功能導管

	109年		110年		111年		112年		113年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)
自付差額(A)	763	54	1,117	78	1,572	110	2,135	150	2,281	148
全額給付(B)	1,557	109	1,324	93	1,397	98	1,480	104	2,717	139
合計(A+B)	2,320	163	2,441	172	2,969	208	3,615	254	4,998	287
占率(A/A+B)	32.9%	32.9%	45.7%	45.8%	52.9%	52.9%	59.1%	59.1%	45.6%	51.5%

◆ 全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

◆ 108年12月31日前已收載自付差額特材，依109年邀集各界代表召開溝通討論會之共識，以「院所收費價之百分位」管理院所收費極端值，此類為P95。

➢ 108年12月1日新增原自費使用「具壓力感應功能之立體定位(3D)灌注冷卻式診斷電燒紀錄導管」納入自付差額特材，爰申報占率上升。

➢ 113年2月1日新增「高密度高解析度診斷型導管」納入自付差額特材，其相同用途之全額給付「環形10極以上及以下」，申報件數多，爰自付差額占率下降。

13



特殊功能及材質髓內釘

	109年		110年		111年		112年		113年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)
自付差額(A)	3,470	69	4,016	80	9,087	181	10,009	200	8,069	161
全額給付(B)	2,240	45	2,256	44	2,818	50	2,832	66	2,127	57
合計(A+B)	5,710	113	6,272	124	11,905	231	12,841	265	10,196	218
占率(A/A+B)	60.8%	60.6%	64.0%	64.5%	76.3%	78.4%	77.9%	75.3%	79.1%	73.8%

◆ 全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

◆ 108年12月31日前已收載自付差額特材，依109年邀集各界代表召開溝通討論會之共識，以「院所收費價之百分位」管理院所收費極端值，此類為P90。

◆ 考量健保支付一致性原則及保險對象使用之權益，採取優先以自付差額納入健保給付，以提高健保給付實質效益，自110年12月1日起將民眾原自費使用「股骨幹」、「脛骨」、「肱骨」鈦合金材質髓內釘品項納入自付差額。

14



義肢

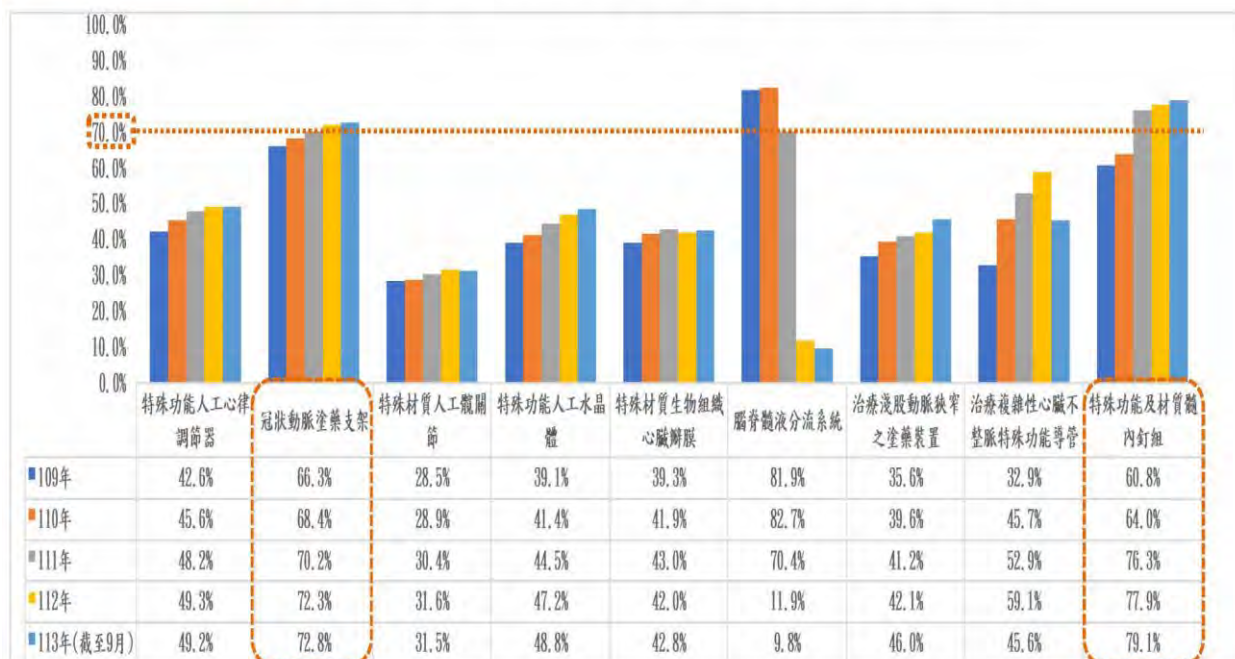
	109年		110年		111年		112年		113年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)
自付差額(A)	90	3	58	2	26	1	48	2	33	1
全額給付(B)	987	31	965	29	1,052	32	949	31	756	23
合計(A+B)	1,077	34	1,023	31	1,078	33	997	33	789	25
占率(A/A+B)	8.4%	9.2%	5.7%	6.7%	2.4%	2.8%	4.8%	5.2%	4.2%	4.9%

◆ 全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

15



自付差額特材申報占率達7成以上項目



16



自付差額特材申報占率達7成以上項目之辦理說明(1/2)

➤冠狀動脈塗藥支架：



17



自付差額特材申報占率達7成以上項目之辦理說明(2/2)

➤特殊功能及材質髓內釘組：



◆其餘自付差額品項，因調整功能分類、再新增自付差額品項數，造成占率之變動，將持續觀察。

18

保障民眾知的權利



保障民眾知的權利

◆健保特約院所為病患提供診療或處置時，應做到三步驟：



◆113年本署與醫事司合作辦理「**建置全國性醫療費用資訊平台計畫**」，未來規劃將醫療機構收取醫療費用相關資訊彙整建置於平台，以達**資訊集中公開透明**之目標。



健保特約院所收費資訊公開

- ◆健保特約院所應將自付差額品項之新增、取消或民眾自付金額上傳至**醫材比價網**，以供各界查詢。
- ◆醫材比價網公開內容：
 - 全額給付及自付差額給付特材之**差異比較**
 - 自付差額特材之**各特約院所使用情形**、最新收費情形、**最高/最低收費**等資訊
- ◆民眾**取得**自付差額之**民眾自付金額**資訊的地方：
 - 中央健康保險署網站之醫材比價網
(<https://info.nhi.gov.tw/INAE2000/INAE2010S01>)
 - 健保快易通APP之醫材比價網
 - 健康保險資料開放服務網(OPEN DATA) (<https://data.nhi.gov.tw/>)

21



民眾自付差額 執行方向及規劃



109年至113年期間健保新功能特材收載情形

◆近5年健保特材預算**5.8億~10億**，年平均約**7.3億**，每年平均收載新功能特材約**22大類、34次功能分類、95項**。



註1：113年呈現之品項係截至113年11月特材共同擬訂通過且公告生效品項，今年度尚未公告品項尚餘約78品項(特殊材質縫合錨釘-自付差額品項約76品項、反置式肩關節加強墊塊底盤約1品項、迷走神經刺激治療系統脈衝產生器約1品項)。

註2：110年12月1日於特殊功能及材質體內釘組類別項下新增次功能類別品項34項；112年11月1日於特殊材質人工髖關節類別項下新增次功能類別人工髖關節股骨头(氧化鋁材質)2項；113年2月1日於治療複雜性心臟不整脈特殊功能導管項下新增次功能(高密度高解析度診斷型導管)類別6項。

23



109年1月1日後，自付差額給付方式 採用臨床實證等級訂定健保給付比例

◆依109.1.30公告生效「藥物給付項目及支付標準第**52-4條**」：

➤自付差額特材之給付上限，依核定費用，按**臨床實證等級訂定給付比例：0-40%**。

➤**核定費用**，保險人得依同功能類別，並**參考**下列資料予以核定：

- 公立醫院、醫學中心(含準醫學中心)或兩者合併之採購決標價格之中位數，除以收載時最近四季結算之醫院總額部門浮動點值之平均值。如無中位數者，得採平均值。
- 國內市場販售價格或各層級醫療院所收取自費價格。
- 國際價格。

➤院所收取差額之上限，不得超過核定費用扣除給付上限之差額。

◆**特殊材質縫合錨釘**：已於113年11月特材共同擬訂會議通過，同意依上述法規規定，採民眾自付差額方式納入健保給付，並依全民健康保險法第45條第3款規定，將提健保會討論同意後，報主管機關核定公告實施。

24



未來方向

- ◆積極引進新醫療特材，具臨床實證且合理財務影響
→優先納入健保全額給付：
 - 醫療必要性、急迫性
 - 臨床使用經驗純熟
 - 具給付效益、健保財務可負荷
- ◆倘對**健保財務影響大**，為滿足民眾使用新醫材之需求，並以**臨床實證**或**國際指引**為基礎，兼顧健保財務與時俱進，藉由自付差額收載新醫療特材，提升新醫材之可近性。

25



敬請指教

健保會討論自付差額特材案之作業流程

第 1 屆 103 年第 3 次委員會議(103.3.28)訂定

第 1 屆 103 年第 5 次委員會議(103.5.23)修訂附表

第 2 屆 105 年第 6 次委員會議(105.6.24)修訂

程序	時程				說明
1.健保署將提案送會	3月1日前	6月1日前	9月1日前	12月1日前	健保署：將提案送會（含健保署提案需檢附之自付差額特材品項「基本資料表」、「檢核表」及參考資料）。(基本資料表如表一，檢核表如表二)
2.本會幕僚檢視提案內容	3月20日前	6月20日前	9月20日前	12月20日前	本會幕僚：檢視提案內容是否完整，並得視需要洽請本會專家學者委員提供建議，若資料不完備，再洽請健保署補充。
	4月10日前	7月10日前	10月10日前	次年1月10日前	健保署：提供補充資料。
3.送請委員參閱	4月15日前	7月15日前	10月15日前	次年1月15日前	本會幕僚：彙整各自付差額特材品項案之資料，送請委員參閱。
4.委員會議討論	5月	8月	11月	次年2月	本會幕僚：排入議程。 委員會議：討論提案。 健保署：參酌委員意見，依法報主管機關核定公告。
5.健保署向委員會議報告各品項開放半年後之檢討改善情形	次年5或12月份委員會議				健保署：依「開放初期之檢討改善報告內容」提報委員會議。 (報告內容如附件) 本會幕僚：排入議程。
6.健保署向委員會議報告整體檢討改善情形	次年12月份委員會議				健保署：依「整體檢討改善報告內容」提報委員會議。 (報告內容如附件) 本會幕僚：排入議程。

註：議案排入委員會議討論或報告時間，得配合屆時議程之安排，酌予調整。

健保署提案需檢附之自付差額特材品項「基本資料表」

項目		自付差額品項	健保全額給付品項(註2)
1. 基本資料	名稱 (特材代碼)		
	許可證字號		
	核准日期		
	上市日期		
2. 特性	功能類別		
	用途 (適應症)		
	相對效果 (療效)		
	相對風險 (安全性)		
3. 價格	價格分布 (NT)	自費醫材比價網(參考資料1) 中位數：_____(P2) 最大值：_____ 最小值：_____ 平均值：_____	健保支付點數：_____(P1)
	價格差距	價格倍數(P2/P1)：_____ 以中位數估算民眾自付差額額度(P2-P1)：_____	
4. 健保財務影響評估	提案當年預算	提案當年度總額之新特材預算：_____ 提案前已支用額度：_____	
	納入前後 預估使用量	前3年之預估使用量(自費)： _____、_____ 自付差額品項納入後預估3~5 年之申報量：____、____	前3年之申報量： _____、_____ 自付差額品項納入後預估3~5 年之申報量：____、____
	納入後 預估 新增費用	自付差額品項納入後，預估3~5年合計(含自付差額品項及全額 給付品項)之新增費用：____、____、_____	
5. 同意納入自付差額特材之理由(參考註3填列)		(1)綜合考量「2.特性」、「3.價格」及「4.健保財務影響評估」後， 同意納入自付差額特材之理由：_____ (2)摘述共同擬訂會議之結論(紀錄如參考資料2)：_____ _____ (3)醫療科技評估報告之重點(含醫療倫理考量之相關資料，評估 報告如參考資料3)：_____ (4)其他參考資料：_____	

他 國 資 料 (註4)	項目	自付差額品項				
	1.基本資料	國別	上市年度	保險是否給付	保險支付價/市價	
2.價格分布(NT)	中位數：國別 / 元					
	最大值：國別 / 元					
	最小值：國別 / 元					
	平均值：國別 / 元					
3.價格差距(註5)	國家： 、 、 、 、					
	價格倍數範圍： 倍～ 倍					

健保署填報部門：_____ 填報人：_____ 日期：_____ 連絡電話：_____

註 1：本表價格均以新臺幣呈現。

註 2：健保全額給付品項如有 1 項以上，可增列供參。

註 3：本品項較相同用途且健保已納入全額給付之既有特材，有下列附加之功能或效果之一，且價格昂貴經認定無法納入全額給付者：

- ☐增加耐久性：_____
- ☐增加病人使用方便性：_____
- ☐有利於監控病情：_____
- ☐增加與特定設備或儀器之相容性：_____
- ☐因客製化而增加美觀或舒適性：_____
- ☐增加安全性(或改善副作用)：_____
- ☐其他醫療功能外之附加效果：_____
- ☐其他可改善醫療或生活品質之功效：_____

註 4：他國資料以全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 52 條之 3 所列之國家(韓國、日本、美國、澳洲)為優先呈現對象，其次為其他具官方公開網站可供查詢的國家價格。

註 5：請依我國資料「1.基本資料」之「名稱」欄所列 2 種品項，計算該國之價格差距；若無資料請說明。

健保署提案需檢附之自付差額特材品項「檢核表」

為增進健保會討論自付差額特材議案之效率，並保障民眾基本權益及兼顧健保財務，爰以本檢核表就「資料完備」、「程序完備」、「保險對象權益保障」、「實證資料足以佐證」、「價格未偏離國際行情」等項目，協助檢視該品項宜否列入自付差額特材。

本表由健保署先行填列，作為健保會討論之參據。

檢核項目		符合項目請打V， 未符合項目請說明
1.資料完備	(1)完整填列基本資料表	
	(2)提供我國醫療科技評估(HTA)報告	
2.程序完備	提經「藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」通過，並檢附會議紀錄	
3.保險對象權益保障	(1)目前全額給付品項已提供基本照顧功能	
	(2)未有「因病情需要，一定須使用本自付差額特材品項」者	
4.實證資料足以佐證	已提供足夠且明確之實證資料，足以支持本自付差額品項較健保全額給付品項，其附加之功能或效果較佳	
5.價格未偏離國際行情	本自付差額特材品項在自費醫材比價網之中位數，未高於國際價格之中位數或平均數	

健保署填報部門：_____ 填報人：_____ 日期：_____ 連絡電話：_____

健保署提報之「檢討改善報告內容」

一、健保署於自付差額特材品項開放半年後，應提報各該品項「開放初期之檢討改善報告」，至少包含以下內容：

- (一)開放前、後病患的利用量及點數成長分析(含選用自付差額品項及全額給付相同用途品項之比較)。
- (二)醫事服務機構的收費情形(含健保署彙整各院所之收費標準，並置於網站供民眾查詢)。
- (三)民眾對自付差額特材的反映事項。
- (四)對哪些項目啟動檢討改善機制(含訂定自付差額上限之規劃)。
- (五)對健保財務之影響評估：預估值(3~5 年)與實際值之比較。

二、健保署每年 12 月應提報自付差額特材「整體檢討改善報告」，至少包含以下內容：

- (一)自付差額特材品項利用情形：現行各自付差額品項之申報數量及點數成長情形比較(含自付差額特材占率)。
- (二)相關管理規範之執行情形：醫事服務機構的收費情形、事前充分告知(療效及價格)，及資訊公開等病人權益保障措施。
- (三)醫事服務機構的收費情形，及訂定自付差額上限之規劃與執行情形。
- (四)自付差額特材品項改列全額給付之規劃情形：經健保署持續監測療效、安全性及成本效益，若有結合療效提升及價格下降之新事證，或已成為常規使用者，應檢討是否改列全額給付之時程，及其財源預估。
- (五)對健保財務之影響評估：預估值(3~5 年)與實際值之比較。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：有關全民健康保險代謝症候群防治計畫(下稱本計畫)113 年執行情形及成效評估，簡報如附件(第 110~121 頁)，請鑒察。

說明：

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

二、113 年執行情形：

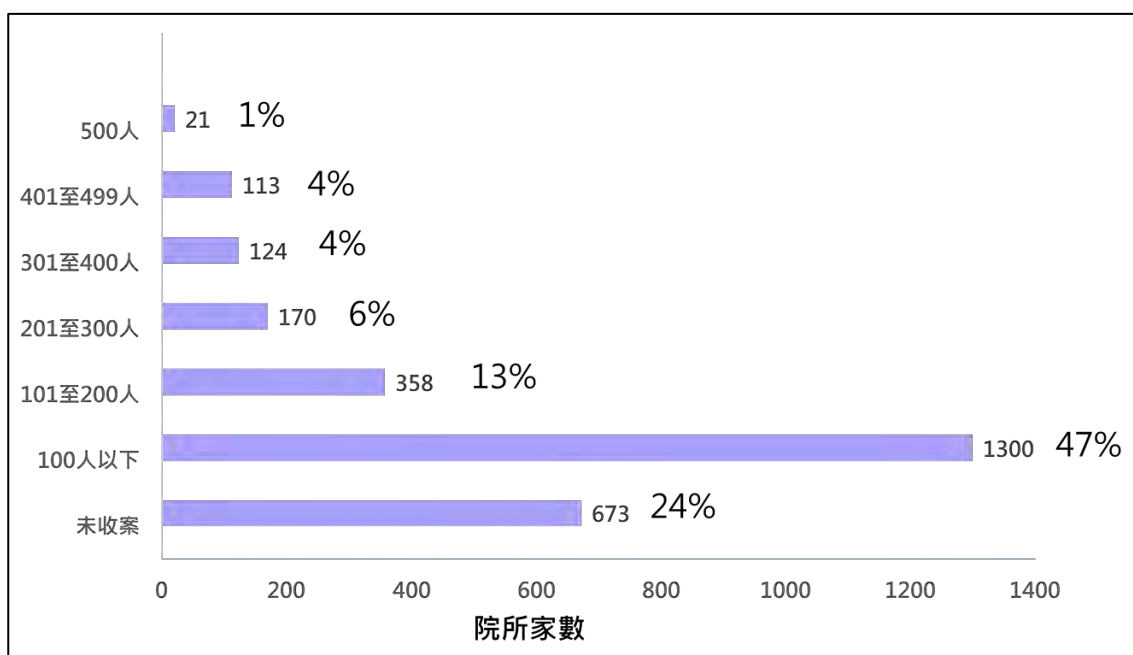
(一)預算金額：6.16億元。

(二)預算執行率：31.3%(113年1~9月)。

(三)截至113年9月止，參與院所計2,759家，參與醫師計4,402人，累計收案人數計25萬8,324人。

年度	成人預防保健診所數	參與診所數	參與率	參與醫師數	累計收案人數
111	6,316	1,196	19%	1,978	22,986
112	6,540	2,367	36%	3,808	120,643
113 年 9 月	6,680	2,759	40%	4,402	258,324

(四)院所收案人數分布：院所收案人數以 100 人以下最多，占 47%(1,300 家)。約有 24%院所有參加計畫而未收案，已達收案人數上限(500 人)有 21 家診所。



註：資料擷取區間為111年7月1日至113年9月30日止。

三、收案樣態、結案情形及成效評估：

(一)收案樣態：

- 1.按性別年齡區分：收案個案以 50-59 歲最多(39%)、20-29 歲最少(2%)。男性及女性皆以 50-59 歲最多。

年齡別	男	女	總計
20 歲至 29 歲	3,717	2,089	5,806 (2%)
30 歲至 39 歲	14,302	7,394	21,696 (8%)
40 歲至 49 歲	42,653	27,881	70,534 (27%)
50 歲至 59 歲	49,531	50,671	100,202 (39%)
60 歲至 64 歲	26,091	33,995	60,086 (23%)
總計	136,294	122,030	258,324 (100%)

註：資料擷取區間為111年7月1日至113年9月30日止。

- 2.按地理區域區分：收案個案以收案院所所在地區分為山地、離島、醫療資源缺乏地區與非山地、離島及醫療資源缺乏地區，以非山地、離島及醫療資源缺乏地區收案最多(96%)。

- (1)收案指標：皆以腰圍或 BMI 不符標準值收案最多(78-86%)。

收案院所所在地	收案個案數	收案指標					
		腰圍或BMI	飯前血糖(AC)	血壓	三酸甘油脂(TG)	高密度脂蛋白(HDL)	糖化血紅素(HbA1c)
山地地區(29 區)	2,954	2,541 (86%)	1,590 (54%)	2,459 (83%)	2,354 (80%)	1,968 (67%)	1,348 (46%)
離島地區(19 區)	1,401	1,173 (84%)	760 (54%)	1,177 (84%)	1,011 (72%)	896 (64%)	624 (45%)
醫療資源缺乏地區(80 區)	6,205	5,178 (83%)	3,572 (58%)	5,081 (82%)	4,604 (74%)	4,139 (67%)	3,065 (49%)
非山地、離島及醫療資源缺乏地區(230 區)	247,764	194,077 (78%)	119,431 (48%)	190,742 (77%)	177,075 (71%)	161,698 (65%)	149,223 (60%)
小計	258,324	202,962 (79%)	125,352 (49%)	199,453 (77%)	185,041 (72%)	168,698 (65%)	154,253 (60%)

註：資料擷取區間為111年7月1日至113年9月30日止。

(2)具危險因子情形：有抽菸者 17-36%、有吃檳榔者 3-29%，以山地地區之個案其抽菸及吃檳榔比率較高。

收案院所所在地	收案個案數	收案危險因子	
		有抽菸者	有吃檳榔者
山地地區(29 區)	2,954	1,065 (36%)	844 (29%)
離島地區(19 區)	1,401	283 (20%)	61 (4%)
醫療資源缺乏地區(80 區)	6,205	1,546 (25%)	821 (13%)
非山地、離島及醫療資源缺乏地區(230 區)	247,764	42,656 (17%)	8,200 (3%)
小計	258,324	42,549 (18%)	9,925 (4%)

註：資料擷取區間為111年7月1日至113年9月30日止。

(3)具伴隨疾病情形：最多為高血壓(42-54%)、其次為高血脂(35-43%)。

收案院所所在地	收案個案數	伴隨疾病					
		糖尿病	高血壓	心臟血管疾病	高血脂症	腎臟病	腦血管疾病
山地地區(29 區)	2,954	264 (9%)	1,588 (54%)	77 (3%)	1,138 (39%)	30 (1%)	12 (0.4%)
離島地區(19 區)	1,401	195 (14%)	584 (42%)	26 (2%)	497 (35%)	34 (2%)	6 (0.4%)
醫療資源缺乏地區(80 區)	6,205	976 (16%)	3,047 (49%)	168 (3%)	2,328 (38%)	97 (2%)	17 (0.3%)

收案院所所在地	收案個案數	伴隨疾病					
		糖尿病	高血壓	心臟血管疾病	高血壓症	腎臟病	腦血管疾病
非山地、離島及醫療資源缺乏地區(230 區)	247,764	27,794 (11%)	113,934 (46%)	4,695 (2%)	105,439 (43%)	2,659 (1%)	638 (0.3%)
小計	258,324	29,229 (11%)	119,152 (46%)	4,966 (2%)	109,402 (42%)	2,820 (1%)	673 (0.3%)

註：資料擷取區間為111年7月1日至113年9月30日止。

3.按投保金額區分：收案個案以投保金額及被保險人註記區分為第一至十組及眷屬，收案對象約有 41%投保金額為第一組(28,800 元以下)、其次為第三組約 16%(38,200~45,800 元)。

(1)收案指標：第一至六組以腰圍或 BMI 不符標準值收案最多(78-80%)、第七至十組及眷屬以血壓不符標準值收案最多(75-77%)。

投保金額分組		收案人數	收案指標					
			腰圍或 BMI	飯前血糖 (AC)	血壓	三酸甘油脂 (TG)	高密度脂蛋白 (HDL)	糖化血紅素 (HbA1c)
第一組	28,800 以下	104,554	83,429 (80%)	52,192 (50%)	81,263 (78%)	75,350 (72%)	69,139 (66%)	60,197 (58%)
第二組	30,300~36,300	27,700	22,182 (80%)	12,949 (47%)	21,089 (76%)	19,227 (69%)	17,795 (64%)	16,453 (59%)
第三組	38,200~45,800	40,901	31,883 (78%)	19,433 (48%)	31,509 (77%)	29,212 (71%)	26,329 (64%)	24,919 (61%)
第四組	48,200~57,800	13,192	10,612 (80%)	5,813 (44%)	10,331 (78%)	9,549 (72%)	8,527 (65%)	7,695 (58%)
第五組	60,800~72,800	12,861	10,113 (79%)	5,823 (45%)	9,925 (77%)	9,364 (73%)	8,240 (64%)	7,693 (60%)
第六組	76,500~87,600	7,713	5,997 (78%)	3,465 (45%)	5,946 (77%)	5,537 (72%)	4,881 (63%)	4,785 (62%)
第七組	92,100~110,100	6,799	5,076 (75%)	3,026 (45%)	5,114 (75%)	4,861 (71%)	4,264 (63%)	4,307 (63%)
第八組	115,500~150,000	3,489	2,592 (74%)	1,601 (46%)	2,653 (76%)	2,583 (74%)	2,244 (64%)	2,159 (62%)

投保金額分組		收案人數	收案指標					
			腰圍或BMI	飯前血糖(AC)	血壓	三酸甘油酯(TG)	高密度脂蛋白(HDL)	糖化血紅素(HbA1c)
第九組	156,400~182,000	1,055	779 (74%)	486 (46%)	795 (75%)	790 (75%)	676 (64%)	689 (65%)
第十組	189,500以上	1,096	811 (74%)	506 (46%)	819 (75%)	811 (74%)	716 (65%)	715 (65%)
眷屬		38,964	29,488 (76%)	20,056 (51%)	30,009 (77%)	27,757 (71%)	25,887 (66%)	24,641 (63%)
合計		258,324	202,963 (79%)	125,352 (49%)	199,453 (77%)	185,041 (72%)	168,697 (65%)	154,249 (60%)

註：資料擷取區間為111年7月1日至113年9月30日止。

(2)具危險因子情形：有抽菸者 10-22%、有吃檳榔者 0.4-6%，以第一組(28,800 以下)抽菸及吃檳榔比率較高。

投保金額分組		收案人數	收案危險因子	
			有抽菸者	有吃檳榔者
第一組	28,800 以下	104,554	22,625 (22%)	5,847 (6%)
第二組	30,300~36,300	27,700	4,481 (16%)	895 (3%)
第三組	38,200~45,800	40,901	6,881 (17%)	1,313 (3%)
第四組	48,200~57,800	13,192	2,262 (17%)	334 (3%)
第五組	60,800~72,800	12,861	2,030 (16%)	315 (2%)
第六組	76,500~87,600	7,713	1,080 (14%)	132 (2%)
第七組	92,100~110,100	6,799	744 (11%)	87 (1%)
第八組	115,500~150,000	3,489	367 (11%)	30 (1%)
第九組	156,400~182,000	1,055	102 (10%)	9 (1%)
第十組	189,500 以上	1,096	131 (12%)	4 (0.4%)
眷屬		38,964	4,846 (12%)	959 (2%)
合計		258,324	45,552 (18%)	9,926 (4%)

註：資料擷取區間為111年7月1日至113年9月30日止。

(3)具伴隨疾病情形：第一至第七組及眷屬最多為高血壓(45-48%)、第八至十組為高血脂(48-50%)。

投保金額分組		收案人數	伴隨疾病					
			糖尿病	高血壓	心臟血管疾病	高血脂症	腎臟病	腦血管疾病
第一組	28,800以下	104,554	12,864 (12%)	47,866 (46%)	2,096 (2%)	43,081 (41%)	1,272 (1%)	354 (0.3%)
第二組	30,300~36,300	27,700	2,944 (11%)	12,360 (45%)	443 (2%)	11,012 (40%)	258 (1%)	50 (0.2%)
第三組	38,200~45,800	40,901	4,315 (11%)	18,750 (46%)	719 (2%)	17,518 (43%)	396 (1%)	81 (0.2%)
第四組	48,200~57,800	13,192	1,182 (9%)	6,094 (46%)	196 (1%)	5,313 (40%)	121 (1%)	18 (0.1%)
第五組	60,800~72,800	12,861	1,213 (9%)	5,947 (46%)	216 (2%)	5,474 (43%)	106 (1%)	16 (0.1%)
第六組	76,500~87,600	7,713	682 (9%)	3,637 (47%)	125 (2%)	3,437 (45%)	76 (1%)	17 (0.2%)
第七組	92,100~110,100	6,799	561 (8%)	3,276 (48%)	127 (2%)	3,083 (45%)	59 (1%)	19 (0.3%)
第八組	115,500~150,000	3,489	297 (9%)	1,678 (48%)	71 (2%)	1,686 (48%)	27 (2%)	6 (0.2%)
第九組	156,400~182,000	1,055	86 (8%)	484 (46%)	18 (2%)	505 (48%)	18 (1%)	1 (0.1%)
第十組	189,500以上	1,096	88 (8%)	483 (44%)	16 (1%)	547 (50%)	6 (1%)	3 (0.3%)
眷屬		38,964	4,997 (13%)	18,577 (48%)	939 (2%)	17,746 (46%)	481 (1%)	108 (0.3%)
合計		258,324	29,228 (11%)	119,153 (46%)	4,966 (2%)	109,399 (42%)	2,820 (1%)	673 (0.3%)

註：資料擷取區間為111年7月1日至113年9月30日止。

(二)個案結案情形：111年7月1日至113年9月止，結案人數計14,701人(5.7%)，結案個案中有15%屬「個案經介入管理後，經個案管理評估已非代謝症候群患者」。

序號	結案原因別	人數(占率)
1	個案經介入管理後，經個案管理評估已非代謝症候群患者	2,169 (14.8%)
2	病情變化無法繼續接受本計畫之照護者或屬 DM 或 DKD 醫療給付改善方案收案者	5,399 (36.7%)
3	個案拒絕或失聯≥3個月	6,454 (43.9%)
4	個案死亡	68 (0.5%)
5	收案個案已達一年且收案評估時未達標準值的管理項目，任一項皆未有進步者	524 (3.6%)
6	個案收案院所退出本計畫。	87 (0.6%)

註：資料擷取區間為111年7月1日至113年9月30日止。

(三)成效評估：

- 1.收案個案 25 萬 8,324 人，計 18 萬 5,098 人(72%)為家醫計畫收案會員。

項目	代謝症候群計畫 (A)	家醫計畫 (B)	重複情形 (C)	重複個案/診所 占代謝症候群 計畫(D=C/A)	重複個案/診所 占家醫計畫 (E=C/B)
參與診所	2,759	5,555	2,346	85%	42%
收案人數	258,324	6,280,596	185,098	72%	3%

註：1.代謝計畫資料擷取區間為111年7月1日至113年9月30日止；家醫計畫為113年收案資料。

2.113年計畫規定，同一個案於同一診所的家醫計畫收案者，不予支付家醫計畫個案管理費。

- 2.按收案人數區分：院所收案 300 人以上個案之腰圍、BMI、血壓項目成效較佳；院所收案小於 300 人個案之低密度脂蛋白、高密度脂蛋白項目成效較佳。

序 號	檢驗檢查 項目	追蹤時已達進步獎勵目標值比率			追蹤時已達標準值比率		
		整體	院所收案 300 人以上	院所收案 小於 300 人	整體	院所收案 300 人以上	院所收案 小於 300 人
1	腰圍	26.3%	28.7%	25.4%	9.8%	11.6%	9.1%
2	身體質量 指數	-	-	-	8.3%	9.8%	7.7%
3	飯前血糖	27.7%	27.1%	27.9%	24.6%	24.8%	24.6%
4	收縮壓	36.8%	39.9%	35.6%	36.8%	39.9%	35.6%
5	舒張壓	50.8%	53.8%	49.8%	50.8%	53.8%	49.8%
6	三酸甘 油酯	29.2%	29.2%	29.1%	22.9%	22.5%	23.1%
7	低密度 脂蛋白	33.3%	32.8%	33.6%	-	-	-
8	高密度 脂蛋白	-	-	-	17.3%	17.0%	17.4%

註：1.資料擷取區間為111年7月1日至113年9月30日止。

2.進步獎勵之血壓目標值與標準值相同，爰血壓統計結果相同。

- 3.按地理區域區分：收案院所於「非山地、離島及醫療資源缺乏地區」個案多項檢驗檢查項目較「山地、離島及醫療資源缺乏地區」個案成效佳。

序號	檢驗檢查項目	追蹤時已達進步獎勵目標值比率					追蹤時已達標準值比率				
		整體	山地地區	離島地區	醫療資源缺乏地區	非山地離島及醫療資源缺乏地區	整體	山地地區	離島地區	醫療資源缺乏地區	非山地離島及醫療資源缺乏地區
1	腰圍	26.3%	23.8%	28.2%	26.1%	26.3%	9.8%	4.5%	7.6%	8.2%	10.0%
2	身體質量指數	-	-	-	-	-	8.3%	5.1%	6.6%	7.6%	8.4%
3	飯前血糖	27.7%	23.4%	23.9%	25.0%	27.8%	24.6%	19.8%	19.8%	20.8%	24.8%
4	收縮壓	36.8%	33.0%	26.7%	37.2%	36.9%	36.8%	33.0%	26.7%	37.2%	36.9%
5	舒張壓	50.8%	52.4%	49.2%	55.0%	50.7%	50.8%	52.4%	49.2%	55.0%	50.7%
6	三酸甘油酯	29.2%	19.6%	23.7%	24.2%	29.5%	22.9%	13.7%	20.5%	21.2%	23.1%
7	低密度脂蛋白	33.3%	26.1%	30.4%	35.6%	33.4%	-	-	-	-	-
8	高密度脂蛋白	-	-	-	-	-	17.3%	12.8%	18.5%	16.1%	17.4%

註：1.資料擷取區間為111年7月1日至113年9月30日止。

2.進步獎勵之血壓目標值與標準值相同，爰血壓統計結果相同。

4.按投保金額區分：投保金額第十組(189,500 以上)個案之收縮壓、三酸甘油酯及低密度脂蛋白，追蹤時已達進步獎勵目標值比率較其他組別為高、投保金額第九組(156,400~182,000)個案之腰圍、身體質量指數(BMI)及高密度脂蛋白，追蹤時已達標準值比率較其他組別為高。

序號	檢驗檢查項目	追蹤時已達進步獎勵目標值比率						
		整體	投保金額 28,800 以下	投保金額 30,300~ 36,300	投保金額 38,200~ 45,800	投保金額 48,200~ 57,800	投保金額 60,800~ 72,800	投保金額 76,500~ 87,600
1	腰圍	26.3%	26.3%	27.2%	25.8%	26.1%	25.0%	25.7%
2	飯前血糖	27.7%	26.8%	28.6%	28.3%	29.6%	28.9%	29.5%
3	收縮壓	36.8%	36.0%	37.1%	37.1%	37.2%	37.5%	39.9%
4	舒張壓	50.8%	50.4%	50.3%	51.1%	49.3%	48.9%	49.7%
5	三酸甘油酯	29.2%	27.8%	29.4%	30.0%	29.2%	29.2%	31.0%
6	低密度脂蛋白	33.3%	32.6%	32.2%	33.5%	32.4%	33.6%	35.8%

序號	檢驗檢查項目	追蹤時已達進步獎勵目標值比率					
		整體	投保金額 92,100~ 110,100	投保金額 115,500~ 150,000	投保金額 156,400~ 182,000	投保金額 189,500 以上	眷屬
1	腰圍	26.3%	26.3%	26.0%	27.0%	24.1%	27.0%
2	飯前血糖	27.7%	29.9%	29.0%	26.6%	29.5%	27.2%
3	收縮壓	36.8%	37.0%	37.8%	39.4%	41.1%	37.2%
4	舒張壓	50.8%	47.8%	49.1%	52.3%	51.6%	54.5%
5	三酸甘油酯	29.2%	30.8%	30.7%	24.9%	31.5%	31.1%
6	低密度脂蛋白	33.3%	32.8%	37.0%	35.6%	44.3%	35.0%

序號	檢驗檢查項目	追蹤時已達標準值比率						
		整體	投保金額 28,800 以下	投保金額 30,300~ 36,300	投保金額 38,200~ 45,800	投保金額 48,200~ 57,800	投保金額 60,800~ 72,800	投保金額 76,500~ 87,600
1	腰圍	9.8%	9.2%	9.2%	9.7%	9.6%	10.6%	10.2%
2	身體質量指數	8.3%	8.2%	7.9%	8.1%	7.5%	8.3%	7.6%
3	飯前血糖	24.6%	23.7%	25.9%	25.3%	27.1%	26.3%	26.9%
4	收縮壓	36.8%	36.0%	37.1%	37.1%	37.2%	37.5%	39.9%
5	舒張壓	50.8%	50.4%	50.3%	51.1%	49.3%	48.9%	49.7%
6	三酸甘油酯	22.9%	21.6%	23.4%	23.4%	22.7%	22.8%	24.1%
7	高密度脂蛋白	17.3%	16.7%	16.4%	17.6%	17.7%	18.4%	19.4%

序號	檢驗檢查項目	追蹤時已達標準值比率					
		整體	投保金額 92,100~ 110,100	投保金額 115,500~ 150,000	投保金額 156,400~ 182,000	投保金額 189,500 以上	眷屬
1	腰圍	9.8%	12.0%	11.6%	12.4%	12.0%	11.2%
2	身體質量指數	8.3%	8.8%	8.7%	13.0%	11.3%	9.5%
3	飯前血糖	24.6%	27.4%	26.7%	26.6%	27.5%	23.2%
4	收縮壓	36.8%	37.0%	37.8%	39.4%	41.1%	37.2%
5	舒張壓	50.8%	47.8%	49.1%	52.3%	51.6%	54.5%
6	三酸甘油酯	22.9%	23.9%	23.7%	19.5%	23.7%	25.4%
7	高密度脂蛋白	17.3%	19.9%	19.9%	22.2%	20.9%	17.5%

註：1.資料擷取區間為111年7月1日至113年9月30日止。

2.進步獎勵之血壓目標值與標準值相同，爰血壓統計結果相同。

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

(1)收案對象接受任一危險因子衛教指導率達 99.5%、個案危險因子完整衛教指導率為 71.9%。

指標	介入人次	占比(%)
接受任一危險因子衛教指導率	258,005	99.5
個案危險因子完整衛教指導率	186,359	71.9
運動指導	241,531	93.2
營養指導	256,700	99.0
量血壓 722 指導	150,995	91.1
戒菸指導或戒菸服務	45,731	100.0
戒檳指導	8,712	87.3

註：統計期間為111年7月至113年9月。

(2)收案且追蹤至少 3 次個案，代謝症候群改善率達 36%，超過 16%已緩解為非代謝症候群。

收案條件	衛教指導 人次	代謝症候群改善率		代謝症候群緩解率	
		人次	占比(%)	人次	占比(%)
代謝症候群	55,781	20,223	36.3	9,111	16.3

註：1.統計期間為111年7月至113年9月。

2.衛教指導人次：係指收案且至少追蹤3次(含)以上，排除以糖尿病前期收案者。

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

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

6.三高藥物使用情形(由國健署委託中國醫藥大學分析結果)：收案前1年曾開立三高藥物個案，收案後停止使用三高藥物率約7%(收案90/180天後停止使用率約15%)；收案前1年未開立三高藥物(或開立天數<28日)者，收案後約75%維持無三高用藥，26%新使用三高藥物。

指標	收案時使用任1項 三高藥物人數(A)	停止/減少使用 三高藥物人數(B)	占比(B/A) (%)
三高藥物減少使用率	58,973	7,770	13.2
三高藥物停止使用率	58,973	4,158	7.1
三高藥物停止使用率 (收案90天後)	36,413	5,495	15.1
三高藥物停止使用率 (收案180天後)	21,650	3,132	14.5

註：1.資料來源：代謝症候群收案資料檔(111年7月至112年12月)、健保申報資料(109年1月至112年12月)。

2.分母：收案且追溯收案時前一年曾開立三高藥物，且累積開藥天數 ≥ 28 天，共 58,937 人，收案且追蹤 ≥ 90 天者計 36,413 人，收案且追蹤 ≥ 180 天者計 21,650 人。

3.減少三高用藥：收案後有開立三高藥物項目減少。

4.停止三高用藥：收案後未開立三高藥物或累積開藥天數 < 28 天內。

指標	收案時無使用 三高藥物人數(A)	人數(B)	占比(B/A) (%)
收案後維持無使用率	22,431	16,620	74.1
收案後新使用三高藥物率	22,431	5,811	25.9

註：1.代謝症候群收案資料檔(111年7月至112年12月)、健保申報資料(109年1月至112年6月)。

2.無使用三高藥物：未開立三高藥物或開藥天數 < 28 天。

3.使用三高藥物：收案後開立三高藥物，且累積開藥天數 ≥ 28 天。

四、後續推動方向：

(一)為提升本計畫執行情形，本署已於 113 年 11 月透過個案最近一年之成人預防保健資料及檢驗檢查資料篩選符合本計畫收案對象進行派案，派案人數計 18 萬人。

(二)113 年家醫計畫新增「糖尿病/初期慢性腎臟病整合照護提升費」，為避免重複給付品質獎勵費，將修訂家醫計畫相關規定。

(三)114 年本計畫將改由公務預算支應，本署將持續配合衛生福利部國民健康署相關事宜。

報告單位業務窗口：黃怡娟科長，聯絡電話：02-27065866分機2636

本會補充說明：

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

二、本計畫係為配合衛福部政策推動之計畫，依健保署報告，本會補充說明如下：

(一)自 111 年 7 月實施以來，參與診所數、醫師數及收案人數均逐年提升，截至 113 年 9 月累計收案人數已接近 26 萬人，其中 72%為家醫計畫收案會員。

(二)在收案樣態部分，腰圍或 BMI 過高(肥胖)、高血壓、高血脂仍

是收案對象主要的健康問題，可見改變飲食及生活型態是減少國人慢性病的重要方向。

(三)在成效評估部分，結案 14,701 人中，僅 2,169 人已改善為非代謝症候群患者，尚有努力空間。惟就收案對象檢驗檢查項目進步情形而言，收案 300 人以上院所、至少追蹤 3 次以上之個案，健康改善情形較佳。

(四)考量收案對象 7 成為家醫計畫收案會員，健保署規劃逐年整合家醫計畫與相關論質方案(113 年整合論質方案之糖尿病、初期慢性腎臟病、糖尿病合併初期慢性腎臟病)，並刻正建立大家醫平台，透過數位化工具進行個案追蹤管理，彙整及歸戶現有個人健康資料，建議後續善用健康資訊，加強衛教指導及個案追蹤管理，並藉由院所間標竿學習，提升健康管理成效。

三、考量依本會 114 年度西醫基層總額協商結論，「代謝症候群防治計畫」自 114 年起將改由公務預算支應，主責機關回歸為國民健康署，若委員對本案有相關建議，會後提供該署做為計畫後續推動參考。

決定：

衛生福利部全民健康保險會
第6屆113年第11次委員會議

「代謝症候群防治計畫」 專案報告(含113年執行情形及 成效評估)

中央健康保險署
113年12月25日



報告大綱

- ◆113年執行情形
- ◆收案樣態、結案情形及成效評估
- ◆後續推動方向



計畫說明

◆執行目的：

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

◆實施日期：111年6月20日，同年7月1日起開始收案

3



113年執行情形-預算

◆預算金額：6.16億元。

◆預算執行率：31.3%(113年1月至9月)。

- 111年7月至113年9月止，參與院所計2,759家，參與醫師計4,402人，累計收案人數計25萬8,324人。

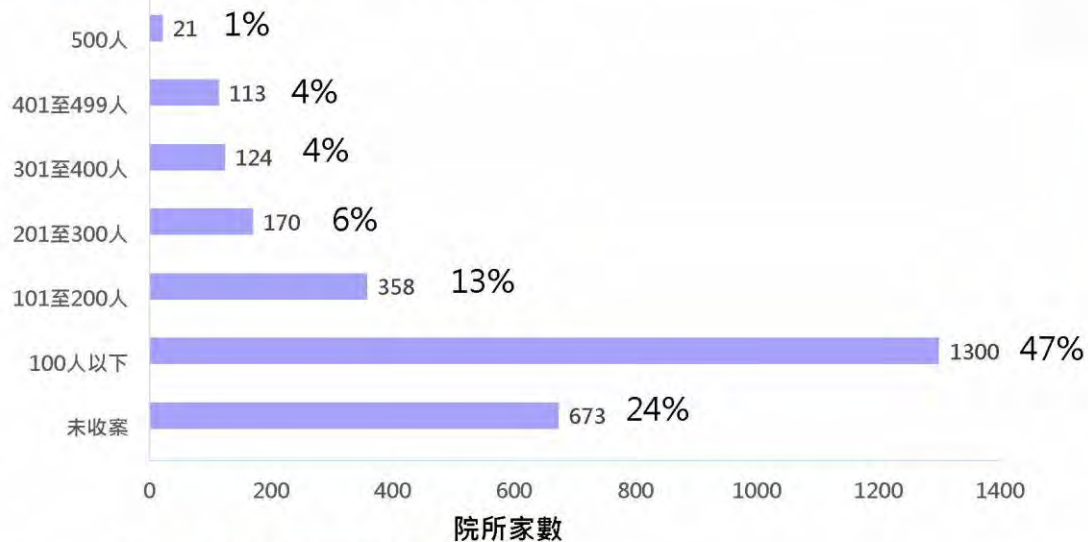
年度	成人預防保健診所數	參與診所數	參與率	參與醫師數	累計收案人數
111	6,316	1,196	19%	1,978	22,986
112	6,540	2,367	36%	3,808	120,643
113年9月	6,680	2,759	40%	4,402	258,324

4



執行情形-收案人數分布

- ◆ 院所收案人數以100人以下最多，占47%(1,300家)。約有24%院所所有參加計畫而未收案，已達收案人數上限(500人)有21家診所。



註：擷取區間為111年7月1日至113年9月30日止

5



收案樣態-年齡性別分析

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

年齡別	男	女	總計
20歲至29歲	3,717	2,089	5,806(2%)
30歲至39歲	14,302	7,394	21,696(8%)
40歲至49歲	42,653	27,881	70,534(27%)
50歲至59歲	49,531	50,671	100,202(39%)
60歲至64歲	26,091	33,995	60,086(23%)
總計	136,294	122,030	258,324(100%)

註：擷取區間為111年7月1日至113年9月30日止

6



收案院所所在地與收案指標分析

- ◆收案個案以收案院所所在地區分為山地、離島、醫療資源缺乏地區與非山地、離島及醫療資源缺乏地區，以非山地、離島及醫療資源缺乏地區收案最多(96%)。
- ◆收案個案皆以腰圍或BMI不符標準值收案最多(78-86%)。

收案院所所在地	收案個案數	收案指標					
		腰圍或BMI	飯前血糖(AC)	血壓	三酸甘油脂(TG)	高密度脂蛋白(HDL)	糖化血紅素(HbA1c)
山地地區(29區)	2,954	2,541 (86%)	1,590 (54%)	2,459 (83%)	2,354 (80%)	1,968 (67%)	1,348 (46%)
離島地區(19區)	1,401	1,173 (84%)	760 (54%)	1,177 (84%)	1,011 (72%)	896 (64%)	624 (45%)
醫療資源缺乏地區(80區)	6,205	5,178 (83%)	3,572 (58%)	5,081 (82%)	4,604 (74%)	4,139 (67%)	3,065 (49%)
非山地、離島及醫療資源缺乏地區(230區)	247,764	194,077 (78%)	119,431 (48%)	190,742 (77%)	177,075 (71%)	161,698 (65%)	149,223 (60%)
小計	258,324	202,962 (79%)	125,352 (49%)	199,453 (77%)	185,041 (72%)	168,698 (65%)	154,253 (60%)

註：資料擷取區間為111年7月1日至113年9月30日止

7



收案院所所在地與危險因子分析

- ◆有抽菸者17-36%、有吃檳榔者3-29%，以山地地區之個案其抽菸及吃檳榔比率較高。

收案院所所在地	收案個案數	收案危險因子	
		有抽菸者	有吃檳榔者
山地地區(29區)	2,954	1,065 (36%)	844 (29%)
離島地區(19區)	1,401	283 (20%)	61 (4%)
醫療資源缺乏地區(80區)	6,205	1,546 (25%)	821 (13%)
非山地、離島及醫療資源缺乏地區(230區)	247,764	42,656 (17%)	8,200 (3%)
小計	258,324	42,549 (18%)	9,925 (4%)

註：擷取區間為111年7月1日至113年9月30日止

8



收案院所所在地與伴隨疾病分析

- ◆ 具伴隨疾病情形，最多為高血壓(42-54%)、其次為高血脂(35-43%)。

收案院所所在地	收案個案數	伴隨疾病					
		糖尿病	高血壓	心臟血管疾病	高血脂症	腎臟病	腦血管疾病
山地地區	2,954	264 (9%)	1,588 (54%)	77 (3%)	1,138 (39%)	30 (1%)	12 (0.4%)
離島地區	1,401	195 (14%)	584 (42%)	26 (2%)	497 (35%)	34 (2%)	6 (0.4%)
醫療資源缺乏地區	6,205	976 (16%)	3,047 (49%)	168 (3%)	2,328 (38%)	97 (2%)	17 (0.3%)
非山地、離島及醫療資源缺乏地區	247,764	27,794 (11%)	113,934 (46%)	4,695 (2%)	105,439 (43%)	2,659 (1%)	638 (0.3%)
小計	258,324	29,229 (11%)	119,152 (46%)	4,966 (2%)	109,402 (42%)	2,820 (1%)	673 (0.3%)

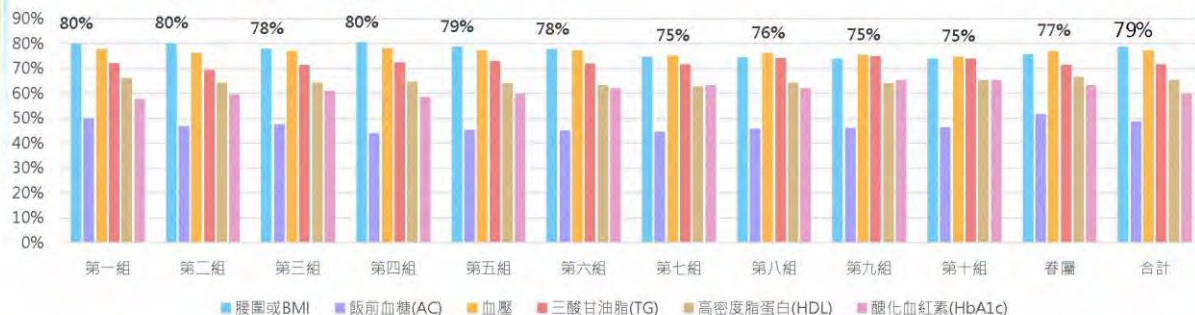
註：擷取區間為111年7月1日至113年9月30日止

9



投保金額與收案指標分析

- ◆ 收案個案以投保金額及被保險人註記區分為第一至十組及眷屬，收案對象約有41%投保金額為第一組(28,800元以下)、其次為第三組約16%(38,200~45,800元)。
- ◆ 第一至六組以腰圍或BMI不符標準值收案最多(78-80%)、第七至十組及眷屬以血壓不符標準值收案最多(75-77%)。



註：擷取區間為111年7月1日至113年9月30日止

10



投保金額與危險因子分析

- ◆具危險因子情形，有抽菸者10-22%、有吃檳榔者0.4-6%，以第一組(28,800以下)抽菸及吃檳榔比率較高。

投保金額分組		收案人數	收案危險因子	
			有抽菸者	有吃檳榔者
第一組	28,800以下	104,554	22,625(22%)	5,847(6%)
第二組	30,300~36,300	27,700	4,481 (16%)	895 (3%)
第三組	38,200~45,800	40,901	6,881 (17%)	1,313(3%)
第四組	48,200~57,800	13,192	2,262 (17%)	334 (3%)
第五組	60,800~72,800	12,861	2,030 (16%)	315 (2%)
第六組	76,500~87,600	7,713	1,080 (14%)	132 (2%)
第七組	92,100~110,100	6,799	744 (11%)	87 (1%)
第八組	115,500~150,000	3,489	367 (11%)	30 (1%)
第九組	156,400~182,000	1,055	102 (10%)	9 (1%)
第十組	189,500以上	1,096	131 (12%)	4 (0.4%)
眷屬		38,964	4,846 (12%)	959 (2%)
合計		258,324	45,552(18%)	9,926(4%)

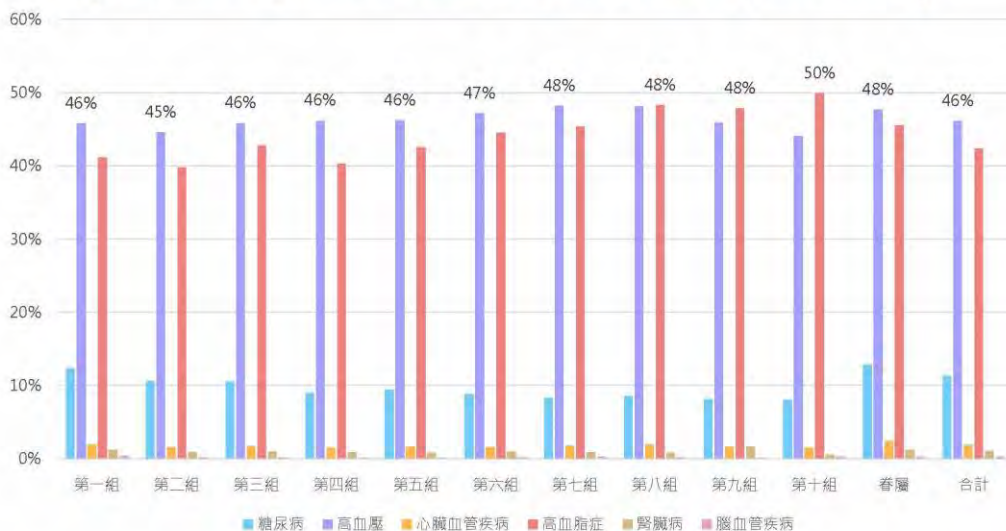
註：擷取區間為111年7月1日至113年9月30日止

11



投保金額與伴隨疾病分析

- ◆具伴隨疾病情形，第一至第七組及眷屬最多為高血壓(45-48%)、第八至十組為高血脂(48-50%)。



註：資料擷取區間為111年7月1日至113年9月30日止

12



個案結案情形

- ◆結案人數計14,701人，占收案人數5.7%，結案個案中有15%屬「個案經介入管理後，經個案管理評估已非代謝症候群患者」。

序號	結案原因別	人數(占率)
1	個案經介入管理後，經個案管理評估已非代謝症候群患者	2,169 (14.8%)
2	病情變化無法繼續接受本計畫之照護者或屬DM或DKD醫療給付改善方案收案者	5,399 (36.7%)
3	個案拒絕或失聯≥3個月	6,454 (43.9%)
4	個案死亡	68 (0.5%)
5	收案個案已達一年且收案評估時未達標準值的管理項目，任一項皆未有進步者	524 (3.6%)
6	個案收案院所退出本計畫。	87 (0.6%)

註：擷取區間為111年7月1日至113年9月30日止

13



成效評估-與家醫計畫相較

- ◆收案個案25萬8,324人，計18萬5,098人(72%)為家醫計畫收案會員。

項目	代謝症候群計畫(A)	家醫計畫(B)	重複情形(C)	重複個案/診所占代謝症候群計畫(D=C/A)	重複個案/診所占家醫計畫(E=C/B)
參與診所	2,759	5,555	2,346	85%	42%
收案人數	258,324	6,280,596	185,098	72%	3%

註：

1. 代謝計畫資料擷取區間為111年7月1日至113年9月30日止；家醫計畫為113年收案資料。
2. 113年計畫規定，同一個案於同一診所於家醫計畫收案者，不予支付家醫計畫個案管理費。

14



成效評估-院所收案人數影響

- ◆院所收案300人以上個案之腰圍、BMI、血壓項目成效較佳；院所收案小於300人個案之飯前血糖、三酸甘油酯、低密度脂蛋白、高密度脂蛋白項目成效較佳。

序號	檢驗檢查項目	追蹤時已達進步獎勵目標值比率			追蹤時已達標準值比率		
		整體	院所收案300人以上	院所收案小於300人	整體	院所收案300人以上	院所收案小於300人
1	腰圍	26.3%	28.7%	25.4%	9.8%	11.6%	9.1%
2	身體質量指數	-	-	-	8.3%	9.8%	7.7%
3	飯前血糖	27.7%	27.1%	27.9%	24.6%	24.8%	24.6%
4	收縮壓	36.8%	39.9%	35.6%	36.8%	39.9%	35.6%
5	舒張壓	50.8%	53.8%	49.8%	50.8%	53.8%	49.8%
6	三酸甘油酯	29.2%	29.2%	29.1%	22.9%	22.5%	23.1%
7	低密度脂蛋白	33.3%	32.8%	33.6%	-	-	-
8	高密度脂蛋白	-	-	-	17.3%	17.0%	17.4%

註：

1.資料擷取區間為111年7月1日至113年9月30日止

2.進步獎勵之血壓目標值與標準值相同，爰血壓統計結果相同

15



成效評估-院所所在地影響

- ◆收案院所於「非山地、離島及醫療資源缺乏地區」個案多項檢驗檢查項目較「山地、離島及醫療資源缺乏地區」個案成效佳。

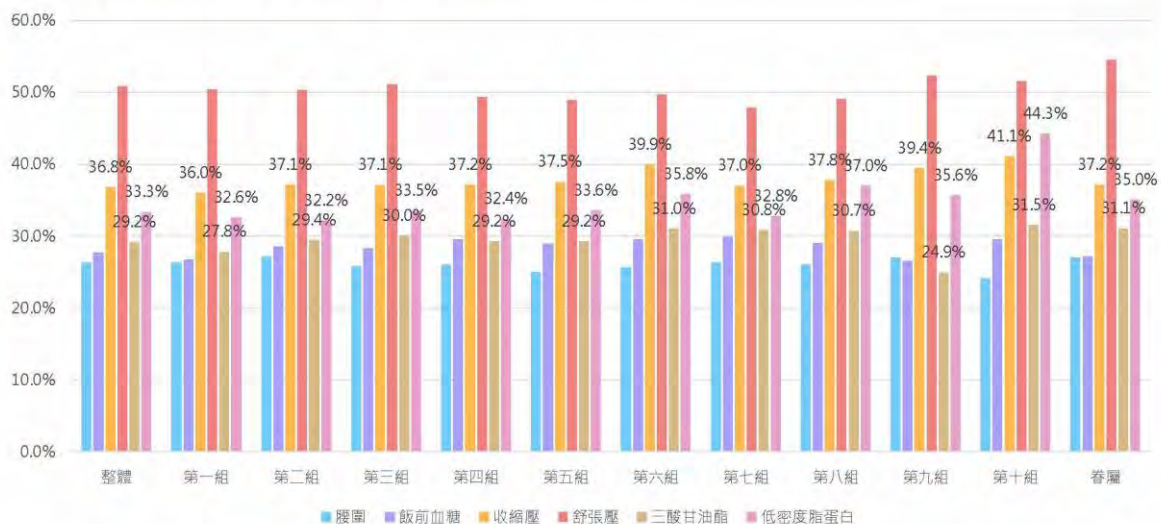
序號	檢驗檢查項目	追蹤時已達進步獎勵目標值比率					追蹤時已達標準值比率				
		整體	山地地區	離島地區	醫療資源缺乏地區	非山地離島及醫療資源缺乏地區	整體	山地地區	離島地區	醫療資源缺乏地區	非山地離島及醫療資源缺乏地區
1	腰圍	26.3%	23.8%	28.2%	26.1%	26.3%	9.8%	4.5%	7.6%	8.2%	10.0%
2	身體質量指數	-	-	-	-	-	8.3%	5.1%	6.6%	7.6%	8.4%
3	飯前血糖	27.7%	23.4%	23.9%	25.0%	27.8%	24.6%	19.8%	19.8%	20.8%	24.8%
4	收縮壓	36.8%	33.0%	26.7%	37.2%	36.9%	36.8%	33.0%	26.7%	37.2%	36.9%
5	舒張壓	50.8%	52.4%	49.2%	55.0%	50.7%	50.8%	52.4%	49.2%	55.0%	50.7%
6	三酸甘油酯	29.2%	19.6%	23.7%	24.2%	29.5%	22.9%	13.7%	20.5%	21.2%	23.1%
7	低密度脂蛋白	33.3%	26.1%	30.4%	35.6%	33.4%	-	-	-	-	-
8	高密度脂蛋白	-	-	-	-	-	17.3%	12.8%	18.5%	16.1%	17.4%

5



成效評估-投保金額影響(1/2)

- ◆ 投保金額第十組(189,500元以上)個案之收縮壓、三酸甘油酯及低密度脂蛋白，追蹤時已達進步獎勵目標值比率較其他組別為高。

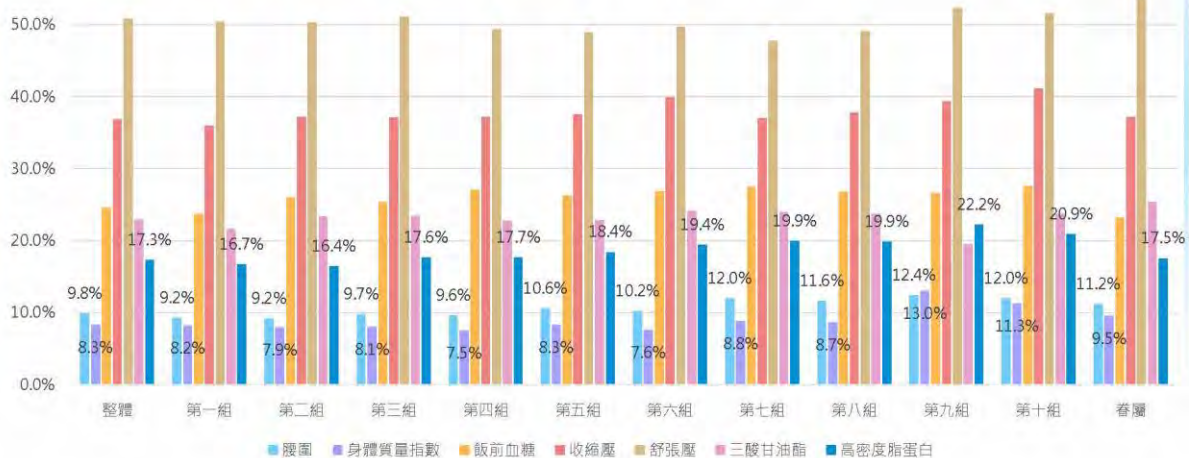


17



成效評估-投保金額影響(2/2)

- ◆ 投保金額第九組(156,400~182,000元)個案之腰圍、身體質量指數(BMI)及高密度脂蛋白，追蹤時已達標準值比率較其他組別為高。



18



接受危險因子衛教指導 (國健署委託研究)

- ◆ 收案對象接受任一危險因子衛教指導率達99.5%、個案危險因子完整衛教指導率為71.9%。

指標	介入人次	占比(%)
接受任一危險因子衛教指導率	258,005	99.5
個案危險因子完整衛教指導率	186,359	71.9
運動指導	241,531	93.2
營養指導	256,700	99.0
量血壓722指導	150,995	91.1
戒菸指導或戒菸服務	45,731	100.0
戒檳指導	8,712	87.3

註：統計期間為111年7月至113年9月。

19



接受危險因子衛教指導 (國健署委託研究)

- ◆ 收案且追蹤至少3次個案，代謝症候群改善率達36%，超過16%已緩解為非代謝症候群。

收案條件	衛教指導人次	代謝症候群改善率		代謝症候群緩解率	
		人次	佔比(%)	人次	佔比(%)
代謝症候群	55,781	20,223	36.3	9,111	16.3

註：

1. 統計期間為111年7月至113年9月。
2. 衛教指導人次：係指收案且至少追蹤3次(含)以上，排除以糖尿病前期收案者。
3. 整體代謝症候群改善率：個案代謝症候群異常項目數<收案時代謝症候群異常項目數。
4. 整體代謝症候群緩解率：個案代謝症候群異常項目數<3項及以下，即追蹤至少3次後已非代謝症候群。

20



三高藥物使用情形1/2 (國健署委託研究)

- ◆ 收案前1年曾開立三高藥物個案，收案後停止使用三高藥物率約7% (收案90/180天後停止使用率約15%)。

指標	收案時使用任1 項三高藥物人數 (A)	停止/減少使用 三高藥物人數 (B)	占比(B/A) (%)
三高藥物減少使用率	58,973	7,770	13.2
三高藥物停止使用率	58,973	4,158	7.1
三高藥物停止使用率 (收案90天後)	36,413	5,495	15.1
三高藥物停止使用率 (收案180天後)	21,650	3,132	14.5

註：

- 資料來源：代謝症候群收案資料檔(111年7月至112年12月)、健保申報資料(109年1月至112年12月)。
- 分母：收案且追溯收案時前一年曾開立三高藥物，且累積開藥天數≥28天，共58,937人，收案且追蹤≥90天者計36,413人，收案且追蹤≥180天者計21,650人。
- 減少三高用藥：收案後有開立三高藥物項目減少。
- 停止三高用藥：收案後未開立三高藥物或累積開藥天數<28天內。

21



三高藥物使用情形2/2 (國健署委託研究)

- ◆ 收案前1年未開立三高藥物(或開立天數<28日)者，收案後約75%維持無三高用藥，26%新使用三高藥物。

指標	收案時無使用三高 藥物人數(A)	人數 (B)	占比(B/A) (%)
收案後維持無使用率	22,431	16,620	74.1
收案後新使用三高藥 物率	22,431	5,811	25.9

註：

- 代謝症候群收案資料檔(111年7月至112年12月)、健保申報資料(109年1月至112年6月)。
- 無使用三高藥物：未開立三高藥物或開藥天數<28天。
- 使用三高藥物：收案後開立三高藥物，且累積開藥天數≥28天。

22



後續推動方向

1. 為提升本計畫執行情形，本署已於113年11月透過個案最近一年之成人預防保健資料及檢驗檢查資料篩選符合本計畫收案對象進行派案，派案人數計18萬人。
2. 113年家醫計畫新增「糖尿病/初期慢性腎臟病整合照護提升費」，為避免重複給付品質獎勵費，將修訂家醫計畫相關規定。
3. 114年本計畫將改由公務預算支應，本署將持續配合衛生福利部國民健康署相關事宜。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：醫療科技評估辦理情形及未來規劃專案報告，請鑒察。

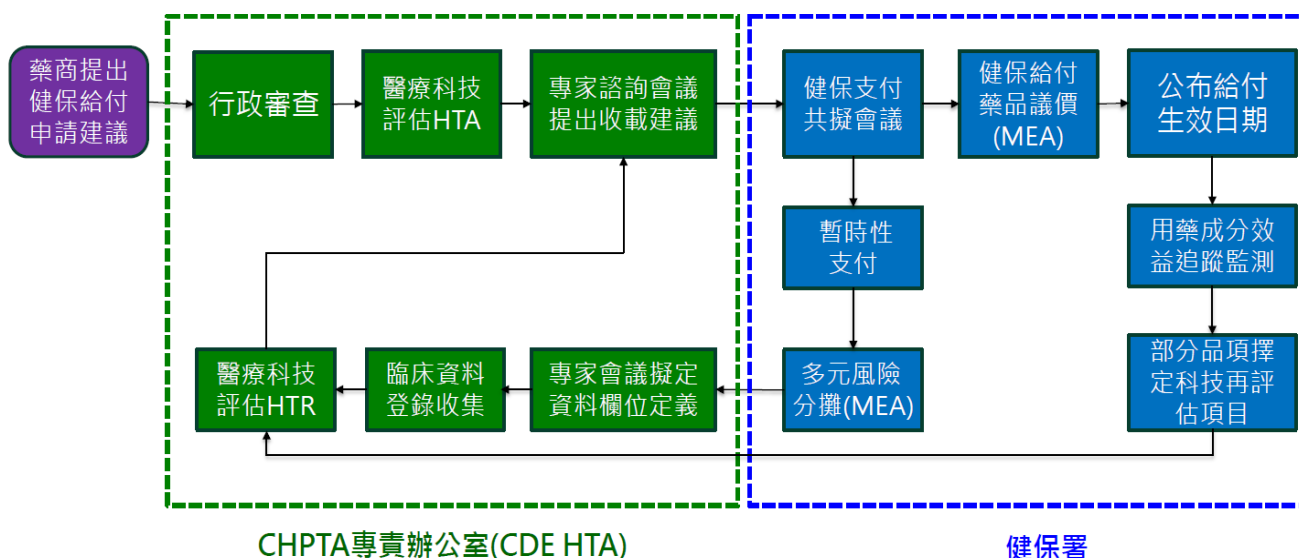
說明：

一、醫療科技評估執行現況

為因應醫療科技快速發展下，民眾對於之新醫療科技、新醫療服務及新藥物之需求，健保署於 113 年 1 月 1 日成立健康政策與醫療科技評估中心(Center for Health Policy and Technology Assessment, CHPTA)專責辦公室，協助健保進行新醫療技術、藥品及醫材給付審查，提供藥物經濟學評估及政策評估、人才培訓。

CHPTA 專責辦公室由健保署和 CDE(Center for Drug Evaluation，財團法人醫藥品查驗中心) HTA(Health Technology Assessment，醫療科技評估)團隊共同合作，自 113 年 1 月 1 日起，廠商申請新藥健保給付之建議案件，由 CHPTA 協助進行行政初審、執行醫療科技評估及召開專家諮詢會議，再由健保署依法召開藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議，相關作業流程已建立明確的評估標準與作業程序。

CHPTA與健保署分工及重要工作流程



二、醫療科技評估之未來規劃

(一)規劃設置行政法人型態之「國家醫療科技評估中心」，藉由人事、組織、財務及採購等制度鬆綁，能夠擴大專業範圍、增加運作彈性及提高執行效率與發揮組織效能，進而強化我國醫療科技評估量能與品質。已於 113 年 8 月 13 日函送行政法人國家醫療科技評估中心設置條例草案至行政院審議。

(二)未來強化病友參與之規劃：

- 1.病友意見分享平台蒐集之病友意見，提專家諮詢會議供專家參考。
- 2.辦理病友溝通會議與邀請國際病友專家來台演講，持續接軌國際最佳實踐經驗，增進病友知能。

三、檢附「醫療科技評估辦理情形及未來規劃」簡報如附件(第 124~138 頁)。

報告單位業務窗口：連恆榮簡任技正，聯絡電話：02-27065866分機2622

.....

本會補充說明：

一、本案係健保署依本會本(113)年第 9 次委員會議(113.10.23)決定略以，為利委員瞭解醫療科技評估辦理情形及未來規劃(包含組織架構及分工、對病友權益保障等)，請於 113 年底前提出專案報告。

二、關於醫療科技評估之法源依據如下：

健保法第 42 條第 2 項

醫療服務給付項目及支付標準之訂定，保險人得先辦理醫療科技評估，並應考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及本保險財務；藥物給付項目及支付標準之訂定，亦同。

決定：



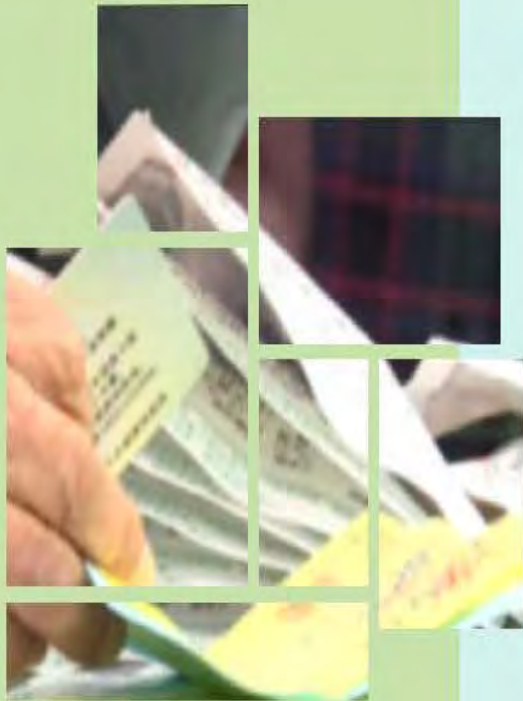
醫療科技評估執行現況及未來規劃

衛生福利部中央健康保險署

113年12月25日

大綱

- 1 背景
- 2 執行現況
- 3 病友參與
- 4 專責組織的規劃與未來展望



背景

3



健保與醫療科技評估相關法規

全民健康保險法第42條

- 醫療服務給付項目及支付標準之訂定，應以相對點數反應各項服務成本及以同病、同品質同酬為原則，並得以論量、論病例、論品質、論人或論日等方式訂定之。(第一項)
- 前項醫療服務給付項目及支付標準之訂定，保險人得先辦理醫療科技評估，並應考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及本保險財務；藥物給付項目及支付標準之訂定，亦同。(第二項)

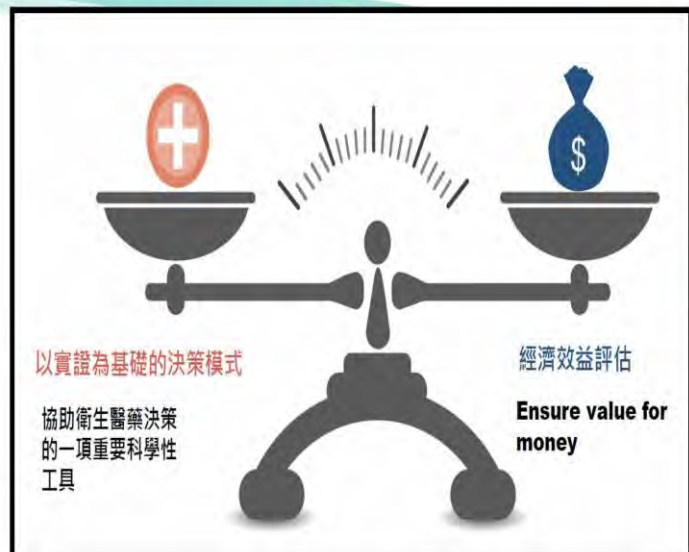
立法院100年1月4日三讀通過二代健保法，於102年1月1日實施。

4



醫療科技評估 (Health Technology Assessment, HTA)

- 針對衛生醫藥照護所使用的科技產品或服務提出評估，評估的範圍包括臨床、社會、經濟及倫理等層面。
- 提供決策者客觀的資訊，以協助他們在有充分、客觀的證據下做出政策規劃。
- 必須具有資訊透明、不偏頗及系統性等特性。這些特性奠基於紮實的研究與科學方法。



HTA國際機構網絡(INAHTA)

各地區HTA機構數：歐洲31個、拉丁美洲5個、加拿大和美國5個、亞洲5個、澳洲和紐西蘭3個、非洲2個。

- International Network of Agencies for HTA (INAHTA). www.inahta.org
- Int J Technol Assess Health. 2020 May 13;1-4.

5



臺灣醫療科技評估沿革

CHPTA專責辦公室成立

國際合作及影響力



• 與英國 NICE 簽署合作協定

2013年開始施行二代健保

- 執行特材 (2011) 及醫療服務HTA評估 (2014)。
- HTA評估報告全文公開上網 (2011)。

2013

2023

- 精進病人用藥可近性
 - 平行送審作業
 - 即時性 (Timely)
- 人才培育
- 保持評估獨立性、嚴謹性、透明度
- 行政法人單位

2024-

2015-2022

衛生健康政策HTA

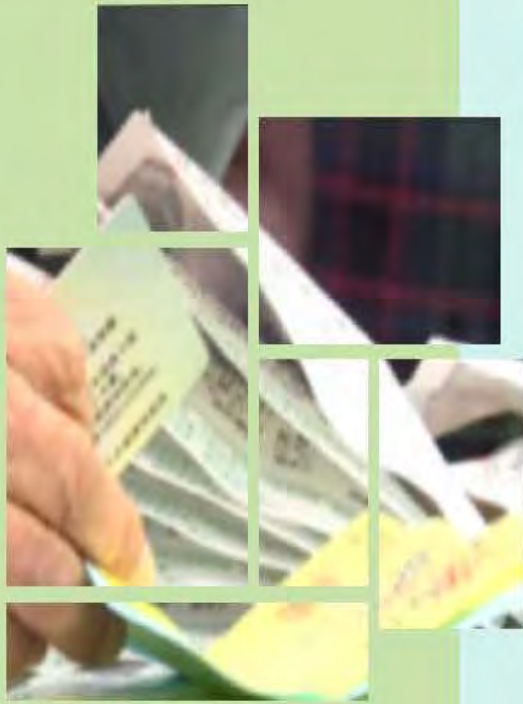
- 病友參與 (2015)
- 政策HTA評估 (2015)
- 前瞻評估 (Horizon Scanning) (2020)
- 再評估機制建立 (HTR) (2022)

CDE成立HTA組

- 2008年查驗中心依衛生署 (現衛福部) 指示成立醫藥科技評估組 (簡稱HTA組)，協助健保新藥收載HTA評估。

2008

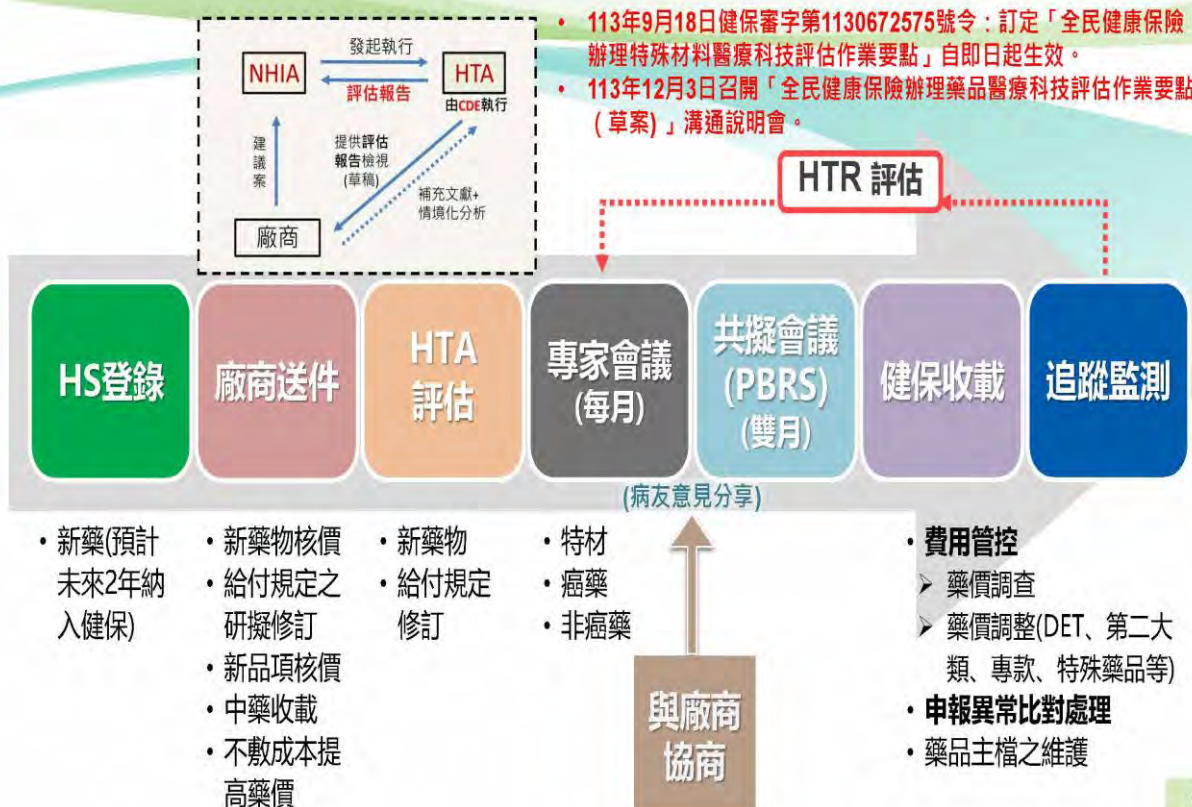
6



執行現況

7

藥品及特材醫療科技評估流程



8



執行醫療科技評估案條件

◆選擇單價較高且對健保財務影響較大之品項

考量新藥新科技之評估有其時效性，且目前評估人力及資源有限。

• 新收載案件

- 藥品案件：納入給付後五年內有任一年度之藥費超過1億元。
- 特材案件：納入給付後五年內有任一年之特材費用超過3千萬元。

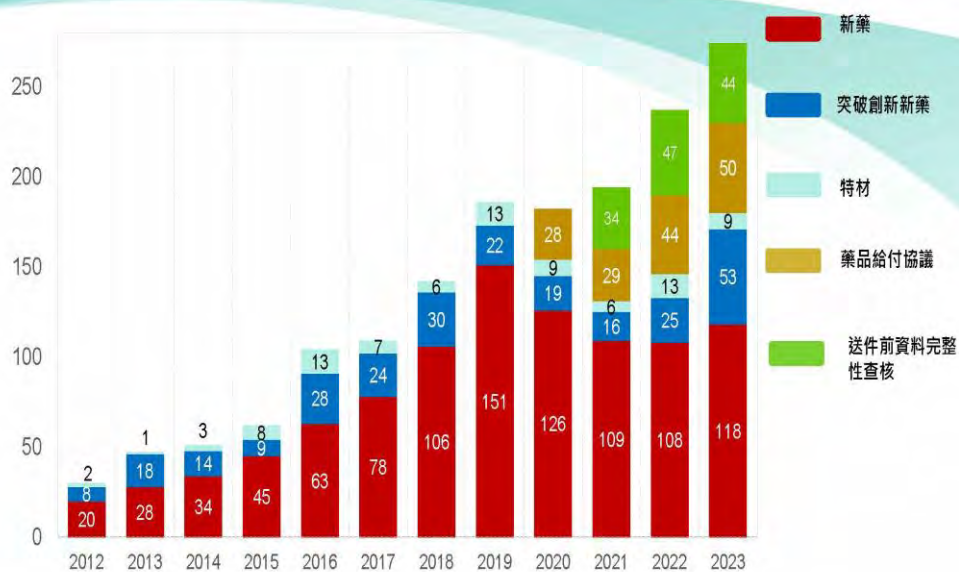
• 藥物給付規定新增或修訂案件

- 藥品案件：對健保財務衝擊影響每年增加超過5千萬者。
- 特材案件：對健保財務衝擊影響每年增加超過3千萬者。

9



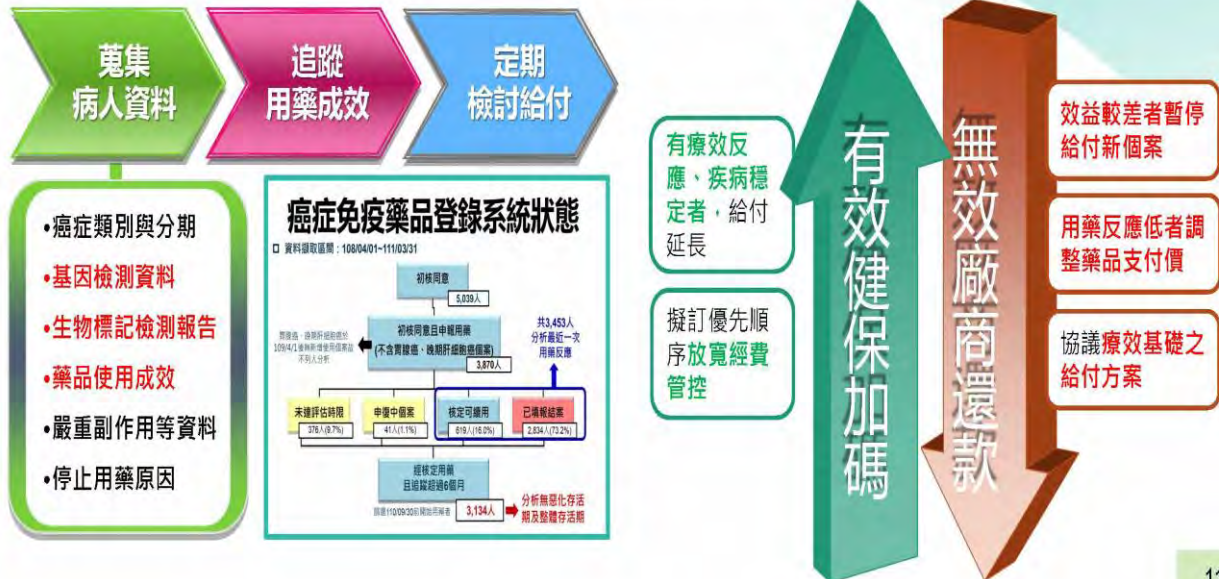
歷年健保新醫療科技(HTA)評估案件數



10

系統登錄蒐集實證 (Real World Evidence) 依據RWE調整健保給付

建置登錄系統，蒐集藥品臨床使用之**真實世界證據(RWE)**，並據以調整健保給付，將資源用在最有效益之治療，減輕健保及民眾財務負擔。



11

以實證為基礎的醫療給付

免疫檢查點抑制劑
Real-World results

European Review for Medical and Pharmacological Sciences 2021; 25: 6548-6556

Real-world results of immune checkpoint inhibitors from the Taiwan National Health Insurance Registration System

S.-T. HSIEH¹, H.-F. HO², H.-Y. TAI³, L.-C. CHIEN¹, H.-R. CHANG¹, H.-P. CHANG², Y.-W. HUANG², J.-J. HUANG², H.-J. LIEN², L.-Y. HUANG¹, P.-C. LEE^{3,4}

¹Division of Health Technology Assessment Center for Drug Evaluation, Taipei, Taiwan

²National Health Insurance Administration, Ministry of Health and Welfare, Taipei, Taiwan

³National Health Insurance Administration, Ministry of Health and Welfare, Taipei, Taiwan

⁴College of Medicine, National Cheng Kung University, Taipei, Taiwan

Following a year of data collection and analysis, the real-world ORR and PFS in Taiwan were 24.0% and 2.9 months, respectively. Experts agreed that, compared to regorafenib, payment benefits were limited while producing the same clinical status. As of March 2020, no HTA agencies in Canada, Australia, Scotland, or the United Kingdom had approved or paid for the use of nivolumab for late-stage HCC. Even Japan, nivolumab's country of origin, had not yet approved it for late-stage HCC. Furthermore, following a September 23, 2019, update, the ESMO Clinical Practice Guidelines no longer recommend using nivolumab for late-stage HCC. Other drugs, such as ramucirumab and cabozantinib, received marketing authorization.

ODAC Opposes Ongoing FDA Approval of Nivolumab for HCC in Patients Pretreated With Sorafenib

April 30, 2021

Sara Karlovitch



The FDA's Oncologic Drug Advisory Committee voted 5 to 4 against the continued accelerated approval of nivolumab for the treatment of patients with hepatocellular carcinoma who were previously treated with sorafenib.

The FDA's Oncologic Drug Advisory Committee voted 5 to 4 against the continued accelerated approval of nivolumab for the treatment of patients with hepatocellular carcinoma who were previously treated with sorafenib.¹



台灣真實世界證據(RWE)應用實證

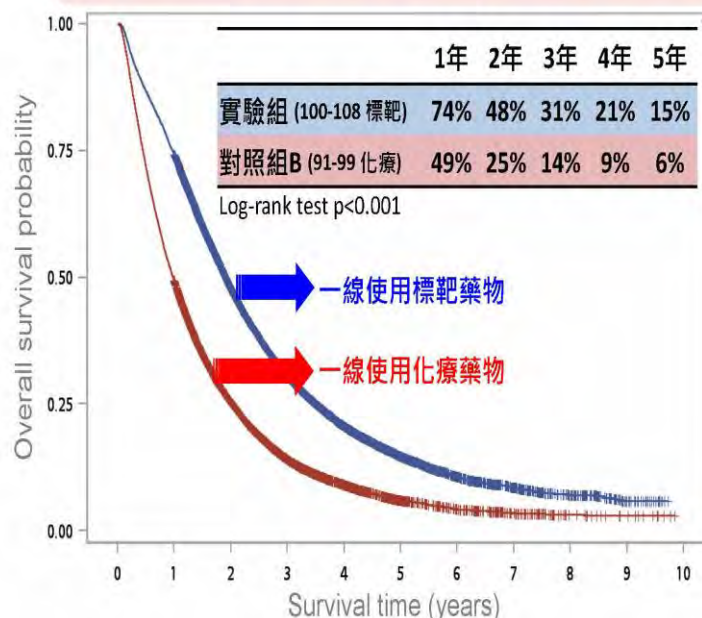
- 109年2月台灣健保參考RWE及其他科學實證，決議暫停給付nivolumab於肝細胞癌及pembrolizumab於胃癌之新個案用藥
- 110年4月美國FDA癌藥諮詢會議反對給予nivolumab於肝細胞癌及pembrolizumab於胃癌之適應症

12

醫療科再技評估-以肺癌用藥為例

〔非小細胞肺癌使用
標靶藥物之效益〕

利用健保資料庫真實世界數據分析晚期非小細胞肺癌病人使用一線標靶/化療藥物之效益，使用一線EGFR標靶藥物病人之整體存活(22.9個月)顯著高於僅使用化療藥物之病人(11.7個月)。



資料來源：

1. 期別資料取至癌症登記檔，資料年度為91-108年。
2. 用藥資料取至健保倉儲資料，資料年度為91-109年。
3. 病人存活資料取自戶政檔，實驗組與對照組病人追蹤時間最多10年。

13

醫療科再技評估-以C肝用藥為例

〔晚期肝癌併有C肝病人
使用DAA之效益〕

DAA: Direct-Acting Antiviral (直接作用抗病毒藥物)

利用健保資料庫真實世界數據分析 肝癌且合併C肝的病人 以標靶藥物sorafenib治療晚期肝癌之後
【有接受DAA治療C肝組】的存活 > 【未接受DAA治療C肝組】的存活
且有接受DAA治療組中C型肝炎成功治癒者有更佳的存活

存活分析

組別	模式一(未配對)		模式二(1:4配對)	
	用藥組	未用藥組	用藥組	未用藥組
個案數	122	1562	98	362
存活期(月)				
平均值(標準差)	20.7(1.1)	12.5(0.3)	20.2 (1.2)	11.1 (0.6)
75分位(Q3)	34.9	18.9	34.9	15.3
中位數(Q2)	20.8	8.3	19.7	6.7
25分位(Q1)	10.2	3.4	9.9	3.1
存活率				
6個月	86.9%	59.1%	86.7%	53.6%
1年	70.5%	38.2%	68.4%	33.2%
2年	37.9%	18.9%	35.6%	15.5%
Log-rank P值	<.0001		<.0001	

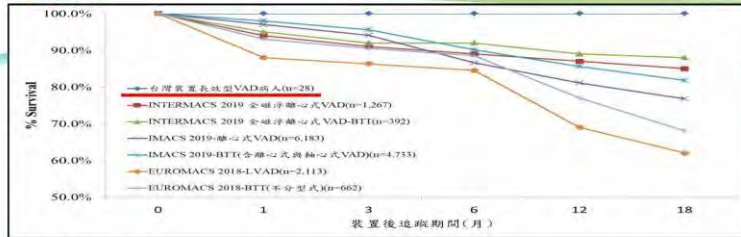
資料來源：

1. 肝癌病人取自健保倉儲資料，資料年度為107至108年間。
2. C肝病人取自院所上傳檢驗結果資料，資料年度為107至108年間。
3. 存活資料取自戶政檔，追蹤時間起點為第一次使用sorafenib，追蹤終點為病人死亡日或研究觀察終點(109年12月31日)。

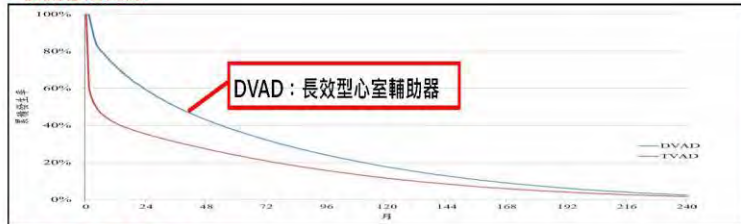
14

醫療科技再技評估-以長效型心室輔助器為例(特材)

- 存活分析



- 模擬存活曲線



- 成本效用分析結果

Strategy	cost	Δcost	LYs	ΔLYs	ICER	QALYs	ΔQALYs	ICUR
10年時間								
本新現								
DVAD	6,558,552	2,832,749	4.18	1.58	1,79,802*	3.37	1.25	2,264,517*
TVAD	3,725,803	-	2.60	-	-	2.12	-	-
年新現率 3%								
DVAD	6,109,244	2,683,978	3.76	1.43	1,879,113*	3.02	1.13	2,381,358*
TVAD	3,425,266	-	2.33	-	-	1.90	-	-
終生(20年)								
本新現								
DVAD	7,452,673	3,142,348	5.00	1.87	1,684,001*	4.05	1.49	2,113,073*
TVAD	4,310,325	-	3.14	-	-	2.57	-	-
年新現率 3%								
DVAD	6,711,006	2,892,344	4.31	1.62	1,785,858*	3.48	1.29	2,249,047*
TVAD	3,818,662	-	2.69	-	-	2.20	-	-

長效型心室輔助器 durable ventricular assist device, DVAD; 離心型心室輔助器 temporary ventricular assist device, TVAD; 生命年 life-years, LYs; 經年品質調整生命年 quality-adjusted life years, QALYs; 增量成本效益比, incremental cost-effectiveness ratio, ICER; 增量成本效用比, incremental cost-utility ratio, ICUR
*表示在95%信賴區間1.96-2.58倍下, 經ICER值或ICUR值與標準化後之2,401,626元

➢ 透過HTA將長效型心室輔助器納入健保

➢ 長效型心室輔助器給付效益評估結果

- 長效型VAD之病人, 反映了良好的臨床效益。
- 長效型VAD確實能給病人帶來更長的存活生命年 (LYs) 以及經生活品質校正生命年 (QALYs)。
- 在分析期間設定為10年或是終生時, 長效型VAD為較具成本效益之治療選擇。

➢ 續依臨床實證放寬給付規定

- 為兼顧再次開心手術病人治療權益及與診療項目68035B之給付標準一致性, 經提111年5月藥物共擬會議討論通過, 111.7.1放寬給付規定, 用於「再次開心手術」病人, 推估年使用量再增加20組, 健保增加支出費用約7.8千萬點。
- 經提112年3月藥物共擬會議討論通過, 112.5.1放寬給付規定, 刪除禁忌症「65歲以上」, 並於適應症增列「年齡未滿70歲」, 推估年使用量再增加16組, 健保增加支出費用約6.2千萬點。

資料來源:

109年度優化健保給付機制提升精準醫療運用計畫-健保給付心室輔助器使用之效益評估期末報告

15



設立醫療科技評估之專責辦公室



CHPTA專責辦公室

Center for Health Policy and Technology Assessment (CHPTA)

健康政策與醫療科技評估中心

112年12月27日 揭牌啟動典禮

113年1月1日

成立專責辦公室

✓ 使命:

- 1) 強化藥品給付審查及平行送審機制。
- 2) 協助暫時性支付之推動規劃。
- 3) 推動行政法人設置規劃。

✓ 任務:

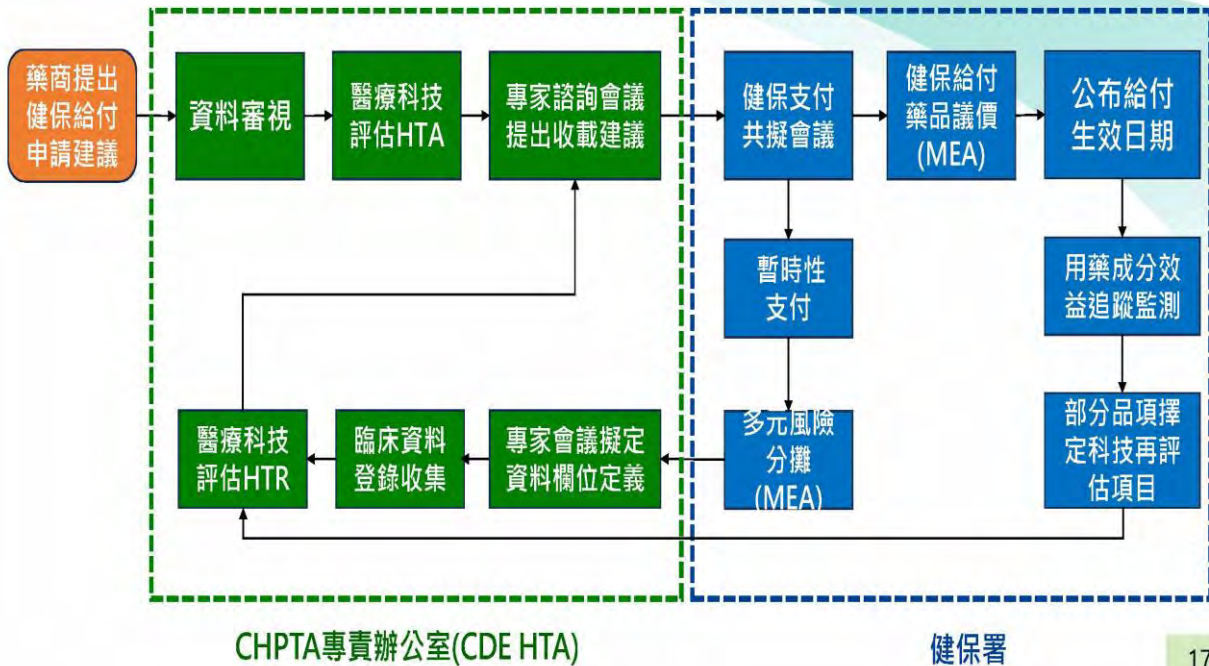
- 1) 辦理醫療科技評估(HS、HTA及HTR)。
- 2) 新醫療技術、藥品及醫材給付審查。
- 3) 藥物經濟學評估。
- 4) 法規研析及政策評估。
- 5) 人才培訓與國際合作。



16



CHPTA 與健保署分工及重要工作流程

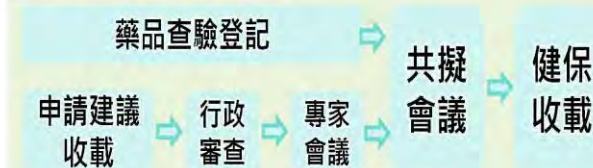


17



113.1.1起推動平行送審機制

平行送審流程示意



適用目標

- 一、主管機關認定之下列新藥：
 - (一) 查驗登記 優先審查
 - (二) 查驗登記 加速核准
 - (三) 小兒或少數嚴重疾病藥品
 - (四) 突破性治療
 - 二、未於國際上市之新藥。
 - 三、十大先進國家上市2年內，屬 國內製造 之新藥。
 - 四、十大先進國家上市滿5年，屬 國內製造 之新成分新藥。
 - 五、療效不劣於本標準已收載品項且年藥費支出低
 - 六、其他經健保署認定具醫療迫切需求
- 預期成效
- 一、受理廠商申請收載案後10個月內生效
 - 二、取得藥品許可證後最快可於6個月內公告生效

平行送審首例

113年(至10月)

平行送審已收案 **11** 件

- ▶ 藥品成分：**Elranatamab**
- ▶ 適應症：適用於治療先前曾接受至少四線療法(包括一種蛋白酶體抑制劑、一種免疫調節劑和一種抗CD38單株抗體),並在最後治療顯示疾病惡化的復發性或難治性多發性骨髓瘤成人



- ▶ 健保署受理日期：**113年4月18日**
- ▶ CDE完成HTA評估日期：**113年6月4日**
- ▶ FDA許可證發證日期：**113年7月3日**
- ▶ 提專家諮詢會議日期：**113年8月1日**
- ▶ 提共同擬訂會議日期：**113年12月(預計)**
- ▶ 生效日期：**114年初(預計)**

18



癌症治療加速接軌國際

以癌別為基礎，盤點其治療藥品與NCCN治療指引差異，擬訂治療指引與策略。

優先納入臨床實證強，但因財務衝擊過大尚未納入健保給付之藥品。

規劃

盤點與國際治療 (NCCN)之落差

- 逐步盤點乳癌、肺癌、大腸癌等重大癌症健保給付藥品及範圍與國際指引差異。

召開專家會議

- 邀集醫藥專家就NCCN落差，參考HTA成本效益，提供給付修訂建議。

接軌癌症國際治療指引(NCCN)之給付規定

- 依給付建議提請專家會議審查及共擬會議審定。

113年接軌NCCN國際治療指引 Category1 ,preferred treatment之具體成效

肺癌：第四期存活率僅13.1%，接軌NCCN國際治療指引category1及優先建議，改善晚期預後。
非小細胞肺癌(共11項) 小細胞肺癌(共3項)
佔(90%~93%)



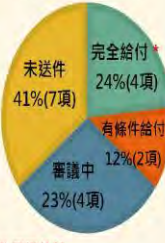
* 完全給付：依藥品許可證給付



乳癌：接軌NCCN國際治療指引category1及優先建議，改善早、晚期治療及預後。
早期乳癌(共7項) 晚期乳癌(共17項)



* 完全給付：依藥品許可證給付



轉移性大腸直腸癌NCCN國際治療指引缺口藥物，改善預後。

健保已給付轉移性大腸癌第一、三、四線標準藥品

補足第二線治療缺口！

【審議中藥品】
encorafenib、bevacizumab、pembrolizumab(10)

19



112-113年健保新藥生效品項

合計40.5萬人受惠

合計8.2萬人受惠

112年
生效

新藥共31項 (含暫時性支付4項)
擴增給付共23項 (含暫時性支付2項)

項目	新藥	擴增給付	說明
癌藥	8	11	用於治療B細胞淋巴瘤、神經母細胞瘤、非小細胞肺癌、卵巢癌等癌症，其中一項為細胞療法 (CAR-T)，藥費支出約43.18億元，受惠人數約5,436人。
罕藥	10	1	用於治療家族性澱粉樣多發性神經病變 (FAP)、復發型多發性硬化症、龐貝氏症、法布瑞氏症、泛視神經脊髓炎及脊髓肌肉萎縮症之基因治療等罕病，預計藥費支出約35.53億元，受惠人數約931人。
其他新藥	13	11	用於治療血友病、糖尿病足傷口潰瘍、類風濕性關節炎、異位性皮膚炎及克隆氏症、過敏性鼻炎及高膽固醇血症等疾病，預計藥費支出約37.04億元，受惠人數約39.9萬人。

113年
生效
(至10月)

新藥共26項 (含暫時性支付4項)
擴增給付共28項 (無暫時性支付)

項目	新藥	擴增給付	說明
癌藥	8	17	用於治療多發性骨髓瘤、瀰漫性大型B細胞淋巴瘤、非上皮型惡性肋膜間皮瘤、去勢敏感性前列腺癌、慢性淋病性白血病、膽道癌、原發性腹膜癌、胃癌、非小細胞肺癌、乳癌等癌症，其中2項為暫時性支付，藥費支出約99.88億元，受惠人數約11,057人。
罕藥	5	2	用於治療β型海洋性貧血、Dravet症候群、遺傳性血管性水腫、結節性硬化症、脊髓性肌肉萎縮症 (SMA) 等罕病，其中2項為暫時性支付，預計藥費支出約27.86億元，受惠人數約814人。
其他新藥	13	9	用於治療乾癬、成人人類免疫不全病毒感染、氣喘及A型血友病、幽門螺旋桿菌感染、早產兒呼吸窘迫、克隆氏症、紅斑性狼瘡、兒童特發性關節炎等疾病，其中2項為暫時性支付，預計藥費支出約32.71億元，受惠人數約7萬人。

20

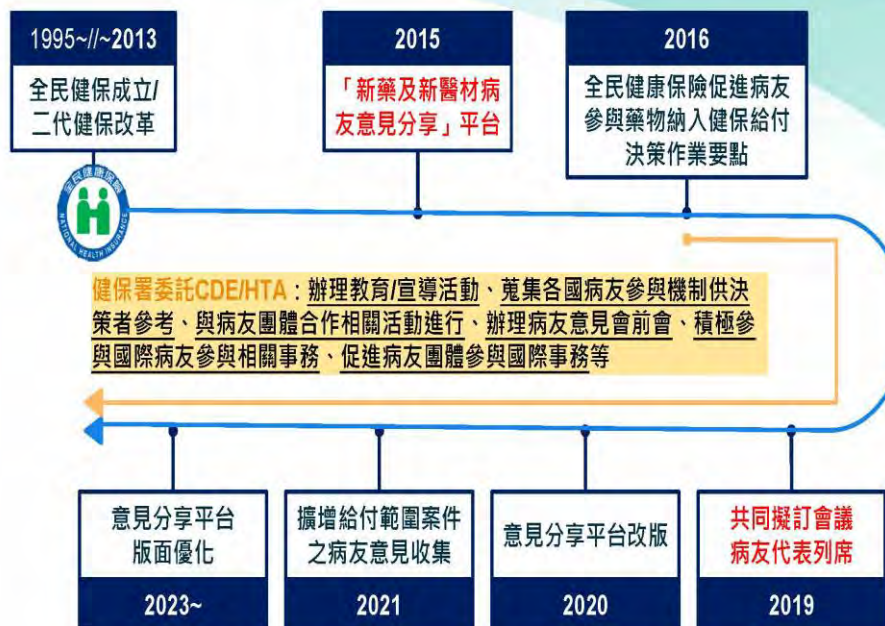


病友參與

21



病友參與健保藥物給付決策之發展



*網頁改版、增加上架日期及近一年歷史資料、上傳附件功能

*增加意見收集題目與增列填寫說明

22



現行 病友意見納入健保給付決策機制

- 收集病友意見之案件標準：
 - 藥品以重大傷病用藥為優先。
 - 特殊材料以植入物（以創新產品為主）或於手術處置過程中使用且病人能見者為優先。

項目	內容
意見開始收集通知	以電子郵件通知
收集時間長度	以3個月為原則，並於共擬會議前30日停止收集
意見來源篩選	病友、照顧者及病友團體
意見整理	委由CDE/HTA小組進行整理
意見使用階段	共同擬訂會議（PBRS）
意見呈現方式	<ul style="list-style-type: none"> 由病友代表於共擬會議中報告病友意見 摘錄於HTA報告摘要

參考資料:衛生福利部中央健康保險署-全民健康保險促進病友參與藥物納入健保給付決策作業要點。
https://www.nhi.gov.tw/BBS_Detail.aspx?n=73CEDFC921268679&sms=D6D6367550F18590&s=968372034DEA1ED6

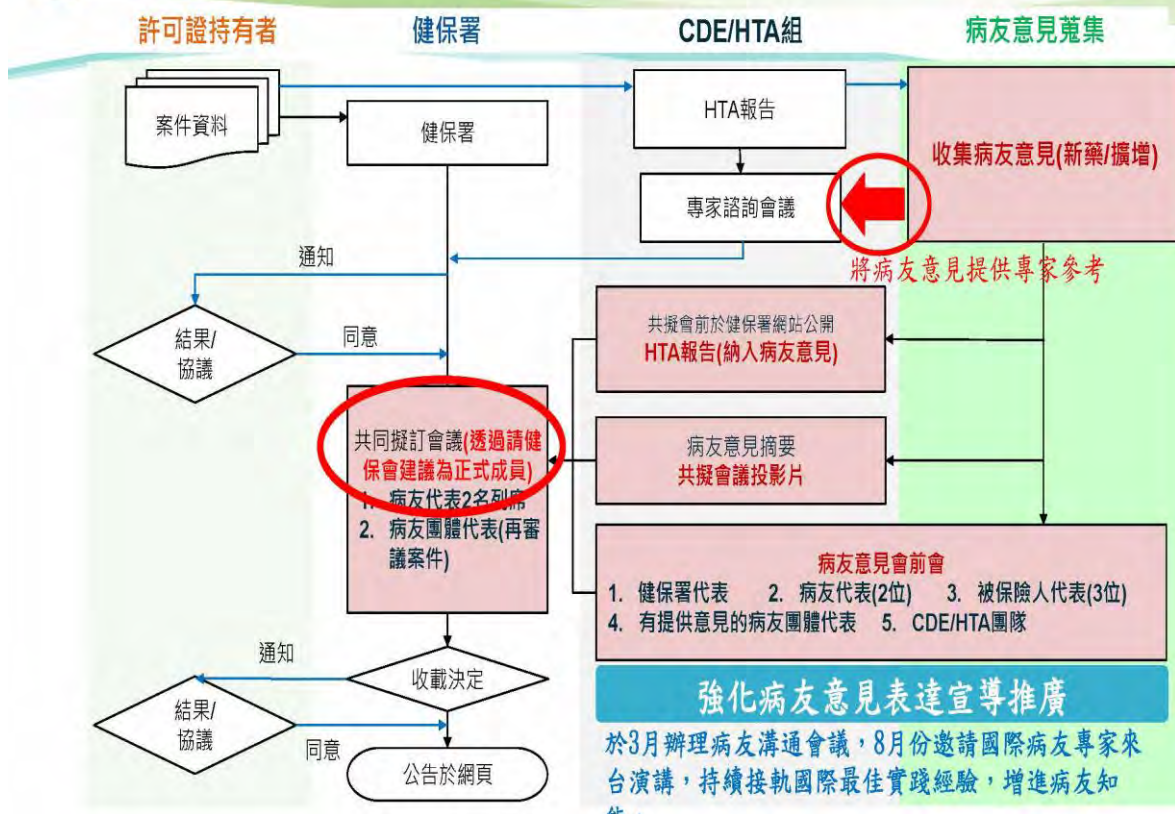
現行 病友參與新藥審議流程



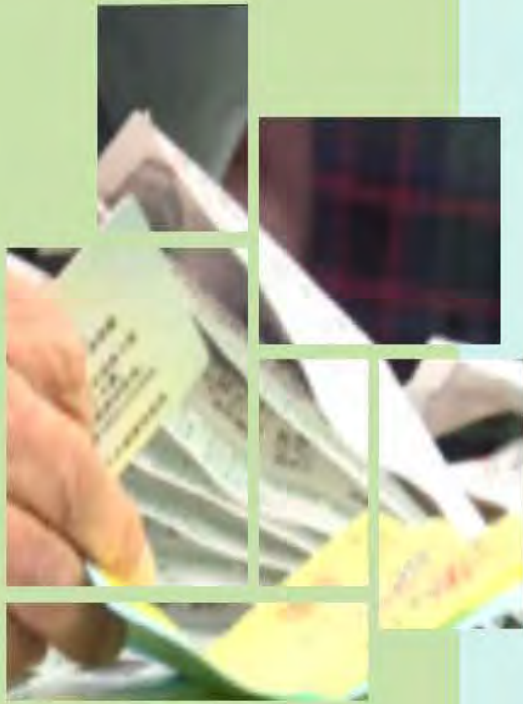
23



未來 強化病友參與及宣導推廣



24



專責組織的規劃與未來展望

25



設置國家醫療科技評估中心行政法人規劃

目前進度：**113年8月13日**送行政法人國家醫療科技評估中心設置條例草案至行政院審議

	CHPTA專責辦公室(CDE HTA)	行政法人
時程	短期 (2024-2025年)	中長期目標 2026年正式成立行政法人
人力	預估110名員額	預估300名員額
任務	<ol style="list-style-type: none"> 辦理醫療科技評估(HS、HTA及HTR)。 新醫療技術、藥品及醫材給付審查。 藥物經濟學評估。 法規研析及政策評估。 人才培訓與國際合作。 	<ol style="list-style-type: none"> 以科學政策與研究、數據分析進行新醫療科技掃描、創新給付審查與諮詢。 發展與維護健康照護服務與疾病治療指引。 進行藥物經濟學與醫療實證評估。 健康政策評估與建議。 培訓國際新醫療科技評估人才、與國際醫療科技評估機構合作。

26



國家醫療科技評估中心成立目的

提升專業與量能

- 透過**低度公權力行使**，將健保法42條規定保險人**辦理醫療科技評估業務**委託予行政法人，提升審查專業性。
- **強化經營責任及成本效益**，擴增醫療科技評估量能。

人才彈性運用

- **彈性招聘各領域人才**，提升醫療評估專業性。
- **公部門人員**可以於法人中**擔任溝通橋樑**並**深化其學識知能**。

交流合作與深耕

- 產、官、學、研交流合作，**建立人才庫**。
- 擴大醫療科技評估交流，**成為專業知識輸出單位**。

27



國家醫療科技評估中心設置條例草案

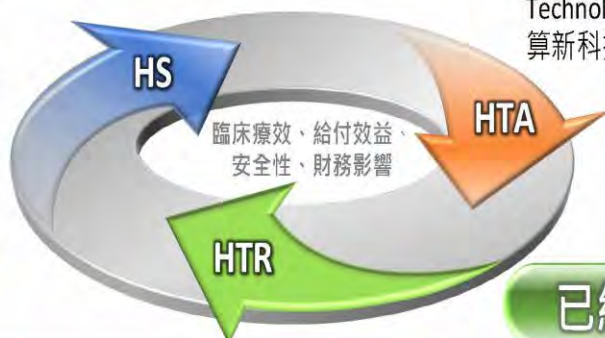
- 共**五章**，**三十三條**
 - 第一章 總則
 - 第二章 組織
 - 第三章 業務及監督
 - 第四章 會計及財務
 - 第五章 附則

28

醫療科技評估提升健保給付效益 Health Technology Management

預算編列

- ✓ 新藥：導入**前瞻性評估**(Horizon Scanning, HS)，將可能收載之新醫療科技於**預算編列時納入評估**
- ✓ 新醫材：登載於「尚待研議品項表」，逐項於**預算編列時納入評估**



多元風險分攤模式(包括**暫時性健保支付**)：

領有許可證惟**成本效益不明確之藥品**，與藥商以協議方式暫時性給付，建置個案登錄系統，定期評估療效及成本效益，滾動式修訂藥品給付規定，以**加速新藥引進及精準用藥**。

新藥新科技納入給付

運用**醫療科技評估**(Health Technology Assessment, HTA)，估算新科技**成本及效益**，輔助決策

已給付項目檢討

就已給付項目進行**醫療科技再評估**(Health Technology Reassessment, HTR)，有效健保加碼，無效限縮給付，將**資源用在最有效益之治療**

29



Health for All

THANK YOU

第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：113 年 11 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

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：無
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12月2日
發文字號：衛部健字第1133360162號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明

主旨：檢陳本會依法完成協議訂定114年度全民健康保險醫療給付
費用總額一般服務費用之地區預算分配方式，謹請鑒核。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第61條規定、鈞部本(113)年9月3日衛
部保字第1130139528號函及本會本年11月6日衛部健字第
1133360147號書函(諒達)辦理。
- 二、114年度全民健康保險醫療給付費用總額協定結果，業於前
揭說明之書函報請鈞部核(決)定在案。至旨揭一般服務費用
之地區預算分配方式，復經本會本年第9次(113.10.23)、第
10次(113.11.20)委員會議完成協定，分配結果如附件，陳
請鈞部鑒核。

正本：衛生福利部

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

抄本

檔 號： 附錄二
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4樓

聯絡人：李德毅

聯絡電話：(02)8590-6861

傳真：無

電子郵件：hsbodhi@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國113年12月3日

發文字號：衛部健字第1133360161號

速別：速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明一

主旨：檢陳本會依法完成全民健康保險114年度保險費率審議結果，謹請鈞部轉陳行政院核定，請查照。

說明：

一、依據全民健康保險法(下稱健保法)第24條規定暨本會第6屆113年第10次委員會議(113.11.20)討論事項第四案決議辦理(會議資料及會議紀錄節錄如附件1、2)。

二、旨揭費率之審議，係由中央健康保險署(下稱健保署)依健保法第24條規定，在本會協議訂定114年度醫療給付費用總額後1個月內，提出審議草案，經本會於113年10月23日依規定邀集健保財務相關領域之專家學者，召開審議前專家諮詢會議提供意見後，提至前揭說明一之委員會議審議完成，審議結果為：114年度保險費率建議維持現行費率5.17%。

三、經整理本次費率審議相關專家諮詢會議及委員會議委員所提

意見，重點摘要如下：

(一)就全民健康保險114年度保險費率方案(草案)之意見：

- 1、114年度保險費率維持現行5.17%不調整：依據114年度總額協商結果及健保財務推估，在現行費率5.17%下，114年底安全準備累計餘額約當2.17(付費者方案)或2.08(醫界方案)個月保險給付支出，符合健保法第78條所定保險安全準備總額，以相當於1~3個月保險給付支出為原則之規定，爰建議114年度維持現行費率5.17%不調整。
- 2、提升財務推估準確度：110~113年度之健保財務預估值與實際值之差距高達百億元以上，且有增加之趨勢，考量政府公務預算能否每年挹注健保費用及其額度多寡難以預測，為長期財務穩健著想，應審慎研析財務推估與實際值產生差異之原因及探究改善作法，以提高未來財務推估準確度。

(二)對短期開源節流措施之看法及建議：

- 1、整體盤點各項提升健保收入之措施，確立改革方向：近來健保收入面討論，多集中於補充保險費收取制度，惟其僅占整體保險收入10%以下，主要收入仍為一般保險費，建請著重研析並精進其收繳制度(如：以家戶總所得為費基之可行性)；另建議整體盤點各項提升健保收

入之措施(如：爭取碳費、房地合一稅與營業稅等比照菸捐，提列特定百分比作為健保之補充性財源)，並研議其可行性後，提出明確改革方向。

2、檢視政府應負擔健保總經費法定下限36%計算方式之適法性：

(1)政府每年度應負擔健保總經費法定下限36%(下稱36%)之計算，係依健保法第2、3條及第78條規定，公式為：〔(保險給付支出+應提列或增列之安全準備)-法定收入〕 \times 36%，惟健保署計算「應提列或增列之安全準備」時，未依健保法第76條第1項之規範計入5項安全準備來源(僅計入「每年度收支之結餘」)，並於年度收支短絀時代入負值，與收支結餘應為正值有違，恐有適法性疑慮；另「法定收入」之計算，則應有明確之法規依據，僅依健保法第17條規定反推代入，並依公式將112、113年政府分別撥補健保基金之240、200億元計入法定收入，致使政府負擔36%之金額降低，似有減少政府負擔之虞。

(2)另政府已負擔保險費之認列範圍，係規定於健保法施行細則第45條(下稱細則第45條)，惟於105.12.23修正後擴增認列原屬社會福利補助7類人員之健保費，恐牴觸健保法第27條有關保險費負擔比率之規定，雖

行政院於114年健保財務協助方案已將政府應負擔健保費的計算範圍，改以健保法規範者為限，並以公務預算挹注134億元，惟為正本清源，建議細則第45條修回二代健保原立法的內容(即101年10月30日修正發布之條文)。

- 3、活化運用現有資金：114年預估投資收益率為1.52%，如能活化運用現有資金，將投資報酬率提高至5%，推估1年可增加52億元收入，幾乎等同112年7月調整民眾部分負擔費用所產生的財務效果。

(三)對中長期開源節流措施之看法與建議：

- 1、參採行政院對114年健保總額範圍核定函之重點提示：
正視健保財務收支失衡問題，及早規劃並提出相關改善策略，包括：醫療資源配置合理化相關措施(含管理作為、審查核減等)、檢討總額公式、研議節流效益如何回饋至總額預算等。
- 2、預為考量人口結構改變之影響：現行一般保險費係以薪資所得論口計費，對年輕人、多眷口家庭、以薪資為主之被保險人較為不利，致使工作年齡世代成為保費的主要負擔者，造成世代分配不公問題，未來檢討保費收繳制度時，宜一併考量人口結構改變的影響。

四、副本抄送健保署，請就委員意見研參妥處。

正本：衛生福利部

副本：衛生福利部中央健康保險署(含附件)

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：蕭夢萍
聯絡電話：(02)8590-6732
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hgmph64@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12月11日
發文字號：衛部保字第1130153252號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：附件1(全民健康保險會113年12月3日衛部健字第1133360161號書函)、附件2(114年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果)

主旨：有關114年度全民健康保險保險費率案，請鑒核。

說明：

- 一、依據本部全民健康保險會(以下稱健保會)113年12月3日衛部健字第1133360161號書函(附件1)辦理。
- 二、全民健康保險法(以下稱健保法)第24條規定，第18條被保險人及其眷屬之保險費率，應由保險人(以下稱健保署)於健保會協議訂定醫療給付費用總額後一個月提請審議。審議前，健保會應邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供意見；並應於年度開始一個月前，依協議訂定之醫療給付費用總額，完成該年度應計之收支平衡費率之審議，報主管機關轉報鈞院核定後，由主管機關公告之。至補充保險費費率，依同法第33條規定，應按一般保險費費率之成長率調整。

三、有關114年費率審議，健保會依上開規定辦理如下：

(一)113年10月23日確認「114年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果」，略以(附件2)：114年度醫療費用年度總額(成長率)，付費者方案：約9,207.48億元(4.605%)，醫界方案：約9,257.32億元(5.171%)。同日就健保署所提旨揭費率審議草案，邀集健保財務相關領域之專家學者，召開「全民健康保險114年度保險費率審議前專家諮詢會議」提供意見(附件1之附件第42頁至第46頁)。

(二)同年11月20日於第6屆113年第10次委員會議，討論健保署提具之「全民健康保險114年度保險費率試算結果(草案)」(附件1之附件第5頁至第37頁)，審議結果為：114年度保險費率建議維持現行費率5.17%，並對開源節流提出短期及中長期建議(附件1)。

四、查現行費率5.17%下，預估114年底安全準備總額約當2.08至2.17個月保險給付支出(附件1之附件第18頁，分別為醫界代表及付費者代表版本預估數)，符合健保法第78條安全準備總額以1~3個月保險給付支出為原則之規定；爰建議本案尊重健保會審議114年健保費率之結果，一般保險費維持5.17%，補充保險費費率依法維持2.11%，均不調整。

五、另為落實「擴大醫療投資，打造健康台灣」原則，並回應立法院於114年6月30日前達到平均點值1點0.95元之主決議，

力求保障健保合理點值，除鈞院114年提供「健保財務協助方案」計335.6億元外，本部亦將同步進行收支各項改革，以確保健保持續穩健發展，早日達成健康台灣的願景：

(一)收入部分：規劃多元財務，除持續爭取政府資源投入及調高投保金額上限外，另將研議擴大補充保險費計費基礎及檢討收繳方式、評估及爭取所得以外之其他財源挹注等，期使保費負擔更加公平合理。

(二)支出部分：112年7月1日新制部分負擔，對分級醫療、改善急診壅塞及藥費公平分擔已有初步成效，弱勢保障也未打折。健保署為點值增加之應對管理措施(附件1之附件第38頁至第39頁)，包含研議策進總額制度、穩定醫療服務點值、醫療配置合理化、分區總額治理、持續合理控制藥品及特材價格調整幅度、落實實證基礎給付、持續促進健保醫療合理使用及運用健保大數據結合資訊科技強化照護效率等。

正本：行政院

副本：衛生福利部中央健康保險署、本部全民健康保險會

個別委員關切事項(含書面意見)之相關單位回復

委員意見	相關單位說明
<p>李委員永振(議事錄第 14 頁)</p> <p>上次會議我有請教行政院在明年有給我們 134 億元，關於認列範圍的部分，到底是用其他收入還是保費收入來處理，社保司答覆是保費收入，保費收入的話，現在會產生一些會計上的問題，第 1 個 112、113 年政府有特別挹注了 240 億元及 200 億元，是用其他收入入帳，一樣是公務預算，為什麼處理方式不一樣？</p>	<p>社保司回復：</p> <p>114 年度政府應負擔健保費法定下限預算增列之 134 億元，係政府為落實總統健康臺灣政見「確保健保永續經營」，於 114 年度提供「健保財務協助方案」項目之一。其金額推估方式係假設健保法施行細則第 45 條修正通過，排除非依健保法規定之健保費補助計入政府負擔 36%；於法規修正通過前，屬政府法定負擔外之額外撥款性質，無論用何種方式入帳，不影響當年度政府應負擔健保總經費法定下限 36% 之應撥補數。</p>
<p>李委員永振(議事錄第 14~16 頁)</p> <p>請各位參考會議資料第 15 頁(見議事錄第 27 頁)，上次會議我有請教行政院在明年有給我們 134 億元，關於認列範圍的部分，到底是用其他收入還是保費收入來處理，社保司答覆是保費收入，保費收入的話，現在會產生一些會計上的問題，第 1 個 112、113 年政府有特別挹注了 240 億元及 200 億元，是用其他收入入帳，一樣是公務預算，為什麼處理方式不一樣？你用保費收入，在處理原則上我不曉得健保署有沒有什麼見解，我個人覺得怪怪的，同樣公務預算為什麼一項可以用這個科目，另一項用那</p>	<p>健保署回復：</p> <p>一、依行政院已通過之 114 年健保財務協助方案，134 億元屬於政府應負擔健保費法定下限之認列範圍，故以健保費認列。</p> <p>二、有關政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數之計算方式，歷年來皆依健保法第</p>

委員意見	相關單位說明
<p>個科目？因為這會牽涉到第 2 個爭議。另外剛剛提到如果沒有入法的話，每一年要去討論，哪一年會不見也不知道，現在健保財務這麼艱困的時候，可以講是嗷嗷待哺，應該要入法依法辦理，這是第 1 個。</p> <p>第 2 個就是在公式裡減掉的法定收入，我們看到會議資料第 16 頁(見議事錄第 28 頁)，這是上次會議我提出書面意見，謝謝健保署提供詳細說明，不過在說明的第 3 點，這點也產生新的疑義，這個法定收入衛福部是依照健保法第 17 條規定，用反推的方式來得到數字代入公式裡面，我個人是認為，因為這邊當然整個講是健保會委員，但我沒有跟他們討論過，這是我個人意見要說明一下，我是認為不合理，為什麼？因為如果用這樣的方式，剛剛提到的 112 年跟 113 年的 240 億元跟 200 億元的特別挹注，就放在其他收入，其他收入各位可以看到「111 年至 114 年政府應負擔健保總經費法定下限 36%計算說明」表中裡面的第 3 欄，第 3 欄裡面 112 年 380 億元，113 年 339 億元，因為有含了這 2 項，所以會特別高，這是減項，特別高就變成 36%就會乘不到了，就會減輕政府在這個法定下限 36%的負擔，我個人認為既然是法定，那應該是有法的依據，就按照法的依據去算出來，那個才是法定收入，這樣才符合法遵，現在用公式去反推會怪怪的，夯不啣嚙不是保費都算在這裡面，這樣會有爭議，剛才有提到的 134 億元，現在用保費收入還好沒有在這裡，至少就 134 億元就要用到 36%，同樣是公務預算 2 個處理方式也不一樣，這個不是以前沒有爭議，以前在 106 年開會曾經有討論過，但那時候統計，依法定有高、有低差異不大，所以就沒有列在我們一直討論的爭議範圍裡面，但是現在列出來這個的話，因為有 240 億元跟 200 億元，就差很大了，這</p>	<p>2 條、第 3 條及同法施行細則第 45 條規定，以及行政院協商確立之法律見解及計算方式辦理。</p>

委員意見	相關單位說明
<p>邊好像那 2 筆錢也沒有法律的依據，我希望如果有法律依據，就把它這樣放著可以，至少每年都有 200 億元，這樣的話扣掉一點沒有關係，但是沒有啊，什麼時候會拿掉不知道，這是第 2 點。</p> <p>第 3 點是應提列安全準備的公式裡面，應提列安全準備的定義，這個定義的話，現在是用協商的結論以「實際營運值」代入，但是這個做法會有我們一直爭議的 2 個疑點，第 1 點依健保法第 76 條第 1 項規範，如果是結餘的話只算到收支的結餘，但是健保法第 76 條規範的安全準備來源應該有 5 項，其他 4 項不見了，各位可以參考會議資料第 174 頁(見議事錄第 29 頁)，健保署新提出來的財務收支情形表，裡面有數字明細。這邊說的 4 項就是收支情形表裡面的「二、安全準備相關收入」，表格下面的說明 5 有提到，安全準備相關收入就是安全準備來源除了第 1 款的結餘之外，其他 4 款的數字，先大概說明一下。</p>	
<p>滕委員西華(議事錄第 19~20 頁)</p> <p>剛李永振委員提到其他收入的部分，還有協商項目是不是逾越健保法，我記得這一屆內閣在還沒有交接之前，在今年的 2、3 月，衛福部有提出全民健康保險基金收支保管及運用辦法第 3 條跟第 4 條修正草案，而且第 3 條是涉及到爭議非常久的，就是政府 112、113 年超收稅金撥補的 400 多億元算不算安全準備金的範圍，或是說如果在全民健保基金範圍之內，屬不屬於本會監管事項、可不可以列入協商金額。</p> <p>我們這次協商明年度的總額也碰到這個現象，上個月的報告裡有提到，健保署在推估收入面的時候，我記得龐副署長說明衛福部有跟行政院爭取到一部分的錢要用在點滴跟癌症費用的部分，我們就有討論這個到底應不應該算在保險收入裡面，今天</p>	<p>社保司回復：</p> <p>全民健康保險基金收支保管及運用辦法修正案，目前尚在研議中。另 114 年度政府應負擔健保費法定下限預算增列 134 億元，係政府為落實總統健康臺灣政見「確保健保永續經營」，於 114 年度提供「健保財務協助方案」項目之一。其金額推估方式係假設健保法施行細則第 45 條修正通過，排除非依健保法規定之健保費補助計入政府負擔 36%；於法規修</p>

委員意見	相關單位說明
<p>費率審議案裡面也有提到。</p> <p>我想請教社保司跟健保署，第 1 個，這個辦法好像還沒通過，是不是？我不太知道，因為行政院公報有刊登，我們也有表示意見不支持，我記得王必勝前次長有出來說明衛福部還在蒐集意見。這個辦法修訂的定義是否完備，會牽涉到我們討論費率或是李永振委員講的 36% 分母到底有沒有包含政府循其他程序撥補進來的金額，因為主計總處一再講，撥補到全民健保基金就是等同撥補到安全準備的意思，因為我們沒有其他盈餘的帳戶來存放這個款項。如果是公務預算，那是撥給健保署，健保署用在其他的事項，可能也不是在我們協商項目中的健保給付範圍，不知道是不是？這些都是問號。</p> <p>這些收入的法律地位確實蠻有疑問的，更不用講會涉及到將來，因為不知道李委員下一屆會不會當委員，但我相信史上再也沒有其他委員比他更懂 36%，前無古人、應該後無來者，因為 36% 涉及歷史共業。如果後面又新增新的項目，循預算程序撥補進來，在基金收支保管及運用辦法裡，又沒有辦法被定義為安全準備或是當年度可應用為全民健保給付範圍裡面的錢，因為菸捐也不是我們的保費、也是其他收入，運彩、公彩都不是，如果前面這些項目都成立，為什麼主計總處撥給我們的錢不成立，我們算 36% 及安全準備都有算這個，我覺得這個是重大爭議，因為這個錢很多，應該被考慮，謝謝。</p>	<p>正通過前，與 112 年度、113 年度政府特別挹注之 240 億元及 200 億元皆屬政府法定負擔外額外撥款性質，不影響當年度政府應負擔健保總經費法定下限 36% 之應撥補數。</p>
<p>林委員文德(議事錄第 73 頁)</p> <p>我也是想請教提升點值的一些問題，剛剛滕委員有講到資源配置合理化的部分，這邊相關的措施比較沒有辦法看出到底能夠讓點值提升多少，看起來很多措施其實是有一些效果，但效果幅度不是很大，有一些可以節省幾百億元，一看時間是 10 年，</p>	<p>健保署回復：</p> <p>一、為提升點值至 0.95 元，本署將持續精進總額制度，合理配置資源，如檢討分區總額治理制度、醫療支付標準</p>

委員意見	相關單位說明
<p>算起來一年大概省不到 100 億元，如果要讓點值提升到 0.95 元，可能需要 400、500 億元，現在總額預算接近 1 兆元，如果以 5% 估算，就需要 500 億元的措施才可以達到提升的效果，不曉得這些管理措施未來能不能有比較量化的說明，就是說除了一些作為之外，有沒有辦法去預估這樣的作為對於提升點值有什麼幫助，包括減少分母的部分，總額預算一直增加分子的部分，但是減少分母的部分好像比較少看到，就比較沒辦法估算這樣的措施能夠提升多少的點值，謝謝。</p>	<p>朝適切反應醫事人員投入調整，加強民眾健康自我照護能力，落實分級醫療等。</p> <p>二、評估效益包括過程面及結果面，本署將與醫界、專家學者共同研議。</p>

健保會完成 114 年度保險費率審議結果建議維持 5.17%

健保會 113.12

健保會於 113 年 11 月 20 日召開第 6 屆 113 年第 10 次委員會議，審議全民健康保險 114 年度保險費率，依據 114 年度總額協商結果及健保財務推估，在現行費率 5.17% 下，114 年底安全準備累計餘額約當 2.17(付費者方案)或 2.08(醫界方案)個月保險給付支出，符合健保法第 78 條所定保險安全準備總額，以相當於 1~3 個月保險給付支出為原則之規定，審議結果建議 114 年度維持現行費率 5.17%。

健保會於 113 年 9 月 27 日完成 114 年度健保醫療給付費用總額協商後，健保署依健保法第 24 條規定提出 114 年度費率草案，經健保會續依規定於 113 年 10 月 23 日邀集健保財務相關領域之專家學者，召開費率審議前專家諮詢會議提供意見後，提至 11 月份委員會議審議，審議結果為：114 年度保險費率建議維持現行費率 5.17%。前揭費率審議相關專家諮詢會議及委員會議委員所提意見，重點摘要如下：

一、就全民健康保險 114 年度保險費率方案(草案)之意見：

(一)114 年度保險費率維持現行 5.17% 不調整：依據 114 年度總額協商結果及健保財務推估，在現行費率 5.17% 下，114 年底安全準備累計餘額約當 2.17(付費者方案)或 2.08(醫界方案)個月保險給付支出，符合健保法第 78 條所定保險安全準備總額，以相當於 1~3 個月保險給付支出為原則之規定，爰建議 114 年度維持現行費率 5.17% 不調整。

(二)提升財務推估準確度：110~113 年度之健保財務預估值與實際值之差距高達百億元以上，且有增加之趨勢，考量政府公務預算能否每年挹注健保費用及其額度多寡難以預測，為長期財務穩健著想，應審慎研析財務推估與實際值產生差異之原因及探究改善作法，以提高未來財務推估準確度。

二、對短期開源節流措施之看法及建議：

(一)整體盤點各項提升健保收入之措施，確立改革方向：近來健保收入面討論，多集中於補充保險費收取制度，惟其僅占整體保險收入 10% 以下，主要收入仍為一般保險費，建請著重研析並精進其收繳制度(如：以家戶總所得為費基之可行性)；另建議整體盤點各項提升健保收入之措施(如：爭取碳費、房地合一稅與營業稅等比照菸捐，提列特定百分比作為健保之補充性財源)，並研議其可行性後，提出明確改革方向。

(二)檢視政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算方式之適法性：

1.政府每年度應負擔健保總經費法定下限 36%(下稱 36%)之計算，係依健保法第 2、3 條及第 78 條規定，公式為：〔(保險給付支出+應提列或增列之安全準備)-法定收入〕 \times 36%，惟健保署計算「應提列或增列之安全準備」時，未依健保法第 76 條第 1 項之規範計入 5 項安全準備來源(僅計入「每年度收支之結餘」)，並於年度收支短絀時代入負值，與收支結餘應為正值有違，恐有適法性疑慮；另「法定收入」之計算，則應有明確之法規依據，僅依健保法第 17 條規定反推代入，並依公式將 112、113 年政府分別撥補健保基金之 240、200 億元計入法定收入，致使政府負擔 36%之金額降低，似有減少政府負擔之虞。

2.另政府已負擔保險費之認列範圍，係規定於健保法施行細則第 45 條(下稱細則第 45 條)，惟於 105 年 12 月 23 日修正後擴增認列原屬社會福利補助 7 類人員之健保費，恐抵觸健保法第 27 條有關保險費負擔比率之規定，雖行政院於 114 年健保財務協助方案已將政府應負擔健保費的計算範圍，改以健保法規範者為限，並以公務預算挹注 134 億元，惟為正本清源，建議細則第 45 條修回二代健保原立法的內容(即 101 年 10 月 30 日修正發布之條文)。

(三)活化運用現有資金：114 年預估投資收益率為 1.52%，如能活化運用現有資金，將投資報酬率提高至 5%，推估 1 年可增加 52 億元收入，幾乎等同 112 年 7 月調整民眾部分負擔費用所產生的財務效果。

三、對中長期開源節流措施之看法與建議：

(一)參採行政院對 114 年健保總額範圍核定函之重點提示：正視健保財務收支失衡問題，及早規劃並提出相關改善策略，包括：醫療資源配置合理化相關措施(含管理作為、審查核減等)、檢討總額公式、研議節流效益如何回饋至總額預算等。

(二)預為考量人口結構改變之影響：現行一般保險費係以薪資所得論口計費，對年輕人、多眷口家庭、以薪資為主之被保險人較為不利，致使工作年齡世代成為保費的主要負擔者，造成世代分配不公問題，未來檢討保費收繳制度時，宜一併考量人口結構改變的影響。

健保會後續依健保法第 24 條第 3 項規定，於 113 年 12 月 3 日將上開審議結果陳報衛福部轉陳行政院核定。

衛生福利部 函

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

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年11月28日
發文字號：衛部保字第1131260686C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11月28日以衛部保字第1131260686號令修正發布，並自113年12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)

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)年第六次修正，並自一百十三年十二月一日生效。

本次主要西醫新增特定診療項目十一項、調升支付點數二項、修正給付條件七項，及中醫修正申報規定。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、第二部西醫第二章特定診療

(一)第一節檢查：

1. 新增 14085C「B 型肝炎病毒核心關連抗原(HBcrAg)合併表面抗原(HBsAg)定量檢驗」等九項診療項目。
2. 修正 12184C「去氧核糖核酸類定量擴增試驗」等六項支付規範。
3. 修正 30104B「All-RAS 基因突變分析實驗室開發檢測(LDTs)」等二項診療項目名稱、支付規範及調升支付點數。
4. 30301B「實體腫瘤次世代基因定序」等五項支付規範之「檢測結果須於申報後一個月內依指定格式上傳至保險人，未上傳者本項不予支付」移列至第二十五項次世代基因定序通則。
5. 修正附表 2.2.1、附表 2.2.2 之適應症或應先執行檢測項目。

(二)第二節放射線診療：修正 37042C「肝腫瘤無線頻率電熱療法」等三項支付規範。

(三)第五節精神醫療治療費：修正 45103B「學齡前之兒童特殊家庭功能評估」等二項適應症診斷碼。

(四)第七節手術：

1. 新增 68058B「尾崎式手術（主動脈瓣之自體/人工心包膜新瓣葉重建手術）」等二項診療項目。
2. 修正 69041B「開放性股-股動脈或股-臍動脈或腋-股動脈繞道手術」

等三項診療項目名稱及支付規範。

二、第四部中醫

(一)修正通則七規範：中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報第六章針灸合併傷科治療處置費上限為八十人次下修為六十人次。

(二)第四章針灸治療處置費、第五章傷科治療處置費增列通則規範：病毒感染確診後六個月內初次因病毒感染後疲勞症候群就診者，就診日超過三個月後不得再以病毒感染後疲勞症候群申報高度複雜性針灸及中度複雜性傷科。

三、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：第二部西醫第二章特定診療第三節注射及第四節復健治療、第三部牙醫第三章牙科處置及手術第四節口腔顎面外科、第四部中醫第四章針灸治療處置費之通則三及第五章傷科治療處置費之通則四、第七部全民健康保險住院診斷關聯群第一章 Tw-DRGs 支付通則附表 7.0。

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：李洵瑋
聯絡電話：(02)8590-6779
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hghsunwei@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

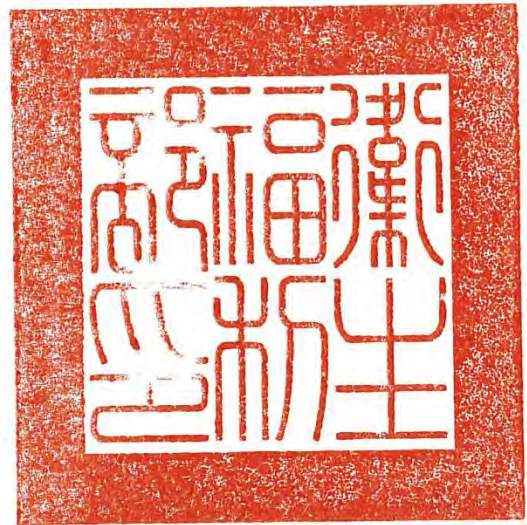
發文日期：中華民國113年12月9日
發文字號：衛部保字第1131260705C號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：公告影本1份

主旨：「一百十四年全民健康保險保險對象住院應自行負擔費用之最高金額」，業經本部於中華民國113年12月9日以衛部保字第1131260705號公告訂定發布，並定自114年1月1日生效，茲檢送公告影本1份，請查照周知。

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

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國113年12月9日
發文字號：衛部保字第1131260705號



主旨：訂定「一百十四年全民健康保險保險對象住院應自行負擔費用之最高金額」，並自中華民國一百十四年一月一日生效。

依據：「全民健康保險法」第四十七條第二項。

公告事項：訂定「一百十四年全民健康保險保險對象住院應自行負擔費用之最高金額」如下：

- 一、因同一疾病每次住院應自行負擔費用之最高金額：新臺幣五萬一千元。
- 二、全年累計住院應自行負擔費用之最高金額：新臺幣八萬六千元。
- 三、前二項住院應自行負擔費用之最高金額適用範圍，以保險對象於急性病房住院三十日以內或於慢性病房住院一百八十日以內，依全民健康保險法第四十七條規定所應自行負擔之醫療費用為限，不包含全民健康保險法所規定不予給付之項目。

部長邱泰源

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  31
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11月6日
發文字號：健保醫字第1130664995號
附件：如主旨與公告事項一

主旨：公告修訂「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」（附件1），並自114年1月1日施行。

依據：依全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

公告事項：

- 一、法務部矯正署所屬矯正機關之醫療需求（附件2）。有意願參與本計畫者，請於本公告公布次日起3週內（含例假日）提出申請，受理申請截止日113年11月27日。
- 二、附件電子檔已置於本署全球資訊網站（網址：<http://www.nhi.gov.tw/>），路徑：首頁/健保公告。

副本：法務部矯正署、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、台灣醫院協會、地方政府衛生局、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部心理健康司、衛生福利部口腔健康司、衛生福利部醫事司、衛生福利部國民健康署、衛生福利部疾病管制署、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署承保組、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300263

113. 11. 7

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  2
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年11月21日
發文字號：健保醫字第1130123977號
附件：請自行至本署全球資訊網擷取



主旨：公告修訂「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」，
自公告日起實施。

依據：衛生福利部113年11月12日衛部保字第1131260601號函。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會、中華民國藥師公會全國聯合會、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、本署各分區業務組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300278

113. 11. 22

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年11月22日

發文字號：健保醫字第1130123928號

附件：請自行至本署全球資訊網站擷取



主旨：配合2023年版ICD-10-CM/PCS轉版，公告修訂「113年全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作照護計畫」(附件)，並自中華民國一百十四年一月一日起生效。

依據：衛生福利部113年11月13日衛部保字第1130148799號函。

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

署長 石崇良 出差
副署長 陳亮好 代行

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300279

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



4

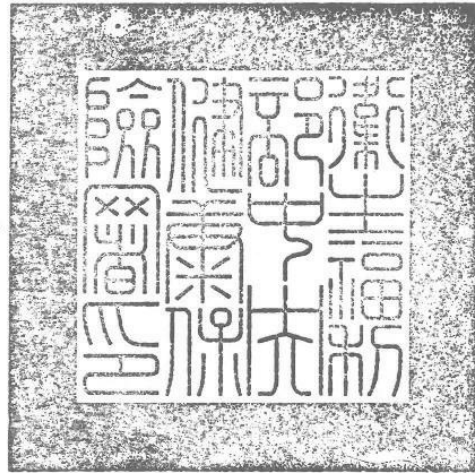
臺北市南港區忠孝東路6段488號

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12月4日

發文字號：健保審字第1130123927號

附件：如主旨



主旨：公告修正全民健康保險檔案分析審查不予支付指標及處理方式醫院總額指標計3項及西醫基層指標計4項（附件），並自114年1年1日（費用年月）起生效。

依據：全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第31條暨衛生福利部113年10月29日衛部保字第1131260624號函、113年11月13日衛部保字第1131260633號函。

公告事項：

- 一、修正全民健康保險檔案分析審查不予支付指標及處理方式醫院總額及西醫基層指標「014-高血壓併氣喘病患不適當用藥處方率過高」、「016-COXII inhibitor處方不當比率過高」、「027-高血壓懷孕婦女使用ACEI或ARB之比率偏高」暨西醫基層指標「001-眼科門診局部處置申報率」。

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300287

第1頁 共2頁

113. 12. 5

二、附件電子檔已置於本署全球資訊網（網址：

<http://www.nhi.gov.tw/>），路徑：首頁>健保法令>最新全民

健保法規公告。

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、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、本署企劃組、本署醫務管理組、本署各分區業務組(請轉知轄區特約醫事服務機構)

署長 石崇良

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年12月6日

發文字號：健保醫字第1130665727號

附件：請至本署全球資訊網自行擷取



主旨：公告修訂「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫得申請本計畫之醫院名單」（附件），並自公告日起生效。

依據：全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會、本署各分區業務組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300289

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  2
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年12月6日
發文字號：健保醫字第1130125379號
附件：請自行至本署全球資訊網站擷取



主旨：公告修正「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」，並自中華民國一百十三年十二月一日生效。

依據：衛生福利部113年11月29日衛部保字第1131260689號函。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、社團法人中華民國糖尿病學會、社團法人中華民國糖尿病衛教學會、台灣婦產科醫學會、台灣周產期醫學會、台灣助產學會、本署各分區業務組、本署企劃組、本署醫審及藥材組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300288

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



3

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年11月11日

發文字號：健保醫字第1130665251號

附件：請自行至本署全球資訊網下載



主旨：公告113年10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10月1日起。

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

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300264

6 項中醫醫療照護計畫自 113 年 10 月 1 日起新增之承作院所數及醫師數

分區別 計畫名稱		項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
西醫住院病人中 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	1	5	6	2	3	0	17
		醫師數	3	37	7	2	4	0	53
中醫提升孕產照 護品質計畫		院所數	4	13	31	9	12	0	69
		醫師數	6	25	61	16	19	0	127
中醫急症處置計 畫		院所數	1	2	2	2	2	0	9
		醫師數	3	13	2	2	3	0	23
兒童過敏性鼻炎 照護試辦計畫		院所數	3	6	34	7	11	0	61
		醫師數	7	9	56	14	16	0	102
中醫癌症患者加強 照護整合方案	癌症患者西 醫住院中醫 輔助醫療計 畫	院所數	2	2	6	0	4	0	14
		醫師數	4	4	7	0	6	0	21
	癌症患者中 醫門診延長 照護計畫	院所數	1	2	3	0	3	0	9
		醫師數	3	4	4	0	5	0	16
	特定癌症患 者中醫門診 加強照護計 畫	院所數	6	7	28	6	6	0	53
		醫師數	9	13	43	10	8	0	83
全民健康保險中 醫慢性腎臟病門 診加強照護計畫		院所數	4	12	9	5	8	0	38
		醫師數	8	20	12	5	9	0	54

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12月3日

發文字號：健保醫字第1130664575號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨

主旨：檢送113年第1季「全民健康保險其他部門結算說明表」

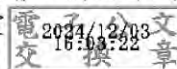
(附件)，相關檔案已公布於本署全球資訊網，請查照。

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



113.12.04



1133340307

附錄十二

113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				小計	全年 執行率
			Q1	Q2	Q3	Q4		
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)		855.4	142.9				142.9	16.7%
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}		1,486.0	39.9				39.9	2.7%
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫 ^{註2}		1,653.8	413.5				413.5	25.0%
推動促進醫療體系整合計畫		450.0	47.7				47.7	10.6%
1.醫院以病人為中心門診整合照護計畫			7.0				7.0	
2.跨層級醫院合作計畫			15.8				15.8	
3.急性後期整合照護計畫			22.6				22.6	
4.遠距醫療會診(遠距醫療服務給付計畫)			2.3				2.3	
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3}		90.0	0.41				0.4	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 ^{註4}		125.0	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		440.6	0.0				0.0	0.0%
腎臟病照護及病人衛教計畫 ^{註5}		511.0	107.5				107.5	21.0%
1.Pre-ESRD之病人照護與衛教計畫			74.9				74.9	
2.Early-CKD醫療給付改善方案			21.3				21.3	
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	
※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	
提升用藥品質之藥事照護計畫		30.0	0.13				0.13	0.4%
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		8,378.0	1,708.1				1,708.1	20.4%
1.居家醫療與照護			1,040.1				1,040.1	
2.助產所			0.9				0.9	
3.精神疾病社區復健			653.6				653.6	
4.轉銜長照2.0之服務			13.5				13.5	
5.在宅急症照護試辦計畫(113.7.1實施)			0.0					
提升保險服務成效		500.0	116.0				116.0	23.2%
基層總額轉診型態調整費用		800.0	141.4				141.4	17.7%
因應醫院護理人力，強化住院護理照護量能		4,000.0	664.4				664.4	16.6%
總計		19,319.8	3,381.8				3,381.8	17.5%

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費用屬全年結算，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情形。)

2.依「提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」之點值結算方式，113年第1季暫結金額(4.23億元)大於當季預算(4.1345億元)，以當季預算為結算金額(除保障項目、基本承作費、診察費及藥服費加成、論次費用外，餘以浮動點值計算)。

3.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。

4.C型肝炎藥費尚無專款不足需支應之情形。

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。

副本

檔 號：附錄十三
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



62

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12月4日

發文字號：健保醫字第1130664266號

附件：無



主旨：本保險特約醫事服務機構自114年1月1日起全面將門、住診醫療費用申報資料轉版為2023年版ICD-10-CM/PCS。

公告事項：

一、旨揭轉版文件參閱網址 <https://www.nhi.gov.tw/ch/mp-1.html>(首頁>健保資料站>國際疾病分類第10版>2023年版ICD-10-CM/PCS)。

二、配合旨揭事由，跨年度醫療費用診斷及處置碼之申報方式說明如下：

(一)門診案件以醫療費用申報資料點數清單段之「就醫日期」為區分依據，如為113年12月31日(含)前，申報2014年版ICD-10-CM/PCS；如為114年1月1日(含)後，申報2023年版ICD-10-CM/PCS。例如：

1、同一療程如有跨年情形，如醫療費用申報資料點數清單段之「就醫日期」為113年12月31日(含)前，申報2014

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300286

年版ICD-10-CM/PCS；如為114年1月1日(含)後，申報2023年版ICD-10-CM/PCS。

2、跨年排程案件，如醫療費用申報資料點數清單段之「就醫日期」為113年12月31日(含)前，申報2014年版ICD-10-CM/PCS；如為114年1月1日(含)後，申報2023年版ICD-10-CM/PCS。

3、處方箋交付調劑案件，如醫療費用申報資料點數清單段之「就醫日期」為113年12月31日(含)前，申報2014年版ICD-10-CM/PCS；如為114年1月1日(含)後，申報2023年版ICD-10-CM/PCS。

(二)住院案件以醫療費用申報資料點數清單段之「申報期間-迄」為區分依據，如為113年12月31日(含)前，申報2014年版ICD-10-CM/PCS；如為114年1月1日(含)後，申報2023年版ICD-10-CM/PCS。

三、另為利院所及早準備及測試，本署已於健保資訊網服務系統(VPN)建置「模擬2023年版醫療費用預檢系統」，重申上傳測試資料時間之判定原則如下：

(一)門診、交付機構：上傳費用年月為113年1月且「就醫日期」為113年1月1日(含)後。

(二)住診：上傳費用年月為113年1月且「申報期間-迄」為113年1月1日(含)後。

(三)本署113年10月24日公告修訂「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」，自113年10月1日起

至同年12月31日前完成上述任一預檢，其檢核結果顯示成功且114年1月1日(含)仍在約之院所，特約類別為醫學中心、區域醫院或地區醫院者，獎勵11,000點；特約類別為基層醫療單位及其他醫事服務機構，獎勵3,000點。

副本：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、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、中華民國助產學會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、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、台灣教會醫療院所協會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、台灣內科醫學會、台灣外科醫學會、中華民國大腸直腸外科醫學會、台灣小兒外科醫學會、台灣皮膚科醫學會、中華民國中醫師公會全國聯合會、台灣耳鼻喉科學會、台灣兒科醫學會、中華民國放射線醫學會、台灣泌尿科醫學會、社團法人台灣急診醫學會、台灣整形外科醫學會、中華民國免疫學會、中華民國風濕病醫學會、台灣消化系醫學會、社團法人台灣神經外科醫學會、台灣胸腔暨重症加護醫學會、中華民國骨科醫學會、台灣婦產科醫學會、中華民國眼科醫學會、台灣麻醉醫學會、台灣復健醫學會、台灣腎臟醫學會、台灣精神醫學會、中華民國內分泌醫學會、中華民國心臟學會、中華民國血液病學會、台灣放射腫瘤學會、中華民國核醫學學會、台灣病理學會、台灣神經學學會、台灣胸腔及心臟血管外科學會、台灣消化系外科醫學會、台灣聽力語言學會、社團法人臺灣物理治療學會、社團法人臺灣職能治療學會、社團法人台灣醫事檢驗學會、台灣護理學會、行政院主計總處、國軍退除役官兵輔導委員會、國防部軍醫局、勞動部勞工保險局、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部綜合規劃司、衛生福利部長長期照顧司、衛生福利部資訊處、衛生福利部保護服務司、衛生福利部中醫藥司、衛生福利部會計處、衛生福利部國民健康署、衛生福利部食品藥物管理署、衛生福利部心理健康司、衛生福利部口腔健康司、衛生福利部社會保險司、衛生福利部社會及家庭署、衛生福利部疾病管制署、衛生福利部統計處、衛生福利部社會救助及社工司、衛生福利部護理及健康照護司、衛生福利部醫事司、本署財務組、本署主計室、本署資訊組、本署醫審及藥材組、本署各分區業務組

署長 石崇良

附錄十四

中央健康保險署 113 年 9 月至 12 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 41 件，其中 10 件為新藥收載、13 件為給付規定異動、18 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：10 件

公告日期	藥物分類	公告主旨
113.09.13	新劑型新藥/免疫製劑	公告暫予支付含 tofacitinib 成分藥品 Xeljanz oral solution 1mg/mL 暨其藥品給付規定。(用於治療 2 歲以上活動性多關節型兒童特發性關節炎，屬第 2B 類新藥)
113.09.13	新成分新藥/免疫製劑	公告暫予支付含 anifrolumab 成分藥品 Saphnelo 150mg/mL concentrate for solution for infusion 暨其藥品給付規定。(用於治療全身性紅斑性狼瘡，屬第 2A 類新藥)
113.10.01	新劑型新藥/神經系統用藥	公告暫予支付含 atomoxetine 成分藥品 Atotine Solution 4mg/mL 及其藥品給付規定。(用於治療過動症，屬第 2B 類新藥)
113.10.14	新成分新藥/代謝及營養劑	公告暫予支付含 glycerol phenylbutyrate 成分藥品 Ravicti oral liquid 25mL 暨其藥品給付規定。(用於治療尿素循環代謝異常，屬第 2A 類新藥)
113.10.15	新成分新藥/抗微生物劑	公告暫予支付含 maribavir 成分藥品 Livtencity film-coated tablets 200mg 暨其藥品給付規定。(用於治療造血幹細胞或固體器官移植後發生巨細胞病毒感染或疾病，屬第 2A 類新藥)
113.11.15	新成分新藥/抗微生物劑	公告暫予支付含 fostemsavir 成分藥品 Rukobia 600mg prolonged-release tablet。(用於治療 HIV 感染之新型附著抑制劑，屬第 2A 類新藥)
113.11.15	新給藥途徑新藥/抗微生物劑	公告暫予支付含 polymyxin B sulfate 成分藥品 Bobimixyn for injection 暨其藥品給付規定。(用於治療革蘭氏陰性菌引起之嚴重感染，屬第 2A 類新藥)
113.11.15	新給藥途徑複方新藥/抗腫瘤藥物	公告暫予支付含 pertuzumab, trastuzumab 成分藥品 Phesgo 1200/600 mg 及 600/600 mg 共 2 品項及其藥品給付規定暨異動含 pertuzumab 成分藥品 Perjeta 420mg、含 trastuzumab 成分藥品 Herceptin Vial 440mg、Herceptin solution for injection 600mg 支付價及修訂其藥品給付規定。(用於治療早期乳癌及轉移性乳癌，屬第 2A 類新藥；另擴增給付條件，並調降支付價)
113.12.03	新成分新藥/代謝及營養劑	公告暫予支付含 givosiran 成分藥品 Givlaari solution for injection 暨其藥品給付規定。(於治療及預防成人急性肝紫質症，屬第 2A 類新藥)
113.12.11	新成分新藥/口服抗組織胺藥物	公告暫予支付含 bilastine 成分藥品 Bistin Tablets 20mg。(用於緩解成人及 12 歲(含)以上兒童過敏性鼻炎及慢性蕁麻疹症狀，屬第 2B 類新藥)

(二)已收載藥品給付規定異動：13 件

公告日期	分類	公告主旨
113.09.10	激素及影響內分泌機轉藥物	公告異動含 denosumab 成分藥品(如 Xgeva)之支付價格暨修訂其藥品給付規定。(擴增適用範圍，並調降支付價)
113.09.13	抗腫瘤藥物	公告異動含 osimertinib 成分藥品 Tagrisso Film-coated Tablets 80 mg 之支付價格暨修訂其給付規定，及修訂含 gefitinib 成分藥品、含 erlotinib 成分藥品及含 afatinib 成分藥品之給付規定。(擴增適用範圍，並調降支付價)
113.09.13	眼科製劑	公告修訂含 Atropine sulfate 0.1mg/mL 眼用製劑之藥品給付規定。(放寬至 18 歲以下兒童及青少年)
113.09.13	免疫製劑	公告修訂含 apremilast 成分藥品(如 Otezla)藥品給付規定。(明確訂定肝功能異常及腎功能異常之定義)
113.09.13	生物製劑	公告修訂全民健康保險藥物給付項目及支付標準附表二十六之一全民健康保險克隆氏症使用生物製劑申請表。(將申請表文字修正為與藥品給付規定本文一致，以避免爭議)
113.09.25	免疫製劑	公告修訂含高單位免疫球蛋白成分藥品之給付規定。(擴增適用範圍，並訂定使用條件及總療程為 9 個月)
113.10.15	血液治療藥物	公告異動血液治療藥物 pegfilgrastim(Ziextenzo)支付價格暨修訂其藥品給付規定。(擴增適用範圍，並調降支付價)
113.10.15	免疫製劑	公告異動公告異動含 ustekinumab 成分藥品 Stelara Solution for Injection 支付價格暨修訂其藥品給付規定。(擴增給藥頻率與支數，並調降支付價)
113.11.15	抗腫瘤藥物	公告修訂含 rituximab 注射劑(如 Mabthera)之給付規定。(增訂併用藥品之適用條件)
113.11.15	神經系統藥物	公告修訂含 pregabalin 及含 duloxetine 成分之藥品給付規定。(放寬偏鄉基層院所開立處方之專科別限制)
113.12.06	抗腫瘤藥物	公告修訂免疫檢查點抑制劑給付規定。(簡化醫療院所行政作業，刪除有關「須配合依限登錄病人身體狀況、生物標記(PD-L1)檢測、病情發展、藥品使用成效與副作用等資料」等內容)
113.12.09	抗微生物劑	公告修訂 minocycline 注射劑之給付規定。(放寬給付條件)
113.12.10	抗腫瘤藥物	公告異動含 trastuzumab 成分藥品 Kanjinti 420mg 支付價格暨修訂其給付規定(放寬給付條件，並調降支付價)

(三)其他：18 件

公告日期	分類	公告主旨
113.09.13	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 501 項。
113.09.13	已收載品項支付標準異動	公告異動含 belimumab 成分藥品 (如 Benlysta)成分藥品之支付價格。(藥品給付協議屆期檢討，調降支付價)

公告日期	分類	公告主旨
113.09.19	已收載品項支付標準異動	公告新增含 tetanus immunoglobulin 成分注射劑 HyperTET 藥品為不可替代特殊藥品及異動其支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
113.09.24	已收載品項支付標準異動	公告異動含氯化鈉、葡萄糖、乳酸鈉等基礎輸注液及氯化鈉沖洗液成分用於電解質、營養補給之特殊藥品共 105 品項支付價格。(屬臨床不可或缺藥品，列為特殊藥品及調高支付價，同分組品項併同調整)
113.09.24	新收載品項暫予支付	公告暫予支付含 dextrose 50% 成分注射劑 Vitagen injection 50% 500 mL 藥品並列為不可替代特殊藥品。(國內短期調度專案增量製造)
113.09.30	已收載品項支付標準異動	公告異動 113 年 6 月 28 日健保審字第 1130671778 號公告之附件「全民健康保險藥品已收載品項異動明細表」。(因廠商就調降其中 3 項罕病藥品支付價提出申復，爰先恢復調整前支付價，再依申復結果核價)
113.09.30	已收載品項支付標準異動	公告異動含 sodium chloride 9 mg/mL 成分注射液 1500 ml 用於電解質補充之特殊藥品共 2 品項支付價格。(屬臨床不可或缺藥品，列為特殊藥品及調高支付價，同分組品項併同調整)
113.10.29	已收載品項支付標準異動	公告異動含 amoxicillin trihydrate 成分之 Amoxicillin Sandoz amoxicillin trihydrate 250mg/5mL powder for Oral suspension 藥品共 2 品項支付價格。(屬醫療急迫性品項，同意專案進口，並調降支付價)
113.11.15	已收載品項支付標準異動	公告暫予支付含 permethrin 成分藥品 Permethrin Cream 5% WW 30gTube、60gTube 共 2 品項暨修訂其藥品給付規定。(用於治療疥蟎感染，由專案進口藥品改為具許可證藥品)
113.11.15	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 483 項。
113.11.19	已收載品項支付標準異動	公告異動含 prochlorperazine 成分注射劑用於治療噁心、嘔吐之特殊藥品共 1 品項支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
113.11.20	已收載品項支付標準異動	公告異動含 8 % amino acids for hepatic 成分用於治療肝硬化之特殊藥品共 2 品項支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
113.11.20	已收載品項支付標準異動	公告異動含 amoxicillin 500mg + clavulanic acid 125mg 成分用於抗感染之特殊藥品共 5 品項支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
113.11.20	已收載品項支付標準異動	公告異動含 potassium chloride 成分用於補充鉀離子之特殊藥品共 6 品項支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
113.11.20	已收載品項支付標準異動	公告異動含 nitroglycerin 5 mg 成分用於狹心症之特殊藥品共 2 品項支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
113.11.22	已收載品項支付標準異動	公告異動含 amoxycillin 50mg/mL + clavulanate 12.5mg/mL 成分用於抗感染之特殊藥品共 1 品項支付價格。(認列為

公告日期	分類	公告主旨
		特殊藥品，調高支付價)
113.11.28	已收載品項支付標準異動	公告異動含 tamoxifen 成分用於抗癌瘤之特殊藥品共 4 品項之支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
113.11.29	已收載品項支付標準異動	公告新藥以十國藥價中位數或最低價核定且查有藥價之國家在五國以下者，於 113 年第四季依十國藥價檢討結果，異動 7 項藥品支付價格並自 114 年 1 月 1 日生效。

二、特材部分：計 9 件，其中 1 件為新特材收載、4 件為給付規定異動、4 件為其他(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：1 件

公告日期	分類	公告主旨
113.10.15	人工機能代用類	公告暫予支付特殊材料「"品富"克氏鋼釘固定系統(未滅菌)」暨其給付規定。(用於兒童骨折固定)

(二)已收載特材給付規定異動：4 件

公告日期	分類	公告主旨
113.10.15 113.12.9	消化類	公告修訂既有功能類別特殊材料「十二指腸支架系統」給付規定。(配合 ICD-10-CM/PCS 全面改版為 2023 年版，增列適應症)
113.11.29	工具類	公告修訂既有功能類別特殊材料「治療局部肝腫瘤燒灼系統-探針」計 3 項給付規定及品名名稱。(修訂品名及肝腫瘤公分數)
113.12.9	人工機能代用類	公告修訂特殊材料「反置式肩關節系統」給付規定(增訂適應症)。

(三)其他：4 件

公告日期	分類	公告主旨
113.10.11	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 144 項。
113.11.04	專案暫予支付	茲通知本保險特材新增品項「930-1300 CARDIOPLEGIA SET，HEAT EXCHANGER，LOW VOLUME」(健保代碼:CHT01930ZZ1Q)。(為供國內緊急公共衛生使用，專案暫予支付)
113.12.9	專案暫予支付	茲通知本保險特材「Cardioplegia Set(一次性使用心臟跳停液灌注器)」(健保代碼 CHT01022065X)停止給付日期展延至 114 年 7 月 1 日。(為供國內緊急公共衛生使用，專案暫予支付之給付日期展延)

公告日期	分類	公告主旨
113.12.9	新增既有功能類別品項、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 361 項。

衛生福利部全民健康保險會

第 6 屆 113 年第 11 次委員會議補充資料目錄

會議時間：113 年 12 月 25 日

一、議程確認(臨時提案)-----	1
二、本會重要業務報告(會議資料第9~10、12頁) -----	53
(一)更新：說明三	
(二)新增：說明七、(一)之 3、4 及(二)之 6(衛福部、健保署發布及副知本會，有關投保金額、保險費之調整，及停復保規定修正)	
三、報告事項	
第一案「112 年全民健康保險自付差額特殊材料執行概況」	
本會補充說明三(會議資料第 77 頁)-----	72

一、議程確認：臨時提案

.....
健保署於本(113)年 12 月 20 日提出 2 項臨時提案(如後附，第 2~52 頁，包含本會補充說明)：

- 1.有關「全民健康保險提供矯正機關收容人醫療服務計畫(下稱矯正機關計畫)」113 年專款預算不足額數，擬由 113 年度醫療給付費用總額「其他預算」項下專款預算結餘支應案(第 2 頁)。
- 2.因新冠疫情對西醫基層、中醫門診及醫院總額 113 年之醫療費用造成顯著影響，提請動支其他預算之「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目案(第 20 頁)。

本會說明臨時提案處理規定：

- 一、依本會會議規範第 3 點第 2 項第 2 款規定，臨時提案以當次會議亟待決定之緊急事件或具時效性事項，且與本會法定任務有關者為限；並應有出席委員附議或連署始得成立；若不符合要件，主席得決定提下次會議討論。
- 二、該兩案是否屬亟待決定之緊急事件或具有時效性，建請主席依規定先行徵詢出席委員附議與否方能成案，因本次會議為本屆最後一次委員會議，如果成案，建議排入議程，安排於所有議案完成之後討論。

臨時提案第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：有關「全民健康保險提供矯正機關收容人醫療服務計畫(下稱矯正機關計畫)」113年專款預算不足額數，擬由113年度醫療給付費用總額「其他預算」項下專款預算結餘支應案，請鑒察。

說明：

- 一、依113年度全民健康保險其他預算及其分配、全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫暨113年11月20日本會第6屆113年第10次委員會議決議事項辦理。
- 二、矯正機關計畫預算107年至113年預算均為1,654百萬元，因往年執行相對穩定，爰113年未增編預算。惟113年第1季費用結算超出預算414百萬元(浮動點值0.955)，以113年1-10月申報數推估全年執行數約1,722百萬元(執行率約104%)，約需額外爭取6,800萬元支應。
- 三、本案前經提至本會前次委員會議討論，決議請本署再就113年矯正機關計畫費用成長原因、詐欺罪收容人數增加對於整體費用成長之實質影響及預算爭取是否符合「調節非預期風險及其他非預期政策所需經費」動支程序，再提本會報告。
- 四、為瞭解詐欺罪收容人數增加對於費用成長之影響，本署前於113年12月2日函請法務部矯正署協助提供近年矯正機關收容人之個案明細，以利勾稽醫療為瞭解詐欺罪收容人數增加對於費用成長之影響，惟該署拒絕提供，另表示109年至112年初因疫情影響，各地檢署多以暫緩執行徒刑或採具保、責付限制住居等替代羈押等權宜措施，致收容人數減少。112年下半年疫情趨緩後，收容人已陸續進入矯正機關執行，醫療需求因此增加。
- 五、承上，本署僅能就矯正機關計畫之醫療利用情形，分析說明如下：

(一)113 年(1~9 月資料)計畫整體費用成長概況(如附件一之表一，第 7 頁)：

- 1.就醫人數、件數及醫療費用分別為7.6萬人、69萬件及11.7億點，較112年同期分別成長3.6%、9.9%及8.6%。其中門、住診費用分別增加57百萬點(成長率為7.2%)及36百萬點(成長率12.4%)。
- 2.門診平均每人點數(11,234點)較112年同期略升(3.3%)，平均每人就醫次數由8.6次上升至9.1次；住診平均每人(7.9萬點)、每件點數(5.6萬點)皆較112年約成長5%，平均每件住院日數由7.28日略升至7.45日。

(二)依就醫科別醫療利用分析(如附件一之表二，第 8~12 頁)：

- 1.門診：「急診科」、「家醫科」及「精神科」相較112年同期之件數成長率介於14%至56%，費用成長率介於13%至24%，該三科別之整體費用成長貢獻度超過7成。
- 2.住診：「胸腔內科」就醫人數(616人)、件數(810件)及醫療費用(52.9百萬點)皆為最多，相較112年同期成長率皆大於108%，且對整體費用成長貢獻度高達77%，其次為「外科」(23%)。

(三)依疾病診斷類別醫療利用分析(如附件一之表三，第 13~14 頁)：

- 1.門診：「皮膚及皮下組織疾病」、「精神與行為疾病」及「呼吸系統疾病」相較112年同期，件數成長率介於11%至18%；費用成長率介於10%及20%，對整體費用成長貢獻度達5成。
- 2.住診：統計「胸腔內科」住院就醫者，以「呼吸系統疾病」之肺炎件數174件最多，其次為呼吸衰竭59件及敗血症案件34件，其件數及費用成長率皆大於118%。
- 3.另統計診斷類流感、急性上呼吸道及新冠肺炎者，113年門診就醫件數及費用相較於112年同期增加約19%及27%；住

院件數及費用則相較於112年同期增加36%及39%。相較108年同期，門(21%)、住診(76%)費用仍為明顯成長，其中住院平均每件費用約增加1.3萬點(成長率19%)。

(四)矯正機關收容人數統計(如附件一之表四，第15頁)：

依法務部公開之法務統計資料，109年底矯正機關收容人數約5.8萬人，110年因疫情降至5.4萬人，自111年起逐年增加至113年10月底已超過5.9萬人，其中以違反毒品危害防制條例2.1萬人(36%)為最多，其次為詐欺罪0.7萬人(12%)；以詐欺罪人數相較112年同期成長約21.9%最多。

六、綜上，經觀察矯正機關收容人醫療需求，門診係以皮膚、精神疾病及呼吸道感染為主，住診則以肺炎感染住院為多。考量是類案件屬矯正機關之醫療剛性需求，於收容人數日漸增加下，且因應112年3月起新冠肺炎確診者醫療費用回歸健保總額、疥瘡用藥放寬、鼓勵長效針劑使用等政策，以及113年上半年類流感疫情升溫等影響，致整體門住、診價量皆有明顯增加。惟於法務部矯正署無法提供名單供本署勾稽費用之情形下，難以佐證特定罪刑之收容人數是否對於費用成長有較高之貢獻影響。

七、經參考112年預算執行率及113年執行情形，本署已於114年總額協商爭取增編274百萬元(1,928.1百萬元)，惟於112年協商113年總額時難預見，考量醫療費用成長與收容人數之增減有關，惟因其涉及法務部之矯正政策及收容員額等各項因素，本署為被動影響，且亦觀察到受疫情降級之醫療費用增加實難歸責於願意提供服務之院所，為避免因點值浮動而影響院所至矯正機關提供醫療服務意願及影響收容人之就醫權益，擬建議由113年度醫療給付費用總額「其他預算」項下各項專款結餘流用支應。

擬辦：擬依會議議定結果，依程序報請衛生福利部核定。

提案單位業務窗口：王智廣科長，聯絡電話：02-27065866 分機3609

.....

本會補充說明：

一、本案健保署前於本會 113 年第 10 次委員會議(113.11.20)提出臨時提案，建議由 113 年度其他預算項下「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」預算支應不足數(68 百萬元)，該次會議決議如下：

請健保署參考委員所提意見，具體說明本案符合「『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費項目』之適用範圍與動支程序」的條件，並補充相關資料後，提下次(113 年第 11 次)委員會議(113.12.25)再議。

二、本次健保署補充矯正機關計畫之醫療利用情形分析，為避免因點值浮動而影響院所至矯正機關提供醫療服務意願及影響收容人就醫權益，本項不足數之預算，上次原爭取由「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」支應，本次改提出由 113 年度其他預算項下各項專款結餘款支應。

三、本案相關規定如下：

(一)113 年度總額決定事項：

項目	金額 (百萬元)	決定事項
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,653.8	請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用情形之合理性及健康改善成效，與加強執行面監督，於113年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。

(二)113 年度總額協商原則如附件二(第 16~17 頁)，相關規定如下：

1.專款項目：

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

(2)其他預算部分：除總額協商已議定事項外，各項目之預

算不得相互流用。

2.其他原則：衛福部核(決)定後，已成為政策決定事項，本會無權更動，若委員仍有不同意見，則依「全民健康保險會會議規範」提案討論，決議達共識部分，向衛福部提出建議。

四、近 5 年矯正機關計畫執行情形資料如附件三(第 18 頁)。

五、整理歷年曾因專款項目經費不足數，提請本會討論流用其他預算結餘款之處理情形如附件四(第 19 頁)供參。

決議：

表一

各年度1~9月矯正計畫之「門診及住院」醫療費用

費用年	人數	件數	醫療費用	平均 每人件數	平均 每人費用	平均 每件費用	收容人數
111	69,851	576,184	956,815,349	8.2	13,698	1,661	56,658
112	72,911	628,601	1,078,337,932	8.6	14,790	1,715	57,546
113	75,554	690,750	1,170,731,011	9.1	15,495	1,695	57,971
113年較112年 同期成長	2,643	62,149	92,393,079	0.5	706	21	425
成長率	3.6%	9.9%	8.6%	6.0%	4.8%	-1.2%	0.7%

各年度1~9月矯正計畫之「門診」醫療費用

費用年	人數	件數	醫療費用	平均 每人件數	平均 每人費用	平均 每件費用
111	69,538	571,793	720,843,831	8.2	10,366	1,261
112	72,733	623,253	790,623,503	8.6	10,870	1,269
113	75,447	685,047	847,590,051	9.1	11,234	1,237
113年較112年 同期成長	2,714	61,794	56,966,548	0.5	364	-31
成長率	3.7%	9.9%	7.2%	6.0%	3.3%	-2.5%

各年度1~9月矯正計畫之「住院」醫療費用

費用年	人數	件數	住院日數	醫療費用	平均 每件日數	平均 每人費用	平均 每件費用
111	3,164	4,391	32,548	235,971,518	7.41	74,580	53,740
112	3,828	5,348	38,958	287,714,429	7.28	75,161	53,799
113	4,103	5,745	42,782	323,491,530	7.45	78,843	56,308
113年較112年 同期成長	275	397	3,824	35,777,101	0.16	3,682	2,510
成長率	7.2%	7.4%	9.8%	12.4%	2.2%	4.9%	4.7%

表二 113年1~9月與112年「門診」同期，其就醫科別之醫療費用比較

就醫科別	費用年	人數	件數	平均每 人醫費	平均每 件醫費	醫療費用	費用 增加	費用 成長 率	藥費	診察費	診療費	特材費	藥事服務費
不分科	112	72,733	623,253	10,870	1,269	790,623,503			306,300,104	211,955,619	227,709,787	3,650,054	40,995,255
不分科	113	75,443	685,012	11,234	1,237	847,541,293	56,917,790	7.2%	313,139,479	233,085,026	253,456,012	3,904,238	43,976,005
20-麻醉科	112	3	4	1,188	891	3,563			2,358	1,144	-	-	61
20-麻醉科	113	3	7	5,888	2,523	17,664	14,101	395.8%	14,779	2,002	450	-	433
14-復健科	112	322	411	1,224	959	394,239			76,437	132,889	162,968	85	21,860
14-復健科	113	362	523	1,802	1,248	652,503	258,264	65.5%	123,074	177,063	326,306	520	25,540
10-眼科	112	2,230	3,942	2,217	1,254	4,943,654			1,356,250	1,336,789	1,752,374	166,915	351,622
10-眼科	113	2,299	4,229	2,737	1,488	6,291,801	1,348,147	27.3%	1,604,833	1,414,358	2,599,675	354,456	358,187
16-急診醫學科	112	3,548	4,806	8,450	6,238	29,978,925			1,767,515	4,626,254	21,311,557	2,029,922	245,146
16-急診醫學科	113	4,842	7,485	7,645	4,946	37,017,091	7,038,166	23.5%	2,268,723	6,300,937	25,917,687	2,131,825	397,919
08-泌尿科	112	2,939	5,744	2,687	1,375	7,896,107			2,131,502	2,156,133	3,092,654	41,359	445,885
08-泌尿科	113	4,616	8,999	2,066	1,060	9,535,391	1,639,284	20.8%	2,572,007	3,349,269	2,947,406	67,338	594,431
05-婦產科	112	1,461	2,963	1,668	823	2,437,669			563,726	1,041,489	651,365	1,797	179,292
05-婦產科	113	1,592	3,267	1,786	870	2,843,852	406,183	16.7%	661,649	1,153,232	825,793	2,956	200,222
03-外科	112	16,553	35,001	1,940	917	32,105,780			8,535,385	12,574,023	8,531,134	474,101	1,983,637
03-外科	113	16,691	36,470	2,216	1,014	36,992,475	4,886,695	15.2%	10,680,310	13,140,209	10,853,676	234,275	2,062,283
01-家庭醫學科	112	43,663	156,760	2,888	804	126,082,687			51,195,730	50,128,282	13,615,459	268,488	10,874,728
01-家庭醫學科	113	47,694	180,596	3,014	796	143,760,185	17,677,498	14.0%	58,374,123	58,619,216	14,312,212	321,225	12,133,409
13-精神科	112	16,937	75,485	7,742	1,737	131,118,988			74,694,328	27,043,394	23,077,755	10,085	6,293,426

就醫科別	費用年	人數	件數	平均每 人 醫費	平均每 件 醫費	醫療費用	費用 增加	費用 成長 率	藥費	診察費	診療費	特材費	藥事服務費
13-精神科	113	18,824	85,947	7,837	1,716	147,521,945	16,402,957	12.5%	83,532,721	30,683,747	26,298,699	6,341	7,000,437
06-骨科	112	7,187	14,045	1,827	935	13,129,387			4,093,437	5,132,241	2,901,307	20,117	982,285
06-骨科	113	7,560	14,965	1,945	983	14,707,516	1,578,129	12.0%	4,805,116	5,671,466	3,098,105	30,068	1,102,761
11-皮膚科	112	12,423	30,942	1,601	643	19,887,906			7,379,736	9,427,035	1,333,358	3,348	1,744,429
11-皮膚科	113	13,657	34,489	1,584	627	21,635,162	1,747,256	8.8%	8,035,032	10,497,786	1,209,439	4,235	1,888,670
25-洗腎科	112	139	893	285,504	44,440	39,685,119			979,591	-	38,705,528	-	-
25-洗腎科	113	157	974	274,626	44,267	43,116,242	3,431,123	8.6%	245,278	-	42,870,964	-	-
18-牙科	112	19,114	41,313	3,386	1,567	64,727,213			1,080,252	13,406,298	49,304,311	2,187	934,165
18-牙科	113	19,885	42,584	3,521	1,644	70,015,390	5,288,177	8.2%	1,105,761	13,842,536	54,130,437	316	936,340
23-核子醫學科	113	3	3	740	740	2,219	2,219	0.0%	131	901	1,005	60	122
12-神經科	112	8,665	20,682	2,548	1,068	22,080,493			10,559,538	7,069,826	2,813,541	20,984	1,616,604
12-神經科	113	8,492	20,654	2,711	1,115	23,020,882	940,389	4.3%	10,932,262	7,104,187	3,413,934	28,137	1,542,362
22-病理科	113	35	39	913	819	31,942	31,942	0.1%	11,634	10,946	6,365	188	2,809
02-內科	112	45,577	192,988	5,577	1,317	254,199,799			124,836,885	64,874,790	50,205,981	581,311	13,700,832
02-內科	113	47,842	210,272	5,321	1,211	254,569,428	369,629	0.1%	113,796,192	69,489,915	56,392,509	633,087	14,257,725
09-耳鼻喉科	112	5,601	15,239	2,199	808	12,318,212			2,657,067	5,343,310	3,585,550	17,867	716,043
09-耳鼻喉科	113	5,124	13,679	2,235	837	11,454,236	-863,976	-7.0%	2,488,628	4,794,142	3,498,125	22,635	657,127
04-小兒科	112	1,931	4,866	2,255	895	4,354,683			2,217,334	1,649,852	177,438	2,362	307,697
04-小兒科	113	1,740	4,214	2,245	927	3,905,998	-448,685	-10.3%	2,013,504	1,403,976	202,691	36,299	249,528
07-神經外科	112	2,044	3,732	3,007	1,647	6,145,762			2,684,863	1,498,321	1,651,237	1,319	310,022
07-神經外科	113	1,993	3,673	2,761	1,498	5,502,484	-643,278	-10.5%	2,055,806	1,426,267	1,724,460	2,863	293,088

就醫科別	費用年	人數	件數	平均每 人醫費	平均每 件醫費	醫療費用	費用 增加	費用 成長 率	藥費	診察費	診療費	特材費	藥事服務費
15-整型外科	112	778	1,254	1,545	958	1,201,662			271,210	446,688	402,270	5,532	75,962
15-整型外科	113	665	1,060	1,614	1,013	1,073,469	-128,193	-10.7%	287,633	378,842	314,946	22,373	69,675
19-中醫	112	3,244	11,745	4,119	1,138	13,363,265			9,107,957	3,950,820	110,687	-	193,801
19-中醫	113	2,849	10,125	3,925	1,104	11,181,644	-2,181,621	-16.3%	7,403,293	3,410,930	199,130	-	168,291
24-結核科	112	117	204	1,507	864	176,321			57,456	52,624	61,089	-	5,152
24-結核科	113	200	228	594	521	118,741	-57,580	-32.7%	31,184	63,492	20,940	-	3,125
21-放射線科	112	99	199	44,231	22,004	4,378,847			50,415	53,407	4,262,224	2,269	10,532
21-放射線科	113	312	513	8,222	5,001	2,565,399	-1,813,448	-41.4%	94,102	144,745	2,291,058	5,041	30,453
17-職業醫學科	112	35	35	378	378	13,222			1,132	10,010	-	6	2,074
17-職業醫學科	113	17	17	449	449	7,634	-5,588	-42.3%	1,704	4,862	-	-	1,068

資料擷取日：113/11/14

擷取各年度1-9月之門診清單檔與交付清單檔

特定治療項目代碼任一為JA或JB

排除代辦案件

排除C肝案件

排除愛滋兩年後案件

醫療費用=申請點數+部分負擔

表二 113年1~9月與112年同期「住院」就醫科別分析

科別	費用年	人數	件數	住院天數	醫療費用	113年-112年	診察費點數	病房費點數	檢查費點數	射線診療費點數	治療處置費點數	手術費點數	復健治療費點數	血液血漿費點數	血液透析費點數	麻醉費點數	特殊材料費點數	藥費點數	藥事服務費點數	精神科治療費點數
家醫科	112	222	265	2,286	6,086,385		981,552	1,767,531	576,271	63,935	647,091	8,819	-	121,130	299,300	-	105,018	741,789	220,542	-
家醫科	113	258	297	2,070	6,227,770	141,385	929,353	1,655,338	765,637	70,690	448,300	46,000	600	139,160	512,500	6,056	116,612	963,884	205,314	-
內科	112	425	513	3,463	11,835,549		1,643,489	3,270,646	1,642,571	282,399	723,835	49,161	18,120	354,410	620,558	6,839	357,329	1,962,817	349,454	344
內科	113	439	512	3,570	11,575,068	-260,481	1,629,124	3,099,717	1,712,199	319,219	642,197	83,506	25,440	311,030	666,602	18,528	294,448	1,855,069	352,592	1,719
外科	112	318	358	2,682	25,928,535		1,723,882	4,415,035	2,287,373	1,393,528	1,631,551	6,226,669	15,480	450,060	37,143	1,730,202	1,878,266	3,306,874	321,291	1,375
外科	113	438	490	3,840	34,129,403	8,200,868	2,382,407	6,164,302	2,892,181	1,430,924	2,393,727	7,716,723	36,720	585,467	96,487	2,413,518	3,154,135	3,641,984	439,970	-
小兒科	112	5	5	13	276,914		15,211	17,946	14,560	20,970	23,106	-	-	-	-	-	174,725	5,781	1,895	-
小兒科	113	2	2	13	84,147	-192,767	10,650	37,122	12,810	580	15,728	-	-	-	-	-	2,180	1,732	1,123	-
婦產科	112	13	15	47	727,366		28,859	62,840	50,558	7,155	27,382	408,251	-	8,610	-	74,447	34,933	11,889	5,870	-
婦產科	113	17	17	60	956,452	229,086	41,364	80,778	99,417	13,710	33,147	475,787	-	25,665	-	90,402	44,592	35,472	7,664	-
骨科	112	240	261	1,842	15,505,896		1,006,431	2,426,394	931,822	464,148	674,137	3,672,915	79,345	262,275	25,086	1,565,985	2,605,104	1,303,593	196,414	4,566
骨科	113	215	239	1,856	15,989,152	483,256	1,003,932	2,370,720	862,209	312,346	579,828	3,726,611	72,920	263,820	16,400	1,319,674	3,211,626	1,754,305	205,799	2,750
神經外科	112	124	139	1,168	15,162,980		946,603	2,842,972	857,803	909,149	863,686	3,424,889	71,520	114,115	45,100	1,076,594	2,708,985	894,989	125,248	2,750
神經外科	113	149	176	1,598	18,899,800	3,736,820	1,101,660	3,234,709	971,382	1,031,061	927,147	4,618,516	148,245	135,055	61,575	1,395,654	3,877,095	1,042,208	173,226	-
泌尿科	112	173	199	1,025	9,674,626		634,176	1,547,047	826,927	457,847	939,851	2,212,673	-	84,430	-	912,675	889,096	891,053	117,059	97
泌尿科	113	177	199	1,123	9,610,098	-64,528	708,240	1,792,523	884,686	417,570	984,545	2,265,574	-	244,640	25,329	1,018,630	616,713	1,006,437	129,620	344
耳鼻喉科	112	141	149	676	8,898,633		425,371	1,042,909	1,390,798	393,663	351,427	3,372,608	840	49,700	-	1,071,169	277,085	309,107	79,257	-
耳鼻喉科	113	104	110	547	7,016,521	-1,882,112	372,887	924,438	1,052,536	647,716	293,165	2,283,093	12,680	23,405	16,400	719,944	187,265	290,947	68,774	1,031
眼科	112	5	6	12	378,493		8,853	18,979	1,516	-	1,587	307,851	-	-	8,200	17,455	6,308	5,342	2,052	-
眼科	113	10	14	36	1,191,546	813,053	22,321	54,439	20,209	4,200	1,868	943,155	-	-	-	49,348	75,505	12,217	5,541	-
皮膚科	112	1	1	1	2,502		884	1,437	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
神經科	112	201	217	1,434	12,360,881		1,111,075	2,881,212	2,230,001	1,805,570	873,679	77,603	192,680	106,520	12,375	17,775	1,008,055	1,528,208	155,296	6,015
神經科	113	225	245	1,691	12,481,061	120,180	1,272,866	3,263,195	2,457,278	1,880,296	812,086	42,509	174,865	191,430	87,052	30,377	779,028	1,205,350	170,471	7,659
精神科	112	26	31	367	1,302,727		172,727	449,292	126,761	47,580	15,794	-	960	-	-	-	42,989	208,574	36,906	155,920
精神科	113	35	50	521	1,881,197	578,470	273,466	642,962	281,946	99,160	49,663	6,460	4,175	2,220	-	6,176	13,072	227,508	54,131	133,819
整形外科	112	134	145	1,665	10,843,274		912,067	2,461,860	929,063	171,107	1,238,032	2,058,608	22,510	87,920	-	932,060	497,383	1,066,260	175,395	2,063
整形外科	113	120	129	1,393	8,498,517	-2,344,757	772,080	1,844,292	579,861	196,269	719,862	1,473,046	25,415	111,270	-	783,359	204,941	1,418,905	146,318	1,684
結核科	112	3	3	28	113,892		16,692	48,349	42,367	2,200	12,864	204,381	-	-	-	27,261	114,714	22,585	2,242	-
結核科	113	2	2	55	284,887	170,995	27,679	121,864	28,498	11,155	55,035	-	-	-	-	-	2,664	25,420	5,643	-
牙科	112	18	18	107	1,028,665		61,092	140,314	97,836	50,969	66,504	409,191	480	-	-	114,073	14,255	44,789	11,574	-
牙科	113	17	18	83	1,016,371	-12,294	48,256	113,014	96,559	21,570	270,937	236,607	480	-	-	132,869	28,078	38,921	9,807	-
消化內科	112	500	616	4,187	29,110,544		2,616,492	6,270,393	5,293,902	2,876,490	2,627,007	370,935	-	1,588,217	90,200	91,021	1,741,000	4,342,166	455,923	4,319
消化內科	113	442	520	3,271	22,656,450	-6,454,094	2,064,154	4,762,421	4,412,342	2,530,864	1,925,191	399,301	11,640	1,021,093	164,000	122,643	1,743,724	2,612,520	367,640	8,251
心內科	112	551	647	4,398	37,334,149		2,655,398	6,086,400	5,742,039	6,899,895	1,703,690	379,504	49,440	221,560	521,915	68,592	9,153,388	2,487,571	462,176	10,446
心內科	113	533	619	3,909	39,335,783	2,001,634	2,533,095	6,100,417	5,982,232	7,292,378	1,366,449	407,864	70,040	304,818	319,800	94,845	10,795,911	2,892,798	420,796	1,376
胸腔內科	112	295	360	3,283	25,380,127		2,516,577	6,899,175	4,233,118	1,782,730	2,898,698	504,241	30,400	510,290	236,616	140,175	963,126	4,005,570	332,676	1,031
胸腔內科	113	616	810	7,198	52,927,316	27,547,189	5,421,329	14,556,117	7,780,502	2,356,856	7,724,697	621,635	270,120	1,236,510	866,265	151,735	2,482,264	7,528,016	753,786	21,311
腎臟內科	112	329	388	2,893	16,808,790		1,780,744	4,242,945	2,842,842	859,243	1,729,765	384,790	22,200	391,445	594,675	180,246	790,570	2,061,209	314,035	18,910

科別	費用年	人數	件數	住院天數	醫療費用	113年-112年	診察費點數	病房費點數	檢查費點數	射線診療費點數	治療處置費點數	手術費點數	復健治療費點數	血液血漿費點數	血液透析費點數	麻醉費點數	特殊材料費點數	藥費點數	藥事服務費點數	精神科治療費點數
腎臟內科	113	316	368	3,059	19,321,201	2,512,411	1,981,496	4,789,384	3,710,490	947,971	1,383,397	571,232	11,720	476,155	746,033	212,428	972,839	2,581,345	323,608	2,750
風濕免疫	112	151	165	1,118	5,399,090		640,942	1,475,399	1,081,917	274,791	403,743	207,496	6,000	54,380	-	74,094	102,832	741,292	124,353	3,094
風濕免疫	113	106	111	755	4,120,444	-1,278,646	440,198	1,011,379	815,069	189,474	216,266	312,136	14,790	74,980	28,700	117,137	132,462	564,930	81,654	2,406
血液腫瘤	112	194	273	2,127	14,878,253		1,209,743	2,784,395	2,473,249	2,704,749	551,048	760,200	7,800	316,981	8,200	283,791	653,727	2,434,247	291,999	-
血液腫瘤	113	182	239	1,894	14,016,951	-861,302	1,097,974	2,497,464	2,377,591	2,166,417	846,647	899,090	4,200	211,740	4,100	318,631	540,504	2,430,875	261,740	6,359
內分泌科	112	90	97	575	3,084,663		377,379	823,414	627,038	119,160	171,648	136,873	-	84,860	-	62,318	55,070	458,746	65,378	-
內分泌科	113	92	98	593	3,244,433	159,770	371,091	827,589	605,137	141,518	116,476	195,798	665	56,745	151,700	83,784	124,089	407,932	68,633	-
感染科	112	112	120	997	5,402,318		569,380	1,354,835	1,068,699	265,926	378,525	188,977	600	72,040	32,800	61,603	106,789	1,045,375	106,726	4,469
感染科	113	149	157	1,292	8,292,707	2,890,389	840,609	2,170,137	1,270,865	408,544	633,505	352,862	18,840	189,460	127,100	75,769	337,902	1,474,047	143,258	-
胸腔重症	112	2	2	20	328,617		30,001	77,801	37,838	19,902	47,785	31,818	5,920	9,570	-	10,586	9,484	37,744	2,178	-
胸腔重症	113	5	5	51	1,174,115	845,498	102,941	360,899	101,024	42,086	172,668	-	22,080	10,830	-	-	116,477	199,339	5,246	-
老人醫學	113	1	1	4	20,943		2,639	5,121	570	6,755	132	-	-	-	-	-	385	4,452	215	-
直腸外科	112	184	246	1,452	12,144,762		909,538	2,271,921	1,193,554	624,548	705,155	2,268,569	1,680	127,715	-	728,688	983,072	1,874,412	173,519	-
直腸外科	113	168	207	1,257	11,022,205	-1,122,557	812,471	1,994,821	1,298,206	656,911	657,314	2,234,133	-	258,786	32,800	664,011	827,117	1,240,694	129,806	-
心外科	112	30	36	386	9,403,245		367,471	1,122,239	780,065	397,297	427,405	1,613,298	9,240	336,425	233,747	337,171	3,305,375	352,107	43,773	-
心外科	113	25	33	319	7,271,905	-2,131,340	278,330	817,683	465,586	284,440	287,496	967,197	17,840	314,605	219,508	189,773	2,826,070	495,975	36,036	-
胸腔外科	112	28	29	380	5,550,660		393,745	1,101,062	591,552	266,872	507,942	1,124,619	9,760	93,645	12,300	220,658	491,581	531,338	39,612	-
胸腔外科	113	30	42	442	6,885,925	1,335,265	426,780	1,270,466	662,398	530,847	590,871	1,283,603	16,080	119,580	86,100	223,982	787,836	678,425	44,175	-
消化外科	112	40	41	315	2,674,493		173,599	458,955	248,537	67,088	270,250	731,642	840	63,270	-	159,349	167,267	241,227	33,426	-
消化外科	113	29	34	280	3,326,177	651,684	162,056	384,671	195,330	153,589	336,905	880,968	7,320	14,431	-	215,967	334,880	565,354	31,847	1,719
新生兒科	112	1	1	7	43,527		6,552	24,281	2,728	-	6,558	-	-	-	-	-	907	292	1,459	-
口腔外科	112	2	2	4	43,873		5,235	5,838	11,274	17,855	1,330	-	-	-	-	-	36	791	841	-
口腔外科	113	1	1	2	32,985	-10,888	1,326	2,905	4,235	4,880	3,703	6,897	-	-	-	7,519	354	474	297	-

113/12/17

住院

各年度1-9月

排愛滋c肝代辦

表三

表三之1、「門診」各年度1~9月(113年件數前五名診斷)

主診斷	112年			113年			成長情形			
	人數	件數	醫療費用	人數	件數	醫療費用	件數 成長	件數 成長率	費用 成長	費用 成長率
皮膚及皮下組織的疾病	29,018	100,292	57,300,549	31,824	113,822	65,100,116	13,530	13.5%	7,799,567	13.6%
精神與行為疾患	16,145	88,628	104,486,729	17,746	98,582	115,162,753	9,954	11.2%	10,676,024	10.2%
消化系統的疾病	30,149	93,700	103,224,664	30,822	93,865	108,154,218	165	0.2%	4,929,554	4.8%
呼吸系統的疾病	32,483	77,123	43,542,850	36,025	90,606	52,415,420	13,483	17.5%	8,872,570	20.4%
循環系統疾病	14,195	79,196	70,350,693	14,796	81,812	71,438,843	2,616	3.3%	1,088,150	1.5%

表三之2、住院且胸腔內科案件之主診斷(費用前五名)

主診斷	112年1-9月			113年1-9月			成長情形	
	人數	件數	醫療費用	人數	件數	醫療費用	件數 成長率	費用 成長率
肺炎	74	80	3,379,275	147	174	10,023,279	117.5%	196.6%
呼吸衰竭，他處未歸類	23	26	3,734,500	45	59	8,562,919	126.9%	129.3%
其他敗血症	15	15	1,363,158	32	34	3,341,976	126.7%	145.2%
慢性阻塞性肺病	20	23	903,163	35	48	2,567,386	108.7%	184.3%
細菌性肺炎，他處未歸類者	18	18	766,330	25	27	1,992,301	50.0%	160.0%

表三之3

各年度1~9月「門診」之主次診斷

費 用 年	急性上呼吸道感染			類流感			新冠肺炎			合計		
	人數	件數	醫療費用	人數	件數	醫療費用	人數	件數	醫療費用	人數	件數	醫療費用
108	21,561	44,597	22,778,702	3,744	6,713	6,577,773				23,800	51,310	29,356,475
109	14,633	29,039	14,993,594	1,800	4,042	5,015,527				15,844	33,081	20,009,121
110	11,482	22,709	11,772,945	966	2,231	3,170,840				12,206	24,940	14,943,785
111	13,977	25,966	12,995,648	932	2,481	3,858,271	2,175	2,644	1,976,335	16,465	31,215	18,938,644
112	18,275	37,880	19,114,064	3,421	5,848	6,906,379	2,904	3,512	1,940,538	22,696	47,357	28,070,516
113	21,445	47,478	25,189,976	3,772	7,453	9,272,995	938	1,181	985,246	24,451	56,192	35,510,586

各年度1~9月「住院」之主次診斷

費 用 年	急性上呼吸道感染			類流感			新冠肺炎			合計		
	人數	件數	醫療費用	人數	件數	醫療費用	人數	件數	醫療費用	人數	件數	醫療費用
108	15	15	450,466	455	593	39,869,610				470	608	40,320,076
109	13	13	534,086	404	536	37,108,817				415	549	37,642,903
110	5	6	239,085	282	348	23,653,974				286	352	23,854,951
111				321	425	32,969,021	64	71	4,155,891	388	513	37,564,620
112	10	10	394,211	481	604	47,270,010	41	42	3,011,809	533	666	51,265,640
113	9	10	406,927	673	862	67,528,157	24	24	2,718,308	711	907	71,127,752

註：依據本部疾病管制署傳染病統計資料查詢系統網站公布之「健保次級統計資料使用疾病別ICD代碼對照表」所採用之定義，分析近年1至9月門診住院案件主次診斷碼。

表四

監獄在監受刑人罪名

年 月 底別	矯正機關 收容人數	公共危險罪	偽造文 印文罪	妨害 性自 主罪	殺人 罪	傷害 罪	竊盜罪	強盜罪	詐欺罪	槍砲彈 藥刀械 管制條 例	毒品危 害防制 條例	其他
109年底	58,362	4,616	439	2,617	1,941	1,022	3,742	2,569	4,141	2,560	25,937	8,778
110年底	54,139	3,816	385	2,447	1,872	1,031	3,385	2,394	4,493	2,363	21,532	10,421
111年底	55,118	5,123	405	2,416	1,878	1,123	3,682	2,280	5,177	2,342	20,647	10,045
112年底	56,202	4,444	352	2,417	1,875	1,165	3,693	2,272	5,785	2,350	20,695	11,154
113年 10月底	59,101	3,871	322	2,396	1,908	1,187	3,645	2,200	7,143	2,404	21,361	12,664
人數 占率	100%	6.5%	0.5%	4.1%	3.2%	2.0%	6.2%	3.7%	12.1%	4.1%	36.1%	21.4%

113年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(節錄)

第6屆112年第4次委員會議(112.5.24)通過

第6屆112年第7次委員會議(112.8.16)確認

貳、總額協商原則

六、專款項目

- (一)回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出。實施成效納入下年度總額協商考量。
- (二)新增計畫，視行政院所核定總額範圍及計畫需要，決定是否支持該計畫並協定預算。具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)應於年度實施前擬定完成。
- (三)新增計畫應於年度協商時提出具體之問題分析及需求評估、醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用、執行目標及預期效益之評估指標，及檢附前開實證資料，並提出預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)，以利檢討退場或納入一般服務。若為續辦性專款項目則須持續檢討執行目標及預期效益之評估指標。
- (四)其他預算部分：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。
- (五)112年度專款項目，若因為疫情或委員會作業耽誤，導致執行率未達50%，113年度專款項目可照列112年度之預算及協定事項。

七、其他原則

- (一)新增協商項目或計畫，宜先列為專款項目，俟執行穩定且具成效後，未來年度再考量移至一般服務項目。
- (二)年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之。
- (三)醫療費用總額及分配，協商結束後，若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，其處理方式如下：
 - 1.衛福部核(決)定前，應經雙方具有委員身分之協商代表同意，依「全民健康保險會會議規範」之復議案程序辦理。
 - 2.衛福部核(決)定後，已成為政策決定事項，本會無權更動，若委員仍有不同意見，則依「全民健康保險會會議規範」提案

討論，決議達共識部分，向衛福部提出建議。

- (四)年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內。各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值。
- (五)醫療照護整合與效率提升成效之效益，部分用以獎勵醫療服務提供者，部分回歸保險對象。
- (六)對已協定之試辦性計畫，應嚴格監控，並提出評估報告供委員於協商時參考，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。
- (七)各總額部門之協商代表，需獲得充分授權。經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得酌予協商調整該部門總額單一細項金額，並予以定案。

提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫執行情形

計畫型-自102年起實施

項目 \ 年度	108	109	110	111	112	113 1~6月 ^{註4}
預算數(百萬元)	1,653.8	1,653.8	1,653.8	1,653.8	1,653.8	1,653.8
執行數(百萬元)註	1,441.9	1,442.3	1,366.8	1,420.3	1,582.9	848.0
預算執行率	87.2%	87.2%	82.6%	85.9%	95.7%	51.3%
參與院所數	111	111	111	114	115	115
--醫院	71	71	71	66	66	67
--西醫診所	20	20	20	26	28	27
--中醫診所	2	2	2	3	3	3
--牙醫診所	18	18	18	19	18	18
服務診次						
--西醫	25,686	26,115	24,508	27,495	27,282	14,347
--牙醫	5,444	5,634	4,852	5,394	5,437	2,812
--中醫	539	547	455	597	598	297
收容人數	63,783	60,655	56,696	56,658	57,546	57,971
服務人數						
--門診	86,195	81,184	72,477	78,795	82,186	64,809
--住院	5,065	4,931	4,036	4,211	5,071	2,832
--戒護就醫	12,710	12,244	9,319	8,805	10,799	6,685
服務人次 ^{註2}						
--門診	859,694	803,322	666,288	779,541	847,247	447,660
--住院	7,108	6,933	5,555	5,968	7,330	3,746
--戒護就醫	31,529	31,164	21,232	20,028	25,377	13,561
申請點數(百萬點) ^{註2}						
--門診	1,508.9	1,532.3	1,279.1	1,248.5	1,296.6	702.2
--住院	361.5	357.0	293.7	334.2	409.0	215.5
--戒護就醫	156.7	171.6	116.2	119.8	131.2	70.7
戒護門診(含急診)就醫人次占門診總人次比率	3.5%	3.7%	3.1%	2.6%	2.9%	2.9%
平均每就醫人就醫次數						
--監內門診	10.0	9.9	9.2	9.9	10.3	6.9
--住院	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.3
--戒護門診(含急診)	2.5	2.5	2.3	2.3	2.3	2.0
平均每就醫人就醫醫療點數						
--監內門診	17,506	18,874	17,648	15,845	15,777	10,835
--住院	71,365	72,404	72,771	79,360	80,660	76,096
--戒護門診(含急診)	12,331	14,017	12,473	13,604	12,153	10,578
收容對象平均每人醫療費用						
--監內門診	23,657	25,262	22,560	22,036	22,532	12,113
--住院	5,667	5,886	5,180	5,898	7,108	3,717
--戒護就醫	2,457	2,830	2,050	2,114	2,316	1,220
急診就醫率	0.84%	0.92%	0.86%	0.76%	0.97%	1.04%

資料來源：中央健康保險署

註：1.各年收容人數為每月月底收容人數均數。

2.門診、戒護就醫之服務人次及申請點數包含透析。113.1.1起放寬矯正計畫疥瘡口服用藥給付規定。

3.113年度總額決定事項，略以：持續檢討本計畫醫療利用情形之合理性及健康改善成效，

與加強執行面監督，於113年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。

4.113年1~6月執行數以申報數暫列。

附件四

時間/案別/ 提案人	案由	決議(定)
107.5.25 討論案一 提案單位： 中央健康保險署	106 年 其 他 預 算 「非屬各部門總額 支付制度範圍之服 務」(註)分項費用 預算超支之因應， 提請討論。 註：用於「居家醫療 與照護」、「精神 疾病社區復健」及 「助產所」。	鑑於106年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配，業經衛生福利部核定公告，且「106年度總額協商通則」訂有各項目預算不得相互流用之原則， 本案爰請中央健康保險署遵循相關核定事項及原則辦理 ，並於下(108)年度總額覈實編列相關經費，以利執行。
108.6.28	衛生福利部交議 「有關108年C型 肝炎藥費專款不 足」案(新增)	經委員充分討論，為加速我國根除C型肝炎目標之達成，增加治療人數，關於衛生福利部交議「有關108年C型肝炎藥費專款不足」案，建議如下： 一、本案請衛生福利部優先爭取由公務預算支應。 二、在無適法性疑慮前提下，對公務預算不夠支應之經費缺口， 勉予同意 由108年度全民健康保險醫療給付費用總額「其他預算」項下之結餘支應，並以19億元為上限。 附帶決議：請中央健康保險署及各部門總額相關團體，未來妥適規劃各項專款項目之預算及其執行方式，並有效控管預算執行，避免發生預算超支情形。
108.7.26 討論事項 第一案 提案人： 付費者、 醫療服務 提供者、 專家學者 及公正人 士等23位 委員	有關108年度編列C 型肝炎藥費專款 65.36億元不足額 數，本會決議由健 保署108年度醫療給 付費用總額「其他 預算」項下之結餘 款支應，對其他預 算項下可流用項目 及流用金額，提請 復議。	有關本會上次委員會議對「108年C型肝炎藥費專款不足案」之決議「同意由108年度全民健康保險醫療給付費用總額『其他預算』項下之結餘支應，並以19億元為上限」，經委員提請復議，補充決議如下： 一、108年度全民健康保險醫療給付費用總額協商通則，對專款專用項目及其他預算有各項目預算不得互相流用之規定，惟考量本案為衛生福利部為加速我國根除C型肝炎目標之達成，增加治療人數，落實治療不中斷原則，爰同意 特別例外「有條件」 流用。 二、為避免影響病人就醫權益，同意19億元優先由108年度全民健康保險醫療給付總額「其他預算」項下之「基層總額轉診型態調整費用」、「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」、「提升保險服務成效」三項預算之結餘支應。另為加速我國根除C型肝炎目標之達成，本於治療不中斷之原則，如果前述三項預算之結餘不足19億元，再請中央健康保險署提案至本會審議，由「其他預算」其他項目之結餘予以流用。 三、有關「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」8.22億元，考量C型肝炎病患治療權益，本於治療不中斷原則，授權中央健康保險署評估適當時機後流用，且不受該項目之適用範圍與動支程序限制。

臨時提案第二案

提案單位：中央健康保險署

案由：因新冠疫情對西醫基層、中醫門診及醫院總額 113 年之醫療費用造成顯著影響，提請動支其他預算之「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目案，提請討論。

說明：

- 一、依據「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍與動支程序(附件一，第23~24頁)辦理。
- 二、自112年3月20日起新冠肺炎病毒感染相關醫療支出，由公務預算改由健保總額支應，惟新冠肺炎及其它呼吸道病毒交叉感染，導致疾病複雜度增加且就醫人次大幅提高，使健保點值遽降，爰於112年由調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費8億元及行政院挹注健保基金之240億元，以「補助112年COVID-19與類流感相較108年同期增加之醫療費用後，再補助健保點值至0.9元」方式進行補助，合計共撥補87.87億元。
- 三、113年度前開造成點值低落因素仍然存在，提供相較112年、108年之COVID-19及類流感案件變化趨勢(附件二，第25~52頁)供委員參考，113年度研擬參照112年度方式補助，且於尊重各分區醫療生態差異前提下，鼓勵院所強化自主管理及同裁制約機制，爰調整第二階段補助方式，規劃補助方式及預算來源如下：
 - (一)第一階段補助：補助 COVID-19 及類流感案件相較 108 年同期增加費用(每點 1 元補助)。
 - (二)第二階段補助：第一階段補助後，將補助後點值最低之分區補助至每點 0.9 元，其餘分區比照其點值差距予以補助。
 - (三)預算來源：優先動支 113 年度「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」4.406 億元，不足部分由行政院 113 年公務預算挹注健保安全準備金 200 億元支應。
- 四、依前述補助方式，推估全年補助金額共約122.03億元，各總額

補助金額如下：

(一)醫院總額約 78.01 億元、西醫基層總額約 41.33 億元、中醫門診總額約 2.70 億元，合計共約 122.03 億元。

單位：億元

總額別	113Q1	113Q2	113Q3	113Q4	推估全年補助金額
醫院	15.03	27.95	13.54	21.49	78.01
西醫基層	11.61	7.73	12.32	9.67	41.33
中醫	1.24	0.46	0.15	0.85	2.70
合計	27.88	36.13	26.01	32.01	122.03

(二)前述推估金額後續將依各季實際結算結果計算補助金額。

五、本案辦理規劃如下：

(一)113 年各季補助作業，將於貴會討論後，依程序提報衛生福利部核定後辦理。

(二)另 113 年總額成長率核定為 4.7%，已達行政院核定之上限，113 年預估總額剩餘數(約 35 億元)，不足支應上開方案所需金額，考量本案以公務預算挹注，惟補助金額後將超過行政院核定總額成長率上限，須簽報行政院同意。

六、如以 113 年點值補助 122.03 億元、114 年總額成長率以上限 5.5% 推估，預估 114 年底安全準備金為 1.91 個月保險給付支出。

擬辦：擬依說明五辦理後續事宜。

提案單位業務窗口：朱文珣科長，聯絡電話：02-27065866 分機 2665

.....

本會補充說明：

一、本案係健保署因新冠疫情對西醫基層、中醫門診及醫院總額 113 年之醫療費用造成顯著影響，提請動支 113 年度其他預算項下「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」預算 4.406 億元支應，不足部分由行政院 113 年公務預算挹注健保安全準備金 200 億元支應。

二、本案相關規定如下：

(一)113 年度總額決定事項：

項目	金額 (百萬元)	決定事項
調節非預期風險及其他非 預期政策改變所需經費	440.6	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。

(二)依上開決定事項，經費支用須依本會議定之「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」之適用範圍與動支程序(附件一，第 23~24 頁)辦理，截至目前為止，該項費用並未動支。

三、本案建議先行討論是否符合「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍；若符合再依動支程序討論支用額度。

決議：

「調節非預期風險及其他非預期政策所需經費」項目 之適用範圍與動支程序

100.12.9 費協會第 178 次委員會議通過

103.11.28 健保會第 1 屆 103 年第 11 次委員會議修正

106.4.28 健保會第 3 屆 106 年第 3 次委員會議修正

一、適用範圍：

(一)屬「非預期風險」：

- 1.年度中發生全國(或特定區)之其他不可預期因素，如具傳染性疾病異常流行、非天災所致之大型事件等突發性特殊情況，致使民眾醫療需求大幅上升，對該部門整體醫療費用造成顯著影響。
- 2.應排除依其他法令由各級政府負擔之醫療服務項目。

(二)屬「其他非預期政策改變」：

- 1.年度中非預期之全民健康保險法(下稱健保法)及相關政策修訂，其新增費用不在協定時的各部門總額涵蓋範圍，且須經衛生福利部(下稱衛福部)交議。
- 2.應排除「協商時已於總額架構、通則、涵蓋範圍納入考量之項目(包含醫療服務成本及人口因素、協商因素成長率及專款項目等)」^(註)

二、動支程序：

(一)屬「非預期風險」：

1.提案前評估：

由受影響之總額部門與中央健康保險署(下稱健保署)於提案前共同完成評估，確定對總額影響顯著，其影響不可歸責於該總額部門。

依非預期風險事件之屬性，其適用情況及評估指標如下：

- (1)具傳染性疾病異常流行(排除依其他法令應由各級政府負擔之醫療服務項目)，致使總額部門全區，單一季別之預估值，有下列情形之一者：

①平均點值在0.9以下，且較去年同季點值下降幅度>5%

以上。

- ②一般服務之醫療費用點數成長率 $>$ (當年度醫療服務成本及人口因素成長率 $+5\%$)以上。

若該疾病異常流行具有地區性差別，則適用受影響之健保分區；閾值同上。

- (2)屬非天災所致之大型事件(為非屬健保法第52條事件，並經主管機關認定之案件)，且該事件發生後，前2個月之預估醫療費用達該地區當年季平均總額預算之 0.3% 以上。

2.提案及議定：

由健保署或本會委員提案，並提供前述評估資料與相關數據(含不可歸責於總額部門之評估資料)，供本會討論議定。

3.核定與執行：

由健保署依本會之議定結果，報請衛福部核定後，會同相關總額部門討論執行細節及結算事宜，並於費用結算後，向本會提報執行結果。

(二)屬「其他非預期政策改變」：

1.提案及議定：

依適用範圍，於衛福部交議後，由健保署提案至本會討論議定；提案內容，應包括政策實施日期及方式、預估經費需求及預期效益等。

2.核定與執行：

由健保署依本會之議定結果，報請衛福部核定後，會同相關總額部門討論執行細節及結算事宜，並於費用結算後，向本會提報執行結果。

註：1.年度總額協商前，衛福部會提出該年度總額之協商政策方向，若屬「可預期」之政策改變，於協商時即應納入考量，爰修訂為僅適用年度中「非預期」之全民健康保險法及相關政策修訂。因政策、法規屬主管機關權責，爰須經衛福部交議，健保署據以提案。

2.歷年健保會訂有下列總額協商通則；另健保署會同各總額部門擬訂專款計畫或方案時，對於超過預算部分，係以浮動點值方式處理。

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

(2)其他預算：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。

(3)其他原則：醫療費用總額經衛福部核定後，對已協定各項目金額之增減應正式提案，在本會議決前，並應再經總額部門與付費者代表協定程序。

圖 1-1、【西醫基層+醫院+中醫】1/1~12/16 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計
全區(113 年 vs. 112 年 vs. 108 年)



註：
1. 資料來源：中央健康保險署多機型健保資料庫就醫紀錄主檔(彙算日期：2024/12/19)。
2. 資料範圍：108年、112年及113年健保IC卡上傳就醫案件。
3. 統計定義：
(1) COVID-19：主診斷碼為U07.1、U07.2、U09.9者，係依現行申報規定，僅有主診斷U07.1之案件。
(2) 類流感：主診斷碼三碼為J09-J18、A22、A37、B25、B44或診斷碼為J06.9者。
(3) 就醫次數(7日移動平均)：統計日-6至統計日當日就醫次數。

圖 1-2、【西醫基層+醫院+中醫】1/1~12/16 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計
台北區(113 年 vs. 112 年 vs. 108 年)



- 註：
- 資料來源：中央健康保險署多機型健保資料庫、健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2024/12/19)。
 - 資料範圍：108年、112年及113年健保IC卡上傳就醫案件。
 - 統計定義：
 - COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9者。除依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - 就醫次數(7日移動平均)：統計日-6至統計日當日就醫次數。

圖 1-3、【西醫基層+醫院+中醫】1/1~12/16 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計
北區(113 年 vs. 112 年 vs. 108 年)

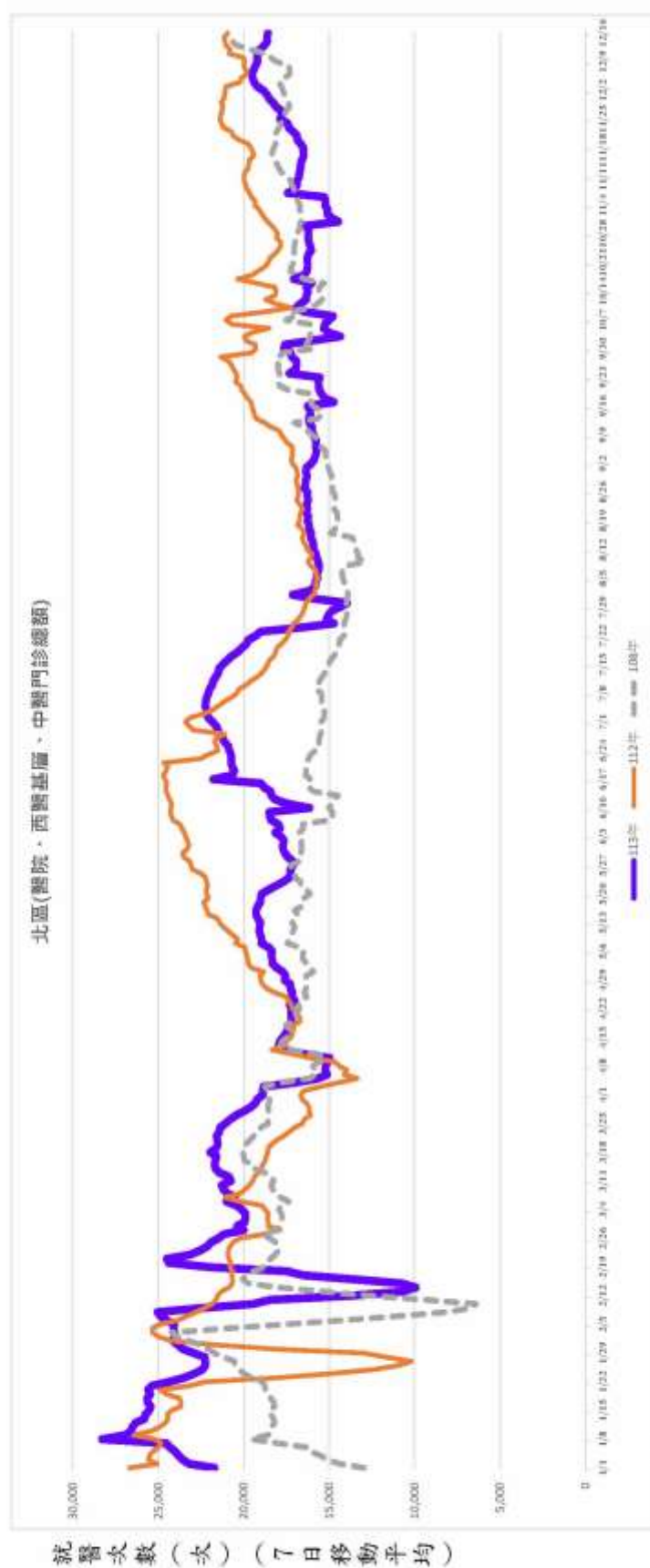


圖 1-4、【西醫基層+醫院+中醫】1/1~12/16 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計
 中區(113 年 vs. 112 年 vs. 108 年)

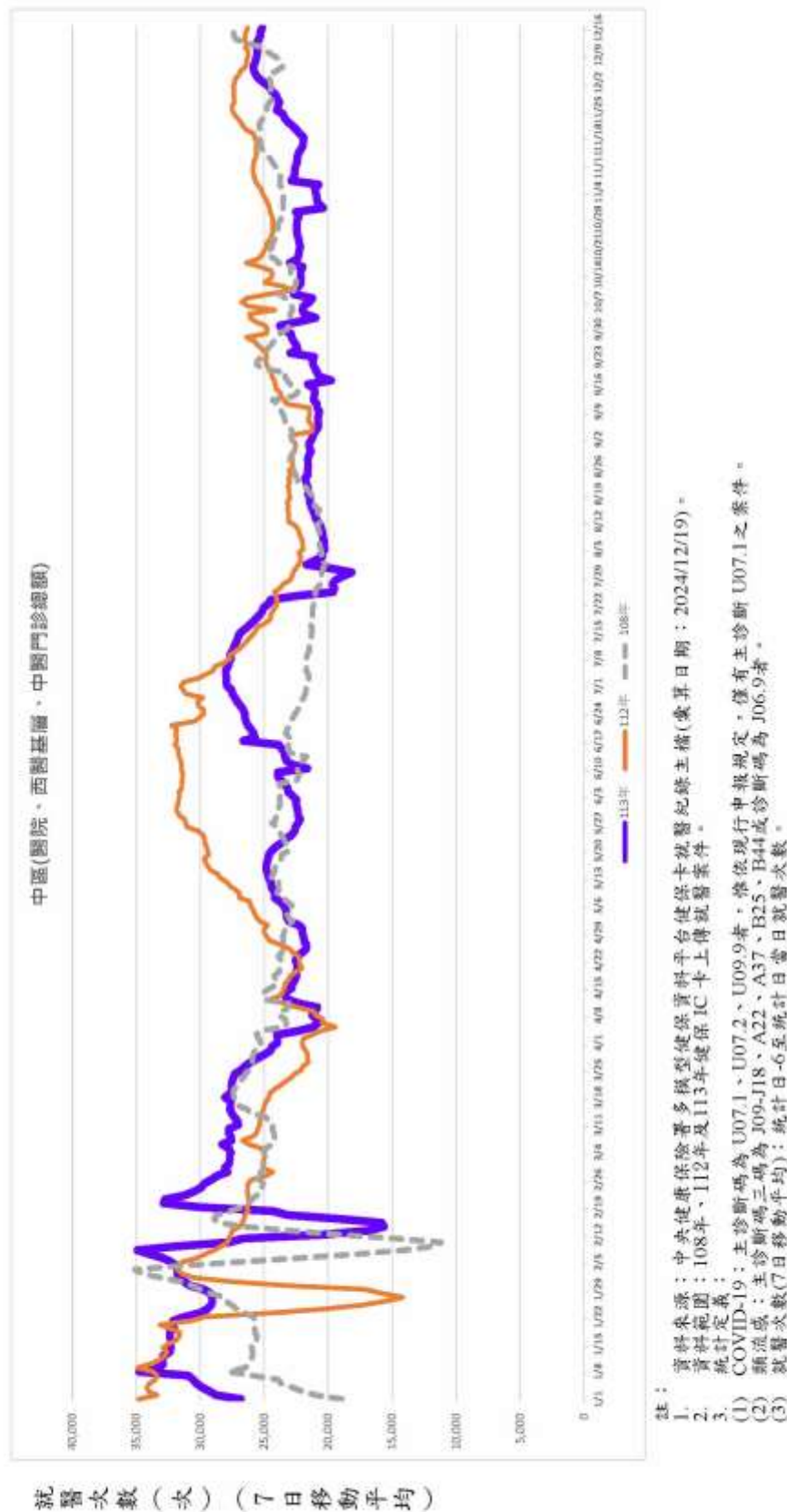
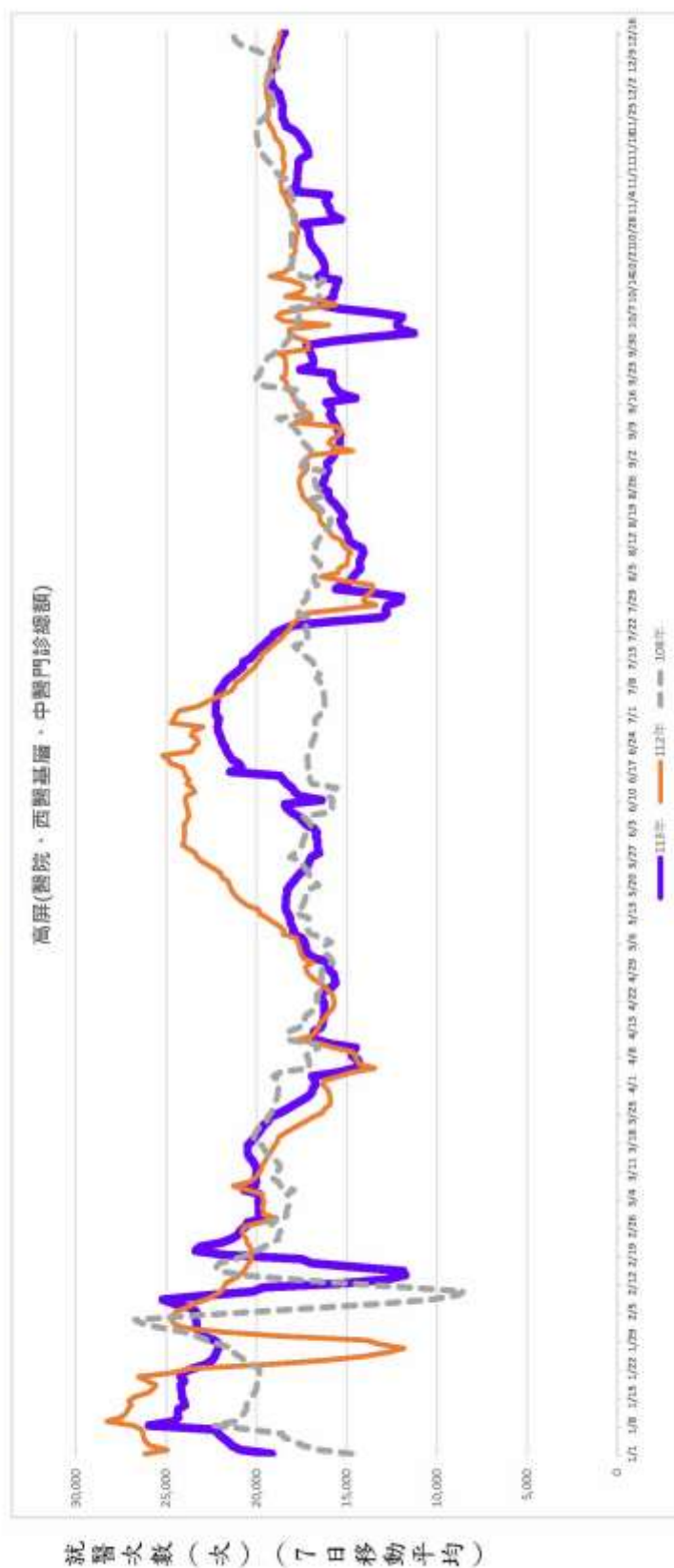


圖 1-5、【西醫基層+醫院+中醫】1/1~12/16 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計
 南區(113 年 vs. 112 年 vs. 108 年)



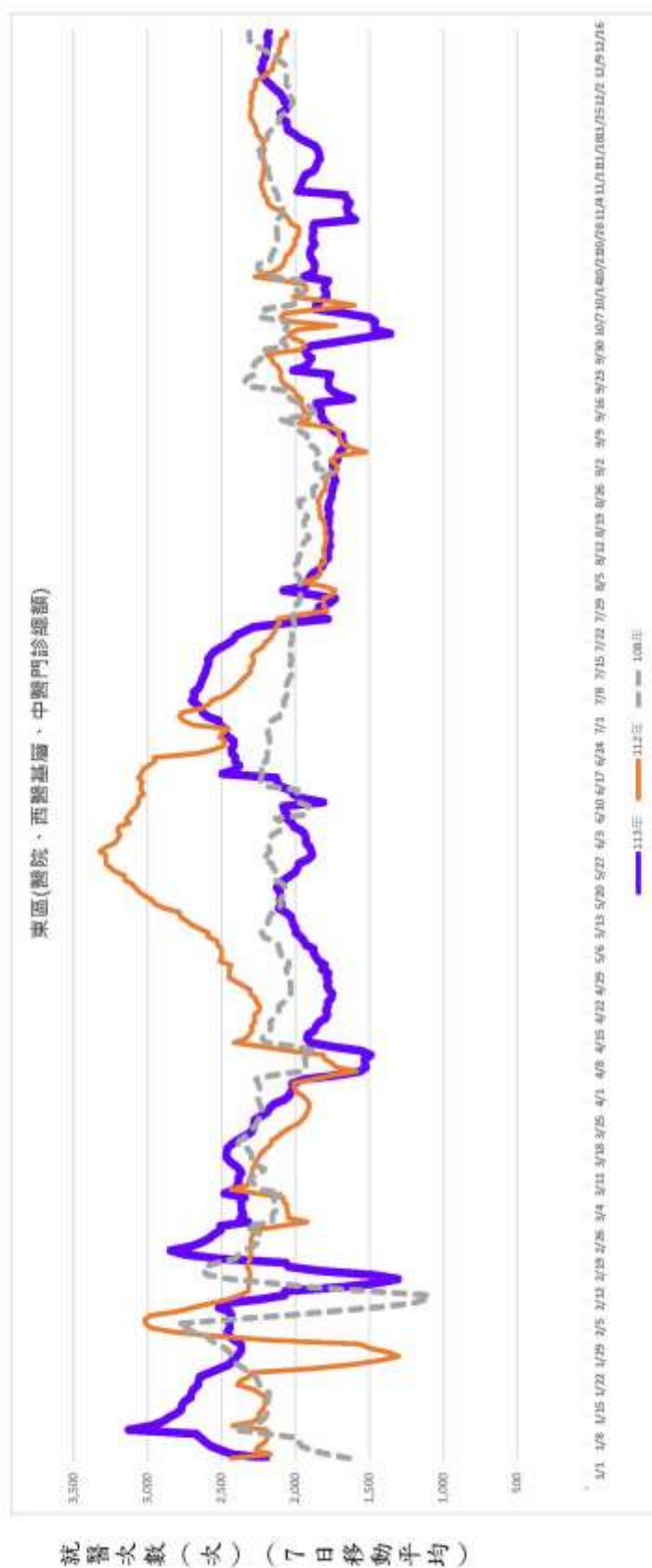
註：
 資料來源：中央健康保險署多機型健保資料庫就醫紀錄主檔(彙算日期：2024/12/19)。
 資料範圍：108年、112年及113年健保IC卡上傳就醫案件。
 統計定義：
 (1) COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9者，係依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 (2) 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 (3) 就醫次數(7日移動平均)：統計日-6至統計日當日就醫次數。

圖 1-6、【西醫基層+醫院+中醫】1/1~12/16 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計
高屏區(113 年 vs. 112 年 vs. 108 年)



- 註：
- 資料來源：中央健康保險署多模態健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(截至日期：2024/12/19)。
 - 資料範圍：108年、112年及113年健保IC卡上傳就醫案件。
 - 統計定義：
 - COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，係依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - 就醫次數(7日移動平均)：統計日-6至統計日當日就醫次數。

圖 1-7、【西醫基層+醫院+中醫】1/1~12/16 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計
東區(113 年 vs. 112 年 vs. 108 年)



註：
資料來源：中央健康保險署多模型健保資料庫主檔(彙算日期：2024/12/19)。
資料範圍：108年、112年及113年健保IC卡上傳就醫案件。
統計定義：
(1) COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，係依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
(2) 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
(3) 就醫次數(7日移動平均)：統計日-6至統計日當日就醫次數。

圖 2-1、【醫院】1/1~12/16 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計
全區(113 年 vs. 112 年 vs. 108 年)

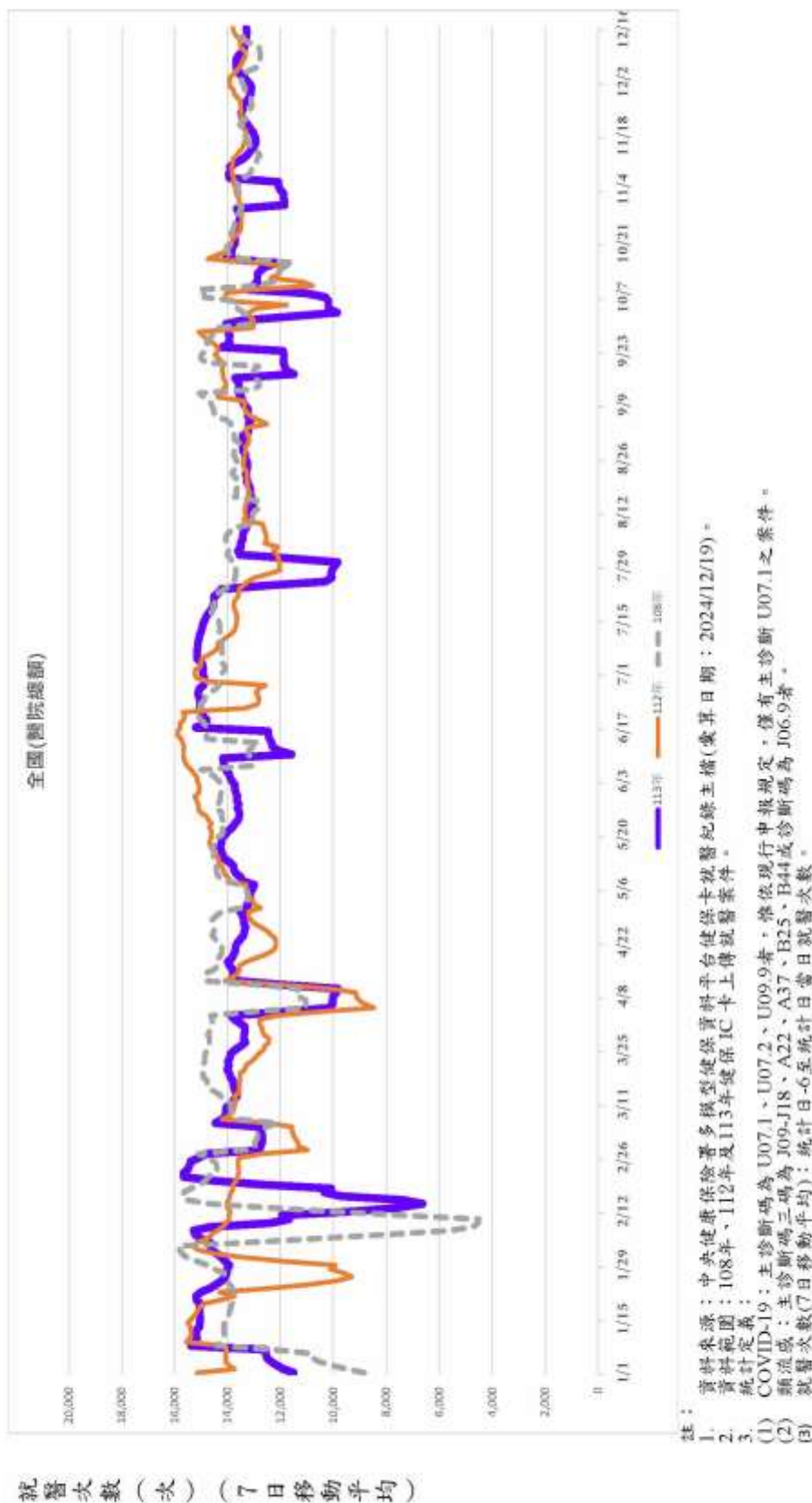


圖 2-2、【醫院】1/1~12/16 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計
台北區(113 年 vs. 112 年 vs. 108 年)

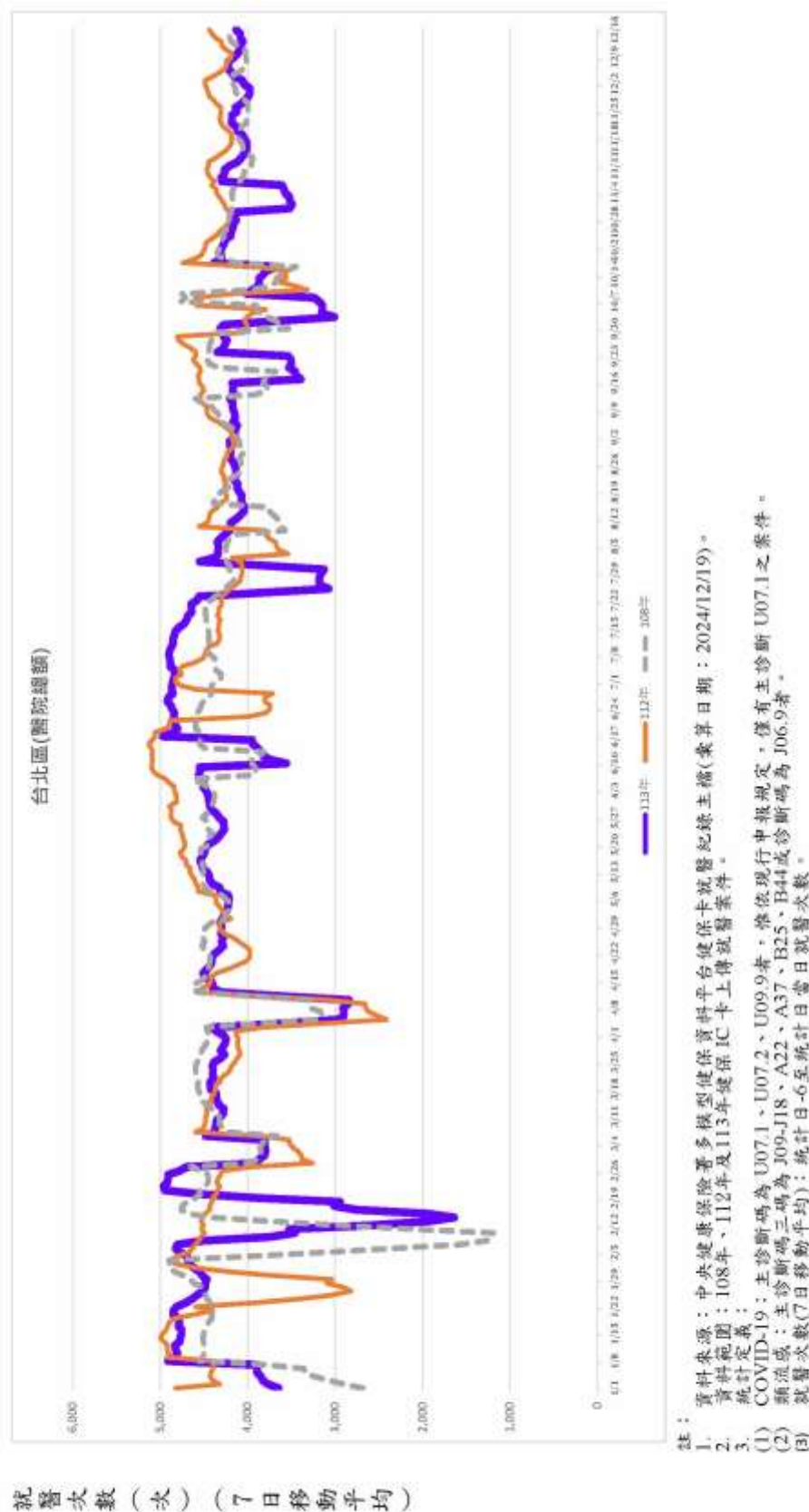
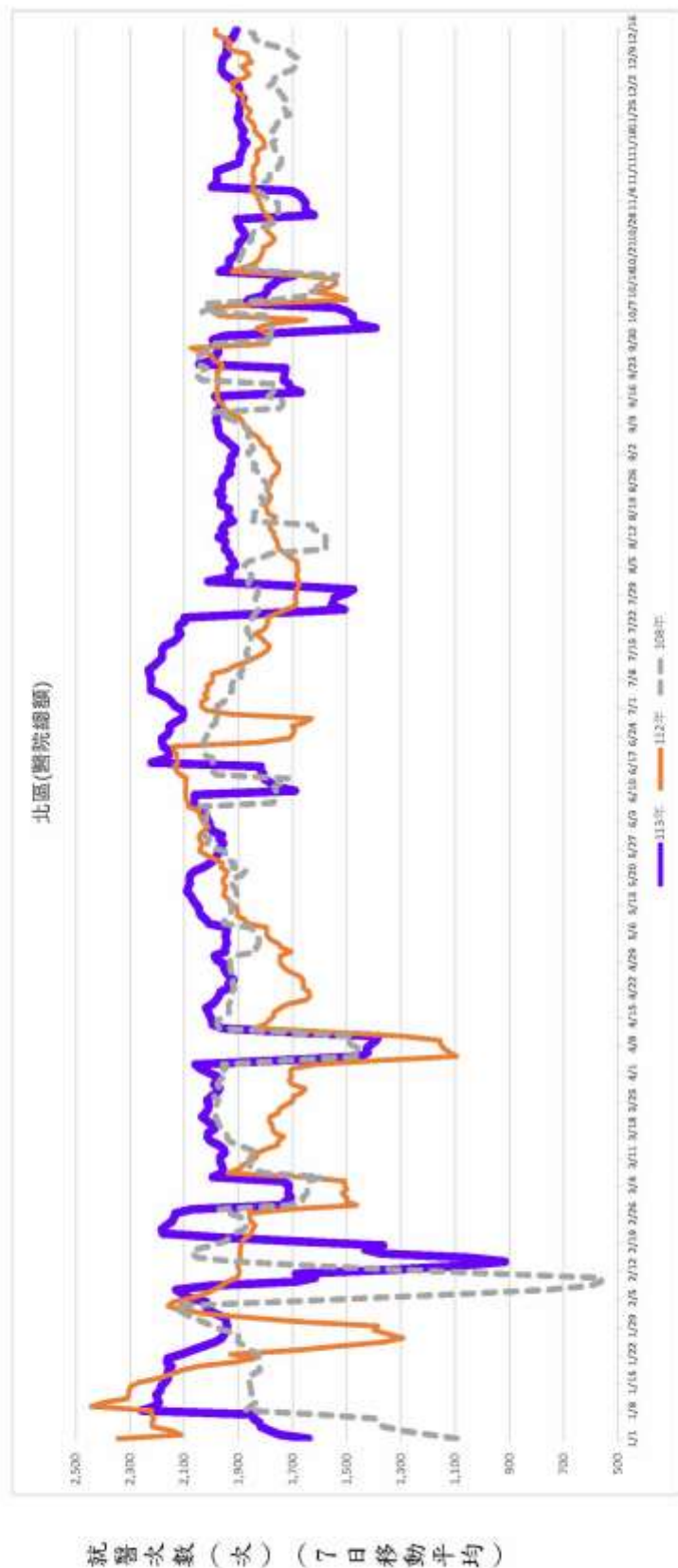
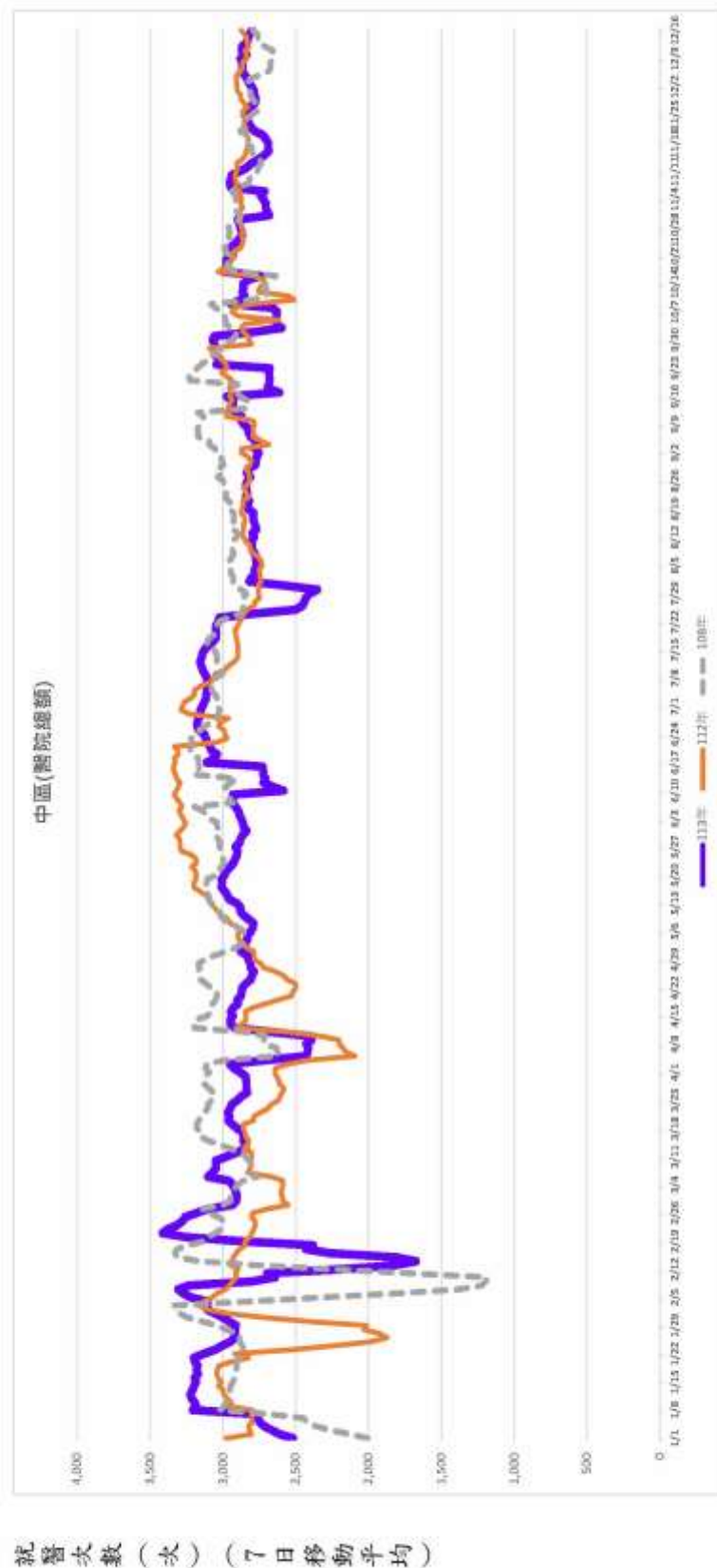


圖 2-3、【醫院】1/1~12/16 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計
北區(113 年 vs. 112 年 vs. 108 年)



註：
1. 資料來源：中央健康保險署多模態健保資料庫紀錄主檔(彙算日期：2024/12/19)。
2. 資料範圍：108年、112年及113年健保IC卡上傳就醫案件。
3. 統計定義：
(1) COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
(2) 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
(3) 就醫次數(7日移動平均)：統計日-6至統計日當日就醫次數。

圖 2-4、【醫院】1/1~12/16 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計
 中區(113 年 vs. 112 年 vs. 108 年)



註：
 1. 資料來源：中央健康保險署多模態健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2024/12/19)。
 2. 資料範圍：108年、112年及113年健保IC卡上傳就醫案件。
 3. 統計定義：
 (1) COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 (2) 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 (3) 就醫次數(7日移動平均)：統計日-6至統計日當日就醫次數。

圖 2-5、【醫院】1/1~12/16 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計
南區(113 年 vs. 112 年 vs. 108 年)

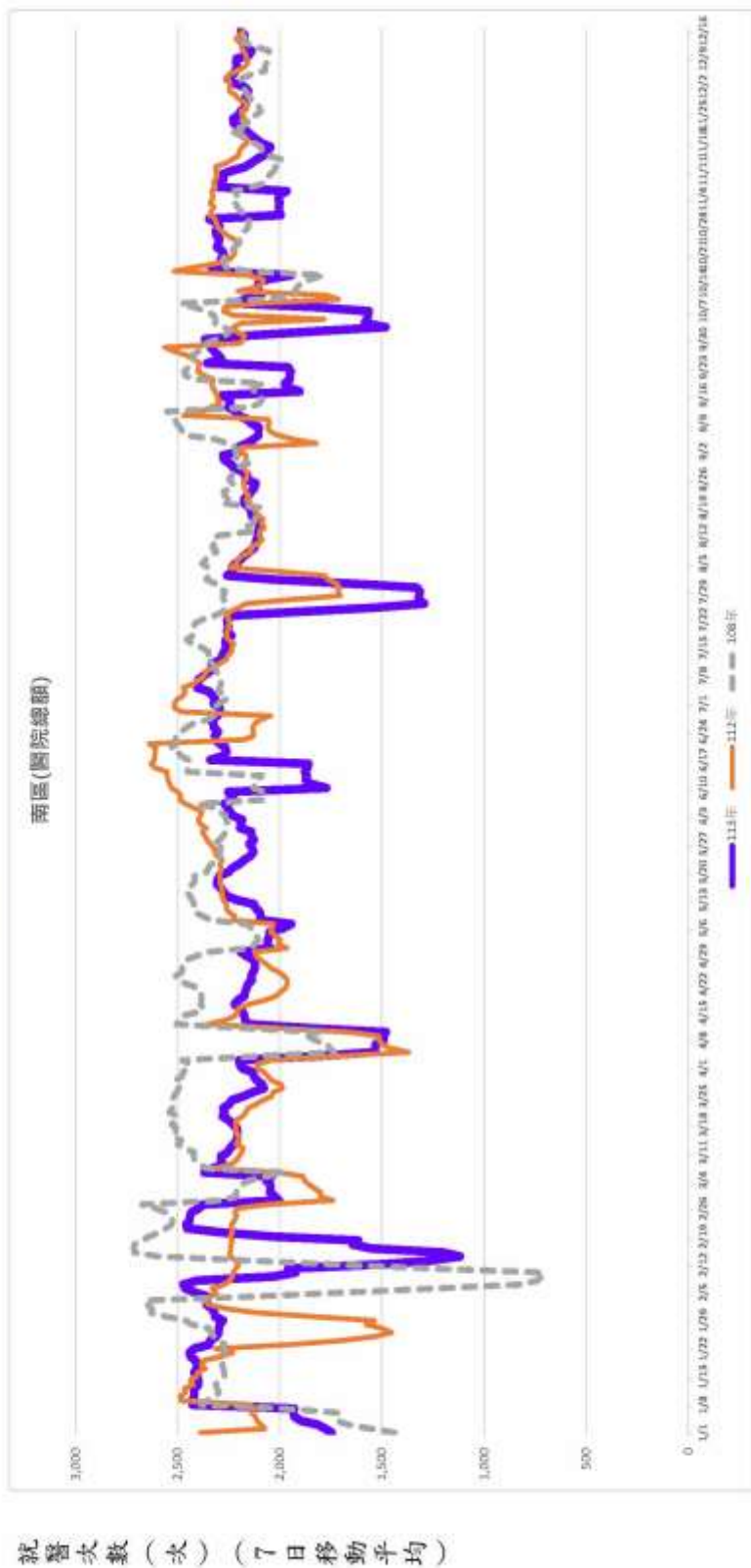
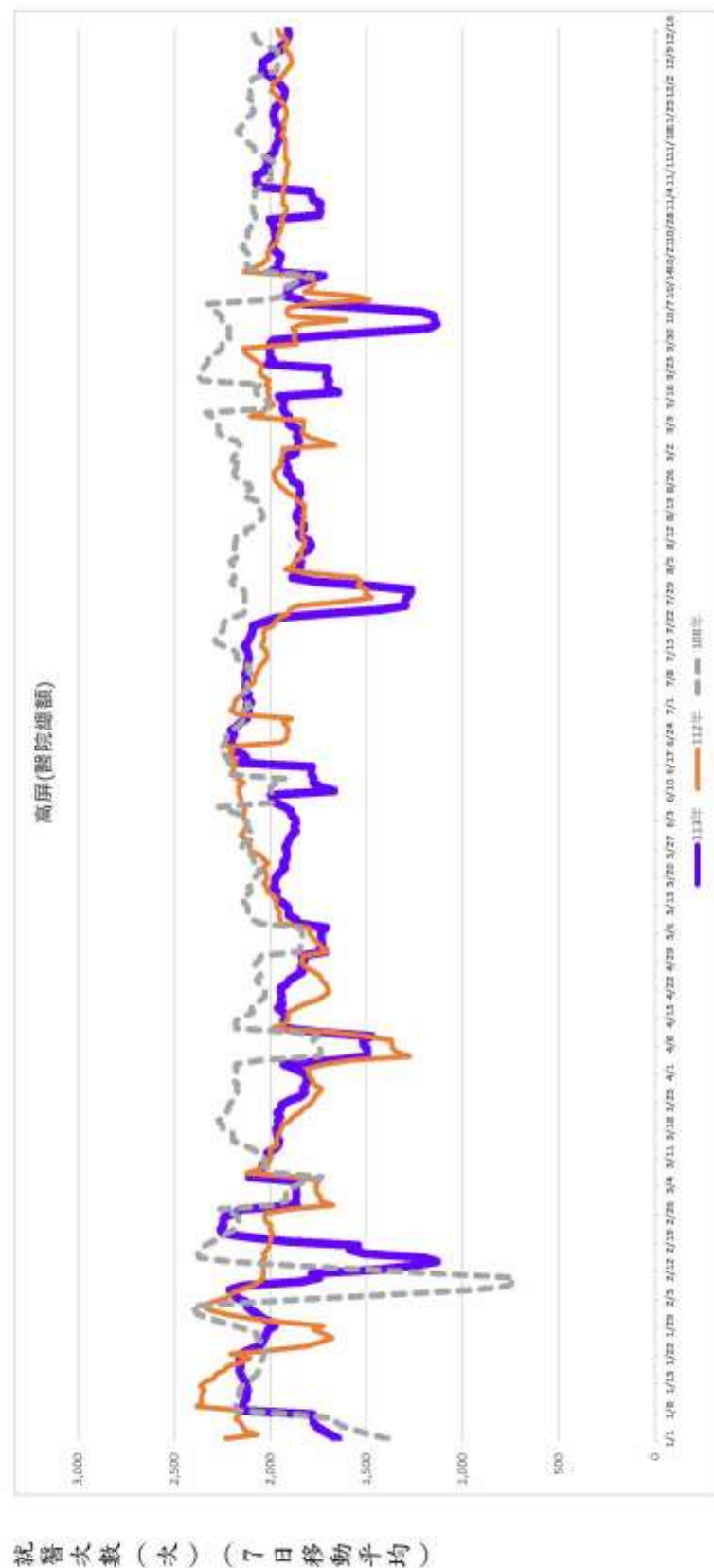
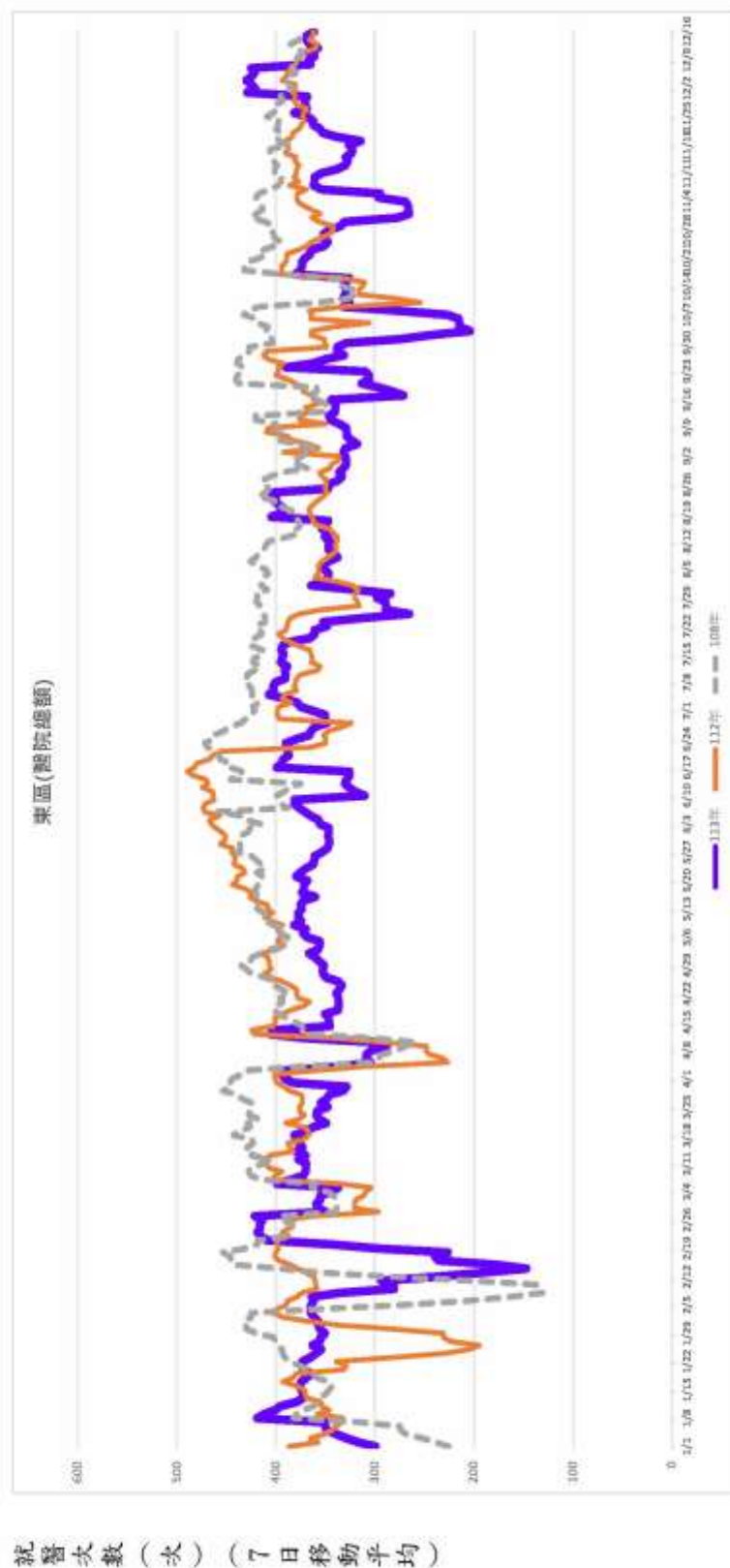


圖 2-6、【醫院】1/1~12/16 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計
高屏區(113 年 vs. 112 年 vs. 108 年)



註：
資料來源：中央健康保險署多模態健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2024/12/19)。
資料範圍：108年、112年及113年健保IC卡上傳就醫案件。
統計定義：
(1) COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
(2) 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
(3) 就醫次數(7日移動平均)：統計日-6至統計日當日就醫次數。

圖 2-7、【醫院】1/1~12/16 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計
東區(113 年 vs. 112 年 vs. 108 年)



註：
資料來源：中央健康保險署多模型健保資料庫平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2024/12/19)。
資料範圍：108年、112年及113年健保IC卡上傳就醫案件。
統計定義：
(1) COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
(2) 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44或診斷碼為 J06.9者。
(3) 就醫次數(7日移動平均)：統計日-6至統計日當日就醫次數。

圖 3-1、【西基】1/1~12/16 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計
全區(113 年 vs. 112 年 vs. 108 年)

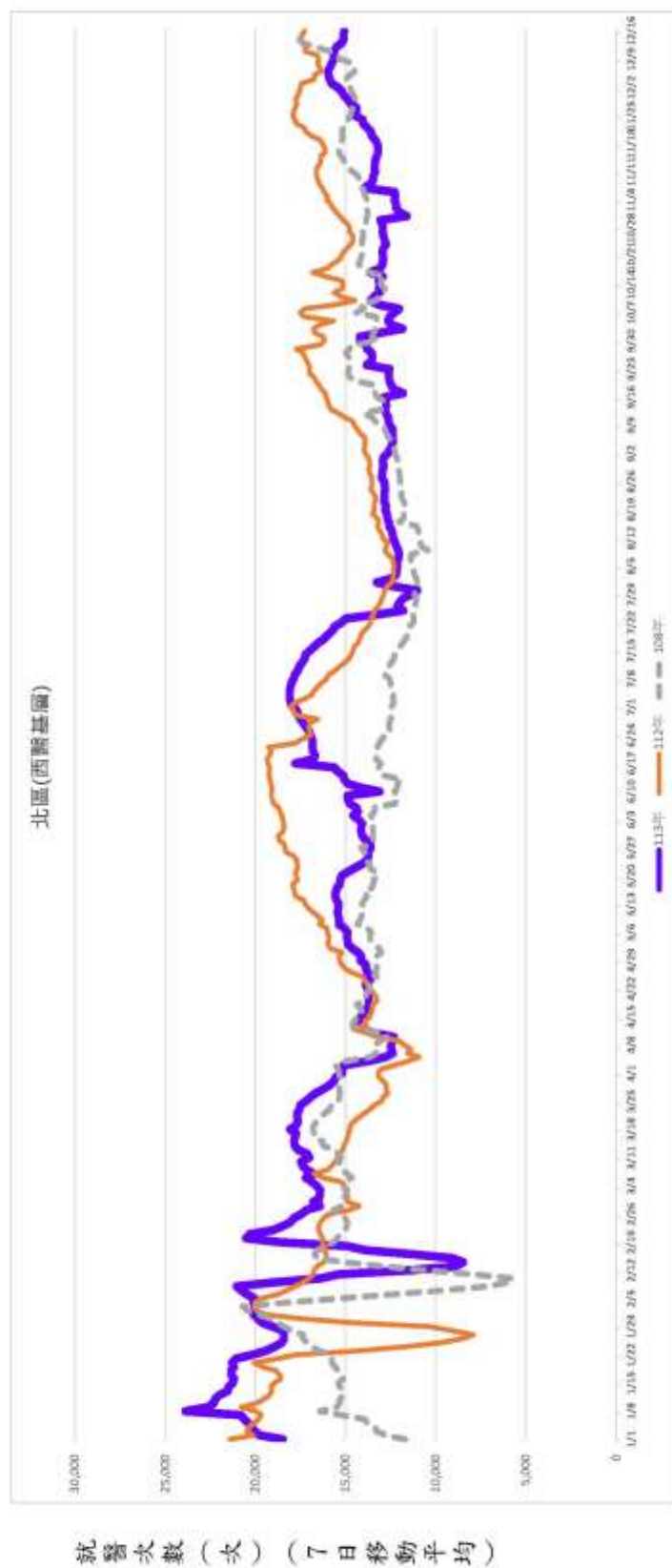


圖 3-2、【西基】1/1~12/16 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計
台北區(113 年 vs. 112 年 vs. 108 年)



- 註：
- 資料來源：中央健康保險署多模態健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙昇日期：2024/12/19)。
 - 資料範圍：108年、112年及113年健保IC卡上傳就醫案件。
 - 統計定義：
 - COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - 就醫次數(7日移動平均)：統計日-6至統計日當日就醫次數。

圖 3-3、【西基】1/1~12/16 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計
北區(113 年 vs. 112 年 vs. 108 年)



- 註：
- 資料來源：中央健康保險署多模態健保資料庫平台健保卡就醫紀錄主檔(彙昇日期：2024/12/19)。
 - 資料範圍：108年、112年及113年健保IC卡上傳就醫案件。
 - 統計定義：
 - COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - 就醫次數(7日移動平均)：統計日-6至統計日當日就醫次數。

圖 3-4、【西基】1/1~12/16 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計
 中區(113 年 vs. 112 年 vs. 108 年)

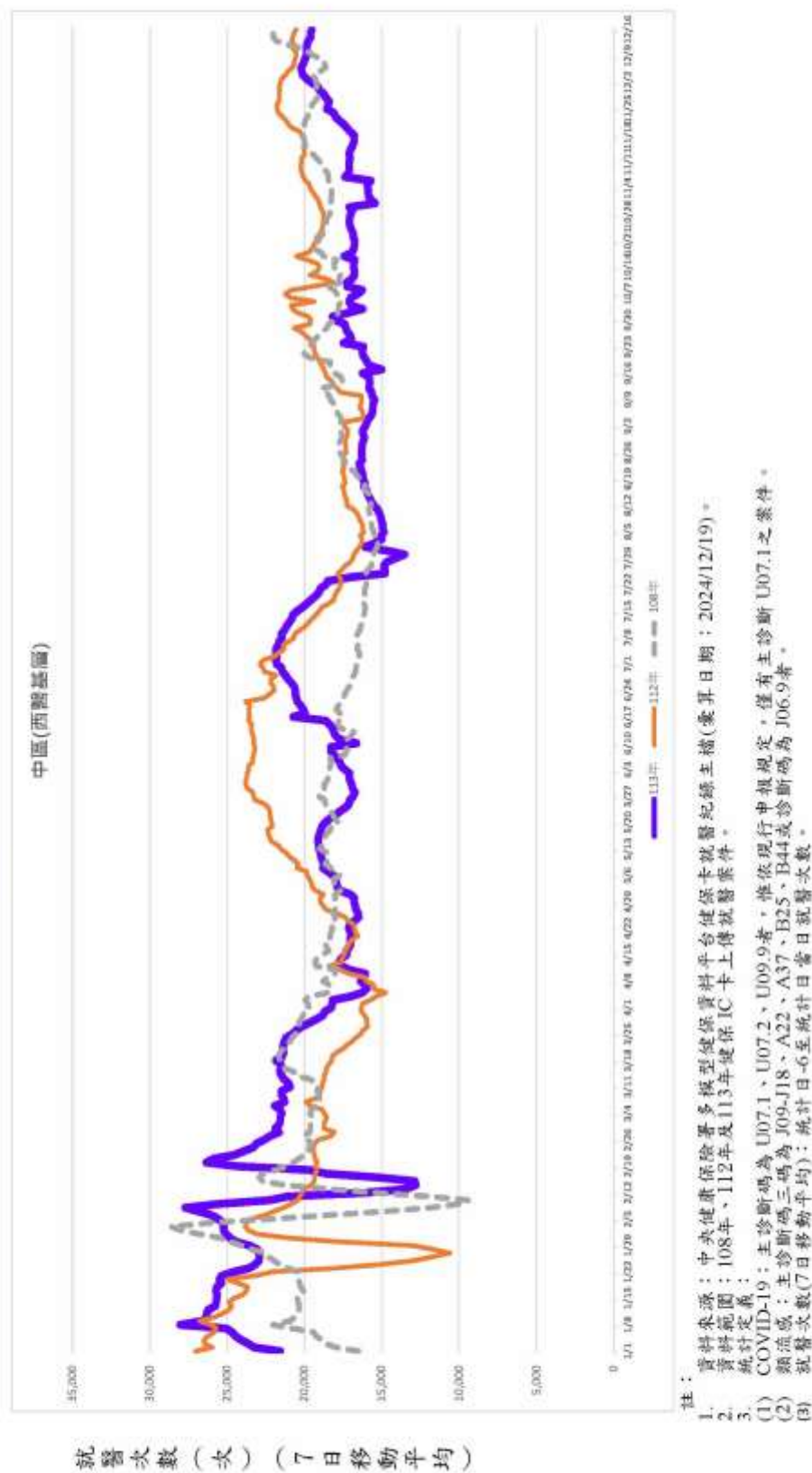
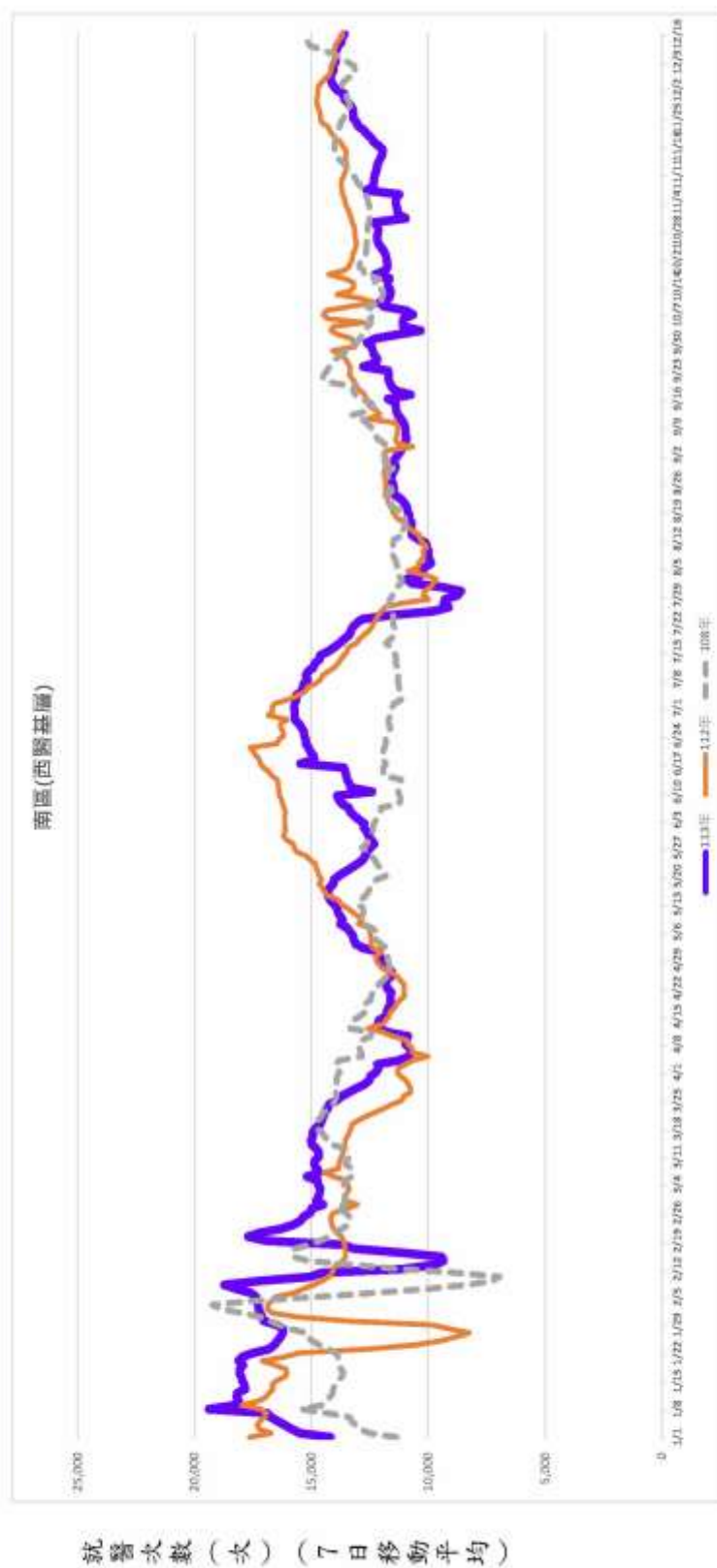
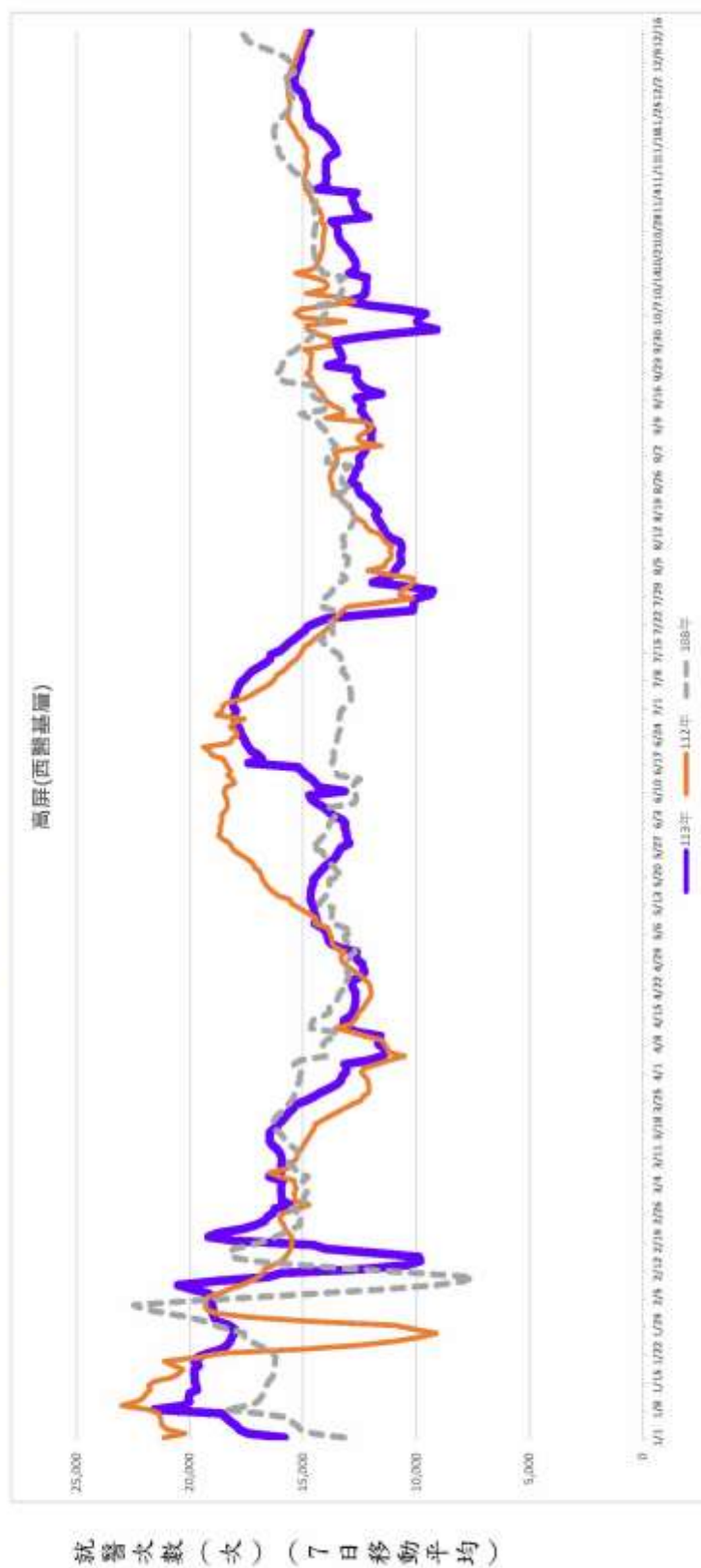


圖 3-5、【西基】1/1~12/16 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計
南區(113 年 vs. 112 年 vs. 108 年)



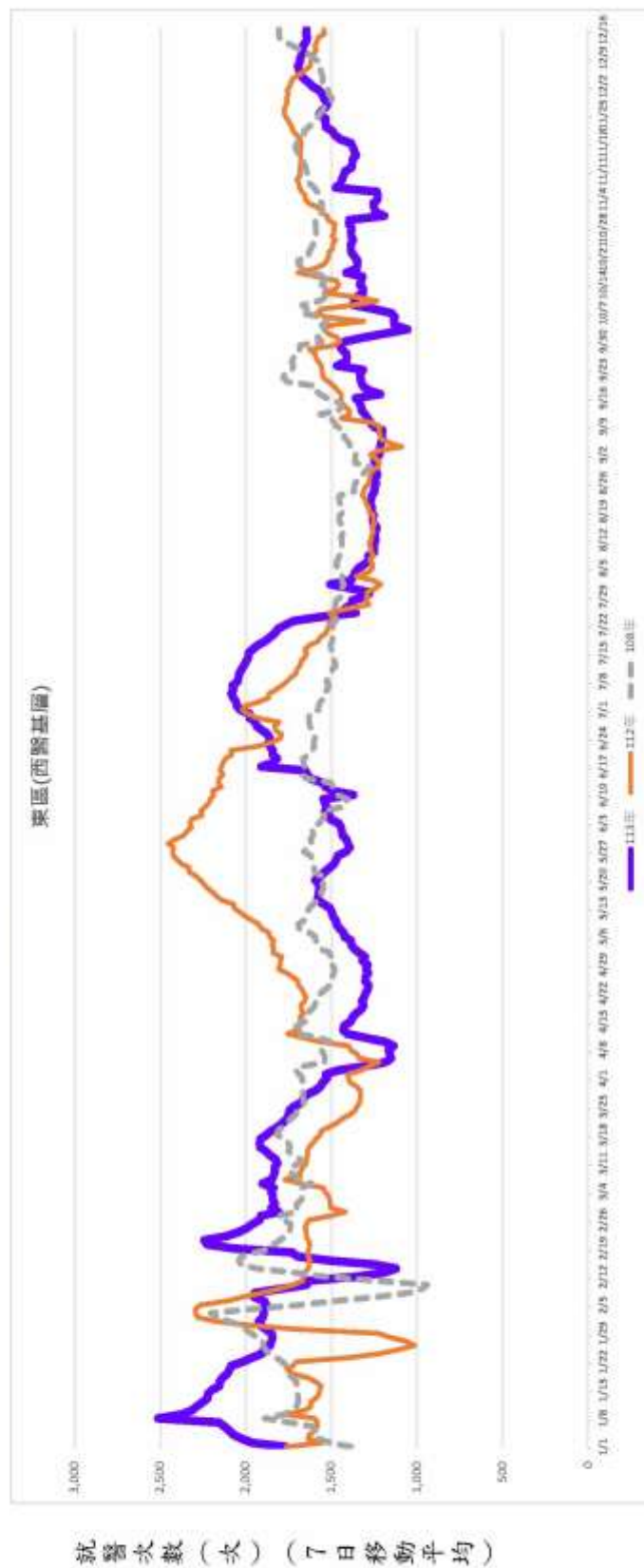
註：
1. 資料來源：中央健康保險署多模態健保資料庫(就醫紀錄主檔)(彙算日期：2024/12/19)。
2. 資料範圍：108年、112年及113年健保IC卡上傳就醫案件。
3. 統計定義：
(1) COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
(2) 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
(3) 就醫次數(7日移動平均)：統計日-6至統計日當日就醫次數。

圖 3-6、【西基】1/1~12/16 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計
高屏區(113 年 vs. 112 年 vs. 108 年)



- 註：
- 資料來源：中央健康保險署多模態健保資料庫(就醫紀錄主檔(彙算日期：2024/12/19))。
 - 資料範圍：108年、112年及113年健保IC卡上傳就醫案件。
 - 統計定義：
 - COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - 就醫次數(7日移動平均)：統計日-6至統計日當日就醫次數。

圖 3-7、【西基】1/1~12/16 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計
東區(113 年 vs. 112 年 vs. 108 年)

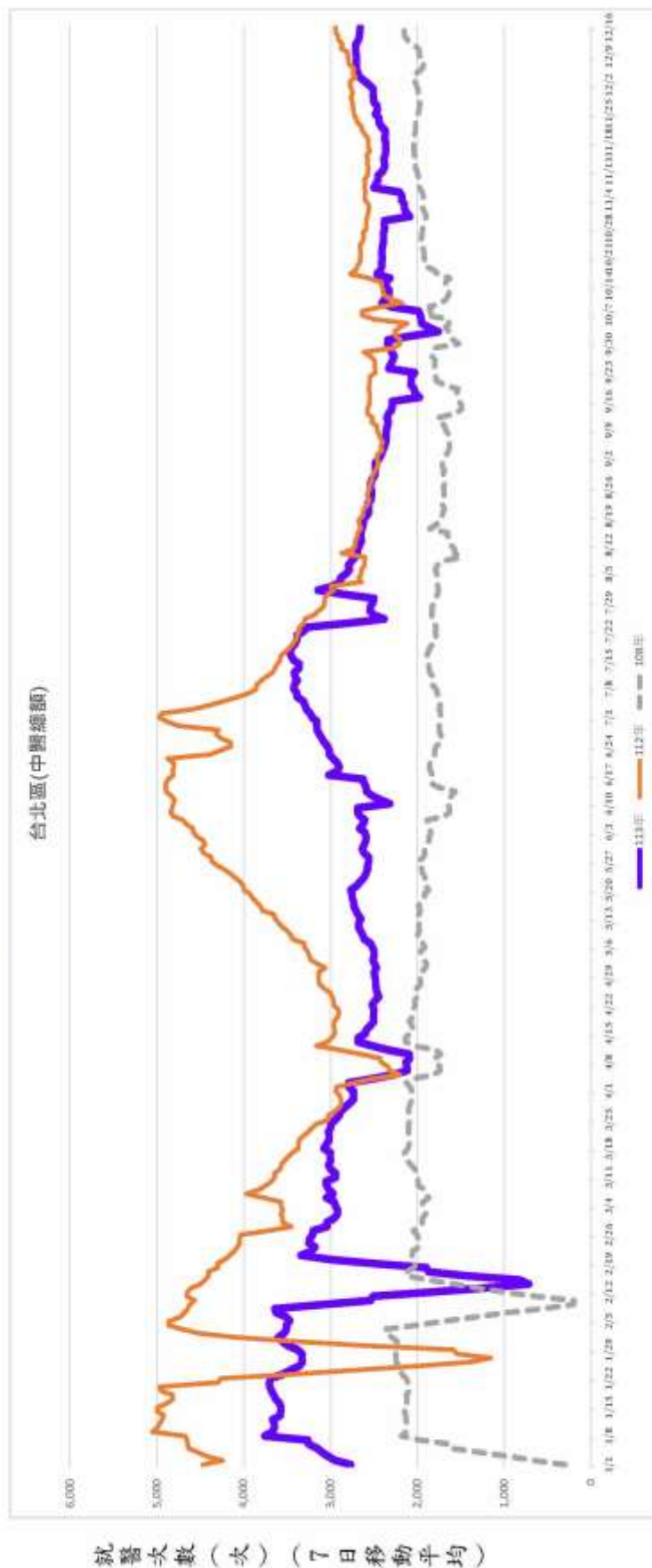


- 註：
- 資料來源：中央健康保險署多模態健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2024/12/19)。
 - 資料範圍：108年、112年及113年健保IC卡上傳就醫案件。
 - 統計定義：
 - COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - 就醫次數(7日移動平均)：統計日-6至統計日當日就醫次數。

圖 4-1、【中醫】1/1~12/16 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計
全區(113 年 vs. 112 年 vs. 108 年)

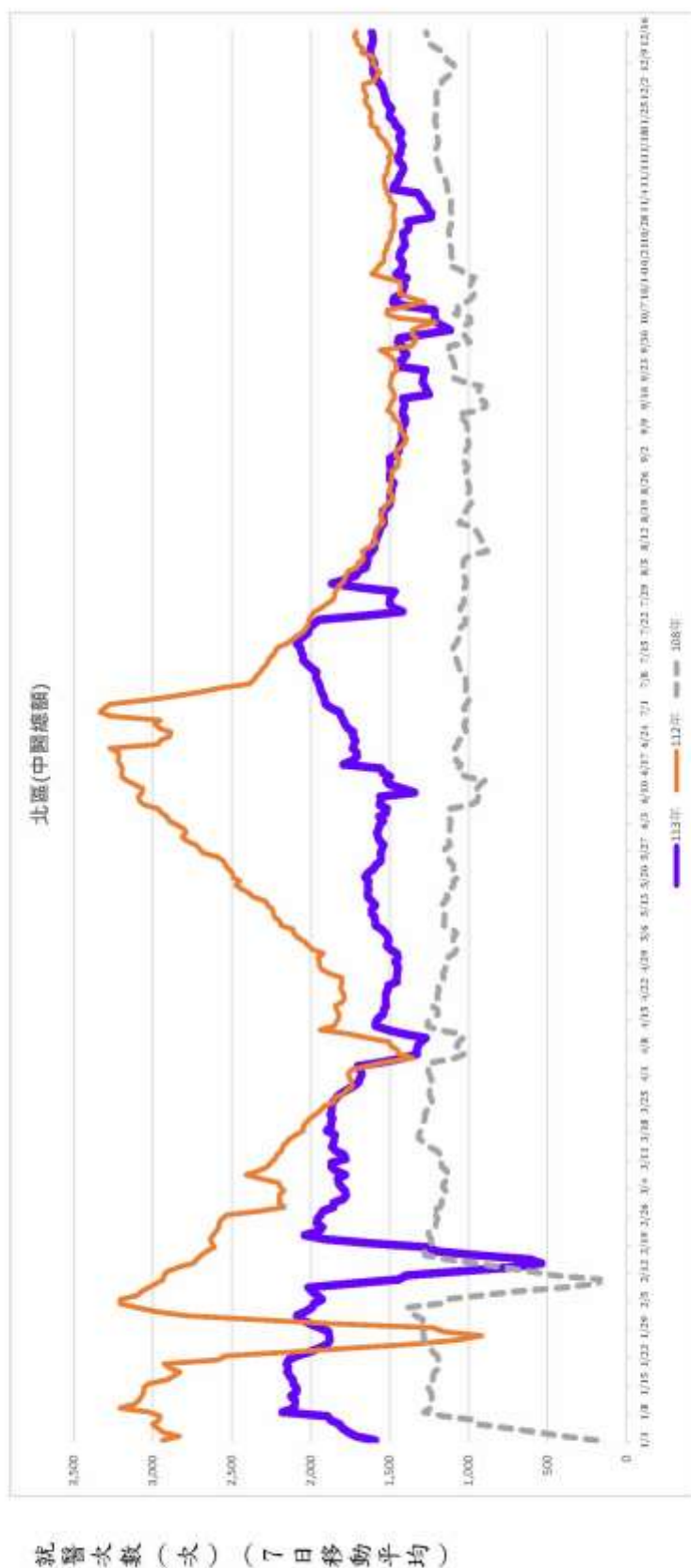


圖 4-2、【中醫】1/1~12/16 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計
台北區(113 年 vs. 112 年 vs. 108 年)



- 註：
- 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料庫(健保紀錄主檔)(彙算日期：2024/12/19)。
 - 資料範圍：108年、112年及113年健保IC卡上傳就醫案件。
 - 統計定義：
 - COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - 就醫次數(7日移動平均)：統計日-6至統計日當日就醫次數。

圖 4-3、【中醫】1/1~12/16 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計
北區(113 年 vs. 112 年 vs. 108 年)



- 註：
- 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料庫主檔(健保日期：2024/12/19)。
 - 資料範圍：108年、112年及113年健保IC卡上傳就醫案件。
 - 統計定義：
 - COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44或診斷碼為 J06.9者。
 - 就醫次數(7日移動平均)：統計日-6至統計日當日就醫次數。

圖 4-4、【中醫】1/1~12/16 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計
 中區(113 年 vs. 112 年 vs. 108 年)

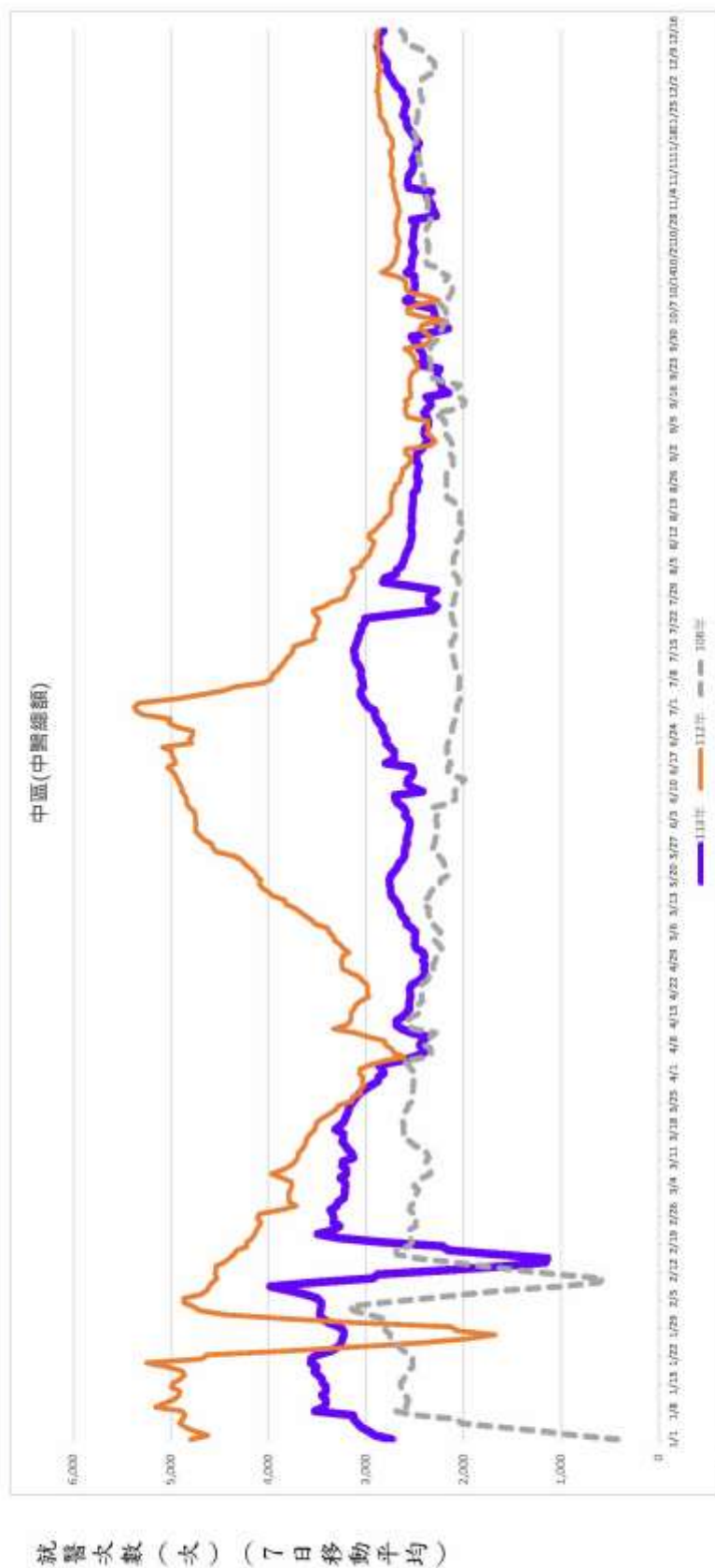
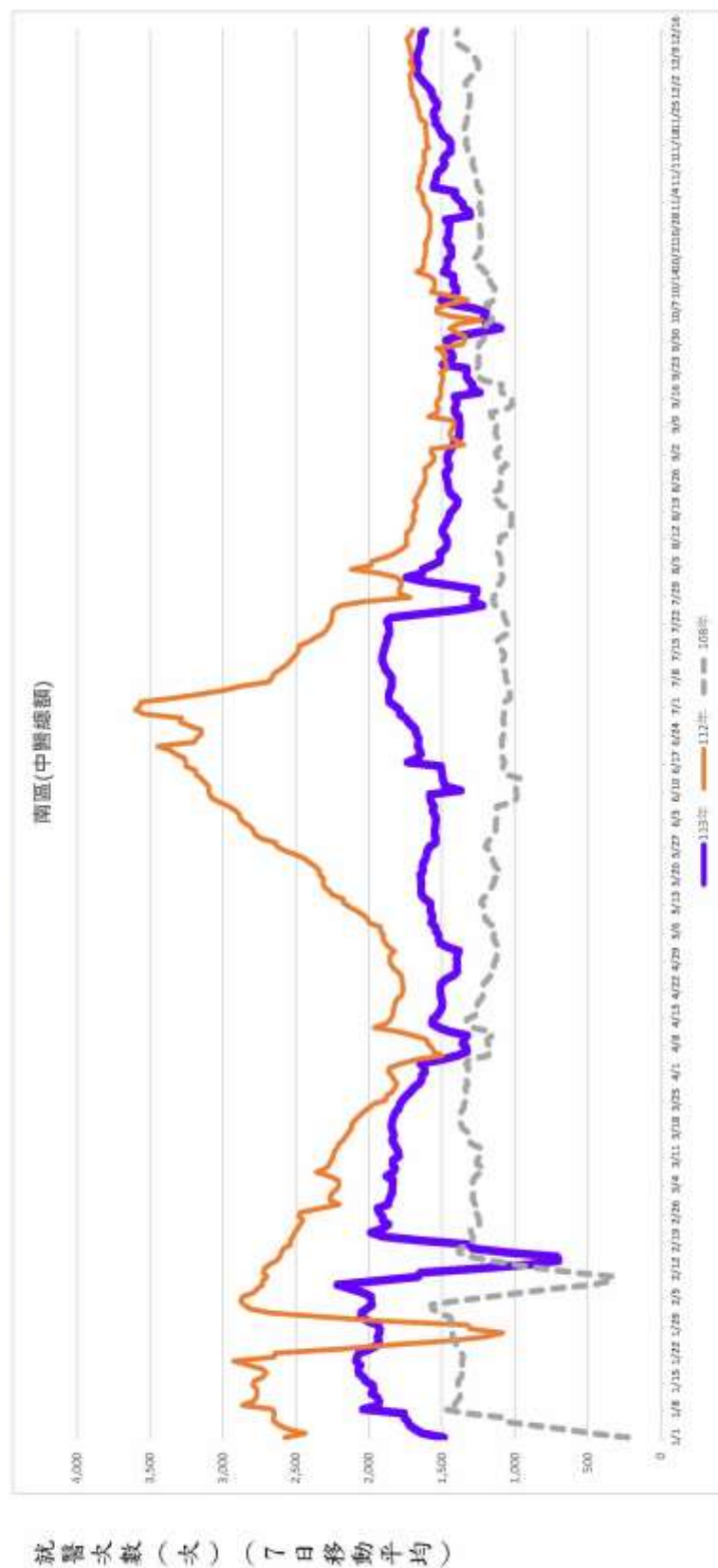
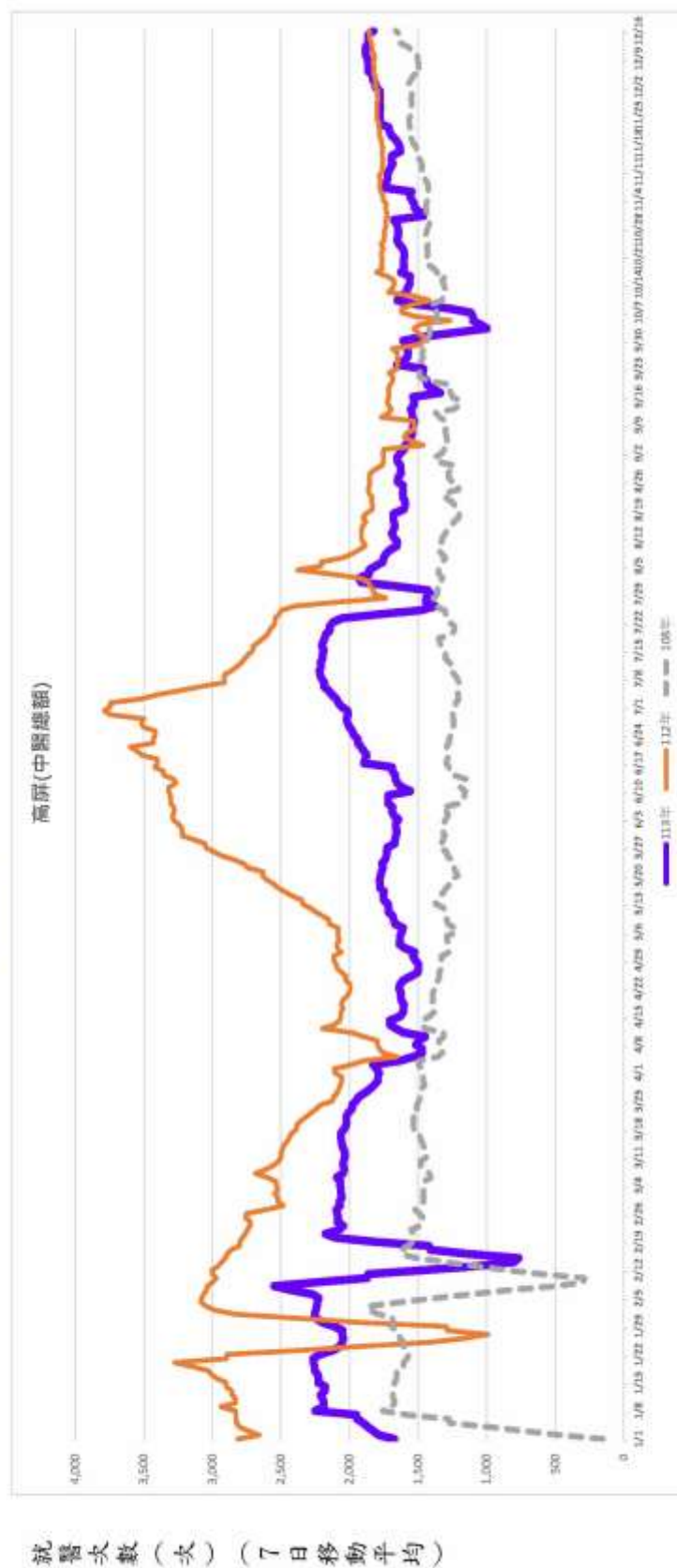


圖 4-5、【中醫】1/1~12/16 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計
南區(113 年 vs. 112 年 vs. 108 年)



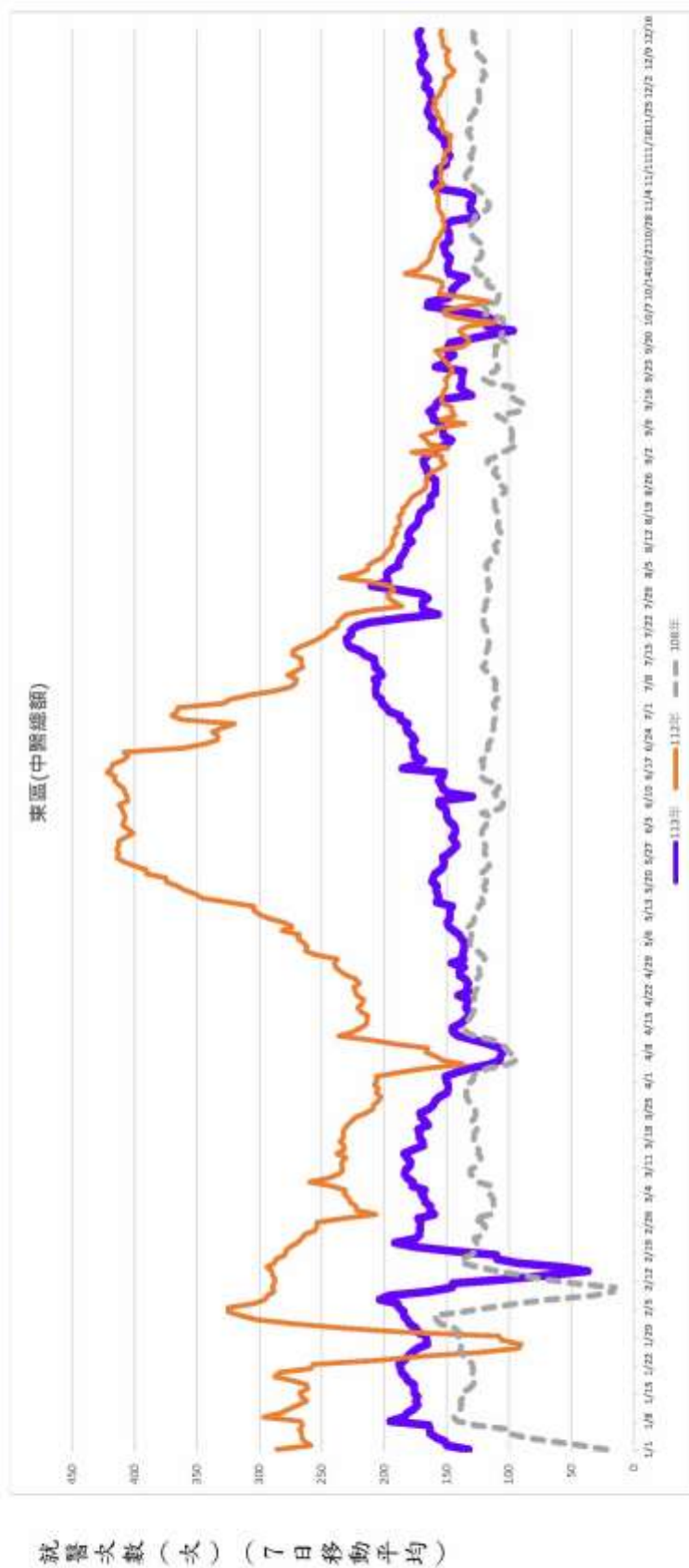
- 註：
- 資料來源：中央健康保險署多機型健保資料庫(彙算日期：2024/12/19)。
 - 資料範圍：108年、112年及113年健保IC卡上傳就醫案件。
 - 統計定義：
 - COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - 就醫次數(7日移動平均)：統計日-6至統計日當日就醫次數。

圖 4-6、【中醫】1/1~12/16 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計
高屏區(113 年 vs. 112 年 vs. 108 年)



- 註：
- 資料來源：中央健康保險署多模態健保資料庫平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2024/12/19)。
 - 資料範圍：108年、112年及113年健保IC卡上傳就醫案件。
 - 統計定義：
 - COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - 就醫次數(7日移動平均)：統計日-6至統計日當日就醫次數。

圖 4-7、【中醫】1/1~12/16 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計
東區(113 年 vs. 112 年 vs. 108 年)



- 註：
- 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料庫平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2024/12/19)。
 - 資料範圍：108年、112年及113年健保IC卡上傳就醫案件。
 - 統計定義：
 - (1) COVID-19：主診斷碼為U07.1、U07.2、U09.9者，惟依現行申報規定，僅有主診斷U07.1之案件。
 - (2) 類流感：主診斷碼三碼為J09-J18、A22、A37、B25、B44或診斷碼為J06.9者。
 - (3) 就醫次數(7日移動平均)：統計日-6至統計日當日就醫次數

(會議資料第 9~10、12 頁)

四、本會重要業務報告：更新說明三及新增說明七(一)之3、4及(二)之6(衛福部、健保署發布及副知本會，有關投保金額、保險費之調整，及停復保規定修正)

.....
說明：

三、依全民健康保險法第 72 條及本年度工作計畫，健保署應於本次委員會議提出「114 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)」討論案，惟該署於本年 12 月 23 日來函(如附件一，第 57 頁)表示，為配合 2024 年國家希望工程之 888 計畫及長照等措施，將重新研擬方案之架構及指標，為臻完善，需較長時間蒐集意見暨召開專家諮詢會議，爰請同意延後至 114 年 2 月份委員會議討論。考量方案之周延性，建議依健保署所請，納入 114 年度工作計畫安排。

七、衛福部及健保署於本年 11 月至 12 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 12 月 18、23、24 日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

3. 本年 12 月 18 日修正發布「全民健康保險投保金額分級表」，並自 114 年 1 月 1 日生效，如附件二(第 58~59 頁)。修正後投保金額分級表之下限金額為 28,590 元，上限金額為 313,000 元(修正前為 219,500 元)，最高一級與最低一級投保金額之差距，約為 10.95 倍，本案每年挹注健保約 86 億元，調整前後之差異如下表。

(1)調整投保金額下限(由27,470元修正為28,590元)

月投保金額 (元)	實際薪資月額 (元)	月付健保費 (投保金額、保險費率、負擔比率)			影響 金額 (億元)
		調整前	調整後	差異(元)	
27,470→ 28,590	27,470以下	426元 (27,470元×5.17%×30%)	443元 (28,590元×5.17%×30%)	17	53
27,600→ 28,590	27,471~27,600	428元 (27,600元×5.17%×30%)	443元 (28,590元×5.17%×30%)	15	
28,800→ 28,590	27,601~28,590	447元 (28,800元×5.17%×30%)	443元 (28,590元×5.17%×30%)	-4	

(2)調整投保金額上限(新增第11、12組，最高上限由219,500元修正為313,000元)

月投保金額 (元)	實際薪資月額 (元)	月付健保費 (投保金額、保險費率、負擔比率)			影響 金額 (億元)
		適用原投保金額 上限219,500元	新增	差異(元)	
219,500→ 228,200	219,501~228,200	3,404元 (219,500元×5.17%×30%)	3,539元 (228,200元×5.17%×30%)	135	33
219,500→ 236,900	228,201~236,900		3,674元 (236,900元×5.17%×30%)	270	
219,500→ 245,600	236,901~245,600		3,809元 (245,600元×5.17%×30%)	405	
219,500→ 254,300	245,601~254,300		3,944元 (254,300元×5.17%×30%)	540	
219,500→ 263,000	254,301~263,000		4,079元 (263,000元×5.17%×30%)	675	
219,500→ 273,000	263,001~273,000		4,234元 (273,000元×5.17%×30%)	830	
219,500→ 283,000	273,001~283,000		4,389元 (283,000元×5.17%×30%)	985	
219,500→ 293,000	283,001~293,000		4,544元 (293,000元×5.17%×30%)	1,140	
219,500→ 303,000	293,001~303,000		4,700元 (303,000元×5.17%×30%)	1,296	
219,500→ 313,000	303,001以上		4,855元 (313,000元×5.17%×30%)	1,451	

4.本年12月21日修正發布「全民健康保險法施行細則」部分條文，自發布日施行，如附件三(第60~68頁)。本次修正主要係因應憲法法庭111年12月23日憲判字第19號判決，刪除有關停保、復保相關條文，修正重點如下：

- (1)配合退輔會對本法第10條第1項第6款第1目被保險人資格審查與實務作業，修正其被保險人之資格，以符現況。(修正條文第16條，增訂第3項)
- (2)刪除現行條文第37條至第39條有關保險對象得辦理停保、復保之規定。
- (3)配合本細則刪除第37條至第39條規定，爰刪除保險效力開始及終止於復保、停保準用之規定。(修正條文第33條)
- (4)依信賴保護原則，增訂113.12.22以前已辦理停保者再申請復保，及復保後不再辦理停保之過渡規定。(修正條文第36條之1，新增條文)
- (5)本法第21條第2項其他社會保險之範疇。(修正條文第46條之1，新增條文)
- (6)明確界定中央社政主管機關應定期撥付保險人之費用範圍。(修正條文第63條)

(二)健保署

6.本年12月18日依全民健康保險法施行細則第68條各款規定，公告各類被保險人適用之投保金額、保險費，並自114年1月1日起實施，如附件四(第69~71頁)，修正重點如下表：

款次	公告內容	修正後	修正前	成長率
1	第 3 類被保險人適用之投保金額	28,590 元	27,470 元	4.08%
2	第4類及第5類保險對象適用之保險費	2,237 元	2,160 元	3.56%
4	僱用被保險人數未滿 5 人之事業負責人，及會計師、律師、建築師、醫師、牙醫師、中醫師以外	40,100 元	38,200 元	4.97%

	之專門職業及技術人員自行執業者或屬於第1類被保險人之自營業主，自行舉證申報之投保金額，不得低於之最低金額(如右列)，及其所屬員工申報之最高投保金額			
--	---	--	--	--

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：王金桂

聯絡電話：02-27065866 分機：2690

傳真：02-27029904

電子郵件：A110092@nh.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年12月23日

發文字號：健保醫字第1130666081號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：無

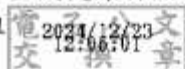
主旨：貴會原訂於113年12月25日第6屆113年第11次委員會議討論「114年度全民健康保險抑制資源不當耗用方案」（草案）一事，懇請同意延後至114年會議辦理，請查照。

說明：

- 一、依據貴會113年12月17日電子郵件辦理。
- 二、旨揭方案配合2024年國家希望工程之888計畫及長照等措施，本署重新研擬方案之架構及指標，為臻完善，需較長時間蒐集意見暨召開專家諮詢會議，懇請同意延後討論時程至114年2月會議辦理。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：本署企劃組



113.12.23



1133340332

衛生福利部 令

發文日期：中華民國113年12月18日
發文字號：衛部保字第1130154547號
附件：「全民健康保險投保金額分級表」修正規定
1份



修正「全民健康保險投保金額分級表」，並自中華民國一百十四年
一月一日生效。

附修正「全民健康保險投保金額分級表」

部長邱泰源

全民健康保險投保金額分級表

組別 級距	投保 等級	月投保 金額(元)	實際薪資月額 (元)	組別 級距	投保 等級	月投保 金額(元)	實際薪資月額 (元)
第一組 級距 1200 元	1	28,590	28,590 以下	第八組 級距 5400 元	32	115,500	110,101-115,500
	2	28,800	28,591-28,800		33	120,900	115,501-120,900
第二組 級距 1500 元	3	30,300	28,801-30,300		34	126,300	120,901-126,300
	4	31,800	30,301-31,800		35	131,700	126,301-131,700
	5	33,300	31,801-33,300		36	137,100	131,701-137,100
	6	34,800	33,301-34,800		37	142,500	137,101-142,500
	7	36,300	34,801-36,300		38	147,900	142,501-147,900
第三組 級距 1900 元	8	38,200	36,301-38,200		39	150,000	147,901-150,000
	9	40,100	38,201-40,100	第九組 級距 6400 元	40	156,400	150,001-156,400
	10	42,000	40,101-42,000		41	162,800	156,401-162,800
	11	43,900	42,001-43,900		42	169,200	162,801-169,200
	12	45,800	43,901-45,800		43	175,600	169,201-175,600
第四組 級距 2400 元	13	48,200	45,801-48,200		44	182,000	175,601-182,000
	14	50,600	48,201-50,600	第十組 級距 7500 元	45	189,500	182,001-189,500
	15	53,000	50,601-53,000		46	197,000	189,501-197,000
	16	55,400	53,001-55,400		47	204,500	197,001-204,500
	17	57,800	55,401-57,800		48	212,000	204,501-212,000
第五組 級距 3000 元	18	60,800	57,801-60,800		49	219,500	212,001-219,500
	19	63,800	60,801-63,800	第十一組 級距 8700 元	50	228,200	219,501-228,200
	20	66,800	63,801-66,800		51	236,900	228,201-236,900
	21	69,800	66,801-69,800		52	245,600	236,901-245,600
	22	72,800	69,801-72,800		53	254,300	245,601-254,300
第六組 級距 3700 元	23	76,500	72,801-76,500		54	263,000	254,301-263,000
	24	80,200	76,501-80,200	第十二組 級距 10000 元	55	273,000	263,001-273,000
	25	83,900	80,201-83,900		56	283,000	273,001-283,000
	26	87,600	83,901-87,600		57	293,000	283,001-293,000
第七組 級距 4500 元	27	92,100	87,601-92,100		58	303,000	293,001-303,000
	28	96,600	92,101-96,600		59	313,000	303,001 以上
	29	101,100	96,601-101,100				
	30	105,600	101,101-105,600				
		31	110,100	105,601-110,100			
備註：第 39 級以下比照勞工退休金月提繳分級表訂定。							

檔 號：
保存年限：

附件三

衛生福利部 令

發文日期：中華民國113年12月21日
發文字號：衛部保字第1131260719號
附件：「全民健康保險法施行細則」修正條文1份



修正「全民健康保險法施行細則」部分條文。

附修正「全民健康保險法施行細則」部分條文

部長邱泰源

全民健康保險法施行細則部分條文修正總說明

全民健康保險法施行細則（以下稱本細則）於中華民國八十四年一月二十八日訂定發布，其後歷經十七次修正，最近一次修正為一百十一年十二月十九日。

全民健康保險法（以下稱本法）自八十三年八月九日公布，並自八十四年三月一日施行，凡符合全民健康保險（以下稱本保險）保險資格規定者，均應強制參加本保險為保險對象；但於開辦之初，考量長期旅居國外之國民，強制參加本保險之後，其使用保險醫療資源之可近性，無法與居住於國內之保險對象相比，爰於本細則定明停保、復保之相關規定，預定出國六個月以上之保險對象，得辦理停保，並於出國期間，暫時停止繳納保險費，保險人暫時停止保險給付。

近年來，我國行政法制日趨嚴謹，民眾法治觀念提升，對於上開停保、復保僅於本細則規定，各界迭有主張未符合法律保留原則，憲法法庭於一百十一年十二月二十三日以憲判字第十九號判決，本保險停保及復保制度影響被保險人權利義務，並涉及重大公共利益，其重要事項之具體內容，應有法律或法律明確授權之命令為依據，始符憲法第二十三條法律保留原則之要求，本細則未有法律明確授權，即就本保險停保、復保權利義務關係重要事項逕為規範，違反法律保留原則，至遲於上開判決公告之日起屆滿二年時，即一百十三年十二月二十三日，失其效力。

復依上開憲法法庭之判決意旨，本保險屬強制性之社會保險，依社會互助、風險分攤之制度，人民只要符合保險資格，本即有加入保險，繳納保險費之義務，不論其是否就醫或有無使用本保險醫療資源而有不同，故審酌公平性及保險道德風險，有刪除本細則現行停保、復保相關條文之必要。

另配合國軍退除役官兵輔導委員會（以下稱退輔會）法令規定，修正對停止權益或註銷榮民、榮民遺眷家戶代表者之投保身分，因應本保險實務作業需要，以求法制完備，爰修正本細則部分條文，其修正要點如下：

- 一、 配合退輔會對本法第十條第一項第六款第一目被保險人資格審查與實務作業，修正其被保險人之資格。（修正條文第十六條）
- 二、 配合本細則刪除第三十七條至第三十九條停保、復保規定，爰刪除保險效力開始及終止於復保、停保準用之規定。（修正條文第三十三條）
- 三、 依信賴保護原則，增訂一百十三年十二月二十二日以前已辦理停保者再申請復保，及復保後不再辦理停保之過渡規定。（修正條文第三十六條之一）
- 四、 本法第二十一條第二項其他社會保險之範疇。（修正條文第四十六條之一）
- 五、 明確界定中央社政主管機關應定期撥付保險人之費用範圍。（修正條文第六十三條）

全民健康保險法施行細則部分條文修正條文對照表

修正條文	現行條文	說明
<p>第十六條 本法第十條第一項第六款第一目所稱榮民，指領有國軍退除役官兵輔導委員會(以下稱退輔會)核發之<u>中華民國榮譽國民證(以下稱榮民證)</u>或義士證之人員。</p> <p>本法第十條第一項第六款第一目所稱榮民遺眷之家戶代表，指領有退輔會核發之榮民遺眷家戶代表證之人員。</p> <p><u>第一項榮民、前項榮民遺眷家戶代表，有下列情形者，自停止權益或註銷證件之日起，不得以本法第十條第一項第六款第一目身分投保，並應改以他類投保身分投保：</u></p> <p><u>一、榮民：依國軍退除役官兵輔導條例第三十二條第一項規定停止該條例權益，其停止之期間；或退輔會依法令規定註銷榮民證、義士證。</u></p> <p><u>二、榮民遺眷家戶代表：退輔會依法令規定註銷榮民遺眷家戶代表證。</u></p>	<p>第十六條 本法第十條第一項第六款第一目所稱榮民，指領有國軍退除役官兵輔導委員會核發之<u>中華民國榮譽國民證或義士證</u>之人員。</p> <p>本法第十條第一項第六款第一目所稱榮民遺眷之家戶代表，指領有<u>國軍退除役官兵輔導委員會核發之榮民遺眷家戶代表證</u>之人員。</p>	<p>一、按榮民及榮民遺眷之家戶代表為全民健康保險法(以下稱本法)第十條第一項第六款第一目被保險人，依渠等領有退輔會核予之證件認定資格，並由退輔會補助渠等及眷屬之健保費。</p> <p>二、依「國軍退除役官兵輔導條例」第三十二條、「國軍退除役官兵輔導委員會榮譽國民證製發作業規定」第四點第五款，及「國軍退除役官兵輔導委員會榮民遺眷家戶代表證核發作業規定」第八點規定，經退輔會通知停止其退除役官兵權益或榮民遺眷家戶代表權益者，於停止權益或註銷後，不得以本法第十條第一項第六款第一目身分投保，並改以他類投保身分參加本保險。</p> <p>三、為配合退輔會依上述規定，對受補助對象之資格審查與實務作業，爰增訂第三項規定，以符現況。</p>
<p>第三十三條 本法第十四條所稱保險效力之開始，指自合於本法第八條或第九條所定條件或原因發生日之零時起算；保險效力之終止，指至合於本法第十三條所定條件或原因發生日之二十四時停止。</p>	<p>第三十三條 本法第十四條所稱保險效力之開始，指自合於本法第八條或第九條所定條件或原因發生日之零時起算；保險效力之終止，指至合於本法第十三條所定條件或原因發生日之二十四時停止。</p>	<p>配合刪除現行條文第三十七條至第三十九條得辦理停保、復保之規定，爰將現行條文第二項刪除。</p>

	<u>前項規定於保險對象復保、停保時，準用之。</u>	
第三十六條之一 依憲法法庭中華民國一百十一年十二月二十三日憲判字第十九號判決，一百十三年十二月二十三日以後，保險對象不得依原規定辦理停保；保險對象於一百十三年十二月二十二日以前已辦理停保，得於該日以前辦理復保，並依原規定補繳保險費；於一百十三年十二月二十三日以後，其停保期限始屆至者，應於返國之日依原規定辦理註銷停保、復保或補充保險費之計收，復保後不再辦理停保；政府駐外人員及其隨行之配偶、子女，應於返國之日辦理復保，復保後不再辦理停保。		<p>一、<u>本條新增。</u></p> <p>二、依憲法法庭一百十一年十二月二十三日憲判字第十九號判決，現行條文第三十七條及第三十九條，違反法律保留原則，至遲應於一百十三年十二月二十三日，失其效力，已於現行條文第三十七條說明二敘明，為利民眾知悉相關規定生效之時點及緣由，爰將上開判決明列於條文內。惟為保障一百十三年十二月二十二日以前，已辦理停保者之權益，依信賴保護原則增訂本條。</p> <p>三、本條所稱「原規定」，指本細則一百十三年十二月二十一日修正發布，同年月二十三日修正生效前之規定。</p>
第三十七條（刪除）	<p>第三十七條 保險對象具有下列情形之一，得辦理停保，由投保單位填具停保申報表一份送交保險人，並於失蹤或出國期間，暫時停止繳納保險費，保險人亦相對暫時停止保險給付：</p> <p>一、失蹤未滿六個月者。</p> <p>二、預定出國六個月以上者。但曾辦理出國停保，於返國復保後應屆滿三個月，始得再次辦理停保。</p> <p>前項第一款情形，自失蹤當月起停保；前項第二款</p>	<p>一、<u>本條刪除。</u></p> <p>二、依憲法法庭一百十一年十二月二十三日憲判字第十九號判決之下列意旨，本條現行條文及第三十九條，違反法律保留原則，至遲應於一百十三年十二月二十三日，失其效力，故刪除本條：</p> <p>（一）現行條文第一項第二款及第三十九條第一項第二款停保及復保規定，影響被保險人權利義務，並涉及重大公共利益，其具體內容應有法律依據，惟上開規定未有</p>

	情形，自出國當月起停保，但未於出國前辦理者，自停保申報表寄達保險人當月起停保。	<p>法律依據。</p> <p>(二) 考量本保險既屬強制性之社會保險，依社會互助、風險分攤之制度，人民只要符合保險資格，本即有加入保險，繳納保險費之義務，不論其是否就醫或有無使用本保險醫療資源而有不同，故審酌公平性及保險道德風險，本保險不再設有停保及復保之制度。</p> <p>三、現行條文第一項第一款有關失蹤停保者，據目前統計有一百三十九人，停保制度刪除後，對於失蹤者，得依本法規定辦理退保。</p>
第三十八條 (刪除)	<p>第三十八條 被保險人辦理停保時，其眷屬應依下列規定辦理：</p> <p>一、被保險人因前條第一項第一款情形停保時，其眷屬應改按其他身分投保。</p> <p>二、被保險人因前條第一項第二款情形停保時，其眷屬應改按其他身分投保。但經徵得原投保單位同意或原依附第六類被保險人投保者，得於原投保單位繼續參加本保險。</p>	<p>一、<u>本條刪除</u>。</p> <p>二、現行條文第三十七條既已刪除，本條無再適用之必要，故予刪除。</p>
第三十九條 (刪除)	<p>第三十九條 保險對象停保後，應依下列規定辦理：</p> <p>一、失蹤未滿六個月者，</p>	<p>一、<u>本條刪除</u>。</p> <p>二、現行條文第三十七條既已刪除，本條無再適用之必要，故予刪除。</p>

	<p>於六個月內尋獲時，應自尋獲之日註銷停保，並補繳保險費。逾六個月未尋獲者，應溯自停保之日起終止保險，辦理退保手續。</p> <p>二、預定出國六個月以上者，應自返國之日復保。但出國期間未滿六個月即提前返國者，應自返國之日註銷停保，並補繳保險費。</p> <p>政府駐外人員或其隨行之配偶及子女，辦理出國停保後，因公返國未逾三十日且持有服務機關所出具之證明，得免依前項第二款規定註銷停保或復保，但在臺期間不得列入出國期間計算。</p> <p>第一項保險對象於申請復保時，投保單位應填具復保申報表一份送保險人；於核定復保後，停保期間扣取之補充保險費，得向保險人申請核退。</p> <p>本細則中華民國一百零二年一月一日修正施行前，已依修正前第三十六條第一項第二款規定辦理停保者，其該次停保、註銷停保或復保，依原規定辦理。但符合第二項規定者，得依該規定辦理。</p>	
第四十六條之一 本法第二十一條第二項所稱其他社會保險，指公教人員保險、勞工保險、就業保險、勞工職業		<p>一、本條新增。</p> <p>二、按本法第二十一條第二項規定，第一類、第二類</p>

<p>災害保險、軍人保險、農民健康保險、農民職業災害保險及國民年金保險。</p>		<p>被保險人健保投保金額不得低於其勞工退休金月提繳工資及參加「其他社會保險」之投保薪資。其立法意旨係本於健保量能分擔原則，為防止投保單位取巧低報健保投保金額，並使保險對象參加各種社會保險之投保金額趨於一致，凡具有社會保險性質者均在該規範之列。</p> <p>三、惟自一百一十一年五月一日勞工職業災害保險施行以來，外界多次詢問該保險是否為前開「其他社會保險」之涵攝範圍，爰定明於本條「其他社會保險」之範疇，係指公教人員保險、勞工保險、就業保險、勞工職業災害保險、軍人保險、農民健康保險、農民職業災害保險及國民年金保險，以資明確。</p>
<p>第六十三條 本法第四十九條規定，由中央社政主管機關編列預算補助保險對象應自行負擔之費用，應定期撥付保險人。</p> <p>本法第十條第一項第六款第一目被保險人依本法第四十三條及第四十七條規定應自行負擔之費用，得由退輔會定期撥付保險人。</p>	<p>第六十三條 <u>第五類被保險人依本法第四十三條及第四十七條規定應自行負擔之費用</u>，由中央社政主管機關依本法第四十九條定期撥付保險人。</p> <p>本法第十條第一項第六款第一目被保險人依本法第四十三條及第四十七條規定應自行負擔之費用，得由<u>國軍退除役官兵輔導委員會</u>定期撥付保險人。</p>	<p>一、依本法第四十九條規定，符合社會救助法規定之低收入戶成員，均屬由中央社政主管機關編列預算補助其應自行負擔費用之對象，並不限於以第五類被保險人身分參加健保者。為明確界定應由中央社政主管機關定期撥付保險人之費用範圍，爰修正第一項文字。</p> <p>二、配合第十六條將國軍退除役官兵輔導委員會簡稱為</p>

		退輔會，爰修正第二項文字。
--	--	---------------

副本

檔 號：
保存年限：

附件四

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12月18日

發文字號：健保財字第1130651046A號

附件：無



主旨：公告全民健康保險法第22條規定第3類被保險人適用之投保金額。

依據：全民健康保險法施行細則第68條第1款。

公告事項：全民健康保險第3類被保險人適用之投保金額為28,590元，並自114年1月1日起實施。

副本：行政院主計總處、國家發展委員會、農業部、衛生福利部、衛生福利部社會及家庭署、衛生福利部全民健康保險會、原住民族委員會、勞動部勞工保險局、各縣市政府、內政部移民署、本署各組室、本署各分區業務組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300306

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



18

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12月18日

發文字號：健保財字第1130651046C號

附件：無



主旨：公告全民健康保險法第23條規定第4類及第5類保險對象之保險費。

依據：全民健康保險法施行細則第68條第2款。

公告事項：全民健康保險第4類及第5類保險對象適用之保險費為2,237元，並自114年1月1日起實施。

副本：行政院主計總處、國家發展委員會、國防部全民防衛動員署後備指揮部、內政部、海洋委員會海巡署、海洋委員會海巡署金馬澎分署、海洋委員會海巡署北部分署、海洋委員會海巡署中部分署、海洋委員會海巡署南部分署、海洋委員會海巡署東部分署、海洋委員會海巡署艦隊分署、海洋委員會海巡署東南沙分署、海洋委員會海巡署偵防分署、海洋委員會海巡署教育訓練測考中心、法務部矯正署、臺灣高等檢察署、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、本署各組室、本署各分區業務組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收登



1133300308

113.12.19

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12月18日

發文字號：健保財字第1130651046E號

附件：無



主旨：公告全民健康保險法施行細則第46條第1項第4款所定之平均投保金額。

依據：全民健康保險法施行細則第68條第4款。

公告事項：僱用被保險人數未滿5人之事業負責人，及會計師、律師、建築師、醫師、牙醫師、中醫師以外之專門職業及技術人員自行執業者或屬於第1類被保險人之自營業主，自行舉證申報之投保金額，自114年1月1日起最低不得低於40,100元及其所屬員工申報之最高投保金額。

副本：行政院主計總處、國家發展委員會、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、本署各組室、本署各分區業務組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300307

(會議資料第 77 頁)

報告事項第一案「112 年全民健康保險自付差額特殊材料執行概況」
本會補充說明三

.....

經洽請健保署對上一次提報 111 年自付差額特材執行概況時(113.1.24，第 1 次委員會議)之委員意見(如說明三，會議資料第 77 頁)，提出補充說明，該署回復如下：

一、有關建議分析自付差額各類特材項下之次功能分類使用情形：

為利完整呈現整年度使用情形，爰以 112 年 10 大類別的自付差額特材申報情形為例，其中排除義肢，目前自付差額占率為 4.8%、申報醫令數量 48 件外，其餘 9 大類別申報結果如下：

(一)特殊功能及材質髓內釘：自付差額占率為77.9%

次功能類別	醫令數量 (A)	占率 (C=A/B)
鈦合金股骨骨幹髓內釘組 (Titanium Femora Nail)	1,498	15.0%
鈦合金股骨逆行髓內釘組(Titanium Retrograde Femora Nail)	277	2.8%
鈦合金脛骨髓內釘組(Titanium Tibia Nail)	1,514	15.1%
Humeral Nail Set (含鈦合金及長碳纖維增強聚合物)	273	2.7%
Humeral Nail plus Set (搭配 MultiLoc Screw)	423	4.2%
鈦合金加長型髓內釘組 (Titanium Cephalomedullary Nail)	5,494	54.9%
鈦合金加長型髓內釘組 (Titanium Cephalomedullary Nail)/ 具螺釘多角度鎖定及互鎖功能	530	5.3%
合計(B)	10,009	100.0%

註：此自付差額其中一類為搭配鈦合金髓內釘使用之專用骨水泥組，爰不計算該次功能分類，僅呈現7類。

(二)冠狀動脈塗藥支架：自付差額占率為72.3%

次功能類別	醫令數量 (A)	占率 (C=A/B)
冠狀動脈塗藥支架	16,766	28.9%
冠狀動脈塗藥支架(雙抗血小板藥物 3 個月以下)	40,901	70.4%
冠狀動脈塗藥支架(支架長度≥45mm)	433	0.7%
合計(B)	58,100	100.0%

註：113年9月1日塗層支架從冠狀動脈塗藥支架拆分類為新的次功能分類，爰112年僅3類。

(三)治療複雜性心臟不整脈特殊功能導管：自付差額占率為59.1%

次功能類別	醫令數量 (A)	占率 (C=A/B)
治療心房顫動之冷凍消融導管	429	20.1%
具壓力感應功能之立體定位(3D)灌注冷卻式診斷電燒紀錄導管(需搭配定位裝置)	1,706	79.9%
合計(B)	2,135	100.0%

註：113年2月1日新增「高密度高解析度診斷型導管」納入此類自付差額，爰112年自付差額僅2類。

(四)特殊功能人工心律調節器：自付差額占率為49.3%

次功能類別	醫令數量 (A)	占率 (C=A/B)
雙腔型人工心律調節器(DDDR+MRI+運動調節功能)	344	8.9%
雙腔型人工心律調節器(DDDR+MRI+運動調節功能+其他臨床助益特殊功能)	3,528	91.1%
合計(B)	3,872	100.0%

(五)特殊功能人工水晶體：自付差額占率為47.2%

次功能類別	醫令數量 (A)	占率 (C=A/B)
特殊人工水晶體(單焦點、非球面(含黃片))	60,323	45.7%
特殊人工水晶體(單焦點、非球面、散光(含黃片))	20,982	15.9%
特殊人工水晶體(多焦點-二焦點、非球面(含黃片))	5,064	3.8%
特殊人工水晶體(多焦點-二焦點、非球面、散光(含黃片))	588	0.4%
特殊人工水晶體(多焦點-三焦點、非球面(含黃片))	7,471	5.7%
特殊人工水晶體(多焦點-三焦點、非球面、散光(含黃片))	3,698	2.8%
特殊人工水晶體(短焦延伸焦距、非球面(含黃片))	19,670	14.9%
特殊人工水晶體(長焦延伸焦距、非球面(含黃片))	5,983	4.5%
特殊人工水晶體(短焦延伸焦距、非球面、散光(含黃片))	5,327	4.0%
特殊人工水晶體(長焦延伸焦距、非球面、散光(含黃片))	2,951	2.2%
合計(B)	132,057	100.0%

(六)治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置：自付差額占率為42.1%

次功能類別	醫令數量 (A)	占率 (C=A/B)
塗藥淺股動脈支架及支架傳輸裝置-支架長20:140mm	207	10.7%
塗藥淺股動脈支架及支架傳輸裝置-支架長 ≥ 141 mm	0	0%
塗藥氣球導管用於淺股動脈及近端髖動脈狹窄-直徑 ≥ 4.0 mm	1,729	89.3%
合計(B)	1,936	100.0%

(七)特殊材質生物組織心臟瓣膜：自付差額占率為42.0%

次功能類別	醫令數量 (A)	占率 (C=A/B)
生物組織心臟瓣膜(整組)-無縫線	70	5.6%
豬心根部材質瓣膜	263	21.1%
牛心+豬心材質瓣膜	7	0.6%
牛心材質瓣膜	681	54.7%
可擴張式乾式瓣膜	223	17.9%
合計(B)	1,244	100.0%

(八)特殊材質人工髖關節：自付差額占率為31.6%

次功能類別	醫令數量 (A)	占率 (C=A/B)
雙極式人工髖關節整組(陶瓷股骨頭+健保給付髌臼杯、髌臼杯內襯、股骨柄)	247	4.5%
雙極式人工髖關節整組(複合物強化陶瓷股骨頭+健保給付髌臼杯、髌臼杯內襯、股骨柄)	711	13.0%
雙極式人工髖關節整組(陶瓷股骨頭+健保給付髌臼杯、髌臼杯內襯、組合式股骨柄)	5	0.1%
雙極式人工髖關節整組(複合物強化陶瓷股骨頭+健保給付髌臼杯、髌臼杯內襯、組合式股骨柄)	253	4.6%
全人工髖關節整組(陶瓷股骨頭+健保給付髌臼杯、髌臼杯內襯、股骨柄)	5	0.1%
全人工髖關節整組(複合物強化陶瓷股骨頭+健保給付髌臼杯、髌臼杯內襯、股骨柄)	1,313	24.0%

次功能類別	醫令數量 (A)	占率 (C=A/B)
全人工髖關節整組(陶瓷股骨頭+陶瓷髖臼杯內襯+健保給付髖臼杯、股骨柄)	72	1.3%
全人工髖關節整組(複合物強化陶瓷股骨頭+複合物強化陶瓷髖臼杯內襯+健保給付髖臼杯、股骨柄)	1,604	29.4%
全人工髖關節整組(複合物強化陶瓷股骨頭+健保給付髖臼杯、髖臼杯內襯、組合式股骨柄)	156	2.9%
全人工髖關節整組(複合物強化陶瓷股骨頭+複合物強化陶瓷髖臼杯內襯+健保給付髖臼杯、組合式股骨柄)	369	6.8%
全人工髖關節整組(複合物強化陶瓷股骨頭(氧化鋯材質)+健保給付髖臼杯、髖臼杯內襯、股骨柄)	12	0.2%
全人工髖關節整組(添加抗氧化劑髖臼內襯+健保給付之髖臼杯、股骨頭、股骨柄)	20	0.4%
全人工髖關節整組(複合物強化陶瓷股骨頭+添加抗氧化劑髖臼內襯+健保給付之髖臼杯、股骨柄)	608	11.1%
全人工髖關節整組(複合物強化陶瓷股骨頭+添加抗氧化劑髖臼內襯+健保給付之髖臼杯、組合式股骨柄)	64	1.2%
重建型人工髖關節整組(複合物強化陶瓷股骨頭+健保給付髖臼杯、髖臼杯內襯、重建型股骨柄)	13	0.2%
重建型人工髖關節整組(複合物強化陶瓷股骨頭+複合物強化陶瓷髖臼杯內襯+健保給付髖臼杯、重建型股骨柄)	8	0.1%
重建型人工髖關節整組(添加抗氧化劑髖臼內襯+健保給付、髖臼杯、股骨頭、重建型股骨柄)	2	0.0%
重建型人工髖關節整組(複合物強化陶瓷股骨頭+添加抗氧化劑髖臼內襯+健保給付髖臼杯、重建型股骨柄)	2	0.0%
合計(B)	5,464	100.0%

註：特殊材質人工髖關節涉及整組及組件，此表呈現整組之醫令數量。

(九)腦脊髓液分流系統：自付差額占率為11.9%

次功能類別	醫令數量 (A)	占率 (C=A/B)
調控式腦室腹腔引流系統-可調式壓力閥(具抗虹吸功能)	334	62.0%
調控式腦室腹腔引流系統-可調式壓力閥(附加體位式重力閥門)	205	38.0%
合計(B)	539	100.0%

二、有關建議改善醫材比價網內容，建立查詢介面提升可用性：

本署已於 114 年規劃進行強化「醫療健康賦能」，並建立知識共享功能，後續持續改良醫材比價網相關內容。