

**衛生福利部全民健康保險會  
第 7 屆 114 年第 1 次委員會議資料**

**本資料未上網公開前**

**請勿對外提供**

**中華民國 114 年 3 月 26 日**



# 衛生福利部全民健康保險會第 7 屆 114 年第 1 次委員會議議程

## 一、主席致詞

## 二、議程確認

## 三、確認上次(113 年第 11 次)委員會議紀錄 ----- 1

## 四、本會重要業務報告 ----- 6

## 五、優先報告事項

### (一)本會本(114)年度工作計畫及會議預定時間表(草案) ----- 40

### (二)「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」 核定結果及後續相關事項----- 52

### (三)增修急診、急救責任醫院及護理相關支付標準案----- 180

### (四)中央健康保險署「114 年 1 月份全民健康保險業務執行季報告」(併「113 年 12 月份、114 年 2 月份全民健康保險業務執行報告」)(口頭報告)----- 183

## 六、討論事項

### (一)114 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案----- 187

### (二)114 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案) - 188

### (三)特殊材料「特殊材質縫合錨釘」以保險對象自付差額方式納入健保給付建議案----- 205

### (四)推派本會委員擔任中央健康保險署「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」、「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」及「全民健康保險醫療給付費用各總額研商議事會議」之代表案----- 231

### (五)因應流感疫情及長連假診所開診率低，奉部交議擬動支其他預算之「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目預算支應西醫基層診所及藥局開診額外獎勵措施案 -- 234

### (六)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」項下具預備款性質專款結餘支應案 ----- 242

### (七)建請重新評估 113 年度中醫門診總額預算扣減案 ----- 247

## 七、報告事項

114 年度各部門總額依核(決)定事項，須提貴會報告之具體 實施規劃/計畫 -----	253
--	-----

#### 八、臨時動議



三、確認上次(第 6 屆 113 年第 11 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：

- 一、本紀錄業於本(114)年 1 月 3 日併同會議資料上網公開。
- 二、另以本年 1 月 3 日以衛部健字第 1143360003 號函送第 6 屆委員，並於本年 1 月 7 日以電子郵件送請第 6 屆所有委員確認在案(無修正意見)。

決定：

衛生福利部全民健康保險會第6屆113年第11次委員會議紀錄  
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國113年12月25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：盛培珠、陳思縉

出席委員：(依姓名筆劃排序)

王委員惠玄、田委員士金、朱委員益宏、江委員錫仁、吳委員鏘亮、  
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(中華民國農會林秘書兼保險部主任敏華代理)、林委員綉  
珠、花委員錦忠、侯委員俊良、張委員清田、陳委員石池、陳委員杰、  
陳委員相國、陳委員鴻文、游委員宏生、黃委員小娟、黃委員金舜、  
楊委員玉琦、楊委員芸蘋、董委員正宗、詹委員永兆、劉委員玉娟(本  
部社會保險司陳專門委員淑華代理)、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)、謝  
委員佳宜、韓委員幸紋

請假委員：吳委員榮達、陳委員節如

列席人員：

本部社會保險司：郭科長乃文

中央健康保險署：石署長崇良(龐副署長一鳴代理)、陳副署長亮好

本會：周執行秘書淑婉、邱組長臻麗

(林次長靜儀於本次會議開始前蒞會致詞，逐一頒發委員感謝  
狀及紀念品並合影(詳附錄第9頁))

壹、主席致詞：略。(詳附錄第9~10頁)

貳、議程確認：(詳附錄第10~12頁)

決定：

- 一、同意兩項臨時提案<sup>(註)</sup>納入本次委員會議議程，安排於  
原有議案完成後討論。

註：兩項臨時提案案由如下：

第一案：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」項下專款預算結餘支應案。

第二案：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。

二、關於原依年度工作計畫安排提報之114年度全民健康保險醫療給付費用總額優先報告案，請本會同仁於衛生福利部核(決)定後，將核(決)定結果轉送本(第6)屆所有委員知悉。

三、餘照議程確認。

參、確認上次(第10次)委員會議紀錄：(詳附錄第12頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第13~22頁)

決定：

一、上次(第10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4項，同意繼續追蹤。

二、歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，擬解除追蹤共13項，同意解除追蹤；其餘16項繼續追蹤，併上次委員會議繼續追蹤4項，移請下屆委員繼續督辦。

三、為使「114年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)」內容更臻完善，同意中央健康保險署所請延後提報，並納入114年度工作計畫安排。

四、有關「113年度各部門總額核(決)定事項」6項尚未完成之工作項目，同意依處理建議(如附件)辦理。

五、餘洽悉。

伍、報告事項(詳附錄第23~46頁)

### 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。

決定：

- 一、為維護民眾就醫權益，請中央健康保險署針對申報占率較高(已近常規使用)之自付差額特材，審慎評估納入健保全額給付之可行性。
- 二、委員所提意見，請中央健康保險署研參，餘洽悉。

### 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113年執行情形及成效評估，請鑒察。

決定：

- 一、本案洽悉。委員所提意見(含書面意見)，請中央健康保險署轉送國民健康署作為計畫後續推動之參考。
- 二、至於本計畫未來回歸公務預算支應，將如何與家庭醫師整合性照護計畫共同合作，並避免重複收案及申報費用，請中央健康保險署與國民健康署妥為規劃因應。

### 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。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參並回復說明。

### 第四案

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。

決定：本案洽悉。委員所提書面意見，請中央健康保險署回復說明。

#### 陸、臨時提案<sup>(詳附錄第47~70頁)</sup>

##### 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」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，提請討論。

決議：鑑於113年度全民健康保險醫療給付費用總額業經衛生福利部核(決)定並公告，且總額協商原則訂有「其他預算」各項目之預算不得相互流用之規定，爰本案請中央健康保險署遵循相關核(決)定事項及協商原則辦理，或另行爭取由公務預算支應。

##### 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。

決議：

一、本案中央健康保險署未提出是否符合「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」動支程序之相關評估資料，爰請該署補充後提下次(114年第1次)委員會議討論，或優先爭取由公務預算支應。

二、委員所提意見，請中央健康保險署參考。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：下午13時10分。

#### 四、本會重要業務報告

一、上(第 6)屆委員會議列管追蹤案件及其辦理情形：本會第 6 屆委員會議(期間：112 年 1 月 1 日至 113 年 12 月 31 日)移請本屆(第 7 屆)委員繼續列管追蹤事項共計 22 項，依辦理情形，建議擬解除追蹤 5 項，繼續追蹤 17 項，如附表(第 20~33 頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理；至上次(上屆 113 年第 11 次)委員會議個別委員關切事項，相關單位回復如附錄一(第 275~278 頁)。

二、本會依上次委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

(一)依議程確認決定，請本會同仁於衛生福利部(下稱衛福部)核(決)定114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式(含地區預算)後，將核(決)定結果轉送上屆所有委員知悉。該總額及其分配方式業經衛福部於去(113)年12月30日核(決)定，並於本年1月9日公告(詳優先報告事項第二案)，本會乃於本(114)年1月9日以電子郵件寄送供上屆委員參考在案。

(二)依報告事項第二案決定，於本年1月8日以衛部健字第 1143360012 號書函，將本會委員就「代謝症候群防治計畫」所提意見，請中央健康保險署(下稱健保署)轉送國民健康署作為計畫後續推動之參考；另就其如何與家庭醫師整合性照護計畫共同合作，並避免重複收案及申報費用，請雙方妥為規劃因應，如附錄二(第279頁)。

三、本會完成辦理第 7 屆委員聘任事宜，聘期自本年 3 月 4 日至 115 年 12 月 31 日止，本次新任委員比例為 53.8%，為利新任委員瞭解本部政策方向、健保未來展望及健保會業務運作方式，業於本年 3 月 19 日(三)完成辦理委員共識營。

四、本年各部門總額地區預算分配關於「風險調整/特定用途移撥款」執行方式，健保署業依本會 113 年第 10、11 次委員會議決議，於去年 12 月 6 日、12 月 13 日分別將中醫門診總額(附錄三，第 280~294 頁)、牙醫門診總額(附錄四，第 295~296 頁)執行方式函報本會備查，摘要如下：

部門別	風險調整/特定用途移撥款執行方式
中醫門診	<p>自五分區(不含東區)之一般服務費用移撥 150 百萬元，作為風險調整基金，由各季提撥 37.5 百萬元，分配方式如下：</p> <p>1.其中 110 百萬元用於點值最低分區：</p> <p>(1)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。</p> <p>(2)經費若有結餘則回歸一般服務費用，並依 114 年第 4 季各分區一般服務預算總額占率分配至各區。</p> <p>2.其中 40 百萬元按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。</p>
牙醫門診	<p>特定用途移撥款3.8億元，執行方式摘要如下：</p> <p>1.「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」：2.2億元。</p> <p>2.「牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」：0.5億元。</p> <p>3.「弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」：0.8億元。</p> <p>4.「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」：中區0.2億元，高屏0.1億元，合計經費0.3億元。</p> <p>5.全年預算若有結餘：優先用於「高風險疾病口腔照護計畫」，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依112年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。</p>

五、衛福部為擬訂 115 年全民健康保險醫療給付費用總額範圍，於本年 1 月 21 日以衛部保字第 1141260021B 號函請本會於 114 年 3 月 20 日前提供 115 年健保總額基期之扣減項目及額度，如附錄五(第 297 頁)，本會辦理情形如下：

(一)有關113年度總額核(決)定事項涉及預算扣減方式項目，健保署於本會113年第6次委員會議(113.7.30)提報預算扣減方式規劃案，經會議決定請該署於本年3月份委員會議提報預算扣減之執行結果。本會據此已將本項報告排入114年度工作計畫4月份委員會議提報。

(二)爰本會於本年1月23日以衛部健字第1143360022號書函(如附錄六，第298~299頁)，請健保署於本年3月20日前，先行提供上開執行結果供衛福部參考並副知本會，另依本會114年度工作計畫議定之期程，於委員會議提報。

六、針對上次委員會議，就委員關切 112 年自付差額特材執行情形

之會訊報導主題，內容詳附錄七(第 300~302 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、衛福部及健保署於去年 12 月至本年 3 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 3 月 19 日寄至各委員電子信箱]

#### (一)衛福部

1.本年 1 月 2 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 1 月 1 日生效，如附錄八(第 303~304 頁)，本次修正係因醫療費用申報資料自本年 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)，爰增列第六部論病例計酬附表之相關代碼。

2.本年 3 月 7 日修正發布「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂辦法」第 4 條、第 6 條條文，自發布日生效，如附錄九(第 305~308 頁)。本次修正重點如下：

(1)增訂本會議代表不得具有民意代表身分，並比照醫療服務共同擬訂會議代表產生方式，增訂由保險人洽請健保會推派被保險人及雇主代表各 1 名。(修正條文第 4 條)

(2)配合修正條文第 4 條，增訂本會議代表由健保會推派者，於任期內失去委員身分時，得由健保會重行推派；另增訂本會議代表任期屆滿而尚未完成新任代表聘任時，延長其執行職務至新任代表就任時為止，並以不超過 6 個月為限。(修正條文第 6 條)

#### (二)健保署

##### 1.健保法相關法定事項

(1)去年 12 月 20 日修正發布「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分規定，並自本年 2 月 1 日生效，如附錄十(第 309 頁)，本次修正重點如下：

①病歷審查原則：送審檢送資料新增執行檢(查)驗項目，



應檢附正式檢(查)驗報告或影本，若無法提供，應於病歷記錄結果並保留相關檢(查)驗紀錄備查。

②醫院及西醫基層醫療費用審查注意事項：

A.一般原則：增訂用藥審查原則部分規定、新增「糖尿病以眼底彩色攝影(23502C)執行眼底常規追蹤」之審查原則。

B.各科審查注意事項：增修家庭醫學科、內科、外科、婦產科、骨科等，醫院另增修泌尿科、耳鼻喉科、神經外科等。

C.醫院 DRG 案件：增修疾病分類編碼審查原則、個別 DRG 審查注意事項。

③牙醫醫療費用審查注意事項：增修牙周病、口腔外科等。

(2)去年 12 月 25 日公告「114 年度全民健康保險醫療資源缺乏地區」，並自本年 1 月 1 日生效，如附錄十一(第 310~312 頁)。本次公告重點如下：114 年度醫療資源缺乏地區共計 85 個，較 113 年度增加 5 個地區(苗栗縣銅鑼鄉、卓蘭鎮、頭屋鄉、台中市石岡區及嘉義縣梅山鄉)。

2.藥品、特材給付項目及支付標準公告

(1)本年 1 月 3 日公告「113 年度特殊材料價量調查結果辦理之支付點數調整事宜」，並自本年 2 月 3 日起生效，如附錄十二(第 313 頁)，本次調整核價類別共 61 類，計 373 品項。經分析調整前後點數差異，重點摘要如下：

分類	核價類別	品項數	調整狀況
調升點數	29 類	67 項	調升幅度為 0.55~51.79%，其中以「血液成份收集套/收集淋巴球、顆粒性白血球或進行血小板/白血球減除術使用」調升幅度最大(原為 3,622 點調整為 5,498 點)。
調降點數	32 類	306 項	調降幅度為-0.5~-10.47%，其中以「造口貼環(親水性凝膠/卡拉膠)-平面型」降幅最大(原為 172 點調整為 154 點)。

(2)本年 2 月 25 日訂定發布「癌症新藥暫時性支付專款作業原則」，自發布日生效，如附錄十三(第 314~318 頁)，重點如下：

- ①適用藥品：應有許可證，且已完成 3 期臨床試驗，療效證據明確但受總額限制尚未收載之癌症新藥或新適應症者、其他經健保署認定有必要者。
- ②持有藥證之廠商應至健保署「前瞻式預算推估登錄作業」系統完成登錄，及提供藥物納入健保給付建議書與藥物經濟評估報告。
- ③健保署召開專家諮詢及共擬會議審查，會前應公開徵求病友意見。
- ④簽訂藥品給付協議：協議有效期間以 2~3 年為原則，最長不得超過 5 年，並訂有協議有效期間之停止支付條件。
- ⑤專款預算來源：政府循預算程序之撥款，採專款專用。
- ⑥資訊公開：每季於健保署網站公開暫時性支付藥品品項與給付規定、使用院所數/醫師數/病人數、使用金額與剩餘金額等相關資訊。

(3)去年 12 月至本年 3 月份公告暫予支付及修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分項目，藥品計 35 件、特材計 6 件，彙整如附錄十四(第 319~322 頁)。

### 3.總額相關公告

(1)公告總額相關計畫如附錄十五(第 323~339 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
113.12.17/ 114.1.1	全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案	本次修訂主要於核發資格增列「符合核發品質保證保留款資格前 30%之院所，核算基礎再加計 100%」，並刪除雲端查詢相關指標。
113.12.19/ 113.12.19	全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案	本次修訂主要配合 113 年新增指標之健保分析系統完成建置，爰加註附件一、二及三(醫學中心/區域醫院/地區醫院品質保證保留款獎勵指標項目表)之健保指標代碼，餘同 113 年度方案。
113.12.24/ 113.12.24	健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能 持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能	本次修訂主要配合 113.7.1 起「新生兒中重度住院診察費(天)」支付點數調升，爰修訂對應支付點數，醫學中心及區域醫院調整後點數為 1,922 及 1,273 點。
113.12.31/ 114.1.1	114 年全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫	本次修訂重點如下： 1.預算來源：全年預算修訂為 2,800 百萬元(113 年為 1,599 百萬元)。 2.執行目標： (1)114 年服務「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)修訂為達 150 萬人次(原為 8 萬人次)，並新增「照護人數不低於 66 萬人」之目標。 (2)114 年「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」(P7302C)預估服務人次修訂為不低於 189 萬人次(原為 202 萬

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>人次)，並新增「照護人數不低於 100 萬人」之目標。</p> <p>3.預期效益之評估指標：新增「65 歲以上接受照護病人 3 年後(116 年執行完，自 117 年起)，因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數較該年度比較族群減少」之評估指標。</p>
113.12.31/ 114.1.1	114 年全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案	<p>本次修訂重點如下：</p> <p>1.核發資格： 修訂基層及醫院執行「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」之規定及目標值：基層院所當年度須執行至少 1 件；醫院層級院所(排除兒童醫院)執行率須達牙科就醫人次 1% 以上。</p> <p>2.核發原則之政策獎勵指標： (1)「口腔癌篩檢、戒菸治療服務」由加計獎勵指標移至政策獎勵指標，核算基礎 2%。政策獎勵指標由 7 項增為 8 項。 (2)「口腔癌篩檢」增訂申報就醫科別須為「40(牙科)、GA(口腔顎面外科)」。 (3)「月平均初核核減率」核算基礎由 5% 調降為 3%。</p>
114.1.3/ 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	公告本計畫(第五期)承作院所暨團隊名單，執行期間自 114.1.1~116.12.31。
114.1.6/ 114.1.6	114 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案	<p>本次修訂重點如下：</p> <p>1.施行區域： (1)一家中醫鄉鎮區施行巡迴計畫原以兩個為「限」，修改為以兩個為「原則」，如有特殊情況者，由所轄分區業務組會同中全會專案審查後核定。 (2)無中醫醫事服務機構之鄉鎮區：新增「苗栗縣造橋鄉」，合計 79 個鄉鎮</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>區。</p> <p>(3)一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區：新增「苗栗縣大湖鄉」、刪除「苗栗縣造橋鄉」及「雲林縣四湖鄉」，合計 78 個鄉鎮區。</p> <p>2.申請與審查程序及須檢附之文件：於巡迴醫療服務計畫，明列前一年度通過考核要點之考核分數為 80 分，及向當地衛生主管機關辦理報備支援事宜。</p> <p>3.醫療服務申報、審查與管理原則：刪除巡迴醫療服務計畫服務量控管每位中醫師每月巡迴看診診次平均門診量 70 人次上限之規定。</p>
114.1.22/ 114.1.1	114 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案	<p>本次修訂重點如下：</p> <p>1.施行地區：</p> <p>(1)施行地區之分級：新增備註，欲申請升級的地區，須符合 5 項條件中之 3 項，或經審查分會與分區業務組討論同意升級地區。</p> <p>(2)執業計畫：刪除屏東縣來義鄉(2 級地區)、屏東縣佳冬鄉(1 級地區)及花蓮縣豐濱鄉(2 級地區)，並調升部分地區分級級數。</p> <p>(3)巡迴計畫：新增宜蘭縣礁溪鄉(玉田村)、嘉義縣中埔鄉(隆興村)(均為 1 級地區)，並調升部分地區/巡迴點分級級數。</p> <p>2.巡迴計畫：</p> <p>(1)新增巡迴地點規範：「巡迴點」以學校、衛生所(室)為主，社區(里民)活動中心、農漁會、教會、宮廟等視情況設立。「社區醫療站」以衛生所(室)、社區(里民)活動中心，或自行承租民宅設立之醫療站，並設有固定診療椅。</p> <p>(2)修訂本計畫得提供之服務：「巡迴點」新增「牙醫特殊醫療服務計畫」；「巡迴點」及「社區醫療站」新增「特</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>定疾病病人牙科就醫安全計畫」及更新「高風險疾病口腔照護計畫」診療項目相關規定。</p> <p>3.醫療費用支付原則、申報及審查：</p> <p>(1)調升執業計畫一級至三級地區每月保障額度：一級地區每月為 30 萬點(原為 22 萬點)、二級地區每月為 33 萬點(原為 24 萬點)、三級地區每月為 41 萬點(原為 30 萬點)。</p> <p>(2)新增執業計畫院所執行巡迴地點，平地需距離執業院所 5 公里以上(校園除外)之規定。</p> <p>(3)服務量管控，調升每位醫師每月平均每診次申請點數上限：執業計畫之巡迴醫療調升為 2.8 萬點(原為 2.5 萬點)，巡迴計畫調升為 3.3 萬點(原為 3 萬點)。</p> <p>(4)修訂服務量管控及費用申報涉及其他專款計畫之規定：新增「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」及更新「高風險疾病口腔照護計畫」診療項目相關規定。</p>
114.1.23/ 114.1.1	114 年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案	本次主要修訂核發之獎勵指標權重，符合獎勵指標第 1 項至第 5 項者，各給予核發權重 18%(原 20%)，並配合年度修訂獎勵指標註之操作型定義，餘同 113 年度方案。
114.1.23/ 114.1.1	全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案	<p>本次修訂重點如下：</p> <p>1.預算來源：分列方案之論次費用由專款項目下支應，論量費用由一般服務預算支應。</p> <p>2.施行機構：明列機構設置係依「護理機構分類設置標準」等 5 部法規命令設置立案之機構，除原有之老人安養、養護機構及護理之家外，新增住宿式長照機構，並將「身心障礙福利機構」修正為</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>「身心障礙福利機構之住宿機構或榮譽國民之家」。</p> <p>3.執行目標：原至少 90 家照護機構執行，家數增加為至少 100 家；原達成人次為 20,000 服務人次，增加至 30,000 人次。</p> <p>4.給付項目及支付標準：明定逾每診次服務量限制不予支付案件之計算方式(自申報點數最少之案件計算起)；配合 114 年專款支應「論次費用」，修正結算方式。</p>
114.2.3/ 114.1.1	全民健康 保險在宅 急症照護 試辦計畫	<p>本次修訂重點如下：</p> <p>1.收案對象增列「全民健康保險急性後期整合照護計畫」居家模式且失能(巴式量表小於 60 分)個案。</p> <p>2.明訂不符收案適應症或收案條件者不予支付費用及回饋獎勵金。</p> <p>3.調升肺炎及軟組織感染之目標(上限)照護天數〔肺炎：10(14)天(原為 9(14)天)、軟組織感染：7(9)天(原為 6(8)天)〕，及逾目標天數且未達上限天數者之折付成數〔每日醫療費及每日護理費分別以「在宅」、「機構」目標天數支付點數折付 75%(原為 50%及 62%、67%)〕。</p> <p>4.新增每日護理費於例假日加計 20%、天然災害臨時宣布停止上班期間加計 50%；床側檢驗(查)加成項目新增胸腔 X 光攝影。</p> <p>5.刪除訪視人員每年繼續教育規定及將醫事檢驗師等醫事人員納入照護小組。</p>
114.2.7/ 114.1.1	114 年度 全民健康 保險西醫 醫療資源 不足地區 改善方案	<p>本次修訂重點如下：</p> <p>1.配合本部公告 114 年度總額，修正預算額度、文字等。</p> <p>2.修訂施行區域：新增臺東縣成功鎮、池上鄉及關山鎮；刪除桃園市觀音區、新竹縣新埔鎮、屏東縣麟洛鄉及萬巒鄉、嘉義縣太保市。</p> <p>3.修訂開業計畫相關規定：現行未達保障額度規定者，每月至少提供 1 個巡迴點醫療服務，增列「或每年至少收案 10 名</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>代謝計畫或醫療給付改善方案個案」之規定。</p> <p>4.修訂巡迴計畫診察費加成：每件調整為依「112 年全年平均診察費 340 點」加計 3 成。(原加成採計基準為 111 年平均診察費 356 點)</p> <p>5.增訂相關規範：醫院申請本計畫，若資格符合參與代謝計畫或醫療給付改善方案，應自動加入併同執行。</p>
114.2.11/ 114.1.1	全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫、全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案、全民健康保險中醫急症處置計畫、全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫、全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	<p>本次修訂 5 項中醫門診總額專款計畫，重點如下：</p> <p>1.共同修正：</p> <p>(1)依國際疾病分類 ICD-10-CM 增修診斷碼。</p> <p>(2)酌修申請與審查程序及簡化院所續申請本方案應備文件，並更新年度及酌修部分文字。</p> <p>2.中醫癌症病人加強照護整合方案：適應症增列子宮頸癌、子宮體癌、甲狀腺癌。</p> <p>3.中醫急症處置計畫：適用範圍增列軟組織疼痛及頭痛相關診斷碼，並酌修評估方式及評估時程，將前測、後測評估時程，由每次處置前、後，修正為入院、出院時實施。</p> <p>4.中醫提升孕產照護品質計畫：修訂助孕適用範圍由「已婚超過一年有正常性生活」改為「超過一年有正常性生活」。</p>



公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
114.2.19/ 114.1.1	114 年度全民健康保險牙醫門診總額 12 歲至 18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫	<p>本次修訂重點如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.收案條件：新增「齒質先天性發育異常(K00.4)」。</li> <li>2.給付項目及支付標準： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)規範 X 光片費用限申報 34001C(根尖周 X 光攝影)及 34002C(咬翼式 X 光攝影)。</li> <li>(2)青少年齲齒氟化物治療(P7102C)，規範相同處置內容，90 天內不得重複申報。</li> </ol> </li> <li>3.評估指標： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)修訂「提升全國 12~18 歲青少年牙醫就醫率不低於 51%(原為&gt;40%)」。</li> <li>(2)新增指標「執行 P7102C 後 1 年內牙位 11~13、21~23、31~33、41~43 的平均齲齒填補顆數增加率減緩」。</li> </ol> </li> </ol>
114.2.19/ 114.1.1	114 年度全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫	<p>本次修訂重點如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.年度執行目標：修訂本計畫以至少達成 190,000 服務人次(原為 170,000)為執行目標。</li> <li>2.預算來源：修訂為 8.559 億元(分別由 114 年專款 8.059 億元及特定用途移撥款 0.5 億元支應)。</li> <li>3.醫療團牙醫醫療服務：一般護理之家增為 6 家，並新增長照服務機構由長照司擇定，以 3 家為限之規定。</li> <li>4.費用支付及申報規定： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)增列本計畫不得併報高風險疾病口腔照護計畫、特定疾病病人牙科就醫安全計畫、「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)、「非齒源性疼痛處置-初診診療項目」(92131B)及「非齒源性疼痛處置-複診診療項目」(92132B)，並依各項計畫及診療項目規定申報及支應醫療費用，不再額外加成。</li> <li>(2)氟化物防齲處理(P30002)：自閉症、失智症病人由每 90 天放寬為每 60 天得申報 1 次。</li> </ol> </li> </ol>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>(3)特定牙醫需求者服務：刪除每位醫師支援每週不超過2日之規定。</p> <p>(4)醫療團牙醫醫療服務申報上限：每位牙醫師每月平均每診次申報點數由3萬點修訂為4萬點。</p>
114.2.19/ 114.1.1	114 年度全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫	<p>本次修訂重點如下：</p> <p>1.給付項目及支付標準：適用對象新增「帕金森氏症病人」、「失智症病人」、「甲狀腺相關疾病病人」、「與牙科治療相關之自體免疫系統病人」，附件「醫師自我考評表」配合新增前開適應症。</p> <p>2.醫療費用申報、審查及點值結算：新增「病人每次就診當天只可申報一次 P3601C(特定疾病病人牙科就醫安全)」之規定。</p> <p>3.預期效益之評估指標：新增「服用抗凝血劑至牙科就診病人，申報 P3601C 前後中風或心肌梗塞的比率、死亡率」。</p> <p>4.附件「醫師自我考評表」：每項適應症之注意事項均新增「若無法掌握病人病程的狀況，在治療前宜照會或轉診至其他相關單位做進一步診治」之規定。</p>
114.3.3/ 114.1.1	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	本計畫自 114 年度起停辦。

(2)113 年第 2 季各部門總額每點支付金額：

- ①牙醫門診總額，如附錄十六(第 340~343 頁)。
- ②中醫門診總額，如附錄十七(第 344~346 頁)。
- ③醫院總額，如附錄十八(第 347~350 頁)。
- ④西醫基層總額，如附錄十九(第 351~354 頁)。
- ⑤門診透析服務，如附錄二十(第 355~358 頁)。

總額別 分區別	113 年第 2 季各部門總額平均點值				
	牙醫門診	中醫門診	醫院	西醫基層	門診透析
台北	0.9112	0.9554	0.9269	0.8776	0.9413
北區	0.9944	0.8925	0.9411	0.9156	
中區	0.9885	0.9081	0.9406	0.9288	
南區	1.0321	0.9208	0.9892	0.9562	
高屏	0.9955	0.9293	0.9586	0.9313	
東區	1.1500	1.1386	0.9650	1.0384	
全區	0.9677	0.9290	0.9456	0.9150	

- (3)本年 2 月 3 日檢送 113 年第 2 季其他預算結算說明表，公文如附錄二十一(第 359~360 頁)，113 年全年經費 19,319.8 百萬元，1~6 月結算數 7,589.1 百萬元，整理預算執行情形如附錄二十二(第 361 頁)供參考。
- (4)本年 2 月 18 日及 2 月 27 日副知，公告 114 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 5 項中醫醫療照護計畫，分別自 1 月 1 日起及自 2 月 1 日起新增之承作院所及醫師名單，如附錄二十三(第 362~363 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)統計如附錄二十四(第 364~365 頁)。

決定：

## 全民健康保險會第6屆委員會議移請本屆委員繼續列管追蹤事項

## 一、擬解除追蹤(共5項)

項次	決議(定)之待辦事項/前次追蹤建議	相關單位辦理情形 (更新部分以底線標示)	追蹤建議
1	有關醫療科技評估辦理情形及未來規劃專案報告，委員所提意見，請中央健康保險署研參並回復說明。 (113.12 決定)	健保署回復： 委員所提意見，說明如附件一(第 34~36 頁)。	解除追蹤
2	有關 113 年 11 月份全民健康保險業務執行報告，委員所提書面意見，請中央健康保險署回復說明。 (113.12 決定)	健保署回復： 委員所提意見，說明如附件一(第 37~38 頁)。	解除追蹤
3	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。(113.11 決定)	本會說明： 健保署業於 113 年 12 月 12 日就委員所提意見回復補充說明。 註：本會業完成全民健康保險監理指標之監測結果報告上網公開。	健保署已回復說明，爰建議解除追蹤
4	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) ..... 114 年度中醫門診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。 (113.11 決議)	健保署回復： 1.牙醫門診總額 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，並於 113 年 12 月 13 日送貴會備查。 2.中醫門診總額： 業於 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，並於 113 年 12 月 6 日送貴會備查。	已送本會備查(詳本會重要業務報告)，於報告後解除追蹤
5	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	健保署回復： 檢送 114 年度全民健康保險醫療給付費用總額(加計各項政府挹注之公務預算)之	已提供相關資料，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 (更新部分以底線標示)	追蹤建議
	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。(113.11 決定)	金額、成長率與其計算方式(如附件二，第 39 頁)，請委員參考。	

## 二、擬繼續追蹤(共 17 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<math>\geq 0</math>)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>	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。	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蹤。	
2	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>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.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。</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2,517百萬元(醫院總額2,363百萬元、西醫基層總額154百萬元)，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1,000百萬元(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 350 百萬元(醫院總額)，說明如下：</p> <p>a.截至 113 年 11 月，經特材共擬會議通過且公告生效計 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，經特材共擬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 百萬點。</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」、鼓勵院所建立轉診之合作機制)，對於醫學	<p>健保署回復：</p> <p>1.分級醫療為本署推動醫療改革之重要政策，各項措施按既定期程推動，配合指揮中心醫療量能降載措施，強化基層醫院服</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療措施後</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>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>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>	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額範圍相關作業參考。</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>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，本署將於完成追蹤後</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)
		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： 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。	1.繼續追蹤 2.於健保署提報後解除追蹤。	114 年 4 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 $\{ [1 + \text{人口結構改變對醫療費用影響}(A) + \text{醫療服務成本指數改變率}(B)] \times [1 + \text{投保人口預估成長率}(C)] - 1 \}$ x 前一年校正後一般服務費用占率，計算出低推估；再加上協	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)
		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。(113.11 決議)	健保署回復： 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
13	114 年度西醫基層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。(113.11 決議)	健保署回復： 俟中華民國醫師公會全國聯合會提案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。	1. 繼續追蹤 2. 於健保署將風險調整移撥款額度、用途與執行方式送本會備查後解除追蹤。	114 年 3 月
四、其他				
14	為提升醫療可近性、優化處方箋傳遞流程以及因應	健保署回復： 經盤點評估，配合衛福	1. 繼續追蹤 2. 俟健保署	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)
	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)	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，現正與慈濟醫院合作於花蓮地區辦理試辦計畫。	首次於例行業務執行報告提報後解除追蹤。	
15	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> <p>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，本署參考醫療服務資源耗用相對值(RBRVS)調整模式，研議支付標準調整方案。</p> <p>2. 113年5月成立「支付標準衡平性評量規劃專家小組」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。</p> <p>3. 本署刻正研擬「同工不同酬」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：</p> <p>(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。</p> <p>(2) DRG 採包裹性支</p>	<p>1. 繼續追蹤</p> <p>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。</p>	依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>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。</p> <p>4. 為符合實際臨床醫療需要，讓醫療提供者得到合理醫療給付，本署將持續與醫界溝通討論，盼委員支持。</p>		
16	<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>	<p>健保署回復： 配合辦理。</p>	<p>1. 繼續追蹤 2. 於健保署提報 113 年度執行成果及研修 114 年度方案，並說明委員意見參採情形後解除追蹤。</p>	114 年 5 月
17	<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</p>	<p>1. 繼續追蹤 2. 衛福部已核定發布，惟新增指標及定義健保署尚未公開在醫療品質資訊公開網，將俟公開後解除追蹤。</p>	—



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>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>		

健保會第 6 屆 113 年第 11 次委員會議之健保署回復

第 6 屆委員會議移請本屆委員繼續列管追蹤事項之擬解除追蹤項次 1

案由：醫療科技評估辦理情形及未來規劃專案報告。

委員意見	健保署說明
<p>劉委員淑瓊(議事錄第 36 頁)</p> <p>請先看到會議資料第 130 頁，我們關心退場機制，就是 HTR 本來的用意是有一些舊的或是不適用的科技退場，騰出空間可以引入新的醫療科技，我想請教健保署，到目前為止，維持給付及建議退場的百分比各有多少？另外有多少案件或多少百分比是我們建議他退場，但是沒有退場？因為從實務上瞭解到有時候是因為醫師處方需要，所以應退場而未退場。</p>	<p>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係 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，如下：</p> <p>一、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、2 項併同同成分學名藥 MVASI 建議擴增至二線辦理及 1 項持續審議辦理中。</p> <p>二、111 年：篩選 5 大類 46 項藥品，18 項維持給付、4 項增訂給付規範、23 項併同相關乾癬案件辦理及 1 項持續評估療效結果。</p> <p>三、112 年：篩選 3 大類 5 項藥品，1 項增訂給付規範、4 項審議辦理中。</p>
<p>朱委員益宏(議事錄第 38-39 頁)</p> <p>我覺得 HTA 應該是在引進新醫療科技時，踏出非常重要的一步，我特別想要講的就是，對於財務預估這件事情，因為在新藥納入健保給付的過程，有所謂的 horizon scanning，印象中這個前瞻性的評估方法應該也執行有 2、3 年的時間，我不知道能否在下屆委員任期，請健保署針對 horizon scanning 的執行情形，讓大家瞭解一下。為什麼提這件事情？因為剛剛健保署的報告，就是說 horizon scanning，它是在整個藥物給付要進到 HTA 或是這個過程的第一步，廠商要先填具未來預估它 5 年的財務衝擊狀況，但是我們常常在</p>	<p>一、109 年 9 月建置「前瞻式新藥及新給付範圍預算推估登錄作業及平台」，並委託財團法人醫藥品查驗中心進行新藥預算推估模型的發展，於 110 年初完成推估模型的開發。自 111 年起參考國際間作法，不再依固定之替代率公式推估預算，改參採廠商提供預期未來 2 年間將進入健保之品項或擴充給付範圍、及其財務衝擊等資料。</p> <p>二、尚未收載但即將納入給付新藥(即給付第 1、2 年新藥)及已收載新藥之預算推估(即給付第 3 至 5 年新藥)合計為新藥預算推估結果。</p>

委員意見	健保署說明
<p>新藥引進以後，有一些 real-world data 發現之前的預估是失準的，我不知道有沒有回過頭來校正 5 年的財務預估，因為可能新藥進來以後第 1 年，然後第 2 年就發現失準了，但是如果那個 5 年預估沒有校正的話，那我們第 3 年、第 4 年在編列預算，若還是依照舊的資料推估，事實上會造成的 budget impact 太大，會失準。</p> <p>回過頭來看，雖然 horizon scanning 已經有 2、3 年的時間，但是我們每年在 DET 調整藥價的時候，還是有 40、50 億元的差距，理論上如果財務預估很準的話，新藥都有新的預算，可以將增加的支出 cover 住的話，那麼舊的藥物支出或是慢性病成長率，它又在自然的成長狀況之下，理論上 DET 應該不會超額那麼多，因為我們每年 DET 的預算，就跟總額的成長率是一樣的，也就是它可能跟疾病的正常成長率應該是類似的，但是事實上我們並沒有看到這個趨勢，所以顯然就是說在整套財務推估的系統裡面，包括未來的 HTA 或是之前的 horizon scanning，我覺得還是有檢討的空間。</p> <p>因為方法學出來了，但是到底準不準、中間要不要調整也很重要，我覺得健保署是不是也應該稍微再 review 一下，或許有機會的話，讓下屆的委員知道之前的狀況怎樣、現在做了哪些調整，未來預備要怎麼做，讓整個財務的預估會更精準，也不會在每年 DET 藥價調整的時候，讓更多本土藥廠或是已經超過專利期的廠商感到非常痛苦，謝謝。</p>	<p>三、本署前於 110 年至 111 年共召開 4 次會議，階段性健保新藥預算預估模式研究小組於第 4 次會議討論有關 104、105 新藥於收載後 7 年之平均申報藥費成長率，其中觀察第 6、7 年其申報成長率正負抵消，顯示以近 5 年收載品項估算新增新藥預算之方式，尚屬合理。</p> <p>四、產官學溝通：本署於 112 年 4 月 30 日召開醫療科技評估之產官學溝通會議，針對醫療科技評估及 HS 等議題進行說明及討論，共有 73 位產業公會會員代表與會。</p> <p>五、全民健康保險藥品價格調整作業辦法中涉及 DET 試辦方案之相關條文，已於 113 年 12 月 20 日預告，俟彙整各界意見後，將整體評估，後續進行公告程序。</p>
<p>滕委員西華(議事錄第 40-41 頁)</p> <p>就是在第 127 頁投影片第 8 張，從 HS 平台登錄之後，到經過專家會議及共擬會議，請問健保署政策跟法規</p>	<p>一、目前對於新藥建議案件之審議，因非所有廠商皆會至 HS 平台登錄資料，且廠商登錄資料後未必繼續送正式</p>

委員意見	健保署說明
<p>上面最久的作業期是多久？也就是廠商送件進來，應該要求行政部門在多久以內要完成？這個程序對國家、對人民，甚至對廠商都非常的重要，不能一直拖、一直補件，又不是以前我們 40 年前在戶政事務所，今天來叫你補印章，明天叫你補什麼，一補補個 1 年都補不起來，這樣是不行的，所以應該要有明確的規範，在案件成立以後，也就是從廠商登錄之後到共擬會議，最大容忍期是多久？是 36 個月嗎？還是幾個月？應該要明確地來規範，我們才能夠一步一步在流程裡面列出哪個時點應該要做什麼事情，這個是國家應然、必然要做的義務。</p>	<p>建議案，故本署認定廠商完整送件始為正式受理日。</p> <p>二、本署正式受理後，原則上如無須補件或重新討論，自受理至提專家諮詢會議約需 3 個月，後續與廠商進行協商至提共擬會議討論約需 3 個月、自共擬會議通過後及相關公告行政作業約需 3 個月；倘案件須重新討論，原則上請廠商於 1 個月內提供相關資料，未於時間內回復者視為無意見，案件即進行共同擬訂會議相關行政流程。</p> <p>三、為提升審查效能，自 113 年 1 月起，成立健康政策與醫療科技評估中心 (CHPTA) 專案辦公室，期案件自受理後約 10 個月可公告生效；惟倘案件須重新討論或與廠商就財務方案等進行多次協商者，則視相關進程，需較長辦理時間。</p>

## 第 6 屆委員會議移請本屆委員繼續列管追蹤事項之擬解除追蹤項次 2

案由：113 年 11 月份全民健康保險業務執行報告。

委員意見	健保署說明
<p>李委員永振會後書面意見(議事錄第 45-46 頁)</p> <p>一、記得去年其他預算協商時，時間用得最多的項目就是因應護理人力荒而新增的「因應醫院護理人力，強化住院護理照護量能」，同意編列新增 20 億元，最後核定 40 億元，應是需款孔急，但由會議資料第 174 頁第 1 季實際支用情形，全年執行率 16.6%，離季平均的 25% 有一段距離，請說明其間變化。</p> <p>二、由於立法院最近要排審「老人福利法」改變 65 歲老人健保費附條件由中央政府全額負擔，引發爭議，這 2、3 天媒體亦爭相報導，滕西華、韓幸紋、劉淑瓊(醫改會)3 位委員極關心或發聲，我們在健保會提及的如：關懷弱勢、預算排擠、世代公平等議題都受到關注，滕委員更注意到 36% 的問題(施行細則第 45 條)！目前雖出現暫緩的聲音，但屏東蘇清泉立委堅持要推，此案遲早須面對，因此提出幾點淺見供參考：</p> <p>1. 65 歲以上老人的健保費是改由中央政府全額補助，非免繳(個人不用出錢，改由政府出)，但說法常變成「免繳」，造成誤解、混淆。</p> <p>2. 對健保財務的影響(36%)：</p> <p>(1) 依目前施行細則第 45 條規定的其他法令增加老人福利法，則報載的 65 歲以上老人的 350 億元健保費將納為政府已繳的保費，政府撥補不足的保費將少掉 350 億元，也就是說：健保費年收入</p>	<p>一、「113 年度全民健康保險強化住院護理照護量能方案」獎勵金撥付時程如下：</p> <p>(一)「急性一般病床護理人員夜班獎勵」：全年預算 27 億元，每月底前撥付。</p> <p>(二)「其他護理獎勵」：全年預算 13 億元，每半年撥付一次。</p> <p>二、有關委員所提預算執行率未達季平均部分，係因「其他護理獎勵」每半年撥付一次，113 年第 1 季僅撥付急性一般病床護理人員夜班獎勵共 6.64 億元。</p> <p>三、統計 113 年 1 月至 11 月急性一般病床護理人員夜班獎勵共撥付 24.96 億元，其他護理獎勵共撥付 10.80 億元(其中 4.3 億元將於 114 年 1 月中旬撥付)，總計 35.76 億元，預算執行率已近 9 成，預估到年底將會用罄。</p> <p>四、有關健保財務部分，本署配合衛福部，儘力爭取將政府依其他法律規定補助之保費，排除列計政府負擔法定下限 36% 範圍。</p>

委員意見	健保署說明
<p>減少 350 億元，而政府不須另找財源，但將提前調漲保費！65 歲以上老人不用負擔的部分將以調高費率的方式轉嫁給年輕世代負擔，造成不公！</p> <p>(2)若將施行細則第 45 條修回二代健保開始時的內容，只以健保法規範的範圍為限，則 350 億元不會影響健保財務，但政府須另找這 350 億元財源，以增加稅收或排擠其他社會福利預算處理。</p> <p>結論：老人福利法不可修(醫療資源用得還不用負擔保費，有失公允，造成世代對立)，設法加速把施行細則修回原內容，才依法有據。(非以 114 年的處理方式以公務預算挹注，好像額外施恩，每年去要，哪一天可能就沒有了)如此對健保財務才有幫助，談永續才有意義！</p>	

附件二

114 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍協商總表(加計公務預算)

單位：億元

項目		總額預算數及成長率	小計
114 年 加計 公務預算 成長率	A	114 年部核定總額預算數	9286.25
	B	公務預算挹注金額(含總額移出項目、罕病藥費及癌症新藥暫時性支付專款)	180.58
	C	含總額移出及挹注健保基金後之總額預算數 $C=A+B$	9466.83
	D	含總額移出及挹注健保基金後之總額預算成長率(較 113 年公告數) $D=(C/113 \text{ 年公告數})-1$	8.126%

備註：

依據健保會 113 年 11 月 20 日第 6 屆 113 年第 10 次委員會議決定，請本署於衛生福利部核(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。

## 五、優先報告事項

### 第一案

報告單位：本會第二組

案由：本會本(114)年度工作計畫及會議預定時間表(草案)，請鑒察。

說明：

一、為踐行本會依全民健康保險法(下稱健保法)授予之法定任務，以及衛生福利部(下稱衛福部)本年度總額核(決)定事項、歷次會議決議(定)事項，擬具本會本年度工作計畫及會議預定時間表(草案)(詳如附件一、二，第 42~50 頁)。

二、前開工作計畫草案業於本年 1 月 14 日徵詢衛福部社會保險司(下稱社保司)與中央健康保險署(下稱健保署)意見，社保司與健保署各提出 1 項意見，本會處理說明摘要如下(詳如附件三，第 51 頁)：

(一)社保司建議：將援例安排於 4 月份委員會議(114.4.23)之法定諮詢事項「衛福部 115 年度健保總額範圍(草案)併同健保署之財務試算諮詢案」改至 5 月份委員會議(114.5.21)，以利辦理 115 年健保總額範圍擬訂作業。

處理說明：上開諮詢事項歷年均依規定於每年 4~5 月份委員會議提報，擬依社保司所請調整本會本年工作計畫(草案)。

(二)健保署意見：本年 4、8、10、11 月之業務執行(季)報告，因連假或資料轉檔等時間因素，無法於本會郵寄會議資料時提供。

處理說明：請健保署於資料(含電子檔及書面資料)完成後，即逕行寄送委員參閱。

三、本會業於本年 1 月 8 日函請各團體推薦第 7 屆委員時敘明：為利議事運作，所推薦委員人選應可親自出席委員會議，委員會議原則為每個月第 4 週之星期三，惟其中總額協商、費率審議相關重要會議不得委由代理人出席，該兩項委員需親自出席之重要會議時間標註於附件一、二(★)，請委員預留時間與會。

擬辦：



一、請確認本年度工作計畫內容及會議時間表，並請委員預留時間與會。

二、本年度各項工作計畫項目，請相關負責單位配合辦理。

決定：

## 全民健康保險會 114 年度工作計畫(草案)

日期	工作項目
3 月 19 日	第 7 屆健保會委員共識營
3 月 26 日 (委員會議)	優先報告事項： 1.114 年度工作計畫及會議預定時間表(草案) 2.114 年度各部門總額及其分配方式之核(決)定結果及後續相關事項 3.全民健康保險業務執行季報告(口頭，含 113 年健保業務整體執行情形、併同分級醫療執行情形及成效檢討、急診品質提升方案指標執行結果)(附表 1)
	討論事項： 1.健保署所提自付差額特殊材料品項之討論 2.114 年度各部門總額一般服務點值保障項目之討論 3.健保署擬訂 114 年度抑制資源不當耗用改善方案之討論 4.推派本會委員擔任健保署「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」、「全民健康保險藥物(藥品及特材)給付項目及支付標準共同擬訂會議」及「全民健康保險醫療給付費用各總額研商議事會議」之代表
	報告事項： 114 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會報告之具體實施規劃/計畫(含須提報之「執行目標」及「預期效益之評估指標」)(附表 2)
4 月 23 日 (委員會議)	討論事項： 各總額部門 113 年度執行成果評核作業方式(草案)之討論
	報告事項： 1.112 年度健保收入超過 2 億元之醫療院所財務報告之公開情形 2.113 年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減之執行結果(附表 3) 3.113 年度全民健保年終決算報告、115 年度全民健保預算備查案
5 月 21 日 (委員會議)	法定諮詢事項： 衛福部 115 年度健保總額範圍(草案)併同健保署之財務試算諮詢案
	優先報告事項： 全民健康保險業務執行季報告(口頭，併同提出 113 年度抑制資源不當耗用改善方案之執行結果及檢討改善策略、分級醫療執行情形及成效檢討、急診品質提升方案指標執行結果)(附表 1)
	報告事項： 114 年度各部門總額依核(決)定事項須提本會報告之項目(附表 4)

日期		工作項目
6 月 25 日 (委員會會議)		<p>討論事項：</p> <p>1.115 年度總額協商架構及原則(草案)之討論</p> <p>2.115 年度總額協商程序(草案)之討論</p> <p>(各總額部門 113 年度執行成果評核獎勵標準案之討論，依 4 月評核作業方式議定之時程提會)</p>
		<p>報告事項：</p> <p>1.精進「急診品質提升方案」執行內容(以解決急診壅塞為目標及增訂壅塞無法達標之處理方式)專案報告</p> <p>2.«鼓勵院所推動腹膜透析與提升照護品質方案»之成效檢討(含監測照護品質及健康結果與執行成效)專案報告</p> <p>註：全民健康保險業務執行報告(應併同提出前 1 年度「『藥品及特材給付規定改變』協商因素項目，經費若有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應」辦理情形、「新醫療科技」及「藥品及特材給付規定改變」協商因素項目預算執行情形之完整資料)(附表 1)</p>
7 月 14、15 日		各總額部門 113 年度執行成果發表暨評核會議
7 月 23 日 (委員會會議)		<p>法定交議事項：</p> <p>衛福部交議 115 年度健保總額範圍案</p>
		<p>討論事項：</p> <p>(各總額部門 113 年度執行成果評核獎勵標準案之討論，依 4 月評核作業方式議定之時程提會)</p>
		<p>報告事項：</p> <p>1.114 年度各部門總額依核(決)定事項須提本會報告預算扣減方式之規劃)(附表 5)</p> <p>2.各總額部門 113 年度執行成果評核結果</p>
8 月 20 日 全天	上午 (委員會會議)	<p>優先報告事項：</p> <p>全民健康保險業務執行季報告(口頭，併同提出分級醫療執行情形、急診品質提升方案指標執行結果)(附表 1)</p>
		<p>報告事項：</p> <p>114 年度各部門總額專款項目執行期限屆期之檢討(提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)(附表 6)</p>
	下午 (協商會前會)	115 年度總額協商因素項目及計畫(草案)會前會

日期		工作項目
★9月24日 全天 (總額協商會議)		115年度總額協商會議 (若有未盡事宜，則於9月25日上午9時30分繼續處理)
★9月26日 (委員會會議)		討論事項： 115年度各部門總額及其他預算協商結論之討論 (委員可選擇視訊方式參與)
10月22日 全天	上午 (委員會會議)	優先報告事項： 115年度總額協商結果整體成長率之確認
		討論事項： 1.115年度總額協商結果之部分協定事項(「執行目標」及「預期效益之評估指標」)之確認 2.115年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論
		報告事項： 部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告
	下午 (諮詢會議)	115年度保險費率審議前專家諮詢會議
★11月19日 (委員會會議)		優先報告事項： 全民健康保險業務執行季報告(口頭，併同提出分級醫療執行情形、急診品質提升方案指標執行結果)(附表1)
		討論事項： 1.115年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論(續) 2.115年度保險費率方案(草案)之審議
		報告事項： 113年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告
12月24日 (委員會會議)		優先報告事項： 115年度各部門總額及其分配方式之核定結果及後續相關事項
		討論事項： 健保署擬訂115年度抑制資源不當耗用改善方案之討論
		報告事項： 自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告(含開放半年後之檢討改善情形) 註：全民健康保險業務執行報告(應併同提出「『藥品及特材給付規定改變』協商因素項目，經費若有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應」之辦理情形、「新醫療科技」及「藥品及特材給付規定改變」協商因素項目預算之執行情形)(附表1)

日期	工作項目
視健保署提出相關案件之時間安排	1.「114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等」項目支用方式(附表 7) 2.健保署所提自付差額特殊材料品項之討論(暫訂於 5、8、11 月) 3.自付差額特殊材料品項開放半年後之檢討改善報告(暫訂於 12 月) 4.健保署所擬訂調整保險給付範圍方案之審議 5.健保署所提不列入保險給付之診療服務及藥物項目之審議 6.健保署修訂醫療品質資訊公開辦法草案之討論

註：1.以★標註者，委員必須親自出席，不得委由代理人出席。

2.委員會議若另有決議(定)事項，配合安排或調整相關工作項目。

**附表 1 業務執行報告應定期提報事項之時程及內容**

項次	應提報事項	提報時程及內容
1	前 1 年全年健保業務執行情形之整體性說明	於每年第 1 季業務執行報告時提報。
2	前 1 年度抑制資源不當耗用改善方案之執行結果及檢討改善策略	併同於 5 月業務執行季報告提報前 1 年度完整之執行結果及檢討(含可節省費用)。
3	分級醫療執行情形及成效檢討(含結果面指標及監測結果)	併同於 2、5、8、11 月業務執行季報告呈現最新之辦理情形。
4	急診品質提升方案指標執行結果	
5	「『藥品及特材給付規定改變』協商因素項目，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應」之辦理情形	併同於 6、12 月份委員會議之業務執行報告提報；並於 6 月提報前 1 年度完整資料。
6	「新醫療科技」及「藥品及特材給付規定改變」協商因素項目預算之執行情形	

**附表 2 114 年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會報告之具體實施規劃/計畫(含須提報之「執行目標」及「預期效益之評估指標」)**

類別	總額別	項目	核(決)定事項
具體實施規劃/計畫/方案	牙醫	非齒源性口腔疼痛處置	訂定醫療服務內容(含適應症之條件及申報資格，如限定專科別及層級別等)，於 113 年 12 月前提報全民健康保險會。
	中醫	提升用藥品質	應增加健保中藥給付品項、提升用藥品質，並減少民眾用藥自費情形，具體規劃於 113 年 12 月前提報全民健康保險會。
	醫院	暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)	在額度內妥為管理運用，並於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出具體實施規劃(含執行方式、預算估算及財務控管、擬訂暫時收載年限、療效評估與退場機制等)，俾落實管控。
	西醫基層	暫時性支付(新藥、新特材)	
	醫院及西醫基層	新醫療科技(新藥、新特材及新增診療項目)	在額度內妥為管理運用，於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程。
	醫院及西醫基層	藥品及特材給付規定改變	在額度內妥為管理運用，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程。
	西醫基層	因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費	1.於 114 年度總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議。 2.建立稽核機制，以確實提升護理照護品質。
	門診透析	居家血液透析與提升其照護品質	考量「居家血液透析」為新的照護模式，請會同門診透析服務相關團體審慎研議，於 114 年度總額公告後，完成擬訂專款「居家血液透析與提升其照護品質」之具體實施方式(包含：參與院所及醫師之資格條件與認定、適用對象、支付方式及結果面為導向之品質監測指標)，並提全民健康保險會報告。
執行目標及預期效益之評估指標	醫院	全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	依衛生福利部決定結果，會同醫院總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部決定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。
	西醫基層	提升國人視力照護品質	依衛生福利部決定結果，會同西醫基層總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部決定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。
		強化基層照護能力及「開放表別」項目	

**附表 3 113 年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減之執行結果**

請依 113 年第 6 次委員會議(113.7.30)及 113 年第 11 次委員會議(113.12.25)決定事項，於 114 年第 2 次委員會議(114.4.23)提報預算扣減方式之執行結果

總額別		項目【協定事項】	113 年委員會議決定事項及規劃內容(摘要)
牙醫門診	專款項目	1.12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫 【依 113 年度預算執行結果， <u>於一般服務扣減與本項重複部分之費用</u> 】	113 年第 6 次委員會議(113.7.30)決定 1.扣減方式：113年執行 P7101C 青少年齲齒控制照護處置(排除案件分類14醫不足方案)且沒有申報91014C「牙周暨齲齒控制基本處置」+91004C「牙結石清除-全口」者，於112年一般服務申報91004C+91014C，則扣減91014C 之費用。 2.扣減時程：113年第3、4季點值結算時扣減。
	一般服務	1.中醫利用新增人口 【113 年中醫實際就醫人數成長情形， <u>於一般服務扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減</u> 】	113 年第 6 次委員會議(113.7.30)及第 11 次委員會議(113.12.25)決定 同意健保署所報扣減方式： 1.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)。 2.就醫人數定義：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。 3.扣減時程：113年第3、4季點值結算時扣減。
中醫門診	專款項目	2.照護機構中醫醫療照護方案 【依 113 年度預算執行結果， <u>於一般服務扣除與本項重複部分之費用</u> 】	113 年第 11 次委員會議(113.12.25)決定 同意健保署所報扣減方式： 1.扣減計算方式如下： (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。 (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。 (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。 2.扣減時程：113年第4季點值結算時扣減。
	一般服務	藥品及特材給付規定改變 【若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度】	113 年第 6 次委員會議(113.7.30)決定 同意健保署所報扣減方式： 1.藥品：醫院及西醫基層部門均配合辦理，並於 113 年度第 4 季結算，扣減當年度未執行之額度。 2.特材： (1)醫院部門：配合於113年度第4季結算，扣減當年度未執行之額度。 (2)西醫基層：無編列113年特材給付規定改變預算。



**附表 4 114 年度各部門總額依核(決)定事項須提本會報告之項目**

總額別	項目	核(決)定事項
醫院	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	積極推動 DRGs 支付或作為品質衡量方式，朝建立論價值支付制度為推動方向。於 114 年 7 月前提出報告。
中醫	中醫急症處置	持續檢討計畫執行情形及成效，於 114 年 7 月前提全民健康保險會報告。(本計畫再試辦 1 年，若未呈現具體成效則應退場)
其他 預算	推動促進醫療體系整合計畫之「急性後期整合照護計畫」	擴大辦理並持續精進「急性後期整合照護計畫」之照護模式及評估指標，朝強化社區型服務模式方向規劃，並於 114 年 7 月前提全民健康保險會報告。
	提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	持續檢討本計畫醫療利用情形(包含監測醫療利用率、檢討醫療利用成長合理性)，並加強執行面管理，訂定監測照護品質及健康結果改善之評估指標，評估執行成效，並於 114 年 7 月前提全民健康保險會報告。

**附表 5 114 年度各部門總額依核(決)定事項須提本會報告之預算扣減方式規劃**

總額別	項目	核(決)定事項
牙醫	牙醫特殊醫療服務計畫	依 114 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。其預算扣減方式規劃，請會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 114 年 7 月提全民健康保險會報告。
中醫	中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	依 114 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用，其預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 114 年 7 月提全民健康保險會報告。



**附表 6 114 年度各部門總額專款項目執行期限屆期之檢討(提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)**

類別	總額別	項目	核(決)定事項
專款 屆期之 檢討	牙醫	超音波根管沖洗計畫	1.本計畫以 3 年為檢討期限(112~114 年),請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效,並於執行第 3 年(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。 2.另依本會 113 年第 1 次委員會議(113.1.24)決定,請健保署將下列計畫量化之執行結果,併同於 114 年 7 月檢討計畫未來納入一般服務或退場時,納為重要參據:112 年度「超音波根管沖洗計畫」、「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」及「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」之協定事項,檢討各項預防處置之實施成效,提出節流效益並納入總額預算財源。
		高風險疾病口腔照護計畫【113 年起合併辦理以下項目: 1.原一般服務之「高風險疾病口腔照護」。 2.原「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」專款項目。 3.原「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」專款項目。】	
	中醫	西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫-術後疼痛	以 3 年(112~114 年)為檢討期限,請會同中醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效,若計畫持續辦理,則請於執行第 3 年(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

**附表 7 114 年度各部門總額依核(決)定事項,須提本會同意之項目**

總額別	項目	核(決)定事項
其他 預算	114 年度總額移出保留額度,用於推動政策執行:以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付標準費用調整(RBRVS)等	1.本項經費用於通盤檢討及修訂特定診療支付標準,如急重難罕症相關支付標準等,與多年未通盤調整的部分,列為優先調整項目,並不得直接用於保障點值每點 0.95 元相關費用。 2.本項目支用前,將依程序提全民健康保險會報告同意後進行運用。

## 全民健康保險會 114 年度會議預定時間表(草案)

會議次別	會議時間		會議地點
第 7 屆健保會委員共識營	3 月 19 日（星期三，全天）		衛生福利部 1 樓大禮堂
第 1 次	3 月 26 日（星期三上午 9 時 30 分）		衛生福利部 3 樓 301 會議室
第 2 次	4 月 23 日（星期三上午 9 時 30 分）		
第 3 次	5 月 21 日（星期三上午 9 時 30 分）		
第 4 次	6 月 25 日（星期三上午 9 時 30 分）		
各總額部門 113 年度執行成果發表暨評核會議	7 月 14 日（星期一上午 9 時）全天 7 月 15 日（星期二上午 9 時）半天		另行安排
第 5 次	7 月 23 日（星期三上午 9 時 30 分）		衛生福利部 3 樓 301 會議室
第 6 次	8 月 20 日	（星期三上午 9 時 30 分）	
115 年度總額協商草案會前會		（星期三下午 1 時）	
115 年度總額協商會議	★9 月 24 日（星期三上午 9 時）全天 若有協商未盡事宜，則於 9 月 25 日（星期四）上午 9 時 30 分處理		
第 7 次	★9 月 26 日（星期五上午 9 時 30 分）		
第 8 次	10 月 22 日	（星期三上午 9 時 30 分）	
費率審議前專家諮詢會議		（星期三下午 1 時）	
第 9 次	★11 月 19 日（星期三上午 9 時 30 分）		
第 10 次	12 月 24 日（星期三上午 9 時 30 分）		

備註：1.以★標註者，委員必須親自出席，不得委由代理人出席。

2.考量第 7 次委員會議與總額協商會議時間相近，且係為確認各部門總額及其他預算協商結論，為避免遠程委員旅途奔波，委員可視需要，選擇視訊方式參與。

3.各次委員會議時間或地點如有更動，另行通知。

4.如需召開臨時委員會議，其時間與地點另行通知。

### 114 年度工作計畫(草案)-社保司/健保署意見及本會處理說明

工作項目 (原規劃提報月份)	社保司/健保署意見	本會處理說明
1.法定諮詢事項「衛福部 115 年度健保總額範圍(草案)併同健保署之財務試算諮詢案」(4 月)	社保司回復：為利辦理 115 年健保總額範圍擬訂作業，建議改於 114 年 5 月份委員會議安排諮詢 115 年度健保總額範圍(草案)，並將於該案說明 115 年健保總額範圍(高低推估值)、基期與低推估公式。	擬依社保司建議，將法定諮詢事項調整至 5 月份委員會議。
2.全民健康保險業務執行(季)報告(每月) 註：季報告依例為 2、5、8、11 月進行口頭報告，2 月因未召開委員會改為 3 月，其餘月份為書面報告。	健保署回復：4、8、10、11 月之業務執行(季)報告，因受清明及中秋連假影響，及囿於季報告資料複雜及轉出時程較晚等因素，將不及於委員會議前週三提供，爰建請同意於會議當日提供書面報告。	請健保署於完成 4、8、10、11 月之業務執行(季)書面報告及電子檔後，逕行於委員會議前寄送委員參閱。

## 第二案

報告單位：本會第三組

案由：「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」核定結果及後續相關事項，請鑒察。

說明：

- 一、衛福部業於 113 年 12 月 30 日以衛部保字第 1131260733 號函，核定「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」暨「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」(公文如附件一，第 58~59 頁)，及其附件(114 年 1 月 3 日以電子請辦單更新，如附件二，第 60~100 頁)。並於 114 年 1 月 9 日公告(業置於本會網站：健保會首頁>公告及重要工作成果>醫療給付費用總額及其分配，網址 <https://gov.tw/dtm>)。
- 二、衛福部核(決)定之全民健康保險醫療給付費用總額(下稱總額)及健保財務收支情形，摘要如下：

### (一)114 年度總額及成長率：

全年總額約為 9,286.25 億元，相較 114 年度基期(8,802.17 億元)，成長率為 5.5%，彙整如下表：

衛福部核(決)定結果：									
114 年度 醫療費用	牙醫門 診總額	中醫門 診總額	其他 預算	醫院總額	西醫基層總額	年度總額			
金額 (億元)	547.93	341.92	208.84	6,437.12	1,750.44	約9,286.25			
成長率/ 增加金額	4.679%	5.274%	增加 15.64 億元	5.500%	5.500%	5.500%			
本會協定結果：									
金額 (億元)	547.93	341.92	182.28	付費者方案	醫界方案	付費者方案	醫界方案	付費者方案	醫界方案
				6,409.97	6,434.76	1,725.38	1,750.43	約 9,207.48	約 9,257.32
成長率/ 增加金額	4.679%	5.274%	減少 10.92 億元	5.055%	5.461%	3.990%	5.500%	4.605%	5.171%

註：1.門診透析服務總成長率 3%、總金額 473.75 億元，其中醫院總額為 246.87 億元，西醫基層總額為 226.88 億元，已分別併入醫院及西醫基層總額計算。

2.年度及各部門總額之金額為預估值，最終仍以健保署結算資料為準。

(二)健保署依據 114 年度總額核(決)定結果，提供 111~114 年健保財務收支情形，預估 114 年度保險收支短絀 171 億元，至 114 年底安全準備累計餘額為 1,443 億元，約當 2.02 個月保險給付支出，如附件三(第 101 頁)。

三、本會協定結果與衛福部核(決)定結果比較表，詳附件四(第 102~117 頁)，摘要如下：

(一)114 度總額及其分配方式之核(決)定重點：

1.達成共識之牙醫門診總額、中醫門診總額及門診透析服務之額度及相關分配：同本會協定結果。

2.其他預算(附件四-1，詳比較表第 102~103 頁)：

(1)調整 2 項預算額度及決定事項文字(如下表，修訂如劃線處)，其餘項目同本會協定結果：

單位：億元

全年經費 項 目	本會協 定金額	衛福部決定	
		金額	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	10	<u>20</u>	經費之支用，除依本會所議定之適用範圍與動支程序辦理，如遇有藥品全球供應鏈不穩定等特殊事件，亦得動支。
114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等(114 年新增項目)	25	<u>41.56</u>	請健保署辦理下列事項： 1.本項經費用於通盤檢討及修訂特定診療支付標準，如急重難罕症相關支付標準等，與多年未通盤調整的部分，列為優先調整項目，並不得直接用於保障點值每點0.95元相關費用。 2.本項目支用前，將依程序提本會報告同意後進行運用。

(2)移出總額改由公務預算支應 3 項：

①「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」(-14.86 億元)。

②「提升保險服務成效」(-5 億元)。

③「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」(-40 億元)。

3.未達共識兩案併陳之醫院總額，衛福部決定重點如下：(附件四-2，詳比較表第 104~110 頁)

(1)一般服務：

①新增 6 項：

A.「因支付衡平性已調整支付標準項目」(18.088 億元)。

B.「因應牙醫支付標準調整所增加預算」(0.007 億元)。

C.「因應 Pre-ESRD 及 Early-CKD 配合國際臨床指引-UPCR 修訂為 UACR(每件增加 235 點)所增加預算」(2 億元)。

D.「C 肝照護品質提升衍生之醫療費用」(0.593 億元)。

E.「合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含 RBRVS)」(15.869 億元)。

F.「配合 888 健康台灣，擴大國健署疾病篩檢，疑似陽性個案致使健保醫療利用提升，醫療服務密集度改變」(25 億元)。

②自專款移列 1 項「因應長新冠照護衍生費用」(1.28 億元)。

③移出總額改由公務預算支應 1 項「全日護病比」(-25 億元)。

(2)專款項目：

①移併/列一般服務 2 項：

A.「促進醫療服務診療項目支付衡平性」(-26.69 億元)，併入「合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含 RBRVS)」項目。

B.「因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增」(-5

億元)，併入「配合 888 健康台灣，擴大國健署疾病篩檢，疑似陽性個案致使健保醫療利用提升，醫療服務密集度改變」項目。

C.「因應長新冠照護衍生費用」(-1.28 億元)。

②「醫療給付改善方案」項下，新增「化療學名藥及擴大多重慢性病收案照護方案」。

③移出總額改由公務預算支應 4 項：

A.「網路頻寬補助費用」(-2 億元)。

B.「住院整合照護服務試辦計畫」(-5.6 億元)。

C.「癌症治療品質改善計畫(-4.14 億元)。

D.「慢性傳染病照護品質計畫」(-1.8 億元)

4.未達共識兩案併陳之西醫基層總額，衛福部決定重點如下：  
(附件四-3，詳比較表第 111~117 頁)

(1)一般服務：

①新增 4 項：

A.「因應預防保健政策改變產生之服務密集度」(3.6 億元)。

B.「代謝症候群及 C 肝照護品質提升衍生之醫療費用」(6.266 億元)。

C.「CKD 方案比照 DKD 方案採用 UACR 檢測」(1.998 億元)。

D.「因支付衡平性已調整支付標準之項目」(4.692 億元)。

②自專款移列 2 項：

A.「促進醫療服務診療項目支付衡平性」(10 億元)。

B.「因應長新冠照護衍生費用」(0.1 億元)。

③移列至專款 1 項「提升國人視力照護品質」(-33.357 億元)。

(2)專款項目：

- ①新增 1 項「暫時性支付」(0.58 億元)。
- ②自一般服務移列 1 項「提升國人視力照護品質」(35.748 億元)。
- ③移列一般服務 2 項：
  - A.「促進醫療服務診療項目支付衡平性」(-10 億元)。
  - B.「因應長新冠照護衍生費用」(-0.1 億元)。
- ④「醫療給付改善方案」項下，新增「化療學名藥方案」。
- ⑤移出總額改由公務預算支應 4 項：
  - A.「網路頻寬補助費用」(-2.53 億元)。
  - B.「代謝症候群防治計畫」(-6.16 億元)。
  - C.「癌症治療品質改善計畫」(-0.93 億元)。
  - D.「慢性傳染病照護品質計畫」(-0.2 億元)。

(二)114 年度一般服務費用之地區預算分配方式：

牙醫門診、中醫門診、醫院及西醫基層總額：同意依協定結果辦理。

四、有關健保署依 114 年度各部門總額核(決)定事項之辦理情形，說明如下：

- (一)各部門總額應於 114 年 3 月前依法定程序辦理及提本會報告之項目，共計 57 項，健保署於 3 月 17 日回復其辦理情形，彙整如附件五(第 118~138 頁)。已辦理完成之項目計 37 項(含副知本會、需提本會報告或討論之項目)；尚未辦理完成之項目計 20 項，未完成率為 35.1%，整理如下表：

類別 部門別	依法定程序辦理，副知項目 (40 項)		需提本會報告或討論項目 (17 項)	
	未完成數/ 應完成數	項目別	未完成數/ 應完成數	項目別
牙醫門診	08	—	02	—
中醫門診	08	—	02	—
醫院	811	項次 1、2、4~8、10	15	項次 15



類別 部門別	依法定程序辦理，副知項目 (40 項)		需提本會報告或討論項目 (17 項)	
	未完成數/ 應完成數	項目別	未完成數/ 應完成數	項目別
西醫基層	3/6	項次 2、3、5	3/7	項次 9、11、12
門診透析	1/1	項次 1	1/1	項次 2
其他預算	3/6	項次 2、3、5	—	—
合計	15/40 (37.5%)	15	5/17 (29%)	5

(二)依健保署提報之辦理情形，尚有 20 個協商項目尚待依時程完成，請健保署儘速辦理。

五、擬具「114 年度各部門總額協定事項及相關計畫追蹤時程表(草案)」(如附件六，第 139~179 頁)，請健保署會同各總額部門及早研擬及規劃，並依時程提報辦理情形。

擬辦：請健保署依衛福部函示及核(決)定事項，會同各部門總額相關團體或相關單位辦理下列事項：

- 一、儘速辦理「114 年度各部門總額須提至本會委員會議報告或同意之核(決)定事項」。
- 二、確實依「114 年度各部門總額協定事項及相關計畫追蹤時程表」所列時程(如附件六，第 139~179 頁)，完成相關法定程序及提報本會等事宜。

決定：

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段  
488號  
聯絡人：黃曼青  
聯絡電話：(02)8590-6761  
傳真：(02)8590-6048  
電子郵件：hgching@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年12月30日

發文字號：衛部保字第1131260733號

達別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：114年度全民健康保險醫療給付費用總額核(決)定項目表1份  
(A210000001\_1131260733\_doc2\_Attach1.pdf)

主旨：所報「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配  
方式」暨「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」案，核定如說明，復請查  
照。

說明：

- 一、復貴會113年11月6日衛部健字第1133360147號書函暨同年  
12月2日衛部健字第1133360162號書函。
- 二、旨揭事項核定如附件，114年整體醫療給付費用總額約為  
9,286.248億元，相較114年基期，成長率為5.5%；另各部  
門總額一般服務費用之地區預算分配方式同意依協定結果  
辦理。
- 三、副本抄送中央健康保險署，請會同總額相關團體及本部相  
關單位，依核(決)定事項，研訂及推動各新增項目之執  
行內容。

正本：本部全民健康保險會



副本：衛生福利部中央健康保險署(含附件)



表單單號：1140103781

申請時間：114/01/03\_14:07:26

## 衛生福利部 請辦單(全民健康保險會)

收文單位：

■ 全民健康保險會

請辦事由：

有關「114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」暨「地區預算分配」，業於113年12月30日以衛部保字第1131260733號函核定送貴會在案(諒達)，敬請協助抽換附件資料，請查照。

※請惠予//前回復資料。

速 別 最速件

發文單位	社會保險司	申請人	黃曼青	分 機	6761
發文單位附件	 函附件_114總額決定項目表(彙整版)V2.pdf				
擬辦：					
回復意見：					
批示：					
向上陳核或會辦處理	陳燕鈴	決 行			
附 件 檔					

※請辦單使用說明手冊

## 處理過程

送件人	送件時間	收件人	處理時間	程 序	處理結果
黃曼青(專員)	114/01/03 14:07:54	郭乃文(科長)	114/01/03 14:19:06	主管或會辦人員處理	送 件
郭乃文(科長)	114/01/03 14:19:06	陳淑華(專門委員)	114/01/03 15:23:40	主管或會辦人員處理	送 件
陳淑華(專門委員)	114/01/03 15:23:40	陳真慧(副司長)	114/01/03 18:02:33	主管或會辦人員處理	送 件(決行)
陳真慧(副司長)	114/01/03 18:02:33	陳舒晴(工友)	114/01/06 10:15:40	單位登記桌	送 件
陳舒晴(工友)	114/01/06 10:15:40	盛培珠(技正)		請辦承辦人辦理	待 辦

另存PDF檔

## 114年度全民健康保險醫療給付費用總額核(決)定項目表

114年總額為9,286.248億元，較基期(8,802.166億元)，成長率為5.5%。

單位：%，百萬

總額部門 項目	醫院*	西醫基層*	牙醫門診	中醫門診	其他預算	合計
114年各部門總額預算 (一般+專款)	619,024.7	152,356.2	54,793.1	34,192.0	20,883.7	928,624.8
114年門診透析服務	24,687.2	22,687.9				
合計	643,711.9	175,044.1	54,793.1	34,192.0	20,883.7	
較基期之總額成長率/ 其他預算為增加金額	5.5%	5.5%	4.679%	5.274%	1,563.9	5.500%

\*註：醫院及西醫基層總額含門診透析預算，門診透析協商達共識，整體成長率3%。

### 一、牙醫門診總額：成長率4.679%。

#	項目 (★為114年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
<b>一般服務項目</b>				
1	★促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)【114年新增項目】	0.011%	5.5	本項配合醫療器材使用規範修訂已導入支付標準修訂項目，於一般服務編列預算。
2	★「12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」專款與一般服務重複費用扣減【114年新增項目】	0.000%	-0.2	
3	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.010%	-4.7	本項不列入115年度總額協商之基期費用。
<b>專款項目</b>				
1	醫療資源不足地區改善方案	323.8	13.8	1. 持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。 2. 請中央健康保險署檢討改善本計畫之執行規劃，並研議更有效之鼓勵策略。
2	牙醫特殊醫療服務計	805.9	24.2	1. 持續辦理先天性唇顎裂與

#	項目 (★為114年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
	畫			<p>顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者、老人長期照顧暨安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務。</p> <p>2. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1) 持續監測本計畫醫療團適用對象(包含：不同障礙別、障礙等級)之醫療利用情形，以評估照護成效及資源分配公平性。</p> <p>(2) 依114年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。其預算扣減方式規劃，請會同牙醫門診總額相關團體議定後，於114年7月提全民健康保險會報告。</p>
3	12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫	171.5	0.0	<p>請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果(如：參加本計畫追蹤1年後平均拔牙顆數、齲齒情形等結果面指標)，以評估照護成效。</p>
4	超音波根管沖洗計畫	144.8	0.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>1. 會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，及評估照護成效。</p> <p>2. 本計畫以3年為檢討期限(112~114年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動</p>

#	項目 (★為114年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
				<p>式檢討逐年成效，並於執行第3年(114年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p> <p>3. 請於協商115年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。</p>
5	高風險疾病口腔照護計畫	2,800.0	1,201.0	<p>1. 加強高風險疾病病人口腔照護，並增加照護人數。</p> <p>2. 執行目標：</p> <p>(1) 「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達150萬人次。</p> <p>(2) 「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(P7302C)預估服務人次不低於189萬人次。</p> <p>(3) 「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C) 照護人數不低於66萬人。</p> <p>(4) 「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(P7302C)照護人數不低於100萬人。</p> <p>預期效益之評估指標：</p> <p>(1) 國人牙齒保存數較衛生福利部「110-112年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增加。</p> <p>(2) 自113年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。</p>

#	項目 (★為114年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
				<p>(3) 65歲以上接受照護病人(註1)3年後(116年執行完，自117年起)因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數較該年度比較族群(註2)減少。</p> <p>註：</p> <p>1. 65歲以上接受照護病人為「連續3年每年至少執行2次或2次以上91090C+P7302C之65歲以上病人」。</p> <p>2. 該年度比較族群為117年68歲以上至牙科就診之病人。</p> <p>3. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1) 會同牙醫門診總額相關團體，於具體實施計畫中，妥為研訂「高風險疾病病人牙結石清除/塗氟」增加照護人數之作法，並評估其完整照護率及照護成效，研議朝完整照護包裹式支付、論病例或論質計酬等方向，進行支付制度改革。</p> <p>(2) 本計畫以3年為檢討期限(112~114年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，並於執行第3年(114年7月前)提出納入一般服務或</p>



#	項目 (★為114年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
				退場之評估指標及檢討結果。 (3) 請於協商115年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。
6	特定疾病病人牙科就醫安全計畫	307.1	0.0	1. 適用對象新增帕金森氏病人、失智症病人、甲狀腺相關疾病病人、與牙科治療相關之自體免疫系統病人。 2. 請中央健康保險署辦理下列事項： (1) 會同牙醫門診總額相關團體，訂定「預期效益之評估指標」之監測值，以利評估成效，並於 114年7月前提報全民健康保險會。 (2) 本計畫以3年為檢討期限(113-115年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年(115年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。
7	促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)	0.0	-5.5	本項移列一般服務。

#	項目 (★為114年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
8	★非齒源性口腔疼痛處置【114年新增項目】	14.4	14.4	<ol style="list-style-type: none"> <li>執行目標：114年執行12,000人次，並以114年實施時程等比率換算目標值。預期效益之評估指標：本計畫2年後(即115年執行完，自116年起)，病歷記載之疼痛分數下降超過3成。</li> <li>請中央健康保險署辦理下列事項： <ol style="list-style-type: none"> <li>會同牙醫門診總額相關團體，訂定醫療服務內容(含適應症之條件及申報資格，如限定專科別及層級別等)，於113年12月前提報全民健康保險會。</li> <li>本計畫以3年為檢討期限(114~116年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年(116年7月)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</li> </ol> </li> </ol>
9	品質保證保留款	95.8	48.0	<ol style="list-style-type: none"> <li>本項專款額度(95.8百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原106年品質保證保留款之額度(116.4百萬元)，合併運用(計212.2百萬元)。</li> <li>請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更</li> </ol>

#	項目 (★為114年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
				具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
10	網路頻寬補助費用	0.0	-143.0	本項113年預算143百萬元，114年改由公務預算支應。
11	癌症治療品質改善計畫	0.0	-10.0	本項113年預算10百萬元，114年改由公務預算支應。

## 二、中醫門診總額：成長率5.274%。

#	項目 (★為114年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
一般服務項目				
1	★提升用藥品質 【114年新增項目】	1.112%	347.0	<ol style="list-style-type: none"> <li>執行目標：提高慢性病處方箋的使用，符合條件的慢性病患者使用長日數(大於7日)處方箋的比率較前1年提升1%。 預期效益之評估指標：中藥不良反應報告數量較前1年改善(計算方法：中藥不良反應報告數/總用藥人次*100%)。</li> <li>請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理下列事項： <ol style="list-style-type: none"> <li>應增加健保中藥給付品項、提升用藥品質，並減少民眾用藥自費情形，具體規劃於113年12月前提報全民健康保險會。</li> <li>於額度內妥為管理運用，並落實中藥用藥品質提升及費用之監督與管理。</li> <li>研議將科學中藥納入核實申報及進行藥價</li> </ol> </li> </ol>

#	項目 (★為114年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
				調查之可行性。
2	★中醫門診總額「醫療資源不足地區改善方案」專款之論量計酬費用移撥至一般服務費用不足部分【114年新增項目】	0.513%	160.0	
3	★「中醫癌症患者加強照護整合方案」專款(114年新增子宮頸癌、子宮體癌、甲狀腺癌)與一般服務重複費用扣減【114年新增項目】	-0.018%	-5.5	
4	「照護機構中醫醫療照護方案」專款之論量計酬費用移列一般服務【114年新增項目】	0.276%	86.0	
5	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.003%	-0.8	1. 為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。 2. 本項不列入115年度總額協商之基期費用。
<b>專款項目</b>				
1	醫療資源不足地區改善方案	183.0	3.0	請中央健康保險署加強推動中醫巡迴醫療服務及獎勵開業服務計畫，並優先改善偏遠等級高地區之醫療服務。
2	西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 (1)腦血管疾病 (2)顱腦損傷 (3)脊髓損傷	465.9	29.1	持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷、呼吸困難相關疾病及術後疼痛中醫照護。

#	項目 (★為114年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
	(4)呼吸困難相關疾病 (5)術後疼痛			
3	中醫提升孕產照護品質計畫	82.0	12.0	請中央健康保險署持續評估本計畫提升孕產照護的成效，對於執行成效良好之保胎項目，請規劃導入一般服務；另對成效有待提升之助孕項目，請研提改善策略，以提升助孕成功率。
4	兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	0.0	-21.2	本項自114年度起停辦。
5	中醫癌症患者加強照護整合方案	352.3	87.3	<p>1. 執行目標：服務人數16,000人。 預期效益之評估指標：</p> <p>(1) FACT-G 收案對象中50%的人量表分數，較收案時增加。</p> <p>(2) CTCAE 收案對象中50%的人量表分數，較收案時降低。</p> <p>2. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1) 持續辦理「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」。</p> <p>(2) 其中「癌症患者中醫門診加強照護計畫」，擴大適用於子宮頸癌、子宮體癌及甲狀腺癌。</p>

#	項目 (★為114年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
6	中醫急症處置	10.0	0.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 會同中醫門診總額相關團體，持續檢討計畫執行情形及成效，於114年7月前提全民健康保險會報告。</li> <li>2. 本計畫再試辦 1 年，若未呈現具體成效則應退場。</li> </ol>
7	中醫慢性腎臟病門診 加強照護計畫	152.4	47.1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 執行目標：參與院所數為180家及服務人數以8,000人為目標。預期效益之評估指標：收案對象平均eGFR 分數，較收案時增加。</li> <li>2. 請中央健康保險署辦理下列事項： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 持續檢討費用申報之合理性，並分析治療模式、醫療服務介入成效等，以建立合理給付標準。</li> <li>(2) 依114年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用，其預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於114年7月提全民健康保險會報告。</li> </ol> </li> </ol>
8	照護機構中醫醫療照 護方案	8.0	-40.0	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本計畫編列論次費用8百萬元，論量計酬費用移列一般服務。</li> <li>2. 請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，檢討本計畫費用(含論量計酬費用)申報之合理性，</li> </ol>

#	項目 (★為114年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
				並分析治療模式、醫療服務介入成效等，朝論質計酬及建立合理支付等方向，精進支付制度。
9	品質保證保留款	29.8	-27.6	1. 本項專款額度(29.8百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原106年品質保證保留款之額度(22.8百萬元)，合併運用(計52.6百萬元)。 2. 請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
10	網路頻寬補助費用	0.0	-83.0	本項113年預算83百萬元，114年改由公務預算支應。

### 三、西醫基層總額：成長率5.5%。

#	項目 (★為114年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
一般服務項目				
1	新醫療科技(新藥、新特材、新增診療項目)	0.170%	228.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1. 在額度內妥為管理運用，於114年度總額公告後，至全民健康保險會最近1次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於115年度總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。

#	項目 (★為 114 年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
				2. 對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。 3. 請於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。
2	藥品及特材給付規定改變	0.363%	486.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1. 在額度內妥為管理運用，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於 115 年度總額協商前，提出年度給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。 2. 請於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。
3	因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費	0.492%	659.3	1. 本項預算用於反映護理人員薪資，提升護理照護品質。 2. 請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項： (1)於 114 年度總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至全



#	項目 (★為 114 年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
				民健康保險會最近 1 次委員會議。 (2)建立稽核機制，以確實提升護理照護品質。
4	提升國人視力照護品質	-2.488%	-3,335.7	移列至專款項目「提升國人視力照護品質」。
5	★因應預防保健政策改變產生之服務密集度【114 年新增項目】	0.269%	360.0	請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，於額度內妥為管理運用。
6	★代謝症候群及 C 肝照護品質提升衍生之醫療費用【114 年新增項目】	0.467%	626.6	請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，於額度內妥為管理運用。
7	★CKD 方案比照 DKD 方案採用 UACR 檢測【114 年新增項目】	0.149%	199.8	請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，於額度內妥為管理運用。
8	★因支付衡平性已調整支付標準之項目【114 年新增項目】	0.350%	469.2	本項配合「醫療器材使用規範修訂」、「西醫基層申報藥服費未滿 7 歲兒童得依表定點數加計」已導入支付標準修訂項目，以及原編列於專款之單次使用醫材(SUD)導入於一般服務編列預算。
9	★因應長新冠照護衍生費用【自專款移列一般】	0.007%	10.0	請中央健康保險署監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用。
10	★促進醫療服務診療項目支付衡平性【自專款移列一般】	0.746%	1,000.0	請中央健康保險署檢討西醫基層總額支付標準，與監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用，並會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討。

#	項目 (★為 114 年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
11	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.004%	-5.0	1. 為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。 2. 本項不列入 115 年度總額協商之基期費用。
<b>專款項目</b>				
1	★暫時性支付(新藥、新特材)【114 年新增項目】	58.0	58.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1. 本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。 2. 在額度內妥為管理運用，並於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出具體實施規劃(含執行方式、預算估算及財務控管、擬訂暫時收載年限、療效評估與退場機制等)，俾落實管控。 3. 請於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

#	項目 (★為114年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
2	★提升國人視力照護品質【自一般移列專款】	3,574.8	3,574.8	<p>請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 依衛生福利部核定結果，研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部核定後，提報全民健康保險會最近1次委員會議。</li> <li>2. 持續檢討白內障手術案件成長合理性、手術時機適當性，及監測照護成效與民眾自費情形，以確保醫療品質及民眾權益。</li> <li>3. 加強執行面管理與監督，建立診療指引及醫療利用監測機制，提升分區管理及專業自律。</li> <li>4. 本項以5年為檢討期限，之後回歸一般服務。</li> <li>5. 本項醫療點數以每點1元為原則；費用若有超支，依全民健康保險法第62條規定採浮動點值處理。</li> </ol>
3	西醫醫療資源不足地區改善方案	423.9	106.8	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 經費得與醫院總額同項專款相互流用。</li> <li>2. 請中央健康保險署持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與。</li> </ol>
4	家庭醫師整合性照護計畫	4,648.0	400.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 依論質計酬模式，以改變民眾生活習慣為計畫推動方向，提出全人照護整合之具體規劃，建立照護指引及訂定相應之品質指標。</li> </ol>

#	項目 (★為 114 年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
				2. 請落實依個案疾病風險分級管理照護，建議依會員疾病風險擬訂對應的個案管理照護費，避免逆選擇效應。 3. 新增之風險管理照護諮商應建立執行面指標及結果面成效品質指標，以利評估成效。
5	C 型肝炎藥費	462.0	170.0	1. 本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2. 請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協商 115 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一。
6	醫療給付改善方案	906.1	5.8	1. 持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、生物相似性藥品、化療學名藥等方案。 2. 請中央健康保險署辦理下列事項： (1) 滾動式檢討方案內容，對執行多年的方案，若實施模式成熟且成效良好，請比照糖尿病方案導入支付標準，若照護率低或成效不明確，應提出

#	項目 (★為 114 年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
				<p>改善策略，或啟動退場機制。</p> <p>(2) 檢討生物相似性藥品方案之執行成效，評估對醫療費用及醫療品質影響。</p> <p>(3) 朝全人照護方向整合相關計畫(如：家庭醫師整合性照護計畫、地區醫院全人全社區照護計畫等)，以避免病患被重複收案。</p> <p>(4) 建議依病患之疾病風險提供分級管理照護服務，擬訂對應的個案管理費，以避免逆選擇效應。</p>
7	強化基層照護能力及「開放表別」項目	1,720.0	400.0	<p>1. 本項經費依實際執行扣除原基期點數併入西醫基層總額一般服務費用結算。</p> <p>2. 依衛生福利部核定結果，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。</p> <p>3. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1) 提出規劃調整開放之項目與作業時程。</p> <p>(2) 對於開放多年且穩定實施之項目，建議規劃導入一般服務項目。</p>
8	鼓勵院所建立轉診合作機制	258.0	0.0	<p>1. 經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調</p>

#	項目 (★為114年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
				整費用」支應。 2. 請中央健康保險署辦理下列事項： (1)為落實分級醫療之健保重要政策，建議以提升基層醫療品質為努力目標，精進分級醫療轉診策略，以改善分級醫療推動成效。 (2)會同西醫基層及醫院總額相關團體，持續檢討獎勵方式及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效。
9	偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫	50.0	0.0	請中央健康保險署精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與提供生產服務。
10	罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	30.0	0.0	1. 本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2. 請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。
11	後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	30.0	0.0	1. 本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2. 請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。

#	項目 (★為 114 年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
12	因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用	11.0	0.0	1. 本項經費依實際執行併入西醫基層總額一般服務費用結算。 2. 請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。
13	新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178.0	0.0	本項經費依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各分區一般服務費用結算。
14	提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫	10.0	0.3	請中央健康保險署加強計畫推動，並持續監測醫療利用情形與照護成效。
15	精神科長效針劑藥費	100.0	0.0	1. 本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2. 請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體積極提升基層院所使用長效針劑之比率，並評估本項專款之替代效果及執行效益。
16	因應長新冠照護衍生費用	0.0	-10.0	移列至一般服務項目「因應長新冠照護衍生費用」。
17	促進醫療服務診療項目支付衡平性	0.0	-1,000.0	移列至一般服務項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」。
18	品質保證保留款	128.4	2.2	1. 全年經費 128.4 百萬元。 2. 本項專款額度(128.4 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品質保證保留款之額度(105.2 百萬元)，合併運用(計 233.6 百萬元)。 3. 請中央健康保險署會同西

#	項目 (★為114年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
				醫基層總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
19	代謝症候群防治計畫	0.0	-616.0	本項113年預算616百萬元，114年改由公務預算支應。
20	網路頻寬補助費用	0.0	-253.0	本項113年預算253百萬元，114年改由公務預算支應。
21	癌症治療品質改善計畫	0.0	-93.0	本項113年預算93百萬元，114年改由公務預算支應。
22	慢性傳染病照護品質計畫	0.0	-20.0	本項113年預算20百萬元，114年改由公務預算支應。
<b>門診透析預算</b>				
	門診透析預算	3.090%	680.0	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 門診透析服務總費用成長率為3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。</li> <li>2. 門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，西醫基層總額本項服務費用成長率為3.090%。</li> <li>3. 門診透析服務總費用成長率3%(總費用 47,375.2百萬元)，維持 433.5百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析</li> </ol>



#	項目 (★為 114 年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
				<p>與提升其照護品質，其中 300 百萬元不得流用於一般服務。</p> <p>4. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1) 考量「居家血液透析」為新的照護模式，請會同門診透析服務相關團體審慎研議，於 114 年度總額公告後，完成擬訂專款「居家血液透析與提升其照護品質」之具體實施方式(包含：參與院所及醫師之資格條件與認定、適用對象、支付方式及結果面為導向之品質監測指標)，並提全民健康保險會報告。</p> <p>(2) 鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，以提升透析病人生活品質。</p> <p>(3) 持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。</p> <p>(4) 研議末期腎臟病患者之包裹式支付(bundled payment)方式，以提升照護完整性及醫療資源使用效率。</p> <p>(5) 持續加強鼓勵院所精進推動腹膜透析與提升其照護品質之實施</p>

#	項目 (★為 114 年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
				方案，監測腹膜透析病人照護品質及健康結果與執行成效，並於114年7月前提報專案報告。

四、醫院總額：成長率5.5%。

#	項目 (★為 114 年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
1	新醫療科技(新藥、新特材及新增診療項目)	0.825%	4,463.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 在額度內妥為管理運用，於114年度總額公告後，至全民健康保險會最近1次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於115年度總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。</li> <li>2. 積極引進新特材，避免新增差額給付項目。對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。</li> <li>3. 請於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。</li> </ol>
2	藥品及特材給付規定改變	0.370%	2,000.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 在額度內妥為管理運用，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支</li> </ol>

#	項目 (★為 114 年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
				應。於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於 115 年度總額協商前，提出年度給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。 2. 請於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。
3	★因支付衡平性已調整支付標準之項目【114 年新增項目】	0.334%	1,808.8	本項配合「醫療器材使用規範修訂」及「提升醫院兒童急重症照護量能」已導入支付標準修訂項目，以及原編列於專款之單次使用醫材(SUD)導入於一般服務編列預算。
4	★因應牙醫支付標準調整所增加預算【114 年新增項目】	0.0001%	0.7	用於因應牙醫門診總額 112 年度調整支付標準，預估於醫院總額增加之費用。
5	★因應 Pre-ESRD 及 Early-CKD 配合國際臨床指引-UPCR 修訂為 UACR(每件增加 235 點)所增加預算【114 年新增項目】	0.037%	200.0	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體擬訂預期效益之評估指標並於額度內妥為管理運用。
6	★C 肝照護品質提升衍生之醫療費用【114 年新增項目】	0.011%	59.3	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，並於額度內妥為管理運用。
7	★合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含 RBRVS)【114 年新增項目】	0.293%	1,586.9	請中央健康保險署檢討醫院基本診療支付標準，確保醫院合理反映員工薪資調整，與監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用，並會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討成效。

#	項目 (★為 114 年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
8	★配合 888 健康台灣，擴大國健署疾病篩檢，疑似陽性個案致使健保醫療利用性提升，醫療服務密集度改變【114 年新增項目】	0.462%	2,500.0	1. 本項為因應擴大癌篩後疑似陽性個案確診及治療之後續健保費用擴增用。 2. 請中央健康保險署會同醫院總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，於額度內妥為管理運用。
9	全日護病比(移出總額)	-0.462%	-2,500.0	本項 113 年預算 2,500 百萬元，114 年改由公務預算支應。
10	★因應長新冠照護衍生費用【自專款移列一般】	0.024%	128.0	請中央健康保險署監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。
11	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.001%	-3.2	1. 為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。 2. 本項不列入 115 年度總額協商之基期費用。
<b>專款項目</b>				
1	暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)	867.0	-1,562.9	請中央健康保險署辦理下列事項： 1. 本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。 2. 在額度內妥為管理運用，並於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出具體實施規劃(含執行方式、預算估算及財務控管、擬訂暫時收載年限、療效評估與退場機制等)，俾落實管控。 3. 請於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。
2	C 型肝炎藥費	2,224.0	0.0	1. 本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算

#	項目 (★為 114 年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
				<p>相關項目支應。</p> <p>2. 於協商 115 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一。</p>
3	罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	17,996.0	2,888.0	<p>1. 本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2. 請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控，於額度內妥為管理運用。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。</p>
4	後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	5,750.0	170.0	<p>1. 本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2. 請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控，於額度內妥為管理運用。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。</p>
5	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,364.3	156.3	<p>1. 經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2. 中央健康保險署於114年7月前提報之執行情形，應含醫療利用、等待時間及不同器官移植之存活率等。</p>
6	醫療給付改善方案	2,272.0	457.9	<p>1. 持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、乳癌、思覺失調症、</p>

#	項目 (★為 114 年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
				<p>B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質、生物相似性藥品、化療學名藥及擴大多重慢性病收案照護等方案。</p> <p>2. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1) 滾動式檢討方案內容，對執行多年的方案，若實施模式成熟且成效良好，請比照糖尿病方案導入支付標準，若照護率低或成效不明確，應提出改善策略，或啟動退場機制。另請檢討生物相似性藥品方案之執行成效，評估對醫療費用及醫療品質的影響。</p> <p>(2) 朝全人照護方向整合相關計畫(如：家庭醫師整合性照護計畫、地區醫院全人全社區照護計畫等)，以避免病患被重複收案。</p> <p>(3) 建議依病患之疾病風險提供分級管理照護服務，擬訂對應的個案管理費，以避免逆選擇效應。</p>
7	急診品質提升方案	300.0	0.0	<p>請中央健康保險署會同醫院總額相關團體辦理下列事項：</p> <p>1. 精進方案執行內容，以解</p>

#	項目 (★為 114 年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
				決急診壅塞為目標，並增訂壅塞無法達標之處理方式，以提升急診處置效率及照護品質，並於 114 年 7 月前提出專案報告。 2. 提報之成效評估檢討報告，應含急診處置效率及急診重大疾病照護品質相關監測指標。
8	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210.0	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1. 積極推動 DRGs 支付或作為品質衡量方式，朝建立論價值支付制度為推動方向。 2. 於 114 年 7 月前提出報告。
9	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	135.5	20.5	1. 本項經費得與西醫基層總額同項目專款相互流用。 2. 請中央健康保險署持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與。
10	全民健康險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	2,000.0	700.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1. 依衛生福利部核定結果，會同醫院總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。 2. 檢討「燈塔型醫院」之補助方式、獎勵成效，及計畫之評估指標。
11	鼓勵院所建立轉診之合作機制	224.7	0.0	1. 經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。 2. 請中央健康保險署辦理下

#	項目 (★為 114 年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
				列事項： (1)為落實分級醫療之健保重要政策，建議以提升基層醫療品質為努力目標，精進分級醫療轉診策略，以改善分級醫療推動成效。 (2)會同西醫基層及醫院總額相關團體，持續檢討獎勵方式及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效。 (3)監測各層級上下轉之情形，並有策略導向。
12	腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金	15.0	0.0	本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。
13	精神科長效針劑藥費	3,006.0	342.0	1. 本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2. 請中央健康保險署評估本項專款之替代效果及執行效益，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用。
14	鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫	300.0	0.0	請中央健康保險署精進計畫內容，檢討執行目標、預期效益評估指標及其目標值，以利檢討改善。
15	因應長新冠照護衍生費用	0.0	-128.0	移列至一般服務項目「因應長新冠照護衍生費用」。
16	因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增	0.0	-500.0	移列至一般服務項目「配合 888 健康台灣，擴大國健署疾病篩檢，疑似陽性個案致使



#	項目 (★為 114 年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
				健保醫療利用性提升，醫療服務密集度改變」。
17	促進醫療診療項目支付衡平性(合理調整基本診療章支付標準)	0.0	-2,669.0	本項移列一般服務，併入「合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含 RBRVS)」。
18	持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能	500.0	0.0	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能。</li> <li>2. 請中央健康保險署辦理下列事項： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 會同醫院總額相關團體，滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效(含提升民眾醫療服務之成效)，並定期提報執行情形。</li> <li>(2) 114年7月前提報之成效評估檢討報告，應含本項目具體成效之結果面指標及監測結果。</li> </ol> </li> </ol>
19	健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能	1,000.0	0.0	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能。</li> <li>2. 請中央健康保險署辦理下列事項： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 會同醫院總額相關團體，滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效(含提升民眾醫療服務之成效)，並定期提報執行情形。</li> <li>(2) 114年7月前提報之成</li> </ol> </li> </ol>

#	項目 (★為 114 年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
				效評估檢討報告，應含本項目具體成效之結果面指標及監測結果。
20	地區醫院全人全社區照護計畫	500.0	0.0	本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(117 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
21	區域聯防-提升急重症照護品質	268.0	187.0	本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(117 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
22	區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作	0.0	-127.0	本項移併至「區域聯防-提升急重症照護品質」專款項目。
23	抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫	225.0	0.0	本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(117 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
24	品質保證保留款	1,029.5	528.0	1. 全年經費 1,029.5 百萬元。 2. 本項專款額度(1,029.5 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品質保證保留款之額度(388.7 百萬元)，合併運用

#	項目 (★為 114 年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
				(計 1,418.2 百萬元)。 3. 請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
25	網路頻寬補助	0.0	-200.0	本項 113 年預算 200 百萬元，114 年改由公務預算支應。
26	住院整合照護服務試辦計畫	0.0	-560.0	本項 113 年預算 560 百萬元，114 年改由公務預算支應。
27	癌症治療品質改善計畫	0.0	-414.0	本項 113 年預算 414 百萬元，114 年改由公務預算支應。
28	慢性傳染病照護品質計畫	0.0	-180.0	本項 113 年預算 180 百萬元，114 年改由公務預算支應。
<b>門診透析預算</b>				
	門診透析預算	2.917%	699.7	1. 門診透析服務總費用成長率為 3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。 2. 門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，醫院總額本項服務費用成長率為 2.917%。 3. 門診透析服務總費用成長率 3% (總費用 47,375.2 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與

#	項目 (★為 114 年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
				<p>提升其照護品質，其中300百萬元不得流用於一般服務。</p> <p>4. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1) 考量「居家血液透析」為新的照護模式，請會同門診透析服務相關團體審慎研議，於 114 年度總額公告後，完成擬訂專款「居家血液透析與提升其照護品質」之具體實施方式(包含：參與院所及醫師之資格條件與認定、適用對象、支付方式及結果面為導向之品質監測指標)，並提全民健康保險會報告。</p> <p>(2) 鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，以提升透析病人生活品質。</p> <p>(3) 持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。</p> <p>(4) 研議末期腎臟病患者之包裹式支付(bundled payment)方式，以提升照護完整性及醫療資源使用效率。</p> <p>(5) 持續加強鼓勵院所精進推動腹膜透析與提升其照護品質之實施</p>

#	項目 (★為 114 年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
				方案，監測腹膜透析病人照護品質及健康結果與執行成效，並於114年7月前提報專案報告。

**五、其他預算：總預算208.837億元。**

#	項目 (★為 114 年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
1	基層總額轉診型態調整費用	800.0	0.0	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。</li> <li>2. 請中央健康保險署辦理下列事項： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 訂定分級醫療成效評估指標，持續監測病人流向(包含基層就醫占率與醫療費用變化情形)，評估分級醫療之執行效益。</li> <li>(2) 持續檢討鼓勵分級醫療政策及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，提出改善方案，以提升下轉成效。</li> <li>(3) 評估推動分級醫療相關措施對西醫基層總額之財務影響，以落實編列本項預算之目的。</li> <li>(4) 上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵</li> </ol> </li> </ol>

#	項目 (★為 114 年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
				院所建立轉診合作機制」，於 114 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
2	山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	1,356.6	501.2	<p>1. 預期效益之評估指標：</p> <p>(1) 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度。</p> <p>(2) 成人預防保健利用率。</p> <p>(3) 子宮頸抹片利用率。</p> <p>2. 執行目標：</p> <p>(1) 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度達 95%。</p> <p>(2) 於當地西醫基層診所執行之成人預防保健利用率 <math>\geq 20\%</math>。</p> <p>(3) 於當地西醫基層診所執行之子宮頸抹片利用率 <math>\geq 8\%</math>。</p> <p>3. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1) 持續檢討山地離島地區民眾之醫療利用情形及照護品質(含建立監測指標)，並評估 114 年新增鼓勵提升山地離島地區醫療服務措施之成效。</p> <p>(2) 新增「公費醫師在地服務診次費用」：建立評估機制，檢討本項預算對鼓勵公費醫師留鄉之成效，包括公費醫師留鄉比率、區內開業情形及區內就</p>

#	項目 (★為 114 年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
				<p>醫率等。</p> <p>(3) 新增「山地離島地區醫療院所點值保障費用」：應審慎評估鄰近都會地區醫療院所保障點值每點 1 元之合理性，並訂定排除條件。</p> <p>(4) 加強推動「偏鄉地區全人整合照護執行方案」，精進執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效。</p>
3	居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務	9,378.0	1,000.0	<p>1. 本項醫療點數以每點 1 元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第 62 條規定採浮動點值處理。</p> <p>2. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1) 持續精進居家醫療照護模式，提升品質與成效之評估指標(如依「居家醫療」、「重度居家醫療」與「安寧療護」等不同照護階段之特性與目的，訂定監測指標)，並檢討、修訂「居家醫療照護整合計畫」相關支付標準。</p> <p>(2) 擴大辦理「在宅急症照護試辦計畫」：</p> <p>1. 加強監測病人安全、治療品質及成效，並滾動檢討計畫內容，以精進在宅急症照護模式。</p>

#	項目 (★為 114 年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
				<p>II. 收集及分析本計畫替代醫院住院費用情形，供 115 年度總額協商參考。</p> <p>III. 以 4 年為檢討期限(113-116 年)，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則於執行第 4 年(116 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p> <p>IV. 於 114 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告(應含近年支付標準調整情形及成效指標監測結果)。</p>
4	支應醫院、基層總額 C 型肝炎藥費、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑專款不足之經費，及狂犬病治療藥費	215.0	125.0	
5	支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費	0.0	-125.0	本項移併至「支應醫院、基層總額 C 型肝炎藥費、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑專款不足之經費，及狂犬病治療藥費」專款項目。



#	項目 (★為 114 年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
6	推動促進醫療體系整合計畫	520.0	70.0	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」，及擴大辦理「遠距醫療會診」。</li> <li>2. 「遠距醫療會診」之執行目標及預期效益之評估指標： 預期效益：增加 2 個山地離島適用地區、80 個醫療資源缺乏地區、51 所矯正機關及 3 所分監等保險對象專科門診可近性。 執行目標：服務人次較前一年增加 10%。</li> <li>3. 請中央健康保險署辦理下列事項： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 檢討計畫執行方式，及評估醫療品質與成效，研提改善策略，以提升執行成效。</li> <li>(2) 為配合醫院「擴大多重慢性病收案照護」之政策，請強化多重慢性病人之整合照護。</li> <li>(3) 擴大辦理並持續精進「急性後期整合照護計畫」之照護模式及評估指標，朝強化社區型服務模式方向規劃，並於 114 年 7 月前提全民健康保險會報告。</li> <li>(4) 於 114 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告(應含</li> </ol> </li> </ol>

#	項目 (★為 114 年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
				支付標準調整情形及執行成效檢討)。
7	調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	2,000.0	1,559.4	經費之支用，除依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理，如遇有藥品全球供應鏈不穩定等特殊事件，亦得動支。
8	提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,928.1	274.3	請中央健康保險署辦理下列事項： 1. 持續檢討本計畫醫療利用情形(包含監測醫療利用率、檢討醫療利用成長合理性)，並加強執行面管理，訂定監測照護品質及健康結果改善之評估指標，評估執行成效，並於114年7月前提全民健康保險會報告。 2. 為減少疥瘡等傳染病發生，請衛生福利部協助矯正機關加強改善衛生環境。
9	腎臟病照護及病人衛教計畫	500.0	-11.0	1. 持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫，並於額度內妥為管理運用。 2. 請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續強化整合腎臟病

#	項目 (★為 114 年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
				<p>前期之相關疾病照護計畫(如逐步整合至大家醫計畫)，並朝向以人為中心之整合服務，以延緩病人進入透析之照護。</p> <p>(2)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。</p> <p>(3)檢討「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之預算額度及核發指標，訂定更具鑑別度之獎勵方式，以落實獎勵之目的。</p>
10	提升用藥品質之藥事照護計畫	30.0	0.0	請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會加強推動計畫，輔導特約藥局加入執行本計畫，並監測計畫之醫療利用及執行成效。
11	提升保險服務成效 (移出總額)	0.0	-500.0	本項 113 年預算 500 百萬元，114 年改由公務預算支應。
12	★114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等 【114 年新增項目】	4,156.0	4,156.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本項經費用於通盤檢討及修訂特定診療支付標準，如急重難罕症相關支付標準等，與多年未通盤調整的部份，列為優先調整項目，並不得直接用於保障點值每點 0.95 元相關費用。</li> <li>2. 本項目支用前，將依程序</li> </ol>

#	項目 (★為 114 年新增項目)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	(核)決定事項文字
				提報健保會報告同意後進行運用。
13	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(移出總額)	0.0	-1,486.0	本項 113 年預算 1,486 百萬元，114 年改由公務預算支應。
14	因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能(移出總額)	0.0	-4,000.0	本項 113 年預算 4,000 百萬元，114 年改由公務預算支應。

111年至114年健保財務收支情形表  
(114年度總額成長率公告為5.5%)

單位：億元

項目	111年	112年	113年	114年
	審定決算數		自編決算數	預估數
醫療給付費用總額	8,096	8,364	8,755	9,286
成長率	3.320%	3.323%	4.700%	5.500%
保險成本	7,491	7,771	8,109	8,595
保險收入	7,603	8,110	8,335	8,424
一、保險費收入	7,474	7,730	7,989	8,256
(一)一般保險費	5,857	6,075	6,294	6,489
(二)補充保險費	734	723	707	643
(三)政府負擔不足法定36%之差額	883	933	988	1,124
二、其他收入	130	380	347	168
當年保險收支餘絀	113	339	226	-171
保險收支累計餘絀	1,049	1,388	1,614	1,443
約當保險給付支出月數	1.68	2.14	2.39	2.02

製表日期：114.02.03

- 說明：1、114年依健保會113年第10次委員會議(113.11.20)討論「全民健康保險114年度保險費率方案(草案)審議案」資料之假設條件進行推估。
- 2、保險收入＝保險費收入＋其他收入。
- 3、保險成本＝醫療給付費用總額－保險對象應自行負擔之費用－代位求償獲償金額－菸捐挹注罕病等之醫療費用±調整項＋其他保險成本。
- 4、其他收入包括菸品健康福利捐及公益彩券盈餘等依法分配收入、其他補助收入、利息收入及呆帳提列(減項)等。
- 5、114年保險費率維持以5.17%推估，另政府負擔不足法定36%之差額，以行政院協商確立之法律見解及計算方式為基礎。
- 6、核定之114年度全民健康保險醫療給付費用總額，係依114年度總額基期淨值約8,802.17億元為基期進行計算。
- 7、已納入以下政策之財務影響：
- (1) 113年點值補助122.03億元。
  - (2) 114年健保投保金額分級表第一級與最高一級之金額，分別由27,470元調整為28,590元(一年挹注約53億元)及219,500元調整為313,000元(一年挹注約33億元)。
  - (3) 114年1月起軍公教調薪3%(一年挹注約9億元)。
  - (4) 114年起政府應負擔健保費的計算範圍，以健保法規範者為限。
  - (5) 114年1月起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(即小雇主等)，自行舉證申報之投保金額，最低不得低於40,100元及其所屬員工申報之最高投保金額(一年挹注約5億元)。
- 7、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

附件四-1

114 年度其他預算之本會協定結果與衛福部決定比較表

序 號	項 目	本會協定結果		衛福部決定		說 明  (未列部分採本會協定結果)
		金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	
1	基層總額轉診型態調整費用	800.0	0.0	800.0	0.0	
2	山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	1,356.6	501.2	1,356.6	501.2	
3	居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務	9,378.0	1,000.0	9,378.0	1,000.0	
4	支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款不足之經費、及狂犬病治療藥費	215.0	125.0	215.0	125.0	
5	支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費	0.0	-125.0	0.0	-125.0	
6	推動促進醫療體系整合計畫	520.0	70.0	520.0	70.0	
7	調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	1,000.0	559.4	<u>2,000.0</u>	<u>1,559.4</u>	1.修訂金額為 20 億元。 2.決定事項：經費之支用，除依本會所議定之適用範圍與動支程序辦理，增列「如遇有藥品全球供應鏈不穩定等特殊事件，亦得動支。」

序 號	項 目	本會協定結果		衛福部決定		說 明  (未列部分採本會協定結果)
		金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	
8	提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,928.1	274.3	1,928.1	274.3	
9	腎臟病照護及病人衛教計畫	500.0	-11.0	500.0	-11.0	
10	提升用藥品質之藥事照護計畫	30.0	0.0	30.0	0.0	
11	114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行；以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等 (114 年新增項目)	2,500.0	2,500.0	<u>4,156.0</u>	<u>4,156.0</u>	1.修訂金額為 41.56 億元。 2.決定事項： 請健保署辦理下列事項： (1)本項經費用於通盤檢討及修訂特定診療支付標準，如急重難罕症相關支付標準等，與多年未通盤調整的部分，列為優先調整項目，並不得直接用於保障點值每點 0.95 元相關費用。 (2)本項目支用前，將依程序提全民健康保險會報告同意後進行運用。
12	提升保險服務成效(移出總額)	0.0	-500.0	0.0	-500.0	114 年改由公務預算支應。
13	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(移出總額)	0.0	-1,486.0	0.0	-1,486.0	114 年改由公務預算支應。
14	因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能(移出總額)	0.0	-4,000.0	0.0	-4,000.0	114 年改由公務預算支應。
總 計		18,227.7	-1,092.1	20,883.7	1,563.9	

114 年度醫院總額之本會協定結果與衛福部決定比較表

項目	本會協定結果				衛福部決定		說明 (決定事項詳附件二)
	付費者代表方案		醫院代表方案		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	
	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)			
一、一般服務							
醫療服務成本及人口 因素成長率	4.344%	23,504.9	4.344%	23,504.9	4.344%	23,504.9	
	投保人口預估成長率		0.362%		0.362%		
	人口結構改變率		1.807%		1.807%		
	醫療服務成本指數改 變率	2.161%		2.161%		2.161%	
協商因素成長率							
1.新醫療科技(新藥、新 特材及新增診療項目)	1.066%	5,769.3	6.560%	35,512.3	1.893%	10,243.5	金額採付費者代表方案
2.藥品及特材給付規 定改變 (*付費者代表方案名稱修 正為「給付規定改變(藥 品、特材、診療項目)」)	0.825%	4,463.0	0.554%	3,000.0	0.825%	4,463.0	
3.腹膜透析追蹤處置 費及 APD 租金 (*付費者代表方案列專款項目)	0.370%	2,000.0	0.370%	2,000.0	0.370%	2,000.0	採付費者代表方案，維 持編列於專款項目
4.因支付衡平性已調 整支付標準之項目 (114 年新增項目)	*—	*—	0.001%	8.0	—	—	決定事項增列配合「原編 列於專款之單次使用醫材 (SUD)導入」，於一般服務
	0.334%	1,808.8	0.334%	1,808.8	0.334%	1,808.8	



項目	本會協定結果						說明 (決定事項詳附件二)
	付費者代表方案		醫院代表方案		衛福部決定		
	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	
5.因應牙醫支付標準 調整所增加預算 (114 年新增項目)	0.0001%	0.7	0.0001%	0.7	0.0001%	0.7	編列預算
6.因應 Pre-ESRD 及 Early-CKD 配合國 際臨床指引-UPCR 修訂為 UACR(每 件增加 235 點)所 增加預算 (114 年新增項目) (*付費者代表方案併入項 目 2.「給付規定改變」)	*—	*—	0.037%	200.0	0.037%	200.0	
7.C 肝照護品質提升行 生之醫療費用 (114年新增項目)	0.000%	0.0	0.018%	100.0	<u>0.011%</u>	<u>59.3</u>	
8.合理調整基本診療 章支付標準，以合 理反映醫院員工薪 資調整、病房費調 整(含 RBRVS) (114 年新增項目)	0.000%	0.0	4.564%	24,698.0	<u>0.293%</u>	<u>1,586.9</u>	

項目	本會協定結果				衛福部決定		說明 (決定事項詳附件二)
	付費者代表方案		醫院代表方案				
	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	
9.配合 888 健康台灣，擴大國健署疾病篩檢，疑似陽性個案致使健保醫療利用提升，醫療服務密集度改變(114 年新增項目)	0.000%	0.0	0.554%	3,000.0	<u>0.462%</u>	<u>2,500.0</u>	
10.全日護病比(移出總額)	-0.462%	-2,500.0	0.000%	0.0	-0.462%	-2,500.0	改由公務預算支應
11.因應長新冠照護衍生費用(自專款項目移列一般服務項目)	0.000%	0.0	0.129%	700.0	<u>0.024%</u>	<u>128.0</u>	衛福部自專款項目移至一般服務項目
12.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.001%	-3.2	-0.001%	-3.2	-0.001%	-3.2	
一般服務 成長率	5.410%	29,274.2	10.904%	59,017.2	<u>6.237%</u>	<u>33,748.4</u>	
		570,362.9		600,090.4		<u>574,837.7</u>	
專款項目(全年計畫經費)							
1.暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術) (*醫院代表方案建議列其他預算)	542.0	-1,887.9	*0.0	*-2,429.9	<u>867.0</u>	<u>-1,562.9</u>	決定事項新增「本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用」

項目	本會協定結果						衛福部決定		說明 (決定事項詳附件二)
	付費者代表方案			醫院代表方案					
	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	
2.C 型肝炎藥費 (*醫院代表方案建議由公務預算支應，名稱修正為「C型肝炎藥費、檢驗檢查」)	2,224.0	0.0	*0.0	*-2,224.0			2,224.0	0.0	採付費者代表方案
3.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 (*醫院代表方案建議由公務預算支應)	17,996.0	2,888.0	*0.0	*-15,108.0			17,996.0	2,888.0	採付費者代表方案
4.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費 (*醫院代表方案建議由公務預算支應)	5,750.0	170.0	*0.0	*-5,580.0			5,750.0	170.0	採付費者代表方案
5.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,364.3	156.3	5,364.3	156.3			5,364.3	156.3	
6.醫療給付改善方案	1,814.1	0.0	2,271.8	457.7			<u>2,272.0</u>	<u>457.9</u>	決定事項新增「化療學名藥及擴大多重慢性病收案照護等方案」
7.急診品質提升方案	300.0	0.0	300.0	0.0			300.0	0.0	
8.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210.0	0.0	210.0	0.0			210.0	0.0	
9.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	135.5	20.5	135.5	20.5			135.5	20.5	

項目	本會協定結果				衛福部決定		說明 (決定事項詳附件二)
	付費者代表方案		醫院代表方案				
	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	
10.全民健康保險醫療 資源不足地區醫療 服務提升計畫	2,000.0	700.0	2,000.0	700.0	2,000.0	700.0	
11.鼓勵院所建立轉診 合作機制	224.7	0.0	224.7	0.0	224.7	0.0	
12.腹膜透析追蹤處置 費及 APD 租金 (*醫院代表方案列一般服務)	15.0	0.0	*0	*-15.0	15.0	0.0	採付費者代表方案
13.精神科長效針劑藥費	3,006.0	342.0	3,006.0	342.0	3,006.0	342.0	
14.鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、 簽署 DNR 及安寧療 護計畫	300.0	0.0	300.0	0.0	300.0	0.0	
15.因應長新冠照護行 生費用 (*醫院代表方案列一般服務)	0.0	-128.0	*0.0	*-128.0	0.0	-128.0	衛福部移列至一般服務 項目 11
16.因應肺癌篩檢疑似 陽性個案後續健保 費用擴增 (*醫院代表方案併入一般服務 項目 9.「配合 888 健康台灣， 擴大國健署疾病篩檢，疑似陽 性個案致使健保醫療利用提 升，醫療服務密集度改變」)	120.0	-380.0	*0.0	*-500.0	0.0	-500.0	採醫院代表方案，併入 一般服務項目 9

項目	本會協定結果				衛福部決定			說明 (決定事項詳附件二)
	付費者代表方案		醫院代表方案		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	
	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)				
17.促進醫療服務診療 項目支付衡平性	2,423.2	-245.8	1,423.2	-1,245.8	0.0	0.0	-2,669.0	衛福部移列一般服務，併 入一般服務項目8
18.持續推動分級醫療， 優化社區醫院醫療服 務品質及量能	500.0	0.0	500.0	0.0	500.0	500.0	0.0	
19.健全區域級(含)以 上醫院門住診結 構，優化重症照護 量能	1,000.0	0.0	1,000.0	0.0	1,000.0	1,000.0	0.0	
20.地區醫院全人全社 區照護計畫	500.0	0.0	500.0	0.0	500.0	500.0	0.0	
21.區域聯防-提升急重 症照護品質 (*醫院代表方案維持 113 年 項目名稱「區域聯防-主 動脈剝離手術病患照護跨 院合作」)	268.0	187.0	*81.0	*0.0	268.0	268.0	187.0	採付費者代表方案
22.區域聯防-腦中風經 動脈內取栓術病患 照護跨院合作 (*付費者代表方案移併項目 21)	*0.0	*-127.0	127.0	0.0	0.0	0.0	-127.0	採付費者代表方案，移併 至專款項目 21
23.抗微生物製劑管理 及感染管制品質提 升計畫	225.0	0.0	225.0	0.0	225.0	225.0	0.0	
24.品質保證保留款	1,029.5	528.0	1,029.5	528.0	1,029.5	1,029.5	528.0	

項目	本會協定結果				衛福部決定		說明 (決定事項詳附件二)
	付費者代表方案		醫院代表方案		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	
	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	金額(百萬元)	金額(百萬元)	
25.網路頻寬補助費用 (移出總額) (*改由公務預算支應)	0.0	-200.0	0.0	-200.0	0.0	-200.0	改由公務預算支應
26.住院整合照護服務 試辦計畫(移出總 額)	0.0	-560.0	0.0	-560.0	0.0	-560.0	改由公務預算支應
27.癌症治療品質改善 計畫(移出總額)	0.0	-414.0	0.0	-414.0	0.0	-414.0	改由公務預算支應
28.慢性傳染病照護品 質計畫(移出總額)	0.0	-180.0	0.0	-180.0	0.0	-180.0	改由公務預算支應
專款金額	45,947.3	869.1	18,698.0	-26,380.2	<u>44,187.0</u>	<u>-891.2</u>	
較基期成長率 (一般服務+專款)	5.142%	30,143.3	5.565%	32,637.0	<u>5.605%</u>	<u>32,857.2</u>	
		616,310.2		618,788.4		<u>619,024.7</u>	
門診透析服 務	2.917%	699.7	2.917%	699.7	2.917%	699.7	
		24,687.2		24,687.2		24,687.2	
較基期成長率 (一般服務+專 款+門診透析)	5.055%	30,843.0	5.461%	33,336.7	<u>5.500%</u>	<u>33,556.9</u>	
		640,997.4		643,475.6		<u>643,711.9</u>	

114 年度西醫基層總額之本會協定結果與衛福部決定比較表

項目	本會協定結果				衛福部決定			說明				
	付費者代表方案		西醫基層代表方案		成長率(%)或 金額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)					
	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)								
一般服務												
醫療服務成本及人口 因素成長率		3.746%	5,021.4	3.746%	5,021.4	3.746%	5,021.4					
									投保人口預估成長率	0.362%	0.362%	
									人口結構改變率	1.232%	1.232%	
									醫療服務成本指數改 變率	2.140%	2.140%	
協商因素成長率												
1.新醫療科技(新藥、 新特材及新增診療 項目) (*西醫基層代表方案列 專款項目)		-1.895%	-2,540.6	2.645%	3,546.2	0.521%	698.2	金額採付費者代表方 案，維持編列於一般服 務項目				
		0.170%	228.0	*	*	0.170%	228.0					
2.藥品及特材給付規 定改變 (*付費者代表方案名稱 修正為「給付規定改變 (藥品、特材、診療項目)」) (*西醫基層代表方案列 專款項目)		*0.363%	*486.0	*	*	0.363%	486.0	金額採付費者代表方 案，維持編列於一般服 務項目				

項目	本會協定結果				衛福部決定		說明
	付費者代表方案	西醫基層代表方案			成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
3.因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費	0.000%	0.0	0.492%	659.3	0.492%	659.3	金額採西醫基層代表方案
4.提升國人視力照護品質 (*付費者代表方案列專款項目，並自一般服務移列費用)	*-2.488%	*-3,335.7	0.742%	995.0	-2.488%	-3,335.7	採付費者代表方案，移列至專款項目
5.因應預防保健政策改變產生之服務密集度 (114年新增項目)	0.000%	0.0	0.269%	360.0	0.269%	360.0	金額採西醫基層代表方案
6.代謝症候群及C肝照護品質提升衍生之醫療費用 (114年新增項目)	0.000%	0.0	0.467%	626.6	0.467%	626.6	金額採西醫基層代表方案
7.CKD 方案比照DKD 方案採用UACR 檢測 (114年新增項目) (*付費者代表方案併入一般服務項目 2.「給付規定改變」)	*0.000%	*0.0	0.149%	199.8	0.149%	199.8	金額採西醫基層代表方案



項目	本會協定結果				衛福部決定		說明
	付費者代表方案		西醫基層代表方案		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	
	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)			
8.因支付衡平性已調整支付標準之項目 (114年新增項目)	0.064%	86.1	0.350%	469.2	0.350%	469.2	金額採西醫基層代表 方案
9.因應長新冠照護衍 生費用 (自專款項目移列 一般服務項目) (*西醫基層代表方案名 稱修正為「因應新冠肺炎 及長新冠照護衍生費 用」)	0.000%	0.0	*0.180%	*241.3	0.007%	10.0	衛福部自專款項目移 列一般服務項目
10.促進醫療服務診 療項目支付衡平 性 (自專款項目移列 一般服務項目)	—	—	—	—	0.746%	1,000.0	衛福部自專款項目移 列一般服務項目
11.違反全民健康保 險醫事服務機構 特約及管理辦法 之扣款	-0.004%	-5.0	-0.004%	-5.0	-0.004%	-5.0	
一般服務 成長率	1.851%	2,480.8	6.391%	8,567.6	4.267%	5,719.6	
		136,529.4		142,615.2		139,768.0	

項目	本會協定結果				衛福部決定		說明 (決定事項詳附件二)
	付費者代表方案		西醫基層代表方案		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	
	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)			
專款項目(全年計畫經費)							
1.新醫療科技(新藥、新特材及新增診療項目) (114年新增項目) (*付費者代表方案列一般服務)	*—	*—	228.0	228.0	—	—	採付費者代表方案，維持編列於一般服務項目
2.藥品及特材給付規定改變 (114年新增項目) (*付費者代表方案列一般服務)	*—	*—	486.0	486.0	—	—	採付費者代表方案，維持編列於一般服務項目
3.暫時性支付(新藥、新特材) (114年新增項目)	58.0	58.0	0.0	0.0	58.0	58.0	決定事項新增「本項經費得與醫院總額相互流用」，餘採付費者代表方案
4.提升國人視力照護品質 (自一般服務項目移列專款項目) (*西醫基層代表方案列一般服務)	3,503.0	3,503.0	*—	*—	3,574.8	3,574.8	採付費者代表方案，自一般服務移列至專款項目，並酌增費用

項目	本會協定結果				衛福部決定		說明
	付費者代表方案		西醫基層代表方案		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)			
5.鼓勵論病例計酬案件 (114年新增項目)	0.0	0.0	450.0	450.0	0.0	0.0	採付費者代表方案
6.西醫醫療資源不足地區改善方案 (*西醫基層代表方案建議列其他預算)	317.1	0.0	*0.0	*-317.1	423.9	106.8	
7.家庭醫師整合性照護計畫	4,648.0	400.0	4,648.0	400.0	4,648.0	400.0	
8.C型肝炎藥費	462.0	170.0	90.0	-202.0	462.0	170.0	採付費者代表方案
9.醫療給付改善方案	903.1	2.8	900.3	0.0	906.1	5.8	決定事項新增「化療學名藥」方案
10.強化基層照護能力及「開放表別」項目	1,720.0	400.0	1,412.5	92.5	1,720.0	400.0	金額採付費者代表方案
11.鼓勵院所建立轉診合作機制	258.0	0.0	258.0	0.0	258.0	0.0	
12.偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫	50.0	0.0	50.0	0.0	50.0	0.0	
13.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	30.0	0.0	30.0	0.0	30.0	0.0	
14.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	30.0	0.0	30.0	0.0	30.0	0.0	

項目	本會協定結果				衛福部決定		說明
	付費者代表方案	西醫基層代表方案	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
15.因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用	11.0	0.0	11.0	0.0	11.0	0.0	(決定事項詳附件二)
16.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178.0	0.0	178.0	0.0	178.0	0.0	
17.提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫	10.0	0.3	10.0	0.3	10.0	0.3	
18.精神科長效針劑藥費	100.0	0.0	30.0	-70.0	100.0	0.0	採付費者代表方案
19.因應長新冠照護衍生費用 (*西醫基層代表方案列一般服務)	0.0	-10.0	*0.0	*-10.0	0.0	-10.0	衛福部移列至一般服務項目9
20.促進醫療服務診療項目支付衡平性	913.9	-86.1	800.0	-200.0	<u>0.0</u>	<u>-1,000.0</u>	衛福部移列至一般服務項目10
21.品質保證保留款	128.4	2.2	128.4	2.2	128.4	2.2	
22.代謝症候群防治計畫(移出總額)	0.0	-616.0	0.0	-616.0	0.0	-616.0	改由公務預算支應

項目	本會協定結果						衛福部決定		說明
	付費者代表方案		西醫基層代表方案				成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	
	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)				
23.網路頻寬補助費用 (移出總額)	0.0	-253.0	0.0	0.0	-253.0		0.0	-253.0	改由公務預算支應
	0.0	-93.0	0.0	0.0	-93.0		0.0	-93.0	
	0.0	-20.0	0.0	0.0	-20.0		0.0	-20.0	
專款金額	13,320.5	3,458.2	9,740.2	-122.1			12,588.2	2,725.9	
較基期成長率 (一般服務+專款)	4.127%	5,939.0	5.868%	8,445.5			5.869%	8,445.5	
		149,849.9		152,355.4			152,356.2		
門診透析服務	3.090%	680.0	3.090%	680.0			3.090%	680.0	
		22,687.9		22,687.9			22,687.9		
較基期成長率 (一般服務+專款 +門診透析)	3.990%	6,619.0	5.500%	9,125.5			5.500%	9,125.5	
		172,537.8		175,043.3			175,044.1		

# 114 年度各部門總額應於 114 年 3 月前完成之協定事項辦理情形

## 一、牙醫門診總額

工作項目		應完成 時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會			
1	醫療資源不足地區改善方案 ※協定事項：請檢討改善本計畫之執行規劃，並研議更有效之鼓勵策略	114 年 3 月前	1.本署已於 114 年 1 月 22 日健保醫字第 1140101147 號公告修訂方案。 2.為鼓勵院所提供醫療資源不足地區之牙醫服務及反應醫師人力成本投入，114 年方案修訂重點如下： (1)提升執業計畫一級至三級地區每月保障額度：每月保障額度由 22 萬至 30 萬點調升至 30 萬點至 41 萬點。 (2)執業及巡迴計畫之巡迴醫療服務量管控：每位醫師每月平均每診次申請點數上限由 2.5 萬點及 3 萬點調升至 2.8 萬點及 3.3 萬點。 (3)訂定施行地區分級調整原則：各鄉鎮腹地及山區狀況不同，爰透過客觀指標(如距離、海拔及地理條件等)，訂定評估是否符合地區升級條件，以適度反應醫師人力及交通成本的投入。
2	牙醫特殊醫療服務計畫		本計畫業於 114 年 2 月 19 日以健保醫字第 1140103328 號公告，並溯自 114 年 1 月 1 日生效。
3	12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫		本計畫業經於 114 年 2 月 19 日以健保醫字第 1140103154 號公告，並溯自 114 年 1 月 1 日生效。
4	超音波根管沖洗計畫		1.本計畫診療項目業於 112 年 3 月 1 日生效。 2.114 年持續辦理。

工作項目	應完成 時限	辦理情形
5 高風險疾病口腔照護計畫 ※協定事項： (1)加強高風險疾病病人口腔照護，並增加照護人數 (2)於具體實施計畫中，妥為研訂「高風險疾病病人牙結石清除/塗氟」增加照護人數之作法，並評估其完整照護率及照護成效，研議朝完整照護包裹式支付、論病例或論質計酬等方向，進行支付制度改革		本計畫業於 113 年 12 月 31 日公告，並溯自 114 年 1 月 1 日生效。
6 特定疾病病人牙科就醫安全計畫 ※協定事項：適用對象新增帕金森氏病人、失智症病人、甲狀腺相關疾病病人、與牙科治療相關之自體免疫系統病人		本計畫業於 114 年 2 月 19 日以健保醫字第 1140103284 號公告，並溯自 114 年 1 月 1 日生效。
7 非齒源性口腔疼痛處置 (114 年新增項目)		1.支付標準項目新增「非齒源性口腔疼痛處置-初診(1,800 點)」及「非齒源性口腔疼痛處置-複診(1,000 點)」(附錄)，業經 113 年 12 月 26 日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議(下稱共擬會議)113 年第 5 次會議報告，114 年 3 月 4 日進行預告。 2.本項之適應症請中華民國牙醫師公會全國聯合會依程序修訂於牙醫醫療費用審查注意事項。

工作項目		應完成 時限	辦理情形
8	品質保證保留款實施方案 ※協定事項：積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的		本計畫業於 113 年 12 月 31 日公告，並自 114 年 1 月 1 日生效。
<b>需提本會報告或討論</b>			
9	非齒源性口腔疼痛處置 (114 年新增項目) ※協定事項：訂定醫療服務內容(含適應症之條件及申報資格，如限定專科別及層級別等)，於 113 年 12 月前提報本會	114 年 3 月 委員會議 報告案	1.支付標準項目業經 113 年 12 月 26 日共擬會議 113 年第 5 次會議報告，114 年 3 月 4 日進行預告。 2.本項之適應症請中華民國牙醫師公會全國聯合會依程序修訂於牙醫醫療費用審查注意事項。 3.已列入本次會議報告事項。
10	一般服務之點值保障項目	114 年 3 月 委員會議 討論案	已列入本次會議討論事項。



## 二、中醫門診總額

工作項目		應完成 時限	辦理情形
<b>依相關程序辦理，並副知本會</b>			
1	醫療資源不足地區改善方案	114 年 3 月前	<p>1.本署已於114年1月6日健保醫字第1130127941號公告修訂方案。</p> <p>2.為鼓勵中醫師於醫療醫源不足地區提供開業及巡迴醫療服務，方案修訂重點說明如下：</p> <p>(1)原訂一家中醫鄉鎮區施行之巡迴計畫以兩個為限，放寬為以兩個為原則。</p> <p>(2)為鼓勵中醫師提升巡迴服務量能，刪除原有巡迴服務量控管，每位中醫師每月巡迴看診診次平均門診量 70 人次上限之規定。</p> <p>(3)簡化巡迴醫療服務申請流程。</p>
2	西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 (1)腦血管疾病；(2)顱腦損傷； (3)脊髓損傷；(4)呼吸困難相關疾病；(5)術後疼痛		本署業於 114 年 2 月 11 日以健保醫字第 1140102477 號公告，自 114 年 1 月 1 日起生效。
3	中醫提升孕產照護品質計畫		本署業於 114 年 2 月 11 日以健保醫字第 1140102477 號公告，自 114 年 1 月 1 日起生效。
4	中醫癌症患者加強照護整合方案 ※協定事項：「癌症患者中醫門診加強照護計畫」擴大適用於子宮頸癌、子宮體癌及甲狀腺癌		本署業於 114 年 2 月 11 日以健保醫字第 1140102477 號公告，自 114 年 1 月 1 日起生效。
5	中醫急症處置		本署業於 114 年 2 月 11 日以健保醫字第 1140102477 號公告，自 114 年 1 月 1 日起生效。

工作項目		應完成 時限	辦理情形
6	中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 ※協定事項：持續檢討費用申報之合理性，並分析治療模式、醫療服務介入成效等，以建立合理給付標準		本署業於 114 年 2 月 11 日以健保醫字第 1140102477 號公告，自 114 年 1 月 1 日起生效。
7	照護機構中醫醫療照護方案		本署業於 114 年 1 月 23 日以健保醫字第 1140101705 號公告修訂。
8	品質保證保留款實施方案 ※協定事項：積極檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的		已於 113 年 12 月 17 日健保醫字第 1130126278 號公告修訂。
需提本會報告或討論			
9	提升用藥品質 ※協定事項：應增加健保中藥給付品項、提升用藥品質，並減少民眾用藥自費情形，具體規劃於 113 年 12 月前提報本會	114 年 3 月委員 會 議 報 告案	1.增加健保中藥給付品項，並減少民眾用藥自費情形： 本署於108年12月提全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部分第41次(108年12月)會議同意修正全民健康保險藥物給付項目及支付標準第11條之中藥建議收載條件，修訂為「屬調劑或調配專用之非濃縮中藥，經藥物擬訂會議通過不在此限」，截至114年2月，已收載山柰散、川貝母散等單、複方20品名之部分非濃縮 GMP 中醫師處方用藥給付，以減少民眾自費。 2.提升中藥用藥品質： 中華民國中醫師全國聯合會已擬具提升中藥用藥品質管理相關策略，並於113年12月3日函送

工作項目		應完成 時限	辦理情形
			<p>本署，本署刻正擬具修正建議，並續與該會溝通，據以提案至114年5月全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額114年第2次研商議事會議討論。</p> <p>3.具體規劃已列入本次會議報告。</p>
10	一般服務之點值保障項目	114 年 3 月委員 會 議 討 論 案	已列入本次會議討論事項。

### 三、醫院總額

工作項目	應完成 時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會		
<p>1 醫療給付改善方案 ※決定事項：</p> <p>(1)持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、乳癌、思覺失調症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質、生物相似性藥品、化療學名藥及擴大多重慢性病收案照護等方案</p> <p>(2)滾動式檢討方案內容，對執行多年的方案，若實施模式成熟且成效良好，請比照糖尿病方案導入支付標準，若照護率低或成效不明確，應提出改善策略或啟動退場機制</p> <p>(3)朝全人照護方向整合相關計畫(如：家庭醫師整合性照護計畫、地區醫院全人全社區照護計畫等)，以避免病患被重複收案</p> <p>(4)建議依病患之疾病風險提供分級管理照護服務，擬訂對應的個案管理費，以避免逆選擇效應</p>	<p>114 年 3 月前</p>	<p>1.糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、乳癌、慢性阻塞性肺疾病、早期療育、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者、思覺失調症、孕產婦全程照護醫療給付改善方案將持續辦理並滾動檢討適時修訂。另本署已成立「乳癌專家小組」定期召開會議，研議精進乳癌醫療給付改善方案內容。</p> <p>2.本署於113年以家醫計畫為基礎，與代謝計畫、糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案進行整合，期藉由家醫醫療群早期發現代謝症候群患者，協助個案追蹤管理，延緩進入慢性病的病程。</p> <p>3.生物相似性藥品方案113年7月1日起施行，114年方案修訂擬提報114年3月27日醫療服務共同擬訂會議討論，將於通過後，報部核定辦理。</p>

工作項目		應完成 時限	辦理情形
2	<b>急診品質提升方案</b> ※決定事項：精進方案執行內容，以解決急診壅塞為目標，並增訂壅塞無法達標之處理方式，以提升急診處置效率及照護品質		依據本署 114 年 2 月 26 日「急診壅塞管理及支付相關政策討論會議」會議決議，請急診醫學會審視並修訂急診品質提升方案，並納入轉診後由急診收住院之接受端獎勵。
3	<b>醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案</b> ※決定事項：持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與		114 年度方案業於 114 年 2 月 7 日以健保醫字第 1140101693 號公告，修訂重點如下： 1.修訂施行區域事宜(114 年預計 126 個地區，較 113 年減少 2 個，施行地區刪除桃園市觀音區、新竹縣新埔鎮、屏東縣麟洛鄉及萬巒鄉、嘉義縣太保市，增加臺東縣成功鎮、池上鄉及關山鎮)。 2.修訂辦理開放未有診所、醫院申請巡迴計畫之地區，得由醫院及診所可共同申請巡迴計畫的時間，由每年 6 月底提早至方案公告後第 3 個月起。 3.配合健康台灣三高防治 888 政策，增列「醫院申請巡迴醫療計畫或診所辦理獎勵開業計畫，若資格符合參與代謝症候群防治計畫或醫療給付改善方案，應自動加入併同執行」，及針對開業計畫診所未達保障額度規定者，增加「或每年至少收案 10 名代謝症候群防治計畫或醫療給付改善方案個案」選項。

工作項目	應完成 時限	辦理情形
<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)檢討「燈塔型醫院」之補助方式、獎勵成效，及計畫之評估指標</p> <p>(2)另依本會 113 年第 11 次委員會議決定事項，請將 113 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 114 年度精進計畫內容辦理</p>		<p>尚在蒐集修訂意見中，本署將俟台灣醫院協會及本署各分區業務組提供相關意見後，依程序提至醫院總額研商議事會議討論。</p>
<p>5 鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫</p> <p>※決定事項：精進計畫內容，檢討執行目標、預期效益評估指標及其目標值，以利檢討改善</p>		<p>1.「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」新增 RCC、RCW 住院階段獎勵項目及費用，自 111 年 10 月 1 日起實施，至 114 年持續辦理；考量該計畫係獎勵當年度新個案脫離呼吸器、簽署 DNR 個案、臨終前接受緩和醫療照護個案，113 年因尚未結算，將依 113 年結算結果審視及檢討 114 年獎勵金。</p> <p>2.為強化病人於 RCC、RCW 之安寧服務，預計於安寧支付規範專家諮詢會議檢討 RCC、RCW 之安寧相關獎勵。</p>
<p>6 持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能</p>		<p>114 年 2 月 7 日函請台灣醫院協會檢視計畫及提出修訂建議，俟回復後將依程序提至相關會議討論。</p>
<p>7 健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能</p>		<p>114 年 2 月 7 日函請台灣醫院協會檢視計畫及提出修訂建議，俟回復後將依程序提至相關會議討論。</p>

工作項目		應完成 時限	辦理情形
8	地區醫院全人全社區照護計畫	114 年 3 月前	本署已於 113 年 12 月 17 日召開「114 年全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫修訂討論會議」，並依程序提至 114 年第 1 次醫院總額研商議事會議討論。
9	區域聯防-提升急重症照護品質		該計畫業於 113 年 7 月 1 日實施，114 年將延續該計畫，並將與相關學會團體檢討成效，滾動式修正計畫，以利提升醫院轉診、處置效率及醫療服務品質，使病人增加功能性癒後機率。
10	抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫		本署於 113 年 11 月 15 日函請感染症醫學會審視各界建議修正計畫內容，續依醫學會回復意見，併 114 年度計畫修正，預計提至 114 年第 1 次醫院總額研商議事會議討論，並依程序提案至共擬會議。
11	品質保證保留款實施方案 ※決定事項：積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的		已於 113 年 12 月 19 日公告。
需提本會報告或討論			
12	新醫療科技(新藥、新特材及新增診療項目) ※決定事項：於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於 115 年度總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控	114 年 3 月 委員會議 報告案	1.新藥：已列入本次會議報告。 2.新特材： 114 年預計召開 12 次全民健康保險特材給付項目及支付標準專家諮詢會議、6 次特材支付標準共擬會議，將視提案單位檢送資料完整性及補件情形，依序提會討論。 3.新增診療項目： 114 年預計召開 10 次全民健康

工作項目		應完成 時限	辦理情形
			保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議、4次共擬會議，將視提案單位檢送資料完整性及補件情形，依序提會討論。
13	藥品及特材給付規定改變 ※決定事項：於114年度總額公告後，至全民健康保險會最近1次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於115年度總額協商前，提出年度給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控		1.藥品：已列入本次會議報告。 2.特材：114年預計召開12次全民健康保險特材給付項目及支付標準專家諮詢會議、6次特材支付標準共擬會議，將視提案單位檢送資料完整性及補件情形，依序提會討論。
14	暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術) ※決定事項：於114年度總額公告後，至全民健康保險會最近1次委員會議提出具體實施規劃(含執行方式、預算估算及財務控管、擬訂暫時收載年限、療效評估與退場機制等)，俾落實管控	114年3月 委員會議 報告案	1.新藥：已列入本次會議報告。 2.新特材：已列入本次會議報告。 3.新醫療技術：本署規劃依近期辦理之HTA評估結果，邀集相關專家討論並擬訂暫時性支付相關規範。
15	全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫 ※決定事項：依衛生福利部決定結果，會同醫院總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部決定後，提報全民健康保險會最近1次委員會議	114年3月 委員會議 報告案	尚在蒐集修訂意見中，本署將俟台灣醫院協會及本署各分區業務組提供相關意見後，依程序提至醫院總額研商議事會議討論。
16	一般服務之點值保障項目	114年3月 委員會議 討論案	已列入本次會議討論事項。



#### 四、西醫基層總額

工作項目		應完成 時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會			
1	西醫醫療資源不足地區改善方案 ※決定事項：請持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與	114 年 3 月前	辦理情形同醫院總額項次 3
2	家庭醫師整合性照護計畫 ※決定事項： (1)依論質計酬模式，以改變民眾生活習慣為計畫推動方向，提出全人照護整合之具體規劃，建立照護指引及訂定相應之品質指標 (2)落實依個案疾病風險分級管理照護，建議依會員疾病風險擬訂對應的個案管理照護費，避免逆選擇效應 (3)新增之風險管理照護諮商應建立執行面指標及結果面成效品質指標，以利評估成效		1.本署邀集醫界於 114 年 2 月 18 日召開 114 年家醫計畫修訂事項第二次討論會議，針對定期追蹤個案予以個管費加成、依疾病類型(風險等級)給予整合照護提升費、訂定鼓勵個人健康資料上傳及生活習慣自評相關措施等修訂事項已達共識。 2.114 年家醫計畫修訂案已提至 114 年 3 月 6 日西醫基層研商議事會議討論，後續將依流程提至共擬會議報告、辦理計畫公告等事宜。
3	醫療給付改善方案 ※決定事項： (1)持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、生物相似性藥品、化療學名藥等方案 (2)滾動式檢討方案內容，對執行多年的方案，若實施模式成熟		1.糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、慢性阻塞性肺疾病、早期療育、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者、思覺失調症、孕產婦全程照護醫療給付改善方案將持續辦理並滾動檢討適時修訂。 2.本署於 113 年以家醫計畫為基礎，與代謝計畫、糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案進行整合，期藉由家醫醫療群早期發

工作項目		應完成 時限	辦理情形
	<p>且成效良好，請比照糖尿病方案導入支付標準，若照護率低或成效不明確，應提出改善策略或啟動退場機制</p> <p>(3)朝全人照護方向整合相關計畫(如：家庭醫師整合性照護計畫、地區醫院全人全社區照護計畫等)，以避免病患被重複收案</p> <p>(4)建議依病患之疾病風險提供分級管理照護服務，擬訂對應的個案管理費，以避免逆選擇效應</p>		<p>現代謝症候群患者，協助個案追蹤管理，延緩進入慢性病的病程。</p> <p><b>3.生物相似性藥品方案 113 年 7 月 1 日起施行，114 年方案修訂擬提報 114 年 3 月 27 日醫療服務共同擬訂會議討論，將於通過後，報部核定辦理。</b></p>
4	<p>偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫</p> <p>※決定事項：請精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與提供生產服務</p>		<p>本署已於 113 年 1 月 10 日健保醫字第 1120126768 號公告修訂，114 年延續 113 年計畫持續辦理。</p>
5	<p><b>提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫</b></p>		<p><b>1.業於 112 年 12 月 14 日共擬會議報告，並於 113 年 1 月 24 日公告自 113 年 1 月 1 日起實施。</b></p> <p><b>2.113 年以年齡 60 歲為界，修訂本計畫獎勵條件為「心肺運動功能改善達到正常標準，60 歲以上病人須符合下列條件之一，未滿 60 歲者須符合下列 3 項條件」。</b></p> <p><b>3.台灣復健醫學會來函建議調整計畫內容，本署業於 113 年 11 月 27 日請學會提供具體修正建議。該會於 2 月 21 日函復，將依程序提至相關會議討論。</b></p>
6	<p>品質保證保留款實施方案</p> <p>※決定事項：請積極檢討品質保證保留款之核發條件及</p>		<p>已於 114 年 1 月 23 日公告。</p>

工作項目		應完成 時限	辦理情形
	結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的		
<b>需提本會報告或討論</b>			
7	新醫療科技(新藥、新特材及新增診療項目) ※決定事項：於 114 年度總額公告後，至本會最近 1 次委員會會議提出規劃之新增項目與作業時程	114 年 3 月 委員會會議 報告案	1.新藥：已列入本次會議報告。 2.新特材：無編列預算。 3.新增診療項目：114 年預計召開 10 次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議、4 次共擬會議，將視提案單位檢送資料完整性及補件情形，依序提會討論。
8	藥品及特材給付規定改變 ※決定事項：於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會會議提出規劃之調整項目與作業時程	114 年 3 月 委員會會議 報告案	1.藥品：已列入本次會議報告。 2.特材：無編列預算。
9	因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費 ※決定事項：於 114 年度總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至本會最近 1 次委員會會議		有關研議本項具體實施方案，已提至本署 114 年 3 月 6 日西醫基層總額研商議事會議、同年 27 日醫療服務共同擬訂會議討論，將依會議結論提報貴會。
10	暫時性支付(新藥、新特材)(114 年新增項目) ※決定事項：於 114 年度總額公告後，至本會最近 1 次委員會會議提出具體實施規劃(含執行方式、預算估算及財務控管、擬訂暫時收載年限、療效評估與退場機制等)，俾落實管控		1.新藥：已列入本次會議報告。 2.新特材：無編列預算。

工作項目		應完成 時限	辦理情形
11	提升國人視力照護品質 (自一般服務項目移列專款項目) ※決定事項：依本部決定結果，研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部決定後，提報本會最近1次委員會議		為研議本項「執行目標」及「預期效益之評估指標」，本署於114年1月15日函請中華民國醫師公會全國聯合會提供相關規劃及意見，俟回復後將依程序提至相關會議討論。
12	強化基層照護能力及「開放表別」項目 ※決定事項： (1)依本部決定結果，請研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部決定後，提報本會最近1次委員會議 (2)提出規劃調整開放之項目與作業時程		1.本項「執行目標」及「預期效益之評估指標」，本署於114年1月15日函請中華民國醫師公會全國聯合會提供相關規劃及意見，俟回復後將依程序提至相關會議討論。
		114年3月前	2.本署於114年1月15日函請中華民國醫師公會全國聯合會提供相關規劃及意見，俟回復後將依程序提至相關會議討論。
13	一般服務之點值保障項目	114年3月 委員會議 討論案	已列入本次會議討論事項。

## 五、門診透析服務

工作項目		應完成 時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會			
1	鼓勵院所精進推動腹膜透析與提升其照護品質之實施方案，監測腹膜透析病人照護品質及健康結果與執行成效	114 年 3 月前	本計畫經提至本署 113 年 11 月 26 日及 114 年 3 月 5 日醫療給付費用門診透析預算研商議事會議，將依會議決議修訂計畫內容，後續依程序提至近期醫療服務共同擬訂會議。
需提本會報告或討論			
2	考量「居家血液透析」為新的照護模式，請審慎研議擬訂專款「居家血液透析與提升其照護品質」之具體實施方式(包含：參與院所及醫師之資格條件與認定、適用對象、支付方式及結果面為導向之品質監測指標)，並提本會報告	114 年 3 月 委員會議 報告案	為研議本項具體實施方案，經提至本署 113 年 11 月 26 日、114 年 3 月 5 日醫療給付費用門診透析預算研商議事會議，經與會代表充分討論，審慎訂定執行院所、人員資格、適用對象及支付方式，建議以試辦計畫方式執行，並滾動調整計畫內容。後續依程序提至近期醫療服務共同擬訂會議。

## 六、其他預算

工作項目	應完成 時限	辦理情形
<b>依相關程序辦理，並副知本會</b>		
<p>1 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)持續檢討山地離島地區民眾之醫療利用情形及照護品質(含建立監測指標)，並評估 114 年新增鼓勵提升山地離島地區醫療服務措施之成效</p> <p>(2)新增「公費醫師在地服務診次費用」：建立評估機制，檢討本項預算對鼓勵公費醫師留鄉之成效，包括公費醫師留鄉比率、區內開業情形及區內就醫率等</p> <p>(3)新增「山地離島地區醫療院所點值保障費用」：應審慎評估鄰近都會地區醫療院所保障點值每點 1 元之合理性，並訂定排除條件</p> <p>(4)加強推動「偏鄉地區全人整合照護執行方案」，精進執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效</p>	<p>114 年 3 月前</p>	<p>1.本署於全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫訂有民眾滿意度、IDS 執行情形、醫療照護成效、促進預防保健及當地特定疾病個案等管理指標，以監測山地離島地區民眾之醫療利用情形及照護品質。</p> <p>2.本署將於 114 年底評估離島公費醫師留鄉比率、區內開業情形及區內就醫率，據以評估編列預算挹注之成效。</p> <p>3.為持續強化山地離島地區在地院所醫療量能，爰規劃透過點值保障措施鼓勵醫療服務提供，本署將持續監測資源配置之合理性及成效。</p> <p>4.本署於 113 年 8 月 19 日健保醫字第 1130116825 號公告修訂「全民健康保險偏鄉地區全人整合照護執行方案」，並訂有健康管理指標、醫療照護指標、其他政策鼓勵指標以評估計畫成效。</p>

工作項目	應完成 時限	辦理情形
<p>2 居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)持續精進居家醫療照護模式，提升品質與成效之評估指標(如依「居家醫療」、「重度居家醫療」與「安寧療護」等不同照護階段之特性與目的，訂定監測指標)，並檢討、修訂「居家醫療照護整合計畫」相關支付標準</p> <p>(2)擴大辦理「在宅急症照護試辦計畫」：加強監測病人安全、治療品質及成效，並滾動檢討計畫內容，以精進在宅急症照護模式</p>	<p>114 年 3 月前</p>	<p>1.助產所業務：</p> <p>本署已於 113 年 1 月 10 日健保醫字第 1120126768 號公告修訂，114 年延續 113 年計畫持續辦理。</p> <p>2.居整計畫及居家照護：</p> <p>(1)本署研擬全盤檢討本項計畫，並調升醫事人員訪視費用，以合理反映醫事人員照護成本，將組專家團體討論，再依程序提會討論。</p> <p>(2)為提升居家安寧個案照護品質及在宅善終比率，刻正訂定相關監測指標。</p> <p>3.在宅急症：</p> <p>已於 114 年 2 月 3 日公告修訂「在宅急症照護試辦計畫」。</p> <p>4.安寧居家：</p> <p>本署 114 年 3 月 11 日邀集安寧專業學會討論決議，優先推動「安寧緩和品質評核加成獎勵方案」，依實地訪視評核給予加成獎勵，且分配一定比例予安寧團隊人員，續依程序提案至共擬會議討論。</p> <p>5.精神社區：</p> <p>114 年延續 113 年持續配合辦理。</p>
<p>3 推動促進醫療體系整合計畫</p> <p>(1)醫院以病人為中心門診整合照護計畫</p> <p>(2)急性後期整合照護計畫</p> <p>(3)跨層級醫院合作計畫</p> <p>(4)遠距醫療會診</p> <p>※決定事項：</p>		<p>1.醫院以病人為中心門診整合照護計畫：延續 111 年 7 月 1 日公告修訂內容辦理。</p> <p>2.研擬於 114 年第 2 季邀集各層級醫院協會、相關專科醫學會研修急性後期整合照護計畫。</p> <p>3.跨層級醫院合作計畫：延續 113 年計畫辦理。</p>

工作項目	應完成 時限	辦理情形
<p>(1)擴大辦理「遠距醫療會診」</p> <p>(2)檢討計畫執行方式，及評估醫療品質與成效，研提改善策略，以提升執行成效</p> <p>(3)擴大辦理並持續精進「急性後期整合照護計畫」之照護模式及評估指標，朝強化社區型服務模式方向規劃</p> <p>※113年12月委員會議決定事項：請檢討「急性後期整合照護計畫」，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</p>		<p>4.遠距醫療給付計畫：113年8月27日公告修訂計畫，施行地區擴大至醫療資源缺乏地區、實施場域放寬至矯正機關、會診科別新增精神科(限矯正機關)，另刻正研議新增專科會診科別及增修計畫內容等，後續將提案至共擬會議討論，依會議決議辦理。</p>
<p>4 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫</p>		<p>本署已於113年11月6日健保醫字第1130664995號公告修訂計畫，修訂重點如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.有條件之開放皮膚科及精神科通訊診療門診，並規範申請作業與申報醫療費用等。</li> <li>2.將花蓮監獄與臺東監獄列入論次計酬矯正機關名單。</li> <li>3.增列「承作獎勵金」核發基準中收容人數級距並提高給付上限為75萬及調整部分指標之計算邏輯，另主責承作院所應週知團隊院所核發金額，並自行協定分享比例。</li> </ol>
<p>5 腎臟病照護及病人衛教計畫</p> <p>(1)末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫</p> <p>(2)初期慢性腎臟病醫療給付改善方案</p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1.末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫：延續113年計畫辦理，並持續輔導醫療院所針對尿毒症高危險族群進行衛教。</li> <li>2.初期慢性腎臟病醫療給付改善方</li> </ol>



工作項目		應完成 時限	辦理情形
	<p>(3)慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)持續強化整合腎臟病前期之相關疾病照護計畫(如逐步整合至大家醫計畫)，並朝向以人為中心之整合服務，以延緩病人進入透析之照護</p> <p>(2)檢討「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之預算額度及核發指標，訂定更具鑑別度之獎勵方式，以落實獎勵之目的</p>		<p>案：本署分區業務組持續輔導院所收案及管理照護，並持續與各界代表及專家學者凝聚共識後，據以修正方案內容。</p> <p>3.本署於 113 年以家醫計畫為基礎，與代謝計畫、糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案進行整合，期藉由家醫醫療群早期發現代謝症候群患者，協助個案追蹤管理，延緩進入慢性病的病程。</p> <p>4.考量「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」113 年新增兩項指標，本署將評估 113 年核發情形，訂定更具鑑別度之獎勵方式，以落實獎勵之目的。</p>
6	提升用藥品質之藥事照護計畫		延續 113 年計畫辦理。

新增支付標準(草案)

附錄

第三部牙醫第三章第四節口腔顎面外科

第一項 處置

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92131B	<p><u>非齒源性口腔疼痛處置-初診</u></p> <p><u>Evaluation of oral intractable disorders</u></p> <p>註：</p> <p>1.須檢附非齒源性口腔疼痛處置檢查表及(1)病理切片報告(二年內)或(2)相關血液檢驗報告(二年內)或(3)神經學檢查結果或(4)憂鬱與焦慮評估表。</p> <p>2.每一年限申報一次。</p> <p>3.不得同時申報非特定局部治療(92001C)、特定局部治療(92066C)、口腔黏膜難症特別處置(92073C)。</p> <p>4.本項限牙醫門診申報。</p> <p>5.除口腔病理科專科醫師外,申報本項須接受由中華民國口腔病理學會辦理之相關教育訓練,申報本項之醫師名單限經中華民國牙醫師公會全國聯合會報經保險人分區業務組核定。</p>		√	√	√	1800
92132B	<p><u>非齒源性口腔疼痛處置-複診</u></p> <p><u>Control of oral intractable disorders</u></p> <p>註：</p> <p>1.須檢附非齒源性口腔疼痛處置檢查表及(1)病理切片報告(二年內)或(2)相關血液檢驗報告(二年內)或(3)神經學檢查結果或(4)憂鬱與焦慮評估表。</p> <p>2.三百六十天內不得申報超過二十四次。</p> <p>3.不得同時申報非特定局部治療(92001C)、特定局部治療(92066C)、口腔黏膜難症特別處置(92073C)。</p> <p>4.本項限牙醫門診申報。</p> <p>5.除口腔病理科專科醫師外,申報本項須接受由中華民國口腔病理學會辦理之相關教育,申報本項之醫師名單限經中華民國牙醫師公會全國聯合會報經保險人分區業務組核定。</p>		√	√	√	1000

114 年度各部門總額協定事項及相關計畫追蹤時程表(草案)

一、牙醫門診總額

項次	類別	工作項目 及時程 協定事項摘要 <sup>註1</sup>	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
1		醫療資源不足地區改善方案 請檢討改善本計畫之執行規劃，並研議更有效之鼓勵策略	<del>113 年 11 月前</del> 114 年 3 月前		114 年 7 月前
2	專款項目	牙醫特殊醫療服務計畫 (1)持續監測本計畫醫療團適用對象(包含：不同障礙別、障礙等級)之醫療利用情形，以評估照護成效及資源分配公平性	<del>113 年 11 月前</del> 114 年 3 月前		114 年 7 月前
		(2)依 114 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。其預算扣減方式規劃，請議定後，於 114 年 7 月提本會報告		114 年 7 月委員會會議報告案	115 年 3 月委員會會議提報執行結果
3		12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫 加強計畫推動並持續監測執行結果(如：參加本計畫追蹤 1 年後平均拔牙顆數、齲齒情形等結果面指標)，以評估照護成效	<del>113 年 11 月前</del> 114 年 3 月前		114 年 7 月前

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
		協定事項摘要 <sup>註1</sup>			
4	專款項目	超音波根管沖洗計畫 (1)加強計畫推動並持續監測執行結果，及評估照護成效	113 年 11 月前 114 年 3 月前		114 年 7 月前
		(2)本計畫以 3 年為檢討期限 (112~114 年)，請滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果 (3)請於協商 115 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源 (4)另依本會 113 年 1 月、7 月委員會議決定，有關 112 年協定事項「檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源」，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		114 年 8 月委員會議報告案	

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
		協定事項摘要 <sup>註1</sup>			
5	專款項目	高風險疾病口腔照護計畫 (1)加強高風險疾病病人口腔照護，並增加照護人數 (2)於具體實施計畫中，妥為研訂「高風險疾病病人牙結石清除/塗氟」增加照護人數之作法，並評估其完整照護率及照護成效，研議朝完整照護包裹式支付、論病例或論質計酬等方向，進行支付制度改革	<del>113年11月前</del> 114年3月前		114年7月前
		(3)本計畫以3年為檢討期限(112~114年)，請滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第3年(114年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果 (4)請於協商115年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源 (5)另依本會113年1月、7月委員會議決		114年8月委員會議報告案	

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
		協定事項摘要 <sup>註1</sup>			
5 續	專款項目	定，有關 112 年「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」及「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」協定事項「檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源」，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			
6		特定疾病病人牙科就醫安全計畫 (1)適用對象新增帕金森氏病人、失智症病人、甲狀腺相關疾病病人、與牙科治療相關之自體免疫系統病人	<del>113 年 11 月前</del> 114 年 3 月前		114 年 7 月前
		(2)訂定「預期效益之評估指標」之監測值，以利評估成效，並於 114 年 7 月前提報本會			114 年 7 月前
		(3)計畫以 3 年為檢討期限(113~115 年)，請滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年(115 年 7 月前)，提出納			1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中 3 年期限檢討：於

項次	類別	工作項目 及時程 協定事項摘要 <sup>註1</sup>	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
6 續		入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算			115 年 7 月委員會議提報檢討結果
7	專款項目	非齒源性口腔疼痛處置 (114 年新增項目) (1)訂定醫療服務內容(含適應症之條件及申報資格，如限定專科別及層級別等)，於 113 年 12 月前提報本會		114 年 3 月委員會議報告案	114 年 7 月前
		(2)本計畫以 3 年為檢討期限(114~116 年)，請滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年(116 年 7 月)納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果			1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中 3 年期限檢討：於 116 年 7 月委員會議提報檢討結果
8		品質保證保留款實施方案 積極檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的	<del>113 年 11 月前</del> 114 年 3 月前		各部門總額 113 年度執行成果發表暨評核會議(114 年 7 月)
9	其他	一般服務之點值保障項目		114 年 3 月委員會議討論案	

項次	類別	工作項目 及時程 協定事項摘要 <sup>註1</sup>	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
	其他	113年12月前提本會同意後執行			
10		特定用途移撥款執行方式	114年3月前送本會備查		

註：1.本表決定事項僅摘要重點呈現，完整內容詳公告。

2.114年執行情形於本會114年7月份委員會議提報，延續性項目於114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113年執行情形)。



## 二、中醫門診總額

項次	類別	工作項目 及時程 協定事項摘要 <sup>註1</sup>	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
1	一般服務	提升用藥品質 (114 年新增項目) (1)應增加健保中藥給付品項、提升用藥品質，並減少民眾用藥自費情形，具體規劃於 113 年 12 月前提報本會		114 年 3 月委員會會議報告案	114 年 7 月前
		(2)於額度內妥為管理運用，並落實中藥用藥品質提升及費用之監督與管理 (3)研議將科學中藥納入核實申報及進行藥價調查之可行性			114 年 7 月前
2		中醫門診總額「醫療資源不足地區改善方案」專款之論量計酬費用移撥至一般服務費用不足部分 (114 年新增項目)			114 年 7 月前
3		「中醫癌症患者加強照護整合方案」專款(114 年新增子宮頸癌、子宮體癌、甲狀腺癌)與一般服務重複費用扣減 (114 年新增項目)			114 年 7 月前
4		「照護機構中醫醫療照護方案」專款之論量計酬費用移列一般服務(114 年新增項目)			114 年 7 月前

項次	類別	工作項目 及時程 協定事項摘要 <sup>註1</sup>	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
5		醫療資源不足地區改善方案 請加強推動中醫巡迴醫療服務及獎勵開業服務計畫，並優先改善偏遠等級高地區之醫療服務	<del>113年11月前</del> 114年3月前		114年7月前
6	專款項目	西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 (1.腦血管疾病；2.顱腦損傷；3.脊髓損傷；4.呼吸困難相關疾病；5.術後疼痛) (1)辦理本計畫	<del>113年11月前</del> 114年3月前		114年7月前
		(2)另依 112 年度協定事項「術後疼痛」項目，以 3 年為檢討期限，請滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果		114 年 8 月委員會議報告案	
7		中醫提升孕產照護品質計畫 (1)辦理本計畫	<del>113年11月前</del> 114年3月前		114年7月前
		(2)請持續評估本計畫提升孕產照護的成效，對於執行成效良好之保胎項目，請規劃導入一般服務；另對成效有待			114年7月前

項次	類別	工作項目 及時程  協定事項摘要 <sup>註1</sup>	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
		提升之助孕項目，請研提改善策略，以提升助孕成功率			
8	專款項目	中醫癌症患者加強照護整合方案 (1)持續辦理「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」 (2)「癌症患者中醫門診加強照護計畫」擴大適用於子宮頸癌、子宮體癌及甲狀腺癌	<del>113年11月前</del> 114年3月前		114年7月前
9		中醫急症處置 (1)辦理本項目	<del>113年11月前</del> 114年3月前		114年7月前
		(2)持續檢討計畫執行情形及成效，於114年7月前提本會報告 (3)本計畫再試辦1年，若未呈現具體成效則應退場		114年5月委員會報告案	114年7月前
10		中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 (1)持續檢討費用申報之合理性，並分析治療模式、醫療服務介入成效等，以建立合理給付標準	<del>113年11月前</del> 114年3月前		114年7月前

項次	類別	工作項目 及時程 協定事項摘要 <sup>註1</sup>	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
10 續		(2)依 114 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用，其預算扣減方式規劃，請議定後，於 114 年 7 月提本會報告		114 年 7 月委員會會議報告案	115 年 3 月委員會會議提報執行結果
11	專款項目	照護機構中醫醫療照護方案 (1)辦理本方案	<del>113 年 11 月前</del> 114 年 3 月前		114 年 7 月前
		(2)請檢討本計畫費用(含論量計酬費用)申報之合理性，並分析治療模式、醫療服務介入成效等，朝論質計酬及建立合理支付等方向，精進支付制度			114 年 7 月前
12		品質保證保留款實施方案 積極檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的	<del>113 年 11 月前</del> 114 年 3 月前		各部門總額 113 年度執行成果發表暨評核會議(114 年 7 月)
13	其他	一般服務之點值保障項目 113 年 12 月前提本會同意後執行		114 年 3 月委員會會議討論案	

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
		協定事項摘要 <sup>註1</sup>			
14		風險調整移撥款執行方式	114 年 3 月前 送本會備查		

註：1.本表協定事項僅摘要重點呈現，完整內容詳公告。

2.114 年執行情形於本會 114 年 7 月份委員會議提報，延續性項目於 114 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 113 年執行情形)。

### 三、醫院總額

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 <sup>註1</sup>	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
1	一般服務	新醫療科技(新藥、新特材及新增診療項目) (1)於 114 年度總額公告後，至本會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於 115 年度總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控		提出規劃之新增項目與作業時程：114 年 3 月委員會議報告案	提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容：併 114 年 7 月追蹤提報
		(2)對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估 (3)在額度內妥為管理運用。於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)			114 年 7 月前

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
		決定事項摘要 <sup>註1</sup>			
2	一般	藥品及特材給付規定改變 (1)於 114 年度總額公告後，至本會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於 115 年度總額協商前，提出年度給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控		提出規劃之調整項目與作業時程：114 年 3 月委員會議報告案	提出年度給付規定改變之預算規劃與預估內容：併 114 年 7 月追蹤提報
		(2)於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)			114 年 7 月前
3	服務	因支付衡平性已調整支付標準之項目 (114 年新增項目)			114 年 7 月前
4		因應牙醫支付標準調整所增加預算 (114 年新增項目)			114 年 7 月前
5		因應 Pre-ESRD 及 Early-CKD 配合國際臨床指引-UPCR 修訂為 UACR(每件增加 235 點)所增加預算 (114 年新增項目) 會同醫院總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，並於額度內妥為管理運用			114 年 7 月前

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
		決定事項摘要 <sup>註1</sup>			
6	一般服務	C 肝照護品質提升衍生之醫療費用 (114 年新增項目) 會同醫院總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，並於額度內妥為管理運用			114 年 7 月前
7		合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含 RBRVS) (114 年新增項目) 檢討醫院基本診療支付標準，確保醫院合理反映員工薪資調整，與監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用，並會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討成效			114 年 7 月前
8		配合 888 健康台灣，擴大國健署疾病篩檢，疑似陽性個案致使健保醫療利用提升，醫療服務密集度改變 (114 年新增項目) 會同醫院總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，並於額度內妥為管理運用			114 年 7 月前



項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
		決定事項摘要 <sup>註1</sup>			
9	一般服務	因應長新冠照護衍生費用(自專款項目移列一般服務項目) 監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用			114年7月前
10	專款項目	暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術) (1)於114年度總額公告後，至本會最近1次委員會議提出具體實施規劃(含執行方式、預算估算及財務控管、擬訂暫時收載年限、療效評估與退場機制等)，俾落實管控		114年3月委員會議報告案	114年7月前
		(2)請於114年7月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)			114年7月前
11		C型肝炎藥費 (1)辦理本項目			114年7月前
		(2)於協商115年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一			檢討實施成效，提出節流效益：併114年7月追蹤提報

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
		決定事項摘要 <sup>註1</sup>			
12	專款項目	罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 檢視本項費用成長之合理性及加強管控，於額度內妥為管理運用。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析			114年7月前
13		後天免疫缺乏症候群 抗病毒治療藥費 檢視本項費用成長之合理性及加強管控，於額度內妥為管理運用。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析			114年7月前
14		鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質 於114年7月前提報之執行情形，應含醫療利用、等待時間及不同器官移植之存活率等			114年7月前
15		醫療給付改善方案 (1)持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合...、生物相似性藥品、化療學名藥及擴大多重慢性病收案照護等方案 (2)滾動式檢討方案內容，對執行多年的方	<del>113年11月前</del> 114年3月前		114年7月前

項次	類別	<div>工作項目 及時程</div> <div>決定事項摘要<sup>註1</sup></div>	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
		<p>案，若實施模式成熟且成效良好，請比照糖尿病方案導入支付標準，若照護率低或成效不明確，應提出改善策略或啟動退場機制</p> <p>(3)檢討生物相似性藥品方案之執行成效，評估對醫療費用及醫療品質的影響</p> <p>(4)朝全人照護方向整合相關計畫(如：家庭醫師整合性照護計畫、地區醫院全人全社區照護計畫等)，以避免病患被重複收案</p> <p>(5)建議依病患之疾病風險提供分級管理照護服務，擬訂對應的個案管理費，以避免逆選擇效應</p>			

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
		決定事項摘要 <sup>註1</sup>			
16	專款項目	<p>急診品質提升方案</p> <p>(1)精進方案執行內容，以解決急診壅塞為目標，並增訂壅塞無法達標之處理方式，以提升急診處置效率及照護品質，並於 114 年 7 月前提出專案報告</p> <p>(2)提報之成效評估檢討報告，應含急診處置效率及急診重大疾病照護品質相關監測指標</p>	<del>113 年 11 月前</del> 114 年 3 月前	114 年 6 月委員會會議專案報告	114 年 7 月前
17		<p>鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)</p> <p>(1)積極推動 DRGs 支付或作為品質衡量方式，朝建立論價值支付制度為推動方向</p> <p>(2)於 114 年 7 月前提出報告</p>		114 年 5 月委員會會議報告案	114 年 7 月前
18		醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案 持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與	<del>113 年 11 月前</del> 114 年 3 月前		114 年 7 月前

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
		決定事項摘要 <sup>註1</sup>			
19	專款項目	全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫 (1)辦理本計畫	113年11月前 114年3月前		114年7月前
		(2)依衛生福利部決定結果，會同醫院總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部決定後，提報本會最近1次委員會議		114年3月委員會議報告案	
		(3)檢討「燈塔型醫院」之補助方式、獎勵成效，及計畫之評估指標			
		4)另依本會113年12月委員會議決定，請依113年度總額決定事項，持續檢討計畫評估指標			114年7月前
20		鼓勵院所建立轉診合作機制 (1)為落實分級醫療之健保重要政策，建議以提升基層醫療品質為努力目標，精進分級醫療轉診策略，以改善分級醫療推動成效			114年7月前

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
		決定事項摘要 <sup>註1</sup>			
20 續		(2)會同西醫基層及醫院總額相關團體，持續檢討獎勵方式及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效 (3)監測各層級上下轉之情形，並有策略導向			
21	專款項目	精神科長效針劑藥費評估本項專款之替代效果及執行效益，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用			114 年 7 月前
22		鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫精進計畫內容，檢討執行目標、預期效益評估指標及其目標值，以利檢討改善	<del>113 年 11 月前</del> 114 年 3 月前		114 年 7 月前

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
		決定事項摘要 <sup>註1</sup>			
23	專款項目	持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能 (1)會同醫院總額相關團體，滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效(含提升民眾醫療服務之成效)，並定期提報執行情形	113年11月前 114年3月前		定期提報執行情形：併健保署業務執行季報告提報執行情形
		(2)114年7月前提報之成效評估檢討報告，應含本項目具體成效之結果面指標及監測結果			114年7月前
24		健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能 (1)會同醫院總額相關團體，滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效(含提升民眾醫療服務之成效)，並定期提報執行情形	113年11月前 114年3月前		定期提報執行情形：併健保署業務執行季報告提報執行情形
		(2)114年7月前提報之成效評估檢討報告，應含本項目具體成效之結果面指標及監測結果			114年7月前

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
		決定事項摘要 <sup>註1</sup>			
25	專款項目	地區醫院全人全社區照護計畫 (1)辦理本計畫	<del>113年11月前</del> 114年3月前		114年7月前
		(2)以5年為檢討期限(113~117年)，請健保署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第5年(117年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果			1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中5年期限檢討：於117年7月委員會議提報檢討結果
26		區域聯防-提升急重症照護品質 (1)辦理本計畫	<del>113年11月前</del> 114年3月前		114年7月前
		(2)以5年為檢討期限(113~117年)，請健保署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第5年(117年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果			1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中5年期限檢討：於117年7月委員會議提報檢討結果
27		抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫 (1)辦理本計畫	<del>113年11月前</del> 114年3月前		114年7月前
		(2)以5年為檢討期限(113~117年)，請健保署會同醫院總額			1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效



項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 <sup>註1</sup>	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
	專款項目	相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第5年(117年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果			2.其中5年期限檢討：於117年7月委員會議提報檢討結果
28		品質保證保留款實施方案 積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的	<del>113年11月前</del> 114年3月前		各部門總額113年度執行成果發表暨評核會議(114年7月)
29	其他	一般服務之點值保障項目 113年12月前提本會同意後執行		114年3月委員會議討論案	
30		風險調整移撥款執行方式	114年3月前 送本會備查		

註：1.本表決定事項僅摘要重點呈現，完整內容詳公告。

2.114年執行情形於本會114年7月份委員會議提報，延續性項目於114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113年執行情形)。

#### 四、西醫基層總額

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 <sup>註1</sup>	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
1	一般服務	新醫療科技(新藥、新特材及新增診療項目) (1)於 114 年度總額公告後，至本會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於 115 年度總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控		提出規劃之新增項目與作業時程：114 年 3 月委員會議報告案	提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容：併 114 年 7 月追蹤提報
		(2)對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估 (3)在額度內妥為管理運用。於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)			114 年 7 月前

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
		決定事項摘要 <sup>註1</sup>			
2	一般服務	藥品及特材給付規定改變 (1)於 114 年度總額公告後，至本會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於 115 年度總額協商前，提出年度給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控		提出規劃之新增項目與作業時程：114 年 3 月委員會議報告案	提出年度給付規定改變之預算規劃與預估內容：併 114 年 7 月追蹤提報
		(2)在額度內妥為管理運用，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。請於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)			114 年 7 月前
3		因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費 (1)本項預算用於反映護理人員薪資，提升護理照護品質			114 年 7 月前
		(2)於 114 年度總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方		114 年 3 月委員會議報告案	

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 <sup>註1</sup>	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
3	續	式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至本會最近1次委員會議			
		(3)建立稽核機制，以確實提升護理照護品質			114年7月前
4		因應預防保健政策改變產生之服務密集度(114年新增項目) 請擬訂預期效益之評估指標，於額度內妥為管理運用			114年7月前
5	一般服務	代謝症候群及C肝照護品質提升衍生之醫療費用(114年新增項目) 請擬訂預期效益之評估指標，於額度內妥為管理運用			114年7月前
6		CKD 方案比照 DKD 方案採用 UACR 檢測(114年新增項目) 請擬訂預期效益之評估指標，於額度內妥為管理運用			114年7月前
7		因支付衡平性已調整支付標準之項目(114年新增項目)			114年7月前
8		因應長新冠照護衍生費用 (自專款項目移列一般			114年7月前

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 <sup>註1</sup>	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
8 續		服務項目) 請監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用			
9	一般服務	促進醫療服務診療項目支付衡平性 (自專款項目移列一般服務項目) 請檢討西醫基層總額支付標準，與監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用，並會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討			114 年 7 月前
10	專款項目	暫時性支付(新藥、新特材) (114 年新增項目) (1)於 114 年度總額公告後，至本會最近 1 次委員會議提出具體實施規劃(含執行方式、預算估算及財務控管、擬訂暫時收載年限、療效評估與退場機制等)，俾落實管控		114 年 3 月委員會議報告案	
		(2)在額度內妥為管理運用，並請於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)			114 年 7 月前

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
		決定事項摘要 <sup>註1</sup>			
11	專款項目	提升國人視力照護品質 (自一般服務項目移列專款項目) (1)依本部決定結果，研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部決定後，提報本會最近1次委員會議		114年3月委員會議報告案	
		(2)持續檢討白內障手術案件成長合理性、手術時機適當性，及監測照護成效與民眾自費情形，以確保醫療品質及民眾權益 (3)加強執行面管理與監督，建立診療指引及醫療利用監測機制，提升分區管理及專業自律 (4)本項醫療點數以每點1元為原則；費用若有超支，依健保法第62條規定採浮動點值處理			114年7月前
		(5)本項以5年為檢討期限，之後回歸一般服務			1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中5年之

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 <sup>註1</sup>	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
11 續					後回歸一般服務期限：於118年7月委員會議提報檢討結果，及納入119年度總額協商之參具
12	專款項目	西醫醫療資源不足地區改善方案 請持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與	<del>113年11月前</del> 114年3月前		114年7月前
13		家庭醫師整合性照護計畫 (1)依論質計酬模式，以改變民眾生活習慣為計畫推動方向，提出全人照護整合之具體規劃，建立照護指引及訂定相應之品質指標 (2)落實依個案疾病風險分級管理照護，建議依會員疾病風險擬訂對應的個案管理照護費，避免逆選擇效應 (3)新增之風險管理照護諮商應建立執行	<del>113年11月前</del> 114年3月前		114年7月前

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 <sup>註1</sup>	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
13 續		面指標及結果面成效品質指標，以利評估成效			
14	專款項目	C 型肝炎藥費 (1)辦理本項目			114 年 7 月前
		(2)於協商 115 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一			檢討實施成效，提出節流效益：併 114 年 7 月追蹤提報
15	項目	醫療給付改善方案 (1)持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、生物相似性藥品、化療學名藥等方案 (2)滾動式檢討方案內容，對執行多年的方案，若實施模式成熟且成效良好，請比照糖尿病方案導入支付標準，若照護率低或成效不明確，應提出改善	113 年 11 月前 114 年 3 月前		114 年 7 月前



項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
		決定事項摘要 <sup>註1</sup>			
15 續	專款項目	策略或啟動退場機制 (3)朝全人照護方向整合相關計畫(如：家庭醫師整合性照護計畫、地區醫院全人全社區照護計畫等)，以避免病患被重複收案 (4)建議依病患之疾病風險提供分級管理照護服務，擬訂對應的個案管理費，以避免逆選擇效應 (5)檢討生物相似性藥品方案之執行成效，評估對醫療費用及醫療品質影響			
16		強化基層照護能力及「開放表別」項目 (1)依本部決定結果，請研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部決定後，提報本會最近1次委員會議 (2)提出規劃調整開放之項目與作業時程		114年3月委員會會議報告案  提出規劃調整開放之項目與作業時程：併114年3月追蹤提報	114年7月前

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 <sup>註1</sup>	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
16 續		(3)對於開放多年且穩定實施之項目，建議規劃導入一般服務項目			114年7月前
17	專款項目	鼓勵院所建立轉診合作機制 (1)為落實分級醫療之健保重要政策，建議以提升基層醫療品質為努力目標，精進分級醫療轉診策略，以改善分級醫療推動成效 (2)持續檢討獎勵方式及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效			114年7月前
18		偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫請精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與提供生產服務	<del>113年11月前</del> 114年3月前		114年7月前
19		罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材請檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用			114年7月前
20		後天免疫缺乏症候群			114年7月前

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 <sup>註1</sup>	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
		抗病毒治療藥費 請檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用			
21	專款項目	因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用 請檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用			114年7月前
22		新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用			114年7月前
23		提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫 請加強計畫推動，並持續監測醫療利用情形與照護成效	<del>113年11月前</del> 114年3月前		114年7月前
24		精神科長效針劑藥費 積極提升基層院所使用長效針劑之比率，並評估本項專款之替代效果及執行效益			114年7月前
25		品質保證保留款實施方案 積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的	<del>113年11月前</del> 114年3月前		各部門總額 113年度執行成果發表暨評核會議(114年7月)

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 <sup>註1</sup>	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
26	其他	一般服務之點值保障項目 113 年 12 月前提本會同意後執行		114 年 3 月委員會會議討論案	
27		風險調整移撥款執行方式	114 年 3 月前送本會備查		

註：1.本表決定事項僅摘要重點呈現，完整內容詳公告。

2.114 年執行情形於本會 114 年 7 月份委員會議提報，延續性項目於 114 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 113 年執行情形)。

## 五、門診透析

項次	工作項目 及時程 協定事項摘要 <sup>註1</sup>	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
1	考量「居家血液透析」為新的照護模式，請審慎研議擬訂專款「居家血液透析與提升其照護品質」之具體實施方式(包含：參與院所及醫師之資格條件與認定、適用對象、支付方式及結果面為導向之品質監測指標)，並提本會報告		114 年 3 月委員會會議報告案	
2	門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 47,375.2 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質，其中 300 百萬元不得流用於一般服務			114 年 7 月前
3	請鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，以提升透析病人生活品質			114 年 7 月前
4	持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護			114 年 7 月前
5	鼓勵院所精進推動腹膜透析與提升其照護品質之實施方案，監測腹膜透析病人照護品質及健康結果與執行成效，並於 114 年 7 月前提報專案報告	<del>113 年 11 月前</del> 114 年 3 月前	114 年 6 月委員會會議專案報告	114 年 7 月前

## 六、其他預算

項次	工作項目 及時程 決定事項摘要 <sup>註1</sup>	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
1	<p>基層總額轉診型態調整費用</p> <p>(1)訂定分級醫療成效評估指標，持續監測病人流向(包含基層就醫占率與醫療費用變化情形)，評估分級醫療之執行效益</p> <p>(2)持續檢討鼓勵分級醫療政策及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，提出改善方案，以提升下轉成效</p> <p>(3)評估推動分級醫療相關措施對西醫基層總額之財務影響，以落實編列本項預算之目的</p> <p>(4)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，於114年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告</p>			114年7月前
2	<p>山地離島地區醫療給付效益提昇計畫</p> <p>(1)持續檢討山地離島地區民眾之醫療利用情形及照護品質(含建立監測指標)，並評估114年新增鼓勵提升山地離島地區醫療服務措施之成效</p>	<p>113年11月前</p> <p>114年3月前</p>		114年7月前

項次	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意 或向本會報告	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
	決定事項摘要 <sup>註1</sup>			
2 續	<p>(2)新增「公費醫師在地服務診次費用」：建立評估機制，檢討本項預算對鼓勵公費醫師留鄉之成效，包括公費醫師留鄉比率、區內開業情形及區內就醫率等</p> <p>(3)新增「山地離島地區醫療院所點值保障費用」：應審慎評估鄰近都會地區醫療院所保障點值每點1元之合理性，並訂定排除條件</p> <p>(4)加強推動「偏鄉地區全人整合照護執行方案」，精進執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效</p>			
3	<p>居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務</p> <p>(1)持續精進居家醫療照護模式，提升品質與成效之評估指標(如依「居家醫療」、「重度居家醫療」與「安寧療護」等不同照護階段之特性與目的，訂定監測指標)，並檢討、修訂「居家醫療照護整合計畫」相關支付標準</p>	<p>113年12月前</p> <p>114年3月前</p>		114年7月前
	<p>(2)擴大辦理「在宅急症照護試辦計畫」：</p>	<p>113年12月前</p> <p>114年3月前</p>		114年7月前

項次	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
	決定事項摘要 <sup>註1</sup>			
3 續	①加強監測病人安全、治療品質及成效，並滾動檢討計畫內容，以精進在宅急症照護模式 ②收集及分析本計畫替代醫院住院費用情形，供115年度總額協商參考 ③於114年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告(應含近年支付標準調整情形及成效指標監測結果)			114年7月前
	(3)「在宅急症照護試辦計畫」：以4年為檢討期限(113~116年)，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則於執行第4年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果			1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中4年期限檢討：於116年7月委員會議提報檢討結果
4	支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款不足之經費，及狂犬病治療藥費			114年7月前
5	推動促進醫療體系整合計畫 (1)擴大辦理「遠距醫療會診」 (2)檢討計畫執行方式，及評估醫療品質與成效，研提改善策略，以提升執行成效	113年11月前 114年3月前		114年7月前



項次	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意 或向本會報告	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
	決定事項摘要 <sup>註1</sup>			
5 續	(3)擴大辦理並持續精進「急性後期整合照護計畫」之照護模式及評估指標，朝強化社區型服務模式方向規劃，並於114年7月前提本會報告	<del>113年11月前</del> 114年3月前	114年5月委員會議報告案	114年7月前
	(4)為配合醫院「擴大多重慢性病患者收案照護」之政策，請強化多重慢性病人之整合照護 (5)於114年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告(應含支付標準調整情形及執行成效檢討)			114年7月前
	(6)另依113年12月委員會議決定事項，請檢討「急性後期整合照護計畫」，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	<del>113年12月前</del> 114年3月前		114年7月前
6	調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費			114年7月前
7	提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫 (1)持續檢討本計畫醫療利用情形(包含監測醫療利用率、檢討醫療利用成長合理性)，並加強執行面管理，訂定監測照護品質及健康結果改善之評估指標，評估執行成效，並於114年7月前提本會報告	<del>113年11月前</del> 114年3月前	114年5月委員會議報告案	114年7月前

項次	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意 或向本會報告	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
	決定事項摘要 <sup>註1</sup>			
7 續	(2)為減少疥瘡等傳染病發生，請本部協助矯正機關加強改善衛生環境			114年7月前
8	<p>腎臟病照護及病人衛教計畫</p> <p>(1)持續強化整合腎臟病前期之相關疾病照護計畫(如逐步整合至大家醫計畫)，並朝向以人為中心之整合服務，以延緩病人進入透析之照護</p> <p>(2)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率</p> <p>(3)檢討「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之預算額度及核發指標，訂定更具鑑別度之獎勵方式，以落實獎勵之目的</p>	<p>113年11月前</p> <p>114年3月前</p>		114年7月前
9	<p>提升用藥品質之藥事照護計畫</p> <p>請加強推動計畫，輔導特約藥局加入執行本計畫，並監測計畫之醫療利用及執行成效</p>	<p>113年11月前</p> <p>114年3月前</p>		114年7月前

項次	<div>工作項目 及時程</div> <div>決定事項摘要<sup>註1</sup></div>	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 <sup>註2</sup> /執行結果納入總額協商參考
10	<p>114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等 (114 年新增項目)</p> <p>(1)用於通盤檢討及修訂特定診療支付標準，如急重難罕症相關支付標準等，與多年未通盤調整的部分，列為優先調整項目，並不得直接用於保障點值每點 0.95 元相關費用</p> <p>(2)本項目支用前，將依程序提本會報告同意後進行運用</p>		視健保署提出報告之時間安排	114 年 7 月前

註：1.本表決定事項僅摘要重點呈現，完整內容詳公告。

2.114 年執行情形於本會 114 年 7 月份委員會議提報，延續性項目於 114 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 113 年執行情形)。

### 第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：增修急診、急救責任醫院及護理相關支付標準案，請鑒察。

說明：

- 一、依衛生福利部 114 年 1 月 9 日衛部健字第 1143360008 號公告 114 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式辦理。
- 二、查 114 年度全民健康保險其他預算「114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等(41.56 億元)」決定事項略以，本項目支用前，將依程序提貴會報告同意後進行運用。
- 三、為回應投入急重症照護之醫事人員辛勞，並鼓勵醫院強化急診及住院照護量能及韌性，本署規劃支用前述預算項目，用於調整急診、急救責任醫院及護理相關支付標準，說明如下：

(一)急診相關基本診療項目調整方案(11 億點)：

- 1.將現行「急診診察費」依表定比率拆分為診察費及護理費，各調升支付點數 10%，本項調整推估約增加 7.3 億點。
- 2.調升急診觀察床護理費支付點數 60%(約為急性一般病床護理費九成)，本項調整推估約增加 3.7 億點。
- 3.為凸顯急診醫師付出之心力，將急診觀察床診察費獨立列項，支付點數比照「一般病床住院診察費」。考量醫院已依現行規範申報第二天起之診察費，爰不增加財務支出。

(二)急救責任醫院急重症項目調整方案(6.35 億點)：

- 1.加護病房基本診療項目(住院診察費、病房費及護理費)：
  - (1)全院屬重度級急救責任醫院(25 家區域醫院、1 家地區醫院)者，以醫學中心點數支付。
  - (2)屬中度級急救責任醫院(26 家地區醫院)者，以區域醫院點數支付。
  - (3)本項調整推估約增加 5.87 億點。

## 2.離島地區急救責任醫院急診案件醫療服務項目加成：

(1)全院屬**重度級**急救責任醫院之離島醫院，其急診案件得依表定點數加計 **50%** 支付。

(2)全院屬**中度級**急救責任醫院之離島醫院(部立金門、三軍澎湖、澎湖醫院)，其急診案件得依表定點數加計 **30%** 支付。

(3)全院屬**一般級**急救責任醫院之離島醫院，其急診案件得依表定點數加計 **10%** 支付。

(4)本項調整推估約增加 0.48 億點。

### (三)調升住院護理費支付點數方案(25 億點)：

1.本次優先調整**急性一般病床(含精神)住院護理費**支付點數，並以各層級支付點數差額等差調升點數、「首日」護理費為「次日起」支付點數之 1.3 倍為原則調整，各項護理費調升幅度 12.3%~15.9% 不等。

2.本項調整推估約增加 25 億點。

(四)綜上，本次調整方案推估約增加 42.35 億點，惟前述調整方案須扣合指標達標(如：醫護人員調薪或增聘人力情形、加護病床開床率及占床率、留置急診相關指標等)，始得外加個別醫院預算額度。

(五)前述調整方案將依程序提至 114 年 3 月 27 日全民健康保險醫療給付項目及支付標準共同擬訂會議討論，通過後預告並報請衛生福利部核定及公告實施。

報告單位業務窗口：黃瓊萱科長，聯絡電話：02-27065866分機3606

### 本會補充說明：

一、本案係 114 年度其他預算專款項目，衛福部核定及公告內容如下：

項目	金額 (百萬元)	決定事項
114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等	4,156.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.本項經費用於通盤檢討及修訂特定診療支付標準，如急重難罕症相關支付標準等，與多年未通盤調整的部分，列為優先調整項目，並不得直接用於保障點值每點0.95元相關費用。 2.本項目支用前，將依程序提全民健康保險會報告同意後進行運用。

二、健保署為鼓勵醫院強化急診及住院照護量能及韌性，運用本項預算調整相關支付標準，並依上開決定事項，提本會報告同意後進行運用，調整方案摘要如下：

- (一)急診相關基本診療項目(11 億點)：主要調升「急診診察費」(拆分為診察費及護理費)、「急診觀察床護理費」支付點數。
- (二)急救責任醫院急重症項目(6.35 億點)：主要調升重度級及中度級急救責任醫院「加護病房基本診療項目」支付點數、離島地區急救責任醫院之「急診案件加成比率」。
- (三)住院護理費支付點數(25 億點)：主要調升「急性一般病床(含精神)住院護理費」。

三、本項專款預算額度 41.56 億元，健保署推估調整方案約增加 42.35 億點。依健保署規劃，調整方案須扣合指標達標(如：醫護人員調薪或增聘人力情形、加護病床開床率及占床率...等)，始得外加個別醫院預算額度。本項做法有助於提升預算執行成效，惟建請健保署於額度內妥為管理運用。

決定：

#### 第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：中央健康保險署「114 年 1 月份全民健康保險業務執行季報告」  
(併「113 年 12 月份、114 年 2 月份全民健康保險業務執行報告」)，請鑒察。(資料由中央健康保險署另行提供)

報告單位各項業務窗口：詳如業務執行報告內附

.....  
本會補充說明：

- 一、依 102 年 2 月 22 日委員會議決定及 114 年度工作計畫(草案)，為提高議事效率，本項例行性業務報告，書面資料須每月提供，但口頭報告改採季(每年 3、5、8、11 月)報方式辦理。
- 二、參照 106 年 10 月 27 日委員會議之委員建議，健保署業務執行季報告之口頭報告，有其重要性，爰列為優先報告事項。
- 三、本次進行口頭報告，並依年度工作計畫(草案)提報以下事項：
  - (一)於每年第 1 季業務執行報告時提報，前 1 年全年健保業務執行情形之整體性說明。
  - (二)併同於 3、5、8、11 月季報告呈現分級醫療執行情形及成效檢討(含結果面指標及監測結果)、急診品質提升方案指標執行結果之最新辦理情形。

決定：





## 討論事項



## 第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：114 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案，提請討論。(資料後附)

## 第二案

提案單位：中央健康保險署

案由：114 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)，提請討論。

說明：

一、依全民健康保險法第 72 條規定，保險人每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案，提全民健康保險會討論後，報主管機關核定。

二、113 年抑制資源不當耗用改善方案，經貴會第 6 屆 112 年第 11 次及 113 年第 1 次委員會議討論，並依會議決議修正後，於 113 年 2 月 26 日報經衛生福利部同意後實施，共分 3 大構面 9 項策略，並以 18 項管控項目衡量成效。截至 113 年第 3 季執行情形如下，全年度各管控項目執行值援例於 114 年 5 月份委員會議報告。

構面	策略	管控項目	全年目標值		Q3 執行值
合理使用保險權益	強化自我照護能力	1.全民健保行動快易通(健康存摺)APP 安裝人次增加率	≥5%	*	9.08%
		2.年度健康存摺使用人次增加率	≥6%	*	21.08%
		3.門診就醫次數全年大於 90 次之保險對象就醫次數下降率	≥18%		15.79%
	正確就醫觀念行為	4.基層與地區醫院門診占整體件數之占率	≥74.2%		74.1%
		5.非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數	≥63,486		61,443
鼓勵醫療體系間合作與轉銜	持續推動分級醫療	6.接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	≥30.2%		29.7%
		7.收案後居家醫療整合照護對象平均每人每月門診就醫次數較收案前減少	<0 次	*	-0.53 次

構面	策略	管控項目	全年 目標值		Q3 執行值
善用資源合理使用	增進院所合作機制	8.與長照 2.0 之銜接率	≥58.1%	*	68.6%
		9.提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)-半年指標	≥5.33%		4.43%
	精進雲端資訊系統	10.醫療檢查影像資訊即時上傳率	≥98%	*	98.2%
	減少重複醫療利用	11.全藥類藥品重複用藥日數下降率	≥1%	*	9%
		12.門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率	≥1%	*	3%
		13.西醫門診年復健次數>180 次異常件數成長率零成長	≤0%		16%
	強化查處機制	14.違規院所訪查家次	≥456		329
	尊重醫療自主及善終權益	15.死亡前安寧利用率	≥35.6%	*	37.3%
		16.呼吸器依賴病人安寧利用率	≥74.8%	*	76.1%
	持續推動疾病管理	17.西醫門診病人可避免住院率	≤1.16%	△	1.06%
		18.住院案件出院後 3 日以內急診率	≤2.42%		2.68%

註 1：「\*」為截至 113 年第 3 季已達目標值。「△」為負向指標，為截至 113 年第 3 季資料，113 年是否達標，俟 113 年第 4 季資料統計完成後而定。

註 2：管控項目 09 執行值之提報點為「半年」，故以第 2 季執行結果呈現。

### 三、管控指標未達標後續處理說明：

(一)「基層與地區醫院門診占整體件數之占率」(指標 4)、「非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數」(指標 5)、「接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率」(指標 6)、「提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)-半年指標」(指標 9)：分級醫療政策推動多年，未來將持續納入各界意見共同討論，且朝完善家庭醫師制度，及透過社區提供全人照護，讓民眾就近就醫，減輕大醫院的負擔，並因應各地醫療資源不同，以「因地制宜」

彈性方式執行。

- (二)「西醫門診年復健次數>180 次異常件數成長率零成長」(指標 13)：指標基期為 112 年，推估該期間受 COVID-19 疫情影響導致非急性患者減少就醫，而隨疫情逐漸趨緩及人口老化等因素影響，復健利用態樣恢復導致復健利用成長。後續除將定期監測與評估，也會輔導個別院所或透過共管會議、VPN 等方式回饋並加強輔導，並辦理專案管控，落實醫院自主管理。
- (三)「西醫門診病人可避免住院率」(指標 17)：持續透過本署各分區管理措施(回饋高住院次數個案名單予院所、定期透過共管會議請轄內院所加強初期照護服務、出院衛教及各慢性病相關計畫之個案管理)，以提升成效。
- (四)「住院案件出院後 3 日以內急診率」(指標 18)：本項指標 DRG 案件再急診率為 1.44%、非 DRG 案件再急診率為 3.06%，本署將持續監測本項指標表現、加強審查醫療提供適當性，並與醫界討論並研議擴大推動住院 DRG 之政策，以提升醫療照護品質及效率。
- (五)另「門診就醫次數全年大於 90 次之保險對象就醫次數下降率」(指標 3)及「違規院所訪查家次」(指標 14)：估計至第 4 季可達全年目標值。

四、114 年方案(草案)經本署邀集健保會付費者、保險醫事服務提供者及專家學者代表，於 114 年 1 月 15 日召開「114 年度全民健康保險抑制資源不當耗用方案」(草案)專家諮詢會議，建議 114 年改善方案延用 113 年度架構，其中刪除管控項目「9.提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)-半年指標」、「10.醫療檢查影像資訊即時上傳率」、「15.死亡前安寧利用率」及「16.呼吸器依賴病人安寧利用率」等 4 項。另新增「照護機構由同一醫療院所提供醫療及長照服務比率」及「居家安寧照護對象在宅善終比率較前 1 年成長」2 項，全案修改說明詳如附件一(如第 194~196 頁)，方案內容如附件二(如第 197~201 頁)。

健保署業務窗口：林沁玫科長，連絡電話：02-27065866 分機 2617

本會補充說明：

- 一、本案係健保署依全民健康保險法第 72 條規定，擬訂 114 年度抑制資源不當耗用之改善方案(草案)提本會討論，後續將再報請衛福部核定。
- 二、依本會 113 年度工作計畫，健保署應於 113 年第 11 次委員會議(113.12.25)提出本案，惟該署前於 113 年 12 月 23 日來函表示，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，建請同意延後至 114 年第 1 次委員會議討論；經該次委員會議決定，為使 114 年度方案(草案)內容更臻完善，同意該署所請延後提報，並納入 114 年度工作計畫安排。
- 三、113 年第 3 季執行情形：未達目標值之項目，計有項次 3~6、9、13、14、17、18 等 9 項，健保署已說明後續處理方式。另彙整近 3 年(111~113 年第 3 季)達成情形如附表(第 202 頁)。
- 四、經檢視健保署所送 114 年度抑制資源不當耗用改善方案(草案)內容，架構維持與 113 年度相同(3 大構面)，策略從 9 項修正為 8 項，管控項目從 18 項修正為 16 項，整理其與 113 年差異，併呈現各管控項目於最近一季(113 年第 3 季)之執行值(如下表)：
  - (一)增刪項目：刪除項次 1、9、10、15、16 等 5 項，並新增 3 項。
  - (二)提高目標值：項次 2、6、8、14 等 4 項。
  - (三)放寬目標值：項次 4、5、17、18 等 4 項。

構面	策略	管控項目	113 年 目標值	114 年 目標值	調整情 形(註1)	113 年 Q3 執行值
合理使用 保險權益	強化自我 照護能力	1.全民健保行動快易通(健康存摺)APP 安裝 人次增加率	≥5%		刪除	9.08%*
		1.全民健保行動快易通/健康存摺 APP 健康 存摺/生理量測功能資料登錄人數增加率		>5%	新增	
	正確就 醫觀念 行為	2.年度健康存摺使用人次增加率	≥6%	≥7%	提高	21.08%*
		3.門診就醫次數全年大於 90 次之保險對象就 醫次數下降率	≥18%	≥18%	—	15.79%
		4.基層與地區醫院門診占整體件數之占率	≥74.2%	≥73.4%	放寬	74.1%
		5.非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件 數	≥63,486	≥60,522	放寬	61,443

構面	策略	管控項目	113 年 目標值	114 年 目標值	調整情 形(註1)	113 年 Q3 執行值
鼓勵醫療體系與轉銜服務	持續推動分級醫療	6.接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	≥30.2%	≥30.8%	提高	29.7%
		7.收案後居家醫療整合照護對象平均每人每月門診就醫次數較收案前減少	<0 次	<0 次	—	0.53 次*
	增進院所合作機制	8.與長照 2.0 之銜接率	≥58.1%	≥58.9%	提高	68.6%*
		9.提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)半年指標	≥5.33%		刪除	4.43%(註2)
		<u>照護機構由同一醫療院所提供醫療及長照服務比率(114 年新增)</u>		≥80%	新增	
	精進雲端資訊系統	10.醫療檢查影像資訊即時上傳率	≥98%		刪除	98.2%*
善用醫療資源使用	減少重複醫療利用	11.全藥類藥品重複用藥日數下降率	≥1%	≥1%	—	9%*
		12.門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率	≥1%	≥1%	—	3%*
		13.西醫門診年復健次數>180 次異常件數成長率零成長	≤0%	≤0%	—	16%
	強化違規查處機制	14.違規院所訪查家次	≥456	≥465	提高	329
善用醫療資源使用	尊重醫療自主善終權益	15.死亡前安寧利用率	≥35.6%		刪除	37.3%*
		16.呼吸器依賴病人安寧利用率	≥74.8%		刪除	76.1%*
		<u>居家安寧照護對象在宅善終比率較前 1 年成長(114 年新增)</u>		>1%	新增	
	持續推動疾病管理	17.西醫門診病人可避免住院率	≤1.16%	≤1.26%	放寬	1.06%
		18.住院案件出院後 3 日以內急診率	≤2.42%	≤2.48%	放寬	2.68%

註：1.「—」表示目標值維持；「\*」表示已達目標值。

2. 為 113 年第 2 季執行值。

3.「灰底」表 113 年 Q3 執行值尚未達 113 年全年目標值之項目。

五、經檢視健保署所送 114 年度抑制資源不當耗用改善方案(草案)，擬新增「全民健保行動快易通/健康存摺 APP 健康存摺/生理量測功能資料登錄人數增加率」、「照護機構由同一醫療院所提供醫療及長照服務比率」、「居家安寧照護對象在宅善終比率較前 1 年成長」等 3 項管控項目，為利該新增項目內容之明確化，建請該署援例說明新增管控項目之計算方式(分子、分母之定義)及指標屬性(正向或負向指標)，以利監測及解讀。(已於 114 年 3 月 17 日請辦健保署)

六、檢附衛福部於 113 年 3 月 5 日核定 113 年度抑制資源不當耗用改善方案，並請健保署就本會委員所提關於管控項目及目標值設定之原則性建議，未來擬訂方案時，併予審酌，如參考資料



1(第 203 頁)。另整理前屆委員對 113 年度草案之意見重點摘要供參，如參考資料 2(第 204 頁)。

決議：

附件一

114 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)修改說明

指標代號	指標名稱	113 目標值	114 目標值	調整情形	修改說明
01	全民健保行動快易通/(健康存摺)APP健康存摺/生理量測功能資料登錄人數安裝人次增加率	≥5%	> 5%		1.修正指標名稱。 2.藉由民眾自主登錄健康存摺 APP 健康存摺/生理量測功能資料，如：血壓、小腿圍、腰圍、飯前血糖、飯後血糖等，除可瞭解民眾對自我健康知能關心提升情形，更可協助民眾做好代謝症候群預防及疾病管理，提升民眾自我照護意識及能力，有助抑制資源不當耗用。
02	年度健康存摺使用人次增加率	≥6%	≥7%	↑	
03	門診就醫次數全年大於 90 次之保險對象就醫次數下降率	≥18%	≥18%		
04	「基層與地區醫院門診占整體件數之占率」	≥74.2%	≥73.4%	↓	依衛生福利部公告 113 年醫院評鑑結果，113 年 5 家地區醫院升級區域醫院(亞大 1303180011、土城 1131130018、台大癌醫 0401020013、義大癌醫 1107120017、新竹馬偕兒童醫院 1112010537)，另預計 114 年 1 家地區醫院升級區域醫院(新竹台大分院生醫醫院 0433050018)，爰以 113 年第 3、4 季近 2 季申報件數並排除 114 年預計升級區域醫院之地區醫院計算其平均值，據以校正 114 年目標值。
05	非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數	≥63,486	≥60,522	↓	考量 113 年醫院評鑑異動影響，本項指標目標值以 113 年全年平均數訂定 114 年目標值。
06	接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	≥30.2%	≥30.8%	↑	
07	收案後居家醫療整合照護對象平均每人每月門診就醫次數較收案前減少	<0 次	<0 次		

指標代號	指標名稱	113 目標值	114 目標值	調整情形	修改說明
08	與長照 2.0 之銜接率	≥58.1%	≥58.9%	↑	
09	提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)	≥5.33%	-		依本署 114 年 1 月 15 日「114 年度全民健康保險抑制資源不當耗用方案」(草案)專家諮詢會議決議，鑑於上轉是因病情變化、複雜，為醫療的職責，建議不納入 114 年方案指標項目。
10	醫療檢查影像資訊即時上傳率	≥98%	-		依本署 114 年 1 月 15 日「114 年度全民健康保險抑制資源不當耗用方案」(草案)專家諮詢會議決議，本項為既定政策且目前影像上傳比例高。另為醫療不當耗用過程，建議不納入 114 年方案指標項目。
11	全藥類藥品重複用藥日數下降率	≥1%	≥1%		
12	門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率	≥1%	≥1%		
13	西醫門診年復健次數>180 次異常件數成長率零成長	≤0%	≤0%		
14	違規院所訪查家次	≥456	≥465	↑	
15	死亡前安寧利用率	≥35.6%	-		依本署 114 年 1 月 15 日「114 年度全民健康保險抑制資源不當耗用方案」(草案)專家諮詢會議決議，建議由「居家安寧照護對象在宅善終比率較前 1 年成長」取代。
16	呼吸器依賴病人安寧利用率	≥74.8%	-		依本署 114 年 1 月 15 日「114 年度全民健康保險抑制資源不當耗用方案」(草案)專家諮詢會議決議，隨著 DNR 的推行，利用率自然一直下降，建議不納入 114 年方案指標項目。
17	西醫門診病人可避免住院率	≤1.16%	≤1.26%	↓	
18	住院案件出院後 3 日以內急診率	≤2.42%	≤2.48%	↓	
	照護機構由同一醫療院所提供醫療及長照服務比率	-	≥80%		1.新增指標項目。 2.強化住宿型照護機構住民全人照護之效能與品質，使醫療照護無縫接軌長照服務，透過可近及全人之醫療照護服務與健康管理，落實安老、無憂向晚。
	居家安寧照護對象在宅善終比率較前	-	> 1%		1.新增指標項目。 2.可顯示照護對象已於在宅

指標代號	指標名稱	113 目標值	114 目標值	調整情形	修改說明
	一年成長				接受完整居家照護及在宅善終，可減少資源不當耗用。

## 114 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)

### 壹、依據

依全民健康保險法(以下稱健保法)第 72 條規定：「為減少無效醫療等不當耗用保險醫療資源之情形，保險人每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案，提健保會討論後，報主管機關核定」。

### 貳、說明

全民健康保險（以下稱全民健保）自全面實施總額支付制度以來，每年醫療費用控制在總額成長幅度以下，宏觀面已達費用管控目的；在微觀管控面，對於全民健保可能衍伸之醫療浪費，如看病多、拿藥多、檢查多等議題，希望保險人能積極提出良好改善對策，因此於健保法第 72 條訂定保險人每年擬訂抑制資源不當耗用之改善方案。

資源不當耗用，包括無效醫療及非必要醫療，常見之無效醫療為生命末期或病人處於不可逆狀態下施行之過度的醫療，徒增病人痛苦且療效不彰，惟醫療處置當下有其不確定性，臨終前的治療處置亦涉及倫理道德層面的考量，並不適合以行政手段進行管控，故本方案就末期病人之醫療，係以積極推動安寧療護為管理策略，除避免資源不當耗用外，亦保障病人醫療自主及臨終的尊嚴。

而非必要醫療則為本方案的主要管控目標，經分析可能造成醫療浪費之成因，包括：總額支付制度下論量計酬之誘因，致特約醫事機構提供保險對象過多醫療照護；醫療提供者採防禦性之醫療，增加不必要高科技醫療檢查及治療；保險對象就醫資訊傳遞未暢通，易造成就醫後重複用藥、檢驗(查)與處置的問題；就醫可近性高，少數病患有高診次就醫問題；照護體系及院所間未建立成熟之病人轉銜系統，造成整體就醫屬片斷醫療等。

綜整前述非必要醫療行為的可能原因，本方案從合理使用保險權益、鼓勵醫療體系間合作與轉銜及促進醫療資源合理使用等三面向，擬訂對應管理策略，包括：健保資源宣導、強化自我照護能力、門診高診次就醫個案輔導、持續推動分級醫療、加強審查與查核機制、減少不必要醫療利用、推動疾病管理、促進院所合作機制、照護服務之銜接等規劃藍圖，並列為每年持續推

動改革之策略。

### 參、實施目的

降低不必要醫療資源使用，促進醫療服務效率與合理使用，保障 保險對象就醫權益，執行本方案所撙節之非必要醫療費用支出，亦將回歸健保總額，保障全民健康保險之永續經營。

### 肆、實施期間

本方案施行期間自 114 年 1 月 1 日起至 114 年 12 月 31 日止，執行期間將視方案特性、複雜度與執行情形，必要時將延長實施年限。

### 伍、實施策略及方法

本方案實施內容，包括導正就醫觀念及行為、鼓勵下載健康存摺強化自我照護能力；保險人持續推動分級醫療、精準審查及強化違規查處機制；醫事服務機構則運用雲端資料庫、避免重複檢驗(查)、用藥及治療，加強疾病管理及強化院所間之合作機制等，主要策略及方法如下：

#### 一、合理使用保險權益

##### (一)強化自我照護能力

1. 策略：提供視覺化就醫資料及與相關衛教資訊連結，強化保險對象自我照護能力。
2. 方法：持續精進「健康存摺2.0」，並追蹤全民健保行動快易通APP安裝人次及使用健康存摺管理自身健康的人次，幫助保險對象即時、便利地掌握個人健康大小事，做好自我健康照顧及管理。

##### (二)正確就醫觀念及行為

1. 策略：導正就醫觀念及行為，整合及提供醫療高利用保險對象醫療需求，促使合理使用保險權益。
2. 方法：
  - (1)以門診就醫次數 $\geq 90$ 次/年及各季 $\geq 40$ 次者為對象，依標準作業程序強化其正確就醫觀念及行為，包括寄發關懷函表達關心，提供諮詢電話，對不易接觸(失聯)者以限制全民健康保險憑證(以下稱健保卡)更新地點，取得衛教輔導之機會。另針對高診次保險對象，若經專業認定確有浮濫就醫者，則指定院所就醫；被指定就醫者，至非指定院所就醫，除情況緊急，否則不予給付。

- (2)持續推動分級醫療，除壯大基層與擴大社區醫療群服務量能與品質外，並逐步導引區域級(含)以上醫院下轉案件以減少輕症服務，以達到醫療分工及合作目的。

## 二、鼓勵醫療體系間合作與轉銜服務。

### (一)持續推動分級醫療

1. 策略：落實轉診及出院準備服務，導引醫院減少輕症服務。
2. 方法：精進轉診資訊交換平台、建立轉診支付誘因、強化居家醫療及醫院出院準備之追蹤服務。

### (二)增進院所之合作機制

1. 策略：透過轉銜出院後之照護，個案參加居家醫療照護整合計畫後，由照護團隊提供個案訪視服務等，增加就醫可近性與醫療需求整合。
2. 方法：提供以病人為中心之轉介照護及透過照護團隊提供病人整合性之全人照護等，確保照護之連續性與協調性。

## 三、善用醫療資源及合理使用。

### (一)減少重複醫療利用：

1. 策略：藉由健保醫療資訊系統之查詢，降低病患重複處方用藥、檢驗(查)、治療處置，提升病患就醫安全及減少重複醫療利用。
2. 方法：
  - (1)監控全藥類藥品重複用藥日數下降率。
  - (2)監控10項重點檢驗、檢查等合理區間內之再次執行下降比率，包含CT、MRI、正子造影、腹部超音波、超音波心臟圖、低密度脂蛋白—膽固醇、杜卜勒氏彩色心臟血流圖、大腸鏡檢查、胃鏡(上消化道泛內視鏡檢查)、全套血液檢查。
  - (3)西醫門診復健異常案件管控。

### (二)尊重醫療自主，保障善終權益

1. 策略：透過居家安寧療護團隊在宅提供安寧臨終個案完整照護服務，並達在宅善終之目標。
2. 方法：觀察居家安寧照護對象於死亡前14日之住院情形。

### (三)持續推動疾病管理

1. 策略：推動有助提升醫療照護效率及品質之支付制度，持續降低可避免住院率，並針對住院案件，監控出院後使用急診醫療利用情形，以追蹤住院期間照護品質。

2. 方法：

(1)推動各項論質支付項目，如：糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調、B型及C肝炎個案追蹤、孕產婦、早期療育、慢性阻塞性肺病、慢性腎臟病(含初期及末期)等。

(2)監控全體住院案件出院後3日內急診比率。

(四)強化違規查處機制

1. 策略：加強查處違規院所，防杜不實醫療申報。

2. 方法：

(1)落實一般違規案件之訪查。

(2)規劃辦理全國性費用申報異常查核專案。

(3)配合檢警調機關查辦重大與集團性詐領健保案件。

## 陸、預期效益

一、透過落實醫療知情權，加強保險對象正確就醫觀念及行為。

二、經由持續推動分級醫療政策、精進轉診平台及雲端醫療資訊之使用等，促使醫療資源使用更有效率。

三、減少不必要的檢驗(查)、提供有品質的臨終照護，加強疾病管理、增進院所間之合作機制，降低保險對象重複就醫情形，提升就醫安全與品質，增進醫療連續性，使病患獲得適切之醫療服務，促進民眾健康。



# 114 年抑制資源不當耗用改善方案(草案)管控項目及目標值

構面	策略	管控項目	114 年目標值
合理使用保險權益	強化自我照護能力	1.全民健保行動快易通/健康存摺 APP 健康存摺/生理量測功能資料登錄人數增加率	> 5%
		2.年度健康存摺使用人次增加率	≥7%
	正確就醫觀念行為	3.門診就醫次數全年大於 90 次之保險對象就醫次數下降率	≥18%
		4.基層與地區醫院門診占整體件數之占率	≥73.4%
		5.非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數	≥60,522
鼓勵醫療體系間合作與轉銜服務	持續推動分級醫療	6.接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	≥30.8%
		7.收案後居家醫療整合照護對象平均每人每月門診就醫次數較收案前減少	<0 次
	增進院所合作機制	8.與長照 2.0 之銜接率	≥58.9%
		9.照護機構由同一醫療院所提供醫療及長照比率	≥80%
		10.全藥類藥品重複用藥日數下降率	≥1%
善用醫療資源合理使用	減少重複醫療利用	11.門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率	≥1%
		12.西醫門診年復健次數>180 次異常件數成長率零成長	≤0%
	強化違規查處機制	13.違規院所訪查家次	≥465
		14.居家安寧照護對象在宅善終比率較前 1 年成長	> 1%
	持續推動疾病管理	15.西醫門診病人可避免住院率	≤1.26%
		16.住院案件出院後 3 日以內急診率	≤2.48%

## 近 3 年抑制資源不當耗用改善方案達成情形

(V：達標、X：未達標)

構面	策略	管控項目	達成情形		
			111 年	112 年	113 年 Q3*
合理使用保險權益	強化自我照護能力	1.全民健保行動快易通(健康存摺)APP 安裝人次增加率	V	V	V
		2.年度健康存摺使用人次增加率(112 年新增)		V	V
	正確就醫觀念行為	3.門診就醫次數全年大於 90 次之保險對象就醫次數下降率	X	X	X
		4.基層與地區醫院門診占整體件數之占率	V	V	X
		5.非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數	X	X	X
鼓勵醫療體系間合作與轉銜服務	持續推動分級醫療	6.接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	V	X	X
		7.收案後居家醫療整合照護對象平均每人每月門診就醫次數較收案前減少	V	V	V
	增進院所合作機制	8.與長照 2.0 之銜接率	V	V	V
		9.提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)-半年指標	X	X	X
	精進雲端資訊系統	10.醫療檢查影像資訊即時上傳率	V	V	V
善用醫療資源合理使用	減少重複醫療利用	11.全藥類藥品重複用藥日數下降率	V	V	V
		12.門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率	V	V	V
		13.西醫門診年復健次數>180 次異常件數成長率零成長	V	V	X
	強化違規查處機制	14.違規院所訪查家次	V	V	X
	尊重醫療自主，保障善終權益	15.死亡前安寧利用率	X	V	V
		16.呼吸器依賴病人安寧利用率	V	V	V
	持續推動疾病管理	17.西醫門診病人可避免住院率	V	V	△
		18.住院案件出院後 3 日以內急診率(112 年新增)		X	X

\*註：1.截至 113 年第 3 季執行結果，無法與歷年比較，僅供參考。

2.「△」為負向指標，為截至 113 年第 3 季資料，113 年是否達標，俟 113 年第 4 季資料統計完成後而定。

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號  
聯絡人：李洵璋  
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3月5日  
發文字號：衛部保字第1130109256號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：

主旨：所報「113年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」，同意辦理，復請查照。

說明：

- 一、復貴署113年2月26日健保醫字第1130660705號函。
- 二、經核所報方案內容業經全民健康保險會（下稱健保會）第6屆112年第11次及113年第1次委員會議討論後，由貴署依會議決議修正及就未參採部分予以說明，同意照辦。
- 三、另，有關健保會委員所提關於管控項目及目標值設定之原則性建議，仍請貴署未來擬訂方案時，併予審酌。

正本：衛生福利部中央健康保險署  
副本：本部全民健康保險會



### 前屆委員對 113 年抑制資源不當耗用改善方案(草案)之意見

一、本會前於 112 年第 11 次(112.12.20)及 113 年第 1 次(113.1.24)委員會議，討論健保署所提「113 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」，決議：

- 1.參考委員所提意見，研修 113 年度方案內容後，依法定程序陳報衛生福利部核定。
- 2.於 113 年第 4 次(113.5.22)之業務執行季報告，提出 112 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案之執行結果及檢討改善策略，包含可節省費用，及各管控項目目標值之實際數值。

二、委員意見重點摘要如下：

(一)請呈現方案減少多少不當資源耗用之結果面數據，以及各管控項目與減少資源耗用之關聯。

(二)現行醫院、西醫基層總額之不予支付指標，可達到降低不當耗用的效果，另國際研究證實能有效改善資源不當耗用或過度醫療的措施，建議均可參考納入管控項目。

(三)就管控項目目標值提出相關建議：

- 1.多項目標值之設定採成長率計算，建議併同呈現實際數值，以利研析。
- 2.項次 3、9(「門診就醫次數大於 90 次之保險對象就醫成長率」、「提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)-半年指標」)：連續 2 年未達目標值，應進一步探究原因及提出改善措施。
- 3.項次 1、2(「全民健保行動快易通(健康存摺)APP 安裝人次增加率」、「年度使用健康存摺人次增加率」)：雖已達成目標值，惟有下載安裝不等於有使用，應著重在教育民眾提升其健康知能，以達到減少資源耗用之目的。

### 第三案

提案單位：中央健康保險署

案由：特殊材料「特殊材質縫合錨釘」以保險對象自付差額方式納入健保給付建議案，提請討論。

說明：

一、依全民健康保險法第 45 條及全民健康保險藥物給付項目及支付標準(下稱藥物支付標準)第 52 條之 4 規定辦理。

二、上述藥物支付標準第 52 條之 4，已於 109 年 1 月 30 日公告，109 年 1 月 1 日起本保險新收載之自付差額類別特材，重點摘要如下：

(一)健保給付比例：按臨床實證等級訂定給付比例，但不得超過核定費用之 40%。

(二)核定費用：得依同功能類別，參考院所採購價格中位數除以浮動點值、國內市場販售價格、院所收取自費價格或國際價格予以核定。

(三)保險醫事服務機構收取差額上限：不得超過該類特材核定費用扣除本保險給付上限之差額。

三、本案特材功能為將破損的軟組織重新固定回骨頭，最常用於肩部，經 113 年 11 月「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議特材部分」(下稱特材共擬會議)討論，考量財務影響，為廣納新醫材，維持供貨穩定，提升臨床可近性與普及性，共識同意以自付差額納入健保，說明如下：

(一)健保給付比例：基於民眾權益及提升健保給付效益，健保給付比例採核定費用最高比例 40% 訂之。

(二)核定費用：公立醫院及醫學中心兩者合併之採購價中位數除以浮動點值核定費用。為確保支付單位換算及避免特材納入健保後受浮動點值影響，前述浮動點值以近 10 年全區浮動點值最低 0.8699 (107 年)計算。

(三)保險醫事服務機構收取差額上限：核定費用扣除健保給付比

例換算支付點數。

(四)功能類別：本案特材共分 7 個次功能類別(有縫線不可吸收、有縫線可吸收、無縫線不可吸收、無縫線可吸收、全縫線不可吸收、特殊縫線不可吸收、特殊縫線可吸收)。

(五)給付規定：為使臨床合理使用，訂有使用條件、每次手術限用組數及術中需檢附資料。

四、檢送本案基本資料表及檢核表(附件一，第 212~219 頁)、品項彙整表(參考資料 1)、醫療科技評估報告(參考資料 2-1)、醫療科技評估簡報(參考資料 2-2)、113 年 9 月特材共擬會議資料(參考資料 3)、113 年 11 月特材共擬會議資料(參考資料 4)、113 年 9 月特材共擬會議紀錄(參考資料 5)、113 年 11 月特材共擬會議紀錄(參考資料 6)。

擬辦：

一、本案「特殊材質縫合錨釘」，建議採保險對象自付差額方式納入健保給付，分為 7 個次功能分類，並以各類別之院所採購價中位數除以浮動點值 0.8699 予以核定費用，健保給付比例為 40% 暫予支付。

二、基於民眾使用特材權益，建議實施日期為本(114)年 6 月 1 日，俟貴會討論通過後，報主管機關核定公告。

健保署業務窗口：林其昌科長，聯絡電話：02-27065866 分機 3067

.....

本會補充說明：

一、依健保法第 45 條<sup>(註)</sup>規定，關於健保給付之特殊材料，健保署得訂定給付上限及保險特約醫療機構得收取差額之上限，若保險對象經醫療機構評估需選用有給付上限之特殊材料，則需自付其差額(如下圖)。依該條規定經健保署同意擬納為自付差額之特材品項，應併同其實施日期，提健保會討論後，再報請衛福部核定公告。

註：健保法第 45 條規範略以，健保署對特材得訂定給付上限及保險醫事服務機構得收取差額之上限，對屬於同功能類別之特材，得支付同一價

格；保險對象經醫師認定有醫療需要時，可選用定有給付上限之特材，並自付其差額；自付差額之特材品項，應由其許可證持有者向健保署申請，經健保署同意後，併同其實施日期，提健保會討論，報主管機關核定公告。

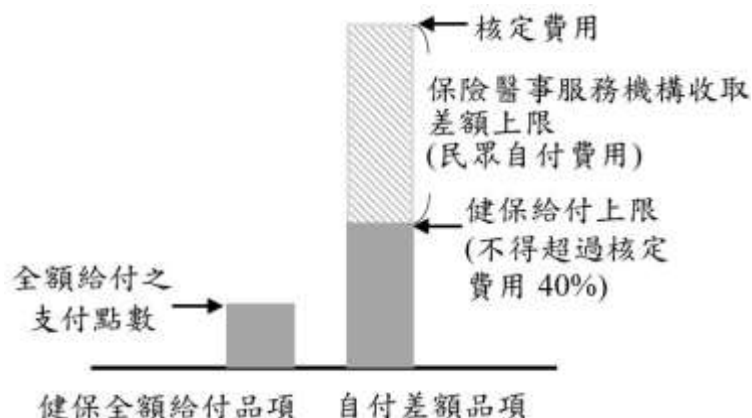


圖 健保全額給付及自付差額品項示意圖

二、本會為審慎評估及討論健保署所提的自付差額特材案，於 103 年訂定「健保會討論自付差額特材案之作業流程」(下稱作業流程；附件二，第 220~224 頁)，作業流程重點摘要如下：

(一)健保署提案：

考量自付差額特材品項涉及醫療專業、健保財務影響，爰規範健保署提案需檢附該品項與健保全額給付品項之「基本資料表」(包含特性、價格、財務影響評估、納入自付差額理由、他國資料等)、「檢核表」。

(二)健保會：

1.檢視提案內容及洽專家學者委員提供建議：

由同仁檢視提案資料完整性，並視需要請本會專家學者委員提供建議，再洽請健保署補充說明後，由同仁彙整相關資料，送請委員參閱。

2.委員會議討論：

考量本會有既定法定任務及完成時限，乃安排於每季(2 月、5 月、8 月、11 月)討論，如擬列入 2 月份委員會議討論，健保署提案送會時程須於前 1 年 12 月 1 日前。討論通過後，健保署參酌委員意見，依法報衛福部核定公告。

### 3.後續監控：

為利委員了解納入自付差額品項後，民眾之使用情形，乃安排健保署於 5、12 月報告各品項開放半年後之檢討改善情形，並於 12 月報告整體檢討改善情形。

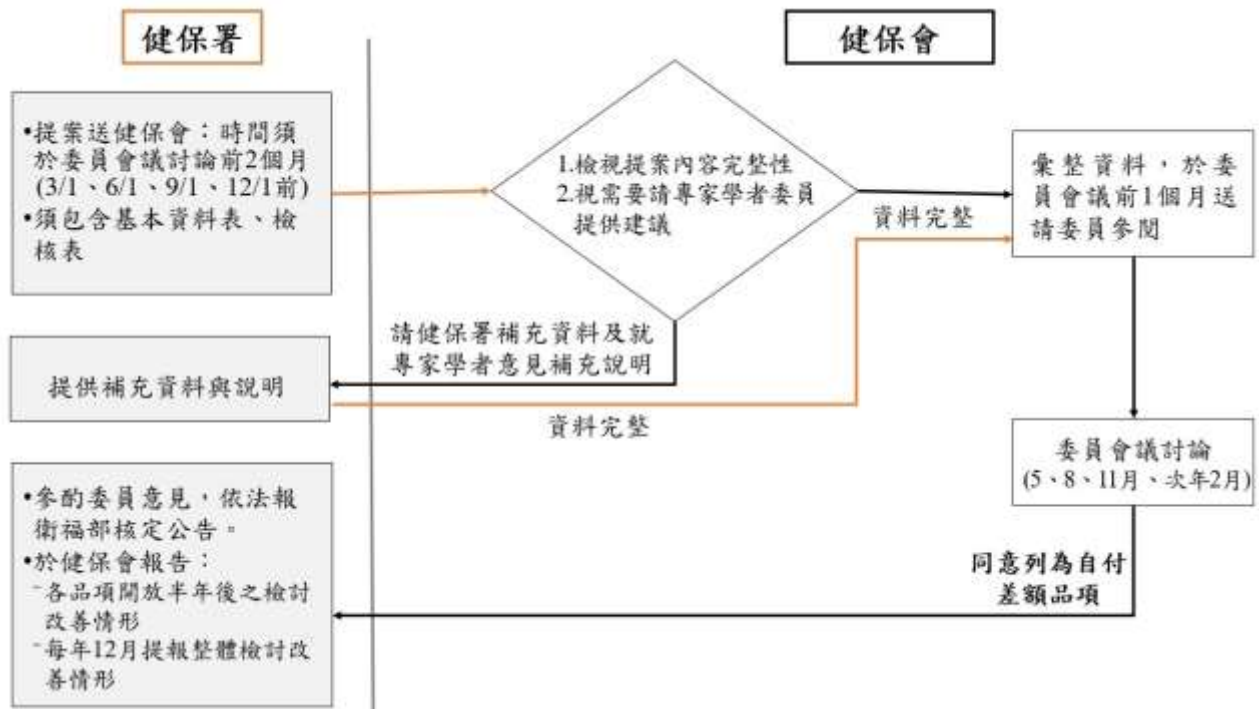


圖 健保會討論自付差額特材案之作業流程

三、本案係健保署於 113 年 12 月 16 日函送本會，依作業流程規定，應提至委員會議討論時程為本年 5 月份，惟考量民眾就醫權益，乃提前於本次(3 月份)委員會議討論，並業依作業流程規定辦理下列事項：

(一)檢視提案內容完整性及洽請專家學者委員提供建議：

1.健保署業依規定檢附本案自付差額特材品項「基本資料表」、「檢核表」及參考資料(包含品項彙整表、醫療科技評估報告與簡報、特材共擬會議資料與會議紀錄)。

2.經 113 年 12 月 18 日洽請第 6 屆 3 位專家學者委員提供建議，並於 114 年 1 月 14 日轉請健保署回復，該署業於 114 年 2 月 10 日提供相關說明(如附件三，第 225~230 頁)。

(二)送請委員參閱：本案參考資料業併同本次委員會議資料寄送



委員審閱。

#### 四、依健保署提供資料，摘要重點如下：

(一)現行健保全額給付品項為「金屬材質」縫合錨釘，係將破損的軟組織，重新固定回骨頭上，最常用於肩部，也可用於全身各處。本案自付差額特材屬「特殊材質」縫合錨釘，健保署所擬給付規定限用於肩部手術。茲整理本案自付差額特材品項及健保全額給付品項之比較表如下：

項目	健保全額給付品項	本案自付差額品項
功能類別	金屬材質縫合錨釘	特殊材質縫合錨釘，分為 7 個次功能類別(如提案說明三之(四))
療效 (第 212 頁)	依醫療科技評估報告，本案自付差額品項與健保給付之錨釘，對肩關節不穩定病人之臨床療效相當，惟其中「不可吸收材質」之次功能類別，於第 6 個月有較少的肩關節骨質溶解。	
價格(支付點數) (第 213~214 頁)	3,281 點	<p>依次功能類別之費用範圍：</p> <p>1.核定費用： 20,318~32,187 元。</p> <p>2. 健保給付上限(核定費用 40%)： 8,127~12,874 點。</p> <p>3.保險醫事服務機構收取差額上限(即民眾自付費用)： 12,191~19,313 元。</p>
<p>核定費用 20,318~32,187 元</p> <p>保險醫事服務機構收取差額上限(民眾自付費用) 12,191~19,313 元</p> <p>健保給付上限 (核定費用 40%) 8,127~12,874 點</p> <p>全額給付之支付點數 3,281 點</p> <p>健保全額給付品項      本案自付差額品項</p>		

(二)健保財務評估(第 214~215 頁)：

- 1.提案當年預算：113 年度總額「新醫療科技」項下之新特材預算 10 億元，截至 113 年 11 月通過新功能特材計 133 項(財務預估約 6.9 億元)，約尚餘 3.1 億元。
- 2.本案特材納入前後預估使用量(用於肩部手術數量，如下圖)，其納入後 3~5 年預估新增費用 2.62~3.21 億點：

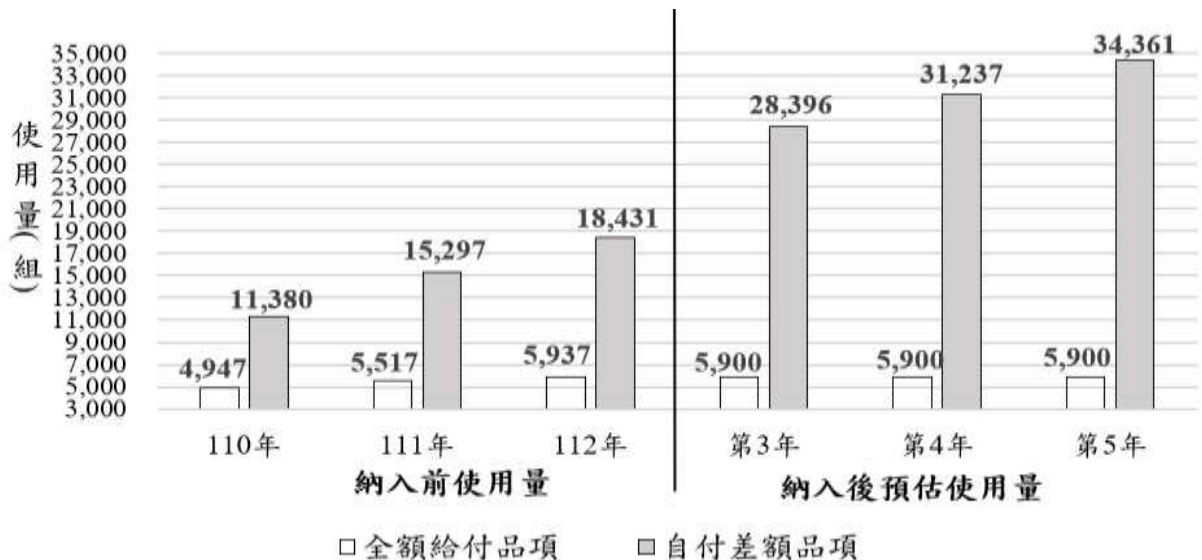


圖 納入前後預估使用量

(三)建議納入自付差額特材之理由(第 216~217 頁)：

- 1.本案品項前經健保署提 113 年 9 月份特材共擬會議討論，考量民眾使用權益，建議以全額給付收載，惟部分代表提出財務影響約 4~5 億點，可考慮以自付差額方式納入健保，最終會議決議以全額給付納入健保。後續健保署依該決議與廠商多次溝通，廠商不同意依決議價格(18,000~22,000 點)供貨，並建議採自付差額方式辦理。
- 2.健保署在兼顧健保財務、維持供貨穩定，提升新特材可近性，及考量臨床實證與主要先進國家皆已給付，爰建議本案特材優先以自付差額方式納入，於 2 年後進行醫療科技再評估(HTR)，滾動式檢討健保給付效益，復提 113 年 11 月份特材共擬會議，決議採自付差額方式納入健保。

五、經參考本會專家學者委員意見及健保署回復說明(附件三，第

225~230 頁)，本案特材若同意列為自付差額品項，建議如下：

- (一)依健保署說明(第 228 頁)，本案特材臨床使用量大，112 年申報量占整體縫合錨釘達 8 成，近常規使用，爰建請健保署儘速研議納入健保全額給付之可行性。若基於健保財務考量，可參考專家學者委員建議(第 229 頁)，評估將具實證臨床療效之次功能類別品項優先納入全額給付。
- (二)另依專家學者委員建議(第 227 頁)，本案特材成長率遠大於健保全額給付品項，爰建請健保署持續監測使用狀況，及依作業流程規定，於納入自付差額特材半年後，提出檢討改善報告。
- (三)健保署建議本案實施日期為 114 年 6 月 1 日，建議可於本會討論通過後，依主管機關核定公告時程配合調整。

決議：

表 1 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)
我國資料	1. 基本資料	名稱 (特材代碼)	“康美”帕拉丁全縫線固定組 (FBZ022185001)等 71 項(品項彙整 詳另冊「114 年提請討論之自付差 額特材申請案」參考資料 1)	"史耐輝"縫合錨釘及附件 (FBS0872200SN)等 9 項
		許可證字號		
		核准日期		
		上市日期		
	2. 特性	功能類別	特殊材質縫合錨釘	金屬材質縫合錨釘
		用途 (適應症)	● 依據：醫療科技評估(HTA)報告(詳另冊參考資料 2-1, P.8)。縫合錨釘的功能是將破損的軟組織重新固定回骨頭上，最常用於肩部，也可用於全身各處包括肘、手、腕、髖、膝、足、踝等。故不論是特殊材質縫合錨釘或金屬材質縫合錨釘，其用途相同。	
		相對效果 (療效)	● 依據 113 年 9 月特材共擬會議資料(詳另冊參考資料 3，投影片第 10~11 張，P.69~70)及醫療科技評估(HTA)報告(詳另冊參考資料 2-1，P.5~6、P.29-32)。	
		相對風險 (安全性)	<p><b>醫療科技評估(HTA)報告</b>，摘要如下：</p> <p>(1) 共納入 7 篇比較不同材質縫合錨釘的相關研究，在病人群方面，皆納入利用關節鏡修復肩關節不穩定包括旋轉肌群撕裂與肩盂唇撕裂的病人；在療效對照品方面，4 篇為比較本案錨釘與健保已給付錨釘的研究，另 3 篇為本案錨釘之間相互比較的研究；本報告納入的各項研究結果均顯示不同材質錨釘對肩關節不穩定病人之臨床療效相當。</p> <p>A. 本案錨釘與健保全額給付錨釘之比較：研究結果顯示於 2 至 3 年的短期追蹤下，使用 2 種不同材質的錨釘於臨床結果方面均能有效的改善肩關節相關評估問卷量表分數。1 項系統性文獻回顧，其評估結論指出可吸收材質或金屬材質錨釘用於軟組織固定均有不錯的臨床療效。</p> <p>B. 本案錨釘之相互比較：可吸收材質(PLLA)縫合錨釘與非金屬不可吸收材質(PEEK 及聚酯)縫合錨釘於臨床結果顯示使用 2 種不同材質的縫合錨釘均能有效的改善肩關節相關評估問卷量表分數，而不可吸收材質於第 6 個月有較少的肩關節骨質溶解。</p> <p>(2) 依上開 HTA 報告顯示本案錨釘與健保錨釘對肩關節不穩定病人之臨床療效相當，且不可吸收材質錨釘於第 6 個月有較少的肩關節骨質溶解。</p>	

	項目	自付差額品項	健保全額給付品項(註 2)
3. 價格	價格分布 (NT)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 依據 113 年 11 月特材共擬會議資料(詳另冊參考資料 4, 投影片第 5~6 張, P.80)。</li> <li>● 參考價格彙整詳另冊參考資料 1。</li> </ul> <p><b>(1) 醫材比價網中位數</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. 有縫線不可吸收：30,000 元。</li> <li>B. 有縫線可吸收：25,500 元。</li> <li>C. 無縫線不可吸收：30,000 元。</li> <li>D. 無縫線可吸收：23,205 元。</li> <li>E. 全縫線不可吸收：29,465 元。</li> <li>F. 特殊縫線不可吸收：29,013 元。</li> <li>G. 特殊縫線可吸收：37,900 元。</li> </ul> <p><b>(2) 核定費用(P2)</b></p> <p>採各類別公立醫院及醫學中心兩者合併之採購價中位數，除以浮動點值(0.8699)：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. 有縫線不可吸收：24,715 元。</li> <li>B. 有縫線可吸收：22,192 元。</li> <li>C. 無縫線不可吸收：24,715 元。</li> <li>D. 無縫線可吸收：20,318 元。</li> <li>E. 全縫線不可吸收：25,290 元。</li> <li>F. 特殊縫線不可吸收：24,715 元。</li> <li>G. 特殊縫線可吸收：32,187 元。</li> </ul> <p><b>(3) 健保給付上限(P3)</b></p> <p>以核定費用之 40% 換算健保支付點數：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. 有縫線不可吸收：9,886 點。</li> <li>B. 有縫線可吸收：8,876 點。</li> <li>C. 無縫線不可吸收：9,886 點。</li> <li>D. 無縫線可吸收：8,127 點。</li> <li>E. 全縫線不可吸收：10,116 點。</li> <li>F. 特殊縫線不可吸收：9,886 點。</li> <li>G. 特殊縫線可吸收：12,874 點。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>健保支付點數(P1)：</b></li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1)縫合錨釘：3,268 點。</li> <li>(2)縫合錨釘含 FIBERWIRE：3,413 點。</li> <li>(3)依 112 年健保縫合錨釘申報量及健保支付點數計算，每組錨釘加權平均約 3,281 點(P1)。</li> </ul>

	項目	自付差額品項	健保全額給付品項(註 2)
	價格差距	<p>(1) 價格倍數(核定費用 P2/健保支付點數 3,281 點 P1)：6.19~9.81 倍。</p> <p>A. 有縫線不可吸收：7.53 倍。</p> <p>B. 有縫線可吸收：6.76 倍。</p> <p>C. 無縫線不可吸收：7.53 倍。</p> <p>D. 無縫線可吸收：6.19 倍。</p> <p>E. 全縫線不可吸收：7.71 倍。</p> <p>F. 特殊縫線不可吸收：7.53 倍。</p> <p>G. 特殊縫線可吸收：9.81 倍。</p> <p>(2) 價格倍數(核定費用 P2/健保給付上限 P3)：2.5 倍。</p> <p>(3) 保險醫事服務機構收取差額上限(核定費用 P2-健保給付上限 P3)</p> <p>A. 有縫線不可吸收：14,829 元。</p> <p>B. 有縫線可吸收：13,316 元。</p> <p>C. 無縫線不可吸收：14,829 元。</p> <p>D. 無縫線可吸收：12,191 元。</p> <p>E. 全縫線不可吸收：15,174 元。</p> <p>F. 特殊縫線不可吸收：14,829 元。</p> <p>G. 特殊縫線可吸收：19,313 元。</p>	
4. 健保財務影響評估	提案當年預算	<p>(1) 提案當年度總額之新特材預算：10 億元。</p> <p>(2) 提案前已支用額度：113 年截至 11 月，經特材共擬會議通過新功能特材計 133 項，財務預估約 6.9 億。</p>	

	項目	自付差額品項	健保全額給付品項(註 2)
	納入前後 預估使用量	<p>● 依據 HTA 報告(詳另冊參考資料 2-2, 投影片第 16 張, P.61)、113 年 11 月特材共擬會議資料(詳另冊參考資料 4, 投影片第 5 張, P.80)。</p> <p>(1)前 3 年之預估使用量(自費):按「健保尚未納入給付特材品項表」特殊材質縫合錨釘申報量: A. 110 年 19,984 組、111 年 26,724 組、112 年 32,576 組。 B. 承上, 用於肩關節手術, 110 年 11,380 組、111 年 15,297 組、112 年 18,431 組。</p> <p>(2)自付差額品項納入後預估 3~5 年之申報量:按 113 年 11 月特材共擬會議決議,在訂有給付規定限肩部手術且每次限用 3 組,第 3 年 28,396 組、第 4 年 31,237 組、第 5 年 34,361 組。</p>	<p>● 依據 HTA 報告(詳另冊參考資料 2-2, 投影片第 16 張, 第 61 頁)。</p> <p>(1)前 3 年之健保金屬錨釘申報量: A. 110 年 6,478 組、111 年 7,838 組、112 年 8,465 組。 B. 承上, 用於肩關節手術, 110 年 4,947 組、111 年 5,517 組、112 年 5,937 組。</p> <p>(2)自付差額品項納入後預估 3~5 年,用於肩關節手術健保金屬錨釘申報量:參考現行自付差額類別骨科特材「特殊材質人工髖關節」及「特殊功能及材質髓內釘」,其共同功能健保全額給付品項近 5 年年均成長率呈微幅負成長或持平 (-2%及 0%),爰預估特殊材質縫合錨釘納入自付差額特材後,健保金屬錨釘用於肩關節手術之申報量持平,約 5,900 組。</p>
	納入後 預估 新增費用	<p>● 依據 113 年 11 月特材共擬會議資料(詳另冊參考資料 4, 投影片第 5 張, P.80)。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:2.62 億點~3.21 億點。</p>	

	項目	自付差額品項	健保全額給付品項(註 2)
	<p>5.同意納入自付差額特材之理由(參考註 3 填列)</p>	<p>● 依據 113 年 9 月及 11 月特材共擬會議紀錄(詳另冊參考資料 5、6)</p> <p>(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：</p> <p>A.廠商不同意以全額給付支付點數供貨：本案前經 113 年 9 月特材共擬會議討論，當日會議健保署考量民眾使用權益，建議以全額給付收載，惟部分共擬代表表示，本案財務影響約 4 億到 5 億，可否考慮以自付差額方式納入健保，且對於訂定支付點數方式看法不一，最終會議決議以全額給付納入健保給付，分 7 次功能類別，支付點數參考主要原產國(美國)價格至院所採購價中位數除以浮動點值之間與廠商協議，財務影響約 4.3 億~5.2 億。健保署依會議決議支付點數與廠商多次溝通，廠商皆不同意以前述支付價格供貨，並表示本案醫材臨床功能皆相同，僅縫線材質不同，核價方式卻不一致，建議採自付差額方式辦理，並以醫院採購價中位數除以浮動點值為核定費用。</p> <p>B.具臨床實證且主要先進國家皆已給付：按醫療科技評估結果，本案特殊材質縫合錨釘臨床療效與健保金屬錨釘相當，部分品項更有較少肩關節骨質溶解情形，查國際上主要先進國家，如日本、韓國、澳洲、美國皆已給付。</p> <p>C.財務影響衝擊大，恐影響其他新特材收載：倘全額給付並考量廠商供貨意願，各次功能分類皆以院所採購價中位數除以浮動點值逕予納入支付標準，財務影響第 1 年至第 5 年約 5.4 億點至 7.9 億點，已逾 113 年新特材預算 10 億元之 50%，恐壓縮健保廣納新特材空間。</p> <p>D.綜上，為維護民眾使用醫材權益，在兼顧健保財務、維持供貨穩定，提升新醫材臨床可近性與普及性考量下，又參考臨床實證資料及主要先進國家給付情形，建議優先以自付差額方式納入健保給付，2 年後進行醫療科技再評估(HT R)滾動式檢討健保給付效益，作為持續給付、調整給付或不給付之決策參考。</p> <p>(2) 摘述 113 年 11 月特材共擬會議之結論(紀錄如參考資料 6)：</p> <p>A.考量本案特材財務影響大，為促進廣納新醫材，維持供貨穩定，提升臨床可近性與普及性，共識同意以自付差額納入健保。</p> <p>B.健保給付比例：前經 113 年 9 月特材共擬會議討論決議，原以全額給付納入健保給付，基於民眾權益，故本案健保給付比例採核定費用最高比例 40% 訂之。</p> <p>C.核定費用：公立醫院及醫學中心兩者合併之採購價中位數</p>	



	項目	自付差額品項	健保全額給付品項 <sup>(註 2)</sup>
		<p>除以浮動點值核定費用。為確保支付單位換算及避免特材納入健保後受浮動點值影響，前述浮動點值以近 10 年全區浮動點值最低 0.8699 (107 年)計算。</p> <p>D. 保險醫事服務機構收取差額上限：核定費用扣除健保給付比例換算支付點數。</p> <p>E. 功能類別：分 7 個次功能類別(有縫線不可吸收、有縫線可吸收、無縫線不可吸收、無縫線可吸收、全縫線不可吸收、特殊縫線不可吸收、特殊縫線可吸收)。</p> <p>F. 給付規定：為使臨床合理使用，訂有使用條件、每次手術限用組數及術中需檢附資料。</p> <p>(3) 醫療科技評估報告之重點(含醫療倫理考量之相關資料，評估報告詳另冊參考資料 2-1，P.5~6、P.29~32；詳另冊參考資料 2-2，投影片第 11~12 張，P.59)：在相對療效之評估結果，同上「2.特性」之說明；在財務影響評估上，特殊材質縫合錨釘將逐年取代金屬錨釘於肩關節使用量，並新增特殊材質縫合錨釘使用量。</p> <p>(4) 其他參考資料：無。</p>	

他國資料 (註4)	項目	自付差額品項		
	1.基本資料	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 依據 113 年 9 月特材共擬會議資料(詳另冊參考資料 3，投影片第 10、13 張，P.69、P.71)</li> <li>● 本案特材之價格彙整表，詳參考資料 1。</li> </ul>		
	2.價格分布(NT)	國別	保險是否給付	保險支付價/市價
		日本	是	(1)不可吸收類：29,600 日圓。 (2)可吸收類：42,300 日圓。
		韓國	是	(1) 金屬類：165,520 韓元。 (2) 非金屬類：219,100 韓元。 (3) 全縫線類：197,520 韓元。 *健保部分給付 20%
		澳洲	是	(1) 小( $\leq 2.3$ mm)：294 澳幣、503 澳幣(可吸收)。 (2) 中(2.4 至 3.9 mm)、大( $\geq 4$ mm)：442 澳幣、501 澳幣(可吸收)。
		美國	是	293.53 美元~579.35 美元。
	3.價格差距(註5)	以特殊材質縫合錨釘「邁特」喜力克固定錨系統」(項次 32)為例，國內醫材比價網價格中位數 24,000 元，日本支付價換算台幣後為 9,306 元，價格倍數為 2.6 倍；澳洲支付價換算台幣為 10,356 元，價格倍數為 2.3 倍。		

健保署填報部門：醫審及藥材組 填報人：張淑宜 日期：1131210 連絡電話：27065866\*1526

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。

**表 2 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	V
	(2)提供我國醫療科技評估(HTA)報告	V
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	V
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	V
	(2)未有「因病情需要，一定須使用本自付差額特材品項」者	V
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	V
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	1. 本案自付差額特材品項於醫材比價網之中位數皆高於國際價格中位數 2 倍以上。 2. 經統計 108 年至 112 年健保全額給付特材支付情形，多以院所採購價中位數除以浮動點值核價，68% 高於國際價格中位數。 3. 爰健保收載新功能特材，難以用國際價格核價。

健保署填報部門：醫審及藥材組 填報人：張淑宜 日期：1131200 連絡電話：27065866\*1526

## 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：_____	

我國資料

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。



本會檢視後洽請健保署再提供之補充說明資料

案由：特殊材料「特殊材質縫合錨」以保險對象自付差額方式納入健保給付建議案

項次	專家學者委員之建議	健保署回復之補充說明
1.基本資料表-3.價格		
(1)	<p>根據比價網與日、韓、澳洲之給付價，台灣目前比價網之各品項最低價亦均高於其他國家給付價甚多，本次核給之健保給付上限本身亦已經高於資料列舉之三國給付價，加上差額上限，核定價格形同給予廠商和醫療院所更大的獲利空間，與先進國家比，健保與民眾皆過度負擔。健保署應亟思降低整體價格之方式。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.醫材比價網建置目的為提供平台供特約院所自主上傳向民眾收取醫材費用資訊，資料之正確性亦由各上傳之院所負責，非本保險登錄資訊。</li> <li>2.查 107 年前特材共擬會議審議通過之醫材，其支付點數係依全民健康保險藥物給付項目及支付標準(下稱藥物支付標準)第 52 條之 2 訂定原則，多以健保既有特材品項支付點數加計百分比或參考國際價格訂定，多數廠商不同意前述訂定之健保支付價格，爰納入給付生效率偏低僅約 3 成，導致民眾使用自費醫材增加。</li> <li>3.108 年起朝以維護民眾權益、提升臨床可近性與普及性，努力將新功能特材納入健保給付，特別是臨床缺口、急重症、兒童醫材優先研議納入健保給付。經統計近 5 年(108 年至 112 年)依藥物支付標準之支付點數訂定原則，健保收載新功能特材核價方式，65%以院所採購價中位數除以浮動點值核價，13%以廠商建議價核價，經共擬會議審議通過且納入給付生效率至 112 年已達 9 成。</li> <li>4.另依藥物支付標準第 54 條明定，特殊材料應實施市場交易價格調查，再依同標準第 58 條明定，自付差額品項之特材價格為每 2 年調查 1 次。倘本案品項於 114 年以自付差額方式納入健保給付，將於 116 年執行調查。</li> </ol>

項次	專家學者委員之建議	健保署回復之補充說明
(2)	<p>所有類別的特材縫合錨釘，台灣自費價格(醫材比價網中位數)均高出美國、日本、韓國、澳洲等四國，分別為這些國家的 1.5 倍、3 倍、4 倍及 2 倍(參考資料 4，簡報第 5~6 張)，健保給付 40%後，民眾差額付費的金額竟然和其他國家的價格差不多，請說明健保核定價格的合理性。</p>	<p>1.健保以全額給付收載新功能特材之核價原則，係依藥物支付標準第 52 條之 2 訂定。</p> <p>2.在自付差額特材之核定費用，依同標準第 52 條之 4，得參考醫院採購價中位數、國內市場販售價格、院所收取自費價、國際價格等方式核定。本案經 113 年 11 月特材共擬會議討論通過，採民眾自付差額方式納入健保給付，決議如下：</p> <p>(1)核定費用：依同標準第 2 項第 1 款，公立醫院及醫學中心採購決標價格之中位數除以浮動點值。惟浮動點值係以近 10 年全區浮動點值最低 0.8699(107 年)計算，以確保支付單位換算以及避免特材納入健保後，其支付點數受浮動點值影響。</p> <p>(2)健保給付比例：</p> <p>A.依 113 年 9 月特材共擬會議決議，同意本案以全額給付方式納入健保，分 7 個次功能類別，支付點數參考主要原產國(美國)價格至院所採購價中位數除以浮動點值之間與廠商協議。健保署依會議決議支付點數與廠商多次溝通，廠商皆不同意以前述支付價格供貨，並表示本案醫材臨床功能皆相同，僅縫線材質不同，核價方式卻不一致，建議採自付差額方式辦理。</p> <p>B.爰考量健保原為 100%全額給付，基於民眾權益，採核定費用之最高比例 40%暫予支付。</p> <p>3.保險醫事服務機構收取差額上限：依同標準第 3 項，不得超過該類特材核定費用扣除本保險給付上限之差額。爰民眾自行負擔費用為核定費用扣除健保給付比例換算之支付點數。</p>
(3)	<p>關於核價分組品項之分類：本次採 7 個次功能類別 59 個品項不同給付與差額價格，</p>	<p>1.依醫療科技評估報告，日本依據錨釘材質分可吸收類及不可吸收類，韓國依據錨釘材質分為金屬類、非金屬類、全縫線類，澳洲依據</p>

項次	專家學者委員之建議	健保署回復之補充說明
	何以不採納日本給付方式，僅以「可吸收」、「不可吸收」兩類給付？過多品項與功能不利民眾選擇與理解，更加不易瞭解市場價格，造成民眾可近性阻礙。	<p>錨釘直徑大小分類，爰前述各國皆有給付本案品項，各有其分類方式。</p> <p>2.醫材功能分類屬高度臨床專業，爰參考國外給付方式、現行健保錨釘的分類方式，經與骨科醫學會及臨床專家 2 次溝通討論，提 113 年 8 月特材專家會議討論，再提同年 9 月、11 月特材共擬會議同意本案品項分為 7 個次功能類別(有縫線不可吸收、有縫線可吸收、無縫線不可吸收、無縫線可吸收、全縫線不可吸收、特殊縫線不可吸收、特殊縫線可吸收)。</p> <p>3.爰本案之功能分類，係與專科醫學會及臨床專家討論之共識，已參考國外分類、產品功能、臨床使用特性，有助臨床醫師依病人治療需求選用，利於民眾了解醫材分類及特性，亦有助醫病溝通，促進醫病共享決策。</p>
2.基本資料表-4.健保財務影響評估		
(1)	關於預估使用量： 健保全額給付品項，自 110 年至 112 年每年相對成長率分別為 21%、8%，而自費品項則分別為 22%、33.7%，自費在無論成長率或件數均遠大於健保全額給付項目，件數更是呈現 3 倍以上。故，納入差額後之成長率是否嚴重低估？	<p>1.健保全額給付品項，自 110 年 12 月 1 日起刪除原給付規定(限肩關節韌帶手術)，回歸仿單適應症使用，爰 111 年成長率為 21%，112 年成長率回歸穩定成長(8%)。</p> <p>2.另依醫療科技評估報告及骨科醫學會建議，本案錨釘多數用於肩關節手術病人，建議優先給付適應症於肩旋轉肌袖破裂手術或肩盂唇破裂手術，爰以前述條件且申報錨釘人次之近 5 年年均成長率 10% 估算，其成長率已涵蓋未來成長情形，後續將持續監控本案品項納入健保給付後之使用情形。</p>
(2)	本案之財務衝擊為以 113 年新醫療科技剩餘款計算，然本案若生效，使用之預算年度應為 114 年，強烈建議健保署將具實證臨床療效之部分個別醫材納入全額給付，重新估算數量與支付標準，	<p>1.依健保法第 45 條第 1 項規定，本保險給付之特殊材料，保險人得訂定給付上限及保險醫事服務機構得收取差額之上限；屬於同功能類別之特殊材料，保險人得支付同一價格。爰本保險特殊材料均以同功能類別同核價。</p> <p>2.本保險研議收載品項為持續性的研議過程，依上述同法第 45 條第 3 項規定，自付差額之</p>

項次	專家學者委員之建議	健保署回復之補充說明
	並以 114 年預算進行財務衝擊評估。	特殊材料品項，經保險人同意後，併同其實施日期，提健保會討論，報主管機關核定公告。故難以推估研議後在何時生效。 3.健保總額編列新功能特材預算有限，每年積極爭取新特材預算，查 113 年新醫療科技項目新增新功能特材預算為 10 億元，本案品項已編列於前述預算，並經 113 年 11 月特材共擬會議決議，其預算來源以 113 年醫院總額部門新醫療科技項目新增新功能特材預算支應，俟健保會討論通過後，報主管機關核定公告。
3.基本資料表-5.同意納入自付差額特材之理由		
(1)	根據醫療科技評估簡報療效評估報告(參考資料 2-2 頁，簡報第 11 張)，可吸收材質與金屬材質的療效相當，而可吸收材質與非金屬不可吸收材質的療效亦沒有顯著差異，本特材納入差額給付的成效並不突出，請說明納入的合理性。	1.醫療器材在市場准入時相較藥品難以有隨機對照試驗等實證資料，依醫療科技評估報告雖顯示本案錨釘與健保錨釘對肩關節不穩定病人之臨床療效無顯著差異，惟本案錨釘之臨床療效不劣於健保錨釘，且日本、韓國、澳洲、美國等皆已給付本案錨釘。 2.本案錨釘之臨床使用量大，112 年申報量占整體縫合錨釘已達 8 成，依 113 年 9 月特材共擬會議紀錄，骨科醫學會表示本案錨釘已在臨床上使用多年，在新的臨床文獻上皆證明其療效、功能、手術時間的節省優於金屬錨釘，另依照臨床使用經驗，本案錨釘之使用方便性及結果相較金屬錨釘較佳。 3.爰依 113 年特材共擬會議決議，為兼顧健保財務，促進廣納新醫材，維持供貨穩定，提升臨床可近性與普及性，同意依藥物支付標準第 52 條之 4，採民眾自付差額方式納入健保給付。
(2)	關於納入差額與何不全額給付之理由： 本案健保署於特材共擬會議原建議採全額給付，但因廠	1.依健保法第 45 條第 1 項規定，本保險給付之特殊材料，保險人得訂定給付上限及保險醫事服務機構得收取差額之上限；屬於同功能類別之特殊材料，保險人得支付同一價格。爰

項次	專家學者委員之建議	健保署回復之補充說明
	<p>商不同意價格，則改為分 7 個次功能類別給付，然根據 HTA 評估本案部分品項具臨床療效實證，且主要先進國家已經給付，為何不以臨床療效和病人權益、價值導向之原則，採個別「部分品項」，如「不可吸收材質錨釘於第 6 個月有較少肩關節骨質溶解情形」之優異臨床表現者，納入全額給付？而要將 59 個品項全數綁在一起？建議仍應將具實證臨床療效之個別產品納入全額給付。</p>	<p>健保特殊材料收載以同功能同支付價格。</p> <p>2. 本案特材品項於 114 年 9 月特材共擬會議決議以全額給付方式納入健保給付，分 7 個次功能類別，再經同年 11 月特材共擬會議決議，改以民眾自付差額方式納入健保，仍為 7 個次功能類別。醫材功能分類屬高度臨床專業，爰健保特材之功能分類係與臨床專業討論共識，參考國外分類、產品功能、臨床使用特性...等進行分類（同上述 1.(3)）。</p> <p>3. 另依醫療科技評估報告顯示本案錨釘之臨床療效不劣於健保金屬錨釘。骨科醫學會表示本案錨釘臨床上已使用多年，新臨床文獻亦證明其療效、功能、手術時間節省皆優於金屬錨釘，且臨床專業表示本案錨釘之使用便利性及臨床結果皆較金屬錨釘更佳（同上述 3.(1)）。</p> <p>4. 綜上，基於同功能特材同收載支付原則，本案醫材應以相同給付方式一併納入健保。</p>
(3)	<p>依健保署檢附本申請案的基本資料表所示，本申請案之健保給付上限約為現行健保已給付縫合錨釘支付點數的 2.47~3.92 倍之多，本件自付差額特材申請案件「特殊材質縫合錨釘」與現行給付縫合錨釘基本功能或療效，既無太大差異，但如通過收載，財務衝擊超過 3 億點，將壓縮健保廣納新特材空間，所以建議本案不予自付差額收載。</p>	<p>1. 為維護民眾權益，在兼顧健保財務、維持供貨穩定，提升新醫材臨床可近性與普及性考量下，又參考臨床實證資料及主要先進國家給付情形，本案醫材建議以自付差額方式納入健保給付，且 113 年醫院總額部門新醫療科技項目新增新功能特材預算已編列 3 億，於預算範圍內足以支應，後續滾動式調整，分階段朝全額給付收載。</p> <p>2. 倘基於民眾權益，以全額給付方式收載，財務影響約 7.9 億，113 年新功能特材預算不足以支應，建請健保會委員支持爭取新功能特材預算，以補足預算缺口，亦符 114 年度醫院醫療給付費用協定項目之決定事項，請本署在額度內妥為管理運用，積極引進新特材，避免新增差額給付項目。</p>
4.其他		

項次	專家學者委員之建議	健保署回復之補充說明
(1)	參考資料 1「比價網」品項第 27 項次與參考資料 2-1 健保尚未納入全額給付之品項 44(兩者為同一產品)，該品項日本並未給付，請說明原因？若本品項如同日本不納入本案之差額產品，有何影響？	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.國際上，醫材品項因廠商營運策略及各國保險給付政策而有不同給付情形。在台灣該品項已取得食藥署核發之醫療器材許可證，且查無食藥署發布該品項之安全或品質警訊。</li> <li>2.又依健保法第 45 條第 1 項規定，本保險給付之特殊材料，保險人得訂定給付上限及保險醫事服務機構得收取差額之上限；屬於同功能類別之特殊材料，保險人得支付同一價格。</li> <li>3.綜上，因該醫材品項之安全及確效已經食藥署確認，取得該署核發之醫材許可證，且醫療科技評估結果及實證資料未顯示與本案醫材功能、療效不同，基於健保特殊材料收載原則，同功能特材應以相同給付方式納入健保。</li> </ol>
(2)	本案相關使用率增長極快，若最後仍有品項納入差額，建議最少 2 年內進行 HTR 與自費市場評估。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.依藥物支付標準第 54 條明定，特殊材料應實施市場交易價格調查，再依同標準第 58 條明定，自付差額品項之特材價格為每 2 年調查 1 次。倘本案品項於 114 年以自付差額方式納入健保給付，將於 116 年執行調查。</li> <li>2.依全民健康保險辦理特殊材料醫療科技評估作業要點第四點，支付標準收載特材，保險人得進行醫療科技再評估。本案於納入健保給付 2 年後進行醫療科技再評估(HTR)滾動式檢討健保給付效益，作為持續給付、調整給付或不給付之決策參考。</li> </ol>

#### 第四案

提案單位：本會第一組

案由：推派本會委員擔任中央健康保險署「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」(下稱醫療服務共擬會議)、  
「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」(下稱藥物共擬會議)及「全民健康保險醫療給付費用各總額研商議事會議」(下稱研商議事會議)之代表案，提請討論。

說明：

一、本案係依據中央健康保險署(下稱健保署)分別於 114 年 2 月 10 日、3 月 14 日函請本會推派擔任案由所提會議之代表案辦理(來函影本如附錄二十五，第 366~368 頁)。

二、本會須推派代表如下：

	1.醫療服務共擬會議	2.藥物共擬會議		3.研商議事會議
依據	全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法第 2 條及第 6 條第 3 款 (如附錄二十六，第 369~371 頁)	全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂辦法第 2 條、第 4 條第 1 項第 3、4 款及第 2 項第 3 款 (如附錄二十七，第 372~374 頁)		全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」(下稱研商議事作業要點第 3 點第 1 項第 1 款及第 2 項第 1 款 (如附錄二十八，第 375~378 頁)
推派 人數	被保險人 1 人 雇主 1 人	藥 品	被保險人 1 人 雇主 1 人	保險付費者 10 人 (醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診、門診透析服務各 2 人)
		特 材	被保險人 1 人 雇主 1 人	
開會 頻率	至少每 6 個月 1 次	至少每 2 個月 1 次		至少每 3 個月 1 次
其他 事項	1.任期 2 年，無給職。 2.由本會遴薦推派者，於任期內失去委員身分時，得由本會重行遴選推派。			

三、本會委員 39 人，計有保險付費者代表 20 人，其包含被保險人代表 14 人、雇主代表 5 人及行政院主計總處 1 人。本案建議爰例以抽籤方式推派，為擴大委員之參與機會，以不重複推派為原則，抽籤順序如下：

(一)由雇主代表 5 人，抽出醫療服務共同擬訂會議、藥物共同擬訂會議(包含藥品、特材)雇主代表各 1 人，共 3 人。

(二)由被保險人代表 14 人，抽出醫療服務共同擬訂會議、藥物共同擬訂會議(包含藥品、特材)被保險人代表各 1 人，共 3 人。

(三)除上開中籤委員外，由保險付費者委員 14 人抽出 10 人，擔任研商議事會議之保險付費者代表，分別有醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診、門診透析代表各 2 人。

四、抽籤結果委員間仍可協調更動，最遲請於本次委員會議結束前告知同仁，最後再由主席公布確認推派名單。

擬辦：

一、本會推派名單將回復健保署，供該署進行後續聘任事宜。

二、另由本會遴選推派者，倘於任期內失去委員身分時，本會重新遴選推派原則，擬由該團體推派的接任人選替補之。

決議：



會議名稱		代表屬性	人數	推薦名單
醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議		雇主	1	
		被保險人	1	
藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議(藥品)		雇主	1	
		被保險人	1	
藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議(特材)		雇主	1	
		被保險人	1	
醫療給付費用總額研商會議	醫院	保險付費者 (包含被保險人、雇主、行政院主計總處)	2	
	西醫基層		2	
	牙醫門診		2	
	中醫門診		2	
	門診透析		2	

## 第五案

提案單位：中央健康保險署

案由：因應流感疫情及長連假診所開診率低，奉部交議擬動支其他預算之「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目預算支應西醫基層診所及藥局開診額外獎勵措施案，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」項目之適用範圍及動支程序(附件一，第 238~239 頁)辦理。

二、辦理內容：

(一)統計西醫基層診所於本署VPN系統維護本(114)年農曆春節長假期間開診情形(附件二，第240頁)，明顯低於例假日週六開診率約82%，周日開診率約18%。

(二)衛福部考量流感疫情進入高峰且春節連假期間診所開診率低，為避免輕症病人於春節期間逕至醫院急診就醫，衍生排擠急重症病人接受即時醫療照護服務效應，於114年1月22日交議研擬提供適當誘因，獎勵春節連假期間開診之基層診所及藥局，以保存醫院急重症照護量能，惟因1月份114年健保會委員會尚未成立，爰提最近一次會議討論，措施如下：

- 1.實施日期：114 年 1 月 28 日(除夕，週二)至同年 2 月 2 日(初五，周日)。
- 2.實施方式：健保特約西醫基層診所及藥局以現行方式申報，由本署事後擷取符合獎勵條件資格院所之費用申報資料後計算核付。
- 3.獎勵內容：比照全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準總則所列加成規範，地區醫院國定假日之西醫門診案件診察費點數加計 3 成之規定，獎勵健保特約西醫基層診所及藥局於 114 年 1 月 28 日至同年 2 月 2 日期間開診(業)並提供醫療服務者，所申報之門診診察費或藥事服務費支付點數加計 3 成。
- 4.預估經費需求：以過去 3 年(111-113 年)同時段申報門診就醫件

數及費用推估，所需經費規模介於 0.83 億至 0.95 億元不等(附件三，第 241 頁)，尚於預算額度內，惟最後仍以結算金額為準。

5.預期效益：避免輕症病人於春節期間逕至醫院急診就醫，衍生排擠急重症病人接受即時醫療照護服務效應外，並落實分級醫療及轉診制度，減輕急診壅塞。

三、預算來源：擬動支 114 年度全民健康保險其他預算「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項下預算支應。

四、經檢視「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍及動支程序，說明如下：

(一)適用範圍：屬「其他非預期政策改變」，年度中非預期政策修訂，所生費用不在協定時西醫基層總額涵蓋範圍且經衛生福利部交議。

(二)動支程序：

1.提案及議定：本署依衛福部 114 年 1 月 22 日交議事項辦理，依程序提案至貴會委員會議討論議定。

2.核定與執行：將依議定結果，辦理後續報部核定及結算後提報執行結果等事宜。

擬辦：擬依議定結果辦理後續事宜。

報告單位業務窗口：王智廣科長，聯絡電話：02-27065866分機3609

.....

本會補充說明：

一、我國健保總額預算採上限制，為因應年度間發生非預期事件所增加費用，自 107 年起，每年均於其他預算項下編列「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」預算，以減輕發生非預期事件之財務衝擊，屬預備金性質，其經費之支用，須依本會議定之適用範圍與動支程序辦理。

二、本案係健保署奉衛福部交議，因應流感疫情及春節連假診所開診率低，提請動支 114 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，獎勵 114 年 1 月 28 日至 2 月 2 日開診之西醫基層診所及提供服務之藥局(診察費或藥事服務費加計 3 成)。相關事項如下：

(一)114 年度總額其他預算決定事項：

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	2,000.0	經費之支用，除依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理，如遇有藥品全球供應鏈不穩定等特殊事件，亦得動支。

(二)承上，本案經費動支須依本會議定之「『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」辦理(如附件一，第 238~239 頁)。依健保署說明，本案性質屬「其他非預期政策改變」，其適用範圍及動支程序，摘要如下：

適用範圍	1.年度中非預期之全民健康保險法及相關政策修訂，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)」。
動支程序	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。

三、本案建請委員討論順序為：

(一)確定是否符合上開適用範圍及動支程序之規定。

(二)是否同意由本項經費動支。

四、若經討論同意由本項經費動支，用於獎勵「114 年 1 月 28 日至 2 月 2 日西醫基層診所及藥局開診(業)醫療服務之門診診察費或藥事服務費支付點數加計 3 成」，預估所需經費為 0.83~0.95 億元。建請健保署依動支程序規定及本會議定結果，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。

決議：

## 「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

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。

附件二、114 年農曆春節期間西醫基層診所於 VPN 系統登錄開診情形  
表、111-113 年春節期間(除夕至初五)西醫基層診所看診家數及件數統計

(單位：千件)

總額別	門診別	春節	111 年		112 年		113 年		114 年	
			院所家數	就醫件數	院所家數	就醫件數	院所家數	就醫件數	預計開診家數	開診率
西醫 基層	門診	除夕	4,914	189	5,046	210	4,809	208	3,386	31%
		初一	554	5	550	10	622	12	393	4%
		初二	708	12	853	24	545	20	438	4%
		初三	1,127	27	1,161	46	1,113	57	684	6%
		初四	3,746	150	2,524	161	2,477	195	1,681	15%
		初五	5,943	258	5,535	386	5,521	492	1,130	10%

說明：

1.擷取邏輯：總額別為 11(西醫基層)，就醫日期為當年度春節期間(除夕至初五)，加總就醫件數(OP\_CASE)。

2.近三年春節期間(除夕至初五)之日期如下：

(1)111 年：1/31-2/5

(2)112 年：1/21-1/26

(3)113 年：2/9-2/14

3.資料擷取日期：114/1/21

4.111 至 113 年院所家數為當年度申報費用之院所數，114 年院所家數係以資料擷取時已於 VPN 系統維護開診院所為主，跨年度比較時宜審慎。

附件二



附件三、預估經費需求

(單位：千件、千點)

總額別	春節	111 年申報資料計算				近 3 年(111-113 年)平均			
		就醫件數*	門診診察費 加 3 成	藥事服務費 加 3 成	加 3 成總計	就醫件數*	門診診察費 加 3 成	藥事服務費 加 3 成	加 3 成總計
西醫基層	除夕	190	17,574	1,241	18,815	203	18,771	1,267	20,038
	初一	21	565	26	592	14	807	46	853
	初二	32	1,311	60	1,371	26	1,659	86	1,744
	初三	29	3,134	147	3,280	44	4,019	197	4,216
	初四	151	16,933	919	17,852	169	16,184	877	17,061
	初五	258	28,796	1,620	30,416	378	36,333	2,101	38,434
	總計	680	68,313	4,012	72,326	834	77,773	4,573	82,346
藥局	除夕	154		3,047	3,047	152		2,916	2,916
	初一	22		486	486	22		465	465
	初二	26		556	556	30		615	615
	初三	37		756	756	52		1,009	1,009
	初四	121		2,382	2,382	136		2,500	2,500
	初五	191		3,750	3,750	258		4,661	4,661
	總計	552		10,977	10,977	650		12,166	12,166
總計		1,232	68,313	14,990	83,303	1,484	77,773	16,739	94,512

附件三

## 第六案

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」項下具預備款性質專款結餘支應案，提請討論。

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日及同年12月25日衛生福利部全民健康保險會第六屆113年第10、11次委員會議決議會議決議事項辦理。
- 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至2季費用結算超出預算17百萬點(浮動點值分別為0.955、0.963)，以113年申報數推估全年執行數約1,678.8百萬點(執行率約101.5%)，約需額外爭取25百萬元支應。
- 三、旨案本署前經提至貴會113年第10次及第11次委員會議討論，並依會議決議報告矯正機關收容人醫療利用情形分析略以，113年整體就醫人數、件數及醫療費用皆相較112年同期正成長，其中門診係以皮膚、精神疾病及呼吸道感染為主，住診則以肺炎感染住院為多，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，另依法務部統計資料，矯正機關收容人數自110年起逐年成長等因素影響下，致整體門、住診價量皆有明顯增加，惟會議決議請本署遵循相關核(決)定事項及協商原則辦理，或另行爭取公務預算支應。
- 四、承上，本署前於113年12月2日函請法務部矯正署評估由該署或法務部公務預算支應之可行性，惟該署函復本署業務與該署業務分工有所區別，無另編列相關預算，無從支應協助。另表示

因COVID-19疫情影響，國家司法及刑事政策調整，致收容人數先減後增，非可歸責於該署造成。

- 五、考量醫療費用成長與收容人數之增減有關，惟因其涉及國家司法與刑事政策調整，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，擬建議本案預算不足部分，由113年度醫療給付費用總額「其他預算」項下具預備款性質專款(如第4項支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費或第5項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)專款結餘支應。

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、健保署前於本會 113 年第 11 次委員會議(113.12.25)提出臨時提案「有關矯正機關計畫 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」，該次會議決議如下：

鑑於 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額業經衛福部核(決)定並公告，且總額協商原則訂有其他預算各項目之預算不得相互流用之規定，爰本案請健保署遵循相關核(決)定事項及協商原則辦理，或另行爭取由公務預算支應。

- 二、健保署本次重新提出擬由 113 年度醫療給付費用總額其他預算項下「具預備款性質專款」結餘支應：

- (一)依衛福部公告之 113 年度總額及其分配方式，其他預算項下屬預備款性質之專款，均有協定項目之指定用途(如下)，其中並未包含矯正機關計畫不足之經費。

項目	金額(百萬元)
支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費	90.0
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	125.0

(二)前述「具預備款性質專款」仍屬本會 113 年第 11 次委員會議決議「其他預算各項目之預算不得相互流用之規定」範疇，建請仍依決議辦理。

三、另提供本案相關規定供參：

(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(第 245~246 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。

決議：

## 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。

## 第七案

提案人：詹委員永兆

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：建請重新評估 113 年度中醫門診總額預算扣減案，提請討論。

說明：

- 一、依全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 114 年第 1 次研商議事會議及 113 年度總額核(決)定事項辦理。
- 二、中央健康保險署推估資料：113 年度總額協定事項中「中醫利用新增人口」，依 113 年度預算執行結果，扣減當年度未執行部分費用約 5.88 億元。
- 三、中醫門診總額部門於 112 年協商通過「中醫利用新增人口」項目，核定事項略述如下：依 113 年中醫實際就醫人數成長情形，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減，扣減方式如下：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。
- 四、健保署考量中醫門診總額部門在 113 年一般部門執行件數為歷年次高，高於 108 年申請件數，申請點數更高 17.7%(近 50 億點)，及協商原提案方向為補基期的不足，故建議：爭取不宜減扣。
- 五、中醫點值 113 年第 1、第 2 季浮動點值低於 0.9，分別為 0.8474 及 0.8863，第 3 季為 0.9101，目前第 4 季預估點值為 0.8811，在 113 年核定點值和預算差第 1 季達 7.32 億元、第 2 季 5.88 億元及第 3 達 4.75 億元，整年度高達 25 億元以上，如再扣減預算額度，預算不足多達 30 億元以上，對最小的中醫總額部門衝擊極大。
- 六、本會 112 年所提出「中醫利用新增人口」項目，主要在於 111 年執行醫療費用和預算缺口達 18.58 億及 112 年更高達 34.96 億，本案的精神在於補基期的不足，而不是在申報的高點上再往上堆疊，健保署當時亦同意本會見解，113 年雖在 5.88 億的補充

下，113 年點值仍低於 0.9，如再扣減 5.88 億無疑是雪上加霜，點值將更為低下，肯請委員協助：同意不減扣 113 年中醫部門執行「中醫利用新增人口」項目不足的預算。

擬辦：建請同意不減扣 113 年中醫部門執行「中醫利用新增人口」項目不足的預算。

.....

本會補充說明：

一、本案係113年度中醫門診總額一般服務項目，衛福部核定及公告內容(摘要)如下：

項目	預估增加金額(百萬元)	核定事項(摘錄)
中醫利用新增人口 (113 年新增項目)	588.0	<p>1.就醫人數均不含 U07.1(確認 COVID-19 病毒感染)、U09.9(嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)後的病況，未明示)、職災及預防保健部分。</p> <p>2.依 113 年中醫實際就醫人數成長情形，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減，扣減方式如下： 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>3.請中央健康保險署依上開議定之預算扣減方式，會同中醫門診總額相關團體提出其執行細節後，於 113 年 7 月提全民健康保險會報告。</p>

二、健保署依照上述核定事項3.的要求，業於113年第6次委員會議(113.7.30)提報扣減方式規劃在案，本會決定及後續辦理情形如下：

(一)扣減方式同核定事項，並請於 114 年 3 月份委員會議提報本案預算扣減方式之執行結果。

→已排入本會本年度工作計畫，預定於 4 月份委員會議提報。

(二)參考委員意見研議調整扣減方式之就醫人數定義，最遲於 113 年 12 月份委員會議提報。



→於 113 年第 11 次委員會議(113.12.25)決定就醫人數操作型定義修訂為：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。

三、本案為利委員討論，已請健保署提供意見與中醫就醫人數及醫療利用等相關數據供參(資料後附)。

四、查歷年依總額公告事項，各總額部門於點值結算時扣減情形如下表：

類別	各年度總額-各部門總額點值結算扣減(百萬元)			
	總額部門 (扣減項目)	年度	預算數	扣減 預算數
一般服務 未導入預算	醫院 (扣減未於年底前導入之新診療項目、新特材預算)	103	2,001.4	281.0
		106	2,063.0	248.0
		107	3,440.0	155.0
		108	3,019.0	276.0
		110	3,562.0	62.6
	西醫基層 (扣減未於年底前導入之新診療項目及新藥預算)	110	190.3	39.0
		111	300.0	187.6
		112	196.0	20.4
一般服務 未執行額度	牙醫門診 (扣減「高風險疾病口腔照護」項目未執行額度)	111	405	401.5
		112	407.8	378.3
	中醫門診 (扣減 3 項協商項目未執行額度)	112	496.4	424.7

五、依「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」(詳附件，第 250 頁)之貳、總額協商原則七、其他原則(三)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」。

決議：

## 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(摘錄)

第 6 屆 112 年第 4 次委員會議(112.5.24)通過

### 貳、總額協商原則

#### 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。

# 報告事項



報告單位：中央健康保險署

案由：114 年度各部門總額依核(決)定事項，須提貴會報告之具體實施規劃/計畫，請鑒察。

說明：

一、依據衛生福利部 114 年 1 月 9 日衛部健字第 1143360008 號公告 114 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式辦理。

二、有關 114 年度各部門總額依核(決)定事項中，須提貴會報告之具體實施規劃/計畫(含須提報之「執行目標」及「預期效益之評估指標」)，分「具體實施規劃/計畫/方案」及「執行目標及預期效益之評估指標」兩類別報告本署研訂情形及內容如下：

(一)具體實施規劃/計畫/方案：

項次	總額別	項目	核(決)定事項內容	健保署研訂情形及內容
1	牙醫	非齒源性口腔疼痛處置	訂定醫療服務內容(含適應症之條件及申報資格，如限定專科別及層級別等)，於 113 年 12 月前提報全民健康保險會。	一、支付標準項目新增「非齒源性口腔疼痛處置-初診(1,800 點)」及「非齒源性口腔疼痛處置-複診(1,000 點)」(附件)，業經 113 年 12 月 26 日支付標準共擬會議 113 年第 5 次會議討論，114 年 3 月 4 日進行預告。 二、本項之適應症請中華民國牙醫師公會全國聯合會依程序修訂於牙醫醫療費用審查注意事項。
2	中醫	提升用藥品質	應增加健保中藥給付品項、提升用藥品質，並減少民眾用藥自費情形，具體規劃於 113 年 12 月前提報全民健康保險會。	一、增加健保中藥給付品項，並減少民眾用藥自費情形： (一)本署於 108 年 12 月提全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議(下稱藥物擬訂會議)藥品部分第 41 次(108 年 12 月)會議同意修正全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 11 條之中藥建議收載條件，修訂為「屬調劑或調配專用之非濃

項次	總額別	項目	核(決)定 事項內容	健保署研訂情形及內容
				<p>縮中藥，經藥物擬訂會議通過不在此限」，截至 114 年 2 月，已收載山柰散、川貝母散等單、複方 20 品名之部分非濃縮 GMP 中醫師處方用藥給付，以減少民眾自費。</p> <p>(二)中藥藥品項目收載及異動，由藥品許可證之持有廠商或保險醫事服務機構，向保險人提出建議收載，經藥物擬訂會議擬訂後，由保險人暫予收載；異動時亦同。</p> <p>二、提升中藥用藥品質： 中華民國中醫師全國聯合會已擬具提升中藥用藥品質管理相關策略，並於 113 年 12 月 3 日函送本署，本署刻正擬具修正建議，並續與該會溝通，據以提案至 114 年 5 月全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 114 年第 2 次研商議事會議討論。</p>
3	醫院	暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)	在額度內妥為管理運用，並於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出具體實施規劃(含執行方式、預算估算及財務控管、擬訂暫時收載年限、療效評估與退場機制等)，俾落實管控。	<p>一、新藥： 為滿足病人治療需求，健保署致力加速審查，近來研擬多項措施，包含「擴大新藥預算」、「實施暫時性支付制度」、「推動平行送審」及「成立國家級健康政策及醫療科技評估中心」等，期望透過各項措施多管齊下，新藥如具臨床實證及給付效益，加速積極納入給付，為病友及家屬爭取最大權益。</p> <p>以暫時性支付方式先行列項收載之藥物，後續 2 年~3 年內蒐集臨床資料，進行 HTR 評估，再評估是否持續支付或取消支付。</p> <p>(一)實施目的： 透過推動暫時性支付之新給付</p>
4	西醫基層	暫時性支付(新藥、新特材)		

項次	總額別	項目	核(決)定 事項內容	健保署研訂情形及內容
				<p>模式，滿足臨床需求，加速與國際治療接軌。</p> <p>(二)預算估算及財務控管：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.預算來源：由全民健康保險醫院總額之「暫時性支付(新藥、新特材)」專款項下支應。</li> <li>2.預算預估模式：參酌廠商於「前瞻式新藥及新給付範圍預算推估登錄作業平台」提供預期於 113 年、114 年收載非癌藥新藥於 114 年預估財務資料(不含罕見疾病用藥、血友病用藥、C 肝全口服新藥、後天免疫缺乏症候群治療藥品、精神科長效針劑及代辦品項)，依新藥通過率、核價折扣比率及廠商即時送件率等因素，編列 114 年預算。</li> <li>3.財務控管：利用多元風險分攤模式，持續實施藥品給付協議 (MEAs，Managed Entry Agreements)機制，針對不同臨床效益藥品訂定多元風險分攤模式。</li> </ol> <p>(三)執行方式：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.適用藥品： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)領有中央衛生主管機關核發之藥品許可證(以下簡稱藥證)，具臨床迫切需求，惟因僅有第二期臨床試驗而加速核准之非癌症新藥或新適應症者或其他經健保署認定有必要者。</li> <li>(2)排除「精神科長效針劑」、「罕見疾病、血友病藥費及</li> </ol> </li> </ol>

項次	總額別	項目	核(決)定 事項內容	健保署研訂情形及內容
				<p>罕見疾病特材」、「C 肝藥品」及「後天免疫缺乏病毒治療藥費」專款項目及代辦品項。</p> <p>2.納入給付與否之評估程序：依藥品專家諮詢會議建議及全民健保藥品給付項目及支付標準共同擬訂會議決議(下稱藥品共擬會議)，確認暫支付理由及待確認事項等，納入暫時性支付項目。</p> <p>(四)暫時列項收載年限：以二至三年為原則。</p> <p>(五)評估方式：廠商應於協議屆期日六個月前依藥品專家諮詢會議建議及藥品共擬會議建議之再評估事項，提交再評估報告書予健保署。未於期限內提交者，取消暫時性支付，但廠商應持續無償供應藥品予已用藥之病人，至醫師確定無須再使用。</p> <p>(六)退場機制：暫時性支付藥品屆時檢討時，提至藥品共擬會議，依會議決議予以持續支付或取消支付辦理。</p> <p>二、新特材：</p> <p>因科技日新月異，智慧醫療及「人工智慧/機器學習(AI/ML)」醫材蓬勃發展，惟此類產品多缺乏臨床實證佐證其效益。針對缺乏臨床實證但為醫療必須使用者，研擬先以暫時性支付方式，蒐集 real world data，倘具實證效益後續研議納入健保常規給付。</p> <p>(一)實施目的：針對缺乏臨床實證但為醫療必須使用者，透過推動</p>



項次	總額別	項目	核(決)定 事項內容	健保署研訂情形及內容
				<p>暫時性支付之新給付模式，滿足民眾醫療需求。</p> <p>(二)預算估算及財務控管：</p> <p>1.預算來源：由全民健康保險醫院總額之「暫時性支付(新藥、新特材)」專款項下支應。</p> <p>2.預算編列：為配合行政院「國家希望工程」之健康台灣「智慧醫療結合健康照護」政策，促進醫療科技進步及滿足民眾醫療需求，爰 115 年暫維持編列醫院部門預算 100 百萬元，得與本項計畫新藥預算流用。另經檢視暫無用於西醫基層之新特材品項，暫不編列西醫基層預算。</p> <p>3.財務控管：定期監控，並於特材共擬會議報告。</p> <p>(三)執行方式：倘已取得食藥署核准醫材許可證之醫材，惟尚未有發表期刊文獻或有臨床實證數據，屬醫療必須，臨床療效具不確定性，需持續蒐集 real world data，以暫時性支付收載，並依全民健康保險藥物給付項目及支付標準 52-4 條，採差額給付方式，健保給付比例不超過 10%辦理。</p> <p>(四)暫時列項收載年限：以二至三年為原則。</p> <p>(五)評估方式：納入健保給付後，後續監控及蒐集 real world data 觀察 2 年，依實證效益評估。具實證療效與經濟效益，納入健保常規給付；若無實證療效與經濟效益，健保不予給付；倘具有</p>

項次	總額別	項目	核(決)定 事項內容	健保署研訂情形及內容
				<p>潛力，可再展延 1 年。</p> <p>(六)退場機制：暫時性支付特材屆時檢討時，提至特材共擬會議，依會議決議予以持續支付或取消支付辦理。</p> <p>三、新醫療技術： 本署規劃依近期辦理之 HTA 評估結果，邀集相關專家討論並擬訂暫時性支付相關規範。</p>
5	醫院及西醫基層	新醫療科技(新藥、新特材及新增診療項目)	在額度內妥為管理運用，於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程。	<p>一、新藥： 114 年預計召開 24 次全民健康保險藥品給付項目及支付標準專家諮詢會議(癌藥、非癌藥)、6 次藥品支付標準共擬會議，將視提案單位檢送資料完整性及補件情形，依序提會討論。</p> <p>二、新特材： (一)醫院：114 年預計召開 12 次全民健康保險特材給付項目及支付標準專家諮詢會議、6 次特材支付標準共擬會議，將視提案單位檢送資料完整性及補件情形，依序提會討論。 (二)西醫基層：無編列預算。</p> <p>三、新增診療項目： 114 年預計召開 10 次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議、4 次醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議，將視提案單位檢送資料完整性及補件情形，依序提會討論。</p>
6	醫院及西醫基層	藥品及特材給付規定改變	在額度內妥為管理運用，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調	<p>一、藥品： 114 年預計召開 24 次全民健康保險藥品給付項目及支付標準專家諮詢會議(癌藥、非癌藥)、6 次藥品支付標準共擬會議，將視提案單位檢送</p>

項次	總額別	項目	核(決)定 事項內容	健保署研訂情形及內容
			查調整支付點數所節省之金額支應。於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程。	資料完整性及補件情形，依序提會討論。 二、特材： (一)醫院：114 年預計召開 12 次全民健康保險特材給付項目及支付標準專家諮詢會議、6 次特材支付標準共擬會議，將視提案單位檢送資料完整性及補件情形，依序提會討論。 (二)西醫基層：無編列預算。
7	西醫 基層	因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費	1.於 114 年度總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議。 2.建立稽核機制，以確實提升護理照護品質。	有關研議本項具體實施方案，已提至本署 114 年 3 月 6 日西醫基層總額研商議事會議討論，將依會議結論提報貴會。
8	門診 透析	居家血液透析與提升其照護品質	考量「居家血液透析」為新的照護模式，請會同門診透析服務相關團體審慎研議，於 114 年度總額公告後，完成擬訂專款	為研議本項具體實施方案，經提至本署 113 年 11 月 26 日、114 年 3 月 5 日醫療給付費用門診透析預算研商議事會議，經與會代表充分討論，審慎訂定執行院所、人員資格、適用對象及支付方式，建議以試辦計畫方式執行，並滾動調整計畫內容。後續依程序提至近期醫療服務共同擬訂會議。

項次	總額別	項目	核(決)定 事項內容	健保署研訂情形及內容
			「居家血液透析與提升其照護品質」之具體實施方式(包含：參與院所及醫師之資格條件與認定、適用對象、支付方式及結果面為導向之品質監測指標)，並提全民健康保險會報告。	

(二)執行目標及預期效益之評估指標：

項次	總額別	項目	核(決)定 事項內容	健保署研訂情形及內容
9	醫院	全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	依衛生福利部決定結果，會同醫院總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部決定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。	尚在蒐集修訂意見中，本署將俟台灣醫院協會及本署各分區業務組提供相關意見後，依程序提至醫院總額研商議事會議討論。
10	西醫基層	提升國人視力照護品質	依衛生福利部決定結果，會同西醫基層總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益	有關研議本項具體實施方案，已提至本署 114 年 3 月 6 日西醫基層總額研商議事會議討論，將依會議結論提報貴會。

項次	總額別	項目	核(決)定事項內容	健保署研訂情形及內容
11		強化基層照護能力及「開放表別」項目	之評估指標」，並於衛生福利部決定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會會議。	本項「執行目標」及「預期效益之評估指標」，本署於 114 年 1 月 15 日函請中華民國醫師公會全國聯合會提供相關規劃及意見，俟回復後將依程序提至相關會議討論。

報告單位業務窗口：朱文珣專門委員，聯絡電話：02-27065866 分機 2665

杜安琇科長，聯絡電話：02-27065866 分機 1554

林其昌科長，聯絡電話：02-27065866 分機 3067

.....

#### 本會補充說明：

本案係健保署就 114 年度各部門總額之核(決)定事項，分別應提報本會「具體實施規劃/計畫/方案」計 8 項，及「執行目標及預期效益之評估指標」計 3 項，共計 11 項，其中已完成 6 項、依程序辦理中 5 項，摘要如下：

一、已完成之 6 項(項次 1~6)：彙整健保署提報內容與本會補充說明供參(詳附表，第 263~270 頁)，健保署已依核定事項提出相關規劃，建議予以尊重，其中部分項目尚須補充內容，如下：

(一)牙醫門診總額「非齒源性口腔疼痛處置」(項次 1)：

健保署已依核定事項，訂定醫療服務內容。惟尚未提出適應症之條件，請健保署會同牙全會儘速議定後提報本會。

(二)中醫門診總額「提升用藥品質」(項次 2)：

有關增加健保中藥給付品項，並減少民眾用藥自費情形，健保署已訂有收載非濃縮中藥之相關機制，並持續辦理，建議於評核 114 年執行成果時，呈現當年增加健保中藥給付品項及減少民眾用藥自費情形。另提升中藥用藥品質管理相關策略尚未提出，請健保署會同中全會儘速議定後提報本會。

二、依程序辦理中 5 項(項次 7~11)，摘要如下：

(一)健保署已將 2 項具體實施方案及 3 項執行目標及預期效益之

評估指標提至各該總額部門研商議事會議討論，或發函相關團體蒐集意見，後續將依程序提報本會或提共擬會議討論。

(二)請健保署儘速研議完成後，提至本會最近 1 次委員會議。

決定：

**114 年度各部門總額之核(決)定事項，提報本會已完成之「具體實施  
規劃/計畫/方案」，健保署研訂情形及內容與本會補充說明**

項目	核(決)定事項	健保署研訂情形及內容	本會補充說明
<b>牙醫門診</b>			
1	非齒源性口腔疼痛處置	<p><u>訂定醫療服務內容(含適應症之條件及申報資格，如限定專科別及層級別等)</u>，於 113 年 12 月前提報全民健康保險會。</p> <p>一、支付標準項目新增「非齒源性口腔疼痛處置-初診(1,800 點)」及「非齒源性口腔疼痛處置-複診(1,000 點)」(附件)，業經 113 年 12 月 26 日支付標準共擬會議 113 年第 5 次會議討論，114 年 3 月 4 日進行預告。</p> <p>二、本項之適應症請中華民國牙醫師公會全國聯合會依程序修訂於牙醫醫療費用審查注意事項。</p>	<p>1. 健保署已依核定事項，<u>訂定醫療服務內容(新增左列 2 項支付項目)及申報資格</u>(附件第 271 頁訂有限定專科別及層級別之條件)，<u>建議尊重健保署提報內容。</u></p> <p>2. 惟尚未提出適應症之條件，<u>請健保署會同牙全會儘速議定適應症條件後提報本會。</u></p>
<b>中醫門診</b>			
2	提升藥品品質	<p><u>應增加健保中藥給付品項、提升用藥品質，並減少民眾用藥自費情形</u>，具體規劃於 113 年 12 月前提報全民健康保險會。</p> <p>一、增加健保中藥給付品項，並減少民眾用藥自費情形：</p> <p>(一)本署於 108 年 12 月提全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議(下稱藥物擬訂會議)藥品部分第 41 次(108 年 12 月)會議同意修正全民健康</p>	<p>1. 依提報內容，健保除給付科學中藥外，<u>健保署已訂有收載非濃縮中藥之相關機制，並持續辦理，建議予以尊重。</u>另考量本項為 114 年新增預算，<u>建議於評核 114 年執行成果時，呈</u></p>

項目	核(決)定事項	健保署研訂情形及內容	本會補充說明
		<p>保險藥物給付項目及支付標準第 11 條之中藥建議收載條件，修訂為「屬調劑或調配專用之非濃縮中藥，經藥物擬訂會議通過不在此限」，截至 114 年 2 月，已收載山柰散、川貝母散等單、複方 20 品名之部分非濃縮 GMP 中醫師處方用藥給付，以減少民眾自費。</p> <p>(二)中藥藥品項目收載及異動，由藥品許可證之持有廠商或保險醫事服務機構，向保險人提出建議收載，經藥物擬訂會議擬訂後，由保險人暫予收載；異動時亦同。</p> <p>二、提升中藥用藥品質：          中華民國中醫師全國聯合會已擬具提升中藥用藥品質管理相關策略，並於 113 年 12 月 3 日函送本署，本署刻正擬具修正建議，並續與該會溝通，據以提案至 114 年 5 月全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 114 年第 2 次研商議事會議討論。</p>	<p><u>現當年增加健保中藥給付品項及減少民眾用藥自費情形。</u></p> <p>2.<u>有關提升中藥用藥品質管理相關策略，請健保署會同中全會儘速議定後提報本會。</u></p>



項目	核(決)定事項	健保署研訂情形及內容	本會補充說明
<b>醫院及西醫基層</b>			
3、4	暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)	<p>在額度內妥為管理運用，並於114年度總額公告後，至全民健康保險會最近1次委員會議提出具體實施規劃(含執行方式、預算估算及財務控管、擬訂暫時收載年限、療效評估與退場機制等)，俾落實管控。</p> <p>一、新藥： 為滿足病人治療需求，健保署致力加速審查，近來研擬多項措施，包含「擴大新藥預算」、「實施暫時性支付制度」、「推動平行送審」及「成立國家級健康政策及醫療科技評估中心」等，期望透過各項措施多管齊下，新藥如具臨床實證及給付效益，加速積極納入給付，為病友及家屬爭取最大權益。</p> <p>以暫時性支付方式先行列項收載之藥物，後續2年~3年內蒐集臨床資料，進行HTR評估，再評估是否持續支付或取消支付。</p> <p>(一)實施目的： 透過推動暫時性支付之新給付模式，滿足臨床需求，加速與國際治療接軌。</p> <p>(二)預算估算及財務控管：</p> <p>1.預算來源：由全民健康保險醫院總額之「暫時性支付(新藥、新特材)」專款項下支應。</p> <p>2.預算預估模式：參酌廠商於「前瞻式新藥及新給付範圍預算推估登錄作業平台」提供預期於113年、114年收載非癌藥新藥於114年預估財務資料(不含罕見疾病用藥、血友病用藥、C肝全口服新藥、</p>	<p>健保署已依決定事項，<u>提出具體實施規劃</u>(含執行方式、預算估算及財務控管、擬訂暫時收載年限、療效評估與退場機制等)，<u>建議尊重健保署提報內容</u>。</p>

項目	核(決)定事項	健保署研訂情形及內容	本會補充說明
		<p>後天免疫缺乏症候群治療藥品、精神科長效針劑及代辦品項)，依新藥通過率、核價折扣比率及廠商即時送件率等因素，編列114年預算。</p> <p>3.財務控管：利用多元風險分攤模式，持續實施藥品給付協議 (MEAs，Managed Entry Agreements)機制，針對不同臨床效益藥品訂定多元風險分攤模式。</p> <p>(三)執行方式：</p> <p>1.適用藥品：</p> <p>(1)領有中央衛生主管機關核發之藥品許可證(以下簡稱藥證)，具臨床迫切需求，惟因僅有第二期臨床試驗而加速核准之非癌症新藥或新適應症者或其他經健保署認定有必要者。</p> <p>(2)排除「精神科長效針劑」、「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」、「C肝藥品」及「後天免疫缺乏病毒治療藥費」專款項目及代辦品項。</p> <p>2.納入給付與否之評估程序：依藥品專家諮詢會議建議及全民健保藥品給付項目及支付標準共同擬訂會議決議(下稱藥品共擬會議)，確認暫支付理</p>	

項目	核(決)定事項	健保署研訂情形及內容	本會補充說明
		<p>由及待確認事項等，納入暫時性支付項目。</p> <p>(四)暫時列項收載年限：以二至三年為原則。</p> <p>(五)評估方式：廠商應於協議屆期日六個月前依藥品專家諮詢會議建議及藥品共擬會議建議之再評估事項，提交再評估報告書予健保署。未於期限內提交者，取消暫時性支付，但廠商應持續無償供應藥品予已用藥之病人，至醫師確定無須再使用。</p> <p>(六)退場機制：暫時性支付藥品屆時檢討時，提至藥品共擬會議，依會議決議予以持續支付或取消支付辦理。</p> <p>二、新特材：</p> <p>因科技日新月異，智慧醫療及「人工智慧/機器學習(AI/ML)」醫材蓬勃發展，惟此類產品多缺乏臨床實證佐證其效益。針對缺乏臨床實證但為醫療必須使用者，研擬先以暫時性支付方式，蒐集 real world data，倘具實證效益後續研議納入健保常規給付。</p> <p>(一)實施目的：針對缺乏臨床實證但為醫療必須使用者，透過推動暫時性支付之新給付模式，滿足民眾醫療需求。</p>	

項目	核(決)定事項	健保署研訂情形及內容	本會補充說明
		<p>(二)預算估算及財務控管：</p> <p>1.預算來源：由全民健康保險醫院總額之「暫時性支付(新藥、新特材)」專款項下支應。</p> <p>2.預算編列：為配合行政院「國家希望工程」之健康台灣「智慧醫療結合健康照護」政策，促進醫療科技進步及滿足民眾醫療需求，爰 115 年暫維持編列醫院部門預算 100 百萬元，得與本項計畫新藥預算流用。另經檢視暫無用於西醫基層之新特材品項，暫不編列西醫基層預算。</p> <p>3.財務控管：定期監控，並於特材共擬會議報告。</p> <p>(三)執行方式：倘已取得食藥署核准醫材許可證之醫材，惟尚未有發表期刊文獻或有臨床實證數據，屬醫療必須，臨床療效具不確定性，需持續蒐集 real world data，以暫時性支付收載，並依全民健康保險藥物給付項目及支付標準 52-4 條，採差額給付方式，健保給付比例不超過 10% 辦理。</p> <p>(四)暫時列項收載年限：以二至三年為原則。</p> <p>(五)評估方式：納入健保給付後，後續監控及蒐集</p>	

項目		核(決)定事項	健保署研訂情形及內容	本會補充說明
			<p>real world data 觀察 2 年，依實證效益評估。具實證療效與經濟效益，納入健保常規給付；若無實證療效與經濟效益，健保不予給付；倘具有潛力，可再展延 1 年。</p> <p>(六)退場機制：暫時性支付特材屆時檢討時，提至特材共擬會議，依會議決議予以持續支付或取消支付辦理。</p> <p>三、新醫療技術： 本署規劃依近期辦理之 HTA 評估結果，邀集相關專家討論並擬訂暫時性支付相關規範。</p>	
5	新醫療科技(新藥、新材新診項目)	在額度內妥為管理運用，於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程。	<p>一、新藥： 114 年預計召開 24 次全民健康保險藥品給付項目及支付標準專家諮詢會議(癌藥、非癌藥)、6 次藥品支付標準共擬會議，將視提案單位檢送資料完整性及補件情形，依序提會討論。</p> <p>二、新特材： (一)醫院：114 年預計召開 12 次全民健康保險特材給付項目及支付標準專家諮詢會議、6 次特材支付標準共擬會議，將視提案單位檢送資料完整性及補件情形，依序提會討論。 (二)西醫基層：無編列預算。</p> <p>三、新增診療項目：</p>	<p>健保署已依決定事項，提出將視提案單位檢送資料完整性及補件情形，依序提會討論，<u>建議尊重健保署提報內容</u>。</p>

項目		核(決)定事項	健保署研訂情形及內容	本會補充說明
			114 年預計召開 10 次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議、4 次醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議，將視提案單位檢送資料完整性及補件情形，依序提會討論。	
6	藥品特給規改及材付定變	在額度內妥為管理運用，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會會議提出規劃之調整項目與作業時程。	<p>一、藥品：</p> <p>114 年預計召開 24 次全民健康保險藥品給付項目及支付標準專家諮詢會議(癌藥、非癌藥)、6 次藥品支付標準共擬會議，將視提案單位檢送資料完整性及補件情形，依序提會討論。</p> <p>二、特材：</p> <p>(一)醫院：114 年預計召開 12 次全民健康保險特材給付項目及支付標準專家諮詢會議、6 次特材支付標準共擬會議，將視提案單位檢送資料完整性及補件情形，依序提會討論。</p> <p>(二)西醫基層：無編列預算。</p>	健保署已依決定事項，提出將視提案單位檢送資料完整性及補件情形，依序提會討論， <u>建議尊重健保署提報內容。</u>

新增支付標準(草案)

第三部牙醫第三章第四節口腔顎面外科

第一項 處置

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92131B	<p><u>非齒源性口腔疼痛處置-初診</u></p> <p><u>Evaluation of oral intractable disorders</u></p> <p>註：</p> <p>1.須檢附非齒源性口腔疼痛處置檢查表及(1)病理切片報告(二年內)或(2)相關血液檢驗報告(二年內)或(3)神經學檢查結果或(4)憂鬱與焦慮評估表。</p> <p>2.每一年限申報一次。</p> <p>3.不得同時申報非特定局部治療(92001C)、特定局部治療(92066C)、口腔黏膜難症特別處置(92073C)。</p> <p>4.本項限牙醫門診申報。</p> <p>5.除口腔病理科專科醫師外,申報本項須接受由中華民國口腔病理學會辦理之相關教育訓練,申報本項之醫師名單限經中華民國牙醫師公會全國聯合會報經保險人分區業務組核定。</p>		Y	Y	Y	1800
92132B	<p><u>非齒源性口腔疼痛處置-複診</u></p> <p><u>Control of oral intractable disorders</u></p> <p>註：</p> <p>1.須檢附非齒源性口腔疼痛處置檢查表及(1)病理切片報告(二年內)或(2)相關血液檢驗報告(二年內)或(3)神經學檢查結果或(4)憂鬱與焦慮評估表。</p> <p>2.三百六十天內不得申報超過二十四次。</p> <p>3.不得同時申報非特定局部治療(92001C)、特定局部治療(92066C)、口腔黏膜難症特別處置(92073C)。</p> <p>4.本項限牙醫門診申報。</p> <p>5.除口腔病理科專科醫師外,申報本項須接受由中華民國口腔病理學會辦理之相關教育,申報本項之醫師名單限經中華民國牙醫師公會全國聯合會報經保險人分區業務組核定。</p>		Y	Y	Y	1000





# 附錄



## 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18、21頁)</p> <p>第3項，會議資料第152~155頁個別委員關切事項，政府應負擔健保總經費法定下限36%計算公式中，有關法定收入疑義的部分，除了本人以外，滕西華委員也很關心在上次會議有發言，不過看了健保署的說明後，應該除了我、滕委員也沒辦法釋疑，所以對於說明文字有3點再請教。</p> <p>第1點，第155頁說明有提到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，特別強調這是法定以外的，所以這2筆款項怎麼會是法定收入呢？應該不是，你自己都承認是法定外的特別挹注，結果有一段說明又說不影響當年度政府應負擔的法定下限36%的應撥補數，但是既然貴署已經明示440億元是法定外的性質，為何在計算政府應負擔36%金額時，這440億元又被包含在法定收入中，成為公式裡的減項，這個讓人不解。</p> <p>第2點，承上，440億元納入公式中扣除，這2年政府就少負擔440億元的36%，大概是158億元，怎麼會不影響應撥補數呢？</p> <p>第3點，第152~153頁健保署提及一向之計算方式，所引用的法條，或是行政院協商過程與結論，都沒有談及法定收</p>	<p>社保司回復：</p> <p>一、依全民健康保險法(下稱健保法)第3條規定，政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之36%。政府依法令規定應編列本保險相關預算之負擔不足36%之部分，由主管機關編列預算撥補之。前述「保險經費」，依健保法第2條規定，指保險給付支出及應提列或增列之安全準備；另同法第17條規定，本保險保險經費於扣除其他法定收入後，由中央政府、投保單位及保險對象分擔之(保險經費-其他法定收入=保險費收入)。爰政府應負擔健保總經費法定下限差額可用下列3個計算式呈現且計算之政府應負擔法定下限差額應相等：</p> <p><u>政府應負擔法定下限差額</u></p> <p>= 36% * (保險經費－法定收入)－政府已負擔數-----① §3</p> <p>= 36% * [(保險給付支出+應提列或增列之安全準備)－法定收入]－政府已負擔數-----② §2、§3</p> <p>= 36%* 保險費收入－政府已負擔數-----③ §3、§17</p> <p>二、政府負擔法定下限所涉條文並非單一，法規解釋不宜僅拘泥於單</p>

委員意見	相關單位說明
<p>入的議題，健保署的處理說明實在難以服眾，以上。</p> <p>李委員永振</p> <p>不是，上次會議健保署提供的資料就點出這個問題了，它上次有提到，其他收入是利用健保法第17條反算出來的結果，反算的話，我上次提到，既然是法定收入，應該有法源，像菸捐有法、運動彩券都於法有據，這樣算出來的收入才是法定收入，不能把呆帳等其他項目夯不啣噹都放到法定收入裡面。沒有關係，請你把法條列出來讓下一屆委員參考，我要講的是你沒有按照整個計算36%的法條規定處理，你也承認這2項不是法定收入，那為什麼在36%的公式裡，又被包含在法定收入做為減項呢？你自己回去看看自己邏輯的矛盾。再看上一次會議資料第16頁健保署提供的表，社保司也不用再解釋了，因為也解釋不清楚，你們私底下再跟健保署討論看看，留給下一屆委員傷腦筋。</p> <p>李委員永振</p> <p>公式是法定收入，但是我們在處理的時候加2個字「其他」，我不曉得它的定義是什麼？法定收入跟其他法定收入是不是一樣？以前我不 care 這部分，但是這次金額太大了。</p> <p>盧主任委員瑞芬</p> <p>我想這部分我們請社保司跟健保署在數字上比對一下再做回復。</p>	<p>一條文之字義，應回歸其立法意旨及制度設計內涵，綜整考量各有關條文。本案相關疑義，業經行政院跨部會研商，確立法律見解及計算方式，健保法第24條係採當年收支平衡概念，惟目前未以各年度平衡費率計收保險費，在拉長財務平衡期間下，勢必出現前期盈餘、後期短絀之情形，因此，前開算式②之「應提列或增列之安全準備」項目，應依健保法第76條安全準備平衡財務、調節盈虧之內涵，無論是結餘或短絀，以「實際營運值」全數計入該項目，所得數值與算式③總保險費36%之結果相同，符合健保法有關條文規範及二代健保財務收支連動基本精神，且施行迄今各年度計算基礎均屬一致。</p> <p>三、有關委員關切之「法定收入」，查健保法第3條及第17條，皆對保險經費及法定收入有所規範，二者意涵與金額應一致。按健保法第17條規定「中央政府、投保單位及保險對象分擔」之部分，顯指法定應負擔之保險費收入(目前政府負擔其中36%)，其餘非屬「法定應負擔保險費」之收入，即為其他「法定收入」；且因該二者合計值應為保險經費(保險經費=保險費收入+其他法定收入)，因此，其他法定收入為淨值概念，若有使</p>

委員意見	相關單位說明
	<p>收入短少之負值亦予計入。目前實務上計算項目包含菸品健康福利捐與公益彩券盈餘分配收入、滯納金、保險資金與安全準備運用收益淨額及其他業務外收支淨額等。</p> <p>四、112 年度、113 年度政府額外撥補之 240 億元及 200 億元，因非屬「法定應負擔保險費」，性質屬健保法第 17 條之其他法定收入，依上開算式③不會計入「保險費收入」及「政府已負擔數」。若依算式②，因「應提列或增列之安全準備」項目係列計當年度「實際營運值」，已分別內含 240 及 200 億元，與算式減項之「法定收入」同額增減，未影響 36% 之差額負擔，故②③計算之政府應負擔法定下限差額相同。本司代表前次會議解釋 240 億元及 200 億元是其他收入，不是法定負擔，即為強調該等金額不是「法定應負擔保險費」，不會計入政府負擔 36%，為避免委員誤解，併予澄清。</p> <p>健保署回復：</p> <p>有關 112 年及 113 年之 240 億元及 200 億元，預算書編列係屬補助收入，非屬保險費，因此於計算政府應負擔之金額時，依健保法第 3 條及第 17 條之規定，先予以扣除。</p>

委員意見	相關單位說明
<p>李委員永振(議事錄第 29 頁)</p> <p>另外 1 個是個案結案情況，其中有 1 項原因是個案拒絕或失聯大於等於 3 個月，當然拒絕或失聯就不會繼續收案，年中報告是 36.2%，這次又提高到 43.9%，這項也是提高，但也是沒有下文，所以像這種情形，除了統計之外，應該針對重點聚焦處理，看怎麼樣會有比較好的精進作為。</p> <p>第 2 點，就是 114 年開始本計畫由公務預算支應，主責機關回歸到健康署，以前用健保的預算至少還有我們在監理，不管講得有沒有用，但至少要有盡到責任，有人在看，那以後用公務預算誰來監理呢？這是第 1 個。</p> <p>類似這種情況不是只有這項，因為有 111 億元健保預算的相關項目，以後都是由公務預算去處理，當然還留在健保的部分，至少下屆委員還可以監理、繼續追，其他如果不是的話，要怎麼辦？</p>	<p>健保署回復：</p> <p>針對代謝症候群防治計畫之意見，將轉送健康署作為計畫後續推動之參考。</p>

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  
聯絡人：劉于鳳  
聯絡電話：(02)8590-6879  
傳真：無  
電子郵件：hsyufeng@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國114年1月8日  
發文字號：衛部健字第1143360012號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：1143360012\_衛福部健保會第6屆113年第11次委員會議議事錄(節錄)

主旨：本會委員就「代謝症候群防治計畫」所提意見，敬請卓參。

說明：

- 一、依據本會第6屆113年第11次委員會議(113.12.25)決定(如附件)辦理。
- 二、因旨揭計畫已回歸公務預算支應，本會委員所提意見，請貴署轉送國民健康署作為計畫後續推動之參考；至於其未來如何與家庭醫師整合性照護計畫共同合作，並避免重複收案及申報費用，請貴署與國民健康署妥為規劃因應。

正本：衛生福利部中央健康保險署  
副本：衛生福利部國民健康署

副本

檔 號： 附錄三  
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18日

發文字號：健保醫字第1130126290號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網自行擷取)



主旨：公告114年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般  
服務地區預算分配計畫如附件，並自114年1月1日起實施。

依據：衛生福利部113年12月11日衛部保字第1131260716號函。

副本：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、衛生福利部中醫藥司、台灣醫院協會、中華民國中醫師公會全國聯合會、本署財務組、本署企劃組、本署主計室、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組、本署資訊組、本署各分區業務組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300309

113.12.19



## 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地區預算分配計畫

### 壹、依據：

全民健康保險會協定年度全民健康保險醫療給付費用總額事項辦理。

### 貳、目的：

為規範中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配之實際操作方式、品質與醫療資源分布之管控，特訂定本計畫。

參、計畫期間：114年1月1日起至114年12月31日止。

### 肆、預算分配：

當年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算(扣除106年度於一般服務之品質保證保留款額度22.8百萬元)，按季先行結算該年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件(每點以1元支付)後，再依下列方式進行預算分配：

一、東區預算占率2.22%，先予分配；其餘五分區預算占率97.78%。

#### 二、風險調整移撥款之提撥及分配：

(一)提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 150 百萬元，由各季提撥 37.5 百萬元。

#### (二)分配方式

1、其中 110 百萬元用於點值最低分區，運用方式如下：

(1)自 114 年第 1 季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。

(2)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)，當季經費若

有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=經費/ $\Sigma$ 各院補助金額)。

(3)移撥經費全年預算若有結餘則回歸一般服務費用總額，並依 114 年第 4 季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。

2、其中40百萬元按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。

註：各分區就醫率=當季就醫人數/當季季中戶籍人口數。

三、114年東區之外五分區中醫總額一般服務預算扣除風險調整移撥款後，各季預算分配方式如下(操作型定義詳附件1)：

(一)65%預算以「95年第4季至98年第3季之五分區實際預算占率」分配。

(二)16%預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配。

(三)9%預算以「各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率」分配。

(四)4%預算以「各區去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差指標加權校正後之占率」分配。

(五)5%預算以「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」指標加權校正後之占率分配(當年前一季)。

(六)1%預算作為「偏鄉人口預算分配調升機制」之用。符合本計畫「偏鄉」定義之中醫門診特約醫事服務機構，當季結算之醫療點數，除依一般服務預算結算外，若該區前一季浮動點值低於每點1元者，依該區前一季浮動點值，補至最高每點1元，其經費由本項預算支應。本項預算當季若有餘款，則餘額按「95年第4季至98年第3季之五分區實際收入預算占率」分配予各區。

註：符合「偏鄉」定義之條件說明如下：

1. 偏鄉定義為(1)全民健康保險保險人(以下稱保險人)公告之全民健康保險山地、離島地區或(2)每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)113年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。
2. 符合中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫之中醫門診特約醫事服務機構不予補付。
3. 113年全國每月申報醫療費用點數之平均值 =  $\Sigma 113$ 年各中醫門診特約醫事服務機構每月申報醫療費用點數 /  $\Sigma 113$ 年每月月底中醫門診特約醫事服務機構家數。申報醫療費用點數為中醫門診特約醫事服務機構每月之申請點數+部分負擔點數。
4. 114年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以113年12月之戶籍人口與中醫師數進行計算。

四、經上述第(一)款至第(六)款方式分配後，以及含已撥補分區之風險調整移撥款，如全年各區預算與去年比較呈現負成長，則由其他分區按比例撥補至零成長。

伍、五分區預算分配之計算及各分區點值之核算詳附件2。

陸、管理機制

一、中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)應成立「中醫總額共同管理組」，負責本計畫六分區總額事務之協調與管理。

二、中醫全聯會與保險人成立共同管理機制，含各分區全民健康保險中醫門診總額支付制度保險委員會分會與保險人分區業務組，負責本計畫之管理、監控與檢討。

柒、本計畫由保險人與中醫全聯會研訂後，並報請主管機關核定後公告實施，並副知全民健康保險會。屬執行面之修訂，由保險人

逕行修正公告。

## 附件1：指標之操作型定義

※各項指標計算過程結果，四捨五入取至小數點以下第6位（如：99.9905%  $\approx$  0.999905）※計算時程：每季

指標：

<p>指標1：95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際預算占率</p> <p>分子：各分區各季總預算(Ai1)</p> <p>分母：<math>\Sigma</math> 各分區各季總預算加總(<math>\Sigma</math> Ai1)</p> <p>條件說明：</p> <p>一、第1季：96Q1+97Q1+98Q1預算加總</p> <p>二、第2季：96Q2+97Q2+98Q2預算加總</p> <p>三、第3季：96Q3+97Q3+98Q3預算加總</p> <p>四、第4季：95Q4+96Q4+97Q4預算加總</p>
<p>指標2：各區去年同期戶籍人口數占率</p> <p>分子：各區去年同期戶籍人口數(Ai2)</p> <p>分母：<math>\Sigma</math> 各分區去年同期戶籍人口數加總(<math>\Sigma</math> Ai2)</p> <p>條件說明：</p> <p>一、資料來源採用內政部戶政司<u>鄉鎮戶數及人口數統計資料</u>（採季中戶籍人口數）</p> <p>二、各分區之各鄉鎮市區採用內政部戶政司之地區分類。</p>
<p>指標3：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率</p> <p>分子：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值(Ai3)</p> <p>分母：<math>\Sigma</math> 各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值加總(<math>\Sigma</math> Ai3)</p> <p>條件說明：</p> <p>一、保險對象：身分證號相同者就醫人數計一人。</p> <p>二、資料擷取時間點：中醫門診特約醫事服務機構申報資料【不含職業災害案件（案件分類B6）、中醫醫療照護計畫及收容對象醫療服務計畫】，該費用年月次次月20日前申報受理者，始納入計算。就醫次數計算排除診察費=0之案件。</p>

### 三、計算步驟：

- (一)計算去年同期全國就醫人數(季) (p)
- (二)計算每位病患於各區就醫次數(a)
- (三)計算每位病患於各區就醫次數比率(a%)  
=每位病患於各區就醫次數(a)/ $\Sigma$  每位病患於各區就醫次數( $\Sigma a$ )
- (四)各區每位病患之就醫次數比率(T)  
=各區  $\Sigma$  每位病患於各區就醫次數比率( $\Sigma a\%$ )
- (五)計算各區每人就醫次數之權值(K1)  
=各區每位病患之就醫次數比率(T)/ 全國就醫人數(p)
- (六)扣除東區後，重新計算各區就醫次數之權值(K2)  
=各區每人就醫次數之權值(K1)/加總五區每人就醫次數之權值( $\Sigma K1$ )

### 四、舉例說明：

- (一)本季全國中醫就診病患4人(p)
- (二)計算(a)、(a%)、(T)

分區	病患a1就 醫次數	於各區就醫次數 比率(a1%)	病患a2就 醫次數	於各區就醫次數 比率(a2%)	病患a3就 醫次數	於各區就 醫次數比 率(a3%)	病患a4就 醫次數	於各區就 醫次數比 率(a4%)	各區每位病患 之就醫次數比 率 $T=(a1\%+a2\%+a3\%+a4\%)$
台北	3	16.6667%	2	7.1429%	24	60.0000%	0	0.0000%	0.838095
北區	2	11.1111%	4	14.2857%	7	17.5000%	0	0.0000%	0.428968
中區	6	33.3333%	0	0.0000%	0	0.0000%	7	58.3333%	0.916667
南區	4	22.2222%	8	28.5714%	4	10.0000%	3	41.6667%	1.024603
高屏	2	11.1111%	6	21.4286%	3	7.5000%	0	0.0000%	0.400397
東區	1	5.5556%	8	28.5714%	2	5.0000%	0	0.0000%	0.391270
全區	18	100%	28	100%	40	100%	12	100%	4.000000

### (三)計算各分區就醫次數之權值

分區	就醫人數P	各區每位病患之 就醫次數比率(T)	權值 (K1)=T/(全 區P)	扣除東區分區	權值(K2)
台北	3	0.838095	0.209524	0.209524	0.232241
北區	3	0.428968	0.107242	0.107242	0.118870
中區	2	0.916667	0.229167	0.229167	0.254014
南區	4	1.024603	0.256151	0.256151	0.283923
高屏	3	0.400397	0.100099	0.100099	0.110952
東區	3	0.391270	0.097817	-	-
全區	4		1.000000	0.902183	1.000000

指標4：去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差(季)

條件說明：

一、保險對象：以各區各季之身分證號相同者計一人。

二、人數利用率成長率 (p)：以各區患者 ID 歸戶(以「季」及「人」為單位不重複計算)，即 ( $\frac{113\text{年該季}}{112\text{年同期}}$ ) -1。

三、醫療費用點數成長率(r)：( $\frac{113\text{年該季申報醫療費用點數}}{112\text{年同期申報醫療費用點數}}$ )-1。

四、各季以費用年月計算，醫療費用點數係指中醫門診醫療給付費用總額一般服務之申報醫療費用點數 (申請費用點數+部分負擔點數)，含交付機構，不含職業災害案件 (案件分類 B6)、中醫醫療照護專案計畫及收容對象醫療服務計畫。

五、本項為正向指標，權重為1、權值為5%(m)。

六、(p-r)產生的最大值中，其值大於0且 p 值大於0之區域，權值加計+5% ;(p-r)產生的最小值中，其值小於0且 r 值大於0之區域，權值加計-5%，非屬前述二要件之區域均以0計。

指標5：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

分母： $\Sigma$  各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

條件說明：

一、「各分區各鄉鎮市區人口數」之資料來源採用內政部戶政司「戶籍人口數」。

二、「中醫師數」之資料來源採用全民健康保險保險人「特約醫事機構醫事人員」公務統計。

三、戶籍人口數及中醫師數採用季中數值。

四、各分區業務組之各鄉鎮市區如附表。

五、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數

=各分區各鄉鎮市區中醫師數÷(各分區各鄉鎮市區戶籍人口數÷10,000)

六、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季)，指標值為全國平均值

(一)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 > 全國平均值：

\*該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率 ≥ 全國每萬人口中醫師數成長率，  
各鄉鎮市區權值(dr \_peop)

= -5%(m)\*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)

\*該鄉鎮市區本季每萬人口中醫師數成長率 < 全國每萬人口中醫師數成長

率，各鄉鎮市區權值(dr\_peop)為 0 (m)。

\*各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

(二)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 $\leq$  全國平均值：

\*該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率 $\geq$ 全國每萬人口中醫師數成長率，  
各鄉鎮市區權值(dr\_peop)  
 $=+5\%(m)*(\text{各鄉鎮市區戶籍人口數}/\text{該分區戶籍人口數小計})$

\*該鄉鎮市區本季每萬人口中醫師數成長率  $<$  全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr\_peop)為 0 (m)。

\*各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

(三)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(指標5)之權值和( $\Sigma dr\_peop$ )  
 $=$  各分區  $\Sigma$  各鄉鎮市區權值(dr\_peop)

\*成長率之計算係與前季季中比較。

指標6：「偏鄉人口預算分配調升機制」

- 一、 每季結算時，「偏鄉」之中醫門診特約醫事服務機構，當季結算之醫療點數，除依一般服務預算結算外，若該區前一季浮動點值低於每點1元者，依該區前一季浮動點值，補至最高每點1元，若分區前一季浮動點值大於每點1元者，則不予補付。
- 二、 依上述方式補付後，若該季預算尚有結餘，則餘額按指標1「95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際預算占率」分配予各分區，併同指標1至指標5之預算進行當季結算。

條件說明：

- 一、 偏鄉定義為(1)保險人公告之全民健康保險山地、離島地區或(2)每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於) $=113$ 年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。
- 二、 符合中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫之中醫門診特約醫事服務機構不予補付。
- 三、  $113$ 年全國每月申報醫療費用點數之平均值 $=\Sigma 113$ 年每月申報醫療費用/ $\Sigma 113$ 年每月月底特約中醫門診特約醫事服務機構家數。申報醫療費用點



數為特約中醫門診特約醫事服務機構每月之申請點數+部分負擔點數。

四、114年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以113年12月之戶籍人口與中醫師數進行計算。

## 附件2 五分區預算分配之計算及點值核算

### ※五分區預算分配之計算操作型定義

#### 一、當年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務各季預算總額(T)

= 預算 GA+預算 GB+預算 GC+預算 GD+預算 GE+預算 GF+  
預算(東區)+當季撥補之風險調整移撥款 Gh。

指標1預算 GA= (T)\*97.78%\* 65%

指標2預算 GB= (T)\*97.78%\* 16%

指標3預算 GC= (T)\*97.78%\* 9%

指標4預算 GD= (T)\*97.78%\* 4%

指標5預算 GE= (T)\*97.78%\* 5%

指標6預算 GF= (T)\*97.78%\* 1%

#### 二、各分區各季指標預算計算如下

##### (一) 各分區各季預算 Ga

= 各季預算 GA\*指標1占率 ( $A_{i1}/\Sigma A_{i1}$ )。

指標1占率 ( $A_{i1}/\Sigma A_{i1}$ )

= 95年第4季至98年第3季之各區各季預算 ( $A_{i1}$ ) /  $\Sigma$  95年第4  
季至98年第3季之各區各季預算 ( $\Sigma A_{i1}$ )。

※占率：四捨五入至小數點第6位

##### (二) 各分區各季預算 Gb

= 各季預算 GB\*指標2占率 ( $A_{i2}/\Sigma A_{i2}$ )。

指標2占率 ( $A_{i2}/\Sigma A_{i2}$ )

= 去年同期各分區戶籍人口數 ( $A_{i2}$ ) /  $\Sigma$  去年同期各分區戶籍人  
口數 ( $\Sigma A_{i2}$ )。

※占率：四捨五入至小數點第6位

##### (三) 各分區各季預算 Gc

= 各季預算 GC \* 指標3占率 ( $Ai3 / \Sigma Ai3$ )。

指標3占率 ( $Ai3 / \Sigma Ai3$ )

= 各分區去年同期每人於各分區就醫次數之權值 ( $Ai3$ ) /  $\Sigma$  去年同期每人於各分區就醫次數之權值 ( $\Sigma Ai3$ )。

※占率：四捨五入至小數點第6位

(四) 各分區各季預算 Gd

= 各季預算 GD \* 指標4加權後之預算占率 ( $Ai4 / \Sigma Ai4$ )。

※各分區指標4權值 = 各分區人數利用率成長率(p)與醫療費用成長率(r)差

※各分區各季經指標4加權後之預算 ( $Ai4$ )

= 95年第4季至98年第3季之各區各季預算 ( $Ai1$ ) \* (1 + 指標4權值 K2)

※各分區各季經指標4加權後之預算占率 ( $Ai4 / \Sigma Ai4$ )

= 各分區各季經指標4加權後之預算 ( $Ai4$ ) /  $\Sigma$  各分區各季經指標4加權後之預算 ( $\Sigma Ai4$ )

※成長率占率：四捨五入至小數點第6位

(五) 各分區各季預算 Ge

= 預算 GE \* 指標5加權後之預算占率 ( $Ai5 / \Sigma Ai5$ )。

※各分區指標5權值 = 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

※各分區各季經指標5加權後之預算 ( $Ai5$ )

= 95年第4季至98年第3季之各區各季預算 ( $Ai1$ ) \* 【1 + 指標5權值和 ( $\Sigma dr\_peop$ )】

※各分區各季經指標5加權後之預算占率 ( $Ai5 / \Sigma Ai5$ )

= 各分區各季經指標5加權後之預算 ( $Ai5$ ) /  $\Sigma$  各分區各季經指標5加權後之預算 ( $\Sigma Ai5$ )

※占率：四捨五入至小數點第6位

(六) 各分區各季預算 Gf

$$=(\text{預算 GF} - \sum \text{指標6各區各季補至每點1元所需預算}) * \text{指標1占率} \\ (A_{i1} / \sum A_{i1})。$$

三、各分區各季預算  $T_s$  = 該區當季預算  $G_a$  + 該區當季預算  $G_b$  + 該區當季預算  $G_c$  + 該區當季預算  $G_d$  + 該區當季預算  $G_e$  + 該區當季預算  $G_f$  + 當季撥補之風險調整移撥款  $G_h$ 。

四、若五分區全年預算與前一年比較呈現負成長，則由其他分區按比例撥補至零成長，其操作定義及撥補程序如下：

(一) 操作定義：各分區全年預算  $T_y = \sum$  該區各季  $T_s + \sum$  指標6各區各季補至每點1元所需預算。

1. 成長率 =  $(\text{113年該區各季核算 } T_y / \text{112年該區各季核算 } T_y) - 1$ 。

2. 各分區撥補比例 =  $(\text{成長率大於0之分區 } T_y) / \sum (\text{成長率大於0之分區 } T_y)$ 。

(二) 撥補程序

1. 於113第四季結算時，由「成長率大於0之分區」，各自依比例撥補至「成長率小於0之分區」，使全年預算  $T_y$  負成長之分區補至零成長。

● 撥補程序之操作範例：如下頁附表。

2. 依上述方式撥補後，如仍有分區呈現負成長，其不足額度繼續由「成長率大於0之分區」按比例撥補，直至各區預算成長率均不小於0為止。

	113年該區 全年 預算 Ty (百萬元) V	114年該區全 年 預算 Ty (百萬元) W	成長 率 W/V-1	負成長 分區 差額 X	撥補比 例 Y	撥補方式 X*Y=Z	調整 金額 Z	撥補後 Ty W+Z	撥補後成 長率
台北	5,604.8	5,723.8	2.1%	--	40.4%	-14.1*40.4%	-5.7	5,718.1	2.0%
北區	2,336.2	2,389.2	2.3%	--	16.9%	-14.1*16.9%	-2.4	2,386.8	2.2%
中區	5,188.3	5,174.2	-0.3%	-14.1	--	--	14.1	5,188.3	0.0%
南區	2,802.0	2,858.7	2.0%	--	20.2%	-14.1*20.2%	-2.8	2,855.9	1.9%
高屏	3,144.2	3,207.2	2.0%	--	22.6%	-14.1*22.6%	-3.2	3,204.0	1.9%
正成長分 區小計		14,178.9			100.0%		0		

※各分區點值之核算操作型定義：

一、藥費依全民健康保險藥物給付項目及支付標準以每點一元自地區預算預先扣除。

二、浮動點值

(一) 東區浮動每點支付金額 =  $\frac{\text{預算(東區)} - \text{東區核定非浮動點數} - \text{東區自墊核退點數}}{\text{東區一般服務浮動核定點數}}$ 。

(二) 各分區浮動每點支付金額 =  $\frac{\text{預算(各分區)} - \text{各分區核定非浮動點數} - \text{各分區自墊核退點數}}{\text{各分區一般服務浮動核定點數}}$ 。

(三) 全區浮動每點支付金額 =  $\frac{\text{全區一般服務預算總額} - \text{全區核定非浮動點數} - \text{全區自墊核退點數}}{\text{全區一般服務浮動核定點數}}$ 。

三、平均點值

(一) 東區平均點值 =  $\frac{\text{預算(東區)}}{\text{東區一般服務核定浮動點數} + \text{東區核定非浮動點數} + \text{東區自墊核退點數}}$

(二) 各分區平均點值 =  $\frac{\text{各分區預算}}{\text{各分區一般服務核定浮動點數} + \text{各分區核定非浮動點數} + \text{各分區自墊核退點數}}$

(三) 全區平均點值 =  $\frac{\text{全區一般服務預算總額}}{\text{全區一般服務核定浮動點數} + \text{全區核定非浮動點數} + \text{全區自墊核退點數}}$

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段  
140號

聯絡人：張容慈

聯絡電話：02-27065866 分機：3618

傳真：02-27069043

電子郵件：A111465@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13日

發文字號：健保醫字第1130665800B號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

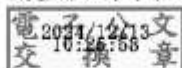
附件：如主旨 (A21030000I\_1130665800B\_doc4\_Attach1.pdf)

主旨：有關「114年度牙醫門診總額地區分配預算」案（附件），請備查。

說明：依據本署113年11月19日召開之全民健康保險醫療給付費用  
牙醫門診總額113年第3次研商議事會議決議（諒達）辦理。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：衛生福利部社會保險司、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會



3.12.13



1133340321

## 114 年度牙醫門診總額地區分配預算

113 年 11 月 19 日牙醫門診總額 113 年第 3 次研商議事會議

114 年度牙醫門診總額地區預算分配方式調整，自 114 年度全民健康保險牙醫門診總額一般服務費用移撥 3.8 億元用於下列項目：

- 一、「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」(經費 2.2 億元)。
- 二、「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(經費 0.5 億元)。
- 三、「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」(經費 0.8 億元)。
- 四、「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」(其中中區 0.2 億元、高屏區 0.1 億元經費，合計 0.3 億元)。
- 五、各項移撥經費全年若有結餘，優先用於全民健保牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依 112 年第 4 季各區人口風險因子(R 值)分配至各區。



檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號  
聯絡人：黃曼青  
聯絡電話：(02)8590-6761  
傳真：(02)8590-6048  
電子郵件：hgching@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年1月21日  
發文字號：衛部保字第1141260021B號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：

主旨：為擬訂115年全民健康保險醫療給付費用總額範圍，請於114年3月20日前提供115年健保總額基期之扣減項目及額度，請查照。

正本：本部全民健康保險會  
副本：衛生福利部中央健康保險署



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：盛培珠  
聯絡電話：(02)8590-6877  
傳真：無  
電子郵件：hgpeichu@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國114年1月23日  
發文字號：衛部健字第1143360022號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：

主旨：關於衛生福利部函示提供115年全民健康保險醫療給付費用  
總額(下稱總額)基期之扣減項目及額度案，請貴署配合協助  
辦理，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部114年1月21日衛部保字第1141260021B號函辦理。(副本諒達)
- 二、關於113年度總額核(決)定事項涉及預算扣減方式項目，業經貴署於本會第6屆113年第6次委員會議(113.7.30)提報預算扣減方式之規劃，會議決定請貴署於本(114)年3月份委員會議提報「113年度總額協定事項中有關預算扣減之執行結果」在案。
- 三、旨揭衛生福利部要求提供總額基期之扣減項目及額度案，請貴署於本年3月20日前，提供說明二之執行結果予衛生福利部參考並副知本會，另依本會114年度工作計畫於委員會議

提報。

正本：衛生福利部中央健康保險署  
副本：衛生福利部社會保險司

## 健保會委員關切 112 年全民健康保險自付差額特殊材料之執行情形

健保會 114.1

健保會為辦理健保法第 45 條規定討論健保署所提自付差額特材案的法定任務，乃訂定「健保會討論自付差額特材案之作業流程」，依該作業流程規定，健保署須於每年 12 月提報自付差額特材之整體檢討改善報告，健保署乃依之提報健保會 113 年第 11 次委員會議(113.12.25)，以利委員瞭解目前健保自付差額特材品項之利用與成長情形，及醫療院所收費狀況、病人權益保障措施、改列全額給付之規劃等事項。

依健保署報告，目前 10 大類別自付差額特材的申報占率(如附圖)，113 年「冠狀動脈塗藥支架」及「特殊功能及材質髓內釘組」2 類的占率超過 70%，已近常態使用，該署說明「冠狀動脈塗藥支架」經多次專家諮詢會議討論，業提出建議優先納入全額給付的適應症，後續將依程序提至該署特材共同擬訂會議討論；至於「特殊功能及材質髓內釘組」將與相關專科醫學會討論，研議納入健保全額給付；另為確保民眾知的權利，該署除建置醫材比價網以利民眾查詢特材的相關資訊外，並要求醫療院所在手術前，應向病人或家屬充分說明；又為強化資訊公開透明，該署與衛福部醫事司合作辦理「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之相關資訊彙整於平台，以達資訊集中、公開透明之目標。

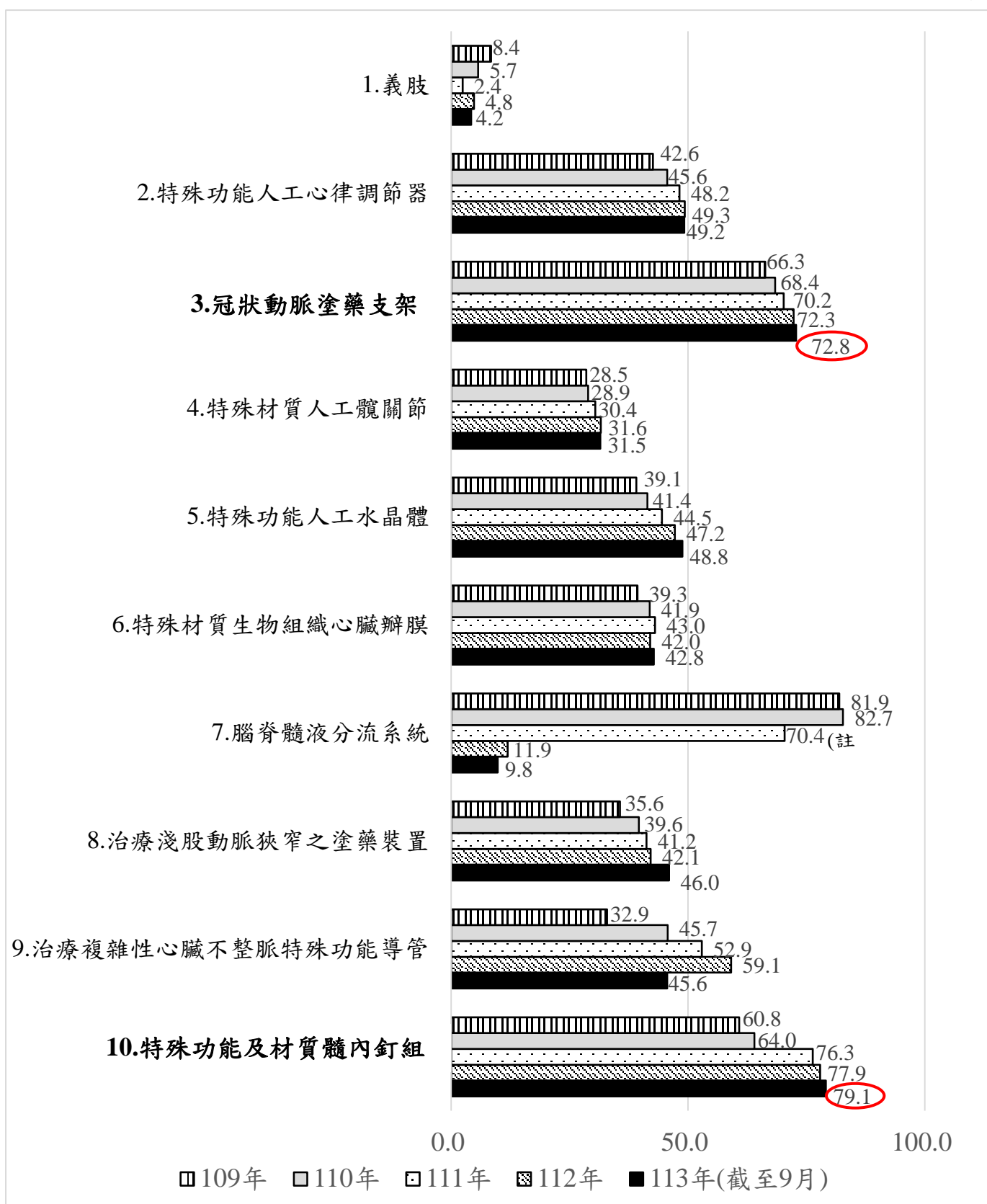
健保會委員在聽取健保署報告後，均肯定本次提供更完整的資料，除呈現 10 大類別特材外，並提供各類別項下次功能分類的申報情形；惟「冠狀動脈塗藥支架」自 111 年起占率已超過 7 成，委員也多次關切，爰請該署加快納入全額給付的速度，以減少民眾財務負擔；另依健保署評估，「特殊功能及材質髓內釘組」納入全額給付約需 4.5 億元，委員建議若有預算上的考量，可在諮詢專科醫學會後，研議將次功能分類納入全額給付的優先順序。

委員也提出雖然部分自付差額特材類別的申報占率未達 7 成，但資料顯示有逐年增加趨勢，且多數已接近 50%，爰建議健保署持續監測並及早啟動納入全額給付的作業，如各類別項下之次功能分類，占率已達 90%也評估確有療效，可優先將該項納入全額給付。再者，針對健保署與醫事司合作建置全國性醫療費用資訊平台，委員建議應納入各類自付差額特材的合理收費範圍、醫療院所收費差異的原因、自付差額及健保全額給付特材醫療品質之差

異等資訊，讓民眾可由此平台得到更多資訊，俾提升其使用效益。

本案經充分討論後，決定請健保署針對申報占率較高(已近常規使用)之自付差額特材，審慎評估納入健保全額給付之可行性，以維護民眾就醫權益，委員所提意見，請該署研參。健保會委員未來仍將持續關注自付差額特材占率的變化，為民眾的權益把關。

出處：相關內容詳衛福部健保會第 6 屆 113 年第 11 次委員會議議事錄(113 年 12 月 25 日)



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(截至 9 月)各類別自付差額特材申報占率

副本

檔 號：  
保存年限：

衛生福利部 函

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

11558



臺北市南港區忠孝東路6段488號4樓

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年1月2日  
發文字號：衛部保字第1130157671C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114年1月2日以衛部保字第1130157671號令修正發布，並自114年1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)

部長邱泰源

分層負責代碼	一層	二層	三層	四層

第1頁 共1頁

## 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正總說明

本次醫療服務給付項目及支付標準之修正，為本(一百十三)年第七次修正，並自一百十四年一月一日生效。

本次主要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)，第六部論病例計酬「附表 6.7.5 主要合併症或併發症診斷碼」、「附表 6.7.5.1 合併症或併發症主診斷排除」及「附表 6.7.5.2 主要合併症或併發症主診斷」，配合增列相關代碼。



檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號  
聯絡人：江小姐  
聯絡電話：(02)8590-6766  
傳真：(02)8590-6048  
電子郵件：hgduedue@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年3月7日  
發文字號：衛部保字第1141260097C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(含法規命令條文)、修正總說明及條文對照表之pdf檔各1份

主旨：「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂辦法」第四條、第六條，業經本部於中華民國114年3月7日以衛部保字第1141260097號令修正發布，茲檢送發布令影本(含法規命令條文)、修正總說明及條文對照表各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、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、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國西藥代理商業同業公會、臺灣製藥工業同業公會、中華民國製藥發展協會、中華民國開發性製藥研究協會、台北市西藥代理商業同業公會、台灣藥品行銷暨管理協會、中華民國西藥商業同業公會全國聯合會、社團法人中華民國學名藥協會、台灣研發型生技新藥發展協會、中華民國醫療器材商業同業公會全國聯合會、中華民國儀器商業同業公會全國聯合會、台北市美國商會醫療器材組、歐洲在台商務協會、台灣醫療暨生技器材工業同業公會、台北市儀器商業同業公會、台北市進出口商業同業公會、台灣先進醫療科技發展協會、全國產業總工會、中華民國全國職業總工會、財團法人中華民國消費者文教基金會、社團法人中華民國工業協進會、中華民國全國商業總會

副本：衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部食品藥物管理署、本部全民健康保險會(均含附件)

114.03.07



114CC00167

## 全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂 辦法第四條、第六條修正總說明

全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂辦法於一百零一年十一月一日訂定發布、一百零二年一月一日施行，迄今歷經二次修正，最後一次修正為一百零八年五月九日，本次為第三次修正。

本次修正係為確保全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議(下稱本會議)代表任期屆滿而未能完成聘任前，能如期召開本會議辦理藥物擬訂事項，以維護保險對象使用新藥物權益及醫療需求，並使藥物納入健保給付建議案能如期納入健保給付，及為避免本會議代表具有民意代表身分，造成行政與立法權限混淆，應訂定公正客觀機制，爰修正第四條、第六條，其修正要點如下：

- 一、本會議與全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議性質相同，宜使會議代表產生方式一致，及增訂會議代表不得具有民意代表身分。(修正條文第四條)
- 二、本會議代表任期屆滿而未能完成聘任之處理方式。(修正條文第六條)

## 全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂辦法第四條、第六條修正條文

第四條 本會議召開時，應邀不具民意代表身分之下列代表出席：

- 一、主管機關及其所屬藥物管理機關代表各一人。
- 二、專家學者九人，其中具專科醫學背景者至少四人。
- 三、被保險人代表三人。
- 四、雇主代表三人。
- 五、保險醫事服務提供者代表人數如下：

（一）中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、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，各一人。

（二）台灣醫院協會一人。

（三）醫學中心、區域醫院、社區醫院、基層診所，各二人。

前項代表應依下列方式產生：

- 一、機關代表：由該機關指派。
- 二、專家學者：由保險人遴選。
- 三、被保險人及雇主代表：由保險人洽請全民健康保險會自該會委員中各推派一人，其餘由保險人遴選。
- 四、保險醫事服務提供者代表：由相關團體推派。

保險人得洽請相關團體，分別推派不具民意代表身分之藥物提供者代表三人、病友團體代表二人，列席本會議；列席人員無表決權。

第六條 本會議代表均為無給職。任期二年，期滿得續任之，代表機關、團體出任者，應隨其本職進退。

本會議代表由全民健康保險會推派者，於任期內失去委員身分時，得由該會重行推派。

本會議代表違反本辦法之規定，且情節重大者，經本會議決議，保險人得予更換；其缺額，由保險人依第四條規定辦理。

本會議代表任期屆滿而尚未完成新任代表聘任時，延長其執行職務至新任代表就任時為止，並以不超過六個月為限；本辦法中華民國一百十四年三月七日修正施行前，最後聘任之本會議代表，亦同。

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段  
140號

聯絡人：呂小姐

聯絡電話：02-27065866 分機：3065

傳真：(02)27849253

電子郵件：A111330@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20日

發文字號：健保審字第1130673360A號

類別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

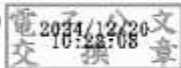
附件：發布令pdf檔、發布令稿文字檔、「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分  
規定文字檔、提要表文字檔 (A210300001\_1130673360A\_doc3\_Attach1.odt、  
A210300001\_1130673360A\_doc3\_Attach2.odt、  
A210300001\_1130673360A\_doc3\_Attach3.pdf、  
A210300001\_1130673360A\_doc3\_Attach4.odt)

主旨：「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分規定，業經  
本署於中華民國113年12月20日以健保審字第1130673360  
號令修正發布，茲檢送發布令、令稿及行政規則規定1  
份，請查照。

說明：併附法規及行政規則刊登行政院公報資料提要表1份。

正本：行政院公報編印中心

副本：衛生福利部醫事司、衛生福利部心理健康司、衛生福利部口腔健康司、衛生福利  
部中醫藥司、衛生福利部法規會、衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康  
保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、台灣醫院協會、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、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組、本署各分區業務組(請轉知  
轄區特約醫事機構)(均含附件)



113.12.20



1133340330

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



46

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25日

發文字號：健保醫字第1130126385號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網擷取)



主旨：公告「114年度全民健康保險醫療資源缺乏地區」(附件)，

並自一百十四年一月一日起生效。

依據：全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件第三點。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、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、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、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、中華民國私立地區醫院協會、行政院主計總處、地方政府衛生局、國防部軍醫局、國軍退除役官兵輔導委員會、社團法人台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、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、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署資訊組、本署醫務管理組

署長 石崇良



114年度「全民健康保險醫療資源缺乏地區」

序號	分區業務組	區域別	序號	分區業務組	區域別
1	臺北業務組	新北市石碇區	24	北區業務組	苗栗縣銅鑼鄉
2	臺北業務組	新北市坪林區	25	北區業務組	苗栗縣卓蘭鎮
3	臺北業務組	新北市三芝區	26	北區業務組	苗栗縣頭屋鄉
4	臺北業務組	新北市石門區	27	中區業務組	臺中市大安區
5	臺北業務組	新北市平溪區	28	中區業務組	臺中市石岡區
6	臺北業務組	新北市雙溪區	29	中區業務組	彰化縣線西鄉
7	臺北業務組	新北市貢寮區	30	中區業務組	彰化縣福興鄉
8	臺北業務組	新北市萬里區	31	中區業務組	彰化縣芬園鄉
9	臺北業務組	宜蘭縣冬山鄉	32	中區業務組	彰化縣埔鹽鄉
10	臺北業務組	宜蘭縣五結鄉	33	中區業務組	彰化縣田尾鄉
11	臺北業務組	宜蘭縣三星鄉	34	中區業務組	彰化縣芳苑鄉
12	北區業務組	桃園市觀音區	35	中區業務組	彰化縣大城鄉
13	北區業務組	新竹縣橫山鄉	36	中區業務組	彰化縣溪州鄉
14	北區業務組	新竹縣芎林鄉	37	中區業務組	南投縣鹿谷鄉
15	北區業務組	新竹縣寶山鄉	38	中區業務組	南投縣中寮鄉
16	北區業務組	新竹縣北埔鄉	39	中區業務組	南投縣魚池鄉
17	北區業務組	新竹縣峨眉鄉	40	中區業務組	南投縣國姓鄉
18	北區業務組	新竹縣新埔鎮	41	南區業務組	雲林縣大埤鄉
19	北區業務組	苗栗縣南庄鄉	42	南區業務組	雲林縣元長鄉
20	北區業務組	苗栗縣西湖鄉	43	南區業務組	雲林縣水林鄉
21	北區業務組	苗栗縣造橋鄉	44	南區業務組	嘉義縣六腳鄉
22	北區業務組	苗栗縣三灣鄉	45	南區業務組	嘉義縣東石鄉
23	北區業務組	苗栗縣獅潭鄉	46	南區業務組	嘉義縣鹿草鄉

114年度「全民健康保險醫療資源缺乏地區」

47	南區業務組	嘉義縣番路鄉	67	高屏業務組	屏東縣車城鄉
48	南區業務組	嘉義縣大埔鄉	68	高屏業務組	屏東縣滿州鄉
49	南區業務組	嘉義縣梅山鄉	69	高屏業務組	屏東縣枋山鄉
50	南區業務組	臺南市大內區	70	東區業務組	花蓮縣鳳林鎮
51	南區業務組	臺南市七股區	71	東區業務組	花蓮縣玉里鎮
52	南區業務組	臺南市將軍區	72	東區業務組	花蓮縣壽豐鄉
53	南區業務組	臺南市北門區	73	東區業務組	花蓮縣光復鄉
54	南區業務組	臺南市楠西區	74	東區業務組	花蓮縣豐濱鄉
55	南區業務組	臺南市南化區	75	東區業務組	花蓮縣瑞穗鄉
56	南區業務組	臺南市左鎮區	76	東區業務組	花蓮縣富里鄉
57	南區業務組	臺南市龍崎區	77	東區業務組	臺東縣成功鎮
58	高屏業務組	高雄市田寮區	78	東區業務組	臺東縣關山鎮
59	高屏業務組	高雄市永安區	79	東區業務組	臺東縣卑南鄉
60	高屏業務組	高雄市六龜區	80	東區業務組	臺東縣大武鄉
61	高屏業務組	高雄市甲仙區	81	東區業務組	臺東縣太麻里鄉
62	高屏業務組	高雄市杉林區	82	東區業務組	臺東縣東河鄉
63	高屏業務組	高雄市內門區	83	東區業務組	臺東縣長濱鄉
64	高屏業務組	屏東縣萬巒鄉	84	東區業務組	臺東縣鹿野鄉
65	高屏業務組	屏東縣竹田鄉	85	東區業務組	臺東縣池上鄉
66	高屏業務組	屏東縣崁頂鄉			



副本

檔 號：附錄十二  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



6

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年1月3日

發文字號：健保審字第1130673590號

附件：113年度全民健康保險特材支付點數調整之核價類別處理方式彙總表及113年度全民健康保險特材支付點數調整明細表各1份(請至本署全球資訊網下載)



主旨：公告113年度特殊材料價量調查結果辦理之支付點數調整事宜。

依據：「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第54條至61條。

公告事項：公布「113年度全民健康保險特材支付點數調整之核價類別處理方式彙總表」及「113年度全民健康保險特材支付點數調整明細表」，113年特殊材料價量調查支付點數調整結果自114年2月3日起生效實施。

副本：行政院法規會、衛生福利部法規會、衛生福利部醫事司、衛生福利部社會保險司、衛生福利部食品藥物管理署、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、衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會、地方政府衛生局、國防部軍醫局、社團法人台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、台灣醫院協會、台灣社區醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣教會醫療院所協會、中華民國醫療器材商業同業公會全國聯合會、台灣美國商會、歐洲在臺商務協會、中華民國儀器商業同業公會全國聯合會、台北市儀器商業同業公會、台北市進出口商業同業公會、台灣醫療暨生技器材工業同業公會、台灣先進醫療科技發展協會、本署醫務管理組、本署各分區業務組(請轉知轄區醫事機構)

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險總會收發



1143300003

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：洪小姐  
聯絡電話：02-27065866 分機：3070  
電子郵件：A111478@nhi.gov.tw

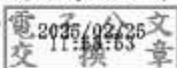
受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年2月25日  
發文字號：健保審字第1140670378B號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：如主旨 (A210300001\_1140670378B\_doc3\_Attach1.pdf、  
A210300001\_1140670378B\_doc3\_Attach2.pdf)

主旨：「癌症新藥暫時性支付專款作業原則」，業經本署於中華民國114年2月25日以1140670378號令訂定發布，茲檢送發布令及行政規則1份，請查照。

正本：台灣醫院協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、社團法人台灣私立醫療院所協會、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、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、台灣製藥工業同業公會、中華民國製藥發展協會、社團法人中華民國學名藥協會、中華民國開發性製藥研究協會、中華民國西藥代理商業同業公會、台北市西藥代理商業同業公會、台灣藥品行銷暨管理協會、中華民國西藥商業同業公會全國聯合會、台灣研發型生技新藥發展協會、台北市電腦商業同業公會、衛生福利部、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、社團法人台灣醫學資訊學會、國防部軍醫局、地方政府衛生局、衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部食品藥物管理署、衛生福利部社會保險司、衛生福利部口腔健康司、衛生福利部心理健康司、衛生福利部醫事司、衛生福利部法規會、行政院法規會、中華民國基層醫師協會、中華民國診所協會全國聯合會、台灣醫藥品法規學會、台灣藥物基因體學會、本署醫務管理組、臺灣製藥工業同業公會、台灣大塚製藥股份有限公司、台灣費森尤斯卡比股份有限公司、台灣生物產業發展協會

副本：本署醫審及藥材組(含附件)



### 癌症新藥暫時性支付專款作業原則

- 一、衛生福利部中央健康保險署(以下簡稱健保署)為提升癌症病人新藥可近性，加速全民健康保險癌症新藥收載，設立癌症新藥暫時性支付專款(以下簡稱專款)。
- 二、適用之藥品應領有中央衛生主管機關核發之藥品許可證(以下簡稱藥證)，且符合以下條件之一：
  - (一)已完成三期臨床試驗，臨床療效證據明確但受總額預算限制尚未收載之癌症新藥或新適應症者。
  - (二)其他經健保署認定有必要者。
- 三、持有藥證之廠商(以下簡稱廠商)應於每年十一月底前至健保署「前瞻式預算推估登錄作業」系統完成登錄，提供預期未來二年內將建議納入暫時性支付之藥品、財務衝擊評估及其他相關資料。
- 四、廠商登錄資料不完整或未登錄者，健保署得不受理廠商之收載建議。但本作業原則實施首年，不在此限。
- 五、廠商依全民健康保險藥物給付項目及支付標準(以下簡稱藥物支付標準)規定，提送藥物納入全民健康保險給付建議書-藥品專用(A1)(以下簡稱 A1表)時，應於 A1表中勾選建議是否列為專款之品項；廠商於 A1表勾選暫時性支付者，應一併提交「暫時性支付藥品再評估計畫書」(以下簡稱計畫書)，其須健保署協助提供醫療院所申報資料者，應於計畫書中載明。
- 六、財務預估於暫時性支付開始後五年內，有任一年之藥費逾新臺幣五億元者，廠商應一併提交藥物經濟評估(Pharmacoeconomics)報告。
- 七、廠商於 A1表勾選暫時性支付者，經專家諮詢會議審查結果為接受廠商建議：
  - (一)給付範圍與計畫書無修訂意見，健保署於初核通知發出後

二個月內完成計畫書審查並將審查結果通知廠商，廠商應於一個月內回復是否同意。

(二)給付範圍或計畫書建議修訂者：

1. 廠商同意修訂意見，應於接獲通知後一個月內提交修訂後之計畫書。
2. 健保署於收到廠商修訂之計畫書後，二個月內完成審查，並將審查結果通知廠商，廠商應於一個月內回復是否同意。但有特殊情形者不在此限。

八、 廠商於 A1表未勾選暫時性支付，專家諮詢會議建議以暫時性支付收載者：

- (一)廠商於接獲初核通知後，一個月內回復是否同意；同意者應於二個月內提交計畫書。
- (二)健保署於收到廠商計畫書後二個月內完成審查，並將審查結果通知廠商，廠商應於一個月內回復是否同意。但有特殊情形者不在此限。

九、 計畫書核定後，有下列情形之一時，健保署或廠商得提出變更：

- (一)給付規定修訂。
- (二)臨床相關資料更新。
- (三)其他經雙方同意之特殊事由。

依前項提出變更時，提議一方必須在提議實施變更之日前至少一個月以書面通知另一方，接獲變更通知之一方無正當理由不得拒絕或延遲同意變更。

十、 藥品經全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議(以下簡稱共同擬訂會議)擬訂納入暫時性支付專款收載者，藥品收載與計畫書應同時生效。但廠商繳交計畫書未完成審查通過者，得經具結後先行生效，於具結後逾六個月未通過審查，取消該藥品暫時性支付，廠商應返還暫時性支付期間已支付醫

事機構之藥費。

- 十一、廠商同意暫時性支付者，應依藥物支付標準第四十一條至第四十六條規定，簽訂藥品給付協議（以下簡稱協議），且計畫書為協議之部分；協議有效期間以二至三年為原則，最長不得超過五年。
- 十二、廠商應於協議屆期日六個月前提交再評估報告書(以下簡稱報告書)予健保署。未於期限內提交者，終止暫時性支付。廠商應主動協助病人轉換其他適切性治療，轉換期間應持續無償供應藥品，最長不超過一年。
- 十三、協議有效期間內，有下列情形之一者，停止支付：
  - (一)藥證經主管機關註銷、廢止。
  - (二)廠商具明理由以書面要求終止，且經健保署同意。
  - (三)其他經雙方同意之特殊事由。
- 十四、健保署於收到報告書二個月內提供廠商審查結果，廠商應於接獲通知後一個月內回復意見。
- 十五、協議屆期前經共同擬訂會議擬訂給付方式後，對於不符合新給付條件或健保不予給付之用藥中病人，廠商應主動協助病人轉換其他適切性治療，轉換期間應持續無償供應藥品，最長不超過一年。
- 十六、專款預算來源為政府循預算程序之撥款，依下列方式專款專用：
  - (一)當年度醫療院所申報藥品金額，扣除當年度給付協議返還金額後，低於當年度專款預算時，結餘款併入次年度專款運用。
  - (二)當年度醫療院所申報藥品金額，扣除當年度給付協議返還金額後，超出當年度專款預算時，由廠商按個別藥品超過當年度協議額度金額除以所有藥品超過當年度協議額度之金額加總之占率，攤還超出專款之金額；但個別藥品支出

未超過個別協議額度者，免除之。

十七、廠商應於接獲健保署給付協議返還或前點攤還金額通知後，一個月內支付應返還或攤還之金額予健保署。

十八、專款相關運用情形依政府資訊公開法辦理，每季於健保署網站公開以下資訊：

(一)藥品品項及給付規定。

(二)使用院所數、醫師數、病人數。

(三)使用金額、剩餘金額。

(四)其他相關資訊。

十九、健保署於召開專家諮詢會議前，及計畫書審查時，應公開徵求病友意見。另為提升病友參與本作業原則之執行，健保署應宣導推廣病友參與及專業培力。

二十、本作業原則得視政府預算審議情形檢討修正。

## 附錄十四

中央健康保險署 113 年 12 月至 114 年 3 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 35 件，其中 10 件為新藥收載、11 件為給付規定異動、14 件為其他(已收載品項支付標準異動、新收載品項暫予支付)。

### (一)新藥收載：10 件

公告日期	藥物分類	公告主旨
113.12.12	新成分新藥/抗腫瘤藥物	公告暫予支付含 fedratinib 成分藥品 Inrebic capsule 暨其給付規定。(用於治療骨髓纖維化病人，屬第 2A 類新藥)
113.12.12	新成分新藥/抗腫瘤藥物	公告暫予支付含 gemtuzumab ozogamicin 成分藥品 Mylotarg 5mg powder for concentrate for solution for infusion 暨其給付規定案。(用於治療原發性急性骨髓性白血病病人，屬第 2A 類新藥)
113.12.13	新成分新藥/抗微生物劑	公告暫予支付含 imipenem/cilastatin/relebactam 成分藥品 Recarbrio powder for solution for infusion 暨其藥品給付規定。(用於治療具感受性革蘭氏陰性微生物引起之感染，屬第 2A 類新藥)
114.01.14	新劑型新藥/神經系統藥物	公告暫予支付含 risperidone 成分藥品 Okedi Powder and solvent for prolonged-release suspension for injection 75mg 及 100mg 共 2 品項。(用於治療思覺失調症，屬第 2B 類新藥)
114.01.15	新成分新藥/抗腫瘤藥物	公告暫予支付含 durvalumab 成分藥品 Imfinzi injection 50mg/ml 及含 tremelimumab 成分藥品 Imjudo injection 20 mg/ml 暨其藥品給付規定，及修訂含 carboplatin 成分藥品、含 sorafenib 成分藥品、含 lenvatinib 成分藥品及含 gemcitabine 成分藥品之給付規定。(用於治療擴散期小細胞癌、肝細胞癌及膽道癌，屬第 2B 類新藥)
114.01.15	新成分新藥/抗腫瘤藥物	公告暫予支付含 selumetinib 成分藥品 Koselugo capsules 10mg、25mg 共 2 品項暨其藥品給付規定。(用於治療第 1 型神經纖維瘤，屬第 2A 類新藥；暫時性支付)
114.01.15	新成分新藥/代謝及營養劑	公告暫予支付含 pegunigalsidase alfa 成分藥品 Elfabrio 2mg/mL concentrate for solution for infusion 暨修訂 3.3.13. 及 3.3.28. 藥品給付規定。(用於治療法布瑞氏症，屬第 2B 類新藥)
114.01.15	新成分新藥/抗腫瘤藥物	公告暫予支付含 trastuzumab deruxtecan 成分藥品 ENHERTU 100 mg powder for concentrate for solution for infusion 及其藥品給付規定，暨修訂含 trastuzumab emtansine 成分藥品(如 Kadcyla)、含 lapatinib 成分藥品(如 Tykerb)及含 sacituzumab govitecan(如 Trodelvy)之給付規定。(用於治療乳癌，屬第 2A 類新藥)
114.01.15	新成分新藥/免疫	公告暫予支付含 ravulizumab 成分藥品 Ultomiris

公告日期	藥物分類	公告主旨
	製劑	concentrate for solution for infusion 100mg/mL 3mL 及 11mL 共 2 品項，及異動含 eculizumab 成分藥品 Soliris 300mg concentrate for solution for infusion 之健保支付價格，暨修訂其藥品給付規定。(用於治療陣發性夜間血紅素尿症及非典型性尿毒溶血症候群，屬第 2A 類新藥)
114.02.12	新成分新藥/抗癌瘤藥物	公告暫予支付含 selinexor 成分藥品 Xpovio 20mg Film-coated Tablets 及其給付規定。(用於治療多發性骨髓瘤，屬第 2B 類新藥)

(二)已收載藥品給付規定異動：11 件

公告日期	分類	公告主旨
114.01.14	血液治療藥物	公告修訂含 ropeginterferon alfa-2b 成分藥品(如 Besremi)之藥品給付規定。(放寬使用條件)
114.01.14	婦科製劑	公告修訂含 atosiban 成分藥品(如 Betosiban、Tractocile)之藥品給付規定。(擴增適用範圍，及放寬療程限制)
114.01.15	免疫製劑	公告異動含 risankizumab 成分藥品(如 Skyrizi)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)
114.01.15	心臟血管及腎臟藥物	公告異動含 dapagliflozin 成分藥品 Forxiga Film-coated Tablets 5mg、10mg 及含 empagliflozin 成分藥品 Jardiance 10mg Film-Coated Tablets 共 3 品項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)；114.1.17 公告異動生效日期。
114.01.15	心臟血管及腎臟藥物	公告異動含 dabigatran etexilate mesilate 成分藥品 Pradaxa Capsules 110mg、150mg 及含 tiotropium 成分藥品 Spiriva Respimat 2.5mcg, Solution for Inhalation 共 3 品項支付價格。(擴增適用範圍，並調降支付價)
114.01.15	免疫製劑	公告異動含 belimumab 成分藥品(如 Benlysta)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)
114.02.11	眼科製劑	公告修訂眼科新生血管抑制劑給付規定用於早產兒視網膜病變。(放寬使用條件)
114.02.13	激素及影響內分泌機轉藥物	公告異動骨質疏鬆症治療藥物含 denosumab 成分藥品 Prolia 及含 alendronate sodium 成分藥品 Alendronate Sandoz 70mg Tablets 之健保支付價格及修訂 5.6.1.及 5.6.3.藥品給付規定。(擴增適用範圍，並調降支付價)
114.02.14	血液治療藥物	公告異動含 nonacog beta pegol 成分藥品 Refixia 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)
114.02.14	抗癌瘤藥物	公告修訂含 azacitidine 成分藥品之藥品給付規定。(增列初次申請時需經事前審查核准後使用之藥品)
114.02.14	抗癌瘤藥物	公告異動含 bevacizumab 成分藥品 Avastin injection、Mvasi solution for injection、Alymsys concentrate for solution for infusion 及 Vegzelma concentrate for solution for infusion 支付價及修訂其給付規定，暨修訂含



公告日期	分類	公告主旨
		erlotinib 成分藥品(如 Tarceva)及 PARP 抑制劑(如 olaparib、niraparib、talazoparib)之給付規定。(擴增適用範圍，並調降支付價)

(三)其他：14 件

公告日期	分類	公告主旨
113.12.13	已收載品項支付標準異動	公告異動含 niraparib 成分藥品(如 Zejula)之支付價格。(藥品給付協議屆期檢討，調降支付價)
113.12.23	新收載品項暫予支付及已收載品項支付標準異動	公告暫予支付含 mitotane 500 mg 成分之罕見疾病藥品 Lysodren 500 mg tablets 暨取消專案進口 Lysodren 500 mg tablets 之健保支付。(用於治療腎上腺皮質癌)
114.01.14	新收載品項暫予支付及已收載品項支付標準異動	公告暫予支付新增及異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」之藥物品項計 88 項。
114.01.22	已收載品項支付標準異動	公告異動含 talazoparib 成分藥品 Talzenna Capsules 0.25 mg 之健保支付價格。(藥品給付協議屆期檢討，調降支付價)
114.02.05	已收載品項支付標準異動	公告異動含 salbutamol 成分用於支氣管痙攣、急性嚴重性氣喘之特殊藥品共 1 品項之支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
114.02.07	已收載品項支付標準異動	公告異動含 dimemorfan 成分用於鎮咳之特殊藥品共 2 品項之支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
114.02.07	已收載品項支付標準異動	公告異動含 cephalexin 成分及含 cefadroxil 成分用於具感受性細菌引起感染症之特殊藥品共 34 品項之支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
114.02.17	已收載品項支付標準異動	公告新增含 fat emulsions MCT/LCT (含 $\omega$ -3 fatty acid) 成分注射劑 SMOFlipid 20% Emulsion For Infusion 100mL 及 250mL 共 2 品項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)
114.02.19	已收載品項支付標準異動	公告異動含 carbamazepine 成分一般錠劑 200mg 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)
114.02.19	已收載品項支付標準異動	公告異動含 piperacillin 4000mg + tazobactam 500mg 成分注射劑用於抗感染之特殊藥品共 8 品項之支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)。
114.02.19	已收載品項支付標準異動	公告異動含 phenytoin 成分一般錠劑膠囊劑 100mg 之特殊藥品共 8 品項之支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
114.02.19	已收載品項支付標準異動	公告異動含 amoxicillin 500mg + clavulanic acid 100mg 成分注射劑用於抗感染之特殊藥品共 5 品項之支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
114.02.20	已收載品項支付標準異動	公告新增含 cyclophosphamide 成分之錠劑 50mg、注射劑 200mg 及 500mg 共 3 品項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)
114.02.27	新收載品項暫予	公告暫予支付新增「全民健康保險藥物給付項目及支付

公告日期	分類	公告主旨
	支付	標準」之藥物品項 4 項。

二、特材部分：計 6 件，其中 1 件為新特材收載、1 件為給付規定異動、4 件為其他(新增既有功能類別品項、已收載品項支付標準異動)。

(一)新特材收載：1 件

公告日期	分類	公告主旨
113.12.27	人工機能代用類	公告暫予支付特殊材料「"理諾琺"迷走神經刺激治療系統脈衝產生器」計 1 項。

(二)已收載特材給付規定異動：1 件

公告日期	分類	公告主旨
113.12.13	人工機能代用類	公告修訂「經導管置換主動脈瓣膜套組-TAVI(整組含導引線)」等 6 項特殊材料給付規定(酌修文字，將特殊專案審查改為特殊審查)。

(三)其他：4 件

公告日期	分類	公告主旨
113.12.12	已收載品項支付標準異動	公告修正既有功能類別特材「"雅客"導引器組」共 4 品項之支付標準。(調高支付點數)
113.12.12	已收載品項支付標準異動	公告修正既有功能類別特材「胸腔引流管組(含穿刺針+擴張器*3+導線+胸管插入器+胸管)」共 1 品項之支付標準。(調高支付點數)
113.12.12	已收載品項支付標準異動	公告修正既有功能類別「三層 EPTFE 血管／直型內徑≤10MM，50-59CM」特材之支付標準。(調高支付點數)
114.1.13	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 89 項。

副本

檔 號：附錄十五  
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17日

發文字號：健保醫字第1130126278號

附件：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中醫門診總額品質保證保留款實施方案(附件)，並自114年1月1日起實施。

依據：衛生福利部113年12月11日衛部保字第1131260713號函。

副本：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、衛生福利部中醫藥司、台灣醫院協會、中華民國中醫師公會全國聯合會、本署財務組、本署企劃組、本署主計室、本署醫務管理組、本署醫審及藥材組、本署資訊組、本署各分區業務組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300305

113. 12. 18

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19日

發文字號：健保醫字第1130666048號

附件：請至本署全球資訊網自行擷取



主旨：公告修訂「全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案之附件一、二及三(醫學中心/區域醫院/地區醫院品質保證保留款獎勵指標項目表)」(附件)，並自公告日起生效。

依據：依據本署113年11月27日召開之全民健康保險醫療給付費用醫院總額113年第4次研商議事會議決議辦理。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會、台灣社區醫院協會、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會、社團法人台灣醫務管理學會、臺灣醫療品質協會、台灣醫療繼續教育推廣學會、中華民國醫師公會全國聯合會、本署各分區業務組、本署財務組、本署醫審及藥材組、本署資訊組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300310

113. 12. 20

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24日

發文字號：健保醫字第1130666089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醫院醫療給付費用總額「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」及「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」專款計畫(附件)。

依據：本署113年11月27日全民健康保險醫療給付費用醫院總額113年第4次研商議事會議決議。

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、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組、本署各分區業務組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300312

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31日

發文字號：健保醫字第1130127302號

附件：請至本署全球資訊網公告欄截取



主旨：公告「114年度全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔  
照護計畫」，並自114年1月1日起生效。

依據：衛生福利部113年12月23日衛部保字第1131260746號函。

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

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300001

114. 1. 2

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31日

發文字號：健保醫字第1130127297號

附件：請至本署全球資訊網公告擷取



主旨：公告「114年全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」，並自114年1月1日生效。

依據：衛生福利部113年12月23日衛部保字第1131260738號函。

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

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300002

114. 1. 2



副本

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



26

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114年1月3日

發文字號：健保醫字第1130665872號

附件：附件請自本署全球資訊網自行擷取



主旨：公告「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（第五期）」承作院所暨團隊名單（附件），執行期間自114年1月1日起至116年12月31日。

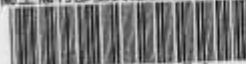
依據：依本署113年11月6日健保醫字第1130664995號公告修訂全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫第十一點（三）規定辦理。

公告事項：本署全球資訊網（網址：<https://www.nhi.gov.tw/>），路徑：首頁/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療給付相關計畫/收容對象醫療服務計畫。

副本：法務部矯正署、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



1143300004



副本

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



29

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114年1月6日

發文字號：健保醫字第1130127941號

附件：如主旨(請自行至本署全球資訊網公告欄擷取)



主旨：公告「114年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」(附件)。

依據：衛生福利部113年12月31日衛部保字第1131260761號函。

副本：中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、台灣醫院協會、地方政府衛生局、台北市電腦商業同業公會、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署主計室、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300005

副本

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



47

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114年1月22日

發文字號：健保醫字第1140101147號

附件：如主旨(請自行至本署全球資訊網公告欄擷取)



主旨：公告「114年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」(附件)。

依據：衛生福利部114年1月14日衛部保字第1141260008號函。

副本：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、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、中華民國診所協會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國公立醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國區域醫院協會、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、行政院主計總處、地方政府衛生局、國軍退除役官兵輔導委員會、國防部軍醫局、社團法人台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、勞動部勞工保險局、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300023

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114年1月23日

發文字號：健保醫字第1140101388號

附件：請至全球資訊網自行擷取



主旨：公告修訂「114年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」（附件），並自114年1月1日起生效。

依據：衛生福利部114年1月16日衛部保字第1141260019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、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署資訊組、本署醫審及藥材組、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



1143300026



副本

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



17

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114年1月23日

發文字號：健保醫字第1140101705號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網公告欄擷取)



主旨：公告修訂「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」(附件)。

依據：衛生福利部114年1月21日衛部保字第141260022號函。

副本：中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國公立醫院協會、中華民國私立醫療院所協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國診所協會全國聯合會、社團法人台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、勞動部勞工保險局、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部社會及家庭署、衛生福利部長照顧司、衛生福利部護理及健康照護司、衛生福利部心理健康司、國軍退除役官兵輔導委員會、地方政府衛生局、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300025

副本

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



19

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114年2月3日

發文字號：健保醫字第1140101924號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網公告欄擷取)



主旨：公告修訂「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」(附件)，

並自114年1月1日起生效。

依據：衛生福利部114年1月23日衛部保字第1141260027號函。

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

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300027

副本

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



46

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114年2月7日

發文字號：健保醫字第1140101693號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網擷取)



主旨：公告「114年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」(附件)。

依據：衛生福利部114年1月21日衛部保字第1141260015號函。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、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、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、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、中華民國私立地區醫院協會、行政院主計總處、地方政府衛生局、國防部軍醫局、國軍退除役官兵輔導委員會、社團法人台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、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、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署資訊組、本署醫務管理組

署長 **石崇良** 出國  
副署長 龐 一 鳴 代行

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300029



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114年2月11日

發文字號：健保醫字第1140102477號

附件：請自行至本署全球資訊網案擷取



主旨：公告修訂「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」5項中醫總額專款計畫，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114年2月5日衛部保字第1141260044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、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** 出國  
副署長 龐 一 鳴 代行

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300033

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114年2月19日

發文字號：健保醫字第1140103154號

附件：請至本署全球資訊網公告欄截取



主旨：公告「114年度全民健康保險牙醫門診總額12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」，並自114年1月1日起生效。

依據：衛生福利部114年2月13日衛部保字第1142160053號函。

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

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300049



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114年2月19日

發文字號：健保醫字第1140103328號

附件：請至本署全球資訊網公告欄截取



主旨：公告「114年度全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，並自114年1月1日起生效。

依據：衛生福利部114年2月14日衛部保字第1141260063號函。

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

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300047

114. 2. 21

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114年2月19日

發文字號：健保醫字第1140103284號

附件：請至本署全球資訊網公告欄截取



主旨：公告「114年度全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」，並自114年1月1日起生效。

依據：衛生福利部114年2月14日衛部保字第1141260060號函。

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

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300048

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114年3月3日

發文字號：健保醫字第1140660912號

附件：無



主旨：公告停辦「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」，並自114年1月1日生效。

依據：依衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告辦理。

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

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300055

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段  
140號

聯絡人：張容慈

聯絡電話：02-27065866 分機：3618

傳真：02-27069043

電子郵件：A111465@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13日

發文字號：健保醫字第1130665800A號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：113年第2季「牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額  
結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑  
如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨113年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」決定辦理。
- 二、旨揭牙醫門診總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下  
載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療  
費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門  
總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/牙醫總  
額。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法  
規定，自113年12月15日起，牙醫門診總額費用之暫付、核  
付，依113年第2季結算點值辦理，並於113年12月辦理該季  
點值結算後追扣補付事宜。

電子  
文書



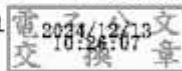
3.12.13



1133340322

正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、各縣市牙醫師公會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫審及藥材組



表

訂

線



程式代號：RCBI3308R01

113年第 2季

核付截止日期:113/09/30

頁次：35

頁次：35

## 六、修正後一般服務各分區點值之計算

1. 修正後一般服務分區點值之計算

1. 修正後一般服務分區一般服務預算總額(BD3)

- 投保該分區至其他五區跨區就醫浮動核定點數 \* 前季點值(AF)

- 投保該分區核定非浮動點數(BG)

- 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]

/ 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區	= [ 4,340,485,521 - 860,542,863 - 38,725,471 - 222,211 ] / 3,778,309,491 = 0.91072343
北區分區	= [ 1,930,755,101 - 455,136,348 - 16,949,323 - 93,436 ] / 1,465,448,199 = 0.99531051
中區分區	= [ 2,127,529,381 - 193,605,444 - 17,672,577 - 58,891 ] / 1,936,268,379 = 0.98963165
南區分區	= [ 1,479,475,397 - 232,934,437 - 12,300,046 - 38,494 ] / 1,193,250,679 = 1.03431948
高屏分區	= [ 1,624,271,395 - 162,543,246 - 13,014,752 - 49,200 ] / 1,453,360,922 = 0.99676837
東區分區	= [ 218,764,916 - 37,823,029 - 2,310,117 - 11,018 ] / 155,072,075 = 1.15185634

2. 修正後一般服務全區浮動每點支付金額 = 加總[修正後分區一般服務預算總額(BD3)

- 核定非浮動點數(BG)

- 自墊核退點數(BJ)]

/ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [11,721,281,711 - 100,972,286 - 473,250] / 12,011,134,283 = 0.96742205

3. 修正後一般服務分區平均點值 = [修正後分區一般服務預算總額(BD3)

/ [一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ)]

臺北分區	= [ 4,340,485,521 - 860,542,863 - 38,725,471 - 222,211 ] / 3,778,309,491 = 0.91072343
北區分區	= [ 1,930,755,101 - 455,136,348 - 16,949,323 - 93,436 ] / 1,465,448,199 = 0.99531051
中區分區	= [ 2,127,529,381 - 193,605,444 - 17,672,577 - 58,891 ] / 1,936,268,379 = 0.98963165
南區分區	= [ 1,479,475,397 - 232,934,437 - 12,300,046 - 38,494 ] / 1,193,250,679 = 1.03431948
高屏分區	= [ 1,624,271,395 - 162,543,246 - 13,014,752 - 49,200 ] / 1,453,360,922 = 0.99676837
東區分區	= [ 218,764,916 - 37,823,029 - 2,310,117 - 11,018 ] / 155,072,075 = 1.15185634

4. 修正後一般服務全區平均點值

= [11,721,281,711 - 100,972,286 - 473,250] / 12,011,134,283 = 0.96742205

5.修正後牙醫門診總額平均點值=加總[依調整後分區一般服務預算總額(B03)+專款專用暫結金額+移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實中報暫結金額+移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫暫結金額] /加總[一般服務核定浮動點數(GF)+核定非浮動點數(B0)+自墊核退點數(BJ)]

+專款專用已支用點數(不含品質保證保留款)+移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實中報已支用點數]  
臺北分區=[4,340,485,521+338,666,022+7,788,625+1,709,553]  
/[4,724,547,345+38,725,471+222,211+342,245,223+7,788,625]=0.91691077

北區分區=[1,930,755,101+127,063,302+4,306,896+1,280,659]  
/[1,924,507,141+16,949,323+93,436+125,008,309+4,306,896]=0.99639805

中區分區=[2,127,529,381+203,393,739+11,594,505+2,257,544]  
/[2,134,585,064+17,672,577+58,891+203,357,778+11,594,505]=0.99049800

南區分區=[1,479,475,397+125,586,199+9,654,997+5,108,629]  
/[1,421,097,898+12,300,046+38,494+126,589,796+9,444,135]=1.03208398

高屏分區=[1,624,271,395+158,536,390+13,810,696+3,000,018]  
/[1,618,487,608+13,014,752+49,200+159,275,344+13,810,696]=0.99721878

東區分區=[218,764,916+37,717,949+8,331,300+764,245]  
/[187,909,227+2,310,117+11,018+36,111,861+7,234,095]=1.13700915

全區=[11,721,281,711+990,963,601+55,487,019+14,120,648]  
/[12,011,134,283+100,972,286+473,250+992,588,311+54,178,952]=0.97131361

註：1.專款專用暫結金額=牙醫特種醫療服務結算金額(含一般服務支應之不足款)+醫療資源不足地區改善方案支付金額+12-18歲青少年口腔提升試辦經費計畫+超音波喉管沖洗計畫+高風險疾病口腔照護計畫+網路遠端輔助費用暫結金額+品質保證保留款預算+特定疾病病人牙科就醫安全計畫+癌症治療品質改善計畫  
=191,818,012+73,237,965+21,996,726+24,319,844+562,656,087+35,518,784+40,673,750  
+40,645,333+97,100  
=990,963,601

2.品質保證保留款預算=106年各季品質保證保留款預算+113年品質保證保留款預算/4。

\*當年品質保證保留款全年結算金額預計於次年7月底前完成結算，爰此，上表品質保證保留款專款結算金額計算

=(106年各季預算+113年各季預算)×前一年品質保證保留款全年結算金額之各分區分配金額占率。

## 七、說明

### 1.本季結算費用年月份包括：

費用年月113/03(含)以前：於113/07/01~113/09/30期間核付者。

費用年月113/04~113/06：於113/04/01~113/09/30期間核付者。

### 2.當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。



檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段  
140號

聯絡人：邵子川

聯絡電話：02-27065866 分機：3603

傳真：02-27069043

電子郵件：A110881@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11月29日

發文字號：健保醫字第1130665558A號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：附件請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：113年第2季「中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額  
結算說明表」(附件)已公布於本署全球資訊網，下載路徑  
如說明，請查照。

說明：

- 一、依全民健康保險法第62條第3項規定暨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」決定辦理。
- 二、旨揭中醫門診總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/中醫總額。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自113年12月15日起，中醫門診總額費用之暫付、核付，依113年第2季結算點值辦理，並於113年12月辦理點值結算追扣補付事宜。

113.12.03

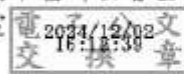


1133340305



正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、中華民國中醫師公會全國聯合會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室



頁

訂



線

## 五、調整後一般服務預算總額浮動點值之計算

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

- 各分區一般服務核定非浮動點數(BG)

- 各分區自墊核退點數(BJ)]

÷ 各分區一般服務核定浮動點數(BF)

臺北分區	= [ 2,265,454,693	-	891,785,695	-	54,901 ] ÷	1,479,426,902 =	0.92847717
北區分區	= [ 988,310,330	-	435,551,516	-	29,871 ] ÷	671,756,863 =	0.82281101
中區分區	= [ 1,944,272,549	-	754,023,312	-	40,198 ] ÷	1,386,942,419 =	0.85815317
南區分區	= [ 1,091,394,038	-	466,595,315	-	33,676 ] ÷	718,629,063 =	0.86938461
高屏分區	= [ 1,229,948,432	-	509,110,795	-	10,728 ] ÷	814,168,416 =	0.88535356
東區分區	= [ 171,554,621	-	50,290,136	-	8,728 ] ÷	100,374,043 =	1.20803898

2. 全區浮動每點支付金額 = [加總風險調整移撥款撥補後分區一般服務預算總額(BD3)]

- 加總核定非浮動點數(GG)

- 加總自墊核退點數(GJ)]

÷ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [ 7,690,934,663	-	3,107,356,769	-	178,102 ] ÷	5,171,297,706 =	0.88631521
-------------------	---	---------------	---	-------------	-----------------	------------

3. 一般服務分區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案\_論量計酬)

= [風險調整移撥款撥補後分區一般服務預算總額(BD3)]

÷ [一般服務核定浮動點數(BF)

+ 該分區核定非浮動點數(BG)

+ 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]

臺北分區	= [ 2,265,454,693	÷	1,479,426,902 +	891,785,695	+ 54,901 ] =	0.95537711
北區分區	= [ 988,310,330	÷	671,756,863 +	435,551,516	+ 29,871 ] =	0.89250988
中區分區	= [ 1,944,272,549	÷	1,386,942,419 +	754,023,312	+ 40,198 ] =	0.90811171
南區分區	= [ 1,091,394,038	÷	718,629,063 +	466,595,315	+ 33,676 ] =	0.92080711
高屏分區	= [ 1,229,948,432	÷	814,168,416 +	509,110,795	+ 10,728 ] =	0.92946254
東區分區	= [ 171,554,621	÷	100,374,043 +	50,290,136	+ 8,728 ] =	1.13858971

4. 一般服務全區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案\_論量計酬)

= [ 7,690,934,663

÷

5,171,297,706 + 3,107,356,769

+ 178,102 ] =

0.92898782

檔 號：

附錄十八

保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段140號

聯絡人：張毓芬

聯絡電話：02-27065866 分機：2629

電子郵件：A111037@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年12月10日

發文字號：健保醫字第1130665845A號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：結算說明表請至自本署全球資訊網自行下載

主旨：檢送113年第2季「醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表」，相關資料已公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨113年11月27日全民健康保險醫療給付費用醫院總額113年第4次研商議事會議決定辦理。
- 二、旨揭醫院總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/醫院總額。
- 三、另依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法

規定，自113年12月15日起暫付、核付之醫院總額費用依113年第2季點值辦理，並於113年12月辦理點值結算追扣補付事宜。

正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、臺灣醫療暨生技器材工業同業公會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫審及藥材組

## 5. 非偏遠地區門住診一般服務浮動每點支付金額 =

[調整後分區門診一般服務預算總額 (B04) + 調整後分區住診一般服務預算總額(B03)]

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

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

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

- 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG2+BG4)

- 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

/ 加總(門住診非偏遠地區投保該分區當地就醫一般服務核定浮動點數)(BF1+BF3)

臺北分區 = [20,635,183,014 + 26,126,361,047 - 4,533,893,316 - (23,192,281,646 - 492,873,937)  
- 196,933,241 - 167,649,711 - 18,784,382]/22,351,394,155 = 0.85654056

北區分區 = [7,694,718,320 + 10,579,247,560 - 2,829,396,569 - (9,173,586,464 - 172,207,552)  
- 22,243,659 - 14,457,004 - 10,303,252]/7,247,605,398 = 0.88252411

中區分區 = [9,840,545,145 + 13,632,633,570 - 1,196,582,210 - (11,450,064,776 - 272,012,804)  
- 356,177,311 - 393,124,750 - 7,728,052]/11,678,069,962 = 0.88554996

南區分區 = [7,665,122,773 + 10,891,501,327 - 1,551,437,670 - (8,692,184,152 - 222,521,715)  
- 25,721,540 - 22,417,136 - 5,076,503]/8,523,164,137 = 0.99520655

高屏分區 = [8,031,995,310 + 11,493,976,211 - 1,122,709,910 - (9,456,682,569 - 213,271,254)  
- 78,994,099 - 51,810,457 - 4,832,280]/9,748,418,339 = 0.92571053

東區分區 = [1,310,246,625 + 2,241,577,508 - 302,532,606 - (1,690,622,758 - 26,969,996)  
- 57,365,603 - 26,749,691 - 1,334,519]/1,596,373,635 = 0.93974801

## 6. 非偏遠地區門住診一般服務全區浮動每點支付金額 = [調整後門診一般服務預算總額 (D4) + 調整後住診一般服務預算總額(D3)]

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

- 加總(門住診自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

/ 加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

= [55,177,811,187 + 74,965,297,223 - (64,331,631,114 - 1,399,857,258) - 48,058,988]/74,651,997,294  
= 0.89968491

註: 藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

113年第 2季

核付截止日期:113/04-113/06

頁次：80

## 7. 非偏遠地區門診一般服務分區平均點值=[調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)+調整後分區門診一般服務預算總額(BD3)]

$$\div [\text{加總}(\text{門診一般服務核定非浮動點數})(\text{GF}) + \text{核定非浮動點數}(\text{BG}) - \text{藥品給付協議} + \text{自整核退點數}(\text{BJ}) + \text{自整核退點數}(\text{BJI} + \text{BJ3})]$$

臺北分區=[20,635,183,014+26,126,361,047]÷[27,562,779,592+23,359,931,357-492,873,937+18,784,382]=0.92691421

北區分區=[7,694,718,320+10,579,247,560]÷[10,392,141,232+9,188,043,468-172,207,552+10,303,252]=0.94107024

中區分區=[9,840,545,145+13,632,633,570]÷[13,377,024,187+11,814,189,526-272,012,804+7,728,052]=0.94058525

南區分區=[7,665,122,773+10,891,501,327]÷[10,261,820,530+8,714,601,288-222,521,715+5,076,503]=0.98922358

高屏分區=[8,031,995,310+11,493,976,211]÷[11,069,677,904+9,508,493,026-213,271,254+4,832,280]=0.95857774

東區分區=[1,310,246,625+2,241,577,508]÷[1,988,753,849+1,717,372,449-26,969,996+1,334,519]=0.96504089

## 8. 非偏遠地區門診一般服務全區平均點值

=[55,177,811,187+74,965,297,223]÷[74,651,997,294+64,331,631,114-1,399,857,258+48,058,988]=0.94558874

## 9. 醫院醫療給付費用總額平均點值(不含門診送折)

=加總[調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)+調整後分區門診一般服務預算總額(BD3)+專款專用暫結金額]

$$\div [\text{一般服務核定浮動點數}(\text{GF}) + \text{核定非浮動點數}(\text{BG}) - \text{藥品給付協議} + \text{自整核退點數}(\text{BJ})]$$

+ 專款專用已支用點數(不含品質保證保留款)

臺北分區=[20,635,183,014+26,126,361,047+3,299,331,722]÷[27,562,779,592+23,359,931,357-492,873,937+18,784,382+3,223,599,999]=0.93271481

北區分區=[7,694,718,320+10,579,247,560+952,141,037]÷[10,392,141,232+9,188,043,468-172,207,552+10,303,252+920,907,401]=0.94527407

中區分區=[9,840,545,145+13,632,633,570+1,752,810,241]÷[13,377,024,187+11,814,189,526-272,012,804+7,728,052+1,706,959,819]=0.94610862

南區分區=[7,665,122,773+10,891,501,327+876,483,835]÷[10,261,820,530+8,714,601,288-222,521,715+5,076,503+845,528,704]=0.99126736

高屏分區=[8,031,995,310+11,493,976,211+1,223,689,242]÷[11,069,677,904+9,508,493,026-213,271,254+4,832,280+1,188,989,927]=0.96247175

東區分區=[1,310,246,625+2,241,577,508+179,767,303]÷[1,988,753,849+1,717,372,449-26,969,996+1,334,519+173,200,501]=0.96831612

全區=[55,177,811,187+74,965,297,223+8,284,223,380]÷[74,651,997,294+64,331,631,114-1,399,857,258+48,058,988+8,059,186,351]=0.95014322

註：

- 專款專用暫結金額=
  - 暫時性支付(新藥、新特材)暫結金額+C型肝炎藥費暫結金額+罕見疾病及罕見疾病特材暫結金額
  - + 後天免疫缺乏病毒治療藥費暫結金額+鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質暫結金額+醫療給付改善方案暫結金額
  - + 急診品質提升方案暫結金額+鼓勵繼續推動住院診斷開辦(DRGs)暫結金額
  - + 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案暫結金額+醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫暫結金額
  - + 鼓勵院所建立轉診合作機制暫結金額+網路頻寬補助費用暫結金額+住院整合照護服務試辦計畫暫結金額
  - + 精神科長效針劑藥費暫結金額+鼓勵RCC、RCP病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫暫結金額+癌症治療品質改善計畫暫結金額+慢性傳染病照護品質計畫暫結金額+持續推動分級醫療、優化社區醫院醫療服務品質及量能暫結金額
  - + 健全區域級(含)以上醫院門診結構、優化重症照護量能暫結金額+地區醫院全人全社區照護計畫暫結金額
  - + 區域附屬-主動脈剝離手術重症照護跨院合作暫結金額+區域附屬-腦中風經動脈內取栓術病惠照護跨院合作暫結金額
  - + 抗微生物製劑管理及感控管制品質提升計畫暫結金額+品質保證保留款預算
- =
  - 21,078,640+309,183,008+3,589,584,432+1,115,549,484+1,254,390,916+278,675,927+34,150,377
  - +0+27,375,322+190,080,723+55,635,100+37,595,928+113,990,250+570,871,914
  - +0+42,032,400+43,991,930+125,000,000+250,000,000+0
  - +0+0+225,037,029
- =8,284,223,380

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段  
140號

聯絡人：陳怡蓓

聯絡電話：02-27065866 分機：2614

傳真：02-2706-9043

電子郵件：A111034@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12日

發文字號：健保醫字第1130665955號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：113年第2季「西醫基層總額各分區一般服務每點支付金額  
結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑  
如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定、本署113年12月3日  
健保醫字第1130665762號函暨113年12月9日健保醫字第  
1130665862號函辦理。
- 二、旨揭西醫基層總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下  
載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療  
費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門  
總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/西醫基  
層。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法  
規定，自113年12月15日起，西醫基層總額費用之暫付、核  
付，依113年第2季結算點值辦理，並於113年12月辦理點值  
結算追扣補付事宜。

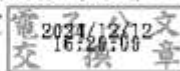
113.12.13



1133340318

正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、各縣市醫師公會、中華民國藥師公會全國聯合會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室





六、調整後一般服務分區浮動總額浮動點值之計算(含「該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)

1. 一般服務分區浮動每點支付金額 = [風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD12) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用]

— 投保該分區至其他五區跨區就醫浮動核定點數 × 前季投保分區浮動點值(AF)

— (投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BG) — 藥品給付協議) — 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]

／ 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區 = [ 11,208,008,455 +	512,946 — 1,591,121,165 — ( 3,271,216,056 — 12,410,402) —	427,773] /	7,583,817,427 =	0.83838606
北區分區 = [ 5,262,617,540 +	3,790,400 — 776,917,011 — ( 1,600,376,804 — 10,022,626) —	528,513] /	3,263,503,999 =	0.88818896
中區分區 = [ 6,208,149,510 +	1,885,494 — 382,430,273 — ( 1,889,355,591 — 6,346,016) —	566,415] /	4,396,073,315 =	0.90172034
南區分區 = [ 4,812,408,108 +	11,196,722 — 451,202,801 — ( 1,485,294,957 — 6,099,873) —	709,212] /	3,076,577,390 =	0.94016739
高屏分區 = [ 5,257,099,115 +	6,172,556 — 333,293,102 — ( 1,695,331,080 — 9,929,131) —	205,772] /	3,592,805,893 =	0.90301868
東區分區 = [ 674,822,643 +	18,818,370 — 86,867,810 — ( 224,881,267 — 1,842,537) —	92,320] /	362,253,427 =	1.05904354

2. 一般服務全區浮動每點支付金額

= 加總[風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD12)

+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用]

— (核定非浮動點數(BG) — 藥品給付協議)

— 自墊核退點數(BJ)]

／ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

42,376,488 — ( 10,146,455,755 — 46,650,585) — 2,530,005] / 26,471,127,857 = 0.88258977

註：藥品給付協議回數金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

## 3. 一般服務分區平均點值

$$= [ \text{風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD12)} ]$$

$$+ [ \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} ]$$

$$/ [ \text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品給付協議} + \text{自墊核退點數(BJ)} ]$$

臺北分區	= [ 11,208,008,455 +	512,946 ] / [ 9,513,003,112 +	3,271,216,056 -	12,410,402 +	427,773 ] = 0.87756920
北區分區	= [ 5,262,617,540 +	3,790,400 ] / [ 4,161,029,188 +	1,600,376,804 -	10,022,626 +	528,513 ] = 0.91559260
中區分區	= [ 6,208,149,510 +	1,885,494 ] / [ 4,822,168,877 +	1,869,355,591 -	6,346,016 +	566,415 ] = 0.92884714
南區分區	= [ 4,812,408,108 +	11,196,722 ] / [ 3,564,391,425 +	1,485,294,957 -	6,099,873 +	709,212 ] = 0.95624941
高屏分區	= [ 5,257,099,115 +	6,172,556 ] / [ 3,965,676,495 +	1,695,331,080 -	9,929,131 +	205,772 ] = 0.93134082
東區分區	= [ 674,822,643 +	18,818,370 ] / [ 444,858,760 +	224,881,267 -	1,842,537 +	92,320 ] = 1.03840059

## 4. 一般服務全區平均點值

$$= [ 33,423,105,371 + 42,376,488 ] / [ 26,471,127,857 + 10,146,455,755 - 46,650,585 + 2,530,005 ] = 0.91502087$$

## 5. 西醫基層醫療給付費用總額平均點值 = 加總[風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD12)]

$$+ \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用} + \text{專款專用暫結金額(註)}]$$

$$/ \text{加總分區[一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品給付協議}$$

$$+ \text{自墊核退點數(BJ)} + \text{專款專用已支用點數(不含品質保證留款)}]$$

臺北分區	= [ 11,208,008,455 +	512,946 +	346,522,132 ] / [ 9,513,003,112 +	3,271,216,056 -	12,410,402 +	427,773 +	330,374,670 ] = 0.88188861
北區分區	= [ 5,262,617,540 +	3,790,400 +	201,404,372 ] / [ 4,161,029,188 +	1,600,376,804 -	10,022,626 +	528,513 +	193,038,529 ] = 0.91974061
中區分區	= [ 6,208,149,510 +	1,885,494 +	274,574,030 ] / [ 4,822,168,877 +	1,869,355,591 -	6,346,016 +	566,415 +	261,913,736 ] = 0.93335171
南區分區	= [ 4,812,408,108 +	11,196,722 +	202,642,809 ] / [ 3,564,391,425 +	1,485,294,957 -	6,099,873 +	709,212 +	193,598,999 ] = 0.95959310
高屏分區	= [ 5,257,099,115 +	6,172,556 +	203,715,829 ] / [ 3,965,676,495 +	1,695,331,080 -	9,929,131 +	205,772 +	191,698,620 ] = 0.93565010
東區分區	= [ 674,822,643 +	18,818,370 +	32,893,363 ] / [ 444,858,760 +	224,881,267 -	1,842,537 +	92,320 +	31,503,850 ] = 1.03865756
全區	= [ 33,423,105,371 +	42,376,488 +	1,261,752,535 ] / [ 26,471,127,857 +	10,146,455,755 -	46,650,585 +	2,530,005 +	1,202,128,404 ] = 0.91930353

註：

1. 專款專用暫結金額 = C型肝炎藥費暫結金額 + 家庭醫師整合性照護計畫暫結金額

+ 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 醫療給付改善方案暫結金額

+ 鼓勵院所建立轉診之合作機制暫結金額 + 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 + 後天免疫缺乏病毒治療藥費

+ 網路頻寬補助費用 + 基層診所產婦生產補助試辦計畫

+ 代謝症候群防治計畫暫結金額 + 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫暫結金額

+ 精神科長效針劑藥費暫結金額 + 癌症治療品質改善計畫 + 慢性傳染病照護品質計畫 + 品質保證留款預算

= 98,001,537 + 659,813,151 + 79,275,000 + 166,890,377 + 42,141,100 + 405,116 + 4,837,080

+ 56,190,799 + 9,575,970 + 69,720,100 + 1,302,000 + 9,750,365 + 1,493,500 + 4,596,967 + 57,759,474

= 1,261,752,536

2. C型肝炎藥費專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議。

3. 罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費、精神科長效針劑藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。

4. 品質保證留款預算 = 106年各季品質保證留款預算 + 113年品質保證留款預算 / 4

\* 當年品質保證留款全年結算金額預計於次年7月底前完成結算，爰此，上表品質保證留款專款結算金額計算

= (106年各季預算 + 113年各季預算) × 前一年品質保證留款全年結算金額之各分區分配金額占率。

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段  
140號

聯絡人：張美鳳

聯絡電話：02-27065866 分機：2605

傳真：02-27069043

電子郵件：A111423@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12日

發文字號：健保醫字第1130665826A號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：113年第2季「門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨113年11月26日全民健康保險醫療給付費用門診透析預算113年第4次研商議事會議決定辦理。
- 二、旨揭門診透析預算結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/門診透析。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報及醫療服務審查辦法規定，自113年11月15日起，門診透析費用之暫付及核付，依113年第2季結算點值辦理，並於113年12月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。

113.12.13



1133340320

正本：本署各分區業務組

副本：陳代表亮好、田代表士金、白代表其怡、洪代表冠予、陳代表文琴、楊代表孟儒、林代表元灝、廖代表秋燭、謝代表侑伶、楊代表五常、黃代表尚志、劉組長林義、羅代表永達、朱代表文洋、陳代表鴻文、陳代表盈凱、郭代表咏臻、張代表孟源、吳代表麥斯、宋代表俊明、施代表孟甫、蔡代表宗昌、謝代表輝龍、顏代表大翔、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國藥師公會全國聯合會、台灣腎臟醫學會、社團法人台灣基層透析協會、財政部賦稅署、本署主計室、本署財務組、本署資訊組、本署承保組、本署醫審及藥材組



檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段  
140號

聯絡人：張美鳳

聯絡電話：02-27065866 分機：2605

傳真：02-27069043

電子郵件：A111423@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年12月16日

發文字號：健保醫字第1130666012號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：無

主旨：茲更正本署113年12月12日健保醫字第1130665826A號函說

明三，門診透析費用之暫付及核付「自113年11月15日

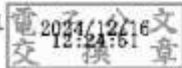
起」，更正為「自113年12月15日起」，請查照。

說明：依據本署113年12月12日健保醫字第1130665826A號函辦

理。

正本：本署各分區業務組

副本：陳代表亮好、田代表士金、白代表其怡、洪代表冠予、陳代表文琴、楊代表孟儒、林代表元灝、廖代表秋燭、謝代表侑伶、楊代表五常、黃代表尚志、劉組長林義、羅代表永達、朱代表文洋、陳代表鴻文、陳代表盈凱、郭代表咏臻、張代表孟源、吳代表麥斯、宋代表俊明、施代表孟甫、蔡代表宗昌、謝代表輝龍、顏代表大翔、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國藥師公會全國聯合會、台灣腎臟醫學會、社團法人台灣基層透析協會、財政部賦稅署、本署主計室、本署財務組、本署資訊組、本署承保組、本署醫審及藥材組



113.12.16



1133340326

程式代號：KGBI3308R05

113年第2季

核付截止日期：113/09/30

結算主要費用年月起迄：113/04～113/06

## 七、一般服務浮動每點支付金額

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

核定浮動點數合計(P)

$$11,362,995,973 - 737,575,192 - 162,748,522$$

11,171,725,896

$$= 0.93653141 \quad (\text{四捨五入至小數第8位})$$

## 八、平均點值

預算(D3)

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

11,362,995,973

$$737,575,192 + 162,748,522 + 11,171,725,896$$

$$= 0.94126485 \quad (\text{四捨五入至小數第8位})$$

## 九、門診遠析預算平均點值＝加總〔預算(D3) + 專款專用暫結金額〕

$$\div \text{加總}[\text{核定浮動點數合計(P)} + \text{腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)} + \text{核定非浮動點數合計(M)} + \text{專款專用已支用點數}]$$

$$= [11,362,995,973 + 18,385,068]$$

$$\div [11,171,725,896 + 162,748,522 + 737,575,192 + 18,385,068] = 0.94135417$$

註：專款專用暫結金額＝鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫暫結金額＝ 18,385,068

## 十、說明

本季結算費用年月包括：

1. 費用年月113/03(含)以前：於113/07/01～113/09/30期間核付者。
2. 費用年月113/04～113/06：於113/04/01～113/09/30期間核付者。

檔 號：

附錄二十一

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@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114年2月3日

發文字號：健保醫字第1140660290號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：請自行上全球資訊網下載

主旨：檢送113年第2季「全民健康保險其他部門結算說明表」，相關檔案已公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明段，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定：「保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額及經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用」辦理。
- 二、旨揭檔案同步放置於本署全球資訊網，路徑為：健保服務\健保醫療費用\醫療費用申報與給付\醫療費用支付\醫療費用給付規定\各部門總額預算分配參數及點值結算說明表\其

他部門，請自行下載利用。

正本：本署各分區業務組

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



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				全年 執行率	
			Q1	Q2	Q3	Q4		小計
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(含山地鄉論人計酬試辦計畫)		855.4	142.9	151.6			294.5	34.4%
提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用 <sup>註1</sup>		1,486.0	39.9	239.0			278.9	18.8%
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫 <sup>註2</sup>		1,653.8	413.5	413.5			826.9	50.0%
推動促進醫療體系整合計畫		450.0	47.7	49.3			97.1	21.6%
1.醫院以病人為中心門診整合照護計畫			7.0	6.3			13.3	
2.跨層級醫院合作計畫			15.8	16.5			32.3	
3.急性後期整合照護計畫			22.6	23.4			46.0	
4.遠距醫療會診(遠距醫療服務給付計畫)			2.3	3.2			5.5	
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 <sup>註3</sup>		90.0	0.41	0.54			1.0	1.1%
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 <sup>註4</sup>		125.0	0.0	0.0			0.0	0.0%
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費		440.6	0.0	0.0			0.0	0.0%
腎臟病照護及病人衛教計畫 <sup>註5</sup>		511.0	107.5	107.4			214.9	42.0%
1.Pre-ESRD之病人照護與衛教計畫			74.9	76.3			151.2	
2.Early-CKD醫療給付改善方案			21.3	19.8			41.1	
※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			22.5	
提升用藥品質之藥事照護計畫		30.0	0.13	0.53			0.66	2.2%
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	1,707.1			3,415.2	40.8%
1.居家醫療與照護			1,040.1	1,044.2			2,084.3	
2.助產所			0.9	1.2			2.1	
3.精神疾病社區復健			653.6	647.9			1,301.5	
4.轉銜長照2.0之服務			13.5	13.9			27.4	
5.在宅急症照護試辦計畫(113.7.1實施)			0.0	0.0			0.0	
提升保險服務成效		500.0	116.0	66.0			182.1	36.4%
基層總額轉診型態調整費用		800.0	141.4	140.2			281.6	35.2%
因應醫院護理人力，強化住院護理照護量能		4,000.0	664.4	1,332.0			1,996.4	49.9%
總計		19,319.8	3,381.8	4,207.3			7,589.1	39.3%

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支情形。)

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、2季暫結金額(4.23億元、4.22億元)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、診療費及藥服費加成、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：  
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114年2月18日  
發文字號：健保醫字第1140660691號  
附件：請自行至本署全球資訊網下載



主旨：公告114年1月起新增「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「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7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114年1月1日起。

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

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300041

114. 2. 19

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114年2月27日

發文字號：健保醫字第1140660759號

附件：請自行至本署全球資訊網下載



主旨：公告114年2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7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114年2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

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300052

114.3.3

5 項中醫醫療照護計畫自 114 年 1 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	2	4	12	9	6	1	34
		醫師數	2	8	20	23	11	1	65
中醫提升孕產照 護品質計畫		院所數	13	23	11	10	14	0	71
		醫師數	33	41	24	21	30	0	149
中醫急症處置計 畫		院所數	1	1	3	6	1	0	12
		醫師數	1	2	7	9	2	0	21
中醫癌症患者加強 照護整合方案	癌症患者西醫 住院輔助醫療計 畫	院所數	2	3	12	9	5	1	32
		醫師數	2	5	20	23	10	1	61
	癌症患者中醫 門診延長 照護計畫	院所數	2	1	10	5	4	1	23
		醫師數	2	2	18	8	8	1	39
	特定癌症患者 中醫門診 加強照護計畫	院所數	11	25	27	15	18	1	97
		醫師數	18	41	40	21	29	1	150
全民健康保險中 醫慢性腎臟病門 診加強照護計畫		院所數	12	23	30	12	13	2	92
		醫師數	17	35	47	17	21	2	139



5 項中醫醫療照護計畫自 114 年 2 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	0	0	0	0	0	1	1
		醫師數	0	0	0	0	0	1	1
中醫提升孕產照 護品質計畫		院所數	0	1	4	0	0	1	6
		醫師數	0	1	11	0	0	1	13
中醫急症處置計 畫		院所數	0	0	0	0	0	1	1
		醫師數	0	0	0	0	0	1	1
中醫癌症患者西 醫輔助醫療計 畫 中醫癌症患者中 醫門診延長 照護計畫 特定癌症患者 中醫門診 特強 整合方案	癌 症 患 者 西 醫 輔 助 醫 療 計 畫	院所數	0	1	0	0	0	1	2
		醫師數	0	1	0	0	0	1	2
	癌 症 患 者 中 醫 門 診 延 長 護 照 計 畫	院所數	0	0	0	0	0	1	1
		醫師數	0	0	0	0	0	1	1
	特 定 癌 症 患 者 中 醫 門 診 特 強 整合方案	院所數	0	2	4	1	0	1	8
		醫師數	0	8	9	1	0	1	19
全民健康保險中 醫慢性腎臟病門 診加強照護計畫		院所數	1	3	3	0	0	1	8
		醫師數	1	9	5	0	0	1	16

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：廖慈珊

聯絡電話：02-27065866 分機：2641

傳真：02-27069043

電子郵件：A110547@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114年2月10日

發文字號：健保醫字第1140660515號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨 (A210300001\_1140660515\_doc1\_Attach1.odt、

A210300001\_1140660515\_doc1\_Attach2.pdf、

A210300001\_1140660515\_doc1\_Attach3.pdf)

主旨：請貴會推薦114-115年「全民健康保險醫療給付費用各總額研商議事會議」及「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」之代表，並請於114年2月20日前填復基本資料表及利益揭露聲明書(附件)，俾利辦理聘任事宜，請查照。

說明：

- 一、依「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」及「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法」規定辦理。
- 二、請貴會依前開規定推派全民健康保險醫療給付費用各總額研商議事會議保險付費者代表各2名(共10名)及全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議之被保險人代表及雇主代表各1名(共2名)。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：電 2025/02/10 文  
交 18:48:11 章

## 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：劉小姐

聯絡電話：02-27065866 分機：1557

傳真：02-27027723

電子郵件：A111147@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114年3月14日

發文字號：健保審字第1140104746號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨 (A210300001\_1140104746\_doc3\_Attach1.odt、  
A210300001\_1140104746\_doc3\_Attach2.pdf)



主旨：請貴會推薦114-115年「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」之代表，並請於114年3月21日前填復基本資料表及利益揭露聲明書(附件)，另請提供被保險人及雇主代表名單，俾利辦理聘任與遴選事宜，詳如說明，請查照惠復。

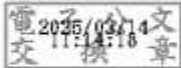
說明：

- 一、依「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂辦法(以下稱本辦法)」辦理，併復貴會114年3月5日1140305349號請辦單。
- 二、請貴會依前開規定，推派全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議「藥品」及「特材」2類之被保險人代表及雇主代表各1名(藥品、特材合計共4名)。
- 三、另為辦理全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議被保險人及雇主代表遴選作業，提供之代表名單說明如下：



- (一)被保險人代表：請提供經貴會公開徵求「全民健康保險會第7屆被保險人代表之推薦團體」中通過第一階段評比，惟第二階段抽籤未中籤之被保險人代表團體名單。
- (二)雇主代表：請提供8至10位雇主代表名單。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：







## 所有條文

法規名稱：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法

修正日期：民國 108 年 02 月 25 日

法規類別：行政 > 衛生福利部 > 社會保險目

- 第 1 條 本辦法依全民健康保險法（以下稱本法）第四十一條第四項規定訂定之。
- 第 2 條 保險人為辦理醫療服務給付項目及支付標準之擬訂事項，應至少每六個月召開一次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議（以下稱本會議），並於必要時召開臨時會。
- 第 3 條 本會議召開時，應邀請下列代表參加：
- 一、主管機關代表一人。
  - 二、專家學者二人。
  - 三、被保險人代表二人。
  - 四、雇主代表二人。
  - 五、保險醫事服務提供者代表三十一人。
- 第 4 條 本會議主席，由保險人指派高階主管人員一人擔任。
- 第 5 條 第三條保險醫事服務提供者代表之名額分配如下：
- 一、醫療給付費用總額部門（以下稱各總額部門）推派代表，其名額如下：
    - （一）醫院總額推派十二人。
    - （二）西醫基層總額推派六人。
    - （三）牙醫門診總額推派一人。
    - （四）中醫門診總額推派一人。
  - 二、下列醫事團體之代表各一人：
    - （一）中華民國醫師公會全國聯合會。
    - （二）台灣醫院協會。
    - （三）中華民國牙醫師公會全國聯合會。
    - （四）中華民國中醫師公會全國聯合會。
    - （五）中華民國護理師護士公會全國聯合會。
    - （六）中華民國藥師公會全國聯合會。

- (七) 中華民國物理治療師公會全國聯合會。
- (八) 中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會。
- (九) 中華民國助產師助產士公會全國聯合會。
- (十) 中華民國醫事放射師公會全國聯合會。
- (十一) 其他醫事服務機構。

- 第 6 條 第三條及前條代表，應依下列方式產生：
- 一、主管機關代表：由該機關指派。
  - 二、專家學者：由保險人遴選。
  - 三、被保險人代表及雇主代表：由保險人洽請全民健康保險會自該會委員中推派各一人，其餘由保險人遴選。
  - 四、保險醫事服務提供者之各總額部門代表：由保險人洽請審查業務受委託專業機構、團體推派；無受委託專業機構、團體時，依下列規定辦理：
    - (一) 醫院總額，由台灣醫院協會推派。
    - (二) 西醫基層總額，由中華民國醫師公會全國聯合會推派。
    - (三) 牙醫門診總額，由中華民國牙醫師公會全國聯合會推派。
    - (四) 中醫門診總額，由中華民國中醫師公會全國聯合會推派。
  - 五、保險醫事服務提供者之醫事團體代表：由保險人洽請該專業機構、團體推派。
- 第 7 條 1 本會議之代表均為無給職。任期二年，期滿得續任之，代表機關出任者，應隨其本職進退。
- 2 本會議代表由全民健康保險會遴薦推派者，於任期內失去委員身分時，得由該會重行遴選推派。
- 3 代表保險醫事服務提供者出任者，若有變動，應依前條規定重新推派。
- 第 8 條 1 保險人得就有關本會議之議題，向相關團體或專家諮詢；其提供之意見，得以書面方式，併入本會議提案內說明。
- 2 被諮詢之團體代表或專家，經主席指定者，得列席本會議說明。
- 第 9 條 本會議議案未達成共識者，保險人於報主管機關核定時，應一併提出各方代表不同意見、不同方案之優缺點分析及其財務評估等項資料。
- 第 10 條 1 本會議代表於出席首次會議前，應填具利益揭露聲明書，聲明其本人、配偶或直系親屬業務上之利益，與本會議討論事項有無相涉情事。
- 2 本會議代表違反前項之規定，且情節重大者，經本會議決議後，保險人得予更換；其缺額，由保險人依第六條規定辦理。
- 第 11 條 1 保險人於辦理本辦法業務時，應將下列事項對外公開：
- 一、利益揭露聲明書。

二、會議議程。

三、會議內容實錄。

2 前項第二款事項，應於開會七日前對外公開，並送交本會議代表。

第 12 條 1 本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。

2 本辦法修正條文，自發布日施行。

---

資料來源：全國法規資料庫

## 所有條文

法規名稱：全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂辦法

修正日期：民國 114 年 03 月 07 日

法規類別：行政 > 衛生福利部 > 社會保險目

- 第 1 條 本辦法依全民健康保險法（以下稱本法）第四十一條第四項規定訂定之。
- 第 2 條 保險人為辦理藥物給付項目及支付標準之擬訂事項，應至少每二個月召開一次全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議（以下稱本會議），並於必要時召開臨時會。
- 第 3 條 1 保險人辦理下列事項之擬訂，應於本會議先行討論：
- 一、全民健康保險藥物收載原則。
  - 二、全民健康保險藥物支付標準訂定原則。
  - 三、全民健康保險新藥及新功能類別特材給付項目。
  - 四、全民健康保險新藥及新功能類別特材支付標準。
  - 五、其他與全民健康保險藥物給付項目及支付標準之有關事項。
- 2 保險人辦理下列事項之結果，應於本會議提出報告：
- 一、全民健康保險藥物給付項目與支付標準新品項藥品及既有功能類別特材之初核情形。
  - 二、其他有關全民健康保險已給付藥物支付標準異動之初核情形。
- 第 4 條 1 本會議召開時，應邀不具民意代表身分之一下列代表出席：
- 一、主管機關及其所屬藥物管理機關代表各一人。
  - 二、專家學者九人，其中具專科醫學背景者至少四人。
  - 三、被保險人代表三人。
  - 四、雇主代表三人。
  - 五、保險醫事服務提供者代表人數如下：

(一) 中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、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，各一人。

(二) 台灣醫院協會一人。

(三) 醫學中心、區域醫院、社區醫院、基層診所，各二人。

2 前項代表應依下列方式產生：

一、機關代表：由該機關指派。

二、專家學者：由保險人遴選。

三、被保險人及雇主代表：由保險人洽請全民健康保險會自該會委員中各推派一人，其餘由保險人遴選。

四、保險醫事服務提供者代表：由相關團體推派。

3 保險人得洽請相關團體，分別推派不具民意代表身分之藥物提供者代表三人、病友團體代表二人，列席本會議；列席人員無表決權。

第 5 條 本會議主席，由保險人指派高階主管或就專家學者代表指定一人擔任。

第 6 條 1 本會議代表均為無給職。任期二年，期滿得續任之，代表機關、團體出任者，應隨其本職進退。  
2 本會議代表由全民健康保險會推派者，於任期內失去委員身分時，得由該會重行推派。  
3 本會議代表違反本辦法之規定，且情節重大者，經本會議決議，保險人得予更換；其缺額，由保險人依第四條規定辦理。  
4 本會議代表任期屆滿而尚未完成新任代表聘任時，延長其執行職務至新任代表就任時為止，並以不超過六個月為限；本辦法中華民國一百十四年三月七日修正施行前，最後聘任之本會議代表，亦同。

第 7 條 本會議於討論特定藥物是否納入給付或給付變更時，依本法第四十一條第二項規定，得邀請該藥物提供者與相關之專家、病友團體代表列席表示意見。

第 8 條 本會議之議案，未達成共識者，保險人於報主管機關核定時，應一併提出各方代表不同意見、不同方案之優缺點分析及其財務評估等項資料。

- 第 9 條 本會議代表於首次會議前，應填具利益揭露聲明書，聲明其本人、配偶或直系親屬業務上之利益，與本會議討論事項有無相涉情事。
- 第 10 條 本會議之代表有下列情事之一者，應自行迴避相關議案之討論，並於當次會議召開前，填具個案迴避聲明書提交保險人：
- 一、行政程序法第三十二條所定各款情事之一。
  - 二、前款以外之程序外接觸且自認對議案討論足生影響。
  - 三、前二款以外之其他特殊事由且自認對議案討論足生影響。
- 第 11 條 1 保險人於辦理本辦法業務時，應將下列事項對外公開：
- 一、利益揭露聲明書。
  - 二、會議議程及併附之醫療科技評估報告。
  - 三、會議內容實錄。
- 2 前項第二款事項應於開會七日前對外公開，並送交本會議代表。
- 第 12 條 1 本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。
- 2 本辦法修正條文，自發布日施行。

---

資料來源：全國法規資料庫

## 全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點

101 年 10 月 30 日健保醫字第 1010009170 號公告  
101 年 11 月 29 日健保醫字第 1010074100 號修訂公告  
102 年 9 月 18 日健保醫字第 1020033811 號修訂公告  
105 年 10 月 25 日健保醫字第 1050034087 號修訂公告  
110 年 1 月 8 日健保醫字第 1090034643 號修訂公告  
112 年 7 月 3 日健保醫字第 1120662773 號修訂公告  
112 年 9 月 27 日健保醫字第 1120663998 號修訂公告  
113 年 2 月 1 日健保醫字第 1130660258 號修訂公告

- 一、全民健康保險保險人(以下稱保險人)為辦理總額支付制度之研商事宜，特訂定本作業要點。
- 二、保險人應依全民健保醫療給付費用總額部門(以下稱各總額部門)每 3 個月召開一次會議為原則，必要時得召開臨時會議。
- 三、保險人召開各總額部門會議時，應依會議類別分別邀請下列代表出席：
  - (一)保險付費者代表 2 名。
  - (二)保險醫事服務提供者代表之名額分配如下：
    1. 醫院總額：
      - (1)各層級醫院代表 20 名至 28 名，由台灣醫院協會推薦。
      - (2)中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。
      - (3)特殊材料提供者代表 1 名。
      - (4)藥品提供者代表 1 名。
      - (5)中華民國護理師護士公會全國聯合會代表 1 名。
      - (6)西醫基層代表 2 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
      - (7)中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。
      - (8)中華民國醫事放射師公會全國聯合會代表 1 名。
    2. 西醫基層總額：



- (1)西醫基層醫事服務提供者代表 18 至 29 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
- (2)中華民國醫師公會全國聯合會代表 3 名。
- (3)中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。
- (4)藥品提供者代表 1 名。
- (5)中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。
- (6)中華民國物理治療師公會全國聯合會代表 1 名。
- (7)醫院代表 2 名，由台灣醫院協會推薦。

3. 牙醫門診總額：

- (1)牙醫門診相關醫療服務提供者代表 18 名，由中華民國牙醫師公會全國聯合會推薦。
- (2)中華民國牙醫師公會全國聯合會代表 1 名。
- (3)台灣醫院協會代表 4 名。
- (4)中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。
- (5)中華牙醫學會代表 1 名。
- (6)中華民國醫院牙科協會代表 3 名。

4. 中醫門診總額：

- (1)中醫門診醫療服務提供者代表 18 名，由中華民國中醫師公會全國聯合會推薦。
- (2)台灣醫院協會代表 2 名。

5. 門診透析：

- (1)醫院門診透析醫療服務提供者 5 至 9 名，由台灣醫院協會推薦。
- (2)台灣醫院協會代表 1 名。
- (3)西醫基層診所門診透析醫療服務提供者 4 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
- (4)中華民國醫師公會全國聯合會代表 1 名。
- (5)台灣腎臟醫學會代表 1 名。

(三) 專家學者 3 名。

(四) 政府機關代表：



1. 主管機關代表 1 名。
2. 保險人代表 2 名。
3. 中醫門診總額：主管機關所屬中醫藥管理政策之單位代表 1 名。
4. 牙醫門診總額：主管機關所屬牙醫管理政策之單位代表 1 名。

前項代表應考量性別衡平性，各團體推派代表及代理人時任一性別以不低於 3 分之 1 為原則，並依下列方式產生：

- (一) 保險付費者代表由保險人洽請全民健康保險會自該會推派。
- (二) 保險醫事服務提供者，由保險人洽請各醫事團體推派。
- (三) 專家學者由保險人遴選。
- (四) 機關代表由該機關指派。

- 四、本會議代表均為無給職，其任期為 2 年，期滿得續任之，代表機關出任者，應隨其本職進退；代表(含代理人)任期內應出席研商議事會議達三分之二之次數，為續聘之必要條件。本會議代表由全民健康保險會遴薦推派者，於任期內失去代表身分，得由該會重行遴選推派。

代表保險醫事服務提供者出任者，若有變動，應依前點規定重新推派。

- 五、保險人得就會議相關議題向相關團體或專家諮詢，其提供之意見，得以書面方式併入本會議提案內說明。

被諮詢之團體代表或專家，得列席本會議說明。

- 六、代理人及列席單位出席規範：

- (一) 研商議事會議代表，除本條第(二)款之代表及列席單位外，應於指(推)派代表時一併提報順位代理人 2 名。代表因故不能出席會議時，得依代理人順位由 1 人代理出席。
- (二) 由保險人遴選之專家學者代表，應親自出席，不得代理。
- (三) 列席單位出席人員以 2 名為限。

- 七、本會議代表於出席首次會議前，應填具利益揭露聲明書，聲明其本人、配偶或直系親屬業務上之利益，與本會議討論事項有無相涉情事。

本會議代表違反前項之規定，且情節重大者，經本會議決議後，保險人得予更換；其缺額保險人得依本要點辦理改推派事宜。

- 八、保險人於辦理本作業要點業務時，應將會議全程錄音列入檔案備查，並將下列事項對外公開：
- (一) 會議議程。
  - (二) 會議內容實錄。
  - (三) 利益揭露聲明書。

# 衛生福利部全民健康保險會

## 第 7 屆 114 年第 1 次委員會會議補充資料目錄

會議時間：114 年 3 月 26 日

一、議程確認(臨時提案)-----	1
二、討論事項	
(一)第一案「114 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案」(電子檔業於 3 月 20 日提供委員)-----	4
(二)第二案「114 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)」本會補充說明五(會議資料第 192 頁)-----	10
(三)第七案「建請重新評估 113 年度中醫門診總額預算扣減案」本會補充說明三(會議資料第 249 頁)-----	13



## 一、議程確認：臨時提案

.....

本會於本(114)年 3 月 25 日上午收到許委員舒博提出臨時提案「因應我國醫學中心超載及人力短缺等困境，『準醫學中心』應發揮其醫療照護量能，建請調整給付標準，以確保醫療公平、病患權益及醫療體系永續發展」(如後附，第 2~3 頁)：

臨時提案處理規定說明：

- 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、本案建請主席依規定先行確認其是否與本會法定任務有關，且為亟待決定之緊急事件或具時效性事項，再徵詢出席委員附議與否，方能納為本次委員會議之提案，並建議安排在所有議案完成後討論。如果前述條件有不符者，請主席決定是否提下次委員會討論。

## 全民健康保險會提案單

附表

提案日期：114 年 3 月 24 日

提案者	許舒博委員（中華民國全國商業總會理事長）
委員代表類別	保險付費者代表 雇主代表
提案屬性 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 一般提案 <input checked="" type="checkbox"/> 臨時提案 <input type="checkbox"/> 修正案 <input type="checkbox"/> 復議案
案 由	因應我國醫學中心超載及人力短缺等困境，「準醫學中心」應發揮其醫療照護量能，建請調整給付標準，以確保醫療公平、病患權益及醫療體系永續發展。
說 明	<p>(一) 我國醫療環境刻正面臨三大困境：一是人力嚴重不足。高負荷、低報酬造成醫護人力流失、護病比失衡，醫療安全與病患照護品質受影響；二是醫學中心超載。病患集中醫學中心，影響重症治療效率；三是分級醫療失效。區域醫院病患流失，分級制度難以落實。</p> <p>(二) 現「準醫學中心」於醫療設備、人力配置及服務內容已達醫學中心標準，惟目前僅獲得區域醫院等級的健保給付，形成醫療資源不公平。在給付標準不符實際醫療量能之現況下，醫療品質與經營已受到影響。</p> <p>(三) 在醫學中心超載與人力短缺等背景下，建請調整「準醫學中心」的給付標準。倘獲得合理給付，「準醫學中心」可分流病患以減輕醫學中心負擔，同時可明確定位為有效中介支柱，總體發揮其應有角色，俾利完善我國公平、高效、永續之醫療體系。</p>

擬 辦	<p>建請調整「準醫學中心」健保給付標準。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 調高病房費、護理費、診察費等項目。</li> <li>● 比照醫學中心給付，強化人力配置，保障醫療品質與安全。</li> </ul>
內容與本會任務符合情況 (請勾選)	<p>全民健康保險會法定任務：</p> <p><input type="checkbox"/> 保險費率之審議事項(第 5、24 條)。</p> <p><input type="checkbox"/> 保險醫療給付費用總額之協議訂定及分配事項(第 5、61 條)。</p> <p><input type="checkbox"/> 保險給付範圍之審議事項(第 5、26、51 條)。</p> <p><input type="checkbox"/> 保險政策、法規之研究及諮詢事項(第 5 條)。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 其他有關保險業務之監理事項(第 5 條)。</p> <p><input type="checkbox"/> 其他全民健康保險法所定由本會辦理事項(第 45、72、73、74 條)。</p> <p>註：()內為健保法條次。</p>
連署或附議人 (臨時提案、復議案填入)	

.....

本會補充說明：

一、本案所提建議涉及醫療服務給付項目支付標準之修訂，依全民健康保險法(下稱健保法)第 41 條第 1 項<sup>(註)</sup>規定，由健保署循法定程序於各方代表組成之「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」共同討論後，報衛福部核定發布。

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

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

(會議資料第187頁)

討論事項第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：114年度各部門總額一般服務之點值保障項目案，提請討論。

說明：

- 一、依衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式暨貴會113年第9次、10次委員會議(113.10.23、113.11.20)討論事項有關各部門總額一般服務之預算分配案之決議：「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各總額部門相關團體議定後，於113年12月底前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障理由及其對總額預算之影響等」。
- 二、新增之點值保障項目，於新增當年一般服務皆有編列預算支應並納入基期隨成長率成長。另本署每年均與各部門總額相關團體議定次年度保障服務，並已於113年11月14日中醫研商會議、11月19日牙醫研商會議、11月26日門診透析研商會議、11月27日與114年3月12日醫院研商會議、113年12月18日與114年3月6日西醫基層研商會議中，與各部門總額相關團體討論114年度一般服務之點值保障項目，牙醫門診總額未有點值保障項目。
- 三、歷年保障項目退場或修訂如下：
  - (一)藥事服務費於開辦初期即以1點1元為基期規劃保障，牙醫、西醫基層於95年起改以浮動點值計算，中醫及透析則自105年起以浮動點值計算，醫院則維持以每點1元支付。
  - (二)腹膜透析案件，95年整件扣除藥費後以每點1元支付；96~99年以每點1.2元支付；100年起腹膜透析追蹤處理費以每點1.1元支付，自103年起改以每點1元支付。
  - (三)西醫基層部門論病例計酬案件，配合114年總額，眼科白內



障手術由一般服務移列專款，前開案件排除白內障手術之門診案件分類C1且醫令代碼97608C之總醫療費用(申請點數+部分負擔)。

(四)醫院部門生產案件，自114年起納入保障項目。

四、114年度各部門總額一般服務之點值保障項目、保障理由及112年非浮動點數占一般服務點數比率(113年目前結算至第2季)如附件(第6~9頁)。

擬辦：依會議決議辦理。

健保署業務窗口：洪于淇專門委員，連絡電話：02-27065866分機2667

.....

本會補充說明：

一、本案係健保署依衛福部公告及本會113年第9次、10次委員會議(113.10.23、113.11.20)決議，與各總額相關團體議定114年度各部門總額一般服務點值保障項目，提請本會討論，將於本會同意後執行。

二、健保署已依委員會議決議提報，內容包含114年點值保障項目及支付方式、保障理由、預算編列情形及110~112年其占一般服務點數比率等(詳附件，第6~9頁)，經與113年保障項目相較，重點如下：

(一)牙醫門診總額：循往例未有點值保障項目。

(二)中醫門診及門診透析預算：同113年度保障項目及支付方式。

(三)西醫基層總額：同113年度保障項目及支付方式，其中保障項目「論病例計酬案件」之操作型定義，配合114年度總額，眼科白內障手術由一般服務項目移列專款項目，排除「白內障手術門診案件分類C1且醫令代碼97608C之總醫療費用」。

(四)醫院總額：114年度醫院生產案件，比照西醫基層總額納入保障項目，其餘保障項目及支付方式同113年度。

三、考量支付衡平性，請健保署依衛福部總額公告，未來對於需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則辦理。

決議：

## 114年度各部門總額一般服務之點值保障項目及說明

總額 部門	114 年一般服務 保障項目及支付方式	保障理由	當年度編列預算	近 3 年 非浮動點數占 一般服務點數 比率
				110~112 年
中醫	「中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫」之論量計酬案件(每點 1 元支付)。	為持續加強偏鄉醫療照護，提高資源分配公平性及保障弱勢族群就醫可近性，自 101 年起將是類案件列入保障項目。	1.100 年度中醫門診總額一般部門預算分配方式試辦計畫，就中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件予以每點 1 元支應。 2.開辦時藥事服務費以 1 點 1 元支應，惟自 105 年起改以浮動點值支應，當年預算並未扣減(105 年約 14.7 百萬元)。	112 年：0.7% 111 年：0.7% 110 年：0.7%
西醫 基層	1.論病例計酬(每點 1 元支付)， <u>排除白內障手術之門診案件分類 C1 且醫令代碼 97608C 之總醫療費用(申請點數+部分負擔)</u> 。 2.血品費(每點 1 元支付)。 3.「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案，每季各婦產科診所撥付款項=280 點×季申報總住院數(每點 1 元支付)。	1.為與醫院部門同工同酬及提升論病例計酬品質，爰自 97 年起於一般服務增列「西醫基層論病例計酬合理化方案」項目，將點值差額列為費用滾入基期。 2.為促進供血機制合理運作，自 97 年起血品點值以每點 1 元支付。 3.為鼓勵基層診所提供夜間婦產科醫療服務，提升夜間住院照護服務並確保醫療品質，103 年起編列「提升婦產科夜間住院護理照護品質」預算，予以點值保障。	1.論病例計酬及血品費於 97 年總額分別編列成長率 0.465%(約 381.4 百萬元)及 0.00026%(約 21.5 萬元)。 2.提升婦產科夜間住院護理照護品質：於 103 年增列預算 59.7 百萬元。 3.開辦時藥事服務費以 1 點 1 元支應，惟自 95 年起改以浮動點值支應，當年預算並未扣減(95 年約 163.64 百萬元)。	112 年：3.3% 111 年：3.6% 110 年：3.8%

總額 部門	114 年一般服務 保障項目及支付方式	保障理由	當年度編列預算	近 3 年 非浮動點數占 一般服務點數 比率
				110~112 年
		4.西醫基層部門論病例計酬案件，配合白內障手術由一般服務移列專款，前開案件排除白內障手術之門診案件分類 C1 且醫令代碼 97608C 之總醫療費用(申請點數+部分負擔)。		
透析	1.腹膜透析之追蹤處理費(每點 1 元支付)。 2.偏遠地區之門診透析服務(每點 1 元支付)。	1.為鼓勵腹膜透析之服務及推廣，自 95 年起腹膜透析服務之追蹤處理費予以保障點值。 2.為加強偏鄉醫療照護，保障弱勢族群就醫可近性，104 年總額公告之協定事項門診透析服務成長率含偏遠地區門診透析服務保障每點 1 元支付。	1.95 年協商核定腹膜透析採每點 1 元核算，所需預算額度已列入成長率中。 2.偏遠地區之門診透析服務於 104 年編列預算 60 百萬元。 3.另開辦時藥事服務費以 1 點 1 元支應，惟自 105 年起改以浮動點值支應，當年預算並未扣減(105 年約 0.83 百萬元)。	112 年：3.1% 111 年：2.8% 110 年：2.8%
醫院	1.門診、住診之藥事服務費(每點 1 元支付)。 2.門診手術(每點 1 元支付)。 3.住院手術費、麻醉費(每點 1 元支付)。 4.血品費(每點 1 元支付)。 5.主管機關公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之急診醫療服務點數(每點 1 元支付)。	1.第 1 項：藥事服務費之協商基礎為 1 點 1 元，爰維持每點 1 元(摘自 95 年 1 月 13 日貴會(前全民健康保險醫療費用協定委員會，下稱貴會)第 109 次委員會議紀錄)。 2.第 2、3、5 及 7 項：為增進偏遠地區之醫療服務可近性及確保急重症病患就醫權益，減少同醫院管理所計算之門住診點值差異及減	1.開辦時藥事服務費以 1 點 1 元為計算基礎。 2.為加強急重症照護及偏遠地區醫院保障，95 年總額分別編列成長率 0.799%(1,937.5 百萬元)及 0.228% (552.88 百萬元)預算。	112 年：18.4% 111 年：18.0% 110 年：14.7% 備註： 111 年相對 110 年增加項次 9「區域級(含)以上醫院加護病床之診察費、病房費」之

總額 部門	114 年一般服務 保障項目及支付方式	保障理由	當年度編列預算	近 3 年 非浮動點數占 一般服務點數 比率
				110~112 年
	<p>6.地區醫院急診診察費(每點 1 元支付)。</p> <p>7.經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院(註 2)。</p> <p>8.地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)(每點 1 元支付)。</p> <p>9.區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費(每點 1 元支付)。</p> <p>10.地區醫院住院病房費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)、一般病床住院診察費、住院護理費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)(每點 1 元支付)。</p> <p>11.醫院生產案件(每點 1 元支付)。</p> <p>備註： 對應申請區域醫院評鑑之地區醫院，如經評鑑不符合區域醫院者，自評鑑不符合之日起，1 年內不得適用地區醫院保障項目【地區醫院急診診察費、地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)、地區醫院住院病房費、一般病床住院診察費、住院護理費】，惟其護病比符合區域醫院評鑑標準</p>	<p>少門住診移轉醫療行為改變，經 94 年 6 月 10 日貴會第 102 次委員會同意之保障項目。</p> <p>3.為促進供血機制合理運作，自 97 年起血品點值以每點 1 元支付。</p> <p>4.為提升偏鄉及都市型地區醫院之緊急醫療照護功能，並考量其營運成本，以 106 年醫院總額醫療服務成本指數改變率之預算，就地區醫院之急診診察費保障每點 1 元。</p> <p>5.為持續推動分級醫療，壯大社區醫院，以及提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診結構改變，爰依據 110、111 年總額公告決定事項，項次 8、9、10 採固定點值支應。</p> <p>6.考量生產案件為剛性需求，及比照西醫基層部門保障項目，114 年一般服務保障項目新增醫院生產案件(序號 11)。</p>	<p>3.為促進供血機制合理化，97 年編列成長率 0.098%(約 258.84 萬元)(項次 4)。</p> <p>4.以 106 年醫院總額醫療服務成本指數改變率之預算(135.0 百萬元)，就地區醫院之急診診察費保障每點 1 元(項次 6)。</p> <p>5.110 年總額分別新增「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」及「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變」項目分別編列 5 億元及 10 億元(項次 8 及項次 9 區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費)。</p> <p>6.111 年醫院總額分別於「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」及「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診結構改變」編列 10 億元及 20 億元預算(項次 9 區域級(含)以上醫院加護病床之診察費、病房費及項次 10)。</p>	保障項目，爰占率增加。

總額 部門	114 年一般服務 保障項目及支付方式	保障理由	當年度編列預算	近 3 年 非浮動點數占 一般服務點數 比率
				110~112 年
	者，其醫療服務得比照區域醫院保障【區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費】；另自醫院評鑑不符合之日起 1 年後，仍不符合區域醫院評鑑者，不得適用地區醫院保障項目，亦不得比照區域醫院保障。		7.考量生產案件係為剛性需求，爰比照西醫基層部門納入保障項目，預估經費約需 1.9 億元，以 114 年醫院總額「合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含 RBRVS)(114 年新增項目)」項目之預算(1,586.9 百萬元)支應。	

備註：

- 1.藥費依藥物給付項目及支付標準辦理，不列入。
- 2.以前一季該分區平均點值核付費用，惟結算後如前一季該分區平均點值小於當季該分區浮動點值，該季該分區偏遠地區醫院之浮動點數以當季該分區浮動點值核付。
- 3.非浮動點數不含自墊核退及藥費。
- 4.本統計中醫總額結算非浮動點數含保障醫療資源不足地區論量計酬之金額。

(會議資料第 192 頁)

討論事項第二案「114年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)」本會補充說明五

五、.....，為利該新增項目內容之明確化，建請健保署援例說明新增 3 項管控項目之計算方式(分子、分母之定義)及指標屬性(正向或負向指標)，以利監測及解讀。

.....

健保署回復如附件一及二(第 11~12 頁)；至其餘沿用 113 年管控項目之計算方式及指標屬性，該署將再檢視是否需更新後提供。

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：王金桂

聯絡電話：02-27065866 分機：2690

傳真：02-27029904

電子郵件：A110092@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114年3月18日

發文字號：健保醫字第1140105702號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨 (A21030000I\_1140105702\_doc2\_Attach1.pdf)

主旨：檢送「114年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)」新增管控項目「照護機構由同一醫療院所提供醫療及長照服務比率」及「居家安寧照護對象在宅善終比率較前一年成長」之分子、分母定義及指標屬性(附件)，請查照。

說明：復貴會114年3月17日第1140105702號請辦單。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：電子公文  
2025/03/19  
18:04:45  
交換章

114.03.20



1143340052

114年全民健康保險抑制醫療資源不當耗用改善方案(草案)新增「管控項目」指標意涵及分母、分子

指標代號	管控項目	指標意涵 (正向或負向指標)	計算方式	
			分母	分子
01	全民健保行動快易通健康存摺APP 健康存摺生理量測功能資料登錄人數增加率	正向指標	截至 113 年 12 月 31 日資料登錄人數	114 年 12 月 31 日資料登錄人數減 113 年 12 月 31 日資料登錄人數
09	照護機構由同一醫療院所提供醫療及長照服務比率	正向指標	簽訂「減少住宿型機構住民至醫療機構就醫方案」契約之住宿型照護機構家數。	分母之住宿型照護機構中，由同一特約醫事服務機構提供健保巡診服務並簽訂減醫方案之照護機構數。
16	居家安寧照護對象在宅善終比率較前一年成長	正項指標	當年度居家安寧收案對象於照護期間死亡人數。	當年度接受居家安寧個案於死亡前 14 日未住院治療人數。



(會議資料第 249 頁)

討論事項第七案「建請重新評估 113 年度中醫門診總額預算扣減案」  
本會補充說明三

三、本案為利委員討論，已請健保署提供意見與中醫就醫人數及醫療利用等相關數據供參。

健保署依本會所請提供下列資料：

一、中醫門診總額 106~113 年就醫人數及一般服務醫療利用資料，如下表：

年度		就醫人數(註)	一般服務 申請件數	一般服務 申請點數
106		6,476,058	38,450,628	25,058,994,218
107		6,463,836	39,242,076	26,516,084,119
108		6,504,062	40,346,130	28,503,113,057
疫 情 期 間	109	6,122,120	39,016,317	28,887,071,503
	110	5,545,389	34,930,793	26,896,066,254
	111	6,551,058	40,544,290	30,853,876,049
	112	6,746,598	43,213,544	33,805,819,936
113		6,367,893	42,484,707	34,230,274,959

註：就醫人數係依健保署提報本會第11次委員會議(113.12.25)之定義(如下)進行統計：

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。

二、該署對本案之意見，詳附件(第 14~21 頁)。

有關中醫門診總額醫事服務提供者代表詹永兆委員提出「建請重新評估 113 年度中醫門診總額預算扣減案」，本署意見如下：

一、查 113 年度總額核定事項「中醫利用新增人口」，依 113 年中醫實際就醫人數成長情形，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減，扣減方式如下：

以 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)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。

註：就醫人數定義：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。

二、依前開扣減方式計算，113 年就醫人數較 112 年約減少 37.9 萬人，因就醫人數未增加，本項目之 5.88 億元(附件之表 1)須全數扣減。

三、查本項預算於 113 年總額協商資料，本署考量因就醫人數變動幅度太大，108-111 年分別為 0.62%、-5.87%、-9.45%、20.63%，以疫情前一年(108 年)第 1、2 季實質申報一般服務點數成長率扣除預算成長率，來代表就醫人數成長所造成的點數影響(附件之表 2)，並經估算約須經費 5.88 億元。

四、如比照本署前開計算方式，並考量各季校正投保人口年增率及違反特約及管理辦法扣款後，113 年一般服務預算相較一般服務點數推估不足約 32 億，相較一般服務結算點數不足約 34 億(附件之表 3)，考量中醫醫療利用確因就醫人數增加而增加，建議本項預算應回歸本署當初建議用於補助疫情期間大幅增加之就醫人數而不予扣減。

五、檢附中醫 108~113 年點值報表(附件之表 4)、106-113 年中醫就醫人數及醫療利用(附件之表 5)供參。

附件之表1、113年1-12月與112年同期申報中醫人數與醫療費用--中醫新增人數扣減費用

年	人數	件數	醫療費用	平均每人 醫療費用	113年較112年增加 人數	113年增加之費用 =113年增加人數*113年每 人平均費用	協定預算	應扣減費用
112	6,746,598	43,213,544	33,805,819,936	5,011				
113	6,367,714	42,484,707	34,228,778,568	5,375	-378,884	-2,036,501,500	588,000,000	588,000,000

註：「中醫利用新增人口」扣減當年未執行之額度「中醫利用新增人口」扣減方式操作型定義如下：

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)之保險對象人數。

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。

(1)醫療費用點數=申請費用點數+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)、6(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)之醫療費用點數。

附件之表2、113年度中醫門診總額醫療給付費用成長率項目表

項目	金額(元)
113 年中醫門診一般服務基期(a+b+c)	29,540,477,721
112 年中醫門診一般服務預算(a)	29,760,117,627
人口差值校正(b)	-254,187,631
加回前一年違規扣款金額(c)	34,547,725
112 年中醫專款	1,220,300,000

表 3 113 年度中醫門診總額醫療給付費用成長率項目表(草案)

(單位：%；百萬元) 健保會 112.9.20

項 目	中醫部門草案			健保署草案			健保會幕僚補充說明
	成長率	預估 增加金額	說 明	成長率	預估 增加金額	說 明	
一般服務							1.112 及 111 年中醫門診總額協定事項執行情形，詳表 3-1 及 3-2。 2.102~111 年中醫醫療服務利用情形，詳表 3-3。 3.113 年度總額協商架構、原則及協商程序，詳參考資料二、三。
醫療服務成本及人口因素成長率	3.002%	886.8		3.002%	886.8		1.106~113 年「醫療服務成本及人口因素成長率」及「人口差值」金額，詳表 3-4。 2.107~112 年中醫門診總額「支付標準調整之預算及修訂情形」，詳表 3-5。 3.評核委員意見： (1)健保資源有限，目前健保支付方式仍以論量計酬(fee-for-service)為主，建議宜轉向「以價值為基礎的支付」(value-based payment)，朝結果面導向(outcome-oriented)支付制度努力。 (2)中醫部門多以提高利用率做為績效指標，與健保財務永續的政策目標不一致。建議改以呈現效果的結果面指標，並在提升國人健康、減少相關醫療利用的成效明確後，研擬適當的總額預算回饋機制，以避免總額預算不斷擴張。
投保人口預估成長率	-0.757%			-0.757%			
人口結構改變率	0.799%			0.799%			
醫療服務成本指數改變率	2.989%			2.989%			
協商因素成長率	2.401%	709.0	中醫部門提供之資料詳參考資料六(四)	1.977%	584.0		
其他醫療服務利用及密集度之改變	[113 新增] A1 中醫利用新增人口	2.414%	713.0	1.990%	588.0	1.108~111 年中醫就醫人數相較前一年成長率分別為 0.62%、-5.87%、-9.45%、20.63%。 2.估算方式：因就醫人數變動幅度太大，爰以點數成長率扣除預算成長率，來代表就醫人數成長所造成的點數影響。 (1)以疫情前一年(108 年)第 1、2 季一般服務點數為基期，乘上 109 年至 112 年公告中醫一般服務成長率，再乘以 113 年成長率 4.7%估算，113 年第 1、2	1.是否為政策交付項目：非屬主管機關交付之 113 年度健保總額政策目標項下執行內涵。 2.本項用途：用於中醫「新增就醫人口」所增加之費用。中醫部門擬編列預算以反映新冠疫情後民眾中醫醫療利用增加，而衍生之醫療費用。 3.經費推估：中醫部門及健保署之預估金額差異詳下表：

項 目	中醫部門草案			健保署草案			健保會幕僚補充說明		
	成長率	預估 增加金額	說 明	成長率	預估 增加金額	說 明	指估 單位 項目	中醫部門	健保署
			37.04 億元。惟比較 111 年與 108 年前 20 名看診疾病申報點數發現，COVID 與新冠肺炎或後遺症之相關疾病症狀所額外增加的醫療點數約 44.17 億(=31.87+12.3)，其金額是高於健保直接報支在 C5 或 U09.9 之醫療點數，約高出 7.13 億。			季一般服務點數約為 165.46 億點。 (2)以 112 年第 1、2 季實質申報一般服務點數，乘以 113 年成長率 4.7%估算，113 年第 1、2 季一般服務點數約為 168.40 億點，較前揭以 108 年醫療點數估算 113 年第 1、2 季一般服務點數(165.46 億點)，增加 2.94 億點。	新增額度	7.13 億元 【44.17-37.04】	5.88 億元 【(168.40-165.46)×2】
			3.此民眾信心端的結構性改變所額外衍生的醫療服務利用，並未納入人口因素成長率的計算範疇。理由在於，第一，由「人口因素成長率」計算公式可知，「投保人口成長率」於 113 年度為負成長，「醫療成本指數」主要反映原物料及人事成本波動，而非反映民眾醫療利用的改變。第二，「投保人口結構改變對醫療費用影響率」反映的是投保人口年齡別結構改變對醫療點數的影響，亦無法反映外生衝擊下因民眾信心端結構性改變所衍生之醫療利用改變的增幅效果。			3.全年估算一般服務增加約 5.88 億點(2.94 億點×2)。 【補充說明： 1.針對委員提問，請健保署以疫情前(108 年)為參照基準，提供疫情期間(109~112 年)相關疾病的醫療費用變化情形，並估算對 113 年各部門總額之影響資料，如參考資料五，第 5-3~5-4 頁。 2.針對委員提問，本項屬「其他醫療利用及密集度之改變」，若未來中醫新增的利用人口或實際醫療利用未如預期，預算未執行完畢，請健保署說明是否須扣減未執行之額度及建議之扣減方式，如參考資料五，第 5-32~5-33 頁。】	估算方式	以 111 年申報新冠肺炎費用及相關疾病增加點數(A)，扣除 C5 及 U09.9 案件之點數(B)，(A-B)【44.17 億元-37.04 億元=7.13 億元】代表新冠疫情對中醫醫療利用之影響。	以疫情發生後半年推估點數(A)，扣除發生前半年推估點數(B)，(A-B)×2【(168.40 億元-165.46 億元)×2=5.88 億元】代表就醫人數成長所造成之影響。
			4.費用估算：對於中醫信任度提升預估 2024 年預估總費用約需 713.0 百萬元。(詳細推估過程，詳參考資料六(四)，第 115 頁)				A	111 年申報新冠肺炎費用 31.87 億元+新冠肺炎相關疾病較 108 年增加之費用 12.3 億元，合計 44.17 億元。	以 112 年第 1、2 季一般服務點數為基礎，乘以 113 年成長率 4.7%(取高推估)，推估 113 年第 1、2 季點數約 168.40 億點。
			5.執行目標及預期效益之評估指標：看診人數較疫情前一年(108 年)多 1%。				B	111 申報 C5 案件及 U09.9 案件之醫療點數約 37.04 億元。	以 108 年第 1、2 季一般服務點數為基礎，乘以 109~112 年一般服務成長率，再乘以 113 年成長率 4.7%(取高推估)，推估 113 年 1、2 季點數約 165.46 億點。
註：1.C5 案件：嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件。 2.U09.9：嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)後的病況，未明示。 4.102~111 年「推估就醫人數」及「實際就醫人數」之比較詳下表，摘要如下： (1)推估就醫人數：歷年總額預算之「投保人口預估成長率」，已編列反映人數增加之費用，相關費用均計入總額基期，以 102 年中醫就醫人數為基礎，依每年投保人口成長率推估，111 年中醫推估就醫人數應為 692.4 萬人。 (2)實際就醫人數：綜觀歷年中醫就醫人數，102 年 681.5 萬人，自 104 年起即呈現下降趨勢，至 111 年才大幅上升至 668.4 萬人。 (3)由上開資料顯示，111 年中醫就醫人數雖因疫情影響而大增，惟仍低於 111 年「推估就醫人數」(692.4 萬人)，亦低於 102 年就醫人數(681.5 萬人)，表示就醫人數尚未達到 102 年水準，故不宜僅以單一年度「就醫人數增加」要求增加預算，應將歷年預算編列及就醫人數成長情形一併納入考量。									



項 目			中醫部門草案			健保署草案			健保會幕僚補充說明																																																																																	
			成長率	預估 增加金額	說 明	成長率	預估 增加金額	說 明																																																																																		
									單位：千人、%																																																																																	
									<table><tr><th rowspan="3">項目</th><th colspan="3">實際就醫人數</th><th colspan="2">推估就醫人數</th></tr><tr><th rowspan="2">實 際 就 醫 人 數 (a)</th><th colspan="2">成長率%</th><th>投保人口成 長率(b)<sup>E1</sup></th><th>推 估 就 醫 人 數 =a×(1+b)<sup>E2</sup></th></tr><tr><th>較前1年</th><th>較102年</th><th>較前1年</th><th>以102年 為基礎</th></tr><tr><td>年度</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>102</td><td>6,815</td><td>-0.58</td><td>-</td><td>0.393</td><td>-</td></tr><tr><td>103</td><td>6,846</td><td>0.46</td><td>0.46</td><td>0.564</td><td>6,853</td></tr><tr><td>104</td><td>6,732</td><td>-1.67</td><td>-1.22</td><td>0.845</td><td>6,911</td></tr><tr><td>105</td><td>6,610</td><td>-1.81</td><td>-3.01</td><td>0.347</td><td>6,935</td></tr><tr><td>106</td><td>6,473</td><td>-2.07</td><td>-5.02</td><td>0.417</td><td>6,964</td></tr><tr><td>107</td><td>6,461</td><td>-0.19</td><td>-5.20</td><td>0.286</td><td>6,984</td></tr><tr><td>108</td><td>6,501</td><td>0.62</td><td>-4.61</td><td>0.025</td><td>6,986</td></tr><tr><td>109</td><td>6,119</td><td>-5.87</td><td>-10.21</td><td>0.136</td><td>6,995</td></tr><tr><td>110</td><td>5,541</td><td>-9.45</td><td>-18.70</td><td>-0.264</td><td>6,977</td></tr><tr><td>111</td><td>6,684</td><td>20.62</td><td>-1.93</td><td>-0.757</td><td>6,924</td></tr></table>	項目	實際就醫人數			推估就醫人數		實 際 就 醫 人 數 (a)	成長率%		投保人口成 長率(b) <sup>E1</sup>	推 估 就 醫 人 數 =a×(1+b) <sup>E2</sup>	較前1年	較102年	較前1年	以102年 為基礎	年度						102	6,815	-0.58	-	0.393	-	103	6,846	0.46	0.46	0.564	6,853	104	6,732	-1.67	-1.22	0.845	6,911	105	6,610	-1.81	-3.01	0.347	6,935	106	6,473	-2.07	-5.02	0.417	6,964	107	6,461	-0.19	-5.20	0.286	6,984	108	6,501	0.62	-4.61	0.025	6,986	109	6,119	-5.87	-10.21	0.136	6,995	110	5,541	-9.45	-18.70	-0.264	6,977	111	6,684	20.62	-1.93	-0.757	6,924
項目	實際就醫人數			推估就醫人數																																																																																						
	實 際 就 醫 人 數 (a)	成長率%		投保人口成 長率(b) <sup>E1</sup>	推 估 就 醫 人 數 =a×(1+b) <sup>E2</sup>																																																																																					
		較前1年	較102年	較前1年	以102年 為基礎																																																																																					
年度																																																																																										
102	6,815	-0.58	-	0.393	-																																																																																					
103	6,846	0.46	0.46	0.564	6,853																																																																																					
104	6,732	-1.67	-1.22	0.845	6,911																																																																																					
105	6,610	-1.81	-3.01	0.347	6,935																																																																																					
106	6,473	-2.07	-5.02	0.417	6,964																																																																																					
107	6,461	-0.19	-5.20	0.286	6,984																																																																																					
108	6,501	0.62	-4.61	0.025	6,986																																																																																					
109	6,119	-5.87	-10.21	0.136	6,995																																																																																					
110	5,541	-9.45	-18.70	-0.264	6,977																																																																																					
111	6,684	20.62	-1.93	-0.757	6,924																																																																																					
註： 1.總額非協商因素之投保人口預估成長率，107 年總額前以內政部人口中推估計列，108 年總額起以最近可取得一年之投保人口成長率預估，均於2年後依實際投保人口數校正人口差值，本表呈現各年實際投保人口數(即已納入人口差值調整對預算之影響)。 2.推估中醫就醫人數，以 102 年中醫實際就醫人數為基礎，乘以歷年投保人口成長率後，推估中醫就醫人數。 5.委員於 8/16 會前會及 8/23 座談會之意見： (1)考量 112 年 5 月防疫已降階，回歸常規醫療，提出「中醫利用新增人口」項目較難說服委員。 (2)本項預算名稱為「中醫利用新增人口」，費用之估算應以增加過去從未使用中醫的人數為主。 (3)考量目前之「醫療服務成本及人口因素成長率」(非協商因素)已反映民眾就診中醫之「密集度」及「成本」改變所需費用，若以一般服務點數成長率估算費用，因服務點數增加包括「人數」、「次數」及「密集度」等因素，若以全部的服務點數估算費用，應考量預算編列之合理性。 (4)本項屬「其他醫療利用及密集度之改變」，若未來中醫新增的利用人口或實際醫療利用未如預期，預算未執行完畢，請健保署說明是否須扣減未執行之額度及建議之扣減方式。(健保署補充說明：如獲協商通過本項，將依																																																																																										

附件之表3、中醫門診總額投保人口成長率所增加之預算與增加人數預估點數比較

單位：百萬點/元

年度	公告一般 服務成長率	各季校正投保人口成長 率預算數	違反特約及 管理辦法扣 款	預算金額 (未扣品保款)	預算金額 (扣品保款)	一般服務點數 推估	中醫一般服務  結算點數	預算與點數推估差 額 (B-C)	預算與結算點 數差額 (B-D)
	R	P	S	A= (前一年A+P+S)*(1+R)	B= (前一年 B+P+S)*(1+R)	C= (前一年 C+P+S)*(1+R)	D		
108	3.46%	58.17	13.56	25,241.50	25,218.73	27,788.48	27,788.48	-2,569.75	-2,569.75
109	4.70%	41.81	4.24	26,475.10	26,452.28	29,141.64	28,073.72	-2,689.35	-1,621.43
110	4.26%	-39.57	29.06	27,592.00	27,569.17	30,372.11	26,016.33	-2,802.95	1,552.84
111	4.18%	-55.95	23.98	28,710.90	28,688.10	31,607.15	30,310.39	-2,919.04	-1,622.29
112	4.07%	-129.32	14.11	29,760.10	29,737.31	32,774.29	32,977.66	-3,036.98	-3,240.35
113	4.98%	-254.19	34.55	31,011.30	30,988.49	34,175.55	34,388.24	-3,187.06	-3,399.75

註：

1.品保款：106年度於一般服務之品質保證保留款額度為22,805,586元。

2.113年一般服務結算點數為推估值。

附件之表4、全民健康保險108年至113年第3季中醫門診一般服務結算點值及113年第4季預估點值

年季	月份	項目	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	全區
108年									
全年		浮動點值	0.8188	0.8368	0.8235	0.8731	0.8516	1.1531	0.8410
		平均點值	0.8819	0.8998	0.8847	0.9222	0.9066	1.1019	0.8984
109年									
全年		浮動點值	0.8649	0.9091	0.8737	0.9202	0.8920	1.1538	0.8898
		平均點值	0.9141	0.9456	0.9194	0.9525	0.9338	1.1003	0.9314
110年									
全年		浮動點值	1.1399	1.1237	1.0429	1.0599	1.0408	1.2979	1.0870
		平均點值	1.0877	1.0742	1.0274	1.0359	1.0248	1.1945	1.0539
111年									
全年		浮動點值	0.9234	0.8969	0.8904	0.9137	0.8970	1.2184	0.9113
		平均點值	0.9531	0.9394	0.9315	0.9489	0.9382	1.1400	0.9461
112年									
全年		浮動點值	0.8259	0.7255	0.7992	0.7938	0.7903	1.1384	0.8016
		平均點值	0.8922	0.8361	0.8719	0.8764	0.8725	1.0900	0.8776
113年									
第1季	1-3月	浮動點值	0.8755	0.8000	0.8275	0.8481	0.8308	1.1586	0.8474
		平均點值	0.9239	0.8820	0.8906	0.9099	0.8977	1.1032	0.9067
第2季	4-6月	浮動點值	0.9285	0.8228	0.8582	0.8694	0.8854	1.2080	0.8863
		平均點值	0.9554	0.8925	0.9081	0.9208	0.9295	1.1386	0.9290
第3季	7-9月	浮動點值	0.9491	0.8361	0.8944	0.8867	0.9152	1.1585	0.9101
		平均點值	0.9684	0.9012	0.9319	0.9316	0.9479	1.1055	0.9441
以下為預估點值									
第4季	10-12月	浮動點值	0.8557	0.7728	0.8018	0.8153	0.8344	1.0566	0.8256
		平均點值	0.9107	0.8643	0.8724	0.8889	0.8985	1.0374	0.8919
註：109年因應疫情，除西醫基層採全年結算(故4季點值均相同)外，其餘總額(含透析預算)則第1、2季合併結算，第3、4季回復按季結算。									
113年第4季之預估點值係採已依113年總額公告核定事項扣除「中醫利用新增人口」未執行預算5.88億元之預算估算。									
製表單位：醫務管理組									
製表日期：114/03/14									



附件之表5、中醫門診總額106~113年就醫人數及一般服務醫療利用資料

就醫人數：請依貴署提報提報本會113年第11次委員會議(113.12.25)決定之定義(註)，進行歷年就醫人數統計。

年度	就醫人數	一般服務 申請件數	一般服務 申請點數
106	6,476,058	38,450,628	25,058,994,218
107	6,463,836	39,242,076	26,516,084,119
108	6,504,062	40,346,130	28,503,113,057
109	6,122,120	39,016,317	28,887,071,503
110	5,545,389	34,930,793	26,896,066,254
111	6,551,058	40,544,290	30,853,876,049
112	6,746,598	43,213,544	33,805,819,936
113	6,367,893	42,484,707	34,230,274,959

註：健保署提報本會第11次委員會議(113.12.25)之就醫人數操作型定義如下：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。



## 113年第4季 全民健康保險業務執行季報告

中央健康保險署  
114年3月26日



### 113年健保業務整體執行情形

#### 承保業務

投保  
單位

113年12月 1,019,735家  
112年12月 980,340家



增加  
39,395家(4.02%)

保險  
對象

113年12月 23,959,972人  
112年12月 23,882,516人



增加  
77,456人(0.32%)

平均  
投保  
金額

第一類至第三類被保險人

113年12月 45,188元  
112年12月 43,409元



增加  
1,779元(4.10%)



## 113年健保業務整體執行情形

## 保險財務業務

現金收支

保費收入

—

醫療費用

+

其他收支

=

餘額

113年 7,970.92億元  
112年 7,532.96億元

↑5.81%

113年 370.22億元  
112年 403.37億元

113年 7,871.50億元  
112年 7,438.00億元

↑5.83%

113年 469.64億元  
112年 498.33億元

權責收支

保費收入  
7,994.55  
億元

—

保險給付  
8,103.95  
億元

—

呆帳  
51.49  
億元

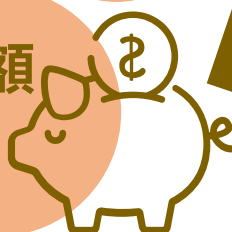
+

其他收支  
餘(絀)  
387.04億元

=

安全準備  
提列  
226.15億元

安全準備餘額  
1,613.81億元  
(約2.39個月保險給付)



提存



## 113年健保業務整體執行情形

## 醫療業務



醫事  
機構

113年12月 22,352家  
112年12月 22,085家



增加  
267家(1.21%)

## 整體醫療費用申報

件數

113年第4季 9,942.7 萬件  
112年第4季 10,100.1萬件



減少  
157.4萬件(1.6%)

點數

113年第4季 2,341.5億點  
112年第4季 2,285.4億點



增加  
56.1億點(2.45%)

預估  
點值

113年第2季各總額部門平均點值>0.9



## 急診壅塞之健保因應策略 (支付標準調整)

### 醫療業務



### 調升急診醫護人力支付

- 將急診診察費拆分為診察費及護理費，各調升支付點數10%，推估約增加7.33億點。
- 調升急診觀察床護理費支付點數60%（約為急性一般病床護理費九成），推估約增加3.68億點。
- 急診觀察床診察費獨立列項，依「一般病床住院診察費」支付。

### 調升住院病床之護理費

- 本次優先調升急性一般（含精神）病床支付點數，調升幅度12.3%~15.9%不等，推估約增加24.97億點。



## 急診壅塞之健保因應策略 (支付標準調整)

### 醫療業務



### 調升急救責任醫院 加護病房支付

- 全重度級急救責任醫院加護病房之病房費、護理費及診察費比照醫學中心支付。  
(適用區域醫院26家、地區醫院1家)
- 全中度級急救責任醫院（高危險妊娠及新生兒章節能力未申請評定者亦同）比照區域醫院支付。  
(適用地區醫院26家)
- 預計一年增加5.87億點。

### 離島地區急救責任醫院 急診案件加成

- 依全院緊急醫療能力分級評定加成急診案件支付點數，推估約增加0.33億點。

緊急醫療能力分級	急診案件加成
重度級急救責任醫院	50%
中度級急救責任醫院 (部立金門、三軍澎湖及澎湖醫院)	30%
一般級急救責任醫院 (連江醫院)	10%



### 西醫基層

#### 推動家醫計畫2.0

- 以家醫計畫為基礎，**整合P4P-DM/CKD/DKD及代謝計畫**，讓病人於同一家診所接受整合照護。
- 家醫2.0**加強DM/CKD疾病管理照護能力**。
- 訂定獎勵措施及指標，鼓勵照護DM/CKD病人。
- 522個醫療群，**357群參與家醫2.0**，占整體的**68.4%**。

### 地區醫院推動

#### 全人全社區照護計畫

- 將**尚未接受照護的三高病人**納入管理，交由主要就醫的地區醫院提供**預防保健、癌症篩檢等初級照護服務**。
- 127家地區醫院、471位醫師參與，收案約10萬人。

7



## 113年1月-114年2月健保藥品生效品項數



- ◆ 截至113年1月至114年2月已公告生效新給付之新藥共**43項**（含暫時性支付**5項**），擴增給付共**36項**，推估約**85.95**萬人受惠。

項目	新藥	擴增給付	說明
癌藥	15	18	用於治療轉移性/三陰性/早期乳癌、瀰漫性大型B細胞淋巴瘤(DLBCL)、白血病、膽道癌、非小細胞肺癌、原發性腹膜癌、多發性骨髓瘤、惡性肋膜間皮瘤、晚期食道鱗狀細胞癌、泌尿道上皮癌、去勢敏感性前列腺癌(mCSPC)、急性骨髓性白血病(AML)、神經纖維瘤等癌症，其中2項為暫時性支付，推估藥費支出約168.07億元，受惠人數約16,807人。
罕藥	9	2	用於治療貧血、嬰兒期嚴重肌痙攣性癱瘓(SMEI, Dravet's syndrome)、結節性硬化症(TSC)、脊髓性肌肉萎縮症(SMA)、尿素循環代謝異常(Urea Cycle Disorders, UCDs)、紫質症(Porphyrria)、陣發性夜間血紅素尿症(PNH)及非典型性尿毒溶血症候群(aHUS)、法布瑞氏症等罕病，其中2項為暫時性支付，推估藥費支出約45.4億元，受惠人數約1,219人。
其他新藥	19	16	用於治療後天性免疫球蛋白低下症(SID)、巨細胞病毒(CMV)感染、潰瘍性結腸炎、注意力缺損/過動症(ADHD)、人類免疫不全病毒(HIV)、慢性蕁麻疹、感染性肺炎、成人真性紅血球增多症、思覺失調症等疾病，其中2項為暫時性支付，推估藥費支出約68.55億元，受惠人數約841,503人。

暫時性支付	
藥品	說明
Polivy (成分：polatuzumab vedotin)	限與 bendamustine 和 rituximab併用，適用於第三線治療復發型(relapsed)或難治型(refractory)且未曾接受及不適合接受造血幹細胞移植的瀰漫性大型B細胞淋巴瘤(DLBCL)成年病人。
Vyndamax (成分：tafamidis)	治療「成人野生型或遺傳性的轉甲狀腺素蛋白類澱粉沉著症造成之心肌病變(ATTR-CM)」。
Velexbru (成分：tirabrutinib)	成人復發或難治型原發性中樞神經系統B細胞淋巴瘤(PCNSL)。
Spevigo (成分：spesolimab)	全身型急性發作膿疱性乾癬。
Koselugo (成分：selumetinib)	3歲以上至未滿18歲第1型神經纖維瘤(neurofibromatosis type1, NF1)合併有叢狀神經纖維瘤(Plexiform Neurofibroma, PN)之兒童病人。

8



## 健保擴增支付pertuzumab用於治療早期乳癌 並收載新複方及新給藥途徑新藥Phesgo

### 113年12月1日擴增pertuzumab(如Perjeta)給付範圍：

- ◆ 依據第三期APHINITY樞紐試驗，pertuzumab, trastuzumab, docetaxel相較於trastuzumab, docetaxel, 安慰劑用於HER2陽性早期乳癌術前輔助治療，能顯著改善整體病理完全反應和乳房病理完全反應，對於淋巴結陽性次族群，於術後輔助治療病人有較好的無侵襲性疾病存活效益，亦是國際治療指引建議之標準治療。
- ◆ 擴增於「HER2過度表現且具腋下淋巴結轉移之早期乳癌術前及術後輔助治療」，並同步收載pertuzumab與trastuzumab皮下注射複方製劑Phesgo。

#### 藥品劑型

注射液劑

#### 健保支付價

Perjeta 45,423元/420mg；Phesgo 115,306元/1200/600mg、69,339元/1200/600mg

#### 受惠人數

854人~1,279人

#### 人年藥費

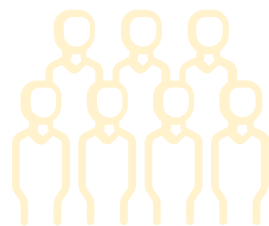
129萬元

#### 藥費

7.77億元~12.20億元

#### 財務影響

5.30億元~7.58億元



9



## 治療HER2陽性、HER2弱陽性之晚期乳癌含trastuzumab deruxtecan成分之新藥納入健保給付

### 114年2月1日納入健保支付品項：

- ◆ 依據第三期DESTINY-Breast03試驗，trastuzumab deruxtecan相較於trastuzumab emtansine用於HER2陽性晚期乳癌第二線治療，無惡化存活期中位數具統計顯著差異(mPFS：28.8個月 vs. 6.8個月)，也有較好的整體存活中位數(mOS：52.6個月vs. 42.7個月)，是國際治療指引建議之標準治療。
- ◆ 依據第三期DESTINY-Breast04試驗，trastuzumab deruxtecan相較於對照組(TPC)用於HER2弱陽性晚期乳癌第二線治療，有較好的無惡化存活期中位數(mPFS：8.5個月 vs. 2.9個月)及整體存活中位數(mOS：18.2個月 vs. 8.3個月)，亦是國際治療指引建議之標準治療。

#### 藥品劑型

凍晶注射劑

#### 健保支付價

27,064元/100mg/小瓶

#### 受惠人數

985人~1,172人

#### 人年藥費

146萬元

#### 藥費

13.32億元~15.89億元

#### 財務影響

4.70億元~5.73億元



10





## 第一個治療罕見疾病紫質症之siRNA機轉 含givosiran成分藥品之新藥納入健保給付

### 114年1月1日納入健保支付品項：

- ◆ 本藥品用於治療及預防成人急性肝紫質症，依第三期ENVISION隨機對照臨床試驗，接受本藥品治療年發作率於6個月時較安慰劑組平均降低73%，同意將本藥納入健保支付品項。限使用於18歲以上屬急性肝紫質症之罕見疾病病人。第2A類新藥。
- ◆ 廠商需簽訂固定折扣方案及管控年度限量總額之藥品給付協議。

藥品劑型

注射液劑

健保支付價

1,100,268元/瓶

受惠人數

10人

人年藥費

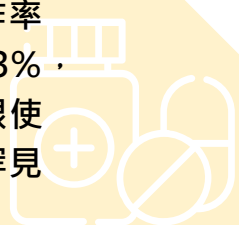
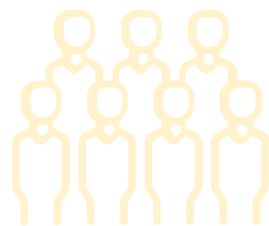
1,320萬元

藥費

1.32億元

財務影響

1.25億元~ 1.23億元



11



## 治療革蘭氏陰性微生物引起之感染含imipenem、cilastatin、relebactam成分藥品之新藥納入健保給付

### 114年1月1日納入健保支付品項：

- ◆ 為近十年來新引進的carbapenem類藥品。用於治療成人病患對其具感受性的革蘭氏陰性微生物引起之感染，與piperacillin/tazobactam相比，在療效方面具有不劣性，且對臺灣常見的抗藥性細菌(如綠膿桿菌、KPC等)仍具療效。第2A類新藥。

藥品劑型

乾粉注射劑

健保支付價

4,938元/瓶

受惠人數

600人~2,000人

人年藥費

13.8萬元

藥費

0.8億元~ 2.73億元

財務影響

0.58億元~ 1.98億元



12



## 健保擴增支付SGLT-2抑制劑含dapagliflozin成分藥品(商品名Forxiga)及empagliflozin成分藥品(商品名Jardiance 10mg)於慢性腎臟病及慢性收縮性心衰竭

114年3月1日擴增

dapagliflozin(如Forxiga)及empagliflozin(如Jardiance 10mg)給付範圍:

擴增於

### ◆ 慢性腎臟病：

- 對象：限用於參加「**初期慢性腎臟病照護整合方案**」或「**全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫**」者。
- 在大型臨床試驗（包括**DAPA-CKD**、**EMPA-KIDNEY**）結果均顯示對糖尿病及非糖尿病患者腎臟保護具有療效，可降低eGFR下降比率、末期腎臟病心血管或腎因性死亡之發生率。

### ◆ 慢性收縮性心衰竭：

- 對象：由左心室射出分率（LVEF） $\leq 40\%$  **擴增至 LVEF $\leq 49\%$** 之病人。
- 第三期臨床試驗研究及學術研究證據顯示，可減少慢性收縮性心衰竭住院或心血管死亡，且主要可降低心臟衰竭住院風險。

藥品劑型

膜衣錠

健保支付價

Forxiga 5mg：15.6元/粒、10mg：25.4元/粒  
Jardiance 10mg：26.6元/粒

受惠人數

慢性腎臟病：8.2萬人~15.3萬人  
慢性收縮性心衰竭：1.4萬人~1.6萬人

人年藥費

Forxiga 5mg：5,694元  
10mg：9,271元  
Jardiance 10mg：9,709元

藥費

9.19億元~16億元

財務影響

7.21億元~13.48億元

13



## 113年預算公告生效之新功能特材

經特材共擬會議通過計**140項**，推估預算為**74,689萬元**，預計嘉惠人數約6萬9千人，公告生效品項計**63項**，預算約為**42,550萬元**，嘉惠約3.5萬人次

### 兒童醫材

- 電極導管(2Fr)
- 雙迴路透析導管組(<7Fr)
- 骨外固定器零件

品項數計3項

嘉惠約160人次

推估預算約94萬點

### 臨床缺口

- 內視鏡注射器
- 心內超音波導管
- 神經外科術中神經功能監測(IONM)相關特材
- 結膜淚囊導管
- 人工全踝關節置換系統

品項數計30項

嘉惠約12,000人次

推估預算約8,690萬點

### 急重症醫材

- 液態栓塞系統之輸送微導管
- 中央靜脈壓導管組
- 顱內動脈塗藥球囊導管
- 顱內靜脈竇暫時閉塞球囊
- 血管內固定錨
- 皮下植入式心律去顫器及電極

品項數計7項

嘉惠約6,700人次

推估預算約9518.2萬點

### 功能改善

- 高密度/高解析度定位診斷導管
- 造口貼環-平面可塑形
- 金屬膽道支架
- 胸腔用網膜
- 人工血管支架
- (含生物表面肝素塗層-79mm)
- 可充電式腦部刺激器(DBS)

品項數計23項

嘉惠約16,000人次

推估預算約24,249萬點

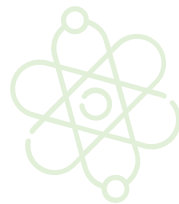
14





## 癌症治療數位轉型

結合「國家癌症防治計畫」建立智慧醫療的基石



篩檢

診斷

治療

追蹤

次世代基因定序檢測(NGS)及建立臨床基因組數據庫

次世代基因定序  
檢測(NGS)  
申報資料收載

癌症  
重大傷病申請

癌藥  
事前審查申請

癌症個案  
療效追蹤

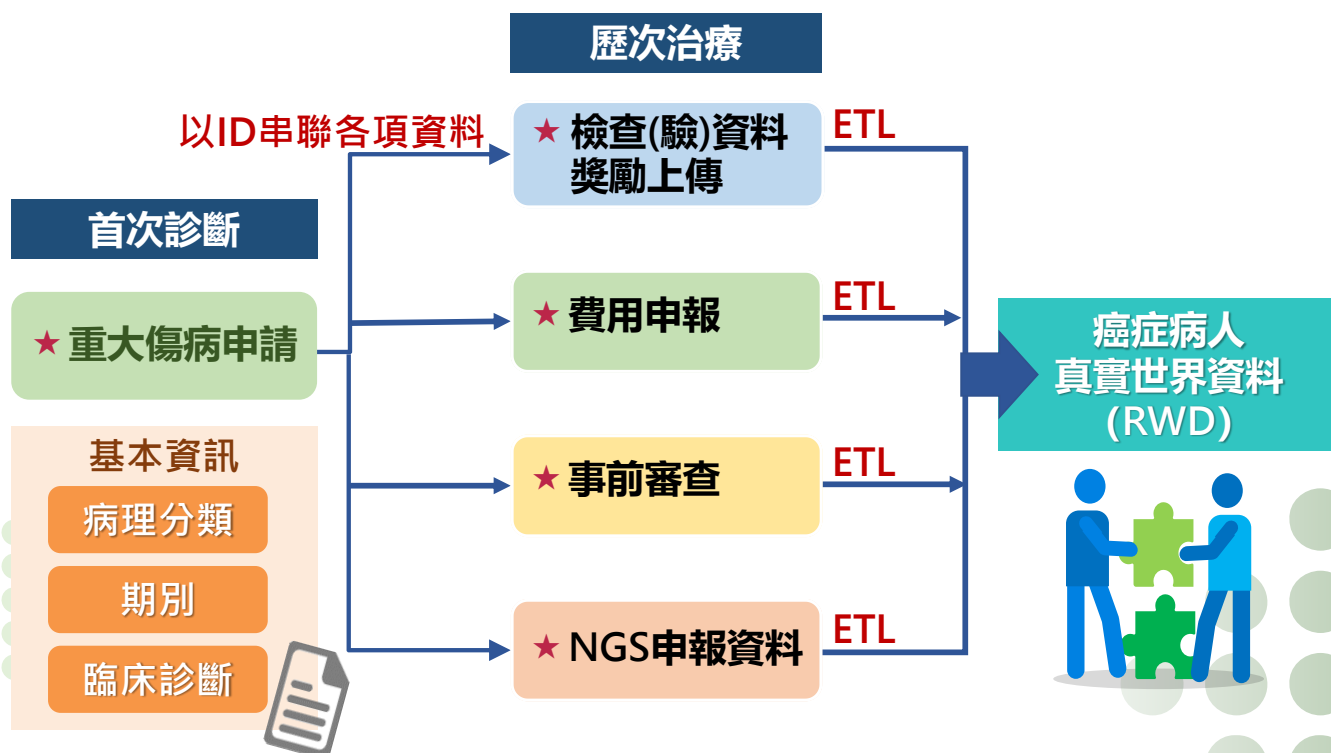
癌症登記



15



## 完整癌症治療資料 開啟精準醫療新時代



16



**THANK YOU**

衛生福利部中央健康保險署「114年2月份全民健康保險業務執行報告」之「肆、醫療業務」之「表14全民健保訪查特約醫事服務機構統計表-按訪查類別」(第36頁)更正如下：

表14 全民健保訪查特約醫事服務機構統計表-按訪查類別

單位：家次

年度 \ 訪查類別	醫院	西醫 基層	牙醫	中醫	藥局	其他	總計	函送 法辦
109年	61	225	48	50	60	26	470	69
110年	32	203	52	40	107	24	458	118
111年	41	232	66	34	80	18	471	109
112年	42	192	85	44	85	24	472	17
113年	60	193	81	27	83	24	468	4
114年1月	2	14	10	1	5	2	34	0
臺北業務組	0	3	0	0	3	1	7	0
北區業務組	1	3	1	0	0	1	6	0
中區業務組	0	2	6	1	0	0	9	0
南區業務組	0	3	1	0	1	0	5	0
高屏業務組	1	3	2	0	1	0	7	0
東區業務組	0	0	0	0	0	0	0	0

資料日期：114年3月10日

備註：

1. 「其他」包括居家護理機構、精神復健機構、助產機構、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所、職能治療所及呼吸照護所等。
2. 「函送法辦」係指當月（當期）發文函送檢警調單位之家次。
3. 本署於112年5月24日修正發布「全民健康保險法第八十一條涉及刑責移送司法機關辦理原則」，適度修正應予函送偵辦之案件類型，爰113年函送偵辦家次較往年低。

衛生福利部中央健康保險署「114年2月份全民健康保險業務執行報告」之「肆、醫療業務」之「表17-2 全民健康保險\_總額部門別醫療點數統計\_西醫基層」(第42頁)更正如下:

表17-2 全民健康保險\_總額部門別醫療點數統計\_西醫基層

年	月	門診				住診							合計
		件數 (萬)	申請點數 (億)	部分負擔 (億)	平均每件 醫療點數	件數 (萬)	申請點數 (億)	部分負擔 (萬)	平均每件 醫療點數	住院日數 (萬)	平均每件 住院日數	平均每每日 醫療點數	
111年	全年值	16,043.9	1,165.5	92.4	784.0	4.0	12.0	769.0	30,057.6	13.4	3.350	8,973.7	1,269.9
	成長率	7.34%	7.31%	6.99%	-0.05%	-15.65%	-15.07%	-0.33%	0.79%	-13.69%	2.33%	-1.51%	7.02%
	第1季	3,811.1	276.3	21.8	782.2	1.0	3.1	206.4	30,130.3	3.3	3.252	9,264.0	301.2
	成長率	-7.82%	0.60%	-6.06%	8.58%	-8.27%	-7.76%	11.91%	0.67%	-10.69%	-2.64%	3.40%	0.00%
	第2季	3,791.4	279.0	21.9	793.6	0.9	2.8	186.6	30,020.6	3.1	3.313	9,061.2	303.7
	成長率	4.66%	6.22%	5.82%	1.47%	-15.00%	-14.58%	2.10%	0.60%	-14.60%	0.47%	0.13%	5.95%
	第3季	3,948.9	293.3	23.1	801.2	1.0	3.0	190.0	29,936.2	3.3	3.280	9,126.7	319.4
	成長率	16.25%	12.01%	15.34%	-3.45%	-19.04%	-18.75%	-2.37%	0.47%	-18.16%	1.09%	-0.62%	11.85%
	第4季	4,492.5	316.9	25.6	762.3	1.0	3.1	186.0	30,136.5	3.7	3.545	8,501.5	345.6
	成長率	18.47%	10.46%	14.15%	-6.54%	-19.35%	-18.30%	-11.31%	1.35%	-11.25%	10.05%	-7.91%	10.37%
112年	全年值	19,221.0	1,311.4	109.0	739.0	3.6	11.2	706.9	31,128.1	13.2	3.627	8,582.0	1,431.7
	成長率	19.80%	12.52%	18.01%	-5.74%	-9.50%	-6.26%	-8.08%	3.56%	-2.00%	8.29%	-4.37%	12.74%
	第1季	4,483.2	309.8	25.4	747.7	0.9	2.7	164.4	30,257.8	3.2	3.617	8,365.3	337.9
	成長率	17.64%	12.15%	16.30%	-4.41%	-13.32%	-12.90%	-20.34%	0.42%	-3.60%	11.21%	-9.70%	12.19%
	第2季	4,906.6	327.1	27.8	723.3	0.9	2.7	176.3	30,271.0	3.2	3.603	8,401.1	357.6
	成長率	29.41%	17.24%	27.14%	-8.85%	-5.58%	-4.79%	-5.51%	0.83%	2.69%	8.76%	-7.28%	17.74%
	第3季	4,670.0	326.8	26.7	756.9	0.9	2.8	184.7	30,247.5	3.4	3.682	8,214.6	356.2
	成長率	18.26%	11.41%	15.55%	-5.54%	-8.18%	-7.25%	-2.83%	1.04%	3.08%	12.26%	-9.99%	11.54%
	第4季	5,161.1	347.7	29.1	730.0	0.9	3.1	181.5	33,646.7	3.4	3.605	9,332.6	379.9
	成長率	14.88%	9.71%	13.89%	-4.23%	-10.56%	-0.13%	-2.43%	11.65%	-9.03%	1.71%	9.78%	9.93%
113年	11210	1,698.8	115.0	9.6	733.5	0.3	1.0	58.6	30,555.5	1.2	3.616	8,450.8	125.6
	成長率	13.24%	10.26%	13.22%	-2.44%	-6.92%	-5.71%	-2.97%	1.32%	-5.79%	1.22%	0.10%	10.33%
	11211	1,723.8	116.7	9.8	733.5	0.3	1.0	61.8	35,049.0	1.1	3.627	9,664.6	127.5
	成長率	17.58%	11.28%	16.06%	-5.06%	-12.29%	2.34%	11.38%	16.74%	-9.24%	3.48%	12.81%	11.55%
	11212	1,738.5	116.0	9.8	723.3	0.3	1.1	61.0	35,646.0	1.1	3.573	9,975.3	126.8
	成長率	13.91%	7.64%	12.43%	-5.19%	-12.61%	3.18%	-12.92%	17.95%	-12.17%	0.50%	17.36%	7.95%
	全年值	19,795.8	1,372.9	112.9	750.6	3.5	12.4	713.8	35,764.8	12.9	3.712	9,634.2	1,498.3
	成長率	2.99%	4.69%	3.56%	1.57%	-4.19%	10.14%	0.98%	14.90%	-1.94%	2.35%	12.26%	4.65%
	第1季	5,228.3	342.5	29.3	711.0	0.8	3.0	170.6	35,686.8	3.1	3.652	9,771.3	374.7
	成長率	16.62%	10.54%	15.15%	-4.92%	-5.32%	11.72%	3.78%	17.94%	-4.40%	0.97%	16.81%	10.89%
前一年 同期	第2季	4,874.1	340.2	28.0	755.4	0.8	2.9	175.5	35,689.3	3.1	3.749	9,519.8	371.1
	成長率	-0.66%	4.01%	0.58%	4.43%	-8.37%	8.09%	-0.46%	17.90%	-4.67%	4.04%	13.32%	3.77%
	第3季	4,708.7	338.5	27.2	776.6	0.9	3.2	188.8	35,767.3	3.4	3.740	9,562.3	368.9
	成長率	0.83%	3.59%	1.85%	2.61%	-2.06%	15.91%	2.27%	18.25%	-0.51%	1.58%	16.41%	3.55%
	第4季	4,984.7	351.7	28.5	762.8	0.9	3.3	178.8	35,900.4	3.4	3.707	9,684.4	383.5
	成長率	-3.42%	1.17%	-2.12%	4.49%	-1.20%	5.45%	-1.49%	6.70%	1.59%	2.82%	3.77%	0.95%
	11211	1,723.8	116.7	9.8	733.5	0.3	1.0	61.8	35,049.0	1.1	3.627	9,664.6	127.5
	成長率	17.58%	11.28%	16.06%	-5.06%	-12.29%	2.34%	11.38%	16.74%	-9.24%	3.48%	12.81%	11.55%
	11212	1,738.5	116.0	9.8	723.3	0.3	1.1	61.0	35,646.0	1.1	3.573	9,975.3	126.8
	成長率	13.91%	7.64%	12.43%	-5.19%	-12.61%	3.18%	-12.92%	17.95%	-12.17%	0.50%	17.36%	7.95%
最近三 個月	11301	1,928.0	122.8	10.7	692.6	0.3	1.0	59.3	35,607.7	1.1	3.736	9,531.1	134.6
	成長率	36.21%	28.10%	35.56%	-5.54%	-5.96%	11.24%	10.75%	18.29%	-2.77%	3.39%	14.41%	28.51%
	11311	1,641.3	117.1	9.4	770.9	0.3	1.1	68.0	35,886.7	1.1	3.688	9,729.8	127.6
	成長率	-4.79%	0.36%	-3.37%	5.10%	3.39%	5.84%	9.90%	2.39%	5.15%	1.70%	0.67%	0.12%
	11312	1,772.2	121.8	10.1	744.1	0.3	1.0	47.6	35,772.6	1.1	3.748	9,543.3	132.9
	成長率	1.93%	5.02%	3.01%	2.88%	-4.59%	-4.15%	-22.00%	0.36%	0.08%	4.90%	-4.33%	4.79%
最近三 個月	11401	1,772.5	114.3	9.9	700.7	0.3	0.9	63.9	35,707.5	1.0	3.754	9,510.6	125.1
	成長率	-8.07%	-6.94%	-7.59%	1.17%	-8.03%	-7.86%	7.70%	0.28%	-7.58%	0.50%	-0.22%	-6.99%

註：1.資料來源：多媒體健保資料庫門診、交付機構及住院明細檔。(擷取日期：114年3月3日)

2.統計範圍醫院及西醫基層總額皆不含門診造新案件。

3.案件數範圍另排除以下案件：

(1)門診件數排除「接受其他院所委託代(轉)檢案件且未申報費用者」、「慢性病連續處方箋調劑」、「病理中心」、「交付機構」、「補報部分醫令或醫令差額」及「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」及「同一療程及補檢」案件。

(2)住院件數排除「補報部分醫令或醫令差額」及「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」案件。

4.醫療點數=申請點數+部分負擔金額，交付機構案件醫療費用回歸處方之地點別計算。

5.住院日數=急性病床日數+慢性病床日數。

6.成長率係與去年同期比較。

7.112年11-12月、113年1月工作日分別為22、21、22天；113年11-12月、114年1月工作日分別為21、22、17天

衛生福利部中央健康保險署「114年2月份全民健康保險業務執行報告」之「肆、醫療業務」之「表21-1 全民健康保險\_總額部門別藥費點數統計\_醫院」(第64頁)更正如下:

表21-1 全民健康保險\_總額部門別藥費點數統計\_醫院

年	月	門診			住診				合計	
		藥費點數 (億)	平均每件 藥費點數	占門診點數 比例(%)	藥費點數 (億)	平均每件 藥費點數	平均每日 藥費點數	占住診點數 比例(%)	藥費點數 (億)	占門住點數比例 (%)
111年	全年值	1,535.9	1,529.4	47.8%	282.4	9,182.4	966.4	11.8%	1,818.2	32.4%
	成長率	2.31%	-4.25%	-3.30%	-4.30%	-4.62%	-2.76%	-6.46%	1.22%	-2.93%
	第1季	370.6	1,521.7	47.7%	70.8	9,343.0	978.5	11.9%	441.4	32.1%
	成長率	1.87%	0.93%	-1.82%	-7.85%	-0.63%	-2.67%	-8.31%	0.18%	-2.09%
	第2季	378.7	1,584.4	49.2%	66.3	9,631.0	945.9	11.9%	445.0	33.5%
	成長率	4.00%	-8.11%	-5.12%	-6.90%	-3.47%	-4.83%	-8.28%	2.21%	-3.62%
	第3季	391.8	1,523.7	47.4%	70.2	8,937.5	952.6	11.6%	462.0	32.3%
	成長率	3.08%	-7.44%	-5.00%	0.29%	-8.30%	-3.46%	-6.19%	2.65%	-4.81%
	第4季	394.8	1,492.4	47.0%	75.1	8,899.8	987.3	11.7%	469.8	31.7%
	成長率	0.40%	-2.66%	-1.46%	-2.52%	-5.73%	-0.17%	-3.10%	-0.08%	-1.39%
112年	全年值	1,582.7	1,463.0	46.5%	318.0	9,190.7	1,018.2	12.1%	1,900.8	31.6%
	成長率	3.05%	-4.34%	-2.77%	12.62%	0.09%	5.35%	3.25%	4.54%	-2.58%
	第1季	393.7	1,524.7	47.7%	75.1	9,291.9	1,022.3	12.1%	468.7	32.5%
	成長率	6.23%	0.20%	-0.13%	6.05%	-0.55%	4.48%	2.38%	6.20%	0.99%
	第2季	386.1	1,416.9	45.7%	77.0	8,876.8	976.0	11.8%	463.1	30.9%
	成長率	1.96%	-10.57%	-7.22%	16.09%	-7.83%	3.19%	-1.02%	4.07%	-7.91%
	第3季	397.3	1,450.1	46.2%	83.3	9,322.9	1,037.0	12.4%	480.6	31.4%
	成長率	1.40%	-4.83%	-2.58%	18.77%	4.31%	8.85%	6.89%	4.04%	-2.82%
	第4季	405.7	1,463.5	46.4%	82.6	9,272.1	1,037.1	12.2%	488.3	31.5%
	成長率	2.76%	-1.94%	-1.13%	10.02%	4.18%	5.04%	4.62%	3.92%	-0.52%
113年	全年值	1,660.7	1,497.1	47.0%	333.9	9,583.0	1,060.7	12.5%	1,994.5	32.1%
	成長率	4.92%	2.33%	0.99%	4.98%	4.27%	4.18%	2.63%	4.93%	1.68%
	第1季	405.5	1,501.9	47.3%	81.9	9,645.5	1,080.4	12.6%	487.4	32.3%
	成長率	3.01%	-1.50%	-0.71%	9.07%	3.81%	5.68%	3.63%	3.98%	-0.39%
	第2季	403.6	1,456.0	46.1%	82.3	9,422.8	1,032.5	12.3%	485.8	31.5%
	成長率	4.51%	2.76%	0.96%	6.83%	6.15%	5.79%	4.52%	4.90%	1.89%
	第3季	420.2	1,497.6	46.9%	83.9	9,524.8	1,048.5	12.4%	504.1	32.1%
	成長率	5.76%	3.28%	1.53%	0.67%	2.17%	1.11%	0.23%	4.88%	2.29%
	第4季	431.4	1,532.4	47.4%	85.8	9,739.7	1,082.5	12.5%	517.2	32.4%
	成長率	6.34%	4.71%	2.13%	3.89%	5.04%	4.38%	2.37%	5.93%	2.87%
前一年 同期	11211	135.9	1,436.6	46.0%	26.8	9,074.8	1,028.9	12.0%	162.7	31.4%
	成長率	2.60%	-2.90%	-1.53%	8.62%	2.38%	3.89%	2.77%	3.54%	-1.23%
	11212	133.6	1,485.0	46.7%	28.5	9,424.1	1,056.8	12.2%	162.1	31.2%
	成長率	-0.24%	-0.92%	-0.91%	8.41%	4.24%	4.78%	4.06%	1.18%	-1.02%
	11301	142.9	1,469.1	46.8%	28.2	9,456.4	1,056.3	12.3%	171.1	32.0%
	成長率	13.67%	-10.93%	-5.89%	16.12%	-4.08%	4.76%	-2.19%	14.07%	-4.85%
最近三 個月	11311	140.7	1,511.0	47.0%	27.9	9,580.5	1,075.0	12.4%	168.7	32.2%
	成長率	3.54%	5.18%	2.05%	4.12%	5.57%	4.48%	3.15%	3.64%	2.37%
	11312	149.3	1,548.8	47.7%	29.6	9,933.0	1,113.2	12.6%	178.9	32.6%
	成長率	11.73%	4.30%	2.21%	3.92%	5.40%	5.34%	2.88%	10.36%	4.52%
	11401	136.3	1,602.0	48.7%	27.6	9,764.5	1,086.7	12.6%	163.9	32.9%
	成長率	-4.60%	9.05%	4.09%	-2.19%	3.26%	2.88%	2.59%	-4.20%	2.76%

註：1. 資料來源：多模態健保資料平台門診、交付機構及住院明細檔。(擷取日期：114年3月3日)

2. 統計範圍醫院及西醫基層總額不含門診透視案件。

3. 案件數範圍另排除以下案件：

(1)門診件數排除「接受其他院所委託代(轉)換案件且未申報費用者」、「慢性病連續處方箋調劑」、「病理中心」、「交付機構」、「補報部分醫令或醫令差額」及「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」及「同一療程及掛檢」案件。

(2)住院件數排除「補報部分醫令或醫令差額」及「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」案件。

4. 醫藥點數=申請點數+部分負擔金額、交付機構案件醫療費用回歸原處方之總額別計算。

5. 住院日數=急性病床日數+慢性病床日數。

6. 成長率係與去年同期比較。

7. 112年11-12月、113年1月工作日分別為22、21、22天；113年11-12月、114年1月工作日分別為21、22、17天

8. 本表含脊髓性肌肉萎縮症之基因療法用藥申報資料計49,000,000點。

衛生福利部中央健康保險署「114年1月份全民健康保險業務執行報告」之「肆、醫療業務」之「表14 全民健保訪查特約醫事服務機構統計表-按訪查類別」(第54頁)更正如下:

表14 全民健保訪查特約醫事服務機構統計表-按訪查類別

單位：家次

訪查類別 年度	醫院	西醫 基層	牙醫	中醫	藥局	其他	總計	函送 法辦
109年	61	225	48	50	60	26	470	69
110年	32	203	52	40	107	24	458	118
111年	41	232	66	34	80	18	471	109
112年	42	192	85	44	85	24	472	17
<b>113年1~12月</b>	<b>60</b>	<b>193</b>	<b>81</b>	<b>27</b>	<b>83</b>	<b>24</b>	<b>468</b>	<b>4</b>
臺北業務組	5	64	17	1	50	11	148	2
北區業務組	14	24	13	4	11	1	67	2
中區業務組	8	43	29	15	6	1	102	0
南區業務組	7	27	8	5	11	8	66	0
高屏業務組	18	33	14	2	5	2	74	0
東區業務組	8	2	0	0	0	1	11	0
113年1月	3	11	7	4	3	1	29	1
113年2月	4	11	3	2	0	0	20	0
113年3月	13	11	6	0	8	2	40	1
113年4月	3	20	6	1	2	3	35	0
113年5月	12	14	8	2	9	0	45	1
113年6月	4	17	4	4	4	2	35	0
113年7月	2	18	5	2	3	1	31	0
113年8月	3	25	3	2	14	5	52	1
113年9月	3	15	8	4	7	5	42	0
113年第4季	13	51	31	6	33	5	139	0
113年10月	3	17	12	1	19	1	53	0
113年11月	8	13	11	2	4	2	40	0
113年12月	2	21	8	3	10	2	46	0
12月	臺北業務組	0	7	0	0	6	15	0
	北區業務組	0	1	0	0	0	1	0
	中區業務組	2	10	4	2	1	19	0
	南區業務組	0	3	3	1	3	10	0
	高屏業務組	0	0	1	0	0	1	0
	東區業務組	0	0	0	0	0	0	0

資料日期：114年2月3日

備註：

1. 「其他」包括居家護理機構、精神復健機構、助產機構、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所、職能治療所及呼吸照護所等。
2. 「函送法辦」係指當月（當期）發文函送檢警調單位之家次。
3. 本署於112年5月24日修正發布「全民健康保險法第八十一條涉及刑責移送司法機關辦理原則」，適度修正應予函送偵辦之案件類型，爰113年函送偵辦家次較往年低。

## 114 年度全民健康保險抑制醫療資源不當耗用改善方案(草案)「管控項目」指標意涵及計算方式

指標代號	管控項目	指標意涵 (正向或負向指標)	計算方式		備註
			分母	分子	
01	全民健保行動快易通健康存摺 APP 健康存摺生理量測功能資料登錄人數增加率	正向指標	截至 113 年 12 月 31 日資料登錄人數	114 年 12 月 31 日資料登錄人數減 113 年 12 月 31 日資料登錄人數	前已提供在案
02	年度健康存摺使用人次增加率	正向指標	前一年度健康存摺使用人次數	當年度健康存摺使用人次數-前一年度健康存摺使用人次數	
03	門診就醫次數全年大於 90 次之保險對象就醫次數下降率	正向指標	保險對象(排除死亡、領有重大傷病卡及 80 歲以上) 113 年 1-12 月全年門診就醫次數 $\geq 90$ 次者之就醫次數	分母對象經本署各分區業務組輔導後 114 年 1-12 月全年之門診就醫次數	
04	基層與地區醫院門診占整體件數之占率	正向指標	西醫門診(醫學中心、區域醫院、地區醫院與基層診所)申報總件數	分母中屬地區醫院及基層院所申報之件數加總	
05	非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數	正向指標			以下轉件數為計算
06	接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	正向指標	申報健保「出院準備及追蹤管理費(02025B)」及申報急性後期整合照護計畫中結案評估費(P5113B、P5117B、P5118B、P5123B)之件數，排除出院即死亡案件(轉歸代碼為 4、A)	分母案件中，出院後 30 日內接受各類居家醫療照護、居家醫療照護整合計畫、PAC(申報「承作醫院評估費(初評)P5114B」、「轉出醫院出院準備及評估費(同/不同團隊)P5113B、P5118B」)、「家庭醫師整合性照護計畫社區醫療群」之件數，並按出院人次歸戶	

指標代號	管控項目	指標意涵 (正向或負向指標)	計算方式		備註
			分母	分子	
07	收案後居家醫療整合照護對象平均每人每月門診就醫次數較收案前減少	負向指標			以照護對象收案前、後每人每月平均門診就醫次數差異值計算
08	與長照 2.0 之銜接率	正向指標	申報健保「出院準備及追蹤管理費(02025B)」且出院前完成長照 3.0 需求評估(包含簡表及繁表)之件數，排除於出院後 7 日(以工作日計)內死亡之個案	分母案件中，出院後 7 日(以工作日計)內接受長照 2.0 服務之件數	
09 新增	照護機構由同一醫療院所提供醫療及長照服務比率	正向指標	簽訂「減少住宿型機構住民至醫療機構就醫方案」契約之住宿型照護機構家數。	分母之住宿型照護機構中，由同一特約醫事服務機構提供健保巡診服務並簽訂減醫方案之照護機構數。	前已提供在案
10	全藥類藥品重複用藥日數下降率	正向指標	(去年同期全藥類藥品之重複用藥日數/去年同期全藥類藥品之總給藥日數)	(當期全藥類藥品之重複用藥日數/當期全藥類藥品之總給藥日數)-(去年同期全藥類藥品之重複用藥日數/去年同期全藥類藥品之總給藥日數)	
11	門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率	正向指標	(去年同期門診 10 項檢查(驗)非合理區間內再次執行醫令數/去年同期門診 10 項檢查(驗)總申報醫令數)	((當期門診 10 項檢查(驗)非合理區間內再次執行醫令數/當期門診 10 項檢查(驗)總申報醫令數)-(去年同期門診 10 項檢查(驗)非合理區間內再次執行醫令數/去年同期門診 10 項檢查(驗)總申報醫令數))	



指標代號	管控項目	指標意涵 (正向或負向指標)	計算方式		備註
			分母	分子	
12	西醫門診年復健次數>180次異常件數成長率零成長	正向指標	去年同期西醫門診年復健次數>180次之異常件數	(當期西醫門診年復健次數>180次之異常件數-去年同期西醫門診年復健次數>180次之異常件數)	
13	違規院所訪查家次	正向指標	全國特約醫療院所家數	114年1-12月訪查特約醫療院所家數	
14 新增	居家安寧照護對象在宅善終比率較前一年成長	正項指標	當年度居家安寧收案對象於照護期間死亡人數。	當年度接受居家安寧個案於死亡前14日未住院治療人數。	前已提供在案
15	西醫門診病人可避免住院率	負向指標	當年度各分區西醫門診病人	當年度各分區可避免住院疾病之案件	
16	住院案件出院後3日以內急診率	負向指標	出院案件數	分母出院案件中，距離出院日0日至3日內急診的案件數(含跨院)	