

衛生福利部全民健康保險會
第 7 屆 114 年第 2 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 4 月 23 日

衛生福利部全民健康保險會第 7 屆 114 年第 2 次委員會議議程

一、主席致詞

二、議程確認

三、確認上次(第 1 次)委員會議紀錄----- 1

四、本會重要業務報告----- 62

五、討論事項

各總額部門 113 年度執行成果評核之作業方式(草案)----- 75

六、報告事項

(一)113 年度各部門總額核(決)定事項有關預算扣減之執行結果 - 111

(二)113 年度全民健康保險基金附屬單位決算及 115 年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案----- 117

(三)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(續提)----- 145

(四)中央健康保險署「114 年 3 月份全民健康保險業務執行報告」(書面報告)----- 146

七、臨時動議

三、確認上次(第 1 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(114)年 4 月 7 日衛部健字第 1143360048 號函送
委員在案，並於同日併同會議資料上網公開。

決定：

衛生福利部全民健康保險會第7屆114年第1次委員會議紀錄 (含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國114年3月26日上午9時30分

地點：本部301會議室

主席：周主任委員麗芳

紀錄：馬文娟、張琬雅

出席委員：(依姓名筆劃排序)

田委員士金、朱委員益宏、江委員錫仁、吳委員永全、吳委員銘修、
吳委員鏘亮(中華民國區域醫院協會劉秘書長碧珠代理)、呂委員正華(中華民國全國工業
總會陳副秘書長鴻文代理)、李委員飛鵬、周委員慶明、林委員恩豪、林委員
敏華、花委員錦忠、洪委員瑜黛、紀委員淑靜(中華民國護理師護士公會全國
聯合會林副理事長綉珠代理)、胡委員峰賓、張委員田黨、張委員家銘、許委
員舒博、許委員慧瑩、陳委員秀熙、陳委員建宗、陳委員相國、陳委
員真慧、陳委員節如、黃委員心苑、黃委員金舜、黃委員國祥、楊委
員芸蘋、溫委員宗諭、董委員正宗、詹委員永兆、蔡委員順雄、鄭委
員力嘉、謝委員佳宜、嚴委員必文

請假委員：林委員宜平、連委員賢明、楊委員玉琦

列席人員：

本部社會保險司：陳專門委員淑華

中央健康保險署：石署長崇良、龐副署長一鳴、陳副署長亮好

本會：周執行秘書淑婉、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第61頁)

貳、議程確認：(詳附錄第62~64頁)

決定：同意臨時提案「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」納入本次委員會議議程，安排於所有議案
完成後討論，餘照議程安排進行

參、確認上次(第6屆113年第11次)委員會議紀錄：(詳附錄第64頁)

決定：洽悉。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第66~68頁)

決定：

一、上(第6)屆委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤共5項，同意解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤共17項，同意繼續追蹤。

二、餘洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第69~87頁)

第一案

報告單位：本會第二組

案由：本(114)年度工作計畫及會議預定時間表(草案)，請鑒察。

決定：確認本年度工作計畫內容及會議時間表(如附件一)，請委員預留時間與會，並請各項工作計畫相關負責單位配合辦理。

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。

決定：

一、請中央健康保險署會同各部門總額相關團體，依114年度總額核(決)定事項及時程(如附件二)，完成法定程序及提報本會等事宜，以利年度總額順利推動。

二、委員所提意見，請中央健康保險署參考，餘洽悉。

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。

決定：

一、同意中央健康保險署運用114年度總額其他預算「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」項目預算，調整本案所提急診、急救責任醫院及護理相關支付標準，並請於額度內妥為管理運用。

二、委員所提意見，請中央健康保險署參考，餘洽悉。

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」)(口頭報告)，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見(含書面意見)，請中央健康保險署回復說明。

陸、討論事項(詳附錄第88~132頁)

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。

決議：同意中央健康保險署所送之「114年度各部門總額一般服務之點值保障項目」(如附件三)。

第二案

提案單位：本會第二組

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。

決議：請中央健康保險署參考委員所提意見，研修114年度方案內容後，依法定程序陳報衛生福利部核定。

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。

決議：

- 一、同意中央健康保險署本次所提自付差額給付之特材建議案，並請該署儘速循行政程序，報請衛生福利部核定公告實施，以維護民眾權益。
- 二、請中央健康保險署持續監測本案特材使用狀況，並於其納入自付差額給付半年後，提出檢討改善報告。
- 三、委員所提意見送請中央健康保險署參考。

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」、「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，提請討論。

決議：

- 一、本會推派名單如下：

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	楊玉琦
	被保險人	1	林恩豪
藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議(藥品)	雇主	1	黃國祥
	被保險人	1	林敏華
藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議(特材)	雇主	1	呂正華
	被保險人	1	楊芸蘋

會議名稱		代表屬性	人數	推薦名單
醫療給付費用總額研商議事會議	醫院	保險付費者	2	吳永全
				洪瑜黛
	西醫基層		2	田士金
				董正宗
	牙醫門診		2	鄭力嘉
				許慧瑩
	中醫門診		2	陳節如
				張田黨
	門診透析		2	蔡順雄
				嚴必文

二、前項名單送請中央健康保險署辦理後續聘任事宜。

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。

決議：

- 一、本案同意動支114年度總額其他預算「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目預算支應。
- 二、請中央健康保險署依動支程序規定，報請衛生福利部核定後，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、委員所提意見，請中央健康保險署參考。

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」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。

決議：

一、本案同意由113年度總額「其他預算」項下具預備款性質專款結餘支應，請中央健康保險署依協商原則所訂程序，向衛生福利部提出建議。

二、委員所提意見，請中央健康保險署研參。

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。

決議：

一、本案同意不扣減113年度中醫門診總額一般服務項目「中醫利用新增人口」未執行之額度，請中央健康保險署依協商原則所訂程序，向衛生福利部提出建議。

二、委員所提意見，請中央健康保險署研參。

柒、報告事項(詳附錄第133~134頁)

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。

決定：

一、114年度總額核(決)定事項應提報本會項目，尚有5項未完成、2項須補充內容(如附件四)，請中央健康保險署會同各部門總額相關團體儘速辦理，提報本會最近1次委員會議。

二、餘洽悉。

捌、臨時提案(詳附錄第135頁)

提案人：許舒博委員

代表類別：保險付費者代表之雇主代表

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，提請討論。

決議：本案係屬保險業務監理事項，委員所提監理建議，請中央健康保險署研參。

玖、臨時動議：無。

拾、散會：下午13時18分。

全民健康保險會 114 年度工作計畫

114 年第 1 次委員會議(114.3.26)通過

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： 1.114 年度各部門總額一般服務點值保障項目之討論 2.健保署擬訂 114 年度抑制資源不當耗用改善方案之討論 3.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(依程序於 2、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

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 年度各部門總額核(決)定事項及相關計畫追蹤時程表

一、牙醫門診總額

項次	類別	工作項目 及時程 核定事項摘要 ^{註1}	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 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
1	專款項目	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	114 年 3 月前		114 年 7 月前
2		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	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	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 ^{註2} /執行結 果納入總額協 商參考
		核定事項摘要 ^{註1}			
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	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 ^{註2} /執行結 果納入總額協 商參考
		核定事項摘要 ^{註1}			
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	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 核定事項摘要 ^{註1}	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 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
5 續		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	專款項目	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	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)，提出納入一般			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 115 年 7 月委

項次	類別	工作項目 及時程 核定事項摘要 ^{註1}	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 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
6 續		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			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	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 核定事項摘要 ^{註1}	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 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
9	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	
10		特定用途移撥款執行方式	114年3月前送本會備查		

註：1.本表核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 核定事項摘要 ^{註1}	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 ^{註2} /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	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 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
		核定事項摘要 ^{註1}			
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	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	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	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 核定事項摘要 ^{註1}	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 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
7 續	專款項目	提升之助孕項目，請研提改善策略，以提升助孕成功率			
8		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	114 年 3 月前		114 年 7 月前
9		中醫急症處置 (1)辦理本項目	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 月委員會會議報告案	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	114 年 3 月前		114 年 7 月前

項次	類別	工作項目 及時程 核定事項摘要 ^{註1}	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 ^{註2} /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	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	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 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
		核定事項摘要 ^{註1}			
14	其他	風險調整移撥款執行方式	114 年 3 月前 送本會備查		

註：1.本表核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 ^{註1}	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 ^{註2} /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
2		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		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

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	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 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
		劃之調整項目與作			報
2 續	一般服務	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)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 決定事項摘要 ^{註1}	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 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
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 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
		決定事項摘要 ^{註1}			
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 ^{註2} /執行結 果納入總額協 商參考
		決定事項摘要 ^{註1}			
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	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 ^{註2} /執行結 果納入總額協 商參考
		決定事項摘要 ^{註1}			
15 續	專款項目	<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)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>			
16		<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</p>	114 年 3 月前	114 年 6 月委員會會議報告案	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^{註1}</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 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
16 續	專款項目	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			
17		鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs) (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		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	114 年 3 月前		114 年 7 月前
19		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	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		114 年 3 月委員會會議報告案	

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	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 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
19 續		衛生福利部決定後，提報本會最近1次委員會議 (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	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)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			114年7月前

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	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 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
20 續	專款項目	(3)監測各層級上下轉之情形，並有策略導向			
21		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	114年3月前		114年7月前
23		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	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 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
		決定事項摘要 ^{註1}			
24	專款項目	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	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
25	專款項目	地區醫院全人全社區照護計畫 (1)辦理本計畫	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

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 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
		決定事項摘要 ^{註1}			
26		區域聯防-提升急重症照護品質 (1)辦理本計畫	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			
27	專款項目	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	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			
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	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 ^{註1}	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 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
28	續	質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的			
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 ^{註1}	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 ^{註2} /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
		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		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

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 ^{註2} /執行 結果納入總額 協商參考
		決定事項摘要 ^{註1}			
		劃之調整項目與作			報
2 續	一般服務	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)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	一般服務	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		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 ^{註1}	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 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
3 續		(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	一般服務	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服務項目) 請監測醫療利用情形，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 ^{註2} /執行 結果納入總額 協商參考
		決定事項摘要 ^{註1}			
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
11		提升國人視力照護品質 (自一般服務項目移列專款項目)		114 年 3 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 ^{註2} /執行 結果納入總額 協商參考
		決定事項摘要 ^{註1}			
11 續	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			
		(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年之後回歸一般服務期限：於118年7月委員會議提報檢討結

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	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 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
11 續					果，及納入119年度總額協商之參具
12		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	114年3月前		114年7月前
13	專款項目	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面指標及結果面成效品質指標，以利評估成效	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 ^{註2} /執行 結果納入總額 協商參考
		決定事項摘要 ^{註1}			
14		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	專款項目	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，應提出改善策略或啟動退場機制	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 ^{註2} /執行 結果納入總額 協商參考
		決定事項摘要 ^{註1}			
15 續	專款項目	(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		114年3月委員會議報告案	
		(2)提出規劃調整開放之項目與作業時程		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
		(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

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 ^{註2} /執行 結果納入總額 協商參考
		決定事項摘要 ^{註1}			
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	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			114年7月前

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	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 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
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	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	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)
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 ^{註2} /執行 結果納入總額 協商參考
		決定事項摘要 ^{註1}			
27	其他	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 核定事項摘要 ^{註1}	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 ^{註2} /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	114 年 3 月前	114 年 6 月委員會會議報告案	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 ^{註1}	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 ^{註2} /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>	114年3月前		114年7月前

項次	<div>工作項目 及時程</div> <div>決定事項摘要^{註1}</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 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
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>	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 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
	決定事項摘要 ^{註1}			
3 續	<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> <p>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</p> <p>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)</p>	114年3月前		114年7月前
	<p>(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</p>			<p>1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效</p> <p>2.其中4年期限檢討：於116年7月委員會議提報檢討結果</p>
4	支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款不足之經費，及狂犬病治療藥費			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 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
	決定事項摘要 ^{註1}			
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	114 年 3 月前		114 年 7 月前
	(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	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	114 年 3 月前		114 年 7 月前
	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

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 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
	決定事項摘要 ^{註1}			
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	114 年 3 月前	114 年 5 月委員會議報告案	114 年 7 月前
	(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	腎臟病照護及病人衛教計畫 (1)持續強化整合腎臟病前期之相關疾病照護計畫(如逐步整合至大家醫計畫)，並朝向以人為中心之整合服務，以延緩病人進入透析之照護 (2)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率 (3)檢討「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之預算額度及核發指標，訂定更具鑑別度之獎勵方式，以落實獎勵之目的	114 年 3 月前		114 年 7 月前

項次	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	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 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
9	提升用藥品質之藥事照護計畫 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	114 年 3 月前		114 年 7 月前
10	114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等 (114 年新增項目) (1)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		114 年 3 月委員會議報告案	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)。

114 年度各部門總額一般服務之點值保障項目

總額 部門	保障項目及支付方式
中醫 門診	「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)。
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)。
門診 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)。
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)。 6.地區醫院急診診察費(每點 1 元支付)。 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)。 8.地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)(每點 1 元支 付)。 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)(註 3)。

總額 部門	保障項目及支付方式
	<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)(註 3)。</p> <p>11.<u>醫院生產案件(每點 1 元支付)</u>。</p>

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.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。

114 年度總額核(決)定事項尚待提報本會項目

類別	總額別	項次	項目
一、未完成項目			
具體實施規劃/計畫/方案	西醫基層	1	因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費
	門診透析	2	居家血液透析與提升其照護品質
執行目標及預期效益之評估指標	醫院	3	全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫
	西醫基層	4	提升國人視力照護品質
		5	強化基層照護能力及「開放表別」項目
二、須補充內容項目			
具體實施規劃/計畫/方案	牙醫門診	1	非齒源性口腔疼痛處置 ※尚須補充「適應症之條件」
	中醫門診	2	提升用藥品質 ※尚須補充「提升中藥用藥品質管理相關策略」

四、本會重要業務報告

一、本會依上次(第 1 次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

- (一)依討論事項第四案決議，於本(114)年4月9日以衛部健字第 1143360052 號書函，將本會推派擔任中央健康保險署(下稱健保署)「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」等6項會議之委員代表名單，送該署辦理聘任事宜，如附錄一(第149~150頁)。
- (二)依臨時提案決議，於本年4月14日以衛部健字第1143360059書函，將本會委員所提「建請調整準醫學中心健保給付標準案」建議，送請健保署研參，如附錄二(第151頁)。
- (三)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計7項，依辦理情形，建議擬解除追蹤1項，繼續追蹤6項，如附表(第67~69頁)；但最後仍依委員會議定結果辦理；另個別委員關切事項(含書面意見)，健保署回復如附錄三(第152~155頁)。

二、依全民健康保險法第 73 條及本年度工作計畫，健保署應於本次委員會議提出「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」報告案，該署於本年 4 月 15 日來函(如附錄四，第 156 頁)表示，為增列相關資料使報告更臻完備，懇請延後原訂報告時程，另擇適當時機報告。本案為例行納入本會年度工作計畫之事項，請該署儘速提報。

三、本年各部門總額地區預算分配關於「風險調整移撥款」額度、用途與執行方式，健保署業依本會 113 年第 10 次委員會議(113.11.20)決議，於本年 3 月 21 日、4 月 9 日分別將西醫基層總額(附錄五，第 157~160 頁)、醫院總額(附錄六，第 161 頁)執行方式函報本會備查，摘要如下：

部門別	風險調整移撥款額度、用途與執行方式
西醫 基層	風險調整移撥款 6.5 億元，執行方式摘要如下： 1.用於撥補因 R 值占率前進而減少預算分區之「減少費用」(不含東區)，其次，保障東區浮動點值不低於每點 1 元(不含「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)，餘款用於撥補點值落後地區。

部門別	風險調整移撥款額度、用途與執行方式
	2.若有剩餘或未動用之移撥款，則當季依五分區(不含東區)移撥後之預算(不含違規查處、專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算)占率攤分。
醫院	<p>風險調整移撥款6.5億元，執行方式摘要如下：</p> <p>1.各分區風險款之分配方式：</p> <p>(1)2 億元依 6 因子(山地離島非原住民人口、偏遠地區人口、重度以上身心障礙人口、台閩地區原住民人口、低收入人口、6 歲及 65 歲以上總人口)於各分區戶籍人口與各區投保人口的相對占率計算。</p> <p>(2)4 億元採地區預算 R 值、S 值 107~109 年 3 年平均占率計算。</p> <p>(3)0.5 億元依衛福部公告用於東區。</p> <p>2.依前開方式計算，六分區分配金額：臺北160,012,676元、北區68,990,123元、中區89,063,985元、南區74,948,800元、高屏102,760,650元、東區154,223,766元，合計6.5億元。</p>

四、針對上次(第 1 次)委員會議，委員就特殊材料「特殊材質縫合錨釘」以自付差額方式納入健保給付建議案討論結果之會訊報導主題，內容詳附錄七(第 162~163 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。

五、衛生福利部(下稱衛福部)及健保署於本年 3 月至 4 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 4 月 16 日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

1.本年 3 月 24 日修正發布「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 3 條、第 7 條條文，自發布日生效，如附錄八(第 164~166 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。(修正條文第 3 條)

(2)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 7 條)

2.本年3月31日公告修訂「全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案」附表，如附錄九(第167頁)，本次主要修訂指標「十二歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率」計算公式，分子增加91104C(特殊狀況牙結石清除-全口)、91005C(口乾症牙結石清除-全口)、91017C(懷孕婦女牙結石清除-全口)、91089C(糖尿病病人牙結石清除-全口)及91090C(高風險疾病患者牙結石清除-全口)等醫令。

(二)健保署

1.公告總額相關計畫如附錄十(第168~170頁)，修訂重點如下表：

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
114.3.14/ 113.7.1	113 年度 全民健康 保險基層 診所照護 獎勵方案	<p>新增方案，重點如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.實施期間：113.7.1~113.12.31。 2.預算來源：113 年度西醫基層總額專款「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)」剩餘預算。 3.「有調升任一人員薪資之西醫基層診所」獎勵資格之認定標準： <ol style="list-style-type: none"> (1)依公告之 113 年度「全民健康保險投保金額分級表」，診所任一人員 113 年任一月份投保金額須較 112 年 12 月薪資調升幅度增加一投保等級，或診所人員均已達本保險最高投保金額。 (2)診所聘用之護理人員調薪幅度若已符合「113 年度提升基層護理人員照護品質獎勵方案」，不列入本方案計算及不得重複獎勵。 4.獎勵方式及核發原則： <ol style="list-style-type: none"> (1)獎勵方式：診所 113 年 7~12 月申報 1~30 人次門診診察費之案件計算加成獎勵，一般地區每件加成 2.5%、偏遠地區每件加成 5%。 (2)核發方式：保險人依實施期間計算診所之加成點數，於次年 3 月底前核發。全年結算，採浮動點值計算，惟每點不高於 1 元。

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
114.3.27/ 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> <p>修訂不得併報及得同時申報之專款計畫規定如下：</p> <p>1.不得併報 12 歲至 18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫及高風險疾病口腔照護計畫。</p> <p>2.得同時申報「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」支付標準(P3601C)、「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。</p>
114.4.1/ 114.1.1	114 年度 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	<p>本次修訂重點如下：</p> <p>1.修訂適用鄉鎮篩選條件，並依篩選條件更新適用鄉鎮附件，新增屏東縣內埔鄉。</p> <p>2.核發原則：</p> <p>(1)當季屬六分區中點值最低之分區，提高加計為 3%(原為 2%)。</p> <p>(2)新增核發項目「當季該院所執行特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)申報件數 5 件(含)以上者，加計 1%」。</p>

2.113 年第 3 季各部門總額每點支付金額：

- (1)牙醫門診總額，如附錄十一(第 171~174 頁)。
- (2)中醫門診總額，如附錄十二(第 175~177 頁)。
- (3)醫院總額，如附錄十三(第 178~181 頁)。
- (4)西醫基層總額，如附錄十四(第 182~186 頁)。
- (5)門診透析服務，如附錄十五(第 187~189 頁)。

總額別 分區別	113 年第 3 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	0.9456	0.9684	0.9355	0.8680	0.9426
北區	1.0479	0.9012	0.9567	0.8892	
中區	1.0321	0.9319	0.9528	0.9112	
南區	1.0693	0.9316	0.9906	0.9390	
高屏	1.0430	0.9479	0.9820	0.9286	
東區	1.1500	1.1055	1.0024	1.0382	
全區	1.0082	0.9441	0.9578	0.9016	

3. 本年 4 月 2 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 7 項中醫醫療照護計畫(含子計畫)，自本年 3 月 1 日起新增之承作院所及醫師名單，如附錄十六(第 190 頁，名單已置於該署全球資訊網)，各分區承辦院所數、醫師數(人次)統計如附錄十七(第 191 頁)。

決定：

上次(第 1 次)委員會議繼續列管追蹤事項

一、擬解除追蹤(共 1 項)

項次	案 由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	優先報告事項 第 4 案： 健保署「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 份業務執行報 告」)(口頭報 告)。	委員所提意見 (含書面意見)， 請中央健康保 險署回復說明。	於 114 年 4 月 2 日請 辦健保署。	健保署回復： 遵示辦理，委員所 提意見，說明如附 件(第 70~71 頁)。	解除追蹤	—

二、擬繼續追蹤(共 6 項)

項次	案由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	優先報告事項第 2 案：「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。	請中央健康保險署會同各部門總額相關團體，依 114 年度總額核(決)定事項及時程(如附件二)，完成法定程序及提報本會等事宜，以利年度總額順利推動。	於 114 年 4 月 2 日請辦健保署。	健保署回復：遵示辦理。	1.繼續追蹤 2.於健保署依總額核(決)定事項及時程，完成法定程序及提報本會等事宜後解除追蹤。	114 年 12 月
2	討論事項第 2 案：114 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)。	請中央健康保險署參考委員所提意見，研修 114 年度方案內容後，依法定程序陳報衛生福利部核定。	於 114 年 4 月 2 日請辦健保署。	健保署回復：將依決議事項陳報衛生福利部。	1.繼續追蹤 2.於衛福部核定後解除追蹤。	—
3	討論事項第 3 案：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。	同意中央健康保險署本次所提自付差額給付之特材建議案，並請該署儘速循行政程序，報請衛生福利部核定公告實施，以維護民眾權益。	於 114 年 4 月 2 日請辦健保署。	健保署回復：遵示辦理。	1.繼續追蹤 2.於衛福部核定公告實施後解除追蹤。	114 年 6 月
4	式納入健保給付建議案。	請中央健康保險署持續監測本案特材使用狀況，並於其納入自付差額給付半年後，提出檢討改善報告。	於 114 年 4 月 2 日請辦健保署。	健保署回復：遵示辦理。	1.繼續追蹤 2.於健保署提出檢討改善報告後解除追蹤。	114 年 12 月

項次	案由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
5	討論事項第5案：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。	請中央健康保險署依動支程序規定，報請衛生福利部核定後，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。	於114年4月2日請辦健保署。	健保署回復：遵示辦理，刻正辦理報部核定作業，俟獎勵費用結算完成後提報執行結果等事宜。	1.繼續追蹤 2.於健保署向本會提報執行結果後解除追蹤。	114年12月
6	報告事項：114年度各部門總額依核(決)定事項，須提會報告之具體實施規劃/計畫。	114年度總額核(決)定事項應提報本會項目，尚有5項未完成、2項須補充內容(如附件四)，請中央健康保險署會同各貴會報告部門總額相關團體儘速辦理，提報本會最近1次委員會議。	於114年4月2日請辦健保署。	健保署回復：遵示辦理。	1.繼續追蹤 2.於健保署提報本會委員會議5項未完成及2項須補充內容後解除追蹤。	114年6月

健保會第 7 屆 114 年第 1 次委員會議之健保署回復

上次(第 1 次)委員會議之擬解除追蹤項次 1

案由：健保署「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 月份業務執行報告」)(口頭報告)。

委員意見	健保署說明
<p>洪委員瑜黛(議事錄第 84~85 頁)</p> <p>我是罕見疾病基金會代表，謝謝署長剛剛一再澄清罕藥是專款，不含在一般服務費用裡面。這邊有幾個疑問請教，因為罕藥是藥費，如果罕病病人回醫院追蹤打 ERT(註)，相關的診察費或檢查費，是不是也算在一般服務裡，這樣對醫院的個別總額會不會有影響，這是第 1 個疑問。</p> <p>第 2 個疑問是剛剛的補充資料 2 投影片第 8 張，這邊提到罕藥有 9 項新藥，其中 2 項是暫時性支付，可是同張投影片右邊 5 項暫時性支付裡都沒有罕藥，這項資料似乎有不太一致的疑慮，謝謝。</p> <p>註：ERT(Enzyme Replacement Therapy，酵素替代療法)。</p>	<p>一、有關罕見疾病相關的診察費或檢查費，是否算在一般服務及對醫院的個別總額影響一節，說明如下：</p> <p>(一)有關罕見疾病藥費均以專款支應，與個別醫院總額所管理之一般服務費用無涉，相關專款如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.114 年醫院、西醫基層部門「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」專款分別編列 179.96 億元及 0.3 億元。 2.其他部門「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」專款編列預備款 2.15 億元。 3.另 114 年公務預算再額外挹注 20 億元用於罕病藥費。 <p>(二)罕病病人很少，其中費用占比高之藥費已有上開專款支應，不列入基期管理。</p> <p>(三)各分區個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫刻正規劃監測指標，如有民眾申訴、輿情查證屬實、有不適當轉診或減損重症病人就醫權益，且情節重大者得依全民健康保險醫事服務</p>

委員意見	健保署說明
	<p>機構特約及受理辦法予以停約處分。</p> <p>(三)前揭試辦計畫係由各分區醫院總額共管會議共識決議，後續各分區將持續於共管會議與醫界討論，滾動檢討修正，以維護病患就醫權益，各分區執行細節將於各分區共管會議討論取得共識，據以實施。</p> <p>二、有關補充資料2投影片第8張之罕藥2項暫時性支付為誤植，更正為113年1月至114年2月健保藥品5項生效之暫時性支付品項共計5項，包含3項癌藥(Polivy、Velexbru、Koselugo)及2項其他新藥(Vyndamax、Spevigo)(如附圖)。</p>

附圖

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		說明	暫 時 性 支 付		
			藥		給 付			藥 品		
癌 藥			15	18				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。	
罕 藥			9	2				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)」。	
其 他 新 藥			19	16				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。	

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3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。		
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，推估藥費支出約45.4億元，受惠人數約1,219人。		
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、感染型肺炎、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。		

討論事項

提案單位：本會第三組

案由：各總額部門 113 年度執行成果評核之作業方式(草案)，提請討論。

說明：本案計有下列 3 項討論子題，以下逐項說明：

壹、議定「各總額部門 113 年度執行成果評核之作業方式(草案)」。

貳、討論「113 年度總額評核結果之獎勵標準」議定時間點。

參、為利 115 年進行評核有所依據，需確認各總額部門及健保署之「114 年度一般服務之重點項目與績效指標(含目標值)」。

壹、議定「各總額部門 113 年度執行成果評核之作業方式(草案)」

一、為確保健保資源投入之效益，及落實檢討與回饋機制，本會每年均於 9 月總額協商前，辦理年度總額執行成果評核作業，由健保署及四總額部門提送前一年度之執行成果資料，邀請 7 名評核委員進行審閱，就總額運作及執行效益提出改進建議，評核結果成效優良之總額部門，於次年度總額酌給品質保證保留款獎勵額度，評核建議則列為總額協商參據。依本(114)年度工作計畫，訂於本年 7 月 14、15 日辦理「各總額部門 113 年度執行成果發表暨評核會議」。

二、研修 113 年度執行成果評核之作業方式(草案)：

為精進評核作業方式，本會前於 114.2.13 函請四總額部門及健保署提供 113 年度執行成果評核內容之建議。經參照前一年度評核作業方式與四總額部門及健保署回復意見，擬具「113 年度執行成果評核之作業方式(草案)」如附件一(第 80~95 頁)，修訂重點說明如下(修正處如附件一之劃線處)：

(一)評核委員組成：援例，聘任 7 名專家學者及公正人士擔任評核委員(修正如附件一之第貳點、一，第 80 頁)。

1.第一階段，優先邀請本會現任專家學者及公正人士委員擔任評核委員：

為借重現任專家學者及公正人士委員，協助年度總額順利協

商，規劃優先邀請擔任評核委員，事先審閱各部門總額執行成果資料，所提評核建議亦能扣合 9 月總額協商之需，以利健保資源有效配置。

- 2.若經第一階段邀請後，評核委員不足 7 名，其不足額則參照過去作法，在四總額部門推薦評核委員人選中(每部門至多 3 名)，由本會委員進行票選，再依據票選結果之票數多寡，依序邀請擔任評核委員，連同第一階段同意擔任者，補足至 7 位，合計有 7 位評核委員成員。

(二)評核項目與配分(含提報內容格式)：(如附件一第參點及其附表一～四，第 81~83、85~95 頁)

評核項目與配分主要參照前一年作業方式，並配合 113 年度總額核(決)定事項，與參採各總額部門及健保署建議(各總額部門及健保署回復意見與參採情形如附件二，第 96~98 頁)，酌修評核項目及提報內容與格式，修訂重點如下：

1.壹、年度重點項目執行成果與未來規劃：

配合 113 年度總額核(決)定事項，於「二、111~113 年總額核(決)定項目 KPI 之執行檢討及指標研修」，更新註之 KPI 定義，新增品質監測指標(如附件一註 2，第 83 頁、附表一註 4，第 86 頁)。

2.貳、一般服務項目執行績效及附表一報告大綱：

●部門意見：醫院協會考量疫情過後醫院已逐漸回復常態，建議刪除「六、COVID-19 疫情對醫療服務之影響與因應作為」，另查三個總額部門及健保署對於本項無修正意見。

☞處理方式：是否刪除本評核項目(如附件一灰底處，第 83 頁)，請委員討論。

3.參、專款項目執行績效/成果及附表二報告大綱：

(1)有關二、計畫/方案說明

●部門意見：醫院協會建議計畫/方案說明之提報內容，以評核年度差異處為主，無須重複說明各計畫細部內容。

●處理方式：考量專案計畫繁多，為利評核委員掌握計畫內容，仍須有計畫之簡要說明，爰精簡附表二之提報內容，整併原 6 項為 1 項「計畫內容簡介」，及新增「該年度計畫與過去之差異」(修正如附表二，第 87 頁)。

(2)有關三、執行情形及成效評估

考量 113 年度總額核(決)定事項，為衛福部對總額執行之指示，應呈現執行情形，爰新增「總額核(決)定事項執行情形」(修正如附表二，第 87 頁)。

(3)有關四、檢討與改善方向

配合 113 年度總額核(決)定事項，部分專款項目明定試辦檢討期限為 114 年 7 月，須提出納入一般服務或退場之評估結果，爰新增子項目「專款項目執行期限屆期之檢討結果(含納入一般服務或退場之評估指標)」(如附件一，第 83 頁、附表二，第 87 頁)。

(4)細部表格-專款計畫之執行情形表

●部門意見：牙醫部門及健保署建議修訂專款計畫之評核指標及操作型定義等。

●處理方式：考量所提之指標修訂，能反映計畫成效，應屬合理，爰配合修訂相關專款執行情形表 5-6、1-8、2-2 及 6-8，因屬細部表格，不另呈現(回復意見與參採情形如附件二，第 96~98 頁)。

三、綜上，擬具 113 年度執行成果評核之作業方式(草案)如附件一(第 80~95 頁)，請討論。

貳、討論「113 年度總額評核結果之獎勵標準」議定時間點

一、為鼓勵各部門執行總額之努力，評核結果「良」以上之部門，依其評核等級不同，在專款項下酌予編列不同等級之「品質保證保留款獎勵額度」(下稱品保款額度)，以茲鼓勵。因該獎勵需在總

額預留額度，故須於 9 月總額協商前提案至本會討論獎勵標準。

二、查過去討論評核獎勵標準的議定時間點，有在評核會議之前或之後的委員會議討論，歷年議定時間點及主要考量如下：

(一)評核會議前(5、6 月)議定：事先議定各評核結果等級之獎勵額度，對各部門爭取評核成績較具鼓勵效果。

(二)評核會議後(7、8 月)議定：評核結果已定，可視年度總額範圍酌予調整獎勵額度。

(三)查近(110~113)年均於評核會議前(5 月或 6 月)提案討論。

三、綜上，113 年度總額評核結果之獎勵標準議定時間點(評核會議前或後)，請討論。

參、為利 115 年進行評核有所依據，需確認各總額部門及健保署之「114 年度一般服務之重點項目與績效指標(含目標值)」

一、為使各部門年度總額目標明確，並落實總額執行成效，本會自 107 年起請總額部門於年初即設定當年度重點項目及預期目標，以利各部門聚焦於重點項目努力，並做為次年評核之依據。

二、本會業於 114.2.13 循例函請四總額部門及健保署，以政策目標、總額核(決)定要求及民眾關切議題為主軸，提出其 114 年度一般服務重點項目與績效指標。

各總額部門及健保署回復之 114 年度一般服務重點項目，摘要如下(完整資料如附件三，第 99~102 頁)，將作為 115 年評核 114 年度總額執行成果之用。另整理 114 年度重點項目修訂對照表(與 113 年相較，如附件四，第 103~107 頁)供參。

部門/單位	年度重點項目
整體總額 (健保署)	1.整體資源配置與未來規劃 2.降低門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間再次執行 3.分級醫療之推動成效
醫院總額 (醫院協會)	1.醫院分級醫療執行成效 2.護病比執行現況

部門/單位	年度重點項目
西醫基層總額 (醫全會)	1.西醫基層診所糖尿病病人整體照護情形 2.檢驗(查)結果上傳率
牙醫門診總額 (牙全會)	1.國人牙周照護落實現況、改善情形 2.高風險患者照護現況
中醫門診總額 (中全會)	1.提升中醫醫療服務 2.慢性腎病利用中醫醫療服務
其他預算 (健保署)	1.C 型肝炎全口服新藥治療成效 2.居家整合新收案對象門診次數降低

三、綜上，各總額部門及健保署「114 年度一般服務之重點項目與績效指標(含目標值)」，請確認。

擬辦：

- 一、113 年度執行成果評核之作業方式，依議定結果辦理，請健保署及四總額部門依作業方式及時程，提供所需資料。
- 二、113 年度總額評核結果獎勵標準，依議定時間點安排提會討論。
- 三、請四總額部門及健保署依議定之「114 年度一般服務之重點項目與績效指標(含目標值)」落實執行，以利 115 年評核時呈現執行成效。

決議：

各總額部門113年度執行成果評核之作業方式

第7屆114年第○次委員會議(114.○.○)通過

壹、評核範圍

- 一、醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診四總額部門113年度之年度重點項目、一般服務項目及門診透析服務執行成果。
- 二、四總額部門及其他預算113年度之專款項目執行成果。

貳、辦理方式

一、評核委員7名

(一)優先邀請全民健康保險會(下稱本會)現任專家學者及公正人士委員擔任評核委員。

(二)若前開同意擔任評核委員人數不足7名，其不足額產生方式如下：

- 1.由本會函請四總額部門受託團體(下稱總額部門)推薦評核委員人選，每部門至多推薦3名評核委員人選，包括：醫務管理、公共衛生及財務金融等健康保險相關領域專家學者。
- 2.本會同仁就四總額部門推薦人選，排除具有付費者代表或醫事服務提供者身分者後，彙整為建議名單，請本會委員就該建議名單票選適合人選(每人票數依缺額數決定，如缺額3名，每人3票；超過或未達票數者視為無效票)，依據委員票選結果之票數多寡，依序邀請擔任評核委員，連同前開同意擔任者，補足至7位評核委員。

(三)評核委員名單不事先公開，本會委員票選評核委員時，請兼顧四總額部門之衡平性與差異性，並為鼓勵專家學者廣泛參與，請避免專家學者服務機構過度集中。

二、評核會議之資料

(一)請四總額部門及健保署於評核會議前1個月，提供年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果書面報告，另對於113年執行未滿半年之總額協商因素項目，請說明執行現況與未來規劃(報告大綱及提報單位，詳附表一~四)，供評核委員事先審閱。

(二)書面報告內容以精簡為原則，部門提報之年度重點項目及一般服務項目內文限100頁，各專款項目內文限10頁，並編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。

(三)請四總額部門及健保署於評核會議前2週，提送口頭報告(簡報)。

三、評核會議

(一)會議期程：2天。

(二)第一階段：公開發表會議(1天半)。

- 1.健保署統一報告各總額部門一般服務之整體性、一致性項目(如：利用概況、滿意度調查結果、品質指標監測結果等)及門診透析與其他預算之執行成果。
- 2.由接受健保署專業事務委託之四總額部門報告年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果；為利評核委員及與會者掌握及聚焦於重點項目，簡報內容請以「年度重點項目執行成果與未來規劃」為主，請部門以政策目標、總額核(決)定要求及民眾關切議題為主軸，提出113年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。
- 3.評核委員評論各總額部門年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果報告，並開放與會者提問。
- 4.參與人員：除本會委員、四總額部門與健保署外，另邀請衛福部相關單位與附屬機關，如：社保司、醫事司、照護司、心健司、口健司、中醫藥司、全民健保爭議審議會、健康署、疾管署等，以及民間團體，如：病友團體、社福團體、醫策會、消基會、醫改會等，預估約160人。

(三)第二階段：評核內部會議(半天)。

- 1.評核委員就四總額部門之執行成果，充分溝通後評定等級；並針對四部門總額及其他預算之年度重點項目、一般服務項目及專款項目提出共識建議，供協商參考。
- 2.參與人員：主任委員、評核委員、本會同仁，由評核委員互相推選主席。

參、評核項目與配分

評核年度重點項目執行成果、一般服務項目及專款項目執行績效/成果之計分權重分別為20%、60%、20%，於分開評核之後再合併計分，各總額部門執行成果評核項目及配分如下表。

評 核 項 目	配 分
壹、年度重點項目執行成果與未來規劃^{註1} 一、年度重點項目：請部門以政策目標、總額核(決)定要求及民眾關切議題為主軸，提出2~3項113年度重點項目執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為(附表三) 二、111~113年總額核(決)定項目KPI ^{註2} 之執行檢討及指標研修	20
貳、一般服務項目執行績效 一、就112年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明(請以對照表方式，針對評核共識建議提出回應說明，包含採行之具體措施) 二、維護保險對象就醫權益 (一)醫療服務品質調查之結果及檢討與改善措施 (二)民眾付費情形及改善措施 (三)就醫可近性與及時性之改善措施 (四)民眾諮詢及抱怨處理 (五)其他確保民眾就醫權益之措施 三、專業醫療服務品質之確保與提升 (一)專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施 (二)品質保證保留款實施方案執行結果 (三)其他改善專業醫療服務品質具體措施 四、協商因素項目之執行情形 (一)延續項目之執行情形 1.新醫療科技(新增診療項目、新藥及新特材等)(本項適用於核(決)定事項有新醫療科技項目之部門) 2.支付標準修訂及其他協商因素項目(依核(決)定結果分列) (二)113年新增項目之執行情形(執行未滿半年請加註) 五、總額之管理與執行績效 (一)醫療利用及費用管控情形 (二)地區預算分配(含風險調整移撥款)之執行與管理 (三)點值穩定度 (四)專業審查及其他管理措施 (五)院所違規情形及醫療機構輔導	60

評核項目	配 分
(六)其他 六、COVID-19疫情對醫療服務之影響與因應作為	
參、專款項目執行績效/成果^{註3} 一、就112年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明 (請以對照表方式，針對評核共識建議提出回應說明，包含採行之具體措施) 二、113年計畫/方案說明 三、109~113年執行情形及成效評估(含自選3項關鍵績效指標) 四、檢討與改善方向 (一)專款項目執行期限屆期之檢討結果(含納入一般服務或退場之評估指標) (二)計畫/方案114年修正重點 (三)113年執行未滿半年之新增項目/方案執行情形	20
總 分	100

註：1.年度重點項目係就一般服務項目中，擇與政策目標、總額核(決)定要求及民眾關切之議題進行重點報告，以利評核聚焦於年度重要事項。

2.KPI指年度總額核(決)定事項之「執行目標」、「預期效益之評估指標」及「品質監測指標」。

3.列入評核之專款項目如附表四。

肆、評核結果之應用

一、評核結果區分為下列五等級：

評核分數	等 級
90分及以上	特優
85分至未達90分	優
80分至未達85分	良
75分至未達80分	可
未達75分	劣

二、評核等級作為115年度總額協商之參考，評等「良」級以上之部門，酌給「品質保證保留款」之預算，以茲鼓勵。

三、評核委員針對四總額部門年度重點項目、一般服務項目及專款項目之共識建議，作為協商115年度該部門總額一般服務項目成長率及各專款項目經費增減及續辦與否之參據。

伍、114年評核作業時程表

時 間	作 業 內 容
<u>114</u> 年1~3月	1.函請四總額部門及健保署提供建議之 <u>114</u> 年度重點項目及其績效指標、操作型定義及目標值，並請就本會研擬之評核內容(草案)提供修正建議。 2.研擬「各總額部門 <u>113</u> 年度執行成果評核之作業方式」(草案)。
<u>114</u> 年4月	「各總額部門 <u>113</u> 年度執行成果評核之作業方式」(草案)提委員會會議議定。
<u>114</u> 年4~5月	1.辦理評核委員聘任事宜。 2.請四總額部門及健保署依議定之評核作業方式準備資料。
<u>114</u> 年5月下旬	健保署依評核報告大綱及評核項目表，先提送監測/調查/統計結果(報告上冊)予本會，供評核委員審閱及四總額部門參用，總額部門可專注於提報執行檢討與改善結果。
<u>114</u> 年6月中旬 (評核會議前1個月)	四總額部門及健保署提送執行成果之書面報告(健保署提送報告下冊)予本會，供評核委員審閱。
<u>114</u> 年7月上旬 (評核會議前2週)	1.健保署及四總額部門提送「各總額部門 <u>113</u> 年度執行成果發表暨評核會議」之口頭報告(簡報)，供評核委員審閱。 2.本會同仁彙整「各總額部門 <u>113</u> 年度執行成果評核指標摘要」供評核委員參考。
<u>114</u> 年7月中旬 (7月 <u>14</u> 、 <u>15</u> 日)	召開為期2天之「各總額部門 <u>113</u> 年度執行成果發表暨評核會議」。

各總額部門年度重點項目及一般服務項目執行績效/成果之報告大綱

評核項目	健保署提報	部門提報
壹、年度重點項目執行成果與未來規劃		
一、年度重點項目： 請部門以政策目標、總額核(決)定要求及民眾關切議題為主軸，提出2~3項113年度重點項目執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為	V	V
二、111~113年總額核(決)定項目KPI ^{註4} 之執行檢討及指標研修	跨部門項目 執行情形檢討 改善、指標研修	各部門項目 執行情形檢討 改善、指標研修
貳、一般服務項目執行績效		
一、就112年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明 (請以對照表方式，針對評核共識建議提出回應說明，包含採行之具體措施)	V	V
二、維護保險對象就醫權益		
(一)醫療服務品質調查之結果及檢討與改善措施	調查/統計結果及重點說明	檢討及改善
(二)民眾付費情形及改善措施		
(三)就醫可近性與及時性之改善措施		
(四)民眾諮詢及抱怨處理		
(五)其他確保民眾就醫權益之措施	—	V
三、專業醫療服務品質之確保與提升		
(一)專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施	監測結果及重點說明	檢討及改善
(二)品質保證保留款實施方案執行結果	核發結果統計	
(三)其他改善專業醫療服務品質具體措施	—	V
四、協商因素項目之執行情形		
(一)延續項目之執行情形	執行情形(含成效)檢討 ^{註3}	推動情形、目標達成情形、檢討及改善
(二)113年新增項目之執行情形(執行未滿半年請加註)		
五、總額之管理與執行績效		
(一)醫療利用及費用管控情形	醫療利用情形	管控措施、檢討及改善
(二)地區預算分配(含風險調整移撥款)之執行與管理	預算分配結果	
(三)點值穩定度	點值	
(四)專業審查及其他管理措施	審查核減統計	
(五)院所違規情形及醫療機構輔導	違規情形統計	
(六)其他	—	
六、COVID-19疫情對醫療服務之影響與因應作為	—	V
參、附錄(如：品質確保方案、品質保證保留款實施方案及其他視需要提供之方案內容)		

註：1.請健保署於5月下旬依報告大綱及評核項目表，先提供監測/調查/統計結果(上冊)予本會

- 及總額部門參考，總額部門請著重於提報檢討及改善措施，不須重複呈現上冊資料。
- 2.報告內容請涵蓋評核項目表各項評核內涵及指標，並提供5年(109~113年)之數據。另請健保署提供各項調查/統計結果時，重點說明其結果。部門提報之執行成果報告內文限100頁，請編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。
 - 3.依據114年度總額核(決)定事項，請於114年7月底前，提報延續項目之113年執行情形及成效評估。
 - 4.KPI指年度總額核(決)定事項之「執行目標」、「預期效益之評估指標」及「品質監測指標」。

各總額部門及其他預算專款項目執行績效/成果之報告大綱

壹、計畫型項目	健保署提報	部門提報 ^{註3}
一、就112年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明(請以對照表方式，針對評核共識建議提出回應說明，包含採行之具體措施)	—	V
二、113年計畫/方案執行結果說明		
(一)計畫內容簡介		
(二)該年度計畫與過去之差異		
(一)計畫目的		
(二)執行目標		
(三)經費來源與核(決)定事項		
(四)費用支付		
(五)執行內容		
(六)評核指標及退場機制		
三、109~113年執行情形及成效評估		
(一)預算執行數及執行率	執行情形之統計結果、關鍵績效指標及改善建議	推動情形、檢討及改善、目標達成情形
(二)總額核(決)定事項執行情形		
(三)計畫/方案之目標達成情形		
(四)執行概況及結果，包含醫療服務提供及民眾利用情形、獎勵情形等		
(五)成效評估，包含計畫所訂之評核指標達成情形、就醫可近性及健康狀況改善情形等(含自選3項關鍵績效指標)		
四、檢討與改善方向		
(一)專款項目執行期限屆期之檢討結果(含納入一般服務或退場之評估指標)	V	V
(二)計畫/方案114年修正重點	—	V
(三)113年執行未滿半年之新增計畫/方案執行情形與規劃	執行情形	推動情形、檢討與未來規劃
五、附錄：各項專案計畫/方案內容	—	V
貳、非計畫型項目	健保署提報	部門提報 ^{註3}
一、就112年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明(請以對照表方式，針對評核共識建議提出回應說明，包含採行之具體措施)	—	V
二、109~113年執行情形及成效評估		
(一)預算執行數及執行率	執行情形之統計結果及改善建議	推動情形、檢討及改善
(二)總額核(決)定事項執行情形		
(三)執行結果及成效		
三、檢討與改善方向		
(一)專款項目執行期限屆期之檢討結果(含納入一般服務或退場之評估指標)	V	V
(二)114年修正重點	—	V
(三)113年執行未滿半年之新增項目執行情形與規劃	執行情形	推動情形、檢討與未來規劃

- 註：1.各總額部門及跨部門之專款項目，請健保署於5月下旬依報告大綱，先提供執行情形摘要表(上冊，其中計畫型應含3項自選關鍵績效指標)予本會及總額部門參考，總額部門請著重於提報檢討及改善措施，不須重複呈現上冊資料；由健保署負責之專款項目(計畫型及非計畫型)，均由署提報，各專款項目之提報單位如附表四。
- 2.各專案之執行成果報告內文限10頁，請編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。
- 3.部門提報內容中，若計畫/方案之執行檢討，已於一般服務「111~113 年總額核(決)定項目 KPI 之執行檢討及指標研修」中呈現，則請於報告中說明，不須重複提報。

各總額部門及健保署「113年度重點項目與績效指標(含目標值)」

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
整體總額 一健保署	<p>項目1：整體資源配置與未來規劃 [延續項目]</p> <p>至少包括以下內容：</p> <p>(1)整體總額基期執行結果及資源配置檢討與建議： 現行總額基期預算分配、費用分布及成長情形分析(區分總額別、服務別、分項費用、層級別、地區別、人口別等)及資源配置檢討與建議。</p> <p>(2)健保總額重點政策推動說明及檢討與建議： 重點政策推動情形，及推動多年但未達預期目標之原因檢討(如全面導入DRGs支付制度、家庭醫師整合性照護計畫之轉型等)。</p> <p>(3)全人醫療之醫療服務整合情形及照護成果： 包括跨機關、跨專案、共病照護相關計畫(如家庭醫師整合性照護計畫、代謝症候群防治計畫、論質計酬計畫)之整合情形及照護成效。</p> <p>(4)以保險人角度提出健保總額未來實施方向及執行規劃。</p>	
	<p>項目2： 分級醫療之推動 成效 [延續項目]</p>	<p>指標：非同體系區域級(含)以上醫院回轉率$\geq 3.85\%$ 目標值：$\geq 3.85\%$ 操作型定義：分母案件之回轉件數/區域級(含)以上醫院接受上轉之門住診申報件數合計</p> <p>觀察指標：醫院層級疾病嚴重度CMI變動</p>
醫院總額 一醫院 協會	<p>項目1： 醫院分級醫療 執行成效 [延續項目]</p>	<p>指標：醫院層級轉診率 目標值：轉診率較前一年度成長 操作型定義：各層級轉診件數/醫院部門總就醫件數</p>
	<p>項目2： 護病比執行成 效 [延續項目]</p>	<p>指標：全日平均護病比達加成占率 目標值：整體全日平均護病比達加成之月次占率較前一年維持 操作型定義：整體醫院達護病比加成的月次/整體醫院申報住院護理費總月次</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
西醫基層 總額 一醫全會	項目1： 西醫基層診所 糖尿病病人整 體照護情形 [延續項目]	指標：照護率、HbA1c<7%(控制良好率)、 HbA1c>9%(控制不良率) 目標值：1.照護率：55%以上 2.HbA1c<7%(控制良好率)：54%以上 3.HbA1c>9%(控制不良率)：6%以下 操作型定義：1.照護率：糖尿病病人(E08-13)於同一家基層診所持 續接受糖尿病照護3個月以上/該院所診斷糖尿病 病人數 2.HbA1c<7%(控制良好率)：分母病人中，其最後一 次 HbA1c 檢 驗 值 <7.0%(80 歲 以 上 病 人 HbA1c<8.0%)之人數/糖尿病病人於同一家基層診 所持續接受糖尿病照護3個月以上之人數 3.HbA1c>9%(控制不良率)：分母病人中，其最後一 次HbA1c檢驗值>9.0%之人數/糖尿病病人於同一 家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以上之人 數
	項目2： 檢驗(查)結果上 傳率 [延續項目]	指標：上傳率 目標值：60%以上 操作型定義：檢驗(查)結果上傳醫令數(含診所申報檢驗所上傳檢 驗(查)結果)/「全民健康保險鼓勵醫事機構即時查詢 病患就醫資訊方案」附件五-「獎勵醫事服務機構上 傳檢驗(查)結果之項目」之診所申報醫令數 計算條件：1.採診所歸戶(即檢驗所上傳資料併回診所計算) 2.排除醫療檢查影像及影像報告、人工關節植入物資 料、病理報告及出院病歷摘要資料
	項目3： 西醫基層診所代 謝症候群照護情 形 [新增項目]	指標：代謝症候群改善率 目標值：代謝症候群改善率較前一年度提升 操作型定義：1.分子：分母診所「代謝症候群改善率」之「指標3： 收案對象血壓改善」及「指標5：收案對象低密度 脂蛋白膽固醇改善」之合計分數 2.分母：診所收案60名以上且當年度檢驗檢查上傳 率 $\geq 70\%$ 之診所數
牙醫門診 總額 一牙全會	項目1： 國人牙周照護落 實現況、改善情 形 [新增項目]	指標(1)：年度國人牙周統合執行件數 目標值：>最近三年全國平均值 操作型定義：當年度(113年)牙周病統合治療第二階段支付 (91022C)及牙周病支持性治療(91018C)申報醫令 數加總 指標(2)：減少有牙周治療者平均拔牙顆數 目標值：<最近三年全國平均值 操作型定義：1.分子：前一年度(112年)牙周病支持性治療(91018C) 申報3次以上之就醫人往後追蹤當年度(113年)申

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<p>報簡單性拔牙(92013C)及複雜性拔牙(92014C)醫令數加總</p> <p>2.分母：前一年度(112年)牙周病支持性治療(91018C)申報3次以上之就醫人數</p> <p>3.計算：分子/分母</p>
	項目2： 高風險患者照護現況 [新增項目]	<p>指標：申報高風險患者照護項目院所參與率</p> <p>目標值：前一年度參與率*(1+5%)</p> <p>操作型定義：1.分子：當年度申報高風險患者相關照護項目醫令院所數</p> <p>2.分母：當年度申報院所數</p> <p>3.計算：分子/分母</p> <p>4.高風險疾病照護相關項目醫令：口乾症牙結石清除-全口(91005C)、糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)、高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)、齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)。</p>
中醫門診 總額 一中全會	項目1： 提升中醫醫療服務 [延續項目]	<p>指標(1)：中醫醫療服務人數成長率</p> <p>目標值：中醫醫療服務人數成長率呈現正成長</p> <p>操作型定義：(113年中醫醫療服務人數-112年中醫醫療服務人數)/112年中醫醫療服務人數</p> <p>指標(2)：中醫醫療服務人次成長率</p> <p>目標值：中醫醫療服務人次成長率呈現正成長</p> <p>操作型定義：(113年中醫醫療服務人次-112年中醫醫療服務人次)/112年中醫醫療服務人次</p> <p>指標(3)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長率</p> <p>目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長2%</p> <p>操作型定義：(113年中醫居家醫療服務人數-112年中醫居家醫療服務人數)/112年中醫居家醫療服務人數</p> <p>指標(4)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長率</p> <p>目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長2%</p> <p>操作型定義：(113年中醫居家醫療服務人次-112年中醫居家醫療服務人次)/112年中醫居家醫療服務人次</p> <p>指標(5)：無中醫鄉減少比率</p> <p>目標值：無中醫鄉減少比率大於1%</p> <p>操作型定義：(112年無中醫鄉數-113年無中醫鄉數)/112年無中醫鄉數</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<p>指標(6)：醫療資源不足地區服務人數成長率 目標值：醫療資源不足地區服務人數成長2% 操作型定義：(113年醫療資源不足地區服務人數-112年醫療資源不足地區服務人數)/112年醫療資源不足地區服務人數</p> <p>指標(7)：醫療資源不足地區服務人次成長率 目標值：醫療資源不足地區服務人次成長2% 操作型定義：(113年醫療資源不足地區服務人次-112年醫療資源不足地區服務人次)/112年醫療資源不足地區服務人次</p>
	<p>項目2： 特定疾病門診醫療服務 [新增項目]</p>	<p>指標(1)：特定疾病門診人數成長率 目標值：特定疾病門診人數成長率呈現正成長 操作型定義：(113年特定疾病門診人數-112年特定疾病門診人數)/112年特定疾病門診人數</p> <p>指標(2)：特定疾病門診人次成長率 目標值：特定疾病門診人次成長率呈現正成長 操作型定義：(113年特定疾病門診人次-112年特定疾病門診人次)/112年特定疾病門診人次</p> <p>指標(3)：特定疾病門診費用成長率 目標值：特定疾病門診費用成長率呈現正成長 操作型定義：(113年特定疾病門診費用-112年特定疾病門診費用)/112年特定疾病門診費用 特定疾病項目：1.小兒氣喘疾病門診加強照護：年齡未滿十三歲之氣喘疾病(ICD-10：J45)者。 2.小兒腦性麻痺疾病門診加強照護：年齡未滿十三歲之腦性麻痺疾病(ICD-10-CM：G80)者。 3.腦血管疾病(ICD-10-CM：G45.0-G46.8、I60-I69)、顱腦損傷(ICD-10-CM：S02.1-S02.4、S02.6-S02.9、S06.0-S06.9)及脊髓損傷(ICD-10-CM：S14.0-S14.1、S24.0-S24.1、S34.0-S34.1)疾病門診加強照護。</p>
其他預算 一健保署	<p>項目1： C型肝炎全口服新藥治療成效 [延續項目]</p>	<p>指標：C型肝炎全口服新藥治療成效 目標值：C型肝炎全口服新藥累計受惠人數(歸戶)，較去年提高5% 操作型定義：1.受惠人數：曾接受過C型肝炎全口服新藥治療之歸戶後人數 2.分子：113年C型肝炎全口服新藥累計受惠人數-112年C型肝炎全口服新藥累計受惠人數 3.分母：112年C型肝炎全口服新藥累計受惠人數</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
	項目2： 居家整合新收案 對象門診次數降 低 [延續項目]	指標：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門 診就醫次數較收案前半年(○○次)低 目標值：每月平均門診就醫次數較收案前半年(○○ 次)低 操作型定義：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門診就醫 次數較收案前半年低。

各總額部門及其他預算專款項目執行績效/成果之提報單位

部門別	計畫／方案名稱	提報單位
牙醫	<ul style="list-style-type: none"> - 醫療資源不足地區改善方案 - 牙醫特殊醫療服務計畫 - 12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫 - 高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫(113 年起併入「高風險疾病口腔照護計畫」^註) - 超音波根管沖洗計畫 - 齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫(113 年起併入「高風險疾病口腔照護計畫」^註) - 高風險疾病口腔照護計畫(113 年起合併 3 項計畫^註) <p>【註：113 年合併原一般服務「高風險疾病口腔照護」及專款項目「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」併入執行】</p> <ul style="list-style-type: none"> - 特定疾病病人牙科就醫安全計畫(113 年新增) 	牙醫師公會 全聯會 (健保署提供 執行情形統 計結果及改 善建議)
中醫	<ul style="list-style-type: none"> - 醫療資源不足地區改善方案 - 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 - 中醫提升孕產照護品質計畫 - 中醫癌症患者加強照護整合方案 - 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫(114 年起停辦) - 中醫急症處置計畫 - 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 - 照護機構中醫醫療照護方案 	中醫師公會 全聯會 (健保署提供 執行情形統 計結果及改 善建議)
西醫基層	<ul style="list-style-type: none"> - 家庭醫師整合性照護計畫(含計畫檢討與管控暨執行成果) - 家庭醫師整合性照護計畫(醫界配合推動情形) - 西醫醫療資源不足地區改善方案 - 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫 - 強化基層照護能力及「開放表別」項目(非計畫型) - 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(非計畫型) - 新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用(非計畫型) - 代謝症候群防治計畫 - 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫 - 因應長新冠照護衍生費用 	健保署 醫師公會 全聯會 (健保署提供 執行情形統 計結果及改 善建議)
醫院	<ul style="list-style-type: none"> - 急診品質提升方案 - 西醫醫療資源不足地區改善方案(醫院支援西醫基層) - 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫 - 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質(非計畫型) - 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)(非計畫型) - 住院整合照護服務試辦計畫 - 鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫 - 腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(非計畫型) - 因應長新冠照護衍生費用 	醫院協會 (健保署提供 執行情形統 計結果及改 善建議)

部門別		計畫／方案名稱	提報單位
		<ul style="list-style-type: none"> - 因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增 - 持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能 - 健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能 - 暫時性支付(新藥、新特材)(113 年新增) - 地區醫院全人全社區照護計畫(113 年新增) - 區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作(113 年新增) - 區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作(113 年新增) - 抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫(113 年新增) 	
門診透析		<ul style="list-style-type: none"> - 腎臟病照護及病人衛教計畫 - 鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫 	健保署
跨部門	醫院、西醫基層	<ul style="list-style-type: none"> - C 型肝炎藥費(含其他預算「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」) - 醫療給付改善方案(含糖尿病等 9 項方案) - 鼓勵院所建立轉診合作機制(非計畫型) - 基層總額轉診型態調整費用(非計畫型) - 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材(非計畫型) - 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費(非計畫型) - 精神科長效針劑藥費(非計畫型) - 慢性傳染病照護品質計畫 	健保署 (相關總額部門提供配合推動情形)
	醫院、西醫基層、牙醫門診	<ul style="list-style-type: none"> - 癌症治療品質改善計畫(113 年新增牙醫門診總額) - 促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)(113 年新增牙醫門診總額) 	
	四部門	<ul style="list-style-type: none"> - 獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用 	
其他預算		<ul style="list-style-type: none"> - 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 - 居家醫療照護(含居家醫療照護整合計畫)、在宅急症照護試辦計畫(113 年新增)、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務 - 推動促進醫療體系整合計畫 - 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(含各部門總額之網路頻寬補助費用執行成果) - 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫 - 提升用藥品質之藥事照護計畫 - 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(非計畫型) - 調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費(非計畫型) - 提升保險服務成效(非計畫型) - 因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能執行情形(非計畫型)(113 年新增) 	健保署

四總額部門及健保署就本會研擬之「各部門總額評核項目、報告大綱、評核內容與指標(草案)」之回復意見與參採情形

單位/部門	回復意見	本會參採情形
醫院總額 一醫院協會	<p>1.建議修正專款項目執行績效報告大綱： 為避免評核報告內容重複性高，健保會要求總額部門提報重點為推動情形、檢討及改善、目標達成情形，爰擬建議專案計畫內容呈現以受評核年度差異處說明，無須重複說明各專案計畫內容，以節約資源。</p>	<p>1.處理建議：擬參採醫院協會建議，修訂專款項目報告大綱(修正如附表二之劃線處，第87頁)： 有關無須重複專案計畫內容之建議，考量計畫繁多、性質各異，為利評核委員快速掌握計畫內容，擬於「二、113年計畫/方案說明」，整併原六項提報內容為1項「計畫內容簡介」，並新增1項「該年度計畫與過去之差異」。</p>
	<p>2.建議專款項目之執行檢討不重複提報： 於一般服務所呈現「111~113年總額核(決)定項目KPI之執行檢討及指標研修」之內容有大部分事涉第2冊專款項目，為避免評核報告內容重複性高及響應環保，爰擬建議統一於第1冊一般服務報告呈現為準，第2冊不另呈現。</p>	<p>2.處理建議：擬依醫院協會建議，於專款項目報告大綱，加註說明(如下)以減少重複提報(修正如附表二之註3，第88頁)：</p> <p>【註3：部門提報內容中，若計畫/方案之執行檢討，已於一般服務「111~113年總額核(決)定項目KPI之執行檢討及指標研修」中呈現，則請於報告中說明，不須重複提報】</p>
	<p>3.建議修正一般服務執行績效報告大綱： 建議刪除一般服務項目執行績效「六、COVID-19疫情對醫療服務之影響與因應作為」乙節，疫情過後醫院已逐漸回復常態，無特殊事項須呈現。</p>	<p>3.醫院協會建議本項刪除。惟查其他三個總額部門及健保署對於本項無修正意見。</p> <p>處理建議：是否刪除評核項目「六、COVID-19疫情對醫療服務之影響與因應作為」，請委員討論。</p>

單位/部門	回復意見	本會參採情形
牙醫門診總額 —牙全會	<p>建議修正專款項目執行情形表5-6：</p> <p>建議「牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」表修訂如下：</p> <p>1.評核項目名稱修訂為「稽核機制」。 (原為「醫師自我考評表審查結果」)</p> <p>2.評核指標一併修訂如下：</p> <p>(1)「健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率」(註1)。</p> <p>(2)「抽審核減率」(註2)。 (原為「抽審率」及「抽審合格率」)</p> <p>註1：操作型定義=申報件數中有查詢件數/申報件數</p> <p>註2：操作型定義=抽審核減件數/抽審件數</p>	<p>1.查該計畫訂有稽核機制，明定健保署將勾稽檢核申報案件之雲端查詢狀況，並於抽審時查核醫師自我考評表。爰牙全會建議修訂項目名稱為「稽核機制」，並修訂2項相應的指標，及訂有明確的操作型定義，可呈現計畫查核結果，應屬合理。</p> <p>2.處理建議：擬尊重牙全會建議，配合修正專款執行情形表5-6。</p>
各部門總額及其他預算 —健保署	<p>1.建議修正其他預算專案計畫報告大綱內容說明</p> <p>其中「推動促進醫療體系整合計畫-4.遠距醫療會診」之成效評估指標，建議修正如下：</p> <p>(1)刪除「當地民眾就醫可近性及健康狀況改善情形(與全國比較)」。</p> <p>(2)新增「當地民眾自覺就醫平均節省時間」(註1)及「民眾自評健康狀況改善比例」(註2)。</p> <p>註1：操作型定義=問卷所填遠距醫療節省小時加總/年度滿意度問卷有效填寫問卷數</p> <p>註2：操作型定義=填寫「遠距會診有改善身體不適感」問卷數/年度滿意度問卷有效填寫問卷數</p>	<p>1.刪除指標部分，依健保署說明，原指標由該計畫之統計資料難以界定當地民眾就醫可近性及健康狀況，爰建議刪除，尚屬合理。</p> <p>2.另新增指標「當地民眾自覺就醫平均節省時間」及「民眾自評健康狀況改善比例」2項指標，以年度滿意度問卷為依據，訂有明確的操作型定義，可呈現遠距醫療會診之成效，應屬合理。</p> <p>3.處理建議：擬尊重健保署建議，配合修正「推動促進醫療體系整合計畫4.遠距醫療會診」報告大綱內容說明之成效評估指標。</p>

單位/部門	回復意見	本會參採情形
	<p>2.建議修正下列專款項目格式及備註：</p> <p>(1)地區醫院全人全社區照護計畫」：於備註說明過去年度資料無法計算之原因。(表 1-8)</p> <p>(2)西醫基層總額家庭醫師整合性照護計畫執行情形：依計畫內容修正「糖尿病及慢性腎臟病」及「關鍵績效指標」部分指標。(表 2-2)</p> <p>(3)照護機構中醫醫療照護方案執行情形：於備註說明過去年度資料無法計算之原因。(表 6-8)</p>	處理建議：擬尊重健保署執行建議，配合修正專款執行情形表 1-8、2-2 及 6-8。
西醫基層總額 一醫全會	無修正建議	
中醫門診總額 一中全會	無修正建議	

各總額部門及健保署「114年度一般服務重點項目與績效指標(含目標值)」

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
整體總額 一健保署	項目1：整體資源配置與未來規劃 [延續項目] 至少包括以下內容： (1)整體總額基期執行結果及資源配置檢討與建議： 現行總額基期預算分配、費用分布及成長情形分析(區分總額別、服務別、分項費用、層級別、地區別、人口別等)及資源配置檢討與建議。 (2)健保總額重點政策推動說明及檢討與建議： 重點政策推動情形，及推動多年但未達預期目標之原因檢討(如全面導入DRGs支付制度、家庭醫師整合性照護計畫之轉型等)。 (3)全人醫療之醫療服務整合情形及照護成果： 包括跨機關、跨專案、共病照護相關計畫(如家庭醫師整合性照護計畫、代謝症候群防治計畫、論質計酬計畫)之整合情形及照護成效。 (4)以保險人角度提出健保總額未來實施方向及執行規劃。	
	項目2： 降低門診10項 重點檢查(驗)非 合理區間再次 執行 [新增項目]	指標：門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率 目標值：較前一年同期下降 $\geq 1\%$ 操作型定義：(當期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率-113年同期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率)/113年同期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率
	項目3： 分級醫療之推動 成效 [延續項目]	指標：非同體系區域級(含)以上醫院回轉率 $\geq 3.85\%$ 目標值：3.85% 操作型定義：分母案件之回轉件數/區域級(含)以上醫院接受上轉之門住診申報件數合計 ----- 本會修正建議： 配合指標設定，修正目標值為「 \geq 」3.85%。
醫院總額 一醫院 協會	項目1： 醫院分級醫療 執行成效 [延續項目]	指標：醫院層級轉診率 目標值：轉診率較前一年度成長 操作型定義：各層級轉診件數/醫院部門總就醫件數

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
	項目2： 護病比執行現況 [延續項目]	指標：全日平均護病比達加成之占率提升 目標值：整體全日平均護病比達加成之月次占率較前1年度維持 操作型定義：1.整體醫院達護病比加成的月次/整體醫院申報住院護理費總月次 2.「加成」係指全日平均護病比達一定比例之住院護理費加成
西醫基層 總額 一醫全會	項目1： 西醫基層診所糖尿病病人整體照護情形 [延續項目]	指標：照護率、HbA1c<7%(控制良好率) 目標值：1.照護率：55%以上 2.HbA1c<7%(控制良好率)：54%以上 操作型定義：1.照護率：糖尿病病人(E08-13)於同一家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以上之人數/該院所診斷糖尿病病人數 2.HbA1c<7%(控制良好率)：分母病人中，其最後一次 HbA1c 檢驗值 <7.0%(80 歲以上病人 HbA1c<8.0%)之人數/糖尿病病人於同一家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以上之人數
	項目2： 檢驗(查)結果上傳率 [延續項目]	指標：上傳率 目標值：60%以上 操作型定義：檢驗(查)結果上傳醫令數(含診所申報檢驗所上傳檢驗(查)結果)/「全民健康保險鼓勵醫事機構即時查詢病患就醫資訊方案」附件五-「獎勵醫事服務機構上傳檢驗(查)結果之項目」之診所申報醫令數 計算條件：1.採診所歸戶(即檢驗所上傳資料併回診所計算) 2.排除醫療檢查影像及影像報告、人工關節植入物資料、病理報告及出院病歷摘要資料
牙醫門診 總額 一牙全會	項目1： 國人牙周照護落實現況、改善情形 [延續項目]	指標：減少有牙周治療者平均拔牙顆數 目標值：≤最近三年全國平均值 操作型定義：1.分子：前一年度(113年)牙周病支持性治療(91018C)申報3次以上之就醫人往後追蹤當年度(114年)申報簡單性拔牙(92013C)及複雜性拔牙(92014C)醫令數加總 2.分母：前一年度(113年)牙周病支持性治療(91018C)申報3次以上之就醫人數 3.牙位：1~4象限1-7(排除乳牙、智齒、多生牙) 4.計算：分子/分母
	項目2： 高風險患者照護現況 [延續項目]	指標：當年度高風險疾病照護項目執行件數 目標值：≥最近三年全國平均值 操作型定義：1.當年度(114年)申報高風險疾病照護相關項目醫令數加總 2.高風險疾病照護相關項目醫令：口乾症牙結石清除-全口(91005C)、糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)、高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)、齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
中醫門診 總額 一中全會	項目1： 提升中醫醫療服務 [延續項目]	<p>指標(1)：中醫醫療服務人數成長率 目標值：中醫醫療服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：(114年中醫醫療服務人數-113年中醫醫療服務人數)/113年中醫醫療服務人數</p> <p>指標(2)：中醫醫療服務人次成長率 目標值：中醫醫療服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：(114年中醫醫療服務人次-113年中醫醫療服務人次)/113年中醫醫療服務人次</p> <p>指標(3)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數呈現正成長 操作型定義：(114年中醫居家醫療服務人數-113年中醫居家醫療服務人數)/113年中醫居家醫療服務人數</p> <p>指標(4)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次呈現正成長 操作型定義：(114年中醫居家醫療服務人次-113年中醫居家醫療服務人次)/113年中醫居家醫療服務人次</p> <p>指標(5)：無中醫鄉減少比率 目標值：無中醫鄉減少比率呈現正成長 操作型定義：(113年無中醫鄉數-114年無中醫鄉數)/113年無中醫鄉數</p> <p>指標(6)：醫療資源不足地區服務人數成長率 目標值：醫療資源不足地區服務人數呈現正成長 操作型定義：(114年醫療資源不足地區服務人數-113年醫療資源不足地區服務人數)/113年醫療資源不足地區服務人數</p> <p>指標(7)：醫療資源不足地區服務人次成長率 目標值：醫療資源不足地區服務人次呈現正成長 操作型定義：(114年醫療資源不足地區服務人次-113年醫療資源不足地區服務人次)/113年醫療資源不足地區服務人次</p> <p>-----</p> <p>本會修正建議： 配合指標定義，補正文字如劃線處，以臻明確。</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
	項目2： 慢性腎病利用中醫醫療服務 [新增項目]	<p>指標(1)：慢性腎病服務人數成長率 目標值：慢性腎病服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：(114年慢性腎病服務人數-113年慢性腎病服務人數)/113年慢性腎病服務人數</p> <p>指標(2)：慢性腎病服務人次成長率 目標值：慢性腎病服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：(114年慢性腎病服務人次-113年慢性腎病服務人次)/113年慢性腎病服務人次</p>
其他預算 一健保署	項目1： C型肝炎全口服新藥治療成效 [延續項目]	<p>指標：C型肝炎全口服新藥治療成效 目標值：C型肝炎全口服新藥累計受惠人數(歸戶)，較去年提高3% 操作型定義：1.受惠人數：曾接受過C型肝炎全口服新藥治療之歸戶後人數 2.分子：114年C型肝炎全口服新藥累計受惠人數-113年C型肝炎全口服新藥累計受惠人數 3.分母：113年C型肝炎全口服新藥累計受惠人數</p>
	項目2： 居家整合新收案對象門診次數降低 [延續項目]	<p>指標：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門診就醫次數較收案前半年(○○次)低 目標值：○○次 操作型定義：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門診就醫次數較收案前半年低。</p> <p>-----</p> <p>本會修正建議： 配合指標名稱，修訂目標值「<」○○次。</p>

各總額部門及健保署「114年度一般服務重點項目與績效指標(含目標值)」修訂對照表(與113年相較，修訂如劃線處)

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
整體總額 —健保署	項目1：整體資源配置與未來規劃 [延續項目] 至少包括以下內容： (1)整體總額基期執行結果及資源配置檢討與建議： 現行總額基期預算分配、費用分布及成長情形分析(區分總額別、服務別、分項費用、層級別、地區別、人口別等)及資源配置檢討與建議。 (2)健保總額重點政策推動說明及檢討與建議： 重點政策推動情形，及推動多年但未達預期目標之原因檢討(如全面導入DRGs支付制度、家庭醫師整合性照護計畫之轉型等)。 (3)全人醫療之醫療服務整合情形及照護成果： 包括跨機關、跨專案、共病照護相關計畫(如家庭醫師整合性照護計畫、代謝症候群防治計畫、論質計酬計畫)之整合情形及照護成效。 (4)以保險人角度提出健保總額未來實施方向及執行規劃。	
	項目2： 降低門診10項 重點檢查(驗)非 合理區間再次 執行 [新增項目]	指標：門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率 目標值：較前一年同期下降 $\geq 1\%$ 操作型定義： $\frac{\text{當期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率}-113\text{年同期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率}}{113\text{年同期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率}}$
	項目3： 分級醫療之推動 成效 [延續項目]	指標：非同體系區域級(含)以上醫院回轉率 $\geq 3.85\%$ 目標值： $\geq 3.85\%$ 操作型定義： $\frac{\text{分母案件之回轉件數}}{\text{區域級(含)以上醫院接受上轉之門住診申報件數合計}}$ 觀察指標：醫院層級疾病嚴重度CMI變動
醫院總額 —醫院協會	項目1： 醫院分級醫療 執行成效 [延續項目]	指標：醫院層級轉診率 目標值：轉診率較前一年度成長 操作型定義： $\frac{\text{各層級轉診件數}}{\text{醫院部門總就醫件數}}$

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
	項目2： 護病比執行成效現況 [延續項目]	指標：全日平均護病比達 <u>加成之占率提升</u> 目標值：整體全日平均護病比達 <u>加成之月次占率較前1年度維持</u> 操作型定義：1.整體醫院達護病比加成的月次/整體醫院申報住院護理費總月次 2.「 <u>加成</u> 」係指全日平均護病比達一定比例之住院護理費 <u>加成</u>
西醫基層 總額 一醫全會	項目1： 西醫基層診所糖尿病病人整體照護情形 [延續項目]	指標：照護率、HbA1c<7%(控制良好率)→ HbA1c>9%(控制不良率) 目標值：1.照護率：55%以上 2.HbA1c<7%(控制良好率)：54%以上 3. HbA1c>9%(控制不良率)：6%以下 操作型定義：1.照護率：糖尿病病人(E08-13)於同一家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以上之人數/該院所診斷糖尿病病人數 2.HbA1c<7%(控制良好率)：分母病人中，其最後一次 HbA1c 檢驗值 <7.0%(80 歲以上病人 HbA1c<8.0%)之人數/糖尿病病人於同一家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以上之人數 3. HbA1c>9%(控制不良率)：分母病人中，其最後一次HbA1c檢驗值>9.0%之人數/糖尿病病人於同一家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以上之人數
	項目2： 檢驗(查)結果上傳率 [延續項目]	指標：上傳率 目標值：60%以上 操作型定義：檢驗(查)結果上傳醫令數(含診所申報檢驗所上傳檢驗(查)結果)/「全民健康保險鼓勵醫事機構即時查詢病患就醫資訊方案」附件五-「獎勵醫事服務機構上傳檢驗(查)結果之項目」之診所申報醫令數 計算條件：1.採診所歸戶(即檢驗所上傳資料併回診所計算) 2.排除醫療檢查影像及影像報告、人工關節植入物資料、病理報告及出院病歷摘要資料
	項目3： 西醫基層診所代謝症候群照護情形 [新增項目]	指標： 代謝症候群改善率 目標值： 代謝症候群改善率較前一年度提升 操作型定義：1.分子：分母診所「 代謝症候群改善率 」之「 指標3：收案對象血壓改善 」及「 指標5：收案對象低密度脂蛋白膽固醇改善 」之合計分數 2.分母：診所收案60名以上且當年度檢驗檢查上傳率≥70%之診所數
牙醫門診 總額	項目1： 國人牙周照護落實現況、改善情	指標(1)：年度國人牙周統合執行件數 目標值：>最近三年全國平均值

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
一牙全會	形 [延續項目]	<p>操作型定義：當年度(113年)牙周病統合治療第二階段支付(91022C)及牙周病支持性治療(91018C)申報醫令數加總</p> <p>指標(2)：減少有牙周治療者平均拔牙顆數</p> <p>目標值：\leq最近三年全國平均值</p> <p>操作型定義：1.分子：前一年度(112113年)牙周病支持性治療(91018C)申報3次以上之就醫人往後追蹤當年度(113114年)申報簡單性拔牙(92013C)及複雜性拔牙(92014C)醫令數加總</p> <p>2.分母：前一年度(112113年)牙周病支持性治療(91018C)申報3次以上之就醫人數</p> <p>3.牙位：1~4象限1-7(排除乳牙、智齒、多生牙)</p> <p>4.計算：分子/分母</p>
	項目2： 高風險患者照護 現況 [延續項目]	<p>指標：申報當年度高風險患者疾病照護項目院所參與率執行件數</p> <p>目標值：前一年度參與率$\times(1+5\%) \geq$最近三年全國平均值</p> <p>操作型定義：1.分子：當年度(114年)申報高風險患者相關照疾病照護相關項目醫令院所數加總</p> <p>2.分母：當年度申報院所數</p> <p>3.計算：分子/分母</p> <p>4.高風險疾病照護相關項目醫令：口乾症牙結石清除-全口(91005C)、糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)、高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)、齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)</p>
中醫門診 總額 一中全會	項目1： 提升中醫醫療服務 [延續項目]	<p>指標(1)：中醫醫療服務人數成長率</p> <p>目標值：中醫醫療服務人數成長率呈現正成長</p> <p>操作型定義：$(113114年中醫醫療服務人數-112113年中醫醫療服務人數)/112113年中醫醫療服務人數$</p> <p>指標(2)：中醫醫療服務人次成長率</p> <p>目標值：中醫醫療服務人次成長率呈現正成長</p> <p>操作型定義：$(113114年中醫醫療服務人次-112113年中醫醫療服務人次)/112113年中醫醫療服務人次$</p> <p>指標(3)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長率</p> <p>目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數呈現正成長2%</p> <p>操作型定義：$(113114年中醫居家醫療服務人數-112113年中醫居家醫療服務人數)/112113年中醫居家醫療服務人數$</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<p>指標(4)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次<u>呈現正成長2%</u> 操作型定義：$(413114\text{年中醫居家醫療服務人次}-412113\text{年中醫居家醫療服務人次})/412113\text{年中醫居家醫療服務人次}$</p> <p>指標(5)：無中醫鄉減少比率 目標值：無中醫鄉減少比率<u>大於1%</u><u>呈現正成長</u> 操作型定義：$(412113\text{年無中醫鄉數}-413114\text{年無中醫鄉數})/412113\text{年無中醫鄉數}$</p> <p>指標(6)：醫療資源不足地區服務人數成長率 目標值：醫療資源不足地區服務人數<u>呈現正成長2%</u> 操作型定義：$(413114\text{年醫療資源不足地區服務人數}-412113\text{年醫療資源不足地區服務人數})/412113\text{年醫療資源不足地區服務人數}$</p> <p>指標(7)：醫療資源不足地區服務人次成長率 目標值：醫療資源不足地區服務人次<u>呈現正成長2%</u> 操作型定義：$(413114\text{年醫療資源不足地區服務人次}-412113\text{年醫療資源不足地區服務人次})/412113\text{年醫療資源不足地區服務人次}$</p>
	<p>項目2： 慢性腎病利用中 醫醫療服務 [新增項目]</p>	<p>指標(1)：慢性腎病服務人數成長率 目標值：慢性腎病服務人數成長率<u>呈現正成長</u> 操作型定義：$(114\text{年慢性腎病服務人數}-113\text{年慢性腎病服務人數})/113\text{年慢性腎病服務人數}$</p> <p>指標(2)：慢性腎病服務人次成長率 目標值：慢性腎病服務人次成長率<u>呈現正成長</u> 操作型定義：$(114\text{年慢性腎病服務人次}-113\text{年慢性腎病服務人次})/113\text{年慢性腎病服務人次}$</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
	<p>項目2： 特定疾病門診醫療服務 [新增項目]</p>	<p>指標(1)：特定疾病門診人數成長率 目標值：特定疾病門診人數成長率呈現正成長 操作型定義：$(113\text{年特定疾病門診人數}-112\text{年特定疾病門診人數})/112\text{年特定疾病門診人數}$</p> <p>指標(2)：特定疾病門診人次成長率 目標值：特定疾病門診人次成長率呈現正成長 操作型定義：$(113\text{年特定疾病門診人次}-112\text{年特定疾病門診人次})/112\text{年特定疾病門診人次}$</p> <p>指標(3)：特定疾病門診費用成長率 目標值：特定疾病門診費用成長率呈現正成長 操作型定義：$(113\text{年特定疾病門診費用}-112\text{年特定疾病門診費用})/112\text{年特定疾病門診費用}$</p> <p>特定疾病項目：1.小兒氣喘疾病門診加強照護：年齡未滿十三歲之氣喘疾病(ICD-10：J45)者 2.小兒腦性麻痺疾病門診加強照護：年齡未滿十三歲之腦性麻痺疾病(ICD-10 CM：G80)者 3.腦血管疾病(ICD-10 CM：G45.0-G46.8、I60-I69)、顱腦損傷(ICD-10 CM：S02.1-S02.4、S02.6-S02.9、S06.0-S06.9)及脊髓損傷(ICD-10 CM：S14.0-S14.1、S24.0-S24.1、S34.0-S34.1)疾病門診加強照護</p>
其他預算 一健保署	<p>項目1： C型肝炎全口服新藥治療成效 [延續項目]</p>	<p>指標：C型肝炎全口服新藥治療成效 目標值：C型肝炎全口服新藥累計受惠人數(歸戶)，較去年提高53% 操作型定義：1.受惠人數：曾接受過C型肝炎全口服新藥治療之歸戶後人數 2.分子：$113114\text{年C型肝炎全口服新藥累計受惠人數}-112113\text{年C型肝炎全口服新藥累計受惠人數}$ 3.分母：$112113\text{年C型肝炎全口服新藥累計受惠人數}$</p>
	<p>項目2： 居家整合新收案對象門診次數降低 [延續項目]</p>	<p>指標：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門診就醫次數較收案前半年(○○次)低 目標值：每月平均門診就醫次數較收案前半年(\leq○○次)低 操作型定義：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門診就醫次數較收案前半年低</p>

報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：113年度各部門總額核(決)定事項有關預算扣減之執行結果，請鑒察。

說明：

一、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)決定事項辦理。

二、有關「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」詳如下表：

項次	總額別	項目 【核(決)定事項】	113年委員會議決定事項及規劃內容(摘要)	健保署執行結果
1	牙醫門診	專款項目 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，於一般服務扣減與本項重複部分之費用】	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。	依113年1月至12月申報資料統計，與一般服務重複之額度約 <u>11.5萬元</u> ，將於 <u>113第4季結算時扣減費用。</u>
2	中醫	一般服務	113年第6次委員會議(113.7.30)及第11	依貴會第7屆114年度第1次委員

項次	總額別	項目 【核(決)定事項】	113年委員會議決定事項及規劃內容(摘要)	健保署執行結果
	門診	中醫利用新增人口 【依113年中醫實際就醫人數成長情形，於一般服務扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減】	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。	會會議決議， <u>本署建議不扣減，將依程序報衛生福利部核定。</u>
3	中醫門診	專款項目 照護機構中醫醫療照護方案 【依113年度預算執行結果，於一般服務扣除與本項重複部分之費用】	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： (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	本案業於114年2月20日召開之全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額114年第1次研商會議報告，決定以113年度預算執行結果，於一般服務

項次	總額別	項目 【核(決)定事項】	113年委員會議決定事項及規劃內容(摘要)	健保署執行結果
			<p>專款支應情形，故不扣減。</p> <p>(2)112年2月起收案：以住民112年收案始點計算未接受本方案服務期間申報之中醫醫療費用(扣除中醫專款項目)，視為一般服務移轉至專款支應，應予扣減之重複費用。</p> <p>(3)自113年起收案：以113年收案始點計算112年同期中醫醫療費用(扣除中醫專款項目)，視為一般服務移轉至專款支應，應予扣減之重複費用。</p> <p>2.扣減時程：113年第4季點值結算時扣減。</p>	<p>扣除與本項重複部分之費用計<u>240.7萬點</u>，於<u>113年第4季扣減</u>。</p>
4	醫院及西醫基層	<p>一般服務藥品及特材給付規定改變</p> <p>【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】</p>	<p>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：</p> <p>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，</p>	<p>1.藥品：預算11.03億元(醫院10.27億元、西醫基層0.76億元)，執行數10.79億元(醫院10.36億元、西醫基層0.43億</p>

項次	總額別	項目 【核(決)定事項】	113年委員會議決定事項及規劃內容(摘要)	健保署執行結果
			<p>扣減當年度未執行之額度。</p> <p>2.特材：</p> <p>(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。</p> <p>(2)西醫基層：無編列113年特材給付規定改變預算。</p>	<p>元)，賸餘數0.24億元(醫院超出0.09億元、西醫基層賸餘0.33億元)。考量院所仍在申報中，且114年3月擴增SGLT-2藥品用於慢性腎臟病治療，爰<u>不扣減</u>。</p> <p>2.特材：</p> <p>(1)醫院部門：</p> <p>①113年本項預算金額為3.5億元，經共同擬訂會議同意，且公告修訂給付規定及不敷成本調整支付點數，推估預算為2.61億。</p> <p>②另因112年11月1日公告修訂健保特材「顱內血管支架取栓裝置」及「顱內血管抽吸取栓裝置」給付規定，其預算不足部分由113年給</p>

項次	總額別	項目 【核(決)定事項】	113年委員會議決定事項及規劃內容(摘要)	健保署執行結果
				<p>付規定預算支應。</p> <p>③前開項目放寬給付規定後，同期淨增加超出原預估預算，爰不足費用約0.82億，將由113年給付規定預算支應。</p> <p>④依總額決定事項辦理，預算已<u>執行完畢，無需扣減</u>。</p> <p>(2)西醫基層：未編列預算。</p>

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

.....

本會整理說明：

一、健保署依 113 年度各部門總額之核(決)定事項及本會歷次委員會議決定，提報 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計 4 項，摘要該署作法如下：

(一)依核(決)定事項辦理扣減(項次 1、3)：將於 113 第 4 季結算時，於一般服務扣減與專款重複之費用。

1.牙醫門診總額「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」：扣減 11.5 萬元。

2.中醫門診總額「照護機構中醫醫療照護方案」：扣減 240.7 萬點(查本方案申報點數超過預算數，採點值浮動，爰以點數

呈現)。

(二)預算已執行完畢，或剩餘數另有用途，爰不扣減(項次 4)：

- 1.醫院總額「藥品及特材給付規定改變」：預算已執行完畢，無需扣減。
- 2.西醫基層總額「藥品及特材給付規定改變」：尚有剩餘數 0.33 億元。健保署考量院所仍在申報中，以及 114 年 3 月擴增 SGLT-2 藥品用於慢性腎臟病治療，爰不扣減。

(三)建議不扣減(項次 2)：中醫門診總額「中醫利用新增人口」(5.88 億元)，健保署依本會 114 年度第 1 次委員會會議決議(詳會議資料第 7 頁)，該署建議不扣減，將依程序報衛福部核定。

二、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(114)年 1 月 21 日函請本會於 3 月 20 日前提供 115 年健保總額基期之扣減項目及額度。擬於提會後將本案提報之資料及委員意見，送請衛福部參考。

決定：

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：113年度全民健康保險基金附屬單位決算及115年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案，請鑒察。

說明：

一、依據全民健康保險法施行細則第3條：「保險人應依全民健康保險業務計畫及安全準備運用狀況，編列年度預算及年終決算報告，報主管機關，並分送健保會備查。」之規定辦理。

二、全民健康保險基金 113 年度決算及 115 年度預算，分別於 114 年 2 月 10 日及同年 3 月 20 日函送貴會備查。本署謹就 113 年度執行及 115 年度預算編列情形簡要說明如下：

(一)113 年度決算：

1.保險營運計畫：

(1)保險收入8,386.66億元：保費收入7,994.55億元、政府補助收入200億元、公益彩券盈餘分配及菸品健康福利捐分配收入142.28億元、利息收入35.71億元及收回呆帳等業務外收入14.12億元。

(2)保險成本8,160.51億元：保險給付8,103.95億元、呆帳51.49億元、業務及業務外等費用5.07億元。

(3)保險收支淨結餘226.15億元，依法提存安全準備，113年底安全準備餘額為1,613.81億元，折合約2.39個月保險給付支出。

2.其他計畫：

菸品健康福利捐分配收入2.14億元，全數挹注罕見疾病用藥費用。

(二)115 年度預算：

1.保險營運計畫：依全民健康保險法第76條規定，本保險為平衡保險財務，年度收支之結餘應提列安全準備，短絀時應由安全準備先行填補。115年度保險收支暫按114年度一般保險

費率5.17%、補充保險費率2.11%及醫療費用總額以成長率5.5%推估編列。至預算執行時之保險費率及醫療費用總額成長率，係依健保法第24條及61條規定程序及核定情形辦理。

(1)保險收入 8,527.06 億元：

①保費收入8,343.08億元：按一般保險費率5.17%、補充保險費率2.11%計算。

②公益彩券盈餘分配及菸品健康福利捐分配收入142.24億元、利息收入30.16億元及收回呆帳等業務外收入11.58億元。

(2)保險成本 9,200.07 億元：

①保險給付9,142.73億元：暫按114年醫療費用核定總額以成長率5.5%推估。

②呆帳55.56億元、業務及業務外等費用1.78億元。

2.其他計畫：

(1)菸品健康福利捐專項業務：依菸品健康福利捐分配及運作辦法第4條第1款規定，編列菸品健康福利捐分配收入3.38億元，用以支應全民健康保險之醫療科技評估、醫療服務審查及全民健康保險政策推動等專項業務，相關經費編列2.93億元，專項業務賸餘0.45億元，調減收回安全準備編列數。

(2)菸品健康福利捐及政府撥補挹注罕見疾病用藥費用：依菸品健康福利捐分配及運作辦法第4條第2款規定，編列菸品健康福利捐分配收入2.11億元，另由政府編列預算撥補暫編列20億元(尚須經行政院審查核定公務預算編列數後配合修正)，總計22.11億元，全數用以挹注罕見疾病之全民健康保險用藥費用。

(3)癌症新藥暫時性支付專款：為提高癌症病人用新藥可近性，由政府編列預算專案撥款100億元(尚須經行政院審

查核定公務預算編列數後配合修正)，用以辦理癌症新藥暫時性支付業務。

3.綜上，保險收支淨短絀672.56億元，依法收回安全準備填補短絀後，預估115年底安全準備餘額為770.05億元，折合約1.01個月保險給付支出。

報告單位業務窗口：吳珠鳳科長，聯絡電話：02-27065866 分機 2121

.....

本會整理說明：

一、本案係健保署依健保法施行細則第 3 條規定函送「113 年度全民健康保險基金附屬單位決算書」及「115 年度全民健康保險基金附屬單位預算」至本會備查，本會完成整理之分析報告，如下：

(一)113 年度全民健康保險基金附屬單位決算分析報告(如附件一，第 120~128 頁)。

(二)115 年度全民健康保險基金附屬單位預算分析報告(如附件二，第 129~143 頁)。

二、本會於 4 月 8 日將健保署所送之決算書、預算書，併同前述之本會分析報告，送請委員先行審閱，並請委員如有意見，於 4 月 11 日前提出後，送請健保署回復，本會委員於會前所提意見如附件三(第 144 頁)，業轉請健保署回復說明。

決定：

113 年度全民健康保險基金附屬單位決算分析報告

健保會 114 年 4 月

壹、前言

- 一、依據全民健康保險法(下稱健保法)施行細則第 3 條規定，保險人應依全民健康保險業務計畫及安全準備運用狀況，編列年度預算及年終決算報告，報主管機關並分送健保會備查。中央健康保險署(下稱健保署)爰於 114 年 2 月 10 日以健保計字第 1140720070 號函檢送該署 113 年度全民健康保險基金附屬單位決算書，請本會備查。
- 二、本分析報告基於本會權責，以「保險收支」為範圍進行整理分析，並參考本會委員會議資料、健保署之業務執行報告及會計月報等資料，期能完整呈現年度保險財務收支狀況，提供委員參考。

貳、保險財務分析

一、保險財務概況

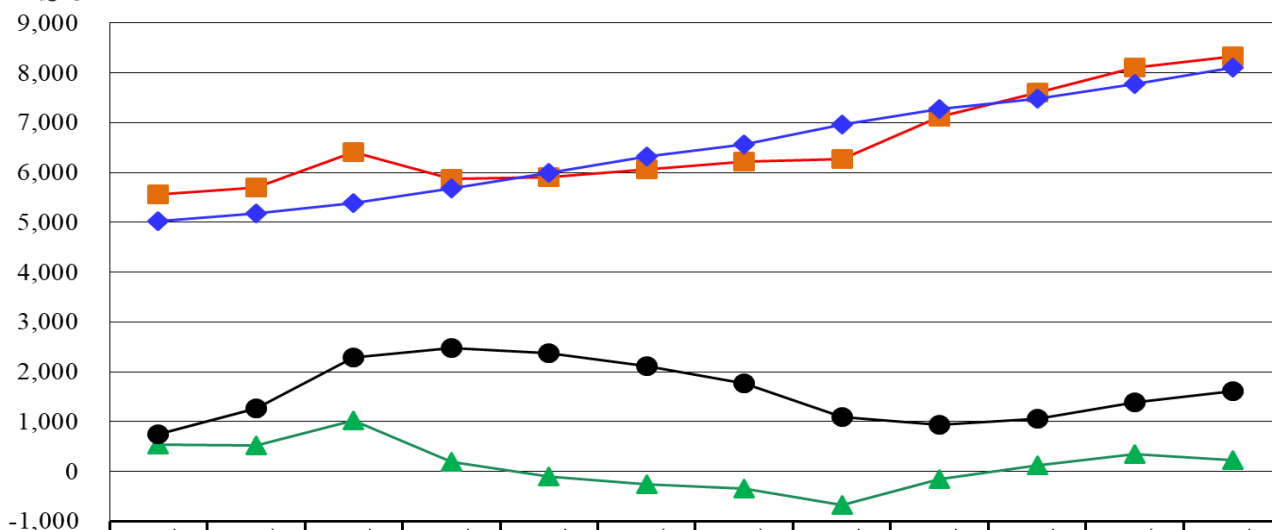
- (一)保險收支：113 年度保險收入 8,335.16 億元¹(成長率 2.78%)，保險成本 8,109.01 億元²(成長率 4.35%)，保險收支結餘 226.15 億元。102~113 年健保財務收支狀況詳圖一。
- (二)安全準備：113 年度保險收支結餘依全民健康保險法第 76 條第 1 項規定全數提存安全準備，提存後安全準備累計餘額為 1,613.81 億元，約當 2.39 個月保險給付支出³。

¹ 保險收入＝保險費收入＋滯納金＋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－呆帳提存數，資料來源為健保署。

² 保險成本＝保險給付(醫療費用)＋其他保險成本(未含手續費用)，資料來源為健保署。

³ 113 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 16 頁。

單位：億元



	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年
保險收入	5,557	5,695	6,410	5,869	5,900	6,061	6,224	6,278	7,119	7,603	8,110	8,335
保險成本	5,021	5,181	5,381	5,684	5,998	6,328	6,566	6,954	7,274	7,491	7,771	8,109
保險收支餘絀	536	514	1,029	186	-98	-266	-342	-676	-155	113	339	226
安全準備累計餘額	746	1,260	2,289	2,474	2,376	2,109	1,767	1,091	936	1,049	1,388	1,614

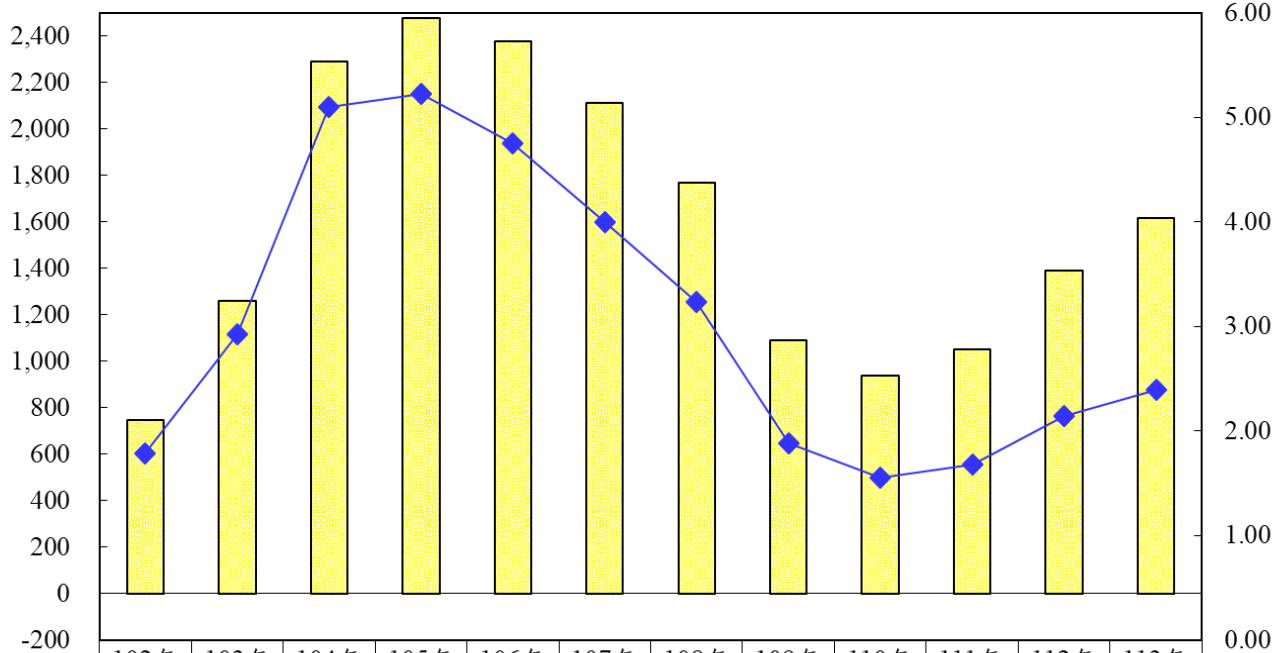
資料來源：健保署。

圖一、102~113年健保財務收支狀況（權責基礎）

(三)102~113 年健保財務趨勢：102 年開始施行二代健保後，受增加收取補充保險費及政府應負擔健保總經費法定下限比率調整至 36%之影響，102~105 年健保財務皆為結餘，惟受 105 年調降費率(一般保險費費率由 4.91%調整為 4.69%，補充保險費費率由 2%調整為 1.91%)，及健保收支結構性問題(保險收入成長率低於保險成本成長率)影響，106 年度開始出現短絀，且短絀數持續增加(詳圖一)；110 年一般保險費率由 4.69%調整至 5.17%，惟因費率未予調足，當年健保財務收支仍有短絀；111 年保險收入受基本工資調漲及軍公教調薪等因素影響，使保險收入大幅成長，致 111 年財務情形逆轉產生結餘；行政院為因應健保安全準備不足部分，於 112 年撥補全民健康保險基金 240 億元，113 年則依「中央政府疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別預算案」撥補全民健康保險基金 200 億元，爰是年年底保險結餘 226 億元。102~113 年安全準備累計餘額及約當保險給付支出月數詳圖二。

單位：億元

單位：月



	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年
安全準備累計餘額	746	1,260	2,289	2,474	2,376	2,109	1,767	1,091	936	1,049	1,388	1,614
折合保險給付月數	1.78	2.92	5.10	5.22	4.75	4.00	3.23	1.88	1.55	1.68	2.14	2.39

註：全民健康保險法第78條規定，安全準備總額以相當於最近精算1個月至3個月之保險給付支出為原則。

資料來源：健保署。

圖二、102~113年安全準備成長趨勢

二、保險收支項目比較分析：以下就保費收入、保險給付、安全準備、呆帳、利息收入、雜項收入等保險收支項目，進行比較分析。

(一)保費收入：113 年度保費收入為 7,994.55 億元。

1.預算執行：較預算數 7,519.17 億元增加 475.38 億元，執行率為 106.32%(詳表一)。

2.成長比較：較 112 年度 7,735.34 億元增加 259.20 億元，成長 3.35%(詳表一)。113 年保費收入增加之主要原因如下⁴(詳表二)：

(1)一般保險費 6,293.59 億元，較 112 年增加 218.78 億元，主要是平均投保金額及平均保險費增加所致。

(2)補充保險費 706.77 億元，較 112 年減少 15.81 億元，主要是股利及獎金所得減少所致。

(3)政府應負擔健保總經費法定下限 36%差額 988.3 億元，較

⁴ 健保署 114 年 1 月份業務執行季報告第 10 頁表 5-2 附註 2.(1)。

112 年增加 55.64 億元，主要是 113 年度一般保險費較 112 年增加，政府負擔隨同增加所致。

(4)滯納金 5.9 億元，較 112 年增加 0.5 億餘元。

表一、收支餘絀比較表(保險收支部分)

單位：元

科目	113年度		比較		112年度 審定決算數(c)	比較	
	決算數(a)	預算數(b)	金額增減 (a-b)	執行率 (a/b)		金額增減 (a-c)	成長率 (a-c)/c
保險收入	838,665,811,511	787,430,439,000	51,235,372,511	106.51%	816,209,495,470	22,456,316,041	2.75%
保費收入	799,454,718,619	751,917,149,000	47,537,569,619	106.32%	773,534,414,688	25,920,303,931	3.35%
其他補助收入	20,000,000,000	20,000,000,000	0	100.00%	24,000,000,000	-4,000,000,000	-16.67%
依法分配收入(註)	14,228,182,928	13,457,995,000	770,187,928	105.72%	14,787,281,287	-559,098,359	-3.78%
利息收入	3,571,389,219	834,665,000	2,736,724,219	427.88%	2,526,665,064	1,044,724,155	41.35%
投資賸餘	197,352	0	197,352	-	197,352	0	0.00%
收回呆帳	1,386,495,166	1,198,000,000	188,495,166	115.73%	1,342,380,920	44,114,246	3.29%
雜項收入	24,828,227	22,630,000	2,198,227	109.71%	18,556,159	6,272,068	33.80%
保險成本	816,050,936,238	816,896,453,000	-845,516,762	99.90%	782,337,576,965	33,713,359,273	4.31%
保險給付	810,395,164,025	810,722,333,000	-327,168,975	99.96%	776,639,901,315	33,755,262,710	4.35%
呆帳	5,148,882,270	5,632,008,000	-483,125,730	91.42%	5,236,669,115	-87,786,845	-1.68%
業務費用	502,116,166	540,566,000	-38,449,834	92.89%	458,448,921	43,667,245	9.52%
雜項費用	4,773,777	1,546,000	3,227,777	308.78%	2,557,614	2,216,163	86.65%
保險收支淨餘絀	22,614,875,273	-29,466,014,000	52,080,889,273	-76.75%	33,871,918,505	-11,257,043,232	-33.23%

註：依法分配收入為依法提列保險安全準備之金額，不含菸捐補助罕見疾病用藥費用部分(非屬保險收入)。

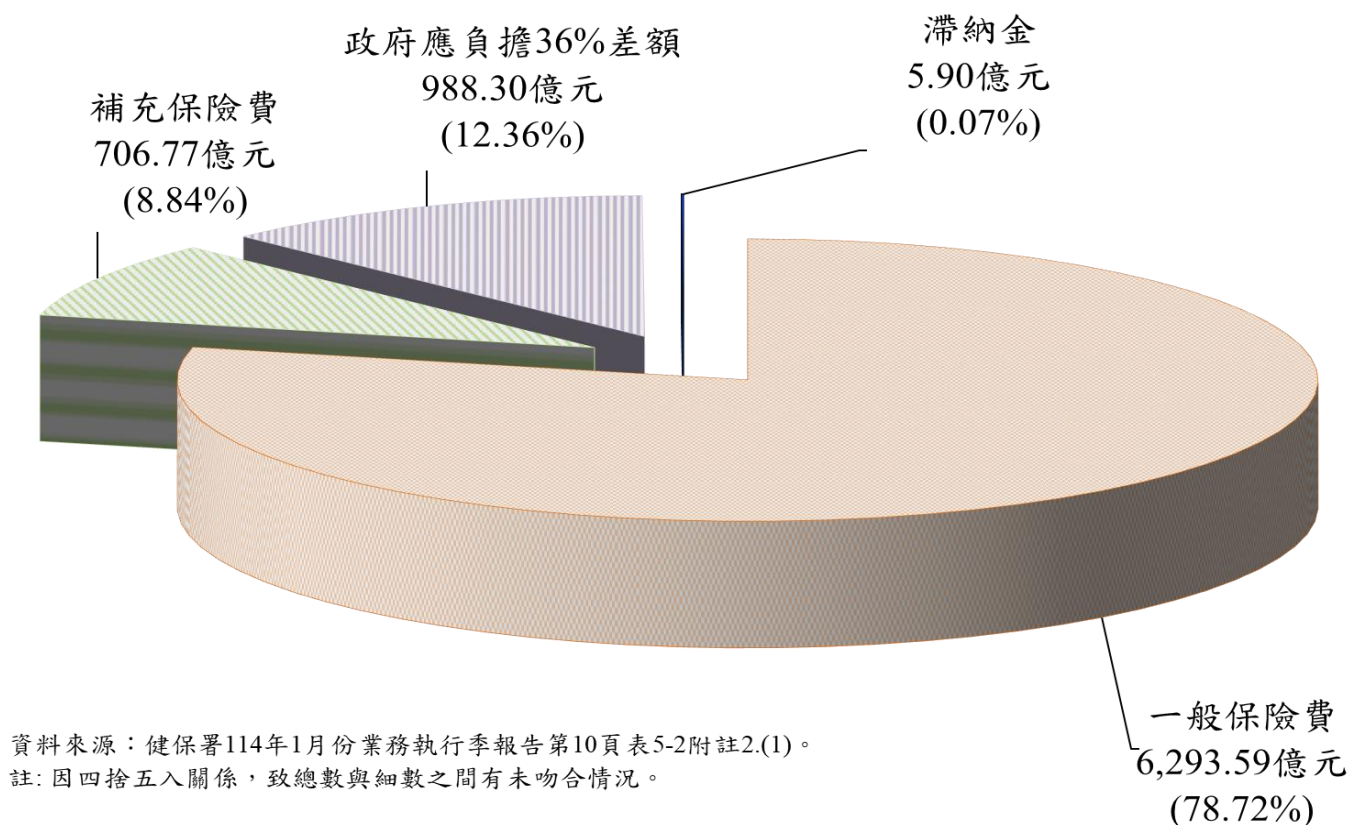
資料來源：健保署

表二 113 年保費收入成長主要原因分析

保費收入類別	原因	成長金額(億元)
一般保險費	平均投保金額及平均保險費增加	218.78
補充保險費	個人股利及獎金所得減少	-15.81
政府應負擔 36% 差額	政府負擔隨 113 年度一般保險費增加	55.64
滯納金		0.5
合計		259.11

註：因四捨五入關係，致總數與細數之間有未吻合情況。

3.保費收入結構：113 年度一般保險費為 6,293.59 億元，是保費收入之主要來源，占保費收入 78.72%；補充保險費收入 706.77 億元、政府負擔 36% 差額 988.30 億元，兩者合計為 1,695.07 億元，合計占保費收入 21.20%⁵(詳圖三)。



圖三 113年度保費收入結構

4.保險費收繳：

- (1)應收保險費收繳情形⁶：近 5 年一般保險費總收繳率為 99.18%。其中投保單位及保險對象之收繳率為 98.99%，略高於 112 年底 98.84%⁷。
- (2)截至 113 年 12 月底止，投保單位及保險對象積欠保險費約 247.5 億元(含補充保險費欠費 6.4 億元)，較 112 年 12 月底 244.9 億元 (含補充保險費欠費 5.56 億元)，增加 2.6 億元⁸。

⁵ 健保署 114 年 1 月份業務執行季報告第 10 頁表 5-2 附註 2.(1)。

⁶ 僅統計未逾 5 年請求權期間之應收保險費(不含利息)。

⁷ 健保署 113 年 12 月及 112 年 12 月份業務執行報告表 6-1。

⁸ 113 年度全民健康保險基金附屬單位決算及 112 年度全民健康保險基金附屬單位(審定)決算第 2 頁。

(3)各級政府積欠保險費補助款情形⁹：依 100 年 1 月 26 日修正公布、101 年 7 月 1 日起施行之健保法第 27、28 條，地方政府應負擔健保費補助款，統一改由中央負擔，現各級政府均無積欠健保費補助款之情事。

(4)催收款項：113 年底為 201.59 億元，較 112 年底 200.55 億元增加 1.04 億元，成長率 0.52%¹⁰。

(5)政府應負擔健保總經費法定下限 36% 差額：102~113 年度合計為 7,631.9 億元，截至 113 年 12 月底，已撥付 7,329.7 億元，待撥付 302.2 億元，將循預算程序爭取足額編列¹¹。

(二)保險給付：113 年度保險給付為 8,103.95 億元。

1.預算執行：較預算數 8,107.22 億元減少 3.27 億元，執行率為 99.96%(詳表一)。

2.成長比較：較 112 年度之 7,766.40 億元增加 337.55 億元，成長率 4.35%(詳表一)，主要係因總額協商成長及總額點值補助案所致¹²。

(三)其他補助收入：113 年為 200 億元，較 112 年 240 億元減少 40 億元，成長率-16.67%，係政府撥補收入較 112 年減少所致¹³。

(四)利息收入：113 年度利息收入 35.71 億元。

1.預算執行：較預算數 8.35 億元增加 27.37 億元，執行率為 427.88%(詳表一)¹⁴。

2.成長比較：較 112 年度 25.27 億元增加 10.45 億元，成長率為 41.35%，係銀行利率提高及資金營運量較去年同期增加所致¹⁵。

⁹ 113 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 2 頁。

¹⁰ 113 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 20 頁，「催收款項」係指投保單位及保險對象清償期屆滿 6 個月尚未收回之一般保費。

¹¹ 113 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 2 頁。

¹² 健保署 114 年 1 月份業務執行季報告第 10 頁表 5-2 附註 2.(8)。另依 113 年度全民健康保險基金附屬單位決算及 112 年度全民健康保險基金附屬單位(審定)決算第 4 頁，113 及 112 年協定之醫療給付費用總額成長率分別為 4.7%及 3.323%。

¹³ 健保署 114 年 1 月份業務執行季報告第 10 頁表 5-2 附註 2.(2)。

¹⁴ 113 年度全民健康保險基金附屬單位決算報告第 17 頁。

¹⁵ 健保署 114 年 1 月份業務執行季報告第 10 頁表 5-2 附註 2(5)。

(五)呆帳：113 年度呆帳 51.49 億元，呆帳率為 0.64%¹⁶，低於 112 年度之 0.68%。

1.預算執行：較預算數 56.32 億元減少約 4.83 億元，執行率 91.42%(詳表一)。

2.成長比較：較 112 年度 52.37 億元減少 0.88 億元，成長率為-1.68%(詳表一)，係因已催收及行政執行中之應收帳款較去年同期減少所致¹⁷。

(六)收回呆帳：113 年度收回呆帳 13.86 億元，較預算數 11.98 億元增加 1.88 億元¹⁸；較 112 年度 13.42 億元增加 0.44 億元，成長率 3.29%，係因健保署加強欠費監控機制並加強已報列呆帳之催收所致¹⁹(詳表一)。

(七)雜項收入：113 年度 0.25 億元，較 112 年度 0.19 億元增加 0.06 億元，成長率為 33.80%，主要是因逾期未兌現支票轉列收入較去年增加及辦理懸帳清理所致²⁰(詳表一)。

(八)安全準備：

1.提存安全準備²¹：113 年度安全準備之來源包括：運用收益 32.06 億元、滯納金收入 5.90 億元、公益彩券分配收入 17.11 億元、菸品健康福利捐分配收入 125.18 億元，及上述各項以外之保險收支結餘 45.91 億元，共計 226.15 億元(詳表三)。

2.收回安全準備：因 113 年度保費收入增加，保險收支產生淨結餘，無須收回安全準備²²。

¹⁶ 113 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 17 頁。呆帳率=呆帳/保費收入，113 年度為 51.49 億元÷7,994.55 億元*100%=0.64%;112 年度為 52.37 億元÷7,735.34 億元*100%=0.68%。

¹⁷ 健保署 114 年 1 月份業務執行季報告第 10 頁表 5-2 附註 2(9)。

¹⁸ 113 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 17 頁。

¹⁹ 健保署 114 年 1 月份業務執行季報告第 10 頁表 5-2 附註 2(6)。

²⁰ 健保署 114 年 1 月份業務執行季報告第 10 頁表 5-2 附註 2(7)。

²¹ 健保法第 76 條第 1 項規定，安全準備來源包括年度收支結餘、滯納金、運用收益、菸品健康福利捐及其他法令規定收入。

²² 113 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 23 頁。健保法第 76 條第 2 項規定，本保險年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補。

表三、安全準備項目比較表

單位：元

項目	113 年度 自編決算(a)	112 年度 審定決算(b)	比較	
			金額增減 (a-b)	成長率 (a-b)/b
提存安全準備	22,614,875,273	33,871,918,505	-11,257,043,232	-
運用收益	3,206,159,157	2,154,584,962	1,051,574,195	48.81%
滯納金	589,550,278	530,351,572	59,198,706	11.16%
公益彩券分配收入	1,710,629,842	1,771,810,460	-61,180,618	-3.45%
菸品健康福利捐分配收入	12,517,553,086	13,015,470,827	-497,917,741	-3.83%
保費收支結餘(上述各項以外)	4,590,982,910	16,399,700,684	-11,808,717,774	-72.01%
收回安全準備	0	0	-	-

註：依健保法第 76 條規定，安全準備來源包括年度收支結餘、滯納金、運用收益、菸品健康福利捐及其他法令規定收入；年度收支短絀應由安全準備先行填補。

資料來源：113 年度自編決算試算表、112 年度審定決算試算表

三、保險資金餘額運用情形

(一)短期借款²³：113 年度無短期借款發生。

(二)資金餘額與運用：113 年底保險資金餘額 1,986.78 億元，較 112 年底 1,517.14 億元增加 469.64 億元²⁴，依法²⁵存放於銀行定期存款 1,767.62 億元、銀行優惠活期存款 7.47 億元、銀行一般活期存款 86.80 億元、投資附賣回交易票券及債券 124.89 億元²⁶(詳表四)，113 年截至 12 月底資金運用收益率為 1.51%，高於 112 年同期之 1.34%。

表四 保險資金投資概況表

投資項目	金額(億元)	占率(%)
銀行定期存款	1,767.62	88.97
銀行優惠活期存款	7.47	0.37
銀行一般活期存款	86.80	4.37
附賣回交易票、債券	124.89	6.29
合計	1,986.78	100.00

註：因四捨五入關係，致總數與細數之間有未吻合情況。

²³ 健保署 114 年 1 月份業務執行季報告第 8 頁表 4。

²⁴ 健保署 113 年 12 月份業務執行報告第 9 頁及 112 年 12 月份業務執行報告第 7 頁表 4。

²⁵ 健保法第 77 條規定，保險之基金得以①公債、庫券及公司債之投資、②存放於公營銀行或主管機關指定之金融機構、③其他經主管機關核准有利於本保險之投資方式運用。

²⁶ 健保署 113 年 12 月份業務執行報告第 19 頁表 11。

參、結論

健保財務自 106 年起即產生年度收支短絀情形，為改善健保財務，110 年起將一般保險費及補充保險費率分別調整為 5.17%、2.11%，111~113 年費率維持不變，政府並分別於 112 年、113 年撥補全民健保基金 240 及 200 億元。截至 113 年 12 月底，保險收支結餘 226 億元，安全準備累計餘額為 1,614 億元，約當 2.39 個月保險給付支出。

政府撥補健保基金對健保財務穩定甚有助益，亦能支持總額持續成長，為維持健保財務穩健，需關注財務收支結構之衡平性，致力使健保資源運用更有效率，並建議評估各項財源改革措施(如擴大費基、增加補充性財源等)的可行性，方能確保健保財務長期穩定。

115 年度全民健康保險基金附屬單位預算分析報告

健保會 114 年 4 月

壹、前言

- 一、依據全民健康保險法(下稱健保法)施行細則第 3 條規定，保險人應依全民健康保險業務計畫及安全準備運用狀況，編列年度預算及年終決算報告，報主管機關，並分送健保會備查。中央健康保險署(下稱健保署)爰依據 115 年度中央政府總預算附屬單位預算-非營業部分編製日程表，於 114 年 3 月 20 日以健保計字第 1140720125A 號函檢送該署 115 年度全民健康保險基金附屬單位預算書，請本會備查。
- 二、本分析報告基於本會權責，以「保險收支」為範圍進行整理分析，並參考本會委員會議資料、健保署之業務執行報告及會計月報等資料，以期完整呈現年度保險財務收支狀況，提供委員參考。另以健保署提供之 114、115 年度全民健康保險基金附屬單位預算書作為分析比較基礎，呈現該 2 年度之健保財務收支情形，並編製附表一~六；及檢附該署依據最新之財務預估資料，提供之「115 年底安全準備餘額推估表」(附表七)供參考。
- 三、全民健康保險基金附屬單位預算書內容除「保險收支」(含菸品健康福利捐支應全民健康保險之醫療科技評估、醫療服務審查及全民健康保險政策推動等專項業務)外，另包含菸品健康福利捐及政府撥補挹注罕見疾病用藥費用，及政府撥補癌症新藥暫時性支付專款，三者財務獨立，不得相互流用、填補¹。

貳、預算書內容概述

茲就 114 年度預算截至 2 月底執行情形及 115 年度保險收支預算分析，分述如下：

一、114 年度預算執行情形

114 年度截至 2 月底止²，保險收入³為 1,472.83 億元，較預算數

¹ 115 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 2、3 頁將營運計畫分為「保險營運計畫」及「其他計畫」。

² 114 年 2 月份會計月報收支餘絀情形表。

³ 保險收入=保費收入+其他補助收入+依法分配收入(不含菸捐挹注罕病用藥費用)+利息收入+收回呆帳+雜項收入。

1,388 億元增加 84.83 億元(6.11%)，主要係因一般保險費較預算增加所致；保險成本⁴為 1,409.66 億元，較預算數 1,355.94 億元增加 53.72 億元(3.96%)，主要係因保險給付較預算增加所致。

二、115 年度保險收支預算分析

(一)重要估計基礎摘述：

1.保費收入⁵：

(1)保險費收入

①保險費率：按一般保險費率 5.17%、補充保險費率 2.11% 計算。

②保險對象人數：以 113 年加保資料推估，並參考國家發展委員會「中華民國人口推計(113 年至 159 年)」之人口成長資料，推估總人口數為 2,380.13 萬人。

③投保金額：依據 113 年加保資料，並考量自 114 年 1 月 1 日起，配合基本工資調整，投保金額分級表最低一級由 27,470 元調整為 28,590 元及軍公教調薪 4%，平均投保金額假設第 1 類為 53,079 元，第 2 類為 30,873 元，第 3 類為 28,590 元，第 4、5 類定額保險費為 2,237 元，第 6 類定額保險費為 1,377 元。

(2)滯納金收入：參考 111~113 年度滯納金決算數平均值編列(5.47 億元)。

2.依法分配收入⁶：

(1)菸捐分配收入：依國民健康署預估 115 年菸捐收入推估數 260 億元，分別按分配比例 48.7%、1.3%及 0.81%編列提存安全準備 126 億 6,200 萬元、支應菸捐專項業務 3 億 3,800 萬元及挹注罕見疾病健保用藥費用 2 億 1,060 萬元。

(2)公益彩券盈餘分配收入：係按 113 年度實際獲配盈餘之 90% 編列。

3.保險給付⁷：

(1)總額：依據 114 年度總額 9,286.25 億元，以成長率 5.5%推

⁴ 保險成本=保險給付+呆帳+業務費用+雜項費用+雜項業務成本(菸捐專項業務費用)。

⁵ 115 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 41 頁。

⁶ 健保署 114 年 4 月 2 日以電子郵件提供之資料。

⁷ 115 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 42 頁。保險給付=醫療費用-部分負擔-代辦部分負擔-代辦費用-代位求償費用-菸捐挹注罕見病用藥費用-政府補助辦理之專款項目。

估。

(2)部分負擔：以 113 年金額每年參考近 5 年平均成長率(約 5.7%)推估。

(3)代辦部分負擔：以 113 年金額每年參考近 5 年平均成長率約 0.6%)推估。

(4)代辦費用：以 113 年金額按 114 年總額成長率 5.5%及 115 年預計總額成長率 5.5%推估。

(5)代位求償費用：參考 113 年度金額及目前協商共識等估算。

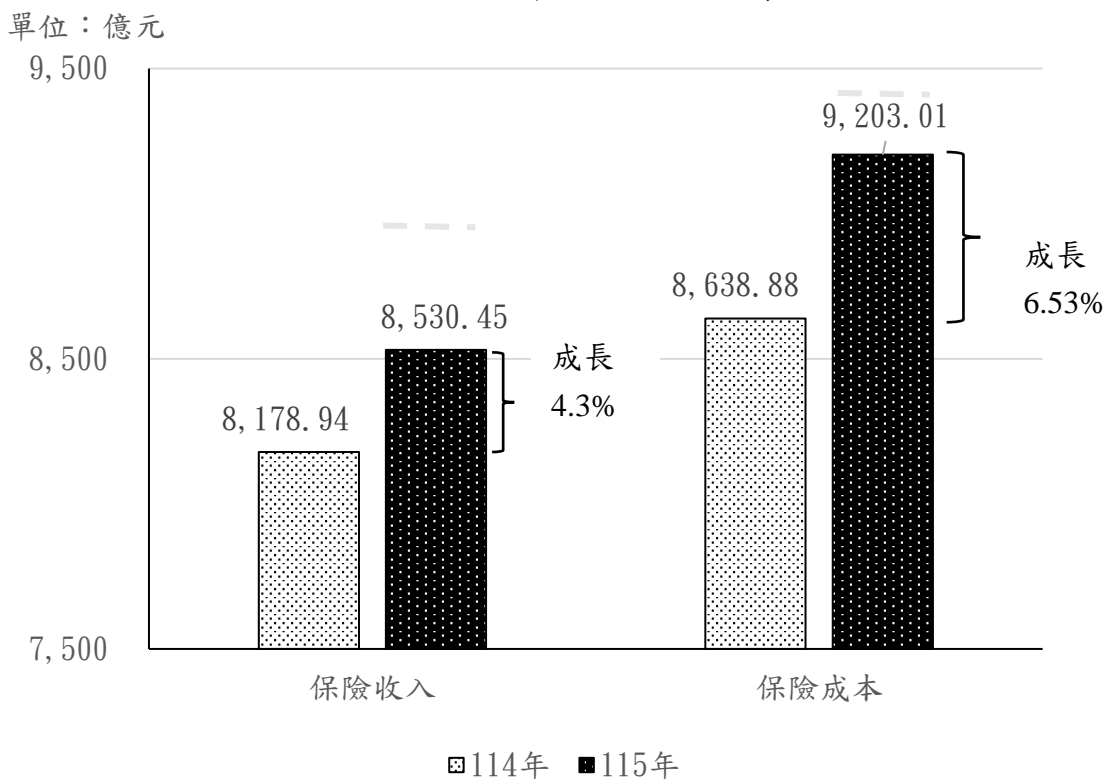
(6)政府補助辦理之專款項目：由公務預算編列經費支應癌症新藥暫時性支付專款 100 億元及罕病藥費 20 億元。

(二)保險財務狀況：

1.保險收支及餘絀：115 年度編列保險收入 8,530.45 億元，保險成本 9,203.01 億元，保險收支短絀 672.56 億元(詳附表一)。

(1)保險收入：較 114 年度預算數 8,178.94 億元增加 351.51 億元，成長率 4.3%(如圖一)。

圖一 114、115年度保險收支情形



(2)保險成本：較 114 年度預算數 8,638.88 億元增加 564.13 億元，成長率為 6.53%(如圖一)。

(3)保險收支短絀：較 114 年度預算數短絀 459.94 億元增加

212.62 億元，成長率為 46.23%。

2.安全準備餘額

依據健保署提供之「115 年底安全準備餘額推估表」(詳附表七)，114 年度保險收支短絀數 171.20 億元，加計 113 年底安全準備餘額 1,613.81 億元，114 年底安全準備餘額為 1,442.61 億元，加計 115 年度保險收支短絀數 672.56 億元後，115 年底安全準備餘額為 770.05 億元，約當 1.01 個月保險給付支出(如下表)。

114、115 年度最新財務預估表

年度	項目	依據健保署 最新財務預估
114	短絀數(億元)	171.20
	安全準備餘額(億元)	1,442.61
	約當保險給付月數(月)	2.03
115	短絀數(億元)	672.56
	安全準備餘額(億元)	770.05
	約當保險給付月數(月)	1.01

(三)保險收支項目分析：

以下將保險收支項目區分為保費收入、依法分配收入、利息收入、保險給付及提列呆帳等 5 項，進行年度成長比較⁸：

1.保費收入⁹

(1)115 年度預估保費收入 8,343.08 億元(含滯納金 5.47 億元)，較 114 年度 7,992.94 億元，增加 350.14 億元，成長率 4.38%(詳附表一)。

(2)115 年度保費收入中，一般保險費收入預估為 6,552.62 億元(成長率 3.96%)、補充保險費為 635.63 億元(成長率 1.46%)、政府應負擔健保總經費 36%不足數為 1,149.36 億元(成長率為 8.64%)，後 2 項合計 1,784.99 億元(詳附表二)，約占保費

⁸ 均以 115 年度預算數與 114 年度預算數比較。

⁹ 115 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 41 頁。

收入 21.39%。

(3)115 年度保險對象人數為 23,801,292 人，較 114 年度減少 89,460 人，其中第 4、6 類保險對象較 114 年度為正成長，分別增加 8,490、184,722 人，成長率為 9.71%、5.27%，第 1、2、3、5 類保險對象較 114 年度為負成長，分別減少 50,745、132,640、83,787、15,500 人，成長率為 -0.35%、-3.76%、-4.63%、-5.71% (詳附表三)。

2. 依法分配收入：

115 年度預估依法分配收入為 145.62 億元，較 114 年度 142.67 億元，增加 2.95 億元，成長率 2.07% (詳附表一)。分析如下：

(1) 提存安全準備部分：

① 菸捐分配收入：115 年度預估菸捐分配收入 126.62 億元，較 114 年度 128.38 億元，減少 1.76 億元，成長率 -1.37% (詳附表六)。

② 公益彩券盈餘分配收入：115 年度預估公益彩券盈餘分配收入 15.62 億元，較 114 年度 8.09 億元，增加 7.53 億元，成長率 93.1% (詳附表六)。

(2) 菸捐專項收入¹⁰：115 年度預估菸捐專項收入 3.38 億元，較 114 年度 6.19 億元，減少 2.81 億元，成長率 -45.40%。

3. 利息收入¹¹

115 年度預估利息收入為 30.16 億元，較 114 年度預算數 20.8 億元，增加 9.26 億元，成長率 44.96% (詳附表二)。

4. 保險給付¹²

(1) 115 年度保險給付 9,142.73 億元，較 114 年度 8,580.4 億元，增加 562.33 億元，成長率 6.55% (詳附表四)。

(2) 影響 115 年度保險給付金額之項目 (含加項及減項) 中，公務

¹⁰ 114 年度及 115 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 13 頁。

¹¹ 115 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 16 頁。

¹² 115 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 42 頁。

預算編列經費支應癌症新藥暫時性支付專款 100 億元及罕病藥費 20 億元，較 114 年度成長率 71.43%，部分負擔、代辦費用較 114 年度成長，成長率 10.86%、9.94%，菸捐較 114 年減少，成長率-3.4%(詳附表四)。

(3)115 年度總額預估為 9,796.99 億元，現行各年度總額，係由主管機關(衛福部)擬訂成長率範圍，報請行政院核定後，再交由本會協議訂定。110 至 114 年度行政院核定之總額範圍及核(決)定成長率，詳附表五。

5.提列呆帳¹³

(1)115 年度提列呆帳 55.56 億元，較 114 年度預算數 53.66 億元增加 1.9 億元，成長率 3.54%(詳附表二)。

(2)115 年度預估呆帳率¹⁴為 0.66%，略低於 114 年度之 0.67%。

6.雜項業務成本-菸捐專項業務¹⁵

(1)辦理重點：辦理使用「醫療審查傳輸系統(PACS 系統)」進行專業審查所需之網路傳輸費用、新醫療科技(再)評估、醫療服務費用審查及全民健康保險政策推動業務所需之國外考察經費、醫療服務費用審查平台之網路設備及儲存系統所需維護費用、辦理醫療費用總額審查作業委託辦理採購案等費用。

(2)預算：115 年度編列 2.93 億元，較 114 年度 2.62 億元，增加 0.31 億元，成長率 11.83%(詳附表一)。

參、111~114 年度保險收支項目推估差異比較表

就 111~114 年度保險收支項目之預算數、費率審議推估數、決算數之差異，整理如下表、圖二，提供委員參考。

¹³ 115 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 45 頁。

¹⁴ 呆帳率=呆帳/保費收入。

¹⁵ 115 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 20~21 頁。

111~114 年度保險收支項目比較表

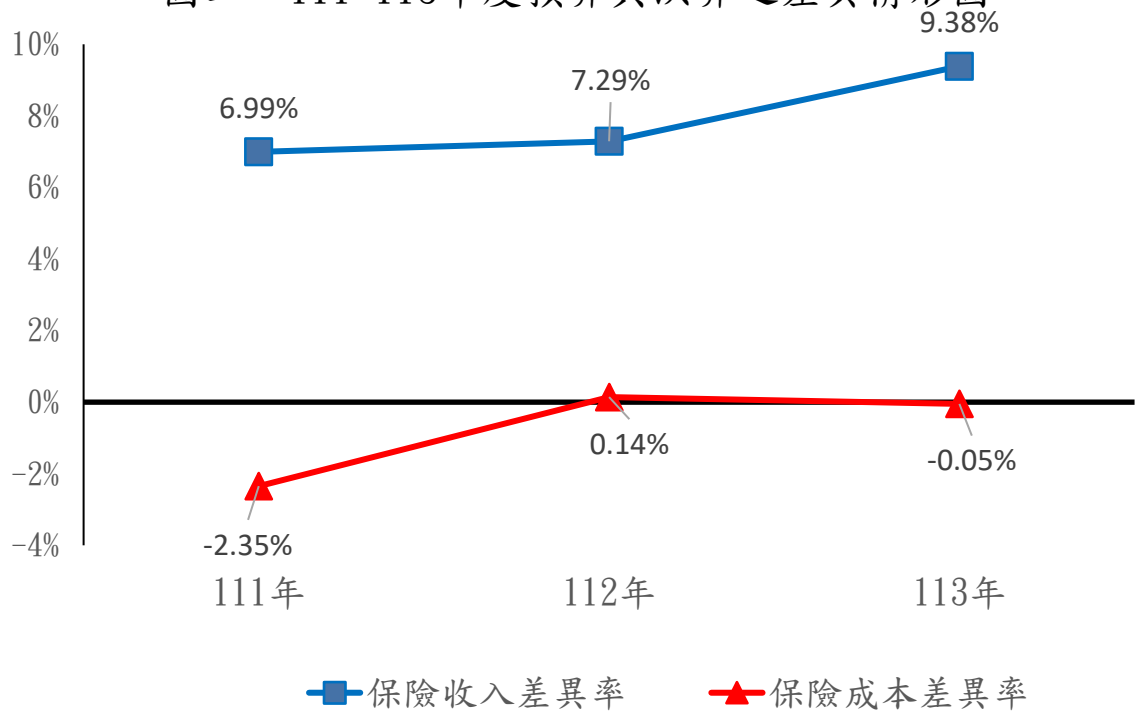
單位：億元；%

年度	項目	預算數 (a)	費率審議 推估數(b)	決算數 (c)	c-a(決算-預算)		c-b(決算-費率推估)	
					金額	差異百分比	金額	差異百分比
111	保險收入	7,106	7,205	7,603	497	6.99%	398	5.52%
	保險成本	7,671	7,471	7,491	-180	-2.35%	20	0.27%
	保險收支餘絀	-565	-266	112	677	-	378	-
112	保險收入	7,558	7,703	8,109	551	7.29%	166	2.16%
	保險成本	7,760	7,752	7,771	11	0.14%	19	0.25%
	保險收支餘絀	-202	-49	338	540	-	147	-
113	保險收入	7,818	8,087	8,335	517	9.38%	248	3.07%
	保險成本	8,113	8,017	8,109	-4	-0.05%	92	1.15%
	保險收支餘絀	-295	70	226	521	-	156	-
114	保險收入	8,125	8,388	-	-	-	-	-
	保險成本	8,585	8,516	-	-	-	-	-
	保險收支餘絀	-460	-128	-	-	-	-	-

註：1.預算數：111~113 年為法定預算、114 年為送立法院審議預算書；費率審議推估數 113 年 11 月提供；決算數：111、112 年為審定數；113 年為自編數。

2.為使比較基礎一致，預算數及決算數係將呆帳金額移列為保險收入減項(與費率審議推估基礎一致)

圖二 111~113年度預算與決算之差異情形圖



肆、結論

一般保險費及補充保險費費率在 110 年度調整為 5.17% 及 2.11% 下，依據健保署最新財務預估(附表七)，115 年度保險成本仍大於保險收入，預計保險收支短絀 672.56 億元，較 114 年度短絀 171.20 億元增加 501.36 億元，預估至 115 年底，安全準備餘額為 770.05 億元，約當 1.01 個月保險給付支出。

附表一、收支餘絀情形比較表(保險收支部分)

單位：新臺幣千元；%

科目	113年度 決算數 ¹ (a)		114年度 預算數 ² (b)		115年度 預算數 ³ (c)		114與113年度 比較增減		115與114年度 比較增減	
	金額	占率	金額	占率	金額	占率	金額 (b-a)	成長率 (b-a)/a	金額 (c-b)	成長率 (c-b)/b
保險收入	838,665,811	100.00%	817,893,561	100.00%	853,044,669	100.00%	-20,772,250	-2.48%	35,151,108	4.30%
保費收入	799,454,719	95.32%	799,294,367	97.73%	834,308,489	97.80%	-160,352	-0.02%	35,014,122	4.38%
其他補助收入	20,000,000	2.38%	1,100,000	0.13%	0	0.00%	-18,900,000	-94.50%	-1,100,000	-100.00%
依法分配收入 ⁴	14,228,182	1.71%	14,266,511	1.74%	14,562,190	1.71%	38,329	0.27%	295,679	2.07%
利息收入	3,571,389	0.43%	2,080,499	0.25%	3,015,909	0.35%	-1,490,890	-41.75%	935,410	44.96%
收回呆帳	1,386,495	0.17%	1,131,520	0.14%	1,138,000	0.13%	-254,975	-18.39%	6,480	0.57%
雜項收入	25,026	0.00%	20,664	0.00%	20,081	0.00%	-4,362	-17.43%	-583	-2.82%
保險成本	816,050,936	100.00%	863,887,864	100.00%	920,300,585	100.00%	47,836,928	5.86%	56,412,721	6.53%
保險給付	810,395,164	99.31%	858,040,391	99.32%	914,272,762	99.35%	47,645,227	5.88%	56,232,371	6.55%
呆帳	5,148,882	0.63%	5,365,518	0.62%	5,556,455	0.60%	216,636	4.21%	190,937	3.56%
雜項業務成本 ⁵	0	0.00%	261,998	0.03%	293,086	0.03%	261,998	-	31,088	11.87%
業務費用	502,116	0.06%	217,839	0.03%	176,216	0.02%	-284,277	-56.62%	-41,623	-19.11%
雜項費用	4,774	0.00%	2,118	0.00%	2,066	0.00%	-2,656	-55.63%	-52	-2.46%
保險收支餘絀	22,614,875		-45,994,303		-67,255,916		-68,609,178	-303.38%	-21,261,613	46.23%

註：

1.113年度全民健康保險基金附屬單位決算書。

2.114年度全民健康保險基金附屬單位預算書(預算案)。

3.115年度全民健康保險基金附屬單位預算書第9、46頁。

4.依法分配收入：包括菸品健康福利捐依法提存全民健康保險安全準備、供菸品健康福利捐專項業務所需經費及公益彩券盈餘分配收入；不包含菸捐挹助罕病用藥費用。

5.雜項業務成本：114年度起由於菸品健康福利捐支應全民健康保險之醫療科技評估、醫療服務審查及全民健康保險政策推動等專項所需業務費用。

附表二、保險預算估計基礎比較表

單位：新台幣千元；%

序 號	項 目	決算數 ¹						114年度 預算數 ²		115年度 預算數 ³	
		111年度(審定)		112年度(審定)		113年度		金額	成長率	金額	成長率
		金額	成長率	金額	成長率	金額	成長率				
1	保費收入	747,904,072	6.92%	773,534,416	3.43%	799,454,718	6.89%	799,294,367	-0.02%	834,308,489	4.38%
	一般保險費收入	585,711,662	3.43%	607,480,730	3.72%	629,358,600	7.45%	630,313,393	0.15%	655,262,260	3.96%
	補充保險費收入	73,388,478	26.03%	72,258,105	-1.54%	70,677,004	-3.69%	62,650,974	-11.36%	63,563,108	1.46%
	政府補助保費差額收入	88,282,180	18.52%	93,265,229	5.64%	98,829,564	11.95%	105,800,000	7.05%	114,936,121	8.64%
	滯納金收入	521,752	17.17%	530,352	1.65%	589,550	12.99%	530,000	-10.10%	547,000	3.21%
1-1	保險給付	748,648,263	2.98%	776,639,901	3.74%	810,395,164	8.25%	858,040,391	5.88%	914,272,762	6.55%
2	其他補助收入 ⁴	-	-	24,000,000	-	20,000,000	-	1,100,000	-94.50%	0	-100.00%
3	收回呆帳	1,264,198	11.59%	1,342,381	6.18%	1,386,495	9.67%	1,131,520	-18.39%	1,138,000	0.57%
	呆帳	5,337,174	-1.71%	5,236,669	-1.88%	5,148,882	-3.53%	5,365,518	4.21%	5,556,455	3.56%
4	利息收入 ⁵	1,008,492	82.39%	2,526,665	150.54%	3,571,389	254.13%	2,080,499	-41.75%	3,015,909	44.96%
	利息費用	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	各級政府未依限撥付保險費	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	期末短期借款餘額	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	雜項收入	22,512	-28.55%	18,754	-16.69%	25,026	11.17%	20,664	-17.43%	20,081	-2.82%
	雜項費用	1,412	-25.57%	2,558	81.16%	4,774	238.10%	2,118	-55.63%	2,066	-2.46%
7	業務費用	423,654	13.69%	458,449	8.21%	502,116	18.52%	217,839	-56.62%	176,216	-19.11%
8	年底安全準備餘額	104,893,728	12.04%	138,765,646	32.29%	161,380,522	53.85%	90,647,430	-43.83%	77,004,585	-15.05%
	安全準備相當保險給付月數 ⁶	1.68	8.72%	2.14	27.38%	2.39	42.26%	1.27	-46.86%	1.01	-20.47%

註：

- 1.健保署提供之111及112年度審定決算資料、113年度全民健康保險基金附屬單位決算書。
- 2.114年度全民健康保險基金附屬單位預算書(預算案)。
- 3.115年度全民健康保險基金附屬單位預算書第9、41、46頁。
- 4.其他補助收入：係政府挹注健保基金安全準備餘額。
- 5.115年度全民健康保險基金附屬單位預算書第16頁，利息收入包括營運資金利息、安全準備利息。
- 6.安全準備相當保險給付月數=年底安全準備餘額/(保險給付/12)。

附表三、保險對象類別結構人數變動表

單位：人；%

年度 項目	111年度 ¹		112年度 ¹		113年度 ¹		114年度 ²		115年度 ³	
	人數	成長率	人數	成長率	人數	成長率	人數	成長率	人數	成長率
總保險對象 (一至六類)	23,787,442	-0.31%	23,882,516	0.40%	23,959,972	0.32%	23,890,752	-0.29%	23,801,292	-0.37%
第一類	14,444,902	0.84%	14,555,701	0.77%	14,738,165	1.25%	14,688,187	-0.34%	14,637,442	-0.35%
第二類	3,577,629	-1.25%	3,497,533	-2.24%	3,419,965	-2.22%	3,528,075	3.16%	3,395,435	-3.76%
第三類	1,929,257	-4.06%	1,857,732	-3.71%	1,782,750	-4.04%	1,808,849	1.46%	1,725,062	-4.63%
第四類	97,330	-0.92%	98,361	1.06%	101,632	3.33%	87,402	-14.00%	95,892	9.71%
第五類	282,652	-1.68%	273,097	-3.38%	256,914	-5.93%	271,560	5.70%	256,060	-5.71%
第六類	3,455,672	-1.73%	3,600,092	4.18%	3,660,546	1.68%	3,506,679	-4.20%	3,691,401	5.27%

註：

1.健保署114年1月份業務執行季報告表2「全民健保各類保險對象人數統計表」(111~113年底人數)。

2.114年度全民健康保險基金附屬單位預算書(預算案)。

3.115年度全民健康保險基金附屬單位預算書第41頁。

4.成長率=前後年度相差人數/前一年度人數。

附表四、保險給付分析表

單位：新臺幣千元；%

明細科目	113年度 預算數 ¹	114年度 預算數 ² (a)	115年度 預算數 ³ (b)	115較114年度增減	
				金額 (b-a)	成長率 (b-a)/a
保險給付	810,722,333	858,040,391	914,272,762	56,232,371	6.55%
一、醫療費用【(一)、(二)合計】	875,936,229	938,652,429	1,007,466,305	68,813,876	7.33%
(一) 醫療給付費用總額 ³	864,217,882	919,311,438	979,699,134	60,387,696	6.57%
(二) 代辦費用	11,718,347	14,340,991	15,767,171	1,426,180	9.94%
(三) 政府補助辦理之專款項目	-	5,000,000	12,000,000	7,000,000	140.00%
二、減項合計數【(一)至(五)合計】	65,213,896	80,612,038	93,193,543	12,581,505	15.61%
(一) 部分負擔(1、2合計)	50,554,493	56,753,035	62,915,772	6,162,737	10.86%
1.部分負擔	45,011,000	51,166,000	57,138,000	5,972,000	11.67%
2.代辦部分負擔	5,543,493	5,587,035	5,777,772	190,737	3.41%
(二) 代位求償費用	2,200,000	2,300,000	2,300,000	-	0.00%
(三) 代辦費用	11,718,347	14,340,991	15,767,171	1,426,180	9.94%
(四) 菸品健康捐	210,600	218,012	210,600	-7,412	-3.40%
(五) 提升保險服務成效	530,456	-	-	-	-
(六) 政府補助辦理之專款項目	-	7,000,000	12,000,000	5,000,000	71.43%

註：

1.113年度全民健康保險基金附屬單位預算書第40頁(法定預算)。

2.114年度全民健康保險基金附屬單位預算書第42頁(預算案)。

3.115年度全民健康保險基金附屬單位預算書第42頁，115年醫療給付費用總額依114年9,286.25億元以成長率5.5%推估。

附表五、110年度至114年度行政院核定總額範圍及協定結果

單位：%

設定方式 年度	總醫療給付費用成長率					近5年平均 成長率
	110年度 ¹	111年度 ¹	112年度 ¹	113年度 ¹	114年度 ²	
行政院核定範圍	2.907~4.5	1.272~4.4	1.307~4.5	2.621~4.7	3.521~5.5	
較前一年核定總額成長率	4.107	3.32	3.323	4.7	5.5	4.190

註：

- 1.全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽-113年版第38頁。
- 2.依據衛生福利部113年9月3日衛部保字第1130139528號函及衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告。

附表六、提存及收回安全準備分析比較表¹

單位:新臺幣千元；%

來源及去路項目	決算數 ²			114年度 預算數 ³ (a)	115年度 預算數 ⁴ (b)	115較114年度增減	
	111年度 (審定)	112年度 (審定)	113年度 決算數			金額 (b-a)	成長率 (b-a)/a
提存安全準備(安全準備來源)A	11,272,831	33,871,919	22,614,875	-	-	-	-
滯納金收入	521,752	530,352	589,550	530,000	547,000	17,000	3.21%
運用收益	884,065	2,154,585	3,206,159	1,895,255	2,733,154	837,899	44.21%
公益彩券分配收入	1,446,961	1,771,810	1,710,630	809,011	1,562,190	753,179	93.10%
菸品健康福利捐分配收入	14,037,097	13,015,471	12,517,553	12,838,455	12,662,000	-176,455	-1.37%
保險收支結餘(上述以外各項之和)	-5,617,044	16,399,701	4,590,983	-16,072,721	-17,504,344	-1,431,623	8.91%
收回安全準備(安全準備去路)B	-	-	-	45,994,303	67,255,916	21,261,613	46.23%
保險收支短絀	-	-	-	45,994,303	67,255,916	21,261,613	46.23%
淨提存(收回)安全準備(=A-B)	11,272,831	33,871,919	22,614,875	-45,994,303	-67,255,916	-21,261,613	46.23%
年底安全準備餘額	104,893,728	138,765,646	161,380,522	90,647,430	77,004,585	-13,642,845	-15.05%
安全準備餘額折合保險給付月數	1.68	2.14	2.39	1.27	1.01	-0.26	-20.47%

註：

- 1.健保法第76條規定，安全準備來源包括年度收支結餘、滯納金、運用收益、菸品健康福利捐及其他法令規定之收入；年度收支短絀應由安全準備先行填補。
- 2.健保署提供之111至112年度審定決算試算表、113年度全民健康保險基金附屬單位決算書。
- 3.114年度全民健康保險基金附屬單位預算書(預算案)。
- 4.115年度全民健康保險基金附屬單位預算書第44頁。

附表七 全民健康保險基金
115年底安全準備餘額推估表

單位：千元

科 目	115年度擬編數
保險收入	853,044,669
保費收入	834,308,489
依法分配收入(不含罕病用藥2億1,060萬元)	14,562,190
利息收入	3,015,909
收回呆帳	1,138,000
雜項收入	20,081
保險成本	920,300,585
保險給付	914,272,762
呆帳	5,556,455
其他業務成本	293,086
業務費用	176,216
雜項費用	2,066
保險收支淨賸餘(短絀)	-67,255,916

安全準備餘額推估：

113年底安全準備餘額(自編決算)	161,380,522
114年度預估短絀 (依據財務組114年2月財估調整後預估數)	-17,120,021
114年底安全準備餘額	144,260,501
115年度預算短絀(擬編預算)	-67,255,916
115年底安全準備餘額(約保險給付1.01個月)	77,004,585

全民健康保險會第 7 屆 114 年第 2 次委員會議
預決算備查案委員意見彙整表

委員 姓名	委員意見																																																						
黃國祥	<p>一、本次 115 年健保預算總額成長率拉至與 114 年度的上限相同(5.5%)，較基期(9,286.25 億元)增加 510.74 億元，是歷年成長金額最高的一年，請說明若要控制成長，可能可以調控的是那個部分費用？</p> <p>二、115 年度預算數的安全準備金餘額約為 1.01 個月，雖符合健保法第 78 條所定保險安全準備總額(以相當於 1 至 3 個月保險給付支出為原則規定)，但是否可能造成不到民國 116 年底就需調漲保費之疑慮，若需調漲保費會調整多少百分比？</p>																																																						
洪瑜黛	<p>資料中多次出現菸捐挹注罕病用藥費用一詞，但是從基金會整理的歷年資料(如下表)顯示，罕藥專款預算除 109 年外都有結餘，皆未使用菸捐補助款，請問最後菸捐挹注罕病用藥費用的去向或用途為何？</p> <p style="text-align: center;">105~112 年罕藥專款及菸捐補助使用情形</p> <p style="text-align: right;">單位：億元</p> <table><tr><th></th><th>105 年</th><th>106 年</th><th>107 年</th><th>108 年</th><th>109 年</th><th>110 年</th><th>111 年</th><th>112 年</th></tr><tr><td>罕藥預算(A)</td><td>57.91</td><td>57.91</td><td>65.09</td><td>72.957</td><td>71.66</td><td>76.01</td><td>87.75</td><td>99.84</td></tr><tr><td>罕藥支出(B)</td><td>45.85</td><td>53.55</td><td>58.68</td><td>61.67</td><td>70.51</td><td>73.04</td><td>76.79</td><td>95.76</td></tr><tr><td>罕藥專款餘額(A-B)</td><td>12.06</td><td>4.36</td><td>6.41</td><td>11.29</td><td>1.15</td><td>2.97</td><td>10.96</td><td>4.08</td></tr><tr><td>菸捐補助罕藥(C)</td><td>2.43</td><td>2.43</td><td>1.89</td><td>2.12</td><td>2.39</td><td>2.44</td><td>2.40</td><td>2.239</td></tr><tr><td>是否需使用到菸捐補助</td><td>否</td><td>否</td><td>否</td><td>否</td><td>是</td><td>否</td><td>否</td><td>否</td></tr></table>		105 年	106 年	107 年	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年	罕藥預算(A)	57.91	57.91	65.09	72.957	71.66	76.01	87.75	99.84	罕藥支出(B)	45.85	53.55	58.68	61.67	70.51	73.04	76.79	95.76	罕藥專款餘額(A-B)	12.06	4.36	6.41	11.29	1.15	2.97	10.96	4.08	菸捐補助罕藥(C)	2.43	2.43	1.89	2.12	2.39	2.44	2.40	2.239	是否需使用到菸捐補助	否	否	否	否	是	否	否	否
	105 年	106 年	107 年	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年																																															
罕藥預算(A)	57.91	57.91	65.09	72.957	71.66	76.01	87.75	99.84																																															
罕藥支出(B)	45.85	53.55	58.68	61.67	70.51	73.04	76.79	95.76																																															
罕藥專款餘額(A-B)	12.06	4.36	6.41	11.29	1.15	2.97	10.96	4.08																																															
菸捐補助罕藥(C)	2.43	2.43	1.89	2.12	2.39	2.44	2.40	2.239																																															
是否需使用到菸捐補助	否	否	否	否	是	否	否	否																																															

第三案

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(續提)，請鑒察。(資料後附)

說明：

- 壹、門診透析-「居家血液透析與提升其照護品質」之具體實施方案
- 貳、西醫基層總額-「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」之具體實施方案

第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：114 年 3 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

.....

本會整理說明：

依 102 年 2 月 22 日委員會議決定及 114 年度工作計畫，為提高議事效率，本項例行性業務報告，書面資料須每月提供，但口頭報告改採季(每年 2、5、8、11 月)報方式辦理。爰本次提供書面資料，不進行口頭報告。請委員先行審閱，如有疑義可洽該署各項業務窗口。

決定：

附錄

抄本

檔 號： 附錄一
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：彭美瑩
聯絡電話：(02)8590-6858
傳真：無
電子郵件：hspeng@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國114年4月9日
發文字號：衛部健字第1143360052號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：推派代表基本資料、紀錄摘錄

主旨：檢送貴署函請推派本會委員擔任「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」等代表之推薦基本資料表（如附件1），復請查照。

說明：

- 一、復貴署114年2月10日健保醫字第1140660515號、3月14日健保審字第1140104746號函。
- 二、旨揭推派名單，包括：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與4個總額部門及門診透析全民健康保險醫療給付費用各總額研商議事會議，經本會第7屆114年第1次委員會議(114年3月26日)提案討論後決議在案(會議紀錄摘要如附件2)。
- 三、資料表中之委員聯絡地址、電話及電子郵件等資料，請依據個人資料保護法第16條規定，略以：公務機關對個人資料之

利用，除第6條第1項所規定資料外，應於執行法定職務必要範圍內為之，並與蒐集之特定目的相符。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：楊委員玉琦、林委員恩豪、吳委員永全、洪委員瑜黛、田委員士金、董委員正宗、鄭委員力嘉、許委員慧瑩、陳委員節如、張委員田黨、蔡委員順雄、嚴委員必文、黃委員國祥、林委員敏華、呂委員正華、楊委員芸蘋(均含附件)

抄本

檔 號： 附錄二
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：藍珮如
聯絡電話：(02)8590-6666 分機：6869
傳真：無
電子郵件：hspeiju@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國114年4月14日
發文字號：衛部健字第1143360059號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：全民健康保險會第7屆114年第1次委員會議資料及議事錄(節錄)

主旨：檢送本會委員所提「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案」之提案內容、決議及發言實錄(如附件)，事屬貴管權責範圍，敬請卓參。

說明：依據114年3月26日本會第7屆114年第1次委員會議決議事項辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：

個別委員關切事項(含書面意見)之健保署回復

委員意見	健保署說明
<p>林代理委員綉珠(紀委員淑靜代理人)(議事錄第 75~76 頁)</p> <p>謝謝健保署看到急重症的困難，我當然不會是反對的，只是在會議資料第 181 頁(四)特別提到，剛剛石署長也報告要扣合指標達標的情形，其中醫護人員調薪及增聘人力情形的部分，是我們不瞭解或有模糊的空間，除了加護病床占床率、留置急診相關指標大概之前都已經非常明確，但最重要的 2 個指標就是醫護人員調薪及增聘人力情形，目前看起來是還沒有明確的指標，我想這部分是不是請健保署找專家學者，能夠幫我們更清楚地讓大家知道，因為調升支付標準的錢是進入大水庫，這部分怎麼回饋出來？是不是請健保署給我們更多的指示。也謝謝健保署對整個急重症問題的關注，實質來協助我們，這部分我們在護理界都已經跟大家公告等通過之後就能實施，可是後續怎麼監測、標準的訂定、甚至回饋到護理部分，這部分有待大家一起努力，謝謝。</p>	<p>一、有關本案須扣合之特定指標（如醫護人員調薪或增聘人力情形）部分，考量指標訂定宜保留彈性以利總額管理，爰本署將規劃指標訂定原則，並由本署各分區業務組依其共管方式辦理相關執行細節。</p> <p>二、另有關本案財務影響部分，推估全年增加約 42.37 億點，惟考量支付標準修訂案刻正辦理預告作業，續將依程序報請衛生福利部核定並公告實施，預計 114 年 5 月生效，爰其財務影響推估為 28.25 億，預算尚足支應。</p>
<p>林委員恩豪(議事錄第 76 頁)</p> <p>我要問的問題跟林綉珠委員一樣，但是她已經幫護理界問了，因為其實前前後後健保已經撥補了很多護理的費用進去，但我們關心的是它到底有沒有落實、反應在護理人員身上，從新聞看起來似乎沒有的樣子，或是百分比沒有很</p>	

委員意見	健保署說明
<p>高。我們當然是要解決這人力荒和薪資問題，跟剛剛林委員講的一樣，我們希望能夠真的確實落實。我想請問署長，你有這個指標，但到底要怎麼真的落實？能夠告訴我們真的有落實這件事。另外，這次提的預算超過本來核定的預算，如果到時候真的超過，那怎麼辦？</p>	
<p>陳委員秀熙(議事錄第 93 頁)</p> <p>不知道有沒有可能用指標 1 的例子來看，剛剛說健康存摺 APP 登錄人數增加率要大於 5%，如果細分高風險跟低風險對象，對於高風險的對象，例如對 CKD 或糖尿病病人是不是要訂比較高的目標值，像是 10%？雖然現在不能一次到位，但能不能夠試辦？建議健保署根據個人風險回歸，提出精準的數據，如果不能這樣做，我們一直在講不當耗用，可能會傷害到高風險對象，但對低風險對象來說，就是資源浪費。</p>	<p>一、有關委員建議 114 年度抑制資源不當耗用改善方案之指標細分高低風險對象不同程度之目標值，以指標 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)為例，前揭指標為以民眾為對象，鼓勵全國民眾自主登錄生理量測資料，包含血壓、腰圍、飯前後血糖、身高、體重、三酸甘油脂、高密度脂蛋白膽固醇等，以促進全面、主動的健康管理，協助民眾做好代謝症候群之預防及疾病管理。</p> <p>二、本指標為首次使用，容供本署持續觀察指標成效，指標成效將作為三高病人防治之參考。</p>
<p>林委員恩豪(議事錄第 94 頁)</p> <p>我剛有請問署長修正後的指標 1 與指標 2 的差異到底是在哪裡，看起來都只是在用健康存摺。</p> <p>最後，不好意思要補充一下，剛才忘記說，以往討論抑制資源不當耗用改善方案時，都會希望健保署提供量化結果，我們歷年都只有執行率，希望下次</p>	<p>本署開發「全民健保行動快易通 | 健康存摺」APP 提供多元健保服務，例如：虛擬健保卡、健康存摺、健保櫃檯、醫療查詢等功能，114 年度抑制資源不當耗用改善方案(草案)指標 1 與指標 2 差異如下：</p> <p>一、指標 1(全民健保行動快易通/健康</p>

委員意見	健保署說明
<p>提出執行成果時，可以提出量化的結果。</p>	<p>存摺 APP 健康存摺/生理量測功能資料登錄人數增加率)為監測民眾使用生理量測功能情形，以瞭解民眾對血壓、血糖、膽固醇等健康指標知能，促進防治代謝症候群。</p> <p>二、指標 2(年度健康存摺使用人次增加率)係為監測民眾使用「健康存摺」所有項目之黏著度，以瞭解民眾使用健康存摺做為個人自我照護工具情形。</p>
<p>黃委員心苑會後書面意見(議事錄第 95 頁) 請健保署說明會議資料第 192 頁指標 17、18 放寬的理由。</p>	<p>一、有關指標 17(西醫門診病人可避免住院率)114 年目標值較 113 年調升，係考量 109 年至 111 年受疫情影響，爰以 112 年執行值及 107 年至 108 年成長率估算 113 年目標值；114 年雖無疫情影響，惟部分疾病就診情形大幅上升，爰調整 114 年目標值計算方式，改以近兩年平均值估算。</p> <p>二、有關指標 18(住院案件出院後 3 日以內急診率)係考量不同時空背景醫療環境有所差異，爰本署統計 112 年第 3 季至 113 年第 2 季本項實績值為 2.58%，為強化醫院對於住院病人之照護，爰將目標值訂為 2.48%，以鼓勵醫院重視住院照護品質。</p>
<p>張委員田黨會後書面意見(議事錄第 135 頁) 為了確保護理人員工作辛勞，同意提高給付標準，而且數字要達到所求，符</p>	<p>有關急性一般病床(含精神)護理費支付點數調整案業經本署 114 年 3 月 27</p>

委員意見	健保署說明
<p>合需求及達公平性為原則！</p> <p>更重要的是應朝「醫療」及「照護」共同永續發展為前提，醫療照護沒有在分貧富貴賤或大小，不應只針對「醫療」單一面向調整給付標準，為確保台灣整體護理人力運轉，應針對各「醫療層級」護理人力及各種醫療「照護後送機構」單位的護理人員的薪資通盤檢討，不能急就章只專注在「準醫學中心」或醫療院所，均須在衛福部補助條款中，一視同仁，一樣的額度，否則機構請不到護理人員，一樣會導致「醫療」及「照護」永續發展窒礙難行的窘境，盼能做到整體公平、合理的準則。永續發展不是一個口號，需要時拿來消費，永續發展是一種行動而且需要去實踐！</p>	<p>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決議通過，本次係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，已通盤考量各層級醫院之差異性。</p>

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：李羿萱

聯絡電話：02-27065866 分機：2630

傳真：02-27069043

電子郵件：A111360@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年4月15日

發文字號：健保醫字第1140661832號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：無

主旨：貴會原訂114年4月23日召開之第7屆114年第2次委員會安
排報告「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」案，建請同意另擇期報告，請查照。

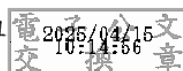
說明：

一、依據貴會114年度工作計畫辦理。

二、為增列相關資料使報告更臻完備，原訂報告時程懇請延後
辦理。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：本署醫務管理組、本署企劃組



114.04.15



1143340073

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：陳怡蓓

聯絡電話：02-27065866 分機：2614

傳真：02-2706-9043

電子郵件：A111034@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年3月21日

發文字號：健保醫字第1140661195A號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

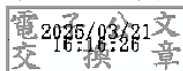
附件：如主旨 (A210300001_1140661195A_doc2_Attach1.pdf)

主旨：檢送114年度西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方
式（附件），請備查。

說明：依據本署114年3月6日召開之全民健康保險醫療給付費用西
醫基層總額114年第1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、中華民國醫師公會全國聯合會（均含附件）



114.03.24



1143340057

114年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式

- 一、**114年**西醫基層一般服務費用地區預算之參數分配方式
- 二、SMR及TRANS以**109-112年度**數值依25%、25%、25%、25%加權平均計算。
- 三、**114年**西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式：
 - (一) **114年**一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度1.052億元)，全年移撥風險調整移撥款**650百萬元**。用於因撥補因R值占率前進而減少預算分區之「**減少費用**」(**不含東區**)，其次，保障東區浮動點值不低於每點1元(不含「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)，餘款用於撥補點值落後地區，並依**114年**西醫基層總額四季預算占率提列。
 - (二) 六分區各季預算**70%**依「人口風險因子及轉診型態校正比例(R值)」，**30%**依「開辦前一年各區門診醫療費用占率(S值)」比率分配。
 - (三) 撥補因R值占率前進而減少預算分區之「減少費用」，係採**114年**一般服務總額預算計算，並扣除風險調整移撥款**6.5億元**後，估算減少地區之費用，進行該區預算回補。
 - (四) 以**東區以外之五分區**一般服務費用(不含新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用，含查處追扣金額、「強化基層照護能力開放表別項目」、「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」、「因應長新冠照護衍生費用」、「促進醫療服務診療項目支付衡平性」等專款、其他部門「基層總額轉診型態調整費用」、及藥

品給付協議)，估算浮動點值後進行排序及風險調整移撥款風險調整移撥款撥補點值落後地區方式，如下：

1. 點值落後地區，係指低於五分區平均浮動點值且不超過每點1元之地區。

2. 依下列公式進行費用撥補：

$$\{(M - An) \times Y_n / \sum_{n=1}^n [(M - An) \times Y_n]\}$$

× 當季風險調整移撥款

註

M=五分區平均浮動點值；A=該區浮動點值。

Y=該分區一般服務預算（不含違規查處、專款及其他部門）占率。

n=低於五分區平均浮動點值且不超過每點1元之地區。

3. 撥補前與撥補後點值排序不變，若撥補後影響點值排序，則受撥補分區最高補至與原浮動點值排序前一名之分區點值，且點值不超過每點1元為止。

4. 若有剩餘或未動用之移撥款，則當季依五分區（不含東區）移撥後之預算（不含違規查處、專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算）占率攤分。

（五）分區一般服務預算依前開調整後併入「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」，結算點值。

四、112年西醫基層總額六分區查處非總額舉發追扣金額，依六分區減列金額之50%，列入114年六分區地區預算分配，計算方式如下：

（一）扣除額度，臺北427,212元、北區248,663元、中區1,496,856元、南區168,954元、高屏區38,259元、東區143,917元。

（二）114年六分區四季一般服務費用預算應減列之金

額，依112年四季預算占率計算。

- (三)114年六分區四季一般服務費用預算扣除各該區應減列之金額後，各該季總減列之金額再依112年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至114年六分區各該季費用預算。

註：四季預算占率係指不含專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：張毓芬

聯絡電話：02-27065866 分機：2629

電子郵件：A111037@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年4月9日

發文字號：健保醫字第1140661512A號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

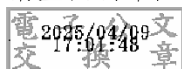
附件：如主旨 (A21030000I_1140661512A_doc2_Attach1.pdf)

主旨：檢送114年度醫院總額風險調整移撥款分配方案(附件)，
請備查。

說明：依據本署114年3月12日召開之全民健康保險醫療給付費用
醫院總額114年第1次研商議事會議決定辦理。

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、台灣醫院協會、本署各分區業務組(均含附件)



114.04.10



1143340069

健保會委員對特殊材料「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之討論結果

健保會 114.4

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，訂有「健保會討論自付差額特材案之作業流程」，健保署依作業流程規定於 113 年 12 月 16 日將「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」函送健保會討論，經健保會洽請專家學者提供建議及請健保署回復說明後，為保障民眾就醫權益，本會較原作業流程之規定時程，提早 2 個月安排於健保會第 7 屆 114 年第 1 次委員會議(114.3.26)進行討論，並於會前將全案資料(包含基本資料表、品項彙整表、醫療科技評估報告、健保署特材共擬會議資料與紀錄等)寄送委員審閱。

依健保署說明，本案特材主要功能為將破損的軟組織重新固定回骨頭上，最常用於肩部，健保現行全額給付品項為金屬材質縫合錨釘，本案屬特殊材質，其經 113 年 11 月份健保署特材共擬會議討論，為廣納新醫材、維持臨床使用的供貨穩定、提升臨床可近性，及考量對健保財務影響，乃通過以自付差額方式納入健保給付，健保給付上限採核定費用的 40%(最高比例)，核定費用採公立醫院、醫學中心兩者合併之採購價格中位數除以近 10 年浮動點值平均值訂定，保險醫事服務機構收取差額上限(即民眾自付費用)，為核定費用扣除健保給付上限。(健保全額給付品項與本案自付差額品項之相關費用如附圖)

健保會委員在聽完健保署報告後，認為健保已有全額給付的縫合錨釘，本案特材非屬未滿足的醫療需求(unmet medical need)，且價格昂貴，考量對健保財務衝擊，支持以自付差額方式納入健保給付，並提出應該建立民眾自付差額的觀念，當健保已有給付而民眾想選擇功能更好的品項時，應由其自行負擔差額，而不是讓全民共同分擔，然若屬健保尚未給付的特材，則應全額給付，以保障民眾的權益。

委員也注意到本案特材與健保已給付特材的療效，在臨床試驗結果並沒有顯著差異，建議在納入自付差額特材後，應收集真實世界數據(real world data)，以利瞭解民眾實際需求及評估療效。另委員關心不同醫院對民眾收取的自付差額金額是否不一樣、提供的特材品項是否不同，建議健保署應提供充足、透明的自付差額特材相關資訊，以利民眾了解、供就醫選擇參考。

對於委員所提意見，健保署說明，醫材無法像藥品有很嚴謹的臨床試驗設計，臨床療效雖無顯著性差異，但新的醫材可能臨床使用上較為舒適、不適感或副作用較低等，若以自付差額方式納入健保後，好處是會訂定保險醫事服務機構收取差額上限，醫療院所向民眾收取的自付費用將會受到規範，且各個廠牌間還是可以有自由市場的競爭機制，再搭配後續的特材價量調查，適時調整價格。另外將會透過收集的真實世界數據，進行醫療科技再評估其療效。至於保障民眾知的權利部分，健保署正在規劃新的自費醫療平台網頁，未來將可提供民眾更多搜尋、比較功能，以及衛教資訊。

本案經充分討論後，決議同意健保署本次所提自付差額給付之特材建議案，並請該署儘速循行政程序，報請衛福部核定公告實施，以維護民眾權益；並請其持續監測本案特材使用狀況，並於其納入自付差額給付半年後，提出檢討改善報告；委員所提意見，請該署參考。健保會委員未來仍將持續關注自付差額特材的使用情形，為民眾的權益把關。

出處：相關內容詳[衛福部健保會第 7 屆 114 年第 1 次委員會議議事錄\(114 年 3 月 26 日\)](#)

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：周小姐
聯絡電話：(02)8590-6745
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hpwwchou@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24日
發文字號：衛部保字第1141260113C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：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法」第三條、第七條，業經本部於中華民國114年3月24日以衛部保字第1141260113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：中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、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、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
副本：衛生福利部中央健康保險署、本部全民健康保險會(均含附件)

114.03.24



114CC00205

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同 擬訂辦法第三條、第七條修正總說明

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（下稱本辦法）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，並於一百零八年二月二十五日修正發布，本次為第二次修正。

本次修正係為確保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醫療服務擬訂事項，以維護保險對象使用醫療服務權益及醫療需求，並使醫療服務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，爰修正本辦法第三條、第七條，其修正要點如下：

- 一、本會議代表不得具有民意代表身分。（修正條文第三條）
- 二、本會議代表任期屆滿而未能完成聘任之處理方式。（修正條文第七條）

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同 擬訂辦法第三條、第七條修正條文

第三條 本會議召開時，應邀請不具民意代表身分之下列代表參加：

- 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。

第七條 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。

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。

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。

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二十四日修正施行前，最後聘任之本會議代表，亦同。

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 公告

11558



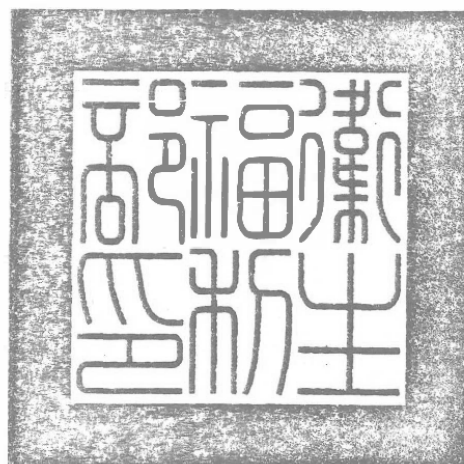
臺北市南港區忠孝東路6段488號4樓

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年3月31日

發文字號：衛部保字第1140112287號

附件：全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案附表



主旨：公告修訂「全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案」附表。

副本：台灣醫院協會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、衛生福利部中央健康保險署、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會、本部口腔健康司、本部社會保險司(均含附件)

部長邱泰源

分層負責代碼	一層	二層	三層	四層
22-018		✓		

第1頁 共1頁

副內紙半

健保會 114007

114. 4. 1

副本

檔 號： 附錄十
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14日
發文字號：健保醫字第1140661153號
附件：請自行至本署全球資訊網擷取



主旨：公告新增「113年度全民健康保險基層診所照護獎勵方案」，並自113年7月1日起生效。

依據：全民健康保險法第41條。

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

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300060

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



4

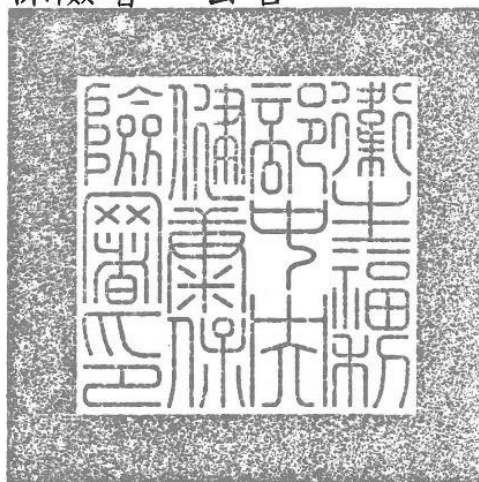
臺北市南港區忠孝東路6段488號

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3月27日

發文字號：健保醫字第1140106088號

附件：請至本署全球資訊網公告欄截取



主旨：公告修訂「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3月20日衛部保字第1141260130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



1143300067

114. 3. 27

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4月1日

發文字號：健保醫字第1140661544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弱勢鄉鎮醫療服務
提升獎勵計畫」，並自114年1月1日生效。

依據：衛生福利部114年3月20日衛部保字第1141260128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、衛生福利部國民健康署、本署各分區業務組、
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



1143300070

114.4.1

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114年3月11日

發文字號：健保醫字第1140661050A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3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114年2月25日「全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額114年第1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114年3月15日起，牙醫門診總額費用之暫付、核付，依113年第3季結算點值辦理，並於114年3月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。

4. 03. 12



1143340043



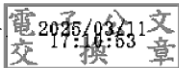
裝

訂

線

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



六、修正後一般服務各分區點值之計算

1. 修正後一般服務浮動每點支付金額＝[修正後分區一般服務預算總額(BD3)]

— 投保該分區至其他五分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)

當地就醫分區自執核退點數(BJ)

投保該分區當地就醫一般服務浮動核點數(BF)

臺北分區 = [4,608,461,591 - 873,381,572 - 38,883,590 - 259,009] / 3,875,607,509 = 0.95364079

北區分區 = $[2,071,843.343 - 461,078.808 - 7,516.081 - 119,332] / 1,521,356.910 = 1.06363029$

$$\text{中區分區} = [2, 266, 552, 033 - 197, 139, 557 - 18, 582, 913 - 101, 942] / 1,978, 113, 720 = 1.03670866$$
$$[1.566, 170.268 - 235.724, 677 - 12.565, 375 - 62.043] / [1.224, 170.864 = 1.07649856$$
$$= [1, 717.995, 967 - 167, 770, 900 - 9, 312, 775 - 43, 954] / 1,469,495.418 = 1.04856968$$
$$224.179.306 - 38.928.438 - 2.244.956 - 16.707 \div 158.880.603 = 1.15174037$$

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點數(GF)

$$= [12, 455, 202, 508 - 74, 073, 528 - 602, 987] / 12, 279, 093, 068 = 1.00826062$$

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)]

$$/[\text{一般服務核定浮動點數}(\text{GF}) + \text{核定非浮動點數}(\text{BG}) + \text{自墊核退點數}(\text{BJ})]$$
$$\text{臺北分區} = [4,608,461,591] / [4,834,605,097 + 38,883,590 + 259,009] = 0.94556835$$
$$\text{北區分區} = [2,071, 843, 343] / [1,984, 608, 131 + -7,516, 081 + 119,332] = 1.04786133$$
$$\text{中區分區} = [2, 266, 552, 033] \setminus [2, 177, 318, 705 + 18, 582, 913 + 101, 942] = 1, 032, 125, 85$$
$$\left[\frac{1,566,170,268}{1,452,074,022 + 12,565,375 + 62,043} \right] = 1.06927612$$
$$\lceil 1,717,995.967 \rceil / \lceil 1,637,810.249 + 9,312,775 + 43,954 \rceil = 1.04300049$$
$$\begin{aligned} \text{東區分區} &= [224, 179, 306] / [192, 676, 864 + 2, 244, 956 + 16, 707] = 1.15000000 \end{aligned}$$

4. 修正後一般服務全區平均點值

$$= [12, 455, 202, 508] \setminus [12, 279, 093, 068 + 74, 073, 528 + 602, 987] = 1.00821069$$

程式代號：R0B13308R01	113年第3季	結算主要費用年月起迄：113/07-113/09	核付截止日期：113/12/31	頁次：36
=====				
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(BD3) + 專款專用暫結金額 + 移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報暫結金額+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(BG) + 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及獎勵金)+移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數]				
臺北分區	= [4,608,461,591 + 288,490,750 + 3,606,617 + 1,537,327]	259,009 + 389,697,604 + 3,606,617] = 0.93070970		
北區分區	= [2,071,843,343 + 109,553,644 + 1,942,525 + 1,209,382]	119,332 + 136,845,876 + 1,942,525] = 1.03239561		
中區分區	= [2,266,552,033 + 177,652,744 + 9,635,380 + 2,223,055]	101,942 + 228,742,539 + 9,635,380] = 1.00890646		
南區分區	= [1,566,170,268 + 103,505,716 + 3,413,085 + 5,145,803]	62,043 + 136,009,404 + 3,299,842] = 1.04627412		
高屏分區	= [1,717,995,967 + 137,928,902 + 9,937,473 + 2,786,794]	43,954 + 178,173,538 + 9,937,473] = 1.01818316		
東區分區	= [224,179,306 + 30,216,598 + 3,952,507 + 728,022]	16,707 + 34,363,836 + 3,432,394] = 1.11318325		
全區	= [12,455,202,508 + 847,348,354 + 32,487,587 + 13,630,383]	602,987 + 1,103,832,797 + 31,854,231] = 0.98956312		

註：1. 專款專用暫結金額=牙醫特殊醫療服務結算金額(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照護計畫+超音波根管沖洗計畫+高風險疾病口腔照護計畫
 +網路頻寬補助費用暫結金額+品質保證保留款預算+113年品質保證保留款預算/4。
 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. 本季結算費用年月包括：
 費用年月113/06(含)以前：於113/10/01~113/12/31期間核付者。
 費用年月113/07~113/09：於113/07/01~113/12/31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@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13日
發文字號：健保醫字第1140661076A號
速別：普通件
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3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」已確認並公布於本署全球資訊網，請自行下
載運用，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨114年2月20日「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」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114年3月15日起，中醫門診總額費用之暫付、核
付，依113年第3季結算點值辦理，並於114年3月辦理該季
點值結算後追扣補付事宜。

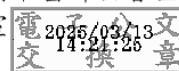
114.03.13



1143340046

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



裝

訂

線



衛生福利部中央健康保險署

程式代號： RGBI3308R02 113年第 3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 列印日期：114/03/03
結算主要費用年月起迄：113/07-113/09 核付截止日期：113/12/31 頁次：31

五、調整後一般服務浮動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, 355, 478, 739	-	920, 956, 120	-	72, 817] /	1, 511, 394, 251 =	0. 94909042
北區分區	= [1, 026, 096, 690	-	452, 198, 574	-	34, 870] /	686, 348, 364 =	0. 83611075
中區分區	= [1, 997, 217, 083	-	760, 892, 980	-	40, 768] /	1, 382, 212, 215 =	0. 89442368
南區分區	= [1, 104, 683, 027	-	470, 369, 948	-	33, 369] /	715, 360, 274 =	0. 88665772
高屏分區	= [1, 251, 797, 727	-	509, 347, 822	-	3, 234] /	811, 208, 283 =	0. 91523556
東區分區	= [176, 310, 225	-	53, 365, 335	-	500] /	106, 124, 452 =	1. 15849258

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, 911, 583, 491 - 3, 167, 130, 779 - 185, 558] / 5, 212, 647, 839 = 0. 91014534

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, 355, 478, 739	] / [	1, 511, 394, 251 +	920, 956, 120	+	72, 817] =	0. 96836716
北區分區	= [1, 026, 096, 690	] / [	686, 348, 364 +	452, 198, 574	+	34, 870] =	0. 90120594
中區分區	= [1, 997, 217, 083	] / [	1, 382, 212, 215 +	760, 892, 980	+	40, 768] =	0. 93190903
南區分區	= [1, 104, 683, 027	] / [	715, 360, 274 +	470, 369, 948	+	33, 369] =	0. 93162164
高屏分區	= [1, 251, 797, 727	] / [	811, 208, 283 +	509, 347, 822	+	3, 234] =	0. 94792993
東區分區	= [176, 310, 225	] / [	106, 124, 452 +	53, 365, 335	+	500] =	1. 10546058

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, 911, 583, 491] / [5, 212, 647, 839 + 3, 167, 130, 779 + 185, 558] = 0. 94410708

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：張毓芬

聯絡電話：02-27065866 分機：2629

電子郵件：A111037@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年3月14日

發文字號：健保醫字第1140661230號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：結算說明表請至本署全球資訊網自行下載

主旨：113年第3季「醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表」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114年3月12日全民健康保險醫療給付費用醫院總額114年第1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114年3月15日起暫付、核付之醫院總額費用依113年第3季點值辦理，並於114年3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



114.03.17



1143340050

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



裝

訂

線



衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r04

113年第3季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄：113/07-113/09

列印日期：114/03/07
頁次：83

5. 非偏遠地區門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(BD4) + 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)]			
- 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	= [22,088,900,353 + 27,601,135,295 - 4,651,842,337 - (24,718,930,039 - 203,649,875 - 168,881,505 - 20,035,568)] / 23,549,809,589	=	0.87710252
北區分區	= [8,234,850,058 + 11,174,415,519 - 2,997,976,147 - (9,680,609,225 - 250,702,037) - 22,131,869 - 15,220,967 - 10,372,594] / 7,476,194,906	=	0.92743125
中區分區	= [10,535,277,384 + 14,462,450,369 - 1,228,221,681 - (12,176,118,044 - 381,645,705 - 409,376,964 - 6,663,744) / 12,241,641,922	=	0.91196237
南區分區	= [8,176,163,053 + 11,580,365,149 - 1,646,522,086 - (9,752,446,283 - 296,129,124) - 25,170,819 - 23,012,090 - 5,009,220] / 8,603,085,636	=	0.99969908
高屏分區	= [8,624,961,336 + 12,360,715,741 - 1,145,071,430 - (10,044,391,259 - 284,419,846) - 84,949,379 - 56,145,439 - 4,760,064] / 10,186,959,090	=	0.97524485
東區分區	= [1,407,356,998 + 2,378,255,066 - 330,133,745 - (1,737,223,248 - 43,252,114) - 54,363,791 - 26,109,381 - 822,014] / 1,632,218,945	=	1.02940356

6. 非偏遠地區門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(B3)]

- (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)	
= [59,067,509,182 + 79,557,337,139 - (68,808,464,444 - 1,971,619,392) - 47,663,204] / 77,846,500,605	
=	0.92156150

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r04

113年第 3季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額計算說明表

結算主要費用年月起迄:113/07-113/09

列印日期：114/03/07

頁次：84

7. 非偏遠地區門住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)+調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)]
 / [加總(門住診一般服務核定浮動點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)
 + 加總(門住診投診該分區核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4)-藥品給付協議+加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

臺北分區=[22,088,900,353+27,601,135,295]/[28,938,705,538+24,887,811,544-728,901,109+20,035,568]=0.93547125

北區分區=[8,234,850,058+11,174,415,519]/[10,831,736,086+9,695,830,192-250,702,037+10,372,594]=0.95672297

中區分區=[10,535,277,384+14,462,450,369]/[14,012,368,428+12,585,495,008-368,215,162+6,663,744]=0.95279122

南區分區=[8,176,163,053+11,580,365,149]/[10,459,703,056+9,775,458,373-296,129,124+5,009,220]=0.99059803

高屏分區=[8,624,961,336+12,360,715,741]/[11,548,441,161+10,100,536,698-284,419,846+4,760,064]=0.98204711

東區分區=[1,407,356,998+2,378,255,066]/[2,055,546,336+1,763,332,629-43,252,114+822,014]=1.00242641

8. 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值

= [59,067,509,182+79,557,337,139]/[77,846,500,605+68,808,464,444-1,971,619,392+47,663,204]=0.95781027

9. 醫院醫療給付費用總額平均點值(不含門診逕折)

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

/ [一般服務核定浮動點數(GF)+核定非浮動點數(BG)-藥品給付協議+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及獎勵金)]

臺北分區=[22,088,900,353+27,601,135,295+3,395,784,233]/[28,938,705,538+24,887,811,544-728,901,109+20,035,568+3,121,465,383]=0.94393054

北區分區=[8,234,850,058+11,174,415,519+1,040,437,730]/[10,831,736,086+9,695,830,192-250,702,037+10,372,594+841,457,566]=0.96786403

中區分區=[10,535,277,384+14,462,450,369+1,886,415,663]/[14,012,368,428+12,585,495,008-368,215,162+6,663,744+1,666,388,437]=0.96349611

南區分區=[8,176,163,053+11,580,365,149+1,000,358,409]/[10,459,703,056+9,775,458,373-296,129,124+5,009,220+814,380,254]=0.99992605

高屏分區=[8,624,961,336+12,360,715,741+1,196,728,059]/[11,548,441,161+10,100,536,698-284,419,846+4,760,064+1,023,534,127]=0.99060204

東區分區=[1,407,356,998+2,378,255,066+191,002,125]/[2,055,546,336+1,763,332,629-43,252,114+822,014+147,089,241]=1.01352761

全區=[59,067,509,182+79,557,337,139+8,710,726,219]/[77,846,500,605+68,808,464,444-1,971,619,392+47,663,204+7,614,315,008]=0.96711582

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、血友病藥費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斷開群(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、RCW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)以上醫院門住診結構，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
 - +區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作暫結金額+區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作暫結金額
 - +抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫暫結金額+品質保證保留款預算

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：陳怡蓓

聯絡電話：02-27065866 分機：2614

傳真：02-2706-9043

電子郵件：A111034@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年3月10日

發文字號：健保醫字第1140661136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3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。

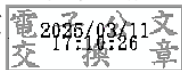
說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨114年3月6日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額114年第1次研商議事會議決定辦理。
- 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114年3月15日起，西醫基層總額費用之暫付、核付，依113年第1季結算點值辦理，並於114年3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、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室



裝

訂

線



檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：陳怡蓓

聯絡電話：02-27065866 分機：2614

傳真：02-2706-9043

電子郵件：A111034@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年3月11日

發文字號：健保醫字第1140661180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114年3月10日健保醫字第1140661136號函說明

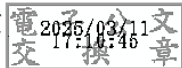
三，西醫基層總額費用之暫付、核付依「113年第1季」結

算點值辦理，更正為「113年第3季」，請查照。

說明：依據本署114年3月10日健保醫字第1140661136號函辦理。

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、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室



114.03.12



1143340042

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03 113年第3季 西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表 列印日期：114/02/19
結算主要費用年月起迄：113/07-113/09 核付截止日期：113/12/31 頁次：51

六、調整後一般服務預算總額浮動點值之計算
1. 一般服務分區浮動每點支付金額

＝〔該分區新增醫療分業地區所增加之藥品調劑費用〕
＋〔風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD11)＋該分區新增醫療分業地區所增加之藥品調劑費用
－投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數×前季投保分區浮動點值(AF)
－(投保該分區核定非浮動點數(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＝〔 10,935,786,629 +	260,508－ 1,603,715,635－(3,253,017,582－ 17,313,474)－	483,557〕／	7,449,891,894＝	0.81828621
北區分區＝〔 5,102,297,928 +	3,144,422－ 788,997,881－(1,604,908,507－ 11,126,080)－	483,492〕／	3,259,272,983＝	0.83521036
中區分區＝〔 6,055,125,672 +	2,013,312－ 378,122,537－(1,883,697,625－ 13,946,664)－	586,194〕／	4,357,988,406＝	0.87395352
南區分區＝〔 4,682,933,210 +	8,837,198－ 452,572,259－(1,496,053,110－ 8,897,133)－	479,212〕／	3,027,798,805＝	0.90876678
高屏分區＝〔 5,205,351,794 +	8,711,664－ 329,041,795－(1,703,939,411－ 13,028,061)－	187,742〕／	3,559,455,598＝	0.89730648
東區分區＝〔 680,419,023 +	18,424,242－ 87,514,059－(227,736,134－ 1,201,279)－	103,262〕／	363,857,462＝	1.05725766

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(BD11)

＋該分區新增醫療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)

＝〔 32,661,914,256 + 41,391,346－(10,169,352,369－ 65,512,691)－ 2,323,459〕／ 26,167,171,372＝ 0.86356841

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r03

113年第 3 季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄：113/07－113/09

列印日期：114/02/19

頁次：52

3. 一般服務分區平均點值	=[風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD11) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用] /[一般服務核定浮動點數(GF)+ 核定非浮動點數(BG)－ 藥品給付協議 + 自墊核退點數(BJ)]			
臺北分區	[10, 935, 786, 629 +	260, 508]/[9, 362, 752, 463 +	3, 253, 017, 582－	17, 313, 474 + 483, 557]= 0. 86801326
北區分區	[5, 102, 297, 928 +	3, 144, 422]/[4, 147, 595, 081 +	1, 604, 908, 507－	11, 126, 080 + 483, 492]= 0. 88916161
中區分區	[6, 055, 125, 672 +	2, 013, 312]/[4, 777, 323, 005 +	1, 883, 697, 625－	13, 946, 664 + 586, 194]= 0. 91116857
南區分區	[4, 682, 933, 210 +	8, 837, 198]/[3, 509, 172, 935 +	1, 496, 053, 110－	8, 897, 133 + 479, 212]= 0. 93895349
高屏分區	[5, 205, 351, 794 +	8, 711, 664]/[3, 923, 835, 430 +	1, 703, 939, 411－	13, 028, 061 + 187, 742]= 0. 92860628
東區分區	[680, 419, 023 +	18, 424, 242]/[446, 492, 458 +	227, 736, 134－	1, 201, 279 + 103, 262]= 1. 03819867
4. 一般服務全區平均點值	=[32, 661, 914, 256 + 41, 391, 346]/[26, 167, 171, 372 + 10, 169, 352, 369－ 65, 512, 691 + 2, 323, 459]= 0. 90157980			
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(BD11) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用 + 專款專用暫結金額(註)] /加總分區[一般服務核定浮動點數(GF)+ 核定非浮動點數(BG)－ 藥品給付協議 + 自墊核退點數(BJ) + 專款專用已支用點數(不含品質保證留款及獎勵金)]			
臺北分區	=[10, 935, 786, 629 + 260, 508 + 154, 222, 129]/[9, 362, 752, 463 + 3, 253, 017, 582－ 17, 313, 474 + 483, 557 + 124, 256, 021]=0. 87165749			
北區分區	=[5, 102, 297, 928 + 3, 144, 422 + 100, 728, 341]/[4, 147, 595, 081 + 1, 604, 908, 507－ 11, 126, 080 + 483, 492 + 86, 581, 628]=0. 89323530			
中區分區	=[6, 055, 125, 672 + 2, 013, 312 + 119, 960, 565]/[4, 777, 323, 005 + 1, 883, 697, 625－ 13, 946, 664 + 586, 194 + 98, 519, 149]=0. 91564414			
南區分區	=[4, 682, 933, 210 + 8, 837, 198 + 111, 929, 267]/[3, 509, 172, 935 + 1, 496, 053, 110－ 8, 897, 133 + 479, 212 + 96, 817, 560]=0. 94308062			
高屏分區	=[5, 205, 351, 794 + 8, 711, 664 + 104, 785, 557]/[3, 923, 835, 430 + 1, 703, 939, 411－ 13, 028, 061 + 187, 742 + 87, 999, 509]=0. 93265133			
東區分區	=[680, 419, 023 + 18, 424, 242 + 19, 218, 987]/[446, 492, 458 + 227, 736, 134－ 1, 201, 279 + 103, 262 + 16, 842, 611]=1. 04071037			
全區	=[32, 661, 914, 256 + 41, 391, 346 + 610, 844, 846]/[26, 167, 171, 372 + 10, 169, 352, 369－ 65, 512, 691 + 2, 323, 459 + 511, 016, 478]=0. 90566096			

註：

- 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
 十 醫療資源不足地區改善方案暫結金額十 醫療給付改善方案暫結金額
 十 鼓勵院所建立轉診之合作機制暫結金額十 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材十 後天免疫缺乏病毒治療藥費
 十 網路頻寬補助費用十 基層診所產婦生產補助試辦計畫
 十 代謝症候群防治計畫暫結金額十 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
 十 精神科長效針劑藥費暫結金額十 癌症治療品質改善計畫十 慢性傳染病照護品質計畫十 品質保證留款預算
- C型肝炎藥專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議。
- 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。
- 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@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5日

發文字號：健保醫字第1140661016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3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項規定辦理。
- 二、有關113年第3季門診透析預算一般服務點值，前於114年2月25日健保醫字第1140660922號函請門診透析預算研商議事會議代表書面確認在案。旨揭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、另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114年3月15日起，門診透析費用之暫付及核付，依113年第3季結算點值辦理，並於114年3月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。



114.03.06



1143340036

正本：本署各分區業務組

副本：陳代表亮妤、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、廖代表秋錫、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



裝

訂

線



七、一般服務浮動每點支付金額

預算(D3)－核定非浮動點數合計(M)－1×腹膜透折追蹤處置費核定點數合計(P1)

核定浮動點數合計(P)

11,503,004,673－734,743,483－162,167,378

11,307,202,381

＝0.93799451 (四捨五入至小數第8位)

八、平均點值

預算(D3)

核定非浮動點數合計(M)＋腹膜透折追蹤處置費核定點數合計(P1)＋核定浮動點數合計(P)

11,503,004,673

734,743,483＋162,167,378＋11,307,202,381

＝0.94255145 (四捨五入至小數第8位)

九、門診透折預算平均點值＝加總[預算(D3)＋專款專用暫結金額]
 ／加總[核定浮動點數合計(P)＋腹膜透折追蹤處置費核定點數合計(P1)＋核定非浮動點數合計(M)＋專款專用已支用點數]
 ＝[11,503,004,673＋18,538,395]
 ／[11,307,202,381＋162,167,378＋734,743,483＋18,538,395]＝0.94263859

註：專款專用暫結金額＝鼓勵院所加強推動腹膜透折與提升其照護品質計畫暫結金額＝18,538,395

十、說明

本季結算費用年月包括：

1. 費用年月113/06(含)以前：於113/10/01～113/12/31期間核付者。
2. 費用年月113/07～113/09：於113/07/01～113/12/31期間核付者。

副本

檔 號：附錄十六
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



3

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年4月2日

發文字號：健保醫字第1140661464號

附件：請自行至本署全球資訊網下載



主旨：公告114年3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3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



1143300071

7 項中醫醫療照護計畫(含子計畫)自 114 年 3 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	0	0	0	0	0	0	2
	醫師數	2	0	0	0	0	0	0	2
中醫提升孕產照 護品質計畫	院所數	1	1	1	0	0	0	0	3
	醫師數	1	2	1	0	0	0	0	4
中醫急症處置計 畫	院所數	2	0	0	0	0	0	0	2
	醫師數	2	0	0	0	0	0	0	2
中醫癌症患者西 醫住院中醫 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 加強照護 整合方案	院所數	2	0	0	0	0	0	0	2
	醫師數	2	0	0	0	0	0	0	2
	院所數	2	0	0	0	0	0	0	2
	醫師數	2	0	0	0	0	0	0	2
	院所數	3	1	0	0	0	2	0	6
	醫師數	3	2	0	0	0	2	0	7
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	1	1	2	2	0	0	7
	醫師數	1	2	1	2	3	0	0	9

衛生福利部全民健康保險會

第 7 屆 114 年第 2 次委員會議補充資料目錄

會議時間：114 年 4 月 23 日

一、本會重要業務報告

新增說明六(會議資料第66頁)----- 1

二、報告事項

(一)第二案「113 年度全民健康保險基金附屬單位決算及 115 年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案」委員意見之健保署回復說明(會議資料第 119、144 頁)----- 2

(二)第三案「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(續提)」(會議資料第 145 頁)----- 6

(會議資料第66頁)

四、本會重要業務報告：新增說明六

.....

六、為利委員會議中可查閱健保相關資料及本會運作事宜，在委員座位抽屜放置黑色資料夾，提供 114 年度會議預定時間表及年度工作計畫、全民健康保險法及其施行細則、本會組成及議事辦法與會議規範、提升議事效率作法、委員聯絡人等相關資訊，供委員參考。考量每次會議資料(含補充資料)及健保署業務執行報告等書面資料數量已相當多，為不占委員座位空間，嗣後不置於委員抽屜，委員若有臨時需用，可現場請幕僚提供。

(會議資料第 119、144 頁)

報告事項第二案「113年度全民健康保險基金附屬單位決算及115年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案」委員意見之健保署回復說明二、……，本會委員於會前所提意見如附件三(會議資料第 144 頁)，業轉請健保署回復說明如下：

附件三

全民健康保險會第7屆114年第2次委員會議
預決算備查案委員意見彙整表

委員 姓名	委員意見	健保署回應說明
黃國祥	一、本次115年健保預算總額成長率拉至與114年度的上限相同(5.5%)，較基期(9,286.25億元)增加510.74億元，是歷年成長金額最高的一年，請說明若要控制成長，可能可以調控的是那個部分費用？	一、114 年健保總額成長率 5.5%為歷年最高。 二、為控制醫療費用合理成長，本署作為如下： (一) 持續精進總額制度： 1. 個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫：本署除臺北業務組自 114 年第 2 季實施外，其餘 5 區均自 114 年第 1 季實施，保障醫院基期之收入，另再依分階成長點數給予點值核付。如有不當轉診情形，即不予保障基期收入，改以該區當季平均點值支付。 2. 本署持續精進總額制度，穩定醫療服務點值，並合理配

委員 姓名	委員意見	健保署回應說明
		<p>置資源，另「健保總額制度之檢討策進研析」已提案至國家衛生研究院論壇，以廣納各界意見，精益求精。</p> <p>3. 本署於 114 年 4 月 11 日召開「全國性論人計酬制度專家學者諮詢會議」，邀請臺大公衛學院鄭守夏教授、林青青助理教授、奇美醫院林宏榮院長、成大蔡森田教授及花蓮慈濟醫院陳星助副院長、台北市醫師公會洪德仁理事長擔任專家學者提供制度建議，並作為政策規劃之參考。</p> <p>(二)提升健保資源運用效率，抑制不必要支出：</p> <p>1. 持續推動分級醫療政策及家醫制度，低風險或穩定慢性病人於基層院所照護，讓區域級以上醫院可保存醫療量能照顧高風險或重症病患，以合理分</p>

委員 姓名	委員意見	健保署回應說明
	<p>二、115年度預算數的安全準備金餘額約為1.01個月，雖符合健保法第78條所定保險安全準備總額(以相當於1至3個月保險給付支出為原則規定)，但是否可能造成不到民國116年底就需調漲保費之疑慮，若需調漲保費會調整多少百分比？</p>	<p>配醫療資源。</p> <p>2. 優化健保雲端系統減少重複用藥、檢查、檢驗，加強醫療服務審查，抑制不當成長。</p> <p>3. 檢討部分負擔費用，引導民眾正確就醫，珍惜健保資源。</p> <p>一、依全民健康保險法第 24 條規定，保險費率應由全民健康保險會(下稱健保會)依協議訂定之醫療給付費用總額進行審議，除醫療給付費用總額依同法第 61 條規定，應由健保會於年度開始三個月前協議訂定，費率之審議另須整體考量保險收入及收支平衡之精神。</p> <p>二、116 年保險費率是否調整及調整幅度，牽涉當年總額成長率、額外財源挹注情形及健保財務改革等多項因素，為減緩費率調整壓力，將持續推動相</p>

委員姓名	委員意見	健保署回應說明																																																						
		關改革，包括精進總額制度、強化政府財務責任、補充保險費制度改革及爭取保險費以外其他經費挹注等多元財務方案，以平衡健保財務。																																																						
洪瑜黛	<p>資料中多次出現菸捐挹注罕病用藥費用一詞，但是從基金會整理的歷年資料(如下表)顯示，罕藥專款預算除109年外都有結餘，皆未使用菸捐補助款，請問最後菸捐挹注罕病用藥費用的去向或用途為何？</p> <p style="text-align: center;">105~112年罕藥專款及菸捐補助使用情形</p> <p style="text-align: right;">單位：億元</p> <table><tr><th></th><th>105年</th><th>106年</th><th>107年</th><th>108年</th><th>109年</th><th>110年</th><th>111年</th><th>112年</th></tr><tr><td>罕藥預算(A)</td><td>57.91</td><td>57.91</td><td>65.09</td><td>72.957</td><td>71.66</td><td>76.01</td><td>87.75</td><td>99.84</td></tr><tr><td>罕藥支出(B)</td><td>45.85</td><td>53.55</td><td>58.68</td><td>61.67</td><td>70.51</td><td>73.04</td><td>76.79</td><td>95.76</td></tr><tr><td>罕藥專款餘額(A-B)</td><td>12.06</td><td>4.36</td><td>6.41</td><td>11.29</td><td>1.15</td><td>2.97</td><td>10.96</td><td>4.08</td></tr><tr><td>菸捐補助罕藥(C)</td><td>2.43</td><td>2.43</td><td>1.89</td><td>2.12</td><td>2.39</td><td>2.44</td><td>2.40</td><td>2.239</td></tr><tr><td>是否需使用到菸捐補助</td><td>否</td><td>否</td><td>否</td><td>否</td><td>是</td><td>否</td><td>否</td><td>否</td></tr></table>		105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年	罕藥預算(A)	57.91	57.91	65.09	72.957	71.66	76.01	87.75	99.84	罕藥支出(B)	45.85	53.55	58.68	61.67	70.51	73.04	76.79	95.76	罕藥專款餘額(A-B)	12.06	4.36	6.41	11.29	1.15	2.97	10.96	4.08	菸捐補助罕藥(C)	2.43	2.43	1.89	2.12	2.39	2.44	2.40	2.239	是否需使用到菸捐補助	否	否	否	否	是	否	否	否	<p>一、依據菸品健康福利捐分配及運作辦法第 4 條規定略以，菸品健康福利捐 27.2%供罕見疾病相關之醫療費用、癌症防治、中央與地方菸害防制及衛生保健之用。其中 0.81%供罕見疾病病人之全民健康保險藥品費用。</p> <p>二、罕見疾病病人之藥品費用支出其財源包含健保醫療給付費用總額及前揭菸捐分配收入，於支出時優先以菸捐分配收入支應，並帳列於「雜項業務成本」。</p>
	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年																																																
罕藥預算(A)	57.91	57.91	65.09	72.957	71.66	76.01	87.75	99.84																																																
罕藥支出(B)	45.85	53.55	58.68	61.67	70.51	73.04	76.79	95.76																																																
罕藥專款餘額(A-B)	12.06	4.36	6.41	11.29	1.15	2.97	10.96	4.08																																																
菸捐補助罕藥(C)	2.43	2.43	1.89	2.12	2.39	2.44	2.40	2.239																																																
是否需使用到菸捐補助	否	否	否	否	是	否	否	否																																																

(會議資料第 145 頁)

報告事項第三案

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(續提)，請鑒察。

說明：

壹、門診透析-「居家血液透析與提升其照護品質」之具體實施方案

新增「全民健康保險居家血液透析試辦計畫」

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年度門診透析預算：

(一)其中433.5百萬元專款預算「用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質費用」，其中300百萬元不得流用於一般服務。

(二)協定事項略以：考量居家血液透析為新的照護模式，請健保署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），並提貴會報告。

三、本案經提至本署114年3月27日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議通過，規劃以試辦計畫方式實施(詳附件一，第12~18頁)，重點說明如下：

(一)參與院所及人員資格：

1.院所資格：

(1)血液透析治療累積至少達2,000人次(含)以上。

(2)具有至少一名專任腎臟專科醫師。

(3)執行視訊訪視者，應具備視訊設備及資安管理機制。

2.醫師資格：須具備以下各項條件

(1)腎臟專科醫師。

(2)完成2小時居家血液透析教育訓練課程，包括「居家血液透析概要」、「居家血液透析醫師訓練細則」。

3.護理人員：須具備以下各項條件

(1)領有台灣腎臟醫學會核發之血液透析護理人員資格核定證書，並有至少一年(含)以上血液透析護理經驗。

(2)完成2小時居家血液透析教育訓練課程(實體)，包括「認識居家血液透析及病人常規照護」、「居家血液透析操作技術及異常處理」，並通過考試合格。

(3)完成居家血液透析護理師一個月之訓練。

(二)適用對象：經醫師評估適合在宅或機構執行血液透析之病人，且須經事前審查同意。

(三)支付方式：

1.居家血液透析(次)：比照門診血液透析(次)採包裹給付，建議支付3,912點，於計畫書明訂醫療院所必須執行項目，包含病人技術訓練、遠端透析數據監控、透析紀錄及血液報告上傳等。

2.居家訪視費：實地訪視支付1,200點、視訊支付420點。

(四)品質監測指標：

1.居家血液透析訂定4項年度觀察指標，每年需至少3項以上達標。

2.若未達標者，送台灣腎臟醫學會進行審查，依審查結果辦理是否暫停其參與資格。

四、財務評估：

(一)預估使用人數：統計110年至112年門診申報居家照護(案件分類A1)且為在宅照護之病人，同年度申報58029C「血液透析（一次）－門診－一般透析」人數為917人、976人、945

人（年平均成長率為1.52%）。以112年人數及成長率推估114年人數約974人；參考專家意見表示，約1~5%會改用居家血液透析，以114年人數估算，以5%計執行人數約50人。

(二)居家血液透析：比照門診居家血液透析支付3,912點，爰不增加財務支出。

(三)居家訪視費：訓練期間居家訪視至少2次、常規訪視一年1次，爰以第一年訪視2次估算，每次訪視支付1,200點，增加財務支出12萬點。

五、另民眾自行負擔透析機及水處理設備費用上限參考現行自費市場建議訂為120,000元/年。

六、本案依程序報請衛生福利部核定後公告實施。

貳、西醫基層總額-「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」之具體實施方案

一、依衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告114年西醫基層醫療給付費用總額(下稱基層總額)及其分配暨本署114年3月27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)114年第1次會議決議辦理。

二、114年本項目決定事項：請本署會同西醫基層總額相關團體，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標)，提報至貴會最近一次委員會議。

三、本項預算114年執行內容說明如下：

(一)執行內容：本預算運用方式經本署114年3月27日共擬會議討論，決議延續113年全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案，修訂為「114年度全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案」(附件二，第19~21頁)。

(二)支付方式：

1.反映護理人員薪資調升之門診診察費加計獎勵：

(1)支付條件及點數：限聘有護理人員且有達調薪幅度標準之

西醫基層診所，申報1至30人次門診診察費之案件獎勵24點。

(2)診所及護理人員資格：113年12月底前開業之本保險特約西醫基層診所(不含114年新開業診所)，不限公、私立醫療機構，需至少一名護理人員當月執業登記於該診所。調升護理人員薪資人數依當月所有執業登記於基層診所之護理人員認定。

(3)調薪幅度認定標準：診所當月調升聘用半數以上護理人員，護理人員當月投保金額依衛生福利部公告各年度「全民健康保險投保金額分級表」，須較113年12月薪資調升幅度增加本保險一投保等級，且投保金額不得低於第4等級(月投保金額31,800元)。

(4)核發方式：由本署每季依各診所每月申報門診診察費案件勾稽實際調薪情形，計算加計點數，以每點1元暫付。

2.提升護理照護品質獎勵：額度視本預算最後一季結餘，依各診所調升護理人員薪資之人月占率，發放予調薪人數有達本方案114年、113年、112年標準之基層診所。

(三)品質監測指標經上開會議討論修訂如下：

1.品質監測指標(附件三，第22頁)：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率。

2.執行目標：

(1)聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資之診所家數比率由70%調升至80%。

(2)調整診所調薪幅度認定：每家基層診所須調升護理人員薪資，須增加本保險投保金額至少一投保等級人數之操作型定義，由原「按聘有護理人員數須達不同調薪人數」修訂為「半數以上護理人員」，且投保金額不得低於第4等級(月投保金額31,800元)，比較基準由111年12月調整為113年12月。

四、本署說明：本次方案修訂係鼓勵各西醫基層診所今(114)年度再

調升護理人員薪資，爰將基期調整為113年12月，且亦調升執行目標，符合總額公告之決定事項。

五、本案刻依程序報請衛生福利部核定後，本署公告實施。

報告單位業務窗口：黃瓊萱科長，聯絡電話：02-27065866分機3606

.....
本會整理說明：

本案係健保署就114年度總額核(決)事項，續提報本會2項「具體實施計畫/方案」，分項說明如下：

一、居家血液透析與提升其照護品質：

(一)本項係114年新增計畫，考量居家血液透析為新的照護模式，決定事項明訂請健保署會同門診透析服務相關團體審慎研議具體實施方式，並提本會報告，114年度總額決定事項如健保署說明二。

(二)健保署係以提出完整試辦計畫將具體實施方式呈現，包括：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等內容。

二、因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費：

(一)本項自112年度起連續3年於西醫基層一般服務編列預算(每年均增加659.3百萬元)，並滾入基期。

114年度總額決定事項如下：

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：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。

(二)健保署提報之114年度具體實施方案，已依上開決定事項，提報執行內容及支付方式、品質監測指標等內容(如附件二、三，第19~22頁)，整理其與113年方案比較如附件四(第23~24

頁)供參。114年主要持續調升診察費加計獎勵至24點(113年12點)、調整獎勵條件之認定標準(須調升半數以上護理人員薪資)及提升目標值(調升護理人員薪資比率之診所家數由70%調升至80%)。

三、有關114年度各部門總額之核(決)定事項，健保署應於3月份委員會議提報但尚未完成之項目，請儘速研議完成後，提報本會最近1次委員會議。

決定：

全民健康保險居家血液透析試辦計畫(草案)

中華民國114年○月○日健保醫字第1140000000號公告

壹、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、計畫目的

- (一)提升血液透析整體醫療品質(5年存活率及生活品質)。
- (二)推動在宅醫療及ESG節能減碳政策。

參、計畫期間：

自114年1月1日至114年12月31日。

肆、預算來源：

114年度全民健康保險醫療給付費用門診透析服務總費用中之用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質費用433.5百萬元，屬專款專用性質，其中300百萬元不得流用於一般服務。

伍、114年度執行目標

- (一)114年訓練50至70名居家血液透析病人。
- (二)預期8年內逐年增加至800名(約血液透析總人數之1%)

陸、參與院所資格與申請程序

由具有下列資格之全民健康保險(下稱本保險)特約醫療院所，向本保險分區業務組提出申請(執行院所及人員資格請學會協助初審)：

一、院所資格：

- (一)血液透析治療累積至少達2,000人次(含)以上。
- (二)具有至少一名專任腎臟專科醫師。
- (三)執行居家視訊訪視者，應具備視訊設備及資安管理機制〔應完成填具通訊診察治療實施計畫書(附件)〕

二、醫師資格：須具備以下各項條件

(一)腎臟專科醫師。

(二)完成2小時居家血液透析教育訓練課程(實體)，課程內容須包括「居家血液透析概要」、「居家血液透析醫師訓練細則」。

三、護理人員：須具備以下各項條件

(一)領有台灣腎臟醫學會核發之血液透析護理人員資格核定證書，並有至少一年(含)以上血液透析護理經驗。

(二)完成2小時居家血液透析教育訓練課程(實體)，課程內容須包括「認識居家血液透析及病人常規照護」、「居家血液透析操作技術及異常處理」，並通過考試合格。

(三)完成居家血液透析護理師一個月之訓練。

柒、收案對象

一、經醫師評估適合在宅或機構執行血液透析之病人，且須經事前審查同意。

二、下列病人不得執行本項目：

(一)有精神相關疾病者。

(二)無同居之家人或友人。

(三)無固定居所者。

(四)個人衛生或遵從性有問題者。

捌、照護內容

主治醫師應整體評估病人之醫療需求，開立居家血液透析照護醫囑，並由醫療團隊提供醫療服務。照護內容如下：

一、病人技術訓練：執行居家血液透析之病人，需先接受8至12週的完整訓練，訓練內容包括血管通路穿刺、血液透析機的操作與故障排除、血壓及脈搏的監測、紀錄透析的過程與結果、緊急狀況的處置、醫療廢棄物之處裡、透析RO水質監控等，並確認病人可自行操作透析及排除儀器故障。

二、居家血液透析：

(一)提供居家透析病人所需之檢驗、藥劑、一般材料、特殊材料；特殊藥劑費用(含 EPO)及腎性貧血之輸血費。

(二)遠端監測及透析品質管理：至案家完成遠端生命徵象及透析設備數據等監測設備之架設及設定、教導病人及照顧者使用設備、電子資料處理、醫事人員監測判讀；照護團隊應將遠端監測設備之廠牌、型號及使用頻率記載於病歷並保留照片備查。

三、居家訪視：

(一)訓練期間：居家訪視至少 2 次，初次訪視至案家完成居家環境評估及水電裝修建議；第二次訪視為病人結訓後首次回家透析之訪視。

(二)常規訪視及緊急訪視：居家訪視一年至少 1 次，初次訪視須以實地家訪；第二次之後之訪視可採實體或視訊家訪。

玖、支付標準

符合本計畫之收案病人，接受以醫師為主導之醫療團隊提供居家血液透析照護，醫療院所得依下列支付標準核實申報。

編號	診療項目	支付點數
P8701C	居家血液透析(次) 註： 1. 所訂點數包含技術費、檢驗費、藥劑費、一般材料費、特殊材料費、特殊藥劑費用(含 EPO)，遠端生命徵象及透析設備數據等監測設備成本(如血壓、血氧、呼吸、鉀、鈉、脫水、透析起迄時間等)、至案家完成設備架設及設定、教導病人及照顧者使用設備、電子資料處理、醫事人員監測判讀及行政成本等。 2. 照護團隊應將遠端監測設備之廠牌、型號及使用頻率記載於病歷並保留照片備查。	3912

編號	診療項目	支付點數
	3. 不得同時申報項目：58001C、58027C、58029C、58002C、58007C、58009C~58012C、58017C、58028C、47073B、58014C、58018C、58030B。 4. 申報時必要檢附文件：居家血液透析紀錄、血液檢查報告〔BUN、Cr、Albumin、Ca、P、Na、K、Hb(或 Hct)〕。	
P8702C P8703C	居家訪視費(次) — 實地訪視 — 視訊訪視 註： 1. 訓練期間：限申報至多 2 次，初次訪視至案家完成居家環境評估及水電裝修建議；第二次訪視為病人結訓後首次回家透析之訪視。 2. 常規訪視：限一年申報 1 次，初次訪視須以實地家訪；第二次之後之訪視可採實體或視訊家訪。 3. 不得同時申報項目：全民健康保險居家醫療照護整合計畫所訂「醫師訪視費用」、「護理人員訪視費用」、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第六節 58026C「居家訪視—居家透析治療」及第五部第一章居家照護「護理訪視費」、「醫師訪視費」。	1,200 420

玖、醫療費用申報、審查及核付原則

一、除另有規定外，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

二、醫療費用申報與核付(後補)

三、當年之費用及相關資料請於次年1月20日前申報受理完成(3月底核定)，未依期限申報者，不予核發本計畫相關費用。

四、民眾自行負擔透析機及水處理設備費用每年上限12萬元。

拾、結案條件：

- 一、若發現病人未遵從醫囑治療，照護團隊應主動聯絡病人並進行實地家訪，若仍未改善，透析院所可終止病人居家血液透析治療。
- 二、病人或家屬因故不願意繼續進行居家血液透析治療，得經醫師同意後，改為至透析院所接受血液透析治療。
- 三、病人退場機制列入居家血液透析治療同意書內容中。

拾壹、觀察指標(列為次年度是否繼續辦理之參考)

- 一、居家血液透析訂定下列4項年度觀察指標，每年需至少3項以上達標。
- 二、未達標者，送台灣腎臟醫學會進行審查，依審查結果辦理是否暫停其參與資格。

三、居家血液透析年度觀察指標	
年度照護品質指標項目	各透析院所病人監測值達成率
1.血清白蛋白(Albumin ≥ 3.8 gm/dl (BCG)或 3.3gm/dl(BCP))	受檢率 $\geq 95\%$ ，且合格率 $\geq 80\%$
2. URR $\geq 70\%$	受檢率 $\geq 95\%$ ，且合格率 $\geq 95\%$
3. Hb ≥ 9.0 g/dL	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 90\%$
4. 鈣磷乘積 ≤ 60 mg ² /dL ²	受檢率 $\geq 95\%$ ，且合格率 $\geq 80\%$

說明:1.參考現行門診透析服務品質指標制定。

2.居家血液透析季度觀察指標較現行門診透析服務品質指標嚴謹。

現行門診透析服務品質指標	
年度照護品質指標項目	各透析院所病人監測值達成率
1.血清白蛋白(Albumin ≥ 3.5 gm/dl (BCG)或 3.0gm/dl(BCP))	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 75\%$
2. URR $\geq 65\%$	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 95\%$
3. Hb > 8.5 g/dL	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 90\%$

現行門診透析服務品質指標	
4. 鈣磷乘積小於 60 mg ² /dL ²	受檢率 ≥ 95% 且合格率 ≥ 80%

拾貳、計畫管理機制

- 一、保險人負責本計畫之研訂與修正。
- 二、保險人分區業務組負責審核特約醫事服務機構之參與資格、核定及輔導轄區特約醫事服務機構執行計畫、核發費用。

拾參、退場機制

- 一、參與本計畫之特約醫事服務機構，未依排定時間進行實地訪視且未事先通知病人、無故拒絕轉介單位轉介之病人、或參與本計畫有待改善事項，經保險人通知限期改善而未改善者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。經保險人終止計畫參與資格者，一年內不得再申請參與本計畫。
- 二、參與本計畫之特約醫事服務機構如涉及特管辦法第三十八至四十條所列違規情事之一暨第四十四及四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者），應自保險人第一次核定違規函所載核定停約或終止特約日起退出執行本計畫，惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫事服務機構提供本計畫服務之成效，另予考量。
- 三、特約醫事服務機構如經保險人分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，得於通知送達日起 30 日內，以書面向保險人分區業務組申請複核，但以一次為限。

拾肆、資訊公開及計畫修正程序

- 一、資訊公開：保險人得公開參與本計畫之院所名單及相關品質資訊，供民眾參考。
- 二、保險人得視費用支付情形，隨時召開會議研議修訂本計畫之相關內容。

- 三、 新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。
- 四、 計畫修正程序：本計畫由保險人與台灣腎臟醫學會及醫事服務機構相關團體代表共同修訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

114年度全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案

114年○月○日健保醫字第0000000000號公告

壹、依據：全民健康保險會（下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的：反映基層護理人員薪資，提升護理照護品質。

參、實施期間：114年1月1日至114年12月31日。

肆、預算來源：114年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額一般服務「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」預算6.593億元，以及112年、113年同項預算(基期)。

伍、獎勵條件：聘有護理人員且有調升其薪資之西醫基層診所。

一、診所及護理人員資格：113年12月底前開業之全民健康保險(以下稱本保險)特約西醫基層診所(不含114年新開業診所)，不限公、私立醫療機構，且需至少一名護理人員當月執業登記於該診所；護理人員依護理人員法第2條所稱護理師及護士，且依當月所有執業登記之西醫基層診所為認定。

二、護理人員調薪幅度之認定標準：

(一)薪資認定：

1、依護理人員當月本保險「投保金額」進行認定。各診所調升護理人員薪資後，應於調升薪資當月向本保險保險人(以下稱保險人)各分區業務組辦理投保金額調整事宜。

2、本計畫公告當月前(含當月)完成114年投保金額調薪申請，調薪月份自114年1月起至公告當月計算；計畫公告後調薪投保金額以生效年月認定。

(二)須依衛生福利部公告各年度「全民健康保險投保金額分級表」，護理人員當月投保金額須較113年12月薪資調升幅度增加本保險投保金額至少1投保等級，且診所當月調升聘用半數以上護理人員予以獎勵。

註：113年投保金額分級表之第1投保等級(月投保金額27,470元)及114年投保

金額分級表之第1、2、3投保等級(月投保金額28,590、28,800、30,300元)，應調升至114年投保金額分級表之第4投保等級(月投保金額31,800元，即相當最低基本工資的1.1倍)。其他月投保金額應增加至少1投保等級，但不得低於第4投保等級。

(三)前項之計算採無條件進位，新聘之護理人員認列為調升薪資之護理人員，惟投保金額不得低於第4投保等級。

陸、獎勵方式及核發原則

一、反映護理人員薪資調升之門診診察費加計獎勵

(一)獎勵方式：

- 1、符合獎勵條件之診所，依該診所申報1至30人次門診診察費之案件，加計獎勵24點。
- 2、前項門診診察費醫令代碼範圍：00109C、00110C、00197C、00199C、00158C、00159C、00230C、00232C、00234C、00236C、00168C、00169C、00238C、00240C、00242C、00244C、00184C、00185C、P57001、P57002。

(二)核發方式：

- 1、本項獎勵費用由保險人每季依各診所每月申報門診診察費案件勾稽實際調薪情形，計算加計點數，以每點1元暫付。
- 2、診所於計畫公告當月前(含當月)符合調薪認定標準，114年1月起至公告當月皆認定為符合本項獎勵條件。

(三)點值結算：114年預算(含112-113年基期，計19.779億元)按季均分及結算，每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘，則留用至下季；若預算不足時，採浮動點值計算。

二、提升護理照護品質獎勵金：前項結算後仍有結餘，診所護理人員調薪人數符合本方案114年、113年、112年標準，依診所調升護理人員薪資人月占率核發獎勵金，以每點1元支付，若不足採浮動點值計算，並於115年3月底前完成撥付。

柒、審查方式

一、依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付

項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

- 二、本方案每月撥付獎勵款項後，診所如有資料修正需求，須於款項撥付日起1個月內，向保險人各分區業務組提出申請並提具佐證資料，經審核通過後，不足者補付，溢付者於下次撥款時沖抵。

捌、方案管理機制

- 一、保險人負責本方案之研訂與修正，及計算獎勵金額度。
- 二、保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之核發資格、核定及輔導轄區醫事服務機構執行方案。

玖、年度執行目標：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數達80%。

分子：調升護理人員薪資幅度達標準之診所家數（含新聘護理人員，且每家診所須調升半數以上護理人員數，不足一名以一名計算）。

分母：聘有護理人員之診所家數。

拾、評估指標及稽核機制

- 一、評估指標：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率。
- 二、稽核機制：每月勾稽每家基層診所須調升半數以上護理人員薪資達本保險投保金額次一投保等級。

拾壹、方案修正程序

本方案由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會及中華民國護理師護士公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

114年全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額項目

「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」

總額別	項目 (預算金額)	品質監測指標	本署說明
西醫基層總額一般服務	因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費 (659.3百萬元)	<p>一、聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率。</p> <p>二、調薪認定：診所當月調升聘用半數以上護理人員(無條件進位)，且投保金額不得低於第4等級(月投保金額31,800元)。</p> <p>*註：</p> <p><u>分子</u>：聘有護理人員之診所調升護理人員薪資達調薪幅度之診所家數(含新聘護理人員，且每家基層診所須調升半數以上護理人員數，不足一名以一名計算)。</p> <p><u>分母</u>：聘有護理人員之診所家數。</p>	以114年1月聘有護理人員診所計算，調升護理人員薪資家數之比率為5.0%。

114年度全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案

(與113年度方案比較，重點如劃線處)

項目	113 年	114 年
執行內容及支付方式	<p>支付條件及點數</p> <p>一、反映護理人員薪資調升之門診診察費加計獎勵： 符合獎勵條件之診所，依該診所申報 1 至 30 人次門診診察費之案件，加計獎勵 12 點。 每點不高於 1 元，若預算不足採浮動點值。</p> <p>二、提升護理照護品質獎勵金： 前項結算後仍有結餘，依診所調升護理人員薪資人月占率核發獎勵金，每點 1 元支付，若不足採浮動點值計算。</p>	<p>一、反映護理人員薪資調升之門診診察費加計獎勵： 符合獎勵條件之診所，依該診所申報 1 至 30 人次門診診察費之案件，加計獎勵 <u>24 點</u>。 每點不高於 1 元，若預算不足採浮動點值。</p> <p>二、提升護理照護品質獎勵金： 前項結算後仍有結餘，<u>診所護理人員調薪人數符合本方案 114 年、113 年、112 年標準</u>，依診所調升護理人員薪資人月占率核發獎勵金，以每點 1 元支付，若不足採浮動點值計算。</p>
	<p>調薪幅度認定標準</p> <p>須依公告各年度「全民健康保險投保金額分級表」，護理人員當月投保金額須較 111 年 12 月薪資調升幅度達本保險次一投保等級，且符合下列標準予以獎勵：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.當月聘有 4 位以下護理人員：調升全數護理人員薪資。 2.當月聘有 5 至 10 位護理人員：調升 90% 以上護理人員薪資。 3.當月聘有 11 位以上護理人員：調升 80% 以上護理人員薪資。 	<p>須依公告各年度「全民健康保險投保金額分級表」，護理人員當月投保金額須較 <u>113 年</u> 12 月薪資調升幅度增加本保險投保金額至少 1 投保等級，且診所<u>當月調升聘用半數以上護理人員</u>予以獎勵。</p> <p><u>註：113 年投保金額分級表之第 1 投保等級(月投保金額 27,470 元)及 114 年投保金額分級表之第 1、2、3 投保等級(月投保金額 28,590、28,800、30,300 元)，應調升至 114 年投保金額分級表之第 4 投保等級(月投保金額 31,800 元，即相當最低基本工資的 1.1 倍)。其他月投保金額應增加至少 1 投保等級，但不得低於第 4 投保等級。</u></p>

項目		113 年	114 年
		前項之計算採無條件進位，新聘之護理人員認列為調升薪資之護理人員。	前項之計算採無條件進位，新聘之護理人員認列為調升薪資之護理人員， <u>惟投保金額不得低於第 4 投保等級</u> 。
品質監測指標	品質監測指標	<p>聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率</p> <p>調薪認定：</p> <p>診所須按每月聘有護理人員數，達成不同調薪人數(4 位以下調升全數護理人員、5 至 10 位調升 90% 護理人員、11 位以上調升 80% 護理人員)(無條件進位)。</p> <p>分子：聘有護理人員之診所調升護理人員薪資達調薪幅度之診所家數(含新聘護理人員，且每家基層診所須按聘有護理人員數達不同調薪人數，不足一名以一名計算)。</p> <p>分母：聘有護理人員之診所家數。</p>	<p>聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率</p> <p>調薪認定：</p> <p>診所當月調升聘用半數以上護理人員(無條件進位)，<u>且投保金額不得低於第 4 等級(月投保金額 31,800 元)</u>。</p> <p>分子：聘有護理人員之診所調升護理人員薪資達調薪幅度之診所家數(含新聘護理人員，且每家基層診所須調升半數以上護理人員數，不足一名以一名計算)。</p> <p>分母：聘有護理人員之診所家數。</p>
	執行目標	<p>聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數達 70%</p> <p>分子：聘有護理人員之診所調升護理人員薪資達調薪幅度之診所家數(含新聘護理人員，且每家基層診所須按聘有護理人員數達不同調薪人數，不足一名以一名計算)。</p> <p>分母：聘有護理人員之診所家數。</p>	<p>聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數達 80%</p> <p>分子：調升護理人員薪資幅度達標準之診所家數(含新聘護理人員，且每家診所須調升半數以上護理人員數，不足一名以一名計算)。</p> <p>分母：聘有護理人員之診所家數。</p>