

**衛生福利部全民健康保險會  
第 7 屆 114 年第 4 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 6 月 25 日**



# 衛生福利部全民健康保險會第 7 屆 114 年第 4 次委員會議議程

## 一、主席致詞

## 二、議程確認

## 三、確認上次(第 3 次)委員會議紀錄 ----- 1

## 四、本會重要業務報告 ----- 11

## 五、討論事項

### (一)115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則

#### (草案)----- 45

### (二)115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案) -- 65

### (三)特殊材料「特殊功能/材質脊椎間體護架(CAGE)」以保險對象自付差額方式納入健保給付建議案----- 82

### (四)修正「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第 2 條第 1 項 第 2 款之附表一整體性之醫療品質資訊項目案 ----- 111

## 六、報告事項

### (一)「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 ----- 129

### (二)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(第三次續提)----- 130

### (三)中央健康保險署「114 年 5 月份全民健康保險業務執行報告」(書面報告)----- 143

## 七、臨時動議





三、確認上次(第 3 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(114)年 5 月 28 日衛部健字第 1143360073 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3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5月21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：劉于鳳、林偉翔

出席委員：(依姓名筆劃排序)

田委員士金、朱委員益宏(台灣社區醫院協會羅常務理事永達代理)、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、李委員飛鵬、周委員慶明、林委員宜平、林委員恩豪、林委員敏華、花委員錦忠、洪委員瑜黛、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、陳委員麗琴、黃委員心苑、黃委員金舜、黃委員國祥、楊委員玉琦、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：連委員賢明

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

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11~16頁)

貳、議程確認：(詳附錄第16頁)

決定：確認。

參、確認上次(第2次)委員會議紀錄：(詳附錄第16頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第17~18頁)

決定：

一、依本年度工作計畫，原訂安排本次會議提報之「114年度各部門總額依核(決)定事項須提本會報告之項目」，同意依中央健康保險署來函建議，改於7月份委員會議(114.7.23)報告。

二、本會於7月14、15日召開「各總額部門113年度執行成果發表暨評核會議」之議程，如附件一。請中央健康保險署分別於5月23日及6月13日提出評核報告上、下冊，各總額部門於6月13日前提出成果報告，簡報資料請於6月30日前提供，以利評核參據。

三、餘洽悉。

#### 伍、法定諮詢事項(詳附錄第19~42頁)

說明單位：衛生福利部社會保險司、中央健康保險署

案由：衛生福利部「115年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)併同中央健康保險署「115年度醫療給付費用總額範圍(草案)之財務試算」諮詢案。

決定：

一、委員所提諮詢意見(含書面意見)摘要(如附件二)，併同發言實錄，送請衛生福利部參考。

二、考量健康台灣政策落實與友善醫事人員環境等項目之適足財源，建請衛生福利部檢視115年度總額協商因素及高推估成長率之財務適足性。

三、請中央健康保險署於衛生福利部交議總額範圍時，依法併同提出資源配置及財務平衡方案，供協商參考。

#### 陸、優先報告事項(詳附錄第43~49頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：中央健康保險署「114年4月份全民健康保險業務執行季報告」，請鑒察。

決定：本案洽悉。

柒、討論事項(詳附錄第50~53頁)

提案單位：本會第三組

案由：全民健康保險各總額部門113年度執行成果之評核結果獎勵標準案，提請討論。

決議：

一、各總額部門113年度執行成果評核結果，將納為115年度各部門總額「品質保證保留款」(下稱品保款)專款獎勵，其獎勵標準如下：

(一)計算基礎：以各總額部門受評年度(113年)一般服務預算為計算基礎，並與115年度總額基期算法一致。

(二)評核等級獎勵成長率：評核結果「良」級給予0.1%、「優」級給予0.2%、「特優」級給予0.3%獎勵成長率。

二、因應107年起品保款預算屬性改變，115年度各部門總額品保專款額度，應與其一般服務預算保留匡列原106年品保款之額度<sup>(註)</sup>合併運用，全數作為鼓勵提升醫療品質之用。

註：各部門額度：醫院3.887億元、西醫基層1.052億元、牙醫門診1.164億元、中醫門診0.228億元。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：上午11時44分。

# 全民健康保險各總額部門 113 年度執行成果發表暨評核會議議程

日期：114 年 7 月 14 日、15 日(星期一、二)

地點：衛生福利部 1 樓大禮堂(台北市南港區忠孝東路 6 段 488 號)

7 月 14 日(一)	報告內容	報告單位
09:00~09:10	報到	
09:10~09:15	開幕致詞	
09:15~10:15	各總額部門(含門診透析)一般服務執行成果報告(60 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.各總額部門整體性、一致性項目執行成果 3.門診透析服務	報告單位：中央健康保險署
10:15~10:30	中場休息(15 分鐘)	(出席人員大合照)
10:30~11:00	跨部門及其他預算專案計畫執行成果報告(30 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.專案計畫/方案執行成效	報告單位：中央健康保險署
11:00~12:00	評論及意見交流(60 分鐘)	
12:00~13:00	午餐	
13:00~13:40	醫院總額執行成果報告(40 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位：台灣醫院協會
13:40~14:40	評論及意見交流(60 分鐘)	
14:40~14:55	中場休息(15 分鐘)	
14:55~15:35	西醫基層總額執行成果報告(40 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位：醫師公會全聯會
15:35~16:35	評論及意見交流(60 分鐘)	
— 第 1 天議程結束 —		

7 月 15 日(二)	報告內容	報告單位
08:50～09:00	報到	
09:00～09:40	牙醫門診總額執行成果報告(40 分鐘)	報告單位：牙醫師公會全聯會
	1.年度重點項目之推動與未來規劃	
	2.一般服務執行績效	
	3.專案計畫/方案執行成效	
09:40～10:40	評論及意見交流(60 分鐘)	
10:40～10:55	中場休息(15 分鐘)	
10:55～11:35	中醫門診總額執行成果報告(40 分鐘)	報告單位：中醫師公會全聯會
	1.年度重點項目之推動與未來規劃	
	2.一般服務執行績效	
	3.專案計畫/方案執行成效	
11:35～12:35	評論及意見交流(60 分鐘)	
— 成果發表會結束 —		
12:35～13:30	午餐	
13:30～16:00	評核內部會議(不公開)	參與人員：主任委員、評核委員、本會同仁

註：依健保會 114 年第 2 次委員會議(114.4.23)通過之評核作業方式，提報重點如下：

簡報內容以「年度重點項目執行成果與未來規劃」為主，請以政策目標、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。

「115年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」及「115年度醫療給付費用總額範圍(草案)之財務試算」之本會委員所提諮詢意見摘要

一、對115年度總額範圍(草案)及財務試算影響部分

付費者委員意見

(一)若以 115 年度總額高推估成長率 5.5% 試算健保財務，當年保險收支將短絀 707 億元，保險收支累計結餘約當 0.96 個月保險給付支出，已不符合健保法第 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)。

(二)為避免調高健保保險費率造成企業及民眾的負擔增加，對於總額範圍擬訂的建議如下：

1.請審視是否有將上年度未執行或未導入的預算納入基期計算之情事，並評估予以扣除，避免安全準備低於法定應至少 1 個月保險給付支出之情形發生。

2.對於推動預防醫學及提升醫療效能所帶來的節流成效，應適切反映納入總額財源。

3.請健保署檢視收入面，努力提升其他收入挹注健保財源，如：菸品健康福利捐等經費挹注。

(三)付費能力參考指標所引用之 GDP 成長率 3.14%，為 114 年 2 月預估值。然面對未來關稅問題，GDP 數字可能會下修，若未來主計總處修正 GDP 成長率預估值，本案相關的估算宜配合調整。

(四)行政院今年通過特別條例，其中將有 200 億元挹注健保基金，其屬挹注健保基金的財源之一，若未來確定執行，宜納入總額範圍(草案)說明。

專家學者及公正人士委員意見

考量健康臺灣政策落實與友善醫事人員環境等項目之適足財源，建請衛福部檢視 115 年度總額協商因素及高推估成長率之財務適

足性，以利解決醫事人力流失問題，造福民眾健康。

## 二、對115年度總額低推估公式之建議

### 付費者委員意見

- (一)衛福部於擬訂 113 年度總額範圍時，曾規劃提出「醫療服務成本指數改變率」(下稱 MCPI)計算方式改採 4 年平均值，以使 MCPI 數值之趨勢較為平穩，然最後仍未正式導入。為利整體制度之穩健，建請衛福部持續規劃 MCPI 採 4 年平均值之導入時點。
- (二)認同醫界所提目前 MCPI 的計算方式可能有諸多問題，但在未提出更好的計算方式前，採主計總處等政府單位提供的資料，仍較具公信力。

### 醫事服務提供者委員意見

- (一)目前總額公式中，MCPI 所採參數為落後指標，無法反映醫療院所實際成本之變動，請再審酌。尤其是醫事人力薪資部分無法如實反映，若改採過去 4 年平均值，可預見會對醫界造成很大的衝擊。
- (二)西醫基層 114 年 MCPI 成長率為 2.14%，115 年降至 1.486%，與目前醫事人力薪資及藥品價格現況背道而馳。例如 115 年西醫藥品費用成長 0.078%，與 114 年成長 3.02%差距非常大，藥品部分不宜採用落後指標。
- (三)藥品費用成長，應將國際情勢的變化納入考量，以保留未來若國際藥價調升，我國需調高藥品核價來因應的彈性空間。

### 專家學者及公正人士委員意見

- (一)健保總額低推估公式已經實施多年，公式結構應通盤檢討，並考慮進行轉型，以適應近年人口結構及醫療服務多面向變化：
  - 1.人口結構改變對醫療費用的影響為非線性關係，以現行低推估公式 $(1+A+B) \times (1+C)-1$ ，隱含線性加總於人口結構與成本變動率，可能低估高齡化與科技進步帶來的非線性成本增加



(如多重慢性病與延長存活但高花費)，未來可以參考 OECD 國家迴歸模型公式。(請詳附錄第 38~42 頁完整書面意見)

- 2.建議非協商因素推估公式結構應該考慮進行轉型來適應近年人口結構及醫療服務多面向變化，增加參數估算過程透明度、強化對未來變數的敏感性分析，以及反映政策導入與醫療結構改革效果的回饋機制。若未來進一步納入「動態預測」與「預防介入效果」，將更具前瞻性與政策指導價值。(請詳附錄第 38~42 頁完整書面意見)
- 3.對各項參數的不確定性，宜就敏感度分析進行高低推估。例如慢性病盛行率是否上升、癌症新藥費用的成長情形、公務預算挹注專款、總額預算未執行部分是否從基期扣除等，都應進行多情境假設推估，以評估財務承擔能力及提升總額協商資訊的透明度。
- 4.目前的低推估公式已實施多年，建議檢視過去 10 年或 15 年推估參數與實際運作的落差，可透過委託研究，針對低推估公式如 MCPI 相關參數或基期計算合理性進行檢討，以利發展短中長期的改善策略。

(二)MCPI 相關參數除採用主計總處的數據，宜納入健保署之數據說明，例如：何項參數參採健保署數據及該數據之來源或計算基礎等。

### 三、對115年度總額政策目標之建議

#### 付費者委員意見

- (一)115 年度總額協商因素金額增加 239.65 億元，其中第二項總額政策目標「友善醫事人員環境，鞏固醫療量能與醫療價值」增加 154.78 億元，約占 64%，請詳細說明其計算內涵，並應考量是否排擠新藥、新科技與其他必要服務的預算。
- (二)第三項政策目標「加速引進新藥新科技，提升支付合理性，照顧急重難罕病人醫療需求，強化醫療服務及品質」增加 41.67 億元，較健保署原預估之 90 億元實屬不足，亦較 114

年同項預算 82.66 億元，減少 41 億元，恐嚴重影響病人權益。請提出具體說明，以判斷此調整是否具正當性與可接受性，並建議爭取更多公務預算挹注，讓更多急重難罕病人儘早獲得新藥治療，減輕病痛與等待時間。

(三)健保新醫療科技預算涵蓋所有新藥、新特材及新增診療項目，長期以來預算不足，導致許多新藥雖獲准納入健保，仍因預算限制而不當限縮。115 年度預算不增反減，恐導致新醫療科技納入給付速度更加緩慢，限縮情形加劇，使病人自費負擔增加，影響醫療可近性與公平性。

(四)第四項政策目標「提升醫療可近性與效能，平衡醫療資源配置」僅增加 6.02 億元，請考量其額度是否有增加的空間？

#### **醫事服務提供者委員意見**

115 年未見編列足夠預算用於調整護理人員薪資，恐無法解決護理人力流失問題。此外，醫師薪資也有相同的問題，診察費支付標準調整幅度有限，醫師只能透過服務量增加收入。現行總額制度下之醫事人力出走，是必須面對的現實問題。

#### **專家學者及公正人士委員意見**

第二項總額政策目標「友善醫事人員環境、鞏固醫療量能與醫療價值」，有關改善醫事人員待遇是否要用公務預算支應？要不要滾入基期的計算？宜進行政策討論。

#### 四、本會重要業務報告

##### 一、本會依上次(第3次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

(一)依本會重要業務報告決定，於本(114)年6月9日以衛部健字第1143360082號書函，邀請本會委員參加7月14、15日召開之「各總額部門113年度執行成果發表暨評核會議」，如附錄一(第147頁)。

(二)依法定諮詢事項決定，將本會對「115年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍草案」之諮詢結果，於本年5月28日以衛部健字第1143360075號書函送請衛生福利部(下稱衛福部)參考，如附錄二(第148頁)。

(三)衛福部業於本年6月9日依全民健康保險法(下稱健保法)第60條規定將「115年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」報請行政院核定(函文及內容節錄如附錄三，第149~183頁)並副知本會，函報重點摘要如下：

1.115年度總額範圍草案約為9,643.70億元(下限金額)至9,883.35億元(上限金額)，與基期(9,368.10億元)相較，其成長率為2.942%(低推估)至5.5%(高推估)，較基期約增加275.59億元至515.25億元。

2.關於基期、低推估值之計算、高推估值與政策規劃目標如第151~158頁；至依法諮詢本會委員之提問及建議重點摘述如第158~160頁；衛福部就各界意見之回應如第160~161頁。

##### 二、為利委員了解歷次委員會議未結案件之辦理情形，依例每半年(6月、12月)彙報1次，截至5月底未結案件計23項，依辦理情形，擬建議解除追蹤15項，繼續追蹤8項，如附表(第23~38頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理。

##### 三、依本年度工作計畫，原訂安排中央健康保險署(下稱健保署)於本年4月份委員會議提報「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」，經委員會議(114.4.23)決定同意延後提報。健保署爰於本年6月10日提報前開報告案(如附錄

四，第 184~195 頁)，請委員參閱，另該署並依健保法規定，於本年 5 月 29 日上網公開 112 年度領取健保費用 2 億元以上，經各該主管機關或會計師查核通過之 237 家院所財務報告，供各界審閱，並以視覺化圖表輔助大眾瞭解。

另健保署業依健保法第 73 條規定，自 107 年起，要求領取健保費用逾 2 億元之醫事服務機構均須提報財報並予公開，至於本會任務係依第 73 條第 2 項規定，倘健保署後續修正「全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法」時，再提本會討論。未來建議回歸健保法立法原意之分工權責為宜，惟請健保署於該財報公開時副知本會，不需再提會報告。

註：健保法第 73 條：

保險醫事服務機構當年領取之保險醫療費用超過一定數額者，應於期限內向保險人提報經會計師簽證或審計機關審定之全民健康保險業務有關之財務報告，保險人並應公開之。

前項之一定數額、期限、財務報告之提供程序、格式及內容之辦法，由保險人擬訂，提健保會討論後，報主管機關核定發布。

第一項之財務報告應至少包括下列各項報表：

一、資產負債表。二、收支餘絀表。三、淨值變動表。四、現金流量表。五、醫務收入明細表。六、醫務成本明細表。

四、依本年度工作計畫，原安排健保署於本次會議提出「精進『急診品質提升方案』執行內容」專案報告，惟該署於本年 6 月 11 日函知其將於本年 6 月 17 日召開「急診壅塞之健保因應策略第四次研商會議」討論方案修訂內容(如附錄五，第 196 頁)，為使報告更臻完備，懇請同意延後至 7 月份會議報告。考量健保署已積極處理中，擬請同意本報告案延後至 7 月份委員會議(114.7.23)提報。

五、為確包含有資訊媒體傳送之安全，本會遵循「衛生福利部可攜式媒體(USB 隨身碟)管控措施」，訂定相關會議資安作業規定(如附件一，第 39~40 頁)。未來本會辦理委員會議、評核會議、總額協商會議等會議時，請與會單位、機關(構)及人員配合該作業規定辦理。

六、為落實健保法第 5 條規定，發揮本會民意溝通平台之角色，依

法持續辦理公民參與活動，本年度委由臺北市立大學簡助理教授毓寧研究團隊辦理，預定於本年 8 月在北、中、南地區各辦理 1 場公民參與活動，議題為：「慢性腎臟病醫療照護政策評估」，預計 7 月初函請所有付費者委員、醫事服務提供者委員代表團體轉知所屬會員，敬請委員協助推廣。

七、中華民國牙醫師公會全國聯合會於本年 6 月 5、6 日擇新北市、宜蘭縣辦理「114 年度全民健康保險牙醫門診總額參訪活動」，本會委員(含代理人)計 20 人參加。

八、中華民國藥師公會全國聯合會於本年 6 月 17、18 日，擇台南市及高雄市辦理「114 年健保委員實地訪查活動」，本會委員(含代理人)計 19 人參加。

九、衛福部及健保署於本年 5 月至 6 月份發布及副知本會之相關資訊摘要如下：[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 6 月 18 日寄至各委員電子信箱]

#### (一)衛福部

- 1.本年 5 月 13 日函復健保署有關 113 年度全民健保其他預算「全民健康保險提供矯正機關收容人醫療服務計畫」預算不足部分，同意以「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不足之經費，及狂犬病治療藥費」項目支應，如附錄六(第 197 頁)，並副知本會。
- 2.本年 5 月 23 日公告訂定「特殊材質縫合錨釘為全民健康保險自付差額之特殊材料品項類別」，並自本年 6 月 1 日生效，如附錄七(第 198 頁)。

#### (二)健保署

- 1.本年 5 月 16 日訂定發布「全民健康保險辦理藥品醫療科技評估作業要點」，並自即日生效，如附錄八(第 199 頁)，重點如下：
  - (1)作業原則：

- ①前瞻式評估(HS)：保險人得依藥商於「前瞻式預算推估登錄作業」系統填報之資料(包含藥商預期未來2年內將提議訂定健保收載之新藥或擴增已收載藥品之給付規定，及其財務衝擊評估結果等資料)，辦理前瞻式評估，並依據藥品預算額度評估結果及提議訂定，優先納為次2年預算編列之參考。
- ②醫療科技評估(HTA)：藉由醫學實證資料進行藥品之相對療效、成本效益及財務衝擊評估，作為健保收載及給付參考。有下列情形之一者，保險人得依藥商提供之評估資料辦理HTA。
- A.新收載案件：藥商預估向保險人提議訂定收載之藥品，每人年藥費超過5百萬元、或藥商預估新藥納入給付後5年內有任1年之藥費超過1億元。
  - B.擴增給付規定：擴增給付規定後5年內，有任1年給付擴增之藥費超過5千萬元。
  - C.其他經專家諮詢會議建議需進行HTA。
- ③醫療科技再評估(HTR)：針對健保已收載之藥品項目，透過蒐集分析真實世界資料(Real World Data)或真實世界實證(Real World Evidence)，及相關臨床試驗資訊，進行臨床相對療效、安全性、成本效益、財務影響或其他評估，作為保險給付調整參考。有下列情形之一者，保險人得依藥商提供之評估資料辦理HTR。
- A.國內外臨床指引更新或新實證出現，致可能須調整給付規定。
  - B.食藥署以加速核准方式核發許可證之藥品，但其他國家之藥物主管機關刪除適應症。
  - C.主要國際HTA評估組織之評估報告更新為不建議給付該藥品。
  - D.其他經藥物共擬會議決議事項或納入給付時有附

帶決議，或主管機關、保險人及其他政府機關提出因應政策之提案。

(2)資訊揭露：經保險人確認後之醫療科技評估、再評估報告，應由保險人依政府資訊公開法公開。

2.公告總額相關計畫如附錄九(第 200~209 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
114.5.2/ 114.6.1	C 型肝炎 全口服新 藥健保給 付執行計 畫	本次修訂係配合藥品給付規定修正，於六、個案登錄及管控作業(五)及七、醫療費用申報(四)之內容，增列可使用 HCV core Ag 之規定。
114.5.14/ 114.6.1	全民健康 保險推動 使用生物 相似性藥 品之鼓勵 試辦計畫	本次主要修訂鼓勵處方藥品清單，藥品成分從 113 年 6 項增加為 8 項，並同步更新項下之藥品商品名。
114.5.21/ 114.1.1	全民健康 保險鼓勵 院所加強 推動腹膜 透析與提 升照護品 質計畫	<p>本次修訂重點如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.預算來源：配合 114 年度總額公告事項修正文字。</li> <li>2.修訂參與院所資格與申請程序： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)山地離島地區修正為偏遠地區。</li> <li>(2)增列 114 年新參與院所應完成簽具通訊診察治療實施計畫書。</li> </ol> </li> <li>3.修訂院所獎勵費用： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)增列支持腹膜透析院所持續運作費：依院所層級及申報病人數，獎勵 20 萬點、30 萬點。</li> <li>(2)修訂腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費：增列山地離島地區加計 30%，並擴大獎勵首次接受腹膜透析治療之新病人，持續接受腹膜透析照護達 7 個月以上者(原獎勵期間之上限由 12 個月擴大為 24 個月)。</li> <li>(3)修訂腹膜透析院所推廣獎勵費：修訂獎勵點數之病人年成長率級距(由 3~15% 調降為 1~5%)及獎勵點數(由</li> </ol> </li> </ol>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>1,000~4,000 點調升為 4,000~12,000 點)。</p> <p>(4)修訂提升腹膜透析院所照護品質獎勵費：修訂品質指標項目總分 70~90 分(不含)，每個案獎勵 4,000 點；<math>\geq 90</math> 分，獎勵 8,000 點。(原為總分<math>\geq 70</math> 分，獎勵 5,000 點)。</p> <p>(5)新增院所腹膜透析新收個案占比提升獎勵費：地區醫院或基層診所，首次接受腹膜透析治療之新病人占首次接受透析新病人之比率<math>\geq 10\%</math>者，獎勵 30,000 點。</p> <p>(6)增列「需分配至少 6 成以上予執行業務之相關醫事人員」之規定。</p> <p>4.增修給付項目及支付標準：</p> <p>(1)修訂 5 項診療項目不得申報之情形。</p> <p>(2)新增 3 項診療項目：「全自動腹膜透析機搭配『病人遠距管理』相關費用 P8115C」(2,499 點)、「連續性可攜帶式腹膜透析導管植入術-未經血液透析治療 P8116B」(2,142 點)及「輔助型腹膜透析治療處置費(每次)P8117C」(1,200 點)。</p>
114.5.23/ 114.1.1	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	<p>本次修訂重點如下：</p> <p>1.配合實施年度及總額決定事項，修正預算額度(敘明 112~114 年預算合計為 19.779 億元)、年度等相關文字。</p> <p>2.修訂獎勵條件：</p> <p>(1)修訂診所資格：明訂 113 年 12 月底前開業(不含 114 年新開業)診所。</p> <p>(2)修訂護理人員調薪幅度之認定標準：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一投保等級且不得低於第四投保等級(31,800 元)，以及診所當月調升聘用護理人員達半數以上者，予以獎勵。(原調薪幅度及認定標準：須較 111 年 12 月達次一投保等級，且按聘有護理人員數達不同調薪人數予以獎勵)</p> <p>3.修訂獎勵方式及核發原則：</p>



公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>(1)反映護理人員薪資調升之門診診察費加計獎勵：符合獎勵條件者，診所申報 1 至 30 人次門診診察費之案件，加計獎勵 24 點。(原為 12 點)</p> <p>(2)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。</p> <p>4.修訂執行目標之目標值：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%。(原為 70%)</p> <p>5.配合獎勵條件為調升聘用半數以上護理人員，故修訂年度執行目標、評估指標及稽核機制之文字及操作型定義。</p>
114.5.29/ 114.1.1	全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫	<p>修訂重點摘要如下：</p> <p>1.參與醫院資格：修訂醫院參與計畫條件，並明訂通報資料之提供義務及保險人使用範圍。</p> <p>2.高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護評估：</p> <p>(1)計畫已執行第 2 年，刪除「實施第 1~6 個月、第 7 個月之適用藥品」規定。</p> <p>(2)修訂給付項目 P8301B「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」支付規範，並明訂「至少六成以上」予感染症專科醫師。</p> <p>3.醫院感染管制品質獎勵：</p> <p>(1)過程面指標：刪除「台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)之抗藥性監測(AR)模組參與度」，另於 P8301B 支付標準，增列須完成前開 THAS 通報之規範。</p> <p>(2)結果面指標：刪除「醫療照護相關感染密度」、新增「加護病房中心導管相關血流感染密度(暫不列入 114 年度積分計算)」。</p> <p>(3)明訂品質獎勵「至少六成以上」予感染</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>管制師或相關醫事人員。</p> <p>4.醫療費用申報、審查及核付作業：</p> <p>(1)明訂 P8301B(高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費) 1.8 億元，若有結餘，則流用至醫院感染管制品質獎勵。</p> <p>(2)明訂醫院感染管制品質獎勵 0.45 億元。</p>
114.6.2/ 114.7.1	全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案	<p>新增方案，重點如下：</p> <p>1.預算來源：由其他預算「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務」項下支應。</p> <p>2.申請資格：須為當年度已參與安寧共照、支付標準「住院安寧療護」、「安寧居家療護」或「居家醫療照護整合計畫」之安寧療護階段之健保特約醫事服務機構。</p> <p>3.評核單位及辦理頻率：委由安寧療護相關專業學會辦理實地評核。同一院所得申請各類安寧療護品質實地訪視評核，至少每三年一次，必要時得增減之。</p> <p>4.品質評核加成獎勵：</p> <p>(1)加成項目：院所受評安寧服務模式之醫療服務給付項目。</p> <p>(2)依實地評核情形給予加成獎勵，評核結果分為良、優及特優三個等級，分別加計 10%、20%及 30%。</p> <p>(3)獎勵金須提撥至少六成以上予安寧療護團隊參與人員。</p> <p>5.評估指標：收案期間急診就醫比率、安寧善終率、住院安寧或安寧共照轉銜安寧居家比率。</p>
114.6.4/ 114.1.1	全民健康保險末期腎臟病前期 (Pre-ESRD) 之病人照護與衛教計畫	<p>本次修訂重點如下：</p> <p>1.預算來源：增列執行 C 型肝炎病毒抗體檢查費用，由醫院總額及西醫基層總額之「一般服務」項下支應。</p> <p>2.實施內容：</p> <p>(1)修訂第二點照護對象及收案條件：配合腎絲球過濾率(eGFR)計算公式由 MDRD4-variable 變更為 CKD-EPI 計</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>算公式，修訂收案條件 eGFR 之計算公式，並增列附表 1 上傳資料格式欄位。</p> <p>(2)增列第 9 點：請院所加強推動收案對象接受 C 型肝炎篩檢，執行前須至健保醫療資訊雲端查詢系統確認是否符合健康署成人預防保健服務補助資格。不符合其補助資格者，收案時得執行一次「C 型肝炎病毒抗體檢查」。</p>
114.6.4/ 114.6.1	全民健康保險居家血液透析試辦計畫	<p>本計畫為 114 年度新增計畫，重點如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.執行目標：收案 50~70 名居家血液透析病人進行在宅醫療，預期 8 年內逐年增加至 800 名。</li> <li>2.參與院所資格：明定院所資格、醫師及護理人員須具備之條件。</li> <li>3.收案對象：經醫師評估適合在宅或機構執行血液透析之病人，且須事前審查同意。另定有不得收案之條件(包含有精神相關疾病者、無同居之家人或友人等)。</li> <li>4.照護內容：主治醫師應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。照護內容包含病人技術訓練、居家血液透析及居家訪視。</li> <li>5.支付方式： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)居家血液透析：比照門診血液透析(次)採包裹給付，每次支付 3,912 點，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。</li> <li>(2)居家訪視費：實地訪視支付 1,200 點、視訊訪視支付 420 點。訓練期間限申報 2 次。此外，居家訪視以一年申報 1 次為原則。</li> </ol> </li> <li>6.點值結算方式：本計畫之診療項目費用(P8701C~P8703C)按季暫以每點 1 元支付；年度結束後進行全年結算，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。</li> </ol>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>7.觀察指標：訂定 4 項年度照護品質指標(血清白蛋白、血液透析尿素氮透析效率、血色素及鈣磷乘積)，每年需至少 3 項以上達標。</p> <p>8.民眾自行負擔透析機及水處理設備費用，每年以 12 萬元為上限。</p>
114.6.6/ 114.7.1	114 年全民健康保險術後加速康復推廣計畫	<p>計畫重點摘要如下：</p> <p>1.預算來源：114 年度醫院總額專款項目「區域聯防-提升急重症照護品質」(268 百萬元)，匡列 60 百萬元支應。</p> <p>2.訂定術後加速康復(下稱 ERAS)參與醫院資格及主責醫院資格。</p> <p>3.收案條件：</p> <p>(1)70 歲以上，且美國麻醉醫師學會麻醉風險分級三至四級者。</p> <p>(2)適用術式：髖關節及膝關節置換手術。</p> <p>(3)排除急診轉住院個案。</p> <p>4.支付方式：</p> <p>(1)主責醫院指導費：每家 15 萬元，需完成相關行政管理(指導院所、評核個案品質、案例數協調、資料彙整分析、成果報告等)，並舉辦「ERAS 共識工作坊」。</p> <p>(2)ERAS 個案照護費(P8601B)：每案 18,000 元，個案出院始得申報，且個案照護執行項目執行率達 60%以上。</p> <p>(3)DRG 差額補付費：因推動 ERAS 致 DRG 費用低於下限臨界點者，依該 DRG 定額計算差值，另以獎勵補付。</p> <p>(4)ERAS 執行成效指標獎勵費：以 25%「ERAS 收案率」、25%「收案個案符合支付規範比率」、50%「DRG 進步率」計算分數，排名前 25%之醫院，給予每案獎勵 1,000 點。</p> <p>(5)ERAS 個案照護費、DRG 差額補付費、ERAS 執行成效指標獎勵費，須給付一定成數(如 5 成)以上予 ERAS 團隊。</p> <p>5.ERAS 品質監測指標：</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		(1)過程面指標：包括門診住院前準備、住院術前準備、手術麻醉、住院術後恢復、出院後追蹤、ERAS 個案照護執行清單。 (2)結果面指標：包括收案指標、團隊品質指標、成效指標、成本指標、出院追蹤等指標。

3.將 113 年門診透析品質提升獎勵金核發結果副知本會，如附錄十(第 210~211 頁)，摘要如下表：

發文日期	核發項目	核發結果
114.6.10	113 年全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫核發結果	1.113 年度預算 45 百萬元。 2.核發情形:113 年血液透析家數共 764 家，其中 568 家(74.35%)領取獎勵金；腹膜透析共 123 家，其中 72 家(58.54%)領取獎勵金。 3.實際核發計 45,000,006 元(因院所計算核發金額採四捨五入方式，與預算相較差異 6 元，由全民健康保險基金支應)。

4.本年 5 月 16 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」、「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等 6 項中醫醫療照護計畫(含子計畫)，自本年 5 月 1 日起新增之承作院所及醫師名單，如附錄十一(第 212 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)統計如附錄十二(第 213 頁)。

5.113 年第 4 季各部門總額每點支付金額：

- (1)牙醫門診總額，如附錄十三(第 214~217 頁)。
- (2)中醫門診總額，如附錄十四(第 218~220 頁)。
- (3)醫院總額，如附錄十五(第 221~225 頁)。
- (4)西醫基層總額，如附錄十六(第 226~229 頁)。

(5)門診透析服務，如附錄十七(第 230~232 頁)。

總額別 分區別	113 年第 4 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	0.9619	0.9908	0.9412	0.8869	0.9560
北區	1.0544	0.9212	0.9597	0.9191	
中區	1.0333	0.9395	0.9559	0.9293	
南區	1.0749	0.9603	0.9891	0.9619	
高屏	1.0632	0.9738	0.9900	0.9554	
東區	1.1500	1.1200	1.0112	1.0399	
全區	1.0194	0.9635	0.9621	0.9236	

6.本年 2 月至 5 月份公告暫予支付及修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分項目，藥品計 39 件、特材計 14 件，彙整如附錄十八(第 233~237 頁)。

決定：

## 歷次委員會議繼續列管追蹤事項(更新部分以底線標示)

## 一、擬解除追蹤(共 15 項)

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
一、財務				
1	<p>(1)有關政府應負擔健保總經費法定下限 36%之計算方式：(106.7 決議、106.8、106.12、107.6、107.12、108.3、108.6 決定、108.11、108.12、109.4 決議、109.6、109.9 決定、109.10、109.11 決議、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12、112.2、112.6 決定、112.11 決議、112.12 決定、113.3 決議、113.6 決定)</p> <p>①建請衛福部匡正政府應負擔健保總經費法定下限 36%計算方式，委員所提意見送請衛福部及健保署審慎研析並檢討修正、研參。</p> <p>②健保署定期提報本會之健保財務收支情形表中，政府應負擔健保總經費法定下限 36%不足數之金額，請分別依主管機關依法認定及提案委員主張(註)之兩種計算方式及結果呈現。</p> <p>註：依健保法第 76 條第 1 項規定計算應提列之安全準備(各項來源金額<math>\geq 0</math>)後，再帶入同法第 2 條、第 3 條公式。</p> <p>③建議政府撥補歷年政府應負擔健保法定經費不足數之缺口，以確保健保財務之健全案，請主</p>	<p>社保司回復：</p> <p>1.政府應負擔健保總經費法定下限為 102 年二代健保新制度，施行初期因主計總處與本部法規見解差異，致相關預算編列產生疑義。案經行政院跨部會研商，已確立法律見解及計算方式；配合部分爭議修正之健保法施行細則第 45 條，亦經立法院實質審查確定；據以計算之各年度政府應負擔數，業由審計部完成審定，相關法制程序皆屬完備，合法性及合理性無虞。早期因政府部門間法規爭議衍生之預算不足數，已完成撥補，政府每年皆依法負擔本項經費。</p> <p>2.有關健保法施行細則第 45 條，本部已研議修正政府負擔 36%計算範圍以健保法規定為限，<u>114 年預算行政院業先以此計算方式為基礎編列，增加保險費補助 134 億元至健保基金。</u></p> <p>健保署回復：</p> <p>有關政府應負擔健保總經費法定下限36%不足</p>	<p>解除追蹤</p> <p>(社保司已研議修正政府負擔 36%計算範圍以健保法規定為限，及完成撥補早期因法規爭議之預算不足數，且歷年政府應負擔健保總經費數於法制程序已完備，爰建議解除追蹤)</p>	—

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	<p>管機關積極研議處理。並請健保署協助本委員會向行政院彙報說明</p> <p>.....</p> <p>(2)有關健保法施行細則第45條：(106.7 決議、107.4、107.5、107.6、107.12、108.3、108.6、108.12、109.6、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12、112.2、112.6 決定、112.11 決議、112.12、113.6 決定)</p> <p>健保法施行細則第 45 條，恐有違背母法第 27 條之虞，建請恢復 101 年 10 月 30 日修正通過之健保法施行細則第 45 條條文。</p>	<p>數之計算方式，歷年來皆依健保法第2條、第3條及同法施行細則第45條規定，以及行政院協商確立之法律見解及計算方式辦理。</p>		
2	<p>為監理全民健康保險財務正常運作，正視呆帳對於健保財務收支平衡的重大襲蝕影響，建請於每年度協商下年度健保總額預算時，應將前年度自 7 月 1 日起算至協商時當年度 6 月 30 日止的呆帳總額列為下年度健保總額預算基期的減項，就此減項計算結果，做為協商下年度健保總額預算擬定範圍的計算基準，並就每年健保呆帳納入公務預算或其他財務來源補助案，請健保署正視全民健保呆帳之問題，積極研擬事前防範措施及事後財源籌措方案，並研議全民健保呆帳由公務預算或其他財源補助之可能性。(109.6 決議)</p>	<p>健保署回復：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.針對經濟弱勢民眾，為使其享有就醫權益，本署提供分期繳納、紓困貸款等欠費協助措施。</li> <li>2.紓困貸款部分，依全民健康保險法第 99 條規定，設置全民健康保險紓困基金，提供保險對象無息申貸健保欠費或補助健保費及應自行負擔之費用。該基金 114 年度預算編列情形概述如下：</li> </ol> <p>(1)健保紓困貸款計畫 1.48 億元，係提供經濟困難無力繳納全民健康保險費之保險對象，無息申貸健保費及應自行負擔之費用。</p> <p>(2)協助弱勢族群排除就</p>	<p>解除追蹤 (健保署已研議全民健保呆帳由公務預算或其他財源補助之可能方式，並有行政院撥補之特別預算以減輕健保財務負擔，爰建議解除追蹤)</p>	—



項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
		<p>醫障礙計畫 <u>3.18</u> 億元，係補助經濟弱勢族群繳納健保欠費，並提供其就醫所產生之相關費用。</p> <p>(3)補助經濟困難者健保費計畫 <u>7.67</u> 億元，係補助合於社會救助法規定之中低收入戶應自付二分之一健保費。</p> <p>3.衛福部及本署每年均積極向財政部爭取公益彩券回饋金，辦理「協助弱勢族群排除就醫障礙計畫」，<u>115</u> 年所提計畫已獲財政部審議通過經費 <u>2.9</u> 億元。</p> <p>4.有關研議健保呆帳納入公務預算或其他財源補助之可能性一節，查行政院於 112 及 113 年度分別以公務預算及特別預算撥補全民健康保險基金 240 億元及 200 億元，114 年度健保財務協助方案編列 336 億元，上開預算雖未針對呆帳挹注經費，但行政院已衡酌整體健保財務狀況編列預算補助或減輕健保財務負擔。</p>		
二、新醫療科技、支付標準				
3	有關醫院及西醫基層總額之「新醫療科技(包括新藥及新特材等)」及「藥品及特材給付規定改變」預算檢討、調整與管控機制，委員認為應再說明新醫療科技引進之考量因素，其導	<p>健保署回復：</p> <p><u>1.藥品部分：</u></p> <p><u>(1)盤點癌症藥品與 NCCN (National Comprehensive Cancer Network)治療指引，並邀集相關領域專家針對指引列為</u></p>	解除追蹤 (健保署已說明新醫療科技引進考量因素及導入後預算監	—

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	入後對總額之財務壓力，以及導入後若超出原編預算之彌補機制。(111.6 決定)	<p><u>category1 且 preferred treatment，依健保財務可支應下優先修正項目。</u></p> <p>(2)<u>依總統健康台灣百億癌藥基金之願景，自 114 年於健保總額外由公務預算挹注 50 億元用於「癌症新藥暫時性支付專款」，並持續編列，以用多少隔年補多少，保持一定水位。</u></p> <p>(3)<u>健保總額預算項目依現有機制，持續於每季監控預算執行與進度狀況，以利控管新藥及擴增藥品預算執行數，並視預算數公告增修給付項目及支付標準。</u></p> <p>2.特材部分：</p> <p>(1)<u>依據全民健康保險法第 42 條，健保收載新藥物得先辦理醫療科技評估，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及健保財務。</u></p> <p>(2)<u>本署強調「依實證合理給付」，透過科學實證評估各項給付項目，在收載新醫療科技前運用醫療科技評估(HTA)，進行人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及健保財務等面向評估，以輔助納入健保收載之決策，逐步強化醫療科技評估管理(HTM)構築給付效益之循環式管理，並蒐集真實世</u></p>	控相關機制，爰建議解除追蹤)	

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
		<p><u>界實證資料 (Real World Data)</u>，對於健保已收載品項就臨床療效、成本效益、安全性及財務影響等面項進行醫療科技再評估(HTR)，透過從健保給付前至給付後之成本效益循環式管理，使健保資源有效合理分配，進而提升健保給付效益，強化以科學實證為基礎的精準給付。</p> <p>(3)<u>有關新收載特材品項</u>，定期於特材共同擬訂會議進行監控報告，並滾動式檢討。</p>		
三、總額協商				
4	<p>有關分級醫療各項策略之執行成效(含醫學中心及區域醫院門診減量措施、家庭醫師整合性照護計畫、強化基層照護能力及「開放表別」、鼓勵院所建立轉診之合作機制)，對於醫學中心、區域醫院門診量確實已減少並達標但病人似未確實下轉，以及未進入轉診平台的病人流向，請健保署於 109 年委託研究「分級醫療制度之轉診就醫流向分析與原因探討」完成後，參考研究成果並進行相關檢討後，予以說明。(109.6 決定)</p> <p>.....</p> <p>有關 111 年度總額轉診相關協定事項之檢討與未來規劃，請健保署參考委員所提意見，持續檢討、精進分級醫療政策及相關鼓勵措施，並於 112 年度總額</p>	<p>健保署回復：</p> <p>1.分級醫療為本署推動醫療改革之重要政策，各項措施按既定期程推動，配合指揮中心醫療量能降載措施，強化基層醫院服務量能，減少大型醫院從事輕症服務，導引醫院與診所間成立垂直整合聯盟，提供病人上、下轉診的合作管道。</p> <p>2.<u>近年本署透過提供轉診支付誘因，鼓勵院所完成有品質之轉診服務。近期為鼓勵醫學中心/區域醫院「下轉」至地區醫院/基層診所，規劃下轉增加獎勵 200 點/件及接受轉診院所增加獎勵 300 點/件；另研議調降上轉支付點數 100</u></p>	解除追蹤 (健保署已補充說明目前持續精進分級醫療之相關措施及調整支付誘因，爰建議解除追蹤)	—

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	協商草案提出規劃方案，以早日落實分級醫療之政策目標。(111.7 決定)	<p><u>點/件(由 250 點調整為 150 點)，促進區域級以上醫療資源用於急重難罕。上開轉診獎勵之修訂，依基層及醫院總額部門共識結果，擬提至 114 年 6 月 26 日之醫療費用共同擬訂會議報告。</u></p> <p>3. <u>為促進分級醫療，於 112 年 7 月調整部分負擔，鼓勵慢性病患於鄰近基層診所看診及領取連續處方箋藥品，逐步引導民眾就醫行為，以落實分級就醫措施，使醫療資源合理分配運用。統計至 113 年下半年，慢性病人於西醫基層就醫件數占率，已較部分負擔新制實施前增加 4.62%。</u></p> <p>4. <u>持續調升醫院重症支付標準，113 年再就醫院兒童加護病床、中重度住院診察費予以加成給付；114 年調整急診診察費、急診護理費支付點數，另急救責任醫院加護病房住院基本診療項目支付(重度級醫院比照醫學中心支付、中度級醫院比照區域醫院支付)及離島醫院急診案件醫療服務項目加成(重度級醫院加計 50%、中度級醫院加計 30%、一般級醫院加計 10%)，達到重症病人於醫院照護，輕症或穩定慢性病人</u></p>		

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
		於社區院所照護。 5.積極推動大家醫計畫，鼓勵參與醫師接受各項慢性病照護知能，提升全人照護量能，並建構家醫大平台， <u>提供慢性病追蹤、預防保健等資訊，以利大家醫計畫參與院所進行健康管理。</u>		
5	建議健保總額財源應優先解決總額缺口，不宜再新增任何項目案，委員所提意見，送請衛福部社會保險司及健保署研議。(110.9決議)	<p>社保司回復：</p> <p>1.本部每年度擬訂總額範圍草案，其低推估由固定公式計算而得，<u>高推估則是參考民眾醫療需求，衡量民眾付費能力、總體經濟情勢、我國整體醫療保健支出及健保財務收支情形等所擬。</u></p> <p>2.<u>前述年度總額範圍草案依法於6月前函報行政院</u>，俟行政院核定後交議至健保會協商，<u>各新增項目皆經健保會協商而定</u>，委員所提意見本部已納入年度總額範圍相關作業參考。</p> <p>健保署回復：</p> <p>1.本署配合衛福部核定年度各部門醫療給付費用總額及貴會協定事項，辦理各項事宜。</p> <p>2.於各部門總額研商會議中，若該總額部門受託單位提案以「非協商因素」調升支付標準，本署將評估財務影響，若預估點值未達0.95元，則不建議增修支付標準。</p>	解除追蹤 (社保司及健保署已將委員所提意見納入年度總額範圍相關作業參考及辦理總額相關事宜，爰建議解除追蹤)	—

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
6	請健保署於 114 年 3 月份委員會議提報 113 年度總額 4 項涉及四部門總額預算扣減方式之執行結果，作為 115 年度總額協商參考。(113.7 決定)	<p>健保署回復： <u>本署業提至貴會 114 年第 2 次委員會議(114.4.23)報告，並依決議事項辦理 113 年第 4 季總額結算。</u></p> <p>本會補充說明： <u>本案已提報 114 年第 2 次委員會議(114.4.23)報告事項第一案。</u></p>	解除追蹤 (健保署已完成提報，爰建議解除追蹤)	—
7	請健保署會同門診透析服務相關團體密切監測腹膜透析病人照護品質及健康結果，持續評估「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」專款項目執行成效。(113.7 決定)	<p>健保署回復： 遵照辦理。</p> <p>本會補充說明： <u>依本年度工作計畫，請健保署於 6 月份委員會議提出專案報告。</u></p>	已列入本次會議報告事項第一案，報告後解除追蹤	—
8	有關委員關切 114 年度全民健康保險醫療給付費用總額基期之計算是否包含移由公務預算支應項目之費用額度，請衛生福利部以書面回復並詳列其計算過程及結果(含公式及詳細數據)。(113.9 決定)	<p>社保司回復：</p> <p>1.114 年移由公務預算支應項目多為專款及其他部門預算，屬零基預算，不包含於低推估成長。每年總額係以，經校正之前 1 年總額乘上低推估公式 <math>\{ [1 + \text{投保人口結構改變對醫療費用影響率}(A) + \text{醫療服務成本指數改變率}(B)] \times [1 + \text{投保人口預估成長率}(C)] - 1 \}</math> 前一年校正後一般服務費用占率，計算出低推估；再加上協商因素後，得出高推估；其中低推估公式有「校正後一般服務費用」占率，不含專款項目及其他部門預算。</p> <p>2.移出總額至公務預算編列之經費，為公共</p>	解除追蹤 (社保司已回復說明 114 年度總額之計算方式及委員關心事項，爰建議解除追蹤)	—

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
		<p>衛生、預防保健、資訊或政策需要等項目，排擠原本之醫療服務運用資源配置，114 年該等項目回歸公務預算支應，<u>挪出額度回歸一般醫療需求，114 年總額核定預算已不含移出項目，115 年總額基期亦不再含有移出項目。</u></p> <p><u>本會補充說明：</u> <u>健保署已於 114 年第 1 次委員會議(114.3.26)書面提報 114 年度總額預算數及成長率計算公式與數據。</u></p>		
9	114 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案，所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。(113.11 決議)	<p>健保署回復： <u>本署業於 114 年 4 月 9 日以健保醫字第 1140661512A 號函貴會備查。</u></p> <p><u>本會補充說明：</u> <u>本案已提報 114 年第 2 次委員會議(114.4.23)本會重要業務報告。</u></p>	解除追蹤 (健保署已完成提報，爰建議解除追蹤)	—
10	114 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，所涉執行面及計算(含風險調整移撥款額度、用途與執行方式)等相關細節，授權中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款額度、用途與執行方式請送本會備查。(113.11 決議)	<p>健保署回復： <u>本署業於 114 年 3 月 21 日以健保醫字第 1140661195A 號函報貴會核備。</u></p> <p><u>本會補充說明：</u> <u>本案已提報 114 年第 2 次委員會議(114.4.23)本會重要業務報告。</u></p>	解除追蹤 (健保署已完成提報，爰建議解除追蹤)	—
四、其他				

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
11	為提升醫療可近性、優化處方箋傳遞流程以及因應環保趨勢，提請衛福部儘速實施「電子處方箋」，本案屬衛福部及健保署權責，委員所提意見送請權責單位參考，並請健保署於例行業務執行報告提報辦理進度。(111.11 決議)	健保署回復： <u>有關電子處方箋辦理進度已納入 114 年 6 月份委員會議業務執行報告。</u>	健保署將於本次會議報告事項第三案呈現，於報告後解除追蹤	—
12	有關「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」之具體實施規劃，請健保署依 112 年度總額決定事項及委員所提意見，於下次委員會議提出本協定事項具體完整之分年目標、執行方法及期程。(112.11 決定)	<p>健保署回復：</p> <p>1.考量近年人力成本上升造成財務衝擊，為合理反應實際醫療成本及臨床人員的辛勞，本署參考醫療服務資源耗用相對值(RBRVS)調整模式，研議支付標準調整方案。</p> <p>2.113 年 5 月成立「支付標準衡平性評量規劃專家小組」並<u>持續召開會議，摘述 114 年歷次會議結論及年度工作重點如下：</u></p> <p>(1)<u>門診診察費區分為「一般」與「複雜」，建立合理量及異常申報審查機制。</u></p> <p>(2)<u>將點滴注射、空針等低價針具納入病房費，設計支付誘因，引導臨床效率精進。</u></p> <p>(3)<u>優先調升基本診療項目(如護理費、診察費、病房費)、兒童重症與住院支付，以強化醫院體質、穩定住院營運。</u></p> <p>3.114 年已優先調整急診、急救責任醫院、護理及自然產手術等支付標準，並規劃 4 年</p>	解除追蹤 (健保署已提報完成，爰建議解除追蹤)	—



項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
		<p><u>投入 100 億元(每年 25 億元)，以提升住院護理費占比至 15%為目標。</u></p> <p><u>4.未來支付標準調整，將扣合醫護人力薪資、加護病床使用、急診留滯等指標，達標者方可增加個別醫院預算額度。</u></p> <p><u>本會補充說明：</u>  <u>本項係 112 年新增項目，依部決定事項預定辦理期程為 3 年，健保署已於 112 年 12 月提報本專款項目之 112 年度與 113 年度之分年目標、執行方法及規劃期程，惟本項自 114 年由專款項目移列至一般服務，爰依衛福部決定事項，114 年不須再提報上開內容。</u></p>		
13	<p>請健保署於提報 114 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案時，依衛福部核定函示，針對本會委員所提建議，說明審酌參採情形。(113.3 決定)</p> <p>.....</p> <p>有關 113 年第 1 季全民健康保險業務執行季報告之委員對於抑制資源不當耗用改善方案意見，請納入提報 113 年度執行成果及研修 114 年度方案參考(包含回應委員對指標之建議)。(113.5 決定)</p>	<p>健保署回復： 配合辦理。</p> <p><u>本會補充說明：</u>  <u>健保署已參考委員所提建議，擬訂 114 年度方案，提 114 年第 1 次委員會議討論，並於第 3 次委員會議提報 113 年度執行成果。</u></p>	解除追蹤 (健保署已於 114 年第 1 次及第 3 次委員會議提報，爰建議解除追蹤)	—
14	<p>新增「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第 2 條第 1 項第 3 款之附表二指標項目案，本案請參考委</p>	<p>健保署回復：</p> <p><u>1.本署業已完成全民健康保險醫療品質資訊公開網專區相關建置</u></p>	解除追蹤 (衛福部已核定發布且健保署	—

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	員所提意見，註明新增指標「再住院率」之定義後，依法定程序陳報衛福部核定發布。(113.1 決議)	<u>作業，提前於114年3月27日新增公開「肺炎」、「慢性阻塞性肺病」二類疾病別共4項指標資訊，供各界查詢使用。</u> <u>2.新增指標操作型定義已參考委員意見註明含急診轉住院案件。</u>	已在醫療品質資訊公開網專區新增指標及定義，爰建議解除追蹤)	
15	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。(114.3 決議)	健保署回復： <u>本案經衛福部 114 年 4 月 28 日以衛部保字第 1141260147 號公告，預告訂定特殊材質縫合錨釘為全民健康保險自付差額之特殊材料品項類別，預告期間至 114 年 5 月 12 日止。基於民眾使用權益並考量院所作業時間，本案特材依全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 6 條第 3 款規定，採主管機關核定專案生效，於 114 年 6 月 15 日生效。</u>  <u>本會補充說明：</u> <u>本案經衛福部 114 年 5 月 23 日公告訂定「特殊材質縫合錨釘為全民健康保險自付差額之特殊材料品項類別」，並自 114 年 6 月 1 日生效，如附錄七(第 198 頁)。</u>	解除追蹤 (衛福部已核定公告實施，爰建議解除追蹤)	—

## 二、擬繼續追蹤(共 8 項)

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
一、新醫療科技、支付標準				
1	請健保署於考量病患權益及減少社會衝擊等情況下，檢討如何落實全民健康保險法第 51 條第 4 款之規定，包括研提「成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品」逐步不納入健保給付之規劃與配套措施，及對健保財務之影響評估；若確有窒礙難行之處，亦請評估有無修法之必要性。請健保署將前項整體評估結果(包含相關配套措施，且不能影響民眾用藥權益)，提至本會報告。(106.10 決議、108.3 決定)	<p>健保署回復：</p> <p>1.本署已著手檢討並縮小指示藥品給付範圍，於 114 年 1 月 13 日邀集相關公會及醫學會交流意見，針對 1 年內無使用量或使用量少之類別取消健保給付，並保留公衛、小兒、急救用藥，後續將依藥理分類，分組邀集相關用藥科別及學會討論。並於 114 年 3 月函請前揭會議與會單位，針對 1 年內無使用量或使用量少之 37 項目，確認是否取消健保給付，經回函意見，共 5 項目不同意取消健保給付，後續納入藥理類別召開分組會議討論，其餘共 32 品項取消健保給付，將提藥物共同擬訂會議報告。</p> <p>2.未來精進策略規劃：</p> <p>(1)持續檢討指示用藥之臨床需求：臨床必要、兒童用藥及公衛藥品為優先考量保留給付，若取消給付將給予緩衝時間。</p> <p>(2)修法符合民意及實務作業：將處方藥或指示藥之類別與健保給付脫鉤，意指健保給付將以藥品臨床必要性作為考量。後續將持續與各界進行溝通凝聚修法共識。</p>	<p>1.繼續追蹤</p> <p>2.俟健保署將整體評估結果提至本會報告後解除追蹤。</p>	依健保署研擬進度辦理

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
二、總額協商				
2	112 年度牙醫門診總額依協定事項須提本會報告「預算扣減及節流效益之規劃」之未完成項目，其中涉及節流效益檢討之 3 項計畫，請健保署將其量化之執行結果，併同於 114 年 7 月檢討計畫未來納入一般服務或退場時之重要參據。(113.1 決議)	<p>健保署回復：</p> <p>1.有關 112 年度牙醫門診總額協定事項之需提節流效益之 3 項計畫，業於 113 年第 1 次委員 (113.1.24) 會報告，摘要如下：</p> <p>(1)「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」：執行 P7301C 後，89013C 及 89113C「複合體充填」二年內重補率較未執行 P7301C 者低(跨院所計算)。</p> <p>(2)「超音波根管沖洗計畫」：使用超音波根管沖洗的牙齒二年內根管治療之再治療率比未使用者低。</p> <p>(3)「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」：齲齒經驗之高風險患者 113 年起平均齲齒填補顆數增加率降低。</p> <p>2.考量 3 項計畫之節流效益指標需追蹤 2 年，本署將於完成追蹤後提報貴會報告。</p> <p>3.<u>本案併 113 年總額協商指標要覽資料，作為各委員 115 年總額協商參考。</u></p> <p><u>本會補充說明：</u> 依本年工作計畫，請健保署將其量化之執行結果，納入 114 年 8 月份委員會議報告事項。</p>	<p>1.繼續追蹤</p> <p>2.於健保署將量化之執行結果提報 114 年 8 月份委員會會議報告後解除追蹤。</p>	114 年 8 月
3	有關 113 年度牙醫門診總額「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」之指標 1，請	<p>健保署回復：</p> <p><u>113 年 5 月 21 日全民健康保險醫療給付費用牙</u></p>	<p>1.繼續追蹤</p> <p>2.健保署於評核 113</p>	114 年 7 月

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	健保署會同牙醫門診總額相關團體於 114 年 7 月評核 113 年度總額執行成果時，提出合理之比較基準。(113.7 決定)	<u>醫門診總額 113 年第 2 次研商議事會議決議操作型定義如附件二(第 41 頁)。</u>  <u>本會補充說明：</u> <u>本指標為降低牙科處置後口腔出血至院所就診之比率，惟尚待提出指標值降低之比較基準。</u>	年度總額執行成果時， <u>提出指標值之合理比較基準後解除追蹤。</u>	
4	「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 114.3.26 議事錄附件二)，完成法定程序及提報本會等事宜，以利年度總額順利推動。(114.3 決定)	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
5	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，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。(114.3 決議)	健保署回復： 遵示辦理， <u>衛福部於 114 年 5 月 9 日同意本署所報支用「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」預算支應『西醫基層診所及藥局開診額外獎勵措施』案，俟獎勵費用結算完成後提報執行結果等事宜。</u>	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	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，114 年度總額核(決)定事項應	健保署回復： <u>1.「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」及「居家血液透析與提升其照護品</u>	1.繼續追蹤 2.於健保署提報本會委員會議 5 項未完	114 年 6 月

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	提報本會項目，尚有 5 項未完成、2 項須補充內容(如 114.3.26 議事錄附件四)，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。 (114.3 決定)	<p>質」業提至貴會 114 年第 2 次委員會議(114.4.23)報告，「提升國人視力照護品質項目」、「強化基層照護能力及『開放表別』項目」及「提升中藥用藥品質管理相關策略」項目將遵示辦理。</p> <p>2. 「全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」之執行目標及預期效益之評估指標，將納入本次會議報告。</p> <p>3. 「非齒源性口腔疼痛處置」項目之適應症，業納入本署 114 年 4 月 22 日健保審字第 1140670703 號令公告之全民健康保險醫療費用審查注意事項，並自 114 年 6 月 1 日生效，將納入本次會議報告。</p>	成及 2 項須補充內容後解除追蹤。	
三、其他				
7	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。(114.3 決議)	<p>健保署回復：</p> <p>1. 方案已參考委員意見並於 114 年 4 月 28 日陳報衛福部。</p> <p>2. 經 114 年 5 月 27 日面報林靜儀次長刻正修正方案指標項目之目標值，俟修正後陳報衛福部。</p>	<p>1. 繼續追蹤</p> <p>2. 於衛福部核定後解除追蹤。</p>	—
8	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，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。 (114.3 決議)	<p>健保署回復：</p> <p>遵示辦理。</p>	<p>1. 繼續追蹤</p> <p>2. 於健保署提出檢討改善報告後解除追蹤。</p>	114 年 12 月

## 全民健康保險會遵循「衛生福利部可攜式媒體(USB 隨身碟)管控措施」 相關會議資安作業規定

114.5.23

為確保持有資訊媒體傳送之安全，本會遵循「衛生福利部可攜式媒體(USB 隨身碟)管控措施」(詳附件，第 40 頁)，訂定本項資安作業規定。為確保資訊安全，衛生福利部(下稱本部)自 113 年 11 月 1 日起，管制本部同仁辦公桌上型電腦與筆記型電腦(統稱個人電腦)USB 隨身碟存取功能，經本部認證之隨身碟始可用於本部重啟存取功能之個人電腦。基此，本會辦理委員會議、評核會議、總額協商會議等會議時，請與會單位、機關(構)及人員配合之作業規定如下：

- 一、因本部設有防火牆掃描、過濾電子郵件，進行資安保護，因此各機關(構)提供本會之電子文件資料，應以電子郵件送達方式辦理。
- 二、倘會議當天電子文件資料需臨時抽換、增修或提供者，請直接提供紙本資料，若需投影播放，則請於會議前一天15:00點前，以電子郵件將檔案寄送本會，以利處理資料存取及電腦投影事宜。
- 三、若會議當天仍有臨時需要使用未經認證之隨身碟者，則依「衛生福利部可攜式媒體(USB隨身碟)管控措施」第四點辦理，應持該隨身碟至本部三樓東側機房，由機房值班人員協助掃毒並讀取資料。
- 四、年度總額協商會議，「部門版本」及「付費者版本」之資料提供：
  - (一)協商主會場(301 會議室)：統一由本會處理協商版本電子文件之資料存取、投影等事宜。
  - (二)內部會議會場：請外部單位自行攜帶筆記型電腦及隨身碟，進行內部試算，本會將於會議室準備投影機及列表機(含驅動程式)供投影及列印紙本資料，且為確保協商當天投影及列印功能正常，請各機關(構)於會議前一天派員攜帶筆記型電腦至本部完成測試(測試時段請洽本會)。
  - (三)協商過程中，若協商雙方之協商版本有更動，請列印紙本試算表，交由協商主會場之本會同仁，協助電腦鍵入試算表及投影。為確保試算資料正確，雙方協商版本之試算，請使用本會提供之試算表電子檔，以利統一格式及計算方式。

## 衛生福利部可攜式媒體 (USB 隨身碟) 管控措施

113.7.29

為利今年 11 月 ISO 27001:2022 資訊安全管理系統(ISMS)轉版驗證通過，遵行可攜式媒體管理規定，應保護含有資訊的媒體於傳送時，不受未經授權的存取、誤用或毀損；另依文件化資訊控制要求，應蒐集隨身碟操作軌跡，製作 USB 隨身碟存取紀錄，以供各單位主管及資安稽查使用。

資訊處規劃使用工具系統性集中管理，以減輕各單位自行作業負擔。隨身碟管控措施將採滾動式檢討並修正，說明如下：

- 一、自即日(113 年 11 月 1 日)起管制本部同仁辦理公務桌上型電腦與筆記型電腦(統稱個人電腦) USB 隨身碟存取功能。
- 二、經本部認證之隨身碟始可用於本部重啟存取功能之個人電腦。如有使用 USB 隨身碟存取資料需求者，需經申請將個人電腦及隨身碟登錄 USB 控管後，重啟該個人電腦存取本部授權使用之 USB 隨身碟。
- 三、同仁如有使用隨身碟之需求，由單位窗口彙整申請資料配合於 113 年 10 月 10 日前提出個人電腦、隨身碟申請名單，以電子請辦單送資訊處設定。各單位可於請辦單敘明個人電腦對應隨身碟 USB 使用存取權限設定需求。
- 四、外部人員或廠商之隨身碟，可至三樓東側機房，由機房值班人員協助掃毒並讀取資料。
- 五、資訊處每年底進行裝置盤點，調查次一年度是否續用或停用。
- 六、資訊處每月初寄送各單位上個月隨身碟操作軌跡(資料存取紀錄)，供單位主管查閱，以備相關稽核使用。
- 七、為避免隨身碟遺失之資料洩漏風險，建議同仁利用 Windows 內建 Bitlocker 功能，將隨身碟加密，或將檔案個別加密保存。

註：bitlocker 可對設備加密(資訊處提供 bitlocker SOP)，需輸入密碼方可解鎖，此可有效避免隨身碟遺失之資料洩漏風險，惟此功能取決與電腦作業系統版本與硬體裝置，如設備較為老舊，可能會發生無法解密的問題，導致無法讀取隨身碟檔案，請單位可自行評估是否要啟用該功能或自行將檔案個別加密保存。



**113 年度全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫  
預期效益之評估指標：「降低使用抗凝血劑病人牙科處置後 24 小時  
內，因牙科處置相關之口腔出血至院所就診之比率」操作型定義**

一、公式 1：服用抗凝血病人經牙科處置，至院所拔牙後特別處理比率

(一)分母：有服用抗凝血劑病人在牙醫院所就診，當次有申報特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)及拔牙醫令之案件數。

(二)分子 1：分母之病人 24 小時內至院所就診，當次有申報同牙位拔牙後特別處理(92012C)之案件數。

(三)公式 1：分子 1/分母\*100%。

二、公式 2：服用抗凝血病人經牙科處置，至院所牙醫急症處置比率

(一)分母：有服用抗凝血劑病人在牙醫院所就診，當次有申報特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)及拔牙醫令之案件數。

(二)分子 2：分母之病人 24 小時內至院所就診，當次有申報同牙位牙醫急症處置-每次門診限申報一次(92093B)之案件數。

(三)公式 2：分子 2/分母\*100%。

備註：

1. 「有服用抗凝血劑病人」係指近 6 個月有申報抗凝血劑藥物。
2. 抗凝血劑為：(1)aspirin、(2)保栓通 Clopidogrel (Plavix)、(3)肝素 heparin、(4)wafarin、(5)鏈激酶 streptokinase、(6)recombinant tissue plasminogen activator (r-tPA)。
3. 拔牙醫令：92013C(簡單性拔牙)、92014C(複雜性拔牙)、92015C(單純齒切除術)、92016C(複雜齒切除術)、92063C(手術拔除深部阻生齒)、92055C(乳牙拔除)、92092C(乳牙複雜性拔牙)。
4. 因牙醫支付項目中沒有單獨申報止血項目，故以 92012C(拔牙後特別處理)代替，但該醫令適應症包含乾性齒槽炎或縫合止血及局部麻醉。
5. 因牙醫支付項目中沒有單獨申報止血項目，故以 92093B(牙醫急症處置-每次門診限申報一次)代替，但該醫令適應症包含(1)顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者、(2)外傷導致之牙齒斷裂、(3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血、(4)下顎關節脫臼、(5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎、(6)口腔及顏面撕裂傷。



## 討論事項



## 第一案

提案單位：本會第三組

案由：115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)，提請討論。

說明：

- 一、依全民健康保險法第 61 條規定，本會應在行政院核定之年度醫療給付費用總額(下稱總額)範圍內，協定該年度總額及其分配方式，報衛生福利部(下稱衛福部)核定。本會均依行政院核定之總額範圍及衛福部當年交付之政策目標進行協商，為利每年 9 月份協商進行，爰循例事先議定協商架構及原則。
- 二、本案主要依本(114)年 5 月 15 日衛福部函提本會委員會議諮詢之「115 年度全健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」(下稱 115 年度總額範圍草案)資料，並參考 114 年度總額協商架構及原則，及近年總額協商經驗及實務運作，擬具「115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)」(如附件，第 48~53 頁)。修訂重點如下：

### (一)總額協商架構部分：

沿用 114 年度總額協商架構不變，本案依據衛福部所提 115 年度總額範圍草案暫列，其中「一、總額設定公式」及「二、醫療服務成本及人口因素」之附件部分，須以行政院核定 115 年度總額範圍之內容為準，將俟衛福部交議本會總額範圍後定案，再提報委員會議報告確認。

### (二)總額協商原則部分：

除更新年度及酌修文字以臻明確外，本次主要依據總額協商經驗及實務運作，研修重點如下：

- 1.修正五之(一)給付項目之調整文字如下：

原條文	修正後條文
健保署會同各總額部門研擬之年度協商草案，請參考本會第 2 屆 104 年第 2 次(104.3.27)委員會議討論通過之「全民健康保險年度總額對給付項目調整之作業原則與流程」辦理。本會權責為協議訂定醫療給付費用總額及其分配，協商雙方應本對等原則，考量各總額部門之醫療衡平發展，就協商之項目給予合理配置，不涉及個別給付項目之決定。	<del>健保署會同各總額部門研擬之年度協商草案，請參考本會第 2 屆 104 年第 2 次(104.3.27)委員會議討論通過之「全民健康保險年度總額對給付項目調整之作業原則與流程」辦理。</del> 本會權責為協議訂定醫療給付費用總額及其分配，協商雙方應本對等原則，考量各總額部門之醫療衡平發展，就協商之項目給予合理配置，不涉及個別給付項目之決定。

研修理由：

本條前段所提之「全民健康保險年度總額對給付項目調整之作業原則與流程」，係二代健保實施初期，本會對健保署研擬協商草案時，就給付項目(包含藥品、特材及醫療服務)調整之原則性建議。該原則訂定時間已逾 10 年，與現行實務運作已有落差，且其擬訂與管理屬健保署法定權責(健保法第 40~42 條)，該署有其專業考量及科學估算方法，須依醫療科技發展與時俱進，基於尊重健保署權責，建議前段部分文字予以刪除。

## 2.修正五之(三)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款處理原則文字如下：

原條文	修正後條文
列為協商減項，扣減 113 年度違反特管辦法第 37、39、40 條違規事件本身之醫療費用，僅減列民眾檢舉及健保署主動查核所發現之違規案件，不減列總額受託單	列為協商減項，扣減前 2 年度(113 年)違反特管辦法第 37、39、40 條違規事件本身之醫療費用，僅減列民眾檢舉及健保署主動查核所發現之違規案件，不減列總額受託單位或

原條文	修正後條文
位或總額相關團體發揮同儕制約精神而主動舉發之案件。且不納入 <u>116 年度總額協商基期費用</u> 。	總額相關團體發揮同儕制約精神而主動舉發之案件。 <del>且不納入 116 年度總額協商基期費用。</del> 且於次年度(116 年) <u>總額基期費用加回該違規扣款金額，不影響次年度總額協商之基期費用。</u>

研修理由：

查自 97 年度總額起，違反特管辦法之扣款列為當年度各部門總額協商減項，並於 107 年起不再於次年度總額基期予以扣除，亦即不影響次年度總額協商之基期費用。即自 107 年起均於次年度總額基期加回前 1 年度之違規扣款金額(例如牙醫門診 114 年度總額扣減 4.7 百萬元，於協商 115 年度總額時，其基期(即 114 年額度)加回 4.7 百萬元)。考量原文字容易造成誤解，爰予修正，以臻明確。相關備註文字亦配合修正。

三、檢附以下資料供參考：

- (一)「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」如參考資料一(第 54~63 頁)。
- (二)健保署提供之 113 年度各部門查處追扣金額表，如參考資料二(第 64 頁)。惟協商時以健保署提供之數值為準。若對扣款數值有疑義，請各總額部門逕與健保署核對。

擬辦：

- 一、擬具「115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)」(修正如附件劃線處，第 48~53 頁)，請討論。
- 二、總額協商架構之「一、總額設定公式」及「二、醫療服務成本及人口因素」暫列，將依衛福部交議總額範圍再行定案，並提委員會議報告。

決議：

# 115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)

第 7 屆 114 年第○次委員會議(114.○.○)通過

## 壹、總額協商架構

一、總額設定公式(暫列，俟衛生福利部交議總額範圍後定案，再提委員會議報告)

■年度部門別<sup>註1</sup>醫療給付費用總額＝

[前一年度校正後部門別一般服務醫療給付費用<sup>註2、註3</sup>×(1+年度醫療服務成本及人口因素成長率+年度協商因素成長率)]+年度專款項目經費+年度門診透析服務費用<sup>註4</sup>

年度部門別醫療給付費用總額成長率＝

[年度部門別醫療給付費用－(前一年度之部門別健保醫療給付費用總額+前二年度投保人口預估成長率與實際之差值金額+前一年度健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額)<sup>註5</sup>]/(前一年度之部門別醫療給付費用+前二年度投保人口預估成長率與實際之差值+前一年度健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額)<sup>註5</sup>

■年度全民健保醫療給付費用總額＝

年度部門別<sup>註1</sup>醫療給付費用總額之合計+年度其他預算<sup>註1</sup>醫療給付費用

年度全民健保醫療給付費用總額成長率＝

[年度核定之全民健保醫療給付費用總額－(前一年度之全民健保醫療給付費用總額+前二年度投保人口預估成長率與實際之差值+前一年度健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額)<sup>註5</sup>]/(前一年度之全民健保醫療給付費用總額+前二年度投保人口預估成長率與實際之差值+前一年度健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額)<sup>註5</sup>

註：1.部門別為牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。

2.因協商當時尚無法取得該年度實際投保人口數，爰自 97 年度開始，總額基期須校正前 2 年「投保人口」預估成長率與實際之差值金額(即 115 年總額基期須校正 113 年度總額投保人口預估成長率與實際之差值金額)。



- 3.依本會 113 年第 4 次委員會議(113.5.22)確認之「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，114 年度總額違反特約及管理辦法之扣款，不納入 115 年度總額協商之基期費用，爰於 115 年度總額協商基期費用加回 114 年度總額扣款金額。
- 4.西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。
- 5.依衛福部報奉行政院核定之 115 年度總額基期，係以前 1 年度(114 年)健保醫療付費用總額，校正前 2 年度(113 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額、加回前 1 年度(114 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

## 二、醫療服務成本及人口因素

(一)按「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」、「醫療服務成本指數改變率」及「投保人口預估成長率」合併計算成長率。

(二)成長率計算公式

$$[(1 + \text{投保人口結構改變對醫療費用之影響率} + \text{醫療服務成本指數改變率}) \times (1 + \text{投保人口預估成長率})] - 1$$

(三)各項因子之計算公式與方法如附件，將依行政院核定之醫療服務成本及人口因素內涵辦理。

## 三、協商因素

(一)保險給付項目及支付標準之改變

預期新增給付項目及支付標準(如新醫療科技及新藥)改變，對醫療費用之影響率。

(二)鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康

為鼓勵提升醫療服務品質或促進國人健康，而允許增加費用之幅度。

(三)其他醫療服務利用及密集度之改變

反映其他醫療服務利用及密集度改變，對醫療費用之影響(排除已於醫療服務成本及人口因素反映部分)。

(四)醫療服務效率之提升

因全民健保支付制度之改革，造成醫療服務效率提升，預估其對醫療費用之影響。

(五)其他預期之法令或政策改變

其他預期之法令或政策改變及政策誘因，對醫療費用之影響。

## 四、專款項目

針對特定項目協商預算，採零基預算直接協定預算額度。

## 五、門診透析

(一)合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

(二)門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式

先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1

季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

### (三)計算公式

年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用=前一年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用 $\times$ (1+成長率)

年度門診透析服務費用=年度醫院門診透析服務費用+年度西醫基層門診透析服務費用

## 貳、總額協商原則

一、依據行政院核定之年度醫療給付費用總額範圍及政策目標進行協議擬訂，使健保政策延續並連結醫療給付費用總額。

二、配合全民健保財務狀況，合理配置健保資源

總額協商之前提，應考量全民健保財務狀況，回歸以提供醫療服務為意旨；且所協商總額應與社會經濟因素及全民健保保費收入情形連動，對有限健保資源，應予合理配置。

三、基期

以穩定為原則。若確需變動，應於前一年6月前提經議定；6月以後所議定調整事項，適用於下年度總額。

四、醫療服務成本及人口因素

各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率，採衛福部報奉行政院核定之數值與計算公式。

五、協商因素

### (一)給付項目之調整

~~健保署會同各總額部門研擬之年度協商草案，請參考本會第2屆104年第2次(104.3.27)委員會議討論通過之「全民健康保險年度總額對給付項目調整之作業原則與流程」辦理。本會權責為協議訂定醫療給付費用總額及其分配，協商雙方應本對等原則，考量各總額部門之醫療衡平發展，就協商之項目給予合理配置，不涉及個別給付項目之決定。~~

### (二)各部門之「品質保證保留款」

1.列為專款項目，用於鼓勵提升醫療品質。

2.考量各部門對「品質保證保留款」之運用方式各異，同意總額部門於取得內部共識後，可視需要由一般服務移列部分預算至品質保證保留款合併運用，並須提經本會通過。

### (三)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱特管辦

法)之扣款

- 1.列為協商減項，扣減前2年度(113年)違反特管辦法第37、39、40條違規事件本身之醫療費用，僅減列民眾檢舉及健保署主動查核所發現之違規案件，不減列總額受託單位或總額相關團體發揮同儕制約精神而主動舉發之案件。且於次年度(116年)總額加回該違規扣款金額，不影響次年度總額協商之基期費用。不納入116年度總額協商基期費用。

- 2.本項扣款數值，以協商時健保署提供者為準。

(四)一般服務之協商因素項目：

- 1.應於年度協商時提出具體之問題分析及需求評估、醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用。新增項目需提出執行目標及預期效益之評估指標，延續性項目需提出過去執行成果效益或檢討改善規劃，並須持續檢討執行目標及預期效益之評估指標，及檢附前開實證資料。
- 2.並於年度實施前提出具體實施方案，執行情形應即時檢討；若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則得核扣當年度預算；實施成效並納入下年度總額協考量。

(五)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保署會同各部門總額相關團體議定後送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

六、專款項目

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

相互流用。

## 七、其他原則

- (一)新增協商項目或計畫，宜先列為專款項目，俟執行穩定且具成效後，未來年度再考量移至一般服務項目。
- (二)年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之。
- (三)醫療費用總額及分配，協商結束後，若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，其處理方式如下：
  - 1.衛福部核(決)定前，應經雙方具有委員身分之協商代表同意，依「全民健康保險會會議規範」之復議案程序辦理。
  - 2.衛福部核(決)定後，已成為政策決定事項，本會無權更動，若委員仍有不同意見，則依「全民健康保險會會議規範」提案討論，決議達共識部分，向衛福部提出建議。
- (四)年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內。各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值。
- (五)醫療照護整合與效率提升成效之效益，部分用以獎勵醫療服務提供者，部分回歸保險對象。
- (六)對已協定之試辦性計畫，應嚴格監控，並提出評估報告供委員於協商時參考，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。
- (七)各總額部門之協商代表，需獲得充分授權。經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得酌予協商調整該部門總額單一細項金額，並予以定案。
- (八)各總額部門提出涉及使用年度總額調整支付標準項目之協商草案，健保署應評估是否連帶影響其他總額部門，如有影響，應於協商前提出受影響部門之預算需求評估，供本會協商時一併考量。

## 附件、醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法(暫列，俟衛生福利部交議總額範圍後定案，再提委員會議報告)

### 一、投保人口結構改變對醫療費用之影響率

以衛福部報行政院時可取得之最近完整一年醫療費用及計費人口數計算，即以 112 年醫療費用點數為基礎，計算 113 年納保人口年齡性別結構相對於 112 年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用點數之影響，年齡則以 1 歲為一組做調整(人口數為 3 月、6 月、9 月、12 月底計費人口數平均)。

### 二、醫療服務成本指數改變率

#### (一)成本項目之權數

採行政院主計總處 110 年「工業及服務業普查」結果，採第 5~95 百分位值之平均數為權重。

#### (二)成本項目之指數

採行政院主計總處 114 年 4 月發布之「物價統計月報」與查詢「薪情平臺」。各總額部門指標類別如下：

成本項目	指標類別	
人事費用	1/2「醫療保健服務業」薪資及 1/2「工業及服務業」薪資	
藥品費用	醫院	國產內銷及進出口物價指數—西醫藥品類
醫療材料費用		國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類
藥品、藥材及耗材成本	西醫基層	國產內銷及進出口物價指數—西醫藥品類 國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類
	牙醫	健保牙醫門診藥費權重及國產內銷及進出口物價指數—西醫藥品類 國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類
	中醫	國產內銷及進出口物價指數—藥品類之中藥製劑 國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類
基本營業費用	國產內銷及進出口物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	
其他營業費用	消費者物價指數—總指數	

註：醫療材料費用選擇與醫療儀器及材料相關之項目，故採用「理化分析用儀器及器具」、「電子醫療用儀器及設備」、「放射照相或放射治療器具」、「注射筒、聽診器及導管等醫療器材」、「整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品」及「其他醫療器材」；其他醫療器材，包括：注射器、點滴器(或輸液 pump)、病床、人工關節、洗腎用血液迴路導管、外科接管、血液迴路管(不含血壓計、血糖計、體溫計)。

#### (三)醫療服務成本指數改變率之指數值及計算

前述各指標項目，以 110 年指數為基值(訂為 100)，計算 113 年 1 月至 12 月相對 112 年 1 月至 12 月各指數年增率。

### 三、投保人口預估成長率

以最近一年可取得之實際投保人口成長率，即以 113 年對 112 年投保人口成長率計算(採各季投保人數之平均值)。

## 114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則

第 6 屆 113 年第 4 次委員會議(113.5.22)通過

依據衛生福利部本(113)年 9 月 3 日衛部保字第 1130139528 號函交議總額範圍內容確認

### 壹、總額協商架構

#### 一、總額設定公式

##### ■年度部門別<sup>註1</sup>醫療給付費用總額＝

[前一年度校正後部門別一般服務醫療給付費用<sup>註2、註3</sup>×(1+年度醫療服務成本及人口因素成長率+年度協商因素成長率)]+年度專款項目經費+年度門診透析服務費用<sup>註4</sup>

##### 年度部門別醫療給付費用總額成長率＝

[年度部門別醫療給付費用－(前一年度之部門別醫療給付費用+前二年度投保人口預估成長率與實際之差值+前一年度健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額)<sup>註5</sup>]/(前一年度之部門別醫療給付費用+前二年度投保人口預估成長率與實際之差值+前一年度健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額)<sup>註5</sup>

##### ■年度全民健保醫療給付費用總額＝

年度部門別<sup>註1</sup>醫療給付費用總額之合計+年度其他預算<sup>註1</sup>醫療給付費用

##### 年度全民健保醫療給付費用總額成長率＝

[年度核定之全民健保醫療給付費用總額－(前一年度之全民健保醫療給付費用總額+前二年度投保人口預估成長率與實際之差值+前一年度健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額)<sup>註5</sup>]/(前一年度之全民健保醫療給付費用總額+前二年度投保人口預估成長率與實際之差值+前一年度健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額)<sup>註5</sup>

註：1.部門別為牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。

2.因協商當時尚無法取得該年度實際投保人口數，爰自 97 年度開始，總額基期須校正「投保人口年增率」預估與實際之差值(即 114 年總額基期須校正 112 年度總額投保人口成長率差值)。

3.依本會 112 年第 7 次委員會議(112.8.16)確認之「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，113 年度總額違反特約及管理辦法之扣款，不納入 114 年度總額協商之基期費用，爰於 114 年度總額協商基期費用加回 113 年度總額扣款金額。

- 4.西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。
- 5.依衛福部報奉行政院核定之 114 年度總額基期，係以前 1 年度(113 年)健保總額預算，校正前 2 年度(112 年)投保人口預估成長率與實際之差值、加回前 1 年度(113 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

## 二、醫療服務成本及人口因素

- (一)按「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」、「醫療服務成本指數改變率」及「投保人口預估成長率」合併計算成長率。
- (二)成長率計算公式
$$[(1+\text{投保人口結構改變對醫療費用之影響率}+\text{醫療服務成本指數改變率})\times(1+\text{投保人口預估成長率})]-1$$
- (三)各項因子之計算公式與方法如附件，將依行政院核定之醫療服務成本及人口因素內涵辦理。

## 三、協商因素

- (一)保險給付項目及支付標準之改變  
預期新增給付項目及支付標準(如新科技醫療及新藥)改變，對醫療費用之影響率。
- (二)鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康  
為鼓勵提升醫療服務品質或促進國人健康，而允許增加費用之幅度。
- (三)其他醫療服務利用及密集度之改變  
反映其他醫療服務利用及密集度改變，對醫療費用之影響(排除已於醫療服務成本及人口因素反映部分)。
- (四)醫療服務效率之提升  
因全民健保支付制度之改革，造成醫療服務效率提升，預估其對醫療費用之影響。
- (五)其他預期之法令或政策改變  
其他預期之法令或政策改變及政策誘因，對醫療費用之影響。

## 四、專款項目

針對特定項目協商預算，採零基預算直接協定預算額度。

## 五、門診透析

- (一)合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。
- (二)門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式  
先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1

季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

### (三)計算公式

年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用=前一年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用 $\times$ (1+成長率)

年度門診透析服務費用=年度醫院門診透析服務費用+年度西醫基層門診透析服務費用

## 貳、總額協商原則

一、依據行政院核定之年度醫療給付費用總額範圍及政策目標進行協議擬訂，使健保政策延續並連結醫療給付費用總額。

二、配合全民健保財務狀況，合理配置健保資源

總額協商之前提，應考量全民健保財務狀況，回歸以提供醫療服務為意旨；且所協商總額應與社會經濟因素及全民健保保費收入情形連動，對有限健保資源，應予合理配置。

三、基期

以穩定為原則。若確需變動，應於前一年6月前提經議定；6月以後所議定調整事項，適用於下年度總額。

四、醫療服務成本及人口因素

各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率，採衛福部報奉行政院核定之數值與計算公式。

五、協商因素

### (一)給付項目之調整

健保署會同各總額部門研擬之年度協商草案，請參考本會第2屆104年第2次(104.3.27)委員會議討論通過之「全民健康保險年度總額對給付項目調整之作業原則與流程」辦理。本會權責為協議訂定醫療給付費用總額及其分配，協商雙方應本對等原則，考量各總額部門之醫療衡平發展，就協商之項目給予合理配置，不涉及個別給付項目之決定。

### (二)各部門之「品質保證保留款」

1.列為專款項目，用於鼓勵提升醫療品質。

2.考量各部門對「品質保證保留款」之運用方式各異，同意總額部門於取得內部共識後，可視需要由一般服務移列部分預算至



品質保證保留款合併運用，並須提經本會通過。

(三)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱特管辦法)之扣款

1.列為協商減項，扣減 112 年度違反特管辦法第 37、39、40 條違規事件本身之醫療費用，僅減列民眾檢舉及健保署主動查核所發現之違規案件，不減列總額受託單位或總額相關團體發揮同儕制約精神而主動舉發之案件，且不納入 115 年度總額協商之基期費用。

2.本項扣款數值，以協商時健保署提供者為準。

(四)一般服務之協商因素項目：

1.應於年度協商時提出具體之問題分析及需求評估、醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用。新增項目需提出執行目標及預期效益之評估指標，延續性項目需提出過去執行成果效益或檢討改善規劃，並須持續檢討執行目標及預期效益之評估指標，及檢附前開實證資料。

2.並於年度實施前提出具體實施方案，執行情形應即時檢討；若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則得核扣當年度預算；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(五)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保署會同各部門總額相關團體議定後送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

六、專款項目

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

(二)新增計畫，視行政院所核定總額範圍及計畫需要，決定是否支持該計畫並協定預算。具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)應於年度實施前擬定完成。

(三)新增計畫應於年度協商時提出具體之問題分析及需求評估、醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用、執行目標及預期效益之評估指標，及檢附前開實證資料，並提出預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)，以利檢討退場或納入一般服務。若為續辦性專款項目則須持續檢討執行目標及預期效益之評估指標。

(四)其他預算部分：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。

## 七、其他原則

(一)新增協商項目或計畫，宜先列為專款項目，俟執行穩定且具成效後，未來年度再考量移至一般服務項目。

(二)年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之。

(三)醫療費用總額及分配，協商結束後，若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，其處理方式如下：

1.衛福部核(決)定前，應經雙方具有委員身分之協商代表同意，依「全民健康保險會會議規範」之復議案程序辦理。

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

(四)年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內。各部門總額成長率以不超過行政院核定範圍之上限值為原則。

(五)醫療照護整合與效率提升成效之效益，部分用以獎勵醫療服務提供者，部分回歸保險對象。

(六)對已協定之試辦性計畫，應嚴格監控，並提出評估報告供委員於協商時參考，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。

(七)各總額部門之協商代表，需獲得充分授權。經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得酌予協商調整該部門總額單一細項金額，並予以定案。

(八)各總額部門提出涉及使用年度總額調整支付標準項目之協商草案，健保署應評估是否連帶影響其他總額部門，如有影響，應於協商前提出受影響總額部門之預算需求評估，供本會協商時一併考量。協商時，請受影響總額部門列席。

## 附件、醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法

### 一、投保人口結構改變對醫療費用之影響率

以衛福部報行政院時可取得之最近完整一年醫療費用及計費人口數計算，即以 111 年醫療費用點數為基礎，計算 112 年納保人口年齡性別結構相對於 111 年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用點數之影響，年齡則以 1 歲為一組做調整(人口數為 3 月、6 月、9 月、12 月底計費人口數平均)。

### 二、醫療服務成本指數改變率

#### (一)成本項目之權數

採行政院主計總處 110 年「工業及服務業普查」結果，採第 5~95 百分位值之平均數為權重。

#### (二)成本項目之指數

採行政院主計總處 113 年 4 月發布之「物價統計月報」與查詢「薪情平臺」。各總額部門指標類別如下：

成本項目	指標類別	
人事費用	1/2「醫療保健服務業」薪資及 1/2「工業及服務業」薪資	
藥品費用	醫院	國產內銷及進出口物價指數—西醫藥品類
醫療材料費用		國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類
藥品、藥材及耗材成本	西醫 基層	國產內銷及進出口物價指數—西醫藥品類
		國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類
	牙醫	健保牙醫門診藥費權重及國產內銷及進出口物價指數—西醫藥品類
		國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類
	中醫	國產內銷及進出口物價指數—藥品類之中藥製劑
		國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類
基本營業費用	國產內銷及進出口物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	
其他營業費用	消費者物價指數—總指數	

註：醫療材料費用選擇與醫療儀器及材料相關之項目，故採用「理化分析用儀器及器具」、「電子醫療用儀器及設備」、「放射照相或放射治療器具」、「注射筒、聽診器及導管等醫療器材」、「整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品」及「其他醫療器材」；其他醫療器材，包括：注射器、點滴器(或輸液 pump)、病床、人工關節、洗腎用血液迴路導管、外科接管、血液迴路管(不含血壓計、血糖計、體溫計)。

#### (三)醫療服務成本指數改變率之指數值及計算

前述各指標項目，以 110 年指數為基值(訂為 100)，計算 112 年 1 月至 12 月相對 111 年 1 月至 12 月各指數年增率。

### 三、投保人口預估成長率

以最近一年可取得之實際投保人口成長率，即以 112 年對 111 年投保人口成長率計算(採各季投保人數之平均值)。

# 全民健康保險年度總額對給付項目調整之處理原則

第2屆104年第2次委員會議(104.3.27)通過

## 壹、背景說明

依總額支付制度之設計，健保經費規劃及分配，第一層為政策與經費擬訂，屬主管機關衛福部權責(健保法第 60 條)；第二層為分配，屬健保會權責(健保法第 61 條)；第三層為擬訂「醫療服務給付項目及支付標準」、「藥物給付項目及支付標準」之細項分配，屬健保署權責(健保法第 41 條及第 42 條)。

為避免總額支付制度實施後，影響新醫療科技之引進，每年度協議訂定之總額，均含有「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」等項目之預算。惟依二代健保總檢討報告，各方對於「新醫療科技」之預算及其執行面，若無明確規範與共識，則醫界會因擔心點值而抗拒新醫療科技之引進，乃是必然，長期而言，不但影響我國醫療體系之發展，更影響民眾之權益。因此，建立年度總額對給付項目調整之處理機制，有其必要性。

## 貳、運作原則

- 一、調整給付項目所需年度財源，涉及財務平衡者，應於擬訂報院總額範圍時預為安置。
- 二、主管機關交付協定總額時，給付項目調整之政策宜具體明確。
- 三、保險人研提之給付項目調整方案，應有整體規劃及經費預估。
- 四、健保會依政策目標及健保署或各總額部門所提給付項目調整方案，進行總額協定分配。
- 五、依總額核(協)定事項落實與管控給付項目之調整。
- 六、總額核(協)定給付相關計畫執行結果之檢討。

## 參、作業流程

細部之作業流程如下表：

## 全民健康保險年度總額對給付項目調整之作業原則與流程

作業原則	時程	負責單位	作業流程
1.主管機關擬訂年度總額範圍：針對涉及財務平衡者，應預為安置調整給付項目所需財源	1~3 月	衛福部 (健保署)	(1)應先確定政策目標。 (2)為達目標而需配合調整(增修訂)給付項目或給付內容之經費，涉及財務平衡者，一律納入估算，且預估試算應盡量具體。
2.主管機關交付健保會協定年度總額及其分配方式：應交付供協商遵循之具體明確給付項目調整政策	7~8 月	衛福部	交議「年度總額協定案」時，宜一併提示具體明確之給付相關政策及財務影響，供後續協商遵循。原由政府負擔轉由健保給付之服務需有相關法源依據及財務規劃。
3.保險人研提年度給付項目調整方案：涉及財務平衡者，應整體規劃方案(草案)內容及預估所須經費	8~9 月	健保署	(1)依循政策目標及民眾需求，針對擬新增之給付項目或擬調整之給付內容，提出包裹式之預算需求，納入各部門總額協商方案之「新醫療科技」或「其他醫療服務利用密集度之改變」項下，送健保會協商。 ①引進新醫療科技： A.醫療服務：依目前之推估方式，將擬新增之給付項目(含包裹支付特材之項目)、擬調整之給付內容及所估列預算，納入「新醫療科技」協商因素項目。 B.藥物(含新增品項及新增品項於5年內之給付內容調整)： 依目前之推估模式(新藥及新特材納入給付5年內及新增品項於5年內調整給付內容之實際費用影響)，估計新藥物下年度所增加預算，納入「新醫療科技」協商因素項目。 ②健保已給付5年以上藥物品項之給付內容調整： A.對於財務衝擊較大之給付內容調整品項，彙整共同擬訂會議之

作業原則	時程	負責單位	作業流程
			<p>結論，納入年度總額協商考量。</p> <p>至於財務影響小之品項，建議共同擬訂會議可優先通過，以利時效。</p> <p>B.本項之財務影響，可考慮納入「其他醫療服務利用密集度之改變」反映。</p> <p>(2)應併提「資源配置及財務平衡方案」，包含擬新增項目或給付內容調整之財務試算(含新舊藥品替代率、其他替代效應等)、各項目之給付優先順序，及可用財源(如：調降藥物支付價格、取消不具效益之給付項目等相關節流措施之效益)，以利總額協商之順利進行。</p>
4.健保會協議訂定年度總額：依政策目標及健保署或各總額部門所擬給付項目調整方案，進行協定分配	8~9 月	健保會	<p>(1)依主管機關交付之總額範圍及政策目標，並就健保署及各總額部門所擬給付項目調整方案，考量付費能力及過去執行成果，協議訂定該年度「新醫療科技」及「其他醫療服務利用密集度之改變」等項目之相關預算。</p> <p>(2)明立總額協定事項，以利落實執行。</p>
5.保險人依總額核(協)定事項，落實與管控給付項目之調整	全年	健保署	<p>(1)各部門總額經核定後，對新增給付項目及調整給付內容之預算，應確依核定事項執行，並於實施前 1 年年底說明擬調整之規劃或項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度。</p> <p>(2)考量資源有限，對新增或調整之給付項目與內容，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。</p> <p>(3)於共同擬訂會議討論增修訂給付項目與內容時，宜逐步建立各項目之費用影響及整體財務監測模式，以利後續之執行與管控。其增、修訂</p>

作業原則	時程	負責單位	作業流程
			<p>後，若經評估確實對點值影響顯著，且其影響不可歸責於該總額部門，則可於次年協商時提出，納入協商因素考量。</p> <p>(4)對於因考量財務衝擊未及納入給付與調整給付內容之品項，可排入下年度競爭預算，對財務影響較大者，須提報衛福部規劃下年度總額範圍時參考。</p>
6.給付相關計畫執行結果之檢討	全年	健保署 健保會	<p>(1)定期提報「新醫療科技」及「其他醫療服務利用密集度之改變」項目之執行情形及其財務影響評估：</p> <p>①將共同擬訂會議通過之新增品項與調整之給付內容及其財務影響等，列入例行之業務執行報告，每半年(1、7月)提報。(依本會103年2月份委員會議決議事項辦理)</p> <p>②於協商下年度總額前(7月)，提報當年度及過去5年新增給付項目與調整給付內容之執行情形及其財務影響。(參照本會102年8月份委員會議決定事項辦理)</p> <p>(2)執行成果納入下年度總額協商參考，若未符核定事項，則須予檢討、處理。</p>

## 113年度各總額及其他預算部門查處追扣金額表

單位：元

總額別	類型別	扣減	罰鍰	其他	小計
醫院	總額舉發	-	-	-	-
總額	非總額舉發	8,178	988,800	1,433,508	2,430,486
西醫基層	總額舉發	-	-	-	-
總額	非總額舉發	484,906	7,425,660	3,653,394	11,563,960
牙醫門診	總額舉發	<u>904</u>	-	0 -	<u>904</u>
總額	非總額舉發	<u>104,553</u>	1,043,504	327,274	<u>1,475,331</u>
中醫門診	總額舉發	-	-	-	-
總額	非總額舉發	14,965	58,625	11,753	85,343
其他	總額舉發	-	-	-	-
預算	非總額舉發	53,300	53,147	1,662,719	1,769,166
合計	總額舉發	<u>904</u>	-	-	<u>904</u>
	非總額舉發	<u>665,902</u>	9,569,736	7,088,648	<u>17,324,286</u>

註 1：總額舉發為總額受託單位或總額相關團體舉發；非總額舉發包含民眾檢舉與健保署主動查核項目。

註 2：類型別定義：

扣減：扣減10倍之本金，即原認列之點數。

罰鍰：罰鍰之本金，即原認列之虛報點數。

其他：其他因查處案件造成可行政追扣之點數。



## 第二案

提案單位：本會第三組

案由：115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)，提請討論。

說明：

一、依據本會本(114)年第 1 次委員會議(114.3.26)決定通過之「114 年度工作計畫」，訂於本年 9 月 24~26 日召開 115 年度全民健康保險醫療給付費用總額(下稱總額)協商會議及委員會議確認協商結果。歷年在總額協商前，均會事先議定協商工作計畫及協商會議之與會人員、進行方式(協商時間)與相關原則等協商程序事宜，以提高議事效率。為利 115 年度總額協商工作之進行，援例事先研訂總額協商程序。

二、本案主要參照 114 年度總額協商程序，除更新年度別、會議日期及酌修部分文字以臻明確外，並遵循衛福部資安規定，將本會訂定之相關會議資安作業規定(詳重要業務報告附件一，第 39~40 頁)，納入總額協商會議相關原則，擬具「115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)(如附件，第 67~74 頁)。修訂說明如下：

(一)第二點「協商會議」第(三)項進行方式，增列第(五)點：

依衛福部資安規定，協商過程請各部門、健保署及本會委員配合本會訂定之「全民健康保險會遵循『衛生福利部可攜式媒體(USB 隨身碟)管控措施』相關會議資安作業原則」(如附件，第 74 頁)辦理。

(二)上開資安作業原則，主要規範協商會議當天之資料提供方式：

- 1.協商主會場：協商主會場統一由本會處理協商版本電子文件之資料存取、投影等事宜。
- 2.內部會議：請各部門自行攜帶筆記型電腦及隨身碟進行內部試算。且為確保協商當天投影及列印功能正常，請各部門於會議前一天派員攜帶筆記型電腦至本部完成測試(測試時段

本會同仁另行通知)。

3.協商過程中，若協商雙方之協商版本有更動，請列印紙本試算表，交由協商主會場之本會同仁，協助電腦鍵入試算表及投影。

三、各部門之協商順序，援例由各總額部門代表委員於本年7月份委員會議自行或派員抽籤決定。至於門診透析服務協商時段，援例安排於醫院或西醫基層抽籤序優先之場次後進行，不另行抽籤。後續將依抽籤結果安排「115年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議程」，並於8月份委員會議提報。

四、另檢附「114年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」供參考(如參考資料第75~81頁)。

擬辦：

一、擬具「115年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)」(修正如附件劃線處，第67~74頁)，請討論。

二、請健保署及各總額部門依總額協商程序及所訂時程辦理相關事宜，並請委員預留總額協商相關會議時間。

決議：

# 115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)

第 7 屆 114 年第○次委員會議(114.○.○)通過

## 壹、工作計畫表

工作項目及內容	預訂時程
<p><b>一、協商前置作業</b></p> <p>(一)討論 115 年度總額協商架構及原則與協商程序。</p> <p>(二)辦理各總額部門執行成果評核： 檢討、評估各總額部門 113 年度協定事項執行情形。</p> <p>(三)115 年度總額案於衛福部交議後，進行各項相關作業：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.請衛福部派員於委員會議說明行政院對總額範圍核定情形及政策目標。</li> <li>2.確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。</li> <li>3.提供協商參考資料「114 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」。</li> <li>4.由健保署會同各總額部門預擬協商因素/專款項目及其預算協商草案。 <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)協商草案內容應包含協商減列項目及預估金額。</li> <li>(2)各總額部門與健保署擬訂協商草案時，對相關之醫療服務項目，如護理、藥事服務、門診透析服務等，得邀集相關團體參與。</li> </ol> </li> <li>5.由本會將各總額部門提出之協商草案，送請衛福部業管單位評估是否與其政策規劃方向及施政目標相符，提供意見供協商參考。</li> </ol> <p>(四)安排總額協商會前會及座談會。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.召開 115 年度總額協商因素項目及計畫草案會前會： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)請各總額部門及健保署報告所提出之「115 年度總額協商因素項目及計畫草案」，並進行綜合討論。除簡報外，請提供各協商項目或計畫之具體內容(依協商草案最終版本應提報內容，如附表 1)，重點如下： <ol style="list-style-type: none"> <li>①問題分析及需求評估。</li> <li>②醫療服務內容、費用估算基礎及實證資料(過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用)。</li> <li>③新增項目之執行目標及預期效益之評估指標(以具體、可量化之結果面為導向，呈現資源投入之具體效益，若能提出分年目標值尤佳)。延續性項目則須持續檢討。</li> <li>④新增專款項目之預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)。</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>	<p>第 4 次委員會議(114 年 6 月 25 日)</p> <p>114 年 7 月 14、15 日</p> <p>114 年第 5 次或第 6 次委員會議(114 年 7 月 23 日或 8 月 20 日，俟衛福部交議時間而訂。)</p> <p>114 年第 6 次委員會議(114 年 8 月 20 日)</p> <p>114 年 7~8 月</p> <p>114 年 8 月</p> <p>114 年 8 月 20 日下午 (114 年第 6 次委員會議結束後)</p>

工作項目及內容	預訂時程
<p>(2)請各總額部門及健保署依自行檢核表(如附表 2)，逐項檢視提報資料是否齊全，填具後併會前會資料送本會。</p> <p>(3)請幕僚檢視提報資料之完整性，並彙整評核委員之建議，及各部門總額之執行成果，供討論參考。</p> <p>2.召開健保署和付費者代表、專家學者與公正人士、相關機關代表座談會。</p> <p>3.各總額部門及健保署提送「<u>115</u> 年度總額協商因素項目及計畫草案」之最終版本：</p> <p>(1)應提報內容及格式如附表 1，並檢附自行檢核表(如附表 2)併送，確保資料內容齊全，以利協商。</p> <p>(2)請如期提送協商草案之最終版本，送會後不可臨時提出新增項目或更動內容。</p> <p>4.視需要辦理 <u>115</u> 年度總額協商因素項目及計畫草案溝通會議。</p>	<p>114 年 8~9 月</p> <p>114 年 8 月 27 日</p> <p>114 年 8 月 28 日前</p> <p>視協商資料及討論需求評估是否辦理</p>
<p><b>二、各部門總額成長率及分配方式之協商</b></p> <p>(一)各部門委員代表自行抽籤決定各部門之協商順序，並據以排定總額協商會議議程。</p> <p>(二)協商各部門總額成長率及分配方式。</p> <p>1.召開總額協商會議。</p> <p>(1)協商四部門總額及其他預算之總額及分配。</p> <p>(2)請部門當日依據協商結論，於協定事項調整新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。</p> <p>2.協商結論提 9 月份委員會議討論、確認。</p> <p>(1)確認四部門總額及其他預算之總額及分配。</p> <p>(2)請委員就協商結果，提供各總額部門所提新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」之修正建議，會後由健保署會同各總額部門共同討論研修。</p> <p>3.「執行目標」及「預期效益之評估指標」之確認：</p> <p>(1)達成共識部門：健保署會同總額部門研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，將研修後之結果，提報 10 月份委員會議確認。</p> <p>(2)未達共識部門：請衛福部就政策目標要求，逕予核定。</p> <p>(三)協商各部門總額一般服務費用之分配方式(地區預算)。</p> <p>1.請各總額部門於 9 月份總額協商完成後，2 週內提送地區預算分配之建議方案，以利掣案提 10 月份委員會議討論。</p> <p>2.倘部門未提送分配建議方案，則由幕僚掣案提 11 月份委員會議討論，並完成協定。</p> <p>(四)年度整體總額協定成長率及其分配之確認及報請衛福部核定及公告。</p>	<p>114 年第 5 次委員會議(114 年 7 月 23 日)抽籤<sup>註</sup>，於第 6 次委員會議(114 年 8 月 20 日)提報排定議程</p> <p>114 年 9 月 24 日全天；若有未盡事宜，於 9 月 25 日上午 9 時 30 分繼續處理</p> <p>114 年第 7 次委員會議(114 年 9 月 26 日上午 9 時 30 分開始，委員可視需要採視訊方式與會)</p> <p>114 年第 8 次委員會議(114 年 10 月 22 日)</p> <p>114 年 11~12 月</p> <p>114 年 10 月 7 日前</p> <p>114 年第 9 次委員會議(114 年 11 月 19 日)</p> <p>114 年 11~12 月</p>

工作項目及內容	預訂時程
<b>三、協定事項之執行規劃與辦理</b> (一)健保署會同各總額部門，提出各協商或專款項目配套計畫之執行方案，報請衛福部核定公告。 (二)各方案/計畫進度之追蹤，並視需要，請健保署或各總額部門專案報告。	114 年 10 月~115 年 12 月

註：若各總額部門無法派員抽籤，則由本會執行秘書於會上代為抽籤。

## 貳、協商會議

### 一、會議時間：

- (一)預備會議：114 年 9 月 24 日(星期三)上午 9 時至 9 時 30 分。  
供付費方、醫界方視需要召開內部會議(請事前通知本會同仁協助安排會議場地)。
- (二)協商會議：114 年 9 月 24 日(星期三)上午 9 時 30 分起，全天。
- (三)若有協商未盡事宜，則於 114 年 9 月 25 日(星期四)上午 9 時 30 分至 12 時 30 分討論。

### 二、與會人員：

- (一)付費方：付費者代表委員。
- (二)醫界方：
  - 1.保險醫事服務提供者代表委員。
  - 2.牙醫、中醫、西醫基層、醫院等總額部門協商時，由該總額部門代表委員 1 名主談，各部門並可推派 9 名代表協助會談，推派之協商代表需經充分授權。
  - 3.護理及藥師公會全聯會代表委員可參與相關部門總額之會談。
  - 4.門診透析服務：由西醫基層及醫院部門各推派 4 名代表會談，並邀請台灣腎臟醫學會推派 1 名代表列席說明。
- (三)專家學者及公正人士、國家發展委員會及主管機關代表委員。
- (四)社保司與健保署相關人員及本會幕僚。

### 三、進行方式：

- (一)分場次協商牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院等各部門總額、門診透析服務費用及健保署管控之「其他預算」。
- (二)各部門之協商順序，於 7 月份委員會議抽籤確定後，不可臨時要求變更。

(三)各協商場次預計分配所需時間如下表：

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

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

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

(四)相關原則：

所有委員均可入場，惟非該協商場次之總額部門委員，可以提問與發表意見，但不參與預算協商。協商場次安排分為三個階段，與會人員之參與方式如下：

協商階段 \ 場次		四部門總額及門診透析服務 費用協商	其他預算協商
第一階段	提問與意見 交換	總額部門委員及協商代表： 說明協商草案與回應提問	健保署： 說明協商草案與回應提問
		所有委員：均參與提問與意見交換 (若協商草案中，有部分項目涉及其他總額部門者，相關之醫界委員得表達其看法；另必要時，得請健保署人員提供說明)	
第二階段	視雙方需要 自行召開內 部會議	付費方或醫界方： 自行召開內部會議 (可請本會幕僚與健保署人員協助試算或說明)	付費方或健保署： 自行召開內部會議 (可請本會幕僚協助試算)
第三階段	部門之預算 協商	由「付費方」與「醫界方」雙方 進行預算協商 (得請健保署人員提供說明)	由「付費方」與「健保署」討論
		若雙方初步協商無法達成共識時： 由專家學者、公正人士、政府機關代表委員，在不涉及特定金額下提供專業見解及中立意見，供雙方參考，再決定是否召開內部會議或繼續協商	

(五)依衛福部資安規定，協商過程請各部門、健保署及本會委員配合本會訂定之「全民健康保險會遵循『衛生福利部可攜式媒體(USB 隨身碟)管控措施』相關會議資安作業原則」(如附件)辦理。

(六)若總額部門與付費者代表委員順利完成協商，達成共識，則於其預算協商時段當場試算，作成共識方案。倘未能達成共識時，其處理方式如下：

1.付費者代表委員間無法達成共識時：

由付費者代表委員召集內部會議協調之，若無法以共識決形成一案時，得以多數決定付費者方案。

2.總額部門內部無法達成共識時：

由該總額部門代表委員召集內部會議協調醫界方案。

3.總額部門與付費者委員無法達成共識時：

由付費者代表委員、保險醫事服務提供者代表委員各自提出一個建議方案。

(七)各協商場次之協商結果，於主席宣布協商結論後即定案，禁止任一方提出變更或推翻前開結論。惟經雙方代表同意，得再重新協議，並酌予調整該部門總額細項金額，並予以定案。

(八)各部門總額年度預算之協商終止點，訂為9月份委員會議之前，經委員會議確認後定案，不得變更。

(九)為利瞭解年度總額之協商過程，與會人員之發言內容，將以實錄方式上網公開。

#### 參、委員會議

一、時間：114年9月26日(星期五)上午9時30分。委員可視需要採視訊方式與會。

二、確認協商結論(共識方案或雙方建議方案，含成長率、金額、協定事項)，協定事項之文字在不違反原協商意旨前提下，可酌予調整修正。

三、依全民健康保險會組成及議事辦法第10條規定，未能達成共識方案時，應將委員會議確認之付費者代表委員、保險醫事服務提供者代表委員建議方案，報請主管機關決定。至於個別委員對建議方案有不同意見時，得於建議方案確認後，提出不同意見書，由健保會併送主管機關。

附表 1、各部門總額及其他預算協商草案(協商大表)應提供之內容及格式

項目類別	○○部門(其他預算)草案	健保署草案	健保會補充說明
新增項目	<p>協商方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.問題分析及需求評估</li> <li>2.醫療服務內容及說明</li> <li>3.費用估算基礎及淨增加之費用</li> <li>4.執行目標及預期效益之評估指標(以具體、可量化之結果面呈現資源投入之具體效益)</li> <li>5.專款項目之預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)</li> <li>6.請檢附上開 1~4 項之實證資料，將一併列入協商資料之附錄供參</li> </ol>	<p>對醫界方案提出保險人之評析及建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.評析醫界方案之問題分析、需求評估及醫療服務內容之合理性與必要性，並提出保險人意見</li> <li>2.試算醫療費用、淨增加費用，並提出合理之預算建議</li> <li>3.對執行目標及預期效益之評估指標提供建議</li> <li>4.對專款項目之預估試辦檢討期限提供建議</li> </ol> <p>若新增協商項目或計畫屬政策交辦或健保署提出項目，且未納入各總額部門協商草案：</p> <p>請健保署提供完整之協商方案(比照部門草案內容)</p>	<p>彙整相關資料供參考：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.□是否為政策交付項目：是者，摘錄政策內容</li> <li>2.提供評核委員及會前會專家學者意見</li> <li>3.彙整相關統計數據與總額協商相關規範</li> <li>4.提供協定事項執行情形與研析，不作任何預算額度及經費增刪的建議。另提供協定事項建議文字</li> </ol>
延續性項目	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.醫療服務內容及說明(含問題分析及需求評估)</li> <li>2.費用估算基礎及淨增加之費用</li> <li>3.過去執行成果效益(以結果面呈現資源投入之具體效益)，或檢討改善之相關規劃</li> <li>4.延續性項目則須持續檢討「執行目標」及「預期效益之評估指標」</li> <li>5.請檢附上開內容之實證資料，將一併列入協商資料之附錄供參</li> </ol>		



附表 2、各部門總額及其他預算協商草案(協商大表)自行檢核表

類別		是否符合 115 年度總額交付項目	協商草案應提供內容之檢核(資料完整請打「V」)						
			所有協商項目須填寫				延續項目填寫	專款新增項目填寫	
檢核項目				問題分析及需求評估	醫療服務內容及說明	費用估算及淨增費用	提出(檢討)執行目標及預期效益之評估指標	過去執行成果或改善之相關規劃	預估檢討期限
協商項目			【A】	【B】	【C】	【D】	【E】	【F】	【G】
一般服務									
新增	項目名稱								
延續	項目名稱								
專款項目									
新增	項目名稱								
延續	項目名稱								

註：1.延續項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」：

- (1)自 108 年度總額起，新增項目核(決)定事項訂有執行目標及評估指標者，若該項目延續則應持續檢討執行目標及評估指標。
  - (2)107 年度總額(含)以前，協商項目未訂執行目標及評估指標，若有項目延續且預算有大幅增加(如 $\geq 20\%$ )者，請檢討執行情形並建議提出執行目標及評估指標，以利協商。
  - (3)另「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」、「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」、「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」、「後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費」係被動依病人需求或藥物引進情形支用，故不需提出檢討執行目標及評估指標。
- 2.延續項目依協商屬性，以下項目不須填報：
- (1)四部門總額：一般服務「違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」、專款項目「品質保證保留款」。
  - (2)醫院專款項目：「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」。
  - (3)西醫基層專款項目：「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」。
  - (4)其他預算專款項目：「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」、「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」。
- 3.【B】～【E】須檢附相關實證資料。
- 4.若各部門總額新增協商項目或計畫屬政策交辦或健保署提出項目，且未納入各總額部門協商草案，應由健保署填具檢核表送會。

## 全民健康保險會遵循「衛生福利部可攜式媒體(USB隨身碟)管控措施」 相關會議資安作業規定

114.5.23

為確保持有資訊媒體傳送之安全，本會遵循「衛生福利部可攜式媒體(USB隨身碟)管控措施」，訂定本項資安作業規定。為確保資訊安全，衛生福利部(下稱本部)自 113 年 11 月 1 日起，管制本部同仁辦理公務桌上型電腦與筆記型電腦(統稱個人電腦)USB隨身碟存取功能，經本部認證之隨身碟始可用於本部重啟存取功能之個人電腦。基此，本會辦理委員會議、評核會議、總額協商會議等會議時，請與會單位、機關(構)及人員配合之作業規定如下：

- 一、因本部設有防火牆掃描、過濾電子郵件，進行資安保護，因此各機關(構)提供本會之電子文件資料，應以電子郵件送達方式辦理。
- 二、倘會議當天電子文件資料需臨時抽換、增修或提供者，請直接提供紙本資料，若需投影播放，則請於會議前一天15:00點前，以電子郵件將檔案寄送本會，以利處理資料存取及電腦投影事宜。
- 三、若會議當天仍有臨時需要使用未經認證之隨身碟者，則依「衛生福利部可攜式媒體(USB隨身碟)管控措施」第四點辦理，應持該隨身碟至本部三樓東側機房，由機房值班人員協助掃毒並讀取資料。

四、年度總額協商會議，「部門版本」及「付費者版本」之資料提供：

- (一)協商主會場(301 會議室)：統一由本會處理協商版本電子文件之資料存取、投影等事宜。
- (二)內部會議會場：請外部單位自行攜帶筆記型電腦及隨身碟，進行內部試算，本會將於會議室準備投影機及列表機(含驅動程式)供投影及列印紙本資料，且為確保協商當天投影及列印功能正常，請各機關(構)於會議前一天派員攜帶筆記型電腦至本部完成測試(測試時段請洽本會)。
- (三)協商過程中，若協商雙方之協商版本有更動，請列印紙本試算表，交由協商主會場之本會同仁，協助電腦鍵入試算表及投影。為確保試算資料正確，雙方協商版本之試算，請使用本會提供之試算表電子檔，以利統一格式及計算方式。

# 114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序

第 6 屆 113 年第 4 次委員會議(113.5.22)通過

## 壹、工作計畫表

工作項目及內容	預訂時程
<p><b>一、協商前置作業</b></p> <p>(一)討論 114 年度總額協商架構及原則與協商程序。</p> <p>(二)辦理各總額部門執行成果評核： 檢討、評估各總額部門 112 年度協定事項執行情形。</p> <p>(三)114 年度總額案於衛福部交議後，進行各項相關作業：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.請衛福部派員於委員會議說明行政院對總額範圍核定情形及政策目標。</li> <li>2.確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。</li> <li>3.提供協商參考資料「113 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」。</li> <li>4.由健保署會同各總額部門預擬協商因素/專款項目及其預算協商草案。               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)協商草案內容應包含協商減列項目及預估金額。</li> <li>(2)各總額部門與健保署擬訂協商草案時，對相關之醫療服務項目，如護理、藥事服務、門診透析服務等，得邀集相關團體參與。</li> </ol> </li> <li>5.由本會將各總額部門提出之協商草案，送請衛福部業管單位評估是否與其政策規劃方向及施政目標相符，提供意見供協商參考。</li> </ol> <p>(四)安排總額協商會前會及座談會。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.召開 114 年度總額協商因素項目及計畫草案會前會：               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)請各總額部門及健保署報告所提出之「114 年度總額協商因素項目及計畫草案」，並進行綜合討論。除簡報外，請提供各協商項目或計畫之具體內容(依協商草案最終版本應提報內容，如附表 1)，重點如下：                   <ol style="list-style-type: none"> <li>①問題分析及需求評估。</li> <li>②醫療服務內容、費用估算基礎及實證資料(過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用)。</li> <li>③新增項目之執行目標及預期效益之評估指標(以具體、可量化之結果面為導向，呈現資源投入之具體效益，若能提出分年目標值尤佳)。延續性項目則須持續檢討。</li> <li>④新增專款項目之預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)。</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>	<p>第 4 次委員會議(113 年 5 月 22 日)</p> <p>113 年 7 月 16、17 日</p> <p>113 年第 6 次或第 7 次委員會議(113 年 7 月 24 日或 8 月 21 日)</p> <p>113 年第 7 次委員會議(113 年 8 月 21 日)</p> <p>113 年 7~8 月</p> <p>113 年 8 月</p> <p>113 年 8 月 21 日下午 (113 年第 7 次委員會議結束後)</p>

工作項目及內容	預訂時程
<p>(2)請各總額部門及健保署依自行檢核表(如附表 2)，逐項檢視提報資料是否齊全，填具後併會前會資料送本會。</p> <p>(3)請幕僚檢視提報資料之完整性，並彙整評核委員之建議，及各部門總額之執行成果，供討論參考。</p> <p>2.召開健保署和付費者代表、專家學者與公正人士、相關機關代表座談會。</p> <p>3.各總額部門及健保署提送「114 年度總額協商因素項目及計畫草案」之最終版本：</p> <p>(1)應提報內容及格式如附表 1，並檢附自行檢核表(如附表 2)併送，確保資料內容齊全，以利協商。</p> <p>(2)請如期提送協商草案之最終版本，送會後不可臨時提出新增項目或更動內容。</p> <p>4.視需要辦理 114 年度總額協商因素項目及計畫草案溝通會議。</p>	<p>113 年 8~9 月</p> <p>113 年 8 月 28 日上午</p> <p>113 年 8 月 29 日前</p> <p>視協商資料及討論需求評估是否辦理</p>
<p><b>二、各部門總額成長率及分配方式之協商</b></p> <p>(一)各部門委員代表自行抽籤決定各部門之協商順序，並據以排定總額協商會議議程。</p> <p>(二)協商各部門總額成長率及分配方式。</p> <p>1.召開總額協商會議。</p> <p>(1)協商四部門總額及其他預算之總額及分配。</p> <p>(2)請部門當日依據協商結論，於協定事項調整新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。</p> <p>2.協商結論提 9 月份委員會議討論、確認。</p> <p>(1)確認四部門總額及其他預算之總額及分配。</p> <p>(2)請委員就協商結果，提供各總額部門所提新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」之修正建議，會後由健保署會同各總額部門共同討論研修。</p> <p>3.「執行目標」及「預期效益之評估指標」之確認：</p> <p>(1)達成共識部門：健保署會同總額部門研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，將研修後之結果，提報 10 月份委員會議確認。</p> <p>(2)未達共識部門：請衛福部就政策目標要求，逕予核定。</p> <p>(三)協商各部門總額一般服務費用之分配方式(地區預算)。</p> <p>1.請各總額部門於 9 月份總額協商完成後，2 週內提送地區預算分配之建議方案，以利掣案提 10 月份委員會議討論。</p> <p>2.倘部門未提送分配建議方案，則由幕僚掣案提 11 月份委員會議討論，並完成協定。</p> <p>(四)年度整體總額協定成長率及其分配之確認及報請衛福部核定及公告。</p>	<p>113 年第 6 次委員會議(113 年 7 月 24 日)抽籤<sup>註</sup>，於第 7 次委員會議(113 年 8 月 21 日)提報排定議程</p> <p>113 年 9 月 25 日全天；若有未盡事宜，於 9 月 26 日上午 9 時 30 分繼續處理</p> <p>113 年第 8 次委員會議(113 年 9 月 27 日上午 9 時 30 分開始)</p> <p>113 年第 9 次委員會議(113 年 10 月 23 日)</p> <p>113 年 11~12 月</p> <p>113 年 10 月 7 日前</p> <p>113 年第 10 次委員會議(113 年 11 月 20 日)</p> <p>113 年 11~12 月</p>

工作項目及內容	預訂時程
<b>三、協定事項之執行規劃與辦理</b> (一)健保署會同各總額部門，提出各協商或專款項目配套計畫之執行方案，報請衛福部核定公告。 (二)各方案/計畫進度之追蹤，並視需要，請健保署或各總額部門專案報告。	113 年 10 月~114 年 12 月

註：若各總額部門無法派員抽籤，則由本會執行秘書於會上代為抽籤。

## 貳、協商會議

### 一、會議時間：

- (一)預備會議：113 年 9 月 25 日(星期三)上午 9 時至 9 時 30 分。  
供付費方、醫界方視需要召開內部會議(請事前通知本會同仁協助安排會議場地)。
- (二)協商會議：113 年 9 月 25 日(星期三)上午 9 時 30 分起，全天。
- (三)若有協商未盡事宜，則於 113 年 9 月 26 日(星期四)上午 9 時 30 分至 12 時 30 分討論。

### 二、與會人員：

- (一)付費方：付費者代表委員。
- (二)醫界方：
  - 1.保險醫事服務提供者代表委員。
  - 2.牙醫、中醫、西醫基層、醫院等總額部門協商時，由該總額部門代表委員 1 名主談，各部門並可推派 9 名代表協助會談，推派之協商代表需經充分授權。
  - 3.護理及藥師公會全聯會代表委員可參與相關部門總額之會談。
  - 4.門診透析服務：由西醫基層及醫院部門各推派 4 名代表會談，並邀請台灣腎臟醫學會推派 1 名代表列席說明。
- (三)專家學者及公正人士、國家發展委員會及主管機關代表委員。
- (四)社保司與健保署相關人員及本會幕僚。

### 三、進行方式：

- (一)分場次協商牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院等各部門總額、門診透析服務費用及健保署管控之「其他預算」。
- (二)各部門之協商順序，於 7 月份委員會議抽籤確定後，不可臨時要求變更。

(三)各協商場次預計分配所需時間如下表：

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

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

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

(四)相關原則：

所有委員均可入場，惟非該協商場次之總額部門委員，可以提問與發表意見，但不參與預算協商。協商場次安排分為三個階段，與會人員之參與方式如下：

協商階段		場次	四部門總額及門診透析服務 費用協商	其他預算協商
第一階段	提問與意見 交換	總額部門委員及協商代表：	說明協商草案與回應提問	健保署：
		說明協商草案與回應提問	說明協商草案與回應提問	說明協商草案與回應提問
第二階段	視雙方需要 自行召開內 部會議	所有委員：均參與提問與意見交換 (若協商草案中，有部分項目涉及其他總額部門者，相關之醫界委員得表達其看法；另必要時，得請健保署人員提供說明)		
		付費方或醫界方：	自行召開內部會議 (可請本會幕僚與健保署人員協助試算或說明)	付費方或健保署：
第三階段	部門之預算 協商	由「付費方」與「醫界方」雙方進行預算協商 (得請健保署人員提供說明)		
		若雙方初步協商無法達成共識時： 由專家學者、公正人士、政府機關代表委員，在不涉及特定金額下提供專業見解及中立意見，供雙方參考，再決定是否召開內部會議或繼續協商		

(五)若總額部門與付費者代表委員順利完成協商，達成共識，則於其預算協商時段當場試算，作成共識方案。倘未能達成共識時，其處理方式如下：

1.付費者代表委員間無法達成共識時：

由付費者代表委員召集內部會議協調之，若無法以共識決形成一案時，得以多數決定付費者方案。

2.總額部門內部無法達成共識時：

由該總額部門代表委員召集內部會議協調醫界方案。

3.總額部門與付費者委員無法達成共識時：

由付費者代表委員、保險醫事服務提供者代表委員各自提出一個建議方案。

(六)各協商場次之協商結果，於主席宣布協商結論後即定案，禁止任一方提出變更或推翻前開結論。惟經雙方代表同意，得再重新協議，並酌予調整該部門總額細項金額，並予以定案。

(七)各部門總額年度預算之協商終止點，訂為9月份委員會議之前，經委員會議確認後定案，不得變更。

(八)為利瞭解年度總額之協商過程，與會人員之發言內容，將以實錄方式上網公開。

參、委員會議

一、時間：113年9月27日(星期五)上午9時30分。

二、確認協商結論(共識方案或雙方建議方案，含成長率、金額、協定事項)，協定事項之文字在不違反原協商意旨前提下，可酌予調整修正。

三、依全民健康保險會組成及議事辦法第10條規定，未能達成共識方案時，應將委員會議確認之付費者代表委員、保險醫事服務提供者代表委員建議方案，報請主管機關決定。至於個別委員對建議方案有不同意見時，得於建議方案確認後，提出不同意見書，由健保會併送主管機關。

附表 1、各部門總額及其他預算協商草案(協商大表)應提供之內容及格式

項目類別	○○部門(其他預算)草案	健保署草案	健保會補充說明
新增項目	<p>協商方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.問題分析及需求評估</li> <li>2.醫療服務內容及說明</li> <li>3.費用估算基礎及淨增加之費用</li> <li>4.執行目標及預期效益之評估指標(以具體、可量化之結果面呈現資源投入之具體效益)</li> <li>5.專款項目之預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)</li> <li>6.請檢附上開 1~4 項之實證資料，將一併列入協商資料之附錄供參</li> </ol>	<p>對醫界方案提出保險人之評析及建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.評析醫界方案之問題分析、需求評估及醫療服務內容之合理性與必要性，並提出保險人意見</li> <li>2.試算醫療費用、淨增加費用，並提出合理之預算建議</li> <li>3.對執行目標及預期效益之評估指標提供建議</li> <li>4.對專款項目之預估試辦檢討期限提供建議</li> </ol> <p>若新增協商項目或計畫屬政策交辦或健保署提出項目，且未納入各總額部門協商草案：</p> <p>請健保署提供完整之協商方案(比照部門草案內容)</p>	<p>彙整相關資料供參考：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.□是否為政策交付項目：是者，摘錄政策內容</li> <li>2.提供評核委員及會前會專家學者意見</li> <li>3.彙整相關統計數據與總額協商相關規範</li> <li>4.提供協定事項執行情形與研析，不作任何預算額度及經費增刪的建議。另提供協定事項建議文字</li> </ol>
延續性項目	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.醫療服務內容及說明(含問題分析及需求評估)</li> <li>2.費用估算基礎及淨增加之費用</li> <li>3.過去執行成果效益(以結果面呈現資源投入之具體效益)，或檢討改善之相關規劃</li> <li>4.延續性項目則須持續檢討「執行目標」及「預期效益之評估指標」</li> <li>5.請檢附上開內容之實證資料，將一併列入協商資料之附錄供參</li> </ol>		



**附表 2、各部門總額及其他預算協商草案(協商大表)自行檢核表**

類別		是否符合 114 年度總額交付項目	協商草案應提供內容之檢核(資料完整請打「V」)						
			所有協商項目須填寫			延續項目填寫	專款新增項目		
檢核項目				問題分析及需求評估	醫療服務內容及說明	費用估算基礎及淨增費用	提出(檢討)執行目標及預期效益之評估指標	過去執行成果或檢討改善之相關規劃	預估檢討期限
協商項目			【A】	【B】	【C】	【D】	【E】	【F】	【G】
一般服務									
新增	項目名稱： ○○○○○								
延續	項目名稱： ○○○○○								
專款項目									
新增	項目名稱： ○○○○○								
延續	項目名稱： ○○○○○								

註：1.延續項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」：

- (1)自 108 年度總額起，新增項目協定事項訂有執行目標及評估指標者，若該項目延續則應持續檢討執行目標及評估指標。
- (2)107 年度總額(含)以前，協商項目未訂執行目標及評估指標，若有項目延續且預算有大幅增加(如 20%)者，請檢討執行情形並建議提出執行目標及評估指標，以利協商。
- (3)另「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」、「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」、「後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費」係被動依病人需求或藥物引進情形支用，故不需提出檢討執行目標及評估指標。

2.延續項目依協商屬性，以下項目不須填報：

- (1)四部門總額：一般服務「違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」、專款項目「品質保證保留款」。
- (2)醫院專款項目：「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」。
- (3)西醫基層專款項目：「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」。
- (4)其他預算專款項目：「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」、「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」、「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」。

3.【B】~【E】須檢附相關實證資料。

4.若各部門總額新增協商項目或計畫屬政策交辦或健保署提出項目，且未納入各總額部門協商草案，應由健保署填具檢核表送會。

### 第三案

提案單位：中央健康保險署

案由：特殊材料「特殊功能/材質脊椎間體護架(CAGE)」以保險對象自付差額方式納入健保給付建議案，提請討論。

說明：

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

二、上述藥物支付標準第 52 條之 4，重點摘要如下：

(一)健保給付比例：按臨床實證等級訂定給付比例 20% 至 40%。

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

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

三、本案特材為椎體間植入物，用於穩定椎體及促進骨間融合，前經 109 年 3 月及 114 年 3 月「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議特材部分」(下稱特材共擬會議)討論，為兼顧臨床需求及健保財務，共識同意「特殊功能/材質脊椎間體護架(CAGE)」以自付差額納入健保，說明如下：

(一)健保給付比例：以臨床實證訂定健保給付比例，為核定費用之 20%。

(二)核定費用：依藥物支付標準第 52 條之 4 第 2 項第 1 款，以公立醫院及醫學中心採購價中位數除以浮動點值核定費用。為確保支付單位換算及避免特材納入健保後受浮動點值影響，前述浮動點值係以 109 年 3 月特材共擬會議提會之浮動點值 0.8766 計算。

(三)保險醫事服務機構收取差額上限：核定費用扣除健保給付比例換算支付點數。

(四)功能類別：經多次專科醫學會溝通會議、特材專家諮詢會議及

2 次特材共擬會議臨床專業共識，本案特材分為 3 大類 19 個次功能/材質類別。

四、檢送本案基本資料表及檢核表(附件一，第 87~96 頁)、品項彙整表(參考資料 1)、109 年 3 月特材共擬會議資料(參考資料 2)、114 年 3 月特材共擬會議資料(含 109 年 3 月特材共擬會議紀錄，參考資料 3)、114 年 3 月特材共擬會議紀錄(參考資料 4)、醫療科技評估報告(參考資料 5)、財務預估表(參考資料 6)。

擬辦：

- 一、本案「特殊功能/材質脊椎間體護架(CAGE)」，建議採保險對象自付差額方式納入健保給付，分為 19 個次功能/材質分類，並以各類別之院所採購價中位數除以浮動點值 0.8766 予以核定費用，健保給付比例為 20%暫予支付。
- 二、基於民眾使用特材權益，建議實施日期為 114 年 7 月 1 日，俟本會討論通過後，報主管機關核定公告。

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

.....  
本會整理說明：

- 一、本案係健保署依健保法第 45 條<sup>(註)</sup>規定，將擬納為自付差額之特材品項，提本會討論，後續將再報請衛福部核定公告。本會為審慎評估及討論健保署所提的自付差額特材案，於 103 年訂定「健保會討論自付差額特材案之作業流程」(下稱作業流程；附件二，第 97~101 頁)，明定相關作業程序與時程，重點摘要如下圖。

註：健保法第 45 條規範略以，健保署對特材得訂定給付上限及保險醫事服務機構得收取差額之上限，對屬於同功能類別之特材，得支付同一價格；保險對象經醫師認定有醫療需要時，可選用定有給付上限之特材，並自付其差額；自付差額之特材品項，應由其許可證持有者向健保署申請，經健保署同意後，併同其實施日期，提健保會討論，報主管機關核定公告。

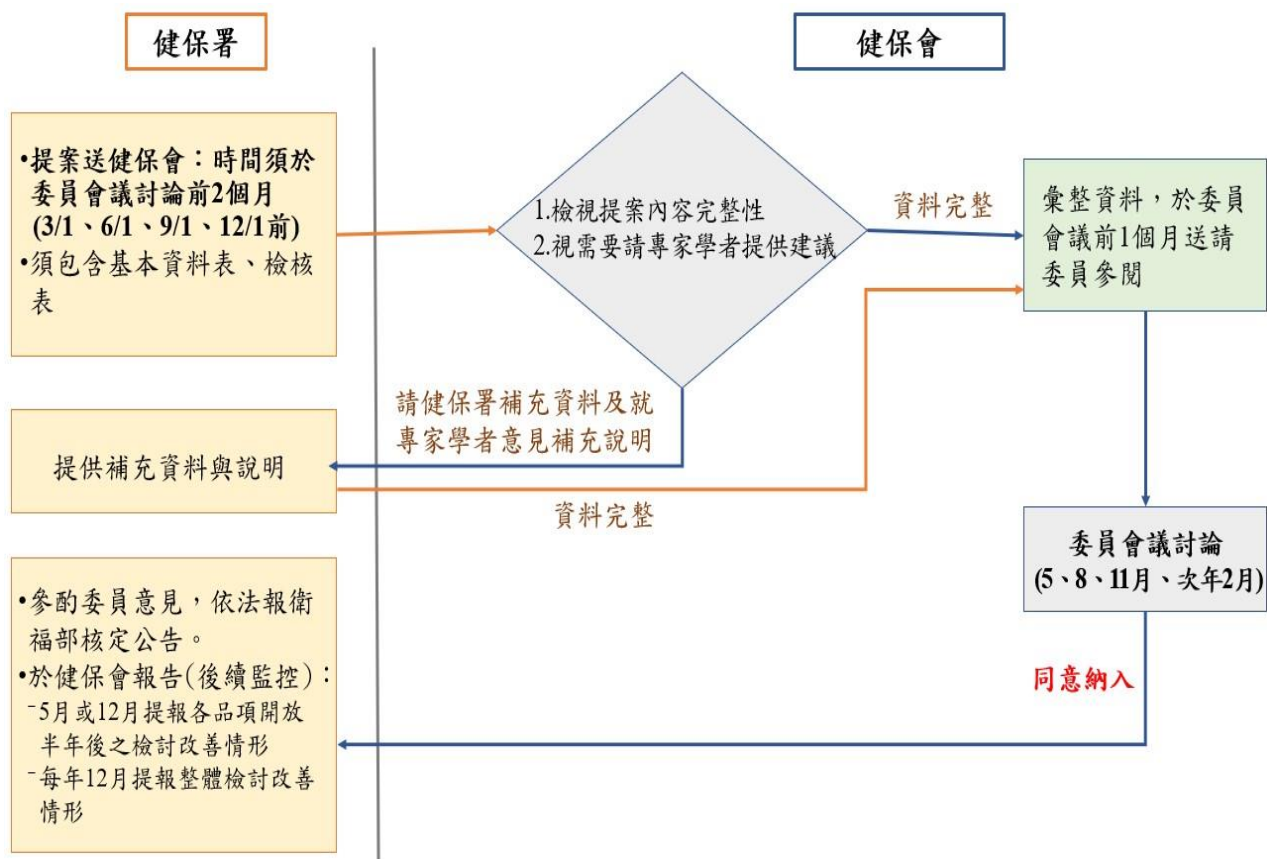


圖 健保會討論自付差額特材案之作業流程

二、本案係健保署於 114 年 4 月 21 日函送本會，依作業流程規定，應提至委員會議討論時程為本年 8 月份，惟考量民眾就醫權益，乃提前於本次(6 月份)委員會議討論，並業依作業流程規定辦理下列事項：

(一)檢視提案內容完整性及洽請專家學者委員提供建議：

- 1.健保署業依規定檢附本案自付差額特材品項「基本資料表」、「檢核表」及參考資料(包含品項彙整表、醫療科技評估報告、特材共擬會議資料與會議紀錄)。
- 2.經 114 年 4 月 28 日洽請 3 位專家學者委員提供建議，並於 114 年 5 月 28 日轉請健保署回復，該署業於 6 月 16 日提供相關說明(如附件三，第 102~110 頁)。

(二)送請委員參閱：本案參考資料業併同本次委員會議資料寄送委員審閱。

三、依健保署提供資料，摘要重點如下：

(一)本案自付差額特材屬「特殊功能及材質」脊椎間體護架，主要

功能為穩定椎體及促進骨間融合。依醫療科技評估報告，本案自付差額 CAGE 與健保給付 CAGE，對需接受頸椎/腰椎融合術之病人族群臨床療效相當，且混合材質 TiPEEK(鈦合金聚醚醚酮)CAGE 有較佳的融合率(第 87~88 頁)。

## (二)依次功能類別之費用範圍(第 89~92 頁)：

### 1.頸椎 CAGE：

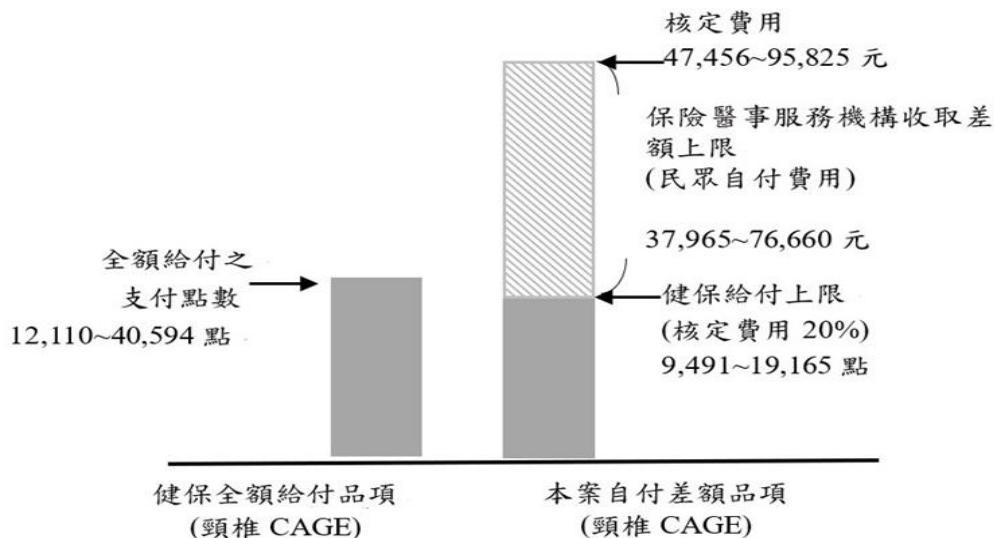


圖 健保全額給付與本案自付差額之頸椎 CAGE 相關費用示意圖

### 2.腰椎前開路徑 CAGE、腰椎後開路徑 CAGE：

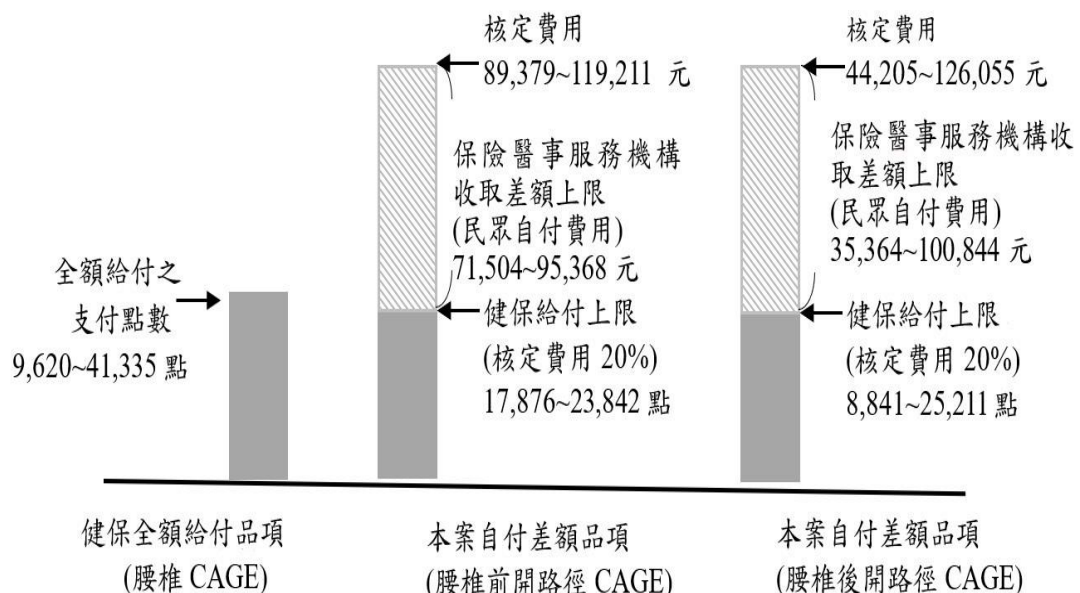


圖 健保全額給付與本案自付差額之腰椎 CAGE 相關費用示意圖

## (三)健保財務影響評估(第 93 頁)：

### 1.提案當年預算：114 年度醫院總額「新醫療科技」項下之新

特材預算 10 億元；截至 114 年 3 月，經特材共擬會議通過新功能特材計 164 項，財務預估約 5.2 億點(含本案特材)。

2.本案特材納入後 3~5 年預估新增費用 2.4~2.9 億點。

(四)健保署建議納入自付差額特材之理由(第 93~94 頁)：

- 1.依醫療科技評估報告，本案自付差額特材較健保給付品項有較佳的骨融合率，惟若採全額給付，財務影響第 1 年即達 10.1 億點，已逾 114 年新特材預算(10 億元)，對健保財務影響衝擊大，恐影響其他新特材收載。
- 2.健保署在兼顧健保財務及提升新醫材臨床可近性與普及性考量下，及參考臨床實證資料，爰建議優先以自付差額方式納入健保給付，2 年後進行醫療科技再評估(HTR)，滾動式檢討健保給付效益，作為持續給付、調整給付或不給付之決策參考。

四、本案特材若同意列為自付差額品項，建議如下：

- (一)請健保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。
- (二)請健保署依作業流程規定，於納入自付差額特材半年後，提出檢討改善報告。

決議：

表 1 健保署提案需檢附之自付差額特材品項「基本資料表」

	項目	自付差額品項	健保全額給付品項(註 2)
我國資料	1. 基本資料	「雷特佳高分子複合材料椎間融合器+雷特前路骨板固定系統」等 86 項(品項彙整詳參考資料 1)	「"施百威"腰椎椎間融合器」等 100 項
	2. 特性	功能類別	脊椎間體護架(CAGE)
		用途(適應症)	● 依據：109 年 3 月及 114 年 3 月特材共擬會議資料(詳參考資料 2，投影片第 2、4 張，P.4、P.5；參考資料 3，投影片第 2~3 張，P.61~62)。本案特材為椎體間植入物，用以執行脊椎融合術，主要功能為穩定椎體及促進骨間融合。
		相對效果(療效)及相對風險(安全性)	<p>● 依據：109 年 3 月及 114 年 3 月特材共擬會議資料(詳參考資料 2、3，P.4~79)及醫療科技評估(HTA)報告(詳參考資料 5，P.83~168)</p> <p>(1)醫療科技評估(HTA)報告(詳參考資料 5，P.85、P.111~115)，摘要如下：</p> <p>A.共納入 4 篇比較不同材質脊椎間體護架(CAGE)的相關研究(1 篇隨機分派前驅研究、2 篇系統性文獻回顧及 1 篇統合分析研究)，在病人群方面，皆為需接受頸椎/腰椎融合術的病人族群；在療效對照品方面，2 篇為比較 Ti CAGE(本案 CAGE 及健保 CAGE)與健保 PEEK CAGE 的研究，另 2 篇為比較混合材質 TiPEEK CAGE(本案 CAGE)與健保 PEEK CAGE 的研究。</p> <p>(A)Ti CAGE(本案 CAGE 及健保 CAGE)與健保 PEEK CAGE 比較：1 篇統合分析研究顯示兩者療效相似，1 篇系統性文獻回顧研究顯示兩者融合率相似。</p> <p>(B)混合材質 TiPEEK CAGE(本案 CAGE)與健保 PEEK CAGE 之比較：1 篇系統性文獻回顧多數研究指出，TiPEEK 相較於 PEEK 具有較佳的融合率，1 篇隨機分派前驅研究則顯示 TiPEEK 相較於 PEEK 於術後各項指標無統計顯著差異。</p> <p>B.依上開 HTA 報告顯示本案 CAGE 與健保 CAGE 對需接受頸椎/腰椎融合術之病人族群臨床療效相當，且混合材質 TiPEEK CAGE 有較佳的融合率。</p> <p>(2)廠商提供文獻資料(詳參考資料 2，投影片第 35 張，P.21)：</p> <p>A.健保未收載路徑與健保相同路徑置放脊椎間體護架(CAGE)之比較：1 篇 Cohort study 研究，比較病患經 ALIF 路徑植入 PEEK 與骨骼移植，其結果顯示有較佳的融合率及臨床結果。</p> <p>B.本案 CAGE 與健保 CAGE 之比較：1 篇 Cohort study 及 1 篇</p>

	項目		自付差額品項	健保全額給付品項(註 2)
			<p>Case-control study 顯示 coated CAGE 較 uncoated 具較佳骨生長及融合；2 篇 Case-control study 分別顯示特殊功能及材質 PEEK CAGE 發生沉降比率較低，可提升人工骨植入量及增加融合率；1 篇 Case-control study 研究顯示 3D 列印多孔鈦合金 CAGE 較 PEEK CAGE 有較高融合率及較低沉降情形。</p>	



	項目	自付差額品項	健保全額給付品項(註 2)
3. 價格	價格分布 (NT)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 依據：114 年 3 月特材共擬會議資料及會議紀錄(詳參考資料 3，投影片第 7~9 張，P.64~65；參考資料 4，P.82)。</li> <li>● 參考價格彙整，詳參考資料 1</li> </ul> <p>本案特材計 3 大類，19 個次功能/材質分類：</p> <p>(1)醫材比價網中位數</p> <p>A.腰椎前開路徑 ALIF(前側椎間融合術) CAGE：107,100 元。</p> <p>B.腰椎前開路徑 OLIF(斜外側腰椎椎間融合術)、XLIF(經椎孔腰椎椎間融合術) CAGE：136,560 元。</p> <p>C.腰椎前開路徑一體成型 CAGE：149,850 元。</p> <p>D.腰椎前開路徑混合材質 CAGE：100,000 元。</p> <p>E.頸椎 TM(多孔鈦金屬) CAGE：54,450 元。</p> <p>F.頸椎混合材質 CAGE：88,000 元。</p> <p>G.頸椎 Ti(鈦合金) CAGE-3D 列印多孔 Ti：115,000 元。</p> <p>H.頸椎 Ti CAGE-Z shape：74,000 元。</p> <p>I.腰椎後開路徑 TLIF(經椎孔腰椎椎間融合術)/TM CAGE：104,250 元。</p> <p>J.腰椎後開路徑 PLIF(腰椎後開路徑)/TM CAGE：57,260 元。</p> <p>K.腰椎後開路徑 TLIF/混合材質 CAGE：123,500 元。</p> <p>L.腰椎後開路徑 PLIF/混合材質 CAGE：85,000 元。</p> <p>M.腰椎後開路徑 TLIF/PEEK CAGE-可翻轉、溝槽：76,250 元。</p> <p>N.腰椎後開路徑 TLIF/組合式 PEEK CAGE：196,550 元。</p> <p>O.腰椎後開路徑 PLIF/組合式 PEEK CAGE：87,210 元。</p> <p>P.腰椎後開路徑 TLIF/3D 列印 CAGE：120,000 元。</p> <p>Q.腰椎後開路徑 PLIF/3D 列印 CAGE：127,700 元。</p> <p>R.腰椎後開路徑 TLIF/Ti CAGE-Z</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 健保支付點數(P1)</li> </ul> <p>(1)頸椎 CAGE：12,110~40,594 點</p> <p>(2)腰椎 CAGE：9,620~41,335 點</p> <p>(3)依 113 年健保 CAGE 申報量及健保支付點數計算，頸椎 CAGE 每組加權平均約 21,931 點；腰椎 CAGE 每組加權平均約 39,206 點(P1)。</p>

	項目	自付差額品項	健保全額給付品項(註 2)
		<p>shaped：91,000 元。</p> <p>S.腰椎後開路徑 PLIF/Ti CAGE-Z shaped：65,000 元。</p> <p><b>(2)核定費用 (P2)</b></p> <p>採各類別公立醫院及醫學中心兩者合併之採購價中位數，除以浮動點值(0.8766)</p> <p>A.腰椎前開路徑 ALIF(前側椎間融合術) CAGE：89,379 元。</p> <p>B.腰椎前開路徑 OLIF、XLIF CAGE：112,936 元。</p> <p>C.腰椎前開路徑一體成型 CAGE：119,211 元。</p> <p>D.腰椎前開路徑混合材質 CAGE：114,077 元。</p> <p>E.頸椎 TM CAGE：47,456 元。</p> <p>F.頸椎混合材質 CAGE：67,272 元。</p> <p>G.頸椎 Ti CAGE-3D 列印多孔 Ti：95,825 元。</p> <p>H.頸椎 Ti CAGE-Z shape：61,602 元。</p> <p>I.腰椎後開路徑 TLIF/TM CAGE：95,430 元。</p> <p>J.腰椎後開路徑 PLIF/TM CAGE：44,205 元。</p> <p>K.腰椎後開路徑 TLIF/混合材質 CAGE：108,373 元。</p> <p>L.腰椎後開路徑 PLIF/混合材質 CAGE：67,305 元。</p> <p>M.腰椎後開路徑 TLIF/PEEK CAGE-可翻轉、溝槽：59,374 元。</p> <p>N.腰椎後開路徑 TLIF/組合式 PEEK CAGE：126,055 元。</p> <p>O.腰椎後開路徑 PLIF/組合式 PEEK CAGE：78,457 元。</p> <p>P.腰椎後開路徑 TLIF/ 3D 列印 CAGE：95,825 元。</p> <p>Q.腰椎後開路徑 PLIF/ 3D 列印 CAGE：114,077 元。</p> <p>R.腰椎後開路徑 TLIF/Ti CAGE-Z shaped：77,002 元。</p> <p>S.腰椎後開路徑 PLIF/Ti CAGE-Z</p>	

	項目	自付差額品項	健保全額給付品項(註 2)
		<p>shaped：53,616 元。</p> <p><b>(3)健保給付上限 (P3)</b>            以核定費用之 20%換算健保支付點數：            A.腰椎前開路徑 ALIF CAGE：17,876 點。            B.腰椎前開路徑 OLIF、XLIF CAGE：22,587 點。            C.腰椎前開路徑一體成型 CAGE：23,842 點。            D.腰椎前開路徑混合材質 CAGE：22,815 點。            E.頸椎 TM CAGE：9,491 點。            F.頸椎混合材質 CAGE：13,454 點。            G.頸椎 Ti CAGE-3D 列印多孔 Ti：19,165 點。            H.頸椎 Ti CAGE-Z shape：12,320 點。            I.腰椎後開路徑 TLIF/TM CAGE：19,086 點。            J.腰椎後開路徑 PLIF/TM CAGE：8,841 點。            K.腰椎後開路徑 TLIF/混合材質 CAGE：21,675 點。            L.腰椎後開路徑 PLIF/混合材質 CAGE：13,461 點。            M.腰椎後開路徑 TLIF/PEEK CAGE-可翻轉、溝槽：11,875 點。            N.腰椎後開路徑 TLIF/組合式 PEEK CAGE：25,211 點。            O.腰椎後開路徑 PLIF/組合式 PEEK CAGE：15,691 點。            P.腰椎後開路徑 TLIF/ 3D 列印 CAGE：19,165 點。            Q.腰椎後開路徑 PLIF/ 3D 列印 CAGE：22,815 點。            R.腰椎後開路徑 TLIF/Ti CAGE-Z shaped：15,400 點。            S.腰椎後開路徑 PLIF/Ti CAGE-Z shaped：10,723 點。</p>	
	價格差距	<p>(1)價格倍數(核定費用 P2/健保支付點數，頸椎 CAGE 21,931 點；腰椎 CAGE 39,206 點 P1)：1.13~4.37 倍。            A.腰椎前開路徑 ALIF CAGE：2.27 倍。</p>	

	項目	自付差額品項	健保全額給付品項(註 2)
		<p>B.腰椎前開路徑 OLIF、XLIF CAGE：2.88 倍。</p> <p>C.腰椎前開路徑一體成型 CAGE：3.04 倍。</p> <p>D.腰椎前開路徑混合材質 CAGE：2.91 倍。</p> <p>E.頸椎 TM CAGE：2.16 倍。</p> <p>F.頸椎混合材質 CAGE：3.07 倍。</p> <p>G.頸椎 Ti CAGE-3D 列印多孔 Ti：4.37 倍。</p> <p>H.頸椎 Ti CAGE-Z shape：2.81 倍。</p> <p>I.腰椎後開路徑 TLIF/TM CAGE：2.43 倍。</p> <p>J.腰椎後開路徑 PLIF/TM CAGE：1.13 倍。</p> <p>K.腰椎後開路徑 TLIF/混合材質 CAGE：2.76 倍。</p> <p>L.腰椎後開路徑 PLIF/混合材質 CAGE：1.72 倍。</p> <p>M.腰椎後開路徑 TLIF/PEEK CAGE-可翻轉、溝槽：1.51 倍。</p> <p>N.腰椎後開路徑 TLIF/組合式 PEEK CAGE：3.22 倍。</p> <p>O.腰椎後開路徑 PLIF/組合式 PEEK CAGE：2.01 倍。</p> <p>P.腰椎後開路徑 TLIF/ 3D 列印 CAGE：2.44 倍。</p> <p>Q.腰椎後開路徑 PLIF/ 3D 列印 CAGE：2.91 倍。</p> <p>R.腰椎後開路徑 TLIF/Ti CAGE-Z shaped：1.96 倍。</p> <p>S.腰椎後開路徑 PLIF/Ti CAGE-Z shaped：1.37 倍。</p> <p>(2)價格倍數(核定費用 P2/健保給付上限 P3)：5 倍。</p> <p>(3)保險醫事服務機構收取差額上限(核定費用 P2-健保給付上限 P3)</p> <p>A.腰椎前開路徑 ALIF CAGE：71,504 元。</p> <p>B.腰椎前開路徑 OLIF、XLIF CAGE：90,349 元。</p> <p>C.腰椎前開路徑一體成型 CAGE：95,368 元。</p> <p>D.腰椎前開路徑混合材質 CAGE：91,262 元。</p> <p>E.頸椎 TM CAGE：37,965 元。</p> <p>F.頸椎混合材質 CAGE：53,818 元。</p> <p>G.頸椎 Ti CAGE-3D 列印多孔 Ti：76,660 元。</p> <p>H.頸椎 Ti CAGE-Z shape：49,281 元。</p> <p>I.腰椎後開路徑 TLIF/TM CAGE：76,344 元。</p> <p>J.腰椎後開路徑 PLIF/TM CAGE：35,364 元。</p> <p>K.腰椎後開路徑 TLIF/混合材質 CAGE：86,699 元。</p> <p>L.腰椎後開路徑 PLIF/混合材質 CAGE：53,844 元。</p> <p>M.腰椎後開路徑 TLIF/PEEK CAGE-可翻轉、溝槽：47,499 元。</p> <p>N.腰椎後開路徑 TLIF/組合式 PEEK CAGE：100,844 元。</p> <p>O.腰椎後開路徑 PLIF/組合式 PEEK CAGE：62,765 元。</p> <p>P.腰椎後開路徑 TLIF/ 3D 列印 CAGE：76,660 元。</p> <p>Q.腰椎後開路徑 PLIF/ 3D 列印 CAGE：91,262 元。</p> <p>R.腰椎後開路徑 TLIF/Ti CAGE-Z shaped：61,602 元。</p> <p>S.腰椎後開路徑 PLIF/Ti CAGE-Z shaped：42,893 元。</p>	

	項目	自付差額品項	健保全額給付品項(註 2)
4. 健保財務影響評估	提案當年預算	(1)提案當年度總額之新特材預算：10 億元。 (2)提案前已支用額度：114 年截至 3 月，經特材共擬會議通過新功能特材計有 164 項，財務預估約 5.2 億(含本案特殊功能/材質脊椎間體護架(CAGE))。	
	納入前後預估使用量	●依據 114 年 3 月特材共擬會議資料(詳參考資料 3，投影片第 6 張，第 63 頁)。 (1)前 3 年之預估使用量(自費)：按新功能醫材申請納入健保給付審議品項之申報量計算，111 年計 9,365 個，112 年計 10,857 個，113 年以年成長率 9.8%推估為 11,921 個。 (2)自付差額品項納入後預估 3~5 年之申報量：按 114 年 3 月特材共擬會議決議，在訂有給付規定下，第 3 年 14,372 個，第 4 年 15,780 個、第 5 年 17,327 個。	(1)前 3 年之健保脊椎間體護架(CAGE)申報量：111 年計 32,825 個，112 年計 33,940 個，113 年計 32,297 個。 (2)自付差額品項納入後預估 3~5 年申報量：參考現行自付差額類別骨科特材「特殊材質人工髖關節」及「特殊功能及材質髓內釘」，其同功能健保全額給付品項近 5 年年均成長率呈微幅負成長或持平 (-2%及 0%)，爰預估「特殊功能/材質脊椎間體護架(CAGE)」納入自付差額特材後，健保 CAGE 之申報量持平，約 32,000 個。
	納入後預估新增費用	●依據：114 年 3 月特材共擬會議紀錄(詳參考資料 4，P.80~82)及財務預估表(詳參考資料 6)。自付差額品項納入後，預估 3~5 年合計(含自付差額品項及全額給付品項)之新增費用：2.4 億~2.9 億。	
5.同意納入自付差額特材之理由(參考註 3 填列)		(1)依據 109 年 3 月及 114 年 3 月特材共擬會議紀錄(詳參考資料 3，P.71~79；參考資料 4，P.80~82) (2)綜合考量「2.特性」、「3.價格」及「4.健保財務影響評估」後，同意納入自付差額特材之理由： <b>A.具臨床實證優於健保特材：</b> 本案特殊功能及材質脊椎間體護架(CAGE)包含健保尚未收載置放路徑之「腰椎前開路徑 CAGE」，符合「增加臨床療效」之附加功能；及與健保相同置放路徑，但具臨床實證佐證優於健保品項之「頸椎 CAGE」及「腰椎後開路徑 CAGE」等 2 大類，符合「增加臨床操作方便性」及「增加臨床療效」之附加功能。參考醫療科技評估報告及綜整廠商提供文獻，具臨床實證佐證有較佳的骨融合率，考量其臨床實證多為 case series，建議給付比例為 20%，之後再視臨床實證進行滾動式評估調整。 <b>B.全額給付財務影響衝擊大，恐影響其他新特材收載：</b> 倘採全額給	

	項目	自付差額品項	健保全額給付品項(註 2)
		<p>付，以院所採購價中位數除以浮動點值逕予納入支付標準，財務影響第 1 年即達 10.1 億，已逾 114 年新特材預算 10 億。</p> <p>C.綜上，為維護民眾使用醫材權益，在兼顧健保財務及提升新醫材臨床可近性與普及性考量下，又參考臨床實證資料，建議優先以自付差額方式納入健保給付，2 年後進行醫療科技再評估(HTR)滾動式檢討健保給付效益，作為持續給付、調整給付或不給付之決策參考。</p> <p>(3)摘述 109 年 3 月及 114 年 3 月特材共擬會議之決議(詳參考資料 3，P.71~79；參考資料 4，P.80~82)：</p> <p>A.同意本案特殊功能/材質脊椎間體護架(CAGE)採保險對象自付差額方式納入健保給付。</p> <p>B.功能分類：共 3 大類 19 個次分類。</p> <p>C.核定費用：依藥物支付標準第 52-4 條第 2 項第 1 款，以公立醫院及醫學中心採購價中位數，除以浮動點值 0.8766 (107Q3~108Q2) 計算。</p> <p>D.健保給付上限：按 HTA 報告及廠商提供之臨床文獻資料，本案給付上限為核定費用之 20%。</p> <p>E.給付規定：為符合臨床實際使用情形，修正「脊椎間體護架」之給付規定。</p> <p>(4)醫療科技評估報告之重點(參考資料 5，P.85~95、P.111~115、P130~138)：在相對療效之評估結果，同上「2.特性」之說明；在財務影響評估上，特殊功能及材質脊椎間體護架(CAGE)在臨床地位上屬新增關係。</p> <p>(5)其他參考資料：無。</p>	

他 國 資 料 (註4)	項目	自付差額品項		
	1.基本資料	● 依據 114 年 3 月特材共擬會議資料(詳參考資料 3，投影片第 7~9 張，P.64~65) ● 本案特材之價格彙整表，詳參考資料 1。		
	2.價格分布(NT)	國別	保險是否給付	保險支付價/市價(新臺幣)
	日本	是	(1)腰椎前開路徑 CAGE：查無價格 (2)頸椎 CAGE：32,780 元 (3)腰椎後開路徑 CAGE：32,780 元	
	韓國	是	(1)腰椎前開路徑 CAGE：14,819 元 (2)頸椎 CAGE：10,057 元 (3)腰椎後開路徑 CAGE：7,990~13,337 元	
	澳洲	是	(1)腰椎前開路徑 CAGE：68,612 元~123,204 元 (2)頸椎 CAGE：45,334 元 (3)腰椎後開路徑 CAGE：48,586~68,612 元	
	3.價格差距(註5)	(1) 本案特材醫材比價網價格及國內院所採購價格多數高於國際價格，以「"信迪思"新一代辛凱吉椎間支架植入物」(項次 4)為例，國內醫材比價網價格中位數 123,000 元，韓國支付價換算臺幣為 14,819 元，價格倍數為 8.3 倍；澳洲支付價換算臺幣為 68,612 元，價格倍數為 1.8 倍。國內公立醫院及醫學中心採購價格中位數 82,000 元，亦分別高於韓國支付價 5.5 倍，澳洲支付價 1.2 倍。 (2) 107 年前特材共擬會議審議通過之醫材，其支付點數多以參考國際價格訂定，然多數廠商因價格因素不同意前述訂定之健保支付價格，納入給付生效率偏低僅約 3 成，導致民眾使用自費醫材增加。為維護民眾權益、提升新醫材之臨床可近性與普及性，近 5 年(109 年至 113 年)健保收載新功能特材核價方式，近 7 成以院所採購價中位數除以浮動點值核價，其特材共擬會議審議通過且納入給付生效率至 113 年已達 9 成，爰本案亦採院所採購價中位數除以浮動點值核定費用。		

健保署填報部門：醫審及藥材組 填報人：楊佩綺 日期：1140411 連絡電話：27065866\*3053

註 1：本表價格均以新臺幣呈現。

註 2：健保全額給付品項如有 1 項以上，可增列供參。

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

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

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

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

## 健保署提案需檢附之自付差額特材品項「檢核表」

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

本表由健保署先行填列，作為健保會討論之參據。

檢核項目		符合項目請打V， 未符合項目請說明
1.資料完備	(1)完整填列基本資料表	V
	(2)提供我國醫療科技評估(HTA)報告	V
2.程序完備	提經「藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」通過，並檢附會議紀錄	V
3.保險對象權益保障	(1)目前全額給付品項已提供基本照顧功能	V
	(2)未有「因病情需要，一定須使用本自付差額特材品項」者	
4.實證資料足以佐證	已提供足夠且明確之實證資料，足以支持本自付差額品項較健保全額給付品項，其附加之功能或效果較佳	V
5.價格未偏離國際行情	本自付差額特材品項在自費醫材比價網之中位數，未高於國際價格之中位數或平均數	1. 本案自付差額特材品項於醫材比價網之中位數皆高於國際價格中位數達2倍以上。 2. 經統計108年至112年健保全額給付特材支付情形，多以院所採購價中位數除以浮動點值核價，68%高於國際價格中位數。 3. 爰健保收載新功能特材，難以用國際價格核價。

健保署填報部門：醫審及藥材組 填報人：楊佩綺 日期：1140411 連絡電話：27065866\*3053



## 健保會討論自付差額特材案之作業流程

第 1 屆 103 年第 3 次委員會議(103.3.28)訂定  
第 1 屆 103 年第 5 次委員會議(103.5.23)修訂附表  
第 2 屆 105 年第 6 次委員會議(105.6.24)修訂

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

註：議案排入委員會議討論或報告時間，得配合屆時議程之安排，酌予調整。

**健保署提案需檢附之自付差額特材品項「基本資料表」**

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

我國資料

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

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

註1：本表價格均以新臺幣呈現。

註2：健保全額給付品項如有1項以上，可增列供參。

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

☐增加耐久性：\_\_\_\_\_

☐增加病人使用方便性：\_\_\_\_\_

☐有利於監控病情：\_\_\_\_\_

☐增加與特定設備或儀器之相容性：\_\_\_\_\_

☐因客製化而增加美觀或舒適性：\_\_\_\_\_

☐增加安全性(或改善副作用)：\_\_\_\_\_

☐其他醫療功能外之附加效果：\_\_\_\_\_

☐其他可改善醫療或生活品質之功效：\_\_\_\_\_

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

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

## 健保署提案需檢附之自付差額特材品項「檢核表」

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

本表由健保署先行填列，作為健保會討論之參據。

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

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

## 健保署提報之「檢討改善報告內容」

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

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

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

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

本會檢視後洽請健保署再提供之補充說明資料

案由：特殊材料「特殊功能/材質脊椎間體護架(CAGE)」以保險對象自付差額方式納入健保給付建議案

項次	專家學者委員之建議	健保署回復之補充說明
一、有關價格之建議事項：		
(一)	有關價格彙整的國內價格部分，有相當比例為查無，是否能提供無法取得價格原因？而公立醫院和醫學中心的採購價，明顯低於醫材比價網所公告價格 2 成以上，這個價格基礎有沒有分析並確定？建議加以說明，藉以強化直接使用公立醫院價格的合理基礎。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 醫材產品因快速推陳出新，醫療院所非所有產品皆進行採購，以及受限本保險依健保法第 80 條，僅向公立醫院及醫學中心(含準醫學中心)進行調查等因素，故調查資料有所限制。</li> <li>2. 另醫材比價網價格係醫療院所向民眾收取之自費價格，爰多高於院所採購價中位數達 2 成以上。健保署基於民眾權益，考量本案醫材納入健保給付後以量制價之合理性及廠商供貨意願，經 109 年 3 月及 114 年 3 月全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議(下稱特材共擬會議)討論，決議依藥物支付標準第 52 條之 4 第 2 項第 1 款，以公立醫院、醫學中心（含準醫學中心）或兩者合併之採購決標價格之中位數，除以浮動點值予以核定費用。</li> </ol>
(二)	有關價格彙整的國際價格部分，大多數價格均為查無，而少數有國際價格部分，與台灣價格差距又相當的大，很難評估支付價格是否合理。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 在各國醫療保險支付制度，醫材多採 DRGs 包裹式支付或論量計酬的支付方式，但各國仍會因醫療體系差異有些微不</li> </ol>

項次	專家學者委員之建議	健保署回復之補充說明
		<p>同，爰難以查詢醫材於國際支付情形。另臺灣受限於人口數量以及廠商市場策略因素，臺灣醫材價格顯有高於國際價格。</p> <p>2. 查107年前特材共擬會議審議通過之醫材，其支付點數多健保既有特材品項支付點數加計百分比或參考國際價格訂定，然多數廠商因價格因素不同意供貨，納入給付生效率低僅約3成，致民眾自費使用醫材增加。健保署基於維護民眾權益、提升新醫材之普及性，並考量廠商供貨穩定性，近5年健保收載新功能特材訂定支付點數方式，近7成採院所採購價中位數除以浮動點值，累計至113年納入給付比率達近9成，爰本案經109年3月及114年3月特材共擬會議決議亦採前述方式訂定支付點數。</p> <p>3. 本案醫材納入健保給付後，依藥物支付標準第54條至61條規定，每2年調查其市場實際交易價格，建立公開、合理、透明之特材點數調整。</p>
(三)	<p>此類醫材比較少見的是台灣購買價格遠高於其他國家，能否提供常見醫材數據(如血管支架)，觀察是否有類似醫材支付價格偏高狀況，未來能否追蹤這些常見醫材價格，了解民眾購買價格是否明顯高於其他國家。</p>	<p>1. 基於維護民眾權益、提升新醫材之普及性，考量廠商供貨穩定性，近5年健保收載新功能特材訂定支付點數方式，近7成採院所採購價中位數除以</p>

項次	專家學者委員之建議	健保署回復之補充說明
		<p>浮動點值。以特殊材質縫合錨釘及冠狀動脈塗藥支架為例，其院所採購價皆高於國際價格，說明如下：</p> <p>(1) 特殊材質縫合錨釘：次功能分類「有縫線可吸收」國內院所採購價中位數為 19,760 元，高於國際價格 5,215 元 ~ 18,441 元達 1.1~3.8 倍。</p> <p>(2) 冠狀動脈塗藥支架：國內院所採購價中位數為 50,854 元，高於國際價格 28,994 元 ~42,389 元達 1.2~1.8 倍。</p> <p>2. 依上述項次一(二)第 3 點，倘本案品項於 114 年以自付差額方式納入健保給付，將於 116 年進行價量調查。</p>
二、有關臨床實證之建議事項：		
	此類醫材均在國內上市自費銷售超過 10 年，能否透過與幾個醫院進行資料合作，整合醫院和健保資料以評估國內已使用數千名使用者之臨床證據。	感謝委員建議，未來列入醫療科技評估 (Health Technology Assessment, HTA，以下稱 HTA) 參考。
三、有關成本效益分析之建議事項：		
<p>高階脊椎間體護架(CAGE)如具顯著提升的融合率(增加 15%至 20%)、減少再手術率、縮短住院天數，實際上可望降低長期醫療支出。若考慮再手術與併發症所需之額外照護與住院成本，其一體成型或塗層 CAGE 所增加之初始材料費(如每件多 5 萬~7 萬元)，可能被長期醫療成本節省所抵銷，甚至具有淨效益。根據 2022 年美國健康經濟研究資料，一例 ALIF 使用高融合率 CAGE 之平均總醫療支出比傳統 CAGE 低約 10%，主要因併發症與再住院次數減少。建議如下：</p>		
(一)	未來台灣 HTA 機構應納入 QALY (quality-	感謝委員建議，未來列入 HTA



項次	專家學者委員之建議	健保署回復之補充說明
	adjusted life year，調整品質後存活人年)或 ICER (incremental cost-effectiveness ratio，增加成本效益比)分析，以量化不同類型 CAGE 在療效與成本間的平衡，協助健保署判定是否擴大給付。	參考。
(二)	針對住院天數縮短、康復天期縮短所帶來之「間接成本節省效益」(如勞動參與恢復、家屬照護負擔減輕)進行社會觀點之經濟分析。	感謝委員建議，未來列入 HTA 及醫療科技再評估 (Health Technology Reassessment, HTR，以下稱 HTR)參考。
(三)	根據資料，部分 CAGE 品項自民國 92 年、94 年與 103 年即已上市，使用病患數千人。建議健保署應整合各醫院病例與健保資料庫之分析，提供融合成功率、住院日數、重返手術率等指標，以作為評估是否納入給付或調整比例之實證依據。	感謝委員建議，未來列入 HTR 參考。
<p>四、有關制度設計政策之建議事項：</p> <p>台灣健保自付差額制度在鼓勵醫材創新與控制健保支出上扮演重要角色，但其制度設計亦需隨醫療技術與社會需求演進而調整。透過引入公平性導向、多元給付級距與資訊揭露機制，方能確保全民健康權益、臨床決策自主性與健保財務永續並行。建議如下：</p>		
(一)	<p>「同功能同類別」與全額給付適法性：</p> <p>1.根據健保法第 45 條精神，是否列為自付差額給付品項需審慎考量「同功能同類別」的界定。針對目前尚未收載置放路徑(如前開路徑)與一體成型 CAGE，若其具創新功能卻未歸類為新類別，且療效指標明顯優於現行全額給付品項，應思考是否應調整為全額給付，避免違背同工不同酬之給付原則。</p> <p>2.若屬「同功能但不同類別」，如具高融合率(高達 96%)或明顯降低再手術率者，是否適用自付差額給付，而非全額給付，應依</p>	<p>1. 依藥物支付標準第 52 條之 1 規定，創新功能之定義為具臨床試驗文獻比較證據，顯示臨床功能或療效有明顯改善之突破創新特殊材料；功能改善係與現行最佳同功能或類似功能特材比較，顯示具有臨床價值之功能改善，爰創新特材及功能改善特材皆係歸類為新類別。</p> <p>2. 依健保法第 45 條及全民健康保險藥物給付項目及支付標準(下稱藥物支付標準)第 53</p>

項次	專家學者委員之建議	健保署回復之補充說明
	<p>HTA (Health Technology Assessment, 醫療科技評估)等實證層級訂定分級給付比例，以強化合法與合規性。</p>	<p>條之規定，屬同功能類別特材，保險人得支付同一價格。而醫材品項是否屬同功能類別，係由使用該醫材相關專科醫學會及臨床專家，依據 HTA 報告、衛生福利部食品藥物管理署核准仿單內容、臨床用途及臨床實證等進行評估。</p> <p>3. 本案倘以全額給付納入，第一年財務影響恐達 38 億【本案 CAGE 新增使用量財務影響 10 億+替代健保 CAGE 使用量財務影響 28 億】。查近五年新功能特材預算平均 7.35 億，114 年爭取新功能特材 10 億。在有限的新功能特材預算下，提升民眾新醫材可近性，本案最終依 114 年 3 月特材共擬會議決議，採自付差額納入健保給付，並依其臨床實證等級訂定健保給付比例為 20%。</p>
(二)	<p>建立「臨床路徑導向支付公平性」原則：針對同一適應症但不同手術路徑所需醫材(如前路與後路融合手術用 CAGE)應納入等值支付評估，設計合理級距，不應單以植入物單價決定給付，而應以整體療效為基準。</p>	<p>1. 依藥物支付標準第 52 之 4 條，保險對象自付差額特殊材料之給付上限，依保險人核定之自付差額特殊材料費用，按臨床實證等級訂定給付比例，最高不可超過 40%。</p> <p>2. 本案最終依 114 年 3 月特材共擬會議決議，採自付差額納入健保給付，並依其臨床實證等級訂定健保給付比例為 20%。</p> <p>3. 健保署為利「按臨床實證等級</p>

項次	專家學者委員之建議	健保署回復之補充說明
		<p>訂定給付比例」更具客觀性及合理性，建立「特材臨床價值評量表」，針對「改善治療效果」、「改善不良影響」、「改善病人生活品質」、「改善醫療成本」、「臨床操作方便性」等 5 個面相提供客觀評量結果，作為未來健保自付差額特材訂定給付比例參考。</p>
(三)	<p>推動「醫材資訊揭露標準化」： 建立全國性醫材差額品項公開平台，要求醫療機構揭露自付差額費用、功能特性、臨床證據，輔助病患與家屬作知情選擇。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 健保署為達醫療資訊揭露，使醫療收費資訊公開透明，自 103 年起建置「醫材比價網」，供各醫療院所自主上傳自付差額品項收費價格，並提供自付差額特材與健保全額給付特材之功能特性、差異比較等淺顯易懂文字說明，讓民眾可以集中查詢，以利就醫時比較，作為選用之參考</li> <li>2. 另依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 14 條辦理，醫療機構應將自付差額特材品項名稱、健保給付上限、民眾自付金額、產品特性、副作用、與本保險已給付品項之療效比較等資訊公布於該機構網際網路或明顯之處所；並應由醫師交付說明書予保險對象或家屬並充分解說。</li> </ol>
(四)	<p>採行「差額自費級距設計」： 針對同類醫材設計「分級式」支付機制，逐步由健保負擔高階項目部分費用，以減輕民</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 同項次四(二)第 1、2 點說明。</li> <li>2. 本案醫材納入健保給付後依程序進行 HTR，滾動式檢討</li> </ol>

項次	專家學者委員之建議	健保署回復之補充說明
	眾一次性負擔。	健保給付效益，有效加碼，無效則限縮給付，作為調整給付之參考，期能逐步減輕民眾負擔。
(五)	<p>設立「高額差額輔助基金」：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.針對弱勢族群設立「高額自費醫材補助機制」，由公益捐助或健保盈餘提撥基金支應，避免因財力因素造成醫療不均。</li> <li>2.應參考國際自費負擔比例(如日本不超過30%，韓國有上限補助)，檢討現行台灣病患自付比可能高達80%以上之合理性。建議調整支付計價方式，非僅依採購價中位數除以點值，而應納入國際價格、市場售價及臨床價值作綜合評估。</li> <li>3.針對弱勢族群設立「高額自費醫材補助機制」，由公益捐助或健保盈餘提撥基金支應，避免因財力因素造成醫療不均。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.有關弱勢族群之高額自費醫材補助機制，健保署設有健保愛心專戶，可協助經濟困難無力繳納健保相關費用之保險對象。另各縣市針對中低收入戶之傷、病患者等設有醫療補助辦法，避免經濟弱勢民眾無法獲得妥適醫療照護。</li> <li>2.感謝委員建議，未來列入修訂本保險藥物給付項目及支付標準第52之4條之評估參考。</li> </ol>
<p>五、有關導入國際HTA(醫療科技評估)模式之建議事項：</p> <p>台灣健保制度中針對特定醫材(如脊椎CAGE植入物)採行「部分健保給付+差額自費」制度。然而，目前該制度缺乏一致性的醫療科技評估(HTA)與標準化的成本效益分析程序，導致民眾選擇高價醫材時可能未必獲得相對應之臨床效益，進而衍生醫療不公平、資訊不對等與財務風險外部化等問題。建議台灣借鏡英國(NICE)與德國制度(IQWiG)，兩者均強調「實證為基礎」、「公平性優先」與「資訊透明」原則，以便建構兼具科學、透明與公義的醫材評估與差額自費管理制度，確保全民健康保險制度之永續與正義，建議如下：</p>		
(一)	<p>台版 HTA 評估：</p> <p>比照 NICE(National Institute for Health and Care Excellence, 英國國家健康暨照護卓越研究院)與 IQWiG(Institute for Quality and Efficiency in Health Care, 醫療照護品質與效率機構)設立獨立機構，負責醫材臨床效益與成本效益分析。</p>	<p>健保署於113年成立健康政策與醫療科技評估中心(Center for Health Policy and Technology Assessment, CHPTA)專責辦公室，協助健保進行新醫療技術、藥品及醫材給付審查，並提供藥物經濟學評估及政策評估及人才培訓等。未來CHPTA將朝向</p>

項次	專家學者委員之建議	健保署回復之補充說明
		成為醫療科技評估之行政法人，成為獨立專責機構，持續發展醫療科技評估技術，奠定以具價值與成本效益為基礎的健保藥材收載架構。
(二)	設定差額納入門檻與 ICER 參考值：依照 QALY 成本效益框架設定合理門檻(如 NT\$1,000,000/QALY)。	感謝委員建議，未來列入 HTA 評估參考。
(三)	醫療必要性評估制度化：醫師應出具書面說明「升級必要性」並揭露療效、風險與替代方案。	<p>1. 現行醫療機構提供自付差額特材，依醫療法第 81 條，醫療機構診治病人時，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應，及依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 14 條，醫療機構應將自付差額特材品項名稱、健保給付上限、民眾自付金額、產品特性、副作用、與本保險已給付品項之療效比較等資訊公布於該機構網際網路或明顯之處所；並應由醫師交付說明書予保險對象或家屬並充分解說。</p> <p>2. 委員建議，健保署後續將函請特約醫療院所加強說明。</p>
(四)	強化資訊揭露與民眾知情同意：自付差額特材應標準化揭露融合率、再手術率、疼痛改善等 KPI。	1. 有關資訊揭露，依健保法第 41 條及全民健康保險辦理特殊材料醫療科技評估作業要點第五點，HTA 及 HTR 品項於共擬會議提案者，得依全民健

項次	專家學者委員之建議	健保署回復之補充說明
		<p>康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂辦法公開(網址：<a href="https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-5496-2a218-2553-1.html">https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-5496-2a218-2553-1.html</a>)。</p> <p>2. 有關民眾知情同意，同上開項次五(三)說明辦理。</p>
(五)	推動條件式納入與定期再評估制度：允許初步導入但需限量收案、定期評估，並可能退出不符效益品項。	感謝委員建議，本案醫材納入健保給付後依程序進行 HTR，滾動式檢討健保給付效益，有效加碼，無效則限縮給付，作為調整給付之參考。
六、有關檢討改善報告內容之建議事項：		
	後續健保署提報之「檢討改善報告內容」，除對健保財務之影響評估，建議也能針對療效及生活品質(Quality of life)等重要預後結果進行實際影響評估(3~5 年)。	感謝委員建議，查現行健保署提報之「檢討改善報告內容」為自付差額特材 3~5 年財務預估值與實際值之比較。考量預後結果等實際影響屬健保給付效益評估議題，未來列入 HTR 評估參考。

#### 第四案

提案單位：中央健康保險署

案由：修正「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第2條第1項第2款之附表一整體性之醫療品質資訊項目案，提請討論。

說明：

- 一、依全民健康保險法第74條第2項規定，本保險醫療品質資訊公開之範圍內容、公開方式及其他應遵行事項之辦法，由保險人擬訂，提健保會討論後，報主管機關核定發布。
- 二、為因時制宜配合醫院及西醫基層總額支付制度品質確保方案之專業醫療服務品質指標之「同(跨)醫院(院所)門診同藥理用藥日數重疊率—降血壓(口服)、降血脂(口服)、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜(口服)」項目均於112年新增抗血栓藥物(口服)、前列腺肥大藥物(口服)二類藥物；另考量「醫療費用核減率」於本署全球資訊網已有「專業醫療審查」專區，定期進行各總額核減率資料公開，建議不再於公開辦法重複列項。
- 三、爰研議修正「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第2條第1項第2款之附表一整體性之醫療品質指標項目。建議修正指標項目(詳附表1，第113~114頁)、指標修正意見說明(詳附表2，第115頁)，合計增修2項、刪除2項、項次調整7項：
  - (一)醫院總額：增修1項。
  - (二)西醫基層總額：增修1項。
  - (三)牙醫門診總額：刪除1項、項次調整2項。
  - (四)門診透析：刪除1項，項次調整5項。

擬辦：擬依會議結論，報主管機關核定發布。

健保署業務窗口：葉雅婷科長，聯絡電話：02-27065866，分機3068

.....  
本會整理說明：

- 一、本案係健保署依全民健康保險法第74條第2項規定，將其擬修訂全民健康保險醫療品質資訊公開辦法之附表一，提本會討論

後，再報請衛福部核定發布，並定期公開醫療品質資訊。(該辦法現行條文如參考資料，第 116~125 頁)

## 二、全民健康保險醫療品質資訊公開辦法簡介：

(一)意旨：本辦法係規範保險人及保險醫事服務機構應定期公開醫療品質資訊，以增進民眾對本保險醫療品質及醫療利用之瞭解、提供就醫選擇之資訊、提升醫療品質與促進醫病關係。

(二)公開範圍內容：

1.附表一「整體性之醫療品質資訊」：依總額部門別/服務別(醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診及門診透析)公開指標結果，以利民眾瞭解國內之照護品質、用藥安全等醫療品質概況。

2.附表二「機構別之醫療品質資訊」：分為服務類指標(即依總額部門分列指標)及疾病類指標(包含糖尿病、人工膝關節手術等 12 類指標)，提供民眾就醫選擇之參考。

三、健保署本次擬修訂附表一「整體性之醫療品質資訊」內容，係配合品質確保方案增修指標，及刪除該署全球資訊網已公開內容，不重複列項，整理如下表：

總額部門別/服務別	指標項目名稱	修訂說明
醫院	3.同(跨)院所門診同藥理用藥日數重疊率—降血壓(口服)、降血脂(口服)、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜(口服)、 <u>抗血栓藥物(口服)</u> 、 <u>前列腺肥大藥物(口服)</u>	配合品質確保方案之專業醫療服務品質指標，本指標項下增列「抗血栓藥物(口服)」、「前列腺肥大藥物(口服)」2 類藥物，並增修指標名稱。
西醫基層		
牙醫門診	8.醫療費用核減率	已於健保署全球資訊網之「健保服務/專業醫療審查/六、各總額部門醫療費用核減率統計」公開核減率，故刪除本指標項目。
門診透析	<del>12.醫療費用核減率</del>	

四、本案依法應經本會討論後，該署方能報請衛福部核定發布，委員所提意見係為健保署報部前再次審視修訂內容之重要參據。

決議：



附表 1

第二條附表一 整體性之醫療品質資訊(草案)

總額部門別 / 服務別	項目名稱	增修建議
一、醫院總額	1.門診注射劑使用率	
	2.門診抗生素使用率	
	3.同(跨)醫院門診同藥理用藥日數重疊率—降血壓(口服)、降血脂(口服)、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜(口服)、 <u>抗血栓藥物(口服)</u> 、 <u>前列腺肥大藥物(口服)</u>	增修
	4.慢性病連續處方箋開立率	
	5.門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率	
	6.十八歲以下氣喘病人急診率	
	7.糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率	
	8.就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率	
	9.非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率	
	10.住院案件出院後三日以內急診率	
	11.剖腹產率-整體、自行要求、具適應症、初次具適應症	
	12.清淨手術術後使用抗生素超過三日比率	
	13.接受體外震波碎石術(ESWL)病人平均利用 ESWL 之次數	
	14.子宮肌瘤手術出院後十四日以內因該手術相關診斷再住院率	
	15.人工膝關節置換手術後九十日以內置換物深部感染率	
	16.住院手術傷口感染率	
	17.急性心肌梗塞死亡率	
	18.清淨手術術後傷口感染率	
	19.失智者使用安寧緩和服務使用率	
二、西醫基層總額	1.門診注射劑使用率	
	2.門診抗生素使用率	
	3.同(跨)院所門診同藥理用藥日數重疊率—降血壓(口服)、降血脂(口服)、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜(口服)、 <u>抗血栓藥物(口服)</u> 、 <u>前列腺肥大藥物(口服)</u>	增修
	4.慢性病連續處方箋開立率	
	5.門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率	
	6.平均每張慢性病處方箋開藥日數—糖尿病、高血壓、高血脂	
	7.糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率	
	8.就診後同日於同院所再次就診率	
	9.剖腹產率—整體、自行要求、具適應症	
三、牙醫門診總額	1.牙體復形同牙位再補率—一年以內、二年以內	
	2.牙齒填補保存率—一年以內、二年以內、恆牙二年以內、乳牙一年六個月以內	

總額部門別 / 服務別	項目名稱			增修建議
	3.同院所九十日以內根管治療完成率			
	4.恆牙根管治療六個月以內保存率			
	5.十二歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率			
	6.六歲以下牙醫就醫兒童牙齒預防保健服務人數比率			
	7.院所牙醫門診加強感染管制實施方案診察費申報率			
	<b>8.醫療費用核減率</b>			刪除
	<b>8.五十歲以上(含)之就醫人數</b>			項次調整
	<b>9.牙周病統合治療方案後之追蹤治療率</b>			項次調整
四、中醫門 診總額	1.使用中醫門診者之平均中醫就診次數			
	2.就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率			
	3.就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率			
	4.使用中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率			
	5.於同院所針傷科處置次數每月大於二十次之比率			
	6.健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率			
	7.兩年內初診患者人數比率			
五、門診透 析		血液透析	腹膜透析	
	1.營養狀態	V	V	
	2.尿素氮透析效率	V	V	
	3.貧血檢查	V	V	
	4.住院率	V	V	
	5.死亡率	V	V	
	6.瘻管重建率	V		
	7.腹膜炎發生率		V	
	8.脫離率	V	V	
	9.B 型肝炎表面抗原 (HBsAg) 轉陽率	V	V	
	10.C 型肝炎抗體 (anti-HCV) 轉陽率	V	V	
	11.五十五歲以下透析病人移植登錄率	V	V	
	<b>12.醫療費用核減率</b>	<b>V(合併計算)</b>		刪除
	<b>12.鈣磷乘積</b>	V	V	項次調整
	<b>13.B 型肝炎表面抗原(HBsAg)受檢率</b>	V	V	項次調整
	<b>14.C 型肝炎抗體(Anti-HCV)受檢率</b>	V	V	項次調整
	<b>15.C 型肝炎抗體陽性慢性透析病人 HCV RNA 檢查率</b>	V(合併計算)		項次調整
	<b>16.HCV RNA 陽性慢性透析病人抗病毒藥物治療率</b>	V(合併計算)		項次調整

附表 2

全民健康保險醫療品質資訊公開辦法指標項目增修意見說明

項次	整體性/ 機構別	總額 別	原指標項目 名稱	修訂意見或增修 指標項目名稱	增修意見說明
1	整體性	醫院 總額	同(跨)醫院門 診同藥理用 藥日數重疊 率-降血壓 (口服)、降血 脂(口服)、降 血糖、抗思覺 失調症、抗憂 鬱症、安眠鎮 靜(口服)	建議增修指標名稱	一、指標名稱增修，增加 「抗血栓藥物(口 服)、前列腺肥大藥 物(口服)」。 二、配合醫院總額支付 制度品質確保方案 專業醫療服務品質 指標，於 112 年新增 前述二類藥物，建議 同步於公開辦法增 修。
2	整體性	西醫 基層 總額	同(跨)院所門 診同藥理用 藥日數重疊 率-降血壓 (口服)、降血 脂(口服)、降 血糖、抗思覺 失調症、抗憂 鬱症、安眠鎮 靜(口服)	建議增修指標名稱	一、指標名稱增修，增加 「抗血栓藥物(口 服)、前列腺肥大藥 物(口服)」。 二、配合西醫基層總額 支付制度品質確保 方案專業醫療服務 品質指標，於 112 年 新增前述二類藥物， 建議同步於公開辦 法增修。
3	整體性	牙醫 門診 總額	醫療費用核 減率	刪除	考量醫療費用核減率， 於本署全球資訊網已有 「專業醫療審查」專區， 定期進行各總額核減率 資料公開，擬不再於公 開辦法重複列項，建議 刪除。
4	整體性	門診 透析	醫療費用核 減率	刪除	考量醫療費用核減率， 於本署全球資訊網已有 「專業醫療審查」專區， 定期進行各總額核減率 資料公開，擬不再於公 開辦法重複列項，建議 刪除。

## 全民健康保險醫療品質資訊公開辦法

中華民國 102 年 8 月 7 日衛生福利部衛部保字第 1021280007 號令訂定發布全文 10 條；自發布日施行。

中華民國 103 年 10 月 9 日衛部保字第 1031260671 號令修正第 10 條、第 2 條附表一、二。

中華民國 104 年 10 月 15 日衛部保字第 1041260684 號令修正第 5 條。

中華民國 105 年 12 月 15 日衛部保字第 1051260719 號令修正發布第 2 條附表一、二。

中華民國 107 年 9 月 25 日衛部保字第 1071260424 號令修正發布第 2 條附表一、二。

中華民國 109 年 2 月 6 日衛部保字第 1091260018 號令修正發布第 2 條附表一、二。

中華民國 112 年 7 月 12 日衛部保字第 1121260209 號令修正發布第 2 條附表一、二。

中華民國 113 年 5 月 7 日衛部保字第 1131260234 號令修正發布第 2 條附表二。

第一條 本辦法依全民健康保險法(以下稱本法)第七十四條第二項規定訂定之。

第二條 保險人應定期公開與全民健康保險(以下稱本保險)有關之醫療品質資訊如下：

一、依本法第六十七條第三項規定每月應公布之各特約醫院保險病房設置比率。

二、整體性之醫療品質資訊(如附表一)。

三、機構別之醫療品質資訊(如附表二)。

四、其他由保險人擬訂，經主管機關核定有關醫療品質之資訊。

前項定期公開之資訊，以保險醫事服務機構依法令規定應向保險人登錄或備查、醫療費用申報及第八條所定資料，並經保險人彙整者為限。

第三條 保險醫事服務機構應定期公開與本保險有關之醫療品質資訊如下：

一、依本法第六十七條第二項規定每日應公布之保險病床使用情形。

二、訂有給付上限之自付差額特殊材料品項、廠牌、產品性質(含副作用、禁忌症及應注意事項等)及收費標準等相關資訊。

三、其他由保險人擬訂，經主管機關核定有關醫療品質之資訊。

第四條 保險人為增訂或修正前二條所定項目，得邀請保險醫事服務提供者、專家學者及被保險人代表，就資訊公開之目的、成本效益、可行性及實證醫學進行評選或檢討。

第五條 依本辦法公開之醫療品質資訊，除法令另有規定外，保險人、醫學中心及區域醫院應採電信網路傳送供公眾線上查詢為主要公開途徑；其他保險醫事服務機構得選擇下列適當方式之一為之：

一、利用電信網路傳送或其他方式供公眾線上查詢。

二、張貼於保險醫事服務機構內明顯易見處。

三、舉行記者會或說明會。

四、其他足以使公眾得知之方式。

前項第三款說明會得結合網際網路參與方式進行。

第六條 依本辦法公開之醫療品質資訊，應使民眾易於瞭解及避免爭議，並得請相關團體或人員對有關資訊之資料來源、定義、意義及使用限制作說明。

第七條 依本辦法公開之醫療品質資訊，得依公開項目之性質及資訊彙整所需之時程，採日、月、季、半年或年公開及更新。

第八條 保險人為辦理本辦法醫療品質資訊公開作業，得向附表一及附表二所列各醫療給付費用總額部門之代表團體或相關醫學會，要求提供資料。

第九條 依本辦法公開全民健康保險醫療品質資訊時，應依個人資料保護法及其相關法令之規定辦理。

第十條 本辦法自發布日施行。

本辦法修正條文，自發布日施行。

附表一 整體性之醫療品質資訊

總額部門別/ 服務別	項目名稱
一、醫院總額	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 門診注射劑使用率</li> <li>2. 門診抗生素使用率</li> <li>3. 同(跨)醫院門診同藥理用藥日數重疊率—降血壓（口服）、降血脂（口服）、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜(口服)</li> <li>4. 慢性病連續處方箋開立率</li> <li>5. 門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率</li> <li>6. 十八歲以下氣喘病人急診率</li> <li>7. 糖尿病病人糖化血紅素（HbA1c）或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率</li> <li>8. 就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率</li> <li>9. 非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率</li> <li>10. 住院案件出院後三日以內急診率</li> <li>11. 剖腹產率-整體、自行要求、具適應症、初次具適應症</li> <li>12. 清淨手術術後使用抗生素超過三日比率</li> <li>13. 接受體外震波碎石術(ESWL)病人平均利用 ESWL 之次數</li> <li>14. 子宮肌瘤手術出院後十四日以內因該手術相關診斷再住院率</li> <li>15. 人工膝關節置換手術後九十日以內置換物深部感染率</li> <li>16. 住院手術傷口感染率</li> <li>17. 急性心肌梗塞死亡率</li> <li>18. 清淨手術術後傷口感染率</li> <li>19. 失智者使用安寧緩和服務使用率</li> </ol>
二、西醫基層 總額	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 門診注射劑使用率</li> <li>2. 門診抗生素使用率</li> <li>3. 同(跨)院所門診同藥理用藥日數重疊率—降血壓(口服)、降血脂（口服）、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜(口服)</li> <li>4. 慢性病連續處方箋開立率</li> <li>5. 門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率</li> <li>6. 平均每張慢性病處方箋開藥日數—糖尿病、高血壓、高血脂</li> <li>7. 糖尿病病人糖化血紅素（HbA1c）或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率</li> <li>8. 就診後同日於同院所再次就診率</li> </ol>

	9. 剖腹產率－整體、自行要求、具適應症		
三、牙醫門診 總額	1. 牙體復形同牙位再補率－一年以內、二年以內 2. 牙齒填補保存率－一年以內、二年以內、恆牙二年以內、乳牙一年六個月以內 3. 同院所九十日以內根管治療完成率 4. 恆牙根管治療六個月以內保存率 5. 十二歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率 6. 六歲以下牙醫就醫兒童牙齒預防保健服務人數比率 7. 院所牙醫門診加強感染管制實施方案診察費申報率 8. 醫療費用核減率 9. 五十歲以上(含)之就醫人數 10. 牙周病統合治療方案後之追蹤治療率		
四、中醫門診 總額	1. 使用中醫門診者之平均中醫就診次數 2. 就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率 3. 就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率 4. 使用中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率 5. 於同院所針傷科處置次數每月大於二十次之比率 6. 健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率 7. 兩年內初診患者人數比率		
五、門診透析		血液透析	腹膜透析
	1. 營養狀態	V	V
	2. 尿素氮透析效率	V	V
	3. 貧血檢查	V	V
	4. 住院率	V	V
	5. 死亡率	V	V
	6. 瘻管重建率	V	
	7. 腹膜炎發生率		V
	8. 脫離率	V	V
	9. B型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率	V	V
	10. C型肝炎抗體(anti-HCV)轉陽率	V	V
	11. 五十五歲以下透析病人移植登錄率	V	V
	12. 醫療費用核減率	V(合併計算)	
	13. 鈣磷乘積	V	V
	14. B型肝炎表面抗原(HBsAg)受檢率	V	V
	15. C型肝炎抗體(anti-HCV)受檢率	V	V
	16. C型肝炎抗體陽性慢性透析病人 HCV RNA 檢查率	V(合併計算)	

	17.HCV RNA 陽性慢性透析病人抗病毒 藥物治療率	V(合併計算)
--	---------------------------------	---------



# 全民健康保險醫療品質資訊公開辦法第二條附表二修正規定

附表二 機構別之醫療品質資訊

總額部門別/ 服務別/疾病 別	項目名稱
一、醫院總額	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 同(跨)醫院門診同藥理用藥日數重疊率—降血壓（口服）、降血脂（口服）、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜(口服)</li> <li>2. 慢性病連續處方箋開立率</li> <li>3. 就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率</li> <li>4. 糖尿病病人血清肌酸酐檢查執行率</li> <li>5. 門診手術後二日以內急診或住院率</li> <li>6. 急診轉住院暫留急診超過四十八小時案件比率</li> <li>7. 精神病人出院後三十日以內同醫院門診精神科追蹤率</li> <li>8. 同醫院生產案件出院後十四日以內非計畫性再住院率</li> <li>9. 出院後三日以內同院所再急診率</li> <li>10. 急診就診後同日於同醫院急診返診比率</li> <li>11. 同醫院急性心肌梗塞(AMI)病人出院後三日以內因同一主診斷或相關病情之急診返診比率</li> <li>12. 同醫院急性心肌梗塞(AMI)病人出院後十四日以內因同一主診斷或相關病情之非計畫性再住院比率</li> <li>13. 主要器官移植植入手術個案數與存活率</li> <li>14. 電腦斷層造影(CT)、磁振造影(MRI)之數量、廠牌、機型、出廠日期、院所購入日期、使用年限</li> <li>15. 門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率</li> <li>16. 具高鉀血症病史之高血壓病人使用保鉀利尿劑(Potassium-sparing diuretics)或醛固酮拮抗劑(Aldosterone antagonist)兩種藥品，且有追蹤血鉀數值(執行血鉀檢查)之比率</li> <li>17. 住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件三日內再急診率</li> <li>18. 住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件十四日內再住院率</li> <li>19. 住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件轉出率</li> <li>20. 非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率</li> <li>21. 檢傷一級/二級/三級急診病人轉入病房小於八小時之比率(分別計算)</li> <li>22. 慢性病連續處方箋釋出率</li> </ol>

	23.急性一般病床全日平均護病比 24.接受安寧緩和醫療意願之比率 25.申報使用兒童製劑院所
二、西醫基層 總額	1. 注射劑使用率 2. 抗生素使用率 3. 同(跨)院所門診同藥理用藥日數重疊率—降血壓（口服）、降血脂（口服）、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜(口服) 4. 健康檢查普及率—小兒、成人 5. 糖尿病病人糖化血紅素（HbA1c）或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率 6. 糖尿病病人空腹血脂檢查執行率 7. 糖尿病病人血清肌酸酐檢查執行率 8. 具二度或三度心臟傳導隔斷病史之高血壓病人使用乙型阻斷劑（ $\beta$ -Blocker）比率 9. 就診後同日於同院所再次就診率 10.消化性潰瘍新病人執行幽門桿菌清除治療比率 11.六歲以下兒童氣喘住院率 12.門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率 13.具高鉀血症病史之高血壓病人使用保鉀利尿劑(Potassium-sparing diuretics)或醛固酮拮抗劑(Aldosterone antagonist)兩種藥品，且有追蹤血鉀數值(執行血鉀檢查)之比率 14.慢性病連續處方箋釋出率 15.慢性病連續處方箋開立率 16.六歲以下兒童門診開立原瓶口服液劑比率 17.申報使用兒童製劑院所
三、牙醫門診 總額	1. 牙齒填補保存率—二年以內、乳牙一年六個月以內 2. 恆牙二年以內同院所再補率 3. 院所執行「根管難症特別處理」之數量 4. 根管治療完成率 5. 根管治療保存率—六個月以內、乳牙三個月以內、恆牙六個月以內 6. 執行牙周病基礎治療之人數 7. 牙周疾病控制基本處置執行率 8. 十二歲以上病人執行全口牙結石清除之比率 9. 六歲以下兒童執行口腔預防保健服務之比率

	10.執行口腔癌篩檢之案件數 11.執行單純齒切除之數量 12.簡單性拔牙執行後三十日以內不需要術後特別處理之比率 13.參與牙醫門診總額特殊醫療服務計畫或牙周病統合治療方案之院所名單 14.牙周病案件比率 15.執行複雜齒切除之數量 16.院所牙周病統合治療方案完成率		
四、中醫門診總額	1. 就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率 2. 中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率 3. 同一中醫院所就診次數每月達八次以上之比率 4. 參與特定疾病門診加強照護之院所名單 5. 參與中醫門診總額所訂計畫或方案之院所名單 6. 參與醫療資源不足地區改善方案之院所名單 7. 中醫傷科占率		
五、門診透析		血液透析	腹膜透析
	1. 營養狀態 2. 貧血檢查 3. 尿素氮透析效率 4. 脫離率 5. 腹膜透析腹膜炎發生率 6. 瘻管重建率 7. B型肝炎表面抗原（HBsAg）轉陽率 8. C型肝炎抗體轉陽率 9. 各院所新增透析病人之腹膜透析人數及占率 10.五十五歲以下透析病人移植登錄率	V V V V  V V V V	V V V V V  V V V
六、特約藥局	特約藥局雲端藥歷查詢人次比率		
七、糖尿病	1. 糖尿病病人執行檢查率－醣化血紅素（HbA1c）或糖化白蛋白（glycated albumin）、空腹血脂、眼底檢查或眼底彩色攝影、尿液蛋白質檢查 2. 糖尿病病人加入照護方案比率		

八、人工膝關節手術	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 人工膝關節置換手術後九十日以內傷口感染率</li> <li>2. 人工膝關節置換手術後九十日以內置換物深部感染率</li> <li>3. 實施人工膝關節置換術出院後三十日以內因相關問題再住院率</li> </ol>
九、子宮肌瘤手術	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 子宮肌瘤手術當次住院日數大於七日比率</li> <li>2. 子宮肌瘤手術出院後十四日以內相關器官損傷發生率</li> <li>3. 子宮肌瘤手術出院後十四日以內相關器官徵候發生率</li> <li>4. 子宮肌瘤手術出院後十四日以內因該手術相關診斷再住院率</li> </ol>
十、消化性潰瘍疾病	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 消化性潰瘍病人接受除菌藥物治療比率</li> <li>2. 消化性潰瘍病人開始治療一年以內有用口服非類固醇抗發炎劑比率</li> </ol>
十一、氣喘疾病	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 氣喘病人參加「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」之比率</li> <li>2. 氣喘病人出院後十四日以內因同一疾病再入院比率</li> <li>3. 氣喘病人使用短效乙型作用劑或類固醇藥物吸入劑藥物控制比率</li> <li>4. 參加「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」之病人因氣喘發作而住院之比率</li> <li>5. 參加「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」之病人因氣喘發作而至急診就醫之比率</li> </ol>
十二、急性心肌梗塞疾病	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 急性心肌梗塞(AMI)病人於住院期間執行血脂 LDL 檢查比率</li> <li>2. 急性心肌梗塞(AMI)病人於住院期間給藥比率—阿斯匹靈(Aspirin)、腺嘌呤二磷酸受體拮抗劑(ADP 受體拮抗劑)、乙型阻斷劑(<math>\beta</math>-Blocker)、血管張力素轉化酶抑制劑(ACE inhibitor)或血管張力素 II 受體阻斷劑(ARB)</li> <li>3. 急性心肌梗塞(AMI)病人出院後三個月/六個月/九個月以內給藥比率—阿斯匹靈(Aspirin)、腺嘌呤二磷酸受體拮抗劑(ADP 受體拮抗劑)、乙型阻斷劑(<math>\beta</math>-Blocker)、血管張力素轉化酶抑制劑(ACE inhibitor)或血管張力素 II 受體阻斷劑(ARB)</li> <li>4. 急性心肌梗塞(AMI)病人出院後三日以內因同一主診斷或相關病情之急診返診比率</li> <li>5. 急性心肌梗塞(AMI)病人出院後十四日以內因同一主診斷或相關病情之非計畫性再住院比率</li> <li>6. 急性心肌梗塞病人接受心臟復健比率</li> </ol>
十三、鼻竇炎	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 十八歲以上慢性鼻竇炎病人於住院手術前三個月內有做電腦斷層造影或鼻竇內視鏡檢查比率</li> <li>2. 鼻竇炎使用氟化恩甯類抗生素(Fluoroquinolones)案件比率</li> </ol>

十四、腦中風	1. 缺血性中風或暫時性腦缺血病人出院時有處方抗血栓藥物比率 2. 缺血性或出血性中風病人住院期間或出院後四個月內接受復健服務比率 3. 未使用血栓溶解劑治療之缺血性腦中風病人住院一日內給予抗血栓藥治療之比率
十五、慢性腎臟病	1. 末期腎臟病前期病人最近六個月有測量血清白蛋白之病人數百分比 2. 末期腎臟病前期病人至少每六個月檢測一次血色素的比率 3. 末期腎臟病前期病人一年內有做血脂檢查之病人數百分比 4. 末期腎臟病前期病人最近六個月有測量血清鈣或磷之病人數百分比
十六、人工髖關節手術	1. 人工髖關節置換手術後九十日以內傷口感染率 2. 人工髖關節置換手術後九十日以內置換物深部感染率 3. 實施人工髖關節置換術出院後三十日以內因相關問題再住院率
十七、肺炎	1. 肺炎出院後三日內因肺炎再住院率 2. 住院手術採全身麻醉出院後三日內因肺炎急診或再住院之比率
十八、慢性阻塞性肺病	肺阻塞出院後十四日內因肺阻塞再住院率



# 報告事項





## 第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：「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，請鑒察。(資料後附)

## 第二案

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(第三次續提)，請鑒察。

說明：

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

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

### (一)具體實施規劃/計畫/方案：

總額別/ 項目	核(決)定事項	健保署研訂情形及內容
1. 牙醫門診—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	(1)支付標準項目新增「非齒源性口腔疼痛處置-初診(1,800 點)」及「非齒源性口腔疼痛處置-複診(1,000 點)」(附件一，第 134 頁)，業於貴會 114 年第 1 次委員會提報，並經衛生福利部 114 年 4 月 22 日衛部保字第 1141260181 號令公告自 114 年 5 月 1 日生效。 (2)非齒源性口腔疼痛處置項目之適應症，業納入本署 114 年 4 月 22 日健保審字第 1140670703 號令公告之全民健康保險醫療費用審查注意事項，並自 114 年 6 月 1 日生效(附件二，第 135~139 頁)。
2. 中醫門診—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	業與中醫門診總額相關團體共同擬訂「中藥用藥安全管理策略」(附件三，第 140 頁)，後續本署及中醫門診總額相關團體將依前開策略辦理，以達到「增加健保中藥給付品項，減少民眾用藥自費情形」及「提升中藥用藥品質」之目標。

(二)執行目標及預期效益之評估指標：

總額別/ 項目	核(決)定事項	健保署研訂情形及內容
1. 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	<p>(1)執行目標(同現行計畫第三點計畫目的)：</p> <p>①為強化離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區之民眾在地醫療，減少就醫奔波之苦，以點值保障該等地區地域或鄰近區域之醫院，使其具備較佳醫療提供之能力，並加強提供醫療服務及社區預防保健，以增進民眾就醫之可近性。</p> <p>②穩定偏遠地區燈塔型地區醫院正常營運，以維持該地區醫療量能。</p> <p>(2)預期效益之評核指標：</p> <p>①醫院增設24小時急診之家數情形。</p> <p>②醫院增設內科、外科、婦科及小兒科之家數情形。</p> <p>③醫院提供預防保健服務量，於計畫期間之服務量較前一年至少成長5%以上。</p> <p>(3)考量燈型塔地區醫院係屬偏鄉，要求服務量能每年成長有其一定困難度，爰先觀察前開評估指標之數值，暫不訂目標值。</p>
2. 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	<p>(1)執行目標：</p> <p>①執行面：172,606件。</p> <p>②品質面：白內障視力品質照護說明書執行率<math>\geq 95\%</math>。</p> <p>(2)預期效益之評估指標：</p> <p>①術前指標：久未看診<sup>註</sup>而當日就診即執行白內障手術比例=0%。</p> <p>②術後指標：術後30日內併發症(眼內炎)之件數比率<math>\leq 0.1315\%</math>。</p> <p>註：久未看診為90日內無同院或同醫師就醫資料。</p>
3. 西醫基層—強化基層照護能力及「開放表別」項目	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	有關研修執行目標及預期效益之評估指標，經提至本署114年6月5日西醫基層總額研商議事會議討論，惟暫保留，將俟醫師全聯會研議後再提會討論。

報告單位業務窗口：陳怡蓓代科長，聯絡電話：02-27065866分機2614

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)事項應於 114 年第 1 次委員會議(114.3.26)提報本會項目，本次續提報本會補充「具體實施規劃/計畫/方案」2 項，及「執行目標、預期效益之評估指標」3 項，共計 5 項，其中已完成 4 項，尚待研修討論中 1 項，分項說明如下：

## 一、具體實施規劃/計畫/方案：

### (一)牙醫門診—非齒源性口腔疼痛處置

本項目為 114 年度總額新增項目，健保署已依核定事項於 114 年第 1 次委員會議(114.3.26)提出醫療服務內容，惟該次會議尚未提出適應症之條件。本次已研訂包含口腔疼痛與感覺異常等三大類適用疾病(如附件二，第 135~139 頁)，並納入全民健康保險醫療費用審查注意事項。

### (二)中醫門診—提升用藥品質

本項目為 114 年度總額新增項目，健保署已依核定事項於 114 年第 1 次委員會議(114.3.26)提出具體規劃，惟該次會議尚未提出「提升中藥用藥品質管理相關策略」，本次已提出中藥用藥安全管理策略(詳附件三，第 140 頁)，摘要重點如下：

- 1.管理策略：包含開放部分非濃縮 GMP 中醫師處方用藥給付、中藥用藥安全之繼續教育及宣導、宣導配合辦理中藥不良反應通報，及用藥相關問題之申訴管道等策略。
- 2.評估指標：包含(1)中醫健保用藥品項數。(2)中醫用藥安全宣導課程辦理場次及參與人數。(3)中醫不良反應報告率。

## 二、執行目標及預期效益之評估指標：

### (一)醫院—全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫

- 1.本項目自 103 年度起編列專款預算，針對山地、離島及醫療資源不足地區或相鄰鄉鎮之醫院，依其提供之醫療服務(如：24 小時急診、內外婦兒科門住診)，予以相應的點值保障措施。113 年新增「偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施」，預算增編 2 億

元，114 年再增編 7 億元，爰決定事項請健保署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」，提本會最近 1 次委員會議。

2.健保署已依上開決定事項，提出 2 項「執行目標」、3 項「預期效益之評估指標」，並考量燈塔型地區醫院經營困境，評估指標暫以觀測為主，不訂定目標值。

3.另提供計畫歷年執行情形供參(如參考資料一，第 141 頁)。

## (二)西醫基層—提升國人視力照護品質

1.本項目係為因應放寬「醫師執行白內障手術 40 例以上須送事前審查」之規範，於 111、113 年度一般服務編列預算，114 年度考量白內障手術案件持續成長，為利各區管理移列專款項目，爰決定事項請健保署會同西醫基層總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提本會最近 1 次委員會議。

2.健保署已依上開決定事項，提出 2 項「執行目標」、2 項「預期效益之評估指標」，另整理其與 113 年度指標比較(如參考資料二，第 142 頁)供參，主要新增執行目標及提升目標值，修訂 1 項評估指標之目標值及指標定義，另刪除 1 項指標。

## (三)西醫基層—強化基層照護能力及「開放表別」項目

健保署與醫師公會全聯會尚在研修討論中，請健保署儘速研議完成後，提報本會最近 1 次委員會議。

決定：

# 新增支付標準

## 第三部牙醫第三章第四節口腔顎面外科

### 第一項 處置

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92131B	<p>非齒源性口腔疼痛處置-初診</p> <p>Evaluation of oral intractable disorders</p> <p>註：</p> <p>1.須檢附非齒源性口腔疼痛處置檢查表及以下任一項：</p> <p>(1)病理切片報告(二年內)。</p> <p>(2)相關血液檢驗報告(二年內)。</p> <p>(3)神經學檢查結果。</p> <p>(4)憂鬱與焦慮評估表。</p> <p>2.每一年限申報一次。</p> <p>3.不得同時申報非特定局部治療(92001C)、特定局部治療(92066C)、口腔黏膜難症特別處置(92073C)。</p> <p>4.本項限牙醫門診申報。</p> <p>5.醫師資格：</p> <p>(1)除口腔病理科專科醫師外，申報本項須完成由中華民國口腔病理學會辦理之相關教育訓練。</p> <p>(2)限經中華民國牙醫師公會全國聯合會審查後，報經保險人分區業務組核定之醫師申報。</p>		V	V	V	1800
92132B	<p>非齒源性口腔疼痛處置-複診</p> <p>Control of oral intractable disorders</p> <p>註：</p> <p>1.須檢附非齒源性口腔疼痛處置檢查表及以下任一項：</p> <p>(1)病理切片報告(二年內)。</p> <p>(2)相關血液檢驗報告(二年內)。</p> <p>(3)神經學檢查結果。</p> <p>(4)憂鬱與焦慮評估表。</p> <p>2.三百六十天內不得申報超過二十四次。</p> <p>3.不得同時申報非特定局部治療(92001C)、特定局部治療(92066C)、口腔黏膜難症特別處置(92073C)。</p> <p>4.本項限牙醫門診申報。</p> <p>5.醫師資格：</p> <p>(1)除口腔病理科專科醫師外，申報本項須完成由中華民國口腔病理學會辦理之相關教育訓練。</p> <p>(2)限經中華民國牙醫師公會全國聯合會審查後，報經保險人分區業務組核定之醫師申報。</p>		V	V	V	1000

檔 號：  
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 令

發文日期：中華民國114年4月22日  
發文字號：健保審字第1140670703號  
附件：「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部  
分規定



修正「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分規定，並自中華民國一百十四年六月一日生效。

附修正「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分規定

署長 石崇良

## 全民健康保險醫療費用審查注意事項部分規定修正規定

### 第一部 醫院醫療費用審查注意事項

#### 壹、全民健康保險非住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案件審查注意事項

#### 二、各科審查注意事項：

##### (十)皮膚科審查注意事項

- 9.審查醫藥專家如發現有異常者，應要求該醫療院所嗣後送審時應檢附照片；如病灶屬隱私（如生殖器官、乳房、鼠蹊部等）部位，或病人基於隱私因素，無法同意拍攝照片時，經明確告知並經病患簽名留存病歷，得由醫師以圖示註明或描述。(102/3/1)(106/1/1)(114/6/1)



## 第二部 西醫基層醫療費用審查注意事項

### 貳、各科審查注意事項：

#### 十、西醫基層醫療費用審查注意事項-皮膚科

- (七)審查醫藥專家如發現有異常者，應要求該醫療院所嗣後送審時應檢附照片；如病灶屬隱私（如生殖器官、乳房、鼠蹊部等）部位，或病人基於隱私因素，無法同意拍攝照片時，經明確告知並經病患簽名留存病歷，得由醫師以圖示註明或描述。(102/3/1)(106/1/1) (114/6/1)

### 第三部 牙醫醫療費用審查注意事項

#### 陸、口腔外科：

十六、非齒源性口腔疼痛處置(92131B、92132B)須符合下列任一臨床狀況：  
(114/6/1)

(一)口腔疼痛與感覺異常：疼痛或感覺異常區域僅限口腔、或口腔為疼痛區域一部分之疾病，包括：

- 1、灼口症(burningmouthsyndrome) K14.6。
- 2、非典型牙痛(atypicalodontalgia)與持續性原因不明的顏面痛(persistentidiopathicfacialpain) G50.9。
- 3、疼痛區域含口腔之三叉神經病變：三叉神經痛(trigeminalneuralgia) G50.0 及其他已知(如創傷、病毒感染等疾患)或未知原因造成之三叉神經病變，如皰疹後三叉神經痛 B02.22。
- 4、疼痛範圍含口腔之舌咽神經病變：舌咽神經痛(glossopharyngealneuralgia)G52.1 及其他已知或未知原因之造成之舌咽神經病變。
- 5、其他造成口腔疼痛之病因，如偏頭痛 G43、緊縮性頭痛 G44.01x-G44.02x、鼻竇炎 J01, J32 等。

(二)免疫性、感染性或醫源性口腔黏膜疾病：疾病之癥候僅在口腔、口腔癥候出現在全身性癥候之前、或口腔癥候為全身性癥候一部分之疾病，包括：

- 1、口腔扁平苔蘚(orallichenplanus)、類扁平苔癬病灶(lichenoidlesion) L43。
- 2、念珠菌口炎(oralcandidiasis) B37.0。
- 3、舌炎(glossitis)與其他舌疾病 K14。
- 4、紅斑性狼瘡(lupuserythematosus) L93。
- 5、口腔黏膜天庖瘡(oralpemphigus) L10、口腔黏膜類天庖瘡(oralpemphigoid) L12。
- 6、口炎與相關病灶 K12，包括抗腫瘤治療、放射線治療或其他藥物造成之口炎。
- 7、多形性紅斑 L51。
- 8、移植物對抗宿主疾病 D89.81。
- 9、非牙菌斑導致之齒齦炎 K05.01, K05.10。

(三)其他具(一)(二)之口腔症灶、或非專一性口腔徵候之系統性疾病或醫源性結果：常見的有：

- 1、糖尿病(diabetesmellitus) E10, E11, E13 與糖尿病前期(prediabetes) R73.03。
- 2、口乾症 K11.7, R68.2。
- 3、血液疾病：貧血 D50, D51、白血病 C91, C92。
- 4、自體免疫疾病：類風溼性關節炎 M05、硬皮症 M34、乾燥症 M35.0、貝歇氏症 M35.2、反應性關節病 M02。

- 5、消化道疾病或營養元素缺乏，如胃食道逆流性疾病 K21、胃炎 K29.7、缺鐵 E61.1、維生素 B 群缺乏 E53.9、飲食缺鋅 E60、維生素 C 缺乏 E54。
- 6、病毒型肝炎 B15, B16, B17。
- 7、藥物或藥劑未特定之不良作用 T88.7。
- 8、其他重大疾病，如癌症或轉移癌 C00-C06, C14、腫瘤相關痛 G89.3。

## 中藥用藥安全管理策略

### 一、目的：

- (一)增加健保中藥給付品項，減少民眾用藥自費情形。
- (二)提升中藥用藥品質。

### 二、管理策略：

- (一)中醫健保用藥品項開放部分非濃縮 GMP 中醫師處方用藥給付，以減少民眾自費，開放項目為符合台灣中藥典所規範但不易萃取做為濃縮藥品原料之中藥材(如：海螵蛸、龍骨、蟬蛻、石膏、滑石)及臨床評估非濃縮藥品效果較佳的復方(如：平胃散)。
- (二)中華民國中醫師公會全國聯合會持續推動「中藥用藥安全管理及品質提升作業要點」，並請各中醫師公會於每年繼續教育課程需加入中藥用藥安全宣導課程。
- (三)中華民國中醫師公會全國聯合會於中醫師公會全聯會網站及中醫會訊公告衛生福利部中醫藥司「中藥不良反應通報專區」，並函文各中醫師公會轉知所轄會員配合辦理。
- (四)中華民國中醫師公會全國聯合會函請各地方公會於會員大會以課程、海報、大會手冊上宣導用藥安全。
- (五)中華民國中醫師公會全國聯合會編制中藥用藥安全宣傳單，提供中醫院所張貼院內明顯處，並置於網站供其會員及民眾下載。
- (六)中華民國中醫師公會全國聯合會公告用藥相關問題之申訴管道(聯絡電話、電子信箱等資訊)於該會網站及刊物，並請各中醫院所配合宣導。

### 三、評估指標：

- (一)中醫健保用藥品項數：至少增加兩項新藥品。
- (二)中藥用藥安全宣導課程辦理場次及參與人數：114 年度至少辦理 6 場。
- (三)中藥不良反應報告率(計算公式：中藥不良反應報告數/ 總用藥人次×100%)。

## 全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫執行情形

計畫型-自103年起實施

項目 \ 年度	109	110	111	112	113	114
預算數(百萬元)	950.0	1,100.0	1,100.0	1,100.0	1,300.0	2,000.0
執行數(百萬元)	848.9	878.5	662.6	800.1	1,300.0	
--保障措施	...	...	...	...	776.8	
--偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施	...	...	...	...	523.2	
預算執行率(%)	89.4%	79.9%	60.2%	72.7%	100.0%	
參與家數	94	94	93	94	99	
偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施補助家數 <sup>註2、3</sup>	...	...	...	...	33	
評估指標						
--提供急診服務家數	76	76	75	75	78	
--提供內科門診服務家數	93	93	92	94	98	
--提供外科門診服務家數	94	94	93	93	97	
--提供婦產科門診服務家數	62	64	64	64	69	
--提供小兒科門診服務家數	61	62	61	61	70	
--預防保健服務量較前一年成長率	9.0%	-4.7%	6.8%	8.3%	0.3%	
--受保障醫院民眾就醫滿意度(內科)	96.5%	94.0%	96.0%	93.0%	96.0%	
--就醫民眾對於檢驗檢查報告主動通知之滿意度	95.0%	88.0%	93.0%	93.0%	95.0%	
--民眾申訴案件成案數	25	14	12	12	26	
--醫院之檢驗(查)結果即時上傳率	...	88.1%	91.6%	95.7%	96.6%	
<b>關鍵績效指標(自選3項)</b>						
1.參與家數	94	94	93	94	99	
2.受保障醫院民眾就醫滿意度(內科)	96.5%	94.0%	96.0%	93.0%	96.0%	
3.就醫民眾對於檢驗檢查報告主動通知之滿意度	95.0%	88.0%	93.0%	93.0%	95.0%	

註：1.114年度總額決定事項：

- (1)研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提本會最近1次委員會議。
- (2)檢討「燈塔型醫院」之補助方式、獎勵成效，及計畫之評估指標。
- 2.113年新增「偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施」，以2億元為上限，預算如不足支應，得由本計畫年度未執行預算支應。扣除前項預算後，剩餘預算依保障措施分配。
- 3.適用範圍：(1)離島醫院。(2)參與本計畫或屬「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之地區醫院(不含精神科醫院)，且同時為緊急醫療資源不足地區急救責任醫院或急救責任醫院或該鄉鎮僅有一家醫院者。

## 提升國人視力照護品質

表 1、114 年與 113 年度執行目標比較

111 年度執行目標	113 年度執行目標	114 年度執行目標
執行 4,000 件	執行 5,183 件	1.執行 172,606 件 2.白內障視力品質照護說明書執行率 $\geq 95\%$

註：近年白內障手術之申報資料

年度	110	111	112	113
件數	133,903	145,329	152,937	156,477
成長率	-4.06%	8.50%	5.20%	2.30%

資料來源：西醫基層總額 114 年第 2 次研商議事會議(114.6.5)資料

表 2、114 年與 113 年度評估指標比較

113 年度 品質監測指標 <sup>註</sup>	114 年度 預期效益之評估指標	健保署說明 指標意涵 <sup>註</sup>
1.久未看診而當日就診即執行白內障手術比例 $\leq 0.5\%$ 註：1.久未看診：病人手術日回推 180 日內無同院所就醫資料。 2.分子：久未看診而當日就診即執行白內障手術之件數。 分母：白內障手術件數。	術前指標 1.久未看診而當日就診即執行白內障手術比例=0% 註：1.久未看診： <u>90 日內無同院或同醫師就醫資料</u> 。 2.分子：久未看診而當日就診即執行白內障手術之件數。 分母：白內障手術件數。	為監測醫療院所申報白內障手術合宜性
2.術後 30 日內併發症(眼內炎)之件數比率 $\leq 0.1315\%$ 註：1.眼內炎診斷為 H44.0。 2.分子：白內障手術術後 30 日併發眼內炎之件數。 分母：白內障手術件數。	術後指標 2.術後 30 日內併發症(眼內炎)之件數比率 $\leq 0.1315\%$ 註：1.眼內炎診斷為 H44.0。 2.分子：白內障手術術後 30 日併發眼內炎之件數。 分母：白內障手術件數。	為提升視力照護成效，並確保醫療照護品質
3.術後 90 日內同眼再執行白內障手術之件數比率 $\leq 1.3\%$		為避免醫療院所浮濫申報或手術品質有疑慮

註：113 年度品質監測指標及其意涵，係依健保署 113.10.17 來函，並提本會 113 年第 9 次委員會議(113.10.23)報告通過。另 114 年度指標操作型定義為西醫基層總額 114 年第 2 次研商議事會議(114.6.5)資料。

### 第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：114 年 5 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：

一、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，書面資料須每月併同委員會議資料寄送委員，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。

二、本次依年度工作計畫，併同提報下列事項之前 1 年度完整資料：

(一)「『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。

(二)「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。

三、另健保署業務執行報告電子檔已置於該署網頁(健保署首頁>健保資料站>健保業務報告>健保業務執行報告>衛生福利部中央健康保險署業務執行報告，網址：<https://gov.tw/XJC>)。

決定：





# 附錄



抄本

附錄一  
檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號  
聯絡人：黃文瑤  
聯絡電話：(02)8590-6864  
傳真：無  
電子郵件：hsyyao@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國114年6月9日  
發文字號：衛部健字第1143360082號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：議程、出席意願調查表

主旨：敬請委員撥允參加本會於本(114)年7月14、15日(星期一、二)，在本部1樓大禮堂召開「全民健康保險各總額部門113年度執行成果發表暨評核會議」(議程如附)，並請於本年6月20日(星期五)前依調查表及其所附電子郵件方式回覆，請查照惠復。

正本：周主任委員麗芳、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、呂委員正華、李委員飛鵬、周委員慶明、林委員宜平、林委員恩豪、林委員敏華、花委員錦忠、洪委員瑜黛、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、連委員賢明、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、陳委員麗琴、黃委員心苑、黃委員金舜、黃委員國祥、楊委員玉琦、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(依委員姓名筆劃排序)

副本：

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

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國114年5月28日  
發文字號：衛部健字第1143360075號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：健保會第7屆114年第3次委員會議紀錄節錄

主旨：檢陳本會對「115年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)之諮詢結果，請鑒察。

說明：

- 一、復鈞部114年5月15日衛部保字第1141260204號函。
- 二、鈞部依據全民健康保險法第60條規定，交下擬訂之115年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)諮詢案，經提本會第7屆114年第3次委員會議(114.5.21)，諮詢結果如附件，敬請鈞部參考。

正本：衛生福利部  
副本：衛生福利部中央健康保險署(含附件)

## 衛生福利部 函

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

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年6月9日  
發文字號：衛部保字第1141260252號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：115年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)

主旨：檢陳「115年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」1份，報請鑒核。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第60條規定辦理。
- 二、旨揭草案係以114年度健保總額公告金額(9,286.25億元)校正人口費用差值金額(81.72億元)及回補違規扣款金額(0.14億元)，115年健保總額基期為9,368.10億元，並經考量投保人口結構改變、醫療服務成本及投保人口數對醫療費用之影響，以及配合115年政策規劃目標，兼顧民眾醫療需求與醫療體系發展，與衡量民眾付費能力、我國整體醫療保健支出及健保財務收支情形所擬。爰建議115年健保總額範圍約為9,643.70億元至9,883.35億元(換算總額成長率為2.942%至5.5%，約增加275.59億元至515.25億元)。

正本：行政院

副本：國家發展委員會、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)

# 115 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)(節錄)

## 第三章 115 年度健保醫療給付費用總額範圍擬訂

### 第一節 115 年總額範圍(草案)

本部所擬之 115 年健保醫療給付費用總額範圍，係以 115 年健保總額基期 9,368.10 億元計算，總額下限金額約 9,643.70 億元至上限金額約 9,883.35 億元(成長率 2.942%至 5.5%)。

115 年度健保醫療給付費用總額範圍擬訂公式如下：

$$\begin{aligned} & 115 \text{ 年度健保醫療給付費用總額範圍} \\ &= 115 \text{ 年度健保總額基期} \\ & \quad \times (1 + 115 \text{ 年度健保醫療給付費用成長率之低推估值} \sim \text{高推估值}) \end{aligned}$$

一、115 年度總額範圍基期(9,368.10 億元)：

(一) 本部擬訂健保總額範圍所採計之基期，係以前 1 年度(114 年)健保總額預算(9,286.25 億元)，校正前 2 年度(113 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額(+81.72 億元)、加回前 1 年度(114 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額(+0.14 億元)，即為 9,368.10 億元(9,286.25+81.72+0.14)。各項校正因素分述如下：

$$\begin{aligned} & 115 \text{ 年基期金額 } 9,368.10 \text{ 億元} \\ &= \text{前 1 年度 (114 年) 健保醫療給付費用總額} + \text{前 2 年度 (113 年) 投保人口預估成長率與實際之差值} + \text{前 1 年度 (114 年) 總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款} \\ &= 9,286.25 + 81.72 + 0.14 \\ &= 9,368.10 \end{aligned}$$

1. 前 1 年度（114 年）健保醫療給付費用總額 9,286.25 億元：依本部 114 年 1 月 9 日衛部健字第 1143360008 號公告 114 年度健保醫療給付費用總額核定結果。
2. 前 2 年度（113 年）投保人口預估成長率與實際之差值金額+81.72 億元：
  - (1) 因擬訂年度總額時，「投保人口成長率」尚無法取得該年度實際投保人口數，僅能先採計最近 1 年可取得之實際投保人口作為預估值，再於次年度總額之基期費用校正處理預估與實際投保人口費用差值。
  - (2) 以 115 年度總額基期說明，前 2 年度人口費用差值即校正 113 年度總額「投保人口成長率」原預估與實際之費用差值。原 112 年擬訂 113 年度總額範圍時，因當時尚無法取得 113 年實際投保人口成長數，爰以 111 年較 110 年之實際人口成長率預估「投保人口成長率」，待 114 年擬訂 115 年總額時，始取得 113 年實際投保人口成長數，故於 115 年度總額校正。
3. 加回前 1 年度（114 年）總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款+0.14 億元：依本部前開 114 年 1 月 9 日公告，違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款不列入 115 年度總額協商之基期費用，爰須加回前 1 年度（114 年）前開金額。
4. 113 年各部門一般服務預算執行情形：
  - (1) 醫院、牙醫一般服務預算已執行完畢，無須扣減基期。



(2) 西醫基層一般服務「藥品及特材給付規定改變」尚有剩餘數 0.33 億元，惟 114 年 3 月擴增 SGLT-2 藥品用於慢性腎臟病治療，爰不於基期扣減。

(3) 中醫一般服務「中醫利用新增人口」，依健保會 114 年 3 月 26 日第 1 次委員會議決議不扣減，爰不於基期扣減。

## 二、115 年度總額範圍低推估值(9,643.70 億元)：

**低推估金額 9,643.70 億元**

=115 年度健保總額基期×{ [(1+A+B)×(1+C)-1]×(114 年校正後一般服務費用占率)}

=9,368.10×[(1+1.561%+1.529%)×(1+0.320%)-1]×(86.018%)

A：投保人口結構改變對醫療費用之影響率(表 3-1、3-2)

B：醫療服務成本指數改變率(表 4、4-1 至 4-4)

C：投保人口預估成長率

(一) 低推估值為 2.942%，115 年下限金額約 9,643.70 億元，較基期約增加 275.59 億元，較 114 年核定 9,286.25 億元增加約 357.45 億元。

(二) 低推估值係按「投保人口結構改變對醫療費用之影響率(A)」、「醫療服務成本指數改變率(B)」及「投保人口預估成長率(C)」計算：

1. 投保人口結構改變對醫療費用之影響率(A)1.561%：以112年每人醫療費用為基礎，依年齡(1歲為1組)、性別分組，計算113年對112年保險對象人口結構之影響。
2. 醫療服務成本指數改變率(B，簡稱MCPI) 1.529%：
  - (1) 其計算公式為 $\Delta \Sigma$ (各總額部門成本項目之權數 $\times$ 指數)/前一年 $\Sigma$ (各總額部門成本項目之權數 $\times$ 指數)，各總額部門成本項目分別為人事費用、藥品費用、醫療器材費用、基本營業費用及其他營業費用。
  - (2) 前述公式之權數為各成本項目之費用占率，資料來源皆為行政院主計總處每5年調查1次之工業及服務業普查；指數為各成本項目之費用成長率，資料來源為主計總處每年更新之物價指數。考量主計總處已於113年新發布110年工業及服務業普查結果，爰配合調整權數，並自114年總額起適用5年。
3. 投保人口預估成長率(C) 0.320%：按最近一年可取得之實際投保人口成長率，即113年對112年投保人口成長率計算，採各季投保人數之平均值。112年投保人口數為23,594,985人，113年為23,670,494人。
4. 綜上分別計算後，「醫療服務成本及人口因素成長率」為3.420%，經校正一般服務醫療給付費用占率(86.018%)，低推估成長率為2.942%(=3.420% $\times$ 86.018%)。

醫療服務成本及人口因素成長率之各因素如下表：

項 目	成長率
投保人口結構改變對醫療費用之影響率(A)	1.561%
醫療服務成本指數改變率(B)	1.529%
投保人口預估成長率(C)	0.320%
醫療服務成本及人口因素成長率	3.420%

註 1：「投保人口預估成長率」係以 113 年對 112 年投保人口成長率計算（採各季投保人數之平均值）。

註 2：各項因素以 114 年 4 月最新公告數值為準。

$$\begin{aligned}
 & \text{醫療服務成本及人口因素成長率 } 3.420\% \\
 & = (1 + \text{投保人口結構改變對醫療費用之影響率} + \text{醫療服務成本指數改變率}) \times (1 + \text{投保人口預估成長率}) - 1 \\
 & = (1 + 1.561\% + 1.529\%) \times (1 + 0.320\%) - 1
 \end{aligned}$$

### 三、規劃目標擬訂歷程

規劃目標擬訂之精神，係架構於「維持公平」、「提升效率」、「改善健康」之三大健保核心價值，並以全民健康需求、整體健保效益為主軸，延續健保總額具發展效益之項目及計畫。依行政院核定 114 年總額範圍之附帶決議，本部應審慎規劃健保財務、人口高齡少子化之醫療需求，凝聚 115 年度健保規劃目標如下：

- (一) 強化全人照護與慢性疾病管理，建構以病人為中心的健康照護，投資民眾健康。
- (二) 友善醫事人員環境，鞏固醫療量能與醫療價值。
- (三) 加速引進新藥新科技，提升支付合理性，照顧急重難罕病人醫療需求，強化醫療服務及品質。
- (四) 提升醫療可近性與效能，平衡醫療資源配置。

依據前述規劃目標，並於 114 年 1 月函請台灣醫院協會(下稱醫協)、醫師公會全國聯合會(下稱醫全會)、中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)、牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)等醫療服務提供單位及健保署，據以提供相關協商因素建議提案，重點摘述如下：

- (一) 醫院總額：建議整體新增金額 582.485 億元，其中醫協提案新增金額 371 億元，主要規劃用於合理調整基本診療章支付標準、提升醫院護理韌性及優化醫事人員環境。
- (二) 西醫基層：建議整體新增金額 140.7 億元，其中醫全會提案新增金額 77.788 億元，主要規劃用於診察費加成、心血管疾病照護、代謝症候群計畫衍生費用。
- (三) 中醫門診：建議整體新增金額 15.897 億元，其中中全會提案新增金額 3.755 元，主要規劃用於友善醫事人員環境、提升用藥品質、提升特定疾病照護。
- (四) 牙醫門診：建議整體新增金額 30.687 億元，其中牙全會提案新增金額 17.763 億元，主要規劃用於口腔組織創傷照護、高風險疾病者口腔照護、牙齒保存。
- (五) 其他部門：建議整體新增金額 15.868 億元，主要規劃用於山地離島地區、矯正機關、醫療體系整合。

四、115 年度總額範圍高推估值與上限金額(9,883.35 億元)：

(一) 高推估值訂為 5.5%，增加約 515.25 億元，即低推估值 (2.942%)+協商因素(2.558%，約增加 239.65 億元)，預估總額為 9,883.35 億元。

(二) 高推估值即低推估值加上協商因素，其中協商因素係依據 115 年度總額規劃目標對醫療費用之影響為主，並兼顧醫療體系之發展，與衡量民眾付費能力（含總體經濟情勢）、我國整體醫療保健支出及健保財務收支情形等所擬，作為健保會協議訂定及分配 115 年度總額之空間。

(三) 綜上，彙整各部門總額計畫並扣連 115 年規劃目標，及協商因素金額(共 239.65 億元)分配如下：

1. 強化全人照護與慢性疾病管理，建構以病人為中心的健康照護，投資民眾健康，共 37.19 億元：

(1) 持續整合家醫計畫與論質計畫等相關計畫，提供以病人為中心之全人照護。

(2) 持續提升醫療服務品質，促進醫療體系分工合作，以落實分級醫療。

2. 友善醫事人員環境，鞏固醫療量能與醫療價值，共 154.78 億元：

(1) 確保醫事服務機構獲得合理給付，因應醫材及人力成本財務衝擊。

(2) 持續改善醫事人員工作環境，提升醫療量能與價值。

3. 加速引進新藥新科技，提升支付合理性，照顧急重難罕病人醫療需求，強化醫療服務及品質，共 41.67 億元：

(1) 加速引進新醫療科技，擴增給付範圍及收載新藥，提升急重難罕病人藥物可近性。

(2) 提升支付標準調整合理性，強化給付效率，通盤檢討支付標準衡平性。

(3) 持續推動區域聯防，建立合作溝通機制、確保急重症個案疾病照護品質及效率。

4. 提升醫療可近性與效能，平衡醫療資源配置，共 6.02 億元：

(1) 強化醫療資源不足地區醫療服務，提升醫療可近性。

(2) 平衡醫療資源配置，提升醫療體系效能。

(四) 依據健保法第 61 條，行政院核定年度總額範圍後，須由健保會邀集付費者、醫界及政府單位進行對等協商後，報本部核定，爰上述規劃目標內涵之分配金額與協商後核定之公告金額存有落差。

## 第二節 本部諮詢健保會意見彙整

為利擬訂 115 年度健保總額範圍，本部依據健保法第 60 條，於 114 年 5 月 21 日健保會委員會議提案諮詢，委員提問與建議重點摘述如下(詳附錄 4)：

- 一、若以 115 年度總額高推估成長率 5.5% 試算健保財務，保險收支累計結餘約當 0.96 個月保險給付支出，建議審視基期是否扣除未執行或未導入預算，避免安全準備低於法定 1 個月。對於推動預防醫學及提升醫療效能所帶來的節流成效，應適切反映納入總額財源。
- 二、請健保署檢視收入面，努力提升其他收入挹注健保財源，如：菸品健康福利捐等經費挹注。

- 三、面對未來關稅問題，GDP 數字可能會下修，若未來主計總處修正 GDP 成長率預估值，本案相關的估算宜配合調整。
- 四、行政院 114 年通過特別條例，其中 200 億元挹注健保基金，屬挹注健保基金的財源之一，若未來確定執行宜納入說明。
- 五、建請檢視 115 年度總額協商因素及高推估成長率之財務適足性，以利解決醫事人力流失問題，造福民眾健康。
- 六、建請持續規劃 MCPI 採 4 年平均值之導入時點。
- 七、MCPI 所採參數為落後指標，無法反映醫療院所實際成本之變動，尤其是醫事人力薪資部分無法如實反映，若改採過去 4 年平均值，可預見會對醫界造成很大的衝擊。另藥品費用成長，應將國際情勢的變化納入考量。
- 八、認同醫界所提目前 MCPI 的計算方式可能有諸多問題，但在未提出更好的計算方式前，採主計總處等政府單位提供的資料，仍較具公信力。
- 九、健保總額低推估公式已經實施多年，公式結構應通盤檢討，並考慮轉型，以適應近年人口結構及醫療服務多面向變化。
- 十、MCPI 相關參數除採用主計總處的數據，宜納入健保署之數據說明，例如：何項參數參採健保署數據及該數據之來源或計算基礎等。
- 十一、第二項總額規劃目標「友善醫事人員環境，鞏固醫療量能與醫療價值」增加 154.78 億元，約占 64%，請詳細說明其計算內涵，並應考量是否排擠新藥、新科技與其他必要服務預算。
- 十二、有關改善醫事人員待遇是否要用公務預算支應？要不要滾入基期的計算？宜進行政策討論。
- 十三、第三項規劃目標「加速引進新藥新科技」較健保署原預估之 90 億元實屬不足，亦較 114 年同項預算 82.66 億元，減少 41 億元，恐嚴重影響病人權益。請提出具體說明，並建議爭取更多公務預

算挹注。

十四、第四項規劃目標「提升醫療可近性與效能，平衡醫療資源配置」僅增加 6.02 億元，請考量其額度是否有增加的空間？

### 第三節 本部就各界意見之回應

本部經彙整 114 年 5 月 21 日諮詢健保會之各界意見，就總額範圍基期、低推估公式等議題說明如下：

- 一、有關 115 年總額基期扣減一般服務未導入、未執行預算，依健保會委員會議不予扣減，相關預算仍用於民眾醫療需求。另有關推動預防醫學及醫療效能所帶來的節流成效，考量其計算方式及內涵各界多有意見，尚待凝聚共識。
- 二、MCPI 權數依主計總處每 5 年工商普查結果；指數則採健保署所提供藥品申報數及主計總處所提供之數據，所有資料皆採最新可取得之數據進行計算。另 114 年已針對 MCPI 之精進辦理委託研究計畫。
- 三、現行菸捐 50%分配供健保安全準備、醫療科技評估、醫療服務審查、全民健康保險政策推動及補助經濟困難者保險費之用，其中 113 年菸捐 47.3%用於健保安全準備金，後續將研議爭取其他經費挹注健保。
- 四、115 年總額 4 大規劃目標分配之預算，係依醫界及健保署就各目標所提建議預算分配而得，供後續總額協商參考用，總額協商時，各界仍可依當下情境與民眾醫療需求進行討論與調整。
- 五、依據行政院主計總處公告資料，我國實質國內生產毛額成長率(GDP)113 年為 8.28%、114 年預估值為 5.23%，仍會因國內外情



勢變動，惟 GDP 非總額預算公式之參數，僅提供行政院審核付費者付費能力參考資料。

- 六、為落實總統健康臺灣政見，強化政府資源投入，114 年度編列「健保財務協助方案」公務預算 335.6 億元，涵蓋範圍包括：挹注健保基金、護理人力，及健保基金外編列之癌藥新藥基金 50 億元、罕藥藥費 20 億元等，以提升醫療可近性，後續將持續爭取公務預算。
- 七、因應關稅等國際情勢，行政院通過「因應國際情勢強化經濟社會及國土安全韌性特別條例」草案，其中 200 億元用於健保，屆時未使用完之部分將納入安全準備，惟該條例尚待立法院三讀通過方能據以執行。

表 3-1、投保人口結構改變對醫療費用之影響率(每 1 歲為 1 組)

年齡 組別	112 年 每人年申報點數			112 年 保險對象人數%			113 年 保險對象人數%		
	女性	男性	小計	女性	男性	小計	女性	男性	小計
0 歲	28,563	28,494	28,527	0.26%	0.28%	0.55%	0.26%	0.28%	0.54%
1 歲	27,421	31,743	29,661	0.29%	0.31%	0.60%	0.27%	0.29%	0.57%
2 歲	24,200	28,526	26,440	0.32%	0.34%	0.66%	0.29%	0.31%	0.60%
3 歲	24,190	30,592	27,510	0.33%	0.36%	0.69%	0.32%	0.34%	0.66%
4 歲	24,345	30,896	27,736	0.36%	0.38%	0.74%	0.33%	0.36%	0.70%
5 歲	22,844	29,485	26,283	0.37%	0.40%	0.77%	0.36%	0.38%	0.74%
6 歲	20,626	25,952	23,382	0.40%	0.43%	0.83%	0.37%	0.40%	0.77%
7 歲	16,487	19,876	18,247	0.42%	0.45%	0.87%	0.40%	0.43%	0.83%
8 歲	13,169	16,101	14,690	0.43%	0.46%	0.89%	0.42%	0.45%	0.87%
9 歲	12,960	15,014	14,022	0.41%	0.43%	0.84%	0.43%	0.46%	0.89%
10 歲	10,719	12,661	11,725	0.43%	0.46%	0.89%	0.41%	0.43%	0.84%
11 歲	11,482	13,266	12,406	0.44%	0.47%	0.91%	0.43%	0.46%	0.89%
12 歲	10,807	13,656	12,288	0.37%	0.40%	0.77%	0.44%	0.47%	0.91%
13 歲	9,328	11,371	10,395	0.35%	0.39%	0.74%	0.37%	0.40%	0.77%
14 歲	10,361	11,468	10,938	0.39%	0.42%	0.81%	0.35%	0.39%	0.74%
15 歲	9,700	12,204	11,010	0.40%	0.44%	0.84%	0.39%	0.42%	0.81%
16 歲	10,617	12,298	11,495	0.40%	0.44%	0.85%	0.40%	0.44%	0.84%
17 歲	11,352	11,785	11,579	0.41%	0.45%	0.86%	0.41%	0.44%	0.85%
18 歲	11,249	11,464	11,361	0.43%	0.47%	0.90%	0.42%	0.46%	0.88%
19 歲	11,976	11,997	11,987	0.45%	0.50%	0.95%	0.44%	0.48%	0.92%
20 歲	12,008	11,259	11,616	0.49%	0.54%	1.03%	0.46%	0.51%	0.97%
21 歲	13,146	11,100	12,079	0.53%	0.57%	1.10%	0.50%	0.55%	1.05%
22 歲	12,372	10,117	11,194	0.60%	0.65%	1.25%	0.54%	0.58%	1.12%
23 歲	15,093	11,796	13,370	0.62%	0.68%	1.29%	0.60%	0.65%	1.25%
24 歲	15,116	12,037	13,506	0.58%	0.64%	1.22%	0.62%	0.69%	1.31%
25 歲	13,846	10,850	12,285	0.62%	0.68%	1.30%	0.59%	0.64%	1.23%
26 歲	15,447	11,829	13,568	0.69%	0.74%	1.43%	0.63%	0.68%	1.31%
27 歲	16,196	11,932	13,985	0.69%	0.75%	1.44%	0.70%	0.75%	1.45%
28 歲	16,857	12,956	14,838	0.70%	0.75%	1.45%	0.70%	0.76%	1.46%
29 歲	17,161	12,544	14,772	0.70%	0.76%	1.46%	0.71%	0.76%	1.47%
30 歲	18,495	13,531	15,931	0.71%	0.76%	1.47%	0.71%	0.76%	1.48%
31 歲	19,314	13,998	16,554	0.70%	0.75%	1.45%	0.72%	0.77%	1.48%
32 歲	19,480	14,331	16,806	0.71%	0.76%	1.47%	0.70%	0.76%	1.46%
33 歲	20,808	15,293	17,961	0.71%	0.76%	1.47%	0.71%	0.77%	1.48%
34 歲	20,117	14,833	17,405	0.71%	0.75%	1.46%	0.72%	0.76%	1.48%
35 歲	22,279	17,487	19,836	0.71%	0.74%	1.45%	0.71%	0.75%	1.46%
36 歲	21,541	16,957	19,236	0.69%	0.69%	1.38%	0.71%	0.74%	1.45%
37 歲	20,554	16,914	18,745	0.72%	0.71%	1.43%	0.69%	0.70%	1.38%
38 歲	20,994	18,271	19,652	0.80%	0.78%	1.57%	0.72%	0.71%	1.43%
39 歲	21,705	19,998	20,866	0.83%	0.80%	1.63%	0.80%	0.77%	1.57%
40 歲	21,580	20,176	20,896	0.88%	0.84%	1.71%	0.83%	0.80%	1.63%
41 歲	22,404	21,562	21,995	0.91%	0.86%	1.77%	0.88%	0.83%	1.71%
42 歲	23,366	23,245	23,307	0.91%	0.86%	1.77%	0.91%	0.86%	1.77%
43 歲	24,059	24,405	24,227	0.91%	0.86%	1.77%	0.91%	0.86%	1.77%
44 歲	25,411	26,155	25,772	0.90%	0.85%	1.76%	0.91%	0.85%	1.76%
45 歲	26,848	28,334	27,570	0.86%	0.81%	1.67%	0.90%	0.85%	1.75%
46 歲	26,287	27,981	27,109	0.88%	0.83%	1.71%	0.86%	0.81%	1.67%
47 歲	30,644	33,067	31,820	0.84%	0.80%	1.64%	0.88%	0.82%	1.70%
48 歲	29,624	32,420	30,971	0.78%	0.72%	1.50%	0.84%	0.79%	1.63%
49 歲	30,561	34,838	32,632	0.76%	0.71%	1.47%	0.78%	0.72%	1.50%
50 歲	31,689	36,774	34,152	0.75%	0.71%	1.46%	0.76%	0.71%	1.46%
51 歲	32,658	37,376	34,946	0.76%	0.71%	1.47%	0.75%	0.70%	1.45%
52 歲	34,168	38,953	36,499	0.77%	0.73%	1.50%	0.75%	0.71%	1.46%
53 歲	35,690	41,245	38,400	0.78%	0.74%	1.52%	0.77%	0.73%	1.49%
54 歲	36,591	43,543	39,988	0.77%	0.73%	1.50%	0.77%	0.73%	1.51%
55 歲	38,420	44,931	41,607	0.76%	0.72%	1.48%	0.77%	0.73%	1.49%
56 歲	37,958	45,700	41,751	0.74%	0.71%	1.45%	0.75%	0.72%	1.47%
57 歲	41,324	50,135	45,620	0.76%	0.73%	1.49%	0.74%	0.70%	1.44%
58 歲	41,563	50,433	45,885	0.77%	0.73%	1.50%	0.76%	0.72%	1.48%
59 歲	42,837	54,225	48,377	0.77%	0.73%	1.51%	0.77%	0.72%	1.49%
60 歲	45,206	56,238	50,551	0.77%	0.73%	1.50%	0.77%	0.72%	1.49%

表 3-1、投保人口結構改變對醫療費用之影響率(每 1 歲為 1 組)(續完)

年齡組別	112 年 每人年申報點數			112 年 保險對象人數%			113 年 保險對象人數%		
	女性	男性	小計	女性	男性	小計	女性	男性	小計
61 歲	47,153	58,308	52,561	0.76%	0.72%	1.48%	0.77%	0.72%	1.49%
62 歲	49,489	61,919	55,511	0.74%	0.70%	1.44%	0.76%	0.71%	1.47%
63 歲	51,360	64,627	57,742	0.73%	0.68%	1.41%	0.74%	0.69%	1.42%
64 歲	53,750	67,413	60,300	0.73%	0.67%	1.40%	0.73%	0.67%	1.40%
65 歲	57,371	71,995	64,351	0.68%	0.62%	1.30%	0.72%	0.66%	1.38%
66 歲	58,364	73,191	65,423	0.67%	0.61%	1.27%	0.68%	0.62%	1.30%
67 歲	61,449	75,435	68,094	0.68%	0.61%	1.29%	0.66%	0.60%	1.26%
68 歲	63,989	79,366	71,264	0.66%	0.59%	1.24%	0.67%	0.60%	1.28%
69 歲	67,795	84,647	75,723	0.61%	0.55%	1.16%	0.65%	0.58%	1.23%
70 歲	69,334	86,179	77,231	0.59%	0.52%	1.11%	0.61%	0.53%	1.14%
71 歲	72,275	88,844	79,997	0.58%	0.51%	1.09%	0.58%	0.51%	1.09%
72 歲	79,798	98,457	88,472	0.54%	0.47%	1.02%	0.57%	0.50%	1.07%
73 歲	83,049	102,360	91,980	0.46%	0.40%	0.86%	0.54%	0.46%	1.00%
74 歲	85,387	102,734	93,328	0.43%	0.36%	0.79%	0.45%	0.39%	0.84%
75 歲	90,723	109,034	99,100	0.36%	0.31%	0.67%	0.42%	0.35%	0.77%
76 歲	97,385	117,250	106,382	0.31%	0.25%	0.56%	0.36%	0.30%	0.65%
77 歲	101,540	125,170	112,070	0.24%	0.19%	0.43%	0.30%	0.24%	0.54%
78 歲	88,715	107,547	96,986	0.25%	0.19%	0.44%	0.23%	0.18%	0.41%
79 歲	96,949	116,216	105,369	0.26%	0.20%	0.47%	0.24%	0.18%	0.42%
80 歲	100,463	123,599	110,436	0.25%	0.19%	0.45%	0.26%	0.19%	0.45%
81 歲	102,321	124,796	111,849	0.24%	0.18%	0.42%	0.24%	0.18%	0.42%
82 歲	103,380	128,421	113,904	0.23%	0.17%	0.40%	0.23%	0.17%	0.40%
83 歲	105,702	132,318	116,542	0.22%	0.15%	0.37%	0.22%	0.16%	0.38%
84 歲	110,201	134,439	119,889	0.20%	0.13%	0.33%	0.21%	0.14%	0.35%
85 歲	111,952	139,151	122,578	0.17%	0.11%	0.29%	0.18%	0.12%	0.30%
86 歲	114,144	140,189	124,192	0.16%	0.10%	0.25%	0.16%	0.10%	0.26%
87 歲	115,493	144,667	126,534	0.14%	0.08%	0.22%	0.14%	0.09%	0.23%
88 歲	116,027	145,195	126,974	0.12%	0.07%	0.19%	0.12%	0.07%	0.19%
89 歲	116,940	147,493	128,376	0.10%	0.06%	0.16%	0.11%	0.06%	0.17%
90 歲	114,325	142,621	125,246	0.08%	0.05%	0.14%	0.09%	0.05%	0.14%
91 歲	115,866	145,776	127,753	0.07%	0.05%	0.12%	0.07%	0.04%	0.11%
92 歲	118,946	153,648	133,081	0.06%	0.04%	0.10%	0.06%	0.04%	0.10%
93 歲	115,466	157,879	133,148	0.05%	0.03%	0.08%	0.05%	0.03%	0.08%
94 歲	114,174	160,312	133,497	0.04%	0.03%	0.06%	0.04%	0.03%	0.06%
95 歲	118,996	171,977	141,347	0.03%	0.02%	0.05%	0.03%	0.02%	0.05%
96 歲	118,452	161,988	136,456	0.02%	0.01%	0.03%	0.02%	0.01%	0.03%
97 歲	121,823	166,780	140,496	0.01%	0.01%	0.02%	0.01%	0.01%	0.02%
98 歲	117,118	182,448	144,581	0.01%	0.01%	0.02%	0.01%	0.01%	0.02%
99 歲	119,195	182,472	142,993	0.01%	0.00%	0.01%	0.01%	0.00%	0.01%
100 歲	127,281	173,034	145,178	0.00%	0.00%	0.01%	0.00%	0.00%	0.01%
101 歲	125,444	196,792	155,199	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
102 歲	122,563	176,460	144,994	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
103 歲	125,910	179,856	149,091	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
104 歲	154,986	156,995	156,558	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
105 歲	125,416	165,237	143,773	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
106 歲	172,303	248,623	202,167	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
107 歲	83,377	131,481	103,731	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
108 歲	134,241	233,520	181,583	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
109 歲	54,011	81,867	72,468	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
110 歲以上	124,789	179,480	148,061	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
小計	36,197	38,268	37,218	50.68%	49.32%	100.00%	50.74%	49.26%	100.00%
113 年校正後每人年費用									37,799
成長率									1.561%

註：1.投保人口結構改變對醫療費用之影響率係指113年納保人口年齡性別結構相對於112年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用點數之影響(以112年費用點數為基礎；年齡則以1歲一組做調整)。  
2.投保人口結構改變對醫療費用之影響率 $= (\sum HE_{112ij} \times \%POP_{113ij}) / (\sum HE_{112ij} \times \%POP_{112ij}) - 1$   
(1)  $HE_{112ij}$ ：112 年各年齡性別組別之每人年醫療給付費用。  
(2)  $POP_{113ij}$ ：113 年保險對象各年齡性別組別占總人口百分比。  
(3)  $POP_{112ij}$ ：112 年保險對象各年齡性別組別占總人口百分比。  
3.醫療費用點數為申請點數+部分負擔，不含代辦費用，且為核減前點數。  
4.人口數為 3 月、6 月、9 月、12 月底計費人口數平均。

**表 3-2、投保人口結構改變對醫療費用之影響率(每 5 歲為 1 組)**

年齡 組別	112 年			112 年			113 年		
	每人年申報點數			保險對象人數占率			保險對象人數占率		
	女性	男性	小計	女性	男性	小計	女性	男性	小計
0-4 歲	25,566	30,101	27,915	1.56%	1.68%	3.24%	1.48%	1.59%	3.06%
5-9 歲	17,070	21,074	19,144	2.03%	2.18%	4.21%	1.98%	2.13%	4.10%
10-14 歲	10,585	12,511	11,586	1.98%	2.14%	4.12%	2.00%	2.15%	4.15%
15-19 歲	11,008	11,944	11,498	2.09%	2.30%	4.40%	2.05%	2.25%	4.30%
20-24 歲	13,617	11,266	12,389	2.81%	3.08%	5.89%	2.73%	2.97%	5.70%
25-29 歲	15,952	12,048	13,927	3.41%	3.67%	7.08%	3.33%	3.59%	6.93%
30-34 歲	19,645	14,397	16,932	3.53%	3.78%	7.32%	3.56%	3.82%	7.38%
35-39 歲	21,411	17,983	19,702	3.74%	3.72%	7.47%	3.63%	3.67%	7.30%
40-44 歲	23,373	23,120	23,250	4.51%	4.27%	8.78%	4.43%	4.21%	8.64%
45-49 歲	28,714	31,192	29,914	4.12%	3.87%	8.00%	4.25%	4.00%	8.25%
50-54 歲	34,178	39,617	36,825	3.82%	3.62%	7.44%	3.80%	3.58%	7.37%
55-59 歲	40,447	49,112	44,677	3.80%	3.62%	7.42%	3.78%	3.59%	7.37%
60-64 歲	49,326	61,580	55,244	3.74%	3.49%	7.23%	3.76%	3.51%	7.27%
65-69 歲	61,669	76,725	68,813	3.30%	2.98%	6.27%	3.39%	3.05%	6.44%
70-74 歲	77,247	94,843	85,419	2.60%	2.26%	4.86%	2.76%	2.38%	5.14%
75-79 歲	94,776	114,547	103,626	1.42%	1.15%	2.57%	1.55%	1.26%	2.80%
80 歲以上	109,534	136,929	120,624	2.21%	1.51%	3.72%	2.27%	1.52%	3.80%
小計	36,197	38,268	37,218	50.68%	49.32%	100.00%	50.74%	49.23%	100.00%
113 年校正後每人年費用			<b>37,772</b>						
成長率			<b>1.489%</b>						

註：1.投保人口結構改變對醫療費用之影響率係指113年納保人口年齡性別結構相對於112年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用點數之影響(以112年費用點數為基礎；年齡則以5歲一組做調整)。

2.投保人口結構改變對醫療費用之影響率 $= (\sum HE_{112ij} \times \%POP_{113ij}) / (\sum HE_{112ij} \times \%POP_{112ij}) - 1$

(1)HE<sub>112ij</sub>：112 年各年齡性別組別之每人年醫療給付費用。

(2)%POP<sub>113ij</sub>：113 年保險對象各年齡性別組別占總人口百分比。

(3)%POP<sub>112ij</sub>：112 年保險對象各年齡性別組別占總人口百分比。

3.醫療費用點數為申請點數+部分負擔，不含代辦費用，且為核減前點數。

4.人口數為 3 月、6 月、9 月、12 月底計費人口數平均。

表 4、醫療服務成本指數改變率

總額部門	費用占率	醫療服務成本 指數改變率(MCPI)
醫 院	70.876%	1.458%
西醫基層	19.275%	1.486%
牙 醫	6.078%	1.893%
中 醫	3.771%	2.497%
總 計	100.00%	1.529%

指標計算說明：

1. 醫療服務成本係依各總額部門，分有「人事費用」、「藥品費用」、「醫療材料費用」、「基本營業費用」以及「其他營業費用」五項成本類別，就各項之權重及指數，計算其變動率。
2. 各總額部門各項成本之權重，自 114 年總額起，係採行政院主計總處 110 年工業及服務業普查調查之「醫事機構專案調查」之調查結果，取去除「最高及最低 5% 極端值」後之平均數。
3. 依據 106 年底暨 109 年底總額公式檢討結果，計算各項醫療服務成本指數之採計，除「藥品費用」與「醫療材料費用」2 項目由行政院主計總處另行計算外，其餘採用行政院主計總處例行公告之指標項目及數值。

**表4-1、醫院醫療服務成本指數改變率**

指標類別及權數項目	權數(%)	112年 指數	113年 指數	112-113年 年增率(%)
	100	104.97	106.50	1.458%
人事費用 1/2「醫療保健服務業」薪資及1/2「工業及服務業」薪資	47.84	105.30	107.53	2.118%
藥品費用 國產內銷及進出口物價指數—西醫藥品類	18.90	103.02	103.10	0.078%
醫療材料費用 國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類	12.61	106.10	106.49	0.368%
基本營業費用 國產內銷及進出口物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	8.92	104.99	106.46	1.400%
其他營業費用 消費者物價指數—總指數	11.73	105.51	107.81	2.180%

**表4-2、西醫基層醫療服務成本指數改變率**

指標類別及權數項目	權數(%)	112年 指數	113年 指數	112-113年 年增率(%)
	100	104.99	106.55	1.486%
人事費用 1/2「醫療保健服務業」薪資及1/2「工業及服務業」薪資	49.07	105.30	107.53	2.118%
藥品、藥材及耗材成本 國產內銷及進出口物價指數—西醫藥品類	17.82	103.02	103.10	0.078%
國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類	12.67	106.10	106.49	0.368%
基本營業費用 國產內銷及進出口物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	7.52	104.99	106.46	1.400%
其他營業費用 消費者物價指數—總指數	12.91	105.51	107.81	2.180%

**表4-3、牙醫門診醫療服務成本指數改變率**

指標類別及權數項目	權數(%)	112年 指數	113年 指數	112-113年 年增率(%)
	100	105.15	107.14	1.893%
人事費用				
1/2「醫療保健服務業」薪資；1/2「工業及服務業」薪資	51.87	105.30	107.53	2.118%
藥品、藥材及耗材成本				
國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類	17.25 12.22	103.89 106.10	106.35 106.49	2.368% 0.368%
基本營業費用				
國產內銷及進出口物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	7.16	104.99	106.46	1.400%
其他營業費用				
消費者物價指數—總指數	11.49	105.51	107.81	2.180%

**表4-4、中醫門診醫療服務成本指數改變率**

指標類別及權數項目	權數(%)	112年 指數	113年 指數	112-113年 年增率(%)
	100	105.32	107.95	2.497%
人事費用				
1/2「醫療保健服務業」薪資及1/2「工業及服務業」薪資	50.26	105.30	107.53	2.118%
藥品、藥材及耗材成本				
國產內銷及進出口物價指數—藥品類之中藥製劑	18.14	104.85	110.81	5.684%
國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類	12.26	106.10	106.49	0.368%
基本營業費用				
國產內銷及進出口物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	7.55	104.99	106.46	1.400%
其他營業費用				
消費者物價指數—總指數	11.79	105.51	107.81	2.180%

表註1：「權數」採行政院主計總處110年「工業及服務業普查」結果，採第5~95百分位值之平均數為權重。

表註2：「指數」以行政院主計總處114年4月發布「物價統計月報」與查詢「薪情平臺」，採113年1月至12月相對於112年1月至12月資料。本表以110年指數訂為100。

表註3：醫療材料費用選擇與醫療儀器及材料相關之項目，故採用「理化分析用儀器及器具」、「電子醫療用儀器及設備」、「放射照相或放射治療器具」、「注射筒、聽診器及導管等醫療器材」、「整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品」及「其他醫療器材」；其他醫療器材，包括：注射器、點滴器(或輸液 pump)、病床、人工關節、洗腎用血液迴路導管、外科接管、血液迴路管(不含血壓計、血糖計、體溫計)。

## 第四章 整體健保財務評估與相關措施

### 第一節 健保財務影響評估

有關 115 年總額範圍草案之財務影響評估(詳表 5)，依 115 年度健保總額成長率範圍(2.942%至 5.5%)，推算保險給付支出約為 9,643.70 億元至 9,883.35 億元，安全準備餘額折合保險給付支出月數約為 1.31 個月(低推估)至 0.96 個月(高推估)。健保財務長期趨勢推估詳表 6、7-1、7-2、8-1、8-2。

### 第二節 付費者之付費能力參考指標

有關付費者之付費能力參考指標詳表 9、圖 3 至 4，說明如下：

#### 一、經濟成長率

依據行政院主計總處 114 年公告資料，我國實質國內生產毛額成長率(GDP)之趨勢，102 年至 113 年成長率數值範圍介於 2.26%至 8.74%，114 年預估值為 5.23%。

#### 二、健保平均投保金額成長率

每月最低工資自 114 年 1 月 1 日起由 27,470 元調整至 28,590 元，調升 1,120 元，調幅約為 4.08%；時薪則比照月薪調幅，由 183 元調整至 190 元。因應最低工資調漲，健保投保金額分級表亦隨之微調，並為縮小貧富差距，讓高所得者多負擔，同步調高分級表上限 10 級，預估 114 年之平均投保金額成長率為 3.51%。



### 三、健保保險費成長率

自 110 年 1 月 1 日起，健保一般保險費費率為 5.17%，補充保費費率 2.11%，114 年健保應收保險費成長率為 3.35%。

### 四、國民醫療保健支出(NHE)占 GDP 比率

依據「112 年國民醫療保健支出電子書」，112 年 NHE 占 GDP 比率為 7.77%，其中健保支出占 GDP 比率為 3.54%。

## 第三節 健保永續經營之精進策略

截至 114 年 4 月底止，健保財務收支累計結餘 1,591 億元，約當保險給付支出 2.3 個月，115 年健保總額範圍為 2.942%至 5.5%，推估截至 115 年底安全準備可維持 1.31 至 0.96 個月。惟因人口老化及醫療需求增加等因素，中長期健保財務確實面臨壓力，為落實總統健康台灣醫療政策，確保健保永續經營，分別以收入面、支出面研擬精進策略：

#### 一、收入面

(一) 排除非健保法規定之福利補助於政府負擔 36%計算範圍：

依健保法施行細則第 45 條規定，政府每年度負擔本保險之總經費，除健保法規定外，將政府依其他法律規定補助保險對象之保險費及受僱者育嬰留職停薪期間，政府補助原由雇主負擔之保險費納入計算。為強化政府資源投入，114 年透過「健保財務協助方案」增編 134 億元公務預算，將依其他法律之健保費補助排除納入政府應負擔法定下限 36%計算範圍。另本部正研擬修正健保法施行細則第 45 條，期使該等補助法制化，以確保財務

穩定及財源持續挹注。

- (二) 調高投保金額上限：投保金額上限前次調整為 111 年 7 月 1 日(調增 5 級)，考量投保金額下限每年皆隨最低工資調增，且國人所得差距日益擴大，114 年再將投保金額上限由 219,500 元調整至 313,000 元(調增 10 級)，每年約可增加 33 億元收入。隨著國人薪資水準持續上升，未來仍將持續檢討投保金額上限，以符合社會保險量能負擔之精神，並增加健保財源。
- (三) 擴大補充保險費計費基礎：隨著社會經濟型態轉變，民眾不再僅限於專職工作所得，改以多元化管道創造收入，本部刻正重新檢視補充保險費制度設計，擬透過進一步擴大費基，增加財源並提升負擔公平性。目前研議方向包含：擴大計費項目、調整計費上下限、檢討保險費率、導入結算機制。此外，為提升雇主負擔公平性，亦就目前有給薪但未負擔雇主補充保險費之薪資給付，研議納入投保單位(雇主)補充保險費計費範圍之可行性等。
- (四) 研議外部財源挹注健保：目前健保財源，除保險費收入外，尚有部分來自菸品健康福利捐及公益彩券盈餘一定比例之分配。考量人口老化、經濟成長趨緩等現實，保險費收入成長有其限制，持續研議其他外部財源有其必要性，「因應氣候變遷等環境因素對健康危害-探討環境相關稅(費)挹注健保之可行性」已納為 114 年國衛院論壇研究議題，期未來有機會進一步擴大健保財源量能。

## 二、支出面

(一) 持續健保財務協助，籌措多元財源：於總額外成立癌症新藥基金，提高癌症病友用藥可及性，並將現有健保總額支付之部分較屬公共衛生性質之服務項目，改以公務預算支應。

(二) 持續精進總額制度：

1. 健保署持續精進總額制度，穩定醫療服務點值，並合理配置資源，另「健保總額制度之檢討策進研析」已納入國家衛生研究院論壇，以廣納各界意見，精益求精。
2. 個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫：健保署除臺北業務組自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。

(三) 友善醫事人員待遇及環境：

1. 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之基本診療項目（如診察費、病房費及護理費等）已包含醫師診療、處方、護理服務、其他人力及設備等行政成本，為反應實際醫療成本及臨床人員的付出，健保署歷年已透過總額預算挹注支付標準調整，114年將參考支付標準衡平性評量規劃專家會議之決議，優先調升醫事人力投入為主之項目，讓醫療提供者得到合理醫療給付，以穩固醫療照護量能。
2. 健保署各項醫療給付改善方案等相關照護計畫及各項支付標準訂定，將研議規範院所須將一定比率獎勵金回饋於提供醫療照護服務之醫事人員，以反應人力投入成本。目前「全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制

品質提升計畫」，已規定獎勵金一定比例須回饋感控醫師，以後各方案亦朝此方向修訂。

3. 為反應基層診所相關成本及為鼓勵醫事人力至偏遠地區提供醫療服務，健保署新增「113年度全民健康保險基層診所照護獎勵方案」，西醫基層院所於113年調整任一人員薪資，調升幅度並較112年健保投保金額增加一等級（以113年健保投保金額分級表認定），其113年7月-12月1-30人次門診診察費偏遠地區每件額外獎勵5%、一般地區每件額外獎勵2.5%，以鼓勵診所調整人員薪資。

（四）提升健保資源運用效率，抑制不必要支出：

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，以合理分配醫療資源。
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。
3. 檢討部分負擔費用，引導民眾正確就醫，珍惜健保資源。

為維持健保穩健發展，本部賡續推動相關精進措施，持續兼顧民眾醫療需求與醫療照護服務品質，朝向醫療體系健全發展與鞏固醫療量能，並妥善運用健保資源，朝向健保永續之目標前進。

表5、115年度總額範圍(草案)費用推估及健保財務之影響評估

項目	低推估	高推估
115 年度總額醫療費用成長率	2.942%	5.5%
115 年度總額醫療費用(億元) (含部分負擔)	9,644	9,883
增加金額(億元)	276	515
115 年保險成本(億元) (不含部分負擔)	8,939	9,174
115 年保險收入(億元)	8,469	8,467
115 年當年保險收支餘絀(億元)	-470	-707
115 年保險收支累計結餘(億元)	972	735
115 年保險收支累計結餘 約當保險給付支出月數	1.31	0.96

附註：

製表日期：114.05.02

- 1、保險收入主要包含一般保險費、補充保險費及政府負擔健保總經費法定下限 36%不足數之保險費收入，以及其他法定收入(滯納金、菸捐分配收入、公益彩券盈餘收入、投資運用收益、呆帳提列(減項)……等)。
- 2、115 年一般保險費率假設暫以現行費率 5.17%(補充保險費率 2.11%)推估；另因受醫療給付費用總額成長率不同影響，投資運用收益略有差異，以致保險收入亦略有差異。
- 3、依目前所擬之 115 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)，以總額基期淨值約 9,368.10 億元進行計算。增加金額=115 年度總額醫療費用－9,368.10。
- 4、115 年政府健保費法定下限認列範圍，以排除其他法令部分試算。
- 5、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

表6、歷年健保財務收支情形(85年至115年)

年別	保險收入[1]		保險成本[2]		保險收支	保險收支
	金額 (億元)	成長率 (%)	金額 (億元)	成長率 (%)	餘絀(億元) [3]=[1]-[2]	累計餘絀 (億元)
85 年	2,413	-	2,229	-	184	555
86 年	2,436	0.96	2,376	6.58	60	616
87 年	2,605	6.91	2,620	10.28	-16	600
88 年	2,649	1.69	2,859	9.10	-210	390
89 年	2,852	7.65	2,842	-0.59	10	400
90 年	2,861	0.34	3,018	6.19	-156	243
91 年	3,076	7.50	3,233	7.12	-157	87
92 年	3,368	9.48	3,371	4.29	-4	83
93 年	3,522	4.60	3,527	4.61	-4	79
94 年	3,611	2.51	3,674	4.18	-63	15
95 年	3,819	5.76	3,822	4.02	-3	12
96 年	3,874	1.44	4,011	4.96	-138	-126
97 年	4,020	3.77	4,159	3.68	-140	-265
98 年	4,031	0.28	4,348	4.53	-317	-582
99 年	4,608	14.32	4,423	1.73	185	-397
100 年	4,924	6.85	4,582	3.59	342	-55
101 年	5,072	3.01	4,806	4.90	265	210
102 年	5,557	9.57	5,021	4.47	536	746
103 年	5,695	2.49	5,181	3.19	514	1,260
104 年	6,410	12.54	5,381	3.85	1,029	2,289
105 年	5,869	-8.43	5,684	5.63	186	2,474
106 年	5,900	0.53	5,998	5.54	-98	2,376
107 年	6,061	2.73	6,328	5.49	-266	2,109
108 年	6,224	2.69	6,566	3.77	-342	1,767
109 年	6,278	0.87	6,954	5.91	-676	1,091
110 年	7,119	13.39	7,274	4.60	-155	936
111 年	7,603	6.81	7,491	2.98	113	1,049
112 年	8,110	6.66	7,771	3.74	339	1,388
113 年(自編)	8,335	2.78	8,109	4.35	226	1,614
114 年(P)	8,604	3.22	8,775	8.21	-171	1,443
115 年(P)-低推估 2.942%	8,469	-1.57	8,939	1.87	-470	972
115 年(P)-高推估 5.5%	8,467	-1.59	9,174	4.55	-707	735
85~113 年平均	4,790	4.53	4,747	4.72		

製表日期：114.05.02

- 說明：1、保險收入＝應收保險費(一般保險費+補充保險費+政府負擔不足 36%之差額)－呆帳提存+保險費  
滯納金+社會公益彩券盈餘分配收入+菸品健康福利捐分配收入+投資淨收益(利息收入－利息  
費用+買賣票券利益－投資損失)+雜項業務收入+其他業務外收入。
- 2、保險成本＝醫療給付費用總額－部分負擔－代辦部分負擔－代位求償－其他非本保險應付之費  
用+其他業務外費用。
- 3、85 年保險收支累計結餘 555 億元含 84 年結餘 371 億元，112 年(含)以前為審定決算數，113 年為  
自編決算數，114 年及 115 年為預估值。
- 4、114 年度健保費率，經行政院核定一般保險費費率維持現行為 5.17%，補充保險費費率為 2.11%；  
115 年一般保險費率假設暫以現行費率 5.17%(補充保險費率 2.11%)推估。
- 5、行政院於 112 年撥補全民健康保險基金 240 億元、113 年以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撥補 200 億元、114 年以「因應國際情勢強化經濟社會及國土安全韌  
性特別條例草案」挹注全民健康保險基金 200 億元。
- 6、行政院「因應國際情勢強化經濟社會及國土安全韌性特別條例草案」挹注全民健康保險基金，其  
中 180 億元支應 114 年藥價提高及收入受關稅影響減少。
- 7、114 年起政府健保費法定下限認列範圍，以排除其他法令部分試算。
- 8、依目前所擬之 115 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)，以總額基期淨值約 9,368.10  
億元進行計算。
- 9、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

表 7-1、112 年至 118 年健保財務收支概估(依現行費率推估)

115 年度總額成長率依總額範圍(草案)：低推估(2.942%)

單位：億元、月數

項目	112 年	113 年	114 年	115 年	116 年	117 年	118 年
	審定 決算數	自編 決算數	預估數				
醫療給付費用總額	8,364	8,755	9,286	9,644	10,138	10,649	11,220
總額(核定)成長率	3.323%	4.700%	5.500%	2.942%	5.500%	5.500%	5.500%
保險成本	7,771	8,109	8,775	8,939	9,417	9,896	10,432
保險收入	8,110	8,335	8,604	8,469	8,539	8,627	8,708
(一)應收保險費	7,730	7,989	8,256	8,338	8,418	8,525	8,633
1.一般保險費	6,075	6,294	6,489	6,553	6,599	6,661	6,724
2.補充保險費	723	707	643	636	644	654	665
3.政府負擔不足法定 36% 之差額	933	988	1,124	1,149	1,175	1,209	1,244
(二)應收保險費以外收入	380	347	348	131	121	103	75
當年保險收支餘絀	339	226	-171	-470	-878	-1,268	-1,724
保險收支累計餘絀	1,388	1,614	1,443	972	94	-1,174	-2,898
約當保險給付支出月數	2.14	2.39	1.97	1.31	0.12	-1.42	-3.34

製表日期：114.05.02

- 說明：1、應收保險費以外收入=保險費滯納金+社會公益彩券盈餘分配收入+菸品健康福利捐分配收入+投資淨收益(利息收入－利息費用+買賣票券利益－投資損失)+雜項業務收入+其他業務外收入－呆帳提存。
- 2、114 年度起全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)之總額基期淨值皆含人口費用差值金額，115 年之總額基期淨值約 9,368.10 億元。
- 3、112 至 114 年總額核定成長率分別為 3.323%、4.7%、5.5%。  
115 年總額成長率依總額範圍(草案)低推估值 2.942%推估。  
116 年起總額成長率依總額範圍(草案)高推估值 5.5%推估。
- 4、行政院於 112 年撥補全民健康保險基金 240 億元、113 年以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撥補 200 億元、114 年以「因應國際情勢強化經濟社會及國土安全韌性特別條例草案」挹注全民健康保險基金 200 億元。
- 5、行政院「因應國際情勢強化經濟社會及國土安全韌性特別條例草案」挹注全民健康保險基金，其中 180 億元支應 114 年藥價提高及收入受關稅影響減少。
- 6、114 年起政府健保費法定下限認列範圍，以排除其他法令部分試算。
- 7、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

表7-2、112年至118年健保財務收支概估(依現行費率推估)

115年度總額成長率依總額範圍(草案)：高推估(5.5%)

單位：億元、月數

項目	112 年	113 年	114 年	115 年	116 年	117 年	118 年
	審定 決算數	自編 決算數	預估數				
醫療給付費用總額	8,364	8,755	9,286	9,883	10,390	10,915	11,500
總額(核定)成長率	3.323%	4.700%	5.500%	5.500%	5.500%	5.500%	5.500%
保險成本	7,771	8,109	8,775	9,174	9,651	10,143	10,693
保險收入	8,110	8,335	8,604	8,467	8,533	8,617	8,693
(一)應收保險費	7,730	7,989	8,256	8,338	8,418	8,525	8,633
1.一般保險費	6,075	6,294	6,489	6,553	6,599	6,661	6,724
2.補充保險費	723	707	643	636	644	654	665
3.政府負擔不足法定 36% 之差額	933	988	1,124	1,149	1,175	1,209	1,244
(二)應收保險費以外收入	380	347	348	130	115	92	60
當年保險收支餘絀	339	226	-171	-707	-1,117	-1,526	-2,000
保險收支累計餘絀	1,388	1,614	1,443	735	-382	-1,908	-3,908
約當保險給付支出月數	2.14	2.39	1.97	0.96	-0.48	-2.26	-4.39

製表日期：114.05.02

- 說明：1、應收保險費以外收入=保險費滯納金+社會公益彩券盈餘分配收入+菸品健康福利捐分配收入+投資淨收益(利息收入－利息費用+買賣票券利益－投資損失)+雜項業務收入+其他業務外收入－呆帳提存。
- 2、114 年度起全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)之總額基期淨值皆含人口費用差值金額，115 年之總額基期淨值約 9,368.10 億元。
- 3、112 至 114 年總額核定成長率分別為 3.323%、4.7%、5.5%。  
115 年起總額成長率依總額範圍(草案)高推估值 5.5%推估。
- 4、行政院於 112 年撥補全民健康保險基金 240 億元、113 年以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撥補 200 億元、114 年以「因應國際情勢強化經濟社會及國土安全韌性特別條例草案」挹注全民健康保險基金 200 億元。
- 5、行政院「因應國際情勢強化經濟社會及國土安全韌性特別條例草案」挹注全民健康保險基金，其中 180 億元支應 114 年藥價提高及收入受關稅影響減少。
- 6、114 年起政府健保費法定下限認列範圍，以排除其他法令部分試算。
- 7、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。



**表8-1、112年至118年健保財務收支概估(依平衡費率推估)**

**115年度總額成長率依總額範圍(草案)：低推估(2.942%)**

單位：億元、月數

項目	112 年	113 年	114 年	115 年	116 年	117 年	118 年
	審定 決算數	自編 決算數	預估數				
醫療給付費用總額	8,364	8,755	9,286	9,644	10,138	10,649	11,220
總額(核定)成長率	3.323%	4.700%	5.500%	2.942%	5.500%	5.500%	5.500%
保險成本	7,771	8,109	8,775	8,939	9,417	9,896	10,432
保險收入	8,110	8,335	8,604	8,949	9,422	9,901	10,141
(一)應收保險費	7,730	7,989	8,256	8,817	9,291	9,773	10,017
1.一般保險費	6,075	6,294	6,489	6,927	7,278	7,625	7,787
2.補充保險費	723	707	643	669	707	747	770
3.政府負擔不足法定 36% 之差額	933	988	1,124	1,220	1,306	1,400	1,459
(二)應收保險費以外收入	380	347	348	133	131	129	125
當年保險收支餘絀	339	226	-171	10	5	5	-291
保險收支累計餘絀	1,388	1,614	1,443	1,453	1,458	1,463	1,172
約當保險給付支出月數	2.14	2.39	1.97	1.95	1.86	1.78	1.35

製表日期：114.05.02

說明：1、應收保險費以外收入=保險費滯納金+社會公益彩券盈餘分配收入+菸品健康福利捐分配收入+投資淨收益(利息收入-利息費用+買賣票券利益-投資損失)+雜項業務收入+其他業務外收入-呆帳提存。

2、114 年度起全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)之總額基期淨值皆含人口費用差值金額，115 年之總額基期淨值約 9,368.10 億元。

3、112 至 114 年總額核定成長率分別為 3.323%、4.7%、5.5%。

115 年總額成長率依總額範圍(草案)低推估值 2.942%推估。

116 年起總額成長率依總額範圍(草案)高推估值 5.5%推估。

4、114 年度健保費率，經行政核定一般保險費費率維持現行為 5.17%(補充保險費費率為 2.11%)；115 年至 117 年收支平衡費率分別為 5.47%、5.71%及 5.93%，惟 118 年收支平衡費率為 6.18%，超過法定上限 6%，以 6%計算。

5、行政院於 112 年撥補全民健康保險基金 240 億元、113 年以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撥補 200 億元、114 年以「因應國際情勢強化經濟社會及國土安全韌性特別條例草案」挹注全民健康保險基金 200 億元。

6、行政院「因應國際情勢強化經濟社會及國土安全韌性特別條例草案」挹注全民健康保險基金，其中 180 億元支應 114 年藥價提高及收入受關稅影響減少。

7、114 年起政府健保費法定下限認列範圍，以排除其他法令部分試算。

8、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

**表8-2、112年至118年健保財務收支概估(依平衡費率推估)**

**115年度總額成長率依總額範圍(草案)：高推估(5.5%)**

單位：億元、月數

項目	112 年	113 年	114 年	115 年	116 年	117 年	118 年
	審定 決算數	自編 決算數	預估數				
醫療給付費用總額	8,364	8,755	9,286	9,883	10,390	10,915	11,500
總額(核定)成長率	3.323%	4.700%	5.500%	5.500%	5.500%	5.500%	5.500%
保險成本	7,771	8,109	8,775	9,174	9,651	10,143	10,693
保險收入	8,110	8,335	8,604	9,188	9,663	10,016	10,139
(一)應收保險費	7,730	7,989	8,256	9,056	9,533	9,889	10,018
1.一般保險費	6,075	6,294	6,489	7,115	7,466	7,714	7,787
2.補充保險費	723	707	643	686	725	757	771
3.政府負擔不足法定 36% 之差額	933	988	1,124	1,255	1,343	1,419	1,460
(二)應收保險費以外收入	380	347	348	132	130	127	121
當年保險收支餘絀	339	226	-171	14	12	-126	-554
保險收支累計餘絀	1,388	1,614	1,443	1,456	1,468	1,342	788
約當保險給付支出月數	2.14	2.39	1.97	1.91	1.83	1.59	0.88

製表日期：114.05.02

- 說明：1、應收保險費以外收入=保險費滯納金+社會公益彩券盈餘分配收入+菸品健康福利捐分配收入+投資淨收益(利息收入-利息費用+買賣票券利益-投資損失)+雜項業務收入+其他業務外收入-呆帳提存。
- 2、114 年度起全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)之總額基期淨值皆含人口費用差值金額，115 年之總額基期淨值約 9,368.10 億元。
- 3、112 至 114 年總額核定成長率分別為 3.323%、4.7%、5.5%。  
115 年起總額成長率依總額範圍(草案)高推估值 5.5%推估。
- 4、114 年度健保費率，經行政核定一般保險費費率維持現行為 5.17%(補充保險費費率為 2.11%)；115 年至 116 年收支平衡費率分別為 5.62%、5.86%，惟 117 年及 118 年收支平衡費率分別為 6.08%、6.34%，超過法定上限 6%，以 6%計算。
- 5、行政院於 112 年撥補全民健康保險基金 240 億元、113 年以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撥補 200 億元、114 年以「因應國際情勢強化經濟社會及國土安全韌性特別條例草案」挹注全民健康保險基金 200 億元。
- 6、行政院「因應國際情勢強化經濟社會及國土安全韌性特別條例草案」挹注全民健康保險基金，其中 180 億元支應 114 年藥價提高及收入受關稅影響減少。
- 7、114 年起政府健保費法定下限認列範圍，以排除其他法令部分試算。
- 8、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

表9、付費者之付費能力參考指標

	102 年	103 年	104 年	105 年	106 年	107 年	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年	113 年	114 年 (預估)
名目國內生產毛額 成長率(GDP) <sup>註1</sup>	4.04	6.47	4.90	2.93	2.60	2.26	3.01	5.53	8.74	4.81	3.40	8.28	5.23
實質國內生產毛額 成長率 <sup>註1</sup> (經濟成長率)	2.48	4.72	1.47	2.17	3.66	2.91	3.06	3.42	6.72	2.68	1.12	4.59	3.14
名目國民所得 年增率(NI) <sup>註1</sup>	5.58	7.71	4.56	2.99	2.79	1.65	2.35	5.94	9.11	4.15	1.49	10.36	5.59
實質國民所得年增率 <sup>註1</sup>	4.16	7.08	5.82	2.37	2.96	0.75	2.52	7.24	5.58	0.32	1.45	7.19	-
受雇員工每人每月 平均薪資成長率 (工業及服務業總計) <sup>註2</sup>	0.03	3.60	2.54	0.62	2.80	3.62	-	1.36	3.41	3.41	0.65	4.42	-
失業率 <sup>註3</sup>	4.18	3.96	3.78	3.92	3.76	3.71	3.73	3.85	3.95	3.67	3.48	3.38	3.33
健保平均投保金額 成長率 <sup>註4</sup>	1.93	1.56	1.65	1.46	1.52	2.93	2.01	1.71	1.50	4.09	3.54	3.91	3.51
健保應收保險費成長 率 <sup>註4</sup>	13.77	4.63	1.07	-4.18	2.90	3.42	2.80	0.82	13.83	7.26	3.80	3.47	3.35
健保醫療費用成長率 <sup>註4</sup>	4.44	3.28	3.38	4.91	5.64	4.67	4.39	5.24	4.10	3.30	3.35	4.68	6.06
每人健保醫療費用 成長率 <sup>註4</sup>	3.73	2.68	2.75	4.56	5.24	4.40	4.17	5.14	4.40	4.05	2.97	4.36	3.12
國民醫療保健支出 占GDP比率 <sup>註5</sup>	6.91	6.79	6.72	6.87	7.08	7.38	7.49	7.68	7.59	7.76	7.77	-	-
健保支出占GDP比率 <sup>註5</sup>	3.62	3.51	3.46	3.53	3.63	3.72	3.77	3.76	3.60	3.55	3.54	3.43	3.45
健保支出占國民醫療 保健支出比率 <sup>註5</sup>	52.39	51.78	51.54	51.37	51.29	50.4	50.33	48.97	47.39	45.71	45.59	-	-
家庭部門占國民醫療 保健支出比率 <sup>註5</sup>	37.84	37.59	37.37	36.94	37.73	37.49	37.97	36.96	34.82	34.92	36.15	-	-

註：

- 1、名目國內生產毛額成長率、實質國內生產毛額成長率及名目國民所得年增率係參考中華民國統計資訊網之「國民所得及經濟成長」資料，網址為 <https://www.stat.gov.tw/cp.aspx?n=2674> 中「國民所得統計常用資料」，其中 113 年為初步統計值，114 年為預測值；實質國民所得年增率資料網址為 <https://www.stat.gov.tw/News.aspx?n=2676&sms=11025> 中「1-1 GDP、GNI 及 NI」以 110 年為參考年。
- 2、受雇員工每人每月平均薪資成長率係參考主計總處薪情平台，週期選年資料，性別選總計，其餘選項選「每人每月總薪資」、「工業及服務業」、「較上年同期增減綠」，網址為 [https://earnings.dgbas.gov.tw/query\\_payroll.aspx](https://earnings.dgbas.gov.tw/query_payroll.aspx)，另因 108 年行業擴增幅度較大，為比較基礎一致，當年數據不與前一年資料進行比較。
- 3、失業率係參考中華民國統計資訊網之「就業、失業統計」，網址為 [https://manpower.dgbas.gov.tw/dgbas\\_community/](https://manpower.dgbas.gov.tw/dgbas_community/) 項下「常用資料查詢」「失業率」，101 至 113 年為年平均値，114 年為 1 至 3 月累計平均値。
- 4、健保平均投保金額成長率、健保應收保險費成長率為健保署提供資料；健保醫療費用成長率 101 年至 111 年參考健保會 106 年、108 年和 113 年「總額協商參考指標要覽」中「一、醫療費用支出」之總額預算値，網址為 <https://dep.mohw.gov.tw/nhic/lp-1665-116.html>，114 使用健保總額公告金額，網址為 <https://dep.mohw.gov.tw/NHIC/cp-1661-81143-116.html>；每人健保醫療費用成長率係使用歷年健保總額公告金額除以健保署提供投保人數後計算成長率而得。
- 5、國民醫療保健支出係參考本部統計處「國民醫療保健支出統計表」中表 1「國民醫療保健支出指標」，其中家庭部門金額參考「國民醫療保健支出統計表」中表 2 數値，網址為 <https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-5071-113.html>；而健保支出參考歷年健保總額公告金額。

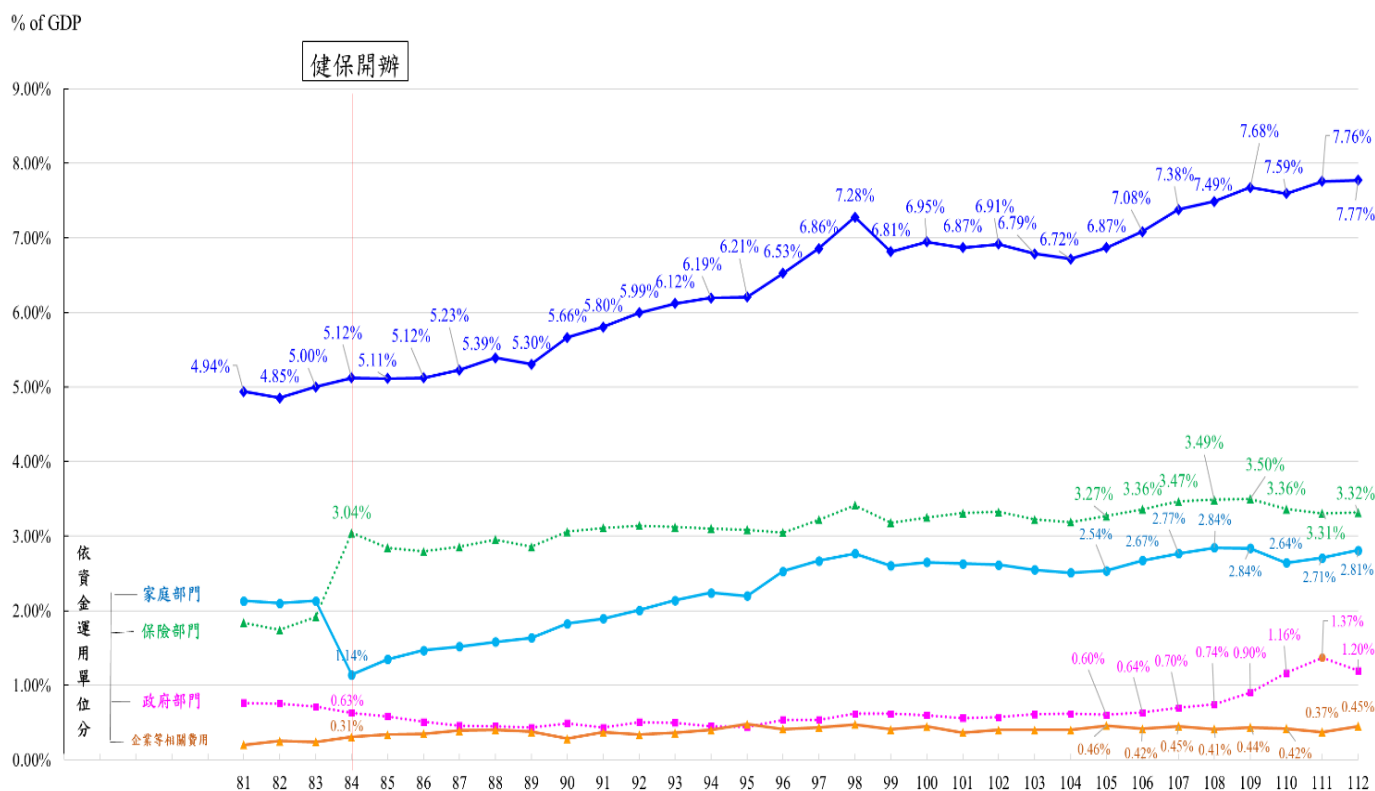


圖3、歷年我國醫療保健支出占GDP比率與保險、民間及政府部門占GDP比率(至112年)

資料來源：本部發布之「111年國民醫療保健支出統計分析」。

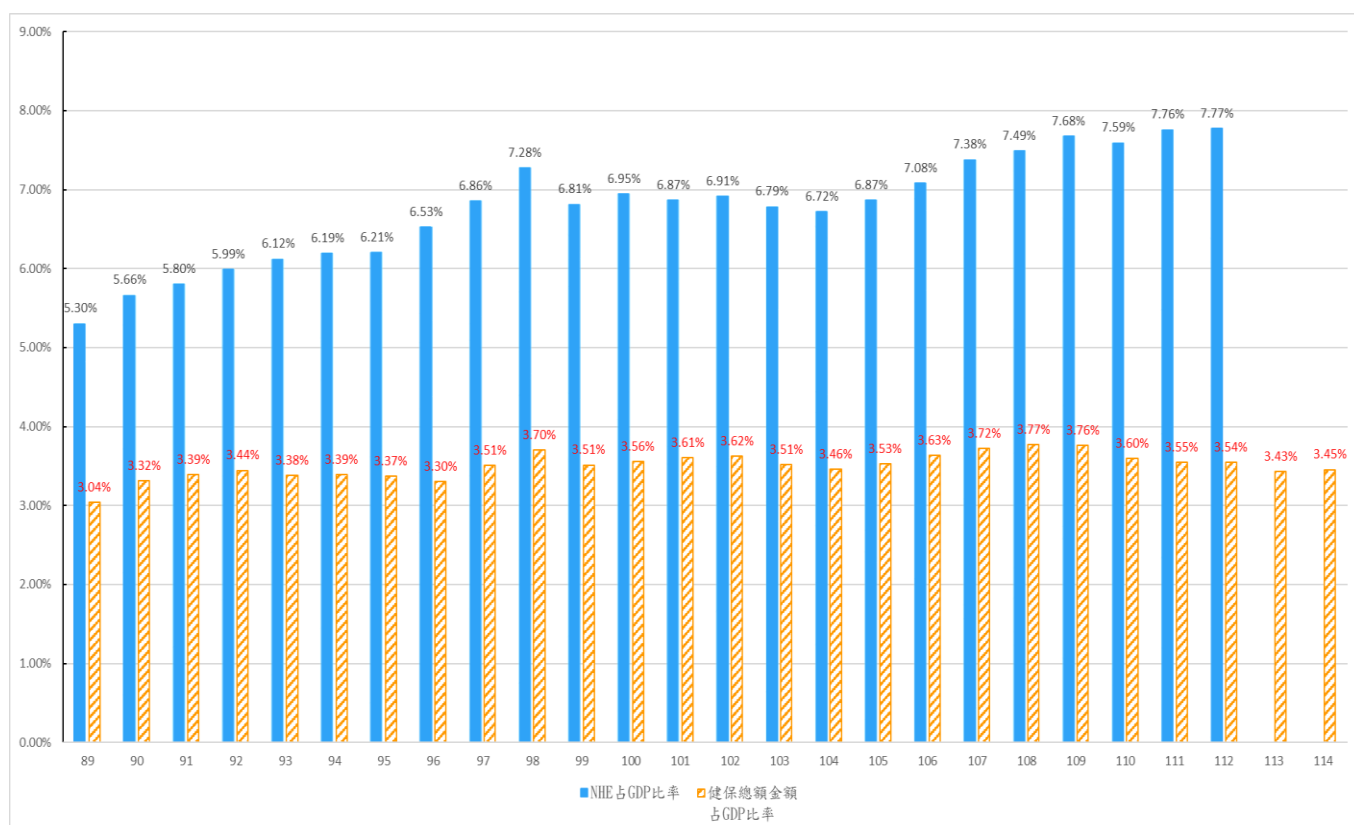


圖4、歷年健保總額占GDP比率趨勢圖

## 第五章 行政院核定 114 年度總額範圍之函示事項辦理情形

行政院 113 年 8 月 30 日院臺衛字第 1131022481 號函，除核定 114 年度健保醫療給付費用成長率範圍，並函示 2 點事項：

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

本部說明如下：

- 一、 為使健保長期財務穩健、永續經營，本部改革措施與未來規劃方向
  - (一)於支出面，精進總額制度，穩定醫療服務點值及配置資源，調整支付標準，讓醫療提供者得到合理給付，鞏固醫療照護量能，推動分級醫療、大家醫平台、健康雲端、部分負擔，以提升健保資源運用效率，抑制不必要支出。
  - (二)於財務面，持續編列公務預算，擴大政府財政挹注，強化政府財務責任，檢討投保金額上限，補充保險費制度改革，以符合量能負擔之精神，並研議爭取保險費以外其他經費挹注等多元財務方案。二代健保後已建立收支連動機制，為維持收支平衡，

將持續透過該機制，檢討保險給付與保險費率，並與時俱進滾動調整各項計畫，以確保健保永續發展。

## 二、有關癌症新藥暫時性支付專款及健保支出項目移由公務預算

- (一) 依總統政見及行政院指示，成立癌症新藥基金，逐年透過暫時性支付機制及專款使用，以縮短癌症新藥給付時程，讓病友及早取得突破性新藥，降低其經濟負擔。
- (二) 114 年先由公務預算 50 億元挹注全民健康保險基金，指定用於「癌症新藥暫時性支付專款」，暫予收載已取得藥品許可證，且臨床療效證據明確但受總額預算限制尚未收載之癌症新藥或新適應症，搭配前瞻式預算機制，提升癌症新藥可及性及減輕民眾癌症治療負擔。
- (三) 刻正擬具「癌症新藥暫時性支付專款作業原則」，納入專款之藥品以 2 至 3 年為原則，最長不得超過 5 年。於暫時性支付期間，蒐集相關資料後再評估，經提報藥品共同擬訂會議決定是否納入常規健保給付。
- (四) 專款之藥品預計可納入常規健保給付前，依真實臨床使用狀況推估下一年度所需藥費較精準之預算，以編列足夠之新藥預算向健保會爭取於總額內之新醫療科技-新藥項目。
- (五) 新癌藥暫時性支付 50 億元，與總額基期、協商因素中之新醫療科技無重複編列；另 114 年總額移出由公務預算支應項目，已於 114 年總額中扣除其預算額度，與公務預算未重複。

## 第六章 結 論

依健保法第 60 條規定，本部擬訂 115 年度健保醫療給付費用總額成長率範圍經 114 年 5 月 21 日諮詢健保會，其範圍為 2.942%至 5.5%，預估整體健保醫療費用約為 9,643.70 億元至 9,883.35 億元，相較於基期增加約 275.59 億元至 515.25 億元。其中，低推估值考量投保人口結構改變對醫療費用之影響率、醫療服務成本指數改變率及投保人口預估成長率；高推估值則在低推估值之基礎下，依據 115 年規劃目標及平衡民眾付費能力等估計而得。

本部亦參考近期府院施政方向，為達成「健康台灣」、「健保永續」，積極推動多項措施，包括強化全人照護、充足醫療人力、提升醫療服務品質、加速導入新醫療科技、提升醫療可近性與效能等多元面向。

後續俟行政院核定後交議健保會進行 115 年度醫療給付費用總額協定及分配，以保障民眾醫療權益及獲得妥適醫療照護，並逐步改善醫療照護品質及醫護人員執業環境，俾持續提升全民健康。

報告單位：中央健康保險署

案由：有關 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一案，請鑒察。

中央健康保險署說明：

一、 法令依據：

- (一) 依全民健康保險法第 73 條規定：保險醫事服務機構當年領取之保險醫療費用超過一定數額者，應於期限內向保險人提報經會計師簽證或審計機關審定之全民健康保險業務有關之財務報告，保險人並應公開之。
- (二) 次依「全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法」第 4 條規定略以，保險醫事服務機構自中華民國一百零二年起，其領取之保險醫療費用超過一定數額者，應於次年向保險人提報經各該主管機關審核通過之財務報告，由保險人彙整公開。
- (三) 各院所財務報告之審核機關為各該院所之主管機關，如公立院所依其屬性主管機關分別為國軍退除役官兵輔導委員會、國防部、教育部、各縣市政府等，並依據主計機關規定編製財務報告，由審計部審定；醫療法人機構之主管機關為衛生福利部，並依據醫療法人財務報告編製準則編製；非上開機構則依一般公認會計原則編製，經會計師簽證。
- (四) 綜上，本署依法將保險醫療費用超過一定數額之院所經會計師簽證或審計機關審定之財務報告予以公開，對所提財報內容均尊重各主管機關管理之權。

二、 辦理經過：

- (一) 財報公布至今辦理 11 年(102-112 年)，107 年起應提財務報告門檻為 2 億(102 年-111 年提報院所數如表 1)。
- (二) 本次公告 112 年財務報表共計 237 家，其中包含 3 家診所 (遠東聯合診所、書田泌尿科診所、安慎診所)及 2 家醫事檢驗所(登全醫事檢驗所、信品醫事檢驗所)，其中醫院總家數較 111 年減少 1 家(新增 2 家醫院：新竹馬偕兒童醫院、屏東榮總醫院；減少 3 家：新國民法人醫院、迦樂醫院、維馨乳房外科醫院)，其餘醫療院所家數與 111 年相同。

三、 本署依 112 年 237 家院所財務報告，結合本署相關申報資料，本次財務報告分析如下：

(一) 醫務收支情形 (表 2)：

整體分析：結餘 189 家(占 8 成)，48 家虧損(占 2 成)；232 家醫院層級分析如下：

1. 19 家醫學中心：18 家結餘(結餘最多者為中國醫藥大學附設醫院，26.99 億元)、1 家虧損(花蓮慈濟醫院，-1.24 億元)。
2. 82 家區域醫院：74 家結餘(占 90.2%，結餘最多者為新竹馬偕紀念醫院，7.48 億元)、8 家虧損(9.8%，虧損最多者為基隆長庚醫院，-



3.27 億元)。

3. 131 家地區醫院：92 家結餘(占 70.2%，結餘最多者為陽明醫院，6.4 億元)、39 家虧損(29.8%，虧損最多者為臺大生醫(併臺大新竹)，-3.12 億元)。

(二) 醫務結餘前 20 大醫院(醫學中心 8 家、區域醫院 9 家、地區醫院 3 家)(表 3)：

1. 醫務結餘在 4.20 億元(聯新醫院)至 26.99 億元(中國醫藥大學附設醫院)之間，其醫務利益率在 2.7%(高雄長庚)至 41.5%(陽明醫院)。
2. 全日平均護病比分析：(依醫療機構設置標準規定，全日平均護病比，醫學中心為 9 人以下、區域醫院為 12 人以下、地區醫院為 15 人以下)
  - (1) 8 家醫學中心：7~8 者有 7 家(奇美醫院(7.3)、成大附醫(7.4)、中山附醫(7.5)、台中榮總(7.6)、高雄長庚(7.7)、亞東醫院(7.7)、高醫附醫醫院(7.8))，高於 8 者有 1 家(中國醫藥大學附設醫院(8.6))。
  - (2) 9 家區域醫院：全日平均護病比在 8-9 有 3 家，9-10 有 3 家，10-11 有 2 家，臺北市聯醫 7 間院區護病比不同，林森院區(0.1)最低，其次為中興院區(7.7)；陽明(9.2)最高。
  - (3) 3 家地區醫院：桃園長庚(9.8)、亞大醫院(11.4)、陽明醫院(11.9)。

(三) 醫務短絀前 20 大醫院：醫學中心 1 家、區域醫院 6 家、地區醫院 13 家(表 4)：

1. 醫務短絀在 0.19 億元(龍潭敏盛、怡仁綜合)至 3.27 億元(基隆長庚醫院)之間，其醫務利益率在-0.9%(大千綜合醫院)至-12.9%(玉里慈濟醫院、國仁醫院)。
2. 全日平均護病比分析：
  - (1) 1 家醫學中心：花蓮慈濟醫院(8.4)。
  - (2) 6 家區域醫院：低於 9(含)者有 3 家(臺大新竹併臺大生醫、和信醫院、大林慈濟)，9(不含)-10 者有 1 家，高於 10 者有 2 家(基隆長庚、龍潭敏盛)。
  - (3) 13 家地區醫院：低於 7 者有 1 家(玉里慈濟)，7-8 者有 2 家，8-9 者有 1 家，9-11 者有 4 家，高於 11 者有 3 家(關渡醫院、大千綜合醫院、成大斗六分院)，另龍潭敏盛及萬華醫院不計算全日護病比。

(四) 固定資產占率 112 年中位數為 44.0%，係近 6 年來(107-112)最高(表 5)。

(五) 有關人事費用占率部分，相較 111 年中位數由 45.6%上升至 46.6%，上升 1.0%(表 6)，多數醫院的人事費用占率略有增加。

四、本署已於 114 年 5 月 29 日發布新聞稿供各界參考。

決定：

表 1、102 年-112 年提報院所數列表

財報年度	提報年度	提報門檻(億元)	提報院所家數	提報家數占率	健保領取金額占率
102	103	6	109	21.60%	85.40%
103	104		111	22.70%	85.70%
104	105		112	22.80%	86.10%
105	106	4	148	31.00%	90.50%
106	107		150	31.40%	90.50%
107	108	2	*219 其中醫院 214 家	44.03%	95.15%
108	109		**223 其中醫院 220 家	46.32%	95.41%
109	110		**227 其中醫院 224 家	47.56%	95.66%
110	111		***225 其中醫院 221 家	47.02%	95.64%
111	112		****238 其中醫院 233 家	48.44%	96.28%
112	113		****237 其中醫院 232 家	49.57%	96.22%

備註：

1. 提報家數占率:提報醫院家數/申報醫療費用醫院家數。
2. 健保領取金額占率:提報醫院健保金額/整體醫院健保金額(扣繳憑單)。
3. \*107 年提報家數含 4 家診所及 1 家藥局；\*\*108 年及 109 年提報家數含 3 家診所；  
\*\*\*110 年提報家數含 3 家診所及 1 家醫事檢驗所；\*\*\*\*111 及 112 年提報家數含 3 家診所及 2 家醫事檢驗所。
4. 110 年較 109 年提報家數共減少 2 家：
  - (1) 增加 2 家：110 年扣繳憑單逾 2 億元：登全醫檢所、豐榮醫院。
  - (2) 減少 4 家：①110 年扣繳憑單不足 2 億元(2 家)：同仁院醫療財團法人萬華醫院、茂隆骨科醫院②財報併報(2 家)：員榮醫院(終止特約)併員生醫院、台大生醫併台大新竹。
5. 111 年較 110 年提報家數共增加 13 家(12 家醫院及 1 加檢驗所)。
6. 112 年較 111 年提報家數新增 2 家醫院(新竹馬偕兒童醫院、屏東榮總醫院)及減少 3 家醫院(新國民法人醫院、迦樂醫院、維馨乳房外科醫院)。

表 2、各層級院所醫務收支結餘分析

年度	特約別	結餘			短絀			家數 合計
		家數	金額(億)	家數占率	家數	金額 (億)	家數占率	
102 年	醫學中心	12	57.85	63.16%	7	-18.02	36.8%	19
	區域醫院	54	48.46	72.97%	20	-16.21	27.0%	74
	地區醫院	10	9.14	62.50%	6	-1.75	37.5%	16
	小計	76	115.45	69.72%	33	-35.98	30.3%	109
103 年	醫學中心	13	66.27	68.42%	6	-12.81	31.6%	19
	區域醫院	53	53.59	72.60%	20	-19.85	27.4%	73
	地區醫院	12	11.98	63.16%	7	-2.07	36.8%	19
	小計	78	131.84	70.27%	33	-34.73	29.7%	111
104 年	醫學中心	13	66.92	68.42%	6	-8.63	31.6%	19
	區域醫院	56	54.05	74.67%	19	-15.40	25.3%	75
	地區醫院	12	10.83	66.67%	6	-1.66	33.3%	18
	小計	81	131.81	72.32%	31	-25.70	27.7%	112
105 年	醫學中心	15	58.65	78.95%	4	-5.62	21.1%	19
	區域醫院	65	65.33	81.25%	15	-11.40	18.8%	80
	地區醫院	34	15.76	69.39%	15	-5.01	30.6%	49
	小計	114	139.74	77.03%	34	-22.04	23.0%	148
106 年	醫學中心	14	60.56	73.68%	5	-5.58	26.3%	19
	區域醫院	64	67.48	81.01%	15	-16.63	19.0%	79
	地區醫院	39	20.93	75.00%	13	-4.99	25.0%	52
	小計	117	148.97	78.00%	33	-27.19	22.0%	150
107 年	醫學中心	9	51.20	47.37%	10	-10.30	52.6%	19
	區域醫院	63	67.62	75.90%	20	-22.67	24.1%	83
	地區醫院	74	31.83	66.07%	38	-13.50	33.9%	112
	基層診所	4	1.55	100.00%	0	0.00	0.0%	4
	藥局	0	0	0.00%	1	-0.003	100.0%	1
	小計	150	152.20	68.49%	69	-46.47	31.5%	219
108	醫學中心	13	53.15	68.42%	6	-17.35	31.6%	19

年度	特約別	結餘			短絀			家數 合計
		家數	金額(億)	家數占率	家數	金額 (億)	家數占率	
107 年	區域醫院	65	79.32	80.25%	16	-17.88	19.8%	81
	地區醫院	86	40.28	71.67%	34	-11.44	28.3%	120
	基層診所	3	1.07	100.00%	0	0.00	0.0%	3
	小計	167	173.82	74.89%	56	-46.68	25.1%	223
109 年	醫學中心	13	81.22	68.42%	6	-13.71	31.6%	19
	區域醫院	63	82.28	77.78%	18	-15.78	22.2%	81
	地區醫院	83	42.70	66.94%	41	-22.13	33.1%	124
	基層診所	3	1.23	100.00%	0	0.00	0.0%	3
	小計	162	207.42	71.37%	65	-51.62	28.6%	227
110 年	醫學中心	15	80.06	78.95%	4	-7.77	21.1%	19
	區域醫院	63	96.38	77.78%	18	-8.70	22.2%	81
	地區醫院	81	48.13	66.94%	40	-12.59	33.1%	121
	基層診所	3	1.56	100.00%	0	0.00	0.0%	3
	醫事檢驗所	1	0.16	100.00%	0	0.00	0.0%	1
	小計	163	226.29	72.44%	62	-29.06	27.6%	225
111 年	醫學中心	18	111.87	94.74%	1	-2.06	5.3%	19
	區域醫院	68	135.45	83.95%	13	-10.35	16.0%	81
	地區醫院	97	73.33	72.93%	36	-9.77	27.1%	133
	基層診所	3	1.65	100.00%	0	0.00	0.0%	3
	醫事檢驗所	2	0.49	100.00%	0	0.00	0.0%	2
	小計	188	322.79	78.99%	50	-22.18	21.0%	238
112 年	醫學中心	18	107.20	94.74%	1	-1.24	5.3%	19
	區域醫院	74	124.50	90.24%	8	-9.80	9.8%	82
	地區醫院	92	64.89	70.23%	39	-14.97	29.8%	131
	基層診所	3	0.62	100.00%	0	0.00	0.0%	3
	醫事檢驗所	2	0.58	100.00%	0	0.00	0.0%	2
	小計	189	297.80	79.75%	48	-26.01	20.3%	237

註 1.107 年提報家數含 4 家診所(遠東聯合診所、書田泌尿科診所、安慎診所、斗六慈濟診所)及 1 家藥局(台北政昇藥局：整體結餘為 0，醫務結餘-32.4 萬，非醫務結餘 32.5 萬，所得稅 0.1 萬)。

註 2.108 年提報家數含 3 家診所(遠東聯合診所、書田泌尿科診所、安慎診所)。斗六慈濟診所 108 年度變更層級為地區醫院-斗六慈濟醫院。

註 3.109 年提報家數含 3 家診所(遠東聯合診所、書田泌尿科診所、安慎診所)。

註 4.110 年提報家數含 3 家診所(遠東聯合診所、書田泌尿科診所、安慎診所)及 1 家檢驗所(登全醫事檢驗所)。110 年較 109 年提報家數共減少 2 家：

(1) 增加 2 家：110 年扣繳憑單逾 2 億元：登全醫檢所、豐榮醫院。

(2) 減少 4 家：①110 年扣繳憑單不足 2 億元(2 家)：同仁院醫療財團法人萬華醫院、茂隆骨科醫院②財報併報(2 家)：員榮醫院(終止特約)併員生醫院、台大生醫併台大新竹。

註 5.111 及 112 年提報家數含 3 家診所(遠東聯合診所、書田泌尿科診所、安慎診所)及 2 家檢驗所(登全醫事檢驗所、信品醫事檢驗所)。

註 6.111 年較 110 年提報家數共增加 13 家：

中國醫藥大學附設醫院豐原分院、信品醫事檢驗所、同仁院醫療財團法人萬華醫院、東華醫院、茂隆骨科醫院、營新醫院、新國民醫療社團法人新國民醫院、迦樂醫療財團法人迦樂醫院、國軍臺中總醫院中清分院附設民眾診療服務處、佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院、維馨乳房外科醫院、臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院壽豐分院、博田國際醫院。

註 7.112 年較 111 年提報家數減少 1 家：

(1)增加 2 家：屏東榮民總醫院、新竹市立馬偕兒童醫院(委託台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人興)。

(2)減少 3 家：新國民醫療社團法人新國民醫院、迦樂醫療財團法人迦樂醫院、維馨乳房外科醫院。

表 3、112 年醫務收支結餘前 20 大院所

流水號	特約類別	院所代號	院所名稱	醫務利益(億元)	整體利益(億元)	醫師數(人)	病床數(床)	門住合計醫療點數(億點)	門診件數(萬件)	門診醫療點數(億點)	住診件數(萬件)	住診醫療點數(億點)	住院天數(萬日)	醫務收入(億元)	醫務成本(億元)	醫務利益率	人事費用率占率	全日平均護病比
1	醫學中心	1317050017	中國醫藥大學附設醫院	26.99	30.84	1,110	2,157	198.44	303.48	110.98	9.21	87.46	63.34	257.528	226.810	10.5%	39.6%	8.6
2	醫學中心	1302050014	財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院	12.65	16.20	971	1,656	126.08	184.54	63.08	6.50	63.00	50.80	161.193	137.810	7.8%	44.2%	7.8
3	醫學中心	0617060018	臺中榮民總醫院	10.37	20.60	986	1,572	158.00	203.32	87.86	8.95	70.14	50.96	194.250	164.234	5.3%	34.3%	7.6
4	醫學中心	1317040011	中山醫學大學附設醫院	8.20	12.11	550	1,114	82.43	116.17	45.91	4.40	36.52	29.59	108.896	99.384	7.5%	30.7%	7.5
5	區域醫院	1112010519	台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人新竹馬偕紀念醫院	7.48	7.00	161	468	36.13	78.44	24.32	1.81	11.81	10.28	48.670	37.166	15.4%	40.9%	8.5
6	醫學中心	1131010011	醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院	7.08	9.00	665	1,329	106.06	192.02	60.94	5.14	45.13	36.75	145.908	121.660	4.9%	45.9%	7.7
7	地區醫院	1522011115	陽明醫院	6.40	6.56	45	345	14.47	45.82	10.77	0.56	3.69	4.19	15.440	8.321	41.5%	36.3%	11.9
8	醫學中心	1142100017	長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院	5.87	44.26	1,140	2,591	171.86	236.43	92.17	8.17	79.69	77.88	219.649	207.704	2.7%	45.5%	7.7
9	醫學中心	1141310019	奇美醫療財團法人奇美醫院	5.84	8.22	727	1,273	96.77	146.86	49.41	5.38	47.36	38.51	121.615	102.738	4.8%	46.7%	7.3
10	區域醫院	1331040513	衛生福利部雙和醫院〈委託臺北醫學大學興建經營〉	5.70	8.78	610	1,149	81.59	160.90	48.30	4.11	33.29	30.29	104.745	87.163	5.4%	52.4%	8.7
11	區域醫院	1301170017	臺北醫學大學附設醫院	5.27	7.42	567	720	61.48	124.41	39.59	2.78	21.89	17.95	95.517	76.431	5.5%	51.1%	8.6
12	區域醫院	0102070020	高雄市立大同醫院〈委託財團法人私立高雄醫學大學經營〉	5.24	5.20	126	510	34.40	85.17	22.80	1.74	11.59	11.64	42.077	33.527	12.4%	44.2%	9.2
13	地區醫院	1132071036	長庚醫療財團法人桃園長庚紀念醫院	5.21	15.43	145	664	33.04	101.09	28.39	0.78	4.65	12.90	44.818	37.954	11.6%	42.6%	9.8

流水號	特約類別	院所代號	院所名稱	醫務利益(億元)	整體利益(億元)	醫師數(人)	病床數(床)	門住合計醫療點數(億點)	門診件數(萬件)	門診醫療點數(億點)	住診件數(萬件)	住診醫療點數(億點)	住院天數(萬日)	醫務收入(億元)	醫務成本(億元)	醫務利益率	人事費用率占率	全日平均載病比
14	區域醫院	1305370013	臺南市立安南醫院-委託中國醫藥大學興建經營	5.21	6.17	172	958	35.56	80.71	20.33	2.09	15.23	18.68	44.275	36.256	11.8%	47.1%	9.7
15	區域醫院	0101090517	臺北市立聯合醫院	4.96	6.62	948	2,983	109.10	354.78	68.35	5.92	40.75	71.55	127.712	106.710	3.9%	39.2%	註9
16	地區醫院	1303180011	亞洲大學附屬醫院	4.61	5.01	120	431	31.27	74.06	19.23	1.77	12.05	10.50	37.500	30.655	12.3%	39.6%	11.4
17	醫學中心	0421040011	國立成功大學醫學院附設醫院	4.58	19.91	934	1,335	124.54	171.68	69.38	5.60	55.15	41.96	142.789	116.610	3.2%	38.1%	7.4
18	區域醫院	1141090512	奇美醫療財團法人柳營奇美醫院	4.54	4.71	173	877	46.11	73.38	22.72	3.42	23.38	23.83	56.849	46.708	8.0%	47.8%	9.3
19	區域醫院	1101160017	振興醫療財團法人振興醫院	4.26	5.15	295	1,023	67.61	138.84	36.52	3.68	31.09	26.72	91.842	75.181	4.6%	46.0%	10.3
20	區域醫院	1532100049	聯新國際醫院	4.20	5.66	178	593	35.07	80.72	21.90	2.20	13.17	12.10	48.895	37.628	8.6%	45.0%	10.1

註1：醫務利益率=醫務利益/醫務收入，公立醫院醫務利益(醫務收支)=業務收入-業務成本與費用、私立醫院醫務利益(醫務收支)=醫務收入-醫務成本-管理費用

註2：病床數排除急診留床、透析治療床、嬰兒床、產科病床與其他觀察床

註3：人事費用占率=人事費用/醫務成本，惟部分學校附設醫院，其人事費用可能編列於學校，導致醫院人事費用占率低估；另部分醫院也可能於委託經營中，隱含人事費用，故醫院間比較應審慎。

表 4、112 年醫務收支短絀 20 大院所

序 號	分 區	特約 類別	院所代號	院所名稱	醫務利 益(億 元)	整體利 益 (億元)	醫師數 (人)	病床數 (床)	門住合 計醫療 點數 (億點)	門診 件數 (萬件)	門診 醫療 點數 (億點)	住診 件數 (萬件)	住診醫 療點數 (億點)	住院 天數 (萬日)	醫務 收入 (億元)	醫務 成本 (億元)	醫務 利益率	人事費 用率占 率	主日平 均護病 比
1	臺北	區域 醫院	1111060015	長庚醫療財團法人基 隆長庚紀念醫院	(3.27)	15.21	441	1,097	60.57	115.29	35.23	3.15	25.35	29.21	69.312	69.971	-4.7%	49.7%	10.5
2	北區	區域 醫院	0412040012	國立臺灣大學醫學院 附設醫院新竹臺大分 院新竹醫院	(3.12)	0.38	319	799	46.87	82.22	27.74	2.37	19.13	18.02	84.803	81.091	-3.7%	51.7%	9
			0433050018	國立臺灣大學醫學院 附設醫院新竹臺大分 院生醫醫院			130	704	24.60	54.66	14.52	1.46	10.08	13.21					8.3
3	臺北	地區 醫院	0401020013	國立臺灣大學醫學院 附設醫院癌醫中心分 院	(2.09)	4.55	107	476	35.20	42.67	20.63	1.38	14.57	9.08	42.837	39.891	-4.9%	29.7%	7.6
4	高屏	地區 醫院	0643130018	屏東榮民總醫院龍泉 分院	(1.98)	(1.66)	22	326	4.51	10.57	2.32	0.33	2.18	6.82	19.764	22.225	-10.0%	38.2%	10.9
			0643010011	屏東榮民總醫院			75	320	12.14	25.02	5.86	0.88	6.28	5.60					8.1
5	臺北	區域 醫院	1101160026	醫療財團法人辜公亮 基金會和信治癌中心 醫院	(1.64)	0.49	139	295	24.11	32.70	15.35	1.44	8.76	5.47	34.486	31.943	-4.8%	40.8%	5.2
6	東區	醫學 中心	1145010010	佛教慈濟醫療財團法 人花蓮慈濟醫院	(1.24)	2.48	478	1,033	63.73	83.32	32.24	3.30	31.50	29.20	81.337	73.641	-1.5%	42.1%	8.4
7	南區	區域 醫院	1140030012	佛教慈濟醫療財團法 人大林慈濟醫院	(0.75)	0.85	286	920	45.48	79.83	25.61	2.48	19.87	21.14	55.088	50.891	-1.4%	45.7%	8.4
8	臺北	地區 醫院	1101020027	中心診所醫療財團法 人中心綜合醫院	(0.69)	0.00	49	167	8.26	21.28	6.68	0.23	1.59	1.73	12.768	12.960	-5.4%	26.9%	9.4
9	臺北	地區 醫院	0701160518	臺北市立關渡醫院- 委託臺北榮民總醫院 經營	(0.64)	1.15	39	179	10.04	51.11	8.75	0.16	1.29	3.91	10.716	9.441	-6.0%	66.6%	11.1
10	高屏	區域 醫院	1543010109	國仁醫院	(0.54)	(0.64)	24	280	3.25	6.81	1.55	0.26	1.70	2.47	4.199	4.667	-12.9%	56.3%	9.7
11	南區	地區 醫院	0439010527	國立成功大學醫學院 附設醫院斗六分院	(0.53)	0.06	49	305	10.94	28.42	6.90	0.65	4.04	8.10	12.822	12.380	-4.2%	51.7%	12.3



序 號	分 區	特約 類別	院所代號	院所名稱	醫務利 益(億 元)	整體利 益 (億元)	醫師數 (人)	病床數 (床)	門住合 計醫療 點數 (億點)	門診 件數 (萬件)	門診 醫療 點數 (億點)	住診 件數 (萬件)	住診醫 療點數 (億點)	住院 天數 (萬日)	醫務 收入 (億元)	醫務 成本 (億元)	醫務 利益率	人事費 用率占 率	全日平 均護病 比
12	北區	地區 醫院	1112010537	新竹市立馬偕兒童醫 院(委託台灣基督長老 教會馬偕醫療財團 法人興 佛教慈濟醫療財團法 人玉里慈濟醫院	(0.49)	0.41	49	204	8.87	28.83	4.86	0.86	4.01	4.02	12.445	11.623	-4.0%	50.6%	7.8
13	東區	地區 醫院	1145030012	佛教慈濟醫療財團法 人玉里慈濟醫院	(0.40)	(0.27)	14	47	2.78	10.49	2.51	0.06	0.27	0.39	3.076	3.117	-12.9%	52.2%	6.4
14	北區	區域 醫院	1532011154	敏盛綜合醫院	(0.36)	0.82	106	637	25.23	50.75	14.35	1.66	10.88	9.63	37.647	32.712	-1.0%	41.0%	10.3
15	臺北	地區 醫院	0190030516	衛生福利部金門醫院	(0.30)	(0.14)	52	301	7.95	29.45	5.15	0.46	2.79	5.41	8.488	9.947	-3.5%	56.2%	10.9
16	東區	地區 醫院	1145060029	臺灣基督教門諾會醫 療財團法人門諾醫院 壽豐分院	(0.29)	(0.28)	10	222	2.20	3.38	1.09	0.19	1.10	11.47	2.665	2.564	-10.8%	57.7%	10.3
17	臺北	地區 醫院	1401190039	同仁院醫療財團法人 萬華醫院	(0.25)	(0.02)	8	137	2.30	4.21	1.07	0.04	1.23	3.13	3.155	2.674	-7.8%	55.7%	N/A
18	北區	地區 醫院	1535010051	大千綜合醫院	(0.23)	0.83	89	570	23.65	54.77	13.90	1.47	9.75	10.45	24.635	23.840	-0.9%	44.3%	11.3
19	北區	地區 醫院	1532040066	怡仁綜合醫院	(0.19)	0.25	54	301	9.64	32.01	7.17	0.51	2.47	3.25	13.205	11.648	-1.5%	47.4%	8.6
20	北區	地區 醫院	1532091081	龍潭敏盛醫院	(0.19)	(0.06)	14	98	2.79	5.46	2.36	0.04	0.43	1.02	2.777	2.671	-6.7%	53.8%	N/A

註1：醫務利益率=醫務利益/醫務收入，公立醫院醫務利益(醫務收支)=業務收入-業務成本與費用、私立醫院醫務利益(醫務收支)=醫務收入-醫務成本-管理費用。

註2：病床數排除急診暫留床、透析治療床、嬰兒床、產科病床與其他觀察床。

註3：國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院新竹醫院和國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院生醫醫院財務報告合併申報。

註4：屏東榮民總醫院龍泉分院和屏東榮民總醫院財務報告合併申報。

表 5、各層級醫院固定資產占率分析

年度	層級別	平均值	標準差	中位數
107 年	醫學中心	43.5%	16.7%	44.3%
	區域醫院	48.7%	25.7%	45.9%
	地區醫院	42.6%	27.2%	40.0%
	小計	<b>44.9%</b>	<b>25.9%</b>	<b>41.7%</b>
108 年	醫學中心	42.4%	17.5%	41.2%
	區域醫院	45.2%	25.0%	40.5%
	地區醫院	43.3%	27.7%	41.3%
	小計	<b>44.0%</b>	<b>25.9%</b>	<b>41.0%</b>
109 年	醫學中心	43.2%	20.2%	40.6%
	區域醫院	45.7%	25.2%	40.5%
	地區醫院	43.4%	28.1%	37.4%
	小計	<b>44.3%</b>	<b>26.4%</b>	<b>38.6%</b>
110 年	醫學中心	44.5%	19.7%	48.7%
	區域醫院	45.7%	25.0%	46.9%
	地區醫院	43.4%	28.2%	39.0%
	小計	<b>44.4%</b>	<b>26.3%</b>	<b>42.1%</b>
111 年	醫學中心	38.3%	13.8%	37.4%
	區域醫院	43.2%	23.0%	36.9%
	地區醫院	42.6%	28.0%	36.6%
	小計	<b>40.5%</b>	<b>26.3%</b>	<b>36.9%</b>
112 年	醫學中心	38.3%	13.8%	37.4%
	區域醫院	43.2%	23.0%	36.9%
	地區醫院	44.9%	28.5%	44.5%
	小計	<b>45.4%</b>	<b>28.2%</b>	<b>44.0%</b>

註：固定資產占率=固定資產費用合計/資產總額合計。

資料來源：資產負債表中「固定資產」項目。

表 6、各層級醫院人事費用占率分析

年度	層級別	平均值	標準差	中位數
107 年	醫學中心	42.3%	7.9%	43.0%
	區域醫院	47.9%	9.7%	47.0%
	地區醫院	46.6%	11.0%	48.4%
	<b>小計</b>	<b>46.8%</b>	<b>10.3%</b>	<b>47.5%</b>
108 年	醫學中心	41.8%	7.6%	42.2%
	區域醫院	47.2%	9.6%	46.5%
	地區醫院	46.2%	9.2%	47.4%
	<b>小計</b>	<b>46.3%</b>	<b>9.3%</b>	<b>46.6%</b>
109 年	醫學中心	41.3%	7.8%	41.5%
	區域醫院	49.0%	9.9%	47.1%
	地區醫院	46.7%	9.8%	47.2%
	<b>小計</b>	<b>47.1%</b>	<b>9.8%</b>	<b>47.0%</b>
110 年	醫學中心	41.2%	8.1%	43.7%
	區域醫院	48.5%	8.8%	47.4%
	地區醫院	46.0%	8.9%	46.7%
	<b>小計</b>	<b>46.5%</b>	<b>9.0%</b>	<b>46.4%</b>
111 年	醫學中心	42.3%	6.4%	43.6%
	區域醫院	47.5%	9.1%	46.3%
	地區醫院	45.5%	9.2%	45.7%
	<b>小計</b>	<b>45.9%</b>	<b>9.0%</b>	<b>45.6%</b>
112 年	醫學中心	42.7%	6.1%	44.1%
	區域醫院	46.7%	9.9%	46.2%
	地區醫院	46.9%	8.5%	47.5%
	<b>小計</b>	<b>46.4%</b>	<b>9.2%</b>	<b>46.6%</b>

註：人事費用占率=醫務人事費用合計/醫務成本。

資料來源：收支餘絀表中「人事費用」項目，可能含無法拆分之學校附設醫院人事費用。

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：楊閻璿

聯絡電話：02-27065866 分機：3634

傳真：02-27069043

電子郵件：A111439@nh.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年6月11日

發文字號：健保醫字第1140662896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6月25日召開第7屆114年第4次委員會安排  
報告精進「急診品質提升方案」執行內容案，建請同意延  
至7月會議報告，請查照。

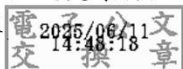
說明：

一、依據貴會114年度工作計畫辦理。

二、本署將於114年6月17日召開「急診壅塞之健保因應策略第  
四次研商會議」討論旨揭方案修訂內容，為使報告更臻完  
備，懇請同意延後原訂報告時程至114年7月會議報告。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：本署企劃組



114.06.11



1143340124

## 衛生福利部 函

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

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年5月13日  
發文字號：衛部保字第1140119149號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：

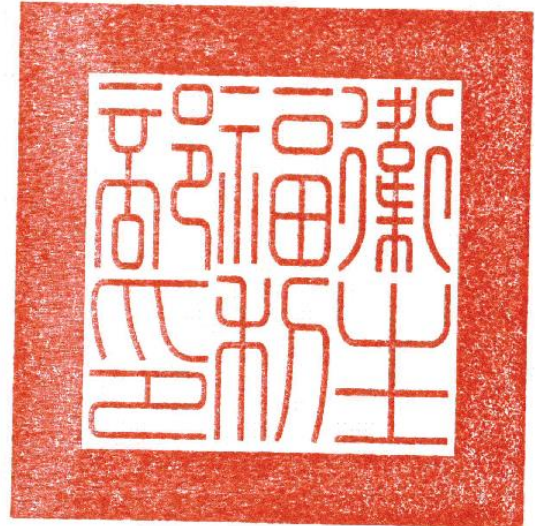
主旨：有關113年度全民健康保險其他預算「全民健康保險提供矯正機關收容人醫療服務計畫」預算不足部分，同意以「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款不足之經費，及狂犬病治療藥費」項目支應，復請查照。

說明：復貴署114年5月5日健保醫字第1140661875號函。

正本：衛生福利部中央健康保險署  
副本：本部全民健康保險會

## 衛生福利部 公告

發文日期：中華民國114年5月23日  
發文字號：衛部保字第1141260221號



主旨：訂定「特殊材質縫合錨釘為全民健康保險自付差額之特殊材料品項類別」，並自中華民國一百十四年六月一日生效。

依據：全民健康保險法第四十五條第三項。

部長邱泰源 出國  
政務次長林靜儀 代行

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：邱小姐  
聯絡電話：02-27065866 分機：3646  
傳真：02-27027723  
電子郵件：A111454@nhi.gov.tw

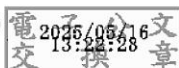
受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年5月16日  
發文字號：健保審字第1140670989B號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：如主旨 (A21030000I\_1140670989B\_doc4\_Attach1.pdf)

主旨：「全民健康保險辦理藥品醫療科技評估作業要點」，業經  
本署於中華民國114年5月16日以1140670989號令訂定發  
布，茲檢送發布令及行政規則1份，請查照。

正本：行政院法規會、衛生福利部法規會、衛生福利部社會保險司、衛生福利部醫事  
司、衛生福利部食品藥物管理署、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民  
健康保險爭議審議會、衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會、國防部軍醫  
局、中華民國開發性製藥研究協會、台灣製藥工業同業公會、台灣藥品行銷暨管  
理協會、中華民國製藥發展協會、台北市西藥代理商商業同業公會、中華民國西藥  
代理商商業同業公會、中華民國西藥商業同業公會全國聯合會、社團法人中華民國  
學名藥協會、台灣研發型生技新藥發展協會、台灣美國商會、社團法人歐洲在臺  
商務協會、台北市日本工商會、社團法人台灣藥物經濟暨效果研究學會、台灣醫  
藥品法規學會、台灣藥學會、台灣生物產業發展協會生物相似性藥功能委員會、  
社團法人台灣醫學資訊學會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國基層醫師  
協會、中華民國基層醫療協會、台灣醫院協會、台灣社區醫院協會、社團法人台  
灣私立醫療院所協會、台灣教會醫療院所協會、本署企劃組、本署醫務管理組、  
本署各分區業務組

副本：本署醫審及藥材組(含附件)



114.05.16



1143340108

副本

檔 號：  
保存年限： 附錄九

## 衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  8  
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5月2日

發文字號：健保審字第1140670975號

附件：藥品給付規定修訂對照表1份（請至本署全球資訊網自行下載電子檔）



主旨：公告修訂 C 型肝炎全口服新藥之給付規定及 C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫。

依據：全民健康保險法第41條暨全民健康保險藥物給付項目及支付標準。

### 公告事項：

- 一、修訂「全民健康保險藥物給付項目及支付標準—第六編第八十三條之藥品給付規定第10節抗微生物劑  
10.7.8.Sofosbuvir/ledipasvir（如 Harvoni）、  
10.7.10.Glecaprevir/pibrentasvir（如 Maviret）、  
10.7.11.Sofosbuvir/velpatasvir（如 Epclusa）、  
10.7.13.Sofosbuvir/ velpatasvir/ voxilaprevir（如 Vosevi）」部分規定，給付規定修訂對照表如附件1。
- 二、修訂「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」如附件2，其部分內容修正對照表如附件3。（附件電子檔已置於本署全球資訊網(<https://www.nhi.gov.tw>)，路徑為：首頁/最新消息/法規公告，請自行下載）

副本：行政院法規會、衛生福利部法規會、衛生福利部醫事司、衛生福利部心理健康司、衛生福利部口腔健康司、衛生福利部社會保險司、衛生福利部食品藥物管理署、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300106

114.5.5



利部附屬醫療及社會福利機構管理會、地方政府衛生局、國防部軍醫局、社團法人台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國開發性製藥研究協會、台灣藥品行銷暨管理協會、台灣製藥工業同業公會、中華民國製藥發展協會、台北市西藥代理商業同業公會、中華民國西藥商業同業公會全國聯合會、中華民國西藥代理商業同業公會、台灣研發型生技新藥發展協會、社團法人中華民國學名藥協會、台灣醫院協會、社團法人台灣私立醫療院所協會、台灣教會醫療院所協會、台灣醫藥品法規學會、台灣藥物基因體學會、本署醫務管理組、本署醫審及藥材組、本署各分區業務組、香港商吉立亞醫藥有限公司台灣分公司、瑞士商艾伯維藥品有限公司台灣分公司

署長 石崇良

副本

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



5

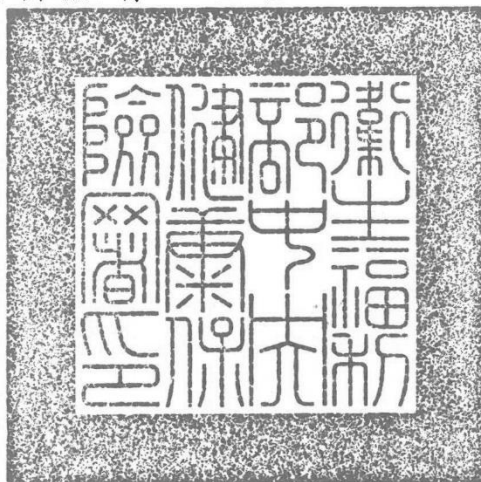
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年5月14日

發文字號：健保審字第1140109866號

附件：如主旨



主旨：公告修訂「全民健康保險推動使用生物相似性藥品之鼓勵試辦計畫」（附件），並自114年6月1日起實施。

依據：衛生福利部114年5月6日衛部保字第1141260178號函。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、台灣醫院協會、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、台灣生物產業發展協會、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署醫務管理組、本署各分區業務組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300119

副本

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

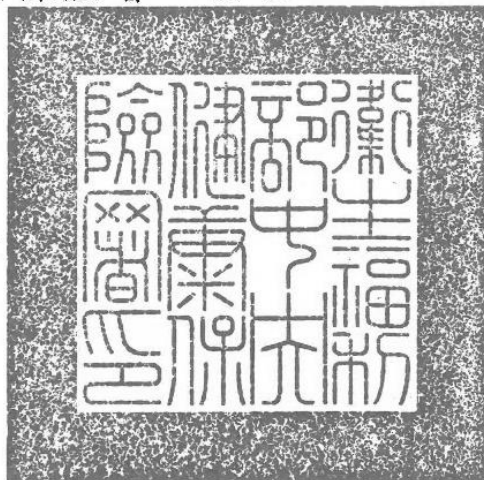
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年5月21日

發文字號：健保醫字第1140110566號

附件：請至本署全球資訊網公告欄擷取



主旨：公告「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」，溯自114年1月1日起生效，惟本計畫涉全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分，自公告日起生效。

依據：衛生福利部114年5月14日衛部保字第1141260219號函。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、台灣腎臟醫學會、社團法人台灣基層透析協會、本署各分區業務組、本署主計室、本署醫審及藥材組、本署資訊組、本署財務組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300131

副本

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年5月23日

發文字號：健保醫字第1140110926號

附件：請自行至本署全球資訊網擷取



主旨：公告新增「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」，並自114年1月1日起生效。

依據：衛生福利部114年5月19日衛部保字第1141260209號函。

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

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300134

副本

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年5月29日

發文字號：健保醫字第1140110568號

附件：請自行至本署全球資訊網擷取



主旨：公告修訂「全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」(附件)，並自中華民國一百十四年一月一日起生效。

依據：衛生福利部114年5月14日衛部保字第1141260223號函。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會、台灣感染症醫學會、社團法人台灣感染管制學會、衛生福利部疾病管制署、本署醫審及藥材組、本署各分區業務組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300136

副本

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年6月2日

發文字號：健保醫字第1140110837號

附件：請自行至本署全球資訊網擷取



主旨：公告新增「全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案」(附件)，並自中華民國一百十四年七月一日起生效。

依據：衛生福利部114年5月15日衛部保字第1141260207號函。

公告事項：旨揭方案申請期限自114年7月1日至114年7月31日止，  
有意願參與之院所請依方案所訂評核作業程序，填具申請書函送所轄本署分區業務組。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、社團法人台灣安寧緩和醫學學會、社團法人台灣安寧緩和護理學會、台灣在宅醫療學會、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、本署企劃組、本署各分區業務組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300139



副本

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年6月4日

發文字號：健保醫字第1140662606號

附件：請至本署全球資訊網公告欄擷取



主旨：公告「全民健康保險末期腎臟病前期（Pre-ESRD）之病人  
照護與衛教計畫」。

依據：衛生福利部114年5月13日衛部保字第1141260218號函。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣  
醫院協會、台灣腎臟醫學會、社團法人台灣基層透析協會、本署各分區業務組、  
本署主計室、本署醫審及藥材組、本署資訊組、本署財務組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300143

副本

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

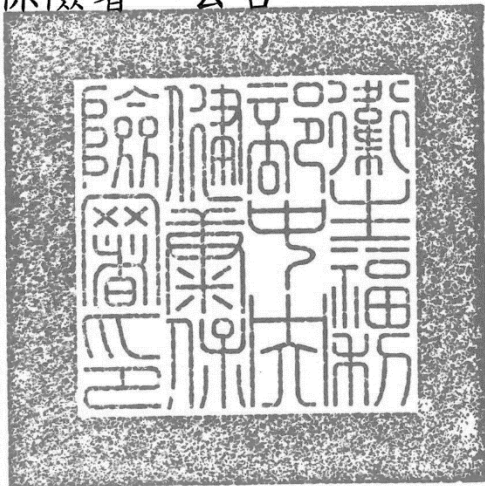
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年6月4日

發文字號：健保醫字第1140111623號

附件：請自行自本署全球資訊網擷取



主旨：公告「全民健康保險居家血液透析試辦計畫」（附件），並自中華民國一百十四年六月一日起生效。

依據：衛生福利部114年5月27日衛部保字第1141260235號函。

公告事項：為確保照護品質及病人安全，將另於本署全球資訊網公告「居家血液透析治療同意書（範本）」（路徑：本署全球資訊網/健保服務/健保醫療計畫/全民健康保險居家血液透析試辦計畫）。

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、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、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、台灣腎臟醫學會、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署各分區業務組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300142

114. 6. 5



副本

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  2  
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年6月6日  
發文字號：健保醫字第1140110839號  
附件：如主旨



主旨：公告新增「114年全民健康保險術後加速康復推廣計畫」（附件），並自114年7月1日生效。

依據：衛生福利部114年5月15日衛部保字第1141260189號函。

公告事項：

一、主責與專案醫院申請請依以下時程將申請書與佐證資料郵寄至所屬分區業務組（以郵戳為憑）。

（一）主責醫院申請：自公告日起至114年6月12日截止收件。

（二）專案醫院申請：自114年6月16日起至114年7月4日截止收件。

二、前揭申請書請至本署全球資訊網下載（路徑：本署全球資訊網/健保服務/健保醫療計畫/全民健康保險術後加速康復推廣計畫）。

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、中華民國營養師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、台灣術後加速康復學會、台灣麻醉醫學會、中華民國骨科醫學會、本署各分區業務組、本署醫審及藥材組(均含附件)

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300145

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6月10日

發文字號：健保醫字第1140662370號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明二 (A210300001\_1140662370\_doc2\_Attach1.pdf)

主旨：有關「113年全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務  
品質提升獎勵計畫」（下稱透析品保款）核發作業案，詳  
如說明段，請查照。

說明：

一、依據「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提  
升獎勵計畫」辦理。

二、旨揭計畫核發結果摘要如下：

(一)113年預算為45,000,000元，其中血液透析預算為  
42,062,641元，腹膜透析預算為2,937,359元（附件-表  
1）。

(二)核發結果：

1、血液透析:113年計568家（74.35%）列入核發，核發金  
額達 42,062,644元；196家（25.65%）列入不予核發  
（附件-表2）。

2、腹膜透析:113年計72家（58.54%）列入核發，核發金  
額達 2,937,362元；51家（41.46%）列入不予核發



114.06.11



1143340122

(附件-表3)。

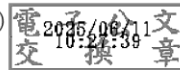
3、每家核發院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算數與實際核發數有差距，實際核發共計 45,000,006 元，與預算相差6元，由全民健康保險基金支應。

三、本署預訂114年6月20日前完成透析品保款核發作業，並將核發與不核發之結算報表置於VPN供相關院所下載。

四、113年核定不核發透析品保款院所，倘經申復、爭議等行政審定事宜，並審核同意核付者，依計畫規定，核發金額將自114年其他預算之慢性腎臟病照護及病人衛教計畫項下全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫預算中支應。

正本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣腎臟醫學會、社團法人台灣基層透析協會

副本：衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署主計室、本署資訊組、本署財務組(均含附件)



副本

檔 號：附錄十一  
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5月16日

發文字號：健保醫字第1140662287號

附件：如主旨(請自行至本署全球資訊網下載)



主旨：公告114年5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」、「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等5項中醫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5月1日起。

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

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300130

附錄十二

6 項中醫醫療照護計畫(含子計畫)自 114 年 5 月 1 日起新增之承作院所數及醫師數

分區別 計畫名稱		項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
西醫住院病人中 醫特定疾病輔助 醫療計畫(腦血 管疾病、顱腦損 傷、脊髓損傷、呼 吸困難相關疾病 及術後疼痛)		院所數	0	0	0	0	4	0	4
		醫師數	0	0	0	0	4	0	4
中醫提升孕產照 護品質計畫		院所數	1	11	8	2	2	2	26
		醫師數	2	16	18	2	2	4	44
中醫癌症患者加強 照護整合方案	癌症病人西 醫住院中醫 輔助醫療計 畫	院所數	0	1	0	0	2	0	3
		醫師數	0	1	0	0	2	0	3
	癌症病人中 醫門診延長 照護計畫	院所數	0	0	0	0	1	0	1
		醫師數	0	0	0	0	1	0	1
	特定癌症病 人中醫門診 加強照護計 畫	院所數	3	4	5	2	4	1	19
		醫師數	5	8	5	2	4	3	27
全民健康保險中 醫慢性腎臟病門 診加強照護計畫		院所數	3	5	16	4	2	2	32
		醫師數	3	10	28	6	2	5	54

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段  
140號

聯絡人：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6月11日

發文字號：健保醫字第1140662889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4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5月27日「全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額114年第2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、「癌症治療品質改善計畫」自114年起改由公務預算支應，其113年第4季之結算，刻正與衛生福利部口腔健康司審核資料，爰本項專款項目之結算傳票日期將延至114年6月30日，本署將俟結算完成後，修正結算報表並公布。

4. 06. 11

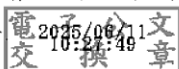


1143340123

四、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6月15日起，牙醫門診總額費用之暫付、核付，依113年第4季結算點值辦理，並於114年6月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。

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、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



裝

訂

線



# 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 x 前季點值(AF)  
 - 投保該分區核定非浮動點數(BG)  
 - 當地就醫分區自墊核定點數(BJ)]  
 / 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區	= [ 4,609,999,772 - 914,256,076 - 41,647,583 - 217,230 ] / 3,792,135,972 = 0.96354110
北區分區	= [ 2,074,759,709 - 493,768,656 - 16,175,859 - 103,751 ] / 1,487,209,584 = 1.05211226
中區分區	= [ 2,263,738,058 - 206,439,053 - 19,417,076 - 42,035 ] / 1,972,214,554 = 1.03327495
南區分區	= [ 1,563,214,876 - 246,690,680 - 13,295,139 - 71,774 ] / 1,211,819,835 = 1.07537213
高屏分區	= [ 1,720,548,349 - 174,741,933 - 13,460,547 - 33,918 ] / 1,438,154,436 = 1.06547107
東區分區	= [ 219,957,582 - 38,483,676 - 2,230,875 - 15,176 ] / 155,607,912 = 1.15179140

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)  
 - 自墊核定點數(BJ)]  
 / 加總一般服務浮動核定點數(GF)  
 = [12,452,218,346 - 106,227,079 - 483,884] / 12,108,423,501 = 1.01958008

3. 修正後一般服務分區平均點值 = [修正後分區一般服務預算總額(BD3)]  
 / [一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) + 自墊核定點數(BJ)]

臺北分區	= [ 4,609,999,772 - 914,256,076 - 41,647,583 - 217,230 ] / 3,792,135,972 = 0.96187918
北區分區	= [ 2,074,759,709 - 493,768,656 - 16,175,859 - 103,751 ] / 1,487,209,584 = 1.05439849
中區分區	= [ 2,263,738,058 - 206,439,053 - 19,417,076 - 42,035 ] / 1,972,214,554 = 1.03329150
南區分區	= [ 1,563,214,876 - 246,690,680 - 13,295,139 - 71,774 ] / 1,211,819,835 = 1.07485688
高屏分區	= [ 1,720,548,349 - 174,741,933 - 13,460,547 - 33,918 ] / 1,438,154,436 = 1.06318467
東區分區	= [ 219,957,582 - 38,483,676 - 2,230,875 - 15,176 ] / 155,607,912 = 1.15000000

4. 修正後一般服務全區平均點值  
 = [12,452,218,346 - 106,227,079 - 483,884] / 12,108,423,501 = 1.01940903



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(BI) + 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	= [ 4,609,999,772 + 295,450,873 + 8,851,368 + 1,896,267 ] / [ 4,750,836,654 + 41,647,583 + 217,230 + 436,915,676 + 8,851,368 ] = 0.93848007
北區分區	= [ 2,074,759,709 + 121,363,045 + 5,075,963 + 1,327,878 ] / [ 1,951,439,177 + 16,175,859 + 103,751 + 162,728,655 + 4,772,325 ] = 1.03152220
中區分區	= [ 2,263,738,058 + 191,972,120 + 13,835,705 + 2,306,578 ] / [ 2,171,343,838 + 19,417,076 + 42,035 + 261,490,098 + 13,345,867 ] = 1.00252006
南區分區	= [ 1,563,214,876 + 113,011,339 + 11,453,400 + 5,215,715 ] / [ 1,440,980,086 + 13,295,139 + 71,774 + 156,804,585 + 10,639,504 ] = 1.04384303
高屏分區	= [ 1,720,548,349 + 146,172,065 + 15,768,272 + 2,925,119 ] / [ 1,604,802,334 + 13,460,547 + 33,918 + 198,215,286 + 15,037,930 ] = 1.02940886
東區分區	= [ 219,957,582 + 34,954,253 + 8,956,404 + 663,931 ] / [ 189,021,412 + 2,230,875 + 15,176 + 39,533,355 + 7,777,484 ] = 1.10878553
全區	= [ 12,452,218,346 + 902,923,695 + 63,941,112 + 14,335,488 ] / [ 12,108,423,501 + 106,227,079 + 483,884 + 1,255,687,655 + 60,424,478 ] = 0.99277022

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  
 \*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113/09(含)以前:於114/01/01~114/03/31期間核付者。  
 費用年月113/10~113/12:於113/10/01~114/03/31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6月5日

發文字號：健保醫字第1140662659A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4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，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5月15日「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額114年第2次研商議事會議」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6月15日起，中醫門診總額費用之暫付、核付，依113年第4季結算點值辦理，並於114年6月辦理點值結算追扣補付事宜。



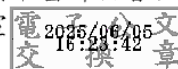
4. 06. 05



1143340116

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、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 4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

結算主要費用年月起迄:113/10—113/12 核付截止日期:114/03/31

列印日期： 114/05/07

頁 次： 32

五、調整後一般服務預算總額浮動點值之計算

1. 一般服務浮動每點支付金額 = [回補後風險調整撥款撥補後一般服務預算總額(BD5)]

— 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, 295, 889, 750	—	872, 701, 662	—	85, 661 ]／	1, 444, 389, 710 =	0. 98526209
北區分區	= [ 1, 007, 704, 845	—	440, 157, 964	—	29, 114 ]／	653, 675, 765 =	0. 86819460
中區分區	= [ 2, 012, 278, 838	—	760, 982, 692	—	22, 441 ]／	1, 380, 901, 383 =	0. 90612821
南區分區	= [ 1, 144, 559, 830	—	474, 538, 484	—	55, 069 ]／	717, 221, 881 =	0. 93411299
高屏分區	= [ 1, 273, 474, 593	—	506, 723, 482	—	8, 779 ]／	801, 011, 495 =	0. 95721764
東區分區	= [ 175, 930, 864	—	53, 169, 332	—	1, 959 ]／	103, 904, 410 =	1. 18146644

2. 全區浮動每點支付金額 = [加總回補後風險調整撥款撥補後一般服務預算總額(BD5)]

— 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, 909, 838, 720 — 3, 108, 273, 616 — 203, 023 ]／ 5, 101, 104, 644 = 0. 94123968

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)

= [回補後風險調整撥款撥補後一般服務預算總額(BD5)]

／[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, 295, 889, 750	]/[	1, 444, 389, 710 +	872, 701, 662	+	85, 661 ] =	0. 99081327
北區分區	= [ 1, 007, 704, 845	]/[	653, 675, 765 +	440, 157, 964	+	29, 114 ] =	0. 92123510
中區分區	= [ 2, 012, 278, 838	]/[	1, 380, 901, 383 +	760, 982, 692	+	22, 441 ] =	0. 93948024
南區分區	= [ 1, 144, 559, 830	]/[	717, 221, 881 +	474, 538, 484	+	55, 069 ] =	0. 96034990
高屏分區	= [ 1, 273, 474, 593	]/[	801, 011, 495 +	506, 723, 482	+	8, 779 ] =	0. 97379520
東區分區	= [ 175, 930, 864	]/[	103, 904, 410 +	53, 169, 332	+	1, 959 ] =	1. 12003870

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, 909, 838, 720 ]／[ 5, 101, 104, 644 + 3, 108, 273, 616

+ 203, 023 ] = 0. 96348869

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6月6日

發文字號：健保醫字第1140662848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下載

主旨：113年第4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5月28日全民健康保險醫療給付費用醫院總額114年第2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、癌症治療品質改善計畫自114年起改由公務預算支應，113年第4季結算，刻正由衛生福利部國民健康署及口腔健康司審核資料，另地區醫院全人全社區照護計畫因結算作業尚未完成，爰前2項專款項目之結算傳票日期延至114年6月30日，本署將俟結算完成後，修正並公布結算報表。



114.06.09



1143340119

四、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6月15日起暫付、核付之醫院總額費用依113年第4季點值辦理，並於114年6月辦理點值結算追扣補付事宜。

正本：本署各分區業務組

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



裝

訂

線



## 5. 非偏遠地區門住診一般服務浮動每點支付金額

[調整後分區門住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 = [22,529,795,285 + 28,083,830,831 - 4,824,786,129 - (25,245,817,387 - 549,349,714)			
- 208,087,994 - 177,168,212 - 20,022,739] / 23,425,208,139 = 0.88311247			
北區分區 = [ 8,396,897,252 + 11,396,607,340 - 3,072,236,033 - ( 9,874,550,004 - 190,074,879)			
- 23,918,068 - 17,354,126 - 9,250,823] / 7,554,613,860 = 0.92476870			
中區分區 = [10,676,224,180 + 14,745,670,953 - 1,267,228,306 - (12,389,152,123 - 315,181,192)			
- 376,031,055 - 416,657,041 - 7,673,829] / 12,327,536,210 = 0.91505178			
南區分區 = [ 8,312,824,666 + 11,670,738,757 - 1,673,405,445 - ( 9,941,163,010 - 235,220,965)			
- 28,572,090 - 24,418,267 - 4,401,229] / 8,623,605,359 = 0.99109641			
高屏分區 = [ 8,807,052,554 + 12,654,397,339 - 1,167,634,446 - (10,283,027,592 - 249,636,512)			
- 89,516,213 - 60,482,118 - 4,288,337] / 10,222,286,841 = 0.98863766			
東區分區 = [ 1,447,203,104 + 2,426,570,149 - 333,396,360 - ( 1,776,149,260 - 27,961,421)			
- 55,924,867 - 33,785,670 - 678,923] / 1,630,752,972 = 1.04356676			

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

— (加總(門住診核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4) - 藥品給付協議)	
— 加總(門住診自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]	
／ 加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)	
= [60,169,997,041 + 80,977,815,369 - (70,239,724,810 - 1,567,424,683) - 46,315,880] / 77,988,454,296	
= 0.92871691	

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

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

113年第4季

核付截止日期：114/03/31

列印日期：114/05/27  
頁次：84

7. 非偏遠地區門診一般服務分區平均點值 = [調整後分區門診一般服務預算總額 (BD4) + 調整後分區門診一般服務預算總額 (BD3)] / [加總(門診一般服務核定浮動點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)]

臺北分區 = [22,529,795,285 + 28,083,830,831] / [28,880,913,453 + 25,422,985,599 - 549,349,714 + 20,022,739] = 0.94121858

北區分區 = [8,396,897,252 + 11,396,607,340] / [10,912,938,515 + 9,891,904,130 - 190,074,879 + 9,250,823] = 0.95973074

中區分區 = [10,676,224,180 + 14,745,670,953] / [14,096,861,972 + 12,805,809,164 - 315,181,192 + 7,673,829] = 0.95588414

南區分區 = [8,312,824,666 + 11,670,738,757] / [10,468,843,254 + 9,965,581,277 - 235,220,965 + 4,401,229] = 0.98910881

高屏分區 = [8,807,052,554 + 12,654,397,339] / [11,580,511,710 + 10,343,509,710 - 249,636,512 + 4,288,337] = 0.98997986

東區分區 = [1,447,203,104 + 2,426,570,149] / [2,048,385,392 + 1,809,934,930 - 27,961,421 + 678,923] = 1.01115505

8. 非偏遠地區門診一般服務全區平均點值  
= [60,169,997,041 + 80,977,815,369] / [77,988,454,296 + 70,239,724,810 - 1,567,424,683 + 46,315,880] = 0.96210641

9. 醫院醫療給付費用總額平均點值(不含門診透析)

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

／[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 = [22,529,795,285 + 28,083,830,831 + 3,881,501,165] / [28,880,913,453 + 25,422,985,599 - 549,349,714 + 20,022,739 + 3,439,349,647] = 0.95248019

北區分區 = [8,396,897,252 + 11,396,607,340 + 1,261,747,294] / [10,912,938,515 + 9,891,904,130 - 190,074,879 + 9,250,823 + 933,748,103] = 0.97668985

中區分區 = [10,676,224,180 + 14,745,670,953 + 2,207,637,802] / [14,096,861,972 + 12,805,809,164 - 315,181,192 + 7,673,829 + 1,808,614,305] = 0.97274147

南區分區 = [8,312,824,666 + 11,670,738,757 + 1,239,114,324] / [10,468,843,254 + 9,965,581,277 - 235,220,965 + 4,401,229 + 884,197,034] = 1.00639592

高屏分區 = [8,807,052,554 + 12,654,397,339 + 1,491,233,435] / [11,580,511,710 + 10,343,509,710 - 249,636,512 + 4,288,337 + 1,206,235,064] = 1.00296156

東區分區 = [1,447,203,104 + 2,426,570,149 + 213,974,840] / [2,048,385,392 + 1,809,934,930 - 27,961,421 + 678,923 + 154,687,816] = 1.02559696

全區 = [60,169,997,041 + 80,977,815,369 + 10,295,208,859] / [77,988,454,296 + 70,239,724,810 - 1,567,424,683 + 46,315,880 + 8,426,831,969] = 0.97620842

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護理品質暫結金額 + 醫療給付改善方案暫結金額  
+ 急診品質提升方案暫結金額 + 鼓勵繼續推動住院診斷開關群(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



衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3308r04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

113年第4季

核付截止日期：114/03/31

列印日期：114/05/27

頁次：85

2. C型肝炎藥費專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議，不含支應西醫基層總額同項專款。
3. 暫時性支付(新藥、新特材)、罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費、精神科長效針劑藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。
4. 品質保證保留款預算=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。
5. 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫第4季暫結金額=第4季已支用點數+全年「核算各院所上下限額度」已支用點數+實際補助偏遠地區燈塔型地區醫院不足款。
6. 註I專款專用暫結金額，係指不包括113年總額公告專款專入一般服務之專款項目。

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月113/09(含)以前：於114/01/01~114/03/31期間核付者。

費用年月113/10~113/12：於113/10/01~114/03/31期間核付者。

2. 當地就醫分區未跨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：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6月10日

發文字號：健保醫字第1140662888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4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6月5日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額114年第2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、癌症治療品質改善計畫自114年起改由公務預算支應，113年第4季結算，刻正由衛生福利部國民健康署及口腔健康司審核資料，爰前項專款項目之結算傳票日期延至114年6月30日，本署將俟結算完成後，修正結算報表，並公布。



114.06.11

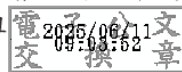


1143340120

四、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6月15日起，西醫基層總額費用之暫付、核付，依113年第4季結算點值辦理，並於114年6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、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：rgbi3308r03

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：114/06/03

113年第4季

結算主要費用年月起迄：113/10-113/12

核付截止日期：114/03/31

頁次：53

六、調整後一般服務預算總額浮動點值之計算(含「該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)	
1. 一般服務分區浮動點值支付金額	＝ [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
	－ 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＝[ 11,993,433,560 +	444,456－ 1,626,270,819－( 3,870,381,746－ 75,811)－ 549,414]／ 7,664,500,413＝ 0.84764192
北區分區＝[ 5,633,569,251 +	3,985,624－ 774,832,432－( 1,888,484,474－ 447,208)－ 650,780]／ 3,317,492,609＝ 0.89647054
中區分區＝[ 6,667,827,980 +	2,748,684－ 383,653,493－( 2,230,681,090－ 28,469)－ 497,148]／ 4,508,080,877＝ 0.89966740
南區分區＝[ 5,181,414,848 +	13,000,520－ 453,881,553－( 1,777,269,693－ 11,375)－ 580,160]／ 3,122,641,736＝ 0.94877850
高屏分區＝[ 5,792,706,335 +	11,271,978－ 344,504,801－( 2,034,300,724－ 1,701)－ 215,547]／ 3,656,547,052＝ 0.93666481
東區分區＝[ 720,519,609 +	21,136,813－ 88,370,246－( 262,673,916－ 0)－ 52,766]／ 366,868,995＝ 1.06457482

2. 一般服務全區浮動點值支付金額	＝ 加總[風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD11)
	+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用
	－ (核定非浮動點數(BG)－藥品給付協議)
	－ 自墊核退點數(BJ)]
	／ 加總一般服務浮動核定點數(GF)
	＝ [ 35,989,471,583 + 52,588,075－( 12,063,791,643－ 564,564)－ 2,545,815]／ 26,957,202,239＝ 0.88942044

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：rgbi3308r03

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：114/06/03

113年第 4季

結算主要費用年月起迄:113/10-113/12

核付截止日期:114/03/31

頁次：54

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	= [ 11,993,433,560 + 444,456 ] / [ 9,651,911,173 + 3,870,381,746 - 75,811 + 549,414 ] = 0.88693967			
北區分區	= [ 5,633,569,251 + 3,985,624 ] / [ 4,245,201,926 + 1,888,484,474 - 447,208 + 650,780 ] = 0.91908314			
中區分區	= [ 6,667,827,980 + 2,748,684 ] / [ 4,947,067,030 + 2,230,681,090 - 28,469 + 497,148 ] = 0.92928047			
南區分區	= [ 5,181,414,848 + 13,000,520 ] / [ 3,622,089,520 + 1,777,269,693 - 11,375 + 580,160 ] = 0.96194160			
高屏分區	= [ 5,792,706,335 + 11,271,978 ] / [ 4,040,479,196 + 2,034,300,724 - 1,701 + 215,547 ] = 0.95538836			
東區分區	= [ 720,519,609 + 21,136,813 ] / [ 450,453,394 + 262,673,916 - 0 + 52,766 ] = 1.03992869			
4. 一般服務全區平均點值	= [ 35,989,471,583 + 52,588,075 ] / [ 26,957,202,239 + 12,063,791,643 - 564,564 + 2,545,815 ] = 0.92361127			
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(不含品質保證保留款及獎勵金)]			
臺北分區	= [11,993,433,560 + 444,456 + 389,868,208] / [ 9,651,911,173 + 3,870,381,746 - 75,811 + 549,414 + 118,575,001 ] = 0.90781000			
北區分區	= [ 5,633,569,251 + 3,985,624 + 224,473,611 ] / [ 4,245,201,926 + 1,888,484,474 - 447,208 + 650,780 + 81,347,137 ] = 0.94317053			
中區分區	= [ 6,667,827,980 + 2,748,684 + 311,061,237 ] / [ 4,947,067,030 + 2,230,681,090 - 28,469 + 497,148 + 93,528,401 ] = 0.96010486			
南區分區	= [ 5,181,414,848 + 13,000,520 + 227,095,027 ] / [ 3,622,089,520 + 1,777,269,693 - 11,375 + 580,160 + 92,625,526 ] = 0.98706556			
高屏分區	= [ 5,792,706,335 + 11,271,978 + 226,344,643 ] / [ 4,040,479,196 + 2,034,300,724 - 1,701 + 215,547 + 79,948,871 ] = 0.97975291			
東區分區	= [ 720,519,609 + 21,136,813 + 34,781,858 ] / [ 450,453,394 + 262,673,916 - 0 + 52,766 + 16,978,295 ] = 1.06383838			
全區	= [ 35,989,471,583 + 52,588,075 + 1,413,624,584 ] / [ 26,957,202,239 + 12,063,791,643 - 564,564 + 2,545,815 + 483,003,231 ] = 0.94810167			

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  
+ 醫療資源不足地區改善方案暫結金額+ 醫療給付改善方案暫結金額  
+ 鼓勵院所建立轉診之合作機制暫結金額+ 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材+ 後天免疫缺乏病毒治療藥費  
+ 網路頻寬補助費用+ 基層診所產婦生產補助試辦計畫  
+ 代謝症候群防治計畫暫結金額+ 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫暫結金額  
+ 精神科長效針劑藥費暫結金額+ 癌症治療品質改善計畫+ 慢性傳染病照護品質計畫+ 品質保證保留款預算
- C型肝炎用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。

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6月2日

發文字號：健保醫字第1140662347A號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

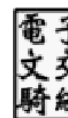
附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：113年第4季「門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明，請查照。

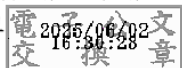
說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨114年5月14日全民健康保險醫療給付費用門診透析預算114年第2次研商議事會議決定辦理。
- 二、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、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6月15日起，門診透析費用之暫付及核付，依113年第4季結算點值辦理，並於114年6月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。

正本：本署各分區業務組



副本：白代表其怡、朱代表文洋、吳代表美儀、吳代表麥斯、宋代表俊明、李代表俊億、杜代表柏村、孟代表令妤、林代表元灝、邱代表琦皓、洪代表冠予、施代表孟甫、陳代表亮妤、陳代表文琴、張代表禹斌、張代表孟源、楊代表孟儒、廖代表秋鐸、劉代表碧珠、蔡代表宗昌、蔡代表順雄、顏代表大翔、羅代表永達、嚴代表必文、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、台灣腎臟醫學會、中華民國藥師公會全國聯合會、社團法人台灣基層透析協會、社團法人中華民國腹膜透析腎友協會、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





程式代號：RGBI3308R05

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/05/08

113年第4季

結算主要費用年月起迄:113/10-113/12

核付截止日期:114/03/31

頁次:	16
-----	----

### 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×腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)



核定浮動點數合計(P)

11,616,295,071 – 732,167,235 – 161,456,028

11

11, 257, 820, 256

$$= 0.95246429 \quad (\text{四捨五入至小數第8位})$$

## 八、平均點值

預算(D3)

11

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

11,616,295,071

11

732, 167, 235 + 161, 456, 028 + 11, 257, 820, 256

$$= 0.95596009 \quad (\text{四捨五入至小數第8位})$$

九、門診透析預算平均點值=加總〔預算(D3)+專款專用暫結金額〕

$$\text{／加總}[\text{核定浮動點數合計(P)} + \text{腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)} + \text{核定非浮動點數合計(M)} + \text{專款專用已支用點數}]$$
$$=[11, 616, 295, 071+234, 081, 754]$$
$$\begin{aligned} & \text{11, 257, 820, 256} + \text{161, 456, 028} + \text{732, 167, 235} + \text{19, 336, 754}] = \text{0.97367437} \\ & \text{11, 257, 820, 256} + \text{161, 456, 028} + \text{732, 167, 235} + \text{19, 336, 754}] = \text{0.97367437} \end{aligned}$$

註：專款專用暫結金額＝鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫暫結金額＝234,081,754

## 十、說明

本季結算費用年月包括：

1. 費用年月113/09(含)以前:於114/01/01~114/03/31期間核付者。

2. 費用年月113/10～113/12:於113/10/01～114/03/31期間核付者。



中央健康保險署 114 年 3 月至 5 月份公告暫予支付及修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分項目如下：

一、藥品部分：計 39 件，其中 9 件為新藥收載、13 件為給付規定異動、17 件為其他(已收載品項支付標準異動、新收載品項暫予支付)。

(一)新藥收載：9 件

公告日期	藥物分類	公告主旨
114.4.15	新成分新藥/抗腫瘤藥物	公告暫予支付含 elranatamab 成分藥品 Elrexio 40mg/mL solution for injection 及其藥品給付規定。(用於治療多發性骨髓瘤，屬第 2A 類新藥；以暫時性方式支付 2 年)
114.4.15	新成分新藥/激素及影響內分泌機轉藥物	公告暫予支付含 vosoritide 成分藥品 Voxzogo powder and solvent for solution for injection 0.4mg/0.5mL、0.56mg/0.7mL 及 1.2mg/0.6mL 共 3 品項，及其藥品給付規定。(用於治療軟骨發育不全症，屬第 1 類新藥)
114.4.15	新成分新藥/抗腫瘤藥物	公告暫予支付含 teclistamab 成分藥品 Tecvayli injection 10mg/ml、90mg/ml 共 2 品項及其給付規定。(用於治療多發性骨髓瘤，屬第 2A 類新藥；以暫時性方式支付 2 年)
114.4.15	新成分新藥/神經系統藥物	公告暫予支付含 vutrisiran sodium 成分藥品 Amvuttra Solution for injection in pre-filled syringe 暨修訂 1.6.6.藥品給付規定。(用於治療家族性澱粉樣多發性神經病變，屬第 2A 類新藥)
114.4.15	新劑型新藥/抗腫瘤藥物	公告暫予支付含 azacitidine 成分藥品 Onureg film-coated tablet 200mg 及 300mg 共 2 品項及其藥品給付規定暨異動 Vidaza Powder for Suspension for Injection 之健保支付價格。(用於治療急性骨髓性白血病，屬第 2A 類新藥)
114.5.9	新成分新藥/心臟血管及腎臟藥物	公告暫予支付含 tadalafil 成分藥品 Adcirca Film-Coated Tablets 20 mg 及其藥品給付規定。(用於治療肺動脈高壓，屬第 2B 類新藥)
114.5.14	新成分新藥/免疫製劑	公告暫予支付含 deucravacitinib 成分藥品 Sotyktu film-coated tablets 6 mg 及修訂 8.2.16.及 8.2.4.6.藥品給付規定。(用於治療對傳統全身性治療療效反應不佳的中度至重度斑塊型乾癬之成年病人，屬第 2A 類新藥)
114.5.15	新成分新藥/眼科製劑	公告暫予支付含 idebenone 成分藥品 Raxone 150mg film-coated tablet 及其藥品給付規定。(用於治療雷伯氏遺傳性視神經病變，屬第 2A 類新藥)
114.5.15	新給藥途徑新藥/抗腫瘤藥物	公告暫予支付含 atezolizumab 成分藥品之新給藥途徑新藥 Tecentriq Solution for Subcutaneous Injection 1875mg /15 mL 暨修訂含 atezolizumab 成分藥品、含 bevacizumab 成分藥品、含 carboplatin 成分藥品及含 paclitaxel 成分藥品之給付規定。(皮下注射劑；用於治療非小細胞肺癌、三陰性乳癌、大腸直腸癌等，屬第 2B 類新藥)

(二)已收載藥品給付規定異動：13 件

公告日期	分類	公告主旨
114.3.10	抗腫瘤藥物	公告異動含 bevacizumab 成分藥品 Abevmy 支付價及修訂其給付規定，暨修訂含 erlotinib 成分藥品(如 Tarceva)及 PARP 抑制劑(如 olaparib、niraparib、talazoparib)之給付規定。(擴增適用範圍，並調降支付價)
114.4.15	抗腫瘤藥物	公告修訂含 trastuzumab 成分藥品(如 Herceptin)、含 pertuzumab 成分藥品(如 Perjeta)、含 trastuzumab emtansine 成分藥品(如 Kadcyla)及含 pertuzumab 與 trastuzumab 成分藥品(如 Phesgo)之給付規定。(明訂療程上限數)
114.4.22	眼科製劑	公告修訂 14.1.高眼壓及青光眼眼用製劑之藥品給付規定。(明訂開立處方醫師資格)
114.4.22	代謝及營養劑	公告修訂肝庇護劑藥品之給付規定。(為利臨床審查一致性，酌修文字)
114.5.2	抗微生物劑	公告修訂 C 型肝炎全口服新藥之給付規定及 C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫。(增列 C 型肝炎診斷檢驗方法 HCV core Ag)
114.5.8	抗微生物劑	公告修訂 B 型肝炎及 C 型肝炎藥品給付規定。(修訂開立處方醫師資格)
114.5.9	抗腫瘤藥物	公告異動含 niraparib 成分藥品 Zejula Capsules 及 Zejula tablets 100mg 共 2 品項支付價格及修訂其藥品給付規定。(擴增適用範圍，並調降支付價)
114.5.14	抗腫瘤藥物	公告修訂含 sorafenib 成分藥品(如 Nexavar)及含 lenvatinib 成分藥品(如 Lenvima)之給付規定。(修訂續用申請評估時間)
114.5.15	激素及影響內分泌機轉藥物	公告修訂 5.1.糖尿病用藥之藥品給付規定。(刪除口服降血糖藥物之種類上限)
114.5.15	免疫製劑	公告異動含 palivizumab 成分藥品 SYNAGIS 100mg/ml solution for injection 之支付價格及修訂其給付規定。(擴增適用範圍及明定依懷孕週數可施打劑數，並調降支付價)
114.5.15	皮膚科製劑	公告異動含 abrocitinib 成分藥品(如 Cibinqo)及含 upadacitinib 成分藥品(如 Rinvoq)計 3 品項支付價及修訂其藥品給付規定。(修訂暫緩續用條件，並調降支付價)
114.5.15	抗腫瘤藥物	公告異動含 olaparib 成分藥品 Lynparza film-coated tablets 100mg、200mg 共 2 品項、含 bevacizumab 成分藥品 Alymsys 40mL 支付價及修訂其給付規定暨修訂含 abiraterone 成分藥品(如 Zytiga)、含 enzalutamide 成分藥品(如 Xtandi)、含 apalutamide 成分藥品(如 Erleada)及含 darolutamide 成分藥品(如 Nubeqa)給付規定。(擴增適用範圍，並調降支付價)
114.5.15	抗腫瘤藥物	公告修訂含 pembrolizumab 成分藥品、含 carboplatin 成分藥品及含 paclitaxel 成分藥品之給付規定，及異動含 pemetrexed 成分藥品 Pexeda Injection 及 Apeta Lyo-Injection 100mg、500mg 共 4 品項之支付價格暨修訂其給付規定，並異動 Januvia 100 mg F.C. Tablets、Janumet 50/850 mg 及 50/500 mg Film-Coated Tablets 共 3 品項之支付價格。(擴增適用範圍，並調降支付價)

(三)其他：17 件

公告日期	分類	公告主旨
114.3.17	已收載品項支付標準異動	公告異動含 pralidoxime 成分注射劑 500mg(不可替代特殊藥品)共 1 品項支付價格。(認列為不可替代藥品，調高支付價)
114.3.15	已收載品項支付標準異動	公告異動 Tractocile 7.5mg/mL,0.9mL 品項(含 atosiban 成分藥品)之支付價格。(調高支付價)
114.4.15	已收載品項支付標準異動	公告異動含 pralatrexate 成分藥品 Folutyn Solution for intravenous injection 之支付價格。(藥品給付協議屆期檢討，調降支付價)
114.4.15	新收載品項暫予支付	公告暫予支付含 aflibercept 成分藥品 Eylea 114.3 mg/ml Solution for Injection 暨修訂 14.9.2.藥品給付規定。(用於治療黃斑部退化病變)
114.4.23	新收載品項暫予支付及已收載品項支付標準異動	公告暫予支付新增及異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」之藥物品項計 250 項。
114.4.23	已收載品項支付標準異動	公告異動含 sodium chloride + potassium chloride + calcium chloride + sodium lactate 成分注射劑之特殊藥品共 6 品項之支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
114.4.29	已收載品項支付標準異動	公告異動含 fluorometholone 成分眼用液劑共 5 品項之支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價；另於 114.5.9 公告更正生效日)
114.4.30	已收載品項支付標準異動	公告異動含 dextrose 成分注射劑用於水分補給之特殊藥品共 3 品項之支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
114.4.30	已收載品項支付標準異動	公告異動含 clobazam 成分用於焦慮狀態、癲癇症之輔助治療藥品共 1 品項之支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
114.4.30	已收載品項支付標準異動	公告異動含 (rs)-2,3-bis(sulphonyl) propane-1-sulphonic acids, sodium salt-monohydrate 成分用於急性汞中毒解毒之特殊藥品 Dimaval Injection Solution 及 Dimaval 250mg DMPS-Na/5mL solution for Injection 共 2 品項之支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
114.5.5	已收載品項支付標準異動	公告異動含 ixabepilone 成分注射劑抗腫瘤藥品共 2 品項之支付價格。(因具臨床價值，調高支付價)
114.5.15	新收載品項暫予支付	公告新增含 fentanyl 成分藥品 Fentanyl Transdermal Patch 50 $\mu$ g/hr “PPCD” 共 1 品項。(屬第二級管制藥品)
114.5.15	新收載品項暫予支付	公告暫予支付含 selexipag 成分藥品 UPTRAVI (CM) film-coated tablets 200mcg、600mcg、800mcg 及修訂 2.8.2.7.及 2.8.2.6.藥品給付規定。(用於治療結締組織病變導致之肺動脈高血壓)
114.5.15	新收載品項暫予支付及已收載品項支付標準異動	公告暫予支付新增及異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」之藥物品項計 208 項。
114.5.23	已收載品項支付標準異動	公告連續五年以上無健保申報量藥品取消健保支付價事宜。(計 210 項)

公告日期	分類	公告主旨
114.5.28	已收載品項支付標準異動	公告異動含 digoxin 成分用於心臟衰竭、心房撲動、心房纖維顫動、陣發性上室性心搏過速之不可替代特殊藥品共 1 品項之支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
114.5.29	已收載品項支付標準異動	公告新增含 mannitol 成分之注射劑 100mL、300mL 及 500mL 共 3 品項為不可替代特殊藥品及異動其支付價格。(認列為代特殊藥品，調高支付價)

二、特材部分：計 14 件，其中 10 件為新特材收載、4 件為其他(新增既有功能類別品項、已收載品項支付標準異動、專案暫予支付)。

(一)新特材收載：10 件

公告日期	分類	公告主旨
114.4.15	管套類	公告暫予支付功能改善特材「"美安科技"宙斯特胰臟引流支架暨電灼傳送系統」及「"波士頓科技"阿克西奧斯支架暨電灼增強傳送系統」共 2 項暨其給付規定。(用於胰腺假性囊腫或膽囊引流)
114.4.15	人工機能代用類	公告暫予支付功能改善特材「"優樂"氧合器含脂質與發炎物質過濾器(氧合器、動脈過濾器、脂質/發炎物質過濾器及硬式儲血槽)」。(用於心臟手術體外循環)
114.4.15	人工機能代用類	公告暫予支付功能改善特材「"戈爾"普羅帕騰血管移植植物」及「"戈爾"愛可塞爾血管移植植物」共 9 項暨其給付規定。(用於血管通路之人工血管)
114.4.15	人工機能代用類	公告暫予支付功能改善特材「"壯生"薇喬網片-26.5*34cm」共 1 項暨其給付規定。(手術過程用於防滲漏大面積修補網片)
114.4.15	人工機能代用類	公告暫予支付功能改善特材「小兒組合式肢體外固定矯正系統」暨給付規定。(用於骨外固定)
114.4.15	工具類	公告暫予支付創新功能特材「止血凝膠(含專用導管、塗佈(投藥)器)」暨其給付規定。(用於主動脈手術心血管外科修補，作為密封輔助之手術封合劑)
114.4.23	人工機能代用類	公告暫予支付功能改善特材「"美瑞特"英雄人工血管整組含靜脈流出組件及無肝素塗層之 ePTFE 人工血管組」計 1 項暨其給付規定。(用於血管通路之肝素塗層人工血管)
114.4.29	縫合結紮類	公告暫予支付創新功能特材「固定釘(含固定器+釘匣)及固定黏膠」計 5 項暨其給付規定。(用於固定人工網膜)
114.5.12	人工機能代用類	公告暫予支付功能改善特材「複和式網膜(不可吸收/部分可吸收)-減少沾黏型」計 33 項暨其給付規定。(用於強化軟組織之人工網膜)
114.6.3	人工機能代用類	公告新增全民健康保險特材自付差額類別「特殊材質縫合錨釘」計 62 項暨其給付規定。(用於軟組織與骨頭固定)

(二)其他：4 件

公告日期	分類	公告主旨
114.4.15	新增既有功能類別特材、已收載品項支付標準異動	公告新增及異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準之特材品項」計 163 項。
114.4.15	已收載品項支付標準異動	公告修正既有功能類別特材「"曲克"託鏗血管攝影導管」共 9 項之支付標準暨其給付規定。(另列核價類別並提高支付點數)
114.5.21	專案暫予支付	茲通知本保險特材「Cardioplegia Set (一次性使用心臟跳停液灌注器)」(健保代碼 CHT01022065X)停止給付日期展延至 114 年 12 月 1 日。(為供國內緊急公共衛生使用，專案暫予支付之給付日期展延)
114.5.26	已收載品項支付標準異動	公告修正既有功能類別特材「止血凝膠」共 8 品項之支付標準。(具臨床必要且不可替代性，調高支付點數)

# 衛生福利部全民健康保險會

## 第 7 屆 114 年第 4 次委員會議補充資料目錄

會議時間：114 年 6 月 25 日

### 一、討論事項

討論事項第一案「115年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)」附件之文字勘誤(更正如劃線處) - 1

### 二、報告事項

第一案「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」(會議資料第129頁) ----- 2



(會議資料第52頁)

討論事項第一案「115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)」附件之文字勘誤(更正如劃線處)

.....

附件

## 115年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)

第7屆114年第○次委員會議(114.○.○)通過

### 貳、總額協商原則

#### 七、其他原則

- (四)年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內。各部門總額成長率以不得超過行政院核定範圍之上限值為原則。
- (八)各總額部門提出涉及使用年度總額調整支付標準項目之協商草案，健保署應評估是否連帶影響其他總額部門，如有影響，應於協商前提出受影響總額部門之預算需求評估，供本會協商時一併考量。協商時，請受影響總額部門列席。



(會議資料第129頁)

報告事項第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：「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(簡報如附件第11~11頁)，請鑒察。

說明：

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

二、依前開公告，「門診透析服務項目」決定事項略以，持續加強鼓勵院所精進推動腹膜透析與提升其照護品質之實施方案，監測腹膜透析病人照護品質及健康結果與執行成效，並於 114 年 7 月前提報專案報告。

三、本方案自 112 年 7 月 4 日公告實施，計畫目的如下：

(一)提升末期腎衰竭病人(End Stage Kidney Disease，下稱 ESKD)腹膜透析治療之占率。

(二)加強院所腹膜透析照護品質及病人自我照護能力，提升病人腹膜透析技術之存活率與總存活率。

(三)鼓勵新設置腹膜透析中心/室，醫院及基層透析診所可組成共同照護團隊，相互支應，提升腹膜透析可近性及照護品質。

(四)鼓勵有效管理腎臟疾病，發揮醫病共享決策(Shared Decision Making，下稱 SDM)精神，並藉由腹膜透析品質監控獎勵以及鼓勵腹膜透析醫療資訊化等，提升腎臟疾病整體醫療照護品質。

四、112、113 年執行情形：(如表 1，第 7~8 頁)

(一)預算金額 4.335 億元。

(二)預算執行率：

1.112 年執行金額 1.66 億元、預算執行率 38.3%。

2.113 年執行金額 2.89 億元、預算執行率 66.6%。

(三)參與本計畫院所數：

1.112 年 127 家(醫學中心 21 家、區域醫院 64 家、地區醫院 36 家、基層診所 6 家)。

2.113 年 305 家(醫學中心 24 家、區域醫院 66 家、地區醫院 40 家、基層診所 175 家)。

(四)院所開辦獎勵費用：

1.新設立腹膜透析室/中心：

(1)112年有67家。

(2)113年85家，增加18家。

2.重新收治腹膜透析病人：

(1)112年有5家。

(2)113年有1家。

3.輔導其他院所新設立腹膜透析室/中心：

(1)112年有24家。

(2)113年29家，增加5家。

(五)新發個案獎勵：

1.112 年有 85 家。

2.113 年 102 家，增加 17 家。

3.新發個案人數，113 年較 112 年新增 1,649 人(如表 2，第 9 頁)。

(六)推廣獎勵費：

1.112 年有 39 家。

2.113 年 41 家，增加 2 家。

(七)照護品質獎勵：

1.112 年有 91 家。

2.113 年 93 家，增加 2 家。

## 五、評估指標：

(一)腹膜透析新發個案：目標值占率 $>10\%$ 。

1.112 年占率 9.7%：透析新發個案有 12,199 人，其中腹膜透析 1,182 人。

2.113 年占率 10.1%：透析新發個案有 11,775 人，其中腹膜透析 1,184 人。

(二)腹膜透析盛行個案之占率：目標值占率 $>8\%$ 。

1.113 年全年皆為 6.7%。

2.腹膜透析占率如含兩者皆有，則 111 年 8.05%、112 年 8.16%，113 年 8.21%。

六、為提高腹膜透析占率，本署於 114 年計畫新增下列獎勵措施，除涉全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，自公告日起生效，餘溯自 114 年 1 月 1 日生效。

(一)新增支持腹膜透析院所持續運作費每家院所獎勵 200,000 點-300,000 點。

(二)新增腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費，持續接受腹膜透析照護達第 13 個月至 24 個月(按月計算)，獎勵 10,000 點-20,000 點。

(三)修訂腹膜透析院所推廣獎勵費之年成長率獎勵點數級距，獎勵點數提升為 4,000 點-12,000 點。

(四)修訂提升腹膜透析院所照護品質獎勵費，由 5,000 點修正為 4,000 點-8,000 點，依其指標項目分數給予獎勵費。

(五)就「腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費」項目，增列山地離島地區加計 30%。

(六)就首次接受腹膜透析治療之新病人占首次接受透析新病人之比率 $\geq 10\%$ 者，給予獎勵 30,000 點。

(七)新增本計畫給付項目及支付標準：

1.編號 P8115C，全自動腹膜透析機搭配『病人遠距管理』相

關費用：每月 2,499 點。

2.編號 P8116B，連續性可攜帶式腹膜透析導管植入術-若未經血液透析治療者，加成 50%之費用。

3.編號 P8117C，輔助型腹膜透析治療處置費，每次 1,200 點，每月申請次數上限為 4 次。

健保署業務窗口：洪于淇專門委員，聯絡電話：02-27065866，分機 2667

.....

本會整理說明：

一、衛福部為加強推動腹膜透析與提升透析病人生活品質，自 112 年度總額起，新增本項專款預算，每年預算 4.335 億元，健保署於 112 年 7 月公告實施本方案。本案係健保署依據 114 年度總額決定事項，就持續加強鼓勵院所推動本實施方案、監測腹膜透析病人照護品質及健康結果與執行成效，提出專案報告。

二、查健保署於 112 年 6 月 29 日報奉衛福部核定本方案之「執行目標」與「預期效益評估指標」如下表。本會前於 113 年第 6 次委員會議(113.7.30)，請健保署提報 112 年執行情形與成效評估結果，因執行期間短，成效尚不明確，爰決議：

請健保署會同門診透析服務相關團體密切監測腹膜透析病人照護品質及健康結果，持續評估本專款項目執行成效。

(1)執行目標：

①腹膜透析新發個案占率：>10%。

定義：當年度腹膜透析新發個案數/當年度ESKD新發病人數\*100%

②腹膜透析盛行個案占率：>8%。

定義：當年度腹膜透析盛行個案數/當年度ESKD盛行病人數\*100%

(2)預期效益之評估指標：4項

①腹膜透析病人1年存活率：>96%。

②腹膜透析病人3年存活率：>80%。

③腹膜透析病人腹膜炎發生率：<1.53次/每百人月。

④腹膜透析病人Weekly Kt/V $\geq$ 1.7百分比： $\geq$ 93%。

三、健保署本次提報之執行情形，113 年在預算執行率、醫療供給

面(參與院所數、新設立腹膜透析室/中心)、獲取獎勵院所數(新發個案獎勵、推廣獎勵、照護品質獎勵)，以及腹膜透析新發個案占率、腹膜透析盛行個案占率(含腹膜/血液透析兩者轉換者)均較 112 年增加。114 年健保署並調整支付標準，新增多項獎勵措施，除加強推動腹膜透析外，建議持續監測及評估腹膜透析病人照護品質及健康結果。

四、檢附我國透析模式選擇之人數分布情形供參(如參考資料，第 10 頁)。

決定：

表1

**鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫執行情形**  
**(112年新增項目，自112年7月4日起實施)**

項目	年度	112	113
預算數(百萬元) <sup>註1</sup>		433.5	433.5
執行數(百萬元)		166	289
預算執行率		38.3%	66.6%
<b>院所獎勵費執行情形</b>			
院所開辦腹膜透析獎勵費 <sup>註2</sup>			
--新設立腹膜透析室/中心			
--新設立家數		67	85
--醫院		8	8
--基層		59	77
--獎勵費(百萬點) <sup>註2(1)</sup>		40	51
--重新收治腹膜透析病人			
--重新設治家數		5	1
--醫院		2	0
--基層		3	1
--獎勵費(百萬點) <sup>註2(2)</sup>		2	0.4
--輔導其他院所新設立腹膜透析室/中心			
--輔導醫院家數		24	29
--被輔導院所家數		70	86
--醫院		8	8
--基層		62	78
--獎勵費(百萬點) <sup>註2(3)</sup>		14	17
新發個案照護團隊獎勵費 <sup>註3</sup>			
--符合獎勵條件之新發個案家數		85	102
--醫院		84	98
--診所		1	4
--獎勵費(百萬點) <sup>註3(1)(2)</sup>		49	113
腹膜透析院所推廣獎勵費 <sup>註4</sup>			
--符合年成長率家數 <sup>註4(2)</sup>		39	41
--醫院		37	39
--診所		2	2

項目	年度	112	113
--獎勵費(百萬點) <sup>註4(3)</sup>		4	4
提升腹膜透析院所照護品質獎勵費 <sup>註5</sup>			
--符合獎勵條件(品質指標過70分(含)以上)之病人家數		91	93
--醫院		89	91
--診所		2	2
--獎勵費(百萬點) <sup>註5</sup>		29	29
執行目標：			
--腹膜透析新發個案占率：>10%		9.70%	10.06%
--腹膜透析盛行個案占率：>8%		6.70%	6.70%
資料來源：中央健康保險署 註：1.歷年總額協(決)定事項，略以： (1)112年：門診透析服務總費用成長率3%，其中1%(約4.335億元)專款專用，用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質。 (2)113年：維持433.5百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居血液家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。 2.院所開辦腹膜透析獎勵費，包含下列3類： (1)新設立腹膜透析室/中心：每家院所獎勵60萬點。 (2)院所重新收治腹膜透析病人：每家院所獎勵40萬點。 (3)醫院輔導其他院所新成立腹膜透析室/中心：每家院所獎勵20萬點。 3.腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費：首次接受腹膜透析治療之新病人(指近3年首次申報腹膜透析追蹤處置費) (1)同一院所持續接受腹膜透析照護達6個月者：醫學中心或區域醫院所獎勵36,000點；地區醫院或基層診所獎勵72,000點。 (2)持續接受腹膜透析照護達7個月以上者(第7~12個月)(按月計算)：醫學中心或區域醫院所獎勵1萬點；地區醫院或基層診所獎勵2萬點。 4.腹膜透析院所推廣獎勵費： (1)獎勵條件：區域醫院(含)以上醫院須申報腹膜透析病人數達5人(含)以上者地區醫院及基層診所，不在此限。 (2)年成長率=【(113年12月腹膜透析病人數—112年12月腹膜透析病人數)÷112年12月腹膜透析病人數】×100 (3)總獎勵點數計算：依年成長率所列獎勵點數及113年12月腹膜透析病人數計算總獎勵點數【獎勵點數×113年12月腹膜透析病人數】。 依不同年成長率訂定不同獎勵點數：3%~5%(不含)，獎勵1,000點；5%~10%(不含)，獎勵2,000點；10%~15%(不含)，獎勵3,000點；大於等於15%以上，獎勵4,000點。 5.提升腹膜透析院所照護品質獎勵費：須收案滿3個月(含)以上個案，列入本獎勵點數計算，且該院所品質指標項目總分全年須達70分(含)以上者，每個案獎勵5,000點。			

表2

**112年及113年鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫新發個案人數及院所家數\_依就醫層級別統計**

院所層級別	112 年		113 年	
	院所數	新發個案數	院所數	新發個案數
醫學中心	19	350	22	960
區域醫院	67	292	56	705
地區醫院	26	59	20	81
基層院所	6	1	4	5
合計	118	702	102	1,751

註：

- 1.鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫自112年7月4日起公告實施。
- 2.統計個案人數為本計畫院所新收個案持續照護達6個月之人數。



## 我國透析方式選擇之人數分布情形

年 度		109	110	111	112	113
腹膜透析	人數(人)	6,548	6,550	6,525	6,523	6,435
	占率(%)	<b>6.9%</b>	<b>6.8%</b>	<b>6.7%</b>	<b>6.7%</b>	<b>6.7%</b>
	點數(億點)	28.28	27.97	27.88	27.72	27.60
	占率(%)	<b>5.9%</b>	<b>5.8%</b>	<b>5.7%</b>	<b>5.7%</b>	<b>5.7%</b>
血液透析	人數(人)	86,560	88,301	89,828	89,337	88,680
	占率(%)	<b>91.7%</b>	<b>91.8%</b>	<b>92.0%</b>	<b>91.8%</b>	<b>91.8%</b>
	點數(億點)	441.11	449.62	452.75	449.08	451.12
	占率(%)	<b>92.8%</b>	<b>92.9%</b>	<b>93.0%</b>	<b>93.0%</b>	<b>93.0%</b>
同年「腹膜/血液」透析轉換	人數(人)	1,288	1,314	1,335	1,414	1,508
	占率(%)	<b>1.4%</b>	<b>1.4%</b>	<b>1.4%</b>	<b>1.5%</b>	<b>1.6%</b>
	點數(億點)	6.03	6.15	6.16	6.04	6.22
	占率(%)	<b>1.3%</b>	<b>1.3%</b>	<b>1.3%</b>	<b>1.3%</b>	<b>1.3%</b>

資料來源：健保署提供之114年健保總額協商參考指標要覽資料。

註：1.本表之血液透析治療案件數及利用點數為，門診案件類別申報為'05'洗腎案件且

申報醫令代碼為'58001C','58019C','58020C','58021C','58022C','58023C','58024C','58025C','58027C','58029C'任一者。

2.本表之腹膜透析治療案件數及利用點數為，門診案件類別申報為'05'洗腎案件且

申報醫令代碼為'58002C','58011A','58011B','58011C','58017A','58017B','58017C','58026C','58028C'任一者。



# 鼓勵院所推動腹膜透析 與提升照護品質方案 成效檢討專案報告



衛生福利部中央健康保險署

2025.6.25



## 大綱

01 背景

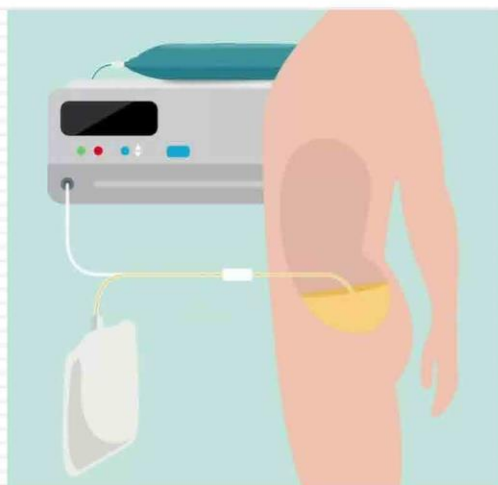
02 計畫簡介與目標

03 執行成效

04 檢討與未來規劃



# 1背景



## 腹膜透析之優點

### 提升患者存活率

腹膜透析病人1年或5年存活率皆優於血液透析病人

### 延緩殘餘腎功能流失

腹膜透析相較血液透析更能保留殘餘腎功能，臨床文獻顯示，約減緩24-80%病人殘餘腎功能下降，提升生活品質

### 移植前腹膜透析臨床益處

多數研究顯示，移植前接受腹膜透析病人，在移植整體腎臟移植失敗的風險較低，約降低4%的整體移植失敗風險

### 減少急診及住院就診率及整體醫療支出

血液透析病人急診就診率高於腹膜透析

### 存活率分析

	腹膜透析	血液透析
1年存活率	98.1%	89.2%
5年存活率	69.5%	53.8%

### 110年透析病人平均住院非透析醫療支出

	腹膜透析	血液透析
住院支出醫療點數（億點）	4.6	100.8
患者人數	7,625	89,031
每人平均支出（點/年）	60,262	113,239

### 急診就診率

	腹膜透析	血液透析
急診就診率	每年124次/每百人	每年161次/每百人

資料來源：114年6月14日台灣居家透析白皮書及《2023台灣腎病年報》

4

## 透析國際趨勢

- 各國居家透析推動，包括實施居家透析優先(First)或首選(Preferred)等政策
- 居家透析優先政策國家:香港(71%)、泰國(28%)、墨西哥(32%)和哥倫比亞(26%)

### Global Trend of Home Dialysis

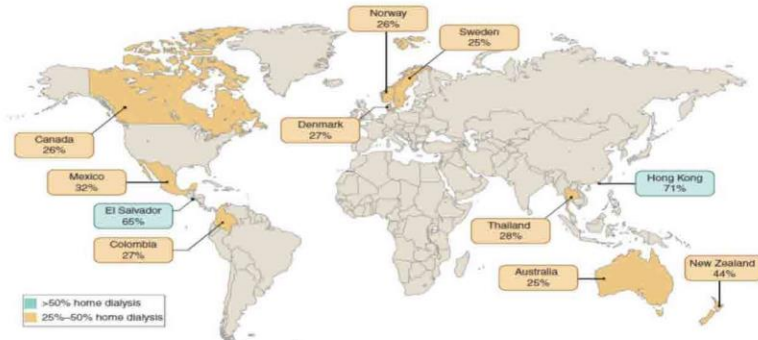


Figure 3 | Representation of countries with high utilization of home-based dialysis in prevalent patients with kidney failure. Countries with high utilization of home dialysis have implemented home dialysis-first or -preferred policies. Home dialysis-first policies have largely centered around peritoneal dialysis (as in Hong Kong,<sup>21</sup> Thailand,<sup>22</sup> Mexico,<sup>23</sup> and Colombia<sup>24</sup>), although in some countries, home dialysis-preferred policies have included home-based hemodialysis (as in Canada, Australia, New Zealand, and multiple Scandinavian countries). Home dialysis-preferred policies may be implemented regionally within a given country and vary by the degree of financial incentives. Data obtained from US Renal Data System 2020 Annual Data Report,<sup>25</sup> except for Thailand,<sup>22</sup> and Australia and New Zealand.<sup>26</sup>

Kidney Int. 2023 May;103(5):842-858. doi:10.1016/j.kint.2023.01.006. Epub 2023 Jan 31.  
 擷取自114年3月28日國際腹膜透析學會到訪分享腹膜透析的實務與觀察簡報

5

## 腹膜透析居家治療為國際趨勢

香港、台灣、新加坡、泰國均致力於推動腹膜透析



資料來源：114年6月14日台灣居家透析白皮書及《2023台灣腎病年報》

6



## 2 計畫簡介與目標



### 計畫目的



提升末期腎衰竭病人**腹膜透析治療之占率**



加強院所腹膜透析**照護品質**及病人**自我照護能力**，提升病人腹膜透析技術之**存活率**與**總存活率**



鼓勵**新設置腹膜透析中心/室**，醫院及基層透析診所可組成**共同照護團隊**，相互支應，提升腹膜透析可近性及照護品質



鼓勵有效管理腎臟疾病，發揮**醫病共享決策**精神，並藉由腹膜透析品質監控獎勵以及鼓勵腹膜透析醫療資訊化等，提升腎臟疾病整體醫療照護品質





## 執行目標及參與院所資格

### 計畫目標

- ①腹膜透析**新發**個案：占率 > 10% → 112年9.7%、113年10.06% **達標**  
②腹膜透析**盛行**個案：占率 > 8% → 112年6.7%、113年6.7% **未達標**

### 參與院所資格

- ① 醫師資格：應至少有一名專任腎臟專科醫師  
② 護理人員資格：領有台灣腎臟醫學會與台灣腎臟護理學會共同舉辦之腹膜透析訓練班上課證明者

### 院所獎勵費用

- ① 院所**開辦**腹膜透析及**支持腹膜透析院所持續運作**(114年新增)獎勵費  
② 腹膜透析**新發個案**照護團隊獎勵費  
③ 腹膜透析院所**照護品質**獎勵費  
④ 規劃相關費用需分配**至少六成**以上予**執行業務之相關醫事人員**(114年新增)

➡ 114年新增獎勵項目，已於114.5月公告

9



## 院所獎勵費用

### 1開辦獎勵費

- 新設:60萬
- 重新收治:40萬
- 輔導收治:20萬

### 2新收案獎勵

- 收案滿6個月
- 地區及基層7.2萬
  - 區域及醫中 3.6萬

### 4首次接受腹膜≥10%

新增獎勵3萬

### 3持續照護

- 地區及基層，持續照護6-12月：每月2萬
- 區域以上，每月1萬，延長至滿24個月

### 5持續運作

- 診所、地區及區域新增個案1-2人，獎勵20萬
- 醫中新增個案30以上，獎勵20-30萬

10

## 3 執行成效



### 預算執行情形及參與院所數

預算執行	112年	113年
費用	4.335億元	4.335億元
執行數	1.66億元	2.89億元
執行率	38.3%	66.6%

參與院所家數	112年	113年
醫學中心	21	24
區域醫院	64	66
地區醫院	36	40
基層診所	6	175
合計	127	305

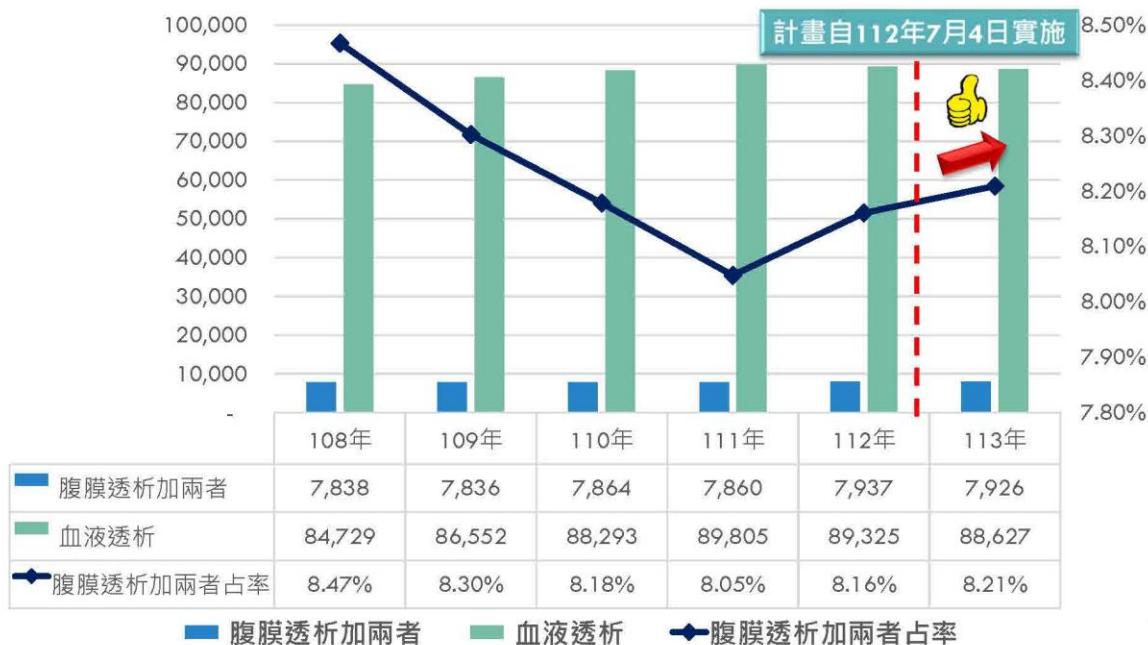
12





## 目的1-提升末期腎衰竭病人腹膜透析治療占率

腹膜透析(含2者)占率由111年8.05%微升至113年8.21%



13

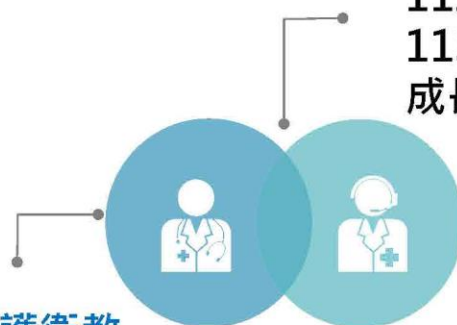
## 目的2-加強病人自我照護能力

### 醫病共享決策

112年:7,898人

113年:10,132人

成長率:28.3%



### 加強病人自我照護衛教

112年:6,339人

113年:7,268人

成長率:14.7%



### 病人訪視費

112年:428人

113年:1,017人

成長率:137.6%



14





## 目的3-新發個案數及院所數

112年新發個案702人  
113年新發個案1,751人



### 醫學中心

112年19家、新發個案350人  
113年22家、新發個案960人



### 區域醫院

112年67家、新發個案292人  
113年56家、新發個案705人



### 地區醫院

112年26家、新發個案59人  
113年20家、新發個案81人



### 基層診所

112年6家、新發個案1人  
113年4家、新發個案5人

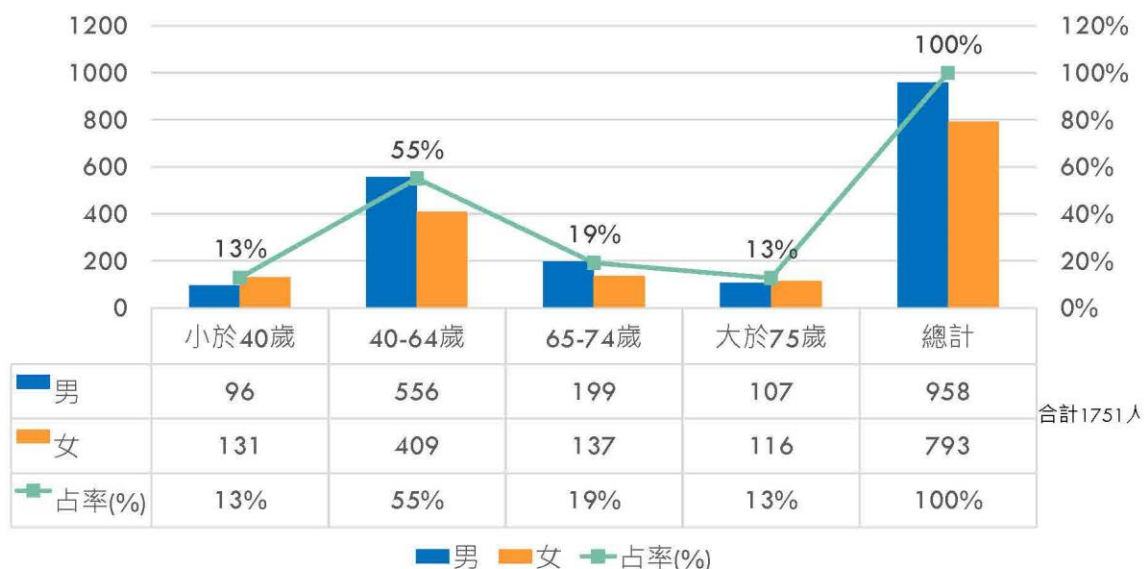


15



## 新收個案年齡層分析

55%集中在40-64歲



16



## 目的4-院所獎勵費用核發統計

照護品質獎勵指標包含:

- 1.高濃度葡萄糖腹膜透析液的使用量
- 2.血鈉 $\geq 130$  mmol/L
- 3.血鉀 $\geq 3.2$  mmol/L
- 4.心胸比 $\leq 0.55$
- 5.殘餘腎功能之保留
- 6.腹膜炎發生率
- 7.住院率



### 院所開辦獎勵

112年96家，核發56百萬元  
113年115家，核發68百萬元，共增加19家 🍊



### 新發個案照護團隊獎勵

112年85家，核發49百萬元  
113年102家，核發113百萬元，增加17家 🍊



### 院所推廣獎勵

112年39家，核發4百萬元  
113年41家，核發4百萬元，增加2家 🍊



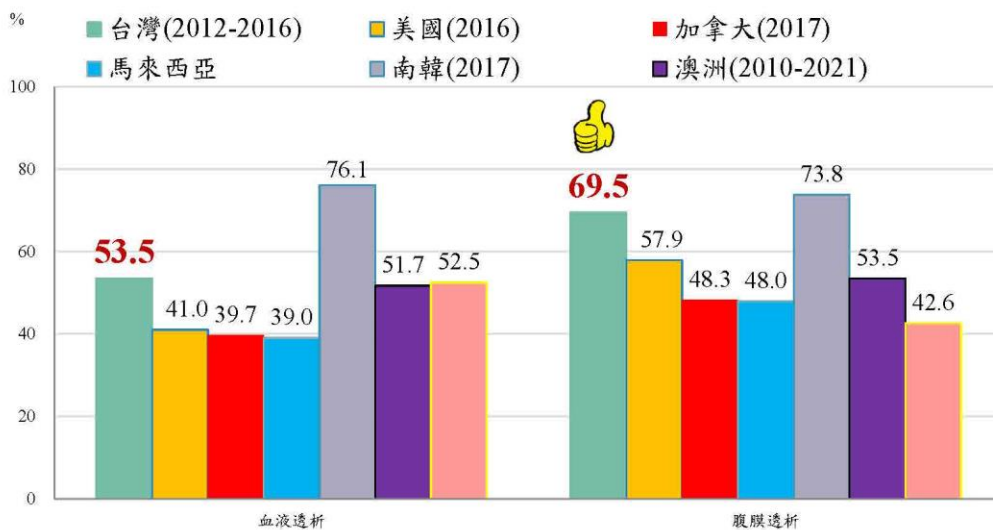
### 照護品質獎勵

112年91家，核發29百萬元  
113年93家，核發29百萬元，增加2家 🍊

17

## 執行成效-各國新發透析患者五年累積存活率(%)

血液透析、腹膜透析五年累積存活率高於美國、加拿大等  
腹膜透析高於血液透析



資料來源:2023年台灣腎病年報P89

18



## 檢討與未來規劃

### 腹膜透析照護 因應需求滾動調整

#### 提升照護品質

檢討計畫內容、監測照護品質、臨床照護指引、持續教育訓練

#### 檢討支付項目

定期檢討支付項目點數及獎勵費用，反映醫療成本

#### 擴大服務量能

增列收案模式、對象及範圍，擴大服務量能

#### 團隊合作輔導

與專家及學會積極合作，輔導院所參與計畫

19

## 114年規劃及計畫修訂重點

### 設置標準調整

- 台灣基層透析協會：院所申請**腹膜透析設施**，地方衛生主管機關**要求重新審視平面設計圖**，並需符合最新法規後，始得核准申請
- 114.5.16健保署與醫事司業務溝通協調會議決議：**醫事司釐清實務疑義**並與相關單位召開會議討論
- 114.5.27醫事司「研商診所設置腹膜透析室事宜」會議決議：
  - 診所既有設備，朝不予重新檢視處理，**僅對新增之服務項目確認**
  - 醫事司將於六月召開與各縣市衛生局說明訪查重點會議，請健保署報告本計畫
  - 健保署計畫中對於獎勵費之條件，**述及「硬體設施」文字，為避免與設置標準內容混淆，建議與協學會討論是否修正**

### 獎勵措施及新增支付標準

- 為提高腹膜透析占率，新增獎勵措施：
  - 新增支持腹膜透析院所**持續運作獎勵費、新發個案照護團隊獎勵費、調升推廣獎勵費、照護品質獎勵費等**
  - 提升腹膜透析院所「腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費」項目，**增列山地離島地區加計30%**
  - 就**首次**接受腹膜透析治療之**新病人**占首次接受透析新病人之比率**≥10%者**，給予獎勵
- 新增支付標準：
  - 腹膜透析機搭配『病人遠距管理』2,499點/月
  - 腹膜透析導管植入術-加成**50%**之費用
  - 輔助型腹膜透析治療處置費，1,200點/次

20