

衛生福利部全民健康保險會
第7屆 114 年第 10 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 12 月 24 日

衛生福利部全民健康保險會第7屆114年第10次委員會議議程

壹、主席致詞

貳、議程確認

參、確認上次(第9次)委員會議紀錄 ----- 1

肆、本會重要業務報告 ----- 12

伍、報告事項

一、本會115年度工作計畫及會議預定時間表(草案) ----- 51

二、113年全民健康保險自付差額特殊材料執行概況 ----- 59

三、114年度各部門總額依核(決)定事項，須提會報告之項目(續
提) ----- 81

四、中央健康保險署「114年11月份全民健康保險業務執行報告」
(書面報告) ----- 85

陸、臨時動議

參、確認上次(第 9 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(114)年 11 月 28 日衛部健字第 1143360172 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9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11月19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：許至昌、彭美熒

出席委員：(依姓名筆劃排序)

田委員士金、朱委員益宏、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、林委員宜平、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、連委員賢明、陳委員世岳、陳委員秀熙、陳委員建宗、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、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、溫委員宗諭、董委員正宗、蔡委員順雄、鄭委員力嘉、顏委員鴻順、嚴委員必文、蘇委員守毅

請假委員：(依姓名筆劃排序)

林委員恩豪、許委員舒博、許委員慧瑩、黃委員振國、黃委員國祥、謝委員佳宜

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：陳署長亮好

本會：周執行秘書淑婉、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第11頁)

貳、議程確認：(詳附錄第12~13頁)

決定：

一、原討論事項第五案「115年度醫院總額一般服務地區預算分配案，續請討論」，因屬續提討論，經與會委員同意，提前為討論事項第二案，原討論事項第二案至第四案依序往後遞移。

二、餘照調整後議程進行。

參、確認上次(第8次)委員會議紀錄：(詳附錄第13頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第14頁)

決定：洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第15~22頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：中央健康保險署「114年10月份全民健康保險業務執行季報告」，請鑒察。

決定：本案洽悉。

陸、討論事項(詳附錄第23~55頁)

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：全民健康保險115年度保險費率方案(草案)，提請審議。

決議：

一、115年度保險費率經本會審議結果，建議維持現行費率5.17%。

二、上述審議結果將依全民健康保險法第24條第3項規定，併同與會人員發言實錄函請衛生福利部轉陳行政院核定。

第二案(原第五案)

提案單位：本會第三組

案由：115年度醫院總額一般服務地區預算分配案，續請討論。

決議：

一、115年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額一般服務地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：經醫院總額部門代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及醫院總額部門代表之委員建議分配方式，報請主管機關決定。與會人員發言實錄併送主管機關參考。

1.付費者代表委員建議分配方式：

(1)自一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 3.887 億元)移撥 7 億元，作為風險調整移撥款，用以持續推動各分區資源平衡發展，其中 1 億元用於因應東區因 R 值(各地區校正風險因子後之保險對象人數)占率調升造成之財務衝擊。

(2)扣除上開移撥費用後，用於計算地區預算所採之門、住診費用比為 45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

①門診服務(不含門診透析服務)：

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

②住院服務：

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

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

2.醫院總額部門代表委員建議分配方式：

(1)自一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 3.887 億元)移撥 6.5 億元，作為風

險調整移撥款，用以持續推動各分區資源平衡發展，其中0.5億元用於因應東區因R值(各地區校正風險因子後之保險對象人數)占率造成之財務衝擊。

(2)扣除上開移撥費用後，用於計算地區預算所採之門、住診費用比為45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

①門診服務(不含門診透析服務)：

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

②住院服務：

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

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

(3)但書^(註)：若衛生福利部決定115年度R值占率調升1%，則116年度R值占率不予調升。

註：依李委員飛鵬會後書面意見增列，詳附錄第38~39頁。

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

三、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定後，於114年12月前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障理由及其對總額預算之影響等。

四、另依委員建議，建請衛生福利部(社會保險司)及中央健康保險署，針對地區預算分配公式進行後續研議。

第三案(原第二案)

提案單位：本會第三組

案由：115年度牙醫門診總額一般服務地區預算分配案，提請討論。

決議：

一、115年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度1.164億元)移撥3.8億元，作為特定用途移撥款，用於「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」、「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」等3項特定用途，移撥經費若有剩餘，優先用於「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」，若再有剩餘，則回歸一般服務費用。

2.扣除上開移撥費用後，預算100%依各地區校正「人口風險因子」後之保險對象人數分配。

二、所涉執行面及計算(含特定用途移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定之，其中特定用途移撥款執行方式請送本會備查。

三、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定後，於114年12月前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、

保障理由及其對總額預算之影響等。

第四案(原第三案)

提案單位：本會第三組

案由：115年度中醫門診總額一般服務地區預算分配案，提請討論。

決議：

一、115年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：經中醫門診總額部門代表與付費者代表協商，部分未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及中醫門診總額部門代表之委員建議分配方式，報請主管機關決定。與會人員發言實錄併送主管機關參考。

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

2.自五分區(不含東區)一般服務費用移撥400百萬元，作為風險調整移撥款，由各季提撥100百萬元，逐季使用至預算使用完畢為止，補助其浮動點值以最低分區該季每點支付金額最高補至0.93元之差值(且補助後平均點值不得高於次低區域的平均點值)；若經費不足，以原計算補助金額乘以折付比例計算。全年預算若有結餘則回歸一般服務費用。

3.五分區(不含東區)一般服務費用扣除上開移撥費用後，依下列參數占率分配：

(1)付費者代表委員建議分配方式：

①各分區實際收入預算占率：64%。

- ②各分區戶籍人口數占率：17%。
- ③各分區每人於各分區就醫次數之權值占率：9%。
- ④各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：4%。
- ⑤各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。
- ⑥偏鄉人口預算分配調升機制：1%。若有餘款則依「各分區實際收入預算占率」分配。

(2) 中醫門診總額部門代表委員建議分配方式：

- ①各分區實際收入預算占率：65%。
- ②各分區戶籍人口數占率：16%。
- ③各分區每人於各分區就醫次數之權值占率：9%。
- ④各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：4%。
- ⑤各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。
- ⑥偏鄉人口預算分配調升機制：1%。若有餘款則依「各分區實際收入預算占率」分配。

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

三、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定後，於114年12月前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障理由及其對總額預算之影響等。

第五案(原第四案)

提案單位：本會第三組

案由：115年度西醫基層總額一般服務地區預算分配案，提請討論。

決議：

一、115年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額一般服務地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：經西醫基層總額部門代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及西醫基層總額部門代表之委員建議分配方式，報請主管機關決定。與會人員發言實錄併送主管機關參考。

1.付費者代表委員建議分配方式：

(1)自一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 1.052 億元)移撥部分經費，作為風險調整移撥款，其額度尊重衛生福利部之決定。

(2)扣除上開移撥費用後，預算 71% 依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後之保險對象人數，29% 依西醫基層總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

2.西醫基層總額部門代表委員建議分配方式：

(1)115 年度 R 值(各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後之保險對象人數)占率維持 70%(依衛生福利部 112 年度總額決定事項「2 年前進 1%為原則」)，建議如下：

- ①風險調整移撥款金額 7 億元；爾後每年隨當年度一般服務費用成長率增加，計算當年度額度。
- ②風險調整移撥款用途，優先保障東區浮動點值不低於每點 1 元；次之，撥補點值落後地區。

(2)若衛生福利部決定 115 年度 R 值占率前進至 71%，風險調整移撥款建議如下：

①請「臺北區」及「北區」思考是否同意支持，先提撥「因R值占率前進而增加預算費用的50%」，用於撥補因R值占率前進而「減少預算費用」之地區：

A.若「臺北區」及「北區」同意前述①，則風險調整移撥款(7 億元)，建議用於撥補點值落後地區。

B.若有分區不同意前述①：

a.臺北區，建議擴大風險調整移撥款金額為至少10 億元，優先撥補因 R 值占率前進而減少預算之分區的「減少費用」(不含東區)；剩餘款再用於撥補點值落後地區。

b.高屏區，建議風險調整移撥款金額為7 億元，優先撥補點值落後地區。

②北區，依等比例的方式來補點值落後地區。

③南區，建議風險調整移撥款金額為7 億元，優先撥補因R值占率前進而減少預算之分區的「減少費用」(不含東區)；剩餘款再用於撥補點值落後地區。

(3)對於「結算後，若該區浮動點值大於每點1.0 元(東區浮動點值大於每點1.1 元)之超出費用，按分區預算占率分配回補各分區(但若該分區浮動點值已大於等於每點1 元時，則分配到浮動點值小於每點1 元地區)」乙節，各區對但書之意見如下：

①支持：臺北區、北區、中區、高屏區。

②不支持：南區。

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

途與執行方式請送本會備查。

三、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，於114年12月前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障理由及其對總額預算之影響等。

柒、報告事項(詳附錄第56~60頁)

報告單位：中央健康保險署、本會

案由：113年全民健康保險業務監理指標監測結果及研析報告，請鑒察。

決定：

- 一、本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署及本會研參。
- 二、113年全民健康保險監理指標監測結果報告定稿後，上網公開供大眾參閱。

捌、臨時動議：本會訂於本(114)年第10次委員會議(114.12.24)結束後，以餐敘方式舉辦部長與本會委員年終業務座談會，敬請委員預留時間踴躍參加。

玖、散會：上午12時29分。

肆、本會重要業務報告

一、本會依上次(第9次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

- (一)依討論事項第一案決議，於本(114)年11月28日以衛部健字第1143360173號書函，將本會審議全民健康保險115年度保險費率結果陳報衛生福利部(下稱衛福部)，如附錄一(第89~92頁)。後續衛福部於本年12月8日以衛部保字第1141260549號函陳報行政院核定，並副知本會，如附錄二(第93~95頁)。
- (二)依討論事項第二案至第五案決議，於本年12月1日以衛部健字第1143360174號書函，將本會完成協定之「115年度全民健康保險醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式」陳報衛福部核(決)定，如附錄三(第96~97頁)。
- (三)依報告事項決定，於本年11月28日將全民健康保險監理指標監測結果報告定稿並上網公開(路徑：健保會首頁>公告及重要工作成果>監理指標監測結果報告書，網址：<https://gov.tw/zpK>)。

二、為利委員了解歷次委員會議未結案件之辦理情形，依例每半年(6月、12月)彙報1次，截至11月底未結案件計13項，依辦理情形，擬建議解除追蹤11項，部分解除追蹤1項，繼續追蹤1項，如附表(第18~28頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理。

三、依全民健康保險法第72條及本年度工作計畫，中央健康保險署(下稱健保署)應於本次委員會議提出「115年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)」討論案，惟該署於本年12月12日以健保醫字第1140666060號函示(如附錄四，第98頁)，為利方案規劃完善，請同意延後至115年1月份委員會議提報。考量該署所提理由尚屬合理，建請同意依健保署所請辦理。

四、依本會本年第5次委員會議(114.7.23)決定事項：「請中央健康保險署會同各總額部門承辦團體，儘速辦理114年度總額核(決)定事項未完成之工作項目，以利總額協商」，健保署提報該未完

成工作項目之辦理情形，總計 28 項，如附件(第 29~47 頁)，其中已完成 20 項，8 項尚未完成(摘要如下)，因 114 年度即將結束，考量該 8 項未完成之項目均為 115 年延續性計畫/項目，爰建請健保署儘速辦理，並併入 115 年度總額核(決)定事項持續追蹤。

項次	部門	114年度總額未完成項目
1	中醫門診	中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(附件項次 23) ※協定事項：持續檢討費用申報之合理性，並分析治療模式、醫療服務介入成效等，以建立合理給付標準
2	醫院	鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫(附件項次 5、41) ※決定事項：精進計畫內容，檢討執行目標、預期效益評估指標及其目標值，以利檢討改善
3	西醫基層	強化基層照護能力及「開放表別」項目(附件項次 32) ※決定事項：對於開放多年且穩定實施之項目，建議規劃導入一般服務項目
4	其他預算	山地離島地區醫療給付效益提升計畫(附件項次 1、11) ※決定事項：新增「公費醫師在地服務診次費用」：建立評估機制，檢討本項預算對鼓勵公費醫師留鄉之成效，包括公費醫師留鄉比率、區內開業情形及區內就醫率等
5		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(附件項次 2) ※決定事項：持續精進居家醫療照護模式，提升品質與成效之評估指標(如依「居家醫療」、「重度居家醫療」與「安寧療護」等不同照護階段之特性與目的，訂定監測指標)，並檢討、修訂「居家醫療照護整合計畫」相關支付標準
6		腎臟病照護及病人衛教計畫(附件項次 5) ※決定事項：檢討「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之預算額度及核發指標，訂定更具鑑別度之獎勵方式，以落實獎勵之目的

五、依據全民健康保險會組成及議事辦法第 7 條第 1 項規定，健保會委員任期內親自出席委員會議達三分之二之次數，為續聘之必要條件，本(第 7)屆委員任期為 114 年 3 月 4 日至 115 年 12

月 31 日止，預計召開 21 次委員會議，委員至少應親自出席 14 次才符合續聘之條件，統計至 114 年 11 月底，所有委員出席率介於 50%~100% 之間，請委員盡可能親自出席，並參與會議討論，俾為代表團體發聲。另委員確有要公，仍可請假，惟請勿僅到場簽名而未出席會議，恐讓本會有公文書登載不實之虞。

六、衛福部及健保署於本年 11 月至 12 月份發布及副知本會之相關資訊摘要如下：[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 12 月 17 日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

本年 12 月 12 日修正發布「全民健康保險投保金額分級表」，並自 115 年 1 月 1 日生效，如附錄五(第 99~100 頁)。修正後投保金額分級表之下限金額為 29,500 元，最高一級與最低一級投保金額之差距，約為 10.61 倍，本案影響人數(含第一、二、三類被保險人)約 790 萬人，每年可挹注健保約 43 億元，以第一類被保險人為例，調整前後之差異如下表。

最低一級 月投保金額(元)	實際薪資月額 (元)	月付健保費 (投保金額、保險費率、負擔比率)		
		調整前	調整後	差異(元)
28,590→29,500	28,590 以下	443 元 (28,590 元×5.17%×30%)	458 元 (29,500 元×5.17%×30%)	15
28,800→29,500	28,591~28,800	447 元 (28,800 元×5.17%×30%)	458 元 (29,500 元×5.17%×30%)	11
30,300→29,500	28,801~29,500	470 元 (30,300 元×5.17%×30%)	458 元 (29,500 元×5.17%×30%)	-12

(二)健保署

1. 本年 11 月 11 日修正發布「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分規定，並自本年 12 月 1 日生效，如附錄六(第 101 頁)，修正重點摘要如下：

部門 修正重點	一般原則	各科審查注意事項
醫院 (非住院診斷 關聯群案件)	修正「骨質疏鬆症治療藥物審查原則」、「免疫球蛋白E(IgE)(12031C)、過敏原定性檢驗(30021C)及特異過敏原免疫檢驗(30022C)審查原則」。	增修內科、外科、婦產科、泌尿科、眼科及放射線科等。
西醫基層	修正「骨質疏鬆症治療藥物審查原則」。	增修外科、婦產科、泌尿科、眼科及精神科等。

2.公告總額相關計畫如附錄七(第 102~105 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
114.11.10/ 114.1.1	全民健康 保險山地 離島地區 醫療給付 效益提升 計畫	<p>本次修訂重點如下：</p> <p>1. 實施策略：醫療服務新增遠距醫療、早期療育及居家醫療照護。</p> <p>2. 支付方式：</p> <p>(1)明訂醫事人員支援論次費用之下限，並優先分配予第一線提供服務之醫事人員：</p> <p>①夜間/例假日門診、專科醫師診療、巡迴醫療、定點門診、天然災害加診等論次費用：</p> <p>A.醫師：非在地承作醫院，依山地鄉(含適用地區)、離島鄉分別設定下限為 7,000 元、8,000 元；在地承作醫院及合作診所 6,600 元，在地合作衛生所 4,000 元。</p> <p>B.醫事人員(護理、藥事人員等)：除離島鄉之非在地醫院為 2,000 元外，其餘皆為 1,700 元。</p> <p>②待診論次支援費用：醫師 2,000 元、醫事人員 1,000 元。</p> <p>(2)增修特定醫療服務費用：新增早期療育(兒童發展篩檢服務、定點/到宅治療)居家醫療服務、遠距醫療服務，均比照現有支付標準或計畫支付。</p> <p>(3)新增「山地離島地區點值補充費用」：本計畫施行地區之特約醫療院所，其醫療服務點值補至最高每點 1 元。</p> <p>3. 費用申報支付及審查原則：</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>(1)新增本計畫服務量不納入支付標準門診診察費合理量計算。</p> <p>(2)增列點值結算方式。</p> <p>4.計畫評核指標：新增癌症防治指標 4 項(共占 25%)，及增修促進預防保健指標。</p>
114.11.13/ 114.12.1	C 型肝炎 全口服新 藥健保給 付執行計 畫	<p>本次修訂重點如下：</p> <p>增訂高風險族群(監獄受刑人、注射藥癮者、愛滋病毒帶原者/愛滋病人、發生危險性行為者)病人每位至多給付三個療程，其他個案至多給付二個療程為限(原為每位個案至多給付二個療程)。</p>
114.11.18/ 115.1.1	全民健康 保險急診 品質提升 方案	<p>本次修訂重點如下：</p> <p>1.急診重大疾病照護品質：</p> <p>(1)適用個案：</p> <ul style="list-style-type: none"> ①刪除重大外傷病人，改由「重大外傷緊急手術及麻醉費支付標準加成」獎勵。 ②刪除主動脈剝離需緊急開刀病人，改由「區域聯防-提升急重症照護品質計畫」獎勵。 <p>(2)P4614B「OHCA 照護獎勵_清醒出院」由 30,000 點調升至 35,000 點。</p> <p>2.轉診品質獎勵：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1)刪除向上或平行轉診獎勵，惟保留重症病人直接轉入加護病房獎勵。 (2)向下轉診修訂為「限住院病人申報」，每個案獎勵點數由 4,000 點調升為 7,000 點(轉出與轉入醫院各給予 50%，各醫院所得獎勵由 2,000 點調升為 3,500 點)。 (3)新增地區醫院接收區域醫院急診病人下轉住院獎勵。 (4)P4611B「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」改由轉入醫院申報。 (5)新增「所有轉診案件獎勵皆排除同體系醫院間互轉」規定。 <p>3.獎勵費用優先分配於第一線執行人員，並每年提報運用情形予保險人分區業務組。</p>

3.本年 11 月 19 日、12 月 8 日公告 114 年「全民健康保險西

「醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等 7 項中醫醫療照護計畫(含子計畫)，自本年 11 月 1 日、12 月 1 日起新增之承作院所及醫師名單，如附錄八(第 106~107 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)統計如附錄九(第 108~109 頁)。

4. 本年 11 月 10 日檢送 114 年第 1 季其他預算結算說明表，公文如附錄十(第 110~111 頁)，114 年全年經費 20,883.7 百萬元，114 年第 1 季結算數 3,163.4 百萬元，整理預算執行情形如附錄十一(第 112 頁)供參考。
5. 本年 9 月至 11 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 36 件、特材計 13 件，彙整如附錄十二(第 113~116 頁)。

決定：

附表

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 11 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. 本署已於 114.7.15 公告取消 30 項目指示藥，並自 114.11.1 生效。</p> <p>2. 其餘項目後續將依藥理分類，分組邀集用藥相關醫學會及團體討論，以臨床效益、醫學實證或醫療必要性檢討、保障民眾用藥權益及減少社會衝擊，並逐步縮小該類項品之支付範圍，合理運用健保資源。</p>	<p>解除追蹤</p> <p>(1. 健保署已自 94 年起陸續公告取消部分指示藥品之健保給付。</p> <p>2. 其餘項目未來如有取消給付者，建議請併入健保署業務執行報告提報。</p> <p>3. 爰建議解除追蹤)</p>	—
2	有關醫院及西醫基層總額之「新醫療科技(包括新藥及新特材等)」及「藥品及特材給付規定改變」預算檢討、調整與管控機制，委員認為應再說明新醫療科技引進之考量因素，其導入後對總額之財務壓力，以及導入後若超出原編預算之彌補機制。 (111.6 決定)	<p>健保署回復：</p> <p>1. 藥品部分：</p> <p>(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 category1 且 preferred treatment，依健保財務可支應下優先修正項目。</p> <p>(2) 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</p>	<p>解除追蹤</p> <p>(健保署已說明新醫療科技引進導入後超出原編預算之彌補機制，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>一定水位。</p> <p>(3)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。</p> <p>(4)<u>新醫療科技預算參採廠商於「前瞻式新藥及新給付範圍預算推估登錄作業平台(HS)</u>及<u>醫療科技評估(HTA)</u>預估於該預算年度申報增加之藥費編列，查111-113年皆未有超過原編預算之情形，如有超過原編預算，將於隔年積極爭取額外預算，以補足前一年度不足之情形。</p> <p>2.特材部分： <u>有關新收載特材品項定期於特材共同擬訂會議進行監控報告，若申報點數高出該項編列預算，將採取修訂給付規定、依全民健康保險藥物給付項目及支付標準進行價量協議調整支付點數或透過醫療資訊系統醫令自動化審查機制等方式管理，滾動式檢討。</u></p>		

二、總額協商

3	有關分級醫療各項策略之執行成效(含醫學中心及區域醫院門診減量措施、家庭醫師整合性照護計畫、強化基層照護能力及「開放表別」、鼓勵院所建立轉診之合作機制)，對於醫學	<p>健保署回復：</p> <p>1.<u>醫院跟基層建立合作機制，分級轉診：推動醫療體系垂直整合，由各層級醫療院所合作組成，以民眾為中心評估其照護需求，</u></p>	<p>解除追蹤 (健保署已提出精進分級醫療之政策、方案與相關鼓勵措</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>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医流向分析與原因探討」完成後，參考研究成果並進行相關檢討後，予以說明。(109.6 決定)</p> <p>.....</p> <p>有關 111 年度總額轉診相關協定事項之檢討與未來規劃，請健保署參考委員所提意見，持續檢討、精進分級醫療政策及相關鼓勵措施，並於 112 年度總額協商草案提出規劃方案，以早日落實分級醫療之政策目標。(111.7 決定)</p>	<p>適當轉至適合之地區醫院、基層診所或長期照護機構提供完善的醫療照護，114 年 9 月底共計組成 80 個策略聯盟，已有 6,808 家特約院所參與。</p> <p>2.推動「個別醫院前瞻性預算分區共管試辦計畫」，引導醫院在一定總額範圍內，調整門住診比例，鼓勵醫院透過策略聯盟將輕症或穩定慢性病人下轉。</p> <p>3.自 114.9.1 起，鼓勵院所全面採用本保險電子轉診平台，調升下轉點數(調升 200 點，計 700 點)，及接受下轉點數(調升 300 點，計 500 點)，將醫院資源留給急重難症病人。</p> <p>4.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，</p>	施，並於業務執行季報告定期提報「分級醫療執行情形及成效檢討」，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>輕症或穩定慢性病人於社區院所照護。</p> <p>5.持續推動大家醫計畫，建立以病人為中心之全人照護模式，讓三高等慢性病人能於主要就醫院所接受整合性醫療照護。統計 114 年大家醫計畫照護人數達 662 萬人。並於 113 年 12 月建置家醫大平台，提升醫師個案管理及追蹤效率，截至 114.11.6 約有 5,132 家院所使用平台。</p> <p>6.綜上，本署 114 年業配合於 3、5、8、11 月業務執行季報告呈現「分級醫療執行情形及成效檢討(含結果面指標及監測結果)」及「急診品質提升方案指標執行結果」最新之辦理情形。</p>		
4	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</p>	<p>解除追蹤 (健保署已提報執行結果，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>未使用者低。</p> <p>(3)「<u>齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫</u>」：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. <u>本署已配合提報貴會 114.8.20 第 6 次委員會議報告量化之執行結果</u>，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。 <u>本案已提報貴會 114.10.22 第 8 次委員會議報告執行結果在案。</u></p> <p>3. 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。</p> <p>4. 已於 <u>114.10.22 以健保醫字第 1140664627 號函向貴會說明「114 年度全民健康保險醫療給付費用牙醫總額及分配方式之專款項目協定事項辦理情形」</u>。</p>		
5	有關 113 年度牙醫門診總額「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」之指標 1，請健保署會同牙醫門診總額相關團體於 114 年 7 月評核 113 年度總額執行成果時，提出合理之比較基準。(113.7 決定)	<p>健保署回復：</p> <p><u>113.5.21 全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 113 年第 2 次研商會議事會議決議操作型定義，並於 114.10.22 以健保醫字第 1140664627 號函向貴會說明「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」指標及監測值：</u></p> <p>1. <u>服用抗凝血劑病人經牙科處置，至院所拔牙後特別處理之比較基準為 0.0073%。</u></p> <p>2. <u>服用抗凝血劑病人經</u></p>	解除追蹤 (健保署已函報指標監測之比較基準，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)
		牙科處置，至院所牙醫急症處置之比較基準 0.0024%。		
6	「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： <u>遵示辦理，本署業依總額核(決)定事項及時程，完成法定程序及提報貴會等事宜。</u>	解除追蹤 (健保署大部分已完成法定程序及提報，未完成項目則在本次委員會會議重要業務報告處理，爰建議解除追蹤)	—
7	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： <u>本案已提報貴會 114.10.22 第 8 次委員會議報告執行結果在案。</u>	解除追蹤 (健保署已提報執行結果，爰建議解除追蹤)	—
8	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	健保署回復： 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」、「提升中藥用藥品質管理相關策略」	解除追蹤 (健保署已完成提報具體實施規劃/計畫，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)
	委員會議。(114.3 決定)	<p>已提報貴會 114.6.25 <u>第4次委員會議報告、</u> <u>「強化基層照護能力</u> <u>及『開放表別』項目</u> <u>研修執行目標及預期</u> <u>效益評估指標，業提</u> <u>至貴會 114.9.26 第 7</u> <u>次委員會議報告。</u></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，已提報貴會 114.6.25 第 4 次委員會議報告。另本計畫業於 114.7.17 以健保醫字第 1140114719 號公告修訂。</p> <p>3. 「非齒源性口腔疼痛處置」項目之適應症，業納入本署 114.4.22 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 114.6.1 生效，已提報貴會 114.6.25 第 4 次委員會議報告。</p> <p>4. 綜上，本署業配合於貴會委員會議提報 5 項未完成及 2 項須補充內容。</p>		
三、其他				
9	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 114.4.28 陳報衛福部。</p> <p>2. 經 114.5.27 面報林靜儀次長後修正指標項目之目標值，並於 114.6.12 再次陳報衛福部。</p> <p>3. 衛福部於 114.6.20 核定。</p>	解除追蹤 (衛福部已核定，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)
10	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)	健保署回復： 遵示辦理。	解除追蹤 (健保署已 於本次會 議報告事 項第二案 提報，爰 建議解除 追蹤)	—
11	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，照案通過，請中央健康 保險署依法定程序報請主 管機關核定發布。 (114.6 決定)	健保署回復： <u>衛福部已於 114.10.29 以</u> <u>衛部保字第 1141260428</u> <u>號令發布修正全民健康</u> <u>保險醫療品質資訊公開</u> <u>辦法第二條附表一(如</u> <u>114.11.19 本年第 9 次委</u> <u>員會議資料第 10~11、</u> <u>230 頁)。</u>	解除追蹤 (衛福部已 核定發布 ，爰建議 解除追蹤)	—

二、擬部分解除追蹤(共 1 項)

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
1	<p>(1)有關政府應負擔健保總經費法定下限 36%之計算方式：(106.7 決議、106.8、106.12、107.6、107.12、108.3、108.6 決定、108.11、108.12、109.4 決議、109.6、109.9 決定、109.10、109.11 決議、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12、112.2、112.6 決定、112.11 決議、112.12 決定、113.3 決議、113.6 決定)</p> <p>①建請衛福部匡正政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算方式，委員所提意見送請衛福部及健保署審慎研析並檢討修正、研參。</p> <p>②健保署定期提報本會之健保財務收支情形表中，政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數之金額，請分別依主管機關依法認定及提案委員主張(註)之兩種計算方式及結果呈現。</p> <p>註：依健保法第 76 條第 1 項規定計算應提列之安全準備(各項來源金額 ≥ 0)後，再帶入同法第 2 條、第 3 條公式。</p> <p>③建議政府撥補歷年政府應負擔健法定經費不足數之缺口，以確保健保財務之健全案，請主管機關積極研議處理。並請健保署協助本委員會向行政院彙報說明.....</p>	<p>社保司回復：</p> <p>1. 政府應負擔健保總經費法定下限為 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成數，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. 為落實健康台灣醫療政策，強化政府財務責任，本部業於 114 年 10 月 20 日修正健保法施行細則第 45 條，將政府應負擔健保總經費法定下限 36% 之計算，限定健保法有明定之部分，並追溯自 114 年 1 月 1 日施行，以明確區隔政府健保法定責任及依其他法令補助之福利支出，修法後政府每年將增加法定撥補金額(115 年預估 138.9 億元)。</p>	<p>1. <u>項次(2)健保法施行細則第 45 條業於 114 年 10 月 20 日修正發布，爰建議解除追蹤。</u></p> <p>2. <u>項次(1)政府應負擔健保總經費法定下限 36% 之計算方式，俟其部計算方式修正檢討歷年撥資料與說明後解除追蹤。</u></p>	依社保司研修相關法令進度辦理

項 次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	<p>(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>健保署回復：</p> <p>有關政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數之計算方式，歷年來皆依健保法第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>		

三、擬繼續追蹤(共 1 項)

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
1	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，同意本自付差額特材案，並請中央健康保險署儘速循行政程序，報請衛生福利部核定公告實施，以維護民眾權益；另請循例在實施半年後，提出檢討改善報告。(114.6 決議)	健保署回復： <u>遵示辦理。</u>	1.繼續追蹤 2. <u>將安排健保署於 115 年 12 月份委員會議提出檢討改善報告後，解除追蹤。</u>	115 年 12 月

114年度各部門總額核(決)定事項辦理情形

一、中醫門診總額

工作項目	應完成時限	辦理情形(更新如底線處)
提報本會執行情形(114 年初步結果/成果)		
14 提升用藥品質 ※協定事項： (1)應增加健保中藥給付品項、 提升用藥品質，並減少民眾 用藥自費情形 (2)於額度內妥為管理運用，並 落實中藥用藥品質提升及費 用之監督與管理 (3)研議將科學中藥納入核實申 報及進行藥價調查之可行性	114 年 7 月前	<p>114 年編列 347 百萬元，截至 114 年 9 月辦理情形如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本署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」並提至 114 年 6 月份委員會議報告。 2.依據全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 11 條規定，可建議納入全民健康保險給付之中藥藥品： <ol style="list-style-type: none"> (1)取得主管機關核發藥品許可證之新藥。 (2)主管機關核准經由藥品優良製造規範(GMP)中藥廠製造之「調劑專用」及「須由醫師(中醫師)處方使用」之濃縮中藥為限，但屬調劑或調配專用之非濃縮中藥，經藥物擬訂會議同意者，不在此限。 3.前於 108 年 4 月 17 日科學中藥納入「全民健保藥物給付項目及支付標準」核實申報之可行性會議決議，建議維持目前日劑藥費之制度，惟若要推動核實申報，可先從醫療機構申報格式能夠一致，例如頻次、數量等，以利將來能夠進行統計分析，再評估本案的可行性。<u>於 114.7.14 針對個別項目核價之可行性及執行方式發函徵詢意見，中華民國中醫師公會全國聯合會及臺灣製藥工業同業公會皆建議維持目前日劑藥費之制度，僅台灣中藥工業同業公會建議</u>

工作項目	應完成時限	辦理情形(更新如底線處)
		<u>應該研議適合於中藥的核定機制 (如：參考歷年物價波動等)。綜上， 研擬維持目前日劑藥費之制度。</u>
20 中醫提升孕產照護品質計畫 ※協定事項：請持續評估本計畫提升孕產照護的成效，對於執行成效良好之保胎項目，請規劃導入一般服務；另對成效有待提升之助孕項目，請研提改善策略，以提升助孕成功率	114 年 7 月前	<p>1. 114 年編列 82 百萬元，截至 114 年 9 月辦理情形如下：</p> <p>(1) <u>本計畫申報人數為 5,880 人、件數為 5.33 萬件、申報 57.9 百萬點。</u></p> <p>(2) <u>113 年本計畫執行成效：保胎成功率 77.1%、助孕成功率 17.8%。</u></p> <p>2. <u>查 111 年至 113 年本計畫助孕成功率分別為 17.7%、13.6%、17.8%，已請中醫門診總額相關團體協助加強推動本計畫。</u></p>
22 中醫急症處置 ※協定事項： (1)持續檢討計畫執行情形及成效 (2)本計畫再試辦 1 年，若未呈現具體成效則應退場		<p>114 年編列 10 百萬元，截至 114 年 9 月辦理情形如下：</p> <p>1. <u>本計畫參與院所數為 11 家、申報人數為 2,915 人、件數為 3,316 件、申報 11.0 百萬點。</u></p> <p>2. <u>查本計畫執行目標為參與院所數 7 家及服務人數 4,000 人，現目標達成率分別為 157% 及 73%。</u></p> <p>【本會補充說明：查 115 年總額協定結果本計畫續辦，協定事項要求積極檢討計畫執行成效，進行客觀成效評估，若計畫效益不佳，建議規劃退場機制。114 年協定事項已處理】</p>
23 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 ※協定事項：持續檢討費用申報之合理性，並分析治療模式、醫療服務介入成效等，以建立合理給付標準		<p>1. 114 年編列 152.4 百萬元，截至 114 年 9 月辦理情形如下：</p> <p>1. <u>本計畫參與院所數為 265 家、申報人數為 10,708 人、件數為 8.2 萬件、申報 127.73 百萬點。</u></p> <p>2. <u>查本計畫執行目標為參與院所數 180 家及服務人數 8,000 人，現目標達成率分別為 147% 及 134%。</u></p>

工作項目	應完成 時限	辦理情形(更新如底線處)
		【本會補充說明：依協定事項，需分析治療模式、醫療服務介入成效等，以建立合理給付標準】

二、醫院總額

工作項目	應完成時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會		
2 急診品質提升方案 ※決定事項：精進方案執行內容，以解決急診壅塞為目標，並增訂壅塞無法達標之處理方式，以提升急診處置效率及照護品質	114 年 3 月前	本署已於 114.2.26、3.7、4.29、6.17 及 7.21 召開五次「急診壅塞之健保因應策略研商會議」會議，並依會議決議修訂急診品質提升方案，經 114.9.25 健保醫療服務共同擬訂會議通過，業於 114.11.18 公告，115.1.1 生效。
5 鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫 ※決定事項：精進計畫內容，檢討執行目標、預期效益評估指標及其目標值，以利檢討改善		1. 「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」新增 RCC、RCW 住院階段獎勵項目及費用，自 111.10.1 起實施，至 114 年持續辦理。 2. 業於 114.9.30 召開呼吸器照護支付調整專家諮詢會議討論「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫修訂方向，將持續依專家意見規劃計畫修訂事宜。
提報本會執行情形(114 年初步結果/成果)		
24 因應 Pre-ESRD 及 Early-CKD 配合國際臨床指引-UPCR 修訂為 UACR(每件增加 235 點)所增加預算 (114 年新增項目) ※決定事項：會同醫院總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，並於額度內妥為管理運用	114 年 7 月前	114 年編列 200 百萬元，截至 114 年 10 月辦理情形如下： 1. 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第二章「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」之初期慢性腎臟病(Early CKD)照護，已放寬為 UACR 及 UPCR 並行(擇一執行)，本署業於 114.4.30 以健保醫字第 1140662176 號函公告，自 114 年 5 月 1 日起施行。 2. 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，本署業於 114.6.4 以健保醫字第 1140662606 號函公告新增 UACR 檢

工作項目	應完成 時限	辦理情形
		<p>測填寫欄位。</p> <p>3.<u>本項之預期效益評估指標為「CKD 方案收案病人接受UACR檢測至少達 45%，並已與台灣醫院協會達成共識。</u></p>
<p>25 C 肝照護品質提升衍生之醫療費用 (114 年新增項目) ※決定事項：會同醫院總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，並於額度內妥為管理運用</p>	<p>114 年 7 月前</p>	<p>114 年編列 59.3 百萬元，截至 114 年 10 月辦理情形如下：</p> <p>1.全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第二章「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」，業新增糖尿病及初期慢性腎臟病病人，符合特定條件者得執行 C 型肝炎篩檢規定。本署於 114.4.30 以健保醫字第 1140662176 號函公告，自 114.5.1 起施行。</p> <p>2.<u>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，本署業於 114.6.4 以健保醫字第 1140662606 號函公告本計畫照護對象執行 C 型肝炎病毒抗體檢查費用，由全民健康保險醫院總額及西醫基層總額之「一般服務」項下支應。</u></p> <p>3.<u>本項之預期效益評估指標為「DM、Early CKD、DKD、Pre-ESRD 方案收案病人接受國民健康署成人預防保健 B、C 型肝炎篩檢及近一年內接受健保 C 型肝炎檢查之篩檢人數較前一年度增加」，並已與台灣醫院協會達成共識。</u></p>
<p>27 配合 888 健康台灣，擴大國健署疾病篩檢，疑似陽性個案致使健保醫療利用提升，醫療服務密集度改變</p>		<p>114 年編列 2,500 百萬元，截至 114 年 10 月辦理情形如下：</p> <p>本項之預期效益評估指標為「整體癌症篩檢之陽追率較前一年度提升」，並</p>

工作項目	應完成 時限	辦理情形
<p>(114 年新增項目)</p> <p>※決定事項：會同醫院總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，並於額度內妥為管理運用</p>		<p><u>已與台灣醫院協會達成共識。</u></p>
<p>31 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材</p> <p>※決定事項：請檢視本項費用成長之合理性及加強管控，於額度內妥為管理運用。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析</p>		<p>114 年編列 17,996 百萬元，辦理情形如下：</p> <p>1. 藥費：</p> <p>(1) 公務預算補助挹注罕見疾病藥費 2,000 百萬元，罕見疾病及血友病藥費共 19,996 百萬元，截至 114 年 9 月，預估執行 <u>13,029.25</u> 百萬元，預估執行率 <u>65.16%</u>。</p> <p>(2) <u>罕見疾病藥費 114 年 1-9 月申報使用人數為 14,485 人，醫師數為 3,399 人，申報量約 438.8 萬；113 年同期申報使用人數為 13,696 人，醫師數為 3,331 人，申報量約 422.6 萬。</u></p> <p>(3) <u>血友病藥費 114 年 1-9 月申報使用人數為 1,510 人，醫師數為 595 人，申報量約 8,615 萬；113 年同期申報使用人數為 1,382 人，醫師數為 535 人，申報量約 10,236 萬。</u></p> <p>(4) <u>113 年至 114 年 9 月共計收載 13 項新罕藥及 1 項血友病新藥並擴增 2 項 SMA 藥品及 1 項血友病藥品給付規定。因持續收載及擴增藥品，爰人數及藥費仍在成長，本署將持續監控藥費申報情形，並落實「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材專款」預算之執行。</u></p> <p>2. 特材：114 年編列 3 百萬元，截至 114 年 <u>11</u> 月，罕見疾病特材計 1 品項，截至 <u>9</u> 月申報費用為 <u>2.4</u> 百萬點。</p>

工作項目	應完成 時限	辦理情形
32 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費 ※決定事項：請檢視本項費用成長之合理性及加強管控，於額度內妥為管理運用。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析	114年 7月前	<p>114年編列5,750百萬元，截至114年3月辦理情形如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 截至114年9月，預估執行<u>3,457.95</u>百萬元，預估執行率<u>60.14%</u>。 2. <u>114年1-9月申報使用人數為9,571人，醫師數為279人，申報量約129.1萬；113年同期申報使用人數為9,639人，醫師數為262人，申報量約129.6萬。</u> 3. <u>經分析醫療利用情形顯示114年相較於113年同期申報量及人數皆呈現穩定，後續將持續監控申報情形。</u>
40 精神科長效針劑藥費 ※決定事項：評估本項專款之替代效果及執行效益，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用		<p>1. 114年編列3,006百萬元，辦理情形如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 截至114年9月，預估執行<u>1,944.15</u>百萬元，預估執行率<u>64.68%</u>。 (2) <u>本署自111年起新增本項專款項目，經分析108-110年平均使用人數約3.2萬人，111-113年平均使用人數4.2萬人（醫院層級約占97%）。</u> (3) <u>精神科長效針劑可降低中斷用藥，減少疾病復發機率，經分析新增本項專款後，病人固定就醫比例、長效針劑平均施打次數皆有提升，即病人有穩定就醫之情形。本署將持續監控監控藥費申報情形。</u> <p>2. 113年思覺失調症照護率較112年增加0.4%，思覺失調醫療給付改善方案品質指標12項，高風險病人達標5項，達標率41.7%(5/12)；未達標7項中「社區關懷訪視共訪比率」雖未達成目標值100%，惟113年70.56%較112年40.91%大幅提升；</p>

工作項目	應完成 時限	辦理情形
		另「因轉診結案且後續無就醫比率」因 113 年及 112 年均為 0%，爰 113 年未較上年度減少，本署將持續推動本方案，鼓勵院所提高思覺失調症之醫療照護品質。
41 鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫 ※決定事項：精進計畫內容，檢討執行目標、預期效益評估指標及其目標值，以利檢討改善		114 年編列 300 百萬元，截至 114 年 10 月辦理情形如下： <u>業於 114.9.30 召開呼吸器照護支付調整專家諮詢會議討論「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫修訂方向，將持續依專家意見規劃計畫修訂事宜。</u>

三、西醫基層總額

工作項目	應完成時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會		
6 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫	114 年 3 月前	1.114 年延續辦理。 2.114 年 4-8 月邀集台灣復健醫學會、台灣心肺復健醫學會及中華民國醫師公會全國聯合會研議相關支付規範，114.9.22 台灣復健醫學會就計畫調整建議來函補充說明，將依程序提至相關會議討論。
需提本會報告或討論		
15 強化基層照護能力及「開放表別」項目 ※決定事項：依本部決定結果，請研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部決定後，提報本會最近 1 次委員會議	114 年 3 月委員會議報告案	研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」依 114.6.5 研商會議決議，已提報貴會 114.9.26 第 7 次委員會議報告，修訂如下： 1. 執行目標：90%。 2. 預期效益之評估指標：預算執行率(分子：預算執行數；分母：預算數)。
提報本會執行情形(114 年初步結果/成果)		
20 因應預防保健政策改變產生之服務密集度 （114 年新增項目） ※決定事項：請擬訂預期效益之評估指標，於額度內妥為管理運用	114 年 7 月前	114 年編列 360 百萬元，截至 114 年 10 月辦理情形如下： 本項之預期效益評估指標為「整體癌症篩檢之陽追率較前一年度提升」，並已與醫師公會全國聯合會達成共識。
21 代謝症候群及 C 肝照護品質提升衍生之醫療費用 （114 年新增項目） ※決定事項：請擬訂預期效益之評估指標，於額度內妥為管理運用	114 年 7 月前	114 年編列 626.6 百萬元，截至 114 年 10 月辦理情形如下： 1. 代謝症候群衍生費用之預期效益之評估指標為「代謝症候群改善率」提升之診所占率較前 1 年增加，並已與醫師公會全國聯合會達成共識。 2. C 肝照護品質提升：

工作項目	應完成時限	辦理情形
21 續	114 年 7 月前	<p>(1)全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第二章「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」，業新增糖尿病及初期慢性腎臟病病人，符合特定條件者得執行 C 型肝炎篩檢規定。本署於 114.4.30 以健保醫字第 1140662176 號函公告，自 114 年 5 月 1 日起施行。</p> <p>(2)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，業新增符合特定條件者得執行 C 型肝炎篩檢規定，本署於 114.6.4 以健保醫字第 1140662606 號函公告。</p> <p>(3)<u>C 肝照護品質提升衍生之醫療費用之預期效益評估指標為「DM、Early CKD、DKD、Pre-ESRD 方案收案病人接受國民健康署成人預防保健 B、C 型肝炎篩檢及近一年內接受健保 C 型肝炎檢查之篩檢人數較前一年度增加」，並已與醫師公會全國聯合會達成共識。</u></p>
22 CKD 方案比照 DKD 方案採用 UACR 檢測 (114 年新增項目) ※決定事項：請擬訂預期效益之評估指標，於額度內妥為管理運用	114 年 7 月前	<p>114 年編列 199.8 百萬元，截至 114 年 10 月辦理情形如下：</p> <p>1.全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第二章「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」之初期慢性腎臟病(Early CKD)照護，已放寬為 UACR 及 UPCR 並行(擇一執行)，本署業於 114.4.30 以健保醫字第 1140662176 號函公告，自 114.5.1</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
		<p>起施行。</p> <p>2.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，本署業於114.6.4以健保醫字第1140662606號函公告新增UACR檢測填寫欄位。</p> <p>3 <u>本項之預期效益評估指標為「CKD方案收案病人接受UACR檢測至少達40%」，並已與醫師公會全國聯合會達成共識。</u></p>
32 強化基層照護能力及「開放表別」項目 ※決定事項： (1)提出規劃調整開放之項目與作業時程 (2)對於開放多年且穩定實施之項目，建議規劃導入一般服務項目	114年7月前	<p>114年編列1,720百萬元，截至114年10月辦理情形如下：</p> <p><u>114年新增02028C「預立醫療照護諮商費(3,000點)1項適用至基層，已自114.5.1生效。</u></p> <p>【本會補充說明：依協定事項，須提供「對於開放多年且穩定實施之項目，建議規劃導入一般服務項目」之辦理情形。】</p>
40 精神科長效針劑藥費 ※決定事項：積極提升基層院所使用長效針劑之比率，並評估本項專款之替代效果及執行效益		<p>1.114年編列100百萬元，辦理情形如下：</p> <p>(1)截至114年9月預估執行<u>46.57</u>百萬元，預估執行率<u>46.57%</u>。</p> <p>(2)<u>本署自111年起新增本項專款項目，經分析西醫基層108-110年平均使用人數993人，111-113年平均使用人數1,582人。</u></p> <p>(3)<u>精神科長效針劑可降低中斷用藥，減少疾病復發機率，經分析新增本項專款後，病人固定就醫比例、長效針劑平均施打次數皆有提升，即病人有穩定就醫之情形。本署將持續監控監控藥費申報情形。</u></p>

工作項目	應完成 時限	辦理情形
40 繼	114 年 7 月前	2.113 年思覺失調症照護率較 112 年增加 0.4%，思覺失調醫療給付改善方案品質指標 12 項，高風險病人達標 5 項，達標率 41.7% (5/12)；未達標 7 項中「社區關懷訪視共訪比率」雖未達成目標值 100%，惟 113 年 70.56% 較 112 年 40.91% 大幅提升；另「因轉診結案且後續無就醫比率」因 113 年及 112 年均為 0%，爰 113 年未較上年度減少，本署將持續推動本方案，鼓勵院所提高思覺失調症之醫療照護品質。

五、其他預算

工作項目	應完成 時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會		
<p>1 山地離島地區醫療給付效益提升計畫</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)持續檢討山地離島地區民眾之醫療利用情形及照護品質(含建立監測指標)，並評估114 年新增鼓勵提升山地離島地區醫療服務措施之成效</p> <p>(2)新增「公費醫師在地服務診次費用」：建立評估機制，檢討本項預算對鼓勵公費醫師留鄉之成效，包括公費醫師留鄉比率、區內開業情形及區內就醫率等</p> <p>(3)新增「山地離島地區醫療院所點值保障費用」：應審慎評估鄰近都會地區醫療院所保障點值每點 1 元之合理性，並訂定排除條件</p> <p>(4)加強推動「偏鄉地區全人整合照護執行方案」，精進執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效</p>	114 年 3 月前	<p>1.本署已於 114.11.7 公告修訂「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫」，除民眾滿意度、IDS 執行情形、醫療照護成效及當地特定疾病個案等管理指標外，新增大腸癌篩檢率、乳癌篩檢率及 B、C 型肝炎篩檢率三項指標，以監測山地離島地區民眾之醫療利用情形及照護品質。</p> <p>2.本署將於 114 年底評估離島公費醫師留鄉比率、區內開業情形及區內就醫率，據以評估編列預算挹注之成效。</p> <p>3.為持續強化山地離島地區在地院所醫療量能，爰規劃透過點值保障措施鼓勵醫療服務提供，本署將持續監測資源配置之合理性及成效。</p> <p>4.配合全民健康保險偏鄉地區全人整合照護執行方案擴大推動，本署於 114.8.28 公告修訂方案，將持續視方案推動情形檢討各項健康管理指標、醫療照護指標、其他政策鼓勵指標以評估計畫成效。</p>
<p>2 居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)持續精進居家醫療照護模式，提升品質與成效之評估指標(如依「居家醫療」、「重度居家醫療」與「安寧療護」</p>	114 年 3 月前	<p>1.助產所業務：114 年延續 113 年計畫持續辦理。</p> <p>2.居整計畫及居家照護：</p> <p>(1)本署刻正依相關學/協會意見全盤檢討本項計畫，並規劃調升醫事人員訪視費用，以合理反映醫事人員照護成本，近期將召開專家小組會議討論，再依程序提共擬會討論。</p> <p>(2)為提升居家安寧個案照護品質及</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
<p>2 續</p> <p>等不同照護階段之特性與目的，訂定監測指標)，並檢討、修訂「居家醫療照護整合計畫」相關支付標準</p> <p>(2)擴大辦理「在宅急症照護試辦計畫」：加強監測病人安全、治療品質及成效，並滾動檢討計畫內容，以精進在宅急症照護模式</p>	114 年 3 月前	<p>在宅善終比率，刻正訂定相關監測指標。</p> <p>(3)規劃與居整計畫共同研議調升支付點數以合理反應醫事人員付出之心力及成本。</p> <p>3.在宅急症照護：114.11.3 公告修訂「在宅急症照護試辦計畫」，新增使用輸液器一日型之每日醫療費及當日訪視僅提供一位機構住民在宅急症照護服務，且同時段未提供其他醫療服務，得以在宅支付點數申報之規範。</p> <p>4.安寧居家：已於 114.6.2 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」，依實地訪視評核給予加成獎勵，共計 100 家院所申請實地評核，預計 115 年底前完成評核及特優醫院分享會。</p> <p>5.精神社區：114 年延續 113 年作法持續配合辦理。</p>
<p>3</p> <p>推動促進醫療體系整合計畫</p> <p>(1)醫院以病人為中心門診整合照護計畫(醫務管理組)</p> <p>(2)急性後期整合照護計畫</p> <p>(3)跨層級醫院合作計畫</p> <p>(4)遠距醫療會診</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)擴大辦理「遠距醫療會診」</p> <p>(2)檢討計畫執行方式，及評估醫療品質與成效，研提改善策略，以提升執行成效</p> <p>(3)擴大辦理並持續精進「急性後期整合照護計畫」之照護</p>	114 年 3 月前	<p>1.醫院以病人為中心門診整合照護計畫：延續 113.10.1 公告修訂計畫辦理。</p> <p>2.急性後期整合照護計畫：業於 114.11.21 邀集各層級醫院協會、相關專科醫學會及各職類醫事人員公會召開「研修急性後期整合照護計畫暨復健病房規劃」討論會議，將依會議共識修訂 PAC 計畫，提報共擬會討論。</p> <p>3.跨層級醫院合作計畫：延續 113 年計畫辦理。</p> <p>4.遠距醫療給付計畫：為擴大遠距醫療推動，提升偏鄉民眾專科醫療可近性，全民健康保險</p>

工作項目		應完成時限	辦理情形
3 續	<p>模式及評估指標，朝強化社區型服務模式方向規劃</p> <p>※113 年 12 月委員會議決定事項：請檢討「急性後期整合照護計畫」，其支付標準調整應考量支付衡平性，並納入 114 年度檢討計畫執行內容辦理</p>	114 年 3 月前	<p>遠距醫療給付計畫已於 114.8.6 公告修訂，並自 8 月 1 日起實施，修訂重點如下：</p> <p>(1)取消遠距會診專科別限制：由在地端院所依當地醫療需求協調遠距端院所量能提供服務。</p> <p>(2)調升在地端院所執行遠距會診之診察費加成，以鼓勵院所提供遠距專科會診服務。</p> <p>(3)在地院所資格新增「參與全民健康保險西醫醫療資源不足改善方案且計畫施行地區內進行巡迴醫療之院所」，將醫缺地區巡迴點納入實施範圍。</p>
5	<p>腎臟病照護及病人衛教計畫</p> <p>(1)末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫</p> <p>(2)初期慢性腎臟病醫療給付改善方案</p> <p>(3)慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)持續強化整合腎臟病前期之相關疾病照護計畫(如逐步整合至大家醫計畫)，並朝向以人為中心之整合服務，以延緩病人進入透析之照護</p> <p>(2)檢討「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之預算額度及核發指標，訂定更具鑑別度之獎勵方式，以落實獎勵之目的</p>	114 年 3 月前	<p>1.末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫，已於 114.6.4 以健保醫字第 1140662606 號函公告修訂。</p> <p>2.初期慢性腎臟病醫療給付改善方案：業於 114.4.30 以健保醫字第 1140662176 號公告修訂。</p> <p>3.本署於 113 年以家醫計畫為基礎，與代謝計畫、糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案進行整合，另於 114 年精進相關費用支付方式，如透過個案管理費加成，鼓勵院所定期追蹤慢性病個案。並精進相關指標，追蹤收案會員之特定檢驗項目表現，鼓勵醫療群提升醫療照護品質。</p> <p>4.有關建議「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」訂定更具鑑別度之獎勵方式，本署將與台灣腎臟醫學會研議後修訂。</p>

需提本會報告或討論

工作項目	應完成時限	辦理情形
7 推動促進醫療體系整合計畫 ※決定事項：擴大辦理並持續精進「急性後期整合照護計畫」之照護模式及評估指標，朝強化社區型服務模式方向規劃，並於 114 年 7 月前提本會報告	114 年 7 月委員會議報告案	1.為完善規劃「社區型急性後期整合照護服務模式」，廣泛蒐集意見暨邀集專家研商，業於 114.6.25 函請貴會同意延後報告時程在案。 2.本署業於 114.11.21 召開「研修急性後期整合照護計畫暨復健病房規劃」討論會議，已提報本次健保會委員會議進行報告。

提報本會執行情形(114 年初步結果/成果)

11 山地離島地區醫療給付效益提升計畫 ※決定事項： (1)持續檢討山地離島地區民眾之醫療利用情形及照護品質(含建立監測指標)，並評估 114 年新增鼓勵提升山地離島地區醫療服務措施之成效 (2)新增「公費醫師在地服務診次費用」：建立評估機制，檢討本項預算對鼓勵公費醫師留鄉之成效，包括公費醫師留鄉比率、區內開業情形及區內就醫率等 (3)新增「山地離島地區醫療院所點值保障費用」：應審慎評估鄰近都會地區醫療院所保障點值每點 1 元之合理性，並訂定排除條件 (4)加強推動「偏鄉地區全人整合照護執行方案」，精進執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效	114 年 7 月前	114 年編列 1,356.6 百萬元，辦理情形如下： 1.本署已於 114.11.7 公告修訂「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫」，評核指標修訂重點如下： (1)促進預防保健指標項下，增訂「B、C 型肝炎篩檢比率」。 (2)增訂癌症防治指標(大腸癌、乳癌、子宮頸癌、口腔癌篩檢率)。 2.有關公費醫師在地服務評估機制一節，因健保無收載公費醫師資料，本署將洽請衛福部醫事司提供資料後，規劃於 114 年底針對醫師整體留鄉比率、區內開業情形及區內就醫率進行統計，據以評估編列預算挹注之成效。 3.有關為持續強化山地離島地區在地院所醫療量能，爰規劃透過點值保障措施鼓勵醫療服務提供，本署將持續監測資源配置之合理性及成效。有關排除條件訂定建議一節，各分區業務組針對轄區鄉鎮(市)區特性及醫療資源提出建議，綜整說明如下：
---	------------	---

工作項目	應完成 時限	辦理情形
11 續	114 年 7 月前	<p>(1) <u>多數山地離島地區之醫療院所無鄰近都會區之情形(距離至醫療資源較豐富之區域醫院至少車程約需 30 分鐘以上)</u>。</p> <p>(2) <u>山地鄉常因颱風及豪雨造成對外交通癱瘓或醫療資源更為缺乏(如 114 年 7 月丹娜絲颱風、同年月 28 日豪雨及同年 9 月樺加沙颱風致花蓮縣馬太鞍溪堰塞湖溢流)</u>。</p> <p>(3) <u>綜上，對於山地離島地區應儘可能消弭偏鄉醫療不平等差距並提升醫療照護「可近性」，為鼓勵在地院所長期經營並深根發展，爰不建議訂定排除條件。</u></p> <p>4. 本署業於 113.8.19 健保醫字第 1130116825 號公告修訂「全民健康保險偏鄉地區全人整合照護執行方案(原山地鄉全人整合照護執行方案)」，修訂評核指標如下：</p> <p>(1) <u>健康管理指標項下，「高風險孕產婦產檢達成率」修訂為「孕產婦產檢達成率」，增訂「高風險妊娠產檢率」、「全口牙結石清除」、「施行全口牙結石清除，且併同牙周暨齲齒控制基本處置(91014C)的執行率」</u></p> <p>(2) <u>其他政策鼓勵指標項下，增訂「B、C型肝炎篩檢比率」。</u></p>
12 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 ※決定事項： (1)持續精進居家醫療照護模式，提升品質與成效之評估指	114 年 7 月前	<p>114 年編列 9,378 百萬元，截至 114 年 9 月辦理情形如下：</p> <p>1. <u>居家醫療照護</u>：</p> <p>(1) 截至 114 年 9 月，居家醫療照護整合計畫共 <u>3,531</u> 家醫事機構參與，收案約 <u>8.3</u> 萬人。</p>

工作項目		應完成時限	辦理情形
12 續	<p>標(如依「居家醫療」、「重度居家醫療」與「安寧療護」等不同照護階段之特性與目的，訂定監測指標)，並檢討、修訂「居家醫療照護整合計畫」相關支付標準</p> <p>(2)擴大辦理「在宅急症照護試辦計畫」：加強監測病人安全、治療品質及成效，並滾動檢討計畫內容，以精進在宅急症照護模式</p> <p>(3)收集及分析本計畫替代醫院住院費用情形，供 115 年度總額協商參考★</p>	114 年 7 月前	<p>(2)截至 114 年 9 月，新收案照護對象(收案滿 1 個月)後每月平均門診就醫次數，較收案前半年減少約 0.5 次。</p> <p>(3)安寧居家：本署業於 114.6.2 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」，依實地訪視評核給予加成獎勵，共計 100 家院所申請實地評核，預計 115 年底前完成評核及特優醫院分享會。</p> <p>2.在宅急症照護試辦計畫：截至 114 年 10 月計有 182 個團隊、826 家院所參與計畫，共收案 5,154 人次，且平均照護天數為 8.2 天，113 年平均醫療費用約 3 萬點。</p> <p>3.轉銜長照之服務：114 年持續辦理。</p> <p>4.有關在宅急症照護試辦計畫替代醫院住院費用情形，已於 114.9.3 提供健保會，供 115 年度總額協商參考。</p>
14	<p>推動促進醫療體系整合計畫 ※決定事項：</p> <p>(1)擴大辦理「遠距醫療會診」</p> <p>(2)檢討計畫執行方式，及評估醫療品質與成效，研提改善策略，以提升執行成效</p> <p>(3)擴大辦理並持續精進「急性後期整合照護計畫」之照護模式及評估指標，朝強化社區型服務模式方向規劃</p> <p>(4)為配合醫院「擴大多重慢性病收案照護」之政策，請強化多重慢性病人之整合照護</p>	114 年 7 月前	<p>114 年編列 520 百萬元，截至 114 年 9 月辦理情形如下：</p> <p>1.114 年 1-9 月申報遠距會診費 802.2 萬點，共 1.2 萬人次接受服務；另 114 年截至 11 月，共 125 家在地院所與 57 家遠距院所合作參與遠距計畫，提供 65 個鄉鎮、11 個急重症轉診網絡及 2 間矯正機關遠距會診服務。</p> <p>2.為擴大辦理「遠距醫療會診」，已自 114 年 8 月起取消遠距會診專科別限制，並透過調升在地端院所執行遠距會診之診察費加成鼓勵院所提供的遠距專科會診服務，計畫修訂草案已於 114 年第 2 次共同擬訂會議通過，刻正依程序辦理相關事宜。</p>

工作項目	應完成 時限	辦理情形
14 續	114 年 7 月前	<p>3.為完善規劃「社區型急性後期整合照護服務模式」，廣泛蒐集意見暨邀集專家研商，業於 114.6.25 函請貴會同意延後報告時程在案。</p> <p>4.<u>本署業於 114.11.21 召開「研修急性後期整合照護計畫暨復健病房規劃」討論會議，將提報本次健保會進行報告，將依會議共識修訂 PAC 計畫，提報共擬會議討論。</u></p>

報告事項

第一案

報告單位：本會第二組

案由：本會 115 年度工作計畫及會議預定時間表(草案)，請鑒察。

說明：

- 一、為踐行本會依全民健康保險法(下稱健保法)授予之法定任務，以及衛生福利部(下稱衛福部)115 年度總額核(決)定事項、歷次會議決議(定)事項，擬具本會 115 年度工作計畫及會議預定時間表(草案)(詳如附件一、二，第 53~58 頁)。
- 二、前開工作計畫草案業於 114 年 11 月 12 日徵詢衛福部社會保險司(下稱社保司)與中央健康保險署(下稱健保署)意見，並請其於同月 28 日回復，惟截至 12 月 10 日，僅社保司回復 1 項意見，本會處理說明如下表：

委員會議日期	社保司意見	本會處理說明
115 年 11 月份委員會議日期(費率審議)	經查 116 年度保險費率目前係預定於 115 年 11 月 25 日會議審議。依健保法第 24 條規定，保險費率應於年度開始 1 個月前完成審議，按過去年度經驗，費率完成審議後約 1 週始收到貴會報部函，後續轉報行政院及行政院核定皆需作業時間，且如涉及費率調整，更需提早準備，為確保有適當之行政作業時間，並於法定期程內完成核定，建議審議費率當次會議循例適度提前召開。	1. 116 年度醫療給付費用總額協商安排於 9 月 23 日進行，惟之後即適逢中秋及教師節連續假期， <u>9 月份委員會議召開日期為 9 月 30 日</u> 。 2. 10 月份委員會議日期考量因素：9 月份委員會議會後 10 日內，本會需完成議事錄，10 月份委員會議 7 日前，需完成委員會議資料， <u>兩次會議間隔為 3~4 個星期</u> ，且各總額部門尚需就 116 年度協商結果提出「執行目標」及「預期效益之評估指標」，需作業時間，綜合考量後，將 10 月份委員會議安排於 10 月 28 日。 3. 11 月份委員會議(費率審議)日

委員會議日期	社保司意見	本會處理說明
		<p>期考量因素：</p> <p>(1)依健保法規定，健保署需依據<u>9月 30 日確認之 116 年度總額協商結果</u>，在考量多項假設因素設定及模擬試算下，需充分作業時間，方能研提 116 年度保險費率方案(草案)送會諮詢，爰訂於 10 月 28 日召開 116 年度費率審議前專家諮詢會議。</p> <p>(2)<u>後續健保署需參考前揭專家諮詢會議意見修正 116 年度費率方案及補充資料後，完成研提 116 年度費率方案送會審議</u>，同時本會亦需提供研析意見，供委員參考，建議 11 月份委員會議維持原訂日期(115.11.25)。</p>

擬辦：請確認 115 年度工作計畫內容及會議時間表，並請委員預留時間與會。

決定：

附件一

全民健康保險會 115 年度工作計畫(草案)

○年第○次委員會議(○○○)通過

日期	工作項目
1月21日 (第1次委員會議)	<p>優先報告事項： 115 年度各部門總額及其分配方式之核定結果及後續相關事項</p> <p>討論事項： 115 年度各部門總額一般服務點值保障項目之討論</p> <p>報告事項： 115 年度各部門總額依核定事項，須提本會報告之具體實施計畫/方案/規劃或執行方式(附表 1 之項次 1、2)</p>
3月11日 (第2次委員會議)	<p>優先報告事項： 全民健康保險業務執行季報告(口頭；含 114 年健保業務整體執行情形、併同分級醫療執行情形及成效檢討、急診品質提升方案指標執行結果)(附表 2)</p> <p>討論事項： 各總額部門 114 年度執行成果評核作業方式(草案)之討論</p> <p>報告事項： 「友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質」具體實施方案(包含執行方式、請領資格、調薪認定標準及稽核機制等)專案報告</p>
3月25日 (業務參訪活動)	地點：罕見疾病基金會附設新竹縣私立關西身心障礙福利服務中心 (罕見家園，新竹縣關西鎮東平里 9 鄰小東坑 7 之 6 號)
4月22日 (第3次委員會議)	<p>討論事項： 1.116 年度總額協商架構及原則(草案)之討論 2.116 年度總額協商程序(草案)之討論</p> <p>報告事項： 1.114 年度全民健保年終決算報告、116 年度全民健保預算備查案 2.「高風險疾病口腔照護計畫」專案報告(含牙結石清除各類適用對象醫療利用及執行效益檢討結果)</p>
5月20日 (第4次委員會議)	<p>法定諮詢事項： 衛福部 116 年度健保總額範圍(草案)併同健保署之財務試算諮詢案</p> <p>優先報告事項： 全民健康保險業務執行季報告(口頭；併同提出 114 年度抑制資源不當耗用改善方案之執行結果及檢討改善策略、114 年「新醫療科技」及「藥品及特材給付規定改變」協商因素項目預算執行情形、分級醫療執行情形及成效檢討、急診品質提升方案指標執行結果)(附表 2)</p>

日期	工作項目
	<p>報告事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 「家庭醫師整合性照護計畫」之專案報告(包含整體照護成效及朝慢性病整合及全人照護方向之推動結果) 115 年度各部門總額依核定事項，須提本會報告之具體實施計畫/方案/規劃或執行方式(附表 1 之項次 3、4)
6 月 24 日 (第 5 次委員會議)	<p>討論事項：</p> <p>各總額部門 114 年度執行成果評核獎勵標準案之討論(依 3 月評核作業方式議定之時程提會)</p> <p>報告事項：</p> <p>「0~6 歲兒童醫療量能保障」具體實施規劃(包含執行方式及具體提升兒童醫療量能之監測指標)專案報告</p>
7 月 20、21 日	各總額部門 114 年度執行成果發表暨評核會議
7 月 29 日 (第 6 次委員會議)	<p>法定交議事項：</p> <p>衛福部交議 116 年度健保總額範圍案</p> <p>討論事項：</p> <p>各總額部門 114 年度執行成果評核獎勵標準案之討論(依 3 月評核作業方式議定之時程提會)</p> <p>報告事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 「促進醫療服務診療項目支付衡平」之具體實施方式及執行情形專案報告 115 年度牙醫門診總額專款項目執行期限屆期之檢討(提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)(附表 3)
8 月 19 日 全天	<p>上午 (第 7 次委員 會議)</p> <p>優先報告事項：</p> <p>全民健康保險業務執行季報告(口頭；併同提出分級醫療執行情形、急診品質提升方案指標執行結果)(附表 2)</p> <p>報告事項：</p> <p>「鼓勵院所推動腹膜透析與提升照護品質方案」及「居家血液透析與提升其照護品質」專案報告(含執行成效及照護品質與健康結果)</p> <p>下午 (協商 會前會)</p> <p>116 年度總額協商因素項目及計畫(草案)會前會</p>
★9 月 23 日 全天 (總額協商會議)	116 年度總額協商會議 (若有未盡事宜，則於 9 月 24 日上午 9 時 30 分繼續處理)

日期	工作項目	
★9月30日 (第8次委員會議)	討論事項： 116年度各部門總額及其他預算協商結論之討論 (委員可選擇視訊方式參與)	
10月28日 全天	上午 (第9次委員會議)	討論事項： 1.116年度總額協商結果之整體成長率及部分協定事項之確認 2.116年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論
	下午 (諮詢會議)	116年度保險費率審議前專家諮詢會議
★11月25日 (第10次委員會議)	優先報告事項： 全民健康保險業務執行季報告(口頭；併同提出部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討、分級醫療執行情形、急診品質提升方案指標執行結果、115年「新醫療科技」及「藥品及特材給付規定改變」協商因素項目預算執行情形)(附表2)	
	討論事項： 1.全民健康保險116年度保險費率方案(草案)之審議 2.116年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論(續)	
	報告事項： 114年全民健康保險業務監理指標監測結果及研析報告	
12月23日 (第11次委員會議)	優先報告事項： 116年度各部門總額及其分配方式之核定結果及後續相關事項	
	討論事項： 健保署擬訂116年度抑制資源不當耗用改善方案之討論	
	報告事項： 自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告(含最近1年新增項之檢討改善報告)	
視健保署提出 相關案件之時 間安排	1.健保署所提自付差額特殊材料品項之討論(依序於2、5、8、11月) 2.健保署所擬訂調整保險給付範圍方案之審議 3.健保署所提不列入保險給付之診療服務及藥物項目之審議 4.健保署修訂醫療品質資訊公開辦法草案之討論	

註：1.以★標註者，委員必須親自出席，不得委由代理人出席。

2.委員會議若另有決議(定)事項，配合安排或調整相關工作項目。

附表 1 115 年度各部門總額依核定事項，須提本會報告之具體實施計畫/方案/規劃或執行方式

項次	總額別	項目	核定事項	提報時程
1	中醫門診	中醫三高病人加強照護計畫	訂定具體實施計畫(含適應症、適用對象、醫療服務內容、支付方式)，於 115 年度總額公告後，將實施方案提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。	1 月份 委員會議
2	西醫基層	因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費	持續研修具體實施方案(包含執行內容、支付方式、結果面之評估指標、稽核機制等)，以增加護理人力或護理人員薪資調整為原則，確實提升護理照護品質，並於 115 年度總額公告後，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議。	
3	醫院	住院護理費用	本項用於調升住院護理費用，請落實用於調升護理人員薪資，鞏固醫療量能，並訂定具體實施規劃，於 115 年 5 月前提報全民健康保險會。	5 月份 委員會議
4	醫院及西醫基層	暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)	在額度內妥為管理運用，對於新醫療技術之導入項目及具體執行方式，請妥為規劃後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。	

附表 2 業務執行報告應定期提報事項之時程及內容

項次	應提報事項	提報時程及內容
1	前 1 年全年健保業務執行情形之整體性說明(含視健保指示藥品取消收載情形提報)	於每年第 1 季業務執行報告時提報。
2	前 1 年度抑制資源不當耗用改善方案之執行結果及檢討改善策略	併同於 5 月業務執行季報告提報前 1 年度完整之執行結果及檢討(含可節省費用)。
3	部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討	併同於 11 月業務執行季報告提報自 112.7.1 實施之新制部分負擔執行情形(含成效檢討)。
4	分級醫療執行情形及成效檢討(含結果面指標及監測結果)	併同於 2、5、8、11 月業務執行季報告呈現最新之辦理情形。
5	急診品質提升方案指標執行結果	
6	「新醫療科技」及「藥品及特材給付規定改變」協商因素項目預算之執行情形	併同於 5 月業務執行季報告提報前 1 年度完整資料、11 月業務執行季報告提報當年度執行情形。

**附表 3 115 年度牙醫門診總額專款項目執行期限屆期之檢討
(提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)**

類別	總額別	項目	核定事項
專款屆期之檢討	牙醫門診	超音波根管沖洗計畫	請會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，提出能即時反映計畫成效之指標，以評估照護成效，並於 115 年提出是否納入一般服務之評估結果。
		高風險疾病口腔照護計畫	本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，並於執行第 4 年(115 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
		特定疾病病人牙科就醫安全計畫	本計畫以 3 年為檢討期限(113~115 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，並於執行第 3 年(115 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

全民健康保險會 115 年度會議預定時間表(草案)

會議次別	會議時間	會議地點
第 1 次	1 月 21 日 (星期三上午 9 時 30 分)	衛生福利部
第 2 次	3 月 11 日 (星期三上午 9 時 30 分)	3 樓 301 會議室
業務參訪活動	3 月 25 日 (星期三，全天)	罕見家園(新竹關西鎮)
第 3 次	4 月 22 日 (星期三上午 9 時 30 分)	
第 4 次	5 月 20 日 (星期三上午 9 時 30 分)	衛生福利部 3 樓 301 會議室
第 5 次	6 月 24 日 (星期三上午 9 時 30 分)	
各總額部門 114 年度執行成果發表暨評核會議	7 月 20 日 (星期一上午 9 時)全天 7 月 21 日 (星期二上午 9 時)半天	衛生福利部 1 樓大禮堂
第 6 次	7 月 29 日 (星期三上午 9 時 30 分)	
第 7 次	(星期三上午 9 時 30 分)	
116 年度總額協商草案會前會	8 月 19 日 (星期三下午 1 時)	
116 年度總額協商會議	★9 月 23 日 (星期三上午 9 時)全天 若有協商未盡事宜，則於 9 月 24 日(星期四)上午 9 時 30 分處理	衛生福利部
第 8 次	★9 月 30 日 (星期三上午 9 時 30 分)	3 樓 301 會議室
第 9 次	(星期三上午 9 時 30 分)	
費率審議前專家諮詢會議	10 月 28 日 (星期三下午 1 時)	
第 10 次	★11 月 25 日 (星期三上午 9 時 30 分)	
第 11 次	12 月 23 日 (星期三上午 9 時 30 分)	

備註：1.以★標註者，委員必須親自出席，不得委由代理人出席。

2.考量第 8 次委員會議與總額協商會議時間相近，且係為確認各部門總額及其他預算協商結論，為避免遠程委員旅途奔波，委員可視需要，選擇視訊方式參與。

3.各次委員會議時間或地點如有更動，另行通知。

4.如需召開臨時委員會議，其時間與地點另行通知。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：113 年全民健康保險自付差額特殊材料執行概況，請鑒察。

說明：

一、依據全民健康保險會 114 年度工作計畫事項辦理，於第 10 次委員會議提報本案。

二、全民健康保險自付差額特殊材料執行概況(如附件一，第 63~75 頁)，摘要如下：

(一)截至 114 年 11 月 10 日，自付差額特材總共 12 類、次功能/材質分類計 113 類、收載品項數計 642 項。

(二)113 年自付差額特材申報占率未達 7 成之項目，因調整功能分類、再新增自付差額品項數，造成占率之變動，將持續觀察；另申報占率已達 7 成以上之項目說明如下：

1.冠狀動脈塗藥支架：依國際治療指引與臨床實證，朝診療項目包裹支付研議。

2.特殊功能及材質髓內釘組：因 110 年 12 月 1 日起將民眾自費使用「股骨幹」、「脛骨」、「肱骨」鈦合金材質髓內釘品項納入自付差額，致健保自付差額占率上升至 7 成，將持續監控，並規劃研議納入健保全額給付，惟全額給付健保預算增加約 4.9 億(以 113 年申報量計算)，後續將積極爭取預算。

114 年 3 月請財團法人醫藥品查驗中心進行醫療科技評估(HTA)，並於同年 7 月完成 HTA 報告，刻依程序辦理。

(三)為確保民眾知的權利，已請健保特約院所上傳相關自付差額之民眾自付金額資訊至醫材比價網，以利民眾查詢。

(四)未來方向：在滿足民眾基本醫療需求，以臨床實證為前提，並兼顧健保特材收載與時俱進及健保財務衝擊，優先有條件式的納入健保全額給付。

報告單位業務窗口：林其昌科長，聯絡電話：02-27065866 分機 3067

本會整理說明：

- 一、本案係健保署依本會訂定之「健保會討論自付差額特材案之作業流程」規定(如附件二，76~80 頁)及 114 年度工作計畫，於每年 12 月應提報自付差額特材整體檢討改善報告。
- 二、整理前揭作業流程規定應提報內容及該署提報資料如下：

應提報內容	健保署提報資料
(一)自付差額特材品項利用情形： 現行各自付差額品項之申報數量及點數成長情形比較(含自付差額特材占率)。	1.目前健保自付差額特材計有 12 類別(如簡報第 4~16 張)。 2.其中冠狀動脈塗藥支架、特殊功能及材質髓內釘組申報件數占率分別為 75.2%、81.2%，已超過 70%(如簡報第 7、14 張)。
(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。	1.健保署已規範院所將自付差額品項相關資訊上傳至該署醫材比價網。 2.自 114 年 5 月 28 日試行將院所收取費用相關資訊彙整於「全國性醫療費用資訊平台」。 (如簡報第 21~22 張)
(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。	依藥物支付標準第 52 條之 4 規定，健保署已訂定各類別自付差額特材院所收費範圍，並提供醫事服務機構的收費情形(如簡報第 4 張)。
(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、安全性和成本效益，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。	現正針對占率超過 70%之「冠狀動脈塗藥支架」、「特殊功能及材質髓內釘組」等 2 類特材進行改列全額給付之規劃(如簡報第 18~19 張)。
(五)對健保財務之影響評估： 預估值(納入後第 3~5 年)與實際值之比較。	本次未有符合提報條件之自付差額特材。 ^註

註：107 年開放之「特殊功能及材質髓內釘組」，已於 110~112 年委員會議報告本項資料；
114 年開放之「特殊材質縫合錨釘」、「特殊功能及材質脊椎間體護架」預計於 117~119 年委員會議提報納入後 3~5 年財務影響。

三、依前揭作業流程規定，健保署於開放半年後，應提報「開放初期之檢討改善報告」，本次符合提報條件之特材為「特殊材質縫合錨釘」，惟健保署目前僅有 3 個月之申報資料，尚不足以呈現執行成效，建請該署併同於 115 年 12 月份委員會議提報整體檢討改善報告時提報。

四、檢附依健保署資料彙製 110 年至 114 年 9 月之申報件數占率，如附圖(第 62 頁)。

決定：

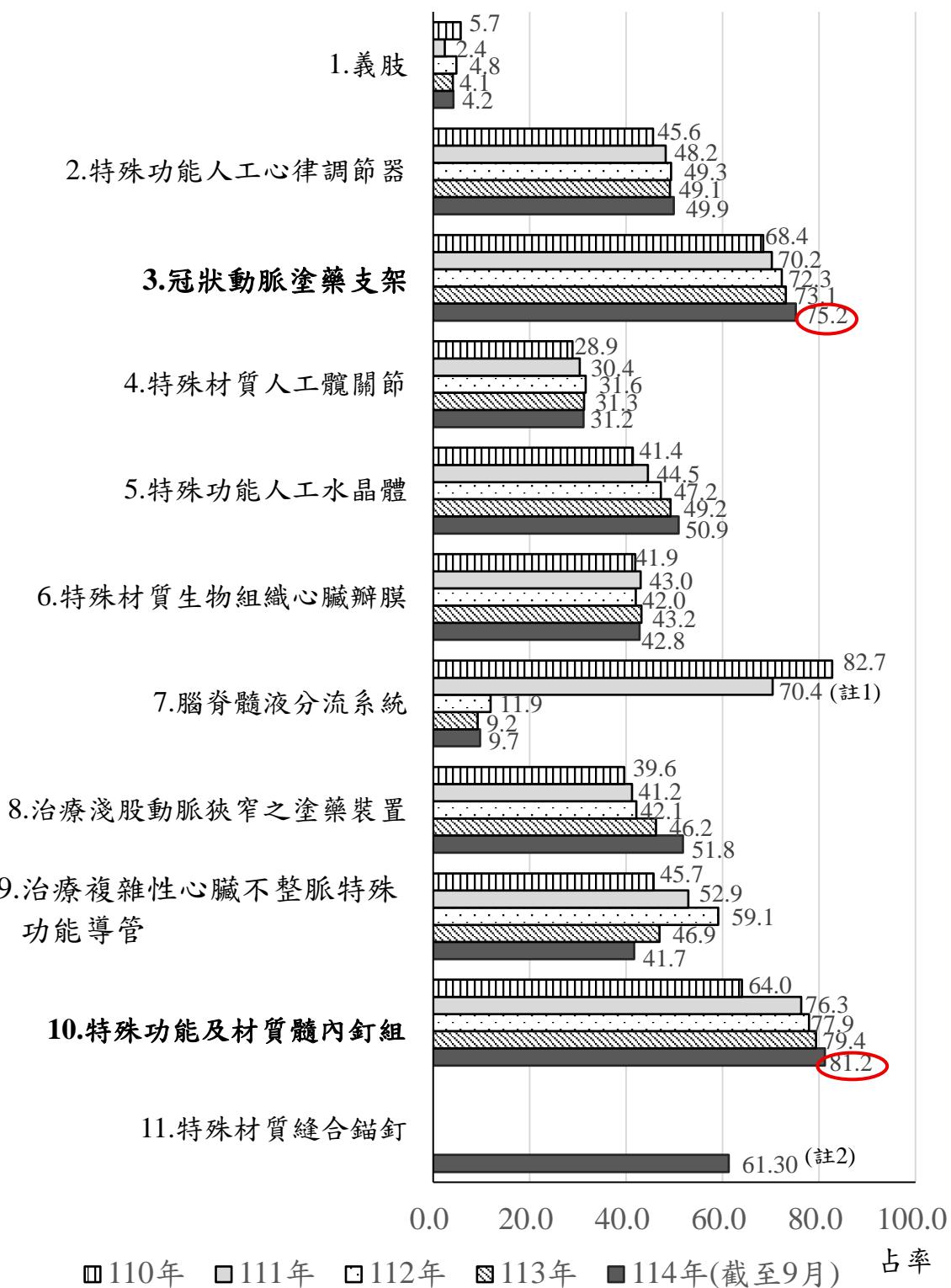


圖 110~114 年 9 月各類別自付差額特材申報占率

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

註 2：特殊材質縫合錨釘係 114 年 6 月 15 日納入自付差額特材。



全民健康保險 自付差額特材執行概況

衛生福利部中央健康保險署

114年12月24日



大綱

民眾自付差額特材實施現況

民眾自付差額各類特材申報情形及說明

保障民眾知的權利

民眾自付差額執行方向與規劃



民眾自付差額特材 實施現況



各類民眾自付差額特材實施現況

類別 序號	類別	次功能/材質分類	實施起日	支付點數	收載品項數	醫事服務機構收費情形範圍 (醫材比價網)
1	義肢	17類	84年3月1日	依裝置部位： 4,800~68,000點	17	-
2	特殊功能人工心律調節器	2類	84年8月3日	93,833點	21	10,567~78,667
3	冠狀動脈塗藥支架	4類	95年12月1日	14,099點	47	39,901~67,320
4	特殊材質人工髓關節	33類	96年1月1日	組件：4,018~4,352點 整組：35,195~70,099點	123	4,018~186,002
5	特殊功能人工水晶體	10類	96年10月1日	2,744點	169	6,000~110,000
6	特殊材質生物組織心臟瓣膜	4類	103年6月1日	43,613點	13	49,887~438,006
7	腦脊髓液分流系統	2類	104年6月1日	7,127點	8	50,267~106,273
8	治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置	3類	105年5月1日	28,773~44,293點	15	10,707~60,000
9	治療複雜性心臟不整脈特殊功能導管	5類	106年11月1日	39,537~70,200點	24	35,208~189,540
10	特殊功能及材質髓內釘組	8類	107年6月1日	19,036點	58	3,412~68,964
11	特殊材質縫合錨釘	7類	114年6月15日	8,127~12,874點	64	4,739~19,313
12	特殊功能及材質脊椎間體護架(CAGE)	18類	114年11月1日	8,841~31,941點	83	34,922~127,766
總計			113類		642	

資料來源：特材主檔、醫材比價網(更新日期：114.11.10)

註1：收載品項數係指最新健保給付點數不為0之品項數。

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



民眾自付差額各類特材 申報情形及說明



特殊功能人工心律調節器

	110年	111年	112年	113年	114年(截至9月)			
	申報數量 (單位) (百萬點)	申報點數 (單位) (百萬點)	申報數量 (單位) (百萬點)	申報點數 (單位) (百萬點)	申報數量 (單位) (百萬點)	申報點數 (單位) (百萬點)	申報數量 (單位) (百萬點)	申報點數 (單位) (百萬點)
自付差額(A)	3,174	298	3,606	338	3,872	363	4,013	376
全額給付(B)	3,785	332	3,879	364	3,982	375	4,157	395
合計(A+B)	6,959	630	7,485	702	7,854	739	8,170	771
占率(A/A+B)	45.6%	47.3%	48.2%	48.2%	49.3%	49.2%	49.1%	49.9%
								49.0%

◆ 全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

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



冠狀動脈塗藥支架

	110年		111年		112年		113年		114年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)								
自付差額(A)	50,831	752	53,832	797	58,100	860	58,842	871	46,041	681
全額給付(B)	23,519	348	22,855	338	22,277	330	21,637	320	15,153	224
合計(A+B)	74,350	1,100	76,687	1,135	80,377	1,190	80,479	1,191	61,194	906
占率(A/A+B)	68.4%	68.4%	70.2%	70.2%	72.3%	72.3%	73.1%	73.1%	75.2%	75.2%

◆ 全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

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

7



特殊材質人工髋關節

	110年		111年		112年		113年		114年(截至9月)	
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)								
自付差額(A)	4,831	195	5,202	210	5,464	219	5,246	209	3,961	158
全額給付(B)	11,892	451	11,908	451	11,807	445	11,495	431	8,731	328
合計(A+B)	16,723	646	17,110	661	17,271	664	16,741	640	12,692	485
占率(A/A+B)	28.9%	30.2%	30.4%	31.8%	31.6%	33.0%	31.3%	32.6%	31.2%	32.5%

◆ 全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

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

8



特殊功能人工水晶體

	110年	111年		112年		113年		114年(截至9月)		
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)								
自付差額(A)	92,749	266	111,926	320	132,057	378	141,712	405	113,032	323
全額給付(B)	131,109	367	139,626	393	147,898	419	146,324	414	108,835	308
合計(A+B)	223,858	633	251,552	714	279,955	796	288,036	820	221,867	632
占率(A/A+B)	41.4%	42.0%	44.5%	44.9%	47.2%	47.4%	49.2%	49.4%	50.9%	51.2%

◆ 全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

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

9



特殊材質生物組織心臟瓣膜

	110年	111年		112年		113年		114年(截至9月)		
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)								
自付差額(A)	1,090	48	1,122	49	1,244	54	1,260	55	980	43
全額給付(B)	1,514	68	1,486	68	1,720	78	1,660	75	1,311	60
合計(A+B)	2,604	116	2,608	116	2,964	132	2,920	130	2,291	102
占率(A/A+B)	41.9%	41.0%	43.0%	42.0%	42.0%	41.1%	43.2%	42.3%	42.8%	41.8%

◆ 全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

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

10



腦脊髓液分流系統

	110年	111年	112年	113年	114年(截至9月)					
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)								
自付差額(A)	2,644	20	2,587	19	539	4	415	3	335	3
全額給付(B)	555	4	1,087	35	3,975	208	4,083	216	3,112	165
合計(A+B)	3,199	24	3,674	54	4,514	212	4,498	219	3,447	167
占率(A/A+B)	82.7%	82.6%	70.4%	35.9%	11.9%	1.9%	9.2%	1.4%	9.7%	1.5%

◆ 全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

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

◆ 原自付差額品項「調控式腦室腹腔引流系統-流速控制型或可調式壓力閥(不具抗虹吸功能)」自111年11月1日起改納入健保全額給付。自付差額特材申報占率已由110年82.7%下降至114年9月9.7%，將持續觀察。

11



治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置

	110年	111年	112年	113年	114年(截至9月)					
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)								
自付差額(A)	1,693	51	1,880	57	1,936	58	2,098	64	2,213	67
全額給付(B)	2,586	86	2,681	88	2,666	89	2,443	81	2,058	68
合計(A+B)	4,279	138	4,561	145	4,602	147	4,541	145	4,271	136
占率(A/A+B)	39.6%	37.2%	41.2%	39.1%	42.1%	39.7%	46.2%	44.0%	51.8%	49.7%

◆ 全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

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

12



治療複雜性心臟不整脈特殊功能導管

	110年	111年	112年	113年	114年(截至9月)			
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)
自付差額(A)	1,117	78	1,572	110	2,135	150	3,168	204
全額給付(B)	1,324	93	1,397	98	1,480	104	3,588	184
合計(A+B)	2,441	172	2,969	208	3,615	254	6,756	388
占率(A/A+B)	45.7%	45.8%	52.9%	52.9%	59.1%	59.1%	46.9%	41.7%
								47.4%

- ◆ 全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。
- ◆ 108年12月31日前已收載自付差額特材，依109年邀集各界代表召開溝通討論會之共識，以「院所收費價之百分位」管理院所收費極端值，此類為P95。
- 108年12月1日新增原自費使用「具壓力感應功能之立體定位(3D)灌注冷卻式診斷電燒紀錄導管」納入自付差額特材，爰申報占率上升。
- 113年2月1日新增「高密度高解析度診斷型導管」納入自付差額特材，其相同用途之全額給付「環形10極以上及以下」，申報件數多，爰自付差額占率下降。

13



特殊功能及材質髓內釘

	110年	111年	112年	113年	114年(截至9月)			
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)
自付差額(A)	4,016	80	9,087	181	10,009	200	10,915	218
全額給付(B)	2,256	44	2,818	50	2,832	66	2,840	78
合計(A+B)	6,272	124	11,905	231	12,841	265	13,755	296
占率(A/A+B)	64.0%	64.5%	76.3%	78.4%	77.9%	75.3%	79.4%	73.6%
								81.2%
								74.9%

- ◆ 全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。
- ◆ 108年12月31日前已收載自付差額特材，依109年邀集各界代表召開溝通討論會之共識，以「院所收費價之百分位」管理院所收費極端值，此類為P90。
- ◆ 考量健保支付一致性原則及保險對象使用之權益，採取優先以自付差額納入健保給付，以提高健保給付實質效益，自110年12月1日起將民眾原自費使用「股骨幹」、「脛骨」、「肱骨」鈦合金材質髓內釘品項納入自付差額。

14



義肢

	110年	111年		112年		113年		114年(截至9月)		
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)								
自付差額(A)	58	2	26	1	48	2	43	2	28	1
全額給付(B)	965	29	1,052	32	949	31	1,017	32	636	20
合計(A+B)	1,023	31	1,078	33	997	33	1,060	33	664	21
占率(A/A+B)	5.7%	6.7%	2.4%	2.8%	4.8%	5.2%	4.1%	4.9%	4.2%	4.4%

◆ 全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

15



特殊材質縫合錨釘

114年(截至9月)		
	申報數量 (單位)	申報點數 (百萬點)
自付差額(A)	7,204	82
全額給付(B)	4,543	16
合計(A+B)	11,747	98
占率(A/A+B)	61.3%	84.0%

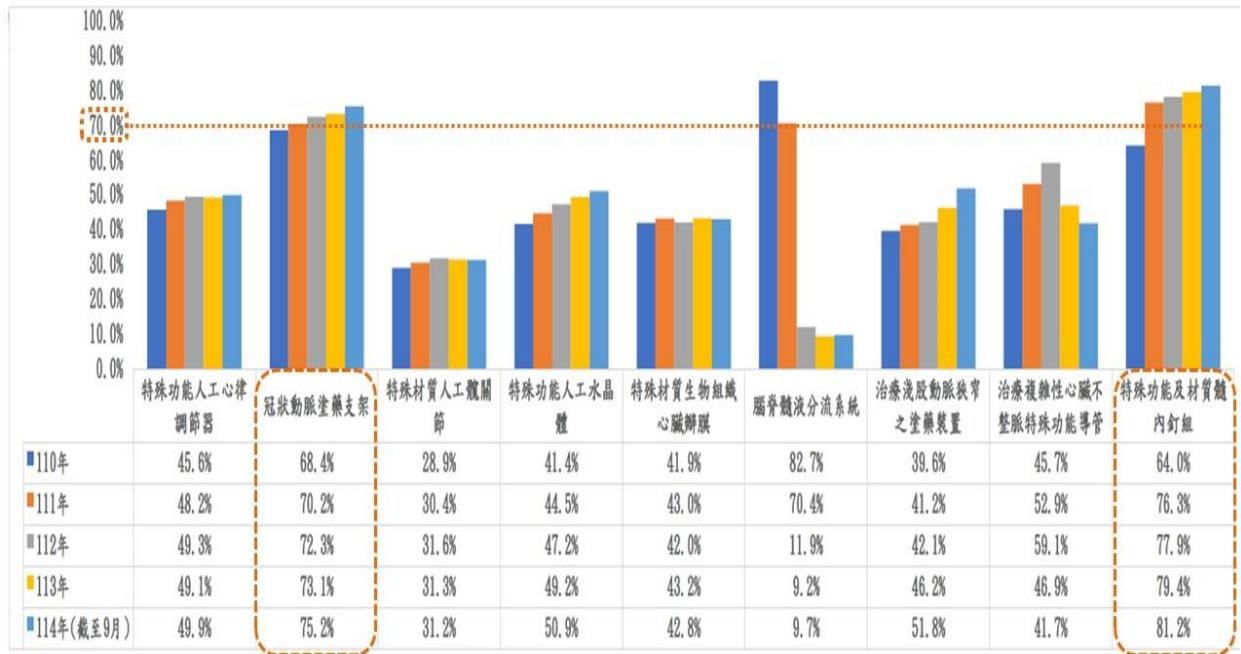
◆ 全額給付：指相同功能用途之健保全額給付特材。

◆ 114年6月15日納入自付差額特材。

16



自付差額特材申報占率達7成以上項目



◆ 特殊材質縫合錨釘於114年6月15日納入自付差額特材，截至同年9月申報占率為61.5%，將持續觀察。

◆ 特殊功能及材質脊椎間體護架(CAGE)於114年11月1日納入自付差額特材，將持續觀察。

17



自付差額特材申報占率達7成以上項目之辦理說明(1/2)

➤冠狀動脈塗藥支架：



18



自付差額特材申報占率達7成以上項目之辦理說明(2/2)

➤ 特殊功能及材質體內釘組：



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

19



保障民眾知的權利



保障民眾知的權利

◆健保特約院所為病患提供診療或處置時，應做到三步驟：



◆本署與醫事司合作建置全國性醫療費用資訊平台，於
114年5月28日試行，將醫療機構收取醫療費用相關資訊
彙整於平台，以達資訊集中公開透明。

21



健保特約院所收費資訊公開

◆健保特約院所應將自付差額品項之新增、取消或民眾自付金額上傳至**醫材比價網**，以供各界查詢。

◆**醫材比價網**公開內容：

- 全額給付及自付差額給付特材之**差異比較**
- 自付差額特材之**各特約院所使用情形、最新收費情形、最高/最低收費等資訊**

◆**民眾取得自付差額之民眾自付金額資訊的地方：**

- 中央健康保險署網站之**醫材比價網**
(<https://info.nhi.gov.tw/INAE2000/INAE2010S01>)
- 健保快易通APP之**醫材比價網**
- 健康保險資料開放服務網(OPEN DATA) (<https://data.nhi.gov.tw/>)

22



民眾自付差額 執行方向及規劃



110年至114年期間健保新功能特材收載情形

◆近5年健保特材預算6.3億~10億，年平均約**7.96億**，每年平均收載新功能特材**約21大類、36次功能分類、130項**。



註1：110年12月1日於特殊功能及材質髓內釘組類別項下新增次功能類別品項34項；112年11月1日於特殊材質人工韌帶類別項下新增次功能類別人工韌帶
股骨頭(氧化鎔材質)2項。

註2：113年2月1日於治療複雜性心臟不整脈特殊功能導管項下新增次功能類別(高密度高解析度診斷型導管)6品項；114年6月15日新增「特殊材質縫合錐釘」類別計62品項，
經113年11月特材共同擬訂會議決議同意，預算來源以113年醫院總額部門新醫療科技項目新增新功能特材預算支應；114年11月1日新增「特殊功能及材質脊椎間體護
架(CAGE)」類別計83品項；114年12月1日於治療複雜性心臟不整脈特殊功能導管項下新增次功能類別脈衝消融導管品項計4項。



109年1月1日後，自付差額給付方式 採用臨床實證等級訂定健保給付比例

- ◆依109.1.30公告生效「藥物給付項目及支付標準第52條之4」：
 - 自付差額特材之給付上限，依核定費用，按**臨床實證等級訂定給付比例：0-40%**。
 - 核定費用，保險人得依同功能類別，並**參考**下列資料予以核定：
 - 公立醫院、醫學中心（含準醫學中心）或兩者合併之採購決標價格之中位數，除以收載時最近四季結算之醫院總額部門浮動點值之平均值。如無中位數者，得採平均值。
 - 國內市場販售價格或各層級醫療院所收取自費價格。
 - 國際價格。
 - 院所收取差額之上限，不得超過核定費用扣除給付上限之差額。
- ◆特殊材質縫合錨釘：自114年6月15日生效。
- ◆特殊功能及材質脊椎間體護架(CAGE)：自114年11月1日生效。

25



未來方向

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

26

附件二

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 4月10日前	6月20日前 7月10日前	9月20日前 10月10日前	12月20日前 次年1月10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。 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。

表一

健保署提案需檢附之自付差額特材品項「基本資料表」

我國資料	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)描述共同擬訂會議之結論(紀錄如參考資料 2)： _____ (3)醫療科技評估報告之重點(含醫療倫理考量之相關資料，評估報告如參考資料 3)： _____ (4)其他參考資料： _____		

他 國 資 料 (註4)	項目	自付差額品項				
	1. 基本資料	國別	上市年度	保險是否給付	保險支付價/市價	
	2. 價格分布(NT)	中位數： <u>國別</u>	/ <u>元</u>			
		最大值： <u>國別</u>	/ <u>元</u>			
		最小值： <u>國別</u>	/ <u>元</u>			
		平均值： <u>國別</u>	/ <u>元</u>			
	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。

表二

健保署提案需檢附之自付差額特材品項「檢核表」

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

本表由健保署先行填列，作為健保會討論之參據。

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

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

健保署提報之「檢討改善報告內容」

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

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

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

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

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：114 年度各部門總額依核(決)定事項，須提會報告之項目(續提)，
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、有關 114 年度其他預算項目-推動促進醫療體系整合計畫之決定
事項「擴大辦理並持續精進『急性後期整合照護計畫』之照護模
式及評估指標，朝強化社區型服務模式方向規劃，並於 114 年 7
月前提全民健康保險會報告。」，本署辦理情形如下：

(一)為建立社區型急性後期照護模式，並配合長照 3.0 醫療銜接長
照政策，本署自 114 年 5 月 15 日起陸續邀集專家召開 4 次討
論會議，依 114 年 11 月 21 日「研修 PAC 計畫暨復健病房規
劃」討論會議決議如下：

1.研修 PAC 計畫，增加居家 PAC 服務量能：

(1)放寬居家模式個案於收案期間得同時接受居家醫療照護
服務。

(2)在宅急症照護試辦計畫結案個案符合 PAC 衰弱高齡收案
要件者，可由 PAC 計畫收案接受居家模式照護。

(3)新增西醫基層診所為居家模式承作院所。

(4)放寬得由不同特約醫事機構分別接受各該職類處方提供
居家復健治療服務。

(5)居家模式擴大實施場域至住宿型照護機構，並參照支付標準
第五部「居家照護」規定以 8 折支付費用。

(6)參照現行支付標準(門／住診診察費、護理費)調整 PAC 計
畫給付項目支付點數(含照護費、評估費、獎勵費)，另住
院模式檢驗(查)費用改採核實申報。

2.復健病房試辦計畫規劃方向：

- (1)規劃自 115 年起試辦，預計於北、中、南、東區各擇 1 家承作醫院試辦，試辦計畫預計採公開徵求方式。
- (2)照護疾病以腦中風、創傷性神經損傷、脆弱性骨折及衰弱高齡為主。
- (3)病房之設置及醫事人力配置，須符合「醫療機構設置標準」急性後期照護病房規範，且床位數不得低於 30 床。
- (4)由跨專業團隊對於具復健潛能之個案提供整合性照護，並結合日常生活所需活動訓練，依個案需求擬定各階段目標、制訂個人復健及照護計畫，並納入居家生活輔具，藉以協助個案順利返家。
- (5)支付方式將採論質支付並參考疾病嚴重程度及成效給予給付。

(二)本署將依上開討論會議決議修訂 PAC 計畫，提報 114 年 12 月 24 日支付標準共擬會議討論，並續研擬復健病房試辦計畫及 PAC 計畫各疾病別之收／結案條件等議題。

報告單位業務窗口：許博淇科長，聯絡電話：02-27065866 分機 2642

.....

本會整理說明：

本案係健保署依 114 年度總額核(決)事項，於本年 7 月前，應將 4 項已實施多年之專款項目，提本會報告其執行情形檢討及未來精進規劃。健保署前於本年第 5 次委員會議(114.7.23)已完成提報 3 項，尚餘「急性後期整合照護(PAC)計畫」1 項於本次會議提出報告。說明如下：

一、背景說明：本計畫自 103 年度起每年於其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」(114 年預算 5.2 億元，包含 4 項子計畫)編列預算，旨在透過跨團隊合作，對於具積極復健潛能之個案，在治療黃金期提供高強度且密集復健，期恢復功能或降低失能程度。114 年度總額決定事項如健保署說明二，期精進照護模式，強化

社區型服務。

二、健保署於本年 6 月 25 日函提「為完善規劃『社區型急性後期整合照護服務模式』，刻正廣泛蒐集意見暨邀集專家研商，懇請同意延後報告時程」。經提報 7 月份委員會議(114.7.23)，同意該署所請延後提報，並請儘速辦理。

三、彙整健保署提供之歷年執行情形資料供參(詳參考資料，第 84 頁)。依本次健保署提報內容，已依上開決定事項研修 PAC 計畫，增加居家 PAC 服務量能，並續研議復健病房試辦計畫，朝強化社區型服務模式方向精進照護模式。

決定：

參考資料

推動促進醫療體系整合計畫執行情形—急性後期整合照護計畫

計畫型-自103年起實施

項目	年度	109	110	111	112	113
急性後期整合照護計畫						
執行數(百萬元)		67.5	67.2	69.9	85.8	95.6
承作團隊數		38	38	38	38	38
承作醫院家數		214	215	223	230	232
上游醫院(轉出醫院)		196	202	208	210	211
服務人次						
--依疾病別						
--腦中風		5,506	5,276	5,090	5,846	6,208
--燒燙傷(累計)		77	87	98	109	125
--創傷性神經損傷		401	413	391	478	496
--脆弱性骨折		2,996	3,092	2,980	3,540	4,079
--心臟衰竭		1,213	1,311	1,347	1,512	1,534
--衰弱高齡		810	675	630	739	678
-依執行模式						
--住院模式		9,226	8,961	8,412	9,776	10,503
--日間照護		66	49	89	79	101
--居家照護		498	533	688	857	982
--門診追蹤		1,213	1,311	1,347	1,512	1,534
結案人次						
--腦中風		4,521	4,603	4,236	4,707	5,411
--燒燙傷(累計)		74	85	85	107	123
--創傷性神經損傷		333	361	345	388	425
--脆弱性骨折		2,825	2,981	2,855	3,281	3,925
--心臟衰竭		476	585	589	576	740
--衰弱高齡		698	605	544	616	596
申請點數(百萬點) ^{註2}		67.5	67.2	69.9	85.8	94.6
--腦中風		34.4	33.0	34.6	42.0	47.2
--燒燙傷		0.02	0.02	0.03	0.03	0.0
--創傷性神經損傷		2.1	2.6	2.4	3.1	4.0
--脆弱性骨折		14.5	15.0	15.3	20.3	22.6
--心臟衰竭		8.4	8.9	9.9	11.0	11.3
--衰弱高齡		3.8	3.5	3.3	4.6	4.9
--其他(如品質獎勵費)		4.3	4.1	4.2	4.7	4.6
成效(腦中風)						
--整體功能改善病人比率		91.3%	91.9%	90.8%	91.3%	91.7%
--成功返家比率(回歸門診或居家自行復健)		87.0%	87.7%	87.9%	87.9%	87.7%
關鍵績效指標(自選3項)						
1.14日內再住院率		9.1%	9.3%	9.7%	10.0%	9.6%
2.30日內再住院率		13.8%	13.4%	14.2%	14.7%	15.4%
3.30日內再急診率		10.4%	10.1%	9.5%	11.1%	9.9%

資料來源：中央健康保險署

註.113年度總額協(決)定事項：

- 1.檢討執行內容及辦理方式，以提升執行成效。
- 2.於當年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告(應含支付標準調整情形及執行成效檢討)。

第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：114 年 11 月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

(資料由中央健康保險署另行提供)

報告單位各項業務窗口：詳如業務執行報告內附

.....

本會整理說明：

- 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、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

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
4樓
聯絡人：李德馥
聯絡電話：(02)8590-6861
傳真：無
電子郵件：hsbodhi@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國114年11月28日
發文字號：衛部健字第1143360173號
速別：速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明一

主旨：檢陳本會依法完成全民健康保險115年度保險費率審議結果，謹請鈞部轉陳行政院核定，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法(下稱健保法)第24條規定暨本會第7屆114年第9次委員會議(114.11.19)討論事項第一案決議辦理(會議資料及會議紀錄節錄如附件1、2)。
- 二、旨揭費率審議，係由中央健康保險署(下稱健保署)依健保法第24條規定，在本會協議訂定115年度醫療給付費用總額後1個月提出費率草案，經本會於114年10月22日邀集健保財務相關領域專家學者，召開審議前專家諮詢會議提供意見後，提至前揭說明一之委員會議審議完成，審議結果為：115年度保險費率建議維持現行費率5.17%。
- 三、經整理本次費率審議前專家諮詢會議及委員會議所提相關意

見，重點摘要如下：

(一)就115年度保險費率方案(草案)之意見：依健保署財務推估顯示，在115年度醫療給付費用總額成長率以5.5%試算、維持現行費率5.17%下，115年底安全準備累計餘額為1,526億元，約當2個月保險給付支出，符合健保法第78條所定1~3個月原則，爰建議115年度維持現行費率不調整。

(二)對中長期健保財務之建議

1、建議政府將常態性挹注健保之財源制度化：政府於112~114年挹注健保基金共計640億元，加上114年新增政府應負擔健保費計算範圍以健保法規範者為限的134億元，合計約1個月保險給付支出，對健保財務是非常重要的挹注。若挹注健保基金係屬常態，應思考如何將其法制化，使其成為可預測性，財務報表得以揭露挹注金額，對健保財務及總額協商均較為健康，有助健保永續經營。另政府應負擔健保總經費法定下限36%部分，如能提高至40%，可避免未來調漲費率的可能。

2、支出面問題宜一併納入考量：探討健保財務相關議題時，宜併同考量支出面問題，例如醫療人力、進口藥價等，都會影響健保財務，如果健保收入不變、支出增加，還是無法達到收支平衡。如果要減少支出，建議現行論量計酬的支付方式轉型為以人為中心的整合式照護

並搭配包裹式支付，以提升醫療品質與效率。

- 3、全面評估美國關稅政策對健保影響：美國關稅政策不只影響保險收入，也可能影響健保支出，例如進口物價及藥價，建議衛福部通盤評估各方面可能影響，有助於下一次的總額協商與費率審議。也提醒在討論健保財務的過程中，避免過於關注報表本身的數字，而忽略內部政策及外在環境變化所可能導致的改變。
- 4、及早規劃補充保險費修法事宜：考量社會貧富差距擴大及增加健保財源，近年對補充保險費常有增加費基、改變結算方式、費率脫鉤、調高或取消單次給付扣費上限等相關討論，建議及早規劃修法及推動事宜，除可增加開源的可能性，亦能改善所得分配惡化、提升付費公平性。
- 5、關注民眾自費比率增加情形：健保基本精神是避免民眾因貧而病，雖然總額持續成長，有助醫療產業健全發展，惟民眾自費比率越來越高，尤其健保不給付項目及差額負擔項目對中下階層民眾而言更是辛苦，建議在總額成長樂觀的情況下，總額協商時要考量減少民眾自費項目，也期待醫界多予支持減少自費項目，減輕民眾負擔。

正本：衛生福利部

副本：衛生福利部中央健康保險署(含附件)

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：蕭夢萍
聯絡電話：(02)8590-6732
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hgmph64@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年12月8日
發文字號：衛部保字第1141260549號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：附件1(全民健康保險會114年11月28日衛部健字第1143360173號書函)、附件2(115年全民健康保險醫療給付費用總額協商結果)

主旨：有關115年度全民健康保險保險費率案，請鑒核。

說明：

- 一、依據本部全民健康保險會(下稱健保會)114年11月28日衛部健字第1143360173號書函(附件1)辦理。
- 二、全民健康保險法(下稱健保法)第24條規定，第18條被保險人及其每一眷屬之保險費率，應由保險人(下稱健保署)於健保會協議訂定醫療給付費用總額後一個月提請審議。審議前，健保會應邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供意見；並應於年度開始一個月前，依協議訂定之醫療給付費用總額，完成該年度應計之收支平衡費率之審議，報主管機關轉報鈞院核定後，由主管機關公告之。至補充保險費費率，依同法第33條規定，應按一般保險費費率之成長率調整。

114.12.09



114CC00923

第1頁 共3頁

三、有關115年費率審議，健保會審議結果為(附件1之第61頁)：

建議維持現行費率5.17%。該會辦理情形如下：

(一)114年10月22日第7屆114年第8次委員會議確認「115年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果」略以(附件2)：115年度醫療費用年度總額9883.35億元(成長率5.5%)。

(二)同日就健保署所提旨揭費率審議草案，邀集健保財務相關領域之專家學者，召開「全民健康保險115年度保險費率審議前專家諮詢會議(下稱費率諮詢會議)」(紀錄詳附件1第35頁至第60頁)。

(三)同年11月19日第9次委員會議，討論健保署提具之「全民健康保險115年度保險費率試算結果(草案)」(附件1第9頁至第31頁)，決議略以：維持現行費率5.17%(附件1第61頁)。

四、謹陳健保會整理費率諮詢會議及委員會議對中長期健保財務之建議供參(附件1第2頁至第3頁)，本部將納入後續健保改革規劃通盤考量：

(一)將常態性挹注健保之財源制度化，112~114年政府挹注健保基金共計640億元，若屬常態，應法制化利於預測健保財務及總額協商。另政府應負擔健保總經費法定下限如能提高至40%，可避免未來調漲費率的可能。

(二)探討財務議題，宜併同考量支出面，建議論量計酬轉型為以人為中心的整合式照護並搭配包裹式支付，提升醫療品質與效率。

(三)全面評估美國關稅政策對健保影響。

(四)及早規劃補充保險費修法事宜，社會貧富差距擴大，近年對補充保險費常有增加費基、改變結算方式、費率脫鉤、調高或取消單次給付扣費上限等相關討論，除可開源，亦能改善所得分配惡化、提升付費公平性。

(五)關注民眾自費比率增加情形，建議在總額成長樂觀的情況下，總額協商時要考量減少民眾自費項目，減輕民眾負擔。

五、考量現行費率5.17%下，預估115年底安全準備總額1,526億元，約當2個月保險給付支出(附件1之附件第20頁)，符合健保法第78條安全準備總額以1~3個月保險給付支出為原則之規定。建請鈞院同意，115年一般保險費費率維持5.17%，補充保險費費率依法維持2.11%，均不調整。

正本：行政院

副本：衛生福利部中央健康保險署、本部全民健康保險會

抄本

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12月1日
發文字號：衛部健字第1143360174號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明二

主旨：檢陳本會依法完成協議訂定115年度全民健康保險醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式，謹請鑒核。

說明：

一、依據全民健康保險法第61條規定、鈞部本(114)年9月3日衛部保字第1140137541號函及本會本年11月4日衛部健字第1143360161號書函(諒達)辦理。

二、115年度全民健康保險醫療給付費用總額協定結果，業於前揭說明之書函報請鈞部核定在案。至旨揭一般服務費用之地區預算分配方式，經本會本年第9次委員會議(114.11.19)完成協定，協定結果陳請鈞部鑒核，說明如下：

(一)牙醫門診總額一般服務費用之地區預算分配方式達成共識(如附件一)。

(二)中醫門診、西醫基層及醫院總額一般服務費用之地區預算分配方式，經醫療服務提供者代表與付費者代表協商，未

能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第10條規定，以兩案併陳報請鈞部決定(如附件二)。檢附協商之會議紀錄(含與會人員發言實錄，如參考附件)，併請鈞部參考。

三、另依前揭委員會議決議(如參考附件)，建請鈞部針對醫院總額地區預算分配公式進行後續研議。

正本：衛生福利部

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

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：林俊逸
聯絡電話：02-27065866 分機：3623
傳真：02-27029904
電子郵件：A111505@nhi.gov.tw

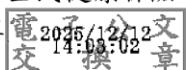
受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年12月12日
發文字號：健保醫字第1140666060號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：貴會原訂於114年12月24日第7屆114年第10次委員會議討論「115年度全民健康保險抑制資源不當耗用方案」（草案），為利方案規劃完善，請同意延至115年1月21日會議辦理，請查照。

說明：依據貴會114年度工作計畫辦理。

正本：衛生福利部全民健康保險會
副本：本署企劃組



線

114.12.12

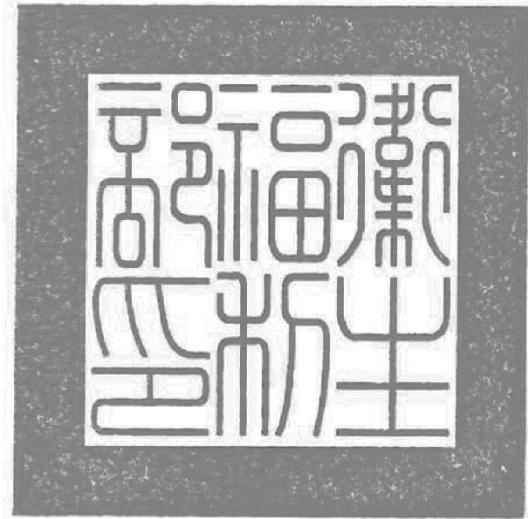
第 1 頁，共 1 頁



1143340276

衛生福利部 令

發文日期：中華民國114年12月12日
發文字號：衛部保字第1140153424號
附件：「全民健康保險投保金額分級表」修正規定
1份



修正「全民健康保險投保金額分級表」，並自中華民國一百十五年
一月一日生效。

附修正「全民健康保險投保金額分級表」

部長 石崇良

全民健康保險投保金額分級表

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

備註：第 38 級以下比照勞工退休金月提繳分級表訂定。

衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號
聯絡人：葉祝政
聯絡電話：02-27065866 分機：3021
傳真：02-27027723
電子郵件：A110514@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11月11日

發文字號：健保審字第1140671933A號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：發布令pdf檔、發布令稿文字檔、「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分規定文字檔、提要表文字檔 (A21030000I_1140671933A_doc3_Attach1.odt、A21030000I_1140671933A_doc3_Attach2.odt、A21030000I_1140671933A_doc3_Attach3.odt、A21030000I_1140671933A_doc3_Attach4.pdf)

主旨：「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分規定，業經本署於中華民國114年11月11日以健保審字第1140671933號令修正發布，茲檢送發布令、令稿及行政規則規定1份，請查照。

說明：併附法規及行政規則刊登行政院公報資料提要表1份。

正本：行政院公報編印中心

副本：衛生福利部醫事司、衛生福利部心理健康司、衛生福利部口腔健康司、衛生福利部中醫藥司、衛生福利部法規會、衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組、本署各分區業務組(請轉知轄區特約醫事機構)(均含附件)

電 2026/11/11 文
交 10:14:26 章



附錄七

副本

檔 號：RCA99
保存年限：3

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



4

臺北市南港區忠孝東路6段488號

裝

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11月10日

發文字號：健保醫字第1140124440號

附件：如主旨



主旨：公告修訂「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計

畫」(附件)，追溯自114年1月1日起生效。

訂

依據：衛生福利部114年11月5日衛部保字第1141260439號函。

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

署長陳亮好

線

盛培珠

分層負責代碼	一層	二層	三層	四層
22-018		✓		

第1頁 共1頁



114.11.10

副本

檔 號：
保存年限：

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11月13日

發文字號：健保審字第1140672881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）

卷

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。

訂

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。

線

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Antimicrobial agents 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

署長陳亮好

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

裝

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11月18日

發文字號：健保醫字第1140125200號

附件：請自行至本署全球資訊網擷取



主旨：修訂「全民健康保險急診品質提升方案」，並自中華民國一百十五年一月一日生效。

依據：衛生福利部114年11月13日衛部保字第1141260486號函。

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

署長陳亮好

簽

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300285

第1頁 共1頁

114.11.19

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



3

臺北市南港區忠孝東路6段488號

裝
訂
線

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11月19日

發文字號：健保醫字第1140665593號

附件：請自行至本署全球資訊網下載



主旨：中醫門診總額照護計畫新增承辦院所及醫師名單。

公告事項：

- 一、新增「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等7項中醫門診總額照護計畫承作院所及醫師名單（附件），執行日自114年11月1日起。
- 二、請至本署全球資訊網首頁／最新消息／法規公告下載（網址為：<https://www.nhi.gov.tw/ch/mp-1.html>）。

訂

線

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、衛生福利部中央健康保險署臺北業務組、衛生福利部中央健康保險署北區業務組、衛生福利部中央健康保險署中區業務組、衛生福利部中央健康保險署南區業務組、衛生福利部中央健康保險署高屏業務組、衛生福利部中央健康保險署東區業務組、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組

署長陳亮好



副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



3

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年12月8日

發文字號：健保醫字第1140666182號

附件：請自行至本署全球資訊網下載

裝



主旨：新增中醫門診總額照護計畫承辦院所及醫師名單。

公告事項：

一、新增「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等7項中醫門診總額照護計畫承作院所及醫師名單（附件），執行日自114年12月1日起。

二、附件請至本署全球資訊網首頁／最新消息／法規公告下載（
網址為：<https://www.nhi.gov.tw/ch/mp-1.html>）。

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、本署各分區業務組、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組

署長陳亮好

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300295

114.12.8

第1頁 共1頁

附錄九

7項中醫醫療照護計畫(含子計畫)自114年11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	1	6	0	1	1	9	
	醫師數	0	1	14	0	1	1	17	
中醫提升孕產照護品質計畫	院所數	11	2	9	3	8	1	34	
	醫師數	18	3	17	6	10	1	55	
中醫急症處置計畫	院所數	2	0	4	0	0	1	7	
	醫師數	2	0	12	0	0	1	15	
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	6	0	1	1	9
		醫師數	0	1	14	0	1	1	17
癌 症 病 人 中 醫 門 診 延 長 照 護 計 畫	院所數	0	1	6	0	1	1	9	
		醫師數	0	1	14	0	1	1	17
特 定 癌 症 病 人 中 醫 門 診 加 強 照 護 計 畫	院所數	7	2	9	1	11	2	32	
		醫師數	10	2	20	1	12	2	47
全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	院所數	5	4	11	1	12	1	34	
	醫師數	9	6	22	2	12	1	52	

7項中醫醫療照護計畫(含子計畫)自114年12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	3	1	3	1	1	1	10	
	醫師數	3	1	5	1	1	1	12	
中醫提升孕產照護品質計畫	院所數	6	5	16	1	4	1	33	
	醫師數	11	8	44	1	4	4	72	
中醫急症處置計畫	院所數	1	0	1	0	0	0	2	
	醫師數	1	0	3	0	0	0	4	
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	2	1	3	0	1	0	7
		醫師數	2	1	5	0	1	0	9
	癌症病人中醫門診延長照護計畫	院所數	2	0	3	0	1	0	6
		醫師數	2	0	5	0	1	0	8
	特定癌症病人中醫門診加強照護計畫	院所數	5	10	6	0	7	0	28
		醫師數	5	13	8	0	9	0	35
全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	院所數	4	3	4	0	0	0	11	
	醫師數	5	3	10	0	0	0	18	

檔 號：

附錄十

保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

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

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年11月10日
發文字號：健保醫字第1140665549號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：請自行於本署全球資訊網下載

主旨：檢送114年第1季「全民健康保險其他部門結算說明表」，相關檔案已公布於本署全球資訊網，下載路徑詳如說明，請查照。

說明：

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

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

他部門，請自行下載利用。

正本：本署各分區業務組

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



附錄十一

114年度其他預算支用情形

單位：百萬元；%

項目	全年 預算數	執行數					全年 執行率
		Q1	Q2	Q3	Q4	小計	
山地離島地區醫療給付效益提升計畫(含山地鄉論人計酬試辦計畫)	1,356.6	149.9		149.9		11.1%	
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,928.1	400.6		400.6		20.8%	
推動促進醫療體系整合計畫	520.0	45.1				45.1	8.7%
1.醫院以病人為中心門診整合照護計畫		6.2				6.2	
2.跨層級醫院合作計畫		12.7				12.7	
3.急性後期整合照護計畫		23.2				23.2	
4.遠距醫療會診(遠距醫療服務給付計畫)		3.1				3.1	
支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費 ^{註1}	215.0	0.45		0.4		0.2%	
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	2,000.0	0.0		0.0		0.0%	
腎臟病照護及病人衛教計畫 ^{註2}	500.0	110.0				110.0	22.0%
1.Pre-ESRD之病人照護與衛教計畫		76.4				76.4	
2.Early-CKD醫療給付改善方案		22.4				22.4	
※慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫(另行結算)		11.3				11.3	
提升用藥品質之藥事照護計畫	30.0	0.93		0.9		3.1%	
居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務	9,378.0	1,796.1				1,796.1	19.2%
1.居家醫療與照護		1,085.7				1,085.7	
2.在宅急症照護試辦計畫		30.2				30.2	
3.助產所		0.9				0.9	
4.精神疾病社區復健		664.5				664.5	
5.轉銜長照之服務		14.7				14.7	
基層總額轉診型態調整費用	800.0	131.8		131.8		16.5%	
114年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等	4,156.0	528.5		528.5		12.7%	
總計	20,883.7	3,163.4		3,163.4		15.1%	

註：1.支付狂犬病治療藥費，其餘項目無專款不足需支應之情形。

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

附錄十二

中央健康保險署 114 年 9 月至 11 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 36 件，其中 7 件為新藥收載、14 件為已收載藥品給付規定異動、15 件為其他(新收載品項暫予支付、已收載品項支付標準異動)。

(一)新藥收載：7 件

公告日期	藥物分類	公告主旨
114.9.15	新成分新藥/抗癌 瘤藥物	公告暫予支付含 momelotinib 成分藥品 Omijara Film-Coated Tablets 100mg、150mg 及 200mg 共 3 項目及其藥品給付規定。(用於治療併有貧血的骨髓纖維化成人病人，屬第 2B 類新藥)
114.9.15	新成分新藥/抗癌 瘤藥物	公告暫予支付含 quizartinib 成分藥品 Vanflyta1 7.7mg 及 26.5mg 共 2 項目及其藥品給付規定，暨異動含 midostaurin 成分藥品及含 azacitidine 成分藥品給付規定。(用於新診斷 FLT3-ITD 突變陽性的急性骨髓性白血病成人病人之前導、鞏固治療及維持治療，屬第 2A 類新藥)
114.9.15	新成分新藥/免疫 製劑	公告暫予支付含 crovalimab 成分藥品 Piasky for injection 340mg/2mL，及其藥品給付規定。(用於治療陣發性夜間血紅素尿症病人，屬第 2B 類新藥)
114.9.15	新成分新藥/抗癌 瘤藥物	公告暫予支付含 amivantamab 成分藥品 Rybrevant Concentrate for Solution for Infusion 50mg/mL 及其藥品給付規定，暨修訂含 carboplatin 成分藥品及含 pemetrexed 成分藥品給付規定。(用於治療帶有 EGFR exon 20 插入突變的非小細胞肺癌的第一個標靶藥物，屬第 2A 類新藥)
114.9.15	新成分新藥/抗癌 瘤藥物	公告暫予支付含 tafasitamab 成分藥品 Minjuvi powder for concentrate for solution for infusion 200 mg 及其藥品給付規定，暨異動含 lenalidomide 成分藥品 Leavdo 25mg、15mg、10mg 及 5mg 共 4 項目之支付價格及修訂其給付規定。(用於治療不適合接受造血幹細胞移植瀰漫性大型 B 細胞淋巴瘤成人病人，屬第 2A 類新藥；以癌症新藥暫時性支付專款支付 2 年)
114.11.14	新成分新藥/神經 系統藥物	公告暫予支付含 eladocagene exuparvovec 成分藥品 Upstaza 及其藥品給付規定。(屬基因治療之神經系統藥物，用於 18 個月以上至未滿 6 歲之芳香族 L-胺基酸類脫羧激酶缺乏症病人，屬第 1 類新藥；以癌症新藥暫時性支付專款支付 3 年)
114.11.14	新成分新藥/抗癌 瘤藥物	公告暫予支付含 tucidinostat 成分藥品 Kepida Tablets 及其藥品給付規定。(用於治療轉移性乳癌，屬第 2B 類新藥)

(二)已收載藥品給付規定異動：14 件

公告日期	分類	公告主旨
114.9.15	抗癌瘤藥物	公告異動含 avelumab 成分藥品 Bavencio 20mg/mL Concentrate for Solution for Infusion 之健保支付價格及修訂其藥品給付規定。(修訂使用條件，並調降支付價)
114.9.15	抗癌瘤藥物	公告異動含 acalabrutinib 成分藥品 Calquence capsules 100mg 及 Calquence Film-Coated Tablets 100mg 之支付價格及修訂其給付規定，暨修訂含 ibrutinib 成分藥品(如 Imbruvica)、含 venetoclax 成分藥品(如 Venclexta)及含 zanubrutinib 成分藥品(如 Brukinsa)之藥品給付規定。(擴增適用範圍，並調降支付價)
114.9.15	抗癌瘤藥物	公告異動含 enzalutamide 成分藥品 Enzuta Soft Capsules 40 mg 及 Inamide Soft Capsule 40mg 之健保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)
114.9.15	免疫製劑	公告修訂含 tofacitinib 成分藥品(如 Xeljanz)之藥品給付規定。(增列口服劑型，並調降支付價)
114.9.15	免疫製劑	公告修訂含 human immunoglobulin proteins 成分藥品(如 GAMUNEX-C)之給付規定。(增列藥品品項)
114.9.15	神經系統藥物	公告修訂失智症治療藥品之給付規定。(修訂併用規定)
114.9.15	抗癌瘤藥物	公告修訂含 zanubrutinib 成分藥品(如 Brukinsa)、含 ibrutinib 成分藥品(如 Imbruvica)、含 venetoclax 成分藥品(如 Venclexta)及含 acalabrutinib 成分藥品(如 Calquence)之藥品給付規定。(簽訂藥品給付協議，擴增適用範圍及取消療程限制)
114.9.15	抗癌瘤藥物	公告修訂含 sacituzumab govitecan 成分藥品 (如 Trodelvy) 之藥品給付規定。(簽訂藥品給付協議，擴增適用範圍)
114.9.15	神經系統藥物	公告修訂含 atomoxetine HCl 成分藥品之藥品給付規定。(修正限用規定)
114.11.4	抗癌瘤藥物	公告異動含 trastuzumab 成分藥品 Trazimera 440mg 支付價暨修訂其給付規定。(擴增適用範圍，並調降支付價)
114.11.13	抗微生物劑	公告修訂 C 型肝炎全口服新藥之給付規定(放寬高風險族群治療次數)
114.11.14	抗癌瘤藥物	公告異動含 irinotecan liposome 成分藥品 Onivyde 之支付價格及修訂其給付規定。(擴增適用範圍，並調降支付價)
114.11.14	抗癌瘤藥物	公告修訂含 brentuximab 成分藥品(如 Adcetris)之藥品給付規定。(擴增給藥途徑)
114.11.14	抗癌瘤藥物	公告修訂含 azacitidine 成分藥品之藥品給付規定。(修正續用規定)

(三)其他：15 件

公告日期	分類	公告主旨
114.9.15	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 162 項。
114.9.15	已收載品項支付標準異動	公告異動用於憂鬱症、社交恐懼症含 moclobemide 成分藥品共 3 項目之支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
114.9.16	已收載品項支付	公告異動含 abiraterone acetate 成分藥品 ZYTIGA Tablets

公告日期	分類	公告主旨
	標準異動	250mg 及 ZYTIGA® Film-Coated Tablets 500mg 共 2 項目支付價格。(調降 250mg 支付價，並取消收載 500mg)
114.10.31	已收載品項支付 標準異動	公告異動含 eculizumab 成分藥品 Soliris 300mg concentrate for solution for infusion，及含 ravulizumab 成分藥品 Ultomiris concentrate for solution for infusion 300mg/3mL、1,100mg/11mL 共 3 項目之健保支付價格。(調降支付價)
114.10.31	已收載品項支付 標準異動	公告異動含 pitavastatin/ezetimibe 成分藥品 Tonvasca 之支付價格。(給付協議屆期檢討，調降支付價)
114.11.6	已收載品項支付 標準異動	公告新增 IMIGRAN NASSAL SPRAY 20MG 為不可替代特殊藥品及異動其支付價格。(認列為不可替代特殊藥品，調高支付價)
114.11.6	已收載品項支付 標準異動	公告新增 ZOVIRAX SUSPENSION 為不可替代特殊藥品及異動其支付價格。(認列為不可替代特殊藥品，調高支付價)
114.11.13	已收載品項支付 標準異動	公告異動含 interferon alpha- 2a 成分藥品之特殊藥品共 1 項目之支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
114.11.14	已收載品項支付 標準異動	公告異動含 cholestyramine 成分藥品之特殊藥品共 1 項目之支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
114.11.14	已收載品項支付 標準異動	公告異動含 cabozantinib 成分藥品 Cabometyx 20mg、40mg 及 60mg 共 3 項目之健保支付價格。(給付協議屆期檢討，調降支付價)
114.11.14	新收載品項暫予 支付及已收載品 項支付標準異動	公告暫予支付新增及異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」之藥物品項計 101 項。
114.11.20	已收載品項支付 標準異動	公告異動含 electrolytes 成分注射劑之特殊藥品 Addaven Concentrate for Solution for Infusion 之支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
114.11.26	已收載品項支付 標準異動	公告新增含 hemodialytic and hemofiltrate solutions 成分藥品共 3 項目為不可替代特殊藥品及異動其支付價格。(認列為不可替代特殊藥品，調高支付價)
114.11.27	已收載品項支付 標準異動	公告新藥以十國藥價中位數或最低價核定且查有藥價之國家在五國以下者，於本(114)年第四季依十國藥價檢討結果，異動 6 項藥品支付價格並自 115 年 1 月 1 日生效。(調降支付價)
114.11.28	已收載品項支付 標準異動	公告異動含 gamma globulin anti-RHO(D)成分注射劑 RHO (D) Immune Globulin (Human)，HyperRHO S/D Full Dose 之不可替代特殊藥品共 1 項目之支付價格。(認列為不可替代特殊藥品，調高支付價)

二、特材部分：計 13 件，其中 9 件為新特材收載、3 件為已收載特材給付規定異動、1 件為其他(新增既有功能類別品項、已收載品項支付標準異動)。

(一)新特材收載：9 件

公告日期	分類	公告主旨
114.10.13	人工機能代用類-骨科類	公告新增全民健康保險特材自付差額類別「特殊功能及材質脊椎間體護架」計 83 項，自 114 年 11 月 1 日生效。(用於穩定脊椎及促進融合)
114.10.15	管套類-氣球擴張導管	公告暫予支付特殊材料「"元心科技"鐵基可吸收肺動脈支架系統」計 1 項暨其給付規定。(用於先天性心臟病病患術後產生肺動脈狹窄的病人)
114.10.28	人工機能代用類-眼科類	公告暫予支付特殊材料「晶體囊張力環/擴張環」暨其給付規定，自 115 年 1 月 1 日生效。(用於輔助人工水晶體植入)
114.10.29	人工機能代用類-骨科類	公告暫予支付特殊材料「脊椎間體護架」計 5 項。(用於穩定脊椎椎體及促進融合；屬自付差額特材)
114.11.05	人工機能代用類-心臟科類	公告暫予支付特殊材料「"愛德華"菲斯歐二尖瓣瓣膜修補環」及「"愛德華"菲斯歐三尖瓣瓣膜修補環」計 2 項。(用於二尖瓣、三尖瓣閉鎖不全病人之瓣膜修補術)
114.11.05	人工機能代用類-神經外科類	公告暫予支付特殊材料「"艾迪鈦克"脊椎電極」暨其給付規定。(用於脊椎手術中神經功能監測)
114.11.07	管套類-電極導管	公告暫予支付用於心律不整電燒之特殊材料「脈衝消融導管」計 4 項暨其給付規定。(用於心律不整電燒；屬自付差額特材)
114.11.14	人工機能代用類-心臟科類	公告暫予支付特殊材料「"亞培"二尖瓣夾合器夾子導管輸送系統」暨其給付規定。(用於治療嚴重二尖瓣閉鎖不全)
114.11.14	人工機能代用類-神經外科類	公告暫予支付特殊材料「"美敦力"貝思神經刺激器及其配件」。(用於治療肌張力不全患者)

(二)已收載特材給付規定異動：3 件

公告日期	分類	公告主旨
114.9.22	人工機能代用類-心臟科類	公告異動既有功能類別特材「球擴式經導管置換主動脈瓣膜套組」之支付標準暨修訂既有功能類別特材「經導管置換主動脈瓣膜套組」給付規定。(擴增給付規定用於不適合再置換手術的高風險病人)
114.9.30	管套類-消化類	公告修正既有功能類別特材「胃造口術裝置組配件/Balloon 型替換管」共 3 項之支付標準暨其給付規定。(放寬使用次數，並調降支付價)
114.10.31	管套類-栓塞治療類	公告修訂既有功能類別特殊材料「可吸收性栓塞微粒球」給付規定。(擴增適用範圍)

(三)其他：1 件

公告日期	分類	公告主旨
114.10.15	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 153 項。

衛生福利部全民健康保險會

第 7 屆 114 年第 10 次委員會議補充資料目錄

會議時間：114 年 12 月 24 日

一、本會重要業務報告(會議資料第 14、17、113 頁)

- (一)新增：新增說明六、(一)之 2 及(二)之 6(衛福部發布 115 年
保險對象住院應自行負擔費用之最高金額，及健保署公告
依健保法施行細則第 68 條各款之投保金額或保險費規定)- 1
(二)修正：附錄十二(修正如劃線處)----- 8

(會議資料第14、17頁)

四、本會重要業務報告：新增說明六、(一)之2及(二)之6(衛福部發布115年保險對象住院應自行負擔費用之最高金額，及健保署公告依健保法施行細則第68條各款之投保金額或保險費規定)

.....

六、衛福部及健保署於本年11月至12月份發布及副知本會之相關資訊摘要如下：[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12月17、22日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

2.本年12月19日公告訂定「一百十五年全民健康保險保險對象住院應自行負擔費用之最高金額」，並自115年1月1日起生效，如附件一(第3~4頁)，重點如下：

- (1)因同一疾病每次住院應自行負擔費用之最高金額：57,000元(114年為51,000元)。
- (2)全年累計住院應自行負擔費用之最高金額：95,000元(114年為86,000元)。
- (3)前2項住院應自行負擔費用之最高金額適用範圍，以保險對象於急性病房住院30日以內或於慢性病房住院180日以內，依全民健康保險法第47條規定所應自行負擔之醫療費用為限，不包括健保法所規定不予給付之項目。

(二)健保署

6.本年12月19日依全民健康保險法施行細則第68條各款，公告之保險對象投保金額或保險費規定，並自115年1月1日起實施，如附件二(第5~7頁)，修正重點如下表：

(註：健保法施行細則第68條款次)

款次 (註)	公告內容	修正後	修正前	成長率
1	第3類被保險人適用之投保金額	29,500元	28,590元	3.18%
2	第4類及第5類保險對象適用之保險費	2,324元	2,237元	3.89%

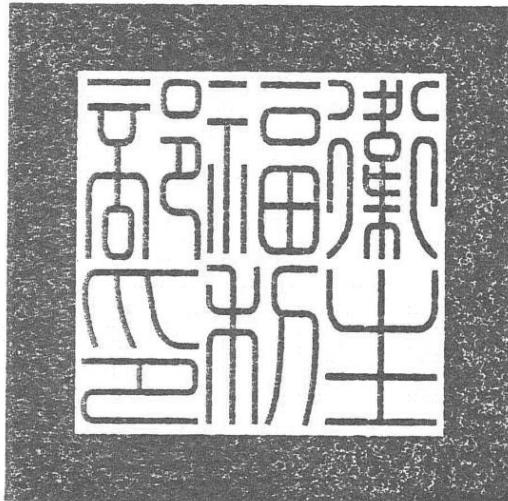
款次 <small>(註)</small>	公告內容	修正後	修正前	成長率
4	<p>僱用被保險人數未滿5人之事業負責人，及會計師、律師、建築師、醫師、牙醫師、中醫師以外之專門職業及技術人員自行執業者或屬於第1類被保險人之自營業主，自行舉證申報之投保金額，不得低於之最低金額(如右列)，及其所屬員工申報之最高投保金額</p>	42,000 元	40,100 元	4.74%

附件一

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國114年12月19日
發文字號：衛部保字第1141260561號



主旨：訂定「一百十五年全民健康保險保險對象住院應自行負擔費用之最高金額」，並自中華民國一百十五年一月一日生效。

依據：「全民健康保險法」第四十七條第二項。

公告事項：訂定「一百十五年全民健康保險保險對象住院應自行負擔費用之最高金額」如下：

一、因同一疾病每次住院應自行負擔費用之最高金額：新臺幣五萬七千元。

二、全年累計住院應自行負擔費用之最高金額：新臺幣九萬五千元。

三、前二項住院應自行負擔費用之最高金額適用範圍，以保險對象於急性病房住院三十日以內或於慢性病房住院一百八十日以內，依全民健康保險法第四十七條規定所應自行負擔之醫

療費用為限，不包含全民健康保險法所規定不予給付之項
目。

部長 石崇良



附件二

檔 號：
保存年限：

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



6

臺北市南港區忠孝東路6段488號

裝

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12月19日

發文字號：健保財字第1140651044A號

附件：無



主旨：公告全民健康保險法第22條規定第3類被保險人適用之投保
金額。

訂

依據：全民健康保險法施行細則第68條第1款。

公告事項：全民健康保險第3類被保險人適用之投保金額為29,500
元，並自115年1月1日起實施。

線

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

署長陳亮好



1143300308

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



18

臺北市南港區忠孝東路6段488號

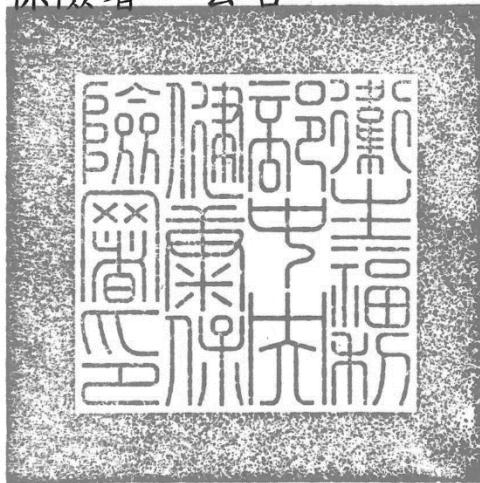
受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年12月19日

發文字號：健保財字第1140651044C號

附件：無

裝



主旨：公告全民健康保險法第23條規定第4類及第5類保險對象之保險費。

司

依據：全民健康保險法施行細則第68條第2款。

公告事項：全民健康保險第4類及第5類保險對象適用之保險費為
2,324元，並自115年1月1日起實施。

線

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

署長陳亮好

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300309

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



4

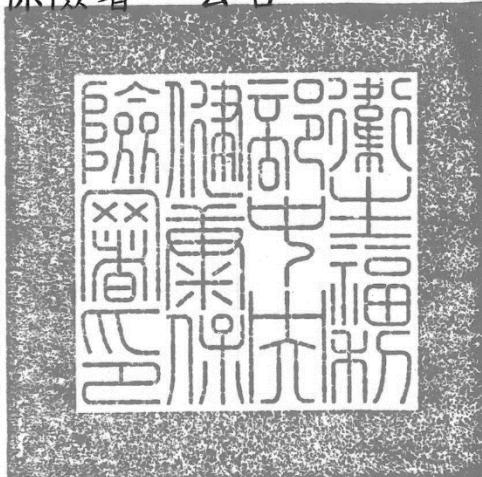
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年12月19日

發文字號：健保財字第1140651044E號

附件：無



主旨：公告全民健康保險法施行細則第46條第1項第4款所定之平均
投保金額。

依據：全民健康保險法施行細則第68條第4款。

公告事項：僱用被保險人數未滿5人之事業負責人，及會計師、律
師、建築師、醫師、牙醫師、中醫師以外之專門職業及
技術人員自行執業者或屬於第1類被保險人之自營業
主，自行舉證申報之投保金額，自115年1月1日起最低
不得低於42,000元及其所屬員工申報之最高投保金額。

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

署長陳亮好

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300310

(會議資料第 113 頁)

修正附錄十二：藥品部份之(一)新藥收載第 6 項(如加黑底線處)

.....

附錄十二(節錄)

(一)新藥收載：誤植第 6 項

公告日期	藥物分類	公告主旨
114.11.14	新成分新藥 /神經系統 藥物	公告暫予支付含 eladocagene exuparvovec 成分藥品 Upstaza 及其藥品給付規定。(屬基因治療之神經系統藥物，用於 18 個月以上至未滿 6 歲之芳香族 L-胺基酸類脫羧激酶缺乏症病人，屬第 1 類新藥；以 <u>癌症新藥專款罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材專款</u> 暫時性支付 3 年)