

衛生福利部全民健康保險會
第 7 屆 115 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 115 年 5 月 20 日

衛生福利部全民健康保險會第 7 屆 115 年第 4 次委員會議議程

壹、主席致詞

貳、議程確認

參、確認上次(第 3 次)委員會議紀錄----- 1

肆、本會重要業務報告----- 22

伍、法定諮詢事項

衛生福利部「116 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「116 年度醫療給付費用總額範圍
(草案)之財務試算」諮詢案----- 36

陸、優先報告事項

中央健康保險署「115 年 4 月份全民健康保險業務執行季報
告」----- 37

柒、報告事項

一、「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)----- 41

二、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(續提)----- 53

捌、臨時動議

參、確認上次(第 3 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(115)年 4 月 30 日衛部健字第 1153360047 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115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115年4月22日上午9時30分

方式及地點：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、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、張委員鈺旋、許委員舒博、許委員慧瑩、連委員賢明、陳委員世岳、陳委員秀熙、陳委員建宗、陳委員節如、陳委員麗琴、黃委員心苑、黃委員金舜(中華民國藥師公會全國聯合會李常務監事懿軒代理)、黃委員振國、黃委員國祥(中華民國工商協進會黃專案協理美慧代理)、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、謝委員佳宜、顏委員鴻順、嚴委員必文、蘇委員守毅

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：陳署長亮好(顏副署長家瑞代理)

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21~22頁)

貳、議程確認：(詳附錄第22~23頁)

決定：確認。

參、確認上次(115年第2次)委員會議紀錄：(詳附錄第23頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第26~32頁)

決定：洽悉。

伍、討論事項(詳附錄第33~47頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：116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。

決議：

- 一、總額協商架構之「總額設定公式」及「醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法」暫列，委員所提意見，送請衛生福利部參考，後續將俟衛生福利部交議總額範圍內容再行定案，並提報委員會議確認。
- 二、依委員共識意見修正內容後，通過訂定「116年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，如附件一(修正如劃線處)。

第二案

提案單位：本會第三組

案由：116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。

決議：

- 一、照案通過，訂定「116年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」，如附件二。請中央健康保險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與會。
- 二、確認各部門總額協商順序，依序為：醫院總額、門診透析預算、西醫基層總額、中醫門診總額、牙醫門診總額、其他預算。請本會同仁據以安排，並於8月份委員會議提報協商議程。

第三案

提案單位：本會第三組

案由：修正「115年度各部門總額一般服務之點值保障項目」

案，提請討論。

決議：同意修正「115年度各部門總額一般服務之點值保障項目」，如附件三(修正如劃線處)。

第四案

提案人：陳委員世岳

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：建請重新評估114年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫於一般服務扣減重複部分之費用案，提請討論。

決議：本案經委員討論後，未能達成共識，惟本協定項目業經衛生福利部核定並公告，後續將併同所有意見，送請衛生福利部決定。

陸、報告事項(詳附錄第48~53頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：114年度全民健康保險基金附屬單位決算及116年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案，請鑒察。

決定：本案援例不同意備查，委員所提意見請中央健康保險署研參及書面回復。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：「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)，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見(含書面意見)，請中央健康保險署參考。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：115年度各部門總額依核定事項，須提會報告之具體
實施計畫/方案/規劃或執行方案(續提)，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見(含書面意見)，請中央健康保
險署參考。

第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：115年3月份全民健康保險業務執行報告(併「115年2
月份全民健康保險業務執行報告」)，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見(含書面意見)，請中央健康保
險署參考。

柒、臨時動議：無。

捌、專題演講及意見交流

題目：健康台灣的願景與推展

講座：總統府健康台灣推動委員會陳志鴻副召集人

玖、散會：下午12時33分。

116 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則

第 7 屆 115 年第 3 次委員會議(115.4.22)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^{註1}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^{註2、註3}×(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^{註4}

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總額－(前一年度之部門別醫療給付費用總額+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)^{註5}]/(前一年度之部門別醫療給付費用總額+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)^{註5}

■年度全民健保醫療給付費用總額＝

年度部門別^{註1}醫療給付費用總額之合計+年度其他預算^{註1}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)^{註5}]/(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)^{註5}

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 116 年度總額基期須校正 114 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 114 年第 4 次委員會議(114.6.25)確認之「115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，115 年度總額違反特約及管理辦法之扣款，於 116 年度總額協商基期費用加回。
- 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 116 年度總額基期，係以前 1 年度(115 年)健保醫療給付費用總額，校正前 2 年度(114 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額、加回前 1 年度(115 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×(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

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(114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(117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。

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)為避免預算重複編列，專款計畫執行內容，不應與一般服務重複，倘有涉及已由一般服務涵蓋之支付項目費用，請回歸一般服務支應。
- (三)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。
- (四)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。
- (五)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，由本會向衛福部提出建議。
- (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(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 113 年醫療費用點數為基礎，計算 114 年納保人口年齡性別結構相對於 113 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 115 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 114 年 1 月至 12 月相對 113 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 114 年對 113 年投保人口成長率計算(採各季投保人數之平均值)。

116 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序

第 7 屆 115 年第 3 次委員會議(115.4.22)通過

壹、工作計畫表

工作項目及內容	預訂時程
<p>一、協商前置作業</p> <p>(一)討論 116 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 114 年度協定事項執行情形。</p> <p>(三)116 年度總額案於衛福部交議後，進行各項相關作業： 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。 2.確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。</p> <p>3.提供協商參考資料「115 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」。</p> <p>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。 (1)協商草案內容應包含協商減列項目及預估金額。 (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。</p> <p>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。</p> <p>(四)安排總額協商會前會及座談會。 1.召開 116 年度總額協商草案會前會： (1)請各總額部門及健保署報告所提出之「116 年度總額協商草案」，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： ①問題分析及需求評估。 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)。 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。 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)。 (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>第 3 次委員會議(115 年 4 月 22 日)</p> <p>115 年 7 月 20、21 日</p> <p>115 年第 6 次或第 7 次委員會議(115 年 7 月 29 日或 8 月 19 日，俟衛福部交議時間而訂。)</p> <p>115 年第 7 次委員會議(115 年 8 月 19 日)</p> <p>115 年 7~8 月</p> <p>115 年 8 月</p> <p>115 年 8 月 19 日下午 (115 年第 7 次委員會議結束後)</p>

工作項目及內容	預訂時程
<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>116</u>年度總額協商因素項目及計畫草案」之最終版本： (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。 (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>116</u> 年度總額協商因素項目及計畫草案溝通會議。</p>	<p><u>115</u>年8~9月</p> <p><u>115</u>年8月<u>26</u>日上午</p> <p><u>115</u>年8月<u>27</u>日前</p> <p>視協商資料及討論需求評估是否辦理</p>
<p>二、各部門總額成長率及分配方式之協商</p> <p>(一)總額協商順序，依序為：<u>醫院總額、門診透析預算、西醫基層總額、中醫門診總額、牙醫門診總額、其他預算</u>，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。 (1)協商四部門總額及其他預算之總額及分配。 (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。 (1)確認四部門總額及其他預算之總額及分配。 (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： (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。 (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)。 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。 2.倘部門未於<u>11月11日</u>前提送分配建議方案，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><u>115</u>年第<u>3</u>次委員會議(<u>115</u>年4月<u>22</u>日)確認，於第7次委員會議(<u>115</u>年8月<u>19</u>日)提報排定議程</p> <p><u>115</u>年9月<u>23</u>日全天；若有未盡事宜，於9月<u>24</u>日上午9時30分繼續處理</p> <p><u>115</u>年第<u>8</u>次委員會議(<u>115</u>年9月<u>30</u>日上午9時30分開始，委員可視需要採視訊方式與會)</p> <p><u>115</u>年第<u>9</u>次委員會議(<u>115</u>年10月<u>28</u>日)</p> <p><u>115</u>年11~12月</p> <p><u>115</u>年10月<u>14</u>日前</p> <p><u>115</u>年11月<u>11</u>日前</p> <p><u>115</u>年11~12月</p>
<p>三、協定事項之執行規劃與辦理</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>	<p><u>115</u>年10月~<u>116</u>年12月</p>

貳、協商會議

一、會議時間：

- (一)預備會議：115年9月23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：115年9月23日(星期三)上午9時30分起，全天。
- (三)若有協商未盡事宜，則於115年9月24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，於委員會議確定後，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 ^{註1} 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 ^{註2}	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
中醫門診	20分鐘	20分鐘	20分鐘	40分鐘	60~100分鐘

各協商場次	第一階段 ^{#1} 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		
牙醫門診	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優先之場次後進行。

(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：115年9月30日(星期三)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"> 1.問題分析及需求評估 2.醫療服務內容及說明 3.費用估算基礎及淨增加之費用 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) 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) 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 	<p>對醫界方案提出保險人之評析及建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 2.試算醫療費用、淨增加費用，並提出合理之預算建議 3.對執行目標及預期效益之評估指標提供建議 4.對專款項目之預估試辦檢討期限提供建議 <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"> 1.□是否為政策交付項目：是者，摘錄政策內容 2.提供評核委員及會前會專家學者意見 3.彙整相關統計數據與總額協商相關規範 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
延續性項目	<ol style="list-style-type: none"> 1.醫療服務內容及說明(含問題分析及需求評估) 2.費用估算基礎及淨增加之費用 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 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」 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 		

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 116 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」)					延續項 目填寫	專款新 增項 目 填寫
			所有協商項目須填寫						
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 算基礎 及淨增 之費	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	預辦檢 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出，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：「離島地區加成費用」。
- (2)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」。
- (3)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」、「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」。

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。

115 年度各部門總額一般服務之點值保障項目

總額部門	保障項目及支付方式
中醫門診	<ol style="list-style-type: none"> 1. 「中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫」之論量計酬案件(每點 1 元支付)。 2. 若當季當區一般服務浮動點值大於 1 元，則前開保障項目以浮動點值支付，浮動點值大於 1 元所產生之點值差額，於次季辦理追扣補付作業。
西醫基層	<ol style="list-style-type: none"> 1. 論病例計酬案件(每點 1 元支付)，排除白內障手術之門診案件分類 C1 且醫令代碼 97608C 之總醫療費用(申請點數+部分負擔)。【論病例計酬案件之白內障手術，自 114 年度西醫基層總額一般服務預算中移列至「提升國人視力照護品質」專款預算結算。】 2. 血品費(每點 1 元支付)。 3. 「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案，每季各婦產科診所撥付款項=280 點×季申報總住院數(每點 1 元支付)。
門診透析	<ol style="list-style-type: none"> 1. 腹膜透析之追蹤處理費(每點 1 元支付)。 2. 偏遠地區之門診透析服務(每點 1 元支付)。 3. 若當季一般服務浮動點值大於 1 元，則前開保障項目以浮動點值支付，浮動點值大於 1 元所產生之點值差額，於次季辦理追扣補付作業。
醫院	<ol style="list-style-type: none"> 1. 門診、住診之藥事服務費(每點 1 元支付)。 2. 門診手術(每點 1 元支付)。 3. 住院手術費、麻醉費(每點 1 元支付)。 4. 血品費(每點 1 元支付)。 5. 主管機關公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之急診醫療服務點數(每點 1 元支付)。

總額 部門	保障項目及支付方式
	<p>6.地區醫院急診診察費(每點 1 元支付)。</p> <p>7.經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院(註 2)。</p> <p>8.地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)(每點 1 元支付)。</p> <p>9.區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費(每點 1 元支付)(註 3)。</p> <p>10.地區醫院住院病房費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)、一般病床住院診察費、住院護理費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)(每點 1 元支付)。</p> <p>11.醫院生產案件(每點 1 元支付)。</p> <p><u>12.若當季當區一般服務浮動點值大於 1 元，則前開保障項目以浮動點值支付，浮動點值大於 1 元所產生之點值差額，於次季辦理追扣補付作業。</u></p>

註：1.藥費依藥物給付項目及支付標準辦理，不列入。

2.以前一季該分區平均點值核付費用，惟結算後如前一季該分區平均點值小於當季該分區浮動點值，該季該分區偏遠地區醫院之浮動點數以當季該分區浮動點值核付。

3.對應申請區域醫院評鑑之地區醫院，如經評鑑不符合區域醫院者，自評鑑不符合之日起，1 年內不得適用地區醫院保障項目【地區醫院急診診察費、地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)、地區醫院住院病房費、一般病床住院診察費、住院護理費】，惟其護病比符合區域醫院評鑑標準者，其醫療服務得比照區域醫院保障【區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費】；另自醫院評鑑不符合之日起 1 年後，仍不符合區域醫院評鑑者，不得適用地區醫院保障項目，亦不得比照區域醫院保障。

肆、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)依討論事項第一案決議，於本(115)年5月6日以衛部健字第1153360052號書函，將本會委員對總額設定公式之「醫療服務成本指數改變率」所提意見，送請衛生福利部(下稱衛福部)參考，如附錄一(第57頁)。

(二)依討論事項第二案決議，於本年5月11日以衛部健字第1153360058號書函，函送116年度全民健康保險醫療給付費用總額(下稱116年度總額)協商程序，並請各總額部門承辦團體及中央健康保險署(下稱健保署)依預定作業時程及早規劃116年度總額協商內容(如附錄二，第58~59頁)，提送資料之重要時程如下：

1.於本年8月11日前提送「116年度總額協商草案」(下稱協商草案)，含各協商項目或計畫之具體內容。

2.於本年8月27日前提送協商草案之最終版本。提送上開資料須填具自行檢核表，確認資料之完整性，以利協商。

(三)依討論事項第四案決議，於本年5月6日將「建請重新評估114年牙醫特殊醫療服務計畫於一般服務扣減重複部分之費用案」之所有意見(含本會之決議與委員發言實錄)，提請衛福部決定。衛福部於本年5月12日以衛部健字第1153360060號函示健保署依部決定不予扣減，並納入116年度專款檢討(如附錄三，第60頁)。

(四)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計1項，依辦理情形，建議擬解除追蹤1項，如附表(第27頁)，但最後仍依委員會議定結果辦理。

二、有關本年7月20、21日召開「全民健康保險各總額部門114年度執行成果發表暨評核會議」，議程安排如附件二(第32~33頁)，後續將函請委員及相關團體、單位報名參加。

三、台灣醫院協會業於本年4月23日辦理「114年度醫院總額風險

移撥款成果發表會」，邀請專家學者、本會委員、健保署分區業務組、各區分會共同參與，本會委員計 11 人參加。會議由六分區執行分會進行風險調整移撥款執行成果經驗分享，重點整理如附件三(第 34~35 頁)。

四、針對上次(第 3 次)委員會議，以本會辦理專題演講「健康台灣的願景與推展」作為會訊報導主題，內容詳附錄四(第 61~62 頁)，已置於本會網頁(路徑：健保會首頁>最新訊息>委員關切重要議題分析，網址：<https://gov.tw/vqq>)，敬請委員轉知所屬團體之會員參閱。

五、健保署於本年 4 月至 5 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 5 月 13 日寄至各委員電子信箱]

(一)公告總額相關計畫如附錄五(第 63~72 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
115.4.10/ 115.1.1	115 年醫院 總額結算 執行架構 之偏遠地 區醫院認 定原則	1.費用核算方式：列入認定原則之醫院，當年各季浮動點數以「前一季該分區平均點值」或「當季該分區浮動點值」擇較高者從優核付費用。 2.認定原則： (1)一致性原則：配合公告之「115 年度全民健康保險醫療資源缺乏地區」施行區域，115 年符合條件之鄉鎮市區數共 84 個，較 114 年減少 1 個(增加南投縣集集鎮，刪除苗栗縣頭屋鄉、嘉義縣鹿草鄉)。 (2)分區增列認定原則：經各分區業務組考量轄區預算及特性，修正符合之醫院名單，115 年符合醫院家數為 38 家。
115.4.14/ 115.1.1	全民健康 保險中醫 門診總額 品質保證 保留款實 施方案	1.配合執行年度修訂計畫實施期間。 2.刪除 2 項鈍化指標： (1)柒、中醫門診特約醫事服務機構有下列情形之一者，不予核發品質保證保留款：六、未參與「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」中醫院所。

公告/ 實施日期	方案/ 計畫名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>(2) 玖、品質保證保留款核算基礎之減計原則：三、「同日重複就診率」超過 80 百分位者，核算基礎(A)減計 10%。</p> <p>3. 捌、品質保證保留款核算基礎之加計原則，新增 3 項指標及其操作型定義：</p> <p>(1) 第七點、參與「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」院所核算基礎加計 10%。</p> <p>(2) 第八點、參與「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」院所核算基礎加計 5%。</p> <p>(3) 第九點、參與「居家醫療照護整合計畫」院所核算基礎加計 5%。</p>
115.4.15/ 115.1.1	115-116 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>1. 配合實施年度及總額協定事項，修訂方案名稱、實施期間(115.1.1~116.12.31)、預算額度(112~115 年預算合計為 26.372 億元，116 年待爭取)等相關文字。</p> <p>2. 獎勵條件：</p> <p>(1) 診所資格：明訂 114 年 12 月底前開業(不含 115 年新開業)診所。</p> <p>(2) 護理人員調薪幅度之認定標準：</p> <p>① 115 年：明訂須依衛福部公告 115 年度「全民健康保險投保金額分級表」，當月投保金額須較 114 年 12 月薪資調升幅度增加投保金額至少一投保等級且不得低於第四投保等級(33,300 元)，以及診所當月調升聘用護理人員達半數以上者。</p> <p>② 116 年：4 位以下調升全數護理人員薪資、5~10 位調升 90% 以上護理人員薪資、11 位以上調升 80% 以上護理人員薪資。</p> <p>3. 獎勵方式及核發原則：</p> <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，診所申報第一段門診量內門診診察費之案件，加計獎勵 40 點。(114 年為 24 點)</p> <p>(2) 提升護理照護品質獎勵金：全年結算後仍有結餘，診所調薪符合本方案者，依診所調升護理人員薪資人月占率，</p>

公告/ 實施日期	方案/ 計畫名稱	方案/計畫增修訂重點
		核發獎勵金。 4.調升執行目標之目標值: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85%。(114年為80%) 5.配合115年調薪幅度認定標準,修訂稽核機制之操作型定義。
115.4.15	全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案	1.獎勵指標達成之最高項目數,各層級均調升1項,並配合修正相關文字。 2.地區醫院基本獎勵分配占率,由60%調降為50%,其中25%為參加指標計畫獎勵、25%為品質精進獎勵;指標獎勵分配占率由40%調升為50%。
115.4.16	全民健康保險復健病房試辦計畫	本項為新增計畫,重點摘要如下: 1.計畫效期2年,採急性後期整合照護住院模式。於健保署分區業務組各擇至少1家醫院試辦復健病房,以現行執行急性後期整合照護計畫之承作醫院為限。 2.照護疾病範圍先行試辦腦中風病人。 3.支付內容: (1)照護費(1,374~3,797點/日):由醫院總額支應。 (2)評估費及獎勵費:由其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」支應。 ①評估費:包含出院準備及評估、初評、複評、結案評估費,支付1,500~2,250點。 ②獎勵費:包含轉銜作業、醫事人員訪視、臨床諮詢指導、居家訪視、轉銜「居家醫療照護整合計畫」或「社區醫療群」,支付1,103~1,575點。 ③個案照護品質獎勵費:依成效評量所列4項品質指標排序結果,支付每個案1,500~5,000點。 (3)開辦費:每家承作醫院100萬元,由健保署單位預算「完善健保醫療費用總額及給付機制」支應。 4.成效評量: (1)品質指標:平均功能改善幅度、功能改善效率、返家率、30日內再入院率。 (2)監測指標:管路移除率、跌倒事故率、

公告/ 實施日期	方案/ 計畫名稱	方案/計畫增修訂重點
		壓力性損傷新發生率。
115.4.24	115 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源地區改善方案	<ol style="list-style-type: none"> 1.無中醫醫事服務機構之鄉鎮區：新增「高雄市甲仙鄉」、「屏東縣琉球鄉」，合計 80 個鄉鎮區。 2.一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區：刪除「高雄市甲仙鄉」、「屏東縣琉球鄉」，合計 78 個鄉鎮區。 3.於備註新增說明，嘉義縣番路鄉大湖村、公田村、公興村與草山村，考量地理及交通因素，另列分級級數為 2。
115.4.29	全民健康保險安寧療護品質評核加成獎勵方案	<ol style="list-style-type: none"> 1.實地評核日期：原預定於 114.11.30 前完成實地評核作業，修改至 115.12.15 前完成。 2.評核結果：修改為由保險人於 116.1.31 前公告符合各類加成獎勵之院所名單。 3.實地訪視品質評核表：實地評核結果欄位移除「特優、優、良、維持現狀給付」文字，僅保留執行率，後續透過評定會議決定等第。另刪除受評單位回饋意見，以減少爭議。
115.4.29/ 115.5.1	全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案	本次修訂重點：每次治療計畫天數上限由 5 天放寬至 7 天。
115.5.8	全民健康保險術後加速康復推廣計畫	<ol style="list-style-type: none"> 1.更新計畫專案醫院名單，目前共 115 家醫院參與。 2.健保署提供網頁查詢路徑，請使用者自行查詢運用。路徑：健保署全球資訊網首頁 > 健保服務 > 健保醫療服務 > 院所查詢 > 健保特約醫事機構查詢。

決定：

上次(第3次)委員會議繼續列管追蹤事項

擬解除追蹤(共1項)

項次	案由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	報告事項第1案：114年度全民健康保險基金附屬單位決算及116年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案。	本案援例不同意備查，委員所提意見請中央健康保險署研參及書面回復。	於115年4月30日請辦健保署。	健保署回復：委員所提意見，說明如附件一(第28~30頁)。	解除追蹤	—

健保會第 7 屆 115 年第 3 次委員會議之健保署回復

上次(第 3 次)委員會議之擬解除追蹤項次 1

案由：114 年度全民健康保險基金附屬單位決算及 116 年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案。

委員意見	健保署說明
<p>楊委員芸蘋(議事錄第 50 頁)</p> <p>我不是對備不備查表示意見，我想要瞭解一下 116 年預算第 37 頁的派員出國計畫預算總表，這個是每一年都有還是這幾年才有？我看一下有些類別前 3 年沒有派員，有些類別去年好像有派員，動機及實施內容的成效如何？還有今年編這麼多預算，是不是還要繼續執行？因為這預算有點多，我想瞭解一下。</p> <p>還有剛剛你們提到的會議資料第 78 頁，第 4、5、6 屆的委員對政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算公式，到目前為止都還沒有正確的計算方式，我不知道現在計算方式是如何，怎麼做，如果沒有一個正確計算方式，這案子還要繼續讓它備查嗎？以上。</p>	<p>一、依據 112 年 11 月修正「菸品健康福利捐分配及運作辦法」，菸捐分配收入 50% 新增分配供「醫療科技評估、醫療服務審查及全民健康保險政策推動之用」，爰全民健康保險基金自 114 年度增列菸捐專項業務相關預算，其中出國經費編列 480 萬元 7 項出國計畫，於經費擲節運用下，辦理 3 項考察及參加 2 項會議，執行數 209 萬 1 千元，包括赴德國、歐洲、韓國、日本及印尼考察健保支付制度、安全資料治理與辦理台灣健保專題論壇等，強化醫療科技評估量能及深化國際交流合作。</p> <p>二、因應高齡化社會挑戰及新醫療技術發展，116 年研擬持續透過考察及參與國際會議，如臺美衛生福利交流會議、HIMSS 醫療資訊與管理系統協會年會、ISPOR 歐洲年會等，以加速健保新藥給付、醫療資訊前瞻接軌國際及瞭解最新醫衛發展等；116 年度預算援例編列 480 萬元，後續依行政院核定數及立法院審議通過金額執行。</p>
<p>還有剛剛你們提到的會議資料第 78 頁，第 4、5、6 屆的委員對政府應</p>	<p>一、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，係依據全民</p>

委員意見	健保署說明
<p>負擔健保總經費法定下限36%計算公式，到目前為止都還沒有正確的計算方式，我不知道現在計算方式是如何，怎麼做，如果沒有一個正確計算方式，這案子還要繼續讓它備查嗎？以上。</p>	<p>健康保險法第 2 條、第 3 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> <p>二、本部社會保險司於 114 年 10 月 20 日修正全民健康保險法施行細則第 45 條，使政府應負擔健保總經費法定下限 36%之計算，以健保法規者為限，並追溯自 114 年 1 月 1 日施行。</p>
<p>洪委員瑜黛(議事錄第 50 頁)</p> <p>我對於數字有點疑問，想請教會議資料第77頁有3個表格，中間那個表格是115年保險收支餘絀是-673.22億元，下面的表格的115年短絀數是427.74億元，這邊其實是兜不攏。會議資料第101頁也是，115、116年的餘額都很奇怪，會議資料第102頁有1個劃線處是115年預估短絀是依據財務組115年2月財估調整後預估數，所以其實是有做調整，我想知道115年是怎麼調整，手邊有114年及116年，但沒有115年，到底是怎麼調整，謝謝。</p>	<p>一、有關 115 年度保險收支餘絀不一致情形說明如下：</p> <p>(一)會議資料第 77 頁(如附件，第 31 頁)有 3 個表格，中間表格係表達保險收支情形，並用預算數作比較，115 年度保險收支餘絀-673.22 億元，係因編列 115 年度預算案時間為 114 年 8 月。</p> <p>(二)下方表格係表達安全準備餘額，係採用最新財務推估比較，115 年度保險收支餘絀-427.74 億元，其時間為 115 年 2 月重新推估結果。</p> <p>(三)綜上，係因時間點差異始有落差，且為使 116 年度預算編製較符實際，爰以重新推估結果編列。</p> <p>二、另，財務組 115 年 2 月調整預估數，主要係重新推估 115 年度保險收入及保險給付，簡要說明如下：</p> <p>(一)保險收入：主要係保費收入因投保人口、投保金額及補充保費等皆較預期增加，連帶使政府應負擔健保總經費法定下限不足數一併增加。</p> <p>(二)保險給付：原編 115 年度預算數係依</p>

委員意見	健保署說明
	<p>114 年醫療給付費用總額 9,286 億元以總額成長率 5.5%推估；本次改按衛生福利部核定 115 年度醫療給付費用總額 9,883 億元重新推估，爰較原編算數增加。</p> <p>(三)以上，115 年度保險收支短絀重新推估由原編短絀 673.22 億元，縮小至 427.74 億元。</p>

115 年第 3 次委員會議資料第 77 頁

保費收入類別	成長原因	影響金額 (億元)
一般保險費	平均投保金額及平均保險費增加	296.15
補充保險費	投保單位雇主負擔、獎金及股利所得增加	63.09
政府應負擔36%差額	政府負擔隨114年度一般保險費增加	255.56
滯納金		0.42
合計		615.22

(二)116年度預算(詳附件二之附表一、七)：

1. 保險收支情形：116年度保險收入8,955億元，係按一般保險費率5.17%、補充保險費率2.11%進行推估，較115年度8,529.79億元增加425.21億元，成長率4.98%；116年度保險成本9,772.2億元，主要以115年度總額9,883.35億元，暫以成長率5.5%推估，較115年度預算數9,203.01億元增加569.2億元，成長率為6.18%，保險收支短絀817.21億元，如下表。

項目	116年度預算數 (億元)(a)	115年度預算數 (億元)(b)	成長率 (a-b)/b
保險收入	8,955.00	8,529.79	4.98%
保險成本	9,772.20	9,203.01	6.18%
保險收支餘絀	-817.21	-673.22	

2. 安全準備餘額：依據健保署提供之116年底安全準備餘額推估表，115年度保險收支短絀數427.74億元，加計114年底安全準備餘額2,078.37億元，115年底安全準備餘額為1,650.63億元，加計116年度保險收支短絀數817.21億元後，116年底安全準備餘額為833.42億元，約當1.03個月保險給付支出。

年度	項目	依據健保署 最新財務預估
115	短絀數(億元)	427.74
	安全準備餘額(億元)	1,650.63
	約當保險給付月數(月)	2.16
116	短絀數(億元)	817.21
	安全準備餘額(億元)	833.42
	約當保險給付月數(月)	1.03

全民健康保險各總額部門 114 年度執行成果發表暨評核會議議程

日期：115 年 7 月 20、21 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 20 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21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 115 年第 2 次委員會議(115.3.11)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 114 年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。

「114 年度醫院總額風險移撥款成果發表會」摘要

台灣醫院協會業於本年 4 月 23 日辦理「114 年度醫院總額風險移撥款成果發表會」，邀請專家學者、本會委員、健保署分區業務組、各區分會共同參與，本會委員計 11 人參加。會議由六分區執行分會進行風險調整移撥款(下稱風險款)執行成果經驗分享，並就現階段重點項目「術後加速康復推廣計畫(ERAS)」及「生活型態醫學導入慢性病管理的整合照護新模式」發表推動情形，另安排陳秀熙教授進行特別演講，提出未來風險款與健保支付制度的精進方向。

一、風險款概述

- (一)目的：風險款自 108 年開始執行，各分區考量區內的民眾健康狀況、醫療結構等情形，自行設計計畫，以醫療資源均衡發展為目標，鼓勵強化醫療服務，並促進區域內醫療體系整合，且該筆預算不用於彌補點值。
- (二)分配方式：歷年主要的分配方式均相同，以 114 年度風險調整移撥款 6.5 億元為例，其中 2 億元採六因子均等權重(16.666667%)分配，包含：①山地離島非原住民人口、②偏遠地區人口、③重度以上身心障礙人口、④台閩地區原住民人口、⑤低收入人口、⑥6 歲及 65 歲以上各區戶籍人口；4 億元依地區預算 R 值、S 值分配；0.5 億元依衛福部公告用於東區。

二、六分區風險款執行成果

- (一)風險款自 108 年起執行至 114 年已有 7 年，金額由 1.5 億元成長至 6.5 億元，在醫院協會的推動下，六分區相互觀摩學習，逐漸發展到如今的規模，計畫數由 16 項成長至 90 項，執行成效良好的計畫已導入健保總額，其餘計畫則仍在蓬勃發展、嘗試創新中，值得其他總額借鏡。
- (二)各分區計畫內容，早期以鼓勵推動健保政策(如居家醫療、癌症防治、偏鄉醫療)及精進疾病照護為主，在急重症醫療方面，則發展「區域聯防」計畫，透過整合區內醫療網絡，提供病人及時救治，

掌握搶救黃金時間。初期試辦為主動脈剝離及腦中風區域聯防照護，並於 113 年度納入健保總額，後續各區仍持續拓展計畫，目前正試辦急性心肌梗塞、重大外傷等；另考量我國少子化現象，近年擴增「婦幼相關照護之區域聯防」，包括：新生兒重症醫療及高危險妊娠照護項目，提升產婦與嬰兒及時救治率。

三、術後加速康復推廣計畫(ERAS)

(一)為因應人口高齡化及健保財務衝擊，ERAS 為近年提倡的新醫療照護模式，其鼓勵醫院組成跨領域團隊，進行整合式標準化醫療照護，達促進病人術後恢復與降低健保醫療支出目標。

(二)本計畫 112 年於東區先行試辦，最初應用於全膝關節置換手術，因可有效縮短病人住院日數及節省醫療費用，故逐步推展至其他分區，並於 114 年度將 ERAS 納入健保總額(髖關節及膝關節置換手術)，除骨科手術外，目前各分區試行的 ERAS 術式有脊椎融合、大腸直腸、肺部腫瘤切除、腎臟腫瘤切除、困難剖腹產等手術，未來若持續推展，有利縮短住院天數，加速病房使用效率。

四、生活型態醫學導入慢性病管理的整合照護新模式

為扣連健康台灣政策，落實三高防治 888 計畫，東區於 114 年推動以價值為導向的慢性照護模式，期翻轉以藥物為主的醫療架構，將重點由治療疾病轉向健康促進與預防。在執行上，運用生活型態醫學，促進個案主動參與健康管理，提升自我照護能力，同時結合社區資源與科技應用，提供個別化的健康指導與整合性照護，增進國人整體健康。

會上專家學者認為醫院部門在風險款的執行與努力值得肯定，惟面對我國快速人口老化、少子化等挑戰，宜加快腳步，朝向整合及全人醫療發展，希望醫界及健保署能共同促進制度的轉型、盡快實施；健保署也表示，健保已實施 31 年，未來將轉型朝向多元服務、論價值支付及數位化等面向努力。

伍、法定諮詢事項

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「116 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「116 年度醫療給付費用總額範圍
(草案)之財務試算」諮詢案，請鑒察。(資料後附)

陸、優先報告事項

報告單位：中央健康保險署

案由：中央健康保險署「115年4月份全民健康保險業務執行季報告」，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 115 年度工作計畫，為提高議事效率，本項例行性業務報告，書面資料須每月提供，但口頭報告改採季(每年 2、5、8、11 月)報方式辦理。
- 二、參照 106 年 10 月 27 日委員會議之委員建議，健保署業務執行季報告之口頭報告，有其重要性，爰列為優先報告事項。
- 三、本次進行口頭報告，並依年度工作計畫提報以下事項：
 - (一)併同於 5 月業務執行季報告提報 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(含可節省費用)。
 - (二)併同於 2、5、8、11 月季報告呈現分級醫療執行情形及成效檢討(含結果面指標及監測結果)、急診品質提升方案指標執行結果。
 - (三)「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。
- 四、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：

報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：「家庭醫師整合性照護計畫(下稱家醫計畫)」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)，請鑒察。

說明：

- 一、依衛生福利部 115 年 1 月 28 日衛部健字第 1153360013 號公告「115 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」暨本署 115 年 3 月 26 日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議(下稱共擬會議)115 年第 1 次會議決議辦理。
- 二、本項專款 115 年預算 5,866.5 百萬元，依前揭總額及其分配方式之核定事項：持續提升服務量能(如提高醫師參與率及個案涵蓋率)及強化照護品質，並評估本計畫整體照護成效，朝慢性病整合及全人照護方向推動計畫，於 115 年 5 月前提出專案報告，如附件(第 46~50 頁)。
- 三、家醫計畫近年整體照護成效：
 - (一)預算執行情形：預算自 112 年 39.48 億元增加至 114 年 46.48 億元，112 年、113 年預算執行率達 100%。
 - (二)計畫參與情形：114 年計有醫療群 471 群、參與診所 5,456 家、參與醫師 8,026 人、收案 647.3 萬人。其中醫師數及收案人數皆逐年提升。
 - (三)預防保健相關指標執行情形：114 年成人預防保健檢查率為 49.7%、子宮頸抹片檢查率為 29.0%、65 歲以上老人流感注射率為 58.5%、糞便潛血檢查率為 41.2%、B、C 型肝炎篩檢率為 77.5%。
- 四、近年計畫修訂重點推動：
 - (一)擴大家醫服務涵蓋，落實全人全程健康照護：自 113 年起推動大家醫計畫，包含基層診所之家醫計畫及地區醫院全人全社區照護計畫，以民眾健康為導向，推動以病人為中心之全

人照護模式。

(二)於 113 年起推動家醫 2.0，整合入糖尿病、初期慢性腎臟病等論質計酬計畫，強化醫師三高防治識能，讓民眾在同 1 家院所就可以接受完整的醫療服務。114 年則以疾病分級照護為基礎，強化三高病人照護成效做為計畫目標。

(三)115 年計畫修訂內容及進度：

1.預算：58.665 億元，較前一年度增加 12.18 億元，其中 6.842 億元係由西醫基層之醫療給付改善方案(下稱 P4P)專款預算移入。

2.修訂重點：

(1)為與 P4P(醫療給付改善方案)之糖尿病/初期慢性腎臟病/糖尿病(下稱 P4P-DM/CKD/DKD)整合，重複收案個案統一由家醫計畫照護，並調整家醫計畫相關費用支付額度趨近 P4P。

①修訂個案管理費之「特定疾病照護費」：配合整併 P4P-DM/CKD/DKD 新增「追蹤管理加成費」及「糖尿病新收案整合照護費」。

②修訂「糖心腎症候群整合照護提升費」：提升誘因，強化三高病人追蹤管理，將進步個案納入獎勵範圍，每項達標之檢驗項目皆調升 350 點。

(2)為提升三高病人照護率，針對績優院所可加收三高病人。

(3)全面實施家醫計畫 2.0。

3.修訂進度：計畫已於 115 年 3 月 26 日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議(下稱共擬會議)通過，待衛福部核定。

4.另按共擬會議決定，本署將持續監測 P4P-DM/CKD/DKD 與本計畫整併之預算執行情形，因原移撥款 6.842 億元係考量原以 P4P 收案，移回家醫持續管理之個案，但原家醫個案符合 P4P 收案資格卻未以 P4P 收案者則無法估計，爰如有移撥

預算不足情形，研擬朝兩計畫專款預算流用方式處理，惟如移撥款剩餘，亦回歸 P4P 專款處理。

報告單位業務窗口：許博淇，聯絡電話：02-27065866分機2642

.....

本會整理說明：

- 一、健保署依 115 年度西醫基層總額核定事項(如下)及本會 115 年度工作計畫，於本次委員會議提出專案報告。

項目	金額 (百萬元)	核定事項(摘要)
家庭醫師整合性照護計畫	5,866.5	請中央健康保險署辦理下列事項： 持續提升服務量能(如提高醫師參與率及個案涵蓋率)及強化照護品質，並評估本計畫整體照護成效，朝慢性病整合及全人照護方向推動計畫，於 115 年 5 月前提出專案報告。

- 二、背景說明：為落實健保法第 44 條規定之家庭責任醫師制度，健保署自 92 年起試辦家醫計畫，111 年本會委員於計畫執行 20 年之際，建請健保署進行計畫檢討及轉型。112、113 年度總額決定事項明定，請健保署朝以人為中心及全人照護方向整合相關計畫，積極進行計畫轉型。115 年度為了解近年家醫計畫改革之推動情形及成效，核定事項請健保署提出專案報告。

- 三、健保署已依前揭總額核定事項，提出家醫計畫朝慢性病整合及全人照護方向的推動情形及成效(詳附件，第 46~50 頁)，另提供家醫計畫歷年執行情形供參(如參考資料，第 51~52 頁)，就核定事項辦理情形，說明如下：

- (一)慢性病整合及全人照護推動情形：健保署逐步推動家醫計畫轉型，113 年推動大家醫計畫及家醫 2.0，推動三高等慢性病人之整合性照護，並建置家醫大平台串聯健康資料；114 年強化疾病分級照護，並以疾病風險分級支付；115 年整合醫療給付改善方案(P4P)之糖尿病、初期慢性腎臟病照護，將重複收案的病人統一由家醫計畫照護，並全面實施家醫 2.0(詳簡

報第 5~9 張，第 48~50 頁)。

(二)提升服務量能執行情形：近年推動家醫 2.0，強化醫師三高管理能力，雖醫療群及參與診所減少，但參與醫師數及收案人數仍呈現增加趨勢(詳簡報第 3 張，第 47 頁)，建議健保署透過輔導、鼓勵成立家醫 2.0 醫療群參與服務。

(三)強化照護品質執行情形：查家醫計畫評核指標分為結構面指標、過程面指標、結果面指標等三類(歷年監測結果如參考資料，第 51~52 頁)。健保署報告資料呈現 114 年預防保健之過程面指標值高於全國及 113 年結果(詳簡報第 4 張，第 47 頁)，惟考量近年家醫計畫轉型，主要強化慢性病整合醫療與全人照護，建請健保署持續評估照護結果面指標，尤其是三高病人風險控制情形(如血壓、醣化血色素、低密度脂蛋白控制率)及健康照護成效(如可避免住院率、潛在可避免急診率、固定就診率等)，於評核會時提出監測結果。

四、有關健保署說明四(三)第 4 點及簡報第 10 張所提請委員支持「115 年整併家醫計畫及 P4P-DM/CKD/DKD 之預算執行情形，如有預算不足情形，建議朝「家醫計畫」及「醫療給付改善方案」專款預算流用方式處理」(詳簡報第 10 張，第 50 頁)乙節：

(一)115 年度總額業經衛福部核(決)定並公告，屬政策決定事項，其中「家醫計畫」及「醫療給付改善方案」分屬 2 項專款。而健保署所提涉及 2 個專款項目之間的預算流用，並未載明於核定事項內容。倘欲流用，則屬核定事項之變更，非本會權責，應報請衛福部同意，方可為之。目前 115 年家醫計畫尚未公告實施，無法估算實際所需經費足夠與否，建議健保署持續監測執行情形，若有預算不足情形，需由其他專款項流用時，不需提報本會，逕報請衛福部決定即可。

(二)為利 116 年度計畫之執行，請健保署於 115 年家醫計畫公告執行後，評估其整合醫療給付改善方案之糖尿病、初期慢性腎臟病照護之實際情形，並妥善評估兩者預算額度，視需要

於協商 116 年度總額提出預算規劃。

五、近 2 年家醫計畫已大幅整合 P4P 之慢性病照護方案，惟不同計畫間之整合涉及實務執行面之接軌，爰請健保署會同西醫基層總額相關團體，妥善規劃並滾動檢討執行情形，持續朝向全人照護整合方向推動，並持續評估計畫成效，作為 116 年度總額協商之參考依據。

決定：

衛生福利部全民健康保險會
第7屆115年第4次委員會議



家庭醫師整合性照護計畫 照護成效專案報告

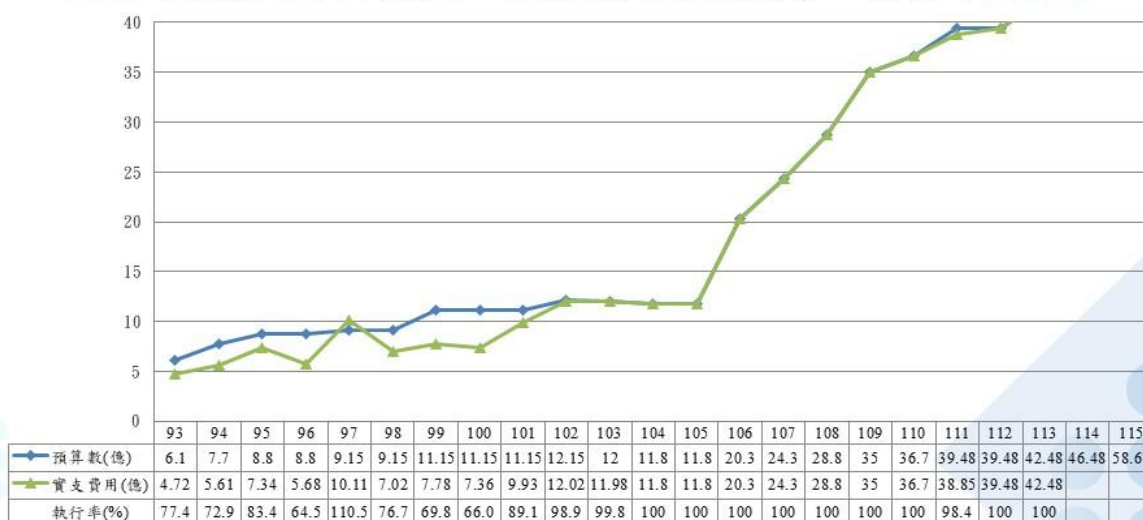
中央健康保險署
115年5月20日

1



家醫計畫歷年經費執行情形

● 113年預算42.48億元，執行數42.48億元，執行率**100%**。



註1：97年因政策導向故選擇健康回饋型之醫療群數不斷增加，致預算較實際給付費用不足0.96億元(實支10.11億元，不足費用由總額其他部門預算之其他預期政策改變所需經費支應)。

註2：106年原預算為15.8億元，由107年度家醫計畫專款之450百萬元挹注106年度之不足款，故106年預算為20.3億元。

註3：家醫計畫例行皆於隔年6月完成費用結算，爰114年尚無預算執行數。

2



近年家醫計畫參與概況

✓ 114年共**471**個醫療群，診所數5,456家、醫師數8,026人，**收案約647.3**萬人，參與醫師數和收案人數較前一年成長

醫療群數



診所數



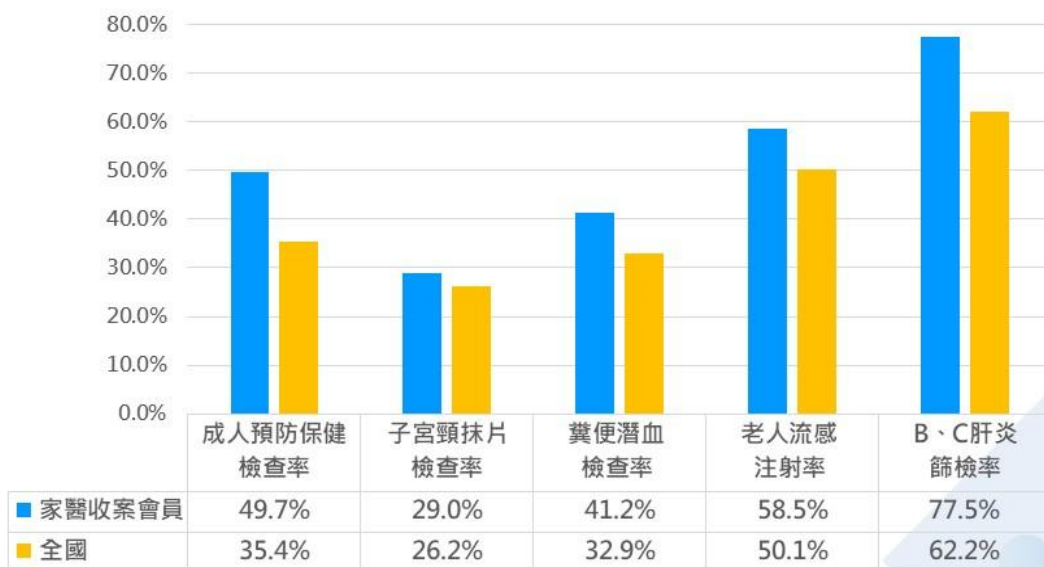
醫師數



收案人數



預防保健檢查率/老人流感注射率均較全國高



1. 成人預防保健檢查率：分子為30歲(含)以上會員於院所接受成人健檢人數；分母為(30歲-39歲會員數/5+40歲至64歲會員數/3+65歲(含)會員數)。
2. 子宮頸抹片檢查率：分子為25歲(含)以上女性會員接受子宮頸抹片人數；分母為(25歲至29歲會員數/3+30歲(含)以上女性會員數)。
3. 65歲以上老人流感注射率：分子為65歲以上會員於院所接種流感疫苗人數；分母為65歲以上總會員人數。
4. 糞便潛血檢查率：分子為45歲以上至未滿75歲會員於院所接受定量免疫糞便潛血檢查人數；分母為45歲以上至未滿75歲會員人數/2。
5. B、C肝炎篩檢率：分子為符合分母條件中，曾做過B、C肝炎篩檢之會員人數；分母為符合B、C肝炎篩檢資格之會員人數(45歲以上未滿80歲者、原住民為40歲以上未滿80歲者)。
6. 資料年份：114年



擴大家醫服務涵蓋，落實全人全程健康照護

健保署自113年推動大家醫計畫，提供三高等慢性病人於主要就醫之院所接受整合性醫療照護，以民眾健康為導向，推動以病人為中心之全人照護模式。

114
年

西醫基層 - 家醫計畫2.0

471群社區醫療群(465群家醫2.0醫療群)、5,456家診所、收案數647.3萬人

地區醫院 - 全人全社區照護計畫

137家地區醫院、457位醫師，收案數7.6萬人



大家醫計畫
參與院所

慢性病照護整合

- 以家醫計畫為基礎，逐步整合各項論質支付方案與慢性病(NCD)防治計畫
- 建立融合三段五級，以人為中心之整合式多重慢性病健康管理模式

支付制度改革

- 論價值支付，落實有效照護(effective care)接軌國際指引，提升民眾健康
- 依據病人風險分級(ASCVD)進行分級支付，避免逆選擇
- 試辦慢性病 論人計酬(bundled payment)



品質指標監測

- 依據證據醫學訂定醫療品質指標，監測執行狀況

全方位健康管理

- 包括疾病管理、預防保健、風險因子預防、衛教諮詢等全方位健康管理
- 生活型態介入，提供後續生活習慣諮詢及訂定治療計畫
- 鼓勵醫療群、醫院建立整合式健康管理中心

創新照護模式

- 建構數位平台整合個人健康數據，提升健康管理效能
- 導入數位工具(如APP)透過創新慢性病管理模式，延緩慢性病發生。

5



大家醫計畫提供服務特色

會員健康資料建檔 1

- 加強會員個案管理及衛教
- 預防保健各指標歷年均達高標

24小時諮詢專線 2

- 電話諮詢服務：41,252通
- 提供適當就醫指導
- 減少急診與不必要就醫
- 主動電訪會員人數：1,655,133人

提供病人轉診服務 3

- 醫療群與313家醫院合作
- 轉診服務：413,016人次
- 共照門診：4,723診次
- 病房巡診：260次

加強診所與醫院合作 4

- 醫院與診所合作轉診
- 辦理個案研討
- 辦理共同照護門診
- 參與上述活動6次以上醫師計5,715位

辦理社區衛教、宣導 5

- 營造健康社區，提升醫療群形象
- 辦理社區衛教1,493場次
- 參與人數達54,762人次

提升三高照護品質 6

- 113年整合DM/CKD/DKD方案，家醫2.0醫療群須提升DM/CKD照護品質，提供整合性照護
- 114年依疾病風險分級(ASCVD)分流照護，並將高血壓及心血管防治納入社區衛教及醫師教育訓練內容

6



115年家醫計畫修訂方向-1

◆**預算：58.665億元**，較114年增加12.18億元

(6.842億元由西醫基層之醫療給付改善方案專款預算移入)

◆修訂重點

▶ **與P4P-DM/CKD/DKD整合**，重複收案個案統一由家醫計畫照護，並調整家醫計畫相關費用支付額度趨近P4P。

▶ 全面實施家醫計畫2.0

◆**修訂進度：115年3月26日共擬會議通過**，待衛福部核定

7



115年家醫計畫修訂方向-2

調整家醫計畫相關費用**支付額度趨近P4P**，相關費用**不重複支付**

修訂個案管理費_特定疾病照護費

定期檢驗(查)達成加成費	追蹤管理加成費 NEW	糖尿病新收案整合照護費 NEW
▶ 新增「僅具DM者」納入給付	▶ 適用對象：計畫參與院所原已參加P4P-DM/CKD/DKD方案，且收案個案已於診所進行P4P收案照護 ▶ 當次就醫主次診斷及用藥符合該疾病者，最多4次/年 ▶ DM：250元/次 / DKD：400元/次	▶ 115年已符合P4P-DM收案條件之家醫會員 ▶ 為鼓勵家醫將其收案照護，650元/年/人

修訂糖心腎症候群整合照護提升費

- ▶ 提升誘因，強化三高病人追蹤管理
- ▶ 納入進步個案
- ▶ 每項達標之檢驗項目皆調升350點

8



115年家醫計畫修訂方向-3

◆為提升三高病人照護率，鼓勵績優院所加收三高病人

◆修訂部分評核指標

- 成人預防保健檢查率、糞便潛血檢查率及B、C肝炎篩檢率等**預防保健相關指標**：調整得分及計算範圍、新增得分級距
- **配合重要政策推動**
 1. 會員急診率：排除UCC申報案件
 2. 加分指標：新增「春節期間開診」

9



請健保會委員支持專款預算流用

- ◆ **共擬會議決定**：請本署監測P4P-DM/CKD/DKD與本計畫整併之預算執行情形，如有預算不足情形，建議朝**兩計畫專款預算流用方式處理**，並提案至健保會報告。
- 原移撥款以原由P4P收案，移回家醫持續管理之個案為**估算基礎**，但原家醫個案符合P4P收案資格，未以P4P收案者，尚**無法估計**。
- 考量115年為**第一年**進行兩計畫預算整併，為免初期預算挪移不足致家醫計畫點值下滑，未能合理反映家醫群之投入。
- ◆ 建請委員同意115年P4P-DM/CKD/DKD與家醫計畫預算流用，確保制度轉換順利進行。
- ◆ 如移撥款**剩餘**，亦**回歸P4P專款處理**。

10

西醫基層總額家庭醫師整合性照護計畫執行情形

計畫型-自92年起實施

項目	年度				
	109	110	111	112	113
預算數(百萬元) ^{註1}	3,500.0	3,670.0	3,948.0	3,948.0	4,248.0
預算執行數(百萬元)	3,500.0	3,670.0	3,885.6	3,948.0	4,248.0
預算執行率	100.0%	100.0%	98.4%	100.0%	100.0%
執行社區醫療群數	622	623	609	558	522
--家醫2.0醫療群數	...	...	...	...	357
退場群數 ^{註2}	11	17	58	47	42
新加入群數	26	12	3	7	11
合作醫院家數	258	296	295	297	306
參與診所數	5,407	5,587	5,687	5,590	5,544
參與診所占率	51.3%	53.1%	53.5%	52.3%	51.6%
參與醫師數	7,307	7,637	7,833	7,807	7,949
參與醫師占率	44.9%	46.0%	46.3%	45.4%	44.7%
收案人數(千人)	5,749	6,008	6,002	5,958	6,273
收案人數占率 ^{註3}	24.0%	24.8%	24.8%	24.8%	26.3%
交付名單收案在較需照護群占率 ^{註4}	66.2%	68.3%	69.0%	69.1%	68.2%
會員電話諮詢數(通)	43,708	47,034	54,406	51,188	45,573
主動電訪會員數(千人)	1,141	1,152	1,442	1,424	1,496
獎勵多重慢性病人門診整合人數(千人) ^{註5}	339.3	423.6	427.4	490.1	500.9
結構面指標 ^{註6}					
--電子轉診使用率	...	...	...	...	...
--電子轉診成功率	68.0%	67.4%	55.7%	...	...
--門診雙向轉診率	83.2%	81.0%	...	...	...
--檢驗(查)結果上傳率	...	...	80.5%	90.7%	...
結果面指標					
--會員急診率(排除外傷)	28.7%	27.2%	30.8%	34.6%	25.9%
--潛在可避免急診率 ^{註7}	1.0%	1.1%	1.0%	1.0%	1.1%
--可避免住院率 ^{註8}	0.6%	0.6%	0.5%	0.5%	0.7%
--初期慢性腎臟病會員之早期尿液 篩檢檢驗檢查執行率	20.5%	22.2%	36.9%	38.8%	41.9%
--會員固定就診率	48.3%	49.4%	49.2%	49.1%	49.9%
--慢性病個案三高生活型態風險控制 人數 ^{註9}					
--血壓	...	...	113,879	124,410	47,490
--醣化血色素	...	...	87,489	101,082	35,502
--低密度脂蛋白	...	...	89,522	103,440	36,211
--糖尿病及慢性腎臟病監測數據控制 良率之人數 ^{註10}					
--醣化血色素	...	...	...	...	410,473
--低密度脂蛋白	...	...	...	...	490,702
--UACR	...	...	...	...	168,016

計畫型-自92年起實施

項目	年度				
	109	110	111	112	113
--糖尿病會員胰島素注射率 ^{註11}	6.6%	6.9%	7.0%	7.1%	7.3%
過程面指標					
--成人預防保健檢查率	38.4%	39.1%	37.3%	39.7%	40.2%
--子宮頸抹片檢查率	27.1%	23.9%	25.8%	27.3%	27.2%
--65歲以上老人流感注射率	49.4%	40.5%	47.7%	46.6%	42.6%
--50~75歲糞便潛血檢查率	20.5%	17.0%	16.9%	18.5%	19.0%
--B、C肝炎篩檢率	...	...	...	...	71.9%
自選指標					
--糖尿病人眼底檢查執行率	46.6%	44.7%	45.5%	47.9%	48.4%
--會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方開立率	...	...	...	...	32.0%
健康管理成效 ^{註12}					
--有結餘(VC-AE>0)群數占比	67.0%	67.6%	71.6%	75.1%	74.5%
--平均每會員結餘數(VC-AE)(元)	534	585	780	831	717
關鍵績效指標(自選3項)					
1.增加會員人數(千人,當年度-前一年)	290	259	-6	-44	316
2.成人預防保健檢查率	38.4%	39.1%	37.3%	39.7%	40.2%
3.糖尿病病人眼底檢查執行率	46.6%	44.7%	45.5%	47.9%	48.4%

健保署改善建議：

預防保健相關指標中，「50~75歲糞便潛血檢查率」及「B、C肝炎篩檢率」未達目標值，後續除持續定期回饋指標結果予醫療群外，亦將於家醫大平台提供「符合篩檢條件且尚未篩檢名單」下載功能，讓醫療群可即時宣導民眾接受篩檢。

註：1.109年增編620百萬元，其中400百萬元用於提升照護品質及獎勵偏遠地區醫療群。

- 2.退場原因：評核指標分數未達標準(108~111年為未達65分、112年起為未達70分)、不再參加及自願拆併群之醫療群，其中111年28群、112年28群未達標準。113年暫僅列未達標準退出之群數，尚未包含其他因素退場群數(例行係於計畫申請截止後分析，114年計畫申請截止日為114年7月1日)。
- 3.收案人數占率：分子為收案人數，分母為保險對象人數。
- 4.交付名單收案在較需照護族群占率：分子為交付名單收案人數，分母為較需照護族群人數。較需照護族群名單指慢性病、門診高利用、65歲以上多重慢性病、失智症病患及參與醫療給付改善方案個案。
- 5.109年本項收案病患刪除失智症、甲狀腺機能障礙及攝護腺(前列腺)肥大等3類疾病。
- 6.109年將電子轉診使用率調整為電子轉診成功率，111年刪除門診雙向轉診率及新增檢驗(查)結果上傳率，112年刪除電子轉診成功率，113年刪除檢驗(查)結果上傳率。
- 7.潛在可避免急診率：分子為潛在可避免急診慢性類疾病之案件，分母為18歲以上家醫會員罹患慢性類疾病人數。
- 8.可避免住院率：分子為可避免住院慢性類疾病之案件，分母為18歲以上家醫會員因慢性類疾病就醫人數。
- 9.慢性病個案三高生活型態風險控制：以有達標的個案數呈現。
113年起以1.0醫療群中有達標的個案數呈現。
- 10.糖尿病及慢性腎臟病監測數據控制良率之人數：113年新增指標，以2.0醫療群中有達標的個案數呈現。
- 11.糖尿病會員胰島素注射率：113年起，由自選指標移列結果面指標。
- 12.VC：收案會員風險校正模式預估之西醫門診醫療費用，AE：收案會員實際申報西醫門診醫療費用。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：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(續提)，請鑒察。(資料後附)

附錄

抄本

檔 號： 附錄一
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：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115年5月6日
發文字號：衛部健字第1153360052號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：衛福部健保會第7屆115年第3次委員會議議事錄(節錄)

主旨：檢送本會委員對總額設定公式之「醫療服務成本指數改變率」所提意見(如附件)，敬請查照卓參。

說明：依本會第7屆115年第3次委員會議(115.4.22)決議辦理。

正本：衛生福利部
副本：

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：盛培珠
聯絡電話：(02)8590-6877
傳真：無
電子郵件：hgpeichu@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國115年5月11日
發文字號：衛部健字第1153360058號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：1. 116年度總額協商程序；2. 116年度總額協商架構及原則

主旨：檢送本會議定之「116年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」（如附件1），敬請貴會（署）配合辦理各項總額協商作業，請查照。

說明：

- 一、依本會第7屆115年第3次委員會議(115.4.22)決議辦理。
- 二、旨揭協商程序內容原則大多援往例辦理，請貴會（署）依各預定作業時程配合辦理下列事項：
 - (一)8月19日(星期三)召開「116年度總額協商草案會前會」：
請貴會（署）及早規劃，於本年8月11日前提出完整之「116年度總額協商草案」（下稱協商草案），包含各協商項目或計畫之具體內容(格式如附件1之附表1)，並填具自行檢核表(如附件1之附表2)，逐項檢視提報資料齊全完備後送本會。
 - (二)9月23日(星期三)召開協商會議：

- 1、請務必如期於8月27日前，提送協商草案之最終版本(格式如附件1之附表1)，並再次依自行檢核表(如附件1之附表2)確認資料之完整性，俾利協商，且送會後不可臨時提出新增項目或更動內容。
- 2、9月23日協商會議當天，將依本會4月份委員會議決議之協商順序及時段進行，預計於晚上8時50分結束。若有協商未盡事宜，在協商雙方代表共識下，得於9月24日(星期四)上午繼續協商，並於9月30日(星期三)上午召開第8次委員會議確認協商結論。

(三)10月28日(星期三)召開委員會議討論地區預算分配方式：請於10月14日前提送貴總額之地區預算分配建議方案，俾憑討論；倘最遲未於11月11日前提送建議方案者，則由本會掣案逕提11月份委員會議討論，以能依法於年底前完成協定。

三、另檢附115年第3次委員會議通過之「116年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」(如附件2)，其中「總額設定公式」及「醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法」暫列，將依衛生福利部交議總額範圍內容再行定案。

正本：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、衛生福利部中央健康保險署
副本：衛生福利部(含附件)

抄本

檔 號： 附錄三
保存年限：

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：方嘉昀
聯絡電話：02-85906873
傳真：無
電子郵件：hs101825@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國115年5月12日
發文字號：衛部健字第1153360060號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關114年度牙醫門診醫療給付費用總額專款項目「牙醫特殊醫療服務計畫」與一般服務重複部分之費用，不予扣減，並納入116年度專款檢討，請查照。

說明：依據本部全民健康保險會115年第3次委員會議(115.4.22)決議辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：本部社會保險司、本部全民健康保險會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

健保會搭橋首發 陳志鴻：健康台灣說到做到

健保會 115.4.22

有鑑於「健康台灣」為當前重要國政願景，攸關全民健保永續發展，衛福部全民健康保險會（簡稱健保會）特於今（22）日，首度聚焦「健康台灣」，邀請總統府「健康台灣推動委員會」副召集人陳志鴻教授蒞臨演講。陳志鴻深度剖析「健康台灣的願景與推展」，並與 39 位跨領域與跨世代的健保會委員進行對話，獲得熱烈迴響。

衛福部石崇良部長過去曾多次提到，賴清德總統提出的「健康台灣」願景，是引領健保轉型的重要導航。台灣邁入超高齡社會，健保要從「支付醫療」轉向「投資健康」，「論量計酬」模式也要轉為「論質計酬」，並搭配居家醫療、在宅急症照護及結合長照資源，打造可近性更高的社區化照護體系，讓民眾被照顧得更好、更健康。也希望從健保總額及費率審議的微觀視角，拉高到「國家健康戰略」的宏觀視角，對於未來健保資源的配置，會有更清晰、更具前瞻性的思考。健保會主任委員周麗芳表示，2026 年健保總額創下兩項歷史紀錄。第一：各總額部門都達到行政院核定總額成長率上限 5.5%，為史上首見。第二：健保總額加計公務預算高達 1 兆 82 億元，建立台灣健康投資的兆元里程碑。周麗芳強調，健保會有責任搭起全民健保與健康台灣的溝通橋樑，首發由陳志鴻副召集人領航，展現健保會守護健康台灣的決心。

陳志鴻首先闡明「健康台灣」國政願景的緣起。第一位醫師總統賴清德於競選期間提出「國家希望工程—健康台灣」，要讓 2,300 萬人都能「活得久、活得健康、活得快樂」！2024 年，賴總統甫當選，立即籌組「健康台灣推動聯盟」，委請陳志鴻擔任召集人，於全國舉辦五場「健康台灣分區論壇」，廣徵民意，融入施政。彙整逾 1,200 位醫事人員意見，陳志鴻於 4 月 27 日「健康台灣全國論壇」提出十大建言與「健康台灣深耕計畫」倡議，總統允諾支持並提供適足資源。

陳志鴻分享「健康台灣深耕計畫」的催生動機，在於協助醫界解決長期資源不足的窘境，他借鏡高教「頂尖大學 5 年 500 億」及「高教深耕計畫」經驗，於「健康台灣全國論壇」前夕，單獨面見賴總統，提出「健康台灣深耕計畫」的構想，獲賴總統力挺。「健康台灣深耕計畫」5 年 489 億元，於 2025 年正式啟動，四大範疇涵蓋：優化醫療工作條件、規劃多元人才培育、導入智慧科技醫療、社

會責任醫療永續；強調「地方發想、中央支持」，要解決在地問題，並讓夢想成為可能。

陳志鴻提到，賴總統甫就職，便於總統府成立「健康台灣推動委員會」，由總統擔任召集人，委請陳志鴻擔任副召集人；迄今僅2年，「健康台灣」國政願景已滾動落實為六大支柱：推動國家癌症防治計畫、落實888三高防治計畫、強化全民心理健康韌性、結合科技強化醫療韌性、優化全民健保永續發展、啟動長照3.0十年計畫。

陳志鴻呼籲，健保今年邁入31年，仍須突破創新，他提出「全民健保改革三箭」。第一箭：要翻轉照護理念，從過去以醫療供給者為中心的「疾病照護」，轉型到以病人為中心的「健康照護」，強化預防醫學和健康促進。第二箭：要改變照護型態，從看病不看人的「片段照護」，擴大到以全人為中心的「整合照護」，提供跨院所與跨專業的連續照護。第三箭：要改變醫療給付模式，由治療疾病導向的「論量計酬」，進化到以健康成果導向的「論質計酬」，形塑優質照護的激勵機制。

最後，陳志鴻坦言，健康台灣與健保改革牽動各層級醫療體系，有賴公私協力、醫病合作，方能收其成效。陳志鴻感謝健保會搭建橋樑，他同時強調：健康台灣，絕非口號，而是說到做到！

副本

檔 號： 附錄五
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

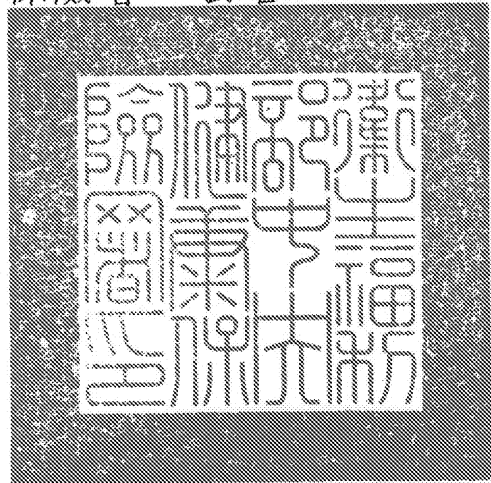
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年4月10日

發文字號：健保醫字第1150106633號

附件：如主旨(請自本署全球資訊網自行擷取)



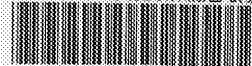
主旨：公告「115年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」(附件)，並溯自115年1月1日起生效。

依據：衛生福利部115年4月2日衛部保字第1151260194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、本署各分區業務組

署長陳亮好 出差
副署長張禹斌 代行

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300083

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

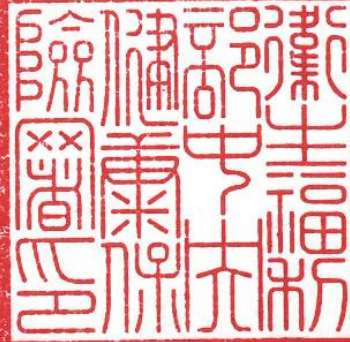
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年4月14日

發文字號：健保醫字第1150106626號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網自行擷取)



主旨：修訂全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案
(附件)，並自115年1月1日起實施。

依據：衛生福利部115年4月2日衛部保字第1151260165號函。

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

署長陳亮好

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300085

115. 4. 15

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

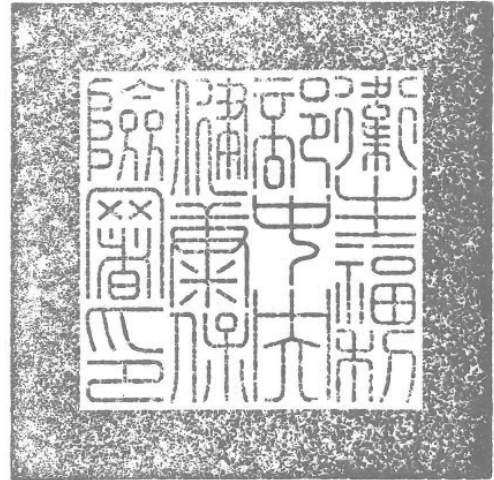
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年4月15日

發文字號：健保醫字第1150106771號

附件：請自行至本署全球資訊網擷取



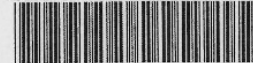
主旨：公告修訂「115-116年度全民健康保險提升基層護理人員照顧品質獎勵方案」

依據：衛生福利部115年4月7日衛部保字第1151260073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

署長陳亮妤

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300089

副本

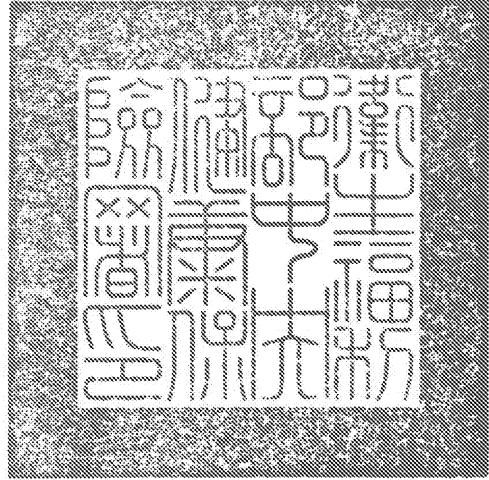
檔 號：
保存年限：

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115年4月15日
發文字號：健保醫字第1150107001號
附件：請至本署全球資訊網公告欄擷取



主旨：公告修訂「全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」並自公告日起生效。

依據：衛生福利部115年4月9日衛部保字第1151260162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、台灣社區醫院協會、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會、社團法人台灣醫務管理學會、臺灣醫療品質協會、台灣醫療繼續教育推廣學會、中華民國醫師公會全國聯合會、本署各分區業務組、本署醫審及藥材組、本署資訊組、本署財務組

署長陳亮好

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300088

115. 4. 16

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



14

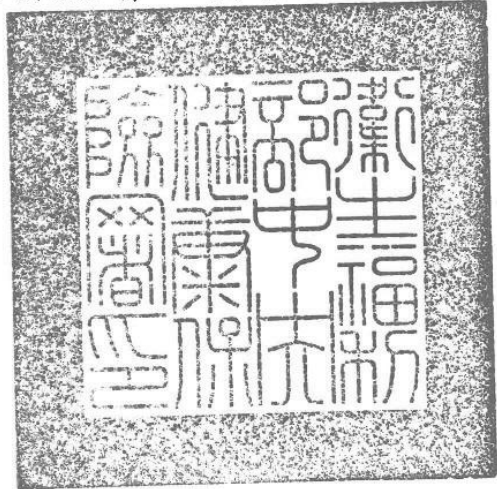
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年4月16日

發文字號：健保醫字第1150106885號

附件：如主旨（請至全球資訊網公告區擷取）



主旨：新增「全民健康保險復健病房試辦計畫」如附件，並自公告日起實施。

依據：衛生福利部115年4月8日衛部保字第1151260179號函。

公告事項：本試辦計畫由本署公開徵求，本公開徵求將另案辦理，符合申請資格之「全民健康保險急性後期整合照護計畫」承作醫院請於後續公開徵求規定時間內，函文向本署提出申請，並副知所屬分區業務組進行審核作業。

副本：台灣醫院協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣復健醫學會、社團法人臺灣腦中風學會、台灣神經學學會、社團法人台灣神經外科醫學會、台灣家庭醫學醫學會、台灣內科醫學會、衛生福利部社會保險司、衛生福利部長照司、衛生福利部醫事司、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會、臺北市政府衛生局、新北市政府衛生局、桃園市政府衛生局、臺中市政府衛生局、臺南市政府衛生局、高雄市政府衛生局、宜蘭縣政府衛生局、新竹縣政府衛生局、苗栗縣政府衛生局、彰化縣衛生局、南投縣政府衛生局、雲林縣衛生局、嘉義縣衛生局、屏東縣政府衛生局、臺東縣衛生局、花蓮縣衛生局、澎湖縣政府衛生局、基隆市衛生

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300098

115. 4. 17

局、新竹市衛生局、嘉義市政府衛生局、連江縣衛生局、金門縣衛生局、本署各
分區業務組、本署醫審及藥材組、本署資訊組、本署企劃組、本署主計室

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  29
臺北市南港區忠孝東路6段488號



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年4月24日

發文字號：健保醫字第1150107609號

附件：如主旨(請自行至本署全球資訊網公告欄擷取)

主旨：公告「115年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」(附件)。

依據：衛生福利部115年4月16日衛部保字第1151260205號函。

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

署長陳亮妤 出國
副署長張禹斌 代行

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300100

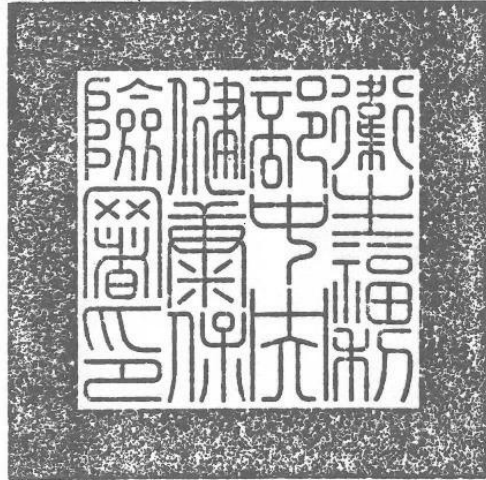
115. 4. 27

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115年4月29日
發文字號：健保醫字第1150661768號
附件：請自行至本署全球資訊網擷取

主旨：公告修訂「全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案」(附件)，自即日起生效。

依據：全民健康保險醫療給付費用醫院總額115年第1次研商議事會議決定暨全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額115年第1次研商議事會議決定。

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

署長陳亮好

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300102

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

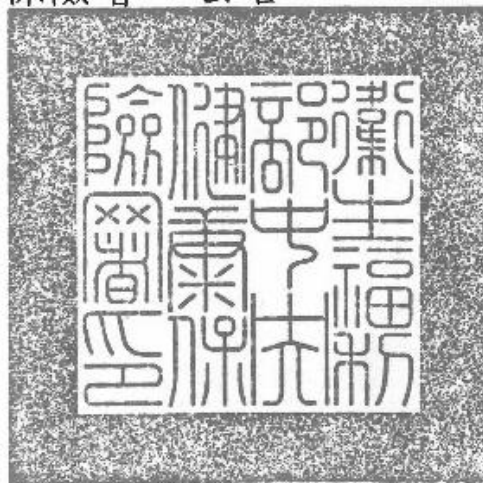
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年4月29日

發文字號：健保醫字第1150108185號

附件：請自行至本署全球資訊網站擷取



主旨：修訂「全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案」，並自
中華民國一百十五年五月一日生效。

依據：衛生福利部115年4月24日衛部保字第1151260234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、台灣感染症醫學會、本署醫審及藥材組、本署企劃組、本署各分區業務組

署長陳亮妤

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300103

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：蕭之宣
聯絡電話：02-27065866 分機：2678
傳真：02-27069043
電子郵件：A111490@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115年5月8日
發文字號：健保醫字第1150661749號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

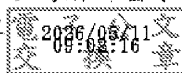
主旨：有關更新「全民健康保險術後加速康復推廣計畫」專案醫院名單案，請查照。

說明：

- 一、依據本署114年6月6日健保醫字第1140110839號公告「114年全民健康保險術後加速康復推廣計畫」辦理。
- 二、旨揭名單置於本署全球資訊網，爾後請逕自查詢運用，路徑：本署全球資訊網首頁>健保服務>健保醫療服務>院所查詢>健保特約醫事機構查詢。

正本：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

副本：本署各分區業務組、本署醫審及藥材組



115.05.11



1153340084

衛生福利部全民健康保險會

第 7 屆 115 年第 4 次委員會議補充資料目錄

會議時間：115 年 5 月 20 日

- 一、原會議資料議程更新----- 1
- 二、報告事項
- 第二案「115 年度各部門總額依核定事項，須提會報告之具體實施計畫/方案/規劃或執行方式(續提)」(會議資料第 53 頁)----- 2

衛生福利部全民健康保險會第7屆115年第4次委員會議議程(更新)

壹、主席致詞

貳、議程確認

參、確認上次(第3次)委員會議紀錄----- 1

肆、本會重要業務報告----- 22

~~伍、法定諮詢事項~~

~~衛生福利部「116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「116年度醫療給付費用總額範圍
(草案)之財務試算」諮詢案~~

伍、優先報告事項

中央健康保險署「115年4月份全民健康保險業務執行季報告」(口頭報告)----- 37

陸、報告事項

一、「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)----- 41

二、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(續提)----- 補充資料第2頁

柒、臨時動議

(會議資料第 53 頁)

報告事項第二案

案由：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(續提)，請鑒察。

說明：

- 一、依據衛生福利部 115 年 1 月 9 日衛部健字第 1153360013 號公告 115 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式及全民健康保險會 115 年度工作計畫辦理。
- 二、有關 115 年度各部門總額依核定事項須於 5 月份委員會議提健保會報告之 2 項項目及本署辦理情形如下：

總額別	項目	核(決)定事項	辦理情形
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。	有關 115 年住院護理費規劃，考量護理團體與醫院協會意見未有完全共識，為利後續政策推動，研擬 115 年 5 月份召開「增修護理相關支付標準調整討論會議」，相關開會事宜刻正辦理中，建議延後至確認執行方式後之最近 1 次委員會議報告。
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。 (醫務管理組、醫審及藥材組)	壹、暫時性支付流程 本署業委託財團法人醫藥品查驗中心辦理 115 年「健保醫療服務沙盒計畫或暫時性支付執行流程優化建議書」，後續將依委託成果研議健保收載新醫療科技暫時性支付項目之作業流程。 貳、新藥 為滿足病人治療需求，健保署致力加速審查，近來研擬多項措施，包含「擴大新藥預算」、「實施暫時性支付制度」、「推動平行送審」及「成立國家級健康政策及醫療科技評估中心」等，期望透過各項措施多管齊下，新藥如具臨床實證及給付效益，加速積極納入給付，為病友及家屬爭取最大權益。

			<p>以暫時性支付方式先行列項收載之藥物，後續 2 年~3 年內蒐集臨床資料，進行 HTR 評估，再評估是否持續支付或取消支付。</p> <p>一、實施目的： 透過推動暫時性支付之新給付模式，滿足臨床需求，加速與國際治療接軌。</p> <p>二、預算估算及財務控管： (一)預算來源：由全民健康保險醫院總額之「暫時性支付(新藥、新特材)」專款項下支應。 (二)預算預估模式：參酌廠商於「前瞻式新藥及新給付範圍預算推估登錄作業平台」提供預期於 114 年、115 年收載非癌藥新藥於 115 年預估財務資料(不含罕見疾病用藥、血友病用藥、C 肝全口服新藥、後天免疫缺乏症候群治療藥品、精神科長效針劑及代辦品項)，依新藥通過率、核價折扣比率及廠商即時送件率等因素，編列 115 年預算。 (三)財務控管：利用多元風險分攤模式，持續實施藥品給付協議(MEAs, Managed Entry Agreements)機制，針對不同臨床效益藥品訂定多元風險分攤模式。</p> <p>三、執行方式： (一)適用藥品：領有中央衛生主管機關核發之藥品許可證(以下簡稱藥證)，具臨床迫切需求，且為加速核准之非癌症新藥或新適應症者或其他經健保署認定有必要者。 (二)納入給付與否之評估程序：依全民健保藥品給付項目及支付標準共同擬訂會議決議(下稱藥品共擬會議)，納入暫時性支付項目。</p>
--	--	--	--

			<p>四、暫時列項收載年限：以二至三年為原則。</p> <p>五、評估方式：廠商應於協議屆期日六個月前依藥品專家諮詢會議建議及藥品共擬會議建議之再評估事項，提交報告書予健保署。未於期限內提交者，取消暫時性支付，但廠商應持續供應藥品予已用藥之病人，至醫師確定無須再使用。</p> <p>六、退場機制：暫時性支付藥品屆時檢討時，提至藥品共擬會議，依會議決議予以持續支付或取消支付辦理。</p> <p>參、新特材</p> <p>一、實施目的： 因醫療科技發展迅速，智慧醫療及「人工智慧/機器學習(AI/ML)」醫材蓬勃發展，透過推動特材暫時性支付新給付模式，以滿足臨床醫療需求，使健保特材收載與時俱進。</p> <p>二、預算及財務控管： (一)預算來源：由全民健康保險醫院總額之「暫時性支付(新藥、新特材)」專款項下支應。 (二)預算預估模式：參酌新功能醫材申請納入健保給付審議進度清單品項，廠商填列建議價格及預估使用量估算。 (三)財務控管：利用多元風險分攤模式，實施價量協議(PVA, Price volume agreement)或另訂給付協議(MEAs, Managed Entry Agreements)機制。</p> <p>三、執行方式： (一)適用醫材：領有中央衛生主管機關核發醫材許可證，惟療效尚缺乏實證，屬健保尚未收載但為醫療必需使用品項或智慧醫材產品。 (二)納入給付與否之評估程序：依特</p>
--	--	--	---

			<p>材專家諮詢會議建議及特材共擬會議決議，確認暫支付理由及待確認事項等，納入暫時性支付項目。</p> <p>(三)暫時列項收載年限：以2年~3年內為原則。</p> <p>(四)評估方式：廠商應於協議屆期日6個月前，提交再評估報告予健保署。未於期限內提交者，取消暫時性支付。</p> <p>(五)退場機制：暫時性支付特材屆時檢討時，提特材共擬會議討論，依會議決議予以持續支付或取消支付辦理。</p>
--	--	--	---

報告單位業務窗口：(醫院/暫時性支付)陳依婕專門委員，聯絡電話：02-27065866 分機 2646
(新藥)葉雅婷科長，聯絡電話：02-27065866 分機 3068
(新特材)林其昌科長，聯絡電話：02-27065866 分機 3067

本會整理說明：

本案係健保署依 115 年度各部門總額核定事項及年度工作計畫，本次會議須向本會提報「暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)」、「醫院住院護理費用」等 2 項具體執行方式或實施規劃，分項說明如下：

一、暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)：

(一)協定項目及預算：

1.屬專款項目：

(1)醫院總額：自 113 年編列本項預算，115 年度編列 600 百萬元。

(2)西醫基層總額：自 114 年編列本項預算，115 年度編列 100 百萬元。

2.協定內容：請中央健康保險署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。

(二)本次健保署所提內容，業依 115 年度總額核定事項提出新藥

與新特材之暫時性支付具體執行方式，包括：預算估算及財務控管、執行方式(適用條件、納入暫時性支付之評估程序)、暫時列項收載年限(2~3年為原則)、評估方式及退場機制等。另新醫療技術部分，健保署業委託財團法人醫藥品查驗中心辦理 115 年「健保醫療服務沙盒計畫或暫時性支付執行流程優化建議書」，將依委託成果研議健保收載新醫療科技暫時性支付項目之作業流程。

二、醫院住院護理費用：

依健保署報告內容，有關 115 年住院護理費規劃，考量護理團體與醫院協會意見未有完全共識，為利後續政策推動，研擬 115 年 5 月份召開「增修護理相關支付標準調整討論會議」，爰請同意本議題延後至確認執行方式後之最近 1 次委員會議報告。考量該署已積極處理中，建請同意依健保署所請辦理。

決定：



115年4月份 全民健康保險業務執行季報告

中央健康保險署
115年5月20日

1



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

近期工作重點

2



114年新增修訂診療項目數

114年協商項目

◆ 截至115年1月1日生效之診療項目，新增共**26**項、修訂共**54**項、刪除共**4**項。

類別	項目數	支應點數(百萬點)		重點說明
		醫院總額	西基總額	
新增	26	910.2	17.3	<ul style="list-style-type: none"> 「非侵入式區域腦 / 身體血氧飽和監測」，預計受惠約14,795人次。 「關節鏡下旋轉肌腱破裂縫合術」，預計受惠約6,921人次。 「非侵入性連續性血壓及血液動力學目標導向監護治療」，預計受惠約13,842人次。 「兒童質子治療」，預計受惠人數約為低度37人、中度62人、高度13人。
修訂	54	191.9	2.2	<ul style="list-style-type: none"> 整併「骨髓移植術」及「周邊造血細胞移植」為「造血幹細胞移植術」，周邊血幹細胞移植與骨髓移植調整為相同點數，鼓勵移植工作人員。 「攝護腺特異抗原」修訂適應範圍，預計受惠約11,875人次。 「長程數位影像腦波監測」，預計受惠約4,944人次。
刪除	4			<ul style="list-style-type: none"> 整併「骨髓移植術」及「周邊造血細胞移植」為「造血幹細胞移植術」，刪除骨髓移植 - 植髓、異體/自體周邊造血細胞移植代碼。 「急性缺血性腦中風機械取栓術」診療項目係屬手術性質，由第二節放射線診療移列至第七節手術。
合計	84	1,102.1	19.5	

(含2項通則)

3



114年新增新藥

114年協商項目

◆ 新藥：預算25.41億元，生效收載計26項目，預估執行數約**25.53**億元，賸餘數**-0.12**億元，執行率**100.48%**。

◆ 係用來支應收載5年內(110至114年)生效之新藥(計**144**項目)於114年所增加之費用，其中整體新藥申報費用扣減替代藥費後

- ✓ 醫院計**24.44**億元，已全數執行完畢。
- ✓ 西醫基層計**1.09**億元，執行情形未超出預算。

層級	預算	推估執行數		
		新藥	涉及五年內新藥 給付規定改變	小計
醫院	23.63億元	20.85億元	3.59億元	24.44億元
西醫基層	1.78億元	1.09億元	42萬元	1.09億元

註：新藥預算推估執行情形

1.110-113年新藥計算公式：

(114年申報藥費-113年申報藥費)*(HTA財務衝擊)/(HTA預估藥費)

2.114年新藥：考量甫經新增項目，院所申報情形尚不穩定，以各品項之HTA報告預估財務衝擊，計算執行情形。

4

- ◆ 藥品給付規定改變：預算為20.86億元，改變計57項章節碼、提高藥價139項目，預估執行數約18.85億元，賸餘數2.01億元，執行率90.36%。
- ◆ 藥品給付規定修訂：共擬會議通過並公告生效計28案，依其HTA評估結果財務衝擊
 - ✓ 醫院計13.61億元
 - ✓ 西醫基層計1.23億元
- ◆ 不敷成本調整藥價：共擬會議通過項目，財務衝擊
 - ✓ 醫院計3.32億元
 - ✓ 西醫基層計0.68億元

層級	預算	推估執行數		小計
		給付規定改變	不敷成本 提高支付價	
醫院	16億元	13.61億元	3.32億元	16.94億元
西醫基層	4.86億元	1.23億元	0.68億元	1.91億元

註：1.114年總額協定事項於一般服務藥品及特材給付規定改變項目：「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」。

2.醫院不足部分，由特材給付規定改變賸餘款1.89億元支應。

- ◆ 新功能特材：預算10億元，公告生效品項計185項、推估預算約10億元。
- ◆ 經扣減被替代品項點數後，114年整年實際申報點數約0.97億點，未超出年度預算。

急重症醫材

- 氧合器
- 膽道/胰管支架暨電灼傳送系統
- 外科手術封合劑
- 人工血液灌注-吸附器
- 植入式心臟監測器
- 人工血管
- 週邊置入中心導管-單雙腔
- 載藥栓塞微粒球
- 脈衝消融導管
- 二尖瓣夾合器
- 瓣膜修補環

品項數計30項
推估預算約3億4,448萬元

臨床必要

- 人工網膜
- 網膜固定釘/黏膠
- 消化道內視鏡止血導管
- 消化道內視鏡止血夾
- 可吸收肺動脈支架系統

品項數計52項
推估預算約3億4,002萬元

功能改善

- 迷走神經刺激治療系統脈衝產生器
- 具肝素塗層人工血管
- 特殊功能人工血管組
- 胸腔用網膜
- 特殊材質縫合錨釘
- 骨外固定系統
- 胸骨固定系統(未滿8孔)
- 淚管通管
- 特殊功能及材質脊椎間體護架
- 脊椎電極
- 雙側神經刺激器

品項數計103項
推估預算約3億1,519萬元

- ◆ 特材給付規定改變：預算4億元，公告生效給付規定修訂計6類，及因應成本調升支付點數計2類，推估預算分別約為1.79億元、0.3億元。
- ◆ 經扣減被替代品項點數後，較前一年同期增加0.6億點，未超出預算。

給付規定修訂

- 經導管置換主動脈瓣膜套組
- 可吸收性栓塞微粒球
- 人工電子耳
- 深層腦部刺激器
- 抗生素骨水泥
- 胃造口術裝置組配件

計6類
推估預算約1.79億元

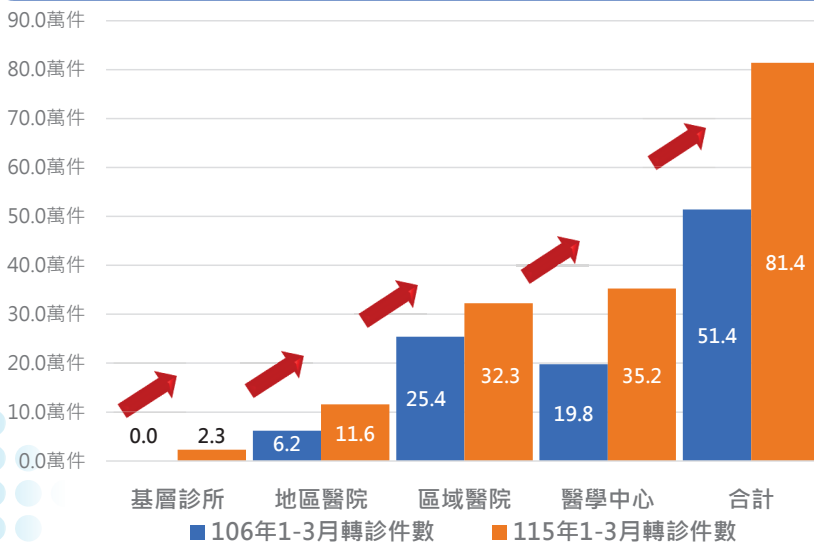
因應成本調升支付點數

- 血管攝影導管具肝素塗層人工血管
- 長期留置膀胱穿刺引流組胸腔用網膜

計2類
推估預算約0.3億元

轉診案件申報情形(以接受轉診端分析)

115年1-3月轉診81.4萬件，較106年增加30萬件
轉診率 1.10%，較106年(0.70%)成長



轉診率	基層診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	合計
106年1-3月	0.00%	0.88%	2.38%	2.60%	0.70%
115年1-3月	0.05%	1.53%	3.08%	3.83%	1.10%

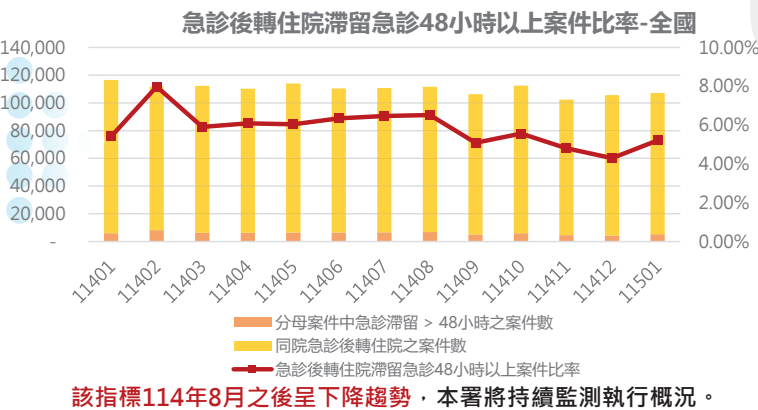
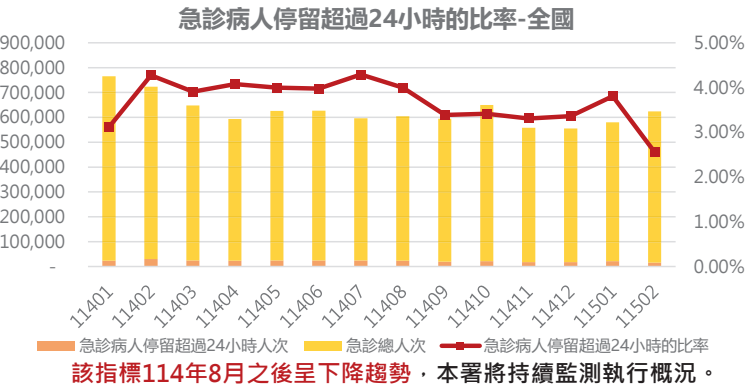
本署分級醫療精進作為

- 推動全人全程整合醫療照護，民眾適切就醫
- 醫院跟基層建立合作機制，分級轉診
- 推動「個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫」，鼓勵醫院將輕症或穩定慢性病人下轉
- 自114年9月1日起，調升下轉點數(每件增加200點)及接受下轉點數(每件增加300點)，將醫院資源留給急重難症病人

◎資料來源：多模型健保資料平台：門診明細檔 (擷取時間：115.4.29)

◎轉診案件：就醫日期為106/115年1-3月且申報以下案件，並排除透析案件(案件分類為05)、申報院所代號第一碼為A、H、J、Q、R、S之案件。

健保署推動六大策略因應急診壅塞



因應急診壅塞之六大策略

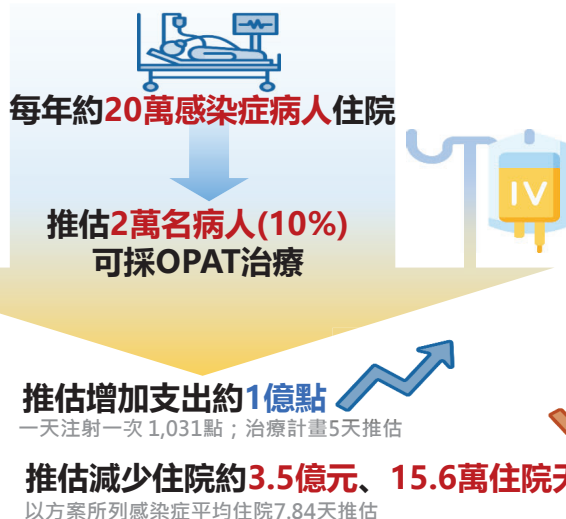
- 建立週日及國定假日輕急症中心**
 >以「急但不重」的病人為主，全國共13處地點由地方衛生局擇定，已於**114年11月1日實施**
- 115年春節加成獎勵方案**
 >因應農曆春節長假期，為提升基層開診率並維持急重症醫療量能，已於**115年1月23日公告實施**
- 調整急診支付、加成提升處置效率與品質**
 >調升「急診、加護病房及護理」支付標準已於**114年5月1日生效**，另有關「急診重大外傷」及「急診緊急處置」額外加成亦於**115年1月1日生效**
- 建構區域聯防遠距醫療（會診）**
 >為使主動脈剝離及腦中風病人於黃金治療期內接受完善的治療及照顧，鼓勵醫院建立完整區域聯防合作機制，已於**113年7月1日實施**
- 推廣在宅急症照護計畫(ACAH)**
 >為減少病人及家屬奔波醫院或住院造成的照顧負擔，並促使醫院病床等醫療資源有效應用，已於**113年7月1日實施**
- 推動門診靜脈抗生素治療計畫(OPAT)**
 >整合現行抗生素治療資源，提升病人就醫可近性，並減少住院需求或縮短住院天數，已於**114年8月1日實施**

修訂急診品質提升方案 (115年1月1日生效)

- >「OHCA照護獎勵」清醒出院獎勵」調升至**35,000點**
- >刪除向上及平行轉診轉出及轉入醫院獎勵；惟保留重症病人直接轉入加護病房獎勵
- >下轉診修訂「限轉入住院病人申報」及調升轉出轉入醫院向下轉診至**3,500點**
- >所有轉診案件獎勵皆排除同體系醫院間互轉

114年8月實施，另新增輸液器1日型於11月1日生效

- ◆ 針對**輕至中度感染症病人**，提供門診靜脈抗生素治療之選擇
- ◆ 提升醫療可近性並**減少病人住院時間**，降低對工作及生活之影響
- ◆ 為增加醫師抗生素選擇，114年11月1日起新增輸液器1日型，支付**2,133點**
- ◆ 治療計畫天數上限由**5天調整至7天**，115年5月1日生效



114年8月-115年2月申報資料

	醫院	基層診所	合計
家數(家)	105	105	210
人數(人)	4,337	1,409	5,710
申報費用(萬元)	2,471	758	3,229

截至115/3/24醫療主機資料

(115.01.01生效)



目標 擴大參與醫院、提升照護率、提升照護品質



醫院資格

- ◆ 每年新診斷乳癌人數達20人以上之醫院



診療團隊

- ◆ 專任外科醫師2名以上、放射線科(診斷)醫師1名以上
- ◆ 專任個案管理師1名以上



收案對象

- ◆ 新診斷或首次復發之乳癌病人(含男性)

結案條件

- ◆ 死亡
- ◆ 病人中斷治療
- ◆ 追蹤滿五年且無病狀態(DISEASE FREE)

- ✓ 建立全國性乳癌照護數據
- ✓ 本方案與「乳癌醫療給付改善方案」於115年併行實施，醫療院所得擇一參加

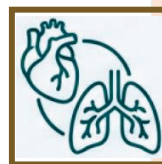


(115.01.01生效)



接軌國際

- 整合性評估 **GOLD 2026** 分類 (Group A/B/E)
- 吸入性藥物之使用



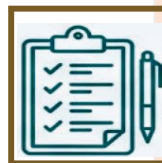
心肺共病

- 新增心血管功能評估(EKG / NT-ProBNP / Troponin I)
- 針對急性惡化病史個案，強化早期介入



支付調升

- 各項管理照護費點數(新收案、追蹤、年度評估、呼吸訓練評估)增加**1.5倍**
- 品質獎勵每例**1,000點**



行政簡化

- 簡化品質指標
- 個案管理資料登錄作業

(115.03.01實施)

目標

以病人為中心、提升個案管理、強化照護品質

計畫重點



- 定期追蹤與檢查
- 降低肝癌發生率

參與資格



內科、消化系內科、消化系外科、兒科、家醫科醫師

收案條件

- 近6個月內在院所主、次診斷為B肝帶原或C肝感染
- 肝纖維化F3(含)以上之代謝性、酒精性肝炎病人 (就醫均達2次(含)以上者)

費用項目



- 新收案管理照護費、追蹤管理照護費、超音波檢查早期肝癌病兆-篩檢異常及轉介費、肝癌早期發現費
- 管理照護費提升至150點，調整追蹤頻率

獎勵指標



門檻指標：當年度收案人數(醫學中心及區域醫院 ≥ 50 人；地區醫院及診所當 ≥ 20 人)

品質指標：收案率 $\geq 30\%$ 、腹部超音波檢查執行進步率、年度完整追蹤率 $\geq 50\%$

觀察指標：失聯率

註：紅字部分為115年3月1日起生效

13

(115.01.01實施)

高血脂無症狀易輕忽 健保投入1.13億助個案管理

2025/12/19 18:12 (12/19 22:08 更新)



高血脂早期無症狀，是被輕忽的隱形殺手。健保署長陳亮好(左2)19日表示，健保署已於9月起放寬高血脂用藥給付，2026年將再投入新台幣1.13億元加強個案管理，預估1年有3.4萬人受惠。中央社記者曾以寧攝 114年12月19日

收案條件

- 收案對象為18歲以上新發生急性住院事件之出院病人，經確診為ASCVD，且風險分級為「非常高」或「極高」之個案。

LDL-C目標值



非常高風險

極高風險者

< 70 mg/dL

< 55 mg/dL

追蹤照護模式



起始治療 檢測 後續追蹤 達標

給付項目及支付標準

- 新收案照護費(500點，收案期間限申報一次)
- 年度收案照護費(2,000點，病況穩定或收案追蹤滿一年者申報)
- 成功轉介費(轉出及轉入各1,000點，限個案病況穩定後下轉，且下轉後六個月內LDL-C檢測達標者)

品質獎勵指標

- 血脂追蹤完成率
- LDL-C控制良率
- 成功下轉率



三項品質獎勵指標排序之平均值，前15百分位醫院每個案獎勵1,000點，16至30百分位醫院每個案獎勵500點。

14

(115.01.01實施)



兒癌「質子治療」首納給付！健保3大新制1/1上路 預計每年3.4萬人受惠

2026-01-16 健康醫療網 / 記者黃嫻零報導

A A+



健保署陳亮好署長表示，健保1月起將質子治療納入給付，優先提供於兒童癌症，預估每年約100名兒童受惠，健保共挹注1.05億點。

優先給付兒童癌症，治療具較佳的安全性與預後

診療項目	支付點數
低度生物等效劑量質子放射治療	676,111
中度生物等效劑量質子放射治療	1,030,540
高度生物等效劑量質子放射治療	1,266,499

- 每年約100名兒童受惠
- 健保額外挹注1.05億點

15

(115.04.01實施)

健保署送兒科耶誕禮！住院相關給付調升「7大手術」點數提高

2025/12/25 11:29



健保署將調升多項兒科相關給付，預計挹注超過2億元，預計明年第一季有望上路。(資料照)

兒科

1.9億元

ICU住院診察費：兒科專科醫師加成

加成規範	現行		修訂後	
	現行	修訂後	現行	修訂後
一般	140%	160%		

一般住院診察費：學齡前兒童加成

年齡範圍	兒科專科醫師		其他專科醫師	
	現行	修訂後	現行	修訂後
未滿6個月	150%	210%	60%	60%
6個月~未滿2歲	150%	210%	30%	60%
2歲~未滿7歲	150%	170%	20%	20%

兒童精神

0.08億元

調升未滿六歲日間住院支付：

診療項目	現行	調升後
精神科日間住院治療費 (日間全天)-未滿六歲	877	1,623
精神科日間住院治療費 (日間半天)-未滿六歲	438	800

小兒外科

0.3億元

調升新生兒重大手術支付點數：

診療項目	現行	調升後
隱睾雙側睪丸固定術	21,692	31,033
腹腔鏡精索靜脈曲張結紮	4,973	12,673
新生兒壞死性腸炎手術，含腸切除及吻合術	47,035	52,072
新生兒壞死性腸炎手術，含腸造口	37,927	41,988
新生兒胃穿孔修補術	36,832	40,775
新生兒臍疝氣修補術-複雜性	33,424	33,660
嬰兒鼠蹊疝氣	17,812	22,000

胸腔暨重症

0.4億元

調升胸腔重症項目支付點數：

診療項目	現行	調升後
支氣管鏡檢查	1,680	2,938



(115.04.01實施)

服務
模式

住院安寧

安寧共照

安寧居家
(甲類)

安寧居家
(乙類)

服務
地點

安寧病房

一般急性病房、特殊
病房、急診

在宅、機構

在宅、機構

支付
規範

不分層級按日
支付6,409點

註：住院日數超過30天，且占當月總照護人數50%以上者，採逐案審查

安寧首次共同照護費2,025點

訪視時間至少1小時

後續安寧照護團隊照護費(每週)
1,275(不含醫師)~1,575(含醫師)點

每週至少1次
每次訪視至少30分鐘

註：照護期限以1個月為限，若病情需要得展延

1,304-2,154點	醫師訪視費	914-1,507點
1,386-3,119點	護理訪視費	970-2,184點
臨終病患訪視費5,250-6,930點		
其他專業人員處置費(次) 882-1,103點		
病患自控式止痛處置及材料費1,890點		

註：

1. 甲、乙類差異在於醫事人員教育訓練資格(甲類：基礎80小時+繼續教育20小時)(乙類：基礎21小時+繼續教育4小時)
2. 醫師/護理訪視費：每週以2次為限，每月訪視次數以45次為限
3. 臨終病患訪視費：申報僅限一次
4. 其他專業人員處置費：每週以1次為限，每月訪視次數以45次為限
5. 病患自控式止痛處置及材料費：每月限申報2次

17

- ◆ 截至115年1-4月已公告生效新給付之新藥共9項 (含暫時性支付1項)、擴增給付共14項推估約5.5萬人受惠。

項目	新藥	擴增給付	說明
癌藥	5	5	用於轉移性乳癌、慢性骨髓性白血病、轉移性非小細胞肺癌、轉移性大腸直腸癌、轉移性胃癌、口咽癌、下咽癌及喉癌、頭頸癌、食道鱗狀細胞癌、泌尿道上皮癌、多發性骨髓瘤、瀰漫性大型B細胞淋巴瘤(DLBCL)、去勢敏感性前列腺癌(mCSPC)等癌症，推估藥費支出約26.6億元，受惠人數約9,082人。
罕藥	1	3	用於泛視神經脊髓炎(NMOSD)、多發性硬化症、陣發性夜間血紅素尿症(PNH)等罕病，推估藥費支出約2.6億元，受惠人數約184人。
其他新藥	3 含 暫時性支付 1項	6	用於治療乾癬、原發性早產兒呼吸暫停、脊髓病變所引起的逼尿肌過動而導致尿失禁、慢性自發性血小板缺乏紫斑症、嚴重再生不良性貧血、A型血友病、氣喘、阻塞型肥厚性心肌病變(HCM)、嗜伊紅性肉芽腫多發性血管炎等疾病，推估藥費支出約29.6億元，受惠人數約4.6萬人。

18

- ◆ 截至115年1-4月已公告生效給付之暫時性支付新藥1項，推估約**751**人受惠。

類別	藥品	說明	預估全年藥費
新藥	Camzyos (成分：mavacamten)	症狀性紐約心臟學會(NYHA)分級第二級及第三級阻塞型肥厚性心肌病變(HCM)的成人病人。	合計約 3.2億元

急重症醫材

- 長效型葉克膜氧合器

品項數計**1**項
嘉惠約**703**人次
推估預算約**1,828**萬元

臨床必要

- 晶體囊張力環/擴張環

品項數計**4**項
嘉惠約**989**人次
推估預算約**397**萬元

功能改善

- 心中膈導引方案

品項數計**1**項
臨床功能與健保收載之「單角度導引鞘」加上「無線射頻房中膈穿刺針」相同，屬**互相競合**關係，**無財務影響**。

公告生效

品項計6項、嘉惠約1,692人次、預算約2,225萬元



THANK YOU