

衛生福利部全民健康保險會
第7屆115年第7次委員會議事錄

中華民國115年8月19日

衛生福利部全民健康保險會第7屆115年第7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8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、楊秀苑

出席委員：(依姓名筆劃排序)

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(台灣身心障礙福利推動聯盟張秘書長志麒代理)、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、陳委員秀熙、陳委員建宗、陳委員節如、陳委員麗琴、溫委員宗諭、黃委員立賢、黃委員金舜、黃委員振國(中華民國醫師公會全國聯合會陳理事長相國代理)、黃委員國祥、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、葉委員孟琪、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

請假委員：黃委員心苑

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：陳署長亮妤、顏副署長家瑞

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4~5頁)

貳、議程確認：(詳附錄第5~6頁)

決定：確認。

參、確認上次(115年第6次)委員會議紀錄：(詳附錄第6頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第7~9頁)

決定：

- 一、上次(第6次)委員會議決議(定)列管追蹤事項共計2項，擬繼續追蹤2項，同意繼續追蹤。
- 二、本會將於衛生福利部交議116年度總額範圍案(含各部門總額之「醫療服務成本及人口因素成長率」)後，儘速函轉本會委員、各總額部門承辦團體及中央健康保險署，俾依交議內容進行總額協商。
- 三、確認「116年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議程」(如附件)，請本會委員務必親自出席，不得委由代理人出席；另請各總額部門代表委員協助轉知所屬協商代表依議程提前到場。
- 四、餘洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第10~24頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：中央健康保險署「115年7月份全民健康保險業務執行季報告」，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。

陸、報告事項(詳附錄第37~38頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：「鼓勵院所推動腹膜透析(PD)與提升照護品質方案」及「居家血液透析(HHD)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)，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，並持續監測透析病人照護品質及健康結果。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：上午10時49分。

116 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議程

時間	內容(協商時間 ^註)	與會人員
115 年 9 月 23 日(三)		
09:00~09:30	報到/預備會議(供付費方、醫界方「視需要」召開會前內部會議)	
09:30~12:00	1.醫院總額協商(150 分鐘)	本會委員、醫院部門協商代表，與社保司、健保署及本會同仁
12:00~12:30	午餐	
12:30~13:20	2.門診透析服務協商 (醫院與西醫基層總額，50 分鐘)	本會委員、醫院及西醫基層協商代表，與社保司、健保署及本會同仁 (本節之協商，邀請腎臟醫學會列席)
13:20~13:30	中場休息	
13:30~15:25	3.西醫基層總額協商(115 分鐘)	本會委員、西醫基層部門協商代表，與社保司、健保署及本會同仁
15:25~15:35	中場休息	
15:35~17:15	4.中醫門診總額協商(100 分鐘)	本會委員、中醫部門協商代表，與社保司、健保署及本會同仁
17:15~17:25	中場休息	
17:25~19:05	5.牙醫門診總額協商(100 分鐘)	本會委員、牙醫部門協商代表，與社保司、健保署及本會同仁
19:05~19:35	晚餐	
19:35~20:50	6.其他預算協商(75 分鐘)	本會委員、健保署，與社保司及本會同仁
115 年 9 月 24 日(四)		
09:30~12:30	視需要處理協商未盡事宜	本會委員、相關部門協商代表，與社保司、健保署及本會同仁
115 年 9 月 30 日(三)		
09:30~12:30	第 8 次委員會議 (實體及視訊併行)	本會委員與社保司、健保署及本會同仁

註：各部門總額之協商時間已計列各部門視雙方需要自行召開內部會議時間。

第7屆115年第7次委員會議
與會人員發言實錄

壹、「主席致詞」、「議程確認」、「確認上次(第 6 次)委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉：報告主委，各位委員，已經 9 點 30 分了，會議時間到了，請大家回座，委員出席人數已經過半，達到法定開會的條件，今天的會議開始，首先請主委致詞。

周主任委員麗芳：謝謝周淑婉執行秘書。各位委員，健保署顏家瑞副署長、劉林義主任秘書，社保司張鈺旋司長，還有健保會的同仁、健保署的同仁，大家早安，大家好。

已經接近 9 月即將要進行總額協商，8 月份最重要的開始，就是啟動總額協商(草案)會前會，所以今天會接連進行兩個會議，除了健保會委員會議外，下午要召開總額協商(草案)會前會。

首先跟各位報告，健保從民國 84 年 3 月 1 日實施至今，今年的協商可以說是破歷史紀錄，今年要協商 116 年度總額，為什麼說我們破歷史紀錄呢？雖然 115 年對外說已經兆元健保，但今年兆元健保是建築在健保總額是 9,883 億元，再加上政府公務預算挹注，才總共來到 1 兆 82 億元。但如果是健保總額，今年度 115 年距離兆元還差那麼一點點。但現在 115 年度所有委員就是在改寫整個健保歷史，因為今年協商明年度 116 年整個全民健保總額，不管是低推估，或高推估，也就是按照目前國發會在 8 月 13 日國發會委員會已經通過的。好，陳亮妤署長已經來到現場，謝謝你，還有陳秀熙委員，歡迎。

如同剛剛我們說的，今年度在協商明年度的總額，不管是低推估、高推估都破紀錄，因為根據 8 月 13 日國發會委員會會議所通過目前的成長率低推估是 2.619%，高推估是 5.5%，總額會來到低推估 1 兆 149.55 億元，高推估 1 兆 434 億元，這是還不加整個政府公務預算挹注。按照國發會對外所說明，為什麼他們會得到成長率高推估 5.5%，就是按照衛福部部長對外提出成長率最高上限 5.5%。國發會因此核定成長率高推估 5.5%，他們提出三點理由，都正好契合健保會全體委員心聲，第 1 點就是考量健保財務，第 2

點是維持醫療品質，第3點是要落實健康臺灣。

有關第1點維持健保財務，在座很多醫界代表，確實都希望給醫療供給者能有更多資源，好提供更好的服務。第2點維持醫療品質，這也是全體健保會委員的心聲，希望帶給病人更好服務品質，提供更優質照護。第3點落實健康臺灣更是我們委員的心聲。特別今天也是情人節，一方面當然祝福大家情人節快樂，另一方面今天到場的都是有情人，是對社會有情的人，我們是對所有的病人、民眾有情的人，更是對於健康臺灣推動過程中有滿腔熱情的人，所以我們也期待我們今天的這個健保會，特別是在下午的總額協商(草案)會前會能夠一切順利。

其次今天我們要歡迎1位新加入的成員，是全國漁會代表葉孟琪秘書，謝謝葉孟琪委員加入，主要是原來漁會代表田士金委員屆齡退休。葉孟琪委員的任期是從8月11日到12月31日。非常感謝田士金委員在健保會期間，對健保會的貢獻非常多，雖然說沒有辦法當面感謝他，但是也希望葉孟琪委員幫我們轉達，對於田士金委員高度的肯定，也期待葉孟琪委員的新加入。會議正式開始之前，剛剛中醫部門的蘇守毅理事長說，他要跟大家有個正式的邀請，請蘇守毅委員。

蘇委員守毅：謝謝主委，各位健保會的好夥伴，各位健保署的長官，大家早安。很高興大家都知道中醫師公會全聯會8月30日要舉辦中醫嘉年華的活動，地點也是在桃園市最大的體育場，所以竭誠歡迎大家，如果還沒報名的話，請大家有空撥個時間跟我們報名，我們好安排大家的接送，感謝您。

周主任委員麗芳：好，謝謝，其他的部門還有要說明的嗎？如果沒有的話，好的，今天也非常歡迎陳相國理事長回娘家，我們會議正式開始，謝謝。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉：主委，各位委員，這次議程是依照年度工作計畫排定，只有2項報告案，首先其中優先報告案，是健保署業務執行季

報告口頭報告，要報告的內容包括推動分級醫療，以及急診品質提升方案指標執行情形。

另外報告案部分，是鼓勵院所推動腹膜透析及居家血液透析兩項與提升其照護品質專案報告。因為今天的委員會議後，剛主委也有提到，會繼續召開 116 年度總額協商(草案)會前會，敬請委員配合，希望不要太早、或太晚結束，讓委員會議能順利在上午 10 點 50 分結束，謝謝。

周主任委員麗芳：謝謝周淑婉執行秘書。若對剛剛議程說明沒意見，就整個議程確認。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

周主任委員麗芳：好，對於上次會議紀錄有沒有要提出垂詢的？沒有的話，會議紀錄確認。

貳、「本會重要業務報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周執行秘書淑婉：請委員看到會議資料第 21 頁項次一的部分，是上次委員會議決(議)定的列管追蹤事項有兩項，依照辦理情形，建議擬繼續追蹤兩項如附表，最後還是依照委員會議的議定結果辦理。

項次二的部分，是依照年度的工作計畫，本來這次會議會安排優先報告，衛福部依法交議行政院核定的 116 年度總額的範圍，但因為我們到現在還沒有收到公文通知，建議比照去年的處理方式，由本會收到衛福部交議案後，會儘速函轉本會委員、各總額部門承辦團體，還有健保署，並本著交議的內容進行總額協商。

項次三，是有關於 116 年度總額協商議程安排：(一)是總額協商日期是訂在 9 月 23 日，地點在衛福部 301 會議室舉行，詳細議程安排如下，順序都按照委員會議決議情形辦理，詳細請委員參閱。

請委員參閱會議資料第 22 頁，(二)需請委員們配合的事項，第 1 點，提醒各位委員，再次強調總額協商會議必須要請委員親自出席，不得委由代理人出席。第 2 點，9 月 23 日協商會議之前，若有需要召開會前會的部分，無論付費方或醫界方，都請於 9 月 21 日前通知本會同仁，我們可以協助安排會議場地。

第 3 點，是協商會議在 9 月 23 日上午 9 點 30 分到晚上 8 點 50 分，(1)各部門總額依照議程所訂時間若沒達成共識，依照健保法規定會用兩案併陳方式送衛福部決定。(2)若有部門較表訂時間提早完成協商，則下一場協商，在協商雙方代表同意下，可以提前進行協商。

第 4 點，如果萬一有協商未盡事宜的話，我們會安排在 9 月 24 日繼續處理，(1)是依協商程序，若有協商未盡事宜或有再次協商的必要，得在協商雙方代表共識下在此時段繼續處理。(2)但為了能夠安排相關事宜，希望協商當天 9 月 23 日晚上 8 點以前，要通知本會同仁處理後續事宜。

第5點，因為涉及本部的資安，我們有訂會議資安作業原則，協商當天由各部門自行攜帶筆記型電腦及隨身碟進行內部試算，為確保協商當天投影及列印功能正常，請各部門在會議前一天攜帶筆記型電腦到本部完成測試，測試時段本會同仁會另行通知。

項次四，今天桌上有一大疊的資料，這是要給委員們總額協商所需資訊，有客觀數據作為協商基礎，牛皮紙公文袋裡有2大本，1本是「全民健康保險各總額部門114年度執行成果評核紀錄」，另1本是「115年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」，若委員覺得資料太重，會後放在桌面上，我們會再寄給委員。

項次五，是健保署依照114年第4次委員會議(114.6.25)的決議，在8月11日函送本會，關於113年度健保收入超過2億元之醫療院所財務報告，在會議資料第53頁，這份報告7月15日健保署已上網公開，請委員參閱。

項次六，是衛福部及健保署在本年7~8月發布及副知本會的相關資料，詳細內容已在健保署的全球資訊網，我們也都有在8月12日寄至各位委員的電子信箱。

比較特別要跟委員報告，是在衛福部第1點的部分，之前健保資料庫使用大家有一些爭議，釋憲之後，在114年12月19日總統令公布「全民健康保險資料管理條例」，本部社保司依照這條例，訂定發布5個子法，在附錄三~附錄七(第63~87頁)，請委員參閱。以上報告。

周主任委員麗芳：謝謝，針對剛剛周淑婉執行秘書所報告的內容，不知道委員有沒有要提出詢問的？剛剛說牛皮紙袋裡面的2份資料，1份是114年度執行成果評核紀錄，另1份是115年總額協商參考指標要覽，是不是給健保會同仁一個掌聲(眾人鼓掌)，他們真的很辛苦。如果各位委員針對剛剛所報告的業務內容沒有要提出詢問的地方，做以下幾點決定：

一、上次(第6次)委員會議的決議(定)列管追蹤事項共計2項，擬繼

續追蹤 2 項，同意繼續追蹤。

二、本會將於衛福部交議 116 年度總額範圍案(含各部門總額之「醫療服務成本及人口因素成長率」)後，儘速函轉本會委員、各總額部門承辦團體及健保署，俾依交議內容進行總額協商。

三、確認「116 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議程」，請本會委員務必親自出席，不得委由代理人出席；另請各總額部門代表委員協助轉知所屬協商代表依議程提前到場。

四、餘洽悉。

我這邊再次提醒，總額協商的時候，所有的全體委員，我們都必須親自出席，不得委由代理人出席，進行優先報告事項。

參、優先報告事項「中央健康保險署『115 年 7 月份全民健康保險業務執行季報告』(口頭報告)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳：請報告，謝謝。

張副組長如薰：首先針對醫療業務整體執行情形進行報告(簡報詳議事錄第 25~32 頁)，115 年 6 月醫事機構有 22,556 家，較去年同期增加 0.69%；醫療費用申報在 115 年的第 1 季為 9,481 萬件，較去年同期減少 5.11%，點數部分則是 2,320 億點，較去年同期增加 2.16%，在平均點值部分，在 114 年第 4 季的平均點值，以及 115 年第 1 季的預估點值皆大於 0.95。

接下來針對健保近期實施方案的執行情形，首先報告急診品質提升方案，健保署為了因應急診壅塞，針對病床調度跟急診分流兩大方向推動了六大政策，這六大策略，包含建立假日輕急症中心，還有春節開診加成獎勵，推動在宅急症照護，以及門診靜脈抗生素治療計畫。透過這六大策略，監測近 1 年半的 2 個重要指標，第 1 個是急診病人停留超過 24 小時的比率，這指標從 114 年 8 月之後就呈現下降趨勢，今年 1~5 月是 3.49%，這部分會持續偵測。第 2 個指標是急診後轉住院滯留急診 48 小時以上案件比率，同樣在 114 年 8 月之後呈現下降趨勢，今年 1~4 月是 4.66%這部分都有下降，我們會持續的監測。

在剛才提到的六大策略部分，有 1 項是門診靜脈抗生素治療獎勵計畫，這個計畫是在 114 年 8 月實施，但是在今年 5 月我們有針對治療的計畫天數，上限由 5 天調整到 7 天，這計畫主要是針對輕、中度感染症病人，提供門診靜脈抗生素治療的選擇，原本是要住院，改由讓他在門診進行一些服務，這樣可以減少病人的住院時間。這個計畫我們推估每年約有 20 萬人因為感染症住院，其中大概會有 10%、2 萬人可採 OPAT^(註 1)的方式治療。目前申報情形，醫療院所家數合計有 257 家，人數是 1 萬 2 千人，申報費用是 7,195 萬元。

接下來健保署近期公告了 6 個重要的政策，包含我們要推動 pay-for-value based^(註 2)計畫，還有針對西醫基層的獎勵。第 1 個部分是針對復健病房的試辦計畫，這個計畫主要是為了讓中風病人可以在積極治療期獲得高度復健，出院後可以順利返家恢復日常生活，這個計畫是在 115 年 4 月 16 日公告，在這期間我們接獲了 26 家醫院提出申請，目前我們已經擇定 10 家醫院承作，共計有 373 床，實施期間會從今年的 7 月 17 日，到 116 年 12 月 31 日，這 10 家醫院散布在全國各縣市裡。

第 2 個在今年 8 月 1 日有公告實施西醫基層門診合理量調整，是為了讓西醫基層更合理的運作，所以在今年 8 月 1 日，將西醫基層門診合理量由 25 日調整至 22 日，我們要觀察這 3 天，大概就是 8 月開始截至 8 月 3 日的統計資料，我們去觀察這幾天週六、週日的開診，分別為 86%、17%，跟之前是 25 日的開診日概念，開診情況沒有明顯的變化，這部分我們後續會搭配假日急診的人次跟看診率等相關指標，同時進行監測及評估。

第 3 個公告主要是擴大術後加速康復推廣計畫，這個計畫是從 115 年 8 月 1 日開始新增 3 項重要的手術術後可以參與這個計畫，包括了冠狀動脈繞道手術、肺部重大手術、大腸直腸重大手術，這些手術透過這樣的計畫推動，可以改善整個術後的併發症，跟縮短它的住院天數，透過這個計畫也讓多科可以團隊合作，優化整個照護的流程、提升術後康復品質，希望病人可以早日回歸到日常生活。

第 4 個公告主要是新增侵襲性呼吸器優化管理計畫，主要有 2 大部分，第 1 部分是侵襲性呼吸器優化管理的照護評估，由胸腔暨重症專科醫師進行評估的部分，新增 1 千點的給付，希望透過這樣的給付可以提升專業評估、達到精準照護，提升整個照護品質。第 2 個部分是為了推動 pay-for-value based 的概念，我們設計了 3 個過程指標及 2 個結果面指標，達標後就會進行獎勵。謝謝。

第 5 個公告是針對思覺失調症醫療給付改善方案進行修訂，修訂 3 個部分，第 1 個部分是修訂高風險病人出院後的追蹤訪視費，修訂之前是針對「當年度」入院急性病房出院後 3 個月內，但是為了更符合臨床實務，我們將「當年度」改成「過去 1 年」；同時我們也提高了點數，從 3 千點提高到 6 千點。第 2 個部分是針對長效針劑注射獎勵措施，修訂前方案是連續施打 4 個月以上，針對的是執行的程序，但是我們希望它在實際療效上有更好的價值，所以在修訂後調整為可涵蓋藥物作用時間達 3 個月以上，並且針對藥效達 3 個月以上者，我們每月份會獎勵 150 點。第 3 個部分是追蹤品質的獎勵費用，修訂之前是每人 2 百點，修訂後提高到每人 1 千點。

第 6 個公告是針對西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫，這部分有 3 個修訂方向，第 1 個是將申請流程電子化，以及對過去實施過程中有疑義的部分釐清 RCW^(註 3)、RCC^(註 4)病人的適用範圍；第 2 個是希望中醫可擴大照護，所以適用範圍擴大到卵巢癌、鼻咽癌及膀胱癌，都可以透過中醫癌症病人加強照護整合方案達到整個病人的照護品質。第 3 個部分也是針對電子化修訂，就是中醫的急症處置、提升孕產照護，還有慢性腎臟病門診加強照護等程序上的簡化動作。

接下來要報告的是健保署推動數位轉型部分，針對基層部分持續推動基層院所 HIS 系統^(註 5)雲端轉型，這個案子主要是為了讓基層院所的資訊能力、系統韌性更為強化，所以其實在 114 年我們就開始推動轉型。

這個補助對象是資訊服務廠商，它的計畫目標在 114 年是 1 千家，115 年是 2 千家，整個計畫的轉型範圍就如大家看到投影片的八大方面，大家可以參考。推動對象含括西醫、牙醫、中醫以及藥局，目前 114 年轉型的成果家數已經累積到 771 家，另外其實因為這個計畫 113 年就已經開始運作，所以整體已經超過 1 千家，115 年截至 7 月也導入了 212 家廠商。

請大家翻到投影片第 15 張，我想一併說明健保署在數位轉型的推動情形，這張投影片主要陳述的是醫院部門的數位轉型，我們針對醫院部門的癌症治療從篩檢、診斷、治療及追蹤推動 FHIR^(註 6) 的標準，在事前審查部分已經有前 60 大醫院，涵蓋 9 成癌症事前審查案件，60 大醫院已經有 39 家開始用 FHIR 申請，這些案件數已經達 35%，其中 23 家醫學中心都已經正式上線。

回到剛才的投影片第 12 張，截至 115 年 1~7 月，整個藥品公告生效新給付的品項共計 18 項，含括暫時性支付 2 項，擴增給付有 23 項，推估共有 7.7 萬人受惠，藥費共 98 億元。其中癌藥部分涵蓋了乳癌、骨髓性白血病等等，罕藥部分囊括了 2 項，主要是針對泛視神經脊髓炎跟多發性硬化症，另外還有其他新藥，投影片內容請各位委員參考。

暫時性支付部分在今年截至 7 月公告生效的有 2 項，推估 832 人受惠，預估全年藥費合計是 4 億元。

特材部分，針對急重症醫材，將臨床必要性及功能改善等方面的重要醫材納入給付，公告品項總計有 9 項，嘉惠 14 萬人次，預算約是 2 千 565 萬元，以上是健保署的業務報告。

註 1：OPAT(Outpatient Antimicrobial Therapy，門診靜脈抗生素治療)。

註 2：pay-for-value based(價值導向給付基礎)。

註 3：RCW(Respiratory Care Ward，呼吸照護病房)。

註 4：RCC(Respiratory Care Center，呼吸照護中心)。

註 5：HIS 系統(Hospital/Healthcare Information System，簡稱 HIS，醫療資訊系統)。

註 6：FHIR(Fast Healthcare Interoperability Resources，快速醫療照護互通資源標準)。

周主任委員麗芳：非常感謝張如薰副組長精闢的報告，我們也看到在陳亮好署長擔任署長以來，這 1 年期間看到非常多創新的作為，而且腳步很快，不是用走的，是用跑的，可以看到整個健保服務讓大家眼睛為之一亮，很多新作為也非常獲得醫療部門與民眾的肯定，接下來請陳亮好署長跟大家補充，謝謝。

陳署長亮好：主席、各位委員，好久不見。不好意思，前面幾次都有公務，這次特別排除萬難來跟各位委員說明跟報告。健保署的報告我做一些簡單的補充，請同仁翻到投影片第 3 張(115 年 7 月份全民

健康保險業務執行季報告第 160 頁)。在去年春節急診壅塞之後大家都非常關心急診壅塞，健保署也在部長的帶領下推出一系列比較創新的方案，這裡主要要讓各位委員看到，我們在急診壅塞的監測，不管是 24 小時內的急診停留、48 小時的急診停留，還有後續的轉送跟一些很細部的數字，健保署都有在監測，同時醫事司也有急診壅塞相關監測方案。

請委員看到投影片第 5 張，大家看到週末賴清德總統特別到中部公布復健病房試辦計畫的啟航，今天陳節如委員也在場，這是從陳時中部長任內，臺灣在疫情前就已經試辦的復健病房計畫，這個復健病房不是 PAC^(註 1)、不是一般的亞急性，是住院非常積極型的模式，全日本第一家是 20 多年前在小倉復健醫院開始，韓國是 6 年前開始，臺灣終於在今年啟航。

這計畫的另外一個優勢是可以協助區域醫院跟地區醫院做轉型，所以我們在醫學中心負責急重難罕、在區域醫院跟地區醫院除了醫療的責任承擔之外，事實上也開始協助醫照整合，特別包含復健病房的建設，基層當然是我們臺灣很大的優勢，是我們的 primary care^(註 2)的系統，也建置得非常完整，也幫助我們度過 COVID-19^(註 3)這次的百年大疫。

請委員看到第 161 頁投影片第 6 張，這個主要是呈現今年實施基層門診合理量調整的監測情形，我看媒體上有不少報導說這是週休二日，我有請劉林義主秘澄清，事實上這不是週休二日，在這裡也一併請委員看一下基層門診合理量調整前後的開診狀況。我們一直有在偵測，門診開診率沒有下降，這個調整主要是要回饋醫事人力，隨著醫療成本成長，當然合理門診量及健保經費的規定，也應該要做適當的反映，待會是不是也請全聯會陳相國理事長協助補充，全聯會也倡議調整門診合理量相當久，終於也能夠在今年通過。

其他新增及修訂的方案包括：提升病人在急重症、外科手術後康復品質的「術後加速康復推廣計畫」，還有「思覺失調醫療改

善給付方案」，因為沒有心理健康就沒有真正的健康，另外有針對特定疾病(含癌症)病人的中醫合併西醫住院的輔助醫療計畫，希望慢慢走向中西醫整合的照護模式。

最後就是推動基層院所 HIS 系統的數位建設。健保署在 2004 年推出健保 IC 卡，2013 年開始建置「健保雲端藥歷系統」，2025 年「健保醫療資訊雲端查詢系統 2.0」上路，我們今年會持續在 HIS 系統輔導基層院所做數位轉型，也會持續推動電子處方箋，除了醫療系統以外，還有剛剛同仁報告藥品收載的部分，我們都會朝繼續往數位建設方向邁進，以上跟各位做簡單的補充，謝謝各位委員。

註 1：PAC(Post Acute Care，急性後期照護)。

註 2：Primary Care(初級照護)。

註 3：COVID-19(Coronavirus disease 2019，嚴重特殊傳染性肺炎)。

周主任委員麗芳：非常謝謝，陳亮好署長最近幾次因為公務繁忙，所以沒有辦法到場，那先前我們累積的掌聲妳沒有聽到，所以我們再次的給健保署陳亮好署長、顏家瑞副署長，還有劉林義主秘所帶領的團隊，再次的給他們熱烈掌聲(眾人鼓掌)。剛剛陳亮好署長有點名到，請陳相國理事長還是顏鴻順副理事長補充說明。

顏委員鴻順：主席跟各位委員，陳亮好署長、顏家瑞副署長、劉林義主秘，大家早安！署長不但非常專業、非常認真，而且我覺得她是個福星，她上任之後，多年來的春節急診壅塞，在層層的努力下，去年的急診壅塞情形居然沒有再次發生，我們看到健保署很多的作為，包含 UCC(註 1)、OPAT、監測西醫基層假日的開診率、HaH(註 2)等，還有最重要的春節加成，其實這在在的都是在挹注資源，讓民眾在春節期間因為醫療院所開診，生命安全、健康能夠更有保障。

剛才提到今年 8 月開始，全聯會所提出的合理門診天數的調整，從 25 天改成 22 天，我們還是要在這裡說明，這個絕對不是週休二日，這個是讓所有的醫師、醫護人員的排班更有彈性。我舉個例子來講，1 個月要看診 25 天，現在是哪個團體有要求員工 1 個月要看診 25 天的？醫師就是被這樣要求，當他的排班不滿 25 天的時

候，他的健保申報是被打折的，這哪有道理？排班要排到 25 天，他才能夠算申報完整，排班不到 25 天，比方說，我這個星期六、日有事情跟同事調個班，星期五、六、日休個假到南部去，我的健保申報就會被打折扣，這個是沒有道理的。所以其實我們要求這樣的調整，只是讓我們醫護的排班更有彈性。

大家可以看到 8 月之後，其實我們週六、週日的開診完全沒變，像我自己的診所，我們的排班完全沒變，只是偶爾如果遇到醫師、護理師需要調班的時候，會比較有彈性，其實這只是一個更人性化的調整，背後的因素，其實也是希望留住更多的醫療人員在第一線工作。如果把他綁得很硬，1 個月要排班 25 天，你跟現在年輕的醫師講看看說，你 1 個月要排班 25 天，他就跟你說抱歉再聯絡，為什麼？因為現在的年輕人，包含醫師及所有的醫療人員，他們的想法是 work and life balance，就算你要給他加班費，他不一定要來上班，因為他會跟你講說「小孩子的成長一輩子只有一次」，他要多花點時間，來陪他的小孩子，你能否認他嗎？

就像前一陣子，有個颱風假放的讓大家非常驚喜，因為那天風和日麗，結果放颱風假。我的診所因為是個聯合診所，只要開診大概就要有 10 幾個同仁上班，所以我們就開始協調同仁可不可以來上班，來上班當然就是給 2 倍的薪水，然後同仁還要求說，來回要坐計程車，這都是勞基法規定的，要準備他的交通工具。即使是這樣子，都還很多年輕人不願意來，他覺得說要在家裡陪小孩，或者說這是假日，既然是假日他就不願意出勤。

所以在這裡，我也要跟所有的委員及長官報告，週六、週日的出勤，我們會努力的去鼓勵，但是開診率不要掉下去就不錯了，不要期待它會越來越高，因為現在年輕一輩的想法真的不一樣，感謝大家，我們會持續努力。

註 1：UCC(Urgent Care Center，假日輕急症中心)。

註 2：HaH(Hospital at Home，在宅醫療)。

周主任委員麗芳：謝謝！陳相國理事長有要補充嗎？

陳代理委員相國(黃委員振國代理人)：主委，陳亮好署長、顏家瑞副署長，還有劉林義主秘，各位委員大家好。我補充一下，我們現在平均統計起來，西醫基層週六的開診率是 86%，週日大概是 17~20%左右，這四個總額裡面，我們西醫基層是最認真在週六、日開診的，不過我們是阿信，我們甘之如飴。我們也跟署方商量好，就是說署方會積極監測，因為週日的開診率不會改變，所以週日的民眾就不會受影響，我們其實一直在監測各地週六的急診壅塞的情形，如果說臺北區或是北區，在週六出現急診壅塞的情況，我們就會即刻啟動相關的機制，譬如說協調各地的醫師公會週六開診，及請各分區業務組幫忙，所以這一點請各位委員不用擔心，我們要維護醫療品質，保持醫療韌性，讓基層的醫師不要過勞，這是我們最大的目標跟原則，因為如果把這些醫師累死，或是他 60 歲、50 歲就要退休，對我們醫療的人力也是一個損失，請委員不要擔心，這個部分我們會持續努力，謝謝大家。

周主任委員麗芳：謝謝！接下來請陳節如委員。

陳委員節如：大家好！我最感謝我們陳亮好署長，非常感謝，剛剛主委講她是用跑的，不是用走的，真的是這樣，韓國是 6 年前開始，日本是 20 年前，PAC 是非常非常重要的照護模式，我當初推動是從 3 年前開始，後來發現健保署這邊好像有政府的公費，所以就在健保會提案，所以非常感謝健保署的這些官員，這次真的是走得很快，馬上就開始。另外也很抱歉，「復健病房試辦計畫」啟航記者會那天，我真的是有很重要的會議，所以沒有辦法去彰化，真的很可惜，媒體報得很大，這個是將醫界中斷的一環把它接起來，希望將來每個醫院都能夠將 PAC 要做得很好。

根據統計，每年拿身心障礙手冊的人數，大概就是快 5 萬人，約 4 萬 9 千人，我在行政院報告看到數據，嚇了一跳，如果 10 年的話，我們臺灣就變成多少人拿身心障礙？這個是非常不合理，整個醫療到底出了什麼狀況？原來是我們的復健做得非常的不到位，所以應該是要把照護環節銜接起來，我參訪了好幾個國家，後來到了日本的小倉醫院，我覺得他們真的是做的不錯，他們現

在還跟長照結合。我們復健這部分做好之後，再來就是長照要進來銜接，所以這個工程在後面還是非常大，所以非常感謝陳亮好署長這麼積極的來促成臺灣所缺最大的這塊服務，也感謝各個醫院能夠來承接，希望我們幾個月就來開檢討會，看是不是做得有ISP^(註)的樣態出來，才會對病人、對服務使用者有幫助，謝謝各位。

註：ISP(Individualized Support Plan，個別化支持計畫)。

周主任委員麗芳：謝謝陳節如委員擔任立委期間大力協助推動，謝謝，請朱益宏委員。

朱委員益宏：剛剛主席特別講說署長非常棒，很多政策推陳出新，我拜託主席給多我一點時間，大概 10 分鐘，我有準備簡報，期待健保署在分級醫療也能跑快一點，現在可能是在慢步走，我不敢講蝸牛，事實上是速度非常慢，是不是容我用幾張簡報報告。以下的簡報大部分都是引用業務報告裡面的資料，也算回應健保署所謂的季報告，我只是個人幫忙做了資料整理。

這些簡報所有的資料都是健保資料(詳議事錄第 33~36 頁)，沒增加任何資料是我個人的資料，這我要先講。投影片第 2 張大家可以看到，就是我從健保署業務執行報告，從 106 年開始整理出歷年各層級院所的門診件數成長率，大家看到這圖看起來有點亂，我特別提出 3 個點。

第 1 個是 107 年與 108 年，那年剛好衛福部有個很大政策，就是醫學中心跟區域醫院門診量要年減 2%，也就是 107 年門診量要比 106 年減少 2%、108 年門診量要比 106 年減少 4%。可以看到這政策下來以後，藍色跟橘色的這 2 條線，藍色就是醫學中心門診量，橘色就是區域醫院門診量，107 年跟 108 年的時候有 2 條線是往上漲，有 2 條線是往下，往上漲的就是西醫基層跟地區醫院，往下降的就是醫學中心跟區域醫院，特別是在 108 年下降的幅度會更明顯，為什麼會有這種情形？就是政策使然，有效的政策就導致醫學中心跟區域醫院門診量下降，然後往基層去流動。

然後很不幸的在 109 年本來要繼續實施比 106 年減少 6%，但是

剛好碰到 COVID-19 疫情，所以 109、110 年所有層級的門診件數成長都是負的，都是下降，在 111 年開始反彈，疫情過後開始反彈，大家看到當然在基層 112 年成長率是最高的，我想這當然也是好現象，113 年大家看到獨步成長的是醫學中心，只有醫學中心的門診量在成長，再過來到 114 年當然有點下降，115 年就是今年第 1、2 季看到成長幅度比較高的是醫學中心及區域醫院，地區醫院跟基層診所雖然趨勢是成長，但成長幅度相對比較慢。

雖然 114 年健保署開始對醫院作個別醫院總額，希望去推動分級醫療，但事實上效果並沒有那麼明顯，並不像 107、108 年政策一出來以後，門診量明顯地下降，並沒有，你看到第 1 季、第 2 季醫學中心跟區域醫院，特別是醫學中心門診量成長的斜率是更大的，就是現在的今年 1~6 月的統計結果。剛剛是門診件數的成長率，投影片第 3 張是門診件數占率，我特別標紅字，醫學中心 106 年在所有西醫門診裡面它占 10%，但是到 115 年的第 2 季增加到快要接近 13%，在 107、108 年是下降，所以是因為政策有效，占率就下降，但是政策沒有了以後又成長起來，特別是看到從 109 年、110 年以後一路向上到今年第 2 季已經到 12.97%，跟 106 年只有 10% 比起來，我覺得分級醫療政策的效果不是這麼好。

再來投影片第 4 張，用醫學中心轉診件數來看，醫學中心 114 年門診總共有 3 千 700 萬件，但是轉出的件數只有 10 萬件，雖然健保署說它的轉診件數有增加，那個比例可能增加 2%、3%，但是跟整體門診件數比較起來的話，事實上是九牛一毛。

我特別要 show 出投影片第 5 張，因為這是健保署在總額評核會議的時候說 114 年整個轉診件數有 140 萬件，感覺起來好像成效還蠻好的，但我跟各位報告，這 140 萬件，大部分都是醫學中心接受轉診，接受哪裡的轉診？其中大概有 50 萬件來自西醫基層，也就是大部分都是接受轉診，140 萬件裡面一半是轉到醫學中心，然後基層有 50 萬件轉上去，但實際上由醫學中心轉回到基層的只有大概 2 萬件，114 年基層診所轉上去的 50 萬件，但是實際上轉回基層的只有 2 萬件，這個就是說明事實上轉診效果是非常不好，轉了

就是有去無回。

投影片第 6 張也是健保署講的，這個資料是在分級醫療 6 大策略辦理進度有提到的，107 年、108 年政策上說分別年減 2% 及 4%，那時候為了避免大醫院因為門診減量後導致收入減少，所以要調高急重症的支付標準，這句話大家應該耳熟能詳，因為最近也有聽到，甚至賴總統說不同工不同酬，最近健保署大力調整急重難症支付標準，目的是什麼？當然是希望輕症要轉下來，但經驗告訴我們，106~108 年已經發生過，希望輕症轉下來，所以趕快大幅調整急重難症，106 年調了 60 億元、107 年調了 20 億元、108 年調了 42 億元，同時 107 年醫院合理門診量暫停，這 3 年，106~108 年總共調了超過 100 億元，希望急重難症支付標準增加，目的是希望輕症轉下來，那確實 107、108 年輕症有下來，但停掉後這些支付標準並沒調回來，所以這些調升的支付標準仍繼續給，然後合理門診量因為 COVID-19 的關係，門診年減 2% 政策暫停以後，到現在醫院合理門診量還沒恢復實施。所以看到結果就是，分級醫療目的是希望輕症趕快往基層、地區醫院轉，同時趕快把重症支付標準調高，那調高的速度也要快，但調上去以後如果輕症沒有轉下來，就是重症那邊大醫院也吃，輕症也沒有放，所以就會導致 20、30 年下來到現在，整個醫療體系的 1 個非常奇怪的現象。

各位看到投影片第 7 張也是資料上面講的，醫學中心門診慢性病的件數跟點數占率，這議題常常一講出來，會講說因為慢性病也有些重大傷病，比如說愛滋病也是屬於慢性病一種，像癌症可能要長期吃藥，所以健保署特別把慢性病從重大傷病排除後計算，發現 110 年開始一直到今年的第 2 季，醫學中心的慢性病件數占率都是約 40%，沒有任何的改變，點數的占率看起來微幅下降，或許因為急重難症支付標準增加了以後，輕症的慢性病支付標準比較沒有調，所以整體比率稍微下降，但是主要的件數是沒有下降的趨勢，從 110 年開始到現在，慢性病完全沒有調整。

再來投影片第 8 張，橫軸的意思是 27 家醫學中心，最後 1 張是 27 家醫學中心，我把名字拿掉，藍色的長條是 106 年慢性病給藥

案件數，橘紅色的是 114 年慢性病給藥案件數，這裡面看到非常有趣的現象，某些醫學中心在 10 年中慢性病大幅增加，甚至超過三分之一，超過 30%，但有些醫學中心慢性病沒增加甚至還減少，這非常有意思。另外慢性病中有 50% 的病人是拿慢性病連續處方箋，就是 3 個月拿 1 次一樣的藥，所以我覺得健保署所有的詳細資料算得非常清楚，他們用 POWER BI^(註) 可以追蹤到每家醫院，甚至每個醫師的醫療行為都完全掌握。

我今天替健保署補充分級醫療的簡報，真的期待健保署對於分級醫療要加一把勁，尤其現在做了個別醫院總額後，就是希望作為分級醫療很重要的配套跟行政政策措施，今年個別醫院總額是第 2 年，我們非常期待對於這部分，尤其大醫院慢性病、輕症門診減量應該更大力度推動，謝謝各位。

註：POWER BI(微軟推出的商業智慧 BI 平台，能整合多源數據，將資料視覺化並轉化為動態圖表，及分享分析報表)。

周主任委員麗芳：謝謝朱益宏委員這麼認真，提出很多他分析的數據，接下來因為時間關係，我們就請健保署來做回應，謝謝。

陳署長亮妤：謝謝朱益宏委員整理我們健保的數據，我們是數據治理，是不是就直接 show 健保數據，我在醫學會、私立醫院學會演講也有提到，可不可以請同仁翻到「醫院各層級非重症門診占率較實施前下降」。

因為我是去年 9 月接署長，我們來看主要是個別醫院總額推動後針對分級醫療的效果，剛剛朱益宏委員提到的是從 106 年到現在一路以來，政府努力推動分級醫療的所有數據，我們是不是直接看健保署的數字，請同仁打開，謝謝。

周主任委員麗芳：請幕僚同仁協助。

陳署長亮妤：我先口頭補充健保署做的努力，打開數據之前，是不是也請醫院協會的代表說話，大家長李飛鵬理事長。

李委員飛鵬：謝謝署長指定我發言，我想分級醫療是我們念茲在茲的使命，本來過去臺灣醫院家數有 850 幾家，現在因為健保開辦以後 M 型化，地區醫院我記得剩下 454 家，所以為了社區醫院、地區醫

院或者偏鄉醫院的生存，身為社區醫院理事長，朱益宏理事長是責無旁貸，希望為社區醫院爭取生存的條件，事實上因為臺灣人口一直往都市集中，如果偏鄉或比較遠的地方的小醫院關起來後，就醫公平性、衡平性就受到挑戰，同樣繳了健保費，為什麼在地區醫院就看不到病？分級醫療，我也贊成朱益宏理事長的看法，我們要適度的，在健保資源、總額增加夠了以後，若醫學中心、區域醫院生存及營運問題獲得維持跟改善後，把過去對社區醫院支持的部分，能再予以強化，我個人是非常贊成。

當然醫學中心、區域醫院，過去很多支付標準都沒有提高，所以營運上也有一些困難，就是說它基本上在做病房急重難症的給付都不夠，必須靠門診，我們講實話，必須靠門診跟檢查的這些收益來彌補那部分，基本上整個問題，把健保總額投資增加後，我想三層級醫院都要均衡發展，這才是全民之福。我覺得現在朱益宏理事長提出來這個問題是需要大家公平公正對待這件事情，是1個契機，我也期待可以有一些回應，以上。

周主任委員麗芳：謝謝李飛鵬理事長，接下來請陳亮好署長再補充。

陳署長亮好：健保署這幾年勇敢推出個別醫院總額，大家也看到去年點值結算是0.977，今年第1季已經到1，除此之外事實上在分級醫療也有初步的成果，剛剛朱益宏委員也提到，過去106年到現在實施非常多大步向前的計畫，為什麼沒有延續到現在也是有一些原因，我們是不是能夠逐步漸進，可以看到個別醫院總額實施後，事實上對於區域醫院跟地區醫院已經有額度上保障，另外可以看到扣掉非重症門診占率，光是過去1年，這是健保署最新的數字，我在私立醫院協會演講跟其他協會演講都有公布過，未來會朝這方向持續努力，我們也在今年6月宣布急重症、高危險妊娠跟外科重症手術等，總共有61億元挹注。

在個別醫院總額推動後，醫學中心會以急重難罕為主，大家可以看到各層級非重症占率都有比實施前低，不是媒體上報導的5成或6成，114年的數字就在這裡，以上跟各位委員補充，持續穩定

向前，漸進改革，一起努力，謝謝。

周主任委員麗芳：請陳建宗委員。

陳委員建宗：非常謝謝健保署長期對各層級醫院的關心，也謝謝朱益宏委員對分級醫療下轉的關心，我想不管醫學中心或區域醫院對這個政策都非常支持。不過剛看了 1 個數字，件數比過去成長，別忘了過去短短 2 年中，我們增加 4 家醫學中心，還有 2 家準醫學中心，所以在整體數字上，若能將這些數字排除後再做比較，也許會更客觀，4 家醫學中心成長上來，數量也是很可觀，也許將這個去除後，數量是下降，需要有校正數字。不管醫學中心或是區域醫院，我想大家對分級醫療都是非常重視，我們會配合健保署的政策。

周主任委員麗芳：非常感謝陳建宗委員，他同時是醫學中心理事長，也點出來在比較過程中，家數、內涵可能還需要做校正。因為時間的關係，有關於健保署的報告就討論到這邊，若各位委員還有意見，歡迎大家提供書面。

本案洽悉，委員所提意見含書面意見請健保署參考，同時請提供剛剛健保署張如薰副組長報告的簡報給各位委員參考。

接著進行報告事項，會議 10 點 50 分必須結束，因為 11 點要換場開總額會前會協商，時間相當有限，請報告同仁縮短點報告時間，謝謝。

吳委員鏘亮會後書面意見

- 一、有關分級醫療政策，健保署已做了非常多的努力，在這幾年也逐漸看到成效。
- 二、各層級院所門診占率的變化，必須先釐清這幾年許多地區醫院升級為區域醫院、區域醫院升級為醫學中心，導致占率的變化，應先作數據校正之後，才能看清事實的全貌。
- 三、個別醫院總額執行之後，分級醫療成效又更進一步增加了病人輕症轉至地區醫院與診所的就診量，但同時在住院照護人

力不足的環境下，區域醫院全力照護必要的醫療需求？將輕症改由門診治療也是轉移門診照護人次增加的可能原因。

四、以強制性的門診減量 2%強硬策略，並不利於醫療環境的正常發展，也不利於民眾就醫權益。

衛生福利部全民健康保險會
第7屆115年第7次委員會議



115年7月份 全民健康保險業務執行季報告

中央健康保險署
115年8月19日

1



114年健保業務整體執行情形

醫療業務



醫事 機構

115年6月 22,556家
114年6月 22,401家



增加
155家(0.69%)

整體醫療費用申報

件數

115年第1季 9,481.1 萬件
114年第1季 9,991.6 萬件



減少
510.4萬件(5.11%)

點數

115年第1季 2,320.2億點
114年第1季 2,265.4億點



增加
50.7億點(2.16%)

平均 點值

114年第4季各總額部門平均點值 > 0.95
115年第1季各總額部門預估點值 > 0.95

2



急診品質提升方案

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

- ① 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
- ② 115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
- ③ 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「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
- ④ 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
- ⑤ 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
- ⑥ 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



門診靜脈抗生素治療獎勵方案(OPAT)

114年8月實施，另治療計畫天數上限由5天調整至7天於115年5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，114.11.1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6月申報資料

	醫院	基層診所	合計
家數(家)	130	127	257
人數(人)	9,453	2,770	12,080
申報費用(萬元)	5,654	1,541	7,195

截至115/7/21醫療主機資料



公告復健病房試辦計畫承作院所名單

- 5家醫院之計畫所需人員及設備，已可開始收案



- ✓ 接獲26家醫院提出申請，擇定**10家**承作醫院，共計**373床**。
- ✓ 實施期間：115年7月17日至**116年12月31日**。



5



因應115年8月實施西醫基層門診合理量調整之監測情形

- 統計截至115年8月3日西醫基層診所於健保VPN維護之開診資料，115年8月全國**週六**及**週日**開診率分別為**86%**及**17%**，相較於門診合理量調整前**無明顯變化**。

統計日期	開診狀況	星期六	星期日
115年7月13日 (特約家數11,000家)	開診家數	9,479	1,844
	開診率	86%	17%
115年8月3日 (特約家數11,012家)	開診家數	9,476	1,830
	開診率	86%	17%

- 本署將持續監測西醫基層診所開診狀況，並**搭配假日急診人次、看診率等相關指標進行評估**，倘有異常變化，將請醫師全聯會及各該縣市醫師公會協助輔導診所開診。



6



公告修訂

「全民健康保險術後加速康復推廣計畫」

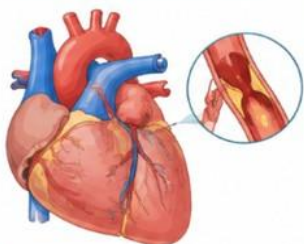
自115年8月1日起生效



新增

「冠狀動脈繞道手術」、「肺臟重大手術」及「大腸直腸重大手術」等好發癌症及易致重症之術式。

冠狀動脈繞道手術



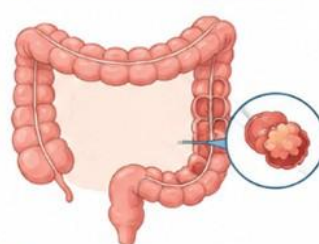
- ✓ 改善心肌血流供應
- ✓ 減少術後併發症
- ✓ 促進快速康復、縮短住院天數

肺臟重大手術



- ✓ 降低術後肺部併發症
- ✓ 減少呼吸器使用時間
- ✓ 促進術後肺功能恢復

大腸直腸重大手術



- ✓ 降低術後腸道併發症
- ✓ 縮短腸道功能恢復時間
- ✓ 提升術後生活品質

(一) 推動術後加速康復 (ERAS)

多專科團隊合作，優化照護流程，提升病人術後康復品質！

7



公告新增

「全民健康保險侵襲性呼吸器優化管理計畫」

自115年8月1日起生效



(一) 新增侵襲性呼吸器優化管理照護評估



由胸腔暨重症專科醫師
評估ICU使用侵襲性
呼吸器4日至21日之病人

每次 **1,000** 點

- 專業評估
- 精準照護
- 提升照護品質
- 促進病人康復

(二) 獎勵醫院侵襲性呼吸器照護品質

評估指標包含 3 項過程面指標及 2 項結果面指標

過程面指標 (3項)

1 胸腔暨重症
專科醫師配置



2 胸腔暨重症專科醫師
攬才/育才/留才計畫



3 內部獎勵制度



結果面指標 (2項)

1 胸腔暨重症專科醫師
評估處置涵蓋率



2 侵襲性呼吸器
脫離率



8



公告修訂「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」

一 修訂高風險病人出院後追蹤訪視費

- 放寬適用條件、提高支付點數

修訂前
當年度入院急性病房
出院後三個月內

修訂後
過去一年內入院急性病房
出院後三個月內

支付點數

3,000點 → 6,000點



二 修訂長效針劑注射獎勵措施

1 連續施打條件修訂

修訂前
連續施打
4個月以上

修訂後
可涵蓋藥物作用時間
達3個月以上

2 新增「長效針劑維持治療評估處置」

施打藥效達3個月以上者，回溯自第一個月起，
每就醫月份獎勵150點。

回溯自
第一個月

第1個月

第2個月

第3個月



每就醫月份
獎勵150點

三 修訂高風險病人出院追蹤品質獎勵費

- 指標獎勵點數調升



修訂前
每人200點

修訂後
每人1000點



9



公告修訂「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」等5項中醫總額專款計畫



(一) 修訂「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」

自115年1月1日生效



修訂申請程序
及資格審查流程

電子化



修訂評估量表暨
釐清RCW、
RCC病人
適用範圍



適用對象

西醫住院病人
特定疾病

(二) 修訂「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」

自公告日生效

適用範圍增加



卵巢癌



鼻咽癌



膀胱癌



申請程序及
資格審查流程

電子化



修訂評估量表等



公告日生效

(三) 「全民健康保險中醫急症處置計畫」 「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」 「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等3項計畫

自115年8月1日生效



修訂申請程序及
資格審查流程

電子化

中醫急症處置計畫



中醫提升孕產
照護品質計畫



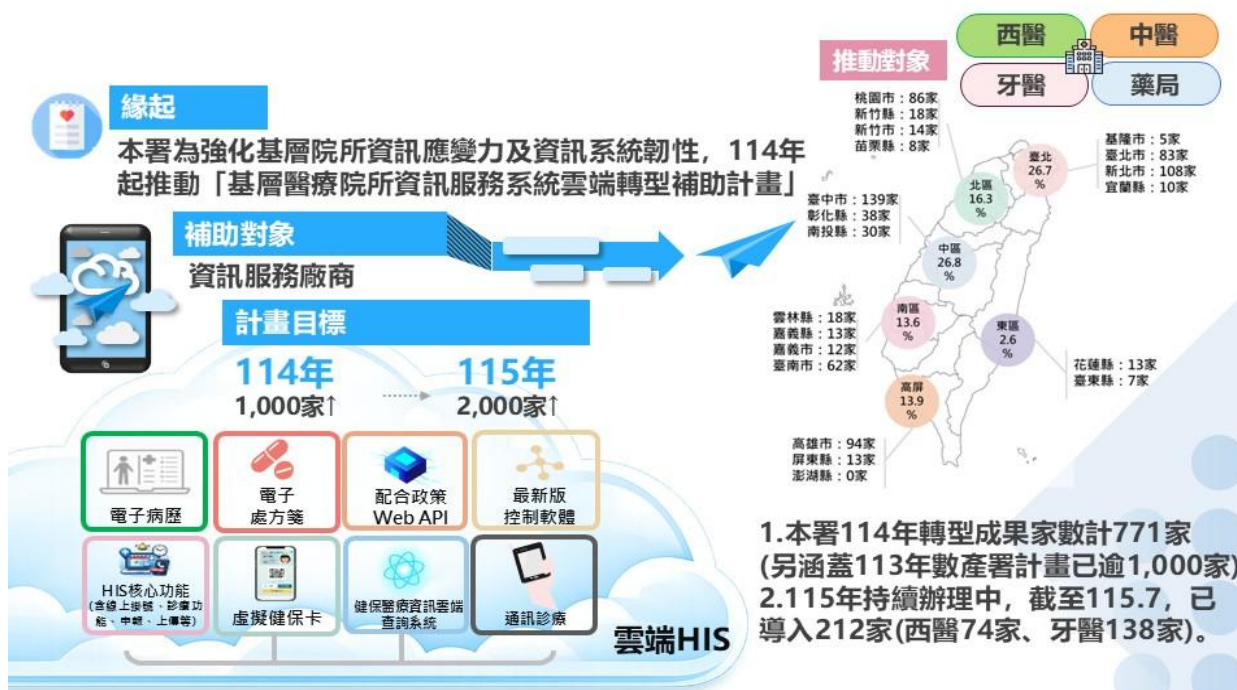
中醫慢性腎臟病
門診加強照護計畫



10



推動基層院所HIS系統雲端轉型



11



115年1-7月健保藥品生效品項數1/2

- ◆ 截至115年1-7月已公告生效新給付之新藥共**18**項(含暫時性支付**2**項)、擴增給付共**23**項推估約**7.7**萬人受惠。

項目	新藥	擴增給付	說明
癌藥	9 含暫時性支付1項	11	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)、濾泡性淋巴瘤 (FL)、慢性淋巴球性白血病 (CLL)、被套細胞淋巴瘤 (MCL)、前列腺癌等癌症，推估藥費支出約41.8億元，受惠人數約2萬人。
罕藥	2	4	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)、特發性或遺傳性肺動脈高壓等罕病，推估藥費支出約17.7億元，受惠人數約487人。
其他新藥	7 含暫時性支付1項	8	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、骨關節炎、活動性乾癬性關節炎(PsA)、活動性僵直性脊椎炎(AS)、肺動脈高血壓、視網膜靜脈阻塞續發之黃斑部水腫、非感染性眼後房葡萄膜炎、異位性皮膚炎、腦源性或脊髓源性嚴重痙攣等疾病，推估藥費支出約38.4億元，受惠人數約5.7萬人。

12



115年1-7月健保藥品生效品項數_{2/2}

◆ 截至115年1-7月已公告生效給付之暫時性支付新藥2項，推估約**832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
新藥	Libtayo (成分：cemiplimab)	單一療法用於第一線治療有PD-L1表現≥50%且無EGFR、ALK或ROS1基因異常之局部晚期或轉移性非小細胞肺癌(NSCLC)成人病人。	合計約 0.9億元

13



115年1-7月公告生效之新功能特材

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
- 體外循環管組
- 小管徑縫合釘匣
- 胃管(滅菌)及其附件(非滅菌)-兩截式鼻胃管組合包(含組裝工具)

品項數計**4項**
嘉惠約**141,600**人次
推估預算約**340萬**元

公告生效

品項計9項、嘉惠約143,292人次、預算約2,565萬元

14



癌症治療數位轉型



截至115/7/31

15



THANK YOU

16

分級醫療成效檢討

健保會委員 朱益宏

2026.8.19

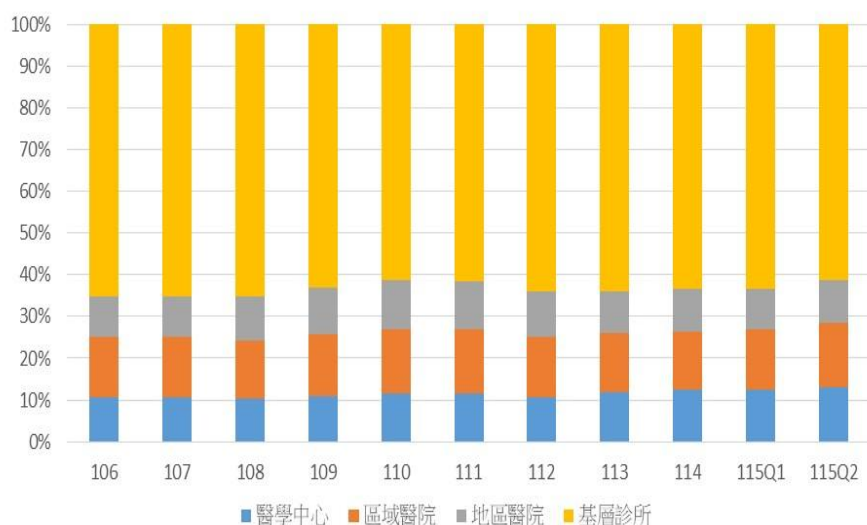
各層級歷年門診件數成長率



	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115Q1	115Q2
醫學中心	1.96%	1.73%	-0.38%	-2.62%	-3.04%	6.70%	7.13%	13.23%	3.46%	0.39%	2.53%
區域醫院	2.64%	1.19%	-1.19%	-3.73%	-4.78%	6.87%	9.87%	-0.30%	-0.68%	3.66%	4.94%
地區醫院	2.26%	4.47%	8.76%	-3.33%	-1.60%	6.95%	5.54%	4.29%	1.24%	-6.13%	-5.00%
基層診所	-2.26%	2.18%	2.12%	-11.63%	-10.48%	7.17%	19.80%	3.00%	-1.90%	-9.96%	-8.79%

資料來源：歷次「全民健康保險業務執行報告」

各層級歷年門診件數占率

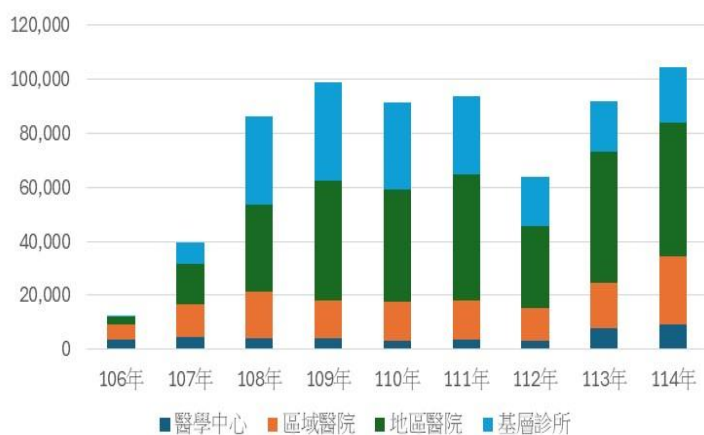


	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115Q1	115Q2
醫學中心	10.60%	10.55%	10.30%	10.99%	11.56%	11.53%	10.71%	11.80%	12.30%	12.39%	12.97%
區域醫院	14.63%	14.48%	14.03%	14.79%	15.28%	15.26%	14.54%	14.10%	14.12%	14.67%	15.48%
地區醫院	9.54%	9.75%	10.40%	11.01%	11.76%	11.75%	10.76%	10.01%	10.21%	9.65%	10.18%
基層診所	65.23%	65.21%	65.27%	63.20%	61.40%	61.47%	63.99%	64.09%	63.37%	63.29%	61.38%

資料來源：歷次「全民健康保險業務執行報告」

3

歷年醫學中心門診轉出件數

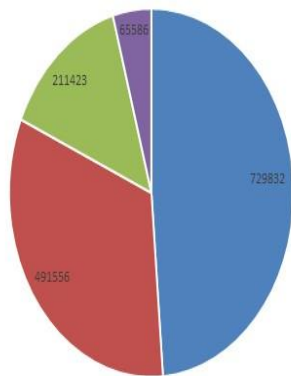


	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年	114年
門診總件數 (千件)	31,483	31,172	31,029	30,129	29,156	31,979	32,183	36,442	37,702
轉出件數	12,006	39,736	86,092	99,092	91,198	93,582	64,042	91,874	104,324
醫學中心	3,520	4,313	4,160	3,964	3,328	3,368	3,282	7,796	9,227
區域醫院	5,544	12,319	17,403	14,307	14,409	14,593	11,817	16,665	25,234
地區醫院	2,881	14,845	32,093	44,007	41,521	46,798	30,684	48,599	49,660
基層診所	61	8,259	32,436	36,814	31,940	28,823	18,259	18,814	20,203

資料來源：健保署厝邊好醫師 社區好醫院

4

114年轉診流向分析



■ 醫學中心 ■ 區域醫院 ■ 地區醫院 ■ 基層診所

資料來源：健保署厝邊好醫師 社區好醫院

114年1-12月 接受院所	轉出院所									
	合計		醫學中心		區域醫院		地區醫院		基層診所	
	件數	占率	件數	占率	件數	占率	件數	占率	件數	占率
門診總件數(千件)	306,460		37,702		43,266		31,272		194,220	
轉診件數合計	149,839	100.00%	104,324	100.00%	164,536	100.00%	219,921	100.00%	999,591	100.00%
醫學中心	729,832	48.71%	922,784		914,105	55.56%	130,070	59.14%	497,022	49.72%
區域醫院	491,556	32.81%	252,342	24.19%	38,905	23.65%	50,991	23.19%	371,012	37.12%
地區醫院	211,423	14.11%	496,604	47.60%	132,678	8.06%	30,309	13.78%	115,690	11.57%
基層診所	65,586	4.38%	20,203	19.37%	20,954	12.74%	8,551	3.89%	15,867	1.59%

5

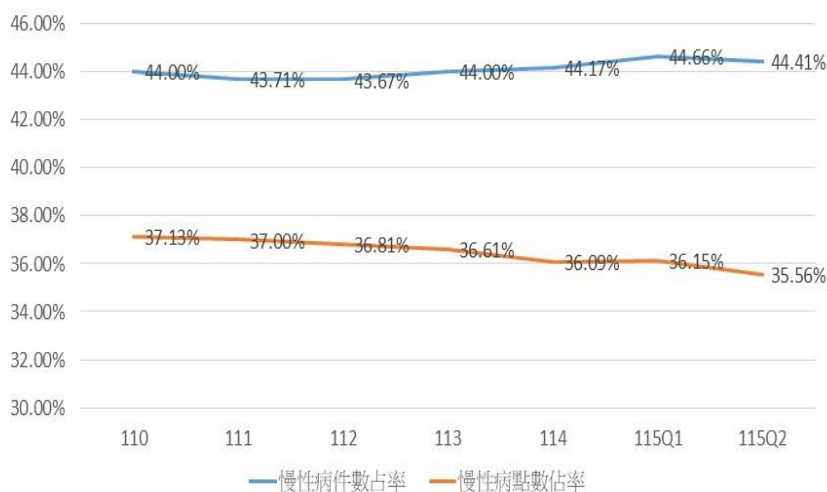
大醫院門診年減2%配套措施

1. 目的：為避免大醫院因為門診收入縮減而影響運作，
2. 106 年以 60 億元調高部分急重症醫療的給付金
3. 107 年再挹注 20.3 億元
4. 108 年 42 億元調整急重症支付標準
5. 107 年 12 月 1 日起暫不實施醫院門診合理量

資料來源：分級醫療六大策略辦理進度成效(115 年 6 月 24 日)

6

醫學中心慢性病(排除重大傷病)-- 歷年件數與點數佔門診狀況

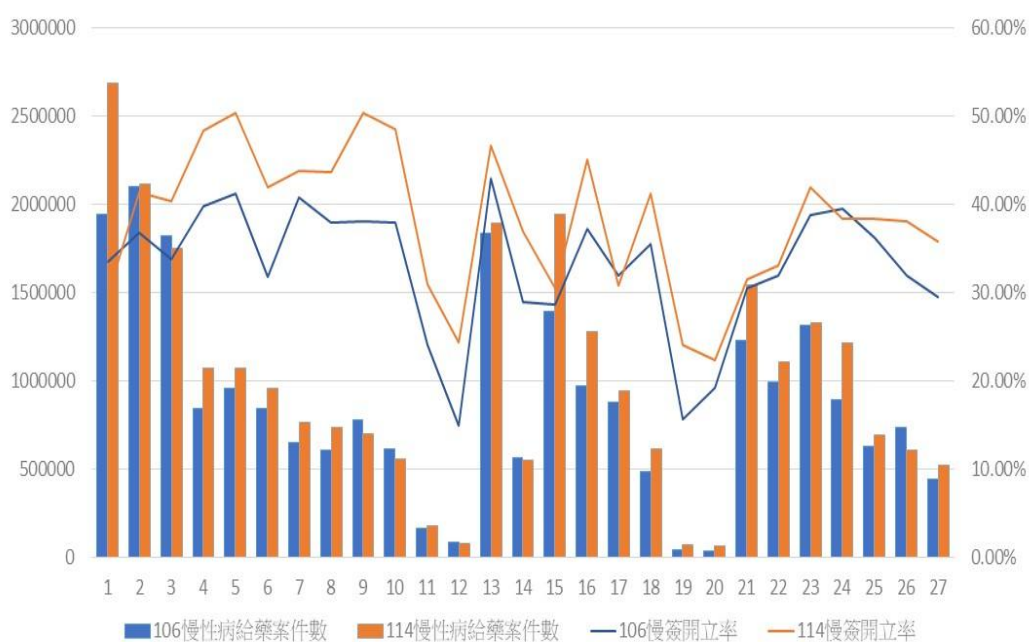


	110	111	112	113	114	115Q1	115Q2
慢性案件數占率	44.00%	43.71%	43.67%	44.00%	44.17%	44.66%	44.41%
慢性病點數佔率	37.13%	37.00%	36.81%	36.61%	36.09%	36.15%	35.56%

資料來源：歷次「全民健康保險業務執行報告」

7

醫學中心門診慢性病變化情形-106 vs 114



資料來源：健保資料開放平台-慢性病連續處方簽開立率

8

肆、報告事項「『鼓勵院所推動腹膜透析(PD)與提升照護品質方案』及『居家血液透析(HHD)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)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳：請報告。

洪專門委員于淇：略。

周主任委員麗芳：接下來請健保會補充。

陳組長燕鈴：簡要補充說明，請看會議資料第 36 頁，這方案是衛福部在 112 年為了提升腹膜透析病人照護品質所增加的預算，這個預算在 114 年起除用於腹膜透析的獎勵及提升，又新增居家血液透析，115 年總額核定事項裡面有講到，預算 4.335 億元除了用於 2 項計畫外，預算若不足，要由一般服務支應，請健保署推動這 2 個計畫，並監測執行成效及病人照護品質與健康結果。付費者委員一直很關心，因為已經執行 3 年，所以安排這專案報告，剛剛健保署報告很清楚，就簡要報告一下。

首先先看腹膜透析，這已經執行 3 年的計畫，在執行供給面部分是都有增加，但是在預算部分，因為在 114 年健保署有調整很多支付標準，新增很多獎勵措施，114 年預算 4.335 億元，實際執行 5.3 億點，超出預算數，所以採用浮動點值。

我們看委員關心的病人照護品質與健康結果，新發個案占率有增加，盛行個案占率是比較持平，我們也有檢附我國透析方式選擇之人數分布情形在第 46 頁，評核時健保署有提供完整的歷年推動資料跟成效指標在第 47~49 頁供參。

衛福部在 112 年已經核定這個方案的執行目標、預期效益評估指標，我們摘要在第 37 頁上方，請委員參考。執行目標部分，新發個案占率部分有達標，盛行個案占率部分還沒有達標，未達 8%，這定義只算腹膜透析。預期效益評估指標，存活率部分還沒有指標，腹膜炎發生率在 114 年略高於 113 年，尿毒素清除也是達標。

整個看起來，到 114 年還缺乏存活率資料，腹膜炎部分有小幅提升，建議健保署持續監測照護品質跟健康結果，能夠提供完整的資料在 9 月協商 116 年度總額的時候參考。居家血液透析因為是新的透析方式，委員特別關心病人安全跟品質，因為才剛收案，建議繼續監測居家血液透析品質。

最後一點，專款 4.335 億元是 2 個專案共用，114 年已經超出預算數，115 年除持續推動腹膜透析外，還加了居家血液透析，115 年預算看起來有可能不夠，依照核定事項需要由一般服務預算支應，請健保署妥為管理及規劃專款的支用。9 月協商下年度總額，請健保署在協商時提出專款合理預算建議，供總額協商參考，以上說明。

周主任委員麗芳：請健保署回應。

劉主任秘書林義：跟各位委員報告，第一個就是有關剛才健保會講的第 37 頁，114 年目前還缺乏一些資料，像是存活率的部分，因為要分析 1 年跟 3 年，114 年可能要到 118 年才会有 3 年存活資料，有關評核指標本來就有跟腎臟醫學會合作，之後會提供。

再來有關於專款部分，的確在 114 年為鼓勵腹膜透析，在協商時有一個 4.335 億元專款支應腹膜透析部分，關於專款費用增加，在上次透析總額會議有跟腎臟醫學會討論，他們會把專款再重新檢視，可能會有一個修正版本，儘量在預算額度內支用，以上說明。

周主任委員麗芳：非常感謝健保署在推動本案的時候，整個執行成效也非常良好，因為時間的關係，請各位委員如果還有其他意見的話，就提供書面，我們會請健保署回應。

本案洽悉，委員所提意見，含書面意見，請健保署參考，並持續監測透析病人照護品質及健康結果。

有沒有要提臨時動議？如果沒有的話，非常感謝大家，我們稍事休息，11 點召開總額協商草案會前會，謝謝大家！