

衛生福利部全民健康保險會
第 7 屆 115 年第 1 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 1 月 21 日

衛生福利部全民健康保險會第 7 屆 115 年第 1 次委員會議議程

壹、主席致詞

貳、議程確認

參、確認上次(114 年第 10 次)委員會議紀錄 ----- 1

肆、本會重要業務報告 ----- 12

伍、優先報告事項

「115 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 ----- 17

陸、討論事項

一、115 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案) -- 21

二、115 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案 ----- 22

柒、報告事項

一、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 ----- 31

二、中央健康保險署「114 年 12 月份全民健康保險業務執行報告」

(書面報告) ----- 32

捌、臨時動議

參、確認上次(114 年第 10 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以 114 年 12 月 30 日衛部健字第 1143360191 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10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12月24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、楊羽晴

出席委員：(依姓名筆劃排序)

田委員士金、朱委員益宏(台灣社區醫院協會王秘書長秀貞代理)、吳委員永全、吳委員銘修、吳委員鏘亮(中華民國區域醫院協會劉秘書長碧珠代理)、呂委員正華、李委員飛鵬、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(陳專門委員淑華代理)、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、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、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

請假委員：許委員舒博

列席人員：

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11~13頁)

貳、議程確認：(詳附錄第13頁)

決定：確認。

參、確認上次(第9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14~18頁)

決定：

- 一、歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計13項，其中11項達解除追蹤條件，同意解除追蹤；1項同意部分解除追蹤，該項未完成部分與其餘1項繼續追蹤。
- 二、原訂於本次提報之「115年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)」，同意中央健康保險署所請，延至115年1月份委員會議辦理。
- 三、有關「114年度各部門總額核(決)定事項」未完成之8項核(決)定事項(如附件一)，併入115年度持續追蹤。
- 四、餘洽悉。

伍、報告事項(詳附錄第19~36頁)

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)。

決定：確認115年度工作計畫內容及會議時間表(如附件二及附件三)，並請委員預留時間與會。

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。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參。

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)。

決定：本案洽悉。委員所提意見，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：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)。

決定：本案洽悉。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：上午11時。

114 年度各部門總額核(決)定事項未完成之工作項目

項次 ^註	部門	114年度總額未完成項目
23	中醫門診	中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 (會議資料附件項次 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
5、41	醫院	鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫 (會議資料附件項次 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
32	西醫基層	強化基層照護能力及「開放表別」項目 (會議資料附件項次 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
1、11	其他預算	山地離島地區醫療給付效益提升計畫 (會議資料附件項次 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
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 (會議資料附件項次 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
5		腎臟病照護及病人衛教計畫 (會議資料附件項次 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

註：項次係指會議資料附件之項次。

全民健康保險會115年度工作計畫

114 年第 10 次委員會議(114.12.24)通過

日期	工作項目
1 月 21 日 (第 1 次委員會議)	優先報告事項： 115 年度各部門總額及其分配方式之核定結果及後續相關事項
	討論事項： 115 年度各部門總額一般服務點值保障項目之討論
	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)
3 月 11 日 (第 2 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；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)
	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
	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
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)	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
	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)
5 月 20 日 (第 4 次委員會議)	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
	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)

日期		工作項目
		報告事項： 1.「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) 2.115 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)		討論事項： 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)
		報告事項： 「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
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)		法定交議事項： 衛福部交議 116 年度健保總額範圍案
		討論事項： 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)
		報告事項： 1.「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 2.115 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	上午 (第 7 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)
		報告事項： 「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)
	下午 (協商會前會)	116 年度總額協商因素項目及計畫(草案)會前會
★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)
★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)

日期		工作項目
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李報告(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之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(依程序於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(決)定事項	提報時程
1	中醫	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(決)定事項
專款 屆期 之 檢討	牙醫	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

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 3 樓 301 會議室
第 2 次	3 月 11 日(星期三)上午 9 時 30 分		
業務參訪活動	3 月 25 日(星期三)全天		罕見家園(新竹縣關西鎮)
第 3 次	4 月 22 日(星期三)上午 9 時 30 分		衛生福利部 3 樓 301 會議室
第 4 次	5 月 20 日(星期三)上午 9 時 30 分		
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		衛生福利部 3 樓 301 會議室
第 7 次	8 月 19 日	(星期三)上午 9 時 30 分	
116 年度總額協商草案會前會		(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		
第 8 次	★9 月 30 日(星期三)上午 9 時 30 分		
第 9 次	10 月 28 日	(星期三)上午 9 時 30 分	
費率審議前專家諮詢會議		(星期三)下午 1 時	
第 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。

肆、本會重要業務報告

一、中央健康保險署(下稱健保署)於去(114)年 12 月 17 日依本會 114 年第 9 次委員會議(114.11.19)決議，將 115 年度牙醫門診總額地區預算分配之「特定用途移撥款」(3.8 億元)執行方式函報本會備查，如附錄一(第 35~36 頁)，摘要如下：

(一)醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用：2.7 億元。

(二)弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫：0.8 億元。

(三)該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款：中區 0.2 億元，高屏 0.1 億元，合計經費 0.3 億元。

(四)全年預算若有結餘：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總額，並依 113 年第 4 季各區人口風險因子(R 值)分配至各區。

二、衛生福利部(下稱衛福部)為擬訂 116 年全民健康保險醫療給付費用總額範圍，於本(115)年 1 月 7 日函請本會於 3 月 13 日前提供 116 年健保總額基期之扣減項目及額度，如附錄二(第 37 頁)。本會業於本年 1 月 9 日函復(如附錄三，第 38 頁)，重點內容如下：本會於 114 年第 5 次委員會議(114.7.23)請健保署提報 114 年度總額有關預算扣減方式規劃在案。隨函提供該會議決定，並請衛福部逕洽健保署提供預算扣減之實際執行結果。

三、為即早規劃本年 7 月將辦理之各部門總額 114 年度執行成果之評核作業，本會將於本年 1 月底函請四總額部門受託團體及健保署，就本會研修之 114 年度執行成果評核項目內容提供建議，並提出 115 年度重點項目及績效指標(含目標值)，請受託團體及健保署如期於本年 2 月中旬回復，以利辦理後續事宜。

四、依本年度工作計畫，本會安排於本年 3 月 25 日至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)進行業務參訪活動，敬請委員預留時間踴躍參加。

五、衛福部及健保署於去(114)年 12 月至本年 1 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 1 月 14 日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

- 1.行政院於去(114)年 12 月 31 日核定 115 年度全民健康保險一般保險費率維持現行費率 5.17%；補充保險費率，應依全民健康保險法第 33 條規定，維持 2.11%，不予調整，如附錄四(第 39~40 頁)。
- 2.去(114)年 12 月 29 日修正發布「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，並自本年 1 月 1 日生效，如附錄五(第 41~44 頁)。本次修正支付標準第二部西醫，重點說明如下：
 - (1)新增診療項目：新增 18048B「非侵入式區域腦／身體血氧飽和監測」及 18049B「非侵入性連續性血壓及血液動力學目標導向監護治療」等 11 項診療項目。【預算來源：114 年度醫院及西醫基層總額「新醫療科技」項下新增診療項目(醫院 11 億元、西醫基層 0.5 億元)】
 - (2)第一章基本診療新增第九節醫療照護諮詢費，並移入第二節之 02020B「緩和醫療家庭諮詢費」、02028C「預立醫療照護諮商費」2 項診療項目，並放寬「緩和醫療家庭諮詢費」之適用對象至接受居家醫療照護末期病人，及開放基層院所適用(由 B 表改成 C 表)。【預算來源：115 年度其他預算「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務」】
 - (3)增列重大外傷緊急處置或手術及麻醉費加成支付規範(於放射線診療、治療處置、手術、麻醉費等節增列通則)：
 - ①2 小時內執行特定項目，得按所定點數加算百分之百。
 - ②超過 2 小時且 4 小時內執行特定項目，得按所定點數加算百分之六十。
 - ③加成獎勵費用優先分配於第一線執行人員，並每年提報獎勵費用之運用情形予保險人分區業務組。

【預算來源：115 年度其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」】

(4)修訂支付規範：增修 12081C「攝護腺特異抗原(EIA/LIA 法)」、59009B「肢體壓傷伴有創傷性出血」、68060B「經導管二尖瓣緣對緣修補術」、84038B「人工電子耳手術(人工耳蝸植入術)」等診療項目之適用範圍、執行人員等。

【預算來源：114 年度醫院及西醫基層總額「新醫療科技」項下新增診療項目(醫院 11 億元，基層 0.5 億元)】

(二)健保署

- 1.去(114)年 12 月 30 日公告「115 年度全民健康保險醫療資源缺乏地區」，並自本年 1 月 1 日生效，如附錄六(第 45~47 頁)。本次公告重點如下：115 年度醫療資源缺乏地區之施行區域共計 84 個，較 114 年度減少 1 個(115 年度施行區域新增「南投縣集集鎮」，刪除原 114 年度「苗栗縣頭屋鄉」及「嘉義縣鹿草鄉」等 2 個施行區域)。
- 2.本年 1 月 5 日公告「114 年度特殊材料價量調查結果辦理之支付點數調整事宜」，並自本年 2 月 1 日起生效，如附錄七(第 48 頁)，本次調整核價類別共 92 類，計 553 品項。經分析調整前後點數差異，重點摘要如下：

分類	核價類別	品項數	調整狀況
調升點數	4 類	5 項	調升幅度為 0.29~7.31%，其中以「嬰兒臍脈管」調升幅度最大(原為 657 點調整為 705 點)。
調降點數	88 類	548 項	調降幅度為-0.21~ -12.75%，其中以「體外血液循環管路-血漿置換」降幅最大(原為 1,780 點調整為 1,553 點)。

- 3.公告總額相關計畫如附錄八(第 49~51 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
114.12.11/ 115.1.1	全民健康 保險高血 脂醫療給 付改善方 案	<p>方案內容重點摘要如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.預算來源：由醫院總額專款項目「醫療給付改善方案」支應。 2.收案條件：18 歲以上新發生急性住院事件之出院病人，經確診為 ASCVD(動脈粥狀硬化性心血管疾病)，且風險分級為，「非常高」或「極高」之個案。 3.照護模式： <ol style="list-style-type: none"> (1)收案評估：依血脂管理臨床路徑進行初始評估，並處置各項可改善心血管風險因子(血壓、HbA1C、生活型態等衛教)，促進病人自我疾病管理能力。 (2)追蹤管理： <ol style="list-style-type: none"> ①治療後第 6~8 週檢測血脂，評估 LDL-C 是否達標，如達標則至少每 6 個月持續追蹤及治療，未達標則調整治療計畫，並於 1~3 個月內追蹤成效。 ②疾病指標之檢驗數據可採用追蹤管理日前 30 天內之結果做為評估依據。 (3)結案條件：個案病況穩定、收案追蹤滿 1 年、可歸因於病人者、收案院所退出本方案。 4.給付項目及支付標準： <ol style="list-style-type: none"> (1)新收案照護費：500 點，收案期間限申報 1 次。 (2)年度收案照護費：2,000 點，同一病人於同一院所之同一心血管事件僅得申報 1 次。 (3)成功轉介費(轉出、轉入)：各 1,000 點，限個案病況穩定後下轉，且下轉後 6 個月內 LDL-C 檢測達標，每案支付 1 次，並不得同時申報其他相關轉診獎勵。 5.品質獎勵： <ol style="list-style-type: none"> (1)品質獎勵指標：血脂追蹤檢測完成率、LDL-C 控制良率、成功下轉率。 (2)品質獎勵方式：各醫院依 3 項品質獎勵指標比率排序，再依 3 項排序之平均值排序，前 15 百分位醫院之個案獎勵 1,000 點、15~30 百分位醫院之個案獎勵 500 點。

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
114.12.17/ 115.1.1	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	配合執行年度修訂計畫實施期間，餘同 114 年度計畫。
114.12.19/ 115.1.1	全民健康 保險中醫 門診總額 照護機構 中醫醫療 照護方案	本次修訂重點如下： 1.依本會 115 年度總額協商結果，修正年度執行目標。 2.醫療服務提供方式：簡化計畫性休診程序，無須併附休診單。 3.醫療費用申報與審查：增列受有性質相同給付者，不得重複申報或請領之規範。

4.去(114)年第 2 季各部門總額每點支付金額：

- (1)牙醫門診總額，如附錄九(第 52~55 頁)。
- (2)中醫門診總額，如附錄十(第 56~59 頁)。
- (3)醫院總額，如附錄十一(第 60~63 頁)。
- (4)西醫基層總額，如附錄十二(第 64~67 頁)。
- (5)門診透析服務，如附錄十三(第 68~70 頁)。

總額別 分區別	114 年第 2 季各部門總額平均點值				
	牙醫門診	中醫門診	醫院	西醫基層	門診透析
台北	0.9543	0.9892	0.9526	0.9189	0.9737
北區	1.0429	0.9403	0.9972	0.9328	
中區	1.0307	0.9409	0.9833	0.9567	
南區	1.0716	0.9411	1.0054	0.9880	
高屏	1.0644	0.9391	0.9998	0.9644	
東區	1.1500	1.0790	1.0059	1.0446	
全區	1.0137	0.9570	0.9800	0.9469	

決定：

伍、優先報告事項

報告單位：本會第三組

案由：「115 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」核定結果及後續相關事項，請鑒察。(資料後附)

討論事項

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：115 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)，提請
討論。(資料後附)

第二案

提案單位：中央健康保險署

案由：115 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案，提請討論。

說明：

- 一、依貴會 114 年第 9 次委員會議(114.11.19)討論事項有關各部門總額一般服務之預算分配案之決議：「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各總額部門相關團體議定後，於 114 年 12 月底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」。
- 二、新增之點值保障項目，於新增當年一般服務皆有編列預算支應並納入基期隨成長率成長。另本署每年均與各部門總額相關團體議定次年度保障服務，並已於 114 年 11 月 13 日中醫研商會議、11 月 25 日牙醫研商會議、12 月 3 日門診透析研商會議、12 月 10 日醫院研商會議及 12 月 11 日西醫基層研商會議中，與各總額部門相關團體討論 115 年度一般服務之點值保障項目，牙醫門診總額未有點值保障項目。
- 三、歷年保障項目退場或修訂如下：
 - (一)藥事服務費於開辦初期即以 1 點 1 元為基期規劃保障，牙醫、西醫基層於 95 年起改以浮動點值計算，中醫及透析則自 105 年起以浮動點值計算，醫院則維持以每點 1 元支付。
 - (二)腹膜透析案件，95 年整件扣除藥費後以每點 1 元支付；96~99 年以每點 1.2 元支付；100 年起腹膜透析追蹤處理費以每點 1.1 元支付，自 103 年起改以每點 1 元支付。
 - (三)西醫基層部門論病例計酬案件，配合 114 年總額，眼科白內障手術由一般服務移列專款，前開案件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)。
 - (四)醫院部門生產案件，自 114 年起納入保障項目。

(五)考量部分季別或特定分區浮動點值大於 1，為免保障項目之點值低於當季/區一般服務浮動點值，115 年起中醫部門、透析部門增列「若當季/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」之規定。

(備註：醫院部門及西醫基層部門則考量將影響次季預算分配及點值，維持保障項目以每點 1 元支付。)

四、115 年度各部門總額一般服務之點值保障項目、保障理由及 111~113 年非浮動點數占一般服務預算比率(114 年目前結算至第 2 季)如附件(第 24~27 頁)。

擬辦：依會議決議辦理。

健保署業務窗口：黃瓊萱科長，連絡電話：02-27065866 分機 3606

.....
本會整理說明：

一、本案係健保署依本會 114 年第 9 次委員會議(114.11.19)決議，與各總額相關團體議定 115 年度各部門總額一般服務點值保障項目，提請本會討論，將於本會同意後執行(如提案說明一)。

二、健保署依委員會議決議提報內容，包含：115 年一般服務點值保障項目及支付方式、保障理由、預算編列情形及 111~113 年其占一般服務點數比率等(詳附件，第 24~27 頁)，重點如下：

(一)115 年保障項目：除牙醫門診總額循例未有點值保障項目外，其餘三總額部門及門診透析預算之保障項目及支付方式皆與 114 年度相同；惟中醫門診總額及門診透析預算另增列「若當季/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」之規定。

(二)保障項目對總額預算之影響：各總額在 111~113 年間非浮動點數占一般服務點數比率都為持平趨勢，中醫門診總額約為 0.7%、門診透析預算及西醫基層總額約為 3%、醫院總額約為 18%。

決議：

115 年度各部門總額一般服務之點值保障項目及說明

總額部門	115 年一般服務保障項目及支付方式	保障理由	當年度編列預算	近 3 年 非浮動點數 占一般服務 點數比率
				111~113 年
中醫	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.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。	1.為持續加強偏鄉醫療照護,提高資源分配公平性及保障弱勢族群就醫可近性,自 101 年起將是類案件列入保障項目。 2.考量部分分區浮動點值大於 1,為免保障項目之點值低於當區一般服務浮動點值,爰以浮動點值支付,並於次季補付差額。	1.100 年度中醫門診總額一般服務預算分配方式試辦計畫,就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予以每點 1 元支應。 2.開辦時藥事服務費以 1 點 1 元支應,惟自 105 年起改以浮動點值支應,當年預算並未扣減(105 年約 14.7 百萬元)。	111 : 0.7% 112 : 0.7% 113 : 0.7%
西醫基層	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	1.為與醫院部門同工同酬及提升論病例計酬品質,爰自 97 年起於一般服務增列「西醫基層論病例計酬合理化方案」項目,將點值差額列為費用滾入基期。【西醫基層部門論病例計酬案件,配合白內障手術由一般服務移列專款,前開案件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)。】	1.論病例計酬及血品費於 97 年總額分別編列成長率 0.465%(約 381.4 百萬元)及 0.00026%(約 21.5 萬元)。 2.提升婦產科夜間住院護理照護品質:於 103 年增列預算 59.7 百萬元。 3.開辦時藥事服務費以 1 點 1 元支應,惟自 95 年起改以浮動點值支應,當年預算並未扣減(95 年約 163.64 百萬元)。	111 : 3.6% 112 : 3.3% 113 : 3.6%

總額 部門	115 年一般服務 保障項目及支付方式	保障理由	當年度編列預算	近 3 年 非浮動點數 占一般服務 點數比率
				111~113 年
透析	<p>質」執行方案，每季各婦產科診所撥付款項=280 點×季申報總住院日數(每點 1 元支付)。</p>	<p>2.為促進供血機制合理運作，自 97 年起血品點數以每點 1 元支付。</p> <p>3.為鼓勵基層診所提供夜間婦產科醫療服務，提升夜間住院照護服務並確保醫療品質，103 年起編列「提升婦產科夜間住院護理照護品質」預算，予以點值保障。</p>		
	<p>1.腹膜透析之追蹤處理費(每點 1 元支付)。</p> <p>2.偏遠地區之門診透析服務(每點 1 元支付)。</p> <p><u>3.若當季浮動點數大於 1 元，則前開保障項目以浮動點數支付，浮動點數大於 1 元所產生之點值差額，於次季辦理追扣補付。</u></p>	<p>1.為鼓勵腹膜透析之服務及推廣，自 95 年起腹膜透析服務之追蹤處理費予以保障點值。</p> <p>2.為加強偏鄉醫療照護，保障弱勢族群就醫可近性，104 年總額公告之協定事項門診透析服務成長率含偏遠地區門診透析服務保障每點 1 元支付。</p> <p>3.考量部分季別浮動點數大於 1，為免保障項目之點值低於當季一般服務浮動點數，爰以浮動點數支付，並於次季補付差額。</p>	<p>1.95 年協商核定腹膜透析採每點 1 元核算，所需預算額度已列入成長率中。</p> <p>2.偏遠地區之門診透析服務於 104 年編列預算 60 百萬元。</p> <p>3.另開辦時藥事服務費以 1 點 1 元支應，惟自 105 年起改以浮動點數支應，當年預算並未扣減(105 年約 0.83 百萬元)。</p>	<p>111：2.8%</p> <p>112：3.1%</p> <p>113：3.0%</p>

總額部門	115 年一般服務保障項目及支付方式	保障理由	當年度編列預算	近 3 年 非浮動點數 占一般服務 點數比率
				111~113 年
醫院	1.門診、住診之藥事服務費(每點 1 元支付)。 2.門診手術(每點 1 元支付)。 3.住院手術費、麻醉費(每點 1 元支付)。 4.血品費(每點 1 元支付)。 5.主管機關公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之急診醫療服務點數(每點 1 元支付)。 6.地區醫院急診診察費(每點 1 元支付)。 7.經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院(註 2)。 8.地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)(每點 1 元支付)。 9.區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費(每點 1 元支付)。 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	1.第 1 項：藥事服務費之協商基礎為 1 點 1 元，爰維持每點 1 元(摘自 95 年 1 月 13 日貴會(前全民健康保險醫療費用協定委員會，下稱貴會)第 109 次委員會會議紀錄)。 2.第 2、3、5 及 7 項：為增進偏遠地區之醫療服務可近性及確保急重症病患就醫權益，減少同醫院管理所計算之門住診點值差異及減少門住診轉移醫療行為改變，經 94 年 6 月 10 日貴會第 102 次委員會同意之保障項目。 3.第 4 項：為促進供血機制合理運作，自 97 年起血品點值以每點 1 元支付。 4.第 6 項：為提升偏鄉及都市型地區醫院之緊急醫療照護功能，並考量其營運成本，以 106 年醫院總額醫療服務成本指數改變率之預算，就地區醫院之急診診察費保障每點 1 元。	1.開辦時藥事服務費以 1 點 1 元為計算基礎。 2.為加強急重症照護及偏遠地區醫院保障，95 年總額分別編列成長率 0.799%(1,937.5 百萬元)及 0.228%(552.88 百萬元)預算。 3.為促進供血機制合理化，97 年編列成長率 0.098%(約 258.84 萬元)(項次 4)。 4.以 106 年醫院總額醫療服務成本指數改變率之預算(135.0 百萬元)，就地區醫院之急診診察費保障每點 1 元(項次 6)。 5.110 年總額分別新增「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」及「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變」項目分別編列 5 億元及 10 億元(項次 8 及項次 9 區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費)。 6.111 年醫院總額分別於「持續推動	111：18.0% 112：18.4% 113：18.1%

總額 部門	115 年一般服務 保障項目及支付方式	保障理由	當年度編列預算	近 3 年 非浮動點數 占一般服務 點數比率
				111~113 年
	<p>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>備註： 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。</p>	<p>5.第 8、9 及 10 項：為持續推動分級醫療，壯大社區醫院，以及提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診結構改變，爰依據 110、111 年總額公告決定事項，項次 8、9、10 採固定點值支應。</p> <p>6.第 11 項：考量生產案件為剛性需求，及比照西醫基層部門保障項目，114 年一般服務保障項目新增醫院生產案件(序號 11)。</p>	<p>分級醫療，壯大社區醫院」及「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診結構改變」編列 10 億元及 20 億元預算(項次 9 區域級(含)以上醫院加護病床之診察費、病房費及項次 10)。</p> <p>7.考量生產案件係為剛性需求，爰比照西醫基層部門納入保障項目，預估經費約需 1.9 億元，以 114 年醫院總額「合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含 RBRVS)(114 年新增項目)」項目之預算(1,586.9 百萬元)支應(項次 11)。</p>	

備註：

- 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.非浮動點數不含藥費。
- 4.本統計中醫總額結算非浮動點數含保障醫療資源不足地區論量計酬之金額。

報告事項

第一案

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/規劃或執行方式，請鑒察。(資料後附)

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：114 年 12 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 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

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：張容慈

聯絡電話：02-27065866 分機：3618

傳真：02-27069043

電子郵件：A111465@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年12月17日

發文字號：健保醫字第1140666266B號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

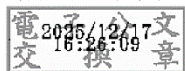
附件：如主旨 (A21030000I_1140666266B_doc3_Attach1.pdf)

主旨：有關「115年度牙醫門診總額地區分配預算」案（附件），請備查。

說明：依據本署114年11月25日召開之全民健康保險醫療給付費用
牙醫門診總額114年第4次研商議事會議決議（諒達）辦理。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：衛生福利部社會保險司、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會（均含附件）



115 年度牙醫門診總額地區預算分配方式

114 年 11 月 25 日牙醫門診總額 114 年第 4 次研商議事會議

115 年度牙醫門診總額地區預算分配方式調整，自 115 年度全民健康保險牙醫門診總額一般服務費用移撥 3.8 億元用於下列項目：

- 一、「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」(經費 2.7 億元)。
- 二、「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」(經費 0.8 億元)。
- 三、「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」(其中中區 0.2 億元、高屏區 0.1 億元經費，合計 0.3 億元)。

各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫門診總額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總額，並依 113 年第 4 季各區人口風險因子(R 值)分配至各區。

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：廖桂汎
聯絡電話：(02)8590-6666 分機：6761
傳真：02-85906048
電子郵件：hgeva520@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年1月7日
發文字號：衛部保字第1141260627A號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：為研擬116年全民健康保險醫療給付費用總額範圍，請於115
年3月13日前提供116年健保總額基期之扣減項目及額度，請
查照。

正本：本部全民健康保險會
副本：衛生福利部中央健康保險署

115.01.08



115CC00019

抄本

檔 號： 附錄三
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1月9日
發文字號：衛部健字第1153360006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：關於鈞部函示提供116年度全民健康保險醫療給付費用總額
(下稱健保總額)基期之扣減項目及額度案，復請查照。

說明：

- 一、依鈞部本(115)年1月7日衛部保字第1141260627A號函，及本會第7屆114年第5次委員會議(114.7.23)決定辦理。
- 二、有關116年度健保總額基期，涉及114年度總額核(決)定事項之預算扣減項目及其執行結果，本會業於114年第5次委員會議請中央健康保險署(下稱健保署)提報114年度總額有關預算扣減方式規劃，檢陳健保署提報之處理規劃(附件1)及決定(議事錄節錄，附件2)，敬請鈞部卓參。至後續預算扣減之實際執行結果，建請逕洽健保署提供。

正本：衛生福利部
副本：衛生福利部中央健康保險署

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115年1月6日
發文字號：衛部保字第1140158518號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：行政院核復函影本1份

主旨：行政院核定115年度全民健康保險一般保險費率維持現行費率5.17%一案，請照辦並廣為周知。

說明：

- 一、依行政院114年12月31日院臺衛字第1141036003號函辦理，影本如附件。
- 二、補充保險費率，應依全民健康保險法第33條規定，維持2.11%，不予調整。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會(均含附件)

檔 號：
保存年限：

行政院 函

地址：100009臺北市忠孝東路1段1號
電話：02-33566500

受文者：衛生福利部

發文日期：中華民國114年12月31日
發文字號：院臺衛字第1141036003號
速別：速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：所報115年度全民健康保險一般保險費率，建議維持現行
費率5.17%一案，同意辦理。

說明：復114年12月8日衛部保字第1141260549號函。

正本：衛生福利部

副本：國家發展委員會、行政院主計總處



裝

訂

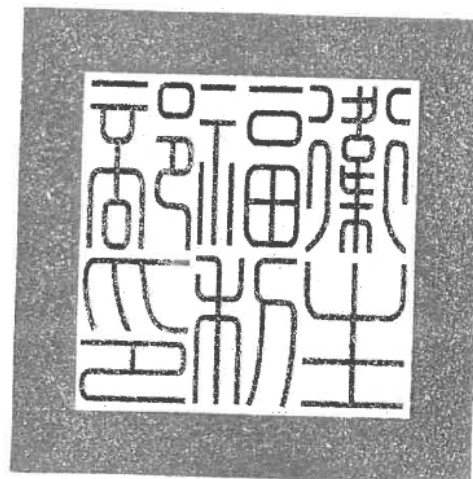
線



檔 號：
保存年限：

衛生福利部 令

發文日期：中華民國114年12月29日
發文字號：衛部保字第1141260560號
附件：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目修正規定1份



修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，並自中華民國一百十五年一月一日生效。

附修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目

部長 石崇良

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正總說明

本次醫療服務給付項目及支付標準之修正，為一百十四年第四次修正，並自一百十五年一月一日生效。修正重點說明如下：

一、第二部西醫：

(一)第一章基本診療

- 1.第二節住院及急診觀察床診察費：配合適用範圍擴大至居家醫療照護收案對象，現行規定 02020B「緩和醫療家庭諮詢費」及 02028C「預立醫療照護諮商費」二項診療項目，由第二節住院及急診觀察床診察費移列至新增章節第九節醫療照護諮詢費，配合新增通則。現行規定 02020B「緩和醫療家庭諮詢費」適用對象放寬至居家醫療照護末期病人，及開放基層院所適用，爰配合修正項目編號。
- 2.第三節病房費：配合行政院原子能委員會改制為核能安全委員會，修正 03053B「核醫病床--病房費」等三項，及第二章第一節 26078A「鐳 223 治療處置費」支付規範文字為原子能業務主管機關。

(二)第二章特定診療

1.第一節檢查：

- (1)新增 18048B「非侵入式區域腦／身體血氧飽和監測」(13,976 點)及 18049B「非侵入性連續性血壓及血液動力學目標導向監護治療」(11,467 點)二項診療項目。
- (2)修正 12081C「攝護腺特異抗原(EIA/LIA 法)」及 27052C「攝護腺特異抗原」二項支付規範。
- (3)修正第二十四項伴隨式診斷通則及第二十五項次世代基因定序通則二，定明檢測結果上傳截止日。

2.第二節放射線診療：

- (1)修正通則四，增列重大外傷急診病人緊急處置加成支付規範。

- (2)新增 36025B「低度生物等效劑量質子放射治療」(676,111 點)、36026B「中度生物等效劑量質子放射治療」(1,030,540 點)及 36027B「高度生物等效劑量質子放射治療」(1,266,499 點)三項診療項目。
- (3)修正 33146B「磁振造影使用 Primovist 造影劑加計」適用規範,PIVKA-II 納入電子化學發光免疫測定法。
- (4)修正 36022B「乳癌術後低分次照射合併局部加強照射放射治療」等二項診療項目,刪除禁忌症以符合國際臨床指引。

3.第六節治療處置：

- (1)新增通則七,增列急診病人緊急處置費加成支付規範。
- (2)新增 47109B「植入式心臟節律器參數程控調整作業」(556 點)及 47110B「植入式心臟去顫器或再同步治療參數程控調整作業」(822 點)二項診療項目。
- (3)配合 33143B 移列章節及修正編號,修正 47101B「急性缺血性腦中風處置費」支付規範執行編號。
- (4)修正 47107B「成功移除長期留置鼻胃管並恢復經口進食」支付規範,增加執行人員。
- (5)修正 59009B「肢體壓傷伴有創傷性出血」等二項診療項目中文名稱及適用範圍。

4.第七節手術：

- (1)修正通則十一,增列重大外傷急診病人緊急手術費加成支付規範。
- (2)新增 64286B「關節鏡下旋轉肌腱破裂縫合術」(29,198 點)、64287B「關節鏡下肩關節盂唇修補手術(單一部位肩盂唇修補)」(29,146 點)、68061B「經靜脈心臟再同步治療裝置植入術」(50,421 點)及 72060B「內視鏡及透視鏡導引腸胃道金屬支架置放術」(15,384 點)四項診療項目。
- (3)配合現行規定 33143B「急性缺血性腦中風機械取栓術」由第二節放

射線診療移列至本節，修正編號為 83106B。

(4)修正 68060B「經導管二尖瓣緣對緣修補術」及 84038B「人工電子耳手術(人工耳蝸植入術)」二項診療項目適用範圍。

5.第十節麻醉費：新增通則八，增列重大外傷急診病人緊急施行放射線診療、治療處置及手術，併同施行緊急麻醉費之加成支付規範。

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



46

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30日

發文字號：健保醫字第1140128360號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網擷取)



主旨：公告「115年度全民健康保險醫療資源缺乏地區」(附件)，並自一百十五年一月一日起生效。

依據：全民健康保險法第43條暨全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件第三點。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、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、台灣醫院協會、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、中華民國護理師護士公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人台灣私立醫療院所協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、台灣教會醫療院所協會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、中華民國私立地區醫院協會、行政院主計總處、地方政府衛生局、國防部軍醫局、國軍退除役官兵輔導委員會、社團法人台灣醫學資訊學會、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、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署資訊組、本署醫務管理組

署長陳亮好

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300001

115. 1. 2

115年度「全民健康保險醫療資源缺乏地區」

序號	分區業務組	區域別	序號	分區業務組	區域別
1	臺北業務組	新北市石碇區	24	北區業務組	苗栗縣銅鑼鄉
2	臺北業務組	新北市坪林區	25	北區業務組	苗栗縣卓蘭鎮
3	臺北業務組	新北市三芝區	26	中區業務組	臺中市大安區
4	臺北業務組	新北市石門區	27	中區業務組	臺中市石岡區
5	臺北業務組	新北市平溪區	28	中區業務組	彰化縣線西鄉
6	臺北業務組	新北市雙溪區	29	中區業務組	彰化縣福興鄉
7	臺北業務組	新北市貢寮區	30	中區業務組	彰化縣芬園鄉
8	臺北業務組	新北市萬里區	31	中區業務組	彰化縣埔鹽鄉
9	臺北業務組	宜蘭縣冬山鄉	32	中區業務組	彰化縣田尾鄉
10	臺北業務組	宜蘭縣五結鄉	33	中區業務組	彰化縣芳苑鄉
11	臺北業務組	宜蘭縣三星鄉	34	中區業務組	彰化縣大城鄉
12	北區業務組	桃園市觀音區	35	中區業務組	彰化縣溪州鄉
13	北區業務組	新竹縣橫山鄉	36	中區業務組	南投縣鹿谷鄉
14	北區業務組	新竹縣芎林鄉	37	中區業務組	南投縣中寮鄉
15	北區業務組	新竹縣寶山鄉	38	中區業務組	南投縣魚池鄉
16	北區業務組	新竹縣北埔鄉	39	中區業務組	南投縣國姓鄉
17	北區業務組	新竹縣峨眉鄉	40	中區業務組	南投縣集集鎮
18	北區業務組	新竹縣新埔鎮	41	南區業務組	雲林縣大埤鄉
19	北區業務組	苗栗縣南庄鄉	42	南區業務組	雲林縣元長鄉
20	北區業務組	苗栗縣西湖鄉	43	南區業務組	雲林縣水林鄉
21	北區業務組	苗栗縣造橋鄉	44	南區業務組	嘉義縣六腳鄉
22	北區業務組	苗栗縣三灣鄉	45	南區業務組	嘉義縣東石鄉
23	北區業務組	苗栗縣獅潭鄉	46	南區業務組	嘉義縣番路鄉

115年度「全民健康保險醫療資源缺乏地區」

47	南區業務組	嘉義縣大埔鄉	66	高屏業務組	屏東縣車城鄉
48	南區業務組	嘉義縣梅山鄉	67	高屏業務組	屏東縣滿州鄉
49	南區業務組	臺南市大內區	68	高屏業務組	屏東縣枋山鄉
50	南區業務組	臺南市七股區	69	東區業務組	花蓮縣鳳林鎮
51	南區業務組	臺南市將軍區	70	東區業務組	花蓮縣玉里鎮
52	南區業務組	臺南市北門區	71	東區業務組	花蓮縣壽豐鄉
53	南區業務組	臺南市楠西區	72	東區業務組	花蓮縣光復鄉
54	南區業務組	臺南市南化區	73	東區業務組	花蓮縣豐濱鄉
55	南區業務組	臺南市左鎮區	74	東區業務組	花蓮縣瑞穗鄉
56	南區業務組	臺南市龍崎區	75	東區業務組	花蓮縣富里鄉
57	高屏業務組	高雄市田寮區	76	東區業務組	臺東縣成功鎮
58	高屏業務組	高雄市永安區	77	東區業務組	臺東縣關山鎮
59	高屏業務組	高雄市六龜區	78	東區業務組	臺東縣卑南鄉
60	高屏業務組	高雄市甲仙區	79	東區業務組	臺東縣大武鄉
61	高屏業務組	高雄市杉林區	80	東區業務組	臺東縣太麻里鄉
62	高屏業務組	高雄市內門區	81	東區業務組	臺東縣東河鄉
63	高屏業務組	屏東縣萬巒鄉	82	東區業務組	臺東縣長濱鄉
64	高屏業務組	屏東縣竹田鄉	83	東區業務組	臺東縣鹿野鄉
65	高屏業務組	屏東縣崁頂鄉	84	東區業務組	臺東縣池上鄉

副本

檔 號：
保存年限：

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



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1月5日

發文字號：健保審字第1140673342號

附件：114年度全民健康保險特材支付點數調整之核價類別處理方式彙總表及114年度全民健康保險特材支付點數調整明細表各1份(請至本署全球資訊網下載)

主旨：公告114年度特殊材料價量調查結果辦理之支付點數調整事宜。

依據：「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第54條至61條。

公告事項：公布「114年度全民健康保險特材支付點數調整之核價類別處理方式彙總表」及「114年度全民健康保險特材支付點數調整明細表」，114年特殊材料價量調查支付點數調整結果自115年2月1日起生效實施。

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、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、台灣醫院協會、台灣社區醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣教會醫療院所協會、中華民國醫療器材商業同業公會全國聯合會、台灣美國商會、歐洲在臺商務協會、臺北市儀器商業同業公會、臺北市進出口商業同業公會、台灣醫療暨生技器材工業同業公會、台灣先進醫療科技發展協會、中華民國儀器商業同業公會全國聯合會、本署醫務管理組、本署各分區業務組(請轉知轄區院所)

署長陳亮妤

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300004

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年12月11日

發文字號：健保醫字第1140126650號

附件：請自行至本署全球資訊網站擷取



主旨：公告新增「全民健康保險高血脂醫療給付改善方案」，並自
中華民國一百一十五年一月一日生效。

依據：衛生福利部114年11月28日衛部保字第1141260484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、中華民國心臟學會、中華民國血脂及動脈硬化學會、台灣腎臟醫學會、社團法人台灣腦中風學會、臺灣介入性心臟血管醫學會、中華民國糖尿病學會、社團法人中華民國糖尿病衛教學會、台灣內科醫學會、台灣家庭醫學醫學會、本署各分區業務組、本署醫審及藥材組、本署企劃組

署長陳亮妤

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300301

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年12月17日

發文字號：健保醫字第1140666350號

附件：請自行至本署全球資訊網擷取



主旨：公告修訂「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」及
「全民健康保險中醫急症處置計畫」，並自115年1月1日生
效。

依據：依據本署114年11月13日全民健康保險醫療給付費用中醫門
診總額114年第3次研商議事會議決議辦理。

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



1143300307

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



17

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：健保醫字第1140666365號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網站公告欄擷取)



主旨：修訂「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」(附件)。

依據：本署114年11月13日召開全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額114年第3次研商議事會議決議辦理。

副本：中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國公立醫院協會、中華民國私立醫療院所協會、台灣醫學中心協會、台灣社區醫院協會、台灣區域醫院協會、中華民國診所協會全國聯合會、社團法人台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、勞動部勞工保險局、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部社會及家庭署、衛生福利部長照司、衛生福利部護理及健康照護司、衛生福利部心理健康司、國軍退除役官兵輔導委員會、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、基隆市衛生局、新竹市衛生局、嘉義市政府衛生局、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、宜蘭縣政府衛生局、花蓮縣衛生局、臺東縣衛生局、澎湖縣政府衛生局、金門縣衛生局、連江縣衛生局、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組

署長陳亮好

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300312

第1頁 共1頁

114 12.22

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：張容慈

聯絡電話：02-27065866 分機：3618

傳真：02-27069043

電子郵件：A111465@nhi.gov.tw



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年12月17日

發文字號：健保醫字第1140666266A號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：114年第2季「牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額
結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑
如說明，請查照。

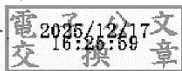
說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨114年11月25日
「全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額114年第4次研
商議事會議」決定辦理。
- 二、旨揭牙醫門診總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下
載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療
費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門
總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/牙醫總
額。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法
規定，自114年12月15日起，牙醫門診總額費用之暫付、核
付，依114年第2季結算點值辦理，並於114年12月辦理該季
點值結算後追扣補付事宜。



正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、各縣市牙醫師公會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫審及藥材組



裝

訂



線

六、修正後各分區一般服務點值之計算

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

- 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季點值(AF)
- 投保該分區核定非浮動點數(BG)
- 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]
- / 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區	= [4, 562, 849, 878 - 920, 922, 078 - 40, 780, 651 - 198, 175] / [3, 781, 656, 455 = 0. 95221473
北區分區	= [2, 039, 208, 979 - 498, 345, 254 - 6, 182, 727 - 96, 210] / [1, 480, 471, 922 = 1. 03655109
中區分區	= [2, 226, 162, 738 - 204, 123, 481 - 19, 260, 670 - 59, 307] / [1, 941, 630, 779 = 1. 03146247
南區分區	= [1, 538, 068, 274 - 243, 123, 730 - 12, 303, 667 - 61, 395] / [1, 197, 759, 706 = 1. 07081535
高屏分區	= [1, 691, 193, 060 - 178, 342, 297 - 8, 613, 281 - 27, 504] / [1, 430, 355, 897 = 1. 06367691
東區分區	= [221, 530, 646 - 38, 383, 373 - 2, 276, 952 - 14, 359] / [157, 018, 901 = 1. 15181014

2. 修正後一般服務全區浮動每點支付金額 = 加總[修正後分區一般服務預算總額(BD3)]

- 核定非浮動點數(BG)
 - 自墊核退點數(BJ)]
 - / 加總一般服務浮動核定點數(GF)
- = [12, 279, 013, 575 - 72, 191, 386 - 456, 950] / [12, 040, 404, 356 = 1. 01378366

3. 修正後一般服務分區平均點值=[修正後分區一般服務預算總額(BD3)]

臺北分區	= [4, 562, 849, 878 - 920, 922, 078 - 40, 780, 651 - 198, 175] / [3, 781, 656, 455 = 0. 95221473
北區分區	= [2, 039, 208, 979 - 498, 345, 254 - 6, 182, 727 - 96, 210] / [1, 480, 471, 922 = 1. 03655109
中區分區	= [2, 226, 162, 738 - 204, 123, 481 - 19, 260, 670 - 59, 307] / [1, 941, 630, 779 = 1. 03146247
南區分區	= [1, 538, 068, 274 - 243, 123, 730 - 12, 303, 667 - 61, 395] / [1, 197, 759, 706 = 1. 07081535
高屏分區	= [1, 691, 193, 060 - 178, 342, 297 - 8, 613, 281 - 27, 504] / [1, 430, 355, 897 = 1. 06367691
東區分區	= [221, 530, 646 - 38, 383, 373 - 2, 276, 952 - 14, 359] / [157, 018, 901 = 1. 15181014

4. 修正後一般服務全區平均點值

= [12, 279, 013, 575 - 72, 191, 386 + 456, 950] / [12, 040, 404, 356 = 1. 01370100

衛生福利部中央健康保險署

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
 列印日期：114/11/13
 頁次：36

114年第 2季
 結算主要費用年月起迄：114/04～114/06
 核付截止日期：114/09/30

5. 修正後牙醫門診總額平均點值＝加總〔依調整後分區一般服務預算總額(BD3)＋專款專用暫結金額 十 移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報暫結金額＋移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫暫結金額〕 十 專款專用已支用點數(不含品質保證保留款及獎勵金)＋核定非浮動點數(BG)＋自墊核退點數(BJ) 十 專款專用已支用點數(不含品質保證保留款及獎勵金)＋移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數〕				
臺北分區	＝[4, 562, 849, 878 + 404, 566, 209 + 7, 906, 567 + 2, 311, 508]	198, 175 + 447, 243, 825 + 2, 198, 522]	7, 906, 567]	＝0. 95057977
北區分區	＝[2, 039, 208, 979 + 159, 576, 507 + 4, 838, 476 + 6, 182, 727 + 96, 210 + 169, 848, 274 + 2, 468, 999]	59, 307 + 274, 868, 801 + 5, 827, 634]	4, 548, 963]	＝1. 03575695
中區分區	＝[2, 226, 162, 738 + 253, 982, 854 + 13, 253, 947 + 19, 260, 670 + 10, 556, 648 + 12, 909, 813]	61, 395 + 158, 987, 945 + 4, 003, 183]	12, 909, 813]	＝1. 01974080
南區分區	＝[1, 538, 068, 274 + 146, 121, 197 + 10, 556, 648 + 12, 303, 667 + 15, 720, 934 + 9, 777, 311]	27, 504 + 207, 320, 950 + 848, 301]	9, 777, 311]	＝1. 06016509
高屏分區	＝[1, 691, 193, 060 + 191, 070, 782 + 8, 673, 219 + 2, 276, 952 + 14, 359 + 41, 749, 412 + 7, 531, 205]	14, 359 + 41, 749, 412 + 17, 658, 147]	14, 723, 862]	＝1. 05033138
東區分區	＝[221, 530, 646 + 42, 135, 683 + 8, 673, 219 + 2, 276, 952 + 14, 359 + 41, 749, 412 + 7, 531, 205]	14, 359 + 41, 749, 412 + 17, 658, 147]	57, 397, 721]	＝1. 00628079
全區	＝[12, 279, 013, 575 + 1, 197, 453, 232 + 60, 949, 791 + 456, 950 + 1, 300, 019, 207 + 57, 397, 721]	456, 950 + 1, 300, 019, 207 + 57, 397, 721]		

註：1. 專款專用暫結金額＝醫療資源不足地區改善方案支支付金額＋牙醫門診總額特殊醫療服務計畫＋12-18歲青少年口腔提升試辦照護計畫＋超音波根管沖洗計畫
 十 高風險疾病口腔照護計畫＋品質保證保留款預算＋特定疾病病人牙科就醫安全計畫＋非齒源性口腔疼痛處置
 2. 品質保證保留款預算＝106年各季品質保證保留款預算＋114年品質保證保留款預算/4。

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：
 費用年月114/03(含)以前：於114/07/01～114/09/30期間核付者。
 費用年月114/04～114/06：於114/04/01～114/09/30期間核付者。
2. 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號
聯絡人：邵子川
聯絡電話：02-27065866 分機：3603
傳真：02-27069043
電子郵件：A110881@nhi.gov.tw



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年12月5日
發文字號：健保醫字第1140666128A號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：114年第2季「中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額
結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑
如說明，請查照。



說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨114年11月13日
「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額114年第3次研
商議事會議」決定辦理。
- 二、旨揭中醫門診總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下
載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療
費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門
總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/中醫總
額。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法
規定，自114年12月15日起，中醫門診總額費用之暫付、核
付，依114年第2季結算點值辦理，並於114年12月辦理點值
結算追扣補付事宜。

4.12.05



1143340265

正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、中華民國中醫師公會全國聯合會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室



裝



訂

線

程式代號：RGBI3408R02

五、調整後一般服務預算總額浮動點值之計算

1. 一般服務浮動每點支付金額	= [風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD4) - 各分區一般服務核定非浮動點數(BG) - 各分區自墊核退點數(BJ)] / 各分區一般服務核定浮動點數(BF)			
臺北分區	= [2,410,297,351	-	925,627,027	-
北區分區	= [1,080,857,760	-	463,193,401	-
中區分區	= [2,062,881,811	-	797,432,722	-
南區分區	= [1,156,006,902	-	499,627,020	-
高屏分區	= [1,311,594,005	-	546,450,585	-
東區分區	= [181,976,750	-	57,788,103	-
2. 全區浮動每點支付金額	= [加總風險調整移撥款撥補後分區一般服務預算總額(BD4) - 加總核定非浮動點數(GG) - 加總自墊核退點數(GJ)] / 加總一般服務浮動核定點數(GF)			
	= [8,203,614,579	-	3,290,118,858	-
3. 一般服務分區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)	= [風險調整移撥款撥補後分區一般服務預算總額(BD4) / [-一般服務核定非浮動點數(BF) + 該分區核定非浮動點數(BG) + 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]]			
臺北分區	= [2,410,297,351	]/[	1,510,890,457 +	925,627,027
北區分區	= [1,080,857,760	]/[	686,258,124 +	463,193,401
中區分區	= [2,062,881,811	]/[	1,394,891,154 +	797,432,722
南區分區	= [1,156,006,902	]/[	728,647,426 +	499,627,020
高屏分區	= [1,311,594,005	]/[	850,149,414 +	546,450,585
東區分區	= [181,976,750	]/[	110,854,098 +	57,788,103
4. 一般服務全區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)	= [8,203,614,579	]/[	5,281,690,673 +	3,290,118,858

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3408R02 114年第 2季 中醫師診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表 列印日期：114/11/06
 結算主要費用年月起迄：114/04～114/06 核付截止日期：114/09/30 頁次：33

5. 中醫師診總額平均點值

=[加總風險調整撥款撥補後一般服務預算總額(BD4)+專款專用暫結金額+
 醫療資源不足地區改善方案論量計酬結算金額(B4)]/[加總分區一般服務核定浮動點數(GF)+加總分區核定非浮動點數(GG)+
 加總分區自墊核退點數(CJ)+專款專用已支用點數(不含品質保證保留款及獎勵金)+資源不足地區改善方案論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B4)]

臺北分區	= [2, 410, 297, 351 + 52, 629, 204 + 6, 820, 472]	67, 523 +	51, 375, 118 +	6, 820, 472] = 0. 98996562
北區分區	= [1, 080, 857, 760 + 31, 212, 813 + 15, 838, 720]	32, 047 +	31, 056, 825 +	15, 838, 720] = 0. 94276912
中區分區	= [2, 062, 881, 811 + 109, 556, 128 + 10, 173, 209]	47, 050 +	110, 358, 733 +	10, 173, 209] = 0. 94366745
南區分區	= [1, 156, 006, 902 + 52, 223, 789 + 11, 338, 415]	27, 329 +	53, 039, 830 +	11, 338, 415] = 0. 94344237
高屏分區	= [1, 311, 594, 005 + 56, 344, 609 + 14, 941, 478]	8, 947 +	57, 592, 792 +	14, 941, 478] = 0. 94128338
東區分區	= [181, 976, 750 + 17, 375, 751 + 13, 297, 467]	9, 248 +	18, 774, 045 +	13, 297, 467] = 1. 05942024
全區	= [8, 203, 614, 579 + 319, 342, 294 + 72, 409, 761]	192, 144 +	322, 197, 343 +	72, 409, 761] = 0. 95859726

註：

1. 專款專用暫結金額 = 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫暫結金額 + 中醫提升孕產照護品質計畫暫結金額 + 癌症患者加強照護整合方案暫結金額 + 中醫急症處置計畫暫結金額 + 中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫(各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算) + 中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案 + 品質保證保留款預算

2. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 114年品質保證保留款預算 / 4
 *當年品質保證保留款全年結算金額預計於次年7月底前完成結算，爰此，上表品質保證保留款專款結算金額計算 = (106年各季預算 + 114年各季預算) × 前一年品質保證保留款全年結算金額之各分區分配金額占率。

六、說明

1. 本季結算費用年月包括：
 費用年月 114/03(含)以前：於 114/07/01～114/09/30 期間核付者。
 費用年月 114/04～114/06：於 114/04/01～114/09/30 期間核付者。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：張毓芬

聯絡電話：02-27065866 分機：2629

電子郵件：A111037@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年12月12日

發文字號：健保醫字第1140666364號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：請至本署全球資訊網自行下載



主旨：114年第2季「醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表」已公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨114年12月10日全民健康保險醫療給付費用醫院總額114年第4次研商議事會議決定辦理。
- 二、旨揭醫院總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/醫院總額。
- 三、另依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自114年12月15日起暫付、核付之醫院總額費用依114年第2季點值辦理，並於114年12月辦理點值結算追扣補付事宜。



正本：本署各分區業務組

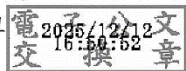
副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全

114.12.15



1143340277

國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、社團法人中華民國醫
事檢驗師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國藥師
公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、臺灣醫療暨生技器材工
業同業公會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫審
及藥材組



裝



訂

線

七、修正後各分區一般服務點值之計算

1. 非偏遠地區門住診一般服務浮動每點支付金額 =	
[調整後分區門診一般服務預算總額 (BD6) + 調整後分區住診一般服務預算總額 (BD5)	
— 加總(門住診非偏遠地區投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數 × 前季全區浮動點值)(AF1+AF3)	
— 加總((門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG3)－藥品給付協議)	
— 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定浮動點數 × 前季就醫分區平均點值)(AF2+AF4)	
— 加總(門住診當地就醫分區核定非浮動點數)(BG2+BG4)	
／ 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]	
臺北分區 = [22,908,215,493 + 28,867,561,839 -	0)
— 220,211,263 -	21,656,532] / 23,660,142,045 = 0.90228458
北區分區 = [8,567,634,694 + 11,857,464,923 -	0)
— 3,155,994,706 - (9,787,377,799 -	7,600,792] / 7,326,795,984 = 1.01421229
— 24,916,677 -	0)
中區分區 = [10,901,120,184 + 15,121,650,090 -	7,309,730] / 12,041,646,695 = 0.96952501
— 1,298,529,823 - (12,212,159,142 -	0)
— 396,652,073 -	4,693,389] / 8,560,168,382 = 1.01014461
南區分區 = [8,367,343,109 + 11,987,004,240 -	0)
— 1,688,358,885 - (9,960,584,866 -	3,365,890] / 10,143,053,786 = 1.00565554
— 29,119,271 -	0)
高屏分區 = [8,875,520,549 + 12,759,682,316 -	1,133,710] / 1,664,902,289 = 1.02448009
— 1,189,863,976 - (10,099,862,974 -	
— 84,092,836 -	
東區分區 = [1,455,882,427 + 2,483,235,785 -	
— 355,786,807 - (1,781,863,182 -	
— 62,887,453 -	
2. 非偏遠地區門住診一般服務全區浮動每點支付金額 = [調整後門診一般服務預算總額 (D6) + 調整後住診一般服務預算總額 (D5)	
— 加總((門住診核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4)－藥品給付協議)	
— 加總(門住診自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]	
／ 加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)	
= [61,075,716,456 + 83,076,599,193 - (69,680,460,269 -	0) -
= 0.96057573	

註：藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r04

114年第 2季

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄：114/04—114/06

列印日期：114/12/01

頁次：78

核付截止日期：114/09/30

=====									
3. 非偏遠地區門住診一般服務分區平均點值=[調整後分區門診一般服務預算總額(BD6)+調整後分區住診一般服務預算總額(BD5)]									
/[加總(門住診一般服務核定浮動點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)]									
+ 加總(門住診投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4)-藥品給付協議+ 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]									
臺北分區	=	[22,908,215,493 + 28,867,561,839]	/	[29,055,498,610 + 25,272,917,573 -	0 +	21,656,532]	=	0.95263492	
北區分區	=	[8,567,634,694 + 11,857,464,923]	/	[10,669,667,372 + 9,805,660,901 -	0 +	7,600,792]	=	0.99717670	
中區分區	=	[10,901,120,184 + 15,121,650,090]	/	[13,812,092,836 + 12,645,601,007 -	0 +	7,309,730]	=	0.98328988	
南區分區	=	[8,367,343,109 + 11,987,004,240]	/	[10,364,486,148 + 9,985,167,812 -	0 +	4,693,389]	=	1.00000000	
高屏分區	=	[8,875,520,549 + 12,759,682,316]	/	[11,477,716,835 + 10,157,461,974 -	0 +	3,365,890]	=	0.99845556	
東區分區	=	[1,455,882,427 + 2,483,235,785]	/	[2,101,254,500 + 1,813,651,002 -	0 +	1,133,710]	=	1.00589345	
=====									
4. 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值									
=[61,075,716,456 + 83,076,599,193]									
/ [77,480,716,301 + 69,680,460,269 -									
0 + 45,760,043]									
=====									



衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：陳怡蓓

聯絡電話：02-27065866 分機：2614

傳真：02-2706-9043

電子郵件：A111034@nh.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年12月10日

發文字號：健保醫字第1140666315號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：114年第2季「西醫基層總額各分區一般服務每點支付金額
結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑
如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨本署114年11月27日健保醫字第1140666059號函辦理。
- 二、旨揭西醫基層總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/西醫基層。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自114年12月15日起，西醫基層總額費用之暫付、核付，依114年第2季結算點值辦理，並於114年12月辦理點值結算追扣補付事宜。

正本：本署各分區業務組

114.12.11



1143340274



副本：衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、各縣市醫師公會、中華民國藥師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室



裝



訂

線

程式代號：rgbi3408r03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/11/19

114年第 2 季

核付截止日期:114/09/30

頁次：49

=====

六、調整後一般服務預算總額浮動點值之計算(含「該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)

1. 一般服務分區浮動每點支付金額 = [風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD11) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用

— 投保該分區至其他五區跨區就醫浮動核定點數 × 前季投保分區浮動點值(AF)

／ (投保該分區核定非浮動點數(BG) — 藥品給付協議) — 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]

／ 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區 = [11, 910, 417, 728 +	512, 946 — 1, 816, 908, 737 — (3, 307, 592, 189 —	9, 260, 392) —	1, 139, 214] /	7, 638, 695, 923 =	0. 88949095
北區分區 = [5, 555, 679, 954 +	3, 790, 400 — 857, 198, 999 — (1, 651, 396, 546 —	7, 294, 429) —	497, 039] /	3, 376, 517, 792 =	0. 90556970
中區分區 = [6, 553, 080, 503 +	1, 885, 494 — 422, 528, 650 — (1, 897, 055, 041 —	7, 007, 710) —	484, 645] /	4, 516, 575, 224 =	0. 93919954
南區分區 = [5, 045, 399, 653 +	11, 196, 722 — 493, 763, 824 — (1, 477, 559, 672 —	4, 572, 537) —	499, 013] /	3, 142, 300, 386 =	0. 98314802
高屏分區 = [5, 553, 614, 057 +	6, 172, 556 — 360, 499, 932 — (1, 697, 928, 843 —	7, 566, 252) —	148, 304] /	3, 691, 325, 265 =	0. 95054636
東區分區 = [696, 517, 877 +	18, 818, 370 — 87, 094, 202 — (229, 128, 616 —	840, 402) —	114, 361] /	373, 090, 616 =	1. 07169533

2. 一般服務全區浮動每點支付金額

= 加總[風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD11)

+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用

— (核定非浮動點數(BG) — 藥品給付協議)

— 自墊核退點數(BJ)]

／ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [35, 314, 709, 772 + 42, 376, 488 — (10, 260, 660, 907 — 36, 601, 722) — 2, 882, 576] / 27, 114, 698, 397 = 0. 92680893

註：藥品給付協議回數金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

114年第 2季

核付截止日期:114/04—114/06

頁次：50

3. 一般服務分區平均點值

=[風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD11)

+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用]

/[一般服務核定浮動點數(GF)+ 核定非浮動點數(BG)- 藥品給付協議+ 自墊核退點數(BJ)]

臺北分區=[11,910,417,728+ 512,946]/[9,662,364,182+ 3,307,592,189- 9,260,392+ 1,139,214]=0.91892317

北區分區=[5,555,679,954+ 3,790,400]/[4,315,406,432+ 1,651,396,546- 7,294,429+ 497,039]=0.93279616

中區分區=[6,553,080,503+ 1,885,494]/[4,961,441,509+ 1,897,055,041- 7,067,710+ 484,645]=0.95666211

南區分區=[5,045,399,653+ 11,196,722]/[3,644,633,740+ 1,477,559,672- 4,572,537+ 499,013]=0.98797927

高屏分區=[5,553,614,057+ 6,172,556]/[4,074,490,929+ 1,697,928,843- 7,566,252+ 148,304]=0.96440327

東區分區=[696,517,877+ 18,818,370]/[456,361,605+ 229,128,616- 840,402+ 114,361]=1.04464612

4. 一般服務全區平均點值

=[35,314,709,772+ 42,376,488]/[27,114,698,397+ 10,260,660,907- 36,601,722+ 2,882,576]=0.94685413

5. 西醫基層醫療給付費用總額平均點值=加總[風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD11)

+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用+ 專款專用暫結金額(註)]

/[加總分區[一般服務核定浮動點數(GF)+ 核定非浮動點數(BG)- 藥品給付協議

+ 自墊核退點數(BJ)+ 專款專用已支用點數(不含品質保證保留款及獎勵金)]

臺北分區=[11,910,417,728+ 512,946+ 556,650,620]/[9,662,364,182+ 3,307,592,189- 9,260,392+ 1,139,214+ 322,476,140]=0.93851920

北區分區=[5,555,679,954+ 3,790,400+ 303,545,402]/[4,315,406,432+ 1,651,396,546- 7,294,429+ 497,039+ 181,918,226]=0.95458946

中區分區=[6,553,080,503+ 1,885,494+ 435,622,852]/[4,961,441,509+ 1,897,055,041- 7,067,710+ 484,645+ 256,303,817]=0.98345176

南區分區=[5,045,399,653+ 11,196,722+ 339,842,660]/[3,644,633,740+ 1,477,559,672- 4,572,537+ 499,013+ 224,901,741]=1.00999760

高屏分區=[5,553,614,057+ 6,172,556+ 371,983,451]/[4,074,490,929+ 1,697,928,843- 7,566,252+ 148,304+ 249,994,473]=0.98616354

東區分區=[696,517,877+ 18,818,370+ 39,030,758]/[456,361,605+ 229,128,616- 840,402+ 114,361+ 23,190,825]=1.06555784

全區=[35,314,709,772+ 42,376,488+ 2,046,675,743]/[27,114,698,397+ 10,260,660,907- 36,601,722+ 2,882,576+ 1,258,785,222]=0.96899870

註：

1. 專款專用暫結金額= 暫時性支付(新藥、新特材)+ 提升國人視力照護品質+ C型肝炎藥費暫結金額+ 家庭醫師整合性照護計畫暫結金額

+ 醫療資源不足地區改善方案暫結金額+ 醫療給付改善方案暫結金額

+ 鼓勵院所建立轉診之合作機制暫結金額+ 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材+ 後天免疫缺乏病毒治療藥費

+ 基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫

+ 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫暫結金額

+ 精神科長效針劑藥費暫結金額+ 品質保證保留款預算

2. C型肝炎用藥專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議。

3. 罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費、精神科長效針劑藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。

4. 品質保證保留款預算=106年各季品質保證保留款預算+114年品質保證保留款預算/4

*當年品質保證保留款全年結算金額預計於次年7月底前完成結算，爰此，上表品質保證保留款專款結算金額計算

=(106年各季預算+114年各季預算)×前一年品質保證保留款全年結算金額之各分區分配金額占率。



衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：張美鳳

聯絡電話：02-27065866 分機：2605

傳真：02-27069043

電子郵件：A111423@nh.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年11月25日

發文字號：健保醫字第1140665972號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：請至本署全球資訊網擷取



主旨：114年第2季「門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明段，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定辦理。
- 二、有關114年第2季門診透析預算一般服務部門點值，前於114年11月12日以健保醫字第1140665766號函請各全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議代表書面確認在案。旨揭結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/門診透析。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自114年12月15日起，門診透析費用之暫付、核付，依114年第2季結算點值辦理，並於114年12月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。

114.11.25



1143340261



正本：本署各分區業務組

副本：白代表其怡、朱代表文洋、吳代表美儀、吳代表麥斯、宋代表俊明、李代表俊億、杜代表柏村、孟代表令好、林代表元灝、邱代表琦皓、施代表孟甫、洪代表冠予、張代表孟源、張代表禹斌、陳代表文琴、陳代表亮好、楊代表孟儒、廖代表秋鐸、劉代表碧珠、蔡代表宗昌、蔡代表順雄、顏代表大翔、羅代表永達、嚴代表必文、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、台灣腎臟醫學會、社團法人台灣基層透析協會、衛生福利部社會保險司、衛生福利部醫事司、衛生福利部全民健康保險會、社團法人中華民國腹膜透析腎友協會、財政部賦稅署、本署醫審及藥材組、本署企劃組、本署主計室、本署財務組、本署資訊組、本署承保組



程式代號：RGBI3408R05

114年第 2 季

結算主要費用年月起迄：114/04～114/06

七、一般服務浮動每點支付金額

$$\text{預算(D3)} - \text{核定非浮動點數合計(M)} - 1 \times \text{腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)}$$

核定浮動點數合計(P)

$$11,752,867,391 - 752,981,681 - 162,055,293$$

11,157,130,159

$$= 0.97138155 \quad (\text{四捨五入至小數第8位})$$

八、平均點值

預算(D3)

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

11,752,867,391

$$752,981,681 + 162,055,293 + 11,157,130,159$$

$$= 0.97355075 \quad (\text{四捨五入至小數第8位})$$

九、門診透析預算平均點值＝加總[預算(D3) + 專款專用暫結金額]

$$\div \text{加總}[\text{核定浮動點數合計(P)} + \text{腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)} + \text{核定非浮動點數合計(M)} + \text{專款專用已支用點數(不含獎勵金)}]$$

$$= [11,752,867,391 + 25,114,024]$$

$$\div [11,157,130,159 + 162,055,293 + 752,981,681 + 23,914,024] = 0.97370225$$

$$\text{註：專款專用暫結金額＝鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質計畫暫結金額＝} \quad 25,114,024$$

十、說明

本季結算費用年月包括：

1. 費用年月114/03(含)以前：於114/07/01～114/09/30期間核付者。
2. 費用年月114/04～114/06：於114/04/01～114/09/30期間核付者。

衛生福利部全民健康保險會

第 7 屆 115 年第 1 次委員會議補充資料目錄

會議時間：115 年 1 月 21 日

一、優先報告事項

「115 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(會議資料第 17 頁)----- 1

二、討論事項

第一案「115 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案
(草案)」(會議資料第 21 頁)----- 9

三、報告事項

第一案「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」(會議資料第 31 頁)---- 27

(會議資料第 17 頁)

優先報告事項

報告單位：衛生福利部

案由：「115 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，請鑒察。

說明：

一、衛福部於 115 年 1 月 20 日以衛部保字第 1141260589 號函，核定「115 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」暨「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」(如附件一，第 4~7 頁)。

二、衛福部核(決)定與健保會協定結果之差異：

(一)各總額部門醫療給付費用與其他預算額度及相關分配：

總額	項目	健保會協定結果	衛福部核(決)定結果
醫院	0~6 歲兒童醫療量能保障	1.本項額度 536 百萬元，用於保障 0~6 歲兒童醫療服務量能每點 1 元，經費如有不足，由其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」支應。	1.本項額度 536 百萬元，用於 0~6 歲兒童醫療服務量能，經費如有不足，由其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」支應。
	全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS 【自專款項目拆分】	本計畫以 5 年為檢討期限(113-117 年)，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(117 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。	本計畫以 5 年為檢討期限(114~118 年)，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(118 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。

總額	項目	健保會協定結果	衛福部核(決)定結果
	門診透析預算	3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 48,796.3 百萬元)，其中 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質，且 300 百萬元不得流用於一般服務，全年預算如有不足，則由一般服務支應。	3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 48,796.4 百萬元)，其中 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質，且 300 百萬元不得流用於一般服務，全年預算如有不足，則由一般服務支應。
西醫 基層	0~6 歲兒童醫療量能保障	1.本項額度 590 百萬元，用於保障 0~6 歲兒童醫療服務量能每點 1 元，經費如有不足，由其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」項目支應。	1.本項額度 590 百萬元，用於 0~6 歲兒童醫療服務量能，經費如有不足，由其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」項目支應。
	門診透析預算	3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 48,796.3 百萬元)，其中 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質，且 300 百萬元不得流用於一般服務，	3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 48,796.4 百萬元)，其中 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質，且 300 百萬元不得流用於一般服務，

總額	項目	健保會協定結果	衛福部核(決)定結果
		全年預算如有不足，則由一般服務支應。	全年預算如有不足，則由一般服務支應。

(二)一般服務費用之地區預算分配方式，核(決)定結果摘述如下：

- 1.牙醫門診：人口參數占率 100%，移撥款 3.8 億元。
- 2.中醫門診總額：人口參數占率 17%，移撥款 4 億元。
- 3.西醫基層總額：人口參數占率 70%，移撥款 7 億元。
- 4.醫院總額：人口參數占率門診 54%、住診 47%，移撥款 6.5 億元。

三、健保署提供 112 年~115 年之健保財務收支情形表

健保署依據 115 年度總額核(決)定結果，提供 112~115 年健保財務收支情形，預估 115 年度保險收支短絀 428 億元，至 115 年底安全準備累計餘額為 1,651 億元，約當 2.16 個月保險給付支出，如附件二(第 8 頁)。

決定：

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：廖桂汎
聯絡電話：(02)8590-6666 分機：6752
傳真：02-85906048
電子郵件：hgeva520@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年1月20日
發文字號：衛部保字第1141260589號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：

附件：附件1-115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、附件2-115年度醫療給付費用總額一般服務費之地區預算分配方式核定結果

主旨：所報「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」暨「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」案，核定如說明，復請查照。

說明：

一、復貴會114年11月4日衛部健字第1143360161號書函暨同年12月1日衛部健字第1143360174號書函。

二、115年整體醫療給付費用總額9,883.35億元，相較115年基期，成長率為5.5%，核定如下：

(一)「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」案：核定結果差異部分如附件1，餘依前述貴會書函所報協定結果。

(二)「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」案：牙醫門診依貴會所報協定結

115.01.20



115CC00069

果；中醫門診、西醫基層及醫院核定結果如附件2，未列項目依協定結果。

三、副本抄送中央健康保險署，請會同總額相關團體及本部相關單位，依核定事項，研訂及推動各新增項目之執行內容。

正本：本部全民健康保險會

副本：衛生福利部中央健康保險署(含附件)

115 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

115 年 1 月 20 日

核定結果差異部分如下表，餘依健保會書函所報協定結果：

總額	項目	協定事項
醫院	0~6 歲兒童醫療量能保障	1.本項額度 536 百萬元，用於 0~6 歲兒童醫療服務量能，經費如有不足，由其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」支應。
	全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS 【自專款項目拆分】	本計畫以 5 年為檢討期限(114~118 年)，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(118 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。
	門診透析預算	3. 門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 48,796.4 百萬元)，其中 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質，且 300 百萬元不得流用於一般服務，全年預算如有不足，則由一般服務支應。
西醫基層	0~6 歲兒童醫療量能保障	1.本項額度 590 百萬元，用於 0~6 歲兒童醫療服務量能，經費如有不足，由其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」項目支應。
	門診透析預算	3. 門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 48,796.4 百萬元)，其中 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質，且 300 百萬元不得流用於一般服務，全年預算如有不足，則由一般服務支應。

115 年度醫療給付費用總額一般服務費之地區預算分配方式核定結果

115 年 1 月 20 日

核定結果如下表，未列項目依協定結果：

總額	地區預算分配方式	風險調整移撥款
中醫門診	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%。	依協商共識。
西醫基層	預算 70% 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，30%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。	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 7 億元，作為風險調整移撥款，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。
醫院	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。	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。

112年至115年健保財務收支情形表
(115年度總額成長率公告為5.5%)

附件二

單位：億元

項目	112年	113年	114年	115年
	審定決算數		自編決算數	預估數
醫療給付費用總額	8,364	8,755	9,286	9,883
成長率	3.323%	4.700%	5.500%	5.500%
保險成本	7,771	8,110	8,334	9,167
保險收入	8,110	8,344	8,790	8,739
一、保險費收入	7,730	7,998	8,612	8,605
(一)一般保險費	6,075	6,294	6,590	6,735
(二)補充保險費	723	715	778	645
(三)政府負擔不足法定36%之差額	933	988	1,244	1,225
二、其他收入	380	347	178	134
當年保險收支餘絀	339	234	457	-428
保險收支累計餘絀	1,388	1,622	2,078	1,651
約當保險給付支出月數	2.14	2.40	2.99	2.16

製表日期：115.01.16

- 說明：1、115年依健保會114年第9次委員會議(114.11.19)討論「全民健康保險115年度保險費率方案(草案)審議案」資料之假設條件進行推估。
- 2、保險收入＝保險費收入＋其他收入。
- 3、保險成本＝醫療給付費用總額－保險對象應自行負擔之費用－代位求償獲償金額－菸捐挹注罕病等之醫療費用±調整項＋其他保險成本。
- 4、其他收入包括菸品健康福利捐及公益彩券盈餘等依法分配收入、其他補助收入、利息收入及呆帳提列(減項)等。
- 5、115年保險費率經行政院於114年12月31日函復衛生福利部同意維持現行之5.17%計算，另政府負擔不足法定36%之差額，以行政院協商確立之法律見解及計算方式為基礎。
- 6、核定之115年度全民健康保險醫療給付費用總額，係依115年度總額基期淨值約9,368.10億元為基期進行計算。
- 7、已納入以下政策之財務影響：
- (1) 114年健保投保金額分級表第一級與最高一級之金額，分別由27,470元調整為28,590元(一年挹注約53億元)及219,500元調整為313,000元(一年挹注約33億元)。
 - (2) 115年1月健保投保金額分級表第一級，由28,590元調整為29,500元(一年挹注約43億元)。
 - (3) 114年10月20日修正健保法施行細則第45條，將使政府應負擔健保總經費法定下限36%之計算，改以健保法規範者為限，並追溯自114年1月1日施行，強化政府法定財務責任，確保後續年度之財源基礎。
 - (4) 115年1月起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(即小雇主等)，自行舉證申報之投保金額，最低不得低於42,000元及其所屬員工申報之最高投保金額(一年挹注約5億元)。
- 8、因應國際情勢強化經濟社會及民生國安韌性特別預算挹注健保基金200億元尚未入帳，俟入帳時再納入推估。
- 9、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

(會議資料第 21 頁)

討論事項第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：115 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)，提請討論。

說明：

一、依全民健康保險法第 72 條規定，保險人每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案，提全民健康保險會討論後，報主管機關核定。

二、114 年度抑制資源不當耗用改善方案，經貴會第 7 屆 114 年第 1 次委員會議討論，決議請本署參考委員意見，研修 114 年度方案內容後，依法定程序陳報衛生福利部核定，於 114 年 6 月 20 日報經衛生福利部同意後實施，共分 3 大構面 8 項策略，並以 16 項管控指標衡量成效。截至 114 年第 3 季執行情形如下，全年度各指標執行值援例於 115 年 5 月份委員會議報告。

構面	策略	管控項目	全年目標值	第 3 季執行值
合理使用保險權益	強化自我照護能力	1.「全民健保行動快易通|健康存摺」APP 健康存摺/生理量測功能資料登錄人數增加率	> 5%	12%*
		2.年度健康存摺使用人次增加率	≥7%	25%*
	正確就醫觀念行為	3.門診就醫次數全年大於 90 次之保險對象就醫次數下降率	≥18%	15.51%
		4.基層與地區醫院門診占整體件數之占率	≥74.2%	72.1%
		5.非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數	≥63,486	40,945
鼓勵醫療體系間合作與轉銜服務	持續推動分級醫療	6.接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	≥30.8%	25.5%
		7.收案後居家醫療整合照護對象平均每人每月門診就醫次數較收案前減少	<0 次	-0.54 次*
	增進院所	8.與長照 2.0 之銜接率	≥58.9%	70.6%*

構面	策略	管控項目	全年目標值	第3季執行值
善用醫療資源合理使用	合作機制	9.照護機構由同一醫療院所提供醫療及長照比率	≥80%	88.1%*
	減少重複醫療利用	10.全藥類藥品重複用藥日數下降率	≥8%	-5%
		11.門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率	≥4%	0%
		12.西醫門診年復健次數>180次異常件數成長率零成長	≤0%	-7%*
	強化違規查處機制	13.違規院所訪查家次	≥465	352*
	尊重醫療自主保障善終權益	14.居家安寧照護對象在宅善終比率較前一年成長	>1%	無資料
	持續推動疾病管理	15.西醫門診病人可避免住院率	≤1.26%	1.04%
		16.住院案件出院後3日以內急診率	≤2.48%	2.62%*

註1：「*」已達114年第3季目標值，其中第13項及第16項雖低於全年目標值，但已達第3季目標值。

註2：管控項目1、2、9及14為年度指標。管控項目1及2為截至114年10月底執行值，管控項目8及9為114年第2季執行值，餘為114年第3季執行值。管控項目14現行無完整全年資料，無法與前一年度資料比較。

三、管控指標未達標後續處理說明：

- (一)「門診就醫次數全年大於90次之保險對象就醫次數下降率」(指標3)：各區業務組透過諮詢電話、衛教輔導及發送關懷函瞭解高診次個案就醫情形並強化正確就醫觀念，各分區業務組皆持續追蹤高診次個案就醫情形及加強衛教輔導。
- (二)「基層與地區醫院門診占整體件數之占率」(指標4)、「非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數」(指標5)及「接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率」(指標6)：分級醫療政策推動多年，將持續納入各界意見共同討論，且朝完善家庭醫師制度，及透過社區提供全人照護，讓民眾就近就醫，減輕大醫院的負擔，並因應各地醫療資源不同，以因地制宜彈性方式執行。
- (三)「全藥類藥品重複用藥日數下降率」(指標10)：各區業務組於共管會議中宣導重複用藥管理規範，並針對重複開立率或用藥日數高於平均值之院所加強輔導，追蹤院所HIS系統檢

核落實情形；依醫院總額方案設置核減指標，對不當重複用藥進行核減；透過發函與 VPN 通知，強調醫師開立藥品前必須查詢雲端系統。

(四)「門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率」(指標 11)：各區業務組將針對未達標醫院進行專業審查與輔導，並將指標以風險移撥款訂定獎勵指標，必要時依規定減少門診給付點數或啟動回溯審查。

(五)「西醫門診病人可避免住院率」(指標 15)：持續透過本署各分區管理措施(如回饋高住院次數個案名單予院所、定期透過共管會議請轄內院所加強初期照護服務、出院衛教及各慢性病相關計畫之個案管理)，以提升成效。

四、115 年度方案沿用 114 年架構，維持 3 大構面、8 項策略及 16 項管控指標，調整目標值共 10 項，調整說明如附件一(第 14~16 頁)，方案內容如附件二(第 17~21 頁)：

(一)提高目標值共 5 項：「2.年度健康存摺使用人次增加率」、「8.與長照 3.0 之銜接率」、「9.照護機構由同一醫療院所提供醫療及長照比率」、「13.違規院所訪查家次」及「16.住院案件出院後 3 日以內急診率」。

(二)放寬目標值共 5 項：「4.基層與地區醫院門診占整體件數之占率」、「5.非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數」、「10.全藥類藥品重複用藥日數下降率」、「11.門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率」及「15.西醫門診病人可避免住院率」。

擬辦：115 年度方案修訂內容提健保會討論通過後，依程序報部核定。

健保署業務窗口：林沁玫科長，連絡電話：02-27065866 分機 2617

.....

本會整理說明：

一、本案係健保署依全民健康保險法第 72 條之法定程序辦理。

二、依本會 114 年度工作計畫，健保署原應於 114 年第 10 次委員會

議(114.12.24)提出本案，惟該署函請延後提案，並經該次委員會議決定，同意延至本次(115.1.21)委員會議辦理。

三、經檢視健保署所送提案資料，摘述如下：

(一)114 年執行情形：16 項管控項目中，截至第 3 季除有 1 項尚無資料外，達目標值者有 8 項、尚未達目標值者有 7 項(項次 3~6、10~11、15)，健保署並已說明其後續處理方式(如第 10~11 頁)歸納如下：

- 1.持續推動分級醫療(項次 4~6)：將朝完善家庭醫師制度，透過社區提供全人照護，鼓勵民眾就近就醫，減輕大型醫院負擔，並因應各地醫療資源狀況持續推動。
- 2.正確就醫觀念行為(項次 3)、減少重複醫療利用(項次 10~11)及持續推動疾病管理(項次 15)：透過各分區業務組加強對民眾之衛教宣導、持續追蹤高診次個案就醫情形，並針對轄區內未達標院所進行專業審查與輔導及加強個案管理等措施。

至 114 年度各管控項目之全年執行情形，將援例請健保署於 115 年 5 月份委員會議(115.5.20)業務執行季報告(口頭)，提出執行結果及檢討改善策略。

(二)115 年度方案(草案)內容：大致維持與 114 年度相同，包括：架構(3 大構面與 8 項策略)及管控項目(16 項)；經該署參酌近年執行情形，擬調整如下：

- 1.提高目標值 5 項：項次 2、8、9、13、16；並酌修項次 8 文字，將「與長照 2.0 之銜接率」，調整為「與長照 3.0 之銜接率」(配合 2026 年 1 月 1 日起實施「長期照顧十年計畫 3.0」)。
- 2.放寬目標值 5 項：項次 4、5、10、11、15。
- 3.維持目標值 6 項：項次 1、3、6、7、12、14。
- 4.為利委員解讀各管控項目內容，已於 115 年 1 月 14 日請辦健保署援例說明各管控項目之計算方式(分子、分母之定義)及指標屬性(正向或負向指標)，該署回復如附件三(第 22~24 頁)。

(三)整理 115 年與 114 年各項管控項目之比較，如下表：

構面	策略	管控項目	114 年 目標值	115 年 目標值	調整情形 (註)	指標屬性 (正/負向指標)
合理使用保險權益	強化自我照護能力	1.「全民健保行動快易通|健康存摺」APP 健康存摺/生理量測功能資料登錄人數增加率(114 年增修)	>5%	>5%	—	正向
		2.年度健康存摺使用人次增加率	≥7%	≥10%	提高	正向
	正確就醫觀念行為	3.門診就醫次數全年大於 90 次之保險對象就醫次數下降率	≥18%	≥18%	—	正向
		4.基層與地區醫院門診占整體件數之占率	≥74.2%	≥74%	放寬	正向
		5.非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數	≥63,486	≥51,624	放寬	正向
鼓勵醫療體系間合作與轉銜服務	持續推動分級醫療	6.接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	≥30.8%	≥30.8%	—	正向
		7.收案後居家醫療整合照護對象平均每人每月門診就醫次數較收案前減少	<0 次	<0 次	—	負向
	增進院所合作機制	8.與長照 3.0 之銜接率	≥58.9%	≥72.8%	提高	正向
		9.照護機構由同一醫療院所提供醫療及長照服務比率(114 年新增)	≥80%	≥85%	提高	正向
善用醫療資源合理使用	減少重複醫療利用	10.全藥類藥品重複用藥日數下降率	≥8%	≥1%	放寬	正向
		11.門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率	≥4%	≥2%	放寬	正向
		12.西醫門診年復健次數>180 次異常件數成長率零成長	≤0%	≤0%	—	負向
	強化違規查處機制	13.違規院所訪查家次	≥465	≥471	提高	正向
	尊重醫療自主保障善終權益	14.居家安寧照護對象在宅善終比率較前 1 年成長(114 年新增)	>1%	>1%	—	正向
	持續推動疾病管理	15.西醫門診病人可避免住院率	≤1.26%	≤1.36%	放寬	負向
		16.住院案件出院後 3 日以內急診率	≤2.48%	≤2.46%	提高	負向

註：「—」表示 115 年之目標值維持。

四、另整理 114 年第 1 次委員會議(114.3.26)討論 114 年度草案之委員意見重點，及檢附衛福部 114 年 6 月 20 日核定健保署所報 114 年度抑制資源不當耗用改善方案函，請該署就各年度方案之提報，斟酌規劃時程，俾按本會排定時程辦理，並於年度開始即得據以執行。以上資料提供委員參閱，如參考資料(第 25~26 頁)。

決議：

115 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)修改說明

指標代號	指標名稱	目標值		調整情形	修改說明
		114 年	115 年		
1	「全民健保行動快易通|健康存摺」APP 健康存摺/生理量測功能資料登錄人數增加率	>5%	>5%	維持	
2	年度健康存摺使用人次增加率	≥7%	≥10%	提高	
3	門診就醫次數全年大於 90 次之保險對象就醫次數下降率	≥18%	≥18%	維持	
4	基層與地區醫院門診占整體件數之占率	≥74.2%	≥74%	放寬	目標值自 111 年訂定(≥74.2%)沿用迄今。依衛福部公告 114 年醫院評鑑結果，地區醫院調整(義大醫院升級醫學中心、台大生醫升級區域醫院、安泰及國仁醫院降級地區醫院)， <u>考量評鑑等級改變遞延效應，並統計近 10 年(105-114 年)占率介於 73%至 76%，已進入停滯期，114 年第 3 季降至 72.06%，爰建議 115 年目標值由 74.2%微調至 74%。</u>
5	非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數	≥63,486	51,624	放寬	1.目標值係以 110 年 Q4 件數(6 萬 3,486 件)估算並沿用迄今。經統計基層醫療院所 114 年較 110 年增加 320 家，基層醫療院所申報件數增加 12,273 千件(成長 29.8%)，西醫各層級院所整體件數成長 29.4%，基層醫療件數成長幅度高於整體。考量本署積極推動分級醫療壯大基層及家庭醫師整合性照護計畫等策略，需轉診病人亦較 110 年

指標代號	指標名稱	目標值		調整情形	修改說明
		114 年	115 年		
					減少。 2.另依醫療法第 73 條規定略以，醫院、診所因限於人員、設備及專長能力，無法確定病人之病因或提供完整治療時，應建議病人轉診。非所有區域級以上醫院病人皆須下轉。爰順應實際民眾就醫情形調整 115 年指標目標值，調整為 51,624 件(114 年 Q1 至 Q3 季平均值)。
6	接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	≥30.8%	≥30.8%	維持	
7	收案後居家醫療整合照護對象平均每人每月門診就醫次數較收案前減少	<0 次	<0 次	維持	
8	與長照 3.0 之銜接率	≥58.9%	≥72.8%	提高	
9	照護機構由同一醫療院所提供醫療及長照服務比率	≥80%	≥85%	提高	
10	全藥類藥品重複用藥日數下降率	≥8%	≥1%	放寬	1.自 106 年逐步擴大管理，逐步改善 HIS 系統，落實醫事人員調劑時，即時檢視病人重複用藥情形。 <u>推動初期均有顯著成果，自 114 年成效趨於平緩。</u> 2.經了解重複用藥係臨床需要或病人因素之故，持續列管有助於院所注重病人安全，爰 115 年目標值研擬參考近 5 年實際值，調整為較去年同期下降 1%。

指標代號	指標名稱	目標值		調整情形	修改說明
		114 年	115 年		
11	門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率	≥4%	≥ 2%	放寬	1.自 104 年逐步擴大進行管理，逐步落實查詢健保醫療資訊系統，減少就醫後病人重複檢查。 <u>推動初期均有顯著成果，自 114 年成效趨於平緩。</u> 2.經了解再次執行檢查(驗)係部分檢查屬臨床必要執行，為兼顧病人安全，再下降空間有限；且推動代謝症候群防治等計畫，需定期追蹤特定檢驗(如高/低密度脂蛋白等)，導致執行量增加。然持續列管有助於院所注重查詢健保醫療資訊系統，爰 115 年目標值研擬參考近 5 年實際值，調整為較去年同期下降 <u>2%</u> 。
12	西醫門診年復健次數>180 次異常件數成長率零成長	≤0%	≤0%	維持	
13	違規院所訪查家次	≥465	≥ 471	提高	
14	居家安寧照護對象在宅善終比率較前一年成長	>1%	>1%	維持	
15	西醫門診病人可避免住院率(註)	≤1.26%	≤ 1.36%	放寬	目標值訂定方式係依前 2 年實際值之平均或採前 1 年度實際值(以較低者計)， <u>因尚無 114 年實際值，暫以 113 年 Q4 實際值(≤1.36%)列計。</u>
16	住院案件出院後 3 日以內急診率(註)	≤2.48%	≤ 2.46%	提高	

註：項目 15 及 16 為負向指標。

115 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)

壹、依據

依全民健康保險法(以下稱健保法)第72條規定：「為減少無效醫療等不當耗用保險醫療資源之情形，保險人每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案，提健保會討論後，報主管機關核定」。

貳、說明

全民健康保險(以下稱全民健保)自全面實施總額支付制度以來，每年醫療費用控制在總額成長幅度以下，宏觀面已達費用管控目的；在微觀管控面，對於全民健保可能衍伸之醫療浪費，如看病多、拿藥多、檢查多等議題，希望保險人能積極提出良好改善對策，因此於健保法第72條訂定保險人每年擬訂抑制資源不當耗用之改善方案。

資源不當耗用，包括無效醫療及非必要醫療，常見之無效醫療為生命末期或病人處於不可逆狀態下施行之過度的醫療，徒增病人痛苦且療效不彰，惟醫療處置當下有其不確定性，臨終前的治療處置亦涉及倫理道德層面的考量，並不適合以行政手段進行管控，故本方案就末期病人之醫療，係以積極推動安寧療護為管理策略，除避免資源不當耗用外，亦保障病人醫療自主及臨終的尊嚴。

而非必要醫療則為本方案的主要管控目標，經分析可能造成醫療浪費之成因，包括：總額支付制度下論量計酬之誘因，致特約醫事機構提供保險對象過多醫療照護；醫療提供者採防禦性之醫療，增加不必要高科技醫療檢查及治療；保險對象就醫資訊傳遞未暢通，易造成就醫後重複用藥、檢驗(查)與處置的問題；就醫可近性高，少數病患有高診次就醫問題；照護體系及院所間未建立成熟之病人轉銜系統，造成整體就醫屬片斷醫療等。

綜整前述非必要醫療行為的可能原因，本方案從合理使用保險權益、鼓勵醫療體系間合作與轉銜及促進醫療資源合理使用等三面向，擬訂對應管理策略，包括：健保資源宣導、強化自我照護能力、門診高診次就醫個案輔導、持續推動分級醫療、加強審查與查核機制、減少不必要醫療利用、推動疾病管理、促進院所合作機制、照護服務之銜接等規劃藍圖，並列為每年持續推動改革之策略。

參、實施目的

降低不必要醫療資源使用，促進醫療服務效率與合理使用，保障保險對

象就醫權益，執行本方案所撙節之非必要醫療費用支出，亦將回歸健保總額，保障全民健康保險之永續經營。

肆、實施期間

本方案施行期間自115年1月1日起至115年12月31日止，執行期間將視方案特性、複雜度與執行情形，必要時將延長實施年限。

伍、實施策略及方法

本方案實施內容，包括導正就醫觀念及行為、鼓勵下載健康存摺強化自我照護能力；保險人持續推動分級醫療、精準審查及強化違規查處機制；醫事服務機構則運用雲端資料庫、避免重複檢驗(查)、用藥及治療，加強疾病管理及強化院所間之合作機制等，主要策略及方法如下：

一、合理使用保險權益

(一)強化自我照護能力

- 1.策略：提供視覺化就醫資料及與相關衛教資訊連結，強化保險對象自我照護能力。
- 2.方法：持續精進「健康存摺2.0」，並追蹤全民健保行動快易通|健康存摺APP登錄人次及使用健康存摺管理自身健康的人次，幫助保險對象即時、便利地掌握個人健康大小事，做好自我健康照顧及管理。

(二)正確就醫觀念及行為

- 1.策略：導正就醫觀念及行為，整合及提供醫療高利用保險對象醫療需求，促使合理使用保險權益。

2.方法：

- (1)以門診就醫次數 ≥ 90 次/年及各季 ≥ 40 次者為對象，依標準作業程序強化其正確就醫觀念及行為，包括寄發關懷函表達關心，提供諮詢電話，對不易接觸(失聯)者以限制全民健康保險憑證(以下稱健保卡)更新地點，取得衛教輔導之機會。另針對高診次保險對象，若經專業認定確有浮濫就醫者，則指定院所就醫；被指定就醫者，至非指定院所就醫，除情況緊急，否則不予給付。
- (2)持續推動分級醫療，除壯大基層與擴大社區醫療群服務量能與品質外，並逐步導引區域級(含)以上醫院下轉案件以減少輕症服務，以達到醫療分工及合作目的。

二、鼓勵醫療體系間合作與轉銜服務。

(一)持續推動分級醫療

- 1.策略：落實轉診及出院準備服務，導引醫院減少輕症服務。

- 2.方法：精進轉診資訊交換平台、建立轉診支付誘因、強化居家醫療及醫院出院準備之追蹤服務。

(二)增進院所之合作機制

- 1.策略：透過轉銜出院後之照護，個案參加居家醫療照護整合計畫後，由照護團隊提供個案訪視服務等，增加就醫可近性與醫療需求整合。
- 2.方法：提供以病人為中心之轉介照護及透過照護團隊提供病人整合性之全人照護等，確保照護之連續性與協調性。

三、善用醫療資源及合理使用。

(一)減少重複醫療利用：

- 1.策略：藉由健保醫療資訊系統之查詢，降低病患重複處方用藥、檢驗(查)、治療處置，提升病患就醫安全及減少重複醫療利用。
- 2.方法：
 - (1)監控全藥類藥品重複用藥日數下降率。
 - (2)監控10項重點檢驗、檢查等合理區間內之再次執行下降比率，包含CT、MRI、正子造影、腹部超音波、超音波心臟圖、低密度脂蛋白—膽固醇、杜卜勒氏彩色心臟血流圖、大腸鏡檢查、胃鏡(上消化道泛內視鏡檢查)、全套血液檢查。
 - (3)西醫門診復健異常案件管控。

(二)尊重醫療自主，保障善終權益

- 1.策略：透過居家安寧療護團隊在宅提供安寧臨終個案完整照護服務，並達在宅善終之目標。
- 2.方法：觀察居家安寧照護對象於死亡前14日之住院情形。

(三)持續推動疾病管理

- 1.策略：推動有助提升醫療照護效率及品質之支付制度，持續降低可避免住院率，並針對住院案件，監控出院後使用急診醫療利用情形，以追蹤住院期間照護品質。
- 2.方法：
 - (1)推動各項論質支付項目，如：糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調、B型及C肝炎個案追蹤、孕產婦、早期療育、慢性阻塞性肺病、慢性腎臟病(含初期及末期)等。
 - (2)監控全體住院案件出院後3日內急診比率。

(四)強化違規查處機制

- 1.策略：加強查處違規院所，防杜不實醫療申報。

2.方法：

- (1)落實一般違規案件之訪查。
- (2)規劃辦理全國性費用申報異常查核專案。
- (3)配合檢警調機關查辦重大與集團性詐領健保案件。

陸、預期效益

- 一、透過落實醫療知情權，加強保險對象正確就醫觀念及行為。
- 二、經由持續推動分級醫療政策、精進轉診平台及雲端醫療資訊之使用等，促使醫療資源使用更有效率。
- 三、減少不必要的檢驗(查)、提供有品質的臨終照護，加強疾病管理、增進院所間之合作機制，降低保險對象重複就醫情形，提升就醫醫療安全與品質，增進醫療連續性，使病患獲得適切之醫療服務，促進民眾健康。

附表、抑制資源不當耗用改善方案管控項目及目標值

構面	策略	管控項目	115年目標值
合理使用保險權益	強化自我照護能力	1.「全民健保行動快易通|健康存摺」APP 健康存摺/生理量測功能資料登錄人數增加率	> 5%
		2.年度健康存摺使用人次增加率	≥10%
	正確就醫觀念行為	3.門診就醫次數全年大於90次之保險對象就醫次數下降率	≥18%
		4.基層與地區醫院門診占整體件數之占率	≥74%
		5.非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數	≥51,624
鼓勵醫療體系間合作與轉銜服務	持續推動分級醫療	6.接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	≥30.8%
		7.收案後居家醫療整合照護對象平均每人每月門診就醫次數較收案前減少	<0次
	增進院所合作機制	8.與長照3.0之銜接率	≥72.8%
		9.照護機構由同一醫療院所提供醫療及長照比率	≥85%
善用醫療資源合理使用	減少重複醫療利用	10.全藥類藥品重複用藥日數下降率	≥1%
		11.門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率	≥2%
		12.西醫門診年復健次數>180次異常件數成長率零成長	≤0%
	強化違規查處機制	13.違規院所訪查家次	≥471
	尊重醫療自主保障善終權益	14.居家安寧照護對象在宅善終比率較前一年成長	> 1%
	持續推動疾病管理	15.西醫門診病人可避免住院率	≤1.36%
		16.住院案件出院後3日以內急診率	≤2.46%

115 年度全民健康保險抑制醫療資源不當耗用改善方案(草案)「管控項目」指標意涵及計算方式

指標代號	管控項目	指標屬性 (正/負向指標)	計算方式		備註
			分母	分子	
01	全民健保行動快易通健康存摺 APP 健康存摺生理量測功能資料登錄人數增加率	正向指標	截至 114 年 12 月 31 日資料登錄人數	115 年 12 月 31 日資料登錄人數-114 年 12 月 31 日資料登錄人數	
02	年度健康存摺使用人次增加率	正向指標	前一年度健康存摺使用人次數	當年度健康存摺使用人次數-前一年度健康存摺使用人次數	
03	門診就醫次數全年大於 90 次之保險對象就醫次數下降率	正向指標	保險對象（排除死亡、領有重大傷病卡、80 歲以上及 6 歲以下）114 年 1 至 12 月全年門診就醫次數 \geq 90 次者之就醫次數	分母對象經本署各分區業務組輔導後 115 年 1 至 12 月全年之門診就醫次數-保險對象（排除死亡、領有重大傷病卡、80 歲以上及 6 歲以下）114 年 1 至 12 月全年門診就醫次數 \geq 90 次者之就醫次數	
04	基層與地區醫院門診占整體件數之占率	正向指標	西醫門診(醫學中心、區域醫院、地區醫院與基層診所)申報總件數	分母中屬地區醫院及基層院所申報之件數加總	
05	非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數	正向指標	申報醫學中心或區域醫院回轉或下轉至地區醫院或基層院所(01034B、00192A，2 項醫令)之門(住)診醫令件數。		
06	接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	正向指標	申報健保「出院準備及追蹤管理費(02025B)」及申報急性後期整合照護計畫中結案評估費(P5113B、P5117B、P5118B、P5123B)之件數，排除出院即死亡案件(轉歸代碼為 4、A)	分母案件中，出院後 30 日內接受各類居家醫療照護、居家醫療照護整合計畫、PAC(申報「承作醫院評估費(初評) P5114B」、「轉出醫院出院準備及評估費(同/不同團隊) P5113B、P5118B」、「家庭醫師整合	

指標代號	管控項目	指標屬性 (正/負向指標)	計算方式		備註
			分母	分子	
				性照護計畫社區醫療群」之件數，並按出院人次歸戶	
07	收案後居家醫療整合照護對象平均每人每月門診就醫次數較收案前減少	負向指標	照護對象收案前、後每人每月平均門診就醫次數差異值計算		
08	與長照 3.0 之銜接率	正向指標	申報健保「出院準備及追蹤管理費(02025B)」且出院前完成長照 3.0 需求評估(包含簡表及繁表)之件數，排除於出院後 7 日(以工作日計)內死亡之個案	分母案件中，出院後 7 日(以工作日計)內接受長照 3.0 服務之件數	
09	照護機構由同一醫療院所提供醫療及長照服務比率	正向指標	簽訂「減少住宿型機構住民至醫療機構就醫方案」契約之住宿型照護機構家數。	分母之住宿型照護機構中，由同一特約醫事服務機構提供健保巡診服務並簽訂減醫方案之照護機構數。	
10	全藥類藥品重複用藥日數下降率	正向指標	去年同期全藥類藥品之重複用藥日數/去年同期全藥類藥品之總給藥日數	(當期全藥類藥品之重複用藥日數/當期全藥類藥品之總給藥日數)-(去年同期全藥類藥品之重複用藥日數/去年同期全藥類藥品之總給藥日數)	
11	門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率	正向指標	去年同期門診 10 項檢查(驗)非合理區間內再次執行醫令數/去年同期門診 10 項檢查(驗)總申報醫令數	(當期門診 10 項檢查(驗)非合理區間內再次執行醫令數/當期門診 10 項檢查(驗)總申報醫令數)-(去年同期門診 10 項檢查(驗)非合理區間內再次執行醫令數/去年同期門診 10 項檢查(驗)總申報醫令數)	
12	西醫門診年復健次數>180 次異常	負向指標	去年同期西醫門診年復健次數>180	當期西醫門診年復健次數>180 次	

指標代號	管控項目	指標屬性 (正/負向指標)	計算方式		備註
			分母	分子	
	件數成長率零成長		次之異常件數	之異常件數-去年同期西醫門診年復健次數>180 次之異常件數	
13	違規院所訪查家次	正向指標	全國特約醫療院所家數	115 年 1 至 12 月訪查特約醫療院所家數	
14	居家安寧照護對象在宅善終比率較前一年成長	正項指標	當年度居家安寧收案對象於照護期間死亡人數。	當年度接受居家安寧個案於死亡前 14 日未住院治療人數。	
15	西醫門診病人可避免住院率	負向指標	當年度各分區西醫門診病人	當年度各分區可避免住院疾病之案件	
16	住院案件出院後 3 日內急診率	負向指標	出院案件數	分母出院案件中，距離出院日 0 日至 3 日內急診的案件數(含跨院)	

委員對 114 年抑制資源不當耗用改善方案(草案)之意見

一、本會前於 114 年第 1 次委員會議(114.3.26)，討論健保署所提「114 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」，決議：請中央健康保險署參考委員所提意見，研修 114 年度方案內容後，依法定程序陳報衛生福利部核定。

二、委員意見重點如下：

- (一)歷年討論抑制資源不當耗用改善方案(草案)時，都只有各項指標的執行率，希望未來健保署可以提出量化數據供參。
- (二)分級醫療有關的指標(例如管控項目 4 及 5)可呈現分級醫療推動成果，似不宜放寬其目標值；另目標值之設定，宜有數據分析為基礎。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：李洵瑋
聯絡電話：(02)8590-6779
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hghsunwei@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年6月20日
發文字號：衛部保字第1140125283號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：所報「114年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」，同意辦理，復請查照。

說明：

- 一、復貴署114年6月12日健保醫字第1140662694號函。
- 二、經核所報方案內容業經全民健康保險會（下稱健保會）第7屆114年第1次委員會議討論，且由貴署依會議決議參考委員意見及參酌過去執行情形修正，同意照辦。
- 三、各年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案之提報，請斟酌規劃時程，俾按健保會排定時程辦理，並於年度開始即得據以執行。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：本部全民健康保險會



(會議資料第 31 頁)

報告事項第一案

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，請鑒察。

說明：

一、依衛生福利部 115 年 1 月 20 日衛部保字第 1141260589 號函核定 115 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 115 年度各部門總額依核定事項中，須提貴會報告之具體實施計畫/方案，報告本署研訂情形及內容如下：

總額別	項目	核定事項	健保署研訂情形及內容
西醫 基層	因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費	會同西醫基層總額相關團體及中華民國護理師護士公會全國聯合會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。	(一)執行內容：本預算運用方式經本署 114 年 12 月 24 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)討論，決議延續 114 年全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案，修訂為「115 年度全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案」(附件一，第 31~33 頁)。 (二)支付方式： 1.反映護理人員薪資調升之門診診察費加計獎勵： (1)支付條件及點數：限聘有護理人員且有達調薪幅度標準之西醫基層診所，申報第一階段門診診察費之案件獎勵 40 點。 (2)診所及護理人員資格：114 年 12 月底前開業之本保險特約西醫基層診所(不含 115 年新開業診所)，不限公、私立醫療機構，需至少一名護理人員當月執業登記於該診所。調升護理人員薪資人數依當月所有執業登記於基層診所之護理人員認定。

總額別	項目	核定事項	健保署研訂情形及內容
			<p>(3)調薪幅度認定標準：依衛生福利部公告 115 年度「全民健康保險投保金額分級表」，護理人員當月投保金額較 114 年 12 月薪資調升幅度增加本保險投保金額至少一投保等級，且不得低於第四投保等級(月投保金額 33,300 元)，並符合下列標準予以獎勵：</p> <p>A.115 年：當月調升聘用護理人員<u>達半數以上</u>者。</p> <p>B.116 年：</p> <p>a.當月聘有 <u>4 位以下</u>護理人員：調升<u>全數</u>護理人員薪資。</p> <p>b.當月聘有 <u>5 至 10 位</u>護理人員：調升<u>90%以上</u>護理人員薪資。</p> <p>c.當月聘有 <u>11 位以上</u>護理人員：調升<u>80%以上</u>護理人員薪資。</p> <p>(4)核發方式：由本署每季依各診所每月申報門診診察費案件勾稽實際調薪情形，計算加計點數，以每點 1 元暫付。</p> <p>2.提升護理照護品質獎勵：以本預算最後一季結餘，依各診所調升護理人員薪資之人月占率，發放予調薪人數有達本方案標準之基層診所。</p> <p>(三)品質監測指標經上開會議討論修訂如下：</p> <p>1.品質監測指標(附件二，第 34 頁)：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率。</p> <p>2.執行目標：</p> <p>(1)聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資之診所家數比率由 80%調升至 85%。</p> <p>(2)調整診所調薪幅度認定：修訂增加本保險投保金額一投保等級之操作型定義，修訂投保金額不得低於第四等級</p>

總額別	項目	核定事項	健保署研訂情形及內容
			<p>(月投保金額 33,300 元)，比較基準由 113 年 12 月調整為 114 年 12 月。</p> <p>(四)本署說明：本次方案修訂係鼓勵各西醫基層診所今(115)年度再調升護理人員薪資，爰將基期調整為 114 年 12 月，且亦調升執行目標，符合總額公告之決定事項。</p> <p>(五)本案刻依程序報請衛生福利部核定後，本署公告實施。</p>
中醫門診	中醫三高病人加強照護計畫【115 年新增項目】	於 115 年度總額公告後，會同中醫門診總額相關團體，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)，將實施方案提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。	本計畫尚在與中華民國中醫師公會全國聯合會草擬計畫內容中，預計於 115 年 2 月 12 日召開之全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 115 年第 1 次研商議事會議討論，並提共擬會議通過後，再依會議結論提報貴會。

報告單位業務窗口：許博淇科長，聯絡電話：02-27065866分機2642

成庭甄科長，聯絡電話：02-27065866分機2665

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，本次會議須提報本會 2 項「具體實施計畫/方案」，其中 1 項已完成，1 項研訂中，分項說明如下：

一、因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費：

(一)本項自 112 年度起連續 4 年於西醫基層總額一般服務編列預算(每年均增加 659.3 百萬元)，並滾入基期。

(二)115 年度總額核定事項(略以)，請中央健康保險署辦理下列事項：

- 1.會同西醫基層總額相關團體及中華民國護理師護士公會全國聯合會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。
- 2.檢討評估指標，訂定更具反映護理人員薪資或增加護理人力指標(如：診所實際護理人力雇用數、增加護理人力、在職穩定率)，以落實編列本項預算之目的。

(二)健保署提報之 115 年度具體實施方案，已依上開核定事項，提報執行內容、支付方式、評估指標及稽核機制等內容(如附件一，第 31~33 頁)，整理其與 114 年方案比較表如附件三(第 35~36 頁)供參。115 年方案已訂定持續提升護理人員薪資之作法，修正重點如下：

- 1.持續調升診察費加計獎勵至 40 點(114 年 24 點)。
- 2.調整獎勵條件之認定標準：將調升護理人員薪資之比較基期由「113 年 12 月薪資」調整為「114 年 12 月薪資」，且調薪幅度不得低於第四投保等級金額 33,300 元(114 年為 31,800 元)。
- 3.調升評估指標(同品質監測指標)目標值：聘有護理人員之診所，調升護理人員之診所家數占率由 80%調升為 85%。

二、中醫三高病人加強照護計畫：

健保署與中醫師公會全聯會尚在研訂中，請健保署儘速研議完成後，提報本會最近 1 次委員會議。

決定：

115年度全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案

115年○月○日健保醫字第0000000000號公告

壹、依據：全民健康保險會（下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的：反映基層護理人員薪資，提升護理照護品質。

參、實施期間：115年1月1日至115年12月31日。

肆、預算來源：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「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」預算6.593億，以及112年、113年、114年同項預算(基期)，共26.372億元。

伍、獎勵條件：聘有護理人員且有調升其薪資之西醫基層診所。

一、診所及護理人員資格：114年12月底前開業之全民健康保險(以下稱本保險)特約西醫基層診所(不含115年新開業診所)，不限公、私立醫療機構，且需至少一名護理人員當月執業登記於該診所；護理人員依護理人員法第2條所稱護理師及護士，且依當月所有執業登記之西醫基層診所為認定。

二、護理人員調薪幅度之認定標準：

(一)薪資認定：

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

2、本方案公告當月前(含當月)完成115年投保金額調薪申請，調薪月份自115年1月起至公告當月計算；方案公告後，次月起調薪投保金額以生效年月認定。

(二)須依衛生福利部公告115年度「全民健康保險投保金額分級表」，護理人員當月投保金額須較114年12月薪資調升幅度增加本保險投保金額至少一投保等級且不得低於第四投保等級(33,300元)，且符合下列標準予以獎勵：

1、115年：當月調升聘用護理人員達半數以上者。

2、116 年：

(1) 當月聘有 4 位以下護理人員：調升全數護理人員薪資。

(2) 當月聘有 5 至 10 位護理人員：調升 90%以上護理人員薪資。

(3) 當月聘有 11 位以上護理人員：調升 80%以上護理人員薪資。

(三)前項之計算採無條件進位，新聘之護理人員認列為調升薪資之護理人員，惟投保金額不得低於 33,300 元。

註：114 年、115 年投保金額於 31,800 元 以下者，應調升至 115 年投保金額分級表之第四投保等級(月投保金額 33,300 元，即相當最低基本工資的 1.1 倍)，其他「月投保金額(含 33,300 元)」應增加至少一投保等級。

陸、獎勵方式及核發原則

一、反映護理人員薪資調升之門診診察費加計獎勵

(一)獎勵方式：

1、符合獎勵條件之診所，依該診所申報第一段門診量內門診診察費之案件，加計獎勵 40 點。

2、前項門診診察費醫令代碼範圍：00109C、00110C、00197C、00199C、00158C、00159C、00230C、00232C、00234C、00236C、00168C、00169C、P57001、P57002。

(二)核發方式：

1、本項獎勵費用由保險人每季依各診所每月申報門診診察費案件勾稽實際調薪情形，計算加計點數，以每點 1 元暫付。

2、診所於方案公告當月前(含當月)符合調薪認定標準，115 年 1 月起至公告當月皆認定為符合本項獎勵條件。

(三)點值結算：115 年預算(含 112-114 年基期，計 26.372 億元)按季均分及結算，每點支付金額不高於 1 元，當季預算若有結餘，則留用至下季；若預算不足時，採浮動點值計算。

二、**提升護理照護品質獎勵金**：前項結算後仍有結餘，診所護理人員調薪人數符合本方案標準，依診所調升護理人員薪資人月占率核發獎勵金，並於 116 年 3 月底前完成撥付。

柒、審查方式

- 一、依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。
- 二、本方案每季撥付獎勵款項後，診所如有資料修正需求，須於款項撥付日起 1 個月內，向保險人各分區業務組提出申請並提具佐證資料，經審核通過後，不足者補付，溢付者於下次撥款時沖抵。

捌、方案管理機制

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

玖、年度執行目標：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數達 85%。

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

分母：聘有護理人員之診所家數。

玖、評估指標及稽核機制

- 一、評估指標：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資幅度達標準之比率。
- 二、稽核機制：每月勾稽每家基層診所須調升半數以上護理人員薪資達本保險投保金額次一投保等級，且不得低於 33,300 元。

壹拾、方案修正程序

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

115年全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額項目

「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」

總額別	項目 (預算金額)	品質監測指標	本署說明
西醫基層 總額 一般服務	因應基層護理 人力需求，提高 1~30人次診察 費 (659.3百萬元)	<p>一、聘有護理人員之診所，調 升護理人員薪資比率。</p> <p>二、調薪認定：診所當月調升 聘用半數以上護理人員(無 條件進位)，且投保金額不 得低於第四等級(月投保金 額33,300元)。</p> <p>*註：</p> <p><u>分子</u>：聘有護理人員之診所調 升護理人員薪資達調薪幅度之 診所家數(含新聘護理人員，且 每家基層診所須調升半數以上 護理人員數，不足一名以一名 計算)。</p> <p><u>分母</u>：聘有護理人員之診所家 數。</p>	以114年9月聘 有護理人員診 所計算，調升護 理人員薪資家 數之比率為 51.6%。

115 年度全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案
(與 114 年度方案比較，重點如劃線處)

項目		114 年	115 年
執行內容及支付方式	支付條件及獎勵點數	<p>一、反映護理人員薪資調升之門診診察費加計獎勵： 符合獎勵條件之診所，依該診所申報 <u>1 至 30 人次門診診察費之案件</u>，加計獎勵 <u>24 點</u>。每點不高於 1 元，若預算不足採浮動點值。</p> <p>二、提升護理照護品質獎勵金： 前項結算後仍有結餘，診所護理人員調薪人數符合 <u>本方案 114 年、113 年、112 年標準</u>，依診所調升護理人員薪資人月占率核發獎勵金。</p>	<p>一、反映護理人員薪資調升之門診診察費加計獎勵： 符合獎勵條件之診所，依該診所申報 <u>第一段門診量內門診診察費之案件</u>，加計獎勵 <u>40 點</u>。每點不高於 1 元，若預算不足採浮動點值。</p> <p>二、提升護理照護品質獎勵金： 前項結算後仍有結餘，診所護理人員調薪人數符合 <u>本方案標準</u>，依診所調升護理人員薪資人月占率核發獎勵金。</p>
	調薪幅度認定標準	<p>須依公告各年度「全民健康保險投保金額分級表」，護理人員當月投保金額須較 <u>113 年 12 月薪資調升幅度增加本保險投保金額至少一投保等級且不得低於第四投保等級(31,800 元)</u>，以及診所當月調升聘用護理人員達半數以上者，予以獎勵。</p> <p>註：<u>113 年及 114 年投保金額於 30,300 元以下者，應調升至 114 年投保金額分級表之第四投保等級(月投保金額 31,800 元，即相當最低基本工資的 1.1 倍)</u>，其他「<u>月投保金額(含第四投保等級)</u>」應增加至少一投保等級。</p> <p>前項之計算採無條件進位，新聘之護理人員認列為調升薪資之護理人員，惟投保金額不得低於第四投保等級(<u>31,800 元</u>)。</p>	<p>須依公告 <u>115 年度</u>「全民健康保險投保金額分級表」，護理人員當月投保金額須較 <u>114 年 12 月薪資調升幅度增加本保險投保金額至少一投保等級且不得低於第四投保等級(33,300 元)</u>，以及診所當月調升聘用護理人員達半數以上者，予以獎勵。</p> <p>註：<u>114 年、115 年投保金額於 31,800 元以下者，應調升至 115 年投保金額分級表之第四投保等級(月投保金額 33,300 元，即相當最低基本工資的 1.1 倍)</u>，其他「<u>月投保金額(含 33,300 元)</u>」應增加至少一投保等級。</p> <p>前項之計算採無條件進位，新聘之護理人員認列為調升薪資之護理人員，惟投保金額不得低於 <u>33,300 元</u>。</p>

項目		114 年	115 年
品質 監測 指標	評估 指標 (同 品質 監測 指標)	<p>聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資幅度達標準之比率 調薪認定： 診所當月調升聘用半數以上護理人員(無條件進位)，且投保金額不得低於第四等級(月投保金額<u>31,800 元</u>)。</p> <p>分子：聘有護理人員之診所調升護理人員薪資達調薪幅度之診所家數(含新聘護理人員，且每家基層診所須調升半數以上護理人員數，不足一名以一名計算)</p> <p>分母：聘有護理人員之診所家數</p>	<p>聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資幅度達標準之比率 調薪認定： 診所當月調升聘用半數以上護理人員(無條件進位)，且投保金額不得低於第四等級(月投保金額<u>33,300 元</u>)。</p> <p>分子：聘有護理人員之診所調升護理人員薪資達調薪幅度之診所家數(含新聘護理人員，且每家基層診所須調升半數以上護理人員數，不足一名以一名計算)</p> <p>分母：聘有護理人員之診所家數</p>
	執行 目標	<p>聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數達 <u>80%</u></p> <p>分子：調升護理人員薪資幅度達標準之診所家數(含新聘護理人員，且每家診所須調升半數以上護理人員數，不足一名以一名計算)</p> <p>分母：聘有護理人員之診所家數</p>	<p>聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數達 <u>85%</u></p> <p>分子：調升護理人員薪資幅度達標準之診所家數(含新聘護理人員，且每家診所須調升半數以上護理人員數，不足一名以一名計算)</p> <p>分母：聘有護理人員之診所家數</p>
	稽核 機制	<p>每月勾稽每家基層診所須調升半數以上護理人員薪資達本保險投保金額次一投保等級，且不得低於第四投保等級(<u>31,800 元</u>)。</p>	<p>每月勾稽每家基層診所須調升半數以上護理人員薪資達本保險投保金額次一投保等級，且不得低於 <u>33,300 元</u>。</p>