

衛生福利部全民健康保險會
第 7 屆 115 年第 2 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 3 月 11 日

衛生福利部全民健康保險會第 7 屆 115 年第 2 次委員會議議程

壹、主席致詞

貳、議程確認

參、確認上次(第 1 次)委員會議紀錄----- 1

肆、本會重要業務報告----- 10

伍、優先報告事項

中央健康保險署「115 年 1 月份全民健康保險業務執行季報告」(口頭報告)----- 22

陸、討論事項

各總額部門 114 年度執行成果評核之作業方式(草案)----- 25

柒、報告事項

一、「115 年度全民健康保險醫療給付費總額及其分配方式」
公告後續相關事宜----- 59

二、「友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質」具體實施方
案專案報告----- 95

捌、臨時動議

參、確認上次(第 1 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(115)年 1 月 30 日衛部健字第 1153360009 號函送
委員在案，並於同日併同會議資料上網公開。

決定：

衛生福利部全民健康保險會第7屆115年第1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1月21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：馬文娟、張琬雅

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)、吳委員銘修、吳委員鏘亮、呂委員正華(中華民國全國工業總會陳副秘書長鴻文代理)、李委員飛鵬、林委員宜平、林委員恩豪、林委員敏華(中華民國農會徐二等專員珮軒代理)、花委員錦忠、洪委員瑜黛、胡委員峰賓、張委員田黨、張委員鈺旋、許委員舒博、許委員慧瑩、連委員賢明、陳委員世岳、陳委員建宗、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、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：吳委員永全、張委員家銘、陳委員秀熙

列席人員：

本部社會保險司：陳專門委員淑華

中央健康保險署：陳署長亮好

本會：周執行秘書淑婉、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第9~15頁)

貳、議程確認：(詳附錄第16頁)

決定：

- 一、優先報告事項案由修正為「『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」。
- 二、餘照議程之安排進行。

參、確認上次(114年第10次)委員會議紀錄：(詳附錄第16頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第18~23頁)

決定：

一、本會訂於本(115)年3月25日辦理業務參訪活動，敬請委員預留時間踴躍參加。

二、委員所提平均眷口數及全民健康保險法施行細則第68條相關意見，送請中央健康保險署研議。

三、餘洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第24~30頁)

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。

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請衛生福利部參考(委員意見整理如附件一)。

陸、討論事項(詳附錄第31~40頁)

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。

決議：請中央健康保險署參考委員所提意見(整理如附件二)，研修115年度方案內容後，依法定程序陳報衛生福利部核定。

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。

決議：

- 一、照案通過。115年度各部門總額一般服務之點值保障項目，如附件三。
- 二、委員所提意見，送請中央健康保險署研參。

柒、報告事項(詳附錄第41~47頁)

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。

決定：

- 一、本案洽悉。
- 二、另有關「中醫三高病人加強照護計畫」，請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體儘速完成研訂後，提至最近1次委員會議報告。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：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)，請鑒察。

決定：本案洽悉。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：上午11時26分。

「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」 之本會委員意見摘要

一、醫院及西醫基層總額「0~6 歲兒童醫療量能保障」項目：

醫事服務提供者委員意見

- (一)協定事項係明訂保障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。其保障內容及執行方式明確，對醫療服務提供者而言獎勵明確、有利推動，且在保障每點1元下，評估保障兒童醫療服務量能的經費是否不足，操作定義明確。
- (二)衛福部核定事項刪除「保障每點1元」文字後，雖然是善意增加健保署的執行彈性，但點值浮動，具體的執行方式、經費不足與否都不明確。建議健保署與醫療服務提供相關團體討論、研訂保障0~6歲兒童醫療服務量能的具體執行方式及操作型定義，以利執行。

專家學者委員意見

健保會當初協定本項預算，用意是展現委員對於提升兒童醫療服務量能的關心與期許，希望健保署與醫療團體未來在實務操作層面，能秉持健保會當初協商的精神，朝兒童醫療服務量每點1元的方向規劃，經費不足時再由其他預算支應。

二、一般服務費用之地區預算分配方式：

付費者委員意見

- (一)依衛福部核定結果，中醫門診、醫院總額人口參數(R 值)都有前進，僅西醫基層總額未前進。依政策規劃時程，各部門地區預算的 R 值早就應該達到100%，依規劃時程西醫基層總額 R 值占率已落後，若衛福部是因為112年總額公告「未來西醫基層總額地區預算分配之人口參數比率，每2年增加1%」才不前進，並不合理，因為公告亦可解讀為至少兩年一調，但每年都可以調整。

(二)今年總額成長率很高，各區分配到的預算都增加很多，此時 R 值前進造成的衝擊相對較小，所以這時候更應該要前進，否則未來總額成長率若不如期待的高，恐被醫界以衝擊過大，做為 R 值不前進的理由，而讓問題繼續存在。建議應持續提升 R 值占率。

醫事服務提供者委員意見

- (一)善用健保資源是大家的共識，政策設計上，地區預算分配公式是採「錢跟著人走」的精神，理論上 R 值應該要走到100%。惟公式實施至今已逾20年，其分配結果與實際狀況已有很大落差，若大家同意「錢跟著人走」，但分配公式應該要檢討，政策才能獲得大家的認同。希望衛福部盡快檢討地區預算分配公式，在今年提出具體方案。
- (二)在現行地區預算分配公式下，西醫基層總額六分區點值差異大於其他部門總額。點值差異過大，會造成成本反差，對於點值低而經營成本高的地區不公，地區預算分配公式亟需檢討。醫界內部對於六區預算分配雖經多次開會，仍爭議不斷、難有共識，無法解決多年來的問題。衛福部及健保署有責任衡平各分區點值差異，希望能夠具體檢討制度，提出解決方案。

「115年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)」之本會委員意見摘要

一、不宜下修管控指標4、5之目標值，理由如下：

(一)指標4「基層與地區醫院門診占整體件數之占率」：

115年目標值擬由74.2%下修至74%，意義不大，建議維持同114年。若本指標無法設定合理目標值，建議恢復實施「區域級(含)以上醫院門診減量措施」。

(二)指標5「非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數」：

健保署雖已積極推動分級醫療壯大基層及家醫計畫等策略，惟未達原目標值前，仍有努力空間，不宜放寬目標值，建議健保署通盤考量。

二、建議另訂適合分級醫療策略分類之管控指標：

原列於「持續推動分級醫療」策略之指標6「接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率」及指標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」，與分級醫療關聯性不大，建議另訂適合分級醫療策略分類之管控指標。

三、與抑制資源不當耗用相關建議

- (一)加強對開立不實醫療證明者之查察。
- (二)研議外籍配偶家屬使用健保之管理措施。
- (三)研議對於無效醫療之停止健保給付條件。
- (四)開放藥局調劑時，可透過健保卡查詢機制確認有否重複用藥。

四、請健保署提供參考資料

- (一)指標10「全藥類藥品重複用藥日數下降率」：重複用藥日數，及重複用藥之來源，例如醫院端及診所端的占比、有插健保卡及沒插健保卡的比例等。
- (二)指標11「門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率」：重複檢查(驗)之再次執行率。

115 年度各部門總額一般服務之點值保障項目

總額 部門	保障項目及支付方式
中醫 門診	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。
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)。
門診 透析	1.腹膜透析之追蹤處理費(每點 1 元支付)。 2.偏遠地區之門診透析服務(每點 1 元支付)。 3.若當季浮動點值大於 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。
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

總額 部門	保障項目及支付方式
	<p>急診醫療服務點數(每點 1 元支付)。</p> <p>6.地區醫院急診診察費(每點 1 元支付)。</p> <p>7.經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院(註 2)。</p> <p>8.地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)(每點 1 元支付)。</p> <p>9.區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費(每點 1 元支付)(註 3)。</p> <p>10.地區醫院住院病房費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)、一般病床住院診察費、住院護理費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)(每點 1 元支付)。</p> <p>11.醫院生產案件(每點 1 元支付)。</p>

註：1.藥費依藥物給付項目及支付標準辦理，不列入。

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

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

肆、本會重要業務報告

一、本會依上次(第1次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

(一)依優先報告事項決定，於本(115)年2月3日以衛部健字第1153360017號書函，將本會委員對「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」核定結果之意見，送請衛生福利部(下稱衛福部)參考，如附錄一(第107頁)。

(二)依討論事項第一案決議，於本年2月2日以衛部健字第1153360016號書函，請中央健康保險署(下稱健保署)參考本會委員就「115年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)」所提意見，研修115年度方案內容後，依法定程序陳報衛福部核定，如附錄二(第108頁)。

(三)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計3項，依辦理情形，建議擬解除追蹤1項，繼續追蹤2項，如附表(第19~20頁)；但最後仍依委員會議定結果辦理；另個別委員關切事項，健保署回復如附錄三(第109~111頁)。

二、本會依年度工作計畫訂於本年3月25日辦理參訪活動，主題訂為「罕見疾病醫療利用及服務」，地點為罕見疾病基金會附設身障福利服務中心—罕見家園(新竹縣關西鎮)，並安排健保署報告「罕見疾病的醫療利用(含罕藥之收載及使用情形)」，計有23位委員報名參加，行程表如附件(第21頁)。

三、健保署於本年1月至2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3月4日寄至各委員電子信箱]

(一)公告總額相關計畫如附錄四(第112~125頁)，修訂重點如下表：

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
115.1.14/ 115.1.1	115 年全 民健康保 險牙醫門 診總額弱 勢鄉鎮醫	修訂重點如下： 1.修訂適用鄉鎮篩選條件，並更新附件之適用鄉鎮苗栗縣大湖鄉、高雄市阿蓮區。 2.核發原則： (1)當季該院所執行牙醫特殊醫療服務計

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
	療服務提 升獎勵計 畫	<p>畫之院所內牙醫醫療服務 2 件(含)以上者：當季屬六分區中點值最低之分區，加計 4%；其餘分區，加計 2%(原為均加計 2%)。</p> <p>(2)當季該院所執行口腔癌篩檢，且申報代辦案件-口腔黏膜檢查(案件分類 A3、醫令代碼 95、97)至少 1 件(含)者：當季屬六分區中點值最低之分區，加計 2%；其餘分區，加計 1%(原為均加計 1%)。</p> <p>(3)當季該院所執行特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)申報件數 5 件(含)以上者：當季屬六分區中點值最低之分區，加計 2%；其餘分區，加計 1%(原為均加計 1%)。</p>
115.1.14/ 115.1.14	115 年度 全民健康 保險中醫 門診總額 醫療資源 不足地區 改善方案	<p>修訂重點如下：</p> <p>1.施行區域：</p> <p>(1)無中醫醫事服務機構之鄉鎮區：新增金門縣金寧鄉；刪除新竹縣寶山鄉、苗栗縣卓蘭鎮、南投縣鹿谷鄉、嘉義縣溪口鄉，合計 78 個鄉鎮區。</p> <p>(2)一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區：新增新竹縣寶山鄉、苗栗縣卓蘭鎮、南投縣鹿谷鄉、雲林縣林內鄉、嘉義縣溪口鄉；刪除金門縣金寧鄉，合計 80 個鄉鎮區。</p> <p>2.申請資格：末段增列「…；執行方案期間，若有因違反特管辦法而停止執行本方案 2 次，五年內不得再申請執行本方案」。</p> <p>3.開業規範：特殊情況需增加巡迴次數或巡迴點之條文，調整為「…，得由巡迴院所向中全會提出申請，並由中全會將評估結果函送所轄保險人分區業務組核定…」之規定。</p> <p>4.酌修醫療費用申報之條文，配合論次費用申請表電子化，簡化執行院所作業。</p>
115.1.15/ 115.1.1	115 年度 全民健康 保險牙醫	<p>修訂重點如下：</p> <p>1.預算來源：修訂預算為 424.4 百萬元(114 年為 307.1 百萬元)。</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
	門診總額 特定疾病 病人牙科 就醫安全 計畫	2.年度執行目標：執行目標之「執行計畫院所數占率」由3成提高至6成。 3.醫療費用申報、審查及點值結算： (1)酌修同一療程不得另取卡號規定之文字為「不得為申報P3601C另取卡號」，更為明確。 (2)配合115年特定用途移撥款之用途，新增預算不足由一般服務預算之移撥經費結餘款支應之規定。 4.酌修醫師自我考評表文字。
115.1.15/ 115.1.1	115 年度 全民健康 保險牙醫 門診總額 高風險疾 病口腔照 護計畫	修訂重點如下： 1.預算來源：修訂預算為4,255.8百萬元(114年為2,800百萬元)。 2.執行目標： (1)「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達225萬人次(原為150萬人次)、照護人數不低於99萬人(原為66萬人)。 (2)「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」(P7302C)預估服務人次不低於270萬人次(原為189萬人次)、照護人數不低於143萬人(原為100萬人)。 (3)醫療費用申報、審查及點值結算：配合115年特定用途移撥款之用途，刪除移撥經費相關文字規定。
115.1.15/ 115.1.1	115 年度 全民健康 保險牙醫 門診總額 青少年口 腔提升照 護試辦計 畫	修訂重點如下： 1.計畫名稱修訂為「青少年口腔提升照護試辦計畫」，其餘條文配合修正。(原名稱為「 <u>12~18歲</u> 青少年口腔提升照護試辦計畫」) 2.預算來源：修訂預算為240百萬元(114年為171.5百萬元)。 3.年度執行目標： (1)本計畫照護人次以達成「青少年齲齒控制照護處置(P7101C)」、「青少年齲齒氟化物治療(P7102C)」合計619,000服務人次為執行目標(原為444,500人次)。 (2)提升全國12歲至18歲青少年牙醫就

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		醫率不低於 60%(原為 51%)。
115.1.16/ 115.1.1	115 年度 全民健康 保險牙醫 門診總額 醫療資源 不足地區 改善方案	<p>修訂重點如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.預算來源：由一般服務預算移撥支應之金額修訂為 270 百萬元。 2.醫療費用支付原則、申報及審查： <ol style="list-style-type: none"> (1)增訂執業計畫非於月底退出方案時保障額度之計算方式，以該月參與計畫日數占日曆日數之比例計算，管控額度之百分比不變。 (2)增列「因天災等造成醫缺巡迴繞路、增加交通路程與風險，或合併緊急醫療救助」之情形，得以升一級計算論次支付點數(四級地區以假日論次計算)，適用起迄日由分區共管會議決定。 3.修訂巡迴及執業計畫須符合「牙醫門診加強感染管制實施方案」規定之文字說明。 4.調整施行地區分級：2 地點由 1 級調升為 2 級、3 地點由 3 級調升為 4 級、1 地點由 2 級調升為 3 級。
115.1.19/ 115.1.1	115 年全 民健康保 險牙醫門 診總額品 質保證保 留款實施 方案	<p>修訂重點如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.修訂計畫及操作型定義之年度。 2.修訂專業獎勵指標(四)「全口牙結石清除」操作型定義有關「高風險疾病病人(原為患者)牙結石清除-全口(91090C)」之醫令名稱。
115.1.19/ 115.1.1	全民健康 保險提供 保險對象 收容於矯 正機關者 醫療服務 計畫	<p>修訂重點如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.論次計酬費用支付規範加註「應包含醫師」之文字。 2.修正承作獎勵金之核發數：各矯正機關(含分監)之核發數介於 0 萬至 150 萬點(原為 0 萬至 100 萬點)。 3.修正計畫點值結算方式：門診透析依規定結算，餘醫療服務項目以每點 1 元支付，預算不足時由其他預算「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」支應。 4.評核指標刪除「收容對象滿意度」及「C

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>肝全口服抗病毒藥物治療率」，並新增「門診疥瘡投藥率」。</p> <p>5.酌調承作獎勵金之指標定義與權重標準。</p> <p>6.附件 11 納入「醫療人員進入矯正機關安全指引」，刪除「每 3 天於矯正機關內提供至少 1 診次門診」文字。</p>
115.1.20/ 115.1.1	115 年度 全民健康 保險西醫 基層總額 品質保證 保留款實 施方案	<p>修訂重點如下：</p> <p>1.獎勵指標：</p> <p>(1)新增 1 項指標「診所預防保健執行率應超過該年度所屬科別 20 百分位，即>20 百分位」及其操作型定義。</p> <p>(2)刪除 1 項指標「健保卡處方登錄差異率\leq8%」。</p> <p>2.核發原則：修訂為符合獎勵指標第 1、3~5 項各核發權重 18%，第 4、8~10 項各核發權重 6%，其餘指標各核發權重 2%。</p> <p>3.其餘配合年度修訂獎勵指標註之操作型定義，餘同 114 年度方案。</p>
115.1.22/ 115.1.1	全民健康 保險地區 醫院全人 全社區照 護計畫	<p>修訂重點如下：</p> <p>1.計畫評核指標：</p> <p>(1)接受生活習慣諮商或衛教率：每次諮商或衛教紀錄「併入會員病歷留存備查」，修正為「留存備查」。</p> <p>(2)B、C 肝炎篩檢率：配合國健署調整篩檢年齡，由「45 歲以上未滿 80 歲者、原住民 40 歲以上未滿 80 歲者」，修正為「民國 75 年(含)以前出生至 79 歲、原住民提前至 40 歲」。</p> <p>2.計畫管理機制：增列「保險人定期提供參與醫院各項評核指標達成情形，以提升照護品質」規範。</p>
115.1.23/ 115.2.14	115 年度 全民健康 保險春節 加成獎勵 方案	<p>新增方案重點摘要如下：</p> <p>1.實施期間：115 年 2 月 14 日至 115 年 2 月 22 日。</p> <p>2.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」53.11 億元。</p> <p>3.獎勵對象：本保險特約醫院、西醫基層診所及藥局。</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>4.春節加成獎勵方式：</p> <p>(1)門診：「門診診察費」及「藥事服務費」除夕至初三加成 100%、初四及初五加成 50%、小年夜及其餘連假加成 30%。</p> <p>(2)急診及住院，額外加計 100%，加計項目如下：</p> <p>①「急診診察費／護理費」、「住院診察費」、「護理費」及「藥事服務費」(包含論日支付案件)等項目。</p> <p>②一般慢性精神病床住院照護費：以各該層級別適用之「慢性病床住院診察費、護理費及藥事服務費點數總和」加計。</p> <p>③精神科日間住院治療費：以各該診療項目「支付點數之 8 成」加計。</p> <p>(3)其他案件：</p> <p>①門診血液透析(58027C 急重症透析、58029C 一般透析)：額外加計 2%。</p> <p>②門診靜脈抗生素治療(OPAT)處置費(39027C 每天注射 1 次、39028C 每天注射 2 次以上、39030C 使用輸液器 1 日型)：依其內含之醫事人力相關費用(支付點數之 50%)，額外加計 100%。</p> <p>5.訂有 6 項預期效益之評估指標。</p> <p>6.獎勵金撥付規範：</p> <p>(1)依春節加成獎勵方式所列項目計算後，須分配 8 成以上予相關人員。</p> <p>(2)各醫院總獎勵金之 2 成為評估指標達標獎勵，115 年第 1 季評估指標達標即撥付。</p>
115.2.4/ 115.1.1	115 年度 全民健康 保險西醫 醫療資源 不足地區 改善方案	<p>修訂重點如下：</p> <p>1.修訂施行區域：115 年 129 個(較 114 年增加 3 個)</p> <p>(1)增加 3 個地區：桃園市觀音區、屏東縣麟洛鄉及萬巒鄉。</p> <p>(2)由第 2 級調整為第 3 級地區 1 個：雲林縣水林鄉松中村。</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>(3)開放診所及醫院共同申請 2 個：新北市石門區及雙溪區。</p> <p>2.修訂開業計畫之相關規定：</p> <p>(1)針對開業計畫診所未達保障額度者，須執行每年至少 10 名之代謝症候群計畫、醫療給付改善方案個案，明訂收案計算方式，增列「收案名額為已收案並依照護時程追蹤者列計」。</p> <p>(2)調升開業計畫之各級施行地區保障額度，第一~三級分別 25、30、40 萬點。(皆較 114 年增加 5 萬點)</p> <p>(3)增訂醫事機構非於月底退出本方案，其該月保障額度的計算方式之管理原則。</p> <p>3.修訂巡迴計畫之支付原則：因應天然災害臨時宣布之停止上班(課)日，非屬人事行政總處公告之例假日，醫事人員報酬應按一般日規定辦理。</p>
115.2.9/ 115.1.1	全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	<p>修訂重點如下：</p> <p>1.原規定含藥費及不含藥費之加強照護費用需≥ 28天始得相互轉換，增列「療程結束且用藥結束後另開療程時不在此限」規定。</p> <p>2.調整年度、酌修部分文字，以臻明確。</p>
115.2.12/ 115.1.1	全民健康保險乳癌照護品質提升方案	<p>本項為新增方案：</p> <p>本方案追溯自 115.1.1 生效，另原已參與「乳癌醫療給付改善方案」之醫院，得繼續參加原方案或申請參加本方案。重點摘要如下：</p> <p>1.預算來源：醫院總額專款項目「醫療給付改善方案」(2,618.5 百萬元)支應。</p> <p>2.參與醫院資格：每年新診斷乳癌人數達 20 人者，且須成立乳癌診療團隊。</p> <p>3.收案對象：新診斷或首次復發之乳癌病人(安寧療護個案除外)。</p> <p>4.獎勵措施：本方案採分階段獎勵模式。</p> <p>(1)實施初期：先執行「新收個案整合照護」及「追蹤照護」獎勵，鼓勵醫院收案管理照護並登錄個案資料，建置全國性之乳癌照護基準數據。</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		①新收個案整合照護：依個案之病理/臨床期別，每例 800~2,000 點。 ②追蹤照護：每年 250 點。 ③參與醫院應至健保資訊網服務系統 (VPN)完成登錄「個案基本資料」、「診斷病理」、「治療療程」及「追蹤」、「品質監控指標」等資訊。 (2)第二階段：推行論品質計酬，設計獎勵機制，鼓勵醫院提升照護品質。 (3)本方案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。 5.品質資訊：訂有結構面、過程面、結果面等 20 項品質監控指標，健保署得公開醫院名單及相關品質資訊，供民眾參考。

(二)本年 1 月 9 日、2 月 3 日公告 115 年「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等 7 項中醫醫療照護計畫(含子計畫)，自本年 1 月 1 日、2 月 1 日起新增之承作院所及醫師名單，如附錄五(第 126~127 頁，名單已置於該署全球資訊網)，各分區承辦院所數、醫師數(人次)統計如附錄六(第 128~129 頁)。

(三)本年 2 月 4 日檢送 114 年第 2 季其他預算結算說明表，公文如附錄七(第 130 頁)，114 年全年經費 20,883.7 百萬元，114 年第 1~2 季結算數 6,856.1 百萬元，整理預算執行情形如附錄八(第 131 頁)供參考。

(四)114 年 12 月至 115 年 2 月份公告暫予支付及修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分項目重點摘要如下：

1.藥品部分：計 28 件，其中 9 件為新藥收載(含罕見疾病藥品 1 件)、9 件為已收載藥品給付規定異動、10 件為其他(新收

載品項暫予支付、已收載品項支付標準異動)。

2.特材部分：計 8 件，其中 2 件為新特材收載、3 件為已收載特材給付規定異動、3 件為其他(新增既有功能類別品項、已收載品項支付標準異動、刪除連續 3 年無醫令申報量品項)。

決定：

上次(第 1 次)委員會議繼續列管追蹤事項

一、擬解除追蹤(共 1 項)

項次	案由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	本會重要業務報告	委員所提平均眷口數及全民健康保險法施行細則第 68 條相關意見，送請中央健康保險署研議。	於 115 年 2 月 2 日請辦健保署。	健保署回復： 1.有關依全民健康保險法施行細則第 68 條規定公告事項，本署每年均依規定將計算結果報請衛生福利部核定，考量原已公告仍屬有效，爰援例將有調整事項辦理公告。 2.針對委員之建議，本署於本(115)年辦理時將一併陳報衛生福利部參考。 3.建議解除追蹤。	解除追蹤	—

二、擬繼續追蹤(共 2 項)

項次	案由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	討論事項第 1 案： 115 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)。	請中央健康保險署參考委員所提意見(整理如附件二)，研修 115 年度方案內容後，依法定程序陳報衛生福利部核定。	於 115 年 2 月 2 日請辦健保署。	健保署回復： 本署刻正彙整相關資料，並參考委員意見研修 115 年度方案，俟修正後依程序陳報衛生福利部核定。	1.繼續追蹤 2.於衛福部核定後解除追蹤。	115 年 4 月
2	報告事項第 1 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。	另有關「中醫三高病人加強照護計畫」，請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體儘速完成研訂後，提至最近 1 次委員會議報告。	於 115 年 2 月 2 日請辦健保署。	健保署回復： 本案預訂依流程依序提至 115 年 2 月 12 日中醫研商議事會議及 3 月 26 日支付標準共擬會議。並將於會後提至最近 1 次委員會議報告。	1.繼續追蹤 2.於健保署提至委員會議報告後解除追蹤。	115 年 4 月

衛生福利部全民健康保險會 115 年業務參訪活動

日期：115 年 3 月 25 日(星期三)

地點：罕見疾病基金會附設身障福利服務中心－罕見家園(新竹縣關西鎮東平里
9 鄰小東坑 7 之 6 號)

時間	內容	地點
~09:30	集合	衛生福利部
09:30~11:00 (90 分鐘)	路程(衛生福利部→罕見家園)	
11:00~11:20 (20 分鐘)	中央健康保險署報告：罕見疾病的醫療利用 (含罕藥之收載及使用情形)	多功能教室
11:20~11:40 (20 分鐘)	罕見家園介紹	
11:40~11:50 (10 分鐘)	大合照	中庭
11:50~12:50 (60 分鐘)	午餐	餐廳
12:50~14:20 (90 分鐘)	園區參訪(含與學員互動) A 組：時光迴廊(10 分)→農場、溫室(5 分)→基因教育中心(15 分)→福祉設備示範中心(20 分)→感統教室(5 分)→療癒花園(5 分)→體適能室 B 組：感統教室(5 分)→療癒花園(5 分)→時光迴廊(10 分)→農場、溫室(5 分)→基因教育中心(15 分)→福祉設備示範中心(20 分)→團體諮商室	全區
14:20~15:20 (60 分鐘)	委員意見交流	多功能教室
15:20~	賦歸	

伍、優先報告事項

報告單位：中央健康保險署

案由：中央健康保險署「115年1月份全民健康保險業務執行季報告」，請鑒察。(資料由中央健康保險署另行提供)

報告單位各項業務窗口：詳如業務執行報告內附

.....

本會整理說明：

- 一、依 102 年 2 月 22 日委員會議決定及 115 年度工作計畫，為提高議事效率，本項例行性業務報告，書面資料須每月提供，但口頭報告改採季(每年 2、5、8、11 月)報方式辦理。
- 二、參照 106 年 10 月 27 日委員會議之委員建議，健保署業務執行季報告之口頭報告，有其重要性，爰列為優先報告事項。
- 三、本次進行口頭報告，並依年度工作計畫提報以下事項：
 - (一)於每年第 1 季業務執行報告時提報，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)。
 - (二)併同於 2、5、8、11 月季報告呈現分級醫療執行情形及成效檢討(含結果面指標及監測結果)、急診品質提升方案指標執行結果。

決定：

討論事項

提案單位：本會第三組

案由：各總額部門 114 年度執行成果評核之作業方式(草案)，提請討論。

說明：為落實檢討與回饋機制，確保健保資源投入之效益，循例本會每年均於協商下一年度總額前，辦理前一年度的總額執行成果評核作業，由健保署及四總額部門提送前一年度之執行成果資料，邀請評核委員進行審閱，就總額運作及執行效益提出嘉勉意見及改進建議，並對評核結果成效優良之總額部門，於次年度總額酌給品質保證保留款獎勵額度，評核建議則列為總額協商參據。

為使評核作業有所遵循，本會均事先議定各項作業內容，乃提出本討論案，本案計有下列 3 項討論子題，將依序說明內容：

壹、議定「各總額部門 114 年度執行成果評核之作業方式」。

貳、討論「114 年度總額評核結果之獎勵標準」議定時間點。

參、確認各總額部門及健保署之「115 年度重點項目與績效指標(含目標值)」。

壹、議定「各總額部門 114 年度執行成果評核之作業方式」

一、研擬 114 年度執行成果評核之作業方式(草案)：

為精進評核作業方式，本會參照前一年度評核作業方式及辦理經驗，並遵循衛福部資安規定，以簡化及明確作業為原則，預擬 114 年度執行成果評核內容(草案)，並於 115.1.20 函請四總額部門及健保署提供意見，經各機關(構)函復均無修正建議。本會乃完成擬具「各總額部門 114 年度執行成果評核之作業方式(草案)」如附件一(第 30~45 頁)，修訂重點說明如下(修正處如附件一之劃線處)：

(一)貳、辦理方式：(如附件一之「貳、二、評核會議之資料」，第 30~31 頁)

於「二、評核會議之資料」增訂：(四)依衛福部資安規定，評核

過程請各部門、健保署及評核委員配合本會訂定之「全民健康保險會遵循『衛生福利部可攜式媒體(USB 隨身碟)管控措施』相關會議資安作業原則」(如附件一之附件，第 45 頁)。

(二)參、評核項目與配分(含提報內容格式)：(如附件一之「參、評核項目與配分」及其附表一~四，第 32~33、35~44 頁)

評核項目與配分主要參照前一年作業方式，並配合前一年度總額部門意見反映及評核作業時程檢討，酌修評核項目、提報內容與作業時程，修訂重點如下：

1.壹、年度重點項目執行成果與未來規劃：

整併項目，減少評核報告內容重複：刪除「二、近 3 年總額核(決)定項目 KPI 之執行檢討及指標研修」項目，將其內容併入「貳、一般服務項目執行績效」及「參、專款項目執行績效/成果」中，併同提報執行成效。

2.貳、一般服務項目執行績效及附表一報告大綱：

(1)配合第 1 項說明，納入整併內容：於「四、協商因素項目之執行情形」併入 KPI 之執行檢討內容，故增訂為「四、協商因素項目之執行情形(含總額核(決)定項目 KPI 之執行檢討)」。

(2)精簡提報項目：考量「五、總額之管理與執行績效」項下之「(六)其他」，近年各總額部門均未有提報內容，故予刪除。

3.參、專款項目執行績效/成果及附表二報告大綱：

配合第 1 項說明，納入整併內容：於「執行情形及成效評估」項目，併入 KPI 之執行檢討內容，故增訂「含總額核(決)定項目 KPI 之執行檢討」，並修訂附表二註 3 之說明。

(三)伍、115 年評核作業時程表：(如附件一之「伍、115 年評核作業時程表」，第 34 頁)

1.依年度工作計畫，訂於本年 7 月 20、21 日召開「各總額部門 114 年度執行成果發表暨評核會議」，據以推估各項作業時程。

2. 健保署提報之上冊，主要為各部門總額執行結果的客觀資料(服務情形、滿意度調查及品質監測等統計結果)，各總額部門需以其為基礎，撰寫書面報告之執行情形及檢討與改善措施等，爰請健保署依時程準時提供，以利各總額部門後續提報書面資料。
3. 過去年度規劃健保署提供上冊時間為 5 月下旬，惟該署因費用結算因素均延至 6 月提供，建議依實際情形調整，並明訂作業時點，健保署提供上冊時間訂為 6 月 8 日；四總額部門提送書面報告及健保署提送下冊時間配合調整為 6 月 22 日(評核會議前 1 個月)。

二、綜上，擬具 114 年度執行成果評核之作業方式(草案)如附件一(第 30~45 頁)，請討論。

貳、討論「114 年度總額評核結果之獎勵標準」議定時間點

- 一、為鼓勵各部門執行總額之努力，評核結果「良」以上之部門，依其評核等級不同，在專款項下酌予編列不同等級之「品質保證保留款獎勵額度」(下稱品保款額度)，以茲鼓勵。因該獎勵需在總額預留額度，故須於 9 月總額協商前提案至本會討論獎勵標準。
- 二、查過去討論評核獎勵標準的議定時間點，有在評核會議之前或之後的委員會議討論，歷年議定時間點及主要考量如下：
 - (一)評核會議前(5、6 月)議定：事先議定各評核結果等級之獎勵額度，對各部門爭取評核成績較具鼓勵效果。
 - (二)評核會議後(7、8 月)議定：評核結果已定，可視年度總額範圍酌予調整獎勵額度。
 - (三)查近(110~114)年均於評核會議前(5 月或 6 月)提案討論。
- 三、綜上，114 年度總額評核結果之獎勵標準議定時間點(評核會議前或後)，請討論。

參、確認各總額部門及健保署之「115 年度重點項目與績效指標(含目標值)」

一、為使各部門年度總額努力目標明確，以利下一年評核有所依據，並落實總額執行成效，本會自 107 年起請總額部門於年初即設定當年度重點項目及預期目標，以利各部門聚焦於重點項目努力，並作為次年評核之依據。

二、本會業於 115.1.20 循例函請四總額部門及健保署，以政策目標、總額核(決)定要求及民眾關切議題為主軸，提出其 115 年度重點項目與績效指標。

各總額部門及健保署回復之 115 年度重點項目，摘要如下(完整資料如附件二，第 46~50 頁)，將作為評核 115 年度總額執行成果之用。另整理 115 年度重點項目修訂對照表(與 114 年相較，如附件三，第 51~56 頁)供參。

部門/單位	年度重點項目
整體總額 (健保署)	1.整體資源配置與未來規劃(延續) 2.降低門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間再次執行(延續) 3.保障醫院兒童醫療量能(新增) 分級醫療之推動成效(刪除)
醫院總額 (醫院協會)	1.醫院分級醫療執行成效(延續) 2.護病比執行現況(延續)
西醫基層總額 (醫全會)	1.西醫基層診所糖尿病病人整體照護情形(延續) 2.檢驗(查)結果上傳率(延續) 3.改善「透析前高風險腎臟病人使用 NSAIDs 藥量異常」(新增)
牙醫門診總額 (牙全會)	1.國人牙周照護落實現況、改善情形(延續) 2.高風險病人照護回診率(新增) 高風險患者照護現況(刪除)
中醫門診總額 (中全會)	1.提升中醫醫療服務(延續) 新增 2 項指標「照護機構服務人數成長率」、「照護機構服務人次成長率」 2.慢性腎病利用中醫醫療服務(延續)

部門/單位	年度重點項目
其他預算 (健保署)	1.罕見疾病新藥或給付規定修正案件審理通過件數(延續) 2.居家整合新收案對象門診次數降低(延續)

三、綜上，各總額部門及健保署之「115 年度重點項目與績效指標(含目標值)」，請確認。

擬辦：

- 一、議定 114 年度執行成果評核之作業方式，並依議定結果辦理，請健保署及四總額部門依作業方式及時程，提供所需資料。
- 二、114 年度總額評核結果獎勵標準，依議定時間點安排提會討論。
- 三、請健保署及四總額部門依議定之「115 年度重點項目與績效指標(含目標值)」落實執行，以呈現總額執行成效。

決議：

各總額部門114年度執行成果評核之作業方式(草案)

第7屆115年第○次委員會議(115.○.○)通過

壹、評核範圍

- 一、醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診四總額部門114年度之年度重點項目、一般服務項目及門診透析服務執行成果。
- 二、四總額部門及其他預算114年度之專款項目執行成果。

貳、辦理方式

一、評核委員

- (一)函請四總額部門受託團體(下稱總額部門)推薦評核委員人選，每部門至多推薦3名，包括：醫務管理、公共衛生及財務金融等健康保險相關領域專家學者。
- (二)就四總額部門推薦人選，加上全民健康保險會(下稱本會)現任專家學者及公正人士委員，排除具有付費者代表或醫事服務提供者身分者後，彙整為建議名單，請本會委員就該建議名單票選適合人選(每人7票，超過或未達7票者視為無效票)，依據委員票選結果之票數多寡，依序邀請7位擔任評核委員，並對「本會現任專家學者及公正人士委員」名額予以保障，以至少3名為原則，邀請順序如下：
 - 1.第一階段：由「本會現任專家學者及公正人士委員」中，依票數多寡，依序邀請3名擔任評核委員，若同意擔任評核委員之人數不足3名，不足之名額併入第二階段處理。
 - 2.第二階段：其餘名額再依票數多寡依序邀請，連同第一階段邀請擔任之評核委員，共計7位評核委員。
- (三)評核委員名單不事先公開，本會委員票選評核委員時，請兼顧四總額部門之衡平性與差異性，並為鼓勵專家學者廣泛參與，請避免專家學者服務機構過度集中。

二、評核會議之資料

- (一)請四總額部門及健保署於評核會議前1個月，提供年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果書面報告，另對於114年執行未滿半年之總額協商因素項目，請說明執行現況與未來規劃(報告大綱及提報單

位，詳附表一~四)，供評核委員事先審閱。

(二)書面報告內容以精簡為原則，部門提報之年度重點項目及一般服務項目內文限100頁，各專款項目內文限10頁，並編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。

(三)請四總額部門及健保署於評核會議前2週，提送口頭報告(簡報)。

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

三、評核會議

(一)會議期程：2天。

(二)第一階段：公開發表會議(1天半)。

1.健保署統一報告各總額部門一般服務之整體性、一致性項目(如：利用概況、滿意度調查結果、品質指標監測結果等)及門診透析與其他預算之執行成果。

2.由接受健保署專業事務委託之四總額部門報告年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果；為利評核委員及與會者掌握及聚焦於重點項目，簡報內容請以「年度重點項目執行成果與未來規劃」為主，請部門以政策目標、總額核(決)定要求及民眾關切議題為主軸，提出114年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。

3.評核委員評論各總額部門年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果報告，並開放與會者提問。

4.參與人員：除本會委員、四總額部門與健保署外，另邀請衛福部相關單位與附屬機關，如：社保司、醫事司、照護司、心健司、口健司、中醫藥司、全民健保爭議審議會、健康署、疾管署等，以及民間團體，如：病友團體、社福團體、醫策會、消基會、醫改會等，預估約160人。

(三)第二階段：評核內部會議(半天)。

1.評核委員就四總額部門之執行成果，充分溝通後評定等級；並針對四部門總額及其他預算之年度重點項目、一般服務項目及專款項目提出共識建議，供協商參考。

2.參與人員：主任委員、評核委員、本會同仁，由評核委員互相推選主席。

參、評核項目與配分

評核年度重點項目執行成果、一般服務項目及專款項目執行績效/成果之計分權重分別為20%、60%、20%，於分開評核之後再合併計分，各總額部門執行成果評核項目及配分如下表。

評核項目	配分
<p>壹、年度重點項目執行成果與未來規劃^{**1}</p> <p>一、年度重點項目：請部門以政策目標、總額核(決)定要求及民眾關切議題為主軸，提出2~3項114年度重點項目執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為(附表三)</p> <p>二、112~114年總額核(決)定項目KPI^{**2}之執行檢討及指標研修</p>	20
<p>貳、一般服務項目執行績效</p> <p>一、就113年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明(請以對照表方式，針對評核之建議改進意見共識建議提出回應說明，包含採行之具體措施)</p> <p>二、維護保險對象就醫權益</p> <p>(一)醫療服務品質調查之結果及檢討與改善措施</p> <p>(二)民眾付費情形及改善措施</p> <p>(三)就醫可近性與及時性之改善措施</p> <p>(四)民眾諮詢及抱怨處理</p> <p>(五)其他確保民眾就醫權益之措施</p> <p>三、專業醫療服務品質之確保與提升</p> <p>(一)專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施</p> <p>(二)品質保證保留款實施方案執行結果</p> <p>(三)其他改善專業醫療服務品質具體措施</p> <p>四、協商因素項目之執行情形(含總額核(決)定項目KPI^{**2}之執行檢討)</p> <p>(一)延續項目之執行情形</p> <p>1.新醫療科技(新增診療項目、新藥及新特材等)(本項適用於核(決)定事項有新醫療科技項目之部門)</p> <p>2.支付標準修訂及其他協商因素項目(依核(決)定結果分列)</p> <p>(二)114年新增項目之執行情形(執行未滿半年請加註)</p> <p>五、總額之管理與執行績效</p> <p>(一)醫療利用及費用管控情形</p> <p>(二)地區預算分配(含風險調整移撥款)之執行與管理</p> <p>(三)點值穩定度</p>	60

評核項目	配分
(四)專業審查及其他管理措施 (五)院所違規情形及醫療機構輔導 (六)其他	
參、專款項目執行績效/成果^{註3} 一、就113年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明 (請以對照表方式,針對評核之建議改進意見共識建議提出 回應說明,包含採行之具體措施) 二、114年計畫/方案說明 三、110~114年執行情形及成效評估(含總額核(決)定項目KPI ^{註2} 之執行檢討及自選3項關鍵績效指標) 四、檢討與改善方向 (一)專款項目執行期限屆期之檢討結果(含納入一般服務或退 場之評估指標) (二)計畫/方案115年修正重點 (三)114年執行未滿半年之新增項目/方案執行情形	20
總分	100

註：1.年度重點項目係就一般服務項目中，擇與政策目標、總額核(決)定要求及民眾關切之議題進行重點報告，以利評核聚焦於年度重要事項。

2.KPI指年度總額核(決)定事項之「執行目標」、「預期效益之評估指標」及「品質監測指標」。

3.列入評核之專款項目如附表四。

肆、評核結果之應用

一、評核結果區分為下列五等級：

評核分數	等級
90分及以上	特優
85分至未達90分	優
80分至未達85分	良
75分至未達80分	可
未達75分	劣

二、評核等級作為116年度總額協商之參考，評等「良」級以上之部門，酌給「品質保證保留款」之預算，以茲鼓勵。

三、評核委員針對四總額部門年度重點項目、一般服務項目及專款項目之共識建議，作為協商116年度該部門總額一般服務項目成長率及各專款項目經費增減及續辦與否之參據。

伍、115年評核作業時程表

時間	作業內容
115年1~3月	1.函請四總額部門及健保署提供建議之115年度重點項目及其績效指標、操作型定義及目標值，並請就本會研擬之評核內容(草案)提供修正建議。 2.研擬「各總額部門114年度執行成果評核之作業方式」(草案)。
115年3月	「各總額部門114年度執行成果評核之作業方式」(草案)提委員會議議定。
115年4~5月	1.辦理評核委員聘任事宜。 2.請四總額部門及健保署依議定之評核作業方式準備資料。
115年6月8日	健保署依評核報告大綱及評核項目表，先提送監測/調查/統計結果(報告上冊)予本會，供評核委員審閱及四總額部門參用，總額部門可專注於提報執行檢討與改善結果。
115年6月22日 (評核會議前1個月)	四總額部門及健保署提送執行成果之書面報告(健保署提送報告下冊)予本會，供評核委員審閱。
115年7月6日 (評核會議前2週)	1.健保署及四總額部門提送「各總額部門114年度執行成果發表暨評核會議」之口頭報告(簡報)，供評核委員審閱。 2.本會同仁彙整「各總額部門114年度執行成果評核指標摘要」供評核委員參考。
115年7月20、21日	召開為期2天之「各總額部門114年度執行成果發表暨評核會議」。

各總額部門年度重點項目及一般服務項目執行績效/成果之報告大綱

評核項目	健保署提報	部門提報
壹、年度重點項目執行成果與未來規劃		
一、年度重點項目： 請部門以政策目標、總額核(決)定要求及民眾關切議題為主軸，提出2~3項114年度重點項目執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為	V	V
二、112~114年總額核(決)定項目KPI ^{註4} 之執行檢討及指標研修	跨部門項目 執行情形檢討 改善、指標研 修	各部門項目 執行情形檢討 改善、指標研 修
貳、一般服務項目執行績效		
一、就113年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明 (請以對照表方式，針對評核之建議改進意見共識建議提出回應說明，包含採行之具體措施)	V	V
二、維護保險對象就醫權益		
(一)醫療服務品質調查之結果及檢討與改善措施	調查/統計結 果及重點說明	檢討及改善
(二)民眾付費情形及改善措施		
(三)就醫可近性與及時性之改善措施		
(四)民眾諮詢及抱怨處理		
(五)其他確保民眾就醫權益之措施	—	V
三、專業醫療服務品質之確保與提升		
(一)專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施	監測結果 及重點說明	檢討及改善
(二)品質保證保留款實施方案執行結果	核發結果統計	
(三)其他改善專業醫療服務品質具體措施	—	V
四、協商因素項目之執行情形(含總額核(決)定項目KPI ^{註4} 之執行檢討)		
(一)延續項目之執行情形	執行情形(含 成效)檢討 ^{註3}	推動情形、目標 達成情形、檢討 及改善
(二)114年新增項目之執行情形(執行未滿半年請加註)		
五、總額之管理與執行績效		
(一)醫療利用及費用管控情形	醫療利用情形	管控措施、檢討 及改善
(二)地區預算分配(含風險調整移撥款)之執行與管理	預算分配結果	
(三)點值穩定度	點值	
(四)專業審查及其他管理措施	審查核減統計	
(五)院所違規情形及醫療機構輔導	違規情形統計	
(六)其他	—	
參、附錄(如：品質確保方案、品質保證保留款實施方案及其他視需要提供之方案內容)		

註：1.請健保署於5月下旬6月8日依報告大綱及評核項目表，先提供監測/調查/統計結果(上冊)予本會及總額部門參考，總額部門請著重於提報檢討及改善措施，不須重複呈現上冊

資料。

- 2.報告內容請涵蓋評核項目表各項評核內涵及指標，並提供5年(110~114年)之數據。另請健保署提供各項調查/統計結果時，重點說明其結果。部門提報之執行成果報告內文限100頁，請編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。
- 3.依據115年度總額核(決)定事項，請於115年7月前，提報延續項目之114年執行情形及成效評估。
- 4.KPI指年度總額核(決)定事項之「執行目標」、「預期效益之評估指標」及「品質監測指標」。

各總額部門及其他預算專款項目執行績效/成果之報告大綱

壹、計畫型項目	健保署提報	部門提報 ^{註3}
一、就113年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明(請以對照表方式，針對評核之建議改進意見共識建議提出回應說明，包含採行之具體措施)	—	V
二、114年計畫/方案說明		
(一)計畫內容簡介		
(二)該年度計畫與過去之差異		
三、110~114年執行情形及成效評估	執行情形之統計結果、關鍵績效指標及改善建議	推動情形、檢討及改善、目標達成情形
(一)預算執行數及執行率		
(二)總額核(決)定事項執行情形		
(三)計畫/方案之目標達成情形		
(四)執行概況及結果，包含醫療服務提供及民眾利用情形、獎勵情形等		
(五)成效評估，包含計畫所訂之評核指標達成情形、就醫可近性及健康狀況改善情形等(含總額核(決)定項目KPI ^{註3} 之執行檢討及自選3項關鍵績效指標)		
四、檢討與改善方向		
(一)專款項目執行期限屆期之檢討結果(含納入一般服務或退場之評估指標)	V	V
(二)計畫/方案115年修正重點	—	V
(三)114年執行未滿半年之新增計畫/方案執行情形與規劃	執行情形	推動情形、檢討與未來規劃
五、附錄：各項專案計畫/方案內容	—	V
貳、非計畫型項目	健保署提報	部門提報 ^{註3}
一、就113年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明(請以對照表方式，針對評核之建議改進意見共識建議提出回應說明，包含採行之具體措施)	—	V
二、110~114年執行情形及成效評估	執行情形之統計結果及改善建議	推動情形、檢討及改善
(一)預算執行數及執行率		
(二)總額核(決)定事項執行情形		
(三)執行結果及成效(含總額核(決)定項目KPI ^{註3} 之執行檢討)		
三、檢討與改善方向		
(一)專款項目執行期限屆期之檢討結果(含納入一般服務或退場之評估指標)	V	V
(二)115年修正重點	—	V
(三)114年執行未滿半年之新增項目執行情形與規劃	執行情形	推動情形、檢討與未來規劃

- 註：1.各總額部門及跨部門之專款項目，請健保署於6月8日5月下旬依報告大綱，先提供執行情形摘要表(上冊，其中計畫型應含3項自選關鍵績效指標)予本會及總額部門參考，總額部門請著重於提報檢討及改善措施，不須重複呈現上冊資料；由健保署負責之專款項目(計畫型及非計畫型)，均由署提報，各專款項目之提報單位如附表四。
- 2.各專案之執行成果報告內文限10頁，請編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。
- 3.部門提報內容中，若計畫/方案之執行檢討，已於一般服務「112-114年總額核(決)定項目 KPI 之執行檢討及指標研修」中呈現，則請於報告中說明，不須重複提報。
- 3.KPI 指年度總額核(決)定事項之「執行目標」、「預期效益之評估指標」及「品質監測指標」。

各總額部門及健保署「114年度重點項目與績效指標(含目標值)」

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
整體總額 —健保署	項目1：整體資源配置與未來規劃 [延續項目] 至少包括以下內容： (1)整體總額基期執行結果及資源配置檢討與建議： 現行總額基期預算分配、費用分布及成長情形分析(區分總額別、服務別、分項費用、層級別、地區別、人口別等)及資源配置檢討與建議。 (2)健保總額重點政策推動說明及檢討與建議： 重點政策推動情形，及推動多年但未達預期目標之原因檢討(如全面導入DRGs支付制度、家庭醫師整合性照護計畫之轉型等)。 (3)全人醫療之醫療服務整合情形及照護成果： 包括跨機關、跨專案、共病照護相關計畫(如家庭醫師整合性照護計畫、代謝症候群防治計畫、論質計酬計畫)之整合情形及照護成效。 (4)以保險人角度提出健保總額未來實施方向及執行規劃。	
	項目2： 降低門診10項 重點檢查(驗)非 合理區間再次 執行 [新增項目]	指標：門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率 目標值：較前一年同期下降 $\geq 1\%$ 操作型定義：(當期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率-113年同期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率)/113年同期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率
	項目3： 分級醫療之推動 成效 [延續項目]	指標：非同體系區域級(含)以上醫院回轉率 $\geq 3.85\%$ 目標值： $\geq 3.85\%$ 操作型定義：分母案件之回轉件數/區域級(含)以上醫院接受上轉之門住診申報件數合計
醫院總額 —醫院 協會	項目1： 醫院分級醫療 執行成效 [延續項目]	指標：醫院層級轉診率 目標值：轉診率較前一年度成長 操作型定義：各層級轉診件數/醫院部門總就醫件數
	項目2： 護病比執行現 況 [延續項目]	指標：全日平均護病比達加成之占率提升 目標值：整體全日平均護病比達加成之月次占率較前1年度維持 操作型定義：1.整體醫院達護病比加成的月次/整體醫院申報住院護理費總月次

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		2.「加成」係指全日平均護病比達一定比例之住院護理費加成
西醫基層 總額 一醫全會	項目1： 西醫基層診所糖尿病病人整體照護情形 [延續項目]	指標：照護率、HbA1c<7%(控制良好率) 目標值：1.照護率：55%以上 2.HbA1c<7%(控制良好率)：54%以上 操作型定義：1.照護率：糖尿病病人(E08-13)於同一家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以上之人數/該院所診斷糖尿病病人數 2.HbA1c<7%(控制良好率)：分母病人中，其最後一次HbA1c檢驗值<7.0%(80歲以上病人HbA1c<8.0%)之人數/糖尿病病人於同一家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以上之人數
	項目2： 檢驗(查)結果上傳率 [延續項目]	指標：上傳率 目標值：60%以上 操作型定義：檢驗(查)結果上傳醫令數(含診所申報檢驗所上傳檢驗(查)結果)/「全民健康保險鼓勵醫事機構即時查詢病患就醫資訊方案」附件五-「獎勵醫事服務機構上傳檢驗(查)結果之項目」之診所申報醫令數 計算條件：1.採診所歸戶(即檢驗所上傳資料併回診所計算) 2.排除醫療檢查影像及影像報告、人工關節植入物資料、病理報告及出院病歷摘要資料
牙醫門診 總額 一牙全會	項目1： 國人牙周照護落實現況、改善情形 [延續項目]	指標：減少有牙周治療者平均拔牙顆數 目標值：≤最近三年全國平均值 操作型定義：1.分子：前一年度(113年)牙周病支持性治療(91018C)申報3次以上之就醫人往後追蹤當年度(114年)申報簡單性拔牙(92013C)及複雜性拔牙(92014C)醫令數加總 2.分母：前一年度(113年)牙周病支持性治療(91018C)申報3次以上之就醫人數 3.牙位：1~4象限1-7(排除乳牙、智齒、多生牙) 4.計算：分子/分母
	項目2： 高風險患者照護現況 [延續項目]	指標：當年度高風險疾病照護項目執行件數 目標值：≥最近三年全國平均值 操作型定義：1.當年度(114年)申報高風險疾病照護相關項目醫令數加總 2.高風險疾病照護相關項目醫令：口乾症牙結石清除-全口(91005C)、糖尿病病人牙結石清除-全口(91089C)、高風險疾病病人牙結石清除-全口(91090C)、齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
中醫門診 總額 一中全會	項目1： 提升中醫醫療服務 [延續項目]	<p>指標(1)：中醫醫療服務人數成長率 目標值：中醫醫療服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：$(114\text{年中醫醫療服務人數}-113\text{年中醫醫療服務人數})/113\text{年中醫醫療服務人數}$</p> <p>指標(2)：中醫醫療服務人次成長率 目標值：中醫醫療服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：$(114\text{年中醫醫療服務人次}-113\text{年中醫醫療服務人次})/113\text{年中醫醫療服務人次}$</p> <p>指標(3)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數呈現正成長 操作型定義：$(114\text{年中醫居家醫療服務人數}-113\text{年中醫居家醫療服務人數})/113\text{年中醫居家醫療服務人數}$</p> <p>指標(4)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次呈現正成長 操作型定義：$(114\text{年中醫居家醫療服務人次}-113\text{年中醫居家醫療服務人次})/113\text{年中醫居家醫療服務人次}$</p> <p>指標(5)：無中醫鄉減少比率 目標值：無中醫鄉減少比率呈現正成長 操作型定義：$(113\text{年無中醫鄉數}-114\text{年無中醫鄉數})/113\text{年無中醫鄉數}$</p> <p>指標(6)：醫療資源不足地區服務人數成長率 目標值：醫療資源不足地區服務人數呈現正成長 操作型定義：$(114\text{年醫療資源不足地區服務人數}-113\text{年醫療資源不足地區服務人數})/113\text{年醫療資源不足地區服務人數}$</p> <p>指標(7)：醫療資源不足地區服務人次成長率 目標值：醫療資源不足地區服務人次呈現正成長 操作型定義：$(114\text{年醫療資源不足地區服務人次}-113\text{年醫療資源不足地區服務人次})/113\text{年醫療資源不足地區服務人次}$</p>
	項目2： 慢性腎病利用中醫醫療服務 [新增項目]	<p>指標(1)：慢性腎病服務人數成長率 目標值：慢性腎病服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：$(114\text{年慢性腎病服務人數}-113\text{年慢性腎病服務人數})/113\text{年慢性腎病服務人數}$</p> <p>指標(2)：慢性腎病服務人次成長率 目標值：慢性腎病服務人次成長率呈現正成長</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		操作型定義：(114年慢性腎病服務人次-113年慢性腎病服務人次)/113年慢性腎病服務人次
其他預算 —健保署	項目1： 罕見疾病新藥或 給付規定修正案 審理通過件數 [新增項目]	指標：罕見疾病新藥或給付規定修正案審理通過 件數 目標值：大於等於5件 操作型定義：當年罕見疾病新藥案件及給付規定修正案之審理通過 生效件數總和 \geq 5件
	項目2： 居家整合新收案 對象門診次數降 低 [延續項目]	指標：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門 診就醫次數較收案前半年(○○次)低 目標值： $<$ ○○次 操作型定義：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門診就醫次 數較收案前半年低。

各總額部門及其他預算專款項目執行績效/成果之提報單位

部門別	計畫/方案名稱	提報單位
牙醫	<ul style="list-style-type: none"> - 醫療資源不足地區改善方案 - 牙醫特殊醫療服務計畫 - 12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫 - 超音波根管沖洗計畫 - 高風險疾病口腔照護計畫(113年起合併3項計畫^註) 【註：113年合併原一般服務「高風險疾病口腔照護」及專款項目「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」併入執行】 - 特定疾病病人牙科就醫安全計畫 - 非齒源性口腔疼痛處置(114年新增) 	總額承辦 團體 (健保署提供 執行情形統 計結果及改 善建議)
中醫	<ul style="list-style-type: none"> - 醫療資源不足地區改善方案 - 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 - 中醫提升孕產照護品質計畫 - 中醫癌症患者加強照護整合方案 - 中醫急症處置計畫 - 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 - 照護機構中醫醫療照護方案 	總額承辦 團體 (健保署提供 執行情形統 計結果及改 善建議)
西醫基層	<ul style="list-style-type: none"> - 家庭醫師整合性照護計畫(含計畫檢討與管控暨執行成果) - 家庭醫師整合性照護計畫(醫界配合推動情形) - 西醫醫療資源不足地區改善方案 - 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫 - 強化基層照護能力及「開放表別」項目(非計畫型) - 因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用(非計畫型) - 新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用(非計畫型) - 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫 - 提升國人視力照護品質(114年自一般服務移列專款項目) 	健保署 總額承辦 團體 (健保署提供 執行情形統 計結果及改 善建議)
醫院	<ul style="list-style-type: none"> - 地區醫院全人全社區照護計畫 - 急診品質提升方案 - 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案 - 全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫 - 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質(非計畫型) - 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)(非計畫型) - 鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫 - 腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(非計畫型) - 持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能 - 健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能 - 區域聯防-提升急重症照護品質(114年合併113年新增之主動脈剝離手術病患照護跨院合作及腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作) - 抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫 	健保署 總額承辦 團體 (健保署提供 執行情形統 計結果及改 善建議)

部門別		計畫／方案名稱	提報單位
門診透析		<ul style="list-style-type: none"> - 腎臟病照護及病人衛教計畫 - 鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫 	健保署
跨部門	醫院、西醫基層	<ul style="list-style-type: none"> - C 型肝炎藥費(含其他預算「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款項目不足之經費」)(非計畫型) - 醫療給付改善方案 - 鼓勵院所建立轉診合作機制(非計畫型) - 基層總額轉診型態調整費用(非計畫型) - 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材(非計畫型) - 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費(非計畫型) - 精神科長效針劑藥費(非計畫型) - 暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術(醫院))(非計畫型)(114 年新增西醫基層總額) 	健保署 (相關總額部門提供配合推動情形)
其他預算		<ul style="list-style-type: none"> - 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 - 居家醫療照護(含居家醫療照護整合計畫)、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 - 推動促進醫療體系整合計畫 - 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫 - 提升用藥品質之藥事照護計畫 - 支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費(非計畫型) - 調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費(非計畫型) - 114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等(114 年新增) 	健保署

註：1.各部門總額之品質保證保留款實施方案執行成果於一般服務項目執行成果報告中提報。

2.中醫門診總額「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」自 114 年起停辦。

3.114 年移列一般服務項目：醫院「因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增」、醫院及西醫基層總額「因應長新冠照護衍生費用」、醫院、西醫基層及牙醫門診總額「促進醫療服務診療項目支付衡平性」等。

4.114 年改由公務預算支應項目：西醫基層總額「代謝症候群防治計畫」、醫院總額「住院整合照護服務試辦計畫」、醫院及西醫基層總額「慢性傳染病照護品質計畫」、醫院、西醫基層及牙醫門診總額「癌症治療品質改善計畫」、醫院、西醫基層、牙醫門診及中醫門診總額「獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用」、其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」、「提升保險服務成效」、「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能執行情形」等。

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

114.5.23

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

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

四、年度總額協商會議，「部門版本」及「付費者版本」之資料提供：

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

各總額部門及健保署「115年度重點項目與績效指標(含目標值)」

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
整體總額 —健保署	<p>項目1：整體資源配置與未來規劃 [延續項目] 至少包括以下內容：</p> <p>(1)整體總額基期執行結果及資源配置檢討與建議： 現行總額基期預算分配、費用分布及成長情形分析(區分總額別、服務別、分項費用、層級別、地區別、人口別等)及資源配置檢討與建議。</p> <p>(2)健保總額重點政策推動說明及檢討與建議： 重點政策推動情形，及推動多年但未達預期目標之原因檢討(如全面導入DRGs支付制度、家庭醫師整合性照護計畫之轉型等)。</p> <p>(3)全人醫療之醫療服務整合情形及照護成果： 包括跨機關、跨專案、共病照護相關計畫(如家庭醫師整合性照護計畫、論質計酬計畫)之整合情形及照護成效。</p> <p>(4)以保險人角度提出健保總額未來實施方向及執行規劃。</p>	
	<p>項目2： 降低門診10項 重點檢查(驗)非 合理區間再次 執行 [延續項目]</p>	<p>指標：門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率 目標值：較前一年同期下降$\geq 1\%$ 操作型定義：(當期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率-114年同期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率)/114年同期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率</p>
	<p>項目3： 保障醫院兒童醫 療量能 [新增項目]</p>	<p>指標：醫院兒科醫師之人數、急診及住院服務量 目標值：醫院兒科醫師之人數、急診及住院服務量不低於114年 操作型定義：1.115年醫院兒科之執登醫師人數≥ 114年同期數值 2.115年醫院總額申報西醫急診、住診0-6歲兒童每人均醫療點數加總≥ 114年同期數值</p>
醫院總額 —醫院 協會	<p>項目1： 醫院分級醫療 執行成效 [延續項目]</p>	<p>指標：醫院層級轉診率 目標值：轉診率較前一年度成長 操作型定義：各層級轉診件數/醫院部門總就醫件數</p>
	<p>項目2： 護病比執行現 況</p>	<p>指標：全日平均護病比達加成之占率提升 目標值：整體全日平均護病比達加成之月次占率較前1年度維持</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
	[延續項目]	操作型定義：1. 整體醫院達護病比加成的月次/整體醫院申報住院護理費總月次 2. 「加成」係指全日平均護病比達一定比例之住院護理費加成
西醫基層 總額 一醫全會	項目1： 西醫基層診所糖尿病病人整體照護情形 [延續項目]	指標：照護率、HbA1c<7%(控制良好率) 目標值：1. 照護率：55%以上 2. HbA1c<7%(控制良好率)：54%以上 操作型定義：1. 照護率：糖尿病病人(E08-13)於同一家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以上之人數/該院所診斷糖尿病病人數 2. HbA1c<7%(控制良好率)：分母病人中，其最後一次HbA1c檢驗值<7.0%(80歲以上病人HbA1c<8.0%)之人數/糖尿病病人於同一家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以上之人數
	項目2： 檢驗(查)結果上傳率 [延續項目]	指標：上傳率 目標值：60%以上 操作型定義：檢驗(查)結果上傳醫令數(含診所申報檢驗所上傳檢驗(查)結果)/「全民健康保險鼓勵醫事機構即時查詢病患就醫資訊方案」附件五-「獎勵醫事服務機構上傳檢驗(查)結果之項目」之診所申報醫令數 計算條件：1. 採診所歸戶(即檢驗所上傳資料併回診所計算) 2. 排除醫療檢查影像及影像報告、人工關節植入物資料、病理報告及出院病歷摘要資料
	項目3： 改善「透析前高風險腎臟病人使用NSAIDs藥量異常」 [新增項目]	指標：透析前高風險腎臟病人使用NSAIDs之比率 目標值：115年指標值<114年指標值 操作型定義：開立NSAIDs藥物案件/透析前高風險腎臟病人(人次) 指標精神：較前一年減少透析前高風險腎臟病人使用NSAIDs之比例，以降低透析個案。符合透析前高風險腎臟病人定義，於3個月內所有使用口服NSAIDs藥品總日數 ≥ 31 日之案件，例：110年1-3月申報開立NSAIDs藥物案件，以申報資料之主次診斷碼或上傳eGFR值歸類判斷透析前高風險腎臟病人，並將該病人口服NSAIDs藥品總日數 ≥ 31 日之案件列入監測 名詞定義：1. 病患ID歸戶如任一ICD-10-CM碼為透析後之主次診斷碼，則該病人歸類為透析後病人，餘符合以下慢性腎臟病第3B期至第5期病人條件，定義為透析前高風險腎臟病人： 慢性腎臟病第3B期病人，符合以下任一條件： (1) 資料範圍內最近一次eGFR值 $30 \leq eGFR < 45$ (2) CKD收案者且資料範圍內最近一次eGFR值 $30 \leq eGFR < 45$ (3) PRE-ESRD收案者且資料範圍內最近一次eGFR值 $30 \leq eGFR < 45$

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<p>慢性腎臟病第4期病人，符合以下任一條件： (1)病患以ID歸戶，資料範圍內任一診斷碼(ICD-10-CM)為N18.4 (2)資料範圍內最近一次eGFR值$15 \leq eGFR < 30$</p> <p>慢性腎臟病第5期病人，符合以下任一條件： (1)病患以ID歸戶，資料範圍內任一診斷碼(ICD-10-CM)為N18.5 (2)資料範圍內最近一次eGFR值< 15且尚未透析</p> <p>備註： (1)透析後診斷碼：N18.6、R88.0、Z49.01、Z49.02、Z49.31、Z49.32、Z91.15、Z99.2 (2)尚未透析：資料範圍未申報透析案件(案件分類05) (3)資料範圍為近3個月內資料</p> <p>2. 口服NSAIDs藥品：ATC碼前5碼為M01AA、M01AB、M01AC、M01AE、M01AG、M01AH或ATC碼7碼M01AX01、M01AX02、M01AX07、M01AX17且醫令代碼第8碼=1(口服藥)</p> <p>(1)M01AA：phenylbutazone、mofebutazone、oxyphenbutazone、clofezone、kebutzone (2)M01AB：Acetic acid derivatives and related substances (3)M01AC：Oxicams (4)M01AE：Propionic acid derivatives (5)M01AG：Fenamates (6)M01AH：Coxibs (7)M01AX01：nabumetone (8)M01AX02：niflumic acid (9)M01AX07：benzydamine (10)M01AX17：nimesulide</p>
牙醫門診 總額 一牙全會	項目1： 國人牙周照護落實現況、改善情形 [延續項目]	<p>指標：減少有牙周治療者平均拔牙顆數 目標值：\leq最近三年全國平均值</p> <p>操作型定義：1.分子：前一年度(114年)牙周病支持性治療(91018C)申報3次以上之就醫人往後追蹤當年度(115年)申報簡單性拔牙(92013C)及複雜性拔牙(92014C)醫令數加總 2.分母：前一年度(114年)牙周病支持性治療(91018C)申報3次以上之就醫人數 3.牙位：1~4象限1-7(排除乳牙、智齒、多生牙) 4.計算：分子/分母</p>
	項目2： 高風險病人照護回診率 [新增項目]	<p>指標(1)：提升高風險病人牙結石清除照護回診率 目標值：\geq最近三年全國平均值</p> <p>操作型定義：1.分子：當年度申報高風險疾病病人牙結石清除-全口(91090C)醫令2次以上之就醫人數</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<p>2.分母：當年度申報高風險疾病病人牙結石清除-全口(91090C)醫令之就醫人數 3.計算：分子/分母</p> <p>指標(2)：提升高風險病人氟化物治療照護回診率 目標值：≥最近三年全國平均值 操作型定義：1.分子：當年度申報齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)醫令2次以上之就醫人數 2.分母：當年度申報齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)醫令之就醫人數 3.計算：分子/分母</p>
中醫門診 總額 一中全會	項目1： 提升中醫醫療服務 [延續項目]	<p>指標(1)：中醫醫療服務人數成長率 目標值：中醫醫療服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：(115年中醫醫療服務人數-114年中醫醫療服務人數)/114年中醫醫療服務人數</p> <p>指標(2)：中醫醫療服務人次成長率 目標值：中醫醫療服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：(115年中醫醫療服務人次-114年中醫醫療服務人次)/114年中醫醫療服務人次</p> <p>指標(3)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數呈現正成長 操作型定義：(115年中醫居家醫療服務人數-114年中醫居家醫療服務人數)/114年中醫居家醫療服務人數</p> <p>指標(4)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次呈現正成長 操作型定義：(115年中醫居家醫療服務人次-114年中醫居家醫療服務人次)/114年中醫居家醫療服務人次</p> <p>指標(5)：無中醫鄉減少比率 目標值：無中醫鄉減少比率呈現正成長 操作型定義：(114年無中醫鄉數-115年無中醫鄉數)/114年無中醫鄉數</p> <p>指標(6)：醫療資源不足地區服務人數成長率 目標值：醫療資源不足地區服務人數呈現正成長 操作型定義：(115年醫療資源不足地區服務人數-114年醫療資源不足地區服務人數)/114年醫療資源不足地區服務人數</p> <p>指標(7)：醫療資源不足地區服務人次成長率 目標值：醫療資源不足地區服務人次呈現正成長</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<p>操作型定義：(115年醫療資源不足地區服務人次-114年醫療資源不足地區服務人次)/114年醫療資源不足地區服務人次</p> <p>指標(8)：照護機構服務人數成長率 目標值：照護機構服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：(115年照護機構服務人數-114年照護機構服務人數)/114年照護機構服務人數</p> <p>指標(9)：照護機構服務人次成長率 目標值：照護機構服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：(115年照護機構服務人次-114年照護機構服務人次)/114年照護機構服務人次</p>
	<p>項目2： 慢性腎病利用中醫醫療服務 [延續項目]</p>	<p>指標(1)：慢性腎病服務人數成長率 目標值：慢性腎病服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：(115年慢性腎病服務人數-114年慢性腎病服務人數)/114年慢性腎病服務人數</p> <p>指標(2)：慢性腎病服務人次成長率 目標值：慢性腎病服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：(115年慢性腎病服務人次-114年慢性腎病服務人次)/114年慢性腎病服務人次</p>
<p>其他預算 一健保署</p>	<p>項目1： 罕見疾病新藥或給付規定修正案件審理通過件數 [延續項目]</p>	<p>指標：罕見疾病新藥或給付規定修正案件審理通過件數 目標值：大於等於5件 操作型定義：當年罕見疾病新藥案件及給付規定修正案之審理通過生效件數總和≥ 5件</p>
	<p>項目2： 居家整合新收案對象門診次數降低 [延續項目]</p>	<p>指標：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門診就醫次數較收案前半年(○○次)低 目標值：$< \text{○○}$次 操作型定義：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門診就醫次數較收案前半年低</p>

各總額部門及健保署「115年度重點項目與績效指標(含目標值)」修訂對照表(與114年相較，修訂如劃線處)

部門/單位	年度重點項目	績效指標
整體總額一健保署	<p>項目1：整體資源配置與未來規劃 [延續項目] 至少包括以下內容： (1)整體總額基期執行結果及資源配置檢討與建議： 現行總額基期預算分配、費用分布及成長情形分析(區分總額別、服務別、分項費用、層級別、地區別、人口別等)及資源配置檢討與建議。 (2)健保總額重點政策推動說明及檢討與建議： 重點政策推動情形，及推動多年但未達預期目標之原因檢討(如全面導入DRGs支付制度、家庭醫師整合性照護計畫之轉型等)。 (3)全人醫療之醫療服務整合情形及照護成果： 包括跨機關、跨專案、共病照護相關計畫(如家庭醫師整合性照護計畫、代謝症候群防治計畫、論質計酬計畫)之整合情形及照護成效。 (4)以保險人角度提出健保總額未來實施方向及執行規劃。</p>	
	<p>項目2： 降低門診10項重點檢查(驗)非合理區間再次執行 [延續項目]</p>	<p>指標：門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率 目標值：較前一年同期下降$\geq 1\%$ 操作型定義：$(\text{當期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率} - \text{114年同期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率}) / \text{114年同期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率}$</p>
	<p>項目3： 保障醫院兒童醫療量能 [新增項目]</p>	<p>指標：醫院兒科醫師之人數、急診及住院服務量 目標值：醫院兒科醫師之人數、急診及住院服務量不低於114年 操作型定義：$1. \text{115年醫院兒科之執登醫師人數} \geq \text{114年同期數值}$ $2. \text{115年醫院總額申報西醫急診、住診0-6歲兒童每} \text{人均醫療點數加總} \geq \text{114年同期數值}$</p>
	<p>項目3： 分級醫療之推動成效 [延續項目]</p>	<p>指標：非同體系區域級(含)以上醫院回轉率$\geq 3.85\%$ 目標值：$\geq 3.85\%$ 操作型定義：$\text{分母案件之回轉件數} / \text{區域級(含)以上醫院接受上轉之門住診申報件數合計}$</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
醫院總額 一醫院 協會	項目1： 醫院分級醫療 執行成效 [延續項目]	指標：醫院層級轉診率 目標值：轉診率較前一年度成長 操作型定義：各層級轉診件數/醫院部門總就醫件數
	項目2： 護病比執行成 效現況 [延續項目]	指標：全日平均護病比達加成之占率提升 目標值：整體全日平均護病比達加成之月次占率較前1年度維持 操作型定義：1.整體醫院達護病比加成的月次/整體醫院申報住院護理費總月次 2.「加成」係指全日平均護病比達一定比例之住院護理費加成
西醫基層 總額 一醫全會	項目1： 西醫基層診所糖 尿病病人整體照 護情形 [延續項目]	指標：照護率、HbA1c<7%(控制良好率) 目標值：1.照護率：55%以上 2.HbA1c<7%(控制良好率)：54%以上 操作型定義：1.照護率：糖尿病病人(E08-13)於同一家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以上之人數/該院所診斷糖尿病病人數 2.HbA1c<7%(控制良好率)：分母病人中，其最後一次HbA1c檢驗值<7.0%(80歲以上病人HbA1c<8.0%)之人數/糖尿病病人於同一家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以上之人數
	項目2： 檢驗(查)結果上 傳率 [延續項目]	指標：上傳率 目標值：60%以上 操作型定義：檢驗(查)結果上傳醫令數(含診所申報檢驗所上傳檢驗(查)結果)/「全民健康保險鼓勵醫事機構即時查詢病患就醫資訊方案」附件五-「獎勵醫事服務機構上傳檢驗(查)結果之項目」之診所申報醫令數 計算條件：1.採診所歸戶(即檢驗所上傳資料併回診所計算) 2.排除醫療檢查影像及影像報告、人工關節植入物資料、病理報告及出院病歷摘要資料
	項目3： 改善「透析前高 風險腎臟病人使 用NSAIDs藥量 異常」 [新增項目]	指標：透析前高風險腎臟病人使用NSAIDs之比率 目標值：115年指標值<114年指標值 操作型定義：開立NSAIDs藥物案件/透析前高風險腎臟病病人(人次) 指標精神：較前一年減少透析前高風險腎臟病人使用NSAIDs之比例，以降低透析個案。符合透析前高風險腎臟病人定義，於3個月內所有使用口服NSAIDs藥品總日數≥31日之案件，例：110年1-3月申報開立NSAIDs藥物案件，以申報資料之主次診斷碼或上傳eGFR值歸類判斷透析前高風險腎臟病人，並將該病人口服NSAIDs藥品總日數≥31日之案件列入監測

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<p>名詞定義：1.病患ID歸戶如任一ICD-10-CM碼為透析後之主次診斷碼，則該病人歸類為透析後病人，餘符合以下慢性腎臟病第3B期至第5期病人條件，定義為透析前高風險腎臟病人：</p> <p>慢性腎臟病第3B期病人，符合以下任一條件：</p> <p>(1)資料範圍內最近一次eGFR值$30 \leq eGFR < 45$</p> <p>(2)CKD收案者且資料範圍內最近一次eGFR值$30 \leq eGFR < 45$</p> <p>(3)PRE-ESRD收案者且資料範圍內最近一次eGFR值$30 \leq eGFR < 45$</p> <p>慢性腎臟病第4期病人，符合以下任一條件：</p> <p>(1)病患以ID歸戶，資料範圍內任一診斷碼(ICD-10-CM)為N18.4</p> <p>(2)資料範圍內最近一次eGFR值$15 \leq eGFR < 30$</p> <p>慢性腎臟病第5期病人，符合以下任一條件：</p> <p>(1)病患以ID歸戶，資料範圍內任一診斷碼(ICD-10-CM)為N18.5</p> <p>(2)資料範圍內最近一次eGFR值< 15且尚未透析備註：</p> <p>(1)透析後診斷碼：N18.6、R88.0、Z49.01、Z49.02、Z49.31、Z49.32、Z91.15、Z99.2</p> <p>(2)尚未透析：資料範圍未申報透析案件(案件分類05)</p> <p>(3)資料範圍為近3個月內資料</p> <p>2.口服NSAIDs藥品：ATC碼前5碼為M01AA、M01AB、M01AC、M01AE、M01AG、M01AH或ATC碼7碼M01AX01、M01AX02、M01AX07、M01AX17且醫令代碼第8碼=1(口服藥)</p> <p>(1)M01AA：<u>phenylbutazone、mofebutazone、oxyphenbutazone、clofezone、kebuzone</u></p> <p>(2)M01AB：<u>Acetic acid derivatives and related substances</u></p> <p>(3)M01AC：<u>Oxicams</u></p> <p>(4)M01AE：<u>Propionic acid derivatives</u></p> <p>(5)M01AG：<u>Fenamates</u></p> <p>(6)M01AH：<u>Coxibs</u></p> <p>(7)M01AX01：<u>nabumetone</u></p> <p>(8)M01AX02：<u>niflumic acid</u></p> <p>(9)M01AX07：<u>benzydamine</u></p> <p>(10)M01AX17：<u>nimesulide</u></p>
牙醫門診 總額 一牙全會	項目1： 國人牙周照護落 實現況、改善情 形 [延續項目]	<p>指標：減少有牙周治療者平均拔牙顆數</p> <p>目標值：<u>≤最近三年全國平均值</u></p> <p>操作型定義：1.分子：前一年度(H3114年)牙周病支持性治療(91018C)申報3次以上之就醫人往後追蹤當年度</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<p>(114115年)申報簡單性拔牙(92013C)及複雜性拔牙(92014C)醫令數加總</p> <p>2.分母：前一年度(113114年)牙周病支持性治療(91018C)申報3次以上之就醫人數</p> <p>3.牙位：1~4象限1-7(排除乳牙、智齒、多生牙)</p> <p>4.計算：分子/分母</p>
	<p>項目2： 高風險病人照護 回診率 [新增項目]</p>	<p>指標(1)：提升高風險病人牙結石清除照護回診率 目標值：≥最近三年全國平均值 操作型定義：1.分子：當年度申報高風險疾病病人牙結石清除-全口(91090C)醫令2次以上之就醫人數 2.分母：當年度申報高風險疾病病人牙結石清除-全口(91090C)醫令之就醫人數 3.計算：分子/分母</p> <p>指標(2)：提升高風險病人氟化物治療照護回診率 目標值：≥最近三年全國平均值 操作型定義：1.分子：當年度申報齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)醫令2次以上之就醫人數 2.分母：當年度申報齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)醫令之就醫人數 3.計算：分子/分母</p>
	<p>項目2： 高風險患者照護 現況 [延續項目]</p>	<p>指標：當年度高風險疾病照護項目執行件數 目標值：≥最近三年全國平均值 操作型定義：1.當年度(114年)申報高風險疾病照護相關項目醫令數加總 2.高風險疾病照護相關項目醫令：口乾症牙結石清除-全口(91005C)、糖尿病病人牙結石清除-全口(91089C)、高風險疾病病人牙結石清除-全口(91090C)、齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)</p>
<p>中醫門診 總額 一中全會</p>	<p>項目1： 提升中醫醫療服務 [延續項目]</p>	<p>指標(1)：中醫醫療服務人數成長率 目標值：中醫醫療服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：(114115年中醫醫療服務人數-113114年中醫醫療服務人數)/113114年中醫醫療服務人數</p> <p>指標(2)：中醫醫療服務人次成長率 目標值：中醫醫療服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：(114115年中醫醫療服務人次-113114年中醫醫療服務人次)/113114年中醫醫療服務人次</p> <p>指標(3)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數呈現正成長 操作型定義：(114115年中醫居家醫療服務人數-113114年中醫居家醫療服務人數)/113114年中醫居家醫療服務人數</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<p>指標(4)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次呈現正成長 操作型定義：$(115\text{年中醫居家醫療服務人次}-114\text{年中醫居家醫療服務人次})/114\text{年中醫居家醫療服務人次}$</p> <p>指標(5)：無中醫鄉減少比率 目標值：無中醫鄉減少比率呈現正成長 操作型定義：$(114\text{年無中醫鄉數}-115\text{年無中醫鄉數})/114\text{年無中醫鄉數}$</p> <p>指標(6)：醫療資源不足地區服務人數成長率 目標值：醫療資源不足地區服務人數呈現正成長 操作型定義：$(115\text{年醫療資源不足地區服務人數}-114\text{年醫療資源不足地區服務人數})/114\text{年醫療資源不足地區服務人數}$</p> <p>指標(7)：醫療資源不足地區服務人次成長率 目標值：醫療資源不足地區服務人次呈現正成長 操作型定義：$(115\text{年醫療資源不足地區服務人次}-114\text{年醫療資源不足地區服務人次})/114\text{年醫療資源不足地區服務人次}$</p> <p>指標(8)：照護機構服務人數成長率 目標值：照護機構服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：$(115\text{年照護機構服務人數}-114\text{年照護機構服務人數})/114\text{年照護機構服務人數}$</p> <p>指標(9)：照護機構服務人次成長率 目標值：照護機構服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：$(115\text{年照護機構服務人次}-114\text{年照護機構服務人次})/114\text{年照護機構服務人次}$</p>
	<p>項目2： 慢性腎病利用中醫醫療服務 [延續項目]</p>	<p>指標(1)：慢性腎病服務人數成長率 目標值：慢性腎病服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：$(115\text{年慢性腎病服務人數}-114\text{年慢性腎病服務人數})/114\text{年慢性腎病服務人數}$</p> <p>指標(2)：慢性腎病服務人次成長率 目標值：慢性腎病服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：$(115\text{年慢性腎病服務人次}-114\text{年慢性腎病服務人次})/114\text{年慢性腎病服務人次}$</p>
<p>其他預算 一健保署</p>	<p>項目1： 罕見疾病新藥或給付規定修正案審理通過件數 [延續項目]</p>	<p>指標：罕見疾病新藥或給付規定修正案審理通過件數 目標值：大於等於5件 操作型定義：當年罕見疾病新藥案件及給付規定修正案之審理通過生效件數總和≥ 5件</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
	項目2： 居家整合新收案 對象門診次數降 低 [延續項目]	指標：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門 診就醫次數較收案前半年(○○次)低 目標值：<○○次 操作型定義：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門診 就醫次數較收案前半年低

報告事項

第一案

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」公告後續相關事宜，請鑒察。

說明：

- 一、旨揭 115 年度總額及其分配方式，衛福部業於本(115)年 1 月 20 日核定，並提本會上次委員會議(115.1.21)報告在案，後續於本年 1 月 28 日以衛部健字第 1153360013 號公告，公文如附錄九(第 132~134 頁)。(公告資料業置於本會網站：健保會首頁>公告及重要工作成果>醫療給付費用總額及其分配，網址 <https://gov.tw/qZE>)。
- 二、115 年度全民健康保險醫療給付費用總額約 9,883.35 億元，較該年度總額基期成長率為 5.5%，各部門總額及成長率彙整如下表：

115 年度醫療費用	醫院總額(含透析)	西醫基層總額(含透析)	牙醫門診總額	中醫門診總額	其他預算	年度總額
金額(億元)	6,853.06	1,861.99	583.69	364.29	220.32	9,883.35
成長率	5.5%	5.5%	5.5%	5.5%	增加 11.49 億元	5.5%

註：1.門診透析服務總成長率 3%，總金額 487.96 億元，其中醫院總額為 252.32 億元，西醫基層總額為 235.64 億元，已分別併入醫院及西醫基層總額預算。
2.年度及各部門總額之金額為預估值，最終仍以健保署結算資料為準。

- 三、請健保署依衛福部公告之核定事項，會同各部門總額相關團體，確實依時程完成相關法定程序及提報本會等事宜。依衛福部前揭公告內容，擬具「115 年度各部門總額核定事項及相關計畫追蹤時程表(草案)」(如附件，第 60~94 頁)。

擬辦：請健保署會同各總額部門及早研擬規劃、執行，並每半年(7 月、12 月)於本會提報辦理情形。

決定：

115 年度各部門總額核定事項及相關計畫追蹤時程表(草案)

一、牙醫門診總額

(一)一般服務項目

項次	工作項目 及時程 核定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
1	特定用途移撥款執行方式	115 年 3 月前 送本會備查		

(二)專款項目

項次	工作項目 及時程 核定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
2	醫療資源不足地區改善方案 請檢討改善本計畫之執行規劃，並研議更有效之鼓勵策略	115 年 2 月前		115 年 7 月前
3	牙醫特殊醫療服務計畫 (1)檢討醫療團論次費用及居家牙醫醫療服務相關支付標準，加強醫療服務量能	115 年 2 月前		115 年 7 月前
	(2)持續監測本計畫適用對象(包含：不同障礙別、障礙等級)之醫療利用情形，以評估照護成效及資源分配公平性			115 年 7 月前

項次	工作項目 及時程 核定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
4	12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫 加強計畫推動及提升青少年就醫率，並持續監測執行結果(如：參加本計畫追蹤 1 年後平均拔牙顆數、齲齒情形等結果面指標)，以評估照護成效	115 年 2 月前		115 年 7 月前
5	超音波根管沖洗計畫 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	115 年 2 月前	115 年 7 月委員會議報告案	115 年 7 月前
6	高風險疾病口腔照護計畫 (1)在額度內妥為管理運用，並持續檢討高風險疾病病人牙結石清除各類適用對象醫療利用情形及評估執行效益，並加強執行管理與費用管控，以提升資源有效運用。具體執行情形及檢討結果，請於 115 年 4 月前提出專案報告	115 年 2 月前	115 年 4 月委員會議報告案	115 年 7 月前
	(2)專款計畫執行內容，不應與一般服務重複，倘有涉及一般服務涵蓋部分之費用，請回歸一般服務支應	115 年 2 月前		

項次	<p style="text-align: center;">工作項目 及時程</p> <p>核定事項摘要^{註1}</p>	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
	(3)計畫以4年為檢討期限(112~115年)，請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		115年7月委員會會議報告案	
7	<p>特定疾病病人牙科就醫安全計畫</p> <p>(1)訂定「預期效益之評估指標」之監測值，以利評估成效，並於115年7月前提報本會</p>	115年2月前		115年7月前
	(2)計畫以3年為檢討期限(113~115年)，請滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第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		115年7月委員會會議報告案	
8	<p>非菌源性口腔疼痛處置</p> <p>本計畫以3年為檢討期限(114~116年)，請滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年(116年7月)納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果</p>	115年2月前		<p>1.115年7月前</p> <p>2.逐年檢討成效：於各年評核提報成效</p> <p>3.其中3年期限檢討：於116年7月委員會會議提報檢討結果</p>

項次	<div style="text-align: right;">工作項目 及時程</div> 核定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
9	品質保證保留款實施方案 積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的	115年2月前		各部門總額114年度執行成果發表暨評核會議(115年7月)

註：1.本表核定事項僅摘要重點呈現，完整內容詳公告。

2.115年執行情形於本會115年7月份委員會議提報，延續性項目於115年7月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含114年執行情形)。

二、中醫門診總額

(一)一般服務項目

項次	核定事項摘要 ^{註1}	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
1	<p>友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質 (115年新增項目)</p> <p>(1)本項經費用於調整支付標準「看診時聘有護理人員跟診之門診診察費及針傷治療處置費」，以反映護理人員薪資，提升護理照護品質</p>				115年7月前
	<p>(2)請研訂具體實施方案(包含執行方式、請領資格、調薪認定標準及稽核機制等)，並於115年3月前提出專案報告</p>		115年3月委員會會議報告案		115年7月前
2	<p>強化全人照護與慢性疾病管理-增加高度複雜性針灸、中度複雜性傷科適應症(腦中風後遺症-診斷碼 I69) (115年新增項目)</p> <p>(1)將腦中風後遺症(診斷碼 I69)擴增納入「高度複雜性針灸」、「中度複雜性傷科」及前二者針傷合併治療之適應症</p>				115年7月前
	<p>(2)請於115年度總額公告後1個月內完成支付標準修訂，並於115年7月前提報執行情形</p>	115年2月前			115年7月前

項次	工作項目 及時程 核定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告 或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
	(3)請於額度內妥為管理運用，並加強高度、中度複雜性針灸傷科及合併處置之療效評估與申報費用管理(如建立「黃金治療期」針傷照護流程及訂定未呈現療效之處理方式)			115年7月前
3	中醫門診總額「醫療資源不足地區改善方案」專款之論量計酬費用移撥至一般服務費用不足部分			115年7月前
4	「中醫癌症患者加強照護整合方案」專款(115年新增卵巢癌、鼻咽癌、膀胱癌)與一般服務重複費用扣減 (115年新增項目)			115年7月前
5	風險調整移撥款執行方式	115年3月前 送本會備查		

(二)專款項目

項次	工作項目 及時程 核定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告 或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
6	醫療資源不足地區改善方案 請加強推動中醫巡迴醫療服務及獎勵開業服務計畫，並優先改善偏遠等級高地區之醫療服務	115年2月前		115年7月前

項次	<div style="text-align: center;">工作項目 及時程</div> 核定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
7	西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 (1.腦血管疾病；2.顱腦損傷；3.脊髓損傷；4.呼吸困難相關疾病；5.術後疼痛) 辦理本計畫	115年2月前		115年7月前
8	中醫提升孕產照護品質計畫 (1)辦理本計畫	115年2月前		115年7月前
	(2)請加強各分區之計畫推動、均衡分區資源及落實成效評估			115年7月前
9	中醫癌症患者加強照護整合方案 (1)持續辦理「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」 (2)「癌症患者中醫門診加強照護計畫」新增三項適應症：卵巢癌、鼻咽癌及膀胱癌	115年2月前		115年7月前
10	中醫急症處置 (1)辦理本項目	115年2月前		115年7月前
	(2)請加強各分區之計畫推動、均衡分區資源及落實成效評估(如急診停留天數) (3)請積極檢討計畫執行情形、執行成效及加強推動區域平衡，並進行			115年7月前

項次	<p style="text-align: center;">工作項目 及時程</p> <p>核定事項摘要^{註1}</p>	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
	客觀成效評估，若計畫效益不佳，建議規劃退場機制			
11	<p>中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫</p> <p>(1)專款計畫執行內容，不應與一般服務重複，倘有涉及一般服務涵蓋之費用，請回歸一般服務支應</p>	115年2月前		115年7月前
	(2)另依114年12月委員會議決定，請依114年度總額核定事項：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			115年7月前
12	<p>照護機構中醫醫療照護方案</p> <p>(1)辦理本方案</p>	115年2月前		115年7月前
	(2)請檢討計畫照護成效，研議減少住民外出就診中醫之策略，以提升資源使用效率			115年7月前
13	<p>中醫三高病人加強照護計畫</p> <p>(115年新增項目)</p> <p>(1)於115年度總額公告後，請訂定具體實施計畫(含適應症、適用對象、醫療服務內容、支付方式)，將實施方案提</p>	115年2月前	115年1月委員會議報告案	115年7月前

項次	<div style="text-align: center;">工作項目 及時程</div> 核定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
	報全民健康保險會最近1次委員會議			
	(2)本計畫以3年為檢討期限(115~117年)，請滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年(117年7月)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果			115年7月前
14	品質保證保留款實施方案 積極檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的	115年2月前		各部門總額114年度執行成果發表暨評核會議(115年7月)

註：1.本表核定事項僅摘要重點呈現，完整內容詳公告。

2.115年執行情形於本會115年7月份委員會議提報，延續性項目於115年7月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含114年執行情形)。

三、醫院總額

(一)一般服務項目

項次	核定事項摘要 ^{註1}	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
1	<p>新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)</p> <p>(1)在額度內妥為管理運用</p> <p>(2)積極引進新特材，避免新增差額給付項目，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估</p> <p>(3)於協商 116 年度總額前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控</p>				115 年 7 月前
2	<p>藥品及特材給付規定改變</p> <p>(1)在額度內妥為管理運用</p> <p>(2)於協商 116 年度總額前，提出年度給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控</p>				115 年 7 月前
3	因應牙醫支付標準調整所增加預算				115 年 7 月前
4	<p>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)</p> <p>本項之 114 年預算額度剩餘款，併同專款項目「促進</p>				115 年 7 月前

項次	<p style="text-align: center;">工作項目 及時程</p> <p>核定事項摘要^{註1}</p>	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
	醫療服務診療項目支付衡平」統籌運用			
5	<p>腹膜透析追蹤處置費及APD租金 (自專款項目移列一般服務項目) 於額度內妥為管理運用</p>			115年7月前
6	<p>持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能 (自專款項目移列一般服務項目) 請健保署會同醫院總額相關團體檢討執行內容及獎勵方式(排除已由公務預算支應部分)，落實分級醫療之目的</p>			115年7月前
7	<p>健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能 (自專款項目移列一般服務項目) 請健保署會同醫院總額相關團體檢討執行內容及執行成效，落實分級醫療之目的</p>			115年7月前
8	<p>0~6歲兒童醫療量能保障 (115年新增項目) (1)監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用</p>			115年7月前

項次	<div style="text-align: right;">工作項目 及時程</div> 核定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
	(2)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」項目支應 (3)本項預算與一般服務預算保留之 0~6 歲兒童醫療費用 12,014 百萬元合併運用(計 12,550 百萬元)，保留額度將與西醫基層總額額度合併，用於支應 0~6 歲兒童醫療費用 (4)訂定具體實施規劃(包含執行方式及具體提升兒童醫療量能之監測指標)，並於 115 年 6 月前提出專案報告		115 年 6 月委員會議報告案	
9	風險調整移撥款執行方式	115 年 3 月前送本會備查		

(二)專款項目

項次	<div style="text-align: right;">工作項目 及時程</div> 核定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
10	暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術) (1)在額度內妥為管理運用			115 年 7 月前

項次	<p style="text-align: center;">工作項目 及時程</p> <p>核定事項摘要^{註1}</p>	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
	(2)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		115年5月委員會議報告案	
11	C型肝炎藥費			115年7月前
	(1)辦理本項目			
	(2)於額度內妥為管理運用，並檢討實施成效，節流效益請適度納入總額預算財源，或做為提升醫療服務與品質之用，以提升資源使用效率			檢討實施成效，節流效益適度納入總額預算財源：併115年7月追蹤提報
12	罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 檢視本項費用成長之合理性及加強管控，於額度內妥為管理運用			115年7月前
13	後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費 檢視本項費用成長之合理性及加強管控，於額度內妥為管理運用			115年7月前
14	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質			115年7月前

項次	<p style="text-align: center;">工作項目 及時程</p> <p>核定事項摘要^{註1}</p>	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
15	<p>醫療給付改善方案</p> <p>(1)持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、乳癌、思覺失調症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質、生物相似性藥品、化療學名藥、擴大多重慢性病收案照護(ASCVD)及加護病房侵襲性呼吸器優化管理計畫等方案</p> <p>(2)滾動式檢討方案內容及加強結果面之成效評估，對照護率無法提升的項目，請研議具體改善策略</p> <p>(3)持續朝全人照護方向整合相關計畫(如：地區醫院全人全社區照護計畫、家庭醫師整合性照護計畫等)，以提升照護成效</p>	115年2月前		115年7月前
16	<p>急診品質提升方案</p> <p>精進方案執行內容，積極提升急診處置效率及急診照護品質，並於額度內妥為管理運用，以提升執行成效</p>	115年2月前		115年7月前

項次	<p style="text-align: center;">工作項目 及時程</p> <p>核定事項摘要^{註1}</p>	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
17	<p>醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案</p> <p>持續檢討不同地區醫療需求特性及其利用情形，鼓勵醫師積極參與</p>	115年2月前		115年7月前
18	<p>全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫精進方案執行內容及檢討計畫成效，並於額度內妥為管理運用</p>	115年2月前		115年7月前
19	<p>鼓勵院所建立轉診合作機制</p> <p>(1)會同醫院及西醫基層總額相關團體，持續檢討支付方式及強化院所轉診合作機制，提升成功下轉案件，以落實分級醫療政策</p> <p>(2)持續監測各層級上下轉情形及病人流向與醫療費用變化情形，以評估執行效益。</p>			115年7月前
20	<p>精神科長效針劑藥費積極推動，並於額度內妥為管理運用，後續請評估執行效益(如整體醫療費用變化)及導入一般服務之可行性</p>			115年7月前

項次	<p style="text-align: center;">工作項目 及時程</p> <p>核定事項摘要^{註1}</p>	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
21	<p>鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫</p> <p>(1)精進計畫內容，檢討獎勵方式及支付誘因，並評估病人脫離呼吸器及安寧療護之照護成效</p>	115 年 2 月前		115 年 7 月前
	<p>(2)另依 114 年 12 月委員會議決定，請依 114 年度總額決定事項：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，並納入 115 年度檢討計畫執行內容辦理</p>	115 年 2 月前		
22	<p>地區醫院全人全社區照護計畫</p> <p>(1)滾動式檢討計畫內容，並鼓勵醫院積極參與</p>	115 年 2 月前		115 年 7 月前
	<p>(2)以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請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</p>			<p>1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效</p> <p>2.其中 5 年期限檢討：於 117 年 7 月委員會議提報檢討結果</p>

項次	<p style="text-align: center;">工作項目 及時程</p> <p>核定事項摘要^{註1}</p>	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
23	<p>區域聯防-提升急重症照護品質</p> <p>(1)滾動式檢討計畫內容，加強區域聯防及網絡建置，以提升急重症照護成效</p> <p>(2)以5年為檢討期限(113~117年)，請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</p>	115年2月前		115年7月前
24	<p>抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫</p> <p>(1)精進計畫內容及績效指標，並鼓勵醫院積極參與</p> <p>(2)以5年為檢討期限(113~117年)，請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</p>	115年2月前		115年7月前

項次	<p style="text-align: center;">工作項目 及時程</p> <p>核定事項摘要^{註1}</p>	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
25	<p>促進醫療服務診療項目支付衡平 (115年新增項目)</p> <p>(1)併入「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」通盤研議，修訂支付標準，系統性檢討各項支付成本及相對合理性</p> <p>(2)114年度一般服務項目「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)」預算額度剩餘款，併同本項統籌運用</p> <p>(3)本項以5年為檢討期限(115~119年)，會同醫療服務提供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(119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</p> <p>(4)併同西醫基層總額及其他預算同項專款，將具體實施方式及執行情形，於115年7月前提出專案報告</p>			<p>115年7月前</p> <p>1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效</p> <p>2.其中5年期限檢討：於119年7月委員會會議提報檢討結果</p>
			115年7月委員會報告案	

項次	工作項目 及時程 核定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
26	住院護理費用 (115年新增項目) (1)請健保署會同醫院總額相關團體及護理師護士全聯會討論研訂執行目標、預期效益之評估指標，確保預算用於增加住院護理人力或回饋第一線護理人員薪資，並報請衛福部核定 (2)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 (3)訂定具體實施規劃，於115年5月前提報全民健康保險會		115年5月委員會議報告案	115年7月前
27	離島地區加成費用 (自一般服務項目及其他預算移列專款項目)			115年7月前
28	全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS (自專款項目拆分) (1)辦理本項目 (2)以5年為檢討期限(114~118年)，請健保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			115年7月前 1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中5年期限檢討：於118年7月委員會議提報檢討結果

項次	工作項目及時程 核定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
29	品質保證保留款實施方案積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的	115年2月前		各部門總額114年度執行成果發表暨評核會議(115年7月)

註：1.本表核定事項僅摘要重點呈現，完整內容詳公告。

2.115年執行情形於本會115年7月份委員會議提報，延續性項目於115年7月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含114年執行情形)。

四、西醫基層總額

(一)一般服務項目

項次	核定事項摘要 ^{註1}	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
1	<p>新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)</p> <p>(1)在額度內妥為管理運用</p> <p>(2)加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估</p>				115年7月前
	<p>(3)並於協商 116 年度總額前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控</p>				提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容：併 115 年 7 月追蹤提報
2	<p>藥品及特材給付規定改變</p> <p>(1)在額度內妥為管理運用</p> <p>(2)於協商 116 年度總額前，提出年度給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控</p>				115年7月前
3	<p>因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費</p> <p>(1)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</p>			115年1月委員會議報告案	

項次	<p style="text-align: center;">工作項目 及時程</p> <p>核定事項摘要^{註1}</p>	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
	年度總額公告後，提報至本會最近 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			115 年 7 月前
4	<p>擴大糖尿病用藥(如：SGLT2)適應症產生費用(115 年新增項目)</p> <p>於額度內妥為管理運用，並監測糖尿病用藥(如 SGLT-2 抑制劑)利用情形及執行效益(如整體醫療費用變化)</p>			115 年 7 月前
5	<p>配合根除胃癌政策之衍生醫療費用(115 年新增項目)</p> <p>(1)辦理本項目</p>			115 年 7 月前
	(2)本項依實際執行，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減			扣減當年未執行之額度並列入基期扣減：於 116 年 3 月委員會議提報執行結果
6	<p>強化心血管疾病照護—放寬開立降膽固醇藥物 Statin 標準(門檻)(115 年新增項目)</p> <p>(1)辦理本項目</p>			115 年 7 月前

項次	工作項目 及時程 核定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
	(2)本項依實際執行，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減			扣減當年未執行之額度並列入基期扣減：於116年3月委員會議提報執行結果
7	<p>0~6歲兒童醫療量能保障(115年新增項目)</p> <p>(1)監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用</p> <p>(2)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</p> <p>(3)本項預算與一般服務預算保留之0~6歲兒童醫療費用11,760百萬元合併運用(計12,350百萬元)，保留額度將與醫院總額額度合併，用於支應0~6歲兒童醫療費用</p> <p>(4)訂定具體實施規劃(包含執行方式及具體提升兒童醫療量能之監測指標)，並於115年6月前提出專案報告</p>		115年6月委員會議報告案	115年7月前
8	風險調整移撥款執行方式	115年3月前送本會備查		

(二)專款項目

項次	工作項目 及時程 核定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
9	暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術) (1)在額度內妥為管理運用 (2)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，提報本會最近1次委員會議		115年5月委員會議報告案	115年7月前
10	提升國人視力照護品質 (1)持續檢討具體實施方案(含執行內容、支付方式、執行目標、以結果面為導向之評估指標等) (2)持續檢討白內障手術案件成長合理性、手術時機適當性，及監測照護成效與民眾自費情形，以確保醫療品質及民眾權益 (3)加強執行面管理與監督，建立診療指引及醫療利用監測機制，提升分區管理及專業自律 (4)本項醫療點數以每點1元為原則；費用若有超支，依全民健康保險法第62條規定採浮動點值處理	115年2月前		115年7月前
	(5)本項以5年為檢討期限(114~118年)，之後回歸一般服務			1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.其中5年回

項次	<p style="text-align: center;">工作項目 及時程</p> <p>核定事項摘要^{註1}</p>	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
				歸一般服務檢討：於 118 年 7 月委員會議提報檢討結果
11	<p>西醫醫療資源不足地區改善方案</p> <p>請持續檢討不同地區醫療需求特性及其利用情形，鼓勵醫師積極參與，並加強就醫率低地區之醫療服務提供，提升就醫可近性</p>	115 年 2 月前		115 年 7 月前
12	<p>家庭醫師整合性照護計畫持續提升服務量能(如提高醫師參與率及個案涵蓋率)及強化照護品質，並評估本計畫整體照護成效，朝慢性病整合及全人照護方向推動計畫，於 115 年 5 月前提出專案報告</p>	115 年 2 月前	115 年 5 月委員會議報告案	115 年 7 月前
13	<p>C 型肝炎藥費</p> <p>(1)辦理本項目</p> <p>(2)於額度內妥為管理運用，並檢討實施成效，節流效益請適度納入總額預算財源，或做為提升醫療服務與品質之用，以提升資源使用效率</p>			<p>115 年 7 月前</p> <p>檢討實施成效，節流效益適度納入總額預算財源：併 115 年 7 月追蹤提報</p>
14	<p>醫療給付改善方案</p> <p>(1)持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、思覺失調症、B 型</p>	115 年 2 月前		115 年 7 月前

項次	<p style="text-align: center;">工作項目 及時程</p> <p>核定事項摘要^{註1}</p>	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
	<p>肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、生物相似性藥品、化療學名藥等方案</p> <p>(2)滾動式檢討方案內容及加強結果面之成效評估，對照護率無法提升的項目，請研議具體改善策略</p> <p>(3)持續朝全人照護方向整合相關計畫(如：家庭醫師整合性照護計畫、地區醫院全人全社區照護計畫等)，以提升照護成效</p>			
15	<p>強化基層照護能力及「開放表別」項目</p> <p>(1)持續研議開放表別項目，朝普及性及提升民眾社區就醫可近性的方向努力</p> <p>(2)對於開放多年且穩定實施之項目，建議規劃導入一般服務項目[本項併入 114 年 12 月委員會議決定之 114 年度總額決定事項追蹤]</p>			115 年 7 月前

項次	工作項目 及時程 核定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
16	鼓勵院所建立轉診合作機制 (1)持續檢討支付方式及強化院所轉診合作機制，提升成功下轉案件，以落實分級醫療政策 (2)持續監測各層級上下轉情形及病人流向與醫療費用變化情形，以評估執行效益			115年7月前
17	基層診所產婦生產補助試辦計畫 請精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與提供生產服務	115年2月前		115年7月前
18	罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 請加強醫療服務提供及監測醫療利用情形，並妥為管理運用			115年7月前
19	後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費 請加強醫療服務提供及監測醫療利用情形，並妥為管理運用			115年7月前
20	因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用 請加強醫療服務提供及監測醫療利用情形，並妥為管理運用			115年7月前
21	新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用			115年7月前

項次	核定事項摘要 ^{註1}	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
22	<p>提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫</p> <p>請持續精進計畫內容與支付誘因，透過分級醫療加強與醫院轉介合作，提升參與率，並持續監測照護成效</p>	115年2月前			115年7月前
23	<p>精神科長效針劑藥費</p> <p>(1)持續提升基層院所使用長效針劑之比率</p> <p>(2)於額度內妥為管理運用，並評估執行效益(如整體醫療費用變化)及導入一般服務之可行性</p>				115年7月前
24	<p>促進醫療服務診療項目支付衡平</p> <p>(115年新增項目)</p> <p>(1)通盤研議、修訂支付標準，系統性檢討各項支付成本及相對合理性</p> <p>(2)114年度一般服務項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」預算額度剩餘款，併同本項統籌運用</p>				115年7月前
	<p>(3)本項以5年為檢討期限(115~119年)，會同醫療服務提供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(119年7月前)提出納</p>				<p>1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效</p> <p>2.其中5年期限檢討：於119年7月委</p>

項次	工作項目 及時程 核定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
	入一般服務或退場之評估指標及檢討結果			員會議提報檢討結果
	(4)併同醫院總額及其他預算同項專款，將具體實施方式及執行情形，於115年7月前提出專案報告		115年7月委員會議報告案	
25	品質保證保留款積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的	115年2月前		各部門總額114年度執行成果發表暨評核會議(115年7月)

註：1.本表核定事項僅摘要重點呈現，完整內容詳公告。

2.115年執行情形於本會115年7月份委員會議提報，延續性項目於115年7月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含114年執行情形)。

五、門診透析

項次	<div style="text-align: right;">工作項目 及時程</div> 核定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需提本會報告或討論	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
1	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 2 月前		115 年 7 月前
2	本項經費扣除「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質計畫」經費，其餘預算優先用於調整門診透析支付標準			115 年 7 月前
3	持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護			115 年 7 月前
4	鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，尤其應持續精進及推動「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」及「居家血液透析與提升其照護品質」實施方案，並監測計畫執行成效及病人照護品質與健康結果，於 115 年 8 月前提報專案報告		115 年 8 月委員會議報告案	

六、其他預算

項次	<p style="text-align: center;">工作項目 及時程</p> <p>核定事項摘要^{註1}</p>	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
1	<p>基層總額轉診型態調整費用</p> <p>(1)加強各層級醫療院所之資訊整合及交流，並建立引導院所適當轉診及轉診病人追蹤機制，提升病人醫療連續性與照護效率</p> <p>(2)訂定分級醫療成效評估指標，持續監測病人流向（包含基層就醫占率與醫療費用變化情形），評估分級醫療之執行效益</p> <p>(3)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，於115年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告</p>			115年7月前
2	<p>山地離島地區醫療給付效益提升計畫</p> <p>(1)持續檢討山地離島地區民眾之醫療利用情形及照護品質，並評估114年新增鼓勵提升山地離島地區醫療服務措施之成效</p> <p>(2)加強推動「偏鄉地區全人整合照護執行方案」，精進執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效</p>	115年2月前		115年7月前

項次	<p style="text-align: center;">工作項目 及時程</p> <p>核定事項摘要^{註1}</p>	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
	<p>(3)另依 114 年 12 月委員會議決定，請依 114 年度總額決定事項：就新增「公費醫師在地服務診次費用」建立評估機制，檢討本項預算對鼓勵公費醫師留鄉之成效，包括公費醫師留鄉比率、區內開業情形及區內就醫率等</p>			115 年 7 月前
3	<p>居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務</p> <p>(1)持續精進居家醫療照護模式與照護成效之評估指標(如納入病人健康結果、家屬滿意度等成果指標)，提升照護品質</p> <p>(2)在宅急症照護試辦計畫：加強計畫推動，研議放寬適應症，並持續監測病人安全、治療品質及成效，滾動檢討計畫內容，提升院所參與意願</p> <p>(3)在宅急症照護試辦計畫：以 4 年為檢討期限(113~116 年)，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則於執行第 4 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果</p>	115 年 2 月前		115 年 7 月前
				<p>1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效</p> <p>2.其中 4 年期限檢討：於 116 年 7 月委員會議提報檢討結果</p>

項次	<p style="text-align: center;">工作項目 及時程</p> <p>核定事項摘要^{註1}</p>	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
	(4)另依 114 年 12 月委員會議決定，請依 114 年度總額決定事項：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			115 年 7 月前
4	支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費			115 年 7 月前
5	<p>推動促進醫療體系整合計畫</p> <p>(1)檢討計畫執行方式，及評估醫療品質與成效，研提改善策略，以提升執行成效</p> <p>(2)擴大推動「急性後期整合照護計畫」及「遠距醫療給付計畫」，並滾動檢討計畫內容，以因應人口老化及醫療不足地區之醫療需求</p>	115 年 2 月前		115 年 7 月前
6	調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費			115 年 7 月前
7	<p>提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫</p> <p>持續檢討本計畫醫療利用</p>	115 年 2 月前		115 年 7 月前

項次	<p style="text-align: center;">工作項目 及時程</p> <p>核定事項摘要^{註1}</p>	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
	情形之合理性及健康改善成效，並加強執行面管理			
8	<p>腎臟病照護及病人衛教計畫</p> <p>(1)持續強化整合腎臟病前期之相關疾病照護計畫(如逐步整合至大家醫計畫)，並朝向以人為中心之整合服務，以延緩病人進入透析之照護</p> <p>(2)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率</p> <p>(3)為鼓勵院所積極提升照顧品質，請適度調整「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質保證保留款實施方案」預算額度，並檢討核發條件，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本項獎勵之目的[本項併入114年12月委員會議決定之114年度總額決定事項追蹤]</p>	115年2月前		115年7月前
9	<p>提升用藥品質之藥事照護計畫</p> <p>請加強推動計畫，輔導特約藥局加入執行本計畫，並監測計畫之醫療利用及執行成效</p>	115年2月前		115年7月前

項次	<div style="text-align: right;">工作項目 及時程</div> 核定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
10	促進醫療服務診療項目支付衡平 (1)本項經費用於通盤檢討、修訂支付標準及提升假日醫療服務可近性，並得支應醫院及西醫基層總額同項專款及「0~6歲兒童醫療量能保障」項目之不足款			115年7月前
	(2)併同醫院及西醫基層總額同項專款，將具體實施方式及執行情形，於115年7月前提出專案報告		115年7月委員會議報告案	

註：1.本表核定事項僅摘要重點呈現，完整內容詳公告。

2.115年執行情形於本會115年7月份委員會議提報，延續性項目於115年7月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含114年執行情形)。

第二案

提案單位：中央健康保險署

案由：「友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質」具體實施方案專案報告，請鑒察。

說明：

- 一、依據 115 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配協定事項辦理。
- 二、本署前於 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」114 年第 4 次會議通過增訂「115 年全民健康保險提升中醫護理人員照護品質獎勵方案」，並於 115 年 1 月 5 日報請衛生福利部核定。另於 115 年 2 月 12 日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，通過於前述方案增訂「提升護理照護品質獎勵金」相關規範。
- 三、方案草案(附件一，第 98~100 頁)重點摘要如下：
 - (一)獎勵條件：聘有護理人員且有調升其半數以上薪資之中醫門診特約醫事服務機構，護理人員當月投保金額須較 114 年 12 月調升幅度達本保險次一投保等級且不得低於第四投保等級。
 - (二)獎勵方式：
 - 1.反映護理人員薪資調升之加計獎勵：依該院所「看診時聘有護理人員在場服務者」之門診診察費及「針灸、傷科、針灸合併傷科」治療處置費之案件，加計獎勵 13 點。
 - 2.提升護理照護品質獎勵金：前項結算後仍有結餘，診所護理人員調薪人數符合本方案標準，依診所調升護理人員薪資人月占率核發獎勵金。
 - (三)評估指標、年度執行目標及稽核機制：
 - 1.評估指標：聘有護理師或護士之中醫門診特約醫事服務機構增加 1%。
 - 2.年度執行目標：聘有護理人員之中醫院所，調升護理人員薪

資比率之中醫院所家數達 50%。

- 3.稽核機制：每月勾稽每家中醫院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。

四、俟衛生福利部核定方案後，擬依程序由本署公告實施。

健保署業務窗口：成庭甄科長，連絡電話：02-27065866 分機 2665

.....

本會整理說明：

- 一、健保署依 115 年度中醫門診總額核定事項(如下)及本會 115 年度工作計畫，於本次委員會議提出專案報告。

項目	增加金額 (百萬元)	核定事項
友善醫事人員 環境-提升中醫 護理照護品質	375.1	1.執行目標：聘有護理師/護士之中醫健保特約院所，有申報本項加計且有調升護理師/護士薪資占率達 50%。 預期效益之評估指標：聘有護理師/護士之中醫健保特約院所較 114 年增加 1%。 2.本項經費用於調整支付標準「看診時聘有護理人員跟診之門診診察費及針傷治療處置費」，以反映護理人員薪資，提升護理照護品質。 3.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體及中華民國護理師護士公會全國聯合會研訂具體實施方案(包含執行方式、請領資格、調薪認定標準及稽核機制等)，並於 115 年 3 月前提出專案報告。

- 二、本項係為提升護理人員薪資及照護品質，於 115 年度中醫門診總額新增之一般服務項目。健保署已依核定事項，提出具體實施方案，包含執行方式(獎勵方式)、請領資格及調薪認定標準(獎勵條件)、稽核機制等，方案內容詳如附件一(第 98~100 頁)，簡報如附件二(第 101~102 頁)。

- 三、查 112~115 年度西醫基層總額一般服務亦編列同性質之項目：

「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」預算，以提升護理人員薪資。本案所訂之執行方式、請領資格、調薪認定標準及稽核機制等內容，係比照西醫基層規定辦理，具有政策一致性，整理兩部門之對照表如參考資料(第 103 頁)供參。

四、依本案之獎勵方式，預算先用於護理人員薪資調升之支付標準調整，剩餘預算再發放予調薪人數符合本方案標準之院所。即本項預算將會全數支用於符合護理人員薪資調升請領資格之院所，建請健保署與中醫部門應積極推動提升護理人員薪資及照護品質，以達到「聘有護理人員之中醫院所，調升護理人員薪資比率之中醫院所家數達 50%」之年度執行目標。

決定：

115 年度全民健康保險提升中醫護理人員照護品質獎勵方案

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：反映中醫門診特約醫事服務機構護理人員薪資，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年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務「友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質」預算375.1百萬元。

伍、獎勵條件：聘有護理人員且有調升其薪資之中醫門診特約醫事服務機構。

- 一、院所及護理人員資格：114年12月31日前開業之全民健康保險(以下稱本保險)中醫門診特約醫事服務機構(不含115年新開業診所及新開設中醫醫院或醫院附設中醫部門)，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院所；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中醫門診特約醫事服務機構為認定。

二、護理人員調薪幅度之認定標準：

(一)薪資認定：

依護理人員當月本保險「投保金額」進行認定。各院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。

(二)須依衛生福利部公告各年度「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，以及院所當月調升聘用護理人員達半數以上者，予以獎勵。

(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第四投保等級。

陸、獎勵方式及核發原則

一、反映護理人員薪資調升之加計獎勵

(一)獎勵方式：

- 1.符合獎勵條件之中醫門診特約醫事服務機構，依該院所「看診時聘有護理人員在場服務者」之門診診察費及「針灸、傷科、針灸合併傷科」治

療處置費之案件，加計獎勵13點。

2.「看診時聘有護理人員在場服務者」門診診察費醫令代碼範圍：A82、A83、A41、A86、A87、A43、A01、A11、A45、A03、A13、A47、A05、A15、A49、A09、A19、A53。

3.針灸、傷科、針灸合併傷科治療處置費：針灸(D01-D08)、傷科(E01-E14)、針灸合併傷科(F01-F84)。

(二)核發方式：

1.本項獎勵費用由全民健康保險保險人(下稱保險人)每季依各院所每月申報門診診察費及針傷處置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.符合申報之中醫門診特約醫事服務機構，應於費用年月次月二十日前，至健保資訊網服務系統(VPN)填報「護理人員跟診時段」，包含：護理人員姓名、身分證字號、跟診日期、跟診時間(應有明確時間點)、搭配之中醫師姓名及身分證字號暨中醫師排班時段等項。

3.院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：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，中醫門診特約醫事服務機構護理人員調薪人數符合本方案標準，依中醫門診特約醫事服務機構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，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：聘有護理人員之中醫院所，調升護理人員薪資比率之中醫院所家數達50%。

分子：調升護理人員薪資幅度達標準之中醫院所家數(含新聘護理人員，且每家中醫院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。

拾、評估指標

一、聘有護理師或護士之中醫門診特約醫事服務機構增加1%。

二、稽核機制：每月勾稽每家中醫院所須調升半數以上護理人員薪資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。

拾壹、方案修正程序

本方案由保險人與中華民國中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。

衛生福利部全民健康保險會
第7屆115年第2次委員會議



「友善醫事人員環境- 提升中醫護理照護品質」 辦理情形報告

中央健康保險署
115年3月11日

1



研議歷程

中醫門診總額研商議事會議 114年第4次會議

本署綜整中醫全聯會及護理全聯會意見，擬具「115年度全民健康保險提升中醫護理人員照護品質獎勵方案」草案，會議決議通過並依程序辦理後續事宜。

中醫護理人員獎勵方案 報衛生福利部核定

114年11月13日

114年12月24日

115年1月5日

115年2月12日

「全民健保醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」114年第4次會議

會議決議通過增訂「115年度全民健康保險提升中醫護理人員照護品質獎勵方案」(下稱中醫護理人員獎勵方案)。

中醫門診總額研商議事會議 115年第1次會議

會議決議增訂「提升護理照護品質獎勵金」相關規範。考量計畫核定作業效率，擬與核定中方案併同辦理。俟計畫核定後，擬依程序由本署公告實施

2



115年全民健保提升中醫護理人員照護品質獎勵方案(草案)

◆ 計畫目的：

反映中醫門診特約醫事服務機構護理人員薪資，提升護理照護品質。

◆ 實施期間：115年1月1日至115年12月31日。

◆ 預算來源：

115年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務「友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質」預算375.1百萬元。

3



115年全民健保提升中醫護理人員照護品質獎勵方案(草案)

獎勵條件

聘有護理人員且有調升其半數以上薪資之中醫門診特約醫事服務機構，護理人員當月投保金額須較114年12月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。

獎勵方式

1. 反映護理人員薪資調升之加計獎勵：依該院所「看診時聘有護理人員在場服務者」之門診診察費及「針灸、傷科、針灸合併傷科」治療處置費之案件，加計獎勵13點。
2. 提升護理照護品質獎勵金：前項結算後仍有結餘，依診所調升護理人員薪資人月占率核發獎勵金。

評估指標

聘有護理師或護士之中醫門診特約醫事服務機構增加1%。

年度執行目標

有護理人員之中醫院所，調升護理人員薪資比率之中醫院所家數達50%。

稽核機制

每月勾稽每家中醫院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。

4

115 年度全民健康保險提升中醫護理人員照護品質獎勵方案
(與西醫基層方案比較，重點如劃線處)

項目	中醫門診	西醫基層
獎勵條件	聘有護理人員且有調升其薪資之中醫門診特約醫事服務機構。	聘有護理人員且有調升其薪資之西醫基層診所。
護理人員調薪幅度之認定標準	依護理人員當月本保險「投保金額」進行認定， <u>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，以及院所當月調升聘用護理人員達半數以上者。</u>	依護理人員當月本保險「投保金額」進行認定， <u>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)，以及診所當月調升聘用護理人員達半數以上者。</u> 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。
獎勵方式及核發原則	1. <u>反映護理人員薪資調升之加計獎勵(調整支付標準):</u> 「看診時聘有護理人員在場服務者」之門診診察費及「針灸、傷科、針灸合併傷科」治療處置費之案件， <u>加計獎勵 13 點。</u> 2. <u>提升護理照護品質獎勵金:</u> 前項結算後仍有結餘，中醫門診特約醫事服務機構護理人員調薪人數符合本方案標準，依中醫門診特約醫事服務機構調升護理人員薪資人月占率核發獎勵金。	1. <u>反映護理人員薪資調升之加計獎勵(調整支付標準):</u> 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， <u>加計獎勵 40 點(115 年增加 16 點)。</u> 2. <u>提升護理照護品質獎勵金:</u> 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。
稽核機制	<u>每月勾稽每家中醫院所須調升半數以上護理人員薪資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。</u>	<u>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。</u>

附錄

抄本

檔 號： 附錄一
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

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

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國115年2月3日
發文字號：衛部健字第1153360017號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：衛福部健保會第7屆115年第1次委員會議議事錄(節錄)

主旨：檢送本會第7屆115年第1次委員會議(115.1.21)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」之決定及委員意見摘要(如附件)，敬請卓參。

說明：依據本會第7屆115年第1次委員會議決定事項辦理。

正本：衛生福利部
副本：衛生福利部中央健康保險署(含附件)

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：馬文娟
聯絡電話：(02)8590-6872
傳真：無
電子郵件：hsjuliema@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國115年2月2日
發文字號：衛部健字第1153360016號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：全民健康保險會第7屆115年第1次委員會議議事錄-節錄

主旨：檢送本會第7屆115年第1次委員會議(115.1.21)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)」之決議及委員意見摘要(如附件)，敬請卓參。

說明：

- 一、依據本會第7屆115年第1次委員會議決議事項辦理(議事錄諒達)。
- 二、依旨揭決議事項，請貴署參考委員所提意見，研修115年度方案內容後，依法定程序陳報衛生福利部核定。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：衛生福利部社會保險司(含附件)

個別委員關切事項之健保署回復

委員意見	健保署說明
<p>陳代理委員鴻文(呂委員正華代理人)(議事錄第 19 頁)</p> <p>主席，各位委員大家好，因為剛剛聆聽周淑婉執行秘書報告後，我想提出一個大家可能也都很關心的平均眷口數的問題，因為全民健康保險法施行細則第 68 條(註)提到保險人每年應公告的事項，其中第三款是眷屬人數，我查了一些統計數據，以去年來看新生兒人數約 10 萬 7,812 人，比前一年減少了 2 萬 7 千多人，這減幅滿高的，約 20%左右，而我國 114 年預估的總生育率只有 0.8 人左右。</p> <p>這數字代表台灣的婦女從 15 到 49 歲中間，一生的平均生育子女總數不到 1 個小孩，台灣的總人口數是呈現負成長的狀況，再加上台灣的死亡人數高於出生人數，所以新生兒人數持續創新低，導致少子化的問題日益嚴重。我們分析台灣生育率比較低的原因，除了大家都很熟悉的房價高漲、經濟壓力大、育兒成本過高、生活負擔高等等以外，愈來愈多雙薪家庭的夫妻進入職場之後，往往只生 1 個小孩，或是因為前面提到的那些壓力，可能乾脆不生了，這樣我國的眷口數就會逐年變少。</p> <p>所以我又查了過去歷年的平均眷口數數據，健保從 1995 年 3 月開辦的平均眷口數是 1.36 人，到 1996 年調整為 0.95 人，接下來有逐年往下下降的趨勢，到 2016 年是降到 0.61 人，2020 年調整為 0.58 人，2023 年調整為 0.57 人，最新則是 2024 年調整為 0.56 人，這調整的數據顯示未來趨勢仍是往下下降的。</p> <p>根據衛福部健保署在 112 年 11 月 13 日公告，把眷口數調整為 0.56 人，從 113 年 1 月 1 日開始實施。因為 113 年 1 月 1 日至今經過兩年了，有兩個問題請教，第 1 個是最新 2025 年平均眷口數計算數字是多少？如果有最新的平均眷口數，第 2 個要請教的問題是，根據健</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 依健保法眷屬之規定，包含無職業之配偶、直系血親尊親屬及未成年子女等，截至 114 年底，我國已跨越「超高齡社會」的門檻，65 歲以上長者占總人口比例已達 20.06%，另一方面，近年新生兒人數減少，爰本署將持續觀察未來平均眷口數之變化趨勢。 2. 有關依全民健康保險法施行細則第 68 條規定公告事項，本署每年均依規定將計算結果報請衛生福利部核定，考量原已公告仍屬有效，爰援例將有調整事項辦理公告，至委員之建議，本署於本(115)年辦理時將一併陳報衛生福利部參考。

委員意見	健保署說明
<p>保法施行細則第 68 條規定每年應公告事項，要請教根據健保法施行細則，不管有沒有調整，是不是應該依法行政，這個動作也要趕快讓社會大眾知道，以上 2 個問題請教。</p>	
<p>黃委員國祥(議事錄第 20 頁)</p> <p>剛剛陳鴻文代理委員建議，其實健保法施行細則第 68 條已經提出每年都要公告，目前最新是 112 年 11 月 13 日的公告，113 年 1 月 1 日適用，建議無論平均眷口數是否有變動，其實都要依法如實公布。當然可能健保署考慮財務不足的部分，應該從其他方面，比如在健保相關會議去探討，以上說明。</p>	
<p>陳代理委員鴻文(呂委員正華代理人)(議事錄第 21 頁)</p> <p>我只是想進一步建議，還是要依法行政，既然健保法施行細則第 68 條提到，無論有沒有調整，每年都要公告。根據剛才的解釋是說如果沒有調整就不公告的話，但回過頭來，要麼就依法行政，要麼就是施行細則要適當做修改，否則大家會覺得健保法細則有規定應公告，但又不公告，很奇怪。</p> <p>剛才我問的第 1 個問題是經過 2 年了，因為少子化的影響，平均眷口數看起來是有往下降，可是我們卻不知道最新的計算數字結果，如果有數字的話也可以讓委員知道一下。</p>	
<p>林委員恩豪(議事錄第 21 頁)</p> <p>謝謝主席，我要問的跟剛剛陳鴻文代理委員後來補充的意思一樣。因為後來署長沒有再補充了，所以我是想要再問一下，剛剛健保署同仁的回答似乎沒有回答到問題。因為同仁是說有調整的時候就會公告，所以現在意思是不想調整的時候就不公告嗎？但陳鴻文代理委員和黃國祥委員的意思是每年應該要公告，這件事情以前何語委員也追了很久，最後署長就公告然後也調整了。我想確認一下，到底是不是每年應該要公告，不管平均</p>	

委員意見	健保署說明
<p>眷口數有沒有變動每年都要公告，剛剛陳鴻文代理委員講的也沒錯，現在出生率就下降，平均眷口數現在應該會比 0.56 人略低一點吧。</p>	
<p>林委員恩豪(議事錄第 22 頁)</p> <p>我的問題是，法規的規定到底是每年都要公告，還是健保署沒有一定要公告，想調的時候再公告，我只是想要確認一下這件事情。如果法規規定每年都要公告，就每年都公告啊！不用一直在這裡追這件事情，如果一定要討論才能公告的話，那我建議是不是每年都把這項列入討論議案，每年都正式討論一下，謝謝。</p>	
<p>許委員舒博(議事錄第 22 頁)</p> <p>關於法律的規定，剛剛劉林義主任秘書講的是不對的，法律的規定沒有裁量權，你的意思是報衛福部裁量今年要不要公告，法律的規定是每年應公告之，是「應」哦！所以部長沒有裁量權，不能報部之後考慮財務狀況再公告，你們沒有依法行政，這樣是不對的。</p> <p>其次是牽涉到我們負擔保險費的單位，我們依法律規定來負擔，但是該我們負擔少的時候，不能說因為你可以做衡量，所以就讓我們多負擔一點。希望主席能夠裁決，這件事情沒有討論空間，依法行政，沒有裁量權。</p>	

副本

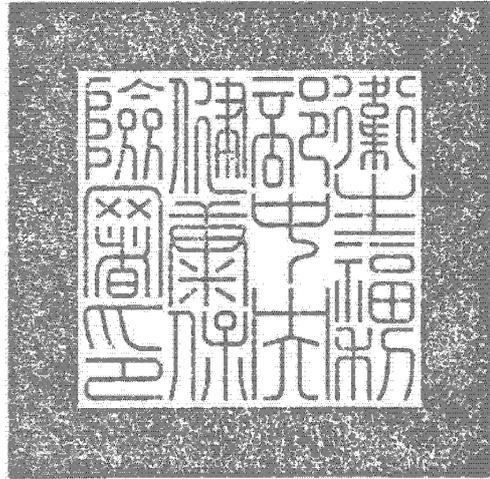
檔 號： 附錄四
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  4
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年1月14日
發文字號：健保醫字第1150100366號
附件：請至本署全球資訊網公告欄擷取



主旨：公告「115年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」(附件)，自115年1月1日起生效。

依據：衛生福利部115年1月6日衛部保字第1141260614號函。

副本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、衛生福利部、衛生福利部口腔健康
司、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計
室、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



1153300011

115. 1. 15

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



29

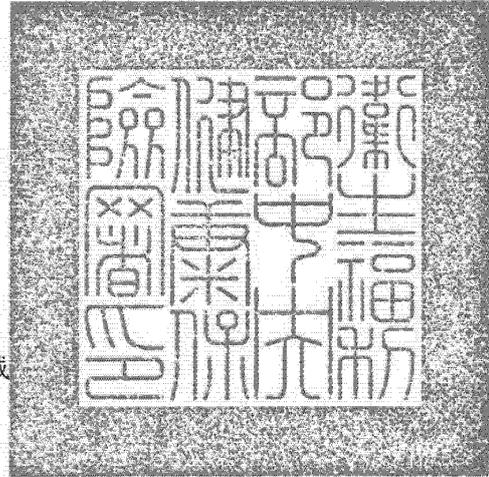
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年1月14日

發文字號：健保醫字第1150100365號

附件：如主旨(請自行至本署全球資訊網公告擷取)



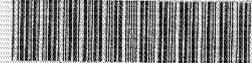
主旨：公告「115年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」(附件)。

依據：衛生福利部115年1月6日衛部保字第1141260588號函。

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

署長陳亮好

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300010

副本

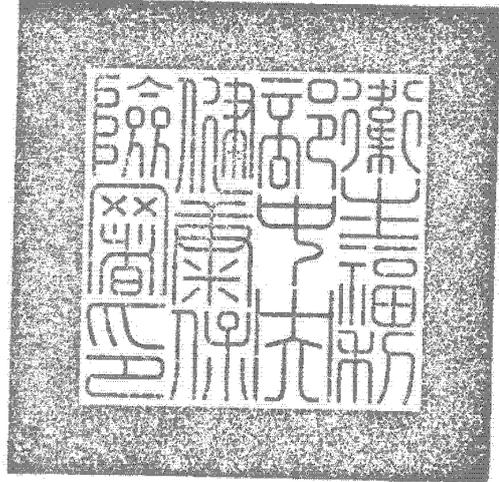
檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  4
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年1月15日
發文字號：健保醫字第1150100609號
附件：請至本署全球資訊網公告欄擷取



主旨：公告「115年度全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」，並自115年1月1日起生效。

依據：衛生福利部115年1月8日衛部保字第1141260606號函。

副本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、衛生福利部、衛生福利部口腔健康司、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署資訊組、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



1153300012

副本

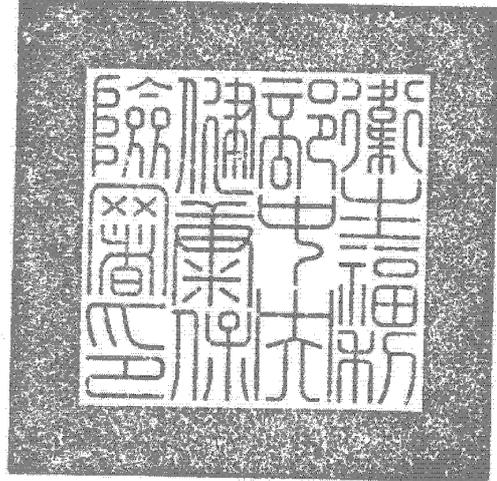
檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  4
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年1月15日
發文字號：健保醫字第1150100609A號
附件：請至本署全球資訊網公告欄擷取



主旨：公告「115年度全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔
照護計畫」，並自115年1月1日起生效。

依據：衛生福利部115年1月8日衛部保字第1141260606號函。

副本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、衛生福利部、衛生福利部口腔健康
司、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計
室、本署資訊組、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



1153300013

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



4

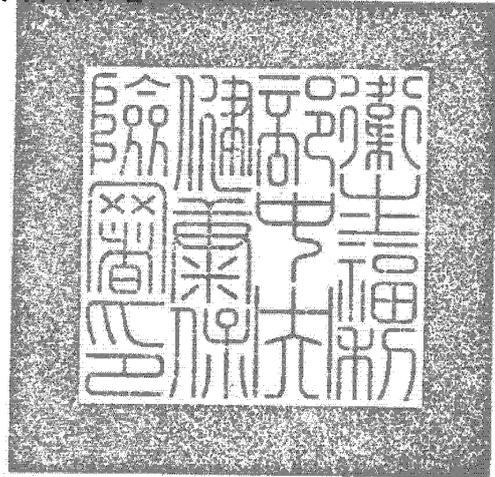
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年1月15日

發文字號：健保醫字第1150100609B號

附件：請至本署全球資訊網公告欄擷取



主旨：公告「115年度全民健康保險牙醫門診總額青少年口腔提升
照護試辦計畫」，並自115年1月1日起生效。

依據：衛生福利部115年1月8日衛部保字第1141260606號函。

副本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、衛生福利部、衛生福利部口腔健康
司、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計
室、本署資訊組、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



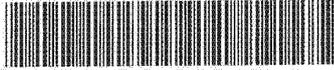
1153300014

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



46

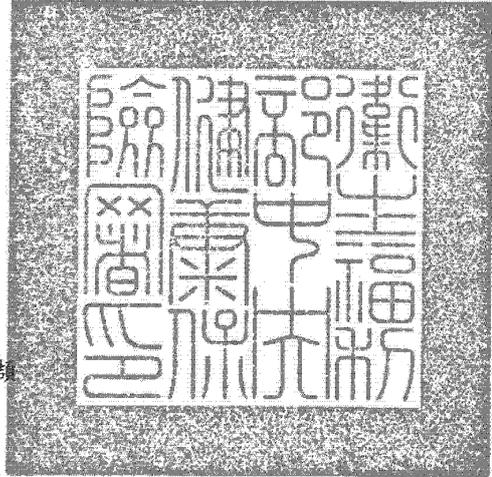
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年1月16日

發文字號：健保醫字第1150100608號

附件：如主旨(請自行至本署全球資訊網公告欄掛取)



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

依據：衛生福利部115年1月8日衛部保字第1141260619號函。

副本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國醫師公會全國聯合會、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、中華民國診所協會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國公立醫院協會、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、行政院主計總處、地方政府衛生局、國軍退除役官兵輔導委員會、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、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、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



1153300016

115. 1. 19

副本

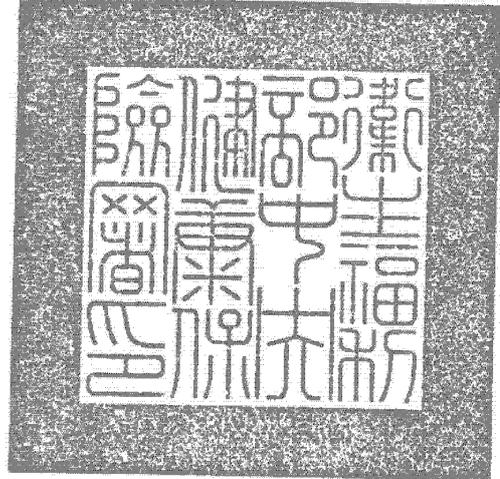
檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  4
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年1月19日
發文字號：健保醫字第1150660189號
附件：請至本署全球資訊網公告欄擷取



主旨：公告「115年全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」，並自115年1月1日起生效。

依據：全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額114年第4次研商議事會議紀錄。

副本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、衛生福利部、衛生福利部口腔健康司、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、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



1153300027

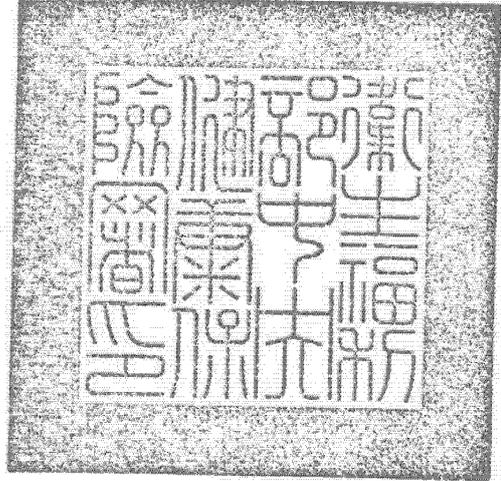
115. 1. 20

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  31
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19日
發文字號：健保醫字第114066672號
附件：附件請自本署全球資訊網公告區逕行擷取

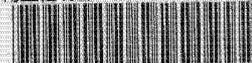
主旨：公告修訂「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」（附件），自115年1月1日起施行。

依據：依據本署114年12月24日召開114年度「全民健康保險醫療給付項目及支付標準共同擬訂會議」第4次會議決議辦理。

副本：法務部矯正署、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、台灣醫院協會、地方政府衛生局、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部國民健康署、衛生福利部疾病管制署、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、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



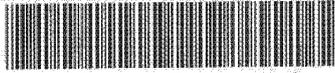
1153300028

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

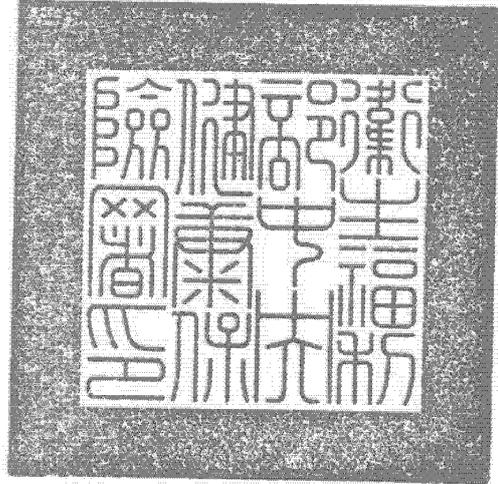
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年1月20日

發文字號：健保醫字第1150100855號

附件：請至全球資訊網自行擷取



主旨：公告「115年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款
實施方案」（附件），並自115年1月1日起生效。

依據：衛生福利部115年1月12日衛部保字第1151260003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、本署
財務組、本署主計室、本署資訊組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組、本署
各分區業務組

署長陳亮妤

衛生福利部全民健康保險會收發



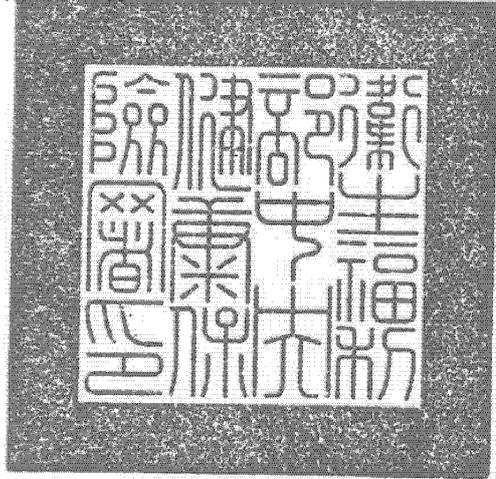
1153300029

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22日
發文字號：健保醫字第1150660061號
附件：如主旨(請至全球資訊網公告區擷取)

主旨：公告修訂「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」如附件，並自115年1月1日起實施。

依據：本署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次研商議事會議決議。

副本：台灣醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣家庭醫學醫學會、社團法人臺灣生活型態醫學會、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部、行政院主計總處、基隆市衛生局、臺北市政府衛生局、新北市政府衛生局、桃園市政府衛生局、新竹市衛生局、新竹縣政府衛生局、苗栗縣政府衛生局、臺中市政府衛生局、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、嘉義市政府衛生局、臺南市政府衛生局、高雄市政府衛生局、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、連江縣衛生局、澎湖縣政府衛生局、金門縣衛生局、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部國民健康署、衛生福利部疾病管制署、本署臺北業務組、本署北區業務組、本署中區業務組、本署南區業務組、本署高屏業務組、本署東區業務組、本署企劃組、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、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



1153300032

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  2
臺北市南港區忠孝東路6段488號



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年1月23日
發文字號：健保醫字第1150660361號
附件：請自行至本署全球資訊網擷取

主旨：公告新增「115年度全民健康保險春節加成獎勵方案」（附件）。

依據：衛生福利部115年1月22日衛部保字第1151260018號函。

公告事項：醫療院所須於115年2月6日（五）前至本署健保資訊網服務系統（VPN）登錄春節開診時段資訊（路徑：首頁／醫務行政／看診資料及掛號費維護、時段：115年除夕及春節假期），未填報者不予撥付本方案獎勵金。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部醫事司、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、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、台灣醫院協會、本署醫審及藥材組、本署各分區業務組、地方政府衛生局(均含附件)

署長陳亮好

衛生福利部全民健康保險會收發

1153300035

副本

檔 號：
保存年限：

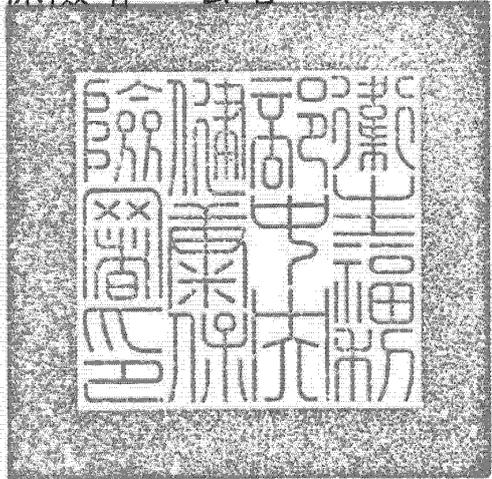
衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



44

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2月4日

發文字號：健保醫字第1150102348號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網擷取)

主旨：公告「115年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」(附件)。

依據：衛生福利部115年1月30日衛部保字第1151260010號函。

副本：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、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



1153300040

副本

檔 號：
保存年限：

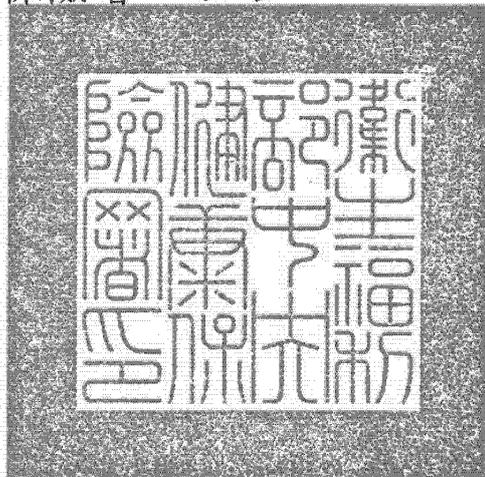
衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

臺北市南港區忠孝東路6段488號



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年2月9日

發文字號：健保醫字第1150102441號

附件：請自行至本署全球資訊網擷取

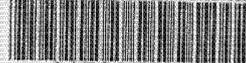
主旨：公告修訂「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」(附件)，並自115年1月1日生效。

依據：衛生福利部115年2月2日衛部保字第1151260044號函

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

署長陳亮妤

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300042

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  9
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2月12日
發文字號：健保醫字第1150102594號
附件：如主旨(請至本署全球資訊網擷取)



主旨：新增「全民健康保險乳癌照護品質提升方案」(附件)，並追溯自115年1月1日生效。

依據：衛生福利部115年2月3日衛部保字第1151260024號函。

公告事項：原已參與「全民健康保險乳癌醫療給付改善方案」之醫院，得繼續參加原方案或申請參加旨揭方案。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、台灣乳房醫學會、台灣外科醫學會、中華民國癌症醫學會、社團法人台灣臨床腫瘤醫學會、衛生福利部國民健康署、衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會、地方政府衛生局、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組、本署各分區業務組

署長陳亮妤

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300046

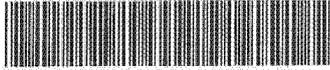
115 2. 13

副本

檔 號： 附錄五
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



3

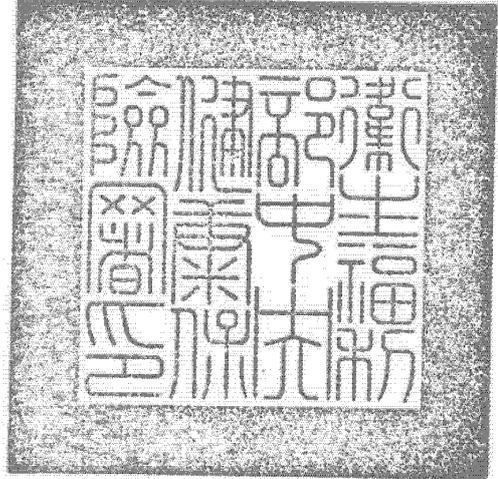
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年1月9日

發文字號：健保醫字第1150660019號

附件：請自行至本署全球資訊網下載



主旨：公告中醫門診總額照護計畫115年1月起新增承作院所及醫師名單。

公告事項：

- 一、新增「全民健康保險西醫住院病人中一特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等5項中醫門診總額照護計畫承作院所及醫師名單(附件)，執行日自115年1月1日起。
- 二、請至本署全球資訊網首頁/最新消息/法規公告下載(網址為：<https://www.nhi.gov.tw/ch/mp-1.html>)。

副本：中華民國中醫師公會全國聯合會、衛生福利部中醫藥司、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組

署長陳亮好

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300008

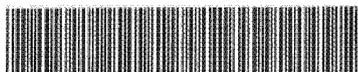
115. 1. 12

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



3

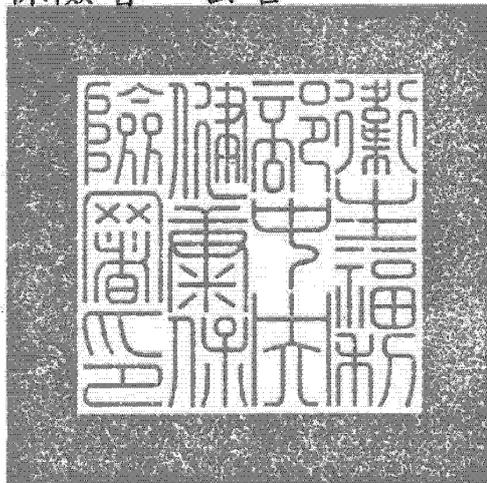
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年2月3日

發文字號：健保醫字第1150660404號

附件：請自行至本署全球資訊網下載



主旨：公告中醫門診總額照護計畫115年2月起新增承作院所及醫師名單。

公告事項：

- 一、新增「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等5項中醫門診總額照護計畫承作院所及醫師名單(附件)，執行日自115年2月1日起。
- 二、附件請至本署全球資訊網首頁/最新消息/法規公告下載(網址為：<https://www.nhi.gov.tw/ch/mp-1.html>)。

副本：中華民國中醫師公會全國聯合會、衛生福利部中醫藥司、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組

署長陳亮妤

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300039

7項中醫醫療照護計畫(含子計畫)自115年1月1日起新增之承作院所數及醫師數

分區別		項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
西醫住院病人中 醫特定疾病輔助 醫療計畫(腦血 管疾病、顱腦損 傷、脊髓損傷、呼 吸困難相關疾病 及術後疼痛)	院所數	2	0	1	3	4	0	10	
	醫師數	4	0	1	3	4	0	12	
中醫提升孕產照 護品質計畫	院所數	6	14	6	3	12	1	42	
	醫師數	7	31	7	3	33	2	83	
中醫急症處置計 畫	院所數	1	0	1	2	0	0	4	
	醫師數	3	0	1	2	0	0	6	
中醫癌症患者加強 照護整合方案	癌症病人西醫 醫住院中醫 輔助醫療計 畫	院所數	1	3	1	3	5	0	13
		醫師數	3	3	1	3	5	0	15
	癌症病人中 醫門診延 長 照護計畫	院所數	1	0	1	2	3	0	7
		醫師數	3	0	1	2	3	0	9
	特定癌症病 人中醫門診 加強照護計 畫	院所數	5	10	2	4	13	1	35
		醫師數	8	17	2	4	35	2	68
全民健康保險中 醫慢性腎臟病門 診加強照護計畫	院所數	4	6	2	5	13	2	32	
	醫師數	5	6	2	7	30	3	53	

7項中醫醫療照護計畫(含子計畫)自115年2月1日起新增之承作院所數及醫師數

分區別		項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
西醫住院病人中 醫特定疾病輔助 醫療計畫(腦血 管疾病、顱腦損 傷、脊髓損傷、呼 吸困難相關疾病 及術後疼痛)	院所數	0	0	4	1	2	0	7	
	醫師數	0	0	4	1	2	0	7	
中醫提升孕產照 護品質計畫	院所數	2	7	6	1	3	1	20	
	醫師數	2	9	6	1	3	1	22	
中醫急症處置計 畫	院所數	0	0	2	1	2	0	5	
	醫師數	0	0	2	1	2	0	5	
中醫癌症患者加強 照護整合方案	癌 症 住 院 輔 助 醫 療 計 畫	院所數	0	0	4	1	2	0	7
		醫師數	0	0	4	1	2	0	7
	癌 症 門 診 延 長 照 護 計 畫	院所數	0	0	3	1	2	0	6
		醫師數	0	0	3	1	2	0	6
	特 定 中 醫 照 護 計 畫 加 強 方 案	院所數	2	3	3	1	2	0	11
		醫師數	2	3	3	1	2	0	11
全 民 健 康 保 險 中 醫 慢 性 腎 臟 病 門 診 加 強 照 護 計 畫	院所數	2	4	3	2	3	0	14	
	醫師數	2	4	3	2	3	0	14	

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：李羿萱
聯絡電話：02-27065866 分機：2630
傳真：02-27069043
電子郵件：A111360@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

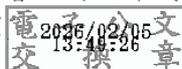
發文日期：中華民國115年2月4日
發文字號：健保醫字第1150660440號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨(請自行於本署全球資訊網下載)

主旨：檢送114年第2季「全民健康保險其他部門結算說明表」，
相關檔案已公布於本署全球資訊網，下載路徑詳如說明，
請查照。

說明：

- 一、依全民健康保險法第62條第3項規定：「保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額及經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用」辦理。
- 二、旨揭檔案同步放置於本署全球資訊網，路徑為：健保服務\健保醫療費用\醫療費用申報與給付\醫療費用支付\醫療費用給付規定\各部門總額預算分配參數及點值結算說明表\其他部門，請自行下載利用。

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



115.02.05



1153340018

114年度其他預算支用情形

單位：百萬元；%

項目	全年 預算數	執行數				小計	全年 執行率
		Q1	Q2	Q3	Q4		
山地離島地區醫療給付效益提升計畫(含山地鄉論人計酬試辦計畫)	1,356.6	183.2	192.3			375.5	27.7%
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,928.1	400.6	424.8			825.4	42.8%
推動促進醫療體系整合計畫	520.0	45.1	51.6			96.7	18.6%
1.醫院以病人為中心門診整合照護計畫		6.2	6.8			12.9	
2.跨層級醫院合作計畫		12.7	16.4			29.1	
3.急性後期整合照護計畫		23.2	25.4			48.6	
4.遠距醫療會診(遠距醫療服務給付計畫)		3.1	3.0			6.1	
支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費 ^{註1}	215.0	0.45	0.45			0.9	0.4%
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費 ^{註2}	2,000.0	0.0	78.8			78.8	3.9%
腎臟病照護及病人衛教計畫 ^{註3}	500.0	110.0	113.5			223.5	44.7%
1.Pre-ESRD之病人照護與衛教計畫		76.4	80.0			156.4	
2.Early-CKD醫療給付改善方案		22.4	22.2			44.6	
※慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫(另行結算)		11.3	11.3			22.5	
提升用藥品質之藥事照護計畫	30.0	0.93	1.37			2.3	7.7%
居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務	9,378.0	1,796.1	1,853.9			3,650.0	38.9%
1.居家醫療與照護		1,085.7	1,115.7			2,201.5	
2.在宅急症照護試辦計畫		30.2	43.8			74.0	
3.助產所		0.9	0.8			1.7	
4.精神疾病社區復健		664.5	679.0			1,343.6	
5.轉銜長照之服務		14.7	14.6			29.3	
基層總額轉診型態調整費用	800.0	131.8	130.3			262.1	32.8%
114年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等	4,156.0	528.5	812.3			1,340.8	32.3%
總計	20,883.7	3,196.7	3,659.4			6,856.1	32.8%

註：1.支付狂犬病治療藥費，其餘項目無專款不足需支應之情形。

2.第2季動支經費用於支付114年度西醫基層診所及藥局春節連假(114.1.28~114.2.2)開診額外獎勵費用，所申報之門診診察費或藥事服務費支付點數加計3成。

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

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國115年1月28日
發文字號：衛部健字第1153360013號
附件：如公告事項一(附件一至五共5件)



主旨：公告115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式。

依據：全民健康保險法第61條暨115年1月20日衛部保字第1141260589號函。

公告事項：

一、115年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院醫療給付費用成長率與其他預算額度及相關分配，核定結果如下：

(一)整體醫療給付費用總額約9,883.35億元，較115年度總額基期成長5.5%。

(二)四部門醫療給付費用總額相關分配(含地區預算)與其他預算如下：

裝

訂

線

- 1、牙醫門診醫療給付費用總額約58,368.5百萬元，較115年度總額基期成長5.500%，其中一般服務成長率為2.468%，專款項目全年經費為6,456.1百萬元(附件一)。
- 2、中醫門診醫療給付費用總額約36,429.2百萬元，較115年度總額基期成長5.500%，其中一般服務成長率為4.978%，專款項目全年經費為1,527.6百萬元(附件二)。
- 3、西醫基層醫療給付費用總額約186,199.2百萬元，較115年度總額基期成長5.500%，其中一般服務成長率為5.077%，專款項目全年經費為14,250.6百萬元，門診透析服務費用成長率為3.861%(附件三)。
- 4、醫院醫療給付費用總額約685,306.4百萬元，較115年度總額基期成長5.500%，其中一般服務成長率為5.101%，專款項目全年經費為49,746.1百萬元，門診透析服務費用成長率為2.209%(附件四)。
- 5、其他預算額度為22,032.2百萬元，由中央健康保險署管控(附件五)。

二、115年度全民健康保險醫療給付費用總額之計算公式如下：

(一)115年度全民健保醫療給付費用總額=115年度部門別醫療給付費用總額之合計+115年度其他預算醫療給付費用

(二)115年度全民健保醫療給付費用總額成長率=[115年度核定之全民健保醫療給付費用總額-(114年度之全民健保醫療

給付費用總額+113年度投保人口預估成長率與實際之差值金額+114年度健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額)]/(114年度之全民健保醫療給付費用總額+113年度投保人口預估成長率與實際之差值金額+114年度健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額)

註：

- 1、部門別為牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採核定各項目之全年經費。
- 2、依本部報奉行政院核定之115年度總額基期，係以前1年度(114年)健保醫療給付費用總額，校正前2年度(113年)投保人口預估成長率與實際之差值金額、加回前1年度(114年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。
- 3、西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

部長 石崇良



115年春節期間之醫療應變措施研討



衛生福利部
中央健康保險署

115.3.11

115年度全民健康保險春節加成獎勵方案

獎勵期間：115/2/14~115/2/22



醫院
西醫診所
藥局

日期	2/14	2/15	2/16	2/17	2/18	2/19	2/20	2/21	2/22
星期	六	日	一	二	三	四	五	六	日
春節	連假	小年夜	除夕	初一	初二	初三	初四	初五	連假

門診 加成率	1.診察費	2.藥事 服務費	30%	30%	100%	100%	100%	100%	50%	50%	30%
-----------	-------	-------------	-----	-----	------	------	------	------	-----	-----	-----



急診
住院

急診 住院 加成率	1.診察費	2.藥事 服務費	3.護理費	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
-----------------	-------	-------------	-------	------	------	------	------	------	------	------	------



共挹注**16億元**



獎勵金須分配**八成以上**予相關人員

114年對照115年「急診」就醫人次趨勢

急診人次趨勢圖



- 115年春節急診量整體平穩，除夕至初五急診就醫人次均低於114年，減少3,522-12,047人次
- 高峰仍為初二（約3.2萬人次），急診壅塞較去年改善

114年對照115年「門診」就醫人次趨勢

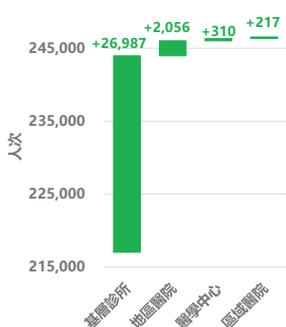
門診人次趨勢圖



- 除夕至初三門診量處低點，兩年度趨勢相近，115年除初三外，其餘門診就醫人次均略高於114年
- 初四、初五門診量明顯回升，反映部分非急迫性醫療需求於春節後段釋出

114-115年春節期間門診件數_依層級別

除夕門診件數-層級別



初一門診件數-層級別



初二門診件數-層級別



初三門診件數-層級別



初四門診件數-層級別



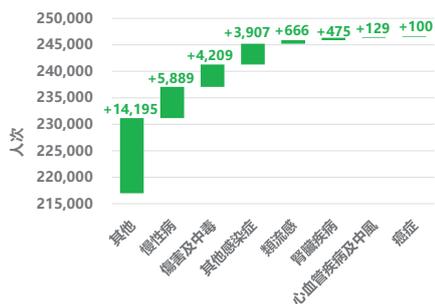
除夕至初二期間，**基層診所發揮關鍵分流功能**，透過門診量能增加，緩解急診壓力並強化春節期間醫療資源配置，門診增加1,933-26,960人次



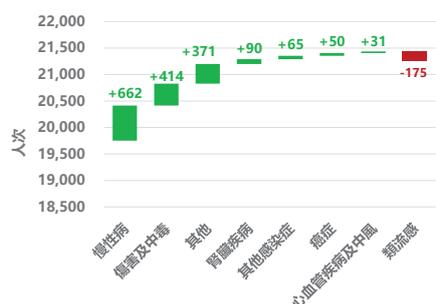
時間	114~115 人次變化	醫學中心	區域醫院	地域醫院	基層診所
除夕(週一)	29,570	310 (1%)	217 (1%)	2,056 (7%)	26,987 (91%)
初一(週二)	1,508	48 (3%)	-74 (-5%)	-399 (-26%)	1,933 (128%)
初二(週三)	836	-100 (-12%)	-415 (-50%)	-1,137 (-136%)	2,488 (298%)
初三(週四)	-7,115	-1,582 (22%)	-2,098 (29%)	-2,305 (32%)	-1,130 (16%)
初四(週五)	28,482	22,523 (79%)	21,840 (77%)	6,688 (23%)	-22,569 (-79%)

114-115年春節期間門診件數_依診斷別

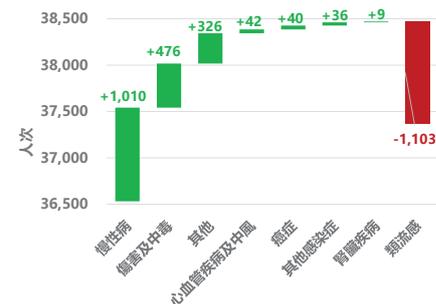
除夕門診件數-診斷別



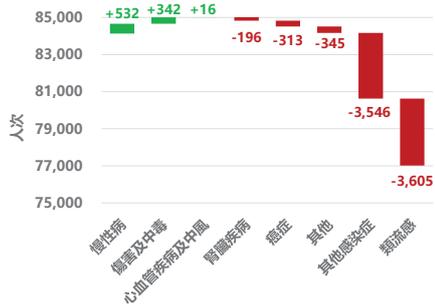
初一門診件數-診斷別



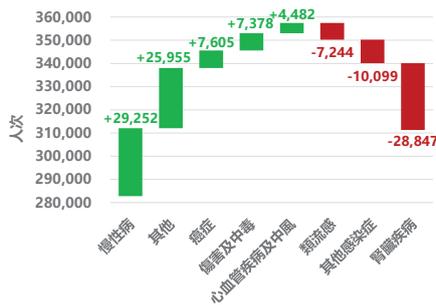
初二門診件數-診斷別



初三門診件數-診斷別



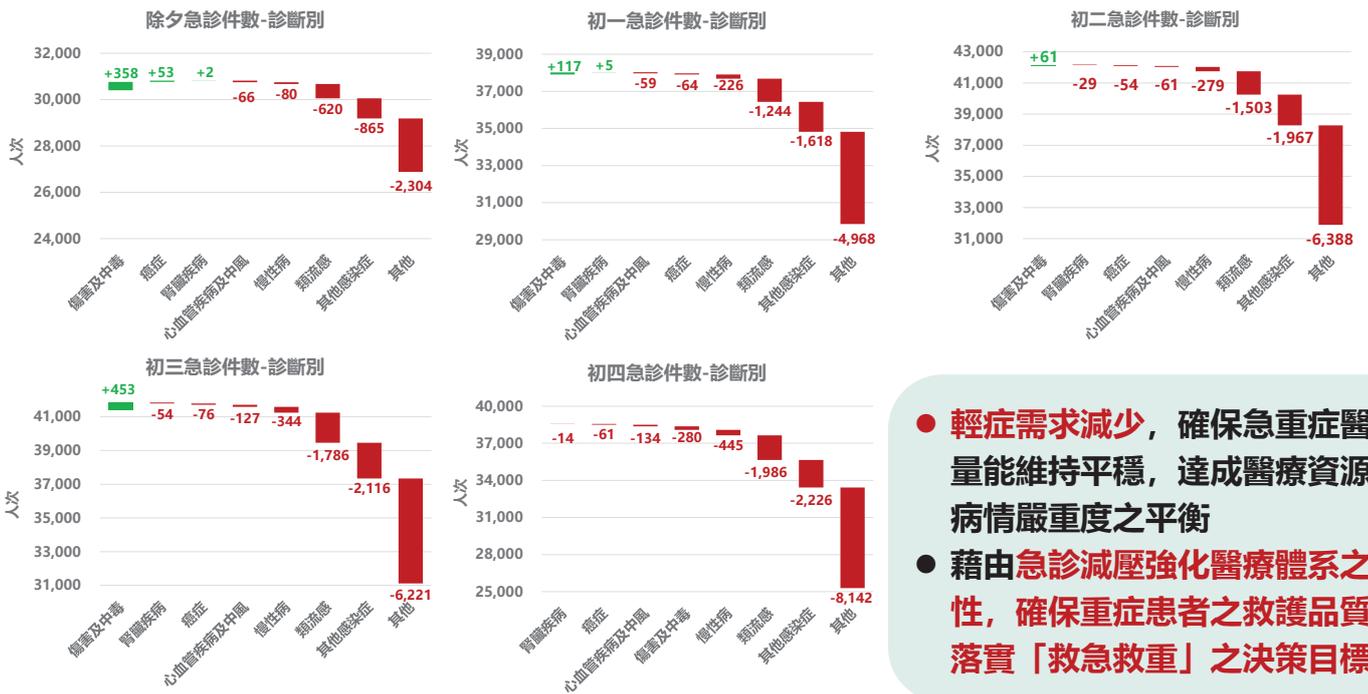
初四門診件數-診斷別



- 除夕至初二藉由春節獎勵方案**穩定醫療量能並提升開診率**，引導病人分流至門診就醫
- 門診就診之**慢性病增加**，**類流感減少**

註：類流感所致之肺炎歸類於類流感，其餘肺炎歸於其他感染症計算

114-115年春節期間急診件數_依診斷別



- 輕症需求減少，確保急重症醫療量能維持平穩，達成醫療資源與病情嚴重度之平衡
- 藉由急診減壓強化醫療體系之韌性，確保重症患者之救護品質，落實「救急救重」之決策目標

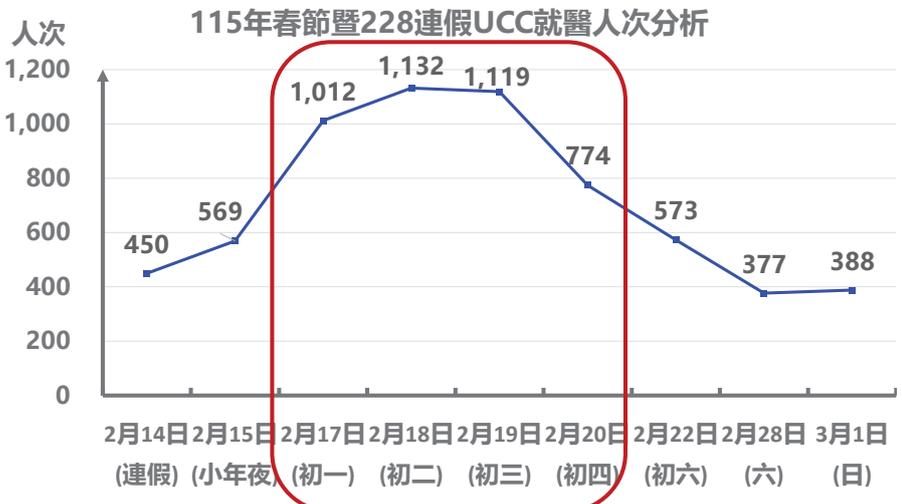
註：類流感所致之肺炎歸類於類流感，其餘肺炎歸於其他感染症計算

115年春節及228連假假日輕急症中心執行情形

統計春節期間UCC 2月14日至3月1日間開診9日之就醫人次共6,394人次，其中因發燒及呼吸道症狀就醫3,152人次(占49%)最多，另以2月17日(初一)、2月18日(初二)、2月19日(初三)為最高，分別達1,012、1,132、1,119人次

疾病別	就醫人次	占率
發燒	3,152	49%
腸胃道	930	15%
簡單傷口	524	8%
小兒	430	7%
其他	1,358	21%
合計	6,394	100%

備註：
 1.資料範圍：春節連假115年2月14至2月22日共7天(除夕、初五無開設)及228連假共2天(2月27日無開設)
 2.資料來源：健保署分區業務組回報統計



結論

● 落實疫苗接種，降低類流感門急診就醫人次

類流感疫情於門急診端均呈現顯著下降趨勢，顯示疫苗接種已有效建立防護屏障，緩解春節期間醫療體系之負荷

● 策略性加成挹注提升醫院基層量能，進而疏導急診壅塞

首度推動春節加成獎勵方案（16 億獎勵金）成效顯著，透過強化基層醫療韌性引導輕症分流，緩解急診壅塞並落實分級醫療

● 輕症感染減少、急重症維持穩定，使急診回歸救急功能

急診量下降主要來自「類流感與其他感染症」等輕症病人減少，而心血管疾病與中風等急重症病例數維持穩定，使醫療資源能更集中於真正需要急救的患者



9



Health for All

Thank you!

落實健康台灣

醫療平權 健保永續



10



115年1月份 全民健康保險業務執行季報告

中央健康保險署
115年3月11日

1



114年健保業務整體執行情形

承保業務

投保
單位

114年12月 1,052,051家
113年12月 1,019,735家



增加
32,316家(3.17%)

保險
對象

114年12月 24,083,906人
113年12月 23,959,972人



增加
123,934人(0.52%)

平均
投保
金額

第一類至第三類被保險人
114年12月 47,327元
113年12月 45,188元



增加
2,139元(4.73%)

2



114年健保業務整體執行情形

保險財務業務

現金收支

保費收入

醫療費用

其他收支

= 餘額

114年 8,478.24億元
113年 7,970.92億元

↑6.36%

114年 203.59億元
113年 370.22億元



114年 8,382.25億元
113年 7,871.50億元

↑6.49%

114年 299.58億元
113年 469.64億元

權責收支

保費收入
8,618.71
億元

保險給付
8,329.05
億元

呆帳
51.55
億元

其他收支
餘(絀)
218.58億元

= 安全準備
提列
456.69億元

安全準備餘額
2,078.37億元
(約2.99個月保險給付)



提存



114年健保業務整體執行情形

醫療業務



醫事
機構

114年12月 22,522家
113年12月 22,352家



增加
170家(0.76%)

整體醫療費用申報

件數

114年第4季 9,704.5 萬件
113年第4季 9,946.9 萬件



減少
242.4萬件(2.44%)

點數

114年第4季 2,394.9億點
113年第4季 2,344.2億點



增加
50.7億點(2.16%)

預估
點值

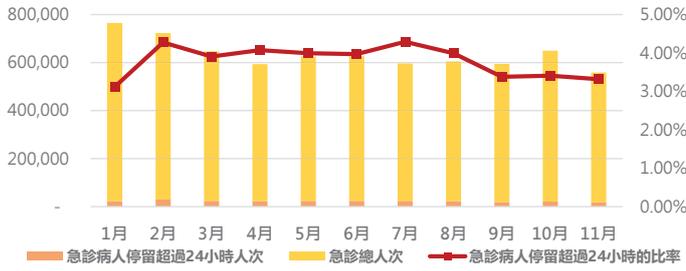
114年第3季各總額部門平均點值 > 0.9



急診品質提升方案

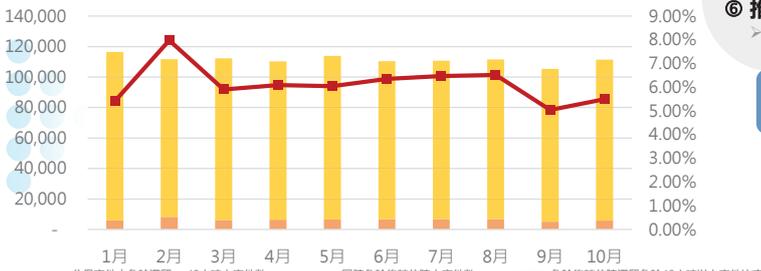
健保署推動六大策略因應急診壅塞

114年急診病人停留超過24小時的比率-全國



該指標5月之後呈下降趨勢，本署將持續監測執行概況。

114年急診後轉住院滯留急診48小時以上案件比率-全國



該指標5月之後同院急診轉住院滯留件數從6,488件降至5,797件，本署將持續監測執行概況。

因應急診壅塞之六大策略

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

修訂急診品質提升方案 (115年1月1日生效)

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



門診靜脈抗生素治療獎勵方案(OPAT)

114年8月實施，另新增輸液器1日型於11月1日生效

- 針對**輕至中度**感染症病人，提供門診靜脈抗生素治療之選擇
- 提升醫療可近性並**減少病人住院時間**，降低對工作及生活之影響
- 透過**整合性治療**，提升病人治療成功率並**減少併發症**
- 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

每年約**20萬**感染症病人住院

推估**2萬名**病人(10%)可採OPAT治療

推估增加支出約**1億**點
一天注射一次 1,031點；治療計畫5天推估

推估減少住院約**3.5億元**、**15.6萬**住院天數
以方案所列感染症平均住院7.84天推估

114年8-12月申報資料

	醫院	基層診所	合計
家數(家)	90	92	182
人數(人)	2,737	876	3,596
申報費用(萬元)	1,462	431	1,894

截至114/10/22醫療主機資料



分級醫療執行情形及成效檢討

轉診案件申報情形(以接受轉診端分析)

114年轉診354.7萬件，較106年增加109.9萬件
轉診率 1.16%，較106年(0.83%)成長



轉診率	基層診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	合計
106年	0.00%	0.95%	2.58%	3.21%	0.83%
114年	0.05%	1.59%	3.19%	4.17%	1.16%

◎資料來源：多模型健保資料平台：門診明細檔（擷取時間：115.2.2）

◎轉診案件：就醫日期為106/114年1-12月且申報以下案件，並排除透析案件(案件分類為05)、申報院所代號第一碼為A、H、J、Q、R、S之案件。

本署分級醫療精進作為

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



鳳凰風災災區受災者就醫費用及健保費補助作業



公告災區範圍受災民眾

行政院114年12月12日公告災區範圍

花蓮縣

萬榮鄉全區及鳳林鎮4戶受災房屋所在地

自114年11月10日生效



補助3個月就醫費用

自災害發生日(9/21)起3個月期間內就醫，補助就醫費用包括：

- ◆ 具保險對象資格者→就醫應自行負擔之部分醫療費用及住院膳食費。
- ◆ 未具保險對象資格者→屬本保險給付範圍內之醫療費用及住院膳食費。



補助6個月健保費

符合條件之保險對象應自行負擔之6個月健保費(114年11月至115年4月)由中央政府支應，並得以民間捐款為之

- ◆ 受補助健保費之保險對象名單，由公告災區縣市政府於災害發生後提供健保署，保險對象不需自行辦理申請作業。



鳳凰風災受災者欠費協助措施

公告災區範圍受災民眾健保費欠費 免催繳、免滯納金、提供無息貸款

- ◆ 受災保險對象如有健保費欠費情形，在一年期間內，享有下列協助措施
 - 健保費欠費免予催繳
 - 延遲繳納健保費者，免予加徵滯納金
 - 健保費欠費免予移送行政執行
 - 健保費欠費及應自行負擔之費用尚未繳納部分，得向全民健康保險紓困基金無息貸款



115年1-2月健保藥品生效品項數

- ◆ 截至115年1-2月已公告生效新給付之新藥共6項、擴增給付共6項推估約3.2萬人受惠。

項目	新藥	擴增給付	說明
癌藥	4	3	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、泌尿道上皮癌等癌症，推估藥費支出約17.7億元，受惠人數約6,776人。
罕藥	-	2	用於泛視神經脊髓炎(NMOSD)等罕病，推估藥費支出約1.9億元，受惠人數約79人。
其他新藥	2	1	用於治療尋常性乾癬、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等疾病，推估藥費支出約1.3億元，受惠人數約2.5萬人。



健保指示藥品取消收載情形



會議決議：

一年內無使用量或使用量少之品項先刪除，並保留公衛、小兒、急救用藥

未來規劃：

廣續邀集相關醫學會及團體討論，以臨床效益、醫學實證或醫療必要性檢討、保障民眾用藥權益及減少社會衝擊，縮小該類品項之支付範圍，合理運用健保資源



115年1-2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

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

公告生效

品項計6項、嘉惠約1,692人次、預算約2,225萬元



114年1-12月公告生效之新功能特材

急重症醫材

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

品項數計**30項**
 嘉惠約**29,910人次**
 推估預算約**3億4,448萬元**

臨床必要

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

品項數計**52項**
 嘉惠約**56,801人次**
 推估預算約**3億4,002萬元**

功能改善

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

品項數計**103項**
 嘉惠約**15,023人次**
 推估預算約**3億1,519萬元**

公告生效

品項計**185項**、嘉惠約**101,734人次**、預算約**10億元**



癌症治療數位轉型

篩檢

診斷

治療

追蹤

次世代基因定序
 檢測(NGS)
 申報資料收載

癌症
 重大傷病申請

癌藥
 事前審查申請

癌症個案
 療效追蹤



預期效益

- ✓ 醫院電子病歷系統升級
- ✓ 雙盲審查，遮蔽個資，提升公平性
- ✓ 自動化審查及結果回復
- ✓ 國際標準結合真實世界資料，加速新藥評估

合作醫院

73家

測試中醫院

30家

以FHIR申請醫院

31家



THANK YOU