

衛生福利部全民健康保險會  
第 6 屆 113 年第 4 次委員會議資料

本資料未上網公開前

請勿對外提供

中華民國 113 年 5 月 22 日



# 衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 113 年第 4 次委員會議議程

## 一、主席致詞

## 二、議程確認

## 三、確認上次(第 3 次)委員會議紀錄----- 1

## 四、本會重要業務報告----- 8

## 五、優先報告事項

中央健康保險署「113 年第 1 季全民健康保險業務執行季報告」(口頭報告)----- 22

## 六、討論事項

(一)114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)----- 25

(二)114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案) -- 44

## 七、報告事項

(一)「家庭醫師整合性照護計畫」朝全人照護方向整合之具體規劃與導入一般服務之評估規劃----- 63

(二)強化住院護理照護量能(含歷年相關預算執行檢討結果)---- 106

## 八、臨時動議



三、確認上次(第 3 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(113)年 5 月 3 日衛部健字第 1133360057 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6屆113年第3次委員會議紀錄  
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國113年4月24日上午9時30分

地點：本部 301 會議室

主席：盧主任委員瑞芬

紀錄：盛培珠、林偉翔

出席委員：(依姓名筆劃排序)

王委員惠玄、田委員士金、朱委員益宏、江委員錫仁、吳委員榮達、  
吳委員鏘亮、李委員永振、李委員飛鵬、周委員慶明、周委員麗芳、  
林委員文德、林委員恩豪、林委員淑珍、林委員綉珠、花委員錦忠、  
侯委員俊良、張委員清田、陳委員石池(台灣醫院協會邱監事會主席冠明代理)、  
陳委員杰(中華民國全國總工會溫理事長國銘代理)、陳委員相國、陳委員節如、  
陳委員鴻文、游委員宏生、黃委員金舜、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、  
董委員正宗、詹委員永兆、劉委員玉娟、劉委員守仁、劉委員淑瓊、  
滕委員西華、蔡委員麗娟、鄭委員力嘉、鄭委員素華、謝委員佳宜、  
韓委員幸紋

請假委員：黃委員小娟

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：石署長崇良

本會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、邱組長臻麗、

陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第7頁)

貳、議程確認：(詳附錄第7~8頁)

決定：

一、同意臨時提案「有關112年度西醫基層總額未執行預算，建議不予扣減案」納入本次委員會議議程，安排於原有議案完成後討論。

二、餘照議程確認。

參、確認上次(第2次)委員會議紀錄：(詳附錄第8頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第9~22頁)

決定：

一、上次(第2次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤共3項，同意解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤共2項，同意繼續追蹤。

二、歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，擬解除追蹤共3項，同意解除追蹤。

三、本會依全民健康保險法辦理公民參與活動，預定於本(113)年7月分別在北、中、南地區召開以「如何提升醫事服務提供者/民眾端在醫療資源使用之效率」、「家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向」為議題之願景工作坊，敬請委員協助轉請所屬會員團體派員參加。另委員有建議之代表團體，亦請一併邀請。

四、各總額部門112年度執行成果發表暨評核會議，因場地因素，改期於7月16、17日在原訂地點(衛生福利部大禮堂)舉行，請中央健康保險署及四總額部門配合時程辦理，並敬請委員踴躍參加。

五、113年6月份委員會議，配合114年度總額行政作業，由工作計畫原訂6月26日提前至6月19日召開，敬請委員預留時間與會。

六、餘洽悉。

伍、討論事項(詳附錄第23~55頁)

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：113年度各部門總額依核(決)定事項，須提本會同意或

確認之項目案，續請討論。

決議：

- 一、本次提請確認之醫院總額4項新增項目<sup>(註)</sup>，委員所提意見，提供中央健康保險署修正及衛生福利部核定參考，並請於核定後副知本會。
- 二、另有關提升醫院兒童急重症照護量能，尚涉及醫事人力政策之檢討改善，委員所提相關意見送請衛生福利部(醫事司)參考。

- 註：1.提升醫院兒童急重症照護量能。  
2.區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作。  
3.區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作。  
4.抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫。

## 第二案

提案人：滕委員西華、吳委員榮達、林委員文德、王委員惠玄、田委員士金、林委員恩豪、林委員淑珍、花委員錦忠、侯委員俊良、張委員清田、陳委員節如、游委員宏生、楊委員芸蘋、劉委員淑瓊、蔡委員麗娟、鄭委員力嘉、李委員永振、陳委員鴻文、楊委員玉琦、董委員正宗、劉委員守仁

代表類別：公正人士及專家學者、被保險人代表、雇主代表

案由：針對健保署預告修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目草案，關於《第二部/第二章/第一節檢查，第二十五項次世代基因定序 Next Generation Sequencing (30301B-30305B)》支付規範(6)「基因檢測結果須由病人簽署同意書並於申報後一個月內依指定格式上傳至健保署或其指定資料庫，未上傳者本項不予支付」案，不符合健保法等法規，應予修正，提請討論。

決議：本案係屬法規之研究建議，委員所提意見，送請衛生



福利部及中央健康保險署參考。

陸、報告事項(詳附錄第56~82頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告，請鑒察。

決定：

一、本案洽悉。

二、委員所提意見請中央健康保險署研參，並請於113年第9次委員會議(113.10.23)提報新制部分負擔全年成效檢討報告時，併同回應委員意見及說明改善行為，以利評估執行成效。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：各部門總額一般服務之點值保障之整體檢討，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：111年健保收入超過2億元之醫療院所財務報告之公開情形，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參。

第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：112年度全民健康保險基金附屬單位決算及114年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案，請鑒察。

決定：

- 一、本案不予備查。委員所提意見，請中央健康保險署研參。
- 二、考量全民健康保險基金附屬單位決算案自107年至今，已連續7年本會均不予備查，為落實監理健保財務之職責，請以本會名義將委員意見函送審計部回應，並於審定本決算案時參酌。

#### 第五案

報告單位：中央健康保險署

案由：全民健康保險監理指標研修建議及監測結果之具體改善策略報告，請鑒察。

決定：

- 一、本案洽悉。
- 二、委員所提意見，有關監理指標增修部分，納入本會未來研修參考，至於監理執行成效改善策略之建議，請中央健康保險署研參。

#### 第六案

報告單位：中央健康保險署

案由：113年3月份全民健康保險業務執行報告(併「113年2月份全民健康保險業務執行報告」)，請鑒察。

決定：本案洽悉。請委員以書面意見方式提出後，再轉請中央健康保險署回復說明。

#### 柒、臨時提案(詳附錄第83~89頁)

提案人：周委員慶明、陳委員相國

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：有關112年度西醫基層總額未執行預算，建議不予扣減案。

決議：本案經討論後，未有共識，請中央健康保險署依總額

決定事項辦理扣減事宜。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：下午1時50分。

#### 四、本會重要業務報告

一、本會依上次(第3次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

- (一)依本會重要業務報告決定，於本(113)年5月9日以衛部健字第1133360064號書函，通知中央健康保險署(下稱健保署)及各總額部門受託團體，本會辦理「各總額部門112年度執行成果發表暨評核會議」改期於7月16、17日在原訂地點衛生福利部(下稱衛福部)大禮堂召開，副本抄送本會委員，敬請委員踴躍參加，如附錄一(第131~132頁)。
- (二)依討論事項第一案決議，於本年5月7日以衛部健字1133360060號書函，將本會委員關切提升醫院兒童急重症照護量能，其涉及醫事人力政策之檢討改善所提相關意見，送請衛福部(醫事司)參考，如附錄二(第133頁)。
- (三)依討論事項第二案決議，於本年5月7日以衛部健字1133360062號書函，將本會委員對全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準中涉及次世代基因定序支付規範所提之意見，送請衛福部及健保署參考，如附錄三(第134頁)。
- (四)依報告事項第四案決定，業於本年5月10日以衛部健字第1133360063號書函，將「112年度全民健康保險基金附屬單位決算及114年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案」決定不予備查及委員所提意見，函送健保署及審計部，並請審計部回應，及作為審定決算案之參考，如附錄四(第135~136頁)。
- (五)報告事項第五案決定，有關全民健康保險監理指標之增修，本會預訂於6月邀請委員及學者專家召開諮詢會議，再提會討論。
- (六)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計4項，依辦理情形，擬建議解除追蹤1項，繼續追蹤3項，如附表(第17~18頁)；但最後仍依委員會議定結果辦理；另個別委員關切事項(含書面意見)，健保署回復如附錄五(第137~150頁)。

二、有關「全民健康保險各總額部門 112 年度執行成果發表暨評核會議」，安排議程如附件二(第 20~21 頁)，本會將發函邀請委員

及相關團體、單位報名參加。

三、健保署於本年4月15日函送本會，有關因新冠疫情造成各部門總額112年醫療費用顯著影響，112年第3季醫院、西醫基層及中醫等總額部門點值補助執行結果，如附錄六(第151~153頁)，摘要如下：

(一)比照112年第1、2季補助方式，112年第3季計補助18.14億元(醫院10.87億元、西醫基層6.26億元、中醫門診1億元)，已於113年4月3日前完成撥付，補助前後點值詳第153頁。

(二)因112年其他預算「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」(8億元)已用罄，本次預算由112年公務預算挹注全民健康保險基金240億元支應。

四、下次(第5次)委員會議(113.6.19)依年度工作計畫安排之專案報告主題為「『代謝症候群防治計畫』之專案報告(含歷年執行情形及成效評估檢討)」、「『在宅急症照護試辦計畫』之具體實施方案及照護成效監測指標(含照護品質及替代醫院費用情形)報告」，請委員最晚於本年5月27日前向本會提出需請健保署回應或說明之問題。

五、本會針對上次委員會議，有關委員提出次世代基因定序支付規範之法規研究建議，作為委員關切重要議題之會訊報導主題，內容詳附錄七(第154~155頁)，已置於本會網頁(路徑：健保會首頁 > 最新訊息 > 委員關切重要議題分析，網址：<https://gov.tw/vqq>)，敬請委員轉知所屬團體之會員參閱。

六、衛福部及健保署於本年4月至5月份發布及副知本會之相關資訊如下：[內容已置於該署全球資訊網，詳細內容及相關附件業於本年5月15日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

1.本年4月19日修正發布「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，自113年5月1日生效，如附錄八(第156~157頁)，本次修正重點如下：

(1)第一部總則：增列十四(二)離島地區各保險醫事服務機構之住診案件，申報第二部及第三部各診療項目，依各該編號項目所定點數加計 30% 支付。【預算來源：113 年度醫院總額「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」項下 26.69 億元】

(2)第二部西醫：

①病房費：配合本次增列總則十四(二)，修訂第三節病房費通則九，增列離島地區之醫院，其護理費加成以第一部總則十四(二)為限之規定。

②新增診療項目：「實體腫瘤次世代基因定序—BRCA1/2 基因檢測/小套組( $\leq 100$  個基因)/大套組( $> 100$  個基因)」(10,000 點/20,000 點/30,000 點)及「血液腫瘤次世代基因定序—小套組( $\leq 100$  個基因)/大套組( $> 100$  個基因)」(20,000 點/30,000 點)等 5 項。【預算來源：113 年度醫院總額「新醫療科技」項下新增診療項目預算 11 億元】

③修訂支付規範：「光化治療一天」及「光線治療(包括太陽光、紫外線、紅外線)一天」，對「屬西醫基層總額部門院所限申報乾癬」，增列 ICD-10-CM 代碼。【不影響財務】

(3)第七部全民健康保險住院診斷關聯群：修正第一章 Tw-DRGs 支付通則六，調整離島地區醫院加成率為 20%。【因配合本次增列總則十四(二)，健保署推估平均每件 DRG 案件定額支付點數調幅約 18%，爰加成率由原 2% 調升至 20%】

2.本年 5 月 7 日修正發布「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第二條附表二，如附錄九(第 158~159 頁)。本次於附表二新增 2 類疾病別之指標，重點如下：

(1)肺炎：

①肺炎出院後三日內因肺炎再住院率。

②住院手術採全身麻醉出院後三日內因肺炎急診或再住院之比率。

(2)慢性阻塞性肺病：肺阻塞出院後十四日內因肺阻塞再住院率。

## (二)健保署

1.公告總額相關計畫如附錄十(第 160~169 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
113.4.12/ 113.4.12	全民健康 保險住院 整合照護 服務試辦 計畫	本次修訂重點如下： 1.實施方法及進行步驟：補充全病房區推動定義，新增醫院申請試辦病房變更程序，及修訂申請醫院執行計畫書格式。 2.申請醫院審查作業及標準：擴大審查小組委員人數上限至 17 人，及增訂違規情事及期間認定之文字。 3.品質監控指標：修訂滿意度調查頻率(季改為半年)與方式等。
113.4.15/ 113.1.1	113 年醫 院總額結 算執行架 構之偏遠 地區醫院 認定原則	本次修訂重點如下： 1.配合公告之「113 年度全民健康保險醫療資源缺乏地區」施行區域，增加新北市三芝區等 5 個施行地區。 2.分區修訂認定原則醫院名單：增加台安醫院、衛福部桃園醫院新屋分院及仁慈醫院等 3 家。
113.4.15/ 113.4.15	全民健康 保險醫院 醫療給付 費用總額 「健全區 域級(含) 以上醫院 門住診結 構，優化 重症照護 量能」及 「持續推 動分級醫 療，優化 社區醫	本次修訂重點如下： 1.刪除計畫實施期間，並新增「新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止」文字。 2.評估指標之比較基期改為「前一年度」(原為 108 年)。

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
	院醫療服 務品質及 量能」專款 計畫	
113.4.15/ 113.1.1	全民健康 保險醫院 總額品質 保證保留 款實施方 案	<p>本次修訂重點如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.各層級獎勵指標項目修正：醫學中心由 19 項增刪為 20 項；區域醫院維持 21 項；地區醫院由 22 項增刪為 23 項。</li> <li>2.配合「醫療品質資訊公開辦法」或「醫院總額支付制度品質確保方案」之相關指標名稱用語，修訂「同院所門診抗生素使用率」等 9 項品保款方案指標名稱。</li> </ol>
113.4.16/ 113.1.1	全民健康 保險醫療 資源不足 地區之醫 療服務提 升計畫	<p>本次修訂重點如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.113 年符合申請資格之醫院家數，由 112 年的 75 家增加至 86 家。</li> <li>2.申請醫院資格：由「排除已設立區域級醫院之鄉鎮」，修訂為「排除已設立區域級醫院(不含精神科醫院)之鄉鎮」。</li> <li>3.申請及審查程序：增列不得有違反特約及管理辦法第 44、45 條之規定。</li> <li>4.退場機制：由「醫院任一科別如經查有特約及管理辦法第 38 條至 40 條...」，修訂為「醫院任一科別(歸因為醫院總額)如經查有特約及管理辦法第 38 條至 40 條...」。</li> </ol>
113.4.16/ 113.4.16	全民健康 保險提升 用藥品質 之藥事照 護計畫	<p>本次主要放寬收案條件，修訂重點如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.跨院所處方用藥品項達五種(含)以上，且尚在服用者。(原須達十種(含)以上)</li> <li>2.同時持有二張(含)以上且在有效期內處方箋(含慢箋)者。(原須同時持有三張(含)以上跨院所且在有效期限慢箋)</li> </ol>
113.4.17/ 113.1.1	113 年度 全民健康 保險強化 住院護理 照護量能 方案	<p>本次修訂重點如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.修訂區域醫院及地區醫院「急性一般病床護理人員夜班獎勵」每人每班別單價： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)區域醫院：大夜班由 800 元調升至 950 元、小夜班由 500 元調升至 550 元。</li> <li>(2)地區醫院：大夜班由 600 元調升至 900 元、小夜班由 400 元調升至 500 元。</li> </ol> </li> <li>2.«急性一般病床護理人員夜班獎勵»及「其</li> </ol>



公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		他護理獎勵」之預算不相互流用。
113.4.17/ 113.1.1	全民健康 保險家庭 醫師整合 性照護計 畫	<p>本次修訂重點如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.組織運作：增列「家醫 2.0 醫療群」，申請成為家醫 2.0 醫療群之診所，若當年度未參加糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案(以下稱 P4P-DM/CKD/DKD 方案)，應接受教育訓練，加強糖尿病及初期慢性腎臟病之疾病管理能力。</li> <li>2.收案對象(會員)：保險人名單交付原則增列「較需照護個案若已被 P4P-DM/CKD/DKD、代謝計畫收案，且其收案診所前一年度有參加本計畫，則優先交付，並以 P4P-DKD、P4P-DM、代謝計畫、P4P-CKD 收案診所為優先交付順序」。</li> <li>3.參與計畫之醫療院所、醫師資格及基本要求： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)增列不得有違反特約及管理辦法第 44、45 條之規定，並明訂 2 年內違規之日期計算方式。</li> <li>(2)教育訓練：申請「家醫 2.0 醫療群」之診所，若未參加 P4P-DM/CKD/DKD 方案，應按收案對象疾病樣態，接受 DM/CKD 相關教育課程，並定有各項疾病之教育時數要求。</li> </ol> </li> <li>4.費用申報及支付方式： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)個案管理費：原本計畫會員如為 P4P、居整計畫、代謝計畫收案個案「不予支付個案管理費」，修訂為「若與本計畫屬同一收案診所，不予支付個案管理費；若與本計畫非屬同一診所收案，則予以支付個案管理費，惟居家醫療照護整合計畫之收案個案除外」。</li> <li>(2)績效獎勵費用：增列「參與家醫 2.0 醫療群之醫師皆完成本計畫所定 DM/CKD 相關教育訓練課程」。</li> <li>(3)多重慢性病人門診整合費用： <ol style="list-style-type: none"> <li>①支付條列：增列「慢性病連續處方箋需含兩類(含)以上慢性病用藥」。</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>②調升獎勵費用：符合獎勵條件者，當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 56 日(含)以上、169 日(含)以上，每一會員每年度支付點數自 500、1,000 點，調升至 550 點、1,100 點。</p> <p>(4)新增「糖尿病/初期慢性腎臟病整合照護提升費」：</p> <p>①適用對象：「家醫 2.0 醫療群」收案會員。</p> <p>②支付條件：DM/CKD/DKD 個案之特定檢驗項目(如醣化血紅素、低密度脂蛋白、尿液白蛋白與尿液肌酸酐比值)有進步或控制良好，若任一檢驗項目未有進步或不符合控制良好範圍，不予支付。</p> <p>③支付方式：</p> <p>A.每一 DM、CKD、DKD 個案，每年度分別支付 250 點、250 點、750 點。</p> <p>B.「家醫 2.0 醫療群」未於年度結束前完成 DM/CKD 相關訓練課程，不予支付。</p> <p>C.當年度已獲 P4P-DM/CKD/DKD 品質獎勵金之診所，同一個案不得重複領取品質獎勵金或本項費用。</p> <p>5.計畫評核指標：</p> <p>(1)過程面指標：刪除「檢驗(查)結果上傳率」、新增「B、C 肝炎篩檢率」。</p> <p>(2)結果面指標：</p> <p>①新增項目名稱「慢性病管理指標」：修訂「慢性病個案三高生活型態風險控制率」指標定義、新增「糖尿病及慢性腎臟病監測數據控制良率」。</p> <p>②自選指標「糖尿病會員胰島素注射率」移列至結果面指標。</p> <p>(3)自選指標：修訂「醫療群內收案會員重</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		複用藥情形」指標定義、新增「會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立率」、刪除「兒童預防保健檢查率」。 (4)加分指標：「檢驗(查)結果上傳率 $\geq$ 90%」修訂為「檢驗(查)結果即時上傳率 $\geq$ 70%」。
113.4.26/ 113.1.1	113 年牙醫門診加強感染管制實施方案	本次修訂重點如下： 1.修訂實地訪查不合格者之後續作業流程：原規定不合格之院所（外展點），自發文日一個月後申請複查，修訂由健保署分區業務組主動通知限期改善，並於期滿後通知院所辦理複查作業。 2.修訂感染管制 SOP 訪查抽樣比例：新增內含年度新特約之醫事機構訪查家數。 3.刪除外展點訪查抽樣比例：111 年外展點於 112 年採全面書評，113 年係就未上傳書評及不合格者進行實地訪查，爰刪除「本項訪查抽樣比例為 4%，未訪查過之外展點優先辦理訪查」條文。

- 2.本年 4 月 11 日公告修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事會議作業要點」，如附錄十一(第 170 頁)，本次修訂主要增列條文四之一，規範醫事人員 5 年內受特定處分者，如吊銷醫事人員證書、廢止執業執照、依特管辦法不予支付等，不得擔任會議代表或其代理人。
- 3.本年 4 月 26 日修正 111 年第 4 季及 112 年第 2 季其他預算結算說明表，公文如附錄十二(第 171~172 頁)，本次修正重點如下：
  - (1)111 年第 4 季：修正「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」項下之「遠距醫療給付計畫-虛擬健保卡獎勵金」之暫結金額為 45,150 元(原為 0 元)。111 年其他預算全年經費 16,579.2 百萬元，修正後之 111 年全年預算執行 11,330.2 百萬元，整理預算執行情形如附錄十三(第 173 頁)供參考。

- (2)112 年第 2 季：配合 112 年第 1、2 季西醫基層、中醫及醫院總額點值補助作業，修正 112 年第 2 季「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」之暫結金額為 8 億元(原為 0 元)。
- 4.本年 4 月 19 日檢送 112 年第 3 季其他預算結算說明表，公文如附錄十四(第 174 頁)，112 年全年經費 15,779.2 百萬元，1~9 月結算數 8,824.1 百萬元，整理預算執行情形如附錄十五(第 175 頁)供參考。

決定：

## 上次(第3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	報告事項第6案： 113年3月份全民健康保險業務執行報告(併「113年2月份全民健康保險業務執行報告」)。	請委員以書面意見方式提出後，再轉請中央健康保險署回復說明。	於113年4月30日請辦健保署。	健保署回復： 委員所提意見，說明如附件一(第19頁)。	解除追蹤	—

二、擬繼續追蹤(共 3 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： 113 年度 各部門總 額依核 (決)定事 項，須提 本會同意 或確認之 項目續請 討論案。	本次提請確認之醫院總額 4 項新增項目，委員所提意見，提供中央健康保險署修正及衛生福利部核定參考，並請於核定後副知本會。	於 113 年 4 月 30 日請辦健保署。	健保署回復： 刻正辦理報部核定作業，後續將於核定後副知貴會。	1.繼續追蹤 2.於衛福部核定及副知本會後解除追蹤。	113 年 6 月
2	報告事項 第 1 案： 新制部分 負擔監測 指標之監 測結果及 成效檢討 報告。	委員所提意見請中央健康保險署研參，並請於 113 年第 9 次委員會議(113.10.23)提報新制部分負擔全年成效檢討報告時，併同回應委員意見及說明改善行為，以利評估執行成效。	於 113 年 4 月 30 日請辦健保署。	健保署回復： 本署已於 113 年 4 月 24 日健保會第 6 屆 113 年第 3 次委員會議報告，後續配合於 113 年第 9 次委員會議(113.10.23)提報新制部分負擔全年成效檢討報告，併同回應委員意見及說明改善行為。	1.繼續追蹤 2.於健保署提報全年報告，並回應委員意見及說明改善行為後解除追蹤。	113 年 10 月
3	臨時提案： 有關 112 年度西醫 基層總額 未執行預 算，建議 不予扣減 案。	本案經討論後，未有共識，請中央健康保險署依總額決定事項辦理扣減事宜。	於 113 年 4 月 30 日請辦健保署。	健保署回復： 本署將依據西醫基層總額決定事項辦理新醫療科技項目(包括新增診療項目、新藥及新特材等)未執行額度扣減事宜。	1.繼續追蹤 2.於健保署提報扣款情形後解除追蹤。 3.併入 113 年第 2 次委員會議(113.3.13)報告第 1 案追蹤。	113 年 7 月

健保會第 6 屆 112 年第 3 次委員會議之健保署答覆

上次(第 3 次)委員會議之擬解除追蹤項次 1

案由：113 年 3 月份全民健康保險業務執行報告(併「113 年 2 月份全民健康保險業務執行報告」)。

委員意見	健保署說明
<p>李委員永振(議事錄第 15 頁)</p> <p>因為這一次在業務執行報告中有 2 張港澳人士、外籍人士的保險費暨醫療使用統計表，這是比較粗略的統計，我對表裡面的內容有疑問，不管是外籍或者是港澳的人士，在第三類被保險人，外籍人士有 29 人，但是眷屬有 1,531 人，這是什麼家庭啊？因為第三類被保險人是指個人不是團體，我們健保法的規定啊，那如果外籍人士 29 人，眷屬有 1,531 人，這樣一個家庭有 50 幾個人嗎？我不曉得，我可能誤解。港澳人士在第三類被保險人有 20 人，眷屬是 1,600 多人，這更多，一個家庭 80 幾個人，這是不是可以等一下說明一下？</p>	<p>外籍或港澳人士以眷屬身分投保者，如依附之被保險人為本國人，將不會列入本表統計。</p>

全民健康保險各總額部門 112 年度執行成果發表暨評核會議議程

日期：113 年 7 月 16 日、17 日(星期二、三)

地點：衛生福利部 1 樓大禮堂(台北市南港區忠孝東路 6 段 488 號)

7 月 16 日(二)	報告內容	報告單位
09:00~09:15	報到	
09:15~09:20	開幕致詞	
09:20~10:20	各總額部門(含門診透析)一般服務執行成果報告(60 分鐘)	報告單位：中央健康保險署
	1.年度重點項目之推動與未來規劃	
	2.各總額部門整體性、一致性項目執行成果	
	3.門診透析服務	
10:20~10:50	中場休息(30 分鐘)	(出席人員大合照)
10:50~11:20	跨部門及其他預算專案計畫執行成果報告(30 分鐘)	報告單位：中央健康保險署
	1.年度重點項目之推動與未來規劃	
	2.專案計畫/方案執行成效	
11:20~12:30	評論及意見交流(70 分鐘)	
12:30~13:30	午餐	
13:30~14:10	醫院總額執行成果報告(40 分鐘)	報告單位：台灣醫院協會
	1.年度重點項目之推動與未來規劃	
	2.一般服務執行績效	
	3.專案計畫/方案執行成效	
14:10~15:10	評論及意見交流(60 分鐘)	
15:10~15:30	中場休息(20 分鐘)	
15:30~16:10	西醫基層總額執行成果報告(40 分鐘)	報告單位：醫師公會全聯會
	1.年度重點項目之推動與未來規劃	
	2.一般服務執行績效	
	3.專案計畫/方案執行成效	
16:10~17:10	評論及意見交流(60 分鐘)	
— 第 1 天議程結束 —		



7月17日(三)	報告內容	報告單位
08:50~09:00	報到	
09:00~09:40	牙醫門診總額執行成果報告(40分鐘)	報告單位：牙醫師公會全聯會
	1.年度重點項目之推動與未來規劃	
	2.一般服務執行績效	
	3.專案計畫/方案執行成效	
09:40~10:40	評論及意見交流(60分鐘)	
10:40~11:00	中場休息(20分鐘)	
11:00~11:40	中醫門診總額執行成果報告(40分鐘)	報告單位：中醫師公會全聯會
	1.年度重點項目之推動與未來規劃	
	2.一般服務執行績效	
	3.專案計畫/方案執行成效	
11:40~12:40	評論及意見交流(60分鐘)	
— 成果發表會結束 —		
12:40~13:30	午餐	
13:30~16:00	評核內部會議(不公開)	參與人員：主任委員、評核委員、本會同仁

註：依健保會 113 年第 2 次委員會議(113.3.13)通過之評核作業方式，重提報重點如下：

- 1.簡報內容以「年度重點項目執行成果與未來規劃」為主，請以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 112 年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。
- 2.報告內容請加強「111 年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明」及各項目之「執行情形檢討及具體改善作為」。

## 五、優先報告事項

案由：113 年第 1 季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

.....

本會補充說明：

- 一、依 102 年 2 月 22 日委員會議決定及 113 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 3、5、8、11 月)報方式辦理。
- 二、本次進行口頭報告，並依 113 年 1 月 24 日委員會議決定，提報下列資料：
  - (一)併同於 5 月業務執行季報告提報 112 年度抑制資源不當耗用改善方案之執行結果及檢討改善策略(含可節省費用)。
  - (二)併同於 3、5、8、11 月季報告呈現分級醫療執行情形、急診品質提升方案指標執行結果之最新辦理情形。
- 三、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。

# 討論事項



## 第一案

提案單位：本會第三組

案由：114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)，提請討論。

說明：

- 一、依全民健康保險法第 61 條規定，本會應在行政院核定之年度醫療給付費用總額(下稱總額)範圍內，協定該年度總額及其分配方式，報衛生福利部(下稱衛福部)核定。本會均依行政院核定之總額範圍及衛福部當年交付之政策目標進行協商，為利每年 9 月份協商進行，爰循例事先議定協商架構及原則。
- 二、本案主要參考 113 年度總額協商架構及原則，及去(112)年總額協商經驗及委員建議，擬具「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)」(如附件，第 27~32 頁)。修訂重點如下：

### (一)總額協商架構部分：

沿用 113 年度總額協商架構暫列，僅更新年度，其中「一、總額設定公式」及「二、醫療服務成本及人口因素」之附件部分，須以行政院核定 114 年度總額範圍之內容為準，將俟衛福部交議本會總額範圍後定案，再提報委員會議確認。

### (二)總額協商原則部分：

主要係沿用 113 年度總額協商原則，並審視去年本會總額協商經驗及委員意見。除更新年度及酌修文字以臻明確外，本次研修重點如下：

- 1.刪除第六點專款項目第(五)項，前因疫情需要而設立之條文。

研修理由：

本項係於協商 111 年度總額時，為因應 COVID-19 疫情而新增之條文<sup>(註)</sup>。考量 COVID-19 疫情已過，總額專款預算協商，宜回歸以執行成效、政策需要等考量，爰刪除本項。

註：113 年度專款項目，若因為疫情或委員會作業耽誤，導致執行

率未達 50%，114 年度專款項目可照列 113 年度之預算及協定事項。

2. 新增第七點其他原則第(八)項，若有部門所提協商草案連帶影響其他部門，健保署應提出相關預算需求評估。

(1) 研修理由：

考量總額部門所提協商草案，如涉及支付標準項目增修，可能會連帶影響並造成其他總額部門財務衝擊。建議由健保署對連帶受影響之總額部門整體評估，並於協商前提出建議供本會參考，以避免衍生後續執行爭議。

(2) 擬增訂內容：

建議於第七點其他原則增訂第(八)項「各總額部門提出涉及使用年度總額調整支付標準項目之協商草案，健保署應評估是否連帶影響其他總額部門，如有影響，應於協商前提出受影響部門之預算需求評估，供本會協商時一併考量。」(如附件，第 31 頁)。

三、檢附以下資料供參考：

- (一)「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，如參考資料一(第 33~38 頁)。
- (二)健保署提供之 112 年度各部門查處追扣金額表，如參考資料二(第 39 頁)。惟協商時以健保署提供之數值為準。若對扣款數值有疑義，請各總額部門逕與健保署核對。
- (三)「貳、總額協商原則」第五點第(一)項提及之「全民健康保險年度總額對給付項目調整之處理原則」，如參考資料三(第 40~43 頁)。

擬辦：擬具「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)」(修正如附件劃線處，第 27~32 頁)，請討論。

決議：

# 114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(草案)

第 6 屆 113 年第○次委員會議(113.○.○)通過

## 壹、總額協商架構

一、總額設定公式(暫列，俟衛生福利部交議總額範圍後定案，再提委員會議報告)

■年度部門別<sup>註1</sup>醫療給付費用總額＝

[前一年度校正後部門別一般服務醫療給付費用<sup>註2、註3、註4</sup>×(1+年度醫療服務成本及人口因素成長率+年度協商因素成長率)]+年度專款項目經費+年度門診透析服務費用<sup>註5</sup>

年度部門別醫療給付費用總額成長率＝

[年度部門別醫療給付費用－(前一年度之部門別醫療給付費用－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)<sup>註4</sup>]/(前一年度之部門別醫療給付費用－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)<sup>註4</sup>

■年度全民健保醫療給付費用總額＝

[前一年度部門別醫療給付費用×(1+年度部門別醫療給付費用成長率)]之合計+年度其他預算<sup>註1</sup>醫療給付費用

年度全民健保醫療給付費用總額成長率＝

[年度核定之全民健保醫療給付費用總額－(前一年度之全民健保醫療給付費用總額－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)<sup>註4</sup>]/(前一年度之全民健保醫療給付費用總額－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)<sup>註4</sup>

註：1.部門別為牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。

2.因協商當時尚無法取得該年度實際投保人口數，爰自 97 年度開始，總額基期須校正「投保人口年增率」預估與實際之差值(即 114 年總額基期須校正 112 年度總額投保人口成長率差值)。

3.依本會 112 年第 7 次委員會議(112.8.16)確認之「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，113 年度總額違反特約及管理辦法之扣款，不納入 114 年度總額協商之基期費用。

4.依衛福部報奉行政院核定之 114 年度總額之基期淨值計算。

5.西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

## 二、醫療服務成本及人口因素

(一)按「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」、「醫療服務成本指數改變率」及「投保人口預估成長率」合併計算成長率。

(二)成長率計算公式

[(1+投保人口結構改變對醫療費用之影響率+醫療服務成本指

數改變率) $\times(1+\text{投保人口預估成長率})-1$

(三)各項因子之計算公式與方法如附件，將依行政院核定之醫療服務成本及人口因素內涵辦理。

### 三、協商因素

(一)保險給付項目及支付標準之改變

預期新增給付項目及支付標準(如新科技醫療及新藥)改變，對醫療費用之影響率。

(二)鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康

為鼓勵提升醫療服務品質或促進國人健康，而允許增加費用之幅度。

(三)其他醫療服務利用及密集度之改變

反映其他醫療服務利用及密集度改變，對醫療費用之影響(排除已於醫療服務成本及人口因素反映部分)。

(四)醫療服務效率之提升

因全民健保支付制度之改革，造成醫療服務效率提升，預估其對醫療費用之影響。

(五)其他預期之法令或政策改變

其他預期之法令或政策改變及政策誘因，對醫療費用之影響。

### 四、專款項目

針對特定項目協商預算，採零基預算直接協定預算額度。

### 五、門診透析

(一)合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

(二)門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式

先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

(三)計算公式

年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用=前一年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用 $\times(1+\text{成長率})$

年度門診透析服務費用=年度醫院門診透析服務費用+年度西醫基層門診透析服務費用



## 貳、總額協商原則

一、依據行政院核定之年度醫療給付費用總額範圍及政策目標進行協議擬訂，使健保政策延續並連結醫療給付費用總額。

二、配合全民健保財務狀況，合理配置健保資源

總額協商之前提，應考量全民健保財務狀況，回歸以提供醫療服務為意旨；且所協商總額應與社會經濟因素及全民健保保費收入情形連動，對有限健保資源，應予合理配置。

三、基期

以穩定為原則。若確需變動，應於前一年 6 月前提經議定；6 月以後所議定調整事項，適用於下年度總額。

四、醫療服務成本及人口因素

各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率，採衛福部報奉行政院核定之數值與計算公式。

五、協商因素

(一)給付項目之調整

健保署會同各總額部門研擬之年度協商草案，請參考本會第 2 屆 104 年第 2 次(104.3.27)委員會議討論通過之「全民健康保險年度總額對給付項目調整之作業原則與流程」辦理。本會權責為協議訂定醫療給付費用總額及其分配，協商雙方應本對等原則，考量各總額部門之醫療衡平發展，就協商之項目給予合理配置，不涉及個別給付項目之決定。

(二)各部門之「品質保證保留款」

1.列為專款項目，用於鼓勵提升醫療品質。

2.考量各部門對「品質保證保留款」之運用方式各異，同意總額部門於取得內部共識後，可視需要由一般服務移列部分預算至品質保證保留款合併運用，並須提經本會通過。

(三)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱特管辦法)之扣款

1.列為協商減項，扣減 112 年度違反特管辦法第 37、39、40 條違規事件本身之醫療費用，僅減列民眾檢舉及健保署主動查核所發現之違規案件，不減列總額受託單位或總額相關團體發揮同儕制約精神而主動舉發之案件，且不納入 115 年度總額協商之基期費用。

2.本項扣款數值，以協商時中央健康保險署提供者為準。

(四)一般服務之協商因素項目：

1.應於年度協商時提出具體之問題分析及需求評估、醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用。新增項目需提出執行目標及預期效益之評估指標，延續性項目需提出過去執行成果效益或檢討改善規劃，並須持續檢討執行目標及預期效益之評估指標，及檢附前開實證資料。

2.並於年度實施前提出具體實施方案，執行情形應即時檢討；若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則得核扣當年度預算；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(五)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保署會同各部門總額相關團體議定後送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

六、專款項目

(一)回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出。實施成效納入下年度總額協商考量。

(二)新增計畫，視行政院所核定總額範圍及計畫需要，決定是否支持該計畫並協定預算。具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)應於年度實施前擬定完成。

(三)新增計畫應於年度協商時提出具體之問題分析及需求評估、醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用、執行目標及預期效益之評估指標，及檢附前開實證資料，並提出預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)，以利檢討退場或納入一般服務。若為續辦性專款項目則須持續檢討執行目標及預期效益之評估指標。

(四)其他預算部分：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。

~~(五)113 年度專款項目，若因為疫情或委員會作業耽誤，導致執行率未達 50%，114 年度專款項目可照列 113 年度之預算及協定事項。~~

七、其他原則

(一)新增協商項目或計畫，宜先列為專款項目，俟執行穩定且具成

效後，未來年度再考量移至一般服務項目。

- (二)年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之。
- (三)醫療費用總額及分配，協商結束後，若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，其處理方式如下：
  - 1.衛福部核(決)定前，應經雙方具有委員身分之協商代表同意，依「全民健康保險會會議規範」之復議案程序辦理。
  - 2.衛福部核(決)定後，已成為政策決定事項，本會無權更動，若委員仍有不同意見，則依「全民健康保險會會議規範」提案討論，決議達共識部分，向衛福部提出建議。
- (四)年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內。各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值。
- (五)醫療照護整合與效率提升成效之效益，部分用以獎勵醫療服務提供者，部分回歸保險對象。
- (六)對已協定之試辦性計畫，應嚴格監控，並提出評估報告供委員於協商時參考，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。
- (七)各總額部門之協商代表，需獲得充分授權。經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得酌予協商調整該部門總額單一細項金額，並予以定案。
- (八)各總額部門提出涉及使用年度總額調整支付標準項目之協商草案，健保署應評估是否連帶影響其他總額部門，如有影響，應於協商前提出受影響部門之預算需求評估，供本會協商時一併考量。

**附件一醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法(暫列，俟衛生福利部交議總額範圍後定案，再提委員會議報告)**

**一、投保人口結構改變對醫療費用之影響率**

以衛福部報行政院時可取得之最近完整一年醫療費用及計費人口數計算，即以 111 年醫療費用點數為基礎，計算 112 年納保人口年齡性別結構相對於 111 年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用點數之影響，並以 1 歲為一組做調整(人口數為 3 月、6 月、9 月、12 月底計費人口數平均)。

**二、醫療服務成本指數改變率**

**(一)成本項目之權數**

採行政院主計總處 110 年「工業及服務業普查」所作之「醫療機構專案調查實施計畫」調查結果，採第 5~95 百分位值之平均數為權重。

**(二)成本項目之指數**

採行政院主計總處 113 年 4 月發布之「物價統計月報」與「薪資與生產力統計」資料。各總額部門指標類別如下：

成本項目	指標類別	
人事費用	1/2「醫療保健服務業」薪資及 1/2「工業及服務業」薪資	
藥品費用	醫院	躉售物價指數—西醫藥品類
醫療材料費用		躉售物價指數—醫療儀器及用品類
藥品、藥材及耗材成本	西醫	躉售物價指數—西醫藥品類
	基層	躉售物價指數—醫療儀器及用品類
	牙醫	健保牙醫門診藥費權重及躉售物價指數—西醫藥品類
		躉售物價指數—醫療儀器及用品類
中醫	躉售物價指數—藥品類之中藥濃縮製劑	
	躉售物價指數—醫療儀器及用品類	
基本營業費用	躉售物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	
其他營業費用	消費者物價指數—總指數	

註：1.醫療材料費用選擇與醫療儀器及材料相關之項目，故採用「理化分析用儀器及器具」、「電子醫療用儀器及設備」、「放射照相或放射治療器具」、「整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品」、「注射筒、聽診器及導管等醫療器材」及「其他醫療器材」。

2.「躉售物價指數—西醫藥品類」指數，其內涵排除「動物用藥」、「中藥製劑」、「中藥材」項目，不納入計算，由行政院主計總處另行提供。

**(三)醫療服務成本指數改變率之指數值及計算**

前述各指標項目，以 110 年指數為基值(訂為 100)，計算 112 年相對 111 年各指數年增率。總醫療服務成本指數改變率，係將各部門之服務成本指數改變率，按其 112 年醫療給付費用占率加權計算而得。

**三、投保人口預估成長率**

以最近一年可取得之實際投保人口成長率計算，即以 112 年對 111 年投保人口成長率計算(採各季投保人數之平均值)。

## 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則

第 6 屆 112 年第 4 次委員會議(112.5.24)通過

第 6 屆 112 年第 7 次委員會議(112.8.16)確認

### 壹、總額協商架構

#### 一、總額設定公式

##### ■年度部門別<sup>註1</sup>醫療給付費用總額＝

[前一年度校正後部門別一般服務醫療給付費用<sup>註2、註3、註4</sup>×(1+年度醫療服務成本及人口因素成長率+年度協商因素成長率)]+年度專款項目經費+年度門診透析服務費用<sup>註5</sup>

##### 年度部門別醫療給付費用總額成長率＝

[年度部門別醫療給付費用－(前一年度之部門別醫療給付費用－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)<sup>註4</sup>]/(前一年度之部門別醫療給付費用－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)<sup>註4</sup>

##### ■年度全民健保醫療給付費用總額＝

[前一年度部門別醫療給付費用×(1+年度部門別醫療給付費用成長率)]之合計+年度其他預算<sup>註1</sup>醫療給付費用

##### 年度全民健保醫療給付費用總額成長率＝

[年度核定之全民健保醫療給付費用總額－(前一年度之全民健保醫療給付費用總額－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)<sup>註4</sup>]/(前一年度之全民健保醫療給付費用總額－前二年度一般服務未導入預算扣減部分)<sup>註4</sup>

- 註：1.部門別為牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。  
2.因協商當時尚無法取得該年度實際投保人口數，爰自 97 年度開始，總額基期須校正「投保人口年增率」預估與實際之差值(即 113 年總額基期須校正 111 年度總額投保人口成長率差值)。  
3.依本會 111 年第 6 次委員會議(111.6.24)修正之「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，112 年度總額違反特約及管理辦法之扣款，不納入 113 年度總額協商之基期費用。  
4.依衛福部報奉行政院核定之 113 年度總額之基期淨值，係以 112 年度健保醫療給付費用總額，於一般服務扣除「111 年未導入預算扣減」部分。  
5.西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

#### 二、醫療服務成本及人口因素

(一)按「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」、「醫療服務成本指數改變率」及「投保人口預估成長率」合併計算成長率。

(二)成長率計算公式

[(1+投保人口結構改變對醫療費用之影響率+醫療服務成本指

數改變率) $\times(1+\text{投保人口預估成長率})-1$

(三)各項因子之計算公式與方法如附件，將依行政院核定之醫療服務成本及人口因素內涵辦理。

### 三、協商因素

(一)保險給付項目及支付標準之改變

預期新增給付項目及支付標準(如新科技醫療及新藥)改變，對醫療費用之影響率。

(二)鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康

為鼓勵提升醫療服務品質或促進國人健康，而允許增加費用之幅度。

(三)其他醫療服務利用及密集度之改變

反映其他醫療服務利用及密集度改變，對醫療費用之影響(排除已於醫療服務成本及人口因素反映部分)。

(四)醫療服務效率之提升

因全民健保支付制度之改革，造成醫療服務效率提升，預估其對醫療費用之影響。

(五)其他預期之法令或政策改變

其他預期之法令或政策改變及政策誘因，對醫療費用之影響。

### 四、專款項目

針對特定項目協商預算，採零基預算直接協定預算額度。

### 五、門診透析

(一)合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

(二)門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式

先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

(三)計算公式

年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用=前一年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用 $\times(1+\text{成長率})$

年度門診透析服務費用=年度醫院門診透析服務費用+年度西醫基層門診透析服務費用

## 貳、總額協商原則

一、依據行政院核定之年度醫療給付費用總額範圍及政策目標進行協議擬訂，使健保政策延續並連結醫療給付費用總額。

二、配合全民健保財務狀況，合理配置健保資源

總額協商之前提，應考量全民健保財務狀況，回歸以提供醫療服務為意旨；且所協商總額應與社會經濟因素及全民健保保費收入情形連動，對有限健保資源，應予合理配置。

三、基期

以穩定為原則。若確需變動，應於前一年 6 月前提經議定；6 月以後所議定調整事項，適用於下年度總額。

四、醫療服務成本及人口因素

各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率，採衛福部報奉行政院核定之數值與計算公式。

五、協商因素

(一)給付項目之調整

健保署會同各總額部門研擬之年度協商草案，請參考本會第 2 屆 104 年第 2 次(104.3.27)委員會議討論通過之「全民健康保險年度總額對給付項目調整之作業原則與流程」辦理。本會權責為協議訂定醫療給付費用總額及其分配，協商雙方應本對等原則，考量各總額部門之醫療衡平發展，就協商之項目給予合理配置，不涉及個別給付項目之決定。

(二)各部門之「品質保證保留款」

1.列為專款項目，用於鼓勵提升醫療品質。

2.考量各部門對「品質保證保留款」之運用方式各異，同意總額部門於取得內部共識後，可視需要由一般服務移列部分預算至品質保證保留款合併運用，並須提經本會通過。

(三)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱特管辦法)之扣款

1.列為協商減項，扣減 111 年度違反特管辦法第 37、39、40 條違規事件本身之醫療費用，僅減列民眾檢舉及健保署主動查核所發現之違規案件，不減列總額受託單位或總額相關團體發揮同儕制約精神而主動舉發之案件，且不納入 114 年度總額協商之基期費用。

2.本項扣款數值，以協商時中央健康保險署提供者為準。

(四)一般服務之協商因素項目：

1.應於年度協商時提出具體之問題分析及需求評估、醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用。新增項目需提出執行目標及預期效益之評估指標，延續性項目需提出過去執行成果效益或檢討改善規劃，並須持續檢討執行目標及預期效益之評估指標，及檢附前開實證資料。

2.並於年度實施前提出具體實施方案，執行情形應即時檢討；若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則得核扣當年度預算；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(五)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保署會同各部門總額相關團體議定後送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

六、專款項目

(一)回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出。實施成效納入下年度總額協商考量。

(二)新增計畫，視行政院所核定總額範圍及計畫需要，決定是否支持該計畫並協定預算。具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)應於年度實施前擬定完成。

(三)新增計畫應於年度協商時提出具體之問題分析及需求評估、醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用、執行目標及預期效益之評估指標，及檢附前開實證資料，並提出預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)，以利檢討退場或納入一般服務。若為續辦性專款項目則須持續檢討執行目標及預期效益之評估指標。

(四)其他預算部分：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。

(五)112 年度專款項目，若因為疫情或委員會作業耽誤，導致執行率未達 50%，113 年度專款項目可照列 112 年度之預算及協定事項。

七、其他原則

(一)新增協商項目或計畫，宜先列為專款項目，俟執行穩定且具成



效後，未來年度再考量移至一般服務項目。

- (二)年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之。
- (三)醫療費用總額及分配，協商結束後，若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，其處理方式如下：
  - 1.衛福部核(決)定前，應經雙方具有委員身分之協商代表同意，依「全民健康保險會會議規範」之復議案程序辦理。
  - 2.衛福部核(決)定後，已成為政策決定事項，本會無權更動，若委員仍有不同意見，則依「全民健康保險會會議規範」提案討論，決議達共識部分，向衛福部提出建議。
- (四)年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內。各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值。
- (五)醫療照護整合與效率提升成效之效益，部分用以獎勵醫療服務提供者，部分回歸保險對象。
- (六)對已協定之試辦性計畫，應嚴格監控，並提出評估報告供委員於協商時參考，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。
- (七)各總額部門之協商代表，需獲得充分授權。經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得酌予協商調整該部門總額單一細項金額，並予以定案。

## 附件一醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法

### 一、投保人口結構改變對醫療費用之影響率

以衛福部報行政院時可取得之最近完整一年醫療費用及計費人口數計算，即以 110 年醫療費用點數為基礎，計算 111 年納保人口年齡性別結構相對於 110 年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用點數之影響，並以 1 歲為一組做調整(人口數為 3 月、6 月、9 月、12 月底計費人口數平均)。

### 二、醫療服務成本指數改變率

#### (一)成本項目之權數

採行政院主計總處 105 年「工業及服務業普查」所作之「醫療機構專案調查實施計畫」調查結果，採第 5~95 百分位值之平均數為權重。

#### (二)成本項目之指數

採行政院主計總處 112 年 4 月發布之「物價統計月報」與「薪資與生產力統計」資料。各總額部門指標類別如下：

成本項目	指標類別	
人事費用	1/2「醫療保健服務業」薪資及 1/2「工業及服務業」薪資	
藥品費用	醫院	躉售物價指數—西醫藥品類
醫療材料費用		躉售物價指數—醫療儀器及用品類
藥品、藥材及耗材成本	西醫 基層	躉售物價指數—西醫藥品類 躉售物價指數—醫療儀器及用品類
	牙醫	健保牙醫門診藥費權重及躉售物價指數—西醫藥品類 躉售物價指數—醫療儀器及用品類
	中醫	躉售物價指數—藥品類之中藥濃縮製劑 躉售物價指數—醫療儀器及用品類
基本營業費用	躉售物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	
其他營業費用	消費者物價指數—總指數	

註：1.醫療材料費用選擇與醫療儀器及材料相關之項目，故採用「理化分析用儀器及器具」、「電子醫療用儀器及設備」、「放射照相或放射治療器具」、「整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品」、「注射筒、聽診器及導管等醫療器材」及「其他醫療器材」。

2.«躉售物價指數—西醫藥品類»指數，其內涵排除「動物用藥」、「中藥製劑」、「中藥材」項目，不納入計算，由行政院主計總處另行提供。

#### (三)醫療服務成本指數改變率之指數值及計算

前述各指標項目，以 105 年指數為基值(訂為 100)，計算 111 年相對 110 年各指數年增率。總醫療服務成本指數改變率，係將各部門之服務成本指數改變率，按其 111 年醫療給付費用占率加權計算而得。

### 三、投保人口預估成長率

以最近一年可取得之實際投保人口成長率計算，即以 111 年對 110 年投保人口成長率計算(採各季投保人數之平均值)。

## 112 年度各部門查處追扣金額表

單位：元

總額別	類型別	扣減	罰鍰	其他	小計
醫院 總額	總額舉發	0	0	0	0
	非總額舉發	1,100	158,720	3,068,354	3,228,174
西醫基層 總額	總額舉發	0	0	0	0
	非總額舉發	410,530	1,994,070	2,643,120	5,047,720
牙醫門診 總額	總額舉發	0	0	0	0
	非總額舉發	47,173	1,653,316	2,973,855	4,674,344
中醫門診 總額	總額舉發	0	0	0	0
	非總額舉發	278,286	311,978	254,665	844,929
其他 預算	總額舉發	0	0	0	0
	非總額舉發	5,588	1,910,382	3,176,565	5,092,535
合計	總額舉發	0	0	0	0
	非總額舉發	742,677	6,028,466	12,116,559	18,887,702

註 1：總額舉發為總額受託單位或總額相關團體舉發；非總額舉發包含民眾檢舉與健保署主動查核項目。

註 2：類型別定義：

扣減：扣減 10 倍之本金，即原認列之點數。

罰鍰：罰鍰之本金，即原認列之虛報點數。

其他：其他因查處案件造成可行政追扣之點數。

## 全民健康保險年度總額對給付項目調整之處理原則

第2屆104年第2次委員會議(104.3.27)通過

### 壹、背景說明

依總額支付制度之設計，健保經費規劃及分配，第一層為政策與經費擬訂，屬主管機關衛福部權責(健保法第 60 條)；第二層為分配，屬健保會權責(健保法第 61 條)；第三層為擬訂「醫療服務給付項目及支付標準」、「藥物給付項目及支付標準」之細項分配，屬健保署權責(健保法第 41 條及第 42 條)。

為避免總額支付制度實施後，影響新醫療科技之引進，每年度協議訂定之總額，均含有「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」等項目之預算。惟依二代健保總檢討報告，各方對於「新醫療科技」之預算及其執行面，若無明確規範與共識，則醫界會因擔心點值而抗拒新醫療科技之引進，乃是必然，長期而言，不但影響我國醫療體系之發展，更影響民眾之權益。因此，建立年度總額對給付項目調整之處理機制，有其必要性。

### 貳、運作原則

- 一、調整給付項目所需年度財源，涉及財務平衡者，應於擬訂報院總額範圍時預為安置。
- 二、主管機關交付協定總額時，給付項目調整之政策宜具體明確。
- 三、保險人研提之給付項目調整方案，應有整體規劃及經費預估。
- 四、健保會依政策目標及健保署或各總額部門所提給付項目調整方案，進行總額協定分配。
- 五、依總額核(協)定事項落實與管控給付項目之調整。
- 六、總額核(協)定給付相關計畫執行結果之檢討。

### 參、作業流程

細部之作業流程如下表：

## 全民健康保險年度總額對給付項目調整之作業原則與流程

作業原則	時程	負責單位	作業流程
1.主管機關擬訂年度總額範圍：針對涉及財務平衡者，應預為安置調整給付項目所需財源	1~3 月	衛福部 (健保署)	(1)應先確定政策目標。 (2)為達目標而需配合調整(增修訂)給付項目或給付內容之經費，涉及財務平衡者，一律納入估算，且預估試算應盡量具體。
2.主管機關交付健保會協定年度總額及其分配方式：應交付供協商遵循之具體明確給付項目調整政策	7~8 月	衛福部	交議「年度總額協定案」時，宜一併提示具體明確之給付相關政策及財務影響，供後續協商遵循。原由政府負擔轉由健保給付之服務需有相關法源依據及財務規劃。
3.保險人研提年度給付項目調整方案：涉及財務平衡者，應整體規劃方案(草案)內容及預估所須經費	8~9 月	健保署	(1)依循政策目標及民眾需求，針對擬新增之給付項目或擬調整之給付內容，提出包裹式之預算需求，納入各部門總額協商方案之「新醫療科技」或「其他醫療服務利用密集度之改變」項下，送健保會協商。 ①引進新醫療科技： A.醫療服務：依目前之推估方式，將擬新增之給付項目(含包裹支付特材之項目)、擬調整之給付內容及所估列預算，納入「新醫療科技」協商因素項目。 B.藥物(含新增品項及新增品項於5年內之給付內容調整)： 依目前之推估模式(新藥及新特材納入給付5年內及新增品項於5年內調整給付內容之實際費用影響)，估計新藥物下年度所增加預算，納入「新醫療科技」協商因素項目。 ②健保已給付5年以上藥物品項之給付內容調整： A.對於財務衝擊較大之給付內容調整品項，彙整共同擬訂會議之

作業原則	時程	負責單位	作業流程
			<p>結論，納入年度總額協商考量。至於財務影響小之品項，建議共同擬訂會議可優先通過，以利時效。</p> <p>B.本項之財務影響，可考慮納入「其他醫療服務利用密集度之改變」反映。</p> <p>(2)應併提「資源配置及財務平衡方案」，包含擬新增項目或給付內容調整之財務試算(含新舊藥品替代率、其他替代效應等)、各項目之給付優先順序，及可用財源(如：調降藥物支付價格、取消不具效益之給付項目等相關節流措施之效益)，以利總額協商之順利進行。</p>
4.健保會協議訂定年度總額：依政策目標及健保署或各總額部門所擬給付項目調整方案，進行協定分配	8~9 月	健保會	<p>(1)依主管機關交付之總額範圍及政策目標，並就健保署及各總額部門所擬給付項目調整方案，考量付費能力及過去執行成果，協議訂定該年度「新醫療科技」及「其他醫療服務利用密集度之改變」等項目之相關預算。</p> <p>(2)明立總額協定事項，以利落實執行。</p>
5.保險人依總額核(協)定事項，落實與管控給付項目之調整	全年	健保署	<p>(1)各部門總額經核定後，對新增給付項目及調整給付內容之預算，應確依核定事項執行，並於實施前 1 年年底說明擬調整之規劃或項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度。</p> <p>(2)考量資源有限，對新增或調整之給付項目與內容，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。</p> <p>(3)於共同擬訂會議討論增修訂給付項目與內容時，宜逐步建立各項目之費用影響及整體財務監測模式，以利後續之執行與管控。其增、修訂</p>

作業原則	時程	負責單位	作業流程
			<p>後，若經評估確實對點值影響顯著，且其影響不可歸責於該總額部門，則可於次年協商時提出，納入協商因素考量。</p> <p>(4)對於因考量財務衝擊未及納入給付與調整給付內容之品項，可排入下年度競爭預算，對財務影響較大者，須提報衛福部規劃下年度總額範圍時參考。</p>
6.給付相關計畫執行結果之檢討	全年	健保署 健保會	<p>(1)定期提報「新醫療科技」及「其他醫療服務利用密集度之改變」項目之執行情形及其財務影響評估：</p> <p>①將共同擬訂會議通過之新增品項與調整之給付內容及其財務影響等，列入例行之業務執行報告，每半年(1、7月)提報。(依本會 103 年 2 月份委員會議決議事項辦理)</p> <p>②於協商下年度總額前(7 月)，提報當年度及過去 5 年新增給付項目與調整給付內容之執行情形及其財務影響。(參照本會 102 年 8 月份委員會議決定事項辦理)</p> <p>(2)執行成果納入下年度總額協商參考，若未符核定事項，則須予檢討、處理。</p>

## 第二案

提案單位：本會第三組

案由：114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)，提請討論。

說明：

一、依據本會本(113)年第 1 次委員會議(113.1.24)決定通過之「113 年度工作計畫」，訂於本年 9 月 25~27 日召開 114 年度全民健康保險醫療給付費用總額(下稱總額)協商會議及委員會議確認協商結果。歷年在總額協商前，均會事先議定協商工作計畫及協商會議之與會人員、進行方式(協商時間)與相關原則等協商程序事宜，以提高議事效率。為利 114 年度總額協商工作之進行，援例事先研訂總額協商程序。

二、本案除更新年度別、會議日期，及酌修未涉實質內容之部分文字以臻明確外，主要參考去(112)年協商實務運作經驗及委員意見調整部分內容後，擬具「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)」(如附件，第 47~53 頁)，本次主要修訂第壹點「工作計畫表」內容，重點如下：

(一)修訂第一項第(四)款第 3 目，納入協商草案自行檢核表(下稱檢核表)，並精簡文字(如附件劃線處，第 48 頁)：

1. 研修理由：

為使協商資料完備，本會去年協商前，除請各總額部門及健保署依據應提報之內容(如附表 1，第 52 頁)提送協商草案外，亦訂有檢核表，請其填列後一併提送本會列入協商資料(前經提 112 年第 6 次委員會議(112.7.26)決定)，其有助委員檢視各協商項目資料是否齊備，爰建議納入協商程序規範。

2. 擬修訂內容：

(1)修訂檢核表格式(如附表 2，第 53 頁)，規範各總額部門及健保署提送協商草案最終版本時，應檢附檢核表，確保資料內容齊全，以利增進協商效率。



(2)考量應提報之內容於附表 1 已明訂，爰刪除原第(四)款第 3 目(2)重複之文字<sup>(註)</sup>。

註：新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，請以具體、可量化之結果面為導向，呈現資源投入之具體效益。延續性項目則須持續檢討。

(二)修訂第一項第(四)款第 1 目，以確保 8 月份召開之總額協商會前會所提報協商草案內容之完整性(如附件劃線處，第 47 頁)：

1.研修理由：

過去 8 月份召開總額協商會前會，各總額部門及健保署所提之協商草案，多僅以簡報方式提報重點，未有完整資料，而必須等至 8 月底其提送最終版本時，才依附表 1 明列完整內容，若資料不完整(如 KPI、問題分析及需求評估等)，則可能因時間緊迫未有機制補正，而影響協商效率。

2.擬修訂內容：

(1)請各總額部門及健保署於 8 月份召開之總額協商會前會，即依協商草案最終版本應提報之內容(如附表 1，第 52 頁)提出協商草案。

(2)請各總額部門及健保署依檢核表(如附表 2，第 53 頁)，逐項檢視提報資料是否齊全，填具後併會前會資料送本會。

(3)再由本會檢視提報資料之完整性，提供會前會參考，亦可作為各總額部門及健保署後續補充資料，提出最終協商版本之參考。

(三)第二項第(二)款第 3 目，未達共識部門之協商項目 KPI 處理方式，建議維持原規定文字及參照去年實務做法(如附件，第 48 頁)：

1.問題說明：

(1)有關「執行目標」及「預期效益之評估指標」(KPI)之確認，對於未達共識部門之協商項目，近年協商程序訂有「請衛福部就政策目標要求，逕予核定」之文字。惟近年衛福部核定时，均請健保署研訂相關計畫/方案及其 KPI，

再提本會確認。

- (2)本會討論健保署提請確認案時，委員表達該些項目係屬衛福部政策決定，非本會共識項目，爰不清楚其政策目標及欲達到的效果，尚難以確認，委員僅能提出建議供健保署修訂及衛福部核定參考，實質為政策諮詢之效果。

## 2.處理建議：

- (1)協商程序維持原規定：對未達共識部門，仍請衛福部就政策目標要求，逕予核定。
- (2)實務上建議作法：依健保法授予本會之法定任務「保險政策、法規之研究及諮詢」，及參照上述實務作法，未達共識部門之協商項目 KPI，若衛福部未核定且送本會確認者，本會將以政策諮詢方式辦理。

三、至於各部門之協商順序，援例由各總額部門代表委員於本年 7 月份委員會議自行或派員抽籤決定。至於門診透析服務協商時段，援例安排於醫院或西醫基層抽籤序優先之場次後進行，不另行抽籤。後續將依抽籤結果安排「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議程」，並於 8 月份委員會議提報。

四、另檢附「113 年度總額協商程序」供參考(如參考資料，第 54~59 頁)。

擬辦：擬具「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)」(修正如附件劃線處，第 47~53 頁)，請討論。

決議：

# 114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)

第 6 屆 113 年第○次委員會議(113.○.○)通過

## 壹、工作計畫表

工作項目及內容	預訂時程
<p><b>一、協商前置作業</b></p> <p>(一)討論 114 年度總額協商架構及原則與協商程序。</p> <p>(二)辦理各總額部門執行成果評核： 檢討、評估各總額部門 112 年度協定事項執行情形。</p> <p>(三)114 年度總額案於衛福部交議後，進行各項相關作業：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.請衛福部派員於委員會議說明行政院對總額範圍核定情形及政策目標。</li> <li>2.確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。</li> <li>3.提供協商參考資料「113 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」。</li> <li>4.由健保署會同各總額部門預擬協商因素/專款項目及其預算協商草案。               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)協商草案內容應包含協商減列項目及預估金額。</li> <li>(2)各總額部門與健保署擬訂協商草案時，對相關之醫療服務項目，如護理、藥事服務、門診透析服務等，得邀集相關團體參與。</li> </ol> </li> <li>5.由本會將各總額部門提出之協商草案，送請衛福部業管單位評估是否與其政策規劃方向及施政目標相符，提供意見供協商參考。</li> </ol> <p>(四)安排總額協商會前會及座談會。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.召開 114 年度總額協商因素項目及計畫草案會前會：               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)請各總額部門及健保署報告所提出之「114 年度總額協商因素項目及計畫草案」，並進行綜合討論。除簡報外，請提供各協商項目或計畫之具體內容(依協商草案最終版本應提報內容，如附表 1)，重點如下：                   <ol style="list-style-type: none"> <li>①問題分析及需求評估。</li> <li>②醫療服務內容、費用估算基礎及實證資料(過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用)。</li> <li>③新增項目之執行目標及預期效益之評估指標(以具體、可量化之結果面為導向，<u>呈現資源投入之具體效益</u>，若能提出分年目標值尤佳)。延續性項目則須持續檢討。</li> <li>④新增專款項目之預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)。</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>	<p>第 4 次委員會議(113 年 5 月 22 日)</p> <p>113 年 7 月 16、17 日</p> <p>113 年第 6 次或第 7 次委員會議(113 年 7 月 24 日或 8 月 21 日)</p> <p>113 年第 7 次委員會議(113 年 8 月 21 日)</p> <p>113 年 7~8 月</p> <p>113 年 8 月</p> <p>113 年 8 月 21 日下午 (113 年第 7 次委員會議結束後)</p>

工作項目及內容	預訂時程
<p>(2)請各總額部門及健保署依自行檢核表(如附表 2)，<u>逐項檢視提報資料是否齊全，填具後併會前會資料送本會。</u></p> <p>(3)請幕僚檢視提報資料之完整性，並彙整評核委員之建議，及各部門總額之執行成果，供討論參考。</p> <p>2.召開健保署和付費者代表、專家學者與公正人士、相關機關代表座談會。</p> <p>3.各總額部門及健保署提送「<u>114 年度總額協商因素項目及計畫草案</u>」之最終版本：</p> <p>(1)應提報內容及格式如附表 1，並檢附自行檢核表(如附表 2)併送，確保資料內容齊全，以利協商。</p> <p>(2)新增項目之「<u>執行目標</u>」及「<u>預期效益之評估指標</u>」，請以具體、可量化之結果面為導向，呈現資源投入之具體效益。<u>延續性項目則須持續檢討。</u></p> <p>(2)請如期提送協商草案之最終版本，送會後不可臨時提出新增項目或更動內容。</p> <p>4.<u>114 年度總額協商因素項目及計畫草案溝通會議。</u></p>	<p>113 年 8-9 月</p> <p>113 年 8 月 28 日上午</p> <p>113 年 8 月 29 日前</p> <p>視協商資料及討論需求評估是否辦理</p>
<p><b>二、各部門總額成長率及分配方式之協商</b></p> <p>(一)各部門委員代表自行抽籤決定各部門之協商順序，並據以排定總額協商會議議程。</p> <p>(二)協商各部門總額成長率及分配方式。</p> <p>1.召開總額協商共識會議。</p> <p>(1)協商四部門總額及其他預算之總額及分配。</p> <p>(2)請部門當日依據協商結論，於協定事項調整新增或延續性項目之「<u>執行目標</u>」及「<u>預期效益之評估指標</u>」。</p> <p>2.協商結論提 9 月份委員會議討論、確認。</p> <p>(1)確認四部門總額及其他預算之總額及分配。</p> <p>(2)請委員就協商結果，提供各總額部門所提新增或延續性項目之「<u>執行目標</u>」及「<u>預期效益之評估指標</u>」之修正建議，會後由健保署會同各總額部門共同討論研修。</p> <p>3.「<u>執行目標</u>」及「<u>預期效益之評估指標</u>」之確認：</p> <p>(1)達成共識部門：健保署會同總額部門研修「<u>執行目標</u>」及「<u>預期效益之評估指標</u>」，將研修後之結果，提報 10 月份委員會議確認。</p> <p>(2)未達共識部門：請衛福部就政策目標要求，逕予核定。</p> <p>(三)協商各部門總額一般服務費用之分配方式(地區預算)。</p> <p>1.請各總額部門於 9 月份總額協商完成後，2 週內提送地區預算分配之建議方案，以利掣案提 10 月份委員會議討論。</p>	<p>113 年第 6 次委員會議(113 年 7 月 24 日)抽籤<sup>註</sup>，於第 7 次委員會議(113 年 8 月 21 日)提報排定議程</p> <p>113 年 9 月 25 日全天；若有未盡事宜，於 9 月 26 日上午 9 時 30 分繼續處理</p> <p>113 年第 8 次委員會議(113 年 9 月 27 日上午 9 時 30 分開始)</p> <p>113 年第 9 次委員會議(113 年 10 月 23 日)</p> <p>113 年 11~12 月</p> <p>113 年 10 月 7 日前</p>

工作項目及內容	預訂時程
2.倘部門未達成協商共識或未提送分配建議方案，則由幕僚掣案提 11 月份委員會議討論，並完成協定。	113 年第 10 次委員會議 (113 年 11 月 20 日)
(四)年度整體總額協定成長率及其分配之確認及報請衛福部核定及公告。	113 年 11~12 月
<b>三、協定事項之執行規劃與辦理</b>	113 年 10 月~114 年 12 月
(一)健保署會同各總額部門，提出各協商或專款項目配套計畫之執行方案，報請衛福部核定公告。	
(二)各方案/計畫進度之追蹤，並視需要，請健保署或各總額部門專案報告。	

註：若各總額部門無法派員抽籤，則由本會執行秘書於會上代為抽籤。

## 貳、協商共識會議

### 一、會議時間：

- (一)預備會議：113 年 9 月 25 日(星期三)上午 9 時至 9 時 30 分。  
供付費方、醫界方視需要召開內部會議(請事前通知本會同仁協助安排會議場地)。
- (二)協商共識會議：113 年 9 月 25 日(星期三)上午 9 時 30 分起，  
全天。
- (三)若有協商未盡事宜，則於 113 年 9 月 26 日(星期四)上午 9 時  
30 分至 12 時 30 分討論。

### 二、與會人員：

- (一)付費方：付費者代表委員。
- (二)醫界方：
  - 1.保險醫事服務提供者代表委員。
  - 2.牙醫、中醫、西醫基層、醫院等總額部門協商時，由該總額部門代表委員主談，各部門並可推派 9 名代表協助會談，推派之協商代表需經充分授權。
  - 3.護理及藥師公會全聯會代表委員可參與相關部門總額之會談。
  - 4.門診透析服務：由西醫基層及醫院部門代表委員主談，並邀請台灣腎臟醫學會推派 1 名代表列席說明。
- (三)專家學者及公正人士、國家發展委員會及主管機關代表委員。
- (四)社保司與健保署相關人員及本會幕僚。

### 三、進行方式：

- (一)分場次協商牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院等各部門

總額、門診透析服務費用及健保署管控之「其他預算」。

(二)各部門之協商順序，於7月份委員會議抽籤確定後，不可臨時要求變更。

(三)各協商場次預計分配所需時間如下表：

各協商場次	第一階段 <sup>註1</sup> 提問與意見交換	第二階段 視雙方需要自行召開內部會議		第三階段 部門之預算協商	合計 (最長時間含各自召開內部會議時間)
		付費方	醫界方		
醫院	30分鐘	30分鐘	30分鐘	60分鐘	90~150分鐘
門診透析 <sup>註2</sup>	10分鐘	10分鐘	10分鐘	20分鐘	30~50分鐘
西醫基層	25分鐘	20分鐘	20分鐘	50分鐘	75~115分鐘
牙醫	20分鐘	20分鐘	20分鐘	40分鐘	60~100分鐘
中醫	20分鐘	20分鐘	20分鐘	40分鐘	60~100分鐘
其他預算	20分鐘	20分鐘		35分鐘	55~75分鐘

註：1.各部門之協商草案已於會前會報告，若本時段仍須說明，請簡要說明並以5分鐘為限。

2.門診透析之協商場次，按例安排於醫院或西醫基層抽籤序優先之場次後進行，不另行抽籤。

(四)相關原則：

所有委員均可入場，惟非該協商場次之總額部門委員，可以提問與發表意見，但不參與預算協商。協商場次安排分為三個階段，與會人員之參與方式如下：

協商階段		場次	四部門總額及門診透析服務費用協商	其他預算協商
第一階段	提問與意見交換		總額部門委員及協商代表： 說明協商草案與回應提問	健保署： 說明協商草案與回應提問
			所有委員：均參與提問與意見交換 (若協商草案中，有部分項目涉及其他總額部門者，相關之醫界委員得表達其看法；另必要時，得請健保署人員提供說明)	
第二階段	視雙方需要自行召開內部會議		付費方或醫界方： 自行召開內部會議 (可請本會幕僚與健保署人員協助試算或說明)	付費方或健保署： 自行召開內部會議 (可請本會幕僚協助試算)
第三階段	部門之預算協商		由「付費方」與「醫界方」雙方進行預算協商 (得請健保署人員提供說明)	由「付費方」與「健保署」討論
			若雙方初步協商無法達成共識時： 由專家學者、公正人士、政府機關代表委員，在不涉及特定金額下提供專業見解及中立意見，供雙方參考，再決定是否召開內部會議或繼續協商	

(五)若總額部門與付費者代表委員順利完成協商，達成共識，則

於其預算協商時段當場試算，作成共識方案。倘未能達成共識時，其處理方式如下：

1. 付費者代表委員間無法達成共識時：

由付費者代表委員召集內部會議協調之，若無法以共識決形成一案時，得以多數決定付費者方案。

2. 總額部門內部無法達成共識時：

由該總額部門代表委員召集內部會議協調醫界方案。

3. 總額部門與付費者委員無法達成共識時：

由付費者代表委員、保險醫事服務提供者代表委員各自提出一個建議方案。

(六)各協商場次之協商結果，於主席宣布協商結論後即定案，禁止任一方提出變更或推翻前開結論。惟經雙方代表同意，得再重新協議，並酌予調整該部門總額細項金額，並予以定案。

(七)各部門總額年度預算之協商終止點，訂為9月份委員會議之前，經委員會議確認後定案，不得變更。

(八)為利瞭解年度總額之協商過程，與會人員之發言內容，將以實錄方式上網公開。

參、委員會議

一、時間：113年9月27日(星期五)上午9時30分。

二、確認協商結論(共識方案或雙方建議方案，含成長率、金額、協定事項)，協定事項之文字在不違反原協商意旨前提下，可酌予調整修正。

三、依全民健康保險會組成及議事辦法第10條規定，未能達成共識方案時，應將委員會議確認之付費者代表委員、保險醫事服務提供者代表委員建議方案，報請主管機關決定。至於個別委員對建議方案有不同意見時，得於建議方案確認後，提出不同意見書，由健保會併送主管機關。

附表 1、各部門總額及其他預算協商草案(協商大表)應提供之內容及格式

項目類別	○○部門(其他預算)草案	健保署草案	健保會補充說明
新增項目	<p>協商方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.問題分析及需求評估</li> <li>2.醫療服務內容及說明</li> <li>3.費用估算基礎及淨增加之費用</li> <li>4.執行目標及預期效益之評估指標(以具體、可量化之結果面呈現資源投入之具體效益)</li> <li>5.專款項目之預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)</li> <li>6.請檢附上開 1~4 項之實證資料，將一併列入協商資料之附錄供參</li> </ol>	<p>對醫界方案提出保險人之評析及建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.評析醫界方案之問題分析、需求評估及醫療服務內容之合理性與必要性，並提出保險人意見</li> <li>2.試算醫療費用、淨增加費用，並提出合理之預算建議</li> <li>3.對執行目標及預期效益之評估指標提供建議</li> <li>4.對專款項目之預估試辦檢討期限提供建議</li> </ol> <p><b>若新增協商項目或計畫屬政策交辦或健保署提出項目，且未納入各總額部門協商草案：</b></p> <p>請健保署提供完整之協商方案(比照部門草案內容)</p>	<p>彙整相關資料供參考：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> 是否為政策交付項目：是者，摘錄政策內容</li> <li>2. <input type="checkbox"/> 資料是否完整：否者，提出需補充內容</li> <li>2. 提供評核委員及會前會專家學者意見</li> <li>3. 彙整相關統計數據與總額協商相關規範</li> <li>4. 提供協定事項執行情形與研析，不作任何預算額度及經費增刪的建議。另提供協定事項建議文字</li> </ol>
延續性項目	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.醫療服務內容及說明(含問題分析及需求評估)</li> <li>2.費用估算基礎及淨增加之費用</li> <li>3.過去執行成果效益(以結果面呈現資源投入之具體效益)，或檢討改善之相關規劃</li> <li>4.延續性項目則須持續檢討「執行目標」及「預期效益之評估指標」</li> <li>5.請檢附上開內容之實證資料，將一併列入協商資料之附錄供參</li> </ol>		



**附表 2、各部門總額及其他預算協商草案(協商大表)自行檢核表**

類別		是否符合 114 年度總額交付項目	協商草案應提供內容之檢核(資料完整請打「V」)					專款新增填寫	新項目
			所有協商項目須填寫				延續項目填寫		
檢核項目			問題分析及需求評估	醫療服務內容及說明	費用估基礎淨增及加用	提出(檢討)執行目標及預期效益之評估指標	過去執行成效或改善之相關規劃	預辦檢期限	
協商項目		【A】	【B】	【C】	【D】	【E】	【F】	【G】	
一般服務									
新增	項目名稱： ○○○○○								
延續	項目名稱： ○○○○○								
專款項目									
新增	項目名稱： ○○○○○								
延續	項目名稱： ○○○○○								

註：1.延續項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」：

- (1)自 108 年度總額起，新增項目協定事項訂有執行目標及評估指標者，若該項目延續則應持續檢討執行目標及評估指標。
- (2)107 年度總額(含)以前，協商項目未訂執行目標及評估指標，若有項目延續且預算有大幅增加(如 20%)者，請檢討執行情形並建議提出執行目標及評估指標，以利協商。
- (3)另「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」、「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」、「後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費」係被動依病人需求或藥物引進情形支出，故不需提出檢討執行目標及評估指標。

2.延續項目依協商屬性，以下項目不須填報：

- (1)四部門總額：一般服務「違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」、專款項目「品質保證保留款」。
- (2)醫院專款項目：「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」。
- (3)西醫基層專款項目：「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」。
- (4)其他預算專款項目：「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」、「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款項目不足之經費」、「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症病毒治療藥費、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」。

3.【B】~【E】須檢附相關實證資料。

4.若各部門總額新增協商項目或計畫屬政策交辦或健保署提出項目，且未納入各總額部門協商草案，應由健保署填具檢核表送會。

# 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序

第 6 屆 112 年第 4 次委員會議(112.5.24)通過

## 一、工作計畫表

工作項目及內容	預訂時程
<p><b>一、協商前置作業</b></p> <p>(一)討論 113 年度總額協商架構及原則與協商程序。</p> <p>(二)辦理各總額部門執行成果評核： 檢討、評估各總額部門 111 年度協定事項執行情形。</p> <p>(三)113 年度總額案於衛福部交議後，進行各項相關作業：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.請衛福部派員於委員會議說明行政院對總額範圍核定情形及政策方向。</li> <li>2.確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。</li> <li>3.提供協商參考資料「112 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」。</li> <li>4.由健保署會同各總額部門預擬協商因素/專款項目及其預算協商草案。               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)協商草案內容應包含協商減列項目及預估金額。</li> <li>(2)各總額部門與健保署擬訂協商草案時，對相關之醫療服務項目，如護理、藥事服務、門診透析服務等，得邀集相關團體參與。</li> </ol> </li> <li>5.由本會將各總額部門提出之協商草案，送請衛福部業管單位評估是否與其政策規劃方向及施政目標相符，提供意見供協商參考。</li> </ol> <p>(四)安排總額協商會前會及座談會。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.召開 113 年度總額協商因素項目及計畫草案會前會：           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)請各總額部門及健保署報告所提出之「113 年度總額協商因素項目及計畫草案」，並進行綜合討論。除簡報外，請提供各協商項目或計畫之具體說明如下：               <ol style="list-style-type: none"> <li>①問題分析及需求評估。</li> <li>②醫療服務內容、費用估算基礎及實證資料(過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用)。</li> <li>③新增項目之執行目標及預期效益之評估指標(以具體、可量化之結果面為導向，若能提出分年目標值尤佳)。延續性項目則須持續檢討。</li> <li>④新增專款項目之預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)。</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>	<p>第 4 次委員會議(112 年 5 月 24 日)</p> <p>112 年 7 月 17、18 日</p> <p>112 年第 6 次或第 7 次委員會議(112 年 7 月 26 日或 8 月 16 日)</p> <p>112 年第 7 次委員會議(112 年 8 月 16 日)</p> <p>112 年 8 月</p> <p>112 年 8 月</p> <p>112 年 8 月 16 日下午 (112 年第 7 次委員會議結束後)</p>

工作項目及內容	預訂時程
<p>(2)請幕僚彙整評核委員之建議，及各部門總額之執行成果，供討論參考。</p> <p>2.召開健保署和付費者代表、專家學者與公正人士、相關機關代表座談會。</p> <p>3.各總額部門及健保署提送之「113年度總額協商因素項目及計畫草案」，應提報內容及格式如附表：  (1)新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，請以具體、可量化之結果面為導向，呈現資源投入之具體效益。延續性項目則須持續檢討。  (2)請如期提送協商草案資料，送會後不宜臨時提出新增項目或更動內容。</p> <p>4.113年度總額協商因素項目及計畫草案溝通會議。</p>	<p>112年8~9月</p> <p>112年8月23日上午</p> <p>112年8月25日前</p> <p>視協商資料及討論需求評估是否辦理</p>
<p><b>二、各部門總額成長率及分配方式之協商</b></p> <p>(一)各部門委員代表自行抽籤決定各部門之協商順序，並據以排定總額協商會議議程。</p> <p>(二)協商各部門總額成長率及分配方式。</p> <p>1.召開總額協商共識會議。  (1)協商四部門總額及其他預算之總額及分配。  (2)請部門當日依據協商結論，於協定事項調整新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。</p> <p>2.協商結論提9月份委員會議討論、確認。  (1)確認四部門總額及其他預算之總額及分配。  (2)請委員就協商結果，提供各總額部門所提新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」之修正建議，會後由健保署會同各總額部門共同討論研修。</p> <p>3.«執行目標»及«預期效益之評估指標»之確認：  (1)達成共識部門：健保署將研修後之«執行目標»及«預期效益之評估指標»，提報10月份委員會議確認。  (2)未達共識部門：請衛福部就政策要求，逕予核定。</p> <p>(三)協商各部門總額一般服務費用之分配方式(地區預算)。</p> <p>1.請各總額部門於9月份總額協商完成後，2週內提送地區預算分配之建議方案，以利掣案提10月份委員會議討論。</p> <p>2.若部門未達成協商共識或未提送分配建議方案，則由幕僚掣案提11月份委員會議討論，並完成協定。</p> <p>(四)年度整體總額協定成長率及其分配之確認及報請衛福部核定及公告。</p>	<p>112年第6次委員會議(112年7月26日)抽籤<sup>註</sup>，於第7次委員會議(112年8月16日)提報排定議程</p> <p>112年9月20日全天；若有未盡事宜，於9月21日上午9時30分繼續處理</p> <p>112年第8次委員會議(112年9月22日上午9時30分開始)</p> <p>112年第9次委員會議(112年10月18日)</p> <p>112年11~12月</p> <p>112年10月2日前(適逢國慶連續假期，請各總額部門及早準備)</p> <p>112年第10次委員會議(112年11月15日)</p> <p>112年11~12月</p>

工作項目及內容	預訂時程
<b>三、協定事項之執行規劃與辦理</b> (一)健保署會同各總額部門，提出各協商或專款項目配套計畫之執行方案，報請衛福部核定公告。 (二)各方案/計畫進度之追蹤，並視需要，請健保署或各總額部門專案報告。	112年10月~113年12月

註：若各總額部門無法派員抽籤，則由本會執行秘書於會上代為抽籤。

## 二、協商共識會議

### (一)會議時間：

- 1.預備會議：112年9月20日(星期三)上午9時至9時30分。  
供付費方、醫界方視需要召開內部會議(請事前通知本會同仁協助安排會議場地)。
- 2.協商共識會議：112年9月20日(星期三)上午9時30分起，全天。
- 3.若有協商未盡事宜，則於112年9月21日(星期四)上午9時30分至12時30分討論。

### (二)與會人員：

- 1.付費方：付費者代表委員。
- 2.醫界方：
  - (1)保險醫事服務提供者代表委員。
  - (2)牙醫、中醫、西醫基層、醫院等總額部門協商時，由該總額部門代表委員主談，各部門並可推派9名代表協助會談，推派之協商代表需經充分授權。
  - (3)護理及藥師公會全聯會代表委員可參與相關部門總額之會談。
  - (4)門診透析服務：由西醫基層及醫院部門代表委員主談，並邀請台灣腎臟醫學會推派1名代表列席說明。
- 3.專家學者及公正人士、國家發展委員會及主管機關代表委員。
- 4.社保司與健保署相關人員及本會幕僚。

### (三)進行方式：

- 1.分場次協商牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院等各部門總額、門診透析服務費用及健保署管控之「其他預算」。
- 2.各部門之協商順序，於7月份委員會議抽籤確定後，不可臨時要求變更。

3.各協商場次預計分配所需時間如下表：

各協商場次	第一階段 <sup>註1</sup> 提問與意見交換	第二階段 視雙方需要自行召開內部會議		第三階段 部門之預算協商	合計 (最長時間含各自召開內部會議時間)
		付費方	醫界方		
醫院	30 分鐘	30 分鐘	30 分鐘	60 分鐘	90~150 分鐘
門診透析 <sup>註2</sup>	10 分鐘	10 分鐘	10 分鐘	20 分鐘	30~50 分鐘
西醫基層	25 分鐘	20 分鐘	20 分鐘	50 分鐘	75~115 分鐘
牙醫	20 分鐘	20 分鐘	20 分鐘	40 分鐘	60~100 分鐘
中醫	20 分鐘	20 分鐘	20 分鐘	40 分鐘	60~100 分鐘
其他預算	20 分鐘	20 分鐘		35 分鐘	55~75 分鐘

註：1.各部門之協商草案已於會前會報告，若本時段仍須說明，請簡要說明並以 5 分鐘為限。

2.門診透析之協商場次，援例安排於醫院或西醫基層抽籤序優先之場次後進行，不另行抽籤。

4.相關原則：

所有委員均可入場，惟非該協商場次之總額部門委員，可以提問與發表意見，但不參與預算協商。協商場次安排分為三個階段，與會人員之參與方式如下：

協商階段 \ 場次		四部門總額及門診透析服務 費用協商	其他預算協商
第一階段	提問與意見 交換	總額部門委員及協商代表： 說明協商草案與回應提問	健保署： 說明協商草案與回應提問
		所有委員：均參與提問與意見交換 (若協商草案中，有部分項目涉及其他總額部門者，相關之醫界委員得表達其看法；另必要時，得請健保署人員提供說明)	
第二階段	視雙方需要 自行召開內 部會議	付費方或醫界方： 自行召開內部會議 (可請本會幕僚與健保署人員協助試算或說明)	付費方或健保署： 自行召開內部會議 (可請本會幕僚協助試算)
第三階段	部門之預算 協商	由「付費方」與「醫界方」雙方 進行預算協商 (得請健保署人員提供說明)	由「付費方」與「健保署」雙方 進行預算協商
		若雙方初步協商無法達成共識時： 由專家學者、公正人士、政府機關代表委員，在不涉及特定金額下提供專業見解及中立意見，供雙方參考，再決定是否召開內部會議或繼續協商	

5.若總額部門與付費者代表委員順利完成協商，達成共識，則於其預算協商時段當場試算，作成共識方案。倘未能達成共識時，其處理方式如下：

(1)付費者代表委員間無法達成共識時：

由付費者代表委員召集內部會議協調之，若無法以共識決形成一案時，得以多數決定付費者方案。

(2)總額部門內部無法達成共識時：

由該總額部門代表委員召集內部會議協調醫界方案。

(3)總額部門與付費者委員無法達成共識時：

由付費者代表委員、保險醫事服務提供者代表委員各自提出一個建議方案。

- 6.各協商場次之協商結果，於主席宣布協商結論後即定案，禁止任一方提出變更或推翻前開結論。惟經雙方代表同意，得再重新協議，並酌予調整該部門總額細項金額，並予以定案。
- 7.各部門總額年度預算之協商終止點，訂為 9 月份委員會議之前，經委員會議確認後定案，不得變更。
- 8.為利瞭解年度總額之協商過程，與會人員之發言內容，將以實錄方式上網公開。

### 三、委員會議

(一)時間：112 年 9 月 22 日(星期五)上午 9 時 30 分。

(二)確認協商結論(共識方案或雙方建議方案，含成長率、金額、協定事項)，協定事項之文字在不違反原協商意旨前提下，可酌予調整修正。

(三)依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，未能達成共識方案時，應將委員會議確認之付費者代表委員、保險醫事服務提供者代表委員建議方案，報請主管機關決定。至於個別委員對建議方案有不同意見時，得於建議方案確認後，提出不同意見書，由健保會併送主管機關。

附表、各部門總額協商草案(協商大表)應提供之內容及格式

項目類別	○○部門草案	健保署草案	健保會補充說明
新增項目	<p>協商方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.問題分析及需求評估</li> <li>2.醫療服務內容及說明</li> <li>3.費用估算基礎及淨增加之費用</li> <li>4.執行目標及預期效益之評估指標(以具體、可量化之結果面呈現資源投入之具體效益)</li> <li>5.專款項目之預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)</li> <li>6.請檢附上開 1~4 項之實證資料，將一併列入協商資料之附錄供參</li> </ol>	<p>對醫界方案提出保險人之評析及建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.評析醫界方案之問題分析、需求評估及醫療服務內容之合理性與必要性，並提出保險人意見</li> <li>2.試算醫療費用、淨增加費用，並提出合理之預算建議</li> <li>3.對執行目標及預期效益之評估指標提供建議</li> <li>4.對專款項目之預估試辦檢討期限提供建議</li> </ol> <p>若新增協商項目或計畫屬政策交辦項目，且未納入各總額部門協商草案：請健保署提供完整之協商方案(比照部門草案內容)</p>	<p>彙整相關資料供參考：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> 是否為政策交付項目：是者，摘錄政策內容</li> <li>2. <input type="checkbox"/> 資料是否完整：否者，提出需補充內容</li> <li>3. 提供評核委員及會前會專家學者意見</li> <li>4. 彙整相關統計數據與總額協商相關規範</li> <li>5. 提供協定事項執行情形與研析，不作任何預算額度及經費增刪的建議。另提供協定事項建議文字</li> </ol>
延續性項目	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.醫療服務內容及說明(含問題分析及需求評估)</li> <li>2.費用估算基礎及淨增加之費用</li> <li>3.過去執行成果效益(以結果面呈現資源投入之具體效益)，或檢討改善之相關規劃</li> <li>4.延續性項目則須持續檢討「執行目標」及「預期效益之評估指標」</li> <li>5.請檢附上開內容之實證資料，將一併列入協商資料之附錄供參</li> </ol>		





# 報告事項



## 第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：「家庭醫師整合性照護計畫」(下稱家醫計畫)朝全人照護方向整合之具體規劃與導入一般服務之評估規劃，請鑒察。

說明：

- 一、為朝全人照護方向整合，本署規劃逐年將家醫計畫與論質方案(下稱 P4P)、代謝症候群防治計畫(下稱代謝計畫)等相關計畫整合，113 年優先整合 P4P 之糖尿病/初期慢性腎臟病/糖尿病合併初期慢性腎臟病(下稱 P4P-DM/CKD/DKD)及代謝計畫。
- 二、配合上述目標，本署修訂 113 年家醫計畫並於 113 年 4 月 17 日公告。重點摘要如下：
  - (一)為使病人能於同一家診所接受家醫計畫及 P4P-DM/CKD/DKD、代謝計畫之整合性醫療照護，修訂派案原則：優先交付 P4P-DM/CKD/DKD、代謝計畫之收案診所。
  - (二)採雙軌併行：申請成為「家醫 2.0 醫療群」之診所，應加強其 DM/CKD 疾病管理照護能力，若未參加 P4P-DM/CKD/DKD 方案，其醫師應按收案對象之疾病樣態，接受 DM/CKD 相關教育課程。
  - (三)有加強 DM/CKD 疾病管理能力之「家醫 2.0 醫療群」，得支付「糖尿病/初期慢性腎臟病整合照護提升費」，且評核指標達特優級且平均每人 VC-AE>275 點者，績效獎勵費用優先保障 1 點 1 元。
  - (四)新增修訂評核指標：
    - 1.新增「糖尿病及慢性腎臟病監測數據控制良率」及「會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立率」評核指標，以鼓勵家醫診所積極照護其收案之 DM/CKD/DKD 病人。
    - 2.配合國家消除 C 肝政策，且代謝症候群、糖尿病、腎臟病等慢性病，若同時併有 C 肝病毒感染和肝外病變，易加重其疾病嚴重度，爰新增「B、C 肝炎篩檢率」評核指標。

- (五)新增「糖尿病/初期慢性腎臟病整合照護提升費」，若「家醫2.0醫療群」收案之DM/CKD/DKD病人，其特定檢驗項目(如HbA1c、LDL及UACR)有進步或控制良好，將支付每一個案250點~750點。
- (六)為落實慢性病用藥整合，增訂「多重慢性病門診整合費用」之支付條件，當年度每件慢性病連續處方箋需有兩類(含)以上慢性病用藥始予列計。
- 三、為落實全人照護整合，本署亦已規劃於 113 年底前建置家醫大平台，該平台將彙整及歸戶現有之個人健康資料(健保就醫紀錄、預防保健資料、衛福部各司署資料庫、生理量測數據等)，並透過數位化工具進行個案追蹤管理及提醒，賦能民眾及回饋醫師個人化資訊，讓家醫診所/醫師提升對於收案會員之健康管理效率。俟平台建置完成後，將提升家醫大平台之院所使用涵蓋率，並將持續收集使用者建議，以優化平台功能。
- 四、為提升醫療服務品質，達五年「三高防治」888 政策目標，規劃後續辦理方向如下：
- (一)分析112年約有534萬三高病人(高血壓約339萬人、高血脂約291萬人、高血糖約213萬人)，其中301萬人已被家醫計畫或其他慢性病相關方案(如P4P-DM/CKD/DKD、代謝計畫)收案照護，將以家醫計畫為基礎，整合並強化各項慢性病照護相關計畫醫療照護服務(如代謝計畫、P4P)。
- (二)將生活習慣諮商服務(包含飲食、身體活動、睡眠品質、壓力管理等)導入家醫計畫，藉由醫療團隊介入改變病人整體性生活方式，有效控制慢性疾病之病程發展。
- (三)針對尚未被照護方案收案管理之三高病人，本署刻正規劃辦理地區醫院全人全社區照護計畫，並爭取114年總額預算以擴大實施，逐步將三高病人納入照護。
- (四)建置疾病分級系統，按其疾病嚴重程度，訂定各疾病別之風險分級，按其風險等級將慢性病人分派合適之就醫院所進行收案

管理，予以適切之照護。

五、健保署規劃逐步擴大家醫計畫照護範圍，亦將持續瞭解及鼓勵尚未參加之西醫基層醫師加入計畫，搭配醫院全人全社區照護，俟計畫執行規模可達落實全民健康保險法第44條所訂家庭責任醫師制度，且相關配套措施皆完備後，再續研議導入一般服務。

報告單位業務窗口：黃怡娟科長，聯絡電話：02-27065866分機2636

本會研析說明：

一、健保署依113年度西醫基層總額之決定事項(如下)及本會113年度工作計畫，於本次委員會議提出專案報告。

項目	金額 (百萬元)	決定事項
家庭醫師整合性照護計畫	4,248.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.建議依論質計酬模式，建立照護指引及訂定相應之品質指標，以提升照護成效。 2.持續檢討計畫成效， <u>提出朝全人照護方向整合之具體規劃、實施方案(含實施期程、目標、與相關計畫整合方式，以及導入一般服務之評估規劃)</u> ，並於113年7月前提報專案報告。

二、推動家醫計畫之相關背景說明及本會委員意見摘要：

(一)健保法第44條規定「保險人為促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度」，為奠定家庭責任醫師制度之基礎，健保署自92年起於西醫基層總額一般服務試辦家醫計畫，94年起移至專款項目，至今超過20年。

(二)本會為了解計畫長期推動之執行成效及未來規劃，前於111年第6次及第12次委員會議(111.6.24及111.12.23)，安排健保署進行2次專案報告，說明家醫計畫執行成效，並以保險人角色，提出20年之檢討策進報告。委員意見摘要如下：

1.請積極檢討計畫推行面臨之問題(如：涵蓋率有限、固定就診率待提高、如何與醫院合作、落實分級醫療等)，並研議計畫未來走向，思考如何接軌到家庭責任醫師制度，以落實健保法第44

條規定。

- 2.家醫計畫參與診所占率已達5成，且有論(價)值支付之結構，建議以家醫計畫為窗口整合相關計畫，並加強與醫院之合作，落實分級醫療，建立以病人為中心之醫療照護模式。
- 3.目前計畫評核指標多數為過程面指標，結果面指標較少且未見具體成效(如：潛在可避免急診率、可避免住院率等)，建議提出能反映病人健康照護成果之結果面指標，並設立目標值。
- 4.有關計畫成效分析，希望依年齡層、疾病別進行收案會員與非會員之比較分析，並提供結果面比較資料，如急診率、潛在可避免急診率、可避免住院率、多重慢性病用藥整合等照護結果。

三、經檢視 113 年度總額決定事項與健保署提報內容，及本會研析說明如下：

(一)有關朝全人照護方向整合之具體規劃：

- 1.整合慢性病相關計畫：健保署優先於 113 年整合論質方案之糖尿病、初期慢性腎臟病、糖尿病合併初期慢性腎臟病，並配合修訂派案原則、增加支付誘因。未來將加強三高病人管理，達成 5 年「三高防治」888 政策目標<sup>(註)</sup>。

註：80%病患加入照護網、加入照護網的病患 80%的比例接受生活習慣諮詢，以及 80%達到三高控制率。

- 2.建立大家醫平台：健保署規劃於 113 年底前建置家醫大平台，彙整現有個人健康資料，透過數位化工具進行個案追蹤管理。

(二)有關導入一般服務之評估規劃：

健保署規劃持續擴大家醫計畫照護範圍，並搭配醫院總額「地區醫院全人全社區照護計畫」，俟規模可達落實健保法第 44 條所訂家庭責任醫師制度，且有相關配套措施後，再研議導入一般服務。

(三)本會研析意見：

對於113年度總額決定事項及委員建議事項，部分已納入113年計畫修訂，惟以下部分，建議持續研議、精進：

1.追蹤全人照護成效並建立評估指標：目前家醫計畫已朝全人照護方向整合相關計畫，健保署除提供額外支付誘因外，並建置家醫大平台，供家醫群進行個案追蹤管理。建議訂定全人照護成效之結果面評估指標，以利後續追蹤照護成效。

2.宜訂定家醫計畫轉型之分階段實施期程、策略與目標：建議研議由現行家醫計畫過渡至家庭責任醫師制度之相關配套措施及推動策略等，並設定分階段實施期程及相應目標，以引導計畫往預訂目標推展。

四、本會委託臺北市立大學辦理「多元公民參與模式探討-以健保資源配置之議題為例」研究計畫，研究團隊於 113.4.30 召開「家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向」專家諮詢會議，摘要會議重點意見如下(與會人員發言實錄詳附件，第 70~105 頁)，提供健保署未來家醫計畫改進方向之參考：

(一)提升會員固定就醫率及增加計畫涵蓋範圍：

1.醫療群團隊組成應在同一生活圈內：台灣醫療可近性很高，醫療群組成團隊時，應以在地民眾生活圈內之診所為主，才能提升民眾黏著度，有利於群內轉診及提高會員固定就診率。

2.逐步以家庭為目標，擴大收案對象：健保署派案應以個案經常就醫之診所為收案診所，並以照顧家庭為目標，將家庭成員也納入家醫計畫，惟這些非高利用、非慢性病的一般民眾，無須提供額外財務誘因。

3.做好收案前的知情告知，並提供民眾需要的服務：現行家醫計畫困境之一是民眾無感，甚至不知道被收案，建議收案時應做好知情告知，並讓會員感受到醫療群服務品質，如開辦民眾感興趣的健康講座，用 Line 群組傳達健康知識等，亦能藉由提升民眾健康識能，減少就醫頻率，提高健康管理成效。

4.建立良好醫病關係、取得信任是制度成功的關鍵：研究指出，若要民眾成功下轉，在下轉診所有過就醫經驗是很重要的因素，因此建議持續推動分級醫療，加強基層診所服務量能，平

時即與民眾建立良好醫病關係。

(二)精進評核指標，提出具體成效：

- 1.加強結果面之評核指標：計畫長期以來多以過程面指標為主，較缺乏結果面指標。113年大家醫計畫將建置家醫大平台，可減少診所取得資訊障礙，有利進行個案健康管理。建議應建立反映照護成效之結果面指標，追蹤這些策略的實際成效。
- 2.監測醫療利用情形及變化趨勢：家庭責任醫師除負有照護責任外，亦肩負財務責任。建議分析會員及非會員之整體醫療利用情形及趨勢變化，例如對於多重慢性病個案，建議監測其就醫次數、就醫科別數等差異。
- 3.有關健康管理成效(VC-AE)所節省的費用，建議進一步分析節省來源，並長期關注是否有醫療遞延的情況發生。
- 4.比較收案會員與非會員時，建議進行前後測 DID 分析，以瞭解改變差異，另考量新、舊個案進步程度不同，宜分組分析。

(三)「以人為中心」為整合方向，個案管理師扮演重要角色：

- 1.透過固定個案管理師整合多重疾病：隨著人口老化、多重慢性病增加，目前很多疾病之論質計畫都有個案管理師，建議以病人為中心，轉為由同一個個案管理師提供整合服務。
- 2.從源頭整合個案管理資源及相關獎勵：建議利用家醫計畫為源頭進行整合，而不是只有人(特定疾病患者)進入計畫，而是將個案管理資源、品質指標、計畫獎勵等重新整合納入家醫計畫，不僅提供病患全人照護，亦可減少醫療群的行政管理成本。

(四)檢討誘因及獎勵措施：

- 1.檢討醫療群選擇病人的問題：在分級醫療下，基層醫師不只看輕症，更要扮演慢性病照護的角色，然而部分醫療群為了得到較好的醫療結果及獎勵，反而排除複雜度高的病人，選擇輕症病人的問題仍存在，宜積極檢討改善。
- 2.提供民眾參與家醫計畫之誘因：目前計畫的執行誘因都在院所端，民眾無法明顯感受到好處，為了鼓勵民眾留在基層，配合



分級醫療政策，建議增加民眾參與家醫計畫的誘因，例如提供有效率的轉診管道、降低免費成人健檢年齡等。

決定：

**113 年度多元公民參與模式探討計畫**  
**家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向專家諮詢會議**  
**與會人員發言實錄(依與會人員發言內容整理)**

**【主席開場】**

主席陳副教授永仁：

現在時間已經差不多，我們就開始「家庭醫師整合性照護計畫之探討及未來改進方向」專家諮詢會議。

周執行秘書、各位委員、各位健保會的同仁大家早安。首先，我非常感謝各位專家學者今天能夠來參加這個會議，今年 9 月健保會就要召開 114 年度健保總額協商會議，在此之前我們還會召開健保的願景工作坊，還有 112 年度各部門執行成果的評核，主要是邀集專家學者、醫事服務提供者以及付費者代表廣納意見，並將蒐集的意見提供協商或召開願景工作坊參考。依全民健康保險法第 44 條規定，保險人為促進預防醫學、落實轉診制度、提升醫療品質與醫病關係，應該要訂定家庭責任醫師制度。事實上，健保署自 92 年起在西醫基層總額就開始試辦家庭醫師整合性照護計畫，到目前為止已經有 20 幾年，從 94 年開始也投入大量的經費，到 113 年這個經費已經成長到 42.48 億元。根據健保署提供的資料，111 年已經有 609 個社區醫療群參加，診所有 5,687 家，占西醫基層診所 53%，醫師總數也有 7,833 人，占西醫基層醫師的 46.3%，收案會員數也高達 600 萬人，占總保險對象的 24.8%。

在 COVID-19 疫情期間，這些醫療群也提供民眾視訊診療、協助打疫苗等服務，可以說發揮很大的作用。113 年健保署也正在進行大家醫計畫的改革，各方面都已經開始進行，譬如說提升服務涵蓋率、數位化追蹤管理，還有支付制度調整、精進醫療品質、落實全人醫療照護，這些工作都在積極進行，所以健保會希望在總額協商之前，進行願景工作坊之前，聽聽各位專家學者的意見。今天是我们第三場的會議，前面兩場我們已經針對健保總額的議題，包括：提升醫療服務，還有民眾端醫療資源使用效率方面進行探討，今天是針對家庭醫師整合照護計畫的探討以及未來改善方向，再度謝謝各位專家學者的參與，現在請周執行秘書跟大家勉勵。

周執行秘書淑婉：

主任、各位專家學者，謝謝大家，其實大家都是老朋友、老長官、老前輩了，今天真的是非常謝謝陳老師協助我們 organize 這件事情，因為這是願景工作坊，依照健保法的規定，本會的任務裡面，對於重大的健保議題需要蒐集意見，所以

現在我們就先蒐集專家學者的意見。

剛剛陳老師有提到，基本上我們覺得家庭醫師是分級醫療的基礎，家醫計畫也執行了將近 20 年，最近健保署希望轉型成大家醫計畫，在這樣的前提下，我們歷屆的委員都非常的關心它的執行情形，我們 5 月份委員會議也安排了家醫計畫的檢討報告，並請健保署提出未來的規劃。所以今天這個時間點真的很好，等一下就請專家學者多給我們一些建議，我們會把它納到 5 月份的報告裡面，這些建議或許可以提供他們參考，在 5 月份提出的報告可以更完善。拜託各位老師幫我們多指點，有什麼需要再加強的，因為我們覺得家庭醫師在醫療提供上是非常關鍵的，尤其是未來的健康促進，家庭醫師應該扮演非常重要的角色，希望大家的建議可以讓這個計畫未來會更好，以上說明，再拜託大家，謝謝。

主席陳副教授永仁：

謝謝周執行秘書的勉勵，今天的議程我們有事先提供四個議題，這四個議題可以一起討論，因為逐項討論時間可能會不夠。第一個議題是現在的家醫計畫面臨到一些需要改進的地方，各位專家學者有沒有什麼意見？其他相關的議題我就不一一說明，不曉得哪一位專家需要發言？每次黃啓嘉常務理事都率先發言，是不是請黃常務理事就這個議題先破題。

### 【專家學者】

黃常務理事啓嘉：

議題講到個案管理的重要性，因為人口老化以後，家醫本身不是只有預防保健跟疾病治療，未來也牽涉到長照的部分，其實我認為長照可以說是醫療失敗、醫療不足嘛！因為沒有把病人醫好，所以造成失能，失能以後就有長照的需求，但是這個失能不是永遠的，長照還是應該持續的提供醫療才對，我們現在的長照把它變成社福其實是不對的，為什麼？因為社福並沒有想過要把長照病人的失能恢復正常，其實長照的病人是持續在生病中，如果這些疾病沒有好好控管，就會繼續失能，造成對長照的需求。長照有分級，病人可能從 4 級、5 級、6 級、7 級，到最後一級 8 級，他的長照需求越來越多，而且沒有逆轉的可能性。

我們今天要让長照可長可久，第一個要介入逆轉，讓他的失能復能，這應該是計畫的一環。因為現在人口老化，民眾不只是需要預防保健與疾病治療，還有疾病治療完後續的處理，醫療的幫忙能讓個案減緩失能，減緩也是一種改善，只要不繼續快速惡化，對個案也有好處。若可以讓長照病人復能，就可以降低長照的需求，本來坐輪椅的可以站起來，本來躺著的可以坐輪椅，長照的費用就會下降，這才是王道。因為我希望個案越來越健康，而不是進到長照的階段就放任了、醫療就不管了，所以未來家醫計畫的個案管理師，必須要了解預防保健，他也許沒有醫療專業，但是有行政的專業，知道預防保健有哪些可以做，還有對疾病、

健保、長照的行政也了解，可以隨時提供個案適當的需求跟專業的介入，這就是個管的責任。所以，未來家庭醫師計畫長照這部分是必須的，先提出這樣的意見，謝謝。

主席陳副教授永仁：

好，謝謝，哪一位醫事提供者是不是繼續發言？請黃常務理事。

黃常務理事振國：

我是黃振國醫師，不好意思今天是來學習的，跟各位好好地請教，我是現任台灣家庭醫學會的理事長，也是全聯會常務理事。家庭醫師整合性照護計畫源於健保法的母法，其中很重要就是我們要實施家庭責任醫師制。理由很簡單，因為健保是社會保險，而且實施總額支付制度，總額的概念就是如何以有限的經費發揮最好的治療效益。隨著人口老化及醫療的進步，國人的醫療需求每日俱增，早期在各專科領域，台灣發展得非常好，但是面對人口老化及疾病的多樣性，個人會面臨多重系統的疾病，如果回到商業保險的模式，最大的問題就是醫療費用高漲。

其次，我們面臨病人的健康與用藥安全，因為人口老化，我們面臨失智、失能，甚至到居家安養，如果今天因為多重系統的疾病，需要由多位專科醫師共同照顧一個失能，甚至失智的個案，我們會面臨到很多重複用藥，包括重複治療，甚至無效醫療的可能性。

家庭醫師整合性照護計畫的精髓就是家庭醫師的特色，他著重在全人、全家、全程，就是一個人從出生到人生的最後一步死亡，我們都希望有一位他最熟悉的家庭醫師來負責他全程的照顧，為什麼這個全程很重要？當一個人沒有生病的時候，我們注重預防保健的介入，最近政府推動的代謝症候群防治計畫，或是健康促進的行為，目的就是在減少民眾提早進入疾病的需求，但是人口老化的現實不可避免，而且台灣醫療就醫的方便性，造就國人非常自由的就醫，當然自由就醫是有好處，但是相對的是預算的失控。所以家庭醫師整合性照護計畫這20年來，從原來量的增加，逐步由點、線、面，到群的成立，到現在大概6成到7成醫師的參與，照顧人口從原來的2、3百萬人，到現在600多萬人，這些人都是醫療相對高使用者，從健保資料庫中發掘已經有醫療需求的人，優先納入這個計畫，計畫的過程也經過多年的探討跟改革。

所以我們會發現，早期從量的增加，這幾年逐漸轉型到質的提升，為什麼是質的提升？因為參加的人不管是醫生或是民眾，初期在參與計畫時，難免沒辦法完全適應，依賴程度也不一樣，有人還是希望他的主要照顧者是在醫院，甚至是醫學中心，所以任何制度沒有完美的，但是我們發現這幾年從質的提升，直接看到成效。例如：對預防保健的完成率，有參加計畫相較於未參加計畫，有明顯的

差距。還有一個比較直接的成效是，有參加計畫的民眾，在醫療費用的整合方面，就是 VC-AE(預估醫療費用與實際醫療費用之差距)也看到了效果，有參與家醫計畫的民眾，其醫療資源的利用的確較符合他的醫療需要。

其實家庭醫學會這幾年也投入相關的研究計畫，其中有一個健保資料庫分析的研究，對於我們大家耳熟能詳的糖尿病論質計酬試辦計畫，有參加該計畫的民眾得到的 outcome 比較好，但是健保資料也顯示，即使是沒有參加糖尿病試辦計畫，但在家醫醫療群照顧的患者，他的 outcome 也比較好，所以有專責的家庭醫師，對民眾健康有基本的保障。很多民眾因為缺乏醫療專業，所以在面臨重大疾病的時候，需要一個良好的諮詢者，就是值得信賴的家庭醫師，不管是在就醫的選擇，或者是就醫困惑，家庭醫師扮演了非常好的角色，就是我們常常講的家庭醫師是各位的好朋友。

今天很高興說，家庭醫師整合性照護計畫不僅是由我們家庭醫學專科醫師來擔任，現在基層醫師的口號就是，參加醫療群的醫師都以身為一個家庭醫師為榮，我覺得這個計畫值得推廣。家庭醫學科發展比較慢一點，早期民眾的接受度也不一定這麼好，但隨著時間的推進，已經有很多參與醫療群的民眾，逐漸認同這個計畫，也認同自己的家庭醫師。其實也要謝謝各位專家學者，包括付費者委員，時常叮嚀我們要做得更好，這也是我們進步的動力。我覺得任何制度沒有完美，也希望各位專家學者還有付費者代表能多多的督促我們，謝謝。

主席陳副教授永仁：

謝謝。我們在相關的資料也發現，台灣民眾就醫的習慣，有的人住在大醫院附近，或是聽說大醫院有哪位有名的醫師，就跑過去了，而且就醫的習慣也非常自由，從家醫的角度來看，公衛體系這邊還有沒有什麼需要再努力的地方，是不是請兩位常務理事繼續給我們指導？

黃常務理事啓嘉：

其實以前有一句話說「大病看大醫院，小病看小醫院。」基本上這句話是錯的，應該大小病都給他的家庭醫師看，因為誰分得清楚什麼是大病還是小病？民眾如果都分得清楚大病、小病的話，基本上他就具備 50% 以上的醫療專業了。因此，民眾必須要有一個健康守門員，家庭醫師就像他的健康守門員一樣，家庭醫師是有責任的，必須幫民眾鑑別他是大病還是小病。當然醫師本身持續的教育跟精進也很重要，起碼大病、小病先找家庭醫師分辨以後，再由他分配到該去的地方，若不是基層可以治療，需要馬上排檢查或處置，可以直接到適當層級的醫院去處理，會比較合適。

有關分級醫療，最近我貼了一個告示在我的掛號室，就是「找家庭醫師看病是方便、省錢、做功德」，病人問我說，方便、省錢他聽得懂，因為到診所方便、

省錢，為什麼做功德？我說很簡單，因為你把醫學中心的量能讓給真正需要的人，就不會滿屋子的門診都是一堆輕症的病人塞在那裡，然後真正重症的病人反而要等很久，那當然是做功德。把資源留給需要的人就是做功德，所以我就貼了一個「方便、省錢、做功德」放在我的掛號室，然後病人就會好奇，我就解釋給他聽。

其實我們需不需要那麼多的醫學中心？這也是可以思考的問題，我常常講說，為什麼醫學中心政府付出很大的成本？因為任何一家醫學中心它是財團法人，現在大部分都是財團法人，有醫學中心以後政府損失了稅金，因為企業若為財團法人，會節很多稅，所以政府在無形中損失很多稅金。再來，其實可能會過度的提供服務、過度使用醫療資源，這不是醫療的王道。任何的消費行為都可以提供過多的服務，因為它基本上是消費行為，但是醫療不是，醫療提供過多服務的時候對健康有害，所以適當的提供醫療服務才是醫療比較正確的方向。在醫學中心過多的情況下，我覺得基層醫療應該要更強化，當然基層醫師本身要有一個整體醫療體系方向的認知，這樣他才知道自己扮演的角色跟責任，這個基層醫師要做到。

如果我們能更有效率的去利用醫學中心的資源，對國家及民眾健康都比較好。尤其現在人口老化以後，我們更需要介入民眾的健康評估。對於很多老人家，我們需要花很多時間照顧，如果無法外出就醫，我們需要到他家裡看診，評估他的整體醫療需求，而不是蜻蜓點水式的讓他到醫學中心，因為這些老人家可能需要坐輪椅，然後到醫學中心看沒幾分鐘就出來，花費的時間跟成本都很高，若同時排檢查又要再跑好幾次，這其實都不太好。我們覺得應該要提供整合式的居家服務，由基層醫師、家庭醫師來承擔這個責任，這部分可能是未來的方向，因為我們都會老，你想以前大家都住公寓，現在大家都要住大廈，為什麼？因為沒電梯，以前可以爬上3樓、4樓，現在爬不上去了。人口越來越老化，代表我們的健康照顧做得很好，大家都活得很久，又沒有戰爭，所以我們就活到老，但我們要面對的是倒金字塔的醫療體系，如何讓這個醫療體系能夠更有效率，不然我們也承擔不起，所以未來就是要往這個方向去走。

主席陳副教授永仁：

好，黃常務理事請繼續。

黃常務理事振國：

這是一個大問題，我們可以分成三個層面來看，大家知道政府如果要維繫健康保險制度，一定要整體考量，從醫療機構的設立來看，其實世界各國對於醫療資源的提供，包括：醫學中心、區域醫院、地區醫院應該都有規劃。以台灣為例，大台北地區醫學中心就有7、8家之多，在醫療機構設立的過程，角色定位不明

確。事實上世界各國，有些國家的醫學中心不看 primary care clinic，他們有所謂的初級醫療。據了解在日本，他們的急診處很難上得去，因為是在樓上，只有搭救護車才上得去，一般能走的民眾上不去，就有人開玩笑說，他們真的是有急切需求的人，才可以用急診的資源。

大家看到我們鄰近的韓國發生什麼事？今天韓國的醫師比跟台灣其實沒有差很多，當醫療的需求無限的時候，我們要有適當的規劃，到底醫學中心、區域醫院要擔任什麼角色，所謂的地區醫院，甚至基層擔任什麼角色，應該從醫療資源合理的分配跟角色去著手，就是所謂的分級醫療。醫學中心屬最後一級的醫院，他的 primary care clinic 除了教學跟訓練外，其他都應該限縮，但是醫學中心要能夠生存，應該提高急重症的給付，就像最近有個呼籲，大家看到我們少子化的結果，小兒科沒病人，婦產科也沒病人，但是這些科的醫師有沒有設立的需求？尤其在醫學重症的醫院必須要保障他的必要性跟存在性，政府的規劃就應該很清楚，在哪個地區有幾個重點式的醫院，不能完全依賴健保市場機制，應該是在社會安定、民眾健康保障的前提下，在每個區域醫療網都設立重點醫院。

第二是民眾端，民眾端現在最大的困擾在哪裡？就是我常常講的，我們這叫健保悠遊卡，我們的部分負擔並沒有依照健保法按比例 20%、30%、40% 收取，造成民眾認為最只要花少量的錢，就可以到最高級、值得信賴、最高品質的醫院就醫，得到一個相對有經驗，而且醫療水準比較高的服務，這違反市場機制。台灣醫療這麼高的滿意度，讓民眾覺得物廉、價又美，然後方便性又高，所以國外正常該有的規範，在台灣都沒有辦法實施，尤其現在健保點值這麼低。

如果大家記憶猶新，曾經在長假之後，馬偕醫院夜間門診請不到藥師，民眾光領藥就等了兩個多小時。各位如果最近有親戚朋友需要住院，會發現醫院不是沒有床，而是請不到護理師或是藥師，醫院只好關床。你覺得醫師人力夠，但是隨著物價逐漸高漲，醫師的自主性抬頭，在座可能都跟我年紀相仿，我們這個世代是台灣經濟奇蹟的來源，四、五年級的都是任勞任怨，吃苦當吃補，願意做事、甘願承擔。但是你去問問現在的六年級、七年級，甚至未來八年級，他們認為從讀書開始就辛苦，為什麼我當醫師還要這麼吃苦？假設這個制度不變，我們這一代的醫師退休之後，民眾的健康水平大家可以拭目以待，因為廉價的保險給付是不可能維繫好的醫療品質，台灣健保的神話就會在我們這些五、六年級退出第一線的時候結束。

大家可以看到台灣的經濟雖然高成長，我們的 GDP 已經是全世界的奇蹟，台積電是所謂的世界第一流，應該說是績優的業者，但是我們的給付竟然沒有隨著 GDP 成長。以明天為例，本來 51 長假我的診所一樣正常營業，員工給兩倍薪水，但是明天我只有開早上，為什麼？因為給兩倍薪也不夠，沒人要上班，我就說我現在年紀越大越幸福，因為禮拜天沒有辦法開診，禮拜六我就拜託員工，不只是薪水 double，還要經常請他們吃飯，跟他們搏感情，讓他們感受這個老闆不

錯，覺得是幸福機構，我說有難大家一起擔，就是這樣拜託人家上班的。以台灣社會的演變，民眾端是否應該回復到未經轉診，要付他該出的部分負擔，尤其是輕症或穩定慢性病就醫，長期占用醫學中心的資源，這是大家要省思的。健保如果有機會澈底改革，穩定的慢性病患者就一定要強制釋出，因為他已經在醫學中心接受1年，甚至2年的治療，急性期過了，穩定之後就應該下轉到他的家庭醫師繼續治療。

大家知道年老發生什麼事？最近我的慢性病患者越來越多，這些人本來很方便開車、搭車，以前到醫學中心，甚至到台北就醫，我就笑說你70幾歲都搭車到台大、榮總去，請問你要搭車到幾歲？我在基隆開業，我們的服務品質又沒有比較差，我本身也是台大出身，院長是我同學，所以我的資歷應該不比院長差，只有學問比他差以外，行醫的經驗不亞於任何在醫學中心的同儕，所以你今天在基隆就可以接受服務，為什麼不回來？所以我時常說，慢性病病人逐漸會回流基層，就是鮭魚返家，是因為他們發現行動力變差，現在少子化，很多病人沒辦法遠赴就醫的理由是子女大部分都不在身邊，所以在地醫療是非常重要的。如何建立一個在地完整的醫療就醫環境，是我們該深思的。初期規劃可能會有阻力，就像提高民眾部分負擔，有人一定會發現本來10元、20元，變成100元，但是他往往忽略我們的醫療價值。我覺得健康署要檢討，在民眾健康促進這部分常讓民眾無感。

大家如果去吃過米其林三星、二星，貴到我們都買不起，我覺得奇怪，同樣一頓飯為什麼到那邊就要三倍、四倍的價格，我們往往吃不起，可是為什麼訂位都是滿的，而且幾乎秒殺，必須在月初訂當月的位子，民眾的消費行為就是這樣。當然醫療不是消費。所以我們如何讓輕症不要在醫學中心就醫，讓他回轉到該有的層級照護，不管是長照機構、基層醫師，或者是地區醫院等，應該讓他適度的回流。

第三是在醫師端，舉例來說，在台北的某一個聯合門診，審查醫師核扣他的申報費用，說同樣高血壓、糖尿病，還有就是高血脂，為什麼你的病人在三個科的門診就醫？然後他對核刪的申復理由是，我在醫學中心就是這樣看，他沒有講病人為什麼需要看三個門診，其實那個聯合門診來自某個醫學中心的醫師，他的申復單就寫說「因為我在醫學中心就是分三科」，他忘了他所在地是在基層，用的是基層的資源。醫師到基層服務，就必須擔任基層醫師的角色，如何做到全人照護，而不是專科的服務，所以我講三個層面都要做。

在座的學者專家，甚至付費者要做監督的角色，到底哪個層面沒有照著我們的理想去執行，因為我們自己不好意思對醫界要求太多，若苛求太多，回去大家會認為我是烏鴉，反而造成很大的反彈。但是我覺得醫界也要檢討，往往醫療提供者自己沒有認清自我角色，常常也誘導需求，就被罵說你過度的服務，所以保險的精髓在哪裡？有限的經費達到最好的效益，如果沒有健保，當然這些都不用



談，謝謝。

主席陳副教授永仁：

好，請楊銘欽教授。

楊教授銘欽：

主席，還有各位學者專家，大家早安，剛剛前面兩位基層的前輩都已經表示意見，我針對今天這四個議題也表示一些淺見，待會聽大家的發言以後，可能再做一些修正。今天的議程資料第 5 頁提到，第一題家醫計畫已執行 20 年，目前面臨各種問題跟挑戰，就健保署跟基層管理者的角度，要如何改進計畫執行模式？剛剛兩位基層的前輩已經講過，因為他們都算是基層管理者，也在醫師公會擔任主要的幹部，所以很清楚基層的情況，我想他們比較客氣，沒有特別提出面臨的問題，也許待會可以聽聽你們講家醫群可能面臨的問題。我這邊先看到說明裡面提到一個是忠誠度不足、涵蓋率不足。當然在今天簡報裡面，包括家醫群及後面的大家醫計畫，特別是大家醫計畫有提到收案時民眾延續性不是很高，在延續性不高的情況下，若從連續照顧的理想來看，是不是所接受到的服務比較零碎，或是可能會重複接受到服務，譬如在醫院接受檢查，然後又到診所去，因為中間沒有連結，所以可能會有一些重複的檢查，如果不是管制的用藥，或健保雲端藥歷裡面沒有看到，也可能會有重複用藥等。

第二點，就是有關於成效方面，可能過去都是比較專注於過程面，在大家醫計畫第 14 頁的簡報其實也有講到他的解方，我想這兩點寫得非常好(1.以現行家醫計畫原本結構面、過程面、結果面 KPI 為基礎。2.融入相關指標權重以預防保健、篩陽追蹤、初級照護加重)，就是開始要加強結果面指標。過程面指標過去在家醫群都已經有做追蹤，簡報裡面的資料相當多，包括剛剛講說有做預防篩檢等，其實還滿多的，所以不可諱言，家醫群在過去一段時間確實是有扮演一些角色。但是做了這些事情以後，未來到底對民眾的健康有什麼幫助，這部分我同意大家醫計畫的簡報裡面講到，結果面需要去看，而且可以從健保資料進行分析，不必另外再蒐集資料，這是第一題的部分。當然我相信健保署，尤其是蔡前副署長應該有很深入的了解，所以我有點班門弄斧，只是從目前的資料看起來，大家醫計畫可以用現在家醫群制度當作基礎，然後做一些精進，這個部分我覺得是 ok 的。

當然基層管理者的部分要怎麼精進？這部分我期待聽到兩位黃醫師的看法，你們在基層一定有更深的體認，可不可以提出一些建議。因為我看到 600 個家醫群裡面，有些群的分數比較高、有些群的分數比較低，比較低的部分不曉得你們覺得是不是需要退場？還是需要做輔導？分數比較高的，甚至高於平均，當然我們感謝他們繼續提供服務。有關管理者的部分，因為我完全不了解，所以需

要聽你們兩位地分享。

第二題，有關個案管理可能會有重複的情況。我粗淺的建議是，可不可以在申報的時候進行勾稽，剛剛黃啓嘉委員提到長照，民眾進入長照，早期可能需要進行復健、復能的部分，跟健保提供民眾物理治療部分，我聽到物理治療科或復健科醫師在講，他們發現如果是類似的服務，其實健保跟長照兩邊都有申報，然後沒有被勾稽，變成兩邊都可以申報。因為長照跟健保是不同主管單位，這兩邊的資訊沒有串連，因為這些預算都是國家統籌的基金，建議是應該做某種勾稽。又譬如說，家醫計畫跟現在代謝症候群防治計畫，這兩個部分是不是可以做勾稽。當然該給的一定要給，如果有重複的部分，我們就可以看得到資料，再看下一步該怎麼做。

第三題，有關對大家醫計畫的看法，我個人第一個感覺是蠻好的，雖然不是很深入了解，但是從投影片來看，有針對家醫群目前的問題，譬如說針對派案方式、追蹤管理、成效評估指標，還有支付方式進行調整。支付制度目標是 capitation 論人計酬，執行細節我不是很清楚，論人計酬的好處我們當然知道，就是會鼓勵醫療服務提供者去照顧會員的健康，健康越好可以得到較好的支付，就會有鼓勵的效果。然後這裡有一個小問題，一般服務跟家醫提供的服務，兩者好像是區隔開的，中間有一張投影片提到，到底要不要把家醫計畫納入一般服務，目前看起來好像不贊成，因為一般服務是論量計酬，家醫計畫是 P4P 論質計酬，所以不贊成把兩者放在一起。對於健保署提出來大家醫計畫，及論人計酬這個觀念，原則上我是贊成，因為這有鼓勵的效果，可是執行細節怎麼做，包含派案給大家醫醫療群醫師照顧的個案，跟他在一般服務提供的服務部分，兩者是不是分開算，這個部分要再討論。

第二個子題，提到除健保署規劃四大面向以外，還能如何再精進？我個人覺得，那四大面向還蠻周延，可是有一個重要的部分，就是未來因為資訊科技越來越發達，所以監測的部分很重要，其中有提到運用 AI，當然 AI 要做得好，和你下的條件有關，什麼時候要跳出警示，警示出來以後，相關的醫師、醫療群有沒有做處置，處置完以後有沒有回饋，這整套的內容，從監測、行動到回饋，這部分我覺得可以再精進。

第四題，主席開場時提到健保法第 44 條規定，要訂定家庭責任醫師制度，這個家庭責任醫師制度跟家醫計畫，兩者之間還是有一點區別，如果要從現在的家醫計畫過渡到家庭責任醫師制度，相關配套我個人粗淺想到的就是由點到面，其實剛剛黃理事長也講到的點、線、面。就是現在收案的是個人，是點，這些人在計畫裡面有親身經歷以後，他感受到被照顧的好處，希望透過他把經驗分享給他的家人，他的家人是不是也可以加入這位醫師或者這個家醫群，成為他的會員。當然這是簡單講，一定也要讓會員感受到有什麼好處，可以定期派發一些資訊，譬如說簡易檢查的結果，或是衛教的資訊等，透過現在所謂的細胞訊息或者

是 LINE 群組，以這樣的方式去派發這些訊息出去，多少是有幫助。

但重點在於，前面有講到我們已經習慣自由就醫，如何慢慢引導到這個制度，我覺得就是一個推、一個拉，推力跟拉力。就是在醫院這邊，特別是醫學中心、大型醫院，是不是在掛號上有什麼措施，讓掛號不是那麼容易，但我也知道在台灣要這樣做需要時間。譬如我也會安排自己去看醫學中心，自己去掛號，雖然要付比較高的部分負擔，但預期檢查比較多，可能比較適合我。所以這部分我想不必設定時間表，要求什麼時候就一定要訂出來，而是要慢慢水到渠成。以前幾十年的習慣，一下子叫民眾一定要先看家庭醫師，沒有家庭醫師轉診單不可以去掛號，這種轉變有困難度。除非是政府下定決心，讓這個制度變成是一個政策，不是說你要多付錢，而是你就不可以去醫院掛號，除非是政府敢這樣做，但是我覺得政府應該不會這樣做，頂多就是要付比較高的費用。譬如日本，我們去參訪的時候，如果病人要到醫院掛號，沒有醫師開的轉診單，部分負擔是很高的，有沒有病人願意去？當然還是有，病人說我就是去醫院看，他願意付比較高的費用，但是確實有效減少日本民眾直接到醫院掛號，國外是這種有這個例子。

回到第四題，我覺得家庭責任醫師制度，就當作是一個比較長遠的目標，但是需要醫界各層級，包括醫院、診所共同合作，不希望因為這個制度影響醫院的營運，讓醫院受到太大的衝擊，畢竟醫院已經投資下去，如果一下子服務量降太多的話，會不會有什麼影響？

現在有人提出總額點值保障，在立法院有提案說要保障 1 點 0.95 或是 1 點 1 元，我不知道這個案子會不會通過，但如果這樣做以後，我覺得事情沒有那麼單純。如果不要總額的話，但預算還是有限，最後又會回到過去，各位前輩都在健保領域，在沒有總額之前，我們都經歷過就是直接核刪、核減服務量，從量那邊核減以後，才有可能到 1 點 1 元。

我扯遠了，最後要說的是，家庭責任醫師制度不是一廂情願的去推就可以，醫院端也需要有一個推力，就是請輕症病人先去家醫看診，拉力的話，家醫這端要努力讓民眾感受到全人照護，透過過去的照護經驗，讓會員感受先到家醫接受服務，會接受到比較完整的諮詢，也會比自己去單科掛號看診，得到比較好的照顧上。回到一開始黃啓嘉常務理事講的，面對老年化及長照需求，如果大家慢慢的習慣先去看家醫，由家庭醫師幫忙把關，慢慢大家習慣以後，就可以水到渠成，可是沒辦法很快，以上是我的淺見，謝謝。

主席陳副教授永仁：

上次我們在談如何提升醫事提供者跟民眾端的醫療效率的時候，我記得蔡淑鈴教授提到一個非常重要的看法，就是人口老化之後，我們看病的習慣如果不改變的話，對病人來講是一個很大的折磨。剛剛兩位醫師跟楊教授都有提到，我能不能請蔡教授對這方面表示意見，因為這對家醫制度來講很重要，尤其我現在

照顧 96 歲的媽媽，我就能感受到，真的是希望有一個醫生從頭看到尾的幫忙照顧。

蔡教授淑鈴：

主席，淑婉執秘，還有各位專家學者，大家早安。因為這個題目在講家醫計畫，這對我們在健保工作這麼久的人是多麼熟悉的一個計畫，也實施 20 年了，今天從一個不是健保署同仁的角度來看這件事情，我總是覺得，以前我們一直在講的事情到現在沒有改善，我今天不是代表健保署，我想我就再來講一講。

首先，沒有錯，依照這個數據，感覺上這是很有規模的家醫計畫，家醫群有 609 群，醫師有 7,000 多人，診所也有 5,600 多家，它其實是一個蠻大規模的計畫，如果在分母能夠把不適合參加家醫的診所或醫師拿掉，它的 coverage 範圍比現在還要更大，所以它其實是一個很大的基石。過去雖然付費者代表長期批評家醫制度不完善，或者是沒有成效，但是當災難來的時候，例如 COVID-19，家醫計畫在配合政策部分，其實是更加的積極，是政策推動很重要的一個基礎，它不應該是一個沒有意義的事情。

但是長期以來也存在一些問題，不利未來健保法第 44 條家醫責任醫師制度的長期發展。健保署長期以來一直希望建立台灣的家庭醫師制度，也希望朝家庭責任醫師論人計酬的方向來邁進，所以這個計畫長期都有一個 VC-AE 的指標，告訴這些社區醫療群的醫師，你除了有照顧責任以外，還有財務的分擔責任，雖然在獎勵費用上的占率不是 100%，但是一直訂有這個比率，這件事情其實一直存在。但是 so far 到現在，健保署今年又提出一個大家醫平台，我認為這有它一定的優勢，就是比現在的制度更 advance，原因是希望能夠擴大 coverage，而且將病人做風險的分級。另外，健保署也希望所有的家庭醫師都能夠參加 P4P，同時提供一個非常好的自動化資訊平台，幫助診所醫師減少資訊預算的投入，如果這些策略再加上去，我們的家醫計畫還是沒有辦法再往前邁一步的話，那真的是太可惜了，我真的是這麼覺得。

這些都是現況，我只是再把它拿出來講，家醫計畫存在什麼問題呢？首先，過去以來號稱有 600 群的家醫群，一直存在一個結構性的問題，什麼問題？就是每一群的醫師並不一定在同一個生活圈，有些是離得蠻遠的，雖然號稱由不同科醫師組成，有家庭醫學科的醫師來當 leader，但是不同科醫師的距離蠻遠。我們長期呼籲，隨著每年的修正，應該要盡量在同一個生活圈，這有什麼好處？因為我們看了很多指標，包括固定就醫率、群內的轉診等，都跟這個有關係。如果距離這麼遠，特別是在都會區可近性這麼高的地方，誰還需要到你的群內就醫呢？這項結構性的問題如果不解決，如何談到以後的 P4P、連續性照護以及 capitation，這些都是非常不利，因為病人他自己就會選擇，所有的制度都沒有要求一定要固定到你那裡去看病，因為還是自由就醫。

所以我強調的第一點，這是一個基本的結構性問題，而這需要醫療群自動自發去解決，沒有辦法強迫。因為醫療群成立也是自動自發結合的，以後怎麼樣再做重新合作，也必須由醫療群自動自發去做。假定沒有感受到這是一個 barrier 的話，未來其實很辛苦，這是第一點。

第二點，我覺得這次的修正有一個很大意義，就是希望所有的家庭醫師都把慢性病的 P4P 納入照護，意思是這個病人是你的家醫會員，你又可以提供 P4P 照護，就給予費用加成的誘因。黃醫師剛剛提到你們有做過研究，有參加 P4P，跟沒有參加 P4P、有家醫計畫照顧，沒有太大的差別。代表說不一定要參加 P4P 就可以把慢性病照顧得不錯，但是退三步想，現在 P4P 也有誘因，既然你都提供照護了，為什麼這個誘因不拿，這是一個很奇怪的事情。

所以，隨著我國高齡化的趨勢以及慢性病越來越多，我們越來越期待基層醫師扮演慢性病照護的主要角色，因為慢性病的定義非常廣泛，有人是單純只有一個慢性病、兩個慢性病，有的是多重慢性病，甚至還同時有多個併發症。這些會隨著高齡化而增加，這個 population 有多大？如果離我們最近的家庭醫師，沒有辦法把這些人的健康狀況維持好，我們要家庭醫師幹嘛？就真的只看感冒嗎？所以我們所有的疾病發生率，或者是醫療利用，其實這一群人占據很大的比例。更不用講說現在的大醫院人滿為患，難道慢性病沒有占很大的比例嗎？當然有啊！這些人如果都到大型的醫學中心，你認為他是分級醫療嗎？當然不是啊！這群人如果在基層看診，你還沒有辦法把他納入你的家醫群會員及 P4P 收案對象，那我不知道你們在喊的分級醫療在喊什麼，你們只是口頭在喊，並沒有行動支持，或者是沒有實際 action，往這個方向來跟醫院競爭，這是第二點。

第三點，今年的計畫已經提供這麼好的環境，甚至顧慮到基層醫師的資訊能力比較不好，讓你們不要有太多資訊的壓力，建置了一個家醫大平台，還用 AI 來幫你管理，還幫你提醒。在這樣的情況下，如果你還在選病人，因為你在乎財務責任，把利用率最高的病人全部都拿掉，只收案中間的病人，那我不知道你的責任在哪裡，這是第三點。我知道現在還是有非常多的家醫群內部在宣導，要把 top10、top20 的病人拿掉，VC-AE 就可以得到比較好的成果，然後有比較好的 outcome、P4P 的 reward，我覺得這些都不是願意接受挑戰的家醫群。

第四點，我認為這件事情要做得好，個案管理真的很重要，因為現在每一個醫師、每一個群下面收案的病人都非常的多，如何讓病人能夠固定就醫、提高黏著度這件事情，過去家醫群依然做得不是很好。我覺得有一個很關鍵的原因，當你在收案的時候究竟有沒有知情告知？有沒有做到真正的告知？這件事情沒有做好，雙方沒有知情同意，就只是號稱他是你的會員。我們長期以來一直在強調所謂的知情告知、知情同意這件事情，在家醫群真的落差會非常的大，如果向心力是差的，又怎麼能期待病人會固定就醫呢？因為政策上沒有要求他一定要到你那裡去看病，但如果你確實做到知情同意、知情告知，病人對你會有一定程度

的信任，他自動就去就醫了。所以關鍵的問題是，你收案收了幾千人，每個人都知道你是他的家庭醫師嗎？每個人都知道你的醫療群的 partner 是誰嗎？有需要的時候你可以 refer 到哪裡嗎？NO，我覺得這件事情就真的做得不好，就算是號稱收案 600 萬人又如何？

最後，我還是非常的期待 20 年來所建立的家醫制度，它是非常非常不容易，再加上每年健保投入的資源都在加碼，何語委員也在這裡，他認為不斷加碼是不對，但是從健保署的觀點，這個制度好不容易建立起來，我們不願意說它是 fail、是失敗。某種程度制度還是建立在那裡，但是它必須被政策導入或者是更多的誘因，但其實誘因一直都在給，黃理事長、黃常務理事也在這裡，我覺得有點遺憾的是，還是沒有把我們的基層醫師活化起來。

不過我也樂觀看待，今年有非常多的基層醫師團體或優秀的基層醫師都帶頭做模範，做很多的教育訓練，也在很多場合宣導會員要如何的 do、如何 do 對自己好，這些有被擴散，但是必須更強力的擴散，所以教育訓練很重要，不是只有醫師的教育訓練，個管師的教育訓練也很重要。

現在的個管師面對的問題錯綜複雜，要了解很多的法規、治療的 guideline、健保的相關規範，還有剛才專家講到長照相關規定，所以個管師很珍貴、角色也非常的重要。在目前這個階段，有一個很大的契機，院所如果參加家醫群又參加 P4P 計畫，個管師是可以共用的，是共用的概念，並不是要參加一個 P4P 就要一個個管師，參加家庭醫師又要一個個管師，NO，你們可以整合起來一起共用，對你們來講一定也是最好的。

剛剛專家有提到現在健保署提供良好的環境，包括家醫平台、雲端醫療查詢系統，這些都已經成熟了，只看醫療提供者願不願意上去查看、願不願意運用資訊。

最後一題是剛剛提到的，現在已經有改革了，有提升涵蓋率、數位化管理、支付調整、精進品質等四個面向，還有沒有其他的？前幾天準總統的十大建議中有一個 888 政策(註)，我認為這個成效最少要有 8 成，成效好才叫做好，現在健保的成效還有努力的空間，應該更嚴格一點，可以更有效的控制慢性病。

最後就是健保法第 44 條，所有的努力都往第 44 條邁進，這是法律規定，希望基層醫師記得要成為家庭責任醫師，有照護的責任也有財務的責任，現在又有西醫基層總額，如果將照護責任、財務責任都盡到的話，西醫基層的點值必定很好，不會有太多的浪費，其實是三贏的局面。你們有沒有看到這樣的契機，願意讓所有的基層醫師能夠往這個方向邁進，就看最後能不能走到家庭責任醫師制度，而且可以讓基層總額的點值更好，而不是訴求總額以外要公務預算彌補，要固定點值每點 1 元。落實家庭責任醫師制度，說不定最後點值還超過每點 1 元，以上，謝謝。

註：5 年「三高防治」888 政策目標：80% 三高病患加入照護網、加入者 80% 接受生活習慣諮

商，最後讓三高的控制率可以達到 80%。

主席陳副教授永仁：

謝謝，今天有時間可以讓蔡教授很從容地講完，繼續請社區醫院朱理事長。

朱理事長益宏：

謝謝，目前健保家醫計畫在西醫基層總額執行，我們醫院沒有參與，但是看到政府常在某些場合說，感覺好像到了一個瓶頸，我還是要呼應剛才蔡前副署長講的，這個計畫做 20 幾年有它的功效和功能，這點我還是給予肯定。我覺得未來大家朝健保法第 44 條家庭醫師責任制度邁進的同時，不應該把所有的責任都加諸到基層的醫師或是家庭醫師群。

當然我認為他們要自己再去提升品質，或是剛才蔡前副署長提出的建議，包括知情告知等，這些確實還有精進的空間，但是如果做好這些事情，是為了能夠去跟大醫院競爭慢性病這件事，我覺得是不對的，不應該用競爭，基本上我覺得是政府要去做醫療規劃，我從來不認為醫療是一個自由競爭的市場。

健保開辦以後到現在快要 30 年，就是因為太競爭才導致現在畸形化的發展，所以我認為家庭醫師制度不能完全要靠基層去提升品質、吸引病人、跟大醫院競爭，這是不對的。提升品質是必要，但是政策上要有配套措施，也就是胡蘿蔔跟棒子要一起做，也就是大型醫院看慢性病是不是要有一些棒子的措施，讓它沒有誘因。不然的話，像剛才蔡前副署長講到基層要提升醫療品質，但這些品質在大醫院可能都沒有，因為慢性病人到大醫院去看病是三長兩短，哪有什麼品質，病人還是習慣往大型醫院去看病，所以我覺得不是只提升照護品質或是個管師的叮嚀就能夠解決，當然會有一點成效啦！現在看到家醫計畫照顧的病人數逐年增加，但是成長速度緩慢，是因為政策上沒有配套措施。

如果要大幅改善的話，其實要有政策上的配套措施才能夠做到。但很遺憾目前政府沒有相關的配套措施，所以才會出現醫學中心的門診 100 個病人中約有 55 個是慢性病病人，印象中 5、6 年看到的資料差不多都是這個數字，沒有改變，100 個病人約有 50 幾個都是慢性病病人。不是說這 50 幾個慢性病人全部都要下轉就醫，但至少約一半是所謂的穩定慢性病病人，我不知道到底穩定的慢性病有多少，這個是我猜的數字，健保署才會有數字。我覺得穩定慢性病病人應該轉出來，這是政府的責任。再加上基層這邊，今年度健保署開始推動大家醫計畫，石署長希望地區醫院能夠參與，最近我們也準備跟健保署研議地區醫院在大家醫計畫中扮演什麼樣的角色，希望能夠參與。當然地區醫院的參與，會將原來地區醫院部分忠誠病人納入家庭醫師計畫管理，會把這個餅再做大，有基層之前推動的基礎和經驗，這對地區醫院來講會比較容易上手。

不管基層目前推動的家醫計畫，或是未來再加地區醫院進來做，面對我國人

口老化，慢性病病人數一定會越來越多，這也就是為什麼基層家醫群照顧的病人增加，但是醫學中心慢性病病人數還是那麼多，是因為整體的慢性病病人數增加，所以我覺得本研究計畫可以落實我所提的建議，政府應該要有政策去誘導大型醫院，將穩定的慢性病病人轉診到社區。

剛剛楊老師講到在台大看病，可以檢查的比較多，在醫院也會自動幫病人約下禮拜或下個月的診及掛號，很多大型醫院就是這樣做，診所很少做這種事情，很少在病人看診後幫忙約下禮拜的診，但是醫學中心、區域醫院幾乎每個診看完以後都這樣，幫病人約好下禮拜的診，然後下個禮拜看完後再幫忙約下個禮拜，總有一些名目讓病人每禮拜都來看看病，我覺得這個都是政府該檢討的事情，以上補充說明，謝謝。

主席陳副教授永仁：

謝謝，我們先休息，已經超過 1 個小時，休息 10 分鐘，現在是 10 點 45 分，10 點 55 分再繼續。

(中場休息 10 分鐘)

主席陳副教授永仁：

請吳特聘教授肖琪對今天的議題來發表意見。

吳特聘教授肖琪：

主席，各位大家好，在座蠻多四年級、五年級、六年級生，也很關心台灣的醫療，我們都是長期夥伴了，我也很高興蔡淑鈴教授現在加入學者的行列。我們都不是對立的關係，都是希望台灣更好。

針對今天第一個議題，有兩點建議，第一個，建議議題一的說明(計畫的執行面建議)能加上以下內容。我印象非常深刻在 96 年的時候，也許蔡淑鈴教授可以幫忙補充，我跟鄭守夏教授在費協會的時候，覺得家醫群要有退場機制，在經過健保署推動家醫計畫約四年半，我們才真正認真討論家醫計畫，也要謝謝醫界朋友真的很誠實，以前要求要固定就醫，一個群內固定就醫 50% 以上，但那時候沒有達到，僅約 30% 以上，我們也針對群內就醫怎麼會不到一半的問題討論很多，如果 100 次就醫應該有 50 次以上在群內就醫，怎麼會因為在醫學中心旁邊，就要求群內固定就醫只要 30% 以上。當時我就說既然住在醫學中心旁邊，可能就不會去家醫群，家醫群就應該退場。當時有些區的人就說，就是要找簡單個案加入，不要找複雜的個案加入，複雜的個案會去群外就醫，後來健保署才開始調整收案方式，將複雜的個案如多重慢性病病人派給院所，我覺得這個才是好的方向。



當時我們希望家醫計畫要有退場機制，另外有一個有趣現象，例如做不好的院所退場，但後來這家院所又可以再加入其他家醫團隊，這是不是真的退或進？從一開始家醫群約 300 群，到現在 600 群，我們真的滿意嗎？我不滿意，我覺得應該有更多的群再進來。

剛才蔡淑鈴老師提到家醫群組成院所不在同一個生活圈部分，以前有個家醫群跟我說：我是找六個鄉鎮市區的家醫科組成家醫群。我非常詫異，應該是同個區內的內外婦兒牙等，我是反對牙醫自行籌組一個牙醫家醫群，理論上牙醫要加入大家醫群，應該是群內包含這幾個科別變成一個群，包含內、外、婦、兒、牙或耳鼻喉就可以 cover 了，群內就醫的比例才會高。不在同個生活圈固定就醫不會高，也沒有市場競爭。我覺得家醫群努力的目標是，到底要有哪些科別進到家醫群？該不該有牙醫師等等？這是議題一可以納入思考的。

針對議題一可以進一步思考的是，參加家醫群會員跟非會員之間的比較，收案對象的比較，除了健保署分派複雜個案以外，簡單個案比例可能不會很高，因為院所可能不會去找多重慢性病，會對院所較為不利。

至於照護成效部分，我們做學術研究的都知道用 DID，Difference-in-Differences(差異中的差異)，分析「會員組」跟「非會員組」前後測的差異？在 slide 第 22、30 頁照護成效之呈現方式還有改善的空間，應該以 DID 分析照護成效才會比較準確。另外，我也建議要將新案跟舊案分開看，過去有教授曾提到，DRG 做到一個極致要 stop，不然越做錢越少對醫界不利，所以要分成新案跟舊案兩組分析，理論上新案進步應該比較快，舊案是 maintain。議題一是討論還有什麼改善空間，我覺得這部分是可以做的。

我也覺得應該慢慢轉向以結果面來當指標，以前的指標多是過程面指標，後續要怎麼訂定敏感的 outcome 指標，而不是過程面指標，黃理事長、黃常務理事絕對可以幫很大的忙。

針對議題二，我支持大家醫計畫實施及擴大，以前我就覺得家醫計畫是很重要的基礎，是要走的方向，家醫計畫預算從 8.8 億元變到 42.48 億元，你覺得這樣很多嗎？我覺得不夠多，在西醫基層總額超過 1,500 億元中，到底家醫群 cover 多少錢，除了算家醫計畫花的錢以外，家醫群會員的醫療費用是多少，就是有加入家醫群跟沒加入家醫群的醫療費用以及變化，尤其是長期幾年的趨勢變化。

我參與了第 9 期醫療網的擬定，在擬定草案時候全世界沒有發生 COVID-19，我們就訂定「建構敏捷韌性醫療照護體系計畫」，那時候會訂敏捷韌性醫療體系，是因為我看到全台灣 368 個鄉鎮，除了都會區以外，當人口增加 60 萬的時候，就有 224 個鄉鎮的人口在減少。我現在在做第 10 期醫療網的規劃，看到 5 年資料發現人口在減少，有 279 個鄉鎮的人口在減少。

人口減少這件事情很重要，以後年輕人都不見了，未來 20 年年輕人會少掉 450 幾萬人，老年人會增加 40、50 萬人，這是未來 20 年可以看到的光景。我希

望基層醫師在第 10 期醫療網的定位寫得更加清楚明白，第 9 期醫療網要以人為中心、以社區為中心，剛才提到整合的部分，我完全支持，大家可以看第 9 期醫療的圖，我已經用了 10 幾年，當時已經送給政府，希望做整合的事情。

然後在第 10 期醫療網，希望基層醫師都要會長照、會 ICOPE(Integrated Care for Older People, 長者功能評估相關表單)，長照 ICOPE 納入 6 年繼續教育訓練，我希望基層醫師要多幫忙支持，這樣才有辦法做到以病人為中心。其實我們的個案管理師真的太多了，病人有多重疾病的問題，有太多的個案管理師，理論上，應該要整合，進行個案管理的整合，及減少個案管理數。

最近我查國外文獻，什麼樣的人會需要個案管理師，可能是失智症 combine 癌症及另外一種疾病，三個疾病以上的人才需要個案管理師，並不是癌症病患就一個個案管理師，一個疾病一個個案管理師，應該是罹患 3 種病以上病人需要一個個案管理師，而不是很多個案管理師。剛才提到糖尿病、高血壓、CKD 等都是屬於內科專科醫師，同一位醫師就可以看的，因為現在的支付制度是論量計酬，所以就拆拆拆，拆分成三個病，分三個診次，未來怎麼減少呢？我覺得可以從多重慢性病的個案有沒有減少就醫次數、減少次專科醫師數，當作指標來監測，慢慢 monitor，我只能說慢慢 monitor。

關於現在推動的居家醫療，當住院病人出院時，醫院會安排一個居家醫療的醫師。在坊間我們常到看幾種情形，病人平常有固定的家庭醫師，但是家庭醫師太忙而無法接受教育訓練，以致於不能開立醫師意見書。中風病人出院後可能有三個醫師到他家裡提供相關醫療服務，不能說都是到他家裡，但就是有三個醫師照顧一個病人的情形。甚至於居家呼吸器依賴的病人，胸腔內科醫師是不可以去居家照護，理論上我們希望漸進整合由一位醫師看診，應該是以病人的需求為主，哪部分的問題最大，需要哪個科別醫師，由那個醫師照護是最好的，我剛才提到居家呼吸器依賴，應該是胸腔內科可以去照護，而不是非家醫科或不在家醫群就不能去提供服務，以上是大家醫計畫改革可以納入思考的。

有關議題三，我想落實部分負擔，剛才前面提到的部分，我完全支持，依照健保法規定是 20%、30%、40%、50%(註)。如果輕症部分負擔 20%的話，只要約 200~300 元，部分負擔應該要有最少的下限，也要有上限，這也是家醫計畫要納入檢討的部分。

我照議程題綱，有關議題四，論人計酬確實像楊銘欽老師說的，是一個中長程的目標，前提是如何逐步縮減民眾就醫的自由度，之前試辦論人計酬的時候，民眾可能不知道他參加論人計酬，他要去哪裡就醫是非常自由，這個部分也需要去努力。現在規劃地區醫院納入家醫計畫，我覺得地區醫院跟基層都要往這個方向去努力的。

我自己加了第五個議題，第一個是民眾為什麼不接受下轉？除了民眾因素以外，診所沒接受評鑑，民眾怎麼區分診所的好壞，這件事情遲早必須面對的。

長照沒有拿政府多少錢，多年來長照機構都有做評鑑，為什麼診所沒有評鑑，怎麼讓民眾有信心呢？這個是老議題，真的得面對了。

另外，剛剛楊銘欽老師提到 AI，其實蠻高興看到大家醫平台部分，應用 AI 做品質公開，以前的健保品質指標包括品質公開等，如果民眾自己有某個病的時候，可以去 google、Chat GPT 等查詢，就能知道疾病有哪些狀況、治療方式等。民國 80 幾年我去澳洲的時候，澳洲提出指標是陽性預測值，100 個做檢驗的人，有的是 100% 是陽性，有的只有 10% 是陽性，其實兩個都有問題，所以檢驗的陽性預測值也是可以納入思考。我曾聽到要慢慢整合資料庫，就是健保資料庫、健康署資料庫、社安網資料庫慢慢結合在一起，以後怎麼樣把這些資料結合起來，做好品質指標管理及監測，我覺得這是中長程目標，不是現在可以談的，謝謝。

註：健保法第 43 條第一項：保險對象應自行負擔門診或急診費用之百分之二十，居家照護醫療費用之百分之五。但不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔其百分之三十、百分之四十及百分之五十。

主席陳副教授永仁：

謝謝，哪一位要繼續接著發言？請何常務理事。

何常務理事語：

主席、各位，在座三位醫師、專家學者、周執秘及各位健保會同仁，大家早安午安！

非常感謝主席邀請我來參加這一場會議，農曆 3 月 15 日我跑去保安宮拜拜，看到一個匾寫「道、濟、勤、倫」，是黃帝賜給他的，道就是醫道，濟就是濟世，醫道、濟世、勤、倫，那是黃帝賜給他的匾。

臺灣的醫界發展到現在，我知道有 70% 醫界的人都非常有良心、非常有醫道，就是要有醫道、醫德、醫慈、醫心，當然它的涵義很深。濟世就要普濟社會，我不能講說台灣醫界因為社會環境的改變，當然大多數的醫師都還是很有良心的、很有醫德的，但是總是有一部分醫師已經變成醫利，利益的利，他從事的醫療行為是以利害關係為導向，還好現在台灣還有這些公衛教授很有良心，再看看這個醫界的發展，提供很多的建言。

昨天晚上我一直在想，今天來是要老實講，還是要講好話，還是講建言？我想一想因為閻羅王召我去了兩趟，他叫我再回來，我應該不能違背良心都講好的，而不講不好的，所以我今天會站在付費者及醫病關係的角度來說明。坦白講，我這禮拜打很多電話去問很多不同科別的西醫基層醫師，在座出席者可能有人聽到我在徵詢很多醫界的意見、看法。家醫計畫本來在美國是一個管理式醫療照護系統，非常好，可是演變到台灣來的時候，好的只占一半，不好的已經變質了，原因出在哪裡？因為計畫支付個案管理費，每人支付 250 元/年。

剛才有專家提到費協會的時候，當初討論預算分配、計畫設定很單純化，可是到二代健保以後，醫療費用越來越龐大，再加上政治力、利益團體的介入，到最後都不一樣了。很多醫療院所的人跟我講，實際上家醫群裡面，大多數的群還是不錯的，但是很多群由醫療顧問仲介公司找診所來組合，跟診所講說「你放心，所有的病人我都幫你找來造冊」，所以他請村里長編冊給他，或者請社區管理委員會主任委員編冊給他，這樣子去湊合醫療的對象，有一半是診所自己的病患，有一半是湊來的。所以為什麼在整個服務方面無法達到 100% 的效果，原因就出在這裡，變成會員自己都不知道有被造冊進去，所以就到處就醫，沒有回到應該要就醫的診所看病。所以為什麼統計上，就醫次數不是 100% 都在這個醫療群裡面，為什麼統計出來也是只有一半的成效，原因就出在這裡。

醫療顧問公司對於 250 元的個案管理費再去拆分，7 成給醫院，自己收 3 成，至於每個月的報告，他說「沒關係，我都幫你處理好」，就是整個醫療顧問公司的管理人幫他做。但是我看美國的資料，至少具備個案管理師資格，台灣不是，台灣醫療服務顧問公司的管理人也許是護理人員，或一些具備醫療相關知識的人在當，到底是什麼情況，無法再進一步深入了解，所以會產生很多質疑，有些群的成效是非常良好的，但是有些群的成效效果不彰。

另外就是電話諮詢服務，有多少群提供正確的電話諮詢服務，占比有多少？有些電話諮詢服務，剛打去就問「最近身體好不好？有沒有什麼疾病？有沒有來這裡看病？」講完以後就開始推銷醫療用品、醫療器材，或者推銷健康保健食品，所以有一些人是不太滿意的。此外，有多少群的醫療服務數據是正確的，有多少數據是不實際的？

另外有關預算的支用，到底發揮多少效果？當然計畫有做很多評估，但是他們認為整個家醫群最後的評估報告，也許 70、80% 是實在的，但 10、20% 是不實在的，他們的看法是這樣子。所以在醫療經費支付方面，到底無效支出、浪費的占比有多少？

他們也提出家庭醫師群在二代健保以後，政治力介入越來越深，利用家醫照護群的建立，為政治服務、選舉鋪路。傳聞有人利用家醫群去跟蔡總統邀功，說家醫群有 600 萬會員，這 600 萬人就是基本拉攏的選票。蔡總統曾經有三次請工總的常務理監事吃飯，第一次請常務理監事去吃飯的時候，她就指定我坐在他的左手邊，我當時就跟她講說，醫療要做很大的改革，她說好好好，我們真的來推動醫療改革，可是 8 年下來，改革進步非常有限。我非常慶幸蔡副署長退休了，因為未來政治力介入越來越深，整個醫療改革越困難，我的看法是這樣子。我恭喜她轉換為教授，今天看她滿面春風，跟以前差很多。因為醫療太龐大了，未來不只有政治力介入，還有利益團體也一直介入。

不瞞你講，上一次有一個基因檢測公司一直打電話要來訪問我，我都不接受，我不接受任何想介入健保醫療的公司來跟我談。後來次世代基因定序(NGS)

在醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議裡面通過了，我也樂觀其成，我沒有排斥。但是他們要來跟我談，我就不接受，很多外圍醫療相關的公司也會一直介入，這是他們為事業的生存之道，這個理所當然，我們不能怪他。

家醫計畫假使要導入一般服務裡面，我們要建立一個社區診所責任醫療，另外大家醫計畫，剛剛各位先進報告的，有好的一面，我們不否認他有績效，但是怨言占比也很大，西醫基層抱怨的聲音也很多，所以這些怎麼去改善？為什麼他們有一半加入家醫計畫，一半不願意加入，不願意加入一定有他們的理由，一定有相當充分的理由。

另外，家醫計畫外，還有做糖尿病照護、初期慢性腎臟病照護及代謝症候群防治計畫，這些照護計畫跟家醫計畫有沒有重疊性？怎麼去釐清整個費用支出？坦白講，好的醫師絕對照規矩做，但如果有醫師就不照規矩做，你怎麼去抽查？他有沒有重複申報、重複做。當然現在希望 AI 系統導入以後，能夠釐得很清楚，這樣未來家庭醫師制度，才會朝好的發展方向。

還有我也一直認為，剛才很多先進都講過，健保法第 44 條就是建立家庭責任醫師制度。但是這個以全人為本的醫療計畫裡面，西醫基層跟醫院的各項指標，應該依據全人的統計為準，而不是分基層醫療或者醫院去分別計分，以全人為本的醫療，應該是不論我到西醫基層，或醫院去就醫，醫療利用應該整體做統計，應該以我這個人為統計對象才對，而不是只統計在西醫基層或醫療群的利用，那個就不適當。

因為台灣土地太狹窄，人口太密集，我曾經想過醫院要如何改革，如果能把醫學中心、區域醫院留下來，把地區醫院重整，要怎麼做？在偏鄉或鄉鎮市區，將占床率低的地區醫院跟西醫基層整合，提供基層醫療。在都會區的地區醫院，則要求提升它的資格，升格為區域醫院。這樣子的話，可以整合為鄉鎮地區的家醫整合性照護計畫，由地區醫院做領頭羊，整合該地區幾個鄉鎮中各類別的診所，成為一個大家醫計畫。

地區醫院在去年協商 113 年度總額時，提出要實施「地區醫院全人全社區照護計畫」，編列 5 億元經費，未來會不會重疊？地區醫院編 5 億元，未來會不會編到 40 億元、50 億元，西醫基層的家醫計畫現在又編到 40 幾億元，未來會不會編到 50 億元、60 億元？如果兩邊的總額一直編經費，是不是有重複的現象？

假使政府願意改革，把鄉鎮的部分由地區醫院整合西醫基層，做為地區上的大家醫計畫。另外能在都會區生存的地區醫院，則要去提升能力、設備、醫師的素質，升格為區域醫院，這樣都會區跟偏鄉鄉鎮的醫療服務才會有好的整合。因為鄉鎮的病患有幾個現象，第一個，在偏鄉地區因路途因素就醫比較不方便，第二個，在鄉下的病人醫療知識比較不充足，接收醫療知識比較困難。第三個，鄉鎮區的病人忠誠度會比較高，會比較容易接受醫師群的照護。

都會區的病人流動性很快，他今天在診所看個病，也許明天就跑到區域醫院

或醫學中心看病，流動性高，剛才有提到他的忠誠度不是很高，為什麼？如果我今天到一個診所去看，我跟朋友講說，啊！我現在有什麼毛病，朋友一定說我介紹你到某個醫院去，那個醫生很好，看得非常好，他明天、後天就跑去看那個醫生了，所以不會對診所有忠誠度。因為在都會區對於醫師的依賴度及信任度比較低，在鄉下的病患對醫師的信任度比較高，這是社會現象，怎麼去改革把它整合，那是政府的事情，我只是提出這個現象。

有關論人計酬支付制度，健保法第 44 條是建立論人計酬的家庭責任醫師制度，建立個人歸戶的完善制度。我看很多委員也對家醫計畫提出改善建議，可以參考大家醫計畫，逐步回歸健保法第 44 條的條文去推動。

可以的話，也建議請公衛教授來做一個研究，家醫計畫實施以後，這些參加醫療群的人，他們的餘命到底增加多少？還是說他們餘命根本都沒有增加，壽命都沒有延長，或者說餘命有增加 1 歲、2 歲、3 歲。還有他在群裡面，實際的醫療支出占比多少，跑去醫院看病的占比有多少，能夠有大數據的統計，可能會使家醫計畫更完善。

既然已經實施 20 年到現在，我當然支持家醫大平台的規劃，因為無法走回頭路了，今天無法廢除家醫計畫，最後只能導入總額一般服務裡面，導入一般服務後，就要去實施家庭醫師責任制度，讓家庭醫師去建立服務病患的醫療群，有關家醫群的建立，剛才也有教授提到，有的病人住得離醫療群非常遠，可能就是剛才講造名冊而來的，所以他從來不會找這邊的醫生看病。我在訪問過程中，一直打電話請教他們，他們也有講到這樣的現象，那些人都來看病，就醫次數根本都是 0，他們都跑到別的地方去看病。所以怎麼去改善、怎麼做，我們要集思廣益。

我很高興聽到蔡副署長現在轉為蔡教授，今天提出非常好的建議內容，也可以供大家醫計畫未來推動的參考，以前我都沒有聽過她講這些，今天非常棒，我也學習了很多。因為健保會委員能夠了解醫療內容的不多啦，現在又改變制度，連任兩屆就不准連任，代理開會也不能超過 3 分之 1，每年只能去開 3 次會，我不知道啦，未來新部長說不定連代理也禁止。說實在的健保會委員對醫療要了解那麼多很困難，所以我們只能聽公衛教授的建議內容做參考。還要有心去訪問很多醫界朋友的意見跟看法，這樣子才能提供一些做參考，我以上表達，謝謝。

主席陳副教授永仁：

好，謝謝，黃常務理事想要先做回應。

黃常務理事啓嘉：

我想跟大家說明一下，如果我講得不對，再請大家指正，其實現在有三個名詞，第一個叫做「家庭責任醫師制度」，第二個叫做「家庭醫師整合性照護計畫」，

第三個叫做「大家醫計畫」，這三個其實是完全不一樣的東西。

家庭責任醫師制度，指的是每一個國民都有一個家庭醫師 gatekeeper(守門員)。家庭醫師整合照護計畫，目前並不是每一個國民都能夠納入會員，因為它是以高醫療利用率的人為優先，所以譬如說從來沒有去看病的人，基本上不會進入這個照護計畫裡面，所以目前講的「家醫計畫」是家庭醫師整合照護計畫，所以它涵蓋 600 萬人已經很多了，表示 2,300 萬人中有 600 萬人常常去看醫生，而且需要 intensive care，強化的 care。所以事實上，有些人根本就不會在家醫計畫裡面，因為他從來不生病、不去看病，但是在健保法裡面，他還是家庭責任醫師制度裡面應該照顧的對象，所以這兩個之間是有差別的。

再來講大家醫計畫，大家醫計畫其實基本上就是一個資訊的平台，因為現在資訊發達，各種數據已經可以進入雲端了，所以我們希望透過雲端，包括各種資訊的累積，能夠提高照護的品質，而且回饋給照護者，所以包括提升服務涵蓋率、數位化追蹤管理、支付制度調整，因為數位要錢嘛，當然支付面也要增加一點費用，然後精進醫療品質。其實家庭醫師整合性照護計畫從民國 92 年開始試辦，到現在有 20 年了，20 年其實外界變化很大，不管科技的進步各方面都變化很大，電腦能力也不一樣，計算能力也不一樣，所以我們要改革，因為要跟上時代，面對不一樣的情境。大家醫計畫其實是要運用現在的數位科技，讓我們對民眾的健康照護更加的完整、更加的廣泛。

剛剛有講到一個重點，到底一般服務跟家庭醫師的照護是不是要分開？事實上我覺得兩個其實是同一件事情，難道一般服務裡面不用提供家庭醫師品質的照顧嗎？難道一般服務不需要評估最後的 outcome 嗎？都要嘛！所以事實上家庭醫師整合性照護計畫中，要給病人多關心，要有健康管理成效，不管這個計畫要提供病人什麼服務，在一般的醫療照顧裡也是應該提供的，不會說一般醫療照顧就不需要這些照顧。

所以剛剛有講到，如果未來要慢慢改變的話，我不要講論人計酬那麼遠，我講論質計酬，因為沒有論質計酬哪來論人計酬？論人計酬在台灣不可行的原因，是因為台灣人就醫很自由，你限制他就醫，這個政治責任沒有人可以承擔，也做不到，除非有很大的經濟誘因，那又是很大的社會變遷。但論質計酬是可以做到的，因為對於醫師提供病人的醫療服務，他的服務品質是可以回饋的，尤其現在有大家醫計畫的數位科技，可以回饋給醫師，瞭解這個病人各項 KPI 的改變，在這種情況下我們的醫療品質可以提升，所以我覺得可以先從論質這部分先考慮。

剛剛有講到是不是能夠在同一個區域？我要講實話，我剛剛講因為有一個大家醫平台，有數位整合了，其實我們已經打破區域了。我的意思是，當然還是希望病人本身就近看病，以前我們能夠詢問的醫師、能夠看到的數據，就是來自特定家醫群內部，但是今天有一個數位平台以後，我可以看到的數據不是只有特

定家醫群，我可以看到所有的家醫群，看到他們在各個地方看病的紀錄，醫生在雲端全部都看得到，像我們現在看診很習慣先看雲端資料，看他哪邊做過檢查、看哪邊用過什麼藥，事實上現在數位已經做到這樣子了，以後大家醫平台又更上一層樓，我們可能做到的事情會更多。

這種情況之下，過去只限定在某個群、某個群的思維，可能慢慢就要打破了，為什麼？我自己覺得基層是不分科的，因為每個病人進來以後，我會去請教，譬如說心臟的問題我可能會請教我醫療群的心臟內科醫師，但如果數位科技更發達的時候，我請教的對象就不限於某一個人或某一個範圍內，可以請教的範圍會更遠、更寬。我們要考慮到現在的資訊能力跟數位能力已經跟以前不一樣了，我記得 10 幾年前，那時候蔡教授還是主秘的時候，有一次主持會議提到雲端藥歷，我就跟你講說這種資訊科技不能太快，但也不要太慢。為什麼說不能太快？因為有時候 10 年前想不到的事，10 年後就可以做了，就像手機一樣。事實上數位科技變化很快，醫療本身如果走太快，可能很吃力不討好，但是走太慢又跟不上時代，所以到某一個程度的時候，大家醫平台在現在這個資訊能力時代好像已經水到渠成。所以我覺得家庭醫師整合照護計畫，能夠以大家醫平台先回饋質的精進，未來有一些部分能夠論質計酬。

至於大家會不會選病人？我認為上次吳肖琪老師給我一個 idea，他說我們要看的是進步率，不是絕對值，也就是說物理有速度跟加速度，我們要看加速度，不是看速度，因為每個人的速度可能不一樣，但是改變的比例是可以評估的。就是一個人原來不及格，他的健康分數是 60 分以下，但他進步率會很高啊，所以他雖然是一個不好的病人，我們不要看他絕對的分數，要看他最後能夠加多少分，這樣子醫生就不會去挑好的病人，差的病人搞不好進步率更高、更容易進步。好的病人不會進步，從來不生病的病人可能一下子就被扣分，因為他去年沒生病，今年在你照顧下生了一次病，扣很多分，對不對。可是他如果每年都看 10 幾次醫生，明年可能只看 8 次或 9 次，住院率下降了，我不看絕對值，我看的是進步率，我看變異率、變化值，這樣子大家就不會都去照顧輕症，而不照顧比較嚴重的病人，因為進步容易。

我覺得這個是未來可以考慮，不要全部看絕對數值，要看他的變化率，有些東西甚至不用進步，只要不退步也是一種進步，因為隨著年紀增長，今年跟去年比多了 1 歲，結果維持跟去年一樣的生病次數，這個醫生很成功，老了 1 歲沒有讓他多生病。所以我覺得 KPI 的設計很重要，未來家庭醫師整合性照護計畫或者家庭醫師責任制度，不管是哪一種，我剛剛講過這三個目前的狀態是不同的定義，將來如果要運用大家醫平台的數位資訊去做質的回饋，怎麼去算 KPI 要有技術性的處理，讓醫師願意照顧複雜的病人，不會去挑病人，這樣子正向回饋對民眾的醫療才会有幫忙。



主席陳副教授永仁：

是不是黃振國常務理事先簡要發言，然後再請這邊發言。

黃常務理事振國：

針對各位老師的指導我稍微說明一下，我蠻認同我們所有的資源，尤其長照屬於長照司主責，居家醫療屬於健保署主責，事實上資源的確有重複的現象。而且我發現一個最大的差異，現在長照居家部分的給付，遠高於健保的給付，所以很多的護理人員離開醫療機構，就是因為長照的誘因、自由度跟給付太高，所以我覺得很重要，可能要去思索一下給付要有一致性。而居家醫療有一個條件，就是居家醫療超過下班時間有加成，一般的門診服務事實上沒有加成，造成醫事人員心態的不平等，所以也許在資源整合，還有系統整合的部分要再思考。

其實衛福部不同的專案，屬於不同的行政機關管理，比如上次 COVID-19 疫情期間，我們發現 CDC 竟然不認同健保署的系統，所以基層醫療遇到一個最大的問題，當遇到核扣的情形，健保的系統申報了，CDC 的通報系統不完整也會被扣，造成當時疫情最嚴重的時候很大的 bias，所以他們也不太願意去認同健保署的系統。大家知道健保署的系統有即時性，比如說今天申報有錯，或是有特別謬誤，在隔月就會自動檢索，或隔年度系統的檢索，通知你申報不合當時的規定，可是其他的機關，譬如說健康署，甚至 CDC，往往跨了 2、3 年才去核扣，造成民怨不斷，所以既然在 AI 的時代，一個資訊整合的時代，建議衛福部的系統應該回到以人為本，剛剛講得非常好，我們今天家庭醫師的精髓就是以人為本，既然以人為本，就不管主要權責的照顧者是不是在基層診所。

我為什麼在私底下要稱蔡教授為「家庭醫師整合性照護計畫」之母，因為這 10、20 年來我受他指導很多，我知道他的觀念非常好，現在的問題第一個就是固定就診率的部分，固定就診率在這幾年從 40%，今年已經提升到 50%了，呼應各位老師的指導，獎勵指標要求必須達到 50 百分位，但是為什麼沒辦法達到 100%有兩個因素。

第一個，現在所謂應派的個案，是根據過去兩年就醫的慣性派案，但是有一個最大的差異，假設這個人他雖然慢性病是在醫院看，但是急性病可能在診所看，這個會員就會派給基層醫師。既然地區醫院已經要做類似家庭醫師整合性照護計畫，也應該以人為本。假設這個人的慢性病已經在地區醫院、醫學中心，甚至區域醫院看，就不應該派給基層診所，那就沒有何委員擔心的因為兩個計畫而重複，這個不會，應該是以人為本，這樣固定就診率會高。

第二，我們發現民眾的醫療需求的確沒辦法在基層解決，以疾病為例，大家知道精神科、眼科、泌尿科等科別的特殊性，所以民眾會因為這個就醫的習慣，往往跨區，甚至跨院就醫，所以自然就不會在家庭醫師能夠處理的範圍內。最常見的就是當民眾發生重大的事故，譬如說癌症、心肌梗塞，已經到比較中後段情

況的時候，自然而然會在醫院就醫，所以不可能達到 100%，但是我們也呼應大家的要求，把固定就診率提升到 50%。

其實蔡教授在副署長任內的時候，要求我們年年要精進指標，所以當時的得分如果只要 40 百分位，現在都到 55 百分位，已經不只是 50 百分位，只有達到 average 是拿不到分數的。所以跟大家報告，論質指標其實是 OK 的。

第二個，就是我們剛剛講的跨區域，其實我今天才知道有這麼多例外的醫療群，我本來知道是少數，但是我覺得如果隔年要檢討家醫醫療群的制度，我們應該有一個生活圈的概念，最少是幾公里，或是同一區，也許各位老師或專家學者能給我們一個建議。譬如以職訓中心來講，是方圓 15、20 或 30 公里，也許大家可以想一想，也讓我們的主管機關去想，超過某個距離，就不應該收納在同一個醫療群，因為既然不是同個生活圈，我們就不應該納入到同一個醫療群去組合。

還有一個問題，既然我們醫療群的會員，多是來自於過去兩年就醫的民眾，這些會員都是比較穩定的。有關剛剛老師提到新案、舊案的問題，目前這個計畫都是考慮醫療服務提供者的誘因，或者是健保署提供管理上的誘因。但是各位有沒有想到，我們給民眾的誘因是什麼？不是一個同意書就好了，重要的是民眾有什麼誘因跟隨我們的制度，願意鄰近找一個適切的家庭醫師？這個我有幾個建議。

第一個，最近在「健康台灣」論壇裡面建議，希望免費成人健康檢查從 40 歲降低到 30 歲，也許我們可以針對參加家醫計畫的民眾著手，從觀念上讓民眾認同，知道參加此計畫成為家庭醫師會員的時候，提供成人健康檢查的年齡降低到 35 歲，甚至 30 歲，就是你要給民眾誘因，知道原來成為家庭醫師會員是有好處。

第二個誘因，比如說之前曾提過，目前穩定的慢性病人都可開立慢性病連續處方箋，對於因出國或是有遠洋漁船工作者，也能夠一次拿三個月的處方箋。如果民眾已經在同一個醫療院所，且過去兩年內穩定就醫，沒有發生重複用藥的情形，如果因為年老、行動不變，對這樣忠誠度高的病人，有沒有甚麼誘因？其實可以比照前述的方式辦理。

跟大家報告，健保署對於重複用藥有核扣，經查健保資料只要同一個病人在不同的醫療院所，有 7 天以上重複的藥費，在隔年會把它核扣，既然該病人有重複用藥的可能性，如果願意在就近的基層診所看診，不是在醫學中心喔，就應該讓這樣的民眾可以拿慢連箋，穩定提供 3 個月的用藥，前提是他前兩年已經在這個診所穩定就醫，這樣的好處是什麼？他也真的達到費用減免，也沒有造成所謂健保財務的衝擊。

今天經由民眾的口耳相傳，尚未加入的民眾就會開始認真的考慮，就像在座老師說的一樣，雖然在台大附近，有台大優秀的教授可以照顧，但是如果當有這麼多誘因的時候，民眾會思索，是否可以就近找個台大退休、或台大訓練完，或

其他醫院訓練不錯的醫師，也能夠擔任你的家庭醫師的角色，這個是非常好的。

第二個是有關自選個案部分，往年發生過，台北區某個大型診所，因為醫師非常多，指定個案非常少，自選個案每位醫生有 200 人，就發生過這樣的事情，因為有 20 幾個醫生，這個診所就有幾千人的家庭會員，我有個病人直接 LINE 給我說，黃醫師，我兒子在健康存摺 show 出說我是誰誰誰的會員。經由這些案例我們也有檢討，我們已經下修了，不管你的診所 base 多大，現在最多只能 6 位醫師，我們會自我反省。

還有針對何語代理委員講的，的確有醫管公司用招攬的方式在推廣，所以我們也把那個條文修得很嚴謹，現在只有醫療機構能擔任執行中心，如果一經查出違規，就直接將其退出醫療群。還有講到汰劣的部分，跟大家報告，我們之前是 60 分以下才要淘汰，跟大家報告，這幾年我是扮黑臉的，我們及格分數從 60 分提高到 65 分，今年是未達 70 分就要淘汰，如果各位有看到有些醫師在群組罵，說家庭醫師這麼嚴，家庭醫師都怎麼樣……，一旦被退群的時候，就開始罵我們這些管理者，罵我最多，罵啓嘉比較少，說為什麼這麼嚴呢？我們已經很清楚向會員呼籲，今天這個論質計酬計畫，誠如各位期盼的，大家知道目前健保給付是論量計酬，論質計酬為什麼這麼重要？因為論量計酬只看服務面，並沒有看結果面，唯有論質計畫才能 monitor 整個 outcome，有成效比較基礎。

今年推動家醫 2.0 的精髓在哪裡，可能大家有點了解、期盼，但是有些可能不是很了解，我先說明一下，目前的家醫計畫跟糖尿病醫療給付改善方案，的確是有重疊。但是大家知道嗎？能夠參加糖尿病醫療給付改善方案的診所，他的人力、物力是比較夠的，診所除了醫師以外，可能要有護理師，甚至需要一個衛教師，這些診所的配置我們叫做前段班，是已經做得很好的。但是家醫 2.0 要在基層推廣的時候，我們目標是希望一些中段班的診所加入，這些中段班診所，有糖尿病病人固定就醫，但是這些診所又沒辦法聘到足夠的護理師，甚至有訓練的衛教師，其實最差的是聘不到衛教師，護理師的招聘一般是 OK 的。

因此這一次在設計上，我們希望拉近有參加糖尿病試辦計畫的診所跟沒有參加的診所，中間的一個過渡差異。跟大家報告，我非常認真，我們台灣家庭醫學醫學會從上半年到目前為止，已經辦了將近 25 場教育訓練，我們要求學員必須乖乖上課 3 到 4 個小時，這個是我們學會的責任，我們的做法是非常嚴謹的。甚至我們在 7 月 13 日的年度學術研討會，要辦理一個加值版學術工作坊，我們找國內最好的教授來授課，我們要求一些合辦單位，要聘請最好的老師，希望提升基層的醫療照護品質。

回應何語代理委員講的，雖然地區醫院跟基層同時有做家醫計畫，希望由地區醫院來整合基層，我跟何語代理委員報告，大家可以看「全民健康保險醫療品質資訊公開網」糖尿病的部分。就以我的診所跟基隆地區的醫院數字跟大家做報告一下，我們基隆有 3 家可能不屬於醫學中心的地區醫院，目前糖尿病病人最

多的是臺灣礦工醫院，是 874 人，基隆市立醫院是 745 人，新昆明醫院是 399 人，小弟因為比較忙，我的診所病人不多，是 469 人。

一個醫療群大概有 10 家診所，基隆有 4 個社區醫療群。回到我剛剛講的以人為中心，今天民眾在哪裡就醫，就應該讓民眾就地得到最好的醫療照顧。應該這樣講，不管在哪個計畫、哪個層級的醫療院所，今天有照顧過程面指標，也有結果面指標，如何落實所謂在地醫療，然後符合品質管控標準，說實在這個是要費點心思的。

剛剛有老師提到個案管理師太多，我也蠻認同的，其實很多的醫院同一個病人，只要發生疾病，譬如說中風有中風的管理師、心血管有心血管的管理師、呼吸疾病又有一個管理師，但是大家知道嗎？只有在醫院的病人有個管師，可是出院呢？他們跟我講說，希望能多聘個案管理師，我回答我們護理人員已經少得可憐，而且各醫院已經找不到護理人員了。這麼說好了，應該是回到以人為本，今天這個人發生疾病，先接受醫院醫療、持續的輔導或管理，當病人比較穩定後，就應該下轉到當地的，尤其是基層的醫療群的醫師，或是平常照顧該病人的醫師，有個 team 幫忙，這樣費用是最省，效益是最大的。

還有就是計畫指標，跟大家報告，這幾年的指標更改得非常多，大家如果了解，指標更改有點複雜。我們從過程面到 outcome 面，每年都在修，修到我們回去面對會員，他們就說，你出去開會為什麼每次都是好像割地賠款。他們跟我講，那個 800 元是 20 年前的物價，現在是 800 點，大家可以想像，如果一個診所要花很多心思參加家醫計畫，假設這個社區醫療群病人數不多，各位有沒有想過他會不會參加？當診所病人量在成長的時候，我們在鼓勵上，必須顧慮各個診所存在的差異性，鼓勵他們來加入，不能在鼓勵加入階段就把他扼殺了。所以為什麼我們在請各個基層醫師加入家醫計畫的時候，都是鼓勵，初期是鼓勵，告訴他們參加計畫的過程中，事實上不用太累，但在無形中，我們經由個案討論會，增加診所彼此間的互動。讓原來互不相識的醫師，甚至是原本是互相競爭的相鄰診所，互相學習。自從有社區醫療群後，即使這個病人不是我診所的病人，也會互相轉介。以我為例，甚至把我的資源分配給隔壁診所，他的糖尿病人來我的診所，我也幫他做眼底攝影，因為我覺得我們是一個群的概念。

但是很可惜的是，錢真的太少，錢太少的時候，這幾年就無法求量的增加，因為在有限的資源下，希望能獎優汰劣，所以各位看到了，社區醫療群沒有增加，診所也增加不多，但是病人數增加了，病人數增加主要是來自於哪裡？因為人口老化，多重慢性病，而且這兩年因為疫情的關係，很多民眾到醫院就醫是有困難，於是他們逐漸改到診所來就醫，所以這兩年我的糖尿病病人增加，很多的病人也發現在基層診所可以得到與醫院同樣的服務，這是重點，OK，我先報告到這裡。

主席陳副教授永仁：

好，謝謝，因為時間的關係，我們還有兩位尚未發言，是不是兩位老師接續發言。

戴教授桂英：

謝謝，主席，還有執秘，各位醫界的前輩代表，還有何語委員，不管你是代理與否，我還是一直認為您是委員，還有幾位老師，我就不一一稱呼了。我非常珍惜有今天有這個機會可以聽到大家來回顧家醫計畫，所以謝謝主席還有執秘，讓我有這個機會來聽大家發表意見。我等一下的意見，並不一定完全符合本次會議議題的順序，但是我盡量。

在議題一裡面提到目前面臨的各種問題與挑戰，議題說明裡面也有提到，例如會員涵蓋率不足、病人忠誠度，還有病人不知道被收案這個部分，以健保署或基層管理者的角度，該如何來改進計畫執行模式。那麼，以基層管理者的角度，前面幾位常務理事應該都已經講得很多了，我就從政府的角度，不單只有健保署，我認為政府的角度應該怎麼樣來改進這個計畫執行模式。

第一個，我覺得派案模式一定要改變，派案的改變並不是說利用率很高的人而已，還要考慮到這個案是不是在這個社區醫療群裡面，很經常性的使用該群的醫療資源，如果這個人不常在這個社區醫療群就醫的話，請不要派到這裡來。例如說，個案如果經常到某家地區醫院或某大醫院去的話，就請不要派進來，我也很支持黃常務理事他們的意見。

第二個，要怎麼樣增加會員的涵蓋率？我覺得既然健保署已經做適當的派案，在相關的辦法、計畫條款裡面，應該放更寬的心胸，讓可以被派案的個案，其家庭成員都可以被收為會員。家庭醫師的用意是什麼？我們是希望，這個家庭醫師是對他們家庭很了解的，不管這個家庭裡是否有 20、30 歲不太就醫的人，或者 70、80 歲的老人家，或者是經常就醫的老病號，既然可以把這個人派在這個社區醫療群的話，盡量讓醫師以家庭為單位來收案。

我覺得健保署不用擔心，為什麼？因為收案的話，不要擔心說這個人不太就醫，他虛擬的醫療費用一定低，因為他本身就是就不就醫，就是因為年輕，我們在做風險校正的時候自然算出來的醫療費用就不會太高，但是他如果是 50、60 歲，70、80 歲的老人家，那他的虛擬的醫療費用就會高，這是我認為要讓會員涵蓋到該會員的整個家庭，這是我第一個建議的，這個是從計畫層面。

執行面部分，要怎麼樣讓病人不知道被收案的現象能夠改善。我看過一些朋友被健保派案，被派案的還不錯，因為他是經常去該診所就醫，該診所給我朋友寫一封信說，你被健保署派案到我這邊來了，所以以後由我們這個社區醫療群來照顧你，然後你有什麼問題可以打什麼電話。除了接了那封信以外，沒有別的了，

沒有別的了，所以我覺得計畫中要多一點要求，怎麼樣讓社區醫療群的服務能夠讓病人知道。

例如，診所跟病人已經有 LINE 群組或組成什麼群組了，但加入群組沒有什麼好處，如果可以的話，讓病人有感，例如群組有時候會辦一些講座，透過群組告訴你的會員說，我們有辦什麼講座，但這個講座不是推銷醫療相關產品，而是民眾關心的疾病或者自我保健的議題，這樣子病人會更有感，這個醫療群有這個好的講座，有時間就去參加，那麼未來診所可在這個群組，把講座的內容變成科普化的文字，發送到 LINE 群組或者 APP 也可以，提供給會員，有興趣的人就會看，這樣一面可以提升病人的識能，做好自我照顧，如果病人自我照顧多，醫療利用就會稍微少一點，未來的 VC-AE 可能會多一點。當然，或許病人自我照顧多、來看病就變少了、診察費就變少了，這對醫療院所的收入面來講可能也是一個壞處，如何在支付的設計上取得一個平衡是重點，所以這是第一點。

有關第一個議題，我呼應家醫計畫須以「全家」為概念，因為剛剛黃常務理事他們都有提到家醫計畫要從全人、全家來照護，所以第一個議題我呼應的是「全家」。第二個議題，我呼應個案管理上須以「全人」為概念，一個病人不要被拆成有糖尿病我就參加糖尿病品質提升計畫，我有什麼疾病我又參加另外一個疾病的品質提升計畫，我覺得盡可能的讓家醫計畫擴展，把這些病人都擴展為社區醫療群服務的對象，當然大家醫計畫已經有想要逐步納入的想法。一旦納進來，計畫誘因跟品質指標須重新整合，而不要讓社區醫療群的醫師跟管理人員有兩種報表，不要 DM 那邊要做一個報表，在家醫計畫這邊又要有另一個報表，這樣子管理成本會增加。我覺得應該把各種品質提升計畫，盡可能的納入家醫計畫，管理系統盡量的整合跟簡單化，太複雜會增加行政的麻煩，這是第二個議題，我呼應的是「全人」。

第三個議題，大家醫計畫的改革，事實上我剛剛還在私下請教吳肖琪老師，因為他一直都很關心健保，我還問說這個大家醫計畫到底改革了什麼？，我剛剛聽到最大的成效是在數位平台的建立，這也不錯啦，如果有數位平台的建立，那就要訓練基層管理者，家醫群的管理者更要會運用它，如果有平台而不運用，這個平台就是白建的。我對這個大家醫計畫改革其實沒有深入了解，雖然看了簡報，有四大面向、八大目標、八大策略，還有要逐步擴大等，但是我並沒有那麼了解，所以不敢提太多的意見。

至於裡面支付制度的調整，支付項目跟點數都是在醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議做協議，我相信一定會協議一個合理的內容出來，我第三個議題不敢有太多的看法。

第四個議題，這個法條我印象深刻，當時是涂醒哲前署長還是立法委員時候的要求，而且邀了好多立委連署提案加入的條文。條文加入以後沒多久，就由立法委員轉擔任署長，只不過當署長的時間非常的短，大概 3 個月左右吧，雖然只

有 3 個月，涂前署長也一直要推動這個家庭醫師責任制度，所以我覺得在兩位黃常務理事的帶領之下，可以把家庭責任醫師制度的原始構想釐得更清楚一些，但如果要要做好論人計酬的話，要有另外的法律配套措施，因為論人計酬要併同限制就醫一同施行才會有效果。

至於限制就醫，剛剛楊銘欽老師有講，現階段模式一下子 jump 到限制就醫，除了需要法律上完備之外，還要有誘因。我想誘因也需要修法，譬如說全家都願意變成會員的話，要同意「非經轉診不得到其它的專科診所或醫院去」，你一定要給人家誘因，誘因要什麼呢？減保費？好像不太合適。我覺得最合理的方式就是減少部分負擔，因為現在的部分負擔逐年在提升，應該減部分負擔，但也是需要修法。

當然剛剛黃理事長有提到說要回歸健保法對門診部分負擔的規定，回歸定率到自付 20%、30%、40%，我們健保實施了快 30 年了，明年就 30 年了，早期以定率收費恐怕難執行，不但民眾不能接受，而且計算也很麻煩，不過現在在計算上是越來越容易了，是不是真的要這樣走？現在到醫學中心門診就醫，已經要自付 420 元了，若採定率，不經轉診直接到大醫院門診就醫，還有掛號費，部分負擔加上掛號費不得了，所以真的要主張回歸部分負擔的百分比嗎？恐怕要稍微試算一下，要看看實際情形，我記得也有些情況按定率算起來，部分負擔的費用比現在的 420 元還少，目前的設計已經納入這個精神了，不經轉診至不同層級就醫的部分負擔，差距已經越來越大了，所以我覺得這個部分要請慎重再斟酌。

在家醫群組成、體系建立的部份，剛剛有提到，是要在同一個區域還是不同的區域？不同的區域可以組成醫療群嗎？這就牽涉到收案會員是不是經常來這一家診所看病。如果你在不同的區域，5、6 家診所，各自收的都是常來看病的人，那可以。但如果不是，如果你的群是由兩個一般科醫師、三個其它的專科 specialist 組成，這樣就需要就近，越近越好，因為有時候要把病人轉其它科(如眼科)看診的時候，那就不要轉太遠。所以這個體系的建立也是要看實際的安排是如何，我相信你們會更有 sense，這是我簡單的想法，謝謝。

主席陳副教授永仁：

好，謝謝戴教授，我要跟郭教授說對不起，留了最後一個時間給你，為了讓你沒有壓力，我就先發便當，你慢慢講。

郭副教授年真：

謝謝主席，還有周執秘、各位醫界、付費者代表先進，以及幾位學界的前輩，

大家好，剛剛各位前輩先進都給了非常多重要跟寶貴的意見，就請大家一邊準備用餐，讓小弟在這邊錦上添花一下。

首先，剛剛有幾位老師都有提到，過去針對家醫計畫成效進行的研究，的確沒有辦法從消費者或付費者代表這邊，得到滿意的一致性結果，不管是剛剛吳肖琪教授提到的是用 DID，或者是使用一些比較嚴謹的研究設計，都難發現有正向的效果，這個是很務實、客觀從資料裡面告訴我們的結果，過去這 20 年來家醫計畫進行到目前為止遇到的一個現實瓶頸的問題。

再來，我也非常同意剛剛有幾位先進都提到資源整合的部分，因為健保署現行有非常多的方案，都有機會涵蓋到家醫計畫可以收案的對象，也許在執行端的健保署，可以就計畫的源頭來加以整合，就如同剛剛戴教授提到，是全人的照護，而不是只有特定慢性疾病，所以個人對於健保署家醫大平台的方向是持肯定的態度。

剛剛有幾位先進其實都有提到指標或是論質計酬部分，無論是過程面的或結果面的指標，在目前以及未來的家醫計畫，是不是都只關注在收案對象的部分？對於非收案對象，沒有機會被收案，但是他也罹患同樣疾病的這些病患，在這些指標會不會有外溢的效果？我相信不管對民眾、對學界，甚至對醫界，都是需要關注的問題，或是剛剛有幾位很誠實的提到，這可能是選擇病患的結果。特別對於執行單位來說，以長期來看，這些指標的變化到底如何，是不是真的能夠延緩疾病的惡化，避免併發症的發生。

再來，非監控的指標，譬如說同樣疾病的指標，但沒有納入品質獎勵的，甚至其他疾病相關的指標，它是怎麼變化？因為國外的經驗，特別是英國的經驗發現，這些指標在納入 P4P 的設計後，會有外溢的效果，也可能有反向的效果，就是沒有財務誘因的疾病會變差，所以這個部分是需要去留意的。

現在的計畫都會去看 VC-AE 有沒有省錢，如果有省錢的話，不知道在西醫基層醫師公會或者健保署這邊，有沒有進一步分析，是從哪邊省下來？是怎麼省下來？以更長的時間維度來看，會不會反而有遞延醫療的情況發生，這是我們需要留意的事項。所以我在這邊斗膽建議，未來家醫計畫的業務單位，還有家醫相關的學會跟公會這邊，能不能夠有更細緻的一些評估方式。

過往家醫計畫設計的核心就如同剛剛黃理事長提到，是基於 P4P 的原則去提供財務誘因，來跟照護的品質或結果做連結，但其實我們很多前輩都知道，現在醫療品質的思維已經進化到「以價值為基礎」這樣的一個觀點，所以未來類似這樣的方案，不限於家醫計畫，就是未來健保類似的方案要如何反映病患觀點的醫療價值，我相信這也是付費者代表很關切的部分。所以這就會 echo 到剛剛戴教授提到的，如果我們現況之下所有的機制，包含誘因都是作用在醫療服務提供者端，對病患來說沒有辦法明顯感受到好處，就是像健保署家醫大平台的簡報內容，去反思過往家醫計畫的困境，其中一個就是病患無感。如果我們的病患感受



不到好處，甚至可能造成他的不便，要怎麼來鼓勵病患留在基層、配合分級醫療的政策？

我這邊也提出另外一個反思，如果我記得沒錯的話，剛剛黃理事長提到限制病人就醫這件事情很困難，會有政治上的壓力。可是如果我們從比較宏觀的角度來看，現況應該至少有 7 成的門診是發生在基層。所以對民眾而言，其實時間成本就是他很重要的一個誘因，因為去大醫院就醫要花很多時間在等待，所以我個人並不覺得不可能，重點是病患做這樣的配合他可以換到什麼？即使病患的醫療需求就像剛剛醫界先進說的，不是基層醫療能夠處理的，那基層醫療能不能夠幫忙有效率跟有意義的轉介？我所謂的有意義的轉介不是說只在轉診系統填個資料，剩下的就是病患跟後手醫院的事情這樣子。

有幾位先進也提到說，未來展望是希望能夠推到「論人計酬」，或者是符合國外所謂「守門員制度」的家庭醫師責任制度，那怎麼樣去避免國外類似制度所產生、衍生的一些問題，恐怕是我們在前瞻展望的時候必須要去思考的部分。

我也要 echo 剛剛戴教授提到關於家醫計畫收案對象的問題，目前是以慢性病或高利用的個案為主，如果醫界真的希望進一步落實所謂家庭責任醫師制度及家庭醫師的功能，我個人認為剛剛戴教授提到的家人，也就是非高利用、非慢性病病患的一般兒童跟成人也要納入，但是我希望這部分醫界不要要求保險人額外提供財務誘因，因為這些人本來就是有機會到診所就醫的病患，至少希望健保署不需要額外給收案的人頭費，因為這些人本來的醫療利用就不高。特別希望基層團體能主動來推動，因為家庭醫師不是等民眾有持續就醫需求時，再讓民眾來找家庭醫師，而是要從民眾還是健康，或者是亞健康時，就建立良好的醫病關係，也就是基層院所怎麼樣去培養未來的忠誠病患。套黃理事長講的話，不只對自己的醫師會員要培養，對我們的民眾也需要培養，而且要幫他們維持健康。

也跟各位報告，我最近在進行一個針對分級醫療下轉的研究，研究的結果發現，對於醫院下轉的病人，下轉可以成功的最重要因素是什麼？結果是病人「至少在下轉診所曾經就醫兩次以上」。研究發現病人過去在這個診所有就醫經驗，是非常重要的預測因子，跟這個診所的過程面、照護品質，或者是有沒有用原廠藥相比，過去有沒有醫病關係是非常強的一個預測因子。所以不要隨便把病患轉到從來沒有就醫過的診所，這樣會失敗，他們很快就會回去醫院就醫，而不會待在下轉診所。所以怎麼樣在病人還沒有持續就醫需求的時候，就先建立基層院所跟民眾的連結，建立良好的醫病關係，是我個人非常期盼基層在黃理事長、黃常務理事的帶領下能達到這樣的願景。

再來，因為健保財源很有限，所以健保會各領域的委員，特別是付費者代表，一直都很關心這個計畫的經費投入，能不能帶來明確的效益。我也要提出不太一樣的思考方向，國外的研究也提出，如果財務誘因太小，能帶來的影響就有限，我相信醫界會很同意我的說法。所以在考量現況下，有些參與的基層院所會有一

些配合的措施，隨之衍生其他行政成本，如果在事多錢少的情況下，的確有可能導致院所參與的意願不高。我印象中，幾年前我曾經有被監委約詢，也是關於家醫計畫成效，我印象中朱理事長好像在那一次和我們共同被約詢，為什麼會提這件事情？因為在場有一個新北市醫師公會的代表提到，他的診所就是加入計畫後又退出，因為他評估持續加入所衍生的成本靠計畫獎勵無法 cover。所以未來在制度設計上有沒有可能有調整空間？是保留最重要的部分，或者是有一些基層診所不用花太多錢，但可讓民眾有切身感受的部分，怎麼樣更有效率的使用資源，也許是計畫設計或調整時需要思考的。

我還是要 echo 大家都很關心的品質問題，目前家醫計畫執行 20 年來有很多還沒有解決的問題，雖然今天醫界代表的意見聽起來，很期望家醫計畫不但要持續做，而且要做大，但是我們也必須很客觀、誠實的面對這些過去沒有解決的問題，特別是品質的部分，剛剛很多專家提到家醫群之間的表現差異其實很大。要特別提醒，是差異很大，而不是家醫群的表現不好，為什麼要特別說明？因為前幾年有次我們辦分級醫療座談會，我引用醫療品質資訊公開的數據說，基層診所間 HbA1c 的檢驗數值是否達標的差異非常大，結果被一個基層院所醫師在臉書反映，他說他的診所表現都很好，我憑什麼說他的診所表現不如醫院。我回應他，我不是說你的診所表現不如醫院，我是說你們的同儕表現差異很大，這的確是基層需要共同來解決的問題。

還有一些政策推動上，家醫計畫有沒有辦法更積極的配合健保署在分級醫療的一些政策，舉例來說，總額歷年均編列「開放表別」專款，但實際基層院所使用的申報量有多少呢？前陣子我的家人得了 A 流，剛開始我們希望確認到底是不是 A 流，所以先找了平常小朋友就醫的診所，他說對不起我們診所沒有做流感快篩，所以又換了一個診所，終於有做，但其實 A 流的快篩跟抗病毒藥物已經是開放表別項目中申報量最大的項目，但還是沒辦法普及。或者，未來如果病人或民眾被收案，在轉診上有沒有可能獲得類似現在醫事司在推動的急診後送、綠色通道等服務，怎麼樣讓病患在轉診後的就醫更為便利，也許都是可以努力的方向。

最後，我要 echo 資訊科技或資訊系統利用的部分，資訊的運用不能夠只靠健保署透過 VPN 來提供，其實更有效率的做法應該是去優化基層院所的資訊系統。透過跟健保署或衛福部相關單位的介接或資料拋轉，這個部分我非常誠懇的建議，醫事公會是不是能夠主動跟台灣主要負責診所資訊系統的廠商聯繫，其實應該只有 2~3 個廠商，主動來談這件事，因為如果讓個別的診所，甚至地區醫院自己去跟廠商單打獨鬥，其實沒有辦法得到很好的效果，以上是個人淺見，謝謝。

主席陳副教授永仁：

好，謝謝郭教授，因為今天大家發言及說明的次數比較多，所以多花了一點

時間，接下來請何常務理事。

何常務理事語：

對不起，我再補充兩點，第一點，雖然家醫計畫個案管理費每人每年支付 250 元，及績效獎勵費每人每年支付 550 元，每收案會員共支付 800 元，20 年都不變，可是計畫陸續增加了很多其他支付內容。像 106 年增加失智症門診照護的家庭諮詢費用，108 年又新增了多重慢性病人門診整合費用，也有其他的費用加上去了。

再來，就是剛才講到最近這幾年又結合了糖尿病、慢性腎臟病照護計畫，還有代謝症候群照護計畫，加起來一個個案就要支付很多錢，這樣一直增加支付，雖然家醫計畫好像只是一個計畫，可是現在其他衍生的照護計畫付出的錢加了很多，都是倍數以上，管理費增加，獎勵費也增加，還有其他的費用也是。雖然不是每個病都有加入糖尿病計畫、腎臟病計畫，也不是每個人都有加入代謝計畫，可是這些計畫的費用再加上去也很可觀，還有照護對象中也包含失智症病人，支付上也增加了很多費用在裡面。

第二點，有關分級醫療的推動，如果要提高部分負擔，坦白講在台灣很難完全成功。第一點，近 63% 的財富集中在 1/5、20% 人身上，最基層的 20%，這個跟財富最高的 20% 相差 66 倍。台灣集中在中產階級以上的財富占比太高了，有一個醫學中心掛號費 500 元、特別服務費 1,000 元，再加上健保其他的支出，每次看病可能都要花費 2,700 元左右，可是人還是很多啊。現在在醫學中心看門診，再領個慢性病連續處方箋，費用就很可觀，可是也人滿為患啊。因為台灣人重視身體健康、願意支付醫療費用，問題也出在台灣的地緣關係，還有對醫生、醫病關係的信任度問題。

另外一個現象是，到西醫基層就醫，有時候拿不到跟醫學中心同樣的藥，這是另一個困難。就像我這一次去診所看門診，因為沒有藥，又回去醫學中心看診了，所以有很多問題存在，不是很單純說把自付額拉得很高以後，病人就會轉到基層去就醫。如同教授所講，實際上我有一個孫子前些日子生病，不知道到底是流感還是什麼感染，醫了好幾天都找不到病因，有一個晚上士林有一家醫院說可以做檢測到晚上 12 點，所以我們晚上 10 點趕快載去那邊檢測，自付檢測的費用 1,300 元。現在的家長也是這樣子，為了孩子的健康，一定要先檢測出來是哪一類流感，才能對症下藥，他不會隨便吃藥，要先檢測好再對症下藥，1,300 元要不要付？付啊，當然付啊。我的意思就是說，台灣第一個地緣因素，住家跟醫院太近了、太密集了，大家為了健康多付點錢都願意，還有信任度的關係，所以這牽涉醫療氛圍、還有各方面影響因素，你要用提高自付額來改革，我的看法是有一點點效果，但效果不好。雖然這一次把醫學中心還有區域醫院的部分負擔拉高了，但目前看起來效果不是非常明顯，這是我提供的意見。

主席陳副教授永仁：

好，請最後一位發言。

黃常務理事振國：

對各位的指導回應，剛剛漏了吳肖琪老師說的診所也要評鑑一事，推動診所評鑑最大的困難是診所數量太多，而且各科存在差異性，但是有一個可以做的，就是今天大家提到的品質，品質資訊應該公開，其實我之前也呼籲健保署，可以公開的資訊有幾個，第一個，每個診所的特色，比如健保署可以運用大數據資料庫告訴我們，這個診所大部分是什麼樣的病人來就醫，比如病人以糖尿病、高血壓或感冒居多，這樣病人才不會走錯診所。

第二個，就是剛剛何委員的指導，事實上跨表的部分，其實在疫情前申報最多的就是 A 流跟 B 流快篩，高達 1 億，快 2 億，不好意思，我不知道某些診所為什麼在 COVID-19 的時候不提供篩檢，因為可能是大家擔心交叉感染，所以有的院所會比較保守，像我最近做的 A 流、B 流篩檢其實是很精準的，但是也有一些問題，很多民眾懷疑感染就想做篩檢，一般依我的經驗，我懷疑是流感的病人我會做篩檢，我的準確率將近 8 成，有個數字讓大家知道，新冠疫情流行時，哪些院所開的 Paxlovid(新冠肺炎口服抗病毒藥物)最多？不好意思，是基層診所，尤其家醫科診所開最多，為什麼呢？因為當時我們一直認為應該由感染科開這個藥，後來主管機關，還有廠商來找我說，其實這個藥用在感染初期(前 3 天)的效果最好，所以當時我在全聯會就辦了總共 6 場的衛教，比 CDC 辦得還多，所以在基層醫師中，不是醫院醫師，開最多 Paxlovid 的醫生就是小弟我。而莫納皮拉韋(Molnupiravir，新冠肺炎口服抗病毒藥物)比較不需要評估，Paxlovid 需要很多評估，我的診所是基隆市唯一有莫納皮拉韋的診所，因為伊甸中心就在我診所旁，衛生局希望我在第一時間就能提供即時的服務。

還有剛剛何委員指導的，其實部分說得對，部分可能也說得不對。第一個，不管是失智症照護，或是很多計畫的推廣，都是在家醫計畫原來的預算內勻支，我想曾任健保署副署長的蔡教授就很清楚，利用失智症門診照護家庭諮詢的人其實非常少，因為失智症的評估 1 次要 30 分鐘，所以雖然我們鼓勵醫師做，但從健保署資料顯示，實際上用得非常少。第二個，當然有些可能是外溢的效應，指的是代謝症候群，大家別忘了那也是需要透過健康促進改善，也不在這個計畫之內，本來我跟大家的立場一樣，希望用國家的預算來努力，而不是用健保的資源，我們自始至終都希望用國家的預算，未來健保如果財務真的有困難時，我也希望健康促進能回到行政機關去補助，而不是在健保資源已經不夠的時候，造成雪上加霜，這是我的報告，謝謝。

主席陳副教授永仁：

好，謝謝，今天的確大家花了比較多的時間討論，因為都已經超過表定時間了，今天會議就到這裡，再度感謝各位老師、各位委員的參與，就此散會，謝謝大家。

## 第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：強化住院護理照護量能(含歷年相關預算執行檢討結果)，請鑒察。

說明：

一、依衛生福利部 112 年 12 月 26 日衛部健字第 1123360189 號公告 113 年度全民健康保險其他預算「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」決定事項辦理。

二、健保調整護理費之四大策略：

(一)健保近十年挹注於調升住院護理費相關預算：

全民健康保險自 104 年將「提升住院護理照護品質」20 億元由醫院醫療給付費用總額(下稱醫院總額)專款移列至一般服務，並陸續於醫院總額一般服務中編列預算用於調整護理費，該預算隨每年醫院總額一般服務成長率逐年成長。彙整 104 年至 113 年醫院總額相關預算及調整項目如下表(單位：億元)：

預算年度	一般服務成長率(%)	提升住院護理照護品質預算	另增編預算調整項目及額度 <sup>註1</sup>	預算合計 <sup>註2</sup>
104	-	20.00		20.00
105	5.022%	21.00	-調升住院護理費支付點數(18 億元) -明訂醫院門診診察費內含 10% 護理費	39.00
106	4.585%	21.97	-調升地區醫院住院護理費支付點數 -調升偏鄉醫院住院護理費加成率 -調整全日平均護病比加成率為 3-14% (合計挹注 3.53 億元)	44.32
107	3.576%	22.75	-調升加護病床護理費支付點數 -調升全日平均護病比加成率為 2-20% (合計挹注 9.86 億元)	55.77
108	4.080%	23.68	-調升急性一般病床(含精神)住院護理費支付點數(4.75 億元)	62.79
109	5.471%	24.98	-調升隔離病床、經濟病床護理費支付點數與急性一般病床點數差值之 50%	82.37

預算年度	一般服務成長率(%)	提升住院護理照護品質預算	另增編預算調整項目及額度 <sup>註1</sup>	預算合計 <sup>註2</sup>
-調升其餘病床護理費支付點數 (合計挹注 16.14 億元)				
110	5.047%	26.24		86.52
111	3.049%	27.04	-調升住院首日護理費支付點數 30%(10 億元)	99.16
112	3.092%	27.87		102.23
113	4.179%	29.04		106.50
104~113 年總計		224.57	454.11	678.68

註 1：105 年至 109 年由醫療服務成本指數改變率(MCPI)增加之預算支應；111 年由「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」及「提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診結構改變」預算支應。

註 2：本表預算隨每年醫院總額一般服務成長率逐年成長。

## (二)護病比與支付連動—全日平均護病比加成：

- 1.全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)訂有全日平均護病比加成規範，符合下表所列各該層級「全日平均護病比」之範圍者，其加成率如下：

全日平均護病比範圍			加成率		
醫學中心	區域醫院	地區醫院	106.4 以前	106.5~107.11	107.12 以後
8.5-8.9	11.5-11.9	14.5-14.9	9%	3%	2%
8.0-8.4	11.0-11.4	14.0-14.4	10%	6%	5%
7.5-7.9	10.5-10.9	13.5-13.9	11%	9%	14%
7.0-7.4	10.0-10.4	13.0-13.4		12%	17%
< 7.0	< 10.0	< 13.0		14%	20%

- 2.統計 108-112 年醫院符合上表加成級距並實際申報護病比加成者，每年約 21.61-23.98 億點，如下表(單位：億點)：

年度	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年
護病比 加成點數	21.61	22.79	23.07	23.23	23.98

- (三)偏鄉醫院住院護理費加成：為鼓勵偏鄉醫院護理人員留任、避免護理人力過度往都市集中，以強化在地醫療照護量能，支付標準訂有「偏鄉醫院住院護理費加計 15%」之規範，加成率調整歷程如下表：

偏鄉醫院 護理費加成率	106.4 以前	106.5 以後
	3.5%	15%

#### (四)全民健康保險強化住院護理照護量能方案：

##### 1.預算來源：

113 年度全民健康保險其他預算「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」40 億元。

##### 2.支付方式：

##### (1)急性一般病床(含精神)護理人員夜班獎勵：

##### A.獎勵單價：

(每人每班別)	醫學中心	區域醫院	地區醫院
小夜班獎勵	600 元	550 元	500 元
大夜班獎勵	1,000 元	950 元	900 元

B.依各醫院於健保資訊網服務系統(VPN)填報之「護理人員夜班排班資料」計算獎勵金，按月撥付。限用於撥付急性一般病床(含精神)輪值大、小夜班之護理人員獎勵，不得用於其他用途。

##### (2)其他護理獎勵：

A.依各醫院急性一般病床護理人員夜班獎勵金占整體獎勵金之比率撥付，並由各醫院統籌運用。

B.本項獎勵限用於提高其他須輪值夜班單位之護理人員夜班費、強化護理照護量能及提升護理人力配置，不得用於其他用途。

##### 3.執行情形：

##### (1)急性一般病床(含精神)護理人員夜班獎勵：

費用年月	醫院家數	撥付獎勵金額
113 年 1 月	396 家	2.13 億元 <sup>註 1</sup>
113 年 2 月	401 家	1.72 億元
113 年 3 月	417 家	2.79 億元 <sup>註 2</sup>
小計	417 家	6.64 億元

註 1：113 年 1 月包含預撥 2.01 億元及補付 0.12 億元。

註 2：113 年 3 月包含該月獎勵金及 1-2 月獎勵金差額。



(2)其他護理獎勵：

A.考量本項獎勵係為提升「其他須輪值夜班單位（除急性一般病床外）」之護理人員夜班費，若以急性一般病床夜班獎勵占率撥付，恐致無急性一般病床之慢性醫院等未獲獎勵。

B.本署前於 113 年 3 月 21 日及同年 4 月 25 日於醫療服務共同擬訂會議提案修訂以「特殊病床使用人日數占率」進行分配，惟未獲通過。本署續將邀集相關團體召開溝通會議以凝聚共識。

三、「強化住院護理照護量能」相關指標及支付標準調整流向：

(一)統計近五年全日平均護病比月次占率(附表 1，第 113 頁)，說明如下：

- 1.醫學中心：112 年月次占率以 7.5~7.9 最多(46.3%)，其次為 7.0~7.4(27.7%)，分布情形與 108 年資料相似。
- 2.區域醫院：112 年月次占率以<10 最多(58.2%)，其次為 10.0~10.4(16.4%)，分布情形與 108 年資料相似。
- 3.地區醫院：112 年月次占率以<13 最多(86.1%)，其次為 13.0~13.4(1.7%)，近五年分布情形均相似，數值相對穩定。

(二)護理品質指標(附表 2，第 114 頁)：

1.出院病人跌倒發生率：

(1)定義：「跌倒」新發生病人數／出院人數。

(2)整體：112 年跌倒發生率為 0.48%，為近五年次低，以 108 年 0.45%最低。

(3)依特約類別：醫學中心 112 年跌倒發生率為 0.29%，為近五年最低；區域醫院 112 年跌倒發生率為 0.40%，為近五年次低，僅略高於 108 年 0.36%；地區醫院 112 年跌倒發生率為 0.49%，為近五年最低。

2.出院病人壓瘡發生率：

(1)定義：「壓瘡」新發生病人數／出院人數。

(2)整體：112 年壓瘡發生率為 0.61%，近五年最高為 110 年

0.76%，其次為 111 年 0.68%。

(3)依特約類別：醫學中心 112 年壓瘡發生率為 0.88%，為近五年次低，僅高於 108 年 0.75%；區域醫院 112 年壓瘡發生率為 0.34%，為近五年最高，與 111 年持平；地區醫院 112 年壓瘡發生率為 0.74%，近五年最高為 111 年 0.86%，其次為 110 年 0.81%。

### 3. 出院病人感染發生率：

(1)定義：「感染」新發生病人數／出院人數。

(2)整體：112 年感染發生率為 1.55%，為近五年次高，以 111 年 1.61% 最高。

(3)依特約類別：醫學中心 112 年感染發生率為 2.32%，為近五年最高，其次為 111 年 2.15%；區域醫院 112 年感染發生率為 1.02%，為近五年次低，僅略高於 108 年 0.90%；地區醫院 112 年感染發生率為 1.08%，為近五年次低，僅略高於 108 年 0.97%。

### (三)護理人力指標(附表 3，第 115 頁)：

#### 1. 年資 3 個月以上護理人員離職率：

(1)定義：年資三個月以上全院護理人員離職總人數／該年度全院月平均護理人員數。

(2)整體：112 年離職率為 11.53%，為近五年最高，其次為 111 年 10.36%。

(3)依特約類別：醫學中心 112 年離職率為 10.30%，為近五年最高，其次為 111 年 8.28%；區域醫院 112 年離職率為 11.90%，為近五年最高，其次為 111 年 11.16%；地區醫院 112 年離職率為 12.65%，為近五年最高，其次為 111 年 12.12%。

#### 2. 年資 3 個月以上未滿 2 年護理人員離職率：

(1)定義：年資三個月以上全院護理人員離職總人數全院年資三個月以上未滿二年之護理人員離職總人數／該年度全院月平均護理人員數。

(2)整體：112 年離職率為 6.82%，近五年最高為 108 年 9.56%，其次為 109 年 7.08%。

(3)依特約類別：醫學中心 112 年離職率為 7.40%，為近五年最高，其次為 108 年 4.24%；區域醫院 112 年離職率為 5.62%，為近五年最低，其次為 111 年 5.92%；地區醫院 112 年離職率為 8.06%，為近五年最低，其次為 110 年 8.84%。

3.年資 2 年以上護理人員比率：

(1)定義：該年度全院二年以上年資護理人員數之月平均人數／該年度全院月平均護理人員數。

(2)整體：112 年為 78.23%，為近五年最高，其次為 111 年 77.68%。

(3)依特約類別：醫學中心 112 年為 82.63%，為近五年次低，僅高於 108 年 80.34%；區域醫院 112 年為 78.47%，近五年最高為 111 年 79.16%，其次為 110 年 78.74%；地區醫院 112 年為 71.50%，為近五年最高，其次為 111 年 67.61%。

(四)醫事人員薪資調整及轉知調查(附表 4，第 116 頁)：

- 1.為瞭解近年健保陸續於醫院總額一般服務中編列之預算用途，並回應各界關注支付標準調整與各類醫事人員薪資連動情形，自 105 年起本署共計辦理五次「醫院總額支付標準調整對於醫事人員薪資調整及轉知調查(含護理人員)」。
- 2.統計五次調查結果，因支付標準調整而提升醫事人員薪資之醫院(378~407 家)中，有 92%至 99%調升護理人員薪資，由此可知護理人員辛勞備受重視。
- 3.醫院調升護理人員薪資之調整用途，以提升基本薪資、增聘護理人力、提升績效獎金為主。

四、配合衛生福利部政策措施及未來展望：

(一)推動「三班護病比」填報：

- 1.為研議合理三班護病比標準，本署配合衛生福利部政策新

增 VPN「三班護病比」填報欄位，並請各醫院自 112 年 8 月 1 日起(統計年月 112 年 7 月)填報三班護病比資料。

2.衛生福利部前於 113 年 1 月 26 日公布各層級醫院三班護病比標準(不含精神病床)，並自同年 3 月 1 日起實施。

3.考量前述三班護病比標準僅適用於急性一般病床(不含精神)，爰本署配合調整 VPN 填報欄位，各醫院自 113 年 4 月 1 日起(統計年月 113 年 3 月)分列填報「急性一般病床」及「精神急性一般病床」三班護病比資料。

(二)未來展望：

1.為強化住院護理照護量能，健保署將持續挹注資源以提升護理相關給付。

2.近年護理品質指標上下波動幅度不大，顯示護理照護品質維持穩定改善。惟近年護理人員離職率有上升趨勢，為鼓勵護理人員留任，本署於 113 年 1 月 26 日公告新增「全民健康保險強化住院護理照護量能方案」，迄今已撥付護理人員夜班獎勵金予 417 家醫院、6.64 億元。本署後續將配合衛生福利部「護理人力政策整備 12 項中長程策略計畫」辦理相關事宜。

3.本署將持續監測護病比、護理品質及人力相關指標，並檢討指標定義以符合臨床需求，預計辦理事項如下：

(1)除自 104 年起公開全日平均護病比資料外，刻正辦理三班護病比公開作業，預計於 113 年 5 月底前完成。

(2)為減輕醫院行政負擔，規劃參考醫策會護理相關指標，修訂現行護理品質指標定義。

報告單位業務窗口：黃瓊萱科長，聯絡電話：02-27065866分機3606

.....  
本會研析說明：(資料後附)

決定：

附表 1、近五年各層級醫院全日平均護病比占率統計

醫學中心	年度／護病比		<7.0	7.0~7.4	7.5~7.9	8.0~8.4	8.5~8.9	≥9.0	未填或 護病比為 0
		月次 占率	108 年 109 年 110 年 111 年 112 年	10.7% 26.3% 44.7% 42.7% 10.3%	21.3% 34.0% 31.0% 35.0% 27.7%	47.0% 33.3% 17.7% 16.3% 46.3%	18.7% 6.3% 6.7% 6.0% 11.0%	2.3% 0.0% 0.0% 0.0% 4.7%	0.0% 0.0% 0.0% 0.0% 0.0%
區域醫院	年度／護病比		<10	10.0~10.4	10.5~10.9	11.0~11.4	11.5~11.9	≥12.0	未填或 護病比為 0
	月次 占率	108 年 109 年 110 年 111 年 112 年	57.9% 68.4% 77.0% 78.8% 58.2%	17.3% 12.8% 8.8% 7.6% 16.4%	12.1% 8.4% 6.9% 4.9% 13.7%	4.5% 3.4% 2.5% 2.5% 4.2%	7.3% 6.7% 4.4% 5.5% 6.4%	1.0% 0.3% 0.4% 0.8% 1.0%	0.0% 0.0% 0.0% 0.0% 0.0%
地區醫院	年度／護病比		<13.0	13.0~13.4	13.5~13.9	14.0~14.4	14.5~14.9	≥15.0	未填或 護病比為 0
	月次 占率	108 年 109 年 110 年 111 年 112 年	86.8% 87.1% 86.2% 86.5% 86.1%	2.3% 2.1% 2.5% 1.8% 1.7%	1.6% 1.6% 1.7% 1.4% 1.6%	1.5% 1.9% 1.3% 1.0% 1.6%	1.7% 1.2% 1.0% 1.1% 1.4%	0.9% 1.4% 1.4% 1.1% 0.8%	5.2% 4.7% 5.9% 7.1% 6.8%

註： 1. 月次占率：該層級該護病比加成率之申報月次/該層級之總申報月次數。

2. 精神專科教學醫院比照區域醫院護病比加成範圍，精神專科醫院比照地區醫院護病比加成範圍。

3. 護病比為 0 表示該醫院該費用年月未有收治住院個案。

## 附表 2、近五年各醫院護理品質指標統計

### 1. 出院病人跌倒發生率 (分子:「跌倒」新發生病人數/分母:出院人數)

年度	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年
醫學中心	0.33%	0.34%	0.36%	0.51%	0.29%
區域醫院	0.36%	0.48%	0.54%	0.44%	0.40%
地區醫院	0.51%	0.57%	0.51%	0.50%	0.49%
精神專科	5.55%	6.07%	10.46%	9.88%	10.54%
慢性醫院	0.56%	1.14%	0.79%	1.04%	1.01%
整體	0.45%	0.53%	0.58%	0.51%	0.48%

### 2. 出院病人壓瘡發生率 (分子:「壓瘡」新發生病人數/分母:出院人數)

年度	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年
醫學中心	0.75%	0.92%	1.28%	1.00%	0.88%
區域醫院	0.26%	0.30%	0.33%	0.34%	0.34%
地區醫院	0.50%	0.68%	0.81%	0.86%	0.74%
精神專科	0.04%	0.07%	0.03%	0.01%	0.01%
慢性醫院	0.70%	0.30%	0.25%	0.55%	0.08%
整體	0.48%	0.59%	0.76%	0.68%	0.61%

### 3. 出院病人感染發生率 (分子:「感染」新發生病人數/分母:出院人數)

年度	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年
醫學中心	1.53%	1.81%	1.93%	2.15%	2.32%
區域醫院	0.90%	1.07%	1.36%	1.21%	1.02%
地區醫院	0.97%	1.14%	1.14%	1.24%	1.08%
精神專科	1.47%	1.40%	1.18%	5.61%	4.71%
慢性醫院	3.47%	1.27%	1.83%	0.69%	3.82%
整體	1.15%	1.36%	1.52%	1.61%	1.55%

### 附表 3、近五年各醫院護理人力指標統計

#### 1. 年資 3 個月以上護理人員離職率

年度	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年
醫學中心	7.52%	6.56%	6.60%	8.28%	10.30%
區域醫院	10.28%	10.28%	10.00%	11.16%	11.90%
地區醫院	11.52%	11.56%	12.00%	12.12%	12.65%
整體	9.56%	9.12%	9.12%	10.36%	11.53%

指標定義：
$$\frac{\text{年資三個月以上全院護理人員離職總人數（12 個月人數加總）}}{\text{該年度全院月平均護理人員數}}$$

#### 2. 年資 3 個月以上未滿 2 年護理人員離職率

年度	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年
醫學中心	4.24%	3.48%	2.76%	3.00%	7.40%
區域醫院	6.36%	8.92%	7.52%	5.92%	5.62%
地區醫院	13.32%	10.16%	8.84%	9.40%	8.06%
整體	9.56%	7.08%	5.96%	5.68%	6.82%

指標定義：
$$\frac{\text{全院年資三個月以上未滿二年之護理人員離職總人數（12 個月人數加總）}}{\text{該年度全院月平均護理人員數}}$$

#### 3. 年資 2 年以上護理人員比率

年度	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年
醫學中心	80.34%	83.04%	83.05%	82.64%	82.63%
區域醫院	76.49%	77.30%	78.74%	79.16%	78.47%
地區醫院	65.49%	65.20%	66.34%	67.61%	71.50%
整體	75.38%	76.78%	77.67%	77.68%	78.23%

指標定義：
$$\frac{\text{該年度全院二年以上年資護理人員數之月平均人數}}{\text{該年度全院月平均護理人員數}}$$

**附表 4、護理人員薪資調整及轉知調查結果**

調查期間	105 年 (08.01-09.14)	107 年 (05.30-07.20)	108 年 (11.14-12.11)	110 年 (09.01-09.30)	111 年 (10.15-11.04)
支付標準 調整年度	104、105	106	107	108	110
調升薪資 醫院家數	407 家	395 家	378 家	378 家	386 家
調升護理人員 薪資家數/ 比率	403 家 (99%)	364 家 (92%)	363 家 (96%)	349 家 (92%)	377 家 (98%)
調整用途	提升基本薪資 (13.2 億元/24%)	提升基本薪資 (5.8 億元/24%)	提升基本薪資 (6.6 億元/34%)	提升基本薪資 (8.3 億元/38%)	提升基本薪資 (12.4 億元/43%)
第 1 名	年終獎金 (11.4 億元/21%)	增聘護理人力 (4.5 億元/19%)	增聘護理人力 (3.6 億元/19%)	增聘護理人力 (4.0 億元/18%)	增聘護理人力 (5.4 億元/19%)
第 2 名	增聘護理人力 (10.2 億元/19%)	年終獎金 (3.3 億元/14%)	提升績效獎金 (2.1 億元/11%)	提升績效獎金 (2.6 億元/12%)	提升績效獎金 (4.6 億元/16%)
第 3 名					
調升護理人員 薪資醫院 投入金額總計	55.2 億	23.9 億	19.1 億	22.2 億	29.1 億





# 全民健康保險「強化住院護理照護量能」 專案報告



報告單位：中央健康保險署

## 大綱

---

- 1 健保調整護理相關支付之四大策略
- 2 護理指標及支付標準調整流向
- 3 近期政策配合措施及未來展望

調升護理費

護病比與支付連動

健保調整護理相關  
支付之四大策略

偏鄉醫院加成

護理人員夜班獎勵

## 策略一：調升護理費 (1/3)



「急性一般病床、精神急性一般病床」住院護理費支付點數調整 (單位：點)：

醫令代碼	診療項目	104. 01.01	105. 04.01	106. 10.01	109. 01.01	110. 03.01	111.06.01迄今 (拆分 第一天及第二天起)	護理費調幅 (與104年相比)
03077K	護理費 (第一天)	-	-	-	-	-	1,027	51%
03078A		-	-	-	-	-	905	50%
03079B		-	-	-	-	-	850	55%
03026K	護理費 (第二天起)	682	730	730	752	790	790	16%
03027A		602	644	644	663	696	696	16%
03029B		547	585	605	623	654	654	20%

「經濟病床、精神經濟病床」住院護理費支付點數調整 (單位：點)：

醫令代碼	診療項目	104. 01.01	105. 04.01	106. 10.01	109. 01.01	110. 03.01	111.06.01迄今 (拆分 第一天及第二天起)	護理費調幅 (與104年相比)
03080K	護理費 (第一天)	-	-	-	-	-	729	154%
03081A		-	-	-	-	-	644	155%
03082B		-	-	-	-	-	573	200%
03030K	護理費 (第二天起)	287	307	307	316	561	561	95%
03031A		253	271	271	279	495	495	96%
03033B		191	204	211	217	441	441	131%

註：護理費 (第一天) 請填報時原則應未拆分第一天及第二天起之護理費計算。經濟病床係指同一病室設有超過四床之急性一般病床。

## 策略一：調升護理費 (2/3)



全民健保自104年將「提升住院護理照護品質」20億元由醫院總額專款移列至一般服務，並陸續編列預算用於調整護理費（單位：億元）。

年度	一般服務 成長率 (%)	提升住院護理 照護品質預算	另增編預算調整項目及額度	預算合計
104	-	20.00	•	20.00
105	5.022%	21.00	• 調升住院護理費支付點數 (18億元)	39.00
			• 調升地區醫院住院護理費支付點數15% (1.98億元)	
106	4.585%	21.97	• 調升偏鄉醫院住院護理費加成率為15% (1.55億元)	44.32
			• 調整全日平均護病比加成率為3-14%	
107	3.576%	22.75	• 調升加護病床護理費支付點數5% (3.72億元)	55.77
			• 調升全日平均護病比加成率為2-20% (6.14億元)	
108	4.080%	23.68	• 調升急性一般病床(含精神)住院護理費支付點數3% (4.75億元)	62.79

註：

- 105年至109年白醫療服務成本指數改變率 (MCPI) 增加之預算支撥；111年由「持續推動分級醫療、社大社區醫院」及「提升重症照護費用、促進區域級(含)以上醫院門診結構改變」調整支撥。
- 本表預算總額係醫院總額一般服務成長率逐年成長。

5

## 策略一：調升護理費 (3/3)



全民健保自104年將「提升住院護理照護品質」20億元由醫院總額專款移列至一般服務，並陸續編列預算用於調整護理費（單位：億元）。

年度	一般服務 成長率 (%)	提升住院護理 照護品質預算	另增編預算調整項目及額度	預算合計
109	5.471%	24.98	• 調升隔離病床護理費支付點數、調升經濟病床護理費支付點數 與急性一般病床點數差值之50%	82.37
			• 調升其餘病床護理費支付點數5% (合計挹注16.14億元)	
110	5.047%	26.24		86.52
111	3.049%	27.04	• 調升住院首日護理費支付點數30% (10億元)	99.16
112	3.092%	27.87		102.23
113	4.179%	29.04		106.50
104~113年總計		224.57	454.11	678.78

註：

- 105年至109年白醫療服務成本指數改變率 (MCPI) 增加之預算支撥；111年由「持續推動分級醫療、社大社區醫院」及「提升重症照護費用、促進區域級(含)以上醫院門診結構改變」調整支撥。
- 本表預算總額係醫院總額一般服務成長率逐年成長。

6

## 策略二：護病比與支付連動



支付標準訂有全日平均護病比加成規範，符合下表所列各該層級「全日平均護病比」之範圍者，其加成率如下：

全日平均護病比範圍			加成率		
醫學中心	區域醫院	地區醫院	106.4以前	106.5~107.11	107.12以後
8.5-8.9	11.5-11.9	14.5-14.9	9%	3%	2%
8.0-8.4	11.0-11.4	14.0-14.4	10%	6%	5%
7.5-7.9	10.5-10.9	13.5-13.9	11%	9%	14%
7.0-7.4	10.0-10.4	13.0-13.4		12%	17%
< 7.0	< 10.0	< 13.0		14%	20%

註：統計108-112年醫院符合上表加成級距並實際申報護病比加成者，每年約21.61~23.98億點。

7

## 策略三：偏鄉醫院住院護理費加成



為鼓勵偏鄉醫院護理人員留任、避免護理人力過度往都市集中，以強化在地醫療照護量能，支付標準訂有「偏鄉醫院住院護理費15%」之規範，其加成率如下：

支付標準	加成率	
	106.4以前	106.5以後
偏鄉醫院住院護理費加成	3.5%	15%

註：偏鄉醫院住院護理費加成規範（113年符合加成規範之醫院共96家）：

1. 列於主管機關「偏鄉護理菁英計畫公費生管理要點」所定偏鄉地區範圍之醫院，排除僅屬於「衛生福利部公費醫師訓練後服務醫療機構及開業地區」之指定支援山地或離島地區之醫院。
2. 符合下列任一項之醫院：
  - 1) 設立於保險人公告山地鄉之醫院；如前述地區未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，屬區域級醫院則須距離最近之醫學中心達三十公里以上者。
  - 2) 設立於全民健保醫療資源不足地區(鄉鎮)之醫院；如前述鄉鎮未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，但排除已設立區域級醫院之鄉鎮。
3. 離島地區之醫院，其加成規範以第一部總則十四(二)為限。

8

## 策略四：全民健保強化住院護理照護量能方案 (1/3)



### 急性一般病床 (含精神) 護理人員夜班獎勵

- 依各醫院於VPN填報之「護理人員夜班排班資料」計算獎勵金，按月撥付。
- 限用於撥付急性一般病床輪值大、小夜班之護理人員獎勵，不得用於其他用途。

	醫學中心	區域醫院	地區醫院
小夜班 (每人每班別)	600 元	550 元	500 元
大夜班 (每人每班別)	1,000 元	950 元	900 元

### 其他護理獎勵

- 依各醫院急性一般病床護理人員夜班獎勵金占率撥付 (本項獎勵分配方式將再邀集相關團體召開溝通會議凝聚共識)。
- 由各醫院統籌運用於提高其他須輪值夜班單位之護理人員夜班費、強化護理照護量能及提升護理人力配置，不得用於其他用途。

9

## 策略四：全民健保強化住院護理照護量能方案 (2/3)



### 預算來源：

113年度全民健康保險其他預算「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」40億元。

### 執行情形：

費用年月	醫院家數	「急性一般病床」護理人員夜班獎勵金額
113年1月	396家	2.13億元 (包含預撥2.01億元及補付0.12億元)
113年2月	401家	1.72億元
113年3月	417家	2.79億元 (包含3月獎勵金及1-2月預撥與實際獎勵金差額)
總計	417家	6.64億元

10

# 護理指標及支付標準調整流向

## 全日平均護病比月次占率

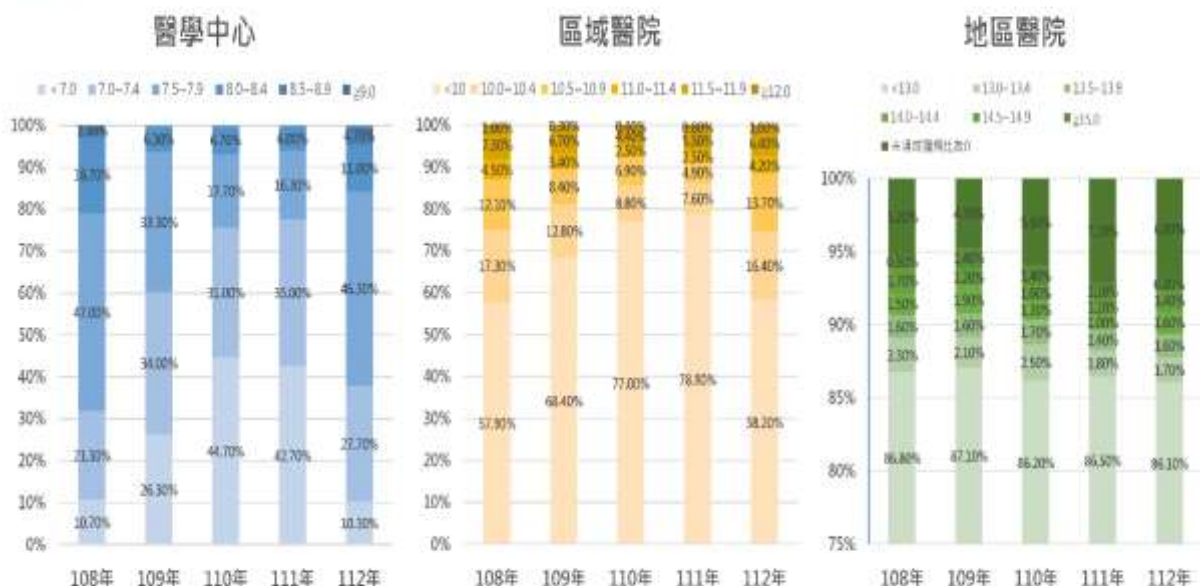
## 護理品質指標—跌倒、壓瘡、感染發生率

## 護理人力指標

## 護理人員薪資轉知調查

11

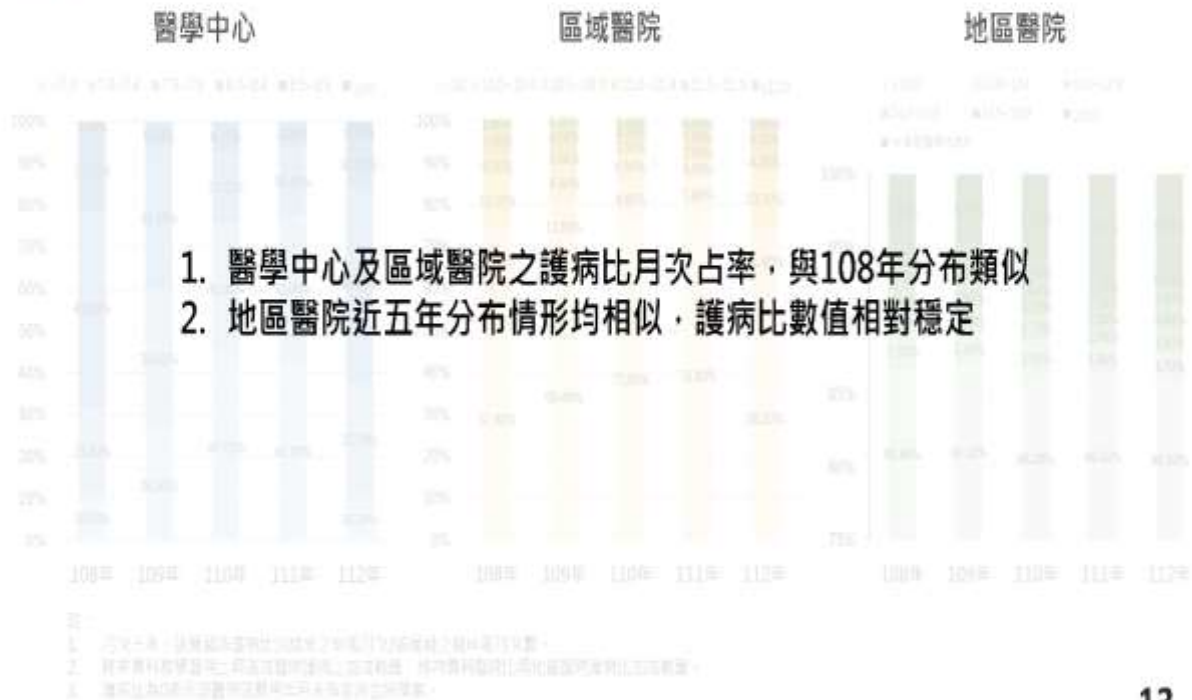
## 護理相關指標—全日平均護病比月次占率 (1/3)



註：  
 1. 月次占率：該層級該護理比月成率之申報月次/該層級之總申報月次數。  
 2. 精神專科教學醫院比照區域醫院護理比加成範圍，精神專科醫院比照地區醫院護理比加成範圍。  
 3. 護理比為0表示該醫院該費用年月未有收治住院個案。

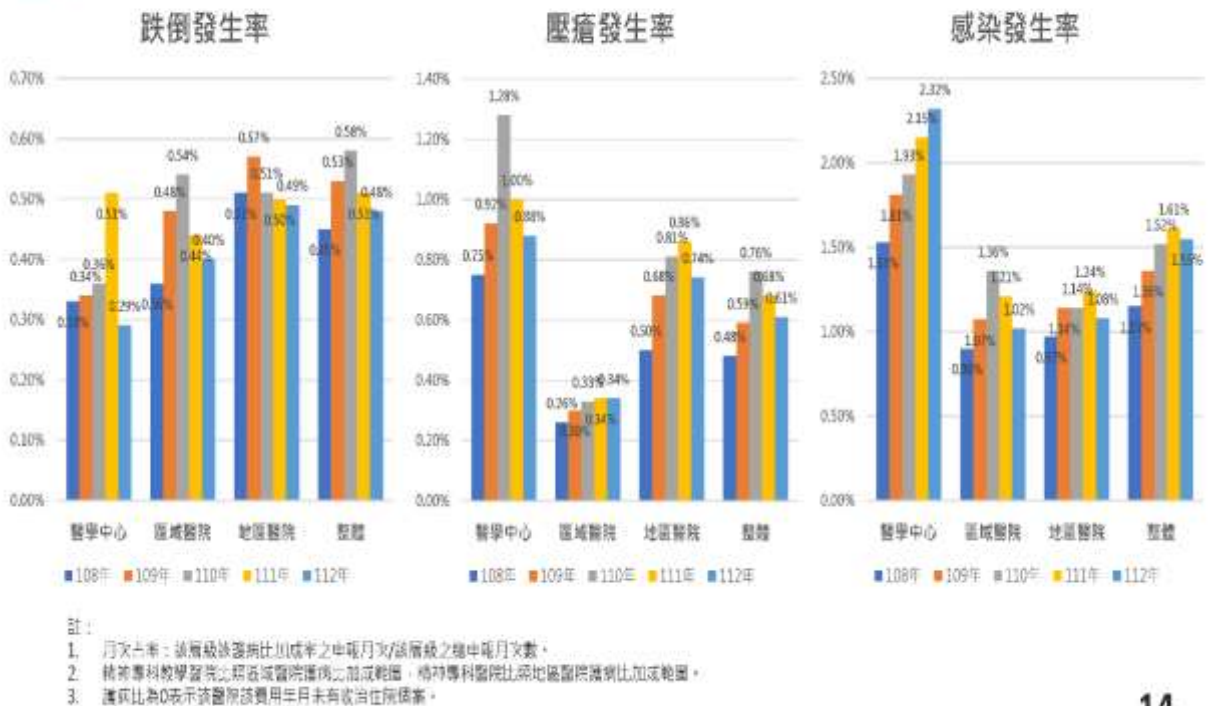
12

## 護理相關指標—全日平均護病比月次占率 (1/3)



13

## 護理相關指標—跌倒、壓瘡、感染發生率 (2/3)



14

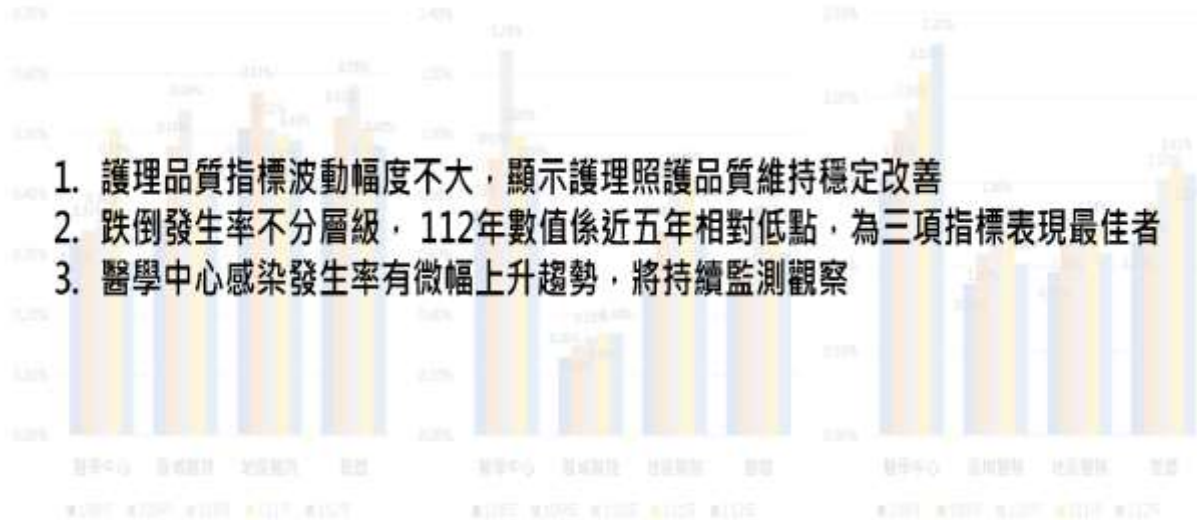
## 護理相關指標—跌倒、壓瘡、感染發生率 (2/3)



跌倒發生率

壓瘡發生率

感染發生率



1. 護理品質指標波動幅度不大，顯示護理照護品質維持穩定改善
2. 跌倒發生率不分層級，112年數值係近五年相對低點，為三項指標表現最佳者
3. 醫學中心感染發生率有微幅上升趨勢，將持續監測觀察

註：  
 1. 另有一項「護理品質指標」為「中風病人之護理品質」之護理品質指數。  
 2. 醫學中心教學區之護理品質指標，包含護理、物理治療、職能治療、語言治療、營養治療。  
 3. 區域醫院及地區醫院護理品質之數據僅供參考。

15

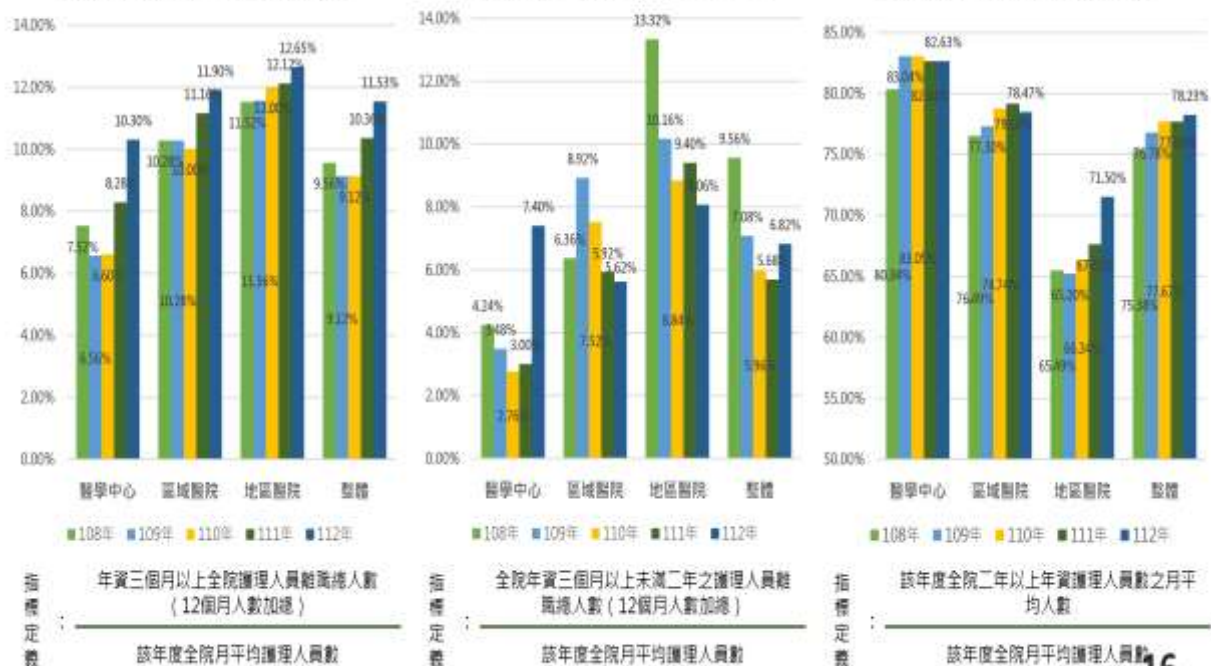
## 護理相關指標—護理人力指標 (3/3)



年資3個月以上護理人員離職率

年資3個月以上未滿2年護理人員離職率

年資2年以上護理人員比率



指標定義：  

$$\frac{\text{年資三個月以上全院護理人員離職總人數 (12個月人數加總)}}{\text{該年度全院月平均護理人員數}}$$

指標定義：  

$$\frac{\text{全院年資三個月以上未滿二年之護理人員離職總人數 (12個月人數加總)}}{\text{該年度全院月平均護理人員數}}$$

指標定義：  

$$\frac{\text{該年度全院二年以上年資護理人員數之月平均人數}}{\text{該年度全院月平均護理人員數}}$$

16



## 護理相關指標—護理人力指標 (3/3)



年資3個月以上護理人員離職率



年資3個月以上未滿2年護理人員離職率



年資2年以上護理人員比率



1. 整體而言，護理人員離職率有上升趨勢
2. 新任護理人員（未滿2年）離職率波動幅度較大，112年醫學中心明顯上升
3. 較資深護理人員（2年以上）留任率則微幅上升

17

## 支付標準調整流向—薪資轉知調查 (1/2)



- 為瞭解近年健保陸續於醫院總額一般服務中編列之預算用途，並回應各界關注支付標準調整與各類醫事人員薪資連動情形，本署自105年起共辦理五次「醫院總額支付標準調整對於醫事人員薪資調整及轉知調查（含護理人員）」，據統計平均約83%醫院有調升醫事人員薪資。
- 統計五次調查結果，因支付標準調整而提升醫事人員薪資之醫院中，有92%至99%調升護理人員薪資，由此可知護理人員辛勞備受重視。
- 醫院調升護理人員薪資之調整用途，以提升基本薪資、增聘護理人力、提升績效獎金為主。

18

## 支付標準調整流向—薪資轉知調查 (2/2)



調查期間	105年 (08.01-09.14)	107年 (05.30-07.20)	108年 (11.14-12.11)	110年 (09.01-09.30)	111年 (10.15-11.04)
支付標準 調整年度	104、105	106	107	108	110
調升薪資 醫院家數	407家	395家	378家	378家	386家
調升護理人 員薪資家數 /比率/投入 金額總計	403家 (99%) 55.2億	364家 (92%) 23.9億	363家 (96%) 19.1億	349家 (92%) 22.2億	377家 (98%) 29.1億
調整 用途	第1名 提升基本薪資 (13.2億元/24%)	提升基本薪資 (5.8億元/24%)	提升基本薪資 (6.6億元/34%)	提升基本薪資 (8.3億元/38%)	提升基本薪資 (12.4億元/43%)
	第2名 年終獎金 (11.4億元/21%)	增聘護理人力 (4.5億元/19%)	增聘護理人力 (3.6億元/19%)	增聘護理人力 (4.0億元/18%)	增聘護理人力 (5.4億元/19%)
	第3名 增聘護理人力 (10.2億元/19%)	年終獎金 (3.3億元/14%)	提升績效獎金 (2.1億元/11%)	提升績效獎金 (2.6億元/12%)	提升績效獎金 (4.6億元/16%)

19

## 配合衛生福利部政策措施及未來展望 (1/3)



### 三班護病比填報

- 為研議合理三班護病比標準，本署配合新增VPN「三班護病比」填報欄位，並請各醫院自112年8月1日起（統計年月112年7月）填報三班護病比資料。
- 衛生福利部前於113年1月26日公布各層級醫院三班護病比標準（不含精神病床），並自113年3月1日起實施。本署配合調整VPN填報欄位，自113年4月1日起（統計年月**113年3月**）分列填報「急性一般病床」及「精神急性一般病床」三班護病比。

20

## 配合衛生福利部政策措施及未來展望 (2/3)



統計年月	特約類別	醫院應於次月20日前填報該月護病比資料
急性一般(含精神)病床床數		全日平均護病比
急性一般(含精神)病床占床率		
本月全日平均三班護理人員數		
護病比	加成率	
實際於急性一般(含精神)病房提供照護之護理人員數		
急性一般病床(不含精神)床數		三班護病比(急性一般病床)
急性一般病床(不含精神)占床率		
本月急性一般病床(不含精神)三班護理人員數		
三班護病比-急性一般病床(不含精神)		
精神急性一般病床床數		三班護病比(精神急性一般病床)
精神急性一般病床占床率		
本月精神急性一般病床三班護理人員數		
三班護病比-精神急性一般病床		

資料日期: 113/04/11

21

## 配合衛生福利部政策措施及未來展望 (3/3)



- 為強化住院護理照護量能，本署將持續挹注資源以提升護理相關給付。
- 近年護理品質指標上下波動幅度不大，顯示護理照護品質穩定。
- 護理人員離職率有上升趨勢，為鼓勵護理人員留任，本署於113年1月26日公告新增「全民健康保險強化住院護理照護量能方案」。
- 本署後續將配合衛生福利部「護理人力政策整備12項中長程策略計畫」辦理相關事宜。
- 本署將持續監測護病比、護理品質及人力相關指標，並檢討指標定義以符合臨床需求
  - 除104年起公開全日平均護病比資料外，刻正辦理三班護病比公開作業，預計113年5月底前完成。
  - 為減輕醫院行政負擔，規劃參考醫策會護理相關指標，修訂現行護理品質指標定義。

22



# 附錄



抄本

檔 號：  
保存年限：

附錄一

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：張嘉云  
聯絡電話：02-85906873  
傳真：02-85906046  
電子郵件：hs101825@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國113年5月9日  
發文字號：衛部健字第1133360064號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：

主旨：本會辦理「各總額部門112年度執行成果發表暨評核會議」  
改期於本(113)年7月16、17日在原訂地點(衛生福利部大禮  
堂)召開，請查照。

說明：

- 一、依本會第6屆113年第3次委員會議(113.4.24)之決定辦理(議事錄諒達)。
- 二、旨揭會議依衛生福利部本年4月9日衛部健字第1133360050號書函(諒達)，原訂召開日期為本年7月15、16日，因場地因素，特此通知改期。
- 三、副本抄送本會委員，敬請踴躍參加旨揭會議。

正本：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、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、衛生福利部中央健康保險署

副本：盧主任委員瑞芬、王委員惠玄、田委員士金、朱委員益宏、江委員錫仁、吳委員榮達、吳委員鏘亮、李委員永振、李委員飛鵬、周委員慶明、周委員麗芳、林委員文德、林委員思豪、林委員淑珍、林委員綉珠、花委員錦忠、侯委員俊良、張委員清田、陳委員石池、陳委員杰、陳委員相國、陳委員節如、陳委員鴻文、游

委員宏生、黃委員小娟、黃委員金舜、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、董委員正宗、詹委員永兆、劉委員玉娟、劉委員守仁、劉委員淑瓊、滕委員西華、蔡委員麗娟、鄭委員力嘉、鄭委員素華、謝委員佳宜、韓委員辛紋(依委員姓名筆劃排序)



抄本

檔 號：  
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號  
聯絡人：盛培珠  
聯絡電話：(02)8590-6877  
傳真：(02)8590-6046  
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113年5月7日  
發文字號：衛部健字第1133360060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6屆113年第3次委員會議議事錄(節錄)

主旨：本會委員關切提升醫院兒童急重症照護量能，其涉及醫事人力政策之檢討改善，所提相關意見(如附件)，敬請卓參。

說明：依據本會第6屆113年第3次委員會議(113.4.24)決議辦理。

正本：衛生福利部  
副本：

抄本

檔 號：  
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號  
聯絡人：李岳蓁  
聯絡電話：(02)8590-6869  
傳真：(02)8590-6046  
電子郵件：hsyueh@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國113年5月7日  
發文字號：衛部健字第1133360062號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：衛生福利部全民健康保險會第6屆113年第3次委員會議議事錄(節錄)

主旨：檢送本會委員對全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準  
中涉及次世代基因定序支付規範所提之意見(如附件)，敬請  
卓參。

說明：依據本會第6屆113年第3次委員會議(113.4.24)決議辦理(議  
事錄諒達)。

正本：衛生福利部、衛生福利部中央健康保險署  
副本：

抄本

檔 號：  
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號  
4樓

聯絡人：李德競

聯絡電話：(02)8590-6861

傳真：(02)8590-6046

電子郵件：hsbodhi@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國113年5月10日

發文字號：衛部健字第1133360063號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：衛生福利部全民健康保險會第6屆113年第3次委員會議議事錄(節錄)

主旨：有關衛生福利部中央健康保險署(下稱健保署)依全民健康保險法施行細則第3條規定，提送112年度全民健康保險基金附屬單位決算及114年度全民健康保險基金附屬單位預算至本會備查案，請查照。

說明：

- 一、依健保署113年2月17日健保計字第1130720059號、同年3月20日健保計字第1130720099A號函，及本會第6屆113年第3次委員會議(113.4.24)決定辦理(會議紀錄及與會人員發言實錄節錄如附)。
- 二、旨揭決算及預算備查案，經提本會第6屆113年第3次委員會議(113.4.24)報告，決定不予備查。委員所提意見，請健保署研參。
- 三、另考量全民健康保險基金附屬單位決算案自107年至今，本

會已連續7年均不予備查，為落實監理健保財務之職責，乃將本會委員意見送請審計部回應，並作為審定旨揭決算案之參考。

正本：衛生福利部中央健康保險署、審計部  
副本：衛生福利部(含附件)

個別委員關切事項(含書面意見)之健保署答覆

委員意見	健保署說明
<p>李委員永振(議事錄第 11~12 頁)</p> <p>主席、各位委員大家早，我有 2 點請教，第 1 點在會議資料第 47 頁，有關歷年政府應該負擔健保總經費法定下限 36% 不足數計算說明，首先要感謝健保署提供歷年政府負擔金額的說明，請各位參閱表中的數字，表中第 2 列的「應提列或增列安全準備」的數值，這是目前最主要爭議點，可以看到 106~110 年度都是代入負的數值，之前會議中也提到好幾次，去年 11 月份委員會議提到的政府負擔短計約 1,246 億元，就是從這邊來的。</p> <p>除了這項之外，在這表中還有另外 2 項，健保署是不是可以詳細說明一下？第 1 項就是說明二，保險給付支出為何含業務費用以及業務外費用？是不是擴大解釋法令？因為保險給付以前是很明確，就是看病的時候給多少，怎麼還另外加這 2 項？這 2 項大概會使政府對 36% 增加負擔增加 1.5 億元，但是我們要的是真理，讓政府多負擔我們也不忍啦，保險給付以前很明確，現在又多了一個東西出來，在報告事項第四案裡可以看得到，業務及業務外費用合計大概是 4 億多元。</p> <p>第 2 項是說明四，表的第 3 列「其他法定收入」，說明這數字是依健保法第 17 條規定，利用反推的方式定義出來</p>	<p>一、有關政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數之計算方式，本署歷來依健保法第 2 條、第 3 條及同法施行細則第 45 條規定，以及行政院協商確立之法律見解及計算方式辦理。</p> <p>二、依健保法第 2 條及第 3 條規定，政府應負擔保險總經費 = (保險經費 - 法定收入) × 36% 或 [(保險給付支出 + 應提列或增列之安全準備) - 法定收入] × 36%。另依健保法第 2 條第 4 款規定，保險給付支出：指醫療給付費用總額扣除保險對象就醫時依健保法應自行負擔費用後之餘額。依前開規定意旨，業務費用(例如：提升保險服務成效)及業務外費用(例如：未兌現支票重開)，屬於保險經費，亦係屬總額支出之範圍，因此，於表列呈現時，列入保險給付支出，以計算政府應負擔之保險總經費。</p> <p>三、另會議資料第 173~177 頁，係依衛生福利部 112 年 11 月 30 日衛部保字第 1120148594 號之函示，本署尊重主管機關之解釋。</p>

委員意見	健保署說明
<p>的，各位可以參閱健保法第 17 條內容是保險經費扣掉其他法定收入之後，由三方來負責，三方是保險對象、投保單位還有政府，但是我的疑問是，既是法定收入，應該要先有法源，算出來之後才帶到第 17 條裡面去尋找三方應該負責多少金額，這樣才是正辦，那為什麼反推呢？</p> <p>反推裡面，我舉一個例子，這會影響政府負擔的金額，譬如說 112 年度其他法定收入有 378 億元，各位看到這是歷年特別高的數值，為什麼？因為政府特別挹注 240 億元，扣掉 240 億元剩下 130 億元，130 億元就跟前面幾年數值差不多，但是政府特別挹注 240 億元跟今年的 2 百億元，是屬於法定收入嗎？如果是法定，可以落款那 OK 喔，這樣做以後政府每年要特別挹注至少 2 百億元以上，但是當時講的是 2 年不要調漲保費才特別給的，這列進來扣掉，政府又少負擔 86 億元，這就是另外一個爭議。如剛才執秘報告，現在健保基金收支保管及運用辦法要修訂，修訂之後是不是可以這樣做，還是有疑義。</p>	
<p>李委員永振會後書面意見(議事錄第 73~74 頁)</p> <p>因發言時間有限，檢視官方主張(詳會議資料第 173~177 頁)說法是否合法理之另三點意見，以書面提供如下：</p> <p>一、第 174 頁說明三，105 年修正健保法施行細則第 45 條之法源，係引用健保法第 3 條第 2 項條文中「依法令」三個字，但該條文主要規範</p>	

委員意見	健保署說明
<p>政府依法令規定應編列負擔 36% 不足額之預算，何來扯到健保法以外之其他法令！真是看到黑影就開槍！</p> <p>二、第 175 頁說明四(一)的論述，曲解立法意旨，將健保法第 76 條第 1、2 項規範混淆解讀。第 1 項規範安全準備的來源，為安全準備提列的範疇，第 2 項規範短絀時之處理，收回安全準備填補，已存在之安全準備係歷年大家貢獻所累積，何來短絀年度政府就短絀數獨自出資彌補？混淆所得出的結論為：不論盈虧皆應以各年度營運實際值計算。</p> <p>三、至於說明四(二)提及第 76 條第 1 項於健保開辦時即已訂立，立法理由係為規定安全準備來源，並非用以計算法定下限 36% 應提列安全準備之數值。那二代健保實施前是如何提列安全準備的？不就是依此條規範。至於第 1 項第 2~5 款之來源，於二代健保前，於提存、收回間互相抵清，不會影響安全準備之累積；二代健保情形不一樣，政府須多負擔健保財務，所以須計入來計算 36% 下限。至於是否應計入，若不計入，公式中有扣除法定收入，依其論述，是否不應扣除法定收入！因此，此爭議係論法，是否合理應在其次。彼此論述的前提不同，一直爭論不清。至於依法行政，</p>	

委員意見	健保署說明
<p>法、理該如何取捨，答案應很明確，況且所主張之理，尚須再斟酌！</p>	
<p>滕委員西華(議事錄第 14 頁)</p> <p>第 2 個，是會議資料第 42、43 頁的回答，我其實覺得健保署這次回答很不錯，但是我好奇是說，在 TFDA 申請新藥查驗同步向健保署建議納入給付的這 4 件藥品，以及暫行性支付的 7 項新藥及 2 項擴增給付範圍，重點不在於 HTA 做了什麼，而是在於有諮詢那些病友團體意見，以及用那些方式諮詢，這是會議資料第 41、42 頁提出的意見，我請教 4 件平行審查及 9 件暫行性支付，有哪些是病友團體有給意見，或是有邀請特定團體，如果平台放在那邊，但很多病友團體都不知道可以去那邊提供意見，這是我的重點，署回答的內容很好，但是沒有針對我好奇的事情回答，可不可以請再補充。</p>	<p>一、依據全民健康保險促進病友參與藥物納入健保給付決策作業要點第五點略以，置於意見分享平台之藥物，藥品以重大傷病用藥為優先，特殊材料以植入物(以創新產品為主)或於手術處置過程中使用且病人能見者為優先。</p> <p>二、有關平行審查之4項藥品，目前已有2項藥品列於「新藥及新醫材病友意見分享」平台供病友分享意見。另以暫時性支付納入健保給付之9項藥品中，有8項藥品列於該平台供病友分享意見，其中4品項(如 Tepmetko、Qarziba、Kymriah及Polivy)，包括2病友團體(癌症希望基金會、台灣癌症基金會)、67位病人及27位照顧者分享意見。</p>
<p>蔡委員麗娟(議事錄第 19~20 頁)</p> <p>謝謝主席，我要講的是因為滕西華委員在會議資料第 42 頁提出關於病友團體意見徵詢，的確健保署在 2015 年開始有新藥新科技的病友意見分享平台，對於重大疾病的用藥在平台上面蒐集病友意見，當然這個平台幾年來也有修正，讓病友在填寫時更能夠聚焦。</p> <p>但我有一點意見，就是說在藥品共擬會議開會時，的確會把病友意見呈現在會議討論資料，但是病友團體目前在共擬會議的參與還是列席，也就是說在會議討論過程當中，如果要發言，要經過</p>	<p>三、本署於共同擬訂會議前，皆會委由財團法人醫藥品查驗中心召開病友意見會前會，由本署、被保險人代表、病友代表及有提供意見之病友團體代表等共同與會，將蒐集到之病友意見充分溝通討論，並於共同擬訂會議由2位病友代表(由25個病友團體共同推薦)表達，以更加理解來自病友的意見，且能融入病友觀點證據。</p>



委員意見	健保署說明
<p>主席的許可，但是我們也知道這幾屆的主席，對於病友團體非常友善，只要按燈要發言，主席都會讓病友團體發言，但是我想要提的就是說，其實在整個醫療體系裡面，病友團體的參與是國際趨勢，也是會議的必要成員。我們看到很多國家不管是審議會議，或者是收載流程過程，病友團體都是其中必要的席次，既然健保署從 2019 年開始已經在共擬會議邀請 2 席病友團體作為列席，到現在 2024 年已經有 5 年時間，我想病友團體也非常努力，每次參加會議以前都會請專家就會議資料進行導讀，從第 1 頁到最後 1 頁，有時候開 2 小時以上的導讀會議，因為要參加會議，所以病友團體在會前也需要充實關於醫藥方面的知能。</p> <p>在國外，因為病友團體是必要的席次，所以他們會有培訓的計畫，也就是說病友團體要會看 HTA 報告，同時對收載流程跟決策過程都要有充分了解，我想 5 年以來，病友團體在很多的場合都會辦理 empowerment 的相關課程，自己要賦能、要增能，所以未來在共擬會議，我們應該要讓病友團體有正式席次的機會，我要在這裡跟健保署請命，同時在很多國際評比當中，我們常常會被要求填寫問卷，就會問病友團體在過程當中有無實質參與，我想這都是我們可以共同努力的。</p>	
<p>韓委員幸紋會後書面意見(議事錄第 21~22 頁) 會議資料第 40 頁，其實上次所提意</p>	<p>依健保法第 51 條規定，掛號費非屬本</p>

委員意見	健保署說明
<p>見的本意，是希望你們在財務報告中新增一欄，就是提供需公開財報的院所，當年度收取了多少掛號費，這樣可以看掛號費收入占醫療收入的占比是多少，可以看提高掛號費對財務影響的程度。但是從健保署的回復，健保署有公布掛號費資訊，但是只是公布了每家醫院掛號費收取多少金額這個資訊，這樣跟我原本的意見有點出入，但是提供這個資訊，對於民眾還是很有幫助的，只是仍舊無法分析掛號費收入對醫院財務的影響，後續也無法監控。</p>	<p>保險給付範圍，爰院所收取掛號費之資料無須申報，另財務報告公開之內容，亦未明列「掛號費」收入，爰難以公布財務報告時同時公布掛號費。</p>
<p>李委員永振(議事錄第 30~31 頁)</p> <p>而且個人覺得處理方式好像還有很多沒有考慮的細節，譬如加成的成數，沒有考慮原支付標準依照年齡區間，視難易度來做處理，全部加計兩成。另外病房費也加計兩成，所以我在共擬會議也提出請教，好像也沒有得到答覆，病房為什麼要加兩成？跟以前有什麼不一樣？護理費加兩成有道理，因為考量現在的護理人力就是不足，但病房費也要加兩成，我心裡就打了好幾個問號。</p> <p>會議資料第 62 頁支付標準通則六的第(四)項「小兒外科專科醫師診治未滿 19 歲病人之案件得依前述規範加成」，這個就一頭霧水了，剛剛講的兒童定義是怎麼樣？我覺得比較離譜的是，民法規定滿 18 歲為成年，這裡未滿 19 歲病人之案件還是兒童、還要加成，這合理嗎？</p>	<p>一、有關兒科病房費加成：</p> <p>(一)本案緣於臺灣兒科醫學會前於 112 年 7 月 11 日函請衛生福利部提高醫院兒童重症及新生兒照護相關醫療給付，考量健保資源有限，爰本署前與兒科醫學會共同討論，優先調整兒童重症相關診療項目，包含加護病房住院診察費、病房費、護理費及新生兒中重度住院診察費。</p> <p>(二)依臺灣兒科醫學會代表 113 年 3 月 21 日於醫療服務共擬會議說明，收治兒童之病房為達友善環境，會增設床欄或考量病人特殊需求而另設遊戲室等配置，與成人病房相比，有較高之成本，爰本次建議病房費併同加成 20%。</p>
<p>盧主任委員瑞芬(議事錄第 36 頁)</p> <p>有關 19 歲病人案件加成的部分？</p>	

委員意見	健保署說明
<p>石署長崇良</p> <p>我們這個計畫的擬訂是跟臺灣兒科醫學會共同討論的，剛剛滕西華委員也特別關心新生兒照顧的議題，因為在112年已經調整過一次，所以跟臺灣兒科醫學會討論，有聲音反映在新生兒部分過去已經調整過了，但現在是整個兒科人力問題，相關的調整方式也是跟臺灣兒科醫學會討論的，我們會後再提供書面，這樣的調整後，對兒科整個的各項支付標準，包含這是因為這次調的，呈現這次有調的部分，其實有一些過去已經有調過了，再把它整個整理出來後相對比較，看看還有沒有缺漏需要再強化的地方。</p>	<p>二、小兒外科專科醫師住院診察費加成：本案係針對特定專科醫師訂定之加成規範，本案業經112年6月29日醫療服務共擬會議通過，小兒外科醫師比照兒科專科醫師住院診察費訂有不同加成比率；惟其中會上代表表示部分小兒外科醫師亦照護19歲以上病人，恐與本項原規劃參照「兒科專科醫師」訂定加成之概念有違，爰會議決議增訂小兒外科專科醫師須診治未滿19歲病人方得加計點數。</p>
<p>滕委員西華(議事錄第37頁)</p> <p>第1個是轉診費，上轉、下轉本來就有獎勵了，那本案的支付是多的嗎？</p> <p>第2個是，原本的策略聯盟，我們就有鼓勵合作，這個網絡建置費和跨院合作執行費顯然跟策略聯盟也有異曲同工之妙，而且在分級醫療中還拿不少錢，但本案都沒有提到。有關網絡建置費、個案管理費、跨院合作執行費……我的具體疑問是，網絡建置費是含轉診、上轉跟下轉的費用嗎？這到底是什麼樣的網絡需要由保險人另外再花錢？因為已經有跨院合作執行費，有個管師可以協調，而這筆網絡建置費又置外於個案管理費跟跨院合作執行費，資料太少了，我看不懂其關聯。</p> <p>有關個案管理費，是指個管師進行跨</p>	<p>本計畫對象為「主動脈剝離」及「腦中風」之病人，須於短時間內做出立即且迅速之判斷及處置，屬重大疾病之緊急醫療，為落實品質導向之轉診制度，以提升病人醫療照護及改善預後，爰訂有「主動脈剝離手術、腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作專款計畫」。就委員所提之相關費用訂定說明如下：</p> <p>一、網絡建置費：為使各醫院間可迅速做出後續處置之判斷，參考過去執行經驗多設有主責醫院，負責組織區域內各家醫院，並協調快速轉診之溝通聯繫運作模式，爰規劃此項費用，單一疾病各分區100萬點。</p>

委員意見	健保署說明
<p>院管理，病人轉出就轉出了，雖然出院後 90 天醫院要進行追蹤，所以這筆個案管費是支付那個追蹤嗎？還是不是？如果有轉出的話，顯然需要跨院追蹤，那我就不太懂。而且主動脈剝離病人轉出的部分，我看起來可能誤解，感覺上只有上轉，就是醫院評估無法收治，就先初步處理後上轉，但急性狀況處理完後，沒有看到下轉回到原本病人居住鄰近的醫院。所以下轉部分未包含在這個計畫，而需要回到分級醫療或是轉診的方案嗎？</p>	<p>二、個案管理費：因每個個案需有專人負責協調聯繫，以利快速轉診，爰就負責資源分配及管理調度之醫院支付每個案3,000點之個案管理費，並須依計畫規定完成相關資料之登錄或申報。</p> <p>三、跨院合作執行費：</p> <p>(一)為獎勵各級院所於評估病人病況後能快速啟動醫療轉診機制，將病人轉至合適院所進行後續處置及治療，本計畫依不同轉出時間，給予轉出醫院及收治醫院不同支付點數。除轉診機制外，亦鼓勵有能力處置及診治之院所應於評估病況後，搶在黃金治療時間內給予病人相關處置及治療，使病人能得到最合適之醫療照顧及預後。</p> <p>(二)考量現行支付標準配合分級醫療政策已訂有「辦理轉診費」診療項目，考量支付理由相似，爰本計畫將訂定不得重複申報支付標準「辦理轉診費」。</p>
<p>李委員永振(議事錄第 38~39 頁)</p> <p>這邊只有一點請教，有關區域聯防的 2 項專款，重點應該是在跨院合作嘛，但在計畫裡有自收個案，並沒有跨院，也分別支付 5 萬點跟 2.5 萬點，我不曉得這是原來舊有的，還是新增的，也就是說這 2 個支付點數會吃到這項專款的預算嗎？這點請教。</p>	<p>一、依全民健康保險法第 42 條略以，醫療服務給付項目及支付標準之訂定，保險人得先辦理醫療科技評估，並應考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及本保險財務；藥物給付項目及支付標準之訂定，亦同。爰此，本署持續</p>
<p>侯委員俊良(議事錄第 49~50 頁)</p> <p>謝謝主席，剛剛署長的說明，我想對於整個平等權的部分是沒有問題，但是健保署說明的第 2 點(補充資料第 14 頁)，我就有個疑問，對於次世代基因定序，健保署講了很多理由，對於評估藥效的反應，以及整個確保後面給付效益及調整各項政策的部分，我不知道是不</p>	

委員意見	健保署說明
<p>是對所有疾病、對所有的處理都是這樣的態度？因為並沒有在後續其他部分，看到類似這方面的說明。</p> <p>第2個比較嚴重的是，現在上傳的格式和內容到底是什麼？剛剛署長講到這個跟抽血檢驗是一樣的，如果是一樣的，何必做這個？我的想法是上傳的格式和內容應該是不太一樣。因為基本上，基因是非常個人隱私的資訊，這部分還是要做細部說明，回答大家的疑慮。如果有更高的理想是可以促進整個醫療的進步，還是應該在尊重個人條件下去做處理，不見得要全部、所有的人都同意，我想蠻多病人會自願同意這樣的處理，如果用這樣的角度去處理，可能一開始的量沒這麼大，但至少是在尊重人權的情況下，做資料蒐集，得到更好的資料去做處理，這是當初滕西華委員提出來，我為什麼要連署一個很重要的精神，以上。</p>	<p>推動支付制度改革，減少低價值服務，提升給付與支付效率，已就現有部分相對單價較高之藥品、特材及醫療服務，運用醫療科技再評估制度(HTR)，將有效健保加碼，無效限縮給付，使醫療資源再配置的過程達到最大效率化。</p> <p>二、有關NGS資料上傳格式，本署已陸續蒐集現行NGS相關報告資料，並與醫界、產業界及相關政府單位討論凝聚共識，並將相關格式內容函知特約醫事服務機構並於本署全球資訊網NGS專區公開相關資訊。</p> <p>三、NGS專區路徑如下：首頁&gt;重要政策&gt;次世代基因定序檢測(NGS)專區。</p>
<p>吳委員榮達(議事錄第 55 頁)</p> <p>第(6)點所提到的指定格式，為了釋清大家的疑慮，是否健保署可以考量把空白的指定格式也提供健保會來參考。</p>	
<p>石署長崇良(議事錄第 60~61 頁)</p> <p>不過就整個而言，我們現在的政策是希望朝向重新檢討 RBRVS 之後取消固定點值的保障，對於偏遠地區的保障在另外的機制處理，而不再用點值保障方式，大概是朝這個方向處理，在我們全面檢討 RBRVS 之後，可能就會把保障點值部分予以一併處理，大概是這樣的</p>	<p>一、有關 RBRVS 評量作業期程，說明如下：</p> <p>(一)本署已於 112 年完成相關資料彙整，包含過往醫令申報量統計、相關專科醫學會對於特定支付標準之調整建議、各項目調整歷程等。</p>

委員意見	健保署說明
<p>方向。</p> <p>李委員永振 請問那個是什麼時候？</p> <p>石署長崇良 今年會啟動。</p> <p>劉委員淑瓊 對不起，針對剛剛署長的回答，我不滿意，不要跟我們讲政治上的話，就是啟動我覺得很好，但是還是要有一個時間表，可不可以在什麼時候讓委員們知道，你們就按照你們的可能性去列，然後至少我們知道一個時間表，這是很重要的，謝謝。</p> <p>盧主任委員瑞芬 我們請石署長回去研擬一下再回復委員。</p>	<p>(二)113 年第 1 季已參考過去執行 RBRVS 經驗，並規劃本次办理流程，將於第 2 季邀相關領域專家討論執行細節，並於第 3 季起陸續邀集相關專業團體、專科醫學會共同參與研議調整方案，惟考量現行診療項目有 4,800 餘項，須時開會討論及規劃修訂方案，爰將依前述會議共識之支付標準調整方案及爭取之總額預算，陸續調整支付標準。</p> <p>二、本署以 RBRVS 評量模式，通盤研議支付標準調整，視預算額度陸續調整支付標準，保障點值項目視前揭調整，持續與各部門總額相關團體討論議定。</p>
<p>劉委員淑瓊(議事錄第 63~64 頁)</p> <p>大概從 107 年以來，111 年就是醫院的醫務收支結餘最多、短絀最少的 1 年，這個原因我們希望能夠有進一步分析，是因為就醫人數下降，然後我們的政府有各式各樣的補貼，因此提高的緣故嗎？我們想知道後面的原因。</p> <p>第 2 個就是健保署現在也開始有視覺化，就是財務報告的視覺化，反應都不錯，不過我們希望能夠更精進，就是從現在的視覺化到進一步做到快譯通，也就是說在我們現在的資料當中，能夠用比較完整而容易懂的文字，也說明我們設定這個項目的觀察意義在哪裡，因為他的目的是要達到全民來參與跟監督，</p>	<p>一、財務報告之資料，將依委員意見朝向淺顯易懂的方向規劃。</p> <p>二、視覺化將列出呈現名詞之說明，以利大眾易於解讀。</p> <p>三、近年來健保陸續以醫院總額一般服務預算調整門診/住院診察費、住院護理費及藥事服務費等，為瞭解其用途，並回應各界關注支付標準調整與各類醫事人員薪資連動情形，健保署105年起共辦理五次「醫院總額支付標準調整對於醫事人員薪資調整及轉知調查」，據統計平均約83%醫院有調升醫事人員薪資。</p>

委員意見	健保署說明
<p>所以要更友善一點。</p> <p>我們也關心醫療結餘，到底有沒有跟醫事人員共享，這是很多醫事人員團體的訴求，現在你已經開始蒐集三班護病比這些資料，我們希望能夠進一步健保署自己做或是委託學者做都可以，看看各層級或是連鎖體系或規模，他們結餘情形的交叉比對，分析護病比人事費用的占比，我們希望能夠把這 2 個數字連結起來，有所呈現。</p> <p>再來就是非營利醫院的結餘流向，因為他有很大比率是來自健保的支付，其實民間過去經常提到應該要公開醫院結餘的流向，所以我們也想知道，在醫事的勞動或是醫療環境的改善，是不是有把節餘投注在這些方面，結餘流向的適切性、合理性也希望能夠有些分析，以上，謝謝。</p>	
<p>林委員綉珠(議事錄第 66 頁)</p> <p>我希望把這個項目也能很清楚地去呈現出來，讓所有民眾或團體都知道那一些醫院賺這麼多錢，可是護病比竟然是這麼高的情形，讓大家在做醫院的選擇時，有更多考量。</p>	
<p>林委員文德(議事錄第 67 頁)</p> <p>補充資料第 60、61 頁，這是各層級院所醫務收支結餘的分析，有看到家數的占率，這邊看到是有結餘跟短絀分別的占率，但是我們看到補充資料第 70、71 頁，這個表 8 跟表 9 的家數占率，2 個都叫家數占率，但他們計算方法不太一樣，一個是結餘跟短絀的比例，另一</p>	<p>謝謝委員意見，將依委員意見修訂。</p>

委員意見	健保署說明
<p>個是各分區別的占率，所以就比較沒有辦法看出來如果是臺北分區結餘占率是多少、短絀占率是多少，所以這個占率的計算方式 2 個是不一樣，這個可以再稍微調整一下，比較一致一點，這樣在閱讀上面會比較清楚。</p>	
<p>張委員清田(議事錄第 70 頁)</p> <p>主席、各位委員，大家好。我有 2 點想請教，第 1 點，全民健康保險基金附屬單位決算總說明的第 7 點「加強查處違規保險醫事服務機構，防杜不當申報費用」，有提到除了檢舉、上級交辦等等之外，還配合政府政策需要，主動規劃辦理專案查核，我看 112 年總共查核 470 家次，大概也都是屬於違規，請教專案查核辦理幾家？違法部分，112 年移送法辦 17 家次，108~111 年已經函送法辦，每年 69~118 家次，所以 111 年度之前好像移送法辦比較多次，112 年就只有 17 家次，明顯偏低，是不是大家真的都改善了嗎？</p> <p>第 2 點，按照健保法第 94、95 條，保險給付代位求償及追索的問題，決算表好像呈現在其他收入，到底追了多少？這是我們的法定權限，你有追的話，總額支出大概可以不要這麼大，報表都沒有呈現追了多少，是不是可以給我們數字，這 2 條也是後來修法才納進去的，有一些公安、車禍等等，實際上並不是保險人或醫療機構要去負擔的，應該要去追索的，健保署到底做了多少，是不是可以說明或怎麼樣加強。</p>	<p>一、有關查處違規相關說明如下：</p> <p>(一)112 年訪查計 470 家次，其中 226 家(48.1%)為本署透過資料分析或費用審查等主動發現異常，為最大宗之案源。</p> <p>(二)本署於 112 年 5 月 24 日修正發布「全民健康保險法第八十一條涉及刑責移送司法機關辦理原則」，適度修正應予函送偵辦之案件類型，爰 112 年函送偵辦家次較往年低。</p> <p>二、有關代位求償相關說明如下：</p> <p>(一)依健保法第 95 條第 1 及 2 項規定，保險對象因汽車交通事故及發生對第三人有損害賠償請求權之公共安全事故、其他重大交通事故、公害或食品中毒事件等保險事故，本署於提供保險給付後，得代位求償。</p> <p>(二)本署全民健康保險基金預、決算數係採權責發生基礎，其保險給付計算式=醫療費用-部分負擔-代辦部分負擔-代辦費用-<u>代位求償費用</u>-菸品健康捐挹注罕見疾病之全民健康保險用藥費</p>



委員意見	健保署說明
<p>張委員清田(議事錄第 71 頁)</p> <p>我知道有呈現，問題是說全民健康保險基金附屬單位決算總說明有提到專案查核，但業務執行報告呈現的大部分都是檢舉、上級交辦，差不多都是 470 家次，有問題的差不多一半，我覺得很 routine。我的問題是專案查核做了幾次、成果有什麼？我看不出來，我知道月報都有呈現訪查家次，我就是查月報才追到這邊來，謝謝。</p> <p>張委員清田</p> <p>對不起。健保法第 94、95 條的追償、代位求償是多少？到底追回了多少？健保署有沒有做追償、代位求償工作？</p> <p>張委員清田</p> <p>帳列在哪裡科目？我從第 1 頁到最後 1 頁都找不到這個數字。</p>	<p>用-辦理提升保險服務成效所需經費。</p> <p>(三)本署依前揭健保法規定辦理求償，其代位求償費用係收回健保基金已支付之醫療費用，於代位求償事項發生時未能即時收取現金，爰以其他應收款增加數、保險給付減列數列帳。112 年度預算編列 22 億元、決算數 22.98 億元(保險給付減列數)。</p> <p>(四)「其他應收款-代位求償款」為資產科目，112 年度期初餘額 15.86 億元，當年度增加 22.98 億元，實際收回現金 22.22 億元，截至 112 年底尚待收取金額 16.62 億元。</p>
<p>滕委員西華(議事錄第 72 頁)</p> <p>我今天才知道代位求償是保險支出減項，但健保法對代位求償是有明確的定義，代位求償不應該做為保險支出減項，保險支出應該是當年度，而且應該要以現金基礎，付了再結算，用權責基礎都有點勉強，如果基金決算把代位求償做為保險支出的減項就不對，因為代位求償可能是跨年，無法反映當年，我認為代位求償應該要另列，我不是會計師啦，但代位求償依健保法應該是一個科目，不應該合併在保險支出減項裡。</p>	<p>(五)若屬債權未收回部分，則係依「全民健康保險醫療費用欠費催收及轉銷呆帳作業要點」規定辦理轉銷呆帳。</p>
<p>張委員清田(議事錄第 72 頁)</p> <p>會議資料第 142 頁是預算，我要決算，預算 22 億元，但實際有這麼多嗎？代</p>	

委員意見	健保署說明
<p>位求償有時候要追好幾年，直接列在當年度數字就不對，從會計上也是有點問題。</p>	
<p>李委員永振(議事錄第 72~73 頁)</p> <p>我再補充一下，事實上在會計上都要呈現出來，不能直接抵掉，我一直強調健保法第 76 條第 1 項第 2~5 款，都已經短絀了哪有錢再提存？依法的話就要收回，收回當收入，再提列當支出，雖然最後 2 個會抵掉，但是過程要呈現出來，這樣才會清楚交代，讓有心看的人看得懂，現在資訊已經不夠了，結果都被抵掉，是要我們當橡皮圖章嗎？這樣就很奇怪，這大概應該是張清田委員要追的事，會計師就是這樣發揮一下、追一下，這樣更清楚。</p>	
<p>滕委員西華(議事錄第 73 頁)</p> <p>我再追問一下，雖然我不是會計專業，在現金基礎及權責基礎混用的情況以外，如果把代位求償列保險支出的減項，但代位求償的金額沒有收回來，那是列呆帳還是列什麼？如果沒有單獨列一個科目，就不會知道預計原本要收的金額、執行效益及多久，所以不該列為保險支出減項，還有剛講到的跨年度問題，錢是已經先付出去了，不應該列為當年度的減項。</p>	

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：李小姐

聯絡電話：02-27065866 分機：2675

傳真：02-27069043

電子郵件：A111353@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113年4月15日

發文字號：健保醫字第1130661578號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明二 (A210300001\_1130661578\_doc2\_Attach1.pdf、  
A210300001\_1130661578\_doc2\_Attach2.pdf)

主旨：有關因新冠疫情造成各部門總額112年醫療費用顯著影響，112年第3季醫院、西醫基層及中醫等總額部門點值補助執行結果如說明，請查照。

說明：

- 一、依據本署113年3月1日第1130660668號奉衛生福利部核定簽辦。
- 二、經比照112年第1季及第2季補助方式，112年第3季共補助18.14億元，其中醫院10.87億元、西醫基層6.26億元及中醫1億元（附件1），並已於同年4月3日前完成撥付。另補助前後點值情形如附件2。
- 三、因112年其它預算「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目預算（8億元）業用罄，本次預算由112年公務預算挹注全民健康保險基金240億元支應。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：衛生福利部社會保險司(含附件)



113.04.18



1133340104

醫院、西醫基層及中醫各總額部門112年第1至3季各投保分區動支「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」結算補付結果(含交付機構)

分區	醫院						西醫基層						中醫						補付金額總計 (百萬)				
	第1季		第2季		第3季		第2季		第3季		第1季		第2季		第3季		補付金額總計 (百萬)		第1季	第2季	第3季	合計	
	家數	金額 (百萬)	家數	金額 (百萬)	家數	金額 (百萬)	家數	金額 (百萬)	家數	金額 (百萬)	家數	金額 (百萬)	家數	金額 (百萬)	家數	金額 (百萬)	家數	金額 (百萬)					
	補付金額合計 (百萬)		補付金額合計 (百萬)		補付金額合計 (百萬)		補付金額合計 (百萬)		補付金額合計 (百萬)		補付金額合計 (百萬)		補付金額合計 (百萬)		補付金額合計 (百萬)		補付金額合計 (百萬)						
臺北	109	710.28	114	1,089.92	112	501.08	2,301	5,595	183.02	5,676	412.073	595.09	1,207	35.01	1,219	21.49	1,216	5.37	61.87	745.29	1,294.43	918.45	2,958.17
北區	817	55.59	815	255.02	838	149.504	460	2,515	99.57	2,564	88.165	187.74	503	45.74	509	80.78	508	63.98	190.51	101.33	435.38	301.65	838.36
中區	109	599.43	109	640.23	109	282.649	1,522	3,720	112.37	3,773	84.269	196.64	1,126	50.04	1,129	82.24	1,127	15.94	148.22	649.46	834.84	382.86	1,867.17
南區	66	56.83	66	258.83	66	82.240	398	2,792	74.56	2,829	23.522	98.08	568	13.89	573	46.16	573	11.40	71.45	70.72	379.55	117.16	567.43
高屏	877	60.26	881	272.96	872	33.375	367	2,973	80.28	2,999	16.700	96.98	592	45.13	593	45.84	594	2.85	93.82	105.39	399.08	52.92	557.39
東區	17	21.72	17	78.22	17	38.021	138	392	14.95	396	1.702	16.65	79	0.25	80	2.99	80	0.93	4.18	21.98	96.16	40.66	158.79
小計	1,995	1,504.11	2,002	2,595.17	2,014	1,086.80	5,186.08	17,987	564.76	18,237	626.43	1,191.19	4,075	190.05	4,103	279.51	4,098	100.47	570.04	1,694.17	3,439.44	1,813.70	6,947.31

## 112年第3季補助後點值前後差距

季別 分區	中醫		基層		醫院(攤扣後)		醫院(攤扣前)	
	平均點值		平均點值		平均點值		平均點值	
	補助前	補助後	補助前	補助後	補助前	補助後	補助前	補助後
臺北	0.92071606	0.92290258	0.86612362	0.90000000	0.93746556	0.94742810	0.91617701	0.92591331
北區	0.84454945	0.90000000	0.90972757	0.92584453	0.96416490	0.97197900	0.90776528	0.91512229
中區	0.89258400	0.90000000	0.91408507	0.92711092	0.94478003	0.95603548	0.89902645	0.90973682
南區	0.89042642	0.90000000	0.94369472	0.94858652	0.98682279	0.99114323	0.90776528	0.91173959
高屏	0.90623039	0.90837698	0.93094601	0.93404016	0.97419864	0.97582814	0.90776528	0.90928365
東區	1.11361722	1.11975338	1.03878512	1.04140505	0.95267516	0.96275918	0.90776528	0.91737393
合計	0.90003170	0.91195257	0.90570790	0.92362692	0.95519678	0.96308232	0.90916189	0.91666739

註：醫院部門臺北、中區以攤扣前平均點值為基準，其他四分區以全區預估平均點值為攤扣前點值之計算基準。

## 健保會委員提出次世代基因定序支付規範之法規研究建議

健保會 113.5

健保會委員關切次世代基因定序(Next Generation Sequencing, NGS)項目納入健保支付標準，乃於4月份委員會議(113.4.24)由21位委員共同提案，對健保署研訂之支付規範提出建議，以維護民眾權益及個資保護。

健保署於4月份委員會議說明，已參照委員意見將支付規範修正為「檢測結果依指定格式上傳至健保署，未上傳者本項不予支付」。惟委員認為基因屬個人隱私的資訊，健保署仍應詳細說明相關內容，例如：上傳之檢測結果是否包含基因檢體、檢測結果是否會儲存於健保署以外的單位、未來如何運用此資料，後續若要委託研究單位進行相關研究，應在當事人知情且同意的狀況下為之，並應讓民眾有提出拒絕其個資被利用之權利；另外也請健保署說明，目前使用標靶藥物之前也有進行基因檢測，是否也同樣訂有應上傳檢測報告，若未上傳就不予支付的規定。

對於委員關切病人個資及檢測結果提供其他單位使用之疑慮，健保署表示極為重視該意見，前邀請法規、倫理學專家共同討論，專家認為健保署為辦理各項保險業務，本來就可以依健保法第80條第1項規定，要求特約醫療院所提供所需資料，也符合個資法第6條規定，因此已刪除須由病人簽署同意書之規定，以避免外界誤解。對於委員關心「未上傳者本項不予支付」規定對民眾的影響，該署說明此係規範醫院若沒有上傳就不支付費用，並不會影響民眾給付的權利；上傳之檢測結果，僅文字報告，不含檢體資料。至目前使用標靶藥物之前所做的基因檢測，都屬單基因，其保存價值不高，故並未要求上傳；而NGS係套組基因定序，可快速偵測大量基因變異，再根據病人基因特定生物標記，提供相對應的藥物治療，上傳其檢測結果，未來如有新的癌症用藥或舊藥要增加新適應症，即可運用所收集的基因檢測結果進行比對，如有找到對應的基因位點，即可使用該藥物，無須再重新檢測，有助癌症病人精準用藥，提升治療效益。至於委員關心資料保存及運用，健保署說明這些資料與過去的數據資料不同，所占的空間相當大且管理上須更嚴謹，該署將再研究是否委託符合法規的人體生物資料庫單位儲存，未來若要提供相關單位進行研究，也會依人體生物資料庫管理條例，及衛福部刻正推動立法的「衛生福利資料管理條例」辦理，於取得病人同意後，才會釋出資料庫供研究分析。

健保會委員對於健保署在財源有限狀況下，將NGS納入健保給付，幫助癌症病友透過基因檢測找到對應的標靶藥物，有效提升癌症治療效益，並接軌國際

癌症精準治療之趨勢，予以肯定，惟考量基因屬敏感個資，建議健保署在資料運用上應更加審慎。本案係屬法規之研究建議，經充分討論後，將委員所提意見，送請衛福部及健保署參考。

---

出處：相關內容詳[衛福部健保會第6屆113年第3次委員會議議事錄\(113年4月24日\)](#)

## 衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號  
聯絡人：白小姐  
聯絡電話：(02)8590-6744  
傳真：(02)8590-6048  
電子郵件：lgpai@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年4月19日  
發文字號：衛部保字第1131260195C號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表之pdf檔各1份

主旨：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，業經本部於中華民國113年4月19日以衛部保字第1131260195號令修正發布，並自113年5月1日生效，茲檢送發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表各1份，請查照。

正本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、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、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、勞動部勞工保險局、衛生福利部中央健康保險署  
副本：衛生福利部國民健康署、衛生福利部疾病管制署、本部醫事司、本部中醫藥司、本部護理及健康照護司、本部心理健康司、本部口腔健康司、本部長期照顧司、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會(均含附件)



## 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正總說明

本次醫療服務給付項目及支付標準之修正，為本（一百十三）年第三次修正，並自一百十三年五月一日生效。

本次主要新增離島地區醫院住診案件加成規定及新增次世代基因定序檢驗項目共五項。修正要點如下：

一、總則(第一部)：修正總則十四，增列離島地區住診案件申報本標準第二部西醫及第三部牙醫各項診療項目，依表定點數加計百分之三十規定。

二、西醫基本診療(第二部第一章)：配合本次增列總則十四(二)，修正第三節病房費通則九，增列離島地區之醫院，其護理費加成以總則十四(二)為限之規定。

三、西醫特定診療(第二部第二章)：

(一) 新增診療項目：新增「實體腫瘤次世代基因定序—BRCA1/2基因檢測/小套組(≤100個基因)/大套組(>100個基因)」(編號30301B，10,000點/編號30302B，20,000點/編號30303B，30,000點)及「血液腫瘤次世代基因定序—小套組(≤100個基因)/大套組(>100個基因)」(編號30304B，20,000點/編號30305B，30,000點)五項目。配合新增第二十五項「次世代基因定序」及修正項次編號(第一節檢查)。

(二) 修正支付規範：修正「光化治療一天」(編號51018C)及「光線治療(包括太陽光、紫外線、紅外線)一天」(編號51019C)二項支付規範，針對屬西醫基層總額部門院所限申報乾癬增列ICD-10-CM代碼(第六節治療處置)。

四、全民健康保險住院診斷關聯群(第七部)：配合本次增列總則十四(二)，修正通則六，調整離島地區醫院加成率為百分之二十(第一章Tw-DRGs支付通則)。

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號  
聯絡人：陳孟渝  
聯絡電話：(02)8590-6749  
傳真：(02)8590-6048  
電子郵件：nhmengyu@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年5月7日  
發文字號：衛部保字第1131260234號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：發布令影本(含修正規定)1份

主旨：「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第二條附表二，業經本部於中華民國113年5月7日以衛部保字第1131260234號令修正發布，茲檢送發布令影本（含修正規定）1份，請查照轉知。

正本：衛生福利部中央健康保險署、本部醫事司、本部綜合規劃司、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會  
副本：



檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部 令

發文日期：中華民國113年5月7日  
發文字號：衛部保字第1131260234號  
附件：「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第  
二條附表二



修正「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第二條附表二。

附修正「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第二條附表二

部長 薛瑞元

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113年4月12日  
發文字號：健保醫字第1130106837號  
附件：如主旨(請於本署全球資訊網下載)

主旨：公告修訂「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」如附件，並自公告日起生效。

依據：衛生福利部113年4月3日衛部保字第1131260168號函。

公告事項：

一、旨揭計畫修訂內容摘要如下：

(一)實施方法及進行步驟：

- 1、補充全病房區推動定義。
- 2、修訂申請醫院執行計畫書格式。
- 3、新增醫院申請試辦病房變更程序。

(二)申請醫院審查作業及標準：

- 1、擴大審查小組委員人數上限至17人。
- 2、修訂最近2年內未曾有全民健康保險醫事服務機構特約

衛生福利部全民健康保險會收發  
  
1133300112

113. 4. 15

及管理辦法第38條至第40條所列違規情事之一暨第44條及第45條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，及違約期間認定之文字。

(三)品質監控指標：修訂滿意度調查頻率與方式等。

二、本計畫為持續性計畫，於113年度參與醫院遴選核定前，原參與醫院得持續辦理，並以113年度預算支應。

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、衛生福利部護理及健康照護司、本署各分區業務組、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組

署長 石崇良

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113年4月15日

發文字號：健保醫字第1130107186號

附件：請自本署全球資訊網自行擷取



主旨：公告「113年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」(附件)，並溯自113年1月1日起生效。

依據：衛生福利部113年4月10日衛部保字第1131260183號函。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會、本署各分區業務組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300121

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113年4月15日

發文字號：健保醫字第1130661607號

附件：請自行至本署全球資訊網擷取



主旨：公告修訂「全民健康保險醫院醫療給付費用總額『健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能』及『持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能』專款計畫」（附件）。

依據：本署113年3月6日全民健康保險醫療給付費用醫院總額113年第1次研商議事會議決議。

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 石崇良

衛生福利部全民健康保險署收發



1133300120

副本

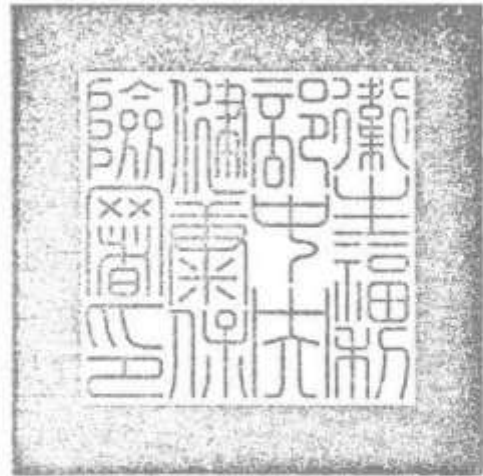
檔 號：  
保存年限：

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113年4月15日  
發文字號：健保醫字第1130107134號  
附件：請至本署全球資訊網自行擷取



主旨：公告修訂「全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」(附件)，並自113年1月1日起生效。

依據：衛生福利部113年4月10日衛部保字第1131260181號函。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會、台灣社區醫院協會、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會、社團法人台灣醫務管理學會、臺灣醫療品質協會、台灣醫療繼續教育推廣學會、中華民國醫師公會全國聯合會、本署各分區業務組、本署財務組、本署醫審及藥材組、本署資訊組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300122



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113年4月16日

發文字號：健保醫字第1130107189號

附件：請至本署全球資訊網自行擷取



主旨：公告修訂「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」(附件)，並自113年1月1日起生效。

依據：衛生福利部113年4月10日衛部保字第1131260182號函。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會、本署各分區業務組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收號



1133300127

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113年4月16日  
發文字號：健保醫字第1130107137號  
附件：請自行至本署全球資訊網擷取



主旨：公告修訂「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」，  
並自公告日起實施。

依據：衛生福利部113年4月10日衛部保字第1130115346號函。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、中華民國藥師公會全國聯合會、衛生福利部食品藥物管理署、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 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



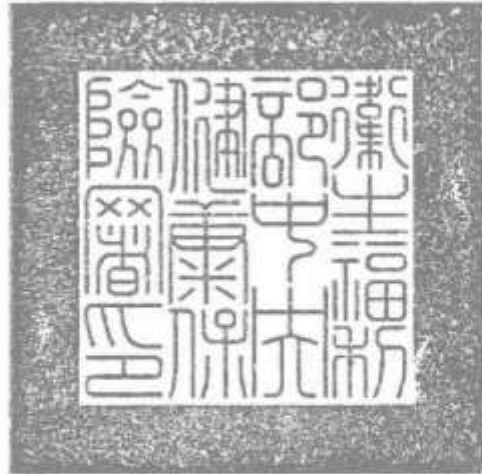
1133300126

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113年4月17日  
發文字號：健保醫字第1130107319號  
附件：請自行至本署全球資訊網擷取

主旨：公告修訂「113年度全民健康保險強化住院護理照護量能方案」（附件）。

依據：衛生福利部113年4月11日衛部保字第1131260184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、衛生福利部護理及健康照護司、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 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300129

副本

檔 號：  
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  32  
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113年4月17日  
發文字號：健保醫字第1130107418號  
附件：如主旨(請至全球資訊網公告區擷取)

主旨：公告修訂「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」，如附件，並自113年1月1日起實施。

依據：衛生福利部113年4月12日衛部保字第1131260178號函。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、台灣家庭醫學醫學會、台灣醫院協會、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、行政院主計總處、臺北市政府衛生局、新北市政府衛生局、桃園市政府衛生局、臺中市政府衛生局、臺南市政府衛生局、高雄市政府衛生局、基隆市衛生局、新竹市衛生局、嘉義市政府衛生局、新竹縣政府衛生局、苗栗縣政府衛生局、彰化縣衛生局、南投縣政府衛生局、雲林縣衛生局、嘉義縣衛生局、屏東縣政府衛生局、宜蘭縣政府衛生局、花蓮縣衛生局、臺東縣衛生局、澎湖縣政府衛生局、金門縣衛生局、連江縣衛生局、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部國民健康署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組、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、本署東區業務組、本署高屏業務組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300128

副本

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



5

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113年4月26日

發文字號：健保醫字第1130661752號

附件：請自本署全球資訊網公告欄擷取



主旨：公告「113年牙醫門診加強感染管制實施方案」，並溯自113年1月1日起生效。

依據：依衛生福利部113年4月2日衛部保字第1131260179號函辦理。

副本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、衛生福利部社會保險司、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、本署企劃組、本署醫審及藥材組

署長 **石崇良** 請假  
副署長 龐 一 鳴 代行

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300135

113. 4. 26

檔 號：  
保存年限：

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  24  
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113年4月11日  
發文字號：健保醫字第1130661336號  
附件：請至本署全球資訊網公告區下載

主旨：公告修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」。

依據：全民健康保險法第61條規定暨全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點辦理。

公告事項：「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」(附件)，已置於本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額研商議事會議會議議程，請自行擷取。

副本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華牙醫學會、中華民國醫院牙科協會、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、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國物理治療師公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、台灣腎臟醫學會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署各分區業務組、本署資訊組、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、本署署長室、本署李副署長室、本署國會聯絡室

署長 **石崇良** 出差  
副署長 **李丞華** 代行



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113年4月26日

發文字號：健保醫字第1130661764號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：自本署全球資訊網自行擷取

主旨：修正111年第4季及112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，下載路徑如說明段，請查照。

說明：

一、依據本署112年10月31日健保醫字第1120664503號函、本署同年12月15日健保醫字第1120665317號函暨全民健康保險法第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、旨揭報表修正處如下：

(一)111年第4季：說明表一、(二)「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」項下2.04遠距醫療給付計畫-虛擬健保卡獎勵金數字誤植，已支用點數及暫結金額由0修正為45,150。

(二)112年第2季：說明表一、(七)「調節非預期風險及其他

電子  
文  
時



113.04.26



1133340115

非預期政策改變所需經費」項目之經費，配合112年第1、2季西醫基層總額、中醫總額以及醫院總額部門點值補助作業，112年第2季已支用點數由0修正為5,133,618,914，暫結金額及結算金額由0修正為800,000,000，未支用金額由800,000,000修正為-4,333,618,914（預算不足，由行政院公務預算挹注之健保基金支應）。

三、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





111年度其他預算支用情形

單位：百萬元；%

項目	年	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昇計畫(含山地鄉論人計酬試辦計畫)		605.4	139.0	126.2	126.0	148.2	539.4	89.1%
提升院所智慧化資訊機制(111年新增項目)、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用 <sup>註1</sup>		1,500.0	36.3	195.4	186.9	721.3	1,139.9	76.0%
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫		1,653.8	342.0	341.2	359.2	378.0	1,420.3	85.9%
推動促進醫療體系整合計畫		450.0	40.7	44.4	42.2	49.8	177.1	39.4%
1.醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫			8.9	9.8	9.2	9.2	37.2	
2.跨層級醫院合作計畫			14.2	17.5	16.2	17.0	64.9	
3.急性後期整合照護計畫			16.2	16.0	15.4	22.3	69.9	
4.遠距醫療給付計畫			1.3	1.1	1.4	1.3	5.1	
支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、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 <sup>註2</sup>		290.0	0.32	0.10	0.19	0.14	0.7	0.3%
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 <sup>註3</sup>		1,900.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0%
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費		1,000.0	0.0	0.0	0.0	312.8	312.8	31.3%
腎臟病照護及病人衛教計畫 <sup>註4</sup>		450.0	97.3	92.8	98.2	104.5	392.8	87.3%
1.Pre-ESRD之病人照護與衛教計畫			66.2	63.6	69.3	71.1	270.2	
2.初期慢性腎臟病醫療給付改善方案			19.8	17.9	17.7	22.2	77.6	
3.慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫(申復)			0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
※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	11.3	11.3	45.0	
提升用藥品質之藥事照護計畫 <sup>註5</sup>		30.0	0.001	0.09	0.05	0.12	0.26	0.9%
居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務		7,300.0	1,519.2	1,500.7	1,549.0	1,637.9	6,206.8	85.0%
1.居家醫療與照護			972.2	957.1	984.6	1,035.2	3,949.1	
2.助產所			0.8	1.2	0.9	0.7	3.6	
3.精神疾病社區復健			535.9	533.3	552.9	590.6	2,212.8	
4.轉銜長照2.0之服務			10.3	9.0	10.6	11.4	41.3	
提升保險服務成效		600.0	42.9	80.5	102.8	372.5	598.7	99.8%
基層總額轉診型態調整費用 <sup>註6</sup>		800.0	47.4	219.6	136.0	138.3	541.4	67.7%
<b>總計</b>		<b>16,579.2</b>	<b>2,265.1</b>	<b>2,601.0</b>	<b>2,600.5</b>	<b>3,863.6</b>	<b>11,330.2</b>	<b>68.3%</b>

註：1.第4季費用大幅增加係因「提升院所智慧化資訊獎勵」(包含：部分負擔新制費用申報格式改版獎勵、居家藍牙APP介接獎勵、就醫識別碼預檢成功獎勵)自111.10.1實施，及資料上傳獎勵費用遞延1季結算，故第4季執行數含第3、4季費用。(四部門總額「網路頻寬補助費用」尚無專款不足需支應之情形。)  
 2.僅支付狂犬病治療藥費，其餘項目尚無專款不足需支應之情形。  
 3.C型肝炎藥費尚無專款不足需支應之情形。  
 4.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。  
 5.「全民健康保險提升用藥品質藥事照護計畫」於110年10月21日公告實施。  
 6.111年度限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」，其中第2季執行數包含110年基層院所接受醫院申報轉診案件之日起6個月之醫療費用屬111年第1季者。

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段  
140號

聯絡人：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113年4月19日

發文字號：健保醫字第1130661620號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：附件請逕自本署全球資訊網自行擷取

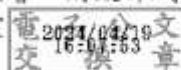
主旨：檢送112年第3季「全民健康保險其他部門結算說明表」，  
相關檔案已公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明段，  
請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定：「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



113.04.22



1133340110

112年度其他預算支用情形

單位：百萬元；%

項目	年	全年 預算數	執行數				全年 執行率	
			Q1	Q2	Q3	Q4		
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(含山地鄉論人計酬試辦計畫)		605.4	136.2	136.9	121.2	394.3	65.1%	
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 <sup>註1</sup>		1,636.0	38.5	221.1	231.8	491.4	30.0%	
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫		1,653.8	376.8	380.0	398.7	1,155.5	69.9%	
推動促進醫療體系整合計畫		550.0	43.8	45.2	49.2	138.2	25.1%	
1.醫院以病人為中心門診整合照護計畫			9.0	8.8	8.7	26.5		
2.跨層級醫院合作計畫			14.2	15.3	18.0	47.4		
3.急性後期整合照護計畫			19.1	19.5	20.6	59.2		
4.遠距醫療會診(遠距醫療服務給付計畫)			1.5	1.7	1.8	5.0		
支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、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 <sup>註2</sup>		290.0	0.27	0.26	0.24	0.8	0.3%	
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 <sup>註3</sup>		600.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0%	
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費 <sup>註4</sup>		800.0	0.0	800.0	0.0	800.0	100.0%	
腎臟病照護及病人衛教計畫 <sup>註5</sup>		511.0	101.3	102.0	103.8	307.1	60.1%	
1.Pre-ESRD之病人照護與衛教計畫			69.0	71.6	73.4	214.0		
2.Early-CKD醫療給付改善方案			21.0	19.2	19.2	59.3		
3.慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫(申復)			0.0	0.0	0.0	0.0		
※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	11.3	33.8		
提升用藥品質之藥事照護計畫		30.0	0.02	0.11	0.20	0.33	1.1%	
居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務		7,803.0	1,595.1	1,626.5	1,671.4	4,893.0	62.7%	
1.居家醫療與照護			979.7	993.9	1,017.9	2,991.5		
2.助產所			0.8	0.9	1.0	2.7		
3.精神疾病社區復健			605.9	619.8	639.5	1,865.2		
4.轉銜長照2.0之服務			8.7	11.9	13.0	33.6		
提升保險服務成效		500.0	89.0	66.8	69.7	225.5	45.1%	
基層總額轉診型態調整費用 <sup>註6</sup>		800.0	132.8	138.6	146.7	418.1	52.3%	
<b>總計</b>		<b>15,779.2</b>	<b>2,513.7</b>	<b>3,517.4</b>	<b>2,793.0</b>	<b>0.0</b>	<b>8,824.1</b>	<b>55.9%</b>

註：1.「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」自112.9.1起生效，其中醫療費用申報格式改版等多項獎勵項目屬全年結算，故執行率偏低。(四部門總額「網路頻寬補助費用」尚無專款不足需支應支情形。)

2.僅支付狂犬病治療藥費，其餘項目尚無專款不足需支應支情形。

3.C型肝炎藥費尚無專款不足需支應支情形。

4.健保署考量112.3.20起COVID-19降級，相關醫療費用改由健保總額支應，致點值下降，112.11.30行政院院會決定及衛福部112.12.11、113.3.1核定辦理112年第1、2、3季點值撥補(中醫、西醫基層、醫院總額)計69.47億元，其中8億元由本項目支應，不足部分由行政院公務預算挹注之健保基金支應61.47億元。

5.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。

6.111年度起限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」，即基層院所接受醫院申報轉診案件之日起6個月之醫療費用。

## 衛生福利部全民健康保險會

## 第 6 屆 113 年第 4 次委員會議補充資料目錄

會議時間：113 年 5 月 22 日

## 一、優先報告事項

「中央健康保險署 113 年第 1 季全民健康保險業務執行季報告」併同提報「112 年度抑制資源不當耗用改善方案之執行結果及檢討改善策略(含可節省費用)」之本會研析說明(會議資料第 22 頁)----- 1

## 二、報告事項

第二案「強化住院護理照護量能(含歷年相關預算執行檢討結果)」之本會研析說明(會議資料第 112 頁)----- 2



(會議資料第 22 頁)

優先報告事項「中央健康保險署 113 年第 1 季全民健康保險業務執行季報告」併同提報「112 年度抑制資源不當耗用改善方案之執行結果及檢討改善策略(含可節省費用)」之本會研析說明

.....

本會研析說明：

一、依 113 年第 1 次(113.1.24)委員會議決議(略以)：請健保署於 113 年第 4 次委員會議(113.5.22)之業務執行季報告，提出 112 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案之執行結果及檢討改善策略，包含可節省費用及各管控項目目標值之實際數值。

二、經檢視上開決議與健保署報告內容，本會研析說明如下：

委員會議決議	健保署報告內容	本會研析建議
1. 112 年度執行結果及檢討改善策略	(1)18 項管控指標：已提出 112 年全年執行結果(投影片第 6~23 張)。 (2)5 項未達目標值之指標：已提出檢討改善策略(投影片第 24~27 張)。 (3)5 項觀察指標：未提出 112 年全年執行情形(投影片第 31 張)。	(1)健保署已提出執行結果及檢討改善策略。  (2)請健保署於提出 114 年度方案時，併同提報 <u>觀察指標 113 年度之執行情形</u> 。
2.可節省費用	(1)18 項指標擷節費用粗估 10.5 億元(投影片第 5 張)。 (2)另提出指標 3、11、13、14、15、16 可節省或減少費用(投影片第 8、16、18~21 張)。	健保署已提出 18 項合計及部分指標可節省或減少費用， <u>建議列入 114 年度總額協商參考</u> 。
3.各管控項目目標值之實際數值	(1)有提出實際數值：指標 1、2、5、6、14。 (2)未提出實際數值：指標 3~4、7~13、15~18。(投影片第 6~23 張)	有關未提出實際數值之指標：請健保署於提出 114 年度方案時，併同提報 <u>113 年度各管控項目之實際數值</u> 。

(會議資料第 112 頁)

報告事項第二案「強化住院護理照護量能(含歷年相關預算執行檢討結果)」之本會研析說明

本會研析說明：

一、健保署依 113 年度其他預算之決定事項(如下)及本會 113 年度工作計畫，於本次會議提出專案報告。

金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	決定事項
4,000.0	4,000.0	1.優先用於強化住院夜班護理照護量能。 2.執行目標：調升護理相關費用之醫院家數達一定比率，並以中央健康保險署與中華民國護理師護士公會全國聯合會對調升護理相關費用的共識方案設定目標值。 預期效益之評估指標：調升護理相關費用之醫院家數占率。 3.請中央健康保險署會同中華民國護理師護士公會全國聯合會於113年度總額公告後，將具體實施規劃，提報全民健康保險會同意後，依程序辦理。規劃建議如下： (1)設定適用對象、動支條件、獎勵費用計算及撥款方式。 (2)訂定監測指標(含護病比、薪資調整情形)。 (3)建立實質回饋住院夜班護理人員之稽核方式。 <b>4.於113年7月前提出強化住院護理照護量能之專案報告(含歷年相關預算執行檢討結果)。</b> 5.護理人力留任及流動議題與勞動環境及條件存在複雜關係，建議主管機關提出改善策略，宜由公務預算挹注經費支應。

二、健保署業依上開決定事項 3，於 113 年第 1 次委員會議(113.1.24) 提送本項專款之實施規劃，包括：支付方式(含獎勵費用計算及撥款方式)、稽核機制及預期效益之評估指標等，惟在本會未獲共識，僅將委員所提意見送署參考，後經衛福部於 113.1.25 核定在案。

三、經檢視 113 年度總額決定事項與健保署提報內容，及本會研析說明如下：

(一)健保署本次專案報告，已提供相當完整資訊，包括：近十年挹注於調升住院護理費相關預算執行情形、相關護理品質與護理人力指標監測結果、本項專款之支付方式及本年 1~3 月執行情形與未來展望等，有助於委員了解歷年健保總額對提升住院護理照護之相關投入。僅提供補充資料如下：

除報告內容所列 104 年起於醫院總額一般服務編列之預算外，醫院總額自 98~103 年亦於專款項目共計編列 91.65 億元，用於提升住院護理照護品質及增加護理人力(如附表)。

(二)本會研析意見：

1.健保署在 113 年第 1 次委員會議(113.1.24)所訂之預期效益之評估指標(如下)，執行時間尚短，建議持續監測是否達成預期目標，以利評估預算執行效益，並於協商 114 年度總額前提出監測結果，供協商參考。

(1)調升護理人員夜班獎勵之醫院達 100%。

(2)各醫院每月大(小)夜班護病比不高於基期(112 年第 4 季平均)。

(3)急性一般病床(含精神)「年資 3 個月以上護理人員離職率」、「年資 3 個月以上但未滿 2 年護理人員離職率」不高於 112 年同期。

(4)整體護理人員空缺率不高於 112 年同期。

2.我國人口結構改變，各行業均面臨嚴重的人力缺口問題，而臨床護理人力是衝擊最大的行業之一，惟提升護理人員薪資，只能暫時治標，並無法真正解決人力缺口問題，對改善護理人力之建議如下：

(1)如健保署提報內容，健保歷年已挹注 7 百多億元總額預算，健保署也投入諸多精力於改進支付方式及監測護病比及品質。但特約醫事服務機構才是能真正改善職場環



境、勞動條件及薪資結構合理化者，故應由醫事服務機構負起雇主之責，加強改善友善職場環境，提供自身之護理人員合理的薪資報酬與工作負擔。

- (2)全民健保係由保險人與醫事服務機構特約，並支付其提供被保險人之醫療服務費用。至於醫事人員薪資結構，係特約醫事服務機構就其盈餘狀況之內部考量而訂，若政府希藉由政策誘因導引改善醫事人力問題，建議由公務預算挹注為宜。
- (3)至護理人力不足與職場環境尚涉及整體勞動條件之改善，建議回歸主政單位(衛福部護理及健康照護司)，提出改善策略及進行管理與監督，三管齊下始能扭轉目前護理人員流失及供需失衡之問題。

附表 98~103 年醫院總額「提升住院護理照護品質」專款及協(核)定事項

年度	金額(億元)	協(核)定事項
98	8.325	
99	8.325	
100	10	應檢討修訂方案，及研議更多適用之住院護理品質指標
101	20	應著重在增加護理人力，並以 101 年年底較 100 年年底淨增加 3,000 人為目標值
102	25	人力監測指標，請健保署於訂定提升住院護理照護品質方案時，視需要研處
103	20	經費不得用於調整支付標準
合計	91.65	

(會議資料第 49 頁)

討論事項第二案「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)」(更新附件如灰底處)

工作項目及內容	預訂時程
2.倘部門未達成協商共識或未提送分配建議方案，則由幕僚掣案提 11 月份委員會議討論，並完成協定。 (四)年度整體總額協定成長率及其分配之確認及報請衛福部核定及公告。	113 年第 10 次委員會議 (113 年 11 月 20 日) 113 年 11~12 月
<b>三、協定事項之執行規劃與辦理</b> (一)健保署會同各總額部門，提出各協商或專款項目配套計畫之執行方案，報請衛福部核定公告。 (二)各方案/計畫進度之追蹤，並視需要，請健保署或各總額部門專案報告。	113 年 10 月~114 年 12 月

註：若各總額部門無法派員抽籤，則由本會執行秘書於會上代為抽籤。

**貳、協商共識會議**

**一、會議時間：**

- (一)預備會議：113 年 9 月 25 日(星期三)上午 9 時至 9 時 30 分。  
供付費方、醫界方視需要召開內部會議(請事前通知本會同仁協助安排會議場地)。
- (二)協商共識會議：113 年 9 月 25 日(星期三)上午 9 時 30 分起，  
全天。
- (三)若有協商未盡事宜，則於 113 年 9 月 26 日(星期四)上午 9 時 30 分至 12 時 30 分討論。

**二、與會人員：**

- (一)付費方：付費者代表委員。
- (二)醫界方：
  - 1.保險醫事服務提供者代表委員。
  - 2.牙醫、中醫、西醫基層、醫院等總額部門協商時，由該總額部門代表委員 1 名主談，各部門並可推派 9 名代表協助會談，推派之協商代表需經充分授權。
  - 3.護理及藥師公會全聯會代表委員可參與相關部門總額之會談。
  - 4.門診透析服務：由西醫基層及醫院部門 各推派 4 名代表會談，並邀請台灣腎臟醫學會推派 1 名代表列席說明。
- (三)專家學者及公正人士、國家發展委員會及主管機關代表委員。
- (四)社保司與健保署相關人員及本會幕僚。

**三、進行方式：**

- (一)分場次協商牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院等各部門