

衛生福利部全民健康保險會  
第 5 屆 111 年第 8 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 111 年 8 月 19 日



衛生福利部全民健康保險會第 5 屆 111 年第 8 次委員會議議程

一、主席致詞

二、議程確認

三、確認上次(第 7 次)委員會議紀錄----- 1

四、本會重要業務報告----- 11

五、優先報告事項

(一)中央健康保險署「111 年第 2 季全民健康保險業務執行季報告」----- 32

(二)衛生福利部交議 112 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案----- 33

六、臨時動議



三、確認上次(第7次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：

- 一、本紀錄業以本(111)年8月5日衛部健字第1113360103號函送委員在案，並於本年8月5日併同會議資料上網公開。
- 二、另依本紀錄「參、確認上次(第6次)委員會議紀錄決定一、」，業於本年8月5日上網更新第6次委員會議紀錄在案。

決定：

衛生福利部全民健康保險會第5屆111年第7次委員會議紀錄  
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國111年7月29日上午9時30分

地點：本部 301 會議室

主席：周主任委員麗芳

紀錄：馬文娟、林劭璇

出席委員：(依姓名筆劃排序)

干委員文男、朱委員益宏、何委員語、吳委員鴻來、吳委員鏘亮、李委員永振、李委員麗珍、林委員恩豪、林委員敏華、林委員綉珠(萬芳醫院護理部劉主任淑芬代理)、侯委員俊良、柯委員富揚(中華民國中醫師公會全國聯合會詹常務監事永兆 12:00 以後代理)、胡委員峰賓、翁委員文能、翁委員燕雪、馬委員海霞、商委員東福、張委員文龍、許委員駢洪\*、陳委員石池、陳委員有慶、陳委員秀熙、黃委員金舜(中華民國藥師公會全國聯合會李副秘書長懿軒代理)、黃委員振國、楊委員芸蘋、董委員正宗、趙委員曉芳、劉委員守仁、劉委員國隆、劉委員淑瓊、鄭委員素華、盧委員瑞芬、謝委員佳宜、顏委員鴻順

請假委員：(依姓名筆劃排序)

卓委員俊雄、張委員鈺民、陳委員建志、滕委員西華

列席人員：

本部社會保險司：陳專門委員淑華

中央健康保險署：李署長伯璋、蔡副署長淑鈴

本會：周執行秘書淑婉、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第10~12頁)

貳、議程確認：(詳附錄第12頁)

決定：

一、同意臨時報告案「111年度醫院總額『持續推動分級醫療，壯大社區醫院』之『執行目標』及『預期效益之評估指標』確認案」排入議程，列為報告事項第一案，原報告事項第一案至第六案依序順延。

二、餘照議程之安排進行。

參、確認上次(第6次)委員會議紀錄：(詳附錄第12~18頁)

決定：

一、依委員意見修正(劃線處)如下：

肆、本會重要業務報告之決定：新增七、醫院協會提出「112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)」反對聲明(如附件一)。

二、餘確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第23~31頁)

決定：

一、上次(第6次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)原擬解除追蹤共5項，同意解除追蹤3項；項次1及項次3改列繼續追蹤。

(二)擬繼續追蹤共3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、112年度各部門總額協商順序抽籤結果(如附件二)依序為：醫院、牙醫門診、中醫門診、西醫基層總額，最後為其他預算。請同仁據以排定總額協商會議細部議程，提報下次委員會議。

四、為利112年度總額協商，請本會同仁收到衛生福利部交議之112年度醫療給付費用總額範圍案後，儘速轉知中央健康保險署及各總額部門，依總額協商程序及期程辦理後續事宜，並副知委員。

五、請中央健康保險署會同醫院及牙醫門診總額相關團體，儘速辦理111年度各部門總額協定事項未依時程完成之工作項目。

六、請中央健康保險署爾後每年依全民健康保險法第29條及施行細則第68條規定公告平均眷口數。

七、餘洽悉。

伍、報告事項：(詳附錄第32~91頁)

第一案(原臨時報告案)

報告單位：本會第三組

案由：111年度醫院總額「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」之「執行目標」及「預期效益之評估指標」確認案，請鑒察。

決定：

- 一、確認111年度醫院總額「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，如附件三。
- 二、請中央健康保險署持續落實推動分級醫療，壯大社區醫院。

第二案(原列第一案)

報告單位：中央健康保險署

案由：111年度各部門總額依協定事項需於7月底前提本會報告之項目(含預算扣減或檢討節流成效項目之規劃)，請鑒察。

決定：

- 一、請中央健康保險署參考委員所提意見及本會補充說明，辦理以下事項：
  - (一)部分未完成項目，請儘速規劃具體之111年度總額預算扣減及效益評估方式，最遲於111年12月份委員會議將規劃結果提報本會。
  - (二)請加強落實本次提報之4項協定事項執行內容，並儘速提報其他預算之「獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用退場之執行方式規劃」。



(三)為利113年度總額預算之協商，請中央健康保險署於112年2月提報本會「111年度總額協定事項中有關預算扣減及效益評估」之執行結果。

二、餘洽悉。

第三案(原列第二案)

報告單位：中央健康保險署

案由：111年度總額轉診相關協定事項之檢討與未來規劃，請鑒察。

決定：

一、請中央健康保險署參考委員所提意見，持續檢討、精進分級醫療政策及相關鼓勵措施，並於112年度總額協商草案提出規劃方案，以早日落實分級醫療之政策目標。

二、本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署研參。

第四案(原列第三案)

報告單位：中央健康保險署

案由：部分負擔調整案實施後政策效益及其改善醫療資源合理利用之監測指標，請鑒察。

決定：請中央健康保險署參考委員所提意見修正監測指標，餘洽悉。

第五案(原列第四案)

報告單位：中央健康保險署

案由：「全民健康保險急診品質提升方案」之執行情形(含急診壅塞監測指標)，請鑒察。

決定：

一、本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署研參並回復說明。

二、請中央健康保險署持續監測原方案各層級醫院「急診

處置效率相關指標」，並將監測結果送會，俾納為112年度總額協商之參考。

第六案(原列第五案)

報告單位：中央健康保險署

案由：109年健保收入超過2億元之227家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，送請中央健康保險署研參並回復說明。

第七案(原列第六案)

報告單位：中央健康保險署

案由：111年6月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員會後提出之書面意見，送請中央健康保險署回復說明。

陸、臨時動議：無。

柒、散會：下午14時5分。

## 112 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)

### 反對聲明

111.06.23

署名人：翁文能委員、陳石池委員、吳鏘亮委員、朱益宏委員

一、依據衛生福利部全民健康保險會第 5 屆 111 年第 5 次委員會議議事錄辦理。

二、對於 112 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)，醫院部門聲明實質討論該案未獲共識，不認同以文字限制或內規形式，影響協商之進行，說明如下：

(一)違反公平正義原則：「五、協商因素(四)」：「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」，本項文字僅明列執行第一年未能如期實施或可歸因總額部門得進行核扣，然若實施超過預算額度，亦非歸因於總額部門是否亦應支應預算不足部分，方為對等載明。

(二)行政程序繁瑣：「五、協商因素(五)」：「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」，考量協商核定執行面，主管機關決定事項已內含相關保障項目，是否具送健保會同意後執行之必要性？恐造成行政程序繁瑣，爰建議「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備查後執行」。

(三)健保資源有效運用：「七、其他原則(三)」：針對各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值，查全民健康保險法第 61 條規定，健保會應於各年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定，查現行法規並無明文規定各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值一事，且行政院核定範圍係整體全體總額部門之上限，並非匡列於各

總額部門，又全民健保資源係有益於國家整體發展，不應用內部規範畫地自限，此舉造成全民健保資源緊縮，預算額度返還國庫，為利健保資源於核定範圍妥適運用，爰建議刪除「各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值」之文字。

(四)跨總額部門調整：「七、其他原則(七)」：有關跨總額部門相關預算撥補，對於總額部門調整支付標準項目連動影響其他總額部門一事，基於尊重各總額部門編列預算前提下，原提案部門應事前告知受影響部門，另請健保署提醒知會受影響部門藉以評估是否同意連動調整及相關預算因應及尋求其他預算支應，因實務曾發生該情形，爰建議保留「(七)各總額部門所提協商草案，若涉及應用年度總額調整支付標準項目，應評估是否連帶影響其他總額部門，如有影響，應有相關預算撥補受影響部門。」之文字。

三、承上，醫院部門曾於前(第5)次委員會議反映，爰對於112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)未達共識部分，建議紀錄酌予修正。

112 年度各部門總額協商順序抽籤結果

抽籤日期：111 年 7 月 29 日(健保會 111 年第 7 次委員會議)

協商順序	總額部門別	簽名
1	醫院	翁文浩
2	牙醫	周永堯
3	中醫	柯富揚
4	基層	盧瑞昇

註：若因疫情因素無法召開現場會議或各總額部門無法派員抽籤，則由本會執行秘書代為抽籤。

監票人(簽名)： 盧瑞昇

111 年度醫院總額新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」

111 年第 7 次委員會議(111.7.29)確認

新增項目		「執行目標」及「預期效益之評估指標」
一般服務	持續推動分級醫療，壯大社區醫院(0.205%，1,000 百萬元)	<p>1.執行目標：地區醫院假日或夜間門診案件(不含藥費)採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成 30%。</p> <p>2.預期效益之評估指標：</p> <p>(1)地區醫院夜間及假日門診開診率較 109 年提升 <u>2%</u>。</p> <p>(2)醫院部門地區醫院住診滿意度調查，平均滿意度達 82%。</p>

#### 四、本會重要業務報告

一、本會依上次(第7次)及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

(一)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計9項，依辦理情形，建議解除追蹤2項，繼續追蹤7項，如附表(第16~19頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理；另個別委員關切事項，中央健康保險署(下稱健保署)回復如附錄一(第49頁)。

(二)歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，建議解除追蹤者，計有4項，如附表(第20~22頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理。

二、有關112年度全民健保醫療給付費用總額協商會議(111.9.21)議程安排：

(一)依上次委員會議(111.7.29)抽籤結果，及第6次委員會議(111.6.24)決定通過之「112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」(如附件二，第31頁)，擬訂本(111)年9月21日(星期三)於衛生福利部(下稱衛福部)301會議室舉行112年度總額協商會議議程(草案)，如下：

#### 112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議程(草案)

時間	內容	與會人員
<b>111年9月21日(三)</b>		
09:00~09:30	報到/預備會議(供付費方、醫界方「視需要」召開會前內部會議)	
09:30~12:00	1-1.醫院總額協商(150分鐘)	本會委員、醫院部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁
12:00~12:30	午餐	
12:30~13:10	1-2.醫院與西醫基層總額之門診透析服務協商(40分鐘)	本會委員、醫院與西醫基層協商代表，及社保司、健保署與本會同仁 (本節之協商，邀請腎臟醫學會列席)
13:10~13:20	中場休息	
13:20~15:00	2.牙醫門診總額協商(100分鐘)	本會委員、牙醫部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁
15:00~15:10	中場休息	

時間	內容	與會人員
<b>111年9月21日(三)</b>		
15:10~16:50	3.中醫門診總額協商(100分鐘)	本會委員、中醫部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁
16:50~17:00	中場休息	
17:00~18:55	4.西醫基層總額協商(115分鐘)	本會委員、西醫基層部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁
18:55~19:25	晚餐	
19:25~20:40	5.其他預算協商(75分鐘)	本會委員、健保署，及社保司與本會同仁
<b>111年9月22日(四)</b>		
09:30~12:30	視需要處理協商未盡事宜	本會委員、相關部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁
<b>111年9月23日(五)</b>		
09:30~14:00	第9次委員會議 (實體及視訊併行)	本會委員、相關部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁

(二)協商當天需請付費方及醫界方配合辦理事項：

- 1.上午9時至9時30分：為預備會議時間，供付費方、醫界方視需要召開會前內部會議之用，若有需要召開，請事前通知本會同仁，以利安排會議場地。
  - 2.上午9時30分至晚上8時40分止，為各部門總額協商時間：
    - (1)依「112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」，各部門總額依議程所訂時間，依序進行協商，若時間結束，仍無法達成共識，則依健保法規定兩案併陳送衛福部裁決。惟若有協商未盡事宜或有再次協商之必要，得在協商雙方代表共識下，於9月22日(星期四)上午9時30分繼續處理。
    - (2)若有部門提早於表訂時間完成協商，則下一場協商之總額部門，在協商雙方代表同意下，可提前進行協商。
- 三、為完備112年度總額協商所需資訊，以客觀數據作為協商基礎，本會同仁業已彙整「全民健康保險各部門總額110年度執行成



果評核紀錄」，並研析健保署提供之相關資料，完成編製「111 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」及「全民健康保險各總額部門 110 年度執行成果評核指標摘要」，以上共計 3 冊資料，提供委員參用。

四、健保署於本年 7 月至 8 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 8 月 5 日寄至各委員電子信箱]

(一)本年 7 月 15 日修正發布「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分規定，並自 111 年 8 月 1 日生效，如附錄二(第 50~51 頁)，本次修正重點摘要如下：

- 1.醫院部門(非住院診斷關聯群案件)一般原則：修訂甲狀腺球蛋白抗體及 DNA 抗體檢查頻率。
- 2.西醫基層部門一般原則：修訂甲狀腺球蛋白抗體檢查頻率。
- 3.牙醫部門：增訂申報牙周病高風險疾病患者牙結石清除-全口之條件。
- 4.中醫部門：刪除傷科脫臼整復治療療程申報規範。

(二)本年 7 月 28 日將「111 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」修訂案陳報衛福部備查，並副知本會，如附錄三(第 52 頁)。修正重點為：為避免方案管控項目名稱造成誤解，將指標 11 名稱由「門診 10 項重點檢查(驗)合理區間內再次執行下降率」，修正為「門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率」。

(三)本年 8 月 1 日公告修訂「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」，並自 111 年 9 月 1 日生效，如附錄四(第 53 頁)，本次係修訂附表 1 收案對象之相關症狀條件部分項目之 ICD-10-CM 代碼。

(四)將公告之總額相關計畫副知本會，如附錄五(第 54~56 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
111.8.1/ 111.8.1	全民健康 保險遠距 醫療給付 計畫	<p>1.預算來源：新增「虛擬(行動)健保卡獎勵金」由其他預算之「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寬頻補助費用」項下支應。</p> <p>2.施行地區及施行場域：配合衛福部 110 年核定之「偏遠地區遠距醫療建置計畫」修訂：  (1)施行地區：修訂為 110 年以前衛福部核定之遠距醫療計畫。  (2)實施場域：新增衛福部核定計畫之急診醫療站。</p> <p>3.參與計畫之在地端醫療院所資格及實施場域：新增山地離島地區之居家醫療照護整合計畫(下稱居整計畫)收案對象。</p> <p>4.遠距會診實施科別：新增心臟內科、胃腸科、神經內科、胸腔科，並明定若當地已有專科醫師執業，不重複提供同科別遠距會診服務之規定。</p> <p>5.申請及審核程序：放寬同一鄉鎮僅 1 家在地院所執行計畫之限制，及新增簡化申請及審核程序之條件規範。</p> <p>6.給付項目及支付標準：增訂在地院所執行遠距醫療之門診診察費及居整計畫醫師訪視費加計 1 成，加成費用由本計畫預算支應。</p> <p>7.新增獎勵措施：  (1)協助保險對象綁定虛擬(行動)健保卡獎勵金：每名保險對象獎勵 200 點，限獎勵 1 次。  (2)虛擬(行動)健保卡申報指標獎勵金：「在地院所與遠距會診費以論服務量申報之遠距院所」、「遠距會診費以論診次申報之遠距院所」2 項指標，並依不同獎勵條件，每家機構獎勵 5,000 點、10,000 點、20,000 點。</p>
111.8.1/ 111.8.1	111 年度 全民健康 保險西醫 基層提升 心肺疾病 照護品質 計畫	<p>新增計畫，計畫重點如下：</p> <p>1.預估收案人數：250 人。</p> <p>2.收案條件：  (1)收案對象：個案符合心肺功能不良仍在積極治療期且具有復健潛能病人。  (2)收案來源：醫院轉診或參與診所自行收案。</p> <p>3.給付項目及支付標準：</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>(1)心肺疾病患者復健整合治療費：1,000 點。</p> <p>①執行心肺危險因子調整改善(生活型態改變、飲食、運動原則之指導)、PTC5.心肺功能訓練及 3 項(含)以上治療項目(治療項目選自「42019C 物理治療-複雜治療項目」及「43031C 職能治療-複雜治療項目」)。</p> <p>②每人每日限申報 1 次，收案期間限申報 36 次，每次治療時間合計超過 1 小時。</p> <p>(2)心肺復健治療評估：300 點。每人限申報 3 次，第 2 次於執行復健整合治療至少 12 次後申報，第 3 次於執行復健整合治療 36 次或符合結案條件後申報。</p> <p>(3)品質獎勵費：每個案獎勵 500 點。診所收案人數至少 10 位，且收案對象之心肺運動功能改善達到正常標準者。</p> <p>4.計畫施行評估指標：</p> <p>(1)病人疾病復發率(包括再住院或再急診)：&lt;30%。</p> <p>(2)有意義的心肺功能改善比率：&gt;70%。</p>

決定：

## 上次(第7次)及歷次委員會議繼續列管追蹤事項

## 一、上次委員會議(共9項)

## (一)擬解除追蹤(共2項)

項次	案由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	報告事項第6案： 109年健保收入超過2億元之227家醫療院所財務報告之公開情形。	委員所提意見，送請中央健康保險署研參並回復說明。	於111年8月3日請辦健保署。	健保署回復：委員所提意見，說明如附件一(第23~24頁)。	解除追蹤	—
2	報告事項7案： 111年6月份全民健康保險業務執行報告。	委員會後提出之書面意見，送請中央健康保險署回復說明。	於111年8月3日請辦健保署。	健保署回復：委員所提意見，說明如附件一(第25~26頁)。	解除追蹤	—

(二)擬繼續追蹤(共 7 項)

項次	案由	決議(定)事項	本會辦理情形	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	本會重要業務報告。	請中央健康保險署會同醫院及牙醫門診總額相關團體，儘速辦理 111 年度各部門總額協定事項未依時程完成之工作項目。	於 111 年 8 月 3 日請辦健保署。	健保署回復： 配合辦理。	1.繼續追蹤 2.於健保署完成後解除追蹤	111 年 12 月
2	報告事項第 2 案：111 年度各部門總額依協定事項需於 7 月底前提本會報告之項目(含預算扣減或檢討節流成效項目之規劃)。	一、請中央健康保險署參考委員所提意見及本會補充說明，辦理以下事項： (一)部分未完成項目，請儘速規劃具體之 111 年度總額預算扣減及效益評估方式，最遲於 111 年 12 月份委員會議將規劃結果提報本會。	於 111 年 8 月 3 日請辦健保署。	健保署回復： 1.配合辦理，本署將與醫界持續討論，取得共識後依協定事項進行。 2.有關藥品部分，考量新藥收載為 5 年內持續性作業，需有年度預算之實際執行資料始能評估是否扣減，本署將配合 111 年結算作業時程，將 111 年度扣減情形提報健保會。 3.有關特材部分，配合於 111 年度第 4 季結算，扣減當年度未執行之額度。	1.繼續追蹤 2.於健保署報告後解除追蹤	111 年 12 月
3		(二)請加強落實本次提報之 4 項協定事項執行內容，並儘速提報其他預算之「獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用退場之執行方式規劃」。	於 111 年 8 月 3 日請辦健保署。	健保署回復： 1.配合辦理。 2.至於獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用退場之執行方式，本署持續研議。	1.繼續追蹤 2.於健保署報告後解除追蹤	111 年 12 月

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
4		(三)為利 113 年度總額預算之協商，請中央健康保險署於 112 年 2 月提報本會「111 年度總額協定事項中有關預算扣減及效益評估」之執行結果。	於 111 年 8 月 3 日請辦健保署。	健保署回復：配合辦理。	1.繼續追蹤 2.於健保署報告後解除追蹤	112 年 2 月
5	報告事項第 3 案：111 年度總額轉診相關協定事項之檢討與未來規劃。	請中央健康保險署參考委員所提意見，持續檢討、精進分級醫療政策及相關鼓勵措施，並於 112 年度總額協商草案提出規劃方案，以早日落實分級醫療之政策目標。	於 111 年 8 月 3 日請辦健保署。	健保署回復：循例於提出 112 年度總額協商草案本署意見時列入規劃方案。	1.繼續追蹤 2.於健保署提出規劃方案後解除追蹤	111 年 9 月
6	報告事項第 4 案：部分負擔調整案實施後政策效益及其改善醫療資源合理利用之監測指標。	請中央健康保險署參考委員所提意見修正監測指標。	於 111 年 8 月 3 日請辦健保署。	健保署回復：委員所提指標，本署納入研議，配合辦理。	1.繼續追蹤 2.於健保署修正及提報後解除追蹤	依健保署研議進度辦理
7	報告事項第 5 案：「全民健康保險急診品質提升方案」之執行情形(含急診壅塞監測指標)。	一、委員所提意見，送請中央健康保險署研參並回復說明。 二、請中央健康保險署持續監測原方案各層級醫院「急診處置效率相關指標」，並將監測結果送會，俾	於 111 年 8 月 3 日請辦健保署。	健保署回復：委員所提意見，說明如附件一(第 27~30 頁)。	1.繼續追蹤 2.於健保署將「急診處置效率相關指標」監測結果送會，供 112 年度總額協商之參考	111 年 9 月

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
		納為 112 年度總額 協商之參考。			後解除追 蹤	

二、歷次委員會議：達解除追蹤條件(共 4 項)

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形 (更新處以底線標示)	追蹤建議
1	<p>111 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診醫療給付費用總額及其他預算協商結論案，請中央健康保險署會同各總額部門相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，其中未達共識之部門，於衛生福利部核定後最近 1 次委員會議提報、確認。[俟健保署將未達共識之醫院、西醫基層部門「執行目標」及「預期效益之評估指標」於委員會議提報及確認後解除追蹤] (110.9 決議、110.10、110.12、111.6 決定)</p> <p>.....</p> <p>「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」核定結果及後續相關事項，請中央健康保險署依衛生福利部函示及核(決)定事項所列時程，完成法定程序及提報本會等相關事宜；並儘速會同醫院及西醫基層總額相關團體，研訂新增項目之執行內容，且將「執行目標」及「預期效益之評估指標」提本年 3 月份委員會議確認。[於健保署提報本會確認後解除追蹤] (111.1、111.2、111.6 決定)</p> <p>.....</p> <p>健保署應依「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」核(決)定事項及時程提報本會之事項辦理情形，「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」項目，併同醫院及西醫基層總額新增項目尚未完成研訂者，儘速辦理，提本年 4 月份委員會議確認。[俟提報委員會議確認後解除追蹤] (111.3、111.4、111.6 決定)</p> <p>.....</p>	<p>健保署回復： <u>有關 111 年度醫院及西醫基層部門新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，業於 110 年 10 月至 111 年 7 月間，多次提報貴會委員會議並經確認在案，爰建議解除追蹤。</u></p>	<p>解除追蹤 (醫院、西醫基層部門「執行目標」及「預期效益之評估指標」業經本會確認，爰建議解除追蹤)</p>



項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形 (更新處以底線標示)	追蹤建議
	111 年度醫院總額新增項目「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」之「執行目標」及「預期效益之評估指標」未完成研訂，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體儘速提報下次委員會議確認。/[俟健保署將研訂結果提報本會同意後解除追蹤。] (111.6、111.7 決定)		
2	有關各總額部門 110 年度執行成果評核之作業方式(草案)(併 111 年第 1 次委員會議討論事項第四案討論)，訂定「各總額部門 110 年度執行成果評核之作業方式」。請中央健康保險署及四總額部門依時程提供所需資料。/[俟健保署提供資料後解除追蹤] (111.3、111.4、111.6 決定)	健保署回復： <u>本署已依時程提供 110 年度評核會議所需資料。</u>	解除追蹤 (健保署業已提供評核所需資料後，爰建議解除追蹤)
3	請中央健康保險署於本(111)年 7 月份委員會議，提出「全民健康保險急診品質提升方案」之執行情形(含急診壅塞監測指標)專案報告。/[於健保署報告後解除追蹤] (111.5、111.6 決定)	健保署回復： <u>本案已列入 111 年第 7 次會議報告事項第四案，並於會上報告完竣。</u>	解除追蹤 (本案業於 111 年 7 月份委員會議提報，爰建議解除追蹤)
4	有關 110 年 11 月份全民健康保險業務執行報告，請中央健康保險署就 109 年藥費超過目標值 74.6 億元的使用情形具體說明。/[於健保署具體說明後解除追蹤] (110.12、111.1、111.2、111.6 決定)	健保署回復： <u>1.本署自 102 年起試辦全民健康保險藥品費用分配比率目標制(DET)方案，當核付金額超出目標值時，以超出目標值額度(即 109 年 DET 方案的 74.6 億元)，作為次年藥價調整額度之參考，並據以修正藥物支付標準，全民健康保險法第 62 條第 4 項已有規定。</u> <u>2.調整後藥品費用，同現行做法，自醫療給付費用總額預算中支付，故 DET 所調節之藥費，有助於緩和次年藥費成長，降低藥費占率。</u>	解除追蹤 (健保署已具體說明藥費超出目標值額度之處理方式，爰建議解除追蹤)

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形 (更新處以底線標示)	追蹤建議
		3.因現行 DET 方案僅試辦至 109 年，本署刻正盤點規劃未來藥價調整方向，再與各界商討研議。	

健保會第 5 屆 111 年第 7 次委員會議之健保署答覆

上次(第 7 次)委員會議之擬解除追蹤項次 1

案由：109 年健保收入超過 2 億元之 227 家醫療院所財務報告之公開情形。

委員意見	健保署說明
<p>劉委員淑瓊(議事錄 p.87)</p> <p>我的具體建議是請健保署在下次會議幫我們做這樣的財務報告解讀，根據「健保法」，健保署雖沒有義務解讀，而只須公開就好，但對健保會委員而言，這個財務資訊是重要的，例如我們如何解讀醫務利益率、稅後純益率，我們看到不同醫院之間的落差非常大，這個合理嗎？能得到兩位數以上的成長率，這樣是否合理？如何做到？有無可資學習之處？這些都是健保會委員關心的議題。我的具體建議是請健保署幫我們做整個財報數據的解讀，而不是批評民間團體所提出的問題，這個我要表達抗議。</p>	<p>一、本署依法將已經主管機關或會計師審定通過的院所財報予以公開，供各界本於專業予以解讀，同時也將各主管機關財報編列準則置於網站供各界查詢。</p> <p>二、因醫療院所經營規模差異大，資料檢視及解讀時須小心謹慎；本署於全球資訊網建置醫事服務機構財報公開專區，除臚列財務報告資訊外，也提供醫療院所之目的事業管理機關規範財務報告編列之法規依據、護病比、醫療服務點數等連結資訊，希望各界得多方審視醫療院所各經營面，更建置視覺化專區，提高數據易讀性。</p>
<p>千委員文男(議事錄 p.87-88)</p> <p>一、謝謝健保署，千呼萬喚將這個寫出來，劉委員淑瓊所提民間都很關心，我們也很關心，至於年底要調整保費，我們被罵很慘，希望健保署按照健保法第 73 條規定，裡面沒有規定是 2 億元，若通通公布就能解決很多問題，我們可以接受，2 億元是你們訂的，不是母法規定，每家醫院都有幾千萬幾億元，不是 2、3 億元，按照健保法第 73 條，有關醫療機構</p>	<p>三、有關下修提報財務報告之醫療費用門檻一節，本署曾於 110 年 10 月 26 日與台灣醫院協會及中華民國醫師公會全國聯合會討論，惟未獲共識，未來將持續與各界溝通凝聚共識。</p> <p>四、109 年因為新冠肺炎疫情，感謝醫療院所的辛勞，健保總額制度也提供安定醫療院所的支持力量；另外，紓困振興方案也提供受疫情影響的醫療院所部分補貼；未來同時也將持續關注醫療院所財務情形，確保醫療品質並持續推動分級醫療，為民眾健康努力。</p>

委員意見	健保署說明
<p>之財務報告，應該全部公布。</p> <p>二、更重要的部分，這些賺錢的醫院為什麼門診壅塞、很難掛到號等情形，請健保署派人關心，是應該賺錢或沒賺錢，業外也還有賺錢，母體存在不賺錢沒話說，母體賺錢還是算母體的總數，希望健保署多關照這些沒有賺錢的醫院，了解實際上的情形。109年19家醫學中心有6家醫務收支短絀賠錢，總額都拿了怎麼會賠錢，這個很奇怪。</p>	

## 上次(第7次)委員會議之擬解除追蹤項次2

案由：111年6月份全民健康保險業務執行報告。

委員意見	健保署說明
<p>李委員永振書面意見(議事錄 p.84-85)</p> <p>一、感謝健保署說明「公費台灣清冠一號藥品費用」經費來源，但近期外傳，清冠一號公費使用對象將大幅限縮(擬移除13~64歲確診民眾)，指揮中心僅回應全案檢討中。但據ET today 111年7月7日新聞報導：「今年1~5月開出9萬份公費清冠一號，花掉紓困預算1.3億元，就喊撐不下去，相較指揮中心花在新冠抗病毒西藥的錢，是清冠一號的200倍之多，簡直天壤之別」，本項業務雖為中醫藥司委託貴署代辦，但後續檢討若處理不當，引起不滿，箭頭一定指向健保署，貴署應向衛福部反應，須審慎檢討處理。</p> <p>二、據111年7月6日自由時報頭版報導，由衛福部長陳時中和健康署宣布啟動「代謝症候群防治計畫」，此計畫是指在本會討論激烈、極具爭議，編列3.08億元預算之計畫嗎？若是，為何報導內容從頭到尾都未見健保署或醫事服務提供者隻字半語？由此報導顯示，這計畫應屬健康署(衛福部)的政策，卻用全民的保費來推展？！112年若還要繼</p>	<p>一、「公費臺灣清冠一號藥品費用」係由嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別預算支應，由衛生福利部(中醫藥司)訂定補助方案、費用申報核付及健保卡登錄上傳作業，本署協助辦理悉依衛生福利部之規定辦理；迄今適用對象並未限縮。</p> <p>二、另查衛生福利部針對紓困振興特別預算之支用範圍積極檢討中。</p> <p>三、代謝症候群防治計畫為全民健康保險醫療給付總額中長期改革計畫之一，為配合國家政策，本署提供國健署健保資源運用之合宜性建議，於疾病初期建立個案管理，以減緩疾病進展，降低疾病後期之醫療費用。</p> <p>四、本署已將新藥收載情形放置於本署全球資訊網頁，另將持續透過電子媒體、網路各類管道向民眾廣為宣導健保藥物收載現況及本署經費管控作為與立場。</p>

委員意見	健保署說明
<p>續，居保險人的貴署該如何妥處？</p> <p>三、今年7月17日自由時報自由廣場刊載：台大醫院醫師投書，希望健保署放寬給付糖尿病藥(腸泌素)的標準，次日李署長立馬回應說明，健保醫療資源有限之現況，讓全民了解，值得肯定！7月20日有另篇「腸泌素治糖尿病真的能雙贏嗎？」質疑，強調每天只要走15分鐘，效果比腸泌素好，還可避免藥貴及副作用，似乎為可解病源之更佳處方！另在自由時報7月20、21日B8版分別報導：骨髓增生性腫瘤用藥及異位性皮膚炎擴大給付的福音，為該類患者增福利是好事，但目前健保財務的窘境是否也須讓百姓了解，否則明年又漲健保費，將再引起一片罵聲！</p>	

上次(第7次)委員會議之擬繼續追蹤項次7

案由：「全民健康保險急診品質提升方案」之執行情形(含急診壅塞監測指標)。

委員意見	健保署說明
<p>朱委員益宏(議事錄 p.81)</p> <p>一、我就針對急診品質提升方案發言。本案執行約10年，但統計表中有些醫院，比方我國龍頭、國家級台大醫院的門診壅塞滯留率居高不下，近2年稍微降低，是因為疫情關係，但是這個方案的獎勵，到底獎勵了什麼？舉例來說，比方剛提到的台中榮總、台大醫院這幾家，屬於負面指標比較前面的醫院，這些醫院在歷年所有獎勵方案到底拿了多少錢或補助？但執行起來，壅塞狀況改善效率到底如何？我想這要對應來看。</p> <p>二、因為看到健保署報告內容提到，所有案件歷年來都是品質獎勵，但這些品質獎勵是否原本在急診碰到的病人就應該這樣處置？比方說原來該做的處置，例如MRI(核磁共振攝影)，病人進來後多少時間之內就要處理，這是不是屬於原來醫療指引的範圍？有些獎勵搞不好是屬於醫學常規、guideline(臨床指引)，我們還要給獎勵，這就有問題。獎勵方式應該是比原來的指引做得更好才有獎勵，但現在不是，現在是有做就給你幾千或幾萬</p>	<p>謝謝委員提供指導及建議，本署依序說明如下：</p> <p>一、獎勵資訊公開：本署將參考委員意見並比照各醫療給付改善方案，於健保全球資訊網公開各醫院年度「急診品質提升方案」品質獎勵金之結算情形。</p> <p>二、方案獎勵設計：111年4月本方案修訂，新增之獎勵項目多係為強化急診處置效率而訂，且獎勵項目多有訂定應於一定時限內完成，並應視病人出院時之狀態(如清醒出院、存活出院)，始得獲得獎勵，而非執行相關處置項目即可獲得獎勵。</p> <p>三、指標修改：</p> <p>(一) 前次會議補充資料1第33頁所列之指標，用途為監測急診壅塞或急診處置效率，未直接影響急診品質提升方案之獎勵結果。</p> <p>(二) 本署將參考委員意見，研議修訂監測指標彙算定義；另查檢傷四、五級病人多集中於區域醫院或地區醫院，「檢傷四、五級急診病人4小時內離開醫院比率」仍係監測區域及地區醫院急診處置效率之重要指標，爰建議保留。</p> <p>四、獎勵分布：急診品質提升方案之推動目的，除紓解醫學中心壅塞之外，亦</p>

委員意見	健保署說明
<p>點的獎勵，我覺得這都不對，但對於所有品質方案中希望減少的急診壅塞都沒有看到，有些醫院事實上透過行政效率處理是有進步，但還是有一些醫院就是不動，每年這些品質獎勵還是照樣領，我覺得這就是不公平，這就是這個案子為什麼執行10年，急診壅塞無法解決的一個很大的原因，因為健保署跟急診醫院把這個拿來當另外品質獎勵，增加其支付，我覺得這樣是變相、是不可取。</p>	<p>希望提升各級醫院的急診處置效率，並鼓勵地區醫院之急診量能提升，故自104年起增列「補助醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務」及「補助地區醫院增聘急診專科醫師人力」獎勵項目，以間接紓解醫學中心急診壅塞情形，亦強化分級醫療。</p> <p>五、調查各醫院急診壅塞原因：確實如同委員所提，各層級醫院的分工、體系內部運作及人力，都是影響急診壅塞的重要因素。惟考量疫情尚未趨緩，爰委員之建議本署將收載作為日後研議參考。</p>
<p>吳委員鏘亮(議事錄 p.82)</p> <p>一、陳委員石池有事先離開，委託我表達意見。針對會議新增及補充資料1第33頁建請持續提供各層級醫院之急診效率相關指標監測結果之指標(1)「完成急診重大疾病照護病人6小時進入加護病房比率」，這應該是考量針對重大疾病，但有些檢傷一級病人未必是重大傷病，而且有些重大傷病不見得要進入加護病房，因此指標(1)建議修改為「完成急診檢傷一級及重大疾病照護病人6小時進入病房比率」。</p> <p>二、指標(2)「檢傷一、二、三級急診病人8小時內轉入病房比率」，因為檢傷一級已經放到前述指標(1)，因此指標(2)就建議把一級</p>	<p>六、本署後續將依健保會會議決議，定期監測指標表現情形。</p>



委員意見	健保署說明
<p>拿掉，改為「檢傷二、三級急診病人8小時內轉入病房比率」。</p> <p>三、指標(3)「檢傷四、五級急診病人4小時內離開醫院比率」，這個部分與急診目的似有相違，若醫院急著把四、五級病人趕快處理完出院，是不是會影響一、二、三級或者比較重大疾病的病人之處理，會對臨床實務處理造成困擾，建議指標(3)能予刪除。</p>	
<p>劉委員淑瓊(議事錄 p.82-83)</p> <p>一、不論付費者或醫界委員代表、民間團體都非常重視「急診品質提升方案」，其實關鍵就在於醫學中心急診壅塞問題。首先非常謝謝剛才健保署報告流暢清楚，而健保會同仁的製圖與研析意見也非常精采。我要講的重點是，這10年下來醫學中心急診壅塞情況並沒有改善，可是「急診品質提升方案」的獎勵，主要卻流到本來就比較不壅塞的區域醫院及地區醫院，這是此方案非常吊詭之處。</p> <p>二、「急診壅塞」到底所指為何？我們在意的並不是急診室裡面很多人，其實民眾真正在意的是「上不去」，也就是說，急重症病人等不到住院病床或ICU(加護病房)床位，而必須滯留在急診室，甚至連醫院走廊都是床，</p>	

委員意見	健保署說明
<p>剛剛吳委員鴻來委員跟我說一個鐘頭前某篇臉書貼文顯示，台大醫院的急診病床都已經推到大廳了。剛剛朱委員益宏講的很重要，這是重中之重。醫改會2015年與急診醫學會曾針對急診議題開過記者會，分析問題包括：第1，各層級醫院的分工，第2，整個醫院體系內部的文化、體制運作，乃至於人力配置，第3，民眾就醫行為。這代表需要進行根本原因分析，尤其是民眾仰賴甚深、但壅塞問題特別嚴重的幾個醫學中心，更應該要去了解與關切。所以，我非常認同健保會同仁所提探討急診壅塞原因的建議，除此之外，還要進一步要求健保署逐院專案了解，為什麼10年以來部分醫院的壅塞問題一直不能解決，且這個資訊也應該要公開。</p>	

各部門協商時間分配

部門別	第一階段 <sup>#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	門診透析 20 分鐘	30 分鐘	30 分鐘	60 分鐘	門診透析 20 分鐘	130~190 分鐘
西醫基層	25 分鐘		20 分鐘	20 分鐘	50 分鐘		115~155 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.門診透析服務預算之協商時間，併於西醫基層或醫院部門中協商順序較前者之時段(時間外加)。

112 年度各部門總額協商順序抽籤結果

抽籤日期：111 年 7 月 29 日(健保會 111 年第 7 次委員會議)

協商順序	總額部門別	簽名
1	醫院	翁文治
2	牙醫	周永培
3	中醫	柯富揚
4	基層	盧瑞昇

註：若因疫情因素無法召開現場會議或各總額部門無法派員抽籤，則由本會執行秘書代為抽籤。

監票人(簽名)：盧瑞昇

## 五、優先報告事項

### 第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：「111 年第 2 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 111 年度工作計畫，為提高議事效率，本項例行性業務報告，書面資料須每月提供，但口頭報告改採季(每年 2、5、8、11 月)報方式辦理，本次進行口頭報告。請委員先行審閱，如有疑義可洽該署各項業務窗口。
- 二、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。

決定：

## 第二案

案由：衛生福利部(簡稱衛福部)交議 112 年度全民健康保險醫療給付費用總額(簡稱總額)範圍案。

報告單位：

(一)衛福部社會保險司(簡稱社保司)：說明行政院核定之 112 年度總額範圍及政策目標。

(二)本會：確認 112 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診總額之醫療服務成本及人口因素成長率。

說明：

一、衛福部於本(111)年 8 月 10 日以衛部保字第 1110131417 號函交議行政院核定之「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案」(如附件一，第 36~43 頁)，請本會依全民健康保險法第 61 條規定，協議訂定其總額及分配方式。

依本會本年第 6 次委員會議(111.6.24)決定通過之「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(下稱 112 年度總額協商程序)」(略以)，請衛福部派員說明行政院對總額範圍核定情形及政策目標(如投影片，資料後附)：

(一)行政院核定之 112 年度總額範圍：成長率下限為 1.307%，上限為 4.5%。

(二)衛福部說明 112 年度總額範圍及政策目標；由以下單位報告，依序如下表：

主責單位	報告主題	報告時間
社會保險司	112 年度醫療給付費用總額範圍及政策目標交議案說明	10 分鐘
護理及健康照護司	建立住院整合照護服務計畫	10 分鐘
疾病管制署	慢性傳染病照護品質計畫	10 分鐘
國民健康署	癌症治療品質改善計畫	10 分鐘
國民健康署	推動國家慢性病整合防治計畫(代謝症候群防治計畫)	5 分鐘
心理健康司	強化精神照護體系	5 分鐘

二、確認 112 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診總額之醫

療服務成本及人口因素成長率。

(一)依本會本年第 6 次委員會議(111.6.24)決定通過之「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(下稱 112 年度總額協商架構及原則)」(略以)：112 年度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。

(二)行政院核定之 112 年度總額範圍，如下：

總額範圍	低推估值	高推估值
成長率	1.307% <sup>註1</sup>	4.5%
預估醫療費用	8,201.0億元	8,459.5億元
高低推估值差距	約258.5億元	

註：1.低推估值：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」合併計算醫療服務成本及人口因素成長率(1.960%)，再以 111 年一般服務預算占率(87.015%)校正後，並校正 110 年投保人口成長率差值(-0.398%)，即 $(1.960\% \times 87.015\%) - 0.398\% = 1.307\%$ 。

2.基期費用：暫以 111 年總額核定金額，於一般服務扣除 110 年未導入預算扣減部分估算，實際總額以健保署結算金額為準。

(三)依衛福部提供之資料，計算 112 年度各部門總額「醫療服務成本及人口因素」成長率如下表：

總額部門別	醫療服務成本指數改變率(A)	人口結構改變率(B)	投保人口預估成長率(C)	醫療服務成本及人口因素成長率 $(1+A+B) \times (1+C) - 1$
醫院	0.393%	2.128%	-0.264%	2.250%
西醫基層	0.266%	1.402%		1.400%
牙醫門診	0.653%	0.255%		0.642%
中醫門診	0.832%	0.830%		1.394%
整體	0.401%	1.829%		1.960%

三、有關衛福部交議函涉及本會部分，說明如下：

(一)交議函之說明四，依據本會總額協商架構及原則：「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」。爰此，請本會依健保法第 61 條規定，協議訂定 112 年度之醫療給付費用

總額及其分配方式，應納入交議函說明三之 5 項政策目標及執行計畫。

(二)交議函之說明五，111 年 3 月 15 日「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)擬訂方向會議」有關成效回饋款之決議：「未來於健保會協商各部門總額相關計畫之前，提案時應先訂定好相關 KPI，包括：提案為幾年計畫、成效評估標準為何、執行後應如何回饋付費者和醫界，將可能產生疑義的地方預先處理，以減少協商後須再協商；同時亦訂定評估標準，以利後續評估擴大辦理(或持續辦理)或減少預算(或退場)」，請本會納入本次協商事宜。

四、依衛福部交議函所示之上開事項要求，需請各總額部門及健保署將上開事項納入所提之 112 年度總額協商草案，以利總額協商，本會業納入於 8 月 11 日函轉衛福部交議案(如附件二，第 44~45 頁)，請各總額部門及健保署遵循衛福部交付之 112 年度總額範圍及政策目標與上開函示事項，並依據 112 年度總額協商架構及原則與程序，參考 8 月 19 日本會辦理之總額協商會前會委員意見，於 8 月 31 日前提出 9 月總額協商之「112 年度總額協商因素項目及計畫(草案)」最終版本。

決定：

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：黃曼青  
聯絡電話：(02)8590-6763  
傳真：(02)8590-6048  
電子郵件：hgching@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年8月10日  
發文字號：衛部保字第1110131417號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：如文

主旨：有關「112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」（以下稱112年總額範圍）一案，業奉行政院核定，請依全民健康保險法（以下稱健保法）第61條規定協議訂定其總額及分配方式，請查照。

說明：

- 一、依行政院111年8月5日院臺衛字第1110023619號函（如附件1）辦理。
- 二、行政院核定112年度健保醫療給付費用成長率下限為1.307%，上限為4.5%（即下限金額8,201.03億元至上限金額8,459.51億元），並函示：「健保中長期改革計畫為現階段強化醫療體系之重點政策，請衛福部積極促進公共衛生、醫療服務及照護服務等體系間之協調與整合，避免資源重複配置，並兼顧公平、效率與服務品質，發揮保障民眾健康權益

111.08.10



111CC00518



之最大綜效；另請強化預防保健、健康促進及慢性病管理等措施，以有效減輕健保負擔」。

三、鑒於本部陳報行政院112年度總額範圍，下限(低推估)係為反應自然人口成長、醫療服務成本及人口結構改變對醫療費用之影響；而為使健保永續經營，替民眾購買健康，遂依中長期改革計畫之年度目標及賡續健保總額之項目或計畫下，訂定5項政策目標如下，以及執行計畫(詳附件2)，並提出上限(高推估)：

- (一)整合公共衛生體系與健保資源，發展以人為本的照護模式，積極提升民眾健康【改善健康、提升效率與維持公平】。
- (二)精進醫療照護相關體系，以民眾健康為導向，提升醫療品質與服務效率，及醫療資源合理分配【改善健康、提升效率與維持公平】。
- (三)推動健保給付支付制度改革，減少無效醫療，提升給付與支付效率【改善健康、提升效率與維持公平】。
- (四)增進醫療服務價值，提升服務量能，持續引進新藥物、新醫療技術及新服務模式，合理調整給付條件【改善健康、提升效率與維持公平】。
- (五)保障保險對象之醫療權益，合理反映偏遠地區及特殊族群之照護需求，均衡醫療資源之分布【維持公平、改善健

康】。

- 四、另依據貴會總額協商架構及原則：「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。」爰此，請貴會依健保法第61條規定，協議訂定 112年度之醫療給付費用總額及其分配方式，應納入說明三之5項政策目標及執行計畫。
- 五、另111年3月15日「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)擬訂方向會議」有關成效回饋款之決議：「未來於健保會協商各部門總額相關計畫之前，提案時應先訂定好相關 KPI，包括：提案為幾年計畫、成效評估標準為何、執行後應如何回饋付費者和醫界，將可能產生疑義的地方預先處理，以減少協商後須再協商；同時亦訂定評估標準，以利後續評估擴大辦理(或持續辦理)或減少預算(或退場)。」，請貴會納入本次協商事宜，如上述事項有確定辦理結果(回饋額度、回饋方式及期程)，亦請依照年度總額規劃期程提供相關資料，本部將配合納入總額基期計算。

正本：本部全民健康保險會

副本：

檔 號：  
保存年限：

## 行政院 函

地址：10058臺北市忠孝東路1段1號  
電話：02-33566500

受文者：衛生福利部

發文日期：中華民國111年8月5日  
發文字號：院臺衛字第1110023619號  
速別：速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：無



主旨：所報112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍一案，  
核定全民健康保險醫療給付費用成長率下限為1.307%，上  
限為4.5%。

說明：

- 一、復111年6月2日衛部保字第1111260200號函。
- 二、依據健保財務推估，在維持現行一般保險費費率5.17%之情況下，112年健保醫療給付費用總額在所報之低、高推估值範圍內，當年度保險安全準備金額均將低於1個月保險給付支出，至113年更將轉為負值，如仍維持現行收入結構、給付模式及支出規模，未來恐面臨調整費率及提高法定費率上限之壓力，請注意此一警訊並及早規劃因應。
- 三、人口結構轉變及人口老化將帶動醫療需求增加，惟工作年齡人口占比下降及經濟情勢變動，恐影響保險收入之成長速度，請通盤檢討健保收支及財務相關制度，包括費基結構、給付範圍、支付制度及財務平衡機制等之合理性；另請持續關注嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）疫情發展對醫療及經濟之影響，適時調整相關政策，以利健保制度革新及永續經營。



總收文 111.08.05

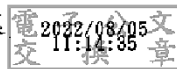


1110131417

四、「全民健康保險醫療給付總額中長期改革計畫(110年-114年)」為現階段強化醫療體系之重點政策，請積極促進公共衛生、醫療服務及照護服務等體系間之協調與整合，避免資源重複配置，並兼顧公平、效率與服務品質，發揮保障民眾健康權益之最大綜效；另請強化預防保健、健康促進及慢性病管理等措施，以有效減輕健保負擔。

正本：衛生福利部

副本：國家發展委員會、行政院主計總處



裝

訂

線



## 112 年健保總額政策目標

- 一、 整合公共衛生體系與健保資源，發展以人為本的照護模式，積極提升民眾健康【改善健康、提升效率與維持公平】。
  - (一) 推動群體健康，結合公務預算與健保資源，強化慢性病預防、整合疾病管理與病人自我照護。
  - (二) 擴大推動住院整合照護服務，持續落實院內感染管控措施，減輕民眾住院照顧負擔。
  - (三) 持續辦理 C 型肝炎照護，發展早期介入照護模式，提升支付效率，以順利達成國家消除 C 肝政策綱領設定 2025 年消除病毒性肝炎的目標。
  - (四) 以資通訊科技革新醫療服務模式，持續推動雲端藥歷與健康存摺，提升民眾健康自主權及自我充能(empowerment)，加強民眾進行自我健康管理。
  - (五) 建立癌症篩檢陽性個案診療模式，以醫療品質為導向，確保癌症病人之診療與照護品質。
- 二、 精進醫療照護相關體系，以民眾健康為導向，提升醫療品質與服務效率，及醫療資源合理分配【改善健康、提升效率與維持公平】。
  - (一) 廣續推動分級醫療及落實轉診制度，辦理各項轉診獎勵方案及放寬基層可執行之項目。

- (二) 持續檢討現行家庭醫師整合性方案，建立家庭責任醫師制度。
- (三) 檢討現行急性期、急性後期與居家醫療照護服務，透過醫療及長照資源之整合，優化各項服務間之轉銜機制。
- (四) 強化安寧緩和醫療之重要性，鼓勵呼吸器依賴患者脫離呼吸器，提高臨終照護品質。
- (五) 強化跨院所、跨專業與公私協力之精神衛生照護服務，鼓勵醫師視病情需求施打精神科長效針劑，使病人穩定就醫、回歸社區，提升生活品質。

### 三、 推動健保給付支付制度改革，減少無效醫療，提升給付與支付效率【改善健康、提升效率與維持公平】。

- (一) 研議導入健保給付再評估(HTR)與強化健康科技評估(HTA)制度，提升給付價值。
- (二) 推動 DRG 支付制度，試辦以醫院為單位導入之計畫，尊重專業自主，發揮醫院管理量能，提升支付效率。
- (三) 試辦門診包裹支付制度，強化醫療院所財務與民眾賦能，引導提升品質與療效。
- (四) 改革藥品給付支付制度，促使醫療資源合理分配，檢討整體藥品給付結構，適當再評估及檢討已收載藥品之支付標準。

**四、 增進醫療服務價值，提升服務量能，持續引進新藥物、新醫療技術及新服務模式，合理調整給付條件【改善健康、提升效率與維持公平】。**

(一) 建立定期檢討醫療服務支付標準相對值表合理性之制度。

(二) 制度化引進新藥物、新醫療技術及新服務模式。

**五、 保障保險對象之醫療權益，合理反映偏遠地區及特殊族群之照護需求，均衡醫療資源之分布【維持公平、改善健康】。**

(一) 鼓勵發展遠距醫療及其照護模式，合於《通訊診察治療辦法》之規定下，落實遠距照護、遠距醫療以及遠距會診模式，運用科技實現「醫療零偏鄉」的願景。

(二) 持續提升特殊族群之照護，如罕見疾病、血友病、愛滋病患者之用藥及器官移植者等醫療照護。

(三) 持續加強偏鄉醫療照護，提高資源分配公平性，並保障弱勢族群就醫可近性。

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：陳思琪  
聯絡電話：(02)8590-6871  
傳真：(02)8590-6046  
電子郵件：hsszchi@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國111年8月11日  
發文字號：衛部健字第1113360108號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：

附件：附件1\_衛福部交議之112年度總額範圍及政策目標、附件2\_112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則、附件3\_112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序

主旨：檢送衛生福利部交付本會協商之112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍及政策目標，敬請貴會(署)配合時程研提「112年度總額協商(草案)最終版本」及「地區預算分配之建議方案」，請查照惠辦。

說明：

- 一、依據衛生福利部本(111)年8月10日衛部保字第1110131417號函(如附件1)及本會第5屆本年第7次委員會議(111.7.29)決定事項辦理。
- 二、依上開委員會議決定事項，請貴會(署)遵循旨揭衛生福利部交付之112年度總額協商政策目標，及本會議定之112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則、協商程序(如附件2、3)，完成規劃並依限提送相關資料：  
(一)請於本年8月31日前，依協商程序之附表格式(如附件3，



第6頁)及衛生福利部交議函之說明四及說明五要求，提出112年度總額協商草案之最終版本，送會後不宜臨時提出新增項目或更動內容。

(二)9月總額協商完成後，達成共識者請健保署會同總額部門研修其總額新增項目之「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。

(三)請各總額部門依協商程序規定，於本年10月6日前提送「地區預算分配之建議方案」，以利10月份委員會議討論。若部門未達成協商共識或未提送分配建議方案者，則由本會同仁掣案提11月份委員會議討論，並完成協定。

正本：中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、衛生福利部中央健康保險署

副本：周主任委員麗芳、干委員文男、朱委員益宏、何委員語、吳委員鴻來、吳委員鏘亮、李委員永振、李委員麗珍、卓委員俊雄、林委員恩豪、林委員敏華、林委員綉珠、侯委員俊良、柯委員富揚、胡委員峰賓、翁委員文能、翁委員燕雪、馬委員海霞、商委員東福、張委員文龍、張委員鈺民、許委員駢洪、陳委員石池、陳委員有慶、陳委員秀熙、陳委員彥廷、黃委員金舜、黃委員振國、董委員正宗、楊委員芸蘋、趙委員曉芳、劉委員守仁、劉委員國隆、劉委員淑瓊、滕委員西華、鄭委員素華、盧委員瑞芬、謝委員佳宜、顏委員鴻順(依委員姓名筆劃排序)、本部社會保險司(均含附件)



# 附錄



個別委員關切事項之健保署答覆

委員意見	健保署說明												
<p>李委員永振(111.8.8 提出之書面意見，本會於同日請辦健保署)</p> <p>請健保署提供自102年起至110年，逐年依全民健康保險法第29條規定計算之平均眷口數資料。</p>	<p>有關 102 年至 112 年適用之平均眷口數說明：</p> <p>一、健保署業於111年7月27日公告自112年1月1日起平均眷口數為0.57人。</p> <p>二、依健保法第29條規定，投保單位及政府應負擔第1類第1目至第3目被保險人之眷屬人數，以第1類第1目至第3目被保險人實際眷屬人數平均計算。每年作業均以最近完整年度承保資料計算評估，本次依前述計算結果逾0.56人，援例採計為0.57人。</p> <p>三、平均眷口數歷次調整，係納入財務平衡及民眾負擔等因素整體通盤考量，非以「實際計算值」單一因素予以評估。</p> <p>四、102年至112年適用之平均眷口數如下：</p> <table border="1" data-bbox="671 1126 1257 1442"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>適用之平均眷口數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>102 至 103</td> <td>0.70 人</td> </tr> <tr> <td>104</td> <td>0.62 人</td> </tr> <tr> <td>105 至 108</td> <td>0.61 人</td> </tr> <tr> <td>109 至 111</td> <td>0.58 人</td> </tr> <tr> <td>112</td> <td>0.57 人</td> </tr> </tbody> </table>	年度	適用之平均眷口數	102 至 103	0.70 人	104	0.62 人	105 至 108	0.61 人	109 至 111	0.58 人	112	0.57 人
年度	適用之平均眷口數												
102 至 103	0.70 人												
104	0.62 人												
105 至 108	0.61 人												
109 至 111	0.58 人												
112	0.57 人												

備註：法令依據

全民健康保險法第 29 條

第一類第一目至第三目被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數，依第一類第一目至第三目被保險人實際眷屬人數平均計算之。

全民健康保險法施行細則第 68 條

保險人每年應公告之事項如下：

- 一、依本法第二十二條規定第三類保險對象適用之投保金額。
- 二、依本法第二十三條所定之平均保險費。
- 三、依本法第二十九條所定之眷屬人數。
- 四、依第四十六條第一項第四款所定之平均投保金額。

副本

檔 號：  
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

115204  8  
臺北市南港區忠孝東路6段488號

地址：10634 臺北市大安區信義路三段140號  
聯絡人：陳永田  
聯絡電話：02-27065866 分機：2663  
傳真：02-27027723  
電子郵件：A111181@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111年7月15日  
發文字號：健保審字第1110671076A號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：發布令pdf檔、發布令稿文字檔、「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分規定文字檔、提要表文字檔

主旨：「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分規定，業經本署於中華民國111年7月15日以健保審字第1110671076號令修正發布，茲檢送發布令、令稿及行政規則規定1份，請查照。

說明：併附法規及行政規則刊登行政院公報資料提要表1份。

正本：行政院公報編印中心  
副本：衛生福利部醫事司、衛生福利部心理健康司、衛生福利部口腔健康司、衛生福利部中醫藥司、衛生福利部法規會、衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、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、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組、本署企劃組、本署資訊組(請刊登全球資訊網)、本署各分區業務組(請轉知轄區特約醫事機構)(均含附件)

衛生福利部中央健康保險署

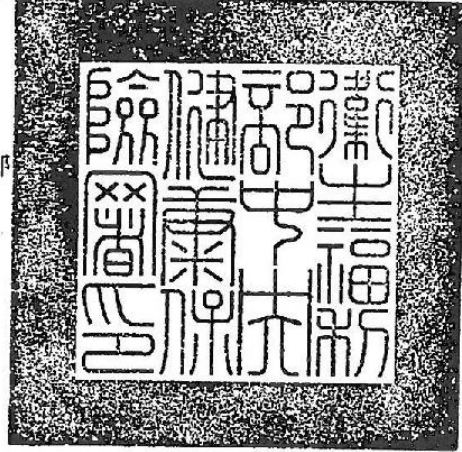
衛生福利部全民健康保險會收發  
  
1113300174

111. 7. 18

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 令

發文日期：中華民國111年7月15日  
發文字號：健保審字第1110671076號  
附件：「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部  
分規定



修正「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分規定，並自中華民國一百一十一年八月一日生效。

附修正「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分規定

署長李伯璋

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：阮柏叡  
聯絡電話：02-27065866 分機：2670  
傳真：02-27069043  
電子郵件：A111267@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111年7月28日

發文字號：健保醫字第1110662118A號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨 (A21030000I\_1110662118A\_doc3\_Attach1.pdf)

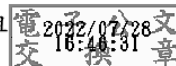
主旨：檢陳修訂「111年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善  
方案」(附件)，請備查。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第72條規定暨111年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案辦理。
- 二、為免旨揭方案管控項目名稱造成誤解，將指標11名稱由「門診10項重點檢查(驗)合理區間內再次執行下降率」，修正為「門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率」。

正本：衛生福利部

副本：衛生福利部全民健康保險會(含附件)、本署醫審及藥材組



111.07.28



1113340161



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111年8月1日

發文字號：健保醫字第1110111785號

附件：請自行至本署全球資訊網站擷取



主旨：公告修訂「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」，並自中華民國一百十一年九月一日起生效。

依據：衛生福利部111年7月21日衛部保字第1110127894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、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、台灣醫院協會、台灣安寧緩和醫學學會、台灣安寧緩和護理學會、台灣安寧照顧協會、本署各分區業務組、本署醫審及藥材組、本署企劃組、本署醫務管理組

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300186

111. 8. 2

副本

檔號：  
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  14  
臺北市南港區忠孝東路6段488號



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年8月1日  
發文字號：健保醫字第1110112071號  
附件：如主旨(請至本署全球資訊網即時公告擷取)

主旨：公告修訂「全民健康保險遠距醫療給付計畫」，如附件，自公告日起實施。

依據：衛生福利部111年7月25日衛部保字第1111260227號函。

公告事項：

一、本計畫修訂重點如下：

- (一)實施場域：新增居住於山地離島地區之居家醫療照護整合計畫收案對象。
- (二)會診科別：新增心臟內科、胃腸科、神經內科、胸腔科，另倘當地已有專科醫師執業，不重複提供相同科別之遠距會診服務。
- (三)增訂在地院所執行遠距醫療之診察費加成，或居家醫療醫師訪視費加成。

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300187

(四)放寬同一鄉鎮僅一家院所得執行計畫之限制。

(五)新增虛擬(行動)健保卡綁定及申報獎勵。

(六)另依衛生福利部核定事項，配合衛生福利部110年核定之

「偏遠地區遠距醫療建置計畫」，修訂下列項目：

1、施行地區：由109年以前衛生福利部核定之遠距醫療計畫，修訂為110年以前核定。

2、實施場域：新增衛生福利部核定計畫之急診醫療站。

二、有意願參與本計畫者，請於本公告公布次日起2個月內提出申請，受理申請截止日111年9月30日。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國公立醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國基層醫療協會、衛生福利部醫事司、衛生福利部社會保險司、衛生福利部護理及健康照護司、衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會、衛生福利部全民健康保險會、臺北市政府衛生局、新北市政府衛生局、桃園市政府衛生局、臺中市政府衛生局、臺南市政府衛生局、高雄市政府衛生局、基隆市衛生局、新竹市衛生局、嘉義市政府衛生局、新竹縣政府衛生局、苗栗縣政府衛生局、彰化縣衛生局、南投縣政府衛生局、雲林縣衛生局、嘉義縣衛生局、屏東縣政府衛生局、宜蘭縣政府衛生局、花蓮縣衛生局、臺東縣衛生局、澎湖縣政府衛生局、金門縣衛生局、連江縣衛生福利局、本署臺北業務組、本署北區業務組、本署中區業務組、本署南區業務組、本署高屏業務組、本署東區業務組、本署資訊組、本署企劃組

署長李伯璋

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111年8月1日  
發文字號：健保醫字第1110111892號  
附件：請自行至本署全球資訊網擷取

主旨：公告新增「111年度全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照  
護品質計畫」，並自111年8月1日起生效。

依據：衛生福利部111年7月22日衛部保字第1111260245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、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、本署各分區業務組、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300188

衛生福利部全民健康保險會  
第 5 屆 111 年第 8 次委員會議新增及補充資料目錄

會議時間：111 年 8 月 19 日

一、優先報告事項第二案

「衛生福利部交議112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案」(會議資料第33頁)

- (一)新增：健保署提供 109~112 年健保財務收支情形 ----- 1
- (二)補充：衛生福利部說明行政院對總額範圍核定情形及政策  
目標之投影片資料 ----- 3



## (會議資料第 33 頁)

## 優先報告事項第二案「衛生福利部交議 112 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案」

(一)新增：健保署依據行政院核定之112年度總額範圍，提供109~112年健保財務收支情形如下：

109至112年健保財務收支情形及模擬試算表

單位：億元

項目	109年	110年	111年	112年	
				總額成長率 採下限1.307%	總額成長率 採上限4.5%
				預估數	
醫療給付費用總額	7,526	7,836	8,096	8,201	8,460
總額成長率	5.237%	4.107%	3.320%	1.307%	4.5%
保險成本	6,954	7,274	7,528	7,624	7,880
保險成本成長率	5.91%	4.60%	3.50%	1.27%	4.67%
非保險給付占率	7.65%	7.22%	7.05%	7.08%	6.89%
保險收入	6,278	7,119	7,214	7,569	7,569
保險收入成長率	0.87%	13.39%	1.34%	4.92%	4.92%
一、保險費相關收入	6,104	6,948	7,050	7,407	7,407
(一)保險費收入	6,143	6,990	7,096	7,214	7,214
1、一般保險費	5,074	5,663	5,831	5,902	5,902
2、補充保險費	473	582	535	546	546
3、政府負擔不足法定 36%之差額	596	745	729	766	766
(二)其他收入	-38	-42	-46	193	193
二、安全準備相關收入	174	171	164	162	161
當年安全準備填補金額	850	326	479	217	473
保險收支餘絀	-676	-155	-314	-55	-311
保險收支累計餘絀	1,091	936	622	567	310
約當保險給付支出月數	1.88	1.55	0.99	0.89	0.47

製表日期：111.08.03

- 說明：1、資料來源：以全民健康保險會110年第7次委員會議(110.11.19)討論「全民健康保險111年度保險費率方案(草案)」資料之假設進行推估。
- 2、保險成本=保險給付(=醫療給付費用總額-保險對象應自行負擔之費用-代位求償獲償金額-菸捐挹注罕病等之醫療費用±調整帳)+其他保險成本。
- 3、保險收入=保險費相關收入(=保險費收入+其他收入)+安全準備相關收入。
- 4、其他收入包括：營運資金孳息、雜項業務收入、其他業務外收入、利息費用(減項)及呆帳提列(減項)。
- 5、安全準備相關收入，包含滯納金、運用收益、彩券盈餘及菸捐分配收入等項。
- 6、當年安全準備填補金額，係指運用安全準備填補當年保險費相關收入與保險成本間發生短絀之金額。
- 7、112年保險費率維持以5.17%推估。
- 8、依目前所擬之112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍草案，於一般服務扣除110年「未導入預算扣減」部分，基期淨值約為8,095.23億元。
- 9、111年7月起投保金額上限提高為219,500元；112年納入行政院主計總處為因應健保安全準備不足部分，撥補全民健康保險基金項下核增240億元；平均眷口數自112年起由0.58人調降為0.57人。
- 10、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

本會補充說明：

上述財務收支情形模擬試算表，與 111 年 6 月份委員會議資料中(第 249 頁)112 年健保財務收支情形概估之差異(如上圖標示處)，主要為：

1. 保險收入納入行政院主計總處為因應健保安全準備不足部分，撥補全民健康保險基金項下核增 240 億元。
2. 平均眷口數自 112 年起由 0.58 人調降為 0.57 人，減少約 20 億元。



(二)衛生福利部說明行政院對總額範圍核定情形及政策目標，由以下單位報告，依序如下：

主責單位	報告人	報告主題	頁數
社會保險司	林蕙卿科長	112 年度醫療給付費用總額範圍及政策目標交議案說明	第 4~10 頁
護理及健康 照護司	蔡淑鳳司長	建立住院整合照護服務計畫	第 11~16 頁
疾病管制署	詹珮君副組長	慢性傳染病照護品質計畫	第 17~22 頁
國民健康署	林莉茹組長	癌症治療品質改善計畫	第 23~28 頁
	吳建遠組長	推動國家慢性病整合防治計畫(代謝症候群防治計畫)	第 29~36 頁
心理健康司	姚依玲科長	強化精神照護體系	第 37~42 頁

# 1.社會保險司

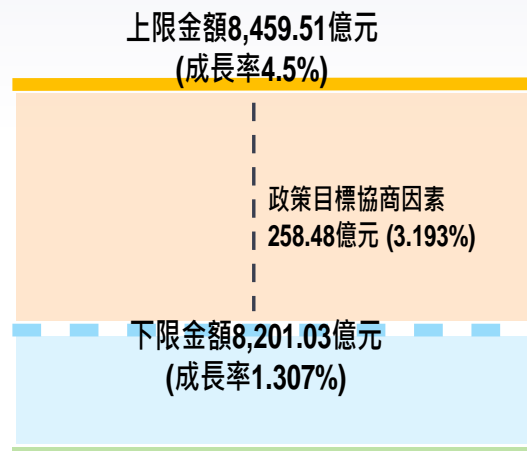
## 112年度總額範圍及 政策目標交議案說明

衛生福利部  
111年8月19日



### 行政院核定112年度健保總額範圍

- ▶ 行政院111年8月5日以院臺衛字第1110023619號函，核定112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍。



## 行政院核定之函示事項

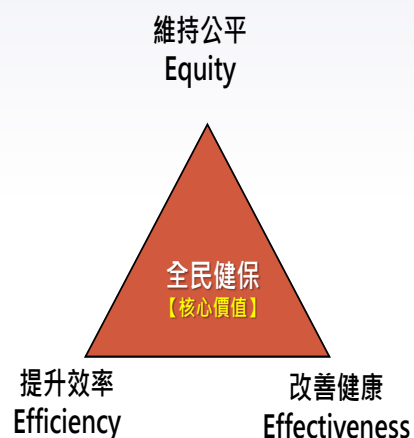
1. 依據健保財務推估，在維持現行一般保險費率5.17%之情況下，112年健保醫療給付費用總額在所報之低、高推估值範圍內，當年度保險安全準備金額均將低於1個月保險給付支出，至113年更將轉為負值，如仍維持現行收入結構、給付模式及支出規模，未來恐面臨調整費率及提高法定費率上限之壓力，請注意此一警訊並及早規劃因應。
2. 人口結構轉變及人口老化將帶動醫療需求增加，惟工作年齡人口占比下降及經濟情勢變動，恐影響保險收入之成長速度，請通盤檢討健保收支及財務相關制度，包括費基結構、給付範圍、支付制度及財務平衡機制等之合理性；另請持續關注嚴重特殊傳染性肺炎 (COVID-19) 疫情發展對醫療及經濟之影響，適時調整相關政策，以利健保制度革新及永續經營。
3. 「全民健康保險醫療給付總額中長期改革計畫(110年-114年)」為現階段強化醫療體系之重點政策，請積極促進公共衛生、醫療服務及照護服務等體系間之協調與整合，避免資源重複配置，並兼顧公平、效率與服務品質，發揮保障民眾健康權益之最大綜效；另請強化預防保健、健康促進及慢性病管理等措施，以有效減輕健保負擔。

3

## 112年度總額範圍擬訂



廣續健保總額之項目或計畫及「全民健康保險醫療給付費用總額中長期改革計畫(110年-114年)」




4

## 112年度總額政策目標(1/2)

- 一、整合公共衛生體系與健保資源，發展以人為本的照護模式，積極提升民眾健康【改善健康、提升效率與維持公平】
- 二、精進醫療照護相關體系，以民眾健康為導向，提升醫療品質與服務效率，及醫療資源合理分配【改善健康、提升效率與維持公平】
- 三、推動健保給付支付制度改革，減少無效醫療，提升給付與支付效率【改善健康、提升效率與維持公平】
- 四、增進醫療服務價值，提升服務量能，持續引進新藥物、新醫療技術及新服務模式，合理調整給付條件【改善健康、提升效率與維持公平】
- 五、保障保險對象之醫療權益，合理反映偏遠地區及特殊族群之照護需求，均衡醫療資源之分布【改善健康與維持公平】

## 112年度總額政策目標(2/2)

-  請於協商各部門總額相關計畫，將**相關 KPI**，包括：**計畫期程、成效評估標準、執行後應如何回饋付費者和醫界納入協議**，將可能產生疑義的地方預先處理，以減少協商後須再協商；同時亦訂定評估標準，以利後續評估擴大辦理(或持續辦理)或減少預算(或退場)。



## 112年度重點政策<sup>(1/6)</sup>



### 重整醫療體系架構：因應疫情後之醫療環境變遷<sup>1/2</sup>

試辦計畫	期程	預期效益
建置智慧醫療區域聯防機制	<ul style="list-style-type: none"> <li>已於111年起導入健保「全民健康保險遠距醫療給付計畫」給付</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>強化緊急後送及轉診機制之區域聯防機制，提升整體偏遠及醫療資源不足地區民眾緊急醫療之可近性降低跨區轉診人次及緩解偏遠及醫療資源不足地區專科醫師人力不足問題，提升急、重症（急診、腦中風、冠心病、緊急外傷）照護品質。</li> </ul>
推動社區化之急性後期照護模式	<ul style="list-style-type: none"> <li>112年及113年公務預算法定額度辦理</li> <li>預計113-114年逐步導入健保給付</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>建立急性後期照護（復健）體制，減少病人短期內再住院，或後續嚴重失能而入住長照機構，降低急性病床的低利用率占床，甚或是不當耗用，促進病床資源運用效能。</li> </ul>
發展以人為中心善終照護模式	<ul style="list-style-type: none"> <li>112年及113年公務預算法定額度辦理</li> <li>預計114年逐步導入健保給付</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>建立以人為中心善終照護模式：建構全國醫事與相關人員推動生命末期醫療照護之能力，落實在地老化，使民眾擁有在地性、及時性與可近性之生命末期醫療照護服務。</li> </ul>

7

## 112年度重點政策<sup>(2/6)</sup>



### 重整醫療體系架構：因應疫情後之醫療環境變遷<sup>2/2</sup>

試辦計畫	期程	預期效益
周產期照護網絡	<ul style="list-style-type: none"> <li>預計112-114年逐步導入健保</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>藉由合宜的給付規範，提升高危險妊娠轉診機制（產前轉診）與新生兒外接醫療照護品質，強化周產期照護區域網絡的功能。</li> </ul>
幼兒專責醫師制度	<ul style="list-style-type: none"> <li>預計112-114年逐步導入健保</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>以「家庭責任醫師制度」為基礎，依幼兒健康照護需求，利用個案管理及品質指標的監測，提升連續性照護品質，降低可預防的罹病或死亡。</li> </ul>

8

# 112年度重點政策(3/6)



## 建立住院整合照護計畫

- ◆ 因應後疫情時代，強化醫院感控及安全管理，永續醫療體系照護人力，提升住院照護品質及健保給付效益與支付效率。

### 【請連署支持】住院看護納健保

敬邀各團體或個人連署！

#### 【前言說明】

- ◆106年2月8日投書媒體呼籲政府解決「住院看護著述不見且缺乏管理良莠不齊、家人負擔沉重且恐影響工作問題」，建議將醫院看護納入健保制度管理。其間並承接衛生福利部106年度「醫院推動住院病人友善照護模式輔導計畫」，深入研究醫療院所推動本案之可行性。
- ◆109年3月16日家總於行政院長推小組正式提案，也獲得多位委員支持，同年八月與台灣失智症協會、老人福利推動聯盟、台北市產業總工會及婦女新知基金會等民間共同召開記者會倡議。
- ◆肯定衛福部回應民眾需求，於110年10月正式於健保會提案健保中長期改革計畫，擬納入「住院看護」，然此提案僅以三億元通過試辦，非全面性推動，故六團體再度發起行動，並呼籲民眾連署支持，要求衛福部111年通過此案，於112年「全面推動住院看護納健保」。
- ◆國人每年住院看護支出達787億元，衛福部110年9月提出「建立住院整合照護計畫」，預計民眾每日增加保費1.87元(每月56元/每年683元)，未來每床每天可獲補助看護費750點，其餘差額自行負擔。

共同發起團體：中華民國家庭照顧者關懷總會、台北市產業總工會、婦女新知基金會、老人福利推動聯盟、台灣失智症協會、中華民國身心障礙聯盟

### 住院看護納健保 81%民眾願多付保費

【記者邱宜君／台北報導】國人住院時，76%都由家人陪病照顧，以輪流照顧居多，只有不到四分之一請得起平均月薪2200元以上的住院看護。最新一份調查顯示，疫情期間住院看護難度上升逾三成，照顧責任更集中單一家庭，八成照顧者工作大受影響，逾九成民眾希望住院看護納入健保，81%願為此多付保費。

家庭照顧者關懷總會秘書長陳肇舉指出，疫情前五成受訪者已覺得看護難找，疫情後增加到68%。疫情後陪病人數有限，單一家庭陪病比率從43%上升到56%，61.7%得請假、26.7%減少工時或換工、4.6%離職、3.5%留職停薪，才能照顧家人。

若要請看護，以主計處2021年公布的平均薪資55000元換算，國人平均月薪才25000元，每天平均221元的住院看護費，讓需要顧老又顧小的「三明治世代」壓力沉重。老人福利推動聯盟主任蔡文玲表示，隨著老年人口快速成長，雙薪家庭照顧人力不足，加劇老照顧或調居長者無人顧的狀況。

衛福部照護司去年九月曾提出「住院整合照護計畫」，預計用三年逐步編足158.7億元預算，可涵蓋所有醫院，將住院看護全面納入健保。計畫規定醫院需提供一對多的日夜班專業看護，由健保出750元，使用者每天僅需自行負擔約900元。

中正大學社會福利所教授鄭清霞表示，國人每年住院約353.3萬件，平均住院29天，以均開每天約2400元看護費推算，每年住院看護支出高達787億元。若健保能以「社會保險」的精神，由全民共同分擔風險，雇主跟勞工都更有保障。

「改革不能再等！」家總理事長、中山醫學大學醫學系副教授郭慈安表示，近來疫情專責病房給照服員的每日補助高達5000元，必對未來看護領域造成影響。建議衛福部今年積極溝通並通過「住院整合照護計畫」，及早協助醫院全面布建。

# 112年度重點政策(4/6)



## 慢性傳染病照護品質計畫



- ◆ 提升結核及愛滋疾病照護品質，早期發現及治療，降低健保醫療支出。



## 癌症治療品質改善計畫



- ◆ 善用與強化健保署現有轉介機制，期透過與健保制度共同合作，提升醫療院所及衛生局所追蹤管理，精進診斷品質降低罹癌發生及死亡。



## 112年度重點政策(5/6)



### 代謝症候群防治計畫

- ◆ 以收案進行疾病初期照護、提升病人識能。
- ◆ 強化醫師對慢性病危險因子之評估與防治能力，指導病人了解自身罹病風險及落實健康行為。
- ◆ 推動以價值為基礎之疾病初期(代謝症候群)個案健康管理模式。



## 112年度重點政策(6/6)



### 強化精神照護體系


- ◆ 穩定精神病人就醫，發展精神病之早期治療與服務模式。
- ◆ 運用長效針劑提高病情穩定度，以及對於高風險個案之關懷，強化醫療院所對於精神病人個案管理功能。
- ◆ 建構連續性精神照護模式。



接下來請各司署說明



## 2. 護理及健康照護司

 衛生福利部  
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

# 建立住院整合照護服務計畫

( 健保會第5屆111年第8次委員會議 )

主責單位：護理及健康照護司  
協辦單位：中央健康保險署、社會保險司、醫事司  
日期：111年8月19日

 衛生福利部  
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

## 住院照護沒有局外人

根據108年健保給付資料分析，  
國人全年住院件數達**353萬**3,000件，平均每件住院天數為**9.29日**  
，以一天看護費2,400計算，照顧需求達**787億**

 全年住院件數 3,533,000	X	 平均住院天數 9.29	X	 平均坊間 每日照顧費用 2,400
--	---	---	---	--

疫情影響，  
每日看護費用一般  
2,500-2,800元

家人請假照顧/ 無證照看護工  
家庭聘僱外籍移工/ 醫院人力吃緊

備註：109年及110年受疫情影響，住院件數約344-350萬



### 6民間團體連署籲健保會通過 (三年)

#### 「建立住院整合照護計畫」(111.6.14) :

至111.8.11止，計**116個團體/單位**、**2,560位民眾**支持連署

- 中華民國家庭照顧者關懷總會
- 身心障礙聯盟
- 台北市產業總工會
- 老人福利推動聯盟
- 婦女新知基金會
- 台灣失智症協會

### 國人住院陪病經驗調查 (111.5.14~5.20)

針對18歲以上網路人口分層隨機抽樣，回收1,782份有效樣本

#### (一)國人面對家人住院的照顧現況：

- 約3/4採「家人顧(76.4%)」、約1/4「聘看護(23.6%)」
- 疫情爆發後，受訪者覺得看護難找的比例增加3成 (49.6%→65.7%)

#### (二)住院照顧對個人工作與生活的衝擊：

- 近2/3在家人住院期間，有全職工作或兼職工作(65.2%)
- 59歲以下近9成有工作
- 其中79.9%表示「住院照顧影響到工作」
- 有85.6%表示「對如何照顧好病人感到困難或焦慮」
- 39.1%表示「家人曾因照顧分工、費用分擔而傷了和氣」

#### (三)民眾對住院看護納健保政策的看法：

- 47.2%認同「住院陪病是一種孝順的表現，不應該假手他人」，
- 85.6%認同「住院看護應由專業人員負責」
- **89.8%認同「由醫院負責訓練、排班及管理的住院看護，更有品質」**
- 91.4%認同「住院看護納健保後，較不用擔心時間拖長的衝擊」
- **81%願意增加保費推動「住院看護納健保」**

資料來源：中華民國家庭照顧者關懷總會、中華民國老人福利推動聯盟網站

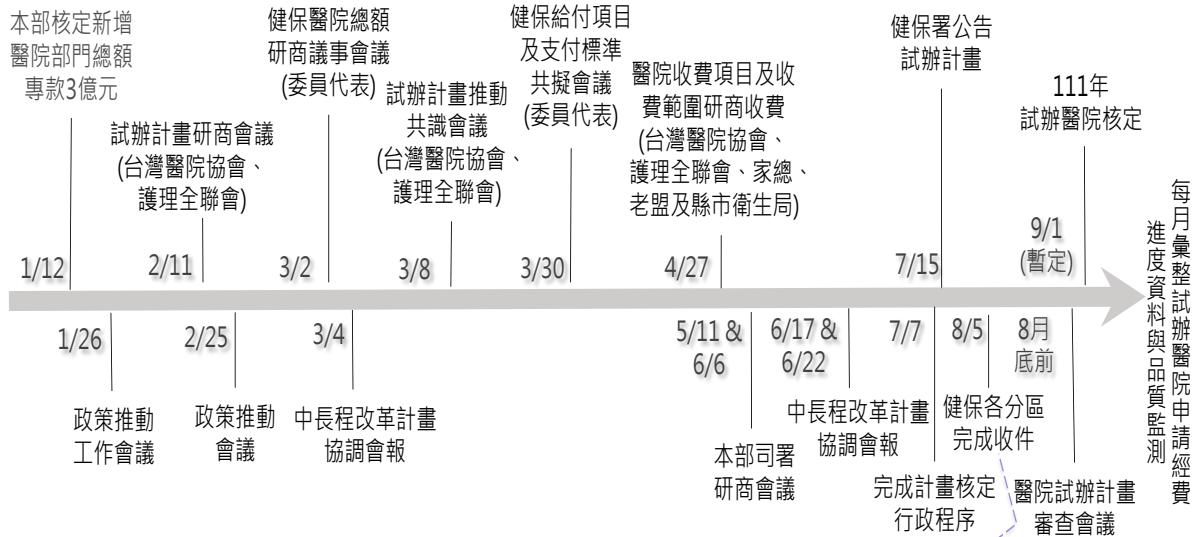


- 為本部「全民健康保險醫療給付總額中長期改革計畫」(110年-114年)：111年新增醫院醫療給付費用總額專款項目試辦推動，全年度經費為**3億元**
- 配合健保法程序辦理：111年3月2日醫院總額研商議事會議及3月30日給付項目及支付標準共同擬訂會議提案通過
- 完成醫護團體共識：多次會議研商支付制度模式(醫院申報「住院整合照護管理費」，每人日支付750點)及完善試辦計畫(含醫院收費項目及參考範圍、知情同意書、經費額度管控方式及監測指標等)



## 全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫-2

### 111年執行過程與進度



#### 51家醫院申請

- 依層級：醫中6家(12%)、區域21家(41%)、地區24家(47%)
- 依區域：台北區11家、中區13家、南區12家、高屏區12家、東區3家

5



## 全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫-3

### 1 徵求不同層級醫院

#### 遴選試辦

- 徵求不同層級醫院推動
- 醫院評估全院病床運用情形，提出因院制宜之試辦規模及管理機制計畫
- 採計畫審查遴選，擇優核定 (3億元額度內)

### 2 提供家屬選擇權

#### 可不參與條件

- 家屬自行照顧
- 家中原聘請之外籍看護工連續照顧
- 自我照顧獨立之病患 (日常生活活動ADL滿分者)
- 病患特殊狀況，需要1對1照顧服務

非健保給付範圍

### 3 健保支付醫院收費

#### 費用支付

- 新增健保住院整合照護管理費：750點/每人日，總金額依本部核定該院計畫經費為上限
  - 醫院收取住院整合照護輔佐服務費：0-1,050元
- 註：醫院得考量各項成本、病房照護特性及需求，參考試辦計畫提供之收費項目及範圍，訂定不同收費，經核定後收取

### 4 品質監控機制

#### 指標監測

- 訂定品質監控指標 (含結構、過程及結果指標，計4項)
- 每季填報：含健保資料庫統計(服務涵蓋率、病床使用率及平均住院天數)及醫院填報家屬及照護人員滿意度

6



- 推動**醫院照護輔佐人力制度**：  
含培訓、認證及工作內容等，其功能定位，以醫院實施Skill-Mixed Model，於護理人員指導下輔助提供住院技術性照護工作（非單純生活照顧）為規劃，與現行醫院看護服務有所區隔，建立以人為中心之分級分工組合人力照護模式
- 訂定**醫院照護輔佐人力相關管理規則**：  
含人員資格、跨院服務管理，透過資訊系統完善人員登錄與管理
- **醫院爭議案件樣態QA**

7



- **112年擴大試辦計畫推動，協商預算60億元**：  
期程為12個月，  
估算方式：**以急性一般病床開放數7成占床率之40%推動**  
【76,750開放床x 70%占床率x 40% x 750點x 365日推動，約58.8億元】，  
考量112年醫院病床開放數或占床率可能微幅上升，故以60億元估算
- **111年試辦醫院，提供112年持續試辦**之機會/經費（與台灣醫院協會共識）

8



本部健保署111年8月9日召開「預擬112年醫院總額協商因素與專款項目計畫」會議

• 各計畫與醫院協會溝通之共識與決議事項應有執行進度：

□ 已完成：支付制度模式、提供醫院收費項目及參考範圍及知情同意書

• 需民眾自付費用，其公平與正義：

□ 本方案提供家屬選擇權，訂有不參與條件

□ 現行看護費約2,500元/日，計畫推動後降為0-1,050元，經濟負擔至少降低6成(58%)

□ 有經濟困難，可由醫院社服基金補助(現行模式)

□ 各縣市政府針對經濟弱勢市民提供住院醫療看護費補助：每人每日最高900~1,800元，每年以15~18萬元為限，本計畫可提升(延長)補助經費運用



住院整合照護計畫推動規劃

階段目標	建立模式		擴大試辦		全面推動
年度	110年	111年	112年	113年	114年
經費	-	3億元	60億元	80億元	158億元
來源	全民健康保險醫院醫療給付費用總額：專款				醫院醫療給付費用總額
策略	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 規劃Skill-Mixed模式</li> <li>• 研商健保給付及民眾分擔機制</li> <li>• 意見溝通與徵詢</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 徵求不同層級醫院試辦</li> <li>• 完成服務品質指標監測機制</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 擴大醫院家數及床數試辦</li> <li>• 發展醫院照護輔佐人力制度與法制化評估</li> <li>• 推動產學合作與職能運用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 健保全面推動</li> <li>• 納入醫院總額一般服務給付支付制度</li> </ul>	



**報告完畢**  
**請委員予以支持112年擴大試辦計畫推動**

### 3.疾病管制署

## 慢性傳染病照護品質計畫

-結核病(TB)/潛伏結核感染(LTBI)/愛滋病毒感染(HIV)治療照護

主責單位：疾病管制署  
協辦單位：中央健康保險署  
111年8月19日



### 防疫成效良好，但須更精進

- 近年愛滋及結核病之感染人數雖獲良好控制，但為使感染人數持續下降，有效節省醫療費用，須更積極導入新策略

### 醫療資源利用更具成本效益

- 追蹤資料顯示，參與結核病品質支付服務的個案治療成果較佳，於有限的醫療資源下獲得較佳治療效益

### 增能病人及照護機構

- 建立以病人為中心之管理照護，穩定治療照護品質，同時強化個案和機構的自我照護



## 為了更好的慢性傳染病照護品質

增加給付個案管理照護費用

聘僱專職個案管理師



- 個案管理師制度陪伴大家一起經歷氣喘、COPD、糖尿病等慢性病
- 慢性傳染病(結核病、潛伏結核感染及愛滋病毒感染)的治療及追蹤管理，在最需要幫助的時候陪伴您
- 個案管理照護制度可以病人為中心照護，整合醫療與公衛，使病人獲得更佳的治療品質，降低疾病衍生之負擔，並達健保醫療資源能更有效運用

## 結核菌



- 依據WHO統計，結核病在全球是造成死亡的重要傳染病。
- 在臺灣每年仍有逾七千例確診案例，且超過六成為65歲以上高齡族群。每年有逾四百例死亡案例，超過八成為高齡族群。對於正邁向超高齡社會的臺灣是重要隱憂。
- 最近報導指出，有COVID-19確診者痊癒後仍持續咳嗽，以為是「長新冠」，經醫師診療才發現為肺結核。

結核分枝桿菌  
*M. tuberculosis*

! 結核菌潛伏感染可提早治療

☑ 生存力：強

抗生素對其的作用非常緩慢，治療需長期使用特定藥物。

⌚ 潛伏期：長

潛伏期長達一生，不知何時會發病。



**人人都可能是接觸者**

如果你的親密夥伴有發病現象，那你很有可能被感染。  
如果有接到來自疾管署的通知，請務必去接受檢查！

**趁早治療，有益無害**

不治療的話，或許會在你最不想得病的時候發作。  
到時還得承受副作用，不如趁潛伏期時就治療！

**治療後不易再次發病**

肺結核一旦成功治癒，再次發病的機率非常低！  
因此在潛伏期時治療，絕對是最佳的選擇！

疾管署動畫/  
潛伏的暗殺者

“關於肺結核，你一定要知道……！”

衛生福利部  
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

**賦權與增能長照機構**

- 免疫力較低
- 多合併慢性疾病
- 累積暴露時間長

**長照機構內結核病發生率為全國平均的14倍**

- 工作人員之照顧風險與擔憂
- 衍生更多的醫療支出
- 往返院所回診
- 增加家屬或機構負擔
- 忍受服藥副作用

發病後恐傳染給身邊的室友、工作人員或家屬。

發病後醫療費用均由健保支付，且需長期治療。



### 潛伏結核感染檢驗

抽血檢測結核感染



### 潛伏結核感染治療

提供結核感染者藥物治療



### 潛伏結核感染衛教諮詢

說明結核病與結核感染衛教知識



### 結核菌快速分子檢測

疑似結核病者，驗痰快速檢驗結核病



### 駐診提供治療

醫事人員直接至長照機構看診治療與處理副作用



醫療機構

提供醫療服務



機構住民

促進長者健康照護



避免結核病傳染給室友、工作人員、家屬



減少後續結核病治療之醫療費用支出



機構工作人員

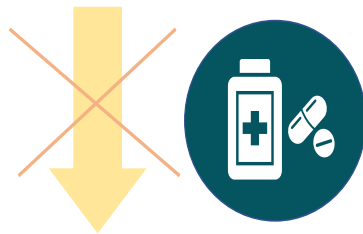


## Human Immunodeficiency Virus

「人類免疫缺乏病毒」，俗稱「愛滋病毒」是一種會破壞人類免疫系統的病毒。

# HIV

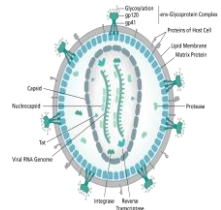
透過帶有愛滋病毒的血液或體液(精液、陰道分泌物或母乳)，接觸黏膜或傷口而傳染。



# AIDS

## Acquired Immunodeficiency Syndrome

感染愛滋病毒後，若未服藥有效控制體內病毒，可能導致身體免疫力降低，而發生伺機性感染或腫瘤，稱為「後天免疫缺乏症候群」，俗稱「愛滋病」。





病毒量測不到  
Undetectable



不具傳染力  
Untransmittable

目前醫學研究證實，感染者穩定服藥血液中達測不到病毒(病毒量Viral Load小於200 copies/mL)，能維持健康，如一般人正常工作及生活。

及早診斷



穩定持續服藥



維持病毒量受控制



- ☑ 免疫功能保持正常運作，避免發病或伺機性感染等共病。
- ☑ 有效避免抗藥性產生，降低使用更昂貴二線藥物的醫療支出。



## 提升疾病照護品質，降低健保醫療支出

- 建立以病人為中心之個案管理照護機制
- 促進公衛醫療協力，提升照護成本效益
- 給予醫療院所執行誘因，以提升疾病治療與控制成效，穩健醫療照護管理品質

每年健保支出約2億元(醫院總額約1.8億元、基層總額約0.2億元，得相互流用)



結核病及潛伏結核感染  
治療品質支付服務計畫

- 運用既有之結核病品質支付服務架構增設潛伏結核感染(LTBI)治療管理照護服務。
- 避免潛伏結核感染者進展成為結核病，減少結核病健保醫療費用支出。



愛滋照護管理品質  
支付計畫

- 整合愛滋感染之疾病治療與管理，以及病人自我照護模式，提升個案管理照護品質。
- 減少後續共病、衍生抗藥性之二線藥治療或發病等健保醫療負擔。



長照機構加強型  
結核病防治計畫

- 針對長照機構住民及工作人員進行LTBI檢驗及治療，並導入結核菌快速分子檢測及早診斷介入。
- 降低長照機構結核病感染與傳播風險，減少後續結核病治療照護之醫療照護費用支出。



關鍵績效指標(KPI)



- 提升潛伏結核感染者完成治療比率達85%



- 感染者有服藥比率達95%
- 服藥之感染者病毒量檢測不到之比率達96%



- 潛伏結核感染陽性者加入治療率達70%
- 完成治療率達70%



👑 慢性傳染病照護就像長新冠，與你我息息相關

👑 醫療資源利用更具成本效益

👑 增能病人及照護機構

👑 有錢才有更有效率的照護品質和生產力

👑 請支持納入112年健保「醫院/西醫基層總額」

TB  
+  
HIV



#### 4. 國民健康署--(1)癌症治療品質改善計畫

## 全民健康保險醫療給付總額中長期改革計畫 「癌症治療品質改善計畫」

衛生福利部國民健康署

111年8月19日

### 【衛生福利部健保總額中長期改革計畫推動協調會報】 部長提示 / 裁示事項

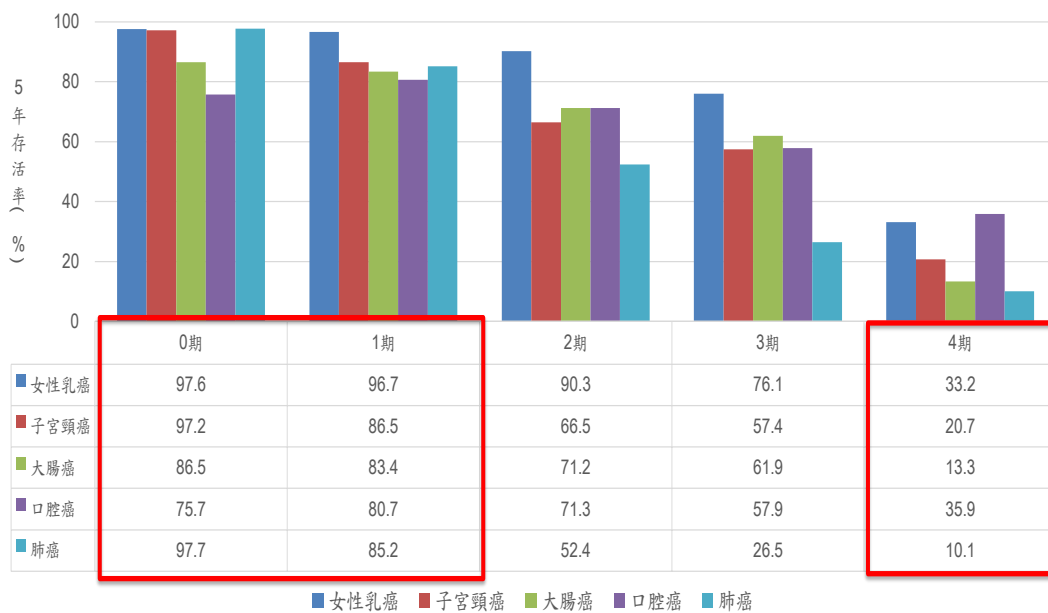
- ◆ **112年度總額政策目標**：整合公共衛生體系與健保資源，發展以人為本的照護模式，積極提升民眾健康【改善健康、提升效率與維持公平】。
- ◆ 可以思考從健保建立一套制度，讓醫院來追陽，然後由醫院主動向國健署申請這些篩檢（透過努力篩檢來追陽有成）。
- ◆ 請健保署依歷次會議指示事項，**思考從健保建立制度**，將子宮頸癌一併納入規劃；**可提高陽性追蹤支付誘因**，鼓勵醫院對篩檢陽性之追蹤與治療；並思考結合現行醫院部門專款項目(乳癌)及目前推動四癌篩檢服務(子宮頸癌、乳癌、大腸癌、口腔癌)，以論質計酬模式，**研擬「癌症治療醫療給付改善方案」**。

# 我國目前已提供具實證之五項癌症篩檢項目

■ 研究顯示：定期做癌症篩檢可降低死亡率

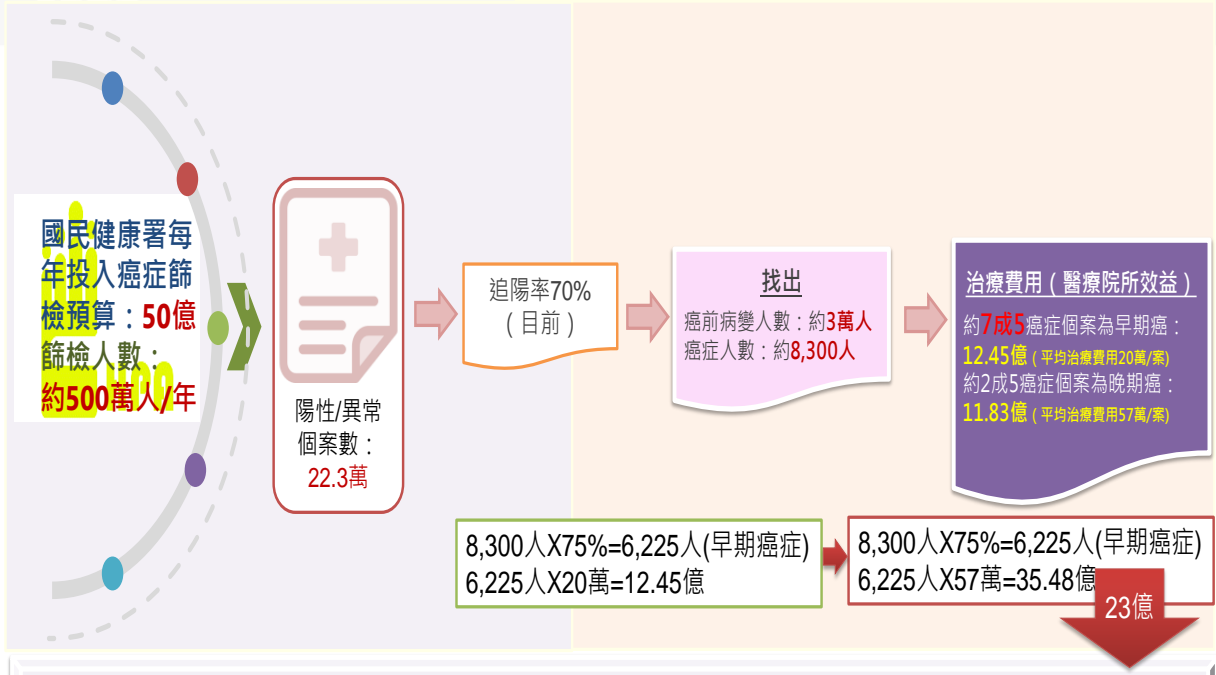


# 104-108年新診斷個案各期別之5年存活率



註1. 資料來源：衛生福利部國民健康署台灣癌症登記資料。  
 2. 期別存活率僅分析癌症登記長表資料。  
 3. 五年觀察存活率定義：被診斷出癌症的患者中，存活超過五年之比例(此表以原位癌與侵襲癌合計)。  
 4. 口腔癌第0期五年存活率低於第1期乃因第0期個案數偏少，造成存活率數據變動性較高。

# 我國癌症篩檢現行概況



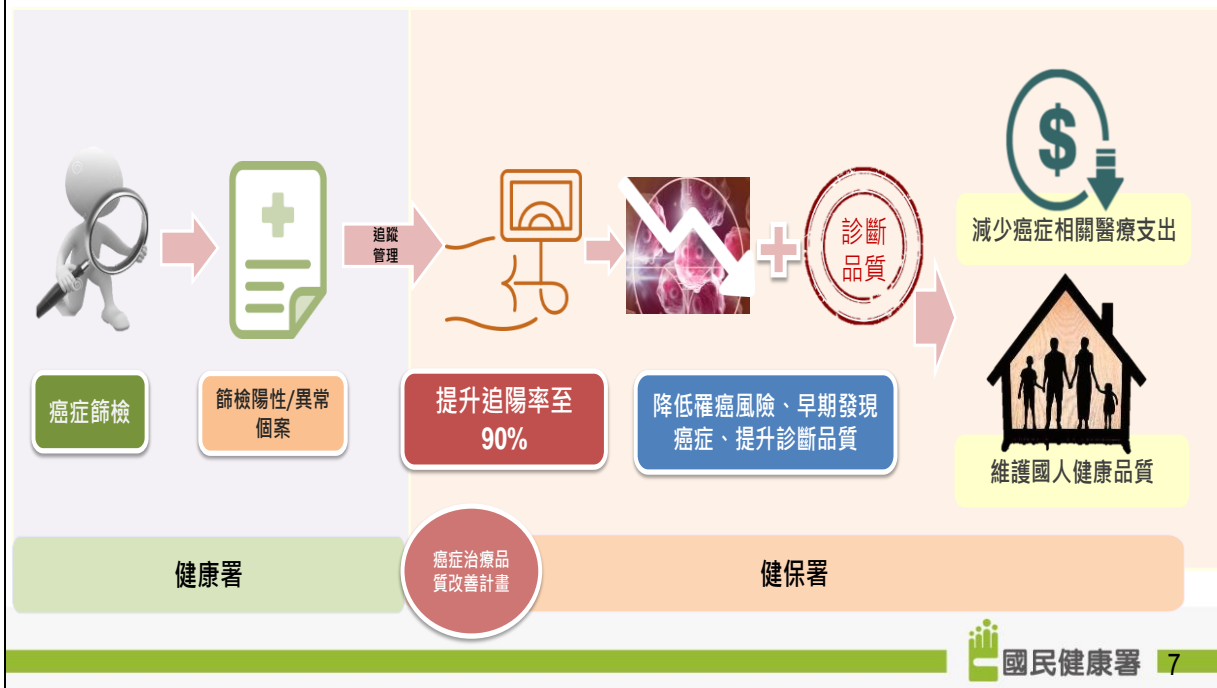
若追陽率越高，可發現癌症個案數越多。及早發現癌前病變及早期癌，及早治療，降低癌症與晚期癌發生。

# 預期效益-增加發現早期及癌症個案



## 「癌症治療品質改善計畫」規劃概念

- 善用健保署現有轉介機制或國健署癌整系統，期透過與健保制度共同合作「**癌症治療品質改善計畫**」，提升醫療院所主動進行追蹤管理，精進診斷品質，降低罹癌發生及死亡。

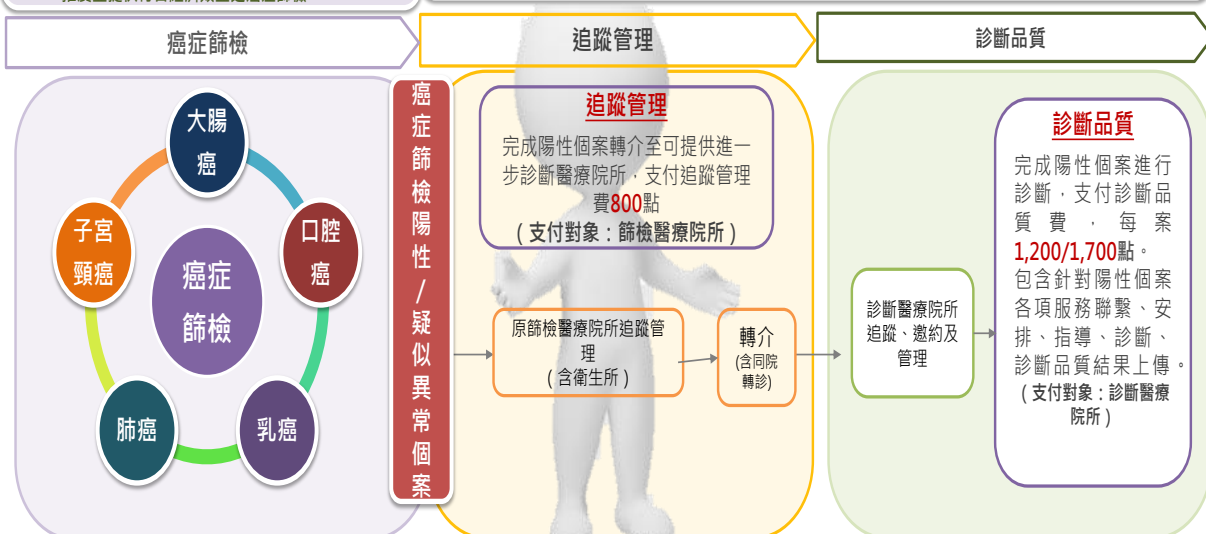


## 計畫規劃方案

第一段：健康促進、特殊保護  
所有國人之權益 - 公務預算 ( 菸金 )

- ✓ 促進國民健康、普及預防保健服務
- ✓ 推廣並提供符合經濟效益之癌症篩檢

第二段：早期診斷、適當治療  
特定個案：疾病診斷與治療 - 健保



以人為本 - 篩檢異常個案為中心之主動追陽管理模式



# 癌症治療品質改善計畫-追蹤管理及診斷品質說明

癌別	追蹤管理費 (支付對象：篩檢醫療院所)		診斷品質費 (支付對象：診斷醫療院所)	
	點數	指標	點數	指標
大腸癌	800	✓ 陽性個案健康指導、疾病管理進程說明 追蹤轉介至診斷醫療院所完成大腸鏡檢查	1,700	1. 直接收轉介陽性個案起之各項醫事服務聯繫與安排，包含指導、疾病管理進程說明、病患知悉同意、門診掛號及大腸鏡檢等。 2. 檢查結果報告上傳。
口腔癌	800	✓ 異常個案健康指導、疾病管理進程說明 追蹤轉介至診斷醫療院所完成切片檢查	1,700	1. 直接收轉介異常個案起之各項醫事服務聯繫與安排，包含指導、門診掛號及切片等。 2. 檢查結果報告上傳。
子宮頸癌	800	✓ 異常個案健康指導、疾病管理進程說明 追蹤轉介至診斷醫療院所完成切片檢查	1,200	1. 直接收轉介異常個案起之各項醫事服務聯繫與安排，包含指導、疾病管理進程說明、病患知悉同意、門診掛號及切片檢查等安排如切片結果為子宮頸癌，完成手術。 2. 檢查結果報告上傳。
乳癌	800	✓ 異常個案健康指導、疾病管理進程說明 追蹤轉介至診斷醫療院所完成複診或切片檢查	1,700	1. 直接收轉介異常個案起之各項醫事服務聯繫與安排，包含指導、疾病管理進程說明、病患知悉同意、門診掛號及複診(含超音波或放大攝影檢查)，非乳癌結案並將檢查結果報告上傳。 2. 如為(4)、(5)，完成切片檢查，檢查結果如為乳癌，完成手術，並將檢查結果報告上傳。
肺癌	800	✓ 疑似異常個案健康指導、疾病管理進程說明、完成第1次追蹤，並上傳追蹤結果報告 ✓ 或疑似異常個案健康指導、疾病管理進程說明、追蹤轉介至診斷醫療院所完成切片檢查	1,700	1. 直接收轉介異常個案起之各項醫事服務聯繫與安排，包含指導、疾病管理進程說明、病患知悉同意、門診掛號及切片檢查等安排 2. 檢查結果報告上傳。

## 「診斷品質費」支付說明



篩檢陽性/異常個案



接收轉介陽性個案起之各項醫事服務聯繫與安排含指導、疾病管理進程說明、病患知悉同意



診斷檢查與治療



檢查結果報告上傳  
品質監測



相關數據分析資料  
回饋醫療院所





## 各總額預算建議



## 健康好幫手! --守護國民 促進健康!



促進健康 **Promotion.**  
 預防疾病 **Prevention.**  
 安全防護 **Protection.**  
 共同參與 **Participation!**  
 夥伴關係 **Partnership**

衛生福利部國民健康署  
 Health Promotion Administration,  
 Ministry of Health and Welfare



#### 4. 國民健康署--(2)推動國家慢性病整合防治計畫(代謝症候群防治計畫)

## 「全民健康保險代謝症候群防治計畫」 112年計畫說明

衛生福利部國民健康署

111年8月19日

### 衛生福利部與專家建議

#### ■ 部長裁示要點：

- 計畫重點為運用健保為工具，提升全民健康水準。
- 健保署負責財務的處理，各司署負責計畫內容的規劃。
- 本計畫目的在於疾病初期病人之疾病危險因子介入，**避免因疾病進展而耗用醫療資源。**
- 111年計畫已於111年6月20日公告施行，7月1日啟動收案管理。

# 全民健康保險—代謝症候群管理計畫之執行

健保署111年6月20公告

## 目標

以健保預算並結合公務，早期管理代謝症候群，以阻斷三高慢性病發生。

## 策略

代謝症候群個案收  
案管理



醫師指導  
疾病管理方法



病人減少危險因子，改  
善預後



風險防治介入早  
健保長照用得少



誘因：給付疾病管理指導費

## 預算成效

111年

- 核定預算：西醫基層，健保專款計畫3.08億元預算。
- 執行目標數：收案管理10萬人。



## 4月21日健保會委員意見

項目	委員意見	說明	修訂方向
執行目標	應增加照護人數，並檢討支付單價	111年計畫試行約6個月，目標數10萬人，考量112年以全年度執行，希望提高目標數達25萬人	提高每一診所照護人數以150人為限，目標數預估25萬人 (收案人數將依核定總額預算審慎規劃)
預期效益評估指標	請提出反映效益之量化指標，如減少慢性病、降低就醫次數、減少健保支出等，並提供指標定義。	1. 以血糖異常個案為例，不介入約5-10%發展為糖尿病，若有介入管理約58%可改善血糖異常 <sup>[註]</sup> 2. 有關計畫推動之長期效益，將持續監測並滾動式修正計畫內容。	將辦理品質監測計畫，持續監測長期執行成果，並滾動式修正計畫內容 (經費由國民健康署預算支應)
費用支付方式	宜降低評估及檢驗檢查費、提高成效獎勵誘因，避免醫療化。	本案除新收案評估費用包含部分檢驗檢查費外，其餘檢驗項目、追蹤管理及年度評估之檢驗費用以一般服務費支應	將共識以個案3個月內檢驗數值，納入新收案評估參考

註：Tabák A.G., Herder C., Rathmann W., Brunner E.J., Kivimäki M. Prediabetes: a high-risk state for diabetes development. Lancet. 2012 Jun 16;379(9833):2279-90. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60283-9. Epub 2012 Jun 9. PMID: 22683128; PMCID: PMC3891203.



## 4月21日健保會委員意見(續)

項目	委員意見	說明	修訂方向
個案獎勵及診所獎勵	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 個案進步獎勵，宜有客觀標準</li> <li>2. 診所獎勵，宜提高獎勵誘因及鑑別度</li> <li>3. 對於個案之健康改善，宜有長期追蹤成效之機制，以確認計畫持續效果</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 個案進步獎勵已規範於年度評估達成目標者，每一個案獎勵500點</li> <li>2. 診所收案30名以上且當年度檢驗檢查上傳率≥50%者，依品質指標得分排序分級提供獎勵費</li> <li>3. 有關計畫推動之長期效益，將持續監測評估並滾動式修正計畫內容</li> </ol>	將持續監測長期執行成果，並滾動式修正計畫內容
成效評估與追蹤	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 建議提出計畫之成本效益分析</li> <li>2. 應將使用藥物等影響因素納入成效評估考量</li> </ol>	將持續監測計畫執行之成本效益，並於評估時納入藥物使用等因素	納入品質監測項目，並持續辦理，並列入滾動式檢討及修正
費用管控措施及其他建議	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 應避免重複收案，浪費醫療資源</li> <li>2. 強化跨專業協力合作，並結合社區資源提供照護</li> <li>3. 個案應被充分告知及掌握個人健康訊息，以利自我管理</li> <li>4. 給予個案成效回饋，肯定其努力</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 於規範同一個案不得重複給付追蹤管理費用，並設有費用核扣機制</li> <li>2. 已強化行政端協力，結合縣市衛生局協助，連結轄下社區資源予診所應用</li> <li>3. 規劃試辦病人端之健康行為智慧化工具(如健康存摺)輔助模式，提供病人落實健康行為的誘因，進而達到較佳疾病管理效益。</li> </ol>	規劃「以智慧化工具提升代謝症候群個案自我健康管理服務研究」，提升病人自我健康行建立。(經費由國民健康署預算支應)

## 111年計畫推動之整備事項

### 整備衛教素材

依計畫個案管理流程(收案、追蹤、年度評估)，**研製本計畫照護流程及指導手冊**，俟計畫實行時提供臨床參考。



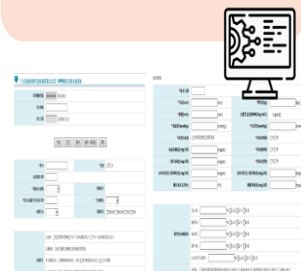
### 發展教育課程

以代謝症候群管理實務需求為核心，**開發線上訓練課程**，以供臨床人員精進照護管理能力。



### 建置資訊系統

與健保署合作，依計畫個案管理所需，**建置VPN個案登錄資料系統**，便利診所端運用。



# 111年初步推動成果

參與診所數

935家



參與醫師數

1,578位



收案人數

4,210人

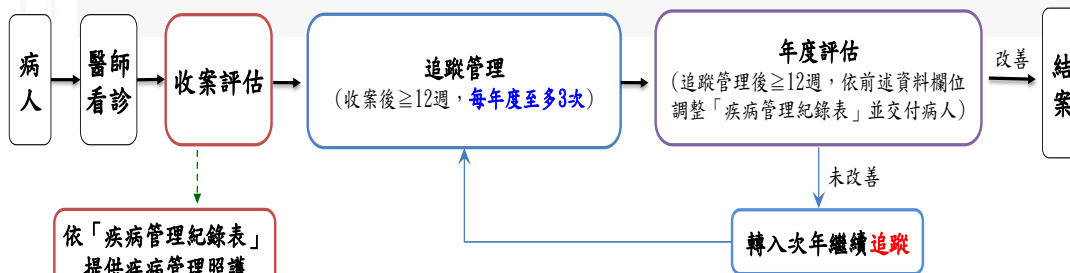


備註：資料統計期間至111.7.31(健保署醫療資訊系統)



7

## 112年代謝症候群防治計畫執行流程(同111年試辦計畫)



代謝症候群疾病管理紀錄表	
病人姓名	醫師姓名
基本資料	
1. 姓名	性別
2. 年齡	身高
3. 性別	體重
4. 職業	教育程度
5. 婚姻	是否吸菸
6. 是否中/重度酒後駕車	是否中/重度飲酒
7. 是否中/重度使用藥物	是否中/重度使用藥物
8. 是否中/重度使用藥物	是否中/重度使用藥物
疾病管理	
1. 追蹤管理	
2. 追蹤管理	
3. 追蹤管理	
4. 追蹤管理	
5. 追蹤管理	
6. 追蹤管理	
7. 追蹤管理	
8. 追蹤管理	
9. 追蹤管理	
10. 追蹤管理	
11. 追蹤管理	
12. 追蹤管理	
13. 追蹤管理	
14. 追蹤管理	
15. 追蹤管理	
16. 追蹤管理	
17. 追蹤管理	
18. 追蹤管理	
19. 追蹤管理	
20. 追蹤管理	
21. 追蹤管理	
22. 追蹤管理	
23. 追蹤管理	
24. 追蹤管理	
25. 追蹤管理	
26. 追蹤管理	
27. 追蹤管理	
28. 追蹤管理	
29. 追蹤管理	
30. 追蹤管理	
31. 追蹤管理	
32. 追蹤管理	
33. 追蹤管理	
34. 追蹤管理	
35. 追蹤管理	
36. 追蹤管理	
37. 追蹤管理	
38. 追蹤管理	
39. 追蹤管理	
40. 追蹤管理	
41. 追蹤管理	
42. 追蹤管理	
43. 追蹤管理	
44. 追蹤管理	
45. 追蹤管理	
46. 追蹤管理	
47. 追蹤管理	
48. 追蹤管理	
49. 追蹤管理	
50. 追蹤管理	
51. 追蹤管理	
52. 追蹤管理	
53. 追蹤管理	
54. 追蹤管理	
55. 追蹤管理	
56. 追蹤管理	
57. 追蹤管理	
58. 追蹤管理	
59. 追蹤管理	
60. 追蹤管理	
61. 追蹤管理	
62. 追蹤管理	
63. 追蹤管理	
64. 追蹤管理	
65. 追蹤管理	
66. 追蹤管理	
67. 追蹤管理	
68. 追蹤管理	
69. 追蹤管理	
70. 追蹤管理	
71. 追蹤管理	
72. 追蹤管理	
73. 追蹤管理	
74. 追蹤管理	
75. 追蹤管理	
76. 追蹤管理	
77. 追蹤管理	
78. 追蹤管理	
79. 追蹤管理	
80. 追蹤管理	
81. 追蹤管理	
82. 追蹤管理	
83. 追蹤管理	
84. 追蹤管理	
85. 追蹤管理	
86. 追蹤管理	
87. 追蹤管理	
88. 追蹤管理	
89. 追蹤管理	
90. 追蹤管理	
91. 追蹤管理	
92. 追蹤管理	
93. 追蹤管理	
94. 追蹤管理	
95. 追蹤管理	
96. 追蹤管理	
97. 追蹤管理	
98. 追蹤管理	
99. 追蹤管理	
100. 追蹤管理	

1. 提供**持續性追蹤諮詢**，協助進行個案健康評估、聯繫及協調照護計畫、規劃個案健康管理與疾病預防衛教
2. **未達標準值之檢驗檢查項目，應至少追蹤1次**
3. 依個案管理情形**資料建檔**

1. 依收案對象**五大指標改善情形**，擬訂**次年照護目標及策略**。
2. 依個案年度評估結果**資料建檔**

1. 經介入管理後已非代謝症候群患者。
2. 病情變化無法繼續接受本計畫者。
3. 個案拒絕或失聯≥3個月。
4. 個案死亡。

(參照國民健康署提供之照護流程與指導手冊執行)



2

## 收案期限、收案條件及服務內容建議修正對照表

項目	111年計畫	112年修正	說明
一、收案期限	自公告日起至當年度10月底止。	無修正	
二、收案條件	(二) 每一診所收案人數上限為100名，不得與其他特約醫事服務機構重複收案。收案名單須登錄於健保資訊網服務系統(VPN)，以利院所查詢。	(二) 每一診所收案人數上限為150名，不得與其他特約醫事服務機構重複收案。收案名單須登錄於健保資訊網服務系統(VPN)，以利院所查詢。	111年計畫試行約6個月，目標數10萬人，考量112年以全年度執行，希望提高目標數達25萬人，每機構收案上限150人。 (收案人數將依核定總額預算審慎規劃)
三、服務內容	(一)收案評估 (二)追蹤管理 (三)年度評估 (四)結案條件 (五)管理登錄個案	無修正	

## 給付項目與定義(112年草案，將再共識討論)

診療項目	支付點數
一、收案評估費(P7501C) (一)同一個案同一院所僅得申報一次，包含檢查檢驗項目費用點數。 (二)完成收案評估且收案後，才得申請本項費用。	900點/人
二、追蹤管理費(P7502C) (一)檢驗檢查項目由西醫基層總額一般服務預算支應。 (二)每年度最多申報3次，每次間隔至少12週。 (三)個案不得重複支付家庭醫師整合性照護計畫、全民健康保險各醫療給付改善方案之個案管理費及本項費用。	200點/人
三、年度評估費(P7503C) (一)檢驗檢查項目由西醫基層總額一般服務預算支應。 (二)每年度最多申報1次 (三)結案原因為失聯、死亡或拒絕收案者，不得申報本項費用。	500點/人

## 品質獎勵項目建議修正對照表

項目	111年計畫內容	112年修正	說明
一、整體照護獎勵費	<p>診所至少收案30名且年度檢驗檢查上傳率<math>\geq 50\%</math></p> <p>1. 品質指標排序前25%，核付獎勵費10,000點</p> <p>2. 品質指標得分25%至50%，核付獎勵費5,000點</p> <p>■品質指標：</p> <p>1. 代謝症候群改善率(70分)： (2)診所收案對象之醣化血紅素(前測值須<math>&gt;7.5\%</math>)，下降10%且人數<math>\geq 5</math>人以上，得10分。</p> <p>2. 個案完整照護達成率<math>\geq 30\%</math>(15分)</p> <p>3. 介入成效率<math>\geq 30\%</math>(15分)</p> <p>■執行方式： 由收案診所於當年度收案時同時上傳風險控制項目及檢驗值(前測)，並於12月底前上傳再次檢驗結果(後測)。</p>	<p>■品質指標： 診所收案對象之醣化血紅素(前測值須<math>\geq 5.7\%</math>)，下降10%或降至5.7以下者，且人數<math>\geq 5</math>人以上，得10分。</p> <p>■執行方式： 由收案診所於當年度收案(或前次年度評估)時同時上傳風險控制項目及檢驗值(前測)，並於12月底前上傳再次檢驗結果(後測)。</p>	<p>■本計畫係針對疾病早期病人提供管理，醣化血色素正常值應維持於5.7%以下。</p> <p>■因111年收案對象其代謝症候群經年度評估未改善，故轉入次一年度持續追蹤者，爰會以該案之前一年度之年度評估之檢驗檢查值為主。</p>

註：年度檢驗檢查上傳係指「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」

## 品質獎勵項目(同111年試辦計畫)

項目	計畫內容	說明
二、新發現個案獎勵費	新發現未滿40歲收案對象，具腦血管疾病、心臟病、糖尿病、高血壓、高血脂，且開始追蹤治療者，每個案獎勵150點，同一個案僅得獎勵一次。	將持續監測並滾動式修正
三、照顧個案進步獎勵指標	1. 腰圍：減少3%以上；血壓：降至130/85mmHg以下。 2. 飯前血糖、三酸甘油脂、低密度脂蛋白膽固醇，達成醫師依病況與病人共同訂定之目標值。	將持續監測並滾動式修正
四、戒菸獎勵	參與本計畫之診所，具戒菸服務補助資格，機構內醫師具有有效期內之戒菸服務資格，且首次提供戒菸服務者之醫師，每位醫師獎勵500元	將持續監測並滾動式修正
五、戒檳獎勵	參與本計畫之診所，於計畫執行時，評估個案戒檳動機、提供戒檳指導、填報戒檳指導紀錄及上傳資料者，每位個案每次評估提供獎勵100元(每個案300元為上限)	將持續監測並滾動式修正

(戒菸及戒檳獎勵經費由國民健康署支應)

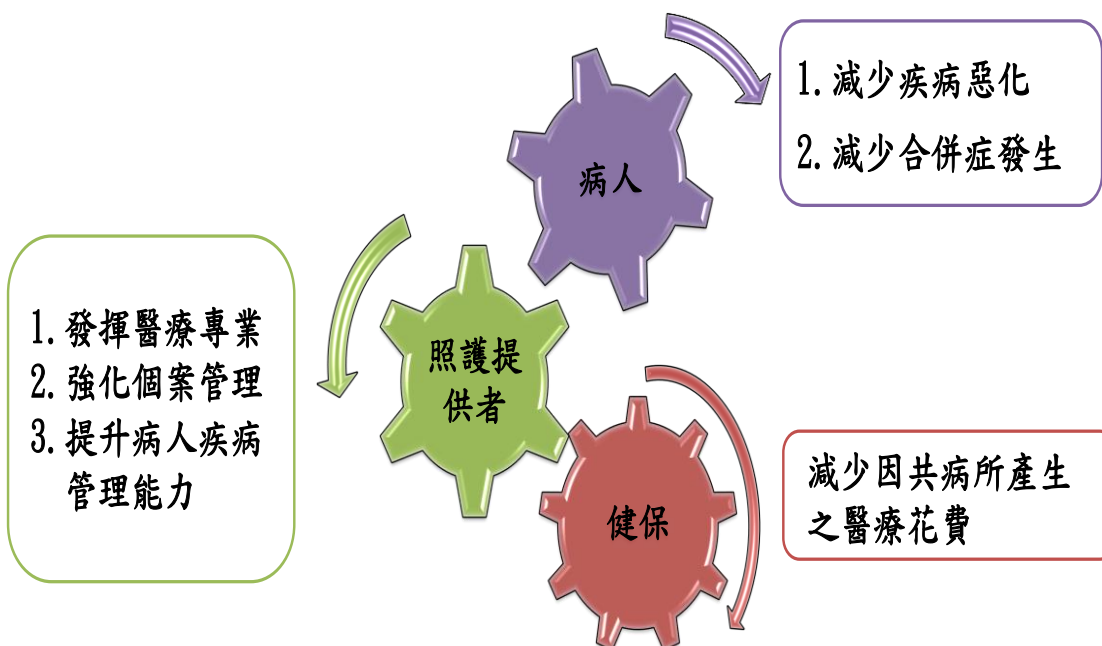


## 112年計畫經費規劃

年度	111	112
來源 (公務預算/健保)	健保	健保
預算數 (單位：億元)	3.08	7.7
健保年度總額協定項目	西醫基層總額(核定)	西醫基層總額(6.16) 醫院總額(1.54)

備註：112年報社保司後核定費用，健保預算框列7.7億元(含西醫基層總額6.16億元、醫院總額1.54億元)，尚待112年總額協商討論。

## 創造效益





## 健康好幫手! --守護國民 促進健康!

促進健康 **Promotion.**  
預防疾病 **Prevention.**  
安全防護 **Protection.**  
共同參與 **Participation.**  
夥伴合作 **Partnership!**

民眾為中心的照顧  
Person-centred Care

民眾參與  
**Person engagement**  
民眾增能  
**Person empowerment**





衛生福利部

健保會第8次委員會議  
**強化精神照護體系執行進度報告**

心理健康司  
111年8月19日

1

全民健康保險醫療給付總額中長期改革計畫



衛生福利部

強化精神照護體系

實施策略

發展精神病人早期介入及建置嚴重情緒行為之身心障礙者整合性醫療服務網絡

- 1.試辦精神病人早期介入模式
- 2.試辦嚴重情緒行為身心障礙醫療計畫



行動計畫

強化精神醫療服務

- 3.發展長效針劑介入使用指引。
- 4.推動抗精神病長效針劑。
- 5.精神科病人出院後急性後期照護服務。



建構連續性精神照顧模式

- 6.精神科病人生理共病健保使用現況分析。
- 7.強化精神照護體系連續性服務之研究與成效評價。



2

## 壹、強化精神照護體系-試辦計畫進度說明(1/2)



衛生福利部

實施策略	行動計畫	期程/預算額度(萬元)	進度說明
一、發展精神病人早期介入及建置嚴重情緒行為之身心障礙者整合性醫療服務網絡	1.試辦精神病人早期介入模式	111年/1500 (醫發基金)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 規劃試辦計畫書之工作項目，建立精神病早期介入之服務模式，並評估人力、服務模式及提出合理給付。</li> </ul>
	2.試辦嚴重情緒行為身心障礙醫療計畫	110-112年/ 2456、2212、 2456(公彩回饋金)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 111年廣續推展本案計畫，提供嚴重情緒行為身心障礙者精神醫療服務、建置嚴重情緒行為者精神醫療轉介服務網絡。</li> <li>■ 透過醫療計畫之試辦檢視嚴重情緒行為身心障礙者精神醫療特別門診合理點值或外展服務模式之獎勵方案，以利研議納入健保推動。</li> </ul>

備註:政策推動屬醫療費用且連結健保制度，如調整支付標準或對象、設定支付條件等，納入健保總額中長程改革計畫方案推動。

3

## 壹、強化精神照護體系-試辦計畫進度說明(2/2)



衛生福利部

實施策略	行動計畫	期程/預算額度(萬元)	進度說明
二、強化精神醫療服務	3.發展長效針劑介入使用指引	110/65 (公務)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 111年4月30日完成長效針劑使用指引(委託台灣精神醫學會)。</li> <li>■ 111年4月19日及4月25日分別進行2場使用指引之政策推廣說明會。</li> </ul>
	4.推動抗精神病長效針劑	111年-114年 /276,400、276,400、 276,400、276,400 (健保預算)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 111年1月26日健保署公告全民健保醫療給付，精神長效針劑藥費列為專款項目。</li> <li>■ 醫院總額26億6,400萬元，西醫基層總額1億元，得相互流用。</li> </ul>
	5.精神科病人出院後急性後期照護服務(納入全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案)	111年-114年 /6000、6000、 6000、6000 (健保預算)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 111年4月28日納入全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案。</li> <li>■ 111年5月6日本部函請各縣市政府衛生局積極連結進行醫療機構與社區關懷訪視員、護理人員、心理衛生社工進行共同訪視。</li> <li>■ 本案導入後，於6區精神醫療網會議宣導推廣。</li> </ul>

備註:政策推動屬醫療費用且連結健保制度，如調整支付標準或對象、設定支付條件等，納入健保總額中長程改革計畫方案推動。

4

## 壹、強化精神照護體系-試辦計畫進度說明(2/2)



### 衛生福利部

實施策略	行動計畫	期程/預算額度(萬元)	進度說明
二、強化精神醫療服務	布建社區心理衛生中心	111-114年(合計) 105,685/ 153,101/ 186,117/ 233,758	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 布建社區心理衛生中心布建社區心理衛生中心，預計全台於114年達71處（約每33萬人口設置1處）置有心理師、護理師、職能治療師等提供心理健康服務。</li> </ul>
	關懷訪視員及心理衛生社工提供精神疾病及自殺企圖個案社區關懷訪視		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 關懷訪視員及心理衛生社工則就近提供精神疾病及自殺企圖個案社區關懷訪視，並連結精神醫療、社會福利或就業輔導等相關服務，提升資源可近性。</li> </ul>

備註:政策推動屬醫療費用且連結健保制度，如調整支付標準或對象、設定支付條件等，納入健保總額中長程改革計畫方案推動。

## 抗精神病長效針劑效益評估及建議



### 衛生福利部

- 財團法人醫藥品查驗中心委辦國衛院「我國全民健康保險運用抗精神病長效針劑效益評估及精神醫療未來建議」
- 文獻回顧結果：
  - － 長效針劑在臺灣的使用率仍普遍低於25%。
  - － 鄰近亞洲國家仍在以社區為基礎個案管理的發展階段。
  - － 社區病人改用長效針劑困難度高，「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」在長效針劑注射獎勵誘因恐不足。而第二代長效針劑費用高額，需有專款解決排擠現有健保總額的疑慮。
  - － 現有個管系統間連結性弱，加以 相關醫療給付改善方案給付恐無法反映精神疾病照護所需投注的心力。



# 抗精神病長效針劑效益評估及建議

衛生福利部

- 財團法人醫藥品查驗中心委辦國衛院「我國全民健康保險運用抗精神病長效針劑效益評估及精神醫療未來建議」
- 建議
  - 長效針劑使用之專家共識有助於更新現有醫師指引。
  - 由於醫院端較難以掌握未固定以及久未就醫個案，仍需於現行的社區關懷訪視員、公共衛生護士以及居家治療內投入更多資源源，並提倡社區精神科診所共同參與。
  - 提升醫師使用長效針劑的財務誘因，並需成立長效針劑專款。
  - 加強現有個案管理間的連結性

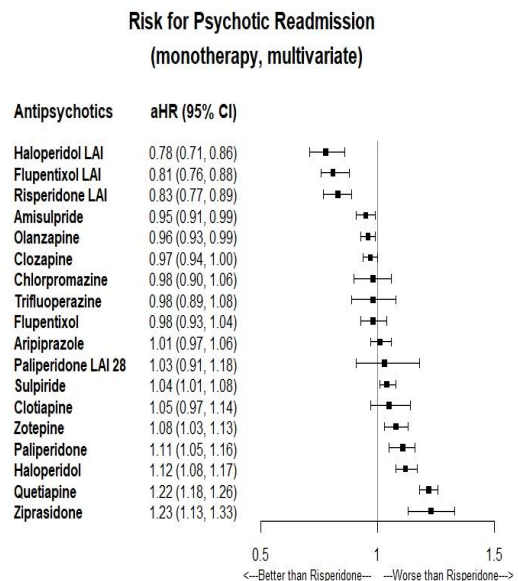
7



# 長效針劑預防再住院風險之統計與結論

衛生福利部

- Within-individual extended Cox models
  - 最常使用之口服 risperidone vs. 其他抗精神病藥物
  - 長效針劑單一治療顯著減少 15-20% 的再住院率
  - Paliperidone LAI 未顯著，可能導因於 low initial dose



(Lin et al., submitted)

8



## 推動抗精神病長效針劑

衛生福利部

	110年度	110Q1	111Q1	第一季成長率
使用人數	95,740	23,368	25,376	8.59%
件數	262,287	64,159	68,438	6.67%
藥費點數	1,444,770,038	304,760,046	391,084,042	14.77%

- 111年1月26日健保署公告全民健保醫療給付，精神長效針劑藥費列為專款項目。
- 醫院總額26億6,400萬元，西醫基層總額1億元，得相互流用。



9

## (行動計畫5)

### 精神科病人出院後急性後期照護服務(PAC)



衛生福利部

> <醫療給付改善方案專款111年增編6千萬元>

#### 收案

為鼓勵醫師發掘病人，主動積極介入治療，使**思覺失調症患者**能固定規則接受治療，提高病患治療之依從性，本部修訂「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」，納入「精神科病人出院後急性後期照護服務」。

#### 醫療機構出院後追蹤訪視費

1. 出院後3個月，由醫院主動提供服務。
2. 精神醫療治療(含長效針劑使用)、個案管理服務(公共衛生關懷訪視之連結)
3. 每次訪視支付3,000點/次(3個月內至多申報6次，且其中3次須共訪，共訪對象可為關懷員、心衛社工或公衛護理人員)。



高風險精神病個案



精神科急性住院

增加提供12週照護，與社區關懷訪視人員共訪



公共衛生服務體系



規律就醫社區復歸

10

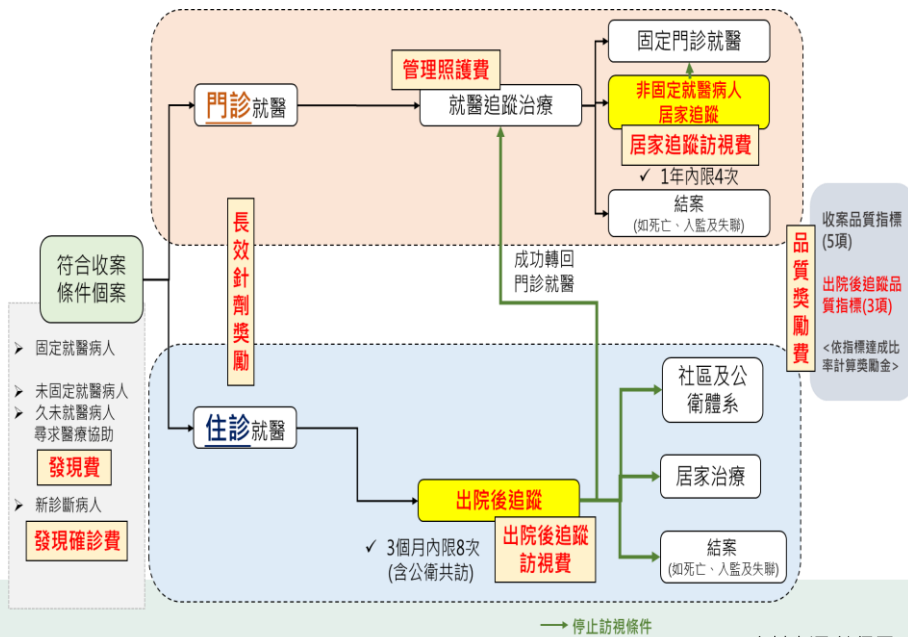
(行動計畫5)

全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案架構(1/2)



衛生福利部

- 本方案自99年1月1日起推動(原精神分裂症方案)
- 經費來源：醫院及西醫基層總額之專款「醫療給付改善方案」。



資料來源:健保署

11



衛生福利部  
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE



簡報完畢  
恭請指導

12