

衛生福利部全民健康保險會
第 6 屆 112 年第 1 次委員會議資料

本資料未上網公開前

請勿對外提供

中華民國 112 年 2 月 22 日

衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 112 年第 1 次委員會議議程

一、主席致詞

二、議程確認

三、確認上次(第 5 屆 111 年第 12 次)委員會議紀錄 ----- 1

四、本會重要業務報告 ----- 6

五、優先報告事項

(一)本會 112 年度工作計畫及會議預定時間表(草案)----- 39

(二)「112 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----- 56

(三)中央健康保險署「111 年第 4 季全民健康保險業務執行季報告」(併「111 年 12 月份全民健康保險業務執行報告」)(口頭報告)----- 173

六、討論事項

(一)112 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案----- 177

(二)推派本會委員擔任健保署「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」及「全民健康保險醫療給付費用各總額研商議事會議」之代表案----- 182

(三)增刪修訂「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第 2 條第 1 項第 2、第 3 款之附表一及附表二指標項目案----- 184

七、報告事項

有關「112 年度各部門總額依協定事項需於 111 年 12 月底前提報具體實施方案或規劃內容之項目」辦理情形----- 215

八、臨時動議

三、確認上次(第 5 屆 111 年第 12 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：

- 一、本紀錄業於 111 年 12 月 30 日併同會議資料上網公開。
- 二、另以本(112)年 1 月 3 日衛部健字第 1123360001 號函送第 5 屆委員，並於本年 1 月 5 日以電子郵件送請第 5 屆所有委員確認在案(無修正意見)。

決定：

衛生福利部全民健康保險會第5屆111年第12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12月23日下午13時30分

地點：本部 301 會議室

主席：周主任委員麗芳

紀錄：盛培珠、陳淑美

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、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、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、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、
楊委員芸蘋、董委員正宗、詹委員永兆、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

請假委員：許委員駢洪、趙委員曉芳

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

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5~7頁)

貳、議程確認：(詳附錄第7~8頁)

決定：確認。

參、確認上次(第11次)委員會議紀錄：(詳附錄第8~13頁)

決定：

一、依委員意見修正(劃線處)如下：

陸、討論事項第四案之決議：一、本會委員之提案內容，宜應與全民健康保險會法定任務有關者為限，……。

二、餘確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第14~25頁)

決定：

一、上次(第11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1項，同意解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤共3項，同意繼續追蹤。

二、歷次委員會議未結案件辦理情形：

(一)擬解除追蹤共13項，12項同意解除追蹤，項次9改列繼續追蹤。

(二)擬繼續追蹤共18項，同意繼續追蹤。

三、有關「111年度各部門總額協定事項」3項尚未完成之工作項目，同意依處理建議辦理。

四、委員所提意見，有關「全民健康保險醫療給付費用總額範圍擬訂之低推估公式」部分，送請衛生福利部社會保險司研參，其餘意見請中央健康保險署參考。

五、「全民健康保險會提案單」內容不修正。

六、餘洽悉。

伍、討論事項(詳附錄第26~45頁)

提案單位：中央健康保險署

案由：112年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)，提請討論。

決議：請中央健康保險署參考委員意見，研修112年度方案內容後，依法定程序陳報衛生福利部核定。

陸、報告事項(詳附錄第46~68頁)

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20年檢討策進報告(含成效檢

討及未來規劃)，請鑒察。

決定：

- 一、本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參。
- 二、請中央健康保險署俟衛生福利部核定112年度總額後，會同中華民國醫師公會全國聯合會，依照核定內容，即早研修112年度家庭醫師整合性照護計畫。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：111年代謝症候群防治計畫專案報告，請鑒察。

決定：

- 一、本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參。
- 二、請中央健康保險署俟衛生福利部核定112年度總額後，會同國民健康署及中華民國醫師公會全國聯合會，依照核定內容，即早研修112年度代謝症候群防治計畫。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：急診品質提升方案監測指標研修結果，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：健康存摺 SDK(Software Development Kit，軟體開發套件)資料應用說明，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。

第五案

報告單位：中央健康保險署

案由：110年全民健康保險自付差額特材執行概況，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。

第六案

報告單位：中央健康保險署

案由：111年11月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署回復說明。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：下午17時42分。

(石次長崇良依序頒發委員感謝狀及與委員合照，最後進行大合照)

四、本會重要業務報告

一、上(第5)屆委員會議列管追蹤案件及其辦理情形：本會第5屆委員會議(期間：110年4月7日至111年12月31日)移請本屆(第6屆)委員繼續列管追蹤事項共計20項，依辦理情形建議：解除追蹤3項，繼續追蹤17項，如附表(第20~33頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理。

二、本會依上次(第5屆111年第12次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

(一)本會重要業務報告決定四、委員所提意見有關「全民健康保險醫療給付費用總額範圍擬訂之低推估公式」部分，送請衛生福利部(下稱衛福部)社會保險司研參：業於本(112)年1月5日以電子請辦單(表單單號：1120105718)，將本會之決定及委員發言實錄送請衛福部社保司研參。

(二)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239~255頁)。

三、本會完成辦理第6屆委員聘任事宜，聘期自本年1月1日至113年12月31日止，本次新任委員比例為43.6%，為利委員瞭解會務運作，於本年1月18日召開全民健康保險會運作說明會，當天計有36位委員出席參加。另為讓相關團體於推薦委員名單時，同時考量委員代表性、親自出席及代理等規定推薦適當人選，於111年11月25日函請團體推薦第6屆委員人選時，參酌全民健康保險會組成及議事辦法第7條、第15條、第15條之1規定，載明以下內容(如附錄二，第256~262頁)：

(一)委員任期內親自出席委員會議應達三分之二以上之次數。

(二)委員應親自出席會議，如當次會議因故提前離開或晚到，因委員已出席，即不需另行指派代理人；委員請假而由代理人出席之次數不可逾任期之三分之一。

(三)委員會議原則訂為每個月第4週之星期三召開，為利議事運作，所推薦人選應符合「可親自出席健保相關會議與活動，並同意遵守組成辦法與健保會議決之相關規範」。

(四)推薦人選均應經內部正式會議(如理監事會議)或行政程序產生(請檢附相關資料)，且均能充分代表推薦團體表達意見。

四、為使會務運作更為順暢，本會本年委託國立臺北護理健康大學張副教授博雅辦理「運用科技工具實踐公民參與探討健保業務推動成效」計畫，就本會預定辦理之10週年成果及未來展望研討暨共識營、健保業務公民參與座談會、10週年成果與未來展望專刊等業務與本會同仁共同推動，張副教授博雅及相關工作人員後續將協助前揭事項委員之聯繫及訪談事宜，敬請委員協助。

五、本會自102年成立以來，依法完成各項法定任務，迄今累積逾10年的工作成果，希能檢討過去，放眼未來，爰訂於本年4月12、13日(星期三、四)辦理「衛生福利部全民健康保險會10週年成果及未來展望研討暨共識營」(議程規劃如附件二，第35~36頁)，除邀請卸任委員經驗傳承及交流，並請本會歷年委託研究計畫之專家學者專題報告及討論，敬請委員預留時間參加。

六、衛福部於111年12月28日核(決)定本會所報「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」(含地區預算)，並於本年1月9日公告(詳優先報告事項第二案)。

七、有關「112年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」(下稱改善方案)：

(一)衛福部本年2月9日核定健保署所報「112年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」(如附錄三，第263~270頁)。

(二)經檢視其已依本會111年12月份委員會議委員所提意見增修管控項目(取消擬刪除2項)及其目標值(不調降目標值)。至委員建議增列5項管控項目，健保署擬列入觀察指標後再評估是否納入管控項目，衛福部請健保署就本會委員所提新增各項管控項目之建議，妥為研處。

(三)因全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法部分條文業於112年1月4日修正發布在案，保險醫事服務機構應依修正後規定上傳相關項目，衛福部請健保署就改善方案實施策略

二之(二)精進雲端醫療資訊系統之方法(3)「持續獎勵院所即時上傳電腦斷層造影檢查、磁振造影等項目醫療檢查影像」，審酌是否續予獎勵。

八、為即早規劃本年 7 月將辦理之各部門總額 111 年度執行成果之評核作業，本會已於本年 2 月 3 日函請四總額部門受託團體及健保署，就本會研修之 111 年度執行成果評核項目內容提供建議，並提出 112 年度重點項目及績效指標(含目標值)，請受託團體及健保署如期於本年 2 月 22 日前回復，以利辦理後續事宜。

九、依衛福部本年 1 月 13 日衛部保字第 1121260015 號函示：「為擬訂 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍，請本會於本年 2 月 18 日前提供 113 年度健保總額基期之扣減項目及額度，若有成效回饋款(或節流效益)須於總額基期減列，亦請併同提供」(如附件三，第 37 頁)。另依本會 111 年歷次委員會議決議(定)，健保署須於 112 年 2 月提報「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」，故本會前函請健保署於本次委員會議進行報告。惟健保署本年 1 月 19 日函復(略以)：事涉及扣款，其核算金額宜先提本年第 1 次各總額部門研商議事會議確認(預訂於本年 3 月 7 日完竣)，爰建請延至本年 3 月 22 日委員會議報告(如附件四，第 38 頁)。經審酌其合理性，本會同意辦理。

十、本會針對上次(第 5 屆 111 年第 12 次)委員會議對抑制資源不當耗用方案、家醫計畫及代謝症候群計畫作成委員關切重要議題會訊報導主題，內容詳見附錄四(第 271~275 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://dep.mohw.gov.tw/NHIC/lp-4039-116.html>)，敬請委員轉知所屬團體之會員參閱。

十一、衛福部及健保署於 111 年 12 月至本年 2 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 2 月 10 日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

1. 健保相關法規修正

(1)111 年 12 月 12 日修正發布「災區受災全民健康保險保險對象保險費及就醫費用補助辦法」，名稱並修正為「災區受災者就醫費用及全民健康保險之保險費補助辦法」，並自發布日施行，如附錄五(第 276 頁)，修正重點如下：

- ①增訂未具保險對象資格者於災區受災就醫，其就醫相關費用補助之適用期間及條件。
- ②明定於行政院公告災區範圍前，有大量受災傷病患須收治時，保險人得與該災害防救業務主管機關及相關權責機關會商後，報衛福部核准劃定大量受災傷病患區域，其就醫相關費用補助適用期間，為自災害發生日起至行政院公告災區範圍之日止。
- ③增訂未具保險對象資格者先行墊付應由中央政府支應之受災就醫醫療費用申請核退之規定，且醫事機構按所在地衛生主管機關核定之收費標準收費，若高於本保險支付規定時，得依實核退。

(2)111 年 12 月 19 日修正發布「全民健康保險法施行細則」，並自發布日施行，如附錄六(第 277 頁)，修正重點如下：

- ①配合民法成年年齡修正為 18 歲，修正本細則有關未成年、成年年齡之文字。
- ②因健保法第 21 條第 2 項對本保險第 1 類及第 2 類被保險人之投保金額已有相關規定，爰刪除施行細則第 47 條有關前開保險對象申報投保金額之規定。

(3)111 年 12 月 19 日修正發布「全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法」第五條及第二條附表一，本次修正係考量重大傷病證明之生效日，直接影響保險對象免自行負擔費用之權益，為避免因審查期程影響其權益，爰修正生效起日，並自發布日施行，如附錄七(第 278 頁)，修正重點如下：

①第五條

A.重大傷病證明生效日，改以保險對象提出申請之日（原為保險人受理之日）。

B.增訂屬罕見疾病之重大傷病證明生效日，溯自醫事人員依罕見疾病防治及藥物法第七條規定，向中央主管機關報告發現罹患罕見疾病病人之日。

C.重大傷病證明有效期限屆滿，逾重新申請期限者，經保險人核定繼續取得重大傷病證明，以保險對象提出申請之日為生效日（原為保險人受理申請之日）。

②第二條附表一（罕見疾病列屬重大傷病範圍第 30 類），將原為「經本部公告之罕見疾病，但已列屬前二十九類除外」，明定為「經中央主管機關依罕見疾病防治及藥物法第三條第一項指定公告之罕見疾病」。

(4)本年 1 月 4 日修正發布「全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法」，並自發布日施行，如附錄八（第 279 頁），修正重點如下：

①增訂保險對象得申請加發電子形式之虛擬卡及免繳其工本費之相關規定。

②新增檢驗(查)結果、醫療檢查影像及影像報告、出院病歷摘要、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定應上傳資料為健保卡內得存放及應上傳之「醫療專區資料」，並規定保險人得指定保險醫事服務機構逕上傳予保險人之情形。

③配合保險人運用健保卡進行管理之實務作業，修正健保卡相關規定，包含刪除健保卡之就醫可用次數與使用期限及保險對象須至指定地點更新健保卡就醫可用次數之規定、增列保險對象有健保法第 37、58、91 條所定暫停給付或不予給付情形時，保險人得控管健保卡，限制其持卡就醫，管控原因消失後，保險對象得依

規定更新健保卡存放之資料，持卡就醫。

2.總額相關公告

- (1)111 年 12 月 20 日公告修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」之表一及表三，如附錄九(第 280 頁)，修訂專業醫療服務品質指標「門診注射劑使用率」、「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」之排除條件，及「十八歲以下氣喘病人急診率」之氣喘用藥定義。
- (2)本年 1 月 13 日公告修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」之附表一及附表二，如附錄十(第 281 頁)，修訂專業醫療服務品質指標「門診注射劑使用率」排除條件之給付規定內容及資料處理定義。

(二)健保署

1.健保法相關法定事項

- (1)111 年 12 月 26 日依全民健康保險法施行細則第 68 條各款規定，公告各類被保險人適用之投保金額，並自本年 1 月 1 日起實施：
 - ①依第 1 款規定公告全民健康保險法第 22 條規定之第 3 類被保險人適用之投保金額為 26,400 元(修正前為 25,250 元，成長率 4.55%)，如附錄十一(第 282 頁)。
 - ②依第 2 款規定公告全民健康保險法第 23 條規定之第 4 類及第 5 類保險對象適用之保險費為 2,063 元(修正前為 1,839 元，成長率 12.18%)，如附錄十二(第 283 頁)。
 - ③依第 4 款規定，公告僱用被保險人數未滿 5 人之事業負責人，及會計師、律師、建築師、醫師、牙醫師、中醫師以外之專門職業及技術人員自行執業者或屬於第 1 類被保險人之自營業主，自行舉證申報之投保金額，最低不得低於 36,300 元(修正前為 34,800 元，成長率 4.31%)及其所屬員工申報之最高投保金額，如附錄十三(第 284 頁)。

2.藥品、特材給付項目及支付標準公告

- (1)111年12月15日副知，公告「新藥以十國藥價中位數或最低價核價且經查有藥價之國家在五國以下者，於111年第四季依十國藥價檢討支付價格事宜」，依檢討結果，共計調降12項現行支付價格高於檢討結果之新藥支付價，並自112年1月1日生效，如附錄十四(第285~286頁)。
- (2)本年1月9日副知，公告「111年度特殊材料依價量調查結果辦理之支付點數調整事宜」，並自112年2月1日起生效，如附錄十五(第287~288頁)，本次調整之核價類別共147類，計375品項。經分析調整前後點數差異，重點摘要如下：

分類	核價類別	品項數	調整狀況
調升點數	129	289	調升幅度為0.02~92.8%，其中以「血管夾 HEMO CLIP(stainless steel)，S Type，單發」調升幅度最大(調整後點數為24.1點)。
調降點數	18	86	調降幅度為-0.58~-22.71%，其中以「關節內注射劑(每次療程注射三次)」降幅最大(調整後點數為548點)。

3.總額相關公告

- (1)將公告之總額相關計畫副知本會，如附錄十六(第289~305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
111.12.23/ 112.1.1	全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案	1.各層級指標獎勵達成項數增加1項，並依達成項數調整權重。 (1)醫學中心：達成項數最高以12項計算。 (2)區域醫院： ①公式1(占55%)：指標達成項數最高以10項計算。 ②公式2(占30%)：指標達成項數最高以11項計算。 (3)地區醫院： ①第一組：指標達成項數最高以10項

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>計算。</p> <p>②第二組：指標達成項數最高以 6 項計算。</p> <p>2.修正獎勵指標項目：</p> <p>(1)地區醫院刪除「同院所門診同一處方制酸劑重複使用率」指標。</p> <p>(2)「建立安寧緩和醫療跨院際合作」指標，112 年暫緩實施。</p> <p>(3)刪除「門診特定病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率」指標，改採「【雲端藥歷頁籤】就醫類別及病人類比查詢比率」計算。</p>
111.12.23/ 111.12.23	112 年度 全民健康 保險中醫 門診總額 醫療資源 不足地區 改善方案	<p>1.施行區域：特殊情況者，經評估並提報中醫研商議事會議報告同意，確屬適用本方案之地區。自中醫研商議事會議紀錄發文日起開放醫師申請巡迴醫療服務。</p> <p>2.年度目標：修訂巡迴鄉鎮目標數至少 100 個(111 年為 80 個)、服務人次 260,000 人次(111 年為 240,000 人次)及服務總天數 11,000 天(111 年為 10,000 天)。</p> <p>3.申請資格：獎勵開業服務計畫新增無最近 12 個月申報資料者，以申請本方案前最後申報資料，採計 12 個月為計算基準。</p> <p>4.申請與審查程序：獎勵開業服務計畫準備期限由 2 個月放寬為 3 個月。</p> <p>5.開診規範：門診時數規定新增每診次至少 2(含)小時，但每週總時數不變。夜診時間介於每日 18 時至 22 時。</p> <p>6.支付方式：</p> <p>(1)獎勵開業服務計畫管理原則：每月總服務量新增「以核定點數(含部分負擔)」計算，另新增包含「中醫門診總額其他中醫專案」及「其他預算案件」點數。</p> <p>(2)新增巡迴醫療服務因新設立中醫機構致撤出施行區域範圍而變更論次費用為 2,000 點。</p> <p>(3)刪除巡迴醫療服務不得申報初診診察費(A90)之規定。</p> <p>(4)新增本計畫未明訂者，按中醫支付標準規範辦理。</p> <p>(5)新增巡迴醫療服務不得申報其他中醫專案(含特定疾病門診加強照護)及其</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		他預算案件。 7.其餘為調整年度及酌修部分文字、表格，以臻明確。
111.12.28/ 112.1.1	全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案	僅酌修文字，第捌條第五款：「參加與『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』中醫院所，依核算基礎(A)加計5%」。
111.12.28/ 112.1.1	全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案	1.修正預算來源文字，與總額公告相同：「照護機構中醫醫療照護方案」。 2.支付規定刪除「不得申報『初診門診診察費加計』(A90)」之規定。 3.新增「執行本服務之保險醫事服務機構應逐次填寫門診日報表(附件7)」之規定。
111.12.30/ 112.1.1	112 年度全民健康保險牙醫門診總額牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫	1.配合 112 年度總額協定結果，修正全年經費為 10 百萬元。 2.修訂論次費用之假日定義，增訂勞動節包含勞雇雙方協商排定之補假日。
111.12.30/ 112.1.1	112 年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫	分配方式同 111 年，一般服務費用東區預算占率 2.22%；其餘五分區預算占率 97.78%，依下列參數占率分配(6 項參數占率同 111 年)： 1.各分區實際收入預算占率：66%。 2.各分區戶籍人口數占率：14%。 3.各分區每人於各分區就醫次數之權值占率：10%。 4.各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：4%。 5.各分區鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。 6.偏鄉人口預算分配調升機制：1%。
112.1.12/ 112.2.1	全民健康保險鼓勵醫事服務	修正本方案之特約醫事服務機構「上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要」及「醫療檢查影像」格式說明：(方

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
	機構即時 查詢病患 就醫資訊 方案	案內容並無修改) 1.每日及每月上傳格式之部分欄位改為非 必填欄位：如醫囑醫師身分證號、報告/病 理醫師身分證、醫囑日期時間。 2.增修「就醫類別」之定義，以臻明確。
112.1.17/ 112.1.1	112 年度 全民健康 保險牙醫 門診總額 醫療資源 不足地區 改善方案	1.執業計畫： (1)保障額度年限計算：增列「同一鄉鎮」 3 年內曾執行但因故退出計畫之醫師 參與限制。 (2)巡迴服務之論次支付點數：刪除「同一 時段、同一地點限支付一位牙醫師」之 規定，另論次支付點數不分地區級數 與平、假日，每小時提高 300 點。 2.巡迴計畫： (1)修訂 112 年執行目標：設立 23 個社區 醫療站、服務總天數達成 10,500 天、 總服務人次達成 111,000 人次(111 年 分別為 22 個、10,000 天、110,000 人 次)。 (2)論次支付點數： ①所有巡迴地點皆得申報論次支付點 數，另刪除該醫療團及所屬成員須 成立一年且無違反全民健康險相關 法規者之規定。 ②論次支付點數不分地區級數與平、 假日，每小時提高 300 點。 (3)服務量管控：「每位醫師每月平均每診 次申請點數」之服務量管控額度提高 為 3 萬點(111 年為 2.5 萬點)。 (4)品質獎勵費用：刪除試辦指標評估項 目，改為例行性獎勵項目，並修正品質 獎勵費用支付方式。 (5)施行地區：新增「中埔鄉裕民村」(1 級 地區)。
112.1.17/ 112.2.1	全民健康 保險居家 醫療照護 整合計畫	修正本計畫之訪視人員資格，如下： 1.中醫師：新增「經保險人分區業務組審酌 區域居家醫療服務資源後同意者，不受需 執業 2 年以上之限制」之規定。 2.藥師：新增「...或因特殊形態(居家專責藥 局)向分區業務組申請同意者，不受藥事 人員 2 人以上之限制」之規定。
112.1.18/	全民健康 保險遠距	考量虛擬健保卡已邁向常態化，爰 112 年 刪除虛擬健保卡獎勵措施。其餘為文字修

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
112.1.18	醫療給付 計畫	正，以臻明確。
112.1.19/ 112.1.1	112 年度 全民健康 保險西醫 基層總額 品質保證 保留款實 施方案	配合年度修訂文字及附件參數，餘同 111 年 度方案。
112.1.30/ 112.1.1	全民健康 保險家庭 醫師整合 性照護計 畫	<ol style="list-style-type: none"> 1.收案對象(會員):上年度評核指標≥ 90分 之社區醫療群，每家參與診所自行收案 人數上限，由 1,200 名增加至 1,800 名。 2.調整評核指標分級分數： <ol style="list-style-type: none"> (1)普通級：由 70 分\leq~<80 分，調整為 75 分\leq~<80 分。 (2)輔導級：由 65 分\leq~<70 分，調整為 70 分\leq~<75 分。 (3)不支付：由<65 分，調整為<70 分。 3.費用申報及支付方式： <ol style="list-style-type: none"> (1)個案管理費：增列不得與「代謝症候群 防治計畫」重複支付。 (2)配合評核指標分級分數調整，修訂各 項費用領取條件分數。 4.修訂部分評核指標配分、得分閾值及內 容： <ol style="list-style-type: none"> (1)刪除指標：過程面指標「電子轉診成功 率」。 (2)調高得分閾值：檢驗(查)結果上傳率、 成人預防保健檢查率、糞便潛血檢查 率、初期慢性腎臟病會員之早期尿液 篩檢檢驗檢查執行率、提供全民健康 保險居家醫療照護整合計畫服務或 「全民健康保險醫療服務給付項目及 支付標準第五部第三章安寧居家療 護」服務。 (3)調高配分：成人預防保健檢查率、糞便 潛血檢查率、65 歲以上老人流感注射 率。 (4)調整計算(分)方式或執行規範：檢驗 (查)結果上傳率、慢性病個案三高生活 型態風險控制率、社區醫療群醫師支 援醫院。 (5)自選指標之「醫療群內重複用藥核扣

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>情形」：修改為「醫療群內收案會員重複用藥核扣情形」(醫療群內收案會員重複用藥核扣金額/醫療群內收案會員數)。</p> <p>5.退場機制：配合評核指標分級分數調整，修訂相關文字。</p> <p>6.其餘為計畫執行之行政事項修正。</p>
112.2.3/ 112.1.1	全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案	調整全程產檢及早產定義，全程產檢由「10次」修訂為「11次以上」，早產由「前8次(含以上)」修訂為「9次以上」。
112.2.4/ 112.1.1	112 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案	<p>1.修訂施行區域：112 年共計 128 個施行區域。</p> <p>(1)新增 3 個地區：桃園市觀音區、桃園市大溪區及高雄市旗山區溪洲地區之 8 個里。</p> <p>(2)新竹縣新埔鎮、苗栗縣卓蘭鎮、臺南市龍崎區、臺南市南化區及臺南市左鎮區，開放基層及醫院可同時申請本方案。</p> <p>2.修訂開業計畫：</p> <p>(1)申請資格：負責醫師最近 12 個月平均每月申報點數(含部分負擔)需大於 14 萬點(原為 15 萬點)，排除條件增列退休醫師及返國醫師。</p> <p>(2)保障期限：明訂為 36 個月(原為 3 年)。</p> <p>3.修訂巡迴計畫：</p> <p>(1)區域規定：增列「若為第三級施行區域醫療資源導入較困難，得開放診所及醫院共同承作」之規定。</p> <p>(2)診察費加成：調整為「每件依 110 年全年平均診察費 358 點加計 3 成」(原為依 109 年全年平均診察費 332 點加計 3 成)。</p> <p>4.其餘為調整年度、配合修訂附件及酌修部分文字，以臻明確。</p>

(2)111 年 12 月 29 日副知，公告修正醫院及西醫基層總額「全民健康保險檔案分析審查不予支付指標及處理方式」1 項指標(如下)，自 112 年 2 月 1 日(費用年月)起生效，如

附錄十七(第 306 頁)：

①指標名稱：003-醫院/西醫基層耳鼻喉科門診局部處置申報率。

②修正內容：指標定義增列排除條件，分子分母皆排除嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件(案件分類 C5)。

(3)本年 1 月 11 日副知，公告 112 年「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等 6 項中醫醫療照護計畫 1 月 1 日起新增之承作院所及醫師名單，如附錄十八(第 307 頁，名單已置於該署全球資訊網)，各分區承辦院所數、醫師數(人次)累計統計如附錄十九(第 308 頁)。

(4)111 年 12 月 12 日副知，111 年修正後之第 1 季「門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表」，依「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算 111 年第 4 次研商議事會議」會議決議，111 年第 1 季門診透析預算一般服務重新結算，浮動點值 0.8792(原 0.8990)、平均點值 0.8880(原 0.9060)，如附錄二十(第 309~312 頁)。

(5)111 年第 2 季各部門總額每點支付金額：

①牙醫門診總額，如附錄二十一(第 313~317 頁)。

②中醫門診總額，如附錄二十二(第 318~325 頁)。

③醫院總額，如附錄二十三(第 326~329 頁)。

④西醫基層總額，如附錄二十四(第 330~333 頁)。

⑤門診透析服務，如附錄二十(第 309~312 頁)。

分區別	111 年第 2 季各部門總額平均點值				
	牙醫門診	中醫門診	醫院	西醫基層	門診透析
台北	1.0529	1.0192	0.9830	1.0308	0.8821

總額別 分區別	111 年第 2 季各部門總額平均點值				
	牙醫門診	中醫門診	醫院	西醫基層	門診透析
北區	1.1344	0.9948	0.9975	1.0943	
中區	1.0731	0.9750	0.9713	1.0619	
南區	1.1192	1.0029	1.0094	1.0789	
高屏	1.0799	0.9913	1.0187	1.0420	
東區	1.3284	1.2000	1.0404	1.1276	
全區	1.0856	1.0010	0.9934	1.0567	

(6)111 年 12 月 9 日函送 111 年第 2 季其他預算結算說明表，公文如附錄二十五(第 334 頁)，111 年全年經費 16,579.2 百萬元，1~6 月結算數 4,866.1 百萬元，整理預算執行情形如附錄二十六(第 335 頁)供參考。

決定：

全民健康保險會第5屆委員會議移請本屆委員繼續列管追蹤事項

一、擬解除追蹤(共3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	追蹤建議
1	有關 111 年 11 月份全民健康保險業務執行報告，委員所提意見，請中央健康保險署回復說明。 (111.12 決定)	健保署回復： 委員所提意見，說明如附件一(第 34 頁)。	解除追蹤
2	有關 112 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)，請中央健康保險署參考委員意見，研修 112 年度方案內容後，依法定程序陳報衛生福利部核定。 (111.12 決議)	健保署回復： 本方案業經衛生福利部於 112 年 2 月 9 日以衛部保字第 1120104073 號函核定。	解除追蹤
3	<p>112 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案，需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定後，於 111 年 12 月底前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。 /[俟衛福部核定地區預算分配後，健保署送本會備查後解除追蹤] (111.10 決議、111.11、111.12 決定)</p> <p>.....</p> <p>112 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，於 111 年 12 月底前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。 /[俟衛福部核定地區預算分配後，健保署送本會備查後解除追蹤] (111.10 決議、111.11、111.12 決定)</p> <p>.....</p> <p>112 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案，需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定後，於 111 年 12 月底前送本會同意後執行。前述提報內</p>	<p>健保署回復： 已提報貴會 112 年 2 月委員會議討論。</p>	<p>已列入本次會議討論事項第一案，決議後解除追蹤</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	追蹤建議
	<p>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。 [俟衛福部核定地區預算分配後，健保署送本會備查後解除追蹤] (111.10 決議、111.11、111.12 決定)</p> <p>.....</p> <p>112 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案，需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 111 年 12 月底前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。[俟衛福部核定地區預算分配後，健保署送本會備查後解除追蹤] (111.11 決議、111.12 決定)</p>		

二、擬繼續追蹤(共 17 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	追蹤建議	完成期限(年月)
一、財務				
1	<p>「為使政府當責承擔健保總經費不得少於 36%之財務責任，建請衛生福利部恢復 101 年 10 月 30 日修正通過之全民健康保險法施行細則第 45 條條文內容，並匡正 105 年度之政府應負擔健保總經費法定下限 36%計算方式案」，本會委員所提意見送請衛生福利部(社會保險司)及中央健康保險署審慎研析並檢討修正。[俟衛福部完成法規檢討修正後解除追蹤](106.7 決議、106.8、106.12、107.6、107.12、108.3、108.6、108.12、109.6、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12 決定)</p> <p>.....</p> <p>本會委員認為現行全民健康保險法施行細則第 45 條，恐有違背母法第 27 條之虞，建請衛生福利部檢討修正，並於下(第 4)次委員會議提出研修方向及期程。另委員針對上開中央健康保險署所送預、決算備查案所提意見，併送請衛生福利部參考。[繼續追蹤](107.4、107.5、107.6、107.12、108.3、108.6、108.12、109.6、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12 決定)</p> <p>.....</p> <p>有關近年健保「應提列安全準備來源」受到社保司自行解釋並逕減，影響安全準備之實際權責數字，</p>	<p>社保司回復(111.12)：政府應負擔健保總經費法定下限為二代健保新制度，施行初期因主計總處與衛福部法規見解差異，致相關預算編列產生疑義。案經行政院跨部會研商，已確立法律見解及計算方式，配合部分爭議修正之健保法施行細則第 45 條，亦經立法院實質審查確定，據以計算之各年度政府應負擔數，業由審計部完成審定，相關法制程序皆屬完備，合法性及合理性無虞。早期因政府部門間法規爭議衍生之預算不足數，已分年完成撥補，政府每年皆依法負擔本項經費。貴會委員所提意見，將配合健保相關法規研修納入考量，並更明確界定政府負擔範圍，以杜爭議。</p>	<p>1.繼續追蹤 2.俟衛福部完成法規檢討修正後解除追蹤</p>	<p>依社保司納入考量及研修相關法令進度辦理</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	追蹤建議	完成期限(年月)
	<p>為維繫現行費率適足，建請健保署逐期提供健保財務收支情形試算表，持續健全財務監理案，健保財務收支情形試算資料中，政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數之金額，請分別依主管機關依法認定及提案委員主張〔依健保法第76條第1項規定計算應提列之安全準備(各項來源金額≥ 0)後，再帶入同法第2條、第3條公式〕之兩種計算方式及結果呈現，俾利委員持續監理健保財務狀況。/[繼續追蹤] (108.12 決議、109.2、109.6、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12 決定)</p> <p>.....</p> <p>委員所提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，與其他財務相關建議，送請衛生福利部研議參考。/[繼續追蹤] (109.9、109.10、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12 決定)</p>			
2	<p>建請政府依財政狀況，撥補 105~107 年政府應負擔健法定經費不足數之缺口，以確保健保財務之健全案，本會委員基於監理職責，持續關注政府應負擔健保總經費法定下限36%之計算方式，且於歷次委員會議多有討論，惟雙方仍有不同見解，考量現階段本案之爭議，涉及法令解釋及預算編列等主管機關權責，委員建議對健保財務之長期穩定有正面意義，建請主管機關積極</p>	<p>社保司回復(111.12)： (回復內容同擬繼續追蹤項次1)</p>	<p>1.繼續追蹤 2.俟衛福部撥補 105~107 年政府應負擔健法定經費不足數或舉證委員建議不符現行法規後解除追蹤</p>	<p>依社保司研擬進度辦理</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	追蹤建議	完成期限(年月)
	研議處理。[俟衛福部撥補105~107年政府應負擔健保法定經費不足數或舉證委員建議不符現行法規後解除追蹤] (108.11 決議、108.12、109.6、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12 決定)			
3	近年政府應負擔健保總經費未達法定36%，建請健保署協助本委員會向行政院彙報說明，依財政狀況撥補105~108年政府應負擔健保法定經費之缺口，維繫現行費率適足，持續強化財務案，本案委員意見，送請衛生福利部參考。[俟社保司、健保署協助本委員會向行政院彙報說明後解除追蹤] (109.4 決議、109.5、109.6、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12 決定)	<p>社保司回復(111.12)： (回復內容同擬繼續追蹤項次1)</p> <p>健保署回復： 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，歷年來皆依健保法第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>1.繼續追蹤 2.俟社保司、健保署協助本委員會向行政院彙報說明後解除追蹤</p>	依社保司、健保署研擬進度辦理
4	為監理全民健康保險財務正常運作，正視呆帳對於健保財務收支平衡的重大襲蝕影響，建請於每年度協商下年度健保總額預算時，應將前年度自7月1日起算至協商時當年度6月30日止的呆帳總額列為下年度健保總額預算基期的減項，就此減項計算結果，做為協商下年度健保總額預算擬定範圍的計算基準，並就每年健保呆帳納入公務預算或其他財務來源補助案，請中央健康保險署正視全民健保呆帳之問題，積極研擬事前防範措施及事後財源籌措方案，並研議全民健保呆帳由公務預算或其他財源補助之可能性。[俟健保署研	<p>健保署回復(111.12)：</p> <p>1.針對經濟弱勢民眾，為使其享有就醫權益，本署提供分期繳納、紓困貸款等欠費協助措施。紓困貸款詳述如下： (1)依全民健康保險法第99條規定，設置全民健康保險紓困基金，提供保險對象無息申貸健保欠費或補助健保費及應自行負擔之費用。 (2)每年申請紓困基金無息貸款約1.5億元，111年度預算編列情形概述如下： A. 健保紓困貸款計畫1.6億元，係提供經濟困難無力繳納全民健康保險費之保</p>	<p>1.繼續追蹤 2.俟健保署研議全民健保呆帳由公務預算或其他財源補助之可能性後解除追蹤</p>	依健保署研擬進度辦理

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	<p>議全民健保呆帳由公務預算或其他財源補助之可能性後解除追蹤]</p> <p>(109.6 決議、109.7、109.9、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12 決定)</p>	<p>險對象，無息申貸健保費及應自行負擔之費用。</p> <p>B. 協助弱勢族群排除就醫障礙計畫 2.2 億元，係補助經濟弱勢族群繳納健保欠費，並提供其就醫所產生之健保部分負擔、住院膳食費、救護車費用、偏遠地區交通費、掛號費與無健保身分者就醫時之醫療自付費用(以健保給付範圍為限)。</p> <p>C. 補助經濟困難者健保費計畫 7.7 億元，係補助合於社會救助法規定之中低收入戶應自付二分之一健保費。</p> <p>2. 有關研議健保呆帳納入公務預算或其他財源補助之可能性，依健保法第 3 條規定，政府應負擔健保總經費法定下限(36%)業由主管機關編列公務預算撥補，現行健保基金用其他財務來源補助部分(如菸捐、公益彩券盈餘分配)，亦均有相關法源依據，尚屬主管機關權責，若能爭取其他財源補助，本署配合辦理。</p>		
<p>二、新醫療科技、支付標準</p>				
5	<p>請中央健康保險署於考量病患權益及減少社會衝擊等情況下，檢討如何落實全民健康保險法第 51 條第 4 款之規定，包括研提「成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品」逐步不納入健保給</p>	<p>健保署回復(111.12)：</p> <p>1. 本署依 110 年 12 月 22 日召開「全民健康保險收載指示藥品之意見交流會議」之決議，統整 109 年度使用人數在 5,000 人以下指示藥</p>	<p>1. 繼續追蹤 2. 俟健保署將整體評估結果提至本會報告後解除追蹤</p>	<p>依健保署研擬進度辦理</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	追蹤建議	完成期限(年月)
	<p>付之規劃與配套措施，及對健保財務之影響評估；若確有窒礙難行之處，亦請評估有無修法之必要性。請中央健康保險署將前項整體評估結果，提至本會報告。[俟健保署將整體評估結果提至本會報告後解除追蹤]</p> <p>(106.10 決議、106.11、106.12、107.6、107.12、108.3、108.6、108.12、109.6、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12 決定)</p> <p>.....</p> <p>委員對「落實指示藥品不納入健保給付之規劃報告(含配套措施及對健保財務之影響評估)」之意見，建請中央健康保險署參考辦理，並請依所規劃策略研擬妥適配套措施，切不能影響民眾用藥權益，至於執行進度與成果請於 108 年第 4 季業務報告提報。[繼續追蹤]</p> <p>(108.3、108.4、108.6、108.12、109.6、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12 決定)</p>	<p>品共 356 品項，函送該次會議邀請之相關醫藥學(協)會，針對渠等品項，提供應逐步檢討，並縮小給付之品項及意見，本署已完成意見之蒐集。</p> <p>2. 各界針對上述品項全部取消給付未有共識，且部分兒童用藥仍應依醫師評估後處方，不宜取消健保給付。</p> <p>3. 基於保障民眾用藥安全及權益，減少社會衝擊，本署已制定作業原則，爾後不再收載新指示藥品，至於已收載之品項，倘專業醫學會、醫學相關專業團體或藥品許可證持有廠商主動建議取消給付，本署將加速審查，不予給付。</p> <p>4. 本案依循上述原則列為例行作業，建議解除列管。</p>		
6	<p>有關醫院及西醫基層總額之「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」及「藥品及特材給付規定改變」預算檢討、調整與管控機制，委員認為應再說明新醫療科技引進之考量因素，其導入後對總額之財務壓力，以及導入後若超出原編預算之彌補機制。[俟健保署補充說明後解除追蹤]</p> <p>(111.6、111.7、111.12 決定)</p>	<p>健保署回復(111.12)：</p> <p>1. 本署辦理醫療科技評估(HTA)時，乃就人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及本保險財務衝擊等因素作整體考量，蒐集相關科學證據，HTA 相關評估結果將提送本署藥物專家諮詢會議及共擬會議進行討論，以利做出新醫療科技給付與否之決策，並由新醫療科技</p>	<p>1. 繼續追蹤 2. 俟健保署補充說明後解除追蹤</p>	<p>依健保署研擬進度辦理</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	追蹤建議	完成期限(年月)
		<p>預算支應。</p> <p>2.以新藥給付為例，本署透過 Power BI 即時監控新藥藥費支出，並定期於藥品共擬會議提報預算支用情形，新藥如任一年申報藥費超出 2 億元，且逾 HTA 報告預估藥費 0.5 倍，將即時分析因應。</p> <p>3.一旦新藥給付後超出原編預算，本署除精進新藥預算推估方法學外，並建立醫療科技再評估(HTR)機制，選擇已收載之特定品項，檢討其支付價格及藥品給付規定，以更符合給付效益。</p> <p>4.未來將參考國際藥價及國內市場銷售價，調整逾專利期第 1 年到第 5 年的藥品及其同分組品項。</p>		
三、總額協商				
7	<p>有關 110 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)案，委員所提有關總額範圍擬訂公式之意見，送請衛生福利部納為未來公式檢討參考。[俟社保司完成總額範圍擬訂公式之檢討修訂作業後解除追蹤]</p> <p>(109.5 決議、109.6、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12 決定)</p>	<p>社保司回復(111.12)：本部已於110年1月成立總額範圍擬訂公式檢討工作小組，已將委員所提有關總額範圍擬訂公式之意見納入檢討，並與付費者及醫療服務提供者代表於111年4月21日「全民健康保險會第5屆111年第4次委員會議」提出建議。</p>	<p>1.繼續追蹤 2.俟社保司完成總額範圍擬訂公式之檢討修訂作業後解除追蹤</p>	依社保司研擬進度辦理
8	<p>有關分級醫療各項策略之執行成效(含醫學中心及區域醫院門診減量措施、家庭醫師整合性照護計畫、強化基層照護能力及「開放表別」、鼓勵院所建立轉診之合作機制)，對於醫學</p>	<p>健保署回復(111.12)：經檢視 110 年 12 月委員所提意見，本署回復如下：</p> <p>1.有關建議重啟區域級(含)以上醫院門診減量措施一節，本署將依總</p>	<p>1.繼續追蹤 2.俟健保署補充說明因應後疫情時代之分級醫療措施後解</p>	依健保署研擬進度辦理

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	<p>中心、區域醫院門診量確實已減少並達標但病人似未確實下轉，以及未進入轉診平台的病人流向，請健保署於 109 年委託研究「分級醫療制度之轉診就醫流向分析與原因探討」完成後，參考研究成果並進行相關檢討後，予以說明。[俟健保署依 110 年 12 月委員所提意見回復檢討結果後解除追蹤] (109.6、109.7、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12 決定)</p> <p>.....</p> <p>有關 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。 [俟健保署補充說明因應後疫情時代之分級醫療措施後解除追蹤] (111.7、111.8、111.12 決定)</p>	<p>額協定事項辦理。</p> <p>2. 委員對急診品質提升方案、家醫計畫之多項建議，均於本(111)年度提出報告並分別回復委員意見在案。</p> <p>3. 為落實分級醫療，本署於 111 年度規劃推動使用者付費部分負擔調整措施，若能實施，應能更進一步推動病人接受下轉，落實分級醫療。</p> <p>.....</p> <p>健保署回復(111.12)： 本署已於提出 112 年度總額協商草案健保署試算及說明時，依預算規模提出相對應之規劃方案。</p>	<p>除追蹤</p>	
9	<p>建議健保總額財源應優先解決總額缺口，不宜再新增任何項目案，委員所提意見，送請衛生福利部社會保險司及中央健康保險署研議。[俟社保司及健保署依委員意見提供研議結果後解除追蹤] (110.9 決議、110.10、110.12、111.6、111.12 決定)</p>	<p>社保司回復(111.12)：</p> <p>1. 有關總額之擬訂與核定，依全民健康保險法第 60 條、第 61 條辦理，健保會付費者代表與醫療服務提供者代表，每年 9 月就行政院核定總額範圍及本部交議之協商政策方向，據以協商總額。依法定程序，付費者代表與醫療服務提供者代表若協商無共識，採兩案併陳、報本部核定，爰此本案事涉總額議題，仍</p>	<p>1. 繼續追蹤 2. 俟社保司及健保署依委員意見提供研議之具體結果後解除追蹤</p>	<p>依社保司、健保署研議進度辦理</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	追蹤建議	完成期限(年月)
		<p>請於總額協定時納入協商議定。</p> <p>2.每年度健保醫療給付費用總額範圍係由低推估值加上政策目標所形成，其低推估值用以維持新年度醫療需要及醫療照護與舊年度相同，而高推估係依據政策目標所擬訂的各項計畫匯集而成，本部再將年度整體總額範圍報請行政院核定，爰此，當行政院核定新年度總額範圍後，貴會應依行政院核定之政策目標及其相關計畫進行協商。</p> <p>健保署回復(111.12)： 本署配合衛福部核定年度各部門醫療給付費用總額及其協定事項辦理各項事宜。</p>		
10	<p>有關 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)，請中央健康保險署參考委員所提意見及本會補充說明，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。 /[於健保署報告後解除追蹤] (111.7、111.8、111.12 決定)</p> <p>.....</p> <p>111 年度各部門總額協定事項預算扣減項目之處理規劃，同意中央健康保險署所報 111 年度各部門總額預算扣減方式之規劃，</p>	<p>健保署回復(111.12)：</p> <p>1.辦理情形同擬解除追蹤項次 8(111 年第 12 次會議資料第 17~20 頁)，將提 112 年 2 月委員會議報告。</p> <p>2.有關特材部分，依總額協商協議事項辦理，預算已執行完畢，無需扣減，建議解除列管。</p>	<p>1.繼續追蹤</p> <p>2.於健保署將預算扣減及效益評估之執行成果提報本會報告後解除追蹤</p>	112 年 3 月

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	<p>請遵照辦理後續預算扣減事宜，並於 112 年 2 月將執行結果提報本會，供協商 113 年度總額之用。 [於健保署將預算扣減執行結果提報本會後解除追蹤] (111.10 決議、111.11、111.12 決定)</p>			
11	<p>112 年度醫院、牙醫門診、中醫門診、西醫基層醫療給付費用總額及其他預算協商結論案之附帶決議：有關醫院總額及西醫基層總額之「藥品及特材給付規定改變」項目，付費者版本之協定事項「藥物成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應」，如奉衛生福利部核定，請中央健康保險署將其辦理情形，列入全民健康保險業務執行報告，每半年向本會提報。 [俟健保署首次提報業務執行報告後解除追蹤] (111.9 決議、111.10、111.12 決定)</p>	<p>健保署回復(111.12)： 有關「藥物成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應」協定事項，如奉衛福部核定，健保署將配合辦理，每半年向貴會提報。</p>	<p>1.繼續追蹤 2.俟健保署首次提報業務執行報告後解除追蹤</p>	112 年 6 月
12	<p>112 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案，所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。 [俟健保署送本會備查後解除追蹤] (111.10 決議、111.11、111.12 決定) 112 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，所涉執行面及計算(含</p>	<p>健保署回復(111.12)： 1.112 年醫院總額一般服務地區預算分配之風險移撥款執行方式，將俟衛福部核定移撥款金額及相關細節後，再由台灣醫院協會提案至本署醫院總額研商議事會議討論。 2.112 年西醫基層總額一般服務地區預算分配之風險移撥款執行方式，將俟衛福部核定移撥款金額及相關細節後，再由醫師公會全國聯</p>	<p>1.繼續追蹤 2.俟健保署送本會備查後解除追蹤</p>	112 年 3 月

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	<p>風險調整移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。 /[俟健保署送本會備查後解除追蹤] (111.10 決議、111.11、111.12 決定)</p> <p>.....</p> <p>112 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案所涉執行面及計算(含特定用途移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定之，其中特定用途移撥款執行方式請送本會備查。/[俟健保署送本會備查後解除追蹤] (111.11 決議、111.12 決定)</p>	<p>合會提案至本署西醫基層總額研商議事會議討論。</p> <p>3.本案已列入第 4 次牙醫研商議事會議議程，因時間因素保留至下次會議再議。將依會議結論辦理後續事宜。</p>		
13	<p>111 年度牙醫門診總額「高風險疾病口腔照護」項目之當年度未執行額度扣減計算方式案，本項未執行額度計算方式為 111 年「高風險疾病口腔照護」項目預算(4.05 億元)，扣除「預算執行額度」所得，其中「預算執行額度」依照委員決議採中央健康保險署計算方式(註)，請該署依決議方式辦理後續預算扣減事宜。 /[於健保署辦理預算扣減事宜後解除追蹤] (111.10 決議、111.11、111.12 決定)</p>	<p>健保署回復(111.12)：配合貴會決議事項辦理。</p>	<p>1.繼續追蹤 2.於健保署辦理預算扣減事宜後解除追蹤</p>	112 年 3 月
四、其他				
14	<p>為確保民國 111 年 5 月 15 日公告實施之「全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自</p>	<p>健保署回復(111.12)：本署已參酌 111 年 7 月 29 日會議委員所提建議調</p>	<p>1.繼續追蹤 2.於健保署首次提出監測結果</p>	<p>於健保署首次提出監測結果及成效檢討報</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	追蹤建議	完成期限(年月)
	行負擔之費用」之執行成效與確實保障民眾就醫權益案，有關監測指標之監測結果及成效檢討，請中央健康保險署應自公告實施日起，每半年定期向本會提出報告。/[於健保署首次提出監測結果及成效檢討報告後解除追蹤] (111.4 決議、111.5、111.6、111.12 決定)	整及新增監測指標；後續配合部分負擔新制公告時程提報監測結果。	及成效檢討報告後解除追蹤	告後解除追蹤
15	有關配合部分負擔調整方案，保障經濟弱勢民眾就醫權益之配套措施，委員提出對於申請資格嚴苛、審核表格不夠友善、審核期間過長、用轉診作為必要條件不合理、事後申請補助改事前審定資格，及有研究顯示提高部分負擔會影響民眾規律就醫，阻礙弱勢民眾尋求有效醫療照護，請健保署檢討修正相關措施，以保障經濟弱勢民眾。/[於健保署提出檢討修正相關措施後解除追蹤] (111.6、111.7、111.12 決定)	健保署回復(111.12)：配合未來部分負擔新制政策推動，減輕弱勢民眾之負擔，本署刻正研議簡化申請書格式、針對中低收入戶以及經濟困難補助資格認定朝更便民等方向規劃。	1.繼續追蹤 2.於健保署提出檢討修正相關措施後解除追蹤	依健保署研議進度辦理
16	有關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。/[於健保署修正及提報後解除追蹤] (111.7、111.8、111.12 決定)	健保署回復(111.12)：本署已參酌 111 年 7 月 29 日會議委員所提建議，就現行指標擴增維度或新增監測指標；俟部分負擔新制公告後提報。	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
17	為提升醫療可近性、優化處方箋傳遞流程以及因應環保趨勢，提請衛生福利部儘速實施「電子處方箋」，本案屬衛生福利部及中央健康保險署權責，委員所提意見送請權責單位參考，	健保署回復(111.12)：考量建置平台涉資料流之串接，各院所需配合修改資訊系統(HIS)，本署研擬先行盤點各資訊系統，並配合「通訊診察治療辦法」	1.繼續追蹤 2.俟健保署首次於例行業務執行報告提報後解除追蹤	依健保署陳報時程辦理

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
	並請中央健康保險署於例行業務執行報告提報辦理進度。[俟健保署首次於例行業務執行報告提報後解除追蹤] (111.11 決議、111.12 決定)	之修訂，再評估建置平台之可行性。		

第5屆委員會議移請本屆委員繼續列管追蹤事項之健保署答覆
擬解除追蹤項次1

案由：111年11月份全民健康保險業務執行報告。

委員意見	健保署說明
<p>盧委員瑞芬(議事錄 p.64-65)</p> <p>謝謝主席，我是針對健保的業務部分，其實這個應該要問李署長最合適，因為他在今年7月16日登在Scientific Reports的一篇報告，是針對健保的具名審查政策，這是非常好的研究，做出來的結果是具名審查政策，基本上是下降了核減率，而他下降方式的結果，就是審查內容變成會放鬆是因為具名審查，這個報告中有很多研究的議題，我不詳細講，但是這是他重要的結果，就是具名審查只會讓核減率下降，因為他太過放鬆。</p> <p>我們這個具名審查政策從2016年開始做，一開始是七科全區，2021年10月1日到目前只剩下2個區，中區只有婦產科跟耳鼻喉科，東區只有精神科，這個政策沒有贏家，健保署做審查是為了管控醫療費用，實施1個比較有效率的作法，結果核減率下降，管控效果不佳，然後一國兩制。</p> <p>對於醫療服務提供者也沒有什麼好處，雖然核減率下降，若可以造成醫療品質提升，為什麼醫師的參與意願這麼低？所以這個政策我們看不到任何贏家，健保署過去做了很多政策其實都是一直在試辦，但試辦到現在不知道如何是好，我的建議其實就是斷捨離，這個案子不應該再做，回頭是岸，以上。</p>	<p>一、本署自2016年10月起實施專業雙審及公開具名試辦方案，期能達到減少專業見解差異及核減結果透明化目的。</p> <p>二、審查醫師公開具名分為個別具名及團體具名，其中個別具名部分，原各區皆有六科適用，然因各區之科別同意具名審查醫師人數減少至小於6人導致複審無法迴避，或同意具名人數不足於法定期限內完成審查等因素，適用分區及科別逐季減少，截至112年第1季為2分區3科別適用，但因前述科別之審查醫師仍有意願參加，故持續辦理中；另審查醫師團體具名的接受度高，截至111年12月止審查醫師同意率約6成。</p>

衛生福利部全民健康保險會
10週年成果及未來展望研討暨共識營議程(草案)

地點：渴望會館(桃園市龍潭區渴望路 428 號)

第一天(4/12 星期三)	
時間	內容
10:20	新竹高鐵站集合
10:30~11:10	車程(40 分鐘)
11:10~11:30	抵達渴望會館
11:30~14:10	10週年慶茶會&午餐
14:10~14:30	休息
14:30~14:35	主持人：盧瑞芬(長庚大學醫務管理學系教授)
14:35~15:35	<p>議題一：健保財務現況與未來展望</p> <p>1. 專題報告：健保財務現況及趨勢分析 報告人：健保署(30 分)</p> <p>2. 專題演講：建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式 演講人：連賢明 (國立政治大學財政學系教授)(30 分)</p>
15:35~16:00	茶敘
16:00~17:10	<p>議題二：健保費率審議與經驗交流</p> <p>1. 專題報告：健保費率審議執行說明 報告人：健保會 (10 分)</p> <p>2. 費率審議經驗交流 與談人：李永振 (第 1~3、5、6 屆委員) (30 分) 謝天仁 (第 1~3 屆委員) 蔡登順 (第 1~4 屆委員)</p> <p>交流 (30 分)</p>
17:10~18:00	辦理入住
18:00	晚餐
20:00	圍爐夜談

第二天(4/13 星期四)	
時間	內容
7:30~9:15	早餐/退房
9:15~9:30	合影
9:30~9:35	主持人：楊銘欽 (國立臺灣大學健康政策與管理研究所兼任教授)
9:35~10:35	<p>議題三：健保總額擬訂及中長期改革計畫</p> <p>報告人：社保司 (30分)</p> <p>與談人：鄭守夏 (國立臺灣大學健康政策與管理研究所教授) (20分) 李玉春 (國立陽明大學衛生福利研究所教授) 石崇良 (衛生福利部中央健康保險署署長)</p> <p>交流(10分)</p>
10:35~10:45	茶 敘
10:45~10:50	主持人：楊志良 (亞洲大學健康產業管理學系榮譽教授)
10:50~12:35	<p>議題四：健保資源配置之回顧與檢討</p> <p>1. 專題演講：健保資源配置之趨勢分析及未來建議 演講人：陳麗光 (國家衛生研究院群體健康科學研究所研究員)(30分)</p> <p>2. 專題演講：醫療資源不足地區之資源投入及民眾醫療利用 演講人：簡毓寧 (臺北市立大學衛生福利學系助理教授)(30分)</p> <p>與談人：盧瑞芬 (20分) 李中一 (國立成功大學公共衛生研究所特聘教授) 蔡淑鈴 (衛生福利部中央健康保險署副署長)</p> <p>交流 (25分)</p>
12:35~13:30	午 餐
13:30~13:35	主持人：戴桂英 (亞洲大學健康產業管理學系教授級專業技術人員)
13:35~14:25	<p>議題五：醫療給付費用總額協商與經驗交流</p> <p>1. 專題報告：總額協商原則與程序 報告人：健保會 (20分)</p> <p>2. 專題演講：從國際經驗檢視我國總額支付制度地區預算分配方式之研究 演講人：郭年真 (國立臺灣大學公共衛生學系副教授) (30分)</p>
14:25~14:35	休 息
14:35~16:00	<p>議題五：醫療給付費用總額協商與經驗交流</p> <p>3. 從專家學者及公正人士角度對總額協商之期許</p> <p>與談人：滕西華 (第2、4~6屆委員) (45分) 吳榮達 (第3、4、6屆委員) 黃偉堯 (第2、3屆委員)</p> <p>交流 (40分)</p>
16:00~	閉幕及賦歸

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112年1月13日
發文字號：衛部保字第1121260015號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：為擬訂113年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍，惠請於112年2月18日前提供113年度健保總額基期之扣減項目及額度，若有成效回饋款（或節流效益）須於總額基期減列，亦請併同提供，請查照。

正本：本部全民健康保險會
副本：



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：歐舒欣
聯絡電話：02-27065866 分機：2614
傳真：02-27069043
電子郵件：A110666@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112年1月19日
發文字號：健保醫字第1120101265號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

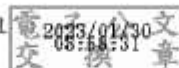
主旨：貴會原訂於112年2月22日召開之第6屆112年第1次委員會報告「111年度總額協定事項中有關預算扣減及效益評估之執行結果」，為利會議討論效率，建請延至112年3月22日報告，請查照。

說明：

- 一、依據貴會112年1月13日表單單號1120113599號請辦單兼復貴會112年1月18日衛部健字第1123360016號函。
- 二、本案事涉扣款，核算金額宜先提本署112年第1次相關總額部門研商議事會議確認(預訂於112年3月7日召開完竣)，以利會議討論，爰原訂報告時程建請延後辦理。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：衛生福利部社會保險司、本署醫審及藥材組、本署企劃組



五、優先報告事項

第一案

報告單位：本會第二組

案由：本會 112 年度工作計畫及會議預定時間表(草案)，請鑒察。

說明：

- 一、為踐行本會 112 年依全民健康保險法(下稱健保法)授予之法定任務，以及衛福部 112 年度總額核(決)定事項、歷次會議決議(定)事項，擬具本會 112 年度工作計畫及會議預定時間表(草案)，該工作計畫草案經徵詢及參採中央健康保險署(下稱健保署)部分意見後研擬完成。工作計畫(草案)按月份排序，如附件一(第 41~45 頁)；另依業務性質分類，如附件二(第 46~50 頁)。
- 二、健保署對於本會初擬之 112 年度工作計畫(草案)共提 12 項不同意見，本會彙整處理說明如下，詳細內容如附件三(第 51~53 頁)：
 - (一)全民健保業務執行報告(每月)改以電子檔方式提供(項次 1)：前揭業務執行報告，係本會重要監理之參據，建議維持書面提供。
 - (二)調整提會時程(項次 2、5、6、9、10、11、12)：除同意調整項次 5 之提報時間外，項次 10~12 為衛福部核(決)定事項，請健保署盡速辦理完成後，於最近 1 次委員會議提報；項次 2、6、9 提會時程，配合業務執行進度，建議維持依預定時程辦理，並視需要彈性調整。
 - (三)報告案主辦單位改為牙全會與中全會及併案提報(項次 3、4)：同意併案報告，惟鑑於健保署為保險人角色，宜善盡規劃管理之義務，建議維持由健保署本權責統籌報告為宜。
 - (四)報告案改於評核會併案提報(項次 7、8)：同意併案報告，惟本項屬衛福部核(決)定事項之內容，建議維持提至本會報告。
- 三、依健保會組成及議事辦法第 8 條規定，健保會每月召開會議一次，必要時得召開臨時會議。本會業於 111 年 11 月 25 日函請各團體推薦第 6 屆委員時敘明，委員會議原則安排在每個月第

4 週之星期三召開，仍會因業務需要略為調整，會議預定時間表如附件四(第 54~55 頁)。另年度總額協商會議預定於 9 月 20 日(星期三，全天)辦理，若有未盡事宜，則於 9 月 21 日(星期四)上午處理；當(9)月份委員會議於 9 月 22 日(星期五)召開，考量與總額協商會議時間相近，且係為確認各部門總額及其他預算協商結論，為避免遠程委員旅途奔波，委員可視需要，選擇視訊方式參與。

四、依衛福部 112 年度醫院及西醫基層總額之決定事項(新增項次 10~12，如附件三，第 52~53 頁)，原要求於總額公告後提至本會最近 1 次委員會議確認或報告，請健保署盡速辦理完成，俾安排至最近 1 次委員會議討論或報告。

擬辦：

- 一、確認 112 年度工作計畫及會議時間表，並請委員預留時間與會。
- 二、112 年度各項工作計畫項目，請相關負責單位配合辦理。另說明四部分，請健保署盡速辦理完成。

決定：

全民健康保險會 112 年度工作計畫(草案)-按月份排序

日期	工作項目
2 月 22 日 (委員會議)	優先報告事項： 1.112 年度工作計畫及會議預定時間表(草案) 2.112 年度各部門總額及其分配方式之核定結果及後續相關事項 3.全民健康保險業務執行季報告(註 1)(口頭)
	討論事項： 1.112 年度各部門總額一般服務之點值保障項目之討論 2.推派本會委員擔任健保署「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」及「全民健康保險醫療給付費用各總額研商議事會議」之代表 3.健保署所擬修訂醫療品質資訊公開辦法之討論
	報告事項： 112 年度各部門總額依核(決)定事項須於 111 年 12 月底前提報具體實施方案或規劃內容之項目
3 月 22 日 (委員會議)	討論事項： 各總額部門 111 年度執行成果評核作業方式之討論 (自付差額特材之討論，視健保署提出相關案件之時間安排 1)
	報告事項： 1.110 年度健保收入超過 2 億元之醫療院所財務報告之公開情形 2.111 年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估之執行結果
4 月 12、13 日	健保會 10 週年成果及未來展望研討暨共識營
4 月 26 日 (委員會議)	優先報告事項： 113 年度總額範圍報行政院前之諮詢、全民健康保險資源配置及財務平衡方案
	報告事項： 111 年度全民健保年終決算報告、113 年度全民健保預算備查案
5 月 24 日 (委員會議)	優先報告事項： 全民健康保險業務執行季報告(口頭；含 111 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)

日期	工作項目
	<p>討論事項：</p> <p>1.113 年度總額協商架構及原則之討論</p> <p>2.113 年度總額協商程序之討論 (自付差額特材之討論，視健保署提出相關案件之時間安排 1)</p> <p>報告事項：</p> <p>推動分級醫療之成效檢討(含各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效)</p>
6 月 28 日 (委員會議)	<p>討論事項：</p> <p>1.113 年度總額協商架構及原則之討論(續)</p> <p>2.113 年度總額協商程序之討論(續) (各總額部門 111 年度執行成果評核獎勵額度案之討論，依 3 月評核作業方式議定之時程提會)</p> <p>報告事項：</p> <p>1.「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」之執行結果(含醫療利用、藥費及其成長原因分析)，及「罕見疾病藥費」結算邏輯改變前後之影響</p> <p>2.其他預算核(決)定事項之辦理情形：</p> <p>(1)「提升保險服務成效」之執行成效(含提出精進且能反映整體保險服務成效之評估指標及執行成果)</p> <p>(2)「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」(含四部門總額之網路頻寬補助費用)，依退場期程(110~114 年)提出退場之執行方式規劃</p> <p>(3)「基層總額轉診型態調整費用」及「鼓勵院所建立轉診之合作機制」之成效檢討(含經費動支條件、推動分級醫療對西醫基層總額之財務影響、分級醫療執行效益、支付誘因及操作方式之合理性、提出轉型改善方案)</p>
7 月 17、18 日	各總額部門 111 年度執行成果發表暨評核會議
7 月 26 日 (委員會議)	<p>優先報告事項：</p> <p>衛生福利部交議 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案</p> <p>討論事項：</p> <p>(各總額部門 111 年度執行成果評核獎勵額度案之討論，依 3 月評核作業方式議定之時程提會)</p>

日期		工作項目
		報告事項： 1.112 年度各部門總額依核(決)定事項須提本會報告之項目(含須於 112 年 7 月提報項目、預算扣減方式及節流效益之規劃等) 2.各總額部門 111 年度執行成果評核結果
8 月 16 日 全天	上午 (委員會議)	優先報告事項： 全民健康保險業務執行季報告(口頭)
		討論事項： (自付差額特材之討論，視健保署提出相關案件之時間安排 1)
	下午 (協商會前會)	113 年度總額協商因素項目及計畫(草案)會前會
8 月 23 日上午		113 年度總額協商之保險付費者代表、專家學者與公正人士及政府機關代表委員座談會
9 月 20 日 全天		113 年度總額協商會議 (若有未盡事宜，則於 9 月 21 日上午 9 時 30 分繼續處理)
9 月 22 日 (委員會議)		討論事項： 113 年度各部門總額及其他預算協商結論之討論 (委員可選擇視訊方式參與)
10 月 18 日 全天	上午 (委員會議)	優先報告事項： 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果之整體成長率及部分協定事項之確認
		討論事項： 113 年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論
		報告事項： 111 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告
10 月 18 日 全天	下午 (諮詢會議)	113 年度保險費率審議前意見諮詢會議
11 月 15 日 (委員會議)		優先報告事項： 全民健康保險業務執行季報告(口頭)

日期	工作項目
	討論事項： 1.113 年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論(續) 2.113 年度保險費率方案(草案)之審議 (自付差額特材之討論，視健保署提出相關案件之時間安排 1)
12 月 20 日 (委員會議)	優先報告事項： 1.113 年度各部門總額及其分配方式之核定結果及後續相關事項 2.113 年度工作計畫及會議預定時間表(草案)
	討論事項： 健保署所擬訂 113 年度抑制資源不當耗用改善方案之討論
	報告事項： 1.自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告(含開放半年後之檢討改善情形) 2.新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告(註 2)
請健保署盡速完成 安排至最近 1 次委員會議	討論事項： 1.依衛福部 112 年度醫院及西醫基層總額之決定，提報本會確認事項： (1)112 年度醫院及西醫基層總額新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」(註 3) (2)112 年度醫院總額 2 項新增專款計畫內容(含關鍵績效指標) ①持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能 ②健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能 (3)112 年度醫院及西醫基層總額「因應長新冠照護衍生費用」之操作型定義及計算方式、醫療利用監控及管理措施等具體規劃內容 報告事項： 1.«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)之具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程) 2.«鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質»之「執行目標」、「預期效益評估指標」，及具體實施計畫(包含提升腹膜透析與品質之具體措施、院所獎勵方式、品質監測指標等)
視衛福部核定 113 年度總額之時間安排	討論事項： 113 年度各部門總額一般服務之點值保障項目之討論
視健保署提出相關 案件之時間安排	1.健保署所提自付差額特殊材料品項之討論(暫訂於 3、5、8、11 月) 2.自付差額特殊材料品項開放半年後之檢討改善報告(暫訂於 12 月) 3.健保署所擬訂調整保險給付範圍方案之審議 4.健保署所提不列入保險給付之診療服務及藥物項目之審議 5.«罕見疾病藥費及特材»與«血友病藥費»分列預算之優缺點分析及計算基礎報告(最晚於 8 月前提出)

備註：

- 1.依 111.11.18 委員會議討論事項第 3 案決議，請健保署視「電子處方箋」辦理進度，適時於例行業務執行報告提報推動情形。
- 2.本報告依新制部分負擔實施日期，機動調整報告時程。
- 3.提報項目：持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能、健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能、因應長新冠照護衍生費用、因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費。
- 4.委員會議若另有決議(定)事項，配合安排或調整相關工作項目。

全民健康保險會 112 年度工作計畫(草案)-按業務性質分類

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
業務 監理	一、例行監理業務			
	1.全民健康保險業務執行季報告(註1)	2、5、8、11月	健保署	每季業務執行報告以口頭報告方式進行，為完整呈現前一季資料，安排於2、5、8、11月進行口頭報告，其餘月份以書面提報
	2.110 年度健保收入超過 2 億元之醫療院所財務報告之公開情形	3 月	健保署	依健保法第 73 條辦理
	3.111 年度全民健保年終決算報告、113 年度全民健保預算備查案	4 月	健保署(本會)	依健保法施行細則第 3 條辦理
	4.111 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告	10 月	健保署(本會)	季指標另納入 3、9 月業務執行報告
	5.自付差額特殊材料品項開放半年後之檢討改善報告	視健保署提出相關案件之時間安排	健保署	1.依 105 年 6 月份委員會議決議之「健保會討論自付差額特材案之作業流程」辦理
	6.自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告	12 月	健保署	2.自付差額品項開放半年後之檢討改善報告，每半年配合健保署送會時程安排(暫訂 12 月)
	7.新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告(註 2)	配合新制實施日期	健保署	依 111 年 4、5 月份委員會議決議事項辦理(自公告實施日起，每半年定期提報)
	二、業務相關活動			
	健保會 10 週年成果及未來展望研討暨共識營	4 月	本會、委託研究團隊	預訂於 4 月 12、13 日辦理
總額 協議 訂定	1.112 年度各部門總額及其分配方式之核定結果及後續相關事項	2 月	本會	依 111 年委員會議決議事項辦理
	2.112 年度各部門總額一般服務之點值保障項目之討論	2 月	健保署	依 111 年委員會議決議事項辦理

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
總額協議訂定	3.112 年度各部門總額依核(決)定事項須於 111 年 12 月底前提報具體實施方案或規劃內容之項目	2 月	健保署	依 112 年度總額核(決)定事項辦理
	4.各總額部門 111 年度執行成果評核作業方式之討論	3 月	本會	
	5.111 年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估之執行結果	3 月	健保署	依衛福部函示要求及 111 年歷次委員會議決議(定),原安排於 2 月提報。考量健保署作業時程,調整至 3 月份委員會議提報。
	6.113 年度總額範圍報行政院前之諮詢、全民健康保險資源配置及財務平衡方案	4 月	社保司、健保署	依健保法第 60 條、第 5 條辦理
	7.推動分級醫療之成效檢討(含各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效)	5 月	健保署	依 112 年度總額核(決)定事項辦理
	8.113 年度總額協商架構及原則之討論	5、6 月	本會	
	9.113 年度總額協商程序之討論	5、6 月	本會	
	10.«罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材»之執行結果(含醫療利用、藥費及其成長原因分析),及«罕見疾病藥費»結算邏輯改變前後之影響	6 月	健保署	依 112 年度總額核(決)定事項辦理
	11.«罕見疾病藥費及特材»與«血友病藥費»分列預算之優缺點分析及計算基礎報告	最晚於 8 月前提出	健保署	依 112 年度總額核(決)定事項辦理
	12.其他預算核(決)定事項之辦理情形: (1)«提升保險服務成效»之執行成效(含提出精進且能反映整體保險服務成效之評估指標及執行成果) (2)«獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用»(含四部門總額之網路頻寬補助費用),依退場期程(110~114 年)提出退場之執行方式規劃	6 月	健保署	依 112 年度總額核(決)定事項辦理

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
總額 協議 訂定	(3)「基層總額轉診型態調整費用」及「鼓勵院所建立轉診之合作機制」之成效檢討(含經費動支條件、推動分級醫療對西醫基層總額之財務影響、分級醫療執行效益、支付誘因及操作方式之合理性、提出轉型改善方案)			
	12.各總額部門 111 年度執行成果評核獎勵額度案之討論	依 3 月評核作業方式議定之時程提會討論	本會	
	13.各總額部門 111 年度執行成果發表暨評核會議	7 月	本會 (健保署)	預訂於 7 月 17、18 日召開，5~7 月準備資料
	14.衛生福利部交議 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案	7 月	社保司	
	15.112 年度各部門總額依核(決)定事項須提本會報告之項目(含須於 112 年 7 月提報項目、預算扣減方式及節流效益之規劃等)	7 月	健保署	依 112 年度總額核(決)定事項辦理
	16.各總額部門 111 年度執行成果評核結果	7 月	本會	
	17.113 年度總額協商因素項目及計畫(草案)會前會	8 月	本會	預訂於 8 月 16 日下午召開
	18.113 年度總額協商之保險付費者代表、專家學者與公正人士及政府機關代表委員座談會	8 月	本會	預訂於 8 月 23 日上午召開
	19.113 年度總額協商會議	9 月	本會 (健保署)	1.依健保法第 61 條辦理 2.預訂於 9 月 20 日召開(若有未盡事宜，則於 9 月 21 日上午 9 時 30 分處理)，7~9 月前置作業
	20.113 年度各部門總額及其他預算協商結論之討論	9 月	本會	依健保法第 61 條辦理

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
總額協議訂定	21.113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果之整體成長率及部分協定事項之確認	10月	本會	依健保法第61條辦理
	22.113 年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論	10、11月	本會	依健保法第61條辦理
	23.113 年度各部門總額及其分配方式之核定結果及後續相關事項	12月	本會	依112年委員會議決議事項辦理
	24.113 年度各部門總額一般服務之點值保障項目之討論	視衛福部核定 113年度總額之時間安排	健保署	依112年委員會議決議事項辦理
	25.依衛福部112年度醫院及西醫基層總額之決定，提報本會確認事項： (1)112年度醫院及西醫基層總額新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」(註3) (2)112年度醫院總額2項新增專款計畫內容(含關鍵績效指標) ①持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能 ②健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能 (3)112年度醫院及西醫基層總額「因應長新冠照護衍生費用」之操作型定義及計算方式、醫療利用監控及管理措施等具體規劃內容	請健保署盡速完成安排至最近1次委員會議	健保署	依112年度總額核(決)定事項辦理
	26.「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)之具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)		健保署	依112年度總額核(決)定事項辦理
	27.「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」之「執行目標」、「預期效益評估指標」，及具體實施計畫(包含提升腹膜透析與品質之具體措施、院所獎勵方式、品質監測指標等)		健保署	依112年度總額核(決)定事項辦理

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
費率審議	1.113 年度保險費率審議前意見諮詢會議	10 月	本會 (健保署)	1.依健保法第 24 條辦理 2.預訂於 10 月 18 日召開
	2.113 年度保險費率方案(草案)之審議	11 月		依健保法第 24 條辦理
保險給付及其他應討論法定事項	1.健保署所擬修訂醫療品質資訊公開辦法之討論	2 月	健保署	依健保法第 74 條辦理
	2.健保署所擬訂 113 年度抑制資源不當耗用改善方案之討論	12 月		依健保法第 72 條辦理
	3.健保署所提自付差額特殊材料品項之討論	視健保署提出相關案件之時間安排	健保署 (本會)	1.依健保法第 45 條第 3 項及 105 年 6 月份委員會議決議之「健保會討論自付差額特材案之作業流程」辦理 2.各季配合健保署送會時程辦理(暫訂 3、5、8、11 月)
	4.健保署所擬訂調整保險給付範圍方案之審議			依健保法第 26 條辦理
	5.健保署所提不列入保險給付之診療服務及藥物項目之審議			依健保法第 51 條第 12 款辦理
其他	1.112 年度工作計畫及會議預定時間表(草案)	2 月	本會	
	2.推派本會委員擔任健保署「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」及「全民健康保險醫療給付費用各總額研商議事會議」之代表	2 月	本會	依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法、全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點辦理
	3.113 年度工作計畫及會議預定時間表(草案)	12 月	本會	

備註：

- 1.依 111.11.18 委員會議討論事項第 3 案決議，請健保署視「電子處方箋」辦理進度，適時於例行業務執行報告提報推動情形。
- 2.本報告依新制部分負擔實施日期，機動調整報告時程。
- 3.提報項目：持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能、健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能、因應長新冠照護衍生費用、因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費。
- 4.委員會議若另有決議(定)事項，配合安排或調整相關工作項目。

全民健康保險會 112 年度工作計畫(草案)-健保署意見及本會處理說明

項次	工作項目 (辦理時間)	健保署意見	本會處理說明
1	全民健保業務執行報告 (每月)	建議調整提供方式： 考量資料產出時間及環保等因素，建議改以「會議前提供電子檔或請自行自本署網站下載」方式辦理。	鑑於健保署每月提報業務執行報告係屬本會重要監理事項，內容包含當月重要工作及大量數據資料。為利委員會前閱讀，建議健保署比照過去方式，於會前印製書面業務執行報告，併同本會開會通知單及會議資料寄出。
2	110 年度健保收入超過 2 億元之醫療院所財務報告公開情形(3 月)	表示原則配合，惟請容許本署因突發狀況調整報告時間。	請健保署配合業務執行進度，仍依本會預定時程於 3 月提報。
3	牙醫門診「齶齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」提出具體實施方案(原訂 3 月，修正為 2 月)	建議調整主辦單位及併案辦理： 1.建議將主辦單位，分別改為牙全會及中全會。 2.建議併入「112 年度各部門總額依核(決)定事項須於 111 年 12 月底前提報具體實施方案或規劃內容之項目」提報。	1.考量其均為 112 年度總額核(決)定事項，請健保署善盡保險人義務，本權責統籌報告，並得視需要徵得主席同意，邀請相關團體列席。 2.同意併案報告，並依 112 年度總額核(決)定事項，調整至 2 月提報。
4	中醫門診「多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度」之「整合醫療照護」提出具體實施方案(原訂 3 月，修正為 2 月)		
5	111 年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估之執行結果(原訂 2 月，修正為 3 月)	建議調整提會時程： 本案涉及扣款，核算金額宜先提各部門總額研商議事會議確認(預訂於本年 3 月 7 日完竣)。	依衛福部函示要求及 111 年歷次委員會議決議(定)，原安排於 2 月提報。考量健保署作業時程，調整至 3 月份委員會議提報。
6	推動分級醫療之成效檢討(含各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效)	建議改為視情況提會報告： 因分級醫療之重要監測指標每季均列入業務執行報告，且於監理指標及抑制資源不當耗用改善方案亦	1.112 年度總額核(決)定事項，醫院總額新增 2 項分級醫療專款計畫，應「滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效，並定期提報

項次	工作項目 (辦理時間)	健保署意見	本會處理說明
		定期監測，建議如有重要項目再配合報告。	執行情形」。 2.分級醫療為近年重大政策，總額已投入許多預算推動。本會委員多次建議，分級醫療成效不明顯，應進行成效檢討及改善。 3.承上，為依照總額決定事項辦理，及回應本會委員關心之重點事項，爰安排於5月份委員會議提出專案報告。
7	其他預算「提升保險服務成效」(6月)	建議併案辦理：均屬成效報告，為簡化程序，建議併案於評核會報告。	同意併案報告，惟依112年度總額核(決)定事項，須提本會報告，請健保署仍依本會預定時程於6月提報。
8	其他預算「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」(6月)		
9	113年度各部門總額一般服務之點值保障項目(視衛福部核定113年度總額之時間安排)	建議調整提會時程：因點值保障項目須待健保署與醫界團體議定後提會討論，建議從12月改列至113年2月。	將視衛福部核定113年總額之時間安排，且請健保署將四部門總額資料併同提報，有助於委員整體評估。
10	依衛福部112年度醫院及西醫基層總額之決定，提報本會確認事項	建議俟完成後提會討論：已函請總額相關團體提報具體實施方案及規劃內容，俟112年相關總額研商議事會議上討論議定後提報貴會。	依衛福部核(決)定，於公告後最近1次委員會議(即2月份委員會議)，提報本會確認或報告。惟健保署函復尚須與總額相關團體研議或謹慎規劃，建請延後報告。考量此為衛福部決定事項，爰請該署盡速辦理完成，提本會安排至最近1次委員會議討論或報告。
11	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)之具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)(原訂2月，修正為配合健保署送會時程)	建議俟完成後提會報告：本項預算金額大，且規劃方式對後續支付標準修訂方向及範圍影響甚鉅，影響層面更跨醫療院所各層級及各專科別，爰需時謹慎規劃具體實施方式，再提委員會議報告。	
12	「鼓勵院所加強推動腹膜	建議俟完成後提會報告：	

項次	工作項目 (辦理時間)	健保署意見	本會處理說明
	<p>透析與提升其照護品質」之「執行目標」、「預期效益評估指標」，及具體實施計畫(包含提升腹膜透析與品質之具體措施、院所獎勵方式、品質監測指標等)(原訂2月，修正為配合健保署送會時程)</p>	<p>已於 112 年 2 月 1 日召開「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」(草案)討論會，將再提 112 年第 1 次門診透析預算研商議事會議(預訂於 112 年 2 月 21 日召開)討論，俟討論定案後再提委員會議報告。</p>	

全民健康保險會 112 年度會議預定時間表(草案)

會議次別	會議時間	會議地點
第 1 次	2 月 22 日 (星期三上午 9 時 30 分)	衛生福利部 3 樓 301 會議室
第 2 次	3 月 22 日 (星期三上午 9 時 30 分)	
健保會 10 週年 成果及未來展望 研討暨共識營	4 月 12、13 日(星期三、四，全天)	渴望會館(桃園市 龍潭區渴望路 428 號)
第 3 次	4 月 26 日 (星期三上午 9 時 30 分)	衛生福利部 3 樓 301 會議室
第 4 次	5 月 24 日 (星期三上午 9 時 30 分)	
第 5 次	6 月 28 日 (星期三上午 9 時 30 分)	
各總額部門 111 年度執行成果發 表暨評核會議	7 月 17 日 (星期一上午 9 時)全天 7 月 18 日 (星期二上午 9 時)半天	衛生福利部 1 樓 大禮堂
第 6 次	7 月 26 日 (星期三上午 9 時 30 分)	衛生福利部 3 樓 301 會議室
第 7 次	(星期三上午 9 時 30 分)	
113 年度總額協 商草案會前會	8 月 16 日 (星期三下午 1 時 30 分)	
113 年度總額協 商之保險付費者 代表、專家學者 與公正人士及政 府機關代表委員 座談會	8 月 23 日 (星期三上午 9 時 30 分)	
113 年度總額協 商會議	9 月 20 日(星期三上午 9 時)全天 若有協商未盡事宜,則於 9 月 21 日(星 期四)上午 9 時 30 分處理	衛生福利部 3 樓 301 會議室
第 8 次	9 月 22 日 (星期五上午 9 時 30 分)	

會議次別	會議時間		會議地點
第 9 次	10 月 18 日	(星期三上午 9 時 30 分)	衛生福利部 3 樓 301 會議室
費率審議前 意見諮詢會議		(星期三下午 2 時 30 分)	
第 10 次	11 月 15 日 (星期三上午 9 時 30 分)		
第 11 次	12 月 20 日 (星期三上午 9 時 30 分)		

備註：

- 1.各次委員會議時間或地點如有更動，另行通知。
- 2.如需召開臨時委員會議，其時間與地點另行通知。

第二案

報告單位：本會第三組

案由：「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」核定結果及後續相關事項，請鑒察。

說明：

一、本會上屆(第 5 屆)委員依健保法規定，業於 111 年完成「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」協議訂定，報請衛福部核(決)定。經該部於 111 年 12 月 28 日將核(決)定結果函復本會(如附件一，第 63~79 頁)，並於本(112)年 1 月 9 日公告「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，爰於本屆(第 6 屆)第 1 次委員會議提報委員知悉。[公告資料已置於本會網站 <https://dep.mohw.gov.tw/NHIC/cp-1661-73150-116.html>]

二、衛福部核(決)定之總額費用及健保財務收支情形，摘要如下：

(一)112 年度全民健康保險醫療給付費用總額(下稱總額)及成長率：

估算全年經費約為 8,364.24 億元，相較於 112 年度總額基期(8,095.23 億元)，成長率為 3.323%，彙整如下表：

衛福部核(決)定結果：									
112 年度醫療費用	牙醫門診總額	中醫門診總額	其他預算	醫院總額		西醫基層總額		年度總額	
金額(億元)	508.00	309.80	157.79	5,796.09		1,592.55		約8,364.24	
成長率/增減金額	2.588%	4.344%	減少8億元	3.663%		3.008%		3.323%	
本會協商結果：									
金額(億元)	508.00	309.80	157.79	付費者方案	醫界方案	付費者方案	醫界方案	付費者方案	醫界方案
				5,774.09	5,844.53	1,573.88	1,617.04	約8,323.56	約8,437.17
成長率/增減金額	2.588%	4.344%	減少8億元	3.269%	4.529%	1.800%	4.592%	2.821%	4.224%

註：1.計算成長率所採之基期費用，採行政院核定之總額基期淨值(約 8,095.23 億元)。

2.年度及各部門總額之金額為預估值，最終仍以健保署結算資料為準。

(二)健保署依據 112 年度總額核(決)定結果，提供 109~112 年健保

財務收支情形，如附件二(第 80 頁)。

三、本會協商結果與衛福部核(決)定結果比較，詳附件三(第 81~113 頁)，摘要如下：

(一)112 年度總額預算分配核(決)定重點：

- 1.本會達成共識之牙醫門診、中醫門診醫療給付費用成長率與其他預算額度及相關分配：同意照辦。
- 2.本會未達共識兩案併陳之醫院及西醫基層總額部分，衛福部決定重點如下：

(1)共通性項目：

- ①「因醫療法就醫療器材使用規範重新修訂，造成醫院(西醫基層)特材成本高於健保給付點數之補貼」項目併入「促進醫療服務診療項目支付衡平性」專款項目，分別於醫院與西醫基層總額編列 20 億元、10 億元。
- ②癌症治療品質改善計畫(112 年新增專款項目)：醫院與西醫基層總額分別編列 4.02 億元、1.15 億元。
- ③慢性傳染病照護品質計畫(112 年新增專款項目)：醫院與西醫基層總額分別編列 1.8 億元、0.2 億元，且不併入長新冠(long COVID)後續治療衍生費用項目。
- ④增列「因應長新冠照護衍生費用」(112 年新增專款項目)：醫院與西醫基層總額分別編列 0.4 億元、0.1 億元。
- ⑤門診透析：
 - A.總費用成長率為 3%，其中 1%(約 4.335 億元)專款專用，用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質；2%(約 8.671 億元)成長率須含鼓勵透析病患(含血液及腹膜透析)諮詢腎臟移植。
 - B.依協商當年(111 年)第 1 季服務點數占率分配預算，醫院總額成長率為 2.405%，西醫基層為 3.675%。

(2)其餘重點項目：

①醫院總額：

- A.二項推動分級醫療項目「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」、「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」移列專款項目，全年經費分別為 5 億元、10 億元，用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。
- B.住院整合照護服務試辦計畫(專款項目)：全年經費 5.6 億元(增編 2.6 億元)。
- C.因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增(112 年新增專款項目)：全年經費 10 億元。

②西醫基層總額：

- A.配合分級醫療，調高診察費(112 年一般服務新增項目)：編列 1.225 億元，用於全面一致性調升門診診察費支付點數 1 點。
- B.因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費(112 年一般服務新增項目)：編列 6.593 億元，用於反映護理人員薪資，並請健保署建立相關稽核機制。
- C.醫療給付改善方案(專款項目)：全年經費 9.003 億元(增編 0.953 億元)。
- D.強化基層照護能力及「開放表別」項目(專款項目)：全年經費 13.2 億元(增編 1 億元)。

(二)112 年度一般服務費用之地區預算分配方式，核(決)定結果如下表：

- 1.牙醫門診、中醫門診總額：同意照辦。
- 2.醫院、西醫基層總額之決定，重點如下：

(1)醫院總額：

- ①風險調整移撥款為 6 億元。

②門診服務(不含門診透析)，各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數分配比率(R 值)較 111 年度增加 1%；住院服務，維持 111 年度比率分配。

(2)西醫基層總額：

①風險調整移撥款為 6 億元。

②各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數分配比率(R 值)較 111 年度增加 1%。

部門別 參數	醫院		西醫 基層	牙醫	中醫 (試辦計畫)		
	門診	住院					
各地區校正 人口風險後 保險對象人 數(R 值)	52%	45%	69%	100%	東區預算占率		2.22%
					其他五分區預算占率，及其分配參數：		97.78%
					1	各分區實際收入預算占率	66%
					2	各分區戶籍人口數占率	14%
					3	各分區每人於各分區就醫次數之權值占率	10%
各地區在總 額實施前 一年的醫療 費用(S 值)	48%	55%	31%	0%	4	各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差	4%
					5	各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率	5%
					6	偏鄉人口預算分配調升機制(若有餘款則依「各分區實際收入預算占率」分配)	1%
風險調整移撥款(億元)	6	6	6	12.474	0		

四、衛福部核定內容，另針對總額協商事項給予 2 項政策指示，及處理建議如下：

(一)「考量健保推動或實施各項計畫，應不悖離本部相關法規及政策，未來本會應於每年度總額協商前，就各總額部門提出之計畫，請本部業管單位評估」(如附件一核定函之說明五)。

處理建議：將依本部核定之政策指示事項辦理，於 8 月下旬各總額部門提出協商草案時，送請本部各業管單位評估及提供意見，作為總額協商之參考，並研修納入 113 年度總額協商程序

辦理。

- (二)未來西醫基層總額地區預算分配比率之 R 值，請每 2 年增加 1%，逐步調至 75% 後再作評估。(如附件一核定函之說明三(三)之 2)

處理建議：於每年討論西醫基層總額地區預算分配時依本部政策指示辦理。

五、依照公告之 112 年度總額及其分配方式，各項協定事項之辦理情形，說明如下：

- (一)健保署會同各部門總額相關團體，應於 111 年 12 月底前辦理完成法定程序並提報之事項：

健保署提供之各部門總額應完成事項共 67 項，其辦理情形彙整如附件四(第 114~134 頁)。已辦理完成之項目計 42 項(含副知本會、須經本會同意或報告之項目)；尚未辦理完成之項目計 25 項，整理如下表：

類別 部門別	依法定程序辦理，副知項目 (46 項)		需經本會同意或報告項目 (21 項)	
	未完成數/ 應完成數	項目別	未完成數/ 應完成數	項目別
牙醫門診	19	牙醫項次 9	14	牙醫項次 13
中醫門診	0/10	—	04	—
醫院	511	醫院項次 4、7~10	66	醫院項次 12~17
西醫基層	29	西醫基層項次 7、8	66	西醫基層項次 10~15
門診透析	—	—	11	門診透析項次 1
其他預算	37	其他預算項次 3、4、6	—	—
合計	1146	11	1421	14

- (二)依前揭應辦事項，需於本次會議討論及報告事項之辦理情形：

1.於 111 年 12 月底前，提報具體實施方案或規劃：

健保署已提報辦理情形，並納入報告事項(第 215~236 頁)。

2.依醫院及西醫基層總額之決定事項，於公告後最近 1 次委員

會議，提報本會確認或報告(項目如下表)：

依公告時程，需於本次會議討論或報告項目(如下表)，健保署於 112 年 2 月 9 日函復，因尚需與總額相關團體研議或謹慎規劃，爰建請延後報告(如附件五，第 135~140 頁)。考量此為衛福部決定事項，仍請該署盡速辦理完成，提本會安排至最近 1 次委員會議討論或報告。

依醫院及西醫基層總額之決定事項，需於公告後最近 1 次委員會議，提報本會確認或報告之項目：

討論事項：

1. 依衛福部 112 年度醫院及西醫基層總額之決定，提報本會確認事項：
 - (1) 112 年度醫院及西醫基層總額新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」
 - (2) 112 年度醫院總額 2 項新增專款計畫內容(含關鍵績效指標)
 - 持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能
 - 健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能
 - (3) 112 年度醫院及西醫基層總額「因應長新冠照護衍生費用」之操作型定義及計算方式、醫療利用監控及管理措施等具體規劃內容

報告事項：

1. 「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)之具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)
2. 「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」之「執行目標」、「預期效益評估指標」，及具體實施計畫(包含提升腹膜透析與品質之具體措施、院所獎勵方式、品質監測指標等)

(三) 112 年度一般服務費用地區預算分配之辦理情形：

1. 各總額部門一般服務之點值保障項目，須經本會同意後執行：已提本次委員會議討論事項第一案(第 177~181 頁)。
2. 各總額部門風險調整移撥款之執行方式，須送本會備查：
三總額部門均尚未函報本會，爰請健保署會同各總額相關團體議定後，盡速將風險調整移撥款之執行方式函報本會備查。(中醫部門未編列本項，無須提報)

(四) 擬具「112 年度各部門總額協定事項及相關計畫追蹤時程表」，如附件六(第 141~172 頁)，請健保署會同各總額部門及早研擬規劃，並依時程提報辦理情形。

擬辦：請中央健康保險署會同各部門總額相關團體辦理下列事項：

- 一、盡速辦理「112 年度各部門總額應於 111 年 12 月底前完成之協定事項」(如附件四，第 114~134 頁)之未完成項目。
- 二、確實依「112 年度各部門總額協定事項及相關計畫追蹤時程表」(如附件六，第 141~172 頁)所列時程，完成相關法定程序及提報本會等事宜。

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12月28日
發文字號：衛部保字第1111260443號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：112年度全民健康保險醫療給付費用總額協(決)定項目表(含地區預算分配)

主旨：所報「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」案，核定如說明，復請查照。

說明：

- 一、復貴會111年11月10日衛部健字第1113360155號書函。
- 二、所報112年度牙醫門診、中醫門診醫療給付費用成長率及相關分配(含地區預算)，以及其他預算，同意照辦。
- 三、至西醫基層及醫院醫療給付費用總額(以下稱西醫基層總額、醫院總額)，核定重點如下(詳附件)：

(一)共通性項目：

- 1、「因醫療法就醫療器材使用規範重新修訂，造成醫院(西醫基層)特材成本高於健保給付點數之補貼」項目，併入「促進醫療服務診療項目支付衡平性」專款項目處理，分別於醫院與西醫基層總額編列20億元、10億元，

111.12.28



111CC00877

並修訂名稱為「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)」。

- 2、醫界提出於西醫兩部門(醫院、西醫基層)總額編列長新冠(long COVID)後續治療衍生費用項目，依總額核定會議決議，分別編列0.4億元、0.1億元，並修訂名稱為「因應長新冠照護衍生費用」。
- 3、「癌症治療品質改善計畫」醫院與西醫基層總額分別編列4.02億元、1.15億元。
- 4、「慢性傳染病照護品質計畫」醫院與西醫基層總額分別編列1.8億元、0.2億元，且不併入醫界提出之長新冠(long COVID)後續治療衍生費用項目。
- 5、門診透析服務：採成長率3%，其中1%(約4.335億元)專款專用，用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質；2%(約8.671億元)成長率須含鼓勵透析病患(含血液及腹膜透析)諮詢腎臟移植。另依協商當年第1季醫院及西醫基層醫療給付費用總額之門診透析服務點數占率分配預算，醫院總額之分配成長率為2.405%，西醫基層總額之分配成長率為3.675%。

(二)其餘重點項目：

1、醫院總額：

(1)「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」、「提升重症

照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變」：兩項移列專款，預算分別增編5億元、10億元。

(2)「住院整合照護服務試辦計畫」：本項增編2.6億元(共5.6億元)。

(3)「因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增」：本項增編10億元。

2、西醫基層總額：

(1)「門診診察費加成一一致」：本項預算改用於全面一致性調升門診診察費支付點數1點，編列1.225億元(0.097%)，並修訂本項目名稱為「配合分級醫療，調高診察費」。

(2)「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」：本項預算編列6.593億元，用於反映護理人員薪資，並請健保署建立相關稽核機制。

(3)「醫療給付改善方案」採醫界版本，增編0.953億元；「強化基層照護能力及『開放表別』項目」採醫界版本，增編1億元。

3、餘採共識方案之金額。

(三)地區預算分配：

1、醫院總額：風險調整移撥款6億元；地區預算分配比率

為門診服務(不含門診透析)，52%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數(R值)，48%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率(S值)分配，住院則維持R值45%及S值55%。

- 2、西醫基層總額：風險調整移撥款6億元；地區預算分配比率為69%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數(R值)，31%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率(S值)分配。另未來西醫基層總額地區預算分配比率之「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數(R值)請每2年增加1%，逐步調至75%後再作評估。

四、綜上，112年整體醫療給付費用總額約為8,364.24億元，相較112年基期(8,095.23億元)，成長率為3.323%。

五、考量健保推動或實施各項計畫，應不悖離本部相關法規及政策，未來貴會應於每年度總額協商前，就各總額部門提出之計畫，請本部業管單位評估，以臻周全。

六、副本抄送中央健康保險署，請會同總額相關團體及本部相關單位，依核(決)定事項，研訂及推動各新增項目之執行內容(含執行目標及預期效益之評估指標)。

正本：本部全民健康保險會

副本：衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部國民健康署、衛生福利部疾病管制署、

本部護理及健康照護司

112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協(決)定項目表(含地區預算分配)

112 年總額為 8,364.235 億元，相較 112 年基期(8,095.23 億元)，成長率為 3.323%。

項目	總額部門	醫院醫療給付費用總額(含透折)	基層醫療給付費用總額(含透折)	牙醫門診醫療給付費用總額	中醫門診醫療給付費用總額	其他預算	合計
112 年度各部門總額預算(億元)		5,559.959	1,382.125	507.999	309.804	157.792	
112 年度門診透折服務(億元) ^註		236.130	210.426				8,364.235
合計(億元)		5,796.089	1,592.551	507.999	309.804	157.792	
較 112 年基期之總額成長率(%)/其他預算為增加金額(億元)		3.663%	3.008%	2.588%	4.344%	-8	3.323%

註：門診透折服務整體成長率 3%。

壹、牙醫門診醫療給付費用總額及其分配：採協定方案。

貳、中醫門診醫療給付費用總額及其分配：採協定方案。

參、其他預算及其分配：採協定方案。

肆、醫院醫療給付費用總額及其分配(★為 112 年新項目)

一般服務項目		增加金額(億元)及成長率(%)	協(決)定項目說明
醫療服務及人口因素成長率		112.344 (2.250%)	
1	保險給付項目及支付標準改變 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	30.78 (0.616%)	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1) 在額度內妥為管理運用，於 112 年總額公告後最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。</p> <p>(2) 對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。</p> <p>(3) 若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並請於 112 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。</p> <p>(4) 歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整所節省之金額，應適度運用於給付新醫療科技，並請於 113 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。</p>

			請中央健康保險署辦理下列事項： (1) 在額度內妥為管理運用，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。於112年總額公告後最近1次委員會提出調整之調整項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。 (2) 若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於112年7月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。 (3) 歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查支付點數所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，並請於113年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。
2	藥品及特材給付規定改變	11.38 (0.228%)	(1)為提升同儕制尚精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。 (2)本項不列入113年度總額協商之基期費用。
3	其他議定項目	-0.114 (-0.002%)	
一般服務		154.390 (3.092%)	
增加金額及成長率		增加金額(億元) (總金額, 億元)	
專款項目			
1	C型肝炎藥費	0 (34.28)	(1)本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 (2)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協商113年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，作為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技財源之一。
2	罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	11.36 (139.43)	(1)本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 (2)請中央健康保險署辦理下列事項： ①檢視本項費用成長之合理性及加強管控，於112年7月底前提報執行情形專案報告(含醫療利用、藥費及其成長原因分析，並說明「罕見疾病藥費」結算邏輯改變前後之影響)。 ②若經評估「罕見疾病藥費及特材」與「血友病藥費」仍有分列預算之必要，請於協商113年度總額前，提出預算拆分之優缺點分析及分列之計算基礎，提報全民健康保險會。
3	後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	0 (52.57)	(1)本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 (2)請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
4	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	0 (52.0806)	(1)本項經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 (2)中央健康保險署提報之執行情形及成效評估報告，應含醫療利用、成長原因分析、等待時間及不同器官移植之存活率。
5	醫療給付改善方案	1.483 (16.434)	(1)持續辦理糖尿病、氣喘、乳癌、肺癌、惡性腫瘤、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質等9項方案。 (2)請中央健康保險署通盤檢討各項方案照護成效及照護率不高的原因，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升執行成效。
6	急診品質提升方案	0 (3)	請中央健康保險署辦理下列事項： (1)精進方案執行內容，增進急診處置效率，並提出急診重大疾病照護品質指標，以提升執行成效。

			(2)提報之成效評估檢討報告，應含急診處置效率相關監測指標。 (1)本項經費用於鼓勵醫院擴大導入 Tw-DRGs。 (2)請中央健康保險署辦理下列事項： ①請積極推動 DRGs 雙軌制度，加速導入第 3 至 5 階段 DRGs 項目。 ②本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。
7	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群 (DRGs)	0 (2.1)	(1)本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。 (2)請中央健康保險署持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與。 請中央健康保險署檢討計畫之評估指標(含結果而指標)，呈現計畫之具體效益。
8	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	0 (1)	(1)經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。 (2)請中央健康保險署會同醫院及西醫基層總額相關團體，檢討獎勵方式，支付誘因及經費配置合理性，研擬改善措施，以提升執行成效。
9	全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	0 (11)	(1)經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 (2)請中央健康保險署辦理下列事項： ①檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。 ②於協商 113 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。 ③確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，提全民健康保險會報告。
10	鼓勵院所建立轉診合作機制	0 (2.247)	(1)用於住院病人之腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金。 (2)本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。
11	網路頻寬補助費	0 (2)	請加強計畫之推動，發展提升整體照護成效之整合照護服務模式及評估整合服務成效，建立多元品質監測指標，包括病人安全(如：院內感染、跌倒發生率)、照護聘任模式、照護人力狀況、民眾使用意向及實際收費情形等結果面指標。
12	腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金	0 (0.15)	(1)本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 (2)請中央健康保險署積極推動，提升執行成效，並於額度內妥為管理運用。
13	住院整合照護服務試辦計畫	2.6 (5.6)	本項應符合鼓勵呼吸器依賴患者脫離呼吸器、簽署 DNR 及強化安寧緩和醫療，提高臨終照護品質之目標。
14	精神科長效針劑藥費	0 (26.64)	(1)請中央健康保險署辦理下列事項： ①以 108 年醫療利用情形為比較基準，超出部分由本項預算支應。 ②於 112 年總額公告後，會同醫院總額相關團體提出操作型定義及計算方式、醫療利用監控及管理措施等具體規劃內容，以及本項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
15	鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫	0 (3)	(2)本項支出如達動支條件，併入醫院總額一般服務費用結算。
16	★因應長新冠照護衍生費用(112 年新增項目)	0.4 (0.4)	

17	★因應肺癌檢疑似陽性個案後續健康費用擴增(112年新項目)	10 (10)	<p>(1)本項預算用於國民健康署肺癌篩檢後疑似陽性個案後續確診費用，其「執行目標」及「效益之評估指標」如下：</p> <p>執行目標：</p> <p>① 111年之陽性個案於112年追蹤且非肺癌確診者37,775人。</p> <p>② 112年之陽性個案於第1年追蹤86,461人。</p> <p>預期效益之評估指標：診斷為早期肺癌的人數占率提升。</p> <p>(2)本項經費實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。</p> <p>(3)本項以3-5年為檢討期限，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請最遲於116年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，節流效益應適度回饋總額預算。</p>
18	★促進醫療服務診療項目支付平衡性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)(112年新項目)	20 (20)	<p>(1)本項「執行目標」及「預期效益之評估指標」如下：</p> <p>執行目標：通盤研議支付標準調整，並配合現行法規之變動(如醫療器材使用規範修訂)，並考量支付平衡性系統性檢討各項支付點數。</p> <p>預期效益之評估指標：</p> <p>① 預期效益：調整各診療項目支付點數、章節歸類、名稱、支付規範、適應症，以合理反應各項醫療服務投入的成本差異及資源耗用情形。</p> <p>② 評估指標：本項目預定辦理期程為3年，考量支付標準調整項目數視核定預算而定，評估指標如下：</p> <p>A. 提出醫療服務支付標準檢討時程及方向規劃。</p> <p>B. 「支付標準研議諮詢會議」召開4場次。</p> <p>(2)請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>① 於112年總額公告後最近1次委員會議提出具體實施規劃(包含支付標準檢討之分年目標、執行方法及期程)，並定期提報執行情形。</p> <p>② 本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。</p> <p>③ 本項以3年為檢討期限(112-114年)，會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p>
19	★癌症治療品質改善計畫(112年新項目)	4.02 (4.02)	<p>(1)本項「執行目標」及「預期效益之評估指標」如下：</p> <p>執行目標：以當年度5項癌症篩檢陽性/異常個案進行確認診斷之追陽率達90%為計畫執行指標。</p> <p>① 大腸癌(以篩檢人數126萬人，陽性率7%估算)：約54,300人。</p> <p>② 口腔癌(以篩檢人數60.5萬人，陽性率8.2%估算)：約33,400人。</p> <p>③ 子宮頸癌(以篩檢人數220萬人，陽性率0.54%估算)：約8,600人。</p> <p>④ 乳癌(以篩檢人數87萬人，陽性率8%估算)：約57,600人。</p> <p>⑤ 肺癌(以篩檢人數10萬人，陽性率10%估算)：約9,000人。</p> <p>預期效益之評估指標：追陽率達90%。</p> <p>(2)本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。</p> <p>(3)請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>① 擬訂具體實施方案，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並考量與現行健保專款計畫同</p>

			<p>性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數。</p> <p>② 本計畫以4年為檢討期限(112-115年)，請會同醫療服務提供相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第4年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之箭流效益應適度回饋總額預算。</p>
20	★慢性傳染病照護品質計畫(112年新增項目)	1.8 (1.8)	<p>(1) 本項「執行目標」及「預期效益之評估指標如下」： 執行目標： ① 潛伏結核感染 (LTBI) 治療品質支付服務：112年 LTBI 治療人數約 12,000 人。 ② 愛滋照護管理品質支付服務：112年照護感染者人數約 35,000 人。 ③ 長照機構加強型結核病防治：112年 LTBI 檢驗人數約 20,000 人。 預期效益之評估指標： ① 112年潛伏結核感染者完成治療比率達 85%。 ② 112年愛滋感染者有服藥比率目標達 95%，服藥感染者病毒量測不到(病毒量<200 copies/ml)比率目標達 96%。 ③ 112年長照機構 LTBI 檢驗陽性加入治療比率達 70%，完成治療率達 70%。 (2) 本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。 (3) 請中央健康保險署辦理下列事項： ① 擬訂具體實施方案，建立完整之個案照護銜接及資料介接機制，並考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數。 ② 本計畫以4年為檢討期限(112年-115年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第4年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之箭流效益應適度回饋總額預算。</p>
21	★持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(112年新增項目)	5 (5)	<p>(1) 本項預算用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。 (2) 請中央健康保險署會同醫院總額相關團體辦理下列事項： ① 於112年總額公告後，提出相關計畫內容(含關鍵績效指標，執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃)，提報至全民健康保險會最近1次委員會議確認。 ② 請提出具體實施規劃，滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效，並定期提報執行情形。</p>
22	★健全區域級(含)以上醫院門診結構，優化重症照護量能(112年新增項目)	10 (10)	<p>(1) 本項預算用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。 (2) 請中央健康保險署會同醫院總額相關團體辦理下列事項： ① 於112年總額公告後，提出相關計畫內容(含關鍵績效指標，執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃)，提報至全民健康保險會最近1次委員會議確認。 ② 請提出具體實施規劃，滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效，並定期提報執行情形。</p>
23	品質保證保留款	0.455 (9.753)	<p>(1) 原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7百萬元)，與112年度品質保證保留款(975.3百萬元)合併運用(計1,364百萬元)。 (2) 請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。</p>

專款項目增加金額	67.118 億元	
門診透析服務	增加金額(億元) 及成長率(%)	協(決)定項目說明
		(1)門診透析服務總費用成長率為 3%，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。 (2)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費用成長率，再依高當年第 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。依上述分攤基礎，醫院總額本項服務費用成長率為 2.405%。 (3)門診透析服務總費用成長率 3%，其中 1% (約 4.335 億元)專款專用，用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質。2% (約 8.671 億元)成長率須含鼓勵透析病患(含血液及腹膜透析)諮詢腎臟移植。 (4)請中央健康保險署辦理以下事項： ① 會同門診透析服務相關團體，提出「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質」專款之「執行目標」、「預期效益評估指標」，及具體實施計畫(包含提升腹膜透析與品質之具體措施、院所獎勵方式、品質監測指標等)，並提全民健康保險會報告。 ② 持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。 ③ 持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並持續監測 NSAIDs 藥物使用情况及管理成效。 ④ 請於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
1 門診透析服務	5.546 (2.405%)	
合計	3.663%	227,054 億元 共 5,796,089 億元
地區預算分配	1. 風險調整移相款 6 億元。 2. 分配比率：門診服務(不含門診透析)，52%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數(R 值)，48%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率(S 值)分配，住院則維持 R 值 45%及 S 值 55%。	

伍、西醫基層醫療給付費用總額及其分配(★為112年新增項目)

一般服務項目		增加金額(億元) 及成長率(%)	協(決)定項目說明
醫療服務及人口因素成長率		17.625 (1.400%)	
1	新醫療科技(包括 新增診療項目、新 藥及新特材等)	1.96 (0.156%)	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1) 在額度內妥為管理運用，於112年總額公告後最近1次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。</p> <p>(2) 對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。</p> <p>(3) 若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並請於112年7月底前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。</p> <p>(4) 歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查所節省之金額，應適度運用於給付新醫療科技，並請於113年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。</p>
2	保險給付 項目及支 付標準之 改變	1.45 (0.115%)	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1) 在額度內妥為管理運用，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。於112年總額公告後最近1次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。</p> <p>(2) 若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於112年7月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。</p> <p>(3) 歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，並請於113年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。</p>
3	★配合分級醫療， 調高診察費(112 年新增項目)	1.225 (0.097%)	<p>本項預算用於全面一致性調升第一階段門診診察費支付點數，請中央健康保險署於額度內妥為管理運用。</p>
4	★因應基層護理 人力需求，提高 1~30人次診察費 (112年新增項目)	6.593 (0.524%)	<p>(1) 本項預算用於反映護理人員薪資，提升護理照護品質。</p> <p>(2) 請中央健康保險署辦理下列事項： ① 於112年總額公告後，會同西醫基層總額相關團體，提出本項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」(主要以結果面為導向規劃)，提報至全民健康保險會最近1次委員會議確認。 ② 建立稽核機制，並比照醫院總額護理費改採占率方式計價，以確實提升護理照護品質。</p>

5	其他議定項目	速反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-1.517 (-0.120%)	(1) 為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。 (2) 本項不列入 113 年度總額協商之基期費用。
一般服務		增加金額及成長率	27.337 (2.172%)	
專款項目		增加金額(億元) (總金額，億元)		編(決)定項目說明
1	西醫醫療資源不足地區改善方案	0 (3.171)	(1) 本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。 (2) 請中央健康保險署持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與。	
2	家庭醫師整合性照護計畫	0 (39.48)	請中央健康保險署朝「以人為中心」之合作照護模式為推動方向，檢討計畫服務模式及成效，積極進行計畫轉型，並規劃與代謝症候群防治計畫共同執行，及善用健康科技工具，強化個案管理功能。	
3	代謝症候群防治計畫	3.08 (6.16)	請中央健康保險署辦理下列事項： (1) 朝「以人為中心」之合作照護模式為推動方向，並規劃與家庭醫師整合性照護計畫共同執行，及善用健康科技工具，強化個案管理功能。 (2) 精進計畫內容，考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付公平性，訂定合理支付單價，增加服務人數。 (3) 積極建立與成人健檢之個案轉介及資源共享機制，減少重複檢驗(查)，以提升計畫執行成效。	
4	C 型肝炎藥費	0 (2.92)	(1) 本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 (2) 請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協商 113 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一。	
5	醫療給付改善方案	0.953 (9.003)	(1) 持續辦理糖尿病、氣喘、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病等 7 項方案。 (2) 請中央健康保險署通盤檢討各項方案照護成效及照護率不高之原因，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升執行成效。	
6	強化基層照護能力及「開放表別」項目	1 (13.20)	(1) 請中央健康保險署辦理下列事項： ① 於 112 年總額公告並經相關會議通過後，提報至最近 1 次委員會議提出規劃調整開放之項目與作業時程。 ② 訂定反映效益之績效指標(如提升照護品質、民眾就醫便利性)等，以評估執行效益。 (2) 本項經費依實際執行扣除原基期點數併入一般服務費用結算。	

7	鼓勵院所建立轉診合作機制	0 (2.58)	(1)經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。 (2)請中央健康保險署會同西醫基層及醫院總額相關團體，檢討獎勵方式、支付誘因及經費配置合理性，研擬改善措施，以提升執行成效。
8	偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫	0 (0.5)	請中央健康保險署精進計畫考核指標，並檢討計畫實施成效，加強推廣，鼓勵醫師參與。
9	罕見疾病、血友病藥費及早見疾病特材	0 (0.3)	(1)本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 (2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體檢討及加強醫療服務提供，於112年7月底前提報執行情形專案報告(含醫療利用、藥費及其成長原因分析，並說明「罕見疾病藥費」結算邏輯改變前後之影響)。
10	後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	0 (0.3)	(1)本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 (2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。
11	因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用	0 (0.11)	(1)本項經費依實際執行併入一般服務費用結算。 (2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。
12	新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	0 (1.78)	本項經費依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入各分區一般服務費用結算。
13	網路頻寬補助費用	0 (2.53)	(1)經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 (2)請中央健康保險署辦理下列事項： ① 檢討，提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於112年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。 ② 於協商113年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。 ③ 確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式，提全民健康保險會報告。
14	提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計劃(pay for value)計畫	0 (0.097)	請中央健康保險署持續監測本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督。
15	精神科長效封劑藥費	0 (1)	(1)本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 (2)請中央健康保險署積極推動，提升執行成效，並於額度內妥為管理運用。

16	★因應長新冠照護衍生費用 (112年新增項目)	0.1 (0.1)	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)於112年總額公告後，會同西醫基層總額相關團體提出操作型定義及計算方式、醫療利用監控及管理措施等具體規劃內容，以及本項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，報至全民健康保險會最近1次委員會議確認。</p> <p>(2)以108年醫療利用情形為比較基準，超出部分由本項預算支應。請會同西醫基層總額相關團體提出具體規劃內容。</p> <p>(3)本項支出如達動支條件，併入西醫基層一般服務。</p>
17	★促進醫療服務診療項目支付平衡性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)(112年新增項目)	10 (10)	<p>(1)本項「執行目標」及「預期效益之評估指標」如下：</p> <p>執行目標：通盤研議支付標準調整，並配合現行法規之變動(如醫療器材使用規範修訂)，並考量支付平衡系統性檢討各項支付點數。</p> <p>預期效益之評估指標：</p> <p>① 預期效益：調整各診療項目支付點數、章節歸類、名稱、支付規範、適應症，以合理反應各項醫療服務投入的成本差異及資源耗用情形。</p> <p>② 評估指標：本項目預定辦理期程為3年，考量支付標準調整項目數視核定預算而定，評估指標如下：</p> <p>A. 提出醫療服務支付標準檢討時程及方向規劃。</p> <p>B. 「支付標準研議諮詢會議」召開4場次。</p> <p>(2)請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>① 於112年總額公告後最近1次委員會議提出具體實施規劃(包含支付標準檢討之分年目標、執行方法及期程)，並定期提報執行情形。</p> <p>② 本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入西醫基層總額一般服務費用結算。</p> <p>③ 本項以3年為檢討期限(112~114年)，會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p>

18	★ 癌症治療品質改善計畫 (112 年新增項目)	1.15 (1.15)	<p>(1) 本項「執行目標」及「預期效益之評估指標」如下： 執行目標：以當年度 4 項癌症篩檢陽性/異常個案進行確診診斷之追陽率達 90% 為計畫執行指標。</p> <p>① 大腸癌(以篩檢人數 126 萬人，陽性率 7% 估算)：約 25,000 人。 ② 口腔癌(以篩檢人數 60.5 萬人，陽性率 8.2% 估算)：約 14,300 人。 ③ 子宮頸癌(以篩檢人數 220 萬人，陽性率 0.54% 估算)：約 2,600 人。 ④ 乳癌(以篩檢人數 87 萬人，陽性率 8% 估算)：約 4,500 人。</p> <p>預期效益之評估指標：追陽率達 90%。</p> <p>(2) 本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。 (3) 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>① 擬訂具體實施方案，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付平衡性，訂定合理支付單價，增加服務人數。 ② 本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，請會同西醫基層總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 4 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。</p>
19	★ 慢性傳染病照護品質計畫 (112 年新增項目)	0.2 (0.2)	<p>(1) 本項「執行目標」及「預期效益之評估指標」如下： 執行目標：</p> <p>① 潛伏結核感染(LTBI)治療品質支付服務：112 年 LTBI 治療人數約 12,000 人。 ② 愛滋照護管理品質支付服務：112 年照護感染者人數約 35,000 人。 ③ 長照機構加強型結核病防治：112 年 LTBI 檢驗人數約 20,000 人。</p> <p>預期效益之評估指標：</p> <p>① 112 年潛伏結核感染者完成治療比率達 85%。 ② 112 年愛滋感染者有服藥比率目標達 95%，服藥感染者病毒量測不到(病毒量 < 200 copies/ml)比率目標達 96%。 ③ 112 年長照機構 LTBI 檢驗陽性加入治療比率達 70%，完成治療率達 70%。</p> <p>(2) 本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。 (3) 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>① 擬訂具體實施方案，建立完整之個案照護銜接及資料介接機制，並考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付平衡性，訂定合理支付單價，增加服務人數。 ② 本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，請會同西醫基層總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 4 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。</p>

20	品質保證保留款	0.04 (1.243)	(1)原106年度一般服務之品質保證保留款額(105.2百萬元),與112年品質保證保留款(124.3百萬元)合併運用(計229.5百萬元)。 (2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體,持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果,訂定更具提升醫療品質強弱別度之標準,落實本款項獎勵之目的。
專款項目增加金額		16.523億元	
門診透折服務		增加金額(億元) 及成長率(%)	協(決)定項目說明
1	門診透折服務	7.459 (3.675%)	(1)門診透折服務總費用成長率為3%,合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透折服務費用,並統為運用。 (2)門診透折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折服務費用成長率,再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透折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折費用及其成長率。依上述分攤基礎,西醫基層總額本項服務費用成長率為3.675%。 (3)門診透折服務總費用成長率3%,其中1%(約4.335億元)專款專用,用於鼓勵院所加強推動腹膜透折與提升其照護品質。2%(約8.671億元)成長率須含鼓勵透折病患(含血液及腹膜透折)諮詢腎臟移植。 (4)請中央健康保險署辦理以下事項: ① 會同門診透折服務相關團體,提出「鼓勵院所加強推動腹膜透折與提升照護品質」專款之「執行目標」、「預期效益評估指標」,及具體實施計畫(包含提升腹膜透折與品質之具體措施、院所獎勵方式、品質監測指標等),並提全民健康保險會報告。 ② 持續推動腎臟病前期之整合照護,並檢討照護成效,強化延緩病人進入透折之照護。 ③ 持續運用健保醫藥資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理,並持續監測 NSAIDs 藥物使用情形及管理成效。 ④ 請於112年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
合計		3.008%	51.319億元 共 1,592.551億元
地區預算分配		1. 風險調整移撥款6億元。 2. 分配比率:69%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數(R值),31%依西醫基層總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率(S值)分配。	

109 年至 112 年健保財務收支情形表

單位：億元

項目	109 年	110 年	111 年	112 年
	審定決算數		自編決算數	預估數
醫療給付費用總額	7,526	7,836	8,096	8,364
總額成長率	5.237%	4.107%	3.320%	3.323%
保險成本	6,954	7,274	7,498	7,792
保險成本成長率	5.91%	4.60%	3.08%	3.92%
非保險給付占率	7.65%	7.22%	7.43%	6.91%
保險收入	6,278	7,119	7,602	7,708
保險收入成長率	0.87%	13.39%	6.78%	1.40%
一、保險費相關收入	6,104	6,948	7,433	7,540
(一)保險費收入	6,143	6,990	7,472	7,343
1.一般保險費	5,074	5,663	5,862	5,957
2.補充保險費	473	582	724	589
3.政府負擔不足法定 36%之差額	596	745	886	797
(二)其他收入	-38	-42	-31	197
二、安全準備相關收入	174	171	169	169
當年安全準備填補金額	-174	326	65	253
當年保險收支餘絀	-676	-155	103	-84
保險收支累計餘絀	1,091	936	1,040	956
約當保險給付支出月數	1.88	1.55	1.66	1.47

製表日期：112.01.09

- 說明：1、保險收入＝一般保險費＋補充保險費＋政府法定下限 36% 差額負擔－呆帳提存＋保險費滯納金＋公益彩券盈餘分配收入＋菸品健康福利捐分配收入＋投資淨收益＋其他收入。
- 2、保險成本＝醫療給付費用總額－保險對象應自行負擔之費用－代位求償獲償金額－菸捐挹注罕病等之醫療費用±調整帳＋其他保險成本。
- 3、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)。
- 4、安全準備相關收入包括：依健保法規定應提列之安全準備，包含滯納金、運用收益、彩券盈餘及菸捐分配收入等，惟不含保險費相關收入用來支應保險成本後之結餘。
- 5、當年安全準備填補金額，係指運用安全準備(前一年累計餘絀，加計當年安全準備相關收入)填補當年保險費相關收入與保險成本間發生短絀之金額。
- 6、112 年度保險費率為 5.17%，醫療給付費用總額成長率依衛生福利部 112 年 1 月 9 日衛部健字第 1123360002 號公告為 3.323%，另政府負擔不足法定 36% 之差額，以行政院協商確立之法律見解及計算方式為基礎。
- 7、已納入行政院主計總處為因應健保安全準備不足部分，112 年撥補全民健康保險基金項下核增 240 億元，以及依健保法施行細則第 46 條第 1 項第 4 款規定之最低投保金額由 34,800 元調整為 36,300 元之財務影響。
- 8、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。

112 年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
一般服務			
醫療服務成本及人口因素成長率	0.642%	305.4	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)×(1+投保人口預估成長率)]-1。
投保人口預估成長率	-0.264%		
人口結構改變率	0.255%		
醫療服務成本指數改變率	0.653%		
協商因素成長率	0.060%	28.8	請於 112 年 7 月底前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效並納入下年度總額協商考量。
保險給付項目及支付標準之調整	0.033%	15.5	基於健保總額預算之經費統籌運用精神，未來不得以單一支付項目預算不足為由增加預算。
頰關節相關項目及支付標準之調整	0.028%	13.5	基於健保總額預算之經費統籌運用精神，未來不得以單一支付項目預算不足為由增加預算。
其他醫療服務利用密度之調整	0.112%	53.5	1.本項經費與特定牙周保存治療-全口總齒數 4 至 8 顆 91016C、特定牙周保存治療-全口總齒數 9 至 15 顆 91015C、牙周病支持性治療 91018C 等 3 項診療項目採預算中平，經費整體統籌運用。 2.執行目標：112 年度特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆執行次數全年以 10 萬人次為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。 預期效益之評估指標：18 歲以上執行「特定牙周保存治療-顆數一至

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			三類」者，追蹤其治療後1年之平均拔牙顆數低於其最近3年年平均拔牙顆數。
其他議定項目	-0.113%	-53.7	3.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，於111年12月底前提出具體規劃內容(含給付條件、醫療服務內容及成效監測)。 本項不列入113年度總額協商之基期費用。
違反全民健康保險服務機構特約及管理法之扣款			
一般服務成長率 ²	0.702%	334.3	
增加金額		47,905.6	
總金額			
專款項目(全年計畫經費)			
醫療資源不足地區改善方案	280.0	0.0	各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於111年11月底前完成，新增計畫原則於111年12月底前完成，且均應於112年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。 持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
牙醫特殊醫療服務計畫	672.1	0.0	辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者(含社區醫療網)、老人長期照顧暨安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務。
牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫	10.0	-2.0	1.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，持續監測執行結果，評估照護成效，於112年7月將評估結果提全民健康保險會報告。 2.本計畫再行試辦1年，若未呈現具體成效即應退場。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
0~6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫	60.0	0.0	1.本項經費不應支付預防保健相關服務。 2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。
12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫	271.5	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。 2.依112年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。其預算扣減方式規劃，請會同牙醫門診總額相關團體議定後，於112年7月提全民健康保險會報告。
高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫	184.0	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。 2.檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。
超音波根管沖洗計畫 (112年新增項目)	144.8	144.8	1.執行目標：112年度超音波根管沖洗執行件數全年以144.8萬件為基準，並以112年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。 預期效益之評估指標：使用超音波根管沖洗的牙齒2年內根管治療之再治療率，比未使用超音波根管沖洗的牙齒2年內根管治療之再治療率低。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同牙醫門診總額相關團體，於111年12月底前提出具體實施方案(含給付條件)，及醫療利用監控與管理措施，並提報全民健康保險會。 (2)本計畫以3年為檢討期限，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第3年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
<p>齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫(112年新增項目)</p>	<p>1,010.0</p>	<p>1,010.0</p>	<p>(3)檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。</p> <p>1.本計畫適用對象： (1)65歲以上病人。 (2)糖尿病病人。 (3)腦血管疾病患者。 (4)血液透析及腹膜透析患者。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物患者。 (6)惡性腫瘤患者。 (7)不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失去功能者。</p> <p>2.本項經費不得與現行一般服務給付之診療項目(如：塗氟 92051B、口乾症塗氟 92072C)及既有專款項目「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」重複支應。</p> <p>3.執行目標：112年度齲齒經驗之高風險患者氟化物治療執行人次全年以 200 萬人次為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。</p> <p>預期效益之評估指標：1 年後(113 年起)齲齒經驗之高風險患者平均齲齒填補數增加率減緩。</p> <p>4.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同牙醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出具體實施方案(含給付條件、醫療服務內容及成效監測)，並提全民健康保險會報告。 (2)本計畫以 3 年為檢討期限，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續續辦理，則請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p>

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
網路頻寬補助費用	168.0	0.0	(3)檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。 1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於112年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。 (2)於協商113年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。 (3)確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式，提全民健康保險會報告。
品質保證保留款	93.9	2.7	1.原106年度於一般服務之品質保證保留款額(116.4百萬元)，與112年度品質保證保留款(93.9百萬元)合併運用(計210.3百萬元)。 2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
專款金額	2,894.3	1,155.5	
較基期成長率(一般服務+專款)³	2.588%	1,489.8	
增加金額		50,799.9	
總金額			

註：1.依衛福部報行政院核定之總額設定公式，112年度總額之基期(採淨值)，係以111年度健保醫療給付費用公告之金額，於一般服務扣除「110年未導入預算扣減」部分。

2.計算「一般服務成長率」所採基期費用為47,571.7百萬元(含111年一般服務預算為47,779.5百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-218.4百萬元、加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款10.6百萬元，未有需扣除110年未導入金額)。

3.計算「較112年度總額基期(採淨值)成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為49,518.3百萬元，其中一般服務預算為47,779.5百萬元(111年度健保醫療給付費用公告金額為47,779.5百萬元，未有需扣除110年未導入金額)，專款為1,738.8百萬元。

4.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

112 年度中醫門診醫療給付費用協定項目表

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
一般服務			
醫療服務成本及人口因素成長率	1.394%	398.6	<p>計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)×(1+投保人口預估成長率)]-1。</p>
投保人口預估成長率	-0.264%		
人口結構改變率	0.830%		
醫療服務成本指數改變率	0.832%		
協商因素成長率	2.678%	765.9	<p>請於 112 年 7 月底前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效並納入下年度總額協商考量。</p>
鼓勵提升醫療品質及促進對象健康 提升中醫小兒傷科照護 品質(112 年新增加項目)	0.009%	2.5	<p>1.執行目標：112 年度中醫小兒傷科照護執行人次全年以 12,425 人次為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。 預期效益之評估指標：申報 6 歲以下中醫小兒傷科同一病人同一診斷碼同月跨院所看診人次較前 5 年平均下降 1%。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同中醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出提升小兒傷科照護品質具體規劃內容，並提報全民健康保險會。 (2)依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。其當年度執行額度，應以點數調升所增加之費用計算。 (3)有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。</p>
其他醫多重慢性疾	1.667%	476.7	<p>1.執行目標：112 年度中醫整合醫療照服務人次全年以 681 萬人次為</p>

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
醫療服務病之中醫護理密集中醫集密之改變(112年新項目)			<p>基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。預期效益之評估指標：申報中醫整合醫療照護費之慢性疾病或重大疾病同一病人同一診斷碼同季跨院所看診人次較前 5 年平均下降 1%。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)本項經費用於提供多重慢性病及跨科別之中醫整合服務，請會同中醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出具體實施方案(含申請條件、整合醫療照護服務內容、醫療利用管控及療效監測)，並提報全民健康保險會。</p> <p>(2)依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。</p> <p>(3)有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。</p>
針傷合理併給付(112年新項目)	1.063%	304.0	<p>1.執行目標：112 年度中醫針傷併治療之總案件數全年以 130 萬人次為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。預期效益之評估指標：申報中醫針傷併治療同一病人同一診斷碼同月跨院所看診人次較前 5 年平均下降 1%。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同中醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出針傷科合併治療給付案件之管理方案(含適應症、申請條件、醫療服務內容、醫療利用管控及療效監測)，並提全民健康保險會報告。</p> <p>(2)依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度，其當年度執行額度，應以調升針傷併治療給付增加之費用與原申報費用之差額計算。</p> <p>(3)有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。</p>

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
增加「特定疾病門診加強照護」適應症腦中風後遺症(診斷碼 I69) (112 年新增項目)	0.060%	17.2	<p>1.本項適用範圍新增「自診斷日起 2 年內」腦血管後遺症(診斷碼 I69)之患者；</p> <p>執行目標：112 年度診斷為 I69 之腦中風病患納入「特定疾病門診加強照護」收案總人數全年以 1,347 人為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。</p> <p>預期效益之評估指標：本收案對象診斷為 I69 腦中風病患之巴氏量表評估，後測平均分數優於前測平均分數。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同中醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用監控與管理措施，並副知全民健康保險會。</p> <p>(2)依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度，其當年度執行額度，應以新增腦血管適應症(診斷碼 I69)與既有適應症申報費用之差額計算。</p> <p>(3)有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。</p>
其他議定項目	-0.121%	-34.5	<p>1.為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。</p> <p>2.本項不列入 113 年度總額協商之基期費用。</p>
一般服務 ² 成長率	4.072%	1,164.5	
總金額		29,760.1	

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
專款項目(全年計畫經費)			各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於111年11月底前完成，新增計畫原則於111年12月底前完成，且均應於112年7月底前提報執行情形及前1年成效評估報告。
醫療資源不足地區改善方案	172.0	0.0	檢討並加強推動中醫師至無中醫鄉執業及巡迴醫療服務及加強獎勵開業服務。
西醫住院病患中醫特 定疾病輔助醫療計畫 1.腦血管疾病 (112年新增腦血管 後遺症(診斷碼I69)) 2.顱腦損傷 3.脊髓損傷 4.呼吸困難相關疾病 5.術後疼痛 (112年新增項目)	436.8	184.1	<p>1.持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷及呼吸困難相關疾病中醫照護。並新增腦血管疾病適應症，提供發病6個月黃金治療期內之腦血管後遺症(診斷碼I69)病患之服務。</p> <p>2.增列「術後疼痛」中醫照護：</p> <p>執行目標：112年度符合術後疼痛適應症之服務人次全年以15,000人次為基準，並以112年修訂計畫後之實施時程等比率換算目標值。</p> <p>預期效益之評估指標：本計畫符合術後疼痛適應症案件，須達以下效益評估指標：</p> <p>(1)歐氏失能量表(Oswestry Disability Index, ODD)評估，後測平均分數優於前測平均分數。</p> <p>(2)簡易麥克吉爾疼痛問卷(Short Form McGill Pain Questionnaire, SF-MPQ)評估，後測平均分數優於前測平均分數。</p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同中醫門診總額相關團體，於111年12月底前依實證資料，訂定術後疼痛適應症條件，並提報全民健康保險會。</p> <p>(2)請將腦血管疾病、顱腦損傷等2項執行成效良好之專案，規劃納入一般服務，列為常規醫療。</p> <p>(3)新增「術後疼痛」項目，以3年為檢討期限，請會同中醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第3</p>

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
中醫提升孕產照護品質計畫	81.0	0.0	
兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	21.6	0.0	請檢討方案完整療程照護人數之比率,及計畫執行情形,評估退場機制。
中醫癌症患者加強照護整合方案 (112年新增胃癌、攝護腺癌及口腔癌)	245.0	0.0	1.持續辦理「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」。 2.癌症患者中醫門診加強照護計畫,擴大適用於胃癌、攝護腺癌及口腔癌。
中醫急症處置	5.0	0.0	請檢討計畫執行情形,並考量是否持續辦理。
中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	105.3	55.3	請持續評估計畫成效,並檢討及監測服務利用之合理性。
照護機構中醫醫療照護方案	28.0	0.0	1.請監測本計畫照護機構住民之中醫利用情形(含機構外就醫),並評估執行成效。 2.請中央健康保險署辦理下列事項: (1)依112年度預算執行結果,於一般服務扣除與本項重複部分之費用。 (2)有關預算扣減方式規劃,請會同中醫門診總額相關團體議定後,於112年7月提全民健康保險會報告。
網路頻寬補助費用	98.0	0.0	1.經費如有不足,由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項: (1)檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率,並於112年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。 (2)於協商113年度總額前檢討本項實施成效,將節流效益納入該年度總額預算財源。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			(3)確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式，提全民健康保險會報告。
品質保證保留款	27.6	1.1	1.原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8百萬元)，與112年度品質保證保留款(27.6百萬元)合併運用(計50.4百萬元)。 2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
專款金額	1,220.3	240.5	
較基期成長率增加金額		1,405.0	
(一般服務+專款)³	4.344%	30,980.4	

註：1.依衛福部報行政院核定之總額設定公式，112年度總額之基期(採淨值)，係以111年度健保醫療給付費用公告之金額，於一般服務扣除「110年未導入預算扣減」部分。

2.計算「一般服務成長率」所採基期費用為28,595.7百萬元(含111年一般服務預算為28,710.9百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-129.3百萬元、加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款14.1百萬元，未有需扣除110年未導入金額)。

3.計算「較112年度總額基期(採淨值)成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為29,690.7百萬元，其中一般服務預算為28,710.9百萬元(111年度健保醫療給付費用公告金額為28,710.9百萬元，未有需扣除110年未導入金額)，專款為979.8百萬元。

4.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

112 年度其他預算協定項目表

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
其他預算(全年計畫經費)			<p>1.屬計畫型項目，應提出具體實施方案(含預定達成目標及預期效益之評估指標)，其中延續型計畫應於111年11月底前完成，新增項目原則於111年12月底前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。</p> <p>2.請於112年7月底前提報執行情形，延續性項目應包含前1年成效評估檢討報告；實施成效並納入下年度總額協商考量。</p>
基層總額轉診型態調整費用	800.0	0.0	<p>1.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續檢討經費動支條件，評估推動分級醫療相關措施對西醫基層總額之財務影響。 (2)持續監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)，及評估分級醫療之執行效益。 (3)通盤檢討鼓勵分級醫療誘因及實際操作方式之合理性，與是否達到預期效果，提出轉型之改善方案。 (4)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，並提全民健康保險會報告。</p>
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	605.4	0.0	<p>請中央健康保險署加強推動山地鄉論人計酬試辦計畫，並訂定執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效。</p>
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	503.0	<p>1.本項醫療點數以每點1元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第62條規定採浮動點數處理。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)各項服務支付標準之調整，應考量各部門總額相關支付項目間之衡平性，並朝分級支付方向規劃，以鼓勵急重症、困難疾病之照護。並持續精進居家醫</p>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			療照護品質及成效之評估指標。 (2)於112年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告(應含近年支付標準調整情形及成效指標監測結果)。
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、治療藥物、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	290.0	0.0	
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	600.0	-1,300.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.於額度內妥為管理運用，並評估、調整未來計畫執行模式，以提升執行成效。 2.於協商113年度總額前檢討實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥新科技之財源之一。
推動促進醫療體系整合計畫	550.0	100.0	1.持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」及「遠距醫療會診」。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)檢討執行情形及辦理方式，以提升執行成效。 (2)「急性後期整合照護計畫」支付標準之調整，應考量各部門總額相關支付項目間之衡平性。 (3)於112年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告(應含支付標準調整情形及執行成效檢討)。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	800.0	-200.0	經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。
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	1,636.0	136.0	<p>1.四部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目經費如有不足，由本項預算剩餘款支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)加強推動「提升院所智慧化資訊機制」，並持續監測及精進成效評估指標。 (2)「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」，請確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式，並提全民健康保險會報告。 (3)於112年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告(應含「提升院所智慧化資訊機制」成效指標監測結果及檢討)。 (4)於協商113年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。</p>
提供保險對象容於矯正機關者醫療服務計畫	1,653.8	0.0	請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督。
腎臟病照護及病人衛教計畫	511.0	61.0	<p>1.持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。 (2)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並持續監測NSAIDs藥物使用情形及管理成效。</p>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
提升保險服務成效	500.0	-100.0	<p>1.考量健保財務困難，請中央健康保險署應積極爭取公務預算支應相關行政經費為宜。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)精進並提出能反映整體提升保險服務成效之評估指標，其精進之評估指標及執行成果請提全民健康保險會報告。</p> <p>(2)於協商113年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。</p>
提升用藥品質之藥事照護計畫	30.0	0.0	<p>請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會加速推動計畫，輔導特約藥局加入執行本計畫，並監測計畫之醫療利用及執行成效(含執行目標及預期效益之評估指標)。</p>
總計	15,779.2	-800.0	

112 年度醫院總額之本會協商結果與衛福部決定比較表

(一) 年度總額

項目	本會協商結果						衛福部決定		備註
	付費者代表方案		醫院代表方案		衛福部決定		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)			
一般服務									
醫療服務成本及人口因素成長率	2.250%	11,234.4	2.250%	11,234.4	2.250%	11,234.4	2.250%	11,234.4	
投保人口預估成長率	-0.264%		-0.264%				-0.264%		
人口結構改變率	2.128%		2.128%				2.128%		
醫療服務成本指數改變率	0.393%		0.393%				0.393%		
協商因素成長率	0.842%	4,204.6	2.205%	11,003.6	0.842%	4,204.6	0.842%	4,204.6	
新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	0.616%	3,078.0	0.000%	0.0	0.616%	3,078.0	0.616%	3,078.0	決定事項採付費者代表方案
藥品及特材給付規定改變	0.228%	1,138.0	0.000%	0.0	0.228%	1,138.0	0.228%	1,138.0	決定事項採付費者代表方案
平衡長期偏低之醫院基本醫療服務點數(112 年新增項目)	0.000%	0.0	0.401%	2,000.0	0.000%	2,000.0	0.000%	0.0	
持續推動分級醫療，壯大社區醫院	0.000%	0.0	0.200%	1,000.0	0.000%	1,000.0	0.000%	0.0	移列專款項目，並修訂名稱為「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」

項目	本會協商結果				衛福部決定		備註
	付費者代表方案		醫院代表方案		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)			
提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變	0.0000%	0.0	0.401%	2,000.0	0.0000%	0.0	移列專款項目，並修訂名稱為「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」
因醫療法就醫療器材使用規範重新修定，造成醫院特材成本高於健保給付點數之補貼(112年新增項目)(*付費者代表方案列專款項目)	*—	*—	0.601%	3,000.0	—	—	1.併入「促進醫療服務診療項目支付平衡性」專款項目處理 2.修訂名稱為「促進醫療服務診療項目支付平衡性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」
平銜醫院部門實際醫療服務與總額額度落差(點值不平衡調整方案)(112年新增項目)	0.0000%	0.0	0.601%	3,000.0	0.0000%	0.0	
腹膜透析追蹤處置費及APD租金(*付費者代表方案列專款項目)	*—	*—	0.0003%	15.0	—	—	採付費者代表方案，編列於專款項目
違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.0002%	-11.4	-0.0002%	-11.4	-0.0002%	-11.4	

項目	本會協商結果						衛福部決定		備註
	付費者代表方案			醫院代表方案			成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)					
一般服務	3.092%	15,439.0	4.455%	22,238.0	3.092%	15,439.0			
成長率		514,745.5		521,551.0		514,745.5			
專款項目(全年計畫經費)									
C型肝炎藥費 (醫院代表方案名稱:「C型肝炎藥費(含檢驗檢查等相關費用)」)	3,428.0	0.0	3,428.0	0.0	3,428.0	0.0	0.0	0.0	1.維持原名稱 2.決定事項採付費者代表方案
罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	13,943.0	1,136.0	12,807.0	0.0	13,943.0	1,136.0			
後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	5,257.0	0.0	5,257.0	0.0	5,257.0	0.0			
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,208.06	0.0	5,208.06	0.0	5,208.06	0.0			
醫療給付改善方案	1,643.4	148.3	1,495.1	0.0	1,643.4	148.3			
急診品質提升方案	300.0	0.0	300.0	0.0	300.0	0.0			
鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210.0	0.0	210.0	0.0	210.0	0.0	210.0	0.0	決定事項增列「本項經費用於鼓勵醫院擴大導入Tw-DRGs」
醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	100.0	0.0	100.0	0.0	100.0	0.0	100.0	0.0	

項目	本會協商結果				衛福部決定		備註
	付費者代表方案		醫院代表方案		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)			
全民健康保險醫療服務 源不足地區醫療服務 提升計畫	1,100.0	0.0	1,100.0	0.0	1,100.0	0.0	
鼓勵院所建立轉診合 作機制	224.7	0.0	224.7	0.0	224.7	0.0	
網路頻寬補助費用	200.0	0.0	200.0	0.0	200.0	0.0	
腹膜透析追蹤處置費 及 APD 租金 (*醫院代表方案列一般服務)	15.0	0.0	0.0*	-15.0	15.0	0.0	決定事項採付費者代表 方案
住院整合照護服務試 辦計畫	600.0	300.0	300.0	0.0	560.0	260.0	決定事項採付費者代表 方案
精神科長效針劑藥費	2,664.0	0.0	2,664.0	0.0	2,664.0	0.0	
鼓勵 RCC、RCW 病人 脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫	300.0	0.0	300.0	0.0	300.0	0.0	
因應 COVID-19 新興疾 病解隔後繼續治療及疫 苗施打副作用衍生之 費用 (*付費者代表方案併入「慢 性傳染病照護品質計畫」)	* -	* -	990.0	990.0	40.0	40.0	1.修訂名稱為「因應長 新冠照護衍生費用」 2.決定事項： (1)請健保署辦理事項： ①以108年醫療利用 情形為比較基

項目	本會協商結果				衛福部決定		備註
	付費者代表方案		醫院代表方案		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)			
因應長新冠照護衍生費用 (112年新增項目)							準，超出部分由本項經費支應 ②會同醫院總額相關團體提出操作方式、醫療利用監控及管理措施等，具體規劃內容，以及本項目之「執行目標」及「預期效益」之評估指標」，提本會最近1次委員會議確認 (2)本項支出如達動支條件，併入醫院總額一般服務費用結算
新設醫院影響醫院總額資源配置 (112年新增項目)	0.0	0.0	1,000.0	1,000.0	0.0	0.0	
因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續保費費用擴增 (112年新增項目)	1,000.0	1,000.0	2,500.0	2,500.0	1,000.0	1,000.0	決定事項採付費者代表方案

項目	本會協商結果				衛福部決定		備註
	付費者代表方案		醫院代表方案		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)			
促進醫療服務 診務項目支付 衡平性(112年 新增項目) 因醫療法就醫 醫療器材使用 規範重新修 訂造成醫院 器材成本高於 健保給付點數 之補貼(112年 新增項目) (醫院代表方案 列一般服務)	1,000.0	1,000.0	0.0	0.0			1.兩項合併編列，修訂名稱為「促進醫療服務診務項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」 2.決定事項刪除「應運用醫療服務成本指數改變率所增加之預算」，餘同付費者代表方案
癌症治療品質改善計畫 (112年新增項目)	402.0	402.0	0.0	0.0	402.0	402.0	決定事項採付費者代表方案
慢性傳染病照護品質計畫 (112年新增項目)	180.0	180.0	0.0	0.0	180.0	180.0	1.不併入「因應長新冠照護衍生費用」項目 2.決定事項同付費者代表方案
持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能 (112年新增項目)	—	—	—	—	500.0	500.0	1.由一般服務移列，新增專款項目 2.決定事項： (1)本項經費用於優

項目	本會協商結果				衛福部決定		備註
	付費者代表方案		醫院代表方案		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)			
健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(112年新增項目)	—	—	—	<u>1,000.0</u>	<u>1,000.0</u>	<p>化醫療服務品質及提升分級醫療推點量能，而非保障點值</p> <p>(2)請健保署會同醫院總額相關團體辦理下列事項：</p> <p>①提出相關計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果為導向規劃)，提交至本會最近1次委員會議確認</p> <p>②提出具體實施規劃，滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效，並定期提報執行情形</p>	
品質保證保留款	975.3	45.5	975.3	45.5	975.3	45.5	
專款金額	39,050.5	4,511.8	39,059.2	4,520.5	41,250.5	6,711.8	

項目	本會協商結果				衛福部決定		備註
	付費者代表方案		醫院代表方案		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)			
較基期成長率 (一般服務+專款)	增加金額	19,950.8	26,758.5	4.578%	3.717%	22,150.8	
	總金額	553,795.9	560,610.2				
門診透析服務成長率	增加金額	554.6	784.0	3.400%	2.405%	554.6	1.增列預算用途：「門診透析服務總費用成長率3%，其中1%(約4.335億元)專款專用，用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質。2%(約8.671億元)成長率須含鼓勵透析病患(含血液及腹膜透析)諮詢腎臟移植」
	總金額	23,613.0	23,842.4				

項目	本會協商結果				衛福部決定		備註
	付費者代表方案		醫院代表方案		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)			
較基期成長率 (一般服務+專 款+門診透析)	3.269%	20,505.4	4.529%	27,542.5	3.663%	22,705.4	估指標』」 3.餘決定事項同付費者 代表方案
增加金額 總金額		577,408.9		584,452.6		579,608.9	

(二)地區預算

地區預算分配	本會協商結果				衛福部決定		備註
	付費者代表方案		醫院代表方案		R值占率 S值占率	R值占率 S值占率	
	R值占率 S值占率	R值占率 S值占率	R值占率 S值占率	R值占率 S值占率			
門診	52% 48%	51% 49%					採付費者代表方案
住院	46% 54%	45% 55%					採醫院代表方案
風險調整移撥款	6億元	2億元			6億元		採付費者代表方案

112 年度西醫基層總額之本會協商結果與衛福部決定比較表

(一) 年度總額

項目	本會協商結果				衛福部決定		備註
	付費者代表方案		西醫基層代表方案		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)			
一般服務							
醫療服務成本及人口因素成長率	1.400%	1,762.5	1.400%	1,762.5	1.400%	1,762.5	
投保人口預估成長率	-0.264%		-0.264%		-0.264%		
人口結構改變率	1.402%		1.402%		1.402%		
醫療服務成本指數改變率	0.266%		0.266%		0.266%		
協商因素成長率	0.151%	189.3	3.139%	3,951.1	0.772%	971.1	
新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	0.156%	196.0	0.318%	400.0	0.156%	196.0	決定事項採付費者代表方案
藥品及特材給付規定改變	0.115%	145.0	0.318%	400.0	0.115%	145.0	決定事項採付費者代表方案
促進醫療資源支付合理	0.000%	0.0	0.079%	100.0	0.000%	0.0	
比照醫院規定，修訂手術通則(112年新增項目)	0.000%	0.0	0.003%	3.2	0.000%	0.0	

項目	本會協商結果				衛福部決定		備註
	付費者代表方案		西醫基層代表方案		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)			
門診診察費加成一級配合分級醫療，調高診察費 (112年新增項目)	0.000%	0.0	0.734%	924.6	0.097%	122.5	1.修訂名稱為「配合分級醫療，調高診察費」 2.決定事項：經費用途改為「用於全面一致性調升第一階段門診診察費支付點數」，並請健保署於額度內妥為管理運用
7580診察費 (112年新增項目)	0.000%	0.0	1.255%	1,580.1	0.000%	0.0	決定事項： 1.經費用於反映護理人員薪資，提升護理照護品質 2.請健保署辦理事項： (1)會同西醫基層總額相關團體，提出「執行目標」及「預期效益之評估指標」(主要以結果面為導向規劃)，提本會最近1次委員會議確認
因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費 (112年新增項目)	0.000%	0.0	0.524%	659.3	0.524%	659.3	

項目	本會協商結果				衛福部決定			備註	
	付費者代表方案		西醫基層代表方案		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)		預估增加金額(百萬元)
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)					
外傷換藥不計入同一療程 (112年新增項目)	0.000%	0.0	0.028%	35.6	0.000%	0.0		(2)建立稽核機制，並比照醫院總額護理費改採占率方式計價，以確實提升護理照護品質	
違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.120%	-151.7	-0.120%	-151.7	-0.120%	-151.7			
一般服務成長率	1.551%	1,951.9	4.539%	5,713.7	2.172%	2,733.7			
		127,848.3		131,610.0		128,630.1			
專款項目(全年計畫經費)									
西醫醫療資源不足地區改善方案	317.1	0.0	317.1	0.0	317.1	0.0		決定事項採付費者代表方案	
家庭醫師整合性照護計畫	3,948.0	0.0	4,146.0	198.0	3,948.0	0.0		決定事項增列「善用健康科技工具，強化個案管理功能」，餘同付費者代表方案	

項目	本會協商結果				衛福部決定		備註
	付費者代表方案		西醫基層代表方案		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)			
代謝症候群防治計畫	616.0	308.0	308.0	0.0	616.0	308.0	決定事項： 1.朝「以人為中心」之合作照護模式為推動方向，並規劃與家庭醫師整合性照護計畫共同執行，及善用健康科技工具，強化個案管理功能 2.精進計畫內容，考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數。 3.積極建立與成人健檢之個案轉介及資源共享機制，減少重複檢驗(查)，以提升計畫執行成效
C型肝炎藥費 (<small>註：西醫基層代表方案名稱為「C型肝炎治療費」</small>)	292.0	0.0	292.0	0.0	292.0	0.0	1.維持原名稱 2.決定事項採付費者代表方案

項目	本會協商結果						備註
	付費者代表方案		西醫基層代表方案		衛福部決定		
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
醫療給付改善方案	805.0	0.0	900.3	95.3	900.3	95.3	決定事項採付費者代表方案
強化基層照護能力及「開放表別」項目	1,220.0	0.0	1,320.0	100.0	1,320.0	100.0	決定事項： 1.於本會最近1次委員會提出規劃調整開放之項目與作業時程 2.餘同付費者代表方案
鼓勵院所建立轉診合作機制	258.0	0.0	258.0	0.0	258.0	0.0	決定事項採付費者代表方案
偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫	50.0	0.0	50.0	0.0	50.0	0.0	決定事項採付費者代表方案
罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	30.0	0.0	30.0	0.0	30.0	0.0	決定事項採付費者代表方案
後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	30.0	0.0	30.0	0.0	30.0	0.0	決定事項採付費者代表方案
因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用	11.0	0.0	11.0	0.0	11.0	0.0	決定事項採付費者代表方案
新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178.0	0.0	178.0	0.0	178.0	0.0	
網路頻寬補助費用	253.0	0.0	253.0	0.0	253.0	0.0	決定事項採付費者代表方案

項目	本會協商結果				衛福部決定		備註
	付費者代表方案		西醫基層代表方案		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)			
提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計劃 (pay for value)計畫	9.7	0.0	9.7	0.0	9.7	0.0	決定事項採付費者代表方案
精神科長效針劑藥費	100.0	0.0	100.0	0.0	100.0	0.0	決定事項採付費者代表方案
新冠輕症確診者長新冠後遺症(Long COVID)照護 (付費者代表方案併入「慢性傳染病照護品質計畫」)	* -	* -	500.0	500.0			1.修訂名稱為「因應長新冠照護衍生費用」 2.決定事項： 請健保署辦理事項： (1)以108年醫療利用情形為比較基準，超出部分由本項經費支應 (2)會同西醫基層總額相關團體提出操作型定義及計算方式、醫療利用監控及管理措施等具體規劃內容，以及「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提本會最近1次委員會議確認
因應長新冠照護衍生費用 (112年新增項目)				500.0	10.0	10.0	

項目	本會協商結果				衛生部決定		備註
	付費者代表方案		西醫基層代表方案		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)			
促進醫療服務 診察項目支付 衛生性(112年 新增項目) 因醫療法就醫 療器材使用規 範重新修訂一 造成西醫基層 器材成本高於 健保支付點數 之補貼(112年 新增項目) 癌症治療品質改善計 畫 (112年新增項目)	100.0	100.0	0.0	0.0			(3)本項支出如達動支 條件，併入西醫基 層總額一般服務費 用結算 1.兩項合併編列，修訂 名稱為「促進醫療服 務診察項目支付衛生 性(含醫療器材使用規 範修訂之補貼)」 2.決定事項刪除「應運 用醫療服務成本指數 改變率所增加之預 算」，餘同付費者代表 方案 決定事項採付費者代 表方案
慢性傳染病照護品質 計畫 (112年新增項目)	20.0	20.0	0.0	0.0	20.0	20.0	1.不併入「新冠輕症確 診者長新冠後遺症 (Long COVID)照護」 項目 2.餘決定事項同付費者 代表方案

項目	本會協商結果						衛福部決定		備註
	付費者代表方案		西醫基層代表方案		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)					
品質保證保留款	124.3	4.0	124.3	4.0	124.3	4.0	124.3	4.0	決定事項採付費者代表方案
專款金額	8,497.1	567.0	8,847.4	917.3	8,847.4	917.3	9,582.4	1,652.3	
較基期成長率 (一般服務+專款)	1.517%	2,518.9	4.578%	6,631.0			2.907%	4,386.0	
		136,345.4		140,457.4				138,212.5	
門診透析服務成長率		745.9		—				745.9	
		3.675%		—			3.675%		
總金額		21,042.6		20,296.7				21,042.6	

1.增列預算用途「門診透析服務總費用成長率3%，其中1%(約4.335億元)專款專用，用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質。2%(約8.671億元)成長率須含鼓勵透析病患(含血液及腹膜透析)諮詢腎臟移植」

2.增列提本會報告時間為最近1次委員會議，並增列提報內容：「提出『鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其

項目	本會協商結果				衛福部決定		備註
	付費者代表方案		西醫基層代表方案		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)			
較基期成長率 (一般服務+專款+ 門診透析)	1.800%	3,264.8	—	—	3.008%	5,131.9	照護品質』專款之『執行目標』、『預期效益評估指標』』 3.餘決定事項同付費者代表方案
增加金額 總金額		157,388.0	—	—		159,255.1	

(二)地區預算

地區預算分配	本會協商結果		衛福部決定		備註
	付費者代表方案		西醫基層代表方案		
	R值占率：69% S值占率：31%	R值占率：68% S值占率：32%	R值占率：69% S值占率：31%	R值占率：69% S值占率：31%	
門診					1.分配方式增列「未來西醫基層總額地區預算分配比率之校正『人口風險因子及轉診型態』後保險對象人數，請每2年增加1%，逐步調至75%後再作評估」 2.餘同付費者代表方案
風險調整移撥款	6億元	6億元	6億元	6億元	

112 年度各部門總額應於 111 年 12 月底前完成之協定事項辦理情形

一、牙醫門診總額

工作項目	應完成時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會		
1	醫療資源不足地區改善方案	111 年 11 月底前 已於 112.1.17 公告；方案修訂重點已提報 112 年 2 月份委員會議。
2	牙醫特殊醫療服務計畫	已於 111.11.22「牙醫門診總額研商議事會議」討論通過，並於 112.1.18 報部核定。
3	牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫	已於 111.12.30 公告；方案修訂重點已提報 112 年 2 月份委員會議。
4	0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫	已於 111.11.22「牙醫門診總額研商議事會議」討論通過，並於 112.1.18 報部核定。
5	12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫	已於 111.11.22「牙醫門診總額研商議事會議」討論通過，並於 112.1.18 報部核定。
6	高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫	延續執行 111.3.1 生效之「高齲齒率患者氟化物治療(P7301C)」診療項目。
7	超音波根管沖洗計畫 (112 年新增項目)	111 年 12 月底前 本項新增 1 項診療項目，已於 111.12.22「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論通過，刻正辦理預告作業。
8	齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫 (112 年新增項目) ※協定事項： (1)適用對象 7 類 (2)本項經費不得與現行一般服務給付之診療項目(如：塗氟 92051B、口乾症塗氟 92072C)及既有專款項目「高齲齒病	本項依協定之適用對象及經費用途，新增 1 項診療項目，已於 111.12.22「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論通過，刻正辦理預告作業。

	工作項目	應完成時限	辦理情形
	患牙齒保存改善服務計畫」 重複支應		
9	品質保證保留款實施方案 ※協定事項：持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的	111年11月底前	原已提至111.11.22「牙醫門診總額研商議事會議」討論，因時間因素未及討論，將於112.3.7「牙醫門診總額研商議事會議」討論。
需經本會同意或向本會報告			
10	特定牙周保存治療-新增全口總齒數一至三顆 (112年新增項目) ※協定事項：於111年12月底前提出具體規劃內容(含給付條件、醫療服務內容及成效監測)	111年12月底前	列於本次會議報告事項。
11	超音波根管沖洗計畫 (112年新增項目) ※協定事項：於111年12月底前提出具體實施方案(含給付條件)，及醫療利用監控與管理措施，並提報本會		列於本次會議報告事項。
12	齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫 (112年新增項目) ※協定事項：於111年12月底前提出具體實施方案(含給付條件、醫療服務內容及成效監測)，並提本會報告		列於本次會議報告事項。
13	牙醫特殊醫療服務計畫 ※依110年協定事項暨111年第12次委員會議決定：提報「牙醫特定身心障礙者社區醫療網」之具體實施方案，並提報本會同意後執行	配合健保署送會時程	新增「重度、極重度特定身心障礙者社區醫療照護網」已提至109.12.8、109.12.23、110.1.15、110.8.24「牙醫門診總額研商議事會議」討論，惟未獲共識，將俟牙全會提送修正草案後再議。

二、中醫門診總額

工作項目	應完成時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會		
1 增加「特定疾病門診加強照護」適應症腦中風後遺症(診斷碼 I69) (112 年新增項目) ※協定事項：於 111 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用監控與管理措施，並副知本會	111 年 12 月底前	1. 支付標準第四部中醫第八章特定疾病門診加強照護「腦血管疾病」個案適用範圍，增加腦中風後遺症(ICD-10-CM：I69)。 2. 已於 111.11.17「中醫門診總額研商議事會議」及 111.12.22「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論通過，刻正辦理報部核定事宜。
2 醫療資源不足地區改善方案	111 年 11 月底前	已於 111.12.23 公告；方案修訂重點已提報 112 年 2 月份委員會議。
3 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 (1)腦血管疾病(112 年新增腦血管後遺症(診斷碼 I69)) (2)顱腦損傷 (3)脊髓損傷 (4)呼吸困難相關疾病 (5)術後疼痛(112 年新增項目) ※協定事項：於 111 年 12 月底前依實證資料，訂定術後疼痛適應症條件，並提報本會		已於 111.12.22「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論通過，其中「術後疼痛」適應症列於本次會議報告事項。
4 中醫提升孕產照護品質計畫		已於 112.2.10 公告。
5 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫		已於 112.2.10 公告。
6 中醫癌症患者加強照護整合方案 (112 年新增胃癌、攝護腺癌及口腔癌)		1. 適應症增列胃癌、攝護腺癌及口腔癌。 2. 已於 112.2.10 公告。
7 中醫急症處置		已於 112.2.10 公告。
8 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫		已於 112.2.10 公告。

工作項目		應完成 時限	辦理情形
9	照護機構中醫醫療照護方案		已於 111.12.28 公告；方案修訂重點已提報 112 年 2 月份委員會議。
10	品質保證保留款實施方案 ※協定事項：持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的		已於 111.12.28 公告；方案修訂重點已提報 112 年 2 月份委員會議。
需經本會同意或向本會報告			
11	提升中醫小兒傷科照護品質 (112 年新增項目) ※協定事項：於 111 年 12 月底前提出提升小兒傷科照護品質具體規劃內容，並提報本會	111 年 12 月底前	列於本次會議報告事項。
12	多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度 (112 年新增項目) ※協定事項：於 111 年 12 月底前提出具體實施方案(含申請條件、整合醫療照護服務內容、醫療利用管控及療效監測)，並提報本會		列於本次會議報告事項。
13	針傷合併治療合理給付 (112 年新增項目) ※協定事項：於 111 年 12 月底前提出針傷科合併治療給付案件之管理方案(含適應症、申請條件、醫療服務內容、醫療利用管控及療效監測)，並提報本會		列於本次會議報告事項。
14	西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 (1)腦血管疾病(112 年新增腦血		列於本次會議報告事項。

工作項目	應完成 時限	辦理情形
管後遺症(診斷碼 I69)) (2)顱腦損傷 (3)脊髓損傷 (4)呼吸困難相關疾病 (5)術後疼痛(112 年新增項目) ※協定事項：於 111 年 12 月底 前依實證資料，訂定術後疼 痛適應症條件，並提報本會		

三、醫院總額

工作項目	應完成 時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會		
<p>1 醫療給付改善方案</p> <p>※決定事項：持續辦理 9 項方案，通盤檢討各項方案照護成效及照護率不高之原因，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升執行成效</p>	<p>111 年 11 月底前</p>	<p>1.糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施：照 111 年方案持續辦理，健保署持續輔導院所收案及管理照護，另考量共病病人可能需 2 位醫師共同診治，惟現行規範門診診察費僅能申報 1 筆，恐降低院所收案意願，研擬增訂相對應之獎勵條件，並將滾動式檢討本項方案。</p> <p>2.全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案：已於 112.2.3 公告；方案修訂重點已提報 112 年 2 月份委員會議。</p> <p>3.全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案：</p> <p>(1)已於 111.12.22「醫療給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論後修正通過，並於 112.1.19 報部核定。</p> <p>(2)修訂重點：</p> <p>①111 年預算 8,000 萬元，分配醫學中心及區域醫院為 5,600 萬元，地區醫院為 2,400 萬元。</p> <p>②地區醫院新增「一般病床臨床藥事照護」、「重症加護臨床藥事照護」及放寬門診照對象。</p> <p>③調升 P6301B「重症加護臨床藥事照護」及 P6302B「門診臨床藥事照護費」支付點數，分別為 250 點及 200 點。</p>

工作項目	應完成 時限	辦理情形
		4.其餘方案將持續辦理並滾動檢討適時修訂。
<p>2 急診品質提升方案</p> <p>※決定事項：精進方案執行內容，增進急診處置效率，並提出急診重大疾病照護品質指標，以提升執行成效</p>		<p>1.方案已於 111.5.5 公告修訂，112 年持續辦理。</p> <p>2.每季於健保署業務執行報告向本會提報急診品質提升方案指標執行結果：</p> <p>(1)急診病人停留超過 24 小時的比率。</p> <p>(2)急診後轉住院滯留急診 48 小時以上案件比率。</p> <p>(3)檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8 小時之比率。</p> <p>(4)檢傷四、五級急診病人離開醫院<4 小時之比率。</p> <p>(5)完成急診重大疾病照護病人進入加護病房<6 小時之比率。</p>
<p>3 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案</p> <p>※決定事項：持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與</p>		已於 112.2.4 公告；方案修訂重點已提報 112 年 2 月份委員會議。
<p>4 全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫</p> <p>※決定事項：檢討計畫之評估指標(含結果面指標)，呈現計畫之具體效益</p>		將提報 112.3.1「醫院總額研商議事會議」討論。
<p>5 住院整合照護服務試辦計畫</p> <p>※決定事項：請加強計畫之推動，發展提升整體照護成效之整合照護服務模式及評估整合服務成效，建立多元</p>		1. 已於 111.7.18 公告，並經 111.11.23「醫院總額研商議事會議」決議，自 111.10.27(通知核定試辦醫院之日)起至 112 年試辦計畫完成醫院遴選核定前，111

工作項目	應完成時限	辦理情形
<p>品質監測指標，包括病人安全(如：院內感染、跌倒發生率)、照護聘任模式、照護人力狀況、民眾使用意向及實際收費情形等結果面指標</p>		<p>年所核定之試辦醫院得於 112 年持續辦理。</p> <p>2.112 年將依衛福部護理及健康照護司需求規劃及與相關會議各界代表及專家學者意見凝聚共識後，據以修正計畫內容。</p>
<p>6 鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫</p> <p>※決定事項：應符合鼓勵呼吸器依賴患者脫離呼吸器、簽署 DNR 及強化安寧緩和醫療，提高臨終照護品質之目標</p>		<p>「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」新增 RCC、RCW 住院階段獎勵項目及費用，甫自 111.10.1 起實施，執行方式業提報本會 111 年 11 月份委員會議，112 年持續辦理。</p>
<p>7 癌症治療品質改善計畫 (112 年新增項目)</p> <p>※決定事項：擬訂具體實施方案，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數</p>	111 年 12 月底前	<p>國民健康署已於 112.1.12、112.1.17 召開「『112 年全民健康保險癌症治療品質改善計畫』醫院總額、西醫基層總額執行規劃會議」，邀請醫院及西醫基層相關團體、社保司及健保署共同討論。</p>
<p>8 慢性傳染病照護品質計畫 (112 年新增項目)</p> <p>※決定事項：擬訂具體實施方案，建立完整之個案照護銜接及資料介接機制，並考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數</p>		<p>疾管署已於 112.2.6 召開「112 年健保總額中長期改革計畫之慢性傳染病照護品質計畫諮詢會議」，邀請該會委員、台灣醫院協會、醫師公會全聯會、社保司、長照司及健保署共同討論。</p>
<p>9 持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能</p>		<p>健保署已函請台灣醫院協會儘速提報計畫，將俟該會回復後，依程</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
(112 年新增項目) ※決定事項：本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值		序提至醫院總額研商議事會議討論。
10 健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能 (112 年新增項目) ※決定事項：本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值		健保署已函請台灣醫院協會儘速提報計畫，將俟該會回復後，依程序提至醫院總額研商議事會議討論。
11 品質保證保留款實施方案 ※決定事項：持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的	111 年 11 月底前	已於 111.12.23 公告；方案修訂重點已提報 112 年 2 月份委員會議。
需經本會同意/確認或向本會報告		
12 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) ※決定事項：在額度內妥為管理運用，於 112 年度總額公告後，至本會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控	提報至本會最近 1 次委員會議	<p>1. 新增診療項目：112 年預計召開 10 次「醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」、4 次「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」，將視提案單位檢送資料完整性及補件情形，依序提會討論。</p> <p>2. 新藥：112 年度藥品新增項目及作業時程，併同「111 年度總額協定事項中有關預算扣減及效益評估之執行成果」案，於 3 月份委員會議報告。</p> <p>3. 新特材：</p> <p>(1) 特材收載為持續性作業，迄至 111 年 12 月止登載於「尚未納入健保給付之特材品項表」計</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
		<p>2,682 品項，原編列 112 年度新功能特材收載品項優先以 716 項(推估預算約為 44.2 億元)進行編列。</p> <p>(2)112 年度新功能特材核定預算為 6.32 億元，截至 112 年 1 月 12 日止，已完成研議並公告生效之新功能特材計 25.2 百萬點。</p> <p>(3)其餘預算優先用於臨床缺口醫材、兒童醫材、重症醫材及 phase out 醫材，並研議至年度預算執行完畢，預算不足部分爭取次年度預算用以收載新功能特材。</p>
<p>13 藥品及特材給付規定改變 ※決定事項：在額度內妥為管理運用，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。於 112 年度總額公告後，至本會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控</p>		<p>1.藥品：112 年度藥物給付規定改變之項目及作業時程，併同「111 年度總額協定事項中有關預算扣減及效益評估之執行成果」案，於 3 月份委員會議報告。</p> <p>2.特材：</p> <p>(1)經健保署及財團法人醫藥品查驗中心完成醫療科技再評估評估結果，建議放寬之特材給付規定項目，推估預算約 5.258 億點。如修訂人工電子耳、ICD、VAD、開放性動脈導管關閉器、低體溫管理系統。</p> <p>(2)112 年度特材給付規定改變核定預算為 2.78 億元，優先用於相關專科醫學會所提臨床需求、病友團體關切給付項目。</p> <p>(3)上述特材給付規定擬依程序辦理作業，俟提「藥物給付項目及</p>

	工作項目	應完成 時限	辦理情形
			支付標準共同擬訂會議」討論通過後修訂。預算不足部分，以特材價量調查調整支付點數所節省之金額支應。
14	<p>因應長新冠照護衍生費用 (112 年新增項目)</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)以 108 年醫療利用情形為比較基準，超出部分由本項經費支應</p> <p>(2)於 112 年度總額公告後，會同醫院總額相關團體提出操作型定義及計算方式、醫療利用監控及管理措施等具體規劃內容，以及本項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提報至本會最近 1 次委員會議確認</p>	<p>提報至本會最近 1 次委員會議確認</p>	<p>健保署已函請台灣醫院協會儘速提出具體規劃內容、「執行目標」及「預期效益之評估指標」，俟該會回復後，將依程序提「醫院總額研商議事會議」討論。</p>
15	<p>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) (112 年新增項目)</p> <p>※決定事項：於 112 年度總額公告後，至本會最近 1 次委員會議提出具體實施規劃(包含支付標準檢討之分年目標、執行方法及期程)，並定期提報執行情形</p>	<p>提報至本會最近 1 次委員會議</p>	<p>健保署表示，因本項專款預算金額較大，且作業規劃方式將影響後續支付標準修訂方向及範圍，影響層面跨醫療院所各層級及各專科別，爰待謹慎規劃具體實施方式後，再提本會報告。</p>
16	<p>持續推動分級醫療，優化社區 醫院醫療服務品質及量能 (112 年新增項目)</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推</p>	<p>提報至本會最近 1 次委員會議確認</p>	<p>辦理情形同項次 9。</p>

工作項目	應完成 時限	辦理情形
<p>動量能，而非保障點值</p> <p>(2) 於 112 年度總額公告後，提出相關計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃)，提報至本會最近 1 次委員會議確認</p>		
<p>17 健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(112 年新增項目)</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值</p> <p>(2)於 112 年度總額公告後，提出相關計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃)，提報至本會最近 1 次委員會議確認</p>		<p>辦理情形同項次 10。</p>

四、西醫基層總額

工作項目	應完成 時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會		
1 西醫醫療資源不足地區改善方案 ※決定事項：持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與	111 年 11 月底前	已於 112.2.4 公告；方案修訂重點已提報 112 年 2 月份委員會議。
2 家庭醫師整合性照護計畫 ※決定事項：請朝「以人為中心」之合作照護模式為推動方向，檢討計畫服務模式及成效，積極進行計畫轉型，並規劃與代謝症候群防治計畫共同執行，及善用健康科技工具，強化個案管理功能		已於 112.1.30 公告；方案修訂重點已提報 112 年 2 月份委員會議。
3 代謝症候群防治計畫 ※決定事項： (1)朝「以人為中心」之合作照護模式為推動方向，並規劃與家庭醫師整合性照護計畫共同執行，及善用健康科技工具，強化個案管理功能 (2)精進計畫內容，考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數 (3)積極建立與成人健檢之個案轉介及資源共享機制，減少重複檢驗(查)，以提升計畫執行成效		1.依 111.11.25 「112 年總額預算核定會議」部長指示，「代謝症候群防治計畫」由國民健康署主責。 2.國民健康署已於 111.12.15 召開 112 年計畫內容討論會議與醫界達成共識，並提 111.12.21 「西醫基層總額研商議事會議」討論原則通過，於 112.1.6 報部核定及辦理公告事宜。
4 醫療給付改善方案 ※決定事項：通盤檢討各項方		1.糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施：照 111

工作項目	應完成時限	辦理情形
<p>案照護成效及照護率不高之原因，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升執行成效</p>		<p>年方案持續辦理，健保署持續輔導院所收案及管理照護，另考量共病病人可能需2位醫師共同診治，惟現行規範門診診察費僅能申報1筆，恐降低院所收案意願，研擬增訂相對應之獎勵條件，並將滾動式檢討本項方案。</p> <p>2.全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案：已於112.2.3公告；方案修訂重點已提報112年2月份委員會議。</p> <p>3.其餘方案將持續辦理，並滾動檢討適時修訂。</p>
<p>5 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫 ※決定事項：精進計畫評核指標，並檢討計畫實施成效、加強推廣，鼓勵醫師參與</p>		<p>1.延續111年計畫辦理。</p> <p>2.健保署於111.7.1提供醫師公會全聯會，111年符合「全民健康保險偏鄉地區基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫」施行地區之基層診所名單及參與情形，俾利該會鼓勵診所及醫師參與，加強計畫推廣。</p>
<p>6 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫</p>		<p>已於111.12.21「西醫基層總額研商議事會議」討論通過，並提111.12.22「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」報告通過，將依程序辦理報部核定及公告事宜。</p>
<p>7 癌症治療品質改善計畫(112年新增項目) ※決定事項：擬訂具體實施方案，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡</p>	<p>111年12月底前</p>	<p>國民健康署已於112.1.12、112.1.17召開「112年全民健康保險癌症治療品質改善計畫」醫院總額、西醫基層總額執行規劃會議，邀請醫院及西醫基層相關團體、社保司及健保署共同討論。</p>

工作項目		應完成時限	辦理情形
	平性，訂定合理支付單價，增加服務人數		
8	慢性傳染病照護品質計畫(112年新增項目) ※決定事項：擬訂具體實施方案，建立完整之個案照護銜接及資料介接機制，並考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數		疾病管制署已於112.2.6召開「112年健保總額中長期改革計畫之慢性傳染病照護品質計畫諮詢會議」，邀請該會委員、台灣醫院協會、醫師公會全聯會、社保司、長照司及健保署共同討論。
9	品質保證保留款實施方案 ※決定事項：持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的	111年11月底前	已於112.1.19公告；方案修訂重點已提報112年2月份委員會議。
需經本會同意/確認或向本會報告			
10	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) ※決定事項：在額度內妥為管理運用，於112年度總額公告後，至本會最近1次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控	提報至本會最近1次委員會議	1.新增診療項目：112年預計召開10次「醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」、4次「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」，將視提案單位檢送資料完整性及補件情形，依序提會討論。 2.新藥：112年藥品新增項目及作業時程，併同「111年度總額協定事項中有關預算扣減及效益評估之執行成果」案，於3月份委員會議報告。 3.新特材：未收載西醫基層適用之特材。
11	藥品及特材給付規定改變 ※決定事項：在額度內妥為管		1.藥品：112年藥物給付規定改變之項目及作業時程，併同「111年

工作項目	應完成時限	辦理情形
<p>理運用，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。於 112 年度總額公告後，至本會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控</p>		<p>度總額協定事項中有關預算扣減及效益評估之執行成果」案，於 3 月份委員會議報告。</p> <p>2.特材：未收載西醫基層適用之特材。</p>
<p>12 因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費 ※決定事項： (1)本項經費用於反映護理人員薪資，提升護理照護品質 (2)於 112 年度總額公告後，提出本項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」(主要以結果面為導向規劃)，提報至本會最近 1 次委員會議確認</p>	<p>提報至本會最近 1 次委員會議確認</p>	<p>健保署已函請醫師公會全聯會儘速提出「執行目標」及「預期效益之評估指標」，俟該會回復後，將依程序提「西醫基層總額研商議事會議」討論。</p>
<p>13 強化基層照護能力及「開放表別」項目 ※決定事項：於 112 年度總額公告並經相關會議通過後，至本會最近 1 次委員會議提出規劃調整開放之項目與作業時程</p>	<p>提報至本會最近 1 次委員會議</p>	<p>健保署盤點相關學公會建議之開放表別項目，俟醫師公會全聯會提供修訂建議後，將依程序提「西醫基層總額研商議事會議」討論。</p>
<p>14 因應長新冠照護衍生費用 (112 年新增項目) ※決定事項： (1)以 108 年醫療利用情形為比較基準，超出部分由本項經費支應</p>	<p>提報至本會最近 1 次委員會議確認</p>	<p>健保署已函請醫師公會全聯會儘速提出具體規劃內容、「執行目標」及「預期效益之評估指標」，俟該會回復後，將依程序提「西醫基層總額研商議事會議」討論。</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
(2)於 112 年度總額公告後，提出操作型定義及計算方式、醫療利用監控及管理措施等具體規劃內容，以及本項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提報至本會最近 1 次委員會議確認		
<p>15 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) (112 年新增項目) ※決定事項：於 112 年度總額公告後，至本會最近 1 次委員會議提出具體實施規劃(包含支付標準檢討之分年目標、執行方法及期程)，並定期提報執行情形</p>	<p>提報至本會最近 1 次委員會議</p>	<p>健保署表示，因本項專款預算金額較大，且作業規劃方式將影響後續支付標準修訂方向及範圍，影響層面跨醫療院所各層級及各專科別，爰待謹慎規劃具體實施方式後，再提本會報告。</p>

五、門診透析服務

工作項目	應完成 時限	辦理情形
需經本會同意/確認或向本會報告		
<p>1 門診透析服務 ※決定事項：於 112 年度總額公告後，至本會最近 1 次委員會會議提出「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」專款之「執行目標」、「預期效益評估指標」，及具體實施計畫(包含提升腹膜透析與品質之具體措施、院所獎勵方式、品質監測指標等)，並提本會報告</p>	<p>提報至本會最近 1 次委員會</p>	<p>1.健保署已於 112.2.1 與相關團體召開「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」(草案)討論會,就計畫內容進行溝通及意見交換。 2.健保署已請台灣腎臟醫學會參考與會者意見，依程序提 112.2.21 「門診透析預算研商議事會議」討論。</p>

六、其他預算

工作項目	應完成 時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會		
<p>1 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 ※協定事項：加強推動山地鄉論人計酬試辦計畫，並訂定執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效</p>	<p>111 年 11 月底前</p>	<p>1.延續 111 年計畫辦理。 2.花蓮慈濟醫院自 111.1.1 起執行花蓮縣秀林鄉「IDS 計畫之山地鄉全人整合照護執行方案(下稱本方案)」： (1)依本方案規定，訂定健康管理(預防保健)、醫療照護(如可避免住院率)及其他政策鼓勵(如 B、C 肝炎病人完追蹤照護比率)等評核指標，以評估方案成效。 (2)截至 111 年 10 月，醫療照護指標(3 項)計 2 項達標，其他政策鼓勵指標(2 項)計 1 項達標，健康管理指標(16 項)尚待國民健康署及疾病管制署統計。 3.另本方案以照護對象虛擬醫療點數與實際使用醫療點數之結餘及秀林鄉內就醫次數占率等，作為計算回饋金及外加獎勵費之依據，鼓勵醫院提升醫療服務品質及效益。</p>
<p>2 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 ※協定事項：各項服務支付標準之調整，應考量各部門總額相關支付項目間之衡平性，並朝分級支付方向規劃，以鼓勵急重症、困難疾病之照護。並持續精進居家</p>		<p>1.居家醫療照護： (1)居家醫療照護整合計畫：已於 112.1.17 公告，放寬訪視人員資格；方案修訂重點已提報 112 年 2 月份委員會議。 (2)居家照護之通則，延續 111 年方式辦理，修訂如下： 111.6.1 已增列「緊急訪視適應症與加成方式：適用醫師訪視</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
<p>醫療照護品質及成效之評估指標</p>		<p>費、護理人員訪視費」。另考量臨床照護上可能有病人雖具護理照護需求，但因特定疾病致其外出就醫不便，爰修訂居家照護收案條件，增列「依疾病特性至外出就醫不便」，並自 111.12.1 生效。</p> <p>(3)安寧療護服務延續 111 年方式辦理。</p> <p>2.精神疾病社區復健</p> <p>(1)調升精神復健機構(住宿型)支付點數：住宿型(全日)支付點數調升至 582 點、住宿型(夜間)調升至 169 點，自 111.12.1 起生效。</p> <p>(2)112 年精神疾病社區復健，延續 111 年辦理。</p> <p>3.112 年轉銜長照 2.0 部分，延續 111 年方式辦理。</p>
<p>3 推動促進醫療體系整合計畫</p> <p>(1)醫院以病人為中心門診整合照護計畫</p> <p>(2)急性後期整合照護計畫</p> <p>(3)跨層級醫院合作計畫</p> <p>(4)遠距醫療會診</p> <p>※協定事項：</p> <p>(1)檢討執行情形及辦理方式，以提升執行成效</p> <p>(2)「急性後期整合照護計畫」支付標準之調整，應考量各部門總額相關支付項目間之衡平性</p>		<p>1.醫院以病人為中心門診整合照護計畫，延續 111.7.1 公告修訂內容辦理。</p> <p>2.急性後期整合照護計畫，延續 111 年計畫辦理。另擬於 112 年第 1 季邀集各層級醫院協會、相關專科醫學會研修本計畫。</p> <p>3.跨層級醫院合作計畫，延續 111 年計畫辦理。</p> <p>4.遠距醫療給付計畫，已於 112.1.18 公告；方案修訂重點已提報 112 年 2 月份委員會議。</p>
<p>4 提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構</p>		<p>鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案，將提 112 年 3 月</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
網路頻寬補助費用(併四部門總額之「網路頻寬補助費用」)		「醫療給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論。
5 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫		已於 110.11.19 公告(為 3 年 1 期計畫)，延續 111 年計畫辦理。
6 腎臟病照護及病人衛教計畫 (1)末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫 (2)初期慢性腎臟病醫療給付改善方案 (3)慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫		1.「末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫」：延續 111 年計畫辦理，並持續輔導醫療院所針對尿毒症高危險族群進行衛教。 2.初期慢性腎臟病醫療給付改善方案：已於 111.2.15 公告新增「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」，包含新增糖尿病合併初期慢性腎臟病照護整合方案，並整併原糖尿病、初期慢性腎臟病方案。健保署將持續輔導院所收案及管理照護，並滾動式檢討方案。 3.「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」：已於 111.11.16「門診透析預算研商議事會議」討論，建議修正內容由台灣腎臟醫學會攜回，將提 112.2.21「門診透析預算研商議事會議」討論。
7 提升用藥品質之藥事照護計畫		已於 112.2.4 辦理報部核定事宜。

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：歐小姐

聯絡電話：02-27065866 分機：2614

傳真：02-27069043

電子郵件：A110666@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112年2月9日

發文字號：健保醫字第1120660358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_1120660358_doc1_Attach1.pdf、
A210300001_1120660358_doc1_Attach2.pdf)

主旨：貴會訂於112年2月22日召開之第6屆112年第1次委員會議
提報相關112年總額核(決)定事項案，復如說明，請查
照。



說明：

一、依據貴會112年1月13日表單單號1120113599號請辦事宜辦
理。

二、下列報告事項原訂於旨揭會議報告，因尚須與總額相關團
體研議或謹慎規劃，爰建請延後報告：

(一)鈞部112年度醫院及西醫基層總額之決定，提報貴會確認
事項：本署已函請總額相關團體提報具體實施方案及規
劃內容(附件)，俟112年相關總額研商議事會議上討論議
定後提報貴會。

(二)「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)」：本項預算金額大，且規劃方式對後續
支付標準修訂方向及範圍影響甚鉅，影響層面更跨醫療

112.02.09



1123340026

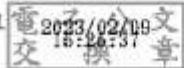


院所各層級及各專科別，爰需時謹慎規劃具體實施方式，再提委員會議報告。

- (三)「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質之具體實施計畫」：本署已於112年2月1日召開「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」(草案)討論會，將再提112年第1次門診透析預算研商議事會議(預訂於112年2月21日召開)討論，俟討論定案後再提委員會議報告。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：本署企劃組



抄本

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：方亞芸
聯絡電話：02-27065866 分機：2630
傳真：02-27069043
電子郵件：A111257@nhi.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國112年1月13日
發文字號：健保醫字第1120100639A號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：有關「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」詳如說明，請於112年2月1日前函復，俾利提報相關會議討論，請查照。

說明：

一、依衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告辦理。

二、有關旨揭事宜請就以下預算項目擬訂具體實施計畫(含執行目標及預期效益之評估指標)

(一)西醫基層總額：

- 1、因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費(112年新增項目)。
- 2、因應長新冠照護衍生費用(112年新增項目)。
- 3、強化基層照護能力及「開放表別」項目(含反映效益之績效指標如提升照護品質、民眾就醫便利性等)。

(二)醫院總額：

- 1、因應長新冠照護衍生費用(112年新增項目)。
- 2、持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(112年新增項目)。
- 3、健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(112年新增項目)。

(三)門診透析服務項目：請於112年1月16日前(已先mail通知)

就鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質提出具體實施計畫(包含提升腹膜透析與品質之具體措施、院所獎勵方式、品質監測指標、執行目標及預期效益評估指標)函復，俾利會議討論。

正本：台灣醫院協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、台灣醫學中心協會、台灣腎臟醫學會

副本：本署醫務管理組支付標準科

抄本

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：方亞芸
聯絡電話：02-27065866 分機：2630
傳真：02-27069043
電子郵件：A111257@nhi.gov.tw

受文者：如正本行文單位

發文日期：中華民國112年2月3日
發文字號：健保醫字第1120660353號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：有關「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，詳如說明，請協助於112年2月10日前提提供，俾利提報相關會議討論，請查照。

說明：

- 一、依衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告辦理。
- 二、有關旨揭事宜請就以下預算項目擬訂具體實施計畫(含執行目標及預期效益之評估指標)
 - (一)因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費(112年新增項目)
 - (二)因應長新冠照護衍生費用(112年新增項目)。
 - (三)強化基層照護能力及「開放表別」項目(含反映效益之績效指標如提升照護品質、民眾就醫便利性等)。

正本：中華民國醫師公會全國聯合會
副本：

112 年度各部門總額協定事項及相關計畫追蹤時程表

一、牙醫門診總額

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意 或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
		協定事項摘要 ^{註1}			
1	一般服務	顱顎關節相關支付項目			112 年 7 月底前
2		複雜型顱顎障礙症治療及追蹤			112 年 7 月底前
3		特定牙周保存治療-新增全口總齒數一至三顆 (112 年新增項目) 於 111 年 12 月底前提出具體規劃內容(含給付條件、醫療服務內容及成效監測)		2 月委員會議提報告案	112 年 7 月底前
4	專款項目	醫療資源不足地區改善方案	111 年 11 月底前		112 年 7 月底前
5		牙醫特殊醫療服務計畫 (1)辦理本計畫	111 年 11 月底前		112 年 7 月底前
		(2)依 110 年協定事項暨 111 年第 12 次委員會議決定：提報「牙醫特定身心障礙者社區醫療網」之具體實施方案，並提報本會同意後執行		配合健保署送會時程	112 年 7 月底前
6		牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫 (1)持續監測執行結果，評估照護成效，於 112 年 7 月將評估結果提本會報告 (2)再行試辦 1 年，若未呈現具體成效即應退場	111 年 11 月底前	7 月委員會議提報告案	112 年 7 月底前

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意 或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
		協定事項摘要 ^{註1}			
7		0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫	111 年 11 月底前		112 年 7 月底前
8		12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫 (1)辦理本計畫	111 年 11 月底前		112 年 7 月底前
		(2)依 112 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。其預算扣減方式規劃，請議定後，於 112 年 7 月提本會報告		7 月委員會議提報告案	113 年 3 月委員會議(協商 114 年度總額前)提報執行結果
9	專款項目	高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫 (1)辦理本計畫	111 年 11 月底前		112 年 7 月底前
		(2)檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源			1.112 年 7 月委員會議提報規劃情形(併入報告案) 2.113 年 3 月委員會議(協商 114 年度總額前)提報執行結果
10		超音波根管沖洗計畫 (112 年新增項目) (1)於 111 年 12 月底前提出具體實施方案(含給付條件)，及醫療利用監控與管理措施，並提報本會	111 年 12 月底前	2 月委員會議提報告案	112 年 7 月底前

項次	類別	工作項目 及時程 協定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
10 續	專款項目	(2)本計畫以 3 年為檢討期限，請滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果			1. 逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2. 3 年期限檢討：於 114 年 7 月委員會議提報檢討結果
		(3)檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源			1. 112 年 7 月委員會議提報規劃情形(併入報告案) 2. 113 年 3 月委員會議(協商 114 年度總額前)提報執行結果
11		齶齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫 (112 年新增項目) (1)於 111 年 12 月底前提出具體實施方案(含給付條件、醫療服務內容及成效監測)，並提本會報告	111 年 12 月底前	2 月委員會議提報告案	112 年 7 月底前

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意 或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
		協定事項摘要 ^{註1}			
11	專款項目	(2)本計畫以 3 年為檢討期限，請滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果			1. 逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.3 年期限檢討：於 114 年 7 月委員會議提報檢討結果
		(3)檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源			1.112 年 7 月委員會議提報規劃情形(併入報告案) 2.113 年 3 月委員會議(協商 114 年度總額前)提報執行結果
12		品質保證保留款實施方案	111 年 11 月底前		各部門總額 112 年度執行成果發表暨評核會議(113 年 7 月)
13	其他	一般服務之點值保障項目 111 年 12 月底前提本會同意後執行		2 月委員會議 提討論案	
14		特定用途移撥款執行方式	112 年 6 月底前送本會備查		

註：1.本表協定事項僅摘要重點呈現，完整內容詳公告。另專款項目「網路頻寬補助費用」之辦理情形，併入其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」提報。

2.112 年執行情形於本會 112 年 7 月份委員會議提報，延續性項目於 112 年 7 月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含 111 年執行情形)。

二、中醫門診總額

項次	類別	工作項目 及時程 協定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意 或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
1	一般	提升中醫小兒傷科照護品質 (112年新增項目) (1)於111年12月底前提出提升小兒傷科照護品質具體規劃內容，並提報本會		2月委員會議 提報告案	112年7月底前
		(2)依112年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。其當年度執行額度，應以點數調升所增加之費用計算 (3)有關預算扣減方式規劃，請議定後，於112年7月提本會報告		7月委員會議 提報告案	113年3月委員會議(協商114年度總額前)提報執行結果
2	服務	多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度 (112年新增項目) (1)於111年12月底前提出具體實施方案(含申請條件、整合醫療照護服務內容、醫療利用管控及療效監測)，並提報本會		2月委員會議 提報告案	112年7月底前
		(2)依112年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度 (3)有關預算扣減方式規劃，請議定後，於112年7月提本會報告		7月委員會議 提報告案	113年3月委員會議(協商114年度總額前)提報執行結果

項次	類別	工作項目 及時程 協定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意 或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
3	一般服務	針傷合併治療合理給付 (112年新增項目) (1)於111年12月底前提出針傷科合併治療給付案件之管理方案(含適應症、申請條件、醫療服務內容、醫療利用管控及療效監測)，並提本會報告		2月委員會議 提報告案	112年7月底前
		(2)依112年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度，其當年度執行額度，應以調升針傷合併治療給付增加之費用與原申報費用之差額計算 (3)有關預算扣減方式規劃，請議定後，於112年7月提本會報告		7月委員會議 提報告案	113年3月委員會議(協商114年度總額前)提報執行結果
4	業務	增加「特定疾病門診加強照護」適應症腦中風後遺症 (診斷碼I69) (112年新增項目) (1)於111年12月底前提出具體實施方案，及醫療利用監控與管理措施，並副知本會	111年12月底前		112年7月底前
		(2)依112年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度，其當年度執行額度，應以新增腦血管適應症(診斷碼I69)與既有適應症申報費用之差額計算		7月委員會議 提報告案	113年3月委員會議(協商114年度總額前)提報執行結果

項次	類別	工作項目 及時程 協定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意 或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考	
4	續	(3)有關預算扣減方式規劃，請議定後，於112年7月提本會報告		7月委員會議提報告案	113年3月委員會議(協商114年度總額前)提報執行結果	
5		醫療資源不足地區改善方案	111年11月底前		112年7月底前	
6	專款項目	西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 ■腦血管疾病(112年新增腦血管後遺症(診斷碼I69)) ■顱腦損傷 ■脊髓損傷 ■呼吸困難相關疾病 ■術後疼痛(112年新增項目) (1)辦理本計畫	111年11月底前		112年7月底前	
		(2)於111年12月底前依實證資料，訂定術後疼痛適應症條件，並提報本會		2月委員會議提報告案	112年7月底前	
		(3)請將腦血管疾病、顱腦損傷等2項執行成效良好之專案，規劃納入一般服務，列為常規醫療				112年7月底前
		(4)新增「術後疼痛」項目，以3年為檢討期限，請滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第3年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果				1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.3年期限檢討：於114年7月委員會議提報檢討結果
7		中醫提升孕產照護品質計畫	111年11月底前		112年7月底前	

項次	類別	工作項目 及時程 協定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意 或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
8	專款項目	兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 請檢討方案完整療程照護人數之比率，及計畫執行情形，評估退場機制	111年11月底前		112年7月底前
9		中醫癌症患者加強照護整合方案 (112年新增胃癌、攝護腺癌及口腔癌)	111年11月底前		112年7月底前
10		中醫急症處置 請檢討計畫執行情形，並考量是否持續辦理	111年11月底前		112年7月底前
11		中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 請持續評估計畫成效，並檢討及監測服務利用之合理性	111年11月底前		112年7月底前
12		照護機構中醫醫療照護方案 (1)辦理本方案	111年11月底前		112年7月底前
		(2)依112年度預算執行結果，於一般服務扣除與本項重複部分之費用 (3)有關預算扣減方式規劃，請議定後，於112年7月提本會報告		7月委員會議 提報告案	113年3月委員會議(協商114年度總額前)提報執行結果
13		品質保證保留款實施方案	111年11月底前		各部門總額112年度執行成果發表暨評核會議(113年7月)

項次	類別	工作項目 及時程 協定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
14	其他	一般服務之點值保障項目 111年12月底前提本會同意後執行		2月委員會議 提討論案	

註：1.本表協定事項僅摘要重點呈現，完整內容詳公告。另專款項目「網路頻寬補助費用」之辦理情形，併入其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」提報。

2.112年執行情形於本會112年7月份委員會議提報，延續性項目於112年7月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含111年執行情形)。

三、西醫基層總額

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意/確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
1	一般服務	<p>新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)</p> <p>(1)於 112 年度總額公告後，至本會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控</p>			<p>1.提出規劃與作業時程：併 112 年 2 月追蹤提報</p> <p>2.提出新年度規劃與預估內容：併 112 年 7 月追蹤提報</p>
<p>(2)對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估</p> <p>(3)於 112 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)</p>				112 年 7 月底前	
<p>(4)若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度</p>				<p>1.112 年 7 月委員會議提報規劃情形(併入報告案)</p> <p>2.113 年 3 月委員會議(協商 114 年度總額前)提報執行結果</p>	

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意/確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
1	續	(5)歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於給付新醫療科技，並請於 113 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源			提出節流效益與節省金額：併 112 年 7 月追蹤提報
2	一般服務	<p>藥品及特材給付規定改變</p> <p>(1)於 112 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控</p> <p>(2)於 112 年 7 月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)</p> <p>(3)若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度</p>			<p>1.提出規劃與作業時程：併 112 年 2 月追蹤提報</p> <p>2.提出年度之預算規劃與預估內容：併 112 年 7 月追蹤提報</p> <p>112 年 7 月底前</p> <p>1.112 年 7 月委員會議提報規劃情形(併入報告案)</p> <p>2.113 年 3 月委員會議(協商 114 年度總額前)提報執行結果</p>

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意/確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
2	續	(4)歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，並請於113年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源			提出節流效益與節省金額：併112年7月追蹤提報
3		配合分級醫療，調高診察費(112年新增項目)			112年7月底前
4	一般服務	因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費(112年新增項目) (1)本項經費用於反映護理人員薪資，提升護理照護品質 (2)建立稽核機制，並比照醫院總額護理費改採占率方式計價，以確實提升護理照護品質			112年7月底前
		(3)於112年度總額公告後，提出本項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」(主要以結果面為導向規劃)，提報至本會最近1次委員會議確認		健保署盡速辦理完成，提至本會最近1次委員會議討論案	112年7月底前
5		西醫醫療資源不足地區改善方案	111年11月底前		112年7月底前

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意/確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
6		家庭醫師整合性照護計畫 請朝「以人為中心」之合作 照護模式為推動方向，檢討 計畫服務模式及成效，積極 進行計畫轉型，並規劃與代 謝症候群防治計畫共同執 行，及善用健康科技工具， 強化個案管理功能	111年11月底前		112年7月底前
7	專案項目	代謝症候群防治計畫 (1)朝「以人為中心」之合作 照護模式為推動方向， 並規劃與家庭醫師整合 性照護計畫共同執行， 及善用健康科技工具， 強化個案管理功能 (2)精進計畫內容，考量與 現行健保專款計畫同性 質項目之支付衡平性， 訂定合理支付單價，增 加服務人數 (3)積極建立與成人健檢之 個案轉介及資源共享機 制，減少重複檢驗(查)， 以提升計畫執行成效	111年11月底前		112年7月底前
8		C型肝炎藥費 (1)辦理本項目 (2)於協商113年度總額前 檢討實施成效，提出節 流效益並納入該年度總 額預算財源，做為提升 醫療品質、給付新診療 項目或新藥等新醫療科 技之財源之一			112年7月底前 提出節流效益 與節省金額： 併112年7月 追蹤提報

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意/確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
9		醫療給付改善方案	111年11月底前		112年7月底前
10		強化基層照護能力及「開放表別」項目 (1)於112年度總額公告並經相關會議通過後，至本會最近1次委員會議提出規劃調整開放之項目與作業時程			1.提出規劃與作業時程：併112年2月追蹤提報 2.提出執行情形：112年7月底前
		(2)訂定反映效益之績效指標(如提升照護品質、民眾就醫便利性等)，以評估執行效益			112年7月底前
11	專案項目	鼓勵院所建立轉診合作機制(併同其他預算「基層總額轉診型態調整費用」提出報告) 檢討獎勵方式、支付誘因及經費配置合理性，研擬改善措施，以提升執行成效		6月委員會議提報告案	112年7月底前
12		偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫	111年11月底前		112年7月底前
13		罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 檢討及加強醫療服務提供，於112年7月底前提報執行情形專案報告(含醫療利用、藥費及其成長原因分析，並說明「罕見疾病藥費」結算邏輯改變前後之影響)		6月委員會議提專案報告	112年7月底前
14		後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費			112年7月底前

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意/確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
15	專案項目	因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用			112年7月底前
16		新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用			112年7月底前
17		提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫	111年11月底前		112年7月底前
18		精神科長效針劑藥費			112年7月底前
19		因應長新冠照護衍生費用(112年新增項目) (1)以108年醫療利用情形為比較基準，超出部分由本項經費支應 (2)於112年度總額公告後，提出操作型定義及計算方式、醫療利用監控及管理措施等具體規劃內容，以及本項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提報至本會最近1次委員會議確認		健保署盡速辦理完成，提至本會最近1次委員會議討論案	112年7月底前
20		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) (112年新增項目) (1)於112年度總額公告後，至本會最近1次委員會議提出具體實施規劃(包含支付標準檢討之分年目標、執行方法及		健保署盡速辦理完成，提至本會最近1次委員會議報告案	1.112年7月底前 2.定期提報執行情形:併健保署業務執行季報告

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意/確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
20	續	<p>期程)，並定期提報執行情形</p> <p>(2)本項以 3 年為檢討期限(112~114 年)，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果</p>			<p>1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效</p> <p>2.3 年期限檢討：於 114 年 7 月委員會議提報檢討結果</p>
21	專案項目	<p>癌症治療品質改善計畫(112 年新增項目)</p> <p>(1)擬訂具體實施方案，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數</p> <p>(2)本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，請滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 4 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算</p>	111 年 12 月底前		<p>112 年 7 月底前</p> <p>1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效</p> <p>2.4 年期限檢討：於 115 年 7 月委員會議提報檢討結果</p>

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意/確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
22	專案項目	慢性傳染病照護品質計畫 (112年新增項目) (1)擬訂具體實施方案，建立完整之個案照護銜接及資料介接機制，並考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數	111年12月底前		112年7月底前
		(2)本計畫以4年為檢討期限(112~115年)，請滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第4年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算			1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.4年期限檢討：於115年7月委員會議提報檢討結果
23		品質保證保留款實施方案	111年11月底前		各部門總額112年度執行成果發表暨評核會議(113年7月)
24	其他	一般服務之點值保障項目 111年12月底前提本會同意後執行		2月委員會議提討論案	
25		風險調整移撥款執行方式	112年6月底前送本會備查		

註：1.本表決定事項僅摘要重點呈現，完整內容詳公告。另專款項目「網路頻寬補助費用」之辦理情形，併入其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」提報。

2.112年執行情形於本會112年7月份委員會議提報，延續性項目於112年7月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含111年執行情形)。

四、醫院總額

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意/確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
1	一般服務	<p>新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)</p> <p>(1)於 112 年度總額公告後，至本會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控</p>			<p>1. 提出規劃與作業時程：併 112 年 2 月追蹤提報</p> <p>2. 提出新年度規劃與預估內容：併 112 年 7 月追蹤提報</p>
<p>(2)對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估</p> <p>(3)於 112 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)</p>				<p>112 年 7 月底前</p>	
<p>(4)若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度</p>				<p>1.112 年 7 月委員會議提報規劃情形(併入報告案)</p> <p>2.113 年 3 月委員會議(協商 114 年度總額前)提報執行結果</p>	

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意/確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
1	續	(4)歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於給付新醫療科技，並請於113年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源			提出節流效益與節省金額：併112年7月追蹤提報
2	一般服務	藥品及特材給付規定改變 (1)於112年度總額公告後，至本會最近1次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控			1.提出規劃與作業時程：併112年2月追蹤提報 2.提出年度之預算規劃與預估內容：併112年7月追蹤提報
		(2)於112年7月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)			112年7月底前
		(3)若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度			1.112年7月委員會議提報規劃情形(併入報告案) 2.113年3月委員會議(協商114年度總額前)提報執行結果

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意/確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
2	一般服務	(4)歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，並請於113年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源			提出節流效益與節省金額：併112年7月追蹤提報
3	專款項目	C型肝炎藥費 (1)辦理本項目			112年7月底前
		(2)於協商113年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技財源之一			提出節流效益與節省金額：併112年7月追蹤提報
4	專款項目	罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 (1)檢視本項費用成長之合理性及加強管控，於112年7月底前提報執行情形專案報告(含醫療利用、藥費及其成長原因分析，並說明「罕見疾病藥費」結算邏輯改變前後之影響)		6月委員會議提專案報告	112年7月底前

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意/確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
4	續	(2)若經評估「罕見疾病藥費及特材」與「血友病藥費」仍有分列預算之必要，請於協商 113 年度總額前，提出預算拆分之優缺點分析及分列之計算基礎，提報本會		最晚於 112 年 8 月前提出	
5	專款項目	後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費			112 年 7 月底前
6		鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質			112 年 7 月底前
7		醫療給付改善方案	111 年 11 月底前		112 年 7 月底前
8		急診品質提升方案 (1)精進方案執行內容，增進急診處置效率，並提出急診重大疾病照護品質指標，以提升執行成效 (2)提報之成效評估檢討報告，應含急診處置效率相關監測指標	111 年 11 月底前		112 年 7 月底前
9		鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs) 積極推動 DRGs 雙軌制度，加速導入第 3 至 5 階段 DRGs 項目			112 年 7 月底前
10		醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	111 年 11 月底前		112 年 7 月底前

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意/確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
11		全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫 檢討計畫之評估指標(含結果面指標)，呈現計畫之具體效益	111年11月底前		112年7月底前
12		鼓勵院所建立轉診合作機制(併同其他預算「基層總額轉診型態調整費用」提出報告) 檢討獎勵方式、支付誘因及經費配置合理性，研擬改善措施，以提升執行成效		6月委員會議提報告案	112年7月底前
13	專款	腹膜透析追蹤處置費及APD租金			112年7月底前
14	項目	住院整合照護服務試辦計畫 請加強計畫之推動，發展提升整體照護成效之整合照護服務模式及評估整合服務成效，建立多元品質監測指標，包括病人安全(如：院內感染、跌倒發生率)、照護聘任模式、照護人力狀況、民眾使用意向及實際收費情形等結果面指標	111年11月底前		112年7月底前
15		精神科長效針劑藥費			112年7月底前
16		鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫	111年11月底前		112年7月底前

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意/確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
17	專款項目	因應長新冠照護衍生費用 (112年新增項目) (1)以108年醫療利用情形為比較基準，超出部分由本項經費支應 (2)於112年度總額公告後，提出操作型定義及計算方式、醫療利用監控及管理措施等具體規劃內容，以及本項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提報至本會最近1次委員會議確認		健保署盡速辦理完成，提至本會最近1次委員會議討論案	112年7月底前
18	專款項目	因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增 (112年新增項目) (1)辦理本項 (2)本項以3~5年為檢討期限，請滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請最遲於116年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，節流效益應適度回饋總額預算			112年7月底前 1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.3年期限檢討：於114年7月委員會議提報檢討結果

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意/確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
19	專款項目	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) (112年新增項目) (1)於112年度總額公告後，至本會最近1次委員會議提出具體實施規劃(包含支付標準檢討之分年目標、執行方法及期程)，並定期提報執行情形		健保署盡速辦理完成，提至本會最近1次委員會議報告案	1.112年7月底前 2.定期提報執行情形:併健保署業務執行季報告
		(2)本項以3年為檢討期限(112~114年)，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果			1.逐年檢討成效:於各年評核提報成效 2.3年期限檢討:於114年7月委員會議提報檢討結果
20		癌症治療品質改善計畫 (112年新增項目) (1)擬訂具體實施方案，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數	111年12月底前		112年7月底前

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意/確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
20	續	(2)本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，請滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 4 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算			1. 逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2. 4 年期限檢討：於 115 年 7 月委員會議提報檢討結果
21	專款項目	慢性傳染病照護品質計畫(112 年新增項目) (1)擬訂具體實施方案，建立完整之個案照護銜接及資料介接機制，並考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數	111 年 12 月底前		112 年 7 月底前
		(2)本計畫以 4 年為檢討期限(112 年~115 年)，請滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 4 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算			1. 逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2. 4 年期限檢討：於 115 年 7 月委員會議提報檢討結果

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意/確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
22	專款項目	<p>持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(112年新增項目)</p> <p>(1)本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值</p> <p>(2)於112年度總額公告後，提出相關計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃)，提報至本會最近1次委員會議確認</p> <p>(3)請提出具體實施規劃，滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效，並定期提報執行情形</p>	111年12月底前	<p>健保署盡速辦理完成，提至本會最近1次委員會議討論案</p> <p>5月委員會議提專案報告</p>	112年7月底前
23		<p>健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(112年新增項目)</p> <p>(1)本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值</p> <p>(2)於112年度總額公告後，提出相關計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃)，提報至本會最近1次委員會議確認</p>	111年12月底前	健保署盡速辦理完成，提至本會最近1次委員會議討論案	112年7月底前

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意/確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
23	專款	(3)請提出具體實施規劃，滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效，並定期提報執行情形		5月委員會議提專案報告	
24	項目	品質保證保留款實施方案	111年11月底前		各部門總額112年度執行成果發表暨評核會議(113年7月)
25	其他	一般服務之點值保障項目 111年12月底前提本會同意後執行		2月委員會議提討論案	
26		風險調整移撥款執行方式	112年6月底前送本會備查		

註：1.本表決定事項僅摘要重點呈現，完整內容詳公告。另專款項目「網路頻寬補助費用」之辦理情形，併入其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」提報。

2.112年執行情形於本會112年7月份委員會議提報，延續性項目於112年7月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含111年執行情形)。

五、門診透析服務

項次	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意 或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註 2} /執行結果納入總額協商參考
	決定事項摘要 ^{註 1}			
1	門診透析服務總費用成長率3%，其中1%(約4.335億元)專款專用，用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質。2%(約8.671億元)成長率須含鼓勵透析病患(含血液及腹膜透析)諮詢腎臟移植			112年7月底前
2	於112年度總額公告後，至本會最近1次委員會議提出「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」專款之「執行目標」、「預期效益評估指標」，及具體實施計畫(包含提升腹膜透析與品質之具體措施、院所獎勵方式、品質監測指標等)，並提本會報告		健保署盡速辦理完成，提至本會最近1次委員會議報告案	112年7月底前
3	持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護			112年7月底前
4	持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並持續監測NSAIDs藥物使用情形及管理成效			112年7月底前
5	請於112年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告			112年7月底前

註：1.本表決定事項僅摘要重點呈現，完整內容詳公告。

2.112年執行情形於本會112年7月份委員會議提報，延續性項目於112年7月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含111年執行情形)。

六、其他預算

項次	類別	工作項目 及時程 協定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
1	專款項目	<p>基層總額轉診型態調整費用(併同「鼓勵院所建立轉診合作機制」提出報告)</p> <p>(1)持續檢討經費動支條件，評估推動分級醫療相關措施對西醫基層總額之財務影響</p> <p>(2)持續監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)，及評估分級醫療之執行效益</p> <p>(3)通盤檢討鼓勵分級醫療誘因及實際操作方式之合理性，與是否達到預期效果，提出轉型之改善方案</p> <p>(4)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，並提本會報告</p>		6月委員會議提報告案	112年7月底前
2		<p>山地離島地區醫療給付效益提昇計畫</p> <p>加強推動山地鄉論人計酬試辦計畫，並訂定執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效</p>	111年11月底前		112年7月底前

項次	類別	工作項目及時程 協定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
3	專款	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 (1)各項服務支付標準之調整，應考量各部門總額相關支付項目間之衡平性，並朝分級支付方向規劃，以鼓勵急重症、困難疾病之照護。並持續精進居家醫療照護品質及成效之評估指標 (2)於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告(應含近年支付標準調整情形及成效指標監測結果)	111 年 11 月底前		112 年 7 月底前
4	項目	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			112 年 7 月底前
5		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 於協商 113 年度總額前檢討實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥新科技之財源之一			提出節流效益與節省金額：併 112 年 7 月追蹤提報

項次	類別	工作項目 及時程 協定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
6		推動促進醫療體系整合計畫 (1)檢討執行情形及辦理方式，以提升執行成效。 (2)「急性後期整合照護計畫」支付標準之調整，應考量各部門總額相關支付項目間之衡平性 (3)於112年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告(應含支付標準調整情形及執行成效檢討)	111年11月底前		112年7月底前
7	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			112年7月底前
8	專款項目	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(併四部門總額之「網路頻寬補助費用」) (1)加強推動「提升院所智慧化資訊機制」，並持續監測及精進成效評估指標	111年11月底前		112年7月底前
		(2)「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」，請確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式，並提本會報告		6月委員會議提報告案	
		(3)於112年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告(應含「提升院所智慧化資訊機制」成效指標監測結果及檢討)			112年7月底前

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意 或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註 2} /執行結果納入總額協商參考
		協定事項摘要 ^{註 1}			
8	續	(4)於協商 113 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源			提出節流效益與節省金額：併 112 年 7 月追蹤提報
9		提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	111 年 11 月底前		112 年 7 月底前
10		腎臟病照護及病人衛教計畫積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率	111 年 11 月底前		112 年 7 月底前
11	專款項目	提升保險服務成效 (1)精進並提出能反映整體提升保險服務成效之評估指標，其精進之評估指標及執行成果請提本會報告		6 月委員會議提報告案	112 年 7 月底前
		(2)於協商 113 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。			提出節流效益與節省金額：併 112 年 7 月追蹤提報
12		提升用藥品質之藥事照護計畫 加速推動計畫，輔導特約藥局加入執行本計畫，並監測計畫之醫療利用及執行成效(含執行目標及預期效益之評估指標)	111 年 11 月底前		112 年 7 月底前

註：1.本表協定事項僅摘要重點呈現，完整內容詳公告。另四部門總額專款項目「網路頻寬補助費用」之辦理情形，併入其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」提報。

2.112 年執行情形於本會 112 年 7 月份委員會議提報，延續性項目於 112 年 7 月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含 111 年執行情形)。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：111 年第 4 季全民健康保險業務執行季報告(併「111 年 12 月份全民健康保險業務執行報告」)，請鑒察。(資料由中央健康保險署另行提供)

報告單位各項業務窗口：詳如業務執行報告內附

.....

本會補充說明：

- 一、依 102 年 2 月 22 日委員會議決定及 112 年度工作計畫(草案)，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。

討論事項

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：112 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案，提請討論。

說明：

- 一、依衛生福利部 112 年 1 月 9 日衛部健字第 1123360002 號公告 112 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式暨貴會 111 年第 10 次、11 次委員會議(111.10.28、111.11.18)討論事項有關各部門總額一般服務之預算分配案之決議：「需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同各總額部門相關團體議定後，於 111 年 12 月底前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障理由及其對總額預算之影響等」。
- 二、本署每年均與各部門總額相關團體議定次年度保障服務，並已於 111 年 11 月 16 日、11 月 17 日、11 月 22 日、11 月 23 日及 12 月 21 日分別與門診透析、中醫門診、牙醫門診、醫院總額、西醫基層總額相關團體討論 112 年度一般服務之點值保障項目，牙醫門診總額未有點值保障項目。
- 三、112 年度各部門總額一般服務之點值保障項目、保障理由及非浮動點數占一般服務預算比率(111 年目前結算至第 2 季)如附件(第 179~181 頁)。

擬辦：依會議決議辦理。

健保署業務窗口：朱文玥科長，連絡電話：02-27065866 分機 2665

本會補充說明：

- 一、有關 112 年度各部門總額一般服務點值保障項目，健保署已依本會委員會議決議(詳說明一)，於 111 年 12 月底前與各總額相關團體完成議定，提請本會討論。所提報內容業包含點值保障項目、

理由及其占一般服務預算比率等。

二、依健保署與各總額部門相關團體議定結果：

(一)牙醫門診總額循往例未有點值保障項目。

(二)中醫門診、西醫基層總額及門診透析預算之保障項目及支付方式與 107~111 年度均相同。

(三)醫院總額：

1.維持 111 年度保障項目：第 1 至 8 項及第 9 項之區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費。

2.增修第 9、10 項：依 111 年醫院總額決定事項，下列醫療服務給付項目係採固定點值(每點 1 元)支付，所需經費並已納入一般服務基期費用，於 112 年度列入點值保障項目，尚屬合理。

(1)第 9 項新增「區域級(含)以上醫院加護病床之住院診察費、病房費」。

(2)新增第 10 項「地區醫院住院病房費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)、一般病床住院診察費、住院護理費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)。」

三、鑑於 112 年度起已編列「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)」專款預算，通盤研議支付標準調整，建議未來對於需保障或鼓勵之醫療服務，仍應回歸支付標準處理為宜。

決議：

總額部門	保障項目及支付方式	保障理由	非浮動點數 占一般服務 預算比率
			110年
中醫	「中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫」之論量計酬案件(每點1元支付)。	為持續加強偏鄉醫療照護，提高資源分配公平性及保障弱勢族群就醫可近性，自101年起將是類案件列入保障項目。	0.5%
西醫基層	1.論病例計酬(每點1元支付)。 2.血品費(每點1元支付)。 3.「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案，每季各婦產科診所撥付款項=280點×季申報總住院數(每點1元支付)。	1.為與醫院部門同工同酬及提升論病例計酬品質，爰自97年起於一般服務增列「西醫基層論病例計酬合理化方案」項目，將點值差額列為費用滾入基期。 2.為促進供血機制合理運作，自97年起血品點值以每點1元支付。 3.為鼓勵基層診所提供夜間婦產科醫療服務，提升夜間住院照護服務並確保醫療品質，103年起編列「提升婦產科夜間住院護理照護品質」預算，予以點值保障。	3.4%
透析	1.腹膜透析之追蹤處理費(每點1元支付)。 2.偏遠地區之門診透析服務(每點1元支付)。	1.為鼓勵腹膜透析之服務及推廣，自95年起腹膜透析之追蹤處理費予以保障點值。 2.為加強偏鄉醫療照護，保障弱勢族群就醫可近性，104年總額公告之協定事項門診透析服務成長率含偏遠地區門診透析服務保障每點1元支付。	1.6%

總額 部門	保障項目及支付方式	保障理由	非浮動點數 占一般服務 預算比率
			110年
醫院	<ol style="list-style-type: none"> 1.門診、住診之藥事服務費(每點1元支付)。 2.門診手術(每點1元支付)。 3.住院手術費、麻醉費(每點1元支付)。 4.血品費(每點1元支付)。 5.主管機關公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之急診醫療服務點數(每點1元支付)。 6.地區醫院急診診察費(每點1元支付)。 7.經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院(註2)。 8.地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)(每點1元支付) 9.區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費(每點1元支付)。 10.地區醫院住院病房費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)、一般病床住院診察費、住院護理費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.第1項：藥事服務費之協商基礎為1點1元，爰維持每點1元[摘自95年1月13日貴會(前全民健康保險醫療費用協定委員會，下稱貴會)第109次委員會議紀錄]。 2.第2、3、5及7項：為增進偏遠地區之醫療服務可近性及確保急重症病患就醫權益，減少同醫院管理所計算之門住診點值差異及減少門住診移轉醫療行為改變，經94年6月10日貴會第102次委員會同意之保障項目。 3.第4項：為促進供血機制合理運作，自97年起血品點值以每點1元支付。 4.第6項：為提升偏鄉及都市型地區醫院之緊急醫療照護功能，並考量其營運成本，以106年醫院總額醫療服務成本指數改變率之預算，就地區醫院之急診診察費保障每點1元。 5.第8、9、10項：為持續推動分級醫療，壯大社區醫院，以及提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診結構改變，爰依據110、111年總額公告決定事 	13.1%

總額 部門	保障項目及支付方式	保障理由	非浮動點數 占一般服務 預算比率
			110年
		項，採固定點值支應。	

註 1.藥費依藥物給付項目及支付標準辦理，不列入。

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

第二案

提案單位：本會第一組

案由：推派本會委員擔任健保署「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」(下稱共同擬訂會議)及「全民健康保險醫療給付費用各總額研商議事會議」(下稱研商議事會議)之代表案，提請討論。

說明：

一、本案係依據中央健康保險署(簡稱健保署)於 111 年 12 月 15 日函請本會推派擔任案由所提會議之代表案辦理(來函影本如附錄二十七，第 336~337 頁)。

二、本會須推派代表如下：

(一)依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法」(下稱共同擬訂辦法)第 3 條第 3、4 款及第 6 條第 3 款規定，共同擬訂會議之被保險人代表及雇主代表各 1 名(共 2 名)，由本會自委員中推派(附錄二十八，第 338~340 頁)，會議至少每 6 個月召開一次。

(二)依「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」(下稱研商議事作業要點)第 3 點第 1 項第 1 款及第 2 項第 1 款規定，包括：醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診等 4 項總額部門及門診透析服務等 5 項研商議事會議之保險付費者代表各 2 名(共 10 名)，由本會自委員中推派(附錄二十九，第 341~343 頁)，會議至少每 3 個月召開一次。

(三)依共同擬訂辦法第 7 條第 1、2 項及研商議事作業要點第 4 點第 1、2 項規定，上開各項會議於必要時得召開臨時會議，代表均為無給職，任期二年。由本會遴薦推派者，於任期內失去委員身分時，得由本會重行遴選推派。

三、本會 39 位委員中，計有 20 位保險付費者代表，包含被保險人代表 14 位、雇主代表 5 位及行政院主計總處 1 位。本案建議參照歷屆以抽籤方式推派，為擴大委員之參與機會，以不重複為

原則，抽籤順序如下：

(一)共同擬訂會議之 1 位雇主代表(由 5 位雇主委員抽出 1 位)、1 位被保險人代表(由 14 位被保險人委員抽出 1 位)。

(二)研商議事會議之 10 位保險付費者代表(除上開中籤委員外，由 18 位保險付費者委員抽出 10 位)。

四、抽籤結果委員間仍可協調更動，最遲請於本次委員會會議結束前告知同仁，最後再由主席公布確認推派名單。

擬辦：

一、本會推派名單將回復健保署，由該署進行後續聘任事宜。

二、另由本會遴選推派者，倘於任期內失去委員身分時，本會重新遴選推派原則，擬由該團體推派的接任人選替補之。

會議名稱		代表屬性	人數	推薦名單
醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議		雇主	1	
		被保險人	1	
醫療給付費用總額研商會議	醫院	保險付費者	2	
	西醫基層		2	
	牙醫門診		2	
	中醫門診		2	
	門診透析		2	

決議：

第三案

提案單位：中央健康保險署

案由：增刪修訂「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第 2 條第 1 項第 2、第 3 款之附表一及附表二指標項目案，提請討論。

說明：

一、依全民健康保險法第 74 條第 2 項規定，本保險醫療品質資訊公開之範圍內容、公開方式及其他應遵行事項之辦法，由保險人擬訂，提健保會討論後，報主管機關核定發布。

二、本案擬修訂指標辦理情形如下：

(一)為定期檢討現行已公開之醫療品質資訊指標項目，本署於 110 年 5 月 6 日以健保審字第 1100035248A 號函請台灣醫院協會等 7 個醫師及藥事機構團體、台灣內科醫學會等 28 個專科醫學會及台灣醫療改革基金會等 5 個消費者團體，就現行已公開之醫療品質資訊項目及近期各界增修建議，提供專業意見。

(二)另為逐年發展民眾關心具臨床專業意義的疾病別品質資訊，進行資訊公開，本署建議肺炎(4 項)、慢性阻塞性肺疾病(3 項)、乳癌(5 項)、腸癌(5 項)及肺癌(4 項)五大項疾病之照護品質指標，初步彙整研擬新增前述疾病別之醫療品質指標名稱及操作型定義，於 110 年 5 月 6 日以健保審字第 1100035248B 號函請台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣內科醫學會等 13 個專科醫學會及台灣癌症基金會等 6 個消費者團體，提供專業意見。

(三)經彙整各單位指標之增修意見，業於 111 年 1 月 25 日及 111 年 9 月 20 日邀集相關單位召開 2 次會議討論。

(四)依據前述 2 次會議紀錄，彙整指標增修意見如附錄三十(第 344~353 頁)；另因新增疾病別指標部分會議結論仍未有共識，研擬先就會議有共識且同意增修部分，提報增修訂指標項目。

三、本署建議增修訂指標，如附表(第 188~197 頁)，合計項數說明如下：

(一)整體性指標部分：修正 11 項、新增 7 項

- 1.醫院總額：修正 4 項、新增 1 項。
- 2.西醫基層總額：修正 3 項。
- 3.牙醫門診總額：修正 3 項。
- 4.中醫門診總額：修正 1 項、新增 2 項。
- 5.門診透析：新增 4 項。

(二)機構別指標部分：修正 11 項、新增 1 項

- 1.醫院總額：修正 5 項。
- 2.西醫基層總額：修正 4 項。
- 3.牙醫門診總額：修正 1 項。
- 4.消化性潰瘍疾病：修正 1 項。
- 5.急性心肌梗塞疾病：新增 1 項。

擬辦：擬依會議結論，有共識且同意增修部分報主管機關核定發布。
另未有共識部分持續研議討論後另案辦理。

健保署業務窗口：何小鳳科長，聯絡電話：02-27065866 分機 3068

.....
本會幕僚補充說明：

一、本案健保署係依全民健康保險法第 74 條第 2 項規定，將其擬修訂全民健康保險醫療品質資訊公開辦法之附表一、附表二指標，提至本會討論。該辦法如附件一(第 198~206 頁)。

二、全民健康保險醫療品質資訊公開辦法之立法理由：

(一)意旨：本辦法係規範保險人及保險醫事服務機構應定期公開醫療品質資訊，以增進民眾對本保險醫療品質及醫療利用之瞭解、提供就醫選擇之資訊、提升醫療品質與促進醫病關係。

(二)程序：醫療品質資訊之範圍內容、公開方式及其他應遵行事項，由保險人擬訂，提健保會討論後，報主管機關核定發布。

(三)範圍內容：

- 1.整體性醫療品質資訊(內容詳附件一之附表一，第 200~201

頁)

(1)用途：讓大眾瞭解國內之醫療品質概況。

(2)依醫療服務別/總額別(醫院、西醫診所、中醫、牙醫、及透析)作公開。

2.機構別醫療品質資訊(內容詳附件一之附表二，第 202~206 頁)

(1)服務類指標

①用途：促進醫療環境透明化，提供大眾就醫選擇之參考資訊。

②目前公開資訊涵蓋醫院、西醫診所、中醫、牙醫、及透析醫療等服務類別。

(2)疾病類指標

①用途：針對特定疾病治療，提供衛教與個別醫療院所之資訊，供大眾就醫選擇之參考。

②目前公開資訊涵蓋糖尿病、人工膝關節手術、子宮肌瘤手術、消化性潰瘍、氣喘、急性心肌梗塞、鼻竇炎、腦中風、慢性腎臟病、人工髖關節手術等 10 類疾病。

三、健保署本次修訂指標辦理情形：

(一)健保署依本會 105 年第 8 次委員會議(105.8.26)之決議：「研擬本案草案過程宜先邀集相關團體討論」，業於 111.1.25 及 111.9.20 邀集相關單位及團體召開會議討論，經會議共識，本次擬增修該辦法第 2 條第 1 項第 2、3 款所提附表一及附表二之整體性及機構別醫療品質資訊項目。

(二)指標修訂情形：

1.經健保署召開上開 2 次會議討論之共識，合計修正 22 項指標，新增 8 項指標(如附表，第 188~197 頁)。本會補充整理摘錄該 2 次會議之指標增修意見，如附表之「異動說明欄」供參，經初步檢視指標修訂情形，尚屬合理。

(1)該辦法附表一之整體性醫療品質資訊：修正 11 項指標，均為使指標名稱與品質確保方案一致，或配合統計定義及支付標準調整，而修正指標名稱或定義。另為配合國家政策與提升就醫品質，新增 7 項指標如下：

- ①醫院總額：失智者使用安寧緩和服務使用率。
- ②中醫門診總額：健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率、兩年內初診患者人數比率。
- ③門診透析：B 型肝炎表面抗原(HBsAg)受檢率、C 型肝炎抗體(Anti-HCV)受檢率、C 型肝炎抗體陽性慢性透析病人 HCV RNA 檢查率、HCV RNA 陽性慢性透析病人抗病毒藥物治療率。

(2)該辦法附表二之機構別醫療品質資訊：修正 11 項指標，均為使指標名稱與品質確保方案一致，或配合統計定義及支付標準調整，而修正指標名稱或定義。另參考研究證據之效益新增 1 項疾病別照護品質指標如下：

急性心肌梗塞：急性心肌梗塞病人接受心臟復健比率。

2.健保署於本案於研擬過程中，為發展民眾關心各機構的疾病別照護品質資訊，該署建議新增 5 大項疾病別(肺炎、慢性阻塞性肺疾病、乳癌、腸癌及肺癌)之照護品質指標，惟因會議未能達成共識，乃未納入本次修正內容，該署將持續討論研議後另案辦理(健保署 111.9.20 指標檢討會議紀錄如附件二供參，第 207~211 頁)。考量上開疾病別均為民眾常見疾病，建請健保署應積極研議並增加「疾病別照護品質指標」，充實公開之醫療品質資訊，提供民眾就醫選擇之參考。

四、本案依法應經本會討論後，該署方能報請衛福部核定發布，委員所提意見係為健保署報部前再次審視修法內容之重要參據。

決議：

「全民健保醫療品質資訊公開辦法」第2條附表一、二之增修指標

第二條附表一 整體性之醫療品質資訊(草案)，計18項(修正11項、新增7項)

總額部門別/ 服務別	項目名稱	健保署 會議結論	異動說明 (本會摘錄健保署 會議之共識結論)
一、醫院總額	1.門診注射劑使用率		
	2.門診抗生素使用率		
	3.同(跨)醫院門診同藥理用藥日數重疊率—降血壓(口服)、降血脂(口服)、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜(口服)	修正	修正指標名稱 考量項目名稱與統計定義一致性
	4.慢性病連續處方箋開立率	修正	修正指標名稱 考量指標名稱應明確易懂並尊重專業團體意見
	5.門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率	修正	修正指標名稱 修正指標名稱以臻明確，並尊重專業團體意見
	6.十八歲以下氣喘病人急診率		
	7.糖尿病病人醣化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率		
	8.就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率		
	9.非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率		
	10.住院案件出院後三日以內急診率		
	11.剖腹產率-整體、自行要求、具適應症、初次具適應症		
	12.清淨手術術後使用抗生素超過三日比率		
	13.接受體外震波碎石術(ESWL)病人平均利用ESWL之次數		
	14.子宮肌瘤手術出院後十四日以內因該手術相關診斷再住院率		
	15.人工膝關節置換手術後九十日以內置換物深部感染率		
	16.住院手術傷口感染率	修正	修正指標名稱 考量項目名稱與統計定義一致性
	17.急性心肌梗塞死亡率		
	18.清淨手術術後傷口感染率		
	19.失智者使用安寧緩和服務使用率	新增	新增指標 配合衛福部「失智症防治照護政策綱領暨行動方案」及考量與「醫院總

總額部門別/ 服務別	項目名稱	健保署 會議結論	異動說明 (本會摘錄健保署 會議之共識結論)
			額支付制度品質 確保方案」專業醫 療服務品質指標 項目之一致性
二、西醫基 層總額	1.門診注射劑使用率		
	2.門診抗生素使用率		
	3.同(跨)院所門診同藥理用藥日數重疊率—降血壓 (口服)、降血脂(口服)、降血糖、抗思覺失調症、抗 憂鬱症、安眠鎮靜(口服)	修正	修正指標名稱 考量項目名稱與 統計定義一致性
	4.慢性病連續處方箋開立率	修正	修正指標名稱 考量指標名稱應 明確易懂並尊重 專業團體意見
	5.門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件 比率	修正	修正指標名稱 修正指標名稱以 臻明確，並尊重專 業團體意見，另維 持原指標定義，並 列為參考指標
	6.平均每張慢性病處方箋開藥日數—糖尿病、高血 壓、高血脂		
	7.糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白 (glycated albumin)執行率		
	8.就診後同日於同院所再次就診率		
	9.剖腹產率—整體、自行要求、具適應症		
三、牙醫門 診總額	1.牙體復形同牙位再補率—一年以內、二年以內		
	2.牙齒填補保存率—一年以內、二年以內、恆牙二年 以內、乳牙一年六個月以內		
	3.同院所九十日以內根管治療完成率		
	4.恆牙根管治療六個月以內保存率		
	5.十二歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率	修正	修正指標名稱及 定義 配合支付標準修 改，年齡由「十三 歲」下修至「十二 歲」
	6.六歲以下牙醫就醫兒童牙齒預防保健服務人數比 率		
	7.院所牙醫門診加強感染管制實施方案診察費申報 率	修正	修正指標名稱 考量與「牙醫門診 總額支付制度品

總額部門別/ 服務別	項目名稱	健保署 會議結論	異動說明 (本會摘錄健保署 會議之共識結論)
			質確保方案」專業醫療服務品質指標項目之一致性
	8.醫療費用核減率		
	9.五十歲以上(含)之就醫人數		
	10.牙周病統合治療 實施 方案後之追蹤治療率	修正	修正指標名稱 考量與「牙醫門診總額支付制度品質確保方案」專業醫療服務品質指標項目之一致性
四、中醫門 診總額	1.使用中醫門診者之平均中醫就診次數		
	2.就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率		
	3.就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率		
	4.使用中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率		
	5.於同院所針傷科處置次數每月大於 <u>二十</u> 次之比率	修正	修正指標名稱及定義 尊重中醫師公會全國聯合會意見，及考量支付標準針傷處置項目修訂，次數由「十五次」修正為「二十次」
	6.健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率	新增	新增指標 尊重中醫師公會全國聯合會意見： 1.為增進民眾就醫安全及就醫品質，提升中醫就醫率
	7.兩年內初診患者人數比率	新增	2.考量「中醫門診總額支付制度品質確保方案」專業醫療服務品質指標，已於108年新增本項指標，建議同步新增

總額部門別/ 服務別	項目名稱			健保署 會議結論	異動說明 (本會摘錄健保署 會議之共識結論)
五、門診透 析		血液透析	腹膜透析		
	1.營養狀態	V	V		
	2.尿素氮透析效率	V	V		
	3.貧血檢查	V	V		
	4.住院率	V	V		
	5.死亡率	V	V		
	6.瘻管重建率	V			
	7.腹膜炎發生率		V		
	8.脫離率	V	V		
	9.B 型肝炎表面抗原(HBsAg) 轉陽率	V	V		
	10.C 型肝炎抗體(anti-HCV) 轉陽率	V	V		
	11.五十五歲以下透析病人 移植登錄率	V	V		
	12.醫療費用核減率	V(合併計算)			
	13.鈣磷乘積	V	V		
	14. <u>B 型肝炎表面抗原 (HBsAg)受檢率</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	新增	新增指標 考量與「門診透析 總額品質確保方 案」資訊公開項目 名稱一致性
	15. <u>C 型肝炎抗體 (Anti- HCV)受檢率</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	新增	
	16. <u>C 型肝炎抗體陽性慢性 透析病人 HCV RNA 檢 查率</u>	<u>V(合併計算)</u>		新增	新增指標 配合國家 2025 消 除 C 肝政策及參考 「門診透析總額 支付制度品質確 保方案」資訊公開 項目名稱一致性
17. <u>HCV RNA 陽性慢性透 析病人抗病毒藥物治療 率</u>	<u>V(合併計算)</u>		新增		

第二條附表二 機構別之醫療品質資訊，計 12 項(修正 11 項、新增 1 項)

總額部門別/ 服務別/疾病 別	項目名稱	健保署 會議結論	異動說明 (本會摘錄健保署 會議之共識結論)
一、醫院總額	1.同(跨)醫院門診同藥理用藥日數重疊率—降血壓(口服)、降血脂(口服)、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜(口服)	修正	修正指標名稱 考量項目名稱與統計定義一致性
	2.慢性病連續處方箋開立率	修正	修正指標名稱 考量指標名稱應明確易懂並尊重專業團體意見
	3.就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率		
	4.糖尿病病人血清肌酸酐檢查執行率		
	5.門診手術後二日以內急診或住院率		
	6.急診轉住院暫留急診超過四十八小時案件比率		
	7.精神病人出院後三十日以內同醫院門診精神科追蹤率		
	8.同醫院生產案件出院後十四日以內非計畫性再住院率		
	9.出院後三日以內同院所再急診率		
	10.急診就診後同日於同醫院急診返診比率		
	11.同醫院急性心肌梗塞(AMI)病人出院後三日以內因同一主診斷或相關病情之急診返診比率	修正	修正指標名稱 考量指標名稱應
	12.同醫院急性心肌梗塞(AMI)病人出院後十四日以內因同一主診斷或相關病情之非計畫性再住院比率	修正	明確易懂
	13.主要器官移植植入手術個案數與存活率		
	14.電腦斷層造影(CT)、磁振造影(MRI)之數量、廠牌、機型、出廠日期、院所購入日期、使用年限		
	15.門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率	修正	修正指標名稱 修正指標名稱以臻明確，並尊重專業團體意見
	16.具高鉀血症病史之高血壓病人使用保鉀利尿劑(Potassium-sparing diuretics)或醛固酮拮抗劑(Aldosterone antagonist)兩種藥品，且有追蹤血鉀數值(執行血鉀檢查)之比率		
	17.住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件三日內再急診率		
	18.住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件十四日內再住院率		
	19.住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件轉出率		

總額部門別/ 服務別/疾病 別	項目名稱	健保署 會議結論	異動說明 (本會摘錄健保署 會議之共識結論)
	20.非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率		
	21.檢傷一級/二級/三級急診病人轉入病房小於八小時之比率(分別計算)		
	22.慢性病連續處方箋釋出率		
	23.急性一般病床全日平均護病比		
	24.接受安寧緩和醫療意願之比率		
	25.申報使用兒童製劑院所		
二、西醫基層總額	1.注射劑使用率		
	2.抗生素使用率		
	3.同(跨)院所門診同藥理用藥日數重疊率—降血壓(口服)、降血脂(口服)、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜(口服)	修正	修正指標名稱 考量項目名稱與統計定義一致性
	4.健康檢查普及率—小兒、成人		
	5.糖尿病病人醣化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率		
	6.糖尿病病人空腹血脂檢查執行率		
	7.糖尿病病人血清肌酸酐檢查執行率		
	8.具二度或三度心臟傳導隔斷病史之高血壓病人使用乙型阻斷劑(β-Blocker)比率		
	9.就診後同日於同院所再次就診率		
	10.消化性潰瘍新病人執行幽門桿菌清除治療比率		
	11.六歲以下兒童氣喘住院率		
	12.門診每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率	修正	修正指標名稱 修正指標名稱以臻明確，並尊重專業團體意見，另維持原指標定義，並列為參考指標
	13.具高鉀血症病史之高血壓病人使用保鉀利尿劑(Potassium-sparing diuretics)或醛固酮拮抗劑(Aldosterone antagonist)兩種藥品，且有追蹤血鉀數值(執行血鉀檢查)之比率		
	14.慢性病連續處方箋釋出率		
	15.慢性病連續處方箋開立率	修正	修正指標名稱 考量指標名稱應明確易懂並尊重專業團體意見

總額部門別/ 服務別/疾病 別	項目名稱	健保署 會議結論	異動說明 (本會摘錄健保署 會議之共識結論)
	16.六歲以下兒童門診開立原瓶口服液劑比率	修正	修正指標名稱及 定義 尊重兒科醫學會 意見，及考量兒 童就醫權與醫療 進展，指標涵蓋年 齡層，由「十二歲」 下修至「六歲」。
	17.申報使用兒童製劑院所		
三、牙醫門 診總額	1.牙齒填補保存率—二年以內、乳牙一年六個月 以內		
	2.恆牙二年以內同院所再補率		
	3.院所執行「根管難症特別處理」之數量		
	4.根管治療完成率		
	5.根管治療保存率—六個月以內、乳牙三個月以 內、恆牙六個月以內		
	6.執行牙周病基礎治療之人數		
	7.牙周疾病控制基本處置執行率		
	8.十二歲以上病人執行全口牙結石清除之比率	修正	修正指標名稱及 定義 配合支付標準修 改，年齡由「十三 歲」下修至「十二 歲」
	9.六歲以下兒童執行口腔預防保健服務之比率		
	10.執行口腔癌篩檢之案件數		
	11.執行單純齒切除之數量		
	12.簡單性拔牙執行後三十日以內不需要術後特 別處理之比率		
	13.參與牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫或 牙周病統合治療方案之院所名單		
	14.牙周病案件比率		
	15.執行複雜齒切除之數量		
	16.院所牙周病統合治療方案完成率		
四、中醫門 診總額	1.就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率		
	2.中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率		
	3.同一中醫院所就診次數每月達八次以上之比率		
	4.參與特定疾病門診加強照護之院所名單		
	5.參與中醫門診總額所訂計畫或方案之院所名單		
	6.參與醫療資源不足地區改善方案之院所名單		

總額部門別/ 服務別/疾病 別	項目名稱		健保署 會議結論	異動說明 (本會摘錄健保署 會議之共識結論)
	7.中醫傷科占率			
五、門診透 析		血液透析	腹膜透析	
	1.營養狀態	V	V	
	2.貧血檢查	V	V	
	3.尿素氮透析效率	V	V	
	4.脫離率	V	V	
	5.腹膜透析腹膜炎發生率		V	
	6.瘻管重建率	V		
	7.B 型肝炎表面抗原 (HBsAg)轉陽率	V	V	
	8.C 型肝炎抗體轉陽率	V	V	
	9.各院所新增透析病人之 腹膜透析人數及占率		V	
10.五十五歲以下透析病 人移植登錄率	V	V		
六、特約藥 局	特約藥局雲端藥歷查詢人次比率			
七、糖尿病	1.糖尿病病人執行檢查率－醣化血紅素(HbA1c) 或糖化白蛋白(glycated albumin)、空腹血脂、眼 底檢查或眼底彩色攝影、尿液蛋白質檢查			
	2.糖尿病病人加入照護方案比率			
八、人工膝 關節手 術	1 人工膝關節置換手術後九十日以內傷口感染率			
	2.人工膝關節置換手術後九十日以內置換物深部 感染率			
	3.實施人工膝關節置換術出院後三十日以內因相 關問題再住院率			
九、子宮肌 瘤手術	1.子宮肌瘤手術當次住院日數大於七日比率			
	2.子宮肌瘤手術出院後十四日以內相關器官損傷 發生率			
	3.子宮肌瘤手術出院後十四日以內相關器官徵候 發生率			
	4.子宮肌瘤手術出院後十四日以內因該手術相關 診斷再住院率			
十、消化性 潰瘍疾 病	1.消化性潰瘍病人接受除菌藥物治療比率			
	2.消化性潰瘍病人開始治療一年以內有用口服 非 類固醇 抗發炎劑比率		修正	修正指標名稱及 定義 配合口服抗發炎 劑之定義修改，名 稱由「口服抗發炎 劑」修改為「口服

總額部門別/ 服務別/疾病 別	項目名稱	健保署 會議結論	異動說明 (本會摘錄健保署 會議之共識結論)
			非類固醇抗發炎劑」
十一、氣喘疾 病	1.氣喘病人參加「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」之比率		
	2.氣喘病人出院後十四日以內因同一疾病再入院比率		
	3.氣喘病人使用短效乙型作用劑或類固醇藥物吸入劑藥物控制比率		
	4.參加「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」之病人因氣喘發作而住院之比率		
	5.參加「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」之病人因氣喘發作而至急診就醫之比率		
十二、急性心 肌梗塞 疾病	1.急性心肌梗塞(AMI)病人於住院期間執行血脂LDL 檢查比率		
	2.急性心肌梗塞(AMI)病人於住院期間給藥比率—阿斯匹靈(Aspirin)、腺嘌呤二磷酸受體拮抗劑(ADP 受體拮抗劑)、乙型阻斷劑(β-Blocker)、血管張力素轉化酶抑制劑(ACE inhibitor)或血管張力素 II 受體阻斷劑(ARB)		
	3.急性心肌梗塞(AMI)病人出院後三個月/六個月/九個月以內給藥比率—阿斯匹靈(Aspirin)、腺嘌呤二磷酸受體拮抗劑(ADP 受體拮抗劑)、乙型阻斷劑(β-Blocker)、血管張力素轉化酶抑制劑(ACE inhibitor)或血管張力素 II 受體阻斷劑(ARB)		
	4.急性心肌梗塞(AMI)病人出院後三日以內因同一主診斷或相關病情之急診返診比率		
	5.急性心肌梗塞(AMI)病人出院後十四日以內因同一主診斷或相關病情之非計畫性再住院比率		
	6.急性心肌梗塞病人接受心臟復健比率	新增	新增指標 參考台灣復健醫學會意見，及研究證據顯示心肌梗塞病人接受心臟復健，長期效益可減少疾病復發、再住院及醫療支出
十三、鼻竇炎	1.十八歲以上慢性鼻竇炎病人於住院手術前三個月內有做電腦斷層造影或鼻竇內視鏡檢查比率		
	2.鼻竇炎使用氟化恩菴類抗生素(Fluoroquinolones)案件比率		
十四、腦中風	1.缺血性中風或暫時性腦缺血病人出院時有處方抗血栓藥物比率		

總額部門別/ 服務別/疾病 別	項目名稱	健保署 會議結論	異動說明 (本會摘錄健保署 會議之共識結論)
	2.缺血性或出血性中風病人住院期間或出院後四個月內接受復健服務比率		
	3.未使用血栓溶解劑治療之缺血性腦中風病人住院一日內給予抗血栓藥治療之比率		
十五、慢性腎臟病	1.末期腎臟病前期病人最近六個月有測量血清白蛋白之病人數百分比		
	2.末期腎臟病前期病人至少每六個月檢測一次血色素的比率		
	3.末期腎臟病前期病人一年內有做血脂檢查之病人數百分比		
	4.末期腎臟病前期病人最近六個月有測量血清鈣或磷之病人數百分比		
十六、人工髖關節手術	1.人工髖關節置換手術後九十日以內傷口感染率		
	2.人工髖關節置換手術後九十日以內置換物深部感染率		
	3.實施人工髖關節置換術出院後三十日以內因相關問題再住院率		

全民健康保險醫療品質資訊公開辦法

中華民國 102 年 8 月 7 日衛生福利部衛部保字第 1021280007
號令訂定發布全文 10 條；並自發布日施行

中華民國 103 年 10 月 9 日衛生福利部衛部保字第 1031260671
號令修正發布第 10 條條文及第 2 條條文附表一、二；並自發
布日施行

中華民國 104 年 10 月 15 日衛生福利部衛部保字第 1041260684
號令修正發布第 5 條條文

中華民國 105 年 12 月 15 日衛生福利部衛部保字第 1051260719
號令修正發布第 2 條附表一、附表二

中華民國 107 年 9 月 25 日衛生福利部衛部保字第 1071260424
號令修正發布第 2 條之附表一、二

中華民國 109 年 2 月 6 日衛部保字第 1091260018 號令修正發
布第 2 條附表一、二

第 1 條 本辦法依全民健康保險法(以下稱本法)第七十四條第二項
規定訂定之。

第 2 條 保險人應定期公開與全民健康保險(以下稱本保險)有關之
醫療品質資訊如下：

一、依本法第六十七條第三項規定每月應公布之各特約醫
院保險病房設置比率。

二、整體性之醫療品質資訊(如附表一)。

三、機構別之醫療品質資訊(如附表二)。

四、其他由保險人擬訂，經主管機關核定有關醫療品質之
資訊。

前項定期公開之資訊，以保險醫事服務機構依法令規定應
向保險人登錄或備查、醫療費用申報及第八條所定資料，
並經保險人彙整者為限。

第 3 條 保險醫事服務機構應定期公開與本保險有關之醫療品質資
訊如下：

一、依本法第六十七條第二項規定每日應公布之保險病床
使用情形。

二、訂有給付上限之自付差額特殊材料品項、廠牌、產品性質(含副作用、禁忌症及應注意事項等)及收費標準等相關資訊。

三、其他由保險人擬訂，經主管機關核定有關醫療品質之資訊。

第 4 條 保險人為增訂或修正前二條所定項目，得邀請保險醫事服務提供者、專家學者及被保險人代表，就資訊公開之目的、成本效益、可行性及實證醫學進行評選或檢討。

第 5 條 依本辦法公開之醫療品質資訊，除法令另有規定外，保險人、醫學中心及區域醫院應採電信網路傳送供公眾線上查詢為主要公開途徑；其他保險醫事服務機構得選擇下列適當方式之一為之：

一、利用電信網路傳送或其他方式供公眾線上查詢。

二、張貼於保險醫事服務機構內明顯易見處。

三、舉行記者會或說明會。

四、其他足以使公眾得知之方式。

前項第三款說明會得結合網際網路參與方式進行。

第 6 條 依本辦法公開之醫療品質資訊，應使民眾易於瞭解及避免爭議，並得請相關團體或人員對有關資訊之資料來源、定義、意義及使用限制作說明。

第 7 條 依本辦法公開之醫療品質資訊，得依公開項目之性質及資訊彙整所需之時程，採日、月、季、半年或年公開及更新。

第 8 條 保險人為辦理本辦法醫療品質資訊公開作業，得向附表一及附表二所列各醫療給付費用總額部門之代表團體或相關醫學會，要求提供資料。

第 9 條 依本辦法公開全民健康保險醫療品質資訊時，應依個人資料保護法及其相關法令之規定辦理。

第 10 條 本辦法自發布日施行。

本辦法修正條文，自發布日施行。

第二條附表一 整體性之醫療品質資訊

總額部門別/服務別	項目名稱
一、醫院總額	1.門診注射劑使用率 2.門診抗生素使用率 3.同(跨)醫院門診同藥理用藥日數重疊率—降血壓(口服)、降血脂(口服)、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜 4.慢性病開立慢性病連續處方箋百分比 5.每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率 6.十八歲以下氣喘病人急診率 7.糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率 8.就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率 9.非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率 10.住院案件出院後三日以內急診率 11.剖腹產率-整體、自行要求、具適應症、初次具適應症 12.清淨手術術後使用抗生素超過三日比率 13.接受體外震波碎石術(ESWL)病人平均利用 ESWL 之次數 14.子宮肌瘤手術出院後十四日以內因該手術相關診斷再住院率 15.人工膝關節置換手術後九十日以內置換物深部感染率 16.手術傷口感染率 17.急性心肌梗塞死亡率 18.清淨手術術後傷口感染率
二、西醫基層總額	1.門診注射劑使用率 2.門診抗生素使用率 3.同(跨)院所門診同藥理用藥日數重疊率—降血壓(口服)、降血脂(口服)、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜 4.慢性病開立慢性病連續處方箋百分比 5.每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率 6.平均每張慢性病處方箋開藥日數—糖尿病、高血壓、高血脂 7.糖尿病病人糖化血紅素(HbA1c)糖化白蛋白(glycated albumin)執行率 8.就診後同日於同院所再次就診率 9.剖腹產率—整體、自行要求、具適應症

總額部門別/服務別	項目名稱		
三、牙醫門診總額	1.牙體復形同牙位再補率—一年以內、二年以內 2.牙齒填補保存率—一年以內、二年以內、恆牙二年以內、乳牙一年六個月以內 3.同院所九十日以內根管治療完成率 4.恆牙根管治療六個月以內保存率 5.十三歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率 6.六歲以下牙醫就醫兒童牙齒預防保健服務人數比率 7.院所加強感染管制診察費申報率 8.醫療費用核減率 9.五十歲以上(含)之就醫人數 10.牙周病統合治療實施方案後之追蹤治療率		
四、中醫門診總額	1.使用中醫門診者之平均中醫就診次數 2.就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率 3.就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率 4.使用中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率 5.於同院所針傷科處置次數每月大於十五次之比率		
五、門診透析		血液透析	腹膜透析
	1.營養狀態	V	V
	2.尿素氮透析效率	V	V
	3.貧血檢查	V	V
	4.住院率	V	V
	5.死亡率	V	V
	6.瘻管重建率	V	
	7.腹膜炎發生率		V
	8.脫離率	V	V
	9.B型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率	V	V
	10.C型肝炎抗體(anti-HCV)轉陽率	V	V
	11.五十五歲以下透析病人移植登錄率	V	V
	12.醫療費用核減率	V(合併計算)	
	13.鈣磷乘積	V	V

第二條附表二 機構別之醫療品質資訊

總額部門別/服務別 /疾病別	項目名稱
一、醫院總額	<ol style="list-style-type: none"> 1.同(跨)醫院門診同藥理用藥日數重疊率—降血壓(口服)、降血脂(口服)、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜 2.慢性病開立慢性病連續處方箋百分比 3.就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率 4.糖尿病病人血清肌酸酐檢查執行率 5.門診手術後二日以內急診或住院率 6.急診轉住院暫留急診超過四十八小時案件比率 7.精神病人出院後三十日以內同醫院門診精神科追蹤率 8.同醫院生產案件出院後十四日以內非計畫性再住院率 9.出院後三日以內同院所再急診率 10.急診就診後同日於同醫院急診返診比率 11.急性心肌梗塞(AMI)病人出院後三日以內因同一主診斷或相關病情之急診返診比率-同院 12.急性心肌梗塞(AMI)病人出院後十四日以內因同一主診斷或相關病情之非計畫性再住院比率-同院 13.主要器官移植植入手術個案數與存活率 14.電腦斷層造影(CT)、磁振造影(MRI)之數量、廠牌、機型、出廠日期、院所購入日期、使用年限 15.每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率 16.具高鉀血症病史之高血壓病人使用保鉀利尿劑(Potassium-sparing diuretics)或醛固酮拮抗劑(Aldosterone antagonist)兩種藥品，且有追蹤血鉀數值(執行血鉀檢查)之比率 17.住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件三日內再急診率 18.住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件十四日內再住院率 19.住院診斷關聯群支付制度(DRG)之案件轉出率 20.非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率 21.檢傷一級/二級/三級急診病人轉入病房小於八小時之比率(分別計算) 22.慢性病連續處方箋釋出率 23.急性一般病床全日平均護病比 24.接受安寧緩和醫療意願之比率 25.申報使用兒童製劑院所

總額部門別/服務別 /疾病別	項目名稱
二、西醫基層總額	<ol style="list-style-type: none"> 1.注射劑使用率 2.抗生素使用率 3.同(跨)院所門診同藥理用藥日數重疊率—降血壓(口服)、降血脂(口服)、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜 4.健康檢查普及率—小兒、成人 5.糖尿病病人醣化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率 6.糖尿病病人空腹血脂檢查執行率 7.糖尿病病人血清肌酸酐檢查執行率 8.具二度或三度心臟傳導隔斷病史之高血壓病人使用乙型阻斷劑(β-Blocker)比率 9.就診後同日於同院所再次就診率 10.消化性潰瘍新病人執行幽門桿菌清除治療比率 11.六歲以下兒童氣喘住院率 12.每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率 13.具高鉀血症病史之高血壓病人使用保鉀利尿劑(Potassium-sparing diuretics)或醛固酮拮抗劑(Aldosterone antagonist)兩種藥品，且有追蹤血鉀數值(執行血鉀檢查)之比率 14.慢性病連續處方箋釋出率 15.慢性病開立慢性病連續處方箋百分比 16.12歲以下兒童門診開立原瓶口服液劑比率 17.申報使用兒童製劑院所
三、牙醫門診總額	<ol style="list-style-type: none"> 1.牙齒填補保存率—二年以內、乳牙一年六個月以內 2.恆牙二年以內同院所再補率 3.院所執行「根管難症特別處理」之數量 4.根管治療完成率 5.根管治療保存率—六個月以內、乳牙三個月以內、恆牙六個月以內 6.執行牙周病基礎治療之人數 7.牙周疾病控制基本處置執行率 8.十三歲以上病人執行全口牙結石清除之比率 9.六歲以下兒童執行口腔預防保健服務之比率 10.執行口腔癌篩檢之案件數 11.執行單純齒切除之數量 12.簡單性拔牙執行後三十日以內不需要術後特別處理之比率

總額部門別/服務別 /疾病別	項目名稱		
	13.參與牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫或牙周病統合照護計畫之院所名單 14.牙周病案件比率 15.執行複雜齒切除之數量 16.院所牙周病統合治療方案完成率		
四、中醫門診總額	1.就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率 2.中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率 3.同一中醫院所就診次數每月達八次以上之比率 4.參與特定疾病門診加強照護之院所名單 5.參與中醫門診總額所訂計畫或方案之院所名單 6.參與醫療資源不足地區改善方案之院所名單 7.中醫傷科占率		
五、門診透析		血液透析	腹膜透析
	1.營養狀態 2.貧血檢查 3.尿素氮透析效率 4.脫離率 5.腹膜透析腹膜炎發生率 6.瘻管重建率 7.B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率 8.C 型肝炎抗體轉陽率 9.各院所新增透析病人之腹膜透析人數及占率 10.五十五歲以下透析病人移植登錄率	V V V V V V V V V	V V V V V V V V V
六、特約藥局	特約藥局雲端藥歷查詢人次比率		
七、糖尿病	1.糖尿病病人執行檢查率－醣化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)、空腹血脂、眼底檢查或眼底彩色攝影、尿液蛋白質檢查 2.糖尿病病人加入照護方案比率		
八、人工膝關節手術	1.人工膝關節置換手術後九十日以內傷口感染率 2.人工膝關節置換手術後九十日以內置換物深部感染率 3.實施人工膝關節置換術出院後三十日以內因相關問題再住院率		

總額部門別/服務別 /疾病別	項目名稱
九、子宮肌瘤手術	1.子宮肌瘤手術當次住院日數大於七日比率 2.子宮肌瘤手術出院後十四日以內相關器官損傷發生率 3.子宮肌瘤手術出院後十四日以內相關器官徵候發生率 4.子宮肌瘤手術出院後十四日以內因該手術相關診斷再住院率
十、消化性潰瘍疾病	1.消化性潰瘍病人接受除菌藥物治療比率 2.消化性潰瘍病人開始治療一年以內有用口服抗發炎劑比率
十一、氣喘疾病	1.氣喘病人參加「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」之比率 2.氣喘病人出院後十四日以內因同一疾病再入院比率 3.氣喘病人使用短效乙型作用劑或類固醇藥物吸入劑藥物控制比率 4.參加「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」之病人因氣喘發作而住院之比率 5.參加「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」之病人因氣喘發作而至急診就醫之比率
十二、急性心肌梗塞 疾病	1.急性心肌梗塞(AMI)病人於住院期間執行血脂 LDL 檢查比率 2.急性心肌梗塞(AMI)病人於住院期間給藥比率—阿斯匹靈(Aspirin)、腺嘌呤二磷酸受體拮抗劑(ADP 受體拮抗劑)、乙型阻斷劑(β -Blocker)、血管張力素轉化酶抑制劑(ACE inhibitor)或血管張力素 II 受體阻斷劑(ARB) 3.急性心肌梗塞(AMI)病人出院後三個月/六個月/九個月以內給藥比率—阿斯匹靈(Aspirin)、腺嘌呤二磷酸受體拮抗劑(ADP 受體拮抗劑)、乙型阻斷劑(β -Blocker)、血管張力素轉化酶抑制劑(ACE inhibitor)或血管張力素 II 受體阻斷劑(ARB) 4.急性心肌梗塞(AMI)病人出院後三日以內因同一主診斷或相關病情之急診返診比率 5.急性心肌梗塞(AMI)病人出院後十四日以內因同一主診斷或相關病情之非計畫性再住院比率
十三、鼻竇炎	1.十八歲以上慢性鼻竇炎病人於住院手術前三個月以內有做電腦斷層造影或鼻竇內視鏡檢查比率 2.鼻竇炎使用氟化恩甯類抗生素(Fluoroquinolones)案件比率
十四、腦中風	1.缺血性中風或暫時性腦缺血病人出院時有處方抗血栓藥物比率 2.缺血性或出血性中風病人住院期間或出院後四個月以內接受復健服務比率 3.未使用血栓溶解劑治療之缺血性腦中風病人住院一日以內給予抗血栓藥物治療之比率
十五、慢性腎臟病	1.末期腎臟病前期病人最近六個月有測量血清白蛋白之病人數百分比 2.末期腎臟病前期病人至少每六個月檢測一次血色素的比率

總額部門別/服務別 /疾病別	項目名稱
	3.末期腎臟病前期病人一年內有做血脂檢查之病人數百分比 4.末期腎臟病前期病人最近六個月有測量血清鈣或磷之病人數百分比
十六、人工髖關節手術	1.人工髖關節置換手術後九十日以內傷口感染率 2.人工髖關節置換手術後九十日以內置換物深部感染率 3.實施人工髖關節置換術出院後三十日以內因相關問題再住院率

研擬新增「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」五大項疾病別醫療品質資訊公開項目溝通討論會議紀錄

時間：111年9月20日上午10時

地點：中央健康保險署18樓禮堂

主持人：李署長伯璋(黃組長育文代理) 紀錄：陳綉琴

出席單位及人員：

台灣醫院協會

蔡蕙如

林佩菽

黃雪玲

顏正婷

吳淑芬

許雅淇

吳亞筑

吳心華

中華民國醫師公會全國聯合會

黃振國

林誓揚

黃瑋絜

衛生福利部全民健康保險會

陳淑美

衛生福利部社會保險司

陳孟渝

本署醫務管理組

韓佩軒

本署醫審及藥材組

黃育文

戴雪詠

張惠萍

高幸蓓

何小鳳(線上)

詹淑存

陳綉琴

許寧健

壹、主席致詞(略)

貳、背景說明(略)

參、提案討論

提案

提案單位：中央健康保險署

案由：研擬新增「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第 2 條第 1 項機構別之五大項疾病別醫療品質資訊項目及 108 年試算資料，提請討論。

決議：

一、本次會議係依據 111 年 1 月 25 日召開之研擬增修「全民健康保險醫療品質資訊公開項目醫療品質資訊項目會議」紀錄結論，就該會議有共識可新增之品質資訊項目，以 108 年醫療費用申報資料進行肺炎、慢性阻塞性肺病、乳癌、大腸直腸癌及肺癌五大項疾病別 15 項指標試算，討論決議彙整(如附件)說明如下：

(一)肺炎：

1. 「門診初次診斷肺炎前後七日執行胸部 X 光檢查之比率」：中華民國醫師公會全聯會說明因肺炎可從病人病史及醫師臨床經驗進行診斷，不一定必須執行胸部 X 光檢查且大部分基層診所皆無 X 光儀器，建議本項指標修改為「住院初次診斷肺炎前七日執行胸部 X 光檢查之比率」，請健保署以 108 年全年資料分析跨院及同院(含轉診)之指標相關數據。
2. 「肺炎出院後三日內再住院率」：考量出院後三日內再住院原因複雜，台灣醫院協會建議排除 65 歲以上及有共病之病人，請健保署函詢台灣感染症醫學會建議應排除之明確共病項目條件及以 108 年全年資料區分各特約類別進行三日內再住院之發生原因及共病分析，以利進行共病條件之排除。
3. 「肺炎住院病人執行痰液培養檢查之比率」及「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」兩項：台灣醫院協會及中華民國醫師公會全聯會皆同意新增。

(二)慢性阻塞性肺病：

1. 「門診初次診斷肺阻塞前後六個月內使用肺量計檢查之比率」：考量中華民國醫師公會全聯會說明慢性阻塞性肺病於基層診所可從病人病史及醫師臨床經驗診斷，肺量計檢查非

為必要之檢查項目；又台灣醫院協會說明因於醫院層級仍會執行肺量計檢查進行慢性阻塞性肺病之診斷，建議本項指標不納入疾病別醫療品質資訊公開項目，惟仍於健保資訊網服務系統(VPN)進行資訊回饋。

2. 「肺阻塞急性出院後六個月內轉介肺復原之比率」：台灣醫院協會建議本項指標不納入疾病別資訊公開項目，惟仍於健保資訊網服務系統(VPN)進行資訊回饋。
3. 「肺阻塞出院後十四日內因肺阻塞再住院率」：台灣醫院協會建議修改為「七日內再住院」，惟請健保署以 108 年全年資料進行「七日」或「十四日」再住院率之分析後再決定指標之再住院日數。

(三)乳癌、大腸直腸癌及肺癌試算之指標項目，因考量癌症治療已逐年朝向個人精準化醫療，會因病人病情不同採行不同治療方式，且相關檢驗檢查等過程面指標項目資訊公開，可能誘發非必要檢驗檢查、無效醫療與徒耗醫療資源，全數不新增。

二、另健保特約醫事機構醫療費用申報資料係以財務申報為基礎，資料欄位及資料內容有限，欠缺病人治療結果資料，且難以區分癌症期別、疾病嚴重度或共病等因素排除與校正，尚難建立治療結果面相關指標，目前僅能以診療過程面執行情形之指標進行資訊公開。

肆、臨時動議：

案由一：中華民國醫師公會全聯會建議就黃斑部病變藥物新生血管抑制劑 Lucentis 及 Eylea、類風溼性關節炎生物製劑免疫藥物進行使用量資料分析，針對治療效果進行管控，並對相關監控指標進行資訊揭露。

決議：請健保署就黃斑部病變藥物新生血管抑制劑 Lucentis 及 Eylea、類風溼性關節炎生物製劑免疫藥物針對治療效果及使用量進行資料分析，研議可行性指標提供民眾參考，並請台灣醫院協會及中華民國醫師公會全國聯合會於會後提供研擬相關可資

訊揭露之醫療品質指標項目及方向，以供健保署研議參考。

案由二：中華民國醫師公會全聯會建議就注意力不足過動症(ADHD)藥物，俗稱聰明藥，易有浮濫使用情形，請健保署分析 18 歲以上病人歸戶，使用量占比過高之醫師，建議加強管控。

決議：本案所提建議係為總額監控管理特約醫事服務機構使用情形或醫師行為之目的，與本會議依據健保法第 74 條規定對民眾進行之醫療品質資訊公開，目的與對象不同，建議可循總額共管或審查不予支付指標方式及程序研議。

伍、散會(上午 11 時)。

五大項疾病別試算指標討論會議決議彙整

疾病別	項目名稱	會議決議
肺炎	1.執行門診胸部 X 光檢查診斷肺炎之比率	指標名稱修改為「 <u>住院初次診斷肺炎前七日執行胸部 X 光檢查之比率</u> 」並試算 108 年跨院及同院(含轉診)資料。
	2.肺炎住院病人執行痰液培養檢查之比率	同意新增。
	3.肺炎出院後三日內再住院率	建議排除 65 歲以上及共病並試算 108 年資料。
	4.手術採全身麻醉後罹患肺炎之比率	同意新增，指標名稱修改為「 <u>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</u> 」。
慢性阻塞性肺疾病	1.使用肺量計診斷肺阻塞之比率	不納入資訊公開，建議資訊回饋。
	2.肺阻塞急性出院後六個月內轉介肺復原之比率	不納入資訊公開，建議資訊回饋。
	3.肺阻塞出院後十四日內因肺阻塞再住院率	建議以 108 年資料進行「七日」或「十四日」再住院之分析後再決定指標之再住院日數。
乳癌	1.乳癌病人乳房手術前三個月內乳房攝影或乳房超音波檢查比率	不新增
	2.乳癌病人執行非手術切片檢查比率	不新增
	3.執行保乳手術乳癌病人接受淋巴取樣檢查或清除之比率	不新增
	4.乳癌化療病患 30 日內未回診比率	不新增
	5.接受保乳手術後有接受全身性化學、標靶或免疫藥物治療者，1 年內接受放療之比例	不新增
大腸直腸癌	1.大腸直腸癌病人確診前後一個月接受影像檢查之比率	不新增
	2.大腸直腸癌病人手術後十二個月內大腸鏡檢查之比率	不新增
肺癌	1.肺癌病人執行支氣管鏡檢查前三個月內有執行電腦斷層(CT)檢查之比率	不新增

報告事項

報告單位：中央健康保險署

案由：有關「112 年度各部門總額依協定事項需於 111 年 12 月底前提報具體實施方案或規劃內容之項目」辦理情形，請鑒察。

說明：

- 一、依據衛生福利部 112 年 1 月 9 日衛部健字第 1123360002 號公告 112 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式辦理。
- 二、本署辦理情形如附件(第 222~236 頁)。

健保署業務窗口：陳依婕專門委員，聯絡電話：02-27065866 分機 2646。

本會補充說明：

- 一、本案係健保署依 112 年度總額核定牙醫門診、中醫門診總額之協定事項，需於 111 年 12 月底前，提報本會新增項目之具體規劃或實施方案內容，共計 7 項，其中 5 項需包含成效(療效)監測、醫療利用監控與管理措施等事項(如附件劃線處)。
- 二、經檢視健保署提報前揭新增項目之規劃或實施方案內容，摘要該署辦理情形及本會研析意見(詳附表，第 217~221 頁)，重點說明如下：

(一)規劃或實施方案內容之研析：

- 1.7 項新增項目：健保署在支付面，已提出新增支付標準、給付條件及醫療服務內容等規劃，尚符合協商意旨。惟執行面，尚未針對各項執行作法(尤其專案計畫)提出具體推動規劃。
- 2.5 項需提出監控及管理措施項目：健保署未提出具體監控及成效監測等管理措施，僅表示為持續監測相關執行情形，將請總額部門按季至該署研商議事會議報告，尚屬不足。

(二)後續辦理建議：

- 1.鑒於總額協商時，委員關切新增項目(尤其專案計畫)之推動及執行成效，請健保署會同總額部門就執行面，加強研議及推動，以達協定事項要求。
- 2.健保署尚未提出具體監控及管理措施部分(計 5 項)，考量健保署與總額部門尚需後續監測及會議討論，請該署併「112

年7月各部門總額協定事項定期追蹤」提報具體成效監測及醫療利用管理之辦理情形，以供委員瞭解。

- 3.建議健保署未來於研訂新增項目之支付標準時，事先將後續推動策略、監控及管理措施納入規劃，併具體規劃或實施方案內容提報本會，以利後續執行及有效管理。

決定：

**112 年度各部門總額依協定事項需於 111 年 12 月底前提報項目
健保署辦理情形(摘要)及本會研析意見一覽表**

協定事項	健保署辦理情形(摘要)	本會研析意見
<p>1 特定牙周保存治療-新增全口總齒數一至三顆 (0.535 億元) (一般服務新增項目)</p> <p>※協定事項(摘要): 於 111 年 12 月底前提出具體規劃內容(含給付條件、醫療服務內容及<u>成效監測</u>)</p>	<p>提出規劃內容:</p> <p>1.新增 1 項支付標準,刻正辦理預告作業: 「特定牙周保存治療--全口總齒數一至三顆(91091C)」診療項目(500 點)。給付條件: 全口總齒數一至三顆者(至少一顆牙齒有測量部位囊袋深度超過 5mm 以上者)。</p> <p>2.醫療服務內容: 主要執行牙周檢查、牙菌斑控制紀錄及去除指導,並視需要提供全口牙結石清除、齒齦下刮除或牙根整平之治療。</p> <p>3.成效監測: 為持續監測相關執行情形,健保署請牙全會每季於該署召開之牙醫門診總額研商議事會議報告。</p>	<p>1.健保署已規劃新增診療項目,並於支付標準明訂給付條件及服務內容,尚符合協商意旨。</p> <p>2.至於成效監測部分,健保署表示請牙醫部門按季於研商議事會議報告,尚未有具體監測內容。</p> <p>3.鑒於總額協商時,委員十分關切全口總齒數一至三顆病人之治療效益,協定事項乃明定需提出具體成效監測規劃,<u>爰建請健保署併「112 年 7 月各部門總額協定事項定期追蹤」提報成效監測之辦理情形,以利委員瞭解。</u></p>
<p>2 超音波根管沖洗計畫 (1.448 億元) (專款新增項目)</p> <p>※協定事項(摘要): 於 111 年 12 月底前提出具體實施方案(含給付條件),及醫療利用<u>監控與管理措施</u>,並提報全民健康保險會</p>	<p>提出實施方案:</p> <p>1.新增 1 項支付標準,刻正辦理預告作業: 「超音波根管沖洗(P7303C)」診療項目(100 點)。給付條件: 本項應與根管治療項目併同申報。</p> <p>2.醫療利用監控與管理措施: 為持續監測相關執行情形,健保署請牙全會每季於該署召開之牙醫門</p>	<p>1.健保署已規劃新增診療項目,並明訂給付條件,尚符合協商意旨。惟本項屬專款計畫,未提出具體之推動計畫,請加強研議及推動,以達協定事項要求。</p> <p>2.至於醫療利用監控與管理措施部分,健保署表示請牙醫部門按季於研商議事會議報告,尚未有具體監控與管理內容。</p> <p>3.鑒於總額協商時,委員關切本項新技術之實際利用與普及情形,協定事項乃明定需提出具</p>

協定事項	健保署辦理情形(摘要)	本會研析意見
	<p>診總額研商議事會議報告。</p>	<p>體實施方案及醫療利用監控與管理措施。<u>爰建請健保署會同牙醫部門加強研議推動措施，併「112年7月各部門總額協定事項定期追蹤」提報醫療利用監控與管理措施之辦理情形，以利委員瞭解。</u></p>
<p>3 齶齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫(10.10億元)(專款新增項目)</p> <p>※協定事項(摘要):</p> <p>1.計畫適用對象: (1)65歲以上病人。 (2)糖尿病病人。 (3)腦血管疾病患者。 (4)血液透析及腹膜透析患者。 (5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物患者。 (6)惡性腫瘤患者。 (7)不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失去功能者。</p> <p>2.於111年12月底前提出具體實施方案(含給付條件、醫療服務內容及<u>成效監測</u>)，並提全民健康保險會報告</p>	<p>提出實施方案:</p> <p>1.新增1項支付標準，刻正辦理預告作業: 「齶齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)」診療項目(500點)。給付條件: 齶齒經驗之高風險患者。(包含(1)糖尿病患者。(2)六十五歲以上患者。(3)腦血管疾病患者。(4)血液透析及腹膜透析患者。(5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物患者。(6)惡性腫瘤患者。(7)不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失去功能者)</p> <p>2.醫療服務內容: 氟化物治療(限每90天申報1次)。</p> <p>3.成效監測: 為持續監測相關執行情形，健保署請牙全會每季於該署召開之牙醫門診總額研商議事會議報告。</p>	<p>1.健保署已規劃新增診療項目，並明訂給付條件及服務內容，其給付適應症與協定事項一致，符合協商意旨。惟本項屬專款計畫，未提出具體之推動計畫，請加強研議及推動，以達協定事項要求。</p> <p>2.至於成效監測部分，健保署表示請牙醫部門按季於研商議事會議報告，尚未有具體監測內容。</p> <p>3.鑒於總額協商時，委員認為本項較屬預防保健性質，應考量高齡長者塗氟之成效及必要性，協定事項乃明定需提出具體實施方案及成效監測規劃，<u>爰建請健保署會同牙醫部門加強研議推動措施，併「112年7月各部門總額協定事項定期追蹤」提報成效監測之辦理情形，以利委員瞭解。</u></p>

協定事項	健保署辦理情形(摘要)	本會研析意見
<p>4 提升中醫小兒傷科照護品質(0.025 億元) (一般服務新增項目)</p> <p>※協定事項(摘要): 於 111 年 12 月底前提出提升小兒傷科照護品質具體規劃內容, 並提報全民健康保險會</p>	<p>提出提升品質之規劃內容:</p> <p>1.新增 1 項支付標準, 刻正辦理預告作業: 「未滿 7 歲兒童傷科處置加計 (E90)」診療項目 (200 點)。申報規範: (1)須合併輔助治療。 (2)治療時間:需合計十分鐘以上。</p> <p>2.執行情形監測: 為持續監測相關執行情形, 由中全會每季於健保署召開之中醫門診總額研商議事會議報告。</p>	<p>本會研析意見</p> <p>1.健保署已新增支付標準, 並於申報規範要求: (1)須合併任一項輔助治療: 拔罐治療、刮痧治療、熱療、電療、藥薰治療、膏布治療或夾板固定治療。 (2)治療時間: 需合計十分鐘以上。</p> <p>2.另查 110 年一般服務「中醫傷科處置品質提升」之中度複雜性傷科(E03、E04)及高度複雜性傷科(E05~E12), 已調升複雜性傷科支付點數, 申報規範要求: (1)須合併任一項輔助治療: 拔罐治療、刮痧治療、熱療、電療、藥薰治療、膏布治療或夾板固定治療。 (2)治療時間: 中度需合計十分鐘以上、高度需合計二十分鐘以上。</p> <p>3.考量上開 2 項之申報規範要求類似, 請健保署說明, 若未滿 7 歲兒童申報中度/高度複雜性傷科: (1)可否同時申報本項 (E90) 加計費用? (2)若可同時申報, 則對輔助治療及治療時間的要求為何? 管理上如何檢核?</p>
<p>5 多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度(4.767 億元) (一般服務新增項目)</p> <p>※協定事項(摘要): 1.本項經費用於提供多重慢性</p>	<p>提出實施方案:</p> <p>1.新增 1 項支付標準, 刻正辦理預告作業: 「整合醫療照護費加計 (A91)」診療項目 (70 點)。申報規範: (1)申請條件: 適應症為「慢性病或重大傷病, 且為多重疾病」病人。</p>	<p>1.健保署已新增支付標準, 並於申報規範要求: (1)申報條件: 服務對象為「慢性病或重大傷病, 且為多重疾病」, 尚符合協定事項。 (2)整合醫療照護服務內容: 診療時間合計十分鐘以上, 並至少提供一項中醫醫療衛教 (包含中醫飲食衛教、或穴位</p>

協定事項	健保署辦理情形(摘要)	本會研析意見
<p>病及跨科別之中醫服務。</p> <p>2.於 111 年 12 月底前提出具體實施方案(含申請條件、整合醫療照護服務內容、醫療利用管控及療效監測)，並提報全民健康保險會</p>	<p>(2)整合醫療照護服務內容：院所提供上開病人中醫醫療照護，診療時間需合計十分鐘以上，並提供中醫醫療衛教。</p> <p>2.醫療利用監控及療效監測：為持續監測相關執行情形，由中全會每季於健保署召開之中醫門診總額研商議事會議報告。</p>	<p>經絡衛教、或簡易中醫運動衛教、或各類中藥使用衛教等)，並記錄評估結果及衛教項目。</p> <p>2.至於醫療利用監控及療效監測部分，健保署表示請中醫部門按季於研商議事會議報告，尚未有具體監測內容。</p> <p>3.鑒於總額協商時，委員期待本項能達到整合多重慢性醫療照護服務之目標，並認為應進行醫療利用管控，協定事項乃明定須提出醫療利用監控及療效監測規劃，爰建請健保署併「112 年 7 月各部門總額協定事項定期追蹤」提報「整合醫療服務」與醫療利用管控及療效監測之辦理情形，以利委員瞭解。</p>
<p>6 針傷合併治療合理給付 (3.04 億元) (一般服務新增項目)</p> <p>※協定事項(摘要)：於 111 年 12 月底前提出針傷科合併治療給付案件之管理方案(含適應症、申請條件、醫療服務內容、醫療利用管控及療效監測)，並提全民健康保險會報告</p>	<p>提出管理方案：</p> <p>1.調升支付標準針灸合併傷科治療處置費(下稱針傷合併)，修改說明：現行針傷合併支付點數之訂定原則，係以針灸或傷科點數高者支付，修改為「針灸+傷科」點數。</p> <p>2.支付通則新增折付規定：中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報第六章針灸合併傷科治療處置費上限為八十人次，超出八十人次部分以五折支付。</p> <p>3.醫療利用管控及療效監測： (1)適應症及申請條件：針對中度及高度複雜性針傷項目，分別訂有適應症，並進行醫療費用</p>	<p>1.健保署已調升針傷合併支付點數為「針灸+傷科」之點數，其適應症、申請條件及醫療服務內容，皆比照支付標準現行中度及高度複雜性針傷規定辦理，符合協定事項。</p> <p>2.本項於總額協商時，委員考量近年針灸、傷科已投入許多預算調升支付點數，協定事項乃明定須進行醫療利用管控及療效監測。健保署已提出醫療利用管控規劃，符合協定事項。</p> <p>3.至於療效監測部分，尚未提出規劃，健保署表示請中醫部門按季於研商議事會議報告監測相關執行情形，爰建請健保署併「112 年 7 月各部門總額協定事項定期追蹤」提報療效監測之辦理情形，以利委員瞭解。</p>

協定事項	健保署辦理情形(摘要)	本會研析意見
	<p>申報資料之適應症代碼檢核。</p> <p>(2)醫療服務內容：針對中度及高度複雜性針傷項目，分別訂有執行部位、執行時間、須合併之輔助治療或執行頻率之規範。</p> <p>(3)為持續監測相關執行情形，由中全會每季於健保署召開之中醫門診總額研商議事會議報告。</p>	
<p>7 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：增列「術後疼痛」中醫照護 (4.368 億元) (專款新增項目)</p> <p>※協定事項(摘要)：於 111 年 12 月底前依實證資料，訂定術後疼痛適應症條件，並提報全民健康保險會</p>	<p>依實證資料，訂定術後疼痛適應症條件：</p> <p>1.中全會於 111.12.12 檢送術後疼痛由中醫介入得改善手術後不適情形之實證研究報告。</p> <p>2.健保署經比對中全會所提之文獻，其中 ICD-10-CM:F45、G89、M22-26、M36、M76-77、M79-81、N23、R10、R14、R39、R51-R52、R68、S38-39、S80、S82-83、S86-89 有提具文獻佐證，藉由中醫介入後，可緩解疼痛。其餘未具佐證之適應症，經洽中全會表示係可能需手術之適應症。</p>	<p>1.本項於 112 年度總額協商時，委員考量西醫麻醉科疼痛治療，限癌症末期病患使用，建議依實證資料，訂定術後疼痛中醫服務之適應症條件。</p> <p>2.健保署已就中全會提供之實證研究文獻，進行比對，提出左列 ICD-10-CM 診斷碼為具文獻佐證，藉由中醫介入可緩解疼痛，依其訂定術後疼痛適應症條件，符合協定事項。</p> <p>3.惟下列適應症適用範圍廣泛，<u>建議後續分析各項適應症之療效及必要性，納入評核報告。</u></p> <p>(1)G89(痛，他處未歸類者) (2)R52(疼痛) (3)R68(其他一般性症狀及徵候)</p>

112 年度各部門總額依協定事項需於 111 年 12 月底前提出具體實施方案或規劃內容之項目

部門		項目	協定事項(摘要)	健保署說明
牙醫門診	一般服務	特定牙周保存治療-新增全口總齒數一至三顆	於 111 年 12 月底前提出具體規劃內容(含給付條件、醫療服務內容及 <u>成效監測</u>)	<ol style="list-style-type: none"> 1.本項預算用於支付標準新增 91091C 「特定牙周保存治療--全口總齒數一至三顆」(500 點)(附件之附件 1)。 2.本項主要執行牙周檢查、牙菌斑控制紀錄及去除指導，並視患者病情提供全口牙結石清除、齒齦下刮除或牙根整平之治療。 3.已於 111.11.22 牙醫門診總額 111 年第 4 次研商議事會議暨 111.12.22 支付標準共同擬訂會議 111 年第 4 次會議通過，刻正辦理預告作業。 4.為持續監測相關執行情形，由牙全會每季於本署召開之牙醫門診總額研商議事會議報告。
	專款項目	超音波根管沖洗計畫	於 111 年 12 月底前提出具體實施方案(含給付條件)，及 <u>醫療利用監控與管理措施</u> ，並提報全民健康保險會	<ol style="list-style-type: none"> 1.本項預算用於支付標準新增 P7303C 「超音波根管沖洗」(100 點)(附件之附件 1)，且需與根管治療項目併同申報。 2.已於 111.11.22 牙醫門診總額 111 年第 4 次研商議事會議暨 111.12.22 支付標準共同擬訂會議 111 年第 4 次會議通過，刻正辦理預告作業。 3.為持續監測相關執行情形，由牙全會每季於本署召開之牙醫門診總額研商議事會議報告。
		齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫	於 111 年 12 月底前提出具體實施方案(含給付條件、醫療服務	<ol style="list-style-type: none"> 1.本項預算用於支付標準新增 P7302C 「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(500 點)(附件之附件 1)。 2.本項為提升病人牙齒之保存率，針對齲齒經驗之高風險患者，提供本項診

部門		項目	協定事項(摘要)	健保署說明
			內容及 <u>成效監測</u> ，並提全民健康保險會報告	<p>療服務。齶齒經驗之高風險患者包含：</p> <p>(1)糖尿病患者。</p> <p>(2)六十五歲以上患者。</p> <p>(3)腦血管疾病患者。</p> <p>(4)血液透析及腹膜透析患者。</p> <p>(5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物患者。</p> <p>(6)惡性腫瘤患者。</p> <p>(7)不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失去功能者。</p> <p>3.已於 111.11.22 牙醫門診總額 111 年第 4 次研商議事會議暨 111.12.22 支付標準共同擬訂會議 111 年第 4 次會議通過，刻正辦理預告作業。</p> <p>4.為持續監測相關執行情形，由牙全會每季於本署召開之牙醫門診總額研商議事會議報告。</p>
中醫門診	一般服務	提升中醫小兒傷科照護品質	於 111 年 12 月底前提出提升小兒傷科照護品質具體規劃內容，並提報全民健康保險會	<p>1.本項預算係用以新增 E90「未滿 7 歲兒童傷科處置加計(200 點)」(附件之附件 2)。</p> <p>(1)申報規範：應須合併輔助治療。</p> <p>(2)治療時間：需合計十分鐘以上。</p> <p>2.另增訂通則規範「未滿 7 歲兒童執行傷科治療處置得同時申報 E90，同一療程以申報 1 次為限」。</p> <p>3.已於 111.11.17 中醫門診總額 111 年第 4 次研商議事會議及 111.12.22 支付標準共同擬訂會議通過，刻正辦理預告作業。</p> <p>4.為持續監測相關執行情形，由中全會每季於本署召開之中醫門診總額研商議事會議報告。</p>

部門	項目	協定事項(摘要)	健保署說明
	多重慢性 疾病之中 醫醫療照 護密集度	於 111 年 12 月底前提出具體實施方案(含申請條件、整合醫療照護服務內容、 <u>醫療利用管控及療效監測</u>)，並提報全民健康保險會	<p>1.本項預算係用以新增 A91「整合醫療照護費加計(70點)」(附件之附件 2)。</p> <p>(1)申請條件：適應症為「慢性病或重大傷病，且為多重疾病」病人。</p> <p>(2)整合醫療照護服務內容：院所提供上開病人中醫醫療照護，診療時間需合計十分鐘以上，並提供中醫醫療衛教。</p> <p>2.已於 111.11.17 中醫門診總額 111 年第 4 次研商議事會議及 111.12.22 支付標準共同擬訂會議通過，刻正辦理預告作業。</p> <p>3.為持續監測相關執行情形，由中全會每季於本署召開之中醫門診總額研商議事會議報告。</p>
	針傷合併 治療合理 給付	於 111 年 12 月底前提出針傷科合併治療給付案件之管理方案(含適應症、申請條件、醫療服務內容、 <u>醫療利用管控及療效監測</u>)，並提全民健康保險會報告	<p>1.本項預算係用以調升支付標準第四部中醫第六章針灸合併傷科治療處置費(下稱針傷合併)支付點數為「針灸+傷科治療」點數(附件之附件 2)。</p> <p>(1)現行針傷合併支付點數之訂定原則，係以針灸或傷科點數高者支付，修改為「針灸+傷科」點數。</p> <p>(2)新增支付通則「中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報第六章針灸合併傷科治療處置費上限為八十人次，超出八十人次部分以五折支付」。</p> <p>2.上述支付標準修訂已於 111.11.17 中醫門診總額 111 年第 4 次研商議事會議及 111.12.22 支付標準共同擬訂會議通過，刻正辦理預告作業。</p> <p>3.本案之管理方式：</p> <p>(1)適應症及申請條件：支付標準針對中</p>

部門	項目	協定事項(摘要)	健保署說明
			<p>度及高度複雜性針傷項目，分別訂有適應症，並進行醫療費用申報資料之適應症代碼檢核。</p> <p>(2)醫療服務內容：支付標準針對中度及高度複雜性針傷項目，分別訂有執行部位、執行時間、須合併之輔助治療或執行頻率之規範。</p> <p>(3)為持續監測相關執行情形，由中全會每季於本署召開之中醫門診總額研商議事會議報告。</p>
專款項目	西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：增列「術後疼痛」中醫照護	於 111 年 12 月底前依實證資料，訂定術後疼痛適應症條件，並提報全民健康保險會	<p>1.本計畫增列「術後疼痛」適應症、對應之評估項目、「生理評估」支付標準及增列「腦血管疾病後遺症」適應症，已於 111.11.17 中醫門診總額 111 年第 4 次研商議事會議及 111.12.22 支付標準共同擬訂會議討論，並決議待中全會依協定事項提貴會報告獲確認同意後，再辦理報部及公告事宜。</p> <p>2.中全會於 111.12.12 檢送術後疼痛由中醫介入得改善手術後不適情形之實證研究報告(附件之附件 3)。</p> <p>3.承上，經比對中全會所提之文獻，其中 ICD-10-CM：F45、G89、M22-26、M36、M76-77、M79-81、N23、R10、R14、R39、R51-R52、R68、S38-39、S80、S82-83、S86-89 有提具文獻佐證，藉由中醫介入後，可緩解疼痛。其餘未具佐證之適應症，經洽中全會表示係可能需手術之適應症。</p>

第三章 牙科處置及手術 Dental Treatment & operation

第二節 根管治療 Endodontics (90001-90020, 90088, 90091-90098, 90112, P7303)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P7303C	超音波根管沖洗 Ultrasonic irrigation in endodontics 註：應與根管治療項目併同申報。	√	√	√	√	100

第三節 牙周病學 Periodontics (91001~91020, 91088~91091, 91103~91104, 91114)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
91015C	特定牙周保存治療 Comprehensive periodontal treatment for patients with special needs -全口總齒數九至十五顆 $9 \leq \text{no. of teeth} \leq 15$	√	√	√	√	2000
91016C	-全口總齒數四至八顆 $4 \leq \text{no. of teeth} \leq 8$	√	√	√	√	1000
91091C	-全口總齒數一至三顆 $1 \leq \text{no. of teeth} \leq 3$ 註： 1.限總齒數至少四顆且未達十六顆之患者申報。 2.申報費用時，需附一年內牙菌斑控制紀錄及囊袋深度紀錄（其中全口總齒數九至十五顆者，至少四顆牙齒有測量部位囊袋深度超過 5mm 以上；全口總齒數四至八顆者，至少二顆牙齒有測量部位囊袋深度超過 5mm 以上；全口總齒數一至三顆者，至少一顆牙齒有測量部位囊袋深度超過 5mm 以上。）及治療前全口 X 光片（須符合患者口腔現況，X 光片費用另計，環口全景 X 光片費用不另計）以為審核。 3.本項主要執行牙周檢查、牙菌斑控制紀錄及去除指導，並視患者病情提供全口牙結石清除、齒齦下刮除或牙根整平之治療。 4.每九十天限申報一次。 5.申報 91006C~91008C 半年內不得申報本項目。另申報此項九十天內不得再申報 91003C~91004C、91005C、91006C~91008C、91017C、91089C、91090C、91103C、91104C。	√	√	√	√	500

第四節 口腔顎面外科 Oral Surgery (92001~92073，92088~92100，92129~92130，92161，

P7301，P7302)

第一項 處置

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P7302C	<p><u>齲齒經驗之高風險患者氟化物治療</u> <u>Topical fluoride application for patients with caries experience at high risk for dental disease</u> <u>註：</u> 1.為提升病人牙齒之保存率，針對齲齒經驗之高風險患者，提供本項診療服務。 <u>齲齒經驗之高風險患者包含：</u> (1)<u>糖尿病患者。</u> (2)<u>六十五歲以上患者。</u> (3)<u>腦血管疾病患者。</u> (4)<u>血液透析及腹膜透析患者。</u> (5)<u>使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物患者。</u> (6)<u>惡性腫瘤患者。</u> (7)<u>不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失去功能者。</u> 2.<u>每九十天限申報一次。</u> 3.<u>含材料費。</u> 4.<u>申報本項後九十天內不得再申報 92051B、92072C、P7301C、P7102C 及 P30002。</u></p>	√	√	√	√	500

中醫

通則：

六、中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報另開內服藥之針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置費上限為一百五十人次，超出一百五十人次部分以五折支付。包括編號：D01、D03、D05、D07、E01、E03、E05、E07、E09、E11、F01、F04、F07、F10、F13、F16、F18、F21、F24、F27、F30、F33、F35、F38、F41、F44、F47、F50、F52、F55、F58、F61、F64、F67。

七、中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報第六章針灸合併傷科治療處置費上限為八十人次，超出八十人次部分以五折支付。

七八、中醫醫療院所專任醫師於產假期間全月未看診，支援醫師得以該全月未看診之專任醫師數，依合理量規定申報該月份門診診察費及針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置費，其餘支援醫師依每段合理量之餘額總數，依序補入看診人次。

八九、未滿四歲兒童之門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

第一章 門診診察費

編號	診療項目	支付點數
A91	<p>一整合醫療照護費加計</p> <p>註：1.慢性病或重大傷病，且為多重疾病。</p> <p>2.診療時間合計十分鐘以上，並根據診斷結果至少提供一項中醫醫療衛教(包含中醫飲食衛教、或穴位經絡衛教、或簡易中醫運動衛教、或各類中藥使用衛教等)，並記錄評估結果及所提供之中醫醫療衛教項目於病歷。</p>	70

第五章 傷科治療處置費

通則：

四、未滿 7 歲兒童執行傷科治療處置得同時申報 E90，同一療程以申報 1 次為限。

編號	診療項目	支付點數
E90	<p>未滿 7 歲兒童傷科處置加計</p> <p>註：</p> <p>1.須合併以下任一輔助治療：CH01 拔罐治療、CH02 刮痧治療、CH03 熱療(含紅外線治療)、CH04 電療、CH08 藥薰治療、CH09 膏布治療或 CH10 夾板固定治療。</p> <p>2.治療時間合計十分鐘以上。</p>	200

第六章 針灸合併傷科治療處置費

通則：

五、未滿7歲兒童執行傷科治療處置得同時申報E90，同一療程以申報1次為限。

六、同一療程案件，以療程第一次(起始次)申報之針灸及傷科複雜度為主，療程第二次-第六次(後續治療)僅執行針灸或傷科單一治療處置，應以本部第四章及第五章同一複雜度或一般之針灸或傷科規範申報。

編號	診療項目	支付點數
F01	一般針灸合併一般傷科	
	--另開內服藥	<u>454 227</u>
F02	--未開內服藥	<u>454 227</u>
F03	一般針灸合併中度複雜性傷科	
	--療程第一次	<u>654 427</u>
F04	--療程第二至六次—另開內服藥	<u>454 227</u>
F05	--療程第二至六次—未開內服藥	<u>454 227</u>
F69	--不分療程—另開內服藥	<u>554 327</u>
F70	--不分療程—未開內服藥	<u>554 327</u>
F06	一般針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷)	
	--起始次	<u>1104 877</u>
F07	--後續治療—另開內服藥	<u>454 227</u>
F08	--後續治療—未開內服藥	<u>454 227</u>
F09	一般針灸合併高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科合併特殊疾病)	
	--起始次	<u>1104 877</u>
F10	--後續治療—另開內服藥	<u>454 227</u>
F11	--後續治療—未開內服藥	<u>454 227</u>
F12	一般針灸合併高度複雜性傷科(3.脫臼)	
	--起始次	<u>1404 1177</u>
F13	--後續治療—另開內服藥	<u>454 227</u>
F14	--後續治療—未開內服藥	<u>454 227</u>
F15	一般針灸合併高度複雜性傷科(4.骨折)	
	--起始次	<u>1504 1277</u>
F16	--後續治療—另開內服藥	<u>454 227</u>
F17	--後續治療—未開內服藥	<u>454 227</u>
F71	一般針灸合併高度複雜性傷科	
	--後續治療—另開內服藥	<u>554 327</u>
F72	--後續治療—未開內服藥	<u>554 327</u>

編號	診療項目	支付點數
F18	電針合併一般傷科 --另開內服藥	<u>454</u> 227
F19	--未開內服藥	<u>454</u> 227
F20	電針合併中度複雜性傷科 --療程第一次	<u>654</u> 427
F21	--療程第二至六次—另開內服藥	<u>454</u> 227
F22	--療程第二至六次—未開內服藥	<u>454</u> 227
F73	--不分療程—另開內服藥	<u>554</u> 327
F74	--不分療程—未開內服藥	<u>554</u> 327
F23	電針合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷) --起始次處置治療	<u>1104</u> 877
F24	--後續治療—另開內服藥	<u>454</u> 227
F25	--後續治療—未開內服藥	<u>454</u> 227
F26	電針合併高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科合併特殊疾病) --起始次	<u>1104</u> 877
F27	--後續治療—另開內服藥	<u>454</u> 227
F28	--後續治療—未開內服藥	<u>454</u> 227
F29	電針合併高度複雜性傷科(3.脫臼) --起始次	<u>1404</u> 1177
F30	--後續治療—另開內服藥	<u>454</u> 227
F31	--後續治療—未開內服藥	<u>454</u> 227
F32	電針合併高度複雜性傷科(4.骨折) --起始次	<u>1504</u> 1277
F33	--後續治療—另開內服藥	<u>454</u> 227
F34	--後續治療—未開內服藥	<u>454</u> 227
F75	電針合併高度複雜性傷科 --後續治療—另開內服藥	<u>554</u> 327
F76	--後續治療—未開內服藥	<u>554</u> 327
F35	中度複雜性針灸合併一般傷科 --另開內服藥	<u>554</u> 327
F36	--未開內服藥	<u>554</u> 327
F37	中度複雜性針灸合併中度複雜性傷科 --療程第一次	<u>754</u> 427
F38	--療程第二至六次—另開內服藥	<u>554</u> 327

編號	診療項目	支付點數
F39	--療程第二至六次—未開內服藥	<u>554 327</u>
F77	--不分療程—另開內服藥	<u>654 327</u>
F78	--不分療程—未開內服藥	<u>654 327</u>
	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷)	
F40	--起始次	<u>1204 877</u>
F41	--後續治療—另開內服藥	<u>554 327</u>
F42	--後續治療—未開內服藥	<u>554 327</u>
	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科合併特殊疾病)	
F43	--起始次	<u>1204 877</u>
F44	--後續治療—另開內服藥	<u>554 327</u>
F45	--後續治療—未開內服藥	<u>554 327</u>
	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(3.脫臼)	
F46	--起始次	<u>15041177</u>
F47	--後續治療—另開內服藥	<u>554 327</u>
F48	--後續治療—未開內服藥	<u>554 327</u>
	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(4.骨折)	
F49	--起始次	<u>16041277</u>
F50	--後續治療—另開內服藥	<u>554 327</u>
F51	--後續治療—未開內服藥	<u>554 327</u>
	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科	
F79	--後續治療—另開內服藥	<u>654 327</u>
F80	--後續治療—未開內服藥	<u>654 327</u>
	高度複雜性針灸合併一般傷科	
F52	--另開內服藥	<u>654 427</u>
F53	--未開內服藥	<u>654 427</u>
	高度複雜性針灸合併中度複雜性傷科	
F54	--療程第一次	<u>854 427</u>
F55	--療程第二至六次—另開內服藥	<u>654 427</u>
F56	--療程第二至六次—未開內服藥	<u>654 427</u>
F81	--不分療程—另開內服藥	<u>754 427</u>
F82	--不分療程—未開內服藥	<u>754 427</u>
	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷)	
F57	--起始次	<u>1304877</u>
F58	--後續治療—另開內服藥	<u>654 427</u>

編號	診療項目	支付點數
F59	--後續治療—未開內服藥	<u>654 427</u>
F60	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科合併特殊疾病) --起始次	<u>1304 877</u>
F61	--後續治療—另開內服藥	<u>654 427</u>
F62	--後續治療—未開內服藥	<u>654 427</u>
F63	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(3.脫臼) --起始次	<u>1604177</u>
F64	--後續治療—另開內服藥	<u>654 427</u>
F65	--後續治療—未開內服藥	<u>654 427</u>
F66	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(4.骨折) --起始次	<u>17041277</u>
F67	--後續治療—另開內服藥	<u>654 427</u>
F68	--後續治療—未開內服藥	<u>654 427</u>
F83	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科 --後續治療—另開內服藥	<u>754 427</u>
F84	--後續治療—未開內服藥	<u>754 427</u>

第八章 特定疾病門診加強照護

通則：

一、個案適用範圍：

- (一)小兒氣喘疾病門診加強照護：年齡未滿十三歲之氣喘疾病(ICD-10：J45)患者，並於病歷中檢附西醫診斷證明或肺功能檢查報告。
- (二)小兒腦性麻痺疾病門診加強照護：年齡未滿十三歲之腦性麻痺疾病(ICD-10-CM：G80)患者。
- (三)腦血管疾病(ICD-10-CM：G45.0-G46.8、I60-I689)、顱腦損傷(ICD-10-CM：S02.1-S02.4、S02.6-S02.9、S06.0-S06.9)及脊髓損傷(ICD-10-CM：S14.0-S14.1、S24.0-S24.1、S34.0-S34.1)疾病門診加強照護：自診斷日起二年內之患者。

中全會補充文獻內容

一、112 年健保會總額協商提案內容，術後疼痛適應症如下：ICD-10：**F45**、G43、G50、**G89**、H57、I20.9、J34、J39、K08、K13-14、K62、K82.9、L03、M1A、M02、M05-19、**M22-26**、**M36**、M43、M45-M51、M53、M54、M60、M65、M67、M70、M75、**M76-77**、**M79-81**、M80-81、M84、**N23**、N48、N50、N64.4、N94、R07、**R10**、**R14**、**R39**、**R51-R52**、**R68**、S02、S12、S20、S22、S23、S28、S32-33、**S38-39**、S40、S42-43、S46-49、S50、S52-53、S56-57、S59-60、S62-63、S66-69、S70、S72-73、S76-79、**S80**、**S82-83**、**S86-89**、S90、S96-98、T82-85)，當次住院開刀後需中醫輔助醫療協助者。

二、中全會補充所提文獻就前開適應症術後疼痛之支持論點：

序號	文獻	說明
1	<p>Pain Manag Nurs. 2017 Dec;18(6):378-390. doi: 10.1016/j.pmn.2017.09.001.</p> <p>The Effects of Massage Therapy on Pain and Anxiety after Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis.</p> <p>Kukimoto Y, Ooe N, Ideguchi N</p>	<p>本文為 Review 文獻，經研究 MEDLINE、CINAHL 及 Cochrane Library's CENTRAL 等資料庫數十篇文獻，指出按摩療法可以減輕病人術後疼痛情形。相對應的 ICD-10 診斷碼：F45、G89、R68。</p>
2	<p>J Tradit Chin Med. 2022 Aug;42(4):505-512. doi: 10.19852/j.cnki.jtcm.2022.04.002.</p> <p>Effectiveness and safety of electroacupuncture for the treatment of pain after laparoscopic surgery: a systematic review.</p> <p>Yusi H(1), Jiju Y(1), Xinyi LI(1), Huifeng H(2), Chong LI(1), Fan Z(1), Haiming L(1), Xianfei X(1), Ke HE(1), Guihua T(1).</p>	<p>電針聯合常規鎮痛療法可有效治療腹腔鏡手術後的疼痛。</p> <p>相對應的 ICD-10 診斷碼：N23、R10、R14、R39、S38-39、G89、R68。</p>

序號	文獻	說明
3	<p>JBJS Rev. 2021 Aug 20;9(8). doi: 10.2106/JBJS.RVW.20.00252.</p> <p>The Role of Acupuncture in Postoperative Pain Management of Patients Undergoing Knee Arthroplasty Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis.</p> <p>Lindsey MH(1), Mortensen S(2), Xu H(3), McNichol M(4), Abdeen A(5).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 執行全膝關節置換術 (TKA)後,針灸可能會降低術後噁心和嘔吐(PONV)的發生率。 2. 針灸在 0 到 48 小時內沒有降低視覺模擬評分(VAS)評分,但在 TKA 後>48 小時內降低了 VAS 評分。 3. 研究的異質性阻礙了對 TKA 後針灸使用阿片類藥物的薈萃分析;一項系統評價顯示結果好壞參半。 4. 需要更多研究 TKA 後針灸減少阿片類藥物的作用。 5. 相對應的 ICD-10 診斷碼: G89、R68、M22-26、M76-77、M79-81、S80、S82-83、S86-89。
4	<p>LOS One. 2016 Mar 9;11(3): e0150367.doi: 10.1371/journal.pone.0150367.</p> <p>The Efficacy of Acupuncture in Post Operative Pain Management: A Systematic Review and Meta-Analysis. P</p> <p>Ming-Shun Wu, Kee-Hsin Chen, I-Fan Chen, Shihping Kevin Huang, Pei-Chuan Tzeng, Mei-Ling Yeh, Fei-Peng Lee, Jaung-Geng Lin, Chiehfeng Chen.</p>	<p>本研究以系統性文獻回顧暨統合分析研究針灸對術後疼痛控制的效率,針灸可改善術後疼痛並減少鴉片類止痛藥物的使用量。相對應的 ICD-10 診斷碼: G89、R68。</p>
5	<p>JAMA Surg.2017 Oct 18;152(10):e172872.doi: 10.1001/jamasurg.2017.2872. Epub 2017 Oct 18.</p> <p>Drug-Free Interventions to Reduce Pain or</p>	<p>本研究以系統性文獻回顧暨統合分析,全膝關節置換術後針灸可延後鴉片類藥物使用及降低使用量。相對應的 ICD-10 診斷碼: G89、R68、M22-26、M76-77、M79-81、S80、S82-83、S86-89。</p>

序號	文獻	說明
	<p>Opioid Consumption After Total Knee Arthroplasty: A Systematic Review and Meta-analysis.</p> <p>Dario Tedesco, Davide Gori, Karishma R Desai, Steven Asch, Ian R Carroll, Catherine Curtin, Kathryn M McDonald, Maria P Fantini, Tina Hernandez-Boussard</p>	
6	<p>Sun Y, Gan TJ, Dubose JW, et al. Acupuncture and related techniques for postoperative pain: a systematic review of randomized controlled trials. Br J Anaesth 2008;101:151–60.</p>	<p>週手術期針灸為急性術後疼痛控制的有效輔助方法，本篇論文為隨機對照試驗的系統性回顧，相對應的 ICD-10 診斷碼：G89、R68。</p>
7	<p>Li-Xin An, Xue Chen, Xiu-Jun Ren, Hai-Feng Wu, Electro-acupuncture decreases postoperative pain and improves recovery in patients undergoing a supratentorial craniotomy, Am J Chin Med, 2014;42(5):1099-109. doi: 10.1142/S0192415X14500682.</p>	<p>本篇隨機對照試驗研究，指出電針可提高神經外科手術後患者疼痛控制的品質，幫助患者食慾恢復並減少眩暈及頭脹感。相對應的 ICD-10 診斷碼：R51-R52、G89、R68。</p>
8	<p>Analgesic Efficacy of Low-level Laser Acupuncture (LLLA) in a Rat Postoperative Pain Model, June, 2016. Lin, Yu-Hsiang.</p>	<p>此篇論文採用動物研究方式進行，雷射針灸對於術後疼痛具鎮痛效果。相對應的 ICD-10 診斷碼：G89、R68、M36、M79-81。</p>
9	<p>J Clin Med. 2021 Jan 4;10(1):146.doi: 10.3390/jcm10010146.</p> <p>Transcutaneous Electrical Acupoint Stimulation Reduces Postoperative Analgesic Requirement in Patients Undergoing Inguinal Hernia Repair: A Randomized, Placebo-Controlled Study,</p> <p>Mateusz Szmit, Siddarth Agrawal, Waldemar Goździk, Andrzej Kübler, Anil</p>	<p>本篇研究為隨機對照試驗，經皮穴位電刺激為腹股溝疝氣修補術後減少止痛藥用量與術後疼痛安全有效之方法。相對應的 ICD-10 診斷碼：G89、R68、M79-81、R10。</p>

序號	文獻	說明
	Agrawal, Piotr Pruchnicki, Marta Woźniak, Matylda Nowak, Bartłomiej Bartoszewicz, Jerzy Rudnicki .	
10	The Effects of Acupuncture for Pain Relief After Total Knee Replacement: A Systematic Review and Meta-analysis, 2017 Ko, Hsiung-Fang,	統合分析結果顯示針灸對於疼痛緩解能達到統計上的顯著差異。次群體分析結果發現耳穴指壓對於疼痛緩解能達到統計上的顯著差異。相對應的 ICD-10 診斷碼：G89、R68。
11	Anaesthesia 2008;63:1343–8. Auricular acupuncture for postoperative pain control: a systematic review of randomised clinical trials. Usichenko TI, Lehmann C, Ernst E.	隨機對照試驗之系統性文獻回顧，耳針可減少術後疼痛。相對應的 ICD-10 診斷碼：G89、R68。

經洽中全會，表示 112 年總額協商所提之適應症，多數係有可能需手術之適應症及 G89(疼痛)。前開粗體紅字為中全會有提具文獻佐證，藉由中醫介入後，可緩解疼痛之適應症。

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>劉委員淑瓊(議事錄第 20~21 頁)</p> <p>在會議資料第 8 頁，關於住院診斷關聯群，就是 DRGs，這是落實支付制度改革很重要的 1 項政策，其實我們的服務提供者跟民眾都很關心，雖然 111 年已經結束，但 112 年有列入延續性的專款項目，雖然還沒有核定。健保署在附件 4，也就是會議資料第 59 頁有提到，目前正在研擬擴大 DRGs、擇定試辦範圍、優先順序，以及財務保障方式，所以我在這裡要建議，健保署可不可以在我們這個會議說明試辦規劃的時間表及評估指標，因為這個案子蠻重要的，希望能持續讓健保會委員了解，謝謝。</p>	<p>一、為持續推動 Tw-DRGs，本署刻正規劃以醫院為單位，擇定疾病別之擴大導入實施方案。</p> <p>二、因前述方案內容尚在研議中，且考量相關規劃尚需與醫院及相關單位討論，爰具體內容及時程將待定案後再行於會議說明。</p>
<p>劉委員淑瓊(議事錄第 29~30 頁)</p> <p>首先是針對未達標的項目，我們要提問的是高診次就醫這 1 項，因為健保署說 111 年第 3 季沒有達標是因為疫情的緣故，但是 109 年、110 年都有達標，這 2 年也有疫情，所以這個理由是不是站得住？所以就想請教說，是因為分母大幅下降，就是就醫次數大幅下降，還是分子，就是這個高診次的就醫案件降幅有限？所以請跟我們說明為什麼沒有達標，於明年 5 月報告也沒關係，未達標的原因是因為沒有對症下藥，或者之前用的方法效果已經鈍化，這是第 1 個關於未達標項目的提問。</p>	<p>一、有關抑制資源不當耗用方案之執行效益、節省醫療費用，以及未達標項目之檢討，將列入 112 年 5 月業務執行報告。</p> <p>二、有關高診次就醫未達標一節，查 COVID-19 疫情對於保險對象就醫行為確有影響，且 110 年 COVID-19 疫情正熾，111 年輔導對象為就醫年 110 年高診次個案，高診次個案平均就醫次數相較其他年度少(基期較低)，致輔導成效不易達標。</p> <p>三、有關建議健康存摺資料分析加入</p>

委員意見	健保署說明
<p>第 2 個，在調整的項目，現在就是把安裝率，就是健保的健康存摺，把安裝率改成使用率，我覺得這個值得肯定，但是使用也是百百種，我們比較想知道的不只是點擊、瀏覽次數，通常還要再進一步去看使用的時間有多長，然後經常使用的項目是哪些。比方說，因為疫情民眾去查詢 COVID-19 疫苗接種的資訊，次數就很多，這個跟原來的目的又有點不一樣，希望在分析的時候能夠區隔一下。</p> <p>再來就是健保署要刪除與長照 2.0 之銜接率，我是建議能夠保留，或者是要修改，但是不要直接把它刪掉，因為本來在中長期改革計畫的 3 大目標，就有配合健康照護體系的改革、引導資源的有效配置，然後能夠結合長照資源推動連續性的照護，這本來就在中長期改革裡頭的嘛，健保署提出來的意見我是不太同意啦，因為這個指標本來重點是在出院準備，出院前 3 天完成評估，出院後 7 日成功轉銜。所以其實出院前跟出院後是一樣重要的，那現在的執行率說是 50%，健保署現在是說已經配合完成，我希望健保署在刪除之前可以跟我們說明醫院配合出院前 3 日長照評估的完成率怎麼樣，就是出院前，我們有沒有相關的獎勵措施或者是支付的誘因。</p> <p>最後 1 項是新增住院案件出院後 3 日以內急診率，這在會議資料的第 79 頁，健保署對方法有描述，就是提到說推動各項論質支付項目，我要請教的</p>	<p>時間因素一節，將納入未來分析參考。</p> <p>四、有關「長照2.0之銜接率」指標，將依委員建議研擬保留；另為鼓勵醫院做好出院準備及提供出院後追蹤諮詢服務，提升出院照護之品質，本署自105年4月起新增「出院準備及追蹤管理費」(支付點數1,500點)，符合支付規範院所，透過出院準備服務評估與管理，協助具長照服務或有機構安置需求之住院病人轉介適當資源，即得申報該費用;統計106年至111年Q3申報資料，出院前接受長照2.0需求評估之案件中，出院後7日內接受長照2.0之件數占率由23%成長至48.7%，占率大幅提升。</p> <p>五、配合112年抑制資源不當耗用方案決議，研擬新增指標「住院案件出院後3日以內急診率」，其觀察群體為全體住院案件，方案內容將併同指標修正;另同時研擬於112年方案增加觀察指標「可避免急診率」，先觀察趨勢再評估是否納入方案管控。</p>

委員意見	健保署說明
<p>是，這個新增指標的觀察群體是什麼？是所有的住院案件，還是只有論質支付的住院案件？另外，因為論質支付的項目也有包括門診，所以可能也不宜只考慮住院的再急診率，所以建議可以參考家醫計畫，同時納入潛在可避免急診率，以上，謝謝。</p>	
<p>侯委員俊良(議事錄第 30~31 頁)</p> <p>第 1 點意見，這個主要的目的是抑制資源不當耗用改善方案，剛剛有提到說，我們建議增加 3 項管控項目，但是對於健保署的回答我是有意見的，因為回答的部分可能是在基層、醫院實施上有一些困難，而不是回應說可能對資源的不當耗用可能沒有多大的效益，或者是可能花了很多時間去做，然後效益非常低，如果說這樣我還能接受，但是健保署講的是執行是很困難，那完全避掉說到底這 3 項的管控，是不是對資源不當的耗用是有長足的進步，如果有的話，我覺得應該要去克服這些困難，然後去達成，這是第 1 點的意見。</p> <p>第 2 點，健保快易通的安裝人次，我是肯定這樣的修正，但是修正後會不會有問題，就是說可能有些部分的族群、部分的人經常使用，點擊的人次是這些人所做出來的，這樣廣度就不夠，針對怎麼讓廣度也夠，然後使用率也夠，這個部分是不是有必要在這個地方做些什麼樣的調整，這是第 2 個部分。</p> <p>第 3 個部分，因為 COVID-19 的關係，所以明年在整個門診，基層與地區</p>	<p>一、依委員意見增加「地區醫院在醫院總額之費用占率」、「區域級(含)以上醫院西醫門診占整體西醫門診醫療費用比率」及「每月急診使用麻醉藥物止痛就醫次數\geq2次之病人數」3項觀察指標；另方案除保留原「全民健保行動快易通APP安裝人次增加率」，另新增「年度使用健康存摺人次增加率」。</p> <p>二、有關委員所提廣度不夠一節，截至111年6月29日健康存摺使用人數已突破千萬，仍在持續增加中，本署皆會透過多元管道宣導，向民眾推廣健康存摺，增加使用廣度，提升自主健康管理能力，並於「健康存摺」提供眷屬管理查詢功能，協助老人及小孩不易使用3C產品之族群的查詢以增加使用廣度。</p> <p>三、112年「基層與地區醫院門診占整體件數之占率」指標研擬依據委員意見，目標值維持111年目標值74.2%，本署將持續推動分級醫</p>

委員意見	健保署說明
<p>醫院門診的占整體件數占率這個部分要調降，我認為是應該要再思考，因為其實現在疫情的影響度已經慢慢降低了，那這個部分我覺得至少要維持，健保署把目標值降低下來，我認為整個方案的目的就是要改善資源不當耗用，我覺得這樣的話，那個目的性可能就不見了，不能因為說之前幾年因為疫情的關係沒有達成，那就主動把它調降，這只是為了美化數字，我覺得這樣子可能沒有達到我們實際上的目的，以上幾點建議，謝謝。</p>	<p>療、強化基層量能。</p>
<p>李委員永振(議事錄第 32~33 頁)</p> <p>對於本案，本會的幕僚已做極深入的分析，這應該給予肯定，個人另外提出以下 4 點補充請教。</p> <p>第 1 點，對於達標後未達標之原因是否完全掌握，這個剛才劉淑瓊委員好像也稍微提到過。因為這是繼續改善未來目標值擬訂的重要依據，譬如說 4 項未達標的項目都跟疫情有關，那麼反觀達標的項目就跟疫情無關嗎？那又如第 2 項與第 12 項都是觀察異常數字改善情形，同樣的疫情，第 2 項未達標，離年度目標值尚差約 1.6%，但第 12 項卻改善到-51%，如果說復健因為疫情可以不進行，病情比較輕，那麼這個就醫行為是不是就值得深入去探討？就是說第 2 項門診就醫次數大於 90 次之保險對象就醫成長率，因為疫情結果做不到，第 12 項西醫門診年復健次數>180 次異常件數成長率零成長，一下子改善</p>	<p>一、有關西醫門診復健次數之醫療適當性，本署會進行檔案分析，篩選出疑似異常申報醫療費用者，後續再由審查醫師依病歷、臨床實況等檢視服務適當性，予以妥適管理。</p> <p>二、有關委員建議「醫療檢查影像資料及時上傳率」指標應訂定合理數值一節，研擬依委員建議，以較高之前一季上傳率 94% 為目標值。</p> <p>三、委員於會上所提方案建議，方案修訂時皆會納入評估，有關委員 111 年第 1 次委員會議所提建議，業於第 2 次委員會議回復在案，並依衛福部建議，於 111 年方案修訂時增列附表，並於 111 年 3 月 14 日以健保醫字第 1110660137 號函報部。</p>

委員意見	健保署說明
<p>到-51%喔，1個是離目標值尚差 1.6%，1個是優於目標值 51%，相對的話很明顯。如果是因為疫情，所以讓復健改善很多，那表示復健的這個就醫行為是不是可以再深入去了解掌握。</p> <p>第 2 點，第 8 項醫療檢查影像資訊及時上傳率，112 年的目標值應該訂定合理的數值，如果以目前這個跟上次上傳率監測比較，那麼每季有時候高、有時候低，有時候比上季好，有時候比上次差，到最後結論是如何？好像沒有辦法去評斷。</p> <p>第 3 點，衛福部就本會委員對於方案執行成效及控管項目之建言極為肯定，在來函中也要求應妥適研處，但是好像沒有看到，我不曉得有沒有看漏了，還是好像前後都沒看到怎麼去處理，委員建議健保署不採納，理由在哪裡好像也沒有看到。</p> <p>第 4 點，有關本案之執行效率應該與本案的主題有關，改善成果除品質的提升之外，應該有節省之醫療費用，用數字具體來呈現，在與 113 年度總額有關的，請在明年度 8 月的時候，就是協商之前可以提出來，這樣才真的劍及履及、講到做到，不然像過去的話，這幾年已經講得快爛了，到目前都還沒有，社保司還丟過來說要健保會擬出作法，我上次也提到過到底誰指導？到底是社保司、健保署還是健保會？上次我也建議說應該資料是健保署比較豐富，提出來討論，討論完看怎麼做，再照那個</p>	<p>四、有關抑制資源不當耗用方案之執行效益、節省醫療費用，以及未達標項目之檢討，將列入112年5月業務執行報告。</p>

委員意見	健保署說明
<p>結論來實施，不然 112 年預算也快要開始執行了，還是沒有嘛！這樣好像都在這邊討論，結論也沒用啊！是不是可以比較實際一點，做一點也沒關係，就像剛才商司長講的基期，雖然算一算只有扣減未導入的 3,900 萬元，坦白講我心裡是 OS 怎麼這麼少，但是不錯啦，已經踏出第 1 步了，有做總是比沒做好，是不是可以這樣這種方式來進行，謝謝。</p>	
<p>陳委員石池(議事錄第 33~34 頁)</p> <p>第 1 個就是第 8 項，提升非同體系區域級以上的醫院回轉率，這指標 4.78%，這個是鼓勵合作轉銜，所以我想大概是鼓勵技術不夠，這達成率還不到 5%，這太低了，這怎麼合作？幾乎沒有合作一樣，所以這個立意是很好，但是看不到效果，所以我希望健保署在這方面再想想看有什麼方法可以增強院所之間的合作，讓醫療轉診做得更好，好不好。</p> <p>第 3 點就是有關會議資料第 66 頁，建議增加 3 項管控項目，有關這個急診病人使用麻醉藥物、止痛，這個是我上次提出來的，健保署有在考慮，這是很好，但是剛才健保署的報告是說由急診自己管理，這沒有辦法做，就是因為急診沒有辦法做才提出來，因為不讓病人就醫，他就投訴說服務態度不好、品質不好，所以在醫療這端，醫護人員非常困擾。我知道這種病人，事實上病人只要去看麻醉科、疼痛門診，就可以長期</p>	<p>一、為鼓勵院所合作轉銜，「提升非同體系區域級以上醫院回轉率」除列入抑制資源不當耗用方案指標外，本署各分區業務組業將醫院回轉率列入品質獎勵指標；另本署各分區業務組亦定期回饋醫院轉診相關執行情形報表，輔導院所雙向轉診。</p> <p>二、「每月急診使用麻醉藥物止痛就醫次數\geq2次之病人數」列為觀察指標。</p>

委員意見	健保署說明
<p>擁有這個藥物，為什麼他會來急診看？所以我們要抑制病人的不當耗用，所以我建議，假設按照正常的規定，每個病人可以拿 1 個月的藥物，那假設 1 個月中間藥物不見了，那可以允許他再看 1 次，1 個月看 1 次，假如 1 個月超過 2 次，大於等於 2 次，這就一定有問題，所以我覺得指標很簡單就訂出來，每個月大於等於 2 次就是有問題了，假設按照正常的規矩去看疼痛科門診，每個人拿 1 個月的藥，根本不用來看急診，現在很多人就是甲醫院拿了以後，第 2 天到乙醫院又去打，第 3 天到 C 醫院去打，所以就永遠看不出來，每個醫院都不知道，因為病人一直在那邊 shopping，所以一定要訂出指標，這一定可以抓到，因為病人只要去看疼痛科門診拿到處方，就可以連續拿藥，不用到急診來，所以我建議是說每個月大於等於 2 次就是有問題，好，以上謝謝。</p>	
<p>朱委員益宏(議事錄第 34~35 頁)</p> <p>第 1 個就是指標第 3 項，對於地區醫院跟基層診所門診占整體件數占率這件事，雖然健保署因為疫情希望調降目標值，我個人認為不妥啦，因為調降目標值的結果，當然無助於這件事情的推動，只是讓我們檢討的時候說達標而已，但其實可能較疫情之前，結果有可能會更糟，所以我建議既然這個指標很重要，分級醫療是衛福部很重要的政策應該要持續監控。剛剛也有委員提到，就是說因為疫情影響，或許不要增加，</p>	<p>112 年抑制資源不當耗用方案「基層與地區醫院門診占整體件數之占率」指標，已依委員建議，目標值維持 111 年目標值 74.2%，本署將持續推動分級醫療、強化基層量能；另建議新增醫學中心慢性病件數相關指標一節，本署已研議列為觀察指標，觀察趨勢後再評估是否納入方案管控；另業於本月份業務執行報告(111 年 12 月份，第 51~56 頁，表 18-1~18-6)中增列各層級醫院慢性病醫療點數統計資料。</p>

委員意見	健保署說明
<p>這個我倒是覺得可以考慮，但是要調降，我個人認為不妥，這是第 1 點意見。</p> <p>第 2 點意見，就是剛剛會議資料第 64 頁提到的建議增加 3 個指標，我個人表示同意，希望能列入 112 年度的指標。</p> <p>另外，第 3 點就是，不知道有沒有可能再提 1 個增加項目，這個增加的項目，就是針對醫學中心的慢性病的案件數，占他所有門診案件數的比例，我為什麼要提這件事情？因為我最近去 review 了一些資料，看了健保署的一些公開資料，結果發現在疫情前，我用 108 年第 4 季的資料來看，也就是那時候都沒有疫情，大概有少數的醫學中心，大概是 2、3 家醫學中心的慢性病的案件數 1 季占當季門診件數超過 90%，超過 90%，就是某幾家醫學中心幾乎門診都在看慢性病，醫學中心喔！還不是區域醫院，也不是地區醫院，是醫學中心，大概平均都在 70% 左右，有些 60 幾%，當然好一點到 50 幾%，但是平均大概都是 70 幾%、80 幾%，最高的超過 90%，所以我認為醫學中心看慢性病這件事情，政府要有一些措施，當然有措施之前就要先監控、先了解實際上狀況，所以我建議這個指標是不是未來在抑制資源不當耗用改善方案列入追蹤。</p> <p>另外，如果署長可以同意在每月或是每季的業務報告中有 2 個表，就是醫院總額跟西醫基層總額都有慢性病的案件數，每 1 個月跟每 1 季，但是並沒有分層級，在醫院總額並沒有分層級，</p>	

委員意見	健保署說明
<p>是不是能夠再分出醫學中心、區域醫院、地區醫院，這樣子至少每個月就會有數字，除了每年檢討這個資料外，每季、每月的數字就會去呈現，以上謝謝。</p>	
<p>滕委員西華(議事錄第 38~39 頁)</p> <p>我就一些指標請教，第 1 個「全民健保行動快易通 APP 安裝人次增加率」要改成「年度使用健康存摺人次增加率」，我們都知道 APP 上面的內容，健康存摺是其中之一，民眾要不要使用健康存摺加強輸入資料或做眷屬管理，跟自我照護當然有關，但是把民眾下載 APP 的次數，我原本以為是要把民眾下載 APP 次數改為監測民眾有無使用 APP，這個不一樣，但你是要用「使用健康存摺人次增加率」取代原有指標，這意思就不一樣。有沒有可能民眾沒有使用健保快易通，自己在網路上一樣可以使用健康存摺，我的意思是如果我們真的覺得有必要，「全民健保快易通 APP 安裝人次增加率」這個指標不應該刪除，因為下載跟使用不一樣。</p> <p>再來項次 5 跟第 6 的居家整合也是，從會議資料第 72 頁的說明來看，PAC 會算在項次 5 裡面，也就是「接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率」，我請教一下，如果它銜接到長照的醫師意見書，個案出院轉介給中醫、牙醫算嗎？就是說如果今天評估，包括長照評估也是，比如說住院可能年紀大吞嚥有困難，需要口腔醫療照顧，可能需要針灸治療，這個都是銜接的，這套系</p>	<p>一、業依委員意見，除保留原「全民健保行動快易通 APP 安裝人次增加率」指標，另新增「年度使用健康存摺人次增加率」。</p> <p>二、查指標「接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率」之現行計算定義及範圍包含各類居家照護、居家醫療整合照護計畫、急性後期整合照護計畫及健保家醫整合性照護計畫等個案，未包含轉介中醫、牙醫或長照之案件。</p> <p>三、業依委員建議，增加下列觀察指標，先觀察趨勢變化再評估是否納入方案：</p> <p>(一)醫學中心慢性病案件數占率。</p> <p>(二)地區醫院在醫院總額之費用占率。</p> <p>(三)區域級(含)以上醫院西醫門診占整體西醫門診醫療費用比率。</p> <p>(四)每月急診使用麻醉藥物止痛就醫次數≥ 2次之病人數。</p> <p>(五)可避免潛在急診率。</p>

委員意見	健保署說明
<p>統看起來比較像是西醫的系統統計，那其他方面有沒有算進去，例如出院需要藥事整合，以上是請教。</p> <p>最後 1 點，請看會議資料第 66 頁，剛才朱委員提到他支持納入幕僚建議新增的 3 個指標，麻醉的部分他是專家，我就支持他的意見；後面那 2 個建議新增指標我覺得健保署不支持放進去，我必須要說我支持這 2 個指標放進去，因為我們討論地區預算分配 R 值的時候，醫院部分門住診分配比率一直沒有動，如果沒有監測整體醫院在總額占率、各層級醫院門住診的分配或是門診占率，我們永遠沒有辦法有科學數字去處理門住診分配比例是不是要依不同的醫院層級來設這件事，因為分級醫療是把地區醫院放到比較偏基層，他在門診，門診減量也沒有算他的，所以我覺得如果技術上不困難、做這件事情也不會花太多時間，還是請健保署勉為接納把會議資料第 66 頁新增的項目管控進去，當然如果要併到監理指標，我也沒意見。</p>	
<p>劉委員淑瓊會後書面意見(議事錄第 44~45 頁)</p> <p>一、112 年草案預計刪除「與長照 2.0 之銜接率」指標，台灣醫療改革基金會建議保留或修正指標內容，理由如後：</p> <p>(一)衛生福利部推動「全民健保醫療給付總額中長期改革計畫」的 3 大目標，其中強調「配合健康照護體系</p>	<p>一、業依委員意見，保留「長照 2.0 之銜接率」指標。</p> <p>二、另為鼓勵醫院做好出院準備及提供出院後追蹤諮詢服務，提升出院照護之品質，本署自 105 年 4 月起新增「出院準備及追蹤管理費」(支付點數 1,500 點)，符合支付規範院所，透過出院準備服務評估</p>

委員意見	健保署說明
<p>改革，引導資源有效配置」，以「結合長照資源，推動連續性照護」。因此，改善方案保留「與長照 2.0 之銜接率」仍有其意義，以瞭解與監測健保與長照體系的連結程度。</p> <p>(二)醫改會不完全同意健保署所述：「長照轉銜成功與否在於縣市衛生局長照單位，非本署可控制事項，且考量現行衛福部推動之『出院準備銜接長照服務計畫』，已將『出院後 7 日銜接長照服務使用率』作為該計畫獎勵指標，故希望不另設指標追蹤。」該指標的旨在監測「出院準備」等健保醫療與長照體系的連結程度，以達到長照 2.0 規劃，出院前 3 日完成評估、出院後 7 日成功轉銜之目標。亦即「出院前評估」與「出院後轉銜」同等重要，同時也會關係到民眾返家照顧意願，以及出院後短期再住院或再急診率等醫療品質。本指標成果執行率在 50% 以下，但該署仍指「醫院已配合完成(出院準備)」，故建請健保署說明「醫院配合出院前 3 日長照評估的完成率」為何？健保的獎勵措施或支付誘因為何？以彰刪除指標之正當性。</p> <p>二、112 年草案預計新增「住院案件出院後 3 日以內急診率」指標，但據第 12 次委員會議資料第 79 頁，草案中的執行方法描述為：「推動各項論質支付項目(如：糖尿病、氣</p>	<p>與管理，協助具長照服務或有機構安置需求之住院病人轉介適當資源，即得申報該費用。統計106年至111年第3季申報資料，出院前接受長照2.0需求評估之案件中，出院後7日內接受長照2.0之件數占率由23%成長至48.7%，占率大幅提升。</p> <p>三、配合112年抑制資源不當耗用方案新增指標「住院案件出院後3日以內急診率」，其觀察群體為全體住院案件，方案內容將併同指標修正;另研擬增加觀察指標「可避免急診率」，先觀察趨勢再評估是否納入方案管控。</p>

委員意見	健保署說明
<p>喘、乳癌、思覺失調、B 型及 C 型肝炎個案追蹤、孕產婦、早期療育、慢性阻塞性肺病、慢性腎臟病等)」，因此請教健保署此新增指標的觀察群體為何？是指整體病人的住院案件，抑或論質支付病人的住院案件？再者，論質項目中也存在一定比例是門診案件，指標不宜只考慮住院案件的「急診率」，建議參考「家庭醫師整合性照護計畫」，納入「潛在可避免急診率」。</p>	
<p>劉委員淑瓊(議事錄第 46~47 頁)</p> <p>由於時間的緣故，有些意見我們再以書面提出來，針對剛剛健保署的報告，首先要謝謝健保署，這份 20 年的檢討報告總算出來了。但是問題還是在，剛剛在資料呈現上還是用收案會員跟非會員進行比較，在 6 月份委員會議時，趙曉芳委員就曾經提出來，雖然看起來我們平均醫療費用跟平均就醫次數好像有比較好，但是這樣直接比較，本身就有方法論上的問題，是非常粗糙的，所以當時趙委員有提出是不是要用控制年齡層、再用疾病別做進一步的比較，但在這次報告我們還是沒有看到。</p> <p>或者是你剛剛報告有提到同 1 個家醫會員收案前、收案後比較，但是收案後 1 年、5 年資料，能不能再進一步呈現？另外還有包括品質指標，比方說會員的急診率、潛在可避免急診數、可避免的住院數，這些指標都沒有呈現比較的結果，我覺得這是比較可惜的。</p>	<p>一、謝謝委員意見，家醫計畫收案個案之較需照護族群係每年由保險人依全民健康保險申報門診醫療費用資料，擷取前一年西醫基層門診明細清單資料區分為慢性病(慢性病就醫4次以上、65歲以上多重慢性病、給付改善方案等)及非慢性病(3-5歲兒童、門診高利用)就醫之保險對象，並將較需照護之名單，交付該參與本計畫之社區醫療群提供健康管理。其相關個案之疾病類型及就醫型態相似，爰本次報告進行兩族群之比較。</p> <p>二、家醫計畫收案個案大部分均為慢性疾病且長期用藥，多重慢性病門診整合費用目的係鼓勵該類個案統一整合慢箋，由收案診所開立及整合，以減少個案為了慢性病藥品開立到處就醫之情形，如</p>

委員意見	健保署說明
<p>另外108年開始新增多重慢性病人門診整合費用，剛剛也有委員很關心，現在除醫院門診之外，在基層醫師我們也給誘因，我覺得這是好的，立意良善，但是現在用的指標只用慢箋的開立情況，這是1個過程指標，我們希望能夠再多了解品質的結果面的指標，比方說用藥有沒有整合、疾病有沒有得到管理、管理成效如何、以及潛在不當用藥比例、多重慢性病人藥品的項數等，因為這才是有沒有整合之實的關鍵，以上。其他意見我們以書面提出，謝謝。</p>	<p>為減少潛在不當用藥或進行用藥整合或鼓勵慢性病開立品項減少等，本署將持續與醫界研議修訂家醫計畫。</p>
<p>李委員永振(議事錄第 51 頁)</p> <p>會議資料第 114 頁，投影片第 45 張提到，擴大收案對象達到 50% 以上保險對象差不多需要投入 77 億元。111 年收案差不多 600 萬人，投入約 40 億元，他們之間的關係是怎麼來的？因為我不曉得現在 600 萬人是占保險對象多少百分比。我用初估，台灣人口 2,400 萬的話，600 萬差不多四分之一，四分之一是 25%，所以提高到 50% 就 double，double 的話，從 40 億元跳到 77 億元好像還合理，但是好像有些人又沒辦法納入收案對象，所以分母應該會小一點，目前的收案率應該高於 25%，如果是 30%，那增加到 50% 是多 20%，若要增加 37 億元，好像就不符合比例原則，所以想知道原因。</p>	<p>一、查111年家醫計畫收案人數占保險對象人數約24.82%；又收案對象侷限慢性病及非慢性病且忠誠於診所就醫之保險對象。</p> <p>二、家醫計畫如未來需導入一般服務，其收案條件將由目前應照護族群擴大到每個民眾均有家庭醫師之情形，爰以寬估預算之方式進行研議。</p>
<p>滕委員西華(議事錄第 52 頁)</p> <p>剛剛主席提到 2 個計畫一起報告，就是健保署想要把家醫計畫、代謝計畫</p>	<p>謝謝委員意見，代謝症候群防治計畫院所資格係有辦理成人預防保健資格</p>

委員意見	健保署說明
<p>2 個計畫整合，代謝計畫就沒有提到要整合，家醫計畫有一句提到，但那是本會委員建議要整合，現在看起來健保署沒有想要整合。比方說，代謝計畫的投影片第 7 張，參與診所數就沒有說明這裡有沒有家醫群診所，就是 1,164 家診所所有沒有家醫群的診所，若沒有，是要整合什麼？若有，是幾家？如果百分比很高，為什麼不併入家醫群？這也是我們在委員會議提到的問題。</p>	<p>的西醫診所皆可申請加入本計畫，截至 111 年 12 月底，本計畫參與院所數為 1,195 家，其中 1,064 家同時參加家醫計畫，占 89%，另本計畫個案數為 22,213 人，其中 13,850 人同時為家醫計畫收案個案，占 62%。本署將持續鼓勵家醫計畫醫師參與本計畫。</p>
<p>侯委員俊良(議事錄第 53~54 頁)</p> <p>我也要詢問一下，在代謝計畫提到參與診所數、參與醫師數跟收案人數，這部分跟家醫計畫的重疊性，有沒有一些數據可以提供，我想這是很重要的，包括我們為什麼整合，這數據如果提出來，後續才有辦法對整合計畫進行評估。</p>	<p>謝謝委員意見，代謝症候群防治計畫院所資格係有辦理成人預防保健資格的西醫診所皆可申請加入本計畫，截至 111 年 12 月底，本計畫參與院所數為 1,195 家，其中 1,064 家同時參加家醫計畫，占 89%，另本計畫個案數為 22,213 人，其中 13,850 人同時為家醫計畫收案個案，占 62%。本署將持續鼓勵家醫計畫醫師參與本計畫。</p>
<p>盧委員瑞芬(議事錄第 54 頁)</p> <p>報告有時候會出現，在會議資料第 128 頁提到，代謝計畫後續辦理事項說預計 12 月 15 日召開討論會議，今天已經 12 月 23 日，當然這簡報是在之前提供的，我可以理解，今天既然是報告的話，在 12 月 15 日召開的會議是不是有些結果也可以跟大家分享，這應該是很即時的，要不然就覺得沒有很即時的讓委員知道一些訊息，謝謝。</p>	<p>112 年代謝症候群防治計畫修訂案，經 111 年 12 月 21 日「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」決議原則通過，本署已於 112 年 1 月 6 日依程序提報衛生福利部辦理後續核定事宜。</p>
<p>滕委員西華(議事錄第 61~63 頁)</p>	

委員意見	健保署說明
<p>3 個案子我就只針對 SDK 提意見，我必須要說我覺得我跟健保署是雞同鴨講，用個資法第 10 條(註 1)這算什么法源，那是我當事人請求你要提供，這個案子是當事人沒有請求，你把舞台都架好整筆還給人家，就算沒有 SDK，現在民眾下載他的健康存摺，他也能夠給任何他想給的人，給任何想幫助他解讀的人，但是我們不僅把平台都搭好了，我們還整筆都給他，我的書面資料沒有 1 個倒賣，不是強盜的盜，是倒垃圾的倒，你比倒賣還不如，怎麼會是公私協力、公共服務呢？到底協力在哪裡，這樣公共服務對健保署的好處是什麼？</p> <p>政府把自己做好、整理好、蒐集好的資料庫那麼好心地給第三方全部來蒐集，第三方完全不用花成本、力氣，你都幫他做得好好的，然後他賺錢回饋給誰？我都不知道，他賣保單，華碩健康雲、中華健康雲，除了醫事機構，我上次會議說過不需要你做 SDK 介面，SDK 只是方便他跟病人更容易 approach 之外，他就算不用 SDK 也能蒐集到，政府機關你已經有增值資料庫了，你還要倒賣他的健康存摺，其他的資訊軟體業，講那麼好聽，全部都是健康軟體，全部都是健康雲、生醫產業等，這一些人全部都在賺你被保險人的錢，被保險人就是他的商業利益 target，你整筆交給他還說這是病人同意。</p> <p>你全部都嫁接好了，全世界沒有這樣的保險人，連美國的 medicare、</p>	<p>謝謝委員指導，有關健康存摺 SDK 資料應用，說明如下。</p> <p>一、目的：</p> <p>為協助民眾進行健康自主管理，便利其利用健康存摺資料，落實全民健康保險增進全體國民健康目的之服務。</p> <p>二、公共服務價值：</p> <p>透過第三方 App 發展各式多元化的健康管理照護服務，協助民眾(被保險人)採取健康促進或疾病管理的活動或行為，並能更清楚理解個人健康資訊，亦達到早期偵測、早期預防或治療的成效。對本署(保險人)及全民健保制度而言，藉由各界合作推動，協助民眾做好自我健康管理，可提升病人安全，降低慢性病管理成本，更可減少後續的醫療投入與花費。</p> <p>三、知情同意：</p> <p>民眾係依個人自主意願下載第三方(App)，並接受該 App 提供之各項服務。如該 App 向本署申請介接 SDK，民眾可透過該 App 連結至本署健康存摺，於隱私權益被充分告知且表示同意下，取得醫療資料，並於下載至手機後始交付第三方 App，達到歸還資料於民眾，並協助民眾利用自身健康資料的目的。</p> <p>四、資料自主：</p> <p>民眾可依個人需求自由選擇同意提供健康存摺資料內容及範圍，包</p>

委員意見	健保署說明
<p>medicaid 的 HIPAA(註 2)都沒有做到這個程度，他如果要蒐集資料，他就要花非常多力氣，一個一個跟他的被保險人說，請問滕西華你的那個什麼資料可不可以給我，我們健保署不是，你通通不用問，你整理好了整筆給他，他要倒也是整筆倒，今天不是倒給商業保險公司、生技公司，表示對不起，我只要你看我的門診資料、住院資料、三高資料其中 1 項就好，不是這樣，是全部倒過去，你告訴我說你的把關是要給資安證明，這個要民眾同意，跟健保釋憲資料庫不一樣，有什麼不一樣？連健保署自己的資訊安全機制都受到所有資安專家的挑戰，我就不要管資安了，我覺得這個說法完全跟健保署是雞同鴨講。</p> <p>我再說 1 次，這件事情到底對公共服務有什麼好處？一點好處都沒有，他回饋給健保署是什麼？生醫公司用來研發藥物可以賣我們便宜一點嗎？也沒有啊，他商業保險公司賣保單給病人這麼貴，你還叫他商保來補健保，民眾省到錢嗎？你不如叫他漲保費來支持健保署，每一萬塊錢付給商業保險公司的保費一定比例來付給健保署，你知道健保署可以為民眾買到多少東西嗎？結果我們在鼓勵商保補健保不說，我們還把資料倒給商業保險公司，回頭他賣醫療險、長照險，再來收你被保險人的錢，然後你很貴的醫材去收自費，你還叫他去買保險來補這個自費與住院的差額，醫療體系苦哈哈賺不到錢還要被</p>	<p>括資料日期、區間、類別等，例如可以只選擇提供上週的檢驗資料或昨日就醫的用藥紀錄等；充分落實資料自主權，且每次提供資料都必須重新再經過授權，確保民眾知情同意。</p> <p>五、資安合格證明： 第三方 App 需先向行動應用資安聯盟認證之 App 資安檢測實驗室，申請 App 資安認證機制，取得基本資安檢測合格證明，以規範 App 安全防護能力及安全品質，且每年更新。查每支 App 檢測費用約 8 萬至 13 萬元不等，視資安風險及安全技術實現複雜度而定。</p> <p>六、商業保險公司介接 SDK 作為健康促進管理： 目前介接完成且上架之 App 為「安聯人壽保險股份有限公司-安聯 i 健康」，此 App 係安聯人壽與清華大學電機系 BIIC 實驗室合作，從個人健保就醫資料，運用 AI 演算分析個人健康分數，從預防醫學的角度，提升民眾健康意識。另「國泰健康管理顧問股份有限公司-國泰寶寶」係為國泰產後護理之家提供孕產婦及新生兒之相關服務。上述商保相關公司其資料應用皆為健康促進管理，非作為核保或理賠使用。</p> <p>七、本署持續檢討健康存摺 SDK 資料運用之效益，並進行必要之修正。</p>

委員意見	健保署說明
<p>民眾罵，我覺得 SDK 這件事情非常荒謬。</p>	
<p>劉委員淑瓊(議事錄第 64 頁)</p> <p>關於剛剛陳委員講到的四、五級病人，我在上次也呼應過，確實這個指標是有問題，不過這個指標提升跟後面指標下降之間有沒有因果關係，我覺得健保署應該要進一步再研究一下。</p> <p>再來就是會議資料第 133 頁，健保署說這個資料要在共擬會議監測其中 1 支指標，然後接下來就是在評核會再提出監測結果，我覺得這樣不 OK，因為我們這個會的委員對於急診室壅塞非常的關注，所以我建議健保署在業務執行季報告中每次都提出來，而且針對會議資料第 135 頁、第 136 頁的這 5 個指標或者 4 個指標，不但給數據，還要提出你們的詮釋，你們怎麼解釋這樣的數據，代表什麼意義。我覺得這個是很重要的，不要每次都只是丟一些數據，這樣子我們各自解讀也不理想，以上，謝謝。</p>	<p>本署配合於健保業務執行報告提供急診品質提升方案各項指標每季執行情形。</p>
<p>侯委員俊良(議事錄第 66 頁)</p> <p>我想做個提醒，針對第五案自付差額的部分，在保障民眾知的權利有提到資訊公開，會公布在各院所網路明顯處，其實我看一下這部分可能還是做得比較不 OK，因為各醫院在公開訊息部分有時不太明顯，所以這部分再提醒健保署後續提醒一下健保特約醫院，以上。</p>	<p>謝謝委員建議，本署將再次督請各特約醫療院所，為保障民眾知的權益，請將自付差額相關資訊公布在各院所網站明顯處。</p>

抄本

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：彭美菱
聯絡電話：(02)8590-6858
傳真：(02)8590-6046
電子郵件：hsperng@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國111年11月25日
發文字號：衛部健字第1113360166號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：1.全民健康保險會組成及議事辦法、2.旨揭資料表

主旨：為遴聘本部第6屆全民健康保險會委員，敬請貴團體於111年12月12日前惠提推薦人選資料表，俾辦理委員聘任作業，請查照惠復。

說明：

- 一、依全民健康保險法第5條第5項授權訂定之「全民健康保險會組成及議事辦法」（下稱組成辦法，如附件1），全民健康保險會（下稱健保會）置委員39人，其中保險付費者代表20人（包括：被保險人代表14人、雇主代表5人、行政院主計總處1人），保險醫事服務提供者代表10人，專家學者及公正人士7人，國家發展委員會及主管機關各1人，任期2年。
- 二、前揭保險付費者代表之推薦團體如下：
 - （一）被保險人代表14人：
 - 1、中華民國全國教師會、全國產業總工會、中華民國全國

總工會、全國工人總工會、中華民國農會、中華民國全國漁會、全國勞工聯合總工會、全國產職業總工會、台灣總工會、台灣社會福利總盟、中華民國全國職業總工會、臺灣癌症基金會、台灣醫療改革基金會各推薦1人，共13人。

2、另屬全民健康保險法第10條第1項第1款第5目規定之專門職業及技術人員自行執業者之被保險人代表1人，請中華民國會計師公會全國聯合會、全國律師聯合會、中華民國全國建築師公會協調共同推薦產生，若未能如期推薦，本部將以抽籤方式決定。

(二)雇主代表5人：中華民國全國工業總會、中華民國全國商業總會、中華民國工商協進會、中華民國工業協進會及中華民國工業區廠商聯合總會各推薦1人，共5人。

三、依組成辦法第4條規定，請貴團體以推薦委員代表(1人)的二倍數提出推薦名單，並填具資料表(如附件2)，其應符合下列條件：

(一)保險付費者代表推薦人選均不得兼具保險醫事服務提供者身分，如為被保險人代表推薦人選者，不得兼具雇主身分。(組成辦法第2條第5項)

(二)除團體當然代表以外(理事長或董事長)，委員以連任一次為原則(擔任該屆委員任期一半以上為一任)，如已連任一

次者(連續擔任第4、5屆委員)，請勿納入推薦名單。(組成辦法第5條第2項)

(三)曾任第5屆健保會委員期間親自出席委員會議應達三分之二以上之次數。(組成辦法第7條)

(四)委員會議原則為每個月第4週之星期三，為利議事運作，所推薦人選應符合「可親自出席健保相關會議與活動，並同意遵守組成辦法與健保會議決之相關規範」。委員親自出席當次會議，如因故提前離開或晚到，不需另行指派代理人出席，委員請假代理人出席之次數不可逾任期之三分之一。(組成辦法第7條、第15條)

(五)為符合行政院性別平等處對各委員會議委員之單一性別比例需達三分之一之要求，及依組成辦法第4條應考量性別平等原則之規定，建議優先推薦女性代表。

四、鑑於外界關切委員之代表性問題，為使聘任之委員具代表性，貴團體所推薦人選均應經內部正式會議(如理監事會議)或行政程序產生(請檢附相關資料)，且均能充分代表貴團體表達意見。(組成辦法第15條之1)

正本：中華民國全國教師會、中華民國農會、中華民國全國漁會、台灣社會福利總盟、全國產業總工會、中華民國全國總工會、全國工人總工會、全國勞工聯合總工會、全國產職業總工會、台灣總工會、中華民國全國職業總工會、財團法人臺灣癌症基金會、台灣醫療改革基金會、社團法人中華民國會計師公會全國聯合會、全國律師聯合會、中華民國全國建築師公會、中華民國全國工業總會、中華民國全國商業總會、中華民國工商協進會、中華民國工業協進會、中華民國工業區廠商聯合總會

副本：

抄本

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：彭美瑩
聯絡電話：(02)8590-6858
傳真：(02)8590-6046
電子郵件：hsperng@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國111年11月25日
發文字號：衛部健字第1113360166A號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：1.全民健康保險會組成及議事辦法、2.旨揭資料表

主旨：為遴聘本部第6屆全民健康保險會委員，敬請貴團體於111年12月12日前惠提推薦人選資料表，俾辦理委員聘任作業，請查照惠復。

說明：

- 一、依全民健康保險法第5條第5項授權訂定之「全民健康保險會組成及議事辦法」（下稱組成辦法，如附件1），全民健康保險會（下稱健保會）置委員39人，其中保險付費者代表20人（包括：被保險人代表14人、雇主代表5人、行政院主計總處1人），保險醫事服務提供者代表10人，專家學者及公正人士7人，國家發展委員會及主管機關各1人，任期2年。
- 二、前揭保險醫事服務提供者代表之推薦團體如下：台灣醫院協會推薦4人，中華民國醫師公會全國聯合會推薦2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各推薦1人，共10人。

三、依組成辦法第4條規定，請貴團體以推薦委員代表人數的二倍數提出推薦名單，並填具資料表(如附件2)，其應符合下列條件：

(一)各團體內的醫療專業衡平及相關人員權益：

- 1、台灣醫院協會所推薦人選應包含醫學中心、區域醫院及地區醫院三層級之代表，並能兼顧各醫療專業、科別間平衡及相關醫事人員權益者。
- 2、中華民國醫師公會全國聯合會所推薦人選應包含西醫基層診所之代表，並能兼顧各醫療專業、科別間平衡及相關醫事人員權益者。
- 3、其餘團體所推薦人選須為可代表該團體所屬專業領域及相關醫事人員權益者。

(二)除團體當然代表以外(理事長或董事長)，委員以連任一次為原則(擔任該屆委員任期一半以上為一任)，如已連任一次者(連續擔任第4、5屆委員)，請勿納入推薦名單。(組成辦法第5條第2項)

(三)曾任第5屆健保會委員期間親自出席委員會議應達三分之二以上之次數。(組成辦法第7條)

(四)委員會議原則為每個月第4週之星期三，為利議事運作，

所推薦人選應符合「可親自出席健保相關會議與活動，並同意遵守組成辦法與健保會議決之相關規範」。委員親自出席當次會議，如因故提前離開或晚到，不需另行指派代理人出席，委員請假代理人出席之次數不可逾任期之三分之一。(組成辦法第7條、第15條)

(五)為符合行政院性別平等處對各委員會議委員之單一性別比例需達三分之一之要求，及依組成辦法第4條應考量性別平等原則之規定，建議優先推薦女性代表。

四、鑑於外界關切委員之代表性問題，為使聘任之委員具代表性，貴團體所推薦人選均應經內部正式會議(如理監事會議)或行政程序產生(請檢附相關資料)，且均能充分代表貴團體表達意見。(組成辦法第15條之1)

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

副本：

衛生福利部 函

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

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年2月9日
發文字號：衛部保字第1120104073號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：所報「112年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」，同意辦理，復請查照。

說明：

- 一、復貴署112年2月1日健保醫字第1120660113號函。
- 二、經核所報方案內容業經全民健康保險會第5屆111年第12次委員會議討論後，由貴署依會議決議修正，同意照辦，並請貴署就該會委員所提新增各項管控項目之建議，妥為研處。
- 三、另，有關方案實施策略二（二）方法（3）之獎勵，查全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法部分條文業於今（112）年1月4日修正發布在案，針對保險醫事服務機構應依修正後規定上傳之項目，是否續予獎勵，請審酌。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：本部全民健康保險會

112.02.09



112CC00096

112 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案

壹、依據

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

貳、說明

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

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

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

綜整前述非必要醫療行為的可能原因，本方案從合理使用保險權益、鼓勵醫療體系間合作與轉銜及促進醫療資源合理使用等三面向，擬訂對應管理策略，包括：健保資源宣導、強化自我照護能力、門診高診次就醫個案輔導、持續推動分級醫療、精進雲端醫療資訊、加強審查與查核機制、減少不必要

醫療利用、推動疾病管理、促進院所合作機制、照護服務之銜接等規劃藍圖，並列為每年持續推動改革之策略。

參、實施目的

降低不必要醫療資源使用，促進醫療服務效率與合理使用，保障保險對象就醫權益，執行本方案所擷節之非必要醫療費用支出，亦將回歸健保總額，保障全民健康保險之永續經營。

肆、實施期間

本方案施行期間自 112 年 1 月 1 日起至 112 年 12 月 31 日止，執行期間將視方案特性、複雜度與執行情形，必要時將延長實施年限。

伍、實施策略及方法

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

一、合理使用保險權益

(一)強化自我照護能力

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

(二)正確就醫觀念及行為

1. 策略：導正就醫觀念及行為，整合及提供醫療高利用保險對象醫療需求，促使合理使用保險權益。
2. 方法：
 - (1) 以門診就醫次數 ≥ 90 次/年及各季 ≥ 40 次者為對象，依標準作業程序強化其正確就醫觀念及行為，包括寄發關懷函表達關心，提供諮詢電話，對不易接觸(失聯)者以限制全民健康保險憑證(以下稱健保卡)更新地點，取得衛教輔導之機會。另針對高診次保險對象，

若經專業認定確有浮濫就醫者，則指定院所就醫；被指定就醫者，至非指定院所就醫，除情況緊急，否則不予給付。

- (2) 持續推動分級醫療，除壯大基層與擴大社區醫療群服務量能與品質外，並逐步導引區域級(含)以上醫院下轉案件以減少輕症服務，以達到醫療分工及合作目的。

二、鼓勵醫療體系間合作與轉銜服務。

(一) 持續推動分級醫療

1. 策略：落實轉診及出院準備服務，導引醫院減少輕症服務。
2. 方法：精進轉診資訊交換平台、建立轉診支付誘因、強化居家醫療及醫院出院準備之追蹤服務。

(二) 精進雲端醫療資訊系統

1. 策略：利用即時資訊避免重複醫療。
2. 方法：
 - (1). 充實健保醫療資訊雲端服務Medicloud之檢驗檢查互享機制，減少重複之醫療影像檢查，鼓勵院所醫療檢查影像CT及MRI即時上傳及分享。
 - (2). 持續補助醫療檢查影像上傳院所固接網路頻寬費用。
 - (3). 持續獎勵院所即時上傳電腦斷層造影檢查、磁共振造影等項目醫療檢查影像。

(三) 增進院所之合作機制

1. 策略：提升醫院與基層院所之實質合作，落實雙向轉診機制，確保醫療服務之連續性。
2. 方法：醫院及基層診所間應進行實質合作，包括對病人之雙向轉診及共同照護，確保照護之連續性與協調性

三、善用醫療資源及合理使用。

(一) 減少重複醫療利用：

1. 策略：藉由健保醫療資訊系統之查詢，降低病患重複處方用藥、檢驗(查)、治療處置，提升病患就醫安全及減少重複醫療利用。
2. 方法：

- (1). 監控全藥類藥品重複用藥日數下降率。
- (2). 監控10項重點檢驗、檢查等合理區間內之再次執行下降比率，包含CT、MRI、正子造影、腹部超音波、超音波心臟圖、低密度脂蛋白—膽固醇、杜卜勒氏彩色心臟血流圖、大腸鏡檢查、胃鏡(上消化道泛內視鏡檢查)、全套血液檢查。
- (3). 西醫門診復健異常案件管控。

(二) 尊重醫療自主，保障善終權益

1. 策略：積極推動安寧療護，尊重醫療自主。
2. 方法：
 - (1). 積極推動各項安寧緩和醫療服務，如：住院安寧服務、安寧共照、居家安寧等項目。
 - (2). 加強長期呼吸器依賴患者管控，鼓勵呼吸器依賴病患進行安寧緩和照護。
 - (3). 提供安寧療護學習平台，並加強保險對象宣導。

(三) 持續推動疾病管理

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

(四) 強化違規查處機制

1. 策略:加強查處違規院所，防杜不實醫療申報。
2. 方法:
 - (1). 落實一般違規案件之訪查。
 - (2). 規劃辦理全國性費用申報異常查核專案。
 - (3). 配合檢警調機關查辦重大與集團性詐領健保案件。

陸、預期效益

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

附表、抑制資源不當耗用改善方案管控項目及目標值

構面	策略	管控項目	目標值	
合理使 用保險 權益	強化自我照護能力	1.全民健保行動快易通(健康存摺)APP 安裝人次增加率	$\geq 5\%$	
		2.年度使用健康存摺人次增加率	$\geq 5\%$	
		3.門診就醫次數大於 90 次之保險對象就醫成長率	$\leq -18\%$	
正確就醫觀念行為		4.基層與地區醫院門診占整體件數之占率	$\geq 74.2\%$	
		5.非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數較去年同期增加	$\geq 63,486$ 以 110Q4 件數估算	
		6.接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	$\geq 29.8\%$	
鼓勵醫 療體系 間合作 與轉銜 服務	持續推動分級醫療	7.居家醫療整合照護對象門診就醫次數較基期成長率	$< 0\%$	
		8.與長照 2.0 之銜接率	$\geq 48\%$	
善用醫 療資源 合理使 用	減少重複醫療利用	9.提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)-半年指標	$\geq 5.33\%$	
		精進雲端資訊系統	10.醫療檢查影像資訊即時上傳率	$\geq 94\%$
		11.全藥類藥品重複用藥日數下降率	$\geq 5\%$	
		12.門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率	$\geq 5\%$	
		13.西醫門診年復健次數>180 次異常件數成長率零成長	$\leq 0\%$	

構面	策略	管控項目	目標值
	強化違規查處機制	14. 違規院所訪查家次	≥ 456
	尊重醫療自主，保障善終權益	15. 死亡前安寧利用率	$\geq 31.3\%$
		16. 呼吸器依賴病人安寧利用率	$\geq 72.2\%$
		17. 西醫門診病人可避免住院率	$\leq 1.16\%$
	持續推動疾病管理	18. 住院案件出院後 3 日以內急診率	$\leq 2.35\%$

健保會對「112 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」之 討論結果

健保會 112.1

依健保法第72條規定，為減少無效醫療等不當耗用保險醫療資源之情形，保險人每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案(下稱改善方案)，提健保會討論後，報主管機關核定。為利委員討論，乃請健保署依往例於12月份委員會議(111.12.23)，除提出112年度改善方案擬增修內容外，併同提報111年度執行情形與檢討結果，以利委員檢視與評估健保署所擬112年度改善方案內容之妥適性。

本改善方案從合理使用保險權益、鼓勵醫療體系間合作與轉銜服務、善用醫療資源合理使用等 3 大構面(採 10 項策略及 16 項管控項目)衡量成效。經檢視 111 年度執行情形，16 項管控項目有 4 項未達原訂目標值(如附表)，尤其合理使用保險權益構面，4 項管控項目即有 1/2 未達原訂目標值，分別為管控高診次就醫(項次 2)、鼓勵至基層醫療就醫(項次 3)；另 2 項構面，亦各有 1 項未達原訂目標值，尤其屬善用醫療資源合理使用構面之「死亡前安寧利用率」(項次 14)，連續 2 年均未達目標值。經健保署分析未達目標值原因，主要受新冠肺炎疫情影響；委員認為管控高診次就醫(項次 2)與管控復健次數過多(項次 12)，同屬觀察異常數值改善情形，但僅管控高診次就醫未達目標值，且 109 年、110 年疫情期間，該項管控項目均達目標值，難以完全歸咎係疫情所致。另考量未達目標值者與加強民眾正確就醫觀念和提供民眾出院後持續性照護，以及推動分級醫療和安寧療護有關，委員乃請該署宜深入探討及掌握未達目標值之原因，作為未來持續改善及調整策略的重要依據。

另健保署依 111 年度執行狀況，擬具 112 年度改善方案(管控項目：修正 1 項監測內容，並各增刪 1 項；目標值：調降 2 項、調高 5 項，如附表)。有關 112 年度管控項目，委員前於討論 111 年度改善方案時，建議增列「急診病人使用麻醉藥物止痛就醫次數」、「地區醫院在醫院總額之合理占率」及「大型醫院門診占整體醫療費用比率等」等 3 項管控項目，經健保署評估其目標值不易設定，爰未增列，並建議可回歸專業自主管理；惟委員認為該 3 項管控項目與管控不當使用麻醉藥及推動分級醫療有關，再次請健保署增列，並再增加「醫學中心門診慢性病案件數占率」、「潛在可避免急診率」等 2 項管控項目，且不宜刪除「與長照

2.0 之銜接率」，以利瞭解與監測健保與長照體系的連結程度。

有關健保署擬將健康存摺 APP 安裝率修正為健康存摺使用率(項次 1)，委員認為兩者意義不同，建議 2 項可併存，並宜進一步分析，例如區隔經常使用的項目是因查詢 COVID-19 疫苗接種情形，還是查詢就醫情形，以瞭解民眾使用此 APP 進行自我健康管理情形。至健保署擬調降 2 項目標值部分(管控高診次就醫及死亡前安寧利用率於 111 年度均未達目標值)，委員認為疫情已逐漸趨緩，且本方案的目的就是要改善資源不當耗用情形，爰建議不宜調降目標值。另委員提出本案之改善成果除可提升醫療品質外，應可節省醫療費用，請健保署於協商 113 年度總額時應提出具體數據；健保署表示 111 年度所節省之醫療費用將會列入 112 年第 2 季業務執行報告。

經充分討論，最後決議請健保署參考委員意見，研修 112 年度方案內容後，依法定程序陳報衛福部核定。鑒於健保資源有限，委員也期盼健保署能持續檢討改善執行成效，並精進改善方案內容，以降低不必要醫療資源使用，促進醫療服務效率與合理使用。

出處：[相關內容詳衛福部健保會第 5 屆 111 年第 12 次委員會議議事錄\(111 年 12 月 23 日\)](#)

健保署所擬 112 年度改善方案修訂重點及 111 年度執行情形

(V：達標、X：未達標)

構面	策略	管控項目	年度目標值		112 年調整情形	111 年第 3 季達成情形
			111 年	112 年		
合理使用保險權益	強化自我照護能力	1.全民健保行動快易通(健康存摺)APP 安裝人次增加率 112 年度修正為「年度使用健康存摺人次增加率」	≥5%	≥5%	修正監測內容	V
		2.門診就醫次數大於 90 次之保險對象就醫成長率	≤-18%	≤-18%		X
	正確就醫觀念行為	3.基層與地區醫院門診占整體件數之占率	≥74.2%	≥73.2%	調降	X
		4.非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數較去年同期增加	≥63,486	≥63,486		V
鼓勵醫療體系間合作與轉銜服務	持續推動分級醫療	5.接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	≥29%	≥29.8%	調高	X
		6.居家醫療整合照護對象門診就醫次數較基期成長率	<0%	<0%		V
	增進院所合作機制	7.與長照 2.0 之銜接率	≥48%	-	刪除	V
		8.提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)-半年指標	≥5.21%	≥5.33%	調高	V
		9.醫療檢查影像資訊即時上傳率	≥92%	≥前季上傳率	調整比較基準	V
善用醫療資源合理使用	減少重複醫療利用	10.全藥類藥品重複用藥日數下降率	≥5%	≥5%		V
		11.門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率	≥5%	≥5%		V
		12.西醫門診年復健次數>180 次異常件數成長率零成長	≤0%	≤0%		V
	強化違規查處機制	13.違規院所訪查家次	≥449	≥456	調高	V
	尊重醫療自主，保障善終權益	14.死亡前安寧利用率	≥33.35%	≥31.3%	調降	X
		15.呼吸器依賴病人安寧利用率	≥72%	≥72.2%	調高	V
	持續推動疾病管理	16.西醫門診病人可避免住院率	≤1.45%	≤1.16%	調高	V
住院案件出院後 3 日以內急診率		-	≤2.35%	新增	-	

健保會委員關切「家庭醫師整合性照護計畫 20 年檢討策進報告」及「111 年代謝症候群防治計畫專案報告」

健保會 112.1

健保會委員長期關注健保資源的投入效益，尤其「家庭醫師整合性照護計畫」(下稱家醫計畫)已推動 20 年，希能了解計畫長期推動的執行成效及未來規劃，所以請健保署以保險人角色，提出家醫計畫 20 年之檢討策進報告。同時，對於配合衛福部「健保中長期改革計畫」，甫於 111 年新增的「代謝症候群防治計畫」(下稱代謝計畫)，也希望了解計畫推動情形，所以在第 5 屆委員任期內最後一次委員會議安排健保署進行 2 項專案報告。

依健保署報告，家醫計畫歷經多次檢討與修正，目前社區醫療群數已達穩定，參與診所數及醫師數也逐年增加，111 年參與醫師 7,833 人(占西醫基層醫師約 46%)，收案人數也達到 600.2 萬人(占總保險對象人數約 25%)；在成效方面，收案會員的平均醫療費用及就醫次數均低於非會員，尤其於 COVID-19 疫情期間，家醫群動員醫師提供視訊診療、協助施打疫苗及確診者照護，在第一線扮演維護民眾健康的重要角色；在未來規劃方面，健保署提出擬擴大收案人數，有條件導入一般服務(收案會員占保險對象 50% 以上)，並與代謝症候群防治計畫結合。

對於家醫計畫，委員希望健保署能進一步依據年齡層之疾病別進行分析；除分析醫療利用外，也能提供「收案會員」與「非會員」的結果面比較資料，例如反映健康狀況及照護品質的指標(急診率、潛在可避免急診率、可避免住院數、多重慢性病用藥整合情形)；未來若要由專款項目導入一般服務，則需要就導入條件、配套措施等事先規劃。另外有委員提醒，家醫計畫是為了落實健保法第 44 條規定的「家庭責任醫師制度」，未來除考慮導入一般服務外，應該要思考如何接軌到家庭責任醫師制度，畫出藍圖及規劃期程，才能往最終目標邁進。

至於代謝計畫，依健保署報告，該計畫自 111 年 7 月 1 日起開始收案，截至同年 11 月 22 日，收案人數為 19,507 人，其中 1,490 人已有追蹤資料，並有部分個案檢驗(查)項目已改善至達標準值或不需要使用藥物，顯示其具初步成效。在討論過程中，委員表示本項是配合衛福部「健保中長期改革計畫」於 111 年新增的計畫，111 年編列 3.08 億元，執行目標 10 萬人，因為實施未滿 1 年又受疫情影響，收案人數未達標，但 112 年付費者版本已經將預算增加到 6.16 億元，委員期許西醫基層部門藉由 111 年推動經驗，鼓勵基層醫師積極加入計畫；由於代謝計畫的個案管理性質與家醫計畫照護模式類似，委員也建議結合社區醫療群力量，鼓勵家醫群醫師積極加入代謝計畫，以擴展照護人數、提升照護成效；對於家醫計畫與代謝計畫結合方面，則建議先分析 2 項計畫在收案個案及參與

醫師的重疊情形，以利後續共同執行之規劃。

經過委員熱烈討論，最後決議請健保署參考委員所提意見，並會同醫師公會全聯會及相關單位，於衛福部核定 112 年度總額後(註)，即早研修 112 年度家醫計畫及代謝計畫，以使醫療資源有效運用，達到預防及延緩慢性病發生之目的。

註：衛福部於 112 年 1 月 9 日公告 112 年度健保總額及其分配，其中對家醫計畫及代謝計畫的決定事項包含：朝「以人為中心」之合作照護模式為推動方向，並規劃「家庭醫師整合性照護計畫」與「代謝症候群防治計畫」共同執行，善用健康科技工具，強化個案管理功能。

出處：相關內容詳[衛福部健保會第 5 屆 111 年第 12 次委員會議議事錄\(111 年 12 月 23 日\)](#)

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

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

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年12月12日
發文字號：衛部保字第1111260391C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(含修正條文)1份

主旨：「災區受災全民健康保險保險對象保險費及就醫費用補助辦法」，業經本部於中華民國111年12月12日以衛部保字第1111260391號令修正發布，名稱並修正為「災區受災者就醫費用及全民健康保險之保險費補助辦法」，茲檢送發布令影本（含修正條文）1份，請查照轉知。

正本：台灣醫院協會、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、行政院災害防救辦公室、行政院主計總處、內政部、內政部消防署、衛生福利部中央健康保險署、本部醫事司、本部心理健康司、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 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：張桂津
聯絡電話：(02)8590-6729
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：mdliann@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12月19日
發文字號：衛部保字第1111260398C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 1份

主旨：「全民健康保險法施行細則」部分條文，業經本部於中華民國111年12月19日以衛部保字第1111260398號令修正發布，茲檢送發布令影本1份，請查照。

正本：行政院農業委員會、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部中央健康保險署
副本：



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：羅資文
聯絡電話：(02)8590-6778
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hgpower2th@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12月19日
發文字號：衛部保字第1111260394C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(含修正條文及規定)1份

主旨：「全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法」第五條及第二條附表一，業經本部於中華民國111年12月19日以衛部保字第1111260394號令修正發布，茲檢送發布令影本(含修正條文及規定)1份，請查照轉知。

正本：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、台灣醫院協會、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、財團法人罕見疾病基金會、衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部國民健康署、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 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：藍珮如
聯絡電話：(02)8590-6776
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hgpei ju@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年1月4日
發文字號：衛部保字第1111260251C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(含修正條文及規定)1份

主旨：「全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法」部分條文及第六條附表一，業經本部於中華民國112年1月4日以衛部保字第1111260251號令修正發布，茲檢送發布令影本（含修正條文及規定）1份，請查照轉知。

正本：本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會
副本：



副本

格 號：R0619
保存年限：3

衛生福利部 公告

11558



臺北市南港區忠孝東路6段488號4樓

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年12月20日

發文字號：衛部保字第1110148921號

附件：全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案表一及表三



主旨：公告修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」

表一及表三。

副本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、衛生福利部中央健康保險署、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會、本部社會保險司(均含附件)

部長 薛瑞元

擬辦：

衛生福利部 公告



發文日期：中華民國112年1月13日
發文字號：衛部保字第1121260020號
附件：全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案附表一及附表二

主旨：公告修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」附表一及附表二。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、衛生福利部中央健康保險署、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會、本部社會保險司(均含附件)

部長 薛瑞元

檔號：
保存年限：

副本

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111年12月26日
發文字號：健保財字第1110650909A號
附件：無



主旨：公告全民健康保險法第22條規定第3類被保險人適用之投保金額。

依據：全民健康保險法施行細則第68條第1款。

公告事項：全民健康保險第3類被保險人適用之投保金額為26,400元，並自112年1月1日起實施。

副本：行政院主計總處、國家發展委員會、行政院農業委員會、衛生福利部、衛生福利部社會及家庭署、原住民族委員會、勞動部勞工保險局、各縣市政府、內政部移民署、衛生福利部全民健康保險會、本署各組室、本署各分區業務組

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300266

副本

檔 號：附錄十二
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  13
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12月26日
發文字號：健保財字第1110650909C號
附件：無

主旨：公告全民健康保險法第23條規定第4類及第5類保險對象之保險費。

依據：全民健康保險法施行細則第68條第2款。

公告事項：全民健康保險第4類及第5類保險對象適用之保險費為2,063元，並自112年1月1日起實施。

副本：行政院主計總處、國家發展委員會、國防部全民防衛動員署後備指揮部、內政部役政署、海洋委員會海巡署金馬澎分署、海洋委員會海巡署北部分署、海洋委員會海巡署中部分署、海洋委員會海巡署南部分署、海洋委員會海巡署東部分署、法務部矯正署、臺灣高等檢察署、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、本署各組室、本署各分區業務組

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300267

第1頁 共1頁

111.12.27

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  4
臺北市南港區忠孝東路6段488號



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年12月26日
發文字號：健保財字第1110650909E號
附件：無

裝
訂
線

主旨：公告全民健康保險法施行細則第46條第1項第4款所定之平均投保金額。

依據：全民健康保險法施行細則第68條第4款。

公告事項：僱用被保險人數未滿5人之事業負責人，及會計師、律師、建築師、醫師、牙醫師、中醫師以外之專門職業及技術人員自行執業者或屬於第1類被保險人之自營業主，自行舉證申報之投保金額，自112年1月1日起最低不得低於36,300元及其所屬員工申報之最高投保金額。

副本：行政院主計總處、國家發展委員會、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、本署各組室、本署各分區業務組

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發

1113300268

檔 號：
保存年限：

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  8
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12月15日
發文字號：健保審字第1110671949號
附件：如公告事項(請至本署網站擷取)

主旨：公告新藥以十國藥價中位數或最低價核價且經查有藥價之國家在五國以下者，於111年第四季依十國藥價檢討支付價格事宜。

依據：全民健康保險藥品價格調整作業辦法第25條。

公告事項：符合全民健康保險藥品價格調整作業辦法第25條規定之應檢討品項，其現行支付價格高於檢討結果者共12項，其支付價格異動如附件，支付價格生效日為112年1月1日。(附件電子檔已置於本署全球資訊網(<http://www.nhi.gov.tw>)，路徑為：首頁>健保法令>最新全民健保法規公告，請自行下載)

副本：行政院法規會、衛生福利部法規會、衛生福利部醫事司、衛生福利部心理健康司、衛生福利部口腔健康司、衛生福利部社會保險司、衛生福利部食品藥物管理署、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會、地方政府衛生局、國防部軍醫局、社團法

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300261

111.12.19

人台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國基層醫師協會、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國開發性製藥研究協會、台灣藥品行銷暨管理協會、台灣製藥工業同業公會、中華民國製藥發展協會、台北市西藥代理商業同業公會、中華民國西藥商業同業公會全國聯合會、中華民國西藥代理商業同業公會、台灣研發型生技新藥發展協會、社團法人中華民國學名藥協會、台灣醫院協會、台灣私立醫療院所協會、本署企劃組、本署醫務管理組、本署各分區業務組、賽諾菲股份有限公司、台灣萌蒂藥品有限公司、美商亞培股份有限公司台灣分公司、輝瑞大藥廠股份有限公司、美商惠氏藥廠（亞洲）股份有限公司台灣分公司、台灣安進藥品有限公司、美商默沙東藥廠股份有限公司台灣分公司

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  6
臺北市南港區忠孝東路6段488號



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年1月9日

發文字號：健保審字第1110672639號

附件：111年度全民健康保險特材支付點數調整之核價類別處理方式彙總表及111年度全民健康保險特材支付點數調整明細表各1份(請至本署全球資訊網下載)

主旨：公告111年度特殊材料價量調查結果辦理之支付點數調整事宜。

依據：「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第54條至第61條。

公告事項：公布「111年度全民健康保險特材支付點數調整之核價類別處理方式彙總表」及「111年度全民健康保險特材支付點數調整明細表」，111年特殊材料價量調查支付點數調整結果自112年2月1日起生效實施。

副本：行政院法規會、衛生福利部法規會、衛生福利部醫事司、衛生福利部社會保險司、衛生福利部食品藥物管理署、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會、地方政府衛生局、國防部軍醫局、社團法人台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、台灣醫院協會、台灣社區醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣教會醫療院所協會、中華民國醫療器材商業同業公會全國聯合會、台灣美國商會、歐洲在臺商務協會、中華民國儀器商業同業公會全國聯合會、台北市儀器商業同業公

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300008

會、台北市進出口商業同業公會、台灣醫療暨生技器材工業同業公會、台灣先進醫療科技發展協會、本署企劃組（請刊登健保電子報）、本署醫務管理組、本署各分區業務組（請轉知轄區醫事機構）

署長李伯璋

中華民國九十二年五月二十一日

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12月23日
發文字號：健保醫字第1110122948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112年1月1日起生效。

依據：衛生福利部111年12月20日衛部保字第1110148920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

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300264

111.12.26

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  28
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12月23日
發文字號：健保醫字第1110122971號
附件：如主旨(全球資訊網公告欄擷取)

裝

主旨：公告「112年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」(附件)。

訂

依據：衛生福利部111年12月21日衛部保字第1111260427號函辦理。

線

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

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300263

111. 12. 26

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

11558  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12月28日
發文字號：健保醫字第1110123002號
附件：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中醫門診總額品質保證保留款實施方案(附件)，並自112年1月1日起實施。

依據：衛生福利部111年12月21日衛部保字第1111260430號函。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部中醫藥司、台灣醫院協會、中華民國中醫師公會全國聯合會、本署財務組、本署主計室、本署醫審及藥材組、本署資訊組、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、本署高屏業務組、本署東區業務組

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300271

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  41
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12月28日
發文字號：健保醫字第1110122970號
附件：如主旨(請至本署全球資訊網站公告欄擷取)



主旨：公告修訂「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」(附件)。

依據：衛生福利部111年12月21日衛部保字第1111260428號函。

副本：中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國公立醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、台灣教會醫療院所協會、中華民國診所協會全國聯合會、行政院主計總處、地方政府衛生局、社團法人台灣醫學資訊學會、臺北市電腦商業同業公會、勞動部勞工保險局、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署資訊組、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



1113300272

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  47
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12月30日
發文字號：健保醫字第1110123227號
附件：如主旨(請至本署全球資訊網站公告欄擷取)

主旨：公告「112年度全民健康保險牙醫門診總額牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」(附件)。

依據：衛生福利部111年12月26日衛部保字第1111260436號函。

副本：中華民國開業醫師協會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥劑師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國診所協會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國公立醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、台灣教會醫療院所協會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、中華民國私立地區醫院協會、行政院主計總處、地方政府衛生局、國軍退除役官兵輔導委員會、國防部軍醫局、社團法人台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、勞動部勞工保險局、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組、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



1123300002

112.1.3

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  47
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12月30日

發文字號：健保醫字第1110123227號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網站公告欄擷取)

主旨：公告「112年度全民健康保險牙醫門診總額牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」(附件)。

依據：衛生福利部111年12月26日衛部保字第1111260436號函。

副本：中華民國開業醫師協會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥劑師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國診所協會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國公立醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、台灣教會醫療院所協會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、中華民國私立地區醫院協會、行政院主計總處、地方政府衛生局、國軍退除役官兵輔導委員會、國防部軍醫局、社團法人台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、勞動部勞工保險局、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組、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



1123300002

112.1.3

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12月30日

發文字號：健保醫字第1110123191號

附件：附件請至本署全球資訊網自行擷取



主旨：公告112年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫(附件)，並自112年1月1日起實施。

依據：衛生福利部111年12月23日衛部保字第1111260431號函。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部中醫藥司、台灣醫院協會、中華民國中醫師公會全國聯合會、本署財務組、本署企劃組、本署主計室、本署醫審及藥材組、本署資訊組、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、本署高屏業務組、本署東區業務組

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300001

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  29
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年1月12日
發文字號：健保醫字第1120660127號
附件：如主旨(請自行至本署全球資訊網下載)



主旨：公告修正「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」一特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明及醫療檢查影像格式說明(附件1及2)，自112年2月1日起實施。

公告事項：

一、上傳格式說明修正項次如下：

(一)部分欄位修改為非必填欄位(同附件1)：

- 1、每日上傳格式(表一)：「醫囑醫師身分證號」、「報告/病理醫師身分證號」、「醫囑日期時間」欄位。
- 2、每月上傳格式(表二)：「醫囑醫師身分證號」、「報告/病理醫師身分證號」、「醫囑日期時間」及「醫師確認報告時間」欄位。

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300011

(二)「就醫類別」欄位之資料說明(同附件1、2)。

二、格式說明中檢驗(查)結果每月上傳格式自112年2月20日起生效；檢驗(查)結果每日上傳格式、醫療檢查影像上傳格式自112年2月1日起生效。

三、旨揭格式說明置於本署全球資訊網/公告，以及本署全球資訊網/健保服務/健保與就醫紀錄查詢項下，請自行擷取。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、台灣助產學會、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、社團法人中華民國職能治療師公會全國聯合會、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、中華民國私立地區醫院協會、台灣教會醫療院所協會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、國軍退除役官兵輔導委員會、社團法人台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、社團法人台灣醫事檢驗學會、台灣臨床病理檢驗醫學會、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署署長室、本署蔡副署長室、本署主任秘書室、本署財務組、本署主計室、本署企劃組(請刊登本署電子報)、本署資訊組、本署醫審及藥材組、本署承保組、本署醫務管理組

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  47
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112年1月17日
發文字號：健保醫字第1120100865號
附件：如主旨(請至本署全球資訊網站公告欄擷取)

主旨：公告「112年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」(附件)。

依據：衛生福利部112年1月11日衛部保字第1121260007號函。

副本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國診所協會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國公立醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國私立地區醫院協會、台灣教會醫療院所協會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、中華民國開業醫師協會、行政院主計總處、地方政府衛生局、國軍退除役官兵輔導委員會、國防部軍醫局、社團法人台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、勞動部勞工保險局、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組、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

1123300016

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



38

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112年1月17日

發文字號：健保醫字第1120100866號

附件：請至本署全球資訊網公告區擷取



主旨：公告修訂「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」，如附件，並自112年2月1日起施行。

依據：衛生福利部112年1月11日衛部保字第1121260013號函辦理。

公告事項：

- 一、中醫師訪視人員資格，新增經保險人分區業務組審酌區域居家醫療服務資源後同意者，不受計畫之中醫師需執業2年以上之限制。
- 二、藥事人員訪視資格，新增位於山地離島與醫療資源缺乏地區，或因特殊形態向分區業務組申請同意者，得不受藥事人員於執業處所需有2名藥師以上之限制。

副本：台灣護理學會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、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、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國呼吸治療師公會全國聯合會、台灣胸腔暨重症

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300017

加護醫學會、台灣安寧緩和護理學會、台灣安寧照顧協會、台灣醫院協會、台灣家庭醫學醫學會、台灣在宅醫療學會、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、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、社團法人台灣居家護理暨服務協會、台灣居家醫療醫學會、社團法人台灣安寧緩和醫學學會、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

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  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112年1月18日
發文字號：健保醫字第1120100867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112年1月11日衛部保字第1121260014號函

公告事項：刪除本計畫虛擬健保卡獎勵措施，餘為文字修正。

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、衛生福利部中央健康保險署臺北業務組、衛生福利部中央健康保險署北區業務組、衛生福利部中央健康保險署中區業務組、衛生福利部中央健康保險署南區業務組、衛生福利部中央健康保險署高屏業務組、衛生福利部中央健康保險署東區業務組、本署資訊組、本署企劃組

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300018

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112年1月19日

發文字號：健保醫字第1120101050號

附件：請至本署全球資訊網自行擷取



主旨：公告修訂「112年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」(附件)，並自112年1月1日起生效。

依據：衛生福利部112年1月13日衛部保字第1121260017號函。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署資訊組、本署醫審及藥材組、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



1123300019

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112年1月30日

發文字號：健保醫字第1120101068號

附件：如主旨(請至全球資訊網公告區擷取)



主旨：公告修正「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」，如附件，並自112年1月1日起實施。

依據：衛生福利部112年1月13日衛部保字第1111260449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、連江縣衛生福利局、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部全民健康保險會、本署資訊組、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、本署高屏業務組、本署東區業務組

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發

1123300020

112. 2. 22

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112年2月3日
發文字號：健保醫字第1120101552號
附件：請自行至本署全球資訊網站擷取



主旨：公告修訂「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」，自一百一十二年一月一日生效。

依據：衛生福利部112年1月19日衛部保字第1121260032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、台灣婦產科醫學會、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

代理署長 李丞華

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300023

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  52
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112年2月4日

發文字號：健保醫字第1120101728號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網站公告欄擷取)

主旨：公告「112年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」(附件)。

依據：衛生福利部112年2月1日衛部保字第1121260033號函。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、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、中華民國私立地區醫院協會、台灣教會醫療院所協會、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、中華民國開業醫師協會、行政院主計總處、地方政府衛生局、國軍退除役官兵輔導委員會、國防部軍醫局、連江縣政府、金門縣政府、社團法人台灣醫學資訊學會、臺北市電腦商業同業公會、勞動部勞工保險局、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組

代理署長 李 丞 華

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300024

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  4
臺北市南港區忠孝東路6段488號



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年12月29日
發文字號：健保審字第1110122333號
附件：指標003檔案分析審查不予支付指標及處理方式（請自本署全球資訊網擷取）

主旨：公告修正醫院及西醫基層總額「全民健康保險檔案分析審查不予支付指標及處理方式」指標003-「醫院（西醫基層）耳鼻喉科門診局部處置申報率」（附件），自112年2月1日（費用年月）起生效。

依據：全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第31條暨衛生福利部111年12月12日衛部保字第1111260378號函。

公告事項：附件電子檔已置於本署全球資訊網（<http://www.nhi.gov.tw>），路徑為：首頁>健保法令>最新全民健保法規公告，請自行下載。

副本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、本署企劃組、本署醫務管理組、本署各分區業務組(請轉知轄區特約醫事服務機構)

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  3
臺北市南港區忠孝東路6段488號



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年1月11日
發文字號：健保醫字第1120660064號
附件：請自行至本署全球資訊網下載

主旨：公告112年1月起新增「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等6項中醫門診總額照護計畫承作院所及醫師名單（附件），執行日自112年1月1日起。

副本：中華民國中醫師公會全國聯合會、衛生福利部中醫藥司、衛生福利部全民健康保險會、本署臺北業務組、本署北區業務組、本署中區業務組、本署南區業務組、本署高屏業務組、本署東區業務組、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組、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



1123300010

112. 1. 12

6項中醫醫療照護計畫自112年1月1日起新增之承作院所及醫師名單

分區別		項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
西醫住院病患中 醫特定疾病輔助 醫療計畫(腦血 管疾病、顱腦損 傷及脊髓損傷)	院所數	5	1	4	5	3	0	18	
	醫師數	8	2	10	11	4	0	35	
中醫提升孕產照 護品質計畫	院所數	6	20	8	0	3	1	38	
	醫師數	10	32	24	0	5	4	75	
中醫門診總額兒 童過敏性鼻炎照 護試辦計畫	院所數	5	17	9	1	3	1	36	
	醫師數	8	29	22	1	9	4	73	
全民健康保險中 醫急症處置計畫	院所數	1	0	4	1	1	0	7	
	醫師數	4	0	10	1	1	0	16	
中醫癌症患者加強 照護整合方案	癌症患者西 醫住院中醫 輔助醫療計 畫	院所數	4	1	3	5	3	1	17
		醫師數	7	2	9	11	4	2	35
	癌症患者中 醫門診延中 醫照護計畫	院所數	4	0	3	3	2	0	12
		醫師數	7	0	9	8	2	0	26
	特定癌症患 者中醫門診 加強照護計 畫	院所數	5	16	10	8	5	1	45
		醫師數	7	23	21	13	8	2	74
全民健康保險中 醫慢性腎臟病門 診加強照護計畫	院所數	5	12	10	6	7	0	40	
	醫師數	7	20	17	11	14	0	69	

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：賴昱廷
聯絡電話：02-27065866 分機：2605
傳真：02-27069043
電子郵件：A111145@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12月12日
發文字號：健保醫字第1110663910A號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：請逕自本署全球資訊網下載

主旨：111年第2季暨修正後之第1季「門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表」(附件)，已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明，請查照。



說明：

- 一、依全民健康保險法第62條第3項規定暨111年11月16日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算111年第4次研商議事會議」決定辦理。
- 二、依前開會議決議，111年第1季門診透析預算一般服務重新結算，本署前於111年9月5日以健保醫字第1110662605A號函111年第1季旨揭說明表修正同附件。
- 三、旨揭門診透析預算結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網\健保服務\健保醫療費用\醫療費用申報與給付\醫療費用支付\醫療費用給付規定\各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)\門診透析。
- 四、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法

111.12.13



1113340267

規定，自111年12月15日起，門診透析預算費用之暫付、核付，依111年第2季結算點值辦理，並於111年12月辦理111年第1季、第2季點值結算後追扣補付事宜。

正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部、衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣腎臟醫學會、社團法人台灣基層透析協會、財政部賦稅署、本署醫審及藥材組、本署企劃組、本署資訊組、本署主計室、本署違規查處室、本署承保組、本署財務組

電
交
2022/12/16
18:46
文
章
換

程式代號: RGBI3108R05
 111年第2季

六、一般服務浮動每點支付金額

預算(D2)-核定非浮動點數合計(M)-1×覆服透折追蹤處置費核定點數合計(P1)

核定浮動點數合計(P)

10,766,390,228 - 706,388,396 - 170,733,848

11,328,892,553

= 0.87292451 (四捨五入至小數第8位)

七、平均點值

預算(D2)

核定非浮動點數合計(M)+覆服透折追蹤處置費核定點數合計(P1)+核定浮動點數合計(P)

10,766,390,228

706,388,396 + 170,733,848 + 11,328,892,553

= 0.88205613 (四捨五入至小數第8位)

八、說明

本季結算費用年月包括:

1. 費用年月111/03(含)以前:於111/07/01~111/09/30期間核付者。
2. 費用年月111/04~111/06:於111/04/01~111/09/30期間核付者。

衛生福利部中央健康保險署

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/10/27

核付截止日期：111/06/30

頁次：13

程式代號：RGBI3108R05
111年第1季

結算主要費用年月起迄：111/01~111/03

六、一般服務浮動每點支付金額

預算(D2)-核定非浮動點數合計(M)-1×覆服透折追蹤處置費核定點數合計(P1)

核定浮動點數合計(P)

10,650,652,939 - 697,658,822 - 167,508,174

11,129,742,171

= 0.87921946 (四捨五入至小數第8位)

七、平均點值

預算(D2)

核定非浮動點數合計(M)+覆服透折追蹤處置費核定點數合計(P1)+核定浮動點數合計(P)

10,650,652,939

697,658,822 + 167,508,174 + 11,129,742,171

= 0.88793110 (四捨五入至小數第8位)

八、說明

本季結算費用年月包括：

1. 費用年月110/12(含)以前：於111/04/01~111/06/30期間核付者。
2. 費用年月111/01~111/03：於111/01/01~111/06/30期間核付者。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號
聯絡人：阮柏歡
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12月19日
發文字號：健保醫字第1110663814A號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：111年第2季「牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額
結算說明表」(附件)已確認並公布於本署全球資訊網，下
載路徑如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨111年1月22日「全
民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額111年第4次研商議
事會議」決定辦理。
- 二、旨揭牙醫門診總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下
載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療
費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門
總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/牙醫總
額。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法
規定，自111年12月15日起，牙醫門診總額費用之暫付、核
付，依111年第2季結算點值辦理，並於111年12月辦理該季
點值結算後追扣補付事宜。



正本：本署各分區業務組

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

2022/12/20
電 子 文 章
交 換 章



程式代號：KGB13108R01

111年第2季

衛生福利部中央健康保險署

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:111/04-111/06 核計截止日期:111/09/30

列印日期：111/10/28

頁次：31

2. 一般服務浮動每點支付金額 = [調整後分區一般服務預算總額(BD2)

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

臺北分區	= [4,287,346,762 - 787,012,648 - (25,865,184 + 0) - 125,682] / 3,227,065,947 = 1.07662605
北區分區	= [1,856,779,827 - 406,761,363 - (-32,985,698 + 0) - 80,993] / 1,280,426,381 = 1.15814793
中區分區	= [2,090,214,357 - 176,471,716 - (17,670,540 + 100,000) - 79,080] / 1,755,535,209 = 1.07995158
南區分區	= [1,471,784,013 - 213,136,981 - (9,422,187 + 5,059,872) - 57,245] / 1,101,847,873 = 1.12911025
高屏分區	= [1,615,219,654 - 150,329,036 - (12,692,159 + 938,230) - 32,069] / 1,335,819,409 = 1.08639547
東區分區	= [226,263,103 - 35,608,474 - (2,149,036 + 0) - 10,658] / 138,744,092 = 1.35856032

3. 一般服務全區浮動每點支付金額

= 加總[調整後分區一般服務預算總額(BD2)
- (核定非浮動點數(BG) + 緩起訴補助款)
- 自墊核退點數(BJ)]
/ 加總一般服務浮動核定點數(GF)
= [11,547,607,716 - (34,813,408 + 6,098,102) - 385,727] / 10,596,198,393 = 1.08589043

4. 一般服務分區平均點值

= [調整後分區一般服務預算總額(BD2)
/ [一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) + 緩起訴補助款 + 自墊核退點數(BJ)]
臺北分區 = [4,287,346,762] / [4,045,760,442 + 25,865,184 + 0 + 125,682] = 1.05294907
北區分區 = [1,856,779,827] / [1,669,670,490 + -32,985,698 + 0 + 80,993] = 1.13441999
中區分區 = [2,090,214,357] / [1,930,000,704 + 17,670,540 + 100,000 + 79,080] = 1.07308777
南區分區 = [1,471,784,013] / [1,300,548,169 + 9,422,187 + 5,059,872 + 57,245] = 1.11915294
高屏分區 = [1,615,219,654] / [1,482,045,495 + 12,692,159 + 938,230 + 32,069] = 1.07690310
東區分區 = [226,263,103] / [168,173,093 + 2,149,036 + 0 + 10,658] = 1.32835907

5. 一般服務全區平均點值

= [11,547,607,716] / [10,596,198,393 + 34,813,408 + 6,098,102 + 385,727] = 1.08555699

註：

- 自108年至110年第2季回歸總額緩起訴補助款，查分區已於追扣補付作業進行追扣，結算時亦列入一般服務核定點數之減項，造成重複扣減，爰自110年第3季起分4季自一般服務核定非浮動點數予以沖銷。
- 依衛生福利部111年3月28日衛部保字第1110112412號函，111年暫行執行「全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫藥利用目標值及保留款機制作業方案」。

程式代號：KGB13108R01
 111年第2季
 衛生福利部中央健康保險署
 牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
 結算主要費用年月起迄：111/04-111/06
 核件截止日期：111/09/30
 列印日期：111/10/28
 頁次：32

6. 牙醫門診總額平均點值—加總[依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2)]

+ 專款專用暫結金額
 + 移撥資源不足地區巡迴服務核實申報暫結金額+移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫暫結金額]
 /加總[一般服務核定浮動點數(GF)+核定非浮動點數(BG)+繰起折捐助款+自墊核退點數(BJ)
 + 專款專用已支用點數(含品質保證保留款)+ 移撥資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數]
 = [11,547,607,716 + 251,813,216 + 37,425,158 + 2,265,005]
 / [10,595,198,393 + 34,813,408 + 6,098,102 + 385,727 + 243,265,254 + 35,779,171] = 1.08451130

註：1. 專款專用暫結金額=牙醫特殊醫療服務結算金額(含一般服務支應之不足款)+醫療資源不足地區改善方案支付金額
 +網路擴充補助費用暫結金額+牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫暫結金額+0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫
 +12-18歲青少年口腔提升試辦計畫+高齲齒牙齒保存改善服務計畫+品質保證保留款預算
 = 99,914,949 + 56,852,716 + 34,779,070 + 1,165,000 + 107,942 + 1,383,986 + 6,085,803 + 51,523,750
 = 251,813,216

2. 品質保證保留款預算=106年各季品質保證保留款預算+111年品質保證保留款預算/4。

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：
 費用年月111/03(含)以前：於111/07/01~111/09/30期間核付者。
 費用年月111/04~111/06：於111/04/01~111/09/30期間核付者。
2. 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號
聯絡人：阮柏歡
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12月22日
發文字號：健保醫字第1110664193號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

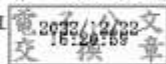
主旨：勸誤本署111年12月19日健保醫字第1110663814A號函(諒
達)說明一內容，詳如說明，請查照。

說明：

- 一、依據本署111年12月19日健保醫字第1110663814A號函辦理。
- 二、旨揭函文說明一『依據...暨111年1月22日「全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額111年第4次研商議事會議」決定辦理』之會議日期係為誤植，更正為『依據...暨111年11月22日「全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額111年第4次研商議事會議」決定辦理』。

正本：本署各分區業務組

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



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：鄧子川
聯絡電話：02-27065866 分機：3603
傳真：02-27069043
電子郵件：A110881@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年12月15日
發文字號：健保醫字第1110663982A號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：附件請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：111年第2季「中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額
結算說明表」(附件)已確認並公布於本署全球資訊網，下
載路徑如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨111年11月17日
「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額111年第4次研
商議事會議」決定辦理。
- 二、旨揭中醫門診總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下
載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療
費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門
總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/中醫總
額。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法
規定，自111年12月15日起，中醫門診總額費用之暫付、核
付，依111年第2季結算點值辦理，並於111年12月辦理點值
結算追扣補付事宜。



正本：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

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

2022/12/15
交 換 章



程式代號：RGB13108R02
 111年第2季
 衛生福利部中央健康保險署
 中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
 結算主要費用年月起迄：111/04-111/06
 核付截止日期：111/09/30
 列印日期：111/10/31
 頁次：25

2. 一般服務浮動每點支付金額 = [調整後分區一般服務預算總額(BD1)
 - (各分區一般服務核定非浮動點數(BG) + 緩起訴捐助款)
 / 各分區自墊核退點數(BJ)]

臺北分區	= [2,109,759,296	- (789,556,593 +	0) -	60,993] /	1,280,347,751 =	1.03108059
北區分區	= [905,117,325	- (368,181,256 +	272,761) -	19,842] /	541,346,512 =	0.99131232
中區分區	= [1,818,659,787	- (689,711,785 +	424,692) -	26,790] /	1,175,038,064 =	0.96039146
南區分區	= [1,018,649,495	- (408,666,910 +	11,575) -	22,434] /	607,027,294 =	1.00481244
高屏分區	= [1,149,912,796	- (452,035,623 +	0) -	4,378] /	707,911,297 =	0.98581955
東區分區	= [158,975,855	- (45,972,621 +	0) -	5,067] /	81,209,569 =	1.39143907

3. 全區浮動每點支付金額 = [加總調整後分區一般服務預算總額(BD1)
 - (加總核定非浮動點數(GG) + 緩起訴捐助款)
 / 加總自墊核退點數(GJ)]

	= [7,161,074,554	- (2,754,124,788 +	709,028) -	139,504] /	4,392,880,487 =	1.00300958
--	-------------------	---------------------	------------	-------------	-----------------	------------

註：自108年至110年第2季回歸總額緩起訴捐助款，高分區已於通知補付作業進行通知，結算時亦列入一般服務核定點數之減項，造成重複扣減，爰自110年第3季起分4季自一般服務核定非浮動點數予以沖銷。

4. 一般服務分區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)

$$= [\text{調整後分區一般服務預算總額(BD1)} / [\text{一般服務核定浮動點數(BF)} + \text{核定分區核定非浮動點數(BG)} + \text{緩起訴補助款} + \text{當地就醫分區自墊核退點數(BJ)}]]$$

臺北分區	= [2,109,759,296] / [1,280,347,751 + 789,556,593 + 0 + 60,993] = 1.01922446
北區分區	= [905,117,325] / [541,346,512 + 368,181,256 + 272,761 + 19,842] = 0.99483080
中區分區	= [1,818,659,787] / [1,175,038,064 + 689,711,785 + 424,692 + 26,790] = 0.87504744
南區分區	= [1,018,649,495] / [607,027,294 + 408,666,910 + 11,575 + 22,434] = 1.00287605
高屏分區	= [1,149,912,796] / [707,911,297 + 452,035,623 + 0 + 4,378] = 0.99134576
東區分區	= [158,975,855] / [81,209,569 + 45,972,621 + 0 + 5,067] = 1.24993540

5. 一般服務全區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)

$$= [7,161,074,554] / [4,392,880,487 + 2,754,124,788 + 709,028 + 139,504] = 1.00184961$$

6. 中醫門診總額平均點值

$$= [\text{加總調整後分區一般服務預算總額(BD1)} + \text{專款專用暫結金額} + \text{醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額(B4)}] / [\text{加總分區一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{加總分區核定非浮動點數(GG)} + \text{緩起訴補助款} + \text{加總分區自墊核退點數(GJ)} + \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款)} + \text{資源不足地區改善方案_論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B4)}]$$

$$= [7,161,074,554 + 203,760,866 + 53,675,357] / [4,392,880,487 + 2,754,124,788 + 709,028 + 139,504 + 206,586,925 + 53,675,357] = 1.00140315$$

註：
 1. 專款專用暫結金額 = 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 西醫住院病志中醫特定疾病輔助醫療計畫暫結金額 + 中醫提升學產照護品質計畫暫結金額 + 癌症患者加強照護整合方案暫結金額 + 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫暫結金額 + 中醫急重症處置計畫暫結金額 + 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算) + 中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案 + 網路病區補助費用暫結金額 + 品質保證保留款預算
 = 30,674,013 + 60,010,323 + 15,218,832 + 45,037,766 + 3,708,475 + 242,917 + 12,500,000 + 3,332,332 + 20,705,624 + 12,310,584 = 203,760,866
 2. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 111年品質保證保留款預算/4

五、機動額分區保留款方案，修正後一般服務費用總額

(一)分區一般服務預算總額 (BD1)	
臺北分區一般服務預算總額(BD1)	= 2,109,759,296
北區分區一般服務預算總額(BD1)	= 905,117,325
中區分區一般服務預算總額(BD1)	= 1,818,659,787
南區分區一般服務預算總額(BD1)	= 1,018,649,495
高屏分區一般服務預算總額(BD1)	= 1,149,912,796
東區分區一般服務預算總額(BD1)	= 158,975,855

總計 7,161,074,554

(二)保留款：

1.分區當季保留款(TI)=依各季預算占季調整後分區一般服務預算總額(BD1)			
- [一般服務核定浮動點數(GF)+ 核定非浮動點數(BG)+ 核定特種補助款 + 自墊核退點數(BJ)] × 1.2			
臺北分區當季保留款(TI)	= 0		
北區分區當季保留款(TI)	= 0		
中區分區當季保留款(TI)	= 0		
南區分區當季保留款(TI)	= 0		
高屏分區當季保留款(TI)	= 0		
東區分區當季保留款(TI)	= [158,975,855] - [81,209,569 + 45,972,621 + 0 + 5,067] × 1.2 = 5,351,147		

2. 分區累計保留款(T2) = 分區前季累計保留款(P) + 分區當季保留款(T1)

臺北分區累計保留款(T2) =	前季累計保留款	0(P) + 當季保留款	0(T1) =	0
北區分區累計保留款(T2) =	前季累計保留款	0(P) + 當季保留款	0(T1) =	0
中區分區累計保留款(T2) =	前季累計保留款	0(P) + 當季保留款	0(T1) =	0
南區分區累計保留款(T2) =	前季累計保留款	0(P) + 當季保留款	0(T1) =	0
高屏分區累計保留款(T2) =	前季累計保留款	0(P) + 當季保留款	0(T1) =	0
東區分區累計保留款(T2) =	前季累計保留款	0(P) + 當季保留款	0(T1) =	6,351,147

(三)修正後分區一般服務預算總額(BP2) = 調整後分區一般服務預算總額(BP1) (四捨五入至整數位) - 分區當季保留款(T1)

修正後臺北分區一般服務預算總額 =	2,109,759,296(BP1) -	0 =	2,109,759,296
修正後北區分區一般服務預算總額 =	905,117,325(BP1) -	0 =	905,117,325
修正後中區分區一般服務預算總額 =	1,818,659,787(BP1) -	0 =	1,818,659,787
修正後南區分區一般服務預算總額 =	1,018,649,495(BP1) -	0 =	1,018,649,495
修正後高屏分區一般服務預算總額 =	1,149,912,796(BP1) -	0 =	1,149,912,796
修正後東區分區一般服務預算總額 =	158,975,855(BP1) -	6,351,147 =	152,624,708

總計 7,154,723,407

註：保留款之運用係依據全民健康保險中醫門診總額點值保留款機制作業方案辦理。

程式代號：RGB13108R02

111年第2季

衛生福利部中央健康保險署

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:111/04-111/06

列印日期：111/10/31

頁次：29

六、修正後一般服務各分區點值之計算

1. 修正後一般服務浮動每點支付金額

$$= [\text{修正後分區一般服務預算總額(BD2)} - (\text{各分區一般服務核定非浮動點數(BG)} + \text{緩起拆捐助款}) - \text{各分區自墊核退點數(BJ)}] / \text{各分區一般服務核定浮動點數(BF)}$$

臺北分區 = [2,109,759,296
 北區分區 = [905,117,325
 中區分區 = [1,818,659,787
 南區分區 = [1,018,649,495
 高屏分區 = [1,149,912,796
 東區分區 = [152,624,708

60,993] / 1,280,347,751 = 1.03108059
 19,842] / 541,346,512 = 0.99131232
 26,790] / 1,175,038,064 = 0.96039146
 22,434] / 607,027,294 = 1.00481244
 4,378] / 707,911,297 = 0.98581955
 5,067] / 81,209,569 = 1.31323219

2. 修正後一般服務全區浮動每點支付金額

$$= [\text{加總修正後分區一般服務預算總額(BD2)} - (\text{加總核定非浮動點數(GG)} + \text{緩起拆捐助款}) - \text{加總自墊核退點數(GJ)}] / \text{加總一般服務浮動核定點數(GF)}$$

= [7,154,723,407

139,504] / 4,392,880,487 = 1.00156380

註：自108年至110年第2季回歸總額緩起拆捐助款，查分區已於通知補付作業進行通知，結算時亦列入一般服務核定點數之減項，造成重複扣減，爰自110年第3季起分4季自一般服務核定非浮動點數予以沖銷。

3. 修正後一般服務分區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)

$$= \frac{[修正後分區一般服務預算總額(BD2)]}{[一般服務核定浮動點數(BF)] + 分區核定非浮動點數(B5) + 緣起訴補助款 + 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]}$$

臺北分區	= [2,109,759,296] / [1,280,347,751 + 789,556,593 + 0 + 60,993] = 1.01922446
北區分區	= [905,117,325] / [541,346,512 + 368,181,256 + 272,761 + 19,842] = 0.99483080
中區分區	= [1,818,659,787] / [1,175,038,064 + 689,711,785 + 424,692 + 26,790] = 0.87504744
南區分區	= [1,018,649,495] / [607,027,294 + 408,666,910 + 11,575 + 22,434] = 1.00287605
高屏分區	= [1,149,912,796] / [707,911,297 + 452,035,623 + 0 + 4,378] = 0.99134576
東區分區	= [152,624,708] / [81,209,569 + 45,972,621 + 0 + 5,067] = 1.20000000

4. 修正後一般服務全區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)

$$= \frac{[7,154,723,407]}{[4,392,880,487 + 2,754,124,788 + 709,028 + 139,504]} = 1.00096107$$

5. 修正後中醫門診總額平均點值

$$= \frac{[修正後分區一般服務預算總額(BD2) + 專款專用暫結金額 + 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額(B3)]}{[加總分區一般服務核定浮動點數(GF) + 加總分區核定非浮動點數(GG) + 緣起訴補助款 + 加總分區自墊核退點數(GJ)] + 專款專用已支用點數(含品質保證保留款) + 資源不足地區改善方案_論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B4)}$$

$$= \frac{[7,154,723,407 + 203,760,866 + 53,675,357]}{[4,392,880,487 + 2,754,124,788 + 709,028 + 139,504 + 206,586,925 + 53,675,357]} = 1.00054583$$

註：
 1. 專款專用暫結金額 = 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫暫結金額 + 中醫提升學產照護品質計畫暫結金額 + 癌症患者加強照護整合方案暫結金額 + 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫暫結金額 + 中醫急症或重症計畫暫結金額 + 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(各計畫加當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算) + 中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案 + 網路遠端諮詢費用暫結金額 + 品質保證保留款預算
 = 30,674,013 + 60,010,323 + 15,218,832 + 45,057,766 + 3,708,475 + 242,917 + 12,500,000 + 3,332,332 + 20,705,624 + 12,310,584 + 203,760,866

2. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 111年品質保證保留款預算/4

七、說明
 1. 本季結算費用年月份包括：
 費用年月111/03(含)以前：於111/07/01~111/09/30期間核付者。
 費用年月111/04~111/06：於111/04/01~111/09/30期間核付者。

檔 號：

保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段140號

聯絡人：張毓芬

聯絡電話：02-27065866 分機：2629

電子郵件：A111037@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年12月9日

發文字號：健保醫字第1110663900A號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：請自本署全球資訊網自行擷取

主旨：檢送111年第2季「醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表」，已公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨111年11月23日全民健康保險醫療給付費用醫院總額111年第4次研商議事會議決定辦理。
- 二、旨揭醫院總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/醫院總額。
- 三、另依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法

規定，自111年12月15日起暫付、核付之醫院總額費用依111年第二季點值辦理，並於111年12月辦理點值結算追扣補付事宜。

正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會、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、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫審及藥材組



程式代號：rgbi3108-r04

111年第2季

衛生福利部中央健康保險署

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:111/04-111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/11/25

頁次：44

5. 非偏遠地區門住診一般服務浮動每點支付金額

[調整後分區門診一般服務預算總額 (BD4) + 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)

- (加總(門住診非偏遠地區投保該分區其他五分區跨區就醫核定浮動點數 x 前季全區浮動點值)(AF1+AF3)

- (加總(門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG3)-藥品給付協議)

- 加總(門住診非偏遠地區投保該分區核定浮動點數 x 前季就醫分區平均點值)(AF2+AF4)

- 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG2+BG4)

- 加總(門住診當地就醫分區自費核定點數)(BJ1+BJ3)]

/ 加總(門住診非偏遠地區投保該分區當地就醫一般服務核定浮動點數)(BF1+BF3)

臺北分區 = [19,322,408,461 + 24,640,294,812 - 3,910,167,254 - (21,956,539,557 - 507,178,328) - 14,452,967] / 18,706,644,912 = 0.97758668

北區分區 = [7,192,465,583 + 10,064,169,177 - 2,467,849,067 - (8,580,546,183 - 192,700,965) - 8,754,637] / 6,199,186,529 = 1.02664348

中區分區 = [9,297,831,348 + 13,077,131,404 - 995,736,517 - (11,008,705,851 - 281,267,686) - 8,363,750] / 10,441,807,792 = 0.94656346

南區分區 = [7,283,079,694 + 10,478,064,216 - 1,347,163,873 - (8,862,632,478 - 247,088,410) - 3,486,237] / 7,470,477,970 = 1.03742816

高屏分區 = [7,604,395,016 + 11,123,048,359 - 984,293,537 - (8,955,922,670 - 203,797,245) - 78,192,977] / 8,427,395,752 = 1.05094737

東區分區 = [1,241,197,067 + 2,174,338,662 - 270,542,886 - (1,562,593,970 - 23,154,955) - 50,312,748] / 1,371,923,705 = 1.11562329

6. 非偏遠地區門住診一般服務全區浮動每點支付金額 = [調整後門診一般服務預算總額 (D4) + 調整後住診一般服務預算總額(D3)

- (加總(門住診核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4)-藥品給付協議)

- 加總(門住診自費核定點數)(BJ1+BJ3)]

/ 加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

= [51,941,377,169 + 71,557,046,630 - (61,603,232,538 - 1,455,187,589) - 38,525,484] / 64,133,948,481 = 0.98718159

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

程式代號：rgbi3108r04

111年第2季

衛生福利部中央健康保險署

醫院總額各分區一般服務費點數支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:111/04-111/06

列印日期：111/11/25

頁次：45

核付截止日期:111/09/30

7. 非偏遠地區門診一般服務分區平均點數 = [調整後分區門診一般服務預算總額 (BD4) + 調整後分區門診一般服務預算總額 (BD3)]

÷ [加總(門診一般服務核定浮動點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

+ 加總(門診特設分區核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4) - 藥品給付協議

+ 加總(門診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

臺北分區 = [19,322,408,461 + 24,640,294,812] ÷ [23,117,099,787 + 22,097,345,514] - 507,178,328 + 14,452,967] = 0.98302801

北區分區 = [7,192,465,583 + 10,064,169,177] ÷ [8,890,786,604 + 8,593,197,529] - 192,700,965 + 8,754,637] = 0.99749116

中區分區 = [9,297,831,348 + 13,077,131,404] ÷ [11,876,638,767 + 11,432,643,791] - 281,267,680 + 8,363,750] = 0.97128820

南區分區 = [7,283,079,694 + 10,478,064,216] ÷ [8,955,617,956 + 8,884,223,896] - 247,088,410 + 3,486,237] = 1.00937156

高屏分區 = [7,604,395,016 + 11,123,048,359] ÷ [9,575,164,223 + 9,009,081,208] - 203,797,245 + 2,923,477] = 1.01871646

東區分區 = [1,241,197,067 + 2,174,338,062] ÷ [1,718,641,084 + 1,586,740,600] - 23,154,955 + 544,416] = 1.04044284

8. 非偏遠地區門診一般服務全區平均點數

= [51,941,377,169 + 71,557,046,630] ÷ [64,133,948,481 + 61,603,232,538] - 1,455,187,589 + 38,525,484] = 0.99338729

9. 醫院醫療給付費用總額平均點數(不含門診透析)

= 加總[調整後分區門診一般服務預算總額 (BD4) + 調整後分區門診一般服務預算總額 (BD3)] + 專款專用暫結金額]

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

+ 專款專用已支用點數(含品質保證保留款)]

= [51,941,377,169 + 71,557,046,630 + 6,967,620,318]

÷ [64,133,948,481 + 61,603,232,538 - 1,455,187,589 + 38,525,484 + 6,968,282,358]

= 0.99373323

註：

- 專款專用暫結金額 = C型肝炎藥費暫結金額 + 罕見疾病、血液病藥費及罕見疾病特材暫結金額 + 後天免疫缺乏病專治藥費暫結金額 + 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質暫結金額 + 醫療給付改善方案暫結金額 + 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 急診品質提升方案暫結金額 + 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫暫結金額 + 鼓勵院所建立轉診合作機制暫結金額 (各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算) + 品質保證保留款預算 + 網路頻寬補助費用暫結金額 + 住院整合照護服務試辦計畫暫結金額 + 鼓勵RC、RCW病人脫離呼吸器、蒼莖DNR及安寧療護計畫暫結金額 + 精神科長效針劑藥費暫結金額 = 455,908,890 + 2,954,232,884 + 1,069,754,963 + 1,230,032,900 + 314,456,102 + 24,731,768 + 22,855,342 + 151,064,348 + 45,053,650 + 332,112,029 + 36,927,111 + 0 + 330,490,271 = 6,967,620,318

2. C型肝炎藥費專款專用已支用點數，暫結金額已扣除藥品給付協議。

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

4. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 111年品質保證保留款預算/4。

5. 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫第4季暫結金額 = 第4季已支用點數 + 全年「核算各院所上下限額度」已支用點數。

五、說明

1. 本年結算費用年月包括：

費用年月111/03(含)以前:於111/07/01~111/09/30期間核付者。

費用年月111/04~111/06:於111/04/01~111/09/30期間核付者。

2. 當地就醫分區未跨區指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

檔 號：
保存年限：



衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號
聯絡人：林其瑩
聯絡電話：02-27065866 分機：3618
傳真：02-27069043
電子郵件：a111149@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11月30日
發文字號：健保醫字第1110663831號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：111年第2季「西醫基層總額各分區一般服務每點支付金額
結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑
如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定辦理。
- 二、有關111年第2季西醫基層總額一般服務部門點值業於111年11月15日以健保醫字第1110663620號函請全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議代表書面確認在案。旨揭結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/西醫基層。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自111年12月15日起，西醫基層總額費用之暫付及核付，依111年第2季結算點值辦理，並於111年12月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。





正本：本署各分區業務組

副本：王代表宏育、古代表有馨、朱代表建銘、朱代表益宏、吳代表欣席、吳代表國治、吳代表順國、李代表紹誠、李代表承光、周代表思源、周代表慶明、林代表名男、林代表育正、林代表旺枝、林代表煥洲、林代表警揚、林代表懿君、林代表應然、邱代表泰源、洪代表一敬、徐代表超群、馮代表海霞、張代表孟源、梁代表淑政、許代表驪洪、連代表哲震、陳代表志明、陳代表相國、陳代表農康、黃代表兆杰、黃代表信彰、黃代表振國、黃代表啟嘉、楊代表宜青、楊代表宜璋、趙代表善楷、蔡代表有成、蔡代表淑鈴、鄭代表俊堂、鄭代表英傑、盧代表榮福、賴代表聰宏、藍代表毅生、顏代表鴻順、蘇代表主光、蘇代表東茂、衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國藥師公會全國聯合會、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、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署違規查處室、各縣市醫師公會

電 2022/11/13
交 18:18 文章



衛生福利部中央健康保險署
西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支全額結算說明表
111年第2季
列印日期：111/11/02
頁次：36

西醫基層醫療給付費用年月起迄:111/04-111/06
結算主要費用年月起迄:111/04-111/06
核付截止日期:111/09/30

- 註：1. 依據111年3月3日西醫基層總額研商議事會議111年第1次會議決議，點值落後地區係指臺北以外五分區之點值低於「五分區浮動點值」且不想過每點1元之地區。
2. 撥補點值落後地區之預算 = [(五分區浮動點值 - 該區浮動點值) × 五分區一般服務預算(不含違規處、專款項目及其他部門)占率] × 當季風險調整撥款。
3. 五分區一般服務預算占率(BD1_P) = 各分區一般服務預算(BD1) / 加總五分區一般服務預算總額。
4. 撥補後五分區之估算浮動點值(Z2) = [撥補後五分區一般服務預算總額(BD6) - 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季投保分區浮動點值(AF) - (投保該分區核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 緩起訴捐助款) - 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)] / 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)
5. 撥補前與撥補後點值排序不變，若撥補後影響點值排序，則受撥補分區最高補至與原點值排序前一名之分區點值，且點值不想過每點1元為止。
6. 當季剩餘款依五分區移撥後之預算(不含違規處、專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算)占率攤回五分區。

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

1. 一般服務分區浮動每點支全額	= [風險調整移撥款調整後一般服務預算總額(BD7) + 該分區新增醫療分業地區所增加之藥品調劑費用
	- (投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季投保分區浮動點值(AF)
	- (投保該分區核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 緩起訴捐助款) - 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]
	／ 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)
臺北分區 =	[10,590,550,451 + 512,946 - 1,467,876,226 - (2,898,891,320 - 5,408,757 + 433,601) / 5,941,714,599 = 1.04839620
北區分區 =	[4,957,952,247 + 3,790,400 - 765,269,224 - (1,375,446,378 - 4,125,334 + 306,415) / 2,476,516,348 = 1.14026894
中區分區 =	[5,988,701,775 + 1,885,494 - 360,785,018 - (1,683,645,815 - 2,629,264 + 428,003) / 3,633,501,403 = 1.08650613
南區分區 =	[4,616,265,762 + 11,196,722 - 446,651,745 - (1,315,025,279 - 2,701,048 + 422,954) / 2,585,287,437 = 1.10926135
高屏分區 =	[4,992,122,016 + 6,172,556 - 324,892,621 - (1,504,405,434 - 4,327,518 + 191,626) / 3,004,044,371 = 1.05624573
東區分區 =	[656,582,418 + 18,818,370 - 74,228,642 - (214,852,735 - 924,777 + 64,418) / 320,185,336 = 1.20923642

2. 一般服務全區浮動每點支全額	= 加總[風險調整移撥款調整後一般服務預算總額(BD7)
	+ 該分區新增醫療分業地區所增加之藥品調劑費用
	- (核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 緩起訴捐助款)
	- 自墊核退點數(BJ)]
	／ 加總一般服務浮動核定點數(GF)
	= [31,802,174,669 + 42,376,488 - (8,992,266,961 - 20,116,698 + 2,102,008) - 1,659,919] / 21,159,359,689 = 1.08078124

- 註：1. 藥品給付協議回數金額回歸總額，依據「全民健康保險給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。
2. 自108年至110年第2季回歸總額緩起訴捐助款，查分區已於追扣補付作業進行追扣，結算時亦列入一般服務核定點數之減項，造成重複扣減，爰自110年第3季起分4季自一般服務核定非浮動點數予以沖銷。

程式代號：rgbi3108r03

111年第2季

衛生福利部中央健康保險署

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支全額結算說明表

結算主要費用年月起迄:111/04-111/06

列印日期：111/11/02

頁次：37

3. 一般服務分區平均點值	= [風險調整移撥款調整後一般服務預算總額(BD7) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用] / [一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 512,946] / [7,380,774,895 + 2,898,891,320 - 3,790,400] / [3,161,737,766 + 1,375,446,378 - 1,885,494] / [3,959,321,888 + 1,683,645,815 - 11,196,722] / [2,976,130,765 + 1,315,025,279 - 6,172,556] / [3,296,440,770 + 1,504,405,434 - 18,818,370] / [384,953,605 + 214,852,735 - 42,376,488] / [21,159,359,689 + 8,992,266,961 - 20,116,698 + 2,102,008 + 1,659,919] = 1.95672022
4. 一般服務全區平均點值	= [31,802,174,669 + 42,376,488] / [21,159,359,689 + 8,992,266,961 - 20,116,698 + 2,102,008 + 1,659,919 + 1,102,916,245] = 1.05471762
5. 西醫基層醫療給付費用總額平均點值	= 加總 [風險調整移撥款調整後一般服務預算總額(BD7) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用 + 專款專用暫結金額(註)] / 加總分區 [一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 緩起訴協議 + 緩起訴補助款 + 自墊核退點數(BJ) + 專款專用已支用點數(含品質保證保留款)] = [31,802,174,669 + 42,376,488 + 1,102,916,245] / [21,159,359,689 + 8,992,266,961 - 20,116,698 + 2,102,008 + 1,659,919 + 1,102,916,245] = 1.05471762

註：

- 專款專用暫結金額 = C型肝炎藥費暫結金額 + 家庭醫師整合性照護計畫暫結金額 + 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 醫療給付改善方案暫結金額 + 鼓鑿院所建立轉診之合作機制暫結金額 + 罕見疾病、血液病療費及罕見疾病轉材 + 後天免疫缺乏病毒治療藥費 + 網路類寬補助費用 + 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫 + 代謝症候群防治計畫暫結金額 + 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質付酬(pay for value)計畫暫結金額 + 精神科長效針劑藥費暫結金額 (各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算) + 品質保證保留款預算 = 145,571,265 + 641,482,680 + 32,859,821 + 130,794,989 + 32,120,600 + 83,486 + 55,140,752 + 4,204,774 + 900 + 3,975,416 + 56,284,474 = 1,102,916,245
- C型肝炎用藥專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議。
- 罕見疾病及血液病療費、後天免疫缺乏病毒治療藥費、精神科長效針劑藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。
- 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 111年品質保證保留款預算/4

七、說明

- 本季結算費用年月包括：
費用年月111/03(含)以前：於111/07/01~111/09/30期間核付者。
費用年月111/04~111/06：於111/04/01~111/09/30期間核付者。
- 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號
聯絡人：歐舒欣
聯絡電話：02-27065866 分機：2614
傳真：02-27069043
電子郵件：A110666@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12月9日
發文字號：健保醫字第1110663902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111年第2季「全民健康保險其他部門結算說明表」，
並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定：「保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額及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」。
- 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、本署醫務管理組

2022/12/09
18:24:52
電文
交換章

111.12.12



1113340264

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			265.2	43.8%
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 ^{註1}		1,500.0	36.3	195.4			231.7	15.4%
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			683.1	41.3%
推動促進醫療體系整合計畫		450.0	40.7	44.4			85.1	18.9%
1.醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫			8.9	9.8			18.7	
2.跨層級醫院合作計畫			14.2	17.5			31.8	
3.急性後期整合照護計畫			16.2	16.0			32.2	
4.遠距醫療給付計畫			1.3	1.12			2.4	
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 ^{註2}		290.0	0.32	0.10			0.4	0.1%
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 ^{註3}		1,900.0	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	0.0%
腎臟病照護及病人衛教計畫 ^{註4}		450.0	97.3	92.8			190.1	42.2%
1.Pre-ESRD之病人照護與衛教計畫			66.2	63.6			129.8	
2.初期慢性腎臟病醫療給付改善方案			19.8	17.9			37.7	
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	
※慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫(另行結算)			11.3	11.3			22.5	
提升用藥品質之藥事照護計畫 ^{註5}		30.0	0.001	0.09			0.1	0.3%
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			3,019.9	41.4%
1.居家醫療與照護			972.2	957.1			1,929.3	
2.助產所			0.8	1.2			2.0	
3.精神疾病社區復健			535.9	533.3			1,069.2	
4.轉銜長照2.0之服務			10.3	9.0			19.3	
提升保險服務成效		600.0	42.9	80.5			123.4	20.6%
基層總額轉診型態調整費用 ^{註6}		800.0	47.4	219.6			267.0	33.4%
總計		16,579.2	2,265.1	2,601.0	0.0	0.0	4,866.1	29.4%

註：1.因資料上傳獎勵費未及於當季結算前完成過帳、遞延1季納入結算，故執行率偏低。

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：歐舒欣
聯絡電話：02-27065866 分機：2614
傳真：02-27069043
電子郵件：A110666@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12月15日
發文字號：健保醫字第1110664046號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨 (A210300001_1110664046_doc2_Attach1.pdf、
A210300001_1110664046_doc2_Attach2.pdf)

主旨：有關貴會推薦本署「全民健康保險醫療給付費用各總額研商議事會議」及「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」之代表，其任期將於111年12月31日屆滿，請於112年2月24日前推薦112-113年之代表名單，並請填復基本資料表及利益揭露聲明書(附件)，俾利辦理聘任事宜，請查照。

說明：

- 一、依「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」及「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法」規定辦理。
- 二、請貴會依前開規定推派全民健康保險醫療給付費用各總額研商議事會議保險付費者代表各2名(共10名)及全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議之被保險人代表及雇主代表各1名(共2名)。

正本：衛生福利部全民健康保險會

電子
文
騎
印



副本：

電 2022/12/16
交 換 章

界

訂

維

公換章
Fと建



所有條文

法規名稱：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法

修正日期：民國 108 年 02 月 25 日

法規類別：行政 > 衛生福利部 > 社會保險目

- 第 1 條 本辦法依全民健康保險法（以下稱本法）第四十一條第四項規定訂定之。
- 第 2 條 保險人為辦理醫療服務給付項目及支付標準之擬訂事項，應至少每六個月召開一次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議（以下稱本會議），並於必要時召開臨時會。
- 第 3 條 本會議召開時，應邀請下列代表參加：
一、主管機關代表一人。
二、專家學者二人。
三、被保險人代表二人。
四、雇主代表二人。
五、保險醫事服務提供者代表三十一人。
- 第 4 條 本會議主席，由保險人指派高階主管人員一人擔任。
- 第 5 條 第三條保險醫事服務提供者代表之名額分配如下：
一、醫療給付費用總額部門（以下稱各總額部門）推派代表，其名額如下：
（一）醫院總額推派十二人。
（二）西醫基層總額推派六人。
（三）牙醫門診總額推派一人。
（四）中醫門診總額推派一人。
二、下列醫事團體之代表各一人：
（一）中華民國醫師公會全國聯合會。
（二）台灣醫院協會。
（三）中華民國牙醫師公會全國聯合會。
（四）中華民國中醫師公會全國聯合會。
（五）中華民國護理師護士公會全國聯合會。
（六）中華民國藥師公會全國聯合會。

- (七) 中華民國物理治療師公會全國聯合會。
- (八) 中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會。
- (九) 中華民國助產師助產士公會全國聯合會。
- (十) 中華民國醫事放射師公會全國聯合會。
- (十一) 其他醫事服務機構。

- 第 6 條** 第三條及前條代表，應依下列方式產生：
- 一、主管機關代表：由該機關指派。
 - 二、專家學者：由保險人遴選。
 - 三、被保險人代表及雇主代表：由保險人洽請全民健康保險會自該會委員中推派各一人，其餘由保險人遴選。
 - 四、保險醫事服務提供者之各總額部門代表：由保險人洽請審查業務受委託專業機構、團體推派；無受委託專業機構、團體時，依下列規定辦理：
 - (一) 醫院總額，由台灣醫院協會推派。
 - (二) 西醫基層總額，由中華民國醫師公會全國聯合會推派。
 - (三) 牙醫門診總額，由中華民國牙醫師公會全國聯合會推派。
 - (四) 中醫門診總額，由中華民國中醫師公會全國聯合會推派。
 - 五、保險醫事服務提供者之醫事團體代表：由保險人洽請該專業機構、團體推派。
- 第 7 條**
- 1 本會議之代表均為無給職。任期二年，期滿得續任之，代表機關出任者，應隨其本職進退。
 - 2 本會議代表由全民健康保險會遴薦推派者，於任期內失去委員身分時，得由該會重行遴選推派。
 - 3 代表保險醫事服務提供者出任者，若有變動，應依前條規定重新推派。
- 第 8 條**
- 1 保險人得就有關本會議之議題，向相關團體或專家諮詢；其提供之意見，得以書面方式，併入本會議提案內說明。
 - 2 被諮詢之團體代表或專家，經主席指定者，得列席本會議說明。
- 第 9 條** 本會議議案未達成共識者，保險人於報主管機關核定時，應一併提出各方代表不同意見、不同方案之優缺點分析及其財務評估等項資料。
- 第 10 條**
- 1 本會議代表於出席首次會議前，應填具利益揭露聲明書，聲明其本人、配偶或直系親屬業務上之利益，與本會議討論事項有無相涉情事。
 - 2 本會議代表違反前項之規定，且情節重大者，經本會議決議後，保險人得予更換；其缺額，由保險人依第六條規定辦理。
- 第 11 條**
- 1 保險人於辦理本辦法業務時，應將下列事項對外公開：
 - 一、利益揭露聲明書。

二、會議議程。

三、會議內容實錄。

2 前項第二款事項，應於開會七日前對外公開，並送交本會議代表。

- 第 12 條
- 1 本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。
 - 2 本辦法修正條文，自發布日施行。

資料來源：全國法規資料庫

全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點

101 年 10 月 30 日健保醫字第 1010009170 號公告
101 年 11 月 29 日健保醫字第 1010074100 號修訂公告
102 年 9 月 18 日健保醫字第 1020033811 號修訂公告
105 年 10 月 25 日健保醫字第 1050034087 號修訂公告
110 年 1 月 8 日健保醫字第 1090034643 號修訂公告

- 一、全民健康保險保險人(以下稱保險人)為辦理總額支付制度之研商事宜，特訂定本作業要點。
- 二、保險人應依全民健保醫療給付費用總額部門(以下稱各總額部門)至少每 3 個月召開一次會議，必要時得召開臨時會議。
- 三、保險人召開各總額部門會議時，應依會議類別分別邀請下列代表出席：
 - (一) 保險付費者代表 2 名。
 - (二) 保險醫事服務提供者代表之名額分配如下：
 1. 醫院總額：
 - (1) 各層級醫院代表 20 名至 28 名，由台灣醫院協會推薦。
 - (2) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (3) 特殊材料提供者代表 1 名。
 - (4) 藥品提供者代表 1 名。
 - (5) 中華民國護理師護士公會全國聯合會代表 1 名。
 - (6) 西醫基層代表 2 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
 - (7) 中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。
 2. 西醫基層總額：
 - (1) 西醫基層醫事服務提供者代表 18 至 29 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
 - (2) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 3 名。
 - (3) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (4) 藥品提供者代表 1 名。
 - (5) 中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (6) 中華民國物理治療師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (7) 醫院代表 2 名，由台灣醫院協會推薦。
 3. 牙醫門診總額：

- (1) 牙醫門診相關醫療服務提供者代表 15 名，由中華民國牙醫師公會全國聯合會推薦。
 - (2) 中華民國牙醫師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (3) 台灣醫院協會代表 4 名。
 - (4) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (5) 中華牙醫學會代表 1 名。
 - (6) 中華民國醫院牙科協會代表 2 名。
4. 中醫門診總額：
- (1) 中醫門診醫療服務提供者代表 18 名，由中華民國中醫師公會全國聯合會推薦。
 - (2) 台灣醫院協會代表 2 名。
5. 門診透析：
- (1) 醫院門診透析醫療服務提供者 5 至 9 名，由台灣醫院協會推薦。
 - (2) 台灣醫院協會代表 1 名。
 - (3) 西醫基層診所門診透析醫療服務提供者 4 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
 - (4) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (5) 台灣腎臟醫學會代表 1 名。
- (三) 專家學者 3 名。
- (四) 政府機關代表：
1. 主管機關代表 1 名。
 2. 保險人代表 2 名。
 3. 中醫門診總額：主管機關所屬中醫藥管理政策之單位代表 1 名。
 4. 牙醫門診總額：主管機關所屬牙醫管理政策之單位代表 1 名。

前項代表應考量性別衡平性，各團體推派代表及代理人時任一性別以不低於 3 分之 1 為原則，並依下列方式產生：

- (一) 保險付費者代表由保險人洽請全民健康保險會自該會推派。
- (二) 保險醫事服務提供者，由保險人洽請各醫事團體推派。
- (三) 專家學者由保險人遴選。
- (四) 機關代表由該機關指派。

四、本會議代表均為無給職，其任期為 2 年，期滿得續任之，代表機關出任者，應隨其本職進退。

本會議代表由全民健康保險會遴薦推派者，於任期內失去代表身分，得由該會重行遴選推派。

代表保險醫事服務提供者出任者，若有變動，應依前點規定重新推派。

五、保險人得就會議相關議題向相關團體或專家諮詢，其提供之意見，得以書面方式併入本會議提案內說明。

被諮詢之團體代表或專家，得列席本會議說明。

六、代理人及列席單位出席規範：

(一) 研商議事會議代表，除本條第(二)款之代表及列席單位外，應於指(推)派代表時一併提報順位代理人 2 名。代表因故不能出席會議時，得依代理人順位由 1 人代理出席。

(二) 由保險人遴選之專家學者代表，應親自出席，不得代理。

(三) 列席單位出席人員以 2 名為限。

七、本會議代表於出席首次會議前，應填具利益揭露聲明書，聲明其本人、配偶或直系親屬業務上之利益，與本會議討論事項有無相涉情事。

本會議代表違反前項之規定，且情節重大者，經本會議決議後，保險人得予更換；其缺額保險人得依本要點辦理改推派事宜。

八、保險人於辦理本作業要點業務時，應將會議全程錄音列入檔案備查，並將下列事項對外公開：

(一) 會議議程。

(二) 會議內容實錄。

(三) 利益揭露聲明書。

全民健康保險醫療品質資訊公開指標項目增修意見彙整表

項次	整體性/機構別	總額/疾病別	原指標項目名稱	修訂意見或增修指標項目名稱	建議單位	增修意見說明	會議共識結論
1	整體性/機構別	醫院總額/西醫基層總額	同(跨)醫院(院所)門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓(口服)、降血脂(口服)、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜	建議修正指標名稱	中央健康保險署	一、指標名稱修正，安眠鎮靜，增加(口服)兩字。 二、文字修正與醫院及西醫基層總額支付制度品質確保方案專業醫療服務品質指標相同。	同意修正。 考量項目名稱與統計定義一致性。
2	整體性/機構別	醫院總額/西醫基層總額	慢性病開立慢性處方連續處方箋百分比	建議修正指標名稱	台灣醫院協會	指標名稱修改為「 <u>慢性病連續處方箋開立率</u> 」。	同意修正。 考量指標名稱應明確易懂並尊重各專業團體意見。
3	整體性/機構別	醫院總額/西醫基層總額	每張處方藥品大於十項之比率	建議修正指標名稱	台灣醫院協會	一、指標名稱增加「排除門診手術、急診案件」及「等於」、「門診」文字。 二、建議增加排除門診手術(案件分類03)、急診案件(案件分類02)。	同意修正 指標名稱 為「 <u>門診每張處方箋開藥項數大於等於十項之案件比率</u> 」。考量指標定義，醫院總額已排除重大傷病、居家醫療整合照護計畫、醫院以病人為中心門診整合照護計畫、急診、門診手術、立刻使用及需要時使用之藥品等，不於指標名稱逐項明列。西醫基層總額，

項次	整體性/機構別	總額別/疾病別	原指標項目名稱	修訂意見或增修指標項目名稱	建議單位	增修意見說明	會議共識結論
							維持原指標定義，並列為參考指標。
4	整體性	醫院總額	手術傷口感染率	建議修正指標名稱	中央健康保險署	<p>一、指標名稱修改為「住院手術傷口感染率」。</p> <p>二、文字修正與「醫院總額支付制度品質確保方案專業醫療服務品質指標」相同。</p>	<u>同意修正</u> 。考量項目名稱與統計定義一致性。
5	整體性	醫院總額	新增	失智者使用服藥安寧率	中央健康保險署	<p>一、配合衛福部「失智症防治照護政策綱領暨行動方案」。</p> <p>二、醫院總額支付制度品質確保方案專業醫療服務品質指標，已於109年新增本項指標，建議同步於公開辦法新增。</p>	<u>同意新增</u> 。考量配合衛福部「失智症防治照護政策綱領暨行動方案」及參考醫院總額支付制度品質確保方案專業醫療服務品質指標項目之一致性。
6	整體性	西醫基層總額	剖腹產率-整體、自來應症	建議列為參考指標	中華民國醫師公會全國聯合會	建議依衛福部110年1月18日公告之「全民健康保險西醫基層總額品質確保方案」，該指標之參考值訂為「參考指標不另訂定參考值」。	<u>同意列為參考指標</u> 。本項不涉及辦法實質修訂。
7	整體性/機構別	牙醫門診	十三歲以上牙醫就	建議修訂年齡範圍	牙醫師公會	配合支付標準修定，將「十三歲」改為「十二	<u>同意修正</u> 。配合支付標準修改，年齡由

項次	整體性/機構別	總額別/疾病別	原指標項目名稱	修訂意見或增修指標項目名稱	建議單位	增修意見說明	會議共識結論
	構別	總額	全石以上執行之 病人結核/口 牙清除三病全 石清除比率		會全 國聯 合會	歲」。	「十三歲」下 修至「十二 歲」。
8	整體性	牙醫 門診 總額	院所加強 感染管 費申 報率	建議修訂指 標名稱	中央 健康 保險 署	一、指標名稱修 改。 二、文字修正與 牙醫門診總 額支付制度 品質確保方 案專業醫療 服務品質指 標相同。	<u>同意修正</u> 指標 名為「院所 牙醫門診加 強感染管 費申 報率」。牙醫 門診總額支 付制度品質 確保方案專 業醫療服務 品質指標名 稱一致性。
9	整體性	牙醫 門診 總額	周病統 合治療實 之方案後 療追蹤治 率	建議修訂指 標名稱	中央 健康 保險 署	一、指標名稱刪 除「實施」 兩字。 二、文字修正與 牙醫門診總 額支付制度 品質確保方 案專業醫療 服務品質指 標相同。	<u>同意修正</u> 指標 名為「牙周 病統合治療 案後之追蹤 治療率」。 牙醫門診總 額支付制度 品質確保方 案專業醫療 服務品質指 標一致性。
10	整體性	中醫 門診 總額	院所處每 十比 院科數於 之 於針置月 五次率	建議修訂指 名 義及 稱	華 國 醫 公 全 聯 合 會	為維護民眾就 醫權益，治療 數相對會影響 傷病的恢復速 度，民眾到院 看診針灸、傷 科處置，每月 針傷處置限十 五次，影響急 性疾病(例如： CVA、顏麻、 急性扭、拉、	<u>同意修正</u> 。 尊重中華民國 中醫公會全 國聯合會專 業意見及考 量標準針傷 項目修訂， 由「十次」 修正為「二 十次」。

項次	整體性/機構別	總額別/疾病別	原指標項目名稱	修訂意見或增修指標項目名稱	建議單位	增修意見說明	會議共識結論
						鈍、挫、傷等之治療)在針傷的給付已訂有不支付的上限，在範圍內應可放寬至二十次，故本指標修正後，相關處置是否合宜，應可回到專業審查端處理。	
11	整體性	中醫門診總額	新增	健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率	中醫公會全國聯合會	<p>一、配合政府政策，增進民眾就醫安全。</p> <p>二、中醫門診總額支付制度品質確保方案專業醫療服務品質指標，已於108年新增本項，建議同步於公開辦法新增。</p>	<u>同意新增。</u> 尊重中華民國中醫師公會全國聯合會專業意見。
12	整體性	中醫門診總額	新增	兩年內初診患者人數比率	中醫公會全國聯合會	<p>一、增進民眾初診就醫品質，提升中醫就醫率。</p> <p>二、中醫門診總額支付制度品質確保方案專業醫療服務品質指標，已於108年新增本項，建議同步於公開辦法新增。</p>	<u>同意新增。</u> 尊重中華民國中醫師公會全國聯合會專業意見。
13	整體性	門診透析	新增	B型肝炎表面抗原	中央健康	門診透析總額支付制度品質確保方案專業	<u>同意新增。</u> 考量與門診透析總額品質確

項次	整體性/機構別	總額別/疾病別	原指標項目名稱	修訂意見或增修指標項目名稱	建議單位	增修意見說明	會議共識結論
		(血液透析/腹膜透析)		(HBsAg) 受檢率	保險署	醫療服務品質指標，於 107 年新增本項指標，建議同步於公開辦法新增。	保方案資訊公開項目名稱一致性。
14	整體性	門診透析(血液透析/腹膜透析)	新增	C 型肝炎抗體(Anti-HCV) 受檢率	中央健康保險署	門診透析總額支付制度品質確保方案專業醫療服務品質指標，已於 107 年新增本項指標，建議同步於公開辦法新增。	<u>同意新增。</u> 考量門診透析總額品質確保方案資訊公開項目名稱一致性。
15	整體性	門診透析	新增	C 型肝炎抗體陽性慢性透析病人 HCV RNA 檢查率	中央健康保險署	配合國家 2025 消除 C 肝政策，及參考門診透析總額支付制度品質確保方案訂定。	<u>同意新增。</u> 配合國家 2025 消除 C 肝政策及參考門診透析總額支付制度品質確保方案資訊公開項目名稱一致性。
16	整體性	門診透析	新增	HCV RNA 陽性慢性透析病人抗病毒藥物治療率	中央健康保險署	配合國家 2025 消除 C 肝政策，及門診透析總額支付制度品質確保方案訂定。	<u>同意新增。</u> 配合國家 2025 消除 C 肝政策及參考門診透析總額支付制度品質確保方案資訊公開項目名稱一致性。
17	整體性	無	新增	慢性病連續處方箋釋出至藥局比例	中華民國藥師公會全國聯合會	明確統計健保特約藥局調劑醫院釋出之慢性藥連續處方箋比例，以追蹤醫藥分業政策成效。 分子：藥局調劑慢箋案件數 分母：藥局+診所+醫院慢箋調劑	<u>不同意新增。</u> 考量與現行醫療品質資訊公開項目架構不符(總額別)，建議可由其他公務統計方式，取得整體資訊。

項次	整體性/機構別	總額/疾病別	原指標項目名稱	修訂意見或增修指標項目名稱	建議單位	增修意見說明	會議共識結論
						劑案件數。	
18	機構別	醫院總額	急性心肌梗塞(AMI)病人出院後三日內因同一主相或診斷病急診返診比率-同院	建議修正指標名稱	台灣醫院協會	指標名稱建議修改為「 <u>同醫院急性心肌梗塞(AMI)病人出院後三日內因同一主診斷或相關病情之急診返診比率</u> 」。	同意修正。 考量項目名稱與定義明確易懂。
19	機構別	醫院總額	急性心肌梗塞(AMI)病人出院後十四日內因同一主相或診斷病非計畫性再住院比率-同院	建議修正指標名稱	台灣醫院協會	指標名稱建議修改為「 <u>同醫院急性心肌梗塞(AMI)病人出院後十四日內因同一主診斷或非計畫性再住院比率</u> 」。	同意修正。 考量項目名稱與定義明確易懂。
20	機構別	醫院總額/西基層總額	慢性病連續處方釋率	建議修正指標名稱	台灣醫院協會	指標名稱修改為「 <u>持慢性連續處方箋至社區藥局領藥率</u> 」。	維持。 考量項目名稱沿用已久且已熟悉名稱定義，維持不修正。
21	機構別	西基層總額	健康檢查普及率-小兒(3歲以下兒童)	建議修訂指標定義	中華民國醫師公會全國聯合會	考量幼兒健檢現已改為7次，爰建議修訂分母為「病患於該診所就醫次數 \geq 7次之3歲以下兒童」。	維持。 考量本項指標分母定義之就醫次數與健檢次數無關。
22	機構別	西基層總額	健康檢查普及率-小兒(3歲至6歲之兒童)	建議修訂指標定義	中華民國醫師公會全國聯合會	考量幼兒健檢現已改為7次，爰建議修訂分母為「病患於該診所就醫次數 \geq 7次之3歲至6歲之兒童」。	維持。 考量本項指標分母定義之就醫次數與健檢次數無關。

項次	整體性/機構別	總額別/疾病別	原指標項目名稱	修訂意見或增修指標項目名稱	建議單位	增修意見說明	會議共識結論
23	機構別	西醫基層總額	十歲以下兒童門診開立口服藥劑比率	建議修訂年齡範圍	台灣兒科學會	基於兒童就醫權與兒童醫療之進展，請檢視本指立之必要重新所層。及醫療指標之必要性及指標之涵蓋年齡。	同意修正。 尊重兒科醫學專業建議及兒童就醫權與兒童醫療進展，同意修正指標涵蓋年齡層，由十二歲下修至六歲。
24	機構別	糖尿病	糖尿病人執行眼底攝影檢查率-眼底彩色攝影	建議修改指區間及名稱	社團法中華民國糖尿病學會	一、建議 ACR、眼底檢查、DM 收案率，改為「每年」統計一次。 二、項目名稱修改：糖尿病人執行眼底檢查「或」眼底彩色攝影。	維持。 考量各縣市衛生局為推動國民健康署糖尿病照護計畫，需要不同期間數值參考，另治療目標已由健保署其他公開資料取得，維持不增修。
25	機構別	糖尿病	新增	建議「糖尿病病人加入照護方案比治療目標達標率」增加治療目標之指項目	社團法中華民國糖尿病學會	建議增加治療目標達標的比例，如： 一、糖化血色素：建議增列小於 7% 的比例、7-9% 的比例、大於 9% 的比例。 二、低密度脂蛋白膽固醇：小於 100mg/dl、100 到 130 的比例、大於 130mg/dl 的比例。 如果提供相關的達標比例，	不同意新增。 考量「糖尿病病人加入照護方案」治療目標達標比率已由健保署其他公開資料取得，不新增。

項次	整體性/機構別	總額別/疾病別	原指標項目名稱	修訂意見或增修指標項目名稱	建議單位	增修意見說明	會議共識結論	
						應該可以激勵全國各界糖尿病照護團體，相互比較而且可以努力提升品質。		
26	機構別	消化潰瘍疾病	消化性潰瘍 性菌除治 受物率	有幽門螺旋桿菌感染之消化性潰瘍患者，有投予除菌治療之比率	台灣消化系學會	建議修改為「 <u>有幽門螺旋桿菌感染之消化性潰瘍患者，有投予除菌治療之比率</u> 」。	<u>維持。</u> 考量目前健保醫療費用申報資料檢驗檢查資料、民眾自費健檢資料尚未完整收費申報資料計算之可行性，消化性潰瘍疾病相關指標維持。	
27	機構別	消化潰瘍疾病	消化性潰瘍 始年用發率	潰開一有抗 性人療內服 病治以口服 劑	建議修訂指 標定義及名 稱	台灣消化系學會	建議修改為「 <u>消化性潰瘍病人，在無適當適應症的情況下，於潰瘍一年內使服用口服抗發炎劑之比率</u> 」及建議指標名稱改為「 <u>口服非類固醇消炎止痛藥品(NSAIDs)</u> 」。	<u>同意修正名稱及定義為「消化性潰瘍病人開始治療一年以內有用口服非類固醇抗發炎劑比率</u> 」 考量口服抗發炎劑之定義由藥理分類代碼280804修改為ATC碼M01A，名稱配合修改為「 <u>非類固醇抗發炎劑</u> 」。
28	機構別	消化潰瘍疾病	新增	有消化性潰瘍患者，進行幽門螺旋桿菌(H.pylori)檢驗之比率	台灣消化系學會	因並非所有的潰瘍患者均有幽門螺旋桿菌(H.pylori)，因此需要進行H.pylori的檢測，陽性者再予以投藥，陰性者，不需要服	<u>不同意新增。</u> 考量目前健保醫療費用申報資料檢驗檢查資料、民眾自費健檢資料尚未完整收費及健保醫療	

項次	整體性/機構別	總額別/疾病別	原指標項目名稱	修訂意見或增修指標項目名稱	建議單位	增修意見說明	會議共識結論
						用除菌藥物。	費用申報資料計算之可行性，本項不新增。
29	機構別	急性心肌梗塞疾病	新增	急性心肌梗塞病人接受心臟復健比率	台灣復健學會	<p>一、本項指標108年4月23日已納入會議討論新增，惟當時指標定義未達共識，並將各單位意見函復台灣復健學會參考。</p> <p>二、台灣復健於108年9月再次函送修正後定義，爰建議納入下次會議討論。</p>	同意新增。 參考台灣復健醫學會專業意見及研究顯示，顯示心肌梗塞病人接受心臟復健，長期效益可減少疾病復發、再住院及醫療支出。
30	機構別	腦中風疾病	缺血性或腦中風性中時暫缺血或腦病時抗血物比率	建議修訂指標定義	台灣腦中風學會	建議應把「口服抗凝血劑」納入抗血栓藥物範疇。	維持。 經查本項指標定義之抗血栓藥物為ATC7前四碼為B01A，已包含抗血小板藥物及口服抗凝血劑。
31	機構別	腦中風疾病	缺血性或腦中風性中時暫缺血或腦病時抗血物比率	建議修訂指標定義	台灣腦中風學會	建議考慮排除出院時modified Rankin Scale (mRS) 0-1 或是 mRS 5-6 的病人。	同意修正指標定義。 參考專科醫學會建議，定義修訂排除「mRS6 死亡」、「mRS5 長期使用呼吸器如3週以上

項次	整體性/機構別	總額別/疾病別	原指標項目名稱	修訂意見或增修指標項目名稱	建議單位	增修意見說明	會議共識結論
			務比率				符合重大傷病」及「mRS0-1 住院天數≤3 天」之案件。惟 <u>定義修訂不涉及辦法實質修正</u> 。

備註：

1. 中華民國核醫學會、台灣精神醫學會、社團法人台灣急診醫學會、台灣家庭醫學醫學會、台灣放射腫瘤學會、台灣泌尿科醫學會、中華民國骨科醫學會、台灣婦產科醫學會、台灣內科醫學會、中華民國放射線醫學會、臺灣皮膚科醫學會、台灣胸腔暨重症加護醫學會等 12 個單位表示無意見。
2. 臺灣病友聯盟回復本次意見蒐集之相關指標多具高度專業性，尚未能通盤瞭解，故無特別意見。
3. 台灣腎臟醫學會、台灣消化系醫學會、台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會、台灣神經外科醫學會、中華民國眼科醫學會、台灣麻醉醫學會、台灣病理學會、台灣臨床病理檢驗醫學會、中華民國整形外科醫學會、中華民國環境職業醫學會、中華民國消費者文教基金會、中華民國家庭照顧者關懷總會等 12 個單位未回覆意見，視同無意見。

衛生福利部全民健康保險會

第 6 屆 112 年第 1 次委員會議補充資料目錄

會議時間：112 年 2 月 22 日

- 一、本會重要業務報告----- 1
- (一)更新說明三(會議資料第6~7頁)
- (二)更新說明十：委員關切重要議題會訊報導主題資料「抑制資源不當耗用方案」修正為「抑制資源不當耗用改善方案(草案)」，並同步修正附錄四相關文字(會議資料第 8、271、273頁)
- (三)更新說明十一(會議資料第9~10頁)
- 二、優先報告事項第二案「『112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」新增說明二之(一)112年度全民健康保險醫療給付費用總額及成長率表之附註3(會議資料第56頁)----- 7

(會議資料第 6~10、271、273 頁)

四、本會重要業務報告

三、本會完成辦理第6屆委員聘任事宜，聘期自本年1月1日至113年12月31日止，本次新任委員比例為43.6%，為利委員瞭解會務運作，於本年1月18日召開全民健康保險會運作說明會，當天計有36位委員出席參加。

另為讓相關團體於推薦委員名單時，同時考量委員代表性、親自出席及代理等規定推薦適當人選，於111年11月25日函請團體推薦第6屆委員人選時，參酌全民健康保險會組成及議事辦法第7條、第15條、第15條之1規定，載明以下內容(如附錄二，會議資料第256~262頁)：

- 1.委員任期內親自出席委員會議應達三分之二以上之次數。
- 2.委員應親自出席會議，如當次會議因故提前離開或晚到，因委員已出席，即不需另行指派代理人；委員請假而由代理人出席之次數不可逾任期之三分之一。
- 3.委員會議原則訂為每個月第4週之星期三召開，為利議事運作，所推薦人選應符合「可親自出席健保相關會議與活動，並同意遵守組成辦法與健保會議決之相關規範」。
- 4.推薦人選均應經內部正式會議(如理監事會議)或行政程序產生(請檢附相關資料)，且均能充分代表推薦團體表達意見。

另健保制度係影響整體全民健康照顧和醫療體系發展，醫療人員不畏新冠疫情，在第一線執行防疫工作，本於專業照顧台灣民眾健康，委員發言應尊重各專業團體。

十、本會針對上次(第5屆111年第12次)委員會議對抑制資源不當耗用改善方案(草案)、家醫計畫及代謝症候群計畫作成委員關切重要議題會訊報導主題，內容詳見附錄四(第4~6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://dep.mohw.gov.tw/NHIC/lp-4039-116.html>)，敬請委員轉知

所屬團體之會員參閱。

十一、衛福部及健保署於111年12月至本年2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2月10日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

1.健保相關法規修正

(2)111年12月19日修正發布「全民健康保險法施行細則」部分條文，並自發布日施行，如附錄六(會議資料第277頁)，修正重點如下：

- ①配合民法成年年齡修正為18歲，修正本細則有關未成年、成年年齡之文字。
- ②因健保法第21條第2項對本保險第1類及第2類被保險人之投保金額已有相關規定，爰刪除施行細則第47條有關前開保險對象申報投保金額之規定。

(4)本年1月4日修正發布「全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法」部分條文及第六條附表一，並自發布日施行，如附錄八(會議資料第279頁)，修正重點如下：

- ①增訂保險對象得申請加發電子形式之虛擬卡及免繳其工本費之相關規定。
- ②新增檢驗(查)結果、醫療檢查影像及影像報告、出院病歷摘要、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定應上傳資料為健保卡內得存放及應上傳之「醫療專區資料」，並規定保險人得指定保險醫事服務機構逕上傳予保險人之情形。
- ③配合保險人運用健保卡進行管理之實務作業，修正健保卡相關規定，包含刪除健保卡之就醫可用次數與使用期限及保險對象須至指定地點更新健保卡就醫可用次數之規定、增列保險對象有健保法第37、58、91條所定暫停給付或不予給付情形時，保險人得控管健保

卡，限制其持卡就醫，管控原因消失後，保險對象得依規定更新健保卡存放之資料，持卡就醫。

健保會對「112 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」(草案)之討論結果

健保會 112.1

依健保法第72條規定，為減少無效醫療等不當耗用保險醫療資源之情形，保險人每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案(下稱改善方案)，提健保會討論後，報主管機關核定。為利委員討論，乃請健保署依往例於12月份委員會議(111.12.23)，除提出112年度改善方案(草案)擬增修內容外，併同提報111年度執行情形與檢討結果，以利委員檢視與評估健保署所擬112年度改善方案(草案)內容之妥適性。

本改善方案從合理使用保險權益、鼓勵醫療體系間合作與轉銜服務、善用醫療資源合理使用等 3 大構面(採 10 項策略及 16 項管控項目)衡量成效。經檢視 111 年度執行情形，16 項管控項目有 4 項未達原訂目標值(如附表)，尤其合理使用保險權益構面，4 項管控項目即有 1/2 未達原訂目標值，分別為管控高診次就醫(項次 2)、鼓勵至基層醫療就醫(項次 3)；另 2 項構面，亦各有 1 項未達原訂目標值，尤其屬善用醫療資源合理使用構面之「死亡前安寧利用率」(項次 14)，連續 2 年均未達目標值。經健保署分析未達目標值原因，主要受新冠肺炎疫情影響；委員認為管控高診次就醫(項次 2)與管控復健次數過多(項次 12)，同屬觀察異常數值改善情形，但僅管控高診次就醫未達目標值，且 109 年、110 年疫情期間，該項管控項目均達目標值，難以完全歸咎係疫情所致。另考量未達目標值者與加強民眾正確就醫觀念和提供民眾出院後持續性照護，以及推動分級醫療和安寧療護有關，委員乃請該署宜深入探討及掌握未達目標值之原因，作為未來持續改善及調整策略的重要依據。

另健保署依 111 年度執行狀況，擬具 112 年度改善方案(草案)(管控項目：修正 1 項監測內容，並各增刪 1 項；目標值：調降 2 項、調高 5 項，如附表)。有關 112 年度管控項目，委員前於討論 111 年度改善方案時，建議增列「急診病人使用麻醉藥物止痛就醫次數」、「地區醫院在醫院總額之合理占率」及「大型醫院門診占整體醫療費用比率等」等 3 項管控項目，經健保署評估其目標值不易設定，爰未增列，並建議可回歸專業自主管理；惟委員認為該 3 項管控項目與管控

不當使用麻醉藥及推動分級醫療有關，再次請健保署增列，並再增加「醫學中心門診慢性病案件數占率」、「潛在可避免急診率」等 2 項管控項目，且不宜刪除「與長照 2.0 之銜接率」，以利瞭解與監測健保與長照體系的連結程度。

有關健保署擬將健康存摺 APP 安裝率修正為健康存摺使用率(項次 1)，委員認為兩者意義不同，建議 2 項可併存，並宜進一步分析，例如區隔經常使用的項目是因查詢 COVID-19 疫苗接種情形，還是查詢就醫情形，以瞭解民眾使用此 APP 進行自我健康管理情形。至健保署擬調降 2 項目標值部分(管控高診次就醫及死亡前安寧利用率於 111 年度均未達目標值)，委員認為疫情已逐漸趨緩，且本方案的目的就是要改善資源不當耗用情形，爰建議不宜調降目標值。另委員提出本案之改善成果除可提升醫療品質外，應可節省醫療費用，請健保署於協商 113 年度總額時應提出具體數據；健保署表示 111 年度所節省之醫療費用將會列入 112 年第 2 季業務執行報告。

經充分討論，最後決議請健保署參考委員意見，研修 112 年度方案內容後，依法定程序陳報衛福部核定。鑒於健保資源有限，委員也期盼健保署能持續檢討改善執行成效，並精進改善方案內容，以降低不必要醫療資源使用，促進醫療服務效率與合理使用。

出處：[相關內容詳衛福部健保會第 5 屆 111 年第 12 次委員會議議事錄\(111 年 12 月 23 日\)](#)

健保署所擬 112 年度改善方案(草案)修訂重點及 111 年度執行情形

(V：達標、X：未達標)

構面	策略	管控項目	年度目標值		112 年 草案(註)	111 年第 3 季 達成情形
			111 年	112 年(註)		
合理使用保險權益	強化自我照護能力	1.全民健保行動快易通(健康存摺)APP 安裝人次增加率 112 年度修正為「年度使用健康存摺人次增加率」	≥5%	≥5%	修正監測內容	V
	正確就醫觀念行為	2.門診就醫次數大於 90 次之保險對象就醫成長率	≤-18%	≤-18%		X
		3.基層與地區醫院門診占整體件數之占率	≥74.2%	≥73.2%	調降	X
		4.非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數較去年同期增加	≥63,486	≥63,486		V
鼓勵醫療體系間合作與轉銜服務	持續推動分級醫療	5.接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	≥29%	≥29.8%	調高	X
		6.居家醫療整合照護對象門診就醫次數較基期成長率	<0%	<0%		V
	增進院所合作機制	7.與長照 2.0 之銜接率	≥48%	-	刪除	V
		8.提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)-半年指標	≥5.21%	≥5.33%	調高	V
	精進雲端資訊系統	9.醫療檢查影像資訊即時上傳率	≥92%	≥前季上傳率	調整比較基準	V
善用醫療資源合理使用	減少重複醫療利用	10.全藥類藥品重複用藥日數下降率	≥5%	≥5%		V
		11.門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率	≥5%	≥5%		V
		12.西醫門診年復健次數>180 次異常件數成長率零成長	≤0%	≤0%		V
	強化違規查處機制	13.違規院所訪查家次	≥449	≥456	調高	V
	尊重醫療自主，保障善終權益	14.死亡前安寧利用率	≥33.35%	≥31.3%	調降	X
		15.呼吸器依賴病人安寧利用率	≥72%	≥72.2%	調高	V
	持續推動疾病管理	16.西醫門診病人可避免住院率	≤1.45%	≤1.16%	調高	V
住院案件出院後 3 日內急診率		-	≤2.35%	新增	-	

註：本草案係健保署提本會討論之內容，尚需送部核定，公告後始得定案。

(會議資料第 56 頁)

五、優先報告事項第二案「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」核定結果及後續相關事項，請鑒察。

新增說明二之(一)112 年度全民健康保險醫療給付費用總額及成長率表之附註 3

衛福部核(決)定結果：									
112 年度醫療費用	牙醫門診總額	中醫門診總額	其他預算	醫院總額		西醫基層總額		年度總額	
金額(億元)	508.00	309.80	157.79	5,796.09 ^{註3}		1,592.55 ^{註3}		約8,364.24	
成長率/增減金額	2.588%	4.344%	減少8億元	3.663%		3.008%		3.323%	
本會協商結果：									
金額(億元)	508.00	309.80	157.79	付費者方案	醫界方案	付費者方案	醫界方案	付費者方案	醫界方案
				5,774.09	5,844.53	1,573.88	1,617.04	約8,323.56	約8,437.17
成長率/增減金額	2.588%	4.344%	減少8億元	3.269%	4.529%	1.800%	4.592%	2.821%	4.224%

註：1.計算成長率所採之基期費用，採行政院核定之總額基期淨值(約 8,095.23 億元)。

2.年度及各部門總額之金額為預估值，最終仍以健保署結算資料為準。

3.112 年度門診透析服務總成長率 3%、總金額 446.556 億元，其中醫院總額為 236.130 億元，西醫基層總額為 210.426 億元，已分別併入醫院及西醫基層總額計算。