

衛生福利部全民健康保險會
第6屆112年第1次委員會議事錄

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次委員會議紀錄
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國112年2月22日上午9時30分

地點：本部 301 會議室

主席：盧主任委員瑞芬

紀錄：范裕春、彭美瑩

出席委員：(依姓名筆劃排序)

王委員惠玄、田委員士金、朱委員益宏、吳委員榮達、吳委員鏘亮、李委員永振、周委員慶明、林委員文德、林委員恩豪、林委員淑珍、林委員綉珠、花委員錦忠、侯委員俊良、翁委員文能、翁委員燕雪、商委員東福、張委員清田、陳委員石池、陳委員杰、陳委員彥廷、陳委員相國、陳委員節如、陳委員鴻文、游委員宏生、黃委員金舜、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、董委員正宗、詹委員永兆、劉委員守仁、劉委員淑瓊、滕委員西華、蔡委員麗娟、鄭委員力嘉、鄭委員素華、謝委員佳宜、韓委員幸紋

請假委員：周委員麗芳

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：石署長崇良、李副署長丞華、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61~62頁)

貳、議程確認：(詳附錄第62頁)

決定：確認。

參、確認上次(第5屆111年第12次)委員會議紀錄：(詳附錄第62~63頁)

決定：洽悉。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第64~83頁)

決定：

一、上(第5)屆委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤3項，項次1改列繼續追蹤，俟中央健康

保險署提出醫療服務審查制度成效檢討(包含專業雙審及公開具名試辦方案執行情形)專案報告後再解除追蹤；其餘2項同意解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤17項，加上前項(一)改列繼續追蹤1項，共計18項繼續追蹤。

- 二、請醫院、西醫基層總額相關團體及中央健康保險署，儘速回覆「111年度評核內容建議」及「112年度重點項目及績效指標」，以利辦理後續評核作業。
- 三、本會訂於本年4月12~13日辦理2天1夜的10週年成果及未來展望研討暨共識營，請委員務必預留時間參加，若委員對於議程或與談人名單有任何建議，請於3月1日下班前提供本會參考。
- 四、請中央健康保險署釐清保險憑證製發及存取資料管理辦法規定，新增應上傳項目與總額其他預算獎勵上傳項目之差異，並檢討繼續給予獎勵之必要及合理性。
- 五、為依衛生福利部來函要求本會提供113年度總額基期減列項目及額度，請中央健康保險署務必於本年3月份委員會議，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」。
- 六、餘洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第84~124頁)

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。

決定：

- 一、依委員建議，4月份委員會議增列「代謝症候群防治計畫之改進方案」(含推動「以人為中心」之合作照護模式，及服務人數提升、支付單價衡平性、減少重

複檢驗檢查等)、「藥費管控策略及檢討」(含藥費超出支出目標值之原因檢討、新藥納入健保給付之作業時程與核價原則及新藥引進後之檢討等)兩項報告案。

二、修正後確認112年度工作計畫及會議時間表(詳附件一~附件三)，請委員預留時間與會，並請各項工作計畫負責單位配合辦理。

三、若委員對112年度依工作計畫安排時程之各項報告事項，有需請中央健康保險署於報告時特別說明之內容或意見，請事先於該報告時程前提送本會，轉請該署準備資料或於報告時回應說明。

四、有關依112年度醫院及西醫基層總額決定事項新增3項需提本會確認案^{註1}，請中央健康保險署儘速辦理，俾安排至最近1次委員會議討論或報告。

五、餘洽悉。

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。

決定：

一、請中央健康保險署會同各部門總額相關團體，確實依112年總額協定事項及時程(附件四)，完成相關法定程序及提報本會等事宜。至於依限尚未完成之項目(附件五)，則請儘速辦理。

二、委員所提有關地區預算分配及總額計算公式之意見，送請衛生福利部社會保險司參考。

三、餘洽悉。

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。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參並回復說明。

陸、討論事項(詳附錄第125~134頁)

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。

決議：

- 一、同意中央健康保險署所送之「112年度各部門總額一般服務之點值保障項目」，如附件六。
- 二、未來對於各部門總額需保障或鼓勵之一般醫療服務項目，請中央健康保險署應回歸支付標準處理。

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。

決議：

- 一、本會推派名單如下：

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	李永振
		被保險人	1	陳杰
醫療給付費用	醫院	保險 付費者	2	陳節如 林恩豪
	西醫基層		2	楊芸蘋 劉守仁

會議名稱		代表屬性	人數	推薦名單
總額研 商議事 會議	牙醫門診		2	楊玉琦 董正宗
	中醫門診		2	張清田 花錦忠
	門診透析		2	田士金 陳鴻文

註：由本會遴選推派者，於任期內失去委員身分時，由該團體推派的接任人選替補之。

二、前項名單送請中央健康保險署辦理後續聘任事宜。

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。

決議：

- 一、有關本案所提指標項目增修訂內容，委員所提意見請中央健康保險署參酌後，依法定程序報主管機關核定發布。
- 二、建請中央健康保險署積極研議增加「疾病別照護品質指標」，俾利民眾就醫選擇之參考。

柒、報告事項(詳附錄第135~139頁)

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。

決定：

- 一、請中央健康保險署參考委員所提意見及本會補充說明，辦理以下事項：
 - (一)尚未提出具體監控及管理措施部分(計5項^{註2})，請併「112年7月各部門總額協定事項定期追蹤」將辦理情

形提報本會。

(二)請會同總額部門就新增項目，加強研議及推動實施內容，尤其專案計畫之執行面，以達協定事項要求。

二、餘洽悉。

註1：

討論事項：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)
 - 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)

註2：尚未提出具體監控及管理措施項目：牙醫門診總額「特定牙周保存治療-新增全口總齒數一至三顆」、「超音波根管沖洗計畫」、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」；中醫門診總額「多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度」、「針傷合併治療合理給付」。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：下午13時42分。

全民健康保險會 112 年度工作計畫-按月份排序

112 年第 1 次委員會議(112.2.22)通過

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： 1.111 年度全民健保年終決算報告、113 年度全民健保預算備查案 2.代謝症候群防治計畫之改進方案(含推動「以人為中心」之合作照護模式，及服務人數提升、支付單價衡平性、減少重複檢驗檢查等) 3.藥費管控策略及檢討(含藥費超出支出目標值之原因檢討、新藥納入健保給付之作業程序與核價原則及新藥引進後之檢討等)

日期	工作項目
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)
	討論事項： 1.113年度總額協商架構及原則之討論 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)
	報告事項： 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)
6月28日 (委員會議)	討論事項： 1.113年度總額協商架構及原則之討論(續) 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)
	報告事項： 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 2.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 (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)
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)	優先報告事項： 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
	討論事項： (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)

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 (若有未儘事宜，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
	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)
		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)

日期	工作項目
12月20日 (委員會會議)	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)
請健保署儘速完成安排至最近1次委員會	討論事項： 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-按業務性質分類

112 年第 1 次委員會議(112.2.22)通過

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
	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.代謝症候群防治計畫之改進方案(含推動「以人為中心」之合作照護模式，及服務人數提升、支付單價衡平性、減少重複檢驗檢查等)	4 月	健保署	依 112 年 2 月份委員會議決定事項辦理
業務監理	5.藥費管控策略及檢討(含藥費超出支出目標值之原因檢討、新藥納入健保給付之作業程序與核價原則及新藥引進後之檢討等)	4 月	健保署	依 112 年 2 月份委員會議決定事項辦理
	6.111 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
	7.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
	8.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)
	9.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	健保署	依 111 年 4、5 月份委員會議決議事項辦理(自公

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
		日期		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
	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

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
總額協議訂定	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 (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)	6 月	健保署	依 112 年度總額核(決)定事項辦理
	13.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	
	14.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
	15.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	
	16.112 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
	17.各總額部門 111 年度執行成果評核結果	7 月	本會	

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
總額協議訂定	18.113 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
	19.113 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
	20.113 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(若有未儘事宜,則於9月21日上午9時30分處理),7~9月前置作業
	21.113 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
	22.113 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
	23.113 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
	24.113 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
	25.113 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
	26.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	請健保署儘速完成安排至最近1次委員會議	健保署	依112年度總額核(決)定事項辦理

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
總額協議訂定	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			
	27.「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)」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
	28.「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
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	

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
	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 年度會議預定時間表

112 年第 1 次委員會議(112.2.22)通過

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 若有協商未儘事宜，則於 9 月 21 日 (星期四)上午 9 時 30 分處理	

會議次別	會議時間		會議地點
第 8 次	9 月 22 日 (星期五上午 9 時 30 分)		衛生福利部 3 樓 301 會議室
第 9 次	10 月 18 日	(星期三上午 9 時 30 分)	
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。

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 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 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
11 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
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	<p>針傷合併治療合理給付(112年新增項目)</p> <p>(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</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，應以調升針傷合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，請議定後，於112年7月提本會報告</p>		2月委員會議提報告案	112年7月底前
4	業務	<p>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)</p> <p>(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</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>	111年12月底前	7月委員會議提報告案	112年7月底前 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	藥品及特材給付規定改變 (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			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	續	(4)歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支點數所節省之金額，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	一般服務	配合分級醫療，調高診察費(112 年新增項目)			112 年 7 月底前
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) (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		2 月委員會議提討論案 (依年度工作計畫，請健保署儘速辦理完成，安排至本會最近 1 次委員會議討論)	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	4月委員會議提報告案(依年度工作計畫提報改進方案)	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		2月委員會議提討論案 (依年度工作計畫，請健保署儘速辦理完成，安排至本會最近1次委員會議討論)	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		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		2月委員會議提報告案 (依年度工作計畫，請健保署儘速辦理完成，安排至本會最近1次委員會議報告)	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
20		(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
21		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
		(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
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)

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
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>				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	(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 (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			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
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		2 月委員會議提討論案 (依年度工作計畫，請健保署儘速辦理完成，安排至本會最近 1 次委員會議討論)	112 年 7 月底前
18		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	<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>(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</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>		2月委員會議提報告案 (依年度工作計畫，請健保署儘速辦理完成，安排至本會最近1次委員會議報告)	<p>1.112年7月底前</p> <p>2.定期提報執行情形：併健保署業務執行季報告</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>
20		<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>	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	2月委員會議提討論案 (依年度工作計畫，請健保署儘速辦理完成，安排至本會最近1次委員會議討論)	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	2月委員會議提討論案 (依年度工作計畫，請健保署儘速辦理完成，安排至本會最近1次委員會議討論)	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		2月委員會議提報告案 (依年度工作計畫，請健保署儘速辦理完成，安排至本會最近1次委員會議報告)	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 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	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)。

「112年度各部門總額應於112年2月份委員會議前完成之協定事項」之未完成項目

部門	工作項目	應完成時限
牙醫門診總額	依相關程序辦理，並副知本會	
	1 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
	需經本會同意或向本會報告	
	2 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
醫院總額	依相關程序辦理，並副知本會	
	1. 全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫 ※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	111年11月底前
	2 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平性，訂定合理支付單價，增加服務人數	111年12月底前
	3 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	
	4 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)	

部門	工作項目	應完成時限
醫院 總額	※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	111 年 12 月 月底前
	5 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	
需經本會同意/確認或向本會報告		
	6 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	112 年 2 月份 委員會議
	7 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	
	8 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 (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	112 年 2 月份 委員會議 (依年度工作計畫，請健保署儘速辦理完成，安排至本會最近 1 次委員會議討論)
	9 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	112 年 2 月份 委員會議 (依年度工作計畫，請健保署儘速辦理完成，安排至本會最

部門	工作項目		應完成時限
			近 1 次委員會議報告)
醫院總額	10	<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>	112 年 2 月份委員會議 (依年度工作計畫，請健保署儘速辦理完成，安排至本會最近 1 次委員會議討論)
	11	<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>※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>	
西醫基層總額	依相關程序辦理，並副知本會		111 年 12 月底前
	1	<p>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>	
	2	<p>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</p>	

部門	工作項目	應完成時限
	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	
西醫基層總額	需經本會同意/確認或向本會報告	
	3 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	112 年 2 月份委員會議
	4 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	
	5 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	112 年 2 月份委員會議 (依年度工作計畫，請健保署儘速辦理完成，安排至本會最近 1 次委員會議討論)
	6 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	112 年 2 月份委員會議
7 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 (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	112 年 2 月份委員會議 (依年度工作計畫，請健保署儘速辦理完成，安排至本會最	

部門	工作項目		應完成時限
		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	近 1 次委員會議討論)
西醫基層總額	8	<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>	112 年 2 月份委員會議 (依年度工作計畫，請健保署儘速辦理完成，安排至本會最近 1 次委員會議報告)
門診透析服務	需經本會同意/確認或向本會報告		
	1	<p>門診透析服務</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「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>	112 年 2 月份委員會議 (依年度工作計畫，請健保署儘速辦理完成，安排至本會最近 1 次委員會議報告)
其他預算	依相關程序辦理，並副知本會		
	1	<p>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>	111 年 11 月底前
	2	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」)	

部門	工作項目	應完成時限
	3 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	

112 年度各部門總額一般服務之點值保障項目

總額部門	保障項目及支付方式
中醫門診	「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)。
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)。
門診透析	1.腹膜透析之追蹤處理費(每點 1 元支付)。 2.偏遠地區之門診透析服務(每點 1 元支付)。
醫院	1.門診、住診之藥事服務費(每點 1 元支付)。 2.門診手術(每點 1 元支付)。 3.住院手術費、麻醉費(每點 1 元支付)。 4.血品費(每點 1 元支付)。 5.主管機關公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之急診醫療服務點數(每點 1 元支付)。 6.地區醫院急診診察費(每點 1 元支付)。 7.經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院(註 2)。 8.地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)(每點 1 元支付)。 9.區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費(每點 1 元支付)。 10.地區醫院住院病房費(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)、一般病床住院診察費、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)。

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6屆112年第1次委員會議
與會人員發言實錄

壹、「主席致詞」、「議程確認」、「確認上次(第 5 屆 111 年第 12 次)委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉：報告主委，還有各位委員，大家早安！現在會議時間到了，委員人數也超過法定過半，所以今天的會議可以開始了，恭請主席致詞。

盧主任委員瑞芬：各位委員早，這是我們第六屆第 1 次會議，1 月 18 日是會前會，過了一個新年其實有很多新氣象，第六屆有 43.6% 的委員是新任的，過完年後連署長都是新任的，石署長崇良因為今天要參加行政院政務官員的宣誓，所以待會會來，只是報告的時候我們會請蔡副署長淑鈴先報告，石署長會來跟各位互動，也會待到最後。

在我們會議開始之前，1 月 18 日有 3 位委員因公沒有辦法來，所以我們先簡單介紹一下，第 1 位要介紹的是吳鏘亮吳委員，他是代表區域醫院，本身是區域醫院協會的理事長，謝謝。第 2 位介紹朱益宏朱委員，朱委員是社區醫院協會的理事長，謝謝。第 3 位是大家都很熟悉的社保司的商司長東福，謝謝。

會議開始之前，我們 1 月 18 日其實有進行委員會議流程介紹，我現在只是再強調 2 點，因為我們要在 2 點以前讓會議能夠順利結束，所以我們會在適當的時間，請委員們停止口頭發言，改以書面發言的方式來進行，我再次跟各位保證，書面發言都會列在我們的會議實錄上面，所以各位的發言不會被抹煞，你在書面要求澄清或是要回覆的部分，我們也會請相關對應的單位進行回覆，所以這點各位不用擔心，您的聲音一定被聽到也一定被回應，事實上如果用書面的話，現在的實言錄也不再請委員確認了，所以字字珠璣不會誤解意思，口頭有時候講得急講得快，會有點無法完全表達你的意見，所以書面是很好的方式。所以如果我在適當的時間必須請委員停止口頭發表，改用書面的話，請見諒，也是為了讓議程順利進行。

第二個，新任委員可以看到投影幕上有各位的名字，發言次數都

會記錄，原則上第 1 次發言的委員優先，當然一開始先舉手，我們的幕僚會耳聽八方、眼觀四面，一定會注意看一下各位舉手的狀況，請各位動作可以明顯一點，他們會在發言序上記下委員的名字，第 1 次發言過的，如果你第 2 次要再次發言可以，須時間上允許，只是如果有委員沒有發言過，會優先讓沒有發言過的委員先做第 1 輪發言。若有不儘人意的地方請見諒，也是為了讓會議能順利進行，以上，謝謝。很期望未來 2 年跟各位一起工作，把健保會的職責做到最好，謝謝。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉：主委、各位委員早安，這次議程安排除了討論事項的第二案是依健保署來函提案討論之外，其他都是按照工作計畫做排定。

大家先看到優先報告案的 3 案，第一案要確認年度工作計畫跟會議時間表，第二案是有關於 112 年健保總額的分配核定的結果，第三案是例行健保署業務執行報告季報告，我們會用口頭方式來報告。討論事項的 3 案，第一案是依照總額協定事項要送本會同意的案子，第二案是健保署請本會推派委員參與相關會議代表的推派案，第三案就是健保署依照健保法第 74 條第 2 項規定提本會討論的案子，所以大家可以看到討論事項的 3 案。

報告事項 1 案，是有關於 112 年總額協定事項，必須在 111 年底提報本會的報告項目，這是報告事項今天的議程安排。

提醒委員們，您的抽屜中有一個黑色的資料夾，這基本上就是委員會議中間可能用到的參考資料，擺在裡面有健保法、施行細則，還有本會組成及議事辦法、議事規範，另外還有提升議事效率的做法及委員聯絡人等相關資料，今天即將通過的工作計畫表也會放進去供委員參考。

盧主任委員瑞芬：請問委員對於議程有沒有什麼意見？如果議程沒有意見，就議程確認，謝謝。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

盧主任委員瑞芬：請問對於上次的委員會議紀錄有沒有什麼意見？若沒有就洽悉。

貳、「本會重要業務報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周執行秘書淑婉：主席、各位委員，本會重要業務報告，項次一，是上屆委員會議列管追蹤案件及辦理情形，本會第 5 屆委員會議任期，從 110 年 4 月 7 日至 111 年 12 月 31 日，第 5 屆委員移到本屆委員會議繼續列管追蹤事項共計有 20 項，依照辦理情形解除追蹤 3 項，繼續追蹤 17 項，最後還是依照委員會議議定結果辦理。

請委員翻到會議資料第 20 頁，擬解除追蹤的部分：

(一)第 1 項，是有關上次會議健保署的業務執行報告，委員所提意見，請健保署回復說明，這案是有關於具名審查試辦政策存廢的部分，健保署已回復在會議資料第 34 頁。

(二)項次 2，關於抑制資源不當耗用改善方案的部分，研修之後要報衛福部核定，衛福部已在 112 年 2 月 9 日核定完成，建議解除追蹤。

(三)項次 3，是關於四個總額部門一般服務的地區預算分配的保障點值項目、理由等等，要送本會同意案，已列入本次會議的討論事項第一案，決議後建議解除追蹤。

(四)另外，在繼續追蹤的 17 項中，援例不做報告，向委員簡單說明表格中的類別，在財務項的部分有 4 項，新醫療科技、支付標準有 2 項，總額協商有 7 項，其他有 4 項，請委員參閱。

請翻回會議資料第 6 頁，本會重要業務報告，項次二，是本會依照上次委員會議決議事項辦理情形如下：

(一)有關委員所提意見，針對總額範圍擬訂低推估公式的意見，已在 112 年 1 月 5 日以電子請辦單送請衛福部社保司研參，包括會議決定與委員發言實錄。

(二)個別委員關切的事項，健保署回復在附錄一(會議資料第 239~255 頁)。

項次三，是本會完成辦理第 6 屆委員聘任事宜，再次歡迎各位委員，未來 2 年我們會一起來為健保努力，聘期是從今年 1 月 1 日到

明年 12 月 31 日止，這次新任委員比例有 43.6%，為讓委員了解會務運作，在 1 月 18 日開過說明會，當天有 36 位委員出席。因為外界對本會委員的聘任都非常關心，跟委員報告為了讓相關團體推薦委員時，考量委員代表性、能夠親自出席等等因素，推薦適當人選，所以去年 11 月 25 日函請團體推薦時，有特別載明內容如下：

(一)委員任期一定要親自出席委員會議達 2/3 以上之次數。

(二)如果委員已經出席的會議，基本上當次委員已經出席，就不需要再代理了，如當次會議因故提前離開或晚到，這部分就不需要再另行指派代理人；委員請假由代理人出席之次數不能超過 1/3 的任期。

(三)委員會議原則定在每月第 4 週的星期三召開，為利議事運作，所推薦人選應以可親自出席為主，希望各位遵守相關會議規範。

(四)另外，提到推薦人選都必須經內部會議行政程序產生，才能夠充分代表團體表達意見，在補充資料中又特別提到一件事情，希望委員表達意見要尊重各專業團體，在補充資料第 1 頁下方粗體字的部分，請委員參閱。

項次四，因為本會人力有限，今年為讓會務運作更順暢，委託國立臺北護理健康大學張博雅副教授辦理 1 個計畫，這計畫會跟同仁共同來推動，就本會預定要舉辦的 10 週年成果研討會跟共識營，還有相關的座談會，往後委員聯繫的事情會由張副教授來協助做聯繫，敬請委員協助。

項次五，是本會自 102 年成立至今已經 10 年了，訂於 4 月 12、13 日辦理「衛生福利部全民健康保險會 10 週年成果及未來展望研討會暨共識營」，議程如附件二，在會議資料第 35~37 頁，請委員參閱，會中邀請卸任委員經驗傳承及交流，也會將歷年委託研究有關於健保的資源分配等等議題，請專家學者來做專題報告及討論，對委員了解本會業務以及健保事務會有相當的幫助，希望委員都能來參加，聽說最近各總額部門都在 4 月份舉辦蠻多參訪活動，但還

是建議委員一定要優先來參加我們辦理的會議啦！今天我們各窗口的同仁會調查委員的出席情形，再請委員協助回復。

項次六，是衛福部於 111 年 12 月 28 日已核(決)定 112 年的總額跟分配方式，會在優先報告事項第二案做報告。

項次七，有關去年健保署 12 月提到本會討論的抑制資源不當耗用的改善方案：

(一)剛剛在追蹤事項有提到，衛福部已經在 2 月 9 日核定。

(二)經檢視內容健保署有依照本會 12 月份委員所提意見增修管控項目及目標值，至委員建議要增列 5 項管控項目，雖然健保署沒有列進去，但還是列入觀察指標，未來執行之後再評估看是否納入管控項目，衛福部也在函內請健保署就本會委員所提的新增管控項目要妥為研處，所以可見衛福部非常重視本會委員關切的意見。

(三)另外，衛福部在函說明中也有提到，因為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，在今年 1 月 4 日修正發布，衛福部提出請健保署就抑制資源不當耗用改善方案實施策略二上傳的部分，是不是要續以獎勵，相關措施應予檢討，在會議資料第 266 頁，本會後續會監理了解。

項次八，為即早規劃 7 月份辦理的總額執行成果評核作業，本會在 2 月 3 日函請四總額部門受託團體及健保署，就本會研修之執行成果的評核項目內容提供建議，並提出 112 年重點項目及績效指標，目前希望能夠在 2 月 22 日前回復，目前還有醫院、西醫基層及健保署還沒有回復，請儘快提出。

項次九，有關衛福部在 1 月 13 日來函，函示提到為了要擬 113 年的總額範圍，請本會在 2 月 18 日前提供 113 年總額基期扣減項目及額度，如果有成效回饋款須於總額基期減列，亦請一併提供。這部分其實在去年歷次委員會會議都有決議，請健保署在 112 年 2 月提報相關執行成果，所以就依照衛福部的來函，有轉請健保署在這次的委員會會議中提出報告，但是健保署在 1 月 19 日回復說扣款的部分，需要跟各總額部門的研商議事會議確認，預計今年 3 月 7 日才

能完成，希望延至本年的 3 月 22 日委員會議再做報告。經審酌其合理性，本會同意辦理，所以在優先報告事項第一案的年度工作計畫，就將這項工作先移列到 3 月委員會議做提報。

項次十，是本會針對上次委員會議，為讓各界了解委員會討論議案的情形，每次會議之後都會選擇 1~2 項議題做成會訊供各界參考，所以選了上次委員會議對抑制資源不當耗用、家醫計畫及代謝症候群等重要議題的討論結果，做會訊的報導置於本會的網頁，請委員有空參看，向委員說明有關抑制資源不當耗用的報導，因為會議資料寄出後，有委員跟我們反映這個報導會誤解，所以補充資料中做了修正，載明這報導還是草案，討論結果以 2 月 9 日核定結果為準。

項次十一，衛福部跟健保署在去年 12 月至今年 2 月份之間發布及副知本會的相關資訊，於 2 月 10 日已寄到各位委員的電子信箱，這次修正內容比較多，花一點時間向委員報告幾個重要的部分如下：

(一)在會議資料第 9 頁，衛福部針對健保相關法規修正，在去年 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，我想這個部分是配合 111 年 6 月 15 日公布災害防救法的修正內容，請委員參閱。

(二)111 年 12 月 19 日發布的全民健康保險法施行細則，會議資料漏掉「部分條文」的文字，所以補充資料有修正加上「部分條文」，部分條文的修正沒有實質修正，只是配合民法、身心障礙者權益保障法等做文字修正。

(三)同一天，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的第 5 條及第 2 條的附表一，請大家看到會議資料第 10 頁第五條的 B，本次修正主要是增訂對於罕見疾病之重大傷病證明生效日的提早認定，只要醫事人員依規定向主管機關報告，就可以認定，是與罕見疾病患者免部分負擔的權益有關，對他們是有利的。

(四)剛剛有提到 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，這個修正內容比較多，大家可以看到圓圈的 2，新增檢驗檢(查)、醫療檢查影像及影像報告、出院病摘、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定應上傳的項目，所以這部分的修正是比較重要的。

(五)圓圈 3 的部分，有做實務上的健保卡管理，包括對故意不繳費的民眾也會採取鎖卡，對於高診次到指定地點就醫限制的部分有取消，所以這個大概是比較大的改變，也讓委員知道。

(六)另外，會議資料第 11 頁括弧二，健保署配合健保法相關的法定事項公告，主要就是配合基本工資調整修正各類被保險人適用的投保金額及保險費，請委員參閱，其他的整理摘要，請委員自行審閱，以上。

盧主任委員瑞芬：請問各位委員對於本會重要的業務報告有沒有什麼意見？劉淑瓊委員請。

劉委員淑瓊：謝謝主席，針對會議資料第 34 頁，就是審查核刪制度，我建議先暫緩解除追蹤，首先要謝謝盧瑞芬教授在上次委員會會議中提出這個問題，讓健保署對於審查核刪制度有個初步回應，但是我們看到健保署的回應，基本上並沒有回應到審查核刪制度的核心問題，因為管控醫療費用的制度，到底有沒有能夠有效遏止醫療的浪費或者是不必要的醫療，不管是來自服務提供者或來自民眾，現在的制度是站在專業自主跟專業自律的角度，所以有同行的審查核刪制度，當然我們也知道這制度如果操作不當的話，其實會造成醫療從業人員，就是醫事人員，他要花很多時間寫申覆報告，甚至感到非常挫折、委曲、甚至憤怒，所以我在這邊要建議說，我們是不是可以請健保署可以把現在現行的審查核刪制度，到底它的效果怎麼樣，實施成效到底怎麼樣，到健保會做報告，然後這項再解除追蹤。

第 2 件事情是針對抑制資源不當耗用改善方案，請各位看到會議資料第 7 頁，健保會的幕僚已經有說明，因為今年 1 月已經修正發

布全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法(下稱憑證管理辦法)，規範醫事服務機構應該要上傳的項目，也就是說這是應該做的，而不是有做就要獎勵，在健保總額的其他預算中，有編了給院所資料上傳的獎勵費用，也提到即時上傳會有獎勵，所以就不知道憑證管理辦法中規定要上傳的，跟在其他預算中編列要獎勵的，中間有什麼關聯性。李伯璋署長在去年 8 月份委員會議有提到不上傳、不給付是健保署的目標，我們非常認同，因為事實上這是很重要的一件事情，可是目前如果應上傳未上傳，其實也沒有罰則，只有大批上傳的時候才會加強抽審，所以其實目前的力道是非常不足，希望健保署能夠告訴我們，最後一句話，就是你的目標如果是不上傳不給付，那從現在到那個時候的時間表是怎麼樣？因為 114 年也有一些預算的退場機制，所以這部分請健保署能夠說明，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝劉委員，請張清田委員。

張委員清田：主席，大家好。我也是對擬解除追蹤的第 1 項有點意見，第 1 個就是審查核刪制度有的具名、有的不具名，就是標準不一，這在從管理上來講根本有點.....就是產生後面的公平性問題，這很麻煩。

還有就是從 2016 年就試用，試用到現在今年已經 2023 年，試用期高達 7、8 年，這是很奇怪的事情，要不然就全部具名，或全部不要具名，我覺得這是公平性的問題，你們知道不患貧而患不均，這個東西一出來，我是覺得整個制度的美意，最後變成基層醫師，我看被核刪一定很火大，具名的話，一定會找到到底是哪個醫師核刪的，要嘛就不具名，從管理上我是覺得這個制度要明確，沒有說試用了 7、8 年覺得不錯，有人說要，有人說不用，那我就繼續用，世界哪有這樣，乾脆有人要聯考有人不要聯考，我想這塊是不是請健保署再考慮一下，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請李永振委員。

李委員永振：謝謝，主席、各位委員大家早。我這邊有一點在會議資

料第 8 頁第 9 項，剛剛執秘有報告，衛福部要求本會提供相關基期之扣款項目、額度及節流效益，其中節流效益，我看了一下，在會議資料第 29 頁項次 10，也有提到過，我們的決議是說如果像這個部分要請健保署提報相關之執行結果，那麼再看看會議資料第 215 頁報告案，有關成效的事宜也是由健保署負責，另外在會議資料第 272 頁改善資源不當耗用應可省下的醫療費用，也是請健保署在協商 113 年度總額時提出具體數據，所以在我們會裡面所提到的有關於節流成效的部分都要麻煩健保署，上次我也曾提過，大概有 3 個單位，健保會、社保司、健保署，但健保署的資料應該比較充沛，而且他保險人的角色也會比較中立，所以我在這邊就灰灰^(註)，到底這個主責單位是健保會？還是健保署？還是社保司？

當然社保司現在要求健保會提報，一定不是社保司嘛！但是衛福部要求健保會，健保會幕僚有辦法去做這些事情嗎？但是健保會又認定是健保署，所以主責單位，主要負責的是誰？報告中提到請健保署提健保會報告後再報衛福部，這樣怪怪的，總是要有 1 個主責單位，這樣的話健保會比較客氣，就變成健保會是主責單位囉？但健保會都一直認定是健保署應該要負起主責責任，把它釐清一點是不是比較好？謝謝。

註：灰灰是台語，不清楚的意思。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請朱益宏委員。

朱委員益宏：謝謝主席，我個人表達幾點意見。第 1 個就是在會議資料第 6 頁國字數字小寫三的(三)，就是本會開會的時間，在醫療服務提供者這邊，特別是像醫院協會代表、醫學中心協會代表、區域醫院協會代表，還有我本人，因為在上一屆，往年啦，不只是上一屆，之前好幾屆固定的開會時間都是星期五的早上，因為我們這些醫療服務提供者有一些臨床上的工作，所以之前的會議時間都把星期五臨床的工作都已經避開了，這一屆蠻突然的說要改到星期三，造成我們在臨床上面有一些很大的困擾，畢竟我們工作要換班處理的話其實相當困難，所以是不是在這邊，等一下我建議主席能夠討論一下會議時間，因為在上一屆的時候也有討論過要修正會議時

間，但也是經過委員會討論，不像這一屆就直接用行政規定，不知道有無空間容許讓時間改回星期五，我想這件事情是不是等一下討論一下？這是第 1 點。

第 2 點就是在會議資料第 7 頁國字數字小寫五，本會 4 月 12、13 日成立 10 週年的研討會跟共識營，初步我看了一下會議的內容，裡面竟然沒有醫療服務提供者或是曾任醫療服務提供者的委員，在這邊提供我們醫療服務提供者任何的想法，也就是說本會成立了 10 年，我們收聽的是學者專家、公正人士、付費者的一些聲音，還有一些老師的聲音，但醫療服務提供者在這個過程中，至少在這樣的共識營或是未來展望研討的這個過程中，沒有任何機會發表我們對於總額、醫療服務提供者現況的一些問題，我覺得其實是非常可惜，更何況其實我們知道有一個 section 是邀請學者及公正人士，我相信主席也是長期都是以學者專家受聘在健保會，長期有一些公正人士，他可能本屆是公正人士，前幾屆就是付費者代表，又變成公正人士、又是付費者代表，這個角色其實是很混淆，到底是代表付費者立場，還是真正的是公正人士立場？這個我覺得也是……所以我才想說是不是在這過程中間，也應該要邀請醫療服務提供者，尤其醫療服務提供者不是只有醫院代表，還有基層代表，還有其他相關的醫療服務提供者，我覺得都應該要有這個聲音進來，希望幕僚對於 10 週年的研討會議程內容重新再檢視一下。如果有醫療提供者的講員的問題我們這邊也可以協助，我相信我們醫療提供者的委員都願意協助提供適當的講員，以上，謝謝。

盧主任委員瑞芬：從剛才到現在大概有 2 個部分的質詢，一個部分是健保署要回應的，另一個部分是行政，我想我們等這一輪發言，就是到陳委員結束的時候，我們再逐項請健保署回應，或者是行政部分做一些回應或討論，接下來請黃金舜委員。

黃委員金舜：我沒有舉手。

盧主任委員瑞芬：好，那可能剛才在摸頭髮，那請韓幸紋委員。

韓委員幸紋：大家別笑，我沒有舉手。

盧主任委員瑞芬：你也沒有舉手，那請滕西華委員，滕委員有沒有摸頭髮？

滕委員西華：我有舉手，前 2 位委員就暖身一下讓大家輕鬆一點，一定是朱委員剛剛太嚴肅了，這一段就不要記錄了。

各位新任的委員們，大家早。我有 2 點的建議跟想法，第 1 個就是剛剛劉淑瓊委員也有發言過，針對憑證管理辦法發布的新修正，在會議資料第 266 頁衛福部核定健保署抑制資源不當耗用改善方案裡面，精進雲端醫療資訊系統的獎勵是有 2 種，1 種是頻寬的獎勵、1 種是即時上傳影像的獎勵，不可否認過去這些獎勵確實某種程度提高醫療院所上傳意願，現在透過健保署給付上之前的一些要求，某種程度來說，民眾也知道檢查不能一直做，醫療院所有開始上雲端 check 病人有沒有做過檢查、使用這些影像的習慣，但我記得總額協商時有提到，獎勵頻寬是有落日，我記得不知道是剛好到今年還是 114 年(有委員說 114 年)，所以可不可以逐步看一下，因為如果之後不再獎勵，而且劉委員剛才提到已經變成憑證管理辦法上應該要的事項，逐步退場是什麼？因為突然停掉，對於醫療院所也有一些衝擊，不知道有沒有準備？

第 2 個部分是，很高興看到李副署長，很久沒有看到，剛好來，因為業務報告有提到，會議資料第 12 頁提到藥品、特材給付項目及支付標準的公告，雖然等一下健保署的口頭報告其實也有提到，石署長上任的 5 大改革措施跟精進醫院及西醫基層總額之「藥品及特材給付規定改變」經費編列及估算方式的檢討，但是我想知道，因為最近接到非常多陳情或是從媒體都有看到，包含罕見疾病藥物、新癌症藥物，都有審查效率的問題，雖然這是全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議(下稱藥物共擬會議)的職責，但我建議有機會的話，請藥物共擬會議或健保署負責審查藥品的同仁來分享一下，就是新收的藥品，新案進來經行政審查、HTA(註 1)、專家會議，一直進到 PBRs(註 2)，這中間到底程序是什麼？平均每種藥物大概經過多久時間？不然一直在媒體看到民眾陳情，到底是健保署審查效率的問題？還是廠商送件文件不齊的問題？還是專

家會議不夠多？去延遲審查，讓民眾有藥看不到？

因為其實自費情況，我自己最近知道，一個自費療程要 1,300 萬，一個自費療程每個月要 18 萬，這些藥都 on the list 在健保的申請名單中，所以其實對民眾權益有相當影響，且不符合石署長 5 大改革裡面要促進效率的要求，以上，謝謝。

註 1：HTA(Health Technology Assessment，醫療科技評估)。

註 2：PBRs(Pharmaceutical Benefit and Reimbursement Scheme Joint committee，全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議)

盧主任委員瑞芬：謝謝，請最後 1 位，陳石池委員。

陳委員石池：主席、各位委員，大家早安。1 月 18 日健保運作說明會我當天有提出 2 個問題，但好像今天都沒有看到，不曉得是作業人員故意漏掉，還是有人得了健忘症。

我提 2 個問題，第 1 個就是剛剛朱委員有提到星期三開會的問題，主席當天有承諾今天要提出討論，結果沒有。第 2 個就是代理的問題，周理事長也同意，就代理的問題，這不要強制嘛！假設有人，因為我們後面都代表一個很大的團體，假設開會開到一半有事要離開，代理人可以繼續開，就不要硬性規定不可以，「得」就可以了，你要指派也可以、不指派也可以，這樣不是比較有彈性嗎？

第 3 個，我是同意朱委員所談到的 10 週年成果及未來展望研討會，我現在抽離我是醫界、醫療服務提供者的角度來看，外界知道健保會有醫療提供服務者、有消費者代表、有公正學界人士，為什麼這裡面沒有醫療服務提供者來參與，人家會以為健保會故意藐視醫療服務提供者，我從第三者的角度來看的，不是從醫界來看的，所以這個我也是同意朱委員的意見，我想這可以再調整一下，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，現在時間已經有點超過，但是先請健保署簡單回應一下，再來討論議事的部分。

蔡副署長淑鈴：主席、各位委員，非常謝謝各位委員對於追蹤事項還有再次的一些指導，我大概跟大家稍微說明一下，因為劉淑瓊委員還有幾位委員，張清田委員都提到雙審具名的問題，原來健保會是

打算健保署回復之後解除列管，現在大家覺得不想，就是繼續列管，我們也非常同意，原因是因為這制度試辦到現在已經蠻久了，也有一些檢討的空間，署長剛上任，我們之前的業務報告也有將這項列為非常重要，甚至第一次主管會報也將這項議題來討論，所以代表本署對審查制度的改變其實是有很大很大的重視。我同意暫時不要解除列管，必要的時候等我們完整地想清楚，再一併來跟大家做報告，我是這樣建議。

第 2 個就是抑制資源不當浪費的方案，確實我們過去為了讓雲端醫療系統的資訊更加完整，有鼓勵上傳，也有補助頻寬，這次的憑證管理辦法確實也希望將這樣的鼓勵改成「應」，所以就變成義務，這樣的改法也是承襲歷次委員的建議，所以我們也確實已經修正了，當然現在是應上傳，最近我們也有在檢討說應上傳，那上傳的內容是什麼？因為有一些確實基層有困難上傳的部分，我們在探討原因，希望找到一個折衷點，讓憑證管理辦法，雖然修正通過也要能夠落實，甚至不能夠忽視說原來我們的想法是資訊的分享，可以減少不必要的重複跟浪費，所以這個折衷點我們其實已經在討論。

另外，本會也有 1 個決議是上傳的鼓勵獎勵是 114 年要退場，這部分我們也依然知道，我們會一併檢討。至於原來設計裡面的頻寬補助，倒是請各位委員能繼續支持，因為那是一個基礎的建設，所以我一併已經回復劉委員、張委員。

至於李永振委員關心基期扣款還有節流效益的部分，最近幾個總額的研商會議會去探討 111 年的節流效益，我們會在那個會議先行跟醫界討論，有決議之後，我們會再提到本會來，這個也一直都列為追蹤。

至於最後滕委員提到跟我們有關的是新藥審查效率的部分，確實媒體近期 1、2 個月內有這樣的聲音，這我們也非常知道，現在怎麼讓新藥，特別是昂貴的新藥怎麼能進入健保市場或有其他的替代方案，現在各方也都有一些建議，剛剛滕委員是希望我們能夠就現

在的效率部分提出書面說明，這個我們也可以來提供。

這個部分事實上我們也已經很努力，新藥的審查效率也跟有沒有足夠的新藥預算息息相關，即使效率很快，預算不足也依然無法生效，所以這部分也請委員們能夠留意，若要讓新藥能夠進來，每年協商總額預算時的新藥預算務必要足夠一點，因為確實現在的新藥是非常的昂貴，以上先簡短回應，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝蔡副署長，現在針對開會的時間做說明，因為這次在聘委員時就已經把開會時間寫上去了，意思就是請各位團體推舉人選時能配合開會時間，麻煩你們推舉，現在顯然有一些委員已經為了我們講的星期三，他們也排開時間，星期三要來開會，這時候再做修改，會有困難，我不曉得還要不要到表決程度？因為我覺得一開始邀請委員，請各位團體推舉時已經有講明時間，另外我們也有考量，去問了衛福部會議室的時間，星期五的時間現在很多已經被 book，所以實際上執行也真的有困難，請朱委員、陳委員見諒，絕對不是沒有聽你們的意見，事實上這件事情在一結束時，我們都有去做一些努力，朱委員請讓我把回應你的事情先講完，所以這是開會時間的部分。

第 2 件事情就是代表的部分，我們 1 月 18 日討論到代理人的部分，其實是涉及全民健康保險會組成及議事辦法(下稱議事辦法)，這是社保司擬定的，不是本會可以討論的，這是衛福部責成社保司決定健保會的組成、代表的名額什麼，都不是我們健保會可以決定，議事辦法是由衛福部決定，也不是我們健保會可以討論。

第 3 點就是有關 10 週年研討會的部分，我先強調絕對沒有藐視醫界，絕對沒有，因為所有委員都是當天要去參加會議的人，每一個時段都有 open discussion，都有開放給各位委員表達意見，所以請的演講人、專家學者是因為他們有做了我們的研究，請他們來做一些回應、討論，都是希望能夠提供第三者的觀點給各位參考，付費者代表或者是醫界醫療提供者，全部都是我們會員，所以我們每一個時段的後面都有留時間給各位討論，這是為什麼我們沒有特別

安排付費者代表或是醫界來做演講者，就是想說兩方都可以聽新的意見，但是如果醫界同仁或是付費者代表，對於演講者有一些建議的話，麻煩3月1日前提供給我們，我們會儘量把他安排進去，因為我們開會時間也有限，開會的地方結束時又擔心回台北、往南部高速公路會塞車，所以我們也不願意拖太晚，這個部分我們會儘量考量，但我再次強調，每個人都有發言權，如果你想事先準備，你想準備完善一點，沒問題，請你準備你的 PowerPoint slide，到時候討論時一定會幫你放上去，但是會議一定會有時間上的限制，發通知的時候會告訴各位說，在討論時，可能每位委員可以有幾分鐘的時間，但你要準備 PowerPoint，我們也一定會幫你放上去，一樣，你有建議的名單就麻煩3月1日前提供本會，我們會儘量想辦法安排進去，但不能盡如人意的地方先請各位見諒。好，朱委員剛才有再舉手。

朱委員益宏：我覺得主席這樣講可能要撇開主席的身分來講這件事情，因為主席畢竟還是公正客觀，要聽取大家的意見，所以我希望剛剛主席說的並不是裁示，只是主席的個人意見。

第1個，會議的時間，我覺得在我們上次委員會議時就有針對要更改會議時間，也是尊重所有的委員大家來決定的，所以我覺得雖然選派委員的時候有註明，但我覺得這並不是不能一成不變，我也不是要求一定要更改，我只是說如果有機會能夠讓大家討論、大家決定一下，那如果有一些委員能夠體諒醫療服務提供者，部分醫療服務提供者的實際臨床狀況，希望能給予一些寬容，只是這樣子，我想主席不要先做決議，不要沒經過大家充分的討論就預做決議，之前您在做學者專家時，對於主席主持的態度可能也不是這樣，這是第1點。

第2點就是剛剛講到的10週年的時間，我也拜託主席，今天已經22日，到3月1日其實是強人所難嘛！我是覺得是不是給我們更寬容一點的時間？如果我們真的能推派一些 speaker，每個 section，provider 也能夠推派一些 speaker，我們也要一些充分的時間去邀請，我剛剛講並不是說我們要主動推派 speaker，只是希望

幕僚在研討這事情時是不是有一些欠缺考慮的地方，有沒有可能補救，當然我們是希望由幕僚來主導這件事情，如果照主席剛才的個人建議，是我們這邊也可以推派，當然我們會後就去推派，但如果我們推派的話，醫院這邊推派，其他的 provider、付費者要不要推派？這樣整個會議就會非常的混亂。

所以我剛才只是說建議是不是幕僚要重新考慮，如果需要推派一些 speaker，認為這個 section 可以請醫界 provider 來提供一些意見，我們也很樂意介紹一些委員，所以基本上我們是被動的，因為我這個表示尊重幕僚對於整個會議的設計。我只是提出整個會議不管是學者專家或公正人士，或是一些付費者代表，就是沒有 provider 的聲音在這邊，當然每個委員在會上都可以表達，但沒有 speaker、與談人是醫界 provider，這件事情我覺得是很可惜，所以我這邊提出，並不是要求我們也要來推派，也要怎麼樣怎麼樣，並沒有這個意思，以上。

盧主任委員瑞芬：謝謝朱委員，你的意見我們都聽到了，要討論開會的時間我覺得真的有困難，因為當時發出去的函已經告訴各位說是選星期三，那我不曉得討論聲音是說如果有人反對，那這個案子就不能再進行還是怎麼樣，所以請朱委員見諒，現在說要改時間，那就是其他所有人都能配合到星期五，我們才有可能改時間，要不然我們也是沒有考慮到他們的方便性，所以這件事情真的不是可以討論的，因為我們在請各位團體代表派代表時，已經有做這樣的說明，所以這點真的是礙難照辦。

朱委員益宏：主席，我覺得您應該徵詢一下其他委員的時間，不是主席這邊就做結論，說礙難同意，我覺得您現在是主席，應該尊重大家的意見。

盧主任委員瑞芬：對，因為你上次提過後，也有委員來跟我們反映說他們不同意改成禮拜五，所以我才會做這樣的發言。待會兒我們大概只有一點時間，如還有委員對於開會時間有意見的話，我請你們表示一下。

至於研討會，我可能剛才沒有講得清楚，我其實是請各位建議，如果你們有特定人選想要建議，不是要推派，是要建議。因為我們現在的 schedule 議程安排，真的花了很多心思，若這部分我們要去採納所有的推薦名單，也是有困難，但是您有提出推薦名單，我們也會儘量啦！儘量去配合，但是真的無法做太多的承諾，這是屬於我們會裡面同仁、幕僚的安排，一樣的，我們做什麼安排都無法讓每個人都滿意，但是我們會儘量，不是要你們推派，而是若有必要建議。一樣的道理，付費者代表有建議的話，我們同樣也要聽聽看，醫界有建議，付費者代表也會有建議，這點請委員見諒，我們會儘量配合。

這案已經超過 15 分鐘了，因為朱委員說我們必須聽一下大家對開會時間有沒有一點建議？所以你們出一個聲音，我們都可以聽聽看，不曉得我們委員對開會時間是否有建議？我們在當初推派時，其實就是說禮拜三，現在朱委員認為禮拜五他們會比較方便，那其他委員的意見呢？陳石池委員，我知道，你剛也是主張禮拜五，其他委員的意見？

盧主任委員瑞芬：侯俊良委員請。

侯委員俊良：我想當初在設定這個時間已經有跟各個團體談了，以我們全國教師會來講，我們是特別排開那時間做處理，所以我支持維持原訂時間。第二個部分是，像我是從南部上來，如果禮拜五開會，又遇到連續假日，我可能會買不到車票而要站回去了。這部分當時考慮時也有提到這個問題，所以我是支持禮拜三的時間，謝謝。

盧主任委員瑞芬：周慶明委員請。

周委員慶明：我個人是支持星期五，因為醫院的同仁非常辛苦，門診時間是訂好，以後要再更改非常困難，而且醫院總額在醫療提供者占的部分是非常大的，我們應該尊重醫院部門，特別是醫院端的訴求，當然我這邊也是支持醫院提供者，我時間都 OK，但我覺得要尊重醫院部門的相關意見，以上。

盧主任委員瑞芬：好，劉淑瓊委員、林恩豪委員，最後兩位發言，因為我們已經超過時間。

劉委員淑瓊：朱益宏委員剛才提出的問題，我自己也願意改時間，但是我覺得從遊戲規則來講，本來就已經定了禮拜三，剛剛侯委員也講了他不方便，所以我覺得只要有人出聲說不方便，其實我們就沒有必要再討論下去。其實安排在哪個時間對大家來講都很辛苦，例如禮拜五我已經把時間都排開了，不過既然有委員這樣表達，應該要尊重，因為原來定的就是禮拜三，謝謝。

盧主任委員瑞芬：林恩豪委員請。

林委員恩豪：謝謝主席，我也認同劉淑瓊老師跟主席剛才的說明，其實這次的通知就已經寫清楚時間了，每位委員都很忙，說真的，定哪一天都會有人有問題，既然當時的通知是這樣，那我們也認同了，就來參加這會議，那就是認同依照這時間嘛！就不要再動來動去，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，陳杰委員請。

陳委員杰：陳杰第一次發言，有關於時間預訂表的部分，既然已經排定星期三，是不是我來做一個比較折衷的建議，因為今年度已經排定，我也是中部上來的，我反而是星期五比較不方便，但為了配合開會，已把時間挪出來。今年度已經排定，是不是明年度既然醫院代表有提出這個意見，屆時再請健保會去做思考，明年 113 年要不要做更正，到時候再來討論，這樣好不好？謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，李永振委員請。最後一位。

李委員永振：剛才提到的，現在是禮拜三、禮拜五選一個，不是明年再去改，這樣醫界明年不是又有困難嗎？在 1 月 18 日說明會發現這個請教過了，幕僚可能不好意思講，但是在考慮上、公務員服務法上面有改變是不是？現在如果禮拜五要改時間，禮拜六、日必須加班整理會議資料，如果禮拜三的話，禮拜四、五趕出來，在 10 天時間要公告會比較方便，當然因為這個是有關於幕僚部分，他們不好意思講，好像圖利自己，但這是法的規定^(註)，法的規定加班有

限制，變成這樣派代表時也提到過，現在也決定了，是不是就照這樣，反正已經要改了，以前也有改過，又不是沒有改過。

註：111 年 6 月 22 日修正公布之「公務員服務法」第 12 條施行日期，經考試院令定自 112 年 1 月 1 日施行，該條規定公務員每日辦公時數為 8 小時，每週辦公總時數為 40 小時，每週應有 2 日之休息日。各機關(構)為推動業務需要，得指派公務員延長辦公時數加班。延長辦公時數，連同辦公時數，每日不得超過 12 小時；延長辦公時數，每月不得超過 60 小時。

盧主任委員瑞芬：好，這個部分我想雙方其實就是講，你只要改時間，一定有人可以、有人不可以，所以我只能動用主席的決策權，我們當時邀請委員來開會時，就是說禮拜三，所以在請委員推舉時也是用禮拜三為條件，現在要再改回來一定有人會不方便，剛才也有委員表示，真的不方便，所以我想這個會期就維持，下一屆我們各位委員，其實下一屆委員我也不知道是誰，這部分只能讓下一屆決定，這一屆已經做了這樣的決定，我們就這麼做，以上剛才大概簡單回答，我就針對業務報告的部分作幾個決定：

第一點，我們上一屆(第五屆)委員的會議決議列管的追蹤事項辦理情形，擬解除追蹤事項原本有 3 項，但事實上具名審查這部分我們會等健保署進行專案報告後再解除追蹤。目前擬解除追蹤的有 2 項同意解除追蹤，但是擬繼續追蹤的原本 17 項會加上 1 項具名審查部分，等健保署報告完再解除追蹤，總共 18 項。

第二點，請醫院、西醫基層總額相關團體及健保署儘速回覆 111 年度評核內容建議及 112 年度重點項目及績效指標，以利辦理後續評核作業。

第三點，我們本會訂於本年 4 月 12 日~13 日辦理 2 天 1 夜的 10 週年成果及未來展望研討暨共識營，請委員務必預留時間參加。委員對於議程跟與談人的名單有任何建議，還是請各位 3 月 1 日下班前提供本會參考，若有時間上的困難，也先請告訴我們，我們會儘量配合。

第四點，請健保署釐清保險憑證製發及存取資料管理辦法規定新增應上傳項目與總額其他預算的獎勵上傳項目的差異，並檢討繼續給予獎勵上傳費用的必要及合理性，這剛剛蔡副署長淑鈴已經有做相關說明，我們也會繼續跟催。

第五點，為利衛福部 113 年總額基期計算，請健保署務必於 3 月份委員會議提報 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，這個李永振委員剛有提到這部分的權責，這是執行面的問題，所以是健保署。至於社保司建議我們來討論，我們就會在這個會議結束時，跟社保司做一些討論，再把權責釐清，不過健保署還沒有報告，所以這部分我們就做這樣的決議，其他就洽悉。

劉委員淑瓊：謝謝主席剛才的結論很周延，但是針對健保署要做的審核刪制度，我們不希望只做具名或不具名，那只是其中一個。要關心的是，這樣的制度到底對於醫療費用的控制有無效果，裡面包括指標、審查的標準等等，所以請這部分可以補充，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，這個部分我們請健保署考量及回應，剛剛是翁燕雪委員要發言？

翁委員燕雪：謝謝主席，我是要麻煩周執行秘書，就是剛剛陳有慶委員也有提到，我們上次的說明會有幾個議題好像沒有回應。我上次提到說我們交通費的申報，因為後來同仁好像有私下告訴我說，應該是我講的那個樣子，但是好像還在跟會計處溝通，最後結果如何，是不是可以今天公開說明一下？

盧主任委員瑞芬：這個我要請周執行秘書說明。

周執行秘書淑婉：請臻麗組長說明一下交通費，因為我們會計規定比較嚴格。

邱組長臻麗：是照翁燕雪委員說的沒有錯，只是會計處的規定還是比較嚴格，他們認為是……

周執行秘書淑婉：我想這樣子，我們回頭再詳細的內容，我們在這次追蹤裡面回應給各委員。因為我們的會計都超級嚴格，所以我們每次審計都第一名，因為他控管我們非常的嚴格，所以這部分我們把內部規定再讓委員知道一下。

翁委員燕雪：上次同仁有寫 mail 給我，說 30 公里的確已經廢掉，會計處也沒有這樣的規定，只是說那個起算點到底是從機關起算還是從出發地起算，這個好像還有爭議。

周執行秘書淑婉：我們就是以花的錢最少來計算啦！像我們要去花蓮，我得要從南港坐，也不能從台北坐，我要先坐到這邊上班才能夠去坐。沒關係，我們不要浪費會議時間，我們後續再跟翁燕雪委員討論。

盧主任委員瑞芬：滕西華委員請。

滕委員西華：我回應主席剛剛裁示的內容，我沒意見，但蔡副署長有答應我說藥品審查的部分可以提書面報告，如果他們不反對，主席是不是也可以列入？

盧主任委員瑞芬：OK，好。這算是小追蹤，我們會安排進去。蔡副署長在具名審查那邊包括劉淑瓊委員有關於醫療服務審查制度成效檢討及核刪的部分加進去，還有滕西華委員有關藥品的部分，以上。請蔡麗娟委員發言，我們最後一位。

蔡委員麗娟：謝謝主席，關於剛剛有提到新藥給付，最近，其實是在前天，石署長有特別說了一個，就是說為了減輕病友的藥物負擔，讓一些新藥可以加速的納入健保給付，所以從今年開始要推行暫時列冊給付的制度，當然我是長期服務癌症病友，很多癌症病人聽到這樣的訊息發布，都非常感到高興，因為石署長講的就是說，對於創新的藥品，如果是具有突破性的，而且可能在臨床試驗時它的個案太少，價格比較有昂貴性，對這樣的藥物願意做一種暫時性的健保支付。不過對於這個問題我們想要了解的就是，若實施暫時性健保支付的制度，新藥新科技的藥費，是不是還是完整的在總額預算通過時的預算內，還是因應這樣的作法會有更額外的方便來做這件事情？

因為雖然病友聽到很高興，但是如果還是在原來的藥預算中，當然他還是排擠效應，因為這些需要更長期去確認它的不確定性的藥物，可是有一些已經是非常有明確的療效，CP 值也高的藥物，可能都還因為財務衝擊太大，還沒有辦法給付，所以我不知道在我們講給付政策的時候，完整的財務規劃狀況是怎麼樣？

盧主任委員瑞芬：蔡委員，因為這不是我們重要業務報告，今天因健保署會報告，這部分請健保署報告時再一併回應，謝謝。我們這部

分就結束，剛才的決定已經都念過一次了，請進行下一個議案。

韓委員幸紋會後書面意見

- 一、會議資料第 32 頁，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，第 15 項配合部分負擔調整方案，關於經濟弱勢民眾就醫權益之配套措施，存在審查過於嚴苛跟冗長的問題，此根本問題與政府缺乏完整的所得及財產資料的原因，健保署未來有無可能與數位發展部、國發會或主計總處等單位合作，整合跨部會資料，建立民眾完整的所得及財產資料，以掌握民眾實際經濟能力，應可加速經濟弱勢的判定速度，並擴大補助對象範圍。不僅如此，門急住診部分負擔過往也被質疑為何不依法實施定率制，提高抑制醫療浪費的效果，根據國外經驗，會依民眾所得高低制定不同部分負擔率(金額)，以提高部分負擔抑制醫療浪費的效果，且避免對於經濟弱勢造成過高經濟負擔。若政府可建立民眾完整的所得及財產資料，對於未來部分負擔改革的推動會相當有幫助，而且對於未來健保財務改革，例如擴大費基，也可奠定好的基礎。
- 二、會議資料第 34 頁，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，請問健保署目前有無發展數位審查？假設有的話，目前發展情況為何？預期的進程為何？未來有無可能取代人工審查？

參、優先報告事項第一案「本會 112 年度工作計畫及會議預定時間表(草案)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

邱組長臻麗：各位委員大家好，112 年度工作計畫主要依照健保法規定法定任務及衛福部 112 年度總額核(決)定事項，以及歷次委員會會議決議(定)事項，擬訂相關的工作項目，並經徵詢且參採健保署部分意見後研擬完成年度工作計畫，請委員翻到會議資料第 41 頁附件一是按照會議召開時間排序，列出每個月預定會討論及報告哪些案子，另外，會議資料第 44 頁則有 3 大項沒有排定月份，分別是請健保署儘速完成安排至最近 1 次委員會會議有 3 項、一項要視衛福部核定 113 年度總額時間的安排，以及有 5 項要視健保署提出相關案件的時間來安排。

請委員翻到會議資料第 51 頁，我們有徵詢健保署意見，健保署提出 12 項意見，其中項次 1，健保署建議每月業務執行報告，希望改用電子檔方式提供，我們考量這仍是本會重要監理參據，所以建議還是能維持書面方式提供。另外有 7 項是建議提會調整時程，第 5 項(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)，剛剛本會重要業務報告周執行秘書淑婉也提到，同意調整到 3 月；項次 2、6、9，配合本會業務執行進度，希望健保署配合依預定時程辦理，但可視需要彈性調整；在會議資料第 52 頁的項次 10、11、12，因這是衛福部核(決)定的事項，請健保署儘速辦理完成，在最近 1 次委員會會議提報。會議資料第 51 頁，項次 3、4 健保署建議把報告的主辦單位改為牙全會跟中全會及併案提報，同意併案報告，但因健保署是保險人角色，應善盡規劃管理的業務，建議維持由健保署本權責統籌報告。項次 7、8，健保署建議能夠改為評核會併案提報，我們評估後同意併案報告，但因為這屬於衛福部核(決)定事項的內容，所以建議還是維持提會報告。

接下來請委員看到會議資料第 54 頁會議預定時間表，剛也討論過確定委員會會議原則在每月第 4 個禮拜三召開，但因為業務需要會

有調整，像 8 月是在第 3 個禮拜三，10、11、12 月也都是第 3 個禮拜三，另外 9 月 20 日會開總額協商會議，21 日是未盡事宜討論，9 月的委員會議會改在 9 月 22 日禮拜五，當天委員會議是要來確定前一次協商會議的結論，所以如果是遠途的委員，可以選擇用視訊方式參加。

另外，請委員翻回會議資料第 44 頁，剛有提到 3 項請健保署儘速完成，安排至最近 1 次委員會議，第 1 項，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；另 2 項報告案為「促進醫療服務診療項目支付衡平性」之具體實施規劃及「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」，及具體實施計畫等，總共有 3 項，請健保署能儘速辦理完成，安排在最近一次的委員會議報告，以上報告，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請問委員針對這部分有沒有什麼意見？112 年度的工作計畫。滕西華委員請。

滕委員西華：好，謝謝主席，關於會議資料第 41 頁開始之年度工作計畫草案裡，我們幕僚有把每個工作項目、報告事項、討論事項都列出。因本屆非常多新委員，加上我過去參與的經驗，我想大家討論一下，是不是委員可以提前 1 個月，比如說現在 3 月 22 日要報告收入 2 億元的財報跟扣減效益評估，有委員感興趣，希望在報告裡面看到的東西，事先蒐集提供給健保署？因為我們這些報告例行性很多年，有時候在會議上經常會聽到委員詢問什麼問題，可是通常有時候都無法當下得到完整的資訊，或是都變成會後回復，就失去討論意義，你也不能臨時提出健保署手上沒有的資料。我的意思是，有沒有可能今年做一些改變？比如說 3 月 22 日要報告，我們是不是看健保署的工作負擔，在 3 月 10 日以前還是 3 月 5 日以前，幕僚蒐集委員對這主題感興趣的內容，請健保署在報告時一併提出來，比如說你對財報好奇什麼，這樣比較可以有更好的互動，我是做這樣的建議啦！謝謝。

盧主任委員瑞芬：對，早一點，他說 1 個月前。

滕委員西華：已公告就知道了。

盧主任委員瑞芬：好，李永振委員請。

李委員永振：謝謝。我看這個工作計畫，記得去年 3 月份工作計畫曾經有列 111 年度西醫基層總額代謝症候群防治計畫具體實施案的討論^(註)，當時在討論時，大多數委員對計畫內容不甚贊同，曾經提出很多的改善意見，後來由於時間因素考量，而且這是算政策性的項目，所以就勉予放行，但在後續很多會議都持續關心，在 112 年總額協商時，這項計畫的預算金額還從 3.08 億元增加到 6.16 億元，但有附帶條件就是執行前必須提案檢討討論，之後才可以動支。

雖然部裡面核下來，這個條件不見了，但是基於總額最有效應用，裡面還有很多值得討論的地方，所以站在監理的角度，建議針對這項計畫仍然要提出執行檢討，並就委員關心的事項深入回應，提今(112)年度，3 月可能來不及，最慢 4 月應要提出來，這樣可能效果會比較好一點。

坦白講，對這項預防醫學我是很贊成，你如果有成效的話，我願意投資下去，真的是買健康，但若是像去年大家討論的話，提得七零八落，看不到預期效果，今年又 double 成長，這樣就會覺得怪怪的，所以是不是請健保署、健康署及西醫基層趕快針對這個，針對去年從 7 月 1 日到現在，也應該有經過 9 個月了，快 9 個月了，情況是怎樣？去年建議的問題點，要怎麼精進會比較好？這樣讓我們付費者對於未來效果才有一點期待。不然的話，如果像去年這樣 run 下去，又是另一個黑洞出現，這樣不好。

另外，有關於健保署對工作計畫提出的 12 項，我看幕僚也很認真的去回應，我個人是支持幕僚所提出的處理意見，謝謝。

註：有關「全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫」(草案)報請同意案，為本會 111 年 4 月份委員會議討論事項第一案。

盧主任委員瑞芬：謝謝。朱委員請。

朱委員益宏：我是建議一下，就是在今年度，因為剛剛其實在前一個議題時，有一些委員對於藥費提出了一些意見，包括滕西華委員及蔡麗娟委員。

我是建議是不是在今年度，健保署特別再加一個報告案，就是對於藥費的管控，我們知道藥費每年都有藥品支出目標，昨天報紙上也登了署長說可能今年超過目標有 80 幾億元，所以要調降藥價，大概有 80 幾億元，之前報載有 150 幾億元，造成黃金舜理事長在媒體回應，我是認為說既然我們已經每年都有訂定藥品支出目標，且支出目標每年都有成長率，成長率也跟大總額成長率相當，為什麼我們在每年藥費的支出還會超標呢？因為你依照健保法超標以後，第 2 年就要調降藥費，而且這個超標的幅度還蠻高的，照報紙上刊的話，大概是一年 80 幾億元，依照之前的經驗大概都有 50、60 億元，就是我們藥品支出既然訂了一個目標，為什麼還會超標？總有理由，是因為新藥進來太多？是因為舊的疾病老化太快？或是因為慢性病用藥用太多，或甚至醫療服務提供者或是病人有一些浪費等原因，總是要有一些針對超標檢討，總不能說我訂在那邊，超標第 2 年就扣藥費，扣完藥費，藥界就開始叫，包括地板價都還要被核減，然後有一些藥物就不生產，產生現在的缺藥窘境。

所以我認為我們應該不是事後再來檢討缺藥怎麼處理、藥價要不要減少？而是要從源頭就應討論為什麼 DET^(註)這個目標制達不到？為什麼管控不好？為什麼訂了目標還會超標？是目標訂太低還是有其他什麼原因？我覺得這要澈底檢討原因，而不是檢討會後藥品不應該砍價，那都是後面處理原因造成的結果的處理方式，所以我認為建議是不是我們儘快在什麼時間能增加一個專案報告，有機會讓委員針對藥費的問題，到底佔總額現在 29%，是太低還是太高？還是我們應該更拉高藥費的占比等等這些議題，我覺得應該做充分討論，謝謝。

註：DET(Drug Expenditure Target，全民健康保險藥品費用分配比率目標制)。

盧主任委員瑞芬：謝謝，陳石池委員請。

陳委員石池：主席，各位委員大家早安，我記得我去年有提過一個概念，初當委員時，就不知道總額預算到底是用完、不夠，還是透支？我講過這問題，但你們沒有回答。我好像聽說去年的總額預算

是有盈餘的，因為這個對我們以後編列預算時有很大關係，到底是夠還是不夠？一般服務夠嗎？專款不夠？還是透支？這對我們在編總額預算有很大的關係，以前這樣編，到底合理與否？我去年提過一次，你們沒有給我答案，今年我可以知道答案嗎？這幾年給你的預算到底最後使用金額是怎樣？有沒有計畫讓我們知道？這可讓我們編預算當作參考，我覺得這是非常合理的要求，希望不要讓我用比較嚴肅的話語來講，請尊重我的發言。請給我這個資料，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，接下來請黃金舜委員。

黃委員金舜：主席、署長、各位委員大家好，關於最近媒體一直在報導缺藥的問題，健保法^(註)規範得很清楚，藥師指示用藥，不能納為健保給付。最近出現的問題氧化鎂，健保核價 0.16 元，一顆藥不到 2 角銀，在醫院還是診所通常開 100 顆藥，100 顆藥開 16 元，然後，民眾為了拿 16 元氧化鎂，必須繳納掛號費 200 元，還要診察費、藥師調劑費，加起來超過 600 元的成本，我也一再呼籲，健保署應該要好好思考這塊，但是現在健保署希望不符合成本的藥品有地板價，法規明文規定，指示藥品不能健保給付，我建議就應該回歸健保法的規範，不能一直在違法，我希望健保署可以好好考量。

註：健保法第 51 條規定，成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品不列入本保險給付範圍。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請陳杰委員。

陳委員杰：謝謝，因為我是第 1 次擔任健保委員，當然有一些不是很了解的地方，請大家見諒。我比較關心整個健保基金的財務問題，好比剛剛委員有提到，到底健保基金是夠？還是不夠？當然我現在目前比較關注的是，目前台灣百業蕭條，除了高科技業者之外，事實上台灣的老百姓已經增加很多沉重的負擔了，再加上去年調高基本工資，有廣大的勞工也多繳了一些健保費，當然這是必須的，但目前剛好有 1 個喜訊，昨天立院剛通過，關於去年超收 3,800 億元稅課收入，裡面有提到 1 點，每個台灣民眾普發 6,000 元，總共大概 1,000 多億元，還有剩餘款約 2,500 億元，有提到挹注健保基金，是不是大膽建議健保會、健保署，希望向立法院、行政院爭取，最起碼能撥補 500 億元。

我相信將來健保基金不會發生所謂的缺口，我提 1 個例子，這是有可能的，不是沒有可能，大家不要笑。因為曾經在立法院做 1 個決議，每年要固定撥補勞保基金 200 億元，甚至於今年因為股市的問題，聽說要撥補 1,000 億元。當然我們中央政府總預算裡能夠去挪支，所以我利用今天的機會提出具體的建議。因為已經有提到要挹注健保基金，字體寫得這麼大，所以我希望今天健保會委員會議能夠具體提出，希望健保會可以透過衛生福利部向行政院來爭取，沒有 500 億元，最起碼也要 300 億元，我相信這 2 年內就不需要去討論到，到底健保費要不要調漲的問題，以上，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝。剛才有提到，關於要健保署配合的事項，我們先歡迎一下石署長，今天完成宣誓程序了(委員鼓掌)，謝謝石署長。

有幾件事情，剛才委員提到藥費管控、代謝症候群防治計畫要做專案報告，若排 4 月份進行報告，健保署可以嗎？(石署長回復可以)

至於財務相關報告的部分，本會已經安排在 4 月份了，在優先報告事項中就有 113 年年度總額範圍報行政院前的諮詢，還有全民健康保險資源配置和財務平衡，這部分也要回應陳石池委員剛才提到的 global budget^(註)到底有沒有剩下，就請健保署在這個部分全面地回答，所以我想陳石池委員的提問，在 4 月份的委員會議也會有答復。

以上就針對第一案的報告，我做了幾個決定，剛剛依照委員的建議，我們 4 月份的委員會議會增列代謝症候群防治計畫的改進方案，含推動「以人為中心」之合作照護模式，還有服務人數的提升、支付單價的衡平性，減少重複檢驗(查)等，第二個案子就是有關於藥費管控策略及檢討，剛剛已經多位委員提出關心，這部分也請健保署在 4 月份報告。

另外滕西華委員提到，112 年度工作計畫的報告案已經有列出詳細的工作項目和時程，若委員對於任何 1 個報告案有意見，歡迎事

前提出給健保署，他會在報告時一併回應，要麻煩委員配合在約 1 個月前提出，讓健保署有充分準備的時間，才不會讓委員期望落空。

有關 112 年度醫院及西醫基層總額決定事項，新增的 3 項需要提本會確認的案子，請健保署也儘速辦理，我們儘量安排到最近 1 次的委員會議來討論或報告，以上。接下來進行優先報告事項第二案。

註：global budget：總額預算。

朱委員益宏：對不起！我稍微詢問一下主席的結論，就是針對報告案希望提一些詢問，是透過健保會同仁處理？還是直接……，因為剛才說請委員直接跟健保署……

盧主任委員瑞芬：對不起，請提給健保會的同仁，謝謝。

陳委員杰：報告主席，我剛剛提的那個案子，是否能夠請健保署回應一下？

盧主任委員瑞芬：有，陳杰委員，4 月的優先報告事項中就有財務平衡方案，所以剛才已經有請健保署，把您的提的提問納入，一定要在那時候回覆您。

陳委員杰：不好意思，因為這牽涉到時效問題，剛好就是有關於稅課收入超收 3,800 億元，目前全民發 6,000 元，清算起來大概 1,300 億元，所以還有 2,500 億元，這數字相當龐大，當然短期間內，希望能夠透過衛生福利部直接跟行政院爭取，希望能挹注健保基金，這樣的話能夠照顧全民，大家不要人心惶惶，到底現在健保費率 5.17% 要不要調漲？每次我參加工會活動，很多工會幹部都在詢問這個問題。希望衛生福利部能爭取時效，近期內跟行政院接洽協商，提出希望能將這筆費用用來挹注健保基金。希望真的要把這件事放在心裡面，不是不可能，當初請政府 1 年撥補 200 億元到勞保基金，原本說不可能，結果還是每年撥補 200 億元，所以我藉此機會做出具體的建議，希望能成案，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝陳委員，這部分請社保司商司長要不要回應一下，因為陳杰委員提到要請衛福部討論。

商委員東福：我們隨時都在爭取，事實上，200 億元已經爭取到了。

石署長崇良：主席，謝謝委員對健保的支持，因為接下來要審特別預算，行政院也同意在特別預算中編列 200 億元挹注健保基金，我們會極力繼續爭取，如果能像委員說的，爭取到更多會更好，謝謝委員的支持。

盧主任委員瑞芬：謝謝！接著進行優先報告事項第二案，請同仁宣讀。

肆、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」與會人員發言實錄
同仁宣讀

陳組長燕鈴：向委員說明，在本會的權責中，在健保總額的協定分配是很重要的業務，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，上屆委員已於去年完成協議訂定，也報請衛福部核(決)定了，衛福部在今年 1 月 19 日已經公告。

請參閱會議資料 56 頁說明二，衛福部核(決)定之總額費用及健保財務收支情形的摘要說明，112 年度總額全年經費是 8,364.24 億元，相較於 112 年度總額基期，成長率是 3.323%。

有關各部門詳細的費用分配，請委員參閱黃色封面補充資料第 7 頁的更新表格，有補充透析部分的資料，這個表格上面呈現的是衛福部核(決)定的結果，表格下面的部分是本會協商結果。

牙醫門診、中醫門診及其他預算的金額、成長率是本會有共識的部分，衛福部就照本會的協商結果來核定，所以金額、成長率都是一樣的。

至於醫院和西醫基層總額，因為本會沒有共識，所以採兩案併陳，兩案併陳的結果，請在參閱表格的下面。最後衛福部決定醫院總額部門 5,796.09 億元，成長率 3.663%，在表格下面註 3 提到，其中醫院總額為 236.13 億元，是所謂門診透析的費用，這是內含在醫院總額中。

西醫基層總額部分也是沒有共識，部決定結果是 1,592.55 億元、成長率 3.008%，這個預算有含透析的預算 210.426 億元，這都已經併入醫院和西醫基層總額計算，整體透析費用總金額是 446.556 億元，這些資料已經補充在註 3。整體來講，112 年度總額已經高達 8,364.24 億元。

請看到會議資料第 56 頁最後一行，在這樣的 1 個支出情況之下，健保署也提供 109~112 年健保財務的收支情形在會議資料第 80 頁，請參考。

會議資料第 80 頁最右邊的欄位，如果 112 年醫療給付費用總額是 8,364 億元的話，看下面倒數第 3 列，當年保險收支餘絀是 -84 億元，安全準備就會是約當 1.47 個保險給付支出月數，還在健保法規範的 1~3 個月範圍內，這是核(決)定後的財務情形，請委員參考。

請翻回會議資料第 57 頁，去年本會協商與衛福部核(決)定的結果，本會已詳列比較表，請參閱會議資料第 81~113 頁，因為資料內容很多，有興趣想要比較一下的委員，可以參考。

就衛福部核(決)定的重點項目向委員說明，首先是達成共識的牙醫門診、中醫門診及其他預算，衛福部同意照辦。沒有共識的醫院及西醫基層總額部分，衛福部決定的重點有 5 個共通性項目，其中 1~4 個都是專款。共通性項目部分，就是在協商時，提到有一些因醫療法就醫療器材使用規範重新修訂，造成成本需要補貼的項目就併入原有促進醫療服務診療項目支付衡平性的專款項目中，分別在醫院及西醫基層編列 20 億元、10 億元。

另外配合健保總額中長期改革計畫，在 112 年新增 2 項計畫，1 個是癌症治療品質改善計畫、1 個是慢性傳染病照護品質計畫，癌症治療品質改善計畫，醫院及西醫基層總額分別編列 4.02 億元、1.15 億元；慢性傳染病照護品質計畫，醫院及西醫基層總額分別編列是 1.8 億元、0.2 億元，沒有跟因應長新冠照護衍生費用合併，是因為 112 年增列因應長新冠照護衍生費用的專款，醫院總額是 0.4 億元、西醫基層總額是 0.1 億元。

剛剛也提到門診透析是內含在醫院和西醫基層總額，是合併運用的概念，門診透析總費用成長率是 3%，其中 1%，約 4.335 億元是專款專用，用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質；另外 2% 的成長率就是須內含鼓勵透析病患諮詢腎臟移植的費用，因為我們要做預算拆分，依據 111 年第 1 季點數占率分配，醫院總額的透析成長率是 2.405%，西醫基層總額的透析成長率是 3.675%。

接下來說明個別總額的重點項目，請參閱會議資料第 58 頁。在醫院總額部分有 2 項，過去都編在一般服務的分級醫療的項目，這

2 項今年是移列到專款，全年經費分別是 5 億元、10 億元，主要用於優化社區醫院醫療服務品質及量能、持續推動分級醫療，而非保障點值，所以這個部分是移列到專款，需要有專案計畫，之後健保署也會提詳細的執行計畫到本會報告。

醫院總額 B 項的部分，是健保總額中長期改革計畫的住院整合照護服務試辦計畫的專款項目，112 年全年經費 5.6 億元(增編 2.6 億元)。此外，112 年新增因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增的專款項目，全年經費是 10 億元。

西醫基層總額的 A、B 項的部分，112 年新增 2 個一般服務費用，A 項是配合分級醫療，調高診察費，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 項是因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費，編列 6.593 億元，是用於反映護理人員的薪資，並請健保署能夠建立相關的稽核機制。此外既有的專款項目醫療給付改善方案增編 0.953 億元，強化基層照護能力及開放表別項目也增編 1 億元，這是希望能夠推動分級醫療配合政策的費用。

有關四部門總額確定後，健保署執行時會分配到健保 6 分區的地區預算分配，這部分核(決)定結果，牙醫門診、中醫門診總額，因為有共識，就同意依照協商結果辦理。

醫院總額的部分，部的決定是風險調整移撥款為 6 億元，在門診服務部分，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，也就是所謂的 R 值，較 111 年增加 1%，住院服務是維持 111 年度的比率，相關詳細數字，詳列如下表，請委員參考。西醫基層總額的風險調整移撥款為 6 億元，R 值較 111 年增加 1%，以上是 112 年總額的金額和分配。

請看到會議資料第 59 頁的說明四，衛福部在核定內容，對於總額協商有 2 個政策指示，本會必須處理，所以我們也提出本會的處理建議。第 1 個政策指示是部核定函說明五提到，就是在會議資料第 66 頁，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，未來本會在每年度總額協商前，要就各總額部門提出之計畫，請本部相關業管單位評估。針對這個指示，我們的處理建議是依照部的核定辦理，本會會在 8 月下旬由各總額部門提出協商草案時，將協商草案送請本部各業管單位評估及提供意見，並將本部所評估及提供的意見作為本會總額協商的參考，同時這個程序，本會會納入 113 年總額協商的程序進行研訂。

會議資料第 60 頁四、(二)未來西醫基層總額地區預算分配比率之 R 值，要每 2 年增加 1%，逐步調至 75% 後再作評估，這個指示也是在會議資料第 66 頁說明函的說明三。我們的處理建議是，本會每年都會討論地區預算的分配，所以在討論預算分配時，就會依照本部的政策指示辦理。

請參閱會議資料第 60 頁說明五，就 112 年核定事項中，本會後續的辦理情形及該辦理情形的結果，在五、(一)的部分，本來就應該在 111 年年底辦理完成法定程序並提報事項，健保署已經會同各相關各部門總額相關團體進行研訂，應完成事項共 67 項，健保署已經辦理完成計 42 項，還沒有辦理的事項有 25 項，詳細的內容都列在附件四，至各部門總額尚未完成的項目，請參閱第 60 頁的表格。這些事項中，有些是比較仔細的要求，要提報實施方案和規劃，這已經納入本次會議的報告事項。

另外依衛福部的指示，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，剛才在年度工作計畫已經講到了，就是會議資料第 61 頁框框內的內容，包括須提本會確認的討論事項，及 2 個須提本會報告的事項，這部分因健保署函復需要跟總額相關團體再研議，或是有些政策須謹慎規劃，建議延後辦理，本會考量這是衛福部的決定事項，還是請健保署儘速辦理完成，提至本會，本會會安排於最近 1 次的委員會進行討論或報告。

有關地區預算分配的情形，所要求各總額部門一般服務之點值保障項目，健保署已經提送至本會，也已經列於本次會議討論事項第

一案。至於各部門的風險調整移撥款，中醫部門沒有編列本項預算，其他三部門還沒有函報本會，請儘速將議定的風險調整移撥款之執行方式函報本會備查。

在附件六，本會擬具「112 年度各部門總額協定事項及相關計畫追蹤時程表」，也請健保署跟各總額部門，能依照時程完成法定程序及提報本會事宜。

剛剛提到有 25 項須完成，但還沒完成的項目，也請健保署儘速辦理，以上說明。

盧主任委員瑞芬：請問委員有沒有意見？請陳杰委員。

陳委員杰：謝謝，報告健保會，因為本人是第 1 次參加健保會委員會，在會議資料第 56 頁，其他預算 157.79 億元、減少 8 億元，依我看這個數字應該屬於支出項目，等於這筆款項 157.79 億元，到底是什麼其他預算，我不懂。

第 2 點，為什麼減少 8 億元，我也不懂，這點是否能請健保會做說明？

盧主任委員瑞芬：陳委員，我簡單說明，其他預算就是給健保署運用的預算，減少的意思就是說今年比去年少編列 8 億元。接下來請陳相國委員。

陳委員相國：主席、各位委員好，請看到會議資料第 60 頁，(二)未來西醫基層總額地區預算分配比率之 R 值^(註1)，請每 2 年增加 1%，逐步調至 75%。這點要表達全聯會的看法，全聯會西醫基層被這 R、S^(註2)公式困擾很久了，這是非常困難、複雜的公式，相關參數有 30 個左右，要看懂這個公式，要用 1 個月時間好好唸書，唸完還不一定看得懂。

我們觀察這個公式很久，我覺得有幾個比較不周全的地方。第 1 個，這個公式太注重人口因子。第 2 個，現在人口老化是醫療費用增加的 1 個很重要的因素，它把人口老化計算因子歸得太小了，舉例來說，西醫基層有 1 年用這個 R、S 公式計算出來，北區成長率到 9%，其他 3 區是 -1%、-2%，另外 1 區是 1%，那時我們總額主

委說，這樣不行，這個公式出了問題，於是就訂出上限、下限，就是要解決這個問題。這次衛福部已經裁定往前調整 1%，雖然我們要到明年底才會討論到這個問題，但我們要表達反對意見，因為這個 R 值公式往前推，推到 100% 的話，所有的錢都跑到北區去，其他區都分不到任何成長率，這對醫界而言是很不公平的問題，而且這個是我們內部分配的問題，跟醫療品質、西醫基層總額、大總額沒有關係，所以我們有 3 點訴求。

第 1 點，R 值每 2 年前進 1%，衝擊中區、南區、高屏區及東區等 4 分區，該 4 區受人口占率、醫療資源多寡、民眾年齡老化等因素，影響醫療分配相當嚴重。

第 2 點，如果在經年累月的扭曲下，將逐漸減少 4 個分區的預算，反而造成城鄉的醫療資源不平衡，資源不斷往北移動，也非預算分配的精神。

第 3 點，R 值公式內含人口結構校正比率、標準死亡校正比率、轉診率型態校正比率，這些都會影響預算分配，建議先著手討論公式分配的合理性，再決定 R 值是否往前進，如果等到 R 值前進至 75%，再重新檢視公式，恐為時已晚，所以建議在公式還沒有修正，大家認為公式完全正確的共識形成前，建議 R 值不宜再往前進。雖然這是衛福部的指示和政策，可是我覺得指示和政策也是有討論、協商的空間，以上意見。

註 1：R 值(各地區校正人口風險因子及轉診型態後保險對象人數)。

註 2：S，指 S 值(總額開辦前 1 年各地區保險對象實際發生醫療費用)

盧主任委員瑞芬：謝謝陳委員，這部分我們會轉給社保司參考。接下來請李永振委員。

李委員永振：有 2 點請教，第 1 點，前面繼續追蹤事項有相關的篇幅提到政府應負擔保險經費 36% 的事情，剛才陳杰委員也有關心健保的財務。在會議資料第 80 頁列示 109~112 年健保財務收支情形，其中 109~111 年這 3 年的情形，應該已經差不多知道了。110 年是短絀 115 億元、111 年自編結算數是 103 億元，這個部分，在本會 4 月份的工作計畫中有提到，111 年度全民健保年終決算報告要提

本會備查。我就先呼應一下剛才滕西華委員提到，在 4 月份的這個案子，是不是可以提前請健保署針對 110 年及 111 年，以行政院協商確立之法律見解及計算方式，詳細列出如何算出政府應負擔不足 36% 的差額，以實例來練兵，3 月份提出來，讓委員先知道一下，不然我們有 43.6% 的新委員，到 4 月份才討論這個案子，可能抓不到貓毛，是不是可以讓委員先了解、掌握已經爭議 5、6 年的部分，到底是怎麼回事？因為從 1 月 18 日到現在，都有列出來，但委員好像對這部分，還沒有提出見解，還沒有有一些發問。

為何我會提這 2 年？因為 110 年是虧的，111 年是結餘的，也就虧損、結餘到底是如何計算出來的？用你的法律見解詳列出，以實際的例子，根據法律算出來的結果是怎麼樣？不用在這邊高來高去，也講不清楚。

第 2 點，請教會議資料第 80 頁「109 年至 112 年健保財務收支情形表」的說明 4，為什麼安全準備相關收入不包括保險收支結餘？這是不是未遵循健保法第 76 條第 1 項之規範，這條規範得很清楚，安全準備來源就是 5 項，第 1 項就是保險收支結餘，為什麼列出這個表，卻特別把它排除掉呢？以上，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請吳榮達委員。

吳委員榮達：主席、各位委員大家早，我的問題是在會議資料第 57 頁 2.(1)，這邊有講到衛福部的決定重點，另外在會議資料第 58 頁 ① 醫院總額 B. 住院整合照護服務試辦計畫，雖然沒有像下面 ② 西醫基層 B 項目有提到並建請健保署建立相關稽核機制，但是畢竟住院整合照護服務試辦計畫，也需要有 1 個稽核機制存在，因為有稽核的機制才知道這樣試辦效益是怎樣，才會在以後的年度是不是要全面性的推廣，或再擴大性試辦，這可能會是 1 個參考，是否建議健保署針對這個部分建立稽核機制。

另外，李永振委員提到會議資料第 80 頁，有幾個數據想請教健保署，事後再提出沒關係，就是幾個數據，首先是有關於「保險收入」(一)3. 政府負擔不足法定的 36% 之差額，看起來是 111 年度和 112 年度兩個相差約有 100 多億元，整個預估的計算怎麼來的？可

否做個了解？這是第 1 點。

第 2 點，在「其他收入」，對比 110 年、111 年跟 112 年，在預估的金額方面有很大很大的差距，也想要了解一下在 112 年預估數 197 億元這部分大概會考量哪些因素？大概是哪些金額的預估，所以有這樣的金額存在？這個大概是第 2 點。

再來是有關於「當年安全準備填補金額」這一欄，變動蠻大的，110 年 326 億元、111 年 65 億元、112 年 253 億元，這 3 年的變動情形可否分析，讓我們了解一下。大概以上意見，可以會後書面回復即可，謝謝。

盧主任委員瑞芬：接下來請朱益宏委員。

朱委員益宏：謝謝主席，個人有一點意見，就是關於剛剛陳相國委員提到基層 R 值、S 值的問題，其實這部分事實上在醫院協會，在去年下半年承接了健保署的 1 個研究計畫，針對醫院總額的地區預算分配，在半年時間凝聚 6 區共識，已經有一些具體建議，但我們不希望這些建議只是建議而已，希望真正落實到未來在醫院總額的地區預算分配，但是不知道用什麼機制處理，因為這牽涉到社保司要修改地區預算分配的一些公式。

另外一開始我們在報告事項提到，關於上屆委員關切低推估的公式這件事情，也把委員的意見轉到社保司了，不知道社保司後續在今年度對於總額公式，特別是對於低推估方面，或是對醫院總額、西醫基層總額分區預算的公式，有什麼計畫要去做研討或討論，還是做修正？因為我覺得這也是健保會監理的一部分，請社保司提供一下今年度對於這方面的規畫，至少在協商以前我覺得這些事情都要做初步討論及交換意見，有沒有這樣的時程，讓委員知道，委員也可以關切相關議題。特別是醫院協會花很多時間做這樣的研究計畫，健保署也給一些經費補助，我們也不希望這樣的研究計畫就石沉大海，希望能夠就確實不可行來看，如果不可行、哪裡有問題、需要做什麼修正，也要給醫院總額這邊一些回饋，希望能儘快出來。如果今天社保司沒有準備，是否可以會後補給委員，或是下

次委員會議時提報一下，關於明年總額在今年 9 月進行協商之前，或者至少我覺得應該要在 6 月國發會討論大總額前。因為這些時程環環相扣，包括衛福部大概下個月就要討論明年度總額的低推估等，要報國發會，而國發會將於 6 月協定，所以這個環環相扣。但若因為環環相扣，就都不動如山的話，我覺得這樣非常不好，能不能拜託最晚在下次委員會之前，讓我們知道今年對總額公式的研議有沒有什麼討論的時程，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，從剛才委員的提問中大概有 2 個部分，1 個是社保司、1 個是健保署，先請陳節如委員發言完畢之後，再請 2 個單位回應，謝謝。

陳委員節如：好，謝謝主席。我也是第一次來參加健保會，不過過去有一點點概念。第 1 個問題是醫院總額住院整合照護服務試辦計畫，這個全年經費有 5.6 億元，較去年增編 2.6 億元，最近新聞有說住院不用帶看護，有 2,847 床參與試辦，試行率不到 1 成，家總我們在呼籲持續要加速推動醫院的整合照護計畫，否則我覺得好像好幾年前就在實施了，在聯醫的部分我也親身經歷過，我們的個案有進去，可是對這些特殊兒童的服務好像沒有人要去服務，這部分恐怕大家要來加強研擬一下。所以在整合照護服務計畫試辦的期間，是不是要有稽核的制度，是不是將來能怎麼樣改進，這是我們參考全世界趨勢，像是美國的醫院都不用親屬過去了，我們勢必要向整個進步的方式去調整。

還有西醫基層總額因應基層護理人員需求，提高 1~30 人次的診察費，此項目屬於 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，是否要建立相關稽核制度？剛剛好像也有人提這個問題，聽到的是說，像我們疫情期間，好像也有給護理人員增加薪資，可是實際上好像也沒有進到他們口袋內，我覺得錢編列了就要做稽核，要有管控機制，不是說錢給醫療院所之後，到底醫療院所有無給護理人員？這是要給護理人員的，他們有無真正收到這筆錢？我也有耳聞他們有些收得不是很滿意啦！也不是像健保署所發布說的，可以領到多少錢，幾乎沒有，幾乎是很少。

第 3 點，齙齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫，這是會議資料第 115、218 頁，計畫適用對象第 7 點「不符合全民健保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」，想要釐清適用對象，這裡所指不符合的原因是什麼？

我再 1 分鐘，還有家庭醫師整合照護計畫已經推動 20 年，到現在 111 年參與醫師有 7,833 人，收案人數達到 600 萬人，可是試辦 20 年，推展至今年還是很難解決的困境究竟為何？到底如何將試辦計畫導向健保法第 44 條家庭責任醫師制度，試辦 20 年看起來還是很難看出明確的政策推展進程，這個是我幾年前就關心、或者是說每年都有在追蹤的議題，家庭醫師制度之收案成效在過去有在座的劉淑瓊老師、趙曉芳老師都提到成效呈現的研究方法基礎問題，未來健保署預計將如何調整成果效益之呈現？這是否要加強，我覺得是我們家庭醫師非常重要的一環，以上謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，接下來請周慶明委員。

周委員慶明：我這邊簡短回復剛剛陳節如委員的疑問，就是關於護理人員在診所這段疫情期間相關的狀況，跟您報告。

就舉我診所的例子，可能大部分診所也是這樣，一般分為疫情的前段跟後段，前段病人 down 非常厲害，我診所大約掉了 50% 以上，所以我們診所就讓護理人員減少上班時間，不用這麼多人，因為病人很少，只要少量的人來上班即可，所以放有薪假，給他休息，不裁員也不減薪，這是第 1 個。

第 2 個，在防疫獎勵金，中間政府有撥補 2 次獎勵金，政府都有依照比例，比例我忘了，是多少一定要給護理人員，我們都依照比例給。後段的話，從去年開始打疫苗、還有居家照護這塊，所以我們護理人員真的非常辛苦，所以在我診所，我加了 2 次薪水，因為他們真的很辛苦，加上去就不會再扣下來，實際加薪已經加了 2 次，我們對護理人員照顧當作自己家人一樣，用心照顧，所以跟委員報告一下相關狀況是這樣，以上謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，我接下來先請社保司針對地區分配的部

分回應。

商委員東福：謝謝委員，陳委員、朱委員特別提到公式的部分，當然在上次 12 月底我也在這邊說明，時程部分，事實上我們在其實去年的 10 月 17 日已請各團體提供相關意見，而在今年 1 月 6 日我們也有先進行工作小組的會議，預定 3 月 17 日再次開會，很多委員、代表也都受邀了，在次長的主持之下將會有相關的檢討，另外，健保會 4 月 26 日的委員會議，我們會在送行政院之前，在這一天向委員諮詢，以上說明。

盧主任委員瑞芬：謝謝，另外關於醫院地區預算分配，因為健保署委託做了研究計畫，我想也可以請健保署提供給社保司參考，謝謝。接下來請健保署回應。

石署長崇良：謝謝委員對這幾個計畫的關心，住院整合照護計畫也就是 skill-mixed，是去年的 10 月才開始，從去年 10 月公開徵求後，大概加入的有 40 家醫院，所以執行剛開始起步較慢，我們會設定一些評估指標來評估辦理成效。今年的話，現在照護司正在跟相關的醫界座談，看看接下來要辦理的方式，所以今年還會再公開徵求計畫 1 次，在還沒有新的計畫公開之前，當然之前 10 月開始做的醫院會繼續做，在看新的計畫公布之後再看評選的結果如何，再接著今年的預算繼續來做。我們會在一段時間後，也就是有足夠的時間跟個案的時候再報告，因為現在申報才 2、3 千萬點而已，還很少，等再累積一段時間及個案後，我們會整理一下跟委員說明報告，這是第 1 個。

有關西醫基層的護理費，其實他那個沒有什麼護理費，他跟住院不一樣，西醫基層就是只有診察費，等於是一種加成的概念，但是希望能夠回饋到聘用護理人員或直接到護理人員身上，所以當時有跟醫師公會全聯會達成共識，會去討論出稽核方式，就是診所確實有護理人員的，才會有這樣的加成，所以這大概是我們後續會去處理的。

第 3 個，家醫整合計畫，這個計畫真的推行很久了，我來到健保

署後是第 3 個禮拜上班，不過也立即把這個案子納入重要的檢討，就是整個再檢討一下，包含現在推的各項計畫，剛才委員關切的代謝症候群，怎麼透過家醫整合計畫大家要搭在一起，包含預防保健的工作，我們再檢討一下之後，再擇期跟委員來做一些說明，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請朱益宏委員。

朱委員益宏：一點點小小意見，就剛剛石署長的報告，家庭醫師整合照護計畫目前是西醫基層的照護計畫，但是家庭醫師這樣的概念，其實執行上應該包含社區醫院，社區醫院跟基層診所都是照顧社區民眾的重要力量，所以我認為家庭醫師整合照護計畫雖然編列在西醫基層總額，但是依照健保法健保署要推動家庭醫師計畫，希望署長在考慮整個計畫時，不是只有基層的照護計畫，而是依照健保法擴大，擴大時請務必考慮到地區醫院在基層、社區所扮演家庭醫師非常重要的角色，謝謝。

盧主任委員瑞芬：請林綉珠委員。

林委員綉珠：主席、各位委員大家好，我附和一下剛剛陳節如委員提到的住院整合照護試辦計畫需要列入稽核制度，因為目前看到的制度當中都是只有 1 個品質監控的部分，可是所謂的稽核，我覺得應該是要稽核這些單位在試辦時的真正落實情形，而非只有表面上的品質管制，因為目前看起來是地區及區域醫院申報比較多，醫學中心的部分反而較少，這部分事實上各個層級都有他的需要性，只是我聽聞有些機構就是把他們自己目前正在做的跟病人自聘的一些看護做連結，這個部分事實上失去了所謂的整合這塊的辦法，我覺得這部分應該是部裡面要做稽核動作，而不是只看單位品管部分，例如跌倒發生率、壓瘡發生等等品質部分而已，而是實質上他所做的這些，有無浮報的情形，我覺得這應該要有監控制度。

另外一塊，剛剛提到的基層護理人員的薪資部分，非常謝謝西醫基層對我們護理人員的照顧，不過我想疫情當中，那些津貼實際上都是臨時性的，疫情緩和後，對於補助多達 6.5 億元的錢，是不是

真的有嘉惠到護理師身上？我覺得這是一定要列入稽核的部分，因為他提到的就是 1~30 人次的門診部分，有門診、有護理師，那就應該看看薪資結構是否有所謂的成長。

我知道現在健保署或者是衛福部常常會發一些問卷，去詢問薪資多少、年薪多少，可是這些資料都是由機構提供的，至於準不準確，我覺得這部分應該要做一些實務上的稽核，以上。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，針對第二案的部分，我做以下決議，請健保署會同各部門總額相關團體，確實依照 112 年總額協定事項及時程，完成相關法定程序及提報本會等事宜，至於依限還沒有完成的事項，則請儘速辦理，其他就洽悉。請蔡麗娟委員。

蔡委員麗娟：主席好，剛剛針對住院的整合照護，當然大家都提到要有個稽核來看整個品質的狀況是如何，有看到護理人力在整個照護過程當中有一些要稽核、評核的項目，但是在這裡是不是也要加入被照顧者、也就是病人，在這樣的整合計畫實施之後，他們被護理、被照護的一些感受，在評核時能否把病人的感受、意願或者是他們認為應該要再改善的部分，有機會讓病人表達，因為病人就是這個整合照護計畫最直接的使用者，能不能有這樣的內容跟選項，讓病人來做評核？謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，我想這部分就請健保署列入考量，接下來進行下一案。

韓委員幸紋會後書面意見

- 一、會議資料第 58 頁，關於基層護理人力需求，健保署可以考慮透過診所 ID 及護理人員 ID 串連財稅資料的所得歷年檔(iimh)進行初步稽核，無須透過診所進行申報。
- 二、會議資料第 80 頁，109 年至 112 年健保財務收支情形表，請問 112 年預估數，部分負擔是以即將上路的新制進行估算還是舊制？另外，從此表可看出，近年因疫情影響，各項經濟指標波動幅度大，導致收入預估上的困難，總額低推估中的 MCPI 指

數亦有類似問題，未來費率調整機制是否考慮改為 3~5 年平衡 (近年各項經濟指標多以 3~5 年為一循環)，使得費率調整議題無須年年進行討論，也避免若因經濟波動較大導致預估失準時，民眾對於政府財務管控能力有所質疑。

伍、優先報告事項第三案「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」)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

蔡副署長淑鈴：主席，還有各位委員，這次業務報告，因為署長較晚進來，我先口頭做簡短的報告，針對署長理念部分就留給署長自己說明。

請各位委員翻開白色本子這本，就是第 1 次委員會議今年 1 月份的這本業務執行季報告，今天要跟大家簡短報告這份報告，前半段有本署近期的重點工作，以及後面的整個業務推展狀況，會有這兩個部分。

本署近期的重點報告，請各位參看今天桌上有一份是右上角標示 2 的補充資料，因為內容略有修正，我們就以這份補充資料 2 來進行報告。

首先第 1 項是署長在 2 月 6 日就職，他在就職時有提出五大改革的藍圖，這部分我就不報告，留給署長口頭報告。

第 2 項，跟大家報告近期媒體一直在報導所謂缺藥的問題，怎麼讓健保用藥穩定供應，其實健保署都收到這部分的訊息，也跟 TFDA 就是食藥署做很好的合作，這個流程是從 TFDA 管控藥品的供需，我們這邊跟他在這階段是合作關係，透過食藥署掌握的缺藥資訊，我們來理解其缺藥的原因，如果是跟健保成本部分有關，因為成本不敷而缺藥，我們就會接續處理，是這樣的合作關係。

在書面資料可以看到，有幾個典型的藥品短缺，例如氧化鎂、鋰鹽，我們跟食藥署合作方式是有個單一受理窗口，其實全國的受理窗口是在 TFDA，我們是共用窗口，都可以受理大家對於缺藥的反應，所以我們會即時掌握缺藥的資訊，跟 TFDA 有跨單位的合作機制，若廠商有不敷成本的部分，當然可以跟我們提出成本不敷的狀況，這個部分就是我們目前基本上合作的機制。

請翻開下一頁，其實我們在今年的 2 月 13 日，署長就針對缺藥

的部分有跟各公協會開會，也做了很好的溝通，事實上我們也希望這些缺藥問題能夠被處理，如果因為成本不敷的話，希望能夠透過我們提供成本資料後，就能恢復供應，讓市場不要短缺。

我們這邊有提到關於氧化鎂及鋰鹽等藥品短缺的處理方式，都循正常程序在進行當中，事實上除了這 2 個藥以外，食藥署也通報我們，一些兒童用藥也有類似情形，這些也都列入考量，甚至我們也主動發文給兒童用藥缺藥的廠商，希望他們能夠主動告訴我們究竟成本不敷到哪裡，我們會做適度的因應，甚至提我們的會議討論。

另外，在我們本次提供的另 1 本 12 月份業務執行報告，第 2 頁有提到 DET 的部分，事實上 DET 在今天報載也提到，我們連續 2 年會有合併辦理的問題，這次缺藥的問題也同時面臨 4 月 1 日藥價要調降，可能會跟成本不敷這件事有些連帶關係，署長已經指示我們並已確定，不管是目前低於基本價，或是調整後低於基本價，或是這次缺藥的 listing，在這次 DET 調整藥價時都會列入考慮，希望這樣的配套，能讓目前缺藥的供應端可以繼續提供健保用藥，這是我們在有關缺藥部分的討論及結果，跟大家簡短報告。

再來是第 3 項，提到醫院及西醫基層總額「藥品及特材給付規定改變」經費編列及估算方式合理性的檢討機制，這跟我們原來提供的資料略有精簡，最主要是說，這些經費的編列大家是知道的，但是我們在使用的結果，是不是要回歸基期扣款的這件事情，在程序上是需要經過總額研商會議討論後再提健保會報告，所以我們在這邊就先將這可能的提案先刪除，只先報告醫院跟西醫基層在去年 111 年通過的品項數及支用的情形，大家可以參看補充資料 2 第 2~3 頁，包括特材，這部分也列在健保會的追蹤事項中，詳細的結果我們會在下次的會議跟大家報告。

第 4 項，跟大家分享一件事情，健保智能客服 I Can! 的改版上線，這件事情可能就題目看起來會不太懂，跟大家簡短說明一下，事實上我們有 0800 的客服，都是真人在回答，但是他沒有辦法做到的是，下班時間跟假日沒有人能回答，或者是有些問題反反覆覆

是同一個問題，於是我們就引進 AI 智能客服來做這樣的服務，我們智能客服的名字叫 I Can!，所以在這邊會有例行的或者是經常被問到的熱門問題，透過 AI 來回答，這是很多服務業都在做的事情，健保在這邊也進入這階段，當然也可以讓大家知道說以後 0800 在夜間跟假日的服務需求，改由這個 I Can!發揮功能時，民眾如果即時有些問題，是可以透過這個 AI，也就是 I Can!來做回答，其他的重點工作，包括資訊的部分就請大家參閱。

接下來簡短跟大家報告業務執行季報告，季報告部分因為一本很厚，今天也顧及到有些委員是新委員，所以我也非常簡短的輪廓性跟大家做一些重點報告，細節部分有一些舊委員是清楚的。

首先，大家可以看到第 6 頁的表，從第 6 頁所提到的表 1 至表 3 來看，首先是投保單位的統計，12 月份的投保單位統計是 93.8 萬家，這部分當然包括社福外勞單位 16 萬家，再來是保險對象，保險對象這裡有一點可以跟大家報告一下，12 月份的保險對象是 2,378.7 萬人，較去年同期是減少 7.4 萬人，這裡面第一類是增加，其他二、三、六類都是減少。

另一個值得注意的是，外來人口跟去年同期相比是增加 4.5 萬人，這有可能是跟 COVID-19 趨緩，邊境鬆綁後來台的，不管是外勞或這些之前凍結的人力，現在又慢慢恢復，因此與工作人口數增加是有一點關係的，這是人數微幅微幅變動的背後原因。

再來是平均投保金額與平均保險費部分，這部分在 12 月份資料看起來異動較大，最主要是平均投保金額 42,053 元，較去年同期成長 4.82%，最主要是去年 1 月份的基本工資調整，還有第二、三類最低投保金額調升，第四、五類保險對象平均保險費調升，以及最高投保金額是調升 5 級，上限已經達到 21 萬，這些都造成平均投保金額成長率達到 4.82%，過去平均投保金額的成長不至於有到 4 以上的成長率，這點跟大家報告。

再來的話，請看第 10 頁的表 4，基本上這是呈現保險財務業務有現金制跟權責制，現金制的部分就請大家參閱，權責制部分，基本

上是呈現全民健保真正的財務狀態，在表 5-1 的部分提到，在 1 月份的時候，保費收入是 707.62 億元，醫療費用支出是 640.96 億元，其他收支結餘有 8.41 億元，合計結餘數是 73.72 億元。但是重點是，當然結餘是提存安全準備，剛剛其實健保會的會議資料也有提到，提存之後的安全準備餘額有 1,113.36 億元，折合約 1.78 個月的保險給付，這是 112 年 1 月份保險財務的結果。

醫療服務的部分，請看第 27 頁的表 13，剛剛其實健保會也有報告 112 年的總額預算，衛福部最後核定下來的總金額是 8,364.24 億元，成長率是 3.323%。接下來是醫療費用的申報，這次大家可能可以看到 1 個比較不一樣的地方，以去年的第 4 季跟 110 年同期比較的話，大家可以看一下表 13，就是 4 個總額中成長率比較高的有 2 個總額，就是去年第 4 季跟前年比較，前年是 COVID-19，疫後成長比較高的是西醫基層的件數成長率 17%，點數成長率 9.3%。可是西醫基層的看法是這樣的，他的基期是 down 很多的，在 COVID 期間西醫基層因為戴口罩的關係，基期幾乎是降下來，所以現在看起來，件數成長率 17% 是在回穩的階段。

另外一個比較特殊的是中醫總額，中醫總額件數成長 26%，點數成長 20%，這個是跟其他總額略有不同，真的是比以前還要成長。全年來比較也是有這樣子的結果，導致大家可以看到第 38 頁表 26 的部分，看起來到 111 年第 3 季的預估點值，其中，中醫的點值現在是四個總額裡面最低的，因為他的件數跟點數的成長率都比過去成長非常的高。其他總額的點值，因為剛剛陳石池委員也有提到說總額的結果，一部分是從點值來看，一部分是從專款的執行率來看，在這裡，牙醫是超過 1.1 元，西醫基層是 0.98 元，醫院是 0.94 元，透析是 0.89 元。

好，接下請大家看到第 42 頁，表 37-1 到 37-5，這裡提到品質指標監測的部分，因為事實上 1 月份的報告，基本上還是比較初步的，但是因為這個品質指標過去在提報的時候，很多委員都對這個指標有比較多的意見，所以這裡整體先簡單報告一下，因為這個必須每季都在追蹤，所以細部就不再報告。基本上我們的參考值，就

是以有沒有超過參考值的這個觀點，是優先參考總額的品質確保方案的參考值，非總額確保方案的項目，就是以正負 10%，當成 normal range，這個部分大概是這樣。

最後是在第 145 頁之後，有分級醫療的結果，這個部分也是疫後，跟上次的報告一樣，就是我們繼續觀察，因為所有的服務都還在回穩當中，未來分級醫療如何推動，署長也會有新的想法來做繼續的推動。以上簡短先這樣報告，近期重點工作第 1 項部分，留請署長跟大家說明，謝謝。

石署長崇良：謝謝主席，還有各位委員對健保業務的關切跟很多的指教，剛剛近期業務的進展，剛剛我們的副署長做了詳細的報告，我只是再補充一些近期政策推動上，也藉這個機會跟委員說明。

第 1 個就是已經籌備已久的部分負擔的調整，我們最近會再重新預告，原本的部分負擔的調整有 3 塊，1 個就是藥費的部分負擔的調整，包含了第 1 次的慢性處方箋會加收部分負擔，這是過去沒有的。另外，在一般的處方的部分，在醫學中心跟區域醫院的部分，上限會提高到 300 元，區域醫院 200 元，一般基層的話是免收，所以現在大概做這樣的調整。

檢查檢驗部分，過去我們沒有收部分負擔，原本在去年公告的時候要收部分負擔，不過在我報到之後，很快就檢討內部的行政，看看是不是都已經 ready，結果發現說在檢查檢驗部分的行政作業上，還有很多需要再準備的，包含說到底這個先收部分負擔，那之後沒做再退款，還是要檢驗的時候再收等等的，還有檢查檢驗抑制的部分及其他的作為，我們還可以再強化，所以在這個考量之下，檢查檢驗部分就等第 2 階段再實施，這次就先不推動。

再來就是急診的部分負擔的調整，把一、二級的部分負擔下降，四、五級的提升，特別是在醫學中心跟區域醫院的部分，這個我們也會繼續推動。部分負擔調整方案，我們現在正在簽辦重新預告，到時候也請各位委員來指教。

這個制度的調整上當然還有 1 個很重要的，就是對於弱勢者的照

顧，所以原本免除部分負擔的都不受影響，至於在中低收入戶跟身心障礙，我們也不特別去區分有沒有經濟弱勢，就是只要是身心障礙者以及中低收入戶都維持現行的部分負擔，也都作業完畢，所以不受這次部分負擔調整的影響，先跟各位委員做這樣的說明。

第 2 個是今天媒體有報導近期就要實施的調整，就是藥品支出的目標制(DET)結算完之後，如果有超出就會回饋，如剛剛朱益宏委員特別關心超額的部分，會牽動到隔年 4 月 1 日以後的藥價調整。因為疫情的關係，我們中間有 1 年沒有做藥價的調整，所以這樣 2、3 年下來之後，就有點沒有對上時間，就是藥價調查跟藥價調整的時間上出現了落差，在跟藥界討論之後，就決定說這次把因疫情漏掉的部分修正過來，所以這次的藥價調整是 111 年跟 110 年這 2 年的調整，將反映在今年 4 月 1 日以後的藥價調整，目前計算出來的金額大概需要調整 81.8 億元，涉及 6,000 多項品項，不過剛剛蔡副署長也特別提到，這裡面已經把有缺藥之虞的項目都先排除了，已經到地板價，就是下限價、基本價的項目就不調，調了之後會低於基本價以下的，也只調到基本價，另外現在已通報可能有缺藥危機的品項，我們也不調，所以把這些先做這樣的調整。

同時，這次也思考到 OTC^(註 1)藥物的必要性，所以剛剛黃委員金舜也提到 OTC 在健保法裡面是不給付的，確實是不給付才對，但是這麼多年下來，有一些的 OTC 藥物，看起來好像從民眾端或者是醫療端來講，好像也是變成是必要的，所以在這次的藥價調整，我們也把 OTC 的藥品一併考量，如果是價格已經很低的，也不調整。

不過接下來我們會開始跟大家，特別是找醫界來討論，哪些 OTC 的藥真的是有那個必要性，是不是真的是 essential，那麼同時把真的有必要的品項一併檢討，有必要的品項我們就來正視、面對它。因為過去 OTC 的藥就沒有設定地板價，所以才會每年調整，一直調一直調，調到後來就變成 0.16 元這種狀況出現，但我們會重新去檢討。真的不是那麼必要的，用量不多的，我們也考慮把他從這個健保的 list 裡面直接拿掉，所以會整個去做檢討。

除了今年的藥價調整這樣做之外，為了全面性的盤點，是不是在健保藥物供應上的穩定性，我們會對於所有藥品持有的藥證數全面性的檢討，那麼如果某一類的藥物，藥證是比較少的，我們會重新檢討，那麼也會設定合理價格，來穩定這類藥物的供貨，甚至鼓勵更多的同類型的藥物能夠收納在健保裡面，讓供應比較穩定，不會動不動就有缺藥的問題，所以這是屬於我們接著要做的盤點。

另外，也會重新去檢討 DET，因為這個制度也做一段時間了，大概有 10 年，也到需要去檢討的時間，特別是我們對於過專利期藥物的藥價調整，可能幅度跟速度都要加快，另外，對於一些新藥的納入，我們也會積極的加速納入。那麼最近我們才通過漸凍人的用藥，現在我們也在討論對於白血病細胞治療 CAR-T 的討論，所以我們一方面希望讓舊的藥合理的調整藥價，同時讓新藥能夠儘快的進入討論、收納進來，當然現在這些新藥的價格 1 個比 1 個高，所以我們也不斷的在調整 MEA^(註 2)，就是多元支付的議價方式，來跟業者議價，讓民眾盡可能能夠得到這些有效果的、真正具有成本效益的新藥，這個是在藥品的政策上，我們會做這樣的努力。

資訊的部分，剛剛蔡副署長也特別提到，健保的資訊在疫情當中，也幫了蠻多的忙，下一步我們也在努力的推動幾個事情，1 個是對於健保快易通這個 APP，或者是健康存摺，在疫情當中都發揮了蠻好的效果，都可以下載，但是對身障者比較不友善，所以我們近期已經跟很多的身障團體討論過，怎麼樣讓這個 APP 也可以讓我們身心障礙的朋友能夠使用，所以我們會努力，希望在今年年底之前把這個改版，讓身障朋友也能夠使用到健保的這個 APP，同時我們也會持續的去擴大它的功能，來強化民眾可以做好自我的健康管理，這個第 1 個。

第 2 個就是電子處方的部分，在這次的疫情當中，遠距醫療幫忙了很大，但是這個處方的取得還是一個障礙，我們一直在努力研究電子處方的運作，希望在今年也可以上線，這樣一方面對於未來所謂的遺失處方箋的問題就可以解決，不然現在有的民眾遺失了處方箋之後又要回去重新掛號，如果我們用的是電子處方的話，那就可

以解決這個問題了，而且也讓處方箋的釋出也會更方便，所以大概做幾點補充，再請各位委員持續給我們指教，謝謝。

註 1：OTC(OTC, Over The Counter，指示藥品)。

註 2：MEA(Managed Entry Agreements，藥品給付管理合約)。

盧主任委員瑞芬：謝謝署長、副署長的報告，現在請問委員有沒有任何的意見？好，幕僚看到的是劉淑瓊委員先舉手，請劉委員。

劉委員淑瓊：謝謝主席，首先醫改會對於健保署新任署長上任，還是要執意推動部分負擔，我們要表達遺憾，因為事實上民間團體也好，或者是健保會委員，在過去的 1 年當中針對調漲部分負擔，其實都提出很多的疑慮，但是這些疑慮都沒有得到正面的回應，在這種情況之下，新署長上任還是要推動，我懇請署長還是再思考一下。

第 2 點就是針對缺藥的問題，首先要謝謝健保署，我們看到不管是氧化鎂、鋰鹽，或者過去在疫情期間，昂特欣這個藥都曾有缺藥的問題。現在健保署做的每件事情跟 TFDA 做的，其實都是跟供給面有關，我們要提醒健保署，也請考量需求面問題。

醫改會過去在一些電話諮詢裡面，了解到民眾在面對缺藥時的情況，他就會自行斷藥，不然就是拿了不可替代的慢箋的處方箋，沒有辦法在社區藥局拿到藥。這些其實都會影響到民眾的身體健康，後續也會影響到醫療支出、健保支出，所以建議健保署一方面要處理供給面的問題，另外一方面也要關心民眾在需求面的情形，在青黃不接的時候，如何讓民眾可以持續的，或者是能夠確保民眾用藥能夠維持、維護他的健康，謝謝。

盧主任委員瑞芬：下一位，請吳榮達委員。

吳委員榮達：首先，也是剛才蔡副署長淑鈴到的業務執行季報告第 30 頁，有關於中醫門診成長的部分，真的是成長蠻高的，出乎我們意料之外，大概成長 20% 以上，可不可以就這一個部分，署裡再就這個部分來做一個分析，看為什麼這個成長這麼高，這是第 1 點。

第 2 點是在業務執行季報告第 39 頁的十四、可能有幾個可以重

視的部分，特別是癌症的重大傷病卡的成長，因為我已經 2 年沒有看到數字了，之前我的了解是沒有成長這麼多，看起來這次比去年同期成長了 6.63%，是有比較高一點點的成長，可能這是要重視的。

還有那個透析病患增加的數量，雖然比例不算很高，可是增加的人數也蠻可觀的，700 多人，這也是值得觀察的部分，可能我們要持續來做觀察跟探討，癌症部分可能比較能了解，因為癌症病患逐年在成長，但透析部分可能我們要再了解看看。

再來是同頁的十七、視訊診療的部分，我們知道現在好像最近醫事司有公告有關視訊診療的部分，健保署因為在第一線應該也會比較清楚，對於這個視訊診療實施以來的優缺點狀況，可不可以安排 1 個時間來做個報告，讓我們了解一下，就視訊診療的這個部分，讓我們有比較清楚的了解，看看問題所在，是不是有應該來做檢討的地方，以上意見，謝謝。

盧主任委員瑞芬：目前有 9 位委員舉手，已經有 2 位發言，因為時間的關係，我們還要聽健保署的回應，所以到黃金舜委員是最後 1 位口頭發言。現在還有陳杰委員，張清田委員、蔡麗娟委員也要發言，其他委員若還有意見，就請提書面意見，因為時間的關係，接下來請李永振委員。

李委員永振：我這邊有 1 項建議、2 項請教，就是建議健保署對內提供的財務資訊是不是可以更精準，讓閱讀使用者能充分掌握數據表達的真意，避免造成誤解。

在對外的部分，因為在 2 月 13 日自由時報的頭版有報導，健保去年有結餘 103 億元，這是好事，表示說我們健保財務有好轉，但是其中帶了一句「在 105 年的收支結餘從 104 年的 1,028 億元降到 185 億元」，一般的社會大眾看到這些數字，會說這搞什麼鬼啊？一年減少了 800、900 億元，而事實上問題是出在哪裡，出在執行業務季報告第 12 頁的表 5-1，這張表事實上不是權責基礎，而是我們的健保決算的數字，原來表頭文字有權責基礎，後來把拿到備註

裡面，字比較小，但還是權責基礎，不過因為 102~105 年這 4 年裡面，各個年度數據跨來跨去的，搞得大家都分不清楚，所以才會產生這種現象。這個不是只有媒體記者搞不清楚，連我們的學者在引用的時候也會錯誤，因為一般人引用的是數字，可能沒有看到裡面的備註，有些年度的備註可能也不見，譬如說執行業務季報告表 5-1 的備註中已經看不到以前的備註。所以我建議，是不是把這張表就弄成是決算數字的表，另外再附 1 張權責基礎的表，有權責基礎的表，將來要做分析研究會比較清楚，如果說不要每個月去提也沒有關係，看是按季報或是按年報都可以，就是要有比較正確的，尤其是按年的數據應該要弄正確，這樣會比較好，不要搞得大家都分不清楚，到底裡面的數據的表達是怎樣，這裡面牽涉到的數據，如果有需要，我可以再提供書面。

另外在對內的部分，因為我們在 11 月的時候會進行費率審議，所以健保署會做結餘跟餘絀的推估，費率審議到年底中間差不到 2 個月，真正的數字就會出來，但是這 2 年的差異都蠻大的，110 年的話，到最後結餘差了 106 億元，那 106 億元是什麼意思？就是我們的安全準備差了 0.17 個月。在 111 年費率審議的時候，我看稍微有改進，心裡上是暗暗稱讚，但是報導出來又變成 103 億元，一來一往又差了 188 億元，結果又把約 0.17 個月的擴大成 0.29 個月，差距變更大，所以這樣的數據差異，對費率審議的影響會比較大。

請教的第 1 點，請看業務執行季報告第 12 頁，就是剛才講的表 5-1，元月份的情況不錯，有結餘 73.72 億元，剛才蔡副署長也有報告過。這是 1 個好的出發。其中有說明到原因是 1 月份補充保費是 147.57 億元，較去年同期增加 57.19 億元，但各位翻到報告的第 17 頁，那邊有一個補充保費的各月的統計表，去年的 1 月份，我看的是 149.15 億元，所以怎麼會是較去年同期增加 57 億元，到底是哪 1 個才對？前面這邊是 147.57 億元，後面是 149.15 億元，對照之後應該是減少，怎麼會增加 57 億元？這是要請教的第 1 點。

請教的第 2 點，就是去年 10 月費率審議諮詢會議時曾經建議，因為 3 年的疫情使得保險對象的就醫習慣應該有所改變，不幸往生

的人多為高齡或者慢性病患者，人數也不少，曾經請健保署分析其對醫療費用的影響，提供給社保司作為擬訂 113 年總額範圍的參考。我知道社保司已經開始啟動了，我不曉得健保署的進度是怎麼樣？如果已經有完成的資料，是不是也可以提供給委員來參考？謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，我們接下來請侯俊良委員。

侯委員俊良：謝謝主席，我想針對剛剛署長提的這個 5 大改革藍圖提出一些淺見。

我想從體制面、財務面、科技面，還有法制面跟社會溝通面，每個面向當然都是環環相扣，不過我有些建議，例如剛剛蠻多的委員提到對於藥費議題的意見，我想藥價的問題，就會牽扯到說要增加經費，其實要增加經費也不是不可以，但是對於整個制度層面的檢討，我覺得在財務面及節流部分，應該要去做通盤的檢討。以財務面的改革，署長只列出針對各項給付項目的檢討，但是其實我們有些政策推動，就是要減少支出，因此節流的部分應該也要列入改革內容，我覺得這是很重要的部分，如果確實我們在整個節流都做得很好，該省的都能做處理了，當然來調高這個經費部分就有合理性，但是前面沒有做好，後面就很難去推動，所以我想在節流應該要列為長期工作，然後去做一些檢討。

第 2 個部分，因為我也是上屆的委員，長期以來看到有很多管控的議題，都沒有辦法解決，例如李永振委員經常會提的政府應負擔保險費 36% 的問題，對於這些長年沒有解決的問題，是不是要透過法制面或是怎麼樣方式去做處理，我覺得應該也要有個明確的處理，讓每屆委員提出的建議都有進展。我覺得這部分也適合列為署長在推動健保業務的重點，應該也是可以列為長期觀察的部分，以上建議，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，接下來請陳鴻文委員。

陳委員鴻文：主席、各位委員大家好，今天聆聽健保署，還有各位委員的一些意見，個人也是收穫很多。在剛剛健保署的業務執行報告

裡面，看到 2 個疑問，我不是很能夠理解。

第 1 個，就是投保單位跟保險對象人數，因為業務執行報告有 2 本，1 本是去(111)年 12 月份，1 本是今(112)年 1 月份，從這 2 份執行報告看起來，投保單位 2 個月增加近 1 萬 2 千個投保單位^(註)。一般的觀念是投保單位增加，保險對象人數也會跟著增加，可是看這 2 個月的人數反而是減少，分別減少將近 12 萬多和減少 7 萬多，等於 2 個月減少近 20 萬人。雖然剛才副署長報告有說明原因，所以能理解，可是以這 2 個月來看，如果保險對象人數長期是減少趨勢的話，因為保險對象人數和保費收取是直接相關，所以建議健保署對於未來人數減少部分將來要如何因應，需要提早思考。

第 2 個，112 年 1 月執行業務季報告第 18 頁表 7「全民健康保險投保單位及保險對象一般保險費欠費收回統計表」數據部分，我有 2 個疑問，以逐年逐月累計統計，對照 111 年 12 月業務報告統計到 111 年 9 月的數據，這 2 份資料所列欠費應收金額、收回金額跟收回率的數據，都是變動、不一樣的，不曉得變動原因為何？這是我想請教的第 1 個問題。第 2 個是收回金額部分，到 111 年 9 月欠費金額總計是 593.55 億元，可是到 111 年 10 月反而是減少的，變成 590.9 億元，我的想法是欠費收回應該持續收回，是增加的，怎麼 10 月反而比 9 月減少？我提出這 2 個問題供參考。

註：112 年 1 月份執行業務季報告，111 年 12 月投保單位計 937,605 家，較 110 年同期 929,857 家，增加 7,748 家。111 年 12 月份執行業務報告，111 年 11 月投保單位計 935,053 家，較 110 年同期 930,548 家，增加 4,505 家

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，接下來請朱益宏委員。

朱委員益宏：謝謝主席，我有 2 個請求和 1 個提醒。首先請求，關於健保署業務執行報告不管是月報告或季報告，未來能夠再提供 2 份資料，第 1 個是剛才署長提到這次部分負擔調整，針對急診第四、五級加重，然後第一、二級減少，我覺得應該要追蹤一下，特別在醫院總額之間，急診檢傷分類第一、二、三、四、五級每季的變化情形。我之前看過資料，疫情期間第四、五級，甚至第五級在醫學中心還大幅成長，成長超過 10%，當然那是疫情期間有特殊狀況，

但是我認為檢傷分類第一、二、三、四、五級的各層級變化情形應該要按月按季追蹤，監測部分負擔實施之後有無引導第四、五級不必要的就醫，不必要到大型的醫學中心或區域醫院，這是第 1 個請求，希望列入。

第 2 個請求，之前看過 1 份資料，醫院總額各層級的醫學中心、區域醫院及地區醫院慢性病就診人次占門診人次的比例，我有點訝異那個比例在某些醫學中心非常高，甚至高達 90%，當然這資料是我從健保公開資料算出來，或許我個人有些偏差、不客觀，所以希望健保署能夠每個月提供各層級慢性病就醫資料，因為我們希望慢性病的流動是逐年流向到基層，包括基層診所跟社區醫院，但目前沒有任何資料告訴我們每家醫院慢性病門診就醫資料，比方這個月有 1 萬個門診，其中有多少是慢性病病人？我覺得應該要按月提供這資料，這是 2 個請求。

第 3 個是提醒，剛署長提到藥品 DET，提醒署長依照健保 DET 是有法律的要求，健保法第 61 條明文規定藥品要訂定總額，健保法第 60 條明文規定藥品要訂定總額，對不起，更正是健保法第 61 條。健保法第 62 條規定，訂定藥品總額以後，若當年度超出目標總額，調整一般醫療服務來支應，超出的話，因為已經超出，所以第 2 年就要調整藥價基準來因應，所以第 1 年超出表示設定的總額已經不夠用，第 1 年先從一般服務去借支，第 2 年調整藥費再還回去，我們經常聽到這種叫做節流所得，既然有節流、有省錢，再拿來做其他運用，我覺得署長也要深思健保法原來的精神，既然是借支的概念，第 2 年調整藥價等於是回補到一般的醫療服務，而不是有節流後再擴大藥品支出，這樣藥品 DET 是沒完沒了，而且每年會越用越多，我覺得對整個制度和實際執行狀況都會產生非常不好的影響，以上謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，接下來請滕西華委員。

滕委員西華：因為時間關係，我就講快一點！首先恭喜石署長的上任，我相信您的風格會對健保署將來的效率會有顯著的提升。

再來，關於今天報告缺藥部分，提到同意將鋰鹽列特殊藥品，WHO^(註)說因為 COVID-19 全球至少淨增加 10 億的精神疾病人口，其中最多的是情緒障礙部分。健保署提到同意列特殊藥品，特殊藥品是全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 34 條所列的定義，但是和藥事法第 27-2 條所列的必要藥品，請問兩者有沒有連結，全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 34 條的特殊藥品或不可替代特殊藥品，是不是屬於藥事法第 27-2 條缺藥部分，如果是的話根據藥事法第 27-2 條必須在預估短缺的 6 個月前就要向政府通報，當然通報給食藥署可能不包含價格，如果要的話也許可以要求食藥署通報內容包含價格，就可以提前半年因應，而不是等報紙或媒體報導。

另外，關於藥品部分，在健保會第 4 屆委員會議時，我和吳榮達委員最後 1 次會議提案，請健保署研議藥費總額的可行性，因為藥費總額跟 DET 有異曲同工之妙，只是採取的方法不一樣，但到現在都沒有消息，藥費點數占門住診點數比例近 30%，各位委員也都很關心，希望這部分有機會再行研議。

第 3 個是關於部分負擔部分，檢驗檢查緩行，請石署長慎重量檢驗檢查應該是不能執行而不是暫緩執行，至於急診部分，因為署長是急診醫師出身，急診用檢傷分類分級收費，本身的道德風險跟醫療爭議就非常大，何況媒體預先公布版本第四、五級到醫學中心一次部分負擔就要收 800 元，我覺得道德風險更大，請健保署審慎考慮。

最後，業務執行季報告表 31「109 年 2 月至 111 年 10 月特約院所申報視訊診療病人統計」及表 32「虛擬健保卡之醫療申報案件統計表」部分，表 31 視訊診療病人部分，其中電話問診已經增加至 10 萬人以上，將近 15 萬人次。我記得這是 COVID-19 的權宜作法，當時視訊診療的爭議較小，但是電話問診的爭議比較大，雖然電話問診有涵蓋在醫事司通訊診療辦法中，可是有看到人跟沒看到人對醫療處置的挑戰是非常大的，之前健保署對視訊診療的回應，等中央疫情指揮中心解散後就會重新檢討，想請問健保署預計何時

檢討視訊診療，特別是電話問診部分。

再翻回到業務執行季報告第 94 頁表 32，當初提出虛擬健保卡時，先有政策再補法源，根據健保署記者會或公布資料，適用在居家醫療、遠距醫療、視訊診療服務中，111 年 4 月約 8.3 萬民眾申辦、527 家醫療院所上線參與、申報記錄約 5 千多筆，經過 7 個月到 11 月後，變成 2 倍申請量，申報 11,540 件，請健保署進一步分析誰在使用虛擬健保卡，什麼疾病使用虛擬健保卡，什麼樣的病人使用虛擬健保卡，謝謝。

註：WHO(World Health Organization，世界衛生組織)。

盧主任委員瑞芬：謝謝，接下來請黃金舜委員。

黃委員金舜：各位委員大家好，剛才幾位委員提到，健保法規範得很清楚，藥品有獨立總額，我想現階段主管單位應該嚴肅考量這問題，藥全會正式跟各位報告，如果委員同意，我們成立藥品獨立總額小組，這個計畫案藥全會願意承擔。

第 2 個，藥品分級全世界都這樣做，台灣也不例外，剛剛我一再強調健保法的規範，指示用藥是自費市場，醫生可以開處方藥也可以開指示用藥，指示用藥民眾到藥局自費購買，通常指示用藥不會超過 100 元，我想不會影響民眾用藥的權益。我強烈主張，主管單位指示用藥要回歸健保法，回到自費市場，藥品部分現在會缺藥，藥品公司代理商都會跟大型醫院簽約，西醫基層和藥局沒有議價能力、量少，所以面臨缺藥，大型醫院都不會缺藥，只有基層和藥局會缺藥。

剛剛劉委員講過，民眾拿醫學中心的處方箋到處找藥，找不到，但是醫生還是一直開，現在藥局接到的處方箋，動不動就是不可取代，就很奇怪！三同的藥有 A、B、C，但醫生只開 A，從來不開 B、C，好像 B、C 是假藥，我建議主管單位不可取代應該要規範不可取代的原因，不是動不動就不可取代，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，現在請蔡麗娟委員。

蔡委員麗娟：謝謝主席，剛剛署長還沒有到會場的時候，我提到前天

署長受訪時，特別提到今年新藥納入健保，會推行暫時列冊給付制度，我們很高興健保署對於病人尤其是重大傷病病人，加速新藥納保以及減輕病友負擔的重視，對於突破性的新藥，但是臨床試驗個案少、價格高，也給予暫時性的給付，再從真實世界數據資料來決定後續要不要持續給付或是檢討支付價格，這是健保署體恤病友很好的機制，我當時詢問是這樣的方式是在健保總額新藥新科技預算，還是有額外的基金？但我看署長受訪報導中提到癌症用藥方面，因為新藥新科技的價格都很高，所以健保署思考成立特殊基金的可行性，以英國為例，英國就是癌症藥品基金 Cancer Drugs Fund，對於取得藥證且臨床試驗個案不多的新藥、特殊標靶藥物，在還沒納入健保之前會用基金的方式給付，作為正式給付前的過渡。我想請問署長，這樣的機制跟近期台灣癌症基金會推動台灣癌症新藥多元支持基金，是不是同樣的制度、架構跟方式要來做這件事情？另外，目前我們持續倡議這樣的基金，這是第 1 個問題，待會請署長回應說明。

第 2 點我要呼應滕西華委員剛才提到檢驗檢查的部分負擔部分，對很多病友來講，檢查或檢驗項目不是病人可以決定的，他們無法自主決定，部分負擔是讓使用者負擔，減少醫療的浪費，可是檢查項目的確是病人無法決定，而且現在高齡化社會，共病比例增加，所做的檢查項目就會有病人各項檢查的實際需求。此外，部分癌症用藥在使用前需要做事前審查，事前審查就是每 3 個月做 1 次檢查，有時候要做到 CT 檢查項目，當然重大傷病不用付部分負擔，但類似這種情形所增加金額也要去分析，這部分也占了很多。

還有重複檢驗檢查部分，現在有雲端醫療資訊系統可以查詢，但每家醫院或每位醫師上傳資料會有時間差，病人就診時雲端醫療資訊還沒有就醫資料，所以醫生看病的時候只好再開 1 張，這有很多技術層面的問題，需要更仔細了解檢驗檢查部分。另外也有很多癌症病人，5 年之後重大傷病卡就被取消，但仍需持續追蹤，變成病人自己要自付後面持續追蹤的部分，以上謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，接下來請陳杰委員。

陳委員杰：我簡短呼應，剛才包括醫改會、藥全會、滕委員、蔡委員，大家都很關心提出被保險人的權益，剛剛石署長報告調整部分負擔，我也很擔心，我要來開會前很多工會團體也非常關心，我要講的重點和蔡委員一樣，病人的檢驗檢查不是被保險人能決定的，是醫師要病人去檢驗，這情況要調高部分負擔，雖然現在沒有要調整，但是剛才聽石署長說明是暫時不調整，爾後還是會考慮調整，所有被保險人非常擔心，我個人解讀是有點像懲罰被保險人，動不動就要調高，被保險人權益無法受到保障，所以趁這個機會我還是道德勸說，希望健保署能夠站在被保險人的立場整體考量，尤其基層民眾生活真的是苦哈哈，藉此機會反映我們工會的心聲，希望健保署能夠接受、支持，相信石署長也能體察民意，謝謝。

盧主任委員瑞芬：現在請張清田委員。

張委員清田：主席、大家好，健保總額逐年成長，我剛也在想一個問題，過去3年 COVID-19，很多基層院所或醫院都倒了，因為大家都不去看病，周遭很多朋友、家屬及眷屬也不敢上醫院，照理說門診量應該大幅減少，但健保還是逐年成長。剛才看業務執行季報告第20頁，只有111年有結餘，前面幾年還是不夠，我也很納悶因為 COVID-19 編列特別預算，部分醫療院所倒閉，門診量也減少，怎麼健保總額還是一樣，照理來說不應該成長，這很奇怪，我從會計的觀點覺得不太合理也搞不懂，是不是以後也不要宣導小病就近至社區診所就醫，大病才到大醫院，反正健保一直在成長，再宣導也沒有意義，說不定鼓勵後反而大家往醫院跑，反正健保還是那些嘛，這些數字我怎麼樣都兜不攏，我想總要有個制度，否則現在年輕人都生小孩，以後健保費誰來繳，像50~60歲以上的人口越來越多，以後怎麼辦，不就垮掉了！我不知道是不是整個健保制度哪邊出了問題，感覺收支很怪，真的很怪，OK，謝謝！

盧主任委員瑞芬：謝謝，今天是署長首發，委員發言非常踴躍，現在請署長、健保署同仁簡短回應，如果因為現場沒有資料而無法當場回應，就請書面回復，謝謝。

石署長崇良：謝謝委員的指教，大家都很關心部分負擔調整的問題，我在受訪也有講，我們確實對檢查檢驗還可以有一些作為，也不是非做不可，我們還是希望可以減少重複的、不必要的檢查檢驗，這對病人也是一種傷害。現階段不會去推檢查檢驗的部分負擔收取，但是我們還是要有一些節流措施，減少不必要或重複的檢查檢驗，我們還是會持續努力。當然在資訊的精進，我們會加強管理。

大家都很關心新藥的納入，在現在的制度，每年都有一定額度的新藥、新科技在總額裡面，罕藥部分也有另外一塊。不過就如同我之前講過，現在有些新藥跟過去傳統藥物不同的是，它的臨床試驗數不是那麼多，納入適應症的臨床試驗的個案數不像傳統藥物都是上千人，個案數比較少，這些新藥也都拿到食藥署的藥證。可是在後面要決定納入健保時，真的是相當不容易討論，我們現在都會先經過專家諮詢會議討論，從實證性，從他所提出的證據，再加上我們會委託 CDE^(註 1)來做 HTA 評估，作為納入與否。有一些即使是納入，我們也覺得需要再被 review，因為有的藥物不一定在台灣做臨床試驗，所以還會再跟他簽訂要有後續使用個案的臨床結果追蹤，作為評估這些藥物的使用有無種族上的差異，個案數增加後能否得到一樣的成果，這些我們都會納入評估，也就是所謂的 HTR^(註 2)，最後再來決定是否長期的列入，我們稱為 conditional listing，就是有條件性的列冊，列入暫時性的給付，這些都有另外議價的方式，我們當然是希望能夠減少民眾的負擔。自費的醫療項目越來越多，我相信劉委員淑瓊也經常關切這一塊，我上任之後也覺得健保需要關切自費市場，如果是真正有需要的，還是應該儘量納入健保，沒辦法納入的也應該要有機制 monitor，我們接下來會逐一檢討。

今天報紙上也提到我有說到差額給付的部分，過去健保法修法時有將醫材列入差額給付，但是藥品差額給付部分，當時考量到用藥都是比較長期性，怕民眾負擔太重，所以沒有考慮藥品差額給付。現在看起來，有些藥物治療具一次性的效果，並不是長期使用，一次性 one shot 就可以達到很不錯的長期效果，加上民間商業保險也可以負擔部分費用，所以我們也在考慮對於特別高價的藥物是不是

可以有差額的藥費負擔，不過這涉及到健保法修法，下一階段健保法修法時，再來凝聚大家更多的意見。

至於 Cancer Drugs Fund^(註 3)，我在媒體上講的是指英國的作法，我們近期也會請幾位同仁到英國實際上了解他們的做法，這個制度在英國做了將近十年，癌友團體們都相當希望有這個制度，但這個制度不是全然完全沒有負面的影響，實際上的營運情形、制度的設計，等我們進一步了解之後，考量臺灣現實狀況，再來做規劃，先這樣跟各位委員做回應。

至於滕委員特別關切鋰鹽，黃理事長提到一些必要藥物，其實必要藥物和健保特殊藥還是有點不同，藥事法所提的必要藥物通常是跟 WHO 所提的 essential medicine 比較類似，食藥署會定期收納、調查，鋰鹽並不在 essential medicine 內，確實在臨床上用得也不少，主要是用在精神科病人，考量到精神科病人的需要，以健保法的特殊藥品特別去議價，讓供應不中斷，簡單回應滕委員西華的問題，謝謝。

註 1：CDE(Center for Drug Evaluation，財團法人醫藥品查驗中心)。

註 2：HTR(Health Technology Reassessment，醫療科技再評估)。

註 3：CDF(Cancer Drugs Fund，癌症藥物基金)。

盧主任委員瑞芬：如果有沒有回復的部分，我們也會跟催請健保署回復，本案決定洽悉，委員所提意見，送請健保署研參並回復說明。

現在中場休息 10 分鐘，醫師公會、牙醫師公會、中醫師公會等 3 個總額部門有參訪活動，還有中醫師公會的邀請函，我們就利用休息 10 分鐘讓他們做一下工商廣告。

(中場休息約 10 分鐘)

游委員宏生書面意見

- 一、針對門診、急診藥品部分負擔可能影響人數(報載)800 萬人，和推估計收金額是多少？
- 二、請健保署提供委員相關資訊，並請說明全面實施的時間、收入金額及未來規劃的用途。

陸、討論事項第一案「112 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

盧主任委員瑞芬：請健保署報告。

劉副組長林義：主任委員、各位委員，大家好，接下來由健保署報告討論事項第一案，本案是遵照貴會要求，需要保障或鼓勵的醫療服務以回歸支付標準處理原則，如仍有部分服務需要點值保障，就要提到貴會討論。

在總額協商完畢後，健保署在去年 11 月左右，就今年度 112 年度要保障的項目，在各部門總額研商第 4 次會議時，已經分別跟門診透析、中醫門診、牙醫門診、醫院總額、西醫基層討論完畢，原則上在 112 年一般服務點值保障服務依照貴會要求，沒有任何新增項目，完全比照 111 年的部分。

貴會要求要看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，我們整理在會議資料第 179 頁，每個部門的保障項目列在第 1 個欄位，第 2 個欄位是保障理由，第 3 個欄位是於這些保障項目點數占一般服務預算的比率有多高，這些都不含藥費，藥費是 1 點 1 元。

有關中醫的部分，中醫目前的保障項目只有 1 項，就是巡迴醫療的論量計酬，保障是每點 1 元，所占額度是 0.5%。西醫基層有 3 項，保障項目及保障理由請各位委員參閱，占比約 3.4%。透析的部分有 2 項，一項是腹膜透析的追蹤處理費，以及偏遠地區的門診透析服務，占透析預算的 1.6%。請翻到會議資料 180 頁，醫院部門的保障項目較多，有 10 項，保障理由也描述在第 2 個欄位，全部點數占率約 13.1%，以上說明。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請問委員有沒有意見？請李永振委員。

李委員永振：對保障點值的部分，我們在今年度已經有編列「促進醫療服務診療項目支付衡平性」項目，醫院有 20 億元，西醫基層有 10 億元，如果這個內容是通過的話，也應該要慎重考慮這筆錢怎

麼調比較合理，長期來看，對於需要保障或鼓勵的醫療服務，還是應該要回歸支付標準處理會比較好。我看了一下表格內容，中醫的保障項目是屬於偏鄉醫療，應該還 OK，而且非浮動點數占一般服務預算的比率不是很高。西醫基層保障項目的非浮動點數占一般服務預算的比率是 3.4%，有點高但是還可以接受，但是應該還可以再進一步檢討怎麼回歸到正常方式。

醫院部門保障項目的非浮動點數占一般服務預算的比率是 13.1%，好像有一點感覺太高，我們當然尊重專業，只是不曉得他們的想法是怎樣，每次開會都一直在講醫院的點值不高，但是保障點值已經到 13.1%，如何找到一個均衡點，應該是請各部門好好去考量，最後回歸到每年總額協商都有的低推估，那部分怎麼去調，這樣可能會比較合理，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，接下來請滕西華委員。

滕委員西華：謝謝，雖然說明一有提到需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，但我們都知道其結果都是既調升支付點數，又保障點值，這個情況是每年都在發生，所以這個決議其實沒有實踐過。而且有了第一次保障之後，都沒有取消過，所以一天保障點值，到目前為止都是保障點值，也沒有取消過改為浮動，我記得有一年評核會提到，總額實施的精神如果愈來愈增加保障項目，就愈不再是總額精神，這可能是健保署、健保會及各總額部門必須要面對的問題，是不是要持續的去擴增保障項目，尤其從 106 年開始之後，擴增的項目越來愈多，我覺得要思考一下。

第二個是能否請健保署說明，截至目前為止不含新增的項目，過去發生的費用，所有保障點值金額占總額的百分比，包括占大總額、各部門總額的百分比是多少，點值核刪跟浮動點值、固定點值有關，固定點值一定沒有被浮動到，所以浮動點值的部分可能不是 100%的總額，這部分也幫我們計算一下，讓大家知道，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，針對滕委員跟李委員的意見，健保署有沒有要回應的地方？

石署長崇良：謝謝滕委員的指教，會議資料第 179、180 頁的數據就是占整個總額的比率，至於歷年部分，我們整理之後再提供。

盧主任委員瑞芬：好，這個案子委員沒有其他意見的話，我就做成這樣的決議，第一點，同意健保署所送的 112 年度各部門總額一般服務的點值保障項目。第二點，未來對於各部門總額需要保障或鼓勵的一般醫療服務項目，請健保署應回歸支付標準處理，以上。

韓委員幸紋會後書面意見

目前醫院總額保障項目其點數占率達 13.1%，比重偏高，雖然部分項目(例如 6、8、10)是為了壯大地區醫院等理由，但保障項目過多將壓縮其他項目，使其浮動點值過低，但究竟對哪項項目造成影響，缺乏完整分析，且在疫情期間，多數部門總額浮動點值 >1 ，此保障反而相對不利，建議未來仍應朝回歸支付標準的調整。

柒、討論事項第二案「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」與會人員發言實錄

同仁宣讀

洪組長慧茹：向委員說明，本案是推派本會委員擔任健保署共同擬訂會議及總額研商議事會議的代表，第 1 個會議是依據「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」規定由本會推派被保險人代表及雇主代表各 1 名。

第 2 個會議是依據「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」規定，主要有醫院、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，共要推派 10 名。

我們有 20 位保險付費者代表，其中被保險人代表 14 位，雇主代表 5 位，還有行政院主計總處代表 1 位，推派方式參照歷屆用抽籤方式推派，在共同擬訂會議抽出 1 位雇主、1 位被保險人代表，就是從 5 位雇主中抽出 1 位、14 位被保險人中抽 1 位。總額研商議事會議的 10 位代表，為了擴大參與，以不重複為原則，所以 20 位付費者代表扣掉剛剛的 2 位，從 18 位付費者代表中抽出 10 位。

抽出後委員之間仍可以協調更動，但最晚要在今天會議結束前提出，12 位名單確定後，我們會請主席公布，確認推派名單，我們會正式函復健保署名單。

如果委員沒有其他問題的話，等一下會由 2 位同仁協助委員完成抽籤的程序，如果委員抽到「○」，請在籤紙上簽名，會議就可以繼續進行，以上說明。

周執行秘書淑婉：報告主席跟各位委員，因為這會占用一點時間，所以會議是否繼續進行，請同仁到委員旁邊進行抽籤事宜，這案子就先 holding 在這邊，等結果之後再由主席宣布，以上。

盧主任委員瑞芬：好，我們現在進行第三案。

捌、討論事項第三案「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」
與會人員發言實錄

同仁宣讀

張副組長惠萍：主席及各位委員好，本案是依據全民健康保險法第 74 條第 2 項規定，本保險醫療品質資訊公開的範圍內容，要由保險人擬訂，提健保會討論後，報主管機關核定發布，所以本署就有定期去做檢討。在 110 年有函請相關醫師及藥師機構團體、專科醫學會及消費者團體，請他們提供一些專業的意見。另外，在 111 年 1 月 25 日、111 年 9 月 20 日也有邀集相關單位召開 2 次討論會議，前面 2 次討論會議的決議，針對要新增疾病別指標部分，因為有一些資料還需要進行試算，所以還沒有共識，後續我們會持續研議及討論。所以這次我們先就會議上有共識且同意新增的部分，提到本次會議討論。

至於增修訂的指標，各位委員可以參看會議資料第 188~197 頁，整體上來說，整體性指標原本有 105 項，這次提出來修正 11 項、新增 7 項，機構別指標原本有 170 項，這次提出修正 11 項、新增 1 項。修正部分，最主要是修改指標名稱與品質確保方案一致，或配合統計的定義及支付標準的調整去做修改，或是讓指標更明確易懂。至於新增部分，最主要是配合國家政策，新增失智症及 C 肝的指標，比如新增「失智者使用安寧緩和服務使用率」，新增「C 型肝炎抗體陽性慢性透析病人 HCV RNA 檢查率」及「HCV RNA 陽性慢性透析病人抗病毒藥物治療率」，以及為了增進民眾就醫安全性，新增「健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率」。另外，也有學會給我們一些建議，根據研究顯示，心肌梗塞病人如果接受心臟復健，長期效益為可以減少一些疾病復發或再住院率，所以也新增「急性心肌梗塞病人接受心臟復健比率」，以上報告。

盧主任委員瑞芬：請問委員針對這個討論案有什麼意見？請林文德委員。

林委員文德：我想醫療品質指標的訂定是非常困難，我也很肯定健保署還有醫界，非常用心的修改或新增這些醫療品質指標，不過這次提出來的修正跟新增項目，好像內容變動不是很大。我們比較關心的幾個疾病，包括：癌症、肺炎，我們知道癌症是十大死因第 1 名，肺炎是第 3 名，所以這 2 種疾病其實都是很重要的，健保在國際上的名聲非常響亮，在很多評比都是第 1 名，但是我們的醫療品質卻是排名很後面，主要就是我們一些疾病治療的結果並不是那麼好，那目前的指標很多都只是過程面指標，包括：有沒有做什麼、做了幾次，其實這些都不是我們最關心的，我們最關心的應該是疾病有沒有治好，得了這個疾病能否有很好的生活品質，可以存活比較久的時間。

健保署的 2 次會議好像已經有一些初步的結論，包括肺炎的部分，好像有幾項指標是有共識的，我覺得實際上應該要考慮納進來，包括肺炎再住院率，還有對肺炎很重要的是死亡率，這部分我建議健保署可以再更積極一點，把這類有關結果面的指標納進來，包括像剛才講的，肺炎的死亡或是癌症的死亡。剛剛看這個紀錄^(註 1)，看到好像我們臨床上確實在一些癌症治療方式上是有比較多的意見，但結果面的部分，其實國際上都已經把它納入為癌症品質指標，包含診斷後 30 日內治療率，這牽涉到癌症的診斷後有沒有耽誤到治療，國際上有很多 evidence^(註 2)都顯示這確實對後續死亡率有很大影響，類似這種國際上已經發展很成熟的一些癌症品質指標，我建議可以考慮納進來。那我看署內的一些會議，除了找臨床的專家之外，我建議也可以邀請一些衛生政策或醫療品質的專家學者，可以給予我們更多的意見，以上是我的建議，謝謝。

註 1：係指健保署 111.9.20 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(詳會議資料第 207~211 頁)。

註 2：實證。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請林恩豪委員。

林委員恩豪：謝謝主席，首先我要先肯定健保署持續關心民眾的健康，可以提出這個疾病別的產品指標出來，但就像剛剛林委員講

的，雖然你們提出來也跟醫界溝通了，但似乎溝通未果，那對於民眾來講，這個疾病別品質指標是很重要，他會影響民眾的就醫權利，跟他的就醫行為，民眾應該會參考一下這指標，剛剛林委員有講，民眾是希望病可以趕快治好，所以這個品質指標相對民眾來講是重要的。

我看它這個會議紀錄，其實也是有部分內容是有共識的，我想問一下健保署，針對這個案子，你們是不是有預計的處理時間表？希望可以在哪個時間點，再跟醫界達成這些共識，或是針對已經沒有疑問的部分，2 邊都同意新增的部分，先提出來新增，先求有再求好，這 2 點我想要就教健保署，謝謝。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請朱益宏委員。

朱委員益宏：會議資料第 192 頁，有關機構別的醫療品質指標，我不是能夠建議，因為剛剛在健保署的業務執行季報告中，我也有提到，有些醫院門診就醫人次中慢性病的比例稍微高一點，我建議是不是在機構別的醫療品質資訊中，現在醫院總額跟西醫基層總額都有「慢性病連續處方箋開立率」這個指標，是不是再增加 1 個指標，就是門診裡面符合慢性病條件病人的就診比例，大概的概念是這樣，至於文字的部分，若委員同意新增的話，或許後續健保署可以再擬訂。就是說你光有「慢性病連續處方箋開立率」這個指標，那分母就是符合慢性病的案件，但是你並不知道這家醫院實際上門診病人中有多少是慢性病病人，所以我認為這是這支指標的配套，以上。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，委員如果沒有其他意見，我就要請健保署回應，請健保署。

石署長崇良：請育文先簡單說明一下。

黃組長育文：主席、各位委員，我先跟各位報告，謝謝剛剛林委員的指導，沒有錯，我們這次提出共 275 支指標，今天有提出來的都是已經有共識的，所以在我們的會議資料附表第 188~197 頁，這個有共識的部分，只要今天會議同意通過，我們就會報請部來做公告，

就會開始實施。另外剛才委員很關心的肺炎指標及癌症指標，那部分因為討論過程中的一些意見，我們還在跟醫界、公會溝通，還有一些學者也有給我們一些意見，預計今年上半年會再開會，開會討論之後若有共識，也就會再報到近期的健保會來做討論，通過後就請部來公告，謝謝。

石署長崇良：關於這個品質指標的部分也跟各位委員補充 2 點，第 1 個，確實癌症是我們的第 1 大死因，那麼確實應該要在這個適當的品質指標中去呈現，但因為我們品質指標適用的對象是各層級醫院，癌症的治療並不會在所有的醫院都去提供服務，另外在國健署的部分，還有癌症醫院的認證，所以它另外有癌症品質指標會發展。因為這是屬於一般性適用所有醫療機構的指標，如果是醫院層級，就是各級醫院都會使用到，所以就需要考量到它的一般適用性問題。

第 2 個，當然我們最希望看到的是 outcome^(註 1)，在結果面、結構面跟過程面的指標中，當然我們都很希望儘量用結果面的指標，不過結果面指標還受到很多需要校正因素的影響，有一些風險因素需要校正，所以很難挑選，在解讀上比較困難，所以我們儘量挑選一些跟結果會有高度相關的過程面指標，或者是結構面指標來納入，所以簡單跟各位委員來做說明。不過這些指標，我們會持續精進，剛剛講的肺炎部分，因為肺炎也是複雜的病，因為它有從機構來的、社區得到的，以及它本身就已經有這個 underlying disease^(註 2)共病的，所以指標的呈現也有它的複雜度，我們會持續來研議，先做這樣的補充。

但是我們這一次也納入現在很重要的政策，就是有關於要把 C 肝根除，肝癌過去算是國病，但是經過 C 肝的新藥導入後，治療效果相當不錯，所以我們希望再把最後的個案都找出來儘量根除。另外透析是最容易感染肝炎的風險之一，所以我們特別在透析中也增加這樣的指標^(註 3)，以上。

註 1：結果。

註 2：潛在疾病。

註3：係指「C型肝炎抗體陽性慢性透析病人HCV RNA檢查率」及「HCV RNA陽性慢性透析病人抗病毒藥物治療率」指標。

盧主任委員瑞芬：剛才朱益宏委員其實提了2次，就是那個慢性病占全體門診量……。

石署長崇良：關於慢性病占全體門診量，當然這個慢性病的定義我們要先把它成匡出來，到底是哪幾個疾病要納入？我們來研究看看，哪幾個疾病是屬於慢性病或是慢性處方箋範圍，要弄這個指標的時候，指標定義要先弄清楚，所以我們後續再找一天大家來討論看看，哪幾個疾病要納入，慢性病的範圍也不少，看是要納入哪幾個疾病，來統計一下各級醫院慢性病占門診量的比例。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝。根據討論事項第三案的討論結果……。

朱委員益宏：主席，對不起，針對剛剛署長的回覆，我再補充一下，我會提就是因為原來已經有1支指標叫做「慢性病連續處方箋開立率」，這支指標一直在，已經好幾年了，它的分母就是醫院門診中符合慢性病的案件數，分子就是符合慢性病條件又開了慢性病連續處方箋的案件數，所以它已經有分子、分母，而且已經沿用很久，我只是說因為沒有個別醫院的整個門診量資訊，建議再加上1支指標去搭配，所以我剛才講它是1個配套，它並不是1個全新的指標。因為我自己看到的指標結果，發現有些醫院，特別某些醫學中心，我算出來的指標數值超過90%，所以我覺得這是很異常的指標，我也不確定是否我計算的過程有錯誤，我才覺得應該要把這些資訊納入健保署業務執行報告每季去呈現，因為這些機構別品質指標都是每季公告1次，若健保署能就現有的資料再去精進的話，我覺得會更好。

盧主任委員瑞芬：謝謝，請林文德委員。

林委員文德：謝謝健保署的說明，我這邊再補充一下，其實有些疾病確實是只有部分的醫療院所提供服務，所以是沒辦法在機構別指標的部分去呈現，但我們還是有一個整體性的指標，我想這個指標這麼多支，民眾對這些臨床上面的一些細項其實並不是那麼在意，他們最在意的還是，健保整個制度對我們死亡狀況的影響到底是怎

麼樣，所以這是他們最有感的。我是覺得整體的指標還是可以考慮進來，把整個癌症的死亡率，或是像國外叫做 diagnosis to treatment^(註)的時間，把這個指標納進來，這也是 1 個過程面的指標，就可以看到整體來說，我們癌症治療、肺炎治療的結果到底是好還是不好。我相信健保署除了滿意度之外，還有其他一些好的品質指標可以呈現出來，我覺得至少可以把這個納入考慮。

註：從診斷到治療。

盧主任委員瑞芬：其他委員如果沒有意見，我就針對討論事項第三案做以下決議，有關本案所提指標項目增修訂內容，委員所提意見，請健保署參酌後，依照法定程序報主管機關核定發布。

另外也建請健保署積極研議增加「疾病別照護品質指標」，因為剛才好幾位委員都有這樣的建議，俾利民眾就醫選擇的參考。我們進行下一個議案。

玖、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」與會人員發言實錄

同仁宣讀

劉副組長林義：主委、各位委員，大家好，現在由健保署來報告有關 112 年各部門總額依照協定事項需要提報的內容，我們下面提的是有關中醫跟牙醫的部分，西醫基層跟醫院因為協商時沒有達到共識，衛福部是在 1 月 9 日核定，我們會在從明天開始陸續召開的各總額的研商議事會議中再來做討論，目前牙醫、中醫是已經在去年的第 4 次研商議事會議有討論，所以有一些定案的部分提到貴會來報告。本署整個的辦理情形是在會議資料第 222~236 頁，主要有 7 項，請各位委員翻到第 217 頁，這 7 項中，有關牙醫部分是第 1~3 項，第 4~7 項是有關中醫部分。

首先是第 1 項，有關特定牙周保存的治療，這些項目我們都會跟總額部門來研商這項經費所要新增的支付標準，還有到底這項支付標準所要提供的醫療服務內容，以及成效要怎麼樣來做監測。因為牙醫後面幾項都一樣，我就以第 1 項代表說明，

第 1 項「特定牙周保存治療-新增全口總齒數一至三顆」，這部分是新增 0.535 億元，我們跟牙醫討論的結果會新增 1 項支付標準，就是「特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆」，新增 91091C 支付標準，支付點數是 500 點，給付條件是至少有 1 顆牙齒有測量部位囊袋深度超過 5mm 以上，及全口總齒數在 1~3 顆者，服務的內涵就會執行牙周檢查、牙菌斑控制還有一些衛教等。在成效監測部分，因為本項在 112 年總額協商時有提 1 個目標值，就是 112 年要執行達到 10 萬人次，因此我們就會根據這個目標值，在每季健保署都會召開研商議事會議，就會請牙醫部門來報告執行情形，這就是我們成效監測的方式。那健保會研析的意見中寫到，建請健保署併 112 年 7 月協定事項定期追蹤來提報成效監測結果，因為後面幾項也有這個意見，我們都會遵照辦理，這是屬於第 1 項的部分。

第 2 項「超音波根管沖洗計畫」，經費為 1.448 億元，這項雖然是列在專款，可是我們覺得還是可以用新增 1 個支付標準來處理，然後只要把支付標準訂清楚，這方式大概就可以來執行，因此這項也是新增 1 項支付標準「超音波根管沖洗(P7303C)」，支付點數是 100 點，給付條件是要和根管治療併同申報。那醫療利用監控與管理措施，因為這項在協商時也是訂有目標值，112 年要達到執行 144.8 萬件，所以我們也是會利用每季進行的研商議事會議來監控成果。接下來請翻到會議資料第 218 頁，第 3 項其實也是一樣，就請各位委員參考。

第 4~7 項是中醫的部分，第 4 項是「提升中醫小兒傷科照護品質」，這項是 0.025 億元，編在一般服務，我們也是跟中醫部門討論新增 1 項支付標準，「未滿 7 歲兒童傷科處置加計」，因為是針對小兒傷科，所以未滿 7 歲兒童傷科處置就會加計支付標準點數 200 點，裡面會有申報規範與執行時間。右邊這欄是健保會的研析意見，第 1 及第 2 點是我們與中醫協商時所訂定的一些標準，第 3 點，健保會的意見是寫考量上開 2 項規範要求類似，其實一般服務中本來就有中醫傷科中度與高度複雜治療，針對小兒部分是用加計方式，第 1 個，可否同時申報本項加計費用？只要未滿 7 歲申報時，就可在原來那項再加 200 點，第 2 個，治療時間的要求，假如針對 7 歲以下的小朋友至少要 10 分鐘，中度複雜性傷科治療至少要 10 分鐘，所以 7 歲以下之中度複雜性傷科治療至少為 10 分鐘，高度或難度治療需要 20 分鐘以上，所以是這樣的規定，這是第 4 項有關「提升中醫小兒傷科照護品質」部分。

第 5 項是「多重慢性疾病之中醫醫療照護密度」，這項也是新增 1 項支付標準，整合醫療照護費加計 70 點的規範，這部分是針對屬於慢性病或重大傷病，且為多重疾病的病人，就可有加計的點數。有關中醫部分，除了評核會各總額部門會提出這幾項執行報告外，健保署也會提出總執行成果，這部分 7 月份我們都會遵照辦理。

有關第 7 項「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」增列「術後疼痛」中醫照顧，這項是列在專款 4.368 億元，這項有請中

全會訂定術後疼痛的一些適應症條件，這邊健保會幕僚有意見，這件事情跟中全會本來就有討論，因為疼痛範圍有點大，所以有些療效到底怎麼樣？以及必要性結果，我們會再與中全會陸續研議，所以健保會所提意見，建議後續繼續分析這些疼痛的療效及必要性，我們會再與中全會討論，以上說明。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝健保署的報告，請問委員有沒有意見要垂詢？請李永振委員。

李委員永振：謝謝，這邊有 4 點，第 1 點，有關計畫執行需提出具體監控及成效監測等管理措施，這是本會委員一再強調要求的重點，但是健保署基於保險人的角色好像做的還不夠到位，需一再提醒，期待有朝一日可以成為保險人的習慣。第 2 點，第 2、第 3 項都提到本項屬於專案計畫，沒有提出具體的推動計畫，既然是計畫卻沒有推動計畫實在令人不解，不管計畫再怎麼簡單，也應該有推動的作法才對。

第 3 點，在會議資料第 226 頁第三節牙周病學註 1，申請者為何沒有全口齒數 1~3 顆的，是不是漏掉了？是從 4 顆開始且未達 16 顆。第 4 點，剛提到中醫部分，第 4 項新增中醫小兒傷科照護項目，金額雖然只有 250 萬元，並不是很高，但是幕僚分析了解後，發現有未規範完整之處，為了在執行時能明確遵行原則，健保署應該深入檢視並訂定清楚，這樣才不會有爭議，以上。

盧主任委員瑞芬：好，還有沒有其他委員有意見？若沒有，這部分請健保署回應一下。

劉副組長林義：好，有關李委員所提，第 1 個，有關中醫第 4 項小兒傷科部分，假如規範有不清楚之處，因為我們從這週開始就會跟各總額部門召開今年度第 1 次研商議事會議，我們會納入再跟中醫界討論。

第 2 個，有關我們剛才講的因為每年總額都新增相當多的專款，這次我們認為專款部分到底是不是要提出很詳細的專案計畫？因為專案計畫實在太多，建議雖然列在專款，只要可以將這項計畫在支

付規範裡寫得很清楚，其實像牙醫這 3 項，以及中醫這 4 項，我們在支付規範都有詳列清楚，比如包含服務內容、支付標準的一些規定，假如有詳列清楚是否可以用這個取代 1 個計畫？

在健保監理指標中，有個指標也是在監控健保署不要有太多的專案計畫，所以我們認為雖然有個專款，是不是一定要有個計畫？或是可以用支付項目取代，所以我們今年先這樣做，假如覺得有不妥之處，我們再跟各總額部門做協調，以上。

盧主任委員瑞芬：委員如果沒有其他意見，針對這一案……

李委員永振：備註呢？

盧主任委員瑞芬：對不起，是 226 頁嗎？

李委員永振：對，是 226 頁。

劉副組長林義：對，剛才委員提到備註第 1 點的部分，因為我們是新增 1 至 3 顆，所以這點會根據這個來做修正，謝謝委員的指正。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝，根據剛才的報告案，我們決議如下，請健保署參考委員所提意見及本會補充說明辦理以下事項：第 1 點，尚未提出具體監控及管理措施部分目前有 5 項，請併「112 年 7 月各部門總額協定事項定期追蹤」，將辦理情形提報本會。第 2 點，請會同總額部門就新增項目，尤其是專案計畫的執行面，加強研議及推動，以達協定事項要求。其餘洽悉。

接下來我們要回到原來剛才討論案第二案，代表名單已經產生，醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議，雇主代表是李永振委員，被保險人是陳杰委員，醫療給付費用總額研商議事會議，負責醫院部分是陳節如委員及林恩豪委員，西醫基層部分是楊芸蘋委員及劉守仁委員，牙醫門診是楊玉琦委員及董正宗委員，中醫門診是張清田委員及花錦忠委員，門診透析是田士金委員及陳鴻文委員，以上是不是要再說明一下？

周執行秘書淑婉：我們這次有較多的新任委員，請委員不用擔心，會議資料過來時，我們幕僚都會做些整理摘要，讓委員能大概了解會議議程的一些重點，如果有什麼問題也會跟委員做些討論，所以大

家不用擔心。

盧主任委員瑞芬：現在健保署要針對剛才的報告事項做點補充。

蔡副署長淑鈴：對，跟各位委員報告一下，明天下午 2 點要召開中醫門診總額研商議事會議，所以現在就口頭邀請邀請張清田委員跟花錦忠委員來參加，因為時間來不及了，謝謝。

盧主任委員瑞芬：好，謝謝。今天的議程已經完全進行完畢，請問委員有無臨時動議？如果沒有臨時動議，今天會議到此結束，謝謝大家，散會！

壹、本署近期重點工作

一、石署長於112年2月6日就職並提出本署5大改革藍圖

本署石崇良署長提出下列5大改革藍圖，帶領本署繼續改革精進全民健保服務：

- (一) 體制面：向前與預防保健結合、向後與長照系統銜接，提供民眾全人全程的照護體系。
- (二) 財務面：針對各項給付項目作檢討，並以健康投資結合生技產業，對於新興的醫療項目，民眾有需求者，將透過科學評估、實證依據、產業合作，使民眾得到更有效果及效率的照護。
- (三) 科技面：配合衛生福利部次世代醫療資訊系統升級計畫，導入各項醫療模式，讓數位醫療成為醫療體系往上提升的重要推力，並與國際接軌。此外，本署也將強化健保資訊系統，以保障民眾個資安全。
- (四) 法制面：於期限內完成健保資料使用及海外停復保等的法規檢討修正，與時俱進修正健保法規。
- (五) 社會溝通面：在各項政策的擬定與推動上，強化事前與各部會、醫界和民眾的溝通，強化夥伴關係，達成健保永續發展的共同目標。

二、即時掌握缺藥資訊，確保健保用藥穩定供應

- (一) 針對近期診所、藥局反映之氧化鎂、鋰鹽等藥品短缺事件，本署已啟動相關因應措施，說明如下：
 1. 設立單一處理窗口，公布廠商缺藥調度聯繫窗口。
 2. 即時掌握缺藥資訊，要求廠商事前通報。
 3. 建立跨單位合作機制，並於食藥署同意專案製造或輸入後，配合優先核價並儘速生效。
 4. 廠商藥品如有不敷成本，可依法提出重核藥價建議。
 5. 替代藥品仍可申報費用，醫事機構申報權益不受影響。
- (二) 藥品短缺事件處理情形
 1. 氧化鎂：依據食品藥物管理署提供缺藥資訊及藥品許可證廠商

資訊，本署已於112年2月13日邀集廠商溝通，暫時短缺原因係因市場需求大增及缺工問題，目前廠商產能已逐漸恢復，刻正調度鋪貨至醫院、診所及藥局，並提供調度窗口供外界諮詢。

2. 鋰鹽：短缺原因係生產成本考量，業經112年1月本署專家諮詢會議討論，同意列屬特殊藥品，本署於112年2月14日與廠商議價後再提報112年2月共擬會議討論。

(三) 本署將持續與食藥署密切合作，更新缺藥資訊，確保健保特約院所用藥穩定。

三、精進醫院及西醫基層總額之「藥品及特材給付規定改變」經費編列及估算方式合理性之檢討機制

(一) 藥品：

- 1、111年編列預算，及完成公告生效及提經全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議（以下簡稱共擬會議）通過情形如下：

(1) 新醫療科技：醫院總額編列 20.26 億元、西基總額編列 2.4141 億元，111 年共擬會議通過者共計 51 項。

(2) 藥品給付規定改變：醫院總額編列 5.6 億元、西基總額編列 3.54 億元，111 年完成公告生效及提經共擬會議通過者共計 29 項章節。

- 2、依據 111 年度醫院、西基總額部門醫療給付費用總額其分配，一般服務「新醫療科技」之協定事項，若未於預定時程內導入，則扣減該額度。將依前開總額核定協定事項，按 111 年預算執行情形，扣減未於預定時程導入之額度，並於 112 年一般服務基期中，每季扣減。

- 3、本案將提全民健康保險醫療給付費用醫院、西基總額 112 年第 1 次研商議事會議報告。並每半年於全民健康保險會委員會議業務執行報告中報告，針對放寬給付規定造成財務影響項目，進行監控年度預算支用情形。

(二) 特材：

1. 醫院總額：本署編列預算支應特材給付規定改變之用，111年預算為0.9億元，特材共擬會議通過修訂5項功能類別特材之給付規定，推估預算為0.89億元。另公告生效計5項，111年3月1日公告生效「淺股動脈血管裝置」、111年4月1日公告生效「青光眼房水引流裝置(不含水庫體)」、111年7月1日公告生效「長效型心室輔助系統」及「主動脈弓窄縮裝置」；111年9月1日公告生效刪除「可移動式雙腔式支氣管導管」給付規定。
2. 西基總額：本署111年編列預算支應特材給付規定改變預算為0.13億元，用以支應110年12月1日公告修訂生效之「糖尿病試紙」給付規定預算不足部分。
3. 每半年於全民健康保險會委員會議業務執行報告中報告，針對放寬給付規定造成財務影響項目，進行監控年度預算支用情形。

四、健保智能客服I Can!改版上線

(一) 本署111年12月推出智能客服改版，將多項實用功能整合為四大區塊(下圖)：

1. 大家都在問：列舉了健保熱門問題。
2. 個人化服務：可查詢投保紀錄、未繳保費、變更通訊地址及健保費減免資格及區間。

- 3.即時查詢：透過串接數據資料庫，能查詢快篩即時庫存量，搭配定位能尋找臨近的醫療院所，並支援地圖導航；其中「健保臨櫃業務等候查詢」能查詢健保服務據點之等候時間及叫號進度。



4. 健保樂讀：精選了健保相關讀物，供民眾線上閱讀。

- (二) 為慶祝智能客服改版，特別推出「健保知識小挑戰」趣味遊戲，每次測驗可挑戰10題健保常見問題，完測後不僅可立即知道成績，健保I Can!會針對剛才錯誤的題目，提供詳細解說，呼應智能客服本質，又兼顧互動趣味性，歡迎大家多加利用。

五、本署資訊相關重點工作

- (一) 「防疫家用快篩試劑管控系統」近期作業：

因應112年2月1日新增「購買第10輪」、持續「幼兒免費領用第7輪」及「長者免費領用第5輪」，配合進行系統相關設定調整及資料統計事宜。

- (二) 因應112年農曆春節連續假期放寬提前領藥，「雲端查詢系統」相關作業：

1. 跨院重複開立醫囑提示功能Web service，配合進行系統相關設定調整事宜。
2. 線上查詢畫面，新增「查詢注意事項」說明文字。

- (三) 配合疫情指揮中心指示，調整醫療費用申報COVID-19居家照護

個案管理費用檢核邏輯：

1. 於就醫日期112年1月15日(含)起，COVID-19居家照護個案管理費用其中4項醫令E5200C(初次評估)、E5201C(遠距照護諮詢-一般個案)、E5202C(遠距照護諮詢-高風險個案)及E5203C(抗病毒藥物之追蹤評估)，調整為E5200C、E5201C兩醫令不可再申報，E5202C、E5203C兩醫令仍可以繼續申報費用，惟E5202C單價調低為500點。
 2. 本署於112年1月17日完成調整門診費用申報相關檢核邏輯並版更上線，使醫療院所該日之後不可再申報相關醫令。
- (四) 全球資訊網「利用全民健保資料庫之國際期刊論文」新版本於112年1月31日上線。
- (五) 健保快易通APP於112年1月16日上架新版本(iOS 3.0.27版及Android 3.0.26版)，改版內容如下：
1. 新版功能上線：就醫院所查詢(視訊診療)、就醫院所查詢、支付標準、特殊材料、急診即時資訊、居家醫療照護、急症處理、健保署服務據點、智能客服。
 2. 優化登入功能：
 - (1) 身分識別成功後，直接進入功能，移除「登入成功」對話框。
 - (2) 僅於啟用App時，檢查該設備的裝置綁定情形，精簡與本署連線詢問次數。