

衛生福利部全民健康保險會
第 6 屆 112 年第 2 次委員會會議資料

本資料未上網公開前

請勿對外提供

中華民國 112 年 3 月 22 日

衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 112 年第 2 次委員會議議程

一、主席致詞

二、議程確認

三、確認上次(第 1 次)委員會議紀錄----- 1

四、本會重要業務報告----- 61

五、討論事項

(一)各總額部門 111 年度執行成果評核之作業方式(草案)----- 85

(二)有關新醫療科技預算，未依時程導入或預算有餘時，財務扣減之配套機制案----- 111

六、報告事項

(一)110 年健保收入超過 2 億元之 225 家醫療院所財務報告之公開情形----- 117

(二)有關「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」----- 119

(三)中央健康保險署「112 年 2 月份全民健康保險業務執行報告」(書面報告)----- 124

七、臨時動議

三、確認上次(第 1 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(112)年 3 月 3 日衛部健字第 1123360032 號函送
委員在案，並於本年 3 月 3 日併同會議資料上網公開。

決定：

衛生福利部全民健康保險會第6屆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)	<p>優先報告事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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)
	<p>討論事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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
	<p>報告事項：</p> <p>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</p>
3 月 22 日 (委員會議)	<p>討論事項：</p> <p>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)</p>
	<p>報告事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>健保會 10 週年成果及未來展望研討暨共識營</p>
4 月 26 日 (委員會議)	<p>優先報告事項：</p> <p>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</p>
	<p>報告事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	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	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			
	27.「促進醫療服務診療項目支付衡平性」(含醫療器材使用規範修訂之補貼)之具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)		健保署	依 112 年度總額核(決)定事項辦理
	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

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
其他	1.112 年度工作計畫及會議預定時間表(草案)	2 月	本會	
	2.推派本會委員擔任健保署「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」及「全民健康保險醫療給付費用各總額研商議事會議」之代表	2 月	本會	依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法、全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點辦理
	3.113 年度工作計畫及會議預定時間表(草案)	12 月	本會	

備註：

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

全民健康保險會 112 年度會議預定時間表

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

備註：

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

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 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
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月底前出具體實施方案(含申請條件、整合醫療照護服務內容、醫療利用管控及療效監測)，並提報本會		2月委員會議提報告案	112年7月底前
		(2)依112年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度 (3)有關預算扣減方式規劃，請議定後，於112年7月提本會報告		7月委員會議提報告案	113年3月委員會議(協商114年度總額前)提報執行結果

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

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

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
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
8		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	專款項目	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 (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	111年11月底前		7月委員會議提報告案

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
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)
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>(2)對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估</p> <p>(3)於 112 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)</p> <p>(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.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>112 年 7 月底前</p> <p>1.112 年 7 月委員會議提報規劃情形(併入報告案)</p> <p>2.113 年 3 月委員會議(協商 114 年度總額前)提報執行結果</p>

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

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意/確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
2	續	(4)歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，並請於 113 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源			提出節流效益與節省金額：併 112 年 7 月追蹤提報
3	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 (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			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 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		<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>		<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>	<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>
21		<p>癌症治療品質改善計畫 (112年新增項目)</p> <p>(1)擬訂具體實施方案，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數</p>	<p>111年12月底前</p>		<p>112年7月底前</p>

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/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
		決定事項摘要 ^{註1}			
		(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	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) (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			1. 提出規劃與作業時程：併 112 年 2 月追蹤提報 2. 提出新年度規劃與預估內容：併 112 年 7 月追蹤提報
		(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			112 年 7 月底前
		(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)			
		(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			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
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	<p>藥品及特材給付規定改變</p> <p>(1)於112年度總額公告後，至本會最近1次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控</p> <p>(2)於112年7月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)</p> <p>(3)若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度</p>			<p>1.提出規劃與作業時程：併112年2月追蹤提報</p> <p>2.提出年度之預算規劃與預估內容：併112年7月追蹤提報</p> <p>112年7月底前</p> <p>1.112年7月委員會議提報規劃情形(併入報告案)</p> <p>2.113年3月委員會議(協商114年度總額前)提報執行結果</p>

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意/確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
2 續	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	專款項目	腹膜透析追蹤處置費及APD租金			112年7月底前
14	專款項目	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	專款項目	因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增 (112年新增項目) (1)辦理本項			112年7月底前
		(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			1.逐年檢討成效：於各年評核提報成效 2.3年期限檢討：於114年7月委員會議提報檢討結果

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

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

項次	類別	工作項目 及時程 決定事項摘要 ^{註1}	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意/確認或向本會報告	提報本會執行情形 ^{註2} /執行結果納入總額協商參考
22	專款項目	<p>持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(112年新增項目)</p> <p>(1)本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值</p> <p>(2)於112年度總額公告後，提出相關計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃)，提報至本會最近1次委員會議確認</p> <p>(3)請提出具體實施規劃，滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效，並定期提報執行情形</p>	111年12月底前	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	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) (1)持續檢討經費動支條件，評估推動分級醫療相關措施對西醫基層總額之財務影響 (2)持續監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)，及評估分級醫療之執行效益 (3)通盤檢討鼓勵分級醫療誘因及實際操作方式之合理性，與是否達到預期效果，提出轉型之改善方案 (4)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，並提本會報告		6 月委員會議提報告案	112 年 7 月底 前
2		山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 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	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	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}			
6	專款項目	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		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		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 (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 (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)	111年11月底前		112年7月底前
				6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
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，安排至本會最近 1

部門	工作項目		應完成時限
			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) ※決定事項： (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 (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) ※決定事項： (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 (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 月底前
	1	<p>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</p>	
	2	<p>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</p>	

部門	工作項目	應完成時限
	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容，以及本項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，	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	

部門	工作項目		應完成時限
		提報至本會最近 1 次委員會議確認	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	1	<p>需經本會同意/確認或向本會報告</p> <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	1	<p>依相關程序辦理，並副知本會</p> <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。

四、本會重要業務報告

一、本會依上次(第1次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

- (一)「本會重要業務報告決定三、…針對本會辦理10週年成果及未來展望研討暨共識營，若委員對於議程或與談人名單有任何建議，請於本(112)年3月1日下班前提供本會參考。」：截至3月1日下班前，未有委員提供意見。
- (二)「優先報告事項第一案決定三、若委員對112年度依工作計畫安排時程之各項報告事項，有需請健保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。」：本會將於每次委員會議之重要業務報告中，預告提醒委員下次委員會議報告事項主題，委員如有特別關切之意見，敬請於報告時程1個月前回復本會，俾轉請該署準備資料或於報告時回應說明。
- (三)「優先報告事項第二案決定二、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(下稱衛福部)社會保險司參考」：業於本年3月7日以電子請辦單(表單單號：1120307522)，將本會之決定及委員發言實錄送請衛福部社保司參考。
- (四)「討論事項第一案：本會推派擔任中央健康保險署(下稱健保署)『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』之代表名單」：本會業以本年3月6日衛部健字第1123360034號書函送該署辦理聘任事宜，如附件二(第81~82頁)。
- (五)有關本會委員交通費之支給，係參照「中央政府各機關學校出席費及稿費支給要點」規定辦理，該要點自112年起已取消交通費支給需有30公里以外之限制；至於報支起點之認定，在翁委員燕雪協助下，本會持續與本部會計處溝通協調後，該處同意由原以機關所在地為報支起點，改為得衡酌實際情況，覈實報支之認定方式。
- (六)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計6項，依辦理情形，

建議解除追蹤3項，繼續追蹤3項，如附表(第69~71頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理；另個別委員關切事項及書面意見，健保署回復如附錄一(第127~140頁)，其中尚有1位委員書面意見待補充。

二、依年度工作計畫安排下次(第3次)委員會議(112.4.26)專案報告之主題如下，請委員最晚於3月26日前向本會提出需請健保署回應或說明之問題。

(一)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。(本案另訂時間請委員回復意見)

(二)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)。

(三)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)。

三、衛福部及健保署於本年2月至3月份發布及副知本會之相關資訊如下：[內容已置於該署全球資訊網，詳細內容及相關附件業於本年3月10日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

1.本年2月22日修正發布「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，並自112年3月1日生效，如附錄二(第141~144頁)，修正重點如下：

(1)第二部西醫(除淋巴球毒殺試驗之預算來源為112年醫院總額「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」專款支應，下列各項均為112年醫院及西醫基層總額之「新醫療科技」)：

①新增診療項目：8項(例如：淋巴球毒殺試驗-同時檢測B細胞及T細胞、胸部電阻斷面造影等)。

②放寬適用層級別至地區醫院：1項(迷走神經刺激術VNS-參數調整；原限醫學中心)。

③修訂支付規範：例如「濕化高流量氧氣治療」放寬急診病人適用、「胸腔鏡肺分葉切除術」等 17 項達文西手術之手術費比照胸(腹)腔鏡切除術費用申報等。

④「角膜內注射」(編號 39007C)：自治療處置章節移列至手術章節，並修正編號為 85218C 及調升點數與增訂支付規範。

(2)第三部牙醫：

①新增診療項目：3 項(例如：超音波根管沖洗、特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆、齲齒經驗之高風險患者氟化物治療)。(預算來源：112 年新增項目「超音波根管沖洗計畫」、「特定牙周保存治療-新增全口總齒數一至三顆」及「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」)

②調升支付點數：去除鑄造牙冠等 3 項，及符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費。(預算來源：112 年「醫療服務成本指數改變率」)

(3)第四部中醫：

①新增診療項目：2 項(例如：整合醫療照護費加計、未滿 7 歲兒童傷科處置加計)。(預算來源：112 年新增項目「多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度」及「提升中醫小兒傷科照護品質」)

②調升支付點數：將針灸合併傷科治療處置費調整為「針灸+傷科治療」點數(原為以針灸或傷科點數較高者支付)。(預算來源：112 年新增項目「針灸合併治療合理給付」)。

③修訂支付規範：於通則增訂針灸合併傷科治療處置費之申報上限及折付原則(每位專任醫師每月申報針灸合併上限為 80 人次，超出部分以 5 折支付)、針灸合併傷科治療處置費通則新增未滿 7 歲兒童及同一療程案件

規範、特定疾病門診加強照護通則「腦血管疾病」個案適用範圍，增列腦中風後遺症。(預算來源：112 年新增項目「針傷合併治療合理給付」、「增加『特定疾病門診加強照護』適應症腦中風後遺症(I69)」)

(二)健保署

1.本年 2 月 17 日副知，修正發布「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分規定，並自 112 年 4 月 1 日生效，如附錄三(第 145 頁)，修正重點如下：

(1)一般原則：醫院部門(非住院診斷關聯群案件)增訂電腦自動視野儀檢查之適應症或條件、呼吸融合細胞病毒試驗及甲促素結合體抗體之審查原則；西醫基層部門除增訂上述原則外，另增訂生化檢查之複檢及定期抽審之條件。

(2)各科審查注意事項：

①醫院部門(非住院診斷關聯群案件)：增刪修外科、婦產科、骨科、耳鼻喉科、眼科、皮膚科及神經外科之審查注意事項。

②西醫基層部門：增刪修家庭醫學科、內科、外科、兒科、婦產科、骨科、耳鼻喉科及眼科之審查注意事項。

2.將公告之總額相關計畫副知本會，如附錄四(第 146~151 頁)，修訂重點如下表：

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
112.2.10/ 112.1.1	全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫	1.費用支付及申報規定：增訂自閉症、失智症患者，除麻醉項目外屬論量計酬之項目得加成 9 成給付。 2.「氟化物防齲處理」(P30002)支付項目：增訂申報後不得於 90 天內再申報塗氟相關處置。
112.2.10/ 112.1.1	全民健康保險牙醫門診總額 0 歲至 6 歲嚴重齲齒兒童口腔	酌修收案對象齲齒顆數之規範文字： 1.原未滿二歲兒童「齲齒顆數大於 2 顆(含)以上」修正為「齲齒顆數 2 顆以上」。 2.原二歲至未滿四歲兒童「齲齒顆數大於 3 顆(含)以上」修正為「齲齒顆數 3 顆以上」。 3.原四歲至六歲兒童「齲齒顆數大於 5 顆

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
	健康照護 試辦計畫	(含)以上」修正為「齲齒顆數5顆以上」。
112.2.10/ 112.1.1	全民健康 保險牙醫 門診總額 12歲至18 歲青少年 口腔提升 照護試辦 計畫	1.收案條件：新增 ICD-10-CM 代碼 K03.89(牙齒硬組織其他特定疾病)。 2.「青少年齲齒控制照護處置」(P7101C)支付項目：修正為可視需要另外申報 X 光攝影費用。 3.「青少年齲齒氟化物治療」(P7102C)支付項目：新增初期齲齒、琺瑯缺損等診斷得適用。 4.新增計畫延續條款。
112.2.10/ 112.1.1	全民健康 保險中醫 癌症患者 加強照護 整合方案	1.照護範圍：增列「胃癌」、「攝護腺癌」及「口腔癌」適應症。 2.敘明「施行期間」，並規範倘次年度計畫未於次年初公告前，得以原計畫規範延續辦理。
112.2.10/ 112.1.1	全民健康 保險中醫 急症處置 計畫、中醫 提升孕產 照護品質 計畫、中醫 門診總額 兒童過敏 性鼻炎照 護試辦計 畫、中醫慢 性腎臟病 門診加強 照護計畫	敘明「施行期間」，並規範倘次年度計畫未於次年初公告前，得以原計畫規範延續辦理。
112.2.13/ 112.1.1	全民健康 保險代謝 症候群防 治計畫	1.刪除計畫施行期間、收案期限。 2.收案條件： (1)新增「符合糖尿病前期之個案(糖化血紅素 HbA1c 5.7~6.4%)」。 (2)每一診所收案人數上限由「100名」調整為「200名(含前一年度延續個案)」，且不得與『糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案』(初期慢性腎臟病收案

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>對象除外)重複收案或其他院所重複收案」。</p> <p>3.服務內容：</p> <p>(1)收案評估：增列「可採收案日前3個月(90天)內之檢驗、檢查數據(含成人健康檢查)」。</p> <p>(2)追蹤管理：增列「可採用追蹤管理日前3個月(90天)內之檢驗、檢查數據，但檢驗檢查日期不得與前次追蹤日期或收案日期相同」。</p> <p>(3)結案條件：</p> <p>①增列「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案中糖尿病相關條件收案者」。</p> <p>②增列「收案個案已達一年且收案評估時未達標準值的管理項目任一項皆未有進步者」。</p> <p>4.給付項目及支付標準：</p> <p>(1)收案評估費：內含之檢驗(查)項目調整為三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇或低密度脂蛋白膽固醇(原為：低密度脂蛋白膽固醇，且不得以計算方式取得)、空腹血糖或醣化血紅素(原為：醣化血紅素)、總膽固醇。</p> <p>(2)追蹤管理費：申報間隔由12週調整為10週(≥70日)。</p> <p>(3)年度評估費：限申報3次以上追蹤管理費始得申報。</p> <p>5.獎勵費：</p> <p>(1)診所品質獎勵費：由「診所收案30名以上且當年度檢驗(查)上傳率≥50%者可列入評比」，調整為「診所收案60名以上且當年度檢驗(查)上傳率(含診所申報檢驗所上傳之案件)≥70%者可列入評比」。</p> <p>(2)新增「個案績優改善獎勵」：個案於年度評估時，任3項代謝症候群指標達標準值，且收案6個月後無三高用藥者，獎勵1,000點，不得與「個案進步獎勵費」重複給付。</p> <p>6.診所品質指標之代謝症候群改善率(70分)：</p> <p>(1)調整評分項目順序(戒菸項次提前)、配</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>分(增加戒菸、腰圍比重)，及提高達成條件人數(由 5 人調整為 10 人)。</p> <p>(2)原評分項目「診所收案對象之糖化血紅素」，改列為加分項，收案之前測值由>7.5%調整為\geq5.7%，獎勵標準值由「下降 10%」調整為「下降 10%或降至 5.7%以下」。</p>
112.2.10/ 112.1.1	112 年度 全民健康 保險西醫 基層提升 心肺疾病 照護品質 計畫	<p>1.新增「新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止」之規定。</p> <p>2.其餘為調整年度及酌修部分文字，以臻明確。</p>
112.2.22/ 112.2.22	全民健康 保險提升 用藥品質 之藥事照 護計畫	<p>1.修訂照護個案收案條件及收案程序：</p> <p>(1)刪除收案注意事項「跨院所處方用藥達 10 種以上之服用者」、「持有 3 張以上跨院所慢連箋者」之保險對象，收案當次須提供處方箋調劑服務之規定。另明訂重複收案之認定標準。</p> <p>(2)藥師判斷性服務及用藥配合度諮詢服務之收案程序，修改為「保險對象健保卡」(原為「持保險對象健保卡及交付調劑處方箋」)。</p> <p>2.明訂監測指標「收案保險對象使用藥品品項數，照護後較照護前下降 10%」之操作型定義：照護前為收案日期前 3 個月(90 天)、照護後為結案日後 3 個月(90 天)。</p> <p>3.修訂「藥事照護內容及紀錄」及附件之部分內容文字。</p>
112.3.6/ 112.1.1 (111 年預算 分配部分 自 111.1.1 生 效)	全民健康 保險提升 醫院用藥 安全與品 質方案	<p>1.預算分配：</p> <p>(1)醫學中心及區域醫院：111 年 5,600 萬元，112 年 6,300 萬元。</p> <p>(2)地區醫院：111 年 2,400 萬元，112 年 2,700 萬元。</p> <p>2.地區醫院擴大照護對象：</p> <p>(1)住院：</p> <p>①新增「重症加護臨床藥事照護費(每日)」：每次介入至多申報 3 日，每人日支付 250 點。</p> <p>②新增「一般病床臨床藥事照護費(每日)」：每次介入至多申報 1 日，申報 30 日以內最高以 3 日計，30 日以上</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>每增加 30 日至多支付 1 日，每人日支付 220 點。</p> <p>(2)門診：照護對象修改為「門診病人經藥師查對個案處方或查詢雲端藥歷，發現有用藥或處方不適當者，提供臨床藥事照護，並經醫師或其他醫事人員接受，始得於健保資訊網服務系統 VPN 登錄個案臨床藥事照護介入種類及於病歷記載相關照護內容並申報」。</p> <p>3.調升 P6301B「重症加護臨床藥事照護」及 P6302B「門診臨床藥事照護費」支付點數，分別為 250 點及 200 點。</p>

3.111 年 12 月至 112 年 3 月份公告暫予支付及修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分項目，藥品計 19 件、特材計 13 件，彙整如附錄五(第 152~155 頁)。

決定：

上次(第1次)委員會會議繼續列管追蹤事項

一、擬解除追蹤(共3項)

項次	案由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	本會重要業務報告。	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。	於112年3月2日請辦健保署。	健保署回復： 本署已於112年3月3日函復在案。 本會補充說明： 醫院協會(醫院總額)及醫師公會全聯會(西醫基層總額)已分別於112年2月24日及112年2月22日函復在案。	解除追蹤	—
2		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」。	於112年3月2日請辦健保署。	健保署回復： 將提至本次委員會議報告第二案。	已列入本次會議報告事項第二案，報告後解除追蹤	—
3	優先報告事項第3案： 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」)。	委員所提意見，請中央健康保險署研參並回復說明。	於112年3月2日請辦健保署。	健保署回復： 委員所提意見，說明如附件一(第72~80頁)。	解除追蹤	—

二、擬繼續追蹤(共 3 項)

項次	案由	決議(定)事項	本會辦理情形	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	本會重要業務報告。	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。	於 112 年 3 月 2 日請辦健保署。	健保署回復：「全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法」(新增應上傳項目)係加強醫療機構上傳檢驗(查)結果等項目之法源依據，與「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」鼓勵「即時」之目的不同。	1.繼續追蹤 2.俟健保署就獎勵之必要及合理性提出檢討說明後解除追蹤	112 年 6 月
2	優先報告事項第 1 案：本會 112 年度工作計畫及會議預定時間表(草案)。	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，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。	於 112 年 3 月 2 日請辦健保署。	健保署回復： 1.「112 年醫院及西醫基層總額提報健保會確認事項」案： (1)「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(5 億)」及「區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(10 億元)」已提 112 年 3 月 1 日醫院總額研商議事會議，因時間因素未及討論。 (2)其餘項目皆已提醫院及西	1.繼續追蹤 2.本項工作涉及總額協定項目之執行，請健保署儘速辦理，並提至委員會議確認後解除追蹤	112 年 6 月

項次	案由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
				<p>醫基層總額研商議事會議討論通過，將提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確認後提報貴會。</p> <p>2.有關「鼓勵院所加強腹膜透析與提升其照護品質」計畫案，將提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確認後提貴會報告。</p> <p>3.有關「促進醫療服務項目支付衡平性」案，擬俟規劃具體實施方式，再提貴會報告。</p>		
3	<p>討論事項第3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，提請討論。</p>	<p>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。</p>	<p>於112年3月2日請辦健保署。</p>	<p>健保署回復：遵示辦理，本署將依法定程序辦理辦法預告(60天)後，陳報主管機關核定發布。</p>	<p>1.繼續追蹤 2.俟衛福部核定發布後解除追蹤</p>	—

健保會第 6 屆 112 年第 1 次委員會議之健保署答覆

上次(第 1 次)委員會議之擬解除追蹤項次 3

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」)。

委員意見	健保署說明
<p>吳委員榮達(議事錄 p.113-114)</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>一、有關中醫門診費用大幅成長，經統計主因是 111 年病人數相較 110 年成長 20.6%(由 55.4 萬人增至 66.8 萬人)所致。</p> <p>二、謝謝委員的提醒，關於重大傷病卡有效領證數成長率偏高，係因基期誤植為 110 年 1 月，更新本署 112 年 1 月份業務執行報告表 28「全民健康保險重大傷病證明有效領證統計表」如附件一之附件 1(第 78 頁)，癌症成長率為 3.03%，並已同步更新本署置放於全球資訊網之前揭報告電子檔。</p> <p>三、經統計門診透析近 5 年(107-111 年)就醫人數成長率分別為 2.9%、2.9%、2.0%、1.9% 及 1.6%，已呈現下降趨勢，將再持續監測。</p>

委員意見	健保署說明
<p>李委員永振(議事錄 p.114-116)</p> <p>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</p>	<p>一、本署業務執行報告，為適時表達全民健康保險營運狀況，分別就保險現金收支及權責基礎收支情形做說明；其中每月提報表 5「全民健保財務收支分析表」、每季提報表 5-1「全民健保財務收支分析表」，係以權責基礎編製，說明如下：</p> <p>(一)全民健康保險基金，係依會計法第 17 條第 2 項：「……政府會計基礎，除公庫出納會計外，應採用權責發生制」、決算法第 8 條：「各基金決算之……編造，除本法另有規定外，依會計法關於會計報告之規定」之規定，訂定全民健康保險基金會計制度，其決算係採權責發生基礎編列。</p> <p>(二)全民健康保險基金 105 年的收支結餘從 104 年的 1,028 億元降到 185 億元，減少約 843 億元，主要原因說明如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 保費收入:自 105 年度起健保費率由 4.91%調降為 4.69%、補充保險費費率由 2%連動調降為 1.91%，平均眷口數由 0.62 人調整為 0.61 人等因素，致 105 年保費收入減少 127 億元。 2. 保險給付:因總額協商成長，致增加 303 億元。 3. 其他收支餘(絀):主要係 104 年度依行政院協商結論之核算原則重新計算政府應負擔健保總經費法定下限不足數，調整 102 年度及 103 年度差額，係屬「會計估計變動」(係因新資訊或新發展所導致，因而並非錯誤更正)，

委員意見	健保署說明
<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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</p>	<p>屬以前年度保費收入，爰於 104 年度以「雜項收入」列帳，致 105 年較 104 年減少 413 億元。</p> <p>二、有關結餘與餘絀的推估，受疫情影響 110 年及 111 年保險費收入預估較為保守，然實際經濟狀況較為樂觀，致該 2 年補充保險費收入高於預估。</p> <p>三、有關 112 年 1 月份業務執行季報告表 5-1「全民健保財務收支分析表」，其中備註說明 111 年 1 月份補充保險費是 89.38 億元(112 年 1 月份 146.57 億元，較 111 年同期增加 57.19 億元)，與表 6-3「全民健康保險補充保險費收繳統計表」所列補充保險費 149.15 億元不同，主因係表 5-1 採權責發生基礎估列，與表 6-3 為實際收繳數，兩者認列基礎不同所致，說明如下：</p> <p>(一)表 5-1 係採權責發生基礎，111 年 1 月補充保險費係考量春節獎金發放時點及參考上年度收繳情形，估計應收保費 89.38 億元。</p> <p>(二)表 6-3 所列 111 年 1 月補充保險費 149.15 億元，為截至資料統計日期之補充保險費實際收繳數。</p> <p>四、另，提供 109-111 年醫院申報 COVID-19 住院醫療費用如附件一之附件 2(第 79~80 頁)。</p>

委員意見	健保署說明
<p>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。</p> <p>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。</p>	
<p>陳委員鴻文(議事錄 p.117)</p> <p>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？</p>	<p>本署業務執行報告之表 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」計算期間為近 5 年保險費，即 111 年 12 月份業務執行報告該表之計算期間為 106 年 10 月至 111 年 9 月，而 112 年 1 月份業務執行季報告該表之計算期間為 106 年 11 月至 111 年 10 月，因統計期間不同，致數據略有浮動。</p>

委員意見	健保署說明
<p>朱委員益宏(議事錄 p.118)</p> <p>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。</p>	<p>謝謝委員提醒，本署自 112 年 1 月起已於業務執行報告定期產製並按月提供各層級醫院門診慢性病醫療申報情形(詳本署 111 年 12 月份及 112 年 1 月份業務執行報告表 18-4 至表 18-6)，請委員參考。</p>
<p>滕委員西華(議事錄 p.119-120)</p> <p>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</p>	<p>一、考量民眾數位落差，及因應疫情嚴峻時期需求，本署就電話問診放寬規定如下：</p> <p>(一)偏遠地區網路不佳、無視訊設備、不會使用視訊軟體等特殊情形，放寬由分區業務組個案認定得採電話問診，實施期限至中央流行疫情指揮中心解散日止。</p> <p>(二)110 年 5 月 20 日至同年 9 月 30 日、111 年 4 月 27 日至同年 7 月 31 日，放寬慢性複診病人醫師可選擇電話問診。前揭放寬慢性病複診病人電話問診約 13.5 萬件，約占 109 年 2 月至 111 年 10 月間 14.5 萬件之 93%。</p> <p>二、又衛生福利部已於 111 年 1 月 24 日進</p>

委員意見	健保署說明
<p>討視訊診療，特別是電話問診部分。</p>	<p>行「通訊診察治療辦法」修正草案預告，並於 112 年 1 月 30 日截止陳述意見，本署將俟該辦法修訂公告後，配合研議視訊診療相關給付方式及配套措施。</p>
<p>游委員宏生書面意見(議事錄 p.124)</p> <p>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？</p> <p>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。</p>	<p>本次擬重新推行之部分負擔新制，推估藥品及急診部分負擔影響人數為 689 萬人；影響金額為 27.3 億元。</p>

(更新)表28 全民健康保險重大傷病證明有效領證統計表 (112年1月)

重大傷病種類	110年底有效領證數	111年1月	112年1月		
			有效領證數	成長率(與去年同期比較)	本月新申請領證數
1. 需積極或長期治療之癌症	433,127	433,984	447,126	3.03%	7,936
2. 遺傳性凝血因子缺乏(血友病)	1,647	1,650	1,748	5.94%	4
3. 嚴重溶血性及再生不良性貧血	1,334	1,339	1,344	0.37%	15
4. 慢性腎衰竭(尿毒症), 必須接受定期透析治療者	89,588	90,121	89,175	-1.05%	768
5. 需終身治療之全身性自體免疫症候群	127,220	127,452	132,003	3.57%	256
6. 慢性精神病	197,665	197,844	194,531	-1.67%	152
7. 先天性新陳代謝異常疾病	17,062	17,086	17,622	3.14%	21
8. 心、肺、胃腸、腎臟、神經、骨骼系統等之先天性畸形及染色體異常	37,589	37,699	37,911	0.56%	135
9. 燒燙傷面積達全身百分之二十以上; 或顏面燒燙傷合併五官功能障礙者	313	316	272	-13.92%	10
10. 接受器官移植	17,422	17,448	17,848	2.29%	76
11. 小兒麻痺、腦性麻痺所引起之神經、肌肉、骨骼、肺臟等之併發症者(其身心障礙等級在中度以上)	13,178	13,185	13,145	-0.30%	4
12. 重大創傷且其嚴重程度到達創傷嚴重程度分數16分以上者	10,166	10,374	10,675	2.90%	559
13. 因呼吸衰竭需長期使用呼吸器者	11,125	11,459	10,903	-4.85%	1,230
14. 因腸道大量切除或失去功能, 或其他慢性疾病引起嚴重營養不良者, 給予全靜脈營養已超過30天, 口攝飲食仍無法提供足量營養者	69	72	81	12.50%	4
15. 因潛水、或減壓不當引起之嚴重型減壓病或空氣栓塞症, 伴有呼吸、循環或神經系統之併發症且需長期治療者	12	12	11	-8.33%	-
16. 重症肌無力症	5,504	5,517	5,615	1.78%	42
17. 先天性免疫不全症	193	195	201	3.08%	-
18. 脊髓損傷或病變所引起之神經、肌肉、皮膚、骨骼、心肺、泌尿及胃腸等之併發症者(其身心障礙等級在中度以上者)	7,858	7,863	7,695	-2.14%	13
19. 職業病	2,029	2,030	1,718	-15.37%	1
21. 多發性硬化症	1,081	1,087	1,040	-4.32%	-
22. 先天性肌肉萎縮症	406	406	392	-3.45%	-
23. 外皮之先天畸形	128	128	128	0.00%	-
24. 漢生病	141	141	128	-9.22%	-
25. 肝硬化症	4,577	4,627	4,054	-12.38%	45
26. 早產兒所引起之神經、肌肉、骨骼、心臟、肺臟等之併發症	10	10	10	0.00%	-
27. 砷及其化合物之毒性作用(烏腳病)	72	72	62	-13.89%	-
28. 運動神經元疾病其身心障礙等級在中度以上或須使用呼吸器	115	115	96	-16.52%	-
29. 庫賈氏病	20	20	14	-30.00%	2
30. 罕見疾病	12,241	12,322	12,972	5.28%	22
合計	991,892	994,574	1,008,520	1.40%	11,295

備註：1. 欄位名稱定義：本月新申請領證數係指首次申請個案數。第20類急性性腦出血不發卡無領證統計
 2. 有效領證數：係指實際有效領證卡數，已排除死亡及註銷案件。112年1月份重大傷病檔死亡註銷卡數共8,665張
 3. 自104年1月起，除第21類多發性硬化症外，餘有罕病註記個案已回歸第30類罕見疾病
 4. 本月歸戶後實際有效領證人數為944,884人。
 5. 衛生福利部108年4月2日發布修正「全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法」第二條附表一，第十項「接受腎臟、心臟、肺臟、肝臟、骨髓、胰臟及小腸移植後之追蹤治療」改為「接受器官移植」，並新增「移植器官(摘取器官亦免自行負擔部分醫療費用)」為重大傷病項目，手術當次由醫師逕行認定，免申請證明。

醫院申報COVID-19住院醫療費用統計

109年醫院申報COVID-19隔離住院之醫療費用 (單位：人、萬元)

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
住院人數	583	1,349	3,263	3,191	975	404	338	435	342	420	402	553	12,255
申報金額	1,050	2,802	9,071	12,400	5,114	1,568	1,011	1,502	1,102	1,563	1,532	2,473	41,188

110年醫院申報COVID-19隔離住院之醫療費用 (單位：人、萬元)

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
疑似隔離者	696	403	360	342	1,147	2,916	3,235	2,132	1,866	1,224	762	745	14,965
確診隔離者	165	91	66	69	1,077	4,827	1,572	460	261	249	169	294	8,949
疑似隔離者	1,704	1,093	952	952	2,868	8,125	10,304	6,676	5,711	3,326	2,017	2,364	46,092
確診隔離者	2,350	1,061	619	394	8,065	62,086	38,234	8,907	2,601	1,747	1,049	1,615	128,728
疑似住院人數	109	66	45	50	191	489	594	342	278	175	124	137	2,563
確診隔離者	6	4	2	4	106	809	348	81	28	28	4	6	1,363
疑似住院申報金額	630	355	258	341	966	2,672	3,388	2,390	1,921	908	556	887	15,272
確診隔離者	393	88	186	12	1,691	23,430	22,583	5,194	790	516	74	24	54,981

- 註：
- COVID-19隔離住院之醫療費用為中央健康保險署協助疾病管制署辦理申報核付作業。
 - 109年採書面申報醫療費用，110年併健保醫療費用改以媒體申報，始得提供ICU住院人數及金額。
 - ICU住院申報金額，以入住ICU病房個案發生之整筆醫療費用計。

醫院申報COVID-19住院醫療費用統計

111年醫院申報COVID-19隔離住院之醫療費用(單位：人、萬元)

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
住院人數	868	625	485	535	553	343	262	268	233	193	125	65	3,894
疑似隔離者	1,247	1,248	1,129	4,527	25,944	33,284	18,798	11,825	14,766	17,975	12,020	7,673	147,942
確診隔離者	2,740	2,259	1,692	2,151	2,403	1,531	1,320	983	895	750	556	248	17,528
申報金額	7,841	7,269	5,767	24,653	134,129	224,734	129,371	73,299	89,025	121,515	90,765	55,599	963,967
ICU住院人數	152	134	111	117	56	17	19	15	14	19	5	5	654
疑似隔離者	19	9	21	90	1,911	3,458	2,117	1,433	1,719	2,128	1,517	1,090	15,398
確診隔離者	895	917	710	748	465	181	271	138	126	162	74	36	4,723
ICU住院申報金額	273	73	172	892	25,890	62,047	38,890	23,470	25,766	35,381	28,887	20,122	261,863
疑似隔離者													
確診隔離者													

- 註： 1. COVID-19隔離住院之醫療費用為中央健康保險署協助疾病管制署辦理申報核付作業。
 109年至112年1月31日止受理醫院申報住院人數總歸戶為18萬5,999人(含確診及疑似隔離者)申報醫療費用金額約119億7,500萬元。
 2. ICU住院申報金額，以入住ICU病房個案發生之整筆醫療費用計。

抄本

附件二

檔 號：
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：彭美瑩
聯絡電話：(02)8590-6858
傳真：(02)8590-6046
電子郵件：hsperng@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國112年3月6日
發文字號：衛部健字第1123360034號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：旨揭代表名單、紀錄

主旨：檢送本會推派擔任貴署「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」與「全民健康保險醫療給付費用各總額研商議事會議」之委員代表推薦基本資料表（如附件1），復請查照。

說明：

- 一、復貴署111年12月15日健保醫字第1110664046號函。
- 二、旨揭推派名單，係經本會第6屆112年第1次委員會議（112年2月22日）提案討論後決議在案（會議紀錄摘要如附件2），資料表中之委員聯絡地址、電話及電子郵件等資料，請依據個人資料保護法第16條規定，略以：公務機關對個人資料之利用，除第6條第1項所規定資料外，應於執行法定職務必要範圍內為之，並與蒐集之特定目的相符。
- 三、另有關委員之利益揭露聲明書一節，請貴署於辦理聘任時依貴管規定辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：李委員永振、陳委員杰、陳委員節如、林委員恩豪、楊委員芸蘋、劉委員守仁、楊委員玉琦、董委員正宗、張委員清田、花委員錦忠、田委員士金、陳委員鴻文

討論事項

第一案

提案單位：本會第三組

案由：各總額部門 111 年度執行成果評核之作業方式(草案)，提請討論。

說明：

- 一、為確保健保資源投入之效益，及落實檢討與回饋機制，本會援例於次年度總額協商前，舉辦年度總額執行成果評核作業，邀請專家學者就前一年度各總額部門提出之執行成效進行評核，檢視各部門總額執行效益能否符合預期目標，並給予改善建議；經評核成效優良之總額部門，於次年度總額酌給品質保證保留款獎勵額度，評核建議則列為其總額協商之參據。依本(112)年度工作計畫，預訂於 7 月 17、18 日辦理「各總額部門 111 年度執行成果發表暨評核會議」。
- 二、為完成上開事項，以 110 年度執行成果評核之作業方式(下稱原作業方式)為本，蒐集及參考各總額部門及健保署建議，研擬「111 年度執行成果評核之作業方式(草案)」(附件一，第 90~102 頁)，其內容包括：評核範圍、辦理方式(含評核委員組成)、評核項目與配分、評核結果之應用、作業時程表等五大項，重點說明如下：
 - (一)評核委員組成(如附件一之貳、一、評核委員，第 90 頁)：採三階段之票選方式辦理(比照原作業方式)：
 - 1.第一階段(產生評核委員建議名單)：請四總額部門及付費者委員，每部門/人至多推薦 3 名，包括：醫務管理、公共衛生及財務金融等健康保險相關領域專家學者，再加上本會現任、曾任專家學者及公正人士委員，綜整為建議名單。
 - 2.第二階段(票選評核委員)：由本會全體委員就建議名單進行票選(每人 7 票)。
 - 3.第三階段(決定評核委員)：依據票選結果之票數多寡，依序邀請 7 位擔任評核委員，並由評核委員互相推選最後評定部門等級之「評核內部會議」主席。另評核委員名單不事先公開。

(二)評核項目及部門提報內容(詳附件一之參、評核項目與配分，第 91~92 頁)：

1.整體「評核項目與配分」均沿用原作業方式，除配合年度酌修文字外，各項目之細項評核內容及指標，已依 111、112 年度總額核(決)定事項增修各部門應提報內容，並請四總額部門及健保署，就評核項目、報告大綱、評核內容與指標等提供意見。

2.各部門回復意見及參採情形詳如附件二(第 103~105 頁)，重點摘要如下：

單位/部門	回復意見	參採情形
醫院總額 —醫院協會	配合辦理	
西醫基層總額 —醫全會	建議刪除2項細項指標「就醫院所具備無障礙通道及無障礙廁所的比率」、「醫療院所提供無障礙友善設施情形」，考量其與可近性與即時性提供之醫療品質無相關，且政府係以鼓勵性質補助院所設置無障礙環境，非強制性規定，故建議刪除	1.此2項無障礙設施細項指標係屬四部門共通性指標，考量我國已邁入高齡社會，設置無障礙設施有助於提升長者及身心障礙者就醫可近性，爰110年度評核內容，業經本會決議需提供指標資料參考，但不納入評分 2.建議111年度沿用110年方式，續予保留。仍請各總額部門及健保署提供資料參考，但不納入評分
牙醫門診總額 —牙全會	無意見	
中醫門診總額 —中全會	無修正建議	
各部門總額及 其他預算 —健保署	配合辦理旨揭作業提報所需資料，並視實際作業面可取得資料調整新增內容	尊重健保署意見，並請該署盡可能於資料可及範圍內提供評核相關資料

(三)評核作業辦理方式(如附件一之貳、三、評核會議，第 90~91 頁)：

1.本會過去評核作業係採事先書面評核加上公開成果發表會議模式，惟 110、111 年因 COVID-19 疫情嚴峻，考量醫界防疫負荷，改採書面評核方式，不辦理公開之成果發表會議。本年疫情已趨緩，將比照過去作業模式，於 7 月 17、18 日召開為

期 2 天之「各總額部門 111 年度執行成果發表暨評核會議」，並於 5 月底至 7 月上旬，請四總額部門及健保署，分批於期限內提送執行成果之書面報告及口頭報告(簡報)予本會，供評核委員審閱。

- 2.另健保署回復評核內容意見時，亦提出評核作業方式辦理建議，其考量中長期改革計畫部分項目自 111 年即導入健保總額，各相關計畫係由衛福部指示各司署規劃、研議及檢討，再透過該署執行，為讓委員完整了解各項計畫，建議本會邀請各業管單位參與評核作業，就中長期改革計畫推動情形及成效等逐年檢討妥為說明。

本會參採情形，如下：

- (1)有關健保署上開建議，考量評核作業旨在評核「總額執行結果」，而非規劃、研議內容，鑒於健保署為保險人角色且為執行機關，理應善盡管理及檢討之責，**建議維持由健保署本權責統籌提報評核作業資料及說明。**
- (2)歷年公開發表會議均有邀請衛福部相關單位與附屬機關，本次亦將邀請中長期改革計畫相關司署，包含照護司、健康署等與會，以利了解各界對中長期改革計畫之期待。如各司署尚有需補充說明，亦可於會議當天之意見交流階段回應。

三、有關「112 年度重點項目與績效指標(含目標值)」之研訂

- (一)為強化總額預算檢討回饋機制，自 107 年起本會即請總額部門預先設定年度重點項目及預期目標，以做為次年評核之依據。
- (二)本會業於 112.2.3 循例函請四總額部門及健保署提報 112 年度重點項目與績效指標，各總額部門及健保署均於 112.3.3 前回復，彙整如附件三(第 106~109 頁)，本項內容將作為評核 112 年執行成果之用。尚有以下兩項待處理：

- 1.牙醫門診總額部門所提「國人罹患牙周病後續維護追蹤情形」項目指標，其操作型定義未載明指標年度，本會建議操作型

定義增列指標擷取年度，以臻明確(詳第 107 頁)。

- 2.西醫基層總額部門所提「西醫基層診所糖尿病病人整體照護情形」、「檢驗(查)結果上傳率」項目指標，尚未訂定目標值，醫全會來函表示將於健保署提供資料後補充(詳第 107 頁)。本會將於收到醫全會補充目標值後，更新資料(資料後附)。

四、評核結果之獎勵標準議定時間點

(一)為鼓勵各部門執行總額之努力，評核結果「良」以上之部門，將酌給「品質保證保留款獎勵額度」(下稱品保款額度)。品保款額度計算方式係以各總額部門前一年度一般服務預算為基礎，依評核等級，乘以對應之獎勵成長率。近 5 年品保款額度介於 8.77~14.98 億元之間(附件四，第 110 頁)。

(二)評核等級對應之獎勵成長率(即獎勵標準)為每年議定，因品保款額度為各部門總額預算之一部分，爰本會需於 9 月總額協商前提案討論獎勵標準。歷年議定時間點多於 7 月召開評核會議後(8 月)，少數於 7 月召開評核會議前(5 月或 6 月)，過去就品保款額度議定時間點之主要考量如下：

1.評核會議後議定(105~108、110 年度)：

- (1)優點：考量總額協商空間有限，於確定評核結果後，可視年度總額範圍酌予調整獎勵成長率。
- (2)缺點：已知各部門評核等級再決定獎勵額度，部分委員表示有「先射箭再畫靶」之虞。

2.評核會議前議定(109、111、112 年度)：

- (1)優點：部門事前得知獎勵額度，較具鼓勵效果。
- (2)缺點：獎勵方式事先議定，無法配合年度總額範圍調整，有壓縮可協商空間之虞。

(三)爰上，111 年度總額評核結果之獎勵標準議定時間點，請討論。

擬辦：

- 一、有關評核作業方式如說明二，依議定結果辦理，並請四總額部門及健保署依作業方式及時程，提供所需資料。

二、有關評核結果之獎勵標準議定時間點如說明四，將依議定結果辦理。

三、有關四總額部門及健保署建議之「112 年度重點項目與績效指標(含目標值)」如附件三(第 106~109 頁)，請四總額部門及健保署配合執行，以利評核 112 年度總額執行成果之用。

決議：

各總額部門 111 年度執行成果評核之作業方式(草案)

壹、評核範圍

- 一、醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診四總額部門111年度之年度重點項目、一般服務項目及門診透析服務執行成果。
- 二、四總額部門及其他預算111年度之專款項目執行成果。

貳、辦理方式

一、評核委員

- (一)函請四總額部門受託團體(下稱總額部門)及全民健康保險會(下稱本會)付費者代表委員，每部門/人至多推薦 3 名評核委員人選，包括：醫務管理、公共衛生及財務金融等健康保險相關領域專家學者為評核委員人選。
- (二)本會同仁彙整四總額部門及本會付費者代表委員推薦名單，加上本會現任、曾任專家學者及公正人士委員後，請本會委員就該建議名單票選適合人選(每人 7 票)，依據委員票選結果，排定邀請名單，依序邀請 7 位擔任評核委員，評核委員名單不事先公開。本會委員票選評核委員時，請兼顧四總額部門之衡平性與差異性，並為鼓勵專家學者廣泛參與，請避免專家學者服務機構過度集中。

二、評核會議之資料

- (一)請四總額部門及健保署於評核會議前 1 個月，提供年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果書面報告，另對於 111 年執行未滿半年及 112 年新增之總額協商因素項目，請說明執行現況與未來規劃(報告大綱及提報單位，詳附表一~四)，供評核委員事先審閱。
- (二)書面報告內容以精簡為原則，部門提報之年度重點項目及一般服務項目內文限 100 頁，各專款項目內文限 10 頁，並編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。
- (三)請四總額部門及健保署於評核會議前 2 週，提送口頭報告(簡報)。

三、評核會議

- (一)會議期程：2 天。
- (二)第一階段：公開發表會議(1 天半)。
 - 1.健保署統一報告各總額部門一般服務之整體性、一致性項目(如：利用概況、滿意度調查結果、品質指標監測結果等)及門診透析與其他預算之執行成果。

- 2.由接受健保署專業事務委託之四總額部門報告年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果；為利評核委員及與會者掌握及聚焦於重點項目，簡報內容請以「年度重點項目執行成果與未來規劃」為主，請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 111 年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。
- 3.評核委員評論各總額部門年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果報告，並開放與會者提問。
- 4.參與人員：除本會委員、四總額部門與健保署外，另邀請衛福部相關單位與附屬機關，如：社保司、醫事司、照護司、心健司、口健司、中醫藥司、全民健保爭議審議會、健康署、疾管署等，以及民間團體，如：病友團體、社福團體、醫策會、消基會、醫改會等，預估約 160 人。

(三)第二階段：評核內部會議(半天)。

- 1.評核委員就四總額部門之執行成果，充分溝通後評定等級；並針對四部門總額及其他預算之年度重點項目、一般服務項目及專款項目提出共識建議，供協商參考。
- 2.參與人員：主任委員、評核委員、本會同仁，由評核委員互相推選主席。

參、評核項目與配分

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

評核項目	配分
壹、年度重點項目執行成果與未來規劃^{註1} <ol style="list-style-type: none"> 一、年度重點項目：請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 2~3 項 111 年度重點項目執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。(附表三) 二、自選重點項目：部門自行提報，最多 2 項，建議可提出改善最多或有所突破之項目。 	20
貳、一般服務項目執行績效 <ol style="list-style-type: none"> 一、就110年度執行成果之評核委員評論意見與期許之回應說明 二、維護保險對象就醫權益 <ol style="list-style-type: none"> (一)醫療服務品質調查之結果及檢討與改善措施 (二)民眾付費情形及改善措施 (三)就醫可近性與及時性之改善措施 (四)民眾諮詢及抱怨處理 	60

評核項目	配分
(五)其他確保民眾就醫權益之措施	
<p>三、專業醫療服務品質之確保與提升</p> <p>(一)專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施</p> <p>(二)品質保證保留款實施方案執行結果</p> <p>(三)其他改善專業醫療服務品質具體措施</p> <p>四、協商因素項目之執行情形</p> <p>(一)111年新增項目(含總額協定之執行目標及預期效益評估指標)之執行情形</p> <p>(二)延續項目之執行情形</p> <p>1.新醫療科技(新增診療項目、新藥及新特材等)(本項適用於協定事項有新醫療科技項目之部門)</p> <p>2.支付標準修訂及其他協商因素項目(依協定結果分列)</p> <p>(三)111年執行未滿半年及112年新增項目之執行與規劃</p> <p>五、總額之管理與執行績效</p> <p>(一)醫療利用及費用管控情形</p> <p>(二)地區預算分配(含風險調整移撥款)之執行與管理</p> <p>(三)點值穩定度</p> <p>(四)專業審查及其他管理措施</p> <p>(五)院所違規情形及醫療機構輔導</p> <p>(六)其他</p> <p>六、COVID-19疫情對醫療服務之影響與因應作為</p>	
<p>參、專款項目執行績效/成果^{註2}</p> <p>一、就110年度執行成果之評核委員評論意見與期許之回應說明</p> <p>二、111年計畫/方案執行成果</p> <p>三、107~111年執行情形及成效評估(含自選3項關鍵績效指標)</p> <p>四、檢討與改善方向</p> <p>(一)計畫/方案112年修正重點</p> <p>(二)111年執行未滿半年及112年新增項目之執行與規劃</p>	20
總分	100

註：1.年度重點項目係就「一般服務項目」及「專款項目」中，擇與政策目標、總額協定要求及民眾關切之議題進行重點報告，以利評核聚焦於年度重要事項。

2.列入評核之專款項目如附表四。

肆、評核結果之應用

一、評核結果區分為下列五等級：

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

二、評核等級作為113年度總額協商之參考，評等「良」級以上之部門，酌給「品質保證保留款」之預算，以茲鼓勵。

三、評核委員針對四總額部門年度重點項目、一般服務項目及專款項目之共識建議，作為協商113年度該部門總額一般服務項目成長率及各專款項目經費增減及續辦與否之參據。

伍、112年評核作業時程表

時間	作業內容
112年1~3月	1.函請四總額部門及健保署提供建議之112年度重點項目及其績效指標、操作型定義及目標值，並請就本會研擬之評核內容(草案)提供修正建議。 2.研擬「各總額部門111年度執行成果評核之作業方式」(草案)。
112年3月	「各總額部門111年度執行成果評核之作業方式」(草案)提委員會議議定。
112年4~5月	1.請四總額部門及本會付費者代表委員推薦評核委員人選。 2.本會同仁彙整四總額部門及本會付費者代表委員推薦名單，加上本會現任、曾任專家學者及公正人士委員後，請本會委員就該建議名單票選適合人選。 3.依據委員票選結果，及「貳之一.評核委員」產生方式，排定邀請名單，依序邀請7位擔任評核委員。 4.請四總額部門及健保署依議定之評核作業方式準備資料。
112年5月下旬	健保署依評核報告大綱及評核項目表，先提送監測/調查/統計結果(報告上冊)予本會，供評核委員審閱及四總額部門參用，總額部門可專注於提報執行檢討與改善結果。

時間	作業內容
112年6月中旬 (評核會議前1個月)	四總額部門及健保署提送執行成果之書面報告(健保署提送報告下冊)予本會，供評核委員審閱。
112年7月上旬 (評核會議前2週)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 健保署及四總額部門提送「各總額部門 111 年度執行成果發表暨評核會議」之口頭報告(簡報)，供評核委員審閱。 2. 本會同仁彙整「各總額部門 111 年度執行成果評核指標摘要」供評核委員參考。
112年7月中旬 (7月17、18日)	召開為期2天之「各總額部門 111 年度執行成果發表暨評核會議」。

年度重點項目及各部門總額一般服務項目執行績效/成果之報告大綱

評核項目	健保署提報	部門提報
壹、年度重點項目執行成果與未來規劃		
一、年度重點項目：請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 2~3 項 <u>111</u> 年度重點項目執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。	V	V
二、自選重點項目：部門自行提報，最多 2 項，建議可提出改善最多或有所突破之項目。	V	V
貳、一般服務項目執行績效		
一、就 <u>110</u> 年度執行成果之評核委員評論意見與期許之回應說明	V	V
二、維護保險對象就醫權益		
(一)醫療服務品質調查之結果及檢討與改善措施	調查/統計結果及重點說明	檢討及改善
(二)民眾付費情形及改善措施		
(三)就醫可近性與及時性之改善措施		
(四)民眾諮詢及抱怨處理		
(五)其他確保民眾就醫權益之措施	—	V
三、專業醫療服務品質之確保與提升		
(一)專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施	監測結果及重點說明	檢討及改善
(二)品質保證保留款實施方案執行結果	核發結果統計	
(三)其他改善專業醫療服務品質具體措施	—	V
四、協商因素項目之執行情形		
(一) <u>111</u> 年新增項目(含總額協定之執行目標及預期效益評估指標)之執行情形	執行情形(含成效)檢討註 ³	推動情形、目標達成情形、檢討及改善
(二)延續項目之執行情形		
(三) <u>111</u> 年執行未滿半年及 <u>112</u> 年新增項目之執行與規劃		
五、總額之管理與執行績效		
(一)醫療利用及費用管控情形	醫療利用情形	管控措施、檢討及改善
(二)地區預算分配(含風險調整移撥款)之執行與管理	預算分配結果	
(三)點值穩定度	點值	
(四)專業審查及其他管理措施	審查核減統計	
(五)院所違規情形及醫療機構輔導	違規情形統計	
(六)其他		
六、COVID-19 疫情對醫療服務之影響與因應作為	—	V
參、附錄(如：品質確保方案、品質保證保留款實施方案及其他視需要提供之方案內容)		

- 註：1.請健保署於 5 月下旬依報告大綱及評核項目表，先提供監測/調查/統計結果(上冊)予本會及總額部門參考，總額部門請著重於提報檢討及改善措施，不須重複呈現上冊資料。
- 2.報告內容請涵蓋評核項目表各項評核內涵及指標，並提供 5 年(107~111 年)之數據。另請健保署提供各項調查/統計結果時，重點說明其結果。部門提報之執行成果報告內文限 100 頁，請編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。
- 3.依據 112 年度總額協定事項，請於 112 年 7 月底前，提報延續項目之 111 年執行情形及成效評估。

各部門總額及其他預算專款項目執行績效/成果之報告大綱

壹、計畫型項目	健保署提報	部門提報
一、就 <u>110</u> 年度執行成果之評核委員評論意見與期許之回應說明	—	V
二、 <u>111</u> 年計畫/方案執行成果		
(一)計畫目的		
(二)執行目標		
(三)經費來源與協定事項		
(四)費用支付		
(五)執行內容		
(六)評核指標及退場機制		
三、 <u>107~111</u> 年執行情形及成效評估	執行情形之統計結果、關鍵績效指標及改善建議	推動情形、檢討及改善、目標達成情形
(一)預算執行數及執行率		
(二)目標達成情形(含總額協定之執行目標及預期效益評估指標達成情形)		
(三)執行概況及結果，包含醫療服務提供及民眾利用情形、獎勵情形等		
(四)成效評估，包含計畫所訂之評核指標達成情形、就醫可近性及健康狀況改善情形等(含自選 3 項關鍵績效指標)		
四、檢討與改善方向	—	V
(一)計畫/方案 <u>112</u> 年修正重點		
(二) <u>111</u> 年執行未滿半年及 <u>112</u> 年新增計畫/方案之執行與規劃	執行情形	推動情形、檢討與未來規劃
五、附錄：各項專案計畫/方案內容	—	V
貳、非計畫型項目	健保署提報	部門提報
一、就 <u>110</u> 年度執行成果之評核委員評論意見與期許之回應說明	—	V
二、 <u>107~111</u> 年執行情形及成效評估	執行情形之統計結果及改善建議	推動情形、檢討及改善
(一)預算執行數及執行率		
(二)執行結果及成效		
三、檢討與改善方向	—	V
(一) <u>112</u> 年修正重點		
(二) <u>111</u> 年執行未滿半年及 <u>112</u> 年新增計畫/方案之執行現況與未來規劃	執行情形	推動情形、檢討與未來規劃

註：1.各總額部門及跨部門之專款項目，請健保署於 5 月下旬依報告大綱，先提供執行情形摘要表(上冊，其中計畫型應含 3 項自選關鍵績效指標)予本會及總額部門參考，總額部門請著重於提報檢討及改善措施，不須重複呈現上冊資料；由健保署負責之專款項目(計畫型及非計畫型)，均由署提報，各專款項目之提報單位如附表四。

2.各專案之執行成果報告內文限 10 頁，請編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。

健保署及四總額部門「111年度重點項目與績效指標(含目標值)」

部門/單位	年度重點項目	績效指標
整體總額 —健保署	項目1：整體資源配置與未來規劃 [延續項目]	
	項目2： 分級醫療之推動 成效 [延續項目]	指標：非同體系區域級(含)以上醫院回轉率 目標值： $\geq 3.77\%$ 操作型定義：分母案件之回轉件數/區域級(含)以上醫院接受上轉之門住診申報件數合計
	項目3： 推動健保醫療資 訊雲端查詢系統 之成效 [延續項目]	指標：全藥類藥品重複用藥日數下降比率 目標值：較108年下降5% 操作型定義：全藥類藥品之重複用藥日數/全藥類藥品之總給藥日數 健保署之指標目標值說明： 管理方案因COVID-19疫情於109年Q1~Q3及110年Q1~Q3暫停啟動，故以108年為基期進行比較。
醫院總額 —醫院 協會	項目1： 醫院分級醫療執 行成效 [延續項目]	指標：醫院層級轉診率 目標值：轉診率維持成長10% 操作型定義：各層級轉診件數/醫院部門總就醫件數。 觀察指標：醫院層級疾病嚴重度CMI變動 醫院協會對於觀察指標之目標值說明： 配合專家學者建議暫列觀察指標，但鑑於醫院總額獨立資料區僅限於審查相關案件查詢且不得涉及各院，爰醫院部門無法逕自就各院資料進行查詢，疾病嚴重度CMI的運算須仰賴健保署協助運算並提供，且CMI偵測僅可就住院DRG案件，無法顯示門診情形，另CMI值每年皆會受DRG相對權重所影響，礙於資料運算難以回溯，爰無法進行年度間的比較，無法訂定目標值。
	項目2： 護病比執行現況 [延續項目]	指標：全日平均護病比分級達成率 目標值：全日平均護病比合格率80% 操作型定義：同健保署全民健康保險醫療品質資訊公開指標(醫院急性一般病床床位數×占床率×3)/全日平均三班護理人員數 註：1.急性一般病床：同全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準表所列，含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床及精神急性經濟病床。 2.計算排除未設置上述病床之醫院。

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
西醫基層 總額 一醫全會	項目1： 西醫基層轉診執行概況 [延續項目]	<p>指標(1)：基層接受轉診率 目標值：較前1年度增加1.5% 操作型定義：基層接受轉診件數/醫院轉至基層件數 註：基層排除平轉案件</p> <p>指標(2)：基層接受慢性病病人轉診率 目標值：較前1年度增加1.5% 操作型定義：基層接受醫院慢性病轉診件數/醫院轉至基層慢性病數 註：慢性病定義：案件分類為04、08案件。</p> <p>指標(3)：慢性病病人轉診照護情形 目標值：較前1年度增加1.5% 操作型定義：慢性病轉診病人持續就醫歸戶人數/醫院轉至基層慢性病患者歸戶人數 註：持續就醫定義：醫院轉至基層慢性病患者於同院所因慢性病持續就醫兩次以上。慢性病定義：案件分類為04、08案件。</p> <p>觀察指標(1)：轉診回復率 ①基層上轉至醫院後，醫院回復比率 目標值：較前1年度增加 操作型定義：醫院接受基層上轉後，回復基層之件數/基層上轉至醫院轉診件數 ②醫院下轉至基層後，基層回復比率 目標值：較前1年度增加 操作型定義：基層接受醫院轉診後，回復醫院件數/基層接受醫院轉診件數</p> <p>觀察指標(2)：基層接受轉診病人之跨表比率 目標值：較前1年度增加 操作型定義：基層接受轉診病人申報跨表件數/基層接受轉診件數</p>
	項目2： 居家醫療照護整合計畫成效 [延續項目]	<p>指標(1)：承作診所數 目標值：較前1年度增加 操作型定義：有參加居家醫療照護整合計畫的診所。</p> <p>指標(2)：承作醫師數 目標值：較前1年度增加 操作型定義：有申請居家醫療照護整合計畫費用的醫師。</p>
		<p>指標(3)：收案數 目標值：較前1年度增加 操作型定義：居家醫療照護整合計畫的收案數。</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
牙醫門診 總額 —牙全會	項目1： 國人牙周現況改 善情形 [延續項目]	指標：牙周病統合治療第三階段完成率 目標值：最近3年全國平均值*(1-10%) 操作型定義：當年度完成第三階段人數(當年1~9月申報第一階段 案件於180天內申報第三階段件數)/當年度執行第 一階段人數(當年1~9月申報第一階段件數)
	項目2： 青少年口腔照護 改善狀況 [新增項目]	指標：年度12~18歲青少年就醫率 目標值：最近3年全國平均值*(1-10%) 操作型定義：當年度12~18歲青少年牙醫就醫人數/當年度12~18歲 青少年投保人口數
中醫門診 總額 —中全會	項目1： 提升複雜性針灸 傷科醫療服務品 質 [延續項目]	指標(1)：中度高度複雜性針灸醫療利用率 目標值：中度高度複雜性針灸醫療服務利用率呈現 正成長 操作型定義：(111年中度及高度複雜性針灸人次/111年針灸人次)- (110年複雜性針灸人次/110年針灸人次) 指標(2)：中度高度複雜性傷科醫療利用率 目標值：中度高度複雜性傷科醫療服務利用率呈現 正成長 操作型定義：(111年中度及高度複雜性傷科人次/111年傷科人次)- (110年複雜性傷科人次/110年傷科人次)
	項目2： 提升中醫醫療服 務 [延續項目]	指標(1)：中醫醫療服務人數成長率 目標值：中醫醫療服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：(111年中醫醫療服務人數-110年中醫醫療服務人 數)/110年中醫醫療服務人數 指標(2)：中醫醫療服務人次成長率 目標值：中醫醫療服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：(111年中醫醫療服務人次-110年中醫醫療服務人 次)/110年中醫醫療服務人次 指標(3)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長 率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長 率呈現正成長 操作型定義：(111年中醫居家醫療服務人數-110年中醫居家醫療 服務人數)/110年中醫居家醫療服務人數 指標(4)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長 率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長 率呈現正成長

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<p>操作型定義：(111年中醫居家醫療服務人次-110年中醫居家醫療服務人次)/110年中醫居家醫療服務人次</p> <p>指標(5)：無中醫鄉減少比率 目標值：無中醫鄉減少比率為正值 操作型定義：(110年無中醫鄉數-111年無中醫鄉數)/110年無中醫鄉數</p> <p>指標(6)：無中醫鄉服務人數成長率 目標值：無中醫鄉服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：(111年無中醫鄉服務人數-110年無中醫鄉服務人數)/110年無中醫鄉服務人數</p> <p>指標(7)：無中醫鄉服務人次成長率 目標值：無中醫鄉服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：(111年無中醫鄉服務人次-110年無中醫鄉服務人次)/110年無中醫鄉服務人次</p>
其他預算 一健保署	項目1： 居家醫療照護整合計畫之推動成效 [延續項目]	<p>指標：居家整合新收案對象門診次數降低 目標值：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門診就醫次數較收案前低 操作型定義：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門診就醫次數較收案前低</p>
	項目2： C型肝炎新藥治療成效 [延續項目]	<p>指標：C型肝炎治療涵蓋率(年累計) 目標值：C型肝炎治療涵蓋率(年累計)，較去年同期提高 操作型定義：至當年底已接受治療人數/慢性C型肝炎患者人數</p>
	項目3： 腎病防治成效 [新增項目]	<p>指標：末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫照護率 目標值：末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫照護率較去年同期提高 操作型定義：參與末期腎臟病前期病人(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫之人數/個案符合前12月門診2次或住診1次就醫主診斷為N184-186、049符合收案條件之歸戶病人數，排除洗腎及死亡人數</p>

各部門總額及其他預算專款項目執行績效/成果之提報單位

部門別	計畫/方案名稱	提報單位
牙醫	<ul style="list-style-type: none"> - 醫療資源不足地區改善方案 - 牙醫特殊醫療服務計畫 - 牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫 - 0~6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫 - 12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫(111年新增) - 高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫(111年新增) - 超音波根管沖洗計畫(112年新增) - 齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫(112年新增) 	牙醫師公會 全聯會
中醫	<ul style="list-style-type: none"> - 醫療資源不足地區改善方案 - 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫(含112年新增適應症) - 中醫提升孕產照護品質計畫 - 中醫癌症患者加強照護整合方案(含112年新增3項癌別) - 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 - 中醫急症處置計畫 - 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 - 照護機構中醫醫療照護方案(111年新增) 	中醫師公會 全聯會
西醫基層	- 家庭醫師整合性照護計畫(含計畫檢討與管控暨執行成果)	健保署
	<ul style="list-style-type: none"> - 家庭醫師整合性照護計畫(醫界配合推動情形) - 西醫醫療資源不足地區改善方案 - 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫 - 強化基層照護能力及「開放表別」項目(非計畫型) - 因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用(非計畫型) - 新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用(非計畫型) - 代謝症候群防治計畫(111年新增) - 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫(111年新增) 	醫師公會 全聯會
醫院	<ul style="list-style-type: none"> - 急診品質提升方案 - 西醫醫療資源不足地區改善方案(醫院支援西醫基層) - 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫 - 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質(非計畫型) - 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)(非計畫型) - 住院整合照護服務試辦計畫(111年新增) - 鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫(111年新增) - 腹膜透析追蹤處置費及APD租金(非計畫型)(111年新增) - 因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增(112年新增) - 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) 	醫院協會

部門別		計畫／方案名稱	提報單位
		- 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)	
門診透析		- 腎臟病照護及病人衛教計畫 - 鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫(112年新增)	健保署
跨部門	醫院、西醫基層	- C型肝炎藥費(含其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費」) - 醫療給付改善方案(含糖尿病等9項方案)(111年醫院總額新增「精神科病人出院後急性後期照護服務」) - 鼓勵院所建立轉診合作機制(非計畫型) - 基層總額轉診型態調整費用(非計畫型) - 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材(非計畫型) - 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費(非計畫型) - 精神科長效針劑藥費(非計畫型)(111年新增) - 癌症治療品質改善計畫(112年新增) - 慢性傳染病照護品質計畫(112年新增) - 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) - 因應長新冠照護衍生費用(112年新增)	健保署 (相關總額部門提供配合推動情形)
	四部門	- 獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用	
其他預算		- 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 - 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(含居家醫療照護整合計畫) - 推動促進醫療體系整合計畫 - 提升院所智慧化資訊機制(111年新增項目)、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(含各部門總額之網路頻寬補助費用執行成果) - 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫 - 提升用藥品質之藥事照護計畫 - 支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、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(非計畫型) - 調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費(非計畫型) - 提升保險服務成效(非計畫型)	健保署

四總額部門及健保署就本會研擬之「各部門總額評核項目、報告大綱、評核內容與指標(草案)」之回復意見

單位/部門	回復意見	參採情形
西醫基層總額 一醫全會	<p>有關「111年度評核內容建議(草案)」修訂,建議刪除三、維護保險對象就醫權益(三)就醫可近性與及時性之改善措施之『1.5)就醫院所是否具備無障礙通道及無障礙廁所的比率』及『6.(1)醫療院所提供無障礙友善設施情形』二項,其理由如下:</p> <p>1.與可近性與及時性提供之醫療品質無相關。</p> <p>2.111年係依「執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護及防治發給補助津貼及獎勵要點」第4點第10款第1目及第2目規定,提供診所參與「醫療機構設置無障礙就醫環境獎勵」補助費用,鼓勵設置無障礙環境。但非強制性規定。</p>	<p>1.西醫基層部門建議111年度評核內容刪除下列2項細項指標(詳後附表):</p> <p>(1)「就醫院所具備無障礙通道及無障礙廁所的比率」:由健保署提供民眾就醫權益調查項相關問項之結果資料。</p> <p>(2)「醫療院所提供無障礙友善設施情形」:由各部門自行提供執行情形。</p> <p>2.有關上開2項細項指標,屬四部門共通性評核指標,係於110年度評核內容增訂,當時討論過程如下:</p> <p>(1)本會原提110年度評核內容草案,建議參考健保署民眾就醫權益調查問項,於四總額部門增訂無障礙設施細項評核指標(需納入評分)。</p> <p>(2)惟醫全會主張政府係以鼓勵性質補助院所設置無障礙環境,非強制性規定,建議本會刪除。</p> <p>(3)經111.3.25委員會議討論,鑒於委員十分關切院所無障礙環境執行情形,爰決議保留無障礙設施細項指標,惟不納入評分,需提供資料。</p> <p>3.考量品保款係用於鼓勵院所提升醫療品質,我國已邁入高齡社會,設置無障礙設施有助於提升長者及身心障礙者就醫便利性及可及性,且本會委員十分關切執行情形,鑑於此2項細項指標已載明不納入評分,爰建議保留,仍請總額部門及健保署提供資料。</p>
醫院總額 一醫院協會	有關111年所擬各部門總額評核內容擬配合辦理。	

單位/部門	回復意見	參採情形
牙醫門診總額 一牙全會	111 年度一般服務及專案計畫之評核項目、報告大綱、評核內容與指標，如健保會草擬無意見。	
中醫門診總額 一中全會	針對「111 年度各部門總額評核內容」無修正建議。	
各部門總額及其他預算 一健保署	<p>1.本署配合貴會辦理旨揭作業提報所需資料，並視實際作業面可取得資料調整新增內容。</p> <p>2.查健保總額中長期改革計畫部分項目自111 年即導入健保總額，考量各相關計畫係由衛生福利部指示各司署規劃、研議及檢討，再透過本署執行，為讓委員完整了解各項計畫，建議貴會邀請各業管單位參與評核作業，就中長期改革計畫推動情形及成效等逐年檢討妥為說明。</p>	<p>1.有關健保署將視作業面可取得資料調整提報內容： 尊重健保署意見，並建請該署盡可能於資料可及範圍內提供相關資料，以利評核委員參考。另本會未來研修評核內容時，亦會再檢視實際提報內容，納入未來研修評核格式參考。</p> <p>2.有關建議本會邀請健保中長期改革計畫各業管司署參與評核作業： (1)考量評核作業旨在評核「總額執行結果」，而非規劃、研議內容，鑒於健保署為保險人角色且為執行機關，理應善盡管理檢討之責，建議維持由健保署本權責統籌提報評核作業資料及說明。 (2)歷年公開發表會議均有邀請衛福部相關單位與附屬機關，本次亦將邀請中長期改革計畫相關司署，包含照護司、健康署等與會，以利了解各界對中長期計畫之期待。如各司署尚有需補充中長期計畫相關事項，可於會議當天之意見交流階段回應說明。</p>

西醫基層總額年度重點項目及一般服務項目執行績效/成果之評核
項目表(節錄)

評核構面	評核項目	評核內涵及指標	評核重點
三、維護保險對象就醫權益(醫療服務品質調查結果及民眾申訴成案件數統計由健保署提供;健保署書面報告請含重點說明)	(三)就醫可近性與及時性之改善措施	<p>1.就醫可近性與及時性情形(以 110 年調查項目暫列,請健保署配合 111 年調查項目提供資料)</p> <p>(1)對看到(或預約)醫師的容易度</p> <p>(2)對院所的交通便利性的滿意度</p> <p>(3)因就醫交通時間過長而不就診的比率</p> <p>(4)在假日若有緊急需求要看西醫診所,而原習慣就醫診所假日休診</p> <p>-無法就近找到其他診所就醫的比率</p> <p>-無法就近找到其他診所就醫而感到不便的比率</p> <p>(5)就醫院所具備無障礙通道及無障礙廁所的比率(本項不納入評分,惟需提供資料)</p> <p>(6)COVID-19 疫情影響就醫情形</p> <p>-在新冠肺炎疫情期間,有曾經受到疫情的影響,而不去西醫診所看醫生或是被取消掛號看診的比率</p> <p>-知道新冠肺炎疫情期間,西醫診所提供視訊診療的比率</p> <p>-認為視訊診療會提高就醫便利性的比率</p> <p>-會想使用視訊診療就醫的比率</p> <p>2~5(略)</p> <p>6.其他改善措施:</p> <p>(1)醫療院所提供無障礙友善設施情形(請各部門提供執行情形,本項不納入評分,惟需提供資料)</p> <p>(2)其他</p>	<p>1.民眾約診、就醫及交通之可近性</p> <p>2.改善假日民眾就醫不便情形</p> <p>3.COVID-19 疫情影響民眾就醫之情形</p> <p>4.不同地區醫療資源分布之均衡情形</p>

各總額部門及健保署提報之「112年度重點項目與績效指標(含目標值)」

部門/單位	年度重點項目	績效指標
整體總額 —健保署	項目1：整體資源配置與未來規劃 [延續項目]	
	項目2： 降低門診10項重點檢查(驗)非合理區間再次執行 [新增項目]	<p>指標：門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率</p> <p>目標值：較108年同期下降$\geq 5\%$</p> <p>操作型定義：(當期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率-108年同期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率)/108年同期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率</p> <p>註：考量109年至111年因受COVID-19疫情嚴重影響國人就醫行為，又第一線醫護人員應以防疫為優先，故本指標以108年為基期進行比較。</p>
	項目3： 分級醫療之推動成效 [延續項目]	<p>指標：非同體系區域級(含)以上醫院回轉率</p> <p>目標值：$\geq 3.85\%$</p> <p>操作型定義：分母案件之回轉件數/區域級(含)以上醫院接受上轉之門住診申報件數合計</p>
醫院總額 —醫院協會	項目1： 醫院分級醫療執行成效 [延續項目]	<p>指標：醫院層級轉診率</p> <p>目標值：轉診率維持成長10%</p> <p>操作型定義：各層級轉診件數/醫院部門總就醫件數</p> <p>觀察指標：醫院層級疾病嚴重度CMI變動</p> <p>註：同111年暫列觀察指標，但鑑於醫院總額獨立資料區僅限於審查相關案件查詢且不得涉及各院，爰醫院部門無法逕自就各院資料進行查詢，疾病嚴重度CMI的運算須仰賴健保署協助運算並提供，且CMI偵測僅可就住院DRG案件，無法顯示門診情形，另CMI值每年皆會受DRG相對權重所影響，礙於資料運算難以回溯，爰無法進行年度間的比較，無法訂定目標值。</p>
	項目2： 護病比執行現況 [延續項目]	<p>指標：全日平均護病比分級達成率</p> <p>目標值：全日平均護病比合格率80%</p> <p>操作型定義：同健保署全民健康保險醫療品質資訊公開指標(醫院急性一般病床床位數×占床率×3)/全日平均三班護理人員數</p> <p>註：1.急性一般病床：同全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準表所列，含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床及精神急性經濟病床。 2.計算排除未設置上述病床之醫院。</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
西醫基層 總額 一醫全會	項目1： 西醫基層診所糖 尿病病人整體照 護情形 [新增項目]	<p>指標：照護率、HbA1C<7% (控制良好率)、HbA1C >9%(控制不良率)</p> <p>目標值：(醫全會將待健保署提供資料後補充)</p> <p>操作型定義：1.照護率：糖尿病病人(E08-13)於同一家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以上/該院所診斷糖尿病病人數。</p> <p>2.HbA1C<7%(控制良好率)：分母病人中，其最後一次 HbA1C 檢驗值 <7.0%(80歲以上病人 HbA1c<8.0%)之人數/糖尿病病人於同一家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以上之人數。</p> <p>3.HbA1C>9%(控制不良率)：分母病人中，其最後一次HbA1C檢驗值>9.0%之人數/糖尿病病人於同一家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以上之人數。</p>
	項目2： 檢驗(查)結果上 傳率 [新增項目]	<p>指標：上傳率</p> <p>目標值：(醫全會將待健保署提供資料後補充)</p> <p>操作型定義：檢驗(查)結果上傳醫令數(含診所申報檢驗所上傳檢驗(查)結果)/「全民健康保險鼓勵醫事機構即時查訊病患就醫資訊方案」附件五-「獎勵醫事服務機構上傳檢驗(查)結果之項目」之診所申報醫令數</p> <p>計算條件：1.採診所歸戶(即檢驗所上傳資料併回診所計算)。</p> <p>2.排除醫療檢查影像及影像報告、人工關節植入物資料、病理報告及出院病歷摘要資料。</p>
牙醫門診 總額 一牙全會	項目1： 國人牙周病治療 改善情形 [延續項目]	<p>指標：牙周病統合治療第三階段完成率</p> <p>目標值：最近3年全國平均值*(1-10%)</p> <p>操作型定義：1.分子：當年度完成第三階段人數(當年1~9月申報第一階段案件於180天內申報第三階段件數)。</p> <p>2.分母：當年度執行第一階段人數(當年1~9月申報第一階段件數)。</p> <p>3.計算：分子/分母。</p>
	項目2： 國人罹患牙周病 後續維護追蹤情 形 [新增項目]	<p>指標：牙周病統合治療實施方案後之追蹤治療率</p> <p>目標值：最近3年全國平均值*(1-10%)</p> <p>操作型定義：1.分子：當年度牙周病統合治療第三階段支付91023C 執行人數往後追蹤一年(112年度)接受牙周病支持性治療(91018C)之執行人數。</p> <p>2.分母：當年度(111年度)牙周病統合治療第三階段支付91023C執行人數。</p> <p>3.計算：分子/分母。指標彙算因需往後追蹤一年，故指標統計延後一年。</p> <p>-----</p> <p>本會修正意見(如上粗底線處)：</p> <p>1.牙全會原提操作型定義，未載明當年度係指何年，且表示本項指標彙算因需往後追蹤1年，故指標統</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<p>計延後1年。</p> <p>2.考量本會訂定112年度重點項目及指標之目的，係用於評核112年度執行成果，若指標統計落後1年，則無法及時提供評核使用，爰建議操作型定義增列指標資料擷取年度(分母為111年執行91023C人數、分子為分母於112年度執行91018C人數)，除臻明確外，亦可於評核112年度執行成果時產出結果資料，較符合評核目的。</p>
中醫門診 總額 一中全會	<p>項目1： 提升中醫醫療服務 [延續項目]</p>	<p>指標(1)：中醫醫療服務人數成長率 目標值：中醫醫療服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：$(112\text{年中醫醫療服務人數}-111\text{年中醫醫療服務人數})/111\text{年中醫醫療服務人數}$</p> <p>指標(2)：中醫醫療服務人次成長率 目標值：中醫醫療服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：$(112\text{年中醫醫療服務人次}-111\text{年中醫醫療服務人次})/111\text{年中醫醫療服務人次}$</p> <p>指標(3)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長2% 操作型定義：$(112\text{年中醫居家醫療服務人數}-111\text{年中醫居家醫療服務人數})/111\text{年中醫居家醫療服務人數}$</p> <p>指標(4)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長2% 操作型定義：$(112\text{年中醫居家醫療服務人次}-111\text{年中醫居家醫療服務人次})/111\text{年中醫居家醫療服務人次}$</p> <p>指標(5)：無中醫鄉減少比率 目標值：無中醫鄉減少比率大於1% 操作型定義：$(111\text{年無中醫鄉數}-112\text{年無中醫鄉數})/111\text{年無中醫鄉數}$</p> <p>指標(6)：無中醫鄉服務人數成長率 目標值：無中醫鄉服務人數成長2% 操作型定義：$(112\text{年無中醫鄉服務人數}-111\text{年無中醫鄉服務人數})/111\text{年無中醫鄉服務人數}$</p> <p>指標(7)：無中醫鄉服務人次成長率</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<p>目標值：無中醫鄉服務人次成長2%</p> <p>操作型定義：(112年無中醫鄉服務人次-111年無中醫鄉服務人次)/111年無中醫鄉服務人次</p>
	<p>項目2： 提升中醫治療慢性腎臟病醫療服務品質 [新增項目]</p>	<p>指標：延緩慢性腎臟病第3、4、5期病人腎功能惡化程度</p> <p>目標值：慢性腎臟病第3、4、5期病人收案1年(或12個月)後，腎絲球過濾率值(eGFR)較新收案時改善，或糖尿病慢性腎臟病人eGFR下降速率小於6ml/min/1.73m²/year，或非糖尿病慢性腎臟病人eGFR下降速率小於4ml/min/1.73m²/year</p> <p>操作型定義：針對慢性腎臟病第3、4、5期病人，其中若為糖尿病慢性腎臟病人需符合下述第1點或第2點；非糖尿病慢性腎臟病人需符合下述第1點或第3點：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.第3、4、5期慢性腎臟病人：112年eGFR值-111年eGFR值為正數 2.糖尿病慢性腎臟病人：111年eGFR值-112年eGFR值小於6 3.非糖尿病慢性腎臟病人：111年eGFR值-112年eGFR值小於4
其他預算 一健保署	<p>項目1： C型肝炎新藥治療成效 [延續項目]</p>	<p>指標：C型肝炎治療涵蓋率(年累計)</p> <p>目標值：較去年同期(____%)提高</p> <p>操作型定義：至當年底已接收治療人數/慢性C型肝炎患者人數</p>
	<p>項目2： 居家整合新收案對象門診次數降低 [延續項目]</p>	<p>指標：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門診就醫次數</p> <p>目標值：較收案前半年(____次)低</p> <p>操作型定義：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門診就醫次數較收案前半年低</p>
	<p>項目3： 腎病防治成效 [延續項目]</p>	<p>指標：末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫照護率</p> <p>目標值：較去年同期(____%)提高</p> <p>操作型定義：參與末期腎臟病前期病人(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫之人數/個案符合前12月門診2次或住診1次就醫主診斷為N184-186、049符合收案條件之歸戶病人數，排除洗腎及死亡人數</p>

105~112年度品保款額度及其占可協商空間比率

年度		105	106	107	108	109	110	111	112
行政院核定 總額成長率 範圍	上限	5.8%	5.90%	5%	4.7%	5.5%	4.5%	4.40%	4.50%
	下限	4.025%	3.769%	2.349%	2.516%	3.708%	2.907%	1.272%	1.307%
可協商空間(億元)		86.2	109.6	158.5	134.6	117.1	118.7	243.4	257.2
評核結果	優	牙醫門診	牙醫門診	牙醫門診	西醫基層 牙醫門診	醫院 西醫基層 牙醫門診 中醫門診	醫院 牙醫門診	醫院 牙醫門診	醫院 牙醫門診
	良	醫院 西醫基層 中醫門診	醫院 西醫基層 中醫門診	醫院 西醫基層 中醫門診	醫院 中醫門診	—	西醫基層 中醫門診	西醫基層 中醫門診	西醫基層 中醫門診
四總額部門品保款 合計(億元)		6.04	6.33	6.59	8.77	14.98	11.09	11.68	12.21
品保款占可協商空 間比率		7.0%	5.8%	4.2%	6.5%	12.8%	9.3%	4.8%	4.7%

第二案

提案人：周委員慶明、陳委員相國

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：有關新醫療科技預算，未依時程導入或預算有餘時，財務扣減之配套機制案，提請討論。

說明：

- 一、中央健康保險署本(112)年3月2日基層總額研商會議資料指出，新醫療科技項目，若未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度。本項預算111年度編列3億元，未執行數計1.94億元(新診療項目0.55億元、新藥1.39億元)，衡酌各季點值穩定性，擬分攤於111年第3季扣減0.97億元，考量第4季仍會補報費用，擬依實際執行結果校正扣減費用，並扣減112年基期費用。
- 二、以歷年新藥使用情形為例，第一年通常低於預算編列，但在第2~3年起，預算已不足支應(附件，第114頁)，所造成財務衝擊累計超過30億元，新藥財務編列僅有5年，忽略第6~7年的申報情形，如完整呈現，其衝擊恐超過60億元。基層近幾年始編列新診療項目之預算，在開放之初相信亦會與新藥有相同情形。
- 三、為因應民眾醫療需求，始編列新醫療科技預算，但在開放第一年後便將未使用之預算扣除，也未有財務配套機制，如何照護第2年以後的實際需求；何況，每年醫療支出超過預算的部分，也從未於總額部門預算補回，長期下來只是造成總額財務壓力，間接對民眾需求也造成不利影響。

擬辦：

本項預算應考量財務平衡，提出合理配套管理機制，請研議：

- 一、本項預算觀察5年後，再於基期減列未導入之預算；如預算有使用超出之情形，亦應補足。
 - 二、本項預算移列專款編列之可行性，待執行成熟後，再導入一般預算。
-

本會補充說明：

一、查 111 年度西醫基層總額一般服務「新醫療科技」項目之決定事項如下：

一般服務項目	成長率 (%)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
新醫療科技 (包括新增診療項目、新藥及新特材等)	0.242%	300.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。 2.於 110 年 12 月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及扣除替代效應後之增加費用/點數)。 3.建立新醫療科技之預算檢討、調整與管控機制，並提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值，於 111 年 6 月底前提出專案報告。

二、查 111 年度四總額部門在不同協商項目之核(決)定事項均有明訂「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」，健保署乃依前揭核(決)定事項、111 年 7 月及 112 年 2 月委員會議決議，於本次會議報告事項第二案提報「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」，其中包含本案所提之西醫基層總額「新醫療科技」(編列 3 億元)，未依時程導入或預算執行有剩餘，需扣減之預算額度。

三、為利本案討論，業於本年 3 月 10 日請辦健保署提供本案新醫療科技預算執行與扣款的計算方式及計算結果，及對提案擬辦二項內容之處理建議(健保署資料後附)。

四、有關本案擬辦所提 2 項配套管理機制，涉及新醫療科技之預算編列與執行，本會研析意見，如下：

(一)擬辦一「本項預算觀察5年後，再於基期減列未導入之預算」：
考量111年度總額決定事項「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」已明定為當年度預算執行之處理方式；且四總額部門在不同協商項目的核(決)定事項，均有相同的處理要求，應有一致做法，爰建議111年度之預算扣減依照總額決定事項辦理。

(二)擬辦二「新醫療科技移列專款項目之可行性」：

- 1.「新醫療科技」歷年均列於一般服務項目，主要考量引進新科技，部分會取代傳統治療(如新藥取代舊藥)，且新科技產生之療效及品質提升(如住院日縮短)，與一般服務預算難以切割、單獨計算，故列於一般服務統籌運用。
- 2.另考量醫院及西醫基層總額均分別有編列「新醫療科技」預算項目，且大多數引進之新藥、新特材及診療項目該兩總額部門均可適用，故宜有一致性做法，包含：與一般服務預算之切割及預算額度編列與控管等執行面規劃，以確保保險對象用藥權益。爰建請健保署會同醫院及西醫基層總額相關團體，共同討論、評估本項預算移列專款項目之可行性。

決議：

收載 年度	當年度 預算	5年預算 項數	收載 項數	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	申報合計	5年差值 (預算-申報)
97	49.2	246	63	4.0	41.0	115.5	192.5	252.9										605.9	-359.9
98	27.2	136	40	41.0	135.5	235.6	308.2	393.2										1,113.5	-977.5
99	99.9	500	55			19.0	59.9	127.0	191.5	238.2								635.6	-136.1
100	101.5	508	48				16.7	86.3	144.7	199.2	233.5							680.4	-172.9
101	34.6	173	70					32.6	170.7	296.1	379.1	466.7						1,345.2	-1,172.2
102	38.4	192	29						2.1	13.6	35.2	44.9	63.7					159.5	32.5
103	100.2	501	44							2.6	18.9	43.6	69.0	91.0				225.1	275.9
104	120	600	40								2.4	9.1	21.9	39.7	53.3			126.4	473.6
105	83	415	26										35.1	175.2	328.9	576.8		1,579.1	-1,164.1
106	62	310	42										5.0	25.0	57.6	85.1	113.8	286.5	23.5
已超過5年 (97-106)	716	3580		4	82	270	504.7	807	902.2	749.7	669.1	599.4	334.8	484.6	574	661.9	113.8	6,757.2	-3,177.2
107	116	580	51											42.1	162.2	291.8	420.8	916.9	-336.9
108	42	210	51												54.4	299.6	572.9	926.9	-716.9
109	100	500	45													17.1	181.5	198.6	301.4
110	190.3	952	39														10.5	10.5	941.0
97-110 合計	1164.3	5821.5		4.0	82.0	270.0	504.7	807.0	902.2	749.7	669.1	599.4	334.8	526.7	790.6	1,270.4	1,299.5	8,810.1	-2,988.6

107~108年開放新藥未滿五年，已超出預算使用達10億元以上

報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：110 年健保收入超過 2 億元之 225 家醫療院所財務報告之公開情形，請鑒察。(資料後附)

.....
本會補充說明：

一、本案依健保法第 73 條^(註)第 2 項規定，全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法(下稱財報公開辦法)，由保險人擬訂，提健保會討論後，報主管機關核定發布。本次財報公開辦法雖未修正，惟本會歷屆委員皆關切特約醫療院所經營情形，並需瞭解醫療服務機構財報公開內容方可於該辦法修訂時提出建議，爰循例將本案納入年度例行工作計畫。

二、依上次委員會議(112.2.22)決定，委員可於委員會議前提出對各報告案之書面關切重點意見，本會將轉請健保署納入報告內容，並於報告時回應說明，本案計有滕西華委員於 3 月 1 日提出，本會即轉請健保署納入本次報告分析說明：

(一)近 5 年(因為中間隔 3 年疫情，所以 5 年資料比較適當)各層級院所的收入變化。

(二)近 5 年三級醫院中，資產設備與不動產增加之比例、人事費(醫事人力和非醫事人力)之比例變化、非醫療業務收入之變化。

註：1.本條文之立法意旨，係因特約醫院財務資訊揭露為二代健保保險財源籌措改革方案之一環，要求特約醫院公開財務報表，如此可提供中央與地方政府、發起人、一般捐助人、債權人、其他提供資源人士及主管機關等所關心之資訊。

2.至於以健保收入超過 2 億元為財務公開之對象，係依據全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法 第 4 條
保險醫事服務機構自中華民國一百零二年起算之一定年限，其領取之保險醫療費用超過一定數額者，應於次年十月三十一日前，向保險人提報財務報告；其年限及數額，規定如下：

- 一、第一年至第三年：新臺幣六億元。
 - 二、第四年至第五年：新臺幣四億元。
 - 三、第六年以上：新臺幣二億元。(107 年以後)
- 未達前項醫療費用而主動提報者，保險人應予受理。

決定：

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：有關「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」，請鑒察。(資料後附)

.....
本會補充說明：

- 一、本案係健保署依 111 年度總額核(決)定事項，提報執行結果。查 111 年度四部門總額計有 11 項協定項目需依實際執行結果，扣除「未執行預算或與一般服務重複部分」及「評估執行成果及執行效益」。本會前於 111 年 7、10、12 月委員會議，請健保署提報預算扣減及評估節流效益之處理規劃，處理方式業經委員會議決議(定)在案(如附件，第 121~123 頁)，並請該署於 112 年 2 月提報執行結果。
- 二、查近年行政院審議年度總額範圍時，鑑於健保財務收支差距加大，故請衛福部持續檢討現行給付之合理性，並檢視各項支出面改革措施之成效及節流效果，以合理回饋至總額預算之調控，並據以適時檢討基期之合理性。爰衛福部於陳報行政院 112 年度總額範圍時，將基期計算方式修訂為「以 111 年度健保醫療給付費用公告之金額，於一般服務扣除 110 年『未導入預算扣減』部分」，並奉行政院核定在案。
- 三、另本會於 112 年 1 月 13 日接獲衛福部函，請本會於 2 月 18 日提供「113 年度總額基期之扣減項目及額度，若有成效回饋款(或節流效益)須於總額基期減列，併同提供」。因應衛福部要求，本會函請健保署如期提報執行結果。因該署函復尚須與各部門總額相關團體確認扣減額度，爰經本會 2 月份委員會議同意，延後至 3 月份委員會議提報本報告案。
- 四、本案於健保署提報執行結果後，請該署依核(決)定事項及實際執行結果，於結算 111 年度點值時處理，以落實 111 年度總額核(決)定事項要求。至於衛福部函請本會提供「113 年度總額基期

之扣減項目及額度」部分，建議將健保署本次提報之資料及委員意見送請衛福部參考。

決定：

整理 111 年 7、10、12 月委員會議，有關 111 年度總額核(決)定事項涉及預算扣減及效益評估項目之決議(定)

部門	項目 【核(決)定事項】	預算扣減及效益評估之處理方式
牙醫門診	<p>一般服務</p> <p>高風險疾病口腔照護 【依 111 年度預算執行結果，<u>扣減當年度未執行之額度</u>】</p>	<p>111 年 10 月委員會議決議： 未執行額度計算方式為 111 年「高風險疾病口腔照護」項目預算(4.05 億元)，扣除「預算執行額度」所得，其中「預算執行額度」依照委員決議採中央健康保險署計算方式(註)，請該署依決議方式辦理後續預算扣減事宜。 註：「預算執行額度」計算方式：以 111 年申報「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」之費用，扣除 111 年申報 91090C 者曾於 108 年至 110 年任一年執行原相關服務之基期費用。</p>
	<p>高風險疾病口腔照護 【檢討本項預防處置之實施成效，<u>提出節流效益並納入總額預算財源</u>】</p>	<p>111 年 12 月委員會議決定： 請健保署會同牙全會持續研修節流效益評估方式，併效益評估結果於 112 年 2 月提報。 註：該次會議對健保署提出之效益評估方式(「高風險患者洗牙覆蓋率」)，本會建議：高風險患者洗牙覆蓋率較屬過程面指標，且指標定義(分子、分母)不明，建議研提更具體之結果面指標。</p>
專款項目	<p>12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫 【依 111 年度預算執行結果，<u>於一般服務扣減與本項重複部分之費用</u>】</p>	<p>111 年 10 月委員會議決定： 同意健保署所報預算扣減方式之規劃，請遵照辦理後續預算扣減事宜，並於 112 年 2 月將執行結果提報本會，供協商 113 年度總額之用。 註：該次會議健保署所報扣減方式之規劃 111 年申報「青少年齲齒控制照護處置(P7101C)」者，若其曾於 108~110 年任一年申報醫令代碼 91014C「牙周暨齲齒控制基本處置」將依其申報 91014C 之點數扣減一般服務費用。</p>
	<p>高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫 【檢討本項預防處置之實施成效，<u>提出節流效益並納入總額預算財源</u>】</p>	<p>111 年 12 月委員會議決定： 請健保署會同牙全會持續研修節流效益評估方式，併效益評估結果於 112 年 2 月提報。 註：該次會議對健保署提出之效益評估方式(「高齲齒病患牙齒保存率率」)，本會建議：請提供指標定義(分子、分母)以臻明確。</p>

部門	項目 【核(決)定事項】	預算扣減及效益評估之處理方式
中醫門診	<p>提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護</p> <p>【依 111 年度預算執行結果，<u>扣減當年度未執行之額度</u>】</p>	<p>111 年 10 月委員會議決定：</p> <p>同意健保署所報預算扣減方式之規劃，請遵照辦理後續預算扣減事宜，並於112年2月將執行結果提報本會，供協商113年度總額之用。</p> <p>註：該次會議健保署所報扣減方式之規劃</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.111 年「提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護」項目預算(5 億元)，扣除「預算執行額度」。 2.「預算執行額度」計算方式：以 111 年針傷處置較 110 年申報量增加數，扣除近 5 年(106~110 年)平均成長率(視為自然成長)計算，再加計以平均每件針傷處置申報之診察費及藥費推估增加點數。
	<p>照護機構中醫醫療照護方案</p> <p>【依 111 年度預算執行結果，<u>於一般服務扣減與本項重複部分之費用</u>】</p>	<p>111 年 10 月委員會議決定：</p> <p>同意健保署所報預算扣減方式之規劃，請遵照辦理後續預算扣減事宜，並於112年2月將執行結果提報本會，供協商113年度總額之用。</p> <p>註：該次會議健保署所報扣減方式之規劃</p> <p>依本方案申報費用之收案住民，回推該住民 110 年全年中醫門診申報醫療費用點數，排除「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」專款後點數，於 111 年一般服務予以扣減。</p>
醫院、西醫基層	<p>新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)</p> <p>【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>111 年 7 月委員會議決定：</p> <p>為利113年度總額預算之協商，請健保署於112年2月提報本會「111年度總額協定事項中有關預算扣減及效益評估」之執行結果。</p> <p>註：該次會議健保署所報扣減方式之規劃</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.新增診療項目、新特材：配合於 111 年度第 4 季結算，扣減當年度未執行之額度。 2.新藥：考量新藥收載為 5 年內持續性作業，需有年度預算之實際執行資料始能評估是否扣減，擬於 112 年詳細說明預算執行結果。
	<p>藥品及特材給付規定改變</p> <p>【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>111 年 7 月委員會議決定：</p> <p>為利113年度總額預算之協商，請健保署於112年2月提報本會「111年度總額協定事項中有關預算扣減及效益評估」之執行結果。</p> <p>註：該次會議健保署所報扣減方式之規劃</p> <p>配合於 111 年度第 4 季結算，扣減當年度未執行之額度。</p>

部門		項目 【核(決)定事項】	預算扣減及效益評估之處理方式
西醫基層	一般服務	<p>提升國人視力照護品質 【依 111 年度預算執行結果，<u>扣減當年度未執行之額度</u>】</p>	<p>111 年 10 月委員會議決定： 同意健保署所報預算扣減方式之規劃，請遵照辦理後續預算扣減事宜，並於112年2月將執行結果提報本會，供協商113年度總額之用。 註：該次會議健保署所報扣減方式之規劃</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.111 年「提升國人視力照護品質」項目預算(1.2 億元)，扣除「預算執行額度」。 2.「預算執行額度」計算方式：以 111 年白內障手術申報件數，較 110 年(基期)增加數，並扣除近 5 年(106~110 年)平均成長率(視為自然成長)計算。
醫院	專款項目	<p>鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫 【執行效益納入未來總額財源】</p>	<p>111 年 7 月委員會議決定： 為利113年度總額預算之協商，請健保署於112年2月提報本會「111年度總額協定事項中有關預算扣減及效益評估」之執行結果。 111 年 12 月委員會議決定： 健保署所報之執行效益評估方式，同意解除追蹤。 註：該次會議健保署所報執行效益評估方式</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.新增個案簽署 DNR 及預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書之比例： <ol style="list-style-type: none"> (1)分母：當年度新增之 RCC、RCW 病人個案數。 (2)分子：分母中簽署 DNR 及預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書的個案數。 2.臨終前未使用心肺復甦術之比例： <ol style="list-style-type: none"> (1)分母：當年度死亡之 RCC、RCW 病人數。 (2)分子：分母之臨終前 14 天內未使用心肺復甦術之人數。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：112 年 2 月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

(資料由中央健康保險署另行提供)

報告單位各項業務窗口：詳如業務執行報告內附

.....

本會補充說明：

依 102 年 2 月 22 日委員會議決定及 112 年度工作計畫，為提高議事效率，本項例行性業務報告，書面資料須每月提供，但口頭報告改採季(每年 2、5、8、11 月)報方式辦理。爰本次提供書面資料，不進行口頭報告。請委員先行審閱，如有疑義可洽該署各項業務窗口。

決定：

附錄

個別委員關切事項及書面意見之健保署答覆

委員意見	健保署說明
<p>劉委員淑瓊(議事錄第 68-69 頁)</p> <p>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。</p>	<p>一、本署為提升醫療品質，保障民眾權益，自 103 年起辦理「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」(下稱即時查詢方案)，以「鼓勵」方式請特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果及醫療檢查影像，並規範「時效內」上傳即提供額外獎勵費用。</p> <p>二、又衛生福利部於 112 年 1 月 4 日公告修正「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)新增檢驗(查)結果及醫療檢查影像為應上傳之就醫紀錄內容。憑證管理辦法係加強醫療機構上傳檢驗(查)結果等項目之法源依據，與即時查詢方案鼓勵「即時」之目的不同。</p> <p>三、另上開憑證管理辦法規範之檢驗(查)結果及醫療檢查影像等項目，係由保險人指定，該項目將俟與醫界充分討論後，周知各醫療院所。</p> <p>四、有關請本署確實依退場期程(110-114 年)規劃退場機制一節，近來接獲醫界反映本項獎勵費用有助於增進醫療院所與本署間資料傳輸之緊密性及便利性，如查詢 TOCC、疫苗注射狀況及確診隔離</p>

委員意見	健保署說明
	<p>資訊等，於疫情期間充分協助各醫療院所疫情管控，且獎勵即時上傳檢驗(查)資料，亦可有效避免醫療資源浪費，減少不必要之檢驗(查)。</p> <p>五、查111年12月基層診所檢驗(查)結果總上傳率，約60.4%，相較去年同期24.4%成長顯著，惟礙於資訊能力不足及設備限制，醫療檢查影像之上傳率仍偏低(約4.5%)。</p> <p>六、綜上，建議落日條款延緩實施期程，以利基層醫療院所適應並改善上傳相關作業。</p>
<p>張委員清田(議事錄第 69 頁)</p> <p>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。</p> <p>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，</p>	<p>一、本署自 2016 年 10 月起實施專業雙審及公開具名試辦方案，期能達到減少專業見解差異及核減結果透明化目的。</p> <p>二、公開具名分為團體具名及個別具名，其中團體具名醫師接受度高，截至 112 年 1 月止審查醫師參與率約 6 成以上；另個別具名依醫師意願參加，截至 112 年第 1 季 2 分區 3 科別適用。</p> <p>三、本署將持續請醫院總額受託單位推動審查醫師參與團體具名公開，以透過透明治理，強化健保審查機制。</p>

委員意見	健保署說明
<p>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。</p>	
<p>滕委員西華(議事錄第 72-73 頁)</p> <p>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、專家會議，一直進到 PBRS，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？</p> <p>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</p>	<p>一、目前對於新藥建議案件之審議，如無須補件或重新討論，原則上自受理至提專家諮詢會議約需 3 個月、自專家會議通過至提共擬會議討論約需 3 個月、自共擬會議通過後之協商及相關行政作業約需 3 個月，故我國新藥核價時程平均約為 11 個月，相較於加拿大、澳洲、韓國短，較英國、日本長，與鄰近國家比較尚屬合理。</p> <p>二、健保新藥收載以「病人之療效價值」為訂價原則，考量臨床療效、安全性、成本效益、健保財務衝擊等評估結果，據以納入給付之參考。前述案件受理分析時間，尚包含請廠商補正資料、議價，或根據專家審查建議重新評估財務衝擊等資料之作業時間，尤其癌症新藥通常價格昂貴，與廠商議價及簽訂藥品給付協議等需花費較久時間。</p> <p>三、為兼顧病人權益及健保財務永續經營，部分較複雜案件或有不確定財務衝擊之案件，由受理至生效期間，需與廠商、專家等進行磋商等作業，以利提會討論更具效率，以期收載後降低療效之不確定性及健保財務負擔。</p>

委員意見	健保署說明
<p>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。</p>	<p>四、為縮短核價時間，藥商應於收到初核通知後3日內答復本署，如有其他建議（新事證或其他建議方案），應於2個月內提出，否則本署將依程序提共擬會議討論。此外，本署於共擬會議召開前，提前與藥商協商可行給付協議，亦可縮減核價時間。</p>
<p>韓委員幸紋會後書面意見(議事錄第 83 頁)</p> <p>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。</p>	<p>一、有關弱勢族群判定，目前已與社政單位每日勾稽低收入戶與中低收入戶資格，並寫入健保卡身分註記中，以利就醫時可直接免除或以基層部分負擔收取之，避免弱勢民眾後續須持相關證明文件另行辦理補助和退費手續。</p> <p>二、另住診部分負擔現行即以定率收取並訂有全年上限；惟門急診考量定率制會造成民眾就醫前無法估算該次就醫所需的部分負擔費用，也可能易造成輕症往醫學中心就醫的情形；若是較嚴重疾病、需要做額外的檢查檢驗，部分負擔可能就要負擔至上千元，將導致重症者負擔沉重，輕症者定率金額低於現行金額，更易逕至醫學中心就醫，不利於推動分級醫療。</p> <p>三、雖然「定率制」相對公平，但可能會造成經濟弱勢之民眾就醫障礙，且不易推動分級醫療，影響醫療費用支出成長。而「定額制」雖</p>

委員意見	健保署說明
<p>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？</p>	<p>然提高民眾的成本意識，但較不會造成民眾的經濟負擔，另外可以作為推動分級醫療的策略之一。</p> <p>四、有關數位審查，為輔助審查，對於支付標準規定較明確部分(如年齡、性別、專科、院所資格...)，本署已利用資訊科技發展電腦自動化審查；針對無法採系統性審查，仍需仰賴審查醫師依據臨床專業、病歷等，檢視費用合理性，爰數位審查僅能作為「輔助」使用，無法取代人工審查。</p>
<p>陳委員石池(議事錄第 87-88 頁)</p> <p>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。</p>	<p>各總額一般服務及專款預算執行情形，申報即期資料已明列於本署按月提供之業務執行報告，健保會召開之評核會議係以評估前一年度總額執行情形為意旨，歷年預算執行情形等重要數據亦於協商指標要覽呈現供委員參考，各計畫之執行情形，亦於本署各季召開之各總額研商議事會議報告；本署並針對預估預算不足之專款項目，於次年爭取預算支應。</p>

委員意見	健保署說明
<p>李委員永振(議事錄第 97-98 頁)</p> <p>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，還沒有一些發問。</p> <p>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。</p> <p>第 2 點，請教會議資料第 80 頁「109</p>	<p>一、有關政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數之計算方式，本署歷來依健保法第 2 條、第 3 條及同法施行細則第 45 條規定，以及行政院協商確立之法律見解及計算方式辦理。110 年及 111 年計算方式詳附錄一之附表 1(第 138 頁)。</p> <p>二、112 年第 1 次委員會會議資料第 80 頁「109 年至 112 年健保財務收支情形表」係為呈現健保財務收支之各項明細，至收支相抵之餘絀，單獨以「當年保險收支餘絀」呈現。其中 109 年「當年安全準備填補金額」及 111 年「其他收入」金額有誤，勘誤表詳附錄一之附表 2(第 139 頁)。</p>

委員意見	健保署說明
<p>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。</p>	
<p>吳委員榮達(議事錄第 98-99 頁)</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>一、111 年受經濟景氣影響，一般保險費及補充保險費較歷年增加，連帶使「政府負擔不足法定下限 36%之差額」增加，另依國家發展委員會預測，受國際通膨及升息壓力續存等因素影響，112 年國內經濟景氣放緩，故預估 112 年一般保險費成長率及補充保險費收入將因而下降，連帶使「政府負擔不足法定下限 36%之差額」減少。</p> <p>二、112 年「其他收入」預估數 197 億元，較 110 年及 111 年大幅增加，主要係因 112 年行政院主計總處為因應健保安全準備不足 1 個月保險給付支出，於「撥補全民健康保險基金」項下核增 240 億元。</p> <p>三、當年安全準備填補金額，係指運用安全準備(前一年累計餘絀，加計當年安全準備相關收入)填補當年保險費相關收入與保險成本間發生短絀之金額。111 年填補金額相較 112 年為低，主要係 111 年當年保險收支結餘 103 億元，當年安全準備填補金額較低。</p>

委員意見	健保署說明
<p>韓委員幸紋會後書面意見(議事錄第 104-105 頁)</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>一、有關基層護理人力需求建議透過財稅資料進行稽核，說明如下：</p> <p>(一)依個人資料保護法第 5 條之規定，個人資料之蒐集、處理或利用，應尊重當事人之權益，依誠實及信用方法為之，不得逾越特定目的之必要範圍，並應與蒐集之目的具有正當合理之關聯。</p> <p>(二)112 年西醫基層總額「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」預算，決定事項係用於反映護理人員薪資，提升護理照護品質。</p> <p>(三)考量使用財稅資料須符合個人資料保護法等相關規範，本預算用於調升診療項目支付點數，爰仍須以基層院所實際申報資料為計算憑據，為減輕西醫基層診所行政負荷，本署規劃以護理人員薪資達「全民健康保險投保金額」次一級距之方式進行評估。</p> <p>二、112 年第 1 次委員會議資料第 80 頁「109 年至 112 年健保財務收支情形表」並未包含部分負擔新制實施之財務影響數。</p> <p>三、102 年二代健保施行後，依健保法第 24 條規定，健保會應於年度開始 1 個月前依協議訂定之醫療給付費用總額，完成該年度應計之收支平衡費率之審議，報衛福部轉報行政院核定。因此，每年皆依</p>

委員意見	健保署說明																															
	收支平衡之精神檢討費率。																															
<p>滕委員西華(議事錄第 126 頁)</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>一、健保支付標準調整係依據貴會歷年總額公告事項辦理，例如：醫院總額部門於 109 年運用醫療服務成本指數改變率之增加預算，用以急重難症、藥事重症護理費等，110-111 年運用新醫療科技新增預算，辦理新增診療項目及修訂既有診療項目支付條件，具明確之預算來源。</p> <p>二、各部門總額保障項目係依據貴會歷年總額公告事項辦理，除每年均提各部門總額研商議事會議討論議定後，再提貴會討論後據以執行。</p> <p>三、另依委員需求，提供 108-110 年各總額保障項目占率如下表。</p> <table border="1" data-bbox="938 1265 1471 2040"> <thead> <tr> <th>總額別</th> <th>年度</th> <th>占率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">醫院</td> <td>108</td> <td>12.7%</td> </tr> <tr> <td>109</td> <td>13.6%</td> </tr> <tr> <td>110</td> <td>13.1%</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">西醫 基層</td> <td>108</td> <td>3.2%</td> </tr> <tr> <td>109</td> <td>3.8%</td> </tr> <tr> <td>110</td> <td>3.4%</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">中醫</td> <td>108</td> <td>0.5%</td> </tr> <tr> <td>109</td> <td>0.6%</td> </tr> <tr> <td>110</td> <td>0.5%</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">門診 透析</td> <td>108</td> <td>2.9%</td> </tr> <tr> <td>109</td> <td>1.8%</td> </tr> <tr> <td>110</td> <td>1.6%</td> </tr> </tbody> </table>	總額別	年度	占率	醫院	108	12.7%	109	13.6%	110	13.1%	西醫 基層	108	3.2%	109	3.8%	110	3.4%	中醫	108	0.5%	109	0.6%	110	0.5%	門診 透析	108	2.9%	109	1.8%	110	1.6%
總額別	年度	占率																														
醫院	108	12.7%																														
	109	13.6%																														
	110	13.1%																														
西醫 基層	108	3.2%																														
	109	3.8%																														
	110	3.4%																														
中醫	108	0.5%																														
	109	0.6%																														
	110	0.5%																														
門診 透析	108	2.9%																														
	109	1.8%																														
	110	1.6%																														

委員意見	健保署說明
<p>韓委員幸紋會後書面意見(議事錄第 127 頁)</p> <p>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。</p>	<p>本署依據歷年公告事項辦理點值保障項目，近年來除公告內容已敘明採點值保障項目或專款專用等特殊支用方式外，餘皆以回歸支付標準調整為原則。</p>
<p>李委員永振(書面意見)</p> <p>醫院及西醫基層總額均編列有新醫療科技預算，其支用範圍包含新增診療項目、新藥及新特材，112 年 2 月 22 日修正發布「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，例如「放寬『迷走神經刺激術(VNS)—參數調整』(編號 56041K)適用表別至地區醫院以上(修正編號為 56041B)，並修正支付規範」、「『角膜內注射』(編號 39007C)自治療處置章節移列至手術章節，並修正編號為 85218C 及調升點數與增訂支付規範」，似乎僅為章節移列，並非新增診療項目，卻使用 112 年醫院及西醫基層總額之新醫療科技預算(111.12.22 共擬會議討論事項第一案資料)，是否妥適，請健保署釐清並說明下列事項：</p> <p>(一)歷年新增診療項目預算之支用範圍。</p> <p>(二)自 110 年起醫院及西醫基層總額核(決)定事項，未再明訂醫療服務成本指數改變率所增加之預算優先用於</p>	<p>一、有關「歷年新醫療科技預算之新增診療項目預算支用範圍」說明如下：</p> <p>(一)因應醫療技術發展，為符合實際臨床醫療需要，本署每年持續爭取及編列「新醫療科技」預算，查 106 年至 111 年每年用於新增修診療項目部分預算計 2.736~4.5 億元。</p> <p>(二)上述預算除用於新增診療項目外，為符合臨床所需亦用於擴大適應症範圍或給付範圍等支付規範修訂而影響醫療密集度，所增加之財務衝擊。</p> <p>二、承上，所詢各項修訂項目，說明如下：</p> <p>(一)修訂編號 56041K「迷走神經刺激術-參數調整」：係以病人為中心之角度，考量病人就醫可近性，將適用層級別放寬至地區醫院以</p>

委員意見	健保署說明
<p>急重難等支付標準調整，爰自110年迄今，西醫支付標準調整情形以及所使用之預算。</p>	<p>上，另基於保障民眾就醫安全性，增訂醫事人員教育訓練資格。</p> <p>(二)「角膜內注射」：係考量執行難度、風險較高及實際執行場域，為符合臨床需求，爰自112年3月1日移列至手術章節，本項108年費用約39萬點，112年尚未有申報數。</p> <p>(三)前述項目均依流程提案至全民健康保險醫療給付項目及支付標準共同擬訂會議，經與會之醫界團體、專家、付費者代表等共同討論，決議通過並報請衛生福利部核定後公告生效。另為持續監測「新醫療科技」預算執行情形，本署每半年皆會於醫院及西醫基層總額研商議事會議中追蹤該預算近五年及當年度執行狀況。</p> <p>三、另檢附「110年迄今西醫支付標準調整情形及使用預算」(如附錄一之附表3，第140頁)，預算執行情形及修訂內容均列為各年度全民健康保險會各總額部門執行成果報告並定期於貴會評核會報告。</p>
<p>吳委員榮達(書面意見)</p> <p>近日因缺藥問題，部分指示用藥是否繼續由健保給付之問題，再度成為新聞熱議，為研析指示用藥是否續由健保給付之必要性，請健保署提供目前仍納為健保給付之指示用藥項目、價格、效用、病患每月使用數量等資訊，以為憑據。</p>	<p>(資料後附)</p>

附錄一之附表 1

110年及111年政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數計算方式之比較

單位：億元

計算項目	110年度	111年度
保險給付支出A	7,274	7,498
應提列或增列安全準備B	-155	103
其他法定收入C	129	129
政府應負擔健保總經費D=(A+B - C)×36%	2,516	2,690
政府已負擔保險費小計E	1,772	1,804
政府應負擔健保總經費 法定下限36%不足數F=D - E	745	886

製表日期：112.3.6

- 說明：1、依行政院協商確立之法律見解及計算方式為基礎，「應提列或增列安全準備」以實際營運值計入。
- 2、依健保法第17條規定，其他法定收入為保險經費扣除三方分擔保險費後之金額，計列項目包含滯納金、社會公益彩券盈餘分配收入、菸品健康福利捐分配收入、呆帳提列、投資淨收益及其他(呆帳轉銷後收回金額、未兌現支票轉入數等)。
- 3、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

附錄一之附表 2

109年至112年健保財務收支情形表（勘誤）

單位：億元

項目	109年	110年	111年	112年
	審定決算數		自編決算數	預估數
醫療給付費用總額	7,526	7,836	8,096	8,364
總額成長率	5.237%	4.107%	3.320%	3.323%
保險成本	6,954	7,274	7,498	7,792
保險成本成長率	5.91%	4.60%	3.08%	3.92%
非保險給付占率	7.65%	7.22%	7.43%	6.91%
保險收入	6,278	7,119	7,602	7,708
保險收入成長率	0.87%	13.39%	6.78%	1.40%
一、保險費相關收入	6,104	6,948	7,433	7,540
（一）保險費收入	6,143	6,990	7,472	7,343
1.一般保險費	5,074	5,663	5,862	5,957
2.補充保險費	473	582	724	589
3.政府負擔不足法定36%之差額	596	745	886	797
（二）其他收入	-38	-42	-39	197
二、安全準備相關收入	174	171	169	169
當年安全準備填補金額	850	326	65	253
當年保險收支餘絀	-676	-155	103	-84
保險收支累計餘絀	1,091	936	1,040	956
約當保險給付支出月數	1.88	1.55	1.66	1.47

製表日期：112.03.08

- 說明：1、保險收入＝一般保險費＋補充保險費＋政府法定下限36%差額負擔－呆帳提存＋保險費滯納金＋公益彩券盈餘分配收入＋菸品健康福利捐分配收入＋投資淨收益＋其他收入。
- 2、保險成本＝醫療給付費用總額－保險對象應自行負擔之費用－代位求償獲償金額－菸捐挹注罕病等之醫療費用±調整帳＋其他保險成本。
- 3、其他收入包括：營運資金孳息、雜項業務收入、其他業務外收入、利息費用(減項)及呆帳提列(減項)。
- 4、安全準備相關收入包括：依健保法規定應提列之安全準備，包含滯納金、運用收益、彩券盈餘及菸捐分配收入等，惟不含保險費相關收入用來支應保險成本後之結餘。
- 5、當年安全準備填補金額，係指運用安全準備(前一年累計餘絀，加計當年安全準備相關收入)填補當年保險費相關收入與保險成本間發生短絀之金額。
- 6、112年度保險費率為5.17%，醫療給付費用總額成長率依衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告為3.323%，另政府負擔不足法定36%之差額，以行政院協商確立之法律見解及計算方式為基礎。
- 7、已納入行政院主計總處為因應健保安全準備不足部分，112年撥補全民健康保險基金項下核增240億元，以及依健保法施行細則第46條第1項第4款規定之最低投保金額由34,800元調整為36,300元之財務影響。
- 8、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

附錄一之附表 3

110-111年支付標準調整之預算及修訂情形摘要表--醫院與西醫基層分列
醫院總額

年度	110年		111年		
預算來源	新醫療科技	新醫療科技	持續推動分級醫療，壯大社區醫院	提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變	促進醫療資源支付合理
增加金額(億元)	4.5	2.736	10	20	0.94
協定用途	新增診療項目	新增診療項目	用於地區醫院假日或夜間門診案件(不含藥費)採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成30%。	用於區域級(含)以上醫院加護病床之住院診察費及病房費採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成30%。	配合西醫基層總額「提升國人視力照護品質」項目
調整醫療服務支付標準項目	新增、修訂診療項目152項(1項為支付通則修訂)。	新增、修訂診療項目52項(2項為支付通則修訂)。	地區醫院首日護理費支付點數加成30%。	區域級(含)以上醫院首日護理費支付點數加成30%	刪除「醫師執行白內障手術40例以上須送事前審查」規範，改以白內障手術個案登錄作業及事後審查等管理措施取代。

西醫基層

年度	110年		111年		
預算來源	新醫療科技	醫療服務成本指數改變率	新醫療科技	促進醫療資源支付合理	提升國人視力照護品質
增加金額(億元)	0.4億元，推估增加支出0.01億元，尚餘0.39億元未執行，爰扣減預算0.39億元及111年基期費用。	13.924	0.5859億元，推估增加支出0.03億元，尚餘0.5559億元未執行，爰扣減預算0.5559億元及112年基期費用。	1.26	1.2
協定用途	新增診療項目	未列協定事項	新增診療項目	1. 為鼓勵分級醫療、雙向轉診，用於提升西醫基層量能之診療項目。 2. 112年度總額起，請朝醫院、西醫基層部門相同診療項目支付點數連動調整辦理。	會同西醫基層總額相關團體，於110年12月底前提出具體規劃內容，並提全民健康保險會報告。
調整醫療服務支付標準項目	新增、修訂診療項目22項。	46.599億(含104年至108年西醫基層總額未用於調整支付標準之MCPI預算計12.431億元，及109年MCPI 20.244億元、110年MCPI 13.924億元)用於調整下列項目： 1. 門診診察費通則增列十二之(四)「離島地區西醫基層診所週六、週日及國定假日門診診察費得加計20%」。 2. 調劑通則增列十三「特約醫院、診所及藥局執業藥事人員產假期間，支援藥事人員合理調劑量計算方式」。 (另以專款預算開放17項跨表項目) 3. 調升各專科第1階段門診診察費，加成率9%-13%。 4. 藥事服務費：「每人每日80件內」項目調升6點，「每人每日81-100件內」項目調升10%。 (另以專款預算開放5項跨表項目)	新增、修訂診療項目25項(1項為支付通則修訂)。	修訂西醫基層 47029C「心肺甦醒術 每十分鐘」等 28 項診療項目支付點數與醫院一致。	刪除「醫師執行白內障手術四十例以上須送事前審查」規範，改以白內障手術個案登錄作業及事後審查等管理措施取代。

檔 號：
保存年限：

附錄二

衛生福利部 函

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

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年2月22日
發文字號：衛部保字第1120106367C號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表之pdf檔各1份

主旨：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，業經本部於中華民國112年2月22日以衛部保字第1120106367號令修正發布，並自112年3月1日生效，茲檢送發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表各1份，請查照。

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



全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正總說明

本次醫療服務給付項目及支付標準之修正，為本（一百十二）年第一次修正，並自一百十二年三月一日生效。

本次修正，主要依據本年度總額決定事項，新增給付項目、增修正支付規範及通則等。要點如下：

一、西醫特定診療（第二部第二章）

（一）檢查（第一節）：

1. 新增「淋巴球毒殺試驗-同時檢測B細胞及T細胞」（編號12214B，2,000點）、「胸部電阻斷面造影」（編號17024B，3,883點）及「動作障礙相關量表之評估-執行二項以上量表」（編號20045B，800點）等三項目，並配合修正相關項目之名稱及支付規範。
2. 修正「生物電抗非侵入式心輸出量及血流動力學監測」（編號18046B）及「高危險妊娠胎兒生理評估」（編號19011C）等二項支付規範。
3. 修正「伴隨式診斷」結果報告上傳之規定。

（二）放射線診療（第二節）：修正經皮冠狀動脈擴張術等七項名稱及支付規範。

（三）精神醫療治療費（第五節）：新增「學齡前之兒童特殊家庭功能評估」（編號45103B，1,254點）及「學齡前之兒童社會情緒發展團體心理治療」（編號45104B，564點）等二項目，並配合修正通則及「精神科社會生活功能評估」（編號45102C）支付規範。

（四）治療處置（第六節）：

1. 修正「食道內金屬支架置放術」（編號47058B）及「深部腦核電生理定位」（編號56037B）二項目支付規範。

2. 放寬「迷走神經刺激術(VNS)－參數調整」(編號56041K)適用表別至地區醫院以上(修正編號為56041B)，並修正支付規範。
3. 「濕化高流量氧氣治療」(編號57030B及57031B)等二項目放寬急診病人適用。

(五) 手術(第七節)：

1. 新增「脛-距-跟骨融合術」(編號64282B, 33,454點)、「十字韌帶再重建手術」(編號64283B, 17,708點)及「玻璃體內注射眼科新生血管抑制劑」(編號86216C, 1,507點)等三項目，並配合修正相關項目之支付規範。
2. 「角膜內注射」(編號39007C)自治療處置章節移列至手術章節，並修正編號為85218C及調升點數與增訂支付規範。
3. 增列「胸腔鏡肺分葉切除術」(編號67053B)等十七項達文西手術之手術費申報規範。

二、牙醫(第三部)：

(一) 修正通則三(三)轉診加成規範。

(二) 調升符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費支付點數(第一章第二節)。

(三) 牙科處置及手術(第三章)：

1. 刪除通則二牙體復形項目點數包含麻醉費。
2. 新增「超音波根管沖洗」(編號P7303C, 100點)、「特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆」(編號91091C, 500點)及「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(編號P7302C, 500點)，另「高齲齒率患者氟化物治療」(編號P7301C)由第四項移至第一項。
3. 調升「去除鑄造牙冠」(編號90007C)等三項支付點數。
4. 修正「齒間暫時固定術，每齒」(編號92002C)等二項支付規範。

三、中醫(第四部)：

- (一) 新增針灸合併傷科治療處置費之申報上限及折付原則(通則七)。
- (二) 新增「整合醫療照護費加計」(編號A91, 70點)(第一章)及「未滿七歲兒童傷科治療處置費加計」(編號E90, 200點)(第五章)等二項目, 並配合增訂通則規範。
- (三) 針灸合併傷科治療處置費, 通則新增未滿七歲兒童及同一療程案件規範, 並調升支付點數為「針灸+傷科治療」(第六章)。
- (四) 特定疾病門診加強照護之通則增加腦中風後遺症(I69)(第八章通則一(三))。

四、論病例計酬(第六部): 配合一百十一年六月一日新增麻醉項目(編號96029C及96030C), 修正相關附表。

衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：陳永田

聯絡電話：02-27065866 分機：2663

傳真：02-27027723

電子郵件：A111181@nh.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年2月17日

發文字號：健保審字第1120670210A號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

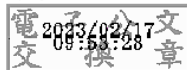
附件：發布令pdf檔、發布令稿文字檔、「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分規定文字檔、提要表文字檔 (A210300001_1120670210A_doc3_Attach1.odt、A210300001_1120670210A_doc3_Attach2.odt、A210300001_1120670210A_doc3_Attach3.pdf、A210300001_1120670210A_doc3_Attach4.odt)

主旨：「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分規定，業經本署於中華民國112年2月17日以健保審字第1120670210號令修正發布，茲檢送發布令、令稿及行政規則規定1份，請查照。

說明：併附法規及行政規則刊登行政院公報資料提要表1份。

正本：行政院公報編印中心

副本：衛生福利部醫事司、衛生福利部心理健康司、衛生福利部口腔健康司、衛生福利部中醫藥司、衛生福利部法規會、衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組、本署企劃組、本署資訊組(請刊登全球資訊網)、本署各分區業務組(請轉知轄區特約醫事機構)(均含附件)



2.02.17



1123340031

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  2
臺北市南港區忠孝東路6段488號



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年2月10日
發文字號：健保醫字第1120102170號
附件：請自行至本署全球資訊網擷取

主旨：公告修訂「112年度全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」、「112年度全民健康保險牙醫門診總額0歲至6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」及「112年度全民健康保險牙醫門診總額12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」，自一百一十二年一月一日起生效。

依據：衛生福利部112年2月6日衛部保字第1121260040號函。

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

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300026

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  2
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年2月10日
發文字號：健保醫字第1120102169號
附件：請自行至本署全球資訊網站擷取



主旨：公告修訂「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」，並自中華民國一百十二年一月一日起生效。

依據：衛生福利部112年2月6日衛部保字第1121260046號函。

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

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300028

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  8
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年2月13日
發文字號：健保醫字第1120102171號
附件：如主旨(請於本署全球資訊網\公告下載)



主旨：公告修正「全民健康保險代謝症候群防治計畫」如附件，並自112年1月1日起實施。

依據：衛生福利部112年2月6日衛部保字第1121260026號函。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國基層醫師協會、台灣家庭醫學醫學會、台灣內科醫學會、中華民國內分泌醫學會、衛生福利部國民健康署、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部社會保險司、本署臺北業務組、本署北區業務組、本署中區業務組、本署南區業務組、本署高屏業務組、本署東區業務組、本署資訊組、本署醫審及藥材組、本署企劃組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300029

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  2
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年2月10日
發文字號：健保醫字第1120102167號
附件：請自行至本署全球資訊網擷取



主旨：公告修訂「112年度全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照
護品質計畫」，並自一百一十二年一月一日起生效。

依據：衛生福利部112年2月6日衛部保字第1121260051號函。

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

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300027

第1頁 共1頁

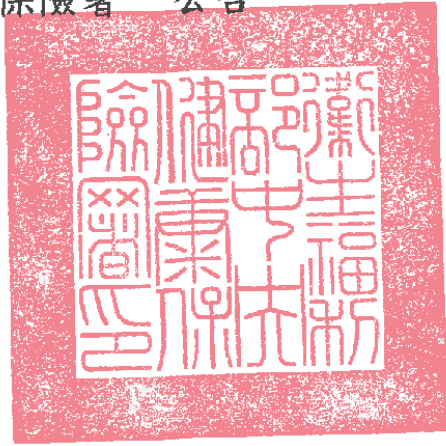
112. 2. 13

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  15
臺北市南港區忠孝東路6段488號



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年2月22日
發文字號：健保醫字第1120103112號
附件：如主旨

主旨：公告修正「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」如附件，並自公告日起生效。

依據：衛生福利部112年2月17日衛部保字第1121260058號函。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、衛生福利部、衛生福利部食品藥物管理署、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部全民健康保險會、本署臺北業務組、本署北區業務組、本署中區業務組、本署南區業務組、本署高屏業務組、本署東區業務組、本署署長室、本署李副署長室、本署蔡副署長室、本署主任秘書室、本署財務組、本署主計室、本署醫審及藥材組、本署承保組、本署醫務管理組、本署企劃組(請刊登本署電子報)(均含附件)

署長石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300047

分層負責代碼	一月	二月	三月	四層
22-018			✓	

第1頁 共1頁

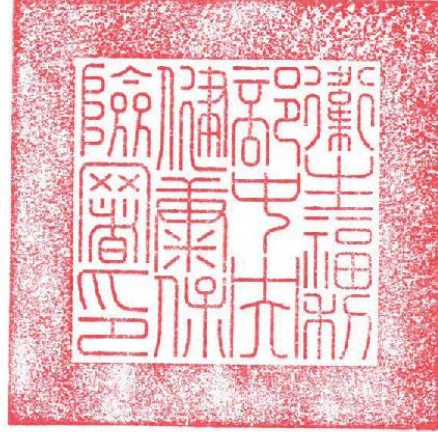
112. 2. 23

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  2
臺北市南港區忠孝東路6段488號



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年3月6日
發文字號：健保醫字第1120103392號
附件：請自行至本署全球資訊網擷取

主旨：公告修訂「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」，
111年預算分配部分自一百十一年一月一日起生效，其餘自一
百十二年一月一日起生效。

依據：衛生福利部112年2月21日衛部保字第1121260052號函。

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

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300052

第1頁 共1頁

112.3.7

中央健康保險署 111 年 12 月至 112 年 3 月份公告暫予支付及修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分項目如下：

一、藥品部分：計公告 19 件，其中 5 件為新藥收載、6 件為給付規定異動、8 件為其他(新收載品項暫予支付、已收載品項支付標準異動)。

(一)新藥收載：5 件

公告日期	藥物分類	公告主旨
111.12.14	新成分新藥/抗腫瘤藥物	公告暫予支付含 niraparib 成分藥品 Zejula capsules 暨修訂 9.85.PARP 抑制劑(如 olaparib、niraparib、talazoparib)及 9.89.藥品給付規定。(用於治療具 BRCA 1/2 突變或基因體不穩定的卵巢、輸卵管或原發性腹膜癌，屬第 2B 類新藥)
112.02.15	新成分新藥/神經系統藥物	公告暫予支付含 pitolisant 成分藥品 Wakix film coated tablets 18mg 及 4.5mg 共 2 品項暨其藥品給付規定。(用於治療成人猝睡症，屬第 2A 類新藥)
112.02.15	新成分新藥/血液治療藥物	公告暫予支付含 turoctocog alfa pegol 成分藥品 Esperoct 500IU、1000IU、1500IU、2000IU 及 3000IU 共 5 品項暨其藥品給付規定。(用於治療 A 型血友病，屬第 2B 類新藥)
112.02.15	新成分新藥/免疫製劑	公告暫予支付含 ozanimod 成分藥品 Zeposia capsules 0.23mg、0.46mg 及 0.92mg 共 3 品項暨其藥品給付規定。(用於治療「成人復發緩解型多發性硬化症」之罕見疾病藥品，屬第 2B 類新藥)
112.02.15	新劑型新藥/神經系統藥物	公告暫予支付含 brivaracetam 成分藥品 Briviact Oral Solution 10mg/mL,300mL 及其藥品給付規定。(用於治療癲癇之新劑型新藥，屬第 2B 類新藥)

(二)已收載藥品給付規定異動：6 件

公告日期	藥物分類	公告主旨
111.12.15	血液治療藥物	公告含 romiplostim 成分藥品(如 Romiplate)支付價格異動暨修訂部分藥品給付規定。(擴增給付範圍於慢性自發性(免疫性)血小板缺乏紫斑症及嚴重再生不良性貧血)
112.01.06	呼吸道藥物	公告暫予支付及異動含 fluticasone furoate/umeclidinium bromide/vilan184/55/22 mcg Inhalation Powder 及 Trelegy Ellipta 92/55/22 mcg Inhalation Powder 共 2 品項之支付價格暨修訂其藥品給付規定。(用於治療慢性阻塞性肺病之 Trelegy 100 擴增用於氣喘病患，並新增品項 Trelegy 200)

公告日期	藥物分類	公告主旨
112.01.13	眼科製劑	公告異動眼科新生血管抑制劑 ranibizumab (如 Lucentis)、 aflibercept (如 Eylea) 共 5 品項之支付價格暨修訂其藥品給付規定。(擴增每眼給付支數)
112.02.15	心臟血管及腎臟藥物	公告異動含 rivaroxaban 成分藥品(如 Xarelto) 共 6 品項之支付價格暨修訂其及含 dabigatran 成分藥品(如 Pradaxa) 藥品給付規定。(放寬治療之年齡限制)
112.02.15	抗腫瘤藥物	公告異動含 sunitinib 成分藥品之 Sutent Capsules 12.5mg 支付價格暨修訂其藥品給付規定。(擴增用於第一線治療非亮細胞型態的晚期或轉移性腎細胞癌)
112.02.15	免疫製劑	公告異動免疫製劑含 secukinumab 成分藥品 (如 Cosentyx) 共 2 品項之支付價格暨修訂其藥品給付規定。(治療 12 週後未達療效可提高每次劑量)

(三)其他：8 件

公告日期	分類	公告主旨
112.01.13	已收載品項支付標準異動	公告異動含 ixabepilone 成分藥品 IXEMPRA for Injection 之健保支付價格。(用於治療局部晚期或轉移性乳癌)
112.01.13	新收載品項暫予支付及已收載品項異動	公告暫予支付新增及異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」之藥物品項共 85 項暨修訂含 azacitidine (如 Vidaza) 及 Irinotecan (如 Campto injection) 藥品給付規定。
112.01.31	已收載成分劑型新品項	公告暫予支付含 treprostinil 成分之罕見疾病藥品 Remodulin INJ. 1.0MG/ML 20ML 及 Remodulin INJ 5.0MG/ML 20ML 共計 2 品項暨取消專案進口 Remodulin INJ. 1.0MG/ML 20ML 及 Remodulin INJ 5.0MG/ML 20ML 共計 2 品項之健保給付及修訂其藥品給付規定。(用於治療特發性或遺傳性肺動脈高壓；由專案進口改以新品項納入健保)
112.02.15	已收載品項支付標準異動	公告異動含 talazoparib 成分藥品 Talzenna capsules 0.25mg 及 1mg 共 2 品項之支付價格。(用於治療局部晚期或轉移性乳癌)
112.02.24	已收載品項支付標準異動	公告異動含 dabrafenib 成分藥品及含 trametinib 成分藥品共 4 品項之支付價格。(用於治療罹患無法切除或轉移性黑色素瘤)
112.02.24	已收載品項支付標準異動	公告異動含 adalimumab 成分藥品 Humira 40mg Solution for Injection 之健保支付價格。(用於治療小兒非感染性葡萄膜炎)
112.03.01	新收載品項暫予支付	公告暫予支付新增「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」之藥物品項計 15 項。

公告日期	分類	公告主旨
112.03.01	改列不可替代特殊藥品及支付標準異動	公告新增「amiodarone 注射劑 150mg」為不可替代特殊藥品及異動含 amiodarone 成分注射劑藥品 Cordarone injection 之支付價格。(用於治療心律不整)

二、特材部分：計公告 13 件，其中 6 件為新特材收載、5 件為給付規定異動、2 件為其他(新增既有功能類別品項、已收載品項支付標準異動)。

(一)新特材收載：6 件

公告日期	分類	公告主旨
111.12.12	管套類-引流管	公告暫予支付特殊材料「"曲克"經頸穿刺肝進入裝置組」及「"曲克"盧斯經頸靜脈肝穿刺組」共 2 項暨其給付規定。
111.12.27	人工機能代用類-骨科類	公告暫予支付特殊材料「"奧沛迪"沛迪骨板系統-4 孔骨板組」等 6 項暨其給付規定。
111.12.27	人工機能代用類-骨科類	公告暫予支付特材「"生邁"藍帶胸骨固定系統-8 孔直形骨板」等 10 項暨其給付規定。
112.01.13	縫合結紮類-縫合釘	公告暫予支付特殊材料「"柯惠"智雅縫合系統-縫合器」共 1 項暨其給付規定。
112.02.14	縫合結紮類-縫合釘	公告暫予支付特殊材料「"愛惜康"愛喜龍加強型可彎式電動腔鏡直線型切割縫合器」共 2 項。
112.02.17	骨科類	公告暫予支付自付差額特殊材料「"信迪思"骨科增強用骨水泥」暨給付規定。

(二)已收載特材給付規定異動：5 件

公告日期	分類	公告主旨
111.12.08	管套類-氣球擴張導管	公告修訂既有功能類別特殊材料「冠狀動脈血管支架 CORONARY STENT」、「冠狀動脈包覆支架 CORONARY STENT GRAFT」、「頸動脈支架 CAROTID STENT」給付規定。
111.12.08	管套類-栓塞治療類	公告修訂既有功能類別特殊材料「可吸收性栓塞微粒球」給付規定。
111.12.09	人工機能代用類-腎泌尿科類	公告修訂既有功能類別特殊材料「膀胱灌注液」給付規定。
112.02.17	骨科類	公告修正既有功能類別特材「"信迪思"進階型股骨

公告日期	分類	公告主旨
		近端髓內釘系統-長髓內釘刀片組」等 4 品項之支付標準暨其給付規定。
112.03.06	管套類-氣球擴張導管	公告修訂既有功能類別特殊材料「開放性動脈導管關閉器」給付規定。

(三)其他：2 件

公告日期	分類	公告主旨
111.12.08	新增既有功能類別品項及已收載品項支付標準異動	公告新增及異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準之特材品項」計 226 項。
112.02.07	新增既有功能類別品項及已收載品項支付標準異動	公告新增及異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準之特材品項」計 139 項。

報告事項第一案(會議資料第 117 頁)

.....

報告單位：中央健康保險署

案由：110 年健保收入超過 2 億元之 225 家醫療院所財務報告之公開情形，請鑒察。

說明：

一、法令依據：

- (一)依全民健康保險法第 73 條規定：保險醫事服務機構當年領取之保險醫療費用超過一定數額者，應於期限內向保險人提報經會計師簽證或審計機關審定之全民健康保險業務有關之財務報告，保險人並應公開之。
- (二)次依「全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法」第 4 條規定略以，保險醫事服務機構自中華民國 102 年起，其領取之保險醫療費用超過一定數額者，應於次年向保險人提報財務報告。
- (三)各院所財務報告之審核機關為各該院所之主管機關，如公立院所依其屬性主管機關分別為國軍退除役官兵輔導委員會、國防部、教育部、各縣市政府等，並依據主計機關規定編製財務報告，由審計部審定；醫療法人機構之主管機關為衛生福利部，並依據醫療法人財務報告編製準則編製；非上開機構則依一般公認會計原則編製，經會計師簽證。
- (四)綜上，本署依法將保險醫療費用超過一定數額之院所經會計師簽證或審計機關審定之財務報告予以公開，對所提財報內容均尊重各主管機關管理之權。

二、辦理經過：

- (一)財報公布至今已辦理 9 年(102~110 年)，應提財務報告門檻降低至 2 億(102 年~110 年提報院所數如表 1，第 5 頁)。
- (二)本次公告 110 年財務報表共計 225 家，其中包含 3 家診所 (遠東聯合診所、書田泌尿科診所、安慎診所)及 1 家醫事檢驗所

(登全醫事檢驗所)。

三、本次財務報告資料重點：

- (一)107~110 年健保收入超過 2 億元之醫療院所總家數約 220 家左右。
- (二)醫務收支有結餘之家數占率在 68.5%~78.0%之間(表 2, 第 6~7 頁)。
- (三)整體收支結餘之家數占率在 84.5%~91.2%之間(表 3, 第 8~9 頁)。
- (四)110 年相較 109 年(表 4, 第 10 頁), 不論在整體收支或單就醫務收支來看, 有結餘家數占率均較 109 年微幅提升(86.3%至 89.3%; 71.4%至 72.4%), 顯示除因健保總額近 8 千億元的支持外, 因應疫情政府也於當年投注約當 5%總額的特別預算挹注, 支撐醫界共渡疫情難關, 也確保民眾在嚴重疫情下仍能獲得適切之醫療服務。

四、又貴會轉知滕西華委員關切本案, 請本署分析下列資料併本案報告一節, 因院所財報資料均為 PDF 檔, 需重新建檔(106~110 年共計 1,192 家院所), 將俟資料彙整後提供：

- (一)近五年(因為中間隔三年疫情, 所以五年資料比較適當)各層級院所的收入變化。
- (二)近五年三級醫院中, 資產設備與不動產增加之比例、人事費(醫事人力和非醫事人力)之比例變化、非醫療業務收入之變化。

報告單位業務窗口：朱文玥科長，聯絡電話：02-27065866 分機 2665

.....
本會補充說明：

- 一、本案依健保法第 73 條^(註)第 2 項規定, 全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法(下稱財報公開辦法), 由保險人擬訂, 提健保會討論後, 報主管機關核定發布。本次財報公開辦法雖未修正, 惟歷屆委員皆關切特約醫療院所經營情形, 並需瞭解醫療

服務機構財報公開內容方可於該辦法修訂時提出建議，爰本會均循例將本案納入例行工作計畫。

二、滕西華委員依上次委員會議(112.2.22)決定，於報告前事先提出書面關切重點意見如下，本會於3月2日轉請健保署納入報告內容，並於報告時回應說明(該署業於該報告說明四回復在案)：

(一)近5年(因為中間隔3年疫情，所以5年資料比較適當)各層級院所的收入變化。

(二)近5年三級醫院中，資產設備與不動產增加之比例、人事費(醫事人力和非醫事人力)之比例變化、非醫療業務收入之變化。

註：1.查保險醫事服務機構公開財務報告之立法意旨，特約醫院財務資訊揭露為二代健保保險財源籌措改革方案之一環，而要求特約醫院提供財務報表之主要目的，在於提供中央與地方政府、發起人、一般捐助人、債權人、其他提供資源人士及主管機關等所關心之資訊；復因部分全民健康保險監理委員會委員及醫改會等民間團體要求保險人應將保險醫事服務機構提供之財務報告予以公開。

2.全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法 第4條

保險醫事服務機構自中華民國一百零二年起算之一定年限，其領取之保險醫療費用超過一定數額者，應於次年十月三十一日前，向保險人提報財務報告；其年限及數額，規定如下：

一、第一年至第三年：新臺幣六億元。

二、第四年至第五年：新臺幣四億元。

三、第六年以上：新臺幣二億元。(107年以後)

未達前項醫療費用而主動提報者，保險人應予受理。

三、以健保署提報之108~110年健保收入超過2億元之醫療院所公開之財務報告結果，摘要說明如下(如表4，第10頁)：

(一)健保收入超過2億元之醫療院所總家數，108年由223家升為109年227家，110年則降為225家，整體而言，整體收支結餘家數占率，110年較109年上升，由86.3%升為89.3%；醫務收支結餘家數占率110年較109年略微上升，由71.4%升為72.4%。

(二)以各層級醫院觀察：

1.整體收支：以109、110年相較，醫學中心、區域醫院、地

區醫院結餘家數占率均上升。110年結餘家數占率醫學中心(100%)>區域醫院(93.8%)>地區醫院(84.3%)。

2.醫務收支：以109、110年相較，除醫學中心結餘家數占率上升外，區域醫院、地區醫院結餘家數占率均持平。110年結餘家數占率醫學中心(78.9%)>區域醫院(77.8%)>地區醫院(66.9%)。

3.另110年計有3家診所及1家醫事檢驗所之健保收入超過2億元(見表1備註說明，第5頁)。

四、為利本項資訊更具參考價值，建議健保署辦理下列事項：

- (一)除提供統計數據外，可提出更多解讀資訊：財報公開內容與醫療院所之服務量能、醫療品質(如護病比)有關，如併同相關指標進行分析，可回應外界關切醫療院所結餘是否用於改善醫護人員勞動環境之意見。亦可對醫療院所收支短絀部分，探討可能的原因及協助改善，促使醫療院所能穩健經營，以保障民眾就醫權益。
- (二)為瞭解醫院經營實際狀況，建議針對各層級院所醫務收支結餘，列出醫務收入來自民眾自費收入占率，並分析自費收入占率變化。

決定：

表 1、102 年-110 年提報院所數列表

財報年度	提報年度	提報門檻(億元)	提報院所家數	提報家數占率	健保領取金額占率
102	103	6	109	21.60%	85.40%
103	104		111	22.70%	85.70%
104	105		112	22.80%	86.10%
105	106	4	148	31.00%	90.50%
106	107		150	31.40%	90.50%
107	108	2	*219 其中醫院 214 家	44.03%	95.15%
108	109		**223 其中醫院 220 家	46.32%	95.41%
109	110		**227 其中醫院 224 家	47.56%	95.66%
110	111		***225 其中醫院 221 家	47.02%	95.64%

備註：

- 1.提報家數占率:提報醫院家數/申報醫療費用醫院家數。
- 2.健保領取金額占率:提報醫院健保金額/整體醫院健保金額(扣繳憑單)。
- 3.*107 年提報家數含 4 家診所及 1 家藥局；**108 年及 109 年提報家數含 3 家診所；
***110 年提報家數含 3 家診所及 1 家醫事檢驗所。
- 4.110 年較 109 年提報家數共減少 2 家：
 - (1) 增加 2 家：110 年扣繳憑單逾 2 億元：登全醫檢所、豐榮醫院。
 - (2) 減少 4 家：①110 年扣繳憑單不足 2 億元(2 家)：同仁院醫療財團法人萬華醫院、茂隆骨科醫院②財報併報(2 家)：員榮醫院(終止特約)併員生醫院、台大生醫併台大新竹。

表 2、各層級院所醫務收支結餘分析

年度	特約別	結餘			短絀			家數合計
		家數	金額 (億)	家數占 率	家數	金額 (億)	家數占 率	
102 年	醫學中心	12	57.85	63.2%	7	-18.02	36.8%	19
	區域醫院	54	48.46	73.0%	20	-16.21	27.0%	74
	地區醫院	10	9.14	62.5%	6	-1.75	37.5%	16
	小計	76	115.45	69.7%	33	-35.98	30.3%	109
103 年	醫學中心	13	66.27	68.4%	6	-12.81	31.6%	19
	區域醫院	53	53.59	72.6%	20	-19.85	27.4%	73
	地區醫院	12	11.98	63.2%	7	-2.07	36.8%	19
	小計	78	131.84	70.3%	33	-34.73	29.7%	111
104 年	醫學中心	13	66.92	68.4%	6	-8.63	31.6%	19
	區域醫院	56	54.05	74.7%	19	-15.40	25.3%	75
	地區醫院	12	10.83	66.7%	6	-1.66	33.3%	18
	小計	81	131.81	72.3%	31	-25.70	27.7%	112
105 年	醫學中心	15	58.65	78.9%	4	-5.62	21.1%	19
	區域醫院	65	65.33	81.3%	15	-11.40	18.8%	80
	地區醫院	34	15.76	69.4%	15	-5.01	30.6%	49
	小計	114	139.74	77.0%	34	-22.04	23.0%	148
106 年	醫學中心	14	60.56	73.7%	5	-5.58	26.3%	19
	區域醫院	64	67.48	81.0%	15	-16.63	19.0%	79
	地區醫院	39	20.93	75.0%	13	-4.99	25.0%	52
	小計	117	148.97	78.0%	33	-27.19	22.0%	150
107 年	醫學中心	9	51.20	47.4%	10	-10.30	52.6%	19
	區域醫院	63	67.62	75.9%	20	-22.67	24.1%	83
	地區醫院	74	31.83	66.1%	38	-13.50	33.9%	112
	基層診所	4	1.55	100.0%			0.0%	4
	藥局			0.0%	1	-0.003	100.0%	1
	小計	150	152.20	68.5%	69	-46.47	31.5%	219

年度	特約別	結餘			短絀			家數合計
		家數	金額(億)	家數占率	家數	金額(億)	家數占率	
108年	醫學中心	13	53.15	68.4%	6	-17.35	31.6%	19
	區域醫院	65	79.32	80.2%	16	-17.88	19.8%	81
	地區醫院	86	40.28	71.7%	34	-11.44	28.3%	120
	基層診所	3	1.07	100.0%			0.0%	3
	小計	167	173.82	74.9%	56	-46.68	25.1%	223
109年	醫學中心	13	81.22	68.4%	6	-13.71	31.6%	19
	區域醫院	63	82.28	77.8%	18	-15.78	22.2%	81
	地區醫院	83	42.70	66.9%	41	-21.96	33.1%	124
	基層診所	3	1.23	100.0%			0.0%	3
	小計	162	207.42	71.4%	65	-51.45	28.6%	227
110年	醫學中心	15	80.06	78.9%	4	-7.77	21.1%	19
	區域醫院	63	96.38	77.8%	18	-8.70	22.2%	81
	地區醫院	81	48.13	66.9%	40	-12.59	33.1%	121
	基層診所	3	1.56	100.0%			0.0%	3
	醫事檢驗所	1	0.16	100.0%			0.0%	1
小計	163	226.29	72.4%	62	-29.06	27.6%	225	

註 1.107 年提報家數含 4 家診所(遠東聯合診所、書田泌尿科診所、安慎診所、斗六慈濟診所)及 1 家藥局(台北政昇藥局：整體結餘為 0，醫務結餘-32.4 萬，非醫務結餘 32.5 萬，所得稅 0.1 萬)。

註 2.108 年提報家數含 3 家診所(遠東聯合診所、書田泌尿科診所、安慎診所)。斗六慈濟診所 108 年度變更層級為地區醫院-斗六慈濟醫院。

註 3.109 年提報家數含 3 家診所(遠東聯合診所、書田泌尿科診所、安慎診所)。

註 4.110 年提報家數含 3 家診所(遠東聯合診所、書田泌尿科診所、安慎診所)及 1 家檢驗所(登全醫事檢驗所)。

註 5.110 年較 109 年提報家數共減少 2 家：

(1) 增加 2 家：110 年扣繳憑單逾 2 億元：登全醫檢所、豐榮醫院。

(2) 減少 4 家：①110 年扣繳憑單不足 2 億元(2 家)：同仁院醫療財團法人萬華醫院、茂隆骨科醫院②財報併報(2 家)：員榮醫院(終止特約)併員生醫院、台大生醫併台大新竹。

表 3、各層級院所整體收支結餘分析

年度	特約別	結餘			短絀			家數合計
		家數	金額(億)	家數占率	家數	金額(億)	家數占率	
102 年	醫學中心	17	91.50	89.5%	2	-4.20	10.5%	19
	區域醫院	65	69.46	87.8%	9	-13.60	12.2%	74
	地區醫院	14	9.40	87.5%	2	-0.60	12.5%	16
	小計	96	170.40	88.1%	13	-18.40	11.9%	109
103 年	醫學中心	19	114.91	100.0%			0.0%	19
	區域醫院	63	83.10	86.3%	10	-11.80	13.7%	73
	地區醫院	15	11.30	78.9%	4	-1.20	21.1%	19
	小計	97	209.31	87.4%	14	-13.00	12.6%	111
104 年	醫學中心	19	123.87	100.0%			0.0%	19
	區域醫院	67	84.74	89.3%	8	-3.35	10.7%	75
	地區醫院	15	12.13	83.3%	3	-0.50	16.7%	18
	小計	101	220.74	90.2%	11	-3.85	9.8%	112
105 年	醫學中心	19	181.22	100.0%			0.0%	19
	區域醫院	72	100.74	90.0%	8	-7.73	10.0%	80
	地區醫院	44	30.83	89.8%	5	-1.23	10.2%	49
	小計	135	312.79	91.2%	13	-8.95	8.8%	148
106 年	醫學中心	19	231.24	100.0%			0.0%	19
	區域醫院	71	110.30	89.9%	8	-8.99	10.1%	79
	地區醫院	43	43.34	82.7%	9	-3.91	17.3%	52
	小計	133	384.88	88.7%	17	-12.90	11.3%	150
107 年	醫學中心	18	243.56	94.7%	1	-0.22	5.3%	19
	區域醫院	73	108.25	88.0%	10	-11.29	12.0%	83
	地區醫院	89	54.31	79.5%	23	-8.29	20.5%	112
	基層診所	4	1.64	100.0%			0.0%	4
	藥局	1	0.00	100.0%			0.0%	1
	小計	185	407.76	84.5%	34	-19.79	15.5%	219

年度	特約別	結餘			短絀			家數合計
		家數	金額(億)	家數占率	家數	金額(億)	家數占率	
108年	醫學中心	16	233.92	84.2%	3	-4.71	15.8%	19
	區域醫院	75	124.17	92.6%	6	-5.92	7.4%	81
	地區醫院	100	67.18	83.3%	20	-8.32	16.7%	120
	基層診所	3	1.21	100.0%			0.0%	3
	小計	194	426.48	87.0%	29	-18.96	13.0%	223
109年	醫學中心	18	207.90	94.7%	1	-2.89	5.3%	19
	區域醫院	73	121.43	90.1%	8	-14.59	9.9%	81
	地區醫院	102	62.79	82.3%	22	-13.66	17.7%	124
	基層診所	3	1.30	100.0%			0.0%	3
	小計	196	393.42	86.3%	31	-31.14	13.7%	227
110年	醫學中心	19	204.04	100.0%			0.0%	19
	區域醫院	76	155.21	93.8%	5	-2.17	6.2%	81
	地區醫院	102	73.94	84.3%	19	-8.54	15.7%	121
	基層診所	3	1.68	100.0%			0.0%	3
	醫事檢驗所	1	0.16	100.0%			0.0%	1
	小計	201	435.04	89.3%	24	-10.70	10.7%	225

註 1.107 年提報家數含 4 家診所(遠東聯合診所、書田泌尿科診所、安慎診所、斗六慈濟診所)及 1 家藥局(台北政昇藥局；整體結餘為 0，醫務結餘短絀 32.4 萬，非醫務結餘 32.5 萬，所得稅 0.1 萬)。

註 2.108 年提報家數含 3 家診所(遠東聯合診所、書田泌尿科診所、安慎診所)。斗六慈濟診所 108 年度變更層級為地區醫院-斗六慈濟醫院。

註 3.109 年提報家數含 3 家診所(遠東聯合診所、書田泌尿科診所、安慎診所)。

註 4.110 年提報家數含 3 家診所(遠東聯合診所、書田泌尿科診所、安慎診所)及 1 家檢驗所(登全醫事檢驗所)。

註 5.110 年較 109 年提報家數共減少 2 家：

(1) 增加 2 家：110 年扣繳憑單逾 2 億元：登全醫檢所、豐榮醫院。

(2) 減少 4 家：①110 年扣繳憑單不足 2 億元(2 家)：同仁院醫療財團法人萬華醫院、茂隆骨科醫院②財報併報(2 家)：員榮醫院(終止特約)併員生醫院、台大生醫併台大新竹。

表 4、110 年與 109 年醫院各層級醫務/整體收支結餘分析

特約 別	年 度	收入超過 2 億元 之醫療院所家數 (醫療院所總家數)	醫務收支				整體收支			
			結餘		短絀		結餘		短絀	
			家 數	占 率 (%)	家 數	占 率 (%)	家 數	占 率 (%)	家 數	占 率 (%)
醫學 中心	109	19 (19)	13	68.4	6	31.6	18	94.7	1	5.3
	110	19 (19)	15	78.9	4	21.1	19	100	0	0
區域 醫院	109	81 (82)	63	77.8	18	22.2	73	90.1	8	9.9
	110	81 (82)	63	77.8	18	22.2	76	93.8	5	6.2
地區 醫院	109	124 (364)	83	66.9	41	33.1	102	82.3	22	17.7
	110	121 (370)	81	66.9	40	33.1	102	84.3	19	15.7
總計 ^註	109	227 (21,565)	162	71.4	65	28.6	196	86.3	31	13.7
	110	225 (22,280)	163	<u>72.4</u>	62	27.6	201	<u>89.3</u>	24	10.7

註 1：本表總計 109 年包含 3 家診所；110 年包含 3 家診所及 1 家檢驗所。

註 2.110 年較 109 年提報家數共減少 2 家：

(1) 增加 2 家：110 年扣繳憑單逾 2 億元：登全醫檢所、豐榮醫院。

(2) 減少 4 家：①110 年扣繳憑單不足 2 億元(2 家)：同仁院醫療財團法人萬華醫院、茂隆骨科醫院②財報併報(2 家)：員榮醫院(終止特約)併員生醫院、台大生醫併台大新竹。

報告事項第二案(會議資料第 119 頁)

.....

報告單位：中央健康保險署

案由：有關「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」，請鑒察。

說明：

- 一、依衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式暨貴會112年度工作計畫辦理。
- 二、有關111年度總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估之執行結果，本署業於西醫基層、中醫及牙醫門診總額研商議事會議報告，預算扣減執行結果及相關資料填列如附表(第14~32頁)。

健保署業務窗口：洪于淇專門委員，連絡電話：02-27065866 分機 2667

杜安琇科長，連絡電話：02-27065866 分機 1554

張淑雅科長，連絡電話：02-27065866 分機 3012

.....

本會補充說明：

- 一、本案係健保署依111年度總額核(決)定事項，提報執行結果。查111年度四部門總額計有11項協定項目需依實際執行結果，扣除「未執行預算或與一般服務重複部分」及「評估執行成果及執行效益」。本會前於111年7、10、12月委員會議，請健保署提報預算扣減及評估節流效益之處理規劃，處理方式業經委員會議決議(定)在案，並請該署於112年2月提報執行結果。
- 二、查近年行政院審議年度總額範圍時，鑑於健保財務收支差距加大，故請衛福部持續檢討現行給付之合理性，並檢視各項支出面改革措施之成效及節流效果，以合理回饋至總額預算之調控，並據以適時檢討基期之合理性。爰衛福部於陳報行政院112年度總額範圍時，將基期計算方式修訂為「以111年度健保醫療給付費用公告之金額，於一般服務扣除110年『未導入預算扣減』部分」，並奉行政院核定在案。

- 三、另本會於112年1月13日接獲衛福部函，請本會於2月18日提供「113年度總額基期之扣減項目及額度，若有成效回饋款(或節流效益)須於總額基期減列，併同提供」。因應衛福部要求，本會函請健保署如期提報執行結果。因該署函復尚須與各部門總額相關團體確認扣減額度，爰經本會2月份委員會議同意，延後至3月份委員會議提報本報告案。
- 四、本案於健保署提報執行結果後，請該署依核(決)定事項及實際執行結果，於結算111年度點值時處理，以落實111年度總額核(決)定事項要求。至於衛福部函請本會提供「113年度總額基期之扣減項目及額度」部分，建議將健保署本次提報之資料及委員意見送請衛福部參考。
- 五、經檢視健保署於3月15日提報11項「預算扣減及效益評估之執行結果」之內容，補充「本會研析及建議」(如附表最右欄)供參。摘要如下：
- (一)111年度總額協定項目預算扣減(扣除未執行預算或與一般服務重複部分)之執行情形：
- 1.健保署已依111年度總額協定事項及規劃處理方式，計算實際執行結果，其中4項(項次1-1、2、5、8-2)需扣減「未執行預算或與一般服務重複部分」，建議依該署提報執行結果，於結算111年度點值時處理。
 - 2.有關健保署詢問，部分項目112年是否仍須計算執行金額，考量新增之一般服務項目執行初期尚不穩定，建議就執行數過低或過高項目(項次1-1、4、7)，持續追蹤112年執行情形(含：實際增加費用、未執行額度等)，並於113年3月委員會議提報本會，納入總額協商參考。
- (二)有關檢討實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源部分：
- 1.依111年度總額協定事項，需提報節流效益計3項(項次1-2、3、6)，惟目前提出之節流效益指標，多屬過程面指標或無法轉換量化的節流金額，尚難供總額協商參用，請該署於會上補充說明如何將指標轉換為可量化效益結果。

2. 考量新增項目短期尚難評估節流效益，建議健保署會同各部門總額相關團體，研提可實質扣連節流效益及費用之計算方式與結果，並於113年3月委員會議提報本會，以納入總額協商參考。

決定：

附表、彙整總額核(決)定事項、本會歷次委員會議決議(定)、健保署提報之執行結果及處理方式，及本會研析及建議

部門	項目 【核(決)定事項】	111年7月、10月、12月委員會議決議(定)事項及規劃內容(摘要)	健保署提報之結果及處理方式 (預算執行結果及其他)	本會研析及建議
牙醫門診 一般服務	<p>1.高風險疾病口腔照護</p> <p>1-1【依111年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度】</p>	<p>111年10月委員會議決議：未執行額度計算方式為111年「高風險疾病口腔照護」項目預算(4.05億元)，扣除「預算執行額度」所得，其中「預算執行額度」依照委員決議採中央健康保險署計算方式(註)，請該署依決議方式辦理後續預算扣減事宜。</p> <p>註：「預算執行額度」計算方式：以111年申報「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」之費用，扣除111年申報91090C者曾於108年至110年任一年執行原相關服務之基期費用。</p>	<p>1.本案已提112年3月7日牙醫門診總額112年第1次研商議事會議報告。</p> <p>2.111年本項預算金額405百萬元，111年扣減當年度未執行金額，說明如下：</p> <p>(1)實際增加費用(A)【約3.5百萬點】=申報91090C之費用【約10.8百萬點】-111年申報91090C者曾於108年至110年任一年一般服務執行原相關服務之基期費用【約7.3百萬點】。</p> <p>(2)扣減未執行額度之費用【約401.5百萬點】=預算405百萬元-實際增加費用(A)【約3.5百萬點】。</p>	<p>1.本項預算係用於加強高風險患者之全口牙結石清除，自111.3.1起實施，新增診療項目「高風險疾病患者牙結石清除-全口」(91090C)。</p> <p>2.有關111年度總額扣款：健保署依協定事項及委員會議決議扣款方式，初步計算111年度未執行額度計4.015億點【預算405百萬元-執行額度3.5百萬點】，並規劃於111年第3季扣減200百萬元，第4季依實際結果校正扣減費用，建議尊重健保署提報之結果</p>

部門	項目 【核(決)定事項】	111年7月、10月、12月委員會議決議(定)事項及規劃內容(摘要)	健保署提報之結果及處理方式 (預算執行結果及其他)	本會研析及建議
			<p>3.初步計算本項需扣減未執行額度約 401.5 百萬點，考量第 4 季點值穩定，規劃分攤於 111 年第 3 季扣減 200 百萬元、第 4 季考量院所仍會補報費用，依實際執行結果校正扣減費用。</p> <p>4.考量 111 年度未執行金額未必等同於 112 年未執行額度，建議前開未執行金額不列入 112 年總額基期之減項，另本項 112 年是否仍需計算，尊重健保會決議。</p>	<p><u>及處理方式。</u></p> <p>3.<u>有關健保署詢問 112 年是否仍需計算：考量本項為 111 年度新增項目，執行初期尚不穩定，建議健保署持續追蹤 112 年度執行情形(含：實際增加費用、未執行額度等)，於 113 年 3 月委員會議提報本會，以納入總額協商參考。</u></p> <p>4.<u>有關健保署建議未執行金額不列入 112 年總額基期之減項：本項涉及總額範圍之擬訂，建議將健保署提報內容及委員意見送請衛福部參考。</u></p>
	1.高風險疾病口腔照護	111 年 12 月委員會議決定：請健保署會同牙全會持續研	1.有關指標部分，牙全會 112 年 1 月 16 日補充提報如下：	1.本項預算之投入，係藉由強化預防措施，期減

部門	項目 【核(決)定事項】	111年7月、10月、12月委員會議決議(定)事項及規劃內容(摘要)	健保署提報之結果及處理方式 (預算執行結果及其他)	本會研析及建議
	<p>1-2【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】</p>	<p>修節流效益評估方式，併效益評估結果於112年2月提報。</p> <p>註：該次會議對健保署提出之效益評估方式(「高風險患者洗牙覆蓋率」)，本會建議：高風險患者洗牙覆蓋率較屬過程面指標，且指標定義(分子、分母)不明，建議研提更具體之結果面指標。</p>	<p>健保署提報之結果及處理方式(預算執行結果及其他)</p> <p>(1)實施成效為「高風險患者洗牙覆蓋率提高」，比較實施前後之覆蓋率，覆蓋率定義如下：</p> <p>①分母為當年度高風險患者人數。</p> <p>②分子為當年度高風險患者執行牙結石清除人數。</p> <p>(2)健保署說明： 考量牙全會所提與111年該項協定事項預期效益評估指標「高風險患者利用全口牙結石清除比率，111~113年分別為40%、45%、50%」一致，並提供分子及分母計算定義及比較實施前後覆蓋率，爰無修正建議。</p> <p>2.本項指標如獲委員同意，將據以計算評估結果。</p>	<p>少後續齲齒、牙周病之發生，進而節省醫療費用。</p> <p>2.有關節流效益之評估指標：目前所提指標為「高風險患者洗牙覆蓋率提高」，較屬過程面成效，尚無法轉換為量化金額，<u>請健保署補充說明，本項實施成效如何換算為可量化之節流金額。</u></p> <p>3.有關具體之節流效益及金額：考量節流效益短期不易評估，<u>建議健保署會同牙醫門診總額相關團體持續研議，提出可實質扣連節流效益及費用之計算方式與結果，於113年3月委員會議提報本會，以納入</u></p>

部門	項目 【核(決)定事項】	111年7月、10月、12月委員會會議決議(定)事項及規劃內容(摘要)	健保署提報之結果及處理方式 (預算執行結果及其他)	本會研析及建議
專款項目	<p>2.12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫 【依 111 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】</p>	<p>111 年 10 月委員會會議決定：同意健保署所報預算扣減方式之規劃，請遵照辦理後續預算扣減事宜，並於 112 年 2 月將執行結果提報本會，供協商 113 年度總額之用。 註：該次會議健保署所報扣減方式之規劃 111 年申報「青少年齶齒控制照護處置(P7101C)」者，若其曾於 108~110 年任一年申報醫令代碼 91014C「牙周暨齶齒控制基本處置」將依其申報 91014C 之點數扣減一般服務費用。</p>	<p>1.本案已提 112 年 3 月 7 日牙醫門診總額 112 年第 1 次研商議事會議報告。 2.111 年本項預算金額 271.5 百萬元，111 年於一般服務扣減與本項重複費用，說明如下： (1)依前揭健保會決議，依申報本項者於 108 至 110 年任一年曾申報 91014C 之點數扣減一般服務費用。 (2)經初步統計 111 年申報本項約 5.1 百萬點，108 至 110 年曾申報原相關服務 91014C 費用約 1.1 百萬點。 3.初步計算本項需扣減額度約 1.1 百萬點，考量第 4 季點值穩定，本項於第 3 季扣減一般服務費用約 0.55 百萬元，考量第 4 季院所仍會補報費</p>	<p><u>總額協商參考。</u></p> <p>1.本計畫自 111.3.11 實施，預算編列用於提升青少年齶齒控制照護處置及氟化物治療。 2.有關 111 年度總額扣款：健保署依協定事項及委員會會議決定扣款方式，初步計算 111 年度本項與一般服務重複費用計 1.1 百萬點，並規劃於 111 年第 3 季扣減一般服務費用約 0.55 百萬元，第 4 季依實際結果校正扣減費用，<u>建議尊重健保署提報之結果及處理方式。</u></p>

部門	項目 【核(決)定事項】	111年7月、10月、12月委員會會議決議(定)事項及規劃內容(摘要)	健保署提報之結果及處理方式 (預算執行結果及其他)	本會研析及建議
	<p>3.高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫 【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】</p>	<p>111年12月委員會會議決定：請健保署會同牙全會持續研修節流效益評估方式，併效益評估結果於112年2月提報。 註：該次會議對健保署提出之效益評估方式(「高齲齒病患牙齒保存率率」)，本會建議：請提供指標定義(分子、分母)以臻明確。</p>	<p>用，第4季依實際執行結果扣減。</p> <p>1.有關指標部分，牙全會112年1月16日補充提報如下： (1)實施成效為「高齲齒病患牙齒保存率提高」，以89013C「複合體充填」二年內自家重補率較未實施本計畫前低，定義如下： ①分母：當年度89013C填補顆數。 ②分子：當年度89013C同牙位往後追蹤730天內自家重複填補顆數。 (2)健保署說明： ①本計畫為執行P7301C「高齲齒率患者氟化物治療」，規範限同院所曾申報89013C或89113C「特殊狀況複合體充填」者方可執</p>	<p>本會研析及建議</p> <p>1.本項經費用於高齲齒患者塗氟，藉由強化預防措施，期減少後續齲齒、牙周病之發生，增加自然牙保存，並節省醫療費用。 2.有關節流效益之評估指標：目前所提評估節流效益指標為「高齲齒病患牙齒保存率提高」，已屬反映結果面成效指標，惟健保署及牙全會之指標定義不同(如左欄底線處)，基於健保署之考量較細緻、合理，建議採健保署指標定義。 3.有關具體之節流效益及金額：</p>

部門	項目 【核(決)定事項】	111年7月、10月、12月委員會議決議(定)事項及規劃內容(摘要)	健保署提報之結果及處理方式 (預算執行結果及其他)	本會研析及建議
			<p>行，牙全會提報之指標定義僅限 89013C，建議增加 89113C。</p> <p>②另查 89013C 支付規範規定，每顆牙一年半內不得重複申報，以同一院所為限，爰同牙位於同院所一年半內重複填補應無申報資料，惟病人可跨院治療，研擬建議指標修改為「二年內重補率較未實施本計畫前低(跨院所計算)」。</p> <p>③綜上，本項實施成效為「高齲齒病患牙齒保存率提高」，以「<u>89013C 及 89113C 『複合體充填』</u>二年內重補率較未實施本計畫前低」。</p> <p><u>A.分母：當年度 89013C、89113C 填補顆數。</u></p> <p><u>B.分子：當年度 89013C、</u></p>	<p>(1)所提指標，雖已能反映保存自然牙之治療效果，惟尚無法轉換為節流效益之量化金額，<u>請健保署補充說明，本項實施成效如何換算為可量化之節流金額。</u></p> <p>(2)另考量節流效益短期不易評估，<u>建議健保署會同牙醫門診總額相關團體持續研議，提出可實質扣連節流效益及費用之計算方式與結果，於113年3月委員會議提報本會，以納入總額協商參考。</u></p>

部門	項目 【核(決)定事項】	111年7月、10月、12月委員會會議決議(定)事項及規劃內容(摘要)	健保署提報之結果及處理方式 (預算執行結果及其他)	本會研析及建議
			<p><u>89113C 同牙位往後追蹤</u> <u>730 天內重複填補顆數。</u></p> <p>2.前開指標如獲通過，本署將據以計算評估結果。</p>	
中醫門診	<p>4.提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護 【依111年度預算執行結果，<u>扣減當年度未執行之額度</u>】</p> <p>一般服務</p>	<p>111年10月委員會會議決定：同意健保署所報預算扣減方式之規劃，請遵照辦理後續預算扣減事宜，並於112年2月將執行結果提報本會，供協商113年度總額之用。</p> <p>註：該次會議健保署所報扣減方式之規劃</p> <p>1.111年「提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護」項目預算(5億元)，扣除「預算執行額度」。</p> <p>2.「預算執行額度」計算方式：以111年針傷處置較110年申報量增加數，扣除近5年(106~110年)平均成</p>	<p>1.本案已提112年2月23日中醫門診總額112年第1次研商議事會議報告。</p> <p>2.111年本項預算金額500百萬元，執行數8.18億點，預算執行情形略述如下：</p> <p>(1)針傷處置：扣除自然成長後估計全年增加184.7萬件，5.77億點。</p> <p>(2)伴隨增加之診察費及藥費：以前述增加184.7萬件，診察費約增加1.62億點，藥費約增加0.8億點。</p> <p>3.綜上，111年執行額度(8.18億點)已逾預算5億元，爰111年不需扣減預算。</p>	<p>1.本項預算係用於放寬針傷處置申報限制，分別自111.3.1、111.7.1(費用年月)起放寬每位醫師合計申報量上限，及刪除相關之不予支付指標。</p> <p>2.有關111年度總額扣款：健保署依協定事項及委員會會議決議扣款方式，初步計算因針傷處置及伴隨增加之診察費及藥費，執行數8.18億點，已逾預算5億元，爰111年不需扣減預算。</p> <p>3.查111年總額之一般服務，除新增本項經費5億</p>

部門	項目 【核(決)定事項】	111年7月、10月、12月委員會議決議(定)事項及規劃內容(摘要)	健保署提報之結果及處理方式 (預算執行結果及其他)	本會研析及建議
		<p>長率(視為自然成長)計算，再加計以平均每件針傷處置申報之診察費及藥費推估增加點數。</p>	<p>4.本項 112 年是否仍需計算，尊重健保會決議。</p>	<p>元外，另於「其他醫療服務利用密集度之改變」編列3.659億元(放寬門診診察費申報次數)、非協商因素「醫療服務成本及人口因素成長率」編列 2.99 億元，合計增編 11.649 億元，可供統籌運用。<u>建議尊重健保署提報之結果及處理方式。</u></p> <p>4.有關健保署詢問 112 年是否仍需計算：考量 111 年針傷科處置申報次數及相關費用大幅成長，預估 111 年第 4 季點值已下降為 0.8620，影響因素眾多，可能與疫情期間民眾使用中醫行為或管理因素有關，<u>建議健保署持續追蹤 112 年度</u></p>

部門	項目 【核(決)定事項】	111年7月、10月、12月委員會會議決議(定)事項及規劃內容(摘要)	健保署提報之結果及處理方式 (預算執行結果及其他)	本會研析及建議
專款項目				<p><u>利用情形，並檢討針傷處置大幅提升之原因及合理性，並加強執行面監督與管理。於113年3月委員會會議提報本會，以納入總額協商參考。</u></p>
	<p>5.照護機構中醫醫療照護方案 【依111年度預算執行結果，<u>於一般服務扣減與本項重複部分之費用</u>】</p>	<p>111年10月委員會會議決定：同意健保署所報預算扣減方式之規劃，請遵照辦理後續預算扣減事宜，並於112年2月將執行結果提報本會，供協商113年度總額之用。 註：該次會議健保署所報扣減方式之規劃 依本方案申報費用之收案住民，回推該住民110年全年中醫門診申報醫療費用點數，排除「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療</p>	<p>1.本案已提112年第1次中醫門診總額研商議事會議報告。 2.111年本項預算金額28百萬元，依111年申報費用之住民回推其110年全年中醫門診申報醫療費用點數，排除「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」專款後點數，於111年一般服務予以扣減。 3.上開金額計算後約168萬點，決定平攤於111年第3季、第4季結算進行扣除，扣除金額已併同次會議111年第</p>	<p>1.本方案自111.1.1實施，預算編列係考量照護機構居民外出就醫不便，乃由院所至照護機構提供中醫醫療。 2.有關111年度總額扣款：健保署依協定事項及委員會會議決議扣款方式，初步計算111年度本項與一般服務重複費用計168萬點，並決定平攤於111年第3季、第4季扣減一般服務費用，建議尊重健保署提報之結果</p>

部門	項目 【核(決)定事項】	111年7月、10月、12月委員會議決議(定)事項及規劃內容(摘要)	健保署提報之結果及處理方式 (預算執行結果及其他)	本會研析及建議
		計畫」專款後點數，於111年一般服務予以扣減。	3季點值結算報告確認在案。 4.惟中醫門診總額醫界代表建議不應僅對未執行數扣減， <u>超過執行額度致院外就醫者編列預算補足，以利其回歸至院內就醫</u> ，且不宜扣減基期。	<u>及處理方式。</u> 3.有關中醫建議「 <u>超過執行額度致院外就醫者編列預算補足，以利其回歸至院內就醫</u> 」： (1)查本方案111年度執行率為47.5%，預算尚足以支應。 <u>請健保署於預算內妥為運用，並就醫療利用之合理性及成效進行評估。</u> (2)若如中醫所提，計畫執行超出預算，會導致照護機構居民到院外就醫，則與本計畫「將中醫服務送入機構」的用意不符， <u>建議健保署持續監測參加本計畫之照護機構居民院外就醫情形，提供總額協商參考。</u>

部門	項目 【核(決)定事項】	111年7月、10月、12月委員會會議決議(定)事項及規劃內容(摘要)	健保署提報之結果及處理方式 (預算執行結果及其他)	本會研析及建議
醫院 專款項目	<p>6. 鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫 【執行效益納入未來總額財源】</p>	<p>111年7月委員會會議決定：為利113年度總額預算之協商，請健保署於112年2月提報本會「111年度總額協定事項中有關預算扣減及效益評估」之執行結果。</p> <p>111年12月委員會會議決定：健保署所報之執行效益評估方式，同意解除追蹤。</p> <p>註：該次會議健保署所報執行效益評估方式</p> <p>1. 新增個案簽署 DNR 及預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書之比例：</p> <p>(1) 分母：當年度新增之 RCC、RCW 病人個案數。</p> <p>(2) 分子：分母中簽署 DNR 及預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願</p>	<p>1. 本案業經本署 111 年 9 月 1 日「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論通過，依程序陳報衛生福利部核定，本署於 111 年 10 月 24 日公告自 111 年 10 月 1 日起實施。</p> <p>2. 另本案執行效益評估方式，甫於 111 年 12 月貴委員會通過，將依據貴會決議辦理並建置監測指標。</p>	<p>1. 本項自 111.10.1 實施，預算編列係鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護。</p> <p>2. 有關節流效益之評估指標：目前所提評估節流效益指標為「新增個案簽署 DNR 及預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書之比例」、「臨終前未使用心肺復甦術之比例」，較屬過程面成效，尚無法轉換為量化金額，<u>請健保署補充說明，本項實施成效如何換算為可量化之節流金額。</u></p> <p>3. 有關具體之節流效益及金額：另考量節流效益短期不易評估，<u>建議健</u></p>

部門	項目 【核(決)定事項】	111年7月、10月、12月委員會會議決議(定)事項及規劃內容(摘要)	健保署提報之結果及處理方式 (預算執行結果及其他)	本會研析及建議
		<p>書的個案數。</p> <p>2.臨終前未使用心肺復甦術之比例：</p> <p>(1)分母：當年度死亡之RCC、RCW病人數。</p> <p>(2)分子：分母之臨終前14天內未使用心肺復甦術之人數。</p>		<p><u>保署會同醫院總額相關團體持續研議，提出可實質扣連節流效益及費用之計算方式與結果，於113年3月委員會會議提報本會，以納入總額協商參考。</u></p>
西醫基層	<p>一般服務</p> <p>7.提升國人視力照護品質 【依111年度預算執行結果，<u>扣減當年度未執行之額度</u>】</p>	<p>111年10月委員會會議決定：同意健保署所報預算扣減方式之規劃，請遵照辦理後續預算扣減事宜，並於112年2月將執行結果提報本會，供協商113年度總額之用。</p> <p>註：該次會議健保署所報扣減方式之規劃</p> <p>1.111年「提升國人視力照護品質」項目預算(1.2億元)，扣除「預算執行額度」。</p> <p>2.「預算執行額度」計算方</p>	<p>1.本案已提112年3月2日西醫基層112年第1次研商議事會議報告。</p> <p>2.111年本項預算金額120百萬元，白內障手術扣除自然成長計9,152件，以論病例計酬支付點數每件20,679點計，全年執行189.3百萬元，已執行完畢，爰不予扣減。</p> <p>3.本項112年是否仍需計算，尊重健保會決議。</p>	<p>1.查健保署自111.3.1起放寬白內障手術事前審查限制，主要刪除「醫師執行白內障手術四十例以上須送事前審查」規範，並以白內障手術事前登錄作業(第41例起須於申報費用前，至VPN登錄)及事後審查等管理措施取代。</p> <p>2.有關111年度總額扣款：健保署依協定事項及委</p>

部門	項目 【核(決)定事項】	111年7月、10月、12月委員會議決議(定)事項及規劃內容(摘要)	健保署提報之結果及處理方式 (預算執行結果及其他)	本會研析及建議
		<p>式：以 111 年白內障手術申報件數，較 110 年(基期)增加數，並扣除近 5 年(106~110 年)平均成長率(視為自然成長)計算。</p>		<p>員會議決議扣款方式，初步計算全年執行 189.3 百萬元，預算已執行完畢，爰不予扣減，<u>建議尊重健保署提報之結果及處理方式。</u></p> <p>3.有關健保署詢問 112 年是否仍需計算：111 年白內障手術件數增加 9,152 件(扣除自然成長)，高於協商時之預估 4,791 件，其可能原因與 111 年疫情趨緩，短期內民眾就醫增加，或與目前採事後審查等管理措施有關。<u>建議健保署持續監測白內障手術醫療利用情形，檢討手術大幅提升之原因及合理性，並加強執行面監督與管</u></p>

部門	項目 【核(決)定事項】	111年7月、10月、12月委員會議決議(定)事項及規劃內容(摘要)	健保署提報之結果及處理方式 (預算執行結果及其他)	本會研析及建議
醫院、西醫基層	<p>8.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)</p> <p>8-1【醫院：若於年度結束前未依時程導入，則扣減其預算額度】</p> <p>8-2【西醫基層：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>111年7月委員會議決定：為利113年度總額預算之協商，請健保署於112年2月提報本會「111年度總額協定事項中有關預算扣減及效益評估」之執行結果。</p> <p>註：該次會議健保署所報扣減方式之規劃</p> <p>1.新增診療項目、新特材：配合於111年度第4季結算，扣減當年度未執行之額度。</p> <p>2.新藥：考量新藥收載為5年內持續性作業，需有年度預算之實際執行資料始能評估是否扣減，擬於112年詳細說明預算執行結果。</p>	<p>新診療項目</p> <p>1.醫院：111年本項預算金額為273.6百萬元，依總額協商協議事項辦理，推估全年可執行完畢，無需扣減。</p> <p>2.西醫基層：本案已提112年3月2日西醫基層112年第1次研商議事會議報告。</p> <p>(1)111年本項預算金額58.59百萬元，推估全年生效執行增加3百萬點，未執行額度約55.59百萬元，將於111年第3季扣減27.8百萬元，第4季依實際執行結果校正扣減費用，並按季扣減112年基期費用。</p> <p>(2)惟西醫基層總額醫界代表建</p>	<p>理，於113年3月委員會議提報本會，以納入總額協商參考。</p> <p>1.有關111年度總額扣款：</p> <p>(1)醫院：健保署依總額決定事項，推估全年可執行完畢，無需扣減。惟醫院之新診療項目及新特材，未見提供詳細執行結果，建請健保署補充說明。另考量111年度醫院總額衛福部之決定事項未列「預算執行有剩餘可扣減其預算額度」，<u>建議尊重健保署提報之結果及處理方式</u>，以未導入項目為預算扣減依據。</p> <p>(2)西醫基層：健保署依總額決定事項，推估新診</p>

部門	項目 【核(決)定事項】	111年7月、10月、12月委員會議決議(定)事項及規劃內容(摘要)	健保署提報之結果及處理方式 (預算執行結果及其他)	本會研析及建議
			<p>議應考量新增後 5 年之財務影響，不應僅對未執行數進行扣減，亦不宜扣減基期，如執行經費超過預算額度時，應編列不足預算，以示公平。</p> <p>特材</p> <p>1.醫院：111 年本項預算金額為 7.64 億，依總額協商協議事項辦理，預算已執行完畢，無需扣減。</p> <p>2.西醫基層：未編列預算。</p> <p>藥品</p> <p>1.新藥預算執行與扣減之規劃：</p> <p>(1)已提 112 年第 1 次醫院、西醫基層研商議事會議報告。</p> <p>(2)醫院：預算編列 20.26 億元，整體新藥申報費用扣減替代藥費後計 18.66 億元，考量院所仍會補報藥費，高價格之</p>	<p>療項目未執行額度約 0.5559 億元、新藥未執行額度約 1.39 億元，合計約 1.94 億元，將於 111 年第 3 季扣減約 0.97 億元，第 4 季依實際執行結果校正扣減費用，並按季扣減 112 年基期費用，建議尊重健保署提報之結果及處理方式。</p> <p>2.有關新藥預算執行計算方式：健保署已依 111 年 7 月份委員會議決定，說明新藥預算執行計算方式，其已考量 5 年內新藥於 111 年所增加之費用。111 年生效項目(含五年內新藥給付規定改變)，以各品項推估整年度之 HTA 報告財務衝擊</p>

部門	項目 【核(決)定事項】	111年7月、10月、12月委員會議決議(定)事項及規劃內容(摘要)	健保署提報之結果及處理方式 (預算執行結果及其他)	本會研析及建議
			<p>癌症新藥多於醫院導入使用，擬不扣減。</p> <p>(3)西醫基層：</p> <p>①預算編列 2.41 餘億元，整體新藥申報費用扣減替代藥費後計 1.02 億元，未執行額度約 1.39 餘億元，將於 111 年第 3 季扣減 0.69 餘億元，第 4 季依實際執行結果校正扣減費用，並按季扣減 112 年基期費用。</p> <p>②西醫基層研商議事會議醫界代表建議：有關「若未執行額度應扣除」乙節，導入後超過預算的部分亦應予補足，爰建議未執行金額及基期均不予扣除。</p> <p>2.新藥預算執行計算方式：新藥係支應 5 年內(107 至 111 年)新藥(計 213 項)於 111 年</p>	(基期保留)，尚屬合理。

部門	項目 【核(決)定事項】	111年7月、10月、12月委員會會議決議(定)事項及規劃內容(摘要)	健保署提報之結果及處理方式 (預算執行結果及其他)	本會研析及建議
			所增加之費用。107-110年收載新藥，係以各該品項於111年之實際申報醫令金額為基礎計算，111年生效項目(含五年內新藥給付規定改變)，考量甫經新增品項，院所申報情形尚不穩定，以各品項推估整年度之HTA報告財務衝擊(基期保留)，計算執行情形。	
	<p>9.藥品及特材給付規定改變</p> <p>9-1【醫院：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>9-2【西醫基層：若</p>	<p>111年7月委員會會議決定：為利113年度總額預算之協商，請健保署於112年2月提報本會「111年度總額協定事項中有關預算扣減及效益評估」之執行結果。</p> <p>註：該次會議健保署所報扣減方式之規劃配合於111年度第4季結算，扣減當年度未</p>	<p>藥品</p> <p>111年生效具財務衝擊之給付規定修訂計29項章節：</p> <p>1.醫院：預算編列5.6億元，111年申報費用與110年同期申報費用之差值計7.22億元，預算已執行完畢。</p> <p>2.西醫基層：預算編列3.54億元(尚含111年總額協定事項</p>	<p>有關111年度總額扣款：</p> <p>1.健保署以111年申報費用與110年同期申報費用之差值計算，醫院7.22億元、基層1.77億元，預算已執行完畢，無需扣減，惟其估算方式尚有疑義如下： 健保署估算111年度藥</p>

部門	項目 【核(決)定事項】	111年7月、10月、12月委員會議決議(定)事項及規劃內容(摘要)	健保署提報之結果及處理方式 (預算執行結果及其他)	本會研析及建議
	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】	執行之額度。	<p>「反映近年使用糖尿病藥物增加之費用 2.92 億元」，111 年申報費用與 110 年同期申報費用之差值計 1.77 億元，預算已執行完畢。</p> <p>特材</p> <p>1.醫院：111 年本項預算金額為 0.9 億元，依總額協商協議事項辦理，預算已執行完畢，無需扣減。</p> <p>2.西醫基層：111 年本項預算金額為 0.13 億元，依總額協商協議事項辦理，預算已執行完畢，無需扣減。</p>	<p>品給付規定改變之財務衝擊，係以整體章節碼於 111 年相較 110 年同期申報費用之差值計算，所計算費用除涵蓋同章節碼之其他藥品，且未考量非協商因素(如：人口成長、人口老化等)之影響，及未扣除替代效應(如：藥品未放寬給付規定前之相關治療費用)，恐無法呈現真實的財務影響。</p> <p>2.建議健保署未來宜更精準計算藥品給付規定改變項目的財務衝擊，而非以整體章節碼計算，以利呈現實際的預算執行結果。</p> <p>3.考量精準的估算模式，</p>

部門	項目 【核(決)定事項】	111年7月、10月、12月委員會議決議(定)事項及規劃內容(摘要)	健保署提報之結果及處理方式 (預算執行結果及其他)	本會研析及建議
				尚須時間嘗試建立， <u>建議 111 年先依健保署提報之結果及處理方式辦理。</u>

衛生福利部全民健康保險會

第 6 屆 112 年第 2 次委員會議補充資料目錄

會議時間：112 年 3 月 22 日

- 一、本會重要業務報告----- 1
- (一)更正：一(四)、(六)之文字更新及健保署回復委員書面意見之資料(會議資料第 61~62 頁)
- (二)新增：健保署函請本會協助勘誤本會網站公告之 112 年第 1 次委員會議資料第 80 頁
- (三)新增：本會對於實錄確認之相關說明
- 二、討論事項
- (一)第一案「各總額部門 111 年度執行成果評核之作業方式(草案)」醫師公會全聯會補充(會議資料第 88 頁)----- 6
- (二)第二案「有關新醫療科技預算，未依時程導入或預算有餘時，財務扣減之配套機制案」之更新本會補充說明及健保署意見(會議資料第 112 頁)----- 11

(會議資料第 62 頁)

四、本會重要業務報告

說明：

一、本會依上次(第 1 次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

(四)「討論事項第二案：本會推派擔任中央健康保險署(下稱健保署)『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』之代表名單」：本會業以本年 3 月 6 日衛部健字第 1123360034 號書函送該署辦理聘任事宜，如附件二(第 81~82 頁)。

(六)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計 6 項，依辦理情形，建議解除追蹤 3 項，繼續追蹤 3 項，如附表(第 69~71 頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理；另個別委員關切事項及書面意見，健保署回復如附錄一(會議資料第 127~140 頁)，補充委員書面意見回復如附件一(第 2~4 頁)。

四、健保署於本(112)年 3 月 15 日以健保企字第 1120052462 號書函請本會協助勘誤本會網站公告之 112 年第 1 次委員會議資料之「109 年至 112 年健保財務收支情形表」，以免外界誤解。勘誤內容如附件二(第 5 頁)。

五、依據本會第 5 屆 111 年第 11 次委員會議(111.11.18)決定：「為如實呈現會議實況及提升議事錄製作效率，自本次委員會議起，發言實錄將以錄音檔併同速錄內容為主。若委員擬補充現場發言內容，可於會後 3 日內以書面方式送本會，併入發言實錄並註明會後書面補充說明。」如委員認有需要，仍可向本會同仁提出確認之要求，惟委員僅可就與錄音檔有出入，同仁摘錄錯誤之處，予以更正，不增刪文字，發言實錄以如實呈現錄音檔為主；如委員會後認為自己發言內容須作補充或調整，將加註為「會後書面修正」，俾符合發言實錄之立法原意。

個別委員關切事項及書面意見之健保署答覆

委員意見	健保署說明
<p>吳委員榮達(書面意見)</p> <p>近日因缺藥問題，部分指示用藥是否繼續由健保給付之問題，再度成為新聞熱議，為研析指示用藥是否續由健保給付之必要性，請健保署提供目前仍納為健保給付之指示用藥項目、價格、效用、病患每月使用數量等資訊，以為憑據。</p>	<p>一、經與貴會溝通資料提供內容，本署提供資料說明如下：</p> <p>(一)表 1：111 年指示藥品使用情形(含簡表及包裹給付等不計價醫令)，並依使用人數排序。</p> <p>(二)表 2：111 年指示藥品使用人數分布概況(含簡表及包裹給付等不計價醫令)。</p> <p>(三)資料條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫令金額係加總以下 2 類醫令點數： <ol style="list-style-type: none"> (1)不另計價(醫令類別 4)：醫令金額=單價*醫令件數。 (2)論量申報(醫令類別不為 4)：醫令金額=原始申報之醫令點數。 2.指示用藥為截至目前(112 年 3 月)仍有健保支付價共 841 項。 3.人數依身分證號歸戶計算。

表1、111年指示藥品使用情形(含簡表及包裹給付等不計價醫令)，並依使用人數排序。

序號	ATC前3碼		健保代碼項數		申報資料			人數 (萬人)
	代碼	分類名稱	總數	申報數	全年醫令量 (百萬元)	全年申報金額 (百萬元)	每月平均費用 (百萬元)	
	合計		841	789	1,961.27	2,052.37	171.03	1,852.2
1	N02	止痛藥	89	88	510.60	227.30	18.94	1,480.2
2	R05	咳嗽和感冒用藥	220	207	241.95	338.15	28.18	792.1
3	R06	抗組織胺藥物	97	96	114.12	39.38	3.28	484.0
4	A03	腸胃機能失調用藥	20	19	284.01	96.87	8.07	468.9
5	R01	鼻用製劑	52	51	36.83	46.37	3.86	285.0
6	A06	瀉藥	18	15	471.73	427.66	35.64	233.7
7	A02	治療與胃酸分泌相關 疾病的藥物	20	20	215.45	188.44	15.70	217.5
8	S01	眼科用藥	14	13	7.34	306.95	25.58	208.7
9	A09	消化劑，包括酵素	14	14	45.36	51.56	4.30	103.8
10	D06	皮膚病使用的抗生素 和化療藥品	14	12	1.56	65.03	5.42	89.4
11	D01	皮膚病用抗真菌藥	82	66	2.06	45.31	3.78	77.9
12	D07	皮質類固醇皮膚科製 劑	20	17	1.87	36.25	3.02	62.9
13	M02	關節和肌肉疼痛的外 用藥	45	43	1.17	39.03	3.25	57.7
14	M01	抗炎和抗風濕藥	31	29	7.99	7.94	0.66	53.3
15	A07	止瀉藥，腸道抗發炎 和抗感染劑	9	9	11.81	10.87	0.91	48.2
16	D02	潤膚劑和防護劑	6	6	1.17	34.76	2.90	48.0
17	D04	止癢藥(包括抗組胺 藥、麻醉劑等)	3	3	1.48	13.92	1.16	43.0
18	C05	血管保護劑	14	14	1.68	28.48	2.37	38.9
19	D10	瘡癤的藥物	11	10	0.67	23.40	1.95	26.4
20	D08	消毒劑及殺菌劑	5	4	0.18	3.64	0.30	8.0
21	D11	其他皮膚病藥物	1	1	0.07	11.41	0.95	7.3
22	P03	殺體外寄生蟲劑，包 括殺疥蟎藥，殺蟲劑 和驅蟲藥	2	2	0.13	3.96	0.33	3.4
23	N06	精神興奮劑	17	16	1.07	1.59	0.13	2.4
24	A01	口腔疾病藥物	14	13	0.04	3.10	0.26	2.3
25	A11	維生素	3	3	0.37	0.20	0.02	1.5
26	G01	婦科抗感染藥和抗菌 劑	3	3	0.02	0.23	0.02	0.5
27	M09	其他骨骼肌疾病治療 藥物	1	1	0.08	0.07	0.01	0.5
28	A05	肝膽治療劑	10	8	0.40	0.47	0.04	0.3
29	R03	阻塞性氣道疾病藥物	2	2	0.05	0.06	0.00	0.2
30	P02	驅蟲藥	3	3	0.00	0.00	0.00	0.0
31	B03	抗貧血藥	1	1	0.00	0.00	0.00	0.0

註：

- 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台門、住診與交付機構醫令檔。
- 擷取時間：112年3月14日。
- 擷取條件：藥品醫令代碼為目前(112年3月)仍有核價之指示用藥841項，且符合以下任一條件：
 - (1)醫令類別為1(藥品)且醫令點數>0，且門診案件若是藥品為交付調劑則不計。
 - (2)(案件分類為簡表案件(門診案件分類01、交付機構案件分類3)或醫令類別為4(不另計價))且明細藥費>0。
- 醫令金額係加總以下2類醫令點數：
 - (1)醫令類別4(不另計價)：醫令金額=單價*醫令件數。
 - (2)醫令類別不為4：醫令金額=原始申報之醫令點數。
- 每月平均費用=全年申報金額/12。
- 人數依身分證字號歸戶計算。

表2、111年指示藥品使用人數分布概況(含簡表及包裹給付等不計價醫令)

使用人數分組	項目數		累積項目數	
	值(項)	占率	值(項)	累積占率
≤1,000人	301	35.8%	301	35.8%
1,001~5,000人	122	14.5%	423	50.3%
5,001~10,000人	62	7.4%	485	57.7%
10,001~50,000人	148	17.6%	633	75.3%
>50,000人	208	24.7%	841	100.0%
合計	841	100.0%		

註：

1. 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台門、住診與交付機構醫令檔。
2. 擷取時間：112年3月14日。
3. 擷取條件：藥品醫令代碼為目前(112年3月)仍有核價之指示用藥841項，且符合以下任一條件：
 - (1) 醫令類別為1(藥品)且醫令點數>0，且門診案件若是藥品為交付調劑則不計。
 - (2) (案件分類為簡表案件(門診案件分類01、交付機構案件分類3)或醫令類別為4(不另計價))且明細藥費>0。
4. 人數依身分證字號歸戶計算。

109 年至 112 年健保財務收支情形表

單位：億元

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

製表日期：112.01.09

- 說明：1、保險收入＝一般保險費＋補充保險費＋政府法定下限 36% 差額負擔－呆帳提存＋保險費滯納金＋公益彩券盈餘分配收入＋菸品健康福利捐分配收入＋投資淨收益＋其他收入。
- 2、保險成本＝醫療給付費用總額－保險對象應自行負擔之費用－代位求償獲償金額－菸捐挹注罕病等之醫療費用±調整帳＋其他保險成本。
- 3、其他收入包括：營運資金孳息、雜項業務收入、其他業務外收入、利息費用(減項)及呆帳提列(減項)。
- 4、安全準備相關收入包括：依健保法規定應提列之安全準備，包含滯納金、運用收益、彩券盈餘及菸捐分配收入等，惟不含保險費相關收入用來支應保險成本後之結餘。
- 5、當年安全準備填補金額，係指運用安全準備(前一年累計餘絀，加計當年安全準備相關收入)填補當年保險費相關收入與保險成本間發生短絀之金額。
- 6、112 年度保險費率為 5.17%，醫療給付費用總額成長率依衛生福利部 112 年 1 月 9 日衛部健字第 1123360002 號公告為 3.323%，另政府負擔不足法定 36% 之差額，以行政院協商確立之法律見解及計算方式為基礎。
- 7、已納入行政院主計總處為因應健保安全準備不足部分，112 年撥補全民健康保險基金項下核增 240 億元，以及依健保法施行細則第 46 條第 1 項第 4 款規定之最低投保金額由 34,800 元調整為 36,300 元之財務影響。
- 8、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

(會議資料第 88、106~109 頁)

討論事項第一案「各總額部門 111 年度執行成果評核之作業方式(草案)」第 88 頁後附資料(醫師公會補充年度重點項目之績效指標(如下(第 7)頁灰底處)，並更新會議資料第 106~109 頁)

各總額部門及健保署提報之「112年度重點項目與績效指標(含目標值)」

部門/單位	年度重點項目	績效指標
整體總額 一健保署	項目1：整體資源配置與未來規劃 [延續項目]	
	項目2： 降低門診10項 重點檢查(驗)非 合理區間再次 執行 [新增項目]	指標：門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率 目標值：較108年同期下降 $\geq 5\%$ 操作型定義：(當期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率-108年同期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率)/108年同期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率 註：考量109年至111年因受COVID-19疫情嚴重影響國人就醫行為，又第一線醫護人員應以防疫為優先，故本指標以108年為基期進行比較。
	項目3： 分級醫療之推 動成效 [延續項目]	指標：非同體系區域級(含)以上醫院回轉率 目標值： $\geq 3.85\%$ 操作型定義：分母案件之回轉件數/區域級(含)以上醫院接受上轉之門住診申報件數合計
醫院總額 一醫院協會	項目1： 醫院分級醫療 執行成效 [延續項目]	指標：醫院層級轉診率 目標值：轉診率維持成長10% 操作型定義：各層級轉診件數/醫院部門總就醫件數 觀察指標：醫院層級疾病嚴重度CMI變動 註：同111年暫列觀察指標，但鑑於醫院總額獨立資料區僅限於審查相關案件查詢且不得涉及各院，爰醫院部門無法逕自就各院資料進行查詢，疾病嚴重度CMI的運算須仰賴健保署協助運算並提供，且CMI偵測僅可就住院DRG案件，無法顯示門診情形，另CMI值每年皆會受DRG相對權重所影響，礙於資料運算難以回溯，爰無法進行年度間的比較，無法訂定目標值。
	項目2： 護病比執行現 況 [延續項目]	指標：全日平均護病比分級達成率 目標值：全日平均護病比合格率80% 操作型定義：同健保署全民健康保險醫療品質資訊公開指標(醫院急性一般病床床位數×占床率×3)/全日平均三班護理人員數

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		註：1.急性一般病床：同全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準表所列，含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床及精神急性經濟病床。 2.計算排除未設置上述病床之醫院。
西醫基層 總額 一醫全會	項目1： 西醫基層診所 糖尿病病人整 體照護情形 [新增項目]	指標：照護率、HbA1C<7% (控制良好率)、HbA1C >9%(控制不良率) 目標值：1.照護率：55%以上 2. HbA1C<7% (控制良好率)：54%以上 3. HbA1C>9% (控制不良率)：6%以下 操作型定義：1.照護率：糖尿病病人(E08-13)於同一家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以上/該院所診斷糖尿病病人數。 2.HbA1C<7%(控制良好率)：分母病人中，其最後一次HbA1C檢驗值<7.0%(80歲以上病人HbA1c<8.0%)之人數/糖尿病病人於同一家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以上之人數。 3.HbA1C>9%(控制不良率)：分母病人中，其最後一次HbA1C檢驗值>9.0%之人數/糖尿病病人於同一家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以上之人數。
	項目2： 檢驗(查)結果上 傳率 [新增項目]	指標：上傳率 目標值：60%以上 操作型定義：檢驗(查)結果上傳醫令數(含診所申報檢驗所上傳檢驗(查)結果)/「全民健康保險鼓勵醫事機構即時查訊病患就醫資訊方案」附件五-「獎勵醫事服務機構上傳檢驗(查)結果之項目」之診所申報醫令數 計算條件：1.採診所歸戶(即檢驗所上傳資料併回診所計算)。 2.排除醫療檢查影像及影像報告、人工關節植入物資料、病理報告及出院病歷摘要資料。
牙醫門診 總額 一牙全會	項目1： 國人牙周病治 療改善情形 [延續項目]	指標：牙周病統合治療第三階段完成率 目標值：最近3年全國平均值*(1-10%) 操作型定義：1.分子：當年度完成第三階段人數(當年1~9月申報第一階段案件於180天內申報第三階段件數)。 2.分母：當年度執行第一階段人數(當年1~9月申報第一階段件數)。 3.計算：分子/分母。

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
	項目2： 國人罹患牙周病後續維護追蹤情形 [新增項目]	指標：牙周病統合治療實施方案後之追蹤治療率 目標值：最近3年全國平均值*(1-10%) 操作型定義：1.分子：當年度牙周病統合治療第三階段支付91023C 執行人數往後追蹤一年(112年度)接受牙周病支持性治療(91018C)之執行人數。 2.分母：當年度(111年度)牙周病統合治療第三階段支付91023C執行人數。 3.計算：分子/分母。 指標彙算因需往後追蹤一年，故指標統計延後一年。 ----- 本會修正意見(如上粗底線處)： 1.牙全會原提操作型定義，未載明當年度係指何年，且表示本項指標彙算因需往後追蹤1年，故指標統計延後1年。 2.考量本會訂定112年度重點項目及指標之目的，係用於評核112年度執行成果，若指標統計落後1年，則無法及時提供評核使用，爰建議操作型定義增列指標資料擷取年度(分母為111年執行91023C人數、分子為分母於112年度執行91018C人數)，除臻明確外，亦可於評核112年度執行成果時產出結果資料，較符合評核目的。
中醫門診 總額 一中全會	項目1： 提升中醫醫療服務 [延續項目]	指標(1)：中醫醫療服務人數成長率 目標值：中醫醫療服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：(112年中醫醫療服務人數-111年中醫醫療服務人數)/111年中醫醫療服務人數 指標(2)：中醫醫療服務人次成長率 目標值：中醫醫療服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：(112年中醫醫療服務人次-111年中醫醫療服務人次)/111年中醫醫療服務人次 指標(3)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長2% 操作型定義：(112年中醫居家醫療服務人數-111年中醫居家醫療服務人數)/111年中醫居家醫療服務人數 指標(4)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長2%

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<p>操作型定義：(112年中醫居家醫療服務人次-111年中醫居家醫療服務人次)/111年中醫居家醫療服務人次</p> <p>指標(5)：無中醫鄉減少比率 目標值：無中醫鄉減少比率大於1% 操作型定義：(111年無中醫鄉數-112年無中醫鄉數)/111年無中醫鄉數</p> <p>指標(6)：無中醫鄉服務人數成長率 目標值：無中醫鄉服務人數成長2% 操作型定義：(112年無中醫鄉服務人數-111年無中醫鄉服務人數)/111年無中醫鄉服務人數</p> <p>指標(7)：無中醫鄉服務人次成長率 目標值：無中醫鄉服務人次成長2% 操作型定義：(112年無中醫鄉服務人次-111年無中醫鄉服務人次)/111年無中醫鄉服務人次</p>
	<p>項目2： 提升中醫治療慢性腎臟病醫療服務品質 [新增項目]</p>	<p>指標：延緩慢性腎臟病第3、4、5期病人腎功能惡化程度 目標值：慢性腎臟病第3、4、5期病人收案1年(或12個月)後，腎絲球過濾率值(eGFR)較新收案時改善，或糖尿病慢性腎臟病人eGFR下降速率小於6ml/min/1.73m²/year，或非糖尿病慢性腎臟病人eGFR下降速率小於4ml/min/1.73m²/year</p> <p>操作型定義：針對慢性腎臟病第3、4、5期病人，其中若為糖尿病慢性腎臟病人需符合下述第1點或第2點；非糖尿病慢性腎臟病人需符合下述第1點或第3點： 1.第3、4、5期慢性腎臟病人：112年eGFR值-111年eGFR值為正數 2.糖尿病慢性腎臟病人：111年eGFR值-112年eGFR值小於6 3.非糖尿病慢性腎臟病人：111年eGFR值-112年eGFR值小於4</p>
<p>其他預算 一健保署</p>	<p>項目1： C型肝炎新藥治療成效 [延續項目]</p>	<p>指標：C型肝炎治療涵蓋率(年累計) 目標值：較去年同期(____%)提高 操作型定義：至當年底已接收治療人數/慢性C型肝炎患者人數</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
	項目2： 居家整合新收 案對象門診次 數降低 [延續項目]	指標：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門 診就醫次數 目標值：較收案前半年(____次)低 操作型定義：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門診就醫 次數較收案前半年低
	項目3： 腎病防治成效 [延續項目]	指標：末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛 教計畫照護率 目標值：較去年同期(____%)提高 操作型定義：參與末期腎臟病前期病人(Pre-ESRD)病人照護與衛 教計畫之人數/個案符合前12月門診2次或住診1次就 醫主診斷為N184-186、049符合收案條件之歸戶病人 數，排除洗腎及死亡人數

(會議資料第 112 頁)

討論事項第二案「有關新醫療科技預算，未依時程導入或預算有餘時，財務扣減之配套機制案」之更新本會補充說明及健保署意見

.....
本會補充說明：

三、為利本案討論，業於本年 3 月 10 日請辦健保署提供本案新醫療科技預算執行與扣款的計算方式及計算結果，及對提案擬辦二項內容之處理建議。健保署已於 3 月 17 日提供資料(如附件第 14~17 頁)，就說明內容摘要如下：

- (一)說明一：針對「新醫療科技」之新診療項目、新藥(新特材未編列預算)，提供詳細之各項預算執行情形及扣減金額。依健保署提供資料，對於該項預算執行之預估數已有寬估。
- (二)說明二：健保署提供新藥編列現況，其每年所編列之新藥預算，係針對「近五年」引進之新藥項目推估所需增加費用(即 111 年新藥預算為用於支應 107~111 年 5 年間收載之新藥於 111 年所增加之費用)，其中自 111 年起，新藥預算皆參酌前瞻式新藥及給付範圍預算登錄平台(HS 平台)所提資訊，據以編列新藥全年預算。
- (三)說明三及四：回應醫界委員所建議事項(含二項擬辦事項)，將與本會補充說明四一併處理。

四、有關本案擬辦所提 2 項配套管理機制，涉及新醫療科技之預算編列與執行，依健保署回復內容，本會研析意見如下：

- (一)擬辦一「本項預算觀察 5 年後，再於基期減列未導入之預算；如預算有使用超出之情形，亦應補足」：
 - 1.有關「本項預算觀察 5 年後，再於基期減列未導入之預算」：
考量 111 年度總額決定事項「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」已明定為當年度預算執行之處理方式；且四總額部門在不同協商項目的核(決)定事項，均有相同的處理要求，應有一致做法，爰建議 111 年度之預算

扣減依照總額決定事項辦理。

2.有關「如預算有使用超出之情形，亦應補足」：

建議尊重健保署說明四之意見(詳附件，第 16~17 頁)，考量健保醫療資源有限，衛福部整體政策規劃，勢必就各總額項目訂定其上限，倘有預算編列不足之情事，除爭取增編新醫療科技預算外，亦同時管控藥費並加速檢討藥價，以支應新藥收載。

(二)擬辦二「新醫療科技移列專款項目之可行性」：

- 1.「新醫療科技」列於一般服務項目，主要考量引進新科技，部分會取代傳統治療(如新藥取代舊藥)，除替代舊藥之效益外，新科技所產生之療效及品質提升(如住院日縮短)，亦與一般服務預算難以切割、單獨計算，故歷年均列於一般服務項目統籌運用。健保署資料說明四提及，依提案建議初步計算，以 112 年度總額為例，預估 108~112 年生效之新藥於 112 年申報之總藥費約為新台幣 303.79 億元(尚未扣除替代藥費)，如「新醫療科技」改列專款項目，本項費用須適度自一般服務移列。
- 2.健保署建議於協商 113 年度總額時，一併處理預算移列專款項目之可行性、基期減列金額計算方式及預算超出之配套機制等。本會考量醫院及西醫基層總額均分別有編列「新醫療科技」預算項目，且大多數引進之新藥、新特材及診療項目該兩總額部門均可適用，故宜有一致性做法，包含：與一般服務預算之切割及預算額度編列與控管等執行面規劃，以確保保險對象用藥權益。爰建請健保署會同醫院及西醫基層總額相關團體，共同討論、評估本項預算移列專款項目之可行性、基期減列金額計算方式及預算超出之配套機制等。

112年3月22日全民健康保險會第6屆112年第2次委員會議

委員提案之健保署說明

提案人：周委員慶明與陳委員相國

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：有關新醫療科技預算，未依時程導入或預算有餘時，財務扣減之配套機制案，提請討論。

健保署說明：

一、111 年度西醫基層總額新醫療科技預算執行及扣減計算方式及計算結果：

依衛生福利部 111 年 1 月 26 日衛部健字第 1113360011 號公告 111 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式之 111 年度西醫基層總額部門醫療給付費用總額一般服務「新醫療科技」之協定事項略以，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。爰依規定前於 111 年 3 月 2 日提至西醫基層 112 年第 1 次研商議事會議報告針對未執行數扣減之規劃如下，並提案至本次委員會議報告第二案，後續將配合依貴會討論決議辦理相關事宜。

(一)新診療項目：

111 年本項預算金額 58.59 百萬元，涉及西醫基層且以 111 年預算支應之增修診療項目計 25 項，其中推估 7 項納入健保後有財務衝擊，推估方式及統計結果分述如下：

1. 考量甫經新增修訂，院所申報情形尚不穩定，規劃以原推估及實際淨增加推估數，擇高者計算預算執行情形。
2. 修訂剖腹產適應症規範自 111 年 6 月 1 日生效至同年 12 月期間申報點數約 1.26 百萬點，以實際淨增加推估全年申報點數約 2.52 百萬點(高於原推估執行數 0.08 百萬點)。
3. 47105C、47016C、55027C、96029C、96030C、80038C 等 6 項

自生效日至 111 年 12 月期間，或無申報量或申報量遠低於原推估數，爰以原推估執行點數 0.16 百萬點列計。

4. 綜上，推估西醫基層增修診療項目約增加 2.68 百萬點，考量後續院所仍會補報費用，研擬以 3 百萬元列計。

5. 增修診療項目推估全年生效執行增加 3 百萬點，未執行額度約 55.59 百萬元，將於 111 年第 3 季扣減 27.8 百萬元，第 4 季依實際執行結果校正扣減費用。

(二) 新藥：

1. 新藥預算執行與扣減之規劃：

(1) 預算編列 2.41 餘億元，整體新藥申報費用扣減替代藥費後計 1.02 億元，未執行額度約 1.39 餘億元，將於 111 年第 3 季扣減 0.69 餘億元，第 4 季依實際執行結果校正扣減費用，並按季扣減 112 年基期費用。

(2) 西醫基層研商議事會議醫界代表建議：有關「若未執行額度應扣除」乙節，導入後超過預算的部分亦應予補足，爰建議未執行金額及基期均不予扣除。

2. 新藥預算執行計算方式：新藥係支應 5 年內(107 至 111 年)新藥(計 213 項)於 111 年所增加之費用。107~110 年收載新藥，係以各該品項於 111 年之實際申報醫令金額為基礎計算，111 年生效項目(含五年內新藥給付規定改變)，考量甫經新增品項，院所申報情形尚不穩定，以各品項推估整年度之 HTA 報告財務衝擊(基期保留)，計算執行情形。

(三) 新特材：未編列預算。

二、有關新藥預算編列之現況：

(一) 新藥預算每年隨總額成長：

新藥預算係編列於一般服務項下之「新醫療科技」項目，考量藥品間有相互取代情形，支應新藥之預算為「前一年新藥藥費(基期)+當年所編列新增之新藥預算」。前一年所編列新增新藥預算，均滾入醫療總額基期，隨著年度總額逐年成長。

(二)考量新藥藥費普遍於收載後第 2~3 年間顯著成長，故每年所編列之新藥係針對「近五年」之新藥項目推估所需增加費用，以 111 年新藥預算為例，係用來支應收載 5 年內(107 至 111 年)新藥於 111 年所增加之費用。

(三)自 111 年起之新藥預算，皆參酌廠商於前瞻式新藥及給付範圍預算登錄平台(以下簡稱 HS 平台)所提資訊，據以編列新藥預算：為利預估預算能更貼近實際所需之新藥額度，本署參考國際間作法，於 109 年完成 HS 平台之建置，請廠商於 HS 平台登錄未來 2 年內預期建議納入健保給付之藥品及其財務衝擊等資料，以利本署事先掌握新藥品項，讓預算編列與新藥收載品項更貼近。

三、有關醫界委員所提詢問：

(一)「歷年新藥使用情形，第 1 年通常低於預算編列，但在第 2~3 年起，預算已不足支應(附件，第 114 頁)，所造成財務衝擊累計超過 30 億元」：

每年編列之新藥新增預算係針對近 5 年新藥推估於 111 年「新增」之財務衝擊，附件(第 114 頁)所提數據為各年度之申報新藥藥費，尚未考慮藥品間替代情形。扣除替代後之財務衝擊即無超出預估經費。

(二)「新藥財務編列僅有 5 年，忽略第 6~7 年的申報情形」：

經本署之新藥預算預估模式研究小組會議討論，分析若以 110 年作為預算年度，設定 104、105 年新藥為第 6、7 年收載新藥之品項，以實際申報藥費為基礎，參酌各藥品初次給付及擴增給付適應症之 HTA 報告，結果顯示給付第 6、7 年之預算耗用數約增加 0.22 億元，尚未列計 PVA/MEA 還款，故新藥費用支出並未超出總額預算。

四、有關擬辦所提 2 項配套管理機制：

(一)「如預算有使用超出之情形，亦應補足」：

健保醫療資源有限，每年健保總額預算係依行政院核定之成長

率範圍，規劃總額預算額度，在有限之總額預算內，各項給付項目需一同競爭，俟由付費者與醫界代表於年度總額協商、共識後，報請衛福部核定公告後施行。由於人口老化、慢性病增加等因素，健保支出逐年成長對健保財務造成沉重負擔，衛福部為考量整體政策規劃，使健保資源合理分配，勢必就各總額項目訂定其上限，爰未能盡然全額依本署推估方式編列預算，然倘有預算編列不足之情事，除爭取增編新醫療科技預算，亦同時管控藥費並加速檢討藥價，以支應新藥收載。

(二)「預算移列專款編列之可行性」：

經本署初步計算，以 112 年總額為例，預估 108~112 年生效之新藥於 112 年申報之總藥費約為新台幣 303.79 億元(尚未扣除替代藥費)。

(三)考量 112 年度總額協定方式業已公告在案，有關本項預算移列專款編列之可行性、基期減列金額計算方式及預算超出之配套機制，建議可於協商 113 年度各部門醫療給付費用總額項目時一併處理。