

衛生福利部全民健康保險會
第 5 屆 111 年第 3 次委員會議資料

本資料未上網公開前

請勿對外提供

中華民國 111 年 3 月 25 日

衛生福利部全民健康保險會第 5 屆 111 年第 3 次委員會議議程

一、主席致詞

二、議程確認

三、確認上次(第 2 次)委員會議紀錄----- 1

四、本會重要業務報告----- 5

五、優先報告事項

(一)中央健康保險署「110 年第 4 季全民健康保險業務執行季報告」(併「111 年 2 月份全民健康保險業務執行報告」)----- 13

(二)健保署應依「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」核(決)定事項及時程提報本會之事項辦理情形 - 14

六、討論事項

(一)建請健保署針對高死亡率癌別優先給付免疫療法新適應症，並請衛福部設立國家癌症藥品基金，提高癌症病人新藥使用機會案----- 71

(二)各總額部門 110 年度執行成果評核之作業方式(草案)(併 111 年第 1 次委員會議討論事項第四案討論)----- 74

(三)有關「全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫」(草案)報請同意案----- 103

七、報告事項

有關「111 年度各部門總額依協定事項需於 110 年 12 月底前提本會報告之項目」辦理情形----- 129

八、臨時動議

三、確認上次(第 2 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(111)年 3 月 4 日衛部健字第 1113360025 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5屆111年第2次委員會議紀錄
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國111年2月25日上午9時30分

地點：本部301會議室

主席：周主任委員麗芳

紀錄：范裕春、彭美瑩

出席委員：(依姓名筆劃排序)

干委員文男、朱委員益宏、何委員語、吳委員鴻來、吳委員鏘亮、
李委員永振、李委員麗珍、卓委員俊雄、林委員恩豪、林委員敏華、
侯委員俊良、柯委員富揚、胡委員峰賓、翁委員文能、翁委員燕雪、
馬委員海霞、商委員東福、張委員文龍、張委員澤芸、許委員駢洪、
陳委員石池、陳委員有慶、陳委員秀熙、陳委員建志(中華民國牙醫師公
會全國聯合會徐常務理事邦賢代理)、黃委員金舜、黃委員振國(中華民國醫師公
會全國聯合會羅副秘書長浚暉12：40以前代理)、楊委員芸蘋、趙委員曉芳、劉
委員守仁、劉委員國隆、劉委員淑瓊、滕委員西華、鄭委員素華、
盧委員瑞芬、謝委員佳宜、顏委員鴻順

請假委員：張委員鈺民、賴委員博司

列席人員：

本部社會保險司：盧副司長胤雯

中央健康保險署：李署長伯璋、蔡副署長淑鈴、張組長禹斌、戴組長雪詠

本會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、洪組長慧茹、邱組長臻麗、
陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第5~6頁)

貳、議程確認：(詳附錄第7~8頁)

決定：確認。

參、確認上次(第1次)委員會議紀錄：(詳附錄第9頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第10~16頁)

決定：

- 一、上次(第1次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：
 - (一)擬解除追蹤1項，解除追蹤。
 - (二)擬繼續追蹤7項，繼續追蹤。
- 二、委員所提意見，送請中央健康保險署研參。
- 三、餘洽悉。

伍、政策諮詢事項：(詳附錄第17~82頁)

案由：衛生福利部函送「全民健保財務調整措施」擬議草案，請本會表示意見案。

決定：

- 一、在健保財務嚴峻之情形下，本會肯定並支持全民健保財務調整措施之改革方向。
- 二、捍衛健保永續經營、抑制醫療資源浪費為全民之責任，有賴醫病雙方共同努力。
- 三、全民健保財務調整措施執行層面之配套方案，攸關政策改革之成效，研擬時宜兼顧公平性、一致性、便利性及合法性。
- 四、與會人員發言實錄併同送請衛生福利部參考。

陸、優先報告事項：

報告單位：中央健康保險署

案由：「110年第4季全民健康保險業務執行季報告」，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

柒、討論事項：

提案人：李委員麗珍、干委員文男、何委員語、吳委員鴻來、李委員永振、林委員恩豪、林委員敏華、侯委員俊良、馬委員海霞、張委員文龍、許委員駢洪、陳委員有慶、楊委員芸蘋、劉委員守仁、劉委員國隆、劉委員淑瓊、賴委員博司

代表類別：保險付費者代表

案由：建請健保署針對高死亡率癌別優先給付免疫療法新適應症，並請衛福部設立國家癌症藥品基金，提高癌症病人新藥使用機會，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

捌、報告事項：

報告單位：中央健康保險署

案由：有關「111年度各部門總額依協定事項需於110年12月底前提本會報告之項目」辦理情形，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

玖、臨時動議：無。

拾、散會：下午13時30分。

四、本會重要業務報告

一、本會依上次(第2次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

(一)有關本會對「全民健保財務調整措施」擬議草案之決定及委員發言實錄，於本(111)年3月3日以衛部健字第1113360030號書函送衛生福利部(下稱衛福部)參考(如附錄一，第139~140頁)。衛福部已於3月16日預告修正「全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用」草案(如附錄二，第141~149頁)，有意見或修正建議者可自公告次日起14日內陳述意見。前開預告內容並於同日寄至各委員電子信箱。

(二)決議(定)列管追蹤事項共計1項，依辦理情形，建議解除追蹤1項，如附表1(第9頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理。

二、依全民健康保險法第73條及本年度工作計畫，中央健康保險署(下稱健保署)應於本次委員會議提出「109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」報告案，該署於本年3月16日來函(如附錄三，第150頁)表示，考量前開財務報告公開，規劃併全球資訊網「院所財務報告趨勢」視覺化建置作業，須再多蒐集各界意見使公開內容更臻完備，爰請求延至本年6月份委員會議報告。本案請該署屆時應如期提報。

三、依據全民健康保險法第5條規定，本會之會議實錄應於會議後10日內公開，爰本次會議實錄須於本年4月4日(下星期一)前上網。茲因4月4~5日(下星期一、二)適逢國定假期，上網日期將提前至4月1日(下星期五)。為利作業，本次實錄預定於3月28日(下星期一)送請各發言者確認，敬請於3月29日(下星期二)中午12時前回復修正內容，俾能依法完成上網公開作業。

四、有關「111年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」(下稱改善方案)：

(一)衛福部於本年3月3日核定健保署所報111年度改善方案(如附錄四，第151頁)，並請健保署就本會委員針對執行成效及管控項目之建議，妥適研處，另就本會請該署於改善方案內容

增列附表，以整體呈現各構面、策略及其管控項目與目標值之議決事項，儘速補陳備查，並副知本會。至該署改善方案之提報，請尊重本會排定時程，俾期年度開始即得據以執行。

(二)健保署依核定函將整體呈現各構面、策略及其管控項目與目標值，在本年3月14日於111年度改善方案增列附表，陳報衛福部備查，並副知本會，如附錄五(第152~154頁)。

(三)整理健保署報奉核定內容與提送本會1月份委員會議討論之差異(如附錄六劃底線處，第155~159頁)，摘要如下：

1.增列資源不當耗用之範疇，包括無效醫療及非必要醫療，無效醫療，採積極推動安寧療護為管理策略，非必要醫療則為改善方案的主要管控目標。(第155頁)

2.實施目的增列所擷節之非必要醫療支出，將回歸健保總額。(第156頁)

3.實施策略及方法

(1)刪除「深化保險對象珍惜健保資源宣導」項目。(第156頁)

(2)「推動分級醫療」之方法，刪除「區域醫院以上門診逐年適當減量」之文字。(第157頁)

(3)「減少重複醫療利用」之方法，明列就西醫門診復健異常案件進行管控。(第158頁)

4.增列附表(第153~154頁)。該署業依本會建議對目標值設定明確方向性，整理111年度管控項目目標值與110年度之差異如附表2(第12頁)。

五、為配合政府資訊公開政策及因應資訊平台、載具多元趨勢，便利民眾於網站下載政府資訊，及政府機關間、政府與企業之資料交換，推動相容性高，適用於各種作業系統及有利於長久保存之開放性檔案格式，衛福部致力推動ODF(Open Document Format，開放文件格式)格式文件流通作業，訂定「衛生福利部深化與普及政府文件標準格式(ODF-CNS 15251)執行計畫」(如附錄七，第160~168頁)，請各單位利用業務向外推廣，爰於本次委員會議向委員說明，有關開放性檔案之優點及本會配合措

施如下：

- (一)開放性檔案具免費下載、格式開放、跨平台、跨應用程式的特性、可與國際間交換、適於長久保存並可避免版本升級衝突，目前全球有許多政府單位及企業公開宣誓改用 ODF 做為正式文件交換與儲存標準，以避免重要資訊遺失。
- (二)本會嗣後提供委員之檔案及置於本會網站之檔案，包含會議資料、議事錄，屬於非可編輯者，採用 PDF 文件格式。其他如以電子郵件提供委員之附件、電子公文之附件等電子檔案，如為可編輯者，以採用 ODF 文件格式為原則。

六、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 16 日寄至各委員電子信箱]

- (一)將公告之總額相關計畫副知本會，如附錄八(第 169 頁)[內容已置於該署全球資訊網]，重點如下表：

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
111.3.11/ 111.3.11	111 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	新增計畫，計畫重點如下： 1.年度執行目標：達成「青少年齲齒控制照護處置(P7101C)」900,000 服務人次。 2.收案條件：12 歲以上至未滿 19 歲經診斷為牙齦炎、齲前白斑、初期齲齒、琺瑯缺損、蛀洞、齲齒填補，或因齲齒之缺牙者。 3.給付項目及支付標準：青少年齲齒控制照護處置(300 點)、青少年齲齒氟化物治療(500 點)，均限 90 天申報 1 次。 4.計畫施行評估指標： (1)自評指標：申報案件數(就醫人次)、申報點數、就醫人數(以 ID 歸戶)等 3 項。 (2)評估指標：提升全國 12 歲至 18 歲青少年牙醫就醫率>40%。

- (二)本年 2 月 24 日函送 110 年第 3 季其他預算結算說明表，公文如附錄九(第 170 頁)，110 年全年經費 16,153.2 百萬元，1~9 月結算數 7,476.2 百萬元，整理預算執行情形如附錄十(第 171 頁)供參考。

- (三)110 年 12 月至本年 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 29 件、特材計 14 件，彙整如附錄十一(第 172~175 頁)。

決定：

上次(第 2 次)委員會議繼續列管追蹤事項

一、擬解除追蹤(共 1 項)

項次	案 由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	本會重要業務報告。	委員所提意見，送請中央健康保險署研參。	於 111 年 3 月 3 日請辦健保署。	健保署回復：委員所提意見，說明如附件(第 10~11 頁)。	解除追蹤	—

健保會第 5 屆 111 年第 2 次委員會議之健保署答覆
上次(第 2 次)委員會議之擬解除追蹤項次 1

案由：本會重要業務報告。

委員意見	健保署說明
<p>李委員永振(議事錄 p.11)</p> <p>一、有關於最近幾次會議健保署提供的資料或是回復的意見，我這邊有幾點看法，健保署的推估模式有它的一貫性，我們給予尊重，但是如果新的資料出來，是不是應該隨時更新，把正確的數據提供給委員清楚瞭解以及掌握，這樣大家在討論的時候所根據的才會比較一致。例如我上次提過，健保署在11月19日委員會議討論費率審議時所提出110年保險收支餘絀約為-261億元，但在業務執行報告第17頁保險收支餘絀約為-176億元，前後差不到2個月，相差了85億元。健保署上次曾經說明過，但是我還是覺得不夠完善；另外這次的財務調整措施，健保署在上次委員會議提過，但並沒講金額，我自己反推出是75億元，今天所提方案加起來約有266億元，中</p>	<p>一、111年2月25日第2次委員會議資料第27-28頁所述，有關衛生福利部於111年1月28日函送全民健康保險會之「全民健保財務調整措施」擬議草案，預估挹注金額266億元(各項措施金額如下)，係加總各項措施實施後「全年」預估挹注之金額。</p> <p>(一)調整部分負擔：約121億元。</p> <p>(二)調高投保金額上限：約17億元。</p> <p>(三)強化政府財務責任：約128億元。</p> <p>二、至於111年1月21日第1次委員會議資料第135-136頁所述，衛生福利部於110年12月29日函報行政院(副知健保會)實施「全民健保財務調整措施」配套方案後，111年底安全準備餘額可自0.69~0.91個月保險給付支出，提升至0.8~1.03個月保險給付支出一節，僅將「調整部分負擔」及「調高投保金額上限」2項措施納入考量，並預估於「111年7月」實施，因此當年度挹注金額約69億元。</p> <p>三、綜上，上述所提資料之差異，係因調整措施項目及實施期間不同所致。</p>

委員意見	健保署說明
<p>間差距有191億元，為什麼我要提問？因為我回想一下，最近6年我們總額協商的預算金額，以111年最高也才160億元，本次財務調整措施就有191億元的差距，差距過大的話，用這些數字討論有意義嗎？</p>	

表 111 年度管控項目目標值與 110 年度之差異

構面	策略	111 年管控項目	111 年 目標值	110 年 目標值
合理使用 保險權益	強化自我 照護能力	1.全民健保行動快易通(健康存摺)APP 安裝人次增加率 (110 年：健康存摺使用人次增加率)	≥5%	>5%
	正確就醫 觀念行為	2.門診就醫次數大於 90 次之保險對象就醫成長率	≤-18%	-16%
		3.基層與地區醫院門診占整體件數之占率	≥74.2%	75.4%
		4.非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數較去年同期增加	≥63,486	76,096
鼓勵醫療 體系間合 作與轉銜 服務	持續推動 分級醫療	5.接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	≥29%	26.5%
	增進院所 合作機制	6.居家醫療整合照護對象門診就醫次數較基期成長率 (110 年：居家醫療整合照護對象門診就醫次數)	<0%	<0
		7.與長照2.0 之銜接率	≥48%	44.5%
	精進雲端 資訊系統	8.提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率(累計)-半年指標	≥5.21%	4.97%
		9.醫療檢查影像資訊即時上傳率	≥92%	90%
	善用醫療 資源合 理使用	減少重複 醫療利用	10.全藥類藥品重複用藥日數下降率	≥5%
11.門診 10 項重點檢查(驗)合理區間內再次執行下降率			≥5%	<-5%
12.西醫門診年復健次數>180 次異常件數成長率零成長			≤0%	<0%
強化違規 查處機制		13.違規院所訪查家次	≥449	130
尊重醫療 自主，保 障善終權 益		14.死亡前安寧利用率	≥33.35%	33.1%
		15.呼吸器依賴病人安寧利用率	≥72%	72.0%
持續推動 疾病管理	16.西醫門診病人可避免住院率(負向指標)	≤1.45%	1.13%	

五、優先報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：「110年第4季全民健康保險業務執行季報告」(併「111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：

- 一、111年第2次委員會議(110.2.25)因時間因素，經主席裁定110年第4季業務執行季報告保留至本次委員會議提報，爰與2月份業務執行報告併案處理。
- 二、依102年2月22日委員會議決定及111年度工作計畫，為提高議事效率，本項例行性業務報告，書面資料須每月提供，但口頭報告改採季(每年2、5、8、11月)報方式辦理，本次為上次會議保留，乃進行口頭報告。請委員先行審閱，如有疑義可洽該署各項業務窗口。
- 三、參照106年10月27日委員會議之委員建議，健保署業務執行季報告之口頭報告，有其重要性，爰列為優先項目提前報告。

決定：

第二案

報告單位：本會第三組

案由：健保署應依「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」核(決)定事項及時程提報本會之事項辦理情形，提請鑒察。

說明：

- 一、依本(111)年第 1 次委員會議(111.1.21)之決定：請健保署依衛福部函示及核(決)定事項所列時程，完成法定程序及提報本會等相關事宜；並儘速會同醫院及西醫基層總額相關團體，研訂新增項目之執行內容，且將「執行目標」及「預期效益之評估指標」提本年 3 月份委員會議確認。
- 二、有關 111 年度各部門總額及其分配方式之核(決)定事項及時程，健保署應提報之事項如下：

(一)各部門總額應於 110 年 12 月底前辦理完成並提報之事項：

1. 健保署提供各部門總額應完成之事項共計 51 項目，其辦理情形彙整如附件一(第 17~43 頁)。
2. 已辦理完成者，計有 42 項目(含副知本會、須經本會同意或報告之項目)；尚未辦理完成計 9 項目，整理如下表：

類別 部門別	依法定程序辦理， 並副知本會項目(37 項目)		需經本會同意或 向本會報告項目(14 項目)	
	已完成/ 應完成	未完成/ 應完成	已完成/ 應完成	未完成/ 應完成
牙醫門診	7 / 7	無	4 / 5	1(項次 12) / 5
中醫門診	9 / 9	無	2 / 2	無
醫院	5 / 7	2(項次 5、6) / 7	2 / 2	無
西醫基層	6 / 7	1(項次 3) / 7	3 / 5	2(項次 11、12) / 5
其他預算	4 / 7	3(項次 2、3、4) / 7	—	—
合計	31 / 37	6 / 37	11 / 14	3 / 14

(二)研訂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」，送本次會議確認：

健保署於本年 3 月 14 日回復研訂結果(如附件二，第 44~48

頁)，摘要如下：

1. 醫院總額，計 4 項：

(1) 其中 3 項，該署表示尊重醫院協會建議，本會研析意見如下(詳附件二)，提供委員參閱，併提請確認：

① 項次 2「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」其預期效益之評估指標建議除增列住診滿意度調查外，保留 110 年之評估指標「地區醫院夜間及假日門診開診率提升 2%」，以符本項支應地區醫院假日或夜間門診之目的。

② 項次 2 及項次 3 之指標，為避免受到 COVID-19 疫情影響(同牙醫及中醫部門)，建議均以 108 年為比較基準。

(2) 另住院整合照護服務試辦計畫 1 項，該署表示尚有諸多疑義待釐清，待有共識另案提報。

2. 西醫基層總額，計 3 項：均未達共識，待有共識儘速提報。

三、有關「111 年度各部門總額一般服務費用之地區預算分配」，須提報本會之事項如下：

(一) 各總額部門一般服務之點值保障項目，須經本會同意後執行：已提本會本年第 1 次委員會議同意在案。

(二) 各總額部門風險調整移撥款之執行方式，須送本會備查：

1. 牙醫門診總額：健保署已於 110 年 12 月 16 日將 111 年度特定用途移撥款執行方式函報本會備查，並提本會本年第 1 次委員會議備查在案。

2. 西醫基層及醫院總額：尚未函報本會，請健保署儘速議定其執行方式後送本會備查。

註：111 年度中醫門診總額未設風險調整移撥款。

四、另擬具「111 年度各部門總額協定事項及相關計畫追蹤時程表」，如附件三(第 49~67 頁)，請健保署依時程辦理：

(一) 辦理期限為本年 7 月之項目：請於本年 7 月份委員會議提報辦理情形。

(二) 部分核(決)定事項內容，涉及依 111 年度預算執行結果，扣減

未執行額度或重複費用部分，計 11 項(如附件三之灰底處)，為利後續順利執行，請健保署於本年 7 月委員會議提報處理方式之規劃，並於 112 年 7 月委員會議提報預算執行結果及核(決)定事項辦理情形。

擬辦：請中央健康保險署會同各部門總額相關團體辦理下列事項：

- 一、儘速辦理「111 年度各部門總額應於 110 年 12 月底前完成之協定事項」(附件一)之未完成項目。
- 二、儘速研訂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」(附件二)之未完成項目，並提報下次委員會議確認。
- 三、儘速議定西醫基層及醫院總額風險調整移撥款之執行方式，送本會備查。
- 四、確實依「111 年度各部門總額協定事項及相關計畫追蹤時程表」(附件三)所列時程，依限完成相關法定程序及提報本會等事宜。

決定：

111 年度各部門總額應於 110 年 12 月底前完成之協定事項辦理情形

一、牙醫門診總額

工作項目	應完成時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會		
1 醫療資源不足地區改善方案	110 年 11 月底前	已於 111.1.14 公告。
2 牙醫特殊醫療服務計畫		已於 111.1.24 公告。
3 牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫		已於 111.1.17 公告。
4 0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫 ※協定事項： (1)本項經費不應支付預防保健相關服務 (2)檢討計畫內容		計畫修訂重點已提報 111 年 2 月份委員會議；已於 111.1.24 公告。
5 12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫(111 年新增計畫)	110 年 12 月底前	辦理情形詳項次 10。
6 高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫(111 年新增項目)		已於 111.2.15 公告。
7 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	110 年 11 月底前	已於 110.11.23、111.3.1「牙醫門診總額研商議事會議」討論通過，將依程序辦理報部核定及公告事宜。
需經本會同意或向本會報告		
8 高風險疾病口腔照護(111 年新增項目) ※協定事項：於 110 年 12 月底前，提出具體規劃內容，並提本會報告	110 年 12 月底前	列於本次會議報告事項第一案(已提 111 年 2 月份委員會議報告)。

工作項目	應完成時限	辦理情形
9 提升假日就醫可近性 (111 年新增項目) ※協定事項： (1)加強改善民眾假日就醫不便情形，提升診所假日開診率及民眾假日就醫可近性 (2)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	110 年 12 月底前	列於本次會議報告事項第一案(已提 111 年 2 月份委員會議報告)。
10 12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫(111 年新增項目) ※協定事項：研訂具體實施方案，並於 110 年 12 月底前提報本會同意後執行	110 年 12 月底前	列於本次會議重要業務報告(業於 111 年 1 月份委員會議討論並經同意在案，並於 111.3.11 公告)。
11 高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫 (111 年新增項目) ※協定事項：於 110 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用與管控措施，並提本會報告		列於本次會議報告事項第一案(已提 111 年 2 月份委員會議報告)。
12 牙醫特殊醫療服務計畫 ※依 110 年協定事項暨 110 年第 8 次委員會議決定辦理： (1)擬新增之「牙醫特定身心障礙者社區醫療網」，需提出共識之具體實施方案，並提報本會同意後執行。 (2)依 110 年第 8 次委員會議決定，儘速研議具體實施方案，提報本會同意後解除追蹤	配合健保署送會時程	已於 109.12.8、109.12.23、110.1.15、110.8.24「牙醫門診總額研商議事會議」討論，惟未獲共識，俟牙全會提送修正草案後再提會討論。

二、中醫門診總額

工作項目		應完成時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會			
1	醫療資源不足地區改善方案	110年11月底前	已於111.1.12公告。
2	西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 (1)腦血管疾病 (2)顱腦損傷 (3)脊髓損傷 (4)呼吸困難相關疾病		延續110年計畫辦理。
3	中醫提升孕產照護品質計畫		延續110年計畫辦理。
4	兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫		已於111.1.19日公告。
5	中醫癌症患者加強照護整合方案		延續110年計畫辦理。
6	中醫急症處置 ※協定事項：提出強化利用率之策略，並檢討計畫執行情形，考量是否持續辦理		延續110年計畫辦理。
7	中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫		延續110年計畫辦理。
8	照護機構中醫醫療照護方案 (111年新增項目)	110年12月底前	已於110.12.30公告。
9	品質保證保留款實施方案 ※協定事項：持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的	110年11月底前	方案修訂重點已提報111年2月份委員會議；已於111.1.6公告。
需經本會同意或向本會報告			
10	提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護(111年新增項目)	110年12月底前	列於本次會議報告事項第一案(已提111年2月份委員會議報告)。

工作項目	應完成時限	辦理情形
※協定事項：於 110 年 12 月底前提出具體規劃內容(含適應症及結果面指標)，及醫療利用監控與管理措施，並提本會報告		
11 照護機構中醫醫療照護方案(111 年新增項目) ※協定事項：於 110 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用監控與管理措施，並提本會報告		列於本次會議報告事項第一案(已提 111 年 2 月份委員會議報告)。

三、醫院總額

工作項目	應完成時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會		
<p>1 醫療給付改善方案</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)持續辦理 9 項方案，通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容</p> <p>(2)新增「精神科病人出院後急性後期照護服務」，並納入「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」</p> <p>(3)儘速推動「糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施」</p>	<p>110 年 12 月底前</p>	<p>1.全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案(下稱思覺失調方案)：</p> <p>(1)健保署於 111.2.17 邀集相關學協會及心口司代表召開修訂思覺失調方案會議，將「精神科病人出院後急性後期照護服務」納入本方案。</p> <p>(2)依決議研擬草案內容，提 111.3.10「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論後修正通過，將依程序辦理報部核定及公告事宜。</p> <p>2.其餘 8 項方案延續 110 年計畫辦理。</p> <p>3.糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施：執行情形同西醫基層總額項次 5。</p>
<p>2 急診品質提升方案</p> <p>※決定事項：精進方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形</p>	<p>110 年 11 月底前</p>	<p>1.已於 110.8.19 召開第 1 次急診品質提升方案修訂討論會，決議略以：考量該方案已實施近 10 年，獎勵架構及指標已不完全符合現行醫療實務需求，各學協會同意由急診醫學會主責，依現行急診醫療之臨床需求及利用情形，與相關學協會重新檢視並研議獎勵架構及計算方式等。</p> <p>2.急診醫學會依上開決議函送建議草案，經健保署就草案內容與該會進行意見交換後修訂草案內容，於 111.3.1 召開第 2 次方案修訂討論會，並依決議研擬草案</p>

工作項目		應完成時限	辦理情形
			內容，提於 111.3.10「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論後修正通過，將依程序辦理報部核定及公告事宜。
3	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案		已於 111.2.7 公告。
4	全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫		已於 111.3.2「醫院總額研商議事會議」討論通過，將依程序辦理報部核定及公告事宜。
5	住院整合照護服務試辦計畫(111 年新增項目)	110 年 12 月底前	已於 111.3.2「醫院總額研商議事會議」討論，並依委員所提意見修正計畫草案，提至 111.3.10「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」，因時間因素未及討論，將召開臨時會議再行討論。
6	鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫(111 年新增項目) ※決定事項：預算如有不足，由品質保證保留款支應		健保署將俟台灣醫院協會提供相關建議後，研擬修訂「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫，再依程序提至「醫院總額研商議事會議」討論。
7	品質保證保留款實施方案 ※決定事項：持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準	110 年 11 月底前	已於 111.3.2「醫院總額研商議事會議」討論通過，將依程序辦理報部核定及公告事宜。
需經本會同意或向本會報告			
8	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) ※決定事項： (1)於額度內，妥為管理運用，並排定納入健保給付之優先順序 (2)於 110 年 12 月委員會議提	110 年 12 月委員會議	1.新增診療項目：111 年預計召開 10 次「醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」、4 次「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」，視提案單位檢送資料完整性及補件情形，依序提會討論。

工作項目	應完成時限	辦理情形
	出規劃之新增項目與作業時程	<p>2.新藥：</p> <p>(1)健保署為精進預算推估模式，自 111 年改以前瞻式評估預估預算(預算推估品項如附表 1)，依程序提「藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論通過後納入給付。</p> <p>(2)現行健保新藥預算預估模式係作為預算額度規劃使用，健保新藥之收載係依循最適「價格」取得與「民眾用藥品質」間的平衡，包含考量臨床療效、安全性、成本效益、健保財務衝擊等，據以評估新藥收載之要件。</p> <p>(3)為兼顧病人權益，若新藥治療範圍具醫療急迫性、醫療未滿足或療效突破之處，廠商可舉證其價值與重要性，爭取優先給付。</p> <p>3.新特材：</p> <p>(1)優先盤點健保未收載造成臨床缺口，及健保已收載特材未能與時俱進，導致自費使用量增加之品項，規劃納入健保給付，以維護民眾就醫權益。</p> <p>(2)111 年度已公告實施新功能特材，包含：周邊靜脈支架系統、具 CPR 回饋之拋棄式去顫電極-電極貼片、兒童脊椎固定系統-縱向延長式連結器、調高兒童規格「雙迴路透析導管組≤10Fr」之支付點數。</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
<p>9 藥品及特材給付規定改變</p> <p>※決定事項：</p> <p>(1)於額度內，妥為管理運用，並排定調整健保給付條件之優先順序</p> <p>(2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程</p>		<p>1.藥品：</p> <p>(1)健保署為精進預算推估模式，自 111 年改以運用前瞻式評估預估預算(預算推估品項如附表 2)，依程序提「藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論通過後，核予修訂之給付規定範圍生效。</p> <p>(2)現行健保新藥預算預估模式係作為預算額度規劃使用，健保對於給付規定範圍之訂定，係依循以最適當的「價格」取得與「民眾用藥品質」間的平衡，包含考量臨床療效、安全性、成本效益、健保財務衝擊等，據以評估新藥收載之要件。</p> <p>(3)為兼顧病人權益，若健保藥品給付規定範圍之改變，於臨床醫療所需具有急迫性、醫療未滿足或療效突破之處，廠商可舉證其價值與重要性以爭取優先生效。</p> <p>2.特材：</p> <p>(1)優先研議專科醫學會建議修訂特材給付規定適應症，及檢討已不符現行臨床使用之給付規定，以維護民眾就醫權益。</p> <p>(2)已公告自 111.3.1 起修訂「淺股動脈血管裝置」給付規定。另於 111 年 1 月「藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」同意修訂「青光眼防水引</p>

工作項目	應完成 時限	辦理情形
		流裝置(不含水庫體)」給付規定。

四、西醫基層總額

工作項目		應完成時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會			
1	家庭醫師整合性照護計畫	110 年 11 月底前	已於 111.1.27 公告。
2	代謝症候群防治計畫 (111 年新增項目)	110 年 12 月底前	辦理情形詳項次 11。
3	提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫(111 年新增項目)		已於 111.3.3「西醫基層總額研商議事會議」討論，惟未獲共識，俟醫師公會提送修正草案後再提會討論。
4	西醫醫療資源不足地區改善方案 ※決定事項：精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與計畫	110 年 11 月底前	方案修訂重點已提報 111 年 2 月份委員會議；已於 111.2.7 公告。
5	醫療給付改善方案 ※決定事項： (1)持續辦理 7 項方案，通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容 (2)儘速推動「糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施」		1.全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案：執行情形同醫院總額項次 1。 2.其餘 6 項方案延續 110 年計畫辦理。 3.糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施： 已於 111.2.15 公告新增「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」，包含新增糖尿病合併初期慢性腎臟病照護整合方案，並整併原糖尿病、初期慢性腎臟病方案。
6	偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫 ※決定事項：精進計畫內容，並加強推廣，鼓勵醫師參與計畫		計畫修訂重點已提報 111 年 2 月份委員會議；已於 111.1.28 公告。

工作項目	應完成時限	辦理情形
7 品質保證保留款實施方案 ※決定事項：持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的		方案修訂重點已提報 111 年 2 月份委員會議；已於 111.1.28 日公告。
需經本會同意或向本會報告		
8 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) ※決定事項： (1)於額度內，妥為管理運用，並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	110 年 12 月委員會議	1.新增診療項目：辦理情形同醫院總額項次 8。 2.新藥：執行情形同醫院總額項次 8。 3.新特材：截至 111 年 3 月，尚未收載西醫基層適用之特材。
9 藥品及特材給付規定改變 ※決定事項： (1)於額度內，妥為管理運用，並排定調整健保給付條件之優先順序 (2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程		1.藥品：辦理情形同醫院總額項次 9。 2.特材：已公告自 110.12.1 起放寬「糖尿病血糖試紙」適用對象，新增懷孕 28 週(含)以上妊娠糖尿病患者。
10 提升國人視力照護品質 ※決定事項：於 110 年 12 月底前提出具體規劃內容，並提本會報告	110 年 12 月底前	列於本次會議報告事項第一案(已提 111 年 2 月份委員會議報告)。
11 代謝症候群防治計畫(111 年新增項目) ※決定事項：擬訂具體實施方案(內容應包含結果面品質指標，並依執行績效支付費用，惟不得與家庭醫師整合	110 年 12 月底前	國民健康署已提 111.3.3「西醫基層總額研商議事會議」討論通過，並提 111.3.10「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論後修正通過，將依程序提報本會同意後執行。

工作項目	應完成 時限	辦理情形
性照護計畫及其他醫療給付改善方案重複領取個案管理費),於提報本會同意後執行		
12 強化基層照護能力及「開放表別」項目 ※決定事項： (1)於 110 年 12 月委員會議提出規劃調整之項目與作業時程 (2)通盤檢討開放表別項目適當性，含導入一般服務之時程規劃	110 年 12 月委員會議	已於 111.3.3「西醫基層總額研商議事會議」討論通過，並提 111.3.10「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」報告通過，將依程序辦理預告及報部核定事宜。

五、其他預算

工作項目	應完成時限	辦理情形
依相關程序辦理，並副知本會		
<p>1 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫</p> <p>※協定事項：定期檢討山地離島地區醫療利用情形，並精進執行方案</p>	<p>110 年 11 月底前</p>	<p>1.延續 110 年計畫辦理。</p> <p>2.為確保醫療服務適當性，每年均透過本署分區業務組、醫界、當地衛生局及民意代表共同組成之 IDS 計畫督導小組會議，評估及討論當地需求，加以調整診療科別及服務項目。</p>
<p>2 居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務</p> <p>※協定事項：</p> <p>(1)檢討居家醫療訪視費支付標準之合理性，並朝分級支付方向調整，以鼓勵急重症、緊急往返及困難疾病之照護</p> <p>(2)為強化精神社區復健照護體系，請整體檢討精神疾病社區復健相關支付標準之合理性，及精神復健機構於健保政策下之定位</p>		<p>1.居家醫療照護整合計畫：</p> <p>(1)於 111.1.22 公告，酌修計畫內容。</p> <p>(2)考量居家照護及安寧居家療護之收案個案緊急訪視需求、山地離島地區交通不便訪視不易，將增訂緊急訪視加成、調升山地離島地區醫師及護理訪視費用，並提 111.3.10「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論通過，將依程序辦理報部核定及公告事宜。</p> <p>2.精神疾病社區復健(住宿式機構)之支付點數修訂，將邀集相關公、學會討論及研擬，並依程序辦理後續事宜。</p> <p>3.轉銜長照 2.0 部分，延續 110 年辦理。</p>
<p>3 推動促進醫療體系整合計畫</p> <p>(1)醫院以病人為中心門診整合照護計畫</p> <p>(2)急性後期整合照護計畫</p> <p>(3)跨層級醫院合作計畫</p> <p>(4)遠距醫療會診</p>		<p>1.醫院以病人為中心門診整合照護計畫，已於 111.2.21 邀集專家學者、專科醫學會及醫院各層級召開會議討論，並提 111.3.10「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論，因時間因素</p>

工作項目	應完成時限	辦理情形
※協定事項： (1)檢討執行情形及辦理方式，以提升執行成效 (2)儘速研議遠距醫療會診執行及管理策略，並審慎規劃及執行急重症轉診網絡之遠距會診醫療服務		未及討論，將召開臨時會議再行討論。 2.急性後期整合照護計畫，延續110年計畫辦理。 3.跨層級醫院合作計畫，延續110年計畫辦理。 4.遠距醫療給付計畫，已提111.3.10「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論，惟未獲共識，將召開臨時會議再行討論。
4 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(併四部門總額之「網路頻寬補助費用」)	110年12月底前	於「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」，新增虛擬健保卡就醫、居家輕量藍牙APP就醫資料介接(寫入)院所端醫療資系統(HIS)及「健保卡資料上傳格式2.0」改版獎勵項目，已提111.3.10「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論，因時間因素未及討論，將召開臨時會議再行討論。
5 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	110年11月底前	已於110.11.19公告。
6 腎臟病照護及病人衛教計畫 (1)末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫 (2)初期慢性腎臟病醫療給付改善方案 (3)慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫 ※協定事項： (1)積極提升Early-CKD及Pre-ESRD之病人照護與衛教計畫之照護率	110年11月底前	1.末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫，延續110年計畫辦理，並持續輔導醫療院所針對尿毒症高危險族群進行衛教。 2.已於111.2.15公告新增「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」，包含新增糖尿病合併初期慢性腎臟病照護整合方案，並整併原糖尿病、初期慢性腎臟病方案。 3.慢性腎衰竭病人門診透析服務品

工作項目	應完成時限	辦理情形
(2)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測		質提升獎勵計畫，已於 111.1.27 公告。
7 提升用藥品質之藥事照護計畫		已於 110.10.21 公告。

附表 1、107-111 年收載新藥明細表

(一)107-109 年已收載之新藥品項

新藥年	藥品代碼	英文名稱	新藥類別	109 年 12 月支付價	備註
ND2018	KC01040296	BLINCYTO FOR INJECTION	1	60,942	
ND2018	KC01041248	PRAXBIND SOLUTION FOR INJECTION/INFUSION	1	31,500	
ND2018	AC58540100	TAIGEXYN CAPSULE 250MG (NEMONOXACIN)	2A	176	
ND2018	BC26655229	ONIVYDE TM (IRINOTECAN LIPOSOME INJECTION) 5MG/ML	2A	26,118	
ND2018	BC27269100	ICLUSIG 15MG FILM-COATED TABLETS	2A	1,704	
ND2018	BC27270100	ICLUSIG 45MG FILM-COATED TABLETS	2A	4,949	
ND2018	KC01063209	TALTZ INJECTION	2A	30,415	
ND2018	BC26839100	POMALYST 4mg capsules	2A	9,215	
ND2018	BC26840100	POMALYST 3mg capsules	2A	9,215	
ND2018	BC26841100	POMALYST 2mg capsules	2A	9,215	
ND2018	BC26842100	POMALYST 1mg capsules	2A	9,215	
ND2018	BC27134100	STROMEKTOL TABLETS 3 MG	2A	95	
ND2018	KC01015255	NUCALA POWDER FOR SOLUTION FOR INJECTION	2A	33,247	
ND2018	BC26770405	TAPCOM-S OPHTHALMIC SOLUTION	2A	18	
ND2018	BC26419209	FOLOTYN (PRALATREXATE INJECTION) SOLUTION FOR INTRAVENOUS INJECTION	2A	23,794	
ND2018	BC26950100	CANAGLU TABLETS 100MG	2B	29	
ND2018	BC27114100	Xigduo XR Extended-Release Tablets 5mg/500mg	2B	29	
ND2018	BC27115100	Xigduo XR Extended-Release Tablets 5mg/1000mg	2B	29	
ND2018	BC27116100	Xigduo XR Extended-Release Tablets 10mg/500mg	2B	29	
ND2018	BC27117100	Xigduo XR Extended-Release Tablets 10mg/1000mg	2B	29	
ND2018	BC27035100	JARDIANCE DUO 5/500MG FILM-COATED TABLETS	2B	16	
ND2018	BC27036100	JARDIANCE DUO 5/850MG FILM-COATED TABLETS	2B	16	
ND2018	BC27037100	JARDIANCE DUO 5/1000MG FILM-COATED TABLETS	2B	16	
ND2018	BC27038100	JARDIANCE DUO 12.5/500MG FILM-COATED TABLETS	2B	16	
ND2018	BC27039100	JARDIANCE DUO 12.5/850MG FILM-COATED TABLETS	2B	16	
ND2018	BC27040100	JARDIANCE DUO 12.5/1000MG FILM-COATED TABLETS	2B	16	
ND2018	BC27048263	LYXUMIA SOLUTION FOR INJECTION 10MCG/0.2ML	2B	1,213	
ND2018	BC27049263	LYXUMIA SOLUTION FOR INJECTION 20MCG/0.2ML	2B	1,213	
ND2018	BC27361100	EFIENT F.C.TABLETS 3.75 MG	2B	38	
ND2018	BC27362100	EFIENT F.C.TABLETS 5 MG	2B	45	
ND2018	BC26933100	LENVIMA CAPSULES 4 MG	2B	1,214	
ND2018	BC26934100	LENVIMA CAPSULES 10 MG	2B	1,214	

新藥年	藥品代碼	英文名稱	新藥類別	109年12月支付價	備註
ND2018	KC01065221	Herceptin solution for injection	2B	38,196	
ND2018	BC27281100	LONSURF FILM-COATED TABLETS 15 MG	2B	672	
ND2018	BC27282100	LONSURF FILM-COATED TABLETS 20 MG	2B	902	
ND2018	BC27288100	OLUMIANT FILM-COATED TABLETS 2MG	2B	972	
ND2018	BC27289100	OLUMIANT FILM-COATED TABLETS 4MG	2B	972	
ND2018	BC27000100	XELJANZ XR EXTENDED RELEASE TABLETS 11 MG	2B	828	
ND2018	AC36768209	TONMEX INJECTION 20MG/ML (PIROXICAM) "PANBIOTIC"	2B	18	
ND2018	AC36768212	TONMEX INJECTION 20MG/ML (PIROXICAM) "PANBIOTIC"	2B	18	
ND2018	BC26283238	VIMPAT 10MG/ML SOLUTION FOR INFUSION	2B	1,130	
ND2018	BC27219100	TROKENDI XR EXTENDED-RELEASE CAPSULES 25MG	2B	0	自 2020/3/1 調整為 0
ND2018	BC27220100	TROKENDI XR EXTENDED-RELEASE CAPSULES 50MG	2B	0	自 2020/3/1 調整為 0
ND2018	BC27221100	TROKENDI XR EXTENDED-RELEASE CAPSULES 100MG	2B	0	自 2020/3/1 調整為 0
ND2018	BC27222100	TROKENDI XR EXTENDED-RELEASE CAPSULES 200MG	2B	0	自 2020/3/1 調整為 0
ND2018	BC26985266	ABILIFY MAINTENA (ARIPIRAZOLE) FOR EXTENDED-RELEASE INJECTABLE SUSPENSION, 300MG/PRE-FILLED DUAL CHAMBER SYRINGE	2B	8,212	
ND2018	BC26987271	ABILIFY MAINTENA (ARIPIRAZOLE) FOR EXTENDED-RELEASE INJECTABLE SUSPENSION, 400MG/PRE-FILLED DUAL CHAMBER SYRINGE	2B	8,212	
ND2018	BC26995100	BRINTELLIX FILM-COATED TABLETS 5MG	2B	17	
ND2018	BC26996100	BRINTELLIX FILM-COATED TABLETS 10MG	2B	33	
ND2018	BC26997100	BRINTELLIX FILM-COATED TABLETS 15MG	2B	33	
ND2018	BC26998100	BRINTELLIX FILM-COATED TABLETS 20MG	2B	33	
ND2019	BC27102100	IBRANCE CAPSULES 75 MG	1	3,215	
ND2019	BC27103100	IBRANCE CAPSULES 100 MG	1	3,215	
ND2019	BC27104100	IBRANCE CAPSULES 125 MG	1	3,215	
ND2019	BC27320100	KISQALI? 200mg Film-Coated Tablets	1	1,129	
ND2019	BC27357100	Venclexta Film-Coated Tablets 10mg	1	186	
ND2019	BC27358100	Venclexta Film-Coated Tablets 50mg	1	931	
ND2019	BC27359100	Venclexta Film-Coated Tablets 100mg	1	1,676	
ND2019	KC01081209	BESPONSIA 1 MG POWDER FOR CONCENTRATE FOR SOLUTION FOR INFUSION	1	380,000	
ND2019	KC01082212	DUPIXENT SOLUTION FOR INJECTION 300MG	1	19,738	
ND2019	AC60217196	FLUZOLE POWDER FOR ORAL SUSPENSION 40MG/ML "CENTER"	2A	847	

新藥年	藥品代碼	英文名稱	新藥類別	109年12月支付價	備註
ND2019	BR00091223	Xofigo solution for injection	2A	143,771	
ND2019	BC26484255	ABRAXANE FOR INJECTABLE SUSPENSION	2A	7,854	
ND2019	BC26611280	ZINFORO 600 MG POWDER FOR CONCENTRATE FOR SOLUTION FOR INFUSION	2A	1,485	
ND2019	BC26618251	SIGNIFOR LAR 60MG POWDER AND SOLVENT FOR SUSPENSION FOR INJECTION	2A	59,878	
ND2019	BC26619238	SIGNIFOR LAR 20MG POWDER AND SOLVENT FOR SUSPENSION FOR INJECTION	2A	33,265	
ND2019	BC26620245	SIGNIFOR LAR 40MG POWDER AND SOLVENT FOR SUSPENSION FOR INJECTION	2A	59,878	
ND2019	BC27006100	CORTIMENT MMX 9MG PROLONGED RELEASE TABLETS	2A	98	
ND2019	BC27233100	AKYNZEO CAPSULES	2A	1,902	
ND2019	BC27341100	JINARC TABLETS 15MG	2A	410	
ND2019	BC27342100	Jinarc Tablets 30mg	2A	410	
ND2019	BC27343100	Jinarc Tablets 45mg	2A	410	
ND2019	BC27344100	Jinarc Tablets 60mg	2A	410	
ND2019	BC27345100	Jinarc Tablets 90mg	2A	410	
ND2019	BC27395443	TRELEGY ELLIPTA 92/55/22 MCG INHALATION POWDER	2A	1,770	
ND2019	BC27511100	CABOMETYX FILM-COATED TABLET 20MG	2A	5,494	
ND2019	BC27512100	CABOMETYX FILM-COATED TABLET 40MG	2A	5,494	
ND2019	BC27513100	CABOMETYX FILM-COATED TABLET 60MG	2A	5,494	
ND2019	KC00942233	Perjeta Vial 420mg	2A	62,883	
ND2019	KC01013229	OPDIVO (nivolumab) Injection 10mg/mL	2A	44,150	
ND2019	KC01025219	KEYTRUDA INJECTION	2A	71,523	
ND2019	KC01050238	Tecentriq	2A	132,450	
ND2019	KC01054266	TRESIBA FLEXTOUCH	2A	492	
ND2019	KC01077209	TREMFYA SOLUTION FOR INJECTION	2A	71,062	
ND2019	BC26747277	KLARICID IV 500MG	2B	364	
ND2019	BC26869100	RYTMONORM SR 225MG CAPSULES	2B	9	
ND2019	BC26870100	RYTMONORM SR 325MG CAPSULES	2B	12	
ND2019	BC26871100	RYTMONORM SR 425MG CAPSULES	2B	16	
ND2019	BC27073100	Glyxambi Film-Coated Tablets 25/5 mg	2B	35	
ND2019	BC27074100	Glyxambi Film-Coated Tablets 10/5 mg	2B	35	
ND2019	BC27086100	VEMLIDY FILM-COATED TABLETS	2B	130	
ND2019	BC27309100	Jadenu film-coated tablets 360 mg	2B	580	
ND2019	BC27458100	STEGLATRO 5MG F.C. TABLETS	2B	29	
ND2019	BC27467100	QTERN 5MG/10MG FILM-COATED TABLETS	2B	35	

新藥年	藥品代碼	英文名稱	新藥類別	109年12月支付價	備註
ND2019	JC00139240	TUNEX 25MG POWDER AND SOLVENT FOR SOLUTION FOR INJECTION	2B	2,927	
ND2019	KC01048221	Hizentra	2B	1,800	
ND2019	KC01048229	Hizentra	2B	3,600	
ND2019	KC01048238	Hizentra	2B	7,200	
ND2019	KC01048248	Hizentra	2B	18,000	
ND2019	KC010762DA	LUMICEF Subcutaneous Injection 210mg Syringe	2B	16,785	
ND2019	KC01080216	Soliqua solution for injection 100 units+50µg	2B	1,206	
ND2019	NC09649417	BACITRACIN OPHTHALMIC OINTMENT "GCPC"	2B	12	
ND2020	BC27445100	LYNPARZA FILM-COATED TABLETS 100MG	1	1,500	
ND2020	BC27446100	LYNPARZA FILM-COATED TABLETS 150MG	1	1,600	
ND2020	BC27745251	ALIQOPA	1	56,700	
ND2020	BC27555100	PREVYMIS F.C. TABLETS 240MG	1	6,319	
ND2020	BC27559230	PREVYMIS CONCENTRATE FOR SOLUTION FOR INFUSION 20MG/ML	1	7,424	
ND2020	BC27705214	ZAVICEFTA 2 G/0.5 G POWDER FOR CONCENTRATE FOR SOLUTION FOR INFUSION	1	3,392	
ND2020	KC01056221	DARZALEX CONCENTRATE FOR SOLUTION FOR INFUSION 20MG/ML	1	11,930	
ND2020	KC01056238	DARZALEX CONCENTRATE FOR SOLUTION FOR INFUSION 20MG/ML	1	47,723	
ND2020	BC27426100	RYDAPT 25MG SOFT CAPSULE	1	3,829	
ND2020	BC27769100	VIZIMPRO FILM-COATED TABLETS 15MG	2A	1,128	
ND2020	BC27770100	VIZIMPRO FILM-COATED TABLETS 30MG	2A	1,128	
ND2020	BC27771100	VIZIMPRO FILM-COATED TABLETS 45MG	2A	1,128	
ND2020	BC26645100	CAPRELSA FILM-COATED TABLETS 100MG	2A	1,769	
ND2020	BC26646100	CAPRELSA FILM-COATED TABLETS 300MG	2A	4,793	
ND2020	AC60152100	METHYDUR SUSTAINED RELEASE CAPSULES 33MG	2A	69	
ND2020	AC60153100	METHYDUR SUSTAINED RELEASE CAPSULES 44MG	2A	71	
ND2020	AC60165100	METHYDUR SUSTAINED RELEASE CAPSULES 22MG	2A	57	
ND2020	BC26968100	TAGRISSE FILM-COATED TABLETS 80 MG	2A	5,649	
ND2020	BC26969100	TAGRISSE FILM-COATED TABLETS 40 MG	2A	5,649	
ND2020	BC27691100	LORVIQUA FILM-COATED TABLETS 25MG	2A	1,600	
ND2020	BC27692100	LORVIQUA FILM-COATED TABLETS 100MG	2A	5,935	
ND2020	BC27730100	ALUNBRIG FILM-COATED TABLETS 30MG	2A	934	
ND2020	BC27731100	ALUNBRIG FILM-COATED TABLETS 90MG	2A	2,803	
ND2020	BC27732100	ALUNBRIG FILM-COATED TABLETS 180MG	2A	5,046	
ND2020	KC00973245	GAZYVA SOLUTION FOR INFUSION	2A	105,170	
ND2020	KC01033209	REPATHA SOLUTION FOR INJECTION	2A	4,588	

新藥年	藥品代碼	英文名稱	新藥類別	109年12月支付價	備註
ND2020	KC01084241	STELARA CONCENTRATE FOR SOLUTION FOR INFUSION (130 MG/26ML)	2A	48,422	
ND2020	KC01085229	BAVENCIO 20MG/ML CONCENTRATE FOR SOLUTION FOR INFUSION	2A	31,183	
ND2020	KC01037209	PRALUENT SOLUTION FOR INJECTION 75MG	2A	4,588	
ND2020	KC01038209	PRALUENT SOLUTION FOR INJECTION 150MG	2A	4,588	
ND2020	BC27490243	KYPROLIS FOR INJECTION 30MG	2A	14,307	
ND2020	BC27327100	NINLARO CAPSULES 3 MG	2A	34,539	
ND2020	BC27328100	NINLARO CAPSULES 4 MG	2A	45,048	
ND2020	KC01101209	FASENRA SOLUTION FOR INJECTION 30MG	2A	65,215	
ND2020	KC01053216	RYZODEG FLEXTOUCH	2B	492	
ND2020	KC011092BK	SKYRIZI 75MG /0.83ML PRE-FILLED SYRINGE	2B	52,023	
ND2020	BC27463100	STEGLUJAN 5/100 MG F.C. TABLETS	2B	35	
ND2020	KC01107210	OZEMPIC SOLUTION FOR INJECTION	2B	3,585	
ND2020	KC01107216	OZEMPIC SOLUTION FOR INJECTION	2B	3,585	
ND2020	BC27365100	REXULTI (BREXPIRAZOLE) TABLETS 1MG	2B	42	
ND2020	BC27366100	REXULTI (BREXPIRAZOLE) TABLETS 2MG	2B	75	
ND2020	BC27367100	REXULTI (BREXPIRAZOLE) TABLETS 3MG	2B	75	
ND2020	BC27368100	REXULTI (BREXPIRAZOLE) TABLETS 4MG	2B	75	
ND2020	AC59884157	QTING ORAL SUSPENSION "CENTER"	2B	565	
ND2020	BC27672457	TRIMBOW	2B	1,770	

(二)預計於 110-111 年收載新藥品項

預期收載年	藥品名稱	成分名
ND2021	友待凍晶注射劑 1mgYondelis• powderforconcentrateforsolutionforinfusion1 mg	Trabectedin
ND2021	泰時維•膜衣錠 100 毫克、200 毫克、300 毫克 AYVAKIT• film-coatedtablets100mg,200mg,300mg	Avapritinib
ND2021	維萬心軟膠囊 61 毫克,Vyndamaxsoftcapsules61mg	Tafamidis
ND2021	奔麗生凍晶注射劑/Benlystapowderforsolutionforinfusion	Belimumab
ND2021	適加坦膜衣錠 Xospatafilm-coatedtablet	Gilteritinib
ND2021	櫻普立皮下注射劑 120 毫克 (ENSPRYNG120mgforSCInjection)	Satralizumab
ND2021	保癌寧(Polivy)	Polatuzumab vedotin
ND2021	百斯瑞明•Besremi	Ropeginterferon alfa-2b
ND2021	維泰凱 Vitrakvi	Larotrectinib
ND2022	Kymriah	Tisagenlecleucel
ND2022	Lutathera	Lutetium Lu177 dotatate
ND2022	Piqray	Alpelisib
ND2022	TABRECTA	capmatinib
ND2022	Kymriah	Tisagenlecleucel
ND2022	利腸服(Revestive)	Teduglutide
ND2022	Yervoy	ipilimumab
ND2022	EVRENZO	ROXADUSTAT
ND2022	寬利安濃縮輸注液 /Qarziba4.5mg/mLconcentrateforsolutionforinfusion	Dinutuximab beta=anti-GD2antibody ch14.18/CHO
ND2022	Velexbru	Tirabrutinib
ND2022	速開朗鼻噴劑/Spravato	Esketamine
ND2022	FASLODEX	Fulvestrant
-	盼樂膜衣錠/Balversa	Erdafitinib
ND2012	保疾伏 OPDIVO(nivolumab)Injection10mg/mL	Nivolumab
ND2012	保疾伏 OPDIVO(nivolumab)Injection10mg/mL	Nivolumab
ND2012	保疾伏 OPDIVO(nivolumab)Injection10mg/mL	Nivolumab
ND2021	舒肺樂注射劑 100 毫克/毫升	mepolizumab
ND2021	Priftin/肺挺	Rifapentine
ND2021	Tafinlar+Mekinist	dabrafenib+trametinib
ND2021	安列康膜衣錠/Erleada	apalutamide
ND2021	安列康膜衣錠/Erleada	apalutamide
ND2021	益穩挺注射液 EVENITYSolutionforInjection	Romosozumab
ND2021	欣銳擇注射劑 CYRAMZAINjection	ramucirumab
ND2021	TarligeF.C.Tablets(德力靜膜衣錠)	Mirogabalin
ND2021	兆科皮下注射劑 1800 毫克 /Darzalex1800mgsolutionforsubcutaneousinjection	daratumumab
ND2021	達勝癌膠囊 0.25 毫克,1 毫克	Talazoparib tosylate0.25mg,1mg
ND2021	Kisqali	Ribociclib
ND2021	保疾伏 OPDIVO(nivolumab)Injection10mg/mL	Nivolumab

預期收載年	藥品名稱	成分名
ND2021	保疾伏 OPDIVO(nivolumab)Injection10mg/mL	Nivolumab
ND2021	Cabometyx 癌必定膜衣錠	Cabozantinib
ND2021	Cabometyx 癌必定膜衣錠	CABOZANTINIB
ND2021	捷復寧注射劑 600 毫克 /ZINFORO600MGPOWDERFORCONCENTRATEFOR SOLUTIONFORINFUSION	Ceftaroline fosamil600mg
ND2021	服瘤停注射劑 /FOLOTYN(pralatrexateinjection)Solutionforintravenousinjection	Pralatrexate
ND2021	舒肺樂凍晶注射劑 /NUCALAPOWDERFOR SOLUTIONFORINJECTION	mepolizumab
ND2021	舒肺樂凍晶注射劑 /NUCALAPOWDERFOR SOLUTIONFORINJECTION	mepolizumab
ND2021	杜避炎注射劑/DUPIXENTSOLUTIONFORINJECTION	Dupilumab
ND2021	Soliquasolutionforinjection 爽胰達注射劑	Insulin glargine andlixisenatide
ND2022	Enerzair	Indacaterol/Glycopyrronium/ Mometasonefuroate
ND2022	倍優視注射劑 120 毫克/毫升 (Beovu120mg/mLsolutionforinjection)	Brolucizumab
ND2022	Pemazyre	Pemigatinib
ND2022	CALQUENCE	Acalabrutinib
ND2022	CALQUENCE	Acalabrutinib
ND2022	Verquvo	vericiguat
ND2022	(尚未有商品名)	finerenone
ND2022	InvegaHafyera	Paliperidone palmitate
ND2022	剋癌達 Kepida	西達本胺 Chidamide(Tucidinostat)
ND2022	滴舒適點眼液 DiquasOphthalmicsolution	Diquafosol sodium
ND2022	愛倍力點眼液 0.002%EYBELISophthalmicsolution0.002%	Omidenepag isopropyl
ND2022		Levofloxacin,Dexamethasone VILANTEROL22MCG/DOS E+UMECLIDINIUM55MCG /DOSE+FLUTICASONEFU ROATE184MCG/DOSE
ND2022	肺樂喜易利達 184/55/22mcg 乾粉吸入劑	
ND2022	愛可穩/Equfina	Safinamide
ND2022	達衛眠/Dayvigo	Lemborexant
ND2022	Sandozfulvestrant	fulvestrant
ND2022	截永樂(Zejula)	Niraparib
ND2022	安制巴凍晶注射劑 750U/mL(Oncaspar750U/mLpowderforsolutionforinjection /infusion	Pegaspargase
ND2022	諾博戈膜衣錠 300 毫克/NubeqaF.C.Tablets300mg	Darolutamide
ND2022	立美西膚 Lumicef 皮下注射劑 210 毫克	brodalumab

預期收載年	藥品名稱	成分名
ND2022	癌能畢(Alunbrig)	Brigatinib(廠商誤植 Brentuximab)
ND2022	福星錠(Vocinti)	Vonoprazan
ND2022	肺昇朗	Benralizumab
ND2022	維泰凱 Vitrakvi	Larotrectinib
ND2022	安列庫帕 Aliqopa	Copanlisib
ND2022	Gazyva 癌即瓦注射劑	Obinutuzumab
ND2022	Perjeta 賀疾妥注射液	Pertuzumab
ND2022	羅思克膠囊 Rozlytrek	Entrectinib
ND2022	癌自禦 TECENTRIQ	Atezolizumab
ND2022	百穩益注射劑 20 毫克/毫升 (Bavencio20mg/mLconcentrationforsolutionforinfusion)	Avelumab
ND2022	百穩益注射劑 20 毫克/毫升 (Bavencio20mg/mLconcentrationforsolutionforinfusion)	Avelumab
ND2022	LUMICEF•SubcutaneousInjection210mgSyringe 立美西 膚皮下注射劑 210 毫克	brodalumab
ND2022	保疾伏 OPDIVO(nivolumab)Injection10mg/mL	Nivolumab
ND2022	兆科/DarzalexConcentrateforSolutionforInfusion20mg/mL	Daratumumab
ND2022	兆科/DarzalexConcentrateforSolutionforInfusion20mg/mL	Daratumumab
ND2022	Tremfya 特諾雅注射液	guselkumab
ND2022	Tremfya 特諾雅注射液	guselkumab
ND2022	Tremfya 特諾雅注射液	Guselkumab
ND2022	愛乳適膠囊 75,100,125 毫克 (BC27102100,BC27102100,BC27104100)	IBRANCE CPSULES75,100,125MG
ND2022	愛乳適膠囊 75,100,125 毫克 (BC27102100,BC27102100,BC27104100)	IBRANCE CAPSULES75,100,125MG
ND2022	凱博斯凍晶注射劑 Kyprolisforinjection	carfilzomib
ND2022	BLINCYTOFORINJECTION 百利妥注射劑	blinatumomab
ND2022	達癩治注射劑 80 毫克/毫升 Taltzinjection80mg/mL	Ixekizumab
ND2022	達癩治注射劑 80 毫克/毫升 Taltzinjection80mg/mL	Ixekizumab
ND2022	愛滅炎膜衣錠 OLUMIANTFILM-COATEDTABLETS	BARICITINIB
ND2022	銳虎 Rinvoq	Upadacitinib
ND2022	銳虎 Rinvoq	Upadacitinib
ND2022	銳虎 Rinvoq	Upadacitinib
ND2022	Venclexta 唯可來	venetoclax
ND2022	肺樂喜易利達 92/55/22mcg 乾粉吸入劑	VILANTEROL22MCG/DOS E+UMECLIDINIUM55MCG /DOSE+FLUTICASONEFU ROATE92MCG/DOSE
ND2022	樂衛瑪膠囊 10 毫克	Lenvatinib mesilate
ND2022	PRALUENTSOLUTIONFORINJECTION75MG/保脂通 注射劑 75 毫克	ALIROCUMAB
ND2022	杜避炎注射劑/DUPIXENTSOLUTIONFORINJECTION	Dupilumab
ND2022	杜避炎注射劑/DUPIXENTSOLUTIONFORINJECTION	Dupilumab
ND2022	杜避炎注射劑/DUPIXENTSOLUTIONFORINJECTION	Dupilumab
-	驅黴霸 CRESEMBA	Isavuconazonium sulfate

附表 2、預計 111 年藥品給付規定修訂情形

收載年	藥品名稱	成分名	預期建議健保給付範圍
2022	喜瑞樂凍晶注射劑 150 毫克/Xolair 150 mg powder and solvent for solution for injection	Omalizumab	擴增給付用於治療對於 H1 抗組織胺製劑治療反應不佳之慢性自發性蕁麻疹附加治療(CSU)成人及青少年(12 歲以上)患者作為附加治療。
2022	喜瑞樂凍晶注射劑 150 毫克/Xolair 150 mg powder and solvent for solution for injection	Omalizumab	擴增給付用於成人對鼻腔內皮質類固醇製劑治療反應不佳且經手術移除鼻息肉後再度復發之慢性鼻竇炎且有鼻息肉(CRSwNP)治療。
2022	可善挺注射液劑 150 毫克/毫升(Cosentyx 150mg/ml Solution for injection)	Secukinumab	擴增給付乾癬性關節炎(PsA)，根據臨床效果，劑量可增加為 300mg。對於以腫瘤壞死因子阻斷劑治療反應不佳的病人，每次劑量為 300mg
2022	可善挺注射液劑 150 毫克/毫升(Cosentyx 150mg/ml Solution for injection)	Secukinumab	擴增給付僵直性脊椎炎(AS)，根據臨床效果，劑量可增加為 300mg。
2022	Jakavi	RUXOLITINIB	適用於治療 IWG 中度風險 1 之骨髓纖維化
2022	健安心膜衣錠 50/100/200 毫克 (ENTRESTO 50/100/200 mg film-coated tablets)	Sacubitril/Valsartan	慢性心衰竭 NYHA Fc 2-3 及 LVEF40% 與急性住院恢復至穩定期後之慢性控制
2022	雅詩力 (Adcetris)	Brentuximab	第 IV 期何杰金氏淋巴瘤病人的前線治療
2022	雅詩力 (Adcetris)	Brentuximab	分化不良大細胞淋巴瘤病人的前線治療
2022	雅詩力 (Adcetris)	Brentuximab	皮膚 T 細胞淋巴瘤病人經全身性治療後復發治療
2022	愛斯萬膠囊 20 毫克 TS-1 CAPSULES 20MG	TEGAFUR,GIMERACIL,OTERACILP OTASSIUM	TS-1 與 gemcitabine 併用於無法手術切除局部晚期及轉移性膽道癌治療
2022	Revlimid 瑞復美膠囊 10 毫克, 瑞復美膠囊 15 毫克, 瑞復美膠囊 25 毫克	LENALIDOMIDE	1. 先前尚未接受過任何治療且不適用造血幹細胞移植的多發性骨髓瘤患者可使用 lenalidomide 併用 dexamethasone 作為第一線治療。2. 與 dexamethasone 合併使用於先前已接受至少一種治療失敗之多發性骨髓瘤患者。3. 每人療程給付至疾病惡化為止
2022	恩排糖膜衣錠 10 毫克 (Jardiance 10 mg film-coated tablets)	Empagliflozin	心室射出分率降低的心衰竭 (HFrEF, heart failure with reduced ejection fraction) (暫擬, 若有進一步建議給付規範變更, 將至登錄平台修改)
2022	抑肺纖軟膠囊 150 毫克 (Ofev 150 mg soft capsules)、抑肺纖軟膠囊 100 毫克(Ofev 100 mg soft capsules)	Nintedanib	慢性漸進性纖維化間質性肺病 (PF-ILD, chronic fibrosing interstitial lung diseases with a progressive phenotype), 且用力肺活量 (FVC) 45%之病人。停止治療條件: 肺功能出現惡化(經確認病人的用力

收 載 年	藥品名稱	成分名	預期建議健保給付範圍
			肺活量預測值降低 10% 或以上情況發生時)，得以續用並觀察 12 週，如再測之用力肺活量預測值未改善應停止使用。(暫擬，若有進一步建議給付規範變更，將至登錄平台修改)
2022	福適佳膜衣錠 10 毫克; FORXIGA FILM-COATED TABLETS 10MG	DAPAGLIFLOZIN	心衰竭(NYHA 分類第二至四級)且心室射出分率降低(<=40%)
2022	KC009612B5/ KC01065221 Herceptin 賀 癌平 凍晶注射劑/ Herceptin 賀癌平 皮下注 射劑	Trastuzumab	外科手術前後、化學療法(術前輔助治療或輔助治療)治療後，具 HER2 過度表現(IHC3+跟 FISH+)，其腫瘤大於 1 公分，且未發生腋下淋巴結轉移之早期乳癌患者，作為輔助性治療用藥。
2022	癌 思 停 注 射 劑 AVASTIN INJECTION	BEVACIZUMAB	轉移性大腸直腸癌(mCRC): (1) Avastin 與 FOLFIRI (Folinicacid/5-fluorouracil/irinotecan) 或 FOLFOX (Folinicacid/5-fluorouracil/oxaliplatin) 或 5-fluorouracil/leucovorin 化學療法合併使用，作為轉移性大腸或直腸癌病人的第一線治療，可持續治療至疾病惡化為止。(2) Avastin 與 FOLFIRI (Folinicacid/5-fluorouracil/irinotecan) 或 FOLFOX (Folinicacid/5-fluorouracil/oxaliplatin) 或 5-fluorouracil/leucovorin 的化學療法合併使用，做為第一線已接受過以 Avastin 併用化療後惡化之轉移性大腸或直腸癌病人的第二線治療，可持續治療至疾病惡化為止。
2022	癌 思 停 注 射 劑 AVASTIN INJECTION	BEVACIZUMAB	晚期、轉移性或 發性非鱗狀非小細胞肺癌 (NSCLC): (1) Avastin 併用 erlotinib，做為無法手術切除的轉移性(第 IV 期)且帶有表皮生長因子受體 (EGFR) exon 21 L858R 活化性突變之腦轉移非鱗狀非小細胞肺癌病患的第一線治療。
2022	癌 思 停 注 射 劑 AVASTIN INJECTION	BEVACIZUMAB	卵巢上皮細胞、輸卵管或原發性腹膜癌 (EOC, FTC, PPC): (1) Avastin 與 carboplatin 及 paclitaxel 合併使用，接著單獨使用 Avastin， 做為第四期卵巢上皮細胞、輸卵管或原發性腹膜癌病人接受初次手術切除後之治療。
2022	爾必得舒注射液 5 毫克/ 毫升 (Erbix 5mg/mL solution for infusion)	Cetuximabchimerica ntibody	建議放寬 Erbitux 使用於復發及/或轉移性頭頸癌之給付療程至 30 週
2022	爾必得舒注射液 5 毫克/ 毫升 (Erbix 6mg/mL	Cetuximabchimerica ntibody	Erbitux 使用於復發及/或轉移性頭頸癌治療失敗後可使用免疫檢查點 PD-1、PD-L1

收 載 年	藥品名稱	成分名	預期建議健保給付範圍
	solution for infusion)		抑制劑 (假設 Erbitux 為 1L 使用)
2022	爾必得舒注射液 5 毫克/ 毫升 (Erbitux 6mg/mL solution for infusion)	Cetuximabchimerica ntibody	建議放寬 Erbitux 使用於第一線轉移性直 腸結腸癌之給付療程至 52 週
2022	爾必得舒注射液 5 毫克/ 毫升 (Erbitux 7mg/mL solution for infusion)	Cetuximabchimerica ntibody	建議第一線使用 Erbitux 治療有療效，疾 病惡化且第二線治療失敗，可再次使用 Erbitux 治療轉移性直腸結腸癌
2022	諾德欣 諾易筆 10 公絲 /1.5 公撮(NORDITROPIN NORDIFLEX 10MG/1.5ML)	SOMATROPIN(BI OSYNTHETICHU MANGROWTHHO RMONE)	因努南氏症群(Noonan Syndrome)所造成 的生長遲緩
2022	恩沛板 注射用凍晶粉末 (Romiplate 250ug injection)	ROMIPLOSTIM	用於免疫抑制療法(IST)反應不佳的嚴重 再生不良性貧血
2022	恩沛板 注射用凍晶粉末 (Romiplate 250ug injection)	ROMIPLOSTIM	1.未曾接受脾臟切除患者，事前申請原限 用 8 週，擴為 12 週。2.(新增)未曾接受脾 臟切除患者，長期血小板 < 20,000/ μ L(三個月內至少兩次)，且有紫斑及出 血紀錄者。 3. 曾接受脾臟切除患者，擴 為治療 12 週後，若血小板無明顯上升 或 出血未改善，則不得再繼續使用。
2022	Stelara 喜達諾注射液	ustekinumab	用於一線中至重度潰瘍性結腸炎治療，(1) 初次申請：ustekinumab 以 8 週(使用靜脈 注射 1 劑為限)為限；(2)繼續使用者： ustekinumab 需每 24 週(使用 2 劑)評估一 次。原則上，第 0 週給予靜脈輸注作為緩 解之誘導 (體重 55kg 使用 260mg;大於 55kg 至 85kg 使用 390mg;>85kg 者使用 520mg)；之後每隔 12 週給予皮下注射維 持劑量 90mg，可持續治療至第 44 週(總 共使用 5 劑，療效持續至 56 週)，作為緩 解之維持。ustekinumab 治療 44 週(使用 5 劑)後，必須至少再間隔超過 3 個月後，若 病情復發，依初次使用標準(其中經 5- aminosalicylic acid 藥物、類固醇、及/或免 疫抑制劑充分治療，連續超過 3 個月)再 次提出申請。
2022	Imbruvica 億珂膠囊	ibrutinib	擴增被套細胞淋巴瘤病人之健保給付療 程 13 個療程至 22 個療程
2022	肺博舒 5 毫克膜衣錠 /VOLIBRIS FILM- COATED TABLETS 5MG	AMBRISENTAN	Ambrisentan 適用於治療與結締組織疾病 相關的肺動脈高血壓(PAH)，藉以改善運 動能力及延緩臨床惡化。
2022	MULTAQ 400MG FILM- COATED TABLETS / 脈 泰克膜衣錠 400 毫克	DRONEDARONE HYDROCHLORID E	1. MULTAQ 適用於最近 6 個月內有陣發 性或持續性心房纖維顫動 (AF) 或心房 撲動 (AFL)，且目前處於竇性節律 (sinus

收 載 年	藥品名稱	成分名	預期建議健保給付範圍
			rhythm) 狀態的患者，以降低病患發生心房顫動而住院的風險：(1) 年齡 \geq 70 歲以上，曾有過心房纖維顫動 (AF) 或心房撲動(AFL)之病患；(2) 年齡 $<$ 70 歲，且帶有下列心血管相關危險因子之一的患者（例如：高血壓、糖尿病、曾發生過腦血管意外、左心房直徑 \geq 50mm 或左心室射出率【LVEF】 $<$ 40%）。2.不得使用於有心衰竭住院診斷史病人或紐約心臟學會 (NYHA)分類為第 IV 類的心衰竭患者。
2021	安可坦軟膠囊 Xtandi Soft Capsules	Enzalutamide	轉移性的去勢敏感性前列腺癌(mCSPC)，且與雄性素去除療法併用。
2021	采視明 Eylea	aflibercept	DME relaxation
2021	采視明 Eylea	aflibercept	RVO relaxation
2021	捷抑炎膜衣錠 5mg 及 11mg Xeljanz (BC26219100 及 BC27000100)	tofacitinib	擴增健保給付於對類固醇, asathioprine, 6-MP 或 TNF 抑制療法失敗或無法耐受之中重度活動性「潰瘍性結腸炎」成人病人
2021	好佑定凍晶注射劑 ANDASON LYOPHILIZED POWDER FOR INJECTION	AZACITIDINE	65 歲以上、不適合接受 HSCT 或密集化學治療、且骨髓芽細胞比例 $>$ 30%的 AML 成人患者
2021	泰福羅坦眼藥水 TAFLOTAN OPHTHALMIC SOLUTION	TAFLUPROST	開放性青光眼及高眼壓症使用前列腺素類似物成為一線用藥

健保署回復之 111 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」研訂結果，及本會研析意見

一、醫院總額

項目	新增項目 (成長率，預估增加金額)	台灣醫院協會建議 (3月4日及3月11日提供)	健保署 說明	本會研析意見
一般服務	項次 1： 提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診結構改變 (0.411%，2,000百萬元)	1.執行目標：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%。 2.預期效益之評估指標：續採醫院部門區域級(含)以上，住院滿意度調查，平均滿意度達成 82%。	尊重台灣醫院協會建議。	1.執行目標：同衛福部決定事項，本會無意見。 2.預期效益之評估指標：本項評估指標同 110 年，尊重醫院協會建議。
	項次 2： 持續推動分級醫療，壯大社區醫院 (0.205%，1,000百萬元)	1.執行目標：地區醫院假日或夜間門診案件(不含藥費)採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成 30%。 2.預期效益之評估指標：醫院部門地區醫院住診滿意度調查，平均滿意度達 82%。	尊重台灣醫院協會建議。	1.執行目標：同衛福部決定事項，本會無意見。 2.預期效益之評估指標： (1)依健保署試算資料，地區醫院住院首日護理費支付點數加成 30%，約增加支出 1.57 億點。考量本項經費主要係支應地區醫院假日或夜間門診案件(不含藥費)採固

項目	新增項目 (成長率, 預估增加金額)	台灣醫院協會建議 (3月4日及3月11日提供)	健保署 說明	本會研析意見
				<p>定點值，建議除本年度新增之住診滿意度指標外，保留 110 年本項目之預期效益評估指標「地區醫院夜間及假日門診開診率提升 2%」。</p> <p>(2)另依 110 年第 6 次委員會議決定(略以):牙醫門診及中醫門診總額新增項目「執行目標」及「預期效益之評估指標」執行結果,以未受 COVID-19 疫情影響之 108 年為比較基準年,惟若 111 年疫情持續,目標值應予調降。建議上開指標以 108 年為比較基準。</p>
專款項目	<p>項次 3： 鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫 (300 百萬元)</p>	<p>1.執行目標:提升 RCC, RCW 病人同意簽署 DNR 較前一年增 2%。 2.預期效益之評估指標： (1)RCC：呼吸器脫離率為主要指標；DNR 比率及召開緩和醫療家庭會議比率為次要指標。達成設定標準值或與自身前一年比較具進步視同達標。 (2)RCW：DNR 比率及召開緩和醫療家庭會議比率為主要指</p>	<p>尊重台灣醫院協會建議。</p>	<p>執行目標及預期效益之評估指標： 尊重醫院協會所提之執行目標，惟建議參採 110 年第 6 次委員會議決定，建議以 108 年為比較基準。</p>

項目	新增項目 (成長率, 預估增加金額)	台灣醫院協會建議 (3月4日及3月11日提供)	健保署 說明	本會研析意見
		<p>標；呼吸器脫離率為次要指標。達成設定標準值或與自身前一年比較具進步視同達標。</p> <p>(3)簽署 DNR 案件數與自身前一年比較具進步視同達標。</p>		
	<p>項次 4： 住院整合照護服務試辦計畫 (300 百萬元)</p>	<p>鑑於本項計畫尚有諸多臨床實務執行之疑義尚未釐清，為求計畫執行臻於完善，暫不提供執行目標與預期效估指標，待具共識後再行函復。</p>	<p>待有共識另案提供。</p>	<p>請健保署儘速會同醫院總額相關團體提出執行目標及預期效益之評估指標，以利後續評估執行效益。並提報下次委員會議確認。</p>

二、西醫基層總額

項目	新增項目 (成長率, 預估增加金額)	醫師公會全聯會建議	健保署說明	本會研析 意見
一般服務	項次 1: 提升國人視力照護品質 (0.097%, 120 百萬元)	1.執行目標:111 年度成長件數目標為 4,000 件。 2.預期效益之評估指標: (1)每月申報超過 40 件以上白內障手術之醫師,其 VPN 登錄正確率大於 90%。 (2)每月申報超過 40 件以上白內障手術之醫師,其病人手術等待期減少(排除跨年度案件)。 (3)每月申報超過 40 件以上白內障手術之醫師數占申報白內障手術醫師數比例增加(排除中區醫師數)。 (4)每月申報低於 40 件以下白內障手術之醫師數占申報白內障手術醫師數比例減少(排除中區醫師數)。	尚未達共識,如有共識後儘速提報委員會議確認。	請健保署儘速會同西醫基層總額相關團體提出執行目標及預期效益之評估指標,以利後續評估執行效益。並提報下次委員會議確認。
專款項目	項次 2: 代謝症候群防治計畫 (308 百萬元)	全聯會與國健署未達共識。	本署已於 111 年 1 月 17 日健保醫字第 1110800665 號函請全聯會與國健署儘速討論,惟迄今尚未達成共識。	同上
	項次 3: 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫	1.執行目標:提升心肺復健病患治療效果。 2.預期效益之評估指標: (1)「出院後門診復健治療比率」:經醫院出院銜接診所復健的比率。	經 111 年 3 月 3 日西醫基層總額第 1 次研商議事會議討論,尚未達共識,如有共識後儘速提報委員會議確認。	同上

項目	新增項目 (成長率, 預估增加金額)	醫師公會全聯會建議	健保署說明	本會研析 意見
	(9.7 百萬元)	<p>分子：經醫院下轉至診所並於診所接受心肺復健治療之病患人數。</p> <p>分母：經醫院下轉至診所總人數。</p> <p>(2) 「病人心肺功能改善程度」：復健後心肺運動功能測試 (Cardiopulmonary exercise testing, CPET) 進步 20%，或 6minute walk test 增加距離 20% 或 100 公尺。</p> <p>(3) 「病人疾病復發率(包括再住院或再急診)」：療程結束後 6 個月內病人因相同疾病再就診率 < 10%。</p> <p>分子：因相同疾病再就診之病患人數。</p> <p>分母：於診所完成心肺復健療程之病患總數。</p>		

111 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	協定事項 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 /執行結果納入總額協商參考
1	一	高風險疾病口腔照護 (111 年新增項目) (1)提出具體規劃及執行情形		110 年 12 月底前提本會報告 (3 月委員會議提報告案)	111 年 7 月底前
		(2)依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度			111 年 7 月及 112 年 7 月(協商 113 年度總額前)提本會報告規劃及執行結果
		(3)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			
2	一般服務	提升假日就醫可近性 (111 年新增項目) 提出具體規劃及執行情形		110 年 12 月底前提本會報告 (3 月委員會議提報告案)	111 年 7 月底前
3		109 年度全面提升感染管制品質未達協定事項之扣款 (111 年新增項目) (1)加強查核與輔導，提高實地訪查之抽查比率 (2)持續監測全面提升感染管制品質之執行結果(含申報及查核結果)		111 年 7 月底前提本會報告 (7 月委員會議提報告案)	111 年 7 月底前
		(3)執行結果納入 112 年度總額協商之參據			111 年 7 月前 (納入 112 年度總額協商)
4		醫療資源不足地區改善方案	110 年 11 月底前		111 年 7 月底前

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^註 /執行結果納入總額協商參考
5		牙醫特殊醫療服務計畫 (1)辦理本項目	110年11月底前		111年7月底前
		(2)依110年協定事項暨110年第8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		提本會同意後執行(配合健保署送會時程)	
6		牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫	110年11月底前		111年7月底前
7		0~6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫	110年11月底前		111年7月底前
8	專款項目	12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫 (111年新增項目) (1)提出具體實施方案及執行情形	110年12月底前	110年12月底前提本會同意後執行 (1月委員會議提討論案)	111年7月底前
		(2)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			111年7月及112年7月(協商113年度總額前)提本會報告規劃及執行結果
9		高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫 (111年新增項目) (1)提出具體實施方案及執行情形	110年12月底前	110年12月底前提本會報告 (3月委員會議提報告案)	111年7月底前

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^註 /執行結果納入總額協商參考
9	續	(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			111年7月及112年7月(協商113年度總額前)提本會報告規劃及執行結果
10		品質保證保留款實施方案	110年11月底前		各部門總額111年度執行成果發表暨評核會議(112年7月)
11	其他	一般服務之點值保障項目		110年12月底前提本會同意後執行(1月委員會議提討論案)	
12		特定用途移撥款執行方式	111年6月底前送本會備查		

註：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。

二、中醫門診總額

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^註 /執行結果納入總額協商參考
1	一般服務	提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護 (111年新增項目) (1)提出具體規劃內容及執行情形		110年12月底前提本會報告 (3月委員會議提報告案)	111年7月底前
		(2)依111年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度			111年7月及112年7月(協商113年度總額前)提本會報告規劃及執行結果
2	專款項目	醫療資源不足地區改善方案	110年11月底前		111年7月底前
3		西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 (1)腦血管疾病 (2)顱腦損傷 (3)脊髓損傷 (4)呼吸困難相關疾病	110年11月底前		111年7月底前
4		中醫提升孕產照護品質計畫	110年11月底前		111年7月底前
5		兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	110年11月底前		111年7月底前
6		中醫癌症患者加強照護整合方案	110年11月底前		111年7月底前
7		中醫急症處置	110年11月底前		111年7月底前
8		中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	110年11月底前		111年7月底前

項次	類別	協定事項	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 /執行結果納入總額協商參考
9	專款項目	照護機構中醫醫療照護方案 (111年新增項目)	(1)提出具體實施方案，及醫療利用監控與管理措施	110年12月底前	110年12月底前 前提本會報告 (3月委員會議提報告案)	111年7月底前
		(2)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				111年7月及112年7月(協商113年度總額前)提本會報告規劃及執行結果
10		品質保證保留款實施方案		110年11月底前		各部門總額111年度執行成果發表暨評核會議(112年7月)
11	其他	一般服務之點值保障項目			110年12月底前 前提本會同意後執行(1月委員會議提討論案)	

註：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。

三、西醫基層總額

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^註 /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)於額度內，妥為管理運用，並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		110 年 12 月委員會議	111 年 7 月底前
		(3)建立新醫療科技之預算檢討、調整與管控機制，提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值(併同「藥品及特材給付規定改變」提出專案報告)		111 年 6 月底前提出專案報告(6 月委員會議提專案報告)	
		(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			111 年 7 月及 112 年 7 月(協商 113 年度總額前)提本會報告規劃及執行結果
2		藥品及特材給付規定改變 (1)於額度內，妥為管理運用，並排定調整健保給付條件之優先順序 (2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程		110 年 12 月委員會議	111 年 7 月底前
		(3)建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管控機制(併同「新醫療科技」提出專案報告)		111 年 6 月底前提出專案報告(6 月委員會議提專案報告)	

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 /執行結果納入總額協商參考
2	續	(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			111年7月及112年7月(協商113年度總額前)提本會報告規劃及執行結果
3		促進醫療資源支付合理 (111年新增項目)			111年7月底前
4	一般服務	提升國人視力照護品質 (111年新增項目)		110年12月底前提本會報告 (3月委員會議提報告案)	111年7月底前
		(1)提出具體規劃內容及執行情形			
		(2)研訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」		部核定後提本會最近1次委員會議確認(3月委員會議提報告案)	
		(3)依111年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度			111年7月及112年7月(協商113年度總額前)提本會報告規劃及執行結果
5	專款項目	家庭醫師整合性照護計畫 (1)辦理本項目	110年11月底前		111年7月底前
		(2)於111年7月底提出導入一般服務之評估規劃		111年7月底前提出(5月委員會議提專案報告)	

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 /執行結果納入總額協商參考
6		代謝症候群防治計畫 (111年新增項目) (1)提出具體實施方案及執行情形	110年12月底前	提本會同意後執行(3月委員會議提討論案)	111年7月底前
		(2)研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」			
7	專款項目	提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫 (111年新增項目) (1)辦理本項目	110年12月底前		111年7月底前
		(2)研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」			
8		西醫醫療資源不足地區改善方案	110年11月底前		111年7月底前
9		C型肝炎藥費 (1)辦理本項目			111年7月底前
		(2)於協商112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			
10		醫療給付改善方案	110年11月底前		111年7月底前

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^註 /執行結果納入總額協商參考
		協定事項			
11		強化基層照護能力及「開放表別」項目 (1)於 110 年 12 月委員會議提出規劃調整之項目與作業時程 (2)通盤檢討開放表別項目適當性，含導入一般服務之時程規劃		110 年 12 月委員會議	111 年 7 月底前
12	專	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」提出專案報告)		111 年 7 月底前提出專案報告(7 月委員會議提專案報告)	111 年 7 月底前
13	款	偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫	110 年 11 月底前		111 年 7 月底前
14	目	罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材			111 年 7 月底前
15		後天免疫缺乏病毒治療藥費			111 年 7 月底前
16		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			111 年 7 月底前
17		新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用			111 年 7 月底前
18		精神科長效針劑藥費 (111 年新增項目)			111 年 7 月底前
19		品質保證保留款實施方案	110 年 11 月底前		各部門總額 111 年度執行成果發表暨評核會議(112 年 7 月)

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 /執行結果納入總額協商參考
		協定事項			
20	其他	一般服務之點值保障項目		110年12月底前提本會同意後執行(1月委員會議提討論案)	
21		風險調整移撥款執行方式	111年6月底前送本會備查		

註：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。

四、醫院總額

項次	類別	工作項目 及時程 協定事項	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 /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)於額度內，妥為管理運用，並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		110 年 12 月委員會議	111 年 7 月底前
(3)建立新醫療科技之預算檢討、調整與管控機制，提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值(併同「藥品及特材給付規定改變」提出專案報告)			111 年 6 月底前提出專案報告(6 月委員會議提專案報告)		
(4)若於年度結束前未依時程導入，則扣減其預算額度				111 年 7 月及 112 年 7 月(協商 113 年度總額前)提本會報告規劃及執行結果	
2		藥品及特材給付規定改變 (1)於額度內，妥為管理運用，並排定調整健保給付條件之優先順序 (2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程		110 年 12 月委員會議	111 年 7 月底前
(3)建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管控機制(併同「新醫療科技」提出專案報告)		111 年 6 月底前提出專案報告(6 月委員會議提專案報告)			

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 /執行結果納入總額協商參考
2	續	(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			111年7月及112年7月(協商113年度總額前)提本會報告規劃及執行結果
		(5)於112年度總額協商前提出節流效益，並納入該年度本項預算財源			111年7月前(納入112年度總額協商)
3	一般服務	促進醫療資源支付合理(111年新增項目)			111年7月底前
4		持續推動分級醫療，壯大社區醫院 (1)辦理本項目			111年7月底前
		(2)視執行需要研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」		部核定後提本會最近1次委員會議確認(3月委員會議提報告案)	
5		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 (1)辦理本項目			111年7月底前
		(2)視執行需要研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」		部核定後提本會最近1次委員會議確認(3月委員會議提報告案)	
6	配合110年牙醫門診總額調整支付標準所需費用(111年新增項目)			111年7月底前	

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^註 /執行結果納入總額協商參考
7	專款項目	C 型肝炎藥費 (1)辦理本項目			111 年 7 月底前
		(2)於協商 112 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			111 年 7 月前 (納入 112 年度總額協商)
8		罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材			111 年 7 月底前
9		後天免疫缺乏病毒治療藥費			111 年 7 月底前
10		鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質			111 年 7 月底前
11		醫療給付改善方案 新增「精神科病人出院後急性後期照護服務」，並納入「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」	110 年 12 月底前		111 年 7 月底前
12		急診品質提升方案	110 年 11 月底前		111 年 7 月底前
13		鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)			111 年 7 月底前
14		醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	110 年 11 月底前		111 年 7 月底前
15		全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	110 年 11 月底前		111 年 7 月底前
16	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」提出專案報告)			111 年 7 月底前提出專案報告(7 月委員會提專案報告)	111 年 7 月底前

項次	類別	工作項目及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^註 /執行結果納入總額協商參考
		協定事項			
17		腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(111 年新增項目)			111 年 7 月底前
18	專款項目	住院整合照護服務試辦計畫(111 年新增項目) (1)辦理本項目	110 年 12 月底前		111 年 7 月底前
		(2)研訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」		部核定後提本會最近 1 次委員會議確認(3 月委員會議提報告案)	
19		鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫(111 年新增項目) (1)辦理本項目	110 年 12 月底前		111 年 7 月底前
		(2)研訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」		部核定後提本會最近 1 次委員會議確認(3 月委員會議提報告案)	
		(3)執行效益納入未來總額財源			111 年 7 月及 112 年 7 月(協商 113 年度總額前)提本會報告規劃及執行結果
20		精神科長效針劑藥費(111 年新增項目)			111 年 7 月底前

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意 或向本會報告	提報本會執行情形 ^註 /執行結果納入總額協商參考
21		協定事項 品質保證保留款實施方案	110年11月底前		各部門總額110年度執行成果發表暨評核會議(111年7月)
22	其他	一般服務之點值保障項目		110年12月底前 前提本會同意 後執行(1月 委員會提討論 案)	
23		風險調整移撥款執行方式	111年6月底前 送本會備查		

註：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。

五、門診透析服務

項次	協定事項 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 /執行結果納入總額協商參考
1	加強腎臟病前期之整合照護，強化延緩病人進入透析之照護			111年7月底前
2	持續鼓勵腹膜透析及推動腎臟移植，以提升透析病人生活品質			111年7月底前
3	持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測			111年7月底前
4	請檢討末期病人使用透析服務之必要性			111年7月底前

六、其他預算

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 /執行結果納入總額協商參考
		協定事項			
1		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」提出專案報告)		111年7月底前提出專案報告(7月委員會議提專案報告)	111年7月底前
2		山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	110年11月底前		111年7月底前
3		居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務	110年11月底前	111年7月底前提本會報告(7月委員會議提報告案)	111年7月底前
4	專款項目	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			111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 (1)辦理本項目			111年7月底前
		(2)於協商 112 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			111年7月前(納入 112 年度總額協商)
6		推動促進醫療體系整合計畫	110年11月底前		111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			111年7月底前

項次	類別	工作項目 及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^註 /執行結果納入總額協商參考
8	專款項目	協定事項			
		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(併四部門總額之「網路頻寬補助費用」)	110年12月底前		111年7月底前
		(1)辦理本項目及新增提升院所智慧化資訊機制			
		(2)網路頻寬補助費用：檢討、提升院所參與率、檢驗(查)結果上傳率及門診雲端藥歷查詢率			
		(3)獎勵上傳：確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式		111年7月底前提本會報告(7月委員會提報告案)	
		(4)於協商112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			111年7月前(納入112年度總額協商)
9		提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	110年11月底前		111年7月底前
10		腎臟病照護及病人衛教計畫	110年11月底前		111年7月底前
11		提升保險服務成效			
		(1)精進提升保險服務成效之評估指標，並提出成效評估報告		111年7月底前(7月委員會提報告案)	
		(2)於協商112年度總額前檢討實施成效，及預算編列之妥適性，提出節流效益並納入該年度總額預算財源			111年7月前(納入112年度總額協商)

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 /執行結果納入總額協商參考
12		協定事項 提升用藥品質之藥事照護計畫	110年11月底前		117年7月底前

註：111年執行情形於本會111年7月份委員會議提報，延續性項目於111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110年執行情形)。

討論事項

第一案

提案人：李委員麗珍、干委員文男、何委員語、吳委員鴻來、李委員永振、林委員恩豪、林委員敏華、侯委員俊良、馬委員海霞、張委員文龍、許委員駢洪、陳委員有慶、楊委員芸蘋、劉委員守仁、劉委員國隆、劉委員淑瓊、賴委員博司

代表類別：保險付費者代表

案由：建請健保署針對高死亡率癌別優先給付免疫療法新適應症，並請衛福部設立國家癌症藥品基金，提高癌症病人新藥使用機會，提請討論。

說明：

- 一、年輕病友協會陳情擴增免疫療法新適應症給付，因癌症免疫療法的使用，幫助病友保有優於化療、標靶的生活品質，副作用也相對較低、可緩解，部分病友在使用免疫療法後返回職場繼續工作，保有生產勞動力，希望考量國家經濟勞動力和個人醫療經濟負擔所需，加速給付更多免疫療法新適應症，幫助更多癌症病友保有工作生產力，減輕家庭經濟負擔。
- 二、從國家癌症登記年報統計發現：依我國政府統計公報 20~64 歲勞動人口數總計 1,153 萬人，每年新增罹癌人數 20~64 歲，106 年 59,294 人比 105 年 56,920 人增加 2,374 人，107 年 60,889 人比 106 年 59,294 人增加 1,595 人，人數逐年提升。台灣癌症就醫總人數，從 2014 年 61 萬 4,415 人到 2020 年 77 萬 7,486 人，增加 16 萬 3,071 人，癌症就醫人數 6 年成長 26.5%，影響勞動生產力幅度與日俱增，癌症醫療需求迫在眉睫。癌症就醫人數：從 2016 年 64 萬 7,533 人到 2020 年 77 萬 7,486 人，五年增加 13 萬 313 人，成長 20%，顯見癌症影響家庭者眾。
- 三、高死亡率癌別目前僅肺癌獲得免疫療法給付，其他癌別死亡率高，也應評估加速免疫新適應症給付可行性。台灣十大死亡癌症(依排序 1~10)：氣管、支氣管和肺癌(給付免疫療法)、肝和肝內膽管癌(暫停免疫療法給付申請)、結腸、直腸和肛門癌、女性

乳癌、前列腺(攝護腺)癌、口腔癌、胰臟癌、胃癌(暫停免疫療法給付申請)、食道癌、卵巢癌。前十大惡性腫瘤死亡癌別，目前僅肺癌獲得健保免疫療法給付，鑒於免疫療法副作用較傳統化療、標靶低，建請健保署針對高死亡率癌別優先給付免疫療法新適應症。

- 四、台灣癌症新藥給付平均中位數高達 18.7 個月，如何創新政策思維優化癌症醫療中的新藥可近性，建請健保署思考借鏡英國癌症藥品基金制度，為癌症醫療所需尋求新財源，減輕健保負擔同時兼顧保障病友新藥使用，建請健保署主動提請衛福部，從上位國家癌症醫療總體政策角度，將癌症藥品基金制度納入今年度重要醫療政策項目之一，撥補財源推動國家癌症藥品基金制度，從健保和病友雙贏角度，如何使基金財源不增加健保負擔，又可幫助病友加速癌症新藥使用，同步又可收集藥品使用醫療數據，供日後健保給付審查做為參考依據，幫助癌症病友加速使用新藥，減輕健保財務負擔。

擬辦：

- 一、請健保署擴增癌症免疫療法新適應症、新癌別，幫助病友保有優於化療、標靶的生活品質和職場勞動力。
- 二、建請健保署主動提請衛福部將國家癌症藥品基金政策納入今年度國家癌症醫療政策中，解決健保逐年提高的新藥預算負擔，也能縮短病人癌症新藥使用等待期，優化國家癌症醫療政策。

.....

本會補充說明：

- 一、本案有關擴增癌症免疫療法之新適應症、新癌別部分，係屬藥品給付項目及支付標準之修訂，依全民健康保險法第 41 條第 2 項(註)規定，係由健保署循法定程序於各方代表組成之「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論共同決定之。本會委員關心病友權益，建議送請該署參辦。
- 二、另有關設立國家癌症藥品基金部分，涉及國家癌症防治政策，

屬主管機關權責，建議送請衛福部參辦。

註：全民健康保險法第 41 條第 2 項「藥物給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主、保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，並得邀請藥物提供者及相關專家、病友等團體代表表示意見，報主管機關核定發布」。

決議：

第二案

提案單位：本會第三組

案由：各總額部門 110 年度執行成果評核之作業方式(草案)(併本(111)年第 1 次委員會議討論事項第四案討論)，提請討論。

說明：

- 一、本案係援例為檢視各部門總額執行效益能否符合預期目標，並落實檢討與回饋機制，於次年度總額協商前，均會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，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。本年依工作計畫訂為 7 月 19、20 日兩天，辦理前一年度(110 年度)執行成果評核會議。
- 二、另本會本年第 1 次委員會議(111.1.21)討論事項第四案「有關全民健康保險各部門總額執行成果評核會的委員組成，建議應由本委員會的專家學者及付費者代表等共同擔任」，決議：本案併入本年 3 月份委員會議之「各總額部門 110 年度執行成果評核之作業方式(草案)」討論，本次乃併案討論，該提案內容如附件二(第 92~94 頁)。
- 三、為完成上開事項，依 109 年度執行成果評核之作業方式為本，蒐集及參考本會委員、各總額部門及健保署(附件三，第 95~96 頁)、評核委員之建議，研擬「110 年度執行成果評核之作業方式(草案)」(如附件一，第 78~91 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，說明如下：
 - (一)評核委員組成(如附件一之貳、一、評核委員，第 78 頁)
此部分因涉及併案討論之提案，待討論。
 - (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，79~80 頁)
本項主要參照過去評核作業內容，除酌修文字外，參採委員意

見及併案討論之提案內容，在評核項目「貳、一般服務項目執行績效」新增內容，如下：

- 1.增列「二、COVID-19 疫情對醫療服務之影響與因應作為」：
理由：依 110 年 8 月提報評核結果時醫界及專家學者委員建議，應呈現醫界投入防疫之努力與相關作為，並評估疫情對民眾醫療利用之影響。
- 2.「六、總額之管理與執行績效」項下增列「(六)其他」：
理由：參採併案討論之提案建議，各總額部門評核分數中，納入一定比例的社會責任分數，以鼓勵各部門總額善盡照顧弱勢責任。考量各總額部門之醫療服務性質不同，除現行共通項目外，為利呈現各部門管理之特色，爰予增列，提報內容可包含：社會責任與弱勢照護，及其他提升總額管理與執行績效之措施。

(三)有關「111 年度重點項目與績效指標(含目標值)」之研訂

- 1.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。
- 2.循例業於 111.1.20 函請四總額部門及健保署提報 111 年度重點項目與績效指標，各總額部門及健保署均於 111.3.2 前回復，彙整如附件五(第 98~102 頁)，本項內容將作為評核 111 年執行成果之用。

四、有關評核作業方式尚須討論事項如下：

(一)評核委員組成(如附件一之貳、一、評核委員，第 78 頁)

- 1.評核委員產生方式，原則建議參考過去採三階段之票選方式辦理。
 - (1)第一階段(建議名單產生方式)
 - ①請四部門及付費者委員推薦醫務管理、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。
 - ②加上本會現任、曾任專家學者及公正人士委員。

(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)：依據票選結果之得票數多寡，依序邀請 7 位擔任評核委員，並由評核委員互相推選主席。

2.至於第三階段評核委員之決定，經參採併案討論之提案精神(提議評核委員應由本會專家學者與公正人士、付費者代表中遴選產生)，建議主要仍依票選結果為主，惟可否保障一定名額予本會現任專家學者與公正人士、付費者代表擔任，及其保障名額數多少，建請討論。

(二)西醫基層部門建議刪除評核項目「貳、三、(三)就醫可近性與即時性之改善措施」之細項指標「就醫院所是否具備無障礙通道及無障礙廁所的比率」^(註)

1.西醫基層部門函復評核作業修正意見(詳附件三，第 95 頁)，其表示目前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，爰建議刪除。至醫院、牙醫、中醫部門及健保署對該細項指標均無意見。(詳附件三，第 95 頁)。

註：健保署自 108 年起於民眾就醫權益調查問項新增「就醫院所是否具備無障礙通道及無障礙廁所的比率」，爰列入評核內容及請部門提供資料。

2.是否同意將該項刪除，請討論。(本項為四部門共通性項目，建議有一致性作法)

(三)有關評核獎勵標準之議定時間點

1.為鼓勵各部門執行總額之努力，對於評核結果良好之部門將給予其總額一定比例之「品質保證保留款獎勵額度」(下稱品保款額度)，其計算方式係以各部門前一年度一般服務預算為計算基礎，依評核等級，乘以不同之獎勵成長率計算品保款，以獎勵良級以上部門。至於評核等級及其對應之獎勵成長率之獎勵標準則每年議定，近 3 年品保款每年介於 11~15 億元之間，詳附件四(第 97 頁)。其獎勵標準歷年多於 7 月評核會

議後議定(8月)，少數於7月評核會議前(5月或6月)議定，爰本會需於9月總額協商前提案討論獎勵標準。

2.110年度評核委員建議「先評核，再決定獎勵標準」：主要基於評核係以專業角度評定總額績效，並提出建言，不宜於評核等級時將財務因素(品保款額度)納入考量，爰建議於評核結束後，由健保會依年度健保財務狀況議定獎勵標準。

3.過去就品保款額度議定時點，主要考量如下：

(1)7月評核會議後議定(105~108、110年度)

①優點：考量總額協商空間有限，於確定部門評核結果後，可視年度總額範圍酌予調整獎勵額度。

②缺點：已知各部門評核等級再決定獎勵額度，過去有委員表示有「先射箭再畫靶」之虞。

(2)7月評核會議前議定(109、111年度)

①優點：考量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，恐有壓縮可協商空間之虞。

擬辦：

- 一、有關評核作業方式如說明三、四之(一)(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之(三)，將依議定結果提委員會議討論。
- 三、有關四總額部門及健保署建議之「111年度重點項目與績效指標(含目標值)」如附件五(第98~102頁)，請四總額部門及健保署配合執行，以利評核111年執行成果之用。

決議：

各總額部門 110 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110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110年度之專款項目執行成果。

貳、辦理方式

一、評核委員(待討論，暫列去年方式)

- (一)函請四部門總額受託團體及本會付費者代表委員推薦醫務管理、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)本會同仁彙整四部門總額受託團體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，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，請兼顧四部門總額之衡平性與差異性，並請鼓勵專家學者廣泛參與，避免專家學者之服務機構過度集中。

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 110 年執行未滿半年及 111 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. 健保署統一報告各部門總額一般服務之整體性、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部門總額受託團體報告年度重點項目、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 110 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、四部門總額相關團體與健保署外，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、心口司、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} 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>110</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。(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 一、就 <u>110</u> 年評核委員評論意見與期許之回應說明 二、COVID-19 疫情對醫療服務之影響與因應作為	60

評核項目	配分
<p><u>三</u>、維護保險對象就醫權益</p> <p>(一)醫療服務品質調查之結果及檢討與改善措施</p> <p>(二)民眾付費情形及改善措施</p> <p>(三)就醫可近性與及時性之改善措施</p> <p>(四)民眾諮詢及抱怨處理</p> <p>(五)其他確保民眾就醫權益之措施</p> <p><u>四</u>、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><u>五</u>、協商因素項目之執行情形</p> <p>(一)<u>110</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</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)<u>110</u>年執行未滿半年及<u>111</u>年新增項目之執行現況與未來規劃</p> <p><u>六</u>、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>參、專款項目執行績效/成果^{註2}</p> <p>一、就<u>110</u>年評核委員評論意見與期許之回應說明</p> <p>二、<u>110</u>年計畫/方案執行成果</p> <p>三、<u>106~110</u>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<u>111</u>年修正重點</p> <p>(二)<u>110</u>年執行未滿半年及<u>111</u>年新增項目之執行現況與未來規劃</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112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、評核委員針對四部門總額年度重點項目、一般服務項目及專款項目之共識建議，作為協商112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、111年評核作業時程表

時間	作業內容
<u>111</u> 年 1~3 月	1.函請四部門總額受託團體及健保署提供建議之 <u>111</u> 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.請四部門總額受託團體推薦評核委員人選。 2.研擬評核作業方式(草案)。
<u>111</u> 年 3 月	評核作業方式(草案)提委員會議議定。
<u>111</u> 年 4~5 月	1.請四部門總額受託團體及本會付費者代表委員推薦評核委員人選。 2.本會同仁彙整四部門總額受託團體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。
<u>111</u> 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
111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。
111年7月上旬 (評核會議前2週)	1.健保署及四總額部門提送「各總額部門110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110年度執行成果評核指標摘要」供評核委員參考。
111年7月中旬 (預訂7月19、20日)	召開為期2天之「各總額部門110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 110 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 110 年評核委員評論意見與期許之回應說明	V	V
二、COVID-19 疫情對醫療服務之影響與因應作為		V
三、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
四、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
五、協商因素項目之執行情形		
(一)110 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)110 年執行未滿半年及 111 年新增項目之執行與規劃	執行情形	
六、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		
(六)其他	違規情形統計	
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(106~110 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 111 年度總額協定事項，請於 111 年 7 月底前，提報延續項目之 110 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 110 年評核委員評論意見與期許之回應說明	—	V
二、110 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、106~110 年執行情形及成效評估		
(一)預算執行數及執行率	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
(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		
(一)計畫/方案 111 年修正重點	—	V
(二)110 年執行未滿半年及 111 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 110 年評核委員評論意見與期許之回應說明	—	V
二、106~110 年執行情形及成效評估		
(一)預算執行數及執行率	執行情形之統計結果及改善建議	推動情形、檢討及改善
(二)執行結果及成效		
三、檢討與改善方向		
(一)111 年修正重點	—	V
(二)110 年執行未滿半年及 111 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「110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： 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%或 \leq 低於全國值 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暫停啟動，故本指標以108年為基期進行比較。
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(1)：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 指標(2)：分級醫療垂直整合策略聯盟 目標值：分級醫療涵蓋率80% 操作型定義：完成建立與其他院所策略聯盟合作機制之家數/醫院部門醫院家數 註：醫院協會建議健保署新增「就醫民眾對分級醫療轉診政策實施滿意度調查」，俾利納入績效指標。
	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：【參考醫院評鑑基準】(醫院急性一般病床床位數 \times 占床率 $\times 3$)/全日平均三班護理人員數(同健保署全民健康保險醫療品質資訊公開網指標-急性一般病床全日平均護病比) 註：1.急性一般病床：包含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床。 2.醫院不含未設置「急性一般(經濟)、精神急性一般(經濟)病床」醫院。
西醫基層	項目1：	指標(1)：基層接受轉診率

部門/單位	年度重點項目	績效指標
總額 一醫全會	西醫基層轉診執行概況 [延續項目]	<p>目標值：較前1年度接受轉診率增加1.5%</p> <p>操作型定義：基層接受轉診件數/醫院轉至基層件數</p> <p>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</p> <p>目標值：較前1年度接受慢性病病人轉診率增加1.5%</p> <p>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件數</p> <p>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</p> <p>目標值：較前1年度慢性病轉診病人持續就醫人數比率增加1.5%</p> <p>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歸戶人數</p> <p>註：1.持續就醫定義：醫院轉至基層慢性病病人於同院所因慢性病持續就醫兩次以上。 2.慢性病定義：案件分類為04、08案件。</p> <p>醫全會之指標目標值說明： 考量COVID-19疫情期間，暫緩實施「執行區域級以上醫院門診減量」，爰前開指標之目標值均修訂為較前1年增加1.5%(109年目標值為3~5%)。</p> <p>觀察指標(1)：轉診回復率</p> <p>①基層上轉至醫院後，醫院回復比率</p> <p>目標值：較前1年度比率增加</p> <p>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</p> <p>②醫院下轉至基層後，基層回復比率</p> <p>目標值：較前1年度比率增加</p> <p>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</p> <p>目標值：較前1年度比率增加</p> <p>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> <p>醫全會之觀察指標說明：</p>

部門/單位	年度重點項目	績效指標
		考量尚無資料可供參考，爰先列為觀察指標，未來若合適或做滾動式修正後，再列為績效指標。
西醫基層 總額 一醫全會	項目2： 居家醫療照護整合計畫成效 [新增項目]	指標(1)：承作診所數 目標值：較前1年度診所數增加 操作型定義：有參加居家醫療照護整合計畫的診所 指標(2)：承作醫師數 目標值：較前1年度醫師數增加 操作型定義：有申請居家醫療照護整合計畫費用的醫師 指標(3)：收案數 目標值：較前1年度收案數增加 操作型定義：居家醫療照護整合計畫的收案數
牙醫門診 總額 一牙全會	項目1： 牙醫院所加強感染管制之現況與改善 [延續項目]	指標：院所感染管制申報率 目標值：最近3年全國平均值*(1-10%) 操作型定義：申報加強感染管制診察費的院所數/申報總院所數
	項目2： 國人牙齒保存現況與改善情形 [延續項目]	指標：有就醫者平均拔牙顆數(負向指標) 目標值：最近3年全國平均值*(1+10%) 操作型定義：拔牙總顆數(簡單性拔牙92013C+複雜性拔牙92014C)就醫人數
	項目3： 國人牙周現況改善情形 [新增項目]	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)

部門/單位	年度重點項目	績效指標
中醫門診 總額 一中全會	項目1： 提升複雜性針灸 傷科醫療服務品 質 [新增項目]	<p>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：(110年中度及高度複雜性針灸人 次/110年針灸人次)-(109年複雜 性針灸人次/109年針灸人次)</p> <p>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：(110年中度及高度複雜性傷科人 次/110年傷科人次)-(109年複雜 性傷科人次/109年傷科人次)</p> <p>中全會之指標說明： 1.110年度修正中度高度複雜性針灸及傷科給付辦法，其 申報規定要求正確使用ICD-10診斷碼，增加醫療服務時 間(中度≥10分鐘、高度≥20分鐘)，同時增加輔助治療項 目，以大幅提升中度及高度複雜性針灸傷科之醫療品 質，是故中醫院所必須提升針灸傷科醫療品質才能合乎 申報條件。 2.民眾若能使用中度高度複雜性針灸及傷科服務，且院所 能正確申報，代表民眾獲得之中度高度複雜性針灸及傷 科醫療品質得到一定的提升，並可提高中醫利用率。故 使用利用率來觀察是否提升其醫療服務品質，以利後續 中醫健保規劃。</p>
	項目2： 提升中醫醫療服 務 [延續項目]	<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：中醫醫療服務人數(110年-109年)/109年</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：中醫醫療服務人次(110年-109年)/109年</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 務人數成長率呈現正成長 操作型定義：居家醫療整合照護計畫中醫服務 人數(110年-109年)/109年</p>

部門/單位	年度重點項目	績效指標
		<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率呈現正成長 操作型定義：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次(110年-109年)/109年</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：無中醫鄉數(109年-110年)/109年</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：無中醫鄉服務人數(110年-109年)/109年</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：無中醫鄉服務人次(110年-109年)/109年</p>
其他預算— 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]	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
	項目2： C型肝炎新藥治療成效 [延續項目]	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
	項目3： 腎病防治成效 [新增項目]	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：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

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(110年新增) - 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) 	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 - 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 - 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 pay for value 論質計酬計畫(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) 	醫院協會
門診透析	- 慢性腎臟病照護及病人衛教計畫	健保署
跨部門	<ul style="list-style-type: none"> - 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」) - 鼓勵院所建立轉診之合作機制(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) 	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

部門別	計畫／方案名稱	提報單位
其他預算	<ul style="list-style-type: none"> - 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 - 獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用(含各部門總額之網路頻寬補助費用執行成果)(111 年新增提升院所智慧化資訊機制) - 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、器官移植專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費(非計畫型)(111 年新增支應精神科長效針劑之藥費不足款) - 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

註：各部門總額之品質保證保留款實施方案執行成果於一般服務項目執行成果報告中提報。

衛生福利部全民健康保險會第5屆111年第1次委員會議(節錄)

時間：中華民國111年1月21日上午9時30分

地點：本部301會議室

討論事項第四案

提案人：林委員敏華、馬委員海霞

代表類別：保險付費者代表

案由：有關「全民健康保險各部門總額執行成果評核會」的委員組成，建議應由本委員會的專家學者及付費者代表等共同擔任，提請討論。

說明：

- 一、每年辦理的健保執行成果評核會，其目的是對各總額部門在執行協商項目的成效、品質、效能等表現進行綜合考評，並提出改善建議，對於健保業務的革新推動，具有重要意義，因此，該評核會的成員，應對於健保業務及所涉問題，具有相當程度的了解及認識。
- 二、歷年評核委員多由公衛領域專家學者擔任，但大多非本會現任委員，則無可能實際參與過本會的相關會議，其考評方向容易忽略民眾端與執行部門的實際需求，淪為「學術研究」，致使無法做到真正意義上的「革新精進」。因此，擔任評核者必須瞭解健保會的實際運作狀況，不能缺乏與實務介接的思維，更必須對付費者代表暨各總額部門所提需求，有長期的觀察、深入的了解。
- 三、評核委員的決定，對於總額執行部門影響深遠，故委員必須對健保實務運作有宏觀且深入的認知與理解，僅參考健保署提供的書面指標內容即逕行評斷，一定要具有充分的客觀性，據此，足以出任委員的基本資格，必須曾經參與過健保會的相關會議，且能熟悉協商結果與本會委員要求的革新方向。

- 四、評核指標固然重要，但協商結果的執行狀況，如：COVID-19 疫情、氣爆等重大突發意外事件，也應高度重視，始能呈現健保照顧民眾的用意，而且付費者代表來自民間各個層面，可從民間普遍的需求與角度，正確地反映出人民的心聲，官署必須傾聽與回應，而最終的考核分數，也應由本會的付費者代表討論後，再行定奪，以避免淪為天馬行空、曲高和寡的一家之言；另外，由本會委員擔任評核委員，尚可以產生評核結果的拘束力、執行力、監督力，即本會委員可透過協商結果與各部門報告內容，進一步地敦促執行部門具體改善或提出精進方案。
- 五、本會委員即有健保或公衛領域背景的專家學者與公正人士，渠等均全程參與本會各式會議及總額協商，對於當前健保各項業務的進行有深入的了解，更明白民眾端、執行端、政策面等等需求與問題，是最適合擔任評核委員的人選，此外，由於官方與付費者代表均非常關心各總額的具體表現，願意投入更多的心力去全面了解各執行端的實際運作狀況，其考評結果必能符合實需，也能獲得各界認同，是以，建議給予本會委員有參與評核的機會。
- 六、綜上，謹提出修正評核會委員的組成方式，必須由本會委員中遴選產生。

擬辦：

- 一、若委員會審議通過後，授權健保會同仁以非醫界部門委員為評核委員的組成安排，再提委員會討論。
- 二、另因健保總額絕大部分來自於民眾的金錢繳納，政府不僅須建構完善的監督機制，尚必須落實取之於民、用之於民的原則，在各總額評核分數中，納入一定比例的社會責任事項分數，以督促各總額執行部門善盡責任，照顧弱勢。

本會補充說明：

- 一、為強化總額預算檢討與回饋機制，本會歷年均於總額協商前邀

請熟稔健康保險相關領域之專家學者，就四總額部門及健保署提出之總額執行成果進行評核，提出多元、客觀建議，作為委員協商總額預算分配之重要參據。

二、歷年評核委員人數為 7 位，評核委員產生方式：

(一)由四部門總額受託團體與本會付費者委員推薦之專家學者，及本會現任、曾任之專家學者與公正人士(109 年含付費者)委員，產生建議名單。

(二)請本會全體委員就建議名單進行票選後，再依據票選結果之得票數多寡，依序邀請 7 位擔任評核委員。

三、評核程序及辦理時程：為合理客觀的評核各總額部門之執行成效，本會訂有嚴謹之評核程序，包含：

(一)執行成效之評核項目及內容，均先洽請四部門總額受託團體及健保署提供建議後，研修評核作業方式(草案)，提委員會議議定(1~4 月)。

(二)受評單位就評核內容準備執行成果報告(每年計約 10~12 大冊，5~6 月)，評核委員須於 1~1.5 個月內完成審閱(6~7 月中旬)，並提出書面評核意見。

(三)召開 1 天半之公開發表會議後，由評核委員進行內部會議，提出四總額部門評定等級及共識建議(7 月下旬)。

四、過去擔任評核委員者均反應，總額執行成果資料繁多，涉及醫療專業，且審閱時間具時效性，評核工作十分辛苦。本案將依據會議決議，研修 111 年評核作業方式(草案)，依本年度工作計畫提 3 月份委員會議討論。

五、檢附本會 110 年議定之「各總額部門 109 年度執行成果評核之作業方式」(詳附件，第 112~104 頁)，供參。

決議：本案併入本年 3 月份委員會議之「各總額部門 110 年度執行成果評核之作業方式(草案)」討論。

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
醫院協會— 醫院總額	同意本會所擬草案。	-
牙全會— 牙醫門診總額	同意本會所擬草案。	-
中全會— 中醫門診總額	同意本會所擬草案。	-
醫全會— 西醫基層總額	有關110年度西醫基層總額評核內容，建議評核項目-【貳、一般服務項目執行績效-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-「(5)就醫院所是否具備無障礙通道及無障礙廁所的比率」】，因與可近性與及時性之醫療品質無相關，且政府現行以鼓勵補助院所設置無障礙環境，非強制性規定，建議本項刪除。	<ol style="list-style-type: none"> 1.西醫基層部門建議刪除評核項目「貳、三、(三)就醫可近性與及時性之改善措施」之細項指標「就醫院所是否具備無障礙通道及無障礙廁所的比率」(如後附表)。 2.此指標係考量我國已邁入高齡社會，參考健保署自108年起於民眾就醫權益調查問項新增，屬四總額部門共通性評核指標。 3.<u>是否同意將該項刪除，倘同意刪除，因本項為四總額部門共通性項目，建議有一致性作法。</u>
健保署— 各部門總額及其他預算	貴會辦理各總額部門評核會議相關作業，本署向來極力配合，惟考量作業之效率，所需提報之相關表格，建議提報格式一致；另因表格內容眾多，未來將視實際作業面可取得資料內容予以調整。	<ol style="list-style-type: none"> 1.有關健保署所提格式一致部分，查本會自110年起即整併專案計畫表格內容，使評核、協商指標要覽、總額協商資料格式一致；至於一般服務之評核內容則未列表格，尊重該署資料呈現方式。 2.至於健保署提出將視實際可取得之資料內容調整表格內容一節，俟該署提供資料後，本會再檢視是否符合需求，並納入未來研修評核格式參考。

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
<p>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)</p>	<p>(三)就醫可近性與及時性之改善措施</p>	<p>1.就醫可近性與及時性情形(以 109 年調查項目暫列,將配合 110 年調查更新)</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)曾經在假日有緊急需求求診(西醫基層)的比率</p> <p>-無法在當地找到其他就醫診所的比率</p> <p>-無法在當地找到其他就醫診所而感到不便的比率</p> <p>(5)就醫院所是否具備無障礙通道及無障礙廁所的比率</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的比率</p> <p>-是否因此使病情變得更嚴重的比率</p> <p>-是否因疫情的發生,而感到去西醫診所就醫不便的比率</p> <p>2.轉診情形</p> <p>(1)到診所治療時,有無被轉診的經驗(有)</p> <p>(2)接受轉診院所有主動聯絡及安排掛號就醫的比率</p> <p>(3)對轉診服務的滿意度</p> <p>3.不同都市化地區醫療資源分布情形(健保署提供)</p> <p>(1)以鄉鎮市區發展程度,最高與最低兩組醫師之人力比(監理指標)</p> <p>(2)一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率(監理指標)</p> <p>4.健保六分區醫療資源之分布情形(包含院所數及醫師數、每萬人口特約院所數及醫師數)(健保署提供)</p> <p>5.106~110 年週六、週日開診情形(週六、週日之開診家數、開診率、平均每家開診日數、平均每家每日看診人數及看診人次)(健保署提供)</p> <p>6.其他改善措施</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>

105~111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
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%
	下限	4.025%	3.769%	2.349%	2.516%	3.708%	2.907%	1.272%
可協商空間(億元)		86.2	109.6	158.5	134.6	117.1	118.7	243.4
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
	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
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
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%

各總額部門及健保署提報之「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件數 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歸戶人數 註：持續就醫定義：醫院轉至基層慢性病病人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>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
	項目2： 居家醫療照護整合計畫成效 [延續項目]	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 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 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
牙醫門診 總額 一牙全會	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 一中全會	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

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<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：$(111\text{年中醫醫療服務人次}-110\text{年中醫醫療服務人次})/110\text{年中醫醫療服務人次}$</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率呈現正成長 操作型定義：$(111\text{年中醫居家醫療服務人數}-110\text{年中醫居家醫療服務人數})/110\text{年中醫居家醫療服務人數}$</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率呈現正成長 操作型定義：$(111\text{年中醫居家醫療服務人次}-110\text{年中醫居家醫療服務人次})/110\text{年中醫居家醫療服務人次}$</p> <p>指標(5)：無中醫鄉減少比率 目標值：無中醫鄉減少比率為正值 操作型定義：$(110\text{年無中醫鄉數}-111\text{年無中醫鄉數})/110\text{年無中醫鄉數}$</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率呈現正成長 操作型定義：$(111\text{年無中醫鄉服務人數}-110\text{年無中醫鄉服務人數})/110\text{年無中醫鄉服務人數}$</p> <p>指標(7)：無中醫鄉服務人次成長率 目標值：無中醫鄉服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：$(111\text{年無中醫鄉服務人次}-110\text{年無中醫鄉服務人次})/110\text{年無中醫鄉服務人次}$</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
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]	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
	項目2： C型肝炎新藥治療成效 [延續項目]	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
	項目3： 腎病防治成效 [新增項目]	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：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。

第三案

提案單位：中央健康保險署

案由：有關「全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫」(草案)報請同意案，提請討論。

說明：

- 一、依衛生福利部 111 年 1 月 26 日核定公告，有關 111 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配中，「代謝症候群防治計畫」專款預算為 308 百萬元，決定事項為：擬訂具體實施方案(內容應包含結果面品質指標，並依執行績效支付費用，惟不得與家庭醫師整合性照護計畫及其他醫療給付改善方案重複領取個案管理費)，於提報全民健康保險會同意後執行。
- 二、本署於 111 年 3 月 3 日「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 111 年第 1 次研商議事會議」決議暨 111 年 3 月 10 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 111 年第 1 次會議」通過本計畫，計畫內容重點摘要如下(計畫草案如附件，第 108~126 頁)：
 - (一)參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求：有申辦成人預防保健服務之本保險特約西醫診所，具有家醫科、內科專科醫師、有申辦成人健檢或糖尿病共同照護網認證之醫師資格者免參與本計畫訓練課程。
 - (二)收案條件：20 歲至 64 歲符合代謝症候群指標任 3 項者，每一診所收案人數上限為 100 名，不得為全民健康保險各醫療給付改善方案收案名單或與其他特約醫事服務機構重複收案。
 - (三)服務內容及支付標準：
 - 1.收案評估費(900 點)：含向個案解釋並確實告知收案、個案資料建檔、代謝症候群相關檢驗檢查、訂定照護目標及策略並交付衛教指引予個案，同一個案同一院所僅得申報 1 次。

2. 追蹤管理費(200 點)：定期追蹤代謝症候群改善情形、未達標準值之檢驗檢查項目(至少 1 次)，提供個案其他慢性病危險因子(如菸、酒、檳榔)衛教指導或協助轉介戒除服務，每年度最多申報 3 次，每次間隔至少 12 週。
3. 年度評估費(500 點)：依收案個案代謝症候群五大指標之改善情形，擬定次年度照護目標及策略並建檔，與追蹤管理費間隔至少 12 週，每年度限申報 1 次。
4. 獎勵費：
 - (1) 診所品質獎勵(10,000 點/診所)：檢驗檢查上傳率 $\geq 50\%$ 且品質指標得分排序前 75% 之診所核付獎勵費。
 - (2) 新發現個案獎勵(150 點/個案)：新發現 40 歲以下保險對象具腦血管疾病、心臟病、糖尿病、高血壓、高血脂，且開始追蹤治療者，同一個案僅得獎勵 1 次。
 - (3) 照顧個案進步獎勵(500 點/個案)：個案於收案評估檢測「未達標準」之代謝症候群指標，於年度評估時，任一指標達計畫所訂條件者，同一個案僅得獎勵 1 次。
 - (4) 實際提供戒菸治療服務(500 元/醫師)：醫師參與戒菸治療服務訓練取得證書，且與國民健康署簽訂戒菸服務補助合約者，或已取得前開資格且首次執行戒菸服務者，本項費用由國民健康署支應。

(四) 評核指標：

1. 代謝症候群改善率(合計 70 分)(含腰圍、醣化血紅素、血壓、三酸甘油脂、低密度脂蛋白膽固醇及戒菸等指標改善情形)。
2. 完整照護達成率(15 分)。
3. 介入成效率(15 分)。

(五) 退場機制：

1. 未依所提計畫提供個案管理服務、或有待改善事項，經保險人 2 次通知限期改善而未改善者、或一年內因相同事由

經保險人通知限期改善累計達 3 次者，自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。

2. 涉及特管辦法第三十八至四十條所列違規情事，自保險人第一次發函所載停、終約日起(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)，退出本計畫。

3. 惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。

擬辦：本案依程序於貴會通過後，報衛生福利部核定公告實施。

健保署業務窗口：呂姿擘科長，聯絡電話：02-27065866 分機 2650

.....

本會補充說明：

一、111 年度西醫基層總額專款項目「代謝症候群防治計畫」(111 年新增計畫)之決定事項如下：

(一)全年經費 308 百萬元。

(二)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項：

1. 研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛福部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

2. 擬訂具體實施方案(內容應包含結果面品質指標，並依執行績效支付費用，惟不得與家庭醫師整合性照護計畫及其他醫療給付改善方案重複領取個案管理費)，於提報全民健康保險會同意後執行。

二、經檢視 111 年度總額決定事項與健保署所報之計畫內容比較，及本會研析如下：

(一)有關研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」：

1. 健保署回復：醫全會與健康署未達共識(詳優先報告事項之附件二，第 47 頁)。彙整本會於 110 年 9 月協商時，付費者、醫界及健保署對於照護人數規劃如下表供參。另請健

保署補充說明，在核定預算 3.08 億元下，依計畫內容預估之照護人數。

項目	版本	110.9.23 健保會總額協商會議	
	健保署建議草案	協商結果兩案併陳	
預算	5.39 億元	付費者方案	醫界方案
照護人數	38.5 萬人		20 萬人
每人/年 支付費用	1,400 元/人/年 (38.5 萬人*1,400 元/人 =5.39 億元)	800 元/人/年 (38.5 萬人*800 元/人 =3.08 億元)	推估 1,540 元/人/年 (20 萬人*1,540 元/人 =3.08 億元)

2. 請健保署會同西醫基層總額相關團體儘速研議，並提報本會確認。

(二)有關「不得與家庭醫師整合性照護計畫及其他醫療給付改善方案重複領取個案管理費」：

符合決定事項之要求(相關規定如附件之灰底處：第柒點收案條件、第玖點之二追蹤管理費)。

(三)有關「計畫內容應包含結果面品質指標，並依執行績效支付費用」：

1. 彙整本計畫(草案)及家醫計畫之支付費用方式比較如下表：

	代謝症候群防治計畫(草案)	家醫計畫
每人/年 支付費用	1. 評估及管理費 2,000 點/人/年 --收案評估費 900 點(含檢驗 640 點) --追蹤管理費 200 點/次，每年最多申報 3 次計 600 點 --年度評估費 500 點(檢驗由一般服務支應)	1. 個案管理費 250 元/人/年 若個案預估醫療費用(VC)-實際費用(AE)為負值，且評核指標<65 分，僅支付 50%。
	2. 獎勵費 (1)個案獎勵： --新發現個案：150 點/人/年。 --個案進步獎勵：500 點/人/年。 (2)診所獎勵： 依 3 項評估指標結果，前 75% 診所獎勵 10,000 點/診所/年。 評估指標： ①代謝症候群改善率：依收案個	2. 績效獎勵費 550 點/人/年 (1)品質提升費用 275 點/人/年： 依 26 項評核指標達成情形分 5 級支付，<65 分不支付。 (2)健康管理成效鼓勵費用 275 點/人/年： 依個案預估醫療費用(VC)-實際費用(AE)之差

	代謝症候群防治計畫(草案)	家醫計畫
	案 6 項改善情形計分。 ②完整照護達成率 $\geq 30\%$ 。 ③介入成效率 $\geq 30\%$ 。	額撥付，以 275 點為上限。

2.本計畫之意旨，係考量國人罹患慢性病人數多，期透過早期介入改變病患生活型態，預防及延緩慢性病之發生，明列「應包含結果面品質指標，並依執行績效支付費用」，就健保署所送計畫內容研析如下：

(1)本計畫之每人費用，較家醫計畫之單價高，且多數經費用於評估及檢驗檢查。

(2)依執行績效支付費用部分較少(註)，對個案健康行為養成及改善健康狀況之獎勵誘因相對不足。

(註：試算若診所收案 100 名，每年支付「評估及管理費」16~20 萬點，但符合評估指標之「診所獎勵」僅支付 1 萬點，另「新發現個案」及「個案進步獎勵費」以收案數 5 成估算，僅支付 3.25 萬點〔(150 點+500 點)*100 人*50%=32,500 點〕)

三、本案整體建議如下：

(一)考量本計畫屬衛生福利部全民健康保險醫療給付總額中長期改革計畫之一，宜儘速推動，爰建議先予通過。

(二)惟應滾動式檢討，朝改善病患行為及健康習慣養成之方向努力，加強依執行績效支付費用之誘因。另請健保署於實施 1 年後，向本會提出專案報告。

擬辦：依 111 年度總額決定事項，本計畫內容須經本會同意，是否同意，請討論。本案經討論通過後，請健保署依程序辦理後續事宜。

決議：

全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫(草案)

○○○年○月○日健保醫字第○○○○○○○○○○號公告修正

壹、計畫依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、計畫說明

代謝症候群被認為與腦血管疾病、心臟病、糖尿病、高血壓等慢性疾病的併發症密切相關，將比一般族群增加 6 倍糖尿病風險、4 倍高血壓風險、3 倍高血脂風險、2 倍腦中風及心臟病風險。

代謝症候群與飲食、生活習慣息息相關，若能積極導正，就可免於心血管疾病的威脅。預防代謝症候群最好的方法就是改變生活型態，如規律的生活作息、健康飲食、規律運動等；不吸菸或適量使用酒精；多攝取高纖、低油、低鹽與低糖的食品，藉此達到減重及減腰圍等，減少罹患慢性疾病為主要目標。

如能針對代謝症候群個案早期介入，由醫事服務機構早期發現代謝症候群患者，協助個案追蹤管理，透過醫療人員指導，引導代謝症候群者改變飲食及生活型態，就可進一步預防或延緩慢性病之發生，以達有效慢性病之防治。

透過推行本計畫，結合疾病前期之危險因子防治，藉由醫療人

員指導增進病人自我健康管理識能，期能實達慢性病防治之目的，減輕後續健保醫療資源負擔並提升給付效率。

參、計畫目的

- 一、藉由衛教及個案追蹤管理方式，提升代謝症候群患者自我健康照護。
- 二、以民眾健康為導向，透過罹病前期介入，改變生活型態及壓力調適，進而降低罹患慢性病之風險。
- 三、透過醫療人員指導，增進病人自我疾病管理識能，奠定自身疾病由病人與醫師共同管理責任之基礎。
- 四、強化代謝症候群個案篩檢後之介入與個案管理措施，減少國人由疾病初期發展為慢性病病人。
- 五、防治慢性病危險因子，由根本降低國人罹患慢性病風險。

肆、經費來源

全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中「代謝症候群防治計畫」專款項目。

伍、計畫施行期間

自公告日起實施至當年底。

陸、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求

- 一、有申辦成人預防保健服務之本保險特約西醫診所。
- 二、具有家醫科、內科專科醫師、有申辦成健或糖尿病共同照護網認證之醫師資格者免參與本計畫訓練課程，中華民國醫師

公會全國聯合會、台灣內科醫學會及台灣家庭醫學醫學會可辦理教育訓練課程提供有需要者(核心課程如附件1)。完成4小時教育訓練課程時數，並取得訓練認證。若於年度內未取得訓練認證之醫師，須退出本計畫，保險人將不予支付該醫師當年度之相關費用。

三、參與本計畫之特約西醫診所或醫師參與計畫之日起前2年內，不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)；終止特約者亦同。前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起算。惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。

四、符合前述各項資格之特約西醫診所，向保險人分區業務組提出參與計畫申請書(附件2)。經保險人分區業務組資格審核同意後，自保險人分區業務組核定日始參與本計畫。

柒、收案條件與服務內容、結案條件

一、收案條件：

(一) 年齡為20~64歲之保險對象，符合下列代謝症候群指標任三項者：

1. 腰圍：男性 ≥ 90 公分，女性 ≥ 80 公分或身體質量指數(kg/m^2)BMI ≥ 27 。

2. 飯前血糖值(AC)： $\geq 100\text{mg/dl}$ ，或已使用藥物治療。
3. 血壓值：收縮壓 $\geq 130\text{mmHg}$ ，舒張壓 $\geq 85\text{mmHg}$ ，或已使用藥物治療。
4. 三酸甘油脂值(TG)： $\geq 150\text{mg/dl}$ ，或已使用藥物治療。
5. 高密度脂蛋白膽固醇值(HDL)：男性 $<40\text{mg/dl}$ ，女性 $<50\text{mg/dl}$ ，或已使用藥物治療。

(二) 本計畫收案期限自公告日起至10月底止。

(三) 每一診所收案人數上限為100名。收案名單須登錄於健保資訊網服務系統(VPN)查詢，不得為全民健康保險各醫療給付改善方案收案名單或與其他特約醫事服務機構重複收案。

二、服務內容

(一) 收案評估

1. 參與本計畫之特約西醫診所應向代謝症候群患者解釋本計畫內容，並確實告知患者收案。
2. 代謝症候群患者之相關資料管理(附件3)：
 - (1) 包含基本資料、生活習慣及相關檢測資料(含代謝症候群指標)。
 - (2) 依不同狀況收案個案情況，擬定流程完整的照護目標及策略，個案管理資訊化、衛教資料齊全且定期更新，注重個案評估及追蹤，並定期對收案個案

舉辦相關課程。

- (3) 依收案個案評估情形，交付「代謝症候群疾病管理紀錄表」衛教指引(附件4)，含營養諮詢、健康諮詢、血壓自我管理(722紀錄，參考附件5)等，予收案個案進行自我管理。

(二) 追蹤管理：

1. 定期追蹤收案個案之代謝症候群五大指標之改善情形，提供持續性的電話諮商或訪視追蹤管理、協助進行個案健康評估、聯繫及協調照護計畫、規劃個案健康管理與疾病預防衛教(如其他預防保健項目、四癌篩檢之重要性等)。以使收案個案認知進步，照護行為及代謝控制也能獲得顯著的改善。
2. 個案於收案評估時，未達標準值之檢驗檢查項目，應至少追蹤1次。
3. 如個案合併有其他慢性病危險因子(如菸、酒、檳榔)，得併提供個案衛教指導或協助轉介衛生福利部國民健康署合約戒菸機構或戒檳服務醫院執行戒除服務(參考資料：衛生福利部國民健康署健康九九網站 <https://health99.hpa.gov.tw/>)。
4. 依個案管理情形資料建檔(附件3)。

(三) 年度評估：

1. 依收案個案代謝症候群五大指標之改善情形，擬定次

年度照護目標及策略。

2. 依個案年度評估結果資料建檔(附件3)。

(四) 結案條件(符合以下任一條件者可結案，同一院所同一收案對象經結案後1年內不得再收案)

1. 個案經介入管理後，經個案管理評估已非代謝症候群患者。
2. 病情變化無法繼續接受本計畫之照護者。
3. 個案拒絕或失聯 \geq 3個月。
4. 個案死亡。

(五) 管理登錄個案

1. 將代謝症候群患者之相關資料上傳至健保資訊網服務系統 VPN(同附件3)。
2. 參與本計畫之特約西醫診所未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付相關費用，並依相關規定辦理。
3. 參與本計畫之特約西醫診所應依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。

捌、評核指標

參與本計畫之特約西醫診所，依下列指標達成情形，核發獎勵費用。

一、代謝症候群改善率(70分)

- (一) 診所收案個案之腰圍(男性 ≥ 90 公分，女性 ≥ 80 公分)減少3公分以上或身體質量指數 BMI(≥ 27)，下降1以上，且人數 ≥ 5 人以上，得10分。
- (二) 診所收案個案之醣化血紅素，原 $>7.5\%$ 下降10%，且人數 ≥ 5 人以上，得10分。
- (三) 診所收案個案之血壓，收縮壓140mmHg 以上降至130mmHg 以下，及舒張壓90mmHg 以上降至80mmHg 以下(得以722紀錄之血壓為原則，722紀錄須附存病歷)，且人數 ≥ 5 人以上，得15分。
- (四) 診所收案個案之三酸甘油脂，原200mg/dl 以上降到150mg/dl 以下，且人數 ≥ 5 人以上，得10分。
- (五) 診所收案個案之低密度脂蛋白膽固醇，原130mg/dl 以上下降10%，且人數 ≥ 5 人以上，得15分。
- (六) 診所收案之吸菸個案經醫療人員用藥或衛教指導後，期末自訴未再吸菸者，或受轉介戒菸服務個案經戒菸服務醫事機構評估為戒菸成功者(於3個月或6個月戒菸結果追蹤7天內無吸菸者)，且人數 ≥ 5 人以上，得10分(戒菸服務及費用，仍由國民健康署補助計畫支應)。
- (七) 執行方式：由收案診所於當年度收案時同時上傳風險控制項目及檢驗值(前測)，並於12月底前上傳再次檢驗結果(後測)，超過繳交期限者，檢測值以缺失計算。

二、完整照護達成率 $\geq 30\%$ (15分)

(一) 分子：診所申報年度評估費人數

(二) 分母：診所收案個案人數

三、介入成效率 \geq 30%(15分)

(一) 分子：個案經收案照護後，任何一項代謝症候群指標已達標並已不符代謝症候群患者人數。

(二) 分母：診所收案個案人數

玖、給付項目及支付標準：

一、收案評估費：

(一) 每人支付900點(支付代碼 P7501C)，同一個案同一院所僅得申報一次，代謝症候群相關之檢查檢驗項目(三酸甘油酯120點、低密度脂蛋白膽固醇250點、醣化血紅素200點、總膽固醇70點)費用已包含於本項所訂點數。

(二) 完成收案評估且收案後，才得申請本項費用。

二、追蹤管理費

(一) 每人支付200點(支付代碼 P7502C)，追蹤管理項目詳本計畫第二項服務內容，除檢驗檢查項目由西醫基層總額一般服務預算支應外，其餘費用已內含於本項所訂點數內。

(二) 申報收案評估費後至少須間隔12週才能申報本項費用，每年度最多申報3次，每次間隔至少12週。

(三) 同一個案於全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫收

案者，不得重複支付該計畫個案管理費及本項費用為原則。

三、年度評估費：

- (一) 每人支付500點(支付代碼 P7503C)，年度評估項目詳本計畫第二項服務內容，除檢驗檢查項目由西醫基層總額一般服務預算支應外，其餘費用已內含於本項所訂點數內。
- (二) 申報追蹤管理費後至少須間隔12週才能申報本項費用，每年度最多申報1次。
- (三) 結案原因為失聯、死亡或拒絕收案者，不得申報本項費用。

四、獎勵費：

- (一) 參與計畫診所參與計畫年度檢驗檢查上傳率 $\geq 50\%$ 且品質指標得分排序前75%之診所，核付獎勵費10,000點。
- (二) 因本計畫收案評估而新發現40歲以下保險對象具腦血管疾病、心臟病、糖尿病、高血壓、高血脂，且開始追蹤治療者，每個案獎勵150點，同一個案僅得獎勵一次。
 1. 新發現定義：保險對象於收案評估前2年，於該收案診所門診就醫紀錄之主次診斷未申報前述疾病之國際疾病分類代碼。
 2. 本項費用以診所為單位，每年撥付1次；由保險人分區業務組於年度結束，經審查通過後一個月內撥付費

用。相關之必要欄位需填寫完整，填寫不實或資料欄位以符號取代文字者，則核扣該筆獎勵金。

(三) 照顧個案進步獎勵：個案於收案評估檢測「未達標準」之代謝症候群指標，於年度評估時，任一指標達下列條件者，每一個案獎勵500點，同一個案僅得獎勵1次：

1. 腰圍：減少3%以上。
2. 飯前血糖：下降10%以上。
3. 血壓：收縮壓降至130mmHg 以下，舒張壓降至85mmHg 以下。
4. 三酸甘油酯：下降10%以上。
5. 低密度脂蛋白膽固醇：下降10%以上。

(四) 參與本計畫之特約西醫診所內醫師參與戒菸治療服務訓練(6小時線上+2小時實體)取得證書，且與國民健康署簽訂戒菸服務補助合約者，或已取得戒菸治療服務證書並與國民健康署簽訂戒菸服務補助合約且首次執行戒菸服務者(即不曾向 HPA 申請過戒菸服務費用)，依實際提供戒菸治療服務醫師數每位獎勵500元(本項獎勵經費由國民健康署支應)。(本項文字修正內容待國民健康署提供)

二、當次個案追蹤管理，如未提供其他各項醫療服務、藥物費用，不得依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」、「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」規定申報，亦不得向

收案個案收取部分負擔費用。

三、點值結算方式：

本計畫收案評估費、追蹤管理費、年度評估費及獎勵費採浮動點值計算，每點支付金額不高於1元；當季預算如有結餘，則流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

壹拾、計畫管理機制

- 一、保險人負責本計畫之研訂與修正。
- 二、保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之參與資格、核定及輔導轄區醫事服務機構執行計畫。

壹拾壹、退場機制

- 一、參與本計畫之特約西醫診所，未依所提計畫提供個案管理服務、或參與本計畫有待改善事項，經保險人2次通知限期改善而未改善者、或一年內因相同事由經保險人通知限期改善累計達3次者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。
- 二、參與本計畫之特約西醫診所如涉及特管辦法第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者），應自保險人第一次處分函所載停約日起退出執行本計畫，惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。

三、特約西醫診所如經保險人分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，得於通知送達日起30日內，以書面向保險人分區業務組申請複核，但以一次為限。

壹拾貳、計畫修訂程序

本計畫視需要檢討，由保險人邀集醫療專業團體、主管機關等單位共同修訂後，屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序報請主管機關核定後公告實施，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告；並送健保會備查。

【附件 1】全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫教育訓練課程

課程名稱	學分數
代謝症候群之篩檢與診斷? — 台灣代謝症候群流行病學與防治	1
代謝症候群防治計畫執行介紹	1
代謝症候群防治之危險因子管理	1
代謝症候群防治之飲食管理及指導病人技巧	1

【附件 2】全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫申請表

診所申請類別：新增 變更(變更者另檢附變更事項前後對照表)

基本資料	診所名稱		診所醫事機構代碼	
	計畫聯絡人姓名		計畫聯絡人電話：	
	計畫聯絡人 e-mail			
審核項目	項目		審查結果	備註
	成人預防保健服務		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
	參與本計畫相關醫事人員資料表		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
	認證書面資料影本		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
保險醫事服務機構	機構章戳		保險人審核意見欄 1 <input type="checkbox"/> 審核通過 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請補齊 4 <input type="checkbox"/> 其他 日期章戳：	本欄由審查單位填寫
	申請日期： 年 月 日			

【附件 3】全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫收案個案

資料建檔欄位

一、新收案，必須登錄欄位：

(一) 新收案日期(YYY/MM/DD)

(二) 收案診所：醫事機構代碼、醫師 ID、醫師姓名

(三) 個案基本資料：個案身分證號、姓名、性別、出生日期

(四) 危險因子：

1. 抽煙：1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸一包菸(含以下)、4.平均一天約吸一包菸以上

2. 酒：1.無、2.偶爾交際應酬、3.經常喝酒

3. 檳榔：1.無、2.偶爾交際應酬、3.經常嚼或習慣在嚼(平均>1 顆/天)

(五) 伴隨疾病：1.無；2.糖尿病；3.高血壓；4.心臟血管疾病；5.高血脂症；9.其他

(六) 檢查數據：檢查日期(YYY/MM/DD)、身高(cm)、體重(kg)、腰圍

(cm)、飯前血糖值(mg/dl)、收縮壓(mmHg)(若為 722 血壓請附註，並登錄最高數值的一次)、舒張壓(mmHg)(若為 722 血壓請附註，並登錄最高數值的一次)、三酸甘油酯值(mg/dl)、高密度脂蛋白膽固醇值(mg/dl)、身體質量指數 BMI (kg/m^2)、低密度脂蛋白膽固醇值(mg/dl)、醣化血紅素(%)、總膽固醇值(mg/dl)

(七) 慢性疾病風險值：冠心病(%;1.高、2.中、3.低)、糖尿病(%;1.高、2.中、3.低)、高血壓(%;1.高、2.中、3.低)、腦中風(%;1.高、2.中、3.低)、心血管不良事件(%;1.高、2.中、3.低)

(八) 疾病管理指引：

1. 戒菸：1.戒菸指導、2.戒菸服務、3.同意轉介戒菸醫院/診所

2. 戒檳：1.戒檳指導、2.戒檳服務、3.同意轉介戒檳班醫院/診所

3. 節制飲酒：目標：

4. 控制腰圍：1.腰圍目標值：公分、2.體重目標值：公斤

5. 注意飲食熱量：1.熱量目標值大卡/天、2.減少油炸物、3.減少甜食、3.減少鹽、3.減少含糖飲料、5.其他。

6. 規律運動：運動目標值(每週 5 天,每次 30 分鐘中等費力運動)。

二、追蹤管理(收案診所、個案基本資料、登錄次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：

(一) 追蹤管理日期(YYY/MM/DD)

(二) 追蹤方式：1.電話諮商、2.訪視

(三) 追蹤項目：1.營養諮詢、2.運動計畫、3. 營養諮詢及運動計畫

(四) 危險因子：

1. 抽煙：1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸一包菸(含以下)、4.平均一天約吸一包菸以上

2. 酒：1.無、2.偶爾交際應酬、3.經常喝酒

3. 檳榔：1.無、2.偶爾交際應酬、3.經常嚼或習慣在嚼(平均>1 顆/天)

(五) 伴隨疾病：1.無；2.糖尿病；3.高血壓；4.心臟血管疾病；5.高血壓症；9.其他

(六) 檢查數據：檢查日期(YYY/MM/DD)、身高(cm)、體重(kg)、腰圍(cm)、收縮壓(mmHg)(若為 722 血壓請附註，並登錄最高數值的一次)、舒張壓(mmHg)(若為 722 血壓請附註，並登錄最高數值的一次)、身體質量指數 BMI (kg/m²)，及收案評估未達標準之檢驗檢查項目

(七) 慢性疾病風險值：冠心病(%)、糖尿病(%)、高血壓(%)、腦中風(%)、心血管不良事件(%)

三、年度評估/結案(收案診所、個案基本資料、登錄次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：

(一) 年度評估/結案日期(YYY/MM/DD)

(二) 危險因子：

1. 抽煙：1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸一包菸(含以下)、4.平均一天約吸一包菸以上

2. 酒：1.無、2.偶爾交際應酬、3.經常喝酒

3. 檳榔：1.無、2.偶爾交際應酬、3.經常嚼或習慣在嚼(平均>1 顆/天)

- (三) 伴隨疾病：1.無；2.糖尿病；3.高血壓；4.心臟血管疾病；5.高血脂症；9.其他
- (四) 檢查數據：檢查日期(YYY/MM/DD)、身高(cm)、體重(kg)、腰圍(cm)、飯前血糖值(mg/dl)、收縮壓(mmHg)(若為 722 血壓請附註，並登錄最高數值的一次)、舒張壓(mmHg)(若為 722 血壓請附註，並登錄最高數值的一次)、三酸甘油酯值(mg/dl)、高密度脂蛋白膽固醇值(mg/dl)、身體質量指數 BMI (kg/m^2)，及收案評估未達標準之檢驗檢查項目
- (五) 慢性疾病風險值：冠心病(%)、糖尿病(%)、高血壓(%)、腦中風(%)、心血管不良事件(%)
- (六) 結案原因：1.個案經介入管理後，經個案管理評估已非代謝症候群患者、2.病情變化無法繼續接受本計畫之照護者、3.個案拒絕或失聯 \geq 3 個月、4.個案死亡、5.年度評估(尚未結案)。
- (七) 疾病管理指引：
1. 戒菸：1.戒菸指導、2.戒菸服務、3.同意轉介戒菸醫院/診所
 2. 戒檳：1.戒檳指導、2.戒檳服務、3.同意轉介戒檳班醫院/診所
 3. 節制飲酒：目標：
 4. 控制腰圍：1.腰圍目標值：公分、2.體重目標值：公斤
 5. 注意飲食熱量：1.熱量目標值大卡/天、2.減少油炸物、3.減少甜食、3.減少鹽、3.減少含糖飲料、5.其他。
 6. 規律運動：運動目標值(每週 5 天,每次 30 分鐘中等費力運動)。

備註：

參與方案之醫師需透過醫事服務機構行文至保險人分區業務申請，待保險人分區業務組核准後，始能登入健保資訊網服務系統(VPN)傳輸個案資料。

- 一、 醫師進入保險人資訊網服務系統網頁後登入試辦方案登錄系統後，可以點選個案管理選項，進行個案資料之登錄、維護及查詢事項。
- 二、 保險人分區業務組需確實將參與診所名單登錄於 HMA 系統。
- 三、 診所需請資訊廠商修改其自行維護的畫面，並將個案資料以批次經本系統上傳至健保資訊網服務系統(VPN)。

【附件4】全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫疾病管理紀錄表
(交付收案個案)

代謝症候群疾病管理紀錄表

病人姓名 _____ 收案評估/結案評估 _____ 年 _____ 月 _____ 日

基本資料與生活習慣	得到慢性病的風險	
1. 身高：_____公分	項目	風險程度
2. 體重：_____公斤	冠心病	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低
3. 運動： <input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 2. 偶爾 <input type="checkbox"/> 3. 經常(每週3次, 1次30分鐘)	糖尿病	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低
4. 抽菸： <input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 2. 偶爾 <input type="checkbox"/> 3. 經常	高血壓	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低
5. 飲酒： <input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 2. 偶爾 <input type="checkbox"/> 3. 經常	腦中風	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低
6. 檳榔： <input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 2. 偶爾 <input type="checkbox"/> 3. 經常	心血管不良事件	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低

代謝症候群五大指標(參考值)	
<input type="checkbox"/> 腰圍：_____公分	(男性≥90公分, 女性≥80公分)
<input type="checkbox"/> 飯前血糖值：_____mg/dl	(≥100mg/dl)
<input type="checkbox"/> 血壓：收縮壓_____ mmHg、舒張壓_____ mmHg	(收縮壓≥130mmHg, 舒張壓≥85mmHg)
<input type="checkbox"/> 三酸甘油酯值：_____ 40mg/dl	(≥150mg/dl)
<input type="checkbox"/> 高密度脂蛋白膽固醇值：_____ 40mg/dl	(男性<40mg/dl, 女性<50mg/dl)
<input type="checkbox"/> 身體質量指數(kg/m ²)BMI：_____ (≥27)	

疾病管理指引
<input type="checkbox"/> 戒菸(>10支/日或尼古丁成癮度>4分可轉介) <input type="checkbox"/> 戒菸指導 <input type="checkbox"/> 戒菸服務 <input type="checkbox"/> 同意轉介戒菸醫院/診所
<input type="checkbox"/> 戒檳(>100顆/3個月可轉介) <input type="checkbox"/> 戒檳指導 <input type="checkbox"/> 戒檳服務 <input type="checkbox"/> 同意轉介戒檳班醫院/診所
<input type="checkbox"/> 節制飲酒, 目標:
<input type="checkbox"/> 控制腰圍, 目標值: 公分、體重目標值: 公斤
<input type="checkbox"/> 注意飲食熱量, 目標值大卡/天 盡量減少 <input type="checkbox"/> 油炸物 <input type="checkbox"/> 甜食 <input type="checkbox"/> 鹽 <input type="checkbox"/> 含糖飲料 <input type="checkbox"/> 其他。
<input type="checkbox"/> 規律運動, 目標值: 每週5天, 每次30分鐘中等費力運動。
<input type="checkbox"/> 量血壓: 指導722量測。
<input type="checkbox"/> 其他叮嚀:

_____ 診所, 建議回診日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※本表請參照國民健康署提供之「代謝症候群管理計畫照護流程與指導手冊」執行。

【附件5】血壓「722紀錄」

血壓「722紀錄」

※正確測量血壓7-2-2(請-量-量)

1. 量血壓前30分鐘，勿抽菸、勿喝含咖啡因或酒精飲料。
2. 建議：
 - (1)回診前，量測血壓7天。
 - (2)每天早晚量2次：起床1小時內的吃飯及吃藥前，晚上睡前1小時內。
 - (3)每次連續量2遍，每遍中間要隔1至2分鐘。

我的名字。

天數		第1天	第2天	第3天	第4天	第5天	第6天	第7天	我的回診日期
○月/○日		/	/	/	/	/	/	/	
一 早 起 床 血 壓	第1遍								月 日
	第2遍								
晚 上 睡 前 血 壓	第1遍								
	第2遍								

範例：收縮壓140mmHg，舒張壓60mmHg，格子內寫「140/60」。

報告事項

報告單位：中央健康保險署

案由：有關「111 年度各部門總額依協定事項需於 110 年 12 月底前提本會報告之項目」辦理情形，請鑒察。

說明：

一、依貴會 110 年第 8 次委員會議(110.12.17)決定事項辦理。

二、本署辦理情形如下：

(一)牙醫門診總額

協定事項	辦理情形
1 高風險疾病口腔照護(4.05 億元) (一般服務新增項目) ※協定事項：會同牙醫門診總額相關團體，於 110 年 12 月底前，提出具體規劃內容，並提健保會報告	一、「高風險疾病口腔照護」之具體規劃為新增牙醫支付標準 91090C「高風險疾病患者牙結石清除-全口」(700 點)，針對腦血管疾病、血液透析及腹膜透析病人及惡性腫瘤等 5 類高風險疾病病人，提供牙菌斑偵測及去除維護教導，每 90 天限申報 1 次。 二、本署已於 110 年 11 月 23 日全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 110 年第 3 次研商議事會議暨 110 年 12 月 9 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 110 年第 4 次會議討論及報告通過。 三、本項已於 111.2.15 公告，並自 111.3.1 生效。
2 提升假日就醫可近性(1.471 億元) (一般服務新增項目) ※協定事項： (1)加強改善民眾假日就醫不便情形，提升診所假日開診率及民眾假日就醫可近性 (2)於 110 年 12 月底前提出具體規劃內容，並提健保會報告	一、依貴會 111 年度牙醫門診醫療給付費用總額協定之執行目標為提升假日就醫之急症處置服務人次、全國假日提供看診服務之院所數較 108 年增加 60 家。 二、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)研擬規劃「提升假日就醫可近性」，並提至 110 年 11 月 23 日全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 110 年第 3 次研商議事會議，內容如下： (一)持續宣導會員依據假日就醫急症處置服務相關支付表內容提供醫療服務。 (二)請各分會持續研議提升假日看診服務院所之相關措施，另宣導民眾可至健保快易通 App 查詢假日看診之院所資訊。 (三)有關研議提升假日看診服務院所之措施，請牙全會提供具體規劃及說明。 三、本署持續監測「提升假日就醫可近性」之執行

協定事項	辦理情形												
	<p>情形如下：</p> <p>(一)本署統計 109 年及 110 年 (1-6 月) 之牙醫急症處置人次如下：</p> <p>1.92093B 牙醫急症處置為 16,024 人次及 7,675 人次。</p> <p>2.92094C 週六、週日及國定假日牙醫門診急症處置為 366,406 人次及 162,775 人次。</p> <p>3.92096C 牙齒外傷急症處理為 883 人次及 462 人次。</p> <p>(二)108 至 110 年 (1-6 月) 全國假日提供看診服務之院所數如下：</p> <p style="text-align: right;">單位：家數</p> <table border="1" data-bbox="683 797 1425 992"> <thead> <tr> <th></th> <th>108年</th> <th>109年</th> <th>110年(1-6月)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>週六</td> <td>6,127</td> <td>6,104</td> <td>5,771</td> </tr> <tr> <td>週日</td> <td>1,307</td> <td>1,130</td> <td>898</td> </tr> </tbody> </table> <p>(三)另本署均按月統計牙醫門診假日看診情形，並公開於本署全球資訊網。</p>		108年	109年	110年(1-6月)	週六	6,127	6,104	5,771	週日	1,307	1,130	898
	108年	109年	110年(1-6月)										
週六	6,127	6,104	5,771										
週日	1,307	1,130	898										
3	<p>高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫(1.84 億元) (專款新增項目) ※協定事項：會同牙醫門診總額相關團體，於110年12月底提出具體實施方案，及醫療利用與管控措施，並提健保會報告</p> <p>一、「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」之具體實施方案為新增牙醫支付標準 P7301C「高齲齒率患者氟化物治療」(500 點)，主要係針對高齲齒率病人(限同院所已申報過 89013C「複合體充填」或 89113C「特殊狀況之複合體充填」病人)，提供高齲齒率患者氟化物治療及衛教資訊，每 90 天限申報 1 次。</p> <p>二、本署已於 110 年 11 月 23 日全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 110 年第 3 次研商議事會議暨 110 年 12 月 9 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 110 年第 4 次會議討論及報告通過。</p> <p>三、本項已於 111.2.15 公告，並自 111.3.1 生效。</p>												

(二)中醫門診總額

協定事項	辦理情形
<p>1 提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護(5億元) (一般服務新增項目) ※協定事項：會同中醫門診總額相關團體，於110年12月底前提出具體規劃內容(含適應症及結果面指標)，及<u>醫療利用監控與管理措施</u>，並提健保會報告</p>	<p>一、依貴會 110 年 10 月 22 日委員會議協定 111 年度中醫門診醫療給付費用「提升民眾於黃金治療期針傷照護」之黃金治療期定義【自首次開立同一 ICD-10-CM 主診斷碼起 3 個月內(含跨院所)】，及其評估指標為減少前開患者同期使用針傷於疾病黃金治療期跨院所就醫次數 2%。 二、另本署已於 110 年 11 月 18 日全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 110 年第 3 次研商議事會議及 110 年 12 月 9 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及報告通過，修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫通則，中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及針灸合併傷科治療合計申報量上限，自 45 人次調升為 60 人次。 三、本項已於 111.2.15 公告，並自 111.3.1 生效。</p>
<p>2 照護機構中醫醫療照護方案(0.28億元) (專款新增項目) ※協定事項：會同中醫門診總額相關團體，於110年12月底前提出具體實施方案，及<u>醫療利用監控與管理措施</u>，並提健保會報告</p>	<p>一、本方案於 110 年 12 月 30 日健保醫字第 1100017739 號公告在案。 二、方案重點如下： (一)施行機構：政府立案之老人安養、養護機構或身心障礙福利機構、護理之家，並以護理之家為優先。 (二)醫療服務提供方式：保險醫事服務機構指派中醫師及必要之醫事人員，至照護機構提供中醫醫療服務，每週以一個時段為限，每時段至少須三小時。 (三)支付方式 1.論次支付：每時段支付 1,000 點，未達三小時不予支付。 2.論量支付：依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第四部中醫所列之項目申報。每時段以 15 人為上限。</p>

(三)西醫基層總額

協定事項	辦理情形
1 提升國人視力照護品質(1.2億元) (一般服務新增項目) ※決定事項：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，並提健保會報告	一、有關「提升國人視力照護品質」案，本署已於110年12月9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，刪除「醫師執行白內障手術四十例以上須送事前審查」規範，改以白內障手術事前登錄作業及事後審查等管理措施取代，在總額制度下，回歸醫界同儕自主管理。 二、本項已於111.2.15公告，並自111.3.1生效。

健保署業務窗口：洪于淇科長，聯絡電話：02-27065866 分機 2667

本會補充說明：

- 一、本案係健保署依111年度工作計畫(原訂於1月份提報，惟因時間關係遞延至本次委員會議報告)，就111年度牙醫門診、中醫門診及西醫基層總額之協定事項，提報本會具體規劃內容或實施方案，需於110年12月底前提報共計6項，其中3項需包含「醫療利用監控與管控措施」。(如說明二附表劃線處)
- 二、經檢視健保署提報之規劃內容或實施方案，執行方式多為新增或放寬支付標準，未有實質改善或提升服務之作法，為利了解是否符合協定事項之要求，本會於1月11日請健保署補充說明下列事項：
 - (一)以下3項建請補充「醫療利用監控與管控措施」相關內容：
 - 1.牙醫門診總額「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」。
 - 2.中醫門診總額「提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護」。
 - 3.中醫門診總額「照護機構中醫醫療照護方案」。
 - (二)另牙醫門診總額之「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」，屬專款項目之新增計畫，所報內容僅新增1項支付標準「高齲齒率患者氟化物治療」，未列有相關推動策略，建請補充說明如何達到協定事項之要求(含執行目標與評估指標、醫療利用

與管控措施等)。

三、本會依健保署 1 月 19 日回復之補充說明，彙整協定事項、該署補充說明與本會研析意見如下：

協定事項	請健保署補充說明事項	健保署補充說明與本會研析意見
<p>1 高齶齒病患牙齒保存改善服務計畫(1.84 億元) (專款新增項目) ※協定事項：會同牙醫門診總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用與管控措施，並提全民健康保險會報告</p>	<p>1.請補充「醫療利用與管控措施」</p> <p>2.本項屬專款項目之專案計畫，所報內容僅新增 1 項支付標準「高齶齒率患者氟化物治療」，未列有相關推動策略，建請補充說明如何達到協定事項之要求(含執行目標與評估指標、醫療利用與管控措施等)</p>	<p>1.本項預算係用以新增牙醫支付標準 P7301C「高齶齒率患者氟化物治療」(500 點)，主要針對高齶齒率病人(限同院所已申報過 89013C「複合體充填」或 89113C「特殊狀況之複合體充填」病人)，提供高齶齒率患者氟化物治療及衛教資訊，每 90 天限申報 1 次。本署將於前述項目公告實施後，定期檢討執行情形，並配合中華民國牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)研訂各項醫療利用監控與管控措施。</p> <p>2.貴會詢問本計畫未訂有相關推動策略與如何達到協定事項要求(含執行目標與評估指標、醫療利用與管控措施)一節，經提牙醫門診總額 110 年第 3 次研商會議討論，因本項較為單純，決議逕以新增支付標準 P 碼方式試辦，相關適應症等規定亦一併增列；至於執行策略等細節，本署已函請牙全會提供相關說明，並請該會於委員會議適時向委員說明。</p> <p>-----</p> <p>本會研析意見：</p> <p>1.依上開說明，請健保署基於保險人之權責，儘速與牙全會研訂執行策略細節。</p> <p>2.依健保署說明，已於支付標準一併增列適應症等規定，另將於公告後，定期檢討執行情形，並配合牙</p>

	協定事項	請健保署補充說明事項	健保署補充說明與本會研析意見
			<p>全會研訂醫療利用監控與管控措施。建請加強落實所訂定之相關措施，以符協定事項之要求，並於 111 年 7 月提供初步執行結果。</p>
2	<p>提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護(5 億元) (一般服務新增項目) ※協定事項：會同中醫門診總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體規劃內容(含適應症及結果面指標)，及醫療利用監控與管理措施，並提全民健康保險會報告</p>	<p>請補充「醫療利用監控與管控措施」</p>	<p>本項預算係用以修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)第四部中醫通則，中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及針灸合併傷科治療合計申報量上限，自 45 人次調升為 60 人次。本署將於前述項目公告實施後，定期檢討執行情形，並配合中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)研訂各項醫療利用監控與管控措施。</p> <p>-----</p> <p>本會研析意見： 依上開說明，健保署將於公告後，定期檢討執行情形，並配合中全會研訂醫療利用監控與管控措施。建請加強落實所訂定之相關措施，以符協定事項之要求，並於 111 年 7 月提供初步執行結果。</p>
3	<p>照護機構中醫醫療照護方案(0.28 億元) (專款新增項目) ※協定事項：會同中醫門診總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用監控與管理措施，並提</p>	<p>請補充「醫療利用監控與管控措施」</p>	<p>本項專款預算為 2,800 萬元，本方案甫於 110 年 12 月 30 日公告，方案內容已明訂相關醫療利用管理及管控措施如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.明訂每週提供一時段中醫醫療服務，每時段服務 15 人為上限，以控制醫療費用支出。 2.本方案之評核指標亦規範照護機構接受中醫醫療照護後，其住民外出就醫件數較 108 年減少。 3.本方案除論次費用外，其餘項目均

協定事項	請健保署補充說明事項	健保署補充說明與本會研析意見
	全民健康保險會報告	<p>採浮動點值支付，且每點金額不高於1元。</p> <p>4.本署將定期檢討並監控計畫執行情形，並配合中全會研訂本計畫各項醫療利用管控措施。</p> <p>-----</p> <p>本會研析意見：</p> <p>健保署已補充方案所訂之醫療利用管理及管控措施，亦將定期檢討執行情形，並配合中全會研訂醫療利用監控與管控措施，建請加強落實，以符協定事項之要求，並於111年7月提供初步執行結果。</p>

決定：

附錄

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 台北市南港區忠孝東路6段488號
4樓

聯絡人：李德毅

聯絡電話：(02)8590-6861

傳真：(02)8590-6046

電子郵件：hsbodhi@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國111年3月3日

發文字號：衛部健字第1113360030號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：決定及委員發言實錄(節錄)

主旨：關於鈞部函請本會對「全民健保財務調整措施」擬議草案提
供意見案，復請鑒察。

說明：

- 一、復鈞部111年1月28日衛部保字第1111260058號函及同年月12日衛部保字第1111260036號函。
- 二、旨揭擬議草案，經依全民健康保險法第5條第1項第4款規定，提本會第5屆111年第2次委員會議(111.2.25)進行政策諮詢，該案決定及委員發言實錄節錄如附件，敬請鈞部參考。
- 三、關於本案決定如下：
 - (一)在健保財務嚴峻之情形下，本會肯定並支持全民健保財務調整措施之改革方向。
 - (二)捍衛健保永續經營、抑制醫療資源浪費為全民之責任，有

賴醫病雙方共同努力。

(三)全民健保財務調整措施執行層面之配套方案，攸關政策改革之成效，研擬時宜兼顧公平性、一致性、便利性及合法性。

(四)與會人員發言實錄併同送請衛生福利部參考。

正本：衛生福利部

副本：衛生福利部中央健康保險署

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

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

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年3月16日
發文字號：衛部保字第1110110368B號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：預告修正「全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用」草案之公告影本1份

主旨：檢送本部111年3月16日於行政院公報刊登預告修正「全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用」之公告影本1份，對於本公告內容有任何意見或修正建議者，請於本公告刊登公報次日起14日內陳述意見或洽詢本部，請查照。

正本：台灣醫院協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、社團法人台灣急診醫學會、台灣兒童急診醫學會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、中華民國醫事檢驗生公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、國軍退役官兵輔導委員會、內政部、內政部役政署、內政部消防署、內政部警政署、內政部空中勤務總隊、海洋委員會海巡署、中央警察大學、衛生福利部疾病管制署、衛生福利部國民健康署、衛生福利部社會及家庭署、本部醫事司、本部社會救助及社工司、本部全民健康保險爭議審議會、本部全民健康保險會
副本：衛生福利部中央健康保險署(含附件)

111.03.16

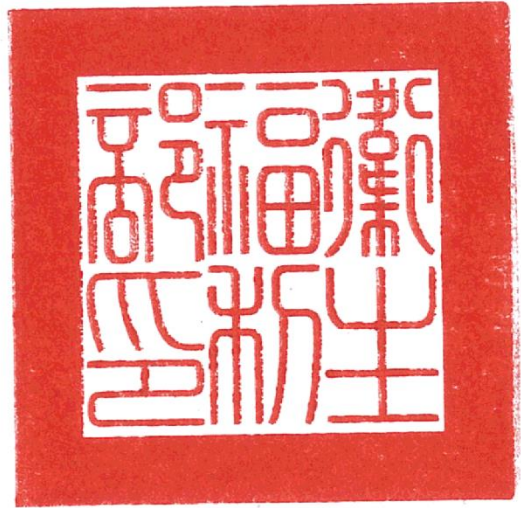


111CC00180

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國111年3月16日
發文字號：衛部保字第1110110368號
附件：「全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用」修正草案
1份



主旨：預告修正「全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用」草案。

依據：行政程序法第一百五十一條第二項準用第一百五十四條第一項。

公告事項：

- 一、修正機關：衛生福利部。
- 二、修正依據：全民健康保險法第四十三條第三項。
- 三、「全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用」修正草案如附件。本案另載於本部全球資訊網站「衛生法令查詢系統」（網址：<https://mohwlaw.mohw.gov.tw/>）之「法規草案」網頁及國家發展委員會「公共政策網路參與平臺—眾開講」網頁（網

址：<https://join.gov.tw/policies/>）。

四、本案已由本部中央健康保險署多方收集意見並與社會各界進行溝通，經該署於111年2月25日全民健康保險會第5屆第2次委員會議報告後，已參酌各界意見重行調整方案提報本部；對於本公告內容仍有任何意見或修正建議者，請於本公告刊登公報次日起14日內陳述意見或洽詢：

(一)承辦單位：衛生福利部社會保險司

(二)地址：台北市南港區忠孝東路六段488號4樓

(三)電話：(02) 85906666轉6779

(四)傳真：(02) 85906048

(五)電子郵件：hghsunwei@mohw.gov.tw

部長陳時中



附件

一、全民健康保險保險對象門診藥品應自行負擔之費用

(一) 收取金額如下：

單位：新臺幣(元)

藥品費用	應自行負擔費用	
	基層醫療單位/地區醫院	區域醫院/醫學中心
100 元以下	0 元	10 元
101-150 元	20 元	20 元
151-200 元	30 元	30 元
201-250 元	40 元	40 元
251-300 元	50 元	50 元
301-350 元	60 元	60 元
351-400 元	70 元	70 元
401-450 元	80 元	80 元
451-500 元	90 元	90 元
501-550 元	100 元	100 元
551-600 元	110 元	110 元
601-650 元	120 元	120 元
651-700 元	130 元	130 元
701-750 元	140 元	140 元
751-800 元	150 元	150 元
801-850 元	160 元	160 元
851-900 元	170 元	170 元
901-950 元	180 元	180 元
951-1,000 元	190 元	190 元
1,001-1,050 元	200 元	200 元
1,051-1,100 元		210 元
1,101-1,150 元		220 元
1,151-1,200 元		230 元
1,201-1,250 元		240 元
1,251-1,300 元		250 元
1,301-1,350 元		260 元
1,351-1,400 元		270 元
1,401-1,450 元		280 元
1,451-1,500 元		290 元
1,501 元以上		300 元

(二) 保險對象有下列情形之一者，免自行負擔門診藥品費用：

1. 接受牙醫醫療服務者。
2. 接受全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準所定論病例計酬

項目服務者。

- (三) 保險對象持慢性病連續處方箋調劑(開藥二十八天以上)，第一次調劑以當次調劑慢性病藥品費用與一般藥品費用併計應自行負擔之門診藥品費用；第二次及第三次調劑，免計收。

二、全民健康保險保險對象門診檢驗、檢查應自行負擔之費用

(一) 基層醫療單位、地區醫院收取金額如下：

單位：新臺幣(元)

檢驗、檢查費用	應自行負擔費用
500 元以下	0 元
501 - 550 元	50 元
551 - 600 元	55 元
601 - 650 元	60 元
651 - 700 元	65 元
701 - 750 元	70 元
751 - 800 元	75 元
801 - 850 元	80 元
851 - 900 元	85 元
901 - 950 元	90 元
951 - 1,000 元	95 元
1,001 元以上	100 元

(二) 區域醫院收取金額如下：

單位：新臺幣(元)

檢驗、檢查費用	應自行負擔費用	
	轉診	未經轉診
100 元以下	10 元	10 元
101 - 150 元		20 元
151 - 200 元	15 元	30 元
201 - 250 元	20 元	40 元
251 - 300 元	25 元	50 元
301 - 350 元	30 元	60 元
351 - 400 元	35 元	70 元
401 - 450 元	40 元	80 元
451 - 500 元	45 元	90 元
501 - 550 元	50 元	100 元
551 - 600 元	55 元	110 元
601 - 650 元	60 元	120 元
651 - 700 元	65 元	130 元
701 - 750 元	70 元	140 元
751 - 800 元	75 元	150 元
801 - 850 元	80 元	160 元
851 - 900 元	85 元	170 元
901 - 950 元	90 元	180 元
951 - 1,000 元	95 元	190 元
1,001 - 1,050 元	100 元	200 元
1,051 - 1,100 元	105 元	210 元
1,101 - 1,150 元	110 元	220 元
1,151 - 1,200 元	115 元	230 元
1,201 - 1,250 元	120 元	240 元
1,251 - 1,300 元	125 元	250 元
1,301 - 1,350 元	130 元	260 元
1,351 - 1,400 元	135 元	270 元
1,401 - 1,450 元	140 元	280 元
1,451 - 1,500 元	145 元	290 元
1,501 元以上	150 元	300 元

(三) 醫學中心收取金額如下：

單位：新臺幣(元)

檢驗、檢查費用	應自行負擔費用		檢驗、檢查費用	應自行負擔費用	
	轉診	未經轉診		轉診	未經轉診
100 元以下	10 元	10 元	1,051 - 1,100 元	105 元	210 元
101 - 150 元		20 元	1,101 - 1,150 元	110 元	220 元
151 - 200 元	15 元	30 元	1,151 - 1,200 元	115 元	230 元
201 - 250 元	20 元	40 元	1,201 - 1,250 元	120 元	240 元
251 - 300 元	25 元	50 元	1,251 - 1,300 元	125 元	250 元
301 - 350 元	30 元	60 元	1,301 - 1,350 元	130 元	260 元
351 - 400 元	35 元	70 元	1,351 - 1,400 元	135 元	270 元
401 - 450 元	40 元	80 元	1,401 - 1,450 元	140 元	280 元
451 - 500 元	45 元	90 元	1,451 - 1,500 元	145 元	290 元
501 - 550 元	50 元	100 元	1,501 - 1,550 元	150 元	300 元
551 - 600 元	55 元	110 元	1,551 - 1,600 元	155 元	310 元
601 - 650 元	60 元	120 元	1,601 - 1,650 元	160 元	320 元
651 - 700 元	65 元	130 元	1,651 - 1,700 元	165 元	330 元
701 - 750 元	70 元	140 元	1,701 - 1,750 元	170 元	340 元
751 - 800 元	75 元	150 元	1,751 - 1,800 元	175 元	350 元
801 - 850 元	80 元	160 元	1,801 - 1,850 元	180 元	360 元
851 - 900 元	85 元	170 元	1,851 - 1,900 元	185 元	370 元
901 - 950 元	90 元	180 元	1,901 - 1,950 元	190 元	380 元
951 - 1,000 元	95 元	190 元	1,951 - 2,000 元	195 元	390 元
1,001 - 1,050 元	100 元	200 元	2,001 元以上	200 元	400 元

(四) 保險對象接受全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準所定論病例計酬項目服務者，免自行負擔門診檢驗、檢查費用。

三、全民健康保險保險對象急診應自行負擔之費用

單位：新臺幣(元)

層級別	檢傷分類		
	第一級、第二級	第三級	第四級、第五級
醫學中心	300 元	550 元	800 元
區域醫院	200 元	300 元	600 元
地區醫院	150 元		
基層醫療單位	150 元		

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：10634 臺北市大安區信義路三段140號
聯絡人：賴先生
聯絡電話：02-27065866 分機：2605
傳真：02-27069043
電子郵件：A111145@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年3月16日
發文字號：健保醫字第1110660198號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

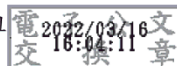
主旨：貴會原訂於111年3月25日召開之第5屆111年第3次委員會報告「109年健保收入超過2億元之醫療院所財務報告之公開情形」，建請延後至111年6月24日報告，請查照。

說明：

- 一、依據貴會111年衛生福利部全民健康保險會工作計畫辦理。
- 二、考量本署公開109年度醫事服務機構財務報告，規劃併全球資訊網「院所財務報告趨勢」視覺化建置作業，須再多蒐集各界意見使公開內容更臻完備，原訂報告時程懇請延後辦理。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：本署醫務管理組、本署企劃組、本署資訊組



111.03.17



1113340050

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

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

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年3月3日
發文字號：衛部保字第1110107877號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：所報「111年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」，同意辦理，復請查照。

說明：

- 一、復貴署111年2月23日健保醫字第1110772080號函。
- 二、經核所報方案內容業經全民健康保險會（下稱健保會）第5屆111年第1次委員會議討論，且由貴署依會議決議修正，同意照辦，並請貴署就該會委員針對方案執行成效及管控項目之建議，妥適研處。另健保會請貴署於方案內容增列附表，以整體呈現各構面、策略及其管控項目與目標值之議決事項，尚請儘速補陳備查，並副知該會。
- 三、各年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案之提報，請貴署尊重健保會排定時程，俾期年度開始即得據以執行。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：本部全民健康保險會

111.03.04



111CC00146

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：10634 臺北市大安區信義路三段140號
聯絡人：阮柏叡
聯絡電話：02-27065866 分機：2670
傳真：02-27069043
電子郵件：A111267@nhi.gov.tw

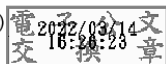
受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年3月14日
發文字號：健保醫字第1110660137號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨 (A21030000I_1110660137_doc3_Attach1.pdf)

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

說明：復鈞部111年3月3日衛部保字第1110107877號函。

正本：衛生福利部
副本：衛生福利部全民健康保險會(含附件)



111.03.15



1113340045

附表、抑制資源不當耗用改善方案管控項目及目標值

構面	策略	管控項目	目標值
合理使 用保險 權益	強化自我照護能力	1.全民健保行動快易通(健康存摺)APP 安裝人次增加率	$\geq 5\%$
		2.門診就醫次數大於 90 次之保險對象就醫成長率	$\leq -18\%$
	正確就醫觀念行為	3.基層與地區醫院門診占整體件數之占率	$\geq 74.2\%$
		4.非同體系區域級以上醫院下轉(含回轉)件數較去年同期增加	$\geq 63,486$
鼓勵醫 療體系 間合作 與轉銜 服務	持續推動分級醫療	5.接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	$\geq 29\%$
		6.居家醫療整合照護對象門診就醫次數較基期成長率	$< 0\%$
	增進院所合作機制	7.與長照 2.0 之銜接率	$\geq 48\%$
8.提升非同體系區域級(含)以上醫院回轉率 (累計)-半年指標		$\geq 5.21\%$	
	精進雲端資訊系統	9.醫療檢查影像資訊即時上傳率	$\geq 92\%$
善用醫 療資源 合理使 用	減少重複醫療利用	10.全藥類藥品重複用藥日數下降率	$\geq 5\%$
		11.門診 10 項重點檢查(驗)合理區間內再次執行下降率	$\geq 5\%$
		12.西醫門診年復健次數>180 次異常件數成長率零成長	$\leq 0\%$
	強化違規查處機制	13.違規院所訪查家次	≥ 449

構面	策略	管控項目	目標值
尊重醫療自主，保障善終權益		14.死亡前安寧利用率	$\geq 33.35\%$
		15.呼吸器依賴病人安寧利用率	$\geq 72\%$
持續推動疾病管理		16.西醫門診病人可避免住院率(負向指標)	$\leq 1.45\%$

111 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)

壹、依據

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

貳、說明

現行全民健康保險(以下稱全民健保)自全面實施總額支付制度以來，每年醫療費用控制在總額成長幅度以下，達到宏觀面之已達費用管控目的；在微觀管控面，已漸採提升醫療服務效率與品質之政策方向改革，如論病計酬支付、論質計酬等，並於平常醫療管理作業加強醫療費用審查，或依據醫療費用發生狀況，啟動專案審查及稽核等，惟國人對全民健保醫療浪費對於全民健保可能衍伸之醫療浪費，如看病多、拿藥多、檢查多等議題，希望保險人能積極提出良好改善對策，因此於健保法第 72 條訂定保險人每年擬訂抑制資源不當耗用之改善方案。

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

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

綜整前述非必要醫療行為的可能原因，本方案從合理使用保險權益、鼓勵醫療體系間合作與轉銜及與促進醫療資源合理使用等三面向，擬訂相關對應管

理策略，包括：健保資源宣導、強化自我照護能力、門診高診次就醫個案輔導、持續推動分級醫療、精進雲端醫療資訊、加強審查與查核機制、減少不必要醫療利用、推動疾病管理、促進院所合作機制、照護服務之銜接等規劃藍圖，並列為每年持續推動改革之策略。

參、實施目的

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

肆、實施期間

本方案施行期間自 111 年 1 月 1 日起至 111 年 12 月 31 日止，執行期間將視方案特性、複雜度與執行情形，必要時將延長實施年限。

伍、實施策略及方法

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

一、合理使用保險權益

(一)深化保險對象珍惜健保資源宣導

1.策略：~~提升國人健康照護服務，以「珍惜醫療資源、健保服務帶著走」觀念，加強宣導保險對象「珍惜健保醫療資源」，並建立合理就醫及正確用藥行為。~~

2.方法:

(1).~~透過新興科技通路與大眾傳播媒體，運用各項宣導資源，積極進行各項重大政策宣導，提升保險對象珍惜健保資源，減少醫療浪費觀念。~~

(2).~~透過跨機關合作，提升保險對象對於我國健保制度與各項推行政策的認知，達成全民健保永續經營的目標。~~

(一)強化自我照護能力

1.策略：提供視覺化就醫資料及與相關衛教資訊連結，強化保險對象自

我照護能力。

2. 方法：持續精進「健康存摺2.0」，幫助保險對象即時、便利地掌握個人健康大小事，做好自我健康照顧及管理。

(二)正確就醫觀念及行為

1. 策略：導正就醫觀念及行為，整合及提供醫療高利用保險對象醫療需求，促使合理使用保險權益。
2. 方法：
 - (1). 以門診就醫次數 ≥ 90 次/年及各季 ≥ 40 次者為對象，依標準作業程序強化其正確就醫觀念及行為，包括寄發關懷函表達關心，提供諮詢電話，對不易接觸(失聯)者以限制全民健康保險憑證(以下稱健保卡)更新地點，取得衛教輔導之機會。另針對高診次保險對象，若經專業認定確有浮濫就醫者，則指定院所就醫；被指定就醫者，至非指定院所就醫，除情況緊急，否則不予給付。
 - (2). 持續推動分級醫療，除壯大基層與擴大社區醫療群服務量能與品質外，並逐步導引區域級(含)以上醫院下轉案件以減少輕症服務，以達到醫療分工及合作目的。

二、鼓勵醫療體系間合作與轉銜服務。

(一)持續推動分級醫療

1. 策略：落實轉診及出院準備服務，導引醫院減少輕症服務。
2. 方法：精進轉診資訊交換平台、建立轉診 支付誘因、強化居家醫療及醫院出院準備之追蹤服務—~~區域醫院以上門診逐年適當減量~~。

(二)精進雲端醫療資訊系統

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

(三) 增進院所之合作機制

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

三、善用醫療資源及合理使用。

(一) 減少重複醫療利用：

1. 策略:藉由健保醫療資訊系統之查詢，降低病患重複處方用藥、檢驗(查)、治療處置，提升病患就醫安全及減少重複醫療利用。
2. 方法:
 - (1).監控全藥類藥品重複用藥日數下降率。
 - (2).監控10項重點檢驗、檢查等合理區間內之再次執行下降比率，包含CT、MRI、正子造影、腹部超音波、超音波心臟圖、低密度脂蛋白一膽固醇、杜卜勒氏彩色心臟血流圖、大腸鏡檢查、胃鏡(上消化道泛內視鏡檢查)、全套血液檢查。
 - (3).西醫門診復健異常案件管控。

(二) 尊重醫療自主，保障善終權益

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

(三) 持續推動疾病管理

1. 策略：推動有助提升醫療照護效率及品質之支付制度，持續降低可避免住院率。
2. 方法：推動各項論質支付項目，如：糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調、B型及C肝炎個案追蹤、孕產婦、早期療育、慢性阻塞性肺病、慢性腎臟病(含初期及末期)等。

(四)強化違規查處機制

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

陸、預期效益

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

衛生福利部深化與普及政府文件標準格式 (ODF-CNS 15251)執行計畫

(110 至 112 年度)

一、依據

行政院「深化與普及政府文件標準格式(ODF-CNS 15251)實施計畫(110至112年度)」辦理。

二、計畫目標

本部致力推動ODF格式文件流通作業，歷經「推動ODF-CNS15251為政府文件標準格式實施計畫(104-106年)」及「推動ODF-CNS15251為政府文件標準格式續階實施計畫(107-109年)」兩期計畫之執行，已取得初步成果。

為期銜接及擴大現階段計畫推動成效，深化開放文件格式於政府機關內部應用，並將開放文件格式普及至一般民眾，爰訂定本執行計畫。

三、名詞定義

(一) 開放文件格式(ODF)：係指符合我國國家標準CNS15251(參考國際標準ISO/IEC26300所制定)格式之文件，常見的副檔名有odt、ods、odp、odg等。

(二) 政府檔案文件流通：包含機關網站提供民眾下載之文件、電子公文附件、電子郵件附件、採購招標文件及公務表單等電子檔案，如為可編輯者，應

以採用ODF文件格式為原則；如為非可編輯者，則採用PDF文件格式。

四、適用對象

衛生福利部各單位。本部所屬機關(構)、所屬醫院及社福機構請各自成立工作小組推動。

五、推動策略及具體作法

- (一)雲端創新應用：持續維護及導入擴充ODF相關軟體工具，發展與同類型文書軟體之差異化應用。
- (二)即時智能協助：綜整線上資源，包含線上課程、操作手冊、問答集網站等，即時滿足使用者操作需求。
- (三)深化業務耦合：推廣機關之電子公文附件、招標文件使用ODF格式，以增加機關同仁接觸及使用ODF格式檔案機會。
- (四)凝聚政策認同：整合教育訓練課程、宣導推廣活動及媒體文宣製作，讓同仁充分理解政策核心理念及其核心價值，凝聚機關內部使用ODF格式之共識。
- (五)擴大民間推廣：利用業務關聯向外推廣，產生政府宣導效果。

六、實施期程：本計畫實施期程自奉核日起至112年12月31日止。

七、推動項目與分工

推動項目	措施	辦理單位
------	----	------

<p>(一) 深化政府 ODF格式流 通，形成機關 文化</p>	<p>即時智能協助及宣傳 文宣</p>	<p>資訊處綜整線上資源(包含操作手冊、問答集網站等)及推廣活動及媒體文宣後，定期更新於「ODF專區」，使得本部同仁可以得知最新ODF線上資源。</p>
	<p>ODF文件應用工具</p>	<p>資訊處：於本部同仁之個人電腦，安裝最新版ODF文件編輯軟體；如收到國家發展委員會之ODF核心版本升級訊息，於例行維護時更新本部同仁ODF軟體至最新版。另將於112起年不再統一採購微軟Office軟體，形塑本部深化應用ODF軟體文化。</p> <p>本部各單位：以評獎方式，鼓勵同仁申請將個人電腦上不安裝或卸載微軟Office軟體，形塑本部深化應用ODF軟體文化。</p>
	<p>招標文件使用ODF格式比例</p>	<p>本部各單位：提供之招標文件，須使用pdf格式或ODF格式文件。</p> <p>秘書處：遇有使用其他格式文件將予以退件處理。</p>
	<p>機關同仁受ODF教育訓練比例</p>	<p>本部各單位：每一位編制及約聘僱同仁每年於「e等公務園+學習平臺」完成線上學習ODF課程一次以上。</p>
<p>日常業務使用ODF格式比例</p>	<p>1. 電子公文附件：</p> <p>本部各單位：上傳至公文系統之電子公文附件，須使用pdf格式或ODF格式文件。</p>	

		<p>資訊處：公文系統對於各單位上傳之電子公文附件，除pdf格式外，只允許使用ODF格式文件。</p> <p>2. 本部各單位新增之資訊系統及網站產出之文件或報表須提供以ODF格式產出。</p>
(二) 擴大民間推廣，全面普及ODF格式應用	於辦理醫療護理機構、長期照顧機構、社會福利機構或其他民間組織等對外講座機會，宣導使用ODF格式文件。	本部各單位

八、經費來源：

本部相關軟體購置、開發及硬體設備之費用，悉由相關單位編列預算

或於年度相關預算項目支應。

九、關鍵績效指標：本部關鍵績效指標如表1：

表1 關鍵績效指標

序號	計畫目標	指標	說明	年度目標值		
				110年	111年	112年
1	深化政府ODF格式	招標文件使用ODF格式比例(註1)	本部招標文件之可編輯檔案使用 ODF 格式文件數量，與其他文書檔案格式文	--	>50%	>70%

序號	計畫目標	指標	說明	年度目標值		
				110年	111年	112年
	流通，形成機關文化		件數量相較之比例(個案有特殊需求者，得提出申請，經會議討論做成決議後，排除計算)			
		同仁受 ODF 教育訓練比例(註2)	本部人員曾受 ODF 教育訓練比例(採計人事總處登錄之公務人員終身學習時數)	--	>50%	>80%
		日常業務使用 ODF 格式比例(註3)	本部包含公文、網站、資訊系統使用 ODF 格式比例	>90%	>95%	100%
2	擴大民間推廣，全面普及 ODF 格式應用	利用業務關聯向外推廣，產生政府宣導效果之辦理次數(註4)	本部以任意形式之宣導、活動、協助投放 ODF 相關文宣、問卷等皆可採計	1次以上	4次以上	5次以上

註1：招標文件使用 ODF 格式比例：

1. A：機關招標文件使用ODF格式(副檔名為odt、ods、odp、odg)檔案數量
2. B：機關招標文件除pdf格式外，使用非開放文件格式檔案數量
3. C：招標文件使用ODF比例，計算方式： $C = A / (A + B) \times 100\%$

註2：同仁受 ODF 教育訓練比例：

1. A：機關全體同仁參與ODF教育訓練課程之總人數(採計人事行政總處終身學習時數。已於前機關期間完成ODF教育訓練課程之本部當年12月31日在職之編制及約聘僱同仁，計算在本部之已完成ODF課程之人數)
2. B：機關全體同仁總數(採計人事行政總處終身學習入口網之當年12月31日在職的機關全體之編制及約聘僱同仁)
3. C：機關同仁受ODF教育訓練比例，計算方式： $C = A / B \times 100\%$

註3：日常業務使用 ODF 格式比例：

1. A1=ODF格式附件檔案數量，A2=商用格式附件檔案數量
2. A：電子公文附件使用ODF格式比例， $A=A1 / (A1+ A2) \times 100\%$
3. B1=已支援ODF格式之機關網站數量、B2=應支援ODF格式之機關網站總數
4. B：機關網站可編輯檔案提供ODF格式下載比例， $B=B1 / B2 \times 100\%$
5. C1=已支援ODF格式之資訊系統數量、C2=應支援ODF格式之資訊系統總數
6. C：機關資訊系統支援ODF格式比例(資訊系統如有提供非開放格式文件之匯入、匯出功能，則須列入應支援ODF格式之資訊系統，並計算達成比例)， $C=C1 / C2 \times 100\%$
7. D：日常業務使用ODF格式比例，計算方式： $D = (A+B+C) / 3$

註4：利用業務關聯向外推廣，產生政府宣導效果之辦理次數：本部以任意形式之

宣導、活動、協助投放 ODF 相關文宣、問卷等皆可採計(需留存相關紀錄佐證)。

十、評比：

- (一) 深化與普及政府文件標準格式(ODF-CNS 15251)執行計畫，110年為宣導年，111年、112年於本部「資通安全比賽實施計畫」之評分項目新增「深化與普及政府文件標準格式(ODF-CNS 15251)執行計畫」，其總配

分為15分及評分標準如表2。

(二)評獎對象：本部各單位。

表2 深化與普及政府文件標準格式(ODF-CNS-15251)執行計畫評分標準

項次	指標	計算說明	配分
1	單位招標文件使用 ODF 格式比例(註1)	單位得分 = 當年招標文件使用 ODF 格式比例× 配分	3
2	單位同仁受 ODF 教育訓練比例(註2)	單位得分 = 當年結算單位同仁曾受 ODF 教育訓練比例× 配分	3
3	單位日常業務使用 ODF 格式比例(註3)	單位得分 = 當年日常業務使用 ODF 格式比例× 配分	3
4	單位個人電腦(含筆記型電腦)未安裝微軟 Office 之台數比例(註4)	單位得分 = 當年結算單位個人電腦(含筆記型電腦)未安裝微軟 Office 之台數比例×配分	3
5	單位利用業務關聯向外推廣，產生政府宣導效果之辦理次	單位得分 = 當年期累計宣導及輔導工作次數(逾2次者，以2次計)/2× 配分	3

項次	指標	計算說明	配分
	數(註5)		

註1：單位招標文件使用 ODF 格式比例(結算至當年11月30日，以下各項目皆同)

1. 國家發展委員會將向行政院公共工程委員會索取各部會之當年度公告日之採購案的附件格式清單，並提供本部資訊處藉以計算各單位之招標文件使用ODF格式比例。
2. A：單位招標文件使用ODF格式(副檔名為odt、ods、odp、odg)檔案數量
3. B：單位招標文件除pdf格式外，使用非開放文件格式檔案數量
4. C：單位招標文件使用ODF比例，計算方式： $C = A / (A + B) \times 100\%$
5. A + B為0時，該項目以滿分計算。

註2：單位同仁受 ODF 教育訓練比例

1. 由人事處定期提供當年度本部各單位已完成線上學習ODF課程之同仁清單予資訊處，藉以計算各單位之同仁受ODF教育訓練比例。
2. A：單位同仁參與ODF教育訓練課程之總人數(採計人事行政總處終身學習時數。已於前機關期間完成ODF教育訓練課程之本部當年11月30日在職之編制及約聘僱同仁，計算在該單位之已完成ODF課程之人數)
3. B：單位全體同仁總數(採計人事行政總處終身學習入口網之當年11月30日在職的單位全體之編制及約聘僱同仁)
4. C：單位同仁受ODF教育訓練比例，計算方式： $C = A / B \times 100\%$
5. 單位全體之編制及約聘僱同仁人數為0，該項目以滿分計算。

註3：單位日常業務使用 ODF 格式比例(結算至當年11月30日)

1. A1=ODF格式附件檔案數量，A2=商用格式附件檔案數量
2. A：單位電子公文附件使用ODF格式比例， $A = A1 / (A1 + A2) \times 100\%$
3. B1=已支援ODF格式之單位網站數量、B2=應支援ODF格式之單位網站總數

4. B：單位網站可編輯檔案提供ODF格式下載比例， $B=B1/ B2 \times 100\%$
5. C1=已支援ODF格式之資訊系統數量、C2=應支援ODF格式之資訊系統總數
6. C：單位資訊系統支援ODF格式比例(資訊系統如有提供非開放格式文件之匯入、匯出功能，則須列入應支援ODF格式之資訊系統，並計算達成比例)， $C=C1/ C2 \times 100\%$
7. A1+ A2、B2、C2為0時，以滿分計算。
8. D：單位日常業務使用ODF格式比例，計算方式： $D = (A+B+C) / 3 \times 100\%$
9. 本部各單位提供各自之B1、 B2 、C1及 C2值予資訊處，藉以計算各單位之B、C之得分。

註4：單位個人電腦(含筆記型電腦)未安裝微軟 Office 之台數比例

1. 單位同仁可以申請將個人電腦上微軟Office軟體卸載。惟為避免影響評獎公平性，單位同仁申請將其個人電腦上微軟Office軟體卸載後，於半年內不得再於該同仁之同台個人電腦申請安裝微軟Office軟體。
2. 單位個人電腦未安裝微軟Office之台數比例=(單位未安裝微軟Office之使用中個人電腦數量/單位使用中個人電腦數量)。
3. 本部各單位之本項次得分由資訊處統計。

註5：利用業務關聯向外推廣，產生政府宣導效果之辦理次數：

1. 本部各單位需留存相關紀錄佐證，用以提供資訊處藉以計算各單位之本項次得分。

檔 號：
保存年限：

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  2

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年3月11日

發文字號：健保醫字第1110100318號

附件：請自行至本屬全球資訊網擷取



主旨：公告新增「111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」，並自公告日起生效。

依據：衛生福利部111年3月2日衛部保字第1111260085號函。

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

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300069

111. 3. 14

裝

訂

線

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27069043
承辦人及電話：黃瑜盈(02)27065866轉
2621
電子信箱：a110950@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年2月24日
發文字號：健保醫字第1110772100號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：請自本署全球資訊網自行擷取

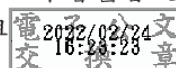
主旨：檢送110年第3季「全民健康保險其他部門結算說明表」，
並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明段，請查
照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定：「保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額及其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用」。
- 二、旨揭檔案同步放置於本署全球資訊網，路徑為：健保服務\
健保醫療費用\
醫療費用申報與給付\
醫療費用支付\
醫療費用給付規定\
各部門總額預算分配參數及點值結算說明表\
其他部門，請自行下載利用。

正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、財政部賦稅署、本署醫審及藥材組、
本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫務管理組



111.02.24



1113340031

110年度其他預算支用情形

項目	年	全年 預算數	執行數				全年 執行率	
			Q1	Q2	Q3	Q4		小計
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫		655.4	137.3	118.4	121.9	377.6	57.6%	
獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用 ^{註1}		980.0	34.3	175.6	162.3	372.2	38.0%	
保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫		1,653.8	347.5	348.3	314.1	1,009.9	61.1%	
推動促進醫療體系整合計畫		400.0	48.0	35.6	33.3	116.9	29.2%	
1.醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫 ^{註2}			11.1	9.9	9.4	30.4		
2.跨層級醫院合作計畫			19.9	9.9	9.8	39.7		
3.急性後期整合照護計畫			16.9	15.7	13.8	46.4		
4.全民健康保險遠距醫療給付計畫			0.0005	0.07	0.3	0.3		
支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及狂犬病治療藥費 ^{註3}		290.0	0.48	0.14	0.3	0.9	0.3%	
支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款不足之經費 ^{註4}		2,850.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0%	
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費		1,000.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0%	
慢性腎臟病照護及病人衛教計畫 ^{註5}		450.0	92.0	85.2	91.7	269.0	59.8%	
1.Pre-ESRD之病人照護與衛教計畫			62.4	58.2	62.4	183.1		
2.初期慢性腎臟病醫療給付改善方案			18.3	15.8	18.0	52.1		
3.慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫(申復)			0.0	0.0075	0.0	0.0		
※慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫(預先扣除，另行結算)			11.3	11.3	11.3	33.8		
提升用藥品質之藥事照護計畫 ^{註6}		30.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0%	
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		6,544.0	1,480.6	1,426.4	1,479.0	4,386.0	67.0%	
1.居家醫療與照護			951.4	928.2	951.0	2,830.5		
2.助產所			0.7	0.8	1.0	2.6		
3.精神疾病社區復健			518.5	488.2	517.3	1,524.0		
4.轉銜長照2.0之服務			9.9	9.2	9.8	28.9		
提升保險服務成效		300.0	65.5	42.3	86.0	193.9	64.6%	
基層總額轉診型態調整費用 ^{註7}		1,000.0	250.0	250.0	250.0	750.0	75.0%	
總計		16,153.2	2,455.7	2,481.9	2,538.6	0.0	7,476.2	46.3%

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

2.因108年第2季修正「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」，收案人數下降，故執行率不高；「跨層級醫院合作計畫」第2、3執行數(分別9.9、9.8百萬元)均較第1季(19.9百萬元)減少。

3.僅支付狂犬病治療藥費，其餘項目尚無專款不足需支應之情形。

4.C型肝炎藥費尚無專款不足需支應之情形。

5.門診透析服務品質提升獎勵計畫為年度另行結算且全數支應，以每季11.3百萬元(45百萬元/4)暫列。

6.110年「全民健康保險提升用藥品質藥事照護計畫」於110年10月21日公告實施。

7.第1季支用303,945,130點、第2季支用344,639,473點、第3季支用328,088,216，超出當季預算，按當季各分區補助總點數之比例分配。

中央健康保險署 110 年 12 月至本年 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 29 件，其中 6 件為新藥收載、20 件為給付規定異動、3 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：6 件

公告日期	藥物分類	公告主旨
110.12.15	代謝及營養劑/新成分新藥	公告暫予支付含 sodium glycerophosphate 成分藥品 Glycophos Concentrate for Infusion 20 ML/vial 暨其藥品給付規定。(用於磷補充)
111.02.14	抗微生物劑/新給藥途徑新藥	公告暫予支付含 nemonoxacin 成分藥品 Taigexyn Infusion Solution 500mg/250mL 暨其藥品給付規定。(用於治療社區性肺炎)
111.02.14	神經系統藥物/新成分新藥	公告暫予支付含 safinamide 成分藥品 Equfina Tablets 50mg 及其藥品給付規定。(用於治療帕金森氏症)
111.02.15	神經系統藥物/新劑型新藥	公告暫予支付含 brivaracetam 成分藥品 Briviact Solution for Injection 10mg/mL 暨其藥品給付規定。(用於為治療局部癲癇發作)
111.02.15	抗腫瘤藥物/新成分新藥	公告暫予支付含 larotrectinib 成分藥品 Vitrakvi 25mg capsule、100mg capsule 及 20mg/mL oral solution 共 3 品項藥品暨其藥品給付規定。(用於治療 NTRK 基因融合實體腫瘤)
111.02.15	神經系統藥物/新成分新藥	公告暫予支付含 fremanezumab 成分藥品 Ajovy solution for injection 暨其藥品給付規定。(用於預防成人偏頭)

(二)已收載藥品給付規定異動：20 件

公告日期	藥物分類	公告主旨
110.12.06	抗腫瘤藥物	公告異動含 ibrutinib 成分藥品(如 Imbruvica)支付價格及修訂其藥品給付規定。(用於治療被套細胞淋巴瘤)
110.12.08	血液治療藥物	公告修訂第八、第九凝血因子製劑之給付規定。(用於治療先天性血友病)
110.12.09	給付規定通則	公告修訂藥品給付規定通則。(用於靜脈營養輸液治療)
110.12.15	抗腫瘤藥物	公告異動含 bortezomib 成分藥品 Myzomib 之支付價格及修訂其藥品給付規定。(用於治療多發性骨髓瘤)
111.01.10	通則	公告修訂藥品給付規定中年齡之用詞。

公告日期	藥物分類	公告主旨
111.01.14	抗腫瘤藥物	公告修訂含 crizotinib 成分藥品、含 ceritinib 成分藥品及含 alectinib 成分藥品之給付規定。(用於治療非小細胞肺癌)
111.01.14	抗腫瘤藥物	公告異動含 brentuximab vedotin 成分藥品(如 Adcetris) 支付價格及修訂其藥品給付規定。(用於治療何杰金氏淋巴瘤、全身性退行分化型大細胞淋巴瘤、CD30+ 皮膚 T 細胞淋巴瘤)
111.01.25	免疫製劑	公告修訂含高單位免疫球蛋白成分之藥品給付規定。(慢性脫髓鞘多發性神經炎)
111.01.27	免疫製劑	公告含 brodalumab 成分藥品(如 Lumicef) 支付價格異動暨修訂部分藥品給付規定。(用於乾癬性關節炎)
111.02.07	給付規定附表	公告修訂皮膚科製劑藥品給付規定之附表十及附表十一。
111.02.07	抗微生物劑	公告修訂含 clarithromycin 成分藥品(如 Klaricid Tab) 之給付規定。(用於消化性潰瘍之胃幽門桿菌消除治療)
111.02.08	血液治療藥物	公告異動含 Nuwiq(simoctocog alfa) 之支付價格及修訂其藥品給付規定。(用於血友病)
111.02.08	給付規定附表	公告修訂附表十八之三「全民健康保險一般型血友病患需要時治療之凝血因子建議劑量」之給付規定。(用於血友病)
111.02.08	心臟血管及腎臟藥物	公告修訂含 fondaparinux 成分藥品(如 Arixtra) 之給付規定。(用於預防人工髖或膝關節置換術或再置換術後之靜脈血栓)
111.02.08	抗微生物劑	公告修訂含 tenofovir alafenamide 成分藥物(如 Vemlidy) 之給付規定。(用於慢性 B 型肝炎)
111.02.09	免疫製劑	公告修訂含 tofacitinib 成分藥品(如 Xeljanz) 之給付規定。(用於潰瘍性結腸炎)
111.02.14	呼吸道藥物	公告修訂呼吸道疾患吸入製劑給付規定案。(用於治療呼吸道疾患)
111.02.15	抗腫瘤藥物	公告異動含 enzalutamide 成分藥品(如 Xtandi) 支付價格及修訂其藥品給付規定，修訂含 apalutamide 成分藥品(如 Erleada) 及含 abiraterone 成分藥品(如 Zytiga) 之給付規定。(用於高風險轉移性的去勢敏感性前列腺癌(mCSPC))
111.02.15	神經系統藥物	公告含 memantine 成分藥品支付價格異動暨修訂部分藥品給付規定。(用於治療阿滋海默氏症之失智症)
111.02.25	神經系統藥物	異動原 111 年 2 月 15 日公告含 memantine 成分藥品支付價格異動暨修訂部分藥品給付規定。(新增晟德大藥廠股份有限公司)

(三)其他：3 件

公告日期	分類	公告主旨
110.12.10	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 3 項。
111.01.14	新收載品項暫予支付及已收載品項支付標準異動	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」之藥物品項計 178 項
111.01.27	已收載品項支付標準異動	公告異動含 dexamethasone 成分藥品 Ozurdex (dexamethasone intravitreal implant) 0.7mg 之支付價格。

二、特材部分：計公告 14 件，其中 6 件為新特材收載、5 件為給付規定異動、3 件為其他(新增既有功能品項、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
110.12.15	傳導類-電極導線	公告暫予支付特殊材料「"卓爾"拋棄式去顫電極-電極貼片」共 1 品項暨其給付規定。
110.12.15	管套類-氣球擴張導管	公告暫予支付特材「"合約醫療"不老福靜脈支架系統」。
111.02.16	人工機能代用類-神經外科類	公告暫予支付特殊材料「"雅培"茵菲耐堤深腦刺激系統(雙側/電池容量 5.3Ah)」計 1 項。
111.02.16	人工機能代用類-骨科類	公告暫予支付特殊材料「"史賽克"四點五喜爾脊椎系統-延長式連結器」暨其給付規定。
111.02.24	人工機能代用類-骨科類	公告暫予支付特殊材料「"西安康拓"顱骨修補系統」暨其給付規定。
111.03.01	人工機能代用類-眼科類	公告暫予支付特殊材料「保羅青光眼房水引流植入物」及「愛滅青光眼用舒壓導流瓣膜」共 2 項暨其給付規定，並修訂特殊材料「伊倍視青光眼房水調整裝置」之給付規定。

(二)已收載特材給付規定異動：5 件

公告日期	分類	公告主旨
110.12.09	管套類-導引管	公告修訂特殊材料「壓力感應金屬導引線(FFR)(或 iFR)」給付規定及「血管支架」給付規定。
111.01.26	管套類-氣球擴張導管	公告修訂特殊材料「淺股動脈血管裝置」給付規定。
111.02.14	人工機能代用類-骨科類	修正健保收載特材「人工頸椎椎間盤」之給付規定。

公告日期	分類	公告主旨
111.02.15	過濾類-血液過濾	公告新增特殊材料「腔靜脈血栓過濾網取回組」之給付規定。
111.03.01	人工機能代用類-心臟科類等	公告修訂「小兒用人工血管」等 31 項特殊材料給付規定。

(三)其他：3 件

公告日期	分類	公告主旨
110.12.06	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 103 項。
111.02.15	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 639 項。
111.02.15	新增既有功能類別品項及已收載品項支付標準異動	公告新增及異動既有功能類別特殊材料「雙迴路透析導管組(整組)」及「雙迴路透析導管組／永植型(整組)」計 15 項。

衛生福利部全民健康保險會

第5屆111年第3次委員會議更新及新增資料目錄

會議時間：111年3月25日

一、本會重要業務報告

更新：擬解除追蹤項次1之健保署答覆(會議資料第10頁) ---- 1

二、優先報告事項

更新：第二案「健保署應依『111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式』核(決)定事項及時程提報本會之事項辦理情形」案，說明三(二)之2(會議資料第15頁) ----- 7

三、討論事項

新增：第一案「建請健保署針對高死亡率癌別優先給付免疫療法新適應症，並請衛福部設立國家癌症藥品基金，提高癌症病人新藥使用機會案」之健保署說明(會議資料第71~73頁)----- 16

(會議資料第 10 頁)

四、本會重要業務報告，更新擬解除追蹤項次 1 之健保署答覆

健保會第 5 屆 111 年第 2 次委員會議之健保署答覆

上次(第 2 次)委員會議之擬解除追蹤項次 1

案由：本會重要業務報告。

委員意見	健保署說明(更新如底線處)
<p>李委員永振(議事錄 p.11)</p> <p>一、有關於最近幾次會議健保署提供的資料或是回復的意見，我這邊有幾點看法，健保署的推估模式有它的一貫性，我們給予尊重，但是如果有了新的資料出來，是不是應該隨時更新，把正確的數據提供給委員清楚瞭解以及掌握，這樣大家在討論的時候所根據的才會比較一致。例如我上次提過，健保署在11月19日委員會議討論費率審議時所提出110年保險收支餘絀約為-261億元，但在業務執行報告第17頁保險收支餘絀約為-176億元，前後差不到2個月，相差了85億元。健保署上次曾經說明過，但是我還是覺得不夠完善；另外這次的財務調整措施，健保署在上次委員會議提過，但並沒講金額，我自己反推</p>	<p>一、111年2月25日第2次委員會議資料第27-28頁所述，有關衛生福利部於111年1月28日函送全民健康保險會之「全民健保財務調整措施」擬議草案，預估挹注金額266億元(各項措施金額如下)，係加總各項措施實施後「全年」預估挹注之金額。</p> <p>(一)調整部分負擔：約121億元。</p> <p>(二)調高投保金額上限：約17億元。</p> <p>(三)強化政府財務責任：約128億元。</p> <p>二、至於111年1月21日第1次委員會議資料第135-136頁所述，衛生福利部於110年12月29日函報行政院(副知健保會)實施「全民健保財務調整措施」配套方案後，111年底安全準備餘額可自0.69~0.91個月保險給付支出，提升至0.8~1.03個月保險給付支出一節，僅將「調整部分負擔」及「調高投保金額上限」2項措施納入考量，並預估於「111年7月」實施，因此當年度挹注金額約69億元。</p> <p>三、綜上，上述所提資料之差異，係因調整措施項目及實施期間不同所致。</p> <p>四、補充資料如附件(第3~6頁)。</p>

委員意見	健保署說明(更新如底線處)
<p>出是75億元，今天所提方案加起來約有266億元，中間差距有191億元，為什麼我要提問？因為我回想一下，最近6年我們總額協商的預算金額，以111年最高也才160億元，本次財務調整措施就有191億元的差距，差距過大的話，用這些數字討論有意義嗎？</p>	

111年2月25日第2次委員會
議資料第27-28頁

五、政策諮詢事項

案由：衛生福利部函送「全民健保財務調整措施」擬議草案，請本會表示意見案。

說明：

- 一、衛生福利部(下稱衛福部)於本(111)年1月28日，以衛部保字第1111260058號函(詳附件一，第33~37頁)，檢送「全民健保財務調整措施」擬議草案1份，依全民健康保險法(下稱健保法)第5條第1項第4款規定，送本會進行政策諮詢。

健保法第5條第1項

本保險下列事項由全民健康保險會(以下稱健保會)辦理：

- 一、保險費率之審議。
- 二、保險給付範圍之審議。
- 三、保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配。
- 四、保險政策、法規之研究及諮詢。
- 五、其他有關保險業務之監理事項。

- 二、本項「全民健保財務調整措施」擬議草案，重點內容摘要如下：

(一)本案緣起

1. 健保財務考量：因衛福部在調整110年費率時未予調足，致依據當時之財估顯示，至111年底安全準備金將無法維持1個月的保險給付支出(0.57~0.73個月)，又同時允諾將一併推動改革，盡力達成111年不調整費率之目標。
2. 社會及經濟環境因素：國內近兩年處於防疫警戒時期，衝擊內需產業甚鉅，須持續精進各項紓困、振興措施，照顧有需要的民眾，以降低疫情對社經環境之衝擊。
3. 研擬措施及財務效果：111年度在基本工資調漲及軍公教調薪等措施財務挹注下，111年底安全準備將可提升至0.69~0.91個月保險給付支出，惟如欲達法定1個月保險給付支出，財務缺口尚約有58~197億元。
4. 依111年核定之費率5.17%及總額成長率3.320%之財務估計：預估111年保險收入為7,206億元、保險成本為7,528億元，收支短絀323億元，年底安全準備累計餘額為593億元，約當

0.95 個月保險給付支出。

5.基上述考量，衛福部與健保署乃提出以促進分級醫療及負擔公平之配套措施為主軸，並強化政府財務責任之短中長期檢討方案，研擬「全民健保財務調整措施」，按各配套措施預計實施時間之財務估計，111 年底安全準備可望提升至 0.8~1.03 個月保險給付支出。

✓ (二)全民健保財務調整措施重點內容，詳如附件一(第 35~36 頁)

1.近期可推動措施

(1)調整部分負擔：挹注金額約 121 億元，健保署於 2 月 15 日提供「111 年使用者付費精神下的部分負擔改革方案(草案)」(含簡報資料)詳附件二，第 38~47 頁。

(2)調高投保金額上限：挹注金額約 17 億元，衛福部於 1 月 12 日提供之資料詳附件三，第 48~55 頁。

(3)檢討旅外國人權利義務(公平性考量為主)。

(4)強化政府財務責任(挹注金額約 128 億元)。

2.持續檢討之中長期改革：補充保險費制度改革(挹注金額視方案內容而定)。

三、本會提供相關法規依據及現行作法供參。

(一)部分負擔

1.法規依據：健保法第 43、47 條，及施行細則第 61 條，如下：

健保法第 43 條

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

前項應自行負擔之費用，於醫療資源缺乏地區，得予減免。

第一項應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依診所及各級醫院前一年平均門診費用及第一項所定比率，以定額方式收取，並每年公告其金額。

第一項之轉診實施辦法及第二項醫療資源缺乏地區之條件，由主管機關定之。

健保法第 47 條

保險對象應自行負擔之住院費用如下：

一、**急性病房**：三十日以內，百分之十；逾三十日至第六十日，百分之二十；逾六十日起，百分之三十。

獲致兩案併陳之建議並函送本部(附件1)：

- (一)甲案(維持現行費率5.17%)：
 - 1、考量景氣仍受疫情影響，111年度基本工資調漲及軍公教調薪，民間企業是否跟進仍未知，不宜再增加民眾負擔。
 - 2、111年總額若併同考量股市活絡將增加補充保險費收入、總額專款的執行受疫情影響，剩餘款應可回補安全準備等，111年底安全準備或可維持1個月之水準，不一定需要調整費率。
- (二)乙案(費率調整為5.22%~5.32%)：
 - 1、不宜輕易打破健保法第78條維持111年底安全準備約當1~3個月保險給付支出之原則。
 - 2、微幅調整費率可適時紓解健保之財務壓力，避免未來年度一次大幅調整費率。

五、有關健保會上開兩案併陳之建議，擬議如下：

- (一)健保財務：截至110年11月底，健保收支累計結餘約948億元(約當1.57個月保險給付支出)，年底安全準備總額尚符合1個月至3個月保險給付支出之法定範圍。由於本部調整110年費率時並未調足，當時之財估顯示，111年底安全準備不足一個月保險給付支出(0.57~0.73個月，附件4)，惟允諾一併推動改革，盡力達成111年不調整之目標，係基於民眾負擔能力、醫療環境與健保財務健全等綜合考量。
- (二)社會及經濟環境：我國自110年5月19日起全國進入防疫三級警戒，衝擊內需產業甚鉅。雖自7月27日起防疫警戒調降為二級，政府除加速擴大疫苗施打率外，仍持續精進各項紓困、振興措施，扶助企業、減少失業，照顧有需要的民眾，以降低疫情對社經環境之衝擊。
- (三)研擬措施及財務效果：
 - ✓ 1、111年度基本工資調漲及軍公教調薪等新措施之財務挹注下，預估111年底健保安全準備將提升至0.69~0.91個月保險給付支出(附件3簡報第23~24頁)，若111年底安全準備達法定1個月保險給付支出下，財務缺口約58億元~197億元。

- 2、本部與健保署已研擬「全民健保財務調整措施」，擬以促進分級醫療及負擔公平之配套措施為主軸，優先實施部分負擔調整方案、檢討旅外國人權利義務及調升投保金額上限，並強化政府財務責任(依健保法補助始列入政府負擔36%之計算)等作為近期配套方案，補充保險費結算等健保法修正案，則列為中長期檢討方案。
- ✓3、按各項配套措施預計實施時間之財務估計，111年底安全準備可望提升至0.8~1.03個月保險給付支出。
- 六、綜上，111年健保費率建議維持現行費率5.17%(採行健保會建議之甲案)。本部除依上開規劃致力解決財務問題外，已推動之整合醫療資源有效運用、抑制資源不當耗用，減少浪費等各項措施等(近年各項節流措施之成效詳附件5)，將持續辦理；另外，本部自109年9月即開始推動「全民健康保險醫療給付總額中長期改革計畫(110-114年)」，將健保給付制度當成促進國人健康的工具，讓醫療費用更加合理平衡、醫療品質更提升，更重要的是透過健保總額中長期改革計畫，增加公務預算的挹注，讓照護、醫療、公衛的資源與專業能統合並發揮加乘效果。

正本：行政院

副本：衛生福利部中央健康保險署、本部全民健康保險會

(會議資料第 15 頁)

優先報告事項第二案「健保署應依『111 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式』核(決)定事項及時程提報本會之事項辦理情形」

(一)更新：說明三(二)之 2

2.西醫基層及醫院總額：健保署業於 111 年 3 月 18 日分別將該兩總額部門 111 年度風險調整移撥款之執行方式函報本會備查，如附件一、二(第 8~15 頁)，摘要如下：

部門別	風險調整移撥款執行方式
西醫 基層	風險調整移撥款6億元，執行方式摘要如下： 1.提撥3億元撥補臺北區，3億元撥補點值落後地區(不含臺北區)，點值落後地區係指低於五分區浮動點值且不超過每點1元之地區。 2.當季移撥款若有剩餘或未動用，則依當季五分區移撥後之預算占率攤分。
醫院	風險調整移撥款6億元，執行方式摘要如下： 1.移撥款使用範圍： (1)符合內政部、衛生福利部定義之偏鄉地區。 (2)所屬轄區須扶弱或援助照護之人口。 2.各分區移撥款計算方式： 採二項計算方式之合計，其中2億元續維持110年風險調整計算六因素及權重計算(註)，另餘額4億元採107~109年地區預算R值S值平均占率計算；移撥款若未分配完畢，則依各區預算占率歸還併回地區預算。 註：風險調整之6項因素(如下)，各因素權重均為16.667%。 (1)山地離島非原住民人口於各區投保人口相對占率。 (2)偏遠地區人口於各區投保人口相對占率。 (3)重度以上身心障礙人口於各區投保人口相對占率。 (4)台閩地區原住民人口於各區投保人口相對占率。 (5)低收入人口於各區投保人口相對占率。 (6)6歲以下及65歲以上各區戶籍人口於各區投保人口相對占率。 3.各分區分配金額： 依前開方式計算，六分區分配金額約為：臺北1.6億元、北區0.69億元、中區0.89億元、南區0.75億元、高屏1.04億元、東區1.03億元，合計6億元。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：10634 臺北市大安區信義路三段140
號
聯絡人：陳俐欣
聯絡電話：02-27065866 分機：2659
傳真：02-27026324
電子郵件：A111183@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年3月18日

發文字號：健保醫字第1110660169A號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

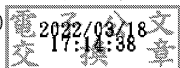
附件：如主旨 (A21030000I_1110660169A_doc3_Attach1.pdf)

主旨：檢送111年度西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式(附件)，請備查。

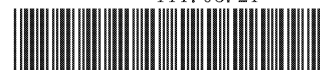
說明：依據本署111年3月3日召開全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額111年第1次研商議事會議決議(諒達)辦理。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：衛生福利部社會保險司、中華民國醫師公會全國聯合會、本署醫務管理組(均含附件)



111.03.21



1113340059

111 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」

- 一、111 年西醫基層一般服務費用地區預算之參數分配方式
- 二、SMR 及 TRANS 以 106-109 年度數值依 25%、25%、25%、25%加權平均計算。
- 三、111 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式：
 - (一)111 年一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 1.052 億元)，全年移撥風險調整移撥款 600 百萬元。提撥 300 百萬元撥補臺北區，300 百萬元撥補點值落後地區(不含臺北區)，並依 111 年西醫基層總額四季預算占率提列。
 - (二)六分區各季預算 68%依「人口風險因子及轉診型態校正比例(R 值)」，32%依「開辦前一年各區門診醫療費用占率(S 值)」比率分配。
 - (三)以臺北區以外之五分區(下稱五分區)一般服務預算(不含新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用，含查處追扣金額、「強化基層照護能力開放表別項目」、「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」等專款、其他部門「基層總額轉診型態調整費用」、及藥品給付協議及緩起訴捐助款)，估算浮動點值後進行排序及風險調整移撥款移撥作業。
 - (四)風險調整移撥款撥補點值落後地區方式，如下：
 1. 點值落後地區，係指低於五分區浮動點值且不超過每點 1 元之地區。
 2. 依下列公式進行費用撥補：

$$\left\{ \frac{(M - An) \times Yn}{\sum_{n=1}^n [(M - An) \times Yn]} \right\} \times \text{當季風險調整移撥款}$$

註：M=五分區浮動點值；A=該區浮動點值。

Y=該分區一般服務預算(不含違規查處、專款及其他部門)占率。

n=低於五分區浮動點值且不超過每點1元之地區。

3. 撥補前與撥補後點值排序不變，若撥補後影響點值排序，則受撥補分區最高補至與原點值排序前一名之分區點值，且點值不超過每點1元為止。
4. 若有剩餘或未動用之移撥款，則當季依五分區移撥後之預算(不含違規查處、專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算)占率攤分。

註：若有一分區 111 年某季預估一般服務申報醫療點數與 108 年同期之「點數衰退比例」大於臺北區，則請健保署提早通知，本會將採滾動式修訂 111 年一般服務費用地區預算分配細節。

5. 分區一般服務預算依前開調整後併入「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」，結算點值。

四、109 年西醫基層總額六分區查處非總額舉發追扣金額，依六分區減列金額之 30%，列入 111 年六分區地區預算分配，計算方式如下：

- (一) 扣除額度，臺北 7,578,200 元、北區 9,769,101 元、中區 2,411,529 元、南區 1,334,464 元、高屏 5,882,966 元、東區 22,385 元。
- (二) 111 年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依 109 年四季預算占率計算。
- (三) 111 年六分區四季一般服務費用預算扣除各該區應減列之金額後，各該季總減列之金額再依 109 年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至 111 年六分區各該季費用預算。

註：四季預算占率係指不含專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：10634 臺北市大安區信義路三段140號
聯絡人：張毓芬
聯絡電話：02-27065866 分機：2629
傳真：02-27069043
電子郵件：A111037@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年3月18日

發文字號：健保醫字第1110660181號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

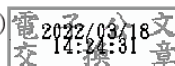
附件：如主旨 (A21030000I_1110660181_doc1_Attach1.pdf、
A21030000I_1110660181_doc1_Attach2.pdf)

主旨：檢送111年度醫院總額風險調整移撥款分配方案及各分區
分配金額如附件，請備查。

說明：依據本署111年3月2日「全民健康保險醫療給付費用醫院總
額研商議事會議111年第1次會議」決定暨台灣醫院協會111
年3月8日院協健字第1110200123號函辦理。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：衛生福利部社會保險司、台灣醫院協會(均含附件)



111.03.18



1113340057

111 年醫院總額風險調整移撥款各分區分配金額

- 一、依據本署 111 年 3 月 2 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議 111 年第 1 次會議決定，同意台灣醫院協會建議，111 年風險調整移撥款各區預算採二項計算方式之合計，一為續維持 110 年風險調整計算六因素及權重計算分配 2 億元，另餘額 4 億元採 107 年至 109 年地區預算 R 值 S 值平均占率計算。

- 二、依前開方式計算六分區分配金額如下：

項目 分區	原六因素及 權重計算公式	107-109 年 RS 值平均占率	111 年合計 金額
臺北	17,247,080	142,897,852	160,144,932
北區	13,777,801	54,950,888	68,728,689
中區	16,857,635	72,104,768	88,962,403
南區	17,534,358	57,777,236	75,311,594
高屏	42,366,658	61,169,012	103,535,670
東區	92,216,468	11,100,244	103,316,712
合計	200,000,000	400,000,000	600,000,000

醫院總額風險調整移撥款

2022.02.22 修訂

壹、目的

為平衡各區醫療資源均衡發展，鼓勵各區強化醫療服務，促進區域內醫療體系整合。

貳、移撥款事項

一、移撥款來源：全民健康保險醫院部門一般服務總額年度預算分配至各分區前，先行提撥一定額度金額做為調撥之用。

(111 年醫院總額風險調整移撥款，依據衛生福利部 111 年 1 月 26 日衛部健字第 1113360011 號函公告提撥 6 億元。)

二、移撥款使用範圍

1. 符合內政部、衛生福利部定義之偏鄉地區
2. 所屬轄區須扶弱或援助照護之人口

三、移撥款採計零基預算總額上限制概念，於執行年結算第一季費用前完成分配。移撥款若未分配完畢則依各區預算佔率歸還併回地區預算。

四、應排除已於醫院總額協商項目中協商因素考量之項目 (如：醫療服務密集度改變已明文專款提撥之項目)

五、移撥款應每年於專門會議中檢討，並提出次年建議額度予台灣醫院協會做為次年移撥款調撥參考。

六、移撥款撥付方式，使用期間以年度計算，經完成分配，每季均分併入各區地區預算中，隨健保費用按季結算以核付費用。

參、移撥款申請程序

一、申請以分區為單位，經台灣醫院協會醫院總額審查執行各區分會專門會議取得共識後，備妥簡易計劃書 (含量化指標 KPI) 送交醫院協會。

二、由台灣醫院協會邀請專家學者暨各分區代表召開專門會議確認內容。

肆、移撥款額度核定分配因素及權重

依據台灣醫院協會 111 年 2 月 22 日 111 年醫院總額風險調整移撥款第 2 次討論會議決議，2 億元由原風險移撥款額度核定六項因素及權重分配，另今(111)年度新增 4 億元採 107-109 年 R 值、S 值平均占率進行各區分配。

- 一、山地離島非原住民人口於各區投保人口相對佔率。(權重：16.666667%)
- 二、偏遠地區人口於各區投保人口相對佔率。(權重：16.666667%)
- 三、重度以上身心障礙人口於各區投保人口相對佔率。(權重：16.666667%)
- 四、台閩地區原住民人口於各區投保人口相對佔率。(權重：16.666667%)
- 五、低收入人口於各區投保人口相對佔率。(權重：16.666667%)
- 六、6 歲以下及 65 歲以上各區戶籍人口於各區投保人口相對佔率。(權重：16.666667%)

伍、移撥款成果評量

取得移撥款之分會，應於期末接受台灣醫院協會邀請進行成果發表。

陸、其他

山地、平地原住民及離島等偏遠地區一覽表

縣別	山地原住民鄉(區)	離島鄉	平地原住民鄉	偏遠地區
新北市	烏來區			石碇區、坪林區、平溪區、雙溪區、烏來區
桃園縣	復興鄉			復興鄉
新竹縣	五峰鄉、尖石鄉		關西鎮	五峰鄉、尖石鄉
苗栗縣	泰安鄉		南庄鄉、獅潭鄉	泰安鄉、南庄鄉、獅潭鄉
臺中市	和平區			和平區
南投縣	仁愛鄉、信義鄉		魚池鄉	中寮鄉、仁愛鄉、信義鄉
嘉義縣	阿里山鄉			番路鄉、大埔鄉、阿里山鄉
臺南市				楠西區、南化區、左鎮區、龍崎區
高雄市	那瑪夏區、桃源區、茂林區			田寮區、六龜區、甲仙區、那瑪夏區、桃源區、茂林區
屏東縣	三地門鄉、霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉	琉球鄉	滿州鄉	滿州鄉、泰武鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉
宜蘭縣	大同鄉、南澳鄉			大同鄉、南澳鄉
花蓮縣	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉		花蓮市、吉安鄉、新城鄉、壽豐鄉、鳳林鎮、光復鄉、豐濱鄉、瑞穗鄉、玉里鎮、富里鄉	鳳林鎮、壽豐鄉、光復鄉、瑞穗鄉、富里鄉、秀林鄉、卓溪鄉、豐濱鄉
臺東縣	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉、蘭嶼鄉	綠島鄉、蘭嶼鄉	臺東市、卑南鄉、大武鄉、太麻里鄉、東河鄉、鹿野鄉、池上鄉、成功鎮、關山鎮、長濱鄉	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉、蘭嶼鄉、鹿野鄉、卑南鄉、大武鄉、東河鄉、長濱鄉
澎湖縣		馬公市、湖西鄉、白沙鄉、西嶼鄉、望安鄉、七美鄉		湖西鄉、白沙鄉、西嶼鄉、望安鄉、七美鄉
金門縣		金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵鄉		金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、烏坵鄉
連江縣		南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉		北竿鄉、莒光鄉、東引鄉

- ◎ 此表參照衛生福利部護理及健康照護司界定山地原住民鄉、離島鄉、平地原住民鄉及偏遠地區之標準辦理。
 ◎ 依據九十九年七月十三日衛署照字○九九二八六一八九八函示，花蓮縣豐濱鄉係屬平地原住民地區，符合偏遠地區之定義。

(會議資料第 71~73 頁)

新增：討論事項第一案「建請健保署針對高死亡率癌別優先給付免疫療法新適應症，並請衛福部設立國家癌症藥品基金，提高癌症病人新藥使用機會案」之健保署說明

.....

健保署說明：

壹、健保以臨床實證為給付依據：

癌症免疫藥品在有限經費下，為使病人可以使用到新藥，健保署將多種癌別納入給付，然後依病人真實世界用藥反應之科學證據（RWE）分析結果，評估檢討給付範圍，自 109 年起延長給付用藥具療效反應的病人最長 2 年，並暫停給付效益不佳的胃癌與肝癌，此以 RWE 滾動檢討給付之模式，業獲同儕審定刊登於於 110 年之 European Review for Medical and Pharmacological Sciences 國際期刊，美國 FDA 亦於一年後做出相同決定。

貳、請健保署針對高死亡率癌別優先給付免疫療法新適應症：

一、健保已給付癌症免疫藥品用於國人十大癌症死因第一名之肺癌，另肝癌及胃癌，經本署分析 RWE 結果，僅與一般化療（如同為第 3 線用藥之 Lonsurf）或肝癌標靶藥物（如同為第 2 線用藥之 Stivarga）差不多，但健保卻需付出數倍藥費，並不符合給付效益，且加拿大、澳洲、英國等先進國家皆未給付，復因藥商無法達成給付協議，故健保署於 109 年暫停新個案申請用藥。美國 FDA 亦於 110-111 年間做出相同決定，取消肝癌及胃癌藥品之適應症。另大腸直腸癌與三陰性乳癌，廠商已提出建議案，現依程序審議中。而食道癌，廠商並未提出建議案；至卵巢癌、前列腺癌、口腔癌、胰臟癌等，經查藥物許可證並未核准此適應症。

二、另外，近期健保署向國民健康署申請使用癌症登記資料，進一步探討健保給付之癌藥，對於晚期癌症病患之存活效益，並以

肺癌先行資料分析，以便瞭解健保給付這些新藥是否有延長病人之存活期，分析架構略述如下：

(一)探討肺癌（不分期別）歷年新發個案之 5 年存活率：近 13 年間增加約 21%（由 12.5%→33.8%）。

(二)探討第 IV 期肺癌歷年新發個案之 5 年存活率：近 13 年間增加約 5.8%（由 4.4%→10.2%）。

(三)探討標靶等藥品對於第 IV 期肺癌之存活效益：持續分析中。

參、請衛福部設立國家癌症藥品基金

有關委員建議設立國家癌症藥品基金部分，涉及國家癌症防治政策，建議送請衛福部參辦。