

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段
488號

聯絡人：陳思琪

聯絡電話：(02)8590-6871

傳真：(02)8590-6046

電子郵件：hsszchi@mohw.gov.tw

受文者：中華民國全國建築師公會

發文日期：中華民國112年1月9日

發文字號：衛部健字第1123360002A號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

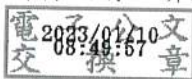
附件：公告影本1份 (A210000001_1123360002A_doc3_Attach1.pdf、
A210000001_1123360002A_doc3_Attach2.pdf)

主旨：「112年度全民健康保險醫療給付費總額及其分配方式」，業經本部於中華民國112年1月9日以衛部健字第1123360002號公告發布。茲檢送公告影本1份，請查照。

說明：依據「全民健康保險法」第61條暨111年12月28日衛部保字第1111260443號函辦理。

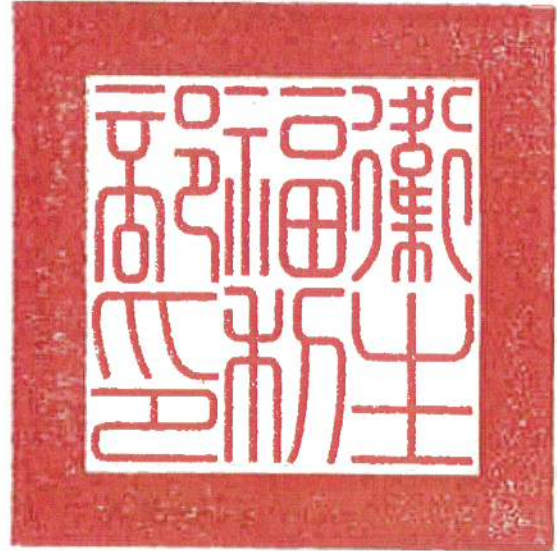
正本：中華民國工商協進會、中華民國工業協進會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國全國工業總會、中華民國工業區廠商聯合總會、中華民國全國商業總會、中華民國全國教師會、中華民國全國漁會、中華民國全國總工會、中華民國全國職業總工會、中華民國全國建築師公會、中華民國農會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、台灣社會福利總盟、台灣總工會、台灣醫院協會、全國工人總工會、全國產業總工會、全國產職業總工會、全國勞工聯合總會、行政院主計總處、台灣醫療改革基金會、國家發展委員會、臺灣病友聯盟、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、台灣醫學中心協會、本部社會保險司、本部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部中央健康保險署、臺北市政府、基隆市政府、連江縣政府、新北市政府、宜蘭縣政府、新竹市政府、新竹縣政府、桃園市政府、苗栗縣政府、臺中市政府、彰化縣政府、南投縣政府、嘉義市政府、嘉義縣政府、雲林縣政府、臺南市政府、高雄市政府、澎湖縣政府、金門縣政府、屏東縣政府、臺東縣政府、花蓮縣政府

副本：



衛生福利部 公告

發文日期：中華民國112年1月9日
發文字號：衛部健字第1123360002號
附件：如公告事項一(附件一至五共5件)



主旨：公告112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式。

依據：「全民健康保險法」第61條暨111年12月28日衛部保字第1111260443號函。

公告事項：

一、112年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院醫療給付費用成長率與其他預算額度及相關分配，核定結果如下：

(一)整體醫療給付費用總額約8,364.24億元，較112年度總額基期成長3.323%。

(二)四部門醫療給付費用總額相關分配(含地區預算)與其他預算如下：

- 1、牙醫門診醫療給付費用總額約50,799.9百萬元，較112年度總額基期成長2.588%，其中一般服務成長率為0.702%，專款項目全年經費為2,894.3百萬元(附件一)。
- 2、中醫門診醫療給付費用總額約30,980.4百萬元，較112年度總額基期成長4.344%，其中一般服務成長率為4.072%，專款項目全年經費為1,220.3百萬元(附件二)。
- 3、西醫基層醫療給付費用總額約159,255.1百萬元，較112年度總額基期成長3.008%，其中一般服務成長率為2.172%，專款項目全年經費為9,582.4百萬元，門診透析服務成長率為3.675%(附件三)。
- 4、醫院醫療給付費用總額約579,608.9百萬元，較112年度總額基期成長3.663%，其中一般服務成長率為3.092%，專款項目全年經費為41,250.5百萬元，門診透析服務成長率為2.405%(附件四)。
- 5、其他預算額度為15,779.2百萬元，由中央健康保險署管控(附件五)。

二、112年度全民健康保險醫療給付費用總額之計算公式如下：

(一)112年度全民健保醫療給付費用總額=[111年度部門別醫療給付費用×(1+112年度部門別醫療給付費用成長率)]之合計+112年度其他預算醫療給付費用

(二)112年度全民健保醫療給付費用總額成長率=[112年度核定

之全民健保醫療給付費用總額－(111度核定之全民健保醫療給付費用總額－110年度一般服務未導入預算扣減部分)]/(111度核定之全民健保醫療給付費用總額－110年度一般服務未導入預算扣減部分)

註：

- 1、部門別為牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。
- 2、依衛福部函報行政院之112年度總額之基期淨值，係以111年度健保醫療給付費用公告之金額，於一般服務扣除「110年未導入預算扣減」部分。
- 3、西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

部長 薛瑞元

112 年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

112 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 111 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用 $\times(1+112$ 年度一般服務成長率)+112 年度專款項目經費

註：校正後 111 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 111 年第 6 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款及扣除「110 年未導入預算扣減」部分(未有需扣除 110 年未導入金額)。

二、總額協商結論：

- (一)一般服務成長率為 0.702%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 0.642%，協商因素成長率 0.060%。
- (二)專款項目全年經費為 2,894.3 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，112 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較基期成長 2.588%。各細項成長率及金額，如表 1。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 112 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

1.地區預算：

(1)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(2)分配方式：

①自一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 1.164 億元)移撥 12.474 億元，作為特定用途移撥款，用於「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「特殊醫療服務計畫」、「弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」、「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」、「牙周病統合治療方案」及「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」等 6 項特定用途，移撥經費若有剩餘，優先用於「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」，若再有剩餘，則回歸一般服務費用。

②扣除上開移撥費用後，預算 100%依各地區校正人口風險後之保險對象人數分配。

(3)所涉執行面及計算(含特定用途移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定之，其中特定用途移撥款執行方式請送全民健康保險會備查。

(4)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

2. 顱顎關節相關支付項目(0.033%)：

基於健保總額預算之經費統籌運用精神，未來不得以單一支付項目預算不足為由增加預算。

3. 複雜型顱顎障礙症治療及追蹤(0.028%)：

基於健保總額預算之經費統籌運用精神，未來不得以單一支付項目預算不足為由增加預算。

4. 特定牙周保存治療-新增全口總齒數一至三顆(0.112%)(112年新增項目)：

(1) 本項經費與特定牙周保存治療-全口總齒數4至8顆91016C、特定牙周保存治療-全口總齒數9至15顆91015C、牙周病支持性治療91018C等3項診療項目採預算中平，經費整體統籌運用。

(2) 執行目標：112年度特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆執行次數全年以10萬人次為基準，並以112年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。

預期效益之評估指標：18歲以上執行「特定牙周保存治療-顆數一至三顆」者，追蹤其治療後1年之平均拔牙顆數低於其最近3年年平均拔牙顆數。

(3) 請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，於111年12月底前提出具體規劃內容(含給付條件、醫療服務內容及成效監測)。

5. 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.113%)：

本項不列入113年度總額協商之基期費用。

(二) 專款項目：全年經費為2,894.3百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於111年11月底前完成，新增計畫原則於111年12月底前完成。

1. 醫療資源不足地區改善方案：全年經費280百萬元，持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。

2. 牙醫特殊醫療服務計畫：

(1) 全年經費672.1百萬元。

(2)辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者(含社區醫療網)、老人長期照顧暨安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務。

3.牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫：

(1)全年經費 10 百萬元。

(2)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，持續監測執行結果，評估照護成效，於 112 年 7 月將評估結果提全民健康保險會報告。

(3)本計畫再行試辦 1 年，若未呈現具體成效即應退場。

4.0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫：

(1)全年經費 60 百萬元，本項經費不應支付預防保健相關服務。

(2)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。

5.12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫：

(1)全年經費 271.5 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。

②依 112 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。其預算扣減方式規劃，請會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。

6.高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫：

(1)全年經費 184 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。
- ②檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。

7.超音波根管沖洗計畫(112 年新增項目)：

- (1)全年經費 144.8 百萬元。
- (2)執行目標：112 年度超音波根管沖洗執行件數全年以 144.8 萬件為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。
預期效益之評估指標：使用超音波根管沖洗的牙齒 2 年內根管治療之再治療率，比未使用超音波根管沖洗的牙齒 2 年內根管治療之再治療率低。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①會同牙醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出具體實施方案(含給付條件)，及醫療利用監控與管理措施，並提報全民健康保險會。
- ②本計畫以 3 年為檢討期限，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
- ③檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。

8.齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫(112 年新增項目)：

- (1)全年經費 1,010 百萬元。
- (2)本計畫適用對象：
 - ①65 歲以上病人。
 - ②糖尿病病人。

- ③腦血管疾病患者。
- ④血液透析及腹膜透析患者。
- ⑤使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物患者。
- ⑥惡性腫瘤患者。
- ⑦不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失去功能者。

(3)本項經費不得與現行一般服務給付之診療項目(如：塗氟 92051B、口乾症塗氟 92072C)及既有專款項目「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」重複支應。

(4)執行目標：112 年度齲齒經驗之高風險患者氟化物治療執行人次全年以 200 萬人次為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。
預期效益之評估指標：1 年後(113 年起)齲齒經驗之高風險患者平均齲齒填補顆數增加率減緩。

(5)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①會同牙醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出具體實施方案(含給付條件、醫療服務內容及成效監測)，並提全民健康保險會報告。
- ②本計畫以 3 年為檢討期限，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
- ③檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。

9.網路頻寬補助費用：

- (1)全年經費 168 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於112年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
- ②於協商113年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。
- ③確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式，提全民健康保險會報告。

10.品質保證保留款：

- (1)全年經費93.9百萬元。
- (2)原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4百萬元)，與112年度品質保證保留款(93.9百萬元)合併運用(計210.3百萬元)。
- (3)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

表 1 112 年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表

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

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				以上執行「特定牙周保存治療-顆數一至三顆」者，追蹤其治療後1年之平均拔牙顆數低於其最近3年年平均拔牙顆數。 3.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，於111年12月底前提出具體規劃內容(含給付條件、醫療服務內容及成效監測)。
其他議 定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.113%	-53.7	本項不列入113年度總額協商之基期費用。
一般服務 成長率 ^{註2}	增加金額	0.702%	334.3	
	總金額		47,905.6	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於111年11月底前完成，新增計畫原則於111年12月底前完成，且均應於112年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
	醫療資源不足地區改善方案	280.0	0.0	持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
	牙醫特殊醫療服務計畫	672.1	0.0	辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者(含社區醫療網)、老人長期照顧暨安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務。
	牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫	10.0	-2.0	1.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，持續監測執行結果，評估照護成效，於112年7月將評估結果提全民健康保險會報告。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
0~6 歲嚴重齲齒兒童 口腔健康照護試辦計畫	60.0	0.0	2.本計畫再行試辦 1 年，若未呈現具體成效即應退場。 1.本項經費不應支付預防保健相關服務。 2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。
12~18 歲青少年口腔 提升照護試辦計畫	271.5	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。 2.依 112 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。其預算扣減方式規劃，請會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。
高齲齒病患牙齒保存 改善服務計畫	184.0	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。 2.檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。
超音波根管沖洗計畫 (112 年新增項目)	144.8	144.8	1.執行目標：112 年度超音波根管沖洗執行件數全年以 144.8 萬件為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。 預期效益之評估指標：使用超音波根管沖洗的牙齒 2 年內根管治療之再治療率，比

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			<p>未使用超音波根管沖洗的牙齒 2 年內根管治療之再治療率低。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同牙醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出具體實施方案(含給付條件)，及醫療利用監控與管理措施，並提報全民健康保險會。</p> <p>(2)本計畫以 3 年為檢討期限，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p> <p>(3)檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。</p>
<p>齶齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫(112 年新增項目)</p>	<p>1,010.0</p>	<p>1,010.0</p>	<p>1.本計畫適用對象：</p> <p>(1)65 歲以上病人。</p> <p>(2)糖尿病病人。</p> <p>(3)腦血管疾病患者。</p> <p>(4)血液透析及腹膜透析患者。</p> <p>(5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物患者。</p> <p>(6)惡性腫瘤患者。</p> <p>(7)不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失去功能者。</p> <p>2.本項經費不得與現行一般服務給付之診療項目(如：塗氟 92051B、口乾症塗氟</p>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			<p>92072C) 及既有專款項目「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」重複支應。</p> <p>3. 執行目標：112 年度齲齒經驗之高風險患者氟化物治療執行人次全年以 200 萬人次為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。</p> <p>預期效益之評估指標：1 年後(113 年起)齲齒經驗之高風險患者平均齲齒填補顆數增加率減緩。</p> <p>4. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1) 會同牙醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出具體實施方案(含給付條件、醫療服務內容及成效監測)，並提全民健康保險會報告。</p> <p>(2) 本計畫以 3 年為檢討期限，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p> <p>(3) 檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。</p>
網路頻寬補助費用	168.0	0.0	<p>1. 經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1) 檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於 112 年 7 月底</p>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			<p>前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。</p> <p>(2)於協商113年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。</p> <p>(3)確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式，提全民健康保險會報告。</p>
品質保證保留款	93.9	2.7	<p>1.原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4百萬元)，與112年度品質保證保留款(93.9百萬元)合併運用(計210.3百萬元)。</p> <p>2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。</p>
專款金額	2,894.3	1,155.5	
較基期成長率 (一般服務+專款)^{註3}	增加金額	2.588%	1,489.8
	總金額		50,799.9

- 註：1.依衛福部報行政院核定之總額設定公式，112年度總額之基期(採淨值)，係以111年度健保醫療給付費用公告之金額，於一般服務扣除「110年未導入預算扣減」部分。
- 2.計算「一般服務成長率」所採基期費用為47,571.7百萬元(含111年一般服務預算為47,779.5百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-218.4百萬元、加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款10.6百萬元，未有需扣除110年未導入金額)。
- 3.計算「較112年度總額基期(採淨值)成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為49,518.3百萬元，其中一般服務預算為47,779.5百萬元(111年度健保醫療給付費用公告金額為47,779.5百萬元，未有需扣除110年未導入金額)，專款為1,738.8百萬元。
- 4.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

112 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

112 年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後 111 年度中醫門診一般服務醫療給付費用 $\times(1+112$ 年度一般服務成長率)+112 年度專款項目經費

註：校正後 111 年度中醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 111 年第 6 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款及扣除「110 年未導入預算扣減」部分(未有需扣除 110 年未導入金額)。

二、總額協商結論：

- (一)一般服務成長率為 4.072%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.394%，協商因素成長率 2.678%。
- (二)專款項目全年經費為 1,220.3 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，112 年度中醫門診醫療給付費用總額，較基期成長 4.344%。各細項成長率及金額，如表 2。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 112 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

1.地區預算：

- (1)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(2)分配方式：

①一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 22.8 百萬元)2.22%歸東區，97.78%歸其他五分區。

②五分區(不含東區)一般服務費用依下列參數占率分配：

A.各分區實際收入預算占率：66%。

B.各分區戶籍人口數占率：14%。

C.各分區每人於各分區就醫次數之權值占率：10%。

D.各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：4%。

E.各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。

F.偏鄉人口預算分配調升機制：1%。若有餘款則依「各分區實際收入預算占率」分配。

(3)所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定之。

(4)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

2.提升中醫小兒傷科照護品質(0.009%)(112 年新增項目)：

(1)執行目標：112 年度中醫小兒傷科照護執行人次全年以 12,425 人次為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。

預期效益之評估指標：申報 6 歲以下中醫小兒傷科

同一病人同一診斷碼同月跨院所看診人次較前 5 年平均下降 1%。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①會同中醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出提升小兒傷科照護品質具體規劃內容，並提報全民健康保險會。
- ②依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。其當年度執行額度，應以點數調升所增加之費用計算。
- ③有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。

3.多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度(1.667%)(112 年新增項目)：

(1)執行目標：112 年度中醫整合醫療照護服務人次全年以 681 萬人次為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。

預期效益之評估指標：申報中醫整合醫療照護費之慢性疾病或重大疾病同一病人同一診斷碼同季跨院所看診人次較前 5 年平均下降 1%。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①本項經費用於提供多重慢性病及跨科別之中醫整合服務，請會同中醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出具體實施方案(含申請條件、整合醫療照護服務內容、醫療利用管控及療效監測)，並提報全民健康保險會。
- ②依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。
- ③有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相

關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。

4. 針傷合併治療合理給付(1.063%)(112 年新增項目)：

(1) 執行目標：112 年度中醫針傷合併治療之總案件數全年以 130 萬人次為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。

預期效益之評估指標：申報中醫針傷合併治療同一病人同一診斷碼同月跨院所看診人次較前 5 年平均下降 1%。

(2) 請中央健康保險署辦理下列事項：

① 會同中醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出針傷科合併治療給付案件之管理方案(含適應症、申請條件、醫療服務內容、醫療利用管控及療效監測)，並提全民健康保險會報告。

② 依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度，其當年度執行額度，應以調升針傷合併治療給付增加之費用與原申報費用之差額計算。

③ 有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。

5. 增加「特定疾病門診加強照護」適應症腦中風後遺症(診斷碼 I69)(0.060%)(112 年新增項目)：

(1) 本項適用範圍新增「自診斷日起 2 年內」腦血管後遺症(診斷碼 I69)之患者：

執行目標：112 年度診斷為 I69 之腦中風病患納入「特定疾病門診加強照護」收案總人數全年以 1,347 人為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。

預期效益之評估指標：本收案對象診斷為 I69 腦中

風病患之巴氏量表評估，後測平均分數優於前測平均分數。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①會同中醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用監控與管理措施，並副知全民健康保險會。
- ②依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度，其當年度執行額度，應以新增腦血管適應症(診斷碼 I69)與既有適應症申報費用之差額計算。
- ③有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。

6.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.121%)：

- (1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。
- (2)本項不列入 113 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 1,220.3 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 111 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 111 年 12 月底前完成。

1.醫療資源不足地區改善方案：

- (1)全年經費 172 百萬元。
- (2)檢討並加強推動中醫師至無中醫鄉執業及巡迴醫療服務及加強獎勵開業服務。

2.西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：

- (1)全年經費 436.8 百萬元。

(2)持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷及呼吸困難相關疾病中醫照護。並新增腦血管疾病適應症，提供發病 6 個月黃金治療期內之腦血管後遺症(診斷碼 I69)病患之服務。

(3)增列「術後疼痛」中醫照護：

執行目標：112 年度符合術後疼痛適應症之服務人次全年以 15,000 人次為基準，並以 112 年修訂計畫後之實施時程等比率換算目標值。

預期效益之評估指標：本計畫符合術後疼痛適應症案件，須達以下效益評估指標：

- ①歐氏失能量表(Oswestry Disability Index, ODI)評估，後測平均分數優於前測平均分數。
- ②簡易麥克吉爾疼痛問卷(Short Form McGill Pain Questionnaire, SF-MPQ)評估，後測平均分數優於前測平均分數。

(4)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①會同中醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前依實證資料，訂定術後疼痛適應症條件，並提報全民健康保險會。
- ②請將腦血管疾病、顱腦損傷等 2 項執行成效良好之專案，規劃納入一般服務，列為常規醫療。
- ③新增「術後疼痛」項目，以 3 年為檢討期限，請會同中醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

3.中醫提升孕產照護品質計畫：全年經費 81 百萬元。

4.兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：

(1)全年經費 21.6 百萬元。

- (2)請檢討方案完整療程照護人數之比率，及計畫執行情形，評估退場機制。
- 5.中醫癌症患者加強照護整合方案：
- (1)全年經費 245 百萬元。
 - (2)持續辦理「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」。
 - (3)癌症患者中醫門診加強照護計畫，擴大適用於胃癌、攝護腺癌及口腔癌。
- 6.中醫急症處置：
- (1)全年經費 5 百萬元。
 - (2)請檢討計畫執行情形，並考量是否持續辦理。
- 7.中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫：
- (1)全年經費 105.3 百萬元。
 - (2)請持續評估計畫成效，並檢討及監測服務利用之合理性。
- 8.照護機構中醫醫療照護方案：
- (1)全年經費 28 百萬元。
 - (2)請監測本計畫照護機構住民之中醫利用情形(含機構外就醫)，並評估執行成效。
 - (3)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①依 112 年度預算執行結果，於一般服務扣除與本項重複部分之費用。
 - ②有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。
- 9.網路頻寬補助費用：
- (1)全年經費 98 百萬元，經費如有不足，由其他預算

相關項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
- ②於協商 113 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。
- ③確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，提全民健康保險會報告。

10.品質保證保留款：

- (1)全年經費 27.6 百萬元。
- (2)原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8 百萬元)，與 112 年度品質保證保留款(27.6 百萬元)合併運用(計 50.4 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

表 2 112 年度中醫門診醫療給付費用協定項目表

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

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
<p>其他醫療服務利用及密集度之改變</p> <p>多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度(112年新增項目)</p>	1.667%	476.7	<p>請會同中醫門診總額相關團體議定後，於112年7月提全民健康保險會報告。</p> <p>1.執行目標：112年度中醫整合醫療照護服務人次全年以681萬人次為基準，並以112年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。 預期效益之評估指標：申報中醫整合醫療照護費之慢性疾病或重大疾病同一病人同一診斷碼同季跨院所看診人次較前5年平均下降1%。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)本項經費用於提供多重慢性病及跨科別之中醫整合服務，請會同中醫門診總額相關團體，於111年12月底前提出具體實施方案(含申請條件、整合醫療照護服務內容、醫療利用管控及療效監測)，並提報全民健康保險會。</p> <p>(2)依112年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。</p> <p>(3)有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於112年7月提全民健康保險會報告。</p>
<p>針傷合併治療合理給付(112年新增項目)</p>	1.063%	304.0	<p>1.執行目標：112年度中醫針傷合併治療之總案件數全年以130萬人次為基準，並以112年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。 預期效益之評估指標：申報</p>

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			<p>中醫針傷合併治療同一病人同一診斷碼同月跨院所看診人次較前5年平均下降1%。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同中醫門診總額相關團體，於111年12月底前提出針傷科合併治療給付案件之管理方案(含適應症、申請條件、醫療服務內容、醫療利用管控及療效監測)，並提全民健康保險會報告。</p> <p>(2)依112年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度，其當年度執行額度，應以調升針傷合併治療給付增加之費用與原申報費用之差額計算。</p> <p>(3)有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於112年7月提全民健康保險會報告。</p>
增加「特定疾病門診加強照護」適應症腦中風後遺症(診斷碼 I69) (112年新增項目)	0.060%	17.2	<p>1.本項適用範圍新增「自診斷日起2年內」腦血管後遺症(診斷碼 I69)之患者；</p> <p>執行目標：112年度診斷為I69之腦中風病患納入「特定疾病門診加強照護」收案總人數全年以1,347人為基準，並以112年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。</p> <p>預期效益之評估指標：本收案對象診斷為I69腦中風病患之巴氏量表評估，後測平均分數優於前測平均分數。</p>

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同中醫門診總額相關團體，於111年12月底前提出具體實施方案，及醫療利用監控與管理措施，並副知全民健康保險會。 (2)依112年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度，其當年度執行額度，應以新增腦血管適應症(診斷碼I69)與既有適應症申報費用之差額計算。 (3)有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於112年7月提全民健康保險會報告。
其他議定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.121%	-34.5	1.為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。 2.本項不列入113年度總額協商之基期費用。
一般服務成長率 ^{註2}	增加金額	4.072%	1,164.5	
	總金額		29,760.1	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於111年11月底前完成，新增計畫原則於111年12月底前完成，且均應於112年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
	醫療資源不足地區改善方案	172.0	0.0	檢討並加強推動中醫師至無中醫鄉執業及巡迴醫療服務及加強獎勵開業服務。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
<p>西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫</p> <p>1.腦血管疾病 (112年新增腦血管後遺症(診斷碼 I69))</p> <p>2.顱腦損傷</p> <p>3.脊髓損傷</p> <p>4.呼吸困難相關疾病</p> <p>5.術後疼痛 (112年新增項目)</p>	436.8	184.1	<p>1.持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷及呼吸困難相關疾病中醫照護。並新增腦血管疾病適應症，提供發病6個月黃金治療期內之腦血管後遺症(診斷碼 I69)病患之服務。</p> <p>2.增列「術後疼痛」中醫照護： 執行目標：112年度符合術後疼痛適應症之服務人次全年以15,000人次為基準，並以112年修訂計畫後之實施時程等比率換算目標值。 預期效益之評估指標：本計畫符合術後疼痛適應症案件，須達以下效益評估指標： (1)歐氏失能量表(Oswestry Disability Index, ODI)評估，後測平均分數優於前測平均分數。 (2)簡易麥克吉爾疼痛問卷(Short Form McGill Pain Questionnaire, SF-MPQ)評估，後測平均分數優於前測平均分數。</p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同中醫門診總額相關團體，於111年12月底前依實證資料，訂定術後疼痛適應症條件，並提報全民健康保險會。 (2)請將腦血管疾病、顱腦損傷等2項執行成效良好之專案，規劃納入一般服務，列為常規醫療。</p>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			(3)新增「術後疼痛」項目，以3年為檢討期限，請會同中醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第3年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
中醫提升孕產照護品質計畫	81.0	0.0	
兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	21.6	0.0	請檢討方案完整療程照護人數之比率，及計畫執行情形，評估退場機制。
中醫癌症患者加強照護整合方案 (112年新增胃癌、攝護腺癌及口腔癌)	245.0	0.0	1.持續辦理「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」。 2.癌症患者中醫門診加強照護計畫，擴大適用於胃癌、攝護腺癌及口腔癌。
中醫急症處置	5.0	0.0	請檢討計畫執行情形，並考量是否持續辦理。
中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	105.3	55.3	請持續評估計畫成效，並檢討及監測服務利用之合理性。
照護機構中醫醫療照護方案	28.0	0.0	1.請監測本計畫照護機構住民之中醫利用情形(含機構外就醫)，並評估執行成效。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)依112年度預算執行結果，於一般服務扣除與本項重複部分之費用。 (2)有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於112年7月提全民健康保險會報告。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
網路頻寬補助費用	98.0	0.0	1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於112年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。 (2)於協商113年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。 (3)確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式，提全民健康保險會報告。
品質保證保留款	27.6	1.1	1.原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8百萬元)，與112年度品質保證保留款(27.6百萬元)合併運用(計50.4百萬元)。 2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
專款金額	1,220.3	240.5	
較基期成長率 (一般服務+專款)^{註3}	增加金額		1,405.0
	總金額	4.344%	30,980.4

註：1.依衛福部報行政院核定之總額設定公式，112年度總額之基期(採淨值)，係以111年度健保醫療給付費用公告之金額，於一般服務扣除「110年未導入預算扣減」部分。
2.計算「一般服務成長率」所採基期費用為28,595.7百萬元(含111年一般服務預算為28,710.9百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-129.3百萬元、加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款14.1百萬元，未有需扣除110年未導入金額)。

3. 計算「較 112 年度總額基期(採淨值)成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 29,690.7 百萬元，其中一般服務預算為 28,710.9 百萬元(111 年度健保醫療給付費用公告金額為 28,710.9 百萬元，未有需扣除 110 年未導入金額)，專款為 979.8 百萬元。
4. 本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

112 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

- 112 年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後 111 年度西醫基層一般服務醫療給付費用×(1+112 年度一般服務成長率)+112 年度專款項目經費+112 年度西醫基層門診透析服務費用
- 112 年度西醫基層門診透析服務費用＝111 年度西醫基層門診透析服務費用×(1+112 年度成長率)

註：校正後 111 年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 111 年第 6 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款及扣除「110 年未導入預算扣減」部分。

二、總額決定結果：

經西醫基層代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及西醫基層代表之建議方案當中各提一案，報請主管機關決定，結果如下：

- (一)一般服務成長率為 2.172%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.400%，協商因素成長率 0.772%。
- (二)專款項目全年經費為 9,582.4 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率為 3.675%。
- (四)前述三項額度經換算，112 年度西醫基層醫療給付費用總額，較基期成長 3.008%。各細項成長率及金額，如表 3。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，依決定事項辦理，並於 112 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之

量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

1.地區預算：

(1)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(2)分配方式：

①自一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 1.052 億元)移撥 6 億元，作為風險調整移撥款，用於保障東區浮動點值每點 1 元(不含「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)，以及撥補點值落後地區。

②扣除上開移撥費用後，預算 69%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，31%依西醫基層總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

③未來西醫基層總額地區預算分配比率之校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，請每 2 年增加 1%，逐步調至 75%後再作評估。

(3)所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送全民健康保險會備查。

(4)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

2. 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.156%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1) 在額度內妥為管理運用，於 112 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。
- (2) 對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。
- (3) 若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並請於 112 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。
- (4) 歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於給付新醫療科技，並請於 113 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。

3. 藥品及特材給付規定改變(0.115%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1) 在額度內妥為管理運用，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。於 112 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。
- (2) 若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於 112 年 7 月底前提報執行

情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。

(3)歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，並請於 113 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。

4.配合分級醫療，調高診察費(0.097%)(112 年新增項目)：

本項經費用於全面一致性調升第一階段門診診察費支付點數，請中央健康保險署於額度內妥為管理運用。

5.因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費(0.524%)(112 年新增項目)：

(1)本項經費用於反映護理人員薪資，提升護理照護品質。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①於 112 年度總額公告後，會同西醫基層總額相關團體，提出本項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」(主要以結果面為導向規劃)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

②建立稽核機制，並比照醫院總額護理費改採占率方式計價，以確實提升護理照護品質。

6.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.120%)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

(2)本項不列入 113 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 9,582.4 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同西醫基層總額相關

團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於111年11月底前完成，新增計畫原則於111年12月底前完成。

1.西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 317.1 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

(2)請中央健康保險署持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與。

2.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)全年經費 3,948 百萬元。

(2)請中央健康保險署朝「以人為中心」之合作照護模式為推動方向，檢討計畫服務模式及成效，積極進行計畫轉型，並規劃與代謝症候群防治計畫共同執行，及善用健康科技工具，強化個案管理功能。

3.代謝症候群防治計畫：

(1)全年經費 616 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①朝「以人為中心」之合作照護模式為推動方向，並規劃與家庭醫師整合性照護計畫共同執行，及善用健康科技工具，強化個案管理功能。

②精進計畫內容，考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數。

③積極建立與成人健檢之個案轉介及資源共享機制，減少重複檢驗(查)，以提升計畫執行成效。

4.C 型肝炎藥費：

(1)全年經費 292 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項

目支應。

(2)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協商 113 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一。

5.醫療給付改善方案：

(1)全年經費 900.3 百萬元。

(2)持續辦理糖尿病、氣喘、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病等 7 項方案。

(3)請中央健康保險署通盤檢討各項方案照護成效及照護率不高之原因，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升執行成效。

6.強化基層照護能力及「開放表別」項目：

(1)全年經費 1,320 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①於 112 年度總額公告並經相關會議通過後，至全民健康保險會最近 1 次委員會會議提出規劃調整開放之項目與作業時程。

②訂定反映效益之績效指標(如提升照護品質、民眾就醫便利性等)，以評估執行效益。

(3)本項經費依實際執行扣除原基期點數併入一般服務費用結算。

7.鼓勵院所建立轉診合作機制：

(1)全年經費 258 百萬元，經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。

(2)請中央健康保險署會同西醫基層及醫院總額相關團體，檢討獎勵方式、支付誘因及經費配置合理性，

研擬改善措施，以提升執行成效。

8. 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫：

(1) 全年經費 50 百萬元。

(2) 請中央健康保險署精進計畫評核指標，並檢討計畫實施成效、加強推廣，鼓勵醫師參與。

9. 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

(1) 全年經費 30 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2) 請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體檢討及加強醫療服務提供，於 112 年 7 月底前提報執行情形專案報告(含醫療利用、藥費及其成長原因分析，並說明「罕見疾病藥費」結算邏輯改變前後之影響)。

10. 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

(1) 全年經費 30 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2) 請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。

11. 因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用：

(1) 全年經費 11 百萬元。

(2) 本項經費依實際執行併入一般服務費用結算。

(3) 請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。

12. 新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：

(1) 全年經費 178 百萬元。

(2)本項經費依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入各分區一般服務費用結算。

13.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費 253 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

②於協商 113 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。

③確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，提全民健康保險會報告。

14.提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫：

(1)全年經費 9.7 百萬元。

(2)請中央健康保險署持續監測本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督。

15.精神科長效針劑藥費：

(1)全年經費 100 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署積極推動，提升執行成效，並於額度內妥為管理運用。

16.因應長新冠照護衍生費用(112 年新增項目)：

(1)全年經費 10 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①以 108 年醫療利用情形為比較基準，超出部分由

本項經費支應。

②於 112 年度總額公告後，會同西醫基層總額相關團體提出操作型定義及計算方式、醫療利用監控及管理措施等具體規劃內容，以及本項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

③本項支出如達動支條件，併入西醫基層總額一般服務費用結算。

17. 促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)(112 年新增項目)：

(1) 全年經費 1,000 百萬元。

(2) 執行目標：通盤研議支付標準調整，並配合現行法規之變動(如醫療器材使用規範修訂)，考量支付衡平性，系統性檢討各項支付點數。

預期效益之評估指標：

① 預期效益：調整各診療項目支付點數、章節歸類、名稱、支付規範、適應症，以合理反應各項醫療服務投入的成本差異及資源耗用情形。

② 評估指標：本項目預定辦理期程為 3 年，考量支付標準調整項目數視核定預算而定，評估指標如下：

A. 提出醫療服務支付標準檢討時程及方向規劃。

B. 「支付標準研議諮詢會議」召開 4 場次。

(3) 請中央健康保險署辦理下列事項：

①於 112 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出具體實施規劃(包含支付標準檢討之分年目標、執行方法及期程)，並定期提報執行情形。

- ②本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入西醫基層總額一般服務費用結算。
- ③本項以3年為檢討期限(112~114年)，會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

18.癌症治療品質改善計畫(112年新增項目)：

- (1)全年經費115百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。
- (2)執行目標：以當年度4項癌症篩檢陽性/異常個案進行確認診斷之追陽率達90%為計畫執行指標。
 - ①大腸癌(以篩檢人數126萬人，陽性率7%估算)：約25,000人。
 - ②口腔癌(以篩檢人數60.5萬人，陽性率8.2%估算)：約14,300人。
 - ③子宮頸癌(以篩檢人數220萬人，陽性率0.54%估算)：約2,600人。
 - ④乳癌(以篩檢人數87萬人，陽性率8%估算)：約4,500人。

預期效益之評估指標：追陽率達90%。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①擬訂具體實施方案，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數。
- ②本計畫以4年為檢討期限(112~115年)，請會同西醫基層總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第4年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效

之節流效益應適度回饋總額預算。

19.慢性傳染病照護品質計畫(112年新增項目)：

(1)全年經費20百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

(2)執行目標(醫院及西醫基層總額合計)：

①潛伏結核感染(LTBI)治療品質支付服務：112年LTBI治療人數約12,000人。

②愛滋照護管理品質支付服務：112年照護感染者人數約35,000人。

③長照機構加強型結核病防治：112年LTBI檢驗人數約20,000人。

預期效益之評估指標(醫院及西醫基層總額合計)：

①112年潛伏結核感染者完成治療比率達85%。

②112年愛滋感染者有服藥比率目標達95%，服藥感染者病毒量測不到(病毒量 <200 copies/ml)比率目標達96%。

③112年長照機構LTBI檢驗陽性加入治療比率達70%，完成治療率達70%。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①擬訂具體實施方案，建立完整之個案照護銜接及資料介接機制，並考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數。

②本計畫以4年為檢討期限(112~115年)，請會同西醫基層總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第4年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

20.品質保證保留款：

- (1)全年經費 124.3 百萬元。
- (2)原 106 年度一般服務之品質保證保留款額度(105.2 百萬元)，與 112 年品質保證保留款(124.3 百萬元)合併運用(計 229.5 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

(三)門診透析服務：

- 1.門診透析服務總費用成長率為 3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。
- 2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，西醫基層總額本項服務費用成長率為 3.675%。
- 3.門診透析服務總費用成長率 3%，其中 1%(約 4.335 億元)專款專用，用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質。2%(約 8.671 億元)成長率須含鼓勵透析病患(含血液及腹膜透析)諮詢腎臟移植。
- 4.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)會同門診透析服務相關團體，於 112 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」專款之「執行目標」、「預期效益評估指標」，及具體實施計畫(包含提升腹膜透析與品質之具體措施、

院所獎勵方式、品質監測指標等)，並提全民健康保險會報告。

- (2)持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。
- (3)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並持續監測 NSAIDs 藥物使用情形及管理成效。
- (4)請於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

表 3 112 年度西醫基層醫療給付費用協定項目表(決定版)

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項	
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率	1.400%	1,762.5	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成 長率=[(1+人口結構改變率+醫 療服務成本指數改變率)×(1+ 投保人口預估成長率)]-1。	
投保人口預估成長 率	-0.264%			
人口結構改變率	1.402%			
醫療服務成本指數 改變率	0.266%			
協商因素成長率	0.772%	971.1	請於 112 年 7 月底前提報各協 商項目之執行情形，延續性 項目則包含前 1 年成效評估檢 討報告；實施成效並納入下 年度總額協商考量。	
保險給付項目及支付 標準之改變	新醫療科技 (包括新增診 療項目、新 藥及新特材 等)	0.156%	196.0	請中央健康保險署辦理下列 事項： 1. 在額度內妥為管理運用，於 112 年度總額公告後，至全 民健康保險會最近 1 次委員 會議提出規劃之新增項目與 作業時程，並於總額協商 前，提出年度新醫療科技預 算規劃與預估內容，俾落實 新醫療科技之引進與管控。 2. 對於新醫療科技的預算投 入，提出成果面的績效指 標，並加強醫療科技再評估 (HTR)機制，檢討已收載之 品項，加快療效及經濟效益 評估。 3. 若於年度結束前未依時程導 入或預算執行有剩餘，則扣 減其預算額度；並請於 112 年 7 月底前提報執行情形(含 新增項目及申報費用/點數)。 4. 歷年節流效益、藥價調整與 特材價量調查調整支付點數

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
			所節省之金額，應適度運用於給付新醫療科技，並請於113年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。
保險給付項目及標準之 藥品及特材 給付規定 之 變 更	0.115%	145.0	請中央健康保險署辦理下列事項： <ol style="list-style-type: none"> 1.在額度內妥為管理運用，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。於112年度總額公告後，至全民健康保險會最近1次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。 2.若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於112年7月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。 3.歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，並請於113年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。
配合分級醫療，調高診察費(112年新增項目)	0.097%	122.5	本項經費用於全面一致性調升第一階段門診診察費支付點數，請中央健康保險署於額度內妥為管理運用。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
保險給付項目及支付標準之改變	因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費(112年新增項目)	0.524%	659.3	1.本項經費用於反映護理人員薪資，提升護理照護品質。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)於112年度總額公告後，會同西醫基層總額相關團體，提出本項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」(主要以結果面為導向規劃)，提報至全民健康保險會最近1次委員會會議確認。 (2)建立稽核機制，並比照醫院總額護理費改採占率方式計價，以確實提升護理照護品質。
其他議定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.120%	-151.7	1.為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。 2.本項不列入113年度總額協商之基期費用。
一般服務成長率 ^{註2}	增加金額	2.172%	2,733.7	
	總金額		128,630.1	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於111年11月底前完成，新增計畫原則於111年12月底前完成，且均應於112年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
西醫醫療資源不足地區改善方案		317.1	0.0	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。 2.請中央健康保險署持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
家庭醫師整合性照護計畫	3,948.0	0.0	請中央健康保險署朝「以人為中心」之合作照護模式為推動方向，檢討計畫服務模式及成效，積極進行計畫轉型，並規劃與代謝症候群防治計畫共同執行，及善用健康科技工具，強化個案管理功能。
代謝症候群防治計畫	616.0	308.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.朝「以人為中心」之合作照護模式為推動方向，並規劃與家庭醫師整合性照護計畫共同執行，及善用健康科技工具，強化個案管理功能。 2.精進計畫內容，考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數。 3.積極建立與成人健檢之個案轉介及資源共享機制，減少重複檢驗(查)，以提升計畫執行成效。
C型肝炎藥費	292.0	0.0	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協商113年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
醫療給付改善方案	900.3	95.3	1.持續辦理糖尿病、氣喘、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病等 7 項方案。 2.請中央健康保險署通盤檢討各項方案照護成效及照護率不高之原因，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升執行成效。
強化基層照護能力及「開放表別」項目	1,320.0	100.0	1.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)於 112 年度總額公告並經相關會議通過後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃調整開放之項目與作業時程。 (2)訂定反映效益之績效指標(如提升照護品質、民眾就醫便利性等)，以評估執行效益。 2.本項經費依實際執行扣除原基期點數併入一般服務費用結算。
鼓勵院所建立轉診合作機制	258.0	0.0	1.經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。 2.請中央健康保險署會同西醫基層及醫院總額相關團體，檢討獎勵方式、支付誘因及經費配置合理性，研擬改善措施，以提升執行成效。
偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫	50.0	0.0	請中央健康保險署精進計畫評核指標，並檢討計畫實施成效、加強推廣，鼓勵醫師參與。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	30.0	0.0	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體檢討及加強醫療服務提供，於112年7月底前提報執行情形專案報告(含醫療利用、藥費及其成長原因分析，並說明「罕見疾病藥費」結算邏輯改變前後之影響)。
後天免疫缺乏症候群 抗病毒治療藥費	30.0	0.0	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。
因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用	11.0	0.0	1.本項經費依實際執行併入一般服務費用結算。 2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。
新增醫藥分業地區所 增加之藥品調劑費用	178.0	0.0	本項經費依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入各分區一般服務費用結算。
網路頻寬補助費用	253.0	0.0	1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於112年7月底前提報執行情形及前1年

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
			<p>成效評估檢討報告。</p> <p>(2)於協商 113 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。</p> <p>(3)確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，提全民健康保險會報告。</p>
提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫	9.7	0.0	請中央健康保險署持續監測本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督。
精神科長效針劑藥費	100.0	0.0	<p>1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2.請中央健康保險署積極推動，提升執行成效，並於額度內妥為管理運用。</p>
因應長新冠照護衍生費用(112 年新增項目)	10.0	10.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>1.以 108 年醫療利用情形為比較基準，超出部分由本項經費支應。</p> <p>2.於 112 年度總額公告後，會同西醫基層總額相關團體提出操作型定義及計算方式、醫療利用監控及管理措施等具體規劃內容，以及本項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。</p> <p>3.本項支出如達動支條件，併入西醫基層總額一般服務費用結算。</p>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
<p>促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼) (112年新增項目)</p>	1,000.0	1,000.0	<p>1.執行目標：通盤研議支付標準調整，並配合現行法規之變動(如醫療器材使用規範修訂)，考量支付衡平性，系統性檢討各項支付點數。預期效益之評估指標：</p> <p>(1)預期效益：調整各診療項目支付點數、章節歸類、名稱、支付規範、適應症，以合理反應各項醫療服務投入的成本差異及資源耗用情形。</p> <p>(2)評估指標：本項目預定辦理期程為3年，考量支付標準調整項目數視核定預算而定，評估指標如下：</p> <p>①提出醫療服務支付標準檢討時程及方向規劃。</p> <p>②「支付標準研議諮詢會議」召開4場次。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)於112年度總額公告後，至全民健康保險會最近1次委員會議提出具體實施規劃(包含支付標準檢討之分年目標、執行方法及期程)，並定期提報執行情形。</p> <p>(2)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入西醫基層總額一般服務費用結算。</p> <p>(3)本項以3年為檢討期限(112~114年)，會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年提</p>

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
<p>癌症治療品質改善計畫 (112年新增項目)</p>	<p>115.0</p>	<p>115.0</p>	<p>出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。 2.執行目標：以當年度4項癌症篩檢陽性/異常個案進行確認診斷之追陽率達90%為計畫執行指標。 <ol style="list-style-type: none"> (1)大腸癌(以篩檢人數126萬人，陽性率7%估算)：約25,000人。 (2)口腔癌(以篩檢人數60.5萬人，陽性率8.2%估算)：約14,300人。 (3)子宮頸癌(以篩檢人數220萬人，陽性率0.54%估算)：約2,600人。 (4)乳癌(以篩檢人數87萬人，陽性率8%估算)：約4,500人。 <p>預期效益之評估指標：追陽率達90%。</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.請中央健康保險署辦理下列事項： <ol style="list-style-type: none"> (1)擬訂具體實施方案，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數。 (2)本計畫以4年為檢討期限(112~115年)，請會同西醫基層總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第4年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
			討結果，執行成效之節流 效益應適度回饋總額預 算。
慢性傳染病照護品質 計畫 (112年新增項目)	20.0	20.0	<p>1.本項經費得與醫院總額同項 專款相互流用。</p> <p>2.執行目標(醫院及西醫基層 總額合計)：</p> <p>(1)潛伏結核感染(LTBI)治療 品質支付服務：112年 LTBI 治療人數約 12,000 人。</p> <p>(2)愛滋照護管理品質支付服 務：112年照護感染者人 數約 35,000 人。</p> <p>(3)長照機構加強型結核病防 治：112年 LTBI 檢驗人 數約 20,000 人。</p> <p>預期效益之評估指標(醫院及 西醫基層總額合計)：</p> <p>(1)112年潛伏結核感染者完 成治療比率達 85%。</p> <p>(2)112年愛滋感染者有服藥 比率目標達 95%，服藥感 染者病毒量測不到(病毒 量<200 copies/ml)比率目 標達 96%。</p> <p>(3)112年長照機構 LTBI 檢 驗陽性加入治療比率達 70%，完成治療率達 70%。</p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列 事項：</p> <p>(1)擬訂具體實施方案，建立 完整之個案照護銜接及資 料介接機制，並考量與現 行健保專款計畫同性質項 目之支付衡平性，訂定合 理支付單價，增加服務人</p>

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
				數。 (2)本計畫以4年為檢討期限(112~115年)，請會同西醫基層總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第4年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。
品質保證保留款		124.3	4.0	1.原106年度一般服務之品質保證保留款額度(105.2百萬元)，與112年品質保證保留款(124.3百萬元)合併運用(計229.5百萬元)。 2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
專款金額		9,582.4	1,652.3	
較基期成長率 (一般服務+專款) ^{#3}	增加金額	2.907%	4,386.0	
	總金額		138,212.5	
門診透析服務	增加金額	3.675%	745.9	1.門診透析服務總費用成長率為3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。 2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
			<p>門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，西醫基層總額本項服務費用成長率為 3.675%。</p> <p>3.門診透析服務總費用成長率 3%，其中 1%(約 4.335 億元)專款專用，用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質。2%(約 8.671 億元)成長率須含鼓勵透析病患(含血液及腹膜透析)諮詢腎臟移植。</p> <p>4.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同門診透析服務相關團體，於 112 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」專款之「執行目標」、「預期效益評估指標」，及具體實施計畫(包含提升腹膜透析與品質之具體措施、院所獎勵方式、品質監測指標等)，並提全民健康保險會報告。</p> <p>(2)持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。</p> <p>(3)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並持續監測 NSAIDs 藥物使用情形及管理成效。</p>
	總金額	21,042.6	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
				(4)請於 112 年 7 月底前提報 執行情形及前 1 年成效評 估檢討報告。
較基期成長率 (一般服務+專款 +門診透析) ^{#4}	增加金額	3.008%	5,131.9	
	總金額		159,255.1	

- 註：1.依衛福部報行政院核定之總額設定公式，112 年度總額之基期(採淨值)，係以 111 年度健保醫療給付費用公告之金額，於一般服務扣除「110 年未導入預算扣減」部分。
- 2.計算「一般服務成長率」，所採基期費用為 125,895.6 百萬元(含 111 年一般服務預算為 126,417.3 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-572.7 百萬元、加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 90.0 百萬元與扣除 110 年度新醫療科技未導入金額 39.0 百萬元)。
- 3.計算「較 112 年度總額基期(採淨值)成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 134,308.4 百萬元，其中一般服務預算為 126,378.3 百萬元(111 年度健保醫療給付費用公告金額為 126,417.3 百萬元，扣除 110 年度新醫療科技未導入金額 39.0 百萬元)，專款為 7,930.1 百萬元。
- 4.計算「較 112 年度總額基期(採淨值)成長率(一般服務+專款+門診透析)」，所採基期費用為 154,605.1 百萬元，其中一般服務預算為 126,378.3 百萬元(111 年度健保醫療給付費用公告金額為 126,417.3 百萬元，扣除 110 年度新醫療科技未導入金額 39.0 百萬元)，專款為 7,930.1 百萬元，門診透析為 20,296.7 百萬元。
- 5.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

112 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

- 112 年度醫院醫療給付費用總額＝校正後 111 年度醫院一般服務醫療給付費用×(1+112 年度一般服務成長率) +112 年度專款項目經費+112 年度醫院門診透析服務費用
- 112 年度醫院門診透析服務費用＝111 年度醫院門診透析服務費用×(1+112 年度成長率)

註：校正後 111 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 111 年第 6 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款及扣除「110 年未導入預算扣減」部分。

二、總額決定結果：

經醫院代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及醫院代表之建議方案當中各提一案，報請主管機關決定，結果如下：

- (一)一般服務成長率為 3.092%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.250%，協商因素成長率 0.842%。
- (二)專款項目全年經費為 41,250.5 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率為 2.405%。
- (四)前述三項額度經換算，112 年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長 3.663%。各細項成長率及金額，如表 4。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，依決定事項辦理，並於 112 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化

指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

1.地區預算

(1)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(2)分配方式：

①自一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 3.887 億元)移撥 6 億元，作為風險調整移撥款，用以持續推動各分區資源平衡發展。

②扣除上開移撥費用後，用於計算地區預算所採之門、住診費用比為 45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

A.門診服務(不含門診透析服務)：

預算 52%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，48%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

B.住診服務：

預算 45%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，55%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

C.各地區門、住診服務，經依 A、B 計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

(3)所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送全民健康保險會備查。

- (4)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。
- 2.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.616%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)在額度內妥為管理運用，於 112 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。
 - (2)對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。
 - (3)若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並請於 112 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。
 - (4)歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於給付新醫療科技，並請於 113 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。
- 3.藥品及特材給付規定改變(0.228%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)在額度內妥為管理運用，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。於 112 年度總額公告後，至全民健康保險會最

近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。

(2)若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於 112 年 7 月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。

(3)歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，並請於 113 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。

4.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.002%)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

(2)本項不列入 113 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 41,250.5 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同醫院總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 111 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 111 年 12 月底前完成。

1.C 型肝炎藥費：

(1)全年經費 3,428 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協商 113 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技財源之一。

2. 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

(1) 全年經費 13,943 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2) 請中央健康保險署辦理下列事項：

① 檢視本項費用成長之合理性及加強管控，於 112 年 7 月底前提報執行情形專案報告(含醫療利用、藥費及其成長原因分析，並說明「罕見疾病藥費」結算邏輯改變前後之影響)。

② 若經評估「罕見疾病藥費及特材」與「血友病藥費」仍有分列預算之必要，請於協商 113 年度總額前，提出預算拆分之優缺點分析及分列之計算基礎，提報全民健康保險會。

3. 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

(1) 全年經費 5,257 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2) 請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

4. 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

(1) 全年經費 5,208.06 百萬元，本項經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2) 中央健康保險署提報之執行情形及成效評估報告，應含醫療利用、成長原因分析、等待時間及不同器官移植之存活率等。

5. 醫療給付改善方案：

(1) 全年經費 1,643.4 百萬元。

- (2) 持續辦理糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質等 9 項方案。
 - (3) 請中央健康保險署通盤檢討各項方案照護成效及照護率不高之原因，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升執行成效。
6. 急診品質提升方案：
- (1) 全年經費 300 百萬元。
 - (2) 請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ① 精進方案執行內容，增進急診處置效率，並提出急診重大疾病照護品質指標，以提升執行成效。
 - ② 提報之成效評估檢討報告，應含急診處置效率相關監測指標。
7. 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：
- (1) 全年經費 210 百萬元，本項經費用於鼓勵醫院擴大導入 Tw-DRGs。
 - (2) 請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ① 請積極推動 DRGs 雙軌制度，加速導入第 3 至 5 階段 DRGs 項目。
 - ② 本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。
8. 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：
- (1) 全年經費 100 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
 - (2) 請中央健康保險署持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與。
9. 全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：

(1)全年經費 1,100 百萬元。

(2)請中央健康保險署檢討計畫之評估指標(含結果面指標)，呈現計畫之具體效益。

10.鼓勵院所建立轉診合作機制：

(1)全年經費 224.7 百萬元，經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。

(2)請中央健康保險署會同醫院及西醫基層總額相關團體，檢討獎勵方式、支付誘因及經費配置合理性，研擬改善措施，以提升執行成效。

11.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費 200 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

②於協商 113 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。

③確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，提全民健康保險會報告。

12.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金：

(1)全年經費 15 百萬元，本項經費用於住院病人之腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金。

(2)本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。

13.住院整合照護服務試辦計畫：

(1)全年經費 560 百萬元。

(2)請加強計畫之推動，發展提升整體照護成效之整合照護服務模式及評估整合服務成效，建立多元品質

監測指標，包括病人安全(如：院內感染、跌倒發生率)、照護聘任模式、照護人力狀況、民眾使用意向及實際收費情形等結果面指標。

14.精神科長效針劑藥費：

(1)全年經費 2,664 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署積極推動，提升執行成效，並於額度內妥為管理運用。

15.鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)應符合鼓勵呼吸器依賴患者脫離呼吸器、簽署 DNR 及強化安寧緩和醫療，提高臨終照護品質之目標。

16.因應長新冠照護衍生費用(112 年新增項目)：

(1)全年經費 40 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①以 108 年醫療利用情形為比較基準，超出部分由本項經費支應。

②於 112 年度總額公告後，會同醫院總額相關團體提出操作型定義及計算方式、醫療利用監控及管理措施等具體規劃內容，以及本項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

(3)本項支出如達動支條件，併入醫院總額一般服務費用結算。

17.因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增(112 年新增項目)：

(1)全年經費 1,000 百萬元，本項經費用於國民健康署肺癌篩檢後疑似陽性個案後續確診費用。

(2)執行目標：

①111 年之陽性個案於 112 年追蹤且非肺癌確診者 37,775 人。

②112 年之陽性個案於第 1 年追蹤 86,461 人。

預期效益之評估指標：診斷為早期肺癌的人數占率提升。

(3)本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。

(4)本項以 3~5 年為檢討期限，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請最遲於 116 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，節流效益應適度回饋總額預算。

18.促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)(112 年新增項目)：

(1)全年經費 2,000 百萬元。

(2)執行目標：通盤研議支付標準調整，並配合現行法規之變動(如醫療器材使用規範修訂)，考量支付衡平性，系統性檢討各項支付點數。

預期效益之評估指標：

①預期效益：調整各診療項目支付點數、章節歸類、名稱、支付規範、適應症，以合理反應各項醫療服務投入的成本差異及資源耗用情形。

②評估指標：本項目預定辦理期程為 3 年，考量支付標準調整項目數視核定預算而定，評估指標如下：

A.提出醫療服務支付標準檢討時程及方向規劃。

B.「支付標準研議諮詢會議」召開4場次。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①於112年度總額公告後，至全民健康保險會最近1次委員會議提出具體實施規劃(包含支付標準檢討之分年目標、執行方法及期程)，並定期提報執行情形。
- ②本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。
- ③本項以3年為檢討期限(112~114年)，會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

19.癌症治療品質改善計畫(112年新增項目)：

- (1)全年經費402百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
- (2)執行目標：以當年度5項癌症篩檢陽性/異常個案進行確認診斷之追陽率達90%為計畫執行指標。
 - ①大腸癌(以篩檢人數126萬人，陽性率7%估算)：約54,300人。
 - ②口腔癌(以篩檢人數60.5萬人，陽性率8.2%估算)：約33,400人。
 - ③子宮頸癌(以篩檢人數220萬人，陽性率0.54%估算)：約8,600人。
 - ④乳癌(以篩檢人數87萬人，陽性率8%估算)：約57,600人。
 - ⑤肺癌(以篩檢人數10萬人，陽性率10%估算)：約9,000人。

預期效益之評估指標：追陽率達 90%。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①擬訂具體實施方案，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數。
- ②本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 4 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

20.慢性傳染病照護品質計畫(112 年新增項目)：

(1)全年經費 180 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

(2)執行目標(醫院及西醫基層總額合計)：

- ①潛伏結核感染(LTBI)治療品質支付服務：112 年 LTBI 治療人數約 12,000 人。
- ②愛滋照護管理品質支付服務：112 年照護感染者人數約 35,000 人。
- ③長照機構加強型結核病防治：112 年 LTBI 檢驗人數約 20,000 人。

預期效益之評估指標(醫院及西醫基層總額合計)：

- ①112 年潛伏結核感染者完成治療比率達 85%。
- ②112 年愛滋感染者有服藥比率目標達 95%，服藥感染者病毒量測不到(病毒量 <200 copies/ml)比率目標達 96%。
- ③112 年長照機構 LTBI 檢驗陽性加入治療比率達 70%，完成治療率達 70%。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①擬訂具體實施方案，建立完整之個案照護銜接及資料介接機制，並考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數。
- ②本計畫以4年為檢討期限(112年~115年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第4年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

21.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(112年新增項目)：

- (1)全年經費 500 百萬元，本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。
- (2)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體辦理下列事項：
 - ①於 112 年度總額公告後，提出相關計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
 - ②請提出具體實施規劃，滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效，並定期提報執行情形。

22.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(112年新增項目)：

- (1)全年經費 1,000 百萬元，本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。
- (2)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體辦理下列事項：

①於 112 年度總額公告後，提出相關計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

②請提出具體實施規劃，滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效，並定期提報執行情形。

23.品質保證保留款：

(1)全年經費 975.3 百萬元。

(2)原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7 百萬元)，與 112 年度品質保證保留款(975.3 百萬元)合併運用(計 1,364 百萬元)。

(3)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

(三)門診透析服務：

1.門診透析服務總費用成長率為 3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，醫院總額本項服務費用成長率為 2.405%。

3.門診透析服務總費用成長率 3%，其中 1%(約 4.335 億元)專款專用，用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質。2%(約 8.671 億元)成長率須含鼓勵透析病

患(含血液及腹膜透析)諮詢腎臟移植。

4.請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)會同門診透析服務相關團體，於 112 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」專款之「執行目標」、「預期效益評估指標」，及具體實施計畫(包含提升腹膜透析與品質之具體措施、院所獎勵方式、品質監測指標等)，並提全民健康保險會報告。
- (2)持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。
- (3)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並持續監測 NSAIDs 藥物使用情形及管理成效。
- (4)請於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

表 4 112 年度醫院醫療給付費用協定項目表(決定版)

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項	
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率	2.250%	11,234.4	計算公式： $\text{醫療服務成本及人口因素成長率} = [(1 + \text{人口結構改變率} + \text{醫療服務成本指數改變率}) \times (1 + \text{投保人口預估成長率})] - 1$	
投保人口預估成長 率	-0.264%			
人口結構改變率	2.128%			
醫療服務成本指數 改變率	0.393%			
協商因素成長率	0.842%	4,204.6	請於 112 年 7 月底前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效並納入下年度總額協商考量。	
保險給付項目及支付標準之 改變	新醫療科技 (包括新增診 療項目、新 藥及新特材 等)	0.616%	3,078.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1. 在額度內妥為管理運用，於 112 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。 2. 對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。 3. 若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並請於 112 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
<p data-bbox="236 987 352 1211">保險給付項目及支付標準之改變</p> <p data-bbox="347 1240 544 1375">藥品及特材給付規定改變</p>	0.228%	1,138.0	<p data-bbox="938 264 1410 629">4.歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於給付新醫療科技，並請於113年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。</p> <p data-bbox="938 680 1410 763">請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p data-bbox="938 770 1410 1267">1.在額度內妥為管理運用，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。於112年度總額公告後，至全民健康保險會最近1次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。</p> <p data-bbox="938 1274 1410 1547">2.若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於112年7月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。</p> <p data-bbox="938 1554 1410 1917">3.歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，並請於113年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。</p>

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
其他議 定項目	違反全民健 康保險醫事 服務機構特 約及管理辦 法之扣款	-0.002%	-11.4	1.為提升同儕制約精神，請檢 討內部稽核機制，加強專業 自主管理。 2.本項不列入 113 年度總額協 商之基期費用。
一般服務 成長率 ^{註2}	增加金額	3.092%	15,439.0	
	總金額		514,745.5	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方 案，屬延續型計畫者應於 111 年 11 月底前完成，新增計畫 原則於 111 年 12 月底前完成， 且均應於 112 年 7 月底前提報 執行情形及前 1 年成效評估檢 討報告。
C 型肝炎藥費		3,428.0	0.0	1.本項經費得與西醫基層總額 同項專款相互流用，經費如 有不足，由其他預算相關項 目支應。 2.請中央健康保險署於額度內 妥為管理運用，並於協商 113 年度總額前檢討實施成效， 提出節流效益並納入該年度 總額預算財源，做為提升醫 療品質、給付新診療項目或 新藥等新醫療科技財源之 一。
罕見疾病、血友病藥 費及罕見疾病特材		13,943.0	1,136.0	1.本項經費得與西醫基層總額 同項專款相互流用，經費如 有不足，由其他預算相關項 目支應。 2.請中央健康保險署辦理下列 事項： (1)檢視本項費用成長之合理 性及加強管控，於 112 年 7 月底前提報執行情形專 案報告(含醫療利用、藥 費及其成長原因分析，並

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
			<p>說明「罕見疾病藥費」結算邏輯改變前後之影響)。</p> <p>(2)若經評估「罕見疾病藥費及特材」與「血友病藥費」仍有分列預算之必要，請於協商 113 年度總額前，提出預算拆分之優缺點分析及分列之計算基礎，提報全民健康保險會。</p>
後天免疫缺乏症候群 抗病毒治療藥費	5,257.0	0.0	<ol style="list-style-type: none"> 1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
鼓勵器官移植並確保 術後追蹤照護品質	5,208.06	0.0	<ol style="list-style-type: none"> 1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.中央健康保險署提報之執行情形及成效評估報告，應含醫療利用、成長原因分析、等待時間及不同器官移植之存活率等。
醫療給付改善方案	1,643.4	148.3	<ol style="list-style-type: none"> 1.持續辦理糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質等 9 項方案。 2.請中央健康保險署通盤檢討各項方案照護成效及照護率不高之原因，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升執行成效。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
急診品質提升方案	300.0	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.精進方案執行內容，增進急診處置效率，並提出急診重大疾病照護品質指標，以提升執行成效。 2.提報之成效評估檢討報告，應含急診處置效率相關監測指標。
鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210.0	0.0	1.本項經費用於鼓勵醫院擴大導入 Tw-DRGs。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)請積極推動 DRGs 雙軌制度，加速導入第 3 至 5 階段 DRGs 項目。 (2)本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。
醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	100.0	0.0	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。 2.請中央健康保險署持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與。
全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	1,100.0	0.0	請中央健康保險署檢討計畫之評估指標(含結果面指標)，呈現計畫之具體效益。
鼓勵院所建立轉診合作機制	224.7	0.0	1.經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。 2.請中央健康保險署會同醫院及西醫基層總額相關團體，檢討獎勵方式、支付誘因及經費配置合理性，研擬改善措施，以提升執行成效。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
網路頻寬補助費用	200.0	0.0	1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於112年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。 (2)於協商113年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。 (3)確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式，提全民健康保險會報告。
腹膜透析追蹤處置費及APD租金	15.0	0.0	1.本項經費用於住院病人之腹膜透析追蹤處置費及APD租金。 2.本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。
住院整合照護服務試辦計畫	560.0	260.0	請加強計畫之推動，發展提升整體照護成效之整合照護服務模式及評估整合服務成效，建立多元品質監測指標，包括病人安全(如：院內感染、跌倒發生率)、照護聘任模式、照護人力狀況、民眾使用意向及實際收費情形等結果面指標。
精神科長效針劑藥費	2,664.0	0.0	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署積極推動，提升執行成效，並於額度內妥為管理運用。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫	300.0	0.0	應符合鼓勵呼吸器依賴患者脫離呼吸器、簽署 DNR 及強化安寧緩和醫療，提高臨終照護品質之目標。
因應長新冠照護衍生費用 (112 年新增項目)	40.0	40.0	<p>1.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)以 108 年醫療利用情形為比較基準，超出部分由本項經費支應。</p> <p>(2)於 112 年度總額公告後，會同醫院總額相關團體提出操作型定義及計算方式、醫療利用監控及管理措施等具體規劃內容，以及本項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。</p> <p>2.本項支出如達動支條件，併入醫院總額一般服務費用結算。</p>
因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增 (112 年新增項目)	1,000.0	1,000.0	<p>1.本項經費用於國民健康署肺癌篩檢後疑似陽性個案後續確診費用。</p> <p>2.執行目標：</p> <p>(1)111 年之陽性個案於 112 年追蹤且非肺癌確診者 37,775 人。</p> <p>(2)112 年之陽性個案於第 1 年追蹤 86,461 人。</p> <p>預期效益之評估指標：診斷為早期肺癌的人數占率提升。</p> <p>3.本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。</p> <p>4.本項以 3~5 年為檢討期限，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討</p>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
			逐年成效，若持續辦理，則請最遲於 116 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，節流效益應適度回饋總額預算。
促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼) (112 年新增項目)	2,000.0	2,000.0	<p>1.執行目標：通盤研議支付標準調整，並配合現行法規之變動(如醫療器材使用規範修訂)，考量支付衡平性，系統性檢討各項支付點數。預期效益之評估指標：</p> <p>(1)預期效益：調整各診療項目支付點數、章節歸類、名稱、支付規範、適應症，以合理反應各項醫療服務投入的成本差異及資源耗用情形。</p> <p>(2)評估指標：本項目預定辦理期程為 3 年，考量支付標準調整項目數視核定預算而定，評估指標如下：</p> <p>①提出醫療服務支付標準檢討時程及方向規劃。</p> <p>②「支付標準研議諮詢會議」召開 4 場次。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)於 112 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出具體實施規劃(包含支付標準檢討之分年目標、執行方法及期程)，並定期提報執行情形。</p> <p>(2)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。</p>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
			(3)本項以 3 年為檢討期限(112~114年)，會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
癌症治療品質改善計畫 (112 年新增項目)	402.0	402.0	<p>1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。</p> <p>2.執行目標：以當年度 5 項癌症篩檢陽性/異常個案進行確認診斷之追陽率達 90%為計畫執行指標。</p> <p>(1)大腸癌(以篩檢人數 126 萬人，陽性率 7%估算)：約 54,300 人。</p> <p>(2)口腔癌(以篩檢人數 60.5 萬人，陽性率 8.2%估算)：約 33,400 人。</p> <p>(3)子宮頸癌(以篩檢人數 220 萬人，陽性率 0.54%估算)：約 8,600 人。</p> <p>(4)乳癌(以篩檢人數 87 萬人，陽性率 8%估算)：約 57,600 人。</p> <p>(5)肺癌(以篩檢人數 10 萬人，陽性率 10%估算)：約 9,000 人。</p> <p>預期效益之評估指標：追陽率達 90%。</p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)擬訂具體實施方案，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，</p>

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
			<p>增加服務人數。</p> <p>(2)本計畫以4年為檢討期限(112~115年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第4年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。</p>
<p>慢性傳染病照護品質計畫 (112年新增項目)</p>	<p>180.0</p>	<p>180.0</p>	<p>1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。</p> <p>2.執行目標(醫院及西醫基層總額合計)：</p> <p>(1)潛伏結核感染(LTBI)治療品質支付服務：112年LTBI治療人數約12,000人。</p> <p>(2)愛滋照護管理品質支付服務：112年照護感染者人數約35,000人。</p> <p>(3)長照機構加強型結核病防治：112年LTBI檢驗人數約20,000人。</p> <p>預期效益之評估指標(醫院及西醫基層總額合計)：</p> <p>(1)112年潛伏結核感染者完成治療比率達85%。</p> <p>(2)112年愛滋感染者有服藥比率目標達95%，服藥感染者病毒量測不到(病毒量<200 copies/ml)比率目標達96%。</p> <p>(3)112年長照機構LTBI檢驗陽性加入治療比率達70%，完成治療率達70%。</p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列</p>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
			事項： (1)擬訂具體實施方案，建立完整之個案照護銜接及資料介接機制，並考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數。 (2)本計畫以4年為檢討期限(112年~115年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第4年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。
持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能 (112年新增項目)	500.0	500.0	1.本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。 2.請中央健康保險署會同醫院總額相關團體辦理下列事項： (1)於112年度總額公告後，提出相關計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃)，提報至全民健康保險會最近1次委員會議確認。 (2)請提出具體實施規劃，滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效，並定期提報執行情形。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
健全區域級(含)以上 醫院門住診結構，優 化重症照護量能 (112年新增項目)		1,000.0	1,000.0	1.本項經費用於優化醫療服務 品質及提升分級醫療推動量 能，而非保障點值。 2.請中央健康保險署會同醫院 總額相關團體辦理下列事 項： (1)於 112 年度總額公告後， 提出相關計畫內容(含關 鍵績效指標、執行目標及 預期效益之評估指標，並 主要以結果面為導向規 劃)，提報至全民健康保 險會最近 1 次委員會議確 認。 (2)請提出具體實施規劃，滾 動式檢討各層級醫院發揮 分級醫療角色功能之成 效，並定期提報執行情 形。
品質保證保留款		975.3	45.5	1.原 106 年度於一般服務之品 質保證保留款額度(388.7 百 萬元)，與 112 年度品質保證 保留款(975.3 百萬元)合併運 用(計 1,364 百萬元)。 2.請中央健康保險署會同醫院 總額相關團體，持續檢討品 質保證保留款之核發條件及 核發結果，訂定更具提升醫 療品質鑑別度之標準，落實 本款項獎勵之目的。
專款金額		41,250.5	6,711.8	
較基期成長率 (一般服務+專 款) ^{註3}	增加金額	3.717%	22,150.8	
	總金額		555,995.9	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
門診透析服務	增加金額		554.6	<p>1. 門診透析服務總費用成長率為 3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。</p> <p>2. 門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，醫院總額本項服務費用成長率為 2.405%。</p> <p>3. 門診透析服務總費用成長率 3%，其中 1%(約 4.335 億元)專款專用，用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質。2%(約 8.671 億元)成長率須含鼓勵透析病患(含血液及腹膜透析)諮詢腎臟移植。</p> <p>4. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1) 會同門診透析服務相關團體，於 112 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」專款之「執行目標」、「預期效益評估指標」，及具體實施計畫(包含提升腹膜透析與品質之具體措施、院所獎勵方式、品質監測指標等)，並提全民健康保險會報告。</p>
	總金額	2.405%	23,613.0	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
				(2)持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。 (3)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並持續監測 NSAIDs 藥物使用情形及管理成效。 (4)請於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
較基期成長率(一般服務+專款+門診透析) ^{註4}	增加金額	3.663%	22,705.4	
	總金額		579,608.9	

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

2.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 499,306.9 百萬元(含 111 年一般服務預算為 501,532.1 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-2,241.8 百萬元、加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 16.5 百萬元，未扣除 110 年度新醫療科技未導入預算)。

3.計算「較 112 年度總額基期(採淨值)成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 536,070.8 百萬元，其中一般服務預算為 501,532.1 百萬元(111 年度健保醫療給付費用公告金額為 501,532.1 百萬元，未扣除 110 年度新醫療科技未導入預算)，專款為 34,538.7 百萬元。

4.計算「較 112 年度總額基期(採淨值)成長率(一般服務+專款+門診透析)」，所採基期費用為 559,129.2 百萬元，其中一般服務預算為 501,532.1 百萬元(111 年度健保醫療給付費用公告金額為 501,532.1 百萬元，未扣除 110 年度新醫療科技未導入預算)，專款為 34,538.7 百萬元，門診透析為 23,058.4 百萬元。

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

112 年度全民健康保險其他預算及其分配

一、總額協商結論：

(一)112 年度其他預算減少 800 百萬元，預算總額度為 15,779.2 百萬元，由中央健康保險署管控，各細項分配，如表 5。

(二)請中央健康保險署依協定事項辦理以下事宜：

- 1.屬計畫型項目，應提出具體實施方案(含預定達成目標及預期效益之評估指標)，其中延續型計畫應於 111 年 11 月底前完成，新增項目原則於 111 年 12 月底前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。
- 2.請於 112 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目應包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效並納入下年度總額協商考量。

二、預算分配相關事項：

(一)基層總額轉診型態調整費用：

- 1.全年經費 800 百萬元。
- 2.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)持續檢討經費動支條件，評估推動分級醫療相關措施對西醫基層總額之財務影響。
 - (2)持續監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)，及評估分級醫療之執行效益。
 - (3)通盤檢討鼓勵分級醫療誘因及實際操作方式之合理性，與是否達到預期效果，提出轉型之改善方案。
 - (4)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立

轉診合作機制」，並提全民健康保險會報告。

(二)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：

- 1.全年經費 605.4 百萬元。
- 2.請中央健康保險署加強推動山地鄉論人計酬試辦計畫，並訂定執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效。

(三)居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務：

- 1.全年經費 7,803 百萬元。
- 2.本項醫療點數以每點 1 元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第 62 條規定採浮動點值處理。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)各項服務支付標準之調整，應考量各部門總額相關支付項目間之衡平性，並朝分級支付方向規劃，以鼓勵急重症、困難疾病之照護。並持續精進居家醫療照護品質及成效之評估指標。
 - (2)於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告(應含近年支付標準調整情形及成效指標監測結果)。

(四)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：全年經費 290 百萬元。

(五)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.全年經費 600 百萬元。
- 2.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)於額度內妥為管理運用，並評估、調整未來計畫執

行模式，以提升執行成效。

- (2)於協商 113 年度總額前檢討實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥新科技之財源之一。

(六)推動促進醫療體系整合計畫：

- 1.全年經費 550 百萬元。
- 2.持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」及「遠距醫療會診」。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)檢討執行情形及辦理方式，以提升執行成效。
 - (2)「急性後期整合照護計畫」支付標準之調整，應考量各部門總額相關支付項目間之衡平性。
 - (3)於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告(應含支付標準調整情形及執行成效檢討)。

(七)調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費：

- 1.全年經費 800 百萬元。
- 2.經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。

(八)提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用：

- 1.全年經費 1,636 百萬元。
- 2.四部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目經費如有不足，由本項預算剩餘款支應。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)加強推動「提升院所智慧化資訊機制」，並持續監測及精進成效評估指標。

(2)「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」，請確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式，並提全民健康保險會報告。

(3)於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告(應含「提升院所智慧化資訊機制」成效指標監測結果及檢討)。

(4)於協商 113 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。

(九)提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：

1.全年經費 1,653.8 百萬元。

2.請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督。

(十)腎臟病照護及病人衛教計畫：

1.全年經費 511 百萬元。

2.持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。

(2)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並持續監測 NSAIDs 藥物使用情形及管理成效。

(十一)提升保險服務成效：

1.全年經費 500 百萬元。

2.考量健保財務困難，請中央健康保險署應積極爭取公

務預算支應相關行政經費為宜。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)精進並提出能反映整體提升保險服務成效之評估指標，其精進之評估指標及執行成果請提全民健康保險會報告。

(2)於協商 113 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。

(十二)提升用藥品質之藥事照護計畫：

1.全年經費 30 百萬元。

2.請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會加速推動計畫，輔導特約藥局加入執行本計畫，並監測計畫之醫療利用及執行成效(含執行目標及預期效益之評估指標)。

表 5 112 年度其他預算協定項目表

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
其他預算(全年計畫經費)			1.屬計畫型項目，應提出具體實施方案(含預定達成目標及預期效益之評估指標)，其中延續型計畫應於111年11月底前完成，新增項目原則於111年12月底前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。 2.請於112年7月底前提報執行情形，延續性項目應包含前1年成效評估檢討報告；實施成效並納入下年度總額協商考量。
基層總額轉診型態調整費用	800.0	0.0	1.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續檢討經費動支條件，評估推動分級醫療相關措施對西醫基層總額之財務影響。 (2)持續監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)，及評估分級醫療之執行效益。 (3)通盤檢討鼓勵分級醫療誘因及實際操作方式之合理性，與是否達到預期效果，提出轉型之改善方案。 (4)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，並提全民健康保險會報告。
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	605.4	0.0	請中央健康保險署加強推動山地鄉論人計酬試辦計畫，並訂定執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效。
居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務	7,803.0	503.0	1.本項醫療點數以每點1元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第62條規定採浮動點值處理。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)各項服務支付標準之調整，應考量

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

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

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