

衛生福利部全民健康保險會
第 7 屆 115 年第 8 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 115 年 9 月 30 日

衛生福利部全民健康保險會第 7 屆 115 年第 8 次委員會議議程

壹、主席致詞

貳、議程確認

參、確認上次(第 7 次)委員會議紀錄----- 1

肆、本會重要業務報告----- 5

伍、討論事項

116 年度醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診醫療給付費
用總額及其他預算協商結論案----- 31

陸、報告事項

中央健康保險署「115 年 8 月份全民健康保險業務執行報告」
(書面報告)----- 37

柒、臨時動議

參、確認上次(第 7 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(115)年 8 月 26 日衛部健字第 1153360108 號函送委員在案，並於同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7屆115年第7次委員會議紀錄 (含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國115年8月19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：許至昌、楊秀苑

出席委員：(依姓名筆劃排序)

朱委員益宏、吳委員永全、吳委員銘修、吳委員鏘亮、呂委員正華、
李委員飛鵬、林委員宜平、林委員恩豪、林委員敏華、花委員錦忠、
洪委員瑜黛、胡委員峰賓、張委員田黨(台灣身心障礙福利推動聯盟張秘書長
志麒代理)、張委員家銘、張委員鈺旋、許委員舒博、許委員慧瑩、連
委員賢明、陳委員秀熙、陳委員建宗、陳委員節如、陳委員麗琴、
溫委員宗諭、黃委員立賢、黃委員金舜、黃委員振國(中華民國醫師公會
全國聯合會陳理事長相國代理)、黃委員國祥、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、
葉委員孟琪、董委員正宗、蔡委員順雄、鄭委員力嘉、謝委員佳宜、
顏委員鴻順、嚴委員必文、蘇委員守毅

請假委員：黃委員心苑

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：陳署長亮好、顏副署長家瑞

本會：周執行秘書淑婉、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第4~5頁)

貳、議程確認：(詳附錄第5~6頁)

決定：確認。

參、確認上次(115年第6次)委員會議紀錄：(詳附錄第6頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第7~9頁)

決定：

一、上次(第6次)委員會議決議(定)列管追蹤事項共計2項，擬繼續追蹤2項，同意繼續追蹤。

二、本會將於衛生福利部交議116年度總額範圍案(含各部門總額之「醫療服務成本及人口因素成長率」)後，儘速函轉本會委員、各總額部門承辦團體及中央健康保險署，俾依交議內容進行總額協商。

三、確認「116年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議程」(如附件)，請本會委員務必親自出席，不得委由代理人出席；另請各總額部門代表委員協助轉知所屬協商代表依議程提前到場。

四、餘洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第10~24頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：中央健康保險署「115年7月份全民健康保險業務執行季報告」，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見(含書面意見)，請中央健康保險署參考。

陸、報告事項(詳附錄第37~38頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：「鼓勵院所推動腹膜透析(PD)與提升照護品質方案」及「居家血液透析(HHD)與提升其照護品質」專案報告(含執行成效及照護品質與健康結果)，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見(含書面意見)，請中央健康保險署參考，並持續監測透析病人照護品質及健康結果。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：上午10時49分。

116 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議程

時間	內容(協商時間 ^註)	與會人員
115 年 9 月 23 日(三)		
09:00~09:30	報到/預備會議(供付費方、醫界方「視需要」召開會前內部會議)	
09:30~12:00	1.醫院總額協商(150 分鐘)	本會委員、醫院部門協商代表，與社保司、健保署及本會同仁
12:00~12:30	午餐	
12:30~13:20	2.門診透析服務協商 (醫院與西醫基層總額，50 分鐘)	本會委員、醫院及西醫基層協商代表，與社保司、健保署及本會同仁 (本節之協商，邀請腎臟醫學會列席)
13:20~13:30	中場休息	
13:30~15:25	3.西醫基層總額協商(115 分鐘)	本會委員、西醫基層部門協商代表，與社保司、健保署及本會同仁
15:25~15:35	中場休息	
15:35~17:15	4.中醫門診總額協商(100 分鐘)	本會委員、中醫部門協商代表，與社保司、健保署及本會同仁
17:15~17:25	中場休息	
17:25~19:05	5.牙醫門診總額協商(100 分鐘)	本會委員、牙醫部門協商代表，與社保司、健保署及本會同仁
19:05~19:35	晚餐	
19:35~20:50	6.其他預算協商(75 分鐘)	本會委員、健保署，與社保司及本會同仁
115 年 9 月 24 日(四)		
09:30~12:30	視需要處理協商未盡事宜	本會委員、相關部門協商代表，與社保司、健保署及本會同仁
115 年 9 月 30 日(三)		
09:30~12:30	第 8 次委員會議 (實體及視訊併行)	本會委員與社保司、健保署及本會同仁

註：各部門總額之協商時間已計列各部門視雙方需要自行召開內部會議時間。

肆、本會重要業務報告

- 一、依上次(第 7 次)委員會議決定，本會於本(115)年 9 月 9 日收到衛生福利部(下稱衛福部)交議行政院核定之 116 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案(如附件一，第 14~19 頁)，旋即於當日以衛部健字第 1153360117 號書函將交議內容轉知委員，並據以確認 116 年度總額協商架構及原則之總額設定公式(如附件二，第 20~27 頁)；同時請各總額部門承辦團體及中央健康保險署(下稱健保署)重新審視已提出之 116 年度總額協商草案是否遵循交議之內容及規劃目標。若有調整，請於本年 9 月 11 日前回復修正版本。
- 二、本會依全民健康保險法第 5 條規定，持續推動公民參與相關工作，本年度委託臺北市立大學辦理「全民健保監理指標監測結果評析與公民參與模式探討」研究計畫，研究團隊以「如何讓基層醫療變成更便利、更貼近民眾的健康夥伴？」為議題，於 7~8 月間分別於北、中、南 3 區辦理公民論壇各 1 場，共計 74 人參與，會中亦邀請專家學者專業引導，及健保署各分區業務組同仁共同參與，相關討論重點及政策建議摘要如附錄一(第 41~42 頁)。
- 三、衛福部及健保署於本年 8 月至 9 月份發布及副知本會之相關資訊摘要如下：[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 9 月 15 日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

- 1.本年 8 月 19 日修正發布「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，並自本年 9 月 1 日生效，如附錄二(第 43~46 頁)。本次修正重點如下：

(1)提升兒童重症、產科及人力流失科別相關支付標準：

【預算來源：115 年度醫院及西醫基層總額一般服務之「醫療服務成本指數改變率」所增預算(分別為 84.667 億元、20.984 億元)】

- ①修正住院及急診觀察床診察費之通則六，放寬兒科專科醫師申報加護病房、一般住院、隔離病床住院診察費及住院會診費之加成上限支付規範；修正「住院會診費」等 13 項診療項目之年齡加成範圍至未滿 19 歲(原僅未滿 7 歲)。
- ②調升「高危險妊娠住院診察費」、第六部論病例計酬之「陰道生產」等 4 項、「痙攣性電療法」支付點數，並依年齡級距拆分「支持性團體心理治療(每人次)」等 9 項診療項目及調升未滿 19 歲之支付點數。
- ③手術通則六，規範先天性心臟病病人施行第六項「心臟及心包膜」、第七項「動脈與靜脈」各項手術之支付點數計算，並於多重創傷手術不折付支付規範，增列「凹陷性顱骨骨折之手術—簡單骨折」等 11 項中樞神經手術項目。
- ④修正「皮膚全層植補術 FTSG-小於十平方公分」等 99 項支付規範及支付點數。

(2)配合「115 年住院護理費支付標準」調升：

【預算來源：115 年度醫院總額「住院護理費用」專款項目支應 20 億元、115 年度其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」支應 1.37 億元】

- ①修正病房費通則九，偏鄉醫院護理費加成由 15%調升至 30%。
- ②調升「急性一般病床(床/天)-護理費」等 64 項、「一般慢性精神病床住院照護費(床/天)」等 2 項、「精神科日間住院治療費(日間全天)-六歲以上至未滿十六歲」等 2 項、「安寧住院照護費(每日)」等 3 項之支付點數。

(3)運用 115 年度醫院總額「新醫療科技」項下新增修診療項目預算(8 億元)：

- ①新增診療項目：「CLDN18.2 免疫組織化學染色」、「周邊動脈粥樣斑塊旋切術」等 14 項。

②修正部分診療項目之支付規範或支付點數。

(4)第七部全民健康保險住院診斷關聯群：修正附表 7.3 及通則三。【預算來源：115 年度醫院總額「促進醫療服務診療項目支付衡平」專款項目 18.915 億元】

2.本年 8 月 24 日修正發布「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第 79 條附件 2、第 80 條附件 3、第 81 條附件 4、第 82 條附件 5、第 83 條附件 6、第 84 條附件 7，自本年 1 月 1 日生效，如附錄三(第 47~49 頁)。經對照 115 年 1 月與 114 年 1 月之藥物給付項目、支付標準及給付規定等暫予收載或增修訂內容，重點如下：

(1)115 年 1 月給付項目暨支付標準收載情形：

給付項目暨支付標準表	收載(項)	新增(項)	調整(項)	刪除(項)
藥品(第 79 條附件 2)	13,978	226	3,146	564
特材(第 80 條附件 3)	8,124	649	389	449
中藥(單方)(第 81 條附件 4)	3,479	95	0	3
中藥(複方)(第 82 條附件 5)	6,568	49	0	222

(2)給付規定：

①藥品給付規定：共有 15 節，計修正 13 節之給付規定及增修相關附表。(第 83 條附件 6)

②特殊材料給付規定：115 年 1 月共有 356 項分類碼，異動 34 項(新增 24 項、修正 10 項)。(第 84 條附件 7)

3.本年 8 月 13 日公告修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」表一，如附錄四(第 50 頁)。本次修訂重點如下：

(1)「門診注射劑使用率」操作型定義，排除條件增列「在宅急症照護(ACAH)」及「門診靜脈抗生素治療(OPAT)」案件。

(2)「糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率」參考值由「以最近 3 年/同季全區值平均值 $\times$ (1-20%)」調整為固定值「80%」。

4. 本年 8 月 13 日公告修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」附表一，如附錄五(第 51 頁)。主要修訂指標「糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率」參考值由「以最近 3 年全區值平均值 $\times$ (1-20%)」調整為「以最近 3 年全區值平均值 $\times$ (1-15%)」。

(二)健保署

1. 公告總額相關計畫如附錄六(第 52~60 頁)，修訂重點如下表：

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
115.8.10	全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案	1. 放寬「醫事服務機構申請要件-人員」之資格：專業治療人員、臨床心理師及社工師(不分層級別)由專任放寬為專、兼任皆可。 2. 修訂收案條件：刪除原新、舊個案分類及其收案認定方式，統一修訂為「0 至 6 歲個案兩年內經國民健康署補助地方政府設置之兒童發展聯合評估中心診斷具 2 項(含)以上發展遲緩，並開立綜合評估報告書者(至少 1 項為確診遲緩項目)」。 3. 修訂給付項目及支付標準： (1)「以家庭為中心之早期療育整合照護費(P5301C)」調升為每次支付 2,000 點，及每 2 個月得申報一次(原支付 1,000 點，每季申報一次)。 (2)品質獎勵費：明定個案納入獎勵費計算之認定標準，及配合上開之收案條件，統一以原新個案之 3 項品質指標計算獎勵金。 (3)為保障個案照護及院所獎勵金核發之權益，舊個案收案及品質獎勵費之計算方式，仍得適用原方案規定至 115.12.31 止。
115.8.18/ 115.8.1	全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案	1. 修訂高風險病人出院後追蹤訪視費： (1)放寬適用條件：調整為高風險病人「過去一年內」入院急性病房出院後三個月內(原為「當年度」)。 (2)調升「高風險病人出院後追蹤訪視費(次)－共同、非共同訪視(P7402B、P7403B)」等 2 項支付點數為 6,000 點(原 3,000 點)。

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		2.修訂長效針劑注射獎勵措施： (1)修訂定義如下： ①連續施打定義修訂為「施打長效針劑可涵蓋藥物作用時間達3個月以上」(原為連續施打4個月以上)。 ②新增之定義修訂為「前一年未施打長效針劑或施打藥效未滿3個月者」(原為前一年未施打或施打未滿4個月者)。 (2)新增「長效針劑維持治療評估處置」：長效針劑施打藥效達當年度3個月以上者，依其藥效所涵蓋月份，每月獎勵點數150點。 3.修訂收案品質獎勵費：依病人類別及指標進步情形，訂定基本或進階品質獎勵點數，並按各指標權值計算每人品質獎勵費。 (1)一般病人：基本品質獎勵($0\% < \text{進步率} \leq 1\%$)為600點、進階品質獎勵($\text{進步率} > 1\%$者)為900點。 (2)高風險病人：基本品質獎勵($0\% < \text{進步率} \leq 1\%$)為900點、進階品質獎勵($\text{進步率} > 1\%$者)為1,800點。 4.修訂高風險病人出院追蹤品質獎勵費： (1)修訂「社區關懷訪視共訪比率」之定義：分母新增排除拒訪病人(指標目標值維持100%)。 (2)「社區關懷訪視共訪比率」、「出院後90日內轉入社區資源或回門診就醫比率」、「出院後轉規則門診比率」等3項指標獎勵點數調升為1,000點/人(原200點/人)。
115.8.19	全民健康保險肝炎醫療給付改善方案	1.收案對象：肝纖維化 F3(含)以上之代謝性、酒精性肝炎病人，增列排除條件「不含 K70.41」。 2.給付項目及支付標準：「新收案管理照護費」申報規定，由「每一病患於同一院所限申報一次」修訂為「限新收案或結案再收案者申報」。 3.品質指標：「腹部超音波檢查執行進步率」刪除半年執行1次之規定。

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		4.資訊公開：新增「保險人得公開參與本方案之醫療院所名單及相關品質資訊供民眾參考」之規定。 5.方案修正程序：新增「本方案之修訂，屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告」之規定。
115.8.24/ 115.9.1	115 年度全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫	特定身心障礙者之費用支付及申報規定，不予加成項目新增 1 項「週日及國定假日牙醫門診處理-每次門診限申報一次」(92133C)。
115.8.25	全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案	於本方案 3 項子計畫之評估量表新增「氣虛型體質量表」。
115.8.28/ 115.1.1	全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫	1.新增支付項目「定期檢驗(查)達成加成費」：僅具高血糖或具 2 種以上特定疾病者，達定期追蹤照護者(對應之檢驗項目達到應檢驗次數)，每人支付 100 元/年。 2.增列「多重慢性病人門診整合費用」適用慢性病：納入動脈粥樣硬化、心臟病、腦血管病變、慢性肝炎、肝硬化、痛風、慢性貧血、慢性阻塞性肺病等 8 項。 3.放寬高血糖、高血脂、ASCVD 檢驗項目控制良好之支付條件，並調高其管理提升費： (1)原「個案達到控制良好的檢驗項目數，支付相對應費用」，改為「達到控制良好或進步的檢驗項目數」，並增列進步定義。 (2)控制良好或進步項目之提升費，每項調高 350 點。 4.計畫評核指標： (1)結果面指標「血糖、血脂監測數據控制良好或進步率」：閾值由「收案會員百分位」改為「控制良好或進步占率(固定值)」。 (2)修訂部分指標之得分級距、得分條件。

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
115.8.28/ 115.1.1	健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能及持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能計畫	1.調整表格呈現方式，刪除現行支付點數、調整後點數、額外加成、現行加成率欄位，僅保留補付差額欄位，不影響實質內容。 2.增列「補付點數須給付一定成數予提供該項醫療服務之醫事人員」之規範。 3.增訂 2 項共同指標：每季急診病人轉出率不高於去年同期、急診轉住院人次占率。
115.8.28/ 115.1.1	115 年度全民健康保險西醫基層提升國人視力照護品質優化方案	1.配合年度總額修訂方案名稱(增訂「優化」、實施日期及預算來源等文字。 2.修訂支付方式： (1)預算分配：部分經費指定特定用途，及採各區各季預算之分配方式。(原依四季占率分配) ①新增本專款預算之 4%作為衡平管理費用，並優先用於保障東區每點 1 元。 ②各區各季預算分配方式：各區各季預算=115 年執行目標件數(182,378 件)×(1-衡平管理 4%)×近 3 年該區件數占率之平均值×114 年全國四季件數之占率×20,679 點。 (2)結算方式：每點支付金額不高於 1 元，並明定依附表「『提升國人視力照護品質』專款預算高申報折付及撥補方式」進行結算。 3.修訂提升照護品質獎勵金： (1)經費來源為年度結算及衡平管理費用撥補後之剩餘款，依品質指標權重總分大於 80 分以上核發獎勵金，核發總獎勵金不高於本預算 2%(原依診所達成「品質指標」之件數占率核發獎勵金)。 (2)修訂品質指標： ①增修指標：新增「診所每位醫師『每月』申報件數≤40 件且『每日』申報

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		件數≤ 15 件」，刪除「診所上傳『白內障視力品質照護說明書』至醫全會指定雲端」。 ②修訂指標目標值：術後 30 日內併發症(眼內炎)之件數比率$\leq 0.1255\%$(原為 0.1315%)。 ③調整 5 項指標權重：對結果面指標及管理面之指標給予較高權重。 ④於註明定診所所在地區經認定為「眼科資源不足地區」者，其「診所每位醫師每月申報件數≤ 40 件且每日申報件數≤ 15 件」及「診所全年總量$\leq$該診所專任醫師數$\times 120$ 件$\times 4$ 季」等 2 項指標之權重計算方式，得採個案認定方式辦理，並訂定「眼科資源不足地區」認定原則。 4.修訂年度執行目標：調升「執行件數」之目標值為 182,378 件(原 172,606 件)，刪除指標「白內障視力品質照護說明書執行率$\geq 95\%$」。 5.修訂評估指標：指標「術後 30 日內併發症(眼內炎)之件數比率」之目標值修正為$\leq 0.1255\%$(原為 0.1315%)，維持指標「久未看診而當日就診即執行白內障手術比例以 0% 為原則」。
115.8.31/ 115.9.1	「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	1.新增居家照護階段兒童加成規範：未滿 6 個月者加計 60%；6 個月以上至未滿 2 歲加計 30%；2 歲以上至未滿 7 歲者加計 20%。 2.配合護理費調升，併同修正亞急性呼吸照護病房支付點數(調升 123 點)。

2.115 年第 1 季各部門總額每點支付金額：

- (1)牙醫門診總額，如附錄七(第 61~64 頁)。
- (2)中醫門診總額，如附錄八(第 65~68 頁)。
- (3)醫院總額，如附錄九(第 69~72 頁)。
- (4)西醫基層總額，如附錄十(第 73~76 頁)。

(5)門診透析服務，如附錄十一(第 77~79 頁)。

總額別 分區別	115 年第 1 季各部門總額平均點值				
	牙醫門診	中醫門診	醫院 (不含 0~6 歲)	西醫基層	門診透析
台北	0.9925	1.0113	0.9790	0.9741	1.0044
北區	1.0671	0.9595	1.0068	0.9988	
中區	1.0585	0.9827	0.9891	1.0432	
南區	1.1132	0.9919	1.0320	1.0416	
高屏	1.0819	0.9830	1.0136	0.9990	
東區	1.1500	1.1365	1.0451	1.0687	
全區	1.0450	0.9921	0.9989	1.0054	

3.115 年 6 月至 8 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」部分項目重點摘要如下：

- (1)藥品部分：計 39 件，其中 12 件為新藥收載、12 件為已收載藥品給付規定異動、15 件為其他(新收載品項暫予支付、已收載品項支付標準異動)。
- (2)特材部分：計 5 件，其中 1 件為新特材收載、4 件為其他(新增既有功能類別品項、已收載品項支付標準異動)。

決定：

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：廖桂汎
聯絡電話：(02)8590-6666 分機：6761
傳真：02-85906048
電子郵件：hgeva520@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年9月9日
發文字號：衛部保字第1150140425號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：附件1-行政院函、附件2-各總額部門成長率

主旨：有關「116年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」一案，業奉行政院核定，請依全民健康保險法第61條規定協議訂定其總額及分配方式，請查照。

說明：

一、依行政院115年9月3日院臺衛字第1151022428號函(附件1)辦理。

二、行政院核定旨揭總額範圍成長率為2.619%至5.5%，並函示如下：

(一)依據健保財務推估，116年總額如採高推估值，年底安全準備約當1.01個月保險給付支出，尚符合全民健康保險法之相關規定，未來請持續檢討健保收支結構，並積極爭取公務預算等資源之支持，以確保整體財務之穩健。

(二)為落實「健康台灣」相關政策目標，請積極導入智慧科技

115.09.09



115CC00652

醫療，善用醫療科技評估等工具，並持續檢視健保總額各項計畫之執行成效，強化預算管理及成效追蹤機制，以提升醫療照護品質，增進醫療費用支出效率；另亦請持續優化醫療工作環境，確保醫事人員之合理工作條件，以提升醫療價值與量能。

(三)因應人口快速老化所帶來的醫療需求成長及健保財務負擔增加，請積極整合相關服務體系，落實分級醫療、癌症防治、慢性病管理，強化醫療及長照體系間銜接，建構整合性之全人健康照護，並增進民眾自我健康管理之誘因，同時針對自費醫療項目之必要性及有效性，健全相關資訊平台，落實對民眾健康權益之保障；另亦請審酌健保支付制度（舉如：住院診斷關聯群等）及給付範圍之效益及合理性，並持續檢討費基結構，強化財務負擔之公平性，以確保制度永續。

三、另116年健保總額範圍係考量投保人口結構改變、醫療服務成本、投保人口數對醫療費用之影響(各總額部門成長率如附件2)，以及116年總額規劃目標(如下)等各因素所擬：

(一)強化全人照護與慢性疾病管理，建構以病人為中心的健康照護，整合資源及投資民眾健康。

(二)留人留才，鞏固醫療量能與醫療價值，強化醫療體系韌性。

(三)加速引進新藥新科技，提升支付合理性，照顧兒童、急重

難罕病人醫療需求，強化醫療服務及品質。

(四)提升醫療可近性與效能，平衡醫療資源配置。

正本：本部全民健康保險會

副本：衛生福利部中央健康保險署

檔 號：
保存年限：

行政院 函

地址：100009臺北市忠孝東路1段1號
電話：02-33566500

受文者：衛生福利部

發文日期：中華民國115年9月3日
發文字號：院臺衛字第1151022428號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：所報116年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍一案，
核定全民健康保險醫療給付費用成長率下限為2.619%，上
限為5.5%。

說明：

- 一、復115年7月6日衛部保字第1151260344號函。
- 二、依據全民健康保險（以下簡稱健保）財務推估，116年總額如採高推估值，年底安全準備約當1.01個月保險給付支出，尚符合全民健康保險法之相關規定，未來請持續檢討健保收支結構，並積極爭取公務預算等資源之支持，以確保整體財務之穩健。
- 三、為落實「健康台灣」相關政策目標，請積極導入智慧科技醫療，善用醫療科技評估等工具，並持續檢視健保總額各項計畫之執行成效，強化預算管理及成效追蹤機制，以提升醫療照護品質，增進醫療費用支出效率；另亦請持續優化醫療工作環境，確保醫事人員之合理工作條件，以提升醫療價值與量能。
- 四、因應人口快速老化所帶來的醫療需求成長及健保財務負擔增加，請積極整合相關服務體系，落實分級醫療、癌症防

總收文 115.09.03



1150140425



裝

訂

線

治、慢性病管理，強化醫療及長照體系間銜接，建構整合性之全人健康照護，並增進民眾自我健康管理之誘因，同時針對自費醫療項目之必要性及有效性，健全相關資訊平台，落實對民眾健康權益之保障；另亦請審酌健保支付制度（舉如：住院診斷關聯群等）及給付範圍之效益及合理性，並持續檢討費基結構，強化財務負擔之公平性，以確保制度永續。

正本：衛生福利部

副本：國家發展委員會、行政院主計總處



116 年各總額部門醫療服務成本及人口因素成長率

總額部門	投保人口結構改變對醫療費用之影響率(A)	醫療服務成本指數改變率(B)	投保人口預估成長率(C)	醫療服務成本及人口因素成長率 (1+A+B)*(1+C)-1
醫 院	1.804%	0.920%	0.447%	3.183%
西醫基層	0.928%	1.023%		2.407%
中 醫	0.853%	2.279%		3.593%
牙 醫	0.337%	2.501%		3.298%

抄本

檔 號： 附件二
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：盛培珠
聯絡電話：(02)8590-6877
傳真：無
電子郵件：hgpeichu@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國115年9月9日
發文字號：衛部健字第1153360117號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：1. 衛福部交議116年度總額範圍案、2. 116年度總額協商架構及原則

主旨：檢送衛生福利部交議之116年度全民健康保險醫療給付費用
總額範圍(下稱116年度總額)及其規劃目標，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部本(115)年9月9日衛部保字第1150140425號函，及本會第7屆本年第7次委員會議(115.8.19)決定事項辦理。
- 二、依旨揭交議內容，請本會依全民健康保險法第61條規定，在行政院核定之116年度總額範圍成長率2.619%至5.5%之間，協議訂定116年度總額及其分配方式(如附件1)。另依本會第7屆本年第3次委員會議(115.4.22)決議，據以確認116年度總額協商架構及原則之總額設定公式(如附件2)。
- 三、副本抄送各總額部門承辦團體及中央健康保險署，請重新審視貴管提出之最終協商草案，是否遵循衛生福利部交議之116年度總額範圍(含醫療服務成本及人口因素成長率)及其

規劃目標，並依據上開協商架構及原則辦理。若有調整必要，考量總額協商會議資料編製時效，請於115年9月11日前回覆修正版本，若逾期未回覆者，將視同無修正，尚祈見諒。

正本：周主任委員麗芳、朱委員益宏、吳委員永全、吳委員銘修、吳委員鏘亮、呂委員正華、李委員飛鵬、林委員宜平、林委員恩豪、林委員敏華、花委員錦忠、洪委員瑜黛、胡委員峰賓、張委員田黨、張委員家銘、張委員鈺旋、許委員舒博、許委員慧瑩、連委員賢明、陳委員秀熙、陳委員建宗、陳委員節如、陳委員麗琴、溫委員宗諭、黃委員心苑、黃委員立賢、黃委員金舜、黃委員振國、黃委員國祥、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、葉委員孟琪、董委員正宗、蔡委員順雄、鄭委員力嘉、謝委員佳宜、顏委員鴻順、嚴委員必文、蘇委員守毅(依委員姓名筆劃排序)

副本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、衛生福利部中央健康保險署、本部社會保險司(均含附件)

116 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則

第 7 屆 115 年第 3 次委員會議(115.4.22)通過

依據衛生福利部本(115)年 9 月 9 日衛部保字第 1150140425 號函交議總額範圍內容確認

壹、總額協商架構

一、總額設定公式

■年度部門別^{註1}醫療給付費用總額＝

[前一年度校正後部門別一般服務醫療給付費用^{註2、註3}×(1+年度醫療服務成本及人口因素成長率+年度協商因素成長率)]+年度專款項目經費+年度門診透析服務費用^{註4}

年度部門別醫療給付費用總額成長率＝

[年度部門別醫療給付費用總額－(前一年度之部門別醫療給付費用總額+前二年度投保人口預估成長率與實際之差值金額+前一年度健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額)^{註5}]/(前一年度之部門別醫療給付費用總額+前二年度投保人口預估成長率與實際之差值金額+前一年度健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額)^{註5}

■年度全民健保醫療給付費用總額＝

年度部門別^{註1}醫療給付費用總額之合計+年度其他預算^{註1}醫療給付費用

年度全民健保醫療給付費用總額成長率＝

[年度核定之全民健保醫療給付費用總額－(前一年度之全民健保醫療給付費用總額+前二年度投保人口預估成長率與實際之差值金額+前一年度健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額)^{註5}]/(前一年度之全民健保醫療給付費用總額+前二年度投保人口預估成長率與實際之差值金額+前一年度健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額)^{註5}

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.因協商當時尚無法取得該年度實際投保人口數，爰自 97 年度開始，總額基期須校正前 2 年投保人口預估成長率與實際之差值金額(即 116 年度總額基期須校正 114 年度總額投保人口預估成長率與實際之差值金額)。

3.依本會 114 年第 4 次委員會議(114.6.25)確認之「115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，115 年度總額違反特約及管理辦法之扣款，於 116 年度總額協商基期費用加回。

4.西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

5.依衛福部報奉行政院核定之 116 年度總額基期，係以前 1 年度(115 年)健保醫療給付費用總額，校正前 2 年度(114 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額、加回前 1 年度(115 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

二、醫療服務成本及人口因素

(一)按「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」、「醫療服務成本指數改變率」及「投保人口預估成長率」合併計算成長率。

(二)成長率計算公式

$$[(1+\text{投保人口結構改變對醫療費用之影響率}+\text{醫療服務成本指數改變率})\times(1+\text{投保人口預估成長率})]-1$$

(三)各項因子之計算公式與方法如附件，將依行政院核定之醫療服務成本及人口因素內涵辦理。

三、協商因素

(一)保險給付項目及支付標準之改變

預期新增給付項目及支付標準(如新醫療科技及新藥)改變，對醫療費用之影響率。

(二)鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康

為鼓勵提升醫療服務品質或促進國人健康，而允許增加費用之幅度。

(三)其他醫療服務利用及密集度之改變

反映其他醫療服務利用及密集度改變，對醫療費用之影響(排除已於醫療服務成本及人口因素反映部分)。

(四)醫療服務效率之提升

因全民健保支付制度之改革，造成醫療服務效率提升，預估其對醫療費用之影響。

(五)其他預期之法令或政策改變

其他預期之法令或政策改變及政策誘因，對醫療費用之影響。

四、專款項目

針對特定項目協商預算，採零基預算直接協定預算額度。

五、門診透析

(一)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。

(二)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。

(三)計算公式

年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用=前一年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用 $\times$ (1+成長率)

年度門診透析服務費用=年度醫院門診透析服務費用+年度西醫基層門診透析服務費用

貳、總額協商原則

一、依據行政院核定之年度醫療給付費用總額範圍及政策目標進行協議擬訂，使健保政策延續並連結醫療給付費用總額。

二、配合全民健保財務狀況，合理配置健保資源

總額協商之前提，應考量全民健保財務狀況，回歸以提供醫療服務為意旨；且所協商總額應與社會經濟因素及全民健保保費收入情形連動，對有限健保資源，應予合理配置。

三、基期

以穩定為原則。若確需變動，應於前一年6月前提經議定；6月以後所議定調整事項，適用於下年度總額。

四、醫療服務成本及人口因素

各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率，採衛福部報奉行政院核定之數值與計算公式。

五、協商因素

(一)給付項目之調整

本會權責為協議訂定醫療給付費用總額及其分配，協商雙方應本對等原則，考量各總額部門之醫療衡平發展，就協商之項目給予合理配置，不涉及個別給付項目之決定。

(二)各部門之「品質保證保留款」

1.列為專款項目，用於鼓勵提升醫療品質。

2.考量各部門對「品質保證保留款」之運用方式各異，同意總額部門於取得內部共識後，可視需要由一般服務移列部分預算至品質保證保留款合併運用，並須提經本會通過。

(三)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱特管辦法)之扣款

1.列為協商減項，扣減前2年度(114年)違反特管辦法第37、39、40條違規事件本身之醫療費用，僅減列民眾檢舉及健保署主動查核所發現之違規案件，不減列總額受託單位或總額相關團體發揮同儕制約精神而主動舉發之案件。且於次年度(117年)

總額加回該違規扣款金額，不影響次年度總額協商之基期費用。

2.本項扣款數值，以協商時健保署提供者為準。

(四)一般服務之協商因素項目：

- 1.應於年度協商時提出具體之問題分析及需求評估、醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用。新增項目需提出執行目標及預期效益之評估指標，延續性項目需提出過去執行成果效益或檢討改善規劃，並須持續檢討執行目標及預期效益之評估指標，及檢附前開實證資料。
- 2.並於年度實施前提出具體實施方案，執行情形應即時檢討；若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則得核扣當年度預算；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(五)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，請健保署會同各部門總額相關團體議定後送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

六、專款項目

- (一)回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出。實施成效納入下年度總額協商考量。
- (二)為避免預算重複編列，專款計畫執行內容，不應與一般服務重複，倘有涉及已由一般服務涵蓋之支付項目費用，請回歸一般服務支應。
- (三)新增計畫，視行政院所核定總額範圍及計畫需要，決定是否支持該計畫並協定預算。具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)應於年度實施前擬定完成。
- (四)新增計畫應於年度協商時提出具體之問題分析及需求評估、醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用、執行目標及預期效益之評估指標，及檢附前開實證資料，並提出預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)，以利檢討退場或納入一般服務。若為續辦性專款項目則須持續檢討執行目標及預期效益之評估指標。
- (五)其他預算部分：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。

七、其他原則

- (一)新增協商項目或計畫，宜先列為專款項目，俟執行穩定且具成效後，未來年度再考量移至一般服務項目。
- (二)年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之。
- (三)醫療費用總額及分配，協商結束後，若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，其處理方式如下：
 - 1.衛福部核(決)定前，應經雙方具有委員身分之協商代表同意，依「全民健康保險會會議規範」之復議案程序辦理。
 - 2.衛福部核(決)定後，已成為政策決定事項，本會無權更動，若委員仍有不同意見，則依「全民健康保險會會議規範」提案討論，決議達共識部分，由本會向衛福部提出建議。
- (四)年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內。各部門總額成長率以不超過行政院核定範圍之上限值為原則。
- (五)醫療照護整合與效率提升成效之效益，部分用以獎勵醫療服務提供者，部分回歸保險對象。
- (六)對已協定之試辦性計畫，應嚴格監控，並提出評估報告供委員於協商時參考，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。
- (七)各總額部門之協商代表，需獲得充分授權。經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得酌予協商調整該部門總額單一細項金額，並予以定案。
- (八)各總額部門提出涉及使用年度總額調整支付標準項目之協商草案，健保署應評估是否連帶影響其他總額部門，如有影響，應於協商前提出受影響總額部門之預算需求評估，供本會協商時一併考量。協商時，請受影響總額部門列席。

附件、醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法

一、投保人口結構改變對醫療費用之影響率

以衛福部報行政院時可取得之最近完整一年醫療費用及計費人口數計算，即以 113 年醫療費用點數為基礎，計算 114 年納保人口年齡性別結構相對於 113 年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用點數之影響，年齡則以 1 歲為一組做調整(人口數為 3 月、6 月、9 月、12 月底計費人口數平均)。

二、醫療服務成本指數改變率

(一)成本項目之權數

採行政院主計總處 110 年「工業及服務業普查」結果，採第 5~95 百分位值之平均數為權重。

(二)成本項目之指數

採行政院主計總處 115 年 4 月發布之「物價統計月報」與查詢「薪情平臺」。各總額部門指標類別如下：

成本項目	指標類別	
人事費用	1/2「醫療保健服務業」薪資及 1/2「工業及服務業」薪資	
藥品費用	醫院	國產內銷及進出口物價指數—西醫藥品類
醫療材料費用		國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類
藥品、藥材及耗材成本	西醫 基層	國產內銷及進出口物價指數—西醫藥品類 國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類
	牙醫	健保牙醫門診藥費權重及國產內銷及進出口物價指數—西醫藥品類 國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類
	中醫	國產內銷及進出口物價指數—藥品類之中藥製劑 國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類
基本營業費用	國產內銷及進出口物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	
其他營業費用	消費者物價指數—總指數	

註：醫療材料費用選擇與醫療儀器及材料相關之項目，故採用「理化分析用儀器及器具」、「電子醫療用儀器及設備」、「放射照相或放射治療器具」、「注射筒、聽診器及導管等醫療器材」、「整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品」及「其他醫療器材」；其他醫療器材，包括：注射器、點滴器(或輸液 pump)、病床、人工關節、洗腎用血液迴路導管、外科接管、血液迴路管(不含血壓計、血糖計、體溫計)。

(三)醫療服務成本指數改變率之指數值及計算

前述各指標項目，以 110 年指數為基值(訂為 100)，計算 114 年 1 月至 12 月相對 113 年 1 月至 12 月各指數年增率。

三、投保人口預估成長率

以最近一年可取得之實際投保人口成長率，即以 114 年對 113 年投保人口成長率計算(採各季投保人數之平均值)。

討論事項

討論事項

提案單位：本會第三組

案由：116 年度醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診醫療給付費用總額及其他預算協商結論案，提請討論。

說明：

一、衛生福利部(下稱衛福部)於本(115)年 9 月 9 日交付行政院核定之「116 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」案，併附該部所擬 116 年總額規劃目標及各總額部門醫療服務成本及人口因素成長率，請本會依全民健康保險法第 61 條規定協議訂定其總額及分配方式(如第 14~19 頁)，摘要如下：

(一)行政院核定之總額範圍成長率為 2.619%至 5.5%，及健保署依本會本年第 5 次委員會議(115.6.24)決定提供之「113~116 年健保財務收支情形表」(如附件，第 34 頁)，彙整 116 年總額範圍相關資料如下表。

總額範圍	低推估值	高推估值
成長率	2.619%	5.5%
金額	約10,149.55億元(A)	約10,434.49億元(B)
B—A金額(協商空間)	約284.94億元	

(二)116 年總額規劃目標：

- 1.強化全人照護與慢性疾病管理，建構以病人為中心的健康照護，整合資源及投資民眾健康。
- 2.留人留才，鞏固醫療量能與醫療價值，強化醫療體系韌性。
- 3.加速引進新藥新科技，提升支付合理性，照顧兒童、急重難罕病人醫療需求，強化醫療服務及品質。
- 4.提升醫療可近性與效能，平衡醫療資源配置。

(三)116 年各總額部門醫療服務成本及人口因素成長率：

總額部門	投保人口結構改變對 醫療費用之影響率 (A)	醫療服務成本 指數改變率 (B)	投保人口 預估成長率 (C)	醫療服務成本及 人口因素成長率 $(1+A+B) \times (1+C) - 1$
醫院	1.804%	0.920%	0.447%	3.183%
西醫基層	0.928%	1.023%		2.407%
中醫門診	0.853%	2.279%		3.593%
牙醫門診	0.337%	2.501%		3.298%

二、經本年 9 月 23 日協商會議後，116 年度各部門總額協商因素項目及其他預算協商結論，如附件一至附件五。(資料後附)

三、依本會 116 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(下稱 116 年度協商程序)，於今日委員會議討論確認協商結論，如下：

(一)確認四部門總額及其他預算之總額及分配(含成長率、金額、協定事項)：依協商程序，**協定事項之文字在不違反原協商意旨前提下，可酌予調整修正**。另若未達共識兩案併陳，則請雙方就各自的建議方案進行確認。

(二)提供「執行目標」及「預期效益之評估指標」修訂建議：已請四總額部門及健保署就 9 月 23 日協商結果，進行調整，請委員提供修正建議。依協商程序，請以具體、可量化之結果面指標，呈現資源投入之具體效益。

四、依協商程序，116 年度總額協商後續須辦理事項：

(一)確認「執行目標」及「預期效益之評估指標」：達成共識部門，會後請健保署會同各總額部門研修 KPI，將研修後之結果提報 10 月份委員會議(115.10.28)確認。未達共識部門，將兩案併陳報請衛福部就 116 年總額規劃目標要求，逕予核定。

(二)地區預算分配：請各總額部門於本年 10 月 14 日前提送地區預算分配之建議方案，俾於 10 月份委員會議討論。倘部門最遲未於 11 月 11 日前提送分配建議方案，則由幕僚掣案提 11 月份委員會議(115.11.25)討論，並完成協定。

擬辦：

一、請確認 116 年度各部門總額協商因素項目及其他預算協商結論，如附件一至附件五之附表。(資料後附)

二、有關「執行目標」及「預期效益之評估指標」，擬依協商結果提報 10 月份委員會議確認或報部核定。

三、有關各部門總額一般服務費用之地區預算分配，請各部門依協商程序議定時間送會討論。

決議：

113年至116年健保財務收支情形表

單位：億元

項目	113年	114年	115年	116年	
				總額成長率 採下限 2.619%	總額成長率 採上限5.5%
	審定決算數		預估數		
醫療給付費用總額	8,755	9,286	9,883	10,150	10,434
成長率	4.700%	5.500%	5.500%	2.619%	5.500%
保險成本	8,110	8,330	9,167	9,438	9,720
保險收入	8,344	8,798	8,740	8,879	8,877
一、保險費收入	7,998	8,620	8,605	8,754	8,754
（一）一般保險費	6,294	6,590	6,735	6,820	6,820
（二）補充保險費	715	786	645	658	658
（三）政府負擔不足法定36%之差額	988	1,243	1,225	1,276	1,276
二、其他收入	347	178	134	125	123
當年保險收支餘絀	234	468	-428	-559	-843
保險收支累計餘絀	1,622	2,090	1,662	1,103	819
約當保險給付支出月數	2.40	3.01	2.18	1.40	1.01

製表日期：115.09.09

說明：1、115年起依健保會114年第9次委員會議(114.11.19)討論「全民健康保險115年度保險費率方案(草案)審議案」資料之假設條件進行推估。

2、保險收入＝保險費收入＋其他收入。

3、保險成本＝醫療給付費用總額－保險對象應自行負擔之費用－代位求償獲償金額－菸捐挹注罕病等之醫療費用±調整項＋其他保險成本。

4、其他收入包括菸品健康福利捐及公益彩券盈餘等依法分配收入、其他補助收入、利息收入及呆帳提列(減項)等。

5、116年保險費率以維持5.17%推估，另政府負擔不足法定36%之差額，以行政院協商確立之法律見解及計算方式為基礎。

6、116年全民健康保險醫療給付費用總額，係以9,890.52億元為基期進行計算。

7、依行政院115年9月3日院臺衛字第1151022428號函核定之116年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍，總額成長率下限2.619%及上限5.5%進行試算。

8、已納入以下政策之財務影響：

(1) 115年1月健保投保金額分級表第一級，由28,590元調整為29,500元(一年挹注約43億元)。

(2) 114年10月20日修正健保法施行細則第45條，政府應負擔健保總經費法定下限36%之計算，改以健保法規範者為限，並追溯自114年1月1日施行。

(3) 115年1月起僱用被保險人數未滿5人之事業負責人，及會計師、律師、建築師、醫師、牙醫師、中醫師以外之專門職業及技術人員自行執業者或屬於第1類被保險人之自營業主(即小雇主等)，自行舉證申報之投保金額，最低不得低於42,000元及其所屬員工申報之最高投保金額(一年挹注約5億元)。

9、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

報告事項

報告事項

報告單位：中央健康保險署

案由：115 年 8 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

本會整理說明：

- 一、依 102 年 2 月 22 日委員會議決定及 115 年度工作計畫，為提高議事效率，本項例行性業務報告，書面資料須每月併同委員會議資料寄送委員，但口頭報告改採季(每年 2、5、8、11 月)報方式辦理。爰本次提供書面資料，不進行口頭報告。請委員先行審閱，如有疑義可洽該署各項業務窗口。
- 二、另健保署業務執行報告電子檔已置於該署網頁(健保署首頁>健保資料站>健保業務報告>健保業務執行報告>衛生福利部中央健康保險署業務執行報告，網址：<https://gov.tw/XJC>)。

決定：

附錄

如何讓基層醫療成為更便利、更貼近民眾的健康夥伴？

公民論壇意見重點與政策方向

一、民眾核心期待

讓社區診所從「治療疾病的場所」，轉型為「陪伴健康的夥伴」，提供方便查找、值得信賴、持續照護、順暢轉診的醫療服務。

二、三大政策主軸

(一)找得到、信得過：提升基層醫療資訊透明度與服務量能

- 1.建置診所地圖與整合查詢平台
 - (1)醫師專長、服務項目、檢查設備透明化
 - (2)整合健保快易通等既有平台
- 2.建立專業認證與特色標示
 - (1)專業認證、專長標註
 - (2)提升民眾辨識優質診所能力
- 3.強化診所檢查診斷能力
 - (1)血液檢查、超音波、影像上傳
 - (2)與醫院建立 CT、MRI 檢查合作機制

(二)願意來、持續來：建立長期健康管理與醫病信任

- 1.推動家庭醫師制度
 - (1)固定照護來源
 - (2)慢性病追蹤與健康管理
 - (3)完整掌握個人健康歷程
- 2.發展智慧健康服務
 - (1)AI 健康諮詢與智慧客服
 - (2)掛號提醒、回診通知、用藥追蹤
 - (3)保留電話及真人服務管道
- 3.推動診後追蹤與健康管理
 - (1)健檢整合
 - (2)用藥提醒
 - (3)慢病管理與風險評估
- 4.深化社區健康連結
 - (1)社區據點合作
 - (2)健康講座與用藥教育
 - (3)提升在地居民對診所信任感

(三)先診所、再轉院：建立順暢分級醫療與雙向轉診

- 1.建立轉診綠色通道
 - (1)診所直接協助掛號
 - (2)優先門診與檢查安排
- 2.強化醫師對醫師轉介
 - (1)轉診摘要
 - (2)專科推薦與專業銜接
- 3.完善雙向轉診機制
 - (1)病情穩定後下轉基層
 - (2)建立醫院與診所照護接軌
- 4.推動病歷與檢查資訊共享
 - (1)病歷、影像、檢驗及用藥資料互通
 - (2)兼顧個資與隱私保護
- 5.提升假日與夜間醫療可近性
 - (1)診所輪值制度
 - (2)減少非急症使用急診

三、政策推動架構

資訊透明——>信任診所——>家庭醫師與健康管理——>優先基層就醫
——>順暢轉診與下轉——>落實分級醫療

四、政策願景及目標

建構「5化」基層醫療體系：資訊透明化、服務升級化、數位智慧化、照護連續化、轉診順暢化。打造「信任診所、善用診所、優先診所、必要時轉醫院」的就醫環境，讓基層醫療成為民眾最貼近的健康夥伴。

五、總結

本次公民論壇顯示，民眾是否願意優先利用基層醫療，最關心的是「找得到、信得過、接得上」。

- (一)資訊透明化：民眾希望有具公信力的診所資訊平台，能清楚查詢醫師專長、服務項目、檢查設備及轉診資源，協助快速找到適合的社區診所。
- (二)照護連續化：民眾期待診所不只是處理單次疾病，而是透過家庭醫師、慢性病管理、健康追蹤、用藥提醒及 AI 輔助服務，成為長期健康管理的夥伴。
- (三)轉診順暢化：民眾普遍支持分級醫療，但前提是診所能協助完成轉診、醫院提供優先銜接，並建立病情穩定後下轉及病歷資訊共享機制，讓民眾安心從基層開始就醫。

衛生福利部 函

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

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年8月19日
發文字號：衛部保字第1151260436C號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表之pdf檔各1份

主旨：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，業經本部於中華民國115年8月19日以衛部保字第1151260436號令修正發布，並自115年9月1日生效，茲檢送發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表各1份，請查照。

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

115.08.19



115CC00590

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正總說明

本次醫療服務給付項目及支付標準之修正，為本（一百十五）年第四次修正，並自一百十五年九月一日生效。本次修正重點說明如下：

一、第二部西醫

（一）第一章基本診療

1.第二節住院及急診觀察床診察費：

- (1)為提升兒童重症支付，修正通則六，放寬兒科專科醫師申報 加護病房、一般住院、隔離病床住院診察費及住院會診費加成上限支付規範。
- (2)修正02005B「住院會診費」等十三項診療項目之年齡加成範圍至未滿十九歲。
- (3)為提升高危險妊娠等產科支付，修正02024B「高危險妊娠住院診察費」診療項目支付點數。

2.第三節病房費：

- (1)修正通則九，偏鄉醫院護理費加成由現行百分之十五調升至百分之三十。
- (2)配合 「一百十五年住院護理費支付標準」調升，修正03077K「急性一般病床（床/天）－護理費（第一天）」等六十四項診療項目支付點數。

3.第四節精神科慢性病房住院照護費與日間住院治療費：

- (1)配合 「一百十五年住院護理費支付標準」調升，修正04001A「一般慢性精神病床住院照護費（床/天）」等二項診療項目支付點數。
- (2)修正04012C「精神科日間住院治療費(日間全天) -六歲以上至未滿十六歲」等二項診療項目支付點數。

4.第八節住院安寧療護：配合「一百十五年住院護理費支付標準」調升，修正05601K「安寧住院照護費（每日）」等三項診療項目支付點數。

（二）第二章特定診療

1.第一節檢查：

- (1)修正12207B「白血病即時定量聚合酶連鎖反應法實驗室開發檢測（LDTs）」等三項診療項目支付規範及支付點數。

(2)新增30112B「CLDN18.2 免疫組織化學染色」診療項目。

(3)修正第二十五項次世代基因定序30301B「實體腫瘤次世代基因定序」等三項診療項目支付規範。

(4)修正「附表2.2.1 實體腫瘤次世代基因定序(30301B-30303B)給付癌別列表」，適用癌別增列HR 陽性、HER2 陰性乳癌。

2.第二節放射線診療：

(1)修正33112B「經由心導管治療直徑小於2.0mm 之開放性動脈導管」等四項診療項目支付點數。

(2)新增33118B「周邊動脈粥樣斑塊旋切術」診療項目。

3.第五節精神醫療治療費：

(1)修正45004C「痙攣性電療法」診療項目支付點數。

(2)為反映兒童發展各階段之精神科診療難度，爰依年齡級距修正45016C「支持性團體心理治療（每人每次）」等九項診療項目支付規範及支付點數、併同修正通則二規範。

4.第六節治療處置：

(1)修正47103A「經導管無導線心律調節器置放或置換術」等六項診療項目支付規範或支付點數。

(2)新增56045A「脊髓腔內藥物輸注系統幫浦藥物充填」等二項診療項目。

5.第七節手術：

(1)修正通則六，規範先天性心臟病病人施行本節第六項「心臟及心包膜」、第七項「動脈與靜脈」各項手術之支付點數計算；將83011B「凹陷性顱骨骨折之手術－簡單骨折」等十一項診療項目納入規範，以反映執行相關手術所投入之大量人力及時間。

(2)修正62007C「皮膚全層植補術FTSG - 小於十平方公分」等九十九項診療項目支付規範及支付點數。

(3)新增64288B「髌白周圍截骨術」等十項診療項目。

二、第三部牙醫第三章牙科處置及手術第四節口腔顎面外科：修正92207B「補顎術」診療項目支付點數。

三、第六部論病例計酬第一章產科：修正97004C「陰道生產」等四項診療項目

支付點數，併同修正通則一。

四、第七部全民健康保險住院診斷關聯群第一章Tw-DRGs 支付通則：

(一)修正通則三，增列不適用第七部支付標準之案件。

(二)修正附表7.3「115 年9 月至12 月3.4 版1068 項Tw-DRGs 權重表」。

五、第九部護理人員投入為主之診療項目表：新增十一項由護理人員主導執行之診療項目，並配合調整序號及編號。

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：江心怡
聯絡電話：(02)8590-6766
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hgduedue@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年8月24日
發文字號：衛部保字第1151260374C號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表之pdf檔各1份

主旨：「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第七十九條附件二、第八十條附件三、第八十一條附件四、第八十二條附件五、第八十三條附件六、第八十四條附件七，業經本部於中華民國115年8月24日以衛部保字第1151260374號令修正發布，自115年1月1日生效，茲檢送發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表各1份，請查照。

正本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國西藥代理商業同業公會、臺灣製藥工業同業公會、中華民國製藥發展協會、中華民國開發性製藥研究協會、台北市西藥代理商業同業公會、台灣藥品行銷暨管理協會、中華民國西藥商業同業公會全國聯合會、社團法人中華民國學名藥協會、台灣研發型生技新藥發展協會、歐洲在台商務協會、台北市進出口商業同業公會、中華民國醫療器材商業同業公會全國聯合會、中華民國儀器商業同業公會全國聯合會、台灣醫療暨生技器材工業同業公會、台北市儀器商業同業公會、台灣先進醫療科技發展協會
副本：衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部食品藥物管理署、衛生福利部國民健康署、衛生福利部疾病管制署、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會、本部醫事司、本部中醫藥司、本部心理健康司、本部口腔健康司(均含附件)

全民健康保險藥物給付項目及支付標準第七十九條附件二、第八十條附件三、第八十一條附件四、第八十二條附件五、第八十三條附件六、第八十四條附件七修正總說明

本次全民健康保險藥物給付項目及支付標準(以下稱本標準)之修正，為一百十五年第二次修正。

依據本標準第四條第四項「經保險人暫予收載或調整支付價格之項目，或增修之給付規定，每年報請主管機關公告本標準；主管機關公告前，依保險人公告收載或調整結果支付」規定，修正本標準第七十九條附件二至第八十四條附件七之內容，依次為「藥品給付項目暨支付標準表」、「特殊材料給付項目暨支付標準表」、「中藥用藥項目表(單方)」、「中藥用藥項目表(複方)」、「藥品給付規定」及「特殊材料給付規定」，其修正要點如下：

- 一、本次內容係對照一百十五年一月與一百十四年一月之藥物給付項目、支付標準及給付規定等保險人暫予收載或增修訂內容，所作修正。
- 二、「藥品給付項目暨支付標準表」：一百十五年一月共收載一萬三千九百七十八項，相較於一百十四年一月，異動三千九百三十六項，其中新增二百二十六項、調整三千一百四十六項、刪除五百六十四項。(修正規定第七十九條附件二)
- 三、「特殊材料給付項目暨支付標準表」：一百十五年一月共收載八千一百二十四項，相較於一百十四年一月，異動一千四百八十七項，其中新增六百四十九項、調整三百八十九項、刪除四百四十九項。(修正規定第八十條附件三)
- 四、「中藥用藥項目表(單方)」：一百十五年一月共收載三千四百七十九項，相較於一百十四年一月，異動九十八項，其中新增九十五項、刪除三項。(修正規定第八十一條附件四)
- 五、「中藥用藥項目表(複方)」：一百十五年一月共收載六千五百六十八項，相較於一百十四年一月，異動二百七十一項，其中新增四十九項、刪除二百二十二項。(修正規定第八十二條附件五)
- 六、「藥品給付規定」：共十五節，本次修正內容為第一節至第十節及第十三節至第十五節，同時修正附表二-D、附表二十二之六、附表二十四之一、附表

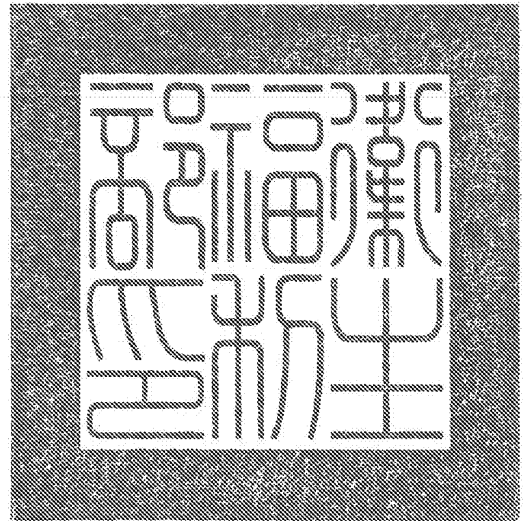
二十四之七、附表二十六之一、附表二十六之五、附表三十之一、附表三十之二、附表三十六，及新增附表三十六之一、附表三十六之二、附表三十八。
(修正規定第八十三條附件六)

七、「特殊材料給付規定」：一百十五年一月共有三百五十六項分類碼，相較於一百十四年一月，異動三十四項，其中新增二十四項、修正十項。(修正規定第八十四條附件七)

八、本次修正內容為一百十五年一月份之給付項目、支付標準及給付規定，如有異動，以保險人最新公告為主。

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國115年8月13日
發文字號：衛部保字第1151260428號
附件：全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案表一



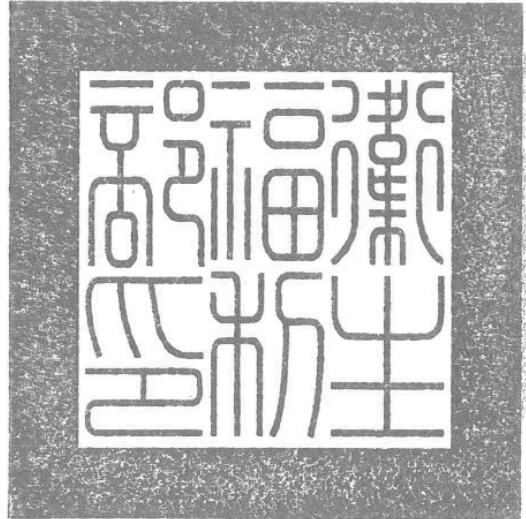
主旨：公告修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」表一。

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

部長 石崇良

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國115年8月13日
發文字號：衛部保字第1151260420號
附件：全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案附表一



主旨：公告修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」附表一。

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

部長 石崇良

副本

檔 號： 附錄六
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



20

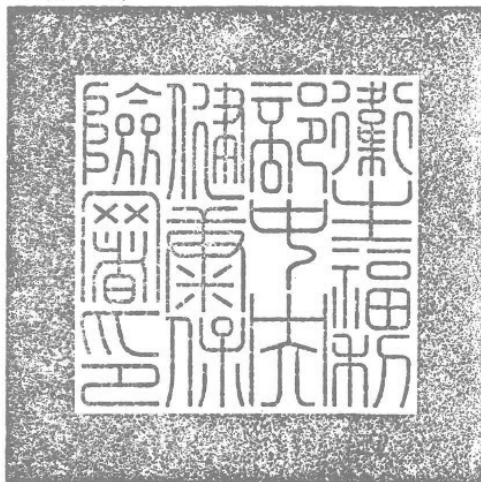
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年8月10日

發文字號：健保醫字第1150116013號

附件：如主旨(請自本署全球資訊網擷取)



主旨：修訂「全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案」(附件)，並自公告日起生效。

依據：衛生福利部115年7月31日衛部保字第1151260392號函。

公告事項：為保障個案照護權益及院所獎勵金核發權益，舊個案收案及品質獎勵費之計算方式仍得適用原方案規定至115年12月31日止。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國診所協會全國聯合會、社團法人臺灣物理治療學會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、社團法人臺灣職能治療學會、社團法人中華民國職能治療師公會全國聯合會、中華民國語言治療師公會全國聯合會、台灣聽力語言學會、台灣臨床心理學會、中華民國臨床心理師公會全國聯合會、台灣復健醫學會、台灣兒科醫學會、台灣精神醫學會、台灣小兒神經醫學會、台灣兒童青少年精神醫學會、台灣心裡治療學會、中華民國社會工作師公會全國聯合會、臺灣兒童發展早期療育協會、衛生福利部全民健康保險會、地方政府衛生局、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組、衛生福利部社會保險司、本署各分區業務組、衛生福利部國民健康署、衛生福利部社會及家庭署

署長陳亮妤

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300178

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

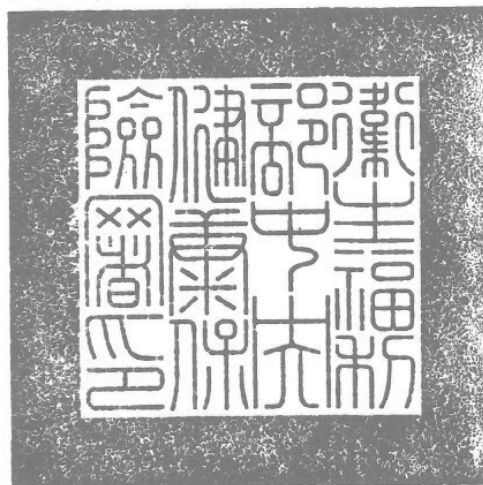
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年8月18日

發文字號：健保醫字第1150115792號

附件：請自行至本署全球資訊網擷取



主旨：修訂「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」，並自115年8月1日生效。

依據：衛生福利部115年7月29日衛部保字第1151260388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、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、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、台灣醫院協會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、台灣精神醫學會、本署各分區業務組、本署醫審及藥材組

署長陳亮妤

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300187

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



9

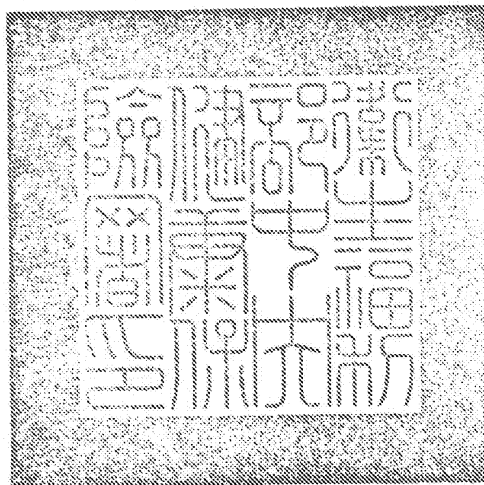
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年8月19日

發文字號：健保醫字第1150663643號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網擷取)



主旨：修訂「全民健康保險肝炎醫療給付改善方案」(附件)，並自公告日起生效。

依據：「全民健康保險肝炎醫療給付改善方案」。

公告事項：修訂旨揭方案內容之收案條件排除診斷碼「K70.41：酒精性肝衰竭併昏迷」。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、台灣家庭醫學醫學會、台灣內科醫學會、社團法人台灣肝癌醫學會、台灣消化系醫學會、衛生福利部國民健康署、衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、地方政府衛生局、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組、本署各分區業務組

署長陳亮妤

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300188

115. 8. 20

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



4

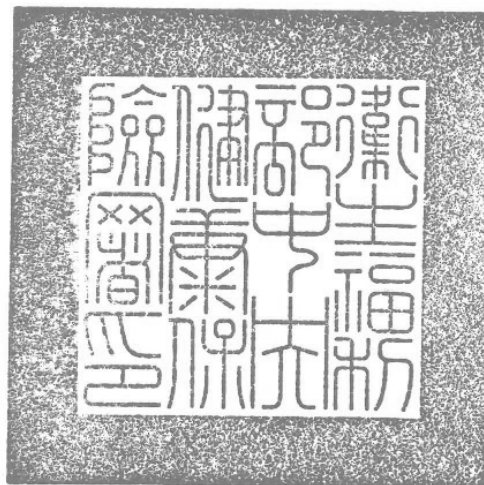
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年8月24日

發文字號：健保醫字第1150117274號

附件：請自本署全球資訊網公告欄擷取



主旨：公告修訂「115年度全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，並自115年9月1日生效。

依據：衛生福利部115年8月18日衛部保字第1151260415號函。

副本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、衛生福利部、衛生福利部口腔健康司、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組

署長陳亮好

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300189

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年8月25日

發文字號：健保醫字第1150663693號

附件：請自行至本署全球資訊網擷取



主旨：公告修訂「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」，並自公告日生效。

依據：依衛生福利部115年7月7日衛部保字第1151260340號函、本署115年5月21日全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額115年第2次研商議事會議決議暨全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案辦理。

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

署長陳亮妤

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300190

115. 8. 25

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



8

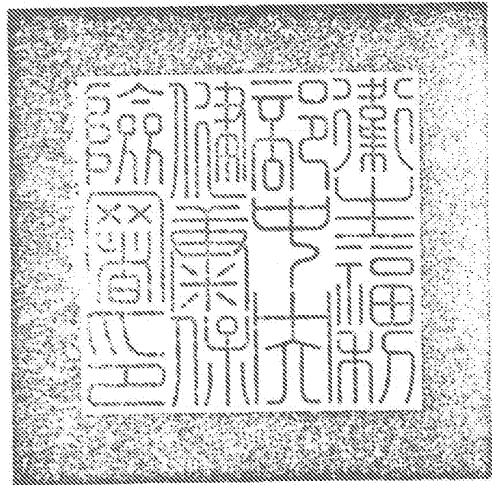
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年8月28日

發文字號：健保醫字第1150117451號

附件：如主旨（請至全球資訊網公告區擷取）



主旨：修訂「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」如附件，並追溯自115年1月1日起實施。

依據：衛生福利部115年8月20日衛部保字第1151260417號函。

副本：台灣醫院協會、台灣社區醫院協會、台灣家庭醫學醫學會、社團法人臺灣生活型態醫學會、中華民國醫師公會全國聯合會、行政院主計總處、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部國民健康署、衛生福利部疾病管制署、地方政府衛生局、本署臺北業務組、本署北區業務組、本署中區業務組、本署南區業務組、本署高屏業務組、本署東區業務組、本署企劃組、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫審及藥材組

署長陳亮妤 請假

副署長張禹斌代行

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300194

115.8.31

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告



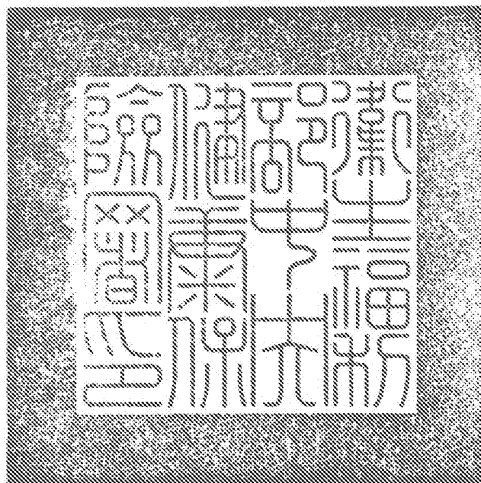
2

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年8月28日

發文字號：健保醫字第1150117210號

附件：請自行至本署全球資訊網站擷取



主旨：修正「115年全民健康保險醫院醫療給付費用總額『健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能』及『持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能』計畫」，並自中華民國115年1月1日生效。

依據：衛生福利部115年8月17日衛部保字第1151260426號函。

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

署長陳亮妤

請假

副署長張禹斌代行

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300193

115.8.31

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年8月28日

發文字號：健保醫字第1150116920號

附件：請自行至本署全球資訊網擷取



主旨：修訂「115年度全民健康保險西醫基層提升國人視力照護品質優化方案」(附件)，並自中華民國一百十五年一月一日生效。

依據：衛生福利部115年8月13日衛部保字第1151260403號函。

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

署長陳亮妤 請假
副署長張禹斌代行

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300192

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



1

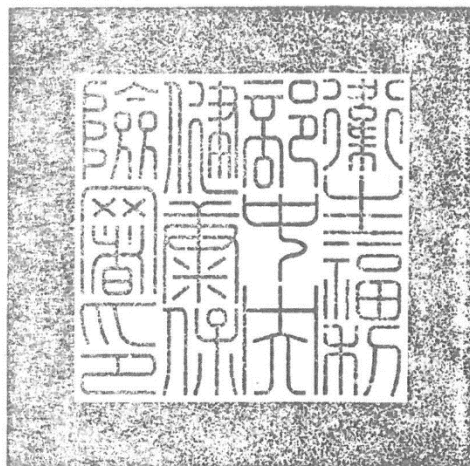
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年8月31日

發文字號：健保醫字第1150117450號

附件：請自行至本署全球資訊網站擷取



主旨：修訂「全民健康保險呼吸器依賴患者整合照護前瞻性支付方式」計畫，並自中華民國115年9月1日生效。

依據：衛生福利部115年8月20日衛部保字第1151260418號函。

副本：衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、台灣胸腔暨重症加護醫學會、台灣兒科醫學會、台灣新生兒科醫學會、財團法人台灣早產兒基金會、台灣兒童胸腔暨重症醫學會、中華民國呼吸治療師公會全國聯合會、本署各分區業務組、本署醫審及藥材組

署長陳亮妤

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300196

115. 9. 2

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號
聯絡人：張容慈
聯絡電話：02-27065866 分機：3618
傳真：02-27069043
電子郵件：A111465@nh.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年9月8日
發文字號：健保醫字第1150663957A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：115年第1季「牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額
結算說明表」已公布於本署全球資訊網，下載路徑如說
明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨115年8月25日全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額115年第3次研商議事會議決定辦理。
- 二、旨揭牙醫門診總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/牙醫總額。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自115年9月15日起，牙醫門診總額費用之暫付、核付，依115年第1季結算點值辦理，並於115年9月辦理點值結算追扣補付事宜。



正本：本署各分區業務組

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



裝

訂



線



六、修正後各分區一般服務點值之計算

1. 修正後一般服務浮動每點支付金額	=[修正後分區一般服務預算總額(BD3) - 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季點值(AF) - 投保該分區核定非浮動點數(BG) - 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)] / 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)	
臺北分區	= [4, 650, 935, 254 - 956, 294, 374 - 42, 478, 790 - 200, 428] / 3, 683, 027, 249	= 0. 99156520
北區分區	= [2, 080, 007, 500 - 505, 142, 926 - 16, 621, 411 - 90, 158] / 1, 463, 635, 647	= 1. 06457711
中區分區	= [2, 258, 560, 117 - 205, 316, 347 - 18, 815, 483 - 68, 329] / 1, 919, 831, 195	= 1. 05965564
南區分區	= [1, 557, 475, 430 - 240, 694, 889 - 8, 549, 336 - 67, 658] / 1, 169, 958, 429	= 1. 11812823
高屏分區	= [1, 717, 284, 822 - 173, 601, 031 - 13, 048, 977 - 30, 828] / 1, 411, 560, 115	= 1. 08433496
東區分區	= [220, 596, 490 - 36, 681, 624 - 2, 347, 366 - 9, 850] / 157, 620, 005	= 1. 15186933
2. 修正後一般服務全區浮動每點支付金額	= 加總[修正後分區一般服務預算總額(BD3) - 核定非浮動點數(BG) - 自墊核退點數(BJ)] / 加總一般服務浮動核定點數(GF)	
	= [12, 484, 859, 613 - 101, 861, 363 - 467, 251] / 11, 844, 718, 196	= 1. 04540528
3. 修正後一般服務分區平均點值	=[修正後分區一般服務預算總額(BD3) / [一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ)]]	
臺北分區	= [4, 650, 935, 254 - 4, 643, 257, 858 + 42, 478, 790 + 200, 428] / 0. 99253045	
北區分區	= [2, 080, 007, 500 - 1, 932, 507, 774 + 16, 621, 411 + 90, 158] / 1. 06709771	
中區分區	= [2, 258, 560, 117 - 2, 114, 792, 445 + 18, 815, 483 + 68, 329] / 1. 05852990	
南區分區	= [1, 557, 475, 430 - 1, 390, 526, 114 + 8, 549, 336 + 67, 658] / 1. 11316378	
高屏分區	= [1, 717, 284, 822 - 1, 574, 168, 186 + 13, 048, 977 + 30, 828] / 1. 08192597	
東區分區	= [220, 596, 490 - 189, 465, 819 + 2, 347, 366 + 9, 850] / 1. 15000000	
4. 修正後一般服務全區平均點值	=[12, 484, 859, 613 - 11, 844, 718, 196 + 101, 861, 363 + 467, 251] / 1. 04501638	

衛生福利部中央健康保險署

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
 115年第 1 季
 結算主要費用年月起迄:115/01-115/03
 核付截止日期:115/06/30
 列印日期: 115/08/14
 頁 次: 37

5. 修正後牙醫門診總額平均點值=加總[依調整後分區一般服務預算總額(BD3) + 專款專用暫結金額 + 移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報暫結金額+移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫暫結金額] /加總[一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ) + 專款專用已支用點數(不含品質保證保留款及獎勵金)+移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數]	
臺北分區 = [4,650,935,254 + 529,919,176 + 4,945,343 + 2,951,619] / [4,643,257,858 + 42,478,790 + 200,428 + 510,716,892 + 4,945,343] = 0.99753001	
北區分區 = [2,080,007,500 + 211,331,332 + 3,332,419 + 2,137,158] / [1,932,507,774 + 16,621,411 + 90,158 + 201,424,273 + 3,093,167] = 1.06642949	
中區分區 = [2,258,560,117 + 316,113,314 + 11,637,027 + 2,316,385] / [2,114,792,445 + 18,815,483 + 68,329 + 303,512,601 + 11,050,274] = 1.05734232	
南區分區 = [1,557,475,430 + 180,881,103 + 5,973,579 + 6,087,999] / [1,390,526,114 + 8,549,336 + 67,658 + 174,067,333 + 5,474,072] = 1.10878272	
高屏分區 = [1,717,284,822 + 238,882,376 + 13,147,609 + 3,576,958] / [1,574,168,186 + 13,048,977 + 30,828 + 230,366,703 + 12,315,107] = 1.07812429	
東區分區 = [220,596,490 + 47,435,999 + 5,354,321 + 952,037] / [189,465,819 + 2,347,366 + 9,850 + 44,354,533 + 4,649,525] = 1.13915276	
全 區 = [12,484,859,613 + 1,524,563,300 + 44,390,298 + 18,022,156] / [11,844,718,196 + 101,861,363 + 467,251 + 1,464,442,335 + 41,527,488] = 1.04599851	

註: 1. 專款專用暫結金額=醫療資源不足地區改善方案支付金額+牙醫門診總額特殊醫療服務計畫+青少年口腔提升試辦照護計畫+超音波根管沖洗計畫
 +高風險疾病口腔照護計畫+品質保證保留款預算+特定疾病病人牙科就醫安全計畫+非齒源性口腔疼痛處置
 2. 品質保證保留款預算=106年各季品質保證保留款預算+115年品質保證保留款預算/4。

七、說明

1. 本季結算費用年月包括:
 費用年月114/12(含)以前:於115/04/01~115/06/30期間核付者。
 費用年月115/01~115/03:於115/01/01~115/06/30期間核付者。
2. 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：邵子川

聯絡電話：02-27065866 分機：3603

傳真：02-27069043

電子郵件：A110881@nh.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年9月3日

發文字號：健保醫字第1150663919A號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：附件請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：115年第1季「中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額
結算說明表」(附件)已公布於本署全球資訊網，下載路徑
如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨115年8月20日全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額115年第3次研商議事會議決定辦理。
- 二、旨揭中醫門診總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/中醫總額。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自115年9月15日起，中醫門診總額費用之暫付、核付，依115年第1季結算點值辦理，並於115年9月辦理點值結算追扣補付事宜。

電子
文
騎
印



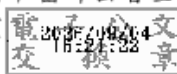
5.09.04



1153340188

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、中華民國中醫師公會全國聯合會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室



裝

訂



線



2. 一般服務浮動每點支付金額 = [調整後分區一般服務預算總額(BD2)
 — 各分區一般服務核定非浮動點數(BG)
 — 各分區自墊核退點數(BJ)]
 / 各分區一般服務核定浮動點數(BF)

臺北分區	= [2,302,262,221	—	908,949,949	—	47,627]	/	1,367,498,276	=	1.01884198(點值排序：1)
北區分區	= [1,012,870,726	—	454,676,732	—	43,425]	/	624,166,101	=	0.89423403(點值排序：5)
中區分區	= [2,000,087,037	—	768,976,673	—	45,958]	/	1,266,320,653	=	0.97215852(點值排序：3)
南區分區	= [1,159,543,904	—	493,355,867	—	27,737]	/	675,630,073	=	0.98598379(點值排序：2)
高屏分區	= [1,288,926,116	—	534,424,099	—	5,360]	/	776,804,983	=	0.97128195(點值排序：4)
東區分區	= [178,747,147	—	57,090,642	—	11,715]	/	100,174,360	=	1.21433059

3. 風險調整移撥款(含撥補當季浮動點值<0.93之分區)

全年預算 400,000,000元

分區	分區 一般服務 預算總額 (不含東區)	本季未支用 風險調整移 撥款之預算	撥補前 五分區估算 浮動點值	風險調整移撥 款撥補當季浮 動點值至0.93 之差異	累計至本季 風險調整 移撥款移撥款 之剩餘款	撥補後 五分區估算 浮動點值	風險調整移撥 款撥補後一般 服務預算
	(BD2)	(G)	(Z)	(F)	(I)= (G)-(F)	(Z1)	(BD4)= (BD2)+(F)+(J)
臺北	2,302,262,221	2,302,262,221	1.01884198	0	0	1.01884198	2,302,262,221
北區	1,012,870,726	1,012,870,726	0.89423403	22,323,905	0	0.93000000	1,035,194,631
中區	2,000,087,037	2,000,087,037	0.97215852	0	0	0.97215852	2,000,087,037
南區	1,159,543,904	1,159,543,904	0.98598379	0	0	0.98598379	1,159,543,904
高屏	1,288,926,116	1,288,926,116	0.97128195	0	0	0.97128195	1,288,926,116
東區	178,747,147	—	—	0	—	—	178,747,147
合計	7,942,437,151	7,763,690,004	400,000,000	22,323,905	377,676,095	—	7,964,761,056

註：風險調整移撥款：自五分區之一般服務預算項下全年移撥400百萬元。由每季提撥100百萬元
 1. 分配方式：自115年第一季起，用於補助點值至0.93元之差異，逐季使用至預算使用完畢為止。
 2. 當季浮動點值低於0.93元之分區，最高補至0.93元，當季經費若有結餘，則流用至下季。移撥經費全年預算若有結餘則回歸一般服務費用總額，並依115年第4季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。
 3. 風險調整移撥款撥補當季浮動點值至0.93之差異(F)=0.93×各分區一般服務核定浮動點數(BF)-撥補前五分區估算浮動點值(Z)×各分區一般服務核定浮動點數(BF)
 4. 撥補後五分區估算浮動點值(Z1)=[風險調整移撥款撥補後一般服務預算(BD4)-各分區一般服務核定非浮動點數(BG)-各分區自墊核退點數(BJ)]
 / 各分區一般服務核定浮動點數(BF)

五、調整後一般服務預算總額浮動點值之計算

1. 一般服務浮動每點支付金額	= [風險調整撥款撥補後一般服務預算總額(BD4) - 各分區一般服務核定非浮動點數(BG) - 各分區自墊核退點數(BJ)] / 各分區一般服務核定浮動點數(BF)			
臺北分區	= [2,302,262,221	-	47,627]	/ 1,367,498,276 = 1.01884198
北區分區	= [1,035,194,631	-	43,425]	/ 624,166,101 = 0.93000000
中區分區	= [2,000,087,037	-	45,958]	/ 1,266,320,653 = 0.97215852
南區分區	= [1,159,543,904	-	27,737]	/ 675,630,073 = 0.98598379
高屏分區	= [1,288,926,116	-	5,360]	/ 776,804,983 = 0.97128195
東區分區	= [178,747,147	-	11,715]	/ 100,174,360 = 1.21433059
2. 全區浮動每點支付金額	= [加總風險調整撥款撥補後分區一般服務預算總額(BD4) - 加總核定非浮動點數(GG) - 加總自墊核退點數(GJ)] / 加總一般服務浮動核定點數(GF)			
	= [7,964,761,056	-	181,822]	/ 4,810,594,446 = 0.98680222
3. 一般服務分區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計劃)	= [風險調整撥款撥補後分區一般服務預算總額(BD4) / [一般服務核定浮動點數(BF) + 該分區核定非浮動點數(BG) + 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]			
臺北分區	= [2,302,262,221	1,367,498,276 +	908,949,949	+ 47,627] = 1.01131843
北區分區	= [1,035,194,631	624,166,101 +	454,676,732	+ 43,425] = 0.95950303
中區分區	= [2,000,087,037	1,266,320,653 +	768,976,673	+ 45,958] = 0.98267798
南區分區	= [1,159,543,904	675,630,073 +	493,355,867	+ 27,737] = 0.99189935
高屏分區	= [1,288,926,116	776,804,983 +	534,424,099	+ 5,360] = 0.98298678
東區分區	= [178,747,147	100,174,360 +	57,090,642	+ 11,715] = 1.13651372
4. 一般服務全區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計劃)	= [7,964,761,056	4,810,594,446 +	3,217,473,962	+ 181,822] = 0.99209178

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：張毓芬

聯絡電話：02-27065866 分機：2629

傳真：

電子郵件：A111037@nh.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

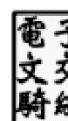
發文日期：中華民國115年8月31日

發文字號：健保醫字第1150663898號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：請至本署全球資訊網自行下載



主旨：115年第1季「醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表」已公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨115年8月26日全民健康保險醫療給付費用醫院總額115年第3次研商議事會議決定辦理。
- 二、旨揭醫院總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/醫院總額。
- 三、另依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自115年9月15日起暫付、核付之醫院總額費用依115年第1季點值辦理，並於115年9月辦理點值結算追扣補付事宜。



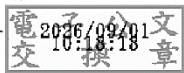
正本：本署各分區業務組

115.09.01



1153340183

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、臺灣生技醫療器材工業同業公會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫審及藥材組



裝

訂



線

5. 非偏遠地區門住診一般服務浮動每點支付金額(不含0-6歲) =

[調整後分區門診一般服務預算總額(BD4) + 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)
 - 加總(前季全區浮動點值 × 門住診非偏遠地區投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數(AFI+AF3))

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

- 加總(前季就醫分區平均點值 × 門住診偏遠地區投保該分區核定浮動點數(AF2+AP4))

- 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG2+BG4)

- 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

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

臺北分區 = [23, 295, 944, 769 + 28, 720, 620, 041 - 4, 906, 150, 570 - (25, 455, 318, 853 - 0)
 - 193, 453, 230 - 148, 022, 083 - 21, 353, 482] / 22, 318, 321, 574 = 0. 95402634

北區分區 = [8, 699, 390, 644 + 11, 784, 779, 562 - 3, 136, 048, 911 - (10, 081, 593, 672 - 0)
 - 15, 607, 745 - 6, 607, 842 - 9, 028, 380] / 7, 044, 143, 833 = 1. 02713457

中區分區 = [10, 934, 756, 367 + 15, 021, 609, 127 - 1, 266, 946, 686 - (12, 924, 402, 394 - 0)
 - 12, 901, 864 - 7, 078, 237 - 9, 327, 022] / 12, 001, 471, 357 = 0. 97785588

南區分區 = [8, 567, 912, 674 + 12, 045, 579, 148 - 1, 690, 663, 127 - (10, 257, 662, 657 - 0)
 - 14, 572, 170 - 5, 689, 460 - 5, 825, 397] / 7, 972, 360, 574 = 1. 08362874

高屏分區 = [9, 023, 577, 028 + 12, 810, 965, 619 - 1, 158, 340, 579 - (10, 387, 899, 517 - 0)
 - 77, 320, 836 - 55, 153, 504 - 4, 454, 986] / 9, 840, 591, 275 = 1. 03158163

東區分區 = [1, 456, 442, 978 + 2, 445, 077, 780 - 340, 289, 495 - (1, 765, 421, 376 - 0)
 - 61, 056, 521 - 34, 107, 918 - 2, 025, 329] / 1, 526, 333, 309 = 1. 11287627

6. 非偏遠地區門住診一般服務全區浮動每點支付金額(不含0-6歲) = [調整後門診一般服務預算總額(D4) + 調整後住診一般服務預算總額(D3)

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

- 加總(門住診自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

／加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

= [61, 978, 024, 460 + 82, 828, 631, 277 - (71, 128, 957, 513 - 0) - 52, 014, 596] / 73, 789, 340, 368

= 0. 99778211

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

=====

7. 非偏遠地區門住診一般服務分區平均點值(不含0-6歲)=[調整後分區門診一般服務預算總額(BD3) + 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)]
 / [加總(門住診一般服務核定浮動點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)
 + 加總(門住診投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4) - 藥品給付協議 + 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

臺北分區 = [23,295,944,769 + 28,720,620,041] / [27,505,664,797 + 25,603,340,936 -
 北區分區 = [8,699,390,644 + 11,784,779,562] / [10,248,734,493 + 10,088,201,514 -
 中區分區 = [10,934,756,367 + 15,021,609,127] / [13,302,648,918 + 12,980,480,631 -
 南區分區 = [8,567,912,674 + 12,045,579,148] / [9,705,954,394 + 10,263,352,117 -
 高屏分區 = [9,023,577,028 + 12,810,965,619] / [11,094,618,401 + 10,443,053,021 -
 東區分區 = [1,456,442,978 + 2,445,077,780] / [1,931,719,365 + 1,799,529,294 -

8. 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值(不含0-6歲)

= [61,978,024,460 + 82,828,631,277] / [73,789,340,368 + 71,128,957,513 -

9. 醫院醫療給付費用總額平均點值(不含門診透析)(不含0-6歲)

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

/ [一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 自墊核退點數(BJ) + 專款專用已支用點數(不含品質保證保留款及獎勵金)]

臺北分區 = [23,295,944,769 + 28,720,620,041 + 3,090,347,624] / [27,505,664,797 + 25,603,340,936 -
 北區分區 = [8,699,390,644 + 11,784,779,562 + 1,054,743,555] / [10,248,734,493 + 10,088,201,514 -
 中區分區 = [10,934,756,367 + 15,021,609,127 + 1,728,437,687] / [13,302,648,918 + 12,931,480,631 -
 南區分區 = [8,567,912,674 + 12,045,579,148 + 914,919,700] / [9,705,954,394 + 10,263,352,117 -
 高屏分區 = [9,023,577,028 + 12,810,965,619 + 1,243,688,186] / [11,094,618,401 + 10,443,053,021 -
 東區分區 = [1,456,442,978 + 2,445,077,780 + 186,130,087] / [1,931,719,365 + 1,799,529,294 -
 全區 = [61,978,024,460 + 82,828,631,277 + 8,218,266,838] / [73,789,340,368 + 71,128,957,513 -

註：

- 專款專用暫結金額 = 暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)暫結金額 + C型肝炎藥費暫結金額 + 罕見疾病特材暫結金額
 + 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費暫結金額 + 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質暫結金額 + 醫療給付改善方案暫結金額
 + 急診品質提升方案暫結金額 + 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)暫結金額
 + 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫暫結金額
 + 鼓勵院所建立轉診合作機制暫結金額
 + 精神科長效針劑藥費暫結金額 + 鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫暫結金額
 + 地區醫院全人全社區照護計畫暫結金額 + 區域聯防-提升急重症照護品質暫結金額
 + 抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫暫結金額 + 住院護理費用暫結金額 + 術後加速康復推廣計畫ERAS暫結金額 + 品質保證保留款預算



衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：林鈺禎

聯絡電話：02-27065866 分機：2628

傳真：02-27069043

電子郵件：A111280@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115年9月7日

發文字號：健保醫字第1150664043號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：請至本署全球資訊網擷取



主旨：115年第1季「西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務
每點支付金額結算說明表」（附件）已公布於本署全球資訊
網，下載路徑如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨115年9月2日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額115年第3次研商議事會議決定辦理。
- 二、旨揭西醫基層總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/西醫基層。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自115年9月15日起，西醫基層總額費用之暫付、核付，依115年第1季結算點值辦理，並於115年9月辦理點值結算追扣補付事宜。

115.09.07

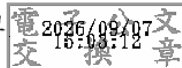


1153340189



正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、各縣市醫師公會、中華民國藥師公會全國聯合會、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、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫審及藥材組



裝

訂

線

程式代號：rgbi3508r03

115年第1季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/09/01

頁次：50

核付截止日期：115/06/30

六、調整後一般服務預算總額浮動點值之計算(不含0-6歲)(含「該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)

1. 一般服務分區浮動每點支付金額(不含0-6歲) = [風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD13) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用

— 前季投保分區浮動點值(AF) × 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數

— (投保該分區核定非浮動點數(BG) — 藥品給付協議) — 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]

／ 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區 = [11,315,521.173 +	630,798 — 1,708,063,097 — (3,077,644,074 —	10,133,302) —	1,296,496]／	6,761,887,643 =	0.96707931
北區分區 = [5,246,023,201 +	3,893,060 — 826,020,599 — (1,541,681,878 —	5,560,093) —	674,851]／	2,885,198,115 =	1.00065885
中區分區 = [6,255,283,835 +	1,708,946 — 389,760,880 — (1,737,729,093 —	3,682,284) —	649,346]／	3,875,957,083 =	1.06619750
南區分區 = [4,743,274,537 +	10,219,820 — 460,800,578 — (1,345,306,310 —	4,242,195) —	435,430]／	2,780,935,779 =	1.06122344
高屏分區 = [5,228,451,825 +	8,014,764 — 342,640,501 — (1,589,338,574 —	8,088,510) —	255,434]／	3,322,765,287 =	0.99685663
東區分區 = [642,982,068 +	16,690,594 — 82,221,852 — (216,265,007 —	1,360,420) —	92,756]／	327,965,502 =	1.10515729

2. 一般服務全區浮動每點支付金額(不含0-6歲) = 加總[風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD13)

+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用

— (核定非浮動點數(BG) — 藥品給付協議)

— 自墊核退點數(BJ)]

／ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [33,431,536,639 + 41,157,982 — (9,507,964,936 — 33,066,804) — 3,404,313]／ 23,815,838,657 = 1.00749726

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

3. 一般服務分區平均點值(不含0-6歲)=[風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD13)

+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用]

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

臺北分區=[11,315,521,173+630,798]/[8,548,423,206+3,077,644,074-10,133,302+1,296,496]=0.97408345

北區分區=[5,246,023,201+3,893,060]/[3,719,348,730+1,541,681,878-5,560,093+674,851]=0.99881489

中區分區=[6,255,283,835+1,708,946]/[4,263,378,303+1,737,729,093-3,682,284+649,346]=1.04316691

南區分區=[4,743,274,537+10,219,820]/[3,222,211,263+1,345,306,310-4,242,195+435,430]=1.04158536

高屏分區=[5,228,451,825+8,014,764]/[3,660,214,303+1,589,338,574-8,088,510+255,434]=0.99899781

東區分區=[642,982,068+16,690,594]/[402,262,852+216,265,007-1,360,420+92,756]=1.06871084

4. 一般服務全區平均點值(不含0-6歲)

=[33,431,536,639+41,157,982]/[23,815,838,657+9,507,964,936-33,066,804+3,404,313]=1.00536291

5. 西醫基層醫療給付費用總額平均點值(不含0-6歲)=加總[風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD13)

+該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用+專款專用暫結金額(註)]

/加總分區[一般服務核定浮動點數(GF)+核定非浮動點數(BG)-藥品給付協議

+自墊核退點數(BJ)+專款專用已支用點數(不含品質保證保留款及獎勵金)]

臺北分區=[11,315,521,173+630,798+334,050,558]/[8,548,423,206+3,077,644,074-10,133,302+1,296,496+301,084,101]=0.97750420

北區分區=[5,246,023,201+3,893,060+183,657,688]/[3,719,348,730+1,541,681,878-5,560,093+674,851+167,851,233]=1.00176574

中區分區=[6,255,283,835+1,708,946+252,371,348]/[4,263,378,303+1,737,729,093-3,682,284+649,346+227,435,550]=1.04559532

南區分區=[4,743,274,537+10,219,820+226,690,684]/[3,222,211,263+1,345,306,310-4,242,195+435,430+208,804,438]=1.04351370

高屏分區=[5,228,451,825+8,014,764+253,402,001]/[3,660,214,303+1,589,338,574-8,088,510+255,434+231,918,415]=1.00296519

東區分區=[642,982,068+16,690,594+26,679,024]/[402,262,852+216,265,007-1,360,420+92,756+23,852,976]=1.07056245

全區=[33,431,536,639+41,157,982+1,276,851,303]/[23,815,838,657+9,507,964,936-33,066,804+3,404,313+1,160,946,713]=1.00854614

註：

1. 專款專用暫結金額=暫時性支付(新藥、新特材)+提升國人視力照護品質+C型肝炎藥費暫結金額+家庭醫師整合性照護計畫暫結金額

+醫療資源不足地區改善方案暫結金額+醫療給付改善方案暫結金額

+鼓勵院所建立轉診之合作機制暫結金額+罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材+後天免疫缺乏病毒治療藥費

+基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫

+提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫暫結金額

+精神科長效針劑藥費暫結金額+品質保證保留款預算

2. C型肝炎藥款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議。

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

4. 品質保證保留款預算=106年各季品質保證保留款預算+115年品質保證保留款預算/4

*當年品質保證保留款全年結算金額預計於次年7月底前完成結算，爰此，上表品質保證保留款專款結算金額計算

=(106年各季預算+115年各季預算)×前一年品質保證保留款全年結算金額之各分區分配金額占率。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：張美鳳

聯絡電話：02-27065866 分機：2605

傳真：02-27069043

電子郵件：A111423@nh.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年8月31日

發文字號：健保醫字第1150663756A號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：115年第1季「門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨115年8月12日全民健康保險醫療給付費用門診透析預算115年第3次研商議事會議決定辦理。
- 二、旨揭結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/門診透析。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報及醫療服務審查辦法規定，自115年9月15日起，門診透析費用之暫付及核付，依115年第1季結算點值辦理，並於115年9月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。

正本：本署各分區業務組

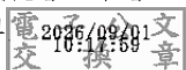


115.09.01



1153340181

副本：白代表其怡、朱代表文洋、吳代表美儀、宋代表俊明、李代表俊億、杜代表柏村、孟代表令好、林代表元灝、邱代表琦皓、施代表孟甫、洪代表冠予、張代表孟源、張代表禹斌、陳代表文琴、陳代表金順、楊代表孟儒、廖代表秋燭、劉代表林義、劉代表碧珠、蔡代表宗昌、蔡代表順雄、顏代表大翔、羅代表永達、嚴代表必文、衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、台灣腎臟醫學會、中華民國藥師公會全國聯合會、社團法人台灣基層透析協會、社團法人中華民國腹膜透析腎友協會、財政部賦稅署、本署主計室、本署財務組、本署資訊組、本署承保組、本署醫審及藥材組



裝

線



七、一般服務浮動每點支付金額

預算(D3)－核定非浮動點數合計(M)－1×腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)

=====

核定浮動點數合計(P)

11, 938, 060, 726 － 732, 092, 411 － 162, 054, 029

=====

10, 993, 343, 113

＝ 1. 00460016 (四捨五入至小數第8位)

八、平均點值

預算(D3)

=====

核定非浮動點數合計(M)＋腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)＋核定浮動點數合計(P)

11, 938, 060, 726

=====

732, 092, 411 ＋ 162, 054, 029 ＋ 10, 993, 343, 113

＝ 1. 00425415 (四捨五入至小數第8位)

九、門診透析預算平均點值＝加總[預算(D3)＋專款專用暫結金額]

／加總[核定浮動點數合計(P)＋腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)＋核定非浮動點數合計(M)＋專款專用已支用點數(不含獎勵金)]

＝[11, 938, 060, 726 ＋ 45, 817, 339]

／[10, 993, 343, 113 ＋ 162, 054, 029 ＋ 732, 092, 411 ＋ 44, 145, 715]＝ 1. 00437851

註：專款專用暫結金額＝鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質計畫暫結金額＝ 45, 817, 339

十、說明

本季結算費用年月包括：

1. 費用年月114/12(含)以前：於115/04/01～115/06/30期間核付者。
2. 費用年月115/01～115/03：於115/01/01～115/06/30期間核付者。

衛生福利部全民健康保險會

第 7 屆 115 年第 8 次委員會議補充資料目錄

會議時間：115 年 9 月 30 日

- 一、本會重要業務報告(會議資料第5頁) ----- 1
更新說明一
- 二、討論事項
 - 「116 年度醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診醫療給付費用總額及其他預算協商結論案」之協商結論附件一至五(會議資料第 31 頁)

(會議資料第 5 頁)

四、本會重要業務報告：更新說明一

.....
說明：

- 一、依上次(第 7 次)委員會議決定，本會於本(115)年 9 月 9 日收到衛生福利部(下稱衛福部)交議行政院核定之 116 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案(如附件一，會議資料第 14~19 頁)，旋即於當日以衛部健字第 1153360117 號書函將交議內容轉知委員，並據以確認 116 年度總額協商架構及原則之總額設定公式(如附件二，會議資料第 20~27 頁)；同時請各總額部門承辦團體及中央健康保險署(下稱健保署)重新審視已提出之 116 年度總額協商草案是否遵循交議之內容及規劃目標。若有調整，請於本年 9 月 11 日前回復修正版本。本會已於 9 月 23 日完成總額協商會議，協商結論已列入討論事項第一案。

116 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

■116 年度醫院醫療給付費用總額＝校正後 115 年度醫院一般服務醫療給付費用 $\times(1+116$ 年度一般服務成長率) $+116$ 年度專款項目經費 $+116$ 年度醫院門診透析服務費用

■116 年度醫院門診透析服務費用＝115 年度醫院門診透析服務費用 $\times(1+116$ 年度成長率)

註：校正後115年度醫院一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部115.9.9衛部保字第1150140425號交議總額範圍函確認，以前1年度(115年)醫院一般服務醫療給付費用，校正前2年度(114年)投保人口預估成長率與實際之差值金額，及加回前1年度(115年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

二、總額協商結論：

- (一)一般服務成長率為 5.391%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.183%，協商因素成長率 2.208%。
- (二)專款項目全年經費為 53,948.3 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率為 2.319%。
- (四)前述三項額度經換算，116 年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長 5.500%。各細項成長率及金額，如附表。

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，依協定事項辦理，並於 116 年 7 月前提報執行情形，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)；實施成效納入 117 年度總額協商考量。

- (一)一般服務預算保留 19,850 百萬元，保留額度與西醫基層總額額度合併，用於支應 0~6 歲兒童醫療費用。

(二)一般服務(上限制)：

1.新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)(0.891%，預估增加 5,443 百萬元)：

(1)執行目標(暫列)：加速新藥之收載，以使健保資源給付於創新治療。

預期效益之評估指標(暫列)：

①提藥物共同擬訂會議討論之新藥案件數至少 15 件。

②提藥物共同擬訂會議討論之暫時性支付項目回歸健保常規給付之案件數至少 7 件。

(2)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，並於協商 117 年度總額前，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積極引進新特材，加強醫療科技再評估(HTR)機制，並檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。

③於 116 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

2.藥品及特材給付規定改變(0.550%，預估增加 3,358 百萬元)：

(1)執行目標(暫列)：依臨床實證擴增藥品給付範圍，提供民眾最有效益的治療。

預期效益之評估指標(暫列)：

①提藥物共同擬訂會議討論之給付規定擴增案件數至少 15 件。

②提藥物共同擬訂會議討論之暫時性支付項目回歸健保常規給付之案件數至少 1 件。

(2)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，並於協商 117 年度總額前，提出年度給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。

②於 116 年 7 月前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。

3.因應牙醫支付標準調整所增加預算(0.0001%，預估增加 0.6 百萬元)：

用於因應牙醫門診總額 115 年度調整支付標準，預估於醫院總額增加之費用。

4.醫院醫療服務韌性加成(0%)。

5.促進醫療服務診療項目支付衡平已導入費用(0.767%，預估增加 4,683 百萬元)(116 年新增項目)：

(1)執行目標(暫列)：提升急診及護理人力投入價值。

預期效益之評估指標(暫列)：

①護理人員調薪指標：護理人員調薪人數比率須達 55%或高於該院急性一般病床護理人員數占率。

②急診相關項目指標：任一指標達標(維持或優於去年)。

A.急診病人轉出率。

B.每季急診轉住院病人滯留急診超過 24 小時之日均人次。

C.急診轉住院人次占率及急診病人停留超過 24 小時之案件比率。

③急救責任醫院加護病房基本診療項目指標：任一指標達標(維持或優於去年)或高於同層級醫院同儕值中位數。

A.檢傷一級病人及完成急診重大疾病照護病人進

入加護病房＜6 小時之比率。

B.加護病床周轉率。

(2)本項配合 115 年「促進醫療服務診療項目支付衡平」及「住院護理費用」已修訂支付標準項目，導入一般服務編列預算。

(3)請中央健康保險署持續監測醫療利用情形。

6.配合政策，強化黃金治療期復健服務(0%)。

7.精進成人預防保健併行診療服務之照護品質(0%)。

8.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.0002%，減少 1.5 百萬元)：

於 117 年度總額加回本項違規扣款金額。

(三)專款項目：全年經費為 53,948.3 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，應於 116 年度總額公告後 1 個月內完成。

1.暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)：

(1)全年經費 903 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(暫列)：針對食藥署核准上市，屬臨床迫切需求且臨床療效及財務具高度不確定性之新藥，採暫時性支付，期間蒐集我國真實世界實證資料，再評估健保是否常規支付。

預期效益之評估指標(暫列)：提藥物共同擬訂會議討論之暫時性支付項目案件數至少 1 件。

(3)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，並檢討暫時性支付執行機制及優化支付流程，於 116 年 12 月前提出專案報告。

②於 116 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數及歷年收載暫時性支付項目之執行概況)，及前一年成效評估檢討報告。

2.C 型肝炎藥費：

(1)全年經費 628 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，並檢討醫療利用情形，以提升資源使用效率。

3.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

(1)全年經費 23,453.3 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)罕見疾病藥費如有公務預算挹注，則由本項專款移列該同等額度，全數用於支應專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」之醫院醫療服務韌性加成。

(3)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並監測醫療利用情形。

4.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

(1)全年經費 5,100 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，並監測醫療利用情形。

5.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

全年經費 5,364.3 百萬元，本項經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

6.醫療給付改善方案：

(1)全年經費 3,043.3 百萬元。

(2)持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、乳癌、乳癌照護品質提升、思覺失調症、肝炎、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、生物相似性藥品、化療學名藥、擴大多重慢性病收案照護(ASCVD)、加護病房侵襲性呼吸器優化管理，及新增大腸癌及骨質疏鬆症等方案。

(3)請中央健康保險署滾動式檢討方案內容及加強結果面之成效評估，對照護成效不佳之方案，請研議具體改善策略或退場。

7.急診品質提升方案：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並精進方案執行內容，積極提升急診處置效率及急診照護品質，以提升執行成效。

8.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 135.5 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，鼓勵醫師積極參與計畫，提升就醫可近性。

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 2,200 百萬元。

(2)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並檢討補助方式及精進方案執行內容。

10.鼓勵院所建立轉診合作機制：

(1)全年經費 200 百萬元，本項經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①會同醫院及西醫基層總額相關團體，持續檢討支付方式及強化院所轉診合作機制，鼓勵適當轉診。
- ②持續監測各層級上下轉情形及病人流向與醫療費用變化情形，以評估執行效益。

11.精神科長效針劑藥費：

- (1)全年經費 3,006 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，並精進照護成效相關指標及評估成本效益。

12.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)請中央健康保險署滾動式檢討計畫相關品質指標，提升病人脫離呼吸器及安寧療護之照護成效。

13.地區醫院全人全社區照護計畫：

- (1)全年經費 500 百萬元。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①滾動式檢討計畫內容，鼓勵醫院積極參與，加強計畫推動，並持續監測執行成效。
 - ②本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(117 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

14.區域聯防-提升急重症照護品質：

- (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滾動式檢討計畫內容，加強區域聯防及網絡建置，提升急重症照護成效。

②本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(117 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

15.抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫：

(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滾動式檢討計畫內容，精進成效評估指標及強化高風險院所的輔導機制。

②本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(117 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

16.促進醫療服務診療項目支付衡平(含醫院醫療服務韌性加成)：

(1)全年經費 1,505.3 百萬元，本項經費如有不足，由其他預算同項專款支應。

(2)本項優先用於以醫事人力為主、人力流失科別及整體住院之支付標準調整，以及「全民健康保險復健病房試辦計畫」、「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」之相關經費。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①本項經費於支付標準修訂或復健病房設立後，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。

②本項以 5 年為檢討期限(115~119 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 5 年(119 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

17.住院護理費用：

- (1)全年經費 5,137 百萬元。
- (2)本項用於調升住院護理費用，請落實用於調升護理人員薪資，鞏固醫療量能。
- (3)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①持續監測護理人力(含各層級護病比占率、護理人力增加數等)及護理照護品質相關指標(含病人跌倒、壓瘡及感染發生率等)，以評估總額投入效益，落實提升照護量能。
 - 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。

18.離島地區加成費用：

- (1)全年經費 222.9 百萬元。
- (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。

19.全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS：

- (1)全年經費 200 百萬元。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①滾動式檢討計畫內容，並鼓勵醫院積極參與。
 - ②本計畫以 5 年為檢討期限(114~118 年)，會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(118 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

20.品質保證保留款：

- (1)全年經費 1,149.7 百萬元。
- (2)本項專款額度(1,149.7 百萬元)，併同其於原 106 年

度一般服務預算保留匡列品質保證保留款之額度(388.7 百萬元)，合併運用(計 1,538.4 百萬元)。

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

(四)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，並統籌運用。
- 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 2.319%。
- 3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 50,260.3 百萬元)，其中 433.5 百萬元用於「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質計畫」，且 300 百萬元不得流用於一般服務。
- 4.本項目增加之預算，用於提升透析醫療韌性，包括：因應緊急危難時，應變醫療資源妥適分配；與維持透析醫療服務量能，配合留人留才，檢討相關支付成本，回應醫事人力投入。
- 5.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)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。
 - (2)鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，尤其應持續精進及推動「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」及「居家血液透析與提升其照護品質」

實施方案，並監測評估病人照護品質與健康結果之執行成效。

附表 116 年度醫院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			3.183%	19,442.8	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			0.447%		
人口結構改變率			1.804%		
醫療服務成本指數 改變率			0.920%		
協商因素成長率			2.208%	13,483.1	1.一般服務預算保留 19,850 百萬元，保留額度與西醫基層總額額度合併，用於支應 0~6 歲兒童醫療費用。 2.請於 116 年 7 月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；實施成效納入 117 年度總額協商考量。
保險給付項目及支付標準之改變	1.新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)		0.891%	5,443.0	<u>1.執行目標(暫列):加速新藥之收載，以使健保資源給付於創新治療。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列):</u> <u>(1)提藥物共同擬訂會議討論之新藥案件數至少 15 件。</u> <u>(2)提藥物共同擬訂會議討論之暫時性支付項目回歸健保常規給付之案件數至少 7 件。</u> 2.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，並於協商 117 年度總額前，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。

項目				成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
		保險給付項目及支付標準之 改變				(2)積極引進新特材，加強醫療科技再評估(HTR)機制，並檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。 (3)於 116 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。
			2. 藥品及特材給付規定改變	0.550%	3,358.0	1. <u>執行目標(暫列):依臨床實證擴增藥品給付範圍，提供民眾最有效益的治療。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列):</u> (1) <u>提藥物共同擬訂會議討論之給付規定擴增案件數至少 15 件。</u> (2) <u>提藥物共同擬訂會議討論之暫時性支付項目回歸健保常規給付之案件數至少 1 件。</u> 2.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，並於協商 117 年度總額前，提出年度給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。 (2)於 116 年 7 月前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。
			3.因應牙醫支付標準調整所增加預算	0.0001%	0.6	用於因應牙醫門診總額 115 年度調整支付標準，預估於醫院總額增加之費用。
			4.醫院醫療服務韌性加成	0.000%	0.0	

項目				成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
	保險給付項目及支付標準之改變	5.促進醫療服務診療項目支付平衡已導入費用		0.767%	4,683.0	1.執行目標(暫列):提升急診及護理人力投入價值。 <u>預期效益之評估指標(暫列):</u> (1)<u>護理人員調薪指標:護理人員調薪人數比率須達55%或高於該院急性一般病床護理人員數占率。</u> (2)<u>急診相關項目指標:任一指標達標(維持或優於去年)。</u> ①<u>急診病人轉出率。</u> ②<u>每季急診轉住院病人滯留急診超過24小時之日均人次。</u> ③<u>急診轉住院人次占率及急診病人停留超過24小時之案件比率。</u> (3)<u>急救責任醫院加護病房基本診療項目指標:任一指標達標(維持或優於去年)或高於同層級醫院同儕值中位數。</u> ①<u>檢傷一級病人及完成急診重大疾病照護病人進入加護病房<6 小時之比率。</u> ②<u>加護病床周轉率。</u> 2.本項配合 115 年「促進醫療服務診療項目支付平衡」及「住院護理費用」已修訂支付標準項目,導入一般服務編列預算。 3.請中央健康保險署持續監測醫療利用情形。
	其他醫療服務利用密度之改變	6.配合政策,強化黃金治療期復健服務		0.000%	0.0	

項目			成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
	其他醫療服務利用及密集度之改變	7.精進成人預防保健併行診療服務之照護品質	0.000%	0.0	
	其他議定項目	8.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.0002%	-1.5	於 117 年度總額加回本項違規扣款金額。
	一般服務成長率 ^{註1}	增加金額	5.391%	32,925.9	
		總金額		643,763.2	
專款項目(全年計畫經費)					各專款項目之具體實施方案，應於 116 年度總額公告後 1 個月內完成，且應於 116 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
	1.暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)		903.0	30	1.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(暫列):針對食藥署核准上市，屬臨床迫切需求且臨床療效及財務具高度不確定性之新藥，採暫時性支付，期間蒐集我國真實世界實證資料，再評估健保是否常規支付。 預期效益之評估指標(暫列):提藥物共同擬訂會議討論之暫時性支付項目案件數至少 1 件。 3.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，並檢討暫時性支付執行機制及優化支付流程，於 116 年 12 月前提出專案報告。

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	(2)於 116 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數及歷年收載暫時性支付項目之執行概況)，及前一年成效評估檢討報告。
	2.C 型肝炎藥費	628.0	-572.0	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，並檢討醫療利用情形，以提升資源使用效率。
	3.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	23,453.3	4,262.3	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.罕見疾病藥費如有公務預算挹注，則由本項專款移列該同等額度，全數用於支應專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」之醫院醫療服務韌性加成。 3.請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並監測醫療利用情形。
	4.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	5,100.0	-771.0	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，並監測醫療利用情形。
	5.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,364.3	0.0	本項經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
	6.醫療給付改善方案	3,043.3	424.8	1.持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、乳癌、乳癌照護品質提升、思覺失調症、肝炎、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、生物相似性藥品、化療學名藥、擴大多重慢性病收案照護(ASCVD)、加護病房侵襲性呼吸器優化管理，及新增大腸癌及骨質疏鬆症等方案。 2.請中央健康保險署滾動式檢討方案內容及加強結果面之成效評估，對照護成效不佳之方案，請研議具體改善策略或退場。
	7.急診品質提升方案	300.0	0.0	請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並精進方案執行內容，積極提升急診處置效率及急診照護品質，以提升執行成效。
	8.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	135.5	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，鼓勵醫師積極參與計畫，提升就醫可近性。
	9.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	2,200.0	200.0	請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並檢討補助方式及精進方案執行內容。
	10.鼓勵院所建立轉診合作機制	200.0	-24.7	1.本項經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項目支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同醫院及西醫基層總額相關團體，持續檢討支付方式及強化院所轉診合作

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				機制，鼓勵適當轉診。 (2)持續監測各層級上下轉情形及病人流向與醫療費用變化情形，以評估執行效益。
	11.精神科長效針劑藥費	3,006.0	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，並精進照護成效相關指標及評估成本效益。
	12.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	請中央健康保險署滾動式檢討計畫相關品質指標，提升病人脫離呼吸器及安寧療護之照護成效。
	13.地區醫院全人全社區照護計畫	500.0	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.滾動式檢討計畫內容，鼓勵醫院積極參與，加強計畫推動，並持續監測執行成效。 2.本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(117 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
	14.區域聯防-提升急重症照護品質	300.0	32.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.滾動式檢討計畫內容，加強區域聯防及網絡建置，提升急重症照護成效。 2.本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				執行第 5 年(117 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
	15.抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫	300.0	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.滾動式檢討計畫內容，精進成效評估指標及強化高風險院所的輔導機制。 2.本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(117 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
	16.促進醫療服務診療項目支付衡平(含醫院醫療服務韌性加成)	1,505.3	-386.2	1.本項經費如有不足，由其他預算同項專款支應。 2.本項優先用於以醫事人力為主、人力流失科別及整體住院之支付標準調整，以及「全民健康保險復健病房試辦計畫」、「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」之相關經費。 3.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)本項經費於支付標準修訂或復健病房設立後，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。 (2)本項以 5 年為檢討期限(115~119 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 5 年(119 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
	17.住院護理費用	5,137.0	637.0	1.本項用於調升住院護理費用，請落實用於調升護理人員薪資，鞏固醫療量能。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續監測護理人力(含各層級護病比占率、護理人力增加數等)及護理照護品質相關指標(含病人跌倒、壓瘡及感染發生率等)，以評估總額投入效益，落實提升照護量能。 (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。
	18.離島地區加成費用	222.9	22.9	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。
	19.全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS	200.0	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.滾動式檢討計畫內容，並鼓勵醫院積極參與。 2.本計畫以 5 年為檢討期限(114~118 年)，會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(118 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
	20.品質保證保留款	1,149.7	74.1	1.本項專款額度(1,149.7 百萬元)，併同其於原 106 年度一般服務預算保留匡列品質保證保留款之額度(388.7 百萬元)，合併運用(計 1,538.4 百萬元)。 2.請中央健康保險署會同醫院

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
	專款金額	53,948.3	4,202.2	
較基期成長率 (一般服務+專款) ^{註2}	增加金額	5.621%	37,128.1	
	總金額		697,711.5	
門診透析服務	增加金額	2.319%	585.1	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，並統籌運用。 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2.319%。
	總金額		25,817.7	3.門診透析服務總費用成長率3%(總費用 50,260.3 百萬元)，其中 433.5 百萬元用於「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質計畫」，且 300 百萬元不得流用於一般服務。 4.本項目增加之預算，用於提升透析醫療韌性，包括：因應緊急危難時，應變醫療資源妥適分配；與維持透析醫療服務量能，配合留人留才，檢

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				討相關支付成本，回應醫事人力投入。 5.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)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。 (2)鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，尤其應持續精進及推動「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」及「居家血液透析與提升其照護品質」實施方案，並監測評估病人照護品質與健康結果之執行成效。
較基期成長率 (一般服務+專款 +門診透析) ^{註3}	增加金額	5.500%	37,713.3	
	總金額		723,529.2	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 610,833.2 百萬元(含 115 年一般服務預算 610,327.7 百萬元，及校正前 2 年度(114 年)投保人口預估成長率與實際之差值 503.1 百萬元、加回前 1 年度(115 年)健保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核定金額 2.4 百萬元)。

2.計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 660,579.3 百萬元，其中一般服務預算為 610,833.2 百萬元，專款為 49,746.1 百萬元。

3.計算「較基期成長率(一般服務+專款+門診透析)」，所採基期費用為 685,811.9 百萬元，其中一般服務預算為 610,833.2 百萬元，專款為 49,746.1 百萬元，門診透析為 25,232.5 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。

116 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：

■116 年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後 115 年度西醫基層一般服務醫療給付費用 $\times(1+116$ 年度一般服務成長率) $+116$ 年度專款項目經費 $+116$ 年度西醫基層門診透析服務費用

■116 年度西醫基層門診透析服務費用＝115 年度西醫基層門診透析服務費用 $\times(1+116$ 年度成長率)

註：校正後 115 年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 115.9.9 衛部保字第 1150140425 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度(115 年)西醫基層一般服務醫療給付費用，校正前 2 年度(114 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額，及加回前 1 年度(115 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

二、總額協商結論：

- (一)一般服務成長率為 3.903%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.407%，協商因素成長率 1.496%。
- (二)專款項目全年經費為 17,823.7 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率為 3.729%。
- (四)前述三項額度經換算，116 年度西醫基層醫療給付費用總額，較基期成長 5.500%。各細項成長率及金額，如附表。

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，依協定事項辦理，並於 116 年 7 月前提報執行情形，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)；實施成效納入 117 年度總額協商考量。

- (一)一般服務預算保留 12,450 百萬元，保留額度與醫院總額

額度合併，用於支應 0~6 歲兒童醫療費用。

(二)一般服務(上限制)：

- 1.新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)(0.143%，預估增加 212 百萬元)：

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，並於協商 117 年度總額前，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)加強醫療科技再評估(HTR)機制，並檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。
- (3)於 116 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

- 2.藥品及特材給付規定改變(0.221%，預估增加 328 百萬元)：

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，並於協商 117 年度總額前，提出年度給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。
- (2)於 116 年 7 月前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。

- 3.因應基層護理人力需求，提高第一階段門診診察費(0.444%，預估增加 659.3 百萬元)：

- (1)執行目標(暫列)：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數達 85%。

預期效益之評估指標(暫列)：聘有護理人員之診所，調升護理人員之薪資比率。

- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同西醫基層總額相關團體及中華民國護理師護

士公會全國聯合會，以增加或留任護理人力、護理人員薪資調整為原則，持續研修具體實施方案(包含執行內容、支付方式、結果面之評估指標、稽核機制等)，於 116 年度總額公告後，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議，並監測歷年挹注經費後，基層診所整體的護理薪資變化及改善情形。

②檢討評估指標，訂定更具反映護理人員薪資或增加護理人力指標(如診所實際護理人力雇用數、增加或留任護理人力、在職穩定率)，以落實編列本項預算之目的。

4.促進醫療服務診療項目支付衡平已導入費用(0.466%，預估增加 692 百萬元)(116 年新增項目)：

(1)本項配合 115 年「促進醫療服務診療項目支付衡平」已修訂支付標準項目，導入一般服務編列預算。

(2)執行目標(暫列)：通盤研議、修訂支付標準，系統性檢討各項支付成本及相對合理性。

預期效益之評估指標(暫列)：假日開診家數下降達 3%即啟動調查，依調查結果進行滾動檢討與調整。

(3)請中央健康保險署持續監測醫療利用情形、115 年調整門診合理量之後續影響，及西醫基層夜間及假日門診變化情形，於 116 年 8 月前提出專案報告。

5. 75 歲以上慢性病長者診察費，第一階段每件加計 100 點(0%)。

6.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用(自專款項目移列一般服務項目)(0.225%，預估增加 334.4 百萬元)：其中原專款額度 178 百萬元維持現行各分區預算額度，156.4 百萬元併入一般服務預算分配。

7.強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物標準(門

檻)(0%)。

8.強化國人高血壓照護品質(0%)。

9.幽門螺旋桿菌除菌治療後衍生診療費用(0%)。

10.放寬 GLP-1 RA 使用標準(0%)。

11.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.003%，減少 5.2 百萬元)：

(1)為提升同儕制約精神，請針對常見違規態樣納入精準審查，加強專業自主管理，與院所輔導與追蹤。

(2)於 117 年度總額加回本項違規扣款金額。

(三)專款項目：全年經費為 17,823.7 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，應於 116 年度總額公告後 1 個月內完成。

1.暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)：

(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。

(2)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，並檢討暫時性支付執行機制及優化支付流程，於 116 年 12 月前提出專案報告。

②於 116 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數及歷年收載暫時性支付項目之執行概況)，及前 1 年成效評估檢討報告。

2.提升國人視力照護品質：

(1)全年經費 3,884.5 百萬元。

(2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項：

- ①持續檢討具體實施方案(含執行內容、支付方式、執行目標、以結果面為導向之評估指標等)。
- ②持續檢討白內障手術案件成長合理性、手術時機適當性，及監測照護成效與民眾自費情形，以確保醫療品質及民眾權益。
- ③本項以 5 年為檢討期限(114~118 年)，之後回歸一般服務。
- ④本項醫療點數以每點 1 元為原則；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.西醫醫療資源不足地區改善方案：

- (1)全年經費 466.7 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方案執行內容，鼓勵醫師積極參與，提升就醫可近性。

4.家庭醫師整合性照護計畫：

- (1)全年經費 7,148.5 百萬元。
- (2)執行目標(暫列)：配合「健康台灣三高防治 888」政策，持續擴大收案及照護範圍，提升照護涵蓋率與品質。

預期效益之評估指標(暫列)：

- ①糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率。
- ②糖尿病會員胰島素注射率。
- (3)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持續提升服務量能，提高醫師參與率及個案涵蓋率，朝慢性病整合及全人照護方向推動計畫。
 - ②持續整併論質計酬相關計畫，落實健康台灣全人照護，並訂定結果面指標予以獎勵。

③精進及檢討改善結果面之成效指標，評估本計畫整體照護成效。

④於 116 年 6 月前提出近年計畫轉型及推動成效專案報告(含與醫療給付改善方案之糖尿病及初期慢性腎臟病整合情形、成效指標監測結果等)。

5.C 型肝炎藥費：

(1)全年經費 351 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，並檢討醫療利用情形，以提升資源使用效率。

6.醫療給付改善方案：

(1)全年經費 677 百萬元。

(2)持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、思覺失調症、肝炎、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、生物相似性藥品、化療學名藥等方案。

(3)執行目標(暫列)：透過連續性照護與醫病共同參與，促使病患積極治療及管理疾病，進而促進國民健康及健保制度之永續發展。

預期效益之評估指標(暫列)：配合各方案之指標及健保署規劃辦理。

(4)請中央健康保險署滾動式檢討方案內容及加強結果面之成效評估，對照護成效不佳之方案，請研議具體改善策略或退場。

7.強化基層照護能力及「開放表別」項目：

(1)全年經費 1,720 百萬元，本項經費依實際執行併入西醫基層總額一般服務費用結算。

(2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項：

- ①持續研議開放表別項目，並強化管理機制(如執行過高或重複利用異常項目)，落實分級醫療。
- ②持續評估開放表別照護成效，並對於開放多年且穩定實施之項目，建議規劃導入一般服務，擴大基層診所服務量能。

8.鼓勵院所建立轉診合作機制：

- (1)全年經費 258 百萬元，本項經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項目支應。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①會同西醫基層及醫院總額相關團體，持續檢討支付方式及強化院所轉診合作機制，鼓勵適當轉診。
 - ②持續監測各層級上下轉情形及病人流向與醫療費用變化情形，以評估執行效益。

9.基層診所產婦生產補助試辦計畫：

- (1)全年經費 50 百萬元。
- (2)請中央健康保險署持續精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與計畫及提供生產服務。

10.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)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並會同西醫基層總額相關團體加強醫療服務提供，監測醫療利用情形。

11.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)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並會同西醫基層總額相關團體加強醫療服務提供，監測醫療利用情形。

12.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，本項經費依實際執行併入西醫基層總額一般服務費用結算。

(2)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並會同西醫基層總額相關團體加強醫療服務提供，監測醫療利用情形。

13.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：

本項移列至一般服務項目「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」。

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 10 百萬元。

(2)請中央健康保險署加強計畫推動，透過分級醫療加強與醫院轉介合作，提升參與率，並持續監測照護成效。

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)請中央健康保險署辦理下列事項：

①於額度內妥為管理運用，並精進照護成效相關指標及評估成本效益。

②會同西醫基層總額相關團體持續提升基層院所使用長效針劑之比率。

16.促進醫療服務診療項目支付衡平：

(1)全年經費 671 百萬元，本項經費如有不足，由其他預算同項專款支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①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。
- ②本項以 5 年為檢討期限(115~119 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 5 年(119 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

17.口腔黏膜癌前病變(PMD)追蹤照護計畫(116 年新增項目)：

(1)全年經費 150 百萬元，本項經費用於口腔黏膜癌前病變為主之追蹤管理及獎勵。

(2)執行目標(暫列)：透過定期且結構化的照護介入，包括口腔清潔、適當藥物治療、戒檳衛教及戒菸協助，以改善口腔黏膜微環境，降低癌前病變持續惡化之風險，並提升早期發現口腔癌及咽喉癌之機會，進而強化整體口腔癌防治成效。

預期效益之評估指標(暫列)：

- ①收案率 $\geq 30\%$ 。
- ②複診管理照護執行完整度 $\geq 80\%$ 。
- ③年度完整追蹤率 $\geq 60\%$ 。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①會同西醫基層及醫院總額相關團體，妥為研訂具體實施計畫(含適用對象、執行內容、支付方式及結果面之評估指標等)，於 116 年度總額公告後，將具體實施計畫提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議。

- ②本計畫以3年為檢討期限(116~118年)，會同西醫基層總額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(118年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

18.強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物標準(門檻)：0元。

19.放寬 GLP-1 RA 使用標準：0元。

20.幽門螺旋桿菌除菌治療後衍生診療費用(116年新增項目)：

(1)全年經費 217 百萬元。

(2)本項經費不得與 115 年「配合根除胃癌政策之衍生醫療費用」支付項目重複支應。

(3)用於本項衍生費用 116 年申報數超出 115 年申報數加計總額成長率之差額，並以 217 百萬元為上限。

(4)執行目標(暫列)：接受胃癌篩檢後確認為幽門螺旋桿菌陽性，並於基層診所完成除菌治療之個案，於治療完成後，給付一次「幽門桿菌糞便抗原檢查(30522C)」作為確認除菌是否成功之檢查，以提升整體除菌成功確認率，並作為後續評估胃癌防治政策成效之重要基礎。

預期效益之評估指標(暫列)：陽性個案追蹤率達 70%。

(5)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本項以3年為檢討期限(116~118年)，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年(118年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

②持續監測幽門螺旋桿菌除菌治療整體利用情形及

執行效益。

21.強化糖心腎症候群(CKM)全人整合照護計畫(116 年新增項目)：

(1)全年經費 1,669.5 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：降低國人心血管疾病發生率及減少糖尿病相關心腎併發症、住院及後續高額醫療資源耗用，提升健保資源運用效益。

預期效益之評估指標(暫列)：患者治療前後 LDL 或 HbA1c 之進步率。

(3)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妥為研訂具體實施方案(含收案對象、支付方式、結果面之評估指標等)，提報全民健康保險會同意後，依程序辦理。

②本項以 3 年為檢討期限(116~118 年)，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年(118 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

22.品質保證保留款：

(1)全年經費 279.5 百萬元。

(2)本項專款額度(279.5 百萬元)，併同其於原 106 年一般服務預算保留匡列品質保證保留款之額度(105.2 百萬元)，合併運用(計 384.7 百萬元)。

(3)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

(四)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，並統籌運

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 3.729%。
- 3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 50,260.3 百萬元)，其中 433.5 百萬元用於「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質計畫」，且 300 百萬元不得流用於一般服務。
- 4.本項目增加之預算，用於提升透析醫療韌性，包括：因應緊急危難時，應變醫療資源妥適分配；與維持透析醫療服務量能，配合留人留才，檢討相關支付成本，回應醫事人力投入。
- 5.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)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。
 - (2)鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，尤其應持續精進及推動「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」及「居家血液透析與提升其照護品質」實施方案，並監測評估病人照護品質與健康結果之執行成效。

附表 116 年度西醫基層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		2.407%	3,574.9	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	0.447%		
	人口結構改變率	0.928%		
	醫療服務成本指數改變率	1.023%		
協商因素成長率		1.496%	2,220.5	1.一般服務預算保留 12,450 百萬元，保留額度與醫院總額額度合併，用於支應 0~6 歲兒童醫療費用。 2.請於 116 年 7 月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；實施成效納入 117 年度總額協商考量。
保險給付項目及支付標準之改變	1.新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)	0.143%	212.0	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，並於協商 117 年度總額前，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.加強醫療科技再評估(HTR)機制，並檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。 3.於 116 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。
	2.藥品及特材給付規定改變	0.221%	328.0	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，並於協商 117 年度總額前，提出年度給付規定改變之預算

項目				成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
						規劃與預估內容，俾落實管控。 2.於 116 年 7 月前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。
			3.因應基層護理人力需求，提高第一階段門診察費	0.444%	659.3	1.執行目標(暫列):聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數達 85%。 <u>預期效益之評估指標(暫列):</u> <u>聘有護理人員之診所，調升護理人員之薪資比率。</u> 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同西醫基層總額相關團體及中華民國護理師護士公會全國聯合會，以增加或留任護理人力、護理人員薪資調整為原則，持續研修具體實施方案(包含執行內容、支付方式、結果面之評估指標、稽核機制等)，於 116 年度總額公告後，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議，並監測歷年挹注經費後，基層診所整體的護理薪資變化及改善情形。 (2)檢討評估指標，訂定更具反映護理人員薪資或增加護理人力指標(如診所實際護理人力雇用數、增加或留任護理人力、在職穩定率)，以落實編列本項預算之目的。

項目				成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
	保險給付項目及支付標準之改變	4. 促進醫療服務診療項目支付衡平已導入費用		0.466%	692.0	1. 本項配合 115 年「促進醫療服務診療項目支付衡平」已修訂支付標準項目，導入一般服務編列預算。 2. 執行目標(暫列)：<u>通盤研議、修訂支付標準，系統性檢討各項支付成本及相對合理性。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列)：假日開診家數下降達 3%即啟動調查，依調查結果進行滾動檢討與調整。</u> 3. 請中央健康保險署持續監測醫療利用情形、115 年調整門診合理量之後續影響，及西醫基層夜間及假日門診變化情形，於 116 年 8 月前提出專案報告。
		5. 75 歲以上慢性病長者診察費，第一階段每件加計 100 點		0.000%	0.0	
	其他醫療服務利用及密集度之改變	6. 新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用 (自專款項目移列一般服務項目)		0.225%	334.4	其中原專款額度 178 百萬元維持現行各分區預算額度，156.4 百萬元併入一般服務預算分配。

項目				成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
		保險給付項目及支付標準之改變	7.強化心血管疾病照護-放寬開立降膽固醇藥物標準(門檻)	0.000%	0.0	
		其他醫療服務利用及密集度之改變	8.強化國人高血壓照護品質	0.000%	0.0	
			9.幽門螺旋桿菌除菌治療後衍生診療費用	0.000%	0.0	
		保險給付項目及支付標準之改變	10.放寬GLP-1 RA 使用標準	0.000%	0.0	
		其他議定項目	11.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.003%	-5.2	1.為提升同儕制約精神，請針對常見違規態樣納入精準審查，加強專業自主管理，與院所輔導與追蹤。 2.於 117 年度總額加回本項違規扣款金額。
	一般服務成長率 ^{註1}	增加金額		3.903%	5,795.4	
		總金額			154,316.1	
專款項目(全年計畫經費)						各專款項目之具體實施方案，應於 116 年度總額公告後 1 個月內完成，且應於 116 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
1.暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)				100.0	0.0	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。 2.請中央健康保險署辦理下列事項：

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				(1)在額度內妥為管理運用，並檢討暫時性支付執行機制及優化支付流程，於116年12月前提出專案報告。 (2)於116年7月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數及歷年收載暫時性支付項目之執行概況)，及前1年成效評估檢討報告。
	2.提升國人視力照護品質	3,884.5	113.1	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.持續檢討具體實施方案(含執行內容、支付方式、執行目標、以結果面為導向之評估指標等)。 2.持續檢討白內障手術案件成長合理性、手術時機適當性，及監測照護成效與民眾自費情形，以確保醫療品質及民眾權益。 3.本項以5年為檢討期限(114~118年)，之後回歸一般服務。 4.本項醫療點數以每點1元為原則；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.西醫醫療資源不足地區改善方案	466.7	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方案執行內容，鼓勵醫師積極參與，提升就醫可近性。
	4.家庭醫師整合性照護計畫	7,148.5	1,282.0	1.執行目標(暫列)：配合「<u>健康台灣三高防治888</u>」政策，持續擴大收案及照護範圍，提升照護涵蓋率與品質。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			<u>預期效益之評估指標(暫列):</u> <u>(1)糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率。</u> <u>(2)糖尿病會員胰島素注射率。</u> 2.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)持續提升服務量能，提高醫師參與率及個案涵蓋率，朝慢性病整合及全人照護方向推動計畫。 (2)持續整併論質計酬相關計畫，落實健康台灣全人照護，並訂定結果面指標予以獎勵。 (3)精進及檢討改善結果面之成效指標，評估本計畫整體照護成效。 (4)於 116 年 6 月前提出近年計畫轉型及推動成效專案報告(含與醫療給付改善方案之糖尿病及初期慢性腎臟病整合情形、成效指標監測結果等)。
5.C 型肝炎藥費	351.0	-111.0	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，並檢討醫療利用情形，以提升資源使用效率。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
	6.醫療給付改善方案	677.0	254.9	1.持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、思覺失調症、肝炎、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、生物相似性藥品、化療學名藥等方案。 2.執行目標(暫列):透過連續性照護與醫病共同參與,促使病患積極治療及管理疾病,進而促進國民健康及健保制度之永續發展。 預期效益之評估指標(暫列):配合各方案之指標及健保署規劃辦理。 3.請中央健康保險署滾動式檢討方案內容及加強結果面之成效評估,對照護成效不佳之方案,請研議具體改善策略或退場。
	7.強化基層照護能力及「開放表別」項目	1,720.0	0.0	1.本項經費依實際執行併入西醫基層總額一般服務費用結算。 2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項: (1)持續研議開放表別項目,並強化管理機制(如執行過高或重複利用異常項目),落實分級醫療。 (2)持續評估開放表別照護成效,並對於開放多年且穩定實施之項目,建議規劃導入一般服務,擴大基層診所服務量能。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
	8.鼓勵院所建立轉診 合作機制	258.0	0.0	1.本項經費如有不足，由其他 預算「基層總額轉診型態調 整費用」項目支應。 2.請中央健康保險署辦理下列 事項： (1)會同西醫基層及醫院總額 相關團體，持續檢討支付 方式及強化院所轉診合作 機制，鼓勵適當轉診。 (2)持續監測各層級上下轉情 形及病人流向與醫療費用 變化情形，以評估執行效 益。
	9.基層診所產婦生產 補助試辦計畫	50.0	0.0	請中央健康保險署持續精進計 畫內容，鼓勵醫師積極參與計 畫及提供生產服務。
	10.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.請中央健康保險署於額度內 妥為管理運用，並會同西醫 基層總額相關團體加強醫療 服務提供，監測醫療利用情 形。
	11.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.請中央健康保險署於額度內 妥為管理運用，並會同西醫 基層總額相關團體加強醫療 服務提供，監測醫療利用情 形。
	12.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西 醫基層總額一般服務費用結 算。 2.請中央健康保險署於額度內

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				妥為管理運用，並會同西醫基層總額相關團體加強醫療服務提供，監測醫療利用情形。
	13.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	0.0	-178.0	本項移列至一般服務項目「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」。
	14.提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫	10.0	0.0	請中央健康保險署加強計畫推動，透過分級醫療加強與醫院轉介合作，提升參與率，並持續監測照護成效。
	15.精神科長效針劑藥費	100.0	50.0	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.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)於額度內妥為管理運用，並精進照護成效相關指標及評估成本效益。 (2)會同西醫基層總額相關團體持續提升基層院所使用長效針劑之比率。
	16.促進醫療服務診療項目支付衡平	671.0	112.4	1.本項經費如有不足，由其他預算同項專款支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)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。 (2)本項以 5 年為檢討期限(115~119 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 5 年(119 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				結果。
17.口腔黏膜癌前病變(PMD)追蹤照護計畫 (116 年新增項目)		150.0	150.0	1.本項經費用於口腔黏膜癌前病變為主之追蹤管理及獎勵。 2.<u>執行目標(暫列):透過定期且結構化的照護介入，包括口腔清潔、適當藥物治療、戒檳衛教及戒菸協助，以改善口腔黏膜微環境，降低癌前病變持續惡化之風險，並提升早期發現口腔癌及咽喉癌之機會，進而強化整體口腔癌防治成效。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列):</u> <u>(1)收案率≥30%。</u> <u>(2)複診管理照護執行完整度≥80%。</u> <u>(3)年度完整追蹤率≥60%。</u> 3.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同西醫基層及醫院總額相關團體，妥為研訂具體實施計畫(含適用對象、執行內容、支付方式及結果面之評估指標等)，於 116 年度總額公告後，將具體實施計畫提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議。 (2)本計畫以 3 年為檢討期限(116~118 年)，會同西醫基層總額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(118 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
	18.強化心血管疾病照 護-放寬開立降膽 固醇藥物標準(門 檻)	0.0	0.0	
	19.放寬 GLP-1 RA 使 用標準	0.0	0.0	
	20.幽門螺旋桿菌除菌 治療後衍生診療費 用 (116 年新增項目)	217.0	217.0	1.本項經費不得與 115 年「配合根除胃癌政策之衍生醫療費用」支付項目重複支應。 2.用於本項衍生費用 116 年申報數超出 115 年申報數加計總額成長率之差額，並以 217 百萬元為上限。 3.執行目標(暫列):<u>接受胃癌篩檢後確認為幽門螺旋桿菌陽性，並於基層診所完成除菌治療之個案，於治療完成後，給付一次「幽門桿菌糞便抗原檢查(30522C)」作為確認除菌是否成功之檢查，以提升整體除菌成功確認率，並作為後續評估胃癌防治政策成效之重要基礎。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列):陽性個案追蹤率達 70%。</u> 4.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)本項以 3 年為檢討期限(116~118 年)，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年(118 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。 (2)持續監測幽門螺旋桿菌除菌治療整體利用情形及執行效益。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
	21.強化糖心腎症候群(CKM)全人整合照護計畫	1,669.5	1,669.5	1.執行目標(暫列):降低國人心血管疾病發生率及減少糖尿病相關心腎併發症、住院及後續高額醫療資源耗用，提升健保資源運用效益。 預期效益之評估指標(暫列):患者治療前後LDL或HbA1c之進步率。 2.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)妥為研訂具體實施方案(含收案對象、支付方式、結果面之評估指標等)，提報全民健康保險會同意後，依程序辦理。 (2)本項以 3 年為檢討期限(116~118 年)，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年(118 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
	22.品質保證保留款	279.5	13.2	1.本項專款額度(279.5 百萬元)，併同其於原 106 年一般服務預算保留匡列品質保證保留款之額度(105.2 百萬元)，合併運用(計 384.7 百萬元)。 2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
	專款金額	17,823.7	3,573.1	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
較基期成長率 (一般服務+專 款) ^{註2}	增加金額	5.756%	9,368.5	
	總金額		172,139.8	
門診透析服務	增加金額	3.729%	878.7	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，並統籌運用。 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3.729%。 3.門診透析服務總費用成長率3%(總費用50,260.3百萬元)，其中433.5百萬元用於「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質計畫」，且300百萬元不得流用於一般服務。 4.本項目增加之預算，用於提升透析醫療韌性，包括：因應緊急危難時，應變醫療資源妥適分配；與維持透析醫療服務量能，配合留人留才，檢討相關支付成本，回應醫事人力投入。 5.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)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
	總金額		24,442.5	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				照護。 (2)鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，尤其應持續精進及推動「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」及「居家血液透析與提升其照護品質」實施方案，並監測評估病人照護品質與健康結果之執行成效。
較基期成長率 (一般服務+專款 +門診透析) ^{註3}	增加金額	5.500%	10,247.2	
	總金額		196,582.4	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 148,519.4 百萬元(含 115 年一般服務預算 148,384.7 百萬元，及校正前 2 年度(114 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額 123.1 百萬元、加回前 1 年度(115 年)健保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核定金額 11.6 百萬元)。

2.計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 162,770.0 百萬元，其中一般服務預算為 148,519.4 百萬元，專款為 14,250.6 百萬元。

3.計算「較基期成長率(一般服務+專款+門診透析)」，所採基期費用為 186,333.9 百萬元，其中一般服務預算為 148,519.4 百萬元，專款為 14,250.6 百萬元，門診透析為 23,563.9 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。

116 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：

116 年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後 115 年度中醫門診一般服務醫療給付費用 $\times(1+116$ 年度一般服務成長率) $+116$ 年度專款項目經費

註：校正後 115 年度中醫門診一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 115.9.9 衛部保字第 1150140425 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度(115 年)中醫門診一般服務醫療給付費用，校正前 2 年度(114 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額，及加回前 1 年度(115 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

二、總額協商結論：

- (一)一般服務成長率為 4.410%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.593%，協商因素成長率 0.817%。
- (二)專款項目全年經費為 1,992.4 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，116 年度中醫門診醫療給付費用總額，較基期成長 5.500%。各細項成長率及金額，如附表。

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 116 年 7 月前提報執行情形，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)；實施成效納入 117 年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

- 1.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(約 796.1 百萬元)，其中 89 百萬元併入「提升中醫藥費」項目使用。
- 2.提升中醫藥費(0.837%，預估增加 292.5 百萬元)(116 年新增項目)：

(1)執行目標(暫列)：提高慢性病處方箋的使用，符合條件的慢性病患者使用長日數(大於7日)處方箋的比率較前1年提升1%。

預期效益之評估指標(暫列)：中藥不良反應報告數量低於0.01%(計算方法：中藥不良反應報告數/總用藥人次×100%)。

(2)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體持續提升用藥品質，檢討慢性病合理用藥日數及民眾自費原因，減少自費用藥情形，並於116年8月前提出專案報告。

3.「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」專款與一般服務重複費用扣減(-0.016%，預估減列5.7百萬元)(116年新增項目)。

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(-0.004%，減少1.3百萬元)：

(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)於117年度總額加回本項違規扣款金額。

(二)專款項目：全年經費為1,992.4百萬元。

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，應於116年度總額公告後1個月內完成。

1.醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費207.5百萬元。

(2)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體檢討評估服務需求，研議更有效率的執行模式，研修實施方案，並加強計畫推動，以提升中醫就醫可近性。

2.西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：

(1)全年經費 584.8 百萬元。

(2)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理下列事項：

①持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷、呼吸困難相關疾病及術後疼痛中醫照護。

②新增「創傷性神經損傷」及「燒燙傷」中醫照護。

③建立成本效益評估指標，評估中西醫合療之成效(如縮短住院日數、減少止痛藥物用量、降低併發症以及總醫療費用變化)。

3.中醫提升孕產照護品質計畫：

(1)全年經費 93.8 百萬元。

(2)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體加強各分區之計畫推動、均衡分區資源及加強成效評估。

4.中醫癌症患者加強照護整合方案：

(1)全年經費 628.8 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：參與院所數為 300 家及服務人次以 29 萬人次為目標。

預期效益之評估指標(暫列)：116 年 FACT-G、CTCAE 等整體成效評估有改善。

(3)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理下列事項：

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建立成本效益評估指標，評估中西醫合療之成效

(如化學治療完成率、急診率、非預期住院率、存活率或藥物減量等)。

5.中醫急症處置：

(1)全年經費 20.8 百萬元。

(2)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理下列事項：

①檢討收案條件及院所參與誘因，加強計畫推動。

②積極檢討計畫執行情形，提出具體成效評估結果(如急診停留天數、住院情形、72 小時返急診等)，若計畫成效不佳，建議規劃退場機制。

6.中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫：

(1)全年經費 322.8 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：參與院所數為 300 家及服務人數以 14,500 人為目標。

預期效益之評估指標(暫列)：eGFR 量表評量結果呈正向發展。

(3)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，進行成本效益分析(如評估收案對象是否延後透析、對門診透析及住院醫療費用之影響)，並進行末期腎臟病(ESRD)發生率、住院率等長期追蹤。

7.照護機構中醫醫療照護方案：

(1)全年經費 15.1 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：參與院所數為 200 家及服務人數以 15,000 人為目標。

預期效益之評估指標(暫列)：住民外出就診中醫次數較前 1 年減少。

(3)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理下列事項：

- ①檢討計畫照護成效，研議減少住民外出就診中醫之策略，以提升資源使用效率。
- ②建議就治療模式與介入成效建立品質指標(如跌倒、壓瘡、疼痛控制之改善率等)，以利成效評估。

8.中醫三高病人加強照護計畫：

- (1)全年經費 53 百萬元。
- (2)本計畫以 3 年為檢討期限(115~117 年)，請中央健康保險署會同中醫門診總額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(117 年 7 月)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

9.品質保證保留款：

- (1)全年經費 65.8 百萬元。
- (2)本項專款額度(65.8 百萬元)，併同其於原 106 年度一般服務預算保留匡列品質保證保留款之額度(22.8 百萬元)，合併運用(計 88.6 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

附表 116 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		3.593%	1,255.1	1.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。 2.醫療服務成本指數改變率所 增加之預算(約 796.1 百萬 元)，其中 89 百萬元併入 「提升中醫藥費」項目使 用。
投保人口預估成長 率		0.447%		
人口結構改變率		0.853%		
醫療服務成本指數 改變率		2.279%		
協商因素成長率		0.817%	285.5	請於 116 年 7 月前提報各協商 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；實施成效納入 117 年度總 額協考量。
保險 給付 項目 及支 付標 準之 改變	1.提升中醫藥 費 (116 年新增 項目)	0.837%	292.5	1. <u>執行目標(暫列)：提高慢性 病處方箋的使用，符合條件 的慢性病患者使用長日數 (大於 7 日)處方箋的比率較 前 1 年提升 1%。</u> <u>預期效益之評估指標(暫 列)：中藥不良反應報告數 量低於 0.01%(計算方法： 中藥不良反應報告數/總用 藥人次×100%)。</u> 2.請中央健康保險署會同中醫 門診總額相關團體持續提升 用藥品質，檢討慢性病合理 用藥日數及民眾自費原因， 減少自費用藥情形，並於 116 年 8 月前提出專案報 告。
其他 議定 項目	2.「中醫慢性 腎臟病門診 加強照護計 畫」專款與	-0.016%	-5.7	

項目				成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			一般服務重複費用扣減 (116 年新增項目)			
			3.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.004%	-1.3	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.於 117 年度總額加回本項違規扣款金額。
一般服務成長率 ^{註1}	增加金額			4.410%	1,540.6	
	總金額				36,471.1	
專款項目(全年計畫經費)						各專款項目之具體實施方案，請於 116 年度總額公告後 1 個月內完成，且應於 116 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
1.醫療資源不足地區改善方案				207.5	24.5	請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體檢討評估服務需求，研議更有效率的執行模式，研修實施方案，並加強計畫推動，以提升中醫就醫可近性。
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 (5)術後疼痛 (6)創傷性神經損傷 (116 年新增項目) (7)燒燙傷 (116 年新增項目)				584.8	51.1	請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理下列事項： 1.持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷、呼吸困難相關疾病及術後疼痛中醫照護。 2.新增「創傷性神經損傷」及「燒燙傷」中醫照護。 3.建立成本效益評估指標，評估中西醫合療之成效(如縮短住院日數、減少止痛藥物用量、降低併發症以及總醫療費用變化)。

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.中醫提升孕產照護品質計畫	93.8	11.8	請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體加強各分區之計畫推動、均衡分區資源及加強成效評估。
	4.中醫癌症患者加強照護整合方案	628.8	196.3	1.執行目標(暫列)：參與院所數為 300 家及服務人次以 29 萬人次為目標。 預期效益之評估指標(暫列)：116 年 FACT-G、CTCAE 等整體成效評估有改善。 2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理下列事項： (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)建立成本效益評估指標，評估中西醫合療之成效(如化學治療完成率、急診率、非預期住院率、存活率或藥物減量等)。
	5.中醫急症處置	20.8	0.0	請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理下列事項： 1.檢討收案條件及院所參與誘因，加強計畫推動。 2.積極檢討計畫執行情形，提出具體成效評估結果(如急診停留天數、住院情形、72 小時返急診等)，若計畫成效不佳，建議規劃退場機制。
	6.中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	322.8	142.0	1.執行目標(暫列)：參與院所數為 300 家及服務人數以 14,500 人為目標。 預期效益之評估指標(暫列)：eGFR 量表評量結果呈

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				<u>正向發展。</u> 2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，進行成本效益分析(如評估收案對象是否延後透析、對門診透析及住院醫療費用之影響)，並進行末期腎臟病(ESRD)發生率、住院率等長期追蹤。
	7.照護機構中醫醫療 照護方案	15.1	4.3	1.<u>執行目標(暫列)：參與院所數為 200 家及服務人數以 15,000 人為目標。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列)：住民外出就診中醫次數較前 1 年減少。</u> 2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理下列事項： (1)檢討計畫照護成效，研議減少住民外出就診中醫之策略，以提升資源使用效率。 (2)建議就治療模式與介入成效建立品質指標(如跌倒、壓瘡、疼痛控制之改善率等)，以利成效評估。
	8.中醫三高病人加強 照護計畫	53.0	0.0	本計畫以 3 年為檢討期限(115~117 年)，請中央健康保險署會同中醫門診總額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(117 年 7 月)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
	9.品質保證保留款	65.8	34.8	1.本項專款額度(65.8 百萬元)，併同其於原 106 年度一般服務預算保留匡列品質保證保留款之額度(22.8 百萬元)，合併運用(計 88.6 百萬

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				元)。 2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
	專款金額	1,992.4	464.8	
較基期成長率 (一般服務+專款) ^{註2}	增加金額	5.500%	2,005.4	
	總金額		38,463.5	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 34,930.7 百萬元(含 115 年一般服務預算 34,901.6 百萬元，及校正前 2 年度(114 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額 29.0 百萬元、加回前 1 年度(115 年)健保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核定金額 0.1 百萬元)。

2.計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 36,458.3 百萬元，其中一般服務預算為 34,930.7 百萬元，專款為 1,527.6 百萬元。

3.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。

116 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：

116 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 115 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用 $\times(1+116$ 年度一般服務成長率) $+116$ 年度專款項目經費

註：校正後 115 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 115.9.9 衛部保字第 1150140425 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度(115 年)牙醫門診一般服務醫療給付費用，校正前 2 年度(114 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額，及加回前 1 年度(115 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

二、總額協商結論：

(一)一般服務成長率為 3.202%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.298%，協商因素成長率-0.096%。

(二)專款項目全年經費為 8,005.3 百萬元。

(三)前述二項額度經換算，116 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較基期成長 5.500%。各細項成長率及金額，如附表。

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 116 年 7 月前提報執行情形，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)；實施成效納入 117 年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

- 1.「牙醫特殊醫療服務計畫」專款與一般服務重複費用扣減(-0.002%，預估減列 1 百萬元)(116 年新增項目)。
- 2.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.094%，減少 48.9 百萬元)：

(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)於 117 年度總額加回本項違規扣款金額。

(二)專款項目：全年經費為 8,005.3 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，應於 116 年度總額公告後 1 個月內完成。

1.醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 375 百萬元。

(2)持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。

(3)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體檢討改善本計畫之執行規劃，並研議更有效之鼓勵策略。

2.牙醫特殊醫療服務計畫：

(1)全年經費 1,211.8 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：達成 220,000 服務人次(含腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者服務 2,000 人次)。

預期效益之評估指標(暫列)：提升牙醫醫療服務品質，加強提供先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務及特定身心障礙者牙醫醫療服務、增加老人福利機構口腔醫療照護。

(3)持續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、老人與身心障礙安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務，並加強醫療團服務量能。

(4)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體持續加強計畫推動，提升特殊疾病及障別病人的服務涵

蓋率。

3. 青少年口腔提升照護試辦計畫：

(1) 全年經費 309 百萬元。

(2) 執行目標(暫列)：照護人次以達成「青少年齲齒控制照護處置(P7101C)」、「青少年齲齒氟化物治療(P7102C)」合計 798,000 服務人次為執行目標。

預期效益之評估指標(暫列)：

① 提升全國 12~18 歲青少年牙醫就醫率不低於 60%。

② 執行 P7102C 後 1 年內牙位 11~13、21~23、31~33、41~43 的平均齲齒填補顆數增加率減緩。

(3) 請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動及提升青少年就醫率，並持續監測執行結果，以評估照護成效。

4. 超音波根管沖洗計畫：

(1) 全年經費 144.8 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及評估照護成效。

② 本計畫以 5 年為檢討期限(112~116 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第 5 年(116 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

5. 高風險疾病口腔照護計畫：

(1) 全年經費 5,091.9 百萬元。

(2) 執行目標(暫列)：

① 116 年服務「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達 269 萬人次、照護人數不低於 118 萬

人。

- ②116 年「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」(P7302C)預估服務人次不低於 322 萬人次、照護人數不低於 171 萬人。

預期效益之評估指標(暫列)：

- ①國人牙齒保存數較衛生福利部「110-112 年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增加。
- ②自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。
- ③65 歲以上接受照護病人 3 年後(116 年執行完，自 117 年起)，因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數較該年度比較族群減少。

(3)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，並會同牙醫門診總額相關團體，研訂 65 歲以上者之適應症，持續檢討本計畫各類適用對象醫療利用情形及評估執行效益，並加強執行管理與費用管控，以提升資源有效運用。具體執行情形及檢討結果，請於 116 年 4 月前提出專案報告。
- ②本計畫以 5 年為檢討期限(112~116 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第 5 年(116 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

6.特定疾病病人牙科就醫安全計畫：

- (1)全年經費 506.4 百萬元。
- (2)本計畫以 4 年為檢討期限(113~116 年)，請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第 4 年(116 年 7 月前)提出納入一般服

務或退場之評估指標及檢討結果。

7.非齒源性口腔疼痛處置：

(1)全年經費 16 百萬元。

(2)本計畫以 3 年為檢討期限(114~116 年)，請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第 3 年(116 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

8.弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫(116 年新增項目)：

(1)全年經費 200 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：

①116 年所需預算為 490.6 百萬元，考量行政院核定 116 年總額成長率上限為 5.5%，116 年爭取費用為 2 億元，另本計畫需逐步推展，執行率為 80%。

②116 年符合本計畫任一項核發原則之牙醫師數占適用鄉鎮牙醫師數為 5 成。

預期效益之評估指標(暫列)：維持適用鄉鎮執業牙醫師數不減少。

(3)本計畫以 3 年為檢討期限(116 年~118 年)，請中央健康保險署會同牙醫門診總額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(118 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

9.因應牙醫支付標準調整所增加預算：0 元。

10.品質保證保留款：

(1)全年經費 150.4 百萬元。

(2)本項專款額度(150.4 百萬元)，併同其於原 106 年度一般服務預算保留匡列品質保證保留款之額度(116.4 百萬元)，合併運用(計 266.8 百萬元)。

- (3)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

附表 116 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		3.298%	1,713.6	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		0.447%		
人口結構改變率		0.337%		
醫療服務成本指數 改變率		2.501%		
協商因素成長率		-0.096%	-49.9	請於 116 年 7 月前提報各協商 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；實施成效納入 117 年度 總額協商考量。
其他議 定項目	1.「牙醫特 殊醫療服 務計畫」 專款與一 般服務重 複費用扣 減 (116 年新 增項目)	-0.002%	-1.0	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.於 117 年度總額加回本項違 規扣款金額。
	2.違反全民 健康保險 醫事服務 機構特約 及管理辦 法之扣款	-0.094%	-48.9	
一 般 服 務 成 長 率 ^{註1}	增加金額	3.202%	1,663.7	
	總金額		53,623.1	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方案， 應於 116 年度總額公告後 1 個 月內完成，且應於 116 年 7 月 前提報執行情形及前 1 年成效 評估檢討報告。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
	1.醫療資源不足地區 改善方案	375.0	51.2	1.持續辦理牙醫師至無牙醫鄉 執業及巡迴醫療服務計畫。 2.請中央健康保險署會同牙醫 門診總額相關團體檢討改善 本計畫之執行規劃，並研議 更有效之鼓勵策略。
	2.牙醫特殊醫療服務 計畫	1,211.8	255.9	1.執行目標(暫列)：達成 220,000 服務人次(含腦傷及 脊髓損傷之中度肢體障礙者 服務 2,000 人次)。 <u>預期效益之評估指標(暫 列)：提升牙醫醫療服務品 質，加強提供先天性唇顎裂 及顱顏畸形症患者牙醫醫療 服務及特定身心障礙者牙醫 醫療服務、增加老人福利機 構口腔醫療照護。</u> 2.持續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、老人與身心障 礙安養機構及護理之家與居 家牙醫醫療服務，並加強醫 療團服務量能。 3.請中央健康保險署會同牙醫 門診總額相關團體持續加強 計畫推動，提升特殊疾病及 障別病人的服務涵蓋率。
	3.青少年口腔提升照 護試辦計畫	309.0	69.0	1.執行目標(暫列)：照護人次 以達成「青少年齲齒控制照 護處置(P7101C)」、「青少 年齲齒氟化物治療 (P7102C)」合計 798,000 服 務人次為執行目標。 <u>預期效益之評估指標(暫 列)：</u> <u>(1)提升全國 12~18 歲青少年 牙醫就醫率不低於 60%。</u> <u>(2)執行 P7102C 後 1 年內牙</u>

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				<u>位 11~13 、 21~23 、 31~33 、 41~43 的平均齲齒填補顆數增加率減緩。</u> 2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動及提升青少年就醫率，並持續監測執行結果，以評估照護成效。
	4.超音波根管沖洗計畫	144.8	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及評估照護成效。 2.本計畫以 <u>5</u> 年為檢討期限(112~116 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第 <u>5</u> 年(116 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
	5.高風險疾病口腔照護計畫	5,091.9	836.1	1. <u>執行目標(暫列)：</u> <u>(1)116 年服務「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達 269 萬人次、照護人數不低於 118 萬人。</u> <u>(2)116 年「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」(P7302C)預估服務人次不低於 322 萬人次、照護人數不低於 171 萬人。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列)：</u> <u>(1)國人牙齒保存數較衛生福利部「110-112 年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增加。</u>

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)自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。 (3)65 歲以上接受照護病人 3 年後(116 年執行完，自 117 年起)，因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數較該年度比較族群減少。 2.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，並會同牙醫門診總額相關團體，研訂 65 歲以上者之適應症，持續檢討本計畫各類適用對象醫療利用情形及評估執行效益，並加強執行管理與費用管控，以提升資源有效運用。具體執行情形及檢討結果，請於 116 年 4 月前提出專案報告。 (2)本計畫以 5 年為檢討期限(112~116 年)，請會同牙醫總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第 5 年(116 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
6.特定疾病病人牙科就醫安全計畫	506.4	82.0	本計畫以 4 年為檢討期限(113~116 年)，請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第 4 年(116 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
7.非齒源性口腔疼痛處置	16.0	1.6	本計畫以 3 年為檢討期限(114~116 年)，請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				團體滾動式檢討逐年成效，於執行第3年(116年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
	8.弱勢鄉鎮醫療服務 提升獎勵計畫 (116年新增項目)	200.0	200.0	1.執行目標(暫列)： (1)116年所需預算為490.6百萬元，考量行政院核定116年總額成長率上限為5.5%，116年爭取費用為2億元，另本計畫需逐步推展，執行率為80%。 (2)116年符合本計畫任一項核發原則之牙醫師數占適用鄉鎮牙醫師數為5成。 預期效益之評估指標(暫列)：維持適用鄉鎮執業牙醫師數不減少。 2.本計畫以3年為檢討期限(116~118年)，請中央健康保險署會同牙醫門診總額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(118年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
	9.因應牙醫支付標準 調整所增加預算	0.0	0.0	
	10.品質保證保留款	150.4	53.4	1.本項專款額度(150.4百萬元)，併同其於原106年度一般服務預算保留匡列品質保證保留款之額度(116.4百萬元)，合併運用(計266.8百萬元)。 2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				項獎勵之目的。
	專款金額	8,005.3	1,549.2	
較基期成長率 (一般服務+專款) ^{註2}	增加金額	5.500%	3,212.9	
	總金額		61,628.4	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 51,959.3 百萬元(含 115 年一般服務預算 51,912.4 百萬元，及校正前 2 年度(114 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額 45.5 百萬元、加回前 1 年度(115 年)健保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核定金額 1.5 百萬元)。

2.計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 58,415.4 百萬元，其中一般服務預算為 51,959.3 百萬元，專款為 6,456.1 百萬元。

3.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。

116 年度全民健康保險其他預算及其分配

一、總額協商結論：

(一)116 年度其他預算增加 1,211.8 百萬元，預算總額度為 23,244 百萬元，由中央健康保險署管控，各細項分配，如附表。

(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，應於 116 年度總額公告後 1 個月內提出具體實施方案，並依行政程序辦理後續相關事宜，副知全民健康保險會。
- 2.請於 116 年 7 月前提報執行情形，延續性項目應包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效納入 117 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 600 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)全面檢討鼓勵分級醫療策略及支付誘因之有效性，研析下轉率待提升原因，強化引導院所適當轉診機制，並研提具體改善措施，以提升分級醫療推動成效。
 - (2)檢視分級醫療成效評估指標，持續監測病人流向(包含基層就醫占率與醫療費用變化情形)，評估分級醫療之執行效益。
 - (3)併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作

機制」，於 116 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

(二)山地離島地區醫療給付效益提升計畫：

1.全年經費 2,095.3 百萬元。

2.執行目標(暫列)：強化山地離島地區醫療照護服務，提升民眾健康。

預期效益之評估指標(暫列)：

(1)山地離島地區醫療給付效益提升計畫民眾滿意度維持 95%以上。

(2)山地離島地區每十萬人口可避免住院數(慢性指標)較前一年下降。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)持續檢討山地離島地區民眾之醫療利用情形及照護品質，增列成果面之監測指標，以具體評估健康改善成效。

(2)加強推動「偏鄉地區全人整合照護執行方案」，精進執行面及成果面之監測指標，檢視當地民眾加入方案後，各項指標之改善幅度及持續改善趨勢，以評估方案執行成效，並於 116 年 6 月前提出專案報告。

(三)居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務：

1.全年經費 10,176.5 百萬元。

2.本項醫療點數以每點 1 元支付，經費如有不足，由「支應狂犬病患者治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」項目支應。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)持續精進居家醫療照護模式，強化支付及獎勵機制，

提升服務量能，並研訂結果面之成效指標(如病人健康結果、非計畫性住院率、急診就醫率等成果指標)。

(2)「在宅急症照護試辦計畫」：

①加強計畫推動，持續強化病人安全、治療品質及成效監測，並評估與住院之醫療利用及品質差異，於 116 年 7 月前提出專案報告。

②本計畫以 4 年(113~116 年)為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 4 年(116 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

(四)支應狂犬病患者治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費：

1.全年經費 500 百萬元。

2.本項用於狂犬病患者治療藥費，及支應醫院、西醫基層總額及其他預算下列專款項目不足之經費，包括：

(1)C 型肝炎藥費

(2)罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材

(3)後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費

(4)器官移植

(5)精神科長效針劑藥費

(6)矯正機關服務

(7)居家醫療(含居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務)

(8)促進醫療服務診療項目支付衡平(新增)

3.請中央健康保險署建立各專款項目預算執行預警及監測機制，以提升財務透明度。

(五)推動促進醫療體系整合計畫：

1.全年經費 820 百萬元。

2.持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」、「遠距醫療給付計畫」、「急性後期整合照護計畫」及新增「復健病房試辦計畫」。

3.復健病房試辦計畫：

(1)主要用於支應評估費、獎勵費等用途。

(2)執行目標(暫列)：使計畫結案個案得以順利返家，衰弱高齡者自立生活，年輕中風者回歸職場。

預期效益之評估指標(暫列)：返家率>85%。

4.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)持續檢討各項計畫執行情形及照護成效，並建立以病人健康結果為導向之支付機制，提升醫療服務品質及資源運用效益。

(2)「復健病房試辦計畫」以2年(116~117年)為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第2年(117年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

(六)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300百萬元。

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。

(七)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2,600百萬元。

2.執行目標(暫列)：持續提供收容人醫療服務，提升醫療服務之可近性。

預期效益之評估指標(暫列)：

(1)監內門診診次較前一年度增加。

(2)門診疥瘡投藥率較前一年度增加。

3.本項除門診透析服務點數維持以醫院及西醫基層門診

透析合併獨立預算之前一季點值支付外，餘醫療服務項目(含承作獎勵金、門診診察費加成、門診藥事服務費加成及論次費用)，以每點 1 元支付。經費如有不足，由「支應狂犬病患者治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」支應。

- 4.請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用成長及費用合理性，優化醫療照護方式與管理，提升健康改善成效。

(八)腎臟病照護及病人衛教計畫：

- 1.全年經費 606.8 百萬元。
- 2.本項經費用於初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質保證保留款實施方案。
- 3.執行目標(暫列)：提升初期慢性腎臟病照護率。
預期效益之評估指標(暫列)：醫院部門初期慢性腎臟病照護率較前一年度成長。

- 4.請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並辦理下列事項：
 - (1)持續強化整合腎臟病前期之相關疾病照護計畫(如逐步整合至大家醫計畫)，並朝向以人為中心之整合服務，以延緩病人進入透析之照護。
 - (2)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。
 - (3)檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

(九)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強推動計畫，持續檢討支付標準與執行模式，提升醫療院所及藥局參與意願，並監測計畫之醫療利用及執行成效。

(十)促進醫療服務診療項目支付衡平：

- 1.全年經費 5,515.4 百萬元。
- 2.本項經費用於通盤研議、修訂醫療服務支付標準，優先用於以醫事人力為主、人力流失科別及整體住院之支付標準調整，以合理反映醫事人力投入，並得支應醫院及西醫基層總額同項專款不足之經費。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入所屬部門總額一般服務費用結算。
 - (2)於 116 年 7 月前提出專案報告，以評估預算投入效益，內容如下：
 - ①盤點近年醫院及西醫基層總額支付標準調整情形，包含預算科目、調整項目與內容、實際支用情形。
 - ②提出近年護理相關支付標準調整後，對提升護理量能之成效，包含醫院之護理人力及護理照護品質相關之指標監測結果，及西醫基層診所整體護理薪資變化及改善情形等。
 - ③週日及國定假日輕急症中心(UCC)執行情形與紓緩急診壅塞之成效檢討。
 - ④併同醫院及西醫基層總額同項專款，提出未來具體實施規劃(包含支付標準調整之整體經費需求、分年目標、執行方法與期程)。

附表 116 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，應於116年度總額公告後1個月內提出具體實施方案，並依行政程序辦理後續相關事宜，副知全民健康保險會。 2.請於116年7月前提報執行情形，延續性項目應包含前1年成效評估檢討報告；實施成效納入117年度總額協商考量。
1.基層總額轉診型態調整費用	600.0	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)全面檢討鼓勵分級醫療策略及支付誘因之有效性，研析下轉率待提升原因，強化引導院所適當轉診機制，並研提具體改善措施，以提升分級醫療推動成效。 (2)檢視分級醫療成效評估指標，持續監測病人流向(包含基層就醫占率與醫療費用變化情形)，評估分級醫療之執行效益。 (3)併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，於116年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
2.山地離島地區醫療給付效益提升計畫	2,095.3	400.1	1.執行目標(暫列)：強化山地離島地區醫療照護服務，提升民眾健康。 <u>預期效益之評估指標(暫列)：</u> <u>(1)山地離島地區醫療給付效益提升計畫民眾滿意度維持95%以上。</u> <u>(2)山地離島地區每十萬人口可避免住院數(慢性指標)較前一年下降。</u> 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續檢討山地離島地區民眾之醫療利用情形及照護品質，增列成果面之監

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			測指標，以具體評估健康改善成效。 (2)加強推動「偏鄉地區全人整合照護執行方案」，精進執行面及成果面之監測指標，檢視當地民眾加入方案後，各項指標之改善幅度及持續改善趨勢，以評估方案執行成效，並於116年6月前提出專案報告。
3.居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務	10,176.5	300.5	1.本項醫療點數以每點1元支付，經費如有不足，由「支應狂犬病患者治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續精進居家醫療照護模式，強化支付及獎勵機制，提升服務量能，並研訂結果面之成效指標(如病人健康結果、非計畫性住院率、急診就醫率等成果指標)。 (2)「在宅急症照護試辦計畫」： ①加強計畫推動，持續強化病人安全、治療品質及成效監測，並評估與住院之醫療利用及品質差異，於116年7月前提出專案報告。 ②本計畫以4年(113~116年)為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第4年(116年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
4.支應狂犬病患者治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費	500.0	200.0	1.本項用於狂犬病患者治療藥費，及支應醫院、西醫基層總額及其他預算下列專款項目不足之經費，包括： (1)C型肝炎藥費 (2)罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 (3)後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費 (4)器官移植 (5)精神科長效針劑藥費 (6)矯正機關服務 (7)居家醫療(含居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			社區復健及轉銜長照之服務) (8)促進醫療服務診療項目支付衡平(新增) 2.請中央健康保險署建立各專款項目預算執行預警及監測機制，以提升財務透明度。
5.推動促進醫療體系整合計畫	820.0	200.0	1.持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」、「遠距醫療給付計畫」、「急性後期整合照護計畫」及新增「復健病房試辦計畫」。 2.復健病房試辦計畫： (1)主要用於支應評估費、獎勵費等用途。 <u>(2)執行目標(暫列)：使計畫結案個案得以順利返家，衰弱高齡者自立生活，年輕中風者回歸職場。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列)：返家率>85%。</u> 3.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續檢討各項計畫執行情形及照護成效，並建立以病人健康結果為導向之支付機制，提升醫療服務品質及資源運用效益。 (2)「復健病房試辦計畫」以2年(116~117年)為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第2年(117年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
6.調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	300.0	-700.0	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。
7.提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	2,600.0	500.0	1.執行目標(暫列)：持續提供收容人醫療服務，提升醫療服務之可近性。 <u>預期效益之評估指標(暫列)：</u> <u>(1)監內門診診次較前一年度增加。</u> <u>(2)門診疥瘡投藥率較前一年度增加。</u> 2.本項除門診透析服務點數維持以醫院及西醫基層門診透析合併獨立預算之前一季點值支付外，餘醫療服務項目(含承作

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			獎勵金、門診診察費加成、門診藥事服務費加成及論次費用)，以每點1元支付。經費如有不足，由「支應狂犬病患者治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」支應。 3.請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用成長及費用合理性，優化醫療照護方式與管理，提升健康改善成效。
8.腎臟病照護及病人衛教計畫	606.8	106.8	1.本項經費用於初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質保證保留款實施方案。 2.執行目標(暫列)：提升初期慢性腎臟病照護率。 <u>預期效益之評估指標(暫列)：醫院部門初期慢性腎臟病照護率較前一年度成長。</u> 3.請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並辦理下列事項： (1)持續強化整合腎臟病前期之相關疾病照護計畫(如逐步整合至大家醫計畫)，並朝向以人為中心之整合服務，以延緩病人進入透析之照護。 (2)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。 (3)檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
9.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強推動計畫，持續檢討支付標準與執行模式，提升醫療院所及藥局參與意願，並監測計畫之醫療利用及執行成效。
10.促進醫療服務診療項目支付衡平	5,515.4	204.4	1.本項經費用於通盤研議、修訂醫療服務支付標準，優先用於以醫事人力為主、人力流失科別及整體住院之支付標準調

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			整，以合理反映醫事人力投入，並得支應醫院及西醫基層總額同項專款不足之經費。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入所屬部門總額一般服務費用結算。 (2)於116年7月前提出專案報告，以評估預算投入效益，內容如下： ①盤點近年醫院及西醫基層總額支付標準調整情形，包含預算科目、調整項目與內容、實際支用情形。 ②提出近年護理相關支付標準調整後，對提升護理量能之成效，包含醫院之護理人力及護理照護品質相關之指標監測結果，及西醫基層診所整體護理薪資變化及改善情形等。 ③週日及國定假日輕急症中心(UCC)執行情形與紓緩急診壅塞之成效檢討。 ④併同醫院及西醫基層總額同項專款，提出未來具體實施規劃(包含支付標準調整之整體經費需求、分年目標、執行方法與期程)。
總 計	23,244.0	1,211.8	