

衛生福利部全民健康保險會
第5屆 110 年第 5 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 110 年 9 月 24 日

衛生福利部全民健康保險會第5屆110年第5次委員會議議程

一、主席致詞	
二、議程確認	
三、確認上次(第4次)委員會議紀錄	1
四、本會重要業務報告	7
五、討論事項	
111 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	41
六、報告事項	
(一)中央健康保險署「110 年 8 月份全民健康保險業務執行報告」	49
(二)醫院總額部門 110 年第 3 季比照第 2 季之結算方式案	50
七、臨時動議	

三、確認上次(第 4 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(110)年 8 月 27 日衛部健字第 1103360118 號函送委員在案，並於本年 8 月 27 日併同會議資料上網公開。

決定：

衛生福利部全民健康保險會第 5 屆 110 年第 4 次委員會議紀錄
(含附錄—與會人員發言實錄)

時間：中華民國 110 年 8 月 20 日上午 9 時 30 分

方式及地點：實體會議(本部 209 會議室)、視訊會議(使用 Webex 線上會議系統)

主席：周主任委員麗芳

紀錄：范裕春、李德馥

出席委員：(依姓名筆劃排序，*為參與視訊會議)

于委員文男、朱委員益宏、何委員語、吳委員鴻來、吳委員鏘亮*、李委員永振、李委員麗珍、卓委員俊雄*、林委員恩豪*、林委員敏華*、侯委員俊良*、柯委員富揚、胡委員峰賓*、翁委員文能、翁委員燕雪*、馬委員海霞、商委員東福、張委員文龍*、張委員澤芸*、許委員駢洪*、陳委員石池*、陳委員有慶*、陳委員秀熙、陳委員建志、黃委員金舜*、黃委員振國、楊委員芸蘋、趙委員曉芳*、劉委員守仁*、劉委員國隆*、劉委員淑瓊*、滕委員西華*、鄭委員素華*、盧委員瑞芬、賴委員博司*、謝委員佳宜*、顏委員鴻順(中華民國醫師公會全國聯合會黃常務理事啟嘉 13：23 以後代理)、台灣總工會張秘書長鈺民*(代理)

列席人員：

本部社會保險司：盧副司長胤雯

中央健康保險署：李署長伯璋、蔡副署長淑鈴、張組長禹斌、戴組長雪詠

本會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、洪組長慧茹、陳組長燕鈴

壹、主席致詞(介紹新委員)：略。(詳附錄第 6~8 頁)

貳、議程確認：(詳附錄第 8 頁)

決定：確認。

參、確認上次(第 3 次)委員會議紀錄：(詳附錄第 8 頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第 9~15 頁)

決定：

一、上次(第 3 次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情

形：

(一)擬解除追蹤事項，共 1 項：同意依擬議，解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤事項，共 3 項：同意依擬議，繼續追蹤。

二、111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議安排如下：

(一)確認「111 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。

(二)為利協商銜接順利，請同仁通知各總額部門協商代表依議程時段提早到場準備協商，另因應 COVID-19 疫情，協商場地受人數限制，需予精簡，請與會人員屆時務必依本會安排之會議室分配及規劃容額派員出席。

三、本(110)年 8~10 月本會除例行委員會議及總額協商會議外，尚有以下兩項重要會議，敬請委員預留時間與會：

(一)8 月 31 日(星期二)上午 9 時 30 分召開「111 年度總額協商之保險付費者代表、專家學者與公正人士及政府機關代表委員座談會」。

(二)10 月 15 日(星期五)上午 9 時 30 分召開「全民健康保險 111 年度保險費率審議前意見諮詢會議」。

四、餘洽悉。

伍、優先報告事項：(詳附錄第 16~54 頁)

第一案

案由：衛生福利部交議 111 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案。

報告單位：

(一)衛福部社會保險司：說明行政院核定之 111 年度總額範圍及協商政策方向。

(二)本會：確認 111 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診總額之醫療服務成本及人口因素成長率。

決定：

一、確認 111 年度各部門總額「醫療服務成本及人口因素成長率」如下表，將作為各部門總額協商之依據。

總額 部門別	醫療服務 成本指數 改變率(A)	人口結構 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	-0.258%	2.042%	0.136%	1.922%
西醫基層	-0.218%	1.257%		1.176%
牙醫門診	-0.175%	0.309%		0.270%
中醫門診	0.192%	0.756%		1.085%
整體	-0.228%	1.746%		1.656%

二、請各總額部門及中央健康保險署遵循衛生福利部交付之 111 年度總額協商政策方向，及參考本會委員所提意見，於本年 9 月 2 日前研提「111 年度總額協商因素項目及計畫(草案)」之最終版本。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：「110 年第 2 季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)，送請中央健康保險署回復說明。

陸、討論事項：(詳附錄第 55~66 頁)

提案人：何委員語、李委員永振、張委員文龍、劉委員守仁、賴委員博司、許委員駢洪、干委員文男、陳委員有慶、楊委員芸蘋、林委員恩豪、馬委員海霞、鄭委員素華、李委員麗珍

代表類別：保險付費者代表

案由：為使本會審議健保費率更具彈性、切合實際情勢，建

請依據健保法第 78 條規定，以維持 1~3 個月安全準備法定條文規定，做為健保費率審議依據，提請討論。

決議：本會審議健保費率依全民健康保險法第 78 條^註規定辦理。

(註：全民健康保險法第 78 條 本保險安全準備總額，以相當於最近精算一個月至三個月之保險給付支出為原則。)

柒、報告事項：(詳附錄第 67~75 頁)

報告單位：本會第三組

案由：各總額部門 109 年度執行成果之評核結果，請鑒察。

決定：

一、依評核結果，確認 111 年度各部門總額「品質保證保留款」專款之獎勵額度如下：

總額部門別	醫 院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
獎勵成長率	0.2%(優)	0.1%(良)	0.2%(優)	0.1%(良)
111 年品保款額度 ^註 (億元)	9.298	1.203	0.912	0.265

註：計算方式：以各總額部門評核年度(109 年)一般服務預算*評核等級獎勵成長率(「良」級 0.1%、「優」級 0.2%、「特優」級 0.3%)。

二、評核委員所提各項建議，送請中央健康保險署及各總額部門參考。至於專款項目續辦與否及經費增減之建議，作為本會協商 111 年度總額參據。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：下午 13 時 55 分。

附錄：與會人員發言實錄

111 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	與會人員
110 年 9 月 23 日(四)		
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)	
09:30~11:30	1-1. 醫院總額協商(120 分鐘)	本會委員、醫院部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁
11:30~12:30	午餐	
12:30~13:20	1-2. 醫院與西醫基層總額之門診透析服務協商(50 分鐘)	本會委員、醫院與西醫基層協商代表，及社保司、健保署與本會同仁 (本節之協商，邀請腎臟醫學會列席)
13:20~13:30	中場休息	
13:30~15:10	2. 西醫基層總額協商(100 分鐘)	本會委員、西醫基層部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁
15:10~15:20	中場休息	
15:20~16:40	3. 中醫門診總額協商(80 分鐘)	本會委員、中醫部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁
16:40~16:50	中場休息	
16:50~18:10	4. 牙醫門診總額協商(80 分鐘)	本會委員、牙醫部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁
18:10~19:10	晚餐	
19:10~20:23	5. 其他預算協商(73 分鐘)	本會委員、健保署，及社保司與本會同仁
20:23~22:23	付費者、醫界委員視需要自行召開會議之彈性運用時間 (120 分鐘)	
110 年 9 月 24 日(五)		
11:00~14:00	視需要處理協商未盡事宜	本會委員、相關部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁

註：時間以醫院協商時間 170 分鐘(含門診透析 50 分鐘)、西醫基層 100 分鐘、牙醫與中醫各為 80 分鐘、其他預算 73 分鐘計算，已計列各部門得延長之時間。

四、本會重要業務報告

- 一、上次(第4次)及歷次決議(定)列管追蹤事項及其辦理情形：上次委員會議(110.8.20)決議(定)列管追蹤事項共計2項，依辦理情形建議解除追蹤2項；歷次委員會議決議(定)事項與總額協商相關事項，依辦理情形建議解除追蹤計3項，辦理情形如附表(第9~12頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理。
- 二、衛生福利部(下稱衛福部)及中央健康保險署(下稱健保署)於本(110)年8月至9月份發布及副知本會之相關資訊如下：[內容已置於該署全球資訊網，詳細內容及相關附件業於本年9月14日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

本年8月13日修正發布「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第4條，如附錄一(第59頁)，本次修正重點：配合前述支付標準第11條第1項第3款第2目規定，已修訂中藥品項無須列屬臨床常用中藥方劑基準方，即可建議收載，爰修正中藥品項之收載及異動建議單位，由中藥相關藥業公會異動為藥品許可證持有之廠商或保險醫事服務機構，並刪除原每半年1次之作業時點(原為每年4月15日及10月15日前向保險人提出建議)，以加速中藥之收載，提升醫師處方選擇性及民眾用藥之可近性。

(二)健保署

1.藥物給付項目及支付標準公告

本年6至9月份公告暫予支付及修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分項目，藥品計6件、特材計8件，彙整如附錄二(第60~61頁)。

2.總額相關公告

(1)本年8月6日公告新增「110年度全民健康保險牙醫門診總額0歲至6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」，自8月1日起生效，如附錄三(第62頁)，重點摘要如下：

①收案條件：限未滿6歲兒童者申報，並依年齡層(2歲

以下、2~4 歲及 4~6 歲)之齲齒嚴重度訂定收案標準。

②給付項目及支付標準：嚴重齲齒兒童口腔健康照護之「初診診察費(635 點)」、「初診治療(1,000 點)」及「複診治療第 1~3 次(700 點及 1,000 點)」。

③品質獎勵費用：本項按季結算。以接受完整計畫期間(複診治療次數達 3 次者)，再發生齲齒填補顆數小於 1 顆(含)以下(自家+他家)，每一個案獎勵費用 1,500 點。

④自評指標：除訂定 1 項評估指標(同品質獎勵)外，另訂 4 項自評指標(申報案件數、點數、就醫人數及完成率)。

(2)本年 8 月 31 日公告修訂「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」，自 10 月 1 日起生效，如附錄四(第 63 頁)，重點摘要如下：

①增訂收案程序規範：符合收案條件者，「收案後二週內(如遇例假日得順延之)」，由健保資訊網服務系統(VPN)送保險人備查。

②修訂申報緊急訪視規範：原為「非申報緊急訪視時，支付成數請勿填報」，修訂為「如該次訪視為緊急訪視，應於自費特材群組序號填入 ECE」。

決定：

附表

上次(第4次)及歷次委員會議繼續列管追蹤事項

一、擬解除追蹤(共5項)

(一)上次委員會議(2項)

項次	案由	決議(定)事項	本會辦理情形	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	優先報告事項 第1案： 衛生福利部交 議111年度全 民健康保險醫 療給付費用總 額範圍案。	請各總額部門 及中央健康保 險署遵循衛生 福利部交付之 111年度總額協 商政策方向，及 參考本會委員 所提意見，於本 年9月2日前研 提「111年度總 額協商因素項 目及計畫(草 案)」之最終版 本。	於110年8 月26日請 辦健保署。	健保署回復： 本署配合貴會辦理。	解除追蹤	—
2	優先報告事項 第2案： 中央健康保險 署「110年第2 季全民健康保 險業務執行季 報告」。	本案洽悉。委員 所提意見(含書 面意見)，送請 中央健康保險 署回復說明。	於110年8 月26日請 辦健保署。	健保署回復： 委員所提意見，說明 如附件(第13~20頁)。	解除追蹤	—

(二)歷次委員會議(3項)

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	健保署辦理情形	追蹤建議
1	請中央健康保險署衡平檢視健保節流措施之效益與醫療給付費用總額不足之情形，提供量化資料供111 年度總額協商參考。/[俟健保署提供量化資料供 111 年度總額協商參考後解除追蹤] (110.7、110.8 決定)	<p>一、有關分級醫療部分：</p> <p>(一)推動分級醫療之目的，主要在提升醫療效率，藉由大、小醫療院所分工合作、各司其職，以民眾為中心，評估其照護需求，提供連續性之醫療服務。</p> <p>(二)分級醫療成效部分反映在就醫挪移，基層門診平均費用較醫院低，門診人次轉移對整體總額已有節省費用之效果，連帶減少病人看病的社會成本，如：就醫可近性增加、候診及交通時間等。</p> <p>(三)惟 109 年~110 年受疫情影響，導致基層就醫件數大幅下降，難以評估分級醫療策略執行成效，建議俟疫情結束後再行評估。</p> <p>二、本署配合貴會按季提供全民健康保險業務執行季報告，均定期提報分級醫療辦理情形。</p> <p>三、另為積極採取各項開源節流，減少健保醫療浪費與弊端，本署持續加強對違規院所之查核，109 年計訪查特約醫事服務機構</p>	解除追蹤

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	健保署辦理情形	追蹤建議
		470 家次、處分 207 家次、函送 69 家次，其中追回之查處追扣金額回歸總額，以提升總額點值，保障多數合法院所權益，防杜少數蓄意違規院所侵蝕健保財務。	
2	<p>家庭醫師整合性照護計畫執行情形與成效檢討(含強化執行面監督與退場機制及納入更多結果面成效指標)。請中央健康保險署持續精進計畫內容、指標設定及評估執行效益，並於 111 年度總額協商前提出量化之執行成果，供協商參考。</p> <p>/[俟健保署提供量化資料供 111 年度總額協商參考後解除追蹤] (110.7、110.8 決定)</p>	<p>一、有關家庭醫師整合性照護計畫 110 年共 623 個社區醫療群 5,587 家診所及 7,637 名醫師參與計畫收案約 600.8 百萬人。</p> <p>二、另該計畫 105 年-109 年各項量化指標執行情形，包含：電子轉診率、雙向轉診率、固定就診率、可避免急診率、急診率、可避免住院率、預防保健檢查率、子宮頸抹片檢查率、老人流感注射率、糞便潛血檢查率等，為利貴會總額協商，前述資料本署已於貴會 110 年 8 月 31 日召開「111 年度全民健保醫療給付費用總額協商之保險付費者代表、專家學者與公正人士及政府機關代表委員座談會」提供在案。</p>	解除追蹤
3	牙醫門診總額協定事項「牙周病統合治療方案」、「全面提升感染管制品質」(含申報情形及查核結果)之執行結果。	本案業已列入 111 年度總額協商之減列金額。	解除追蹤

項 次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	健保署辦理情形	追蹤建議
	<p>二、全面提升感染管制品質：</p> <p>(一)未達協定之執行目標，依協定內容應按比例扣款，並於 111 年度總額協商列為減列金額。</p> <p>(二)請中央健康保險署會同中華民國牙醫師公會全國聯合會辦理下列事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.針對扣款事宜進行討論，將結果併協商草案提送本會，作為協商依據。 2.請加強牙醫院所感染管制品質之查核與輔導，早日達成 100% 進階感染管制之目標。 <p>/[俟健保署將扣款結果併協商草案提送本會後解除追蹤]</p> <p>(110.7、110.8 決定)</p>		

健保會第5屆110年第4次委員會議之健保署答覆

委員意見	健保署說明
<p>擬解除追蹤項次 2</p> <p>案由：中央健康保險署「110 年第 2 季全民健康保險業務執行季報告」。</p> <p>何委員語(議事錄 p.13)</p> <p>二、全民健康保險法(下稱健保法)總則第 1 條規定，為增進全體國民健康，辦理全民健康保險，以下稱本保險，以提供醫療服務，特制定本法。本保險為強制性之社會保險，於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，只有這 3 項，依本法規定給予保險給付。如果去年和今年的上半年，醫療機構實際的服務件數、服務量沒有達到 9 成，卻給付醫療機構 9 成的費用，有沒有違反健保法第 1 條的規定？如果有違反，就是在非疾病、傷害、生育事故時給予給付，且若服務件數和服務量只達 60%，卻給付 90% 的費用，有沒有犯法？如果有人檢舉提出行政訴訟、司法訴訟，負責的官員都要被這 1 條條文判刑，這要很小心。</p> <p>三、上次開會我也提出，應該給的要給，如果不該給的給了，是犯法行為，尤其希望付費者委員也瞭解健保法第 1 條的條文精神和立法意旨，這很重要。我要提醒，當三年官二年滿，就回去當老百姓。</p>	<p>對健保會委員關心健保署依 108 年同期 9 成款項支付醫療院所適法性之說明：</p> <p>一、依據健保法第 61 條第 1 項之規定，健保會對於各年度及各層級之健保總額預算分配及規劃，會進行相關協議，而對於細部分配之落實，則於同條第 4 項規定由保險人遴聘付費者代表、醫界代表及專家學者，研商及推動總額支付制度。本署定期邀集相關付費者代表、醫界代表等利害關係人召開總額共擬會議、研商會議及分區共管會議，共同就年度總額預算之執行事項進行討論與執行方式，即係依前述母法授權之管理精神下運行。</p> <p>二、上開會議中，保險人與醫界代表身為健保醫療服務特約之締約雙方，就醫療費用總額共同商定支付方式，既建立在共識基礎上，且又是在疫情期间，保險人與醫界均承擔疫情造成之風險，為確保醫院維持足夠疫情治療量能之重要公益目的，並合理分散風險下，而為與承平時期不同之分配，尚與健保法立法目的相符。</p> <p>三、再者，健保法第 42 條亦規定，醫療</p>

委員意見	健保署說明
<p>姓，不要之後被判刑，賺沒多少薪水，就找這個麻煩，這是很冤枉的事情，這個很重要。我只是希望必須紓困的醫療機構，應該由國家的紓困金 2,400 億元 ~6,000 億元去支應，也希望健保署很慎重，不要將健保費用於疾病、傷害、生育事故這 3 項給付費用範圍以外之處，提醒所有的官員要特別注意。</p>	<p>服務給付項目及支付，併存有論量、論病例、論品質、論人或論日等彈性多元方式，尚非僅有論量計酬之單一支付模式。在特殊疫情考量下，總額支付制度予以一定程度之彈性調整，容有必要，亦為法所容許。</p> <p>四、茲因配合防堵新冠肺炎擴散，依嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心(下稱疫情指揮中心)指示，保險醫事服務機構進行醫療營運降載，申報量大幅減低，如依現行支付方式，將使保險醫事服務機構因配合營運降載，產生更大損失。為確保醫院穩定營運，現行支付方式有必要配合調整，依前開健保法相關規定，仍須經總額研商議事會議討論取得共識，並陳報衛生福利部核定後辦理。</p> <p>五、惟部分成長型醫院，若因此做得多卻領得不足，且其不足有顯著不公平者，則可於該季分配時，於分區共管會議上為適度之調整。</p> <p>六、受疫情影響，部分醫院尤其是承接 COVID 病人之重度及中重度急救責任醫院，其營運受嚴重影響，如不給予適當保障，將造成該等醫院營運困難而不利疫情控制，本次醫院各層級本於互助合作立場，凝聚內部共識提出總額一般服務分配方式，衛生福利部亦已於 7 月 19 日予以核定，爰再次說明如上。</p>

委員意見	健保署說明
<p>李委員永振(議事錄 p.42)</p> <p>二、今年總額協商之前，希望健保署把C肝新藥的成效列出反映到總額減項中。記得在開辦C肝新藥時有評估，相較於傳統干擾素併發症醫療費用，預估從2017年到2025年，大概要投入268.2億元，但可以節省醫療費用274.3億元，省下6.1億元，目前總額協商只看到丟錢進去，到底產生的效益在哪裡？是還沒有，或是到後面才出現還是怎樣，是不是可以整理一下，讓委員瞭解，謝謝。</p>	<p>一、有關C肝病人治癒後所節省相關併發症衍生之醫療費用預估，衛生福利部C肝辦公室已協助評估結果(如附件1，第21~34頁，提供委員參考)。</p> <p>二、針對僅給付傳統干擾素療法情境及給付C肝新藥情境之效益簡要說明如下：</p> <p>(一)投入藥費比較(至2025年)：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.僅給付傳統干擾素療法情境：治療人數依據過去給付經驗假設每年約8,000人，累積藥費95億元。 2.給付C肝新藥情境：2017年至2020年實際結算藥費166億元，2021年至2025年預估藥費196億元，合計362億元。 3.綜上，給付C肝新藥需額外投入267(362-95)億元。 <p>(二)產生之效益：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.C肝新藥投入後產生之效益已逐年呈現在C肝相關併發症衍生之醫療費用節省，C肝新藥情境相較於傳統干擾素情境，在2025年時可多節省38.4億元，此效益隨追蹤時間延長而持續增加，至2050年時預估可節省約276.8億元C肝相關併發症醫療費用。 2.C肝病人治療後，也可減少C型肝炎併發之其他肝臟相關疾病衍生的生命年損失與健康生活品質損

委員意見	健保署說明
	<p>失，延長生命年也間接地減少生產力的損失，或減少因C肝病人就醫，家人照顧病人造成的生產力損失。與干擾素治療相比，C肝新藥情境追蹤至 2030 年時預估可增加約 54,076 人年、61,001 QALYs，至 2050 年時預估可增加約 332,827 人年、348,470 QALYs。</p>
<p>劉委員淑瓊(議事錄 p.45)</p> <p>五、最後 1 個請問是業務執行季報告第 41 頁，全民健保醫院總額醫療品質指標中有 1 項，「每張處方箋開藥品項數大於 10 項的案件比率」，我們從研究裡面知道長者使用 8 項以上的藥物，他們的不良反應機率是 100%，台灣每 1 個病患每 1 張處方箋用藥品項是 OECD (Organization for Economic Cooperation and Development，經濟合作暨發展組織)國家的 2.2 倍，用藥量是 6 倍。該指標有其意義，然而在實務上，我們知道有些醫師為了規避這項指標，會要求民眾自費，或是把急性跟慢性開成兩個處方箋。此外，前述開藥品項數的指標，會不會跟我們另外在推行的整合性照護計畫強碰，就有在宅醫療的醫師跟我們反映，他已經努力去做整合，把 20 幾個品項降到 12 個品項，結果還是被健保署行文警示，這</p>	<p>有關委員所詢醫院總額醫療品質指標「每張處方箋開藥品項數大於 10 項的案件比率」，衛生福利部業已於 109 年 6 月 16 日以衛部保字第 1090121116 號公告修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」該項指標之操作型定義，亦即分母給藥案件之計算排除重大傷病、居家醫療照護整合計畫、醫院以病人為中心門診整合照護計畫、急診、門診手術等案件及立刻使用及需要時使用之藥品等，以符合現況，達全方位的整合照護。</p>

委員意見	健保署說明
<p>就是我們的指標政策與實務執行存有衝突。我相信健保署很清楚這個問題，希望健保署能夠提出對策，以解決目前這些亂象與矛盾的地方。</p>	
<p>滕委員西華(議事錄 p.48)</p> <p>四、醫學中心病床數這個指標，健保會已經監測多年。今年5月，衛福部也下了命令說，醫學中心如果不將原本病房的1/10開設為COVID-19專責病房，就取消醫學中心資格，我想知道這措施是不是也是到中央疫情指揮中心解散為止？因為其實很多醫學中心的醫師、病人，在疫情期間的診治與病情都受到一定程度影響，COVID-19專責病房開設的百分比，衛福部也沒有說明是要開自費、健保或差額病房，能否請健保署在下次委員會議的時候，也說明醫學中心開設的專責病房中，到底健保完全給付、差額、或自費病床的分配比例、及開設專責病房對一般病人住院診療有沒有影響、這些影響我們如何因應，以上謝謝。</p>	<p>一、有關疫情指揮中心對於醫院設置專責病房之規定：</p> <p>(一)依疫情指揮中心110年5月22日肺中指字第1103800212號函，鑑於COVID-19疫情警戒等級已達第三級，為保全國內醫療應變量能，疫情指揮中心請總床數500床以上之醫院擴大開設專責病房，開設床數至少達其急性一般病床之十分之一。</p> <p>(二)經檢視110年6月1日衛生福利部醫療管理系統之專責病床名單，醫學中心計有3,693床，約7成原屬保險病床，約3成原屬差額病床。</p> <p>(三)另查110年5月底，醫學中心保險病床數計24,013床，差額病床數計8,156床，爰移作專責病床使用之保險病床占總保險病床數11%。</p> <p>(四)為因應疫情警戒三級期間，疫情指揮中心及衛生福利部適時調整各醫院收治COVID-19病人之專責病房之管制措施。依110年7月23日及8月16日衛生福利部函，醫學中心保留之專責病房及專責加護病房可視需要恢復原病床類別</p>

委員意見	健保署說明
	<p>使用，惟如因疫情需要，各醫院仍應依指揮中心或地方衛生局要求，於 1 週內恢復完成開設。</p> <p>二、有關疫情指揮中心對於專責病房收治病人之規定：</p> <p>(一)依疫情指揮中心 110 年 5 月 23 日「嚴重傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心重症病患收治調度會議」決議，本署配合修正醫療費用申報相關系統，自 110 年 6 月(費用年月)起，特約醫院申報專責病房僅限確診或疑似 COVID-19 病人(含疑似個案收治天數)。</p> <p>(二)又依疫情指揮中心 110 年 7 月 21 日肺中指字第 1103800413 號函，因應全國疫情趨緩，放寬專責病房可收治肺炎、確診或疑似 COVID-19 病人及需隔離治療之其他病人等。</p> <p>三、因應醫院設置專責病房，疫情指揮中心亦同步宣佈醫療療降載措施如下，以減輕對一般病患醫療之影響：</p> <p>(一)依病人治療之急迫性需求等，評估病人且綜合考量延遲提供病人診療的風險及疾病傳播的風險後，決定提供或延遲診療。</p> <p>(二)可延遲診療之醫療暫緩(如：健檢、美容、預定手術或檢查、物理及職能復健等)。</p>
李委員永振(議事錄 p.53)	<p>一、觀察新冠防疫之後，醫病發展出良性新常態，醫療資源使用情形</p> <p>一、110 年 5 月因疫情轉趨嚴峻，疫情指揮中心因應國內疫情進入社區流行</p>

委員意見	健保署說明
<p>明顯下降，應具體下修總額推估基礎。有關總體的醫療使用情形，請參閱本次健保業務執行報告第 50 頁，表 16 全民健康保險_總額部門別醫療點數統計_總表，呈現最新數據，110 年第 2 季門診件數呈現負成長是-8.79%，住診是-7.31%。</p> <p>二、我們長期統計有關總體醫療的實際使用情形，相關數據已經支持及呼應我們付費者代表在 109 年 8 月份的提案「考量防疫期間門診及住診件數下降，請健保署持續落實年度預算檢討」，亦顯示民眾逐漸回歸自主健康管理！</p> <p>三、因此，新冠防疫之後，民眾自主健康管理的意識提昇，民眾就醫就診情形下降(負成長)，醫病供給需求已呈現新常態，建請健保署重新通盤檢討醫病供給需求的新常態，並檢視健保各項支出面改革措施之成效及節流效果，具體量化至總額預算的調控，並務實下修基期之合理性，有效強化健保預算管理。</p> <p>(下列三項意見曾於 110 年第 3 次委員會議提出，此為第二次提出)</p> <p>一、政府為因應 COVID-19 疫情，編列「中央政府嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別預算」，用於相關防疫處置、紓困及振興</p>	<p>階段，為保全醫療量能，相關醫療機構需進行醫療營運降載如下：</p> <p>(一)依病人治療之急迫性需求等，評估病人且綜合考量延遲提供病人診療的風險及疾病傳播的風險後，決定提供或延遲診療。</p> <p>(二)可延遲診療之醫療暫緩(如：健檢、美容、預定手術或檢查、物理及職能復健等)。</p> <p>二、另考量病人就醫自由，非急迫需求之病患可能自行延後就醫，但疫情趨緩時，也可能回復原先就醫需求，惟疫情趨勢難以預測亦非醫療常態，109 年及 110 年本署仍依據貴會協定與公告執行總額相關事項。</p> <p>三、有關本署相關節流措施推動成效，本署援例配合貴會於總額協商前提供，作為總額協商之參考。</p> <p>四、另有關 110 年第 3 次委員會所提意見，本署於該次會議第 37 頁已酌予說明，摘述如下：</p> <p>(一)有關貴委員關切「中央政府嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別預算」對於 COVID-19 預算數及執行數，係由衛生福利部定期於該部網站上公開揭露並更新，包含民眾、醫療機構人員、醫療醫事機構、住宿式機構、社會福利事業、照顧服務單位，其中醫療機構人員、醫療醫事機構預算及執行數(附件 2，第 35~36 頁)，前述事項係由衛生</p>

委員意見	健保署說明
<p>產業。據報載行政院於本年 6 月 3 日通過追加預算，首波紓困 4.0 預算總規模為 2,600 億元，其中預算規模最高的部會為衛生福利部。醫療院所肩負防疫及救治責任，受到疫情衝擊最大，請健保署協助去瞭解 109、110 年迄今，特別預算用於醫療機構及醫療機構人員的獎勵、補助、津貼等用途，分別編列多少預算？實際執行情形如何？請提供資料讓委員瞭解。</p> <p>二、另依傳染病防治法，治療 COVID-19 病人的醫療費用應由特別預算支付，不會由健保總額支應。請健保署提供 109、110 年迄今，健保代辦業務中，代疾管署墊付 COVID-19 病人醫療費用之項目及金額，讓委員瞭解。</p> <p>三、依健保署的業務執行報告，因為 110 年 COVID-19 疫情轉趨嚴峻，全國醫療機構實施「醫療營運降載」，導致醫院服務量下降，所以研擬調整醫院總額 110 年第 2 季結算方式，所有醫院一般服務保障至 108 年同期之 9 成收入。為瞭解醫院實際受疫情影響程度，請健保署提供醫院總額各層級醫院 108 年至 110 年第 2 季之各季各層級醫院實際服務量(包括：就醫人數、件數、點數)，以利委員瞭解其變化情形。</p>	<p>福利部辦理，非屬本署業管範圍。路徑為衛生福利部首頁>紓困4.0>醫療醫事機構>預算及執行成效，網址為 https://covid19.mohw.gov.tw/ch/lp-5190-205.html。</p> <p>(二)另就醫療服務利用部分，本署配合貴會按月/按季提供全民健康保險業務執行報告，其中 108 年至 110 年第 2 季醫院各各層級各季申報件數、點數，可參考 110 年 7 月份全民健康保險業務執行季報告第 61-63 頁。</p> <p>(三)檢附 110 年第 2 季醫院營運狀況供委員參考(附件 3，第 37~38 頁)，前述資料本署前於貴會 110 年 8 月 20 日第 4 次委員會議之健保署業務執行報告口頭報告重點摘要第 8 頁提供。</p>

C 肝全口服新藥治療效益分析

民國 110 (2021) 年 5 月 10 日

慢性 C 肝病人經由治療成功清除 C 肝病毒後，將可大幅延緩疾病進展的速度，減少 C 型肝炎併發症的發生，包括失代償性肝硬化、肝癌、肝病相關死亡等。依據臺灣過去研究指出[1]，尚未發展為肝硬化的慢性 C 肝病人成功清除 C 肝病毒後，未來發展為肝癌的風險較病毒未清除的病人下降 63% (95% 信賴區間為 57%-78%)，而若治療前已發展為肝硬化的慢性 C 肝病人，在成功清除 C 肝病毒後，未來發展為肝癌的風險降低幅度較小，降為 46% (95% 信賴區間為 8%-69%)，顯示愈早治療所得到的臨床療效愈大。治療慢性 C 肝病人的預期效益除了可減少包括失代償性肝硬化、肝癌、肝病相關死亡等 C 型肝炎併發症的發生及其衍生的生命年與健康生活品質損失外，還可減少 C 型肝炎併發症衍生之如治療失代償性肝硬化、肝癌及進行肝移植等的醫療費用，此外，還可降低將 C 肝病毒傳播給他人的機會，而降低感染 C 型肝炎的發生率及後續急性肝炎衍生的醫療費用及病人生命與生產力損失，整體減少感染 C 型肝炎對家庭與社會帶來的衝擊。

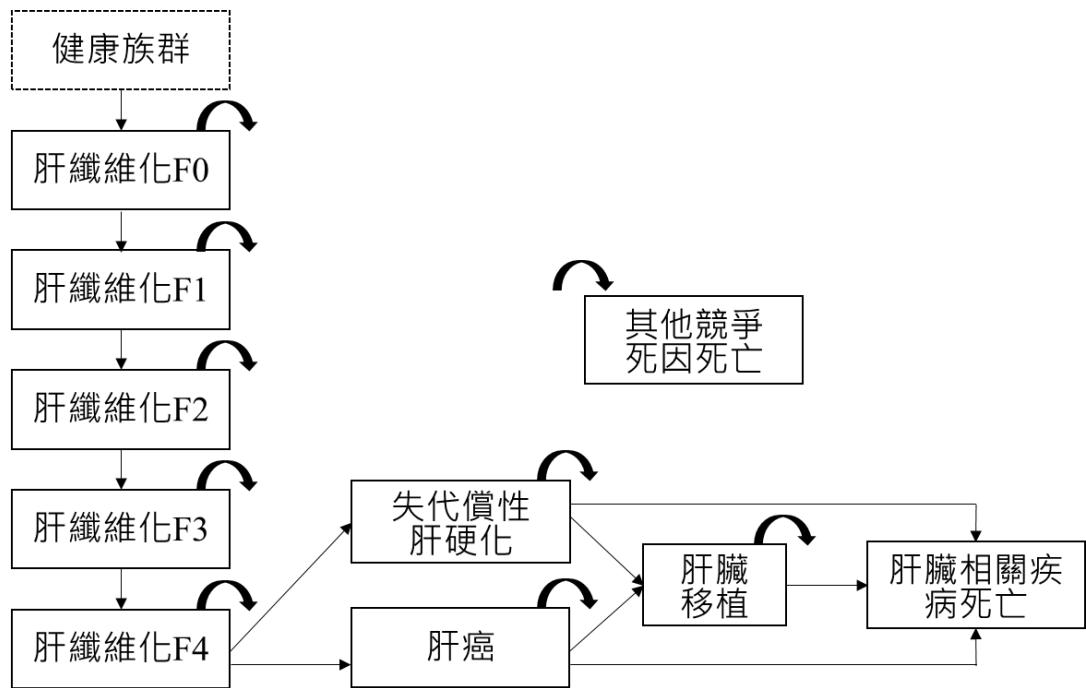
為了解「國家消除 C 肝政策綱領 2018-2025」所設定之目標—「2025 年 C 肝口服新藥治療人數達到 25 萬人」之預期效益，國家 C 型肝炎旗艦辦公室以慢性 C 型肝炎自然病史電腦模型（圖一）比較不同 C 型肝炎治療策略對 C 型肝炎相關併發症發生率及併發症衍生之生命年損失、生活品質調整生命年 (quality-adjusted life-years, QALYs) 損失、及醫療費用的影響，電腦模型中使用的參數值與來源請見表二。納入比較的策略情境除了國家政策綱領設定目標外，還包括另外二種策略作為比較之基礎，包括無治療策略與干擾素策略。三種策略歷年的治療人數如圖二，而各策略的內容說明如下（表一）：

1. C 肝口服新藥策略（國家政策綱領目標）：假設健保除過去二年（2017-2018 年）已以 C 肝口服新藥治療的病人數外，自 2020 年起治療人數預計提高至 5 萬多人，2021 年起治療人數略減，直到 2025 年達到 2017-2025 年累計約以 C 肝口服新藥 (DAA) 治療共 25 萬人的目標；
2. 干擾素策略：假設健保僅給付 C 肝病人干擾素/雷巴威林（簡稱干擾素）治療，其中每年治療人數依過去給付經驗假設為每年約 8,000 人，治療持續到 2030 年，期間（2017-2030 年）累計約以干擾素治療共 11.2 萬人；

3. 無治療策略：假設 C 肝病人自 2017 年起即未接受 C 肝病人口服新藥 (DAA) 或干擾素/雷巴威林治療。

表一、模擬三種策略情境之各年度治療人數

年度	情境	治療人數		
		國家政策綱領目標 (DAA)	干擾素策略 (PR)	無治療 (No tx)
2017		9,538	8,000	0
2018		19,549	8,000	0
2019		45,800	8,000	0
2020		36,159	8,000	0
2021		46,577	8,000	0
2022		41,400	8,000	0
2023		20,000	8,000	0
2024		18,000	8,000	0
2025		12,977	8,000	0
2026		0	8,000	0
2027		0	8,000	0
2028		0	8,000	0
2029		0	8,000	0
2030		0	8,000	0
合計		250,000	112,000	0



圖一 慢性 C 型肝炎自然病史電腦模型

表二 慢性 C 型肝炎治療效益電腦模型之參數表

變項	參數值	參數來源與說明
1. 自然病史相關參數		
(1) 2017 年時病人肝纖維化分布		
肝纖維化 F0	8.99%	
肝纖維化 F1	34.12%	
肝纖維化 F2	26.84%	[1-5]
肝纖維化 F3	20.66%	
肝纖維化 F4	9.39%	
(2) 轉移機率		
C 型肝炎感染發生率(2016 年年底)	0.04%	臺灣血液基金會
C 型肝炎感染發生率(2017 年以後)	變動	假設發生率隨當時現存慢性 C 肝人數(感染源)變化等比例變動
感染後病毒血症發生率	65%	國家 C 型肝炎旗艦計畫辦公室 流行病學組專家意見
肝纖維化 F0→F1	0.1170	[2]
肝纖維化 F1→F2	0.0850	[2]
肝纖維化 F2→F3	0.1200	[2]
肝纖維化 F3→F4	0.1160	[2]

變項	參數值	參數來源與說明
肝纖維化 F4→失代償性肝硬化	0.0722	[1, 3]
肝纖維化 F4→肝癌	0.0495	[1, 3]
肝纖維化 F4→肝病相關死亡	0.0454	[1, 3]
失代償性肝硬化→肝癌	0.0680	[4]
失代償性肝硬化→肝臟移植	0.0310	[6]
失代償性肝硬化→肝病相關死亡	0.2600	[7]
肝癌→肝臟移植	0.0400	[8]
肝癌→肝病相關死亡	0.2450	[9]
肝臟移植→肝病相關死亡	0.0760	[6]
其他競爭死因死亡率	0.56% 3.87%	依臺灣地區生命表[5]，並假設 2017 年時世代平均年齡為 55 歲
2. 治療療效相關參數		
(1) 治療後達持續性病毒反應率(SVR)		
C 肝口服新藥 SVR 率 (考慮服藥配合度)	95.7%	依健保 2017 年至 2021 年 4 月 C 肝口服新藥治療實際 SVR 率 計算
干擾素 SVR 率 (考慮服藥配合度)	69.8%	依國家 C 型肝炎旗艦計畫辦公 室流行病學組專家意見，臺灣 干擾素 SVR 率基因型第 1 型約 70%，第 2 型約 85%，再考慮 約 10% 病人中途放棄治療
(2) 達 SVR 後肝病併發症風險降低比例		
尚無肝硬化之病人	63%	[1]
肝硬化病人	46%	[1]
3. 效用參數		
健康族群至肝纖維化 F3	0.95	[10]
肝纖維化 F4	0.80	[10]
失代償性肝硬化	0.65	[10]
肝癌	0.50	[10]
肝臟移植第一年	0.65	[11]
肝臟移植第二年	0.65	假設
4. 成本相關參數		
失代償性肝硬化醫療費用	162,953	[12]

變項	參數值	參數來源與說明
肝癌醫療費用	178,010	[12]
肝臟移植第一年醫療費用	1,508,326	[12]
肝臟移植第二年以後醫療費用	268,691	[12]

預期效益：

C型肝炎相關併發症衍生之生命年增加、生活品質調整生命年增加、 醫療費用減少

本報告以政府觀點對不同治療策略下C型肝炎併發症衍生之生命年損失、生活品質調整生命年損失及治療失代償性肝硬化、肝癌及進行肝移植等的醫療費用進行比較。依國家C型肝炎旗艦辦公室建構之C型肝炎疾病自然病史進展電腦模式分析結果，C肝口服新藥策略與其他二種治療策略的生命年損失、生活品質調整生命年損失及C肝相關併發症醫療費用節省比較分別列於表三至表五。

由表三，C肝口服新藥策略相較於無治療策略，於2030年及2040年時分別累計可增加約86,670人年及282,652人年；C肝口服新藥策略與每年治療8,000人的干擾素策略相較，於2030年及2040年時則分別累計可增加約54,076人年及170,347人年。隨追蹤時間愈長，節省的累計人年愈高，若再延伸至2050年時，C肝口服新藥策略較無治療策略可增加518,279人年，較干擾素策略可增加約332,827人年。

在生活品質生命年的影響列於表四，C肝口服新藥策略相較於無治療策略，於2030年、2040年及2050年時分別累計可增加約97,219 QALYs、299,174 QALYs、及531,877 QALYs；C肝口服新藥策略與每年治療8,000人的干擾素策略相較，於2030年、2040年及2050年時則分別累計可增加約61,001 QALYs、184,584 QALYs、及348,470 QALYs。

由表五，C肝口服新藥策略相較於無治療策略，在C肝相關併發症醫療費用上較無治療策略於2030年及2040年時分別節省約134.4億元及302.1億元；C肝口服新藥策略與每年治療8,000人的干擾素策略相較，在C肝相關併發症醫療費用上於2030年及2040年時則分別節省約77.8億元及173.9億元。隨追蹤時間愈長，節省的累計醫療費用愈高，若再延伸至2050年時，C肝口服新藥策略在C肝相關併發症醫療費用上較無治療策略可節省約430.0億元，較干擾素策略可節省約276.8億元。

結語

依據分析，若以C肝全口服新藥於2025年時治療25萬名C肝病人，相較於無治

療策略，追蹤至 2030 年時預估可增加約 86,670 人年、97,219 QALYs、及節省約 134.4 億元 C 肝相關併發症醫療費用，以上效益隨追蹤時間延長而持續增加，至 2050 年時預估可增加約 518,279 人年、531,877 QALYs、節省約 430.0 億元 C 肝相關併發症醫療費用。

若與干擾素治療相比，C 肝全口服新藥治療策略追蹤至 2030 年時預估可增加約 54,076 人年、61,001 QALYs、及節省約 77.8 億元 C 肝相關併發症醫療費用，以上效益隨追蹤時間延長而持續增加，至 2050 年時預估可增加約 332,827 人年、348,470 QALYs、節省約 276.8 億元 C 肝相關併發症醫療費用。

表三 C 肝口服新藥策略與無治療策略及干擾素策略相較之 C 肝相關併發症衍生之潛在生命年增加(LYs gained)

年度	C 肝口服新藥策略 與無治療策略相較		C 肝口服新藥策略 與干擾素策略相較	
	LYs gained/年	累計	LYs gained/年	累計
2017	66	66	43	43
2018	360	426	255	298
2019	1,004	1,364	718	973
2020	2,089	3,093	1,481	2,199
2021	3,695	5,785	2,585	4,067
2022	5,891	9,586	4,064	6,649
2023	8,721	14,612	5,930	9,994
2024	12,213	20,933	8,189	14,119
2025	16,382	28,595	10,834	19,023
2026	21,227	37,609	13,851	24,685
2027	26,734	47,961	17,216	31,066
2028	32,883	59,617	20,906	38,122
2029	39,653	72,536	24,900	45,806
2030	47,018	86,670	29,176	54,076
2031	54,952	101,970	33,733	62,909
2032	63,429	118,381	38,577	72,310
2033	72,420	135,849	43,721	82,299
2034	81,897	154,317	49,179	92,900
2035	91,829	173,726	54,961	104,140
2036	102,185	194,014	61,078	116,039
2037	112,933	215,119	67,533	128,610
2038	124,039	236,973	74,325	141,858
2039	135,468	259,508	81,451	155,776
2040	147,184	282,652	88,897	170,347
2041	159,148	306,332	96,649	185,546
2042	171,323	330,471	104,685	201,334
2043	183,670	354,993	112,982	217,667
2044	196,149	379,818	121,509	234,490
2045	208,719	404,868	130,235	251,743
2046	221,342	430,061	139,125	269,359

年度	C 肝口服新藥策略 與無治療策略相較		C 肝口服新藥策略 與干擾素策略相較	
	LYs gained/年	累計	LYs gained/年	累計
2047	233,978	455,321	148,143	287,268
2048	246,590	480,568	157,252	305,395
2049	259,139	505,729	166,414	323,665
2050	259,139	518,279	166,414	332,827

表四 C 肝口服新藥策略與無治療策略及干擾素策略相較之 C 肝相關併發症衍生之生活品質調整生命年增加(QALYs gained)

年度	C 肝口服新藥策略 與無治療策略相較		C 肝口服新藥策略 與干擾素策略相較	
	QALYs gained/年	累計	QALYs gained/年	累計
2017	111	111	69	69
2018	558	669	387	455
2019	1,441	1,999	1,010	1,396
2020	2,828	4,268	1,965	2,975
2021	4,797	7,625	3,297	5,262
2022	7,414	12,211	5,040	8,337
2023	10,708	18,123	7,198	12,238
2024	14,696	25,405	9,771	16,969
2025	19,383	34,080	12,749	22,520
2026	24,751	44,135	16,107	28,856
2027	30,777	55,528	19,817	35,924
2028	37,433	68,210	23,853	43,669
2029	44,693	82,126	28,191	52,043
2030	52,526	97,219	32,810	61,001
2031	60,904	113,430	37,718	70,528
2032	69,796	130,700	42,928	80,647
2033	79,171	148,966	48,452	91,380
2034	88,996	168,167	54,298	102,749
2035	99,239	188,235	60,473	114,771
2036	109,866	209,105	66,978	127,451
2037	120,840	230,706	73,811	140,789
2038	132,127	252,967	80,962	154,773
2039	143,688	275,815	88,420	169,382
2040	155,486	299,174	96,165	184,584
2041	167,482	322,968	104,176	200,341
2042	179,637	347,119	112,428	216,604
2043	191,912	371,549	120,891	233,318
2044	204,267	396,179	129,533	250,424
2045	216,665	420,932	138,322	267,855
2046	229,067	445,732	147,222	285,544

年度	C 肝口服新藥策略 與無治療策略相較		C 肝口服新藥策略 與干擾素策略相較	
	QALYs gained/年	累計	QALYs gained/年	累計
2047	241,436	470,503	156,198	303,420
2048	253,738	495,174	165,214	321,412
2049	265,939	519,676	174,235	339,449
2050	265,939	531,877	174,235	348,470

表五 C 肝口服新藥策略與無治療策略及干擾素策略相較之 C 肝相關併發症醫療費用節省(億元)

年度	C 肝口服新藥策略 與無治療策略相較		C 肝口服新藥策略 與干擾素策略相較	
	C 肝相關併發症 醫療費用節省	累計	C 肝相關併發症 醫療費用節省	累計
2017	0.3	0.3	0.2	0.2
2018	1.5	1.8	1.1	1.3
2019	3.4	5.2	2.5	3.7
2020	5.2	10.4	3.7	7.4
2021	6.9	17.3	4.6	12.0
2022	8.5	25.8	5.6	17.6
2023	10.1	35.9	6.4	24.0
2024	11.4	47.3	7.0	31.0
2025	12.6	59.9	7.5	38.4
2026	13.6	73.5	7.8	46.2
2027	14.4	87.9	7.9	54.1
2028	15.0	102.9	7.9	62.0
2029	15.5	118.4	7.9	70.0
2030	16.0	134.4	7.8	77.8
2031	16.3	150.7	7.8	85.6
2032	16.6	167.3	8.0	93.7
2033	16.8	184.1	8.4	102.1
2034	17.0	201.1	8.9	111.0
2035	17.1	218.2	9.4	120.4
2036	17.1	235.2	9.9	130.2
2037	17.0	252.3	10.4	140.6
2038	16.9	269.1	10.8	151.4
2039	16.6	285.7	11.1	162.5
2040	16.3	302.1	11.4	173.9
2041	15.9	318.0	11.5	185.4
2042	15.4	333.4	11.5	196.9
2043	14.8	348.2	11.4	208.3
2044	14.2	362.3	11.2	219.5
2045	13.4	375.8	10.9	230.4

年度	C 肝口服新藥策略 與無治療策略相較		C 肝口服新藥策略 與干擾素策略相較	
	C 肝相關併發症 醫療費用節省	累計	C 肝相關併發症 醫療費用節省	累計
2046	12.6	388.3	10.4	240.8
2047	11.7	400.1	9.9	250.7
2048	10.8	410.9	9.3	260.0
2049	9.8	420.7	8.6	268.6
2050	9.3	430.0	8.2	276.8

參考資料

1. Lee, M.H., et al., *Clinical Efficacy and Post-Treatment Seromarkers Associated with the Risk of Hepatocellular Carcinoma among Chronic Hepatitis C Patients*. Sci Rep, 2017. **7**(1): p. 3718.
2. 陳義隆, 盧勝男, and 吳正禮, *B 型及 C 型肝炎盛行鄉內各村之間的盛行率差異：高雄縣梓官鄉之社區研究*. 中華公共衛生雜誌, 1999. **18**(5): p. 313-318.
3. Yu, M.L., et al., *High hepatitis B virus surface antigen levels and favorable interleukin 28B genotype predict spontaneous hepatitis C virus clearance in uremic patients*. J Hepatol, 2014. **60**(2): p. 253-9.
4. Yu, M.L., et al., *The genotypes of hepatitis C virus in patients with chronic hepatitis C virus infection in southern Taiwan*. The Kaohsiung journal of medical sciences, 1996. **12**(11): p. 605-612.
5. *105 年簡易生命表*, 中華民國內政部統計處, Editor. 2017.
6. Lee, C.M., et al., *Hepatitis C virus genotypes in southern Taiwan: prevalence and clinical implications*. Trans R Soc Trop Med Hyg, 2006. **100**(8): p. 767-74.
7. Kao, J.H., et al., *Genotypes of hepatitis C virus in Taiwan and the progression of liver disease*. J Clin Gastroenterol, 1995. **21**(3): p. 233-7.
8. Chang, S.J., et al., *Risk factors of hepatitis C virus infection in a Taiwanese aboriginal community*. Kaohsiung J Med Sci, 1996. **12**(4): p. 241-7.
9. Yu, M.L., et al., *Rapid virological response and treatment duration for chronic hepatitis C genotype 1 patients: a randomized trial*. Hepatology, 2008. **47**(6): p. 1884-93.
10. Pwu, R.F. and K.A. Chan, *Cost-effectiveness analysis of interferon-alpha therapy in the treatment of chronic hepatitis B in Taiwan*. J Formos Med Assoc, 2002. **101**(9): p. 632-41.
11. Hsu, P.C., et al., *Health utilities and psychometric quality of life in patients with early- and late-stage hepatitis C virus infection*. J Gastroenterol Hepatol, 2012. **27**(1): p. 149-57.
12. Tang, C.H., et al., *Mortality and medical costs associated with liver-related diseases among patients with hepatitis C virus (HCV) infection in Taiwan*. Value in Health, 2013. **16**(7): p. A495.

衛生福利部
Ministry of Health and Welfare
促進全民健康與福祉

回首頁 | 回衛生福利部 | English | 部長信箱 | 網站導覽 | Chinese (Traditional)

成功防疫因素 | 衛生醫療體系 | 重大政策 | 紓困4.0 | 政策鬆綁 | 專題演講及採訪 | 其他

Crucial Policies for Combating COVID-19

現在位置：首頁 > 紓困4.0 > 醫療機構人員

預算及執行成效

字型大小：小 中 大 ⌂ ⌃ ⌁ ⌂

項目	起訖時間	預算數 (千元)	申請數	核可數	給付金額 (千元)	資料統計時間
取消出國損失補助	109-02-23起至109-06-30止	89,759	8,734人	8,734人	89,732	110-08-27
醫事人員津貼	109-01-15起至111-06-30止	7,392,010	191家	51家	4,033,624	110-08-27

衛生福利部
Ministry of Health and Welfare
促進全民健康與福祉

回首頁 | 回衛生福利部 | English | 部長信箱 | 網站導覽 | Chinese (Traditional)

成功防疫因素 | 衛生醫療體系 | 重大政策 | 紓困4.0 | 政策鬆綁 | 專題演講及採訪 | 其他

Crucial Policies for Combating COVID-19

現在位置：首頁 > 紓困4.0 > 醫療醫事機構

預算及執行成效

字型大小：小 中 大 ⌂ ⌃ ⌁ ⌂

預算數 (千元)	申請數	核可數	給付金額 (千元)	資料統計時間
16,333,484	20,945	20,945	6,139,057	110-08-27

一、110 年第 2 季醫院營運狀況

1. 醫院部門：整體件數下降7. 9%，申報點數下降0. 9%。
2. 西醫基層：整體件數下降5. 1%，申報點數上升0. 6%。
3. 牙醫總額：件數下降17. 7%，申報點數下降17. 4%。
4. 中醫總額：件數下降18. 5%，申報點數下降15. 1%。

總額別	108 年第 2 季		109 年第 2 季		110 年第 2 季 (較 109 年同期)		110 年第 2 季 (較 108 年同期)	
	次數	費用	次數	費用	次數	費用	次數	費用
醫院總額	1. 5%	5. 4%	-8. 9%	-3. 7%	-7. 9%	-0. 9%	-16. 1%	-4. 6%
醫學中心	-1. 3%	4. 1%	-8. 2%	-3. 3%	-9. 7%	-1. 4%	-17. 1%	-4. 7%
區域醫院	-1. 6%	3. 6%	-9. 5%	-5. 1%	-8. 6%	-2. 2%	-17. 3%	-7. 2%
地區醫院	9. 3%	13. 0%	-8. 8%	-1. 8%	-5. 1%	2. 7%	-13. 4%	0. 9%
西醫基層	4. 4%	4. 9%	-17. 8%	-7. 1%	-5. 1%	0. 6%	-22. 0%	-6. 5%
牙醫	2. 0%	2. 1%	-5. 4%	-0. 9%	-17. 7%	-17. 4%	-22. 1%	-18. 1%
中醫	1. 9%	6. 5%	-1. 0%	3. 0%	-18. 5%	-15. 1%	-19. 3%	-12. 5%
總計(含透析 及其他)	3. 1%	5. 0%	-12. 2%	-3. 4%	-8. 8%	-2. 1%	-19. 94%	-5. 4%

二、110 年 6 月醫院營運狀況

1. 醫院部門：整體件數下降32. 2%，申報點數下降21. 6%。
2. 西醫基層：整體件數下降24. 3%，申報點數下降14. 3%。
3. 牙醫總額：整體件數下降40. 3%，申報點數下降37. 3%。
4. 中醫總額：整體件數下降33. 1%，申報點數下降31. 2%。

總額別	108 年 6 月		109 年 6 月		110 年 6 月 (較 109 年同期)		110 年 6 月 (較 108 年同期)	
	次數	費用	次數	費用	次數	費用	次數	費用
醫院總額	-0. 02%	4. 0%	3. 1%	6. 3%	-32. 2%	-21. 6%	-30. 1%	-16. 7%
醫學中心	-3. 3%	2. 7%	5. 2%	7. 7%	-35. 2%	-22. 7%	-31. 8%	-16. 7%
區域醫院	-2. 8%	2. 3%	2. 1%	4. 1%	-33. 6%	-23. 0%	-32. 2%	-19. 9%
地區醫院	7. 9%	11. 4%	2. 3%	7. 7%	-27. 3%	-16. 3%	-25. 6%	-9. 8%
西醫基層	4. 4%	4. 2%	-9. 8%	0. 1%	-24. 3%	-14. 3%	-31. 7%	-14. 2%
牙醫	-2. 2%	-1. 8%	5. 9%	9. 3%	-40. 3%	-37. 3%	-36. 7%	-31. 5%
中醫	-0. 7%	3. 5%	5. 3%	9. 7%	-33. 1%	-31. 2%	-29. 6%	-24. 5%
總計(含透析 及其他)	1. 9%	3. 3%	-2. 9%	5. 6%	-29. 3%	-20. 4%	-31. 4%	-15. 9%

討論事項

提案單位：本會第三組

案由：111 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、衛生福利部於本(110)年 8 月 11 日交付行政院核定之「111 年度醫療給付費用總額範圍案」併附該部之政策方向，請本會依健保法第 61 條規定協議訂定其總額及分配方式後，報請其核定。

(一)行政院核定之總額範圍，111 年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率下限為 1.272%，上限為 4.4%，試算高、低推估值如下：

總額範圍	低推估值	高推估值
成長率	1.272% ^{註1}	4.4%
預估醫療費用	7,935 億元 ^{註2}	8,180 億元 ^{註2}
高低推估值差距	約 245 億元	

註：1.低推估值：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」合併計算醫療服務成本及人口因素成長率(1.656%)，再以 110 年一般服務預算占率(87.62%)校正後，並校正 109 年投保人口成長率差值 (-0.179%)，即 $(1.656\% \times 87.62\%) - 0.179\% = 1.272\%$ 。

2.基期費用：暫以 110 年總額核定金額估算，實際總額以健保署結算金額為準。

(二)111 年度健保總額協商之政策方向：

- 1.結合公衛與健保資源，精進照護模式，提升健保支付效率。
 - (1)配合國家慢性病整合防治計畫，結合公務預算與健保資源，強化慢性病危險因子控制與群體健康管理，整合各類慢性病防治體系與人力，透過論價值支付，提升醫療院所財務與品質責信、加強病人自我照護。
 - (2)推動住院護理整合照護，精進院內感染管控，並減輕民眾住院照顧負擔，強化急性醫療資源配置效率。
 - (3)善用居家醫療整合照護，結合長照服務資源，提供民眾

更完整之居家照護。

- (4)持續辦理 C 型肝炎照護，發展早期介入照護模式，提升支付效率。
- 2.精進醫療照護相關體系，以民眾健康為導向強化照護內涵，提升醫療品質與服務效率。
 - (1)賡續推動分級醫療及落實轉診制度，辦理各項轉診獎勵方案及放寬基層可執行之項目。
 - (2)持續檢討現行家庭醫師整合性方案，作為建立家庭責任醫師制度之基礎。
 - (3)發展居家整合醫療，建立急性期、急性後期與居家醫療照護服務轉銜機制。
 - (4)檢討現行呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫及安寧共同照護試辦方案，提升臨終照護品質。
 - (5)強化精神社區復健照護體系，平衡慢性精神病床之設置。
 - (6)善用資訊科技，鼓勵民眾進行自我健康管理，減少醫療浪費。
- 3.推動健保給付制度改革，減少無效醫療，提升給付與支付效率。
 - (1)提供誘因，鼓勵醫院試辦 DRG 支付制度，發揮醫院管理量能，提升支付效率。
 - (2)尊重醫療專業自主，試辦門診包裹支付制度，購買醫療價值。
 - (3)改革藥品給付支付制度，促使醫療資源合理分配，檢討整體藥品給付結構，適當再評估及檢討已收載藥品之支付標準。
 - (4)優化健保給付機制提升精準醫療運用計畫。
- 4.持續引進新藥物、新醫療技術及新服務模式，合理調整給付條件，增進醫療服務價值。

- 5.建置智慧醫療區域聯防機制，合理反映偏遠地區及特殊族群之照護需求，均衡醫療資源之分布。
- 二、檢附健保署提供之「108~111 年健保財務收支情形」供參，如附表(第 45 頁)。
- 三、經本年 9 月 23 日協商會議後，111 年度各部門總額協商因素項目及其他預算協商結論，如表 1 至表 5。
- 四、依本會本年第 2 次委員會議(110.6.25)通過之 111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商原則及程序：
- (一)請各部門於協商會議當日(110.9.23)依據協商結論，以結果面為導向，於協定事項調整新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提本次委員會議(110.9.24)討論後，請健保署會同各總額部門研修，其中：
- 1.達成共識之部門，於 10 月份委員會議提報、確認。
 - 2.未達共識部門，於衛福部核定後最近 1 次委員會議提報、確認。
- (二)總額協商完成後，請各部門於 2 週內(110.10.8 前)提送地區預算分配之建議方案，俾於 10 月份委員會議(110.10.22)討論。若部門未達成協商共識或未提送分配建議方案者，則由本會掣案提 11 月份委員會議(110.11.19)討論，最遲於 12 月份委員會議(110.12.17)完成協定。
- 擬辦：
- 一、請確認 111 年度各部門總額協商因素項目及其他預算協商結論，如表 1 至表 5。
- 二、請健保署會同各總額部門研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，其中：
- (一)達成共識之部門，於 10 月份委員會議提報、確認。
 - (二)未達共識部門，於衛福部核定後最近 1 次委員會議提報、確認。
- 三、有關後續各部門總額一般服務費用之分配，依 111 年度全民健

康保險醫療給付費用總額協商程序，請各部門於 110 年 10 月 8 日前，提送地區預算分配之建議方案，以利掣案提 10 月份委員會議(110.10.22)討論；未提送建議方案者，則由本會掣案提 11 月份委員會議(110.11.19)討論。

決議：

108-111年健保財務收支情形及模擬試算表

單位：億元

項目	108年	109年	110年	111年	
				總額成長率 採下限1.272%	總額成長率 採上限4.4%
	決算數		預估數		
醫療給付費用總額	7,153	7,526	7,836	7,935	8,180
總額成長率	4.417%	5.237%	4.107%	1.272%	4.400%
保險成本	6,566	6,954	7,255	7,347	7,591
保險成本成長率	3.77%	5.91%	4.32%	1.27%	4.63%
非保險給付占率	8.24%	7.65%	7.46%	7.46%	7.25%
保險收入	6,224	6,278	7,015	7,126	7,125
保險收入成長率	2.69%	0.87%	11.73%	1.59%	1.58%
一、保險費相關收入	6,054	6,104	6,854	6,968	6,968
(一)保險費收入	6,090	6,143	6,896	7,010	7,010
1、一般保險費	5,038	5,074	5,661	5,735	5,735
2、補充保險費	477	473	523	531	531
3、政府負擔不足法定 36%之差額	575	596	711	745	745
(二)其他收入	-36	-38	-42	-42	-42
二、安全準備相關收入	170	174	160	158	157
當年安全準備填補金額	512	850	401	380	623
保險收支餘額	-342	-676	-241	-222	-466
保險收支累計餘額	1,767	1,091	851	629	385
約當保險給付支出月數	3.23	1.88	1.41	1.03	0.61

製表日期：110.08.26

- 說明：1、資料來源：以全民健康保險會109年第1次臨時委員會議(109.11.27)討論「全民健康保險110年度保險費率方案(草案)」資料之假設進行推估。
- 2、保險成本＝保險給付(＝醫療給付費用總額－保險對象應自行負擔之費用－代位求償獲償金額－菸捐挹注罕病等之醫療費用±調整帳)+其他保險成本。
- 3、保險收入＝保險費相關收入(＝保險費收入+其他收入)+安全準備相關收入。
- 4、其他收入包括：營運資金孳息、雜項業務收入、其他業務外收入、利息費用(減項)及呆帳提列(減項)。
- 5、安全準備相關收入，包含滯納金、運用收益、彩券盈餘及菸捐分配收入等項。
- 6、當年安全準備填補金額，係指運用安全準備填補當年保險費相關收入與保險成本間發生短絀之金額。
- 7、111年保險費率維持以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。
- 8、111年度總額成長率每增加0.5個百分點，約當保險給付支出月數減少約0.07個月。
- 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

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：110 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

.....

本會幕僚補充說明：

依 102 年 2 月 22 日委員會議決定及 110 年度工作計畫，為提高議事效率，本項例行性業務報告，書面資料須每月提供，但口頭報告改採季(每年 2、5、8、11 月)報方式辦理。爰本次提供書面資料，不進行口頭報告。請委員先行審閱，如有疑義可洽該署各項業務窗口。

決定：

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：醫院總額部門 110 年第 3 季比照第 2 季之結算方式案，請鑒察。

說明：

一、依據台灣醫院協會 110 年 8 月 13 日院協健字第 1100200333 號函暨本署 110 年 8 月 25 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額 110 年第 2 次研商議事會議決議辦理。

二、台灣醫院協會來函表示鑑於新冠肺炎疫情未來發展混沌不明，為確保全體醫院部門得營運穩健以持續支持國家醫療政策，110 年第 3 季結算基礎調整為 109 年同期(第 3 季)，餘項同第 2 季結算方案，本案並經本署醫院總額研商議事會議討論通過。

三、上述會議共識重點如下：110 年第 3 季醫院總額一般服務經排除交付、自墊核退等金額後，依下列 3 階段分配，專款及其他預算仍依現行規定辦理。

(一) 第 1 階段：保障 109 年同期一般服務收入之 9 成

1.如果 110 年 7~9 月醫院一般服務收入小於 109 年 7~9 月醫院一般服務收入之 9 成，則以 109 年 7~9 月醫院一般服務收入之 9 成計算。

2.如果 110 年 7~9 月醫院一般服務收入介於 109 年 7~9 月醫院一般服務收入之 9 成及 109 年 7~9 月醫院一般服務收入之間，則以 110 年 7~9 月醫院一般服務收入計算。

3.如果 110 年 7~9 月醫院一般服務收入大於 109 年 7~9 月醫院一般服務收入，則以 109 年 7~9 月醫院一般服務收入計算。

(二) 第 2 階段：特定醫院醫療收入納入考量

1.如果為成長型醫院、特殊醫院服務之剛性需求及配合防疫受影響醫院等，除第 1 階段給予保障外，再由各分區共管會議依據當地醫療狀況，凝聚共識再予分配。

2.新設醫院因無基期，亦會納入本階段分配考量。

(三) 第 3 階段餘款再分配：經第 1、2 階段分配後之餘款，再由各分區共管會議決議分配方式。

四、疫情期间，為讓努力對抗疫情之醫院，無後顧之憂，對於配合政策醫療降載之醫院給予基本保障以維持基本營運，經醫院內部共識願意互助合作，以未受疫情影響之費用期間為基礎計算分配方式一節，向貴會報告後，依程序報部核定實施，並依據疫情狀況適時檢討。

報告單位業務窗口：洪于淇科長，聯絡電話：02-27065866 分機 2667

.....

本會補充說明：

一、本案相關法規摘要如下(詳附件，第 54~55 頁)：

(一) 全民健康保險法：

1. 第 61 條第 1 項 健保會應於各年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定；不能於期限內協議訂定時，由主管機關決定。〔健保總額協定〕
2. 第 62 條第 3 項 保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額及經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用。〔健保署審查、核付〕

(二) 全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法：

1. 第 6 條第 1 項第 4 款 保險醫事服務機構當月份申報之醫療費用，經保險人審查後，其核定金額低於暫付金額時，保險人應於應撥付醫療費用中抵扣，如不足抵扣，應予以追償。〔健保署暫付、核定〕
2. 第 12 條 保險醫事服務機構申報之醫療費用點數按季結算，其每點支付金額以當季結束後第三個月月底前核定之當季及前未核定季別之醫療費用點數計算為原則，但得考量核付進度調整結算日期。每點支付金額應於結算後一個月內

完成確認。〔按季結算〕

結算時，結算金額如低於核定金額，保險人應於應撥付保險醫事服務機構之醫療費用中抵扣，如不足抵扣，應予以追償，但保險醫事服務機構有特殊困難者，得向保險人申請分期攤還；結算金額高於核定金額時，保險人應予補付。〔健保署結算、追扣、補付〕

二、本會委員意見：

中央健康保險署前於本會第 5 屆 110 年第 2 次委員會議 (110.6.25) 報告「110 年第 1 季全民健康保險業務執行季報告」時，說明醫院總額部門 110 年第 2 季之結算方式(保障至 108 年同期 9 成收入，詳附圖，第 53 頁)，本會委員對結算方式曾表達之意見摘要如下：

(一) 付費者、專家學者及公正人士委員意見：

1. 適法性問題：

- (1) 肯定醫療體系於疫情期間貢獻良多，但以健保總額預算做類似紓困的執行方式，是否符合全民健保精神及健保法規定，有待商榷。
- (2) 健保總額之結算，應該依據醫療服務量，惟保障至 108 年同期 9 成收入之措施，未依實際醫療利用核付，有違法之虞。
- (3) 不反對先支付 108 年同期 9 成收入給醫院，讓院所有足夠的資金可順利運轉，但未來款項是否要追扣，建議健保署依法審慎評估。

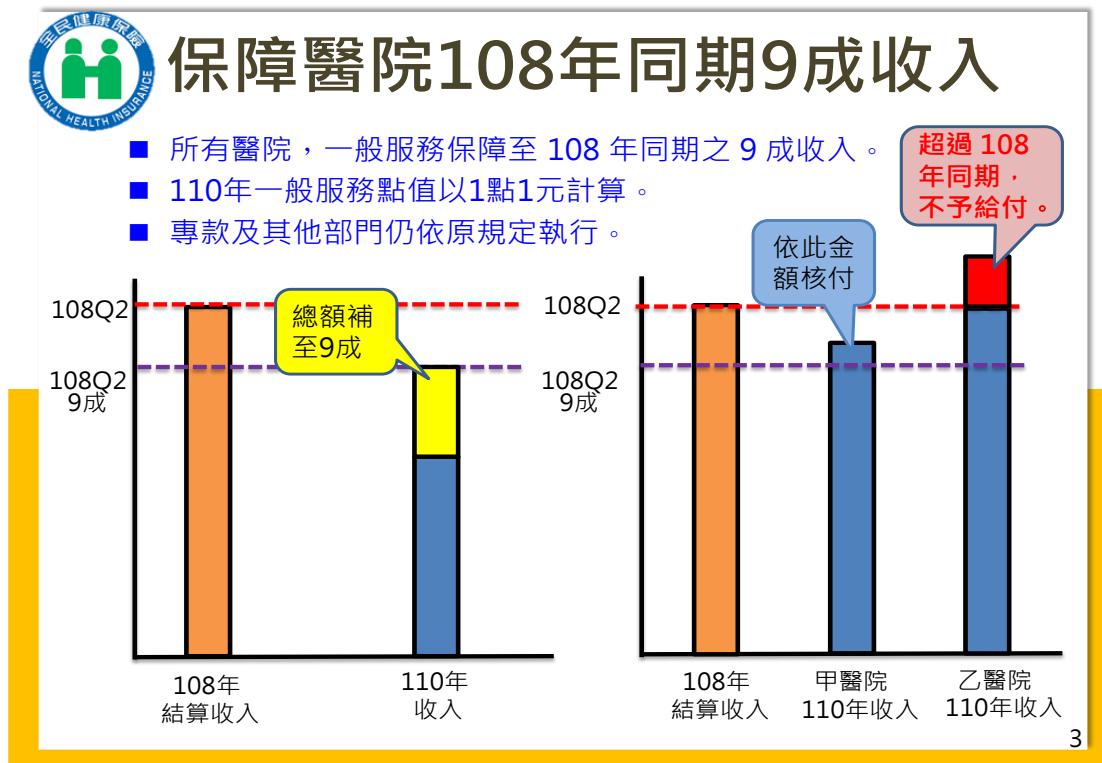
2. 公平性問題：健保署希望在疫情衝擊下維持醫院營運，立意良善，惟對服務不足或超過 9 成之院所，均予保障 9 成，造成不同工卻同酬，不符合公平原則。

3. 政府應提供公務預算支付疫情期間營運受到影響之醫療院所：醫療院所受疫情三級警戒影響致營運有困難或配合降載，與其他受影響之服務業情形一致，行政院已編列紓困預算，建議衛福部應與其他部會一樣，提供受創之醫療機構紓困或融資，協助醫療體系正常運作。

(二) 醫界委員意見：

- 1. 讓醫院現金流充足，以支應人事支出及醫院基本運作：**醫院協會支持健保署的方案，本案係經台灣醫院協會 3 層級代表討論和折衝所形成的方案，讓服務量低於 9 成的醫院因此方案可以提高支付，但有些醫院服務量可能高於 108 年，在疫情期間，300 多家醫院體現同島一命的價值，捐棄己見，不只考慮自己的利益，在醫療體系受到疫情嚴重打擊的情況下，選擇讓每家醫院不致受到疫情影響，而擔心現金流問題。
- 2. 總額預算和紓困在實務面很難切割處理：**理論上健保總額預算和紓困應分開處理，但醫療執行上有困難，很多難以切割，醫師公會全聯會支持醫院協會及健保署共同協商的結果，以 9 成暫付款或是其他方式，讓醫院現金流充足，以支應人事支出及醫院基本運作。

附圖：健保署對醫院總額部門於 110 年第 2 季之結算方式



資料來源：本會第 5 屆 110 年第 2 次委員會議(110.6.25)健保署業務執行報告口頭報告

告重點摘要

決定：

全民健康保險法

第 61 條 健保會應於各年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定；不能於期限內協議訂定時，由主管機關決定。

前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比率。

前項門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比率及醫藥分帳制度。

第一項醫療給付費用總額訂定後，保險人應遴聘保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表及專家學者，研商及推動總額支付制度。

前項研商應於七日前，公告議程；並於研商後十日內，公開出席名單及會議實錄。

第二項所稱地區之範圍由保險人擬訂，報主管機關核定發布。

第 62 條 保險醫事服務機構應依據醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準，向保險人申報其所提供之醫療服務之點數及藥物費用。

前項費用之申報，應自保險醫事服務機構提供醫療服務之次月一日起六個月內為之。但有不可抗力因素時，得於事實消滅後六個月內為之。

保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額及經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用。

藥品費用經保險人審查後，核付各保險醫事服務機構，其支付之費用，超出預先設定之藥品費用分配比率目標時，超出目標之額度，保險人於次一年度修正藥物給付項目及支付標準；其超出部分，應自當季之醫療給付費用總額中扣除，並依支出目標調整核付各保險醫事服務機構之費用。

全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法

第 6 條 保險醫事服務機構依第四條規定申報醫療費用，且無第三條第二項所列情事者，保險人應依下列規定辦理暫付事宜：

- 一、未有核付紀錄或核付紀錄未滿三個月者，暫付八成五。
- 二、核付紀錄滿三個月以上者，以最近三個月核減率之平均值為計算基準，其暫付成數如附表一。
- 三、每點暫付金額以一元計算，計算至百元，百元以下不計。屬各醫療給付費用總額部門（以下稱總額部門）之保險醫事服務機構，每點暫付金額，以最近三個月預估點值計算，計算至百元，百元以下不計，但每點暫付金額仍以不高於一元為限。
- 四、保險醫事服務機構當月份申報之醫療費用，經保險人審查後，其核定金額低於暫付金額時，保險人應於應撥付醫療費用中抵扣，如不足抵扣，應予以追償。

前項第三款屬各總額部門醫療費用每點暫付金額，保險人得另與各總額部門審查業務受委託專業機構、團體或各總額相關團體，共同擬訂每點暫付金額訂定原則，並依本法第六十一條第四項規定研商後，由保險人報請主管機關核定後公告。

藥局、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構所適用之每點暫付金額，比照西醫基層總額部門計算。

第 12 條 保險醫事服務機構申報之醫療費用點數按季結算，其每點支付金額以當季結束後第三個月月底前核定之當季及前未核定季別之醫療費用點數計算為原則，但得考量核付進度調整結算日期。每點支付金額應於結算後一個月內完成確認。

結算時，結算金額如低於核定金額，保險人應於應撥付保險醫事服務機構之醫療費用中抵扣，如不足抵扣，應予以追償，但保險醫事服務機構有特殊困難者，得向保險人申請分期攤還；結算金額高於核定金額時，保險人應予補付。

附錄

衛生福利部 函

地址：115204 台北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：蘇小姐
聯絡電話：(02)8590-6739
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hgmaggiesu@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年8月13日
發文字號：衛部保字第1101260250C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(含法規命令條文)、修正總說明及修正條文對照表pdf檔各1份

主旨：「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第四條，業經本部於中華民國110年8月13日以衛部保字第1101260250號令修正發布，茲檢送發布令影本(含法規命令條文)、修正總說明及修正條文對照表各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、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、台北市美國商會醫療器材組、歐洲在臺商務協會、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、台北市進出口商業同業公會、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、本部全民健康保險爭議審議會、本部全民健康保險會、本部醫事司、本部中醫藥司、本部心理及口腔健康司(均含附件)

110.08.13



110CC00559

第1頁 共1頁

附錄二

中央健康保險署本年 6 至 9 月份公告暫予支付及修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分項目如下：

一、藥品部分：計公告 6 件，其中 1 件為新藥收載、5 件為給付規定異動。

(一)新藥收載：1 件

公告日期	藥物分類	公告主旨
110.08.13	新成分新藥/抗微生物劑	公告暫予支付 C 型肝炎全口服治療藥品含 sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir 成分之 Vosevi Film-Coated Tablets 暨其給付規定，及修訂 C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫。(用於治療慢性 C 型肝炎)

(二)已收載藥品給付規定異動：5 件

公告日期	藥物分類	公告主旨
110.06.07	心臟血管及腎臟藥物	公告暫予支付含 rivaroxaban 成分藥品 Xarelto film-coated tablets 2.5mg 共 1 品項暨修訂其藥品給付規定。(用於預防動脈粥狀硬化血栓形成事件)
110.06.10	心臟血管及腎臟藥物	公告異動含 Sacubitril+Valsartan 成分藥品 (如 Entresto)共 3 品項之支付價暨修訂其給付規定。(用於治療慢性心臟衰竭)
110.06.10	激素及影響內分泌機轉藥物	公告異動含 lixisenatide 及 insulin glargine 成分複方藥品(如 Soliqua)共 1 品項之支付價暨修訂其給付規定。(用於治療糖尿病)
110.06.10	免疫製劑	公告異動含 certolizumab 成分藥品(如 Cimzia)之支付價格及修訂其藥品給付規定。(用於治療僵直性脊椎炎、活動性乾癬性關節炎及乾癬)
110.07.15	抗癌瘤藥物	公告異動含 irinotecan 成分藥品 Innocan Conc. Solution for I.V. Infusion 20mg/mL 2mL 及 5mL 共 2 品項藥品支付價暨修訂其藥品給付規定。(用於治療轉移性胰臟癌)

二、特材部分：計公告 8 件，其中 1 件為新特材收載、7 件為其他(既有功能類別品項與支付標準異動、給付規定修訂)。

(一)新特材收載：1 件

公告日期	特材分類	公告主旨
110.09.02	人工機能代用類-骨科類	公告暫予支付特殊材料「“聯合”翻修人工髓關節-互鎖式髓臼強化器」暨其給付規定。

(二)其他：7 件

公告日期	特材分類	公告主旨
110.06.04	既有功能類別品項異動、支付標準異動	公告新增及異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準之特材品項」計 183 項。
110.08.10	既有功能類別品項異動、支付標準異動	公告新增及異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準之特材品項」計 245 項。
110.08.13	既有功能類別品項支付標準異動	公告調整「全民健康保險藥物給付項目及支付標準之特材品項一胸主動脈支架及輸送導引系統（使用 1 支）」支付點數計 11 項。
110.08.13	既有功能類別品項給付規定修訂	公告修訂特殊材料「『關節內注射劑』5 針型、3 針型及 1 針型」給付規定。
110.08.16	既有功能類別品項支付標準異動	公告修正既有功能類別特材「“信迪思”彈性髓內釘植入物」共計 4 項之支付標準。
110.08.18	既有功能類別品項支付標準異動	公告修正既有功能類別特材「”司堅倫”心臟血管外科器械(滅菌)：主動脈打孔器」共 3 品項之支付標準。
110.08.24	既有功能類別品項支付標準異動	公告修正既有功能類別特材「”雅氏”腦血管夾」及「”瑞穗”腦動脈瘤夾」共 13 項之支付標準。

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115

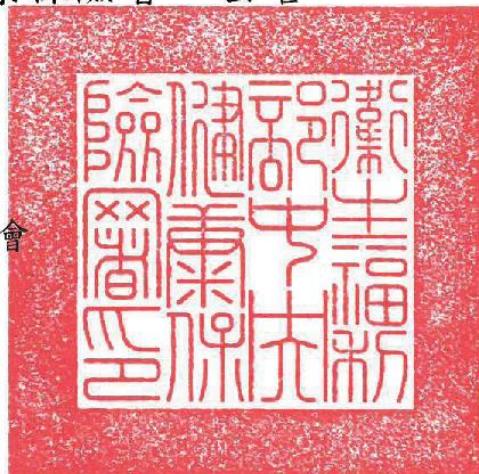
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年8月6日

發文字號：健保醫字第1100010030號

附件：請自行至本署全球資訊網站擷取



主旨：公告新增「110年度全民健康保險牙醫門診總額0歲至6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」，並自110年8月1日起生效。

依據：衛生福利部110年7月28日衛部保字第1101260237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、社團法人臺灣臨床藥學會、本署各分區業務組、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組



署長李伯璋



衛生福利部中央健康保險署 公告

發文日期：中華民國110年8月31日

發文字號：健保醫字第1100034165號

附件：請至本署全球資訊網站公告欄擷取

裝

主旨：公告修訂「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」，如附件，並自110年10月1日起施行。

依據：全民健康保險居家醫療照護整合計畫及110年7月1日「居家照護及居家醫療照護整合計畫支付規範及行政作業整合討論會議」決議辦理。

公告事項：

- 一、增訂收案程序之收案後兩週內將收案個案資料，由健保資訊網服務系統(以下稱VPN)送保險人備查。
- 二、緊急訪視費申報規範修訂。

副本：台灣護理學會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、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、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國呼吸治療師公會全國聯合會、台灣胸腔暨重症加護醫學會、台灣安寧緩和醫學學會、台灣安寧緩和護理學會、台灣安寧照顧協會、台灣醫院協會、台灣家庭醫學醫學會、台灣老年學暨老年醫學會、台灣整合照護學會、台灣在宅醫療學會、地方政府衛生局、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部全民健康保險會(公告附件請至本署全球資訊網站公告欄擷取)

訂

線

附件一

111 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

- 111 年度醫院醫療給付費用總額 = 校正後 110 年度醫院一般服務醫療給付費用 $\times (1 + 111 \text{ 年度一般服務成長率})$
+ 111 年度專款項目經費 + 111 年度醫院門診透析服務費用
- 111 年度醫院門診透析服務費用 = 110 年度醫院門診透析服務費用 $\times (1 + 111 \text{ 年度成長率})$

註：校正後 110 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 110 年第 2 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

二、總額協商結論：

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

付費者代表方案：

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 111 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務成長率為 2.669%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.922%，協商因素成長率 0.747%。各項協商因素及建議事項如下：

1. 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.616%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。
- (2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及扣除替代效應後之增加費用/點數)。
- (3)藥品價量協議(PVA)之還款金額，可做為本項預算不足之財源。
- (4)建立新醫療科技之預算檢討、調整與管控機制，並提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值，於 111 年 6 月底前提出專案報告。

2. 藥品及特材給付規定改變(0.134%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定調整健保給付條件之優先順序。
- (2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。
- (3)藥品價量協議(PVA)之還款金額，可做為本項預算不足之財源。
- (4)建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管控機制，並於 111 年 6 月底前提出專案報告。

(5)歷年引進新醫療科技之成效及藥品節流措施所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，以維護民眾就醫權益。請於 112 年度總額協商前提出節流效益，並納入該年度本項預算財源。

3.促進醫療資源支付合理(0%)：

- (1)考量歷年均運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算調整支付標準，且近年健保財務困難，故本項不新增預算，請由「醫療服務成本及人口因素成長率」所增加之預算支應。
- (2)請中央健康保險署全盤檢討各項支付標準，朝支付點數相對合理的方向調整，積極改革支付制度，提升費用結構及資源配置效益。

4.持續推動分級醫療，壯大社區醫院(0%)：

- (1)需保障或鼓勵之醫療服務，應回歸支付標準處理。若確有其必要性，請由「醫療服務成本及人口因素成長率」所增加之預算支應。
- (2)請釐清地區醫院在醫療照護體系的定位，以利其在分級醫療政策中發揮應有功能。

5.提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變(0%)：

需保障或鼓勵之醫療服務，應回歸支付標準處理。若確有其必要性，請由「醫療服務成本及人口因素成長率」所增加之預算支應。

6.研修病房費給付原則(含 RCW) (0%)：

- (1)為避免同一病床同日重複給付，維持現行支付方式。
- (2)其中「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護」，改列專款項目。

7.研修住院護理費給付原則(含 RCW) (0%)：

- (1)為避免同一病床同日重複給付，維持現行支付方式。

(2)請中央健康保險署積極導入、全面施行 DRGs，以促使醫療院所主動改變醫療型態，避免過多的微觀管理，提升照護成效及國人健康。

8.配合 110 年牙醫門診總額調整支付標準所需費用 (0.0004 %)：

經費 2.1 百萬元，用於因應 110 年度牙醫門診總額於協商因素編列經費增修診療項目，預估於醫院總額增加之費用。

9.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%)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

(2)本項不列入 112 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 31,426.5 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同醫院總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成。

1.C 型肝炎藥費：

(1)全年經費 3,128 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，於協商 112 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技財源之一。

2.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

(1)全年經費 12,807 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算

相關項目支應。

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

3.後天免疫缺乏病毒治療藥費：

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

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

4.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

(1)全年經費 5,127 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

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

5.醫療給付改善方案：

(1)全年經費 1,428 百萬元。

(2)持續辦理糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質等 9 項方案。

(3)其中 60 百萬元用於新增「精神科病人出院後急性後期照護服務」，並整合納入「思覺失調症醫療給付改善方案」。

(4)請中央健康保險署儘速推動「糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施」，及通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。

6.急診品質提升方案：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)請中央健康保險署精進方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形。

7.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

(1)全年經費 210 百萬元，111 年應完成導入第 3 階段 DRGs 項目。

(2)本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。

8.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

全年經費 100 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

9.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：

全年經費 1,100 百萬元。

10.鼓勵院所建立轉診之合作機制：

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

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①檢討執行結果未達預期之影響因素，改善現行措施(包括：獎勵方式及支付誘因合理性)，以提升執行成效。

②會同醫院及西醫基層總額相關團體，討論適合轉診案件之定義，提出有效可行之合作模式，並於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

11.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費 200 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①於協商 112 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。

②確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告。

12.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金：

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

(2)其中 4.08 百萬元由門診透析服務費用移列。(醫院門診透析費用移列 4.04 百萬元，西醫基層門診透析費用移列 0.04 百萬元)

(3)本項於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後，併入一般服務結算。

13.住院整合照護服務試辦計畫：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)依衛生福利部核定結果，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

14.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。預算如有不足，由品質保證保留款支應，執行效益納入未來總額財源。

(2)依衛生福利部核定結果，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

15.品質保證保留款：

(1)全年經費 929.8 百萬元。

(2)原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度

(388.7 百萬元)，與 111 年度品質保證保留款(929.8 百萬元)合併運用(計 1,318.5 百萬元)。

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

(三)門診透析服務：

- 1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。
- 2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務費用成長率，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。
- 3.考量進口材料成本下降，且 109 年、110 年 1~6 月透析人數成長趨緩，爰 111 年度門診透析服務總費用成長率為 2.8%，依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為 1.571%。
- 4.自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」4.08 百萬元，移列至醫院總額該項專款，其中 4.04 百萬元自醫院門診透析費用減列，0.04 百萬元自西醫基層門診透析費用減列。
- 5.請中央健康保險署會同門診透析服務相關團體辦理下列事項：
 - (1)加強腎臟病前期之整合照護，強化延緩病人進入透析之照護。
 - (2)持續鼓勵腹膜透析及推動腎臟移植，以提升透析病人生生活品質。
 - (3)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病

相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測。

(4)請檢討末期病人使用透析服務之必要性。

(四)前述三項額度經換算，111 年度醫院醫療給付費用總額，較 110 年度所核定總額成長 2.567%。各細項成長率及金額如表 1。

醫院代表方案：

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 111 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務成長率為 4.650%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.922%，協商因素成長率 2.728%。各項協商因素及建議事項如下：

1. 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.616%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。

(2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入，則扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及扣除替代效應後之增加費用/點數)。

(3)建立新醫療科技之預算檢討、調整與管控機制，並提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值，於 111 年 6 月底前提出專案報告。

2.藥品及特材給付規定改變(0.349%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定調整健保給付條件之優先順序。
- (2)建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管控機制，並於 111 年 6 月底前提出專案報告。
- (3)歷年引進新醫療科技之成效及藥品節流措施所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，以維護民眾就醫權益。請於 112 年度總額協商前提出節流效益，並納入該年度本項預算財源。

3.持續推動分級醫療，壯大社區醫院(0.205%)：

- (1)執行目標：強化地區醫院社區照護能力，地區醫院住院照護部分（含診察費、病房費、護理費），予以保障點值每點 1 元。

預期效益之評估指標：地區醫院住院滿意度達 80%。

- (2)依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。

4.提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變(0.411 %)：

- (1)執行目標：優先保障加護病房住院診察費及病房費點值每點 1 元，急性一般病床護理費點值每點 1 元。

預期效益之評估指標：區域級(含)以上醫院住院滿意度達 80%。

- (2)依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。

5.研修病房費給付原則(含 RCW)(0.431 %)：

(1)執行目標：

①調整支付標準表給付通則，病房費出院日併入計算。

②提升 RCW 病人同意簽署 DNR。

預期效益之評估指標：

①醫院部門住院滿意度達 80%。

②RCW 簽署 DNR 較現行增加 5%。

(2)依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。

6.研修住院護理費給付原則(0.719%)：

(1)執行目標：調整支付標準表給付通則，住院護理費出院日併入計算。

預期效益之評估指標：醫院部門住院滿意度達 80%

(2)依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。

7.配合 110 年牙醫門診總額調整支付標準所需費用(0.0004 %)：

經費 2.1 百萬元，用於因應 110 年牙醫門診總額於協商因素編列經費增修診療項目，預估於醫院總額部門增加之費用。

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(-0.003%)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

(2)本項不列入 112 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 31,493.6 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同醫院總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 110 年 11 月底

前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成。

1.C 型肝炎藥費：

- (1)全年經費 3,428 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，於協商 112 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技財源之一。

2.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

- (1)全年經費 12,807 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

3.後天免疫缺乏病毒治療藥費：

- (1)全年經費 5,257 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

4.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

- (1)全年經費 5,127 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)提報之執行情形及成效評估報告，應含醫療利用、成長原因分析、等待時間及不同器官移植之存活率等。

5. 醫療給付改善方案：

- (1)全年經費 1,435.1 百萬元。
- (2)持續辦理糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質等 9 項方案。
- (3)請中央健康保險署儘速推動「糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施」，及通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。

6. 急診品質提升方案：

- (1)全年經費 300 百萬元。
- (2)請中央健康保險署精進方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形。

7. 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

- (1)全年經費 210 百萬元，用於導入第 3 階段 DRGs 項目。推動 DRGs 計畫已延宕多年，請儘速推行。
- (2)本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。

8. 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

全年經費 100 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

9. 全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：

全年經費 1,100 百萬元。

10. 鼓勵院所建立轉診之合作機制：

- (1)全年經費 224.7 百萬元，經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①檢討執行結果未達預期之影響因素，改善現行措

施(包括：獎勵方式及支付誘因合理性)，以提升執行成效。

②會同醫院及西醫基層總額相關團體，討論適合轉診案件之定義，提出有效可行之合作模式，並於111年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。

11. 網路頻寬補助費用：

(1)全年經費200百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①於協商112年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。

②確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式，於111年7月底前提全民健康保險會報告。

12. 腹膜透析追蹤處置費及APD租金：

(1)全年經費15百萬元，用於住院病人之腹膜透析追蹤處置費及APD租金。

(2)其中由醫院門診透析費用移列4.04百萬元，西醫基層門診透析費用移列0.04百萬元，合計4.08百萬元。

(3)本項於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後，併入一般服務結算。

13. 住院整合照護服務試辦計畫：

(1)全年經費300百萬元。

(2)執行目標：鑑於住院照護服務試辦計畫須重新會同社保司、照護司、護理公會研議可行方案，暫無法於23日提供目標及預期效益評估指標。

預期效益之評估指標：_____

14. 精神科病人出院後急性後期照護服務試辦計畫：

(1)全年經費 60 百萬元。

(2)執行目標：配合心口司預定計畫執行，提升精神病
人急性後期照護。

預期效期：配合心口司規劃，降低 6 個月內精神急
性再住院率。

15.建置智慧醫療區域聯防機制：

贊同 15 百萬元由中央健康保險署編列於其他預算。

16.國家慢性病防治整合計畫：

原中長期改革計畫項目之一，鑑於國健署已執行多年，
建議續由國健署編列預算並予以執行，醫院部門不再
編列預算，但配合計畫給予協助。

17.品質保證保留款：

(1)全年經費 929.8 百萬元。

(2)原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度
(388.7 百萬元)，與 111 年度品質保證保留款(929.8
百萬元)合併運用(計 1,318.5 百萬元)。

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

(三)門診透析服務：

1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服
務費用，並統為運用。

2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方
式：先協定新年度門診透析服務費用成長率，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。

3.門診透析服務總費用成長率為 3.6%。依上述分攤基礎，

醫院部門本項服務費用成長率為 2.361%。

- 4.自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」4.08 百萬元，移列至醫院總額專款項目，其中 4.04 百萬元自醫院門診透析費用減列，0.04 百萬元自西醫基層門診透析費用減列。
 - 5.請中央健康保險署會同門診透析服務相關團體辦理下列事項：
 - (1)加強腎臟病前期之整合照護，強化延緩病人進入透析之照護。
 - (2)持續鼓勵腹膜透析及推動腎臟移植，以提升透析病人生生活品質。
 - (3)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測。
- (四)前述三項額度經換算，111 年度醫院醫療給付費用總額，較 110 年度所核定總額成長 4.397%。各細項成長率及金額如表 1。

表 1 111 年度醫院醫療給付費用協定項目表(兩案送主管機關決定)

項目	付費者代表方案		醫院代表方案		
	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	
一般服務					
醫療服務成本及人口因素成長率	1.922%	9,354.2	1.922%	9,354.2	
投保人口預估成長率	0.136%		0.136%		
人口結構改變率	2.042%		2.042%		
醫療服務成本指數改變率	-0.258%		-0.258%		
協商因素成長率	0.747%	3,635.6	2.728%	13,285.6	
保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	0.616%	3,000.0	0.616%	3,000.0
	藥品及特材給付規定改變	0.134%	650.0	0.349%	1,700.0
	促進醫療資源支付合理	0.000%	0.0	0.000%	0.0
其他醫療服務利用及密集度之改變	持續推動分級醫療，壯大社區醫院	0.000%	0.0	0.205%	1,000.0
	提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變	0.000%	0.0	0.411%	2,000.0
	研修病房費給付原則(含 RCW) (111 年新增項目) (*付費者代表方案將「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」，改列專款項目。)	0.000%	0.0	0.431%	2,100.0
	研修住院護理費給付原則(含 RCW) (111 年新增項目)	0.000%	0.0	0.719%	3,500.0
	配合 110 年牙醫門診總額調整支付標準所需費用 (111 年新增項目)	0.0004%	2.1	0.0004%	2.1
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.003%	-16.5	-0.003%	-16.5

項目		付費者代表方案		醫院代表方案	
一般服務成長率 (註1)	增加金額	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)
	總金額	2.669%	12,989.8	4.650%	22,639.8
			499,682.7		509,324.1
專款項目(全年計畫經費)					
C型肝炎藥費	3,128.0	-300.0	3,428.0	0.0	
罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	12,807.0	1,108.0	12,807.0	1,108.0	
後天免疫缺乏病毒治療藥費	5,257.0	0.0	5,257.0	0.0	
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,127.0	0.0	5,127.0	0.0	
醫療給付改善方案	1,428.0	60.0	1,435.1	67.1	
急診品質提升方案	300.0	54.0	300.0	54.0	
鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210.0	0.0	210.0	0.0	
醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	100.0	0.0	100.0	0.0	
全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	1,100.0	0.0	1,100.0	0.0	
鼓勵院所建立轉診之合作機制	224.7	-175.3	224.7	-175.3	
網路頻寬補助費用	200.0	73.0	200.0	73.0	
腹膜透析追蹤處置費及APD租金(111年新增項目)	15.0	15.0	15.0	15.0	
住院整合照護服務試辦計畫(111年新增項目)	300.0	300.0	300.0	300.0	
精神科病人出院後急性後期照護服務試辦計畫(111年新增項目) (*付費者代表方案整合納入「醫療給付改善方案」項下之「思覺失調症醫療給付改善方案」)	0.0	0.0	60.0	60.0	
鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫(111年新增項目)	300.0	300.0	0.0	0.0	
品質保證保留款	929.8	49.4	929.8	49.4	
專款金額	31,426.5	1,484.1	31,493.6	1,551.2	

項目		付費者代表方案		醫院代表方案	
		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)
較 110 年度核定總額 成長率(一般服務 + 專款)(註2)	增加金額	2.610%	14,473.9	4.486%	24,191.0
	總金額		531,109.2		540,817.7
門診透析服務 成長率	增加金額	1.571%	355.1	2.361%	533.7
	總金額		22,958.1		23,136.6
較 110 年度核定總額 成長率(一般服務 + 專款+門診透析)(註3)	增加金額	2.567%	14,829.0	4.397%	24,724.7
	總金額		554,067.3		563,954.3

- 註：1. 計算「一般服務成長率」所採基期費用為 486,692.9 百萬元(含 110 年醫院一般服務預算 487,655.2 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-976.1 百萬元與加回違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 13.7 百萬元)。
2. 計算「較 110 年度核定總額成長率(一般服務+專款)」所採基期費用為 517,597.6 百萬元，其中一般服務預算為 487,655.2 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-976.1 百萬元及未加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 13.7 百萬元)，專款為 29,942.4 百萬元。
3. 計算「較 110 年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析)」所採基期費用為 539,238.2 百萬元，其中一般服務預算為 487,655.2 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-976.1 百萬元及未加回違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 13.7 百萬元)，專款為 29,942.4 百萬元、門診透析為 22,603.0 百萬元。(已扣除移列至醫院總額專款「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」4.0 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。

111 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：

■ 111 年度西醫基層醫療給付費用總額 = 校正後 110 年度西醫基層一般服務醫療給付費用 $\times (1 + 111 \text{ 年度一般服務成長率}) + 111 \text{ 年度專款項目經費} + 111 \text{ 年度西醫基層門診透析服務費用}$

■ 111 年度西醫基層門診透析服務費用 = 110 年度西醫基層門診透析服務費用 $\times (1 + 111 \text{ 年成長率})$

註：校正後 110 年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 110 年第 2 次委員會決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

二、總額協商結論：

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

付費者代表方案：

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 111 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務成長率為 1.659%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.176%，協商因素成長率 0.483%。

1. 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.242%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第 42

條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。

- (2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及扣除替代效應後之增加費用/點數)。
- (3)藥品價量協議(PVA)之還款金額可做為本項預算不足之財源。
- (4)建立新醫療科技之預算檢討、調整與管控機制，並提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值，於 111 年 6 月底前提出專案報告。

2. 藥品及特材給付規定改變(0.216%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定調整健保給付條件之優先順序。
- (2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。
- (3)藥品價量協議(PVA)之還款金額可做為本項預算不足之財源。
- (4)建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管控機制，並於 111 年 6 月底前提出專案報告。
- (5)歷年引進新醫療科技之成效及藥品節流措施所節省

之金額，應適度運用於調整給付規定，以維護民眾就醫權益。請於 112 年度總額協商前提出節流效益，並納入該年度本項預算財源。

3.促進醫療資源支付合理(0%)：

- (1)考量歷年均運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算調整支付標準，且近年健保財務困難，故本項不新增預算，請由「醫療服務成本及人口因素成長率」所增加之預算支應。
- (2)請中央健康保險署全盤檢討各項支付標準，朝支付點數相對合理的方向調整，積極改革支付制度，提升費用結構及資源配置效益。

4.配合醫院總額調整支付標準所需費用(0%)：

- (1)考量歷年均運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算調整支付標準，且醫院總額係以前開預算調整支付標準，未另編列預算，故本項不新增預算，請由「醫療服務成本及人口因素成長率」所增加之預算支應。
- (2)未來請援例運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算，合理調整支付標準，反映各項服務成本，並以同病、同品質、同酬為原則及考量部門衡平性訂定之。

5.「蒸汽吸入治療加成」(0%)：

本項屬支付標準之調整，考量歷年均運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算調整支付標準，且近年健保財務困難，故本項不新增預算，請由「醫療服務成本及人口因素成長率」所增加之預算支應。

6.提升國人視力照護品質(0.097%)：

- (1)依衛生福利部核定結果，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部核定後，提報全

民健康保險會最近1次委員會議確認。

(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，於110年12月底前提出具體規劃內容，並提全民健康保險會報告。

②依111年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。

7.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.072%)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

(2)本項不列入112年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為7,472.1百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於110年11月底前完成，新增計畫原則於110年12月底前完成。

1.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)全年經費3,948百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①於協商112年度總額前檢討實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新科技之財源之一。

②於111年7月底前提出未來導入一般服務或退場之期程及規劃。

2.代謝症候群防治計畫(111年新增計畫)：

(1)全年經費308百萬元。

(2)依衛生福利部核定結果，請中央健康保險署會同西

醫基層總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部核定後，提報全民健康保險會最近1次委員會議確認。

(3)本計畫收案對象不得與家醫計畫及其他醫療給付改善方案重複，每人支付費用額度(包含個案管理費及績效獎勵費用)比照家醫計畫。

(4)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體擬訂具體實施方案(內容應包含結果面品質指標，並依執行績效支付費用)，於提報全民健康保險會同意後執行。

2.提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫(111年新增計畫)：

(1)全年經費 9.7 百萬元。

(2)依衛生福利部核定結果，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部核定後，提報全民健康保險會最近1次委員會議確認。

(3)本項計畫之執行診所需與醫院心臟復健中心簽署合作計畫共同照護病患，或承接醫院出院準備計畫、急性後期整合照護(PAC)計畫下轉病患之照護。

3.西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 317.1 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

(2)請中央健康保險署精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與計畫。

4.C型肝炎藥費：

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

(2)請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，於協商該年度總額前檢討實施成效，將節流效益納入112年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新科技之財源之一。

5. 醫療給付改善方案：

(1)全年經費 805 百萬元。

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

(3)請中央健康保險署儘速推動「糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施」，及通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。

6. 強化基層照護能力及「開放表別」項目：

(1)全年經費 920 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①於 110 年 12 月委員會議提出規劃調整之項目與作業時程。

②通盤檢討開放表別項目的適當性，並定期檢討既有項目服務之成長情形，分析及監測西醫診所與醫院醫療利用之合理性。

(3)本項經費依實際執行扣除原基期點數併入一般服務結算。

7. 鼓勵院所建立轉診之合作機制：

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

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①檢討執行結果未達預期之影響因素，改善現行措施(包括：獎勵方式及支付誘因合理性)，以提升

執行成效。

②會同西醫基層及醫院部門討論適合轉診案件之定義，提出有效可行之合作模式，並於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

8. 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫：

(1)全年經費 50 百萬元。

(2)請中央健康保險署精進計畫內容，並加強推廣，鼓勵醫師參與計畫。

9. 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

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

(2)請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控，並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含醫療利用及成長原因分析)。

10. 後天免疫缺乏病毒治療藥費：

(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)請中央健康保險署檢視本項費用支用之合理性，並於 111 年 7 月底前提報執行情形。

11. 因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用：

(1)全年經費 11 百萬元。

(2)本項經費依實際執行併入一般服務結算。

12. 新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：

(1)全年經費 178 百萬元。

(2)本項經費依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分

配，併入各分區一般服務結算。

13. 網路頻寬補助費用：

- (1)全年經費 253 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①檢討、提升雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
 - ②於協商 112 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。
 - ③確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，於 111 年 6 月底前提全民健康保險會報告。

14. 提升院所智慧化醫療資訊機制：

本項移至其他預算項下之「提升院所智慧化醫療資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構之網路頻寬補助費用」項目編列。

15. 因應新興疾病，診所感染管控作業守則：

感染管制是醫療院所維護病人安全的執業基本要求，本項不新增預算。

16. 品質保證保留款：

- (1)全年經費 120.3 百萬元。
- (2)原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2 百萬元)，與 110 年品質保證保留款(120.3 百萬元)合併運用(計 225.5 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

(三)門診透析服務：

- 1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。
 - 2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務費用成長率，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。
 - 3.考量進口材料成本下降，且109年、110年1~6月透析人數成長趨緩，爰111年度門診透析服務總費用成長率為2.8%，依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為4.233%。
 - 4.自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及APD租金」4.08百萬元，移列至醫院總額該項專款，其中4.04百萬元自醫院門診透析費用減列，0.04百萬元自西醫基層門診透析費用減列。
 - 5.請中央健康保險署會同門診透析服務相關團體辦理下列事項：
 - (1)加強腎臟病前期之整合照護，強化延緩病人進入透析之照護。
 - (2)持續鼓勵腹膜透析及推動腎臟移植，以提升透析病人生活品質。
 - (3)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測。
 - (4)請檢討末期病人使用透析服務之必要性。
- (四)前述三項額度經換算，111年度西醫基層醫療給付費用總額，較110年度所核定總額成長2.239%。各細項成長率及金額，如表2。

西醫基層代表方案：

(一)一般服務成長率為 2.410%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.176%，協商因素成長率 1.234%。

1. 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.242%)：

(1)因應民眾實際醫療需求，PVA 的預算是不穩定的財源，不足以因應本項。

(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，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。

②於 110 年 12 月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程；並於 111 年 7 月底前提報執行情形。

③建立新醫療科技之預算檢討、調整與管控機制，並提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值，於 111 年 6 月底前提出專案報告。

2. 藥品及特材給付規定改變(0.564%)：

(1)擴大藥品給付規定，已提升醫療品質並嘉惠民眾健康。以基層醫療糖尿病患實際用藥為例(SGLT2 及 GLP1)，在基層使用量逐年增加最多，109 年與原編列之預算差距高達 8 億，建議逐年滾動式修正預算回歸，反映實際醫療需求。

(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，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定調整健保給付條件之優先順序。

②建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整

與管控機制，並於111年6月底前提出專案報告。

3.促進醫療資源支付合理(0.010%)：

- (1)111 年醫療服務成本指數改變率為負值，無法支應本項預算。
- (2)依中央健康保險署新增項目，調整支付點數，含呼吸訓練、腹腔鏡手術、護理照護相關診療、大腸鏡息肉切除等。

4.配合醫院總額調整支付標準所需費用(0.379%)：

- (1)111 年醫療服務成本指數改變率為負值，無法支應本項預算。
- (2)齊一基層與醫院支付標準差距。

5.「蒸汽吸入治療加成」(0.014%)：

- (1)111 年醫療服務成本指數改變率為負值，無法支應本項預算。
- (2)本項支付點數已不符成本，應同中央健康保險署「促進醫療資源支付合理」支應。

6.提升國人視力照護品質(0.097%)：

協商因素過去沒有扣減當年未執行額度或補付不足額度之慣例。

7.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.072%)：

- (1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

- (2)本項不列入112年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為9,477.1百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於110年11月

底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成。

1.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)全年經費 4,185 百萬元。

(2)醫療群的醫師們在疫情嚴峻期間，不僅堅守崗位守護民眾的健康照顧需求，並擔任第一線防疫工作，也積極協助各地政府籌設大型快篩檢站及疫苗施打站，並滿足原長期醫院就醫病患因疫情限制無法就醫民眾之醫療需求，使民眾醫療需求之保障得以延續。這都是歷年來建立家醫醫療群以整合基層醫療累積的成效，應予重視，不宜以 550 元估算每人之年度照護費。

(3)每個人都需要一位擔任健康守門員的家庭醫師，家庭醫師制度亦建立在醫病雙方良好的認同與互動上，才能增進健康照護。目前已收案人數已達 6 百萬人，但仍有很多醫療資源投入不夠的地方，如個案管理費用偏低，此外因為人口老化，民眾醫療需求逐漸增加，較需照護族群也會增加。因現行參與計畫之會員人數及醫師人數眾多，為提升良好照護品質，每年仍需滾動式修正計畫內容，在健保有限資源之下，以符合民眾實際需求。

2.代謝症候群防治計畫(111 年新增計畫)：

(1)全年經費 308 百萬元。

(2)執行目標：照護代謝症候群個案人數 20 萬人。

預期效益之評估指標：辦理代謝症候群個案照護服務之完成率、執行率及改善率。

(3)依據國健署規劃之方案，基層醫師主動積極尋找需要照護之個案，提供介入管理模式，提高對象自我健康照顧的意識，建立健康行為，進而促進健康狀況。

(4)不得與家醫計畫及其他醫療給付改善方案重複領取個案管理費。

3.提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫(111年新增計畫)：

(1)全年經費 9.7 百萬元。

(2)執行目標：提高心肺病人門診復健涵蓋率。

預期效益之評估指標：最大耗氧量率(心肺功能檢查)、
病人運動功能(國際評估問卷量表)、14 天再住院率、死亡率。

4.西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 317.1 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

(2)請中央健康保險署精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與計畫。

5.C 型肝炎藥費：

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

(2)請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。

6.醫療給付改善方案：

(1)全年經費 805 百萬元。

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

(3)請中央健康保險署儘速推動「糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施」，及通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。

7.強化基層照護能力及「開放表別」項目：

- (1)全年經費 1,220 百萬元。
- (2)為擴大基層服務量能，強化分級醫療，宜持續編列預算，照顧民眾健康。
- (3)本項經費依實際執行扣除原基期點數併入一般服務結算。

8.鼓勵院所建立轉診之合作機制：

- (1)全年經費 258 百萬元，經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
- (2)鼓勵院所建立雙向轉診機制，符合分級醫療精神，也是健保永續經營之基石。

9.偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫：

- (1)全年經費 50 百萬元。
- (2)請中央健康保險署精進計畫內容，並加強推廣，鼓勵醫師參與計畫。

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)請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控，並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含醫療利用及成長原因分析)。

11.後天免疫缺乏病毒治療藥費：

- (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)請中央健康保險署檢視本項費用支用之合理性，並於 111 年 7 月底前提報執行情形。

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。
- (2)本項經費依實際執行併入一般服務結算。

13.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：

- (1)全年經費 178 百萬元。
- (2)本項經費依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入各分區一般服務結算。

14.網路頻寬補助費用：

全年經費 253 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應

15.提升院所智慧化醫療資訊機制：

- (1)全年經費 210 百萬元。
- (2)因應防疫需求，智慧化醫療資訊是世界潮流，減少健保卡接觸成為疾病傳染的來源。

16.因應新興疾病，診所感染管控作業守則：

- (1)全年經費 1,200 百萬元。
- (2)延續基層診所後疫情時代感染管控機制(基層診所防疫 2.0)，且疫情結束後將停止公務預算補助各種防疫物質，考量現有的經費不足應付新興感染性疾病的複雜及多樣性，疾病的發展也難以預測，為了維護醫療品質，及確保民眾就醫與醫護人員安全，建議增加經費，以強化診所感控的每一道防線。
- (3)執行目標：以第一階段門診診察費加成給付，強化基層院所感染管控作業方式。

預期效益之評估指標：

- ①通過自評之院所得申請門診診察費加成。
- ②各縣市醫師公會定期抽樣訪查診所。

17.品質保證保留款：

- (1)全年經費 120.3 百萬元。
- (2)原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2 百萬元)，與 110 年品質保證保留款(120.3 百萬元)合併運用(計 225.5 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

(三)門診透析服務：

- 1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。
- 2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務費用成長率，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。
- 3.門診透析服務總費用成長率為 3.6%，依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為 5.044%。
- 4.自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」4.08 百萬元，移列至醫院總額該項專款，其中 4.04 百萬元自醫院門診透析費用減列，0.04 百萬元自西醫基層門診透析費用減列。
- 5.請中央健康保險署會同門診透析服務相關團體辦理下列事項：
 - (1)加強腎臟病前期之整合照護，強化延緩病人進入透析之照護。
 - (2)持續鼓勵腹膜透析及推動腎臟移植，以提升透析病人生活品質。
 - (3)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病

相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測。

(四)前述三項額度經換算，111 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 110 年度所核定總額成長 4.295%。各細項成長率及金額，如表 2。

表 2 111 年度西醫基層醫療給付費用協定項目表(兩案送主管機關決定)

項目	付費者代表方案		西醫基層代表方案	
	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)
一般服務				
醫療服務成本及人口因素成長率	1.176%	1,459.9	1.176%	1,459.9
投保人口預估成長率	0.136%		0.136%	
人口結構改變率	1.257%		1.257%	
醫療服務成本指數改變率	-0.218%		-0.218%	
協商因素成長率	0.483%	598.0	1.234%	1,530.2
保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材)	0.242%	300.0	0.242%
	藥品及特材給付規定改變	0.216%	268.0	0.564%
	促進醫療資源支付合理(111年新增項目)	0.000%	0.0	0.010%
	配合醫院總額調整支付標準所需費用(111年新增項目)	0.000%	0.0	0.379%
	蒸汽吸入治療加成(111年新增項目)	0.000%	0.0	0.014%
其他醫療服務利用及密集度之改變	提升國人視力照護品質(111年新增項目)	0.097%	120.0	0.097%
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.072%	-90.0	-0.072%
一般服務成長率	增加金額			
(註 1)	1.659%	2,057.9		2,990.1
	總金額	126,203.8	2.410%	127,136.1
專款項目(全年計畫經費)				
家庭醫師整合性照護計畫	3,948.0	278.0	4,185.0	515.0
代謝症候群防治計畫(111年新增計畫)	308.0	308.0	308.0	308.0
提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬計畫(111年新增計畫)	9.7	9.7	9.7	9.7
西醫醫療資源不足地區改善方案	317.1	0.0	317.1	0.0
C型肝炎藥費	292.0	0.0	292.0	0.0

項目	付費者代表方案		西醫基層代表方案	
	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)
醫療給付改善方案	805.0	150.0	805.0	150.0
強化基層照護能力及「開放表別」項目	920.0	0.0	1,220.0	300.0
鼓勵院所建立轉診之合作機制	200.0	-58.0	258.0	0.0
偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫	50.0	0.0	50.0	0.0
罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	30.0	-25.0	30.0	-25.0
後天免疫缺乏病毒治療藥費	30.0	-25.0	30.0	-25.0
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	11.0	0.0
新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178.0	0.0	178.0	0.0
網路頻寬補助費用	253.0	39.0	253.0	39.0
提升院所智慧化醫療資訊機制(111年新增計畫)	0.0	0.0	210.0	210.0
因應新興疾病，診所感染管控作業守則(111年新增計畫)	0.0	0.0	1,200.0	1,200.0
品質保證保留款	120.3	4.5	120.3	4.5
專款金額	7,472.1	681.2	9,477.1	2,686.2
較 110 年度核定總額成長率(一般服務+專款)(註 2)	增加金額 1.944%	2,739.1	4.184%	5,676.3
	總金額	133,675.9		136,613.2
門診透析服務成長率	增加金額 4.233%	820.7	5.044%	977.9
	總金額	20,208.3		20,365.5
較 110 年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析)(註 3)	增加金額 2.239%	3,559.8	4.295%	6,654.3
	總金額	153,884.2		156,978.7

註：1. 計算「一般服務成長率」所採基期費用為124,144.2百萬元(含110年西醫基層一般服務預算124,336.1百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-253.7百萬元與加回違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款61.8百萬元)。

2. 計算「較110年度核定總額成長率(一般服務+專款)」所採基期費用為131,127.0百萬元，其中一般服務預算為124,336.1百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-253.7百萬元及未加回違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款61.8百萬元)，專款為6,790.9百萬元。

3. 計算「較110年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析)」所採基期費用為150,514.6百萬元，其中一般服務預算為124,336.1百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-253.7百萬元及未加回違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款61.8百萬元)，專款為6,790.9百萬元，門診透析為19,387.62百萬元(已扣除移列至醫院總額專款「腹膜透析追蹤處置費及APD租金」0.04百萬元)。

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

111 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：

111 年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後 110 年度中醫門診一般服務醫療給付費用 $\times (1 + 111 \text{ 年度一般服務成長率}) + 110 \text{ 年度專款項目經費}$

註：校正後 110 年度中醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 110 年第 2 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

二、總額協商結論：

- (一)一般服務成長率為 4.176%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.085%，協商因素成長率 3.091%。
- (二)專款項目全年經費為 979.8 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，111 年度中醫門診醫療給付費用總額，較 110 年度所核定總額成長 4.208%。各細項成長率及金額，如表 3。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 111 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

1. 提昇民眾於疾病黃金治療期針傷照護(1.814%)：

(1) 執行目標：111 年民眾使用針傷於疾病黃金治療期醫療次數大於 110 年。

預期效益之評估指標：減少患者同期使用針傷於疾病黃金治療期跨院所就醫次數。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①會同中醫門診總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體規劃內容(含適應症及結果面指標)，及醫療利用監控與管理措施，並提全民健康保險會報告。
 - ②依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。
- 2.其他醫療服務利用及密集度之改變(1.328%)。
 - 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(-0.051%)：本項不列入 112 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 979.8 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成。

- 1.醫療資源不足地區改善方案：全年經費 172 百萬元，持續辦理中醫師至無中醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
- 2.西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：
 - (1)全年經費 252.7 百萬元。
 - (2)持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷及呼吸困難相關疾病中醫照護。
- 3.中醫提升孕產照護品質計畫：全年經費 81 百萬元。
- 4.兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：全年經費 21.6 百萬元。
- 5.中醫癌症患者加強照護整合方案：
 - (1)全年經費 245 百萬元。
 - (2)持續辦理「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計

畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」。

6. 中醫急症處置：

- (1)全年經費 5 百萬元。
- (2)請提出強化利用率之策略，並檢討計畫執行情形，考量是否持續辦理。

7. 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫：全年經費 50 百萬元。

8. 照護機構中醫醫療照護方案：

- (1)全年經費 28 百萬元。
- (2)執行目標：111 年至少 30 家院所參與服務。

預期效益之評估指標：111 年相對 110 年照護機構住民外出就診中醫人次減少。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①會同中醫門診總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用監控與管理措施，並提全民健康保險會報告。
- ②依 111 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。

9. 網路頻寬補助費用：

- (1)全年經費 98 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①檢討、提升門診雲端藥歷查詢率，並於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
- ②於協商 112 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益，並納入該年度總額預算財源。

③確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告。

10.品質保證保留款：

- (1)全年經費 26.5 百萬元。
- (2)原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8 百萬元)，與 111 年度品質保證保留款(26.5 百萬元)合併運用(計 49.3 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

表 3 111 年度中醫門診醫療給付費用協定項目表

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
一般服務			
醫療服務成本及人口 因素成長率	1.085%	299.0	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	0.136%		
人口結構改變率	0.756%		
醫療服務成本指數 改變率	0.192%		
協商因素成長率	3.091%	851.8	請於 111 年 7 月底前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效並納入下年度總額協商考量。
其他醫療服務 利用密集度之 改變	提升民眾於 疾病黃金治 療期針傷照 護(111 年新 增項目)	1.814%	<p>1.執行目標：111 年民眾使用針傷於疾病黃金治療期醫療次數大於 110 年。 預期效益之評估指標：減少患者同期使用針傷於疾病黃金治療期跨院所就醫次數。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同中醫門診總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體規劃內容(含適應症及結果面指標)，及醫療利用監控與管理措施，並提全民健康保險會報告。</p> <p>(2)依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。</p>
其他醫療服	1.328%	365.9	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
	務利用及密集度之改變			
其他議定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.051%	-14.1	本項不列入 112 年度總額協商之基期費用。
一般服務成長率 ^{註1}	增加金額	4.176%	1,150.8	
	總金額		28,710.9	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成，且均應於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
醫療資源不足地區改善方案	172.0	31.4		持續辦理中醫師至無中醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
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	252.7	18.7		持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷及呼吸困難相關疾病中醫照護。
中醫提升孕產照護品質計畫	81.0	-9.0		
兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	21.6	-2.4		
中醫癌症患者加強照護整合方案	245.0	0.0		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」。
中醫急症處置	5.0	-5.0		請提出強化利用率之策略，並檢討計畫執行情形，考量是否持續辦理。
中醫慢性腎臟病門診	50.0	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
加強照護計畫			
照護機構中醫醫療方案(111年新增方案)	28.0	28.0	<p>1. 執行目標：111年至少30家院所參與服務。 預期效益之評估指標：111年相對110年照護機構住民外出就診中醫人次減少。</p> <p>2. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1) 會同中醫門診總額相關團體，於110年12月底前提出具體實施方案，及醫療利用監控與管理措施，並提全民健康保險會報告。</p> <p>(2) 依111年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。</p>
網路頻寬補助費用	98.0	17.0	<p>1. 經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1) 檢討、提升門診雲端藥歷查詢率，並於111年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。</p> <p>(2) 於協商112年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益，並納入該年度總額預算財源。</p> <p>(3) 確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式，於111年7月底前提全民健康保險會報告。</p>
品質保證保留款	26.5	1.3	<p>1. 原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8百萬元)，與111年度品質保證保留款(26.5百萬元)合併運用(計49.3百萬元)。</p> <p>2. 請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，持續檢</p>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
專款金額	979.8	80.0	
較 110 年度核 定總額成長率 (一般服務 + 專 款) ^{**2}	增加金額 4.208%	1,230.8 29,690.7	
	總金額		

- 註：1. 計算「一般服務成長率」所採基期費用為 27,560.0 百萬元(含 110 年一般服務預算 27,592.0 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-56.0 百萬元與加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 24.0 百萬元)。
2. 計算「較 110 年度核定總額成長率」所採基期費用為 28,491.8 百萬元，其中一般服務預算為 27,592.0 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-56.0 百萬元及未加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 24.0 百萬元)，專款為 899.8 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。

111 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：

111 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 110 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用 $\times (1 + 111 \text{ 年度一般服務成長率}) + 111 \text{ 年度專款項目經費}$

註：校正後 110 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 110 年第 2 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

二、總額協商結論：

(一)一般服務成長率為 1.843%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 0.270%，協商因素成長率 1.573%。

(二)專款項目全年經費為 1,738.8 百萬元。

(三)前述二項額度經換算，111 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較 110 年度所核定總額成長 2.756%。各細項成長率及金額，如表 4。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 111 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

1. 高風險疾病口腔照護(0.863%)：

(1)執行目標：服務高風險疾病患者 270,062 人。

預期效益之評估指標：服務人數。

(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，於 110 年 12 月底前

提出具體規劃內容，並提全民健康保險會報告。

②依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。

③檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。

2.提升假日就醫可近性(0.314%)：

請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，辦理下列事項：

(1)加強改善民眾假日就醫不便情形，提升診所假日開診率及民眾假日就醫可近性，並訂定相關「執行目標」及「預期效益之評估指標」，如下：

執行目標：

①牙醫急症處置 92093B：11,900 人次。

②週六、週日及國定假日牙醫門診急症處置 92094C：282,000 人次。

③牙齒外傷急症處理 92096C：500 人次。

預期效益之評估指標：服務人次。

(2)於 110 年 12 月底前提出具體規劃內容，並提全民健康保險會報告。

3.其他醫療服務利用及密集度之改變(0.443%)。

4.109 年度全面提升感染管制品質未達協定事項之扣款 (-0.024%)：

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，加強牙醫院所感染管制品質之查核與輔導，並提高實地訪查之抽查比率，盡速達成 100%院所符合加強感染管制之標準。

(2)持續監測全面提升感染管制品質之執行結果(含申報及查核結果)，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會

報告，並納入 112 年度總額協商之參據。

5.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.023%)：

(1)提升同儕制約精神，請加強內部稽核機制。

(2)本項不列入 112 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 1,738.8 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成。

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

2.牙醫特殊醫療服務計畫：

(1)全年經費 672.1 百萬元。

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

3.牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫：

(1)全年經費 12 百萬元。

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

4.0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫：

(1)全年經費 60 百萬元，本項經費不應支付預防保健相關服務。

(2)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，檢討計畫內容，並監測執行結果及評估照護成效。

5.12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫：

(1)全年經費 271.5 百萬元。

(2)執行目標：服務 12~18 歲青少年 905,099 人次。

預期效益之評估指標：

①提升就醫率至 60%。

②同齡青少年是否參加計畫的恆牙根管治療及拔牙
顆數。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同牙醫門診總額相關團體研訂具體實施方案，
並於 110 年 12 月底前提報全民健康保險會同意
後執行。

②依 111 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本
項重複部分之費用。

6.高齶齒病患牙齒保存改善服務計畫：

(1)全年經費 184 百萬元。

(2)執行目標：服務高齶齒患者 122,720 人。

預期效益之評估指標：服務人數。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同牙醫門診總額相關團體，於 110 年 12 月底前
提出具體實施方案，及醫療利用與管控措施，並
提全民健康保險會報告。

②檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並
納入總額預算財源。

7.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費 168 百萬元，經費如有不足，由其他預算
相關項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①檢討、提升牙醫院所參與率、檢驗(查)結果上傳
率及門診雲端藥歷查詢率，並於 111 年 7 月底前
提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

②於協商 112 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。

③確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告。

8.品質保證保留款：

(1)全年經費 91.2 百萬元。

(2)原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4 百萬元)，與 111 年品保款專款(91.2 百萬元)合併運用(計 207.6 百萬元)。

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

表 4 111 年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
一般服務			
醫療服務成本及人口 因素成長率	0.270%	126.7	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	0.136%		
人口結構改變率	0.309%		
醫療服務成本指數 改變率	-0.175%		
協商因素成長率	1.573%	738.1	請於 111 年 7 月底前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效並納入下年度總額協商考量。
其他醫療服務利用及密集度之改變	高風險疾病 口腔照護 (111 年新增 項目)	0.863%	1. 執行目標： <u>服務高風險疾病患者 270,062 人</u> 。 預期效益之評估指標： <u>服務人數</u> 。 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，於 110 年 12 月底前，提出具體規劃內容並提全民健康保險會報告。 (2) 依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。 (3) 檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。
	提升假日就醫可近性 (111 年新增 項目)	0.314%	147.1 請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，辦理下列事項： 1. 加強改善民眾假日就醫不便情形，提升診所假日開診率及民眾假日就醫可近性，並訂定相關「執行目標」及「預期效益之評估指標」，

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				<p>如下：</p> <p>執行目標：</p> <p>(1)牙醫急症處置 92093B： <u>11,900 人次。</u></p> <p>(2)週六、週日及國定假日牙 醫門診急症處置 92094C：282,000 人次。</p> <p>(3)牙齒外傷急症處理 92096C：500 人次。</p> <p>預期效益之評估指標：<u>服務 人次。</u></p> <p>2.於 110 年 12 月底前提出具體 規劃內容，並提全民健康保 險會報告。</p>
	其他醫療服 務利用及密 集度之改變	0.443%	208.0	
	109 年度全 面提升感染 管制品質未 達協定事項 之扣款 其他議定項目 (111 年新增 項目)	-0.024%	-11.4	<p>請中央健康保險署辦理下列事 項：</p> <p>1.會同牙醫門診總額相關團 體，加強牙醫院所感染管制 品質之查核與輔導，並提高 實地訪查之抽查比率，盡速 達成 100%院所符合加強感 染管制之標準。</p> <p>2.持續監測全面提升感染管 製品質之執行結果(含申報及查 核結果)，於 111 年 7 月底前 提全民健康保險會報告，並 納入 112 年度總額協商之參 據。</p>
	違反全民健 康保險醫事 服務機構特 約及管理辦 法之扣款	-0.023%	-10.6	<p>1.提升同儕制約精神，請加強 內部稽核機制。</p> <p>2.本項不列入 112 年度總額協 商之基期費用。</p>
一般服 務 成長率 ^{註1}	增加金額	1.843%	864.8	
	總金額		47,779.5	

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
專款項目(全年計畫經費)			各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成，且均應於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
醫療資源不足地區改善方案	280.0	0.0	持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
牙醫特殊醫療服務計畫	672.1	0.0	辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者(含社區醫療網)、老人長期照顧暨安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務。
牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫	12.0	0.0	請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，持續監測執行結果，以評估照護成效。
0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫	60.0	0.0	1. 本項經費不應支付預防保健相關服務。 2. 請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，檢討計畫內容，並監測執行結果及評估照護成效。
12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫 (111 年新增計畫)	271.5	271.5	<p>1. 執行目標：服務 12~18 歲青少年 905,099 人次。 預期效益之評估指標： (1) 提升就醫率至 60%。 (2) 同齡青少年是否參加計畫的恆牙根管治療及拔牙顆數。</p> <p>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研訂具體實施方案，並於 110 年 12 月底前提報全民健康保險會同意後執行。 (2) 依 111 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本</p>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫 (111 年新增計畫)	184.0	184.0	<p>項重複部分之費用。</p> <p>1. 執行目標：<u>服務高齲齒患者 122,720 人。</u> 預期效益之評估指標：<u>服務人數。</u></p> <p>2. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1) 會同牙醫門診總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用與管控措施，並提全民健康保險會報告。</p> <p>(2) 檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。</p>
網路頻寬補助費用	168.0	32.0	<p>1. 經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1) 檢討並提升牙醫院所參與率、檢驗(查)結果上傳率及門診雲端藥歷查詢率，並於 111 年 7 月底前報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。</p> <p>(2) 於協商 112 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。</p> <p>(3) 確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告。</p>
品質保證保留款	91.2	3.3	1. 原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4 百萬元)，與 111 年度品質保證保留款(91.2 百萬元)合併運用(計 207.6 百萬元)。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
專款金額	1,738.8	490.8	
較 110 年度核定總額成長率 (一般服務 + 專款) ^{註 2}	增加金額 總金額	2.756% 49,518.3	1,355.6

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 46,914.8 百萬元(含 110 年一般服務預算為 46,942.1 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-96.7 百萬元與加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 69.4 百萬元)。

2.計算「較 110 年度核定總額成長率」所採基期費用為 48,190.1 百萬元，其中一般服務預算為 46,942.1 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-96.7 百萬元及未加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 69.4 百萬元)，專款為 1,248.0 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。

111 年度全民健康保險其他預算及其分配

一、總額協商結論：

(一)111 年度其他預算增加 426 百萬元，預算總額度為 16,579.2 百萬元，由中央健康保險署管控，各細項分配，如表 5。

(二)請中央健康保險署依協定事項辦理以下事宜：

1. 屬計畫型項目，應提出具體實施方案(含預定達成目標及預期效益之評估指標)，其中延續型計畫應於 110 年 11 月底前完成，新增項目原則於 110 年 12 月底前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。
2. 請於 111 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目應包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效並納入 112 年度總額協商考量。

二、預算分配相關事項：

(一)基層總額轉診型態調整費用：

1. 全年經費 800 百萬元。
2. 優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。

3. 請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)持續檢討經費動支條件，建立長期效益評估指標，並監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)及評估執行效益。
- (2)提出「基層總額轉診型態調整費用」之未來規劃與期程(含退場)。
- (3)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」，於 111 年 7 月底前提出專案報

告。

(二)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：

- 1.全年經費 605.4 百萬元。
- 2.請中央健康保險署定期檢討山地離島地區醫療利用情形，並精進執行方案；另請盡速推動山地鄉論人計酬試辦計畫。

(三)居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務：

- 1.全年經費 7,300 百萬元。
- 2.本項醫療點數以每點 1 元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第 62 條規定採浮動點值處理。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)為強化精神社區復健照護體系，請整體檢討精神疾病社區復健相關支付標準之合理性，及精神復健機構於健保政策下之定位。
 - (2)檢討居家醫療訪視費支付標準之合理性，並朝分級支付方向調整，以鼓勵急重症、緊急往返及困難疾病之照護。
 - (3)訂定反映居家醫療照護品質及效益之績效指標(如減少急診、住院之醫療利用等)，於 111 年 7 月底前將執行結果提全民健康保險會報告。

(四)支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費：全年經費 290 百萬元。

(五)支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款項目不足之經費：

- 1.全年經費 1,900 百萬元。
- 2.請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，於協商

112 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥新科技等之財源之一。

(六)推動促進醫療體系整合計畫：

- 1.全年經費 450 百萬元。
- 2.持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」及「遠距醫療會診」，請中央健康保險署檢討執行情形及辦理方式，以提升執行成效。
- 3.因應新興傳染性疾病，請中央健康保險署盡速研議遠距醫療會診執行及管理策略，並審慎規劃及執行急重症轉診網絡之遠距會診醫療服務。

(七)調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費：

- 1.全年經費 1,000 百萬元。
- 2.經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。

(八)提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用：

- 1.全年經費 1,500 百萬元。
- 2.四部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目經費如有不足，由本項預算剩餘款支應。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)於協商 112 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。
- (2)請確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告。

4.新增提升院所智慧化資訊機制：

執行目標：提升檢驗所(與基層診所合併計算)資料上傳

率達 50%。

預期效益之評估指標：上傳率。

(九)提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：

- 1.全年經費 1,653.8 百萬元。
- 2.請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督。

(十)腎臟病照護及病人衛教計畫：

- 1.全年經費 450 百萬元。
- 2.持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。
 - (2)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測。

(十一)提升保險服務成效：

- 1.全年經費 600 百萬元。
- 2.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)精進提升保險服務成效之評估指標，以反映實施成效及節流效益。
 - (2)於協商 112 年度總額前檢討實施成效，及預算編列之妥適性，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。
 - (3)請於 111 年 7 月底前提出成效評估報告。

(十二)提升用藥品質之藥事照護計畫：

- 1.全年經費 30 百萬元。
- 2.執行目標：年度預計服務達 3 萬人次。
預期效益之評估指標：服務人次。

表 5 111 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)			<p>1. 屬計畫型項目，應提出具體實施方案(含預定達成目標及預期效益之評估指標)，其中延續型計畫應於 110 年 11 月底前完成，新增項目原則於 110 年 12 月底前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。</p> <p>2. 請於 111 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目應包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效並納入下年度總額協商考量。</p>
基層總額轉診型態調整費用	800.0	-200.0	<p>1. 優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」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)」。</p> <p>2. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1) 持續檢討經費動支條件，建立長期效益評估指標，並監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)及評估執行效益。</p> <p>(2) 提出「基層總額轉診型態調整費用」之未來規劃與期程(含退場)。</p> <p>(3) 上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」，於 111 年 7 月底前提出專案報告。</p>
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	605.4	-50.0	請中央健康保險署定期檢討山地離島地區醫療利用情形，並精進執行方案；另請盡速推動山地鄉論人計酬試辦計畫。
居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務	7,300.0	756.0	<p>1. 本項醫療點數以每點 1 元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第 62 條規定採浮動點值處理。</p> <p>2. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			<p>(1)為強化精神社區復健照護體系，請整體檢討精神疾病社區復健相關支付標準之合理性，及精神復健機構於健保政策下之定位。</p> <p>(2)檢討居家醫療訪視費支付標準之合理性，並朝分級支付方向調整，以鼓勵急重症、緊急往返及困難疾病之照護。</p> <p>(3)訂定反映居家醫療照護品質及效益之績效指標(如減少急診、住院之醫療利用等)，於 111 年 7 月底前將執行結果提全民健康保險會報告。</p>
支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費	290.0	0.0	
支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費	1,900.0	-950.0	請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，於協商 112 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥新科技等之財源之一。
推動促進醫療體系整合計畫	450.0	50.0	<p>1.持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」及「遠距醫療會診」，請中央健康保險署檢討執行情形及辦理方式，以提升執行成效。</p> <p>2.因應新興傳染性疾病，請中央健康保險署盡速研議遠距醫療會診執行及管理策略，並審慎規劃及執行急重症轉診網絡之遠距會診醫療服務。</p>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	1,000.0	0.0	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。
<u>提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用</u>	1,500.0	520.0	<p>1.四部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目經費如有不足，由本項預算剩餘款支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)於協商 112 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。</p> <p>(2)請確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告。</p> <p>3.新增提升院所智慧化資訊機制： 執行目標：<u>提升檢驗所(與基層診所合併計算)資料上傳率達 50%</u>。 預期效益之評估指標：<u>上傳率</u>。</p>
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,653.8	0.0	請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督。
腎臟病照護及病人衛教計畫	450.0	0.0	<p>1.持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。</p> <p>(2)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測。</p>
提升保險服務成效	600.0	300.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>1.精進提升保險服務成效之評估指標，以反映實施成效及節流效益。</p>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			2.於協商 112 年度總額前檢討實施成效，及預算編列之妥適性，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。 3.請於 111 年 7 月底前提出成效評估報告。
提升用藥品質之藥事照護計畫	30.0	0.0	執行目標： <u>年度預計服務達 3 萬人次</u> 。 預期效益之評估指標： <u>服務人次</u> 。
總計	16,579.2	426.0	

