

肆、附 錄

一、各總額部門 111 年度執行成果 評核之作業方式

各總額部門 111 年度執行成果評核之作業方式

第6屆112年第2次委員會議(112.3.22)通過

壹、評核範圍

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

貳、辦理方式

一、評核委員

- (一)函請四總額部門受託團體(下稱總額部門)及全民健康保險會(下稱本會)付費者代表委員，每部門/人至多推薦 3 名評核委員人選，包括：醫務管理、公共衛生及財務金融等健康保險相關領域專家學者。
- (二)本會同仁就四總額部門及本會付費者代表委員推薦人選，加上本會現任、曾任專家學者及公正人士委員，排除具有付費者代表或醫事服務提供者身分者後，彙整為建議名單，請本會委員就該建議名單票選適合人選(每人 7 票，超過或未達 7 票者視為無效票)，依據委員票選結果之票數多寡，依序邀請 7 位擔任評核委員，評核委員名單不事先公開。本會委員票選評核委員時，請兼顧四總額部門之衡平性與差異性，並為鼓勵專家學者廣泛參與，請避免專家學者服務機構過度集中。

二、評核會議之資料

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

三、評核會議

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

- 2.由接受健保署專業事務委託之四總額部門報告年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果；為利評核委員及與會者掌握及聚焦於重點項目，簡報內容請以「年度重點項目執行成果與未來規劃」為主，請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 111 年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。
 - 3.評核委員評論各總額部門年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果報告，並開放與會者提問。
 - 4.參與人員：除本會委員、四總額部門與健保署外，另邀請衛福部相關單位與附屬機關，如：社保司、醫事司、照護司、心健司、口健司、中醫藥司、全民健保爭議審議會、健康署、疾管署等，以及民間團體，如：病友團體、社福團體、醫策會、消基會、醫改會等，預估約 160 人。
- (三)第二階段：評核內部會議(半天)。
- 1.評核委員就四總額部門之執行成果，充分溝通後評定等級；並針對四部門總額及其他預算之年度重點項目、一般服務項目及專款項目提出共識建議，供協商參考。
 - 2.參與人員：主任委員、評核委員、本會同仁，由評核委員互相推選主席。

參、評核項目與配分

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

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

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

註：1.年度重點項目係就「一般服務項目」及「專款項目」中，擇與政策目標、總額協定要求及民眾關切之議題進行重點報告，以利評核聚焦於年度重要事項。
2.列入評核之專款項目如附表四。

肆、評核結果之應用

一、評核結果區分為下列五等級：

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

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

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

伍、112 年評核作業時程表

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

| 時間 | 作業內容 |
|------------------------------|--|
| 112 年 6 月中旬 (評核會議前 1 個月) | 四總額部門及健保署提送執行成果之書面報告(健保署提送報告下冊)予本會，供評核委員審閱。 |
| 112 年 7 月上旬 (評核會議前 2 週) | 1. 健保署及四總額部門提送「各總額部門 111 年度執行成果發表暨評核會議」之口頭報告(簡報)，供評核委員審閱。 2. 本會同仁彙整「各總額部門 111 年度執行成果評核指標摘要」供評核委員參考。 |
| 112 年 7 月中旬 (7 月 17、18 日) | 召開為期 2 天之「各總額部門 111 年度執行成果發表暨評核會議」。 |

年度重點項目及各部門總額一般服務項目執行績效/成果之報告大綱

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

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

各部門總額及其他預算專款項目執行績效/成果之報告大綱

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

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

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

健保署及四總額部門「111年度重點項目與績效指標(含目標值)」

| 部門/ 單位 | 年度重點項目 | 績效指標 |
|-------------------|---|--|
| 整體總額 —健保署 | 項目1：整體資源配置與未來規劃 [延續項目] | |
| | 項目2： 分級醫療之推動 成效 [延續項目] | 指標：非同體系區域級(含)以上醫院回轉率 目標值： $\geq 3.77\%$ 操作型定義：分母案件之回轉件數/區域級(含)以上醫院接受上轉之門住診申報件數合計 |
| | 項目3： 推動健保醫療資 訊雲端查詢系統 之成效 [延續項目] | 指標：全藥類藥品重複用藥日數下降比率 目標值：較108年下降5% 操作型定義：全藥類藥品之重複用藥日數/全藥類藥品之總給藥日數 健保署之指標目標值說明： 管理方案因COVID-19疫情於109年Q1~Q3及110年Q1~Q3暫停啟動，故以108年為基期進行比較。 |
| 醫院總額 —醫院 協會 | 項目1： 醫院分級醫療執 行成效 [延續項目] | 指標：醫院層級轉診率 目標值：轉診率維持成長10% 操作型定義：各層級轉診件數/醫院部門總就醫件數。 觀察指標：醫院層級疾病嚴重度CMI變動 醫院協會對於觀察指標之目標值說明： 配合專家學者建議暫列觀察指標，但鑑於醫院總額獨立資料區僅限於審查相關案件查詢且不得涉及各院，爰醫院部門無法逕自就各院資料進行查詢，疾病嚴重度CMI的運算須仰賴健保署協助運算並提供，且CMI偵測僅可就住院DRG案件，無法顯示門診情形，另CMI值每年皆會受DRG相對權重所影響，礙於資料運算難以回溯，爰無法進行年度間的比較，無法訂定目標值。 |
| | 項目2： 護病比執行現況 [延續項目] | 指標：全日平均護病比達加成之占率提升 目標值：整體全日平均護病比達加成之月次占率 較前一年增加或持平 操作型定義：整體醫院達護病比加成的月次/整體醫院申報住院護理費總月次 |

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

| 部門/ 單位 | 年度重點項目 | 績效指標 |
|--------------------|-----------------------------------|---|
| | | 指標(3)：收案數 目標值：較前1年度增加 操作型定義：居家醫療照護整合計畫的收案數。 |
| 牙醫門診 總額 一牙全會 | 項目1： 國人牙周現況改善情形 [延續項目] | 指標：牙周病統合治療第三階段完成率 目標值：最近3年全國平均值*(1-10%) 操作型定義：當年度完成第三階段人數(當年1~9月申報第一階段案件於180天內申報第三階段件數)/當年度執行第一階段人數(當年1~9月申報第一階段件數) |
| | 項目2： 青少年口腔照護改善狀況 [新增項目] | 指標：年度12~18歲青少年就醫率 目標值：最近3年全國平均值*(1-10%) 操作型定義：當年度12~18歲青少年牙醫就醫人數/當年度12~18歲青少年投保人口數 |
| 中醫門診 總額 一中全會 | 項目1： 提升複雜性針灸傷科醫療服務品質 [延續項目] | 指標(1)：中度高度複雜性針灸醫療利用率 目標值：中度高度複雜性針灸醫療服務利用率呈現正成長 操作型定義：(111年中度及高度複雜性針灸人次/111年針灸人次)-(110年複雜性針灸人次/110年針灸人次) 指標(2)：中度高度複雜性傷科醫療利用率 目標值：中度高度複雜性傷科醫療服務利用率呈現正成長 操作型定義：(111年中度及高度複雜性傷科人次/111年傷科人次)-(110年複雜性傷科人次/110年傷科人次) |
| | 項目2： 提升中醫醫療服務 [延續項目] | 指標(1)：中醫醫療服務人數成長率 目標值：中醫醫療服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：(111年中醫醫療服務人數-110年中醫醫療服務人數)/110年中醫醫療服務人數 指標(2)：中醫醫療服務人次成長率 目標值：中醫醫療服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：(111年中醫醫療服務人次-110年中醫醫療服務人次)/110年中醫醫療服務人次 指標(3)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：(111年中醫居家醫療服務人數-110年中醫居家醫療服務人數)/110年中醫居家醫療服務人數 |

| 部門/ 單位 | 年度重點項目 | 績效指標 |
|--------------|-----------------------------------|--|
| | | <p>指標(4)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：(111年中醫居家醫療服務人次-110年中醫居家醫療服務人次)/110年中醫居家醫療服務人次</p> <p>指標(5)：無中醫鄉減少比率 目標值：無中醫鄉減少比率為正值 操作型定義：(110年無中醫鄉數-111年無中醫鄉數)/110年無中醫鄉數</p> <p>指標(6)：無中醫鄉服務人數成長率 目標值：無中醫鄉服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：(111年無中醫鄉服務人數-110年無中醫鄉服務人數)/110年無中醫鄉服務人數</p> <p>指標(7)：無中醫鄉服務人次成長率 目標值：無中醫鄉服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：(111年無中醫鄉服務人次-110年無中醫鄉服務人次)/110年無中醫鄉服務人次</p> |
| 其他預算 一健保署 | 項目1： 居家醫療照護整合計畫之推動成效 [延續項目] | <p>指標：居家整合新收案對象門診次數降低 目標值：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門診就醫次數較收案前低 操作型定義：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門診就醫次數較收案前低</p> |
| | 項目2： C型肝炎新藥治療成效 [延續項目] | <p>指標：C型肝炎治療涵蓋率(年累計) 目標值：C型肝炎治療涵蓋率(年累計)，較去年同期提高 操作型定義：至當年底已接受治療人數/慢性C型肝炎患者人數</p> |
| | 項目3： 腎病防治成效 [新增項目] | <p>指標：末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫照護率 目標值：末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫照護率較去年同期提高 操作型定義：參與末期腎臟病前期病人(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫之人數/個案符合前12月門診2次或住診1次就醫主診斷為N184-186、049符合收案條件之歸戶病人數，排除洗腎及死亡人數</p> |

各部門總額及其他預算專款項目執行績效/成果之提報單位

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

| 部門別 | 計畫／方案名稱 | 提報單位 |
|------|---|-------------------------|
| 門診透析 | <ul style="list-style-type: none"> - 腎臟病照護及病人衛教計畫 - 鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫(112 年新增) | 健保署 |
| 跨部門 | <p>醫院、西醫基層</p> <ul style="list-style-type: none"> - C 型肝炎藥費(含其他預算「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款項目不足之經費」) - 醫療給付改善方案(含糖尿病等 9 項方案)(111 年醫院總額新增「精神科病人出院後急性後期照護服務」) - 鼓勵院所建立轉診合作機制(非計畫型) - 基層總額轉診型態調整費用(非計畫型) - 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材(非計畫型) - 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費(非計畫型) - 精神科長效針劑藥費(非計畫型)(111 年新增) - 癌症治療品質改善計畫(112 年新增) - 慢性傳染病照護品質計畫(112 年新增) - 促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)(112 年新增) - 因應長新冠照護衍生費用(112 年新增) | 健保署 (相關總額部門提供配合推動情形) |
| | <p>四部門</p> <ul style="list-style-type: none"> - 獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用 | |
| 其他預算 | <ul style="list-style-type: none"> - 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 - 居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務(含居家醫療照護整合計畫) - 推動促進醫療體系整合計畫 - 提升院所智慧化資訊機制(111 年新增項目)、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(含各部門總額之網路頻寬補助費用執行成果) - 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫 - 提升用藥品質之藥事照護計畫 - 支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費(非計畫型) - 調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費(非計畫型) - 提升保險服務成效(非計畫型) | 健保署 |

二、111 年度各部門總額及其分配 方式公告

表 1 111 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% | 405.0 | 1.執行目標：111 年服務高風 險疾病患者 270,000 人。 預期效益之評估指標：高風 險患者利用全口牙結石清除 之比率，111~113 年分別為 40%、45%、50%。 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 |

| 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>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：</p> <p>執行目標：</p> <p>(1)111 年提升假日就醫之急症處置服務人次：</p> <p>①牙醫急症處置 92093B：服務 17,435 人次。</p> <p>②週六、週日及國定假日牙醫門診急症處置 92094C：服務 412,089 人次。</p> <p>③牙齒外傷急症處理 92096C：服務 915 人次。</p> <p>(2)全國假日提供看診服務之院所數較 108 年增加 60 家。</p> <p>預期效益之評估指標：接受治療者，其整體就醫滿意度提升。</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 | |
| | 其他議定項目 | -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，儘速達成 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</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 |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------|-----------------|--|
| | | | | 納入 112 年度總額協商之參據。 |
| | 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 | 1.為提升同儕制約精神，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。 |
| 一般服務 成長率 ^{註1} | 增加金額 | 1.843% | 864.8 | |
| | 總金額 | | 47,779.5 | |
| 專款項目(全年計畫經費) | | | | 各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於 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 年新增項目) | | 271.5 | 271.5 | 1.執行目標：111 年服務 12~18 歲少年 900,000 人次。 預期效益之評估指標：提升全國 12~18 歲少年牙醫就醫率不低於該年齡層 108 年牙 |

| 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>醫就醫率，111~113 年分別為 40%、50%、60%。</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。</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> |
| 高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫 (111 年新增項目) | 184.0 | 184.0 | <p>1.執行目標：111 年服務高齲齒病患(曾接受過複合體填補處置) 92,000 人。</p> <p>預期效益之評估指標：高齲齒病患利用塗氟(完整塗氟 4 次)之比率，111~113 年分別為 30%、35%、40%。</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、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</p> |

| 項目 | | 成長率(%)或 金額(百萬元) | 預估增加 金額(百萬元) | 協定事項 |
|--|------|--------------------|-----------------|--|
| | | | | <p>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 | <p>1.原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4 百萬元)，與 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)。</p> <p>2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。</p> |
| 專款金額 | | 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 | 2.756% | 1,355.6 | |
| | 總金額 | | 49,518.3 | |

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 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。

表 2 111 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。 | |
| 其他醫療服務利用及 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% | 500.0 | 1.執行目標：111 年民眾使用 針傷於疾病黃金治療期 ^註 醫 療次數較 108 年多出 5%。 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 ^註 跨院所就醫次數 2%。 註：黃金治療期定義：自首次開 立同一 ICD-10-CM 主診斷碼 起 3 個月內(含跨院所)。 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。 |
| 其他醫療服務利用 及密集度之改變 | | 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 |
|---|--|--------------------|-----------------|--|
| 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 | 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。 |
| 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 加強照護計畫 | | 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 |
|----------------------------|----------------|-------------|--|
| 照護機構中醫醫療照護方案 (111年新增項目) | 28.0 | 28.0 | 1.執行目標： (1)111年至少30家院所參與服務。 (2)服務人次15,000人次，服務總天數1,500天。 預期效益之評估指標：照護機構接受中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫件數較未被照護前(108年)之件數減少。 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。 |
| 網路頻寬補助費用 | 98.0 | 17.0 | 1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)檢討、提升門診雲端藥歷查詢率，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。 |

| 項目 | | 成長率(%)或 金額(百萬元) | 預估增加 金額(百萬元) | 協定事項 |
|--|------|--------------------|-----------------|---|
| 品質保證保留款 | | 26.5 | 1.3 | 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)。 2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。 |
| 專款金額 | | 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 | |
| | 總金額 | | 29,690.7 | |

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。

表 3 111 年度西醫基層醫療給付費用協定項目表(決定版)

| 項目 | 成長率(%)或 金額(百萬元) | 預估增加 金額(百萬元) | 決定事項 | |
|--------------------|---|-----------------|--|---|
| 一般服務 | | | | |
| 醫療服務成本及人口 因素成長率 | 1.176% | 1,459.9 | 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 | 0.136% | | | |
| 人口結構改變率 | 1.257% | | | |
| 醫療服務成本指數 改變率 | -0.218% | | | |
| 協商因素成長率 | 0.655% | 812.0 | 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。 | |
| 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) | 0.242% | 300.0 | 請中央健康保險署辦理下列事 項： 1.於額度內，妥為管理運用， 依全民健康保險法第 42 條精 神，善用醫療科技評估工具 ，並考量人體健康、醫療倫 理、醫療成本效益及保險財 務，排定納入健保給付之優 先順序。 2.於 110 年 12 月委員會議提出 規劃之新增項目與作業時程 ，若於年度結束前未依時程 導入或預算執行有剩餘，則 扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含 新增項目及扣除替代效應後 之增加費用/點數)。 3.建立新醫療科技之預算檢討 、調整與管控機制，並提出 成果面的績效指標，呈現所 創造的價值，於 111 年 6 月 底前提出專案報告。 |

| 項目 | | 成長率(%)或 金額(百萬元) | 預估增加 金額(百萬元) | 決定事項 |
|----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|---|
| 保險給付項目及支付標準之改變 | 藥品及特材給付規定改變 | 0.296% | 367.0 | <p>1.其中 292 百萬元用於反映近年使用糖尿病藥物增加之費用。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(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。</p> <p>(2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，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)。</p> <p>(3)建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管控機制，並於 111 年 6 月底前提出專案報告。</p> |
| | 促進醫療資源支付合理(111 年新增項目) | 0.101% | 126.0 | <p>1.為鼓勵分級醫療、雙向轉診，用於提升西醫基層量能之診療項目。</p> <p>2.112 年度總額起，請朝醫院、西醫基層部門相同診療項目支付點數連動調整辦理。</p> |
| | 其他醫療服務利用密度之改變 | 提升國人視力照護品質(111 年新增項目) | 0.097% | 120.0 |

| 項目 | | 成長率(%)或 金額(百萬元) | 預估增加 金額(百萬元) | 決定事項 |
|-------------------|------------------------------------|--------------------|-----------------|--|
| | | | | 2.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。 3.依111年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。 |
| | 移列精神科長效針劑藥費至專款項目 | -0.009% | -11.0 | 原於一般服務執行，移列11百萬元至「精神科長效針劑藥費」專款項目。 |
| | 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 | -0.072% | -90.0 | 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.本項不列入112年度總額協商之基期費用。 |
| 一般服務 | 增加金額 | 1.831% | 2,271.9 | |
| 成長率 ^{#1} | 總金額 | | 126,417.3 | |
| 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。 |
| | 家庭醫師整合性照護計畫 | 3,948.0 | 278.0 | 請中央健康保險署於111年7月底提出導入一般服務之評估規劃。 |
| | 代謝症候群防治計畫(111年新增項目) | 308.0 | 308.0 | 請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項： 1.研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近1次委員會議確認。 |

| 項目 | 成長率(%)或金額(百萬元) | 預估增加金額(百萬元) | 決定事項 |
|---|----------------|-------------|--|
| | | | 2.擬訂具體實施方案(內容應包含結果面品質指標，並依執行績效支付費用，惟不得與家庭醫師整合性照護計畫及其他醫療給付改善方案重複領取個案管理費)，於提報全民健康保險會同意後執行。 |
| 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫(111年新增項目) | 9.7 | 9.7 | 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」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近1次委員會議確認。 |
| 西醫醫療資源不足地區改善方案 | 317.1 | 0.0 | 1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。 2.請中央健康保險署精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與計畫。 |
| C型肝炎藥費 | 292.0 | 0.0 | 1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，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之財源之一。 |
| 醫療給付改善方案 | 805.0 | 150.0 | 1.持續辦理糖尿病、氣喘、思覺失調症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病等7項方案。 2.請中央健康保險署儘速推動「糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措 |

| 項目 | 成長率(%)或金額(百萬元) | 預估增加金額(百萬元) | 決定事項 |
|--------------------|----------------|-------------|--|
| | | | 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。 |
| 強化基層照護能力及「開放表別」項目 | 1,220.0 | 300.0 | <p>1.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)於 110 年 12 月委員會議提出規劃調整之項目與作業時程。</p> <p>(2)通盤檢討開放表別項目適當性，含導入一般服務之時程規劃。</p> <p>2.本項經費依實際執行扣除原基期點數併入一般服務費用結算。</p> |
| 鼓勵院所建立轉診合作機制 | 258.0 | 0.0 | <p>1.經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(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。</p> <p>(2)會同西醫基層及醫院總額相關團體，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。</p> |
| 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫 | 50.0 | 0.0 | 請中央健康保險署精進計畫內容，並加強推廣，鼓勵醫師參與計畫。 |
| 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 | 30.0 | -25.0 | 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。 |

| 項目 | 成長率(%)或金額(百萬元) | 預估增加金額(百萬元) | 決定事項 |
|----------------------------|----------------|-------------|--|
| | | | 2.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。 |
| 後天免疫缺乏病毒治療藥費 | 30.0 | -25.0 | 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.請中央健康保險署檢視本項費用支用之合理性。 |
| 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 | 本項經費依實際執行併入一般服務費用結算。 |
| 新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用 | 178.0 | 0.0 | 本項經費依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入各分區一般服務費用結算。 |
| 網路頻寬補助費用 | 253.0 | 39.0 | 1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)檢討、提升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，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。 |
| 精神科長效針劑藥費(111年新增項目) | 100.0 | 100.0 | 1.其中11百萬元由一般服務費用移列。 2.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。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。 |

| 項目 | | 成長率(%)或 金額(百萬元) | 預估增加 金額(百萬元) | 決定事項 |
|---|------|--------------------|-----------------|---|
| 品質保證保留款 | | 120.3 | 4.5 | 1.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 111 年度品質保證保留款(120.3 百萬元)合併運用(計 225.5 百萬元)。 2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。 |
| 專款金額 | | 7,930.1 | 1,139.2 | |
| 較 110 年度核定總額成長率 (一般服務+專款) ^{註 2} | 增加金額 | 2.456% | 3,411.1 | |
| | 總金額 | | 134,347.4 | |
| 門診透析服務 | 增加金額 | 4.689% | 909.1 | 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 3.25%。依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為 4.689%。 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。 |

| 項目 | | 成長率(%)或 金額(百萬元) | 預估增加 金額(百萬元) | 決定事項 |
|---|------|--------------------|-----------------|--|
| | 總金額 | | 20,296.7 | 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。 |
| 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 | 2.744% | 4,320.2 | |
| | 總金額 | | 154,644.1 | |

- 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 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 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 61.8 百萬元)，專款為 6,790.9 百萬元，門診透析為 19,387.6 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。最終以中央健康保險署結算資料為準。

表 4 111 年度醫院醫療給付費用協定項目表(決定版)

| 項目 | 成長率(%)或 金額(百萬元) | 預估增加 金額(百萬元) | 決定事項 | |
|--------------------|---|-----------------|--|---|
| 一般服務 | | | | |
| 醫療服務成本及人口 因素成長率 | 1.922% | 9,354.2 | 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 | 2.042% | | | |
| 醫療服務成本指數 改變率 | -0.258% | | | |
| 協商因素成長率 | 1.127% | 5,488.6 | 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。 | |
| 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 | 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。 |

| 項目 | | 成長率(%)或 金額(百萬元) | 預估增加 金額(百萬元) | 決定事項 |
|----------------|----------------------|--------------------|-----------------|---|
| 保險給付項目及支付標準之改變 | 藥品及特材給付規定改變 | 0.134% | 650.0 | 請中央健康保險署辦理下列事項： 1.於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第42條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定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.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。 4.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。 |
| | 促進醫療資源支付合理(111年新增項目) | 0.019% | 94.0 | 配合西醫基層總額「提升國人視力照護品質」項目，增編本項經費。 |
| | 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 | 0.205% | 1,000.0 |

| 項目 | | 成長率(%)或 金額(百萬元) | 預估增加 金額(百萬元) | 決定事項 |
|---------------------------------|----------------------------------|--------------------|-----------------|---|
| 其他醫療服務 利用及 集中度 之 改變 | | | | 2.請中央健康保險署視執行需要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」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近1次委員會議確認。 |
| | 提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診結構改變 | 0.411% | 2,000.0 | 1.用於區域級(含)以上醫院加護病床之住院診察費及病房費採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成30%。 2.請中央健康保險署視執行需要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」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近1次委員會議確認。 |
| | 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 | 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。 |
| | 移列精神科長效針劑藥費至專款項目 | -0.255% | -1,241.0 | 原於一般服務執行，移列1,241百萬元至「精神科長效針劑藥費」專款項目。 |
| | 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 | -0.003% | -16.5 | 1.為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。 2.本項不列入112年度總額協商之基期費用。 |
| 一般服務 成長率 ^{*1} | 增加金額 | 3.049% | 14,842.8 | |
| | 總金額 | | 501,532.1 | |

| 項目 | 成長率(%)或 金額(百萬元) | 預估增加 金額(百萬元) | 決定事項 |
|---------------------|--------------------|-----------------|---|
| 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。 |
| C型肝炎藥費 | 3,428.0 | 0.0 | 1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，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。 |
| 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 | 12,807.0 | 1,108.0 | 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。 |
| 後天免疫缺乏病毒治療藥費 | 5,257.0 | 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.請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。 |
| 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質 | 5,208.06 | 81.06 | 1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.為鼓勵醫師投入腎臟移植， |

| 項目 | 成長率(%)或 金額(百萬元) | 預估增加 金額(百萬元) | 決定事項 |
|------------------------|--------------------|-----------------|---|
| | | | 111 年新增預算用於鼓勵腎臟移植手術之施行。 3.提報之執行情形及成效評估報告，應含醫療利用、成長原因分析、等待時間及不同器官移植之存活率等。 |
| 醫療給付改善方案 | 1,495.1 | 127.1 | 1.持續辦理糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質等 9 項方案。 2.新增「精神科病人出院後急性後期照護服務」，經費 60 百萬元，並納入「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」。 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。 |
| 急診品質提升方案 | 300.0 | 54.0 | 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。 |
| 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs) | 210.0 | 0.0 | 1.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。 |
| 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案 | 100.0 | 0.0 | 本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。 |
| 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 | |

| 項目 | 成長率(%)或 金額(百萬元) | 預估增加 金額(百萬元) | 決定事項 |
|-------------------------------|--------------------|-----------------|---|
| 鼓勵院所建立轉診合作機制 | 224.7 | -175.3 | 1.經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (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。 |
| 網路頻寬補助費用 | 200.0 | 73.0 | 1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)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)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。 |
| 腹膜透析追蹤處置費及APD租金 (111年新增項目) | 15.0 | 15.0 | 1.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。 |

| 項目 | | 成長率(%)或 金額(百萬元) | 預估增加 金額(百萬元) | 決定事項 |
|---|------|--------------------|-----------------|--|
| 住院整合照護服務試 辦計畫 (111 年新增項目) | | 300.0 | 300.0 | 請中央健康保險署會同醫院總額相關團體研訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。 |
| 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 | 1.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.請中央健康保險署會同醫院總額相關團體研訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。 |
| 精神科長效針劑藥費 (111 年新增項目) | | 2,664.0 | 2,664.0 | 1.其中 1,241 百萬元由一般服務費用移列。 2.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。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。 |
| 品質保證保留款 | | 929.8 | 49.4 | 1.原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7 百萬元)，與 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)。 2.請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。 |
| 專款金額 | | 34,538.7 | 4,596.3 | |
| 較 110 年度核定總額成長率 (一般服務+專款) ^{註2} | 增加金額 | 3.569% | 19,439.1 | |
| | 總金額 | | 536,070.8 | |

| 項目 | | 成長率(%)或 金額(百萬元) | 預估增加 金額(百萬元) | 決定事項 |
|--------|------|--------------------|-----------------|--|
| 門診透析服務 | 增加金額 | 2.015% | 455.5 | <ol style="list-style-type: none"> 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3.25%。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為2.015%。 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： <ol style="list-style-type: none"> (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。 |
| | 總金額 | | 23,058.4 | |

| 項目 | | 成長率(%)或 金額(百萬元) | 預估增加 金額(百萬元) | 決定事項 |
|---|------|--------------------|-----------------|---------------------------|
| | | | | (4)請檢討末期病人使用透 析服務之必要性。 |
| 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 | 3.504% | 19,894.5 | |
| | 總金額 | | 559,129.2 | |

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)。

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 540,200.6百萬元，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、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」4.04百萬元)。

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

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) | | | 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；實施成效並納入下年度總額協商考量。 |
| 基層總額轉診型態調整費用 | 800.0 | -200.0 | 1.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續檢討經費動支條件，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「鼓勵院所建立轉診合作機制」，於111年7月底前提出專案報告。 |
| 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；另請儘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 | 1.本項醫療點數以每點1元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第62條規定採浮動點值處理。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)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 |

| 項目 | 金額 (百萬元) | 增加金額 (百萬元) | 協定事項 |
|--|-------------|---------------|---|
| | | | <p>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、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費 | 290.0 | 0.0 | |
| 支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費 | 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，請中央健康保險署儘速研議遠距醫療會診執行及管理策略，並審慎規劃及執行急重症轉診網絡之遠距會診醫療服務。</p> |
| 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。 |

| 項目 | 金額 (百萬元) | 增加金額 (百萬元) | 協定事項 |
|---|-------------|---------------|--|
| 提升院所智慧化資訊機制(111年新增項目)、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用 | 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： (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)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：提升檢驗所(與西醫基層診所合併計算)資料上傳率達50%。 預期效益之評估指標：西醫基層於20類檢查(驗)同病人28天內再檢查率，較108年下降10%。</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： (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。</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> <p>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</p> |

| 項目 | 金額 (百萬元) | 增加金額 (百萬元) | 協定事項 |
|---------------|-----------------|---------------|---|
| | | | 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：年度預計服務達3萬人次。 預期效益之評估指標：收案保險對象使用藥品品項數，較照護前(108年)下降10%。 |
| 總計 | 16,579.2 | 426.0 | |

註：111 年度各總額專案計畫內容，請至中央健康保險署網站參閱。

路徑：中央健康保險署首頁>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>全民健保總額支付制度 111 年度

三、112 年度各部門總額及其分配 方式公告

表 1 112 年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表

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

| 項目 | | 成長率(%)或 金額(百萬元) | 預估增加 金額(百萬元) | 協定事項 | |
|--------------|------------------------|--------------------------|-----------------|---|--|
| | | | | 預期效益之評估指標：18歲以上執行「特定牙周保存治療-顆數一至三顆」者，追蹤其治療後1年之平均拔牙顆數低於其最近3年年平均拔牙顆數。 3.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，於111年12月底前提出具體規劃內容(含給付條件、醫療服務內容及成效監測)。 | |
| | 其他議定項目 | 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 | -0.113% | -53.7 | 本項不列入113年度總額協商之基期費用。 |
| | 一般服務成長率 ^{**2} | 增加金額 | 0.702% | 334.3 | |
| | | 總金額 | | 47,905.6 | |
| 專款項目(全年計畫經費) | | | | 各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於111年11月底前完成，新增計畫原則於111年12月底前完成，且均應於112年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。 | |
| | 醫療資源不足地區改善方案 | 280.0 | 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 | 672.1 | 0.0 | 辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者(含社區醫療網)、老人長期照顧暨安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務。 |
| | 牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫 | 10.0 | 10.0 | -2.0 | 1.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，持續監測執行結果，評估照護成效，於112年7月將評估結 |

| 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>果提全民健康保險會報告。</p> <p>2.本計畫再行試辦 1 年，若未呈現具體成效即應退場。</p> |
| 0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫 | 60.0 | 0.0 | <p>1.本項經費不應支付預防保健相關服務。</p> <p>2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。</p> |
| 12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫 | 271.5 | 0.0 | <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，加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。</p> <p>2.依 112 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。其預算扣減方式規劃，請會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。</p> |
| 高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫 | 184.0 | 0.0 | <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，加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。</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> |
| 超音波根管沖洗計畫(112 年新增項目) | 144.8 | 144.8 | <p>1.執行目標：112 年度超音波根管沖洗執行件數全年以 144.8 萬件為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。</p> <p>預期效益之評估指標：使用超音波根管沖洗的牙齒 2 年</p> |

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

| 項目 | 成長率(%)或金額(百萬元) | 預估增加金額(百萬元) | 協定事項 |
|----------|----------------|-------------|---|
| | | | <p>氟 92051B、口乾症塗氟 92072C) 及既有專款項目「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」重複支應。</p> <p>3.執行目標：112 年度齲齒經驗之高風險患者氟化物治療執行人次全年以 200 萬人次為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。</p> <p>預期效益之評估指標：1 年後(113 年起)齲齒經驗之高風險患者平均齲齒填補顆數增加率減緩。</p> <p>4.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同牙醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出具體實施方案(含給付條件、醫療服務內容及成效監測)，並提全民健康保險會報告。</p> <p>(2)本計畫以 3 年為檢討期限，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p> <p>(3)檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。</p> |
| 網路頻寬補助費用 | 168.0 | 0.0 | <p>1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上</p> |

| 項目 | 成長率(%)或金額(百萬元) | 預估增加金額(百萬元) | 協定事項 |
|-------------------------------------|----------------|----------------|--|
| | | | <p>傳率，並於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。</p> <p>(2)於協商 113 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。</p> <p>(3)確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，提全民健康保險會報告。</p> |
| 品質保證保留款 | 93.9 | 2.7 | <p>1.原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4 百萬元)，與 112 年度品質保證保留款(93.9 百萬元)合併運用(計 210.3 百萬元)。</p> <p>2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。</p> |
| 專款金額 | 2,894.3 | 1,155.5 | |
| 較基期成長率(一般服務+專款)^{#3} | 增加金額 | 2.588% | 1,489.8 |
| | 總金額 | | 50,799.9 |

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

表 2 112 年度中醫門診醫療給付費用協定項目表

| 項目 | 成長率(%)或 金額(百萬元) | 預估增加 金額(百萬元) | 協定事項 |
|--|--------------------|-----------------|--|
| 一般服務 | | | |
| 醫療服務成本及人口 因素成長率 | 1.394% | 398.6 | 計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)×(1+投保人口預估成長率)]-1。 |
| 投保人口預估成長率 | -0.264% | | |
| 人口結構改變率 | 0.830% | | |
| 醫療服務成本指數 改變率 | 0.832% | | |
| 協商因素成長率 | 2.678% | 765.9 | 請於 112 年 7 月底前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效並納入下年度總額協考量。 |
| 鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康 提升中醫小兒傷科照護品質 (112 年新增項目) | 0.009% | 2.5 | 1.執行目標：112 年度中醫小兒傷科照護執行人次全年以 12,425 人次為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。預期效益之評估指標：申報 6 歲以下中醫小兒傷科同一病人同一診斷碼同月跨院所看診人次較前 5 年平均下降 1%。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同中醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出提升小兒傷科照護品質具體規劃內容，並提報全民健康保險會。 (2)依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。其當年度執行額度，應以點數調升所增加之費用計算。 (3)有關預算扣減方式規劃， |

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

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

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

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

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

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

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

2.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 28,595.7 百萬元(含 111 年一般服務預算為 28,710.9 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-129.3 百萬元、加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 14.1 百萬元，未有需扣除 110 年未導入金額)。

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

表 3 112 年度西醫基層醫療給付費用協定項目表(決定版)

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

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

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

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

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

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

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

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

| 項目 | 成長率(%)或金額(百萬元) | 預估增加金額(百萬元) | 決定事項 |
|----------------------------------|----------------|--------------|--|
| <p>癌症治療品質改善計畫 (112年新增項目)</p> | <p>115.0</p> | <p>115.0</p> | <p>出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p> <p>1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。</p> <p>2.執行目標：以當年度4項癌症篩檢陽性/異常個案進行確認診斷之追陽率達90%為計畫執行指標。</p> <p>(1)大腸癌(以篩檢人數126萬人，陽性率7%估算)：約25,000人。</p> <p>(2)口腔癌(以篩檢人數60.5萬人，陽性率8.2%估算)：約14,300人。</p> <p>(3)子宮頸癌(以篩檢人數220萬人，陽性率0.54%估算)：約2,600人。</p> <p>(4)乳癌(以篩檢人數87萬人，陽性率8%估算)：約4,500人。</p> <p>預期效益之評估指標：追陽率達90%。</p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)擬訂具體實施方案，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數。</p> <p>(2)本計畫以4年為檢討期限(112~115年)，請會同西醫基層總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第4年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢</p> |

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

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

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

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

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

表 4 112 年度醫院醫療給付費用協定項目表(決定版)

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

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

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

| 項目 | 成長率(%)或金額(百萬元) | 預估增加金額(百萬元) | 決定事項 |
|-----------------------|----------------|-------------|---|
| | | | <p>說明「罕見疾病藥費」結算邏輯改變前後之影響)。</p> <p>(2)若經評估「罕見疾病藥費及特材」與「血友病藥費」仍有分列預算之必要，請於協商 113 年度總額前，提出預算拆分之優缺點分析及分列之計算基礎，提報全民健康保險會。</p> |
| 後天免疫缺乏症候群 抗病毒治療藥費 | 5,257.0 | 0.0 | <p>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。</p> <p>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。</p> |
| 鼓勵器官移植並確保 術後追蹤照護品質 | 5,208.06 | 0.0 | <p>1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2.中央健康保險署提報之執行情形及成效評估報告，應含醫療利用、成長原因分析、等待時間及不同器官移植之存活率等。</p> |
| 醫療給付改善方案 | 1,643.4 | 148.3 | <p>1.持續辦理糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質等 9 項方案。</p> <p>2.請中央健康保險署通盤檢討各項方案照護成效及照護率不高之原因，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升執行成效。</p> |

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

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

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

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

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

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

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

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

| 項目 | | 成長率(%)或 金額(百萬元) | 預估增加 金額(百萬元) | 決定事項 |
|--------|------|--------------------|-----------------|---|
| 門診透析服務 | 增加金額 | 2.405% | 554.6 | <ol style="list-style-type: none"> 1.門診透析服務總費用成長率為 3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。 2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，醫院總額本項服務費用成長率為 2.405%。 3.門診透析服務總費用成長率 3%，其中 1%(約 4.335 億元)專款專用，用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質。2%(約 8.671 億元)成長率須含鼓勵透析病患(含血液及腹膜透析)諮詢腎臟移植。 4.請中央健康保險署辦理下列事項： <ol style="list-style-type: none"> (1)會同門診透析服務相關團體，於 112 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」專款之「執行目標」、「預期效益評估指標」，及具體實施計畫(包含提升腹膜透析與品質之具體措施、院所獎勵方式、品質監測指標等)，並提全民健康保險會報告。 |
| | 總金額 | | 23,613.0 | |

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

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

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

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

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

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

表 5 112 年度其他預算協定項目表

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

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

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

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

註：112年度各總額專案計畫內容，請至中央健康保險署網站參閱。

路徑：中央健康保險署首頁>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>全民健保總額支付制度 112年度

全民健康保險各總額部門執行成果發表暨評核會議發言條

發言人：_____

全民健康保險各總額部門執行成果發表暨評核會議發言條

發言人：_____

全民健康保險各總額部門執行成果發表暨評核會議發言條

發言人：_____

全民健康保險各總額部門執行成果發表暨評核會議發言條

發言人：_____