

衛生福利部全民健康保險會  
第 5 屆 111 年第 9 次委員會議資料

本資料未上網公開前

請勿對外提供

中華民國 111 年 9 月 23 日



# 衛生福利部全民健康保險會第 5 屆 111 年第 9 次委員會議議程

一、主席致詞

二、議程確認

三、確認上次(第 8 次)委員會議紀錄----- 1

四、本會重要業務報告----- 6

五、討論事項

112 年度醫院、牙醫門診、中醫門診、西醫基層醫療給付費  
用總額及其他預算協商結論案----- 13

六、報告事項

中央健康保險署「111 年 8 月份全民健康保險業務執行報告」  
----- 19

七、臨時動議



三、確認上次(第 8 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(111)年 8 月 26 日衛部健字第 1113360113 號函送  
委員在案，並於本年 8 月 26 日併同會議資料上網公開。

決定：

衛生福利部全民健康保險會第5屆111年第8次委員會議紀錄  
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國111年8月19日上午9時30分

地點：本部 301 會議室

主席：卓委員俊雄(代理)

紀錄：范裕春、李德馥

出席委員：(依姓名筆劃排序)

干委員文男、朱委員益宏、何委員語、吳委員鴻來、吳委員鏘亮、李委員永振、李委員麗珍、林委員恩豪、林委員敏華、林委員綉珠、侯委員俊良(中華民國全國教師會羅主任德水代理)、柯委員富揚、胡委員峰賓、翁委員文能(台灣醫院協會廖秘書長振成代理)、翁委員燕雪、馬委員海霞、商委員東福、張委員文龍(中華民國工業協進會楊顧問玉琦 11:51 以後代理)、張委員鈺民、許委員駢洪、陳委員石池、陳委員有慶、陳委員秀熙、陳委員彥廷、黃委員金舜、黃委員振國、楊委員芸蘋、董委員正宗、趙委員曉芳、劉委員守仁、劉委員國隆、劉委員淑瓊、鄭委員素華、盧委員瑞芬、謝委員佳宜

請假委員：(依姓名筆劃排序)

周主任委員麗芳、滕委員西華、顏委員鴻順

列席人員：

本部社會保險司：陳專門委員淑華

中央健康保險署：李署長伯璋、蔡副署長淑鈴

本會：周執行秘書淑婉、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第5頁)

貳、議程確認：(詳附錄第5~6頁)

決定：確認。

參、確認上次(第7次)委員會議紀錄：(詳附錄第6頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第7~18頁)

決定：

- 一、上次(第7次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：
  - (一)擬解除追蹤共 2 項，同意解除追蹤。
  - (二)擬繼續追蹤共 7 項，同意繼續追蹤。
- 二、歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，擬解除追蹤共4項，同意解除追蹤。
- 三、請中央健康保險署提供102年起至110年，逐年依照全民健康保險法第29條規定計算之平均眷口數資料。
- 四、確認「112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。
- 五、餘洽悉。

伍、優先報告事項：(詳附錄第19~80頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：「111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，送請中央健康保險署參考。

第二案

案由：衛生福利部交議112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案。

報告單位：

(一)衛生福利部社會保險司：說明行政院核定之112年度總額範圍及政策目標。

(二)本會：確認112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112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	0.393%	2.128%	-0.264%	2.250%
西醫基層	0.266%	1.402%		1.400%
牙醫門診	0.653%	0.255%		0.642%
中醫門診	0.832%	0.830%		1.394%
整體	0.401%	1.829%		1.960%

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112年度總額範圍、政策目標與執行重點內容，並依本會研訂之協商相關規範，及參考本會委員意見，於本(111)年8月31日前依新修正之協商內容格式，研提「112年度總額協商因素項目及計畫(草案)」之最終版本送會，俾利協商資料之準備。

三、關於112年度總額範圍交議案之政策目標及總額設定公式部分，請衛生福利部協助說明釐清如下：

(一)於總額協商前，提供政策目標三所提「無效醫療」之定義說明。

(二)於本年12月委員會議說明年度總額之「醫療服務成本及人口因素成長率」(低推估)之計算公式、內涵及改革內容。

陸、臨時動議：無。

柒、散會：下午13時18分。



## 112 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
<b>111 年 9 月 21 日(三)</b>		
09:00~09:30	報到/預備會議(供付費方、醫界方「視需要」召開會前內部會議)	
09:30~12:00	1-1.醫院總額協商(150 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
12:00~12:30	午餐	
12:30~13:10	1-2.醫院與西醫基層總額之門診透析服務協商(40 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)
13:10~13:20	中場休息	
13:20~15:00	2.牙醫門診總額協商(100 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
15:00~15:10	中場休息	
15:10~16:50	3.中醫門診總額協商(100 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
16:50~17:00	中場休息	
17:00~18:55	4.西醫基層總額協商(115 分鐘)	本會委員、西醫基層部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁
18:55~19:25	晚餐	
19:25~20:40	5.其他預算協商(75 分鐘)	本會委員、健保署，及社保司與本會同仁
<b>111 年 9 月 22 日(四)</b>		
09:30~12:30	視需要處理協商未盡事宜	本會委員、相關部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁
<b>111 年 9 月 23 日(五)</b>		
09:30~14:00	第 9 次委員會議 (實體及視訊併行)	本會委員及社保司、健保署與本會同仁

註：各部門總額之協商時間已計列各部門視雙方需要自行召開內部會議時間。

#### 四、本會重要業務報告

- 一、上次(第 8 次)委員會議決議(定)列管追蹤事項共計 3 項，依辦理情形，建議解除追蹤 2 項，繼續追蹤 1 項，如附表(第 8~9 頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理；另個別委員關切事項，健保署回復如附錄一(第 23~24 頁)。
- 二、本會針對第 7 次委員會議委員關切重要議題作成會訊報導之主題如下，內容詳附錄二(第 25~28 頁)，已置於本會網頁(路徑：健保會首頁 > 最新訊息 > 委員關切重要議題分析，網址：<https://dep.mohw.gov.tw/NHIC/lp-4039-116.html>)，敬請委員轉知所屬團體之會員參閱。

委員會議次別及時間	主題
111 年第 7 次 (7.29)	健保會委員關切「111 年度總額轉診相關協定事項之檢討與未來規劃」及「全民健康保險急診品質提升方案」之執行情形
	健保會委員建議部分負擔調整方案應訂定配套措施及監測指標

- 三、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(111)年 8 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 13 日寄至各委員電子信箱]

##### (一)衛福部

本年 8 月 15 日修正發布「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，並自 111 年 9 月 1 日生效，如附錄三(第 29~31 頁)，本次修正重點如下：

- 1.西醫基層開放表別項目：刪除「二氧化碳雷射手術」項目。
- 2.調整支付標準：

(1)麻醉費通則：新增器官移植及摘取手術之麻醉費得按所定支付點數加計百分之百。

(2)第五部居家照護及精神病患者社區復健之安寧居家療護：調升山地離島地區臨終病患訪視費 20%(由 5,500 點調為 6,600 點)。

### 3.修正支付規範：

- (1)放寬「尿路結石體外震波碎石術」之離島地區泌尿科專科醫師限制條件：從應有 2 名專任泌尿科專科醫師，改為應有 1 名專任，另 1 名得以兼任方式。
- (2)修正「迷走神經刺激術(VNS)」之適應症：原為「無法以抗癲癇藥控制病情之頑固型癲癇病人」，增列「且亦無法以切除手術改善或曾以癲癇切除手術治療失敗」。
- (3)刪除執行「經導管主動脈瓣膜置換術(TAVI)」之年齡條件：配合「經導管主動脈瓣膜套組-TAVI(含導引線)」特材給付規定修正。

### (二)健保署

- 1.將公告之總額相關計畫副知本會，如附錄四(第 32~33 頁)，修訂重點如下表：

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
111.8.30/ 111.9.1	全民健康 保險居家 醫療照護 整合計畫	配合「醫療給付項目及支付標準」第五部第三章安寧居家療護，修訂本計畫附錄 2 之「慢性腎衰竭及腎衰竭」及「脊髓小腦退化性動作協調障礙」之 ICD-10-CM 診斷參考碼。

- 2.本年 8 月 31 日副知 111 年第 1 季其他預算結算說明表，公文如附錄五(第 34 頁)，111 年全年經費 16,579.2 百萬元，1~3 月結算數 2,265.1 百萬元，整理預算執行情形如附錄六(第 35 頁)供參考。
- 3.本年 6 月至 8 月份公告暫予支付及修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分項目，藥品計 18 件、特材計 22 件，彙整如附錄七(第 36~39 頁)。

決定：

## 上次(第8次)委員會會議繼續列管追蹤事項

## 一、擬解除追蹤(共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	本會重要業務報告。	請中央健康保險署提供102年起至110年，逐年依照全民健康保險法第29條規定計算之平均眷口數資料。	於111年8月26日請辦健保署。	健保署回復：檢附102年至110年平均眷口數實際計算數值(如附件，第10頁)，供委員參考。	解除追蹤	—
2	優先報告事項第2案：衛生福利部交議112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案。	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112年度總額範圍、政策目標與執行重點內容，並依本會研訂之協商相關規範，及參考本會委員意見，於本(111)年8月31日前依新修正之協商內容格式，研提「112年度總額協商因素項目及計畫(草案)」之最終版本送會，俾利協商資料之準備。	於111年8月26日請辦健保署。	健保署回復：本署研提「112年度總額協商因素項目及計畫(草案)」之最終版本已於9月6日送交貴會在案。	解除追蹤	—

二、擬繼續追蹤(共 1 項)

項次	案由	決議(定)事項	本會辦理情形	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	優先報告事項第 2 案：衛生福利部交議 112 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案。	三、關於 112 年度總額範圍交議案之政策目標及總額設定公式部分，請衛生福利部協助說明釐清如下： (一)於總額協商前，提供政策目標三所提「無效醫療」之定義說明。 (二)於本年 12 月委員會議說明年度總額之「醫療服務成本及人口因素成長率」(低推估)之計算公式、內涵及改革內容。	於 111 年 8 月 29 日請辦社保司。	社保司回復： 1.有關無效醫療，係指無效益之醫療，其涵蓋面向甚廣，就醫療服務(或藥物)給付項目及支付標準之擬訂與修正，依全民健康保險法第 42 條第 2 項規定，保險人得先辦理醫療科技評估，就其給付效益或支付效率進行評估，以作為健保給付及支付之參考。 2.依決定辦理。	1.關於(一)無效醫療之定義說明部分，解除追蹤 2.關於(二)「醫療服務成本及人口因素成長率」(低推估)之計算公式、內涵及改革內容，俟社保司說明後解除追蹤	111 年 12 月

## 102年至110年平均眷口數實際計算數值

資料年度	平均眷口數實際計算數值
102	0.622
103	0.612
104	0.602
105	0.596
106	0.587
107	0.580
108	0.573
109	0.569
110	0.562

## 備註：

每年平均眷口數評估作業均以最近完整年度承保資料計算，並納入健保財務平衡及民眾負擔等因素通盤考量，以112年平均眷口數調整為例，行政作業於111年下半年簽辦，爰以110年實際眷屬人數平均計算為0.562人，採計0.57人。

# 討論事項





提案單位：本會第三組

案由：112 年度醫院、牙醫門診、中醫門診、西醫基層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(111)年 8 月 10 日交付行政院核定之「112 年度醫療給付費用總額範圍案」併附該部之政策目標，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，112 年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率下限為 1.307%，上限為 4.5%，高、低推估值如下：

總額範圍	低推估值	高推估值
成長率	1.307% <sup>註1</sup>	4.5%
預估醫療費用	8,201.0億元	8,459.5億元
高低推估差值	約258.5億元	

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(1.960%)，再以 111 年一般服務預算占率(87.015%)校正後，並校正 110 年投保人口成長率差值(-0.398%)，即  $(1.960\% \times 87.015\%) - 0.398\% = 1.307\%$ 。

2.基期費用：依衛福部交議行政院核定之總額範圍，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。惟最終以健保署結算金額為準。

(二)112 年度健保總額政策目標：

除持續辦理例行總額協商之項目或計畫外，健保中長期改革計畫為現階段強化醫療體系之重點政策，爰綜合前述訂定 5 項政策目標及其執行計畫，摘要政策目標如下：

- 1.整合公共衛生體系與健保資源，發展以人為本的照護模式，積極提升民眾健康【改善健康、提升效率與維持公平】。
- 2.精進醫療照護相關體系，以民眾健康為導向，提升醫療品質與服務效率，及醫療資源合理分配【改善健康、提升效率與維持公平】。

- 3.推動健保給付支付制度改革，減少無效醫療，提升給付與支付效率【改善健康、提升效率與維持公平】。
- 4.增進醫療服務價值，提升服務量能，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【改善健康、提升效率與維持公平】。
- 5.保障保險對象之醫療權益，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【維持公平、改善健康】。

二、檢附「109~112年健保財務收支情形表」供參，如附表(第16頁)。

三、經本年9月21日協商會議後，112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(後附)。其中有關各部門總額成長率基期之計算方式，係依衛福部交議行政院核定總額範圍之基期，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。

四、依本會本年第6次委員會議(111.6.24)通過之112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(下稱112年度協商程序)：

(一)請各部門於協商會議當日(111.9.21)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(第9次)委員會議(111.9.23)討論：

- 1.請委員就前開調整內容提出修正建議。
- 2.達成共識部門，會後請健保署會同各總額部門共同討論研修，將研修結果提報10月份委員會議確認。
- 3.未達共識部門，請衛福部就政策要求，逕予核定。

(二)總額協商完成後，請各部門於2週內(111.10.6前)提送地區預算分配之建議方案，俾於10月份委員會議(111.10.28)討論。若部門未達成協商共識或未提送分配建議方案者，則由幕僚掣案提11月份委員會議(111.11.18)討論，並完成協定。

擬辦：

- 一、請確認112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(後附)。

二、有關新增項目「執行目標」及「預期效益之評估指標」：

(一)達成共識部門，請健保署會同各總額部門共同討論研修，將研修結果提報 10 月份委員會議確認。

(二)未達共識部門，將兩案併陳報部，請衛福部就政策要求，逕予核定。

三、有關後續各部門總額一般服務費用之分配，請各部門於 111 年 10 月 6 日前，提送地區預算分配之建議方案，以利本會掣案提 10 月份委員會議(111.10.28)討論。

決議：

# 109至112年健保財務收支情形表

附表

單位：億元

項目	109年	110年	111年	112年	
				總額成長率 採下限1.307%	總額成長率 採上限4.5%
	決算數			預估數	
<b>醫療給付費用總額</b>	<b>7,526</b>	<b>7,836</b>	<b>8,096</b>	<b>8,201</b>	<b>8,460</b>
總額成長率	5.237%	4.107%	3.320%	1.307%	4.50%
<b>保險成本</b>	<b>6,954</b>	<b>7,274</b>	<b>7,528</b>	<b>7,624</b>	<b>7,880</b>
保險成本成長率	5.91%	4.60%	3.50%	1.27%	4.67%
非保險給付占率	7.65%	7.22%	7.05%	7.08%	6.89%
<b>保險收入</b>	<b>6,278</b>	<b>7,119</b>	<b>7,214</b>	<b>7,569</b>	<b>7,569</b>
				<b>(7,625)</b>	<b>(7,625)</b>
保險收入成長率	0.87%	13.39%	1.34%	4.92%	4.92%
				(5.70%)	(5.70%)
一、保險費相關收入	6,104	6,948	7,050	7,407	7,407
				(7,463)	(7,463)
(一)保險費收入	6,143	6,990	7,096	7,214	7,214
				(7,270)	(7,270)
1、一般保險費	5,074	5,663	5,831	5,902	5,902
				(5,960)	(5,960)
2、補充保險費	473	582	535	546	546
3、政府負擔不足法定 36%之差額	596	745	729	766	766
				(764)	(764)
(二)其他收入	-38	-42	-46	193	193
二、安全準備相關收入	174	171	164	162	161
當年安全準備 填補金額	850	326	479	217	473
				(161)	(417)
<b>保險收支餘絀</b>	<b>-676</b>	<b>-155</b>	<b>-314</b>	<b>-55</b>	<b>-311</b>
				<b>(1)</b>	<b>(-255)</b>
保險收支累計餘絀	1,091	936	622	567	310
				(623)	(366)
<b>約當保險給付 支出月數</b>	<b>1.88</b>	<b>1.55</b>	<b>0.99</b>	<b>0.89</b>	<b>0.47</b>
				<b>(0.98)</b>	<b>(0.56)</b>

製表：健保會111.9.12

說明：1、資料來源：以全民健康保險會110年第7次委員會議(110.11.19)討論「全民健康保險111年度保險費率方案(草案)」資料之假設進行推估。

- 2、( )為納入112年1月起基本工資調整(由25,250元調整至26,400)之財務影響金額56億元後之推估數。
- 3、111年7月起投保金額上限提高為219,500元；112年納入行政院主計總處為因應健保安全準備不足部分，撥補全民健康保險基金項下核增240億元；平均眷口數自112年起由0.58人調降為0.57人，預估保險收入減少19億元。
- 4、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。
- 5、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。
- 6、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)。
- 7、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。
- 8、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。
- 9、112年保險費率維持以5.17%推估。
- 10、依目前所擬之112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍草案，於一般服務扣除110年「未導入預算扣減」部分，基期淨值約為8,095.23億元。
- 11、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

# 報告事項



報告單位：中央健康保險署

案由：111 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

.....  
本會補充說明：

依 102 年 2 月 22 日委員會議決定及 111 年度工作計畫，為提高議事效率，本項例行性業務報告，書面資料須每月提供，但口頭報告改採季(每年 2、5、8、11 月)報方式辦理。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：





# 附錄



個別委員關切事項之健保署答覆

委員意見	健保署說明
<p>李委員永振書面意見(議事錄 p.33)</p> <p>業務執行季報告資料第3頁，新增「虛擬健保卡」法源依據，健保署在防疫期間推動「虛擬健保卡」，讓健保卡相關系統作業能順利上線，值得肯定！但仍有幾點提醒建議：1.委外廠商監督不易落實，有無定期執行委外作業之監督或查核？2.政府機關在個人資料雖委外處理，但在執行個人資料保護的實務作業與法律責任強度，並未減弱。作業委外的個資管理風險，健保署責無旁貸。3.如何有效監督虛擬健保卡促使第三方APP自律，委外監督不能只是在合約上的文字。</p>	<p>一、本署針對資訊委外案於契約中要求契約廠商團隊成員皆須簽署保密切結書、委外人員應遵守之資安規範及著作權同意書等文件，經本署審核通過，執行監督查核管理作業，另亦要求委外廠商每年進行資通安全管理自行評估作業，交付本署進行審查，並配合衛福部「聯合委外業務資通安全暨個人資料保護稽核」執行實地稽核作業，以確保本署委外作業整體之資通安全。</p> <p>二、虛擬健保卡系統採加密儲存及傳輸，相關資料皆存放於署內機房並由本署負責營運，由署內權責同仁負責監控管理，委外廠商負責程式之開發與測試，相關之資通安全要求均依據本署為資通安全責任等級A級之公務機關應辦事項辦理，包括弱點掃描、滲透測試等安全性檢測，資通安全威脅偵測管理等機制運作；本署每年另行辦理紅隊演練，以發掘潛在可能風險加以修補，強化資安防護。</p> <p>三、另現行虛擬健保卡之使用僅限於本署健保快易通APP使用，並未提供其他APP介接，故無監督虛擬健保卡促使第三方APP自律之問題。</p>

委員意見	健保署說明
<p>李委員永振書面意見(議事錄 p.58)</p> <p>補充資料第1頁之財務收支試算表還是出現老問題，112年高推估保險成本較低推估多256億元，政府負擔不足法定36%之差額都是766億元，這是因計算公式代入負安全準備所致，此因素使政府從105年~112年8年少負擔1,164~1,256億元，這是今年特別撥補240億元後之結果，否則少負擔超過1,400億元(1,404~1,496億元)。</p>	<p>有關政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數之計算方式，歷年來皆依健保法第2條、第3條及同法施行細則第45條規定，以及行政院協商確立之法律見解及計算方式辦理。</p>
<p>李委員永振書面意見(議事錄 p.58)</p> <p>會議資料第39頁，行政院核定函顯示，在已知目前健保財務困境下，還核定4.5%上限；須檢討給付範圍，卻交辦那麼多政策做法，實令人不解！可喜的一點是，今年終於注意到本會已提議4、5年須及早因應法定費率上限及工作人口占率下降將導致的保費負擔等課題。人口結構改變這是人口老化及少子女化的結果。少子女化在今年大學招生已產生嚴重的現象，只招到63.2%的學生，最慘的學校招不到一成！前車之鑑值得未雨綢繆，但可不要像「健保財務結構性失衡」的課題，雖早就知道嚴重性，卻擺到須考量修法提高法定費率上限仍未見有效的動作出現！</p>	<p>一、為使健保穩健經營，本署將持續推動各項整合醫療資源有效運用及抑制醫療資源不當耗用之措施，以減緩醫療支出成長壓力；另依健保法第24條規定之法定程序，研提保險費率試算結果供貴會審議，以平衡健保財務。</p> <p>二、為強化健保量能負擔精神及提升保費負擔公平性，衛生福利部揭示對健保中長期之財務改革，朝擴大費基與提升負擔公平之方向研議相關改革方案。本署將配合衛生福利部政策，以保險人之立場提供相關評估資料與建議，供政策規劃參考。</p>

## 健保會委員關切「111年度總額轉診相關協定事項之檢討與未來規劃」及「全民健康保險急診品質提升方案」之執行情形

健保會 111.8.29

為瞭解健保總額配合衛福部推動分級醫療政策的執行成效，以及委員關心醫院急診壅塞的改善情形，7月份委員會議安排健保署報告「111年度總額轉診相關協定事項之檢討與未來規劃」及「全民健康保險急診品質提升方案」(含急診壅塞監測指標)之執行情形。

有關轉診制度之推動，為使醫院專注服務急重難症病患，鼓勵西醫基層將急重難症個案上轉至醫院，而醫院將照護後病情穩定個案下轉回基層，自106年起，健保每年均於醫院及西醫基層總額編列「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款預算(111年度編列4.827億元)，支付病人上轉及下轉之費用，以提高轉診誘因。另為減緩推動分級醫療後，病人往基層集中所造成的財務衝擊，也編列「基層總額轉診型態調整費用」(111年度編列8億元)。依整體執行結果而言，實施轉診後，107、108年西醫基層人次占率略有提升，醫學中心及區域醫院則略減，符合期待。慢性病案件下轉至西醫基層逐年提升，下轉案件以糖尿病、高血壓等慢性病居多，顯示慢性病逐漸往基層移動，尚符合分級醫療政策宗旨，但疫情發生後西醫層級之就醫人次占率之趨勢反轉，且西醫基層上轉至醫院案件，遠大於醫院下轉至基層案件，分級醫療政策成效不明顯。

健保會委員於聽取報告後認為，分級醫療推動成效雖然可能受到疫情影響，但為提升醫療體系及健保整體運作效能，仍須檢討相關措施、持續推動分級醫療。健保會委員提出諸多改善建議，包含應檢討目前上轉案件其上轉之必要性及下轉案件數偏低之原因，精進轉診鼓勵方式及支付誘因，並針對慢性病人下轉到診所之停留天數逐年變短之現象進行追蹤分析，以瞭解慢性病人下轉後的就醫情形。此外，為擴大西醫基層服務量能，建議持續擴大開放表別項目，讓西醫基層也能提供與醫院一樣的服務項目，並期望健保署能持續優化電子轉診資訊交換平台，以利醫療院所協助病患轉診及後續追蹤照顧。最後，決定請健保署參考委員意見，持續檢討及精進分級醫療政策及相關鼓勵措施，並於協商112年度總

額提出規劃方案，以早日落實分級醫療之政策目標。

至於急診品質提升方案，我國大型醫院急診壅塞現象一直受到社會大眾的關心，爰自101年度總額起每年編列本方案預算，希望藉由方案推動縮短病人在急診室留置時間，紓解大型醫院急診壅塞現象，並提升重症照護品質。健保署於111年4月1日公告修訂方案內容，主要以提高重大疾病照護品質獎勵為主，並刪除急診壅塞及效率等多項指標。委員考量本方案的目標為改善急診壅塞情形，若無相關監測指標，將無法評估方案實施成效，以及是否達到「紓解急診壅塞情形」之目標，爰請健保署於本次會議提出方案執行情形(含急診壅塞監測指標)專案報告。

委員於聽取健保署的報告後，認為本方案執行已逾10年，但醫學中心急診壅塞情形並未有效改善。民眾在意的是急重症病人等不到住院或加護病房床位，必須滯留在急診室，其原因很複雜，包括各層級醫院的分工、體系內部運作與人力及民眾就醫行為，都是影響急診壅塞的重要因素，需要進行根本原因分析，建議健保署針對壅塞問題特別嚴重的幾家醫學中心，逐院專案瞭解與關切。此外，也有醫界委員認為方案偏重品質獎勵，若獎勵的處置原本就屬於常規指引需處理的範圍，給予獎勵等於增加支付，是否能達到提升品質之目的有待檢驗，而對於真正需要鼓勵的「減少急診壅塞」的獎勵項目相對不足，應予檢討。另也有委員提出修改指標之建議，均請健保署做為未來方案修訂之參考。最後，委員考量急診處置效率仍應為績效評核重點，為能持續監測醫院整體指標之表現，決定請健保署持續監測原方案各層級醫院「急診處置效率相關指標」，並將監測結果送健保會，俾納為112年度總額協商之參考。

## 健保會委員建議部分負擔調整方案應訂定配套措施及監測指標

健保會111.8.29

為強化負擔公平性，提升民眾就醫成本意識，及促進醫療資源合理利用，本會委員關心衛福部原公告自本(111)年5月15日起實施之部分負擔調整方案能否達到預期之政策效益，以及經濟弱勢民眾就醫權益是否會受影響，爰於4月份委員會議決議，請健保署提出保障經濟弱勢民眾就醫權益配套措施與政策效益監測指標，並定期提出監測報告。雖新制部分負擔因COVID-19疫情已暫緩實施，委員認為仍應事先妥擬配套措施及監測指標之規劃為宜，乃排入委員會議報告。

健保署於6月份委員會議提出保障經濟弱勢民眾就醫權益之配套措施報告，擬將中低收入戶及經認定屬經濟困難者列為補助對象，凡符合補助條件且經轉診者，可於就醫後檢據向健保署各分區業務組申請補助，經該署審查通過後，即可獲得補助。委員於聽取健保署規劃報告後，關切非屬補助對象之邊緣戶(例如因疫情失業者、或有突發性經濟困難狀況)，可能因無法克服就醫當下的財務障礙，而延遲就醫，建議健保署亦能對於該類民眾規劃協助方式；並建議補助方式改採事前審核，將符合補助條件者註記於健保卡，讓其就醫時可立即免部分負擔；另經濟弱勢族群定義，可參照政府因應疫情核予補助(或津貼)者之資格對象認定，並建議不應限制須經轉診才能獲得補助。

針對委員所提建議事項，健保署提出說明，其中對於不符補助條件之民眾，如確屬經濟困難者，該署將以愛心捐款予以協助。有關補助方式未採事前認定補助資格，係考量民眾的經濟狀況可能會有異動；至於補助範圍不含未經轉診之基層診所，係考量基層診所之門診藥品部分負擔並未調整，門診檢驗檢查部分負擔亦已設定上限(100元)，該署衡酌民眾付費能力後，爰規劃補助範圍須為經轉診案件。惟委員關切事項，該署仍將納參檢討執行。

至於健保署於7月份委員會議共提出15項政策效益監測指標(分別從整體、門診藥品與門診檢驗檢查及急診等面向進行監測)，並呈現近5年各層級間醫療利用之趨勢變化。惟委員認為健保署提出之監測指標，僅呈現新制部分負擔實施前後醫療利用的改變狀況，尚不足以評估政策執行成效，建議健保署應研提可以評估是否達到包含提升民眾成本意識、引導民眾分級醫療與轉診、改變民眾不必要的

就醫行為，以及促進醫病溝通與決策共享等4項政策效益之監測指標，並應扣連擬改善之5大現象(包括病人不珍惜藥品資源、藥費占率已達29%且成長幅度最高、醫學中心及區域醫院一般藥品費用高於社區醫院及基層診所、檢驗檢查費用占率已達13%且逐年成長，以及輕症急診就醫行為造成醫學中心及區域醫院之急診壅塞)，及應監測高風險及多重慢性病患族群就醫情形變化，並提出包含整體及特定族群之每人年門診部分負擔金額之分布、慢性病人之規律就醫情形及有效醫療使用率之變化等18項指標供健保署參考；另建議監測指標應具方向性(正向或負向)，以利解讀監測結果。

經過2次委員會議的討論，委員針對健保署提出之保障經濟弱勢民眾就醫權益配套措施與政策效益監測指標，提出多項寶貴意見。健保署表示，將參考委員意見整體檢討配套措施及修正監測指標。健保會委員非常重視經濟弱勢民眾就醫權益之保障，亦肯定健保署在促進健保資源有效運用之努力，更期許健保署能研擬完善之配套措施與監測指標，俾能通盤評估執行成效及規劃因應措施。



## 衛生福利部 函

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

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年8月15日  
發文字號：衛部保字第1110131459C號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表之pdf檔各1份

主旨：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，業經本部於中華民國111年8月15日以衛部保字第1110131459號令修正發布，並自111年9月1日生效，茲檢送發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表各1份，請查照。

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

111.08.15



111CC00529

## 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正總說明

本次醫療服務給付項目及支付標準之修正，為本（一百一十一年）年第三次修正，並自一百一十一年九月一日生效。修正重點如下：

一、西醫基本診療（第二部第一章）：第八節住院安寧療護修正附表八及附表十一部分疾病及臨床條件 ICD-10-CM 代碼。

二、西醫特定診療（第二部第二章）

（一）治療處置（第六節）：

1. 修正「尿路結石體外震波碎石術」（編號50023B及編號50024B）  
支付規範：放寬離島地區醫院專科泌尿科醫師之專兼任條件。
2. 修正「迷走神經刺激術（VNS）—參數調整」（編號56041K）  
支付規範之適應症。

（二）手術（第七節）：

1. 刪除原西醫基層開放表別項目「二氧化碳雷射手術」（編號62020C），改為編號62020B，並配合修正「內視鏡蝶腭動脈結紮術」（編號65079B）支付規範。
2. 修正「經導管主動脈瓣膜置換術」（編號68040B）支付規範：配合「經導管主動脈瓣膜套組—TAVI（含導引線）」特殊材料給付規定之修正，刪除年齡條件。
3. 修正「迷走神經刺激術（VNS）—植入」（編號83102K）支付規範之適應症。

（三）麻醉費（第十節）：通則六增列器官移植及摘取手術麻醉費得加計百分之百之規定。

三、安寧居家療護（第五部第三章）：調升「臨終病患訪視費山地離島地區」（編號 05327C）支付點數，由 5,500 點調整至 6,600 點，以及修正附表

八及附表十一部分疾病及臨床條件 ICD-10-CM 代碼。

四、論病例計酬（第六部）：配合「全民健保尚未納入給付特材管理作業要點」相關自費特材規定及名稱，修正通則十七及通則十八。

五、Tw-DRGs 分類架構及原則（第七部第二章）：新增年齡計算方式為「入院年月日」減「出生年月日」之規定(通則六)。

檔 號：  
保存年限：

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  39  
臺北市南港區忠孝東路6段488號



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年8月30日  
發文字號：健保醫字第1110662559號  
附件：請至本署全球資訊網站公告欄擷取

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111年9月1日起施行。

依據：衛生福利部111年8月15日衛部保字第1110131459號令辦理。

公告事項：配合「全民健康保險醫療給付項目及支付標準」第五部第三章安寧居家療護，附表修訂「慢性腎衰竭及腎衰竭」及「脊髓小腦退化性動作協調障礙」之ICD-10-CM診斷參考碼。

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、台灣在宅醫療學會、臺北市政府衛生局、新北市政府衛生局、桃園市政府衛生局、臺中市政府衛生局、臺南市政府衛生局、高雄市政府衛生局、基隆市衛生局、新竹市衛生局、嘉義市政府衛生局、新竹縣政府衛生局、苗栗縣政府衛生局、彰化縣衛生局、南投縣政府衛生局、雲林縣衛生局、嘉義縣衛生局、屏東縣政府衛生局、宜蘭縣政府衛生局、花蓮縣衛生局

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300203

111. 9. 1-

生局、臺東縣衛生局、澎湖縣政府衛生局、金門縣衛生局、連江縣衛生福利局、  
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、社團法人台灣居家護理暨服務協會、台灣居家醫療醫學會

署長李伯璋



檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段  
140號  
聯絡人：歐舒欣  
聯絡電話：02-27065866 分機：2614  
傳真：02-27069043  
電子郵件：A110666@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

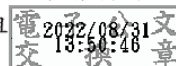
發文日期：中華民國111年8月31日  
發文字號：健保醫字第1110662577號  
速別：速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：附件請逕自本署全球資訊網自行擷取

主旨：檢送111年第1季「全民健康保險其他部門結算說明表」，  
並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明，請查照。

說明：

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

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



111.09.01



1113340184

111年度其他預算支用情形

單位：百萬元；%

項目	年	全年 預算數	執行數				全年 執行率	
			Q1	Q2	Q3	Q4		小計
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(含山地鄉論人計酬試辦計畫)		605.4	139.0			139.0	23.0%	
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 <sup>註1</sup>		1,500.0	36.3			36.3	2.4%	
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫		1,653.8	342.0			342.0	20.7%	
推動促進醫療體系整合計畫		450.0	40.7			40.7	9.0%	
1.醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫			8.9			8.9		
2.跨層級醫院合作計畫			14.2			14.2		
3.急性後期整合照護計畫			16.2			16.2		
4.全民健康保險遠距醫療給付計畫			1.3			1.3		
支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、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 <sup>註2</sup>		290.0	0.32			0.3	0.1%	
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 <sup>註3</sup>		1,900.0	0.0			0.0	0.0%	
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費		1,000.0	0.0			0.0	0.0%	
腎臟病照護及病人衛教計畫 <sup>註4</sup>		450.0	97.3			97.3	21.6%	
1.Pre-ESRD之病人照護與衛教計畫			66.2			66.2		
2.初期慢性腎臟病醫療給付改善方案			19.8			19.8		
3.慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫(申復)			0.0			0.0		
※慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫(另行結算)			11.3			11.3		
提升用藥品質之藥事照護計畫 <sup>註6</sup>		30.0	0.001			0.0	0.0%	
居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務		7,300.0	1,519.2			1,519.2	20.8%	
1.居家醫療與照護			972.2			972.2		
2.助產所			0.8			0.8		
3.精神疾病社區復健			535.9			535.9		
4.轉銜長照2.0之服務			10.3			10.3		
提升保險服務成效		600.0	42.9			42.9	7.2%	
基層總額轉診型態調整費用 <sup>註6</sup>		800.0	47.4			47.4	5.9%	
<b>總計</b>		<b>16,579.2</b>	<b>2,265.1</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>2,265.1</b>	<b>13.7%</b>

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

2.僅支付狂犬病治療藥費，其餘項目尚無專款不足需支應之情形。

3.C型肝炎藥費尚無專款不足需支應之情形。

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

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

6.111年度限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。

中央健康保險署本年 6~8 月份公告暫予支付及修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分項目如下：

一、藥品部分：計公告 18 件，其中 3 件為新藥收載、12 件為給付規定異動、3 件為其他(新收載品項暫予支付、已收載品項支付標準異動)。

(一)新藥收載：3 件

公告日期	藥物分類	公告主旨
111.06.10	新成分新藥/眼科製劑	公告暫予支付含 omidenepag isopropyl 成分藥品 Eybelis Ophthalmic solution 0.002%, 2.5mL 及其藥品給付規定。(用於治療青光眼)
111.08.11	新成分新藥/血液治療藥物	公告暫予支付含 ropeginterferon alfa-2b 成分藥品(如 Besremi)及其藥品給付規定。(用於治療不具症狀性脾腫大之成人真性紅血球增多症)
111.08.12	新成分新藥/婦科製劑	公告暫予支付含 atosiban 成分藥品(如 Betosiban、Tractocile)及其藥品給付規定。(用於治療延遲妊娠婦女迫切的早產)

(二)已收載藥品給付規定異動：12 件

公告日期	藥物分類	公告主旨
111.06.07	神經系統藥物	公告異動含 celecoxib、nabumetone、etodolac 及 etoricoxib 成分藥品共 22 品項之支付價格暨修訂其藥品給付規定。(擴增用於 18 歲以上骨關節炎病患)
111.07.06	心臟血管及腎臟藥物	公告修訂含 empagliflozin 成分藥品(如 Jardiance 10mg)之藥品給付規定。(擴增用於心室率射出率降低之心臟衰竭)
111.07.06	神經系統藥物	公告異動含 atomoxetine HCl 成分藥品共 2 品項之支付價格暨修訂其藥品給付規定。(用於治療注意力不足過動症)
111.07.14	皮膚科製劑	公告暫予支付及異動含 dupilumab 成分藥品之支付價格及修訂藥品給付規定。(用於治療中度至重度異位性皮膚炎)
111.07.14	抗腫瘤藥物	公告修訂含 olaparib 成分藥品(如 Lynparza)及含 talazoparib 成分藥品(如 Talzenna)之給付規定。(用於治療卵巢、輸卵管或原發性腹膜癌、三陰性乳癌)
111.07.15	抗腫瘤藥物	公告異動含 azacitidine 成分藥品 WINDUZA Lyophilized Powder for Injection 之支付價格暨修訂其藥品給付規定。(用於治療骨髓增生不良症候群)
111.07.15	抗腫瘤藥物	公告異動含 brigatinib 成分藥品共 3 品項之支付價格暨修訂含 brigatinib(如 Alunbrig)、alectinib(如 Alecensa)、ceritinib(如 Zykadia)及 crizotinib(如 Xalkori)成分藥品之藥品給付規定。(用於治療 ALK 陽



公告日期	藥物分類	公告主旨
		性晚期非小細胞肺癌之第一線治療)
111.07.21	抗腫瘤藥物	公告修訂含 dacomitinib 成分藥品(如 Vizimpro)之給付規定。(用於治療具腦轉移之第 4 期肺腺癌)
111.07.22	代謝及營養劑	公告修訂含 cholic acid 50mg(如 Cholbam)之藥品給付規定。(用於治療先天性膽酸合成障礙)
111.07.28	免疫製劑	公告異動含 guselkumab 成分藥品(如 Tremfya)之支付價格及修訂其藥品給付規定。(用於治療乾癬，擴增用於活動性乾癬性關節炎、中至重度掌蹠膿皰症)
111.08.15	抗微生物劑	公告修訂慢性 B 型肝炎抗病毒用藥之給付規定。
111.08.15	抗腫瘤藥物	公告修訂含 temozolomide 成分藥品如(Temodal)之藥品給付規定。(用於治療退行性寡樹突膠質細胞瘤等)

(三)其他：3 件

公告日期	分類	公告主旨
111.07.15	新收載品項暫予支付及已收載品項支付標準異動	公告暫予支付新增及異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」之藥物品項，共計 76 品項。
111.07.20	抗微生物劑	公告異動含 sulfamethoxazole、trimethoprim 成分用於抗感染之特殊藥品 Sulfacotrim Suspension "Center"之支付價格。(用於治療革蘭氏陽性/陰性菌引起之呼吸道、胃腸道及尿道感染)
111.08.29	已收載品項支付標準異動	異動原 111 年 7 月 15 日健保審字第 1110671156 號公告之附件 2「全民健康保險藥品已收載品項異動明細表」。

二、特材部分：計公告 22 件，其中 9 件為新特材收載、11 件為給付規定異動、2 件為其他(新增既有功能品項及已收載品項支付標準異動)。

(一)新特材收載：9 件

公告日期	分類	公告主旨
111.06.09	管套類-腎泌尿管	公告暫予支付特材「"曲克"舒芙列雙豬尾支架組-兒科」共 1 項。
111.06.09	人工機能代用類-眼科類	公告暫予收載自付差額特材「"嬌生"添視明增視型第二代散光矯正新易載預載式人工水晶體」計 1 項。
111.06.09	人工機能代用類-神經外科類	公告暫予支付特殊材料「"雅氏-史密伯格"顱內壓監測器」等 10 項暨其給付規定。
111.06.13	人工機能代用類-骨科類	公告暫予支付特殊材料「"美敦力"愛派克骨水泥」等共 26 項暨其給付規定(D111-5)。

111.06.24	管套類-導引管	公告暫予支付特殊材料「"朝日"通納斯支撐導管」計 2 項暨其給付規定。
111.07.04	心臟科-心臟血管類	公告暫予支付特殊材料「"美敦力"脈克拉無導線房室傳導節律系統及"美敦力"脈克拉親水性塗層血管導引鞘」共 1 項暨其給付規定。
111.08.12	縫合結紮類-血管夾	公告暫予支付特殊材料「"雅氏"鈦合金腦血管瘤夾」及「"瑞穗"腦動脈瘤夾(鈦合金)」共 2 品項。
111.08.12	人工機能代用類-骨科類	公告暫予支付特殊材料「"信迪思"長股骨髓內釘系統/上端長股骨髓內釘組(長度 170mm)」等 2 項暨其給付規定。
111.08.30	縫合結紮類-縫合釘	公告暫予支付特殊材料「"柯惠"內視鏡自動手術縫合槍及縫合釘-TRI-STAPLE/黑釘(45mm 及 60mm)」共 2 品項。

(二)已收載特材給付規定異動：11 件

公告日期	分類	公告主旨
111.06.09	人工機能代用類-心臟科類	公告修訂既有功能類別特殊材料「長效型心室輔助系統」給付規定。
111.06.09	人工機能代用類-眼科類	公告修訂特殊材料「眼用染劑(白內障手術用)」給付規定。
111.06.09	管套類-氣球擴張導管	公告修訂既有功能類別特殊材料「藥物釋放型冠狀動脈氣球導管」給付規定。
111.06.09	管套類-氣球擴張導管	公告修訂既有功能類別特殊材料「主動脈弓窄縮裝置」給付規定。
111.06.09	人工機能代用類-心臟血管類	公告修訂既有功能類別特殊材料「經導管置換主動脈瓣膜套組-TAVI(整組含導引線)」給付規定。
111.06.09	管套類-氣球擴張導管	公告修訂既有功能類別特殊材料「胸主動脈支架系統」給付規定。
110.06.16	管套類-呼吸管	公告修訂既有功能類別特殊材料「調整型加強氣切套管」給付規定
111.08.10	管套類-栓塞治療類	公告修訂既有功能類別特殊材料「可吸收性栓塞微粒球」及「液態栓塞系統-周邊神經血管」給付規定。
111.08.10	管套類-呼吸管	公告修訂特殊材料「可移動式雙腔式支氣管導管」之給付規定
111.08.10	管套類-電極導管	公告修訂既有功能類別自付差額特殊材料「複雜性心房顫動之冷凍消融導管」給付規定。
111.08.11	管套類-輸血輸液套	公告異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準之特材功能核價類別-免針精密輸液套」計 8 項。

(三)其他：2 件

公告日期	分類	公告主旨
111.06.08	新增既有功能類別品項及已收載品項支付標準異動	公告新增及異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準之特材品項」計 269 項。
111.08.10	新增既有功能類別品項及已收載品項支付標準異動	公告新增及異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準之特材品項」計 144 項。

## 112 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

## 一、總額設定公式：

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

■ 112 年度醫院門診透析服務費用 = 111 年度醫院門診透析服務費用  $\times (1 + 112$  年度成長率)

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

## 二、總額協商結論：

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。

付費者代表之委員建議方案：

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

(一)一般服務成長率為 3.092%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.250%，協商因素成長率 0.842%。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)在額度內妥為管理運用，於 111 年 12 月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。
- (2)對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。
- (3)若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並請於 112 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。
- (4)歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於給付新醫療科技，並請於 113 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。

## 2.藥品及特材給付規定改變(0.228%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)在額度內妥為管理運用，經費如有不足，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。於 111 年 12 月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。

- 3.平衡長期偏低之醫院基本醫療服務點數(0%)：
- (1)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。
  - (2)請中央健康保險署通盤檢討支付標準之合理性，若經評估確有調整必要，由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應，或併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。
- 4.持續推動分級醫療，壯大社區醫院(0%)：
- (1)依 112 年度總額協商架構及原則，需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，故本項不新增預算。
  - (2)涉及支付點數調升(加成)之醫療服務項目，請中央健康保險署通盤檢討支付標準之合理性，若經評估確有調整必要，由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應，或併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。
  - (3)請中央健康保險署持續檢討推動之分級醫療策略，並評估過去投入預算對提升地區醫院發揮其分級醫療角色功能之成效(含假日及夜間門診開診率等提升民眾醫療服務之成效，且不宜以滿意度為評估指標)，提全民健康保險會報告。
- 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%)：
- (1)依 112 年度總額協商架構及原則，需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，故本項不新增預算。
  - (2)涉及支付點數調升(加成)之醫療服務項目，請中央健康保險署通盤檢討支付標準之合理性，若經評估確有調整必要，由「醫療服務成本指數改變率」所

增加之預算支應，或併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。

- (3)請中央健康保險署持續檢討推動之分級醫療策略，並評估過去投入預算對提升區域級(含)以上醫院發揮其分級醫療角色功能之成效(含初級門診照護率等降低初級門診照護及促進門住診結構改變之成效，且不宜以滿意度為評估指標)，提全民健康保險會報告。
- 6.因醫療法就醫療器材使用規範重新修定，造成醫院特材成本高於健保給付點數之補貼(0%)：
  - (1)依中央健康保險署意見，本項尚須進行調查，以確認單次使用醫材之價格、重消次數、是否屬內含於診療項目之醫材及對應診療項目之正確性。
  - (2)考量本項對健保給付醫材的影響尚無實際資料可供評估，爰編列於專款項目處理。
- 7.平衡醫院部門實際醫療服務與總額額度落差(點值不平衡調整方案)(0%)：
  - (1)現行總額支付制度為支出上限制，點值隨著醫療服務量變動，本項與總額支付制度之設計不符，故不新增預算。
  - (2)醫界所稱點值不平衡，真正的關鍵是「論量計酬」，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體共同思考如何節制服務量及提升照護成效的策略，並應加速DRGs、論質(值)等支付制度改革之推進，以使健保能永續經營。
- 8.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(0%)：  
維持編列於專款項目。
- 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(-0.002%)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

(2)本項不列入 113 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 39,050.5 百萬元。

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

1.C 型肝炎藥費：(維持原有名稱)

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

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

2.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

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

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

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

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



- 3.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：
- (1)全年經費 5,257 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
  - (2)請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
- 4.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：
- (1)全年經費 5,208.06 百萬元，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 1,643.4 百萬元。
  - (2)持續辦理糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質等 9 項方案。
  - (3)請中央健康保險署通盤檢討各項方案照護成效及照護率不高之原因，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升執行成效。
- 6.急診品質提升方案：
- (1)全年經費 300 百萬元。
  - (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
    - ①請精進方案執行內容，增進急診處置效率，並提出急診重大疾病照護品質指標，以提升執行成效。
    - ②提報之成效評估檢討報告，應含急診處置效率相關監測指標。

- 7.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：
  - (1)全年經費 210 百萬元，請積極推動 DRGs 雙軌制度，加速導入第 3 至 5 階段 DRGs 項目。
  - (2)本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。
- 8.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：
  - (1)全年經費 100 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
  - (2)請中央健康保險署持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與。
- 9.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：

全年經費 1,100 百萬元，並請中央健康保險署檢討計畫之評估指標，新增結果面指標，呈現計畫之具體效益。
- 10.鼓勵院所建立轉診合作機制：
  - (1)全年經費 224.7 百萬元，經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
  - (2)請中央健康保險署會同醫院及西醫基層總額相關團體，檢討獎勵方式、支付誘因及經費配置合理性，研擬改善措施，以提升執行成效。
- 11.網路頻寬補助費用：
  - (1)全年經費 200 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
  - (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
    - ①請檢討、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請確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行

方式，提全民健康保險會報告。

12.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金：

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

(2)本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。

13.住院整合照護服務試辦計畫：

(1)全年經費 600 百萬元。

(2)請加強計畫之推動，發展提升整體照護成效之整合照護服務模式及評估整合服務成效，建立多元品質監測指標，包括病人安全(如：院內感染、跌倒發生率)、勞動狀況、照護人力流動、民眾使用意向及實際收費情形等結果面指標。

14.精神科長效針劑藥費：

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

(2)請中央健康保險署積極推動，提升執行成效，並於額度內妥為管理運用。

15.鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)具體實施方案請於 111 年 11 月底前完成，並應符合鼓勵呼吸器依賴患者脫離呼吸器、簽署 DNR 及強化安寧緩和醫療，提高臨終照護品質之目標。

16.因應 COVID-19 新興疾病解隔後續治療衍生費用：

(1)本項併入「慢性傳染病照護品質計畫」。

(2)請中央健康保險署持續監測醫療利用情形。

17.新設醫院影響醫院總額資源配置：

健保總額預算係以保險對象「需求面」為整體估算基

礎，而新設醫院屬醫療供給面，兩者面向不同，故本項不新增預算。

18.因應肺癌篩檢疑似陽性個案健保後續費用擴增：

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

(2)執行目標：

①111 年之陽性個案於 112 年追蹤且非肺癌確診者 37,775 人。

②112 年之陽性個案於第 1 年追蹤 86,461 人。

(3)預期效益之評估指標：診斷為早期肺癌的人數占率提升。

(4)依實際執行情形併入醫院總額一般服務結算。

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

19.促進醫療服務診療項目支付衡平性：

(1)全年經費 1,000 百萬元。

(2)執行目標：通盤研議支付標準調整，考量支付衡平性並檢討各項支付點數，提出支付標準調整建議及具體調整時程。

(3)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，又考量支付標準調整項目數視核定預算而定，故建議評估指標如下：

A.提出醫療服務支付標準檢討時程及方向規劃。

B. 「支付標準研議諮詢會議」召開 4 場次。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①預算用於通盤檢討醫療服務支付標準合理性，於 111 年 12 月底前提出具體實施規劃(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應運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算。
- ③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。
- ④本項以 3 年為檢討期限(112~114 年)，會同醫院總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

20.因醫療法就醫療器材使用規範重新修訂，造成醫院特材成本高於健保給付點數之補貼：

(1)全年經費 300 百萬元，經費如有不足，由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①本項經費應依實際執行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。
- ②請於 111 年 12 月底前提出實施規劃(包含健保給付醫材影響檢討之分年目標、執行方法及期程)，並於 112 年 7 月底前提報執行情形。
- ③本項以 3 年為檢討期限(112~114 年)，會同醫院總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

21.癌症治療品質改善計畫：

- (1)全年經費 402 百萬元。
- (2)執行目標：以當年度 5 項癌症篩檢陽性/異常個案進行確認診斷之追陽率達 90% 為計畫執行指標。
  - ①大腸癌(以篩檢人數 126 萬人，陽性率 7% 估算)：約 54,300 人。
  - ②口腔癌(以篩檢人數 60.5 萬人，陽性率 8.2% 估算)：約 33,400 人。
  - ③子宮頸癌(以篩檢人數 220 萬人，陽性率 0.54% 估算)：約 8,600 人。
  - ④乳癌(以篩檢人數 87 萬人，陽性率 8% 估算)：約 57,600 人。
  - ⑤肺癌(以篩檢人數 60 萬人，陽性率 14.67% 估算)：約 81,000 人。
- (3)預期效益之評估指標：追陽率達 90%。
- (4)請中央健康保險署辦理下列事項：
  - ①擬訂具體實施方案，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數。
  - ②本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 4 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

## 22.慢性傳染病照護品質計畫：

- (1)本項併「因應 COVID-19 新興疾病解隔後續治療衍生之費用」項目，全年經費 180 百萬元。
- (2)執行目標：
  - ①結核病及潛伏結核感染(LTBI)治療品質支付服

務，112 年 LTBI 治療人數約 12,000 人。

②愛滋照護管理品質支付服務，112 年照護感染者人數約 35,000 人。

③長照機構加強型結核病防治，112 年 LTBI 檢驗人數約 20,000 人。

(3)預期效益之評估指標：

①112 年潛伏結核感染者完成治療比率達 85%。

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

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

(4)請中央健康保險署辦理下列事項：

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

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

23.品質保證保留款：

(1)全年經費 975.3 百萬元。

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

(3)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更

具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

(三)門診透析服務：

- 1.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%。依上述分攤基礎，醫院總額本項服務費用成長率為 2.405%。
- 4.112 年度門診透析服務之新增預算，優先用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質。
- 5.請中央健康保險署辦理以下事項：
  - (1)請會同門診透析服務相關團體，於 111 年 12 月底前提出鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質之具體實施計畫(包含設定提升腹膜透析之執行目標、提升腹膜透析與品質之具體措施、院所獎勵方式、品質監測指標等)，並提全民健康保險會報告。
  - (2)持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。
  - (3)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並持續監測 NSAIDs 藥物使用情形及管理成效。
  - (4)請於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

(四)前述三項額度經換算，112 年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長 3.269%。各細項成長率及金額如表 1。



## 醫院代表之委員建議方案：

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

(一)一般服務成長率為 4.455%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.250%，協商因素成長率 2.205%。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%)：

考量醫療資源有限，現下健保收支失衡，宜先行全面調整不足項目，縮減亟需改善財務落差後，穩住恆常醫療服務，方得再行增列新醫療科技項目(含新藥、新特材及新增診療項目)。

2.藥品及特材給付規定改變(0%)：

鑑於現行藥品費用佔總醫療費用 28.9%左右，考量健保財務運用，資源不足宜先行暫緩擴充藥品及特材給付規定改變。先把基本醫療服務顧好，行有餘之時再考量擴充適應症，爰 112 年藥品及特材給付規定改變，暫不編列預算。

3.平衡長期偏低之醫院基本醫療服務點數(0.401%)：

(1)執行目標：為合理反應醫護投入及產出的合理價值，擬調整一般服務住院服務支付點數，將各層級護理費及病房費等項依預算金額妥適分配，以縮小支付點數與實際成本的差距。

(2)預期效益之評估指標：一般住院服務(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)的護理費及病房費支付點數高於 110 年。

- 4.持續推動分級醫療，壯大社區醫院(0.200%)：
- (1)執行目標：強化地區醫院住診、重症及急診照護能力。視預算編列調整：
- ①依護病比調升住院護理費不同加成率，每級距2%。
  - ②調升慢性呼吸照護病房3%。
  - ③地區醫院加護病房護理費、診察費及病房費保障固定點值。
  - ④採預算中平原則，餘數用以調升急診診察費點數。
- (2)預期效益之評估指標：地區醫院住院滿意度平均達85%。
- 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(0.401%)：
- (1)執行目標：擬用該項預算調整：
- ①區域級以上(含)醫院急診案件採固定點值。
  - ②住診案件兒婦外傷、外科處置採固定點值。
  - ③預算優先用於前二項，餘額用以調增住診診察費點數。
- (2)預期效益之評估指標：區域級(含)以上醫院，住院滿意度平均達85%。
- 6.因醫療法就醫療器材使用規範重新修定，造成醫院特材成本高於健保給付點數之補貼(0.601%)：
- (1)執行目標：減緩政策的修正對例行醫療處置及手術施行的財務衝擊，醫院得以維持正常的手術運作。
- (2)預期效益之評估指標：至少維持同111年手術案件數。
- 7.平衡醫院部門實際醫療服務與總額額度落差(點值不平衡調整方案)(0.601%)：
- (1)執行目標：取108年醫院總額預算與實際申報差距

為基礎，分 5 年為期逐年調整點值不平衡的問題，用以調升點值。

(2)評估指標：相較前一年同期點值有成長。

8.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(0.003%)：

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，扣減當年度未執行之額度。其當年度執行額度，以調整支付標準費用與既有支付標準費用之差額計算。

(2)有關預算扣減方式規劃(含執行數之計算方式)，請中央健康保險署於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。

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(-0.002%)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

(2)本項不列入 113 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 39,059.2 百萬元。

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

1.C 型肝炎藥費(含檢驗檢查等相關費用)：

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

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

2.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

(1)全年經費 12,807.0 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

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

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

3.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

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

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

4.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

(1)全年經費 5,208.06 百萬元，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 1,495.1 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)請中央健康保險署通盤檢討各項方案照護成效及照護率不高之原因，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升執行成效。

#### 6.急診品質提升方案：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①請精進方案執行內容，增進急診處置效率、紓解醫學中心急診壅塞，並提出急診重大疾病照護品質指標，以提升執行成效。

②提報之成效評估檢討報告，應含急診處置效率相關監測指標。

#### 7.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

(1)全年經費 210 百萬元，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，併醫院總額一般服務費用結算。

#### 8.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 100 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

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

#### 9.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：

全年經費 1,100 百萬元，並請中央健康保險署檢討成效指標之合理性。

#### 10.鼓勵院所建立轉診合作機制：

(1)全年經費 224.7 百萬元，經費如有不足，由其他預

算「基層總額轉診型態調整費用」支應。

(2)請中央健康保險署會同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。

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

12.住院整合照護服務試辦計畫：

(1)全年經費 300 百萬元。

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

13.精神科長效針劑藥費：

(1)全年經費 2,664 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

(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。

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。

(2)具體實施方案請於 111 年 11 月底前完成，並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。

15.因應 COVID-19 新興疾病解隔後續治療及疫苗施打副作用衍生之費用：

(1)全年經費 990 百萬元。

(2)執行目標：處理 COVID-19 確診併發 MIS-C 案件。

(3)預期效益評估指標：無法估列，因本項係為預先支應高價免疫球蛋白費用，擬視實際情況，追蹤 3~5 年，待 COVID-19 解除法傳，其費用支出併回醫院總額。

(4)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同醫院總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出具體規劃內容(包含醫療利用監控、管理措施及結果面品質指標)，並提全民健康保險會同意後執行。

②預算按季均分，並依執行情形併入醫院總額一般服務結算。

③請持續監測醫療利用情形，以 5 年為檢討期限，並會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

16.新設醫院影響醫院總額資源配置：

(1)全年經費 1,000 百萬元。

(2)執行目標：緩和因新設醫院加入，對地區預算造成衝擊。

(3)預期效益之評估指標：與該區前 1 年同期點值比較波動幅度不超過 5%。

(4)本項以 5 年為檢討期限，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請最遲於 116 年提出納入一般服務或退場之

評估指標及檢討結果。

17.因應國健署肺癌篩檢疑似陽性健保後續費用擴增：

- (1)全年經費 2,500 百萬元。
- (2)執行目標：配合國民健康署 LDCT 肺癌篩檢政策執行，提供確診後續追蹤處置。
- (3)預期效益評估指標：無法估列，因本項係為預先支應因國家衛生政策所導致之醫療費用增加之情形，主要量能由國健署控管。
- (4)本項以 3~5 年為檢討期限，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請最遲於 116 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行效益未來應適度回饋總額預算。

18.品質保證保留款：

- (1)全年經費 975.3 百萬元。
- (2)原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 (388.7 百萬元)，與 112 年度品質保證保留款(975.3 百萬元)合併運用(計 1,364 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

(三)門診透析服務：

- 1.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 4%。依上述分攤基礎，醫院總額本項服務費用成長率為 3.4%。

4.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)請會同門診透析服務相關團體，於 111 年 12 月底前提出鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質之具體實施計畫(包含提升腹膜透析與品質之具體措施、院所獎勵方式、品質監測指標等)，並提全民健康保險會報告。

(2)持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。

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

(4)請於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

(四)前述三項額度經換算，112 年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長 4.529%。各細項成長率及金額如表 1。

表 1 112 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)	
<b>一般服務</b>					
<b>醫療服務成本及人口因素成長率</b>	<b>2.250%</b>	<b>11,234.4</b>	<b>2.250%</b>	<b>11,234.4</b>	
投保人口預估成長率	-0.264%		-0.264%		
人口結構改變率	2.128%		2.128%		
醫療服務成本指數改變率	0.393%		0.393%		
<b>協商因素成長率</b>	<b>0.842%</b>	<b>4,204.6</b>	<b>2.205%</b>	<b>11,003.6</b>	
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	0.000%	0.0
	藥品及特材給付規定改變	0.228%	1,138.0	0.000%	0.0
	平衡長期偏低之醫院基本醫療服務點數(112年新增項目)	0.000%	0.0	0.401%	2,000.0
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	0.200%	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	0.401%	2,000.0
保險給付項目及支付標準之改變	因醫療法就醫療器材使用規範重新修定，造成醫院特材成本高於健保給付點數之補貼(112年新增項目)(*付費者代表方案列專款項目)	* -	* -	0.601%	3,000.0
	平衡醫院部門實際醫療服務與總額額度落差(點值不平衡調整方案)(112年新增項目)	0.000%	0.0	0.601%	3,000.0
其他議定項目	腹膜透析追蹤處置費及APD租金(*付費者代表方案列專款項目)	* -	* -	0.003%	15.0

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)	
	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	-0.002%	-11.4
一般服務成長率 <sup>#2</sup>	增加金額	3.092%	15,439.0	4.455%	22,238.0	
	總金額		514,745.5		521,551.0	
專款項目(全年計畫經費)						
C 型肝炎藥費 (*醫院代表方案名稱：「C 型肝炎藥費(含檢驗檢查等相關費用)」)		3,428.0	0.0	3,428.0	0.0	
罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材		13,943.0	1,136.0	12,807.0	0.0	
後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費		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		5,208.06	0.0	5,208.06	0.0	
醫療給付改善方案		1,643.4	148.3	1,495.1	0.0	
急診品質提升方案		300.0	0.0	300.0	0.0	
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	
鼓勵院所建立轉診合作機制		224.7	0.0	224.7	0.0	
網路頻寬補助費用		200.0	0.0	200.0	0.0	
腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(*醫院代表方案列一般服務)		15.0	0.0	0	-15.0	
住院整合照護服務試辦計畫		600.0	300.0	300.0	0.0	
精神科長效針劑藥費		2,664.0	0.0	2,664.0	0.0	
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	300.0	0.0	
因應 COVID-19 新興疾病解隔後續治療及疫苗施打副作用衍生之費用 (112 年新增項目) (*付費者代表方案併入「慢性傳染病照護品質計畫」)		* -	* -	990.0	990.0	

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)	
新設醫院影響醫院總額資源配置 (112 年新增項目)	0.0	0.0	1,000.0	1,000.0	
因應肺癌篩檢疑似陽性個案 健保後續費用擴增 (112 年新增項目)	1,000.0	1,000.0	2,500.0	2,500.0	
促進醫療服務診療項目支付 衡平性 (112 年新增項目)	1,000.0	1,000.0	0.0	0.0	
因醫療法就醫醫療器材使用規 範重新修訂，造成醫院特材成 本高於健保給付點數之補貼 (112 年新增項目) (*醫院代表方案列一般服務)	300.0	300.0	* -	* -	
癌症治療品質改善計畫 (112 年新增項目)	402.0	402.0	0.0	0.0	
慢性傳染病照護品質計畫 (112 年新增項目)	180.0	180.0	0.0	0.0	
品質保證保留款	975.3	45.5	975.3	45.5	
<b>專款金額</b>	<b>39,050.5</b>	<b>4,511.8</b>	<b>39,059.2</b>	<b>4,520.5</b>	
<b>較基期成長率(一般 服務+專款)<sup>#3</sup></b>	<b>增加金額</b>	<b>3.306%</b>	<b>19,950.8</b>	<b>4.578%</b>	<b>26,758.5</b>
	<b>總金額</b>		<b>553,795.9</b>		<b>560,610.2</b>
門診透析服務 成長率	增加金額	2.405%	554.6	3.400%	784.0
	總金額		23,613.0		23,842.4
<b>較基期成長率(一般 服務+專款+門診透 析)<sup>#4</sup></b>	<b>增加金額</b>	<b>3.269%</b>	<b>20,505.4</b>	<b>4.529%</b>	<b>27,542.5</b>
	<b>總金額</b>		<b>577,408.9</b>		<b>584,452.6</b>

- 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 年一般服務費用為 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)」成長率，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)(一般服務+專款+門診透析)」成長率，所採基期費用為 559,129.2 百萬元，其中一般服務預算為 501,532.1 百萬元(111 年度健保醫療給付費用公告金額為 501,532.1 百萬元，未扣除 110 年度新醫療科技未導入預算)，專款為 34,538.7 百萬元，門診透析為 23,058.4 百萬元。
- 5.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

## 112 年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配

### 一、總額設定公式：

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

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

### 二、總額協商結論：

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

### 三、總額分配相關事項：

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

#### (一)一般服務(上限制)：

##### 1. 顱顎關節相關支付項目(0.033%)：

基於健保總額預算之經費統籌運用精神，未來不得以單一服務預算不足為由增加預算。

##### 2. 複雜型顱顎障礙症治療及追蹤(0.028%)：

基於健保總額預算之經費統籌運用精神，未來不得以單一服務預算不足為由增加預算。

3.初診診察新增口腔黏膜檢查(0%)。

4.特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆(0.112%)：

(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年特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆執行次數達100,000人次。

預期效益之評估指標：

5年(117年)後國人無牙率減少(此項指標需配合衛福部的國人口腔健康狀況調查)。惟本項新增預算還有與91016C、91015C、91018C等3項診療項目預算中平之目的。

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

5.高齡長者牙醫就醫安全(0%)。

6.109年度全面提升感染管制品質未達協定事項扣款(0%)。

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(-0.113%)：

本項不列入113年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為2,894.3百萬元。

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

11 月底前完成，新增計畫原則於 111 年 12 月底前完成。

1. 醫療資源不足地區改善方案：全年經費 280 百萬元，持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
2. 牙醫特殊醫療服務計畫：
  - (1) 全年經費 672.1 百萬元。
  - (2) 辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者(含社區醫療網)、老人長期照顧暨安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務。
3. 牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫：
  - (1) 全年經費 10 百萬元。
  - (2) 請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，持續監測執行結果，評估照護成效，於 112 年 7 月將評估結果提全民健康保險會報告。
  - (3) 本計畫再行試辦 1 年，若未呈現具體成效即應退場。
4. 0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫：
  - (1) 全年經費 60 百萬元，本項經費不應支付預防保健相關服務。
  - (2) 請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。
5. 12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫：
  - (1) 全年經費 271.5 百萬元。
  - (2) 請中央健康保險署辦理下列事項：
    - ① 會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。
    - ② 依 112 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本



項重複部分之費用。其預算扣減方式規劃，請會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。

6.高齶齒病患牙齒保存改善服務計畫：

(1)全年經費 184 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

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

②檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。

7.超音波根管沖洗計畫：

(1)全年經費 144.8 百萬元。

(2)執行目標：執行醫令數全年達 724,000。

預期效益之評估指標：

①執行超音波根管沖洗的數量。

②有執行超音波根管沖洗的牙齒，兩年根管治療再治療率。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同牙醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出具體實施方案(含給付條件)，及醫療利用監控與管理措施，並提報全民健康保險會。

②本計畫以 3 年為檢討期限，請會同牙醫部門相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

③檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。

8.齶齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫：

- (1)全年經費 1,010 百萬元。
- (2)本項經費不得與現行一般服務給付之診療項目(如：塗氟 92051B、口乾症塗氟 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。
- (3)執行目標：
  - ①112 年齲齒經驗之高風險患者氟化物執行人次達 1,000,000。
  - ②113 年齲齒經驗之高風險患者氟化物執行人次達 1,400,000。
  - ③114 年齲齒經驗之高風險患者氟化物執行人次達 1,600,000。

預期效益之評估指標：

3 年(115 年)後平均每一位齲齒經驗之高風險患者的齲齒填補顆數增加率減緩。

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

#### 9.牙齒耗損患者口腔黏膜健康照護計畫：

全年經費 0 百萬元。

#### 10.網路頻寬補助費用：

- (1)全年經費 168 百萬元，經費如有不足，由其他預算

相關項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

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

11.品質保證保留款：

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

本會補充說明：

有關牙醫部門所提執行目標及預期效益之評估指標，本會研析如下：

新增項目 (預估增加金額)	執行目標	預期效益之 評估指標	本會研析意見
特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆 (53.5 百萬元)	112 年特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆執行次數達 <b>100,000</b> 人次	5 年(117 年)後國人無牙率減少(此項指標需配合衛福部的國人口腔健康狀況調查)。惟本項新增預算還有與 91016C、91015C、91018C 等 3 項診療項目預算中平之目的。	執行目標： 1.本項經費 53.5 百萬元，依協商時健保署方案，預算推估方式為 894 萬人*0.9%*1.9 次/年*350 點，即應執行人次約 <b>15 萬人次</b> 。 2.所訂執行目標僅 10 萬人次，宜審酌合理性。
超音波根管沖洗計畫 (144.8 百萬元)	執行醫令數全年達 <b>724,000</b> 。	1.執行超音波根管沖洗的數量。 2.有執行超音波根管沖洗的牙齒，兩年根管治療再治療率。	1.執行目標： (1)宜載明執行醫令數之單位(件)，以臻明確。 (2)本項經費144.8百萬元，依協商時健保署方案，預算推估方式為1.81百萬件*執行率40%*2次/年*100點，即應執行醫令數約 <b>144.8 萬件</b> 。 (3)所訂執行目標僅72.4萬件，宜審酌合理性。 2.預期效益之評估指標： (1)有關超音波根管沖洗數量，屬過程面指標，非執行效益指標，建議刪除。

新增項目 (預估增加金額)	執行目標	預期效益之 評估指標	本會研析意見
			(2)有關根管治療再治療率，建議訂定具體降幅之量化值。
<p>齶齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫 (1,010 百萬元)</p>	<p>1.112 年齶齒經驗之高風險患者氟化物執行人次達 <b>1,000,000</b>。</p> <p>2.113 年齶齒經驗之高風險患者氟化物執行人次達 1,400,000。</p> <p>3.114 年齶齒經驗之高風險患者氟化物執行人次達 1,600,000。</p>	<p>3 年(115 年)後平均每一位齶齒經驗之高風險患者的齶齒填補顆數增加率減緩。</p>	<p>1.執行目標：</p> <p>(1)配合總額預算年度，執行目標應以 112 年度為主，尚無須訂定 113 年及 114 年目標。且應載明單位(人次)，以臻明確。</p> <p>(2)本項經費 1,010 百萬元，依協商時健保署方案，預算推估方式為 2,744,048 人*執行率 37%*1.99 次/年*500 點，即應執行人次約 <b>200 萬</b>人次。</p> <p>(3)所訂 112 年執行目標僅 100 萬人次，宜審酌合理性。</p> <p>2.預期效益之評估指標： 有關齶齒填補顆數增加率減緩，建議訂定具體量化值。</p>

表 2 112 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	
<b>一般服務</b>				
醫療服務成本及人口 因素成長率	0.642%	305.4	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長 率=[(1+人口結構改變率+醫療 服務成本指數改變率)×(1+投 保人口預估成長率)]-1。	
投保人口預估成長 率	-0.264%			
人口結構改變率	0.255%			
醫療服務成本指數 改變率	0.653%			
協商因素成長率	0.060%	28.8	請於 112 年 7 月底前提報各協 商項目之執行情形，延續性項 目則包含前 1 年成效評估檢討 報告；實施成效並納入下年度 總額協商考量。	
保險給 付項目 及支付 標準之 改變	顱顎關節相 關支付項目	0.033%	15.5	基於健保總額預算之經費統籌 運用精神，未來不得以單一服 務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，未來不得以單一服 務預算不足為由增加預算。
其他醫 療服務 密集度 改變	初診診察新 增口腔黏膜 檢查	0%	0.0	
	特定牙周保 存治療-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 年特定牙周保存治療-全 口總齒數一至三顆執行次數

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>達 100,000 人次。</p> <p>預期效益之評估指標： 5 年(117 年)後國人無牙率減少(此項指標需配合衛福部的國人口腔健康狀況調查)。惟本項新增預算還有與 91016C、91015C、91018C 等 3 項診療項目預算中平之目的。</p> <p>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)。</p>
	高齡長者牙醫就醫安全(112 年新增項目)	0%	0.0	
	109 年度全面提升感染管制品質未達協定事項扣款	0%	0.0	
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 <sup>註1</sup>	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。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
醫療資源不足地區改善方案	280.0	0.0	持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
牙醫特殊醫療服務計畫	672.1	0.0	辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者(含社區醫療網)、老人長期照顧暨安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務。
牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫	10.0	-2.0	1.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，持續監測執行結果，評估照護成效，於 112 年 7 月將評估結果提全民健康保險會報告。 2.本計畫再行試辦 1 年，若未呈現具體成效即應退場。
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，加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。
12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫	271.5	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。 2.依 112 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。其預算扣減方式規劃，請會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。
高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫	184.0	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成



項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			效。 2.檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。
超音波根管沖洗計畫 (112 年新增項目)	144.8	144.8	1.執行目標： 執行醫令數全年達 724,000。 預期效益之評估指標： (1)執行超音波根管沖洗的數量。 (2)有執行超音波根管沖洗的牙齒，兩年根管治療再治療率。 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 111 年 12 月底前提出具體實施方案(含給付條件)，及醫療利用監控與管理措施，並提報全民健康保險會。 (2)本計畫以 3 年為檢討期限，請會同牙醫部門相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。 (3)檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。
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	1.本項經費不得與現行一般服務給付之診療項目(如：塗氟 92051B、口乾症塗氟 92072C)及既有專款項目「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」重複支應。 2.執行目標： (1)112 年齲齒經驗之高風險

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>患者氟化物執行人次達1,000,000。</p> <p>(2)113 年齲齒經驗之高風險患者氟化物執行人次達1,400,000。</p> <p>(3)114 年齲齒經驗之高風險患者氟化物執行人次達1,600,000。</p> <p>預期效益之評估指標： 3 年(115 年)後平均每一位齲齒經驗之高風險患者的齲齒填補顆數增加率減緩。</p> <p>3.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，請會同牙醫部門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>
牙齒耗損患者口腔黏膜健康照護計畫(112 年新增項目)	0.0	0.0	
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</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
				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)請確實依退場期程(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		93.9	2.7	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)。 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		2,894.3	1,155.5	
較基期成長率 (一般服務+專款) <sup>#2</sup>	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。故計算「一般服務成長率」所採基期費用為 47,571.7 百萬元(含 111 年一般服務費用為 47,779.5 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-218.4 百萬元與加回前 1 年度總額違反全民健保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)。

2.計算「較 112 年度總額基期(採淨值)(一般服務+專款)」成長率，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。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

## 112 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配

### 一、總額設定公式：

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

註：校正後 111 年度中醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 111 年第 6 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前 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，及扣除「110 年未導入預算扣減」部分(未有需扣除 110 年未導入金額)。

### 二、總額協商結論：

- (一)一般服務成長率為 4.072%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.394%，協商因素成長率 2.678%。
- (二)專款項目全年經費為 1,220.3 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，112 年度中醫門診醫療給付費用總額，較基期成長 4.344%。各細項成長率及金額，如表 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 112 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

#### (一)一般服務(上限制)：

##### 1.提升中醫小兒傷科照護品質(0.009%)：

(1)執行目標：112 年度中醫小兒傷科照護達成 10,000 服務人次。

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 3%。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

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

2.多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度(1.667%)：

(1)執行目標：112 年度中醫整合醫療照護達成 4,500,000 服務人次。

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 3%。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①本項用於提供多重慢性病及跨科別之中醫整合服務，請會同中醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出具體實施方案(含申請條件、整合醫療照護服務內容、醫療利用管控及療效監測)，並提報全民健康保險會。
- ②依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。
- ③有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。

3.針傷合併治療合理給付(1.063%)：

(1)執行目標：112 年度申請針傷合併治療之總案件數達成 1,000,000 服務人次。

預期效益之評估指標：申報中醫針傷合併治療同一病人同一診斷碼同月跨院所看診人次較前 5 年平均下降 3%。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

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

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

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

4.增加「特定疾病門診加強照護」適應症腦中風後遺症(I69)(0.060%)：

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

執行目標：診斷為 I69 之腦中風病患納入「特定疾病門診加強照護」收案之總人數大於 1,200 人。

預期效益之評估指標：診斷為 I69 之腦中風案件之巴氏量表評估，後測平均分數優於前測平均分數。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同中醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用監控與管理措施，並副知全民健康保險會。

②依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度，其當年度執行額度，應以新增腦血管適應症 (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。

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(-0.121%)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

(2)本項不列入 113 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 1,220.3 百萬元。

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

1.醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 172 百萬元。

(2)檢討並加強推動中醫師至無中醫鄉執業及巡迴醫療服務及加強獎勵開業服務。

2.西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：

(1)全年經費 436.8 百萬元。

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

(3)增列「術後疼痛」中醫照護：

執行目標：符合術後疼痛適應症之收案達成 12,000

服務人次。

預期效益之評估指標：

- ① 符合術後疼痛適應症案件之歐氏失能量表 (Oswestry Disability Index, ODI) 評估，後測平均分數優於前測平均分數。
- ② 符合術後疼痛適應症案件之簡明疼痛量表 (BPI) 評估，後測平均分數優於前測平均分數。

(4) 請中央健康保險署辦理下列事項：

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

3. 中醫提升孕產照護品質計畫：全年經費 81 百萬元。

4. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：

- (1) 全年經費 21.6 百萬元。
- (2) 請檢討方案完整療程照護人數之比率，及計畫執行情形，評估退場機制。

5. 中醫癌症患者加強照護整合方案：

- (1) 全年經費 245 百萬元。
- (2) 持續辦理「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」。
- (3) 癌症患者中醫門診加強照護計畫，擴大適用於胃



癌、攝護腺癌及口腔癌。

6.中醫急症處置：

- (1)全年經費 5 百萬元。
- (2)請檢討計畫執行情形，並考量是否持續辦理。

7.中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫：

- (1)全年經費 105.3 百萬元。
- (2)請持續評估計畫成效，並檢討及監測服務利用之合理性。

8.照護機構中醫醫療照護方案：

- (1)全年經費 28 百萬元。
- (2)請監測本計畫照護機構住民之中醫利用情形(含機構外就醫)，並評估執行成效。
- (3)請中央健康保險署辦理下列事項：
  - ①依 112 年度預算執行結果，於一般服務扣除與本項重複部分之費用。
  - ②有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。

9.網路頻寬補助費用：

- (1)全年經費 98 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
  - ①檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
  - ②於協商 113 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。
  - ③確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方

式，提報全民健康保險會報告。

10.品質保證保留款：

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

本會補充說明：

有關中醫部門所提執行目標及預期效益之評估指標，本會研析如下：

項目	新增項目 (預估增加金額)	執行目標	預期效益之 評估指標	本會研析意見
一般服務	提升中醫小兒傷科品質 (2.5 百萬元)	112 年度中醫小兒傷科照護達成 <b>10,000</b> 服務人次。	申報六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五年平均下降 3%。	執行目標： 1.本項經費 2.5 百萬元，依協商時健保署方案，預算推估方式為 12,425 人次*200 點計算， <b>即應執行人次應為 12,425 人次。</b> 2.所訂執行目標僅 10,000 人次，宜審酌合理性。 預期效益之評估指標： 以同一病人同一診斷「跨院所」看診人次進行評估，請說明未以同一病人「整體」就醫次數進行評估之理由。
	多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度 (476.7 百萬元)	112 年度中醫整合醫療照護達成 <b>4,500,000</b> 服務人次	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五年平均下降 3%。	執行目標： 1.本項經費 476.7 百萬元，依協商時健保署方案，預算推估方式為 681 萬人次*70 點計算， <b>即應執行人次應為 681 萬人次。</b> 2.所訂執行目標僅 450 萬人次，宜審酌合理性。 預期效益之評估指標： 以同一病人同一診斷「跨院所」看診人次進行評估，請說明未以同一病人「整體」就醫次數進行評估之理由。

項目	新增項目 (預估增加金額)	執行目標	預期效益之 評估指標	本會研析意見
	針傷合併治療 合理給付 (304百萬元)	112年度申請 針傷合併治 療之總案件 數達成 <b>1,000,000</b> 服 務人次。	申報中醫針傷合併 治療同一病人同一 診斷碼同月跨院所 看診人次較前五年 平均下降3%。	執行目標： 1.本項經費304百萬元，依 協商時中醫部門及健保署 方案，預算推估方式為 130萬人次*230點計算， <b>即應執行人次應為130萬 人次。</b> 2.所訂執行目標僅100萬人 次，宜審酌合理性。 預期效益之評估指標： 以同一病人同一診斷「跨 院所」看診人次進行評 估，請說明未以同一病人 「整體」就醫次數進行評 估之理由。
專款 項目	西醫住院病患 中醫特定疾病 輔助醫療計畫 1.腦血管疾病 (112年新增腦 血管後遺症 (I69)) 2.顱腦損傷 3.脊髓損傷 4.呼吸困難相關 疾病 5.術後疼痛(112 年新增項目) (436.8百萬元)	符合術後疼痛適應症之 收案達成 <b>12,000</b> 服務人 次。	1.符合術後疼痛適 應症案件之歐氏 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.符合術後疼痛適 應症案件之簡明 疼痛量表(BPI)評 估，後測平均分 數優於前測平均 分數。	執行目標： 1.本新增項目經費19.5百萬 元，依協商時中醫部門及 健保署方案，預算推估方 式為15,000人次*1,300點 計算， <b>即應執行人次應 為15,000人次。</b> 2.所訂執行目標僅12,000人 次，宜審酌合理性。

表 3 112 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	
<b>一般服務</b>				
醫療服務成本及人口 因素成長率	1.394%	398.6	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成 長率=[(1+人口結構改變率+ 醫療服務成本指數改變 率)×(1+投保人口預估成長 率)]-1。	
投保人口預估成長 率	-0.264%			
人口結構改變率	0.830%			
醫療服務成本指數 改變率	0.832%			
協商因素成長率	2.678%	765.9	請於 112 年 7 月底前提報各協 商項目之執行情形，延續性項 目則包含前 1 年成效評估檢討 報告；實施成效並納入下年度 總額協商考量。	
醫療品質 提升	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 兒傷科照護達成 10,000 服務 人次。 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 3%。 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。

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)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。
其他醫療服務利用集中度之改變	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達成4,500,000服務人次。 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3%。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)本項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>
其他醫療服務利用集中度之改變	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年度申請針傷合併治療之總案件數達成1,000,000服務人次。 預期效益之評估指標：申報中醫針傷合併治療同一病人同一診斷碼同月跨院所看診人次較前5年平均下</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>降 3%。</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>
其他醫療服務利用及密集度之改變	增加「特定疾病門診加強照護」適應症腦中風後遺症(I69)(112年新增項目)	0.060%	17.2	<p>1.「特定疾病門診加強照護」之個案適用範圍新增「自診斷日起 2 年內」腦血管後遺症(診斷碼 I69)之患者： 執行目標：診斷為 I69 之腦中風病患納入「特定疾病門診加強照護」收案之總人數大於 1,200 人。 預期效益之評估指標：診斷為 I69 之腦中風案件之巴氏量表評估，後測平均分數優於前測平均分數。</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 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</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>施，並副知全民健康保險會。</p> <p>(2)依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度，其當年度執行額度，應以新增腦血管適應症(I69)與既有適應症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>	
	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	<p>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。</p> <p>2.本項不列入 113 年度總額協商之基期費用。</p>
	一般服務成長率 <sup>註1</sup>	增加金額	4.072%	1,164.5	
		總金額		29,760.1	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於 111 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 111 年 12 月底前完成，且均應於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。	
	醫療資源不足地區改善方案		172.0	0.0	檢討並加強推動中醫師至無中醫鄉執業及巡迴醫療服務及加強獎勵開業服務。
	西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫		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</p>
	1.腦血管疾病				
	(112 年新增腦血管後遺症(I69))				
	2.顱腦損傷				
	3.脊髓損傷				
	4.呼吸困難相關疾病				



項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
5.術後疼痛 (112年新增項目)			<p>護：</p> <p>執行目標：符合術後疼痛適應症之收案達成 12,000 服務人次。</p> <p>預期效益之評估指標：</p> <p>(1)符合術後疼痛適應症案件之歐氏失能量表(Oswestry Disability Index, ODI)評估，後測平均分數優於前測平均分數。</p> <p>(2)符合術後疼痛適應症案件之簡明疼痛量表(BPI)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：</p> <p>(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，並提全民健康保險會報告。</p> <p>(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> <p>(3)新增「術後疼痛」項目，以 3 年為檢討期限，請會同中醫部門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>
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。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
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。
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

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				年)規劃退場之執行方式，提報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) <sup>#2</sup>	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。故計算「一般服務成長率」所採基期費用為 28,595.7 百萬元(含 111 年一般服務費用為 28,710.9 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-129.3、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)。

2.計算「較 112 年度總額基期(採淨值)(一般服務+專款)」成長率，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。

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。

## 112 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配

### 一、總額設定公式：

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

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

### 二、總額協商結論：

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。

#### 付費者代表之委員建議方案：

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

(一)一般服務成長率為 1.551%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.400%，協商因素成長率 0.151%。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)(0.156%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)在額度內妥為管理運用，於111年12月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。
- (2)對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。
- (3)若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並請於112年7月底前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。
- (4)歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於給付新醫療科技，並請於113年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。

2.藥品及特材給付規定改變(0.115%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)在額度內妥為管理運用，經費如有不足，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。於111年12月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。

3.促進醫療資源支付合理(0%)：

- (1)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。
- (2)請健保署通盤檢討支付標準之合理性，若經評估確有調整必要，由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應，或併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。

4.比照醫院規定，修訂手術通則(0%)：

- (1)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。
- (2)請健保署通盤檢討支付標準之合理性，若經評估確有調整必要，由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應，或併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。

5.門診診察費加成一至(0%)：

- (1)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。
- (2)請健保署通盤檢討支付標準之合理性，若經評估確有調整必要，由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應，或併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。

6.7580 診察費(0%)：

本項屬支付標準之調整，考量健保法規定，本保險係於民眾發生疾病、傷害事故或生育時提供醫療服務，

爰不宜以年齡別為給付條件，應以民眾醫療需求為導向，研提醫療服務內容，故本項不新增預算。

7.因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費(0%)：

(1)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。

(2)請健保署通盤檢討支付標準之合理性，若經評估確有調整必要，由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應，或併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。

8.外傷換藥不計入同一療程(0%)：

本項屬支付規範之調整，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，且依健保法第 41 條規定，單項支付標準及給付規範之訂定，尚非全民健康保險會權責。

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(-0.120%)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

(2)本項不列入 113 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 8,497.1 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 111 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 111 年 12 月底前完成。

1.西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 317.1 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

(2)請中央健康保險署持續檢討醫療需求特性及其利用

情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與。

## 2.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)全年經費 3,948 百萬元。

(2)請中央健康保險署朝「以人為中心」之合作照護模式為推動方向，檢討計畫服務模式及成效，積極進行計畫轉型，並規劃與代謝症候群防治計畫及相關論質計酬計畫共同執行。

## 3.代謝症候群防治計畫：

(1)全年經費 616 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①請朝「以人為中心」之合作照護模式為推動方向，評估、規劃與家庭醫師整合性照護計畫及相關論質計酬計畫共同執行。

②請精進計畫內容，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請積極建立與成人健檢之個案轉介及資源共享機制，減少重複檢驗(查)，以提升計畫執行成效。

④請會同西醫基層總額相關團體檢討、改進計畫內容，於 111 年 12 月底前提出改進方案(包含服務人數提升、支付單價衡平性、減少重複檢驗檢查等)，提全民健康保險會同意後，經費始得動支。

## 4.C 型肝炎藥費：(維持原有名稱)

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

(2)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協



商 113 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一。

5. 醫療給付改善方案：

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

6. 強化基層照護能力及「開放表別」項目：

- (1) 全年經費 1,220 百萬元。
- (2) 請中央健康保險署辦理下列事項：
  - ① 於 111 年 12 月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。
- (3) 本項經費依實際執行扣除原基期點數併入一般服務費用結算。

7. 鼓勵院所建立轉診合作機制：

- (1) 全年經費 258 百萬元，經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
- (2) 請中央健康保險署會同西醫基層及醫院總額相關團體，檢討獎勵方式、支付誘因及經費配置合理性，研擬改善措施，以提升執行成效。

8. 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫：

- (1) 全年經費 50 百萬元。

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

9.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

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

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

10.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

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

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

11.因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用：

(1)全年經費 11 百萬元。

(2)本項經費依實際執行併入一般服務費用結算。

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

12.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：

(1)全年經費 178 百萬元。

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

13.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費 253 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①請檢討、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請確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，提全民健康保險會報告。

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

(1)全年經費 9.7 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署持續監測本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督。

15.精神科長效針劑藥費：

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

(2)請中央健康保險署積極推動，提升執行成效，並於額度內妥為管理運用。

16.新冠輕症確診者長新冠後遺症(Long COVID)照護：

(1)本項併入「慢性傳染病照護品質計畫」。

(2)請中央健康保險署持續監測醫療利用情形。

17.促進醫療服務診療項目支付衡平性：

(1)全年經費 100 百萬元。

(2)執行目標：通盤研議支付標準調整，考量支付衡平

性並檢討各項支付點數，提出支付標準調整建議及具體調整時程。

(3)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，又考量支付標準調整項目數視核定預算而定，故建議評估指標如下：
  - A.提出醫療服務支付標準檢討時程及方向規劃。
  - B.「支付標準研議諮詢會議」召開4場次。

(4)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①預算用於通盤檢討醫療服務支付標準合理性，於111年12月底前提出具體實施規劃(包含支付標準檢討規劃、執行方法及期程)，並定期提報執行情形。
- ②應運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算。
- ③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結算。
- ④本項以3年為檢討期限(112~114年)，會同西醫基層總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

18.因醫療法就醫療器材使用規範重新修訂，造成西醫基層特材成本高於健保給付點數之補貼：

- (1)全年經費20百萬元，經費如有不足，由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①本項經費應依實際執行之項目與季別，併西醫基層總額一般服務費用結算。
- ②請於 111 年 12 月底前提出實施規劃(包含健保給付醫材影響檢討規劃、執行方法及期程)，並於 112 年 7 月底前提報執行情形。
- ③本項以 3 年為檢討期限(112~114 年)，會同西醫基層總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

19.癌症治療品質改善計畫：

(1)全年經費 115 百萬元。

(2)執行目標：以當年度 5 項癌症篩檢陽性/異常個案進行確認診斷之追陽率達 90%為計畫執行指標。

- ①大腸癌(以篩檢人數 126 萬人，陽性率 7%估算)：約 25,000 人。
- ②口腔癌(以篩檢人數 60.5 萬人，陽性率 8.2%估算)：約 14,300 人。
- ③子宮頸癌(以篩檢人數 220 萬人，陽性率 0.54%估算)：約 2,600 人。
- ④乳癌(以篩檢人數 87 萬人，陽性率 8%估算)：約 4,500 人。

(3)預期效益之評估指標：追陽率達 90%。

(4)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①擬訂具體實施方案，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數。

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

## 20.慢性傳染病照護品質計畫：

- (1)本項併「新冠輕症確診者長新冠後遺症(Long COVID)照護」項目，全年經費 20 百萬元。

### (2)執行目標：

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

### (3)預期效益之評估指標：

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

### (4)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①擬訂具體實施方案，建立完整之個案照護銜接及資料介接機制，並考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數。
- ②本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，請會同西醫基層總額相關團體，滾動式檢討逐年成

效，若計畫持續辦理，則請於執行第4年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

#### 21.品質保證保留款：

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

#### (三)門診透析服務：

- 1.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%。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%。
- 4.112 年度門診透析服務之新增預算，優先用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質。
- 5.請中央健康保險署辦理以下事項：
  - (1)請會同門診透析服務相關團體，於 111 年 12 月底前提出鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質之具體實施計畫(包含設定提升腹膜透析之執行目標、提升腹膜透析與品質之具體措施、院所獎勵方

式、品質監測指標等)，並提全民健康保險會報告。

(2)持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。

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

(4)請於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

(四)前述三項額度經換算，112 年度西醫基層醫療給付費用總額，較基期成長 1.800%。各細項成長率及金額如表 4。

#### 西醫基層代表之委員建議方案：

1.關於西醫基層各項目詳細說明，請詳見 111 年 9 月 21 日協商會議資料及附件與協商代表發言實錄。

2.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。

(一)一般服務成長率為 4.539%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.400%，協商因素成長率 3.139%。

1.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.318%)：

(1)反對協定事項之建議「於 111 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」及「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」。

(2)反對理由：新醫療科技引進能提升民眾照護品質，對初級醫療、輕症照護有極大的效益，可減少的是其後續急重症、住院、中醫甚至洗腎的醫療費用(非西醫基層總額部門)。

(3)如經部長裁定，仍需執行前述之協定事項建議，請中央健保署提出具體預算及執行方式，與西醫基層總額相關團體議定後，方得執行。

## 2.藥品及特材給付規定改變(0.318%)：

(1)反對協定事項之建議「於111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」及「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，並納入該年度本項預算財源」。

(2)反對理由：藥品及特材給付規定修正能提升民眾照護品質，對初級醫療、輕症照護有極大的效益，可減少的是其後續急重症、住院、中醫甚至洗腎的醫療費用(非西醫基層總額部門)。

(3)如經部長裁定，仍需執行前述之協定事項建議，請中央健保署提出具體預算及執行方式，與西醫基層總額相關團體議定後，方得執行。

## 3.促進醫療資源支付合理(0.079%)：

(1)本項預算賡續執行111年本項預算中「西醫基層未與醫院調成一致之支付標準項目」。

(2)不應使用「醫療服務成本指數改變率」所增預算支應，不應併入專款項目「促進醫療服務診療項目支

付衡平性」處理。

(3)如需執行預算扣減規劃，請中央健保署會同西醫基層總額相關團體議定後，方可執行；如 113 年執行預算不足，請於 114 年編列預算。

4.比照醫院規定，修訂手術通則(0.003%)：

(1)預期目標：同工同酬，弭平醫院與西醫基層申報費用規定所造成之點數差距。

(2)評估指標：依據衛生福利部公告修訂之支付標準調整辦理。

(3)不應使用「醫療服務成本指數改變率」所增預算支應，不應併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。

(4)如需執行預算扣減規劃，請中央健保署會同西醫基層總額相關團體議定後，方可執行；如 113 年執行預算不足，請於 114 年編列預算。

5.門診診察費加成一一致(0.734%)：

(1)預期目標：促進基層科別均衡發展，建議第一階段門診診察費（去科別化）調整一致，以維護醫療照護品質。

(2)評估指標：依據衛生福利部公告修訂之支付標準調整辦理。

(3)不應使用「醫療服務成本指數改變率」所增預算支應，不應併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理

(4)如需執行預算扣減規劃，請中央健保署會同西醫基層總額相關團體議定後，方可執行；如 113 年執行預算不足，請於 114 年編列預算。

6.7580 診察費(1.255%)：

(1)預期目標：因應超高齡社會來臨，挹注資源加強對

高齡者照護品質。

(2)評估指標：依據衛生福利部公告修訂之支付標準調整辦理。

(3)不應使用「醫療服務成本指數改變率」所增預算支應，不應併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理

(4)如需執行預算扣減規劃，請中央健保署會同西醫基層總額相關團體議定後，方可執行；如 113 年執行預算不足，請於 114 年編列預算。

7.因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費(0.524%)：

(1)預期目標：反應近年勞動法令制度改變，聘用護理人員成本增加，提高診察費以提升護理照護品質。

(2)評估指標：依據衛生福利部公告修訂之支付標準調整辦理。

(3)不應使用「醫療服務成本指數改變率」所增預算支應，不應併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理

(4)如需執行預算扣減規劃，請中央健保署會同西醫基層總額相關團體議定後，方可執行；如 113 年執行預算不足，請於 114 年編列預算。

8.外傷換藥不計入同一療程(0.028%)：

(1)預期目標：合理反映外傷換藥成本，提供民眾更完善之醫療照護服務。

(2)評估指標：依據衛生福利部公告修訂之支付標準調整辦理。

(3)不應使用「醫療服務成本指數改變率」所增預算支應，不應併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。

(4)如需執行預算扣減規劃，請中央健保署會同西醫基層總額相關團體議定後，方可執行；如 113 年執行預算不足，請於 114 年編列預算。

9.違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.120%)：

本項不列入 113 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 8,847.4 百萬元。

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

1.西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 317.1 百萬元。

(2)本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

2.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)全年經費 4,146 百萬元。

(2)本計畫與代謝症候群防治計畫之服務對象不同：本計畫收案對象以前一年慢性病病患、醫療利用率較高之民眾為優先，而代謝症候群防治計畫則偏向無固定就醫習慣、體重過重、血壓、血脂等較高，且尚未進入慢性病階段的民眾為主要照護目標，兩者收案對象不同，不建議整合。

3.代謝症候群防治計畫：

(1)全年經費 308 百萬元。

(2)本計畫與家庭醫師整合性照護計畫之服務對象不同：本計畫偏向無固定就醫習慣、體重過重、血壓、血脂等較高，且尚未進入慢性病階段的民眾為主要照護目標，家醫計畫收案對象則以前一年慢性病病患、醫療利用率較高之民眾為優先，兩者收案

對象不同，不建議整合。

(3)考量 111 年本項計畫執行時間較短，建議先維持原有預算額度，待提高執行率後再增編預算。

#### 4.C 型肝炎治療費：

(1)全年經費 292 百萬元。

(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。

(3)配合國家 C 肝根除政策，惟所衍生之醫療費用應一併編列於本項專款項目。

#### 5.醫療給付改善方案：

(1)全年經費 900.3 百萬元。

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

#### 6.強化基層照護能力及「開放表別」項目：

(1)全年經費 1,320 百萬元。

(2)本項經費依實際執行扣除原基期點數併入一般服務費用結算。

#### 7.鼓勵院所建立轉診合作機制：

(1)全年經費 258 百萬元。

(2)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。

#### 8.偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫：

全年經費 50 百萬元。

#### 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。

(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。

10. 後天免疫缺乏病毒治療藥費：
  - (1) 全年經費 30 百萬元。
  - (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。
11. 因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用：
  - (1) 全年經費 11 百萬元。
  - (2) 本項經費依實際執行併入一般服務費用結算。
12. 新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：
  - (1) 全年經費 178 百萬元。
  - (2) 本項經費依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入各分區一般服務費用結算。
13. 網路頻寬補助費用：
  - (1) 全年經費 253 百萬元。
  - (2) 經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
  - (3) 為配合國家相關衛生健康政策之推動，網路頻寬須有較高運作功能，提升效率，建議應持續補助。
14. 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬 (pay for value) 計畫：
  - (1) 全年經費 9.7 百萬元。
  - (2) 經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
15. 精神科長效針劑藥費：
  - (1) 全年經費 100 百萬元。
  - (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。
16. 新冠輕症確診者長新冠後遺症 (Long COVID) 照護：
  - (1) 全年經費 500 百萬元。
  - (2) 本項目與「慢性病傳染病照護品質計畫」照護對象

不同，不應併入處理。

(3)預期目標：提供新冠輕症確診者長新冠醫療照護。

(4)評估指標：長新冠後遺症治癒情形(接受照護之個案，長新冠後遺症獲得改善，3 個月後無再次相關就醫情形)。

(5)衛福部 110 年 12 月推動「COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫」，染疫期間由公務預算或疾管署特別預算支應，但解隔離後的醫療照護費用該計畫適用醫院層級(總額支應)。長新冠醫療照護，回歸社區是最適宜的，建議編列預算。

(6)本項以 2 年為檢討期限(112~113 年)，滾動式檢討逐年成效，若本項持續辦理，則請於執行第 2 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

17.促進醫療服務診療項目支付衡平性：

(1)全年經費 0 百萬元。

(2)不應併入「醫療服務成本指數改變率」所增預算處理。

18.因醫療法就醫療器材使用規範重新修訂，造成特材成本高於健保給付點數之補貼：

(1)全年經費 20 百萬元。

(2)本項經費配合醫院部門同步編列。後續執行細節請中央健保署會同西醫基層總額相關團體議定後，方可執行。

(3)本項經費應依實際執行之項目與季別，併西醫基層總額一般服務費用結算。

19.癌症治療品質改善計畫：

(1)全年經費 0 百萬元。

(2)考量無法達到付費者建議之協定事項期許，且西醫

基層團體內部無共識，待釐清後，再編列預算。

20.慢性傳染病照護品質計畫：

(1)全年經費 0 百萬元。

(2)考量無法達到付費者建議之協定事項期許，且西醫基層團體內部無共識，待釐清後，再編列預算。

21.品質保證保留款：

(1)全年經費 124.3 百萬元。

(2)原 106 年度一般服務之品質保證保留款額度(105.2 百萬元)，與 112 年品保款專款(124.3 百萬元)合併運用(計 229.5 百萬元)。

(三)門診透析服務：對透析成長率不預設立場，尊重透析代表與政府主管機關協商結果，對付費者建議之協定事項，西醫基層部門採取中立立場，不予背書。



表 4 112 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)	
<b>一般服務</b>					
醫療服務成本及人口因素成長率	1.400%	1,762.5	1.400%	1,762.5	
投保人口預估成長率	-0.264%		-0.264%		
人口結構改變率	1.402%		1.402%		
醫療服務成本指數改變率	0.266%		0.266%		
協商因素成長率	0.151%	189.3	3.139%	3,951.1	
保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	0.156%	196.0	0.318%	400.0
	藥品及特材給付規定改變	0.115%	145.0	0.318%	400.0
	促進醫療資源支付合理	0.000%	0.0	0.079%	100.0
	比照醫院規定，修訂手術通則(112年新增項目)	0.000%	0.0	0.003%	3.2
	門診診察費加成一至(112年新增項目)	0.000%	0.0	0.734%	924.6
	7580診察費(112年新增項目)	0.000%	0.0	1.255%	1,580.1
	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)	0.000%	0.0	0.524%	659.3
	外傷換藥不計入同一療程(112年新增項目)	0.000%	0.0	0.028%	35.6
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	-0.120%	-151.7
一般服務成長率 <sup>註2</sup>	增加金額	1.551%	1,951.9	4.539%	5,713.7
	總金額		127,848.3		131,610.0

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)
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>				
西醫醫療資源不足地區改善方案	317.1	0.0	317.1	0.0
家庭醫師整合性照護計畫	3,948.0	0.0	4,146.0	198.0
代謝症候群防治計畫	616.0	308.0	308.0	0.0
C型肝炎藥費 (*西醫基層代表方案名稱為「C型肝炎治療費」)	292.0	0.0	292.0	0.0
醫療給付改善方案	805.0	0.0	900.3	95.3
強化基層照護能力及「開放表別」項目	1,220.0	0.0	1,320.0	100.0
鼓勵院所建立轉診之合作機制	258.0	0.0	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	0.0	30.0	0.0
後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	30.0	0.0	30.0	0.0
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	0.0	253.0	0.0
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	9.7	0.0
精神科長效針劑藥費	100.0	0.0	100.0	0.0
新冠輕症確診者長新冠後遺症(Long COVID)照護 (112年新增項目) (*付費者代表方案併入「慢性傳染病照護品質計畫」)	* -	* -	500.0	500.0

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)
促進醫療服務診療項目支付 衡平性 (112年新增項目)		100.0	100.0	0.0	0.0
因醫療法就醫療器材使用規範重新修訂，造成西醫基層特材成本高於健保給付點數之補貼 (112年新增項目)		20.0	20.0	20.0	20.0
癌症治療品質改善計畫 (112年新增項目)		115.0	115.0	0.0	0.0
慢性傳染病照護品質計畫 (112年新增項目)		20.0	20.0	0.0	0.0
品質保證保留款		124.3	4.0	124.3	4.0
<b>專款金額</b>		<b>8,497.1</b>	<b>567.0</b>	<b>8,847.4</b>	<b>917.3</b>
較基期成長率(一般服務+專款) <sup>註3</sup>	增加金額	1.517%	2,518.9	4.578%	6,631.0
	總金額		136,345.4		140,457.4
門診透析服務成長率	增加金額	3.675%	745.9	註5	註5
	總金額		21,042.6		20,296.7
較基期成長率(一般服務+專款+門診透析) <sup>註4</sup>	增加金額	1.800%	3,264.8	註5	6,631.0
	總金額		157,388.0		160,754.1

- 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.西醫基層代表方案未提出112年度門診透析服務成長率及增加金額，故無法計算整體預算(一般服務+專款+門診透析)較基期成長率。
- 6.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

## 112 年度全民健康保險其他預算及其分配

### 一、總額協商結論：

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

(二)請中央健康保險署依協定事項辦理以下事宜：

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

### 二、預算分配相關事項：

(一)基層總額轉診型態調整費用：

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

轉診合作機制」，並提全民健康保險會報告。

(二)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：

1.全年經費 605.4 百萬元。

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

(三)居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務：

1.全年經費 7,803 百萬元。

2.本項醫療點數以每點 1 元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第 62 條規定採浮動點值處理。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)各項服務支付標準之調整，應考量各部門總額相關支付項目間之衡平性，並朝分級支付方向規劃，以鼓勵急重症、困難疾病之照護。並持續精進居家醫療照護品質及成效之評估指標。

(2)於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告(應含近年支付標準調整情形及成效指標監測結果)。

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

(五)支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款項目不足之經費：

1.全年經費 600 百萬元。

2.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)於額度內妥為管理運用，並評估、調整未來計畫執行模式，以提升執行成效。

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

(六)推動促進醫療體系整合計畫：

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

(七)調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費：

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

(八)提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用：

- 1.全年經費 1,636 百萬元。
- 2.四部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目經費如有不足，由本項預算剩餘款支應。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
  - (1)加強推動「提升院所智慧化資訊機制」，並持續監測及精進成效評估指標。
  - (2)「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」，請確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執

行方式，並提全民健康保險會報告。

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

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

(九)提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：

1.全年經費 1,653.8 百萬元。

2.請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督。

(十)腎臟病照護及病人衛教計畫：

1.全年經費 511 百萬元。

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

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

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

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

(十一)提升保險服務成效：

1.全年經費 500 百萬元。

2.考量健保財務困難，請中央健康保險署應積極爭取公務預算支應相關行政經費為宜。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)精進並提出能反映整體提升保險服務成效之評估指

標，其精進之評估指標及執行成果請提全民健康保險會報告。

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

(十二)提升用藥品質之藥事照護計畫：

1.全年經費 30 百萬元。

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



表 5 112 年度其他預算協定項目表

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

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			<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1年成效評估檢討報告(應含支付標</p>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			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	<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)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。</p> <p>(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。</p> <p>(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)。</p> <p>(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。</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	511.0	61.0	<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</p>

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	