

## 肆、附 錄



# 一、各總額部門 112 年度執行成果 評核之作業方式



# 各總額部門 112 年度執行成果評核之作業方式

第6屆113年第2次委員會議(113.3.13)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112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112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(付費者代表委員採自由推薦)，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、近3屆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，並對「初任評核委員」名額予以保障，以2名為原則，邀請順序如下：
  - 1.優先邀請建議名單中「當屆專家學者及公正人士委員且未曾擔任評核委員者」，若人數多於2人，取票數最高2人。
  - 2.若前開人數不足2人，則續邀請「未曾擔任評核委員之專家學者」票數高者。
- (三)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112年執行未滿半年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 112 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
<p><b>壹、年度重點項目執行成果與未來規劃<sup>註1</sup></b></p> <p>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 112 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)</p> <p>二、110~112 年總額協商項目 KPI<sup>註2</sup>之執行檢討及指標研修</p>	<b>20</b>
<p><b>貳、一般服務項目執行績效</b></p> <p>一、就111年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明(請以對照表方式，針對評核重點建議提出回應說明，包含採行之具體措施)</p> <p>二、維護保險對象就醫權益</p> <p>(一)醫療服務品質調查之結果及檢討與改善措施</p> <p>(二)民眾付費情形及改善措施</p> <p>(三)就醫可近性與及時性之改善措施</p> <p>(四)民眾諮詢及抱怨處理</p> <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)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>(二)112年新增項目之執行情形(執行未滿半年請加註)</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>	<b>60</b>

評核項目	配分
<b>參、專款項目執行績效/成果<sup>註3</sup></b> 一、就111年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明 (請以對照表方式，針對評核重點建議提出回應說明，包含採行之具體措施) 二、112年計畫/方案執行成果 三、108~112年執行情形及成效評估(含自選3項關鍵績效指標) 四、檢討與改善方向 (一)計畫/方案113年修正重點 (二)112年執行未滿半年之新增項目/方案執行情形	<b>20</b>
<b>總分</b>	<b>100</b>

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.KPI指年度總額核(決)定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。  
 3.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114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114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、113年評核作業時程表

時間	作業內容
113年1~3月	1.函請四總額部門及健保署提供建議之113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。



時間	作業內容
	2.研擬「各總額部門 112 年度執行成果評核之作業方式」(草案)。
113 年 3 月	「各總額部門 112 年度執行成果評核之作業方式」(草案)提委員會議議定。
113 年 4~5 月	<p>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。</p> <p>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、近 3 屆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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
113 年 5 月上旬	召開「評核委員共識會議」，說明評核相關作業規劃，並討論評核原則。
113 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。
113 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。
113 年 7 月上旬 (評核會議前 2 週)	<p>1.健保署及四總額部門提送「各總額部門 112 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。</p> <p>2.本會同仁彙整「各總額部門 112 年度執行成果評核指標摘要」供評核委員參考。</p>
113 年 7 月中旬 (7 月 16、17 日)	召開為期 2 天之「各總額部門 112 年度執行成果發表暨評核會議」。

## 各總額部門年度重點項目及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
<b>壹、年度重點項目執行成果與未來規劃</b>		
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 112 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、110~112 年總額協商項目 KPI <sup>註4</sup> 之執行檢討及指標研修	跨部門項目執行情形檢討改善、指標研修	各部門項目執行情形檢討改善、指標研修
<b>貳、一般服務項目執行績效</b>		
一、就 111 年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明(請以對照表方式，針對評核重點建議提出回應說明，包含採行之具體措施)	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)延續項目之執行情形	執行情形(含成效)檢討註 <sup>3</sup>	推動情形、目標達成情形、檢討及改善
(二)112 年新增項目之執行情形(執行未滿半年請加註)		
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	違規情形統計	
(六)其他		
六、COVID-19 疫情對醫療服務之影響與因應作為	—	V
<b>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)</b>		

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(108~112 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 113 年度總額協定事項，請於 113 年 7 月底前，提報延續項目之 112 年執行情形及成效評估。
- 4.KPI 指年度總額核(決)定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。

## 各總額部門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 111 年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明(請以對照表方式，針對評核重點建議提出回應說明，包含採行之具體措施)	—	V
二、112 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、108~112 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		
(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 113 年修正重點		
(二)112 年執行未滿半年之新增計畫/方案執行情形與規劃	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 111 年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明(請以對照表方式，針對評核重點建議提出回應說明，包含採行之具體措施)	—	V
二、108~112 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)113 年修正重點		
(二)112 年執行未滿半年之新增項目執行情形與規劃	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。

## 各總額部門及健保署「112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] 至少包括以下內容： (1) 整體總額基期執行結果及資源配置檢討與建議： 現行總額基期預算分配、費用分布及成長情形分析(區分總額別、服務別、分項費用、層級別、地區別、人口別等)及資源配置檢討與建議。 (2) 健保總額重點政策推動說明及檢討與建議： 重點政策推動情形，及推動多年但未達預期目標之原因檢討(如全面導入DRGs支付制度、家庭醫師整合性照護計畫之轉型等)。 (3) 全人醫療之醫療服務整合情形及照護成果： 包括跨機關、跨專案、共病照護相關計畫(如家庭醫師整合性照護計畫、代謝症候群防治計畫、論質計酬計畫)之整合情形及照護成效。 (4) 以保險人角度提出健保總額未來實施方向及執行規劃。	
	項目2： 降低門診10項 重點檢查(驗) 非合理區間再 次執行 [新增項目]	指標：門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率 目標值：較108年同期下降 $\geq 5\%$ 操作型定義：(當期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率-108年同期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率)/108年同期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率 註：考量109年至111年因受COVID-19疫情嚴重影響國人就醫行為，又第一線醫護人員應以防疫為優先，故本指標以108年為基期進行比較
	項目3： 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： $\geq 3.85\%$ 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
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

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<p>觀察指標：醫院層級疾病嚴重度CMI變動</p> <p>註：同111年暫列觀察指標，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</p>
西醫基層 總額 一醫全會	<p>項目2： 護病比執行現況 [延續項目]</p>	<p>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</p> <p>操作型定義：1. 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 2. 「加成」係指全日平均護病比達一定比例之住院護理費加成</p>
	<p>項目1： 西醫基層診所 糖尿病病人整體 照護情形 [新增項目]</p>	<p>指標：照護率、HbA1c&lt;7%(控制良好率)、HbA1c&gt;9%(控制不良率) 目標值：1. 照護率：55%以上 2. HbA1c&lt;7%(控制良好率)：54%以上 3. HbA1c&gt;9%(控制不良率)：6%以下</p> <p>操作型定義：1. 照護率：糖尿病病人(E08-13)於同一家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以上/該院所診斷糖尿病病人數 2. HbA1c&lt;7%(控制良好率)：分母病人中，其最後一次HbA1c檢驗值&lt;7.0%(80歲以上病人HbA1c&lt;8.0%)之人數/糖尿病病人於同一家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以上之人數 3. HbA1c&gt;9%(控制不良率)：分母病人中，其最後一次HbA1c檢驗值&gt;9.0%之人數/糖尿病病人於同一家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以上之人數</p>
	<p>項目2： 檢驗(查)結果 上傳率 [新增項目]</p>	<p>指標：上傳率 目標值：60%以上</p> <p>操作型定義：檢驗(查)結果上傳醫令數(含診所申報檢驗所上傳檢驗(查)結果)/「全民健康保險鼓勵醫事機構即時查訊病患就醫資訊方案」附件五-「獎勵醫事服務機構上傳檢驗(查)結果之項目」之診所申報醫令數</p> <p>計算條件：1. 採診所歸戶(即檢驗所上傳資料併回診所計算) 2. 排除醫療檢查影像及影像報告、人工關節植入物資料、病理報告及出院病歷摘要資料</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
牙醫門診 總額 一牙全會	項目1： 國人牙周病治療改善情形 [延續項目]	<p>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%)</p> <p>操作型定義：1.分子：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) 2.分母：當年度執行第一階段人數(當年1~9月申報第一階段件數)</p>
	項目2： 國人罹患牙周病後續維護追蹤情形 [新增項目]	<p>指標：牙周病統合治療實施方案後之追蹤治療率 目標值：最近3年全國平均值*(1-10%)</p> <p>操作型定義：1.分子：當年度牙周病統合治療第三階段支付91023C執行人數往後追蹤一年(112年度)接受牙周病支持性治療(91018C)之執行人數 2.分母：當年度(111年度)牙周病統合治療第三階段支付91023C執行人數</p>
中醫門診 總額 一中全會	項目1： 提升中醫醫療服務 [延續項目]	<p>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：(112年中醫醫療服務人數-111年中醫醫療服務人數)/111年中醫醫療服務人數</p> <p>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：(112年中醫醫療服務人次-111年中醫醫療服務人次)/111年中醫醫療服務人次</p> <p>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2% 操作型定義：(112年中醫居家醫療服務人數-111年中醫居家醫療服務人數)/111年中醫居家醫療服務人數</p> <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2% 操作型定義：(112年中醫居家醫療服務人次-111年中醫居家醫療服務人次)/111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：無中醫鄉減少比率大於1% 操作型定義：(111年無中醫鄉數-112年無中醫鄉數)/111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2% 操作型定義：(112年無中醫鄉服務人數-111年無中醫鄉服務人數)/111年無中醫鄉服務人數</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<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2%            操作型定義：(112年無中醫鄉服務人次-111年無中醫鄉服務人次)/111年無中醫鄉服務人次</p>
	<p>項目2：            提升中醫治療慢性腎臟病醫療服務品質            [新增項目]</p>	<p>指標：延緩慢性腎臟病第3、4、5期病人腎功能惡化程度            目標值：慢性腎臟病第3、4、5期病人收案1年(或12個月)後，腎絲球過濾率值(eGFR)較新收案時改善，或糖尿病慢性腎臟病人eGFR下降速率小於6ml/min/1.73m<sup>2</sup>/year，或非糖尿病慢性腎臟病人eGFR下降速率小於4ml/min/1.73m<sup>2</sup>/year            操作型定義：針對慢性腎臟病第3、4、5期病人，其中若為糖尿病慢性腎臟病人需符合下述第1點或第2點；非糖尿病慢性腎臟病人需符合下述第1點或第3點：            1.第3、4、5期慢性腎臟病人：112年eGFR值-111年eGFR值為正數            2.糖尿病慢性腎臟病人：111年eGFR值-112年eGFR值小於6            3.非糖尿病慢性腎臟病人：111年eGFR值-112年eGFR值小於4</p>
其他預算 一健保署	<p>項目1：            C型肝炎新藥治療成效            [延續項目]</p>	<p>指標：C型肝炎治療涵蓋率(年累計)            目標值：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>
	<p>項目2：            居家醫療照護整合計畫之推動成效            [延續項目]</p>	<p>指標：居家整合新收案對象門診次數降低            目標值：較收案前半年低            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>
	<p>項目3：            腎病防治成效            [新增項目]</p>	<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：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>



## 各總額部門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"> <li>- 醫療資源不足地區改善方案</li> <li>- 牙醫特殊醫療服務計畫</li> <li>- 牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫(113年起停辦)</li> <li>- 0~6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫(113年起停辦)</li> <li>- 12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫</li> <li>- 高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫(113年起併入「高風險疾病口腔照護計畫」<sup>註</sup>)</li> <li>- 超音波根管沖洗計畫(112年新增)</li> <li>- 齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫(112年新增)</li> </ul> <p>【註：113年更名為「高風險疾病口腔照護計畫」，並將原一般服務「高風險疾病口腔照護」及專款項目「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」併入執行】</p>	牙醫師公會 全聯會 (健保署提供 執行情形統 計結果及改 善建議)
中醫	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 醫療資源不足地區改善方案</li> <li>- 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)</li> <li>- 中醫提升孕產照護品質計畫</li> <li>- 中醫癌症患者加強照護整合方案(含 112 年新增 3 項癌別)</li> <li>- 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫</li> <li>- 中醫急症處置計畫</li> <li>- 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫</li> <li>- 照護機構中醫醫療照護方案</li> </ul>	中醫師公會 全聯會 (健保署提供 執行情形統 計結果及改 善建議)
西醫基層	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 家庭醫師整合性照護計畫(含計畫檢討與管控暨執行成果)</li> <li>- 家庭醫師整合性照護計畫(醫界配合推動情形)</li> <li>- 西醫醫療資源不足地區改善方案</li> <li>- 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫</li> <li>- 強化基層照護能力及「開放表別」項目(非計畫型)</li> <li>- 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)</li> <li>- 新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用(非計畫型)</li> <li>- 代謝症候群防治計畫</li> <li>- 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫</li> <li>- 因應長新冠照護衍生費用(112年新增)</li> </ul>	健保署  醫師公會 全聯會 (健保署提供 執行情形統 計結果及改 善建議)
醫院	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 急診品質提升方案</li> <li>- 西醫醫療資源不足地區改善方案(醫院支援西醫基層)</li> <li>- 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫</li> <li>- 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質(非計畫型)</li> <li>- 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)(非計畫型)</li> <li>- 住院整合照護服務試辦計畫</li> <li>- 鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫</li> <li>- 腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(非計畫型)</li> <li>- 因應長新冠照護衍生費用(112年新增)</li> </ul>	醫院協會 (健保署提供 執行情形統 計結果及改 善建議)

部門別		計畫／方案名稱	提報單位
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增(112 年新增)</li> <li>- 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)</li> <li>- 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)</li> </ul>	
門診透析		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 腎臟病照護及病人衛教計畫</li> <li>- 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)</li> </ul>	健保署
跨部門	醫院、西醫基層	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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」)</li> <li>- 醫療給付改善方案(含糖尿病等 9 項方案)</li> <li>- 鼓勵院所建立轉診合作機制(非計畫型)</li> <li>- 基層總額轉診型態調整費用(非計畫型)</li> <li>- 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材(非計畫型)</li> <li>- 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費(非計畫型)</li> <li>- 精神科長效針劑藥費(非計畫型)</li> <li>- 慢性傳染病照護品質計畫(112 年新增)</li> <li>- 癌症治療品質改善計畫(112 年新增)</li> <li>- 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)</li> </ul>	健保署 (相關總額部門提供配合推動情形)
	四部門	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用</li> </ul>	
其他預算		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫</li> <li>- 居家醫療照護(含居家醫療照護整合計畫)、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務</li> <li>- 推動促進醫療體系整合計畫</li> <li>- 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(含各部門總額之網路頻寬補助費用執行成果)</li> <li>- 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫</li> <li>- 提升用藥品質之藥事照護計畫</li> <li>- 支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、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)</li> <li>- 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)</li> <li>- 提升保險服務成效(非計畫型)</li> </ul>	健保署

## 二、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	
<b>一般服務</b>				
醫療服務成本及人口因素成長率	<b>0.642%</b>	<b>305.4</b>	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	<b>0.060%</b>	<b>28.8</b>	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。
其他醫療服務利用密集度之改變	特定牙周保存治療-新增全口總齒數一至三顆(112 年新增項目)	0.112%	53.5	1.本項經費與特定牙周保存治療-全口總齒數 4 至 8 顆 91016C、特定牙周保存治療-全口總齒數 9 至 15 顆 91015C、牙周病支持性治療 91018C 等 3 項診療項目採預算中平，經費整體統籌運用。 2.執行目標：112 年度特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆執行次數全年以 10 萬人次為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。

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 <sup>**2</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。	
	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>
<b>專款金額</b>	<b>2,894.3</b>	<b>1,155.5</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>2.588%</b>	<b>1,489.8</b>
	<b>總金額</b>		<b>50,799.9</b>

- 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
<b>一般服務</b>			
<b>醫療服務成本及人口 因素成長率</b>	<b>1.394%</b>	<b>398.6</b>	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%		
<b>協商因素成長率</b>	<b>2.678%</b>	<b>765.9</b>	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 <sup>註2</sup>	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) <sup>註3</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。

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	
<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	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 標準之改變	新醫療科技 (包括新增診 療項目、新 藥及新特材 等)	0.156%	196.0	請中央健康保險署辦理下列 事項： 1.在額度內妥為管理運用，於 112 年度總額公告後，至全 民健康保險會最近 1 次委員 會議提出規劃之新增項目與 作業時程，並於總額協商 前，提出年度新醫療科技預 算規劃與預估內容，俾落實 新醫療科技之引進與管控。 2.對於新醫療科技的預算投 入，提出成果面的績效指 標，並加強醫療科技再評估 (HTR)機制，檢討已收載之 品項，加快療效及經濟效益 評估。 3.若於年度結束前未依時程導 入或預算執行有剩餘，則扣 減其預算額度；並請於 112 年 7 月底前提報執行情形(含 新增項目及申報費用/點數)。 4.歷年節流效益、藥價調整與 特材價量調查調整支付點數

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
保險給付項目及標準之改變				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。
	藥品及特材給付規定改變	0.115%	145.0	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，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 <sup>#2</sup>	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：</p> <p>(1)預期效益：調整各診療項目支付點數、章節歸類、名稱、支付規範、適應症，以合理反應各項醫療服務投入的成本差異及資源耗用情形。</p> <p>(2)評估指標：本項目預定辦理期程為 3 年，考量支付標準調整項目數視核定預算而定，評估指標如下：</p> <p>①提出醫療服務支付標準檢討時程及方向規劃。</p> <p>②「支付標準研議諮詢會議」召開 4 場次。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)於 112 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出具體實施規劃(包含支付標準檢討之分年目標、執行方法及期程)，並定期提報執行情形。</p> <p>(2)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入西醫基層總額一般服務費用結算。</p> <p>(3)本項以 3 年為檢討期限(112~114 年)，會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年提</p>

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
<p>癌症治療品質改善計畫 (112年新增項目)</p>	<p>115.0</p>	<p>115.0</p>	<p>出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p> <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&lt;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) <sup>註3</sup>	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) <sup>註4</sup>	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	
<b>一般服務</b>				
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 <sup>註2</sup>	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	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>
鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210.0	0.0	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.本項經費用於鼓勵醫院擴大導入 Tw-DRGs。</li> <li>2.請中央健康保險署辦理下列事項： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)請積極推動 DRGs 雙軌制度，加速導入第 3 至 5 階段 DRGs 項目。</li> <li>(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。</li> </ol> </li> </ol>
醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	100.0	0.0	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。</li> <li>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。</li> </ol>
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	<p>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。</p>
鼓勵院所建立轉診合作機制	224.7	0.0	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>

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

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

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

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



項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
			<p>增加服務人數。</p> <p>(2)本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 4 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。</p>
<p>慢性傳染病照護品質計畫 (112 年新增項目)</p>	<p>180.0</p>	<p>180.0</p>	<p>1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。</p> <p>2.執行目標(醫院及西醫基層總額合計)：</p> <p>(1)潛伏結核感染(LTBI)治療品質支付服務：112 年 LTBI 治療人數約 12,000 人。</p> <p>(2)愛滋照護管理品質支付服務：112 年照護感染者人數約 35,000 人。</p> <p>(3)長照機構加強型結核病防治：112 年 LTBI 檢驗人數約 20,000 人。</p> <p>預期效益之評估指標(醫院及西醫基層總額合計)：</p> <p>(1)112 年潛伏結核感染者完成治療比率達 85%。</p> <p>(2)112 年愛滋感染者有服藥比率目標達 95%，服藥感染者病毒量測不到(病毒量&lt;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) <sup>註3</sup>	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	<p>1.門診透析服務總費用成長率為 3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。</p> <p>2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，醫院總額本項服務費用成長率為 2.405%。</p> <p>3.門診透析服務總費用成長率 3%，其中 1%(約 4.335 億元)專款專用，用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質。2%(約 8.671 億元)成長率須含鼓勵透析病患(含血液及腹膜透析)諮詢腎臟移植。</p> <p>4.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同門診透析服務相關團體，於 112 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」專款之「執行目標」、「預期效益評估指標」，及具體實施計畫(包含提升腹膜透析與品質之具體措施、院所獎勵方式、品質監測指標等)，並提全民健康保險會報告。</p>
	總金額		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) <sup>註4</sup>	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)。
<b>總計</b>	<b>15,779.2</b>	<b>-800.0</b>	

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



### 三、113 年度各部門總額及其分配 方式公告



## 113 年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表(核定版)

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項	
<b>一般服務</b>				
醫療服務成本及人口 因素成長率	2.909%	1,382.9	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	-0.757%			
人口結構改變率	0.267%			
醫療服務成本指數 改變率	3.427%			
協商因素成長率	-0.854%	-405.8	請於 113 年 7 月前提報各協商 項目之執行情形，延續性項目 則包含前 1 年成效評估檢討報 告；實施成效納入 114 年度總 額協商考量。	
其他醫療服務 利用及 密集度 之改變	1.移列「高風 險疾病口 腔照護」 至專款項 目	-0.852%	-405.0	原於一般服務執行，移列 405 百萬元至「高風險疾病口腔照 護計畫」專款項目。
其他議 定項目	2.違反全民 健康保險 醫事服務 機構特約 及管理辦 法之扣款	-0.002%	-0.8	本項不列入 114 年度總額協商 之基期費用。
一般服務 成長率 <sup>註2</sup>	增加金額	2.055%	977.1	
	總金額		48,516.8	
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>				
1.醫療資源不足地區 改善方案	310.0	30.0	1.持續辦理牙醫師至無牙醫鄉 執業及巡迴醫療服務計畫。 2.請中央健康保險署重新檢討	

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	核定事項
			執業計畫之執行目標，並研議更積極鼓勵牙醫師執業之策略。
2.牙醫特殊醫療服務計畫	781.7	109.6	<p>1.持續辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者、老人長期照顧暨安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務。</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，妥為研訂 113 年度具體實施計畫(含醫療團服務對象、醫療費用加成方式)，於 112 年 12 月前提報全民健康保險會同意後，依程序辦理。</p> <p>(2)持續監測本計畫醫療團適用對象(含不同障礙別、障礙等級)之醫療利用情形，以評估照護成效及資源分配公平性。</p>
3.牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫	0.0	-10.0	本項自 113 年度起停辦。
4.0~6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫	0.0	-60.0	本項自 113 年度起停辦。
5.12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫	171.5	-100.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>1.加強計畫推動並持續監測執行結果(如：參加本計畫追蹤 1 年後平均拔牙顆數、齲齒情形等結果面指標)，以評估照護成效。</p> <p>2.依 113 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</p>

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	核定事項
			額相關團體議定後，於113年7月提全民健康保險會報告。
6.高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫	0.0	-184.0	本項移併至「高風險疾病口腔照護計畫」專款項目。
7.超音波根管沖洗計畫	144.8	0.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。</li> <li>2.本計畫以3年為檢討期限(112~114年)，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(114年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</li> <li>3.請於協商114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。</li> </ol>
8.高風險疾病口腔照護計畫	1,599.0	589.0	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.合併辦理以下項目，其中405百萬元自一般服務費用移列： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)原一般服務之「高風險疾病口腔照護」。</li> <li>(2)原「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」專款項目。</li> <li>(3)原「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」專款項目。</li> </ol> </li> <li>2.執行目標及預期效益之評估指標：本項併同中央健康保險署112年12月前提報全民健康保險會同意之具體實施計畫，一併確認。</li> <li>3.請中央健康保險署辦理下列事項： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)會同牙醫門診總額相關團體，妥為研訂具體實施計</li> </ol> </li> </ol>

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	核定事項
			<p>畫(含醫療服務內容、各項服務適用對象、支付方式及成效監測),於 112 年 12 月前提報全民健康保險會同意後,依程序辦理。</p> <p>(2)考量「執行目標」及「預期效益之評估指標」涉及具體實施計畫之醫療服務內容,請併同上開報告提全民健康保險會確認。</p> <p>(3)本計畫以 3 年為檢討期限(112~114 年),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(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p> <p>(4)請於協商 114 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>
9.網路頻寬補助費用	143.0	-25.0	<p>1.經費如有不足,由其他預算相關項目支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項:</p> <p>(1)檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率。</p> <p>(2)於協商 114 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)請確實依退場期程(110~114 年)退場,將所規劃之執行方式及辦理進度,於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。</p>



項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	核定事項
10.特定疾病病人牙科就醫安全計畫 (113年新增項目)	307.1	307.1	<p>1.本項經費用於評估特定疾病病人用藥情形後，擬定對應之牙醫治療計畫者，以提升其就醫安全。</p> <p>2.執行目標：執行特定疾病病人牙科就醫安全計畫之院所數占率達3成。 預期效益之評估指標：特定疾病病人就醫風險降低，至少包括：</p> <p>(1)使用抗凝血劑患者，牙科處置後口腔出血風險降低。</p> <p>(2)使用抗骨鬆藥物患者，牙科處置後顎骨壞死風險降低。</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，妥為研訂完整之具體實施計畫(含適用對象之特定疾病病人定義、醫療服務內容、支付方式、稽核機制及成效監測)，於112年12月前提全民健康保險會報告。</p> <p>(2)本計畫以3年為檢討期限(113~115年)，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(115年7月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。</p>

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	核定事項
11.癌症治療品質改善計畫 (113年新增項目)	10.0	10.0	<p>1.本項經費得與醫院、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>口腔癌(以篩檢人數 60.5 萬人，陽性率 8.2%估算)：約 14,300 人(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)。</p> <p>預期效益之評估指標：追陽率達 90%(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)。</p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質。</p> <p>(2)請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。</p> <p>(3)本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，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 4 年(115 年 7 月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p>
12.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) (113年新增項目)	5.5	5.5	<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(與醫院、西醫基層總額同項計</p>

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	核定事項
			<p>畫共同辦理)。</p> <p>預期效益之評估指標：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(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)：</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11月前將具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)及執行情形提報全民健康保險會。</p> <p>(2)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(114年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p> <p>3.本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入牙醫門診總額一般服務費用結算。</p>
13.品質保證保留款	47.8	-46.1	<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113年度品質保證保留款(47.8百萬元)合併運用(計164.2百萬元)。</p> <p>2.請中央健康保險署積極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</p>

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
				醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
	專款金額	3,520.4	626.1	
較基期成長率 (一般服務+專款) <sup>註3</sup>	增加金額	2.436%	1,603.2	
	總金額		52,037.2	

- 註：1.依衛福部報奉行政院核定之總額設定公式，113 年度總額之基期(採淨值)，係以 112 年度健保醫療給付費用，於一般服務扣除「111 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 47,539.8 百萬元(含 112 年一般服務預算為 47,905.6 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-419.5 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 53.7 百萬元，未有需扣除 111 年未導入金額)。
- 3.計算「較 113 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 50,799.9 百萬元，其中一般服務預算為 47,905.6 百萬元(112 年度健保醫療給付費用公告金額為 47,905.6 百萬元，未有需扣除 111 年未導入金額)，專款為 2,894.3 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。

## 113 年度中醫門診醫療給付費用協定項目表(核定版)

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項	
<b>一般服務</b>				
醫療服務成本及人口 因素成長率	3.002%	886.8	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長 率=[(1+人口結構改變率+醫療 服務成本指數改變率)×(1+投 保人口預估成長率)]-1。	
投保人口預估成長 率	-0.757%			
人口結構改變率	0.799%			
醫療服務成本指數 改變率	2.989%			
協商因素成長率	1.977%	584.0	請於 113 年 7 月前提報各協商 項目之執行情形,延續性項目則 包含前 1 年成效評估檢討報告; 實施成效納入 114 年度總額協 商考量。	
其他醫療服務 利用及密集度 之改變	1.中醫利用 新增人口 (113 年新 增項目)	1.990%	588.0	1.執行目標:113 年就醫人數大 於 112 年就醫人數。 預期效益之評估指標:113 年 就醫人數大於 112 年就醫人 數。(就醫人數均不含 U07.1(確認 COVID-19 病毒 感染)、U09.9(嚴重特殊傳染 性肺炎(COVID-19)後的病 況,未明示)、職災及預防保 健部分)。 2.依 113 年中醫實際就醫人數 成長情形,扣減當年未執行 之額度,並列入基期扣減,扣 減方式如下: 以「113 年實際就醫人數」扣 除「112 年實際就醫人數」, 乘以「113 年就醫者平均每 人就醫費用」計算,若低於 113 年協定增加之預算 588 百萬 元,則扣減未達之差額。 3.請中央健康保險署依上開議 定之預算扣減方式,會同中 醫門診總額相關團體提出其

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
				執行細節後，於 113 年 7 月提全民健康保險會報告。
其他議 定項目	2.違反全民 健康保險 醫事服務 機構特約 及管理辦 法之扣款	-0.013%	-4.0	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 114 年度總額協商之基期費用。
一般服務 成長率 <sup>註2</sup>	增加金額	4.979%	1,470.8	
	總金額		31,011.3	
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 112 年 11 月前完成，新增計畫原則於 112 年 12 月前完成，且均應於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
1.醫療資源不足地區 改善方案		180.0	8.0	請中央健康保險署加強推動中醫巡迴醫療服務及獎勵開業服務計畫，並優先改善偏遠等級高地區之醫療服務。
2.西醫住院病患中醫 特定疾病輔助醫療 計畫 (1)腦血管疾病 (2)顱腦損傷 (3)脊髓損傷 (4)呼吸困難相關疾病 (5)術後疼痛		436.8	0.0	1.持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷、呼吸困難相關疾病及術後疼痛中醫照護。 2.針對執行 10 年以上之子計畫，請中央健康保險署評估、規劃納入一般服務之期程。
3.中醫提升孕產照護 品質計畫		70.0	-11.0	請中央健康保險署持續評估計畫成效，若無法評估計畫效益，建議規劃退場機制。
4.兒童過敏性鼻炎照 護試辦計畫		21.2	-0.4	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.持續檢討計畫執行情形(含完整療程照護人數及比率)及結果面之成效，於 113 年

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	核定事項
			7 月前提全民健康保險會報告。 2.本計畫再試辦 1 年，若未呈現具體成效則應退場。
5.中醫癌症患者加強照護整合方案	265.0	20.0	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」。
6.中醫急症處置	10.0	5.0	1.執行目標:參與院所數為7家及服務人數以4,000人為目標。 預期效益之評估指標:依本計畫所訂各類疾病適應症使用之相關量表,如:視覺類比量表(Visual Analogue Scale, VAS)、數字等級量表(Numerical Rating Scale, NRS)、現在疼痛狀況(Present Pain Intensity, PPI)等工具進行評估,評量結果後測較前測呈現改善。 2.請中央健康保險署訂定結果面成效指標,檢討執行成效及計畫執行情形,若未有明顯成效或執行率偏低,則請考量是否持續辦理。
7.中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	105.3	0.0	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	48.0	20.0	1.維持每診次看診人次15人次規範,惟照護機構核定床數50床以上者,得由15人次調升至25人次。 2.執行目標: (1)113年至少服務90家照護機構。 (2)服務人次20,000人次,服務總天數3,500天。 預期效益之評估指標:照護

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
			<p>機構接受中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫比率較112年減少。</p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)請監測參與本計畫照護機構之中醫利用情形(照護機構住民人數、就醫人數與占率及機構外就醫等)，並檢討醫療利用之合理性及評估計畫成效。</p> <p>(2)依113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。</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113年7月提全民健康保險會報告。</p>
9.網路頻寬補助費用	83.0	-15.0	<p>1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率。</p> <p>(2)於協商114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)請確實依退場期程(110~114年)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於113年7月前提全民健康保險會報告。</p>



項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
10.品質保證保留款		57.4	29.8	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 113 年度品質保證保留款(57.4 百萬元)合併運用(計 80.2 百萬元)。 2.請中央健康保險署積極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		1,276.7	56.4	
較基期成長率 (一般服務+專款) <sup>註3</sup>	增加金額	4.221%	1,527.2	
	總金額		32,288.0	

註：1.依衛福部報奉行政院核定之總額設定公式，113 年度總額之基期(採淨值)，係以 112 年度健保醫療給付費用，於一般服務扣除「111 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 29,540.5 百萬元(含 112 年一般服務預算為 29,760.1 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-254.2 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 34.5 百萬元，未有需扣除 111 年未導入金額)。

3.計算「較 113 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 30,980.4 百萬元，其中一般服務預算為 29,760.1 百萬元(112 年度健保醫療給付費用公告金額為 29,760.1 百萬元，未有需扣除 111 年未導入金額)，專款為 1,220.3 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。

## 113 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	
<b>一般服務</b>				
<b>醫療服務成本及人口 因素成長率</b>	<b>3.517%</b>	<b>4,482.9</b>	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	-0.757%			
人口結構改變率	1.470%			
醫療服務成本指數 改變率	2.837%			
<b>協商因素成長率</b>	<b>0.958%</b>	<b>1,221.8</b>	請於 113 年 7 月前提報各協商 項目之執行情形，延續性項目 則包含前 1 年成效評估檢討報 告；實施成效納入 114 年度總 額協考量。	
保險給 付項目 及支付 標準之 改變	1. 新醫療科 技(包括 新增診療 項目、新 藥及新特 材等)	0.157%	200.0	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 113 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。
	2. 藥品及特 材給付規 定改變	0.060%	76.0	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，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 113 年度總額公告後，至全

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				<p>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 114 年度總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。</p> <p>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；並請於 113 年 7 月前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。</p>
	3. 因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費	0.517%	659.3	<p>1.本項預算用於反映護理人員薪資，提升護理照護品質。</p> <p>2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項：</p> <p>(1)於 113 年度總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。</p> <p>(2)建立稽核機制，以確實提升護理照護品質。</p>
	4.強化未滿4歲兒童之基層專科醫師照護(113 年新增項目)	0.096%	122.5	請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，於 113 年度總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至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
其他醫療服務 利用及 密集度 之改變	5. 因醫療品質提升，增加之醫療費用(113年新增項目)	0.055%	70.6	請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，於113年度總額公告後，完成擬訂新增項目之「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。
	6. 提升國人視力照護品質	0.122%	155.5	請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項： 1.於113年度總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至全民健康保險會最近1次委員會議確認。 2.請檢討放寬白內障手術規範後，案件成長之合理性，及監測照護成效與民眾自費情形，並加強執行面管理與監督。
	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	-0.049%	-62.1	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114年度總額協商之基期費用。
其他議定項目	增加金額	4.475%	5,704.7	
	總金額		133,169.1	
一般服務 成長率 <sup>#2</sup>				
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112年11月前完成，新增計畫原則於112年12月前完成，且均應於113年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
1.西醫醫療資源不足地區改善方案	317.1	0.0	1.本項維持原支付方式，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	4,248.0	300.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.建議依論質計酬模式，建立照護指引及訂定相應之品質指標，以提升照護成效。 2.持續檢討計畫成效，提出朝全人照護方向整合之具體規劃、實施方案(含實施期程、目標、與相關計畫整合方式，以及導入一般服務之評估規劃)，並於113年7月前提報專案報告。
3.代謝症候群防治計畫	616.0	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.積極建立成人健檢個案轉介及資源共享之派案機制，鼓勵醫師參與，加強計畫推動。 2.滾動式檢討計畫內容，以改變民眾生活習慣為推動方向，檢討擴增收案人數上限合理性，以及現行檢驗(查)使用情形及必要性，監測計畫成效，並與家庭醫師整合性照護計畫及糖尿病醫療給付改善方案之相關指標、費用及效益進行分析比較。 3.於113年12月前提報執行情形及成效評估檢討之專案報告。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
4.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114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	900.3	0.0	1.持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、思覺失調症、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、生物相似性藥品等 8 項方案。 2.請中央健康保險署通盤檢討各項方案照護成效不佳之原因，研議具體改善策略，朝向「以人為中心」提供整合式服務，並檢討品質指標之獎勵效果，以提升執行成效。 3.對於執行穩定且具成效的項目，宜回歸一般服務費用與相關醫療處置銜接。
6.強化基層照護能力及「開放表別」項目	1,320.0	0.0	1.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)提出規劃調整開放之項目與作業時程。 (2)建立評估機制，檢討各開放項目執行差異因素及其適當性，對於執行占率較高、有助病人留在基層就醫之開放品項，應規劃導入一般服務之時程。 2.本項經費依實際執行扣除

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
			原基期點數併入西醫基層總額一般服務費用結算。
7.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.請中央健康保險署檢討獎勵方式及支付誘因，納入醫病共享決策之精神，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，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	50.0	0.0	請中央健康保險署精進計畫內容，研訂以服務成效為支付及獎勵指標，並鼓勵醫師積極參與及投入外部醫療資源。
9.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.請中央健康保險署檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。
10.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	11.0	0.0	1.請中央健康保險署檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。 2.本項經費依實際執行併入西醫基層總額一般服務費用結算。
12.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，併入西醫基層總額各分區一般服務費用結算。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
13.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)結果與檢查影像上傳率。 (2)於協商 114 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)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於 113 年 7 月前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	9.7	0.0	請中央健康保險署加強計畫推動，並持續監測醫療利用情形與照護成效。
15.精神科長效針劑藥費	100.0	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.請中央健康保險署積極推動，提升執行成效，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用。
16.因應長新冠照護衍生費用	10.0	0.0	1.請中央健康保險署持續監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。 2.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。



項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
17.促進醫療服務診療 項目支付衡平性 (含醫療器材使用 規範修訂之補貼)	1,000.0	0.0	<p>1.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)於 112 年 11 月前將具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)及執行情形提報全民健康保險會。</p> <p>(2)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(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p> <p>2.本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入西醫基層總額一般服務費用結算。</p>
18.癌症治療品質改善 計畫	93.0	-22.0	<p>1.本項經費得與醫院、牙醫門診總額同項專款相互流用。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質。</p> <p>(2)請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。</p> <p>(3)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(115 年 7 月前)，提出</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
				納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
19.慢性傳染病照護品質計畫		20.0	0.0	<p>1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。</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，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。</p> <p>(2)精進計畫內容，建立完整之個案照護銜接及追蹤機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，提升照護品質。</p> <p>(3)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(115年7月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p>
20.品質保證保留款		126.2	1.9	<p>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113年度品質保證保留款(126.2百萬元)合併運用(計231.4百萬元)。</p> <p>2.請中央健康保險署積極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		9,862.3	279.9	
較基期成長率 (一般服務+專款) <sup>*3</sup>	增加金額	3.631%	5,984.6	
	總金額		143,031.4	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
門診透析服務	增加金額	4.587%	965.2	<p>1.門診透析服務總費用成長率為3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。</p> <p>2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，西醫基層總額本項服務費用成長率為4.587%。</p> <p>3.門診透析服務總費用成長率3%(總費用45,995.3百萬元)，維持433.5百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質，其中300百萬元不得流用於一般服務。</p> <p>4.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)請鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，以提升透析病人生活品質。</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)鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質之具體實施方案請於112年11月前完成，並於113年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。</p>
	總金額		22,007.8	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
較基期成長率 (一般服務+專款+門 診透析) <sup>註4</sup>	增加金額	3.757%	6,949.9	
	總金額		165,039.2	

註：1.依衛福部報奉行政院核定之總額設定公式，113年度總額之基期(採淨值)，係以112年度健保醫療給付費用，於一般服務扣除「111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127,465.0百萬元(含112年一般服務預算為128,629.3百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-1,124.3百萬元、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151.7百萬元，及扣除111年度新醫療科技未導入金額191.7百萬元)。

3.計算「較113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138,020.1百萬元，其中一般服務預算為128,437.7百萬元(112年度健保醫療給付費用公告金額為128,629.3百萬元，扣除111年度新醫療科技未導入金額191.7百萬元)，專款為9,582.4百萬元。

4.計算「較113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159,062.7百萬元，其中一般服務預算為128,437.7百萬元(112年度健保醫療給付費用公告金額為128,629.3百萬元，扣除111年度新醫療科技未導入金額191.7百萬元)，專款為9,582.4百萬元，門診透析為21,042.6百萬元。

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。

## 113 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	
<b>一般服務</b>				
<b>醫療服務成本及人口 因素成長率</b>	<b>4.179%</b>	<b>21,325.0</b>	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	-0.757%			
人口結構改變率	2.034%			
醫療服務成本指數 改變率	2.940%			
<b>協商因素成長率</b>	<b>1.209%</b>	<b>6,165.9</b>	請於 113 年 7 月前提報各協商 項目之執行情形，延續性項目 則包含前 1 年成效評估檢討報 告；實施成效納入 114 年度總 額協商考量。	
保險給 付項目 及支付 標準之 改變	1. 新醫療科 技(包括 新增診療 項目、新 藥及新特 材等)	0.875%	4,463.0	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 113 年度總額公告後，至全民 健康保險會最近 1 次委員會 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。
	2. 藥品及特 材給付規 定改變	0.270%	1,377.0	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，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 113 年度總額公告後，至全民健 康保險會最近 1 次委員會議

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				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；並請於 113 年 7 月前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。
其他醫療服務利用密度之改變	3.提升醫院兒童急重症照護量(113年新增項目)	0.066%	338.0	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，於 113 年總額公告後，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。
其他議定項目	4.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.002%	-12.1	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 114 年度總額協商之基期費用。
一般服務成長率 <sup>註2</sup>	增加金額	5.388%	27,490.9	
	總金額		537,784.8	
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 112 年 11 月前完成，新增計畫原則於 112 年 12 月前完成，且均應於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
1.暫時性支付(新藥、新特材)(113年新增項目)		2,429.9	2,429.9	請中央健康保險署辦理下列事項：在額度內妥為管理運用，於 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
			議提出具體實施規劃(包含執行及費用支付方式、預算估算、擬暫時收載年限、療效評估與退場機制等)及作業時程，俾落實管控。
2.C型肝炎藥費	2,224.0	-1,204.0	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114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。
3.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	15,108.0	1,165.0	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，於額度內妥為管理運用。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
4.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	5,580.0	323.0	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，於額度內妥為管理運用。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
5.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,208.06	0.0	1.本項經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署辦理下列

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
			事項： (1)本項專款項目已穩定執行多年，請規劃回歸一般服務，並持續監測服務量變化情形。 (2)提報之執行情形，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。
6.醫療給付改善方案	1,814.1	170.7	1.持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、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(含抗凝血藥品藥師門診方案)、生物相似性藥品等10項方案。 2.請中央健康保險署通盤檢討各項方案照護成效不佳之原因，研議具體改善策略，朝向「以人為中心」提供整合式服務，並檢討品質指標之獎勵效果，以提升執行成效。 3.對於執行穩定且具成效的項目，宜回歸一般服務費用與相關醫療處置銜接。
7.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，檢討獎勵方式，對實質提升急診處置效率及急診重大疾病照護品質者予以獎勵，並於額度內妥為管理運用，以提升執行成效。 2.提報之成效評估檢討報告，應含急診處置效率及急診重大疾病照護品質相關監測指標。



項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
8.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210.0	0.0	請中央健康保險署積極推動DRGs 雙軌方案，以醫院為單位進行試辦，早日完成全面導入DRGs 支付制度。
9.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	115.0	15.0	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。
10.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	1,300.0	200.0	請中央健康保險署確實檢討當地民眾之醫療需求與特性，及其醫療利用情形，並精進計畫內容及提升醫療服務可近性。
11.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.請中央健康保險署檢討獎勵方式及支付誘因，納入醫病共享決策之精神，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效。
12.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。 (2)於協商 114 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)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於 113 年 7 月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)	決定事項
13.腹膜透析追蹤處置 費及APD租金	15.0	0.0	1.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醫院總額一般服務費用結算。
14.住院整合照護服務 試辦計畫	560.0	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.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，並持續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。 2.提報之成效評估檢討報告，應含多元品質監測指標監測結果。
15.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，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用。
16.鼓勵RCC、RCW病 人脫離呼吸器、簽 署 DNR 及安寧療 護計畫	300.0	0.0	請中央健康保險署精進計畫內容，檢討醫院評比獎勵方式及獎勵標準設定之合理性，以利檢討改善。
17.因應長新冠照護衍 生費用	128.0	88.0	1.請中央健康保險署持續監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。 2.本項支出如達動支條件，依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
18.因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增	500.0	-500.0	1.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 7 月前提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。 2.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。
19.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)	2,669.0	669.0	1.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)於 112 年 11 月前將具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)及執行情形提報全民健康保險會。 (2)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(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。 2.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。
20.癌症治療品質改善計畫	414.0	12.0	1.本項經費得與西醫基層、牙醫門診總額同項專款相互流用。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行

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>面監督，確保癌症治療照護品質。</p> <p>(2)請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。</p> <p>(3)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(115年7月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p>
21.慢性傳染病照護品質計畫	180.0	0.0	<p>1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。</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，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。</p> <p>(2)精進計畫內容，建立完整之個案照護銜接及追蹤機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，提升照護品質。</p> <p>(3)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(115年7月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p>
22.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能	500.0	0.0	<p>1.本項預算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，持續滾動式</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
			檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效，並定期提報執行情形。
23.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能	1,000.0	0.0	1.本項預算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，持續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。
24.地區醫院全人全社區照護計畫(113年新增項目)	500.0	500.0	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 113 年度總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。 2.以 5 年為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，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。
25.區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作(113年新增項目)	81.0	81.0	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 113 年度總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。 2.以 5 年為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，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。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
26.區域聯防-腦中風 經動脈內取栓術病 患照護跨院合作 (113年新增項目)		127.0	127.0	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 113 年度總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。 2.以 5 年為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，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。
27.抗微生物製劑管理 及感染管制品質提 升計畫 (113年新增項目)		225.0	225.0	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，於 113 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。
28.品質保證保留款		501.5	-473.8	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 113 年度品質保證保留款(501.5 百萬元)合併運用(計 890.2 百萬元)。 2.請中央健康保險署積極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		45,078.2	3,827.8	
較基期成長率 (一般服務+專款) <sup>註3</sup>	增加金額	4.832%	31,318.7	
	總金額		582,863.0	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
門診透析服務	增加金額	1.586%	374.5	<p>1.門診透析服務總費用成長率為 3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。</p> <p>2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，醫院總額本項服務費用成長率為 1.586%。</p> <p>3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 45,995.3 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質，其中 300 百萬元不得流用於一般服務。</p> <p>4.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)請鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，以提升透析病人生活品質。</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)鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質之具體實施方案請於 112 年 11 月前完成，並於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。</p>
	總金額		23,987.5	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
較基期成長 率(一般服務+專 款+門診透析) <sup>註4</sup>	增加金額	4.700%	31,693.2	
	總金額		606,850.5	

註：1.依衛福部報奉行政院核定之總額設定公式，113年度總額之基期(採淨值)，係以112年度健保醫療給付費用，於一般服務扣除「111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510,290.3百萬元(含112年一般服務預算為514,745.5百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-4,466.5百萬元、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11.4百萬元，未有需扣除111年未導入金額)。

3.計算「較113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555,995.9百萬元，其中一般服務預算為514,745.5百萬元(112年度健保醫療給付費用公告金額為514,745.5百萬元，未有需扣除111年未導入金額)，專款為41,250.5百萬元。

4.計算「較113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579,608.9百萬元，其中一般服務預算為514,745.5百萬元(112年度健保醫療給付費用公告金額為514,745.5百萬元，未有需扣除111年未導入金額)，專款為41,250.5百萬元，門診透析為23,613.0百萬元。

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。



## 113 年度其他預算協定項目表(決定版)

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	決定事項
其他預算(全年計畫經費)			<ol style="list-style-type: none"> <li>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112年11月前完成，新增項目原則於112年12月前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。</li> <li>2.請於113年7月前提報執行情形，延續性項目應包含前1年成效評估檢討報告；實施成效納入114年度總額協商考量。</li> </ol>
1.基層總額轉診型態調整費用	800.0	0.0	<ol style="list-style-type: none"> <li>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)」。</li> <li>2.請中央健康保險署辦理下列事項： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)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。</li> <li>(2)通盤檢討鼓勵分級醫療政策及支付誘因之合理性，分析是否達到預期效果，提出轉型之改善方案。</li> <li>(3)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，以落實編列本項預算之目的。</li> <li>(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」，於113年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。</li> </ol> </li> </ol>
2.山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	855.4	250.0	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.本項用於鼓勵醫療院所至山地離島地區提供健保醫療服務，並擴大辦理山地鄉論人計酬試辦計畫。</li> <li>2.請中央健康保險署持續檢討山地離島地區醫療利用情形，並加強推動山地鄉論人計酬試辦計畫，精進執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效。</li> </ol>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	決定事項
3.居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫(113年新增)、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務	8,378.0	575.0	<p>1.本項醫療點數以每點1元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第62條規定採浮動點值處理。</p> <p>2.新增「在宅急症照護試辦計畫」：</p> <p>(1)預算200百萬元，本項費用不包含現行由醫院總額一般服務支應之住院醫療費用。</p> <p>(2)執行目標：113年至少100家院所參與服務。</p> <p>預期效益之評估指標：本計畫收案對象結案後14天內轉住院率(註)較前1年醫院住院同診斷病人14天內再住院率下降。(註：在宅急症照護個案結案後14天內住院人次/在宅急症照護總人次)</p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)持續精進居家醫療照護品質及成效之評估指標(如依「居家醫療」、「重度居家醫療」與「安寧療護」等不同照護階段之特性與目的，訂定監測指標)。</p> <p>(2)「在宅急症照護試辦計畫」：</p> <p>①擬訂具體實施方案內容(含參與醫療院所之條件、資格認定、醫療服務內容、適用對象、支付方式等)及照護成效監測指標(含照護品質及替代醫院費用情形)，並於113年7月前提全民健康保險會報告。</p> <p>②以4年為檢討期限(113~116年)，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則於執行第4年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p>
4.支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥	90.0	-200.0	

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	決定事項
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			
5.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	125.0	-475.0	請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協商114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。
6.推動促進醫療體系整合計畫	450.0	-100.0	1.持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」及「遠距醫療會診」。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)檢討執行內容及辦理方式，以提升執行成效。 (2)於113年7月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)。
7.調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	440.6	-359.4	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。
8.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	1,486.0	-150.0	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)持續精進「提升院所智慧化資訊機制」之成效評估指標。 (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)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於113年7月前提全民健康保險會報告。 (3)請檢討其他醫事服務機構雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，與

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	決定事項
			<p>建立稽核機制，並於113年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。</p> <p>(4)於協商114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。</p>
9.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之合理性及健康改善成效，與加強執行面監督，於113年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
10.腎臟病照護及病人衛教計畫	511.0	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)持續加強腎臟病前期之整合照護，研議與相關疾病照護計畫(如：糖尿病改善方案、代謝症候群防治計畫等)整合，強化延緩病人進入透析之照護。  (2)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。</p>
11.提升保險服務成效	500.0	0.0	<p>1.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。  (2)於協商114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。</p> <p>2.本項於114年度總額退場並不再編列預算，請中央健康保險署爭取公務預算支應。</p>
12.提升用藥品質之藥事照護計畫	30.0	0.0	請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會加強推動計畫，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)。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	決定事項
13. 因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能 (113 年新增項目)	4,000.0	4,000.0	<p>1. 優先用於強化住院夜班護理照護量能。</p> <p>2. 執行目標：調升護理相關費用之醫院家數達一定比率，並以中央健康保險署與中華民國護理師護士公會全國聯合會對調升護理相關費用的共識方案設定目標值。 預期效益之評估指標：調升護理相關費用之醫院家數占率。</p> <p>3. 請中央健康保險署會同中華民國護理師護士公會全國聯合會於113年度總額公告後，將具體實施規劃，提報全民健康保險會同意後，依程序辦理。規劃建議如下： (1) 設定適用對象、動支條件、獎勵費用計算及撥款方式。 (2) 訂定監測指標(含護病比、薪資調整情形)。 (3) 建立實質回饋住院夜班護理人員之稽核方式。</p> <p>4. 於113年7月前提出強化住院護理照護量能之專案報告(含歷年相關預算執行檢討結果)。</p> <p>5. 護理人力留任及流動議題與勞動環境及條件存在複雜關係，建議主管機關提出改善策略，宜由公務預算挹注經費支應。</p>
<b>總計</b>	<b>19,319.8</b>	<b>3,540.6</b>	



**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：\_\_\_\_\_