

## 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、總額決定結果：

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建議方案當中各提一案，報請主管機關決定，結果如下：

- (一)一般服務成長率為 2.172%。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 0.772%。
- (二)專款項目全年經費為 9,582.4 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率為 3.675%。
- (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 3.008%。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西醫基層總額相關團體，依決定事項辦理，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.地區預算：

(1)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(2)分配方式：

①自一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 1.052 億元)移撥 6 億元，作為風險調整移撥款，用於保障東區浮動點值每點 1 元(不含「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)，以及撥補點值落後地區。

②扣除上開移撥費用後，預算 69%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，31%依西醫基層總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

③未來西醫基層總額地區預算分配比率之校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，請每 2 年增加 1%，逐步調至 75%後再作評估。

(3)所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送全民健康保險會備查。

(4)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

2. 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 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。

3. 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。

4.配合分級醫療，調高診察費(0.097%)(112 年新增項目)：

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。

5.因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費(0.524%)(112 年新增項目)：

(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。

6.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 9,582.4 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，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共同執行，及善用健康科技工具，強化個案管理功能。

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。

4.C 型肝炎藥費：

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

目支應。

(2)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，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 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。

(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 1,320 百萬元。

(2)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。

(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。

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)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.因應長新冠照護衍生費用(112 年新增項目)：

(1)全年經費 10 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

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。

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。

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。

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)(112 年新增項目)：

(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，並配合現行法規之變動(如醫療器材使用規範修訂)，考量支付衡平性，系統性檢討各項支付點數。

預期效益之評估指標：

①預期效益：調整各診療項目支付點數、章節歸類、名稱、支付規範、適應症，以合理反應各項醫療服務投入的成本差異及資源耗用情形。

②評估指標：本項目預定辦理期程為 3 年，考量支付標準調整項目數視核定預算而定，評估指標如下：

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於 112 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出具體實施規劃(包含支付標準檢討之分年目標、執行方法及期程)，並定期提報執行情形。

- ②本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入西醫基層總額一般服務費用結算。
- ③本項以3年為檢討期限(112~114年)，會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

18.癌症治療品質改善計畫(112年新增項目)：

- (1)全年經費115百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。
- (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。
  - 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。

預期效益之評估指標：追陽率達90%。

(3)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。

19.慢性傳染病照護品質計畫(112 年新增項目)：

(1)全年經費 20 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

(2)執行目標(醫院及西醫基層總額合計)：

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。

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。

預期效益之評估指標(醫院及西醫基層總額合計)：

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%。

(3)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。

## 20.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.門診透析服務總費用成長率為 3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。
- 2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，西醫基層總額本項服務費用成長率為 3.675%。
- 3.門診透析服務總費用成長率 3%，其中 1%(約 4.335 億元)專款專用，用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質。2%(約 8.671 億元)成長率須含鼓勵透析病患(含血液及腹膜透析)諮詢腎臟移植。
- 4.請中央健康保險署辦理下列事項：
  - (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。

- (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。

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 及支付 標準之 改變	藥品及特材 給付規定改 變	0.115%	145.0	<p>所節省之金額，應適度運用於給付新醫療科技，並請於113年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。</p> <p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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)。</li> <li>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。</li> </ol>
	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。