

臺中市政府衛生局 函

地址：420206臺中市豐原區中興路136號
承辦人：科員 林家仔
電話：04-25265394分機3220
傳真：04-25155449
電子信箱：hbtc00755@taichung.gov.tw

受文者：社團法人臺中市大臺中醫師公會

發文日期：中華民國110年1月22日
發文字號：中市衛醫字第1100008829號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：公告影本1份 (387140000I_1100008829_ATTACH1.pdf、
387140000I_1100008829_ATTACH2.pdf)

主旨：檢送衛生福利部於110年1月20日以衛部健字第1103360014號公告發布「110年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」公告影本1份供參，請惠予轉知所屬會員，請查照。

說明：依據衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014A號函辦理。

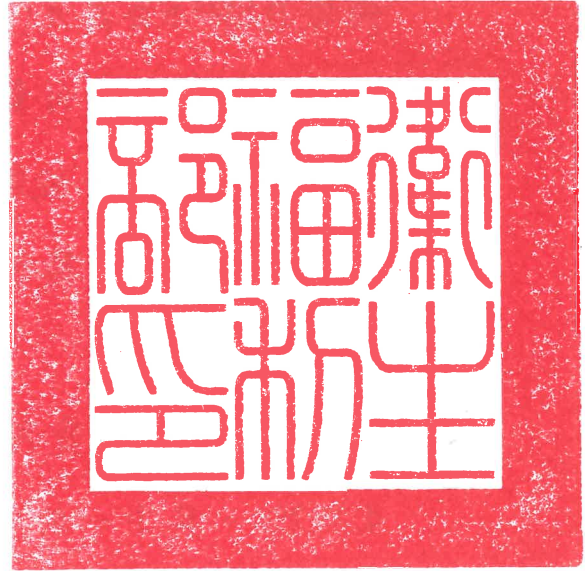
正本：社團法人臺中市醫師公會、社團法人臺中市大臺中醫師公會、臺中市醫師公會、臺中市大臺中醫師公會、社團法人臺中市牙醫師公會、臺中市大臺中牙醫師公會

副本：本局醫事管理科



衛生福利部 公告

發文日期：中華民國110年1月20日
發文字號：衛部健字第1103360014號
附件：如公告事項一(附件一至五共5件)



主旨：公告110年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式。

依據：全民健康保險法第61條暨110年1月8日衛部保字第1091260491號函。

公告事項：

一、110年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院醫療給付費用成長率與其他預算額度及相關分配，核定結果如下：

(一)牙醫門診醫療給付費用總額，較其109年度核定總額成長3.055%，其中一般服務成長率為3.054%，專款項目全年經費為1,248百萬元(附件一)。

(二)中醫門診醫療給付費用總額，較其109年度核定總額成長

4.306%，其中一般服務成長率為4.260%，專款項目全年經費為899.8百萬元(附件二)。

(三)西醫基層醫療給付費用總額，較其109年度核定總額成長3.552%，其中一般服務成長率為3.493%，專款項目全年經費為6,790.9百萬元，門診透析服務成長率為4.992%(附件三)。

(四)醫院醫療給付費用總額，較其109年度核定總額成長4.382%，其中一般服務成長率為5.047%，專款項目全年經費為29,942.4百萬元，門診透析服務成長率為1.801%(附件四)。

(五)其他預算額度為16,153.2百萬元，由中央健康保險署管控(附件五)。

二、110年度全民健康保險醫療給付費用總額之計算公式如下：

(一) 110年度全民健保醫療給付費用總額 = $\sum_{i=1}^4 [109\text{年度部門別}(i)\text{醫療給付費用} \times (1 + 110\text{年度部門別}(i)\text{醫療給付費用成長率})] + 110\text{年度其他預算醫療給付費用}$

(二) 110年度全民健保醫療給付費用總額成長率 = $(110\text{年度核定之全民健保醫療給付費用總額} - 109\text{年度核定之全民健保醫療給付費用總額}) / 109\text{年度核定之全民健保醫療給付費用總額}$

註：

1、部門別(i)=牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另

「其他預算」採協定各項目之全年經費。

2、西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

三、110年度核定之全民健康保險醫療給付費用總額，較109年度

核定總額，其成長率為4.107%。

部長陳時中





110 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：

110 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 109 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1+110 年度一般服務成長率)+110 年度專款項目經費

註：校正後 109 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 109 年第 3 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

二、總額協商結論：

(一)一般服務成長率為 3.054%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.466%，協商因素成長率 0.588%。

(二)專款項目全年經費為 1,248 百萬元。

(三)前述二項額度經換算，110 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較 109 年度所核定總額成長 3.055%。各細項成長率及金額，如表 1。

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 110 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 1.164 億元)移撥 17.64 億元，作為特定用途移撥款，用於牙醫門診總額之「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「特殊醫療服務計畫」、「弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」、「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」及「牙周病統合治療方案」等 5 項特定用途，移撥經費若有剩餘，優先用於「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」，若再有剩餘，則回歸一般服務費用。

②扣除上開移撥費用後，預算 100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。

③所涉執行面及計算(含特定用途移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定之，其中特定用途移撥款執行方式請送全民健康保險會備查。

(3)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牙醫門診總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。

2.醫療服務成本指數改變率所增加之預算：

請中央健康保險署整體評估醫療服務之支付標準，朝成本結構相對合理之方向調整，並於 110 年 7 月底前提報執行結果(含調整項目及申報增加點數)。

3.新醫療科技(新增診療項目)(0.026%)：

(1)執行目標：服務疑似乾燥症患者 3 千人。

預期效益之評估指標：服務人數。

(2)請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並於 109 年 12 月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未依時程導入者，則扣減其預算編列額度；

並請於 110 年 7 月底前提報執行情形。

4. 糖尿病患者口腔加強照護(0.494%)：

執行目標：服務糖尿病患者 15 萬人。

預期效益之評估指標：3 個月內進入牙周病統合治療方案人數，試辦 1 年後較前 1 年改善。

5. 高齡患者根管治療難症處理(0.220%)：

(1) 提供 70 歲以上患者根管難症治療。

(2) 執行目標：70 歲以上患者根管(90001C、90002C、90003C、90019C、90020C)難症治療顆數 18 萬顆。

預期效益之評估指標：提升 70 歲以上根管治療顆數，試辦 1 年後較前 1 年增加。

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(-0.152%)：本項不列入 111 年度總額協商之基期費用。

(二) 專款項目：全年經費為 1,248 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及預期效益之評估指標)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，並送全民健康保險會備查。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 109 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 109 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患者、特定障別之身心障礙者(增列腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者)、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。

(3)執行目標：服務 17 萬人次(含服務腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者 2 千人次)。

預期效益之評估指標：服務人次。

(4)另有關擬新增之牙醫特定身心障礙者社區醫療網，需經中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體共同研擬，提出共識之具體實施方案，並於 109 年 12 月底前提報全民健康保險會同意後執行。

3.牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫：

(1)全年經費 12 百萬元。

(2)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，持續監測醫療利用情形與評估執行成效。

4.0~6 歲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)執行目標：服務 0~6 歲兒童 9 千 6 百人。

預期效益之評估指標：

①中風險兒童接受完整試辦計畫期間內，再發生齲齒填補顆數低於 2 顆(含)以下。

②高風險兒童接受完整試辦計畫期間內，再發生齲齒填補顆數低於 3 顆(含)以下。

(3)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，擇縣市試辦，具體實施方案請於 109 年 12 月底前提報全民健康保險會同意後執行。

5.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費 136 百萬元，經費如有不足，由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」支應。

(2)請檢討並加強牙醫院所參與率、檢驗(查)結果上傳

率及門診雲端藥歷查詢率，110 年度應達到院所參與率 100%之目標。

(3)請中央健康保險署逐步調整資料上傳獎勵金支付規範，以 5 年(110~114 年)為退場期程。

6.品質保證保留款：

(1)全年經費 87.9 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 110 年度品質保證保留款(87.9 百萬元)合併運用(計 204.3 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發放資格條件，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

表 1 110 年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項	
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率	2.466%	1,123.3	1. 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。 2. 醫療服務成本指數改變率所增加之預算： 請中央健康保險署整體評估醫療服務之支付標準，朝成本結構相對合理之方向調整，並於 110 年 7 月底前提報執行結果(含調整項目及申報增加點數)。	
投保人口預估成長率	0.204%			
人口結構改變率	0.617%			
醫療服務成本指數 改變率	1.640%			
協商因素成長率	0.588%	267.6	請於 110 年 7 月底前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效並納入下年度總額協商考量。	
保險給 付項目 及支付 標準之 改變	新醫療科技 (新增診療項 目)	0.026%	12.0	1. 執行目標：服務疑似乾燥症患者 3 千人。 預期效益之評估指標：服務人數。 2. 請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並於 109 年 12 月委員會會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未依時程導入者，則扣減其預算編列額度；並請於 110 年 7 月底前提報執行情形。
其他醫 療服務 利用及 密集度 之改變	糖尿病患者 口腔加強照 護 (110 年新增 項目)	0.494%	225.0	執行目標：服務糖尿病患者 15 萬人。 預期效益之評估指標：3 個月內進入牙周病統合治療方案人數，試辦 1 年後較前 1 年改善。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
其他醫療服務利用及密集度之改變	高齡患者根管治療難症處理(110年新增項目)	0.220%	100.0	1.提供70歲以上患者根管難症治療。 2.執行目標：70歲以上患者根管(90001C、90002C、90003C、90019C、90020C)難症治療顆數18萬顆。 預期效益之評估指標：提升70歲以上根管治療顆數，試辦1年後較前1年增加。
	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.152%	-69.4	本項不列入111年度總額協商之基期費用。
	增加金額	3.054%	1,390.9	
總金額	46,942.1			
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109年11月底前完成，新增計畫原則於109年12月底前完成，且均應於110年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
醫療資源不足地區改善方案		280.0	0.0	持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
牙醫特殊醫療服務計畫		672.1	25.0	1.辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形患者、特定障別之身心障礙者(增列腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者)、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。 2.執行目標：服務17萬人次(含服務腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者2千人次)。 預期效益之評估指標：服務人次。

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.另有關擬新增之牙醫特定身心障礙者社區醫療網，需經中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體共同研擬，提出共識之具體實施方案，並於109年12月底前提報全民健康保險會同意後執行。
牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫	12.0	4.2	請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，持續監測醫療利用情形與評估執行成效。
0~6 歲兒童口腔健康照護試辦計畫(110 年新增計畫)	60.0	60.0	<p>1.本項經費不應支付預防保健相關服務。</p> <p>2.執行目標：服務 0~6 歲兒童 9 千 6 百人。</p> <p>預期效益之評估指標：</p> <p>(1)中風險兒童接受完整試辦計畫期間內，再發生齲齒填補顆數低於 2 顆(含)以下。</p> <p>(2)高風險兒童接受完整試辦計畫期間內，再發生齲齒填補顆數低於 3 顆(含)以下。</p> <p>3.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，擇縣市試辦，具體實施方案請於 109 年 12 月底前提報全民健康保險會同意後執行。</p>
網路頻寬補助費用	136.0	0.0	<p>1.經費如有不足，由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」支應。</p> <p>2.請檢討並加強牙醫院所參與率、檢驗(查)結果上傳率及門診雲端藥歷查詢率，110 年度應達到院所參與率 100%之目標。</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.請中央健康保險署逐步調整資料上傳獎勵金支付規範，以5年(110~114年)為退場期程。
	品質保證保留款	87.9	-13.3	1.原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4 百萬元)，與 110 年度品質保證保留款(87.9 百萬元)合併運用(計 204.3 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發放資格條件，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	1,248.0	75.9	
較 109 年度核定總額成長率(一般服務+專款)^{#2}	增加金額	3.055%	1,466.8	
	總金額		48,190.1	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 45,551.0 百萬元(含 109 年一般服務預算為 45,589.2 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-65.5 百萬元與加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 27.3 百萬元)。

2.計算「較 109 年度核定總額成長率」所採基期費用為 46,761.3 百萬元，其中一般服務預算為 45,589.2 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-65.5 百萬元及未加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 27.3 百萬元)，專款為 1,172.1 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。

110 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：

110 年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後 109 年度中醫門診一般服務醫療給付費用 $\times(1+110$ 年度一般服務成長率) $+110$ 年度專款項目經費

註：校正後 109 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 109 年第 3 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

二、總額協商結論：

(一)一般服務成長率為 4.260%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.089%，協商因素成長率 1.171%。

(二)專款項目全年經費為 899.8 百萬元。

(三)前述二項額度經換算，110 年度中醫門診醫療給付費用總額，較 109 年度所核定總額成長 4.306%。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中醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 110 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 22.8 百萬元) 2.22% 歸東區，97.78% 歸其他五分區。

- ② 自五分區(不含東區)一般服務費用移撥 35 百萬元，作為風險調整移撥款，用於撥補五分區(不含東區)各鄉鎮市區內僅有 1 家中醫門診特約醫事服務機構之浮動點值，最高補至每點 1 元；經費若有剩餘，則 55% 分配予臺北分區，45% 分配予北區分區。
- ③ 五分區(不含東區)預算扣除上開移撥費用後，依下列參數占率分配：
 - A. 各分區實際收入預算占率：67 %。
 - B. 各分區戶籍人口數占率：13 %。
 - C. 各分區每人於各分區就醫次數之權值占率：10%。
 - D. 各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：4%。
 - E. 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。
 - F. 偏鄉人口預算分配調升機制：1%。若有餘款則依「各分區實際收入預算占率」分配。
- ④ 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中醫門診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。

(3) 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中醫門診總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。

2. 醫療服務成本指數改變率所增加之預算：

請中央健康保險署整體評估醫療服務之支付標準，朝成本結構相對合理之方向調整，並於110年7月底前提報執行結果(含調整項目及申報增加點數)。

3. 中醫針灸處置品質提升(0.684%)：

(1) 執行目標：提升中醫針灸處置照護品質。

預期效益之評估指標：

① 新增原自費項目，眼部特殊針灸，納入健保給付。

② 新增原自費之輔助治療項目，納入健保給付。

(2) 本項應以新增複雜性疾病特殊針灸治療及協同輔助治療項目為優先考量，請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，於109年12月底前提出具體實施方案(含分類標準、醫療服務內容及確保品質之標準作業程序)，並提報全民健康保險會核備。

4. 中醫傷科處置品質提升(0.578%)：

(1) 執行目標：提升中醫傷科處置照護品質。

預期效益之評估指標：

① 管控傷科總處置時間。

② 新增原自費之輔助治療項目，納入健保給付。

(2) 本項應以新增複雜性骨傷疾病之整復治療及協同輔助治療項目為優先考量，請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，於109年12月底前提出具體實施方案(含分類標準、醫療服務內容及確保品質之標準作業程序)，並提報全民健康保險會核備。

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(-0.091%)：

(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 111 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 899.8 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及預期效益之評估指標)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，並送全民健康保險會備查。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 109 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 109 年 12 月底前完成。

1.醫療資源不足地區改善方案：全年經費 140.6 百萬元，持續辦理中醫師至無中醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。

2.西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：

(1)全年經費 234 百萬元。

(2)持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷，及新增呼吸困難相關疾病中醫照護。

(3)新增呼吸困難相關疾病中醫照護：

執行目標：至少服務 6 千人次。

預期效益之評估指標：針對住院中之呼吸困難患者，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療介入措施，期使達到呼吸功能恢復、日常生活能力改善、生活品質提升，併縮短住院天數，降低醫療費用支出。

3.中醫提升孕產照護品質計畫：全年經費 90 百萬元。

4.兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：全年經費 24 百萬元。

5.中醫癌症患者加強照護整合方案：

(1)全年經費 245 百萬元。

(2)持續辦理「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「癌

症患者中醫門診加強照護計畫」。

6.中醫急症處置：

(1)全年經費 10 百萬元。

(2)請檢討計畫執行情形及辦理方式，以提升執行成效。

7.中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫：全年經費 50 百萬元。

8.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費 81 百萬元，經費如有不足，由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」支應。

(2)請檢討並加強中醫院所參與率及門診雲端藥歷查詢率，110 年度應達到院所參與率 100%之目標。

(3)請中央健康保險署逐步調整資料上傳獎勵金支付規範，以 5 年(110~114 年)為退場期程。

9.品質保證保留款：

(1)全年經費 25.2 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 110 年度品質保證保留款(25.2 百萬元)合併運用(計 48.0 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發放資格條件，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

表 2 110 年度中醫門診醫療給付費用協定項目表

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項	
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率	3.089%	817.5	1.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。 2.醫療服務成本指數改變率所 增加之預算： 請中央健康保險署整體評估 醫療服務之支付標準，朝成 本結構相對合理之方向調 整，並於 110 年 7 月底前提 報執行結果(含調整項目及 申報增加點數)。	
投保人口預估成長 率	0.204%			
人口結構改變率	1.006%			
醫療服務成本指數 改變率	1.873%			
協商因素成長率	1.171%	310.0	請於 110 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	中醫針灸處 置品質提升 (110 年新增 項目)	0.684%	181.0	1.執行目標：提升中醫針灸處 置照護品質。 預期效益之評估指標： (1)新增原自費項目，眼部特 殊針灸，納入健保給 付。 (2)新增原自費之輔助治療項 目，納入健保給付。 2.本項應以新增複雜性疾病特 殊針灸治療及協同輔助治療 項目為優先考量，請中央健 康保險署會同中醫門診總額 相關團體，於 109 年 12 月底 前提出具體實施方案(含分 類標準、醫療服務內容及確 保品質之標準作業程序)， 並提報全民健康保險會核 備。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
保險給付項目及支付標準之改變	中醫傷科處置品質提升(110年新增項目)	0.578%	153.0	1.執行目標：提升中醫傷科處置照護品質。 預期效益之評估指標： (1)管控傷科總處置時間。 (2)新增原自費之輔助治療項目，納入健保給付。 2.本項應以新增複雜性骨傷疾病之整復治療及協同輔助治療項目為優先考量，請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，於109年12月底前提出具體實施方案(含分類標準、醫療服務內容及確保品質之標準作業程序)，並提報全民健康保險會核備。
	其他議定項目	-0.091%	-24.0	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111年度總額協商之基期費用。
	一般服務成長率 ^{註1}	4.260%	1,127.5 27,592.0	
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109年11月底前完成，新增計畫原則於109年12月底前完成，且均應於110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		140.6	5.0	持續辦理中醫師至無中醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 1.腦血管疾病 2.顱腦損傷 3.脊髓損傷 4.呼吸困難相關疾病(110年新增項目)		234.0	30.0	1.持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷，及新增呼吸困難相關疾病中醫照護。 2.新增呼吸困難相關疾病中醫照護： 執行目標：至少服務6千人次。

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：針對住院中之呼吸困難患者，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療介入措施，期使達到呼吸功能恢復、日常生活能力改善、生活品質提升，併縮短住院天數，降低醫療費用支出。
中醫提升孕產照護品質計畫	90.0	0.0	
兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	24.0	2.0	
中醫癌症患者加強照護整合方案	245.0	51.0	持續辦理「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」。
中醫急症處置	10.0	0.0	請檢討計畫執行情形及辦理方式，以提升執行成效。
中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	50.0	0.0	
網路頻寬補助費用	81.0	7.0	1.經費如有不足，由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」支應。 2.請檢討並加強中醫院所參與率及門診雲端藥歷查詢率，110年度應達到院所參與率100%之目標。 3.請中央健康保險署逐步調整資料上傳獎勵金支付規範，以5年(110~114年)為退場期程。
品質保證保留款	25.2	-35.6	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 110 年度品質保證保留款(25.2 百萬元)合併運用(計 48.0 百萬元)。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放資格條件，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		899.8	59.4	
較 109 年度核定總額成長率 (一般服務+專款)^{#2}	增加金額	4.306%	1,186.9	
	總金額		28,491.8	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 26,464.6 百萬元(含 109 年一般服務預算 26,475.1 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-39.6 百萬元與加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 29.1 百萬元)。

2.計算「較 109 年度核定總額成長率」所採基期費用為 27,315.5 百萬元，其中一般服務預算為 26,475.1 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-39.6 百萬元及未加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 29.1 百萬元)，專款為 840.4 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。

110 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：

■110 年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後 109 年度西醫基層一般服務醫療給付費用×(1+110 年度一般服務成長率)+110 年度專款項目經費+110 年度西醫基層門診透析服務費用

■110 年度西醫基層門診透析服務費用＝109 年度西醫基層門診透析服務費用×(1+110 年成長率)

註：校正後 109 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 109 年第 3 次委員會決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

二、總額決定結果：

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委員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 3.493%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.954%，協商因素成長率 0.539%。
- (二)專款項目全年經費為 6,790.9 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率為 4.992%。
- (四)前述三項額度經換算，110 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 109 年度所核定總額成長 3.552%。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 110 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 元及撥補點值落後地區。

②扣除上開移撥費用後，預算 68%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，32%依西醫基層總額支付制度開辦前一年(89 年)各地區實際發生醫療費用比率分配。

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。

(3)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。

2.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.158%)：

(1)請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，並依全民健康保險會 108 年第 3 次委員會議決議，未來於總額協商前，應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)請中央健康保險署對於新醫療科技的預算投入，提

出成果面的績效指標，呈現所創造的價值。

(3)請中央健康保險署於 109 年 12 月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，若未依時程導入者，則扣減其預算編列額度；並請於 110 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

3.藥品及特材給付規定改變(0.064%)：

請中央健康保險署檢討經費編列及估算方式之合理性，並將藥品之節流效益納入考量。請於 110 年 7 月底前提報執行情形(含修訂項目及申報費用/點數)及檢討結果。

4.其他醫療服務密集度改變(0.368%)。

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(-0.051%)：

(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 111 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 6,790.9 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及預期效益之評估指標)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，並送全民健康保險會備查。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 109 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 109 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)請中央健康保險署調整方案目標值及精進計畫內容。

2.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)全年經費 3,670 百萬元。

(2)請中央健康保險署精進計畫內容，納入更多結果面成效指標，及強化執行面監督與退場機制，並於110年7月底前提出成效檢討專案報告。

3.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。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。

(2)請於協商次年度總額前檢討實施成效，如替代效益、節省費用或長期健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發生等情形)。

4.醫療給付改善方案：

(1)全年經費 655 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)新增由其他預算移列之糖尿病與初期慢性腎臟病(Early-CKD)共同照護服務；請持續加強推動糖尿病與慢性腎臟病整合照護。

(4)請通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。

5.強化基層照護能力及「開放表別」項目：

(1)全年經費 920 百萬元。

(2)請中央健康保險署於 109 年 12 月委員會議提出規劃調整之項目與作業時程。

(3)請檢視開放表別新增項目的適當性，並定期檢討既有項目費用成長之合理性，加強查核機制，避免與醫院總額重複執行。

(4)本項經費依實際執行扣除原基期點數併入一般服務結算。

6.鼓勵院所建立轉診之合作機制：

(1)全年經費 258 百萬元，經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。

(2)請精進方案執行內容，提升分級醫療成效。

(3)請中央健康保險署建立長期效益評估指標，持續監測病人流向(含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)及評估執行效益。

7.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。

8.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

(1)全年經費 55 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

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

9.後天免疫缺乏病毒治療藥費：

(1)全年經費 55 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

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

10.因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用：

(1)全年經費 11 百萬元。

(2)本項經費依實際執行併入一般服務結算。

11.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：

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

12.網路頻寬補助費用：

- (1)全年經費 214 百萬元，經費如有不足，由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」支應。
- (2)請檢討並加強西醫基層院所參與率、檢驗(查)結果上傳率及門診雲端藥歷查詢率，110 年度應達到院所參與率 100%之目標。
- (3)請中央健康保險署逐步調整資料上傳獎勵金支付規範，以 5 年(110~114 年)為退場期程。

13.品質保證保留款：

- (1)全年經費 115.8 百萬元。
- (2)原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2 百萬元)，與 110 年品質保證保留款(115.8 百萬元)合併運用(計 221 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署與西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放資格條件，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 3.25%，依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為 4.992%。

4.請中央健康保險署會同門診透析服務相關團體：

(1)加強腎臟病前期之整合照護，強化延緩病人進入透析之照護，並持續推動糖尿病與慢性腎臟病整合照護。

(2)持續推動腎臟移植，並利用雲端藥歷加強對腎功能不佳病人提示審慎使用 NSAID 藥物及中西藥併用之訊息，提醒醫師審慎開立藥物。

表 3 110 年度西醫基層醫療給付費用協定項目表(決定版)

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項	
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率	2.954%	3,548.9	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	0.204%			
人口結構改變率	1.585%			
醫療服務成本指數 改變率	1.159%			
協商因素成長率	0.539%	647.0	請於 110 年 7 月底前提報各協 商項目之執行情形，延續性項 目則包含前 1 年成效評估檢討 報告；實施成效並納入下年度 總額協商考量。	
保險給付項目及支付 標準之改變	新醫療科技 (包括新增診 療項目、新 藥及新特材 等)	0.158%	190.3	1.請中央健康保險署於額度 內，妥為管理運用，並依全 民健康保險會 108 年第 3 次 委員會議決議，未來於總額 協商前，應提出年度新醫療 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.請中央健康保險署對於新醫 療科技的預算投入，提出成 果面的績效指標，呈現所創 造的價值。 3.請中央健康保險署於 109 年 12 月委員會議提出規劃之新 增項目與作業時程，若未依 時程導入者，則扣減其預算 編列額度；並請於 110 年 7 月底前提報執行情形(含新 增項目及申報費用/點數)。
其他醫療服務 利用及密集度 之改變	藥品及特材 給付規定改 變	0.064%	76.5	請中央健康保險署檢討經費編 列及估算方式之合理性，並將 藥品之節流效益納入考量。請 於 110 年 7 月底前提報執行情 形(含修訂項目及申報費用/點 數)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
	其他醫療服務 密集度改變	0.368%	442.0	
	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	-0.051%	-61.8	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 111 年度總額協商之基期費用。
一般服務 成長率 ^{註1}	增加金額	3.493%	4,195.9	
	總金額		124,336.1	
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 109 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 109 年 12 月底前完成，且均應於 110 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.請中央健康保險署調整方案目標值及精進計畫內容。
家庭醫師整合性照護計畫		3,670.0	170.0	請中央健康保險署精進計畫內容，納入更多結果面成效指標，及強化執行面監督與退場機制，並於 110 年 7 月底前提出成效檢討專案報告。
C 型肝炎藥費		292.0	-114.0	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。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。 2.請於協商次年度總額前檢討實施成效，如替代效益、節省費用或長期健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發生等情形)。

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	655.0	196.0	<ol style="list-style-type: none"> 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.新增由其他預算移列之糖尿病與初期慢性腎臟病(Early-CKD)共同照護服務；請持續加強推動糖尿病與慢性腎臟病整合照護。 3.請通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。
強化基層照護能力及「開放表別」項目	920.0	100.0	<ol style="list-style-type: none"> 1.請中央健康保險署於 109 年 12 月委員會議提出規劃調整之項目與作業時程。 2.請檢視開放表別新增項目的適當性，並定期檢討既有項目費用成長之合理性，加強查核機制，避免與醫院總額重複執行。 3.本項經費依實際執行扣除原基期點數併入一般服務結算。
鼓勵院所建立轉診之合作機制	258.0	0.0	<ol style="list-style-type: none"> 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.請精進方案執行內容，提升分級醫療成效。 3.請中央健康保險署建立長期效益評估指標，持續監測病人流向(含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)及評估執行效益。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫	50.0	0.0	
罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	55.0	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視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
後天免疫缺乏病毒治療藥費	55.0	0.0	(兩項專款項目於109年度係合併編列) 1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署檢視本項費用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。
因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用	11.0	0.0	本項經費依實際執行併入一般服務結算。
新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178.0	0.0	本項經費依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入各分區一般服務結算。
網路頻寬補助費用	214.0	3.0	1.經費如有不足，由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」支應。 2.請檢討並加強西醫基層院所參與率、檢驗(查)結果上傳率及門診雲端藥歷查詢率，110年度應達到院所參與率100%之目標。 3.請中央健康保險署逐步調整資料上傳獎勵金支付規範，以5年(110~114年)為退場期程。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
品質保證保留款		115.8	-164.7	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 110 年品質保證保留款(115.8 百萬元)合併運用(計 221 百萬元)。 2.請中央健康保險署與西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放資格條件，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	6,790.9	190.3	
較 109 年度核定總額成長率 (一般服務+專款) ^{#2}	增加金額	3.343%	4,386.2	
	總金額		131,127.0	
門診透析服務 成長率	增加金額	4.992%	921.8	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。
	總金額		19,387.7	3.門診透析服務總費用成長率為 3.25%，依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為 4.992%。 4.請中央健康保險署會同門診透析服務相關團體： (1)加強腎臟病前期之整合照護，強化延緩病人進入透析之照護，並持續推動糖尿病與慢性腎臟病整合照護。

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)持續推動腎臟移植，並利用雲端藥歷加強對腎功能不佳病人提示審慎使用 NSAID 藥物及中西藥併用之訊息，提醒醫師審慎開立藥物。
較 109 年度核定總額成長率 (一般服務+專款+門診透析) ^{註3}	增加金額	3.552%	5,308.1	
	總金額		150,514.7	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 120,139.6 百萬元(含 109 年西醫基層一般服務預算 120,285.1 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-180.4 百萬元與加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 35.0 百萬元)。

2.計算「較 109 年度核定總額成長率(一般服務+專款)」所採基期費用為 126,885.7 百萬元，其中一般服務預算為 120,285.1 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-180.4 百萬元及未加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 35.0 百萬元)，專款為 6,600.6 百萬元。

3.計算「較 109 年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析)」所採基期費用為 145,351.5 百萬元，其中一般服務預算為 120,285.1 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-180.4 百萬元及未加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 35.0 百萬元)，專款為 6,600.6 百萬元，門診透析為 18,465.8 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。

110 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

■110 年度醫院醫療給付費用總額＝校正後 109 年度醫院一般服務醫療給付費用×(1+110 年度一般服務成長率) +110 年度專款項目經費+110 年度醫院門診透析服務費用

■110 年度醫院門診透析服務費用＝109 年度醫院門診透析服務費用×(1+110 年度成長率)

註：校正後 109 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 109 年第 3 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

二、總額決定結果：

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，結果如下：

- (一)一般服務成長率為 5.047%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.730%，協商因素成長率 1.317%。
- (二)專款項目全年經費為 29,942.4 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率為 1.801%。
- (四)前述三項額度經換算，110 年度醫院醫療給付費用總額，較 109 年度所核定總額成長 4.382%。各細項成長率及金額如表 4。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，依決定事項辦理，並於 110 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 3.887 億元)移撥 2 億元，作為風險調整移撥款，以持續推動各分區醫療資源平衡發展，促進區域內醫療體系整合及強化弱勢人口之醫療服務。

②扣除上開移撥費用後，用於計算地區預算所採之門、住診費用比為 45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

A.門診服務(不含門診透析服務)：

預算 51%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，49%依醫院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。

B.住診服務：

預算 45%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，55%依醫院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。

C.各地區門、住診服務，經依 A、B 計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

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醫院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。

(3)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醫院總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。

2.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.767%)：

(1)請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並依全民健康保險會 108 年第 3 次委員會議決議，未來於總額協商前，應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)請中央健康保險署對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值。

(3)請中央健康保險署於 109 年 12 月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未依時程導入者，則扣減其預算編列額度；並請於 110 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

3.藥品及特材給付規定改變(0.230%)：

(1)其中 200 百萬元用於 108 年及 109 年藥品給付規定範圍改變於 110 年之不足費用，其餘用於支應 110 年放寬藥物給付規定(含 B 型肝炎用藥)費用，並合併運用藥物給付規定改變之財務影響淨額。

(2)請中央健康保險署檢討經費編列及估算方式之合理性，並將藥品之節流效益納入考量。

(3)請於 110 年 7 月底前提報執行情形(含修訂項目及申報費用/點數)及檢討結果。

4.持續推動分級醫療，壯大社區醫院(0.108%)：

(1)用於地區醫院假日或夜間門診案件(不含藥費)採固定點值。

(2)請中央健康保險署視執行需要會同醫院總額相關團

體，依上開決定事項研訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」。

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(0.215%)：

(1)用於區域級(含)以上醫院加護病床之住院診察費、護理費及病房費採固定點值。

(2)請中央健康保險署視執行需要會同醫院總額相關團體，依上開決定事項研訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」。

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(-0.003%)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

(2)本項不列入 111 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 29,942.4 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及預期效益之評估指標)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，並送全民健康保險會備查。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 109 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 109 年 12 月底前完成。

1.C 型肝炎藥費：

(1)全年經費 3,428 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。

(2)請於協商次年度總額前檢討實施成效，如替代效益、節省費用或長期健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發生等情形)。

2.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

(1)全年經費 11,699 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

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

3.後天免疫缺乏病毒治療藥費：

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

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

4.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

(1)全年經費 5,127 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

5.醫療給付改善方案：

(1)全年經費 1,368 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)新增其他預算移列之糖尿病與初期慢性腎臟病 (Early-CKD) 共同照護服務；請持續加強推動糖尿病與慢性腎臟病整合照護。

(4)請通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。

6.急診品質提升方案：

(1)全年經費 246 百萬元。

(2)請精進方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形。

7.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

(1)全年經費 210 百萬元，用於導入第 3 階段 DRGs 項目。

(2)本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。

8.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

全年經費 100 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

9.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：

全年經費 1,100 百萬元。

10.鼓勵院所建立轉診之合作機制：

(1)全年經費 400 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)請精進方案執行內容，提升分級醫療成效。

(3)請中央健康保險署建立長期效益評估指標，持續監測病人流向及評估執行效益。

11.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費 127 百萬元，經費如有不足，由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」支應。

(2)請中央健康保險署逐步調整資料上傳獎勵金支付規範，以 5 年(110~114 年)為退場期程。

12.品質保證保留款：

(1)全年經費 880.4 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 110 年度品質保證保留款(880.4 百萬元) 合併運用(計 1,269.1 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發放資格條件，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 3.25%。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為 1.801%。

4.請中央健康保險署會同門診透析服務相關團體：

(1)加強腎臟病前期之整合照護，強化延緩病人進入透析之照護，並持續推動糖尿病與慢性腎臟病整合照護。

(2)持續推動腎臟移植，並利用雲端藥歷加強對腎功能不佳病人提示審慎使用 NSAID 藥物及中西藥併用之訊息，提醒醫師審慎開立藥物。

表 4 110 年度醫院醫療給付費用協定項目表(決定版)

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項	
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率	3.730%	17,315.6	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	0.204%			
人口結構改變率	2.262%			
醫療服務成本指數 改變率	1.257%			
協商因素成長率	1.317%	6,118.3	請於 110 年 7 月底前提報各協 商項目之執行情形，延續性項 目則包含前 1 年成效評估檢討 報告；實施成效並納入下年度 總額協商考量。	
保險給付項目及支付 標準之改變	新醫療科技 (包括新增診 療項目、新 藥及新材 等)	0.767%	3,562.0	<ol style="list-style-type: none"> 1. 請中央健康保險署於額度 內，妥為管理運用，並依全 民健康保險會 108 年第 3 次 委員會議決議，未來於總額 協商前，應提出年度新醫療 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. 請中央健康保險署對於新醫 療科技的預算投入，提出成 果面的績效指標，呈現所創 造的價值。 3. 請中央健康保險署於 109 年 12 月委員會議提出規劃之新 增項目與作業時程，若未依 時程導入者，則扣減其預算 編列額度；並請於 110 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
其他醫療服務 利用及 密集度 之改變	藥品及特材 給付規定改 變	0.230%	1,070.0	1.其中 200 百萬元用於 108 年 及 109 年藥品給付規定範圍 改變於 110 年之不足費用， 其餘用於支應 110 年放寬藥 物給付規定(含 B 型肝炎用 藥)費用，並合併運用藥物 給付規定改變之財務影響淨 額。 2.請中央健康保險署檢討經費 編列及估算方式之合理性， 並將藥品之節流效益納入考 量。 3.請於 110 年 7 月底前提報執 行情形(含修訂項目及申報 費用/點數)及檢討結果。
	持續推動分 級醫療，壯 大社區醫院 (110 年新增 項目)	0.108%	500.0	1.用於地區醫院假日或夜間門 診案件(不含藥費)採固定點 值。 2.請中央健康保險署視執行需 要會同醫院總額相關團體， 依上開決定事項研訂「執行 目標」及「預期效益之評估 指標」。
	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 (110 年新增 項目)	0.215%	1,000.0	1.用於區域級(含)以上醫院加 護病床之住院診察費、護理 費及病房費採固定點值。 2.請中央健康保險署視執行需 要會同醫院總額相關團體， 依上開決定事項研訂「執行 目標」及「預期效益之評估 指標」。
	其他議 定項目	-0.003%	-13.7	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 111 年度總額協 商之基期費用。
一般服務 成長率 ^{註1}	增加金額	5.047%	23,433.9	
	總金額		487,655.2	

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
專款項目(全年計畫經費)			各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於109年11月底前完成，新增計畫原則於109年12月底前完成，且均應於110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	-1,332.0	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。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。 2.請於協商次年度總額前檢討實施成效，如替代效益、節省費用或長期健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發生等情形)。
罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	11,699.0	1,411.0	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
後天免疫缺乏病毒治療藥費	5,257.0	(兩項專款項目於109年度係合併編列)	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,127.0	100.0	1.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，應含醫療利用及成長原因分析。

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	1,368.0	181.0	1.持續辦理糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質等 9 項方案。 2.新增其他預算移列之糖尿病與初期慢性腎臟病 (Early-CKD)共同照護服務；請持續加強推動糖尿病與慢性腎臟病整合照護。 3.請通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。
急診品質提升方案	246.0	86.0	請精進方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形。
鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210.0	-658.0	1.用於導入第 3 階段 DRGs 項目。 2.本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。
醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	100.0	20.0	本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	1,100.0	150.0	
鼓勵院所建立轉診之合作機制	400.0	-289.0	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.請精進方案執行內容，提升分級醫療成效。 3.請中央健康保險署建立長期效益評估指標，持續監測病人流向及評估執行效益。

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		127.0	13.0	1.經費如有不足，由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」支應。 2.請中央健康保險署逐步調整資料上傳獎勵金支付規範，以5年(110~114年)為退場期程。
品質保證保留款		880.4	-175.0	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110年度品質保證保留款(880.4百萬元)合併運用(計1,269.1百萬元)。 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發放資格條件，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		29,942.4	-493.0	
較109年度核定總額成長率 (一般服務+專款) ^{註2}	增加金額	4.497%	22,940.9	
	總金額		517,597.6	
門診透析服務成長率	增加金額	1.801%	399.9	1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。 2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。 3.門診透析服務總費用成長率為3.25%。依上述分攤基礎，

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		22,607.0	醫院部門本項服務費用成長率為 1.801%。 4.請中央健康保險署會同門診透析服務相關團體： (1)加強腎臟病前期之整合照護，強化延緩病人進入透析之照護，並持續推動糖尿病與慢性腎臟病整合照護。 (2)持續推動腎臟移植，並利用雲端藥歷加強對腎功能不佳病人提示審慎使用 NSAID 藥物及中西藥併用之訊息，提醒醫師審慎開立藥物。
較 109 年度核定總額成長率 (一般服務+專款+門診透析) ^{註3}	增加金額	4.382%	23,340.9	
	總金額		540,204.6	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 464,225.7 百萬元(含 109 年醫院一般服務預算 464,885.7 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-692.4 百萬元與加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 32.5 百萬元)。

2.計算「較 109 年度核定總額成長率(一般服務+專款)」所採基期費用為 495,321.1 百萬元，其中一般服務預算為 464,885.7 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-692.4 百萬元及未加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 32.5 百萬元)，專款為 30,435.4 百萬元。

3.計算「較 109 年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析)」所採基期費用為 517,528.2 百萬元，其中一般服務預算為 464,885.7 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-692.4 百萬元及未加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 32.5 百萬元)，專款為 30,435.4 百萬元、門診透析為 22,207.1 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。

110 年度全民健康保險其他預算及其分配

一、總額協商結論：

(一)110 年度其他預算增加 469 百萬元，預算總額度為 16,153.2 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.於 110 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。
- 2.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 109 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 109 年 12 月底前完成，請依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。

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 1,000 百萬元。
- 2.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目不足之經費。
- 3.請中央健康保險署持續檢討經費動支條件，並建立長期效益評估指標，監測病人流向(含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)及評估執行效益，於 110 年 7 月底前提出專案報告(含「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目)。
- 4.本項動支方案(含經費動支條件及相關規劃)應於 109 年 11 月底前完成相關程序，並送全民健康保險會備查。

(二)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：

- 1.全年經費 655.4 百萬元。

- 2.請中央健康保險署持續評估山地離島地區需求，並滾動檢討、精進執行方案。另請加速推動山地鄉論人計酬試辦計畫。
- (三)居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務：
- 1.全年經費 6,544 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.請中央健康保險署精進執行方案，並持續推動不同醫療體系間的合作與轉介，朝全人照護方向發展。
- (四)支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費：全年經費 290 百萬元。
- (五)支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款項目不足之經費：
- 1.全年經費 2,850 百萬元。
 - 2.請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。
- (六)推動促進醫療體系整合計畫：
- 1.全年經費 400 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」。
 - 3.請中央健康保險署檢討執行方式，以增進計畫執行效益。另請加速推動「遠距醫療會診」服務。
- (七)調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費：
- 1.全年經費 1,000 百萬元。
 - 2.經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與

動支程序辦理。

(八)獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用：

- 1.全年經費 980 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.請中央健康保險署逐步調整資料上傳獎勵金支付規範，以 5 年(110~114 年)為退場期程。
- 4.請於協商次年度總額前檢討實施成效，將節流效益適度納入各部門總額協商考量。

(九)提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：

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

(十)腎臟病照護及病人衛教計畫：

- 1.全年經費 450 百萬元。
- 2.持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫，並研議新增急性腎損傷(AKI)病人照護與衛教。
- 3.本項不含移至醫院及西醫基層總額之糖尿病與初期慢性腎臟病(Early-CKD)共同照護服務。
- 4.請中央健康保險署持續推動腎臟移植，並利用雲端藥歷加強西藥與中藥之用藥管理，審慎開立藥物。

(十一)提升保險服務成效：

- 1.全年經費 300 百萬元。
- 2.請中央健康保險署於 109 年 12 月底前訂定提升保險服務成效之評估指標，並於 110 年 7 月底前提出執行情

形。

(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
盡速研訂計畫，以利執行。

表 5 110 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.請於 110 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。 2.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 109 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 109 年 12 月底前完成，請依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。
基層總額轉診型態調整費用	1,000.0	0.0	1.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目不足之經費。 2.請中央健康保險署持續檢討經費動支條件，並建立長期效益評估指標，監測病人流向(含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)及評估執行效益，於 110 年 7 月底前提出專案報告(含「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目)。 3.本項動支方案(含經費動支條件及相關規劃)應於 109 年 11 月底前完成相關程序，並送全民健康保險會備查。
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	655.4	0.0	請中央健康保險署持續評估山地離島地區需求，並滾動檢討、精進執行方案。另請加速推動山地鄉論人計酬試辦計畫。
居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務	6,544.0	374.0	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.請中央健康保險署精進執行方案，並持續推動不同醫療體系間的合作與轉介，朝全人照護方向發展。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費	290.0	0.0	
支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費	2,850.0	-150.0	請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。
推動促進醫療體系整合計畫	400.0	0.0	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.請中央健康保險署檢討執行方式，以增進計畫執行效益。另請加速推動「遠距醫療會診」服務。
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	1,000.0	178.0	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。
獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用	980.0	44.0	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.請中央健康保險署逐步調整資料上傳獎勵金支付規範，以5年(110~114年)為退場期程。 3.請於協商次年度總額前檢討實施成效，將節流效益適度納入各部門總額協商考量。
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,653.8	0.0	請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督。
腎臟病照護及病人衛教計畫	450.0	23.0	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

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			<p>人照護與衛教計畫，並研議新增急性腎損傷(AKI)病人照護與衛教。</p> <p>2.本項不含移至醫院及西醫基層總額之糖尿病與初期慢性腎臟病(Early-CKD)共同照護服務。</p> <p>3.請中央健康保險署持續推動腎臟移植，並利用雲端藥歷加強西藥與中藥之用藥管理，審慎開立藥物。</p>
提升保險服務成效	300.0	0.0	請中央健康保險署於 109 年 12 月底前訂定提升保險服務成效之評估指標，並於 110 年 7 月底前提出執行情形。
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盡速研訂計畫，以利執行。
總計	16,153.2	469.0	