

肆、附 錄

一、各總額部門 114 年度執行成果 評核之作業方式

各總額部門114年度執行成果評核之作業方式

第7屆115年第2次委員會議(115.3.11)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114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114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)推薦評核委員人選，每部門至多推薦3名，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)就四總額部門推薦人選，加上全民健康保險會(下稱本會)現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「本會現任專家學者及公正人士委員」名額予以保障，以至少3名為原則，邀請順序如下：
 - 1.第一階段：由「本會現任專家學者及公正人士委員」中，依票數多寡，依序邀請3名擔任評核委員，若同意擔任評核委員之人數不足3名，不足之名額併入第二階段處理。
 - 2.第二階段：其餘名額再依票數多寡依序邀請，連同第一階段邀請擔任之評核委員，共計7位評核委員。
- (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114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)。

(四)依衛福部資安規定，評核過程請各部門、健保署及評核委員配合本會訂定之「全民健康保險會遵循『衛生福利部可攜式媒體(USB隨身碟)管控措施』相關會議資安作業原則」(如附件)。

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、總額核(決)定要求及民眾關切議題為主軸，提出114年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。
- 3.評核委員評論各總額部門年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果報告，並開放與會者提問。
- 4.參與人員：除本會委員、四總額部門與健保署外，另邀請衛福部相關單位與附屬機關，如：社保司、醫事司、照護司、心健司、口健司、中醫藥司、全民健保爭議審議會、健康署、疾管署等，以及民間團體，如：病友團體、社福團體、醫策會、消基會、醫改會等，預估約160人。

(三)第二階段：評核內部會議(半天)。

- 1.評核委員就四總額部門之執行成果，充分溝通後評定等級；並針對四部門總額及其他預算之年度重點項目、一般服務項目及專款項目提出共識建議，供協商參考。
- 2.參與人員：主任委員、評核委員、本會同仁，由評核委員互相推選主席。

參、評核項目與配分

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

評核項目	配分
壹、年度重點項目執行成果與未來規劃^{註1} 年度重點項目：請部門以政策目標、總額核(決)定要求及民眾關切議題為主軸，提出2~3項114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)	20
貳、一般服務項目執行績效 一、就113年度執行成果之評核委員評論意見回應說明 (請以對照表方式，針對評核之建議改進意見提出回應說明，包含採行之具體措施) 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 (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 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 (二)品質保證保留款實施方案執行結果 (三)其他改善專業醫療服務品質具體措施 四、協商因素項目之執行情形(含總額核(決)定項目KPI ^{註2} 之執行檢討) (一)延續項目之執行情形 1.新醫療科技(新增診療項目、新藥及新特材等)(本項適用於核(決)定事項有新醫療科技項目之部門) 2.支付標準修訂及其他協商因素項目(依核(決)定結果分列) (二)114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 (二)地區預算分配(含風險調整移撥款)之執行與管理 (三)點值穩定度 (四)專業審查及其他管理措施	60

評 核 項 目	配 分
(五)院所違規情形及醫療機構輔導	
參、專款項目執行績效/成果^{註3} 一、就113年度執行成果之評核委員評論意見回應說明 (請以對照表方式，針對評核之建議改進意見提出回應說明，包含採行之具體措施) 二、114年計畫/方案說明 三、112~114年執行情形及成效評估(含總額核(決)定項目KPI ^{註2} 之執行檢討及自選3項關鍵績效指標) 四、檢討與改善方向 (一)專款項目執行期限屆期之檢討結果(含納入一般服務或退場之評估指標) (二)計畫/方案115年修正重點 (三)114年執行未滿半年之新增項目/方案執行情形	20
總 分	100

註：1.年度重點項目係就一般服務項目中，擇與政策目標、總額核(決)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」、「預期效益之評估指標」及「品質監測指標」。

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116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116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、115年評核作業時程表

時 間	作 業 內 容
115年1~3月	1.函請四總額部門及健保署提供建議之115年度重點項目及其績效指標、操作型定義及目標值，並請就本會研擬之評核內容(草案)提供修正建議。 2.研擬「各總額部門114年度執行成果評核之作業方式」(草案)。
115年3月	「各總額部門114年度執行成果評核之作業方式」(草案)提委員會會議議定。
115年4~5月	1.辦理評核委員聘任事宜。 2.請四總額部門及健保署依議定之評核作業方式準備資料。
115年6月8日	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。
115年6月22日 (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。
115年7月6日 (評核會議前2週)	1.健保署及四總額部門提送「各總額部門114年度執行成果發表暨評核會議」之口頭報告(簡報)，供評核委員審閱。 2.本會同仁彙整「各總額部門114年度執行成果評核指標摘要」供評核委員參考。
115年7月20、21日	召開為期2天之「各總額部門114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
壹、年度重點項目執行成果與未來規劃		
年度重點項目：請部門以政策目標、總額核(決)定要求及民眾關切議題為主軸，提出2~3項114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
貳、一般服務項目執行績效		
一、就113年度執行成果之評核委員評論意見回應說明 (請以對照表方式，針對評核之建議改進意見提出回應說明，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(含總額核(決)定項目KPI ^{註4} 之執行檢討)		
(一)延續項目之執行情形	執行情形(含成效)檢討 ^{註3}	推動情形、目標達成情形、檢討及改善
(二)114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	
參、附錄(如：品質確保方案、品質保證保留款實施方案及其他視需要提供之方案內容)		

- 註：1.請健保署於6月8日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3年(112~114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115年度總額核(決)定事項，請於115年7月前，提報延續項目之114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」、「預期效益之評估指標」及「品質監測指標」。

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 ^{註3}
一、就113年度執行成果之評核委員評論意見回應說明(請以對照表方式,針對評核之建議改進意見提出回應說明,包含採行之具體措施)	—	V
二、114年計畫/方案說明		
(一)計畫內容簡介		
(二)該年度計畫與過去之差異		
三、112~114年執行情形及成效評估		
(一)預算執行數及執行率	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
(二)總額核(決)定事項執行情形		
(三)計畫/方案之目標達成情形		
(四)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		
(五)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(含總額核(決)定項目KPI ^{註3} 之執行檢討及自選3項關鍵績效指標)		
四、檢討與改善方向		
(一)專款項目執行期限屆期之檢討結果(含納入一般服務或退場之評估指標)	V	V
(二)計畫/方案115年修正重點	—	V
(三)114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 ^{註3}
一、就113年度執行成果之評核委員評論意見回應說明(請以對照表方式,針對評核之建議改進意見提出回應說明,包含採行之具體措施)	—	V
二、112~114年執行情形及成效評估		
(一)預算執行數及執行率	執行情形之統計結果及改善建議	推動情形、檢討及改善
(二)總額核(決)定事項執行情形		
(三)執行結果及成效(含總額核(決)定項目KPI ^{註3} 之執行檢討)		
三、檢討與改善方向		
(一)專款項目執行期限屆期之檢討結果(含納入一般服務或退場之評估指標)	V	V
(二)115年修正重點	—	V
(三)114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6月8日依報告大綱，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。
- 3.KPI 指年度總額核(決)定事項之「執行目標」、「預期效益之評估指標」及「品質監測指標」。

各總額部門及健保署「114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：較前一年同期下降 $\geq 1\%$ 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-113年同期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率)/113年同期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率
	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 $\geq 3.85\%$ 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：轉診率較前一年度成長 操作型定義：各層級轉診件數/醫院部門總就醫件數
	項目2： 護病比執行現 況 [延續項目]	指標：全日平均護病比達加成之占率提升 目標值：整體全日平均護病比達加成之月次占率較前1年度維持 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

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		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
西醫基層 總額 一醫全會	項目1： 西醫基層診所糖尿病病人整體照護情形 [延續項目]	指標：照護率、HbA1c<7%(控制良好率) 目標值：1.照護率：55%以上 2.HbA1c<7%(控制良好率)：54%以上 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個月以上之人數/該院所診斷糖尿病病人數 2.HbA1c<7%(控制良好率)：分母病人中，其最後一次HbA1c檢驗值<7.0%(80歲以上病人HbA1c<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
	項目2： 檢驗(查)結果上傳率 [延續項目]	指標：上傳率 目標值：60%以上 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詢病患就醫資訊方案」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 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
牙醫門診 總額 一牙全會	項目1： 國人牙周照護落實現況、改善情形 [延續項目]	指標：減少有牙周治療者平均拔牙顆數 目標值：≤最近三年全國平均值 操作型定義：1.分子：前一年度(113年)牙周病支持性治療(91018C)申報3次以上之就醫人往後追蹤當年度(114年)申報簡單性拔牙(92013C)及複雜性拔牙(92014C)醫令數加總 2.分母：前一年度(113年)牙周病支持性治療(91018C)申報3次以上之就醫人數 3.牙位：1~4象限1-7(排除乳牙、智齒、多生牙) 4.計算：分子/分母
	項目2： 高風險患者照護現況 [延續項目]	指標：當年度高風險疾病照護項目執行件數 目標值：≥最近三年全國平均值 操作型定義：1.當年度(114年)申報高風險疾病照護相關項目醫令數加總 2.高風險疾病照護相關項目醫令：口乾症牙結石清除-全口(91005C)、糖尿病病人牙結石清除-全口(91089C)、高風險疾病病人牙結石清除-全口(91090C)、齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
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]	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：(114年中醫醫療服務人數-113年中醫醫療服務人數)/113年中醫醫療服務人數 指標(2)：中醫醫療服務人次成長率 目標值：中醫醫療服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：(114年中醫醫療服務人次-113年中醫醫療服務人次)/113年中醫醫療服務人次 指標(3)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數呈現正成長 操作型定義：(114年中醫居家醫療服務人數-113年中醫居家醫療服務人數)/113年中醫居家醫療服務人數 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呈現正成長 操作型定義：(114年中醫居家醫療服務人次-113年中醫居家醫療服務人次)/113年中醫居家醫療服務人次 指標(5)：無中醫鄉減少比率 目標值：無中醫鄉減少比率呈現正成長 操作型定義：(113年無中醫鄉數-114年無中醫鄉數)/113年無中醫鄉數 指標(6)：醫療資源不足地區服務人數成長率 目標值：醫療資源不足地區服務人數呈現正成長 操作型定義：(114年醫療資源不足地區服務人數-113年醫療資源不足地區服務人數)/113年醫療資源不足地區服務人數 指標(7)：醫療資源不足地區服務人次成長率 目標值：醫療資源不足地區服務人次呈現正成長 操作型定義：(114年醫療資源不足地區服務人次-113年醫療資源不足地區服務人次)/113年醫療資源不足地區服務人次
	項目2： 慢性腎病利用中醫醫療服務 [新增項目]	指標(1)：慢性腎病服務人數成長率 目標值：慢性腎病服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：(114年慢性腎病服務人數-113年慢性腎病服務人數)/113年慢性腎病服務人數 指標(2)：慢性腎病服務人次成長率 目標值：慢性腎病服務人次成長率呈現正成長

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		操作型定義：(114年慢性腎病服務人次-113年慢性腎病服務人次)/113年慢性腎病服務人次
其他預算 —健保署	項目1： 罕見疾病新藥或 給付規定修正案 件審理通過件數 [新增項目]	指標：罕見疾病新藥或給付規定修正案審理通過 件數 目標值：大於等於5件 操作型定義：當年罕見疾病新藥案件及給付規定修正案之審理通過 生效件數總和≥5件
	項目2： 居家整合新收案 對象門診次數降 低 [延續項目]	指標：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半年(○○次)低 目標值：<○○次 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 數較收案前半年低。

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	- 醫療資源不足地區改善方案 - 牙醫特殊醫療服務計畫 - 12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫 - 超音波根管沖洗計畫 - 高風險疾病口腔照護計畫(113 年起合併 3 項計畫^註) 【註：113 年合併原一般服務「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」、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」併入執行】 - 特定疾病病人牙科就醫安全計畫 - 非齒源性口腔疼痛處置(114 年新增)	總額承辦 團體 (健保署提供 執行情形統 計結果及改 善建議)
中醫	- 醫療資源不足地區改善方案 - 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 - 中醫提升孕產照護品質計畫 - 中醫癌症患者加強照護整合方案 - 中醫急症處置計畫 - 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 - 照護機構中醫醫療照護方案	總額承辦 團體 (健保署提供 執行情形統 計結果及改 善建議)
西醫基層	- 家庭醫師整合性照護計畫(含計畫檢討與管控暨執行成果) - 家庭醫師整合性照護計畫(醫界配合推動情形) - 西醫醫療資源不足地區改善方案 - 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫 - 強化基層照護能力及「開放表別」項目(非計畫型) - 因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用(非計畫型) - 新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用(非計畫型) - 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫 - 提升國人視力照護品質(114 年自一般服務移列專款項目)	健保署 總額承辦 團體 (健保署提供 執行情形統 計結果及改 善建議)
醫院	- 地區醫院全人全社區照護計畫 - 急診品質提升方案 - 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案 - 全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫 - 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質(非計畫型) - 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)(非計畫型) - 鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫 - 腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(非計畫型) - 持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能 - 健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能 - 區域聯防-提升急重症照護品質(114 年合併 113 年新增之主動脈剝離手術病患照護跨院合作及腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作) - 抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫	健保署 總額承辦 團體 (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
門診透析		- 腎臟病照護及病人衛教計畫 - 鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫	健保署
跨部門	醫院、西醫基層	- 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」)(非計畫型) - 醫療給付改善方案 - 鼓勵院所建立轉診合作機制(非計畫型) - 基層總額轉診型態調整費用(非計畫型) - 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材(非計畫型) - 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費(非計畫型) - 精神科長效針劑藥費(非計畫型) - 暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術(醫院))(非計畫型)(114 年新增西醫基層總額)	健保署 (相關總額部門提供配合推動情形)
其他預算		- 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 - 居家醫療照護(含居家醫療照護整合計畫)、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務 - 推動促進醫療體系整合計畫 - 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫 - 提升用藥品質之藥事照護計畫 - 支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費、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) - 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) - 114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等(114 年新增)	健保署

註：1.各部門總額之品質保證保留款實施方案執行成果於一般服務項目執行成果報告中提報。

2.中醫門診總額「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」自 114 年起停辦。

3.114 年移列一般服務項目：醫院「因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增」、醫院及西醫基層總額「因應長新冠照護衍生費用」、醫院、西醫基層及牙醫門診總額「促進醫療服務診療項目支付衡平性」等。

4.114 年改由公務預算支應項目：西醫基層總額「代謝症候群防治計畫」、醫院總額「住院整合照護服務試辦計畫」、醫院及西醫基層總額「慢性傳染病照護品質計畫」、醫院、西醫基層及牙醫門診總額「癌症治療品質改善計畫」、醫院、西醫基層、牙醫門診及中醫門診總額「獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用」、其他預算「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」、「提升保險服務成效」、「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能執行情形」等。

全民健康保險會遵循「衛生福利部可攜式媒體(USB 隨身碟)管控措施」 相關會議資安作業規定

114.5.23

為確保持有資訊媒體傳送之安全，本會遵循「衛生福利部可攜式媒體(USB 隨身碟)管控措施」，訂定本項資安作業規定。為確保資訊安全，衛生福利部(下稱本部)自 113 年 11 月 1 日起，管制本部同仁辦理公務桌上型電腦與筆記型電腦(統稱個人電腦)USB 隨身碟存取功能，經本部認證之隨身碟始可用於本部重啟存取功能之個人電腦。基此，本會辦理委員會議、評核會議、總額協商會議等會議時，請與會單位、機關(構)及人員配合之作業規定如下：

- 一、因本部設有防火牆掃描、過濾電子郵件，進行資安保護，因此各機關(構)提供本會之電子文件資料，應以電子郵件送達方式辦理。
- 二、倘會議當天電子文件資料需臨時抽換、增修或提供者，請直接提供紙本資料，若需投影播放，則請於會議前一天15:00點前，以電子郵件將檔案寄送本會，以利處理資料存取及電腦投影事宜。
- 三、若會議當天仍有臨時需要使用未經認證之隨身碟者，則依「衛生福利部可攜式媒體(USB隨身碟)管控措施」第四點辦理，應持該隨身碟至本部三樓東側機房，由機房值班人員協助掃毒並讀取資料。

四、年度總額協商會議，「部門版本」及「付費者版本」之資料提供：

- (一)協商主會場(301 會議室)：統一由本會處理協商版本電子文件之資料存取、投影等事宜。
- (二)內部會議會場：請外部單位自行攜帶筆記型電腦及隨身碟，進行內部試算，本會將於會議室準備投影機及列表機(含驅動程式)供投影及列印紙本資料，且為確保協商當天投影及列印功能正常，請各機關(構)於會議前一天派員攜帶筆記型電腦至本部完成測試(測試時段請洽本會)。
- (三)協商過程中，若協商雙方之協商版本有更動，請列印紙本試算表，交由協商主會場之本會同仁，協助電腦鍵入試算表及投影。為確保試算資料正確，雙方協商版本之試算，請使用本會提供之試算表電子檔，以利統一格式及計算方式。

二、114 年度各部門總額及其分配 方式公告

114 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
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率		2.675%	1,306.0	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長 率=[(1+人口結構改變率+醫療 服務成本指數改變率)×(1+投 保人口預估成長率)]-1。
投保人口預估成長 率		0.362%		
人口結構改變率		0.257%		
醫療服務成本指數 改變率		2.048%		
協商因素成長率		0.001%	0.7	請於 114 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 115 年度總 額協商考量。
保險給 付項目 及支付 標準之 改變	1.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) (114 年新 增項目)	0.011%	5.5	本項配合醫療器材使用規範修 訂已導入支付標準修訂項目， 於一般服務編列預算。
	2.「12~18歲 青少年口 腔提升照 護試辦計 畫」專款 與一般服 務重複費 用扣減 (114 年新 增項目)	0.000%	-0.2	
其他議 定項目	3.違反全民 健康保險	-0.010%	-4.7	本項不列入 115 年度總額協商 之基期費用。

項目				成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
			醫事服務 機構特約 及管理辦法之扣款			
一般服務 成長率 ^{註1}	增加金額		2.676%	1,306.7		
	總金額			50,129.8		
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 113 年 11 月前完成，新增計畫原則於 113 年 12 月前完成，且均應於 114 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				323.8	13.8	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.請中央健康保險署檢討改善本計畫之執行規劃，並研議更有效之鼓勵策略。
2. 牙醫特殊醫療服務計畫				805.9	24.2	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。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續監測本計畫醫療團適用對象(包含：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。 (2)依 114 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 114 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)	核定事項
	3.12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫	171.5	0.0	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(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。
	4.超音波根管沖洗計畫	144.8	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，及評估照護成效。 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，並於執行第 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。 3.請於協商 115 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。
	5.高風險疾病口腔照護計畫	2,800.0	1,201.0	1.加強高風險疾病病人口腔照護，並增加照護人數。 2.執行目標： (1)「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達 150 萬人次。 (2)「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(P7302C)預估服務人次不低於 189 萬人次。 (3)「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)照護人數不低於 66 萬人。 (4)「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(P7302C)照

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
			護人數不低於 100 萬人。 預期效益之評估指標： (1)國人牙齒保存數較衛生福利部「110-112 年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增加。 (2)自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。 (3)65 歲以上接受照護病人(註 1)3 年後(116 年執行完，自 117 年起)因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數較該年度比較族群(註 2)減少。 註：1.65 歲以上接受照護病人為「連續 3 年每年至少執行 2 次或 2 次以上 91090C+P7302C 之 65 歲以上病人」。 2.該年度比較族群為 117 年 68 歲以上至牙科就診之病人。 3.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同牙醫門診總額相關團體，於具體實施計畫中，妥為研訂「高風險疾病病人牙結石清除/塗氟」增加照護人數之作法，並評估其完整照護率及照護成效，研議朝完整照護包裹式支付、論病例或論質計酬等方向，進行支付制度改革。 (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，並於執行

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
				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。 (3)請於協商 115 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。
	6.特定疾病病人牙科就醫安全計畫	307.1	0.0	1.適用對象新增帕金森氏病人、失智症病人、甲狀腺相關疾病病人、與牙科治療相關之自體免疫系統病人。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同牙醫門診總額相關團體，訂定「預期效益之評估指標」之監測值，以利評估成效，並於 114 年 7 月前提報全民健康保險會。 (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。
	7.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)	0.0	-5.5	本項移列一般服務。
	8.非齒源性口腔疼痛處置 (114 年新增項目)	14.4	14.4	1.執行目標：114 年執行 12,000 人次，並以 114 年實施時程等比率換算目標值。 預期效益之評估指標：本計畫 2 年後(即 115 年執行完，

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
				自 116 年起)，病歷記載之疼痛分數下降超過 3 成。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同牙醫門診總額相關團體，訂定醫療服務內容(含適應症之條件及申報資格，如限定專科別及層級別等)，於 113 年 12 月前提報全民健康保險會。 (2)本計畫以 3 年為檢討期限(114~116 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年(116 年 7 月)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
	9.品質保證保留款	95.8	48.0	1.本項專款額度(95.8 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品質保證保留款之額度(116.4 百萬元)，合併運用(計 212.2 百萬元)。 2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
	10.網路頻寬補助費用 (移出總額)	0.0	-143.0	本項 113 年預算 143 百萬元，114 年改由公務預算支應。
	11.癌症治療品質改善 計畫(移出總額)	0.0	-10.0	本項 113 年預算 10 百萬元，114 年改由公務預算支應。
	專款金額	4,663.3	1,142.9	
較基期成長率 (一般服務+專款) ^{註2}	增加金額	4.679%	2,449.6	
	總金額		54,793.1	

- 註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 48,823.3 百萬元(含 113 年一般服務預算 48,516.8 百萬元，及校正前 2 年度(112 年)投保人口預估成長率與實際之差值 305.7 百萬元、加回前 1 年度(113 年)健保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核定金額 0.8 百萬元)。
- 2.計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 52,343.7 百萬元，其中一般服務預算為 48,823.3 百萬元，專款為 3,520.4 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。

114 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
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率		3.588%	1,119.5	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(約 752.6 百萬 元)，其中 53.4 百萬元併入 「提升用藥品質」項目使用。
投保人口預估成長 率		0.362%		
人口結構改變率		0.802%		
醫療服務成本指數 改變率		2.412%		
協商因素成長率		1.880%	586.7	請於 114 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 115 年度總 額協考量。
保險給 付項目 及支付 標準之 改變	1.提升用藥 品質 (114 年新 增項目)	1.112%	347.0	1.執行目標：提高慢性病處方 箋的使用，符合條件的慢性 病患者使用長日數(大於 7 日)處方箋的比率較前 1 年提 升 1%。 預期效益之評估指標：中藥 不良反應報告數量較前 1 年 改善(計算方法：中藥不良反 應報告數/總用藥人次 ×100%)。 2.請中央健康保險署會同中醫 門診總額相關團體辦理下列 事項： (1)應增加健保中藥給付品 項、提升用藥品質，並減 少民眾用藥自費情形，具 體規劃於 113 年 12 月前 提報全民健康保險會。 (2)於額度內妥為管理運用， 並落實中藥用藥品質提升

項目			成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
					及費用之監督與管理。 (3)研議將科學中藥納入核實申報及進行藥價調查之可行性。
	其他醫療服務利用及密集度之改變	2.中醫門診總額「醫療資源不足地區改善方案」專款之論量計酬費用移撥至一般服務費用不足部分(114年新增項目)	0.513%	160.0	
	其他議定項目	3.「中醫癌症患者加強照護整合方案」專款(114年新增子宮頸癌、子宮體癌、甲狀腺癌)與一般服務重複費用扣減(114年新增項目)	-0.018%	-5.5	
		4.「照護機構中醫醫療照護方案」專款之論量計酬費用移	0.276%	86.0	

項目				成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
		列一般服務 (114 年新增項目)				
		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	-0.003%	-0.8	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 115 年度總額協商之基期費用。	
一般服務 成長率註1	增加金額		5.468%	1,706.2		
	總金額			32,908.6		
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 113 年 11 月前完成，新增計畫原則於 113 年 12 月前完成，且均應於 114 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			183.0	3.0	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			465.9	29.1	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。	
3.中醫提升孕產照護品質計畫			82.0	12.0	請中央健康保險署持續評估本計畫提升孕產照護的成效，對於執行成效良好之保胎項目，請規劃導入一般服務；另對成效有待提升之助孕項目，請研提改善策略，以提升助孕成功率。	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
4. 兒童過敏性鼻炎照 護試辦計畫		0.0	-21.2	本項自 114 年度起停辦。
5. 中醫癌症患者加強 照護整合方案		352.3	87.3	1.執行目標：服務人數 16,000 人。 預期效益之評估指標： (1)FACT-G 收案對象中 50% 的人量表分數，較收案時增加。 (2)CTCAE 收案對象中 50% 的人量表分數，較收案時降低。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (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)其中「癌症患者中醫門診加強照護計畫」，擴大適用於子宮頸癌、子宮體癌及甲狀腺癌。
6. 中醫急症處置		10.0	0.0	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，持續檢討計畫執行情形及成效，於 114 年 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。
7. 中醫慢性腎臟病門 診加強照護計畫		152.4	47.1	1.執行目標：參與院所數為 180 家及服務人數以 8,000 人為目標。 預期效益之評估指標：收案對象平均 eGFR 分數，較收案時增加。 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)	核定事項
				事項： (1)持續檢討費用申報之合理性，並分析治療模式、醫療服務介入成效等，以建立合理給付標準。 (2)依 114 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，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 114 年 7 月提交全民健康保險會報告。
	8.照護機構中醫醫療 照護方案	8.0	-40.0	1.本計畫編列論次費用 8 百萬元，論量計酬費用移列一般服務。 2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，檢討本計畫費用(含論量計酬費用)申報之合理性，並分析治療模式、醫療服務介入成效等，朝論質計酬及建立合理支付等方向，精進支付制度。
	9.品質保證保留款	29.8	-27.6	1.本項專款額度(29.8 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品質保證保留款之額度(22.8 百萬元)，合併運用(計 52.6 百萬元)。 2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
	10.網路頻寬補助費用 (移出總額)	0.0	-83.0	本項 113 年預算 83 百萬元，114 年改由公務預算支應。
	專款金額	1,283.4	6.7	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
較基期成長率 (一般服務+專款) ^{註2}	增加金額	5.274%	1,712.9	
	總金額		34,192.0	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為31,202.4百萬元(含113年一般服務預算31,011.3百萬元，及校正前2年度(112年)投保人口預估成長率與實際之差值187.1百萬元、加回前1年度(113年)健保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核定金額4.0百萬元)。

2.計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為32,479.1百萬元，其中一般服務預算為31,202.4百萬元，專款為1,276.7百萬元。

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。

114 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		3.746%	5,021.4	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		0.362%		
人口結構改變率		1.232%		
醫療服務成本指數 改變率		2.140%		
協商因素成長率		0.521%	698.2	請於 114 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 115 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(新藥、 新特材及 新增診療 項目)	0.170%	228.0	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 114 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 115 年度總額 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.請於 114 年 7 月前提報執行 情形(含新增項目及申報費 用/點數)。
	2.藥品及特 材給付規 定改變	0.363%	486.0	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

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			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 114 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 115 年度總額協商前，提出年度給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。
					2.請於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。
	其他議定項目	3.因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費	0.492%	659.3	1.本項預算用於反映護理人員薪資，提升護理照護品質。 2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項： (1)於 114 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。 (2)建立稽核機制，以確實提升護理照護品質。
		4.提升國人視力照護品質	-2.488%	-3,335.7	本項移列至專款項目「提升國人視力照護品質」。
		5.因應預防保健政策改變產生之服務密集度(114 年新增項目)	0.269%	360.0	請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，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
	其他醫療服務利用及密集度之改變	6.代謝症候群及C肝照護品質提升衍生之醫療費用(114年新增項目)	0.467%	626.6	請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，於額度內妥為管理運用。
	保險給付項目及支付標準之改變	7.CKD 方案比照DKD 方案採用UACR 檢測(114年新增項目)	0.149%	199.8	請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，於額度內妥為管理運用。
		8.因支付衡平性已調整支付標準之項目(114年新增項目)	0.350%	469.2	本項配合「醫療器材使用規範修訂」、「西醫基層申報藥服費未滿7歲兒童得依表定點數加計」已導入支付標準修訂項目，以及原編列於專款之單次使用醫材(SUD)導入，於一般服務編列預算。
	其他醫療服務利用及密集度之改變	9.因應長新冠照護衍生費用(自專款項目移列一般服務項目)	0.007%	10.0	請中央健康保險署監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用。
	保險給付項目及支付標準之改變	10.促進醫療服務診療項目支付衡平性(自專款項目移列一般服務項目)	0.746%	1,000.0	請中央健康保險署檢討西醫基層總額支付標準，與監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用，並會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討。

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	11.違反全民 健康保險 醫事服務 機構特約 及管理辦 法之扣款	-0.004%	-5.0	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 115 年度總額協商之基期費用。
一般服務 成長率 ^{註1}	增加金額		4.267%	5,719.6	
	總金額			139,768.0	
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 113 年 11 月前完成，新增計畫原則於 113 年 12 月前完成，且均應於 114 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) (114 年新增項目)			58.0	58.0	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)在額度內妥為管理運用，並於 114 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(含執行方式、預算估算及財務控管、擬訂暫時收載年限、療效評估與退場機制等)，俾落實管控。 (2)請於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。
2.提升國人視力照護品質 (自一般服務項目移列專款項目)			3,574.8	3,574.8	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.依衛生福利部決定結果，研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部決定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。 2.持續檢討白內障手術案件成

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
				長合理性、手術時機適當性，及監測照護成效與民眾自費情形，以確保醫療品質及民眾權益。 3.加強執行面管理與監督，建立診療指引及醫療利用監測機制，提升分區管理及專業自律。 4.本項以 5 年為檢討期限，之後回歸一般服務。 5.本項醫療點數以每點 1 元為原則；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.西醫醫療資源不足地區改善方案	423.9	106.8	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。
	4.家庭醫師整合性照護計畫	4,648.0	400.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.依論質計酬模式，以改變民眾生活習慣為計畫推動方向，提出全人照護整合之具體規劃，建立照護指引及訂定相應之品質指標。 2.請落實依個案疾病風險分級管理照護，建議依會員疾病風險擬訂對應的個案管理照護費，避免逆選擇效應。 3.新增之風險管理照護諮商應建立執行面指標及結果面成效品質指標，以利評估成效。
	5.C 型肝炎藥費	462.0	170.0	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
				2.請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協商115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.醫療給付改善方案	906.1	5.8	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、化療學名藥等方案。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)滾動式檢討方案內容，對執行多年的方案，若實施模式成熟且成效良好，請比照糖尿病方案導入支付標準，若照護率低或成效不明確，應提出改善策略或啟動退場機制。 (2)檢討生物相似性藥品方案之執行成效，評估對醫療費用及醫療品質影響。 (3)朝全人照護方向整合相關計畫(如：家庭醫師整合性照護計畫、地區醫院全人全社區照護計畫等)，以避免病患被重複收案。 (4)建議依病患之疾病風險提供分級管理照護服務，擬訂對應的個案管理費，以避免逆選擇效應。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
	7.強化基層照護能力及「開放表別」項目	1,720.0	400.0	1.本項經費依實際執行扣除原基期點數併入西醫基層總額一般服務費用結算。 2.依衛生福利部決定結果，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部決定後，提報全民健康保險會最近1次委員會議。 3.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)對於開放多年且穩定實施之項目，建議規劃導入一般服務項目。
	8.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.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)為落實分級醫療之健保重要政策，建議以提升基層醫療品質為努力目標，精進分級醫療轉診策略，以改善分級醫療推動成效。 (2)會同西醫基層及醫院總額相關團體，持續檢討獎勵方式及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效。
	9.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，鼓勵醫師積極參與提供生產服務。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
	10.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，並妥為管理運用。
	11.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。
	12.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西醫基層總額一般服務費用結算。 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。
	13.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。
	14.提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫	10.0	0.3	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.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體積極提升基層院所使用長效針劑之比率，並評估本項專款之替代效果及執行效益。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
	16.因應長新冠照護衍生費用	0.0	-10.0	本項移列至一般服務項目「因應長新冠照護衍生費用」。
	17.促進醫療服務診療項目支付衡平性	0.0	-1,000.0	本項移列至一般服務項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」。
	18.品質保證保留款	128.4	2.2	1.本項專款額度(128.4 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品質保證保留款之額度(105.2 百萬元)，合併運用(計 233.6 百萬元)。 2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
	19.代謝症候群防治計畫(移出總額)	0.0	-616.0	本項 113 年預算 616 百萬元，114 年改由公務預算支應。
	20.網路頻寬補助費用(移出總額)	0.0	-253.0	本項 113 年預算 253 百萬元，114 年改由公務預算支應。
	21.癌症治療品質改善計畫(移出總額)	0.0	-93.0	本項 113 年預算 93 百萬元，114 年改由公務預算支應。
	22.慢性傳染病照護品質計畫(移出總額)	0.0	-20.0	本項 113 年預算 20 百萬元，114 年改由公務預算支應。
	專款金額	12,588.2	2,725.9	
	較基期成長率 (一般服務+專款) ^{註2}	5.869%	8,445.5	
門診透析服務	增加金額	3.090%	680.0	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。
	總金額		22,687.9	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
				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 3.090%。 3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 47,375.2 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液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。 4.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)考量「居家血液透析」為新的照護模式，請會同門診透析服務相關團體審慎研議，於 114 年度總額公告後，完成擬訂專款「居家血液透析與提升其照護品質」之具體實施方式(包含：參與院所及醫師之資格條件與認定、適用對象、支付方式及結果面為導向之品質監測指標)，並提全民健康保險會報告。 (2)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。 (3)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。 (4)研議末期腎臟病患者之包裹式支付 (bundled payment)方式，以提升照護完整性及醫療資源使用

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
				效率。 (5)持續加強鼓勵院所精進推動腹膜透析與提升其照護品質之實施方案，監測腹膜透析病人照護品質及健康結果與執行成效，並於114年7月前提報專案報告。
較基期成長率 (一般服務+專款 +門診透析) ^{註3}	增加金額	5.500%	9,125.5	
	總金額		175,044.1	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 134,048.2 百萬元(含 113 年一般服務預算 133,169.1 百萬元，及校正前 2 年度(112 年)投保人口預估成長率與實際之差值 817.0 百萬元、加回前 1 年度(113 年)健保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核定金額 62.1 百萬元)。

2.計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 143,910.5 百萬元，其中一般服務預算為 134,048.2 百萬元，專款為 9,862.3 百萬元。

3.計算「較基期成長率(一般服務+專款+門診透析)」，所採基期費用為 165,918.3 百萬元，其中一般服務預算為 134,048.2 百萬元，專款為 9,862.3 百萬元，門診透析為 22,007.8 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。

114 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		4.344%	23,504.9	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		0.362%		
人口結構改變率		1.807%		
醫療服務成本指數 改變率		2.161%		
協商因素成長率		1.893%	10,243.5	請於 114 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 115 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(新藥、 新特材及 新增診療 項目)	0.825%	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 114 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 115 年度總額 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.積極引進新特材，避免新增 差額給付項目。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.請於 114 年 7 月前提報執行 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
		保險給 付項目 及支付 標準之 改變	2.藥品及特 材給付規 定改變	0.370%	2,000.0	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114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115年度總額協商前，提出年度給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。 2.請於114年7月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。
			3.因支付衡 平性已調 整支付標 準之項目 (114年新 增項目)	0.334%	1,808.8	本項配合「醫療器材使用規範修訂」及「提升醫院兒童急重症照護量能」已導入支付標準修訂項目，以及原編列於專款之單次使用醫材(SUD)導入，於一般服務編列預算。
			4.因應牙醫 支付標準 調整所增 加預算 (114年新 增項目)	0.0001%	0.7	用於因應牙醫門診總額112年度調整支付標準，預估於醫院總額增加之費用。

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	5. 因應 Pre-ESRD 及 Early-CKD 配合國際臨床指引-UPCR修訂為 UACR (每件增加 235 點) 所增加預算 (114 年新增項目)	0.037%	200.0	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，並於額度內妥為管理運用。
		6.C 肝照護品質提升衍生之醫療費用 (114 年新增項目)	0.011%	59.3	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，並於額度內妥為管理運用。
		7. 合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整 (含 RBRVS) (114 年新增項目)	0.293%	1,586.9	請中央健康保險署檢討醫院基本診療支付標準，確保醫院合理反映員工薪資調整，與監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用，並會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討成效。

項目			成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項	
		其他醫療服務利用及密集度之改變	8.配合888健康台灣，擴大國健署疾病篩檢，疑似陽性個案致使健保利用提升，醫療服務密集度改變(114年新增項目)	0.462%	2,500.0	1.本項為因應擴大癌篩後疑似陽性個案確診及治療之後續健保費用擴增。 2.請中央健康保險署會同醫院總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，並於額度內妥為管理運用。
		其他議定項目	9.全日護病比(移出總額)	-0.462%	-2,500.0	本項 113 年預算 2,500 百萬元，114 年改由公務預算支應。
		其他醫療服務利用及密集度之改變	10.因應長新冠照護衍生費用(自專款項目移列一般服務項目)	0.024%	128.0	請中央健康保險署監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。
		其他議定項目	11.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.001%	-3.2	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 115 年度總額協商之基期費用。
	一般服務成長率 ^{註1}	增加金額	6.237%	33,748.4		
		總金額		574,837.7		
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 113 年 11 月前完成，新增計畫原則於 113 年 12 月前完成，且均應於 114 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.暫時性支付(新藥、 新特材、新醫療技 術)	867.0	-1,562.9	1.本項經費得與西醫基層總額 同項專款相互流用。 2.請中央健康保險署辦理下列 事項： (1)在額度內妥為管理運用， 並於 114 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(含執行方式、預 算估算及財務控管、擬訂 暫時收載年限、療效評估 與退場機制等)，俾落實管 控。 (2)請於 114 年 7 月前提報執 行情形(含新增項目及申 報費用/點數)。
	2.C型肝炎藥費	2,224.0	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協商 115 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	17,996.0	2,888.0	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。

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.後天免疫缺乏症候 群抗病毒治療藥費	5,750.0	170.0	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	5,364.3	156.3	1.本項經費如有不足，由其他 預算相關項目支應。 2.中央健康保險署於 114 年 7 月前提報之執行情形，應含 醫療利用、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	2,272.0	457.9	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、生物相 似性藥品、化療學名藥及擴 大多重慢性病收案照護等方 案。 2.請中央健康保險署辦理下列 事項： (1)滾動式檢討方案內容，對 執行多年的方案，若實施 模式成熟且成效良好，請 比照糖尿病方案導入支付 標準，若照護率低或成效 不明確，應提出改善策略 或啟動退場機制。另請檢 討生物相似性藥品方案之 執行成效，評估對醫療費 用及醫療品質的影響。

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)朝全人照護方向整合相關計畫(如：家庭醫師整合性照護計畫、地區醫院全人全社區照護計畫等)，以避免病患被重複收案。 (3)建議依病患之疾病風險提供分級管理照護服務，擬訂對應的個案管理費，以避免逆選擇效應。
	7.急診品質提升方案	300.0	0.0	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.精進方案執行內容，以解決急診壅塞為目標，並增訂壅塞無法達標之處理方式，以提升急診處置效率及照護品質，並於 114 年 7 月前提出專案報告。 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。
	8.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210.0	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.積極推動 DRGs 支付或作為品質衡量方式，朝建立論價值支付制度為推動方向。 2.於 114 年 7 月前提出報告。
	9.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	135.5	20.5	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	2,000.0	700.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.依衛生福利部決定結果，會同醫院總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
			評估指標」，並於衛生福利部決定後，提報全民健康保險會最近1次委員會議。 2.檢討「燈塔型醫院」之補助方式、獎勵成效，及計畫之評估指標。
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.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)為落實分級醫療之健保重要政策，建議以提升基層醫療品質為努力目標，精進分級醫療轉診策略，以改善分級醫療推動成效。 (2)會同西醫基層及醫院總額相關團體，持續檢討獎勵方式及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效。 (3)監測各層級上下轉之情形，並有策略導向。
12.腹膜透析追蹤處置費及APD租金	15.0	0.0	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。
13.精神科長效針劑藥費	3,006.0	342.0	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.請中央健康保險署評估本項專款之替代效果及執行效益，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用。
14.鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽	300.0	0.0	請中央健康保險署精進計畫內容，檢討執行目標、預期效益

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
	署 DNR 及 安寧療 護計畫			評估指標及其目標值，以利檢討改善。
	15.因應長新冠照護衍 生費用	0.0	-128.0	本項移列至一般服務項目「因應長新冠照護衍生費用」。
	16.因應肺癌篩檢疑似 陽性個案後續健保 費用擴增	0.0	-500.0	本項移列至一般服務項目「配合 888 健康台灣，擴大國健署疾病篩檢，疑似陽性個案致使健保醫療利用提升，醫療服務密集度改變」。
	17.促進醫療服務診療 項目支付衡平性	0.0	-2,669.0	本項移列一般服務，併入「合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含 RBRVS)」。
	18.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	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。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同醫院總額相關團體，滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效(含提升民眾醫療服務之成效)，並定期提報執行情形。 (2)114 年 7 月前提報之成效評估檢討報告，應含本項目具體成效之結果面指標及監測結果。
	19.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.本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同醫院總額相關團體，滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
			效(含提升民眾醫療服務之成效)，並定期提報執行情形。 (2)114 年 7 月前提報之成效評估檢討報告，應含本項目具體成效之結果面指標及監測結果。
20.地區醫院全人全社區照護計畫	500.0	0.0	本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，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，則請於執行第 5 年(117 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。
21.區域聯防-提升急重症照護品質	268.0	187.0	本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，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，則請於執行第 5 年(117 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。
22.區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作	0.0	-127.0	本項移併至「區域聯防-提升急重症照護品質」專款項目。
23.抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫	225.0	0.0	本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，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，則請於執行第 5 年(117 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。
24.品質保證保留款	1,029.5	528.0	1.本項專款額度(1,029.5 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品質保證保留款之額度(388.7 百萬元)，合併運用(計 1,418.2 百萬元)。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
				2.請中央健康保險署會同醫院 總額相關團體，積極檢討品 質保證保留款之核發條件及 結果，訂定更具醫療品質鑑 別度之標準，落實本款項獎 勵之目的。
	25.網路頻寬補助費用 (移出總額)	0.0	-200.0	本項 113 年預算 200 百萬元， 114 年改由公務預算支應。
	26.住院整合照護服務 試辦計畫 (移出總額)	0.0	-560.0	本項 113 年預算 560 百萬元， 114 年改由公務預算支應。
	27.癌症治療品質改善 計畫 (移出總額)	0.0	-414.0	本項 113 年預算 414 百萬元， 114 年改由公務預算支應。
	28.慢性傳染病照護品 質計畫 (移出總額)	0.0	-180.0	本項 113 年預算 180 百萬元， 114 年改由公務預算支應。
	專款金額	44,187.0	-891.2	
較基期成長率 (一般服務+專款) ^{註2}	增加金額	5.605%	32,857.2	
	總金額		619,024.7	

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	2.917%	699.7	1.門診透析服務總費用成長率為 3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。 2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，醫院總額本項服務費用成長率為 2.917%。 3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 47,375.2 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液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。 4.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)考量「居家血液透析」為新的照護模式，請會同門診透析服務相關團體審慎研議，於 114 年度總額公告後，完成擬訂專款「居家血液透析與提升其照護品質」之具體實施方式(包含：參與院所及醫師之資格條件與認定、適用對象、支付方式及結果面為導向之品質監測指標)，並提全民健康保險會報告。
	總金額		24,687.2	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
				(2)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。 (3)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。 (4)研議末期腎臟病患者之包裹式支付(bundled payment)方式，以提升照護完整性及醫療資源使用效率。 (5)持續加強鼓勵院所精進推動腹膜透析與提升其照護品質之實施方案，監測腹膜透析病人照護品質及健康結果與執行成效，並於114年7月前提報專案報告。
較基期成長率(一般服務+專款+門診透析) ^{註3}	增加金額	5.500%	33,556.9	
	總金額		643,711.9	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為541,089.9百萬元(含113年一般服務預算537,784.8百萬元，及校正前2年度(112年)投保人口預估成長率與實際之差值3,293.0百萬元、加回前1年度(113年)健保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核定金額12.1百萬元)。

2.計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為586,168.2百萬元，其中一般服務預算為541,089.9百萬元，專款為45,078.3百萬元。

3.計算「較基期成長率(一般服務+專款+門診透析)」，所採基期費用為610,155.7百萬元，其中一般服務預算為541,089.9百萬元，專款為45,078.3百萬元，門診透析為23,987.5百萬元。

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。

114 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)			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113年11月前完成，新增項目原則於113年12月前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。 2.請於114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115年度總額協商考量。
1.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)訂定分級醫療成效評估指標，持續監測病人流向(包含基層就醫占率與醫療費用變化情形)，評估分級醫療之執行效益。 (2)持續檢討鼓勵分級醫療政策及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，提出改善方案，以提升下轉成效。 (3)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。 (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114年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
2.山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	1,356.6	501.2	1.預期效益之評估指標： (1)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度。 (2)成人預防保健利用率。 (3)子宮頸抹片利用率。 執行目標： (1)山地離島地區醫療給付效益提昇計

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	決定事項
			畫民眾滿意度達95%。 (2)於當地西醫基層診所執行之成人預防保健利用率$\geq 20\%$。 (3)於當地西醫基層診所執行之子宮頸抹片利用率$\geq 8\%$。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續檢討山地離島地區民眾之醫療利用情形及照護品質(含建立監測指標)，並評估114年新增鼓勵提升山地離島地區醫療服務措施之成效。 (2)新增「公費醫師在地服務診次費用」：建立評估機制，檢討本項預算對鼓勵公費醫師留鄉之成效，包括公費醫師留鄉比率、區內開業情形及區內就醫率等。 (3)新增「山地離島地區醫療院所點值保障費用」：應審慎評估鄰近都會地區醫療院所保障點值每點1元之合理性，並訂定排除條件。 (4)加強推動「偏鄉地區全人整合照護執行方案」，精進執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效。
3.居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務	9,378.0	1,000.0	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)持續精進居家醫療照護模式，提升品質與成效之評估指標(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)，並檢討、修訂「居家醫療照護整合計畫」相關支付標準。 (2)擴大辦理「在宅急症照護試辦計畫」： ①加強監測病人安全、治療品質及成效，並滾動檢討計畫內容，以精進在宅急症照護模式。 ②收集及分析本計畫替代醫院住院費用情形，供115年度總額協商參考。 ③以4年為檢討期限(113~116年)，

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	決定事項
			滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則於執行第4年(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。 ④於114年7月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)。
4. 支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費、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不足之經費，及狂犬病治療藥費	215.0	125.0	
5. 支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款不足之經費	0.0	-125.0	本項移併至「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費、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不足之經費，及狂犬病治療藥費」專款項目。
6. 推動促進醫療體系整合計畫	520.0	70.0	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」，及擴大辦理「遠距醫療會診」。 2. 「遠距醫療會診」之執行目標及預期效益之評估指標： 預期效益：增加2個山地離島適用地區、80個醫療資源缺乏地區、51所矯正機關及3所分監等保險對象專科門診可近性。 執行目標：服務人次較前一年增加10%。 3. 請中央健康保險署辦理下列事項：

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	決定事項
			(1)檢討計畫執行方式，及評估醫療品質與成效，研提改善策略，以提升執行成效。 (2)為配合醫院「擴大多重慢性病收案照護」之政策，請強化多重慢性病人之整合照護。 (3)擴大辦理並持續精進「急性後期整合照護計畫」之照護模式及評估指標，朝強化社區型服務模式方向規劃，並於114年7月前提全民健康保險會報告。 (4)於114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	2,000.0	1,559.4	經費之支用，除依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理，如遇有藥品全球供應鏈不穩定等特殊事件，亦得動支。
8.提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,928.1	274.3	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.持續檢討本計畫醫療利用情形(包含監測醫療利用率、檢討醫療利用成長合理性)，並加強執行面管理，訂定監測照護品質及健康結果改善之評估指標，評估執行成效，並於114年7月前提全民健康保險會報告。 2.為減少疥瘡等傳染病發生，請衛生福利部協助矯正機關加強改善衛生環境。
9.腎臟病照護及病人衛教計畫	500.0	-11.0	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，並於額度內妥為管理運用。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續強化整合腎臟病前期之相關疾病照護計畫(如逐步整合至大家醫計畫)，並朝向以人為中心之整合服務，以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

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	決定事項
			病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。 (3)檢討「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之預算額度及核發指標，訂定更具鑑別度之獎勵方式，以落實獎勵之目的。
10.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。
11.114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等(114 年新增項目)	4,156.0	4,156.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.本項經費用於通盤檢討及修訂特定診療支付標準，如急重難罕症相關支付標準等，與多年未通盤調整的部分，列為優先調整項目，並不得直接用於保障點值每點0.95元相關費用。 2.本項目支用前，將依程序提全民健康保險會報告同意後進行運用。
12.提升保險服務成效(移出總額)	0.0	-500.0	本項113年預算500百萬元，114年改由公務預算支應。
13.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(移出總額)	0.0	-1,486.0	本項113年預算1,486百萬元，114年改由公務預算支應。
14.因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能(移出總額)	0.0	-4,000.0	本項113年預算4,000百萬元，114年改由公務預算支應。
總計	20,883.7	1,563.9	

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：_____