

105 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：

105年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後104年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1+105年度一般服務成長率)+105年度專款項目經費

註：校正後 104 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 104 年第 4 次委員會議決議，校正投保人口數成長率差值。

二、總額協定結果：

- (一)一般服務成長率為 3.046%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 2.512%，協商因素成長率 0.534%。
- (二)專款項目全年經費為 1,897.6 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，105 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較 104 年度所核定總額成長 3.463%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 3.109%。各細項成長率及金額如表 1。

三、總額分配相關事項：

(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：
 - a.自一般服務費用移撥4.253億元，用於「醫療資源缺乏地區改善方案之論量計酬費用」、「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案」、「投保人口就醫率全國最高二區之保障款」及「牙周病統合性治療第三階段給付費用」等4項，經費若有剩餘，則回歸一般服務費用。
 - b.扣除品質保證保留款及上開移撥費用後，預算100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。
 - c.所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同

牙醫門診總額相關團體議定之。

(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，於104年12月底前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(888.2百萬元)，應用於調整支付標準。

3.品質保證保留款(0.300%)：

(1)依牙醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，預算應於105年3月底前將方案內容提經全民健康保險會同意後始得動支，並於105年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報前一年度執行成果。

(2)金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年(104、105年)該保留款成長率之累計額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。

4.其他醫療服務利用及密集度之改變(0.296%)：

(1)經費應用於加強感染控制等其他醫療服務利用及密集度改變之項目。

(2)請牙醫門診總額相關團體協調各區院所提供假日看診服務。

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(-0.031%)。

6.新增支付標準預算執行率連2年未達30%者，扣其原編預算之50%(-0.031%)。

(二)專款項目：全年經費為 1,897.6 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)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。前述方案之作業時程，延續型計畫應於104年11月底前完成，並於105年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.醫療資源不足地區改善方案：

全年經費280.0百萬元，辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療計畫。

2.牙醫特殊醫療服務計畫：

全年經費473.0百萬元，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、在宅及老人長期照顧暨安養機構牙醫醫療服務。

3.牙周病統合照護計畫：

(1)第1、2階段，全年經費884.0百萬元；第3階段，全年經費260.6百萬元。

(2)第1、2階段照護目標數為130,000人；第3階段服務人數為95,000人。

(3)協商106年度牙醫門診總額時，應提出成效評估及規劃納入一般服務之期程。

(4)本計畫所涵蓋之支付項目不應再收取自費。

表 1 105 年度牙醫門診醫療給付費用成長率項目表

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	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	2.512%	941.8	1. 計算公式： 醫療服務成本及人口因素 成長率=[(1+投保人口數年 增率)×(1+人口結構改變 率+醫療服務成本指數改變 率)]-1 2. 醫療服務成本指數改變率 所增加之預算(888.2 百萬 元)，應用於調整支付標 準。
投保人口數年增率	0.140%		
人口結構改變率	0.000%		
醫療服務成本指數改變率	2.369%		
協商因素成長率	0.534%	200.5	
鼓勵提升 醫療品質 及促進保 險對象健 康	品質保證保留款 0.300%	112.5	1. 依牙醫門診總額品質保證 保留款實施方案支付，預 算應於 105 年 3 月底前將 方案內容提經全民健康保 險會同意後始得動支，並 於 105 年各部門總額執行 成果發表暨評核會議提報 前一年度執行成果。 2. 金額應全數用於鼓勵提升 醫療品質，並以最近 2 年 (104、105 年)該保留款成 長率之累計額度為限，其 餘額度回歸一般服務預 算。
其他醫療服務利用及密集度 之改變	0.296%	111.0	1. 經費應用於加強感染控 制等其他醫療服務利用 及密集度改變之項目。 2. 請牙醫門診總額相關團體 協調各區院所提供假日看 診服務。
其他議定 項目	違反全民健保醫事 服務機構特約及管 理辦法之扣款	-0.031%	-11.5
	新增支付標準預算 執行率連 2 年未達 30%者，扣其原編 預算之 50%	-0.031%	-11.5
一般服務 成長率	增加金額	3.046%	1,142.3
	總金額		38,634.6

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	協 定 事 項
專款項目(全年計畫經費)			
醫療資源不足地區改善方案	280.0	0.0	1.辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療計畫。 2.具體實施方案於 104 年 11 月底前完成，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。
牙醫特殊醫療服務計畫	473.0	30.0	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、在宅及老人長期照顧暨安養機構牙醫醫療服務。 2.具體實施方案於 104 年 11 月底前完成，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。
牙周病統合照護計畫 (第 1、2 階段)	884.0	34.0	1.第 1、2 階段照護目標數為 130,000 人；第 3 階段服務人數為 95,000 人。 2.協商 106 年度牙醫門診總額時，應提出成效評估及規劃納入一般服務之期程。
牙周病統合照護計畫 (第 3 階段)	260.6	16.0	3.本計畫所涵蓋之支付項目不應再收取自費。 4.具體實施方案於 104 年 11 月底前完成，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。
專款金額	1,897.6	80.0	
總成長率(註 1) (一般服務+專款)	增加金額	3.109%	1,222.3
	總金額		40,532.2
較 104 年度核定總額成長率	3.463%		

註：1.計算總成長率所用之基期費用，一般服務含校正投保人口數成長率差值。

2.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

105 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：

105年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後104年度中醫門診一般服務醫療給付費用×(1+105年度一般服務成長率)+105年度專款項目經費

註：校正後104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104年第4次委員會議決議，校正投保人口數成長率差值。

二、總額協定結果：

- (一)一般服務成長率為 3.401%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 3.207%，協商因素成長率 0.194%。
- (二)專款項目全年經費為 286.4 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，105 年度中醫門診醫療給付費用總額，較 104 年度所核定總額成長 3.927%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 3.566%。各細項成長率及金額如表 2。

三、總額分配相關事項：

(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：
 - a.於扣除品質保證保留款及風險調整基金後，預算2.22%歸東區，97.78%歸其他五區。
 - b.東區外，其他五分區依下列參數占率分配之：
 - (a)各區實際收入預算占率：72%。
 - (b)各區戶籍人口數占率：8%。
 - (c)各區每人於各分區就醫次數之權值占率：9%。
 - (d)各區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：5%。
 - (e)各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%，若有餘款則歸入依

「各區實際收入預算占率」分配。

c. 所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定之。

- (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，於104年12月底前送全民健康保險會同意後執行。
 - (4) 為提升民眾就醫公平性及促進各地區醫療資源均衡發展，中醫門診總額一般服務之地區預算，自105年度起，分配參數中之「各區戶籍人口數占率」，以5年調升10%為目標。請中醫師公會全國聯合會與中央健康保險署，於討論106年度地區預算分配方式前，研提符合前開條件之分配草案；屆時若未能提出，則該年地區預算之分配參數「各區戶籍人口數占率」應調升3%。
2. 醫療服務成本指數改變率所增加之預算(580.5百萬元)，應用於調整支付標準。
 3. 品質保證保留款(0.100%)：
 - (1) 依中醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，預算應於105年3月底前將方案內容提經全民健康保險會同意後始得動支，並於105年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報前一年度執行成果。
 - (2) 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年(104、105年)該保留款成長率之累計額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。
 4. 其他醫療服務利用及密集度之改變(0.364%)：分2年調校診察費合理量之計算公式，105年度原編列200百萬元，經扣減104年度所編120百萬元預算已納入基期部分，計增加80百萬元。
 5. 腦血管疾病及顱腦損傷患者中醫特定疾病門診加強照護計畫自103年由專款移列至一般服務後執行率偏低之減列(-0.193%)；且105年度上半年預算中，若執行率未達80%，將按比例扣款。
 6. 小兒腦性麻痺及小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫自

102年由專款移列至一般服務後執行率偏低之減列(-0.068%)。

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(-0.009%)。

近3年之違規案件，多數來自民眾檢舉或中央健康保險署主動查核，由中醫門診總額相關團體舉發之案件為「0」，期許醫界發揮自主管理精神，強化內部之自律。

(二)專款項目：全年經費為286.4百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)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。前述方案之作業時程，延續型計畫應於104年11月底前完成，新增計畫原則於104年12月底前完成，並於105年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告(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考量。

1.醫療資源不足地區改善方案：

全年經費106.5百萬元，辦理中醫師至無中醫鄉開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：

全年經費113.0百萬元，包含腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷及腫瘤患者手術、化療、放射線療法後照護等4項。

3.提升孕產照護品質計畫：全年經費32.0百萬元。

4.乳癌、肝癌門診加強照護計畫：全年經費14.9百萬元。

5.學齡兒童過敏性鼻炎照護計畫：

(1)全年經費20.0百萬元。

(2)請於105年6月底前提送相關論質計酬或論病例計酬方案至全民健康保險會通過後預算始得動支。

表 2 105 年度中醫門診醫療給付費用成長率項目表

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		3.207%	704.4	1. 計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+投保人口數年增率)×(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)]-1 2. 醫療服務成本指數改變率所增加之預算(580.5 百萬元)，應用於調整支付標準。
投保人口數年增率		0.140%		
人口結構改變率		0.420%		
醫療服務成本指數改變率		2.643%		
協商因素成長率		0.194%	42.6	
鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康	品質保證保留款	0.100%	22.0	1. 依中醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，預算應於 105 年 3 月底前將方案內容提經全民健康保險會同意後始得動支，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報前一年度執行成果。 2. 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近 2 年(104、105 年)該保留款成長率之累計額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。
其他醫療服務利用及密集度之改變		0.364%	80.0	分 2 年調校診察費合理量之計算公式，105 年度原編列 200 百萬元，經扣減 104 年度所編 120 百萬元預算已納入基期部分，計增加 80 百萬元。
其他議定項目	腦血管疾病及顱腦損傷患者中醫特定疾病門診加強照護計畫自 103 年由專款移列至一般服務後執行率偏低之減列	-0.193%	-42.5	105 年度上半年預算中，若執行率未達 80%，將按比例扣款。

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
	小兒腦性麻痺及小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護計畫自 102 年由專款移列至一般服務後執行率偏低之列	-0.068%	-15.0	
	違反全民健保醫事管理辦法之扣款	-0.009%	-1.9	近 3 年之違規案件，多數來自民眾檢舉或中央健康保險署主動查核，由中醫門診總額相關團體舉發之案件為「0」，期許醫界發揮自主管理精神，強化內部之自律。
一般服務 成長率	增加金額	3.401%	747.0	
	總金額		22,711.9	
專款項目(全年計畫經費)				
醫療資源不足地區改善方案		106.5	10.0	1.辦理中醫師至無中醫鄉開業及巡迴醫療服務計畫。 2.具體實施方案於 104 年 11 月底前完成，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。
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.腫瘤患者手術、化療、放射線療法後照護 4.脊髓損傷		113.0	0.0	具體實施方案於 104 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 104 年 12 月底前完成，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告(新增計畫僅需提供初步執行結果)。
中醫提升孕產照護品質計畫		32.0	0.0	具體實施方案於 104 年 11 月底前完成，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
乳癌、肝癌門診加強照護計畫		14.9	14.9	具體實施方案原則於 104 年 12 月底前完成，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報初步執行結果。
學齡兒童過敏性鼻炎照護計畫		20.0	20.0	請於 105 年 6 月底前提送相關論質計酬或論病例計酬方案至全民健康保險會通過後預算始得動支，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報初步執行結果。
專款金額		286.4	44.9	
總成長率(註 1) (一般服務+專款)	增加金額	3.566%	791.9	
	總金額		22,998.3	
較 104 年度核定總額成長率		3.927%	—	

註：1.計算總成長率所用之基期費用，一般服務含校正投保人口數成長率差值。

2.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

105 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：

- 105年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後104年度西醫基層一般服務醫療給付費用×(1+105年度一般服務成長率)+105年度專款項目經費+105年度西醫基層門診透析服務費用
- 105年度西醫基層門診透析服務費用＝104年度西醫基層門診透析服務費用×(1+成長率)

註：校正後104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104年第4次委員會議決議，校正投保人口數成長率差值。

二、總額協定結果：

- (一)一般服務成長率為 3.831%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 3.441%，協商因素成長率 0.390%。
- (二)專款項目全年經費為 2,112.7 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率 4.498%。
- (四)前述三項額度經換算，105 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 104 年度所核定總額成長 4.274%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 3.959%。各細項成長率及金額如表 3。

三、總額分配相關事項：

(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：

a.於扣除品質保證保留款及風險調整基金後，預算66%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，34%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。

b.所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定之。

- (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，於104年12月底前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(2,292.8百萬元)，應用於調整支付標準。
- 3.品質保證保留款(0.100%)：
- (1)依西醫基層總額品質保證保留款實施方案支付，預算應於105年3月底前將方案內容提經全民健康保險會同意後始得動支，並於105年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報前一年度執行成果。
- (2)金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年(104、105年)該保留款成長率之累計額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。
- 4.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.082%)：
- 請中央健康保險署於104年12月委員會說明擬調整之相關項目與作業時程，及於105年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果(含新增項目及申報費用/點數)，若未於時程內導入，則扣減該額度。
- 5.新增跨表項目(0.030%)。
- (1)新增「CA-125腫瘤標記(EIA/LIA法)」跨表項目。
- (2)應於104年12月底前完成相關程序，若未能於年度開始時實施，則扣減本項成長率，並於105年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行情形。
- 6.配合安全針具推動政策之費用(0.004%)。
- (1)配合安全針具推動政策，5年內按比例逐步完成全面提供安全針具。本項預算自102年起分5年編列，105年為第4年。
- (2)請於105年各部門總額執行成果發表暨評核會議提送執行情形(含安全針具之申報量與價格)。
- 7.因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響(含慢性

病照護之增進)(0.229%)。

(1)慢性病照護執行率以成長20%為目標。

(2)本項經費包含肯定西醫基層總額醫療服務效率提升之努力，預算31.2百萬元。

8.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.024%)：

近3年之違規案件，多數來自民眾檢舉或中央健康保險署主動查核，由西醫基層總額相關團體舉發之案件為「0」，期許醫界發揮自主管理精神，強化內部之自律。

9.醫療照護整合政策暨服務效率提升成效，利益共享：七成用以獎勵醫療服務提供者，三成回歸保險對象(-0.031%)。

(二)專款項目：全年經費為2,112.7百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)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。前述方案之作業時程，延續型計畫應於104年11月底前完成，並於105年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費240百萬元，其中180百萬元得與醫院總額同項專款相互流用。

(2)預算應於105年3月底前將方案內容提經全民健康保險會同意後始得動支。

2.加強慢性B型及C型肝炎治療計畫：

(1)全年經費400百萬元，不足部分由其他預算支應。

(2)病毒量檢測數據應上傳至中央健康保險署資訊服務網(VPN)，作為評估成效之依據。

3.醫療給付改善方案：

(1)全年經費292.7百萬元。

(2)辦理原有糖尿病、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、早期療育及孕產婦等6項方案。

(3)請檢討各計畫執行內容，以提升照護率及執行成效，每項疾病之照護執行率以成長20%為目標，每年定期於全民健康保險會提出檢討報告。

4.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)全年經費1,180百萬元。

(2)應確實評估成效，並訂定嚴格之退場機制，預算應於105年3月底前將計畫內容提經全民健康保險會同意後始得動支。

5.應整合相關照護方案/計畫，朝以病人為中心的整合性醫療服務發展，以提升醫療資源的使用效益。

(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3.8%，依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為4.498%。

表 3 105 年度西醫基層醫療給付費用協定項目表

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	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	3.441%	3,472.5	1. 計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+投保人口數年增率)×(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)]-1 2. 醫療服務成本指數改變率所增加之預算(2,292.8 百萬元)，應用於調整支付標準。	
投保人口數年增率	0.140%			
人口結構改變率	1.025%			
醫療服務成本指數改變率	2.272%			
協商因素成長率	0.390%	393.8		
鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康	品質保證保留款	0.100%	100.9	1. 依西醫基層總額品質保證保留款實施方案支付，預算應於 105 年 3 月底前將方案內容提經全民健康保險會同意後始得動支，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報前一年度執行成果。 2. 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近 2 年(104、105 年)該保留款成長率之累計額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。
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)	0.082%	83.0	請中央健康保險署於 104 年 12 月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，及於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果(含新增項目及申報費用/點數)，若未於時程內導入，則扣減該額度。

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	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	新增跨表項目	0.030%	30.0	1.新增「CA-125 腫瘤標記(EIA/LIA 法)」跨表項目。 2.應於 104 年 12 月底前完成相關程序，若未能於年度開始時實施，則扣減本項成長率，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行情形。
	配合安全針具推動政策之費用	0.004%	4.0	1.配合安全針具推動政策，5 年內按比例逐步完成全面提供安全針具。本項預算自 102 年起分 5 年編列，105 年為第 4 年。 2.請於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提送執行情形(含安全針具之申報量與價格)。
其他醫療 服務利用 集中度之 改變	因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響(含慢性病照護之增進)	0.229%	231.2	1.慢性病照護執行率以成長 20% 為目標。 2.本項經費包含肯定西醫基層總額醫療服務效率提升之努力，預算 31.2 百萬元。
其他議 定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.024%	-24.1	近 3 年之違規案件，多數來自民眾檢舉或中央健康保險署主動查核，由西醫基層總額相關團體舉發之案件為「0」，期許醫界發揮自主管理精神，強化內部之自律。
	醫療照護整合政策暨服務效率提升成效，利益共享：七成用以獎勵醫療服務提供者，三成回歸保險對象	-0.031%	-31.2	

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	協 定 事 項
一般服務 成長率	增加金額	3.831%	3,866.3	
	總金額		104,782.2	
專款項目(全年計畫經費)				
西醫醫療資源不足地區改善 方案		240.0	90.0	<ol style="list-style-type: none"> 其中 180 百萬元得與醫院總額同項專款相互流用。 預算應於 105 年 3 月底前將方案內容提經全民健康保險會同意後始動支，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。
加強慢性 B 型及 C 型肝炎 治療計畫		400.0	0.0	<ol style="list-style-type: none"> 不足部分由其他預算支應。 病毒量檢測數據應上傳至中央健康保險署資訊服務網(VPN)，作為評估成效之依據。 具體實施方案應於 104 年 11 月底前完成，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。
醫療給付改善方案		292.7	38.3	<ol style="list-style-type: none"> 辦理原有之糖尿病、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、早期療育及孕產婦等 6 項方案。 請檢討各計畫執行內容，以提升照護率及執行成效，每項疾病之照護執行率以成長 20% 為目標，每年定期於全民健康保險會提出檢討報告。 具體實施方案應於 104 年 11 月底前完成，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	協 定 事 項
家庭醫師整合性照護計畫		1,180.0	0.0	1.應確實評估成效，並訂定嚴格之退場機制。 2.預算應於 105 年 3 月底前將計畫內容提經全民健康保險會同意後始得動支，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。
專款金額		2,112.7	128.3	
成長率 (一般服務+專款)	增加金額	3.882%	3,994.6	
	總金額		106,894.9	
門診透析服務 成長率	增加金額	4.498%	661.6	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 3.8%，依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為 4.498%。
	總金額		15,371.0	
總成長率 (註 1) (一般服務+專款 +門診透析)	增加金額	3.959%	4,656.2	
	總金額		122,265.9	
較 104 年度核定總額成長率		4.274%	—	

註：1.計算總成長率所用之基期費用，一般服務含校正投保人口數成長率差值。

2.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

105 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

- 105 年度醫院醫療給付費用總額 = 校正後 104 年度醫院一般服務醫療給付費用 $\times (1 + 105$ 年度一般服務成長率) + 105 年度專款項目經費 + 105 年度醫院門診透析服務費用
- 105 年度醫院門診透析服務費用 = 104 年度醫院門診透析服務費用 $\times (1 +$ 成長率)

註：校正後 104 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 104 年第 4 次委員會議決議，校正投保人口數成長率差值。

二、總額決定結果：

醫院總額經醫院與保險付費者代表協商，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，分別就保險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)總額成長率與相關額度：

1. 一般服務成長率為 5.022%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 4.395%，協商因素成長率 0.627%。
2. 專款項目全年經費為 16,124.8 百萬元。
3. 門診透析服務成長率 3.273%。
4. 前述三項額度經換算，105 年度醫院醫療給付費用總額，較 104 年度所核定總額成長 5.672%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 5.332%。各細項成長率及金額如表 4。

(二)總額分配相關事項：

1. 一般服務(上限制)：

(1)地區預算：

a. 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。

b. 分配方式：

於扣除品質保證保留款後，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、品質保證保留款)：

預算 46%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，54%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(不含品質保證保留款)：

預算 41%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，59%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。

(d)所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定之。

c.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，於104年12月底前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(9,160.5百萬元)，原則用以調整全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，並以與醫事人員薪資連動或間接反應之方式辦理。

(3)品質保證保留款(0.100%)：

a.依醫院總額品質保證保留款實施方案支付，預算應於105年3月底前將方案內容提經全民健康保險會同意後始得動支，並於105年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報前一年度執行成果。

b.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年(104、105年)該保留款成長率之累計額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。

(4)新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.503%)：

請中央健康保險署於104年12月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，及於105年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果(含新增項目及申報費用/點數)，若未於時程內導入，則扣減該額度。

(5)配合安全針具推動政策之費用(0.027%)：

a.配合安全針具推動政策所需預算5億元，業自102年起分年攤提編列(102、103年各編列1億元，104年編列2億元)，105年為最後一次編列，預算計1億元。

b.請於105年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行情形(含安全針具之申報量與價格)。

(6)提升護理照護品質(0.0%)：

請中央健康保險署持續監測相關指標(護病比、護理人力、住院護理品質指標等)，並於105年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行情形。

(7)其他醫療服務利用及密集度之改變(0.032%)：

本項係肯定醫院總額醫療服務效率提升之努力。

(8)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%)：

違規案件多數來自民眾檢舉或中央健康保險署主動查核，醫院總額相關團體雖未受託專業自主事務，仍期許醫院部門發揮自主管理精神，強化內部之自律。

(9)醫療照護整合政策暨服務效率提升成效，利益共享：七成用以獎勵醫療服務提供者，三成回歸保險對象(-0.032%)。

(10)加強慢性B型及C型肝炎治療計畫：自102年由專款移列至一般服務，105年起應將病毒量檢測數據上傳至中央健康保險署資訊服務網(VPN)，做為評估成效之依據。

2.專款項目：全年經費為16,124.8百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)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。前述方案之作業時程，延續型計畫應於104年11月底前完成，並於105年各部門總額執行成果發表暨評核會議提

報執行成果及成效評估報告；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(1)鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

全年經費4,162百萬元，不足部分由其他預算支應。

(2)罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

a.罕見疾病、血友病藥費全年經費8,940百萬元，不足部分由其他預算支應。

b.罕見疾病特材全年經費12.5百萬元。

c.為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署於105年6月底前提出專案報告。

(3)醫療給付改善方案：

a.全年經費876.3百萬元。

b.辦理原有之糖尿病、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、孕產婦等7項方案。

c.請檢討相關計畫執行內容，以提升照護率及執行成效，每項疾病之照護執行率以成長20%為目標，每年定期於全民健康保險會提出檢討報告。

(4)急診品質提升方案：

a.全年經費160百萬元。

b.請中央健康保險署檢討方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形。

(5)鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

a.全年經費1,114百萬元，導入第3、4、5階段DRGs項目。

b.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。

c.請中央健康保險署於105年6月底前，提出DRGs相關診斷分類分組，由ICD-9-CM轉換為ICD-10-CM/PCS之執行情形專案報告。

(6)醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

a.全年經費60百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

b.配合支援西醫醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。

(7)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800百萬元。

3.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)門診透析服務總成長率為3.8%。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為3.273%。

表 4 105 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		4.395%	16,201.4	1. 計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+投保人口數年增率)×(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)]-1 2. 醫療服務成本指數改變率所增加之預算(9,160.5 百萬元)，原則用以調整全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，並以與醫事人員薪資連動或間接反應之方式辦理。
投保人口數年增率		0.140%		
人口結構改變率		1.764%		
醫療服務成本指數改變率		2.485%		
協商因素成長率		0.627%	2,310.2	
鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康	品質保證保留款	0.100%	368.6	1. 依醫院總額品質保證保留款實施方案支付，預算應於 105 年 3 月底前將方案內容提經全民健康保險會同意後始得動支，並於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報前一年度執行成果。 2. 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近 2 年(104、105 年)該保留款成長率之累計額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	決 定 事 項
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)	0.503%	1,853.5	請中央健康保險署於 104 年 12 月委員會議 說明擬調整之相關項 目與作業時程，及於 105 年各部門總額執行 成果發表暨評核會議 提報執行結果(含新增 項目及申報費用/點 數)，若未於時程內導 入，則扣減該額度。
	配合安全針具推動 政策之費用	0.027%	100.0	1.配合安全針具推動政 策所需預算 5 億元， 業自 102 年起分年攤 提編列(102、103 年 各編列 1 億元，104 年編列 2 億元)，105 年為最後一次編列， 預算計 1 億元。 2.請於 105 年各部門 總額執行成果發表 暨評核會議提報執 行情形(含安全針具 之申報量與價格)。
	提升護理照護品質	0.000%	0.0	請中央健康保險署持 續監測相關指標(護病 比、護理人力、住院 護理品質指標等)，並 於 105 年各部門總額 執行成果發表暨評核 會議提報執行情形。
	其他醫療服務利用及密集度 之改變	0.032%	117.0	本項係肯定醫院總額 醫療服務效率提升之 努力。
其他議 定項目	違反全民健保醫事 服務機構特約及管 理辦法之扣款	-0.003%	-11.9	違規案件多數來自民 眾檢舉或中央健康保 險署主動查核，醫院 總額相關團體雖未受 託專業自主事務，仍 期許醫院部門發揮自 主管理精神，強化內 部之自律。

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	醫療照護整合政策 暨服務效率提升成 效，利益共享：七 成用以獎勵醫療服 務提供者，三成回 歸保險對象	-0.032%	-117.0	
一般服務 成長率	增加金額	5.022%	18,511.6	
	總金額		387,145.3	
專款項目(全年計畫經費)				
	鼓勵器官移植並確保術後追蹤 照護品質	4,162.0	190.0	不足部分由其他預算 支應。
	罕見疾病、血友病藥費及罕見 疾病特材	8,952.5	1,125.0	1. 罕見疾病、血友病 藥費全年經費 8,940 百萬元，不足部分 由其他預算支應。 2. 罕見疾病特材全年 經費 12.5 百萬元。 3. 為檢視本項費用成 長之合理性，請中 央健康保險署於 105 年 6 月底前提出專 案報告。
	醫療給付改善方案	876.3	135.0	1. 辦理原有之糖尿病、 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 等 7 項方案。 2. 請檢討相關計畫執 行內容，以提升照 護率及執行成效， 每項疾病之照護執 行率以成長 20% 為 目標，每年定期於 全民健康保險會提 出檢討報告。

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	決 定 事 項
急診品質提升方案		160.0	0.0	請中央健康保險署檢討方案執行內容，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)		1,114.0	834.0	1.導入第3、4、5階段DRGs項目。 2.本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。 3.請中央健康保險署於105年6月底前，提出DRGs相關診斷分類分組，由ICD-9-CM轉換為ICD-10-CM/PCS之執行情形專案報告。
醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案		60.0	0.0	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。 2.配合支援西醫醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。
全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫		800.0	0.0	
專款金額		16,124.8	2,284.0	
成長率 (一般服務+專款)	增加金額	5.437%	20,795.6	
	總金額		403,270.1	

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 成長率	增加金額	3.273%	637.8	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。 3. 門診透析服務總費用成長率為 3.8%，依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為 3.273%。
	總金額		20,125.3	
總成長率(註1) (一般服務+專款+ 門診透析)	增加金額	5.332%	21,433.4	
	總金額		423,395.4	
較 104 年度核定總額成長率		5.672%	—	

註：1. 計算總成長率所用之基期費用，一般服務含校正投保人口數成長率差值。

2. 本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

105 年度全民健康保險其他預算及其分配

一、105 年度其他預算減少 958.0 百萬元，預算總額度為 10,358.9 百萬元，採支出目標制，由中央健康保險署管控，各細項分配如表 5。

二、預算分配相關事項：

(一)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：

全年經費 605.4 百萬元，請於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果。

(二)非屬各部門總額支付制度範圍之服務：

- 1.全年經費4,000百萬元，用於助產所、護理之家照護、居家照護、在宅醫療、精神疾病社區復健及安寧居家療護等所需經費。
- 2.應增加在宅醫療之照護人數，及放寬安寧居家醫師訪視之合理量。
- 3.請於105年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行情形。

(三)支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費及器官移植、西醫基層總額慢性 B 型與 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費，及狂犬病治療藥費：全年經費 300 百萬元。

(四)推動促進醫療體系整合計畫：

- 1.全年經費1,100百萬元，用於「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」3億元、「區域醫療整合計畫」3億元、「提升急性後期照護品質試辦計畫」4億元，及「跨層級醫院合作計畫」1億元。
- 2.上述「區域醫療整合計畫」係以論人計酬試辦計畫(試辦屆滿，朝鼓勵醫療整合方式修訂)修改而成，其中並融入相關子計畫，參加計畫之團隊應將家庭醫師整合性照護計畫、醫院以病人為中心門診整合照護計畫等予以整合，以提供全人式照護。
- 3.«提升急性後期照護品質試辦計畫»應往社區化發展。
- 4.新增計畫內容原則於104年12月底前完成相關程序，各計畫請於105年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告(新增方案僅需提供初步執行結果)。

(五)其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費：

- 1.全年經費1,000百萬元。
- 2.含新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用。
- 3.經費之支用，依全民健康保險會第1屆103年第11次委員會議通過之適用範圍與動支程序辦理。

(六)提升 ICD-10-CM/PCS 住院編碼品質：

- 1.全年經費100百萬元，費用申報應全面採ICD-10-CM/PCS編碼外，並提升其正確性。
- 2.請於105年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。

(七)鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施：

- 1.全年經費1,100百萬元。
- 2.請於105年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。

(八)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1,404.5百萬元。
- 2.請於105年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。

(九)慢性腎臟病照護及病人衛教計畫：

- 1.全年經費404百萬元。
- 2.用於繼續推動末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫、初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(Early-CKD)，及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫。
- 3.應與品質獎勵扣連，並與糖尿病醫療給付改善方案等相關計畫整合。
- 4.請於105年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。

(十)提升保險服務成效：

- 1.全年經費295百萬元。
- 2.中央健康保險署應委託食品藥物管理署以外之機關團體抽驗健

保給付之藥品品質。

3.請於105年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。

(十一)高診次民眾就醫行為改善方案-藥事居家照護：

1.全年經費50百萬元。

2.應嚴格檢討計畫內容，且應依中央健康保險署提供之輔導對象名單擇取收案對象。

3.請於105年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。若無具體成效，未來不應再編列預算。

附帶決議：其他預算項下之「提升保險服務成效」項目，在104年度總額中首度編列預算，計畫名稱為「提升保險人管理效率」，據中央健康保險署表示，因對外之行政程序繁複，致預算無法在當(104)年度內全數執行，且相關計畫已逐步進行，考量其或已發生權利義務關係，爰同意104年度所未執行預算於105年度可續用，惟僅此一次。

表 5 105 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
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	605.4	0.0	請於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果。
非屬各部門總額支付制度範圍之服務	4,000	286.0	<ol style="list-style-type: none"> 1.用於助產所、護理之家照護、居家照護、在宅醫療、精神疾病社區復健及安寧居家療護等所需經費。 2.應增加在宅醫療之照護人數，及放寬安寧居家醫師訪視之合理量。 3.請於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行情形。
支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費及器官移植、西醫基層總額慢性 B 型與 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費，及狂犬病治療藥費	300.0	0.0	
推動促進醫療體系整合計畫	1,100.0	0.0	<ol style="list-style-type: none"> 1.用於「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」3 億元、「區域醫療整合計畫」3 億元、「提升急性後期照護品質試辦計畫」4 億元，及「跨層級醫院合作計畫」1 億元。 2.上述「區域醫療整合計畫」係以論人計酬試辦計畫(試辦屆滿，朝鼓勵醫療整合方式修訂)修改而成，其中並融入相關子計畫；參加計畫之團隊應將家庭醫師整合性照護計畫、醫院以病人為中心門診整合照護計畫等予以整合，以提供全人式照護。 3.«提升急性後期照護品質試辦計畫»應往社區化發展。 4.新增計畫內容原則於 104 年 12 月底前完成相關程序，各計畫請於

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告(新增方案僅需提供初步執行結果)。
其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費	1,000.0	0.0	1.含新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用。 2.經費之支用，依全民健康保險會第 1 屆 103 年第 11 次委員會議通過之適用範圍與動支程序辦理。
提升 ICD-10-CM/PCS 住院編碼品質	100.0	-150.0	1.費用申報應全面採 ICD-10-CM/PCS 編碼外，並提升其正確性。 2.請於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。
鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施	1,100.0	-1,100.0	請於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,404.5	0.0	請於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。
慢性腎臟病照護及病人衛教計畫	404.0	0.0	1.用於繼續推動末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫、初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(Early-CKD)，及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫。 2.應與品質獎勵扣連，並與糖尿病醫療給付改善方案等相關計畫整合。 3.請於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。
提升保險服務成效	295.0	10.0	1.中央健康保險署應委託食品藥物管理署以外之機關團體抽驗健保給付之藥品品質。 2.請於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協 定 事 項
高診次民眾就醫行為改善方案-藥事居家照護	50.0	-4.0	1.應嚴格檢討計畫內容，且應依中央健康保險署提供之輔導對象名單擇取收案對象。 2.請於 105 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。若無具體成效，未來不應再編列預算。
總 計	10,358.9	-958.0	

註：採支出目標制，由中央健康保險署管控。