

104 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：

104年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後103年度牙醫門診一般服務醫療給付費用 $\times$ (1+104年度一般服務成長率)+104年度專款項目經費

註：校正後 103 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 103 年第 5 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 1.319%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 0.373%，協商因素成長率 0.946%。
- (二)專款項目全年經費為 1,817.6 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，104 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較 103 年度所核定總額成長 2.140%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 1.916%。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0.5億元，用於「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」，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0.5億元後，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103年12月底前送全民健康保險會同意後執行。

2.品質保證保留款(0.3%)：

(1)依牙醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，並以品質相關指標作為獎勵依據。該方案請於103年11月底前完成相關程序，並於104年6月底前提送前一年度執行成果。

(2)金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年(103、104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。

3.牙周顧本計畫(0.4%)：請於104年6月底前提送執行情形。

4.調整藥事服務費(0.008%)：請於104年6月底前提送執行情形。

5.特殊口腔黏膜疾病統合照護計畫(0.027%)：請於104年6月底前提送執行情形。

6.懷孕婦女照護(0.217%)：請於104年6月底前提送執行情形。

7.調整診察費(0%)：

(1)104年擬調整診察費支付點數20點，以預算中平為調整原則，不另編列預算。

(2)請於下年度總額協商前完成並提出執行情形。

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(-0.006%)。

(二)專款項目全年經費為 1,817.6 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103年11月底前完成，並於104年6月底前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.牙醫特殊服務計畫：

全年經費443.0百萬元，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及在宅牙醫醫療服務。

3.牙周病統合照護計畫：

- (1)第1、2階段，全年經費850.0百萬元；第3階段，全年經費244.6百萬元。
- (2)第1、2階段照護目標數為125,000人；第3階段服務人數為90,000人。
- (3)請加強宣導本項已屬全民健康保險給付項目，若有民眾檢舉另收費用經查屬實，即屬違規，下年度將不再增加任何預算，違規處理原則並請中央健康保險署研議(例如扣款)。

表 1 104 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)	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		0.373%	137.5	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
投保人口數年增率		0.175%		
人口結構改變率		-0.062%		
醫療服務成本指數改變率		0.260%		
協商因素成長率		0.946%	348.9	
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%	110.6	1.依牙醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，並以品質相關指標作為獎勵依據。該方案請於 103 年 11 月底前完成相關程序，並於 104 年 6 月底前提送前一年度執行成果。 2.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近 2 年(103、104 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。
	牙周顧本計畫	0.400%	147.5	請於 104 年 6 月底前提送執行情形。
保險給付 項目及支 付標準之 改變	調整藥事服務費	0.008%	2.9	請於 104 年 6 月底前提送執行情形。
	調整診察費	0.000%	0.0	1.104 年擬調整診察費支付點數 20 點，以預算中平為調整原則，不另編列預算。 2.請於下年度總額協商前完成並提出執行情形。
其他醫療 服務利用 度及密集 之改變	特殊口腔黏膜疾病統合照護計畫	0.027%	10.0	請於 104 年 6 月底前提送執行情形。
	懷孕婦女照護	0.217%	80.0	請於 104 年 6 月底前提送執行情形。
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	-0.006%	-2.1	
一般服務成長率		1.319%	486.4	

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	辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療計畫。
牙醫特殊服務計畫		443.0	0.0	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及在宅牙醫醫療服務。
牙周病統合照護計畫 (第 1、2 階段)		850.0	170.0	1.第 1、2 階段照護目標數為 125,000 人；第 3 階段服務人數為 90,000 人。 2.請加強宣導本項已屬全民健康保險給付項目，若有民眾檢舉另收費用經查屬實，即屬違規，下年度將不再增加任何預算，違規處理原則並請中央健康保險署研議(例如扣款)。
牙周病統合照護計畫 (第 3 階段)		244.6	80.0	
專款金額		1,817.6	250.0	
總成長率(註 1) (一般服務+專款)	增加金額	1.916%	736.4	
	總金額		39,175.6	
較 103 年度核定總額成長率		2.140%	—	

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。

104 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：

104年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後103年度中醫門診一般服務醫療給付費用 $\times(1+104$ 年度一般服務成長率) $+104$ 年度專款項目經費

註：校正後 103 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 103 年第 5 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 1.662%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 0.978%，協商因素成長率 0.684%。
- (二)專款項目全年經費為 241.5 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，104 年度中醫門診醫療給付費用總額，較 103 年度所核定總額成長 2.124%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 1.897%。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後，預算2.22%歸東區，97.78%歸其他五區。

b.東區外，其他五分區分配方式為：

(a)各區實際收入預算占率：73%。

(b)各區戶籍人口數占率：7%。

(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103年12月底前送全民健康保險會同意後執行。

2. 品質保證保留款(0%)：

(1) 依中醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，並以品質相關指標作為獎勵依據。該方案請於103年11月底前完成相關程序，並於104年6月底前提送前一年度執行成果。

(2) 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年(103、104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。

3. 調整藥事服務費(0.135%)：請於104年6月底前提送執行情形。

4. 其他醫療服務利用及密集度之改變(0.557%)：

(1) 傷科支付點數調整不另增預算。

(2) 傷科合理門診量規定不得變更。

(3) 104年度地區預算分配，參數中之人口占率(R值)必須往前進，否則本項預算收回。

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(-0.008%)。

(二) 專款項目全年經費為 241.5 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103年11月底前完成，新增計畫原則於103年12月底前完成，並於104年6月底前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商考量。

1. 醫療資源不足地區改善方案：

全年經費96.5百萬元，辦理無中醫鄉巡迴醫療服務計畫及開業計畫。

2.西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫：

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

3. 提升孕產照護品質計畫：全年經費32.0百萬元。

表 2 104 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)	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		0.978%	210.6	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
投保人口數年增率		0.175%		
人口結構改變率		0.325%		
醫療服務成本指數改變率		0.477%		
協商因素成長率		0.684%	147.3	
鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康	品質保證保留款	0.000%	0	1.依中醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，並以品質相關指標作為獎勵依據。該方案請於103年11月底前完成相關程序，並於104年6月底前提送前一年度執行成果。 2.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年(103、104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	調整藥事服務費	0.135 %	29.0	請於104年6月底前提送執行情形。
其他醫療服務利用及密集度之改變		0.557%	120.0	1.傷科支付點數調整不另增預算。 2.傷科合理門診量規定不得變更。 3.104年度地區預算分配，參數中之人口占率(R 值)必須往前進，否則本項預算收回。
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	-0.008%	-1.7	
一般服務成長率		1.662%	357.9	

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		96.5	22.1	辦理無中醫鄉巡迴醫療服務計畫及開業計畫。
西醫住院病患中醫特定疾病 輔助醫療試辦計畫 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		113.0	0.0	
提升孕產照護品質計畫		32.0	32.0	
專款金額		241.5	54.1	
總成長率(註1) (一般服務+專款)	增加金額	1.897%	412.0	
	總金額		22,129.3	
較 103 年度核定總額成長率		2.124%	—	

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。

104 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：

- 104年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後103年度西醫基層一般服務醫療給付費用 $\times(1+104$ 年度一般服務成長率) $+104$ 年度專款項目經費 $+104$ 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＝103年度西醫基層門診透析服務費用 $\times(1+成長率)$

註：校正後103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103年第5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 2.447%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 1.154%，協商因素成長率 1.293%。
- (二)專款項目全年經費為 1,984.4 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率 5.557%。
- (四)前述三項額度經換算，104 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 103 年度所核定總額成長 3.191%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 2.991%。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後，預算65%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，35%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103年12月底前送全民健康保險會同意後執行。

2.品質保證保留款(0.1%)：

(1)依西醫基層總額品質保證保留款實施方案支付，並以品質相關指標作為獎勵依據。該方案請於103年11月底前完成相關程序，並於104年6月底前提送前一年度執行成果。

(2)金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年(103、104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。

3.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.122%)：

(1)請中央健康保險署於103年12月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，及於104年6月底前提送執行結果(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。

(2)資源有限，對給付項目之新增或適應症之調整，請中央健康保險署於額度內，依全民健康保險法第42條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。

4.調整藥事服務費及語言治療診療項目(0.399%)：

請中央健康保險署於103年12月委員會議說明擬調整支付標準項目與作業時程，依時程導入，並於104年6月底前提送執行情形。

5.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。本項自102年起開始分5年編列，104年為第3年。

(2)請於104年6月底前提送執行情形(含安全針具之申報量與價格)。

6.其他醫療服務利用及密集度之改變(0.713%)：

在合理預期支出範圍內，應含放寬藥品適應症所增之費用；若有全民健康保險法第26條第2款之情事，則不適用。

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(-0.045%)。

(二)專款項目全年經費為 1,984.4 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 103 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 103 年 12 月底前完成，並於 104 年 6 月底前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商考量。

1.醫療資源不足地區改善方案：

全年經費150百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

2.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)請中央健康保險署研議成效評估指標。

3.醫療給付改善方案：

(1)全年經費254.4百萬元。

(2)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、早期療育等5項方案，並新增孕產婦方案。

(3)宜提升涵蓋率，照護更多相同疾病的患者；屬成效明確的方案，應將該類病患全部納入，以避免選擇性偏差的問題。並整合各方案，朝以病人為中心的整合性服務發展，以提升醫療資源的使用效益。

4.家庭醫師整合性照護計畫：

全年經費1,180百萬元，應確實評估成效，並訂定嚴格之退場機制。

(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門診透析服務費用，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3.7%；西醫基層部門本項服務費用成長率為5.557%，含偏遠地區門診透析服務保障每點1元支付。
- 4.門診透析院所前提報台灣腎臟醫學會之所有資料，嗣後改以全數上傳至中央健康保險署健保資訊網服務系統(VPN)，並將院所上傳情形納入「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之指標。

表 3 104 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		1.154%	1,132.7	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
投保人口數年增率		0.175%		
人口結構改變率		0.997%		
醫療服務成本指數改變率		-0.020%		
協商因素成長率		1.293%	1,269.8	
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%	98.2	1.依西醫基層總額品質保證保留款實施方案支付，並以品質相關指標作為獎勵依據。該方案請於103年11月底前完成相關程序，並於104年6月底前提送前一年度執行成果。 2.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年(103、104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)	0.122%	120.0	1.請中央健康保險署於103年12月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，及於104年6月底前提送執行結果(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。 2.資源有限，對給付項目之新增或適應症之調整，請中央健康保險署於額度內，依全民健康保險法第42條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。

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	調整藥事服務費及語言治療診療項目	0.399%	391.6	請中央健康保險署於103年12月委員會議說明擬調整支付標準項目與作業時程，依時程導入，並於104年6月底前提送執行情形。
	配合安全針具推動政策之費用	0.004%	3.9	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。本項自102年起開始分5年編列，104年為第3年。 2.請於104年6月底前提送執行情形(含安全針具之申報量與價格)。
	其他醫療服務利用及密集度之改變	0.713%	700.0	在合理預期支出範圍內，應含放寬藥品適應症所增之費用；若有全民健康保險法第26條第2款之情事，則不適用。
	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	-0.045%	-43.9
一般服務成長率		2.447%	2,402.5	
專款項目(全年計畫經費)				
醫療資源不足地區改善方案		150.0	0.0	本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。
慢性B型及C型肝炎治療計畫		400.0	200.0	1.不足部分由其他預算支應。 2.請中央健康保險署研議成效評估指標。
醫療給付改善方案		254.4	48.9	1.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、早期療育等5項方案，並新增孕產婦方案。 2.宜提升涵蓋率，照護更多相同疾病的患者；屬成效明確的方案，應將該類病患全部納入，以避免選擇性偏差的問題。並整合各方案，朝以病人為中心的整合性服務發展，以提升醫療資源的使用效益。
家庭醫師整合性照護計畫		1,180.0	-20.0	應確實評估成效，並訂定嚴格之退場機制。
專款金額		1,984.4	228.9	

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	協 定 事 項
成長率 (一般服務+專款)	增加金額	2.633%	2,631.4	
	總金額		102,545.5	
門診透析服務 成長率	增加金額	5.557%	774.4	1.門診透析服務總費用成長率為 3.7%；本項與醫院總額門診透析服務費用合併，並統為運用。 2.含偏遠地區門診透析服務保障每點 1 元支付。 3.門診透析院所前提報台灣腎臟醫學會之所有資料，嗣後改以全數上傳至中央健康保險署健保資訊網服務系統(VPN)，並將院所上傳情形納入「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之指標。
	總金額		14,709.4	
總成長率 (註 1) (一般服務+專款 +門診透析)	增加金額	2.991%	3,405.8	
	總金額		117,254.9	
較 103 年度核定總額成長率		3.191%	—	

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。

104 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

- 104年度醫院醫療給付費用總額＝校正後103年度醫院一般服務醫療給付費用 $\times(1+104$ 年度一般服務成長率) $+104$ 年度專款項目經費 $+104$ 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＝103年度醫院門診透析服務費用 $\times(1+成長率)$

註：校正後103年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會103年第5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 4.343%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 2.128%，協商因素成長率 2.215%。
- (二)專款項目全年經費為 13,840.8 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率 2.341%。
- (四)前述三項額度經換算，104 年度醫院醫療給付費用總額，較 103 年度所核定總額成長 3.659%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 3.453%。各細項成長率及金額如表 4。

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：

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。

(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，於103年12月底前送全民健康保險會同意後執行。

2.品質保證保留款(0.1%)：

(1)依醫院總額品質保證保留款實施方案支付，並以品質相關指標作為獎勵依據。該方案請於103年11月底前完成相關程序，並於104年6月底前提送前一年度執行成果。

(2)金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年(103、104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。

3.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.646%)：

(1)請中央健康保險署於103年12月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，及於104年6月底前提送執行結果(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。

(2)資源有限，對給付項目之新增或適應症之調整，請中央健康保險署於額度內，依全民健康保險法第42條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。

4.強化醫療資源支付合理性(0.1%)：

(1)請中央健康保險署於103年12月委員會議說明擬調整支付標準項目與作業時程，依時程導入，並於104年6月底前提送執

行情形。

(2)依醫療資源耗用相對值表(RBRVS)調整支付標準部分，不另編列預算，請於104年持續推動。

5.第2階段住院診斷關聯群(DRGs)之持續推動費用(0.110%)：

103 年導入第 2 階段，相關專款預算已併入 103 年醫院總額一般服務費用結算，爰 104 年於一般服務計列成長率。

6.配合安全針具推動政策之費用(0.057%)：

(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。本項自102年起開始分5年編列，104年為第3年。

(2)請於104年6月底前提送執行情形(含安全針具之申報量與價格)。

7.提升住院護理照護品質(0.568%)：

本項自專款項目移列至一般服務，經費並用於調增住院護理之支付標準，除支付方式應依護病比訂定外，尚須訂定護理人力相關監理指標，並請中央健康保險署於 104 年 6 月前提經全民健康保險會同意後動支預算，及於 104 年 6 月底前提送執行情形。

8.其他醫療服務利用及密集度之改變(0.624%)：

在合理預期支出範圍內，應含放寬藥品適應症所增之費用；若有全民健康保險法第 26 條第 2 款之情事，則不適用。

9.配合結核病防治政策改變之費用(0.01%)：

(1)用於「抗結核病藥物副作用個案住院 $\leq$ 30天」住院醫療費用。

(2)請於104年6月底前提送執行情形。

10.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.0003%)。

(二)專款項目全年經費為 13,840.8 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 103 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 103 年 12 月底前完成，並於

104 年 6 月底前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3,972百萬元，不足部分由其他預算支應。

2.罕見疾病、血友病藥費及新增罕見疾病特材：

(1)全年經費7,827.5百萬元。

(2)罕見疾病、血友病藥費，全年經費7,815百萬元，不足部分由其他預算支應。

(3)104年新增罕見疾病特材，全年經費12.5百萬元。

(4)為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署於104年6月底前，提出專案報告。

3.醫療給付改善方案：

(1)全年經費741.3百萬元。

(2)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、早期療育等6項方案，並新增孕產婦方案。

(3)宜提升涵蓋率，照護更多相同疾病的患者；屬成效明確的方案，應將該類病患全部納入，以避免選擇性偏差的問題。並整合各方案，朝以病人為中心的整合性服務發展，以提升醫療資源的使用效益。

4.急診品質提升方案：

(1)全年經費160百萬元。

(2)請中央健康保險署檢討方案執行內容，以提升急診照護品質。

5.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

(1)全年經費280百萬元，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。

6.醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案：

(1)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。

(2)配合支援西醫基層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。

(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門診透析服務費用，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3.7%；醫院部門本項服務費用成長率為2.341%，含偏遠地區門診透析服務保障每點1元支付。

4.門診透析院所前提報台灣腎臟醫學會之所有資料，嗣後改以全數上傳至中央健康保險署健保資訊網服務系統(VPN)，並將院所上傳情形納入「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之指標。

表 4 104 年度醫院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		2.128%	7,497.6	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
投保人口數年增率		0.175%		
人口結構改變率		1.859%		
醫療服務成本指數改變率		0.091%		
協商因素成長率		2.215%	7,800.9	
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%	352.3	1.依醫院總額品質保證保留款實施方案支付，並以品質相關指標作為獎勵依據。該方案請於103年11月底前完成相關程序，並於104年6月底前提送前一年度執行成果。 2.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年(103、104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)	0.646%	2,275.5	1.請中央健康保險署於103年12月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，及於104年6月底前提送執行結果(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。 2.資源有限，對給付項目之新增或適應症之調整，請中央健康保險署於額度內，依全民健康保險法第42條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。

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 及支付之 標準之 改變	強化醫療資源支付 合理性	0.100%	351.0	1.請中央健康保險署於 103 年 12 月委員會議說明擬調整支付標準項目與作業時程，依時程導入，並於 104 年 6 月底前提送執行情形。 2.依醫療資源耗用相對值表(RBRVS)調整支付標準部分，不另編列預算，請於 104 年持續推動。
	第 2 階段住院診斷 關聯群(DRGs)之持 續推動費用	0.110%	387.0	103 年導入第 2 階段，相關專款預算已併入 103 年醫院總額一般服務費用結算，爰 104 年於一般服務計列成長率。
	配合安全針具推 動政策之費用	0.057%	200.0	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。本項自 102 年起開始分 5 年編列，104 年為第 3 年。 2.請於 104 年 6 月底前提送執行情形(含安全針具之申報量與價格)。
	提升住院護理照 護品質	0.568%	2,000.0	本項自專款項目移列至一般服務，經費並用於調增住院護理之支付標準，除支付方式應依護病比訂定外，尚須訂定護理人力相關監理指標，並請中央健康保險署於 104 年 6 月前提經全民健康保險會同意後動支預算，及於 104 年 6 月底前提送執行情形。
	其他醫療服務利用及密集 度之改變	0.624%	2,200.0	在合理預期支出範圍內，應含放寬藥品適應症所增之費用；若有全民健康保險法第 26 條第 2 款之情事，則不適用。
	其他預期之法令或政 策改變	0.010%	36.0	1.用於「抗結核病藥物副作用個案住院≤30 天」住院醫療費用。 2.請於 104 年 6 月底前提送執行情形。
	其他議 定項目	-0.0003%	-0.9	違反全民健保醫事 服務機構特約及管 理辦法之扣款
一般服務成長率		4.343%	15,298.5	

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)			
鼓勵器官移植並確保術後追蹤 照護品質	3,972.0	0.0	不足部分由其他預算支 應。
罕見疾病、血友病藥費及新增 罕見疾病特材	7,827.5	12.5	1.罕見疾病、血友病藥費全 年經費 7,815 百萬元，不足 部分由其他預算支應。 2.104 年新增罕見疾病特材 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 104 年 6 月底前，提出 專案報告。
醫療給付改善方案	741.3	174.0	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 療育等 6 項方案，並新增 孕產婦方案。 2.宜提升涵蓋率，照護更多 相同疾病的患者；屬成效 明確的方案，應將該類病 患全部納入，以避免選擇 性偏差的問題。並整合各 方案，朝以病人為中心的 整合性服務發展，以提升 醫療資源的使用效益。
急診品質提升方案	160.0	-160.0	請中央健康保險署檢討方 案執行內容，以提升急診 照護品質。
鼓勵繼續推動住院診斷關聯群 (DRGs)	280.0	-387.0	1.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。
醫院支援西醫基層總額醫療資 源不足地區改善方案	60.0	0.0	1.配合支援西醫基層醫療資 源不足地區所需，提供專 科巡迴醫療等服務。 2.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	800.0	0.0	
提升住院護理照護品質	0.0	-2,000.0	移列至一般服務項目。
專款金額	13,840.8	-2,360.5	

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	協 定 事 項
成長率 (一般服務+專款)	增加金額	3.511%	12,938.0	
	總金額		381,472.3	
門診透析服務 成長率	增加金額	2.341%	445.8	1.門診透析服務總費用成長率為 3.7%；本項與西醫基層總額門診透析服務費用合併，並統為運用。 2.含偏遠地區門診透析服務保障每點 1 元支付。 3.門診透析院所前提報台灣腎臟醫學會之所有資料，嗣後改以全數上傳至中央健康保險署健保資訊網服務系統(VPN)，並將院所上傳情形納入「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之指標。
	總金額		19,487.4	
總成長率 (註 1) (一般服務+專款 +門診透析)	增加金額	3.453%	13,383.8	
	總金額		400,959.7	
較 103 年度核定總額成長率		3.659%	—	

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。

104 年度全民健康保險其他預算及其分配

一、104 年度其他預算增加 534.5 百萬元，預算總額度為 11,316.9 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 104 年 6 月底前提送執行成果。

(二)非屬各部門總額支付制度範圍之服務：

1.全年經費3,714百萬元，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.請於103年12月委員會議說明擬調整支付標準項目與作業時程，並於104年6月底前提送執行情形。

(三)全民健保高診次民眾就醫行為改善方案-藥師居家照護：

1.全年經費54百萬元，以輔導至少7,000人為目標。

2.請於104年6月底前提送執行成果及成效評估報告。

(四)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 型及 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費，及狂犬病治療藥費：

1.全年經費300百萬元。

2.所列狂犬病治療藥費係用於治療被動物咬傷患者，防止狂犬病之發生。

(五)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、「論人計酬試辦計畫」3億元，「跨層級醫院合作計畫」1億元，及「提升急性後期照護品質試辦計畫」4億元。

2.提升急性後期照護品質試辦計畫，得包含地區醫院及醫院附設護理之家或居家護理。

3.新增方案原則於103年12月底前完成相關程序，各計畫請於104年6月底前提送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)。

(六)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費用。
- 3.經費之支用，依全民健康保險會103年11月委員會議通過之適用範圍與動支程序原則辦理。

(七)ICD-10-CM/PCS 編碼：

- 1.全年經費250百萬元，應於105年全面以ICD-10-CM/PCS申報。
- 2.計畫請於103年12月底前完成相關程序，並於104年6月底前提送執行成果。

(八)鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施：

- 1.全年經費2,200百萬元。
- 2.本計畫原則以5年為期程，用於網路費用、相關系統開發及獎勵院所上傳重要檢查、檢驗結果。
- 3.請於104年6月底前提送執行成果及成效評估報告。

(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1,404.5百萬元。
- 2.請於104年6月底前提送執行成果及成效評估報告。

(十)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，及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫。
- 3.請於104年6月底前提送執行成果及成效評估報告。

(十一)提升保險人管理效率：

- 1.全年經費285百萬元。
- 2.本計畫須報經衛生福利部法制單位通過後始得動支。
- 3.請於104年6月底前提送初步執行結果。

表 5 104 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 104 年 6 月底前提送執行成果。
非屬各部門總額支付制度範圍之服務	3,714	-54	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.請於 103 年 12 月委員會議說明擬調整支付標準項目與作業時程，並於 104 年 6 月底前提送執行情形。
全民健保高診次民眾就醫行為改善方案-藥師居家照護	54	54	1.以輔導至少 7,000 人為目標。 2.請於 104 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告。
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 型及 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	所列狂犬病治療藥費係用於治療被動物咬傷患者，防止狂犬病之發生。
推動促進醫療體系整合計畫	1,100.0	100.0	1.用於「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」3 億元、「論人計酬試辦計畫」3 億元，「跨層級醫院合作計畫」1 億元，及「提升急性後期照護品質試辦計畫」4 億元。 2.提升急性後期照護品質試辦計畫，得包含地區醫院及醫院附設護理之家或居家護理。 3.新增方案原則於 103 年 12 月底前完成相關程序，各計畫請於 104 年 6 月底前提送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)。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協 定 事 項
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費用。 2.經費之支用，依全民健康保險會 103 年 11 月委員會議通過之適用範圍與動支程序原則辦理。
ICD-10-CM/PCS 編碼	250	149.5	1.應於 105 年全面以 ICD-10-CM/PCS 申報。 2.計畫請於 103 年 12 月底前完成相關程序，並於 104 年 6 月底前提送執行成果。
鼓勵醫療院所即時 查詢病患就醫資訊 措施	2,200.0	0.0	1.本計畫原則以 5 年為期程，用於網路費用、相關系統開發及獎勵院所上傳重要檢查、檢驗結果。 2.請於 104 年 6 月底前提送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 104 年 6 月底前提送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，及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫。 2.請於 104 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告。
提升保險人管理效 率	285.0	285.0	1.本計畫須報經衛生福利部法制單位通過後始得動支。 2.請於 104 年 6 月底前提送初步執行結果。
總 計	11,316.9	534.5	

註：採支出目標制，由中央健康保險署管控。