

衛生福利部全民健康保險會
第 7 屆 114 年第 7 次委員會議資料

本資料未上網公開前

請勿對外提供

中華民國 114 年 9 月 26 日

衛生福利部全民健康保險會第 7 屆 114 年第 7 次委員會議議程

一、主席致詞

二、議程確認

三、確認上次(第 6 次)委員會議紀錄 ----- 1

四、本會重要業務報告 ----- 5

五、討論事項

115 年度醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診醫療給付費 用總額及其他預算協商結論案 ----- 25

六、報告事項

(一)114 年度各部門總額依核(決)定事項，須提貴會報告之具體 實施規劃/計畫(第四次續提)----- 31

(二)中央健康保險署「114 年 8 月份全民健康保險業務執行報 告」(書面報告)----- 33

七、臨時動議

三、確認上次(第 6 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(114)年 8 月 27 日衛部健字第 1143360126 號函送委員在案，並於同日併同會議資料上網公開。

決定：

衛生福利部全民健康保險會第7屆114年第6次委員會議紀錄
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國114年8月20日上午9時30分

地點：本部301會議室

主席：周主任委員麗芳

紀錄：許至昌、李德馥

出席委員：(依姓名筆劃排序)

田委員士金、朱委員益宏(台灣醫院協會羅常務理事永達代理)、吳委員永全、吳委員銘修、吳委員鏘亮、呂委員正華、李委員飛鵬、周委員慶明、林委員宜平、林委員恩豪、林委員敏華(中華民國農會徐二等專員珮軒代理)、花委員錦忠、洪委員瑜黛、胡委員峰賓、張委員田黨、張委員家銘、許委員舒博、許委員慧瑩(中華民國全國公務人員協會葉理事長書羽代理)、連委員賢明、陳委員世岳(中華民國牙醫師公會全國聯合會徐常務理事邦賢代理)、陳委員秀熙、陳委員建宗、陳委員相國、陳委員真慧、陳委員節如、陳委員麗琴、黃委員心苑、黃委員金舜、黃委員國祥、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、董委員正宗、詹委員永兆、蔡委員順雄、鄭委員力嘉、謝委員佳宜、嚴委員必文

請假委員：溫委員宗諭

列席人員：

本部社會保險司：陳專門委員淑華

中央健康保險署：石署長崇良、龐副署長一鳴、陳副署長亮好

本會：周執行秘書淑婉、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第4~5頁)

貳、優先報告事項(配合石署長崇良另有要公議程調整)(詳附錄第6~18頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：中央健康保險署「114年7月份全民健康保險業務執行季報告」，請鑒察。

決定：本案洽悉。

參、議程確認：(詳附錄第19頁)

決定：

- 一、本會將於衛生福利部交議115年度總額範圍(含各部門總額之「醫療服務成本及人口因素成長率」)案後，儘速函轉本會委員、各總額部門承辦團體及中央健康保險署，俾依交議內容辦理總額協商事宜。
- 二、餘照調整後議程進行。

肆、確認上次(第5次)委員會議紀錄：(詳附錄第19頁)

決定：確認。

伍、本會重要業務報告：(詳附錄第20~22頁)

決定：

- 一、確認「115年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議程」(如附件)，請轉知各總額部門協商代表依議程時段提早到場準備，另總額協商會議請本會委員務必親自出席，不得委由代理人出席。
- 二、餘洽悉。

陸、報告事項(詳附錄第23~29頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：114年度各部門總額專款項目執行期限屆期之檢討(提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署參考。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：上午10時50分。

115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議程

時間	內容(協商時間 ^註)	與會人員
114 年 9 月 24 日(三)		
09:00~09:30	報到/預備會議(供付費方、醫界方「視需要」召開會前內部會議)	
09:30~12:00	1.醫院總額協商(150 分鐘)	本會委員、醫院部門協商代表，與社保司、健保署及本會同仁
12:00~12:30	午餐	
12:30~13:20	2.門診透析服務協商 (醫院與西醫基層總額，50 分鐘)	本會委員、醫院及西醫基層協商代表，與社保司、健保署及本會同仁 (本節之協商，邀請腎臟醫學會列席)
13:20~13:30	中場休息	
13:30~15:25	3.西醫基層總額協商(115 分鐘)	本會委員、西醫基層部門協商代表，與社保司、健保署及本會同仁
15:25~15:35	中場休息	
15:35~17:15	4.中醫門診總額協商(100 分鐘)	本會委員、中醫部門協商代表，與社保司、健保署及本會同仁
17:15~17:25	中場休息	
17:25~19:05	5.牙醫門診總額協商(100 分鐘)	本會委員、牙醫部門協商代表，與社保司、健保署及本會同仁
19:05~19:35	晚餐	
19:35~20:50	6.其他預算協商(75 分鐘)	本會委員、健保署，與社保司及本會同仁
114 年 9 月 25 日(四)		
09:30~12:30	視需要處理協商未盡事宜	本會委員、相關部門協商代表，與社保司、健保署及本會同仁
114 年 9 月 26 日(五)		
09:30~12:30	第 7 次委員會議 (實體及視訊併行)	本會委員與社保司、健保署及本會同仁

註：各部門總額之協商時間已計列各部門視雙方需要自行召開內部會議時間。

四、本會重要業務報告

一、依上次(第 7 次)委員會議決定，本會於本(114)年 9 月 3 日收到衛生福利部(下稱衛福部)交議行政院核定之 115 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案(如附件一，第 10~14 頁)，旋即於當日以衛部健字第 1143360132 號書函將交議內容轉知委員，並據以確認 115 年度總額協商架構及原則之總額設定公式(如附件二，第 15~22 頁)；同時請各總額部門承辦團體及中央健康保險署(下稱健保署)重新審視已提出之 115 年度總額協商草案是否遵循交議之內容及規劃目標。若有調整，請於本年 9 月 5 日前回復修正版本。

二、另依本會第 5 次(114.7.23)委員會議決定事項，後續辦理情形如下：

(一)本會前於本年 8 月 4 日將本會周委員慶明提案、陳委員相國連署有關丹娜絲風災對醫療體系衝擊的臨時提案決定內容及委員所提相關建言，函請衛福部參考。健保署業依衛福部指示，於 8 月 21 日函復本會(略以)：該署將配合行政院公告之「114 年丹娜絲颱風風災災區範圍」及前開地區醫療院所 114 年 7 月申報情形，評估是否符合動支「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」之條件，再依程序提案至本會討論，如附錄一(第 37 頁)。

(二)本會前於本年 8 月 4 日將本會委員對 114 年度中醫門診醫療給付費用總額「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」預算扣減方式之建議，函送請衛福部參考。衛福部於本年 9 月 2 日函請健保署依本會 114 年第 5 次委員會議(114.7.23)決定建議辦理，並副知本會(如附錄二，第 38 頁)。

三、為落實全民健康保險法規定，發揮本會民意溝通平台之角色，本年度委託臺北市立大學辦理「多元公民參與模式探討-以健保資源配置之議題為例」研究計畫，研究團隊以「慢性腎臟病醫療照護政策評估」為議題，於 8 月份在北、中及南區共試辦 3 場公民會議，共計 104 人參加，會中亦邀請專家學者指導，及

健保署各分區業務組同仁共同參與，與會人員之共識意見摘要如附錄三(第 39~41 頁)。

四、衛福部及健保署於本年 8 月至 9 月份發布及副知本會之相關資訊摘要如下：[內容已置於該署全球資訊網，詳細內容及相關附件業於本年 9 月 18 日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

1.本年 8 月 29 日修正發布「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，並自本年 9 月 1 日生效，如附錄四(第 42~45 頁)。本次修正重點如下：

【轉診相關之預算來源為 114 年度醫院及西醫基層總額專款項目「鼓勵院所建立轉診合作機制」(醫院 224.7 百萬元，基層 258 百萬元)，餘為 114 年度醫院及西醫基層總額「新醫療科技」項下新增診療項目(醫院 11 億元，基層 0.5 億元)】

(1)為鼓勵醫療院所使用電子轉診平台及分級轉診(鼓勵下轉及接受下轉)，增修辦理轉診費等診療項目：

①新增 00192A「辦理轉診費_回轉及下轉—使用保險人電子轉診平台」(適用對象限醫學中心或區域醫院回轉或下轉至地區醫院或基層診所申報)；修正 01034B「辦理轉診費_回轉及下轉—使用保險人電子轉診平台」之適用對象(限醫學中心回轉或下轉至區域醫院、地區醫院回轉或下轉至基層診所申報；原為醫學中心、區域醫院、地區醫院皆可申報)。

②新增 00193C「接受下轉門診診察費加算—使用保險人電子轉診平台」。

③修正 01036C「辦理轉診費_上轉—使用保險人電子轉診平台」之院所表別(取消醫學中心可申報)與支付規範，及調降支付點數。

④刪除未使用保險人電子轉診平台之 01035B「辦理轉診

費_回轉及下轉」及 01037C「辦理轉診費_上轉」。

⑤修正 01038C「接受轉診門診診察費加算」診療項目適用對象(將原為「接受申報 01034B-01037C 之轉診案件」,修正為「接受申報 01036C 之上轉案件」,及新增「接受以紙本轉診單辦理轉診案件」之處理方式)及支付規範。

(2)新增診療項目:08135B「第十三因子測定」及 20049C「多發性硬化症/視神經脊髓炎 EDSS 量表評估」等 2 項檢查診療項目。

(3)修訂支付規範:

①放寬支付規範 6 項:12207B「白血病即時定量聚合酶連鎖反應法實驗室開發檢測(LDTs)」、14074C「HIV 病毒負荷量檢查」、33064B「雙能量 X 光骨質密度檢查」、36022B「乳癌術後低分次照射合併局部加強照射放射治療」、36023B「乳癌術後低分次照射無合併局部加強照射放射治療」、59014B「潛水病(減壓病)或急性氣栓塞症之高壓氧治療」。

②輸血及骨髓移植:整併「骨髓移植術」與「周邊造血細胞移植」為「造血幹細胞移植術」,爰修正診療項目名稱、支付規範(明訂植入之造血幹細胞來源包含骨髓、周邊造血細胞)與支付點數,及刪除 94204B「骨髓移植—植髓(自體或異體)」等 3 項診療項目。

(二)健保署

1.公告總額相關計畫如附錄五(第 46 頁),修訂重點如下表:

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
114.8.28/ 114.8.28	全民健康 保險偏鄉 地區全人 整合照護 執行方案	1.執行期間:修訂為方案效期 3 年,並自保險人核定生效日起進行籌備至核定當年 12 月 31 日,次年 1 月 1 日起執行。 2.執行地區:刪除各分區業務組各擇一個區域試辦之規定。

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		3.評核指標：修訂「可避免住院數-慢性指標」之疾病定義為糖尿病、COPD 及氣喘、高血壓、心臟衰竭、心絞痛。 4.比照 IDS 計畫，增列部分負擔收取規定。

2.本年 8 月 21 日、9 月 10 日函知 113 年度西醫基層及醫院總額品質保證保留款核發結果，如附錄六(第 47~50 頁)，摘要如下表：

核發項目	核發結果
113 年度西醫基層總額品質保證保留款核發結果	1.113年度預算231.4百萬元。 2.核發結果：113年特約院所家數11,081家，有8,331家(占率75.2%)符合獎勵條件且領取品保款，2,750家(占率24.8%)未領取品保款院所，其中1,303家(占率11.8%)不符合本方案第肆點核發資格之規定(如違反特管辦法37~40、44、45條違規情事者)，1,447家(占率13.1%)院所獎勵指標權重和為0或<80%。
113 年度醫院總額品質保證保留款核發結果	1.113 年預算 8.9 億元，醫學中心、區域醫院及地區醫院分別為 4 億元、3.3 億元及 1.5 億元(按當年各層級醫院核定點數占率分配)。 2.核發情形： 113 年結算醫院家數共 465 家，其中： (1)符合基本獎勵核發家數：醫學中心 22 家(核發率 100%)；區域醫院 82 家(核發率 98.8%)；地區醫院符合學會指標計畫 213 家(核發率 73.9%)、符合品質精進獎勵 185 家(核發率 59.2%)。 (2)符合指標獎勵核發家數：醫學中心 22 家(核發率 100%)；區域醫院 83 家(核發率 100%)；地區醫院 357 家(核發率 99.2%)。

3.本年 8 月 12 日公告 114 年「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等 7 項中醫醫療照護計畫(含子計畫)，自本年 8 月 1 日起新增之承作院所及醫師名單，如附錄七(第 51 頁，名單已置於該署全球資訊網)，各分

區承辦院所數、醫師數(人次)統計如附錄八(第 52 頁)。

- 4.本年 6 月至 8 月份公告暫予支付及修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分項目，藥品計 35 件、特材計 14 件，彙整如附錄九(第 53~57 頁)。

決定：

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：黃曼青
聯絡電話：(02)8590-6761
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hgching@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年9月3日
發文字號：衛部保字第1140137541號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：1. 行政院函。2. 各總額部門成長率。

主旨：有關「115年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」一案，業奉行政院核定，請依全民健康保險法第61條規定協議訂定其總額及分配方式，請查照。

說明：

- 一、依行政院114年8月27日院臺衛字第1141021415號函（附件1）辦理。
- 二、行政院核定115年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍成長率為2.942%至5.5%，函示略以：
 - （一）為利全民健康保險（以下簡稱健保）財務穩定及永續經營，請檢討健保財務收支及健保會運作協商機制，並適時評估檢討健保法整體修法工作。
 - （二）為持續促進健保制度革新，符合國家健康政策推動方向，請精進辦理下列事項：

114.09.03



114CC00702

- 1、就健保總額範圍擬訂公式進行全面性研究，以檢討其合理性，貼近實際需求。
- 2、就自費醫療項目及金額，強化有效之管理及監督機制，以保障病患就醫權益。
- 3、確保相關資源投入可確實優化醫事人員工作環境，並請全面檢討租稅等誘因對醫事人員流動之影響及合理性。
- 4、建構整合性之全人照護模式，以因應超高齡社會下之醫療照護需求。
- 5、全面檢視總額制度下各項政策或計畫之執行成效，並評估訂定具體明確之政策目標。

三、另115年健保總額範圍係考量投保人口結構改變、醫療服務成本及投保人口數對醫療費用之影響（各總額部門成長率如附件2），及115年總額規劃目標（如下）等各項因素所擬：

- （一）強化全人照護與慢性疾病管理，建構以病人為中心的健康照護，投資民眾健康。
- （二）友善醫事人員環境，鞏固醫療量能與醫療價值。
- （三）加速引進新藥新科技，提升支付合理性，照顧急重難罕病人醫療需求，強化醫療服務及品質。
- （四）提升醫療可近性與效能，平衡醫療資源配置。

正本：本部全民健康保險會

副本：衛生福利部中央健康保險署

檔 號：
保存年限：

行政院 函

地址：100009臺北市忠孝東路1段1號
電話：02-33566500

受文者：衛生福利部

發文日期：中華民國114年8月27日
發文字號：院臺衛字第1141021415號
速別：速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：所報115年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍一案，
核定全民健康保險醫療給付費用成長率下限為2.942%，上
限為5.5%。

說明：

- 一、復114年6月9日衛部保字第1141260252號函。
- 二、為利全民健康保險（以下簡稱健保）財務穩定及永續經營，請檢討健保財務收支及健保會運作協商機制，並適時評估檢討健保法整體修法工作。
- 三、為持續促進健保制度革新，符合國家健康政策推動方向，請精進辦理下列事項。
 - （一）就健保總額範圍擬訂公式進行全面性研究，以檢討其合理性，貼近實際需求。
 - （二）就自費醫療項目及金額，強化有效之管理及監督機制，以保障病患就醫權益。
 - （三）確保相關資源投入可確實優化醫事人員工作環境，並請全面檢討租稅等誘因對醫事人員流動之影響及合理性。
 - （四）建構整合性之全人照護模式，以因應超高齡社會下之醫療照護需求。

總收文 114.08.27



1140137541

(五)全面檢視總額制度下各項政策或計畫之執行成效，並評估訂定具體明確之政策目標。

正本：衛生福利部

副本：國家發展委員會、行政院主計總處



裝

訂

線

115 年各總額部門醫療服務成本及人口因素成長率

總額部門	投保人口結構改變對醫療費用之影響率(A)	醫療服務成本指數改變率(B)	投保人口預估成長率(C)	醫療服務成本及人口因素成長率 (1+A+B)*(1+C)-1
醫 院	1.866%	1.458%	0.320%	3.655%
西醫基層	0.962%	1.486%		2.776%
中 醫	0.824%	2.497%		3.652%
牙 醫	0.251%	1.893%		2.471%

抄本

檔 號： 附件二
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：盛培珠
聯絡電話：(02)8590-6877
傳真：無
電子郵件：hgpeichu@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國114年9月3日
發文字號：衛部健字第1143360132號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：1. 衛福部交議115年度總額範圍案、2. 115年度總額協商架構及原則

主旨：檢送衛生福利部交議之115年度全民健康保險醫療給付費用
總額範圍(下稱115年度總額)及其規劃目標，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部本(114)年9月3日衛部保字第1140137541號函，及本會第7屆本年第6次委員會議(114.8.20)決定事項辦理。
- 二、依旨揭交議內容，請本會依全民健康保險法第61條規定，在行政院核定之115年度總額範圍成長率2.942%至5.5%之間，協議訂定115年度總額及其分配方式(如附件1)。另依本會第7屆本年第4次委員會議(114.6.25)決議，據以確認115年度總額協商架構及原則之總額設定公式(如附件2)。
- 三、副本抄送各總額部門承辦團體及中央健康保險署，請重新審視貴管提出之最終協商草案，是否遵循衛生福利部交議之115年度總額範圍(含醫療服務成本及人口因素成長率)及其

規劃目標，並依據上開協商架構及原則辦理。若有調整必要，考量總額協商會議資料編製時效，請於114年9月5日前回覆修正版本，若逾期未回覆者，將視同無修正，尚祈見諒。

正本：周主任委員麗芳、田委員士金、朱委員益宏、吳委員永全、吳委員銘修、吳委員鏘亮、呂委員正華、李委員飛鵬、周委員慶明、林委員宜平、林委員恩豪、林委員敏華、花委員錦忠、洪委員瑜黛、胡委員峰賓、張委員田黨、張委員家銘、許委員舒博、許委員慧瑩、連委員賢明、陳委員世岳、陳委員秀熙、陳委員建宗、陳委員相國、陳委員真慧、陳委員節如、陳委員麗琴、黃委員心苑、黃委員金舜、黃委員國祥、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、溫委員宗諭、董委員正宗、詹委員永兆、蔡委員順雄、鄭委員力嘉、謝委員佳宜、嚴委員必文(依委員姓名筆劃排序)

副本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、衛生福利部中央健康保險署、本部社會保險司(均含附件)

115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則

第 7 屆 114 年第 4 次委員會議(114.6.25)通過

依據衛生福利部本(114)年 9 月 3 日衛部保字第 1140137541 號函交議總額範圍內容確認

壹、總額協商架構

一、總額設定公式

■年度部門別^{註1}醫療給付費用總額＝

[前一年度校正後部門別一般服務醫療給付費用^{註2、註3}×(1+年度醫療服務成本及人口因素成長率+年度協商因素成長率)]+年度專款項目經費+年度門診透析服務費用^{註4}

年度部門別醫療給付費用總額成長率＝

[年度部門別醫療給付費用總額－(前一年度之部門別醫療給付費用總額+前二年度投保人口預估成長率與實際之差值金額+前一年度健保總額違反「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)^{註5}]/(前一年度之部門別醫療給付費用總額+前二年度投保人口預估成長率與實際之差值金額+前一年度健保總額違反「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)^{註5}

■年度全民健保醫療給付費用總額＝

年度部門別^{註1}醫療給付費用總額之合計+年度其他預算^{註1}醫療給付費用

年度全民健保醫療給付費用總額成長率＝

[年度核定之全民健保醫療給付費用總額－(前一年度之全民健保醫療給付費用總額+前二年度投保人口預估成長率與實際之差值金額+前一年度健保總額違反「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)^{註5}]/(前一年度之全民健保醫療給付費用總額+前二年度投保人口預估成長率與實際之差值金額+前一年度健保總額違反「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)^{註5}

註：1.部門別為牙醫門診、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.因協商當時尚無法取得該年度實際投保人口數，爰自 97 年度開始，總額基期須校正前 2 年投保人口預估成長率與實際之差值金額(即 115 年度總額基期須校正 113 年度總額投保人口預估成長率與實際之差值金額)。

3.依本會 113 年第 4 次委員會議(113.5.22)確認之「114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，114 年度總額違反特約及管理辦法之扣款，於 115 年度總額協商基期費用加回。

4.西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

5.依衛福部報奉行政院核定之 115 年度總額基期，係以前 1 年度(114 年)健保醫療給付費用總額，校正前 2 年度(113 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額、加回前 1 年度(114 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。

二、醫療服務成本及人口因素

(一)按「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」、「醫療服務成本指數改變率」及「投保人口預估成長率」合併計算成長率。

(二)成長率計算公式

$$[(1+\text{投保人口結構改變對醫療費用之影響率}+\text{醫療服務成本指數改變率})\times(1+\text{投保人口預估成長率})]-1$$

(三)各項因子之計算公式與方法如附件，將依行政院核定之醫療服務成本及人口因素內涵辦理。

三、協商因素

(一)保險給付項目及支付標準之改變

預期新增給付項目及支付標準(如新醫療科技及新藥)改變，對醫療費用之影響率。

(二)鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康

為鼓勵提升醫療服務品質或促進國人健康，而允許增加費用之幅度。

(三)其他醫療服務利用及密集度之改變

反映其他醫療服務利用及密集度改變，對醫療費用之影響(排除已於醫療服務成本及人口因素反映部分)。

(四)醫療服務效率之提升

因全民健保支付制度之改革，造成醫療服務效率提升，預估其對醫療費用之影響。

(五)其他預期之法令或政策改變

其他預期之法令或政策改變及政策誘因，對醫療費用之影響。

四、專款項目

針對特定項目協商預算，採零基預算直接協定預算額度。

五、門診透析

(一)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。

(二)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。

(三)計算公式

年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用=前一年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用 \times (1+成長率)

年度門診透析服務費用=年度醫院門診透析服務費用+年度西醫基層門診透析服務費用

貳、總額協商原則

一、依據行政院核定之年度醫療給付費用總額範圍及政策目標進行協議擬訂，使健保政策延續並連結醫療給付費用總額。

二、配合全民健保財務狀況，合理配置健保資源

總額協商之前提，應考量全民健保財務狀況，回歸以提供醫療服務為意旨；且所協商總額應與社會經濟因素及全民健保保費收入情形連動，對有限健保資源，應予合理配置。

三、基期

以穩定為原則。若確需變動，應於前一年6月前提經議定；6月以後所議定調整事項，適用於下年度總額。

四、醫療服務成本及人口因素

各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率，採衛福部報奉行政院核定之數值與計算公式。

五、協商因素

(一)給付項目之調整

本會權責為協議訂定醫療給付費用總額及其分配，協商雙方應本對等原則，考量各總額部門之醫療衡平發展，就協商之項目給予合理配置，不涉及個別給付項目之決定。

(二)各部門之「品質保證保留款」

1.列為專款項目，用於鼓勵提升醫療品質。

2.考量各部門對「品質保證保留款」之運用方式各異，同意總額部門於取得內部共識後，可視需要由一般服務移列部分預算至品質保證保留款合併運用，並須提經本會通過。

(三)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱特管辦法)之扣款

1.列為協商減項，扣減前2年度(113年)違反特管辦法第37、39、40條違規事件本身之醫療費用，僅減列民眾檢舉及健保署主動查核所發現之違規案件，不減列總額受託單位或總額相關團體發揮同儕制約精神而主動舉發之案件。且於次年度(116年)

總額加回該違規扣款金額，不影響次年度總額協商之基期費用。

2.本項扣款數值，以協商時健保署提供者為準。

(四)一般服務之協商因素項目：

1.應於年度協商時提出具體之問題分析及需求評估、醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用。新增項目需提出執行目標及預期效益之評估指標，延續性項目需提出過去執行成果效益或檢討改善規劃，並須持續檢討執行目標及預期效益之評估指標，及檢附前開實證資料。

2.並於年度實施前提出具體實施方案，執行情形應即時檢討；若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則得核扣當年度預算；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(五)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，請健保署會同各部門總額相關團體議定後送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

六、專款項目

(一)回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出。實施成效納入下年度總額協商考量。

(二)新增計畫，視行政院所核定總額範圍及計畫需要，決定是否支持該計畫並協定預算。具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)應於年度實施前擬定完成。

(三)新增計畫應於年度協商時提出具體之問題分析及需求評估、醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用、執行目標及預期效益之評估指標，及檢附前開實證資料，並提出預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)，以利檢討退場或納入一般服務。若為續辦性專款項目則須持續檢討執行目標及預期效益之評估指標。

(四)其他預算部分：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。

七、其他原則

(一)新增協商項目或計畫，宜先列為專款項目，俟執行穩定且具成效後，未來年度再考量移至一般服務項目。

(二)年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方

式變動之。

- (三)醫療費用總額及分配，協商結束後，若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，其處理方式如下：
 - 1.衛福部核(決)定前，應經雙方具有委員身分之協商代表同意，依「全民健康保險會會議規範」之復議案程序辦理。
 - 2.衛福部核(決)定後，已成為政策決定事項，本會無權更動，若委員仍有不同意見，則依「全民健康保險會會議規範」提案討論，決議達共識部分，由本會向衛福部提出建議。
- (四)年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內。各部門總額成長率以不超過行政院核定範圍之上限值為原則。
- (五)醫療照護整合與效率提升成效之效益，部分用以獎勵醫療服務提供者，部分回歸保險對象。
- (六)對已協定之試辦性計畫，應嚴格監控，並提出評估報告供委員於協商時參考，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。
- (七)各總額部門之協商代表，需獲得充分授權。經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得酌予協商調整該部門總額單一細項金額，並予以定案。
- (八)各總額部門提出涉及使用年度總額調整支付標準項目之協商草案，健保署應評估是否連帶影響其他總額部門，如有影響，應於協商前提出受影響總額部門之預算需求評估，供本會協商時一併考量。協商時，請受影響總額部門列席。

附件、醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法

一、投保人口結構改變對醫療費用之影響率

以衛福部報行政院時可取得之最近完整一年醫療費用及計費人口數計算，即以 112 年醫療費用點數為基礎，計算 113 年納保人口年齡性別結構相對於 112 年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用點數之影響，年齡則以 1 歲為一組做調整(人口數為 3 月、6 月、9 月、12 月底計費人口數平均)。

二、醫療服務成本指數改變率

(一)成本項目之權數

採行政院主計總處 110 年「工業及服務業普查」結果，採第 5~95 百分位值之平均數為權重。

(二)成本項目之指數

採行政院主計總處 114 年 4 月發布之「物價統計月報」與查詢「薪情平臺」。各總額部門指標類別如下：

成本項目	指標類別	
人事費用	1/2「醫療保健服務業」薪資及 1/2「工業及服務業」薪資	
藥品費用	醫院	國產內銷及進出口物價指數—西醫藥品類
醫療材料費用		國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類
藥品、藥材及耗材成本	西醫	國產內銷及進出口物價指數—西醫藥品類
	基層	國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類
	牙醫	健保牙醫門診藥費權重及國產內銷及進出口物價指數—西醫藥品類
		國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類
	中醫	國產內銷及進出口物價指數—藥品類之中藥製劑
		國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類
基本營業費用	國產內銷及進出口物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	
其他營業費用	消費者物價指數—總指數	

註：醫療材料費用選擇與醫療儀器及材料相關之項目，故採用「理化分析用儀器及器具」、「電子醫療用儀器及設備」、「放射照相或放射治療器具」、「注射筒、聽診器及導管等醫療器材」、「整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品」及「其他醫療器材」；其他醫療器材，包括：注射器、點滴器(或輸液 pump)、病床、人工關節、洗腎用血液迴路導管、外科接管、血液迴路管(不含血壓計、血糖計、體溫計)。

(三)醫療服務成本指數改變率之指數值及計算

前述各指標項目，以 110 年指數為基值(訂為 100)，計算 113 年 1 月至 12 月相對 112 年 1 月至 12 月各指數年增率。

三、投保人口預估成長率

以最近一年可取得之實際投保人口成長率，即以 113 年對 112 年投保人口成長率計算(採各季投保人數之平均值)。

討論事項

提案單位：本會第三組

案由：115 年度醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診醫療給付費用總額及其他預算協商結論案，提請討論。

說明：

一、衛生福利部(下稱衛福部)於本(114)年 9 月 3 日交付行政院核定之「115 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」案，併附該部所擬 115 年總額規劃目標及各總額部門醫療服務成本及人口因素成長率，請本會依全民健康保險法第 61 條規定協議訂定其總額及分配方式(如第 10~14 頁)，摘要如下：

(一)行政院核定之總額範圍成長率為 2.942%至 5.5%，及健保署依本會本年第 3 次委員會議(114.5.21)決定提供之「112~115 年健保財務收支情形表」(如附件，第 28 頁)，彙整 115 年總額範圍相關資料如下表。

總額範圍	低推估值	高推估值
成長率	2.942%	5.5%
金額	約9,644億元(A)	約9,883億元(B)
B－A金額(協商空間)	約240億元	

(二)115 年總額規劃目標：

- 1.強化全人照護與慢性疾病管理，建構以病人為中心的健康照護，投資民眾健康。
- 2.友善醫事人員環境，鞏固醫療量能與醫療價值。
- 3.加速引進新藥新科技，提升支付合理性，照顧急重難罕病人醫療需求，強化醫療服務及品質。
- 4.提升醫療可近性與效能，平衡醫療資源配置。

(三)115 年各總額部門醫療服務成本及人口因素成長率：

總額部門	投保人口結構改變對 醫療費用之影響率 (A)	醫療服務成本 指數改變率 (B)	投保人口 預估成長率 (C)	醫療服務成本及 人口因素成長率 $(1+A+B) \times (1+C) - 1$
醫院	1.866%	1.458%	0.320%	3.655%
西醫基層	0.962%	1.486%		2.776%
牙醫門診	0.251%	1.893%		2.471%
中醫門診	0.824%	2.497%		3.652%

二、經本年 9 月 24 日協商會議後，115 年度各部門總額協商因素項目及其他預算協商結論，如附件一至附件五。(資料後附)

三、依本會 115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(下稱 115 年度協商程序)，於今日委員會議討論確認協商結論，如下：

(一)確認四部門總額及其他預算之總額及分配(含成長率、金額、協定事項)：依協商程序，**協定事項之文字在不違反原協商意旨前提下，可酌予調整修正**。另若未達共識兩案併陳，則請雙方就各自的建議方案進行確認。

(二)提供「執行目標」及「預期效益之評估指標」修訂建議：已請四總額部門及健保署就 9 月 24 日協商結果，進行調整，請委員提供修正建議。依協商程序，請以具體、可量化之結果面指標，呈現資源投入之具體效益。

四、依協商程序，115 年度總額協商後續須辦理事項：

(一)確認「執行目標」及「預期效益之評估指標」：達成共識部門，會後請健保署會同各總額部門研修 KPI，將研修後之結果提報 10 月份委員會議(114.10.22)確認。未達共識部門，將兩案併陳報請衛福部就 115 年總額規劃目標要求，逕予核定。

(二)地區預算分配：請各總額部門於本年 10 月 7 日前提送地區預算分配之建議方案，俾於 10 月份委員會議(114.10.22)討論。倘部門未提送分配建議方案，則由幕僚掣案提 11 月份委員會議(114.11.19)討論，並完成協定。

擬辦：

一、請確認 115 年度各部門總額協商因素項目及其他預算協商結論，

如附件一至附件五之附表。(資料後附)

二、有關「執行目標」及「預期效益之評估指標」：

(一)達成共識部門，請健保署會同各總額部門研修，將研修後之結果提報 10 月份委員會議(114.10.22)確認。

(二)未達共識部門，將兩案併陳報請衛福部就 115 年總額規劃目標要求，逕予核定。

三、有關各部門總額一般服務費用之分配，請各部門於本年 10 月 7 日前，提送地區預算分配之建議方案，以利本會掣案提 10 月份委員會議(114.10.22)討論。倘部門未提送分配建議方案，則由幕僚掣案提 11 月份委員會議(114.11.19)討論，並完成協定。

決議：

112年至115年健保財務收支情形表

單位：億元

項目	112年	113年	114年	115年	
				總額成長率 採下限2.942%	總額成長率 採上限5.5%
	審定決算數		預估數		
醫療給付費用總額	8,364	8,755	9,286	9,644	9,883
總額成長率	3.323%	4.700%	5.500%	2.942%	5.500%
保險成本	7,771	8,110	8,775	8,939	9,174
保險成本成長率	3.74%	4.37%	8.20%	1.87%	4.55%
保險收入	8,110	8,344	8,604	8,469	8,467
保險收入成長率	6.66%	2.89%	3.11%	-1.57%	-1.59%
一、保險費收入	7,730	7,998	8,256	8,338	8,338
（一）一般保險費	6,075	6,294	6,489	6,553	6,553
（二）補充保險費	723	715	643	636	636
（三）政府負擔不足法定36%之差額	933	988	1,124	1,149	1,149
二、其他收入	380	347	348	131	130
當年保險收支餘絀	339	234	-171	-470	-707
保險收支累計餘絀	1,388	1,622	1,451	980	744
約當保險給付支出月數	2.14	2.40	1.98	1.32	0.97

製表日期：114.09.04

說明：1、保險收入＝保險費收入＋其他收入。

2、保險成本＝醫療給付費用總額－保險對象應自行負擔之費用－代位求償獲償金額－菸捐挹注罕病等之醫療費用±調整項＋其他保險成本。

3、其他收入包括菸品健康福利捐及公益彩券盈餘等依法分配收入、其他補助收入、利息收入及呆帳提列(減項)等。

4、114年依健保會113年第10次委員會議(113.11.20)討論「全民健康保險114年度保險費率方案(草案)審議案」資料之假設條件進行推估。

5、115年保險費率維持以5.17%推估，政府負擔不足法定36%之差額，以行政院協商確立之法律見解及計算方式為基礎，另政府健保費法定下限認列範圍，以排除其他法令部分試算。

6、依行政院於114年8月27日以院臺衛字第1141021415號函核定115年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍成長率為2.942%至5.5%進行試算；至115年度總額基期，依衛福部114年6月9日函報行政院有關「115年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」，係採前1年度(114年)健保醫療給付費用總額(9,286.25億元)，校正前2年度(113年)投保人口預估成長率與實際之差值金額(+81.72億元)，及加回前1年度(114年)違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款(+0.14億元)計算為9,368.10億元。

7、行政院於112年撥補全民健康保險基金240億元、113年以中央政府疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別預算撥補200億元及114年納入政府依《因應國際情勢強化經濟社會及民生國安韌性特別條例》撥補健保基金200億元。

8、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：114 年度各部門總額依核(決)定事項，須提貴會報告之具體實施規劃/計畫(第四次續提)，請鑒察。

說明：

一、依衛生福利部 114 年 1 月 9 日衛部健字第 1143360008 號公告 114 年西醫基層醫療給付費用總額(下稱基層總額)及其分配暨本署 114 年 8 月 21 日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 114 年第 3 次研商議事會議紀錄辦理。

二、114 年度「強化基層照護能力及『開放表別』項目」決定事項：請本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」，提報至貴會最近一次委員會議。

三、114 年「執行目標」及「預期效益之評估指標」經上開會議討論修訂如下：

(一)執行目標：考量 113 年預算執行率為 88%，114 年目標值訂為 90%。

(二)預期效益之評估指標：預算執行率(分子：預算執行數；分母：預算數)。

四、本署說明：本次修訂係為利壯大基層醫療服務量能，落實分級醫療，爰調升執行目標，符合總額公告之決定事項。

報告單位業務窗口：成庭甄科長 聯絡電話：02-27065866分機2665

.....
本會整理說明：

一、本案係健保署就 114 年度總額核(決)事項應於 114 年第 1 次委員會議(114.3.26)提報本會項目，本次續提報之西醫基層總額「強化基層照護能力及『開放表別』項目」之「執行目標、預期效益之評估指標」，其餘應提報項目均已完成。

二、「強化基層照護能力及『開放表別』項目」專款，補充說明如下：

(一)自 106 年度總額起，為配合分級醫療政策，提升基層醫療服務

量能，每年於西醫基層專款項目編列本項預算，將原於醫院總額適用之診療項目開放於基層診所使用，以提升民眾於社區就醫的可近性，截至 114 年 6 月開放品項數計 71 項。114 年總額本項專款預算 17.2 億元，決定事項請健保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」，提本會最近 1 次委員會議。

(二)健保署已依上開決定事項，提出 114 年「執行目標」及「預期效益之評估指標」。主要以「預算執行率」作為目標及評估指標。提供歷年開放品項及預算執行情形如下供參。

收載 年度	預算數 (百萬元)	開放品項 數 ^{註1}	109	110	111	112	113	114 1~6 月
106	250.0	25	144.1	87.8	101.7	461.9	665.7	358.5
107	450.0	9	165.9	178.6	193.1	197.9	213.1	102.5
108	720.0	11	95.6	116.5	143.3	151.7	171.5	92.4
109	820.0	17→16	5.1	19.8	27.9	51.9	57.2	28.8
110	920.0	5	...	8.6	26.4	37.0	45.4	28.2
111	1,220.0	3	...	...	0.004	0.25	0.4	0.2
112	1,320.0	1	...	...	...	1.5	4.7	3.7
113	1,320.0	0	...	...	...	...	...	...
114	1,720.0	1	...	...	...	...	...	0
合計 ^{註2}	8,740.0	71	410.8	411.2	492.4	902.2	1,158.2	614.2
預算執行數 ^{註2}			410.7	409.1	490.3	890.2	1,155.9	614.2
預算執行率			50.1%	44.5%	40.2%	67.4%	87.6%	35.7%

註：1.各品項自公告日起實施。其中 109 年開放之二氧化碳雷射手術(62020C)，於 111.9.1 改回僅醫院層級申報(62020B)。

2.合計為申報點數，預算執行數為結算點數。

決定：

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：114 年 8 月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

(資料由中央健康保險署另行提供)

報告單位各項業務窗口：詳如業務執行報告內附

.....

本會整理說明：

- 一、依 102 年 2 月 22 日委員會議決定及 114 年度工作計畫，為提高議事效率，本項例行性業務報告，書面資料須每月併同委員會議資料寄送委員，但口頭報告改採季(每年 2、5、8、11 月)報方式辦理。爰本次提供書面資料，不進行口頭報告。請委員先行審閱，如有疑義可洽該署各項業務窗口。
- 二、另健保署業務執行報告電子檔已置於該署網頁(健保署首頁>健保資料站>健保業務報告>健保業務執行報告>衛生福利部中央健康保險署業務執行報告，網址：<https://gov.tw/XJC>)。

決定：

附錄

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：阮柏歡

聯絡電話：02-27065866 分機：2670

傳真：02-27069043

電子郵件：A111267@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年8月21日

發文字號：健保醫字第1140117640號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：無

主旨：有關衛生福利部114年7月份第3次部務會議指示，研議丹
娜絲風災地區開業醫療院所適當補償暨貴會周慶明委員關
切風災對醫療體系衝擊所提相關建言案，復如說明，請查
照。

說明：

- 一、依據衛生福利部社會保險司114年8月7日第1140807403號請
辦單轉貴會114年8月4日衛部健字第1143360114號書函辦
理。
- 二、本署將配合行政院公告之「中華民國一百十四年丹娜絲颶
風風災災區範圍」暨風災地區醫療院所於費用年月114年7
月之申報情形，評估是否符合動支「調節非預期風險及其
他非預期政策改變所需經費」之條件，再依程序提案至貴
會討論議定。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：衛生福利部社會保險司



114.08.22



1143340197

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：林偉翔
聯絡電話：(02)8590-6871
傳真：無
電子郵件：hsazk@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年9月2日
發文字號：衛部健字第1143360124號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關114年度中醫門診醫療給付費用總額專款項目「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」預算扣減方式建議一案，請依本部全民健康保險會114年第5次委員會議(114.7.23)決定建議辦理，請查照。

說明：依據本部全民健康保險會114年8月4日衛部健字第1143360113號函(副本諒達)辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：本部社會保險司、本部全民健康保險會、中華民國中醫師公會全國聯合會

4.09.02



114CC00701

慢性腎臟病醫療照護政策評估

試辦公民會議共識意見摘要

議題一

病人端參與促進：如何提升病患對初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(Early-CKD)之參與意願，並降低短期中斷率？

一、強化健康教育與病識感

多數病人(尤其長者)對 eGFR(estimated Glomerular Filtration Rate，腎絲球過濾率預估值)、creatinine(肌酸酐)等檢驗指標理解有限，應加強數值解釋並結合 Early CKD(初期慢性腎臟病)衛教，以確保病人理解數值意義，並透過醫師、藥師與個案管理師(下稱個管師)的專業解釋來提升病識感。衛教形式應多元化，例如：製作短影音或導入真人案例，以取代單向權威式的宣導，並同步讓家屬一同參與衛教課程，強化家庭支持效果。此外，建議將相關衛教觀念從小扎根，針對不同年齡層提供繪本、短劇與飲食引導，讓健康概念融入日常生活。同時，社區藥局、社區照顧關懷據點、協會與衛生所都應成為衛教據點，可多利用民俗節慶與地方活動進行宣導。最重要的是，必須反覆強調 Early CKD 的「可逆性」與「自己的身體自己顧」的責任觀，讓病人看到希望而非陷入無望感。

二、提升就醫便利性與誘因設計

能讓病人持續參與 Early-CKD 計畫的重要關鍵，是就醫便利。建議政府應推動設立 Early-CKD 專屬門診或獨立門診，並建立彈性的預約掛號制度，縮短等待時間，減少就診挫折。對於偏鄉與行動不便的病人，應設計多元交通支持措施，例如：交通補助、無障礙接駁車或遠距醫療服務，確保醫療資源不因地理限制而斷鏈。同時，必須導入誘因機制，例如：點數回饋、健康任務完成、回診抽獎等，持續創造參與動力，避免因計畫缺乏新意而流失。

三、建立社群與同儕支持系統

同儕與家庭支持是促進持續參與的關鍵。政策應推動建立病人社群，例如：LINE 群組、病友團體，讓病人彼此分享經驗、互相提醒並督促回診。好友、家屬透過「善意恐嚇」的提醒，都能有效增強病識感與行動力，補足醫療端資源不足的缺口。

四、推動資訊透明化與數位工具應用

政策應積極導入數位健康工具以強化資訊透明化。透過健保快易通與 LINE 平台，提供回診提醒、健康數據追蹤與異常警示，讓病人能隨時掌握自身狀況。社區層面則可推動健康護照，結合樂齡中心、寺廟、教會等據點，降低數位落差。宣導內容應設計簡單易懂、多語版本的短片(30 秒至 1 分鐘)，以趣味或震撼方式呈現 CKD 防治的重要性，提升病人接受度。

五、強化心理與情感支持

醫護人員的親和力與同理心，直接影響病患是否願意持續參與。應納入心理師支援，協助病患建立長期抗病的心理韌性。政策應鼓勵醫師與護理師提供具體建議與鼓勵，讓病人感受到「有人在乎」，避免因恐慌或無望感而退出計畫。同時應倡導自我責任意識，推動由「依賴醫療」轉變為「自我管理」。

議題二

醫療端推動與制度設計：如何強化第一線醫師轉介意願，並檢討現行制度對病患持續參與之限制？

一、強化制度與資源配置

分級照護的落實需要制度與資源支撐。政府應推動大醫院與診所協作，讓病人能在社區端獲得持續追蹤。基層診所需增加專案預算與承辦經費補助，提升執行彈性。人力配置上，必須補充醫師、護理師、營養師與心理師，並透過招募與留任制度降低第一線的負擔。偏鄉地區則可導入創新交通方案，例如：結合便利商店或物流業者(如偏鄉政府到不了，但蝦皮確有「店到店」的服務)，以解決交通不便的問題。應推動家庭導向的篩檢與衛教，降低高風險家屬的未來疾病風險。

二、推進專業發展與資訊揭露

為了提升醫療端的專業能量，必須建立定期的教育訓練，針對醫師、營養師與個管師加強差異化衛教能力，避免病人因單一宣導而失去耐心。衛教內容應避免引發恐慌，而是提供具體可行的建議。資訊揭露方面，應建置健康存摺雲端共享與簡化授權程序，並建立病患轉診、回診的即時警示機制。同時，應公開醫療機構參與 Early CKD 的成效數據，建立排行榜，促進醫療機構間的良性競爭。另可建構病患分類模型，協助醫師提供個別化轉介建議，提升精準度。

三、擴大政策宣導與社會支持

政策應避免將責任完全壓在醫師端，而是透過健保署及相關機構主導宣導工作，加強社會滲透。應鼓勵中醫納入 Early CKD 計畫，推動跨領域合作，並結合協會與社區據點，擴大衛教與轉介影響力。

四、推動科技與制度創新

政策上應著重於平台與制度創新，簡化申報與轉介流程，導入電子化與自動提醒系統，降低人工作業負擔。應活用健保大數據，回饋轉介成效與追蹤資訊，並整合健康存摺，讓醫師即時掌握病人狀態，提升醫療決策效率。

議題三

科技輔助與創新衛教：數位健康科技於衛教與病患自我管理支持系統中的應用潛力與挑戰為何？

一、發展智慧工具與健康平台

政策應將健保快易通升級為全民預設安裝的健康平台(如：建議與手機業者合作，讓消費者購買手機時，直接內建健康平台的 APP)，並擴充健康存摺功能，整合就醫與檢查紀錄，提供個人化衛教與提醒。App 介面必須簡單直覺，圖像化、語音化，並針對高齡者及慢病患者設計差異化功能，避免平台割裂。平台發展應以統一整合為優先，避免各醫院各自開發。應導入健康任務回饋機制，並推動視訊問診的廣泛應用，減少就醫不便。AI 技術則能協助分析健康數據，進行中長期風險預測，並給予生活型態與用藥建議。

二、建立多元衛教管道

數位衛教應跨足不同年齡層與使用習慣。LINE 官方帳號與客服機器人適合長者，YouTube 短片、Podcast 與廣播則能吸引年輕與中壯族群。政策應整合專家、名醫與 KOL(明星網紅代言)的參與，強化衛教可信度與傳播力。政府可開發 AI 真人語音衛教工具(如疾管家模式)，結合社群與志工，提升覆蓋率與實用性。

三、推動設備整合與數據共享

政策應支持穿戴裝置(智慧手錶、血壓血糖監測器)的普及，實現自動數據蒐集與回傳，並建立跨院所資訊共享與雲端整合，避免重複檢測與治療。平台必須具備即時回饋與主動推播功能，讓病患隨時獲得健康提醒。同時，針對高齡族群，應設計國台語的語音導覽與簡碼輸入，以降低操作門檻。

四、善用社會與組織力量

應結合地方政府、宗教團體、社區據點，舉辦數位衛教講座，培力民眾使用工具。醫師與護理師的推薦則是推動長者使用 App 的關鍵，必須被納入推廣策略。同時，應支持社區建立數位健康互助網絡，讓科技不只是工具，而是生活的一部分。

五、因應挑戰、建立永續支持

推動數位健康工具必須同時回應五大挑戰：一，資安與公信力，避免健保卡與病歷資料外洩與濫用；二，介面設計，應簡單穩定並持續更新；三，AI 的侷限，需增添人性化元素，避免僅提供冷冰冰的文字建議；四，推廣不足，必須結合醫師、護理師與政府宣傳擴大使用；五，經費與人力不足，政策必須在健保財務壓力下兼顧成本效益與永續性。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 令

發文日期：中華民國114年8月29日
發文字號：衛部保字第1141260375號
附件：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目修正規定1份



修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，並自中華民國一百十四年九月一日生效。

附修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目

部長邱泰源

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正總說明

本次醫療服務給付項目及支付標準之修正，為本（一百十四）年第三次修正，並自本年九月一日生效。

本次主要特定診療項目新增二項、放寬支付規範六項、整併造血幹細胞移植術項目及修正轉診支付標準。修正重點如下：

一、第二部西醫：

(一)第一章基本診療

1.第一節門診診察費：為鼓勵醫療院所使用電子轉診平台及分級醫療轉診：

(1)調升下轉及接受下轉等診療項目：

A.新增 00192 A「辦理轉診費_回轉及下轉—使用保險人電子轉診平台」，併同修正 01034B「辦理轉診費_回轉及下轉—使用保險人電子轉診平台」院所表別、適用對象、支付規範。

B.新增 00193C「接受下轉門診診察費加算—使用保險人電子轉診平台」。

(2)調降上轉辦理轉診費：修正 01036C「辦理轉診費_上轉—使用保險人電子轉診平台」支付點數、支付規範。

(3)刪除 01035B「辦理轉診費_回轉及下轉—未使用保險人電子轉診平台」及 01037C「辦理轉診費_上轉—未使用保險人電子轉診平台」。

(4)配合 00193C 新增，修正 01038C「接受轉診門診診察費加算」診療項目適用對象及支付規範。

- 2.第二節住院及急診觀察床診察費：配合本次修正 94201B 中文名稱及刪除 94206B 診療項目，爰修正 02027B「器官移植協調管理費」支付規範。

(二)第二章特定診療

1.第一節檢查：

(1)新增 08135B「第十三因子測定」及 20049C「多發性硬化症/視神經脊髓炎 EDSS 量表評估」。

(2)修正 12207B「白血病即時定量聚合酶連鎖反應法實驗室開發檢測(LDTs)」等五項診療項目支付規範。

(3)修正 15020B「支氣管切片奈印」診療項目英文名稱。

2.第二節放射線診療：修正 33064B「雙能量 X 光骨質密度檢查」等三項診療項目名稱或支付規範。

3.第六節治療處置：修正 59014B「潛水病（減壓病）或急性氣栓塞症之高壓氧治療」支付規範。

4.第七節手術：修正 64285B「反置人工全肩關節置換手術」等二項診療項目英文名稱或支付規範文字。

5.第八節輸血及骨髓移植：整併「骨髓移植術」及「周邊造血細胞移植」為「造血幹細胞移植術」。

(1)修正本節中、英文名稱為輸血及造血幹細胞移植 Blood Transfusion and Hematopoietic Stem Cell Transplantation，第三項名稱修正為造血幹細胞移植技術費 Hematopoietic Stem Cell Transplantation。

(2)修正 94201B「異體骨髓移植術」94202B「自體骨髓移植術」及 94205B「骨髓移植—抽髓（自體或異體）」三項診療項目中、英文名稱、支付規範或支付點數。

(3)刪除 94206B「異體周邊造血細胞移植」94207B「自體周邊造血細胞移植」及 94204B「骨髓移植—植髓（自體或異體）」三項診療項目。

二、第六部論病例計酬第二章婦科及第七部全民健康保險住院診斷關聯群第二章 Tw-DRGs 分類架構及原則：配合國際疾病分類第十版(ICD-10-CM/PCS)改版為西元二〇二三年版，修正相關文字。

副本

檔 號： 附錄五
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



4

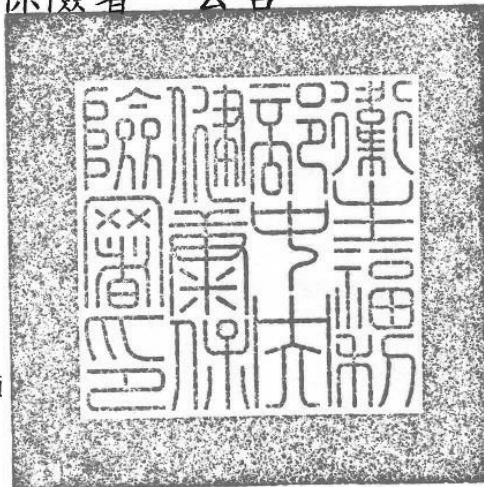
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年8月28日

發文字號：健保醫字第1140664294號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網法規公告區擷取)



主旨：公告修訂「全民健康保險偏鄉地區全人整合照護執行方案」

如附件，自公告日起實施。

依據：全民健康保險偏鄉地區全人整合照護執行方案。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部國民健康署、衛生福利部口腔健康司、衛生福利部疾病管制署、本署各分區業務組、本署醫務管理組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300218

114.9.1

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號
聯絡人：陳怡蓓
聯絡電話：02-27065866 分機：2614
傳真：02-2706-9043
電子郵件：A111034@nh.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年8月21日
發文字號：健保醫字第1140664194號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明二

主旨：有關113年西醫基層總額品質保證保留款（下稱品保款）

核發作業案，詳如說明，請查照。

說明：

一、依據本署113年1月12日健保醫字第1130100316號公告「113年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」辦理。

二、檢送113年度西醫基層總額品質保證保留款核發結果(附件)，摘要如下：

(一)113年預算計有231,411,861元。

(二)113年西醫基層總額特約院所家數共計11,081家(同附件表1)：

1、符合獎勵條件且核發品保款院所家數計8,331家(占率75.2%)，每家醫療院所計算核發金額採四捨五入方式計算，核發金額為231,412,715元，與預算(231,411,861元)相較差異854元，超出金額由本署健保基金支應。



114.08.22



1143340199

2、未核發品保款院所家數計2,750家（占率24.8%），其中1,303家（占率11.8%）院所不符本方案第肆點核發資格之規定，1,447家（占率13.1%）院所權重和為零或小於排序（由高至低）非為前80%之院所。

三、本案預訂於114年8月29日前完成113年度品保款核發作業，倘若有未列入本方案核發名單之特約醫療院所提出申復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度西醫基層總額品質保證保留款項下優先支應。

正本：中華民國醫師公會全國聯合會

副本：衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署資訊組、本署主計室



檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：廖慈珊

聯絡電話：02-27065866 分機：2641

傳真：02-27069043

電子郵件：A110547@nh.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年9月10日

發文字號：健保醫字第1140664538號

速別：速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明二 (A210300001_1140664538_doc1_Attach1.pdf)

主旨：檢送113年「醫院總額品質保證保留款」核發結果，詳如說明，請查照。

說明：

一、依據本署113年4月15日健保醫字第1130107134號公告「全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」辦理。

二、113年度醫院總額品質保證保留款（下稱品保款）核發結果（附件），摘要如下：

（一）113年品保款預算共8億9,020萬2,957元。

（二）各層級品保款預算以113年醫院各層級核定醫療點數占率分配，各層級醫院核定醫療點數與占率如下(表1)：

1、醫學中心：2,594.8億點（占45.2%）。

2、區域醫院：2,147.3億點（占37.4%）。

3、地區醫院：1,003.8億點（占17.5%）。

（三）各層級品保款分配預算（表1）：

1、醫學中心：總預算為4億元，其中基本獎勵為0.4億元（占10%），指標獎勵為3.6億元（占90%）。

114.09.10



1143340209

2、區域醫院：總預算為3.3億元，其中基本獎勵為0.5億元（占15%），指標獎勵為2.8億元（占85%）。

3、地區醫院：總預算為1.5億元，其中基本獎勵為0.9億元（占60%），指標獎勵為0.6億元（占40%）。

（四）各層級核發情形（表2）：

1、符合基本獎勵核發家數：醫學中心22家（核發率100%）；區域醫院82家（核發率98.8%）；地區醫院符合學會指標計畫266家（核發率73.9%），地區醫院符合品質精進獎勵213家（核發率59.2%）。

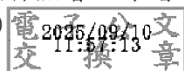
2、符合指標獎勵核發家數：醫學中心22家（核發率100%）；區域醫院83家（核發率100%）；地區醫院357家（核發率99.2%）。

3、每家醫療院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算數與實際核發數有差距，實際核發8億9,020萬2,951元，與預算數相差6元，剩餘金額回歸健保基金。

三、本案預訂於114年9月30日前完成113年醫院總額品質保證保留款核發作業。

四、辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之特約醫院提出申復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度醫院總額品質保留款項下優先支應。

正本：台灣醫院協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會
副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署資訊組、本署財務組、本署主計室（均含附件）



副本

檔 號： 附錄七
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



3

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年8月12日

發文字號：健保醫字第1140663586號

附件：請自行至本署全球資訊網下載



主旨：公告中醫門診總額照護計畫114年8月起新增承辦院所及醫師名單。

公告事項：

- 一、114年8月起新增「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等7項中醫門診總額照護計畫承作院所及醫師名單（附件），執行日自114年8月1日起。
- 二、附件請至本署全球資訊網首頁／最新消息／法規公告下載（網址為：<https://www.nhi.gov.tw/ch/mp-1.html>）。

副本：中華民國中醫師公會全國聯合會、衛生福利部中醫藥司、衛生福利部全民健康保險會、本署臺北業務組、本署北區業務組、本署中區業務組、本署南區業務組、本署高屏業務組、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300204

114 8. 12

7 項中醫醫療照護計畫(含子計畫)自 114 年 8 月 1 日起新增之承作院所數及醫師數

分區別 計畫名稱		項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
西醫住院病人中 醫特定疾病輔助 醫療計畫(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)		院所數	1	4	4	0	0	0	9
		醫師數	1	10	7	0	0	0	18
中醫提升孕產照 護品質計畫		院所數	1	10	4	0	1	0	16
		醫師數	1	14	7	0	1	0	23
中醫急症處置計 畫		院所數	0	1	2	0	0	0	3
		醫師數	0	3	3	0	0	0	6
中醫癌症患者加強 照護整合方案	癌症病人西 醫住院中醫 輔助醫療計 畫	院所數	1	4	4	0	0	0	9
		醫師數	1	10	7	0	0	0	18
	癌症病人中 醫門診延長 照護計畫	院所數	1	2	3	0	0	0	6
		醫師數	1	4	5	0	0	0	10
	特定癌症病 人中醫門診 加強照護計 畫	院所數	2	6	4	1	1	0	14
		醫師數	2	14	7	1	1	0	25
全民健康保險中 醫慢性腎臟病門 診加強照護計畫		院所數	1	7	6	1	4	0	19
		醫師數	1	15	9	2	5	0	32

中央健康保險署 114 年 6 月至 8 月份公告暫予支付及修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分項目如下：

一、藥品部分：計 35 件，其中 10 件為新藥收載、14 件為已收載藥品給付規定異動、11 件為其他(新收載品項暫予支付、已收載品項支付標準異動)。

(一)新藥收載：10 件

公告日期	藥物分類	公告主旨
114.6.13	新劑型新藥/眼科製劑	公告暫予支付含 cysteamine 成分藥品 Cystadrops 3.8mg/mL eye drops solution 及其藥品給付規定。(用於治療角膜胱胺酸結晶堆積，屬第 2B 類新藥)
114.7.15	新劑型新藥/心臟血管及腎臟藥物	公告暫予支付含 captopril 成分藥品 Cen-Capto Oral Solution 1 mg/ml "CENTER" 及其藥品給付規定。(用於治療兒童之高血壓、心臟衰竭、第一型糖尿病之腎病變，屬第 2A 類新藥)
114.7.15	新成分新藥/抗腫瘤藥物	公告暫予支付含 glofitamab 成分藥品 Columvi 2.5mg 及 10mg 共 2 項目及其藥品給付規定，暨修訂含 polatuzumab vedotin 成分藥品、含 tisagenlecleucel 成分藥品、含 obinutuzumab 成分藥品、含 elranatamab 成分藥品及含 teclistamab 成分藥品給付規定。(用於治療復發性或難治性瀰漫性大 B 細胞淋巴瘤，屬第 2A 類新藥；以暫時性方式支付 2 年)
114.7.15	新成分新藥/抗腫瘤藥物	公告暫予支付含 epcoritamab 成分藥品 Epkinly Solution for Injection 48mg/0.8ml、4mg/0.8ml 共 2 項目及其藥品給付規定，暨修訂含 polatuzumab vedotin 成分藥品(如 Polivy)及含 tisagenlecleucel 成分藥品(如 Kymriah)給付規定。(用於治療復發性或難治性瀰漫性大 B 細胞淋巴瘤，屬第 2B 類新成分新藥；以暫時性方式支付 2 年)
114.7.15	新成分新藥/腸胃藥物	公告暫予支付含 teduglutide 成分藥品 Revestive injection 5mg 及其藥品給付規定。(唯一經食藥署核准之 GLP-2 analogue 藥品用於短腸症病人，屬第 2A 類新藥)
114.8.11	新劑型新藥/免疫製劑	公告暫予支付含 infliximab 成分藥品 Remsima Solution for injection 及其藥品給付規定。(治療類風濕關節炎、克隆氏症、潰瘍性結腸炎之免疫製劑，屬第 2B 類新藥)
114.8.13	新成分新藥/抗腫瘤藥物	公告暫予支付含 asciminib 成分藥品 Scemblix 40mg Film-Coated Tablets 及其藥品給付規定。(用於已接受過二種以上酪胺酸激酶抑制劑治療之慢性期費城染色體陽性之慢性骨髓性白血病病人，屬第 2B 類新藥)
114.8.14	新成分新藥/眼科製劑	公告暫予支付含 moxifloxacin 成分藥品 Xinclame Ophthalmic Solution 5mL 共 1 項目。(用於治療細菌性結膜炎之廣效抗生素眼藥水，屬第 2B 類新藥)
114.8.14	新成分新藥/抗腫瘤藥物	公告暫予支付含 ripretinib 成分藥品 Qinlock Tablet 50mg 及

公告日期	藥物分類	公告主旨
	瘤藥物	其藥品給付規定。(用於治療晚期胃腸道基質瘤之第四線用藥，屬第 2B 類新藥)
114.8.15	新給藥途徑新藥/ 抗腫瘤藥物	公告暫予支付含 daratumumab 成分藥品 Darzalex 1800mg solution for subcutaneous injection，及異動 Darzalex Concentrate for solution for infusion 20mg/ml(5ml、20ml)共 2 項目之健保支付價格及修訂其藥品給付規定。(用於治療適合接受自體幹細胞移植的新診斷多發性骨髓瘤成人病人，屬第 2B 類新藥；皮下注射劑)

(二)已收載藥品給付規定異動：14 件

公告日期	分類	公告主旨
114.6.13	免疫製劑	公告異動含 secukinumab 成分藥品(如 Cosentyx)之支付價格及修訂其藥品給付規定。(擴增適用範圍，並調降支付價)
114.6.13	免疫製劑	公告修訂含 immunoglobulin human 成分藥品之給付規定。(擴增適用範圍)
114.6.13	抗腫瘤藥物	公告修訂 CDK4/6 抑制劑(如 ribociclib；palbociclib)給付規定。(擴增用於男性乳癌患者)
114.7.14	抗腫瘤藥物	公告異動含 pemetrexed 成分藥品 Pemetrexed Sandoz 25mg/mL Concentrate for solution for Infusion 100mg 及 500mg 共 2 品項之支付價格及修訂其給付規定。(擴增適用範圍，並調降支付價)
114.7.15	抗腫瘤藥物	公告異動含 zanubrutinib 成分藥品 Brukinsa capsules 80mg 之支付價格及修訂其藥品給付，及修訂含 obinutuzumab 成分藥品(如 Gazyva)之藥品給付規定。(擴增適用範圍，並調降支付價；以暫時性方式支付 2 年)
114.7.15	抗腫瘤藥物	公告異動含 bevacizumab 成分藥品 ABEVMY、Vegzelma concentrate for solution for infusion 及 MVASI Solution for Injection 之支付價格及修訂其給付規定。(擴增適用範圍，並調降支付價)
114.7.15	腸胃藥物	公告異動含 palonosetron 及 netupitant 成分複方製劑 Akynzeo Capsules 之健保支付價格及修訂其藥品給付規定。(擴增適用範圍，並調降支付價)
114.7.15	抗腫瘤藥物	公告修訂含 venetoclax 成分藥品(如 Venclexta)之藥品給付規定及異動含 azacitidine 成分藥品 Atalin Lyophilized Inj 100mg、Azacitidine Sandoz Powder for Suspension for Injection 100mg、Andason Lyophilized Powder for Injection 100mg 及 Vidaza Powder for Suspension for Injection 100mg 支付價暨修訂其給付規定。(擴增適用範圍，並調降支付價)
114.7.15	抗腫瘤藥物	公告修訂含 durvalumab 成分藥品 IMFINZI Injection 50 mg/ml 之給付規定。(擴增適用範圍)
114.7.15	抗腫瘤藥物	公告修訂含 cabozantinib 成分藥品(如 Cabometyx)藥品給付規定。(擴增適用範圍)
114.7.15	婦科製劑	公告修訂含 astosiban 成分藥品(如 Betosiban、Tractocile)之給付規定。(放寬療程使用時間限制)
114.8.1	心臟血管及腎臟	公告異動含 evolocumab 成分藥品 Repatha Solution for

公告日期	分類	公告主旨
	藥物	Injection 及含 alirocumab 成分藥品 Praluent solution for injection 75mg、150mg/ml 共 3 品項之健保支付價格及修訂其藥品給付規定。(放寬使用條件及療程使用時間限制，並調降支付價)
114.8.15	血液治療藥物	公告異動含 pegfilgrastim 成分藥品 Neulasta 之支付價格及修訂其藥品給付規定 4.1.2.2。(擴增適用範圍，並調降支付價)
114.8.28	抗腫瘤藥物	公告修訂含 bevacizumab 成分藥品 Alymsys concentrate for solution for Infusion 及 PARP 抑制劑(如 olaparib、niraparib、talazoparib)之給付規定。(擴增適用範圍，並調降支付價)

(三)其他：11 件

公告日期	分類	公告主旨
114.6.20	已收載品項支付標準異動	公告異動含 etoricoxib 成分膜衣錠之特殊藥品共 13 品項之支付價格。(認列為不可替代藥品，調高支付價)
114.6.30	新收載品項暫予支付及已收載品項支付標準異動	公告新增含 mannitol 成分之注射劑 100mL 及 500mL 為不可替代特殊藥品及異動其支付價格。(認列為不可替代藥品，調高支付價)
114.7.9	新收載品項暫予支付	公告新增含 morphine HCL 成分藥品 Morphine Hydrochloride Injection 20mg/mL 及含 oxycodone HCL 成分藥品 “PPCD” Oxycodone hydrochloride Immediate Release Capsules 5 mg 共 2 品項。(屬管制藥品，依衛福部備查函暫予支付)
114.7.15	新收載品項暫予支付	公告暫予支付含 upadacitinib 成分藥品 Rinvoq Extended-Release Tablets 45mg 及修訂含 upadacitinib 成分藥品之藥品給付規定。(用於治療克隆氏症及潰瘍性結腸炎成人之二線治療)
114.7.15	已收載品項支付標準異動	公告異動含 biperiden 成分注射劑之特殊藥品共 1 項目之支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
114.7.15	已收載品項支付標準異動	公告異動含 methylprednisolone 成分注射劑之特殊藥品共 9 項目之支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
114.7.15	新收載品項暫予支付及已收載品項支付標準異動	公告暫予支付新增及異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」之藥物項目計 112 項。
114.7.25	已收載品項支付標準異動	公告異動含 10.0% amino acids for hepatic 成分注射劑 200mL 及 400mL 之特殊藥品共 2 項目之支付價格。(認列為特殊藥品，調高支付價)
114.7.31	已收載品項支付標準異動	公告新增用於連續性全靜脈血液過濾術注射劑 CVVH Solution A 及 Sodium Chloride Injection 0.45% "TBC" 共 2 項目為不可替代特殊藥品及異動其支付價格。(認列為不可替代藥品，調高支付價)
114.8.15	新收載品項暫予支付	公告暫予支付含 tetanus toxoid 成分用於預防破傷風之不可替代特殊藥品 Tetanus toxoid alum precipitated "KUO KEANG"。
114.8.27	已收載品項支付	公告新增含 mitoxantrone 成分之注射劑 20mg 為不可替代

公告日期	分類	公告主旨
	標準異動	特殊藥品及異動其支付價格。(認列為不可替代藥品，調高支付價)

二、特材部分：計 14 件，其中 9 件為新特材收載、2 件為已收載特材給付規定異動、3 件為其他(新增既有功能類別品項、已收載品項支付標準異動)。

(一)新特材收載：9 件

公告日期	分類	公告主旨
114.6.10	工具類-環帶淚	公告暫予支付特殊材料「"佛朗惜眼" 淚得寧淚囊通管組」暨其給付規定。(用於淚小管相關病症手術後留置引流)
114.6.11	人工機能代用類-腎泌尿科類	公告暫予支付特殊材料「賽克索本吸附器」計 1 品項暨其給付規定。(用於血液吸附、血液灌流等體外循環療法之吸附器)
114.6.12	縫合結紮類	公告暫予支付特殊材料「"波士科技"單次使用止血導管」暨其給付規定。(用於消化道內視鏡止血)
114.6.12	人工機能代用類-心臟科心臟血管類	公告暫予支付特殊材料「"美敦力"植入式心臟監測器」計 1 項暨其給付規定。(用於持續監測心律不整風險偏高的病患心電圖波形及其他生理參數)
114.6.12	人工機能代用類-骨科類	公告暫予支付特殊材料「"邦美"史塔納克胸骨固定系統(未滿 8 孔)」計 1 項暨其給付規定。(用於胸骨骨折固定)
114.6.13	管套類-壓力監測類	公告暫予支付特殊材料「"巴德"威力舒樂週邊置入中心導管-單腔及雙腔(具磁力導航尖端心腔內電圖定位功能)」計 2 項暨其給付規定。(用於輸液、注射之週邊置入中心導管)
114.7.11	縫合結紮類	公告暫予支付特殊材料「消化道內視鏡止血夾-單組件止血釘夾/一體成形整組含遞送裝置+止血釘夾」計 12 項暨其給付規定。(用於消化道內視鏡止血)
114.7.15	管套類-栓塞治療類	公告暫予支付特殊材料「"百而康"遞西微珠藥物傳遞栓塞系統」(衛署醫器輸字第 020976 號)等 4 項暨其給付規定。(用於搭載化療藥物栓塞微球體)
114.8.15	人工機能代用類-心臟科心臟血管類	公告暫予支付特殊材料「"戈爾"戈爾特賜人工血管(直徑內徑 12-18MM*40CM)」及「"戈爾"戈爾特賜人工血管(直徑內徑 20-24MM*40CM)」計 2 項。(用於主動脈或肺動脈之替代及置換)

(二)已收載特材給付規定異動：2 件

公告日期	分類	公告主旨
114.6.13	人工機能代用類-骨科類	公告修訂既有功能類別特殊材料「抗生素骨水泥」給付規定。(增列主次診斷碼)
114.8.14	人工機能代用類-骨科類	公告修訂既有功能類別特殊材料「關節內注射劑」

公告日期	分類	公告主旨
		給付規定。(增加不得併同申報之規範)

(三)其他：3 件

公告日期	分類	公告主旨
114.6.6	新增既有功能類別特材、已收載品項支付標準異動	公告新增及異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準之特材品項」計 118 項。
114.8.12	已收載品項支付標準異動	公告異動既有功能類別特材「”巴德”膀胱穿刺針組」之支付標準。
114.8.13	新增既有功能類別特材、已收載品項支付標準異動	公告新增及異動「全民健康保險藥物給付項目及支付標準之特材品項」計 128 項。

衛生福利部全民健康保險會

第 7 屆 114 年第 7 次委員會議補充資料目錄

會議時間：114 年 9 月 26 日

- 一、本會重要業務報告(會議資料第7頁) ----- 1
 新增說明四(一)之 2(有關健保法施行細則第 45 條、第 73 條
 預告修正案)
- 二、討論事項
 「115 年度醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診醫療給付
 費用總額及其他預算協商結論案」之協商結論附件一至五
 (會議資料第 27 頁)

(會議資料第 7 頁)

四、本會重要業務報告：新增說明四(一)之2(有關健保法施行細則第45條、第73條預告修正案)

.....

說明：

四、衛福部及健保署於本年 8 月至 9 月份發布及副知本會之相關資訊摘要如下：[內容已置於該署全球資訊網，詳細內容及相關附件業於本年 9 月 18、25 日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

2.本年9月24日預告「全民健康保險法施行細則」第45條、第73條修正草案，內容如附件(第2~7頁)。本次預告修正重點如下：

(1)為落實健康臺灣醫療政策，明確政府健保財務責任及強化對健保資源投入，達成健保永續經營之目標，修正細則第45條，將非屬本法規定之補助排除納入計算政府負擔健保總經費。(修正健保法施行細則第45條)。

(2)定明本次修正自114年1月1日施行。(修正健保法施行細則第73條)

檔 號：
保存年限：

附件

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：張桂津
聯絡電話：(02)8590-6729
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：mdliann@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年9月24日
發文字號：衛部保字第1141260404B號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：「全民健康保險法施行細則」第四十五條、第七十三條修正草案公告影本(含附件)1份

主旨：檢送本部114年9月24日於行政院公報刊登預告「全民健康保險法施行細則」第四十五條、第七十三條修正草案公告、
「全民健康保險法施行細則」第四十五條、第七十三條修正草案總說明及修正草案條文對照表各1份，對於本公告內容有任何意見或修正建議者，請於本公告刊登公報次日起14日內陳述意見或洽詢本部，請查照。

正本：行政院主計總處、衛生福利部中央健康保險署、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會
副本：

114.09.25



114CC00753

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國114年9月24日
發文字號：衛部保字第1141260404號
附件：「全民健康保險法施行細則」第四十五條、
第七十三條修正草案1份



主旨：預告修正「全民健康保險法施行細則」第四十五條、第七十三條草案。

依據：行政程序法第一百五十一條第二項準用第一百五十四條第一項。

公告事項：

- 一、修正機關：衛生福利部。
- 二、修正依據：全民健康保險法第一百零三條。
- 三、「全民健康保險法施行細則」第四十五條、第七十三條修正草案如附件。本案另載於本部全球資訊網站「法令規章/衛生福利法規檢索系統」（網址 <https://mohwlaw.mohw.gov.tw/>）之「法規草案」網頁及國家發展委員會「公共政策網路參與平臺—眾開講」網頁（網

址：<https://join.gov.tw/policies/>）。

四、本案僅涉政府增加撥補全民健保金額，未影響民眾負擔，且有助全民健保永續經營，儘速落實符合社會期待，爰縮短預告期間為14日。對於本公告內容有任何意見或修正建議者，請於本公告刊登公報次日起14日內陳述意見或洽詢：

(一)承辦單位：衛生福利部社會保險司

(二)地址：11558臺北市南港區忠孝東路6段488號4樓

(三)聯絡人：張技正

(四)電話：(02)85906666轉6729

(五)傳真：(02)85906048

(六)電子郵件：mdliann@mohw.gov.tw

部長 石崇良



全民健康保險法施行細則第四十五條、第七十三條修正草案總說明

全民健康保險法施行細則（以下稱本細則）於八十四年一月二十八日訂定發布，其後歷經十八次修正，最近一次修正為一百十三年十二月二十一日。

按全民健康保險法（以下稱本法）第三條第一項規定「政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之百分之三十六。」；自一百零五年起，本細則第四十五條規定，有關政府每年度負擔本保險之總經費，除本法規定外，將政府依其他法律規定補助保險對象之保險費，以及受僱者育嬰留職停薪期間，政府補助原由雇主負擔之保險費納入計算。然前開條文自施行以來，衍生諸多社會保險與社會福利界線模糊，及政府撥補金額減少影響健保財務穩定等疑義。為落實健康臺灣醫療政策，明確政府健保財務責任及強化對健保資源投入，達成健保永續經營之目標，修正本細則第四十五條，將非屬本法規定之補助排除計算；另配合本法第三條係按年度計算政府負擔本保險總經費，同時修正第七十三條第二項條文，定明本次修正自一百十四年一月一日施行，以茲明確，爰擬具本細則第四十五條、第七十三條修正草案。

全民健康保險法施行細則第四十五條、第七十三條修正草案條文對照表

修正條文	現行條文	說明
<p>第四十五條 本法第三條第一項所稱政府每年度負擔本保險之總經費如下：</p> <p>一、政府為投保單位時，依本法第二十七條第一款第一目、第二目及第三十四條規定應負擔之保險費。</p> <p>二、政府依本法第二十七條規定補助各類被保險人及其眷屬之保險費。</p>	<p>第四十五條 本法第三條第一項所稱政府每年度負擔本保險之總經費如下：</p> <p>一、政府為投保單位時，依本法第二十七條第一款第一目、第二目及第三十四條規定應負擔之保險費。</p> <p>二、政府依本法第二十七條<u>與其他法律規定補助各類被保險人及其眷屬之保險費。</u></p> <p>三、<u>受僱者育嬰留職停薪期間，政府補助原由雇主負擔之保險費。</u></p>	<p>一、二代健保修法時，有鑑於補充保險費主要由民眾及民營雇主負擔，政府整體保險費負擔率將相對下降；基於照顧人民及強化政府財務責任，增訂本法第三條，將政府負擔比率由施行前約百分之三十四，調高並定明為不得低於百分之三十六。</p> <p>二、有關用以計算政府負擔本保險總經費範圍之認列，二代健保實施初期，依過去計算政府負擔數觀念，係指政府依本法第二十七條及第三十四條規定負擔或補助之保險費；經保險人按年核計結算後，政府負擔率如未達百分之三十六，則由主管機關依本法第三條第二項編列預算撥補。惟嗣後考量本法第三條第二項「依法令」之字義，計算範圍並未限定本法，爰於一百零五年十二月二十三日修正本條，將政府依其他法律規定補助保險對象之保險費及受僱者育嬰留職停薪期間，政府補助原由雇主負擔之保險費納入計算。</p> <p>三、然本條施行以來，外界多次質疑，新增之政府補助項目多屬社會福利範疇，納入政府負擔數計算，不僅混淆政府於社會保險之財務責任，且用以確保政府基本財務責任之差額撥補經費亦從而減少，嚴重影響健保財務健全。為明</p>

		確、強化政府負擔健保財務責任，並落實健康臺灣醫療政策，增加政府健保資源投入，確保健保永續經營，爰修正第二款文字，並刪除第三款，將非屬本法規定之補助，皆排除計算。
<p>第七十三條 本細則自中華民國一百零二年一月一日施行。</p> <p>本細則修正條文，除中華民國一百零四年十二月十五日修正之第四十五條自一百零五年一月一日施行，<u>一百十四年〇月〇日修正發布條文自一百十四年一月一日施行外</u>，自發布日施行。</p>	<p>第七十三條 本細則自中華民國一百零二年一月一日施行。</p> <p>本細則修正條文，除中華民國一百零四年十二月十五日修正之第四十五條自一百零五年一月一日施行外，自發布日施行。</p>	<p>配合本法第三條係按年度計算政府負擔本保險總經費，修正第二項，定明本次修正自一百十四年一月一日施行，以茲明確。</p>

115 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

■115 年度醫院醫療給付費用總額＝校正後 114 年度醫院一般服務醫療給付費用 $\times(1+115$ 年度一般服務成長率) $+115$ 年度專款項目經費 $+115$ 年度醫院門診透析服務費用

■115 年度醫院門診透析服務費用＝114 年度醫院門診透析服務費用 $\times(1+115$ 年度成長率)

註：校正後114年度醫院一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部114.9.3衛部保字第1140137541號交議總額範圍函確認，以前1年度(114年)醫院一般服務醫療給付費用，校正前2年度(113年)投保人口預估成長率與實際之差值金額，及加回前1年度(114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。

二、總額協商結論：

(一)一般服務成長率為 5.101%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.655%，協商因素成長率 1.446%。

(二)專款項目全年經費為 49,746.1 百萬元。

(三)門診透析服務成長率為 2.209%。

(四)前述三項額度經換算，115 年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長 5.500%。各細項成長率及金額，如附表。

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，依協定事項辦理，並於 115 年 7 月前提報執行情形，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)；實施成效納入 116 年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

1.新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)(0.689%，預估增加 4,000 百萬元)：

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，並於協商 116 年度總額前，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，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。

2.藥品及特材給付規定改變(0.431%，預估增加 2,500 百萬元)：

請中央健康保險署在額度內妥為管理運用，並於協商 116 年度總額前，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。

3.因應牙醫支付標準調整所增加預算(0.0001%，預估增加 0.5 百萬元)：

用於因應牙醫門診總額 113 年度調整支付標準，預估於醫院總額增加之費用。

4.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)(-0.026%，減列 150 百萬元)：

(1)減列「離島醫院住院案件加計 30%之費用」150 百萬元，移至專款項目「離島地區加成費用」。

(2)本項目之 114 年預算額度剩餘款，併同專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」統籌運用。

5.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性提升，醫療服務密集度改變(0%)。

6.因應流感/類流感、長新冠照護，造成醫院醫療服務密集度改變(0%)。

7.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(自專款項目移列一

般服務項目)(0.002%，預估增加 9 百萬元)：

請中央健康保險署於額度內妥為管理運用。

8.精進成人預防保健併行診療服務之照護品質(0%)：

請中央健康保險署監測成人預防保健併行診療服務之醫療密集度改變情形，以利評估預算需求。

9.因應醫院評鑑政策改變，醫學中心家數變動所產生的醫療服務密集度及預算重分配效應影響(0%)。

10.代謝症候群防治計畫後續照護衍生費用(0%)。

11.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(自專款項目移列一般服務項目)(0.086%，預估增加 500 百萬元)：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體檢討執行內容及獎勵方式(排除已由公務預算支應部分)，落實分級醫療之目的。

12.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(自專款項目移列一般服務項目)(0.172%，預估增加 1,000 百萬元)：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體檢討執行內容及執行成效，落實分級醫療之目的。

13.0~6 歲兒童醫療量能保障(0.092%，預估增加 536 百萬元)(115 年新增項目)：

(1)本項額度 536 百萬元，用於保障 0~6 歲兒童醫療服務量能每點 1 元，經費如有不足，由其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」項目支應。

(2)本項預算與一般服務預算保留之 0~6 歲兒童醫療費用 12,014 百萬元合併運用(計 12,550 百萬元)，保留額度將與西醫基層總額額度合併，用於支應 0~6 歲兒童醫療費用。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①執行目標(暫列)：確保 0~6 歲兒童就醫權益的維護，保障其醫療費用採固定點值。

預期效益之評估指標(暫列)：鼓勵醫院擴大醫師參與幼兒專責醫師制度之人數不低於 112 年。

②訂定具體實施規劃(包含執行方式及具體提升兒童醫療量能之監測指標)，並於 115 年 6 月前提出專案報告。

③監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用。

14.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.0004%，減少 2.4 百萬元)：

於 116 年度總額加回本項違規扣款金額。

(二)專款項目：全年經費為 49,746.1 百萬元。

具體實施方案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，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，應於 115 年度總額公告後 1 個月內完成。

1.暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)：

(1)全年經費 600 百萬元。

(2)請中央健康保險署在額度內妥為管理運用，對於新醫療技術之導入項目及具體執行方式，請妥為規劃後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。

2.C 型肝炎藥費：

(1)全年經費 1,200 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)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並檢討實施成效，節流效益請適度納入總額預算財源，或做為提升醫療服務與品質之用，以提升資源使用效率。

3.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

(1)全年經費 19,191 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，於額度內妥為管理運用。

4.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

(1)全年經費 5,871 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，於額度內妥為管理運用。

5.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

全年經費 5,364.3 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

6.醫療給付改善方案：

(1)全年經費 2,618.5 百萬元。

(2)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、擴大多重慢性病收案照護(ASCVD)及加護病房侵襲性呼吸器優化管理計畫等方案。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①滾動式檢討方案內容及加強結果面之成效評估，對照護率無法提升的項目，請研議具體改善策略。

②持續朝全人照護方向整合相關計畫(如：地區醫院全人全社區照護計畫、家庭醫師整合性照護計畫等)，以提升照護成效。

7.急診品質提升方案：

- (1)全年經費 300 百萬元。
- (2)請中央健康保險署精進方案執行內容，積極提升急診處置效率及急診照護品質，並於額度內妥為管理運用，以提升執行成效。

8.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

本項移併至專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」通盤研議。

9.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

- (1)全年經費 135.5 百萬元，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不同地區醫療需求特性及其利用情形，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：

- (1)全年經費 2,000 百萬元。
- (2)請中央健康保險署精進方案執行內容及檢討計畫成效，並於額度內妥為管理運用。

11.鼓勵院所建立轉診合作機制：

- (1)全年經費 224.7 百萬元，經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①會同醫院及西醫基層總額相關團體，持續檢討支付方式及強化院所轉診合作機制，提升成功下轉案件，以落實分級醫療政策。
 - ②持續監測各層級上下轉情形及病人流向與醫療費用變化情形，以評估執行效益。

12.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金：

本項移列至一般服務項目「腹膜透析追蹤處置費及

APD 租金」。

13.精神科長效針劑藥費：

- (1)全年經費 3,006 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)請中央健康保險署積極推動，並於額度內妥為管理運用，後續請評估執行效益(如整體醫療費用變化)及導入一般服務之可行性。

14.鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫：

- (1)全年經費 300 百萬元。
- (2)請中央健康保險署精進計畫內容，檢討獎勵方式及支付誘因，並評估病人脫離呼吸器及安寧療護之照護成效。

15.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能：

本項移列至一般服務項目「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」。

16.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能：

本項移列至一般服務項目「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」。

17.地區醫院全人全社區照護計畫：

- (1)全年經費 500 百萬元。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①滾動式檢討計畫內容，並鼓勵醫院積極參與。
 - ②本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請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。

18.區域聯防-提升急重症照護品質：

(1)全年經費 268 百萬元，本項移出「術後加速康復推廣計畫」，單獨列項。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①滾動式檢討計畫內容，加強區域聯防及網絡建置，以提升急重症照護成效。

②本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請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。

19.抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①執行目標(暫列)：鼓勵醫院投入抗微生物製劑管理及感染管制品質的提升。

預期效益之評估指標(暫列)：鑑於本項於 114 年開始編列，建議評估指標續 114 年之項目，暫一年後再予檢討。

A.參與醫院重點監測抗藥菌占率不高於 112 年。

B.參與醫院高度管制性抗微生物製劑 DDD 耗用量或 DID(住院抗生素耗用量密度)不高於 112 年。

②精進計畫內容及績效指標，並鼓勵醫院積極參與。

③本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請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。

20.促進醫療服務診療項目支付衡平(115 年新增項目)：

(1)全年經費 1,891.5 百萬元，本項經費如有不足，由其他預算同項專款支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①執行目標(暫列)：本項預算原於其他部門，已於 114 年用以調整急診診察費、急診觀察床診察費、離島急救責任醫院急診醫療服務點數加成、急性一般(含精神)病床護理費等項。

預期效益之評估指標(暫列)：下列 4 項任一項合格即達標。

A.急診病人轉出率(排除直接轉入他院住院案件)不高於 113 年。

B.每季急診轉住院病人滯留急診超過 24 小時之日均人次，不大於 113 年。

C.急診轉住院人次占率較去年增加。

D.急診病人停留超過 24 小時之案件比率較 113 年下降。

②本項併入「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」通盤研議，修訂支付標準，系統性檢討各項支付成本及相對合理性。

③114 年度一般服務項目「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)」預算額度剩餘款，併同本項統籌運用。

④本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

⑤本項以 1 年為檢討期限(115 年)，會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，並於執行第 1

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。

- ⑥併同西醫基層總額及其他預算同項專款，將具體實施方式及執行情形，於 115 年 7 月前提出專案報告。

21.住院護理費用(115 年新增項目)：

- (1)全年經費 4,500 百萬元。
- (2)執行目標(暫列)：提升護理人員調薪人數比率達一定比率。

預期效益之評估指標(暫列)：提升服務於醫院一般急性病床之護理人員與 113 年 12 月相較增加其薪資增加一定比率，其比率擬於中央健康保險署共同研商設計，契合預期效益之可行性、合理性。

- (3)本項用於調升住院護理費用，請落實用於調升護理人員薪資，鞏固醫療量能，並訂定具體實施規劃，於 115 年 5 月前提報全民健康保險會。

22.離島地區加成費用(自一般服務項目及其他預算移列專款項目)：

- (1)全年經費 200 百萬元。
- (2)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

23.全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS(自專款項目拆分)：

- (1)全年經費 200 百萬元。
- (2)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)全年經費 1,075.6 百萬元。

(2)115 年度品保專款額度(1,075.6 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品保款之額度(388.7 百萬元)，合併運用(計 1,464.3 百萬元)。

(3)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。

(三)門診透析服務：

1.門診透析服務總費用成長率為 3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統籌運用。

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 2.209%。

3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 48,796.3 百萬元)，其中 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，且 300 百萬元不得流用於一般服務，全年預算如有不足，則由一般服務支應。

4.本項經費扣除「鼓勵院所加強腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質」，其餘預算優先用於調整門診透析支付標準。

5.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)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。

(2)鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，尤其應持

續精進及推動「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」及「居家血液透析與提升其照護品質」實施方案，並監測計畫執行成效及病人照護品質與健康結果，並於 115 年 8 月前提報專案報告。

附表 115 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)	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		3.655%	21,224.8	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	0.320%		
	人口結構改變率	1.866%		
	醫療服務成本指數 改變率	1.458%		
協商因素成長率		1.446%	8,393.1	請於 115 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 116 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、 新增修診 療項目)	0.689%	4,000.0	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，並 於協商 116 年度總額前，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，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。
	2.藥品及特 材給付規 定改變	0.431%	2,500.0	請中央健康保險署在額度內妥 為管理運用，並於協商 116 年 度總額前，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。
	3.因應牙醫 支付標準 調整所增 加預算	0.0001%	0.5	用於因應牙醫門診總額 113 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)	協定事項
	其他議 定項目	4.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)	-0.026%	-150.0	1.減列「離島醫院住院案件加 計30%之費用」150百萬元， 移至專款項目「離島地區加 成費用」。 2.本項目之114年預算額度剩 餘款，併同專款項目「促進醫 療服務診療項目支付衡平」 統籌運用。
	其他醫 療服務 利用及 密集度 之改變	5.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 性提升， 醫療服務 密集度改 變	0.000%	0.0	
		6.因應流感/ 類流感、 長新冠照 護，造成 醫院醫療 服務密集 度改變	0.000%	0.0	
	保險給 付項目 及支付 標準之 改變	7.腹膜透析 追蹤處置 費及APD 租金 (自專款項 目移列一 般服務項 目)	0.002%	9.0	請中央健康保險署於額度內妥 為管理運用。

項目			成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
	其他醫療服務及 利用集中度 之改變	8.精進成人 預防保健 併行診療 服務之照 護品質	0.000%	0.0	請中央健康保險署監測成人預防保健併行診療服務之醫療集中度改變情形，以利評估預算需求。
		9.因應醫院 評鑑政策 改變，醫 學中心家 數變動所 產生的醫 療服務密 集度及預 算重分配 效應影響	0.000%	0.0	
		10.代謝症候 群防治計 畫後續照 護衍生費 用	0.000%	0.0	
	保險給 付項目 及支付 標準之 改變	11.持續推動 分級醫療，優化 社區醫院 醫療服務 品質及量 能 (自專款項 目移列一般 服務項目)	0.086%	500.0	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體檢討執行內容及獎勵方式(排除已由公務預算支應部分)，落實分級醫療之目的。
		12.健全區域 級(含)以 上醫院門 住診結構，優化 重症照護 量能 (自專款項 目移列一般 服務項目)	0.172%	1,000.0	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體檢討執行內容及執行成效，落實分級醫療之目的。

項目			成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
	其他議 定項目	13.0~6 歲兒 童醫療量 能保障 (115 年新 增項目)	0.092%	536.0	<p>1.本項額度 536 百萬元，用於保障 0~6 歲兒童醫療服務量能每點 1 元，經費如有不足，由其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」項目支應。</p> <p>2.本項預算與一般服務預算保留之 0~6 歲兒童醫療費用 12,014 百萬元合併運用(計 12,550 百萬元)，保留額度將與西醫基層總額額度合併，用於支應 0~6 歲兒童醫療費用。</p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)執行目標(暫列)：確保 0~6 歲兒童就醫權益的維護，保障其醫療費用採固定點值。</p> <p>預期效益之評估指標(暫列)：鼓勵醫院擴大醫師參與幼兒專責醫師制度之人數不低於 112 年。</p> <p>(2)訂定具體實施規劃(包含執行方式及具體提升兒童醫療量能之監測指標)，並於 115 年 6 月前提出專案報告。</p> <p>(3)監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用。</p>
	其他議 定項目	14.違反全民 健康保險 醫事服務 機構特約 及管理辦 法之扣款	-0.0004%	-2.4	於 116 年度總額加回本項違規扣款金額。
	一般服務 成長率 ^{註 1}	增加金額 總金額	5.101%	29,617.9 610,327.7	

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
專款項目(全年計畫經費)			各專款項目之具體實施方案，應於 115 年度總額公告後 1 個月內完成，且應於 115 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、新醫療技術)	600.0	-267.0	請中央健康保險署在額度內妥為管理運用，對於新醫療技術之導入項目及具體執行方式，請妥為規劃後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會會議。
2.C 型肝炎藥費	1,200.0	-1,024.0	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額度內妥為管理運用，並檢討實施成效，節流效益請適度納入總額預算財源，或做為提升醫療服務與品質之用，以提升資源使用效率。
3.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	19,191.0	1,195.0	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。
4.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	5,871.0	121.0	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。
5.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,364.3	0.0	經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
6.醫療給付改善方案	2,618.5	346.5	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

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				<p>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、擴大多重慢性病收案照護(ASCVD)及加護病房侵襲性呼吸器優化管理計畫等方案。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)滾動式檢討方案內容及加強結果面之成效評估，對照護率無法提升的項目，請研議具體改善策略。</p> <p>(2)持續朝全人照護方向整合相關計畫(如：地區醫院全人全社區照護計畫、家庭醫師整合性照護計畫等)，以提升照護成效。</p>
	7.急診品質提升方案	300.0	0.0	請中央健康保險署精進方案執行內容，積極提升急診處置效率及急診照護品質，並於額度內妥為管理運用，以提升執行成效。
	8.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	0.0	-210.0	本項移併至專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」通盤研議。
	9.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	135.5	0.0	<p>1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。</p> <p>2.請中央健康保險署持續檢討不同地區醫療需求特性及其利用情形，鼓勵醫師積極參與。</p>
	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	0.0	請中央健康保險署精進方案執行內容及檢討計畫成效，並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)	協定事項
	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)會同醫院及西醫基層總額 相關團體，持續檢討支付 方式及強化院所轉診合作 機制，提升成功下轉案件， 以落實分級醫療政策。 (2)持續監測各層級上下轉情 形及病人流向與醫療費用 變化情形，以評估執行效 益。
	12.腹膜透析追蹤處置 費及 APD 租金	0.0	-15.0	本項移列至一般服務項目「腹 膜透析追蹤處置費及 APD 租 金」。
	13.精神科長效針劑藥 費	3,006.0	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.請中央健康保險署積極推 動，並於額度內妥為管理運 用，後續請評估執行效益(如 整體醫療費用變化)及導入 一般服務之可行性。
	14.鼓勵 RCC、RCW 病 人脫離呼吸器、簽 署 DNR 及安寧療 護計畫	300.0	0.0	請中央健康保險署精進計畫內 容，檢討獎勵方式及支付誘因， 並評估病人脫離呼吸器及安寧 療護之照護成效。
	15.持續推動分級醫 療，優化社區醫院 醫療服務品質及量 能	0.0	-500.0	本項移列至一般服務項目「持 續推動分級醫療，優化社區醫 院醫療服務品質及量能」。
	16.健全區域級(含)以 上醫院門住診結 構，優化重症照護 量能	0.0	-1,000.0	本項移列至一般服務項目「健 全區域級(含)以上醫院門住診 結構，優化重症照護量能」。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
	17.地區醫院全人全社區照護計畫	500.0	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.滾動式檢討計畫內容，並鼓勵醫院積極參與。 2.本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請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。
	18.區域聯防-提升急重症照護品質	268.0	0.0	1.本項移出「術後加速康復推廣計畫」，單獨列項。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)滾動式檢討計畫內容，加強區域聯防及網絡建置，以提升急重症照護成效。 (2)本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請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。
	19.抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫	300.0	75.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.執行目標(暫列)： <u>鼓勵醫院投入抗微生物製劑管理及感染管制品質的提升。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列)：</u> <u>鑑於本項於 114 年開始編列，建議評估指標續 114 年之項目，暫一年後再予檢討。</u> (1) <u>參與醫院重點監測抗藥菌占率不高於 112 年。</u> (2) <u>參與醫院高度管制性抗微</u>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			<p><u>生物製劑 DDD 耗用量或 DID(住院抗生素耗用量密度)不高於 112 年。</u></p> <p>2.精進計畫內容及績效指標，並鼓勵醫院積極參與。</p> <p>3.本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請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。</p>
20.促進醫療服務診療項目支付衡平(115 年新增項目)	1,891.5	1,891.5	<p>1.本項經費如有不足，由其他預算同項專款支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p><u>(1)執行目標(暫列)：本項預算原於其他部門，已於 114 年用以調整急診診察費、急診觀察床診察費、離島急救責任醫院急診醫療服務點數加成、急性一般(含精神)病床護理費等項。</u></p> <p><u>預期效益之評估指標(暫列)：下列 4 項任一項合格即達標。</u></p> <p>①<u>急診病人轉出率(排除直接轉入他院住院案件)不高於 113 年。</u></p> <p>②<u>每季急診轉住院病人滯留急診超過 24 小時之日均人次，不大於 113 年。</u></p> <p>③<u>急診轉住院人次占率較去年增加。</u></p> <p>④<u>急診病人停留超過 24 小時之案件比率較 113 年下降。</u></p> <p>(2)本項併入「鼓勵繼續推動</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
				<p>住院診斷關聯群(DRGs)」通盤研議，修訂支付標準，系統性檢討各項支付成本及相對合理性。</p> <p>(3)114 年度一般服務項目「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)」預算額度剩餘款，併同本項統籌運用。</p> <p>(4)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。</p> <p>(5)本項以 1 年為檢討期限(115 年)，會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，並於執行第 1 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。</p> <p>(6)併同西醫基層總額及其他預算同項專款，將具體實施方式及執行情形，於 115 年 7 月前提出專案報告。</p>
	21.住院護理費用 (115 年新增項目)	4,500.0	4,500.0	<p>1.執行目標(暫列):<u>提升護理人員調薪人數比率達一定比率。</u></p> <p><u>預期效益之評估指標(暫列):提升服務於醫院一般急性病床之護理人員與 113 年 12 月相較增加其薪資增加一定比率，其比率擬於中央健康保險署共同研商設計，契合預期效益之可行性、合理性。</u></p> <p>2.本項用於調升住院護理費用，請落實用於調升護理人員薪資，鞏固醫療量能，並訂</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
				定具體實施規劃，於 115 年 5 月前提報全民健康保險會。
	22.離島地區加成費用 (自一般服務項目 及其他預算移列專 款項目)	200.0	200.0	本項經費於支付標準修訂後， 依實際執行之項目與季別，併 入醫院總額一般服務費用結 算。
	23.全民健康保險術後 加速康復推廣計畫 ERAS (自專款項目拆分)	200.0	200.0	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	1,075.6	46.1	1.115 年度品保專款額度 (1,075.6 百萬元)，應與其一 般服務預算保留匡列原 106 年品保款之額度(388.7 百萬 元)，合併運用(計 1,464.3 百 萬元)。 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。
	專款金額	49,746.1	5,559.1	
較基期成長率 (一般服務+專 款) ^{註2}	增加金額	5.630%	35,177.0	
	總金額		660,073.8	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
門診透析服務	增加金額	2.209%	545.3	<p>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，並統籌運用。</p> <p>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2.209%。</p> <p>3.門診透析服務總費用成長率3%(總費用48,796.3百萬元)，其中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，且300百萬元不得流用於一般服務，全年預算如有不足，則由一般服務支應。</p> <p>4.本項經費扣除「鼓勵院所加強腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質」，其餘預算優先用於調整門診透析支付標準。</p> <p>5.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。</p> <p>(2)鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，尤其應持</p>
	總金額		25,232.5	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				續精進及推動「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」及「居家血液透析與提升其照護品質」實施方案，並監測計畫執行成效及病人照護品質與健康結果，並於 115 年 8 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%	35,722.3	
	總金額		685,306.4	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為580,705.9百萬元(含114年一般服務預算574,837.7百萬元，及校正前2年度(113年)投保人口預估成長率與實際之差值金額5,865.0百萬元、加回前1年度(114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3.2百萬元)。

2.計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為624,892.9百萬元，其中一般服務預算為580,705.9百萬元，專款為44,187.0百萬元。

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649,580.2百萬元，其中一般服務預算為580,705.9百萬元，專款為44,187.0百萬元，門診透析為24,687.2百萬元。

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。

115 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：

■115 年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後 114 年度西醫基層一般服務醫療給付費用 $\times(1+115$ 年度一般服務成長率) $+115$ 年度專款項目經費 $+115$ 年度西醫基層門診透析服務費用

■115 年度西醫基層門診透析服務費用＝114 年度西醫基層門診透析服務費用 $\times(1+115$ 年度成長率)

註：校正後 114 年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 114.9.3 衛部保字第 1140137541 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度(114 年)西醫基層一般服務醫療給付費用，校正前 2 年度(113 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額，及加回前 1 年度(114 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。

二、總額協商結論：

- (一)一般服務成長率為 5.077%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.776%，協商因素成長率 2.301%。
- (二)專款項目全年經費為 14,250.6 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率為 3.861%。
- (四)前述三項額度經換算，115 年度西醫基層醫療給付費用總額，較基期成長 5.500%。各細項成長率及金額，如附表。

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，依協定事項辦理，並於 115 年 7 月前提報執行情形，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)；實施成效納入 116 年度總額協商考量。

- (一)一般服務(上限制)：

1.新醫療科技(新藥、新特材、新增修診療項目)(0.161%，預估增加 228 百萬元)：

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，並於協商 116 年度總額前，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)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。

2.藥品及特材給付規定改變(0.305%，預估增加 430.3 百萬元)：

請中央健康保險署在額度內妥為管理運用，並於協商 116 年度總額前，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。

3.因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費(0.467%，預估增加 659.3 百萬元)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)執行目標(暫列)：聘有護理人員之診所，調升護理人員之薪資比率。

預期效益之評估指標(待補)：。

(醫全會說明：請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體研修，提全民健康保險會報告。)

(2)會同西醫基層總額相關團體及中華民國護理師護士公會全國聯合會持續研修具體實施方案(包含執行內容、支付方式、以結果面之評估指標、稽核機制等)，以增加護理人力或護理人員薪資調整為原則，確實提升護理照護品質，並於 115 年度總額公告後，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議。

(3)檢討評估指標，訂定更具反映護理人員薪資或增加護理人力指標(如：診所實際護理人力雇用數、增加

護理人力、在職穩定率)，以落實編列本項預算之目的。

- 4.擴大糖尿病用藥(如：SGLT2)適應症產生費用(0.250%，預估增加 353 百萬元)(115 年新增項目)：

請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並監測糖尿病用藥(如 SGLT-2 抑制劑)利用情形及執行效益(如整體醫療費用變化)。

- 5.促進醫療服務診療項目支付衡平(0%)：

本項目之 114 年預算額度剩餘款，併同專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」統籌運用。

- 6.修訂西醫基層合理門診天數(0%)。

- 7.提升外傷換藥照護品質(0%)。

- 8.提升西醫基層外科手術照護品質(0%)。

- 9.蒸氣或噴霧吸入治療，依年紀實施困難度列入兒童加成項目(0%)：

本項屬單項支付標準調整，併專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」考量。

- 10.婦產科護理人員跟診費(0%)。

- 11.婦產科夜間及假日自然產手術費加成(0%)。

- 12.代謝症候群計畫衍生費用(0%)。

- 13.成人預防保健第二階段併同因病就醫之診察費(0%)：

請中央健康保險署監測成人預防保健併行診療服務之醫療密集度改變情形，以利評估預算需求。

- 14.配合根除胃癌政策之衍生醫療費用(0.212%，預估增加 300 百萬元)(115 年新增項目)：

本項依實際執行，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減。

- 15.強化心血管疾病照護—放寬開立降膽固醇藥物 Statin

標準(門檻)(0.496%，預估增加 700 百萬元)(115 年新增項目)：

本項依實際執行，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減。

16.提升照護「成人預防保健服務之排除對象」之健康(0%)。

17.0~6 歲兒童醫療量能保障(0.418%，預估增加 590 百萬元)(115 年新增項目)：

(1)本項額度 590 百萬元，用於保障 0~6 歲兒童醫療服務量能每點 1 元，經費如有不足，由其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」項目支應。

(2)本項預算與一般服務預算保留之 0~6 歲兒童醫療費用 11,760 百萬元合併運用(計 12,350 百萬元)，保留額度將與醫院總額額度合併，用於支應 0~6 歲兒童醫療費用。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①執行目標(待補)：

預期效益之評估指標(待補)：

(醫全會說明：請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體研修，提全民健康保險會報告。)

②訂定具體實施規劃(包含執行方式及具體提升兒童醫療量能之監測指標)，並於 115 年 6 月前提出專案報告。

③監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用。

18.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%，減少 11.6 百萬元)：

(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，並對違規院所進行輔導與追蹤，以建立違規處分與再教育機制連結。

(2)於 116 年度總額加回本項違規扣款金額。

(二)專款項目：全年經費為 14,250.6 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，應於 115 年度總額公告後 1 個月內完成。

1.暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)：

(1)全年經費 100 百萬元。

(2)請中央健康保險署在額度內妥為管理運用，對於新醫療技術之導入項目及具體執行方式，請妥為規劃後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。

2.提升國人視力照護品質：

(1)全年經費 3,771.4 百萬元。

(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持續檢討具體實施方案(含執行內容、支付方式、執行目標、以結果面為導向之評估指標等)。
- ②持續檢討白內障手術案件成長合理性、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(114~118 年)，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：

(1)全年經費 466.7 百萬元，本項經費得與醫院總額同

項專款相互流用。

- (2)請中央健康保險署持續檢討不同地區醫療需求特性及其利用情形，鼓勵醫師積極參與，並加強就醫率低地區之醫療服務提供，提升就醫可近性。

4.家庭醫師整合性照護計畫：

- (1)全年經費 5,866.5 百萬元。

- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①執行目標(暫列)：持續擴大收案照護對象，將更多適合照護對象(如慢性病患者等)，納入家庭醫師整合性照護計畫照護。

預期效益之評估指標(暫列)：

A.家庭醫師整合性照護計畫收案人數較前一年度增加。

B.中風等併發症發生率較前一年度減少。

②持續提升服務量能(如提高醫師參與率及個案涵蓋率)及強化照護品質，並評估本計畫整體照護成效，朝慢性病整合及全人照護方向推動計畫，於115年5月前提出專案報告。

5.C 型肝炎藥費：

- (1)全年經費 462 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

- (2)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並檢討實施成效，節流效益請適度納入總額預算財源，或做為提升醫療服務與品質之用，以提升資源使用效率。

6.醫療給付改善方案：

- (1)全年經費 422.1 百萬元。

(2)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。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①滾動式檢討方案內容及加強結果面之成效評估，對照護率無法提升的項目，請研議具體改善策略。

②持續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)，以提升照護成效。

7.強化基層照護能力及「開放表別」項目：

(1)全年經費 1,720 百萬元，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辦理下列事項：

①持續研議開放表別項目，朝普及性及提升民眾社區就醫可近性的方向努力。

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：

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

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同西醫基層及醫院總額相關團體，持續檢討支付方式及強化院所轉診合作機制，提升成功下轉案件，以落實分級醫療政策。

②持續監測各層級上下轉情形及病人流向與醫療費用變化情形，以評估執行效益。

9.基層診所產婦生產補助試辦計畫：

- (1)全年經費 50 百萬元。
- (2)請中央健康保險署精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與提供生產服務。

10.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

- (1)全年經費 30 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體加強醫療服務提供及監測醫療利用情形，並妥為管理運用。

11.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

- (1)全年經費 30 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體加強醫療服務提供及監測醫療利用情形，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：

- (1)全年經費 11 百萬元，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加強醫療服務提供及監測醫療利用情形，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：

全年經費 178 百萬元，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：

- (1)全年經費 10 百萬元。
- (2)請中央健康保險署持續精進計畫內容與支付誘因，透過分級醫療加強與醫院轉介合作，提升參與率，並持續監測照護成效。

15.精神科長效針劑藥費：

- (1)全年經費 50 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)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①會同西醫基層總額相關團體持續提升基層院所使用長效針劑之比率。
 - ②於額度內妥為管理運用，並評估執行效益(如整體醫療費用變化)及導入一般服務之可能性。

16.西醫基層品質保障基金：0 元。

17.促進醫療服務診療項目支付衡平(115 年新增項目)：

- (1)全年經費 558.6 百萬元，本項經費如有不足，由其他預算同項專款支應。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①執行目標(待補)：
預期效益之評估指標(待補)：
(醫全會說明：請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體研修，提全民健康保險會報告。)
 - ②通盤研議、修訂支付標準，系統性檢討各項支付成本及相對合理性。
 - ③114 年度一般服務項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」預算額度剩餘款，併同本項統籌運

用。

④本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入西醫基層總額一般服務費用結算。

⑤本項以 5 年 為檢討期限(115~119 年)，會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(119 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。

⑥併同醫院總額及其他預算同項專款，將具體實施方式及執行情形，於 115 年 7 月前提出專案報告。

18.品質保證保留款：

(1)全年經費 266.3 百萬元。

(2)115 年度品保專款額度(266.3 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 371.5 百萬元)。

(3)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，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。

(三)門診透析服務：

1.門診透析服務總費用成長率為 3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統籌運用。

2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，西醫基層總額本項服務費用成長率為 3.861%。

3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 48,796.3 百萬元)，其中 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，且 300 百萬元不得流用於一般服務，全年預算如有不足，則由一般服務支應。

4.本項經費扣除「鼓勵院所加強腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質」，其餘預算優先用於調整門診透析支付標準。

5.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)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。

(2)鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，尤其應持續精進及推動「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」及「居家血液透析與提升其照護品質」實施方案，並監測計畫執行成效及病人照護品質與健康結果，並於 115 年 8 月前提報專案報告。

附表 115 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)	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		2.776%	3,920.1	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。
	投保人口預估成長 率	0.320%		
	人口結構改變率	0.962%		
	醫療服務成本指數 改變率	1.486%		
協商因素成長率		2.301%	3,249.0	請於 115 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 116 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、 新增修診 療項目)	0.161%	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，並 於協商 116 年度總額前，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.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。
	2.藥品及特 材給付規 定改變	0.305%	430.3	請中央健康保險署在額度內妥 為管理運用，並於協商 116 年 度總額前，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。
	3.因應基層 護理人力 需求，提 高 1~30 人次診察 費	0.467%	659.3	請中央健康保險署辦理下列事 項： 1.執行目標(暫列):聘有護理人 員之診所，調升護理人員之 薪資比率。 預期效益之評估指標(待補): (醫全會說明：請中央健康保 險署會同西醫基層總額相關

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				<p>團體研修，提全民健康保險會報告。)</p> <p>2.會同西醫基層總額相關團體及中華民國護理師護士公會全國聯合會持續研修具體實施方案(包含執行內容、支付方式、以結果面之評估指標、稽核機制等)，以增加護理人力或護理人員薪資調整為原則，確實提升護理照護品質，並於 115 年度總額公告後，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議。</p> <p>3.檢討評估指標，訂定更具反映護理人員薪資或增加護理人力指標(如：診所實際護理人力雇用數、增加護理人力、在職穩定率)，以落實編列本項預算之目的。</p>
			4.擴大糖尿病用藥(如：SGLT2)適應症產生費用(115 年新增項目)	0.250%	353.0	請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並監測糖尿病用藥(如 SGLT-2 抑制劑)利用情形及執行效益(如整體醫療費用變化)。
			5.促進醫療服務診療項目支付衡平	0.000%	0.0	本項目之 114 年預算額度剩餘款，併同專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」統籌運用。
			6.修訂西醫基層合理門診天數	0.000%	0.0	
			7.提升外傷換藥照護品質	0.000%	0.0	

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	8.提升西醫基層外科手術照護品質	0.000%	0.0	
		9.蒸氣或噴霧吸入治療，依年紀實施困難度列入兒童加成項目	0.000%	0.0	本項屬單項支付標準調整，併專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」考量。
		10.婦產科護理人員跟診費	0.000%	0.0	
		11.婦產科夜間及假日自然產手術費加成	0.000%	0.0	
	其他醫療服務利用集中度之改變	12.代謝症候群計畫衍生費用	0.000%	0.0	
		13.成人預防保健第二段併同因就醫察	0.000%	0.0	請中央健康保險署監測成人預防保健併行診療服務之醫療密集度改變情形，以利評估預算需求。
		14.配合根除胃癌政策之衍生醫療費用(115年新增項目)	0.212%	300.0	本項依實際執行，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減。

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	15.強化心血管疾病 照護— 放寬開 立降膽 固醇藥 物 Statin 標準(門 檻) (115 年新 增項目)	0.496%	700.0	本項依實際執行，扣減當年未 執行之額度，並列入基期扣減。
		16.提升照護 「成人 預防保 健服務 之排除 對象」之 健康	0.000%	0.0	
	其他議 定項目	17.0~6 歲兒 童醫療 量能保 障 (115 年新 增項目)	0.418%	590.0	1.本項額度 590 百萬元，用於 保障 0~6 歲兒童醫療服務量 能每點 1 元，經費如有不足， 由其他預算「促進醫療服務 診療項目支付衡平」項目支 應。 2.本項預算與一般服務預算保 留之 0~6 歲兒童醫療費用 11,760 百萬元合併運用(計 12,350 百萬元)，保留額度將 與醫院總額額度合併，用於 支應 0~6 歲兒童醫療費用。 3.請中央健康保險署辦理下列 事項： (1)執行目標：_____ 預期效益之評估指標(待 補)：_____ (醫全會說明：請中央健康 保險署會同西醫基層總額

項目				成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
		其他議 定項目				相關團體研修，提全民健康保險會報告。) (2)訂定具體實施規劃(包含執行方式及具體提升兒童醫療量能之監測指標)，並於 115 年 6 月前提出專案報告。 (3)監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用。
			18.違反全民健康保險服務機構特約及管理之扣款	-0.008%	-11.6	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，並對違規院所進行輔導與追蹤，以建立違規處分與再教育機制連結。 2.於 116 年度總額加回本項違規扣款金額。
一般服務		增加金額		5.077%	7,169.2	
成長率 ^{#1}		總金額			148,384.7	
專款項目(全年計畫經費)						各專款項目之具體實施方案，應於 115 年度總額公告後 1 個月內完成，且應於 115 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、新醫療技術)				100.0	42.0	請中央健康保險署在額度內妥為管理運用，對於新醫療技術之導入項目及具體執行方式，請妥為規劃後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。
2.提升國人視力照護品質				3,771.4	196.6	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.持續檢討具體實施方案(含執行內容、支付方式、執行目標、以結果面為導向之評估指標等)。 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)	協定事項
				<p>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。</p> <p>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。</p> <p>4.本項以 5 年為檢討期限(114~118 年)，之後回歸一般服務。</p> <p>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。</p>
	3.西醫醫療資源不足地區改善方案	466.7	42.8	<p>1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。</p> <p>2.請中央健康保險署持續檢討不同地區醫療需求特性及其利用情形，鼓勵醫師積極參與，並加強就醫率低地區之醫療服務提供，提升就醫可近性。</p>
	4.家庭醫師整合性照護計畫	5,866.5	1,218.5	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>1.<u>執行目標(暫列):持續擴大收案照護對象，將更多適合照護對象(如慢性病患者等)，納入家庭醫師整合性照護計畫照護。</u></p> <p><u>預期效益之評估指標(暫列):</u></p> <p>(1)<u>家庭醫師整合性照護計畫收案人數較前一年度增加。</u></p> <p>(2)<u>中風等併發症發生率較前一年度減少。</u></p> <p>2.持續提升服務量能(如提高</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
				醫師參與率及個案涵蓋率)及強化照護品質，並評估本計畫整體照護成效，朝慢性病整合及全人照護方向推動計畫，於 115 年 5 月前提出專案報告。
	5.C 型肝炎藥費	462.0	0.0	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並檢討實施成效，節流效益請適度納入總額預算財源，或做為提升醫療服務與品質之用，以提升資源使用效率。
	6.醫療給付改善方案	422.1	-484.0	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及加強結果面之成效評估，對照護率無法提升的項目，請研議具體改善策略。 (2)持續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)，以提升照護成效。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
	7.強化基層照護能力及「開放表別」項目	1,720.0	0.0	<p>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。</p> <p>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：</p> <p>(1)持續研議開放表別項目，朝普及性及提升民眾社區就醫可近性的方向努力。</p> <p>(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。</p>
	8.鼓勵院所建立轉診合作機制	258.0	0.0	<p>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。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同西醫基層及醫院總額相關團體，持續檢討支付方式及強化院所轉診合作機制，提升成功下轉案件，以落實分級醫療政策。</p> <p>(2)持續監測各層級上下轉情形及病人流向與醫療費用變化情形，以評估執行效益。</p>
	9.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。
	10.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	30.0	0.0	<p>1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體加強醫療服務提供及監測醫療利用情形，並妥為管理運用。</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
	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加強醫療服務提供及監測醫療利用情形，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加強醫療服務提供及監測醫療利用情形，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	0.0	請中央健康保險署持續精進計畫內容與支付誘因，透過分級醫療加強與醫院轉介合作，提升參與率，並持續監測照護成效。
	15.精神科長效針劑藥費	50.0	-50.0	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.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同西醫基層總額相關團體持續提升基層院所使用長效針劑之比率。 (2)於額度內妥為管理運用，並評估執行效益(如整體醫療費用變化)及導入一般服務之可能性。
	16.西醫基層品質保障基金	0.0	0.0	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
17.促進醫療服務診療 項目支付衡平 (115 年新增項目)		558.6	558.6	<p>1.本項經費如有不足，由其他預算同項專款支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)執行目標(待補)： <u>預期效益之評估指標(待補)：</u> (醫全會說明：請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體研修，提全民健康保險會報告。)</p> <p>(2)通盤研議、修訂支付標準，系統性檢討各項支付成本及相對合理性。</p> <p>(3)114 年度一般服務項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」預算額度剩餘款，併同本項統籌運用。</p> <p>(4)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入西醫基層總額一般服務費用結算。</p> <p>(5)本項以 <u>5 年</u>為檢討期限(115~119 年)，會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(119 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。</p> <p>(6)併同醫院總額及其他預算同項專款，將具體實施方式及執行情形，於 115 年 7 月前提出專案報告。</p>
18.品質保證保留款		266.3	137.9	<p>1.115 年度品保專款額度(266.3 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</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
				元)，合併運用(計 371.5 百萬元)。 2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，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。
專款金額		14,250.6	1,662.4	
較基期成長率 (一般服務+專款) ^{註2}	增加金額	5.742%	8,831.6	
	總金額		162,635.3	
門診透析服務	增加金額	3.861%	876.0	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，並統籌運用。 2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，西醫基層總額本項服務費用成長率為 3.861%。
	總金額		23,563.9	3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 48,796.3 百萬元)，其中 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，且 300 百萬元不得流用於一般服務，全年預算如有不足，則由一般服務支應。 4.本項經費扣除「鼓勵院所加

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				<p>強腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質」，其餘預算優先用於調整門診透析支付標準。</p> <p>5.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。</p> <p>(2)鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，尤其應持續精進及推動「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」及「居家血液透析與提升其照護品質」實施方案，並監測計畫執行成效及病人照護品質與健康結果，並於 115 年 8 月前提報專案報告。</p>
較基期成長率 (一般服務+專款 +門診透析) ^{註3}	增加金額	5.500%	9,707.5	
	總金額		186,199.2	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 141,215.2 百萬元(含 114 年一般服務預算 139,768.0 百萬元，及校正前 2 年(113 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額 1,442.1 百萬元、加回前 1 年度(114 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 5.0 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 153,803.4 百萬元，其中一般服務預算為 141,215.2 百萬元，專款為 12,588.2 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 176,491.3 百萬元，其中一般服務預算為 141,215.2 百萬元，專款為 12,588.2 百萬元，門診透析為 22,687.9 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。

115 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：

115 年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後 114 年度中醫門診一般服務醫療給付費用 $\times(1+115$ 年度一般服務成長率)+115 年度專款項目經費

註：校正後 114 年度中醫門診一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 114.9.3 衛部保字第 1140137541 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度(114 年)中醫門診一般服務醫療給付費用，校正前 2 年度(113 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額，及加回前 1 年度(114 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。

二、總額協商結論：

- (一)一般服務成長率為 4.978%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.652%，協商因素成長率 1.326%。
- (二)專款項目全年經費為 1,527.6 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，115 年度中醫門診醫療給付費用總額，較基期成長 5.500%。各細項成長率及金額，如附表。

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 115 年 7 月前提報執行情形，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)；實施成效納入 116 年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

- 1.友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質(1.128%，預估增加 375.1 百萬元)(115 年新增項目)：

(1)執行目標(暫列)：聘有護理師/護士之中醫健保特約院所，有申報本項加計且有調升護理師/護士薪資占

率達 40%。

預期效益之評估指標(暫列)：聘有護理師/護士並有申報本項加計之中醫健保特約院所的病患衛教覆蓋率 $\geq 70\%$ 。

(2)本項經費用於調整支付標準「看診時聘有護理人員跟診之門診診察費及針傷治療處置費」，以反映護理人員薪資，提升護理照護品質。

(3)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體及中華民國護理師護士公會全國聯合會研訂具體實施方案(包含執行方式、請領資格、調薪認定標準及稽核機制等)，並於 115 年 3 月前提出專案報告。

2.強化全人照護與慢性疾病管理-增加高度複雜性針灸、中度複雜性傷科適應症(腦中風後遺症-診斷碼 I69)(0.152%，預估增加 50.7 百萬元)(115 年新增項目)：

(1)執行目標(暫列)：申報腦中風後遺症(診斷碼 I69)看診中醫病人，至少有 1 次「中高度複雜性針灸或傷科」之比例 $\geq 20\%$ 。

預期效益之評估指標(暫列)：申報腦中風後遺症看診中醫病人一年內急診就醫率低於未看診中醫病人。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①將腦中風後遺症(診斷碼 I69)擴增納入「高度複雜性針灸」、「中度複雜性傷科」及前二者針傷合併治療之適應症。

②會同中醫門診總額相關團體，於 115 年度總額公告後 1 個月內完成支付標準修訂，並於 115 年 7 月前提報執行情形。

③於額度內妥為管理運用，並加強高度、中度複雜性針灸傷科及合併處置之療效評估與申報費用管

理(如建立「黃金治療期」針傷照護流程及訂定未呈現療效之處理方式)。

3.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(0.090%，預估增加 30 百萬元)。

4.「中醫癌症患者加強照護整合方案」專款(115 年新增卵巢癌、鼻咽癌、膀胱癌)與一般服務重複費用扣減(-0.044%，預估減列 14.5 百萬元)(115 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(-0.0003%，減少 0.1 百萬元)：

(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)於 116 年度總額加回本項違規扣款金額。

(二)專款項目：全年經費為 1,527.6 百萬元。

具體實施方案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，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，應於 115 年度總額公告後 1 個月內完成。

1.醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 183 百萬元。

(2)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)全年經費 533.7 百萬元。

(2)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：

(1)全年經費 82 百萬元。

(2)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體加強各分區之計畫推動、均衡分區資源及落實成效評估。

4.中醫癌症患者加強照護整合方案：

(1)全年經費 432.5 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：服務癌症加強照護整合中醫病人目標： $\geq 5\%$ 。

預期效益之評估指標(暫列)：癌症病患經治療後，功能性評估一般性量表(FACT-G)與生活品質評估量表(ECOG)有改善。

(3)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」，新增三項適應症：卵巢癌、鼻咽癌及膀胱癌。

5.中醫急症處置：

(1)全年經費 20.8 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：執行院所 10 家以上。

預期效益之評估指標(暫列)：急診病人經中醫治療後，視覺類比量表(VAS)有改善。

(3)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加強各分區之計畫推動、均衡分區資源及落實成效評估(如急診停留天數)。

②積極檢討計畫執行情形、執行成效及加強推動區域平衡，並進行客觀成效評估，若計畫效益不

佳，建議規劃退場機制。

6.中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫：

(1)全年經費 180.8 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

專款計畫執行內容，不應與一般服務重複，倘有涉及一般服務涵蓋之費用，請回歸一般服務支應。

7.照護機構中醫醫療照護方案：

(1)全年經費 10.8 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：

①115 年服務 200 家照護機構。

②服務人次 80,000 人次，服務總天數 6,000 天。

預期效益之評估指標(暫列)：照護機構住民外出就診中醫次數較前一年減少。

(3)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，檢討計畫照護成效，研議減少住民外出就診中醫之策略，以提升資源使用效率。

8.中醫三高病人加強照護計畫(115 年新增項目)：

(1)全年經費 53 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：參與個案 3 萬人。

預期效益之評估指標(暫列)：個人健康資料上傳及生活習慣自評 60%收案個案完成。

(3)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，訂定具體實施計畫(含適應症、適用對象、醫療服務內容、支付方式)，於 115 年度總額公告後，將實施方案提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。

②本計畫以 3 年為檢討期限(115~117 年)，請會同中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(117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：

- (1)全年經費 31 百萬元。
- (2)本項專款額度(31 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(計約 53.8 百萬元)。
- (3)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。

附表 115 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		3.652%	1,214.2	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		0.320%		
人口結構改變率		0.824%		
醫療服務成本指數 改變率		2.497%		
協商因素成長率		1.326%	441.2	請於 115 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 116 年度總 額協商考量。
鼓勵 提升 醫療 品質 及促 進保 險對 象健 康	1.友善醫事人 員環境-提 升中醫護理 照護品質 (115 年新增 項目)	1.128%	375.1	1.執行目標(暫列)：聘有護理 師/護士之中醫健保特約院 所，有申報本項加計且有調 升護理師/護士薪資占率達 4 0%。 預期效益之評估指標(暫 列)：聘有護理師/護士並有 申報本項加計之中醫健保特 約院所的病患衛教覆蓋率≥ 70%。 2.本項經費用於調整支付標準 「看診時聘有護理人員跟診 之門診診察費及針傷治療處 置費」，以反映護理人員薪 資，提升護理照護品質。 3.請中央健康保險署會同中醫 門診總額相關團體及中華民 國護理師護士公會全國聯合 會研訂具體實施方案(包含 執行方式、請領資格、調薪 認定標準及稽核機制等)， 並於 115 年 3 月前提出專案 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
			2.強化全人照 護與慢性疾 病管理-增 加高度複雜 性針灸、中 度複雜性傷 科適應症 (腦中風後 遺症-診斷 碼 I69) (115 年新增 項目)	0.152%	50.7	<p>1.執行目標(暫列)：申報腦中風後遺症(診斷碼 I69)看診中醫病人，至少有 1 次「中高度複雜性針灸或傷科」之比例$\geq 20\%$。</p> <p>預期效益之評估指標(暫列)：申報腦中風後遺症看診中醫病人一年內急診就醫率低於未看診中醫病人。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)將腦中風後遺症(診斷碼 I69)擴增納入「高度複雜性針灸」、「中度複雜性傷科」及前二者針傷合併治療之適應症。</p> <p>(2)會同中醫門診總額相關團體，於 115 年度總額公告後 1 個月內完成支付標準修訂，並於 115 年 7 月前提報執行情形。</p> <p>(3)於額度內妥為管理運用，並加強高度、中度複雜性針灸傷科及合併處置之療效評估與申報費用管理(如建立「黃金治療期」針傷照護流程及訂定未呈現療效之處理方式)。</p>
	其他醫療服務利用及密度之改變	3.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		0.090%	30.0	
	其他議定	4.「中醫癌症患者加強照		-0.044%	-14.5	

項目			成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
	項目	護整合方案」專款 (115 年新增 卵巢癌、鼻咽癌、膀胱癌)與一般 服務重複費用扣減 (115 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	-0.0003%	-0.1	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.於 116 年度總額加回本項違規扣款金額。
	一般服務成長率註1	增加金額	4.978%	1,655.4	
		總金額		34,901.6	
專款項目(全年計畫經費)					各專款項目之具體實施方案，請於 115 年度總額公告後 1 個月內完成，且應於 115 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	0.0	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			533.7	67.8	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	0.0	請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體加強各分區之計畫推動、均衡分區資源及落

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				實成效評估。
	4. 中醫癌症患者加強 照護整合方案	432.5	80.2	<p>1. <u>執行目標(暫列)：服務癌症加強照護整合中醫病人目標：$\geq 5\%$。</u></p> <p><u>預期效益之評估指標(暫列)：癌症病患經治療後，功能性評估一般性量表(FACT-G)與生活品質評估量表(ECOG)有改善。</u></p> <p>2. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(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」。</p> <p>(2) 其中「癌症患者中醫門診加強照護計畫」，新增三項適應症：卵巢癌、鼻咽癌及膀胱癌。</p>
	5. 中醫急症處置	20.8	10.8	<p>1. <u>執行目標(暫列)：執行院所10家以上。</u></p> <p><u>預期效益之評估指標(暫列)：急診病人經中醫治療後，視覺類比量表(VAS)有改善。</u></p> <p>2. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1) 會同中醫門診總額相關團體加強各分區之計畫推動、均衡分區資源及落實成效評估(如急診停留天數)。</p> <p>(2) 積極檢討計畫執行情形、執行成效及加強推動區域平衡，並進行客觀成效評估，若計畫效益不佳，建議規劃退場機制。</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
	6.中醫慢性腎臟病門 診加強照護計畫	180.8	28.4	請中央健康保險署辦理下列 事項： 專款計畫執行內容，不應與 一般服務重複，倘有涉及一 般服務涵蓋之費用，請回歸 一般服務支應。
	7.照護機構中醫醫療 照護方案	10.8	2.8	1.執行目標(暫列)： <u>(1)115 年服務 200 家照護機 構。</u> <u>(2)服務人次 80,000 人次，服 務總天數 6,000 天。</u> <u>預期效益之評估指標(暫 列)：照護機構住民外出就 診中醫次數較前一年減少。</u> 2.請中央健康保險署會同中醫 門診總額相關團體，檢討計 畫照護成效，研議減少住民 外出就診中醫之策略，以提 升資源使用效率。
	8.中醫三高病人加強 照護計畫 (115 年新增項目)	53.0	53.0	1.執行目標(暫列)：參與個案 <u>3 萬人。</u> <u>預期效益之評估指標(暫 列)：個人健康資料上傳及 生活習慣自評 60%收案個案 完成。</u> 2.請中央健康保險署辦理下列 事項： <u>(1)持續會同中醫門診總額相 關團體，訂定具體實施計 畫(含適應症、適用對 象、醫療服務內容、支付 方式)，於 115 年度總額公 告後，將實施方案提報全 民健康保險會最近 1 次委 員會議。</u> <u>(2)本計畫以 3 年為檢討期限 (115~117 年)，請會同中 醫門診總額相關團體滾動 式檢討逐年成效，若持續</u>

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				辦理，則請於執行第 3 年(117 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	31.0	1.2	1.本項專款額度(31 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(計約 53.8 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。
專款金額		1,527.6	244.2	
較基期成長率 (一般服務+專款) ^{註2}	增加金額	5.500%	1,899.6	
	總金額		36,429.2	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 33,246.6 百萬元(含 114 年一般服務預算 32,908.6 百萬元，及校正前 2 年度(113 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額 337.2 百萬元、加回前 1 年度(114 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 34,530.0 百萬元，其中一般服務預算為 33,246.6 百萬元，專款為 1,283.4 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。

115 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：

115 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 114 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用 $\times(1+115$ 年度一般服務成長率) $+115$ 年度專款項目經費

註：校正後 114 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 114.9.3 衛部保字第 1140137541 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度(114 年)牙醫門診一般服務醫療給付費用，校正前 2 年度(113 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額，及加回前 1 年度(114 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。

二、總額協商結論：

- (一)一般服務成長率為 2.468%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.471%，協商因素成長率-0.003%。
- (二)專款項目全年經費為 6,456.1 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，115 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較基期成長 5.500%。各細項成長率及金額，如附表。

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 115 年 7 月前提報執行情形，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)；實施成效納入 116 年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

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%，減少 1.5 百萬元)：

於 116 年度總額加回本項違規扣款金額。

(二)專款項目：全年經費為 6,456.1 百萬元。

具體實施方案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，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，應於 115 年度總額公告後 1 個月內完成。

1.醫療資源不足地區改善方案：

- (1)全年經費 323.8 百萬元。
- (2)持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
- (3)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：

- (1)全年經費 955.9 百萬元。
- (2)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、老人與身心障礙安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務。
- (3)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①請檢討醫療團論次費用及居家牙醫醫療服務相關支付標準，加強醫療服務量能。
 - ②持續監測本計畫適用對象(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。

3.青少年口腔提升照護試辦計畫：

- (1)全年經費 240 百萬元。
- (2)執行目標(暫列)：照護人次以達成「青少年齲齒控制照護處置(P7101C)」、「青少年齲齒氟化物治療(P7102C)」合計 619,000 服務人次為執行目標。

預期效益之評估指標(暫列)：

- ①提升全國 12~18 歲青少年牙醫就醫率不低於該年

齡層 108 年牙醫就醫率。

②執行 P7102C 後 1 年內牙位 11~13、21~23、31~33、41~43 的平均齲齒填補顆數增加率減緩。

(3)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動及提升青少年就醫率，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：

(1)全年經費 144.8 百萬元。

(2)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，提出能即時反映計畫成效之指標，以評估照護成效，並於 115 年提出是否納入一般服務之評估結果。

5.高風險疾病口腔照護計畫：

(1)全年經費 4,255.8 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：

①115 年服務「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達 225 萬人次、照護人數不低於 99 萬人。

②115 年「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」(P7302C)預估服務人次不低於 270 萬人次、照護人數不低於 143 萬人。

預期效益之評估指標(暫列)：

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。

③65 歲以上接受照護病人 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減少。

(3)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，並會同牙醫門診總額相關團體，持續檢討高風險疾病病人牙結石清除各類適用對象醫療利用情形及評估執行效益，並加強執行管理與費用管控，以提升資源運用有效性。具體執行情形及檢討結果，請於 115 年 4 月前提出專案報告。
- ②專款計畫執行內容，不應與一般服務重複，倘有涉及一般服務涵蓋部分之費用，請回歸一般服務支應。
- ③本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 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 4 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。

6.特定疾病病人牙科就醫安全計畫：

(1)全年經費 424.4 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：執行特定疾病病人牙科就醫安全計畫之院所數占率達 6 成。

預期效益之評估指標(暫列)：

- ①降低使用抗凝血劑病人牙科處置後 24 小時內，因牙科處置相關之口腔出血至院所就診之比率。
- ②減少使用抗骨質疏鬆藥物病人牙科處置後，顎骨壞死之風險。
- ③服用抗凝血劑至牙科就診病人，申報 P3601C 前後中風或心肌梗塞的比率、死亡率。

(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，訂定「預期效益之

評估指標」之監測值，以利評估成效，並於 115 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，並於執行第 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。

7.非齒源性口腔疼痛處置：

- (1)全年經費 14.4 百萬元。
- (2)本計畫以 3 年為檢討期限(114~116 年)，請中央健康保險署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 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

8.品質保證保留款：

- (1)全年經費 97 百萬元。
- (2)115 年度品保專款額度(97 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品保款之額度(116.4 百萬元)，合併運用(計 213.4 百萬元)。
- (3)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。

附表 115 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			2.471%	1,251.9	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			0.320%		
人口結構改變率			0.251%		
醫療服務成本指數 改變率			1.893%		
協商因素成長率			-0.003%	-1.5	請於 115 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 116 年度 總額協商考量。
	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	-0.003%	-1.5	於 116 年度總額加回本項違規 扣款金額。
一 般 服 務 成 長 率 ^{註 1}	增加金額		2.468%	1,250.4	
	總金額			51,912.4	
專款項目(全年計畫經費)					各專款項目之具體實施方案， 應於 115 年度總額公告後 1 個 月內完成，且應於 115 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	0.0	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		955.9	150.0	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、老人與身心障 礙安養機構及護理之家與居 家牙醫醫療服務。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				<p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)請檢討醫療團論次費用及居家牙醫醫療服務相關支付標準，加強醫療服務量能。</p> <p>(2)持續監測本計畫適用對象(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。</p>
	3.青少年口腔提升照護試辦計畫	240.0	68.5	<p>1.執行目標(暫列)：照護人次以達成「<u>青少年齲齒控制照護處置(P7101C)</u>」、「<u>青少年齲齒氟化物治療(P7102C)</u>」合計 619,000 服務人次為執行目標。</p> <p><u>預期效益之評估指標(暫列)：</u></p> <p>(1)<u>提升全國 12~18 歲青少年牙醫就醫率不低於該年齡層 108 年牙醫就醫率。</u></p> <p>(2)<u>執行 P7102C 後 1 年內牙位 11~13 、 21~23 、 31~33 、 41~43 的平均齲齒填補顆數增加率減緩。</u></p> <p>2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動及提升青少年就醫率，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。</p>
	4.超音波根管沖洗計畫	144.8	0.0	<p>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，提出能即時反映計畫成</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
				效之指標，以評估照護成效，並於115年提出是否納入一般服務之評估結果。
	5.高風險疾病口腔照護計畫	4,255.8	1,455.8	<p>1.執行目標(暫列)：</p> <p>(1)115年服務「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達225萬人次、照護人數不低於99萬人。</p> <p>(2)115年「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」(P7302C)預估服務人次不低於270萬人次、照護人數不低於143萬人。</p> <p>預期效益之評估指標(暫列)：</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(3)65歲以上接受照護病人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減少。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)在額度內妥為管理運用，並會同牙醫門診總額相關團體，持續檢討高風險疾病病人牙結石清除各類適用對象醫療利用情形及評估執行效益，並加強執行管理與費用管控，以提升</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
			<p>資源運用有效性。具體執行情形及檢討結果，請於 115 年 4 月前提出專案報告。</p> <p>(2)專款計畫執行內容，不應與一般服務重複，倘有涉及一般服務涵蓋部分之費用，請回歸一般服務支應。</p> <p>(3)本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 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 4 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。</p>
6.特定疾病病人牙科就醫安全計畫	424.4	117.3	<p>1.執行目標(暫列)：執行特定疾病病人牙科就醫安全計畫之院所數占率達 6 成。 預期效益之評估指標(暫列)：</p> <p>(1)降低使用抗凝血劑病人牙科處置後 24 小時內，因牙科處置相關之口腔出血至院所就診之比率。</p> <p>(2)減少使用抗骨質疏鬆藥物病人牙科處置後，顎骨壞死之風險。</p> <p>(3)服用抗凝血劑至牙科就診病人，申報 P3601C 前後中風或心肌梗塞的比率、死亡率。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(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 115 年 7</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
				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，並於執行第 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。
	7.非齒源性口腔疼痛處置	14.4	0.0	本計畫以 3 年為檢討期限(114~116 年)，請中央健康保險署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 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
	8.品質保證保留款	97.0	1.2	1.115 年度品保專款額度(97.0 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品保款之額度(116.4 百萬元)，合併運用(計 213.4 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。
專款金額		6,456.1	1,792.8	
較基期成長率 (一般服務+專款) ^{註2}	增加金額	5.500%	3,043.2	
	總金額		58,368.5	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 50,662.0 百萬元(含 114 年一般服務預算 50,129.8 百萬元，及校正前 2 年度(113 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額 527.6 百萬元、加回前 1 年度(114 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 4.7 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 55,325.3 百萬元，其中一般服務預算為 50,662.0 百萬元，專款為 4,663.3 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。

115 年度全民健康保險其他預算及其分配

一、總額協商結論：

(一)115 年度其他預算增加 1,148.5 百萬元，預算總額度為 22,032.2 百萬元，由中央健康保險署管控，各細項分配，如附表。

(二)請中央健康保險署依協定事項辦理以下事宜：

- 1.屬計畫型項目，應提出具體實施方案，於 115 年度總額公告後 1 個月內完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。
- 2.請於 115 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 116 年度總額協商考量。

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 600 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)」。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)加強各層級醫療院所之資訊整合及交流，並建立引導院所適當轉診及轉診病人追蹤機制，提升病人醫療連續性與照護效率。
 - (2)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。
 - (3)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 115 年 7 月前提報執行情形及

前 1 年成效評估檢討報告。

(二)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：

1.全年經費 1,695.2 百萬元。

2.執行目標(暫列)：

(1)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度維持 95%以上。

(2)全人整合照護方案 35~64 歲民眾結核病主動篩檢率 $\geq 55\%$ 。

(3)全人整合照護方案鄉內就醫之初級照護率。

預期效益之評估指標(暫列)：

(1)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度。

(2)全人整合照護方案 35~64 歲民眾結核病主動篩檢率。

(3)全人整合照護方案鄉內就醫之初級照護率。

3.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，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)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。

(三)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：

1.全年經費 9,876 百萬元。

2.本項醫療點數以每點 1 元支付，經費如有不足，由「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」項目支應。

3.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與照護成效之評估指標

(如納入病人健康結果、家屬滿意度等成果指標)，提升照護品質。

(2)「在宅急症照護試辦計畫」：

①加強計畫推動，研議放寬適應症，並持續監測病人安全、治療品質及成效，滾動檢討計畫內容，提升院所參與意願。

②本計畫以4年(113~116年)為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第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。

(四)支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費：

1.全年經費300百萬元。

2.本項用於狂犬病治療藥費，及支應醫院、西醫基層總額及其他預算下列專款項目不足之經費，包括：

(1)C型肝炎藥費

(2)罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材

(3)後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費

(4)器官移植

(5)精神科長效針劑藥費

(6)矯正機關服務

(7)居家醫療(含居家醫療照護、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)

(五)推動促進醫療體系整合計畫：

1.全年經費620百萬元。

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「遠距醫療給付計畫」。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

- (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)擴大推動「急性後期整合照護計畫」及「遠距醫療給付計畫」，並滾動檢討計畫內容，以因應人口老化及醫療不足地區之醫療需求。

(六)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。

(七)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 2,100 百萬元。
- 2.本項除門診透析服務點數維持以醫院及西醫基層門診透析合併獨立預算之前一季點值支付外，餘醫療服務項目(含承作獎勵金、門診診察費加成、門診藥事服務費加成及論次費用)，以每點 1 元支付。經費如有不足，由「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」支應。
- 3.請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用情形之合理性及健康改善成效，並加強執行面管理。

(八)腎臟病照護及病人衛教計畫：

- 1.全年經費 500 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、末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫，並於額度內妥為管理運用。
- 3.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病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。

(3)為鼓勵院所積極提升照顧品質，請適度調整「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」預算額度，並檢討核發獎勵款之條件，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本獎勵計畫之目的。

(九)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。

(十)促進醫療服務診療項目支付衡平：

1.全年經費 5,311 百萬元。

2.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、修訂支付標準及提升假日醫療服務可近性，並得支應醫院及西醫基層總額同項專款及「0~6 歲兒童醫療量能保障」項目之不足款。

(2)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入所屬部門總額一般服務費用結算。

(3)併同醫院及西醫基層總額同項專款，將具體實施方式及執行情形，於 115 年 7 月前提出專案報告。

附表 115 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.屬計畫型項目，應提出具體實施方案，於115年度總額核定後1個月內完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。 2.請於115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116年度總額協商考量。
1.基層總額轉診型態調整費用	600.0	-200.0	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)加強各層級醫療院所之資訊整合及交流，並建立引導院所適當轉診及轉診病人追蹤機制，提升病人醫療連續性與照護效率。 (2)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。 (3)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115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	1,695.2	338.6	1.執行目標(暫列)： <u>(1)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度維持95%以上。</u> <u>(2)全人整合照護方案35~64歲民眾結核病主動篩檢率\geq55%。</u> <u>(3)全人整合照護方案鄉內就醫之初級照護率。</u> 預期效益之評估指標(暫列)： <u>(1)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度。</u>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			<p>(2)全人整合照護方案35~64歲民眾結核病主動篩檢率。</p> <p>(3)全人整合照護方案鄉內就醫之初級照護率。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(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，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。</p> <p>(2)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。</p>
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	9,876.0	498.0	<p>1.本項醫療點數以每點1元支付，經費如有不足，由「支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)持續精進居家醫療照護模式與照護成效之評估指標(如納入病人健康結果、家屬滿意度等成果指標)，提升照護品質。</p> <p>(2)「在宅急症照護試辦計畫」：</p> <p>①加強計畫推動，研議放寬適應症，並持續監測病人安全、治療品質及成效，滾動檢討計畫內容，提升院所參與意願。</p> <p>②本計畫以4年(113~116年)為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第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。</p>
4.支應狂犬病治療藥費及政策鼓勵或保障項目專款不足之經費	300.0	85.0	<p>本項用於狂犬病治療藥費，及支應醫院、西醫基層總額及其他預算下列專款項目不足之經費，包括：</p> <p>1.C型肝炎藥費</p> <p>2.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材</p> <p>3.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費</p> <p>4.器官移植</p>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			5.精神科長效針劑藥費 6.矯正機關服務 7.居家醫療(含居家醫療照護、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)
5.推動促進醫療 體系整合計畫	620.0	100.0	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 療給付計畫」。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (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)擴大推動「急性後期整合照護計畫」 及「遠距醫療給付計畫」，並滾動檢 討計畫內容，以因應人口老化及醫療 不足地區之醫療需求。
6.調節非預期風 險及其他非預 期政策改變所 需經費	1,000.0	-1,000.0	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。
7.提供保險對象 收容於矯正機 關者醫療服務 計畫	2,100.0	171.9	1.本項除門診透析服務點數維持以醫院及 西醫基層部門透析合併獨立預算之前一 季點值支付外，餘醫療服務項目(含承作 獎勵金、門診診察費加成、門診藥事服務 費加成及論次費用)，以每點1元支付。經 費如有不足，由「支應狂犬病治療藥費及 政策鼓勵或保障項目專款不足之經費」支 應。 2.請中央健康保險署持續檢討本計畫醫 療利用情形之合理性及健康改善成效， 並加強執行面管理。
8.腎臟病照護及 病人衛教計畫	500.0	0.0	1.持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD) 醫療給付改善方案、末期腎臟病前期 (Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫及慢 性腎衰竭病人門診透析服務品質提升 獎勵計畫，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：

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			<p>(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。</p> <p>(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病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。</p> <p>(3)為鼓勵院所積極提升照顧品質，請適度調整「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」預算額度，並檢討核發獎勵款之條件，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本獎勵計畫之目的。</p>
9.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。
10.促進醫療服務診療項目支付衡平	5,311.0	1,155.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>1.本項經費用於通盤檢討、修訂支付標準及提升假日醫療服務可近性，並得支應醫院及西醫基層總額同項專款及「0~6歲兒童醫療量能保障」項目之不足款。</p> <p>2.本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入所屬部門總額一般服務費用結算。</p> <p>3.併同醫院及西醫基層總額同項專款，將具體實施方式及執行情形，於115年7月前提出專案報告。</p>
總計	22,032.2	1,148.5	