

衛生福利部全民健康保險會
第7屆 114 年第 8 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 10 月 22 日

衛生福利部全民健康保險會第 7 屆 114 年第 8 次委員會議議程

一、主席致詞	
二、議程確認	
三、確認上次(第 7 次)委員會議紀錄 -----	1
四、本會重要業務報告 -----	84
五、討論事項	
(一)115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果之整體成長率及部分協定事項內容確認案-----	91
(二)115 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案-----	92
六、報告事項	
(一)部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告-----	119
(二)114 年度西醫基層診所及藥局春節連假開診額外獎勵措施執行結果-----	120
(三)中央健康保險署「114 年 9 月份全民健康保險業務執行報告」(書面報告)-----	124
七、臨時動議	

三、確認上次(第 7 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(114)年 10 月 3 日衛部健字第 1143360141 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7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9月26日上午9時30分

方式及地點：實體會議(本部301會議室)、視訊會議(使用 Microsoft Teams 線上會議系統)

主席：周主任委員麗芳

紀錄：劉于鳳、張嘉云

出席委員：(依姓名筆劃排序，*為參與視訊會議)

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、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*、嚴委員必文

請假委員：周委員慶明、林委員宜平、許委員舒博、謝委員佳宜

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：陳署長亮好、張主任秘書禹斌

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83~86頁)

貳、議程確認：(詳附錄第86頁)

決定：確認。

參、確認上次(第6次)委員會議紀錄：(詳附錄第86~87頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第88~89頁)

決定：洽悉。

伍、討論事項(詳附錄第90~116頁)

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。

決議：

- 一、確認115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配協商結果包括：成長率、金額、協定事項，如附件一至附件五。至於「執行目標」及「預期效益之評估指標」，如劃線處，請中央健康保險署會同總額部門相關團體研訂，並提報本(114)年10月份委員會議(114.10.22)確認。委員所提意見，送請各總額部門及中央健康保險署參考。
- 二、除醫院總額已提送地區預算分配建議方案外，請其餘總額部門相關團體於10月7日前提送，將安排於10月份委員會議討論；最遲仍未於11月4日提送建議方案者，則由本會掣案提11月份委員會議(114.11.19)討論，俾依法於年底前完成協定。

陸、報告事項(詳附錄第117~129頁)

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)。

決定：本案洽悉。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：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)。

決定：本案洽悉。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：上午11時59分。

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 $\times (1 + 115 \text{ 年度一般服務成長率})$
+ 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 $\times (1 + 115 \text{ 年度成長率})$

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 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)本項專款額度(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，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) 2. 藥品及特 材給付規 定改變 3. 因應牙醫 支付標準 調整所增 加預算	0.689% 0.431% 0.0001%	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。 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。 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平衡」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
其他醫療服務利用及密集度之改變	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	0.000%	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><u>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。</u></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。

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.醫療給付改善方案	2,618.5	346.5	<p>1.持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、乳癌、思覺失調症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質、生物相似性藥品、化療學名藥、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>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
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。
11.鼓勵院所建立轉診合作機制	224.7	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。</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>
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	<p>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。</p> <p>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。</p>
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」。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
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」。
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： <u>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。</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</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>目，暫一年後再予檢討。</p> <p>(1)參與醫院重點監測抗藥菌占率不高於 112 年。</p> <p>(2)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。</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>(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。</p> <p>①急診病人轉出率(排除直接轉入他院住院案件)不高於 113 年。</p> <p>②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。</p> <p>③急診轉住院人次占率較去年增加。</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>④急診病人停留超過 24 小時之案件比率較 113 年下降。</p> <p>(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。</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 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。</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): 提升護理人員調薪人數比率達一定比率。</p> <p>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</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
			<u>險署共同研商設計，契合預期效益之可行性、合理性。</u> 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.本項專款額度(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) ^{*2}	5.630%	35,177.0	
增加金額 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	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，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) ^{#3}	增加金額 總金額	5.500%	35,722.3 685,306.4	

- 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 $\times (1 + 115 \text{ 年度一般服務成長率}) + 115 \text{ 年度專款項目經費} + 115 \text{ 年度西醫基層門診透析服務費用}$
- 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 $\times (1 + 115 \text{ 年度成長率})$

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、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)本項專款額度(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，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) 2. 藥品及特材給付規定改變 3. 因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費	0.161% 0.305% 0.467%	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。 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。 請中央健康保險署辦理下列事項： 1. <u>執行目標(暫列)</u> : 聘有護理人員之診所，調升護理人員之薪資比率。 <u>預期效益之評估指標(待補)</u> : (醫全會說明：請中央健康保

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>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. 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、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	
	12.代謝症候群計畫衍生費用	0.000%	0.0	
其他醫療服務利用及密集度之改變	13.成人預防保健第二階段併同因病就醫之診察費	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。
	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%	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。

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	(115 年新增項目) 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	<p>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。</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 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。</p> <p>3.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)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>

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	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%	-11.6	<p>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。</p> <p>2.於 116 年度總額加回本項違規扣款金額。</p>
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	<p>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> <ol style="list-style-type: none"> 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)。 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。 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。 本項以 5 年為檢討期限(114~118 年)，之後回歸一般服務。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			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	466.7	42.8	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。 2.請中央健康保險署持續檢討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	5,866.5	1,218.5	請中央健康保險署辦理下列事項： 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> <u>預期效益之評估指標(暫列):</u> <u>(1)家庭醫師整合性照護計畫收案人數較前一年度增加。</u> <u>(2)中風等併發症發生率較前一年度減少。</u> 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	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

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			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	<p>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。</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：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。</p>
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>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
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>
11.後天免疫缺乏症候 群抗病毒治療藥費	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>
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	<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加強醫療</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
			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	
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	1.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)： <u>預期效益之評估指標(待補)</u> ： <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。)</u> (2)通盤研議、修訂支付標準，系統性檢討各項支付成本

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>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平衡性」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</u> 年為檢討期限 (115~<u>119</u> 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 <u>5</u> 年(<u>119</u> 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. 本項專款額度(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)。</p> <p>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。</p>
專款金額	14,250.6	1,662.4	
較基期成長率 (一般服務 + 專 款) ^{**2}	5.742%	8,831.6	
總金額		162,635.3	

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	876.0	<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，西醫基層總額本項服務費用成長率為 3.861%。</p>
	3.861%		<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>

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，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) ^{*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 年度(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×(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≥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≥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：≥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%	<p>1. <u>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%。</u></p> <p><u>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%。</u></p> <p>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。</p> <p>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。</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
保險給付項目及支付標準之改變	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. <u>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 >20%。</u></p> <p><u>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。</u></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集度之改變	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	

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.「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(115年新增項目)	-0.044%	-14.5	
	5.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理办法之扣款	-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 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。	

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
3. 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> <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> <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</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
			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	180.8	28.4	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>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。</p>
7. 照護機構中醫醫療照護方案	10.8	2.8	<p>1. <u>執行目標(暫列)</u>：</p> <p>(1) 115 年服務 200 家照護機構。</p> <p>(2) 服務人次 80,000 人次，服務總天數 6,000 天。</p> <p><u>預期效益之評估指標(暫列)</u>：照護機構住民外出就診中醫次數較前一年減少。</p> <p>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。</p>
8. 中醫三高病人加強照護計畫 (115 年新增項目)	53.0	53.0	<p>1. <u>執行目標(暫列)</u>：參與個案 3 萬人。</p> <p><u>預期效益之評估指標(暫列)</u>：個人健康資料上傳及生活習慣自評 60% 收案個案完成。</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，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。</p> <p>(2) 本計畫以 3 年為檢討期限</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
			(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	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) ^{#2}	增加金額 總金額	5.500%	1,899.6 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×(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，以提升資源有效運用。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，頸骨壞死之風險。
- 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)本項專款額度(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 總金額	2.468% 1,250.4 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。 2. 請中央健康保險署辦理下列

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			<p>事項：</p> <p>(1)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「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。</p> <p>預期效益之評估指標(暫列)：</p> <p>(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。</p> <p>(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。</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	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。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
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，以提升資源有效運用。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</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>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。</p> <p>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，頸骨壞死之風險。</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 月前提報全民健康保險會。</p> <p>(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</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
			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.本項專款額度(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 總金額	5.500% 58,368.5	3,043.2

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 >=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)			<p>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。</p> <p>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。</p>
1. 基層總額轉診 型態調整費用	600.0	-200.0	<p>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)」。</p> <p>2. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>
2. 山地離島地區 醫療給付效益 提昇計畫	1,695.2	338.6	<p>1. <u>執行目標(暫列)：</u></p> <p>(1) <u>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></p> <p>(2) <u>全人整合照護方案35~64歲民眾結核病主動篩檢率>=55%。</u></p> <p>(3) <u>全人整合照護方案鄉內就醫之初級照護率。</u></p> <p>預期效益之評估指標(暫列)：</p> <p>(1) <u>山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度。</u></p>

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> <ol style="list-style-type: none"> 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。
總 計	22,032.2	1,148.5	

四、本會重要業務報告

- 一、依本會上次(第 7 次)委員會議決議，請各總額部門受託團體於本(114)年 10 月 7 日前，提送 115 年度一般服務地區預算分配建議方案，以利提 10 月份委員會議討論。各總額部門之辦理情形：
- (一)台灣醫院協會已於9月18日函送在案，並列入本次會議討論事項第二案。
 - (二)牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)於10月1日函復本會，將待10月29日召開內部會議討論後，再提送本會。
 - (三)醫師公會全國聯合會(下稱醫全會)及中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)尚未提送。
 - (四)請牙全會、醫全會及中全會最遲於本年11月4日前提送地區預算分配之建議方案，以利提11月份委員會議(114.11.19)討論。若未提送，則由本會掣案提會討論，俾依法於年底前完成協定。
- 二、本會業於本年第 7 次委員會議(114.9.26)完成 115 年度醫療給付費用總額協商結論的初步確認，中央健康保險署(下稱健保署)依照該協商結果及全民健康保險法第 24 條規定提出費率草案，本會訂於本日委員會議(114.10.22)結束後，繼續召開「全民健康保險 115 年度保險費率審議前專家諮詢會議」(開會通知諒達)，邀請專家學者與會提供諮詢意見，敬請委員列席參加。
- 三、為提供即時資訊，本會更新本年 8 月彙編之「114 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」，經同仁持續核對最新統計數據後，業於 10 月 17 日將更新版之指標要覽電子檔公開於本部網頁。為節能減碳，不印製紙本資料，若委員及相關單位、團體有參考需要，請至本會網頁自行下載(路徑：衛生福利部全民健康保險會 > 公告及重要工作成果 > 醫療給付費用總額協商參考指標要覽，網址：<https://gov.tw/wWS>)。
- 四、本會針對 115 年度健保總額協商結果作為委員關切重要議題之會訊報導主題，內容詳附錄一(第 127~128 頁)，已置於本會網頁(路徑：健保會首頁 > 最新訊息 > 委員關切重要議題分析，網址：

<https://gov.tw/vqq>)，敬請委員轉知所屬團體之會員參閱。

五、衛生福利部(下稱衛福部)及健保署於本年 9 月至 10 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 10 月 15 日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

1.本年 9 月 17 日公告訂定「全民健康保險自付差額之特殊材料品項類別」，及同步廢止行政院衛生署 101 年 12 月 28 日衛署健保字第 1012660330 號等 11 項公告，並自本年 9 月 17 日起生效，如附錄二(第 129~130 頁)，重點摘要如下：

(1)為利民眾知悉健保收載之自付差額特材品項類別，爰綜整歷次個別公告訂定之類別(11 類)後，加上新增特材品項類別(1 類)，整合訂定「全民健康保險自付差額之特殊材料品項類別」(計 12 類)，並同步廢止歷次之公告(計 11 項)。

(2)其中項次 11「特殊材質縫合錨釘」、項次 12「特殊功能及材質脊椎間體護架」，分別提經本會本年第 1 次(114.3.26)、第 4 次委員會議(114.6.25)討論通過後，由健保署報請衛福部核定公告實施，項次 11 業於本年 6 月 1 日生效、項次 12 定自本年 11 月 1 日生效；另「冠狀動脈塗藥支架」修正為「冠狀動脈特殊材質支架」(項次 3)。

2.本年 9 月 23 日修正發布「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」(下稱本標準)部分條文及第 79 條附件 2 至第 84 條附件 7，如附錄三(第 131~132 頁)，本次修正重點摘要如下：

(1)酌修部分條文文字：依法制體例，於引用本標準條文時，刪除「本標準」用語，並酌修文字(將「品項」修正為「項目」、將藥品許可證更正為藥物許可證、供應短缺藥品更正為供應短缺藥物)。除修正條文第 33 條之 1 及第 33 條之 2，配合本年 4 月 26 日修正發布「全民健康保險藥品價格調整作業辦法」之施行日期，自 115 年 1 月 1 日生效；其餘修正條文自發布日(114.9.23)生效。

(2)修正第 79 條附件 2 至第 84 條附件 7(包含藥品及特材給付項目暨支付標準、中藥用藥品項、藥品及特材給付規定等)：健保署依本標準第 4 條第 4 項規定，將該署暫予收載或調整支付價格之項目，或增修之給付規定，每年報請主管機關公告。本次修正，係對照本年 1 月與 113 年 1 月藥物給付項目、支付標準及給付規定予以修正，並自本年 1 月 1 日生效。

(二)健保署

1.本年 9 月 10 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 9 月 1 日起新增之承作院所及醫師名單，如附錄四(第 133 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)統計如附錄五(第 134 頁)。

2.114 年第 1 季各部門總額每點支付金額：

- (1)牙醫門診總額，如附錄六(第 135~138 頁)。
- (2)中醫門診總額，如附錄七(第 139~141 頁)。
- (3)醫院總額，如附錄八(第 142~145 頁)。
- (4)西醫基層總額，如附錄九(第 146~149 頁)。
- (5)門診透析服務，如附錄十(第 150~152 頁)。

分區別 總額別	114 年第 1 季各部門總額平均點值				
	牙醫門診	中醫門診	醫院	西醫基層	門診透析
台北	0.9616	1.000	0.9422	0.91587	0.9709
北區	1.0606	0.9416	0.9880	0.93437	
中區	1.0270	0.9707	0.9779	0.96034	
南區	1.0783	0.9801	1.0041	0.98451	
高屏	1.0680	0.9590	1.0056	0.95776	

分區別 總額別	114 年第 1 季各部門總額平均點值				
	牙醫門診	中醫門診	醫院	西醫基層	門診透析
東區	1.1500	1.1282	1.0095	1.03274	
全區	1.0201	0.9777	0.9746	0.94506	

決定：

討論事項

第一案

提案單位：本會第三組

案由：115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果之整體成長率及部分協定事項內容確認案，提請討論。

說明：

一、本會業於本(114)年 9 月 24 日完成 115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商，並於 9 月 26 日第 7 次委員會議確認四部門總額及其他預算協商結論(如第 5~83 頁)，為辦理後續報部事宜，尚須確認以下事項：

(一)請確認 115 年度總額整體成長率：

依協商結果，牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院總額及其他預算皆完成協定，經總額計算公式估算，其整體成長率為 5.5%，各部門總額成長率及金額如下表。

115 年度 醫療費用	醫院 (含透析)	西醫基層 (含透析)	牙醫門診	中醫門診	其他預算	整體合計
金額 (億元)	6,853.06	1,861.99	583.69	364.29	220.32	9,883.35
成長率	5.5%	5.5%	5.5%	5.5%	增加 11.49 億元	5.5%

註：1. 門診透析服務總成長率 3%，總金額 487.96 億元，其中醫院總額為 252.32 億元，西醫基層總額為 235.64 億元，已分別併入醫院及西醫基層總額預算。
2. 年度及各部門總額之金額為預估值，最終仍以健保署結算資料為準。

(二)請確認四部門總額及其他預算，其新增或延續性協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」：

依 115 年度總額協商程序及本會第 7 次委員會議(114.9.26)之決議，請健保署會同總額部門相關團體參考委員意見，共同討論研修後，提報本次委員會議確認。健保署回復研修結果如附件(資料後附)。

二、經本次委員會議確認整體成長率及前開協定事項內容後，將併入 115 年度各部門醫療給付費用總額協商結果，報請衛福部核定。

決議：

第二案

提案單位：本會第三組

案由：115 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

說明：

一、依全民健康保險法第 61 條第 2 項規定，總額協商後本會尚須討論地區預算及相關分配事項。地區預算分配主要目的在於提升保險對象就醫公平性，並以「錢跟著人走」為原則，希望能導引醫療資源均衡分布，促進同儕制約效益及分區自主管理能力。復依 115 年度醫療給付費用總額協商程序(略以)，有關各部門總額一般服務地區預算之分配方式：請各總額部門於本(114)年 9 月份總額協商完成後，2 週內(114.10.7 前)提送地區預算分配之建議方案，以利掣案提 10 月份委員會議討論。台灣醫院協會業於 114.9.18 函送 115 年度醫院總額一般服務地區預算分配暨風險調整移撥款建議方案(詳附件一，第 111~112 頁)，爰排入本次會議討論。

二、115 年度醫院醫療給付費用總額，經本會本年第 7 次委員會議(114.9.26)決議，協商結論為：付費者代表及醫院總額代表達成共識，成長率為 5.5%，其中一般服務費用的成長率為 5.101%，需進行地區預算分配。

三、醫院總額歷年一般服務地區預算執行概況：

(一) 地區範圍：以中央健康保險署(下稱健保署)六分區業務組所轄範圍，區分為六個地區。

(二) 分配事項：

1. 分配參數：

(1) 各地區保險對象人數校正風險因子後之數值(R 值)。

(2) 總額開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用占率(S 值)。

2. R 值的風險校正因子：

- (1)門診：人口風險因子(年齡性別指數占 80%，標準化死亡比占 20%)，及轉診型態(醫院門診市場占有率)。
- (2)住院：人口風險因子(年齡性別指數占 50%，標準化死亡比占 50%)。
- 3.分配方式：依費協會 93.12.30 醫院總額公告，地區預算自 93 年起，原則上以 8 年為期，逐年達成預算 100%依據校正風險後之各分區保險對象人數分配，惟該期程可視實況檢討修訂。
- 4.門、住診費用比率：
- (1)醫院總額並未區分門、住診預算，但考量門、住診地區預算分配之風險校正因子不同，因此須先議定門、住診費用比率，以進行風險校正。
- (2)自 94 年度起，用於「計算」地區預算所採之門、住診費用比率均為 45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。
- (3)歷年均採上開比率，主要係考量健保署於本會 103.5.23 委員會議有關醫院總額門、住診費用分配合理性之專案報告，其建議：「以目前醫療科技之發展，部分傳統住診之開刀手術由門診內視鏡手術、非侵入性治療(放射線)、藥物等所取代、住院化療服務也漸由門診化療服務所取代，門、住診醫療費用最適比率，因應醫療科技發展，尚無合理之比率數據」。
- 5.門、住診服務費用合併結算：將上開門、住診費用分別依各地區門、住診 R 值、S 值占率計算後，合併預算，按季結算各區點值以核付費用。
- 6.風險調整移撥款：為因應各部門總額地區預算運作之需，近年各部門總額均議定風險調整移撥款，於分配地區預算前，先自一般服務預算移撥部分費用，作為地區預算分配之風險調控或平衡各地區醫療資源發展之用，並強化弱勢

人口與偏鄉之醫療服務。

(三)地區預算各年核(決)定情形：

1.分配參數中，門、住診費用比率及 R 值、S 值占率於各年核(決)定情形：

項目 \ 年	94	95~96	97~101	102~103	104~105	106~108	109~111	112~113	114	
門診 (費用比率 45%)	R	15%	38%	45%	46%	46%	50%	51%	52%	53%
	S	85%	62%	55%	54%	54%	50%	49%	48%	47%
住院 (費用比率 55%)	R	10%	38%	40%	40%	41%	45%	45%	45%	46%
	S	90%	62%	60%	60%	59%	55%	55%	55%	54%

2.各年風險調整移撥款核(決)定情形：醫院總額自 108 年起編列風險調整移撥款，各年額度及用途如下表，主要用持續推動各分區資源平衡發展，各分區可視發展需求，自行運用於強化區內醫療服務。

年	額度 (億元)	用途
108	1.5	襄助各分區偏鄉及弱勢醫療，運用專案管理模式，達各分區醫療平衡發展之目的。
109	2	持續推動各分區資源平衡及鼓勵發展。
110	2	持續推動各分區醫療資源平衡發展，促進區域內醫療體系整合及強化弱勢人口之醫療服務。
111	6	鼓勵各區就轄內醫療資源需求進行最適之整合及規劃，以持續推動區域間平衡發展。
112	6	持續推動各分區資源平衡發展。
113	6	持續推動各分區資源平衡發展。
114	6.5	持續推動各分區資源平衡發展，其中 0.5 億元用於因應東區因 R 值占率調升造成之財務衝擊。

四、台灣醫院協會業於 114.9.18 函提 115 年度地區預算分配建議方案(詳附件一，第 111~112 頁)，該建議係經邀集各層級醫院協會代表召開會議之研商結果，如下：考量 114 年其門、住診之 R 值占率已各前進 1%，建議 115 年度地區預算分配參數 R、S 值及風險調整移撥款暫維持同 114 年。

(一)查 114 年醫院總額地區預算分配方式：

- 1.用於計算地區預算所採之門、住診費用比為 45：55。
- 2.門診 R 值占率 53%、住院 R 值占率 46%。

3.風險調整移撥款 6.5 億元，用以持續推動各分區資源平衡發展，其中 0.5 億元用於因應東區因 R 值占率調升造成之財務衝擊。

(二)本會同時請健保署對「醫院協會所提建議方案」提供執行面意見及 113、114 年風險調整移撥款執行結果(資料後附)。

五、115 年度一般服務(不含原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 3.887 億元)地區預算分配方式，待討論事項如下：

(一)計算門、住診費用比率：建議援例依歷年方式，以「45：55」作為計算地區預算之門、住診費用比率，並依各地區門、住診 R 值、S 值占率計算後，合併預算，按季結算各區點值以核付費用。

(二)門、住診之各地區保險對象人數校正風險因子後之數值(R 值)分配比率：

1.醫院協會建議不調整：維持 114 年分配方式，門、住診 R 值占率為 53% 及 46%。

2.待討論事項：依衛生署(衛福部前身)規劃地區預算採「錢跟著人走」之原則，為達成「保障民眾就醫公平性」的政策目標，宜適度調升 R 值，說明如下：

(1)門診部分，113 年 R 值占率未調整、114 年前進 1%，115 年是否依醫院協會建議同 114 年(不調整)，請考量。

(2)住院部分，106~113 年 R 值占率未調整、114 年前進 1%，115 年是否依醫院協會建議同 114 年(不調整)，請考量。

(三)風險調整移撥款：是否同意醫院協會建議同 114 年(自一般服務費用提撥 6.5 億元，用以持續推動各分區資源平衡發展，其中 0.5 億元用於因應東區因 R 值占率「調升」造成之財務衝擊)，請討論。(倘 115 年度 R 值占率未調升，建議刪除「調升」文字。)

六、依 115 年度醫療給付費用總額協商架構及原則，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，請健保署會同醫院總額相關團體議定後，於 114 年 12 月前送本會同意後執行。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。

七、相關參考資料：

- (一)模擬 115 年度依不同「校正人口風險因子及轉診型態後保險對象人數」占率，分配之各區預算估計值如表 1-1~1-3(第 97~99 頁)。
- (二)提供 113 年門、住診分配參數、歷年各區人口年齡性別指數、投保人口及戶籍人口數、一般服務預算、醫療供給(醫師數、急性一般病床數)與利用(就醫人數、次數、點數)及點值等資料供參(如表 1-4、1-5、2-1~8-2，第 100~110 頁)。
- (三)歷年地區預算分配公式檢討會議相關結論及本會委託研究建議，如附件二，第 113~116 頁。

擬辦：

- 一、確認 115 年度醫院總額一般服務之地區預算分配方式後，報請衛福部核定。
- 二、所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權健保署會同醫院總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。

決議：

表1-1 115年度醫院門診服務地區預算模擬試算表

單位：百萬元；%

分區	114年預算估計值	「各地區保險對象人數校正風險因子後之數值(R值)」比率(註2,3)					
		53%(同114年)			54%		
		預算	成長率	增加金額	預算	成長率	增加金額
台北	91,481	97,369	6.44%	5,888	97,364	6.43%	5,883
北區	34,209	36,411	6.44%	2,202	36,480	6.64%	2,271
中區	43,541	46,343	6.44%	2,802	46,336	6.42%	2,795
南區	33,561	35,722	6.44%	2,160	35,696	6.36%	2,135
高屏	35,736	38,036	6.44%	2,300	38,008	6.36%	2,272
東區	5,765	6,136	6.44%	371	6,132	6.37%	367
全區	244,292	260,017	6.44%	15,724	260,017	6.44%	15,724

分區	114年預算估計值	「各地區保險對象人數校正風險因子後之數值(R值)」比率(註2,3)					
		55%			56%		
		預算	成長率	增加金額	預算	成長率	增加金額
台北	91,481	97,359	6.43%	5,878	97,354	6.42%	5,873
北區	34,209	36,549	6.84%	2,340	36,618	7.04%	2,409
中區	43,541	46,328	6.40%	2,787	46,320	6.38%	2,780
南區	33,561	35,671	6.29%	2,110	35,646	6.21%	2,085
高屏	35,736	37,981	6.28%	2,245	37,953	6.20%	2,217
東區	5,765	6,128	6.30%	363	6,124	6.24%	360
全區	244,292	260,017	6.44%	15,724	260,017	6.44%	15,724

註：1. 114年度預算以113年度之結算資料為基礎，依114年度所協定之一般服務成長率6.237%推估之，所採基期之113年度一般服務預算已調整人口成長率差值(32.93億元)及加回113年違規扣款(0.12億元)，門、住診服務預算比以45：55計算。各分區預算推估方式如下：

- (1) 各分區門診服務預算=門診服務預算×[0.53×各地區保險對象人數校正風險因子後之數值(R值)+0.47×開辦前一年醫院門診醫療費用占率(S值)]。
- (2) 門診服務預算=(一般服務預算+門診透析費用-品質保證保留款-風險調整移撥款-醫院附設門診回歸各分區之預算-離島地區住診加計30%之預算)×0.45-門診透析費用。分述如下：
 - ① 114年醫院門診透析服務成長率2.917%，約246.87億元。
 - ② 依本會113.6.19委員會議決議：原106年度列於一般服務之品保款額度(3.887億元)與114年品保款專款(10.295億元)合併運用(計約14.182億元)。
 - ③ 114年度風險調整移撥款6.5億元，於地區預算分配前先行扣除。
 - ④ 114年醫院附設門診部回歸原醫院之預算6.03億元，每季扣減1.51億元，並依各分區實際已回歸院所需費用，回歸該季該分區一般服務預算。
 - ⑤ 114年離島地區住診加計30%之預算1.5億元，每季扣減0.374億元，並依各分區實際利用，回歸該季該分區一般服務預算。
2. 115年度預算以114.9.26第7次委員會議決議之「一般服務成長率5.101%」推估之，所採基期之114年度一般服務預算已調整人口成長率差值(58.65億元)及加回114年違規扣款(0.03億元)，門、住診服務預算比暫以45：55進行試算。各分區預算推估方式如下：
 - (1) 各分區門診服務預算(以R值=53%為例)=門診服務預算×[0.53×各地區保險對象人數校正風險因子後之數值(R值)+0.47×開辦前一年醫院門診醫療費用占率(S值)]。
 - (2) 門診服務預算=(一般服務預算+門診透析費用-品質保證保留款-風險調整移撥款-醫院附設門診回歸各分區之預算)×0.45-門診透析費用。分述如下：
 - ① 115年醫院門診透析服務成長率2.209%，約252.33億元。
 - ② 依本會114.5.21委員會議決議：原106年度列於一般服務之品保款額度(3.887億元)與115年品保款專款(10.756億元)合併運用(計約14.643億元)。
 - ③ 依台灣醫院協會114.9.18來文，於地區預算分配前，先提撥6.5億元做為風險調整移撥款。
 - ④ 115年醫院附設門診部回歸原醫院之預算6.35億元(以114年該項預算×115年一般服務成長率5.101%推估)，每季扣減1.59億元，並依各分區實際已回歸院所需費用，回歸該季該分區一般服務預算。
3. 本表估算114年度及115年度各季各分區預算之R值與S值，均採健保署113年度地區預算分配參數。各分區最終之實際預算，仍以健保署結算資料為準。

表1-2 115年度醫院住院服務地區預算模擬試算表

單位：百萬元；%

分區	114年預算估計值	「各地區保險對象人數校正風險因子後之數值(R值)」比率(註2,3)					
		46%(同114年)			47%		
		預算	成長率	增加金額	預算	成長率	增加金額
台北	114,251	121,162	6.05%	6,911	121,194	6.08%	6,943
北區	46,387	49,193	6.05%	2,806	49,319	6.32%	2,932
中區	59,805	63,422	6.05%	3,617	63,418	6.04%	3,613
南區	47,691	50,576	6.05%	2,885	50,514	5.92%	2,823
高屏	50,872	53,949	6.05%	3,077	53,905	5.96%	3,032
東區	9,746	10,335	6.05%	589	10,288	5.56%	542
全區	328,753	348,638	6.05%	19,885	348,638	6.05%	19,885

分區	114年預算估計值	「各地區保險對象人數校正風險因子後之數值(R值)」比率(註2,3)					
		48%			49%		
		預算	成長率	增加金額	預算	成長率	增加金額
台北	114,251	121,226	6.10%	6,975	121,258	6.13%	7,007
北區	46,387	49,445	6.59%	3,058	49,571	6.86%	3,184
中區	59,805	63,414	6.03%	3,609	63,409	6.03%	3,604
南區	47,691	50,452	5.79%	2,761	50,390	5.66%	2,699
高屏	50,872	53,860	5.87%	2,988	53,815	5.79%	2,943
東區	9,746	10,241	5.08%	495	10,194	4.60%	448
全區	328,753	348,638	6.05%	19,885	348,638	6.05%	19,885

註：1. 114年度預算以113年度之結算資料為基礎，依114年度所協定之一般服務成長率6.237%推估之，所採基期之113年度一般服務預算已調整人口成長率差值(32.93億元)及加回113年違規扣款(0.12億元)，門、住診服務預算比以45：55計算。各分區預算推估方式如下：

- (1) 各分區住院服務預算 = 住院服務預算 $\times [0.46 \times \text{各地區保險對象人數校正風險因子後之數值(R值)} + 0.54 \times \text{開辦前一年醫院住院醫療費用占率(S值)}]$ 。
- (2) 住院服務預算 = (一般服務預算 + 門診透析費用 - 品質保證保留款 - 風險調整移撥款 - 醫院附設門診回歸各分區之預算 - 離島地區住診加計30%之預算) $\times 0.55$ 。分述如下：
 - ① 114年醫院門診透析服務成長率2.917%，約246.87億元。
 - ② 依本會113.6.19委員會議決議：原106年度列於一般服務之品保款額度(3.887億元)與114年品保款專款(10.295億元)合併運用(計約14.182億元)。
 - ③ 114年度風險調整移撥款6.5億元，於地區預算分配前先行扣除。
 - ④ 114年醫院附設門診部回歸原醫院之預算6.03億元，每季扣減1.51億元，並依各分區實際已回歸院所所需費用，回歸該季該分區一般服務預算。
 - ⑤ 114年離島地區住診加計30%之預算1.5億元，每季扣減0.374億元，並依各分區實際利用，回歸該季該分區一般服務預算。
2. 115年度預算以114.9.26第7次委員會議決議之「一般服務成長率5.101%」推估之，所採基期之114年度一般服務預算已調整人口成長率差值(58.65億元)及加回114年違規扣款(0.03億元)，門、住診服務預算比暫以45：55進行試算。各分區預算推估方式如下：
 - (1) 各分區住院服務預算(以R值=46%為例) = 住院服務預算 $\times [0.54 \times \text{各地區保險對象人數校正風險因子後之數值(R值)} + 0.54 \times \text{開辦前一年醫院門診醫療費用占率(S值)}]$ 。
 - (2) 住院服務預算 = (一般服務預算 + 門診透析費用 - 品質保證保留款 - 風險調整移撥款 - 醫院附設門診回歸各分區之預算) $\times 0.55$ 。分述如下：
 - ① 115年醫院門診透析服務成長率2.209%，約252.33億元。
 - ② 依本會114.5.21委員會議決議：原106年度列於一般服務之品保款額度(3.887億元)與115年品保款專款(10.756億元)合併運用(計約14.643億元)。
 - ③ 依台灣醫院協會114.9.18來文，於地區預算分配前，先提撥6.5億元做為風險調整移撥款。
 - ④ 115年醫院附設門診部回歸原醫院之預算6.35億元(以114年該項預算 $\times 115\text{年一般服務成長率}5.101\%$ 推估)，每季扣減1.59億元，並依各分區實際已回歸院所所需費用，回歸該季該分區一般服務預算。
3. 本表估算114年度及115年度各季各分區預算之R值與S值，均採健保署113年度地區預算分配參數。各分區最終之實際預算，仍以健保署結算資料為準。

表1-3 115年度醫院總額門、住診服務地區預算模擬試算表

單位：百萬元；%

分區	114年 預算 估計值	「各地區保險對象人數校正風險因子後之數值(R值)」比率									
		門診	53%(同114年)			54%			55%		
			住院	預算	成長率	增加金額	預算	成長率	增加金額	預算	成長率
台北	205,732	46%	218,531	6.22%	12,799	218,526	6.22%	12,794	218,521	6.22%	12,789
北區	80,596	(	85,604	6.21%	5,008	85,673	6.30%	5,077	85,742	6.38%	5,146
中區	103,346	同	109,765	6.21%	6,420	109,758	6.20%	6,412	109,750	6.20%	6,405
南區	81,253	114	86,297	6.21%	5,045	86,272	6.18%	5,020	86,247	6.15%	4,995
高屏	86,608	年	91,986	6.21%	5,377	91,958	6.18%	5,349	91,930	6.14%	5,322
東區	15,510	)	16,471	6.19%	960	16,467	6.17%	957	16,463	6.14%	953
台北	205,732	47%	218,563	6.24%	12,831	218,558	6.23%	12,826	218,553	6.23%	12,821
北區	80,596		85,730	6.37%	5,134	85,799	6.46%	5,203	85,868	6.54%	5,272
中區	103,346		109,761	6.21%	6,415	109,753	6.20%	6,408	109,746	6.19%	6,400
南區	81,253		86,236	6.13%	4,983	86,211	6.10%	4,958	86,185	6.07%	4,933
高屏	86,608		91,941	6.16%	5,333	91,913	6.13%	5,305	91,885	6.09%	5,277
東區	15,510		16,424	5.89%	913	16,420	5.86%	910	16,416	5.84%	906
台北	205,732	48%	218,595	6.25%	12,863	218,590	6.25%	12,858	218,585	6.25%	12,853
北區	80,596		85,856	6.53%	5,260	85,925	6.61%	5,329	85,994	6.70%	5,398
中區	103,346		109,757	6.20%	6,411	109,749	6.20%	6,404	109,742	6.19%	6,396
南區	81,253		86,174	6.06%	4,921	86,149	6.03%	4,896	86,124	5.99%	4,871
高屏	86,608		91,896	6.11%	5,288	91,868	6.07%	5,260	91,841	6.04%	5,232
東區	15,510		16,377	5.58%	866	16,373	5.56%	862	16,369	5.54%	859
全區	573,045		608,654	6.21%	35,609	608,654	6.21%	35,609	608,654	6.21%	35,609

表1-4 113年度醫院總額門住診地區預算分配參數

項目 分區	分配參數數值		R值校正因子(註) $=((A*B*B\text{占率})+(A*C*C\text{占率}))*D$				
	R值	S值	保險對象 人數占率 (A)	人口風險因素 年齡性別 指數(B)	標準化死亡 比(SMR)(C)	轉診型態 校正比例 (Trans)(D)	
門診	台北	0.37359	0.37549	0.37038	0.99482	0.90393	1.03007
	北區	0.15253	0.12593	0.16749	0.92695	0.98547	0.96743
	中區	0.17687	0.17975	0.18043	0.98083	1.01639	0.98937
	南區	0.13286	0.14250	0.12526	1.06959	1.06673	0.98941
	高屏	0.14125	0.15197	0.13732	1.05322	1.08649	0.96781
	東區	0.02291	0.02437	0.01914	1.08287	1.22557	1.07345
	參數占率	52%	48%	—	80%	20%	100%
住診	台北	0.35248	0.34330	0.37038	0.98984	0.90393	
	北區	0.16062	0.12446	0.16749	0.92200	0.98547	
	中區	0.18124	0.18249	0.18043	0.98179	1.01639	
	南區	0.13549	0.15325	0.12526	1.08532	1.06673	
	高屏	0.14783	0.16065	0.13732	1.05509	1.08649	
	東區	0.02235	0.03586	0.01914	1.09724	1.22557	
	參數占率	45%	55%	—	50%	50%	

註：1.R值之計算，以保險對象人數占率為基礎，先校正人口風險因素[年齡性別指數、SMR(標準化死亡比)]，門診部分再校正轉診型態校正比例[Trans(門診市場占有率)]。
 2.各項參數均採4季均值。

表1-5 109~113年醫院總額各分區人口年齡性別指數

分區	年	門診				
		109	110	111	112	113
台北		0.98889	0.98990	0.99048	0.99282	0.99482
北區		0.92957	0.92784	0.92970	0.92896	0.92695
中區		0.97878	0.97891	0.98086	0.98108	0.98083
南區		1.07540	1.07619	1.07337	1.07062	1.06959
高屏		1.05591	1.05643	1.05498	1.05356	1.05322
東區		1.09119	1.08844	1.08475	1.08300	1.08287
全區		1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000

分區	年	住診				
		109	110	111	112	113
台北		0.98228	0.98415	0.98497	0.98768	0.98984
北區		0.93014	0.92832	0.92625	0.92457	0.92200
中區		0.98130	0.98140	0.98244	0.98235	0.98179
南區		1.09073	1.08956	1.08899	1.08595	1.08532
高屏		1.05373	1.05431	1.05558	1.05500	1.05509
東區		1.10234	1.09748	1.09721	1.09664	1.09724
全區		1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000

資料來源：健保署，醫院總額(不含門診透析)各分區一般服務每點支付金額結算參數及附件。

註：各分區人口指數為4季均值。

表2-1 113年投保人口、戶籍人口、醫院總額一般服務預算占率及平均每人預算數

分區	投保人口 占率 ^{註1}	戶籍人口 占率 ^{註1}	一般服務預算 占率 ^{註2}	平均每人 預算數 ^{註2}
台北	37.0%	32.1%	35.9%	22,060
北區	16.7%	16.8%	14.0%	19,055
中區	18.0%	19.5%	18.0%	22,746
南區	12.5%	13.9%	14.2%	25,887
高屏	13.7%	15.5%	15.1%	25,073
東區	1.9%	2.2%	2.7%	32,458
全區	100.0%	100.0%	100.0%	22,773

表2-2 113較95年投保人口、戶籍人口、醫院總額一般服務預算及平均每人預算成長率

分區	投保人口 成長率 ^{註1}	戶籍人口 成長率 ^{註1}	一般服務預算 成長率 ^{註2}	平均每人預算 成長率 ^{註2}
台北	10.5%	2.3%	118.4%	97.5%
北區	20.4%	17.0%	127.2%	88.6%
中區	4.2%	2.7%	111.1%	102.6%
南區	-4.9%	-4.8%	102.4%	112.8%
高屏	-2.5%	-3.1%	102.5%	107.6%
東區	-13.0%	-9.6%	91.6%	120.2%
全區	6.2%	2.3%	112.5%	100.1%

註：1.投保人數(4季季中均值)採醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算參數及附件；戶籍人數(年底)為內政部戶政統計資料。相關資料詳表2-3。

2.一般服務預算不含門診透析、品質保證保留款、專款項目及其他未分區結算之服務，相關資料詳表2-4。

表2-3 95、109~113年各分區投保人口數、戶籍人口數

年 分區	投保人口數(千人)						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台北	7,931	8,769	8,738	8,653	8,716	8,767	836	10.5%
北區	3,292	3,838	3,869	3,890	3,927	3,964	672	20.4%
中區	4,099	4,299	4,291	4,259	4,266	4,271	171	4.2%
南區	3,117	3,057	3,027	2,986	2,975	2,965	-153	-4.9%
高屏	3,333	3,317	3,297	3,261	3,255	3,250	-83	-2.5%
東區	521	472	468	461	457	453	-68	-13.0%
全區	22,294	23,752	23,689	23,510	23,595	23,670	1,376	6.2%

年 分區	戶籍人口數(千人)						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台北	7,337	7,608	7,502	7,442	7,523	7,506	169	2.3%
北區	3,354	3,834	3,839	3,850	3,898	3,923	570	17.0%
中區	4,438	4,578	4,554	4,539	4,562	4,559	121	2.7%
南區	3,421	3,317	3,290	3,268	3,268	3,258	-163	-4.8%
高屏	3,746	3,685	3,655	3,634	3,641	3,629	-117	-3.1%
東區	581	540	535	531	529	526	-56	-9.6%
全區	22,877	23,561	23,375	23,265	23,420	23,400	524	2.3%

年 分區	投保人口占率(%)						113較95年增加值
	95	109	110	111	112	113	
台北	35.6%	36.9%	36.9%	36.8%	36.9%	37.0%	1.5%
北區	14.8%	16.2%	16.3%	16.5%	16.6%	16.7%	2.0%
中區	18.4%	18.1%	18.1%	18.1%	18.1%	18.0%	-0.3%
南區	14.0%	12.9%	12.8%	12.7%	12.6%	12.5%	-1.5%
高屏	15.0%	14.0%	13.9%	13.9%	13.8%	13.7%	-1.2%
東區	2.3%	2.0%	2.0%	2.0%	1.9%	1.9%	-0.4%
全區	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	—

年 分區	戶籍人口占率(%)						113較95年增加值
	95	109	110	111	112	113	
台北	32.1%	32.3%	32.1%	32.0%	32.1%	32.1%	0.0%
北區	14.7%	16.3%	16.4%	16.5%	16.6%	16.8%	2.1%
中區	19.4%	19.4%	19.5%	19.5%	19.5%	19.5%	0.1%
南區	15.0%	14.1%	14.1%	14.0%	14.0%	13.9%	-1.0%
高屏	16.4%	15.6%	15.6%	15.6%	15.5%	15.5%	-0.9%
東區	2.5%	2.3%	2.3%	2.3%	2.3%	2.2%	-0.3%
全區	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	—

資料來源：投保人數(4季季中均值)採醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算參數及附件；戶籍人數(年底)為內政部戶政統計資料。

表2-4 95、109~113年醫院總額各分區一般服務預算數

年 分區	預算數(百萬元)						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
R-門診	38%	51%	51%	51%	52%	52%	14%	—
R-住院	38%	45%	45%	45%	45%	45%	7%	—
台北	88,569	165,721	169,121	178,079	184,571	193,403	104,833	118.4%
北區	33,255	63,920	67,135	70,021	72,246	75,541	42,285	127.2%
中區	46,017	83,682	91,612	90,681	92,795	97,142	51,124	111.1%
南區	37,916	67,225	70,126	72,022	73,478	76,751	38,835	102.4%
高屏	40,254	70,921	75,567	76,482	78,087	81,495	41,242	102.5%
東區	7,678	13,027	13,643	13,866	14,093	14,710	7,032	91.6%
全區	253,690	464,497	487,204	501,152	515,271	539,042	285,352	112.5%

年 分區	平均每人預算數(元)						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台北	11,167	18,898	19,356	20,579	21,177	22,060	10,893	97.5%
北區	10,101	16,656	17,350	18,001	18,396	19,055	8,954	88.6%
中區	11,225	19,464	21,350	21,291	21,755	22,746	11,521	102.6%
南區	12,163	21,990	23,168	24,124	24,701	25,887	13,725	112.8%
高屏	12,076	21,383	22,923	23,455	23,992	25,073	12,997	107.6%
東區	14,744	27,608	29,155	30,079	30,836	32,458	17,715	120.2%
全區	11,379	19,556	20,566	21,317	21,838	22,773	11,394	100.1%

年 分區	預算數占率(%)						113較95年 增加值
	95	109	110	111	112	113	
台北	34.9%	35.7%	34.7%	35.5%	35.8%	35.9%	1.0%
北區	13.1%	13.8%	13.8%	14.0%	14.0%	14.0%	0.9%
中區	18.1%	18.0%	18.8%	18.1%	18.0%	18.0%	-0.1%
南區	14.9%	14.5%	14.4%	14.4%	14.3%	14.2%	-0.7%
高屏	15.9%	15.3%	15.5%	15.3%	15.2%	15.1%	-0.7%
東區	3.0%	2.8%	2.8%	2.8%	2.7%	2.7%	-0.3%
全區	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	—

年 分區	預算數成長率(%)						
	95	109	110	111	112	113	
台北	3.0%	5.8%	2.1%	5.3%	3.6%	4.8%	
北區	7.9%	6.1%	5.0%	4.3%	3.2%	4.6%	
中區	4.6%	5.7%	9.5%	-1.0%	2.3%	4.7%	
南區	4.9%	5.5%	4.3%	2.7%	2.0%	4.5%	
高屏	5.3%	5.3%	6.5%	1.2%	2.1%	4.4%	
東區	2.2%	6.1%	4.7%	1.6%	1.6%	4.4%	
全區	4.5%	5.7%	4.9%	2.9%	2.8%	4.6%	

資料來源：健保署，預算數摘自醫院總額(不含門診透析)各分區一般服務每點支付金額結算說明表。

註：1.本表不含門診透析、品質保證保留款、專款項目及其他未分區結算之服務。

2.平均每個人預算數=預算數/4季季中(2、5、8及11月)保險對象人數均值。

3.因應COVID-19疫情影響，醫院總額110年第2、3季分區預算，依近3年(107~109)當季就醫分區預算占率分配。

表3 91、109~113年各分區醫院醫師分布情形

年 分區	醫院醫師數(人)						113較91年 增加值	113較91年 成長率
	91	109	110	111	112	113		
台北	7,291	12,637	12,984	13,069	13,099	13,210	5,919	81.2%
北區	2,966	4,212	4,327	4,379	4,405	4,389	1,423	48.0%
中區	3,881	5,983	6,147	6,274	6,425	6,560	2,679	69.0%
南區	2,347	4,248	4,337	4,394	4,464	4,490	2,143	91.3%
高屏	3,298	5,277	5,441	5,584	5,631	5,640	2,342	71.0%
東區	573	896	916	918	912	889	316	55.1%
全區	20,356	33,253	34,152	34,618	34,936	35,178	14,822	72.8%

年 分區	每萬人口醫院醫師數						113較91年 增加值	113較91年 成長率
	91	109	110	111	112	113		
台北	10.1	16.6	17.3	17.6	17.4	17.6	7.5	74.0%
北區	9.3	11.0	11.3	11.4	11.3	11.2	1.9	20.1%
中區	8.9	13.1	13.5	13.8	14.1	14.4	5.5	61.9%
南區	6.9	12.8	13.2	13.4	13.7	13.8	6.9	101.2%
高屏	8.8	14.3	14.9	15.4	15.5	15.5	6.7	76.3%
東區	9.6	16.6	17.1	17.3	17.2	16.9	7.3	76.0%
全區	9.0	14.1	14.6	14.9	14.9	15.0	6.0	66.3%

表4 91、109~113年各分區醫院急性一般病床數分布情形

年 分區	急性一般病床數(床)						113較91年 增加值	113較91年 成長率
	91	109	110	111	112	113		
台北	20,873	22,938	23,280	23,650	23,564	23,527	2,654	12.7%
北區	10,275	10,654	10,930	11,142	10,960	10,893	618	6.0%
中區	13,024	15,466	15,735	15,862	15,787	15,461	2,437	18.7%
南區	9,136	10,808	10,896	10,882	10,899	10,766	1,630	17.8%
高屏	11,732	12,862	13,046	13,178	13,064	13,399	1,667	14.2%
東區	2,213	1,971	1,983	2,023	2,000	1,992	-221	-10.0%
全區	67,253	74,699	75,870	76,737	76,274	76,038	8,785	13.1%

年 分區	每萬人口急性一般病床數						113較91年 增加值	113較91年 成長率
	91	109	110	111	112	113		
台北	29.0	30.2	31.0	31.8	31.3	31.3	2.4	8.2%
北區	32.3	27.8	28.5	28.9	28.1	27.8	-4.5	-13.9%
中區	29.8	33.8	34.6	34.9	34.6	33.9	4.1	13.7%
南區	26.7	32.6	33.1	33.3	33.4	33.0	6.4	23.9%
高屏	31.4	34.9	35.7	36.3	35.9	36.9	5.6	17.8%
東區	37.1	36.5	37.1	38.1	37.8	37.9	0.8	2.1%
全區	29.9	31.7	32.5	33.0	32.6	32.5	2.6	8.8%

資料來源：114年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽。

註：醫師數及急性一般病床數採每年12月數值；每萬人口醫師數、急性一般病床數=(醫師數
、急性一般病床數/年底戶籍人數)*10,000。

表5 95、109~113年醫院總額各分區門、住診就醫人數及就醫率

年 分區	門診就醫人數(千人)						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台北	4,138	4,565	4,400	4,716	4,814	4,834	696	16.8%
北區	2,087	2,367	2,286	2,489	2,584	2,615	529	25.3%
中區	2,420	2,750	2,696	2,828	2,946	2,961	541	22.4%
南區	1,719	1,825	1,783	1,861	1,947	1,938	219	12.7%
高屏	2,083	2,078	2,035	2,103	2,220	2,221	138	6.6%
東區	320	324	312	326	344	334	14	4.4%
全區	11,849	12,950	12,618	13,342	13,784	13,844	1,996	16.8%

年 分區	住院就醫人數(千人)						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台北	515	582	527	543	611	613	97	18.9%
北區	275	283	260	267	304	305	30	10.8%
中區	352	406	387	389	438	444	92	26.3%
南區	249	278	266	260	287	288	40	15.9%
高屏	314	326	307	305	342	341	27	8.6%
東區	54	53	50	48	54	52	-1.80	-3.3%
全區	1,716	1,895	1,769	1,784	2,004	2,011	295	17.2%

年 分區	門診就醫率(%)						113較95年 增加值
	95	109	110	111	112	113	
台北	52.2%	52.1%	50.4%	54.5%	55.2%	55.1%	3.0%
北區	63.4%	61.7%	59.1%	64.0%	65.8%	66.0%	2.6%
中區	59.0%	64.0%	62.8%	66.4%	69.1%	69.3%	10.3%
南區	55.2%	59.7%	58.9%	62.3%	65.5%	65.4%	10.2%
高屏	62.5%	62.6%	61.7%	64.5%	68.2%	68.3%	5.8%
東區	61.5%	68.6%	66.7%	70.7%	75.4%	73.8%	12.3%
全區	53.1%	54.5%	53.3%	56.8%	58.4%	58.5%	5.3%
差值	11.2%	16.6%	16.3%	16.2%	20.1%	18.6%	-

年 分區	住院就醫率(%)						113較95年 增加值
	95	109	110	111	112	113	
台北	6.5%	6.6%	6.0%	6.3%	7.0%	7.0%	0.5%
北區	8.4%	7.4%	6.7%	6.9%	7.7%	7.7%	-0.7%
中區	8.6%	9.5%	9.0%	9.1%	10.3%	10.4%	1.8%
南區	8.0%	9.1%	8.8%	8.7%	9.6%	9.7%	1.7%
高屏	9.4%	9.8%	9.3%	9.3%	10.5%	10.5%	1.1%
東區	10.4%	11.2%	10.8%	10.5%	11.8%	11.5%	1.2%
全區	7.7%	8.0%	7.5%	7.6%	8.5%	8.5%	0.8%
差值	3.9%	4.5%	4.7%	4.2%	4.8%	4.5%	-

資料來源：114年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽；投保人數採醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算參數及附件。

註：1.就醫人數係依當年度有就醫者之身分證字號及就醫分區別歸戶計算人數。

2.就醫率=就醫人數/4季季中(2、5、8及11月)保險對象人數均值。

3.差值=分區中最高值-分區中最低值。

表6 95、109~113年醫院總額各分區門、住診就醫次數

年 分區	門診件數(千件)						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台北	27,064	33,999	31,979	34,923	37,508	38,530	11,466	42.4%
北區	10,930	13,668	13,052	14,386	15,457	16,089	5,159	47.2%
中區	15,246	19,426	19,164	20,256	21,840	22,505	7,259	47.6%
南區	10,113	13,033	12,916	13,437	14,324	14,496	4,383	43.3%
高屏	13,439	14,818	14,668	15,150	16,580	16,828	3,389	25.2%
東區	2,033	2,257	2,202	2,270	2,476	2,478	444	21.9%
全區	78,826	97,200	93,981	100,421	108,185	110,926	32,100	40.7%

年 分區	平均每人門診就醫次數						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台北	3.41	3.88	3.66	4.04	4.30	4.39	0.98	28.8%
北區	3.32	3.56	3.37	3.70	3.94	4.06	0.74	22.2%
中區	3.72	4.52	4.47	4.76	5.12	5.27	1.55	41.7%
南區	3.24	4.26	4.27	4.50	4.82	4.89	1.65	50.7%
高屏	4.03	4.47	4.45	4.65	5.09	5.18	1.15	28.4%
東區	3.90	4.78	4.71	4.92	5.42	5.47	1.56	40.0%
全區	3.54	4.09	3.97	4.27	4.59	4.69	1.15	32.5%
倍數	1.24	1.34	1.40	1.33	1.38	1.35	—	—

年 分區	住院件數(千件)						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台北	759	1,019	907	927	1,055	1,061	302	39.9%
北區	373	444	403	412	471	475	102	27.3%
中區	519	720	687	690	775	788	269	51.8%
南區	371	478	456	443	485	488	117	31.5%
高屏	462	547	513	506	569	568	106	22.9%
東區	79	103	99	97	106	104	24	30.8%
全區	2,563	3,313	3,065	3,075	3,460	3,484	920	35.9%

年 分區	平均每人住院就醫次數						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台北	0.096	0.116	0.104	0.107	0.121	0.121	0.025	26.5%
北區	0.113	0.116	0.104	0.106	0.120	0.120	0.007	5.7%
中區	0.127	0.168	0.160	0.162	0.182	0.184	0.058	45.7%
南區	0.119	0.156	0.151	0.148	0.163	0.165	0.046	38.3%
高屏	0.139	0.165	0.156	0.155	0.175	0.175	0.036	26.1%
東區	0.152	0.219	0.211	0.210	0.232	0.229	0.077	50.3%
全區	0.115	0.139	0.129	0.131	0.147	0.147	0.032	28.0%
倍數	1.59	1.89	2.03	1.98	1.93	1.91	—	—

資料來源：114年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽；投保人數採醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算參數及附件。

註：1.就醫人數係當年度有就醫者之身分證字號及就醫分區歸戶計算人數。

2.平均每人就醫次數=件數/4季季中(2、5、8及11月)保險對象人數均值。

3.門診件數不含門診透析、慢性病連續處方調劑案件、補報部分醫令或醫令差額、排檢及交付機構之申報件數。

4.倍數=分區中最高值/分區中最低值。

表7 95、109~113年醫院總額各分區門、住診費用點數

年 分區	門診費用點數(百萬點)						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台北	47,780	105,619	107,170	114,985	122,602	127,545	79,765	166.9%
北區	18,008	40,050	40,870	44,122	47,080	49,027	31,019	172.2%
中區	26,120	58,683	61,305	64,349	68,044	70,920	44,799	171.5%
南區	17,708	40,582	42,119	43,845	45,609	46,668	28,960	163.5%
高屏	20,865	41,886	44,079	45,859	48,565	50,777	29,912	143.4%
東區	3,782	7,257	7,510	7,684	8,214	8,403	4,621	122.2%
全區	134,264	294,078	303,054	320,844	340,115	353,341	219,077	163.2%

年 分區	住院費用點數(百萬點)						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台北	48,828	78,130	75,468	78,629	86,888	88,929	40,101	82.1%
北區	20,849	31,033	30,734	31,677	34,864	35,764	14,915	71.5%
中區	28,529	47,428	48,600	49,857	53,890	55,046	26,516	92.9%
南區	21,267	33,519	33,958	33,902	36,462	37,386	16,119	75.8%
高屏	24,691	38,118	38,569	38,686	41,888	42,984	18,293	74.1%
東區	5,196	7,213	7,360	7,351	7,914	7,803	2,607	50.2%
全區	149,360	235,441	234,690	240,102	261,907	267,912	118,552	79.4%

年 分區	平均每入門診費用點數						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台北	6,024	12,044	12,265	13,288	14,067	14,548	8,524	141.5%
北區	5,470	10,436	10,562	11,343	11,988	12,367	6,897	126.1%
中區	6,372	13,649	14,287	15,108	15,952	16,606	10,234	160.6%
南區	5,680	13,275	13,915	14,686	15,333	15,741	10,060	177.1%
高屏	6,260	12,629	13,372	14,063	14,921	15,622	9,362	149.6%
東區	7,262	15,379	16,049	16,668	17,973	18,542	11,280	155.3%
全區	6,022	12,381	12,793	13,647	14,415	14,927	8,905	147.9%
倍數	1.33	1.47	1.52	1.47	1.50	1.50	—	—

年 分區	平均每入住院費用點數						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台北	6,156	8,910	8,637	9,086	9,969	10,144	3,987	64.8%
北區	6,333	8,086	7,943	8,144	8,878	9,021	2,689	42.5%
中區	6,959	11,031	11,326	11,706	12,634	12,889	5,930	85.2%
南區	6,822	10,964	11,219	11,355	12,257	12,610	5,788	84.8%
高屏	7,407	11,493	11,700	11,864	12,870	13,224	5,817	78.5%
東區	9,977	15,286	15,728	15,946	17,317	17,218	7,241	72.6%
全區	6,699	9,912	9,907	10,213	11,100	11,318	4,619	68.9%
倍數	1.62	1.89	1.98	1.96	1.95	1.91	—	—

年 分區	門診費用點數占總費用點數比率						113較95年 增加值
	95	109	110	111	112	113	
台北	49.5%	57.5%	58.7%	59.4%	58.5%	58.9%	9.5%
北區	46.3%	56.3%	57.1%	58.2%	57.5%	57.8%	11.5%
中區	47.8%	55.3%	55.8%	56.3%	55.8%	56.3%	8.5%
南區	45.4%	54.8%	55.4%	56.4%	55.6%	55.5%	10.1%
高屏	45.8%	52.4%	53.3%	54.2%	53.7%	54.2%	8.4%
東區	42.1%	50.2%	50.5%	51.1%	50.9%	51.9%	9.7%
全區	47.3%	55.5%	56.4%	57.2%	56.5%	56.9%	9.5%

資料來源：114年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽；投保人數採醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算參數及附件。

註：1.平均每入就醫點數=點數/4季季中(2、5、8及11月)保險對象人數均值；門診不含門診透析服務點數。

2.倍數=分區中最高者/分區中最低值。

表8-1 106~113年醫院總額各季浮動點值分布情形

分區 年季	浮 動 點 值							點 值 排 序					
	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
106Q1	0.8704	0.9075	0.8990	0.8514	0.9348	0.9218	0.8861	5	3	4	6	1	2
106Q2	0.8846	0.9082	0.9225	0.8640	0.9343	0.9087	0.8984	5	4	2	6	1	3
106Q3	0.8323	0.8780	0.8912	0.8545	0.9086	0.8880	0.8726	6	4	2	5	1	3
106Q4	0.8265	0.8959	0.8853	0.8622	0.9203	0.8789	0.8694	6	2	3	5	1	4
107Q1	0.8173	0.8841	0.8525	0.8642	0.9129	0.8678	0.8591	6	2	5	4	1	3
107Q2	0.8428	0.9018	0.9067	0.8838	0.9138	0.8626	0.8770	6	3	2	4	1	5
107Q3	0.8195	0.9010	0.8905	0.8792	0.9298	0.8899	0.8731	6	2	3	5	1	4
107Q4	0.8470	0.8943	0.8745	0.8571	0.9017	0.8643	0.8705	6	2	3	5	1	4
108Q1	0.8633	0.8842	0.8748	0.8855	0.9250	0.8751	0.8804	6	3	5	2	1	4
108Q2	0.8717	0.8678	0.8844	0.8761	0.9139	0.8958	0.8822	5	6	3	4	1	2
108Q3	0.8762	0.8968	0.8816	0.8869	0.9138	0.8808	0.8873	6	2	4	3	1	5
108Q4	0.8528	0.8830	0.8817	0.8860	0.9146	0.8539	0.8794	6	3	4	2	1	5
109Q1	0.9365	0.9913	0.9499	0.9979	0.9889	0.9633	0.9492	6	2	5	1	3	4
109Q2													
109Q3	0.8419	0.8638	0.8776	0.8925	0.9175	0.8797	0.8862	6	5	4	2	1	3
109Q4	0.8682	0.8903	0.8842	0.9036	0.9303	0.9108	0.8903	6	4	5	3	1	2
110Q1	0.8434	0.9182	0.8749	0.9179	0.9301	0.8741	0.8856	6	2	4	3	1	5
110Q2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
110Q3	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
110Q4	0.8682	0.8903	0.8842	0.9036	0.9303	0.9108	0.8903	6	4	5	3	1	2
111Q1	0.8724	0.9504	0.8970	1.0137	0.9600	0.8913	0.9224	6	3	4	1	2	5
111Q2	0.9776	1.0266	0.9466	1.0374	1.0509	1.1156	0.9872	5	4	6	3	2	1
111Q3	0.8664	0.9338	0.9050	1.0161	1.0170	1.0058	0.9405	6	4	5	2	1	3
111Q4	0.9171	0.9627	0.9065	1.0119	0.9960	1.0054	0.9475	5	4	6	1	3	2
112Q1	0.8530	0.8938	0.8536	0.9780	0.9288	0.9309	0.9005	6	4	5	1	3	2
112Q2	0.8708	0.9086	0.8931	0.9913	0.9364	0.9093	0.9071	6	4	5	1	2	3
112Q3	0.8808	0.9447	0.8949	0.9901	0.9582	0.9152	0.9176	6	3	5	1	2	4
112Q4	0.8558	0.9366	0.8842	0.9834	0.9343	0.9484	0.9063	6	3	5	1	4	2
113Q1	0.8692	0.9115	0.8805	1.0115	0.9130	0.9735	0.9065	6	4	5	1	3	2
113Q2	0.8565	0.8825	0.8855	0.9952	0.9257	0.9397	0.8997	6	5	4	1	3	2
113Q3	0.8771	0.9274	0.9120	0.9997	0.9752	1.0294	0.9216	6	4	5	2	3	1
113Q4	0.8831	0.9248	0.9151	0.9911	0.9886	1.0436	0.9287	6	4	5	2	3	1

資料來源：健保署醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表。

註：1.浮動點值 = [當季預算 - (藥費及議定點值核算之金額)] ÷ 浮動之服務項目核定總點數。
 2.因應COVID-19疫情影響，109年點值採第1、2季合併結算，第3、4季按季結算；110年第2、3季各醫院費用分別以108、109年同期之9成為基礎支付，無一般服務點值；112、113年點值未包含其他預算「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目及公務預算挹注全民健康保險基金撥補之費用。

表8-2 106~113年醫院總額各季平均點值分布情形

分區 年季	平均點值						點值排序						
	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
106Q1	0.9246	0.9378	0.9397	0.9166	0.9562	0.9470	0.9333	5	4	3	6	1	2
106Q2	0.9322	0.9404	0.9522	0.9230	0.9568	0.9423	0.9395	5	4	2	6	1	3
106Q3	0.9086	0.9299	0.9371	0.9202	0.9438	0.9334	0.9243	6	4	2	5	1	3
106Q4	0.9044	0.9340	0.9332	0.9222	0.9488	0.9273	0.9234	6	2	3	5	1	4
107Q1	0.9004	0.9295	0.9166	0.9241	0.9450	0.9224	0.9179	6	2	5	3	1	4
107Q2	0.9095	0.9340	0.9421	0.9308	0.9442	0.9173	0.9271	6	3	2	4	1	5
107Q3	0.9007	0.9370	0.9354	0.9306	0.9539	0.9328	0.9249	6	2	3	5	1	4
107Q4	0.9137	0.9339	0.9275	0.9207	0.9390	0.9200	0.9239	6	2	3	4	1	5
108Q1	0.9215	0.9295	0.9272	0.9331	0.9515	0.9262	0.9299	6	3	4	2	1	5
108Q2	0.9254	0.9228	0.9317	0.9285	0.9454	0.9360	0.9299	5	6	3	4	1	2
108Q3	0.9278	0.9357	0.9304	0.9339	0.9456	0.9286	0.9329	6	2	4	3	1	5
108Q4	0.9186	0.9316	0.9316	0.9346	0.9469	0.9182	0.9293	5	3	3	2	1	6
109Q1	0.9579	0.9761	0.9667	0.9873	0.9862	0.9689	0.9707	6	3	5	1	2	4
109Q2													
109Q3	0.9209	0.9347	0.9339	0.9446	0.9532	0.9371	0.9338	6	4	5	2	1	3
109Q4	0.9264	0.9354	0.9329	0.9432	0.9556	0.9449	0.9361	6	4	5	3	1	2
110Q1	0.9166	0.9485	0.9290	0.9511	0.9562	0.9283	0.9343	6	3	4	2	1	5
110Q2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
110Q3	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
110Q4	0.8682	0.8903	0.8842	0.9036	0.9303	0.9108	0.8903	6	4	5	3	1	2
111Q1	0.9352	0.9689	0.9447	0.9995	0.9755	0.9418	0.9567	6	3	4	1	2	5
111Q2	0.9830	0.9975	0.9713	1.0094	1.0187	1.0404	0.9934	5	4	6	3	2	1
111Q3	0.9413	0.9739	0.9554	1.0058	1.0072	1.0020	0.9687	6	4	5	2	1	3
111Q4	0.9579	0.9766	0.9530	0.9998	0.9946	0.9969	0.9720	5	4	6	1	3	2
112Q1	0.9319	0.9534	0.9301	0.9855	0.9639	0.9654	0.9476	5	4	6	1	3	2
112Q2	0.9332	0.9502	0.9439	0.9870	0.9636	0.9496	0.9499	6	3	5	1	2	4
112Q3	0.9375	0.9642	0.9448	0.9868	0.9742	0.9527	0.9552	6	3	5	1	2	4
112Q4	0.9285	0.9634	0.9409	0.9849	0.9640	0.9691	0.9497	6	4	5	1	3	2
113Q1	0.9338	0.9526	0.9391	0.9967	0.9533	0.9796	0.9501	6	4	5	1	3	2
113Q2	0.9269	0.9411	0.9406	0.9892	0.9586	0.9650	0.9456	6	4	5	1	3	2
113Q3	0.9355	0.9567	0.9528	0.9906	0.9820	1.0024	0.9578	6	4	5	2	3	1
113Q4	0.9412	0.9597	0.9559	0.9891	0.9900	1.0112	0.9621	6	4	5	3	2	1

資料來源：健保署醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表。

註：1.平均點值 = 當季預算 ÷ 所有服務之核定總點數(含藥費金額)。

2.因應COVID-19疫情影響，109年點值採第1、2季合併結算，第3、4季按季結算；110年第2、3季各醫院費用分別以108、109年同期之9成為基礎支付，無一般服務點值；

112、113年點值未包含其他預算「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目及公務預算挹注全民健康保險基金撥補之費用。

台灣醫院協會 函

地址：251新北市淡水區中正東路2段29-5
號25樓
聯絡人：林佩萩
電話：02-28083300分機52
傳真：02-28083304
電子郵件：peichiou@hatw.org.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18日
發文字號：院協健字第1140200538號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：敬復醫院部門115年度地區預算分配之建議方案，請鑑查。

說明：

- 一、依據貴會114年7月2日衛部健字第1143360097號書函辦理。
- 二、有關旨揭議案已於本（9）月16日台灣醫院協會114年全民健康保險委員會第3次會議，邀集各層級暨兼具六分區代表共同研商，鑑於如下理由，建議115年地區預算之分配參數R、S值及風險調整移撥款暫維持同114年。

(一)綜整各分區暨專家代表意見，鑑於現行地區預算分配之公式，難以真實呈現各分區各式人口結構實際變動及醫療資源耗用情形，以線性推估公式已無法反映人口老化、新醫療科技等非線性成長所產生的問題，亟需就分配公式重新設計，以減緩對各區預算赤字的衝擊。

(二)本會於111年應衛生福利部中央健康保險署專案委託，經分區討論共識得，公式建議修正為：「以健保歷年實際

114.09.19

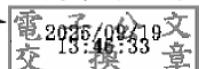


數據資料為基礎，各分區排除特定之保險對象人數（山地原住民及機構型精神病人），分別依其性別及一定歲數為級距的年齡組別進行統計，以全國各性別、各年齡層平均醫療費用推算各分區之地區預算為基本數，山地原住民及機構型精神病人費用以外加形式加入各地區預算中，以形成新醫院總額地區預算分配公式。

(三) 醫院部門期待地區預算公式的修正得以及早實現，現行因各分區對RS值前進與否仍無法取得共識，且114年地區預算分配門住診已各進前進1%，爰115年暫維持不動。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：衛生福利部中央健康保險署、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



歷年地區預算分配公式檢討會議相關結論及本會委託研究建議

- 壹、95~105 年行政院衛生署(現改制為衛生福利部)、衛生福利部及健保會歷年召開地區預算分配公式檢討會議，相關結論摘述如下：
- 一、衛生署規劃方案，以「錢跟著人走」的概念分配地區預算，係為達成「保障民眾就醫的公平性」，及漸進促成「資源分布均衡發展」之目標，惟為減緩衝擊，分配公式中之「人口占率」可採漸進方式增加，以利各區調適。(95.5.1 費協會座談會)
 - 二、制度應具延續性，若需變動，幅度不要過大，宜漸進調整，以減少衝擊。(95.5.1 費協會座談會)
 - 三、「人口占率」達 100%之 8 年期限，可視需要，事先議定方式延長，且每年變動比率以不超過 15%為宜，以利各區調適及減緩衝擊。(95.5.1 費協會座談會)
 - 四、有關醫院總額部門供給面因素的影響，可考慮於醫院年度總額預算分配中，納入供給面的考量，並配合年度總額的協商與醫療體系的規劃，建立合理的連動機制。對於已發生影響者，可採以逐年攤回方式，公平處理。(95.12.18 衛生署座談會)
 - 五、對於地區預算分配公式之檢討修正，請各總額部門針對爭議性議題，先尋求內部共識。有共識之處，原則予以尊重，並循行政程序處理；未獲共識處，再由本署召開會議研處。(95.12.18 衛生署座談會)
 - 六、跨區就醫點值採計方式，尊重各總額部門之共識。(95.12.18 衛生署座談會)
 - 七、目前已有公式維持不變之共識，至於各項校正指標及其權重是否合理，可進一步討論，例如「SMR」可考量是否作為住院的校正因子較為適宜等。在無共識的情況下，政策不宜驟然大幅變動，以漸進改革為宜。(98.8.6 衛生署座談會)
 - 八、地區預算分配以「錢跟著人走」為概念，期保障民眾就醫的公平性，以漸進方式，並考量各總額部門之特性，增進地區預算分配

公式之「人口占率」。有關地區預算之分配，請中央健康保險署與各總額部門共同討論，以進行公式細項之檢討，並於後續總額協商時，協助提供相關資料，以使地區預算合理分配。(103.8.6 衛福部座談會)

九、專家學者多認同「錢跟著人走」的政策方向，應續努力，而考量醫療供給及民眾就醫習慣等因素，地區預算之人口占率須否達100%，尚有討論空間。尤其是醫院部門的住院服務，考量跨區住院是合理存在的現況，R值無須達100%。為促使醫療資源合理分布，以分區點值差異作為誘因有其必要性，醫界代表希望分區點值趨近之作法，宜慎重考慮；地區預算分配後，分區自主管理措施才是運作重點。(105.3.4 健保會座談會)

十、專家學者所提下列意見，請健保署協助模擬試算，供未來討論地區預算分配案參考(105.3.4 健保會座談會)：

(一)西醫部門自91年全面實施總額已10餘年，各地區之人口及其利用已有變動，其S值(過去利用參數)仍採總額開辦前1年各地區保險對象實際發生醫療費用，似不符時宜，建議檢視相關資料並進行試算。

(二)Trans(門診市場占有率)分配參數易受外在因素影響，惟若驟然刪除，恐影響太大，初步可研議減少其分配占率。

貳、本會於105年委託國立台灣大學辦理「從國際經驗檢視我國總額支付制度地區預算分配方式之研究」計畫，研究結論及政策建議如下：

一、研究結論

(一)經由文獻探討發現，多數國家之地區預算分配均採用「以人口為基礎(population-based)」或稱為「以需求為基礎(Need-based)」之分配方式。各國預算分配機制除反映不同地區民眾對醫療需求的差異，也透過地區預算的分配，降低地區間的醫療資源分配不公平。

(二)分配因子除基本地區人口之年齡、性別組成，多數國家也納入

罹病狀態、社經特性以反映對醫療需求的差異。

(三)有些國家納入未被滿足的醫療需求(例如偏鄉、族裔等調整因子)，以縮小可避免的不平等。

(四)中醫若僅以年齡、性別進行地區預算分配之模擬分析，其變異解釋能力相較其他總額部門為低，然加入 CCS(以疾病診斷處置反映罹病狀態)則可以提高，建議中醫總額部門應提出具代表性及臨床共識之罹病狀態指標。

二、政策建議

(一)短期

1. 地區預算分配公式中，R 值的占率應持續推進：

我國地區預算分配，在健保分區涵蓋人口眾多的特性下，僅以年齡、性別因子進行預算分配之模擬分析，即具有極佳之變異解釋能力，且國際文獻指出，以現在的利用資料進行未來資源的分配，將導致現況下資源配置不公平現象仍將延續；建議各部門總額的 R 值(校正風險後保險對象人數)應持續推進。

2. 中醫部門也應針對跨區就醫有預算撥補之機制：

其他國家對跨區就醫均有以事前或事後之預算調整或撥補之機制，我國除中醫外亦有此機制，故實際執行並無困難，考量預算分配之合理性，建議中醫總額部門也應針對跨區就醫有預算撥補之機制。

3. 可將部分健康公平性指標納入常態性監控之總額監理指標：

從醫療公平性指標發現目前各區仍有差異，建議可納入常態性監控之總額監理指標。

4. S 值計算方式，可逐步更新為使用較新年度資料：

多數國家分配地區預算所引用之資料多為近期，建議 S 值可從總額開辦前 1 年各地區保險對象實際發生醫療費用，改為較新年度資料(如 $n+1$ 年之 S 值採 $n-1$ 年資料)。

(二)中期

1. 預算分配可納入罹病狀態與社經特性等參考因子：

建議各部門總額可提出具代表性及臨床共識之罹病狀態指標，

作為進一步研商地區預算分配公式之參考。

2. 可發展本土化、共通性的社經特性測量工具：

許多國家預算分配公式多有納入「社經地位」作為分配之參考因子，台灣長期以來並無標準化的社經特性測量工具，建議可發展本土化、共通性的社經特性測量工具。

(三)長期

可進行調查，瞭解現況下有多少未被滿足的醫療需要：

許多國家在分配地區預算時，除反映地區民眾的醫療需求，並進一步縮小不同地區間的健康不平等；但台灣長期欠缺探討不同地區或特性的民眾到底現況下有多少未被滿足的醫療需要 (unmet need)，建議可進行調查，瞭解現況下有多少未被滿足的醫療需要，以作為未來規劃醫療資源配置之參考。

報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告，請鑒察。(資料
後附)

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：114 年度西醫基層診所及藥局春節連假開診額外獎勵措施執行結果，請鑒察。

說明：

- 一、依據「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍及動支程序(如附件，第 122 頁)，於費用計算完成後向貴會提報執行結果。
- 二、有關 114 年度西醫基層診所及藥局春節連假開診診察費及藥事服務費加 3 成獎勵措施，全國計有約 1 萬 2 千家院所領取獎勵金約 7 千 9 百萬元，本署均已過帳完畢，說明如下：
 - (一)西醫基層診所計 5,588 家診所，領取獎勵金含門診診察費及藥事服務費加成，約 6 千 7 百萬元。
 - (二)藥局計 6,292 家藥局，領取獎勵金約 1 千 2 百萬元，均為藥事服務費加成。
- 三、本案獎勵措施實施後，統計春節連假期間西醫基層診所及藥局開診率分別為 51% 及 72%，相較未實施前以院所於 VPN 維護開診情形資料檢視，分別為 39% 及 47%，顯示政策已達提高院所開診服務之效。
- 四、本項經費係由 114 年度其他預算「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」專款項下支應，結算金額將於 114 年第 2 季其他部門預算結算報表呈現。
- 五、為反映醫事人員假日出勤人力成本，基於開診獎勵有其必要性及應列為常態性政策，本署已於 115 年西醫基層及其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」專款項下爭取編列預算提升假日醫療服務可近性，惟最後動支條件將依 115 年度總額公告協定結果辦理。

報告單位業務窗口：王智廣科長 聯絡電話：02-27065866 分機 3609

本會整理說明：

- 一、查本會 114 年第 1 次委員會議(114.3.26)決議，同意動支 114 年度總額其他預算「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」(20 億元)項目預算，支應 114 年度西醫基層診所及藥局春節開診額外獎勵措施案。
- 二、本案係健保署依本會上開決議，依動支程序規定(如附件之二(二)、2)，於費用結算後，向本會提報執行結果。
- 三、執行結果摘要如下：

總計動支 0.79 億元，用於 114 年度西醫基層診所及藥局春節連假開診診察費及藥事服務費加 3 成獎勵費用，其中：

- (一)5,588 家西醫基層診所領取獎勵金(含門診診察費及藥事服務費加成)，約 0.67 億元。
- (二)6,292 家藥局領取獎勵金約 0.12 億元(均為藥事服務費加成)。

決定：

「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目 之適用範圍與動支程序

100.12.9 費協會第 178 次委員會議通過
103.11.28 健保會第 1 屆 103 年第 11 次委員會議修正
106.4.28 健保會第 3 屆 106 年第 3 次委員會議修正

一、適用範圍：

(一) 屬「非預期風險」：

1. 年度中發生全國(或特定區)之其他不可預期因素，如具傳染性疾病異常流行、非天災所致之大型事件等突發性特殊情況，致使民眾醫療需求大幅上升，對該部門整體醫療費用造成顯著影響。
2. 應排除依其他法令由各級政府負擔之醫療服務項目。

(二) 屬「其他非預期政策改變」：

1. 年度中非預期之全民健康保險法(下稱健保法)及相關政策修訂，其新增費用不在協定時的各部門總額涵蓋範圍，且須經衛生福利部(下稱衛福部)交議。
2. 應排除「協商時已於總額架構、通則、涵蓋範圍納入考量之項目(包含醫療服務成本及人口因素、協商因素成長率及專款項目等)」^(註)

二、動支程序：

(一) 屬「非預期風險」：

1. 提案前評估：

由受影響之總額部門與中央健康保險署(下稱健保署)於提案前共同完成評估，確定對總額影響顯著，其影響不可歸責於該總額部門。

依非預期風險事件之屬性，其適用情況及評估指標如下：

(1) 具傳染性疾病異常流行(排除依其他法令應由各級政府負擔之醫療服務項目)，致使總額部門全區，單一季別之預估值，有下列情形之一者：

① 平均點值在 0.9 以下，且較去年同季點值下降幅度 >

5%以上。

②一般服務之醫療費用點數成長率>(當年度醫療服務成本及人口因素成長率+5%)以上。

若該疾病異常流行具有地區性差別，則適用受影響之健保分區；閾值同上。

(2)屬非天災所致之大型事件(為非屬健保法第52條事件，並經主管機關認定之案件)，且該事件發生後，前2個月之預估醫療費用達該地區當年季平均總額預算之0.3%以上。

2.提案及議定：

由健保署或本會委員提案，並提供前述評估資料與相關數據(含不可歸責於總額部門之評估資料)，供本會討論議定。

3.核定與執行：

由健保署依本會之議定結果，報請衛福部核定後，會同相關總額部門討論執行細節及結算事宜，並於費用結算後，向本會提報執行結果。

(二)屬「其他非預期政策改變」：

1.提案及議定：

依適用範圍，於衛福部交議後，由健保署提案至本會討論議定；提案內容，應包括政策實施日期及方式、預估經費需求及預期效益等。

2.核定與執行：

由健保署依本會之議定結果，報請衛福部核定後，會同相關總額部門討論執行細節及結算事宜，並於費用結算後，向本會提報執行結果。

註：1.年度總額協商前，衛福部會提出該年度總額之協商政策方向，若屬「可預期」之政策改變，於協商時即應納入考量，爰修訂為僅適用年度中「非預期」之全民健康保險法及相關政策修訂。因政策、法規屬主管機關權責，爰須經衛福部交議，健保署據以提案。

2.歷年健保會訂有下列總額協商通則；另健保署會同各總額部門擬訂專款計畫或方案時，對於超過預算部分，係以浮動點值方式處理。

(1)專款專用項目：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。

(2)其他預算：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。

(3)其他原則：醫療費用總額經衛福部核定後，對已協定各項目金額之增減應正式提案，在本會議決前，並應再經總額部門與付費者代表協定程序。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：114 年 9 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

115 年度健保總額協商結果圓滿達成共識

健保會 114.9.26

健保會於 9 月 24 日歷經 13 小時的協商，在醫界和付費者雙方均釋出最大誠意下，最終結果醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診等四總額部門及其他預算均圓滿達成共識。依健保會過去協商經驗，要全部達成共識，是件相當不容易的事，這也是健保會自 102 年成立 12 年以來，第 3 次全數達成共識，而且和前兩次(104、108 年度總額)不同的是，115 年度總額首度創下每一部門協商結果都達到行政院核定的總額成長率 5.5% 上限，總額費用達到 9,883.35 億元，顯見付費者委員與醫界代表對於挹注健保總額預算，鞏固醫療服務量能與價值，實現健康台灣政策的支持。

健保會於本(114)年 9 月 24 日依據衛福部交付行政院核定之 115 年度健保總額成長率範圍(2.942%~5.5%)，完成明(115)年度健保總額的協商工作。依照 115 年度總額成長率範圍計算，反映人口老化及成本變動等不需經協商的自然成長預算，所增加金額達 276 億元，其餘可供健保會協商空間為 239 億元，相當有限，而近年我國在面對快速高齡化、少子化的趨勢下，醫療體系正面臨嚴峻的挑戰，如何將醫療資源投資在最需要的地方，是這次協商最大的挑戰。

健保會付費者委員們於 9 月 24 日從早上 9 點不休息持續跟醫界協商代表協商到晚上 10 點，歷經 13 小時，對委員是很大的體力考驗，但在雙方均釋出最大誠意下，最終讓醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診等四總額部門及其他預算均圓滿達成共識，實屬不易。尤其 115 年總額投入經費首重友善醫事人員環境，留住人才鞏固醫療量能與價值，相信是對新上任的石部長和陳署長給予最大的支持。

協商過程，付費者及醫界一致認同，要留任醫護人力，首先應改善醫護人員整體薪資待遇，爰於醫院、西醫基層及中醫門診總額均編列提升護理人員待遇之相關費用，總計增加 55.344 億元，以提升護理人員薪資，穩定護理人力，也回應賴總統對提升醫護人員薪資的重視。此外，為鞏固醫療服務量能，在醫院、西醫基層總額、其他預算中均編列「促進醫療服務診療項目支付衡平」預算，總計預算 77.611 億元，統籌用於「加強醫院體質」、「友善醫療環境」為目標，包含兒童重症及住院基本診療項目、重大外傷緊急處置等支付標準。另為因應急診壅塞情形，亦編列推動「週日及假日急症中心」(UCC)及「提升假日開診率」，以分流輕症病人，緩解假日期間急診壅塞情形。

另外基於確保兒童就醫權益，醫界及付費者代表委員均支持健保署提出在醫院及西醫基層總額一般服務保留及新編「0~6 歲兒童醫療量能保障」預算，總計

249 億元，對於 0~6 歲兒童醫療服務給予一定之保障，期能促進兒科人才留任，提升兒科照護量能及品質。而歷年各界關心新醫療科技引進、藥品及特材給付規定改變等項目，也持續增編 71.583 億元，罕病、血友病藥費也增編 11.95 億元，期使更多需要的民眾受益。另外對於弱勢照護也持續增編預算，包括：加強山地離島地區與弱勢族群醫療照護，確保當地民眾就醫權益外，更因應人口老化，擴增居家醫療照護、加強推動在宅急症照護計畫、精神疾病社區復健等服務。門診透析服務則持續鼓勵醫療院所加強推動腹膜透析及居家血液透析，以提升透析病人照護及生活品質。

另為因應人口老化問題，牙醫門診總額主要持續加強對 65 歲以上民眾的口腔照護，維持其咀嚼功能並確保營養吸收，增編 14.558 億元。而中醫門診總額除編列調升護理師薪資費用外，還新增三高防治計畫，讓習慣看中醫且患有三高慢性病的民眾也能得到良好的控制。

115 年度總額協商，在付費者及醫界共同的合作努力下，終於圓滿達成共識，整體總額成長率 5.5%，總額費用為 9,883.35 億元，預計將在健保會 10 月份委員會議確認後，依法報請衛福部核定。

健保會協定之 115 年度健保醫療費用總額結果如下表：

115 年度 醫療費用	醫院 (含透析)	西醫基層 (含透析)	牙醫門診	中醫門診	其他預算	整體合計
金額 (億元)	6,853.06	1,861.99	583.69	364.29	220.32	9,883.35
成長率	5.5%	5.5%	5.5%	5.5%	增加 11.49 億元	5.5%

註：1. 衛福部於 9 月 3 日交付行政院核定之成長率範圍為 2.942%~5.5%，推估費用為 9,643.71~9,883.35 億元。

2. 門診透析服務總成長率 3%，總金額 487.96 億元，其中醫院總額為 252.32 億元，西醫基層總額為 235.64 億元，已分別併入醫院及西醫基層總額預算。
3. 年度及各部門總額之金額為預估值，最終仍以健保署結算資料為準。

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：蘇小姐
聯絡電話：(02)8590-6739
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hgmaggiesu@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17日
發文字號：衛部保字第1141260398D號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：公告影本共2份

主旨：有關訂定「全民健康保險自付差額之特殊材料品項類別」一案，請查照。

說明：

一、為利民眾知悉全民健康保險自付差額之特殊材料品項類別，本部業於中華民國114年9月17日以衛部保字第1141260398號公告及第1141260398A號公告訂定「全民健康保險自付差額之特殊材料品項類別」，並廢止行政院衛生署一百零一年十二月二十八日衛署健保字第一〇一二六六〇三三〇號等十一項公告，茲檢送公告影本各1份。

二、有關「全民健康保險自付差額之特殊材料品項類別」：

(一)第3項次「冠狀動脈特殊材質支架」類別，預告時名稱為「冠狀動脈塗藥支架」。

(二)第12項次「特殊功能及材質脊椎間體護架」(CAGE)類別，

114.09.17



114CC00739

定自114年11月1日實施。

正本：地方政府衛生局、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國醫療器材商業同業公會全國聯合會、中華民國儀器商業同業公會全國聯合會、台北市美國商會醫療器材組、歐洲在臺商務協會、台灣醫療暨生技器材工業同業公會、臺北市儀器商業同業公會、台灣先進醫療科技發展協會、社團法人台灣病友聯盟

副本：衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部食品藥物管理署、衛生福利部國民健康署、衛生福利部社會及家庭署、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會、本部醫事司、本部社會救助及社工司(均含附件)

附錄三

檔 號：
保存年限：

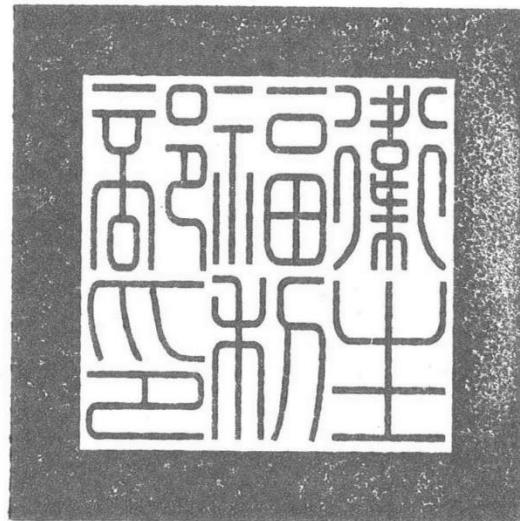
衛生福利部 令

發文日期：中華民國114年9月23日
發文字號：衛部保字第1141260364號
附件：「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」
部分條文及第八十三條附件六、第八十四條
附件七修正規定1份

裝

訂

線



修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分條文及第八十三條附件六、第八十四條附件七；第七十九條附件二、第八十條附件三、第八十一條附件四、第八十二條附件五、第八十三條附件六、第八十四條附件七，自中華民國一百十四年一月一日生效。

附修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分條文及第八十三條附件六、第八十四條附件七

部長 石崇良

全民健康保險藥物給付項目及支付標準部分條文及 第八十三條附件六、第八十四條附件七修正總說明

本次全民健康保險藥物給付項目及支付標準（以下稱本標準）之修正，為本（一百十四）年第二次修正。

本次修正要點如下：

- 一、 本標準於一百十四年四月二十六日修正版本，為符法制邏輯，將原定於第四條第七項移列至第四條之二時，將未領有「藥物」許可證誤植為「藥品」許可證、主管機關公布之供應短缺「藥物」誤植為供應短缺「藥品」，爰更正相關文字內容。(修正條文第四條之二)
- 二、 配合一百十五年一月一日生效之全民健康保險藥品價格調整作業辦法將第二十一條移列至第二十條，爰配合修正本標準之援引條次，並自一百十五年一月一日生效。(修正條文第三十三條之一、第三十三條之二、第八十五條)
- 三、 統一文字並依法制用語及格式修正文字。(修正條文第四條、第六條、第七條、第十二條之一、第十二條之二、第十三條、第十七條、第二十二條、第二十七條、第三十三條、第三十三條之一、三十三條之二、第三十五條、第三十八條、第四十條、第五十條、第五十二條、第五十三條、第五十五條、第五十六條、第五十八條、第六十一條、第六十一條之一、第六十一條之二、第六十一條之三、第七十九條至第八十二條)
- 四、 配合第四條第四項「經保險人暫予收載或調整支付價格之項目，或增修之給付規定，每年報請主管機關公告本標準；主管機關公告前，依保險人公告收載或調整結果支付」之規定，有關第七十九條附件二至第八十四條附件七，係對照一百十四年一月與一百十三年一月藥物給付項目、支付標準及給付規定予以修正。

檔 號： 附錄四
保存年限：

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



3

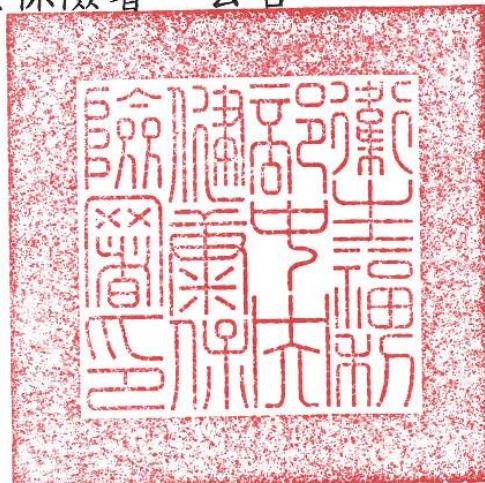
臺北市南港區忠孝東路6段488號

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9月10日

發文字號：健保醫字第1140664417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9月起新增承辦院所及醫師名單。

公告事項：

- 一、114年9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9月1日起。
- 二、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

署長陳亮好

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300222

附錄五

7項中醫醫療照護計畫(含子計畫)自 114 年 9 月 1 日起新增之承作院所數及醫師數

計畫名稱 分區別	項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
	院所數	3	1	0	0	1	0	5
中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)	醫師數	3	1	0	0	6	0	10
中醫提升孕產照護品質計畫	院所數	8	2	6	0	1	0	17
	醫師數	11	7	7	0	8	0	33
中醫急症處置計畫	院所數	1	0	0	0	0	0	1
	醫師數	1	0	0	0	0	0	1
中醫癌症患者加強照護整合方案	癌 症 病 人 西 中 醫 住 院 中 醫 辦 助 醫 療 計 畫	院所數	3	0	0	0	1	0
	醫 師 數	3	0	0	0	6	0	9
癌 症 病 人 中 醫 門 診 延 長 照 護 計 畫	院所數	3	0	0	0	1	0	4
	醫 師 數	3	0	0	0	6	0	9
特 定 癌 症 病 人 中 醫 門 診 加 強 照 護 計 畫	院所數	8	4	6	1	1	0	20
	醫 師 數	8	4	9	1	6	0	28
全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	院所數	6	4	5	2	1	0	18
	醫 師 數	7	4	7	3	6	0	27

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：張容慈
聯絡電話：02-27065866 分機：3618
傳真：02-27069043
電子郵件：A111465@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9月12日
發文字號：健保醫字第1140664667號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：114年第1季「牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額
結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑
如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨114年8月26日「全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額114年第3次研商議事會議」決定辦理。
- 二、旨揭牙醫門診總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下
載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療
費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門
總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/牙醫總
額。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法
規定，自114年9月15日起，牙醫門診總額費用之暫付、核
付，依114年第1季結算點值辦理，並於114年9月辦理該季
點值結算後追扣補付事宜。



正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、各縣市牙醫師公會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫審及藥材組

電文
2026/09/15
14:20:03
交換章

裝

訂

線



六、修正後各分區一般服務點值之計算

1. 修正後一般服務浮動每點支付金額 = [修正後分區一般服務預算總額(BD3)

- 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季點值(AF)
- 投保該分區核定非浮動點數(BG)
- 當地就醫分區自墊核退點數(BI)]
- / 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區	= [4,404,237,483	- 886,295,170 -	39,442,862 -	289,742] / 3,620,641,215 = 0.96066125
北區分區	= [1,979,030,611	- 466,645,870 -	8,826,999 -	59,856] / 1,413,527,206 = 1.0634977
中區分區	= [2,156,249,418	- 197,244,557 -	17,817,900 -	84,146] / 1,890,693,724 = 1.02666169
南區分區	= [1,488,165,413	- 231,508,897 -	13,121,867 -	95,905] / 1,151,641,323 = 1.07971008
高屏分區	= [1,636,974,144	- 167,990,524 -	-12,621,901 -	33,728] / 1,387,600,936 = 1.06772182
東區分區	= [211,654,132	- 36,873,855 -	2,153,979 -	11,352] / 149,867,388 = 1.15178458

2. 修正後一般服務全區浮動每點支付金額 = 加總[修正後分區一般服務預算總額(BD3)

- 核定非浮動點數(BG)
- 自墊核退點數(BJ)]
- / 加總一般服務浮動核定點數(GF)
- 68,741,706 - 574,729] / 11,573,192,788 = 1.02020203

3. 修正後一般服務分區平均點值 = [修正後分區一般服務預算總額(BD3)]

臺北分區	= [4,404,237,483	/ [- 一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ)]
北區分區	= [1,979,030,611	] / [ 4,540,472,419 + 39,442,862 + 289,742] = 0.96158086
中區分區	= [2,156,249,418	] / [ 1,857,059,601 + 8,826,999 + 59,856] = 1.06660418
南區分區	= [1,488,165,413	] / [ 2,081,586,339 + 17,817,900 + 84,146] = 1.02703565
高屏分區	= [1,636,974,144	] / [ 1,366,923,912 + 13,121,867 + 95,905] = 1.07827003
東區分區	= [211,654,132	] / [ 1,545,268,777 + -12,621,901 + 33,728] = 1.06804649

4. 修正後一般服務全區平均點值
= [11,876,311,201] / 11,573,192,788 + 68,741,706 + 574,729] = 1.02008175

程式代號：ROB13408R01
114年第1季

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
核算主要費用年月起迄：114/01~114/03

列印日期：114/08/25
核付截止日期：114/06/30
頁次：36

5. 修正後牙醫門診總額平均點值=加總[依調整後分區一般服務預算總額(BD3) + 專款專用暫結金額
+ 移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報暫結金額+移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫暫結金額]
／加總[一般服務核定浮動點數(GF)+核定非浮動點數(BG)+自整核退點數(B1)
+ 專款專用已支用點數(不含品質保證保留款及獎勵金)+移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數]
臺北分區=[4,404,237,483+396,704,629+5,322,437+2,100,626]
北區分區=[1,979,030,611+154,265,808+3,215,886+2,100,139]
中區分區=[2,156,249,418+240,600,032+11,579,000+2,430,569]
南區分區=[1,488,165,413+139,508,910+5,910,968+5,503,909]
高屏分區=[1,636,974,144+185,885,472+14,190,149+3,910,728]
東區分區=[211,654,132+38,732,339+6,276,220+924,998]
全區=[11,876,311,201+1,155,697,190+46,494,660+16,970,969]
／[111,573,192,788+68,741,706+574,729+1,212,486,135+43,850,033]=1.01524389

註：1. 專款專用暫結金額=醫療資源不足地區改善方案支付金額+牙醫門診總額特殊醫療服務計畫+12-18歲青少年口腔提升試辦照護計畫+超音波根管沖洗計畫
+ 高風險疾病口腔照護計畫+品質保證保留款預算+特定疾病病人牙科就醫安全計畫+非齒源性口腔疼痛處置
2. 品質保證保留款預算=106年各季品質保證保留款預算+114年品質保證保留款預算/4。

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：
費用年月113/12(含)以前：於114/04/01~114/06/30期間核付者。
費用年月114/01~114/03；於114/01/01~114/06/30期間核付者。

2. 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

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：邵子川
聯絡電話：02-27065866 分機：3603
傳真：02-27069043
電子郵件：A110881@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9月2日
發文字號：健保醫字第1140664412號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：114年第1季「中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額
結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑
如說明段，請查照。



說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定辦理。
- 二、114年第1季點值業於114年8月20日健保醫字第1140664196
號函請各全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議
事會議代表書面確認在案。旨揭結算說明表請逕自本署全
球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫
療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付
規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年
起)/中醫總額。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法
規定，自114年9月15日起，中醫門診總額費用之暫付、核
付，依114年第1季結算點值辦理，並於114年9月辦理該季
點值結算後追扣補付事宜。



4.09.02



1143340207

正本：本署各分區業務組

副本：陳代表亮好、何代表紹彰、吳代表清源、李代表元齡、卓代表青峰、林代表狄昇、邱代表國華、姜代表智文、柯代表富揚、胡代表文龍、孫代表茂峰、張代表田黨、張代表廷堅、張代表禹斌、陳代表仲豪、陳代表俊良、陳代表冠仁、陳代表建輝、陳代表博淵、陳代表節如、黃代表頌儼、楊代表志中、楊代表啟聖、詹代表永兆、廖代表奎鈞、蔡代表素玲、羅代表永達、蘇代表守毅、蘇代表芸蒂、衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部中醫藥司、台灣醫院協會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組

電 2025/09/02 文
交 18:14:52 换 章



訂

線



五、調整後一般服務預算總額浮動點值之計算

1. 調整後一般服務預算每點支付金額 = 「風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD4)

- 各分區一般服務核定非浮動點數(BG)
- 各分區自墊核退點數(BI)】
- / 各分區一般服務核定浮動點數(BF)

臺北分區	=	[2,208,391,626]
北區分區	=	[970,623,403]
中區分區	=	[1,936,602,029]
南區分區	=	[1,113,223,447]
高屏分區	=	[1,237,347,176]
東區分區	=	[170,282,719]

臺北分區	=	866,562,575
北區分區	=	428,558,260
中區分區	=	740,079,204
南區分區	=	470,074,826
高屏分區	=	515,581,967
東區分區	=	53,501,422

臺北分區	=	67,213] / 1,340,768,750 = 1,00074069
北區分區	=	43,286] / 602,246,508 = 0,90000000
中區分區	=	48,358] / 1,254,902,484 = 0,95344019
南區分區	=	15,058] / 665,780,907 = 0,96598379
高屏分區	=	5,716] / 774,634,645 = 0,93174182
東區分區	=	8,541] / 97,421,012 = 1,19864035

2. 全區浮動每點支付金額 = 「加總風險調整移撥款撥補後分區一般服務預算總額(BD4)

- 加總核定非浮動點數(GG)
- 加總自墊核退點數(GI)】
- / 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [7,636,470,400] - 3,074,358,254

= 188,172] / 4,735,754,306 = 0,96329406

3. 一般服務分區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)
 = 「風險調整移撥款撥補後分區一般服務預算總額(BD4)」
 /「一般服務核定浮動點數(BF)
 + 該分區核定非浮動點數(BG)
 + 當地就醫分區自墊核退點數(BI)」

臺北分區	=	[2,208,391,626] / [1,340,768,750 + 866,562,575] = 1,00044989
北區分區	=	[970,623,403] / [602,246,508 + 428,558,260] = 0,94157757
中區分區	=	[1,936,602,029] / [1,254,902,484 + 740,079,204] = 0,97071321
南區分區	=	[1,113,223,447] / [665,780,907 + 470,074,826] = 0,98006169
高屏分區	=	[1,237,347,176] / [774,634,645 + 515,581,967] = 0,95901857
東區分區	=	[170,282,719] / [97,421,012 + 53,501,422] = 1,12821585

4. 一般服務全區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)
 = [7,636,470,400] / [4,735,754,306 + 3,074,358,254] = 0,97774345

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：張毓芬
聯絡電話：02-27065866 分機：2629
電子郵件：A111037@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9月11日
發文字號：健保醫字第1140664591號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：請至本署全球資訊網自行下載

主旨：114年第1季「醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表」已公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨114年9月3日全民健康保險醫療給付費用醫院總額114年第3次研商議事會議決定辦理。
- 二、旨揭醫院總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/醫院總額。
- 三、另依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自114年9月15日起暫付、核付之醫院總額費用依114年第1季點值辦理，並於114年9月辦理點值結算追扣補付事宜。

正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全

114.09.11



1143340212

國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、臺灣醫療暨生技器材工業同業公會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫審及藥材組

電文
14:54:56
交換章

裝

訂

線



程式代號：rgb13408r04
114年第1季 結算主要費用年月起迄：114/01－114/03 核付截止日期：114/06/30

衛生福利部中央健康保險署

醫院總額各分區一般服務每點支付金額核算算說明表

列印日期：114/09/02
頁次：67

3. 住診非偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數		前季全區 浮動點值	×前季全區浮動點值	核定浮動點數	核定非浮動點數	自整核退點數
		核定浮動點數	核定浮動點數					
1-臺北分區	1-臺北分區	10,602,355,044(BF3)	0.92871691	-----	-----	6,909,747,484	17,707,928	
	2-北區分區	995,892,207	0.92871691	924,901,933	-----	740,243,695		
	3-中區分區	483,004,764	0.92871691	448,574,692	-----	351,423,064		
	4-南區分區	319,475,830	0.92871691	296,702,606	-----	222,832,898		
	5-高屏分區	368,023,599	0.92871691	341,789,740	-----	265,020,623		
	6-東區分區	115,287,474	0.92871691	107,069,427	-----	57,603,512		
	7-合計	12,884,038,918(GF3)	-----	2,119,038,398(AF3)	-----	8,546,871,276(BG3)	17,707,928(BJ3)	
2-北區分區	1-臺北分區	960,375,415	0.92871691	891,916,888	-----	635,979,150		
	2-北區分區	3,384,127,553(BF3)	0.92871691	-----	-----	2,431,583,157		
	3-中區分區	369,389,686	0.92871691	343,058,448	-----	276,588,214		
	4-南區分區	125,276,696	0.92871691	116,346,586	-----	90,594,314		
	5-高屏分區	97,533,930	0.92871691	90,581,410	-----	63,658,498		
	6-東區分區	38,791,084	0.92871691	36,025,936	-----	19,941,213		
	7-合計	4,975,494,364(GF3)	-----	1,477,929,268(AF3)	-----	3,518,354,546(BG3)	7,002,219(BJ3)	
3-中區分區	1-臺北分區	280,580,380	0.92871691	260,579,744	-----	187,911,186		
	2-北區分區	110,862,321	0.92871691	102,959,712	-----	88,690,726		
	3-中區分區	5,820,805,063(BF3)	0.92871691	-----	-----	3,969,661,043		
	4-南區分區	159,450,204	0.92871691	148,084,101	-----	105,602,086		
	5-高屏分區	85,432,369	0.92871691	79,342,486	-----	56,073,035		
	6-東區分區	21,708,112	0.92871691	20,160,691	-----	12,185,956		
	7-合計	6,478,838,449(GF3)	-----	611,126,734(AF3)	-----	4,420,124,032(BG3)	5,498,115(BJ3)	

程式代號：rgbi3408r04
114年第1季

衛生福利部中央健康保險署
醫院總額各分區一般服務每點支付金額核算說明表
核算主要費用年月起迄：114/01—114/03

列印日期：114/09/02
頁次：68

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區		核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自整核退點數
			浮動點值	核定浮動點數			
4-南區分區	1-臺北分區	284,002,099	0.92871691	263,757,552	179,962,200		
	2-北區分區	84,082,324	0.92871691	78,088,676	61,621,548		
	3-中區分區	290,104,355	0.92871691	269,424,820	208,717,752		
	4-南區分區	4,490,914,212(BF3)	0.92871691	-----	2,901,510,400	4,089,697	
	5-高屏分區	225,534,383	0.92871691	209,457,595	157,144,025		
	6-東區分區	18,942,104	0.92871691	17,591,852	11,298,810		
	7-合計	5,393,579,477(GF3)	838,320,495(AF3)	838,320,495(AF3)	3,520,254,735(BG3)	4,089,697(BJ3)	
5-高屏分區	1-臺北分區	154,775,639	0.92871691	143,742,753	105,395,422		
	2-北區分區	57,140,940	0.92871691	53,067,757	41,272,776		
	3-中區分區	109,690,075	0.92871691	101,871,028	76,164,591		
	4-南區分區	298,874,159	0.92871691	277,569,485	181,274,188		
	5-高屏分區	5,130,170,445(BF3)	0.92871691	-----	3,316,010,992	2,731,237	
	6-東區分區	30,941,746	0.92871691	28,736,123	15,732,687		
	7-合計	5,781,593,004(GF3)	604,987,146(AF3)	604,987,146(AF3)	3,735,850,656(BG3)	3,735,850,656(BG3)	2,731,237(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	84,455,497	0.92871691	78,435,248	56,708,868		
	2-北區分區	33,912,775	0.92871691	31,495,368	22,910,487		
	3-中區分區	19,617,769	0.92871691	18,219,354	12,819,318		
	4-南區分區	9,821,229	0.92871691	9,121,141	8,045,714		
	5-高屏分區	37,186,694	0.92871691	34,535,912	29,291,780		
	6-東區分區	860,857,177(BF3)	0.92871691	-----	553,618,736	238,603	
	7-合計	1,045,851,141(GF3)	171,807,023(AF3)	171,807,023(AF3)	683,394,903(BG3)	683,394,903(BG3)	238,603(BJ3)

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：陳怡菁
聯絡電話：02-27065866 分機：2614
傳真：02-2706-9043
電子郵件：A111034@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9月11日
發文字號：健保醫字第1140664477A號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：114年第1季「西醫基層總額各分區一般服務每點支付金額
結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑
如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨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
會議決定辦理。
- 二、旨揭西醫基層總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下
載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療
費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門
總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/西醫基
層。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法
規定，自114年9月15日起，西醫基層總額費用之暫付、核
付，依114年第1季結算點值辦理，並於114年9月辦理點值
結算追扣補付事宜。



114.09.11



1143340213

正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、各縣市醫師公會、中華民國藥師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫審及藥材組



裝

訂

線

程式代號：rgb13408r03
114年第1季

衛生福利部中央健康保險署

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
核算主要費用年月起迄：114/01~114/03 核付截止日期：114/06/30

列印日期：114/08/25

頁數：49

六、調整後一般服務預算總額浮動點值之計算(含「該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)

1. 一般服務分區浮動每點支付金額 = 「風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD11) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用

- 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數×前季投保分區浮動點值(AF)

- (投保該分區核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議) - 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]

/ (投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區=[11,639,569,948+	630,798- 1,693,753,533-(3,234,539,820-	9,856,737)- 954,567] / 7,485,620,296= 0.89782934
北區分區=[5,404,459,733+	3,893,060- 826,905,209-(1,601,809,369-	5,342,700)- 645,741] / 3,268,737,373= 0.91299326
中區分區=[6,496,166,489+	1,708,946- 390,140,904-(1,859,115,720-	4,508,941)- 509,363] / 4,477,429,694= 0.94978798
南區分區=[4,941,214,412+	10,219,820- 464,239,102-(1,446,787,159-	4,466,434)- 497,456] / 3,097,213,699= 0.98294055
高屏分區=[5,444,431,351+	8,014,764- 350,976,998-(1,662,849,651-	8,607,063)- 231,601] / 3,663,718,041= 0.94084613
東區分區=[673,665,267+	16,690,594- 85,632,709-(225,966,538-	1,563,555)- 363,527,291= 1.04591291

2. 一般服務全區浮動每點支付金額

= 加總「風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD11)

+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用

- (核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議)

- 自墊核退點數(BJ)]

/ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

$$41,157,982 - (10,031,068,257 - 34,345,430) - 2,942,012] / 26,654,951,621 = 0.92444367$$

註：藥品給付協議回數金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

3. 一般服務分區平均點值 = [[風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD11)]

+ 该分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用]

	/[「一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 自整核退點數(BJ)」]
臺北分區 = [11, 639, 569, 948 + 630, 798] / [9, 483, 814, 926 + 3, 234, 539, 820 - 9, 856, 737 + 954, 567] = 0, 9586956	
北區分區 = [5, 404, 459, 733 + 3, 893, 060] / [4, 191, 138, 245 + 1, 601, 809, 369 - 5, 342, 700 + 645, 741] = 0, 93436741	
中區分區 = [6, 496, 166, 489 + 1, 708, 946] / [4, 911, 089, 846 + 1, 859, 115, 720 - 4, 508, 941 + 509, 363] = 0, 96034254	
南區分區 = [4, 941, 214, 412 + 10, 219, 920] / [3, 586, 515, 578 + 1, 446, 787, 159 - 4, 466, 434 + 497, 456] = 0, 98451096	
高屏分區 = [5, 444, 431, 351 + 8, 014, 764] / [4, 038, 427, 322 + 1, 662, 849, 651 - 8, 607, 063 + 231, 601] = 0, 95776224	
東區分區 = [673, 666, 267 + 16, 690, 594] / [443, 965, 704 + 225, 966, 538 - 1, 563, 555 + 103, 284] = 1, 03273868	
4. 一般服務全區平均點值	
5. 西醫基層醫療給付費用總額平均點值 = 加總[[風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD11)] + 该分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用 + 專款專用暫結金額(註)]	
	/加總分區[「一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 自整核退點數(BJ) + 專款專用已支用點數(不含品質保證保留款及獎勵金)」]
	+ 加總分區[「一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 自整核退點數(BJ) + 專款專用已支用點數(不含品質保證保留款及獎勵金)」]
臺北分區 = [11, 639, 569, 948 + 630, 798 + 314, 442, 421] / [9, 483, 814, 926 + 3, 234, 539, 820 - 9, 856, 737 + 954, 567 + 284, 525, 028] = 0, 92001414	
北區分區 = [5, 404, 459, 733 + 3, 893, 060 + 173, 879, 963] / [4, 191, 138, 245 + 1, 601, 809, 369 - 5, 342, 700 + 645, 741 + 160, 225, 746] = 0, 93843068	
中區分區 = [6, 496, 166, 489 + 1, 708, 946 + 240, 168, 488] / [4, 911, 089, 846 + 1, 859, 115, 720 - 4, 508, 941 + 509, 363 + 219, 178, 470] = 0, 96459171	
南區分區 = [4, 941, 214, 412 + 10, 219, 820 + 219, 160, 420] / [3, 586, 515, 578 + 1, 446, 787, 159 - 4, 466, 434 + 497, 456 + 204, 234, 572] = 0, 98796755	
高屏分區 = [5, 444, 431, 351 + 8, 014, 764 + 238, 266, 751] / [4, 038, 427, 322 + 1, 662, 849, 651 - 8, 607, 063 + 231, 601 + 221, 143, 400] = 0, 96223701	
東區分區 = [673, 666, 267 + 16, 690, 594 + 23, 408, 606] / [443, 965, 704 + 225, 966, 538 - 1, 563, 555 + 103, 284 + 21, 114, 371] = 1, 03506323	
全區 = [34, 599, 508, 200 + 41, 157, 982 + 1, 209, 326, 649] / [26, 654, 951, 621 + 10, 031, 068, 257 - 34, 345, 430 + 2, 942, 012 + 1, 110, 421, 587] = 0, 94929053	

註：

- 專款專用暫結金額 = 暫時性支付(新藥、新特材) + 提升國人視力照護品質 + C型肝炎藥費暫結金額 + 家庭醫師整合性照護計畫暫結金額
+ 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 醫療給付改善方案暫結金額
+ 鼓勵院所建立轉診之合作機制暫結金額 + 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 + 後天免疫缺乏病毒治療藥費
+ 基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫
+ 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫暫結金額
+ 精神科長效針劑藥費暫結金額 + 品質保證保留款預算
- C型肝炎用藥專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議。
- 罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費、精神科長效針劑藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。
- 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 114年品質保證保留款預算 / 4
*當年品質保證保留款全年結算金額預計於次年7月底前完成結算，爰此，上表品質保證保留款全年結算金額之各分區分配金額占率。
= (106年各季預算 + 114年各季預算) × 前一年品質保證保留款全年結算金額之各分區分配金額占率。

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：張美鳳
聯絡電話：02-27065866 分機：2605
傳真：02-27069043
電子郵件：A111423@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9月2日
發文字號：健保醫字第1140664409號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：請至本署全球資訊網擷取



主旨：114年第1季「門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明段，請查照。

說明：

一、依據全民健康保險法第62條第3項規定辦理。
二、有關114年第1季門診透析預算一般服務部門點值，前於114年8月20日以健保醫字第1140664122號函請各全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議代表書面確認在案。旨揭結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/門診透析。

三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自114年9月15日起，門診透析費用之暫付、核付，依114年第1季結算點值辦理，並於114年9月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。



114.09.03



1143340208

正本：本署各分區業務組

副本：白代表其怡、朱代表文洋、吳代表美儀、吳代表麥斯、宋代表俊明、李代表俊億、杜代表柏村、孟代表令妤、林代表元灝、邱代表琦皓、施代表孟甫、洪代表冠予、張代表孟源、張代表禹斌、陳代表文琴、陳代表亮妤、楊代表孟儒、廖代表秋鍤、劉代表碧珠、蔡代表宗昌、蔡代表順雄、顏代表大翔、羅代表永達、嚴代表必文、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、台灣腎臟醫學會、社團法人台灣基層透析協會、衛生福利部社會保險司、衛生福利部醫事司、衛生福利部全民健康保險會、社團法人中華民國腹膜透析腎友協會、財政部賦稅署、本署醫審及藥材組、本署企劃組、本署主計室、本署財務組、本署資訊組、本署承保組

電 2025/09/02 文
交 15:18:02 摸 章

裝

訂

線



衛生福利部中央健康保險署

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/08/22

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

頁次：

17

114年第1季 結算主要費用年月起迄：114/01~114/03 核付截止日期：114/06/30

列印日期：114/08/22

七、一般服務浮動每點支付金額

預算(D3)－ 核定非浮動點數合計(M)－ 1×腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)

= 核定浮動點數合計(P)

11,570,950,211 - 739,013,656 - 161,370,686

11,017,984,179

= 0.96846807 (四捨五入至小數第8位)

八、平均點值

預算(D3)

核定非浮動點數合計(M) + 腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1) + 核定浮動點數合計(P)

11,570,950,211

739,013,656 + 161,370,686 + 11,017,984,179

= 0.97085018 (四捨五入至小數第8位)

九、門診透析預算平均點值=加總[預算(D3) + 專款專用暫結金額]
／加總[核定浮動點數合計(P) + 腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1) + 核定非浮動點數合計(M) + 專款專用已支用點數]

= [11,570,950,211 + 19,133,306]

／ [11,017,984,179 + 161,370,686 + 739,013,656 + 18,733,306] = 0.97082943

註：專款專用暫結金額=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計畫暫結金額= 19,133,306

十、說明

本季結算費用年月包括：

- 費用年月113/12(含)以前：於114/04/01~114/06/30期間核付者。
- 費用年月114/01~114/03：於114/01/01~114/06/30期間核付者。

衛生福利部全民健康保險會

第 7 屆 114 年第 8 次委員會議補充資料目錄

會議時間：114 年 10 月 22 日

一、本會重要業務報告(會議資料第 86 頁)-----	1
新增說明五、(一)之 3(有關全民健康保險法施行細則第 45 條、第 73 條修正條文)	
二、討論事項	
第一案「115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果 之整體成長率及部分協定事項內容確認案」之說明一、(二) 請確認四部門總額及其他預算，其新增或延續性項目之「執 行目標」及「預期效益之評估指標」健保署回復與醫界共同 討論之研修結果及本會整理說明(會議資料第 91 頁)-----	8
三、報告事項	
第一案「部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告」(會 議資料第 119 頁)-----	25

(會議資料第 86 頁)

四、本會重要業務報告：新增說明五、(一)之 3(有關全民健康保險法施行細則第 45 條、第 73 條修正條文)

.....

說明：

五、衛生福利部(下稱衛福部)及健保署於本年 9 月至 10 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 10 月 15、20 日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

3. 本年 10 月 20 日修正發布「全民健康保險法施行細則」第 45 條、第 73 條修正條文，發布令影本、修正總說明及修正條文對照表如附件(第 2~7 頁)。本次修正重點如下：

(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。(第 45 條)。

(2) 明定本次修正自 114 年 1 月 1 日施行。(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10月20日
發文字號：衛部保字第1141260425C號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：發布令影本(含修正條文)、修正總說明及修正條文對照表各1份

主旨：「全民健康保險法施行細則」第四十五條、第七十三條，業經本部於中華民國114年10月20日以衛部保字第1141260425號令修正發布，茲檢送發布令影本(含修正條文)、修正總說明及修正條文對照表各1份，請查照。

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

114.10.20



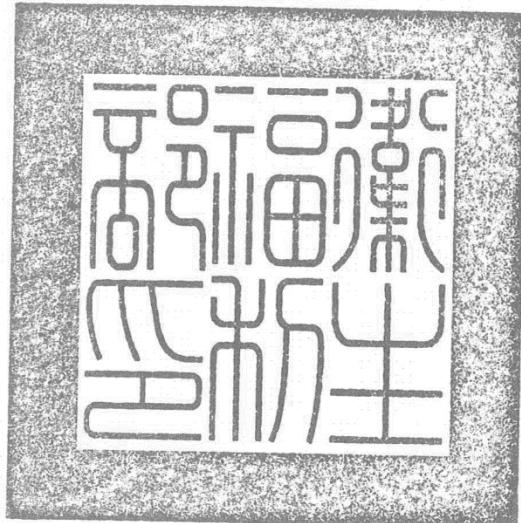
114CC00801

第1頁 共1頁

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 令

發文日期：中華民國114年10月20日
發文字號：衛部保字第1141260425號
附件：「全民健康保險法施行細則」第四十五條、
第七十三條修正條文1份



修正「全民健康保險法施行細則」第四十五條、第七十三條。

附修正「全民健康保險法施行細則」第四十五條、第七十三條

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 修正條文

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：

- 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。
- 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。

第七十三條 本細則自中華民國一百零二年一月一日施行。

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，一百十四
年十月二十日修正發布條文自一百十四年一月一日施行
外，自發布日施行。

全民健康保險法施行細則第四十五條、第七十三條修正總說明

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，爰修正本細則第四十五條、第七十三條條文。

全民健康保險法施行細則第四十五條、第七十三條修正條文對照表

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與其他法律規定補助各類被保險人及其眷屬之保險費。</p> <p><u>三、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>

		<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。修正後僅涉及政府撥補金額增加，原接受補助之民眾及受僱者育嬰留職停薪之所屬雇主，其權益皆不受影響。</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，一百十四年十月二十日修正發布條文自一百十四年一月一日施行外，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>

(會議資料第 91 頁)

討論事項第一案「115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果之整體成長率及部分協定事項內容確認案」

.....

一、說明一、(二)請確認四部門總額及其他預算，其新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」：

(一)健保署業於本(114)年 10 月 20 日健保醫字第 1140665246 號函送與醫界共同討論之研修結果如附件(第 24 頁)，除西醫基層部分項目未提出、中醫門診及牙醫門診部分項目需補充資料外，其餘研修結果如附表 1(第 10~21 頁)。健保署意見分類如下：

總額別	健保署意見		尚未提出或 需補充資料
	提出修正建議或意見	尊重醫界建議	
醫院 (共 4 項)	項次 2	—	項次 1、3、4
西醫基層 (共 4 項)	項次 3	—	項次 1、2、4
中醫門診 (共 6 項)	項次 2~4	項次 5、6	項次 1
牙醫門診 (共 3 項)	項次 1	項次 2	項次 3
其他預算 (共 1 項)	項次 1	—	—

(二)建議處理方式：

- 對於「提出修正建議或意見」及「尊重醫界建議」項目，建議逐項討論確認內容。
- 對於「尚未提出或需補充資料」項目，請健保署與西醫基層、中醫門診及牙醫門診部門儘速確認內容，並於會中提出。
- 若經討論，部分項目內容仍無法確認，則依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，報請衛生福利部決定。

二、另該函健保署並就 115 年度總額部分協定事項文字提供建議如附表 2(第 22~23 頁)，經查所提建議無涉實質內涵，僅提供文字增修以更臻明確，建議予以尊重。

附表 1

一、醫院總額

項次	項目	協定事項(暫列)	本署意見
1	0~6 歲兒童醫療量能保障	<p>1.執行目標(暫列)：<u>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。</u></p> <p>2.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>	健保署會上提供
2	抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫	<p>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。</p> <p>2.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。</p> <p>(1)參與醫院重點監測抗藥菌占率不高於 <u>112 年</u>。</p>	<p>建議調整預期效益之評估指標之比較年度，修訂如下：</p> <p>預期效益之評估指標：鑑於本項於 113 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。</p> <p>(1)參與醫院重點監測抗藥菌占率不高於 <u>113 年</u>。</p> <p>(2)<u>參與醫院全院/加護病房重點監測抗藥菌感染密度不高於過去 3 年。</u></p>

項次	項目	協定事項(暫列)	本署意見
		(2)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 <u>112</u> 年。	(3)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 <u>113</u> 年。
3	促進醫療服務診療項目支 付衡平(115 年新增項目)	<p>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。</p> <p>2.預期效益之評估指標(暫列)：下列 4 項任一項合格即達標。</p> <ul style="list-style-type: none"> (1)急診病人轉出率(排除直接轉入他院住院案件)不高於 113 年。 (2)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。 (3)急診轉住院人次占率較去年增加。 (4)急診病人停留超過 24 小時之案件比率較 113 年下降。 	健保署會上提供

項次	項目	協定事項(暫列)	本署意見
4	住院護理費用(115 年新增項目)	<p>1.執行目標(暫列)：提升護理人員調薪人數比率達一定比率。</p> <p>2.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。</p>	健保署會上提供

二、西醫基層總額

項次	項目	協定事項(暫列)	本署意見
1	因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費	<p>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。</p> <p>2.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。)</p>	健保署會上提供
2	0~6 歲兒童醫療量能保障	<p>1.執行目標(待補)：</p> <p>2.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。)</p>	健保署會上提供
3	家庭醫師整合性照護計畫	<p>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。</p> <p>2.預期效益之評估指標(暫列)： (1)家庭醫師整合性照護計畫收案人數較前一年度增加。</p>	<p>1.建議將「中風等併發症發生率較前一年度減少」修正為：<u>糖心腎症候群監測數據 (HbA1c、LDL) 控制良好占率較前一年度增加。</u></p> <p>2.修正理由：原所列評估指標(中風等併發症發生率)較難訂定其操作型定義（例</p>

項次	項目	協定事項(暫列)	本署意見
		(2)中風等併發症發生率較前一年度減少。	如：如何判斷與原慢性病之關聯性），爰建議以計畫現有評核指標「糖心腎症候群監測數據（HbA1c、LDL）控制良好占率」來做預期效益評估。
4	促進醫療服務診療項目支付衡平(115 年新增項目)	1.執行目標(待補)： 2.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。)	健保署會上提供

三、中醫門診總額

項次	項目	協定事項(暫列)	本署意見
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)	<p>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%。</p> <p>2.預期效益之評估指標(暫列)：<u>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%</u>。</p>	中醫健保特約院所病人衛教覆蓋率無相關資料可計算，不建議做為評估指標
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)	<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>2.預期效益之評估指標(暫列)：申報<u>腦中風後遺症看診</u>中醫病人一年內急診就醫率低於未看診中醫病人。</p>	<p>建議應以因腦中風後遺症接受高度複雜性針灸、中度複雜性傷科之病人作為預期效益之評估對象，修正預期效益之評估指標文字如下：</p> <p><u>預期效益之評估指標：申報腦中風後遺症且接受高度複雜性針灸、中度複雜性傷科之中醫病人一年內急診就醫率低於未看診中醫病人。</u></p>

項次	項目	協定事項(暫列)	本署意見
3	中醫癌症患者加強照護整合方案	<p>1.執行目標(暫列)：服務癌症加強照護整合中醫病人目標：$\geq 5\%$。</p> <p>2.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。</p>	建議詳述執行目標之分母及分子定義，以臻明確。
4	中醫急症處置	<p>1.執行目標(暫列)：執行院所 <u>10</u> 家以上。</p> <p>2.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。</p>	查 114 年 1-6 月執行本計畫之院所已達 11 家，建議提高執行目標。
5	照護機構中醫醫療照護方案	<p>1.執行目標(暫列)：</p> <p>(1)115 年服務 200 家照護機構。</p> <p>(2)服務人次 80,000 人次，服務總天數 6,000 天。</p> <p>2.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。</p>	尊重醫界規劃。

項次	項目	協定事項(暫列)	本署意見
6	中醫三高病人加強照護 計畫 (115 年新增項目)	<p>1.執行目標(暫列)：參與個案 3 萬人。</p> <p>2.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。</p>	尊重醫界規劃。

四、牙醫門診總額

項次	項目	協定事項(暫列)	本署意見
1	青少年口腔提升照護試辦計畫	<p>1.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。</p> <p>2.預期效益之評估指標(暫列)：</p> <p>(1)提升全國 12~18 歲青少年牙醫就醫率不低於該年齡層 <u>108 年</u>牙醫就醫率。</p> <p>(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。</p>	<p>1.本計畫自 111 年起實施，111 年至 113 年 12~18 歲青少年牙醫就醫率分別為 48.8%、53.3%、55.5%，計畫之評估指標目標值為 40%、50%、60%，僅 113 年未達標，另查 113 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽(頁次 92)，本項目 108 年牙醫就醫率為 49%，建議酌調本項指標之目標值。</p> <p>2.餘尊重醫界規劃。</p>
2	高風險疾病口腔照護計畫	<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>1.本計畫自 113 年起合併一般服務之「高風險疾病口腔照護」及「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」兩項專款。</p> <p>2.經查 113 年「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)服務約 139 萬人</p>

項次	項目	協定事項(暫列)	本署意見
		<p>2.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)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。</p>	<p>次、照護人數為 96 萬人；「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」(P7302C)服務達人數 195 萬人次、照護人數為 117 萬人。</p> <p>3.尊重醫界規劃。</p>
3	特定疾病病人牙科就醫安全計畫	<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。</p> <p>2.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</p>	<p>1.本計畫自 113 年起實施，113 年執行目標「特定疾病病人牙科就醫安全計畫之院所數占率」為 54%，114 年 1-5 月約 61%，建議酌調執行目標之目標值。</p> <p>2.本項預期效益之評估指標建議明訂目標值，以利後續評估規劃。</p>

項次	項目	協定事項(暫列)	本署意見
		P3601C 前後中風或心肌梗塞的比率、 死亡率。	

五、其他預算

項次	項目	協定事項(暫列)	本署意見
1	山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	<p>1.執行目標(暫列)：</p> <p>(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。</p> <p>(2)全人整合照護方案 35~64 歲民眾結核病主動篩檢率$\geq 55\%$。</p> <p>(3)全人整合照護方案<u>鄉內就醫之初級照護率</u>。</p> <p>2.預期效益之評估指標(暫列)：</p> <p>(1)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度。</p> <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<u>鄉內就醫之初級照護率</u>。</p>	<p>1.執行目標「(3)全人整合照護方案鄉內就醫之初級照護率」，建議修正為「全人整合照護方案 <u>初級照護案件鄉內就醫比率</u> $\geq 80\%$」。</p> <p>2.預期效益之評估指標「(3)全人整合照護方案鄉內就醫之初級照護率」併同修正為「全人整合照護方案 <u>初級照護案件鄉內就醫比率</u>」。</p>

115 年總額協定文字之本署建議

總額別	項目	協定文字	本署建議
醫院總額	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	...	配合 114 年核定項目名稱，建議修訂名稱為「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」。
中醫門診	8.中醫三高病人加強照護計畫 (115 年新增項目)	2.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)，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	1.建議修正為： <u>於 115 年度總額公告後</u> ，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)，將實施方案提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。 2.修正理由：參考 113 年醫院總額的地區醫院全人全社區照護計畫的寫法調整。

總額別	項目	協定文字	本署建議
		納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。	
其他預算	8.腎臟病照護及病人衛教計畫	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 <u>品質提升獎勵計畫</u> ，並於額度內妥為管理運用。	配合各總額保證保留款實施方案名稱，建議協定文字中「慢性腎衰竭病人門診透析服務提升獎勵計畫」之名稱，更正為「慢性腎衰竭病人門診透析服務 <u>品質保證保留款實施方案</u> 」。

附件

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：阮柏叡
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

裝

發文日期：中華民國114年10月20日

發文字號：健保醫字第1140665246號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨

主旨：檢送115年各總額部門新增項目之「執行目標」、「預期效益之評估指標」本署意見(附件1)及總額協定文字建議(附件2)，請查照。

說明：

- 一、依據貴會114年9月26日第7屆114年第7次委員會議紀錄辦理。
- 二、有關西醫基層部門之「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」、「0~6歲兒童醫療量能保障」及「促進醫療服務診療項目支付衡平」項目，將俟西醫基層部門提出「執行目標」及「預期效益之評估指標」後，再依規劃內容提供建議。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：本署企劃組、本署醫審及藥材組(均含附件)

訂

(會議資料第 119 頁)

報告事項第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告，請鑒察。

說明：

一、依貴會 114 年第 1 次委員會議決議(定)事項辦理。

二、本署辦理情形如下：

(一)衛生福利部(下稱衛福部)112 年 7 月 1 日發布修正之「全民健康保險保險對象門診藥品、急診應自行負擔之費用」內容，主要為落實分級醫療與珍惜醫療資源，期待民眾就醫分流，並保障弱勢族群，原免部分負擔對象(如重大傷病、低收入戶等)不受影響，另中低收入者與身心障礙者門診藥品部分負擔以基層診所方式計收、急診維持原方案收費。

(二)前述部分負擔實施半年與一年成效，業已分別於 113 年 4 月 24 日及同年 10 月 23 日於委員會議報告，本次併同實施後 2 年執行情形，綜整摘要如下：

		實施前		實施後		
監測指標		疫情前 (108 下半年)	實施前 (112 上半年)	半年 (112 下半年)	一年 (113 上半年)	兩年 (114 上半年)
一、病人就醫行為						
基層門診 就醫	件數 (萬)	13,610	13,810	14,316	14,291	14,497
	占率	70.81%	70.17%	70.25%	70.39%	70.28%
慢性病人 就醫	件數 (萬)	1,526	1,507	1,841	1,867	1,935
	占率	40.08%	38.85%	43.12%	43.46%	44.19%
年就醫次數變化		108 年 13.4 次	111 年 12.7 次	112 年 14.0 次	113 年 14.3 次	
二、急診就醫變化						
醫學中心 急診輕症 (檢傷45級)	件數 (萬)	8.4	7.0	6.2	6.2	6.1
	占率	8.71%	7.82%	6.84%	6.44%	6.25%

		實施前		實施後		
監測指標		疫情前 (108 下半年)	實施前 (112 上半年)	半年 (112 下半年)	一年 (113 上半年)	兩年 (114 上半年)
地區醫院 急診	件數 (萬)	82.9	99.7	98.9	97.3	97.8
	占率	24.28%	27.43%	27.33%	26.52%	27.20%
三、藥費變化						
基層開立 慢箋	件數 (萬)	445	562	586	605	635
	占率	27.67%	30.25%	30.23%	30.60%	31.13%
一般箋 調劑藥費		198	208	208	203	205
慢箋調劑藥費		875	868	849	881	875
四、部分負擔 金額(百萬元)		13,730	14,220	16,365	16,623	16,937

(三)112 年部分負擔新制執行兩年後，成效大致與實施半年與一年相同，實施後對民眾就醫行為持續影響。基層就醫件數較實施前占率略升，增加約 687 萬件；急診輕症占率略降，醫學中心急診輕症案件較實施前減少約 9 千件；惟未見對民眾就醫次數之影響。

報告單位業務窗口：王智廣科長 聯絡電話：(02)2706-5866#3609

本會整理說明：

- 一、本案係健保署依據本會第 6 屆 113 年第 9 次委員會議(113.10.23)決定事項及 114 年度工作計畫辦理。前開委員會議決定略以：委員所提意見(含書面意見)，請健保署研參，並持續監測執行成效，定期向本會提報。
- 二、為落實分級醫療與珍惜醫療資源，期待民眾就醫分流，緩解大型醫院急診壅塞的情形，衛福部自 112.7.1 起實施新制部分負擔，調整民眾在門診藥品、急診自行負擔的費用(如附件，第 28 頁)。

三、本會第 6 屆委員關切新制部分負擔對民眾就醫權益的影響，乃請健保署訂定監測指標，並定期於本會提報監測結果及成效檢討報告。健保署於 113 年第 9 次委員會議(113.10.23)第一次提報實施 1 年監測結果時，當時委員有提出相關關切事項，如下：(業於 114.10.16 請辦該署回復書面說明或於會中補充說明)

- (一)新制部分負擔對中低收入戶、身心障礙者在就醫權益及財務負擔之影響。
- (二)委員關切新制部分負擔是否達到促進分級醫療及改善急診壅塞之預期成效，然因僅有 1 年統計資料，尚無法了解執行成效，建議健保署持續監測；爰請補充說明實施 2 年之效益。
- (三)有關急診就醫變化，在 113.10.23 簡報資料，委員觀察到醫學中心之急診重症(檢傷分類第 1、2 級)案件數占率較疫情前同期微幅下降、地區醫院之急診重症案件數占率則微幅增加，此現象與重症應在區域級以上醫院接受照顧的認知不同，建議健保署持續監測；爰請補充說明各層級醫院急診之輕症與重症案件數占率變化情形。

決定：

新制部分負擔調整重點

1. 調整門診藥品部分負擔：

院所層級	一般藥品		慢性病連續處方箋	
	藥費 100 元 以下	藥費 101 元以上	第 1 次調劑	第 2 次 以後調劑
基層院所/ 中醫	免收 【與原規定 同】	比率 20% 上限 200 元 【與原規定同】	免收 【原免收】	免收 【原免收】
地區醫院				
醫學中心	10 元 【原免收】	比率 20% 上限 300 元 【原上限 200 元】	比照一般藥品 【原免收】	
區域醫院				

註：1. 低收入戶、重大傷病皆維持免收部分負擔(低收入戶依法由中央社政主管機關補助)。

2. 中低收入戶及身心障礙者，門診藥品部分負擔維持依現行規定收取(不受影響)。

2. 調整急診部分負擔：

特約類別	公告內容	原規定	
		不區分檢傷	檢傷 1-2 級	檢傷 3-5 級
基層診所	150		150
地區醫院	150		150
區域醫院	400 (300 ^{註2})		300
醫學中心	750 (550 ^{註2})	450	550

註：1. 低收入戶、重大傷病皆維持免收部分負擔(低收入戶依法由中央社政主管機關補助)。

2. 中低收入者及身心障礙者，急診於醫學中心應負擔 550 元、於區域醫院應負擔費用 300 元、於地區醫院及基層醫療單位應負擔 150 元。

115 年總額協定事項「執行目標」及「預期效益之評估指標」之本署意見

◆ 醫院總額

項目	協定事項(暫列)	本署意見
0~6 歲兒童醫療量能保障	<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>2. 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>	建議修正執行目標為「維持醫院兒童醫療量能」，並配合於預期效益之評估指標增列「醫院兒科醫師之人數、急診及住院服務量不低於 114 年」。
抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫	<p>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。</p> <p>2. 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。</p> <p>(1) 參與醫院重點監測抗藥菌占率不高於 112 年。</p> <p>(2) 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。</p>	<p>建議調整預期效益之評估指標之比較年度，修訂如下：</p> <p>預期效益之評估指標：鑑於本項於 113 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。</p> <p>(1) 參與醫院重點監測抗藥菌占率不高於 113 年。</p> <p>(2) 參與醫院全院/加護病房重點監測抗藥菌感染密度不高於過去 3 年。</p> <p>(3) 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 113 年。</p>

項目	協定事項(暫列)	本署意見
促進醫療服務 診療項目支付 衡平(115 年新 增項目)	<p>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。</p> <p>2. 預期效益之評估指標(暫列)：下列 4 項任一項合格即達標。</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 急診病人轉出率(排除直接轉入他院住院案件)不高於 113 年。 (2) 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。 (3) 急診轉住院人次占率較去年增加。 (4) 急診病人停留超過 24 小時之案件比率較 113 年下降。 	尊重醫界規劃
住院護理費用 (115 年新增項 目)	<p>1. 執行目標(暫列)：提升護理人員調薪人數比率達一定比率。</p> <p>2. 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</p>	建議本項目之執行目標、預期效益評估指標，再與中華民國護理師護士公會討論研訂，確保本預算能用於增加住院護理人力或回饋於第一線護理人員之薪資。

項目	協定事項(暫列)	本署意見
	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。	

◆ 西醫基層總額

項目	協定事項(暫列)	本署意見
因應基層護理 人力需求，提 高1~30人次診 察費	<p>【醫全會提供】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 執行目標：聘有護理人員之診所，調升護理人員之薪資比率。 2. 預期效益之評估指標：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數。 	114 年度「全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案」年度執行目標為「聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數達 80%」，考量本方案為一延續性政策，建議 115 年目標值不低於 80%。
0~6 歲兒童醫 療量能保障	<p>【醫全會提供】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 執行目標：確保 0~6 歲兒童就醫權益的維護，保障其醫療費用採固定預算。 2. 預期效益之評估指標：提升 0~6 歲兒童就醫可近性。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 配合醫院總額，修正執行目標為「維持西醫基層兒童醫療量能」。 2. 預期效益之評估指標建議修正為「西醫基層診所參與醫事司幼兒專責醫師制度計畫之醫師數較 113 年增加」。 3. 經查醫事司「幼兒專責醫師制度計畫」之醫師數，112 年至 114 年分別為 1,880 人、2,454 人、2,571 人，考量 113 年醫師數大幅成長，故建議預期效益之評估指標之比較基準為 113 年。

項目	協定事項(暫列)	本署意見
家庭醫師整合性照護計畫	<p>3. 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。</p> <p>4. 預期效益之評估指標(暫列)：</p> <p>(1) 家庭醫師整合性照護計畫收案人數較前一年度增加。</p> <p>(2) <u>中風等併發症發生率較前一年度減少。</u></p>	<p>1. 建議將「中風等併發症發生率較前一年度減少」修正為：<u>糖心腎症候群監測數據（HbA1c、LDL）控制良好占率較前一年度增加。</u></p> <p>2. 修正理由：原所列評估指標（中風等併發症發生率）較難訂定其操作型定義（例如：如何判斷與原慢性病之關聯性），爰建議以計畫現有評核指標「糖心腎症候群監測數據（HbA1c、LDL）控制良好占率」來做預期效益評估。</p>
促進醫療服務 診療項目支付 衡平(115 年新增項目)	<p>【醫全會提供】</p> <p>1. 執行目標：以民眾就醫權益為優先，並保障醫事人員合理工作量能，鼓勵基層院所於假日開診，以利推動分級醫療、改善假日急診壅塞困境，維護民眾假日就醫權益。</p> <p>2. 預期效益之評估指標：西醫基層假日看診診所數較前一年度增加。</p>	查截至 114 年 9 月西醫基層診所假日開診率週六 78.6%、週日 17.38%。為維持西醫基層服務量能，建議西醫基層假日看診率達週六 80%、週日 20% 為原則。

◆ 中醫門診總額

項目	協定事項(暫列)	本署意見
友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質 (115 年新增項目)	<ol style="list-style-type: none"> 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 $\geq 70\%$。 	中醫健保特約院所病人衛教覆蓋率無相關資料可計算，不建議做為評估指標
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)	<ol style="list-style-type: none"> 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)：<u>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。</u> 	<p>建議應以因腦中風後遺症接受高度複雜性針灸、中度複雜性傷科之病人作為預期效益之評估對象，修正預期效益之評估指標文字如下：</p> <p>預期效益之評估指標：<u>申報腦中風後遺症且接受高度複雜性針灸、中度複雜性傷科</u>之中醫病人一年內急診就醫率低於未看診中醫病人。</p>

項目	協定事項(暫列)	本署意見
中醫癌症患者加強照護整合方案	<ol style="list-style-type: none"> 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。 	建議詳述執行目標之分母及分子定義，以臻明確。
中醫急症處置	<ol style="list-style-type: none"> 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。 	查 114 年 1-6 月執行本計畫之院所已達 11 家，建議提高執行目標。
照護機構中醫醫療照護方案	<ol style="list-style-type: none"> 執行目標(暫列)： <ol style="list-style-type: none"> 115 年服務 200 家照護機構。 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。 	尊重醫界規劃。
中醫三高病人加強照護計畫 (115 年新增項目)	<ol style="list-style-type: none"> 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。 	尊重醫界規劃。

1. 牙醫門診總額

項目	協定事項(暫列)	本署意見
青少年口腔提升照護試辦計畫	<p>1. 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。</p> <p>2. 預期效益之評估指標(暫列)：</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>	<p>1. 本計畫自 111 年起實施，111 年至 113 年 12~18 歲青少年牙醫就醫率分別為 48.8%、53.3%、55.5%，計畫之評估指標目標值為 40%、50%、60%，僅 113 年未達標，另查 113 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽(頁次 92)，本項目 108 年牙醫就醫率為 49%，建議酌調本項指標之目標值。</p> <p>2. 餘尊重醫界規劃。</p>
高風險疾病口腔照護計畫	<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>2. 預期效益之評估指標(暫列)：</p>	<p>1. 本計畫自 113 年起合併一般服務之「高風險疾病口腔照護」及「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」兩項專款。</p> <p>2. 經查 113 年「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)服務約 139 萬人次、照護人數為 96 萬人；「齲齒經驗</p>

項目	協定事項(暫列)	本署意見
	<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) 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。</p>	<p>之高風險病人氟化物治療」(P7302C)服務達人數 195 萬人次、照護人數為 117 萬人。</p> <p>3. 尊重醫界規劃。</p>
特定疾病病人牙科就醫安全計畫	<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。</p> <p>2. 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>1. 本計畫自 113 年起實施，113 年執行目標「特定疾病病人牙科就醫安全計畫之院所數占率」為 54%，114 年 1-5 月約 61%，建議酌調執行目標之目標值。</p> <p>2. 本項預期效益之評估指標建議明訂目標值，以利後續評估規劃。</p>

◆ 其他預算

項目	協定事項(暫列)	本署意見
山地離島地區 醫療給付效益 提昇計畫	<p>1.執行目標(暫列)：</p> <p>(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。</p> <p>(2)全人整合照護方案 35~64 歲民眾結核病主動篩檢率$>=55\%$。</p> <p>(3)<u>全人整合照護方案鄉內就醫之初級照護率</u>。</p> <p>2.預期效益之評估指標(暫列)：</p> <p>(1)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度。</p> <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)<u>全人整合照護方案鄉內就醫之初級照護率</u>。</p>	<p>1. 執行目標「(3)全人整合照護方案鄉內就醫之初級照護率」，建議修正為「全人整合照護方案初級照護<u>案件鄉內就醫比率</u>$>=80\%$」。</p> <p>2. 預期效益之評估指標「(3)全人整合照護方案鄉內就醫之初級照護率」併同修正為「全人整合照護方案初級照護<u>案件鄉內就醫比率</u>」。</p>

115年度醫院總額地區預算模擬試算—門診

單位：百萬元；%

分區	114年 預算 估計值	R53% (醫院部門建議-同114年)		R54% (R值占率前進1%)		R前進1% 預算增減情形
		成長率	較114年度增加	成長率	較114年度增加	
台北	91,481	6.44%	5,888	6.43%	5,883	-5.0 (-0.005%)
北區	34,209	6.44%	2,202	6.64%	2,271	69.2 (+0.202%)
中區	43,541	6.44%	2,802	6.42%	2,795	-7.5 (-0.017%)
南區	33,561	6.44%	2,160	6.36%	2,135	-25.1 (-0.075%)
高屏	35,736	6.44%	2,300	6.36%	2,272	-27.8 (-0.078%)
東區	5,765	6.44%	371	6.37%	367	-3.8 (-0.066%)
全區	244,292	6.44%	15,724	6.44%	15,724	

115年度醫院總額地區預算模擬試算—住院

單位：百萬元；%

分區	114年 預算 估計值	R46% (醫院部門建議-同114年)		R47% (R值占率前進1%)		R前進1% 預算增減情形
		成長率	較114年度增加	成長率	較114年度增加	
台北	114,251	6.05%	6,911	6.08%	6,943	32.0 (+0.028%)
北區	46,387	6.05%	2,806	6.32%	2,932	126.0 (+0.272%)
中區	59,805	6.05%	3,617	6.04%	3,613	-4.4 (-0.007%)
南區	47,691	6.05%	2,885	5.92%	2,823	-61.9 (-0.130%)
高屏	50,872	6.05%	3,077	5.96%	3,032	-44.7 (-0.088%)
東區	9,746	6.05%	589	5.56%	542	-47.1 (-0.484%)
全區	328,753	6.05%	19,885	6.05%	19,885	

115 年醫院總額(門診+住診)R 值前進影響試算【健保署補充資料】

表 1、115 年醫院總額(門診+住診)R 值前進 1%_各分區平均每人預算數差異

分區	投保人口 ^{註 1}		114 年平均 每人預算數 (A)	115 年 R 值維持		115 年 R 值前進 1%		115 年相較 114 年	
	人口數 (千人)	占率		預算數 (百萬元)	平均每人 預算數(B)	預算數 (百萬元)	平均每人 預算數(C)	【R 值維持】 平均每人預算 數差異(B-A)	【R 值前進 1%】 平均每人預算數 差異(C-A)
台北	8,928	37.6%	23,096	218,531	24,477	218,558	24,480	1,381	1,384
北區	3,987	16.8%	20,236	85,604	21,468	85,799	21,517	1,232	1,281
中區	4,246	17.9%	24,376	109,765	25,853	109,754	25,850	1,477	1,474
南區	2,935	12.4%	27,834	86,298	29,401	86,210	29,371	1,567	1,537
高屏	3,181	13.4%	27,244	91,985	28,915	91,913	28,892	1,671	1,648
東區	437	1.8%	35,875	16,471	37,699	16,420	37,582	1,824	1,707
全區	23,715	100.0%	24,223	608,655	25,666	608,655	25,666	1,443	1,443

註 1：投保人口採 113 年季中保險對象人數平均。

註 2：平均每人預算數=一般服務預算數/投保人口數

註 3：本表之預算數、平均每人預算數未計入風險移撥款之影響。

表2、醫院總額113年及114年第1季「風險調整基金」執行情形

年度	113年	114年																																																
分配方式	<p>1. 「醫院總額風險調整移撥款」(下稱移撥款)，同112年係自一般服務費用移撥6億元，作為風險調整移撥款，用以持續推動各分區資源平衡發展。</p> <p>2. 分配方式：113年移撥款各區預算採兩項計算方式之合計，2億元維持111年、112年風險調整計算六因素及權重計算分配，4億元採以107-109年地區預算R值S值平均占率計算。</p> <p>3. 113年各分區全年分配金額如下：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>分區</th><th>全年分配金額</th><th>占率</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>臺北</td><td>160,118,090</td><td>27%</td></tr> <tr> <td>北區</td><td>69,040,197</td><td>12%</td></tr> <tr> <td>中區</td><td>89,086,350</td><td>15%</td></tr> <tr> <td>南區</td><td>75,085,107</td><td>13%</td></tr> <tr> <td>高屏</td><td>102,999,583</td><td>17%</td></tr> <tr> <td>東區</td><td>103,670,673</td><td>17%</td></tr> <tr> <td>合計</td><td>600,000,000</td><td>100%</td></tr> </tbody> </table>	分區	全年分配金額	占率	臺北	160,118,090	27%	北區	69,040,197	12%	中區	89,086,350	15%	南區	75,085,107	13%	高屏	102,999,583	17%	東區	103,670,673	17%	合計	600,000,000	100%	<p>1. 自一般服務費用移撥6.5億元，作為風險調整移撥款，用以持續推動各分區資源平衡發展，其中0.5億元用於因應東區因R值(各地區校正「人口風險因子」後之保險對象人數)占率調升造成之財務衝擊。</p> <p>2. 分配方式：</p> <p>(1) 2億元依山地離島非原住民人口、偏遠地區人口、重度以上身心障礙人口、台閩地區原住民人口、低收入人口及6歲以下及65歲以上總人口數等6因子於各分區戶籍人口與各區投保人口的相對占率計算，各因子權重均等為16.666667%。</p> <p>(2) 4億元依循113年採地區預算RS值107-109年3年平均占率計算。</p> <p>(3) 餘0.5億元遵健保會決議用於東區。</p> <p>3. 114年各分區全年分配金額如下：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>分區</th><th>全年分配金額</th><th>占率</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>臺北</td><td>160,012,676</td><td>25%</td></tr> <tr> <td>北區</td><td>68,990,123</td><td>11%</td></tr> <tr> <td>中區</td><td>89,063,985</td><td>14%</td></tr> <tr> <td>南區</td><td>74,948,800</td><td>12%</td></tr> <tr> <td>高屏</td><td>102,760,650</td><td>16%</td></tr> <tr> <td>東區</td><td>154,223,766</td><td>24%</td></tr> <tr> <td>合計</td><td>650,000,000</td><td>100%</td></tr> </tbody> </table>	分區	全年分配金額	占率	臺北	160,012,676	25%	北區	68,990,123	11%	中區	89,063,985	14%	南區	74,948,800	12%	高屏	102,760,650	16%	東區	154,223,766	24%	合計	650,000,000	100%
分區	全年分配金額	占率																																																
臺北	160,118,090	27%																																																
北區	69,040,197	12%																																																
中區	89,086,350	15%																																																
南區	75,085,107	13%																																																
高屏	102,999,583	17%																																																
東區	103,670,673	17%																																																
合計	600,000,000	100%																																																
分區	全年分配金額	占率																																																
臺北	160,012,676	25%																																																
北區	68,990,123	11%																																																
中區	89,063,985	14%																																																
南區	74,948,800	12%																																																
高屏	102,760,650	16%																																																
東區	154,223,766	24%																																																
合計	650,000,000	100%																																																

年度	113年				114年					
執行情形	113年各季、各分區實際分配情形如下：				1. 114第1季各分區併入一般服務結算金額合計49,105,161元。 2. 114年各季、各分區規劃分配情形如下：					
	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	分區	第1季	第2季	第3季	第4季
	臺北	900,000	-	-	159,218,090	臺北	525,000	-	-	159,487,676
	北區	17,260,049	17,260,049	17,260,049	17,260,050	北區	17,247,530	17,247,531	17,247,531	17,247,531
	中區	15,995,396	28,089,090	9,790,885	35,210,979	中區	12,573,274	27,993,362	10,635,697	37,861,652
	南區	-	30,361,293	-	44,723,814	南區	-	-	-	74,948,800
	高屏	-	-	-	102,999,583	高屏	-	-	-	102,760,650
	東區	23,371,473	19,330,100	19,115,977	41,853,123	東區	18,759,357	31,357,243	39,113,600	64,993,566
	合計	57,526,918	95,040,532	46,166,911	401,265,639	合計	49,105,161	76,598,136	66,996,828	457,299,875