

115 年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

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

註：校正後 114 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 114.9.3 衛部保字第 1140137541 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度(114 年)牙醫門診一般服務醫療給付費用，校正前 2 年度(113 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額，及加回前 1 年度(114 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

二、總額核定結果：

- (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，依核定事項辦理，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)之地區預算分配方式：

1.地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

2.分配方式：

(1)自一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保

證保留款額度 1.164 億元)移撥 3.8 億元，作為特定用途移撥款，用於「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」、「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」等 3 項特定用途，移撥經費若有剩餘，優先用於「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」，若再有剩餘，則回歸一般服務費用。

(2)扣除上開移撥費用後，預算 100%依各地區校正「人口風險因子」後之保險對象人數分配。

3.所涉執行面及計算(含特定用途移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定之，其中特定用途移撥款執行方式請送全民健康保險會備查。

4.需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障理由及其對總額預算之影響等。

(二)一般服務項目：

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%，減少 1.5 百萬元)：

於 116 年度總額加回本項違規扣款金額。

(三)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：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：

①提升全國 12~18 歲青少年牙醫就醫率不低於 60%。

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：

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：

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：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：

①降低使用抗凝血劑病人牙科處置後 24 小時內，因牙科處置相關之口腔出血至院所就診之比率。

②減少使用抗骨質疏鬆藥物病人牙科處置後，顎骨壞死之風險。

③服用抗凝血劑至牙科就診病人，申報 P3601C 前後中風或心肌梗塞的比率、死亡率。

請明訂預期效益之評估指標之目標值，以利後續評估規劃。

(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 年品質保證保留款之額度(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核定項目表

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率		2.471%	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。
一般服務增加金額		2.468%	1,250.4	
成長率註1總金額			51,912.4	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方案，應 於 115 年度總額公告後 1 個月 內完成，且應於 115 年 7 月前提 報執行情形及前 1 年成效評估 檢討報告。
1.醫療資源不足地區 改善方案		323.8	0.0	1.持續辦理牙醫師至無牙醫鄉 執業及巡迴醫療服務計畫。 2.請中央健康保險署檢討改善 本計畫之執行規劃，並研議 更有效之鼓勵策略。
2.牙醫特殊醫療服務 計畫		955.9	150.0	1.持續辦理先天性唇顎裂與顱 顏畸形症患者、特定障別之 身心障礙者、老人與身心障 礙安養機構及護理之家與居 家牙醫醫療服務。 2.請中央健康保險署辦理下列

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
				<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：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：</p> <p>(1)提升全國 12~18 歲青少年牙醫就醫率不低於 60%。</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	<p>請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，提出能即時反映計畫成效之指標，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。</p>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
5. 高風險疾病口腔照護計畫	4,255.8	1,455.8	<p>1. 執行目標：</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：</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)	核定事項
			<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：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：</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>請明訂預期效益之評估指標之目標值，以利後續評估規劃。</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</p>

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
				檢討逐年成效，並於執行第 3 年(115 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
	7.非齒源性口腔疼痛處置	14.4	0.0	本計畫以 3 年為檢討期限(114~116 年)，請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年(116 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
	8.品質保證保留款	97.0	1.2	1.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 年品質保證保留款之額度(116.4 百萬元)，合併運用(計 213.4 百萬元)。 2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
	專款金額	6,456.1	1,792.8	
較基期成長率 (一般服務+專款) ^{註2}	增加金額	5.500%	3,043.2	
	總金額		58,368.5	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 50,662.0 百萬元(含 114 年一般服務預算 50,129.8 百萬元，及校正前 2 年度(113 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額 527.6 百萬元、加回前 1 年度(114 年)健保總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款核定金額 4.7 百萬元)。

2.計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 55,325.3 百萬元，其中一般服務預算為 50,662.0 百萬元，專款為 4,663.3 百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

115 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

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

註：校正後 114 年度中醫門診一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 114.9.3 衛部保字第 1140137541 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度(114 年)中醫門診一般服務醫療給付費用，校正前 2 年度(113 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額，及加回前 1 年度(114 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

二、總額核定結果：

- (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，依核定事項辦理，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 年度總額協考量。

(一)一般服務(上限制)之地區預算分配方式：

1.地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

2.分配方式：

(1)一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證

保留款額度 22.8 百萬元)2.22%歸東區，97.78%歸其他五分區。

(2)自五分區(不含東區)一般服務費用移撥 400 百萬元，作為風險調整移撥款，由各季提撥 100 百萬元，逐季使用至預算使用完畢為止，補助其浮動點值以最低分區該季每點支付金額最高補至 0.93 元之差值(且補助後平均點值不得高於次低區域的平均點值)；若經費不足，以原計算補助金額乘以折付比例計算。全年預算若有結餘則回歸一般服務費用。

(3)五分區(不含東區)一般服務費用扣除上開移撥費用後，依下列參數占率分配：

①各分區實際收入預算占率：64%。

②各分區戶籍人口數占率：17%。

③各分區每人於各分區就醫次數之權值占率：9%。

④各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：4%。

⑤各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。

⑥偏鄉人口預算分配調升機制：1%。若有餘款則依「各分區實際收入預算占率」分配。

3.所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送全民健康保險會備查。

4.需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障理由及其對總額預算之影響等。

(二)一般服務項目：

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：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 50%。

預期效益之評估指標：聘有護理師/護士之中醫健保特約院所較 114 年增加 1%。

(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：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：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 1 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。

(三)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：服務癌症加強照護整合之中醫病人數較前 1 年增加 5%。

預期效益之評估指標：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：執行院所 11 家以上。

預期效益之評估指標：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：

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：照護機構住民外出就診中醫次數較前 1 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：參與個案 3 萬人。

預期效益之評估指標：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於 115 年度總額公告後，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 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核定項目表

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
一般服務				
醫療服務成本及人口因素成長率		3.652%	1,214.2	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)×(1+投保人口預估成長率)]-1。
投保人口預估成長率		0.320%		
人口結構改變率		0.824%		
醫療服務成本指數改變率		2.497%		
協商因素成長率		1.326%	441.2	請於 115 年 7 月前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效納入 116 年度總額協商考量。
鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康	1. 友善醫事人員環境 - 提升中醫護理照護品質 (115 年新增項目)	1.128%	375.1	1.執行目標：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 50%。 預期效益之評估指標：聘有護理師/護士之中醫健保特約院所較 114 年增加 1%。 2.本項經費用於調整支付標準「看診時聘有護理人員跟診之門診診察費及針傷治療處置費」，以反映護理人員薪資，提升護理照護品質。 3.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體及中華民國護理師護士公會全國聯合會研訂具體實施方案(包含執行方式、請領資格、調薪認定標準及稽核機制等)，並於 115 年 3 月前提出專案報告。

項目			成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
	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. 執行目標：申報腦中風後遺症(診斷碼 I69)看診中醫病人，至少有 1 次「中高度複雜性針灸或傷科」之比例 $\geq 20\%$。</p> <p>預期效益之評估指標：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 1 年內急診就醫率低於未看診中醫病人。</p> <p>2. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1) 將腦中風後遺症(診斷碼 I69)擴增納入「高度複雜性針灸」、「中度複雜性傷科」及前二者針傷合併治療之適應症。</p> <p>(2) 會同中醫門診總額相關團體，於 115 年度總額公告後 1 個月內完成支付標準修訂，並於 115 年 7 月前提報執行情形。</p> <p>(3) 於額度內妥為管理運用，並加強高度、中度複雜性針灸傷科及合併處置之療效評估與申報費用管理(如建立「黃金治療期」針傷照護流程及訂定未呈現療效之處理方式)。</p>
	其他醫療服務利用密度之改變	3. 中醫門診總額「醫療資源不足地區改善方案」專款之論量計酬費用移撥至一般服務費用不足部分	0.090%	30.0	

項目				成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
		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 及管理辦 法之扣款	-0.0003%	-0.1	1.為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。 2.於 116 年度總額加回本項違規扣款金額。
	一般服務增加金額		4.978%	1,655.4		
	成長率註1總金額			34,901.6		
	專款項目(全年計畫經費)					
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)	核定事項
	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.執行目標：服務癌症加強照護整合之中醫病人數較前 1 年增加 5%。</p> <p>預期效益之評估指標：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> <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.執行目標：執行院所 11 家以上。</p> <p>預期效益之評估指標：急診病人經中醫治療後，視覺類比量表(VAS)有改善。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同中醫門診總額相關團體加強各分區之計畫推動、均衡分區資源及落實成效評估(如急診停留天數)。</p> <p>(2)積極檢討計畫執行情形、執行成效及加強推動區域平衡，並進行客觀成效評</p>

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
				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	請中央健康保險署辦理下列事項： 專款計畫執行內容，不應與一般服務重複，倘有涉及一般服務涵蓋之費用，請回歸一般服務支應。
	7.照護機構中醫醫療照護方案	10.8	2.8	1.執行目標： (1)115 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：照護機構住民外出就診中醫次數較前 1 年減少。 2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，檢討計畫照護成效，研議減少住民外出就診中醫之策略，以提升資源使用效率。
	8.中醫三高病人加強照護計畫 (115 年新增項目)	53.0	53.0	1.執行目標：參與個案 3 萬人。 預期效益之評估指標：個人健康資料上傳及生活習慣自評 60%收案個案完成。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)於115年度總額公告後，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

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
				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 53.8 百萬元)。 2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
	專款金額	1,527.6	244.2	
較基期成長率 (一般服務+專款) ^{註2}	增加金額	5.500%	1,899.6	
	總金額		36,429.2	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為33,246.6百萬元(含114年一般服務預算32,908.6百萬元，及校正前2年度(113年)投保人口預估成長率與實際之差值金額337.2百萬元、加回前1年度(114年)健保總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款核定金額0.8百萬元)。

2.計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 34,530.0 百萬元，其中一般服務預算為 33,246.6 百萬元，專款為 1,283.4 百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

115 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

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

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

註：校正後 114 年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 114.9.3 衛部保字第 1140137541 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度(114 年)西醫基層一般服務醫療給付費用，校正前 2 年度(113 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額，及加回前 1 年度(114 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

二、總額核定結果：

(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，依核定事項辦理，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 年度總額協考量。

(一)一般服務(上限制)之地區預算分配方式：

- 1.地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。
- 2.分配方式：
 - (1)自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度1.052億元)移撥7億元，作為風險調整移撥款，用於優先保障東區浮動點值不低於每點1元；次之，撥補點值落後地區。
 - (2)扣除上開移撥費用後，預算70%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後之保險對象人數，30%依西醫基層總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。
- 3.所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送全民健康保險會備查。
- 4.需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障理由及其對總額預算之影響等。

(二)一般服務項目：

- 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：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數不低於 80%。

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。

(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.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。

- 7.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。

- 8.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。

- 9.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。

- 10.0~6 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 0~6 歲兒童醫療服務量能，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：維持西醫基層兒童醫療量能。

預期效益之評估指標：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。

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。

11.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.008%，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。

(三)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：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：
 - A.家庭醫師整合性照護計畫收案人數較前一年度增加。
 - B.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。
 - 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，本項經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」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。

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行性。

16.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：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。

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。

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」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。

17.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。

(四)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 48,796.4 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「鼓勵院所加強推動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計畫」經費，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核定項目表

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率		2.776%	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 額協考量。
保險給 付項目 及支付 標準之 改變	1.新醫療科 技(新藥、 新特材、 新增修診 療項目)	0.161%	228.0	請中央健康保險署辦理下列事 項： 1.在額度內妥為管理運用，並 於協商 116 年度總額前，提 出年度新醫療科技預算規劃 與預估內容，俾落實新醫療 科技之引進與管控。 2.加強醫療科技再評估(HTR) 機制，檢討已收載之品項，加 快療效及經濟效益評估。
	2.藥品及特 材給付規 定改變	0.305%	430.3	請中央健康保險署在額度內妥 為管理運用，並於協商 116 年 度總額前，提出年度給付規定 改變之預算規劃與預估內容， 俾落實管控。
	3.因應基層 護理人力 需求，提 高 1~30 人次診察 費	0.467%	659.3	請中央健康保險署辦理下列事 項： 1.執行目標：聘有護理人員之 診所，調升護理人員薪資比 率之診所家數不低於 80%。 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。

項目				成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
		保險給付項目及支付標準之改變				<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.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。

項目			成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
	其他醫療服務利用及密集度之改變	7.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。
		8.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。
		9.強化心血管疾病照護—放寬開立降膽固醇藥物 Statin 標準(門檻)(115 年新增項目)	0.496%	700.0	本項依實際執行，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減。
	其他議定項目	10.0~6 歲兒童醫療量能保障(115 年新增項目)	0.418%	590.0	1.本項額度 590 百萬元，用於 0~6 歲兒童醫療服務量能，經費如有不足，由其他預算「促進醫療服務診療項目支付平衡」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：維持西醫基層兒童醫療量能。

項目				成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
	其他議 定項目					<p>預期效益之評估指標：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。</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>
		11.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款		-0.008%	-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 成長率 ^{註1}	增加金額 總金額		5.077%	7,169.2 148,384.7	
專款項目(全年計畫經費)						<p>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。</p>
1.暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)				100.0	42.0	<p>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。</p>
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> <p>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)。</p>

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
				<p>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。</p> <p>3.加強執行面管理與監督，建立診療指引及醫療利用監測機制，提升分區管理及專業自律。</p> <p>4.本項以 5 年為檢討期限(114~118 年)，之後回歸一般服務。</p> <p>5.本項醫療點數以每點 1 元為原則；費用若有超支，依全民健康保險法第 62 條規定採浮動點值處理。</p>
	3.西醫醫療資源不足地區改善方案	466.7	42.8	<p>1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。</p> <p>2.請中央健康保險署持續檢討不同地區醫療需求特性及其利用情形，鼓勵醫師積極參與，並加強就醫率低地區之醫療服務提供，提升就醫可近性。</p>
	4.家庭醫師整合性照護計畫	5,866.5	1,218.5	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>1.執行目標：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>預期效益之評估指標：</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)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。</p>

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

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
	7.強化基層照護能力及「開放表別」項目	1,720.0	0.0	<p>1.本項經費依實際執行併入西醫基層總額一般服務費用結算。</p> <p>2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項：</p> <p>(1)持續研議開放表別項目，朝普及性及提升民眾社區就醫可近性的方向努力。</p> <p>(2)對於開放多年且穩定實施之項目，建議規劃導入一般服務項目。</p>
	8.鼓勵院所建立轉診合作機制	258.0	0.0	<p>1.本項經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項目支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同西醫基層及醫院總額相關團體，持續檢討支付方式及強化院所轉診合作機制，提升成功下轉案件，以落實分級醫療政策。</p> <p>(2)持續監測各層級上下轉情形及病人流向與醫療費用變化情形，以評估執行效益。</p>
	9.基層診所產婦生產補助試辦計畫	50.0	0.0	請中央健康保險署精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與提供生產服務。
	10.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	30.0	0.0	<p>1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體加強醫療服務提供及監測醫療利用情形，並妥為管理運用。</p>

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
	11.後天免疫缺乏症候 群抗病毒治療藥費	30.0	0.0	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體加強醫療服務提供及監測醫療利用情形，並妥為管理運用。
	12.因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用	11.0	0.0	1.本項經費依實際執行併入西醫基層總額一般服務費用結算。 2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體加強醫療服務提供及監測醫療利用情形，並妥為管理運用。
	13.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178.0	0.0	本項經費依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各分區一般服務費用結算。
	14.提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫	10.0	0.0	請中央健康保險署持續精進計畫內容與支付誘因，透過分級醫療加強與醫院轉介合作，提升參與率，並持續監測照護成效。
	15.精神科長效針劑藥費	50.0	-50.0	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同西醫基層總額相關團體持續提升基層院所使用長效針劑之比率。 (2)於額度內妥為管理運用，並評估執行效益(如整體醫療費用變化)及導入一般服務之可行性。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
16.促進醫療服務診療 項目支付衡平 (115 年新增項目)	558.6	558.6	<p>1.本項經費如有不足，由其他預算同項專款支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)執行目標：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>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> <p>(2)通盤研議、修訂支付標準，系統性檢討各項支付成本及相對合理性。</p> <p>(3)114 年度一般服務項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」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 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>

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
	17.品質保證保留款	266.3	137.9	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)。 2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
專款金額		14,250.6	1,662.4	
較基期成長率 (一般服務+專款) ^{註2}	增加金額	5.742%	8,831.6	
	總金額		162,635.3	
門診透析服務	增加金額	3.861%	876.0	1.門診透析服務總費用成長率為 3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統籌運用。 2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，西醫基層總額本項服務費用成長率為 3.861%。
	總金額		23,563.9	3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 48,796.4 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

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
				<p>如有不足，則由一般服務支應。</p> <p>4.本項經費扣除「鼓勵院所加強推動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計畫」經費，其餘預算優先用於調整門診透析支付標準。</p> <p>5.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。</p> <p>(2)鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，尤其應持續精進及推動「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」及「居家血液透析與提升其照護品質」實施方案，並監測計畫執行成效及病人照護品質與健康結果，於115年8月前提報專案報告。</p>
較基期成長率 (一般服務+專款 +門診透析) ^{註3}	增加金額	5.500%	9,707.5	
	總金額		186,199.2	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為141,215.2百萬元(含114年一般服務預算139,768.0百萬元，及校正前2年度(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 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

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

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

註：校正後114年度醫院一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部114.9.3衛部保字第1140137541號交議總額範圍函確認，以前1年度(114年)醫院一般服務醫療給付費用，校正前2年度(113年)投保人口預估成長率與實際之差值金額，及加回前1年度(114年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

二、總額核定結果：

(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，依核定事項辦理，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)之地區預算分配方式：

1.地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

2.分配方式：

(1)自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度3.887億元)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(各地區校正風險因子後之保險對象人數)占率造成之財務衝擊。

(2)扣除上開移撥費用後，用於計算地區預算所採之門、住診費用比為45:55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

①門診服務(不含門診透析服務)：

預算54%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後之保險對象人數，46%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

②住院服務：

預算47%依各地區校正「人口風險因子」後之保險對象人數，53%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

③各地區門、住診服務，經依①、②計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

3.所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送全民健康保險會備查。

4.需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障理由及其對總額預算之影響等。

(二)一般服務項目：

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.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。

6.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。

- 7.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。

- 8.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。

- 9.0~6 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 0~6 歲兒童醫療服務量能，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：維持醫院兒童醫療量能。

預期效益之評估指標：

A.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。

B.醫院兒科醫師之人數、急診及住院服務量不低於 114 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。

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

於 116 年度總額加回本項違規扣款金額。

(三)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，本項經費如有不足，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，本項經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項目支應。

(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：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：鑑於本項於 113 年開始編列，建議評估指標續 114 年之項目，1 年後再予檢討。

A.參與醫院重點監測抗藥菌占率不高於 113 年。

B.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。

C.參與醫院高度管制性抗微生物製劑 DDD(定義每日劑量)耗用量或 DID(住院抗生素耗用量密度)不高於 113 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：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：下列 4 項任 1 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)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體及中華民國護理師護士公會全國聯合會討論研訂執行目標、預期效益之評估指標，確保預算用於增加住院護理人力或回饋第一線護理人員薪資，並報請衛生福利部核定。
- (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(114~118 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(118 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 年品質保證保留款之額度(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。

(四)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 48,796.4 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「鼓勵院所加強推動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計畫」經費，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核定項目表

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項	
一般服務					
醫療服務成本及人口 因素成長率		3.655%	21,224.8	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長 率=[(1+人口結構改變率+醫療 服務成本指數改變率)×(1+投保人口預估成長率)]-1。	
投保人口預估成長 率		0.320%			
人口結構改變率		1.866%			
醫療服務成本指數 改變率		1.458%			
協商因素成長率		1.446%	8,393.1	請於 115 年 7 月前提報各協商 項目之執行情形，延續性項目 則包含前 1 年成效評估檢討報 告；實施成效納入 116 年度總 額協商考量。	
保險給 付項目 及支付 標準之 改變	1.新醫療科 技(新藥、 新特材、 新增修診 療項目)		0.689%	4,000.0	請中央健康保險署辦理下列事 項： 1.在額度內妥為管理運用，並 於協商 116 年度總額前，提 出年度新醫療科技預算規劃 與預估內容，俾落實新醫療 科技之引進與管控。 2.積極引進新特材，避免新增 差額給付項目，並加強醫療 科技再評估(HTR)機制，檢討 已收載之品項，加快療效及 經濟效益評估。
	2.藥品及特 材給付規 定改變		0.431%	2,500.0	請中央健康保險署在額度內妥 為管理運用，並於協商 116 年 度總額前，提出年度給付規定 改變之預算規劃與預估內容， 俾落實管控。
	3.因應牙醫 支付標準 調整所增 加預算		0.0001%	0.5	用於因應牙醫門診總額 113 年 度調整支付標準，預估於醫院 總額增加之費用。

項目			成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
	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。
	保險給 付項目 及支付 標準之 改變	5.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。
	其他醫 療服務 利用及 密集度 之改變	6.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。
	保險給 付項目 及支付 標準之 改變	7.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。
		8.健全區域 級(含)以 上醫院門 住診結構 ，優化重	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)	核定事項
		症照護量 能 (自專款項 目移列一 般服務項 目)			
	其他議 定項目	9.0~6 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 0~6 歲兒童醫療服務量能，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：維持醫院兒童醫療量能。 預期效益之評估指標：</p> <p>①鼓勵醫院擴大醫師參與幼兒專責醫師制度之人數不低於 112 年。</p> <p>②醫院兒科醫師之人數、急診及住院服務量不低於 114 年。</p> <p>(2)訂定具體實施規劃(包含執行方式及具體提升兒童醫療量能之監測指標)，並於 115 年 6 月前提出專案報告。</p> <p>(3)監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用。</p>

項目			成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
	其他議 定項目	10.違反全民 健康保險 醫事服務 機構特約 及管理辦 法之扣款	-0.0004%	-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	5.101%	29,617.9	
		總金額		610,327.7	
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)			600.0	-267.0	請中央健康保險署在額度內妥 為管理運用，對於新醫療技術 之導入項目及具體執行方式， 請妥為規劃後，提報全民健康 保險會最近 1 次委員會會議。
2.C 型肝炎藥費			1,200.0	-1,024.0	1.本項經費得與西醫基層總額 同項專款相互流用，經費如 有不足，由其他預算相關項 目支應。 2.請中央健康保險署於額度內 妥為管理運用，並檢討實施 成效，節流效益請適度納入 總額預算財源，或做為提升 醫療服務與品質之用，以提 升資源使用效率。
3.罕見疾病、血友病藥 費及罕見疾病特材			19,191.0	1,195.0	1.本項經費得與西醫基層總額 同項專款相互流用，經費如 有不足，由其他預算相關項 目支應。 2.請中央健康保險署檢視本項 費用成長之合理性及加強管 控，於額度內妥為管理運用。
4.後天免疫缺乏症候 群抗病毒治療藥費			5,871.0	121.0	1.本項經費得與西醫基層總額 同項專款相互流用，經費如 有不足，由其他預算相關項

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
				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	本項經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
	6.醫療給付改善方案	2,618.5	346.5	1.持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 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。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)滾動式檢討方案內容及加強結果面之成效評估，對照護率無法提升的項目，請研議具體改善策略。 (2)持續朝全人照護方向整合相關計畫(如：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	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。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
	9.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	135.5	0.0	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。 2.請中央健康保險署持續檢討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	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	1.本項經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項目支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同醫院及西醫基層總額相關團體，持續檢討支付方式及強化院所轉診合作機制，提升成功下轉案件，以落實分級醫療政策。 (2)持續監測各層級上下轉情形及病人流向與醫療費用變化情形，以評估執行效益。
	12.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金	0.0	-15.0	本項移列至一般服務項目「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」。
	13.精神科長效針劑藥費	3,006.0	0.0	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署積極推動，並於額度內妥為管理運用，後續請評估執行效益(如整體醫療費用變化)及導入一般服務之可行性。
	14.鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫	300.0	0.0	請中央健康保險署精進計畫內容，檢討獎勵方式及支付誘因，並評估病人脫離呼吸器及安寧療護之照護成效。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
15.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能	0.0	-500.0	本項移列至一般服務項目「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」。
16.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能	0.0	-1,000.0	本項移列至一般服務項目「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」。
17.地區醫院全人全社區照護計畫	500.0	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.滾動式檢討計畫內容，並鼓勵醫院積極參與。 2.本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(117 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
18.區域聯防-提升急重症照護品質	268.0	0.0	1.本項移出「術後加速康復推廣計畫」，單獨列項。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)滾動式檢討計畫內容，加強區域聯防及網絡建置，以提升急重症照護成效。 (2)本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(117 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
19.抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫	300.0	75.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.執行目標：鼓勵醫院投入抗微生物製劑管理及感染管制

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
			<p>品質的提升。</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，1 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(定義每日劑量)耗用量或 DID(住院抗生素耗用量密度)不高於 113 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：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>預期效益之評估指標：下列 4 項任 1 項合格即達標。</p> <p>①急診病人轉出率(排除直</p>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
			<p>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> <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>

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
	21.住院護理費用 (115 年新增項目)	4,500.0	4,500.0	1.請中央健康保險署會同醫院總額相關團體及中華民國護理師護士公會全國聯合會討論研訂執行目標、預期效益之評估指標，確保預算用於增加住院護理人力或回饋第一線護理人員薪資，並報請衛生福利部核定。 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(114~118 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(118 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 年品質保證保留款之額度(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	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
較基期成長率 (一般服務+專 款) ^{註2}	增加金額	5.630%	35,177.0	
	總金額		660,073.8	
門診透析服務	增加金額	2.209%	545.3	<p>1.門診透析服務總費用成長率為3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統籌運用。</p> <p>2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，醫院總額本項服務費用成長率為2.209%。</p> <p>3.門診透析服務總費用成長率3%(總費用48,796.4百萬元)，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「鼓勵院所加強推動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計畫」經費，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</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)	核定事項
				<p>照護。</p> <p>(2)鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，尤其應持續精進及推動「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」及「居家血液透析與提升其照護品質」實施方案，並監測計畫執行成效及病人照護品質與健康結果，於 115 年 8 月前提報專案報告。</p>
較基期成長率 (一般服務+專款 +門診透析) ^{註3}	增加金額	5.500%	35,722.3	
	總金額		685,306.4	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 580,705.9 百萬元(含 114 年一般服務預算 574,837.7 百萬元，及校正前 2 年度(113 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額 5,865.0 百萬元、加回前 1 年度(114 年)健保總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款核定金額 3.2 百萬元)。

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

3.計算「較基期成長率(一般服務+專款+門診透析)」，所採基期費用為 649,580.1 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 年度全民健康保險其他預算及其分配

一、總額核定結果：

(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核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升計畫：

1.全年經費 1,695.2 百萬元。

2.執行目標：

(1)山地離島地區醫療給付效益提升計畫民眾滿意度維持 95%以上。

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

(3)全人整合照護方案初級照護案件鄉內就醫比率 $\geq 80\%$ 。

預期效益之評估指標：

(1)山地離島地區醫療給付效益提升計畫民眾滿意度。

(2)全人整合照護方案 35~64 歲民眾結核病主動篩檢率。

(3)全人整合照護方案初級照護案件鄉內就醫比率。

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保證保留款實施方案，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保證保留款實施方案」預算額度，並檢討核發條件，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本項獎勵之目的。

(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 年度其他預算核定項目表

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	核定事項
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升計畫	1,695.2	338.6	<p>1.執行目標：</p> <p>(1)山地離島地區醫療給付效益提升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)全人整合照護方案初級照護案件鄉內就醫比率$\geq 80\%$。</p> <p>預期效益之評估指標：</p> <p>(1)山地離島地區醫療給付效益提升計畫民眾滿意度。</p>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	核定事項
			(2)全人整合照護方案35~64歲民眾結核病主動篩檢率。 (3)全人整合照護方案初級照護案件鄉內就醫比率。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續檢討山地離島地區民眾之醫療利用情形及照護品質，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。
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	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。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續精進居家醫療照護模式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。
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	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

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	核定事項
			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保證保留款實施方案，並於額度內妥為管理運用。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	核定事項
			<p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <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保證保留款實施方案」預算額度，並檢討核發條件，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本項獎勵之目的。</p>
9.提升用藥品質之藥事照護計畫	30.0	0.0	請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會加強推動計畫，輔導特約藥局加入執行本計畫，並監測計畫之醫療利用及執行成效。
10.促進醫療服務診療項目支付衡平	5,311.0	1,155.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>1.本項經費用於通盤檢討、修訂支付標準及提升假日醫療服務可近性，並得支應醫院及西醫基層總額同項專款及「0~6歲兒童醫療量能保障」項目之不足款。</p> <p>2.本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入所屬部門總額一般服務費用結算。</p> <p>3.併同醫院及西醫基層總額同項專款，將具體實施方式及執行情形，於115年7月前提出專案報告。</p>
總計	22,032.2	1,148.5	