

114 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：

114 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 113 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1+114 年度一般服務成長率)+114 年度專款項目經費

註：校正後 113 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 113.9.3 衛部保字第 1130139528 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度(113 年)牙醫門診一般服務醫療給付費用，校正前 2 年度(112 年)投保人口預估成長率與實際之差值，及加回前 1 年度(113 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 2.676%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.675%，協商因素成長率 0.001%。
- (二)專款項目全年經費為 4,663.3 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，114 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較基期成長 4.679%。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 114 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 115 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」、「牙醫特殊醫療服務計畫」、「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 4 項特定用途，移撥經費若有剩餘，優先用於「高風險疾病口腔照護計畫」，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、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

(二)一般服務項目：

- 1.促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)(0.011%，預估增加 5.5 百萬元)(114 年新增項目)：
本項配合醫療器材使用規範修訂已導入支付標準修訂項目，於一般服務編列預算。
- 2.«12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫»專款與一般服務重複費用扣減(0.000%，減列 0.2 百萬元)(114 年新增項目)。
- 3.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.010%，減少 4.7 百萬元)：

本項不列入 115 年度總額協商之基期費用。

(三)專款項目：全年經費為 4,663.3 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，屬延續型計畫者應於 113 年 11 月前完成，新增計畫原則於 113 年 12 月前完成。

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 805.9 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、老人長期照顧暨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持續監測本計畫醫療團適用對象(包含：不同障別、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。

②依 114 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。其預算扣減方式規劃，請會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 114 年 7 月提全民健康保險會報告。

3.12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫：

(1)全年經費 171.5 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(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) 請中央健康保險署辦理下列事項：

① 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，及評估照護成效。

② 本計畫以 3 年為檢討期限(112~114 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(114 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。

③ 請於協商 115 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。

5. 高風險疾病口腔照護計畫：

(1) 全年經費 2,800 百萬元。

(2) 加強高風險疾病病人口腔照護，並增加照護人數。

(3) 執行目標：

① 「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達 150 萬人次。

② 「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(P7302C) 預估服務人次不低於 189 萬人次。

③ 「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)照護人數不低於 66 萬人。

④ 「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(P7302C) 照護人數不低於 100 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齶齒填補顆數增加率減緩。

③65 歲以上接受照護病人(註 1)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(註 2)減少。

註：1.65 歲以上接受照護病人為「連續 3 年每年至少執行 2 次或 2 次以上 91090C+P7302C 之 65 歲以上病人」。

2.該年度比較族群為 117 年 68 歲以上至牙科就診之病人。

(4)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，於具體實施計畫中，妥為研訂「高風險疾病病人牙結石清除/塗氟」增加照護人數之作法，並評估其完整照護率及照護成效，研議朝完整照護包裹式支付、論病例或論質計酬等方向，進行支付制度改革。

②本計畫以 3 年為檢討期限(112~114 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(114 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。

③請於協商 115 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。

6.特定疾病病人牙科就醫安全計畫：

(1)全年經費 307.1 百萬元。

(2)適用對象新增帕金森氏病人、失智症病人、甲狀腺相關疾病病人、與牙科治療相關之自體免疫系統病人。

(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 114 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，若持續辦理，則請於執行第 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，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

7.促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)：

本項移列一般服務。

8.非齒源性口腔疼痛處置(114 年新增項目)：

(1)全年經費 14.4 百萬元。

(2)執行目標：114 年執行 12,000 人次，並以 114 年實施時程等比率換算目標值。

預期效益之評估指標：本計畫 2 年後(即 115 年執行完，自 116 年起)，病歷記載之疼痛分數下降超過 3 成。

(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，訂定醫療服務內容(含適應症之條件及申報資格，如限定專科別及層級別等)，於 113 年 12 月前提報全民健康保險會。

②本計畫以 3 年為檢討期限(114~116 年)，請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)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 95.8 百萬元。

(2)本項專款額度(95.8 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 212.2 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。

10.網路頻寬補助費用(移出總額)：

本項 113 年預算 143 百萬元，114 年改由公務預算支應。

11.癌症治療品質改善計畫(移出總額)：

本項 113 年預算 10 百萬元，114 年改由公務預算支應。

附表 114 年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表(核定版)

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	2.675%	1,306.0	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	0.362%			
人口結構改變率	0.257%			
醫療服務成本指數 改變率	2.048%			
協商因素成長率	0.001%	0.7	請於 114 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 115 年度總 額協商考量。	
保險給 付項目 及支付 標準之 改變	1. 促進醫療 服務診療 項目支付 衡平性(含 醫療器材 使用規範 修訂之補 貼) (114 年新 增項目)	0.011%	5.5	本項配合醫療器材使用規範修 訂已導入支付標準修訂項目， 於一般服務編列預算。
其他議 定項目	2. 「12~18歲 青少年口 腔提升照 護試辦計 畫」專款 與一般服 務重複費 用扣減 (114 年新 增項目)	0.000%	-0.2	
	3. 違反全民 健康保險 醫事服務	-0.010%	-4.7	本項不列入 115 年度總額協商 之基期費用。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
	機構特約 及管理辦法之扣款			
一般服務 成長率 ^{註1}	增加金額	2.676%	1,306.7	
	總金額		50,129.8	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於113年11月前完成，新增計畫原則於113年12月前完成，且均應於114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	13.8	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		805.9	24.2	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、老人長期照顧暨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事項： (1) 持續監測本計畫醫療團適用對象(包含：不同障別、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。 (2) 依114年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。其預算扣減方式規劃，請會同牙醫門診總額相關團體議定後，於114年7月提全民健康保險會報告。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	核定事項
3.12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫	171.5	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(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	144.8	0.0	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，加強計畫推動並持續監測執行結果，及評估照護成效。 2.本計畫以3年為檢討期限(112~114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(114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。 3.請於協商115年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。
5.高風險疾病口腔照護計畫	2,800.0	1,201.0	1.加強高風險疾病病人口腔照護，並增加照護人數。 2.執行目標： (1)「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達150萬人次。 (2)「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(P7302C)預估服務人次不低於189萬人次。 (3)「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)照護人數不低於66萬人。 (4)「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(P7302C)照

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>護人數不低於 100 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(註 1)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(註 2)減少。</p> <p>註：1.65 歲以上接受照護病人為「連續 3 年每年至少執行 2 次或 2 次以上 91090C+P7302C 之 65 歲以上病人」。</p> <p>2.該年度比較族群為 117 年 68 歲以上至牙科就診之病人。</p> <p>3.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，於具體實施計畫中，妥為研訂「高風險疾病病人牙結石清除/塗氟」增加照護人數之作法，並評估其完整照護率及照護成效，研議朝完整照護包裹式支付、論病例或論質計酬等方向，進行支付制度改革。</p> <p>(2)本計畫以 3 年為檢討期限(112~114 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</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>第 3 年(114 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>(3)請於協商 115 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。</p>
6. 特定疾病病人牙科就醫安全計畫	307.1	0.0	<p>1. 適用對象新增帕金森氏病人、失智症病人、甲狀腺相關疾病病人、與牙科治療相關之自體免疫系統病人。</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 114 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，若持續辦理，則請於執行第 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，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。</p>
7. 促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)	0.0	-5.5	本項移列一般服務。
8. 非齒源性口腔疼痛處置 (114 年新增項目)	14.4	14.4	<p>1. 執行目標：114 年執行 12,000 人次，並以 114 年實施時程等比率換算目標值。</p> <p>預期效益之評估指標：本計畫 2 年後(即 115 年執行完，</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>自 116 年起)，病歷記載之疼痛分數下降超過 3 成。</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，訂定醫療服務內容(含適應症之條件及申報資格，如限定專科別及層級別等)，於 113 年 12 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(114~116 年)，請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)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p>
	9.品質保證保留款	95.8	48.0	<p>1.本項專款額度(95.8 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 212.2 百萬元)。</p> <p>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。</p>
	10.網路頻寬補助費用 (移出總額)	0.0	-143.0	本項 113 年預算 143 百萬元，114 年改由公務預算支應。
	11.癌症治療品質改善 計畫(移出總額)	0.0	-10.0	本項 113 年預算 10 百萬元，114 年改由公務預算支應。
	專款金額	4,663.3	1,142.9	
較基期成長率 (一般服務+專款) ^{註2}	增加金額	4.679%	2,449.6	
	總金額		54,793.1	

- 註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 48,823.3 百萬元(含 113 年一般服務預算 48,516.8 百萬元，及校正前 2 年度(112 年)投保人口預估成長率與實際之差值 305.7 百萬元、加回前 1 年度(113 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 52,343.7 百萬元，其中一般服務預算為 48,823.3 百萬元，專款為 3,520.4 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。

114 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：

114 年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後 113 年度中醫門診一般服務醫療給付費用 $\times(1+114$ 年度一般服務成長率) $+114$ 年度專款項目經費

註：校正後 113 年度中醫門診一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 113.9.3 衛部保字第 1130139528 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度(113 年)中醫門診一般服務醫療給付費用，校正前 2 年度(112 年)投保人口預估成長率與實際之差值，及加回前 1 年度(113 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 5.468%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.588%，協商因素成長率 1.880%。
- (二)專款項目全年經費為 1,283.4 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，114 年度中醫門診醫療給付費用總額，較基期成長 5.274%。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 114 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 115 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)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 150 百萬元，作為風險調整移撥款，由各季提撥 37.5 百萬元：

①110 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 0.9 元之差值(但最高不大於點值第二低的分區)；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。

②40 百萬元：按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。

(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：65%。

②各分區戶籍人口數占率：16%。

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

障點值理由及其對總額預算之影響等。

(二)一般服務項目：

- 1.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(約 752.6 百萬元)，其中 53.4 百萬元併入「提升用藥品質」項目使用。
- 2.提升用藥品質(1.112%，預估增加 347 百萬元)(114 年新增項目)：
 - (1)執行目標：提高慢性病處方箋的使用，符合條件的慢性病患者使用長日數(大於 7 日)處方箋的比率較前 1 年提升 1%。
預期效益之評估指標：中藥不良反應報告數量較前 1 年改善(計算方法：中藥不良反應報告數/總用藥人次×100%)。
 - (2)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理下列事項：
 - ①應增加健保中藥給付品項、提升用藥品質，並減少民眾用藥自費情形，具體規劃於 113 年 12 月前提報全民健康保險會。
 - ②於額度內妥為管理運用，並落實中藥用藥品質提升及費用之監督與管理。
 - ③研議將科學中藥納入核實申報及進行藥價調查之可行性。
- 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(0.513%，預估增加 160 百萬元)(114 年新增項目)。
- 4.「中醫癌症患者加強照護整合方案」專款(114 年新增子宮頸癌、子宮體癌、甲狀腺癌)與一般服務重複費用扣減(-0.018%，減列 5.5 百萬元)(114 年新增項目)。
- 5.「照護機構中醫醫療照護方案」專款之論量計酬費用移列一般服務(0.276%，預估增加 86 百萬元)(114 年新增

項目)。

6.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 0.8 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)本項不列入 115 年度總額協商之基期費用。

(三)專款項目：全年經費為 1,283.4 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，屬延續型計畫者應於 113 年 11 月前完成，新增計畫原則於 113 年 12 月前完成。

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 465.9 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)請中央健康保險署持續評估本計畫提升孕產照護的成效，對於執行成效良好之保胎項目，請規劃導入一般服務；另對成效有待提升之助孕項目，請研提改善策略，以提升助孕成功率。

4.兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：

本項自 114 年度起停辦。

5.中醫癌症患者加強照護整合方案：

(1)全年經費 352.3 百萬元。

(2)執行目標：服務人數 16,000 人。

預期效益之評估指標：

①FACT-G 收案對象中 50%的人量表分數，較收案時增加。

②CTCAE 收案對象中 50%的人量表分數，較收案時降低。

(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」，擴大適用於子宮頸癌、子宮體癌及甲狀腺癌。

6.中醫急症處置：

(1)全年經費 10 百萬元。

(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，持續檢討計畫執行情形及成效，於 114 年 7 月前提全民健康保險會報告。

②本計畫再試辦 1 年，若未呈現具體成效則應退場。

7.中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫：

(1)全年經費 152.4 百萬元。

(2)執行目標：參與院所數為 180 家及服務人數以 8,000 人為目標。

預期效益之評估指標：收案對象平均 eGFR 分數，較收案時增加。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①持續檢討費用申報之合理性，並分析治療模式、醫療服務介入成效等，以建立合理給付標準。
- ②依 114 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用，其預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 114 年 7 月提全民健康保險會報告。

8. 照護機構中醫醫療照護方案：

- (1)本計畫編列論次費用 8 百萬元，論量計酬費用移列一般服務。
- (2)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，檢討本計畫費用(含論量計酬費用)申報之合理性，並分析治療模式、醫療服務介入成效等，朝論質計酬及建立合理支付等方向，精進支付制度。

9. 品質保證保留款：

- (1)全年經費 29.8 百萬元。
- (2)本項專款額度(29.8 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 52.6 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。

10. 網路頻寬補助費用(移出總額)：

本項 113 年預算 83 百萬元，114 年改由公務預算支應。

附表 114 年度中醫門診醫療給付費用協定項目表(核定版)

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	3.588%	1,119.5	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。 2. 醫療服務成本指數改變率所 增加之預算(約 752.6 百萬 元)，其中 53.4 百萬元併入 「提升用藥品質」項目使用。	
投保人口預估成長 率	0.362%			
人口結構改變率	0.802%			
醫療服務成本指數 改變率	2.412%			
協商因素成長率	1.880%	586.7	請於 114 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 115 年度總 額協商考量。	
保險給 付項目 及支付 標準之 改變	1. 提升用藥 品質 (114 年新 增項目)	1.112%	347.0	1. 執行目標：提高慢性病處方 箋的使用，符合條件的慢性 病患者使用長日數(大於 7 日)處方箋的比率較前 1 年提 升 1%。 預期效益之評估指標：中藥 不良反應報告數量較前 1 年 改善(計算方法：中藥不良反 應報告數/總用藥人次 ×100%)。 2. 請中央健康保險署會同中醫 門診總額相關團體辦理下列 事項： (1) 應增加健保中藥給付品 項、提升用藥品質，並減 少民眾用藥自費情形，具 體規劃於 113 年 12 月前 提報全民健康保險會。 (2) 於額度內妥為管理運用， 並落實中藥用藥品質提升

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
				及費用之監督與管理。 (3)研議將科學中藥納入核實申報及進行藥價調查之可行性。
其他醫療服務利用及密集度之改變	2.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(114年新增項目)	0.513%	160.0	
其他議定項目	3.「中醫癌症患者加強照護整合方案」專款(114年新增子宮頸癌、子宮體癌、甲狀腺癌)與一般服務重複費用扣減(114年新增項目)	-0.018%	-5.5	
	4.「照護機構中醫醫療照護方案」專款之論量計酬費用移	0.276%	86.0	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
	列一般服務 (114 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	-0.003%	-0.8	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.本項不列入 115 年度總額協商之基期費用。
一般服務 成長率 ^{#1}	增加金額	5.468%	1,706.2	
	總金額		32,908.6	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於 113 年 11 月前完成，新增計畫原則於 113 年 12 月前完成，且均應於 114 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	3.0	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		465.9	29.1	持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷、呼吸困難相關疾病及術後疼痛中醫照護。
3.中醫提升孕產照護 品質計畫		82.0	12.0	請中央健康保險署持續評估本計畫提升孕產照護的成效，對於執行成效良好之保胎項目，請規劃導入一般服務；另對成效有待提升之助孕項目，請研提改善策略，以提升助孕成功率。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
4. 兒童過敏性鼻炎照 護試辦計畫	0.0	-21.2	本項自 114 年度起停辦。
5. 中醫癌症患者加強 照護整合方案	352.3	87.3	1.執行目標：服務人數 16,000 人。 預期效益之評估指標： (1)FACT-G 收案對象中 50% 的人量表分數，較收案時增加。 (2)CTCAE 收案對象中 50% 的人量表分數，較收案時降低。 2.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」，擴大適用於子宮頸癌、子宮體癌及甲狀腺癌。
6. 中醫急症處置	10.0	0.0	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，持續檢討計畫執行情形及成效，於 114 年 7 月前提全民健康保險會報告。 2.本計畫再試辦 1 年，若未呈現具體成效則應退場。
7. 中醫慢性腎臟病門 診加強照護計畫	152.4	47.1	1.執行目標：參與院所數為 180 家及服務人數以 8,000 人為目標。 預期效益之評估指標：收案對象平均 eGFR 分數，較收案時增加。 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)持續檢討費用申報之合理性，並分析治療模式、醫療服務介入成效等，以建立合理給付標準。</p> <p>(2)依 114 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用，其預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 114 年 7 月提全民健康保險會報告。</p>
8.照護機構中醫醫療 照護方案	8.0	-40.0	<p>1.本計畫編列論次費用 8 百萬元，論量計酬費用移列一般服務。</p> <p>2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，檢討本計畫費用(含論量計酬費用)申報之合理性，並分析治療模式、醫療服務介入成效等，朝論質計酬及建立合理支付等方向，精進支付制度。</p>
9.品質保證保留款	29.8	-27.6	<p>1.本項專款額度(29.8 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 52.6 百萬元)。</p> <p>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。</p>
10.網路頻寬補助費用 (移出總額)	0.0	-83.0	本項 113 年預算 83 百萬元，114 年改由公務預算支應。
專款金額	1,283.4	6.7	

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	5.274%	1,712.9	
	總金額		34,192.0	

註:1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 31,202.4 百萬元(含 113 年一般服務預算 31,011.3 百萬元,及校正前 2 年度(112 年)投保人口預估成長率與實際之差值 187.1 百萬元、加回前 1 年度(113 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 4.0 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 32,479.1 百萬元,其中一般服務預算為 31,202.4 百萬元,專款為 1,276.7 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。

114 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：

■114 年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後 113 年度西醫基層一般服務醫療給付費用 $\times(1+114$ 年度一般服務成長率) $+114$ 年度專款項目經費 $+114$ 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＝113 年度西醫基層門診透析服務費用 $\times(1+114$ 年度成長率)

註：校正後 113 年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 113.9.3 衛部保字第 1130139528 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度(113 年)西醫基層一般服務醫療給付費用，校正前 2 年度(112 年)投保人口預估成長率與實際之差值，及加回前 1 年度(113 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、總額決定結果：

經西醫基層代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及西醫基層代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定，結果如下：

- (一)一般服務成長率為 4.267%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.746%，協商因素成長率 0.521%。
- (二)專款項目全年經費為 12,588.2 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率為 3.090%。
- (四)前述三項額度經換算，114 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，依決定事項辦理，並於 114 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 115 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 1.052 億元)移撥至少 6 億元，作為風險調整移撥款。
 - (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(含風險調整移撥款額度、用途與執行方式)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額度、用途與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、保障點值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、新特材及新增診療項目)(0.170%，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，於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之新

增項目與作業時程，並於 115 年度總額協商前，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)對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，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。

(3)請於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

2.藥品及特材給付規定改變(0.363%，預估增加 486 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，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於 115 年度總額協商前，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。

(2)請於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

3.因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費(0.492%，預估增加 659.3 百萬元)：

(1)本項預算用於反映護理人員薪資，提升護理照護品質。

(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於 114 年度總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議。

- ②建立稽核機制，以確實提升護理照護品質。
- 4.提升國人視力照護品質(-2.488%，減列3,335.7百萬元)：
本項移列至專款項目「提升國人視力照護品質」。
- 5.因應預防保健政策改變產生之服務密集度(0.269%，預估增加360百萬元)(114年新增項目)：
請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，於額度內妥為管理運用。
- 6.代謝症候群及C肝照護品質提升衍生之醫療費用(0.467%，預估增加626.6百萬元)(114年新增項目)：
請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，於額度內妥為管理運用。
- 7.CKD方案比照DKD方案採用UACR檢測(0.149%，預估增加199.8百萬元)(114年新增項目)：
請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，於額度內妥為管理運用。
- 8.因支付衡平性已調整支付標準之項目(0.350%，預估增加469.2百萬元)(114年新增項目)：
本項配合「醫療器材使用規範修訂」、「西醫基層申報藥服費未滿7歲兒童得依表定點數加計」已導入支付標準修訂項目，以及原編列於專款之單次使用醫材(SUD)導入，於一般服務編列預算。
- 9.因應長新冠照護衍生費用(自專款項目移列一般服務項目)(0.007%，預估增加10百萬元)：
請中央健康保險署監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用。
- 10.促進醫療服務診療項目支付衡平性(自專款項目移列一般服務項目)(0.746%，預估增加1,000百萬元)：
請中央健康保險署檢討西醫基層總額支付標準，與監

測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用，並會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討。

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(-0.004%，減少 5 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)本項不列入 115 年度總額協商之基期費用。

(三)專款項目：全年經費為 12,588.2 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，屬延續型計畫者應於 113 年 11 月前完成，新增計畫原則於 113 年 12 月前完成。

1.暫時性支付(新藥、新特材)(114 年新增項目)：

(1)全年經費 58 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①在額度內妥為管理運用，並於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出具體實施規劃(含執行方式、預算估算及財務控管、擬訂暫時收載年限、療效評估與退場機制等)，俾落實管控。

②請於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

2.提升國人視力照護品質(自一般服務項目移列專款項目)：

(1)全年經費 3,574.8 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依衛生福利部決定結果，研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部決定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。
- 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，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 423.9 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醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與。

4.家庭醫師整合性照護計畫：

- (1)全年經費 4,648 百萬元。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①依論質計酬模式，以改變民眾生活習慣為計畫推動方向，提出全人照護整合之具體規劃，建立照護指引及訂定相應之品質指標。
 - ②請落實依個案疾病風險分級管理照護，建議依會員疾病風險擬訂對應的個案管理照護費，避免逆選擇效應。
 - ③新增之風險管理照護諮商應建立執行面指標及結果面成效品質指標，以利評估成效。

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，並於協商 115 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一。

6. 醫療給付改善方案：

- (1)全年經費 906.1 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，對執行多年的方案，若實施模式成熟且成效良好，請比照糖尿病方案導入支付標準，若照護率低或成效不明確，應提出改善策略或啟動退場機制。
 - ②檢討生物相似性藥品方案之執行成效，評估對醫療費用及醫療品質影響。
 - ③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)，以避免病患被重複收案。
 - ④建議依病患之疾病風險提供分級管理照護服務，擬訂對應的個案管理費，以避免逆選擇效應。

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扣除原基期點數併入西醫基層總額一般服務費用結算。
- (2)依衛生福利部決定結果，請中央健康保險署會同西

醫基層總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部決定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①提出規劃調整開放之項目與作業時程。

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為落實分級醫療之健保重要政策，建議以提升基層醫療品質為努力目標，精進分級醫療轉診策略，以改善分級醫療推動成效。

②會同西醫基層及醫院總額相關團體，持續檢討獎勵方式及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效。

9.偏鄉地區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檢討及加強醫療服務提供，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檢討及加強醫療服務提供，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檢討及加強醫療服務提供，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)請中央健康保險署加強計畫推動，並持續監測醫療利用情形與照護成效。
- 15.精神科長效針劑藥費：
- (1)全年經費 100 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積極提升基層院所使用長效針劑之比率，並評估本項專款之替代效果及執行效益。

16.因應長新冠照護衍生費用：

本項移列至一般服務項目「因應長新冠照護衍生費用」。

17.促進醫療服務診療項目支付衡平性：

本項移列至一般服務項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」。

18.品質保證保留款：

(1)全年經費 128.4 百萬元。

(2)本項專款額度(128.4 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 233.6 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。

19.代謝症候群防治計畫(移出總額)：

本項 113 年預算 616 百萬元，114 年改由公務預算支應。

20.網路頻寬補助費用(移出總額)：

本項 113 年預算 253 百萬元，114 年改由公務預算支應。

21.癌症治療品質改善計畫(移出總額)：

本項 113 年預算 93 百萬元，114 年改由公務預算支應。

22.慢性傳染病照護品質計畫(移出總額)：

本項 113 年預算 20 百萬元，114 年改由公務預算支應。

(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，並統為運用。

2. 門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，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 3.090%。
3. 門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 47,375.2 百萬元)，維持 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，其中 300 百萬元不得流用於一般服務。
4. 請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1) 考量「居家血液透析」為新的照護模式，請會同門診透析服務相關團體審慎研議，於 114 年度總額公告後，完成擬訂專款「居家血液透析與提升其照護品質」之具體實施方式(包含：參與院所及醫師之資格條件與認定、適用對象、支付方式及結果面為導向之品質監測指標)，並提全民健康保險會報告。
 - (2) 鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，以提升透析病人生活品質。
 - (3) 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。
 - (4) 研議末期腎臟病患者之包裹式支付(bundled payment)方式，以提升照護完整性及醫療資源使用效率。
 - (5) 持續加強鼓勵院所精進推動腹膜透析與提升其照護品質之實施方案，監測腹膜透析病人照護品質及健康結果與執行成效，並於 114 年 7 月前提報專案報告。

附表 114 年度西醫基層醫療給付費用協定項目表(決定版)

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項	
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率	3.746%	5,021.4	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	0.362%			
人口結構改變率	1.232%			
醫療服務成本指數 改變率	2.140%			
協商因素成長率	0.521%	698.2	請於 114 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 115 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、 新特材及 新增診療 項目)	0.170%	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，於 114 年度總額公告後，至全民 健康保險會最近 1 次委員會 議提出規劃之新增項目與作 業時程，並於 115 年度總額 協商前，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. 對於新醫療科技的預算投 入，提出成果面的績效指標， 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。 3. 請於 114 年 7 月前提報執行 情形(含新增項目及申報費 用/點數)。
	2. 藥品及特 材給付規 定改變	0.363%	486.0	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，經

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
保險給 付項目 及支付 標準之 改變				費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。於114年度總額公告後，至全民健康保險會最近1次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於115年度總額協商前，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。 2.請於114年7月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。
	3.因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費	0.492%	659.3	1.本項預算用於反映護理人員薪資，提升護理照護品質。 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)於114年度總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至全民健康保險會最近1次委員會議。 (2)建立稽核機制，以確實提升護理照護品質。
	其他議 定項目	4.提升國人視力照護品質	-2.488%	-3,335.7
其他醫 療服務 利用及 密集度 之改變	5.因應預防保健政策改變產生服務密集度(114年新增項目)	0.269%	360.0	請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，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)	決定事項
其他醫療服務利用及密集度之改變	6.代謝症候群及C肝照護品質提升衍生之醫療費用(114年新增項目)	0.467%	626.6	請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，於額度內妥為管理運用。
保險給付項目及支付標準之改變	7.CKD方案比照DKD方案採用UACR檢測(114年新增項目)	0.149%	199.8	請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，於額度內妥為管理運用。
保險給付項目及支付標準之改變	8.因支付衡平性已調整支付標準之項目(114年新增項目)	0.350%	469.2	本項配合「醫療器材使用規範修訂」、「西醫基層申報藥服費未滿7歲兒童得依表定點數加計」已導入支付標準修訂項目，以及原編列於專款之單次使用醫材(SUD)導入，於一般服務編列預算。
其他醫療服務利用及密集度之改變	9.因應長新冠照護衍生費用(自專款項目移列一般服務項目)	0.007%	10.0	請中央健康保險署監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用。
保險給付項目及支付標準之改變	10.促進醫療服務診療項目支付衡平(自專款項目移列一般服務項目)	0.746%	1,000.0	請中央健康保險署檢討西醫基層總額支付標準，與監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用，並會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
其他議 定項目	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	-0.004%	-5.0	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.本項不列入 115 年度總額協商之基期費用。
一般服務 成長率 ^{註1}	增加金額	4.267%	5,719.6	
	總金額		139,768.0	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於 113 年 11 月前完成，新增計畫原則於 113 年 12 月前完成，且均應於 114 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) (114 年新增項目)		58.0	58.0	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)在額度內妥為管理運用，並於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出具體實施規劃(含執行方式、預算估算及財務控管、擬訂暫時收載年限、療效評估與退場機制等)，俾落實管控。 (2)請於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。
2.提升國人視力照護 品質 (自一般服務項目移 列專款項目)		3,574.8	3,574.8	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.依衛生福利部決定結果，研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部決定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。 2.持續檢討白內障手術案件成

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
			<p>長合理性、手術時機適當性，及監測照護成效與民眾自費情形，以確保醫療品質及民眾權益。</p> <p>3.加強執行面管理與監督，建立診療指引及醫療利用監測機制，提升分區管理及專業自律。</p> <p>4.本項以 5 年為檢討期限，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	423.9	106.8	<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醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與。</p>
4.家庭醫師整合性照 護計畫	4,648.0	400.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>1.依論質計酬模式，以改變民眾生活習慣為計畫推動方向，提出全人照護整合之具體規劃，建立照護指引及訂定相應之品質指標。</p> <p>2.請落實依個案疾病風險分級管理照護，建議依會員疾病風險擬訂對應的個案管理照護費，避免逆選擇效應。</p> <p>3.新增之風險管理照護諮商應建立執行面指標及結果面成效品質指標，以利評估成效。</p>
5.C 型肝炎藥費	462.0	170.0	<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>

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
			2.請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協商115年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一。
6.醫療給付改善方案	906.1	5.8	<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，對執行多年的方案，若實施模式成熟且成效良好，請比照糖尿病方案導入支付標準，若照護率低或成效不明確，應提出改善策略或啟動退場機制。</p> <p>(2)檢討生物相似性藥品方案之執行成效，評估對醫療費用及醫療品質影響。</p> <p>(3)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)，以避免病患被重複收案。</p> <p>(4)建議依病患之疾病風險提供分級管理照護服務，擬訂對應的個案管理費，以避免逆選擇效應。</p>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
7.強化基層照護能力及「開放表別」項目	1,720.0	400.0	1.本項經費依實際執行扣除原基期點數併入西醫基層總額一般服務費用結算。 2.依衛生福利部決定結果，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部決定後，提報全民健康保險會最近1次委員會議。 3.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)提出規劃調整開放之項目與作業時程。 (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	258.0	0.0	1.經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)為落實分級醫療之健保重要政策，建議以提升基層醫療品質為努力目標，精進分級醫療轉診策略，以改善分級醫療推動成效。 (2)會同西醫基層及醫院總額相關團體，持續檢討獎勵方式及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效。
9.偏鄉地區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。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
10.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	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檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。
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檢討及加強醫療服務提供，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檢討及加強醫療服務提供，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	0.3	請中央健康保險署加強計畫推動，並持續監測醫療利用情形與照護成效。
15.精神科長效針劑藥費	100.0	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積極提升基層院所使用長效針劑之比率，並評估本項專款之替代效果及執行效益。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
16.因應長新冠照護衍生費用		0.0	-10.0	本項移列至一般服務項目「因應長新冠照護衍生費用」。
17.促進醫療服務診療項目支付衡平性		0.0	-1,000.0	本項移列至一般服務項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」。
18.品質保證保留款		128.4	2.2	1.本項專款額度(128.4百萬元)，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233.6百萬元)。 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。
19.代謝症候群防治計畫(移出總額)		0.0	-616.0	本項113年預算616百萬元，114年改由公務預算支應。
20.網路頻寬補助費用(移出總額)		0.0	-253.0	本項113年預算253百萬元，114年改由公務預算支應。
21.癌症治療品質改善計畫(移出總額)		0.0	-93.0	本項113年預算93百萬元，114年改由公務預算支應。
22.慢性傳染病照護品質計畫(移出總額)		0.0	-20.0	本項113年預算20百萬元，114年改由公務預算支應。
專款金額		12,588.2	2,725.9	
較基期成長率 (一般服務+專款) ^{#2}	增加金額	5.869%	8,445.5	
	總金額		152,356.2	
門診透析服務	增加金額	3.090%	680.0	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，並統為運用。
	總金額		22,687.9	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

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
			<p>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 3.090%。</p> <p>3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 47,375.2 百萬元)，維持 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，其中 300 百萬元不得流用於一般服務。</p> <p>4.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)考量「居家血液透析」為新的照護模式，請會同門診透析服務相關團體審慎研議，於 114 年度總額公告後，完成擬訂專款「居家血液透析與提升其照護品質」之具體實施方式(包含：參與院所及醫師之資格條件與認定、適用對象、支付方式及結果面為導向之品質監測指標)，並提全民健康保險會報告。</p> <p>(2)鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，以提升透析病人生活品質。</p> <p>(3)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>(4)研議末期腎臟病患者之包裹式支付 (bundled payment)方式，以提升照護完整性及醫療資源使用</p>

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
				效率。 (5)持續加強鼓勵院所精進推動腹膜透析與提升其照護品質之實施方案，監測腹膜透析病人照護品質及健康結果與執行成效，並於114年7月前提報專案報告。
較基期成長率 (一般服務+專款 +門診透析) ^{註3}	增加金額	5.500%	9,125.5	
	總金額		175,044.1	

- 註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 134,048.2 百萬元(含 113 年一般服務預算 133,169.1 百萬元，及校正前 2 年度(112 年)投保人口預估成長率與實際之差值 817.0 百萬元、加回前 1 年度(113 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 62.1 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 143,910.5 百萬元，其中一般服務預算為 134,048.2 百萬元，專款為 9,862.3 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 165,918.3 百萬元，其中一般服務預算為 134,048.2 百萬元，專款為 9,862.3 百萬元，門診透析為 22,007.8 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。

114 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

■114 年度醫院醫療給付費用總額＝校正後 113 年度醫院一般服務醫療給付費用×(1+114 年度一般服務成長率) +114 年度專款項目經費+114 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＝113 年度醫院門診透析服務費用×(1+114 年度成長率)

註：校正後113年度醫院一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部113.9.3衛部保字第1130139528號交議總額範圍函確認，以前1年度(113年)醫院一般服務醫療給付費用，校正前2年度(112年)投保人口預估成長率與實際之差值，及加回前1年度(113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、總額決定結果：

經醫院代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及醫院代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定，結果如下：

- (一)一般服務成長率為 6.237%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 4.344%，協商因素成長率 1.893%。
- (二)專款項目全年經費為 44,187 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率為 2.917%。
- (四)前述三項額度經換算，114 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，依決定事項辦理，並於 114 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 115 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「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。

(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53%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，47%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46%依各地區校正「人口風險因子」後之保險對象人數，54%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

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、保障點值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、新特材及新增診療項目)(0.825%，預估增加 4,463 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，於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於 115 年度總額協商前，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。對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，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。

(3)請於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

2.藥品及特材給付規定改變(0.370%，預估增加 2,000 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，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於 115 年度總額協商前，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。

(2)請於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報

費用/點數)。

- 3.因支付衡平性已調整支付標準之項目(0.334%，預估增加 1,808.8 百萬元)(114 年新增項目)：

本項配合「醫療器材使用規範修訂」及「提升醫院兒童急重症照護量能」已導入支付標準修訂項目，以及原編列於專款之單次使用醫材(SUD)導入，於一般服務編列預算。

- 4.因應牙醫支付標準調整所增加預算(0.0001%，預估增加 0.7 百萬元)(114 年新增項目)：

用於因應牙醫門診總額 112 年度調整支付標準，預估於醫院總額增加之費用。

- 5.因應 Pre-ESRD 及 Early-CKD 配合國際臨床指引-UPCR 修訂為 UACR(每件增加 235 點)所增加預算(0.037%，預估增加 200 百萬元)(114 年新增項目)：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，並於額度內妥為管理運用。

- 6.C 肝照護品質提升衍生之醫療費用(0.011%，預估增加 59.3 百萬元)(114 年新增項目)：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，並於額度內妥為管理運用。

- 7.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)(0.293%，預估增加 1,586.9 百萬元)(114 年新增項目)：

請中央健康保險署檢討醫院基本診療支付標準，確保醫院合理反映員工薪資調整，與監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用，並會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討成效。

- 8.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提升，醫療服務密集度改變

(0.462%，預估增加 2,500 百萬元)(114 年新增項目)：

(1)本項為因應擴大癌篩後疑似陽性個案確診及治療之後續健保費用擴增。

(2)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，於額度內妥為管理運用。

9.全日護病比(移出總額)(-0.462%，預估減少 2,500 百萬元)(114 年新增項目)：

本項 113 年預算 2,500 百萬元，114 年改由公務預算支應。

10.因應長新冠照護衍生費用(自專款項目移列一般服務項目)(0.024%，預估增加 128 百萬元)：

請中央健康保險署監測醫療利用情形，並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(-0.001%，減少 3.2 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)本項不列入 115 年度總額協商之基期費用。

(三)專款項目：全年經費為 44,187 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，屬延續型計畫者應於 113 年 11 月前完成，新增計畫原則於 113 年 12 月前完成。

1.暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)：

(1)全年經費 867 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①在額度內妥為管理運用，並於 114 年度總額公告

後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出具體實施規劃(含執行方式、預算估算及財務控管、擬訂暫時收載年限、療效評估與退場機制等)，俾落實管控。

②請於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

2.C 型肝炎藥費：

(1)全年經費 2,224 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協商 115 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一。

3.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

(1)全年經費 17,996 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。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

4.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

(1)全年經費 5,750 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。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

5.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

- (1)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。
- (2)中央健康保險署於 114 年 7 月前提報之執行情形，應含醫療利用、等待時間及不同器官移植之存活率等。

6. 醫療給付改善方案：

- (1)全年經費 2,272 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、化療學名藥及擴大多重慢性病收案照護等方案。
- (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，對執行多年的方案，若實施模式成熟且成效良好，請比照糖尿病方案導入支付標準，若照護率低或成效不明確，應提出改善策略或啟動退場機制。另請檢討生物相似性藥品方案之執行成效，評估對醫療費用及醫療品質的影響。
- ②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)，以避免病患被重複收案。
- ③建議依病患之疾病風險提供分級管理照護服務，擬訂對應的個案管理費，以避免逆選擇效應。

7. 急診品質提升方案：

- (1)全年經費 300 百萬元。
- (2)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體辦理下列事項：
 - ①精進方案執行內容，以解決急診壅塞為目標，並

增訂壅塞無法達標之處理方式，以提升急診處置效率及照護品質，並於 114 年 7 月前提出專案報告。

②提報之成效評估檢討報告，應含急診處置效率及急診重大疾病照護品質相關監測指標。

8.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

(1)全年經費 210 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①積極推動 DRGs 支付或作為品質衡量方式，朝建立論價值支付制度為推動方向。

②於 114 年 7 月前提出報告。

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醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，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)請中央健康保險署辦理下列事項：

①依衛生福利部決定結果，會同醫院總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部決定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。

②檢討「燈塔型醫院」之補助方式、獎勵成效，及計畫之評估指標。

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為落實分級醫療之健保重要政策，建議以提升基層醫療品質為努力目標，精進分級醫療轉診策略，以改善分級醫療推動成效。
- ②會同西醫基層及醫院總額相關團體，持續檢討獎勵方式及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效。
- ③監測各層級上下轉之情形，並有策略導向。

12.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金：

- (1)全年經費 15 百萬元。
- (2)本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。

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)請中央健康保險署評估本項專款之替代效果及執行效益，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用。

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，檢討執行目標、預期效益評估指標及其目標值，以利檢討改善。

15.因應長新冠照護衍生費用：

本項移列至一般服務項目「因應長新冠照護衍生費用」。

16.因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增：

本項移列至一般服務項目「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提升，醫療服務密集度改變」。

17.促進醫療服務診療項目支付衡平性：

本項移列一般服務，併入「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)」。

18.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能：

(1)全年經費 500 百萬元，本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同醫院總額相關團體，滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效(含提升民眾醫療服務之成效)，並定期提報執行情形。

②114 年 7 月前提報之成效評估檢討報告，應含本項目具體成效之結果面指標及監測結果。

19.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能：

(1)全年經費 1,000 百萬元，本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同醫院總額相關團體，滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效(含提升民眾醫療服務之成效)，並定期提報執行情形。

②114 年 7 月前提報之成效評估檢討報告，應含本項目具體成效之結果面指標及監測結果。

20.地區醫院全人全社區照護計畫：

- (1)全年經費 500 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。

21.區域聯防-提升急重症照護品質：

- (1)全年經費 268 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。

22.區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作：
本項移併至「區域聯防-提升急重症照護品質」專款項目。

23.抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫：

- (1)全年經費 225 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 1,029.5 百萬元。
- (2)本項專款額度(1,029.5 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 1,418.2 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。

25.網路頻寬補助費用(移出總額)：

本項 113 年預算 200 百萬元，114 年改由公務預算支應。

26.住院整合照護服務試辦計畫(移出總額)：

本項 113 年預算 560 百萬元，114 年改由公務預算支應。

27.癌症治療品質改善計畫(移出總額)：

本項 113 年預算 414 百萬元，114 年改由公務預算支應。

28.慢性傳染病照護品質計畫(移出總額)：

本項 113 年預算 180 百萬元，114 年改由公務預算支應。

(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，並統為運用。

2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，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 2.917%。

3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 47,375.2 百萬元)，維持 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，其中 300 百萬元不得流用於一般服務。

4.請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1) 考量「居家血液透析」為新的照護模式，請會同門診透析服務相關團體審慎研議，於 114 年度總額公告後，完成擬訂專款「居家血液透析與提升其照護品質」之具體實施方式(包含：參與院所及醫師之資格條件與認定、適用對象、支付方式及結果面為導向之品質監測指標)，並提全民健康保險會報告。
- (2) 鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，以提升透析病人生活品質。
- (3) 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。
- (4) 研議末期腎臟病患者之包裹式支付(bundled payment)方式，以提升照護完整性及醫療資源使用效率。
- (5) 持續加強鼓勵院所精進推動腹膜透析與提升其照護品質之實施方案，監測腹膜透析病人照護品質及健康結果與執行成效，並於 114 年 7 月前提報專案報告。

附表 114 年度醫院醫療給付費用協定項目表(決定版)

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項	
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率	4.344%	23,504.9	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	0.362%			
人口結構改變率	1.807%			
醫療服務成本指數 改變率	2.161%			
協商因素成長率	1.893%	10,243.5	請於 114 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 115 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、 新特材及 新增診療 項目)	0.825%	4,463.0	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，於 114 年度總額公告後，至全民 健康保險會最近 1 次委員會 議提出規劃之新增項目與作 業時程，並於 115 年度總額 協商前，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。對於新醫療 科技的預算投入，提出成果 面的績效指標，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。 3.請於 114 年 7 月前提報執行 情形(含新增項目及申報費 用/點數)。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
保險給 付項目 及支付 標準之 改變	2.藥品及特 材給付規 定改變	0.370%	2,000.0	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，經 費如有不足或因成本調整， 由藥物價量調查調整支付點 數所節省之金額支應。於114 年度總額公告後，至全民健 康保險會最近1次委員會議 提出規劃之調整項目與作業 時程，並於115年度總額協 商前，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。 2.請於114年7月前提報執行 情形(含新增項目及申報費用/ 點數)。
	3.因支付衡 平性已調 整支付標 準之項目 (114年新 增項目)	0.334%	1,808.8	本項配合「醫療器材使用規範 修訂」及「提升醫院兒童急重 症照護量能」已導入支付標準 修訂項目，以及原編列於專款 之單次使用醫材(SUD)導入， 於一般服務編列預算。
	4.因應牙醫 支付標準 調整所增 加預算 (114年新 增項目)	0.0001%	0.7	用於因應牙醫門診總額112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)	決定事項
保險給 付項目 及支付 標準之 改變	5. 因應 Pre-ESRD 及 Early-CKD 配合國際臨床指引-UPCR修訂為 UACR (每件增加 235 點) 所增加預算 (114 年新增項目)	0.037%	200.0	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，並於額度內妥為管理運用。
	6.C 肝照護品質提升衍生之醫療費用 (114 年新增項目)	0.011%	59.3	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，並於額度內妥為管理運用。
	7. 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) (114 年新增項目)	0.293%	1,586.9	請中央健康保險署檢討醫院基本診療支付標準，確保醫院合理反映員工薪資調整，與監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用，並會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討成效。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
其他醫療服務利用及密集度之改變	8.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提升，醫療服務密集度改變(114年新增項目)	0.462%	2,500.0	1.本項為因應擴大癌篩後疑似陽性個案確診及治療之後續健保費用擴增。 2.請中央健康保險署會同醫院總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，並於額度內妥為管理運用。
其他議定項目	9.全日護病比(移出總額)	-0.462%	-2,500.0	本項 113 年預算 2,500 百萬元，114 年改由公務預算支應。
其他醫療服務利用及密集度之改變	10.因應長新冠照護衍生費用(自專款項目移列一般服務項目)	0.024%	128.0	請中央健康保險署監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。
其他議定項目	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	-0.001%	-3.2	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.本項不列入 115 年度總額協商之基期費用。
一般服務成長率 ^{#1}	增加金額	6.237%	33,748.4	
	總金額		574,837.7	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於 113 年 11 月前完成，新增計畫原則於 113 年 12 月前完成，且均應於 114 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
1.暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)	867.0	-1,562.9	<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.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)在額度內妥為管理運用，並於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出具體實施規劃(含執行方式、預算估算及財務控管、擬訂暫時收載年限、療效評估與退場機制等)，俾落實管控。</p> <p>(2)請於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。</p>
2.C型肝炎藥費	2,224.0	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.請中央健康保險署於協商 115 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一。</p>
3.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	17,996.0	2,888.0	<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。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。</p>

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
4.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	5,750.0	170.0	<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。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。</p>
5.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,364.3	156.3	<p>1.本項經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2.中央健康保險署於 114 年 7 月前提報之執行情形，應含醫療利用、等待時間及不同器官移植之存活率等。</p>
6.醫療給付改善方案	2,272.0	457.9	<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、化療學名藥及擴大多重慢性病收案照護等方案。</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，對執行多年的方案，若實施模式成熟且成效良好，請比照糖尿病方案導入支付標準，若照護率低或成效不明確，應提出改善策略或啟動退場機制。另請檢討生物相似性藥品方案之執行成效，評估對醫療費用及醫療品質的影響。</p>

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
			<p>(2)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)，以避免病患被重複收案。</p> <p>(3)建議依病患之疾病風險提供分級管理照護服務，擬訂對應的個案管理費，以避免逆選擇效應。</p>
7.急診品質提升方案	300.0	0.0	<p>請中央健康保險署會同醫院總額相關團體辦理下列事項：</p> <p>1.精進方案執行內容，以解決急診壅塞為目標，並增訂壅塞無法達標之處理方式，以提升急診處置效率及照護品質，並於 114 年 7 月前提出專案報告。</p> <p>2.提報之成效評估檢討報告，應含急診處置效率及急診重大疾病照護品質相關監測指標。</p>
8.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210.0	0.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>1.積極推動 DRGs 支付或作為品質衡量方式，朝建立論價值支付制度為推動方向。</p> <p>2.於 114 年 7 月前提出報告。</p>
9.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	135.5	20.5	<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醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與。</p>
10.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	2,000.0	700.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>1.依衛生福利部決定結果，會同醫院總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之</p>

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
			評估指標」，並於衛生福利部決定後，提報全民健康保險會最近1次委員會議。 2.檢討「燈塔型醫院」之補助方式、獎勵成效，及計畫之評估指標。
11.鼓勵院所建立轉診合作機制	224.7	0.0	1.經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)為落實分級醫療之健保重要政策，建議以提升基層醫療品質為努力目標，精進分級醫療轉診策略，以改善分級醫療推動成效。 (2)會同西醫基層及醫院總額相關團體，持續檢討獎勵方式及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效。 (3)監測各層級上下轉之情形，並有策略導向。
12.腹膜透析追蹤處置費及APD租金	15.0	0.0	本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。
13.精神科長效針劑藥費	3,006.0	342.0	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.請中央健康保險署評估本項專款之替代效果及執行效益，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用。
14.鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽	300.0	0.0	請中央健康保險署精進計畫內容，檢討執行目標、預期效益

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
署 DNR 及安寧療護計畫			評估指標及其目標值，以利檢討改善。
15.因應長新冠照護衍生費用	0.0	-128.0	本項移列至一般服務項目「因應長新冠照護衍生費用」。
16.因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增	0.0	-500.0	本項移列至一般服務項目「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提升，醫療服務密集度改變」。
17.促進醫療服務診療項目支付衡平性	0.0	-2,669.0	本項移列一般服務，併入「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)」。
18.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能	500.0	0.0	<p>1.本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同醫院總額相關團體，滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效(含提升民眾醫療服務之成效)，並定期提報執行情形。</p> <p>(2)114 年 7 月前提報之成效評估檢討報告，應含本項目具體成效之結果面指標及監測結果。</p>
19.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能	1,000.0	0.0	<p>1.本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同醫院總額相關團體，滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成</p>

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
			效(含提升民眾醫療服務之成效)，並定期提報執行情形。 (2)114年7月前提報之成效評估檢討報告，應含本項目具體成效之結果面指標及監測結果。
20.地區醫院全人全社區照護計畫	500.0	0.0	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。
21.區域聯防-提升急重症照護品質	268.0	187.0	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。
22.區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作	0.0	-127.0	本項移併至「區域聯防-提升急重症照護品質」專款項目。
23.抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫	225.0	0.0	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	1,029.5	528.0	1.本項專款額度(1,029.5百萬元)，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1,418.2百萬元)。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
				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。
	25.網路頻寬補助費用 (移出總額)	0.0	-200.0	本項 113 年預算 200 百萬元， 114 年改由公務預算支應。
	26.住院整合照護服務 試辦計畫 (移出總額)	0.0	-560.0	本項 113 年預算 560 百萬元， 114 年改由公務預算支應。
	27.癌症治療品質改善 計畫 (移出總額)	0.0	-414.0	本項 113 年預算 414 百萬元， 114 年改由公務預算支應。
	28.慢性傳染病照護品 質計畫 (移出總額)	0.0	-180.0	本項 113 年預算 180 百萬元， 114 年改由公務預算支應。
	專款金額	44,187.0	-891.2	
較基期成長率 (一般服務+專款) ^{#2}	增加金額	5.605%	32,857.2	
	總金額		619,024.7	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
門診透析服務	增加金額		699.7	<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，並統為運用。</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2.917%。</p> <p>3.門診透析服務總費用成長率3%(總費用47,375.2百萬元)，維持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，其中300百萬元不得流用於一般服務。</p> <p>4.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)考量「居家血液透析」為新的照護模式，請會同門診透析服務相關團體審慎研議，於114年度總額公告後，完成擬訂專款「居家血液透析與提升其照護品質」之具體實施方式(包含：參與院所及醫師之資格條件與認定、適用對象、支付方式及結果面為導向之品質監測指標)，並提全民健康保險會報告。</p>
	總金額	2.917%	24,687.2	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
				(2)鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，以提升透析病人生活品質。 (3)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。 (4)研議末期腎臟病患者之包裹式支付(bundled payment)方式，以提升照護完整性及醫療資源使用效率。 (5)持續加強鼓勵院所精進推動腹膜透析與提升其照護品質之實施方案，監測腹膜透析病人照護品質及健康結果與執行成效，並於114年7月前提報專案報告。
較基期成長率(一般服務+專款+門診透析) ^{註3}	增加金額	5.500%	33,556.9	
	總金額		643,711.9	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為541,089.9百萬元(含113年一般服務預算537,784.8百萬元，及校正前2年度(112年)投保人口預估成長率與實際之差值3,293.0百萬元、加回前1年度(113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12.1百萬元)。

2.計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為586,168.2百萬元，其中一般服務預算為541,089.9百萬元，專款為45,078.3百萬元。

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610,155.7百萬元，其中一般服務預算為541,089.9百萬元，專款為45,078.3百萬元，門診透析為23,987.5百萬元。

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。

114 年度全民健康保險其他預算及其分配

一、總額決定結果：

(一)114 年度其他預算增加 1,563.9 百萬元，預算總額度為 20,883.7 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決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(含預定達成目標及預期效益之評估指標)，其中延續型計畫應於 113 年 11 月前完成，新增項目原則於 113 年 12 月前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。
- 2.請於 114 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 115 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 800 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)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。
 - (2)持續檢討鼓勵分級醫療政策及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，提出改善方案，以提升下轉成效。
 - (3)評估推動分級醫療相關措施對西醫基層總額之財務

影響，以落實編列本項預算之目的。

- (4)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 114 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 1,356.6 百萬元。

- 2.預期效益之評估指標：

- (1)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度。

- (2)成人預防保健利用率。

- (3)子宮頸抹片利用率。

執行目標：

- (1)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度達 95%。

- (2)於當地西醫基層診所執行之成人預防保健利用率 $\geq 20\%$ 。

- (3)於當地西醫基層診所執行之子宮頸抹片利用率 $\geq 8\%$ 。

- 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(含建立監測指標)，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)新增「公費醫師在地服務診次費用」：建立評估機制，檢討本項預算對鼓勵公費醫師留鄉之成效，包括公費醫師留鄉比率、區內開業情形及區內就醫率等。

- (3)新增「山地離島地區醫療院所點值保障費用」：應審慎評估鄰近都會地區醫療院所保障點值每點 1 元之合理性，並訂定排除條件。

(4)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 9,378 百萬元。

2.本項醫療點數以每點 1 元支付為原則，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.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，提升品質與成效之評估指標(如依「居家醫療」、「重度居家醫療」與「安寧療護」等不同照護階段之特性與目的，訂定監測指標)，並檢討、修訂「居家醫療照護整合計畫」相關支付標準。

(2)擴大辦理「在宅急症照護試辦計畫」：

①加強監測病人安全、治療品質及成效，並滾動檢討計畫內容，以精進在宅急症照護模式。

②收集及分析本計畫替代醫院住院費用情形，供 115 年度總額協商參考。

③以 4 年為檢討期限(113~116 年)，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則於執行第 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於 114 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告(應含近年支付標準調整情形及成效指標監測結果)。

(四)支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款不足之經費，及狂犬病治療藥費：

全年經費 215 百萬元。

(五)支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費：

本項移併至「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款不足之經費，及狂犬病治療藥費」專款項目。

(六)推動促進醫療體系整合計畫：

1.全年經費 520 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」，及擴大辦理「遠距醫療會診」。

3.「遠距醫療會診」之執行目標及預期效益之評估指標：
預期效益：增加 2 個山地離島適用地區、80 個醫療資源缺乏地區、51 所矯正機關及 3 所分監等保險對象專科門診可近性。

執行目標：服務人次較前一年增加 10%。

4.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)為配合醫院「擴大多重慢性病收案照護」之政策，請強化多重慢性病人之整合照護。

(3)擴大辦理並持續精進「急性後期整合照護計畫」之照護模式及評估指標，朝強化社區型服務模式方向規劃，並於 114 年 7 月前提全民健康保險會報告。

(4)於 114 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告(應含支付標準調整情形及執行成效檢討)。

(七)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 2,000 百萬元。
- 2.經費之支用，除依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理，如遇有藥品全球供應鏈不穩定等特殊事件，亦得動支。

(八)提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：

- 1.全年經費 1,928.1 百萬元。
- 2.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)持續檢討本計畫醫療利用情形(包含監測醫療利用率、檢討醫療利用成長合理性)，並加強執行面管理，訂定監測照護品質及健康結果改善之評估指標，評估執行成效，並於 114 年 7 月前提全民健康保險會報告。
 - (2)為減少疥瘡等傳染病發生，請衛生福利部協助矯正機關加強改善衛生環境。

(九)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、慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫，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)檢討「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之預算額度及核發指標，訂定更具鑑別度之

獎勵方式，以落實獎勵之目的。

(十)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。

(十一)114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等(114 年新增項目)：

1.全年經費 4,156 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及修訂特定診療支付標準，如急重難罕症相關支付標準等，與多年未通盤調整的部分，列為優先調整項目，並不得直接用於保障點值每點 0.95 元相關費用。

(2)本項目支用前，將依程序提全民健康保險會報告同意後進行運用。

(十二)提升保險服務成效(移出總額)：

本項 113 年預算 500 百萬元，114 年改由公務預算支應。

(十三)提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(移出總額)：

本項 113 年預算 1,486 百萬元，114 年改由公務預算支應。

(十四)因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能(移出總額)：

本項 113 年預算 4,000 百萬元，114 年改由公務預算支應。

附表 114 年度其他預算協定項目表(決定版)

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	決定事項
其他預算(全年計畫經費)			1.屬計畫型項目，應提出具體實施方案(含預定達成目標及預期效益之評估指標)，其中延續型計畫應於113年11月前完成，新增項目原則於113年12月前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。 2.請於114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115年度總額協商考量。
1.基層總額轉診型態調整費用	800.0	0.0	1.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)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。 (2)持續檢討鼓勵分級醫療政策及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，提出改善方案，以提升下轉成效。 (3)評估推動分級醫療相關措施對西醫基層總額之財務影響，以落實編列本項預算之目的。 (4)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114年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
2.山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	1,356.6	501.2	1.預期效益之評估指標： (1)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度。 (2)成人預防保健利用率。 (3)子宮頸抹片利用率。 執行目標： (1)山地離島地區醫療給付效益提昇計

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	決定事項
			<p>畫民眾滿意度達95%。</p> <p>(2)於當地西醫基層診所執行之成人預防保健利用率\geq20%。</p> <p>(3)於當地西醫基層診所執行之子宮頸抹片利用率\geq8%。</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(含建立監測指標)，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)新增「公費醫師在地服務診次費用」：建立評估機制，檢討本項預算對鼓勵公費醫師留鄉之成效，包括公費醫師留鄉比率、區內開業情形及區內就醫率等。</p> <p>(3)新增「山地離島地區醫療院所點值保障費用」：應審慎評估鄰近都會地區醫療院所保障點值每點1元之合理性，並訂定排除條件。</p> <p>(4)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	9,378.0	1,000.0	<p>1.本項醫療點數以每點1元支付為原則，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> <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，提升品質與成效之評估指標(如依「居家醫療」、「重度居家醫療」與「安寧療護」等不同照護階段之特性與目的，訂定監測指標)，並檢討、修訂「居家醫療照護整合計畫」相關支付標準。</p> <p>(2)擴大辦理「在宅急症照護試辦計畫」：</p> <p>①加強監測病人安全、治療品質及成效，並滾動檢討計畫內容，以精進在宅急症照護模式。</p> <p>②收集及分析本計畫替代醫院住院費用情形，供115年度總額協商參考。</p> <p>③以4年為檢討期限(113~116年)，</p>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	決定事項
			<p>滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則於執行第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> <p>④於114年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告(應含近年支付標準調整情形及成效指標監測結果)。</p>
4. 支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款不足之經費，及狂犬病治療藥費	215.0	125.0	
5. 支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款不足之經費	0.0	-125.0	本項移併至「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款不足之經費，及狂犬病治療藥費」專款項目。
6. 推動促進醫療體系整合計畫	520.0	70.0	<p>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」，及擴大辦理「遠距醫療會診」。</p> <p>2. 「遠距醫療會診」之執行目標及預期效益之評估指標： 預期效益：增加2個山地離島適用地區、80個醫療資源缺乏地區、51所矯正機關及3所分監等保險對象專科門診可近性。 執行目標：服務人次較前一年增加10%。</p> <p>3. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	決定事項
			<p>(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。</p> <p>(2)為配合醫院「擴大多重慢性病收案照護」之政策，請強化多重慢性病人之整合照護。</p> <p>(3)擴大辦理並持續精進「急性後期整合照護計畫」之照護模式及評估指標，朝強化社區型服務模式方向規劃，並於114年7月前提全民健康保險會報告。</p> <p>(4)於114年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告(應含支付標準調整情形及執行成效檢討)。</p>
7.調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	2,000.0	1,559.4	經費之支用，除依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理，如遇有藥品全球供應鏈不穩定等特殊事件，亦得動支。
8.提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,928.1	274.3	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>1.持續檢討本計畫醫療利用情形(包含監測醫療利用率、檢討醫療利用成長合理性)，並加強執行面管理，訂定監測照護品質及健康結果改善之評估指標，評估執行成效，並於114年7月前提全民健康保險會報告。</p> <p>2.為減少疥瘡等傳染病發生，請衛生福利部協助矯正機關加強改善衛生環境。</p>
9.腎臟病照護及病人衛教計畫	500.0	-11.0	<p>1.持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫，並於額度內妥為管理運用。</p> <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</p>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	決定事項
			病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。 (3)檢討「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之預算額度及核發指標，訂定更具鑑別度之獎勵方式，以落實獎勵之目的。
10.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。
11.114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等(114年新增項目)	4,156.0	4,156.0	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及修訂特定診療支付標準，如急重難罕症相關支付標準等，與多年未通盤調整的部分，列為優先調整項目，並不得直接用於保障點值每點0.95元相關費用。 2.本項目支用前，將依程序提全民健康保險會報告同意後進行運用。
12.提升保險服務成效(移出總額)	0.0	-500.0	本項113年預算500百萬元，114年改由公務預算支應。
13.提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(移出總額)	0.0	-1,486.0	本項113年預算1,486百萬元，114年改由公務預算支應。
14.因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能(移出總額)	0.0	-4,000.0	本項113年預算4,000百萬元，114年改由公務預算支應。
總計	20,883.7	1,563.9	