

## 113 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：

113 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 112 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1+113 年度一般服務成長率)+113 年度專款項目經費

註：校正後 112 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 112 年第 7 次委員會議決定，校正投保人口預估成長率差值、加回前 1 年度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，及扣除「111 年未導入預算扣減」部分(牙醫門診總額 111 年度未有本項扣減金額)。

### 二、總額核定結果：

- (一)一般服務成長率為 2.055%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.909%，協商因素成長率-0.854%。
- (二)專款項目全年經費為 3,520.4 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，113 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較基期成長 2.436%。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 113 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 114 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 3.3 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」及「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」等 4 項特定用途，移撥經費若有剩餘，優先用於「112 年度 0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫之品質獎勵費用」，其次用於「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.移列「高風險疾病口腔照護」至專款項目(-0.852%，減列 405 百萬元)：

原於一般服務執行，移列 405 百萬元至「高風險疾病口腔照護計畫」專款項目。

2.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.002%，減少 0.8 百萬元)：

本項不列入 114 年度總額協商之基期費用。

(三)專款項目：全年經費為 3,520.4 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 112 年 11 月前完成，新增計畫原則於 112 年 12 月前完成。

1. 醫療資源不足地區改善方案：

- (1) 全年經費 310 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) 請中央健康保險署重新檢討執業計畫之執行目標，並研議更積極鼓勵牙醫師執業之策略。

2. 牙醫特殊醫療服務計畫：

- (1) 全年經費 781.7 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 會同牙醫門診總額相關團體，妥為研訂 113 年度具體實施計畫(含醫療團服務對象、醫療費用加成方式)，於 112 年 12 月前提報全民健康保險會同意後，依程序辦理。
  - ② 持續監測本計畫醫療團適用對象(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. 牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫：

本項自 113 年度起停辦。

4. 0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫：

本項自 113 年度起停辦。

5. 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)請中央健康保險署辦理下列事項：

①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。

②依 113 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 113 年 7 月提全民健康保險會報告。

6.高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫：

本項移併至「高風險疾病口腔照護計畫」專款項目。

7.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加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。

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，若計畫持續辦理，則請於執行第 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 114 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。

8.高風險疾病口腔照護計畫：

(1)全年經費 1,599 百萬元，合併辦理以下項目，其中 405 百萬元自一般服務費用移列：

①原一般服務之「高風險疾病口腔照護」。

②原「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」專款項目。

- ③原「齶齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」專款項目。
- (2)執行目標及預期效益之評估指標：本項併同中央健康保險署 112 年 12 月前提報全民健康保險會同意之具體實施計畫，一併確認。
- (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，妥為研訂具體實施計畫(含醫療服務內容、各項服務適用對象、支付方式及成效監測)，於 112 年 12 月前提報全民健康保險會同意後，依程序辦理。
  - ②考量「執行目標」及「預期效益之評估指標」涉及具體實施計畫之醫療服務內容，請併同上開報告提全民健康保險會確認。
  - ③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，若計畫持續辦理，則請於執行第 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。
  - ④請於協商 114 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。

9.網路頻寬補助費用：

- (1)全年經費 143 百萬元，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檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率。
  - ②於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。
  - ③請確實依退場期程(110~114 年)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於 113 年 7 月前提全民健

康保險會報告。

10.特定疾病病人牙科就醫安全計畫(113 年新增項目)：

- (1)全年經費 307.1 百萬元。
- (2)本項經費用於評估特定疾病病人用藥情形後，擬定對應之牙醫治療計畫者，以提升其就醫安全。
- (3)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 3 成。

預期效益之評估指標：特定疾病病人就醫風險降低，至少包括：

- ①使用抗凝血劑患者，牙科處置後口腔出血風險降低。
- ②使用抗骨鬆藥物患者，牙科處置後顎骨壞死風險降低。

(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，妥為研訂完整之具體實施計畫(含適用對象之特定疾病病人定義、醫療服務內容、支付方式、稽核機制及成效監測)，於 112 年 12 月前提全民健康保險會報告。
- 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，若計畫持續辦理，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。

11.癌症治療品質改善計畫(113 年新增項目)：

- (1)全年經費 10 百萬元，本項經費得與醫院、西醫基層總額同項專款相互流用。
- (2)執行目標：以當年度癌症篩檢陽性/異常個案進行確認診斷之追陽率達 90% 為計畫執行指標。

口腔癌(以篩檢人數 60.5 萬人，陽性率 8.2%估算)：約 14,300 人(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)。

預期效益之評估指標：追陽率達 90%(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質。
- ②請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。
- 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，若計畫持續辦理，則請於執行第 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。

12.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)(113 年新增項目)：

(1)全年經費 5.5 百萬元。

(2)執行目標：通盤研議支付標準調整，並配合現行法規之變動(如醫療器材使用規範修訂)，考量支付衡平性，系統性檢討各項支付點數(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)。

預期效益之評估指標：本項目預定辦理期程為 3 年，考量支付標準調整項目數視核定預算而定，評估指標如下(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)：

①提出醫療服務支付標準檢討時程及方向規劃。

②「支付標準研議諮詢會議」召開 4 場次。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①於 112 年 11 月前將具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)及執行情形提報全民健康保險會。
  - ②本項以 3 年為檢討期限(112~114 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 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。
- (4)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入牙醫門診總額一般服務費用結算。

### 13.品質保證保留款：

- (1)全年經費 47.8 百萬元。
- (2)原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4 百萬元)，與 113 年度品質保證保留款(47.8 百萬元)合併運用(計 164.2 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署積極檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。



附表 113 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	
<b>一般服務</b>				
醫療服務成本及人口 因素成長率	2.909%	1,382.9	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	-0.757%			
人口結構改變率	0.267%			
醫療服務成本指數 改變率	3.427%			
協商因素成長率	-0.854%	-405.8	請於 113 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 114 年度總 額協商考量。	
其他醫療服務 利用及 集中度 之改變	1.移列「高風 險疾病口 腔照護」 至專款項 目	-0.852%	-405.0	原於一般服務執行，移列 405 百萬元至「高風險疾病口腔照 護計畫」專款項目。
其他議 定項目	2.違反全民 健康保險 醫事服務 機構特約 及管理辦 法之扣款	-0.002%	-0.8	本項不列入 114 年度總額協商 之基期費用。
一般服務 成長率 <sup>註2</sup>	增加金額	2.055%	977.1	
	總金額		48,516.8	
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 112 年 11 月前完成，新增計畫原則於 112 年 12 月前完成，且均應於 113 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	310.0	30.0	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.請中央健康保險署重新檢討	

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	核定事項
			執業計畫之執行目標，並研議更積極鼓勵牙醫師執業之策略。
2.牙醫特殊醫療服務計畫	781.7	109.6	<p>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。</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，妥為研訂 113 年度具體實施計畫(含醫療團服務對象、醫療費用加成方式)，於 112 年 12 月前提報全民健康保險會同意後，依程序辦理。</p> <p>(2)持續監測本計畫醫療團適用對象(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.牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫	0.0	-10.0	本項自 113 年度起停辦。
4.0~6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫	0.0	-60.0	本項自 113 年度起停辦。
5.12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫	171.5	-100.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>1.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。</p> <p>2.依 113 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</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
			額相關團體議定後，於113年7月提全民健康保險會報告。
6.高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫	0.0	-184.0	本項移併至「高風險疾病口腔照護計畫」專款項目。
7.超音波根管沖洗計畫	144.8	0.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。</li> <li>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，若計畫持續辦理，則請於執行第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。</li> <li>3.請於協商114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。</li> </ol>
8.高風險疾病口腔照護計畫	1,599.0	589.0	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.合併辦理以下項目，其中405百萬元自一般服務費用移列： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)原一般服務之「高風險疾病口腔照護」。</li> <li>(2)原「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」專款項目。</li> <li>(3)原「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」專款項目。</li> </ol> </li> <li>2.執行目標及預期效益之評估指標：本項併同中央健康保險署112年12月前提報全民健康保險會同意之具體實施計畫，一併確認。</li> <li>3.請中央健康保險署辦理下列事項： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)會同牙醫門診總額相關團體，妥為研訂具體實施計</li> </ol> </li> </ol>

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>畫(含醫療服務內容、各項服務適用對象、支付方式及成效監測),於112年12月前提報全民健康保險會同意後,依程序辦理。</p> <p>(2)考量「執行目標」及「預期效益之評估指標」涉及具體實施計畫之醫療服務內容,請併同上開報告提全民健康保險會確認。</p> <p>(3)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,若計畫持續辦理,則請於執行第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。</p> <p>(4)請於協商114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>
9.網路頻寬補助費用	143.0	-25.0	<p>1.經費如有不足,由其他預算相關項目支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項:</p> <p>(1)檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率。</p> <p>(2)於協商114年度總額前檢討本項實施成效,將節流效益納入該年度總額預算財源。</p> <p>(3)請確實依退場期程(110~114年)退場,將所規劃之執行方式及辦理進度,於113年7月前提全民健康保險會報告。</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
10.特定疾病病人牙科就醫安全計畫 (113年新增項目)	307.1	307.1	<p>1.本項經費用於評估特定疾病病人用藥情形後，擬定對應之牙醫治療計畫者，以提升其就醫安全。</p> <p>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3成。 預期效益之評估指標：特定疾病病人就醫風險降低，至少包括：</p> <p>(1)使用抗凝血劑患者，牙科處置後口腔出血風險降低。</p> <p>(2)使用抗骨鬆藥物患者，牙科處置後顎骨壞死風險降低。</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，妥為研訂完整之具體實施計畫(含適用對象之特定疾病病人定義、醫療服務內容、支付方式、稽核機制及成效監測)，於112年12月前提全民健康保險會報告。</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，若計畫持續辦理，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>

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>11.癌症治療品質改善計畫 (113年新增項目)</p>	<p>10.0</p>	<p>10.0</p>	<p>1.本項經費得與醫院、西醫基層總額同項專款相互流用。 2.執行目標：以當年度癌症篩檢陽性/異常個案進行確認診斷之追陽率達 90%為計畫執行指標。 口腔癌(以篩檢人數 60.5 萬人，陽性率 8.2%估算)：約 14,300 人(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)。 預期效益之評估指標：追陽率達 90%(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)。 3.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質。 (2)請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。 (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，若計畫持續辦理，則請於執行第 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>
<p>12.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) (113年新增項目)</p>	<p>5.5</p>	<p>5.5</p>	<p>1.執行目標：通盤研議支付標準調整，並配合現行法規之變動(如醫療器材使用規範修訂)，考量支付衡平性，系統性檢討各項支付點數(與醫院、西醫基層總額同項計</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>畫共同辦理)。</p> <p>預期效益之評估指標：本項目預定辦理期程為3年，考量支付標準調整項目數視核定預算而定，評估指標如下(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)：</p> <p>(1)提出醫療服務支付標準檢討時程及方向規劃。</p> <p>(2)「支付標準研議諮詢會議」召開4場次。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)於112年11月前將具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)及執行情形提報全民健康保險會。</p> <p>(2)本項以3年為檢討期限(112~114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.本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入牙醫門診總額一般服務費用結算。</p>
13.品質保證保留款	47.8	-46.1	<p>1.原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4百萬元)，與113年度品質保證保留款(47.8百萬元)合併運用(計164.2百萬元)。</p> <p>2.請中央健康保險署積極檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升</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
				醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
	專款金額	3,520.4	626.1	
較基期成長率 (一般服務+專款) <sup>註3</sup>	增加金額	2.436%	1,603.2	
	總金額		52,037.2	

- 註：1.依衛福部報奉行政院核定之總額設定公式，113 年度總額之基期(採淨值)，係以 112 年度健保醫療給付費用，於一般服務扣除「111 年未導入預算扣減」部分。
- 2.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 47,539.8 百萬元(含 112 年一般服務預算為 47,905.6 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-419.5 百萬元、加回前 1 年度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 53.7 百萬元，未有需扣除 111 年未導入金額)。
- 3.計算「較 113 年度總額基期(採淨值)成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 50,799.9 百萬元，其中一般服務預算為 47,905.6 百萬元(112 年度健保醫療給付費用公告金額為 47,905.6 百萬元，未有需扣除 111 年未導入金額)，專款為 2,894.3 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。



## 113 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：

113 年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後 112 年度中醫門診一般服務醫療給付費用×(1+113 年度一般服務成長率)+113 年度專款項目經費

註：校正後 112 年度中醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 112 年第 7 次委員會議決定，校正投保人口預估成長率差值、加回前 1 年度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，及扣除「111 年未導入預算扣減」部分(中醫門診總額 111 年度未有本項扣減金額)。

### 二、總額核定結果：

- (一)一般服務成長率為 4.979%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.002%，協商因素成長率 1.977%。
- (二)專款項目全年經費為 1,276.7 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，113 年度中醫門診醫療給付費用總額，較基期成長 4.221%。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 113 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 114 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 60 百萬元，作為風險調整移撥款，由各季提撥 15 百萬元：

①40 百萬元：用於補助點值，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 0.8 元之差值(最高不大於點值第二低分區)；若經費不足，以原計算補助金額乘以折付比例計算。移撥經費若有剩餘，則回歸一般服務費用。

②20 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：66%。

②各分區戶籍人口數占率：15%。

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.中醫利用新增人口(1.990%，預估增加 588 百萬元)(113 年新增項目)：

(1)執行目標：113 年就醫人數大於 112 年就醫人數。

預期效益之評估指標：113 年就醫人數大於 112 年就醫人數。(就醫人數均不含 U07.1(確認 COVID-19 病毒感染)、U09.9(嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)後的病況，未明示)、職災及預防保健部分)。

(2)依 113 年中醫實際就醫人數成長情形，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減，扣減方式如下：

以「113 年實際就醫人數」扣除「112 年實際就醫人數」，乘以「113 年就醫者平均每人就醫費用」計算，若低於 113 年協定增加之預算 588 百萬元，則扣減未達之差額。

(3)請中央健康保險署依上開議定之預算扣減方式，會同中醫門診總額相關團體提出其執行細節後，於 113 年 7 月提全民健康保險會報告。

2.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.013%，減少 4 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 114 年度總額協商之基期費用。

(三)專款項目：全年經費為 1,276.7 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 112 年 11 月前完成，新增計畫原則於 112 年 12 月前完成。

1. 醫療資源不足地區改善方案：
  - (1) 全年經費 180 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 436.8 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) 針對執行 10 年以上之子計畫，請中央健康保險署評估、規劃納入一般服務之期程。
3. 中醫提升孕產照護品質計畫：
  - (1) 全年經費 70 百萬元。
  - (2) 請中央健康保險署持續評估計畫成效，若無法評估計畫效益，建議規劃退場機制。
4. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：
  - (1) 全年經費 21.2 百萬元。
  - (2) 請中央健康保險署辦理下列事項：
    - ① 持續檢討計畫執行情形(含完整療程照護人數及比率)及結果面之成效，於 113 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。
5. 中醫癌症患者加強照護整合方案：
  - (1) 全年經費 265 百萬元。
  - (2) 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」。
6. 中醫急症處置：

(1)全年經費 10 百萬元。

(2)執行目標：參與院所數為 7 家及服務人數以 4,000 人為目標。

預期效益之評估指標：依本計畫所訂各類疾病適應症使用之相關量表，如：視覺類比量表 (Visual Analogue Scale, VAS)、數字等級量表 (Numerical Rating Scale, NRS)、現在疼痛狀況 (Present Pain Intensity, PPI) 等工具進行評估，評量結果後測較前測呈現改善。

(3)請中央健康保險署訂定結果面成效指標，檢討執行成效及計畫執行情形，若未有明顯成效或執行率偏低，則請考量是否持續辦理。

#### 7.中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫：

(1)全年經費 105.3 百萬元。

(2)請持續評估計畫成效，並檢討及監測服務利用之合理性。

#### 8.照護機構中醫醫療照護方案：

(1)全年經費 48 百萬元。

(2)維持每診次看診人次 15 人次規範，惟照護機構核定床數 50 床以上者，得由 15 人次調升至 25 人次。

(3)執行目標：

①113 年至少服務 90 家照護機構。

②服務人次 20,000 人次，服務總天數 3,500 天。

預期效益之評估指標：照護機構接受中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫比率較 112 年減少。

(4)請中央健康保險署辦理下列事項：

①請監測參與本計畫照護機構之中醫利用情形(照護機構住民人數、就醫人數與占率及機構外就醫

等)，並檢討醫療利用之合理性及評估計畫成效。

②依 113 年度預算執行結果，於一般服務扣除與本項重複部分之費用。

③有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 113 年 7 月提全民健康保險會報告。

#### 9.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費 83 百萬元，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檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率。

②於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。

③請確實依退場期程(110~114 年)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。

#### 10.品質保證保留款：

(1)全年經費 57.4 百萬元。

(2)原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8 百萬元)，與 113 年度品質保證保留款(57.4 百萬元)合併運用(計 80.2 百萬元)。

(3)請中央健康保險署積極檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

附表 113 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	
<b>一般服務</b>				
醫療服務成本及人口 因素成長率	3.002%	886.8	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	-0.757%			
人口結構改變率	0.799%			
醫療服務成本指數 改變率	2.989%			
協商因素成長率	1.977%	584.0	請於 113 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 114 年度總額協 商考量。	
其他醫療服務 利用及 密集度 之改變	1.中醫利用 新增人口 (113 年新 增項目)	1.990%	588.0	1.執行目標:113 年就醫人數大 於 112 年就醫人數。 預期效益之評估指標:113 年 就醫人數大於 112 年就醫人 數。(就醫人數均不含 U07.1(確認 COVID-19 病毒 感染)、U09.9(嚴重特殊傳染 性肺炎(COVID-19)後的病 況,未明示)、職災及預防保 健部分)。 2.依 113 年中醫實際就醫人數 成長情形,扣減當年未執行 之額度,並列入基期扣減,扣 減方式如下: 以「113 年實際就醫人數」扣 除「112 年實際就醫人數」, 乘以「113 年就醫者平均每 人就醫費用」計算,若低於 113 年協定增加之預算 588 百萬 元,則扣減未達之差額。 3.請中央健康保險署依上開議 定之預算扣減方式,會同中 醫門診總額相關團體提出其

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
				執行細節後，於 113 年 7 月提全民健康保險會報告。
其他議 定項目	2.違反全民 健康保險 醫事服務 機構特約 及管理辦 法之扣款	-0.013%	-4.0	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 114 年度總額協商之基期費用。
一般服務 成長率 <sup>註2</sup>	增加金額	4.979%	1,470.8	
	總金額		31,011.3	
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 112 年 11 月前完成，新增計畫原則於 112 年 12 月前完成，且均應於 113 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		180.0	8.0	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		436.8	0.0	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。 2.針對執行 10 年以上之子計畫，請中央健康保險署評估、規劃納入一般服務之期程。
3.中醫提升孕產照護 品質計畫		70.0	-11.0	請中央健康保險署持續評估計畫成效，若無法評估計畫效益，建議規劃退場機制。
4.兒童過敏性鼻炎照 護試辦計畫		21.2	-0.4	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.持續檢討計畫執行情形(含完整療程照護人數及比率)及結果面之成效，於 113 年



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>7 月前提全民健康保險會報告。</p> <p>2.本計畫再試辦 1 年，若未呈現具體成效則應退場。</p>
5.中醫癌症患者加強照護整合方案	265.0	20.0	<p>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>
6.中醫急症處置	10.0	5.0	<p>1.執行目標:參與院所數為 7 家及服務人數以 4,000 人為目標。</p> <p>預期效益之評估指標:依本計畫所訂各類疾病適應症使用之相關量表,如:視覺類比量表(Visual Analogue Scale, VAS)、數字等級量表(Numerical Rating Scale, NRS)、現在疼痛狀況(Present Pain Intensity, PPI)等工具進行評估,評量結果後測較前測呈現改善。</p> <p>2.請中央健康保險署訂定結果面成效指標,檢討執行成效及計畫執行情形,若未有明顯成效或執行率偏低,則請考量是否持續辦理。</p>
7.中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	105.3	0.0	<p>請持續評估計畫成效,並檢討及監測服務利用之合理性。</p>
8.照護機構中醫醫療照護方案	48.0	20.0	<p>1.維持每診次看診人次 15 人次規範,惟照護機構核定床數 50 床以上者,得由 15 人次調升至 25 人次。</p> <p>2.執行目標:</p> <p>(1)113 年至少服務 90 家照護機構。</p> <p>(2)服務人次 20,000 人次,服務總天數 3,500 天。</p> <p>預期效益之評估指標:照護</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>機構接受中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫比率較112年減少。</p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)請監測參與本計畫照護機構之中醫利用情形(照護機構住民人數、就醫人數與占率及機構外就醫等)，並檢討醫療利用之合理性及評估計畫成效。</p> <p>(2)依113年度預算執行結果，於一般服務扣除與本項重複部分之費用。</p> <p>(3)有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於113年7月提全民健康保險會報告。</p>
9.網路頻寬補助費用	83.0	-15.0	<p>1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率。</p> <p>(2)於協商114年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。</p> <p>(3)請確實依退場期程(110~114年)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於113年7月前提全民健康保險會報告。</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
10.品質保證保留款		57.4	29.8	1.原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8 百萬元)，與 113 年度品質保證保留款(57.4 百萬元)合併運用(計 80.2 百萬元)。 2.請中央健康保險署積極檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
專款金額		1,276.7	56.4	
較基期成長率 (一般服務+專款) <sup>註3</sup>	增加金額	4.221%	1,527.2	
	總金額		32,288.0	

註：1.依衛福部報奉行政院核定之總額設定公式，113 年度總額之基期(採淨值)，係以 112 年度健保醫療給付費用，於一般服務扣除「111 年未導入預算扣減」部分。

2.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 29,540.5 百萬元(含 112 年一般服務預算為 29,760.1 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-254.2 百萬元、加回前 1 年度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 34.5 百萬元，未有需扣除 111 年未導入金額)。

3.計算「較 113 年度總額基期(採淨值)成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 30,980.4 百萬元，其中一般服務預算為 29,760.1 百萬元(112 年度健保醫療給付費用公告金額為 29,760.1 百萬元，未有需扣除 111 年未導入金額)，專款為 1,220.3 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。

## 113 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：

■113 年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後 112 年度西醫基層一般服務醫療給付費用 $\times(1+113$  年度一般服務成長率) $+113$  年度專款項目經費 $+113$  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＝112 年度西醫基層門診透析服務費用 $\times(1+113$  年度成長率)

註：校正後 112 年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 112 年第 7 次委員會議決定，校正投保人口預估成長率差值、加回前 1 年度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，及扣除「111 年未導入預算扣減」部分。

### 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 4.475%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.517%，協商因素成長率 0.958%。

(二)專款項目全年經費為 9,862.3 百萬元。

(三)門診透析服務成長率為 4.587%。

(四)前述三項額度經換算，113 年度西醫基層醫療給付費用總額，較基期成長 3.757%。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 113 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 114 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 6 億元，作為風險調整移撥款，依序用於臺北區、保障東區浮動點值不低於每點 1 元(不含「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)、因 112 年度校正「人口風險因子及轉診型態」後之保險對象人數占率前進而減少預算分區、點值落後地區(不含臺北區、東區)。

(2)扣除上開移撥費用後，預算 69%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，31%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(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.157%，預估增加 200 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 113 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。

2.藥品及特材給付規定改變(0.060%，預估增加 76 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 113 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 114 年度總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。

(2)若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並請於 113 年 7 月前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。

3.因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費(0.517%，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 113 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 次委員會議確認。

②建立稽核機制，以確實提升護理照護品質。

4.強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護(0.096%，預估增加 122.5 百萬元)(113 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，於 113 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 次委員會議確認。

5.因醫療品質提升，增加之醫療費用(0.055%，預估增加 70.6 百萬元)(113 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，於 113 年度總額公告後，完成擬訂新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

6.提升國人視力照護品質(0.122%，預估增加 155.5 百萬元)：

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 113 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 次委員會議確認。

(2)請檢討放寬白內障手術規範後，案件成長之合理性，及監測照護成效與民眾自費情形，並加強執行面管理與監督。

7.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.049%，減少 62.1 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)本項不列入 114 年度總額協商之基期費用。

(三)專款項目：全年經費為 9,862.3 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 112 年 11 月前完成，新增計畫原則於 112 年 12 月前完成。

1.西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 317.1 百萬元，本項維持原支付方式，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。

2.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)全年經費 4,248 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①建議依論質計酬模式，建立照護指引及訂定相應之品質指標，以提升照護成效。

②持續檢討計畫成效，提出朝全人照護方向整合之具體規劃、實施方案(含實施期程、目標、與相關計畫整合方式，以及導入一般服務之評估規劃)，並於 113 年 7 月前提報專案報告。

3.代謝症候群防治計畫：

(1)全年經費 616 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①積極建立成人健檢個案轉介及資源共享之派案機制，鼓勵醫師參與，加強計畫推動。

②滾動式檢討計畫內容，以改變民眾生活習慣為推動方向，檢討擴增收案人數上限合理性，以及現



行檢驗(查)使用情形及必要性，監測計畫成效，並與家庭醫師整合性照護計畫及糖尿病醫療給付改善方案之相關指標、費用及效益進行分析比較。

③於 113 年 12 月前提報執行情形及成效評估檢討之專案報告。

#### 4.C 型肝炎藥費：

(1)全年經費 292 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 114 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。

#### 5. 醫療給付改善方案：

(1)全年經費 900.3 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、生物相似性藥品等 8 項方案。

(3)請中央健康保險署通盤檢討各項方案照護成效不佳之原因，研議具體改善策略，朝向「以人為中心」提供整合式服務，並檢討品質指標之獎勵效果，以提升執行成效。

(4)對於執行穩定且具成效的項目，宜回歸一般服務費用與相關醫療處置銜接。

#### 6. 強化基層照護能力及「開放表別」項目：

(1)全年經費 1,320 百萬元。

(2)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建立評估機制，檢討各開放項目執行差異因素及其適當性，對於執行占率較高、有助病人留在基層就醫之開放品項，應規劃導入一般服務之時程。
- (3)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。
- 7.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)請中央健康保險署檢討獎勵方式及支付誘因，納入醫病共享決策之精神，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效。
- 8.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，研訂以服務成效為支付及獎勵指標，並鼓勵醫師積極參與及投入外部醫療資源。
- 9.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)請中央健康保險署檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。
- 10.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)請中央健康保險署檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。

11.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。
- (2)請中央健康保險署檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。
- (3)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。

12.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：

- (1)全年經費 178 百萬元。
- (2)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。

13.網路頻寬補助費用：

- (1)全年經費 253 百萬元，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檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果與檢查影像上傳率。
  - ②於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。
  - ③請確實依退場期程(110~114 年)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。

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 9.7 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)請中央健康保險署積極推動，提升執行成效，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用。

16.因應長新冠照護衍生費用：

(1)全年經費 10 百萬元。

(2)請中央健康保險署持續監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。

(3)本項支出如達動支條件，併入西醫基層總額一般服務費用結算。

17.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)：

(1)全年經費 1,000 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①於 112 年 11 月前將具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)及執行情形提報全民健康保險會。

②本項以 3 年為檢討期限(112~114 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 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)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。

18.癌症治療品質改善計畫：

(1)全年經費 93 百萬元，本項經費得與醫院、牙醫門診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精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質。
- ②請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。
- ③本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，請會同西醫基層總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 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。

#### 19.慢性傳染病照護品質計畫：

- (1)全年經費 20 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於額度內妥為管理運用，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。
  - ②精進計畫內容，建立完整之個案照護銜接及追蹤機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，提升照護品質。
  - ③本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，請會同西醫基層總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 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。

#### 20.品質保證保留款：

- (1)全年經費 126.2 百萬元。
- (2)原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2 百萬元)，與 113 年度品質保證保留款(126.2 百萬元)合併運用(計 231.4 百萬元)。

(3)請中央健康保險署積極檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升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 4.587%。
- 3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 45,995.3 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜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)請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。
  - (2)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。
  - (3)鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質之具體實施方案請於 112 年 11 月前完成，並於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

附表 113 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	
<b>一般服務</b>				
<b>醫療服務成本及人口 因素成長率</b>	<b>3.517%</b>	<b>4,482.9</b>	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	-0.757%			
人口結構改變率	1.470%			
醫療服務成本指數 改變率	2.837%			
<b>協商因素成長率</b>	<b>0.958%</b>	<b>1,221.8</b>	請於 113 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 114 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(包括 新增診療 項目、新 藥及新特 材等)	0.157%	200.0	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 113 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。
	2.藥品及特 材給付規 定改變	0.060%	76.0	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 113 年度總額公告後，至全

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				<p>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 114 年度總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。</p> <p>2.若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並請於 113 年 7 月前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。</p>
	3. 因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費	0.517%	659.3	<p>1.本項預算用於反映護理人員薪資，提升護理照護品質。</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)於 113 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 次委員會議確認。</p> <p>(2)建立稽核機制，以確實提升護理照護品質。</p>
	4.強化未滿4歲兒童之基層專科醫師照護(113 年新增項目)	0.096%	122.5	請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，於 113 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 次委員會議確認。



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	5. 因醫療品質提升，增加之醫療費用(113年新增項目)	0.055%	70.6	請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，於113年度總額公告後，完成擬訂新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提報至全民健康保險會最近1次委員會議確認。
	6. 提升國人視力照護品質	0.122%	155.5	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113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次委員會議確認。 2.請檢討放寬白內障手術規範後，案件成長之合理性，及監測照護成效與民眾自費情形，並加強執行面管理與監督。
	7. 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.049%	-62.1	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.本項不列入114年度總額協商之基期費用。
其他議 定項目	增加金額	4.475%	5,704.7	
	總金額		133,169.1	
一般服務 成長率 <sup>#2</sup>				
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112年11月前完成，新增計畫原則於112年12月前完成，且均應於113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.西醫醫療資源不足地區改善方案	317.1	0.0	1.本項維持原支付方式，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。
2.家庭醫師整合性照護計畫	4,248.0	300.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.建議依論質計酬模式，建立照護指引及訂定相應之品質指標，以提升照護成效。 2.持續檢討計畫成效，提出朝全人照護方向整合之具體規劃、實施方案(含實施期程、目標、與相關計畫整合方式，以及導入一般服務之評估規劃)，並於113年7月前提報專案報告。
3.代謝症候群防治計畫	616.0	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.積極建立成人健檢個案轉介及資源共享之派案機制，鼓勵醫師參與，加強計畫推動。 2.滾動式檢討計畫內容，以改變民眾生活習慣為推動方向，檢討擴增收案人數上限合理性，以及現行檢驗(查)使用情形及必要性，監測計畫成效，並與家庭醫師整合性照護計畫及糖尿病醫療給付改善方案之相關指標、費用及效益進行分析比較。 3.於113年12月前提報執行情形及成效評估檢討之專案報告。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
4.C 型肝炎藥費	292.0	0.0	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協商114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。
5.醫療給付改善方案	900.3	0.0	1.持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、生物相似性藥品等 8 項方案。 2.請中央健康保險署通盤檢討各項方案照護成效不佳之原因，研議具體改善策略，朝向「以人為中心」提供整合式服務，並檢討品質指標之獎勵效果，以提升執行成效。 3.對於執行穩定且具成效的項目，宜回歸一般服務費用與相關醫療處置銜接。
6.強化基層照護能力及「開放表別」項目	1,320.0	0.0	1.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)建立評估機制，檢討各開放項目執行差異因素及其適當性，對於執行占率較高、有助病人留在基層就醫之開放品項，應規劃導入一般服務之時程。 2.本項經費依實際執行扣除

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
			原基期點數併入西醫基層總額一般服務費用結算。
7.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.請中央健康保險署檢討獎勵方式及支付誘因，納入醫病共享決策之精神，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效。
8.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，研訂以服務成效為支付及獎勵指標，並鼓勵醫師積極參與及投入外部醫療資源。
9.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.請中央健康保險署檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。
10.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.請中央健康保險署檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。
11.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.請中央健康保險署檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。 2.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。
12.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。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
13.網路頻寬補助費用	253.0	0.0	1.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)檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果與檢查影像上傳率。 (2)於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。 (3)請確實依退場期程(110~114 年)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。
14.提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫	9.7	0.0	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.請中央健康保險署積極推動，提升執行成效，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用。
16.因應長新冠照護衍生費用	10.0	0.0	1.請中央健康保險署持續監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。 2.本項支出如達動支條件，併入西醫基層總額一般服務費用結算。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
17.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)	1,000.0	0.0	<p>1.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)於 112 年 11 月前將具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)及執行情形提報全民健康保險會。</p> <p>(2)本項以 3 年為檢討期限(112~114 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 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>2.本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入西醫基層總額一般服務費用結算。</p>
18.癌症治療品質改善 計畫	93.0	-22.0	<p>1.本項經費得與醫院、牙醫門診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)精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質。</p> <p>(2)請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。</p> <p>(3)本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，請會同西醫基層總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 4 年(115 年 7 月前)，提出</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
				納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
19.慢性傳染病照護品質計畫		20.0	0.0	<p>1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)於額度內妥為管理運用，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。</p> <p>(2)精進計畫內容，建立完整之個案照護銜接及追蹤機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，提升照護品質。</p> <p>(3)本計畫以4年為檢討期限(112~115年)，請會同西醫基層總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第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>
20.品質保證保留款		126.2	1.9	<p>1.原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2百萬元)，與113年度品質保證保留款(126.2百萬元)合併運用(計231.4百萬元)。</p> <p>2.請中央健康保險署積極檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。</p>
專款金額		9,862.3	279.9	
較基期成長率 (一般服務+專款) <sup>*3</sup>	增加金額	3.631%	5,984.6	
	總金額		143,031.4	

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	4.587%	965.2	<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，西醫基層總額本項服務費用成長率為4.587%。</p> <p>3.門診透析服務總費用成長率3%(總費用45,995.3百萬元)，維持433.5百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜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)請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>(2)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>(3)鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質之具體實施方案請於112年11月前完成，並於113年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。</p>
	總金額		22,007.8	



項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
較基期成長率 (一般服務+專款+門 診透析) <sup>註4</sup>	增加金額	3.757%	6,949.9	
	總金額		165,039.2	

註：1.依衛福部報奉行政院核定之總額設定公式，113 年度總額之基期(採淨值)，係以 112 年度健保醫療給付費用，於一般服務扣除「111 年未導入預算扣減」部分。

2.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 127,465.0 百萬元(含 112 年一般服務預算為 128,629.3 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-1,124.3 百萬元、加回前 1 年度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 151.7 百萬元，及扣除 111 年度新醫療科技未導入金額 191.7 百萬元)。

3.計算「較 113 年度總額基期(採淨值)成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 138,020.1 百萬元，其中一般服務預算為 128,437.7 百萬元(112 年度健保醫療給付費用公告金額為 128,629.3 百萬元，扣除 111 年度新醫療科技未導入金額 191.7 百萬元)，專款為 9,582.4 百萬元。

4.計算「較 113 年度總額基期(採淨值)成長率(一般服務+專款+門診透析)」，所採基期費用為 159,062.7 百萬元，其中一般服務預算為 128,437.7 百萬元(112 年度健保醫療給付費用公告金額為 128,629.3 百萬元，扣除 111 年度新醫療科技未導入金額 191.7 百萬元)，專款為 9,582.4 百萬元，門診透析為 21,042.6 百萬元。

5.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。

## 113 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

### 一、總額設定公式：

■113 年度醫院醫療給付費用總額＝校正後 112 年度醫院一般服務醫療給付費用×(1+113 年度一般服務成長率) +113 年度專款項目經費+113 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＝112 年度醫院門診透析服務費用×(1+113 年度成長率)

註：校正後 112 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 112 年第 7 次委員會議決定，校正投保人口預估成長率差值、加回前 1 年度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，及扣除「111 年未導入預算扣減」部分(醫院總額 111 年度未有本項扣減金額)。

### 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 5.388%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 4.179%，協商因素成長率 1.209%。
- (二)專款項目全年經費為 45,078.2 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率為 1.586%。
- (四)前述三項額度經換算，113 年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長 4.700%。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 113 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 114 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。

(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52%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，48%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45%依各地區校正「人口風險因子」後之保險對象人數，55%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(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.875%，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 113 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。

- 2.藥品及特材給付規定改變(0.270%，預估增加 1,377 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 113 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，並於總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。
- (2)若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並請於 113 年 7 月前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。

- 3.提升醫院兒童急重症照護量能(0.066%，預估增加 338 百萬元)(113 年新增項目)：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，於113年度總額公告後，提出相關計畫內容(含關鍵績效指標、執

行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃)，提報至全民健康保險會最近1次委員會議確認。

4.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.002%，減少 12.1 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)本項不列入 114 年度總額協商之基期費用。

(三)專款項目：全年經費為 45,078.2 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 112 年 11 月前完成，新增計畫原則於 112 年 12 月前完成。

1.暫時性支付(新藥、新特材)(113 年新增項目)：

(1)全年經費 2,429.9 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：在額度內妥為管理運用，於 113 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(包含執行及費用支付方式、預算估算、擬暫時收載年限、療效評估與退場機制等)及作業時程，俾落實管控。

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額度內妥為管理運用，並於協商 114 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 15,108 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 5,580 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 5,208.06 百萬元，本項經費如有不足，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本項專款項目已穩定執行多年，請規劃回歸一般服務，並持續監測服務量變化情形。
    - ②提報之執行情形，應含醫療利用、成長原因分析、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 1,814.1 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、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(含抗凝血藥品藥師門診方案)、生物相似性藥品等 10 項方案。
  - (3)請中央健康保險署通盤檢討各項方案照護成效不佳

之原因，研議具體改善策略，朝向「以人為中心」提供整合式服務，並檢討品質指標之獎勵效果，以提升執行成效。

(4)對於執行穩定且具成效的項目，宜回歸一般服務費用與相關醫療處置銜接。

#### 7.急診品質提升方案：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①精進方案執行內容，檢討獎勵方式，對實質提升急診處置效率及急診重大疾病照護品質者予以獎勵，並於額度內妥為管理運用，以提升執行成效。

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)請中央健康保險署積極推動 DRGs 雙軌方案，以醫院為單位進行試辦，早日完成全面導入 DRGs 支付制度。

#### 9.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 115 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 1,300 百萬元。

(2)請中央健康保險署確實檢討當地民眾之醫療需求與特性，及其醫療利用情形，並精進計畫內容及提升醫療服務可近性。

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)請中央健康保險署檢討獎勵方式及支付誘因，納入醫病共享決策之精神，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效。

12.網路頻寬補助費用：

- (1)全年經費 200 百萬元，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檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率。
  - ②於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。
  - ③請確實依退場期程(110~114 年)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。

13.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金：

- (1)全年經費 15 百萬元，用於住院病人之腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金。
- (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。

14.住院整合照護服務試辦計畫：

- (1)全年經費 560 百萬元。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
  - ①加強計畫之推動，發展提升整體照護成效之整合照護服務模式及評估整合服務成效，並持續建立多元品質監測指標，包括病人安全(如：院內感染、



跌倒發生率)、照護聘任模式、照護人力狀況、民眾使用意向及實際收費情形等結果面指標。

②提報之成效評估檢討報告，應含多元品質監測指標監測結果。

15.精神科長效針劑藥費：

(1)全年經費 2,664 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，提升執行成效，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用。

16.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，檢討醫院評比獎勵方式及獎勵標準設定之合理性，以利檢討改善。

17.因應長新冠照護衍生費用：

(1)全年經費 128 百萬元。

(2)請中央健康保險署持續監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。

(3)本項支出如達動支條件，依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。

18.因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增：

(1)全年經費 500 百萬元。

(2)本項以 3~5 年為檢討期限，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，則請最遲於 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。

(3)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。

19.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)：

(1)全年經費 2,669 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①於 112 年 11 月前將具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)及執行情形提報全民健康保險會。

②本項以 3 年為檢討期限(112~114 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 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)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。

20.癌症治療品質改善計畫：

(1)全年經費 414 百萬元，本項經費得與西醫基層、牙醫門診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精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質。

②請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

③本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 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。

21.慢性傳染病照護品質計畫：

(1)全年經費 180 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於額度內妥為管理運用，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

②精進計畫內容，建立完整之個案照護銜接及追蹤機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，提升照護品質。

③本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 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。

22.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，本項預算用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。

(2)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，持續滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效，並定期提報執行情形。

23.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，本項預算用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。

(2)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，持續滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效，並定期提報執行情形。

24.地區醫院全人全社區照護計畫(113 年新增項目)：

(1)全年經費 500 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於 113 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 次委員會議確認。
- ②以 5 年為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 5 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

25.區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作(113 年新增項目)：

(1)全年經費 81 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於 113 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 次委員會議確認。
- ②以 5 年為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 5 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

26.區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作(113 年新增項目)：

(1)全年經費 127 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於 113 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 次委員會議確認。

②以 5 年為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 5 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

27.抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫(113 年新增項目)：

(1)全年經費 225 百萬元。

(2)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，於 113 年度總額公告後，提出相關計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

28.品質保證保留款：

(1)全年經費 501.5 百萬元。

(2)原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7 百萬元)，與 113 年度品質保證保留款(501.5 百萬元)合併運用(計 890.2 百萬元)。

(3)請中央健康保險署積極檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升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 1.586%。

- 3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 45,995.3 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜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)請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。
  - (2)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。
  - (3)鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質之具體實施方案請於 112 年 11 月前完成，並於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

附表 113 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	
<b>一般服務</b>				
<b>醫療服務成本及人口 因素成長率</b>	<b>4.179%</b>	<b>21,325.0</b>	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	-0.757%			
人口結構改變率	2.034%			
醫療服務成本指數 改變率	2.940%			
<b>協商因素成長率</b>	<b>1.209%</b>	<b>6,165.9</b>	請於 113 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 114 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(包括 新增診療 項目、新 藥及新特 材等)	0.875%	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 113 年度總額公告後，至全民 健康保險會最近 1 次委員會 會議提出規劃之新增項目與作 業時程，並於總額協商前，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。
	2. 藥品及特 材給付規 定改變	0.270%	1,377.0	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 113 年度總額公告後，至全民健 康保險會最近 1 次委員會議

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			提出規劃之調整項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。 2.若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並請於 113 年 7 月前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。	
	其他醫療服務利用密度之改變	3.提升醫院兒童急重症照護量(113年新增項目)	0.066%	338.0	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，於 113 年總額公告後，提出相關計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
	其他議定項目	4.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.002%	-12.1	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.本項不列入 114 年度總額協商之基期費用。
	一般服務成長率 <sup>註2</sup>	增加金額	5.388%	27,490.9	
		總金額		537,784.8	
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 112 年 11 月前完成，新增計畫原則於 112 年 12 月前完成，且均應於 113 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) (113年新增項目)		2,429.9	2,429.9	請中央健康保險署辦理下列事項：在額度內妥為管理運用，於 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議



項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
			議提出具體實施規劃(包含執行及費用支付方式、預算估算、擬暫時收載年限、療效評估與退場機制等)及作業時程，俾落實管控。
2.C型肝炎藥費	2,224.0	-1,204.0	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，並於協商114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	15,108.0	1,165.0	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。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	5,580.0	323.0	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。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	5,208.06	0.0	1.本項經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署辦理下列

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
			事項： (1)本項專款項目已穩定執行多年，請規劃回歸一般服務，並持續監測服務量變化情形。 (2)提報之執行情形，應含醫療利用、成長原因分析、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	1,814.1	170.7	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(含抗凝血藥品藥師門診方案)、生物相似性藥品等10項方案。 2.請中央健康保險署通盤檢討各項方案照護成效不佳之原因，研議具體改善策略，朝向「以人為中心」提供整合式服務，並檢討品質指標之獎勵效果，以提升執行成效。 3.對於執行穩定且具成效的項目，宜回歸一般服務費用與相關醫療處置銜接。
7.急診品質提升方案	300.0	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.精進方案執行內容，檢討獎勵方式，對實質提升急診處置效率及急診重大疾病照護品質者予以獎勵，並於額度內妥為管理運用，以提升執行成效。 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。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
8.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210.0	0.0	請中央健康保險署積極推動DRGs 雙軌方案，以醫院為單位進行試辦，早日完成全面導入DRGs 支付制度。
9.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	115.0	15.0	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	1,300.0	200.0	請中央健康保險署確實檢討當地民眾之醫療需求與特性，及其醫療利用情形，並精進計畫內容及提升醫療服務可近性。
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.請中央健康保險署檢討獎勵方式及支付誘因，納入醫病共享決策之精神，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效。
12.網路頻寬補助費用	200.0	0.0	1.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)檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率。 (2)於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。 (3)請確實依退場期程(110~114 年)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於 113 年 7 月前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)	決定事項
13.腹膜透析追蹤處置費及APD租金	15.0	0.0	1.用於住院病人之腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金。 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。
14.住院整合照護服務試辦計畫	560.0	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.加強計畫之推動，發展提升整體照護成效之整合照護服務模式及評估整合服務成效，並持續建立多元品質監測指標，包括病人安全(如：院內感染、跌倒發生率)、照護聘任模式、照護人力狀況、民眾使用意向及實際收費情形等結果面指標。 2.提報之成效評估檢討報告，應含多元品質監測指標監測結果。
15.精神科長效針劑藥費	2,664.0	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，提升執行成效，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用。
16.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，檢討醫院評比獎勵方式及獎勵標準設定之合理性，以利檢討改善。
17.因應長新冠照護衍生費用	128.0	88.0	1.請中央健康保險署持續監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。 2.本項支出如達動支條件，依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
18.因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增	500.0	-500.0	1.本項以 3~5 年為檢討期限，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，則請最遲於 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。 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。
19.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)	2,669.0	669.0	1.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)於 112 年 11 月前將具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)及執行情形提報全民健康保險會。 (2)本項以 3 年為檢討期限(112~114 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 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。 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。
20.癌症治療品質改善計畫	414.0	12.0	1.本項經費得與西醫基層、牙醫門診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)精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行

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>面監督，確保癌症治療照護品質。</p> <p>(2)請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。</p> <p>(3)本計畫以4年為檢討期限(112~115年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第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>
21.慢性傳染病照護品質計畫	180.0	0.0	<p>1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)於額度內妥為管理運用，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。</p> <p>(2)精進計畫內容，建立完整之個案照護銜接及追蹤機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，提升照護品質。</p> <p>(3)本計畫以4年為檢討期限(112~115年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第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>
22.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.本項預算用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。</p> <p>2.請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，持續滾動式</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
			檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效，並定期提報執行情形。
23.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	1.本項預算用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。 2.請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，持續滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效，並定期提報執行情形。
24.地區醫院全人全社區照護計畫(113年新增項目)	500.0	500.0	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.於 113 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 次委員會議確認。 2.以 5 年為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 5 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
25.區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作(113年新增項目)	81.0	81.0	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.於 113 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 次委員會議確認。 2.以 5 年為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 5 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
26.區域聯防-腦中風 經動脈內取栓術病 患照護跨院合作 (113年新增項目)		127.0	127.0	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.於 113 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 次委員會議確認。 2.以 5 年為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 5 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
27.抗微生物製劑管理 及感染管制品質提 升計畫 (113年新增項目)		225.0	225.0	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，於 113 年度總額公告後，提出相關計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
28.品質保證保留款		501.5	-473.8	1.原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7 百萬元)，與 113 年度品質保證保留款(501.5 百萬元)合併運用(計 890.2 百萬元)。 2.請中央健康保險署積極檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
專款金額		45,078.2	3,827.8	
較基期成長率 (一般服務+專款) <sup>註3</sup>	增加金額	4.832%	31,318.7	
	總金額		582,863.0	



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	1.586%	374.5	<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 1.586%。</p> <p>3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 45,995.3 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜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)請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>(2)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>(3)鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質之具體實施方案請於 112 年 11 月前完成，並於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。</p>
	總金額		23,987.5	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
較基期成長 率(一般服務+專 款+門診透析) <sup>註4</sup>	增加金額	4.700%	31,693.2	
	總金額		606,850.5	

註：1.依衛福部報奉行政院核定之總額設定公式，113年度總額之基期(採淨值)，係以112年度健保醫療給付費用，於一般服務扣除「111年未導入預算扣減」部分。

2.計算「一般服務成長率」所採基期費用為510,290.3百萬元(含112年一般服務預算為514,745.5百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-4,466.5百萬元、加回前1年度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11.4百萬元，未有需扣除111年未導入金額)。

3.計算「較113年度總額基期(採淨值)成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為555,995.9百萬元，其中一般服務預算為514,745.5百萬元(112年度健保醫療給付費用公告金額為514,745.5百萬元，未有需扣除111年未導入金額)，專款為41,250.5百萬元。

4.計算「較113年度總額基期(採淨值)成長率(一般服務+專款+門診透析)」，所採基期費用為579,608.9百萬元，其中一般服務預算為514,745.5百萬元(112年度健保醫療給付費用公告金額為514,745.5百萬元，未有需扣除111年未導入金額)，專款為41,250.5百萬元，門診透析為23,613.0百萬元。

5.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。

## 113 年度全民健康保險其他預算及其分配

### 一、總額決定結果：

(一)113 年度其他預算增加 3,540.6 百萬元，預算總額度為 19,319.8 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 112 年 11 月前完成，新增項目原則於 112 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 113 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 114 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)持續監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)，及評估分級醫療之執行效益。
  - (2)通盤檢討鼓勵分級醫療政策及支付誘因之合理性，分析是否達到預期效果，提出轉型之改善方案。
  - (3)持續檢討經費動支條件，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 113 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 855.4 百萬元。
- 2.本項用於鼓勵醫療院所至山地離島地區提供健保醫療服務，並擴大辦理山地鄉論人計酬試辦計畫。
- 3.請中央健康保險署持續檢討山地離島地區醫療利用情形，並加強推動山地鄉論人計酬試辦計畫，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(113 年新增)、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務：

- 1.全年經費 8,378 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.新增「在宅急症照護試辦計畫」：
  - (1)預算 200 百萬元，本項費用不包含現行由醫院總額一般服務支應之住院醫療費用。
  - (2)執行目標：113 年至少 100 家院所參與服務。  
預期效益之評估指標：本計畫收案對象結案後 14 天內轉住院率(註)較前 1 年醫院住院同診斷病人 14 天內再住院率下降。(註：在宅急症照護個案結案後 14 天內住院人次/在宅急症照護總人次)
- 4.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品質及成效之評估指標(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)。
  - (2)「在宅急症照護試辦計畫」：

①擬訂具體實施方案內容(含參與醫療院所之條件、資格認定、醫療服務內容、適用對象、支付方式等)及照護成效監測指標(含照護品質及替代醫院費用情形)，並於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。

②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，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

(四)支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、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項目不足之經費，及狂犬病治療藥費：全年經費 90 百萬元。

(五)支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款項目不足之經費：

1.全年經費 125 百萬元。

2.請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協商 114 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。

(六)推動促進醫療體系整合計畫：

1.全年經費 450 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「遠距醫療會診」。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)檢討執行內容及辦理方式，以提升執行成效。

(2)於 113 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 440.6 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。

(八)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：

1.全年經費 1,486 百萬元。

2.四部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目經費如有不足，由本項預算剩餘款支應。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)持續精進「提升院所智慧化資訊機制」之成效評估指標。

(2)「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」，請確實依退場期程(110~114 年)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。

(3)請檢討其他醫事服務機構雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，與建立稽核機制，並於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

(4)於協商 114 年度總額前檢討實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。

(九)提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：

1.全年經費 1,653.8 百萬元。

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，與加強執行面監督，於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

(十)腎臟病照護及病人衛教計畫：

1.全年經費 511 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。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)持續加強腎臟病前期之整合照護，研議與相關疾病照護計畫(如：糖尿病改善方案、代謝症候群防治計畫等)整合，強化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。

(十一)提升保險服務成效：

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)精進並提出能反映整體提升保險服務成效之評估指標。

(2)於協商 114 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。

3.本項於 114 年度總額退場並不再編列預算，請中央健康保險署爭取公務預算支應。

(十二)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(含執行目標及預期效益之評估指標)。

(十三)因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能(113 年新增項目)：

1.全年經費 4,000 百萬元，優先用於強化住院夜班護理照

護量能。

- 2.執行目標：調升護理相關費用之醫院家數達一定比率，並以中央健康保險署與中華民國護理師護士公會全國聯合會對調升護理相關費用的共識方案設定目標值。  
預期效益之評估指標：調升護理相關費用之醫院家數占率。
- 3.請中央健康保險署會同中華民國護理師護士公會全國聯合會於 113 年度總額公告後，將具體實施規劃，提報全民健康保險會同意後，依程序辦理。規劃建議如下：
  - (1)設定適用對象、動支條件、獎勵費用計算及撥款方式。
  - (2)訂定監測指標(含護病比、薪資調整情形)。
  - (3)建立實質回饋住院夜班護理人員之稽核方式。
- 4.於 113 年 7 月前提出強化住院護理照護量能之專案報告(含歷年相關預算執行檢討結果)。
- 5.護理人力留任及流動議題與勞動環境及條件存在複雜關係，建議主管機關提出改善策略，宜由公務預算挹注經費支應。



附表 113 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112年11月前完成，新增項目原則於112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113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114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)持續監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)，及評估分級醫療之執行效益。 (2)通盤檢討鼓勵分級醫療政策及支付誘因之合理性，分析是否達到預期效果，提出轉型之改善方案。 (3)持續檢討經費動支條件，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113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	855.4	250.0	1.本項用於鼓勵醫療院所至山地離島地區提供健保醫療服務，並擴大辦理山地鄉論人計酬試辦計畫。 2.請中央健康保險署持續檢討山地離島地區醫療利用情形，並加強推動山地鄉論人計酬試辦計畫，精進執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	決定事項
3.居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫(113年新增)、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務	8,378.0	575.0	<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.新增「在宅急症照護試辦計畫」：</p> <p>(1)預算200百萬元，本項費用不包含現行由醫院總額一般服務支應之住院醫療費用。</p> <p>(2)執行目標：113年至少100家院所參與服務。</p> <p>預期效益之評估指標：本計畫收案對象結案後14天內轉住院率(註)較前1年醫院住院同診斷病人14天內再住院率下降。(註：在宅急症照護個案結案後14天內住院人次/在宅急症照護總人次)</p> <p>3.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品質及成效之評估指標(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)。</p> <p>(2)「在宅急症照護試辦計畫」：</p> <p>①擬訂具體實施方案內容(含參與醫療院所之條件、資格認定、醫療服務內容、適用對象、支付方式等)及照護成效監測指標(含照護品質及替代醫院費用情形)，並於113年7月前提全民健康保險會報告。</p> <p>②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，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p>
4.支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥	90.0	-200.0	

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	決定事項
費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費			
5.支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款項目不足之經費	125.0	-475.0	請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協商114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.推動促進醫療體系整合計畫	450.0	-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「遠距醫療會診」。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)檢討執行內容及辦理方式，以提升執行成效。 (2)於113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)。
7.調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	440.6	-359.4	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。
8.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	1,486.0	-150.0	1.四部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目經費如有不足，由本項預算剩餘款支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續精進「提升院所智慧化資訊機制」之成效評估指標。 (2)「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」，請確實依退場期程(110~114年)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於113年7月前提全民健康保險會報告。 (3)請檢討其他醫事服務機構雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，與

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	決定事項
			<p>建立稽核機制，並於113年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。</p> <p>(4)於協商114年度總額前檢討實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。</p>
9.提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,653.8	0.0	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，與加強執行面監督，於113年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
10.腎臟病照護及病人衛教計畫	511.0	0.0	<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。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：  (1)持續加強腎臟病前期之整合照護，研議與相關疾病照護計畫(如：糖尿病改善方案、代謝症候群防治計畫等)整合，強化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。</p>
11.提升保險服務成效	500.0	0.0	<p>1.請中央健康保險署辦理下列事項：  (1)精進並提出能反映整體提升保險服務成效之評估指標。  (2)於協商114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。</p> <p>2.本項於114年度總額退場並不再編列預算，請中央健康保險署爭取公務預算支應。</p>
12.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(含執行目標及預期效益之評估指標)。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	決定事項
13. 因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能 (113 年新增項目)	4,000.0	4,000.0	1. 優先用於強化住院夜班護理照護量能。 2. 執行目標：調升護理相關費用之醫院家數達一定比率，並以中央健康保險署與中華民國護理師護士公會全國聯合會對調升護理相關費用的共識方案設定目標值。 預期效益之評估指標：調升護理相關費用之醫院家數占率。 3. 請中央健康保險署會同中華民國護理師護士公會全國聯合會於113年度總額公告後，將具體實施規劃，提報全民健康保險會同意後，依程序辦理。規劃建議如下： (1) 設定適用對象、動支條件、獎勵費用計算及撥款方式。 (2) 訂定監測指標(含護病比、薪資調整情形)。 (3) 建立實質回饋住院夜班護理人員之稽核方式。 4. 於113年7月前提出強化住院護理照護量能之專案報告(含歷年相關預算執行檢討結果)。 5. 護理人力留任及流動議題與勞動環境及條件存在複雜關係，建議主管機關提出改善策略，宜由公務預算挹注經費支應。
總計	19,319.8	3,540.6	