

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	
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率	3.517%	4,482.9	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	1.470%			
醫療服務成本指數 改變率	2.837%			
協商因素成長率	0.958%	1,221.8	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。	
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 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 年新項增項目)	0.096%	122.5	<p>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。</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
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。
一般服務 成長率 ^{註2}	增加金額	4.475%	5,704.7	
	總金額		133,169.1	
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	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)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		126.2	1.9	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)。 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		9,862.3	279.9	
較基期成長率 (一般服務+專款) ^{註3}	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		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	4.587%	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) ^{註4}	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。