

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)	0.170%	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	本項移列至專款項目「提升國人視力照護品質」。
	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之服務密集度(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。
		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
				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	423.9	106.8	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。 2.請中央健康保險署持續檢討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	4,648.0	400.0	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	462.0	170.0	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。

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	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。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)滾動式檢討方案內容，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。

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) ^{註2}	5.869%	8,445.5	
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
				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

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。