

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 $\times(1+114$ 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 $\times(1+114$ 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 ^{註1}	增加金額 總金額	6.237%	33,748.4 574,837.7	
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	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	2,224.0	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	17,996.0	2,888.0	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。

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	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	5,364.3	156.3	1.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	2,272.0	457.9	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。 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。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。

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)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	300.0	0.0	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.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)	210.0	0.0	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	135.5	20.5	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	2,000.0	700.0	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

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	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。 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。 (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。
	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	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。 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

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) ^{註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	2.917%	699.7	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。
	總金額		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。