

114 年度全民健康保險其他預算及其分配

一、總額決定結果：

(一)114 年度其他預算增加 1,563.9 百萬元，預算總額度為 20,883.7 百萬元，由中央健康保險署管控，各細項分配，如附表。

(二)請中央健康保險署依決定事項辦理以下事宜：

- 1.屬計畫型項目，應提出具體實施方案(含預定達成目標及預期效益之評估指標)，其中延續型計畫應於 113 年 11 月前完成，新增項目原則於 113 年 12 月前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。
- 2.請於 114 年 7 月前提報執行情形，延續性項目應包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效納入 115 年度總額協商考量。

二、預算分配相關事項：

(一)基層總額轉診型態調整費用：

- 1.全年經費 800 百萬元。
- 2.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)訂定分級醫療成效評估指標，持續監測病人流向(包含基層就醫占率與醫療費用變化情形)，評估分級醫療之執行效益。
 - (2)持續檢討鼓勵分級醫療政策及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，提出改善方案，以提升下轉成效。
 - (3)評估推動分級醫療相關措施對西醫基層總額之財務

影響，以落實編列本項預算之目的。

- (4)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，於 114 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

(二)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：

1.全年經費 1,356.6 百萬元。

2.預期效益之評估指標：

(1)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度。

(2)成人預防保健利用率。

(3)子宮頸抹片利用率。

執行目標：

(1)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度達 95%。

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

(3)於當地西醫基層診所執行之子宮頸抹片利用率 $\geq 8\%$ 。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)持續檢討山地離島地區民眾之醫療利用情形及照護品質(含建立監測指標)，並評估 114 年新增鼓勵提升山地離島地區醫療服務措施之成效。

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

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

(4)加強推動「偏鄉地區全人整合照護執行方案」，精進執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效。

(三)居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務：

1.全年經費 9,378 百萬元。

2.本項醫療點數以每點 1 元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第 62 條規定採浮動點值處理。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)持續精進居家醫療照護模式，提升品質與成效之評估指標(如依「居家醫療」、「重度居家醫療」與「安寧療護」等不同照護階段之特性與目的，訂定監測指標)，並檢討、修訂「居家醫療照護整合計畫」相關支付標準。

(2)擴大辦理「在宅急症照護試辦計畫」：

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

②收集及分析本計畫替代醫院住院費用情形，供 115 年度總額協商參考。

③以 4 年為檢討期限(113~116 年)，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則於執行第 4 年(116 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

④於 114 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告(應含近年支付標準調整情形及成效指標監測結果)。

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

全年經費 215 百萬元。

(五)支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費：

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

(六)推動促進醫療體系整合計畫：

1.全年經費 520 百萬元。

2.持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」，及擴大辦理「遠距醫療會診」。

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

執行目標：服務人次較前一年增加 10%。

4.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)檢討計畫執行方式，及評估醫療品質與成效，研提改善策略，以提升執行成效。

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

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

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

(七)調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費：

1.全年經費 2,000 百萬元。

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

(八)提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：

1.全年經費 1,928.1 百萬元。

2.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)持續檢討本計畫醫療利用情形(包含監測醫療利用率、檢討醫療利用成長合理性)，並加強執行面管理，訂定監測照護品質及健康結果改善之評估指標，評估執行成效，並於 114 年 7 月前提全民健康保險會報告。

(2)為減少疥瘡等傳染病發生，請衛生福利部協助矯正機關加強改善衛生環境。

(九)腎臟病照護及病人衛教計畫：

1.全年經費 500 百萬元。

2.持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫，並於額度內妥為管理運用。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)持續強化整合腎臟病前期之相關疾病照護計畫(如逐步整合至大家醫計畫)，並朝向以人為中心之整合服務，以延緩病人進入透析之照護。

(2)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。

(3)檢討「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之預算額度及核發指標，訂定更具鑑別度之

獎勵方式，以落實獎勵之目的。

(十)提升用藥品質之藥事照護計畫：

1.全年經費 30 百萬元。

2.請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會加強推動計畫，輔導特約藥局加入執行本計畫，並監測計畫之醫療利用及執行成效。

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

1.全年經費 4,156 百萬元。

2.請中央健康保險署辦理下列事項：

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

(2)本項目支用前，將依程序提全民健康保險會報告同意後進行運用。

(十二)提升保險服務成效(移出總額)：

本項 113 年預算 500 百萬元，114 年改由公務預算支應。

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

本項 113 年預算 1,486 百萬元，114 年改由公務預算支應。

(十四)因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能(移出總額)：

本項 113 年預算 4,000 百萬元，114 年改由公務預算支應。

附表 114 年度其他預算協定項目表(決定版)

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

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	決定事項
			畫民眾滿意度達95%。 (2)於當地西醫基層診所執行之成人預防保健利用率$\geq 20\%$。 (3)於當地西醫基層診所執行之子宮頸抹片利用率$\geq 8\%$。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續檢討山地離島地區民眾之醫療利用情形及照護品質(含建立監測指標)，並評估114年新增鼓勵提升山地離島地區醫療服務措施之成效。 (2)新增「公費醫師在地服務診次費用」：建立評估機制，檢討本項預算對鼓勵公費醫師留鄉之成效，包括公費醫師留鄉比率、區內開業情形及區內就醫率等。 (3)新增「山地離島地區醫療院所點值保障費用」：應審慎評估鄰近都會地區醫療院所保障點值每點1元之合理性，並訂定排除條件。 (4)加強推動「偏鄉地區全人整合照護執行方案」，精進執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效。
3.居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務	9,378.0	1,000.0	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。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續精進居家醫療照護模式，提升品質與成效之評估指標(如依「居家醫療」、「重度居家醫療」與「安寧療護」等不同照護階段之特性與目的，訂定監測指標)，並檢討、修訂「居家醫療照護整合計畫」相關支付標準。 (2)擴大辦理「在宅急症照護試辦計畫」： ①加強監測病人安全、治療品質及成效，並滾動檢討計畫內容，以精進在宅急症照護模式。 ②收集及分析本計畫替代醫院住院費用情形，供115年度總額協商參考。 ③以4年為檢討期限(113~116年)，

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	決定事項
			滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則於執行第4年(116年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。 ④於114年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告(應含近年支付標準調整情形及成效指標監測結果)。
4. 支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款不足之經費，及狂犬病治療藥費	215.0	125.0	
5. 支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款不足之經費	0.0	-125.0	本項移併至「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款不足之經費，及狂犬病治療藥費」專款項目。
6. 推動促進醫療體系整合計畫	520.0	70.0	1. 持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」，及擴大辦理「遠距醫療會診」。 2. 「遠距醫療會診」之執行目標及預期效益之評估指標： 預期效益：增加2個山地離島適用地區、80個醫療資源缺乏地區、51所矯正機關及3所分監等保險對象專科門診可近性。 執行目標：服務人次較前一年增加10%。 3. 請中央健康保險署辦理下列事項：

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

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	決定事項
			病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。 (3)檢討「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之預算額度及核發指標，訂定更具鑑別度之獎勵方式，以落實獎勵之目的。
10.提升用藥品質之藥事照護計畫	30.0	0.0	請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會加強推動計畫，輔導特約藥局加入執行本計畫，並監測計畫之醫療利用及執行成效。
11.114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等(114 年新增項目)	4,156.0	4,156.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.本項經費用於通盤檢討及修訂特定診療支付標準，如急重難罕症相關支付標準等，與多年未通盤調整的部分，列為優先調整項目，並不得直接用於保障點值每點0.95元相關費用。 2.本項目支用前，將依程序提全民健康保險會報告同意後進行運用。
12.提升保險服務成效(移出總額)	0.0	-500.0	本項113年預算500百萬元，114年改由公務預算支應。
13.提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(移出總額)	0.0	-1,486.0	本項113年預算1,486百萬元，114年改由公務預算支應。
14.因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能(移出總額)	0.0	-4,000.0	本項113年預算4,000百萬元，114年改由公務預算支應。
總計	20,883.7	1,563.9	