

115 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：

■115 年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後 114 年度西醫基層一般服務醫療給付費用×(1+115 年度一般服務成長率)+115 年度專款項目經費+115 年度西醫基層門診透析服務費用

■115 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×(1+115 年度成長率)

註：校正後 114 年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 114.9.3 衛部保字第 1140137541 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度(114 年)西醫基層一般服務醫療給付費用，校正前 2 年度(113 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額，及加回前 1 年度(114 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、總額核定結果：

(一)一般服務成長率為 5.077%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.776%，協商因素成長率 2.301%。

(二)專款項目全年經費為 14,250.6 百萬元。

(三)門診透析服務成長率為 3.861%。

(四)前述三項額度經換算，115 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，依核定事項辦理，並於 115 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 116 年度總額協考量。

(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7億元，作為風險調整移撥款，用於優先保障東區浮動點值不低於每點1元；次之，撥補點值落後地區。
 - (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)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、新增修診療項目)(0.161%，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，並於協商116年度總額前，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)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(0.305%，預估增加 430.3 百萬元)：
- 請中央健康保險署在額度內妥為管理運用，並於協商 116 年度總額前，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。
- 3.因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費(0.467%，預估增加 659.3 百萬元)：
- 請中央健康保險署辦理下列事項：
- (1)執行目標：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數不低於 80%。
- 預期效益之評估指標：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數。
- (2)會同西醫基層總額相關團體及中華民國護理師護士公會全國聯合會持續研修具體實施方案(包含執行內容、支付方式、結果面之評估指標、稽核機制等)，以增加護理人力或護理人員薪資調整為原則，確實提升護理照護品質，並於 115 年度總額公告後，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議。
- (3)檢討評估指標，訂定更具反映護理人員薪資或增加護理人力指標(如：診所實際護理人力雇用數、增加護理人力、在職穩定率)，以落實編列本項預算之目的。
- 4.擴大糖尿病用藥(如：SGLT2)適應症產生費用(0.250%，預估增加 353 百萬元)(115 年新增項目)：
- 請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並監測糖尿病用藥(如 SGLT-2 抑制劑)利用情形及執行效益(如整體醫療費用變化)。
- 5.促進醫療服務診療項目支付衡平(0%)：
- 本項之 114 年預算額度剩餘款，併同專款項目「促進

醫療服務診療項目支付衡平」統籌運用。

- 6.蒸氣或噴霧吸入治療，依年紀實施困難度列入兒童加成項目(0%)：

本項屬單項支付標準調整，併專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」考量。

- 7.成人預防保健第二階段併同因病就醫之診察費(0%)：

請中央健康保險署監測成人預防保健併行診療服務之醫療密集度改變情形，以利評估預算需求。

- 8.配合根除胃癌政策之衍生醫療費用(0.212%，預估增加300百萬元)(115年新增項目)：

本項依實際執行，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減。

- 9.強化心血管疾病照護—放寬開立降膽固醇藥物 Statin 標準(門檻)(0.496%，預估增加700百萬元)(115年新增項目)：

本項依實際執行，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減。

- 10.0~6歲兒童醫療量能保障(0.418%，預估增加590百萬元)(115年新增項目)：

(1)本項額度590百萬元，用於0~6歲兒童醫療服務量能，經費如有不足，由其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」項目支應。

(2)本項預算與一般服務預算保留之0~6歲兒童醫療費用11,760百萬元合併運用(計12,350百萬元)，保留額度將與醫院總額額度合併，用於支應0~6歲兒童醫療費用。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①執行目標：維持西醫基層兒童醫療量能。

預期效益之評估指標：西醫基層診所參與醫事司
幼兒專責醫師制度計畫之醫師數較 113 年增加。

②訂定具體實施規劃(包含執行方式及具體提升兒童醫療量能之監測指標)，並於 115 年 6 月前提出專案報告。

③監測醫療利用情形，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(-0.008%，減少 11.6 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，並對違規院所進行輔導與追蹤，以建立違規處分與再教育機制連結。

(2)於 116 年度總額加回本項違規扣款金額。

(三)專款項目：全年經費為 14,250.6 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，應於 115 年度總額公告後 1 個月內完成。

1.暫時性支付(新藥、新特材、新醫療技術)：

(1)全年經費 100 百萬元。

(2)請中央健康保險署在額度內妥為管理運用，對於新醫療技術之導入項目及具體執行方式，請妥為規劃後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。

2.提升國人視力照護品質：

(1)全年經費 3,771.4 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持續檢討具體實施方案(含執行內容、支付方式、執行目標、以結果面為導向之評估指標等)。

- 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(114~118年)，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 466.7 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不同地區醫療需求特性及其利用情形，鼓勵醫師積極參與，並加強就醫率低地區之醫療服務提供，提升就醫可近性。

4.家庭醫師整合性照護計畫：

- (1)全年經費 5,866.5 百萬元。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①執行目標：持續擴大收案照護對象，將更多適合照護對象(如慢性病患者等)，納入家庭醫師整合性照護計畫照護。
預期效益之評估指標：
 - A.家庭醫師整合性照護計畫收案人數較前一年度增加。
 - B.糖心腎症候群監測數據(HbA1c、LDL)控制良好占率較前一年度增加。
 - ②持續提升服務量能(如提高醫師參與率及個案涵蓋率)及強化照護品質，並評估本計畫整體照護成

效，朝慢性病整合及全人照護方向推動計畫，於115年5月前提出專案報告。

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，並檢討實施成效，節流效益請適度納入總額預算財源，或做為提升醫療服務與品質之用，以提升資源使用效率。

6.醫療給付改善方案：

- (1)全年經費 422.1 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及加強結果面之成效評估，對照護率無法提升的項目，請研議具體改善策略。
 - ②持續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)，以提升照護成效。

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辦理下列事項：
 - ①持續研議開放表別項目，朝普及性及提升民眾社區就醫可近性的方向努力。

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，本項經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同西醫基層及醫院總額相關團體，持續檢討支付方式及強化院所轉診合作機制，提升成功下轉案件，以落實分級醫療政策。

②持續監測各層級上下轉情形及病人流向與醫療費用變化情形，以評估執行效益。

9.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加強醫療服務提供及監測醫療利用情形，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加強醫療服務提供及監測醫療利用情形，並妥為管理運用。

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加強醫療服務提供及監測醫療利用情形，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)請中央健康保險署持續精進計畫內容與支付誘因，透過分級醫療加強與醫院轉介合作，提升參與率，並持續監測照護成效。

15.精神科長效針劑藥費：

(1)全年經費 50 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)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同西醫基層總額相關團體持續提升基層院所使用長效針劑之比率。

②於額度內妥為管理運用，並評估執行效益(如整體醫療費用變化)及導入一般服務之可行性。

16.促進醫療服務診療項目支付衡平(115 年新增項目)：

(1)全年經費 558.6 百萬元，本項經費如有不足，由其他預算同項專款支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①執行目標：以民眾就醫權益為優先，並保障醫事人員合理工作量能，鼓勵基層院所於假日開診，以利推動分級醫療、改善假日急診壅塞困境，維護民眾假日就醫權益。

預期效益之評估指標：西醫基層假日看診診所數較前一年度增加。

②通盤研議、修訂支付標準，系統性檢討各項支付成本及相對合理性。

③114 年度一般服務項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」預算額度剩餘款，併同本項統籌運用。

④本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入西醫基層總額一般服務費用結算。

⑤本項以 5 年為檢討期限(115~119 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 5 年(119 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。

⑥併同醫院總額及其他預算同項專款，將具體實施方式及執行情形，於 115 年 7 月前提出專案報告。

17.品質保證保留款：

(1)全年經費 266.3 百萬元。

(2)本項專款額度(266.3 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 371.5 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。

(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，並統籌運用。
- 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 3.861%。
- 3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 48,796.4 百萬元)，其中 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，且 300 百萬元不得流用於一般服務，全年預算如有不足，則由一般服務支應。
- 4.本項經費扣除「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質計畫」經費，其餘預算優先用於調整門診透析支付標準。
- 5.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)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。
 - (2)鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，尤其應持續精進及推動「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」及「居家血液透析與提升其照護品質」實施方案，並監測計畫執行成效及病人照護品質與健康結果，於 115 年 8 月前提報專案報告。

附表 115 年度西醫基層醫療給付費用核定項目表

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
一般服務				
醫療服務成本及人口因素成長率		2.776%	3,920.1	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		0.320%		
人口結構改變率		0.962%		
醫療服務成本指數改變率		1.486%		
協商因素成長率		2.301%	3,249.0	請於 115 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 116 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(新藥、新特材、新增修診療項目)	0.161%	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，並於協商 116 年度總額前，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. 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	0.305%	430.3	請中央健康保險署在額度內妥為管理運用，並於協商 116 年度總額前，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。
	3. 因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費	0.467%	659.3	請中央健康保險署辦理下列事項： 1. 執行目標：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數不低於 80%。預期效益之評估指標：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
保險給付項目及支付標準之改變				<p>2.會同西醫基層總額相關團體及中華民國護理師護士公會全國聯合會持續研修具體實施方案(包含執行內容、支付方式、結果面之評估指標、稽核機制等)，以增加護理人力或護理人員薪資調整為原則，確實提升護理照護品質，並於 115 年度總額公告後，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議。</p> <p>3.檢討評估指標，訂定更具反映護理人員薪資或增加護理人力指標(如：診所實際護理人力雇用數、增加護理人力、在職穩定率)，以落實編列本項預算之目的。</p>
	4.擴大糖尿病用藥(如：SGLT2)適應症產生費用(115 年新增項目)	0.250%	353.0	請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並監測糖尿病用藥(如 SGLT-2 抑制劑)利用情形及執行效益(如整體醫療費用變化)。
	5.促進醫療服務診療項目支付衡平	0.000%	0.0	本項之 114 年預算額度剩餘款，併同專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」統籌運用。
	6.蒸氣或噴霧吸入治療，依年紀實施困難度列入兒童加成項目	0.000%	0.0	本項屬單項支付標準調整，併專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」考量。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
其他醫療服務 利用集中度 之改變	7. 成人預防保健第二階段併同因病就醫之診察費	0.000%	0.0	請中央健康保險署監測成人預防保健併行診療服務之醫療密集度改變情形，以利評估預算需求。
	8. 配合根治胃癌政策之衍生醫療費用(115年新增項目)	0.212%	300.0	本項依實際執行，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減。
	9. 強化心血管疾病照護—放寬開立降膽固醇藥物Statin標準(門檻)(115年新增項目)	0.496%	700.0	本項依實際執行，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減。
其他議定項目	10. 0~6歲兒童醫療量能保障(115年新增項目)	0.418%	590.0	<p>1. 本項額度 590 百萬元，用於 0~6 歲兒童醫療服務量能，經費如有不足，由其他預算「促進醫療服務診療項目支付平衡」項目支應。</p> <p>2. 本項預算與一般服務預算保留之 0~6 歲兒童醫療費用 11,760 百萬元合併運用(計 12,350 百萬元)，保留額度將與醫院總額額度合併，用於支應 0~6 歲兒童醫療費用。</p> <p>3. 請中央健康保險署辦理下列事項： (1) 執行目標：維持西醫基層兒童醫療量能。</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
其他議 定項目				<p>預期效益之評估指標：西醫基層診所參與醫事司幼兒專責醫師制度計畫之醫師數較 113 年增加。</p> <p>(2) 訂定具體實施規劃(包含執行方式及具體提升兒童醫療量能之監測指標)，並於 115 年 6 月前提出專案報告。</p> <p>(3) 監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用。</p>
	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	-0.008%	-11.6	<p>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，並對違規院所進行輔導與追蹤，以建立違規處分與再教育機制連結。</p> <p>2.於 116 年度總額加回本項違規扣款金額。</p>
一般服務 成長率 ^{#1}	增加金額	5.077%	7,169.2	
	總金額		148,384.7	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方案，應於 115 年度總額公告後 1 個月內完成，且應於 115 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、新醫療技術)		100.0	42.0	請中央健康保險署在額度內妥為管理運用，對於新醫療技術之導入項目及具體執行方式，請妥為規劃後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。
2.提升國人視力照護品質		3,771.4	196.6	<p>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.持續檢討具體實施方案(含執行內容、支付方式、執行目標、以結果面為導向之評估指標等)。</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>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。</p> <p>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。</p> <p>4.本項以 5 年為檢討期限(114~118 年)，之後回歸一般服務。</p> <p>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。</p>
3.西醫醫療資源不足地區改善方案	466.7	42.8	<p>1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。</p> <p>2.請中央健康保險署持續檢討不同地區醫療需求特性及其利用情形，鼓勵醫師積極參與，並加強就醫率低地區之醫療服務提供，提升就醫可近性。</p>
4.家庭醫師整合性照護計畫	5,866.5	1,218.5	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>1.執行目標：持續擴大收案照護對象，將更多適合照護對象(如慢性病患者等)，納入家庭醫師整合性照護計畫照護。</p> <p>預期效益之評估指標：</p> <p>(1)家庭醫師整合性照護計畫收案人數較前一年度增加。</p> <p>(2)糖心腎症候群監測數據(HbA1c、LDL)控制良好占率較前一年度增加。</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
			2.持續提升服務量能(如提高醫師參與率及個案涵蓋率)及強化照護品質，並評估本計畫整體照護成效，朝慢性病整合及全人照護方向推動計畫，於 115 年 5 月前提出專案報告。
5.C 型肝炎藥費	462.0	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，並檢討實施成效，節流效益請適度納入總額預算財源，或做為提升醫療服務與品質之用，以提升資源使用效率。
6.醫療給付改善方案	422.1	-484.0	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、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及加強結果面之成效評估，對照護率無法提升的項目，請研議具體改善策略。 (2)持續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)，以提升照護成效。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	核定事項
7.強化基層照護能力及「開放表別」項目	1,720.0	0.0	<p>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。</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)持續研議開放表別項目，朝普及性及提升民眾社區就醫可近性的方向努力。</p> <p>(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。</p>
8.鼓勵院所建立轉診合作機制	258.0	0.0	<p>1.本項經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項目支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同西醫基層及醫院總額相關團體，持續檢討支付方式及強化院所轉診合作機制，提升成功下轉案件，以落實分級醫療政策。</p> <p>(2)持續監測各層級上下轉情形及病人流向與醫療費用變化情形，以評估執行效益。</p>
9.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。
10.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	30.0	0.0	<p>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。</p> <p>2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體加強醫療服務提供及監測醫療利用情形，並妥為管理運用。</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
11.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	30.0	0.0	<p>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。</p> <p>2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體加強醫療服務提供及監測醫療利用情形，並妥為管理運用。</p>
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	<p>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。</p> <p>2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體加強醫療服務提供及監測醫療利用情形，並妥為管理運用。</p>
13.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178.0	0.0	<p>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。</p>
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	0.0	<p>請中央健康保險署持續精進計畫內容與支付誘因，透過分級醫療加強與醫院轉介合作，提升參與率，並持續監測照護成效。</p>
15.精神科長效針劑藥費	50.0	-50.0	<p>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。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同西醫基層總額相關團體持續提升基層院所使用長效針劑之比率。</p> <p>(2)於額度內妥為管理運用，並評估執行效益(如整體醫療費用變化)及導入一般服務之可行性。</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
16.促進醫療服務診療 項目支付衡平 (115年新增項目)	558.6	558.6	<p>1.本項經費如有不足，由其他預算同項專款支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)執行目標：以民眾就醫權益為優先，並保障醫事人員合理工作量能，鼓勵基層院所於假日開診，以利推動分級醫療、改善假日急診壅塞困境，維護民眾假日就醫權益。 預期效益之評估指標：西醫基層假日看診診所數較前一年度增加。</p> <p>(2)通盤研議、修訂支付標準，系統性檢討各項支付成本及相對合理性。</p> <p>(3)114年度一般服務項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」預算額度剩餘款，併同本項統籌運用。</p> <p>(4)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入西醫基層總額一般服務費用結算。</p> <p>(5)本項以5年為檢討期限(115~119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5年(119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>(6)併同醫院總額及其他預算同項專款，將具體實施方式及執行情形，於115年7月前提出專案報告。</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
17.品質保證保留款		266.3	137.9	1.本項專款額度(266.3 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 371.5 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。
專款金額		14,250.6	1,662.4	
較基期成長率 (一般服務+專款) ^{註2}	增加金額	5.742%	8,831.6	
	總金額		162,635.3	
門診透析服務	增加金額	3.861%	876.0	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，並統籌運用。 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 3.861%。
	總金額		23,563.9	3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 48,796.4 百萬元)，其中 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，且 300 百萬元不得流用於一般服務，全年預算

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>如有不足，則由一般服務支應。</p> <p>4.本項經費扣除「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」及「居家血液透析與提升其照護品質計畫」經費，其餘預算優先用於調整門診透析支付標準。</p> <p>5.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)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>(2)鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，尤其應持續精進及推動「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質」及「居家血液透析與提升其照護品質」實施方案，並監測計畫執行成效及病人照護品質與健康結果，於115年8月前提報專案報告。</p>
較基期成長率 (一般服務+專款 +門診透析) ^{註3}	增加金額	5.500%	9,707.5	
	總金額		186,199.2	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 141,215.2 百萬元(含 114 年一般服務預算 139,768.0 百萬元，及校正前 2 年度(113 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額 1,442.1 百萬元、加回前 1 年度(114 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 5.0 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 153,803.4 百萬元，其中一般服務預算為 141,215.2 百萬元，專款為 12,588.2 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 176,491.3 百萬元，其中一般服務預算為 141,215.2 百萬元，專款為 12,588.2 百萬元，門診透析為 22,687.9 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。