

## 115 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

### 一、總額設定公式：

■115 年度醫院醫療給付費用總額＝校正後 114 年度醫院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 年度醫院門診透析服務費用

■115 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×(1+115 年度成長率)

註：校正後114年度醫院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)醫院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 5.101%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.655%，協商因素成長率 1.446%。

(二)專款項目全年經費為 49,746.1 百萬元。

(三)門診透析服務成長率為 2.209%。

(四)前述三項額度經換算，115 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(各地區校正風險因子後之保險對象人數)占率造成之財務衝擊。

(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54%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，46%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47%依各地區校正「人口風險因子」後之保險對象人數，53%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)(0.689%，預估增加 4,000 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，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)積極引進新特材，避免新增差額給付項目，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(0.431%，預估增加 2,500 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.因應牙醫支付標準調整所增加預算(0.0001%，預估增加 0.5 百萬元)：  
用於因應牙醫門診總額 113 年度調整支付標準，預估於醫院總額增加之費用。
- 4.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)(-0.026%，減列 150 百萬元)：
  - (1)減列「離島醫院住院案件加計 30%之費用」150 百萬元，移至專款項目「離島地區加成費用」。
  - (2)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。
- 5.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(自專款項目移列一般服務項目)(0.002%，預估增加 9 百萬元)：  
請中央健康保險署於額度內妥為管理運用。
- 6.精進成人預防保健併行診療服務之照護品質(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。

- 7.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(自專款項目移列一般服務項目)(0.086%，預估增加500百萬元)：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體檢討執行內容及獎勵方式(排除已由公務預算支應部分)，落實分級醫療之目的。

- 8.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(自專款項目移列一般服務項目)(0.172%，預估增加1,000百萬元)：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體檢討執行內容及執行成效，落實分級醫療之目的。

- 9.0~6歲兒童醫療量能保障(0.092%，預估增加536百萬元)(115年新增項目)：

(1)本項額度536百萬元，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12,014百萬元合併運用(計12,550百萬元)，保留額度將與西醫基層總額額度合併，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：維持醫院兒童醫療量能。

預期效益之評估指標：

A.鼓勵醫院擴大醫師參與幼兒專責醫師制度之人數不低於112年。

B.醫院兒科醫師之人數、急診及住院服務量不低於114年。

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。

10.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.0004%，減少 2.4 百萬元)：

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 49,746.1 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，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 600 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.C 型肝炎藥費：

(1)全年經費 1,200 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。

3.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

(1)全年經費 19,191 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。

4.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

(1)全年經費 5,871 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。

5.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

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。

6.醫療給付改善方案：

(1)全年經費 2,618.5 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、擴大多重慢性病收案照護(ASCVD)及加護病房侵襲性呼吸器優化管理計畫等方案。

(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：地區醫院全人全社區照護計畫、家庭醫師整合性照護計畫等)，以提升照護成效。

7.急診品質提升方案：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)請中央健康保險署精進方案執行內容，積極提升急

診處置效率及急診照護品質，並於額度內妥為管理運用，以提升執行成效。

8.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

本項移併至專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」通盤研議。

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不同地區醫療需求特性及其利用情形，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)請中央健康保險署精進方案執行內容及檢討計畫成效，並於額度內妥為管理運用。

11.鼓勵院所建立轉診合作機制：

(1)全年經費 224.7 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會同醫院及西醫基層總額相關團體，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。

12.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金：

本項移列至一般服務項目「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」。

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)請中央健康保險署積極推動，並於額度內妥為管理運用，後續請評估執行效益(如整體醫療費用變化)及導入一般服務之可行性。

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，檢討獎勵方式及支付誘因，並評估病人脫離呼吸器及安寧療護之照護成效。

15.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能：

本項移列至一般服務項目「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」。

16.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能：

本項移列至一般服務項目「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」。

17.地區醫院全人全社區照護計畫：

- (1)全年經費 500 百萬元。

- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①滾動式檢討計畫內容，並鼓勵醫院積極參與。

- ②本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請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。

18.區域聯防-提升急重症照護品質：

(1)全年經費 268 百萬元，本項移出「術後加速康復推廣計畫」，單獨列項。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①滾動式檢討計畫內容，加強區域聯防及網絡建置，以提升急重症照護成效。

②本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請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。

19.抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①執行目標：鼓勵醫院投入抗微生物製劑管理及感染管制品質的提升。

預期效益之評估指標：鑑於本項於 113 年開始編列，建議評估指標續 114 年之項目，1 年後再予檢討。

A.參與醫院重點監測抗藥菌占率不高於 113 年。

B.參與醫院全院/加護病房重點監測抗藥菌感染密度不高於過去 3 年。

C.參與醫院高度管制性抗微生物製劑 DDD(定義每日劑量)耗用量或 DID(住院抗生素耗用量密度)不高於 113 年。

②精進計畫內容及績效指標，並鼓勵醫院積極參與。

③本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請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。

20.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 1,891.5 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：本項預算原於其他部門，已於 114 年用以調整急診診察費、急診觀察床診察費、離島急救責任醫院急診醫療服務點數加成、急性一般(含精神)病床護理費等項。

預期效益之評估指標：下列 4 項任 1 項合格即達標。

A.急診病人轉出率(排除直接轉入他院住院案件)不高於 113 年。

B.每季急診轉住院病人滯留急診超過 24 小時之日均人次，不大於 113 年。

C.急診轉住院人次占率較去年增加。

D.急診病人停留超過 24 小時之案件比率較 113 年下降。

②本項併入「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」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「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)」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，併入醫院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併同西醫基層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。

21.住院護理費用(115 年新增項目)：

- (1)全年經費 4,500 百萬元。
- (2)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體及中華民國護理師護士公會全國聯合會討論研訂執行目標、預期效益之評估指標，確保預算用於增加住院護理人力或回饋第一線護理人員薪資，並報請衛生福利部核定。
- (3)本項用於調升住院護理費用，請落實用於調升護理人員薪資，鞏固醫療量能，並訂定具體實施規劃，於 115 年 5 月前提報全民健康保險會。

22.離島地區加成費用(自一般服務項目及其他預算移列專款項目)：

- (1)全年經費 200 百萬元。
- (2)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

23.全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS(自專款項目拆分)：

- (1)全年經費 200 百萬元。
- (2)本計畫以 5 年為檢討期限(114~118 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(118 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 1,075.6 百萬元。

(2)本項專款額度(1,075.6 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 1,464.3 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。

#### (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，醫院總額本項服務費用成長率為 2.209%。
- 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 年度醫院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	
<b>一般服務</b>				
醫療服務成本及人口 因素成長率	3.655%	21,224.8	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	1.866%			
醫療服務成本指數 改變率	1.458%			
協商因素成長率	1.446%	8,393.1	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、 新增修診 療項目)	0.689%	4,000.0	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，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.積極引進新特材，避免新增 差額給付項目，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	0.431%	2,500.0	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.因應牙醫 支付標準 調整所增 加預算	0.0001%	0.5	用於因應牙醫門診總額 113 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)	核定事項
其他議 定項目	4.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)	-0.026%	-150.0	1.減列「離島醫院住院案件加 計30%之費用」150百萬元， 移至專款項目「離島地區加 成費用」。 2.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。
	5.腹膜透析 追蹤處置 費及APD 租金 (自專款項 目移列一 般服務項 目)	0.002%	9.0	請中央健康保險署於額度內妥 為管理運用。
其他醫 療服務 利用及 密集度 之改變	6.精進成人 預防保健 併行診療 服務之照 護品質	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。
	7.持續推動 分級醫療 ，優化社 區醫院醫 療服務品 質及量能 (自專款項 目移列一 般服務項 目)	0.086%	500.0	請中央健康保險署會同醫院總 額相關團體檢討執行內容及獎 勵方式(排除已由公務預算支 應部分)，落實分級醫療之目 的。
	8.健全區域 級(含)以 上醫院門 住診結構 ，優化重	0.172%	1,000.0	請中央健康保險署會同醫院總 額相關團體檢討執行內容及執 行成效，落實分級醫療之目的。
保險給 付項目 及支付 標準之 改變				

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
	症照護量 能 (自專款項 目移列一 般服務項 目)			
其他議 定項目	9.0~6 歲 兒 童醫療量 能保障 (115 年新 增項目)	0.092%	536.0	<p>1.本項額度 536 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。</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 12,014 百萬元合併運用(計 12,550 百萬元)，保留額度將與西醫基層總額額度合併，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：</p> <p>(1)執行目標：維持醫院兒童醫療量能。 預期效益之評估指標： ①鼓勵醫院擴大醫師參與幼兒專責醫師制度之人數不低於 112 年。 ②醫院兒科醫師之人數、急診及住院服務量不低於 114 年。</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>

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	10.違反全民 健康保險 醫事服務 機構特約 及管理辦 法之扣款	-0.0004%	-2.4	於 116 年度總額加回本項違規 扣款金額。
一般服務 成長率 <sup>註1</sup>	增加金額	5.101%	29,617.9	
	總金額		610,327.7	
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)		600.0	-267.0	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.C 型肝炎藥費		1,200.0	-1,024.0	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。
3.罕見疾病、血友病藥 費及罕見疾病特材		19,191.0	1,195.0	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。
4.後天免疫缺乏症候 群抗病毒治療藥費		5,871.0	121.0	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

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	核定事項
			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。
5.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,364.3	0.0	本項經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
6.醫療給付改善方案	2,618.5	346.5	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、擴大多重慢性病收案照護(ASCVD)及加護病房侵襲性呼吸器優化管理計畫等方案。 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：地區醫院全人全社區照護計畫、家庭醫師整合性照護計畫等)，以提升照護成效。
7.急診品質提升方案	300.0	0.0	請中央健康保險署精進方案執行內容，積極提升急診處置效率及急診照護品質，並於額度內妥為管理運用，以提升執行成效。
8.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	0.0	-210.0	本項移併至專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平」通盤研議。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
9.醫院支援西醫醫療 資源不足地區改善 方案	135.5	0.0	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 不同地區醫療需求特性及其 利用情形，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	0.0	請中央健康保險署精進方案執 行內容及檢討計畫成效，並於 額度內妥為管理運用。
11.鼓勵院所建立轉診 合作機制	224.7	0.0	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。 2.請中央健康保險署辦理下列 事項： (1)會同醫院及西醫基層總額 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。
12.腹膜透析追蹤處置 費及 APD 租金	0.0	-15.0	本項移列至一般服務項目「腹膜 透析追蹤處置費及 APD 租金」。
13.精神科長效針劑藥 費	3,006.0	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.請中央健康保險署積極推 動，並於額度內妥為管理運 用，後續請評估執行效益(如 整體醫療費用變化)及導入 一般服務之可行性。
14.鼓勵 RCC、RCW 病 人脫離呼吸器、簽 署 DNR 及安寧療 護計畫	300.0	0.0	請中央健康保險署精進計畫內 容，檢討獎勵方式及支付誘因， 並評估病人脫離呼吸器及安寧 療護之照護成效。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	核定事項
15.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能	0.0	-500.0	本項移列至一般服務項目「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」。
16.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能	0.0	-1,000.0	本項移列至一般服務項目「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」。
17.地區醫院全人全社區照護計畫	500.0	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.滾動式檢討計畫內容，並鼓勵醫院積極參與。 2.本計畫以5年為檢討期限(113~117年)，請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。
18.區域聯防-提升急重症照護品質	268.0	0.0	1.本項移出「術後加速康復推廣計畫」，單獨列項。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)滾動式檢討計畫內容，加強區域聯防及網絡建置，以提升急重症照護成效。 (2)本計畫以5年為檢討期限(113~117年)，請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。
19.抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫	300.0	75.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.執行目標：鼓勵醫院投入抗微生物製劑管理及感染管制

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>品質的提升。</p> <p>預期效益之評估指標：鑑於本項於 113 年開始編列，建議評估指標續 114 年之項目，1 年後再予檢討。</p> <p>(1)參與醫院重點監測抗藥菌占率不高於 113 年。</p> <p>(2)參與醫院全院/加護病房重點監測抗藥菌感染密度不高於過去 3 年。</p> <p>(3)參與醫院高度管制性抗微生物製劑 DDD(定義每日劑量)耗用量或 DID(住院抗生素耗用量密度)不高於 113 年。</p> <p>2.精進計畫內容及績效指標，並鼓勵醫院積極參與。</p> <p>3.本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請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。</p>
20.促進醫療服務診療項目支付衡平(115 年新增項目)	1,891.5	1,891.5	<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：本項預算原於其他部門，已於 114 年用以調整急診診察費、急診觀察床診察費、離島急救責任醫院急診醫療服務點數加成、急性一般(含精神)病床護理費等項。</p> <p>預期效益之評估指標：下列 4 項任 1 項合格即達標。</p> <p>①急診病人轉出率(排除直</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>接轉入他院住院案件)不高於 113 年。</p> <p>②每季急診轉住院病人滯留急診超過 24 小時之日均人次，不大於 113 年。</p> <p>③急診轉住院人次占率較去年增加。</p> <p>④急診病人停留超過 24 小時之案件比率較 113 年下降。</p> <p>(2)本項併入「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」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「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)」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，併入醫院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)併同西醫基層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
21.住院護理費用 (115年新增項目)	4,500.0	4,500.0	1.請中央健康保險署會同醫院總額相關團體及中華民國護理師護士公會全國聯合會討論研訂執行目標、預期效益之評估指標，確保預算用於增加住院護理人力或回饋第一線護理人員薪資，並報請衛生福利部核定。 2.本項用於調升住院護理費用，請落實用於調升護理人員薪資，鞏固醫療量能，並訂定具體實施規劃，於115年5月前提報全民健康保險會。
22.離島地區加成費用 (自一般服務項目及其他預算移列專款項目)	200.0	200.0	本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。
23.全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS (自專款項目拆分)	200.0	200.0	本計畫以5年為檢討期限(114~118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(118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	1,075.6	46.1	1.本項專款額度(1,075.6百萬元)，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1,464.3百萬元)。 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。
<b>專款金額</b>	<b>49,746.1</b>	<b>5,559.1</b>	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
較基期成長率 (一般服務+專 款) <sup>#2</sup>	增加金額	5.630%	35,177.0	
	總金額		660,073.8	
門診透析服務	增加金額	2.209%	545.3	<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，並統籌運用。</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，醫院總額本項服務費用成長率為2.209%。</p> <p>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。</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： (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</p>
	總金額		25,232.5	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	核定事項
				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。
較基期成長率 (一般服務+專款 +門診透析) <sup>註3</sup>	增加金額	5.500%	35,722.3	
	總金額		685,306.4	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 580,705.9 百萬元(含 114 年一般服務預算 574,837.7 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 5,865.0 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 3.2 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 624,892.9 百萬元，其中一般服務預算為 580,705.9 百萬元，專款為 44,187.0 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 649,580.1 百萬元，其中一般服務預算為 580,705.9 百萬元，專款為 44,187.0 百萬元，門診透析為 24,687.2 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。