

## 111 年度全民健康保險醫療給付費用總額核定項目表

總結：整體成長率為 3.320%(共 8,095.615 億元)

項目	醫院 (含透析)	基層 (含透析)	牙醫	中醫	其他	總額 及成長率	與上限 差距
111 年度各部門總額預算(億元)	5,360.708	1,343.474	495.183	296.907	165.792	8,095.615	84.65
111 年度透析預算(億元)	230.584	202.967					
合計(億元)	5,591.292	1,546.441	495.183	296.907	165.792		
較 110 年核定總額成長率 (其他預算為增加金額(億元))	3.504%	2.744%	2.756%	4.208%	4.26	3.320%	1.080%

註：門診透析整體成長率 3.25%。

壹、牙醫門診醫療給付費用總額及其分配：採協定方案。

貳、中醫門診醫療給付費用總額及其分配：採協定方案。

參、其他預算及其分配：除以下項目，餘採協定方案。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費	290.0	0.0	

肆、醫院醫療給付費用總額及其分配(★為 111 年新增項目)

項目	111 年度總額	
	預估增加金額	說明
<b>一般服務</b>		
醫療服務及人口因素成長率	93.542 億元	
1	30 億元	請中央健康保險署辦理下列事項： (1)於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。 (2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入，則扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及扣除替代效應後之增加費用/點數)。 (3)建立新醫療科技之預算檢討、調整與管控機制，並提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值，於 111 年 6 月底前提出專案報告。
2	6.5 億元	請中央健康保險署辦理下列事項： (1)於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定調整健保給付條件之優先順序。 (2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。 (3)建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管控機制，並於 111 年 6 月底前提出專案報告。 (4)歷年引進新醫療科技之成效及藥品節流措施所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，以維護民眾就醫權益。請於 112 年度總額協商前提出節流效益，並納入該年度本項預算財源。
3	0.94 億元	配合西醫基層總額部門「提升國人視力照護品質」項目，增編本項經費。

項目			111 年度總額	
			預估增加金額	說明
4	其他醫療服務及密度之改變	持續推動分級醫療，壯大社區醫院	10 億元	(1)用於地區醫院假日或夜間門診案件(不含藥費)採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反應住院首日護理費支付點數加成 30%。 (2)請中央健康保險署視執行需要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」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
5		提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診結構改變	20 億元	(1)用於區域級(含)以上醫院加護病床之住院診察費及病房費採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反應住院首日護理費支付點數加成 30%。 (2)請中央健康保險署視執行需要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」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
6		★研修病房費給付原則(含 RCW)	0	
7		★研修住院護理費給付原則(含 RCW)	0	
8		★配合 110 年牙醫門診總額調整支付標準所需費用	0.021 億元	經費 2.1 百萬元，用於因應 110 年牙醫門診總額於協商因素編列經費增修診療項目，預估於醫院總額部門增加之費用
9		★移列精神科長效針劑藥費至專款項目	-12.41 億元	原於一般服務執行，移列 1,241 百萬元至「精神科長效針劑藥費」專款項目。
10	其他議定項目	違反特管辦法之扣款	-0.165 億元	(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 112 年度總額協商之基期費用。
<b>一般服務增加之金額</b>			<b>148.428 億元</b>	
<b>專款項目</b>				
1		C 型肝炎藥費	0	(1)全年經費 3,428 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，於協商 112 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財源之一。
2		罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	11.08 億元	(1)全年經費 12,807 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。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
3		後天免疫缺乏病毒治療藥費	0	(1)全年經費 5,257 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。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
4		鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	0.8106 億元	(1)全年經費 5,208.06 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 (2)為鼓勵醫師投入腎臟移植，111 年新增預算用於鼓勵腎臟移植手術之施行。 (3)提報之執行情形及成效評估報告，應含醫療利用、成長原因分析、等待時間及不同器官移植之存活率等。
5		醫療給付改善方案	1.271 億元	(1)全年經費 1,495.1 百萬元。 (2)持續辦理糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C



項目		111 年度總額	
		預估增加金額	說明
			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等 9 項方案。 (3)新增『精神科病人出院後急性後期照護服務』，經費 60 百萬元，並納入「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」。 (4)請中央健康保險署儘速推動「糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施」，及通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。
6	急診品質提升方案	0.54 億元	(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，以紓解醫學中心急診壅塞情形。
7	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	0	(1)全年經費 210 百萬元，用於導入第 3 階段 DRGs 項目。推動 DRGs 計畫已延宕多年，請儘速推行。 (2)本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務結算。
8	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	0	全年經費 100 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
9	全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	0	全年經費 1,100 百萬元。
10	鼓勵院所建立轉診合作機制	-1.753 億元	(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檢討執行結果未達預期之影響因素，改善現行措施(包括：獎勵方式及支付誘因合理性)，以提升執行成效。 ②會同醫院及西醫基層總額相關團體，討論適合轉診案件之定義，提出有效可行之合作模式，並於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
11	網路頻寬補助費	0.73 億元	(1)全年經費 200 百萬元，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於協商 112 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。 ②確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告。
12	★腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金	0.15 億元	(1)全年經費 15 百萬元，用於住院病人之腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金。 (2)其中由醫院門診透析費用移列 4.04 百萬元，西醫基層門診透析費用移列 0.04 百萬元，合計 4.08 百萬元。 (3)本項於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後，併入一般服務結算。
13	★住院整合照護服務試辦計畫	3 億元	(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研訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
14	★鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫	3 億元	(1)全年經費 300 百萬元。預算如有不足，由品質保證保留款支應，執行效益納入未來總額財源。 (2)請中央健康保險署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」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
15	品質保證保留款	0.494 億元	(1)全年經費 929.8 百萬元。 (2)原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7 百萬元)，與

項目		111 年度總額	
		預估增加金額	說明
			111 年度品質保證保留款(929.8 百萬元)合併運用(計 1,318.5 百萬元)。 (3)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
16	★精神科長效針劑藥費	26.64 億元	(1)全年經費 2,664 百萬元，其中 1,241 百萬元由一般服務費用移列。 (2)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。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。
專款項目增加之金額		45.963 億元	
門診透析	17 門診透析	4.555 億元 (2.015%)	(1)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。 (3)門診透析服務總費用成長率為 3.25%。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為 2.015%。 (4)自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」4.08 百萬元，移列至醫院總額專款項目，其中 4.04 百萬元自醫院門診透析費用減列，0.04 百萬元自西醫基層門診透析費用減列。 (5)請中央健康保險署會同門診透析服務相關團體辦理下列事項： ①加強腎臟病前期之整合照護，強化延緩病人進入透析之照護。 ②持續鼓勵腹膜透析及推動腎臟移植，以提升透析病人生活品質。 ③持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測。 ④請檢討末期病人使用透析服務之必要性。
合計		3.504%	198.945 億元 共 5,591.292 億元



伍、西醫基層醫療給付費用總額及其分配(★為 111 年新增項目)

項目		111 年度總額	
		預估增加金額	說明
<b>一般服務</b>			
醫療服務及人口因素成長率		14.599 億元	
1	保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	3 億元 請中央健康保險署辦理下列事項： (1)於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。 (2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及扣除替代效應後之增加費用/點數)。 (3)建立新醫療科技之預算檢討、調整與管控機制，並提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值，於 111 年 6 月底前提出專案報告。
2		藥品及特材給付規定改變	3.67 億元 中央健康保險署辦理下列事項： (1)其中 292 百萬元用於反映近年使用糖尿病藥物增加之費用。 (2)請中央健康保險署辦理下列事項： ①於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定調整健保給付條件之優先順序。 ②於 110 年 12 月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。 ③建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管機制，並於 111 年 6 月底前提出專案報告。
3		★促進醫療資源支付合理	1.26 億元 (1)為鼓勵分級醫療、雙向轉診，用於提升西醫基層量能之診療項目。 (2)112 年度總額起，請朝醫院、西醫基層部門相同診療項目支付點數連動調整辦理。
4		★配合醫院總額調整支付標準所需費用	0
5		★蒸汽吸入治療加成項目	0
6		其他醫療服務利用及密集度之改變	★提升國人視力照護品質 1.2 億元 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)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」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。 (2)會同西醫基層總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體規劃內容，並提全民健康保險會報告。 (3)依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。
7		★移列精神科長效針劑藥費至專款項目	-0.11 億元 原於一般服務執行，移列 11 百萬元至「精神科長效針劑藥費」專款項目。
8		其他議定項目	違反特管辦法之扣款 -0.9 億元 (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 112 年度總額協商之基期費用。
<b>一般服務增加之金額</b>		<b>22.719 億元</b>	
<b>專款項目</b>			
1	家庭醫師整合性照護計畫	2.78 億元	(1)全年經費 3,948 百萬元。 (2)請中央健康保險署於 111 年 7 月底提出導入一般服務之評估規劃。

項目		111 年度總額	
		預估增加金額	說明
2	★代謝症候群防治計畫	3.08 億元	(1)全年經費 308 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研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。 ②擬訂具體實施方案(內容應包含結果面品質指標，並依執行績效支付費用，惟不得與家庭醫師整合性照護計畫及其他醫療給付改善方案重複領取個案管理費)，於提報全民健康保險會同意後執行。
3	★提升心肺疾病患者心肺復健門診 pay for value 論質計酬計畫	0.097 億元	(1)全年經費 9.7 百萬元。 (2)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」，並於本部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
4	西醫醫療資源不足地區改善方案	0	(1)全年經費 317.1 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。 (2)請中央健康保險署精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與計畫。
5	C 型肝炎藥費	0	(1)全年經費 292 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，於協商 112 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	1.5 億元	(1)全年經費 805 百萬元。 (2)持續辦理糖尿病、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、慢性阻塞性肺疾病等 7 項方案。 (3)請中央健康保險署儘速推動「糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施」，及通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。
7	強化基層照護能力及「開放表別」項目	3 億元	(1)全年經費 1,220 百萬元。 (2)請中央健康保險署辦理下列事項： ①於 110 年 12 月委員會議提出規劃調整之項目與作業時程。 ②通盤檢討開放表別項目適當性，含導入一般服務之時程規劃。 (3)本項經費依實際執行扣除原基期點數併入一般服務結算。
8	鼓勵院所建立轉診合作機制	0	(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檢討執行結果未達預期之影響因素，改善現行措施(包括：獎勵方式及支付誘因合理性)，以提升執行成效。 ②會同西醫基層及醫院總額相關團體，討論適合轉診案件之定義，提出有效可行之合作模式，並於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
9	偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫	0	(1)全年經費 50 百萬元。 (2)請中央健康保險署精進計畫內容，並加強推廣，鼓勵醫師參與計畫。
10	罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	-0.25 億元	(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)請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控，提報之執行情形應含醫療利用及成長原因分析。
11	後天免疫缺乏病毒治療藥費	-0.25 億元	(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。



項目		111 年度總額	
		預估增加金額	說明
			(2)請中央健康保險署檢視本項費用支用之合理性。
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	0	(1)全年經費 11 百萬元。 (2)本項經費依實際執行併入一般服務結算。
13	新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	0	(1)全年經費 178 百萬元。 (2)本項經費依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入各分區一般服務結算。
14	網路頻寬補助費用	0.39 億元	(1)全年經費 253 百萬元，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檢討、提升雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。 ②於協商 112 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。 ③確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告。
15	★提升院所智慧化醫療資訊機制	0	
16	★因應新興疾病，診所感染管控作業守則	0	
17	品質保證保留款	0.045 億元	(1)全年經費 120.3 百萬元。 (2)原 106 年度於一般服務之品質保證保留款(105.2 百萬元)，與 111 年度品質保證保留款(120.3 百萬元)合併運用(計 225.5 百萬元)。 (3)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
18	★精神科長效針劑藥費	1 億元	(1)全年經費 100 百萬元，其中 11 百萬元由一般服務移列。 (2)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。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。
<b>專款項目增加之金額</b>		<b>11.392 億元</b>	
門診透析	19 門診透析	9.091 億元 (4.689%)	(1)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。 (3)門診透析服務總費用成長率為 3.25%，依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為 4.689%。 (4)自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」4.08 百萬元，移列至醫院總額該項專款，其中 4.04 百萬元自醫院門診透析費用減列，0.04 百萬元自西醫基層門診透析費用減列。 (5)請中央健康保險署會同門診透析服務相關團體辦理下列事項： ①加強腎臟病前期之整合照護，強化延緩病人進入透析之照護。 ②持續鼓勵腹膜透析及推動腎臟移植，以提升透析病人生活品質。 ③持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測。 ③請檢討末期病人使用透析服務之必要性。
<b>合計</b>		<b>2.744%</b>	<b>43.202 億元</b> <b>共 1,546.441 億元</b>