法規

檔　　號:
保存年限:

衛生福利部 函

地址：115204 台北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：劉于鳳
聯絡電話：(02)8590-6879
傳真：(02)8590-6046
電子郵件：hsyufeng@mohw.gov.tw

受文者：中華民國全國建築師公會

發文日期：中華民國111年1月26日
發文字號：衛部健字第1113360011A號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：公告影本1份（A21000000I_1113360011A_doc3_Attach1.pdf、A21000000I_1113360011A_doc3_Attach2.pdf）

主旨：「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，業經本部於中華民國111年1月26日以衛部健字第1113360011號公告發布。茲檢送公告影本1份，請查照。

說明：依據「全民健康保險法」第61條暨111年1月6日衛部保字第1100153541號函、111年1月12日衛部保字第1101260374號函。

正本：中華民國工商協進會、中華民國工業協進會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國全國工業總會、中華民國工業區廠商聯合總會、中華民國全國商業總會、中華民國全國教師會、中華民國全國漁會、中華民國全國總工會、中華民國全國職業總工會、中華民國全國建築師公會、中華民國農會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、台灣社會福利總盟、台灣總工會、台灣醫院協會、全國工人總工會、全國產業總工會、全國產職業總工會、全國勞工聯合總工會、行政院主計總處、台灣醫療改革基金會、國家發展委員會、臺灣病友聯盟、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、台灣醫學中心協會、本部社會保險司、本部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部中央健康保險署、臺北市政府、基隆市政府、連江縣政府、新北市政府、宜蘭縣政府、新竹市政府、新竹縣政府、桃園市政府、苗栗縣政府、臺中市政府、彰化縣政府、南投縣政府、嘉義市政府、嘉義縣政府、雲林縣政府、臺南市政府、高雄市政府、澎湖縣政府、金門縣政府、屏東縣政府、臺東縣政府、花蓮縣政府

副本：電子公文交換章 2022/01/27 13:31:00

理事長	會務常務理事	財務常務理事	主任委員	秘書長	專員	承辦人

全國建築師公會 收文 111年1月27日 0241

法規

檔　　號:
保存年限:

衛生福利部 函

地址：115204 台北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：劉于鳳
聯絡電話：(02)8590-6879
傳真：(02)8590-6046
電子郵件：hsyufeng@mohw.gov.tw

受文者：中華民國全國建築師公會

發文日期：中華民國111年1月26日
發文字號：衛部健字第1113360011A號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：公告影本1份（A21000000I_1113360011A_doc3_Attach1.pdf、A21000000I_1113360011A_doc3_Attach2.pdf）

主旨：「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，業經本部於中華民國111年1月26日以衛部健字第1113360011號公告發布。茲檢送公告影本1份，請查照。

說明：依據「全民健康保險法」第61條暨111年1月6日衛部保字第1100153541號函、111年1月12日衛部保字第1101260374號函。

正本：中華民國工商協進會、中華民國工業協進會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國全國工業總會、中華民國工業區廠商聯合總會、中華民國全國商業總會、中華民國全國教師會、中華民國全國漁會、中華民國全國總工會、中華民國全國職業總工會、中華民國全國建築師公會、中華民國農會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、台灣社會福利總盟、台灣總工會、台灣醫院協會、全國工人總工會、全國產業總工會、全國產職業總工會、全國勞工聯合總工會、行政院主計總處、台灣醫療改革基金會、國家發展委員會、臺灣病友聯盟、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、台灣醫學中心協會、本部社會保險司、本部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部中央健康保險署、臺北市政府、基隆市政府、連江縣政府、新北市政府、宜蘭縣政府、新竹市政府、新竹縣政府、桃園市政府、苗栗縣政府、臺中市政府、彰化縣政府、南投縣政府、嘉義市政府、嘉義縣政府、雲林縣政府、臺南市政府、高雄市政府、澎湖縣政府、金門縣政府、屏東縣政府、臺東縣政府、花蓮縣政府

副本：電子公文交換章 2022/01/27 13:31:00

檔　　號：
保存年限：

衛生福利部　公告

發文日期：中華民國111年1月26日
發文字號：衛部健字第1113360011號
附件：如公告事項一(附件一至五共5件)

裝

主旨：公告111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式。

訂

依據：「全民健康保險法」第61條暨111年1月6日衛部保字第1100153541號函、111年1月12日衛部保字第1101260374號函。

公告事項：

一、111年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院醫療給付費用成長率與其他預算額度及相關分配，核定結果如下：

線

(一)整體醫療給付費用總額約8,095.62億元，較其110年度核定總額成長3.320%。

(二)四部門醫療給付費用總額相關分配(含地區預算)與其他預

算如下：

1、牙醫門診醫療給付費用總額約49,518.3百萬元，較其110年度核定總額成長2.756%，其中一般服務成長率為1.843%，專款項目全年經費為1,738.8百萬元(附件一)。

2、中醫門診醫療給付費用總額約29,690.7百萬元，較其110年度核定總額成長4.208%，其中一般服務成長率為4.176%，專款項目全年經費為979.8百萬元(附件二)。

3、西醫基層醫療給付費用總額約154,644.1百萬元，較其110年度核定總額成長2.744%，其中一般服務成長率為1.831%，專款項目全年經費為7,930.1百萬元，門診透析服務成長率為4.689%(附件三)。

4、醫院醫療給付費用總額約559,129.2百萬元，較其110年度核定總額成長3.504%，其中一般服務成長率為3.049%，專款項目全年經費為34,538.7百萬元，門診透析服務成長率為2.015%(附件四)。

5、其他預算額度為16,579.2百萬元，由中央健康保險署管控(附件五)。

二、111年度全民健康保險醫療給付費用總額之計算公式如下：

(一) 111年度全民健保醫療給付費用總額= [110年度部門別醫療給付費用×(1+111年度部門別醫療給付費用成長率)]之合計＋111年度其他預算醫療給付費用

(二)111年度全民健保醫療給付費用總額成長率=(111年度核定之全民健保醫療給付費用總額－110年度核定之全民健保醫療給付費用總額)/110年度核定之全民健保醫療給付費用總額

註：

1、部門別為牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。

2、西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

部長陳時中

附件一

111 年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

111 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 110 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1＋111 年度一般服務成長率)＋111 年度專款項目經費

註：校正後 110 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 110 年第 2 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度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。

二、總額協商結論：

(一)一般服務成長率為 1.843%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 0.270%，協商因素成長率 1.573%。

(二)專款項目全年經費為 1,738.8 百萬元。

(三)前述二項額度經換算，111 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較 110 年度所核定總額成長 2.756%。各細項成長率及金額，如表 1。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 111 年 7 月底前提報執行情形，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)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

1.地區預算：

(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 1.164 億元)移撥 12.324 億元，作為特定用途移撥款，用於牙醫門診總額之「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「特殊醫療服務計畫」、「弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」、「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」及「牙周病統合治療方案」等 5 項特定用途，移撥經費若有剩餘，優先用於「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」，若再有剩餘，則回歸一般服務費用。

②扣除上開移撥費用後，預算 100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。

(3)所涉執行面及計算(含特定用途移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定之，其中特定用途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牙醫門診總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。

2.高風險疾病口腔照護(0.863%)：

(1)執行目標：111 年服務高風險疾病患者 270,000 人。預期效益之評估指標：高風險患者利用全口牙結石清除之比率，111~113 年分別為 40%、45%、50%。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同牙醫門診總額相關團體，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。

②依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之

額度。

③檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。

3.提升假日就醫可近性(0.314%)：

請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，辦理下列事項：

(1)加強改善民眾假日就醫不便情形，提升診所假日開診率及民眾假日就醫可近性，並訂定相關「執行目標」及「預期效益之評估指標」，如下：

執行目標：

①111 年提升假日就醫之急症處置服務人次：

A.牙醫急症處置 92093B：服務 17,435 人次。

B.週六、週日及國定假日牙醫門診急症處置 92094C：服務 412,089 人次。

C.牙齒外傷急症處理 92096C：服務 915 人次。

②全國假日提供看診服務之院所數較 108 年增加 60 家。

預期效益之評估指標：接受治療者，其整體就醫滿意度提升。

(2)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。

4.其他醫療服務利用及密集度之改變(0.443%)。

5.109 年度全面提升感染管制品質未達協定事項之扣款(-0.024%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)會同牙醫門診總額相關團體，加強牙醫院所感染管制品質之查核與輔導，並提高實地訪查之抽查比率，儘速達成 100%院所符合加強感染管制之標

準。

(2)持續監測全面提升感染管制品質之執行結果(含申報及查核結果)，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告，並納入 112 年度總額協商之參據。

6.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.023%)：

(1)為提升同儕制約精神，請加強內部稽核機制。

(2)本項不列入 112 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 1,738.8 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同牙醫門診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 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成。

1.醫療資源不足地區改善方案：全年經費 280 百萬元，持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。

2.牙醫特殊醫療服務計畫：

(1)全年經費 672.1 百萬元。

(2)辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者(含社區醫療網)、老人長期照顧暨安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務。

3.牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫：

(1)全年經費 12 百萬元。

(2)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，持續監測執行結果，以評估照護成效。

4.0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫：

(1)全年經費 60 百萬元，本項經費不應支付預防保健相關服務。

(2)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，檢討計畫內容，並監測執行結果及評估照護成效。

5.12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫：

(1)全年經費 271.5 百萬元。

(2)執行目標：111 年服務 12~18 歲少年 900,000 人次。

預期效益之評估指標：提升全國 12~18 歲少年牙醫就醫率不低於該年齡層 108 年牙醫就醫率，111~113 年分別為 40%、50%、60%。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同牙醫門診總額相關團體研訂具體實施方案，並於 110 年 12 月底前提報全民健康保險會同意後執行。

②依 111 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。

6.高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫：

(1)全年經費 184 百萬元。

(2)執行目標：111 年服務高齲齒病患(曾接受過複合體填補處置) 92,000 人。

預期效益之評估指標：高齲齒病患利用塗氟(完整塗氟 4 次)之比率，111~113 年分別為 30%、35%、40%。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同牙醫門診總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用與管控措施，並提全民健康保險會報告。

②檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。

7.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費 168 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、提升牙醫院所參與率、檢驗(查)結果上傳率及門診雲端藥歷查詢率，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。

8.品質保證保留款：

(1)全年經費 91.2 百萬元。

(2)原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4 百萬元)，與 111 年度品質保證保留款(91.2 百萬元)合併運用(計 207.6 百萬元)。

(3)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，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。

表 1　111 年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表

項目			成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
一般服務					
醫療服務成本及人口因素成長率			***0.270%***	***126.7***	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		*0.136%*		
	人口結構改變率		*0.309%*		
	醫療服務成本指數改變率		*-0.175%*		
協商因素成長率			***1.573%***	***738.1***	請於 111 年 7 月底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；實施成效並納入下年度總額協商考量。
	其他醫療服務利用及密集度之改變	高風險疾病口腔照護(111 年新增項目)	*0.863%*	*405.0*	1.執行目標：111 年服務高風險疾病患者 270,000 人。 預期效益之評估指標：高風險患者利用全口牙結石清除之比率，111~113 年分別為 40%、45%、50%。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同牙醫門診總額相關團體，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。 (2)依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。 (3)檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。
		提升假日就醫可近性(111 年新增項目)	*0.314%*	*147.1*	請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，辦理下列事項： 1.加強改善民眾假日就醫不便情形，提升診所假日開診率

項目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
				及民眾假日就醫可近性，並訂定相關「執行目標」及「預期效益之評估指標」，如下： 執行目標： (1)111 年提升假日就醫之急症處置服務人次： ①牙醫急症處置 92093B：服務 17,435 人次。 ②週六、週日及國定假日牙醫門診急症處置 92094C：服務 412,089 人次。 ③牙齒外傷急症處理 92096C：服務 915 人次。 (2)全國假日提供看診服務之院所數較 108 年增加 60 家。 預期效益之評估指標：接受治療者，其整體就醫滿意度提升。 2.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。
其他醫療服務利用及密集度之改變		*0.443%*	*208.0*	
其他議定項目	109 年度全面提升感染管制品質未達協定事項之扣款 (111 年新增項目)	*-0.024%*	*-11.4*	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.會同牙醫門診總額相關團體，加強牙醫院所感染管制品質之查核與輔導，並提高實地訪查之抽查比率，儘速達成 100%院所符合加強感染管制之標準。 2.持續監測全面提升感染管制品質之執行結果(含申報及查核結果)，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告，並

項目			成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
					納入 112 年度總額協商之參據。
		違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	*-0.023%*	*-10.6*	1.為提升同儕制約精神，請加強內部稽核機制。 2.本項不列入 112 年度總額協商之基期費用。
一般服務成長率[註1]		**增加金額**	***1.843%***	***864.8***	
		總金額		***47,779.5***	
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 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成，且均應於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
醫療資源不足地區改善方案			*280.0*	*0.0*	持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
牙醫特殊醫療服務計畫			*672.1*	*0.0*	辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者(含社區醫療網)、老人長期照顧暨安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務。
牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫			*12.0*	*0.0*	請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，持續監測執行結果，以評估照護成效。
0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫			*60.0*	*0.0*	1.本項經費不應支付預防保健相關服務。 2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，檢討計畫內容，並監測執行結果及評估照護成效。
12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫(111 年新增項目)			*271.5*	*271.5*	1.執行目標：111 年服務 12~18 歲少年 900,000 人次。 預期效益之評估指標：提升全國 12~18 歲少年牙醫就醫率不低於該年齡層 108 年牙

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			醫就醫率，111~113 年分別為 40%、50%、60%。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同牙醫門診總額相關團體研訂具體實施方案，並於 110 年 12 月底前提報全民健康保險會同意後執行。 (2)依 111 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。
高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫 (111 年新增項目)	*184.0*	*184.0*	1.執行目標：111 年服務高齲齒病患(曾接受過複合體填補處置) 92,000 人。 預期效益之評估指標：高齲齒病患利用塗氟(完整塗氟 4 次)之比率，111~113 年分別為 30%、35%、40%。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同牙醫門診總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用與管控措施，並提全民健康保險會報告。 (2)檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。
網路頻寬補助費用	*168.0*	*32.0*	1.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、提升牙醫院所參與率、檢驗(查)結果上傳率及門診雲端藥歷查詢率，並於 111 年 7 月底前提報

項目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
				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。
	品質保證保留款	*91.2*	*3.3*	1.原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4 百萬元)，與 111 年度品質保證保留款(91.2 百萬元)合併運用(計 207.6 百萬元)。 2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，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。
	專款金額	***1,738.8***	***490.8***	
較 110 年度核定總額成長率(一般服務+專款)[註2]	**增加金額**	***2.756%***	***1,355.6***	
	總金額		***49,518.3***	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 46,914.8 百萬元(含 110 年一般服務預算 46,942.1 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-96.7 百萬元與加回前 1 年度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 69.4 百萬元)。

2.計算「較 110 年度核定總額成長率」所採基期費用為 48,190.1 百萬元，其中一般服務預算為 46,942.1 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-96.7 百萬元及未加回前 1 年度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 69.4 百萬元)，專款為 1,248.0 百萬元。

3.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。

附件二

111 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

111 年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後 110 年度中醫門診一般服務醫療給付費用×(1＋111 年度一般服務成長率)＋111 年度專款項目經費

註：校正後 110 年度中醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 110 年第 2 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度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。

二、總額協商結論：

(一)一般服務成長率為 4.176%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.085%，協商因素成長率 3.091%。

(二)專款項目全年經費為 979.8 百萬元。

(三)前述二項額度經換算，111 年度中醫門診醫療給付費用總額，較 110 年度所核定總額成長 4.208%。各細項成長率及金額，如表 2。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 111 年 7 月底前提報執行情形，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)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

1.地區預算：

(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 22.8 百萬元)2.22%歸東區，97.78%歸其他五分區。

②五分區(不含東區)一般服務費用依下列參數占率分配：

A.各分區實際收入預算占率：66%。

B.各分區戶籍人口數占率：14%。

C.各分區每人於各分區就醫次數之權值占率：10%。

D.各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：4%。

E.各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。

F.偏鄉人口預算分配調升機制：1%。若有餘款則依「各分區實際收入預算占率」分配。

(3)所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定之。

(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中醫門診總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。

2.提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護(1.814%)：

(1)執行目標：111 年民眾使用針傷於疾病黃金治療期[註]醫療次數較 108 年多出 5%。

預期效益之評估指標：減少患者同期使用針傷於疾病黃金治療期[註]跨院所就醫次數 2%。

註：黃金治療期定義：自首次開立同一 ICD-10-CM 主診斷碼起 3 個月內(含跨院所)。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同中醫門診總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體規劃內容(含適應症及結果面指標)，及醫療利用監控與管理措施，並提全民健康保險會報告。

②依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。

3.其他醫療服務利用及密集度之改變(1.328%)。

4.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.051%)：

(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。

(二)專款項目：全年經費為 979.8 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同中醫門診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 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成。

1.醫療資源不足地區改善方案：全年經費 172 百萬元，持續辦理中醫師至無中醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。

2.西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：

(1)全年經費 252.7 百萬元。

(2)持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷及呼吸困難相關疾病中醫照護。

3.中醫提升孕產照護品質計畫：全年經費 81 百萬元。

4.兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：全年經費 21.6 百萬元。

5.中醫癌症患者加強照護整合方案：

(1)全年經費 245 百萬元。

(2)持續辦理「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」。

6.中醫急症處置：

(1)全年經費 5 百萬元。

(2)請提出強化利用率之策略，並檢討計畫執行情形，考量是否持續辦理。

7.中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫：全年經費 50 百萬元。

8.照護機構中醫醫療照護方案：

(1)全年經費 28 百萬元。

(2)執行目標：

①111 年至少 30 家院所參與服務。

②服務人次 15,000 人次，服務總天數 1,500 天。

預期效益之評估指標：照護機構接受中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫件數較未被照護前(108 年)之件數減少。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同中醫門診總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用監控與管理措施，並提全民健康保險會報告。

②依 111 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。

9.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費 98 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、提升門診雲端藥歷查詢率，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。

10.品質保證保留款：

(1)全年經費 26.5 百萬元。

(2)原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8 百萬元)，與 111 年度品質保證保留款(26.5 百萬元)合併運用(計 49.3 百萬元)。

(3)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，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。

表 2　111 年度中醫門診醫療給付費用協定項目表

項目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
一般服務				
醫療服務成本及人口因素成長率		***1.085%***	***299.0***	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		*0.136%*		
人口結構改變率		*0.756%*		
醫療服務成本指數改變率		*0.192%*		
協商因素成長率		***3.091%***	***851.8***	請於 111 年 7 月底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；實施成效並納入下年度總額協商考量。
其他醫療服務利用及密集度之改變	提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護 (111 年新增項目)	*1.814%*	*500.0*	1.執行目標：111 年民眾使用針傷於疾病黃金治療期[註]醫療次數較 108 年多出 5%。 預期效益之評估指標：減少患者同期使用針傷於疾病黃金治療期[註]跨院所就醫次數 2%。 註：黃金治療期定義：自首次開立同一 ICD-10-CM 主診斷碼起 3 個月內(含跨院所)。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同中醫門診總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體規劃內容(含適應症及結果面指標)，及醫療利用監控與管理措施，並提全民健康保險會報告。 (2)依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。
其他醫療服務利用及密集度之改變		*1.328%*	*365.9*	

項目			成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
	其他議定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	*-0.051%*	*-14.1*	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。
一般服務成長率[註1]		**增加金額**	***4.176%***	***1,150.8***	
		總金額		***28,710.9***	
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 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成，且均應於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
醫療資源不足地區改善方案			*172.0*	*31.4*	持續辦理中醫師至無中醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 1.腦血管疾病 2.顱腦損傷 3.脊髓損傷 4.呼吸困難相關疾病			*252.7*	*18.7*	持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷及呼吸困難相關疾病中醫照護。
中醫提升孕產照護品質計畫			*81.0*	*-9.0*	
兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫			*21.6*	*-2.4*	
中醫癌症患者加強照護整合方案			*245.0*	*0.0*	持續辦理「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」。
中醫急症處置			*5.0*	*-5.0*	請提出強化利用率之策略，並檢討計畫執行情形，考量是否持續辦理。
中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫			*50.0*	*0.0*	

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
照護機構中醫醫療照護方案 (111 年新增項目)	*28.0*	*28.0*	1.執行目標： (1)111 年至少 30 家院所參與服務。 (2)服務人次 15,000 人次，服務總天數 1,500 天。 預期效益之評估指標：照護機構接受中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫件數較未被照護前(108 年)之件數減少。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同中醫門診總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用監控與管理措施，並提全民健康保險會報告。 (2)依 111 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。
網路頻寬補助費用	*98.0*	*17.0*	1.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、提升門診雲端藥歷查詢率，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。

項目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
品質保證保留款		*26.5*	*1.3*	1.原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8 百萬元)，與 111 年度品質保證保留款(26.5 百萬元)合併運用(計 49.3 百萬元)。 2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，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。
專款金額		***979.8***	***80.0***	
較 110 年度核定總額成長率(一般服務＋專款)[註2]	**增加金額**	***4.208%***	***1,230.8***	
	總金額		***29,690.7***	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 27,560.0 百萬元(含 110 年一般服務預算 27,592.0 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-56.0 百萬元與加回前 1 年度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 24.0 百萬元)。

2.計算「較 110 年度核定總額成長率」所採基期費用為 28,491.8 百萬元，其中一般服務預算為 27,592.0 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-56.0 百萬元及未加回前 1 年度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 24.0 百萬元)，專款為 899.8 百萬元。

3.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。

附件三

111 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：

- 111 年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後 110 年度西醫基層一般服務醫療給付費用×(1＋111 年度一般服務成長率)＋111 年度專款項目經費＋111 年度西醫基層門診透析服務費用
- 111 年度西醫基層門診透析服務費用＝110 年度西醫基層門診透析服務費用×(1+111 年度成長率)

註：校正後 110 年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 110 年第 2 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度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。

二、總額決定結果：

經西醫基層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西醫基層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 1.831%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.176%，協商因素成長率 0.655%。

(二)專款項目全年經費為 7,930.1 百萬元。

(三)門診透析服務成長率為 4.689%。

(四)前述三項額度經換算，111 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 110 年度所核定總額成長 2.744%。各細項成長率及金額，如表 3。

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，依決定事項辦理，並於 111 年 7 月底前提報執行情形，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)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

1.地區預算：

(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 6 億元，作為風險調整移撥款。

②扣除上開移撥費用後，預算 68%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，32%依西醫基層總額支付制度開辦前一年(89 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(含風險調整移撥款用途與執行方式)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。

2.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.242%)：

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。

3.藥品及特材給付規定改變(0.296%)：

(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、調整與管控機制，並於 111 年 6 月底前提出專案報告。

4.促進醫療資源支付合理(0.101%)：

(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。

5.提升國人視力照護品質(0.097%)：

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。

(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。

6.移列精神科長效針劑藥費至專款項目(-0.009%)：

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。

7.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.072%)：

(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。

(二)專款項目：全年經費為 7,930.1 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，屬延續型計畫者應於 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成。

1.家庭醫師整合性照護計畫：

(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。

2.代謝症候群防治計畫：

(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論質計酬(pay for value)計畫：

(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：

(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：

(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)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：

(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費用結算。

8.鼓勵院所建立轉診合作機制：

(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：

(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：

(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：

(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：

(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費用結算。

13.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：

(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費用結算。

14.網路頻寬補助費用：

(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.精神科長效針劑藥費：

(1)全年經費 100 百萬元，其中 11 百萬元由一般服務費用移列。

(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。

16.品質保證保留款：

(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額度(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。

(三)門診透析服務：

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。

(4)請檢討末期病人使用透析服務之必要性。

表 3　111 年度西醫基層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	***1.176%***	***1,459.9***	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	*0.136%*		
人口結構改變率	*1.257%*		
醫療服務成本指數改變率	*-0.218%*		
協商因素成長率	***0.655%***	***812.0***	請於 111 年 7 月底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；實施成效並納入下年度總額協商考量。
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)	*0.242%*	*300.0*	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。

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	藥品及特材給付規定改變	*0.296%*	*367.0*	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、調整與管控機制，並於 111 年 6 月底前提出專案報告。
			促進醫療資源支付合理(111 年新增項目)	*0.101%*	*126.0*	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。
		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(111 年新增項目)	*0.097%*	*120.0*	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。

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.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。
		移列精神科長效針劑藥費至專款項目	*-0.009%*	*-11.0*	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。
	其他議定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	*-0.072%*	*-90.0*	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。
一般服務成長率[註1]		**增加金額**	***1.831%***	***2,271.9***	
		總金額		***126,417.3***	
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 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成，且均應於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
	家庭醫師整合性照護計畫		*3,948.0*	*278.0*	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。
	代謝症候群防治計畫(111 年新增項目)		*308.0*	*308.0*	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。

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.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。
提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫(111 年新增項目)	*9.7*	*9.7*	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。
西醫醫療資源不足地區改善方案	*317.1*	*0.0*	1.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。
C 型肝炎藥費	*292.0*	*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，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。
醫療給付改善方案	*805.0*	*150.0*	1.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。 2.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

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
			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。
強化基層照護能力及「開放表別」項目	*1,220.0*	*300.0*	1.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。 2.本項經費依實際執行扣除原基期點數併入一般服務費用結算。
鼓勵院所建立轉診合作機制	*258.0*	*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)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。
偏鄉地區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，並加強推廣，鼓勵醫師參與計畫。
罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	*30.0*	*-25.0*	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。

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。
後天免疫缺乏病毒治療藥費	*30.0*	*-25.0*	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.請中央健康保險署檢視本項費用支用之合理性。
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*	本項經費依實際執行併入一般服務費用結算。
新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	*178.0*	*0.0*	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費用結算。
網路頻寬補助費用	*253.0*	*39.0*	1.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。
精神科長效針劑藥費(111 年新增項目)	*100.0*	*100.0*	1.其中 11 百萬元由一般服務費用移列。 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。

項目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
品質保證保留款		*120.3*	*4.5*	1.原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(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)。 2.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。
專款金額		***7,930.1***	***1,139.2***	
較 110 年度核定總額成長率(一般服務＋專款)[註2]	**增加金額**	***2.456%***	***3,411.1***	
	總金額		***134,347.4***	
門診透析服務	增加金額	*4.689%*	*909.1*	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。

項目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
	總金額		*20,296.7*	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。
較 110 年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析)[註3]	**增加金額**	***2.744%***	***4,320.2***	
	總金額		***154,644.1***	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 124,144.2 百萬元(含 110 年一般服務預算 124,336.1 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-253.7 百萬元與加回前 1 年度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 61.8 百萬元)。

2.計算「較 110 年度核定總額成長率(一般服務+專款)」所採基期費用為 131,127.0 百萬元，其中一般服務預算為 124,336.1 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-253.7 百萬元及未加回前 1 年度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 61.8 百萬元)，專款為 6,790.9 百萬元。

3.計算「較110年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析)」所採基期費用為150,514.6百萬元，其中一般服務預算為124,336.1百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-253.7百萬元及未加回前1年度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61.8百萬元)，專款為6,790.9百萬元，門診透析為19,387.6百萬元(已扣除移列至醫院總額專款「腹膜透析追蹤處置費及APD租金」0.04百萬元)。

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。

附件四

111 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

- 111 年度醫院醫療給付費用總額＝校正後 110 年度醫院一般服務醫療給付費用×(1＋111 年度一般服務成長率)＋111 年度專款項目經費＋111 年度醫院門診透析服務費用
- 111 年度醫院門診透析服務費用＝110 年度醫院門診透析服務費用×(1+111 年度成長率)

註：校正後 110 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 110 年第 2 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度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。

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 3.049%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.922%，協商因素成長率 1.127%。

(二)專款項目全年經費為 34,538.7 百萬元。

(三)門診透析服務成長率為 2.015%。

(四)前述三項額度經換算，111 年度醫院醫療給付費用總額，較 110 年度所核定總額成長 3.504%。各細項成長率及金額，如表 4。

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 111 年 7 月底前提報執行情形，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)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

1.地區預算

(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 億元，作為風險調整移撥款，鼓勵各區就轄內醫療資源需求進行最適之整合及規劃，以持續推動區域間平衡發展。

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。

A.門診服務(不含門診透析服務)：

預算 51%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，49%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。

B.住診服務：

預算 45%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，55%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。

C.各地區門、住診服務，經依A、B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。

2.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.616%)：

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。

3.藥品及特材給付規定改變(0.134%)：

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。

4.促進醫療資源支付合理(0.019%)：

配合西醫基層總額「提升國人視力照護品質」項目，增編本項經費。

5.持續推動分級醫療，壯大社區醫院(0.205%)：

(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，優先用於反映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.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(0.411%)：

(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，優先用於反映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。

7.配合 110 年牙醫門診總額調整支付標準所需費用(0.0004 %)：

經費 2.1 百萬元，用於因應 110 年度牙醫門診總額於協商因素編列經費增修診療項目，預估於醫院總額增加之費用。

8.移列精神科長效針劑藥費至專款項目(-0.255%)：

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。

9.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.003%)：

(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。

(二)專款項目：全年經費為 34,538.7 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 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成。

1.C 型肝炎藥費：

(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：

(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：

(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：

(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)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 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：

(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)：

(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費用結算。

8.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

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：

全年經費 1,100 百萬元。

10.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.網路頻寬補助費用：

(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：

(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：

(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：

(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。

15.精神科長效針劑藥費：

(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。

16.品質保證保留款：

(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 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。

(三)門診透析服務：

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。

(4)請檢討末期病人使用透析服務之必要性。

表 4　111 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	***1.922%***	***9,354.2***	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	*0.136%*		
人口結構改變率	*2.042%*		
醫療服務成本指數改變率	*-0.258%*		
協商因素成長率	***1.127%***	***5,488.6***	請於 111 年 7 月底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；實施成效並納入下年度總額協商考量。
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)	*0.616%*	*3,000.0*	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。

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	藥品及特材給付規定改變	*0.134%*	*650.0*	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。
			促進醫療資源支付合理(111年新增項目)	*0.019%*	*94.0*	配合西醫基層總額「提升國人視力照護品質」項目，增編本項經費。
		其他醫療服務利用及密集度之改變	持續推動分級醫療，壯大社區醫院	*0.205%*	*1,000.0*	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，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成30%。

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。
	其他醫療服務利用及密集度之改變	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	*0.411%*	*2,000.0*	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，優先用於反映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。
		配合 110 年牙醫門診總額調整支付標準所需費用 (111 年新增項目)	*0.0004%*	*2.1*	用於因應 110 年度牙醫門診總額於協商因素編列經費增修診療項目，預估於醫院總額增加之費用。
		移列精神科長效針劑藥費至專款項目	*-0.255%*	*-1,241.0*	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。
	其他議定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	*-0.003%*	*-16.5*	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。
一般服務成長率[註1]		**增加金額**	***3.049%***	***14,842.8***	
		總金額		***501,532.1***	

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
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 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成，且均應於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
C 型肝炎藥費	*3,428.0*	*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。
罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	*12,807.0*	*1,108.0*	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。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
後天免疫缺乏病毒治療藥費	*5,257.0*	*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。
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	*5,208.06*	*81.06*	1.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，

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
			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。
醫療給付改善方案	*1,495.1*	*127.1*	1.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 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。 2.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」。 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。
急診品質提升方案	*300.0*	*54.0*	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。
鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	*210.0*	*0.0*	1.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費用結算。
醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	*100.0*	*0.0*	本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	*1,100.0*	*0.0*	

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
鼓勵院所建立轉診合作機制	*224.7*	*-175.3*	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)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。
網路頻寬補助費用	*200.0*	*73.0*	1.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。
腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金 (111 年新增項目)	*15.0*	*15.0*	1.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。

項目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
	住院整合照護服務試辦計畫 (111 年新增項目)	*300.0*	*300.0*	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。
	鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫 (111 年新增項目)	*300.0*	*300.0*	1.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。
	精神科長效針劑藥費 (111 年新增項目)	*2,664.0*	*2,664.0*	1.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。
	品質保證保留款	*929.8*	*49.4*	1.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 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)。 2.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。
	專款金額	***34,538.7***	***4,596.3***	
較 110 年度核定總額成長率(一般服務＋專款)[註2]	**增加金額**	***3.569%***	***19,439.1***	
	總金額		***536,070.8***	

<table>
<tr><th colspan="2">項目</th><th>成長率(%)或金額(百萬元)</th><th>預估增加金額(百萬元)</th><th>決定事項</th></tr>
<tr><td rowspan="2">門診透析服務</td><td>增加金額</td><td rowspan="2">2.015%</td><td>455.5</td><td rowspan="2">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。</td></tr>
<tr><td>總金額</td><td>23,058.4</td></tr>
</table>

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)請檢討末期病人使用透析服務之必要性。
較 110 年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析)[註3]	**增加金額**	***3.504%***	***19,894.5***	
	總金額		***559,129.2***	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 486,692.9 百萬元(含 110 年一般服務預算 487,655.2 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-976.1 百萬元與加回前 1 年度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 13.7 百萬元)。

2.計算「較 110 年度核定總額成長率(一般服務+專款)」所採基期費用為 517,597.6 百萬元，其中一般服務預算為 487,655.2 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-976.1 百萬元及未加回前 1 年度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 13.7 百萬元)，專款為 29,942.4 百萬元。

3.計算「較110年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析)」所採基期費用為540,200.6百萬元，其中一般服務預算為487,655.2百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-976.1百萬元及未加回前1年度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13.7百萬元)，專款為29,942.4百萬元、門診透析為22,603.0百萬元(已扣除移列至醫院總額專款「腹膜透析追蹤處置費及APD租金」4.04百萬元)。

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。

附件五

111 年度全民健康保險其他預算及其分配

一、總額協商結論：

(一)111 年度其他預算增加 426 百萬元，預算總額度為 16,579.2 百萬元，由中央健康保險署管控，各細項分配，如表 5。

(二)請中央健康保險署依協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 110 年 11 月底前完成，新增項目原則於 110 年 12 月底前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。

2.請於 111 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目應包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效並納入 112 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)持續檢討經費動支條件，建立長期效益評估指標，並監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)及評估執行效益。

(2)提出「基層總額轉診型態調整費用」之未來規劃與期程(含退場)。

(3)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 111 年 7 月底前提出專案報

告。

(二)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：

1.全年經費 605.4 百萬元。

2.請中央健康保險署定期檢討山地離島地區醫療利用情形，並精進執行方案；另請儘速推動山地鄉論人計酬試辦計畫。

(三)居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務：

1.全年經費 7,300 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)為強化精神社區復健照護體系，請整體檢討精神疾病社區復健相關支付標準之合理性，及精神復健機構於健保政策下之定位。

(2)檢討居家醫療訪視費支付標準之合理性，並朝分級支付方向調整，以鼓勵急重症、緊急往返及困難疾病之照護。

(3)訂定反映居家醫療照護品質及效益之績效指標(如減少急診、住院之醫療利用等)，於 111 年 7 月底前將執行結果提全民健康保險會報告。

(四)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：全年經費 290 百萬元。

(五)支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款項目不足之經費：

1.全年經費 1,900 百萬元。

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新科技等之財源之一。

(六)推動促進醫療體系整合計畫：

1.全年經費 450 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「遠距醫療會診」，請中央健康保險署檢討執行情形及辦理方式，以提升執行成效。

3.因應新興傳染性疾病，請中央健康保險署儘速研議遠距醫療會診執行及管理策略，並審慎規劃及執行急重症轉診網絡之遠距會診醫療服務。

(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 1,000 百萬元。

2.經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。

(八)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：

1.全年經費 1,500 百萬元。

2.四部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目經費如有不足，由本項預算剩餘款支應。

3.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。

4.新增提升院所智慧化資訊機制：

執行目標：提升檢驗所(與西醫基層診所合併計算)資料上傳率達 50%。

預期效益之評估指標：西醫基層於 20 類檢查(驗)同病人 28 天內再檢查率，較 108 年下降 10%。

(九)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 1,653.8 百萬元。

2.請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督。

(十)腎臟病照護及病人衛教計畫：

1.全年經費 450 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。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)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。

(2)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。

(十一)提升保險服務成效：

1.全年經費 600 百萬元。

2.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)精進提升保險服務成效之評估指標，以反映實施成效及節流效益。

(2)於協商 112 年度總額前檢討實施成效，及預算編列之妥適性，提出節流效益並納入該年度總額預算財

源。

(3)請於 111 年 7 月底前提出成效評估報告。

(十二)提升用藥品質之藥事照護計畫：

1.全年經費 30 百萬元。

2.執行目標：年度預計服務達 3 萬人次。

預期效益之評估指標：收案保險對象使用藥品品項數，較照護前(108 年)下降 10%。

表 5　111 年度其他預算協定項目表

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
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110年11月底前完成，新增項目原則於110年12月底前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。 2.請於111年7月底前提報執行情形，延續性項目應包含前1年成效評估檢討報告；實施成效並納入下年度總額協商考量。
基層總額轉診型態調整費用	*800.0*	*-200.0*	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)持續檢討經費動支條件，建立長期效益評估指標，並監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)及評估執行效益。 (2)提出「基層總額轉診型態調整費用」之未來規劃與期程(含退場)。 (3)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111年7月底前提出專案報告。
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	*605.4*	*-50.0*	請中央健康保險署定期檢討山地離島地區醫療利用情形，並精進執行方案；另請儘速推動山地鄉論人計酬試辦計畫。
居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務	*7,300.0*	*756.0*	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)為強化精神社區復健照護體系，請整體檢討精神疾病社區復健相關支付標準之合理性，及精神復健機構

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			於健保政策下之定位。 (2)檢討居家醫療訪視費支付標準之合理性，並朝分級支付方向調整，以鼓勵急重症、緊急往返及困難疾病之照護。 (3)訂定反映居家醫療照護品質及效益之績效指標(如減少急診、住院之醫療利用等)，於111年7月底前將執行結果提全民健康保險會報告。
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*	
支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費	*1,900.0*	*-950.0*	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新科技等之財源之一。
推動促進醫療體系整合計畫	*450.0*	*50.0*	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「遠距醫療會診」，請中央健康保險署檢討執行情形及辦理方式，以提升執行成效。 2.因應新興傳染性疾病，請中央健康保險署儘速研議遠距醫療會診執行及管理策略，並審慎規劃及執行急重症轉診網絡之遠距會診醫療服務。
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	*1,000.0*	*0.0*	經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
提升院所智慧化資訊機制(111年新增項目)、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用	*1,500.0*	*520.0*	1.四部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目經費如有不足，由本項預算剩餘款支應。 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。 3.新增提升院所智慧化資訊機制： 執行目標：提升檢驗所(與西醫基層診所合併計算)資料上傳率達50%。 預期效益之評估指標：西醫基層於20類檢查(驗)同病人28天內再檢查率，較108年下降10%。
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	*1,653.8*	*0.0*	請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督。
腎臟病照護及病人衛教計畫	*450.0*	*0.0*	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。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)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。 (2)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。
提升保險服務成效	*600.0*	*300.0*	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.精進提升保險服務成效之評估指標，以反映實施成效及節流效益。 2.於協商112年度總額前檢討實施成效，及預算編列之妥適性，提出節流

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			效益並納入該年度總額預算財源。 3.請於111年7月底前提出成效評估報告。
提升用藥品質之藥事照護計畫	*30.0*	*0.0*	執行目標：年度預計服務達3萬人次。 預期效益之評估指標：收案保險對象使用藥品品項數，較照護前(108年)下降10%。
總 計	***16,579.2***	***426.0***	