

## 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	
<b>一般服務</b>				
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

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
其他醫療服務 利用及 集中度 之 改變				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。
	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。
	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 <sup>*1</sup>	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
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>			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) <sup>註 2</sup>	增加金額	19,439.1	
	總金額	536,070.8	
	3.569%		

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
門診透析服務	增加金額	2.015%	455.5	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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%。</li> <li>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。</li> <li>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： <ol style="list-style-type: none"> <li>(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。</li> <li>(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。</li> <li>(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。</li> </ol> </li> </ol>
	總金額		23,058.4	

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) <sup>註3</sup>	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。