

113 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

■113 年度醫院醫療給付費用總額＝校正後 112 年度醫院一般服務醫療給付費用×(1+113 年度一般服務成長率) +113 年度專款項目經費+113 年度醫院門診透析服務費用

■113 年度醫院門診透析服務費用＝112 年度醫院門診透析服務費用×(1+113 年度成長率)

註：校正後 112 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 112 年第 7 次委員會議決定，校正投保人口預估成長率差值、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，及扣除「111 年未導入預算扣減」部分(醫院總額 111 年度未有本項扣減金額)。

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 5.388%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 4.179%，協商因素成長率 1.209%。

(二)專款項目全年經費為 45,078.2 百萬元。

(三)門診透析服務成長率為 1.586%。

(四)前述三項額度經換算，113 年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長 4.700%。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，依決定事項辦理，並於 113 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 114 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。

(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52%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，48%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45%依各地區校正「人口風險因子」後之保險對象人數，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。

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、保障點

值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(包括新增診療項目、新藥及新特材等)
(0.875%，預估增加 4,463 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，於 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於總額協商前，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)對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，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(0.270%，預估增加 1,377 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，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。於 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。

(2)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；並請於 113 年 7 月前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。

3.提升醫院兒童急重症照護量能(0.066%，預估增加 338 百萬元)(113 年新增項目)：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，於 113 年度總額公告後，提出相關計畫內容(含關鍵績效指標、執

行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃)，提報至全民健康保險會最近1次委員會議確認。

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(-0.002%，減少 12.1 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。

(2)本項不列入 114 年度總額協商之基期費用。

(三)專款項目：全年經費為 45,078.2 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 112 年 11 月前完成，新增計畫原則於 112 年 12 月前完成。

1.暫時性支付(新藥、新特材)(113 年新增項目)：

(1)全年經費 2,429.9 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：在額度內妥為管理運用，於 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出具體實施規劃(包含執行及費用支付方式、預算估算、擬暫時收載年限、療效評估與退場機制等)及作業時程，俾落實管控。

2.C 型肝炎藥費：

(1)全年經費 2,224 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，並於協商 114 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。

3.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

- (1)全年經費 15,108 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。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
- 4.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：
- (1)全年經費 5,580 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。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
- 5.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，本項經費如有不足，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本項專款項目已穩定執行多年，請規劃回歸一般服務，並持續監測服務量變化情形。
 - ②提報之執行情形，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。
- 6.醫療給付改善方案：
- (1)全年經費 1,814.1 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、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(含抗凝血藥品藥師門診方案)、生物相似性藥品等 10 項方案。
 - (3)請中央健康保險署通盤檢討各項方案照護成效不佳

之原因，研議具體改善策略，朝向「以人為中心」提供整合式服務，並檢討品質指標之獎勵效果，以提升執行成效。

(4)對於執行穩定且具成效的項目，宜回歸一般服務費用與相關醫療處置銜接。

7.急診品質提升方案：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①精進方案執行內容，檢討獎勵方式，對實質提升急診處置效率及急診重大疾病照護品質者予以獎勵，並於額度內妥為管理運用，以提升執行成效。

②提報之成效評估檢討報告，應含急診處置效率及急診重大疾病照護品質相關監測指標。

8.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

(1)全年經費 210 百萬元。

(2)請中央健康保險署積極推動 DRGs 雙軌方案，以醫院為單位進行試辦，早日完成全面導入 DRGs 支付制度。

9.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 115 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醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，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 1,300 百萬元。

(2)請中央健康保險署確實檢討當地民眾之醫療需求與特性，及其醫療利用情形，並精進計畫內容及提升醫療服務可近性。

11.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)請中央健康保險署檢討獎勵方式及支付誘因，納入醫病共享決策之精神，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效。

12.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檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率。
 - ②於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。
 - ③請確實依退場期程(110~114 年)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。

13.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)本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。

14.住院整合照護服務試辦計畫：

- (1)全年經費 560 百萬元。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①加強計畫之推動，發展提升整體照護成效之整合照護服務模式及評估整合服務成效，並持續建立多元品質監測指標，包括病人安全(如：院內感染、

跌倒發生率)、照護聘任模式、照護人力狀況、民眾使用意向及實際收費情形等結果面指標。

②提報之成效評估檢討報告，應含多元品質監測指標監測結果。

15.精神科長效針劑藥費：

(1)全年經費 2,664 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，提升執行成效，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用。

16.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，檢討醫院評比獎勵方式及獎勵標準設定之合理性，以利檢討改善。

17.因應長新冠照護衍生費用：

(1)全年經費 128 百萬元。

(2)請中央健康保險署持續監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。

(3)本項支出如達動支條件，依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。

18.因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增：

(1)全年經費 500 百萬元。

(2)本項以 3~5 年為檢討期限，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，則請最遲於 116 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。

(3)本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務費

用結算。

19.促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)：

(1)全年經費 2,669 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①於 112 年 11 月前將具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)及執行情形提報全民健康保險會。

②本項以 3 年為檢討期限(112~114 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 3 年(114 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。

(3)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。

20.癌症治療品質改善計畫：

(1)全年經費 414 百萬元，本項經費得與西醫基層、牙醫門診總額同項專款相互流用。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質。

②請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

③本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 4 年(115 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。

21.慢性傳染病照護品質計畫：

(1)全年經費 180 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①於額度內妥為管理運用，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

②精進計畫內容，建立完整之個案照護銜接及追蹤機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，提升照護品質。

③本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 4 年(115 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。

22.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能：

(1)全年經費 500 百萬元，本項預算用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。

(2)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，持續滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效，並定期提報執行情形。

23.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能：

(1)全年經費 1,000 百萬元，本項預算用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。

(2)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，持續滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效，並定期提報執行情形。

24.地區醫院全人全社區照護計畫(113 年新增項目)：

(1)全年經費 500 百萬元。

(2)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體辦理下列

事項：

- ①於 113 年度總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
- ②以 5 年為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 5 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

25.區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作(113 年新增項目)：

- (1)全年經費 81 百萬元。
- (2)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體辦理下列事項：
 - ①於 113 年度總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
 - ②以 5 年為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 5 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

26.區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作(113 年新增項目)：

- (1)全年經費 127 百萬元。
- (2)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體辦理下列事項：
 - ①於 113 年度總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

- ②以 5 年為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 5 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

27. 抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫(113 年新增項目)：

- (1) 全年經費 225 百萬元。
- (2) 請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，於 113 年度總額公告後，提出相關計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

28. 品質保證保留款：

- (1) 全年經費 501.5 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 113 年度品質保證保留款(501.5 百萬元)合併運用(計 890.2 百萬元)。
- (3) 請中央健康保險署積極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。

(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 1.586%。

- 3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 45,995.3 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質，其中 300 百萬元不得流用於一般服務。
- 4.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)請鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，以提升透析病人生活品質。
 - (2)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。
 - (3)鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質之具體實施方案請於 112 年 11 月前完成，並於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

附表 113 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	4.179%	21,325.0	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	-0.757%			
人口結構改變率	2.034%			
醫療服務成本指數改變率	2.940%			
協商因素成長率	1.209%	6,165.9	請於 113 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 114 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(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	0.875%	4,463.0	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，於 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於總額協商前，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. 對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，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	0.270%	1,377.0	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，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。於 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議

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				提出規劃之調整項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。 2.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；並請於 113 年 7 月前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。
其他醫療服務利用密度之改變	3. 提升醫院兒童急重症照護量能 (113 年新增項目)	0.066%	338.0	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，於 113 年總額公告後，提出相關計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
其他議定項目	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	-0.002%	-12.1	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 114 年度總額協商之基期費用。
一般服務成長率 ^{#2}	增加金額	5.388%	27,490.9	
	總金額		537,784.8	
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 112 年 11 月前完成，新增計畫原則於 112 年 12 月前完成，且均應於 113 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) (113 年新增項目)		2,429.9	2,429.9	請中央健康保險署辦理下列事項：在額度內妥為管理運用，於 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
			議提出具體實施規劃(包含執行及費用支付方式、預算估算、擬暫時收載年限、療效評估與退場機制等)及作業時程，俾落實管控。
2.C型肝炎藥費	2,224.0	-1,204.0	<ol style="list-style-type: none"> 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，並於協商114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。
3.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	15,108.0	1,165.0	<ol style="list-style-type: none"> 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。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
4.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	5,580.0	323.0	<ol style="list-style-type: none"> 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。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
5.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,208.06	0.0	<ol style="list-style-type: none"> 1.本項經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署辦理下列

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
			事項： (1)本項專款項目已穩定執行多年，請規劃回歸一般服務，並持續監測服務量變化情形。 (2)提報之執行情形，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。
6.醫療給付改善方案	1,814.1	170.7	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(含抗凝血藥品藥師門診方案)、生物相似性藥品等10項方案。 2.請中央健康保險署通盤檢討各項方案照護成效不佳之原因，研議具體改善策略，朝向「以人為中心」提供整合式服務，並檢討品質指標之獎勵效果，以提升執行成效。 3.對於執行穩定且具成效的項目，宜回歸一般服務費用與相關醫療處置銜接。
7.急診品質提升方案	300.0	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.精進方案執行內容，檢討獎勵方式，對實質提升急診處置效率及急診重大疾病照護品質者予以獎勵，並於額度內妥為管理運用，以提升執行成效。 2.提報之成效評估檢討報告，應含急診處置效率及急診重大疾病照護品質相關監測指標。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
8.鼓勵繼續推動住院 診斷關聯群(DRGs)	210.0	0.0	請中央健康保險署積極推動DRGs 雙軌方案，以醫院為單位進行試辦，早日完成全面導入DRGs 支付制度。
9.醫院支援西醫醫療 資源不足地區改善 方案	115.0	15.0	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醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，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	1,300.0	200.0	請中央健康保險署確實檢討當地民眾之醫療需求與特性，及其醫療利用情形，並精進計畫內容及提升醫療服務可近性。
11.鼓勵院所建立轉診 合作機制	224.7	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.請中央健康保險署檢討獎勵方式及支付誘因，納入醫病共享決策之精神，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效。
12.網路頻寬補助費用	200.0	0.0	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及檢驗(查)結果上傳率。 (2)於協商 114 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。 (3)請確實依退場期程(110~114 年)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於 113 年 7 月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)	決定事項
13.腹膜透析追蹤處置費及APD租金	15.0	0.0	1.用於住院病人之腹膜透析追蹤處置費及APD租金。 2.本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。
14.住院整合照護服務試辦計畫	560.0	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.加強計畫之推動，發展提升整體照護成效之整合照護服務模式及評估整合服務成效，並持續建立多元品質監測指標，包括病人安全(如：院內感染、跌倒發生率)、照護聘任模式、照護人力狀況、民眾使用意向及實際收費情形等結果面指標。 2.提報之成效評估檢討報告，應含多元品質監測指標監測結果。
15.精神科長效針劑藥費	2,664.0	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，提升執行成效，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用。
16.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，檢討醫院評比獎勵方式及獎勵標準設定之合理性，以利檢討改善。
17.因應長新冠照護衍生費用	128.0	88.0	1.請中央健康保險署持續監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。 2.本項支出如達動支條件，依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
18.因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增	500.0	-500.0	1.本項以 3~5 年為檢討期限，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，則請最遲於 116 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。 2.本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。
19.促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)	2,669.0	669.0	1.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)於 112 年 11 月前將具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)及執行情形提報全民健康保險會。 (2)本項以 3 年為檢討期限(112~114 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 3 年(114 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。 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。
20.癌症治療品質改善計畫	414.0	12.0	1.本項經費得與西醫基層、牙醫門診總額同項專款相互流用。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
			<p>面監督，確保癌症治療照護品質。</p> <p>(2)請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。</p> <p>(3)本計畫以4年為檢討期限(112~115年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第4年(115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>
21.慢性傳染病照護品質計畫	180.0	0.0	<p>1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)於額度內妥為管理運用，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。</p> <p>(2)精進計畫內容，建立完整之個案照護銜接及追蹤機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，提升照護品質。</p> <p>(3)本計畫以4年為檢討期限(112~115年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第4年(115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>
22.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能	500.0	0.0	<p>1.本項預算用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。</p> <p>2.請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，持續滾動式</p>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
			檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效，並定期提報執行情形。
23.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能	1,000.0	0.0	<ol style="list-style-type: none"> 1.本項預算用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能，而非保障點值。 2.請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，持續滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效，並定期提報執行情形。
24.地區醫院全人全社區照護計畫 (113年新增項目)	500.0	500.0	<p>請中央健康保險署會同醫院總額相關團體辦理下列事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.於 113 年度總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。 2.以 5 年為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 5 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
25.區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作 (113年新增項目)	81.0	81.0	<p>請中央健康保險署會同醫院總額相關團體辦理下列事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.於 113 年度總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。 2.以 5 年為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 5 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
26.區域聯防-腦中風 經動脈內取栓術病 患照護跨院合作 (113年新增項目)		127.0	127.0	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體辦理下列事項： 1.於 113 年度總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。 2.以 5 年為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 5 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
27.抗微生物製劑管理 及感染管制品質提 升計畫 (113年新增項目)		225.0	225.0	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，於 113 年度總額公告後，提出相關計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
28.品質保證保留款		501.5	-473.8	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 113 年度品質保證保留款(501.5 百萬元)合併運用(計 890.2 百萬元)。 2.請中央健康保險署積極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		45,078.2	3,827.8	
較基期成長率 (一般服務+專款) ¹²³	增加金額	4.832%	31,318.7	
	總金額		582,863.0	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
門診透析服務	增加金額		374.5	<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，並統為運用。</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 1.586%。</p> <p>3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 45,995.3 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質，其中 300 百萬元不得流用於一般服務。</p> <p>4.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)請鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，以提升透析病人生活品質。</p> <p>(2)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>(3)鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質之具體實施方案請於 112 年 11 月前完成，並於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。</p>
	總金額	1.586%	23,987.5	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
較基期成長 率(一般服務+專 款+門診透析) ^{註4}	增加金額	4.700%	31,693.2	
	總金額		606,850.5	

註：1.依衛福部報奉行政院核定之總額設定公式，113年度總額之基期(採淨值)，係以112年度健保醫療給付費用，於一般服務扣除「111年未導入預算扣減」部分。

2.計算「一般服務成長率」所採基期費用為510,290.3百萬元(含112年一般服務預算為514,745.5百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-4,466.5百萬元、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11.4百萬元，未有需扣除111年未導入金額)。

3.計算「較113年度總額基期(採淨值)成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為555,995.9百萬元，其中一般服務預算為514,745.5百萬元(112年度健保醫療給付費用公告金額為514,745.5百萬元，未有需扣除111年未導入金額)，專款為41,250.5百萬元。

4.計算「較113年度總額基期(採淨值)成長率(一般服務+專款+門診透析)」，所採基期費用為579,608.9百萬元，其中一般服務預算為514,745.5百萬元(112年度健保醫療給付費用公告金額為514,745.5百萬元，未有需扣除111年未導入金額)，專款為41,250.5百萬元，門診透析為23,613.0百萬元。

5.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。

