

衛生福利部全民健康保險會
第 4 屆 108 年第 7 次委員會議事錄

中華民國 108 年 9 月 27 日

衛生福利部全民健康保險會第4屆108年第7次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國108年9月27日中午12時40分

貳、地點：本部301會議室(台北市忠孝東路6段488號3樓)

參、出席委員：(依委員姓名筆劃排序)

干委員文男

王委員棟源

中華民國牙醫師公會全國聯合會許常務理事世明(代理)

何委員語

吳委員國治

吳委員榮達

吳委員鴻來

李委員育家

中華民國全國中小企業總會范行政長秋芳(代理)

李委員偉強

周委員穎政

林委員敏華

林委員錫維

邱委員寶安

翁委員文能

馬委員海霞

商委員東福

張委員文龍

張委員煥禎

張委員澤芸

許委員美麗

許委員駢洪

陳委員有慶

陳委員旺全

陳委員炳宏

陳委員莉茵

黃委員金舜

中華民國藥師公會全國聯合會張秘書長文靜(代理)

黃委員啟嘉

中華民國醫師公會全國聯合會羅副秘書長浚暉(代理)

葉委員宗義

趙委員銘圓

蔡委員明鎮

台灣總工會陳副理事長錦煌(代理)

蔡委員登順
鄭委員建信
盧委員瑞芬
賴委員進祥
謝委員佳宜
謝委員武吉
羅委員莉婷

肆、請假人員：

滕委員西華
鄭委員素華

伍、列席人員：

本部社會保險司
中央健康保險署

本會

盧副司長胤雯
李署長伯璋 蔡副署長淑鈴(代理)
李組長純馥
戴組長雪詠
周執行秘書淑婉
洪組長慧茹
邱組長臻麗
陳組長燕鈴

陸、主席：周主任委員麗芳

紀錄：盛培珠、廖尹嫻

柒、主席致詞

各位委員，各位與會代表，大家午安，大家好！昨天和今天早上歷經馬拉松式的總額協商，大家真的非常辛苦！感謝所有委員、各醫療部門協商代表，還有健保署及本會幕僚同仁，為了妥善分配 109 年度醫療給付費用總額，每一位都非常善盡職守，讓協商會議順利結束，在此感謝各位為全民健保的付出。更要感謝周執行秘書淑婉帶領健保會同仁盡心盡力準備資料及籌辦總額協商會議，備極辛勞，由衷感謝！

捌、議程確認

決定：確認。

玖、請參閱並確認上(第 6)次委員會議紀錄

決定：確認。

拾、上(第 6)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請鑒察。

決定：

一、上次委員會議決議(定)事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤案(共 1 案)：同意依照幕僚之擬議，解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤案(共 2 案)：同意依照幕僚之擬議，繼續追蹤。

二、歷次委員會議未結案件辦理情形：擬解除追蹤案(共 4 案)，同意依照幕僚之擬議，解除追蹤。

三、餘洽悉。

拾壹、討論事項

提案單位：本會第三組

案由：109 年度西醫基層、牙醫門診、醫院、中醫門診醫療給付費用總額及其他預算協商案，提請討論。

決議：

一、109 年度各部門總額協商結論(含成長率、金額及其分配)如下：

(一)付費者代表及醫事服務提供者代表委員之共識方案：牙醫門診總額、中醫門診總額及其他預算，如附件一、二、三。

(二)付費者代表及醫事服務提供者代表委員未能達成共識，各自提出之建議方案：西醫基層總額及醫院總額，如附件四、五。

二、依總額協定事項，請各總額部門配合辦理以下事宜：

(一)協定事項要求應提出試辦期程、執行目標及預期效益(含評估指標)，部分項目資料(如協商會議結論劃線處)尚待補正，請各總額部門於10月7日前提至本會，俾利於本會第8次委員會議(108.10.25)併同本案決議進行確認。

(二)有關新增專款計畫之「試辦期程」，係於試辦一段期間後，進行檢討退場或納入一般服務。請各總額部門提出規劃之試辦期程，以利進行評估。

三、委員所提相關意見，請中央健康保險署參考。

拾貳、報告事項

報告單位：中央健康保險署

案由：108年8月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：洽悉。

拾參、散會：下午13時40分。

附件一

109 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：

109 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 108 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1+109 年度一般服務成長率)+109 年度專款項目經費

註：校正後108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108年第3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、總額協定結果：

- (一)一般服務成長率為 3.559%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.430%，協商因素成長率 1.129%。
- (二)專款項目全年經費為 1,172.1 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，109 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較 108 年度所核定總額成長 3.876%。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 109 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；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.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(747.5 百萬元)：

- (1)預算優先併入「全面提升感染管制品質」項目使用。
- (2)其餘預算用於藥品基本價、牙醫診所設立無障礙設施、離島假日開診之相關獎勵措施、藥事服務費等支付標準之調整。

- (3)請中央健康保險署整體評估醫療服務之支付標準，朝成本結構相對合理之方向調整，並於 109 年 7 月底前提報執行結果(含調整項目及申報增加點數)。
- 2.牙周病統合治療方案〔107 年(含)之前名稱為牙周病統合照護計畫〕(0%)：
- (1)本項於 108 年導入一般服務；109 年度預算執行率若未達 8 成，將按比例扣款。
執行目標：_____。
預期效益之評估指標：_____。
- (2)請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體，持續監測醫療利用情形，並加強管理與監督機制。
- 3.顎顏面外傷術後整合照護(0.032%)：
- (1)本項預算新增給付項目不得與醫院總額現行支付標準重複申報。
- (2)請依協商原則，提出具體的執行目標及預期效益(含評估指標)，以呈現照護品質之提升。
執行目標：_____。
預期效益之評估指標：_____。
- 4.全面提升感染管制品質(1.136%)：
- (1)本項預算併醫療服務成本指數改變率所增加之預算使用。
- (2)用於全面提升感染管制品質，所有申請門診診察費者，均應符合加強感染管制標準，並提高訪查抽樣的有效性，另請加強落實院所加強感染管制作業之管理與輔導。
執行目標：牙醫院所執行進階感染管制達 100%。
預期效益之評估指標：_____。
- (3)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體於 108 年 12 月底前完成具體提升感染管制品質規劃

(含確保全面符合感染管制之管理機制)，並提報全民健康保險會。

(4)若執行全面提升感染管制品質院所未達 100%之目標，將按比例扣款。

5.醫院夜間急診加成服務(0.023%)：請依協商原則，提出具體的執行目標及預期效益(含評估指標)，以呈現照護品質之提升。

執行目標：_____。

預期效益之評估指標：以下指標較前 1 年改善。

(1)申報案件數

(2)申報點數

(3)就醫人數

(4)平均每就醫人費用點數

(5)平均每件費用點數

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(-0.062%)：本項不列入 110 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 1,172.1 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)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，並送全民健康保險會備查。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 108 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 108 年 12 月底前完成，且均應於 109 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估報告(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。

1.醫療資源不足地區改善方案：全年經費 280 百萬元，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：

之運作，於 109 年 6 月提出未來規劃與期程(含退場)，並評估將檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。

5.品質保證保留款：

- (1)全年經費 101.2 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 109 年度品質保證保留款(101.2 百萬元)合併運用(計 217.6 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款實施方案之發放條件，訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。

附件二

109 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：

109 年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後 108 年度中醫門診一般服務醫療給付費用×(1+109 年度一般服務成長率)+109 年度專款項目經費

註：校正後108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108年第3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、總額協定結果：

- (一)一般服務成長率為 4.696%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.092%，協商因素成長率 1.604%。
- (二)專款項目全年經費為 840.4 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，109 年度中醫門診醫療給付費用總額，較 108 年度所核定總額成長 5.393%。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 109 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；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.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(523.7 百萬元)：

- (1)其中 200 百萬元併入「提升用藥品質」項目使用。
- (2)其餘預算優先用於中醫診所設立無障礙設施等支付標準之調整。
- (3)請中央健康保險署整體評估醫療服務之支付標準，朝成本結構相對合理之方向調整，並於 109

年7月底前提報執行結果(含調整項目及申報增加點數)。

2.提升用藥品質(1.719%)：

(1)請依協商原則，提出具體的執行目標及預期效益(含評估指標)，以落實科學中藥用藥品質之提升。

執行目標：_____。

預期效益之評估指標：_____。

(2)本項應以新增收載健保藥品給付品項為優先考量，請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，於108年12月底前提出擬新增藥品給付之品項及提升用藥品質規劃，並提報全民健康保險會核備。

3.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.115%)：

(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110年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為840.4百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)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，並送全民健康保險會備查。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於108年11月底前完成，新增計畫原則於108年12月底前完成，且均應於109年7月底前提報執行情形及前1年成效評估報告(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考量。

1.醫療資源不足地區改善方案：全年經費135.6百萬元，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：全年經

8.網路頻寬補助費用：

- (1)全年經費 74 百萬元，預算如有不足，由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」預算支應。
- (2)請檢討並加強中醫院所參與率，109 年度應達成參與院所數 100%之目標。
- (3)請中央健康保險署對於資料上傳獎勵金與網路費之運作，於 109 年 6 月提出未來規劃與期程(含退場)，並評估將檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。

9.品質保證保留款：

- (1)全年經費 60.8 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 109 年度品質保證保留款(60.8 百萬元)合併運用(計 83.6 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署與中醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款實施方案之發放條件，訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。

附件三

109 年度全民健康保險其他預算及其分配

一、總額協定結果：

(一)109 年度其他預算增加 1,493 百萬元，預算總額度為 15,684.2 百萬元，由中央健康保險署管控，各細項分配，如表 3。

(二)請中央健康保險署依協定事項辦理以下事宜：

- 1.於 109 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目應包含前 1 年成效評估資料；實施成效並納入下年度總額協商考量。
- 2.屬計畫型項目，應提出具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)，其中延續型計畫應於 108 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 108 年 12 月底前完成，請依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。

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 1,000 百萬元。
- 2.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足。
- 3.請持續檢討醫院與西醫基層病人流動之監測指標及經費動支條件，訂定合理的動支標準，當病人流動達一定門檻，方能相對動支一定比率預算。
- 4.本項動支方案應於 108 年 11 月底前完成相關程序，方案(含經費動支條件及相關規劃)應送全民健康保險會備查。

(二)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：全年經費 655.4 百萬元。

(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 6,170 百萬元。
 2. 本項預算不含移至牙醫門診總額「牙醫特殊醫療服務計畫」項下之居家醫療牙醫服務(20.13 百萬元)。
 3. 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。
- (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、器官移植專款不足之經費，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 型肝炎藥費專款不足之經費：全年經費 3,000 百萬元。
- (六) 推動促進醫療體系整合計畫：
1. 全年經費 400 百萬元，用於「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」，及新增「遠距醫療會診費」。
 2. 請中央健康保險署檢討三項計畫在分級醫療政策下之定位及成效，並配合修訂計畫內容。
- (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 822 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) 獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用：
1. 全年經費 936 百萬元。
 2. 四部門總額「網路頻寬補助費用」預算如不足時，由本項預算剩餘款支應。

- 3.請中央健康保險署對於資料上傳獎勵金與網路費之運作,於 109 年 6 月提出未來規劃與期程(含退場),並評估將檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。
- 4.請於協商次年度總額前檢討實施成效,將節流執行效益,適度納入 110 年各部門總額協商減項。

(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.請中央健康保險署檢討本計畫醫療利用之適當性。

(十)慢性腎臟病照護及病人衛教計畫：

- 1.全年經費 427 百萬元。
- 2.用於繼續推動末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫、初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(Early-CKD),及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫。
- 3.請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合,落實全人照護。

(十一)提升保險服務成效：

- 1.全年經費 300 百萬元。
- 2.請建立本項提升保險服務成效之評估指標。

(十二)提升用藥品質之藥事照護計畫：全年經費 30 百萬元。

附件四

109 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：

■ 109 年度西醫基層醫療給付費用總額 = 校正後 108 年度西醫基層一般服務醫療給付費用 \times (1 + 109 年度一般服務成長率) + 109 年度專款項目經費 + 109 年度西醫基層門診透析服務費用

■ 109 年度西醫基層門診透析服務費用 = 108 年度西醫基層門診透析服務費用 \times (1 + 成長率)

註：校正後 108 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 108 年第 3 次委員會決議，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保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

二、總額協商結論：

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。

付費者代表方案：

請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，依協定事項辦理，並於 109 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；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一) 一般服務成長率為 3.505%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 3.465%，協商因素成長率 0.040%。

1. 醫療服務成本指數改變率所增加之預算(2,024.4 百萬元)：

(1) 優先用於急重難症、藥品基本價、藥事服務費、基層診所設立無障礙設施、離島假日開診之相關

獎勵措施等支付標準之調整。

- (2)請中央健康保險署整體評估各科別之支付標準，朝成本結構相對合理之方向調整，並於 109 年 7 月底前提報執行結果(含調整項目及申報增加點數)。

2.各項協商因素及建議事項如下：

- (1)新醫療科技(包括新診療項目、新藥及新特材等)(0.041%)：

①請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並依全民健康保險會 108 年第 3 次委員會議決議，未來於總額協商前，應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請中央健康保險署於 108 年 12 月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未於時程內導入者，則扣減該額度；另於 109 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

- (2)藥品給付規定範圍改變(0.029%)：

①請中央健康保險署提出定期監測報告。

②請於 109 年 7 月底前提報執行情形(含修訂項目及申報費用)。

- (3)擴大 C 型肝炎治療衍生之醫療服務費用(0%)。

- (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(-0.030%)：

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 110 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目全年經費為 6,148.9 百萬元：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)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，並送全民健康保險會備查。前述方案之訂

定，屬延續型計畫者應於 108 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 108 年 12 月底前完成，且均應於 109 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估報告(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。

- 1.西醫醫療資源不足地區改善方案：全年經費 265.4 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。
- 2.全民健康保險西醫基層總額弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫：全年經費 0 元。
- 3.偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫(109 年新增計畫)：
 - (1)全年經費 50 百萬元。
 - (2)試辦期程：試辦○年。
執行目標：提升偏鄉地區產婦的醫療照護可近性。
預期效益之評估指標：計畫執行地區提供生產服務之基層診所至少維持 108 年家數，及基層生產服務量較 108 年增加。
- 4.家庭醫師整合性照護計畫：
 - (1)全年經費 3,100 百萬元。
 - (2)請中央健康保險署強化收案管理機制並加強效益評估。
 - (3)請中央健康保險署於 109 年 6 月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效(含家庭醫師整合性照護計畫)」之專案報告。
- 5.強化基層照護能力及「開放表別」項目：
 - (1)全年經費 820 百萬元。
 - (2)請中央健康保險署於 108 年 12 月委員會議說明擬調整之項目與作業時程。

- (3)請檢視各開放表別項目的適當性及建立適應症規範，並加強監督查核機制，以避免與醫院部門重複執行。
- (4)請中央健康保險署於 109 年 6 月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效(含強化基層照護能力及「開放表別」項目)」之專案報告。
- (5)本項依實際執行扣除原基期點數併入一般服務結算。

6.C 型肝炎藥費：

- (1)全年經費 406 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，預算如有不足，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。
- (2)本執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益之治療方式。
- (3)請於協商次年度總額前檢討實施成效，如具替代效益或長期健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發生等情形)。

7.109 年使用 C 型肝炎新藥後所需之檢測費用：全年經費 0 元。

8.醫療給付改善方案：

- (1)全年經費 459 百萬元。
- (2)辦理原有之糖尿病、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)請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。
- (4)請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。

9.鼓勵院所建立轉診之合作機制：

- (1)全年經費 258 百萬元，預算如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
- (2)請中央健康保險署持續監測病人流向及執行效益，於 109 年 6 月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效(含鼓勵院所建立轉診之合作機制)」之專案報告。

10.網路頻寬補助費用：

- (1)全年經費 211 百萬元，預算如有不足，由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」支應。
- (2)請檢討並加強西醫基層院所參與率，109 年度應達成參與院所數 100%之目標。
- (3)請中央健康保險署對於資料上傳獎勵金與網路費之運作，於 109 年 6 月提出未來規劃與期程(含退場)，並評估將檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。

11.罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材：

- (1)全年經費 110 百萬元。
- (2)本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，預算如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (3)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)附帶建議：因致病途徑不同，建議未來將「罕見疾病、血友病藥費與罕見疾病特材」及「後天免疫缺乏病毒治療藥費」分別編列，以利管控，請中央健康保險署參考。

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：全年經費 11 百萬元。本項依實際執行扣除原基期點數，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：

(1) 全年經費 178 百萬元。

(2) 本項預算依六區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各區一般服務結算。

14. 品質保證保留款：

(1) 全年經費 280.5 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 109 年度品質保證保留款 (280.5 百萬元) 合併運用 (計 385.7 百萬元)。

(3) 請中央健康保險署與西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款實施方案之發放條件，訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。

15. 內科人才培育照護醫療費用：全年經費 0 元。

(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 4.126%。

4. 請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。

5.請持續推動腎臟移植，提升腹膜透析使用比率，並研議利用雲端藥歷進行用藥管理，審慎開立止痛類藥物。

6.請中央健康保險署檢討慢性腎衰竭病人進入透析治療之條件。

(四)前述三項額度經換算，109 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 108 年度所核定總額成長 3.927%。各細項成長率及金額如表 4。

(五)建請部長尊重付費者代表方案，予以裁決。

西醫基層代表方案：

請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，依協定事項辦理，並於 109 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；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務成長率為 4.077%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 3.465%，協商因素成長率 0.612%。

1.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(2,024.4 百萬元)：

(1)比照 107、108 年本項協定事項，醫療服務成本指數改變率所增加之預算，應運用於檢討支付標準之合理性，適度增減支付點數。

(2)為符合非協商預算原則，不應再附加任何前提。

(3)補充說明詳附件 1。

2.各項協商因素及建議事項如下：

(1)新醫療科技(包括新診療項目、新藥及新特材等)(0.172%)：

①請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並依全民健康保險會108年第3次委員會議決議，未來於總額協商前，應提出年度新醫療科

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請中央健康保險署於108年12月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未於時程內導入者，則扣減該額度；另於109年7月底前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

③補充說明詳附件2。

(2)藥品給付規定範圍改變及相關醫療服務密集度之增加：

①分列為兩項：

A.藥品給付規定範圍改變(0.272%)，補充說明詳附件3。

B.擴大C型肝炎治療衍生之醫療服務費用(0.198%)，補充說明詳附件4。

②請中央健康保險署於109年7月底前提報執行情形(含修訂項目及申報費用)。

(3)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.030%)：

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110年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目全年經費為7,398.9百萬元：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)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，並送全民健康保險會備查。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於108年11月底前完成，新增計畫原則於108年12月底前完成，且均應於109年7月底前提報執行情形及前1年成效評估報告(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。

1.西醫醫療資源不足地區改善方案：全年經費 265.4

百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

2.全民健康保險西醫基層總額弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫(109年新增計畫)：

(1)全年經費 100 百萬元。

(2)試辦期程：試辦○年。

執行目標：提升偏鄉地區醫療可近性。

預期效益之評估指標：計畫執行地區之開業診所家數至少維持 108 年家數，及就診人次較 108 年成長。

(3)本項經費不得與「西醫醫療資源不足地區改善方案」重複補助。

3.偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫(109年新增計畫)：

(1)全年經費 50 百萬元。

(2)試辦期程：試辦○年。

執行目標：提升偏鄉地區產婦的醫療照護可近性。

預期效益之評估指標：計畫執行地區提供生產服務之基層診所至少維持 108 年家數，及基層生產服務量較 108 年增加。

4.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)全年經費 3,680 百萬元。

(2)請中央健康保險署強化收案管理機制並加強效益評估。

(3)請中央健康保險署於 109 年 6 月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效(含家庭醫師整合性照護計畫)」之專案報告。

(4)補充說明詳附件 5。

5.強化基層照護能力及「開放表別」項目：

- (1)全年經費 990 百萬元。
- (2)請中央健康保險署於 108 年 12 月委員會議說明擬調整之項目與作業時程。
- (3)請檢視各開放表別項目的適當性及建立適應症規範，並加強監督查核機制，以避免與醫院部門重複執行。
- (4)請中央健康保險署於 109 年 6 月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效(含強化基層照護能力及「開放表別」項目)」之專案報告。

6.C 型肝炎藥費：

- (1)全年經費 406 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，預算如有不足，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。
- (2)本執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益之治療方式。
- (3)請於協商次年度總額前檢討實施成效，如具替代效益或長期健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發生等情形)。

7.109 年使用 C 型肝炎新藥後所需之檢測費用：建議編列於一般服務預算「藥品給付規定範圍改變及相關醫療服務密集度之增加」。

8.醫療給付改善方案：

- (1)全年經費 459 百萬元。
- (2)辦理原有之糖尿病、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)請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。

(4)請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。

9.鼓勵院所建立轉診之合作機制：

(1)全年經費 258 百萬元，預算如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。

(2)請中央健康保險署持續監測病人流向及執行效益，於 109 年 6 月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效(含鼓勵院所建立轉診之合作機制)」之專案報告。

10.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費 211 百萬元，預算如有不足，由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」支應。

(2)請檢討並加強西醫基層院所參與率，109 年度應達成參與院所數 100%之目標。

(3)請中央健康保險署對於資料上傳獎勵金與網路費之運作，於 109 年 6 月提出未來規劃與期程(含退場)，並評估將檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。

11.罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材：

(1)全年經費 110 百萬元。

(2)本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，預算如有不足，由其他預算支應。

(3)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。

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：全年經費 11 百萬元。

- 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 4.126%。
 - 4.請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。
 - 5.請持續推動腎臟移植，提升腹膜透析使用比率，並研議利用雲端藥歷進行用藥管理，審慎開立止痛類藥物。
 - 6.請中央健康保險署檢討慢性腎衰竭病人進入透析治療之條件。
- (四)前述三項額度經換算，109 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 108 年度所核定總額成長 5.301%。各細項成長率及金額如表 4。

附件五

109 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

■ 109 年度醫院醫療給付費用總額 = 校正後 108 年度醫院一般服務醫療給付費用 $\times (1 + 109$ 年度一般服務成長率) + 109 年度專款項目經費 + 109 年度醫院門診透析服務費用

■ 109 年度醫院門診透析服務費用 = 108 年度醫院門診透析服務費用 $\times (1 +$ 成長率)

註：校正後 108 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 108 年第 3 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：

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。

付費者代表方案：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，依協定事項辦理，並於 109 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；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一) 一般服務成長率為 5.471%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 4.687%，協商因素成長率 0.784%。

1. 醫療服務成本指數改變率所增加之預算(10,384.6 百萬元)：

(1) 優先用於急重難症、藥品基本價、藥事服務費、急重症護理費、因應住院醫師納入勞動基準法等支付標準之調整。

(2)請中央健康保險署整體評估醫療服務之支付標準，朝成本結構相對合理之方向調整，如：推動分級醫療：壯大社區醫療服務及門診減量配套措施，並於 109 年 7 月底前提報執行結果(含調整項目及申報增加點數)。

2.各項協商因素及建議事項如下：

(1)新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.723%)：

①請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並依全民健康保險會 108 年第 3 次委員會議決議，未來於總額協商前，應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請中央健康保險署於 108 年 12 月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度；另於 109 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

③請中央健康保險署檢討免疫療法藥品給付規定，如：檢討癌症提早期別適用之可行性，以利及早治療增進病人治療效益，並於 109 年 5 月底前提報檢討結果。

④附帶建議：請中央健康保險署規劃免疫療法藥品還款計畫返還金額使用於新醫療科技項目。

(2)藥品及特材給付規定範圍改變(0.068%)：

①請中央健康保險署提出定期監測報告。

②請中央健康保險署於 109 年 7 月底前提報執行情形(含修訂項目及申報費用)。

(3)推動分級醫療，壯大社區(0%)

(4)門診減量(0%)

(5)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法

之扣款(-0.007%)：

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 110 年度總額協商之基期費用。

(6)區域級(含)以上醫院門診減量措施：

①為落實分級醫療與轉診制度，持續推動區域級(含)以上醫院門診減量措施，自 107 年起以五年降低 10% 為目標值(以 106 年為基期)，並定期檢討。管控方式由中央健康保險署處理。

②請中央健康保險署定期檢討門診減量措施執行情形及成效，並於 109 年 6 月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效(含醫學中心及區域醫院門診減量措施)」之專案報告。

(二)專款項目：全年經費為 30,435.4 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)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，並送全民健康保險會備查。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 108 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 108 年 12 月底前完成，且均應於 109 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估報告(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。

1.C 型肝炎藥費：

(1)全年經費 4,760 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，預算如有不足，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。

(2)本執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益之治療方式。

(3)請於協商次年度總額前檢討實施成效，如具替代效益或長期健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發

生等情形)。

- 2.109 年使用 C 型肝炎新藥後所需之檢測費用：全年經費 0 元。
3. 罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材：
 - (1) 全年經費 15,545 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，預算如有不足，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) 附帶建議：因致病途徑不同，建議未來將「罕見疾病、血友病藥費與罕見疾病特材」及「後天免疫缺乏病毒治療藥費」分別編列，以利管控，請中央健康保險署參考。
4. 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：
 - (1) 全年經費 5,027 百萬元，預算如有不足，由其他預算相關項目支應。
 - (2) 提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
5. 醫療給付改善方案：
 - (1) 全年經費 1,187 百萬元。
 - (2) 辦理原有之糖尿病、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) 請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。
 - (4) 請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，

落實全人照護。

6.急診品質提升方案：

(1)全年經費 160 百萬元。

(2)請精進方案執行內容，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 868 百萬元，導入第 3~5 階段 DRGs 項目。

(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。

(3)請加速落實第 3~5 階段 DRGs 項目的執行。

8.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 80 百萬元。

(2)本項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 950 百萬元。

10.鼓勵院所建立轉診之合作機制：

(1)全年經費 689 百萬元，預算如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。

(2)請中央健康保險署建立管控機制，持續監測病人流向及執行效益，於 109 年 6 月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效(含鼓勵院所建立轉診之合作機制)」之專案報告。

11.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費 114 百萬元，預算如有不足，由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」支應。

(2)請中央健康保險署對於資料上傳獎勵金與網路費之運作，於 109 年 6 月提出未來規劃與期程(含退

場)，並評估將檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。

12.品質保證保留款：

- (1)全年經費 1,055.4 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 109 年度品質保證保留款 (1,055.4 百萬元)合併運用(計 1,444.1 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署與醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款實施方案之發放條件，訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。

13.因應 108 年 9 月住院醫師納入勞基法:全年經費 0 元。

(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 2.533%。
- 4.請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。
- 5.請持續推動腎臟移植，提升腹膜透析使用比率，並研議利用雲端藥歷進行用藥管理，審慎開立止痛類藥物。
- 6.請中央健康保險署檢討慢性腎衰竭病人進入透析治療之條件。

(四)前述三項額度經換算，109 年度醫院醫療給付費用總額，較 108 年度所核定總額成長 5.438%。各細項成長率及金額如表 5。

(五)建請部長尊重付費者代表方案，予以裁決。

醫院代表方案：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，依協定事項辦理，並於 109 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；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務成長率為 5.471%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 4.687%，協商因素成長率 0.784%。

1.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(10,384.6 百萬元)：

(1)醫院部門反對應用醫療服務成本指數改變率調整各項支付標準項目，但礙於現行狀況配合政策同意醫療服務成本指數改變率所增加之金額，優先配合用於急重難症、因應門診減量政策配套調整、推動分級醫療壯大社區醫療服務及因應住院醫師納入勞基法等支付標準之調整。

(2)考量醫院部門所屬醫療暨醫事人員皆有調整服務點數之機會與權利，應通盤考量所有醫事人員之專業服務費用，爰不同意直接匡列藥事服務費及急重症護理費。

(3)反對匡列使用項目於藥品基本價。

(4)請中央健康保險署整體評估醫療服務之支付標準，朝成本結構相對合理之方向調整，並於 109 年 7 月底前提報執行結果(含調整項目及申報增加點數)。

2.各項協商因素及建議事項如下：

(1)新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.723%)：

- ①請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並依全民健康保險會108年第3次委員會議決議，未來於總額協商前，應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請中央健康保險署於108年12月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度；另於109年7月底前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。
- ③鑑於藥品還款計畫返還金額部長已裁示回歸各總額部門。爰反對新醫療科技之附帶建議：「免疫療法藥品還款計畫返還金額使用於新醫療科技項目」。

(2)藥品及特材給付規定範圍改變(0.068%)：

尊重付費者就本項預算之主張，下修原5.41億元之預算至3億元，請責成中央健康保險署應每半年提出監測報告。另請中央健康保險署於109年7月底前提報執行情形(含修訂項目及申報費用)。

(3)推動分級醫療，壯大社區(0%)：同意應用非協商因素之醫療服務成本指數改變率所增加之金額予以合理反應。

(4)門診減量(0%)：門診減量政策應合理調整支付標準配套，同意應用非協商因素之醫療服務成本指數改變率所增加之金額予以合理反應。

(5)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦

法之扣款(-0.007%)：

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110年度總額協商之基期費用。

(6)區域級(含)以上醫院門診減量措施：

①有關落實分級醫療與轉診制度，持續推動區域級(含)以上醫院門診減量措施，因醫院部門各層級訴求不一，以下忠實呈現其意見轉呈衛生福利部裁示。

■ 醫學中心：為配合政府政策，鼓勵輕症病患優先至基層院所就醫，落實分級醫療，醫院不得不祭出應變管理機制，採取因應措施。在臺灣自由就醫之環境下，恐無法於短時間內透過門診減量政策導引民眾正確就醫觀念，且考量門診減量的幅度將逐年提高，台灣醫學中心協會建議以10年降低10%為目標值作為配套，緩解門診減量之衝擊。

■ 區域醫院：「區域醫院」與「醫學中心」的功能與任務不同，「區域醫院」門診減量比率應為「醫學中心」之50%。

■ 地區醫院：109年醫學中心、區域醫院門診件數持續降低2%，即不得超過106年之94.12%(98%×98%×98%)，超過部分，按該院門診每人平均點數，不予分配。但須考慮特殊形態之區域醫院，有其社區醫療之功能，請中央健康保險署與醫院團體協商予以適度放寬執行期限。

②請中央健康保險署定期檢討門診減量措施執行情形及成效，並於109年6月底前提出「分

級醫療各項策略之執行成效(含醫學中心及區域醫院門診減量措施)」之專案報告。

(二)專款項目：全年經費為 30,668.4 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)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，並送全民健康保險會備查。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 108 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 108 年 12 月底前完成，且均應於 109 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估報告(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。

1.C 型肝炎藥費：

- (1)全年經費 4,760 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，預算如有不足，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。
- (2)本執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有益之治療方式。
- (3)請於協商次年度總額前檢討實施成效，如具替代效益或長期健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發生等情形)。

2.109 年使用 C 型肝炎新藥後所需之檢測費用：

- (1)全年經費 233 百萬元。用於 C 型肝炎新藥療程結束時及結束後第 12 週之 2 次 RNA 病毒量定量檢測費用。
- (2)本項依實際執行情形，併一般服務費用結算，至預算用完為止。

3.罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材：

- (1)全年經費 15,545 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，預算如有不足，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 5,027 百萬元，預算如有不足，由其他預算相關項目支應。
 - (2)提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
- 5.醫療給付改善方案：
- (1)全年經費 1,187 百萬元。
 - (2)辦理原有之糖尿病、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)請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。
 - (4)請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。
- 6.急診品質提升方案：
- (1)全年經費 160 百萬元。
 - (2)請精進方案執行內容，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 868 百萬元，導入第 3~5 階段 DRGs 項目。

- (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：
- (1)全年經費 80 百萬元。
- (2)本項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 950 百萬元。
- 10.鼓勵院所建立轉診之合作機制：
- (1)全年經費 689 百萬元，預算如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
- (2)請中央健康保險署建立管控機制，持續監測病人流向及執行效益，於 109 年 6 月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效(含鼓勵院所建立轉診之合作機制)」之專案報告。
- 11.網路頻寬補助費用：
- (1)全年經費 114 百萬元，預算如有不足，由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」支應。
- (2)請中央健康保險署對於資料上傳獎勵金與網路費之運作，提出未來規劃與期程，並評估將檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。
- 12.品質保證保留款：
- (1)全年經費 1,055.4 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 109 年度品質保證保留款(1,055.4 百萬元)合併運用(計 1,444.1 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署與醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款實施方案之發放條件，訂定更

具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。

13.因應 108 年 9 月住院醫師納入勞動基準法：全年經費 0 元。同意應用非協商因素之醫療服務成本指數改變率所增加之金額予以合理反應。

(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 2.533%。請中央健康保險署應就醫院部門與西醫基層部門預算移轉部份進行適度校正。
- 4.請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。
- 5.請持續推動腎臟移植，提升腹膜透析使用比率，並研議利用雲端藥歷進行用藥管理，審慎開立止痛類藥物。
- 6.請中央健康保險署檢討慢性腎衰竭病人進入透析治療之條件。

(四)前述三項額度經換算，109 年度醫院醫療給付費用總額，較 108 年度所核定總額成長 5.485%。各細項成長率及金額如表 5。

表 1 109 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 | 2.430% | 1,069.7 | 1. 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。 2. 醫療服務成本指數改變率所增加之預算(747.5 百萬元)： (1) 預算優先併入「全面提升感染管制品質」項目使用。 (2) 其餘預算用於藥品基本價、牙醫診所設立無障礙設施、離島假日開診之相關獎勵措施、藥事服務費等支付標準之調整。 (3) 請中央健康保險署整體評估醫療服務之支付標準，朝成本結構相對合理之方向調整，並於 109 年 7 月底前提報執行結果(含調整項目及申報增加點數)。 | |
| 投保人口預估成長率 | 0.346% | | | |
| 人口結構改變率 | 0.379% | | | |
| 醫療服務成本指數改變率 | 1.698% | | | |
| 協商因素成長率 | 1.129% | 496.9 | 請於 109 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；實施成效並納入下年度總額協商考量。 | |
| 鼓勵醫療品質及促進保險對象健康 | 牙周病統合治療方案 〔107 年(含)之前名稱為牙周病統合照護計畫〕 | 0.000% | 0.0 | 1. 本項於 108 年導入一般服務；109 年度預算執行率若未達 8 成，將按比例扣款。 執行目標：_____。 預期效益之評估指標：____。 2. 請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體，持續監測醫療利用情形，並加強管理與監督機制。 |

| 項 目 | | 成長率(%)或 金額(百萬元) | 預估增加 金額(百萬元) | 協 定 事 項 |
|--|---|--------------------|-----------------|---|
| 鼓勵 醫療 品質 及 進 保 險 對 象 健 康 | 顎顏面外傷術後 整合照護 | 0.032% | 14.0 | 1.本項預算新增給付項目不得與醫院總額現行支付標準重複申報。 2.請依協商原則，提出具體的執行目標及預期效益(含評估指標)，以呈現照護品質之提升。 執行目標：_____。 預期效益之評估指標：__。 |
| | 全面提升感染管 制品質 | 1.136% | 500.0 | 1.本項預算併醫療服務成本指數改變率所增加之預算使用。 2.用於全面提升感染管制品質，所有申請門診診察費者，均應符合加強感染管制標準，並提高訪查抽樣的有效性，另請加強落實院所加強感染管制作業之管理與輔導。 執行目標：牙醫院所執行進階感染管制達100%。 預期效益之評估指標：__。 3.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體於108年12月底前完成具體提升感染管制品質規劃(含確保全面符合感染管制之管理機制)，並提報全民健康保險會。 4.若執行全面提升感染管制品質院所未達100%之目標，將按比例扣款。 |
| | 其他醫療 服務 利用 及 密 集 度 之 改 變 | 醫院夜間急診加 成服務 | 0.023% | 10.2 |

| 項 目 | 成長率(%)或 金額(百萬元) | 預估增加 金額(百萬元) | 協 定 事 項 |
|-----------------------------------|--------------------|-----------------|--|
| | | | (3)就醫人數 (4)平均每就醫人費用點數 (5)平均每件費用點數 |
| 網路頻寬補助費用 | 136.0 | 0.0 | 1.預算如有不足，由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」預算支應。 2.請檢討並加強牙醫院所參與率，109年度應達成參與院所數100%之目標。 3.請中央健康保險署對於資料上傳獎勵金與網路費之運作，於109年6月提出未來規劃與期程(含退場)，並評估將檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。 |
| 品質保證保留款 | 101.2 | -17.9 | 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109年度品質保證保留款(101.2百萬元)合併運用(計217.6百萬元)。 2.請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款實施方案之發放條件，訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。 |
| 專款金額 | 1,172.1 | 103.0 | |
| 較108年度核定總額成長率(一般服務+專款)(註2) | 增加金額 | 3.876% | 1,669.7 |
| | 總金額 | | 46,761.3 |

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為44,022.4百萬元(含108年一般服務預算43,947.6百萬元，及校正投保人口預估成長率差值72.9百萬元與加回前1年度總額違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款2.0百萬元)。

2.計算「較108年度核定總額成長率」所採基期費用為45,016.7百萬元，其中一般服務預算43,947.6百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值72.9百萬元及未加回前1年度總額違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款2.0百萬元)，專款為1,069.1百萬元。

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。

表 2 109 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 | 3.092% | 781.9 | 1. 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。 2. 醫療服務成本指數改變率 所增加之預算(523.7 百萬 元)： (1)其中 200 百萬元併入 「提升用藥品質」項目 使用。 (2)其餘預算優先用於中醫 診所設立無障礙設施 等支付標準之調整。 (3)請中央健康保險署整體 評估醫療服務之支付 標準，朝成本結構相對 合理之方向調整，並於 109 年 7 月底前提報執 行結果(含調整項目及 申報增加點數)。 |
| 投保人口預估成長率 | 0.346% | | |
| 人口結構改變率 | 0.666% | | |
| 醫療服務成本指數改變率 | 2.071% | | |
| 協商因素成長率 | 1.604% | 405.5 | 請於 109 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；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 | 提升用藥品質 1.719% | 434.6 | 1. 請依協商原則，提出具體的 執行目標及預期效益(含評 估指標)，以落實科學中藥 用藥品質之提升。 執行目標：_____。 預期效益之評估指標：_____ _____。 |

| 項 目 | | 成長率(%)或 金額(百萬元) | 預估增加 金額(百萬元) | 協 定 事 項 |
|---|--------------------------------------|--------------------|-----------------|--|
| | | | | 2.本項應以新增收載健保藥品給付品項為優先考量，請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，於108年12月底前提出擬新增藥品給付之品項及提升用藥品質規劃，並提報全民健康保險會核備。 |
| 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 | -0.115% | -29.1 | 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110年度總額 協商之基期費用。 |
| 一般服務 成長率(註1) | 增加金額 | 4.696% | 1,187.4 | |
| | 總金額 | | 26,475.1 | |
| 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108年11 月底前完成，新增計畫原則於 108年12月底前完成，且均應 於109年7月底前提報執行情 形及前1年成效評估報告。 |
| 醫療資源不足地區改善方 案 | | 135.6 | 0.0 | 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 | | 204.0 | 22.0 | |
| 中醫提升孕產照護品質計 畫 | | 90.0 | 25.0 | |
| 兒童過敏性鼻炎照護試辦 計畫 | | 22.0 | 12.0 | 請依據臨床證據評估實施成 效，檢討退場或回歸一般服 務。 |

| 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 | | 60.8 | 37.2 | 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 109 年度品質保證保留款(60.8 百萬元)合併運用(計 83.6 百萬元) 2.請中央健康保險署與中醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款實施方案之發放條件，訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。 |
| 專款金額 | | 840.4 | 164.2 | |
| 較 108 年度核定 總額成長(一般服 務+專款)(註 2) | 增加金額 | 5.393% | 1,351.6 | |
| | 總金額 | | 27,315.5 | |

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 25,287.6 百萬元(含 108 年一般服務預算 25,241.5 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值 41.8 百萬元與加回前 1 年度總額違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 4.2 百萬元)。

2.計算「較 108 年度核定總額成長率」所採基期費用為 25,917.7 百萬元，其中一般服務預算為 25,241.5 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值 41.8 百萬元及未加回前 1 年度總額違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 4.2 百萬元)，專款為 676.2 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。

表 3 109 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.請於 109 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目應包含前 1 年成效評估資料；實施成效並納入下年度總額協商考量。 2.屬計畫型項目，應提出具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)，其中延續型計畫應於 108 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 108 年 12 月底前完成，請依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。 |
| 基層總額轉診型態調整費用 | 1,000.0 | -346.0 | 1.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足。 2.請持續檢討醫院與西醫基層病人流動之監測指標及經費動支條件，訂定合理的動支標準，當病人流動達一定門檻，方能相對動支一定比率預算。 3.本項動支方案應於 108 年 11 月底前完成相關程序，方案(含經費動支條件及相關規劃)應送全民健康保險會備查。 |
| 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 | 655.4 | 0.0 | |
| 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 | 6,170.0 | 150.0 | 1.本項預算不含移至牙醫門診總額「牙醫特殊醫療服務計畫」項下之居家醫療牙醫服務(20.13 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。 |
| 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、器官移植專款不足之經費，及狂犬病治療藥費 | 290.0 | 0.0 | |
| 支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費 | 3,000.0 | 1,630.0 | |

| 項目 | 金額 (百萬元) | 增加金額 (百萬元) | 協 定 事 項 |
|---------------------------|-----------------|----------------|---|
| 推動促進醫療體系整合計畫 | 400.0 | -100.0 | 1.用於「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」及新增「遠距醫療會診費」。 2.請中央健康保險署檢討三項計畫在分級醫療政策下之定位及成效，並配合修訂計畫內容。 |
| 調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費 | 822.0 | 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。 |
| 獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用 | 936.0 | 136.0 | 1.四部門總額「網路頻寬補助費用」預算如不足時，由本項預算剩餘款支應。 2.請中央健康保險署對於資料上傳獎勵金與網路費之運作，於109年6月提出未來規劃與期程(含退場)，並評估將檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。 3.請於協商次年度總額前檢討實施成效，將節流執行效益，適度納入110年各部門總額協商減項。 |
| 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 | 請中央健康保險署檢討本計畫醫療利用之適當性。 |
| 慢性腎臟病照護及病人衛教計畫 | 427.0 | 23.0 | 1.用於繼續推動末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫、初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(Early-CKD)，及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫。 2.請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。 |
| 提升保險服務成效 | 300.0 | 0.0 | 請建立本項提升保險服務成效之評估指標。 |
| 提升用藥品質之藥事照護計畫 | 30.0 | 0.0 | |
| 總 計 | 15,684.2 | 1,493.0 | |

表4 109年度西醫基層醫療給付費用協定項目表(兩案送主管機關決定)

| 項目 | 付費者代表方案 | | 西醫基層代表方案 | | |
|---------------------------------------|------------------------|-------------|----------------|-------------|-----------|
| | 成長率(%)或金額(百萬元) | 預估增加金額(百萬元) | 成長率(%)或金額(百萬元) | 預估增加金額(百萬元) | |
| 一般服務 | | | | | |
| 醫療服務成本及人口因素成長率 | 3.465% | 4,019.8 | 3.465% | 4,019.8 | |
| 投保人口預估成長率 | 0.346% | | 0.346% | | |
| 人口結構改變率 | 1.363% | | 1.363% | | |
| 醫療服務成本指數改變率 | 1.745% | | 1.745% | | |
| 協商因素成長率 | 0.040% | 46.0 | 0.612% | 710.5 | |
| 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) | 0.041% | 47.0 | 0.172% | 200.0 |
| 其他醫療服務利用及密集度之改變 | 藥品給付規定範圍改變 | 0.029% | 34.0 | 0.272% | 316.0 |
| | 擴大C型肝炎治療衍生之醫療服務費用 | 0.0% | 0.0 | 0.198% | 229.5 |
| 其他議定項目 | 違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 | -0.030% | -35.0 | -0.030% | -35.0 |
| 一般服務成長率 (註1) | 增加金額 | 3.505% | 4,065.8 | 4.077% | 4,730.3 |
| | 總金額 | | 120,076.3 | | 120,739.9 |
| 專款項目(全年計畫經費) | | | | | |
| 西醫醫療資源不足地區改善方案 | | 265.4 | 48.3 | 265.4 | 48.3 |
| 全民健康保險西醫基層總額弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫(109年新增計畫) | | 0.0 | 0.0 | 100.0 | 100.0 |
| 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫(109年新增計畫) | | 50.0 | 50.0 | 50.0 | 50.0 |
| 家庭醫師整合性照護計畫 | | 3,100.0 | 220.0 | 3,680.0 | 800.0 |
| 強化基層照護能力及「開放表別」項目 | | 820.0 | 100.0 | 990.0 | 270.0 |
| C型肝炎藥費 | | 406.0 | 0.0 | 406.0 | 0.0 |
| 109年使用C型肝炎新藥後所需之檢測費用 | | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |

| 項目 | 付費者代表方案 | | 西醫基層代表方案 | | |
|---|----------------|---------------|------------------|----------------|------------------|
| | 成長率(%)或金額(百萬元) | 預估增加金額(百萬元) | 成長率(%)或金額(百萬元) | 預估增加金額(百萬元) | |
| 醫療給付改善方案 | 459.0 | 59.0 | 459.0 | 59.0 | |
| 鼓勵院所建立轉診之合作機制 | 258.0 | 0.0 | 258.0 | 0.0 | |
| 網路頻寬補助費用 | 211.0 | 0.0 | 211.0 | 0.0 | |
| 罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材 | 110.0 | 0.0 | 110.0 | 0.0 | |
| 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 | 11.0 | 0.0 | |
| 新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用 | 178.0 | 0.0 | 178.0 | 0.0 | |
| 品質保證保留款 | 280.5 | -47.6 | 280.5 | -47.6 | |
| 內科人才培育照護醫療費用(109年新增計畫) | 0.0 | 0.0 | 400.0 | 400.0 | |
| 專款金額 | 6,148.9 | 429.7 | 7,398.9 | 1,679.7 | |
| 較 108 年度核定總額成長率(一般服務+專款)(註 2) | 增加金額 | 3.898% | 4,495.5 | 5.473% | 6,410.0 |
| | 總金額 | | 126,225.2 | | 128,138.8 |
| 門診透析服務成長率 | 增加金額 | 4.126% | 731.7 | 4.126% | 731.7 |
| | 總金額 | | 18,465.8 | | 18,465.8 |
| 較 108 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 | 3.927% | 5,227.2 | 5.301% | 7,141.7 |
| | 總金額 | | 144,691.0 | | 146,604.6 |

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為116,010.1百萬元(含108年一般服務預算115,770.4百萬元，及校正投保人口預估成長率差值193.7百萬元與加回前1年度總額違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款46百萬元)。

2.計算「較108年度核定總額成長率(一般服務+專款)」所採基期費用為121,489.6百萬元，其中一般服務預算為115,770.4百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值193.7百萬元及未加回前1年度總額違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款46百萬元)，專款為5,719.2百萬元。

3.計算「較108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139,223.7百萬元，其中一般服務預算為115,770.4百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值193.7百萬元及未加回前1年度總額違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款46百萬元)，專款為5,719.2百萬元，門診透析為17,734.1百萬元。

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。

表 5 109 年度醫院醫療給付費用協定項目表(兩案送主管機關決定)

| 項目 | 付費者代表方案 | | 醫院代表方案 | | |
|-----------------------|------------------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|
| | 成長率(%)或金額(百萬元) | 預估增加金額(百萬元) | 成長率(%)或金額(百萬元) | 預估增加金額(百萬元) | |
| 一般服務 | | | | | |
| 醫療服務成本及人口因素成長率 | 4.687% | 20,658.9 | 4.687% | 20,658.9 | |
| 投保人口預估成長率 | 0.346% | | 0.346% | | |
| 人口結構改變率 | 1.970% | | 1.970% | | |
| 醫療服務成本指數改變率 | 2.356% | | 2.356% | | |
| 協商因素成長率 | 0.784% | 3,453.5 | 0.784% | 3,453.5 | |
| 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) | 0.723% | 3,186.0 | 0.723% | 3,186.0 |
| 其他醫療利用及密集度之改變 | 藥品及特材給付規定範圍改變 | 0.068% | 300.0 | 0.068% | 300.0 |
| 其他預期之法令或政策改變 | 推動分級醫療，壯大社區 | 0.000% | 0.0 | 0.000% | 0.0 |
| | 門診減量 | 0.000% | 0.0 | 0.000% | 0.0 |
| 其他議定項目 | 違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 | -0.007% | -32.5 | -0.007% | -32.5 |
| 一般服務成長率(註 1) | 增加金額 | | 24,112.5 | | 24,112.5 |
| | 總金額 | 5.471% | 464,885.7 | 5.471% | 464,885.7 |
| 專款項目(全年計畫經費) | | | | | |
| | C 型肝炎用藥 | 4,760.0 | 0.0 | 4,760.0 | 0.0 |
| | 109 年使用 C 肝新藥後所需之檢測費用 | 0.0 | 0.0 | 233.0 | 233.0 |
| | 罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材 | 15,545.0 | 310.6 | 15,545.0 | 310.6 |
| | 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質 | 5,027.0 | 314.2 | 5,027.0 | 314.2 |

| 項目 | 付費者代表方案 | | 醫院代表方案 | |
|--|-----------------|-----------------|------------------|----------------|
| | 成長率(%)或金額(百萬元) | 預估增加金額(百萬元) | 成長率(%)或金額(百萬元) | 預估增加金額(百萬元) |
| 醫療給付改善方案 | 1,187.0 | 0.0 | 1,187.0 | 0.0 |
| 急診品質提升方案 | 160.0 | 0.0 | 160.0 | 0.0 |
| 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs) | 868.0 | 0.0 | 868.0 | 0.0 |
| 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案 | 80.0 | 0.0 | 80.0 | 0.0 |
| 全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫 | 950.0 | 0.0 | 950.0 | 0.0 |
| 鼓勵院所建立轉診之合作機制 | 689.0 | 0.0 | 689.0 | 0.0 |
| 網路頻寬補助費用 | 114.0 | 0.0 | 114.0 | 0.0 |
| 品質保證保留款 | 1,055.4 | 648.9 | 1,055.4 | 648.9 |
| 因應 108 年 9 月住院醫師納入勞基法 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| 專款金額 | 30,435.4 | 1,273.7 | 30,668.4 | 1,506.7 |
| 較 108 年度核定總額成長率(一般服務+專款)(註2) | 增加金額 | 25,386.2 | 25,619.2 | |
| | 總金額 | 5.572% | 495,321.1 | 5.621% |
| 門診透析服務成長率 | 增加金額 | 548.6 | 548.6 | |
| | 總金額 | 2.533% | 22,207.1 | 2.533% |
| 較 108 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 | 25,934.8 | 26,167.8 | |
| | 總金額 | 5.438% | 517,528.2 | 5.485% |

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為440,771.1百萬元(含108年一般服務預算440,017.6百萬元,及校正投保人口預估成長率差值723.7百萬元與加回前1年度總額違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款29.8百萬元)。

2.計算「較 108 年度核定總額成長率(一般服務+專款)」所採基期費用為 469,179.3 百萬元,其中一般服務預算為 440,017.6 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值 723.7 萬元及未加回前 1 年度總額違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 29.8 百萬元),專款為 29,161.7 百萬元。

3.計算「較 108 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 490,837.8 百萬元,其中一般服務預算為 440,017.6 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值 723.7 萬元及未加回前 1 年度總額違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 29.8 百萬元),專款為 29,161.7 百萬元,門診透析為 21,658.5 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 1

109 年西醫基層「醫療服務成本指數改變率」預算(20.244 億元)，付費者建議優先用於「急重難症、藥品基本價、藥事服務費、基層診所設立無障礙設施、離島假日開診之相關獎勵措施等支付標準之調整」以及「請健保署整體評估各科別之支付標準朝成本結構相對合理之方向，調整醫療服務支付標準」本會意見。

- 比照 105-108 年本項協定事項；醫療服務成本指數改變率所增加之預算，應運用於檢討支付標準之合理性，適度增減支付點數。
- 為符合非協商預算原則，不應再附加任何前提。

一、有關「藥品基本價」之支付標準調整

1. 主管機關交付之 109 年度總額協商政策方向，僅有「善用醫療服務成本指數成長的預算，調整支付標準與藥品基本支付價(基層增加約 6~8 億元)」，並未包括健保署自提的其他眾多項目。

2. 109 年醫療服務成本指數改變率各項預算增加額度，藥品費用僅有 4.85 億元，低於實際影響 6~8 億元。

| 項目 | 成長率/占率 | 增加金額預估值 (百萬元) |
|----------------|--------|------------------|
| 醫療服務成本及人口因素成長率 | 3.47% | 4,019.8 |
| 投保人口預估成長率 | 0.35% | |
| 人口結構改變率 | 1.36% | |
| 醫療服務成本指數改變率 | 1.75% | 2,024.4 |
| 人事費用 | 54.58% | 1,104.9 |
| 藥品費用 | 23.95% | 484.8 |
| 醫療材料費用 | 6.37% | 129.0 |
| 基本營業費用 | 6.28% | 127.1 |
| 其他營業費用 | 8.83% | 178.8 |

二、有關「基層診所設立無障礙設施」之支付標準調整

1. 診所無障礙空間，醫療院所一直都有在改善，但需考量醫療服務成本指數並未包含無障礙空間設立之成本。

2. 獎勵措施礙難推行：

(1) 法規面尚未完善，設置標準並不明確。容易於新設立醫療院所推動規劃，但舊院所推動上難以執行。

- (2)獎勵所需預算未有規劃，基層診所家數眾多，需要多少預算才能達到鼓勵的效果？
- (3)如有獎勵之需要，不應由健保編列預算支應，應由相關單位給付(社福)。
- (4)反對本項「包裹」於協定事項中，對未來醫療規劃並無助益。

三、有關「藥事服務費」、「離島假日開診」、「急重難症」之支付標準調整

- (1)支付標準調整均於健保署「醫療給付項目支付標準共同擬訂會議」研議，應尊重該會議處理原則及各總額部門調整步調。
- (2)健保署如需於本次協商會議通過上述三項調整內容，亦應提出整體的適切方案與經費預算規劃。
- (3)過去幾年醫院調整急重難症支付標準項目，涉及基層(C表)的都要一併調整，但發現有許多C表都沒有執行率，該類支付標準項目，就該回歸為B表。

四、非協商的協定事項及運用應回歸到行政院政策指示，而非隨意直接指定項目，整項包裹通過，沒有財務評估及方案，否則若如103、104年西醫基層總額醫療服務成本指數改變率為「負成長」時，要如何因應支付標準的改變？

五、付費者代表已要求由醫療服務成本指數增加預算支應前述5項之支付標準，另又要求增加「請健保署整體評估各科別之支付標準，...調整醫療服務支付標準」文字，實不符合非協商預算之精神。

附件 2

新醫療科技項目應及早提出，編列充足預算，建議編列 2 億元(成長率 0.172%)

配合 109 年度健保總額政策目標：持續引進新藥物及新科技，增進健保給付價值，提升醫療給付效益與品質，減少民眾自費負擔。

1. 數年來總額預算編列核心目標之一，持續引進新藥物及新科技，增進醫療服務價值。請健保署協商時提出 109 年新藥、新診療項目及特材之項目及費用。
2. 新藥引進為提供民眾就醫需求及疾病治癒之重要且必要之醫療支出，新藥引進後，非完全取代舊藥，第三年開始新藥費用逐年倍數成長，建議應編列足夠之新藥預算支應，較有空間能納入新藥，及支應後續用藥成長。
3. 健保署「健保新藥預算預估模式研究」，以糖尿病用藥為例，所執行的研究結果不具參考價值，說明如下：

(1) 糖尿病用藥是近年新藥產生最多的議題。

(2) 研究僅比較 Metformin(降血糖藥)加一個老藥(Repaglinide，屬於 SU 類，Sulfonylurea)，以及 Metformin + Linagliptin (DPP-4 抑制劑)，沒有考慮到其他同類的降血糖用藥群(如：DPP-4 抑制劑還有 Sitagliptin、Vildagliptin、Saxagliptin 等)，不能僅用簡單的模式，以偏概全。

2A 新藥(以抗血栓藥品 RIVAROXABAN & TICAGRELOR 為例)與 2B 新藥(以糖尿病藥品 METFORMIN/REPAGLINIDE & METFORMIN/LINAGLIPTIN 為例)之替代率驗證結果 (成大研究)

| 新藥品項 | Rivaroxaban Ticagrelor | | Metformin/Repaglinide Metformin/Linagliptin | |
|--------------|---------------------------|------|--|-------------|
| | 現有替代率 | 研究結果 | 現有替代率 | 研究結果 |
| 類別 | 2A | | 2B | |
| 102年度(上市第一年) | 60% | | 0% 90% | 100%(>100%) |
| 103年度(上市第二年) | 70% | | 51% 100% | 100%(>100%) |
| 104年度(上市第三年) | 80% | | 96% 100% | 100%(>100%) |
| 105年度(上市第四年) | 90% | | 97% 100% | 100%(>100%) |
| 總計 | | | 81% | 100% |

資料來源：健保會 108.7.26 會議資料

4. 台灣醫院協會研究顯示，新藥替代率與健保署替代率套用公式相悖

| 類別 | 核價分類 | BIA 預估財務影響 | 實際藥費 | 年分 | 預算替代率 | 實際替代率 |
|------------------------|------|---------------------------|-------------|------|-------|----------|
| 降尿酸藥品 Febuxostat | 2A | 第一年：3,600 萬 第五年：1.69 億 | 第一年：294 萬 | 2012 | 60% | -521.4% |
| | | | 第二年：3,889 萬 | 2013 | 70% | -22.3% |
| | | | 第三年：1.44 億 | 2014 | 80% | 25.5% |
| | | | 第四年：2.33 億 | 2015 | 90% | 32.6% |
| 黃斑部病變藥品 Ranibizumab | 2A | 無 | 第一年：1.18 億 | 2012 | 60% | -0.42% |
| | | | 第二年：1.87 億 | 2013 | 70% | 0.06% |
| | | | 第三年：5.41 億 | 2014 | 80% | 0.52% |
| | | | 第四年：5.9 億 | 2015 | 90% | -17.26% |
| | | | 第五年：6.8 億 | 2016 | NA | NA |
| 黃斑部病變藥品 Aflibercept | 2B | 第一年：5,500 萬 第五年：1.6 億 | 第一年：2,100 萬 | 2014 | 90% | -219.1% |
| | | | 第二年：1.69 億 | 2015 | 100% | -71.2% |
| 口服抗凝血劑 Dabigatran | 1 | 第一年：4,000 萬 第五年：8.1 億 | 第一年：510 萬 | 2012 | 0% | -120.7% |
| | | | 第二年：2.48 億 | 2013 | 0% | -65.2% |
| | | | 第三年：3.91 億 | 2014 | 0% | -134.0% |
| | | | 第四年：4.37 億 | 2015 | 0% | -381.9% |
| 口服抗凝血劑 Rivaroxaban | 2A | 第一年：0.96 億 第五年：8.22 億 | 第一年：550 萬 | 2012 | 60% | -1954.6% |
| | | | 第二年：8,100 萬 | 2013 | 70% | -328.5% |
| | | | 第三年：2.61 億 | 2014 | 80% | -86.9% |
| | | | 第四年：4.65 億 | 2015 | 90% | -8.1% |

| 類別 | 核價分類 | BIA 預估財務影響 | 實際藥費 | 年分 | 預算替代率 | 實際替代率 |
|---------------------|------|----------------------------|-------------|------|-------|---------|
| 肺癌標靶治療藥 Afatinib | 2B | 第一年：2,400 萬 第五年：8,800 萬 | 第一年：5,820 萬 | 2014 | 90% | -130.1% |
| | | | 第二年：3.16 億 | 2015 | 100% | 42.0% |
| 口服降血糖藥 DPP4i | 2B | 無 | 第一年：3.91 億 | 2009 | 90% | 17.2% |
| | | | 第二年：10.43 億 | 2010 | 100% | -89.2% |
| | | | 第三年：16.12 億 | 2011 | 100% | 167.5% |
| | | | 第四年：23.71 億 | 2012 | 100% | -23.1% |
| | | | 第五年：32.76 億 | 2013 | 100% | -22.5% |

資料來源：健保會 108.7.26 會議資料

5. 延續糖尿病的議題，隨著人口老化和生活型態及飲食方式改變，近年來糖尿病已高居國人十大死因前五名，國內糖尿病的發生已有愈來愈年輕之趨勢，據估計，台灣糖尿病患人口已達百萬之譜，其中九成以上屬於第二型糖尿病。

以 105 年為例，西醫基層新醫療科技預算為 8500 萬元，於 105 年中開放 SGLT-2 新藥(DAPAGLIFLOZIN 和 EMPAGLIFLOZIN)用於治療第二型糖尿病，第一年因藥品實施時間不足一年未執行完畢，但截至 107 年底，西

醫基層五年新藥預算卻已不足支應兩項藥品(詳下表 1)，而該藥於會前 HTA 財務評估每年花費約 2.4 億-13.2 億元(醫院+基層)。

表 1：西醫基層 105 年-107 年 SGLT-2 藥費申報情形

| 生效日 | 新藥分類/ 分組名稱 | 品項 數 | 給付 價格 | 藥費申報金額(單位:元) | | |
|-----------|---|---------|----------|--------------|-------------|-------------|
| | | | | 105 年 | 106 年 | 107 年 |
| 105/05/01 | DAPAGLIFLOZIN , 一 般錠劑膠囊劑 , 5.00-10.00 MG | 2 | 30.2 | 17,892,616 | 85,711,994 | 140,136,564 |
| 105/05/01 | EMPAGLIFLOZIN , 一 般錠劑膠囊劑 , 10.00-25.00 MG | 2 | 32.3 | 11,472,751 | 54,587,195 | 98,502,996 |
| 合計 | | | | 29,365,367 | 140,299,189 | 238,639,560 |

108 年 7 月，健保署為增加病患用藥選擇，開放 GLP-1 類注射劑(Soliqua) 新藥，該藥含 lixisenatide 及 insulin glargine 成分，一針具兩效果，而依據 HTA 評估每年約花費 700 萬-2000 萬元，考量現今因人口老化、糖尿病愈發普及之情況，於基層院所治療糖尿病亦為常態，未來該項藥費支出恐再超出原編列之預算。

而近期全球最大糖尿病藥廠諾和諾德 (Novo Nordisk) 宣布一款全新 GLP-1 口服藥物將進入市場，其研究顯示可大幅改善患者血糖情況，且針對不願注射治療患者更是一大福音，為醫界及民眾所樂見之藥物。本會憂心，若 109 年未編列足以支應之相關預算，若有類似此類民眾及醫界引以期盼之藥物進入市場，醫界恐因無預算，以致無法接受此類藥物納入健保。

6. 新藥引進並非只有使用五年，第六年之後的藥費耗用應一併追蹤，人口結構改變率不足反應之預算，應於下年度總額持續編列。
7. 以五年為計算期，97-103 年開放之新藥已收載 451 項，所編列的預算有 22.55 億元，但所耗用藥費卻達 47.65 億，平均一年短絀 2.5 億元，建議每年至少應編列 2-3 億預算方足以支應(下表)。

西醫基層總額歷年新藥新科技預算使用情形(百萬元)

| 收載年度 | 當年度預算 | 5年預算 | 收載項數 | 97年 | 98年 | 99年 | 100年 | 101年 | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 | 107年 | 申報合計 | 5年差值 (預算-申報) |
|---------------|-------|-------|------|-----|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|-----------------|
| 97 | 49.2 | 246 | 63 | 4.0 | 41.0 | 115.5 | 192.5 | 252.9 | | | | | | | 605.9 | -359.9 |
| 98 | 27.2 | 136 | 40 | | 41.0 | 135.5 | 235.6 | 308.2 | 393.2 | | | | | | 1,113.5 | -977.5 |
| 99 | 99.9 | 500 | 55 | | | 19.0 | 59.9 | 127.0 | 191.5 | 238.2 | | | | | 635.6 | -136.1 |
| 100 | 101.5 | 508 | 48 | | | | 16.7 | 86.3 | 144.7 | 199.2 | 233.5 | | | | 680.4 | -172.9 |
| 101 | 34.6 | 173 | 70 | | | | | 32.6 | 170.7 | 296.1 | 379.1 | 466.7 | | | 1,345.2 | -1,172.2 |
| 102 | 38.4 | 192 | 29 | | | | | | 2.1 | 13.6 | 35.2 | 44.9 | 63.7 | | 159.5 | 32.5 |
| 103 | 100.2 | 501 | 44 | | | | | | | 2.6 | 18.9 | 43.6 | 69.0 | 91.0 | 225.1 | 275.9 |
| 97-103 年合計 | 451 | 2255 | | 4.0 | 82.0 | 270.0 | 504.7 | 807.0 | 902.2 | 749.7 | 666.7 | 555.2 | 132.7 | 91.0 | 4,765.2 | -2,510.2 |
| 104 | 120 | 600 | 40 | | | | | | | 2.4 | 9.1 | 21.9 | 39.7 | | 73.1 | 526.9 |
| 105 | 83 | 415 | 26 | | | | | | | | 35.1 | 175.2 | 328.9 | | 539.2 | -124.2 |
| 106 | 62 | 310 | 42 | | | | | | | | | 5.0 | 25.0 | 30.0 | 280.0 | |
| 107 | 116 | 580 | 51 | | | | | | | | | | 42.1 | 42.1 | 537.9 | |
| 97-107 合計 | 832 | 3,580 | | 4.0 | 82.0 | 270.0 | 504.7 | 807.0 | 902.2 | 749.7 | 669.1 | 599.4 | 334.8 | 526.7 | 5,449.6 | -1,289.6 |

105年第一年雖僅申報35百萬元，但累計三年所申報金額卻已超過5年所編列之預算約125百萬元，依此成長趨勢未來恐持續排擠健保其他醫療項目服務預算。

附件 3

放寬藥品適應症，建議編列 3.16 億元(成長率 0.272%)

配合 109 年度健保總額政策，建議編列放寬藥品適應症而增加照護率等費用。(已排除人口老化因素，所造成保險對象其他醫療服務利用及密集度的影響)。

1. 108 年編列 2 億元因應『107 及 108 年藥品給放寬適應症付』之費用。以降血脂藥物類為例：108 年「放寬較高風險分級之冠狀動脈粥狀硬化病人(1.有急性冠狀動脈症候群病史 2.曾接受心導管介入治療或外科冠狀動脈搭橋手術之冠狀動脈粥狀硬化患者)使用其藥物之治療目標值 LDL 檢查值降為『 $\geq 70\text{mg/dL}$ 』即可開藥」。此給付規定修改，不僅藥品使用者增加，更是增加 LDL 檢查使用情形。
2. 每年均修正數十項藥品給付規定，使民眾得到最佳藥物治療，但財務亦有遞延效應，無法及時反應，經排除人口結構改變率成長，所造成保險對象其他服務利用及密集度的影響後，理應編列充足預算支應。
3. 統計 103-106 年共修正 113 項藥品規定，每年修訂後的藥品費用可增加 1400 萬~2.86 億元，成長率最高達 12%，扣除人口結構改變率 1.363%，建議編列 **3.16 億元**。[2.86 億*(1+12%-1.363%)]。

| 修正年度 | 修正品項 | 藥品費用增減情形—申報年度(百萬) | | | | | | 修正後增加費用(百萬) |
|------|------|-------------------|------|------|------|------|------|-------------|
| | | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 | 107年 | |
| 103 | 15 | 2.9 | .27 | -.26 | 2.2 | 8.7 | 3.4 | 14 |
| 104 | 33 | 90 | 63 | 42 | 38 | 59 | 49 | 188 |
| 105 | 33 | 89 | 52 | 58 | 83 | 124 | 78 | 286 |
| 106 | 32 | 161 | 69 | 16 | 25 | 59 | 25 | 84 |

附件 4

擴大 C 型肝炎治療衍生之醫療費用，建議編列 2.295 億元(成長率 0.198%)

109 年度健保總額政策目標：配合國家 2020 年 C 肝根治旗艦計畫，基層願意一起努力；建議同步編列其所衍生之醫療費用

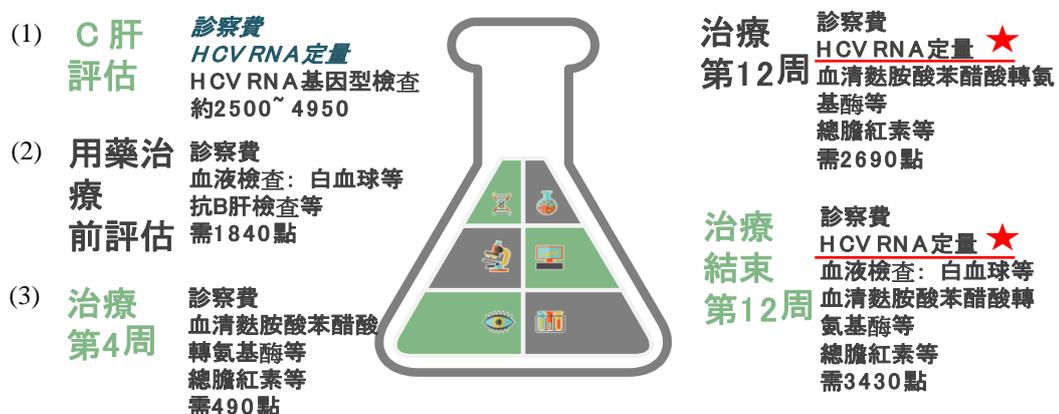
1. 西醫基層完全配合國家 C 肝完治計畫，相關檢驗檢查預算應同步編列：考量 C 肝政策推行及相應配套逐漸改善，預期在基層治療 C 肝的民眾將逐漸增加，除藥費已有專款編列，其餘相關檢驗檢查追蹤等醫療耗用，相較於一般 C 肝病人的追蹤，明顯增加(如下圖)，故建議應同步編列預算，把病人留在基層，方便就醫，持續照護。

2. 為鼓勵基層醫師加入照護，稅賦規定配合實務情形，也進行檢討並修正：

財政部於 108 年 4 月 12 日公告，基層診所報稅時有關 C 肝口服新藥成本計算之認定，從 80%調整為 96%。此舉將大幅減輕基層診所醫師因治療 C 肝病人而增加藥費收入的稅額負擔，同時排除因參與 C 肝治療而被抽審的因素，更能鼓勵基層醫師投入 C 肝治療行列，進一步落實分級醫療政策。

3. 完整的 C 肝治療流程(下圖)，包括 3 大階段：

(一)3 大階段包括：(1)C 肝評估：針對確定 C 肝病人，先進行 12185C¹(HCV RNA 定量)與 12202B²(HCV RNA 基因型)檢查。(2)用藥治療前評估：當第一階段檢驗為陽性，則進入相關檢查，評估是否適合用藥，並等待新藥之取號。(3)用藥治療期及完治：進入用藥治療後，每 4-12 週需定期追蹤，治療結束第 12 週，再進行相關檢驗確認完治。總檢驗檢查費用達 13,400 點。



1 12185C 核糖核酸類定量擴增試驗 2,200 點，即 HCV RNA 定量

2 12202B 即時聚合酶連鎖反應法 2,450 點，即 HCV RNA 基因型檢查

(二)相關檢驗檢查費用說明：

- (1) 為達成國家 C 型肝炎旗艦計畫，針對 C 肝病人，首先進行第一階段 C 肝病人的病毒 RNA 及基因型檢驗，其中約有 30~50% 病毒 RNA 會呈現陰性。該次內含的二種檢驗，費用加總為 4,900 點，但扣除其中 12202B(2,450 點)已於 108 年 4 月 1 日起開放基層適用(由跨表專款預算支應)，因此本階段之預算一人為 2,500 點(4,950-2,450)。
- (2) 針對第一階段檢驗為陽性之病人，則進入第二階段用藥治療前評估，本階段相關檢驗費用為 1,840 點。
- (3) 通過第二階段評估確認符合用藥規定，則進入第三階段用藥治療期及用藥後追蹤檢查，本階段相關檢驗費用為 6,610 點。
- (4) 前述完整治療(1~3 階段)之總檢驗檢查費用達 13,400 點，再扣除已由專款支應的 12202C (2,450 點)，總費用亦達 10,950 點。相較過往 C 肝病人僅每半年追蹤乙次，的確是增加相關檢驗檢查追蹤的醫療耗用。
- (5) 惟健保署僅預估前圖所示★之兩次檢驗費用(2200 點*2)。

4. 「用藥治療人數」預估：

- (1)108 年 1-3 月有 1,453 人在基層診所接受 C 肝治療。今年 4 月初放寬稅務規定、審查及藥品給付規定放寬，4-7 月治療人數增加 1,940 人(人數成長 13%)。
- (2)考量 108 年 19 億預算加注及前述配套措施的放寬，推估 108 年基層治療人數可達 6,300 人(相較 107 年治療人數成長 3 倍以上)，109 年有望成長 2 倍以上。

5. 財務預估：以「用藥治療人數 6,300 人」計算

本項費用包含(1)C 肝病人進行第一階段 C 肝評估檢驗(2)經第一階段檢驗為陽性，且符合第二階段用藥評估，進入用藥治療期，且完成用藥治療後第 12 周之追蹤檢驗，並排除人口結構改變率，約增加 2.295 億元。
[[((8,450 點*6,300 人)+(2,500 點*6,300 人/50%)) *(1+200%-1.363%)]]。

附件 5

全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫，專款項目增編列 8 億元

1. 訴求：

本會原新增「提高每位醫師收案人數上限」及「鼓勵照護 3 種以上慢性病之會員」等建議，人數成長部分，考量 106 年成長達 58.78%，故近三年(106-108)平均收案人數成長率採較低兩年(14.82%)推估，109 年欲達合理點值 0.95，預算需增加 12.11 億元。

陸續與健保署、健保會討論後，本會考量因總額預算成長空間有限，109 年將以提高醫療品質方式，採精實計畫做規劃，增加之預算由原 12.11 億元降為 6 億元。即便增加 6 億元預算，且收案人數在低成長情況下，點值推估仍會低於 0.8，遠低於近五年(103-107)平均點值 0.81。

另本會依據委員建議，優先獎勵健康管理成效績優之醫療群，故增編獎勵費約占總預算之 5%，增加 2 億元；與前述建議增加之 6 億元相加，合計約 8 億元。

2. 收案會員

經健保署表示 108 年收案人數已達 545 萬人，較 107 年增加約 72 萬人，成長率 15.2%。近 3 年，本計畫之收案人數不斷超出預期，以致家庭醫師點值低落，平均落在 0.74 元，估計 108 年點值將創新低。

為優化本計畫品質，108 年聚焦於提升多重慢性病患者照護品質，近年在醫界努力下，符合收案條件之民眾，多數已納入本計畫照護範圍，因此本會建議 109 年朝精實方向發展，以提升醫療品質。如以 108 年目前收案會員人數加計 10% 成長率推估，109 年會員人數約達 600 萬人。

| 年 | 收案人數 | 成長率 | 點值 | 預估值 | 備註 |
|-----|-----------|---------------|------------|-----------|------------|
| 105 | 2,603,757 | - | 0.70 | - | - |
| 106 | 4,134,238 | 58.78% | 0.737 | 3,414,148 | 超收 720,090 |
| 107 | 4,730,740 | 14.43% | 0.791 | 4,714,238 | 超收 16,502 |
| 108 | 5,450,000 | 15.20% | 本會推估 0.715 | 5,100,740 | 超收 349,260 |

註：106-108 年年平均成長率為 29.2%

➤ 歷年家醫計畫執行情形

■ 103-107年家醫計畫執行情形

| 項目/年度 | 103 | 104 | 105 | 106 | 107 | 108 | 109推估 |
|----------------|-----------|-----------|-----------|------------------|------------------|-----------|-----------|
| 預算數(百萬元) | 1,200.0 | 1,180.0 | 1,180.0 | 1580.0+ 450.0 | 2880.0- 450.0 | 2,880.0 | |
| 預算執行數(百萬元) | 1,197.3 | 1,180.0 | 1,180.0 | 914.9 | 2,430.0 | | |
| 預算執行率 | 99.78% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | | |
| 執行社區醫療群數 | 389 | 426 | 414 | 526 | 567 | 605 | |
| 退場 | 9 | 49 | 24 | 1 | | | |
| 新加入 | 20 | 46 | 37 | 136 | 46 | | |
| 診所數 | 2,890 | 3,035 | 3,057 | 4,063 | 4,558 | 5,052 | |
| 醫師數 | 3,527 | 3,709 | 3,789 | 5,182 | 5,924 | 6,666 | 7,408 |
| 新加入醫師 | | 182 | 80 | 1,393 | 742 | 742 | 742 |
| 收案人數 | 2,235,088 | 2,484,646 | 2,603,757 | 4,134,238 | 4,730,740 | 5,450,000 | 6,000,000 |
| 較需照護名單人數 | 5,158,654 | 5,158,097 | 5,510,363 | 6,144,246 | 6,101,880 | 6,360,000 | |
| 參與診所占率 | 28.5% | 29.7% | 29.90% | 36.61% | 43.60% | 48% | |
| 參與醫師占率 | 24.1% | 24.9% | 25.04% | 33.73% | 37.81% | 42% | 47% |
| 交付名單收案在較需照護群占率 | 33.22% | 38.60% | 38.61% | 49.68% | 55.05% | 63% | |

■ 103-107年績效獎勵金點值

| 年度 | 較需照護 名單數(A) | 收案人數 | | | 交付名單收案數占 較需照護群占率 (B/A) | 總預算數 (億) | 點值 |
|-----|----------------|----------------|--------------|-------------|------------------------------|-------------|------|
| | | 交付名單 收案數(B) | 自行收案數 (C) | 合計 (B+C) | | | |
| 103 | 5,158,654 | 1,713,510 | 521,578 | 2,235,088 | 33.22% | 12.0 | 0.84 |
| 104 | 5,158,097 | 1,990,883 | 493,763 | 2,484,646 | 38.60% | 11.8 | 0.99 |
| 105 | 5,510,363 | 2,127,690 | 476,067 | 2,603,757 | 38.61% | 11.8 | 0.70 |
| 106 | 6,144,246 | 3,052,652 | 1,081,585 | 4,134,237 | 49.68% | 15.8+4.5 | 0.74 |
| 107 | 6,101,880 | 3,359,025 | 1,371,715 | 4,730,740 | 55.05% | 28.8-4.5 | 0.79 |

雖參與本計畫之醫師數或收案人數皆不斷上升，但卻因預算限制，**績效獎勵金採浮動點值支付，點值因此有逐年遞減之趨勢。**

此筆費用本用以獎勵家庭醫師執行家醫計畫，惟**自105年起點值持續低於0.8元**，對於認真付出及提供高醫療服務品質之醫師無疑是一種打擊，未來恐將影響醫師提升品質之意願。

■ 103-107年會員滿意度調查結果

| 年度 | 分區電話 抽測通數 | 施測項目 | | |
|-----|--------------|-------------|------------------|--------------|
| | | 健康諮詢 及衛教 | 對會員健康狀 況的了解程度 | 對家庭醫 師整體性 |
| 103 | 3,895 | 98.0% | 98.0% | 98.0% |
| 104 | 4,440 | 99.3% | 99.4% | 99.3% |
| 105 | 4,172 | 99.2% | 99.2% | 99.1% |
| 106 | 5,272 | 99.5% | 99.5% | 99.5% |
| 107 | 5,398 | 99.3% | 99.4% | 99.3% |

- 家庭醫師歷年不間斷提供服務，呈現在會員滿意度中，歷年皆達**98%以上**，在分級醫療中扮演著「厝邊好醫師」的角色。



提供24小時電話諮詢服務：38,119通/年
辦理社區衛教：2,127場/年
參與社區衛教人數：73,462人/年

3. 鼓勵朝精實方向發展之醫療群，優先以提升會員健康管理成效(VC-AE)[註]作為獎勵

依據健保會委員建議，本會將總預算之 5%(36.8 億元,28.8+8)，約 2 億元預算，運用以下兩部分：

- (1)當 VC-AE 數值為正值時，即該醫療群之「健康管理成效鼓勵」部分皆予以一點一元獎勵（原為浮動點值）。目前獎勵上限為 275 點，實際差值另額外回饋績優醫療群，約 1.8 億元。[註：實際申報西醫門診醫療費用(AE)；以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)]
- (2)因應人口老化與雙向轉診，多重慢性病照護成效增加，約 0.2 億元。

4. 8 億財務預估：

- (1) 個案管理費：545 萬人*1.1*250 元=15 億元。
- (2) 績效獎勵費[註]：以 28.8 億元預算為基礎，扣除個案管理費，本會期望浮動點值 0.95，為 17.91 億元，並加計 10%成長，約 19.7 億元
- (3) 總預算：15 億元+20 億元+2 億元=37 億元-108 年預算 28.8 億元=8.2 億元(增加)

註:108 年家醫計畫預算為 28.8 億元，扣除個案管理費 545 萬人*250 元(13.625 億元)後，餘 15.175 億元。推估 108 年點值約 0.72，推估回一點一元，應餘 21.07 億元，本會期望點值為 0.95，則應餘 20 億元。

5. 健保署 2.2 億元財務預估基準失真

- (1)108 年本項預算增加 4.5 億元，其中 2 億元用於增加收案會員人數，前述提到今年增加 72.7 萬人，平均每人 275 元。又以支付每人 550 元編列 109 年預算，其實 108 年短編 2 億元 $[72.7 \text{ 萬人} * (550 - 275)]$ 。
- (2)另健保署以 103-105 年平均成長率 7%推估收案人數，但 106-108 年平均成長率為 29.2%，若以 107-108 年平均成長率計算，也有 14.8%，收案會員人數成長所增加的財務至少編列 4 億元 $[(545 \text{ 萬人} * 14.8\%) * 90\% * 550 \text{ 元}]$ 。
- (3)本項預算，合計(1)(2)，加上多重慢性病照顧增加 0.2 億元，以及鼓勵績優醫療群 2 億元，109 年預算其實應編列 8.2 億元。

6. 另檢附家醫計畫享譽國際之文獻參考資料

全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫

- 一、家醫計畫旨在於提供民眾周全性、協調性與持續性的醫療照護，同時兼顧家庭與社區健康服務，落實全人、全家、全社區的整合照護。
- 二、因此，家庭醫師為提升醫療服務品質提供多項服務，如多重慢性病之整合、預防保健、老人流感注射、子宮頸抹片檢查等。依據文獻^註分析(健保資料庫 2013 年至 2015 年)，可見收案會員和非會員照護比較如下：

| 項目 | 收案會員 | 非收案會員 |
|------------------|--------|--------|
| 慢性病和合併症患病率 | 35.2% | 35.5% |
| 醫療資源的使用情況 | | |
| 門診-每年就醫次數 | 15.9 次 | 17.9 次 |
| 急診-每年就醫次數 | 1.69 次 | 1.74 次 |
| 住院-每年住院次數 | 1.71 次 | 1.74 次 |
| 預防保健 | | |
| 成人預防保健檢查率 | 49% | 19% |
| 子宮頸抹片檢查率 | 29% | 22% |
| 老人流感注射率 | 42% | 28% |
| 糞便潛血檢查率 | 43% | 31% |

註：Chyi-Feng Jan, et al., A 10-year review of health care reform on Family Practice Integrated Care Project-Taiwan experience. Family Practice, 2018. 35(4):P.352-357.

- 三、由上述統計數據可見，參與計畫患者獲得之醫療照護較未參與計畫患者高，且歷年醫療群品質指標近八成評核等級皆達 80 分(良好)以上；同時健康管理成效(VC-AE)亦近八成醫療群達目標，其中超過 275 點之醫療群則佔七成。由此可見，醫療群平時除著重於民眾預防保健之服務，更致力於提升全人、全社區及多重慢性病整合。

| 健康管理成效 | 107 年(群) | 佔率 |
|----------|----------|--------|
| 超過 275 點 | 401 | 70.72% |
| 0-274 點 | 30 | 5.29% |
| <0 | 136 | 23.98% |
| 合計 | 567 | 100% |

附件 6

內科人才培育照護醫療費用，建議編列 4 億元

1. 台灣人口急速老化，各種慢性病、代謝症候群日益增加，國家需要更多優秀的內科專科醫師來照顧國人健康。
2. 內科範圍廣，養成時間長，訓練過程艱辛職業風險高，被醫學生視為畏途，招收新血困難，目前四大皆空的科別，只剩下內科連續 8 年招不滿住院醫師，必須一招、再招、三招才勉強達到容額 85% 左右，而且內科第一年住院醫師升第二年或第二年住院醫師升第三年住院醫師又會跑掉一部分，使得病房照護人力不足而影響病人照護品質甚至危害病人生命，而最終不利醫療生態的健康。
3. 大幅提高內科專科醫師之診察費是拯救內科危機，強化醫療照護品質，健全醫療生態有效且必要的良方，101 年在成長率項目「扶助弱勢科別」項下，外、婦、兒等艱困科別在第一段診療費獲得 9% 的加成，內科至 102 年則只獲得 3.8% 的加成，建議今年編列 4 億預算，以強化內科專科醫師診察費。

第 4 屆 108 年 第 7 次 委員 會議
與 會 人 員 發 言 實 錄

壹、「議程確認」、「請參閱並確認上(第 6)次委員會議紀錄」與會人員
發言實錄

周主任委員麗芳

各位委員，各位與會代表，大家午安，大家好！昨天和今天早上歷經馬拉松式的總額協商，大家真的非常辛苦！感謝所有委員、各醫療部門協商代表，還有健保署及本會幕僚同仁，為了妥善分配 109 年度醫療給付費用總額，每一位都非常善盡職守，讓協商會議順利結束，在此感謝各位為全民健保的付出。更要感謝周執行秘書淑婉帶領健保會同仁盡心盡力準備資料及籌辦總額協商會議，備極辛勞，由衷感謝！現在正式開始今天的委員會議。

司儀

議程確認。

周執行秘書淑婉

- 一、主任委員、各位委員，大家午安。在確認議程之前，先跟大家說一聲：大家辛苦了！從昨天到現在，共花了 16、17 個小時進行總額協商，由衷感謝各位委員。
- 二、依據本會會議規範規定，健保署署長是法定列席人員，健保署於 9 月 12 日函知，李署長伯璋因公出國不克出席，本次會議請假，由蔡副署長淑鈴代理，來函影本(如本議事錄第 92 頁)放在各位委員桌上，請參閱。
- 三、本次會議議程，討論事項、報告事項各 1 案，討論事項是昨天進行的 109 年度總額協商案，要在今天的委員會議進行確認，幕僚已整理好昨天完成的 109 年度總額協商結論，放在各位委員桌上。報告事項為健保署例行業務報告，不進行口頭報告，請委員參閱，以上報告。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、因為昨天總額協商到凌晨 12 點，不管是付費者代表、醫療服務

提供者代表、政府官員及健保會的同仁確實都非常非常辛苦。可是我們早上看到中華民國醫師公會全國聯合會(下稱醫師公會)發布的聲明新聞稿，很遺憾的，新聞稿內沒有把我的名字寫上去，至少寫「主談人何語委員」，讓我出名一點，打開知名度，我還想選立委欸，知名度打不開怎麼辦？新聞稿提到「付費者代表藐視醫療專業的價值，不顧民眾應有醫療權利，深表痛心與遺憾」，在此拜託西醫基層代表，把相關人員的名字列出來好嗎？新聞稿中把主談人批評得一文不值，我參與這 11 年來的總額協商會議，有需要這樣嗎？真的感到很遺憾，如果把我的名字列上去，我就省了 1 百多萬元的廣告費，拜託你們重新發聲明稿，寫上何語的名字，我在年底選舉才會當選，要不然很可惜欸！

- 二、這個聲明中把我們付費者代表及主談人批評得一文不值。沒有錯，我沒有讀書，這是事實。
- 三、年度總額協商是付費者代表及醫界代表雙方坐下來協商、討論，協商代表要用什麼辦法爭取更高的預算？靠的是提出方案的可行性，規劃內容是否合情、合理，以及協商的技巧與說服力來爭取預算。但若爭取不到付費者代表的支持，大家也同意兩案(付費者代表方案及醫界方案)送部裁決，若部長裁決後採你們的方案，我們摸著鼻子也沒話可說，部長都還沒有裁決，就先發這種新聞稿，這樣不對啦！這不是做人做事的道理。
- 四、我何語拿過政府 9 個部會獎章、20 幾張部長獎狀，以及其他有的沒有的 130 多張，但是新聞稿內容這樣寫好嗎？我認為不應該啦！總額協商是兩邊歡喜甘願，對付費者代表不同意你們的預算編列，協商時你們也可以翻桌，但怎麼可以用發新聞稿的方式來處理？我剛剛也請教許委員美麗，我請醫師公會再發一個函給我，把我的名字寫上去，我們就法院見嘛！對不對？這是很不應該的行為。
- 五、如果這就是所謂仁心仁術的醫生，比我何語還差。一個仁心仁

術的醫師，寫這種文章攻擊付費者代表，比何語還差。我何語自認自己很差，但也沒有必要寫文章修理、批評、攻擊。拜託醫師公會發一個函給我，把我的名字寫清楚一點，或是重新發新聞稿。你們敢寫就具名，我何語敢寫就敢具名。

周主任委員麗芳

感謝何委員語的提醒，請鄭委員建信。

鄭委員建信

- 一、接續何委員語的發言，我也覺得非常難過。身為付費者代表，我認為在醫療關係中，我應該不是消費者，但我最近常被稱呼為消費者代表。基於付費者代表在健保會的法律地位，應該不以有醫療專業背景為必要，但是今天看到醫師公會發出的聲明內容，顯然是部份醫界團體一直以其醫療專業，要求所有健保會委員要有他們所指的醫療專業，我覺得主委應該表達立場。
- 二、有關醫療服務成本指數改變率，從我參與健保會迄今，一直讓我感到很困惑。對於協商因素，其實健保法中並沒有限制本會管理、監理的範圍，但在依循過去協商架構及原則下，「醫療服務成本及人口因素成長率」經行政院核定後即已框定成長率，對於整個健保經費範圍，根本沒有讓健保會進行實質協商，健保會已實質喪失對龐大健保總額預算的監督功能。
- 三、我尊重整個協商程序與結果，但以目前的運作模式，我真的覺得已實質架空健保會委員應有的監督義務，這部分要向主委、健保署嚴正表達。

周主任委員麗芳

- 一、感謝何委員語及鄭委員建信的意見。
- 二、有關 109 年度總額協商，目前整個程序尚未完成，還需要在本次會議進行確認，在協商結果還未完成確認前，109 年度總額協商都還沒有告一段落。我必須嚴正的呼籲，所有出席的代表及所代表的團體，不宜在健保會相關程序尚未完備之前，就對外發出聲明或是對外發言，這也是對本會及每位委員的尊重，

再次呼籲大家要尊重健保會。請何委員語。

何委員語

補充說明，因為醫師公會聲明稿資料出現 3 個人的姓名，其中 2 位是本會委員吳國治召委及黃啟嘉召委，第 3 位是新聞聯絡人林主任秘書忠劭，對於這 3 位感到很抱歉，預計下週將委請律師代表 19 名保險付費者代表共同提出法律訴訟，不論官司輸贏與否，但我何語絕對會爭這口氣，即使花費 30、50 萬元的律師費也會提告，上訴到最高法院裁決。若他們沒有向我們 19 位付費者代表表達善意與歉意，因為我明天出國，我保證回國後馬上採取行動，坦白說，我的訴訟官司從沒告輸過，因為我沒欺負過別人，也沒有占別人便宜，我是很光明磊落的人。

周主任委員麗芳

請吳委員國治。

吳委員國治

基本上，我們對健保會的運作都非常重視，也對所有委員很尊重，我想何委員語可能沒有很仔細閱讀聲明稿內容，我們非常肯定所有委員。當然西醫基層總額協商破裂，兩案併陳報請衛福部裁決的協商結果，我們感到非常的遺憾，這是醫師公會的看法，也可受公評。我們尊重何委員語之後採取的任何措施，但我也要向健保會所有與會的委員致意，我們並沒有對所有委員有不尊重的意思。

周主任委員麗芳

請葉委員宗義。

葉委員宗義

一、總額協商或多或少都會有是非，像過去鄭前主任委員守夏主持總額協商，甚至到凌晨 2、3 點才結束，他也認為總額協商的過程，需要替供、需雙方解決問題十分艱辛。從昨天開始協商到現在，感覺總額協商是非常艱鉅與複雜的任務，但我認為不論是醫界代表或付費者代表大家都非常有感情，也都非常善良。像昨晚中醫門診總額協商時，雙方協商氣氛融洽，我認為很多

問題是可以有方法解決的。

二、雖然今天發生聲明稿的事情，不曉得是不是有什麼誤解，因為到現在我們還沒有看到聲明稿，也不知道聲明稿是從哪裡來，當然現在或許還不用談論這個問題，但我希望周主任委員麗芳您要正視這個問題，因為現在總額協商尚未完成，應該沒有聲明稿，而且現在即將選舉，如果報紙全都刊登出來，我們在座每個人都會不舒服，絕對會產生很大的影響。希望雙方共同協調看看，應該要怎麼做對雙方最好。我最大的願望是希望健保制度完善和健全，若沒有處理好絕非全民之福，社會大眾也會對我們有誤解，所以希望您對這個問題能妥善處理。

周主任委員麗芳

感謝葉委員宗義的寶貴建議。回到今天的會議，對於議程安排，委員如果沒有意見的話，議程確定。開始進行今天議程，進行會議紀錄確認。

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請問各位委員有沒有意見？(委員均無意見)沒有的話，會議紀錄確認。請進行下一案。

貳、「上(第 6)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

一、說明一，上次委員會議決議(定)事項計有 3 項，依辦理情形建議解除追蹤 1 項，繼續追蹤 2 項；歷次委員會議決議(定)事項達解除追蹤條件，擬建議解除追蹤者計有 4 項，但最後仍會依照委員議定結果辦理，請各位委員翻到會議資料第 12 頁。

(一)擬解除追蹤部分：

1. 上次委員會議：有關區域級(含)以上醫院門診減量措施執行情形及檢討報告，健保署對委員所提意見已提出補充說明，且 108 年度醫院總額協定事項也要求定期檢討，建議解除追蹤。

2. 歷次委員會議，請參閱會議資料第 14~15 頁：

(1) 項次 1，關於平均眷口數部分，健保署已於 108 年 8 月 30 日公告，調降全民健保平均眷口數為 0.58 人，建議解除追蹤。

(2) 項次 2，請健保署於總額協商前 1 個月，提出 109 年度新醫療科技預算規劃與預估內容部分，健保署已提出專案報告，且本會已在 109 年度醫院總額協定事項，建議健保署未來能朝此方向預作規劃，建議解除追蹤。

(3) 項次 3，請健保署於 108 年提出區域級(含)以上醫院門診減量措施執行情形及檢討報告，剛才在上次委員會議建議解除追蹤項目即為本項的另行追蹤，後續將定期檢討、報告，建議解除追蹤。

(4) 項次 4，關於請各部門總額團體及健保署提送「109 年度總額各協商因素項目及計畫草案」，昨(26)日已完成 109 年度各部門總額協商，建議解除追蹤。

(二)繼續追蹤部分，援例不進行報告。

二、說明二，請翻回會議資料第 10 頁，是本部的政策宣導，為了讓

委員了解衛福部長照相關政策及服務內容，幕僚在本次會議資料併同寄出長照相關摺頁文宣，請委員參考，並請協助轉知所屬團體成員周知。如有需要索取更多長照宣導文宣，也請告知本會幕僚提供。另外，10月份委員會議會再安排長期照護司向各委員說明，司長說她會親自到會向委員說明，讓委員更加了解長照 2.0 政策內容。

三、說明三，衛福部及健保署本年 6 月至 9 月份發布及副知本會的相關資訊，詳細內容及相關附件業於 9 月 12、16 日寄至各委員電子信箱，詳細重點摘要，請各委員參閱，以上說明。

周主任委員麗芳

針對剛剛周執行秘書淑婉所報告的內容，各位委員有無垂詢？(未有委員詢問)沒有的話，如幕僚所擬意見辦理，餘洽悉。請進行討論事項。

參、討論事項「109 年度西醫基層、牙醫門診、醫院、中醫門診醫療給付費用總額及其他預算協商案」與會人員發言實錄

陳組長燕鈴

- 一、各位委員好，幕僚已整理昨天委員協商各部門總額的協商結論，於今天早上放置於委員桌上。本份資料是依據昨天的協商次序排列，過去的經驗是各部門依序逐一確認，若對文字有酌修的建議請提出，經委員同意後修正。另依協商原則，只能做文字修正，不涉及實質內容修改，幕僚將依委員的建議處理。
- 二、第一個協商的部門是西醫基層總額，因為昨天協商沒有達成共識，將分別就付費者代表及醫界代表建議方案，兩案併陳報部決定。請委員檢視內容是否有哪裡需要修正。

周主任委員麗芳

西醫基層的部分是兩案併陳，請西醫基層代表委員、付費者委員確認各自的版本，若雙方對內容都沒有意見，我們就兩案併陳報部決定。

陳組長燕鈴

- 一、幕僚補充說明，請委員參閱西醫基層總額協商結論第 3 頁，因為 109 年度總額協商原則已明定，對新增的專款計畫或協商項目需提出試辦期程、執行目標及預期效益。若醫界已在協商草案提出相關內容，幕僚會協助臚列在協商結論，但有些項目醫界沒有提出，幕僚就無法納入。
- 二、請參閱西醫基層總額協商結論第 13 頁最後一行，協定事項要求提供試辦期程、執行目標及評估指標，劃線部分就是需要補正處，請各總額部門在 10 月 7 日前將前開資料送會。幕僚收到補充後，將於下次委員會併同本次會議決議提請確認，未來才能就各部門提供的執行目標及評估指標，於年度評核及協商時，進行成效評核與預算檢討。

周主任委員麗芳

請陳委員莉茵。

陳委員莉茵

因為昨天協商時主要聚焦於預算額度分配，所以我有一項建議希望現在提出。請參閱西醫基層總額協商結論第 12 頁及醫院總額協商結論第 10 頁，有關「罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材」專款項目，建議 110 年起將「罕見疾病、血友病藥費與罕見疾病特材」及「後天免疫缺乏病毒治療藥費」分別編列預算，因為致病原因、途徑完全不同，為利於控管，是否分列比較恰當。

周主任委員麗芳

對於陳委員莉茵的建議，請蔡副署長淑鈴就執行面可行性表示意見。

蔡副署長淑鈴

過去對於這些醫療照護衍生的費用，合併編列預算，運用上會比較有彈性，若分列後每項費用都是小額預算，將來在使用上會非常沒有彈性。

陳委員莉茵

主要是因為愛滋病與罕見疾病的致病原因完全不同。

蔡副署長淑鈴

罕見疾病、血友病與愛滋病三種疾病也不一樣，委員是希望三個疾病分列預算？

陳委員莉茵

血友病與罕見疾病可能比較類似，因為都是遺傳性疾病，與傳染性疾病性質非常不同，費用成長比率也不一樣。因為該項的後天免疫缺乏病毒治療藥費已執行一年多，如果在 110 年起可以分列預算，在使用公共資源的介面上，相信血友病與罕見疾病都很願意接受監測與監督，控管也屬必要，但因為遺傳性疾病與傳染性疾病的致病途徑非常不同，希望預算可以分列。

周主任委員麗芳

陳委員莉茵的意見送請健保署參考。委員有無其他意見？請吳委員榮達。

吳委員榮達

請參閱西醫基層總額協商結論第 1 頁，付費者代表在非協商因素有關「醫療服務成本指數改變率所增加的預算」中，有優先用於急重難症、藥品基本價等協定事項。有關藥品基本價部分請健保署加以說明，我記得 2、3 個月前，公正人士代表委員曾經提案，健保署調整膠囊藥價格 20~30% 的公告內容是否就是調漲藥品基本價？如果藥品基本價需要 30 億元，當初我們就表示反對意見，如果醫療服務成本指數增加的預算，會優先用於調整藥品基本價支付這 30 億元，付費者代表同意嗎？請再思考看看。

周主任委員麗芳

吳委員榮達提出的意見很重要，也涉及結論文字，請吳委員榮達再說明清楚。

吳委員榮達

我們 3 位提案人原本是反對調漲，因為調漲比率很高，1 個膠囊漲幅是 25~30% 的金額。醫療服務成本指數改變率所增預算優先用於藥品基本價沒關係，但是不能使用於膠囊部分，若有這樣的但書，則結論文字可以接受。健保署意見是要支付藥品基本價調漲的 30 億元，我個人表示反對，不知道付費者代表的意見為何？

周主任委員麗芳

請付費者代表表示意見，請何委員語。

何委員語

- 一、有關吳委員榮達提到的部分，付費者的意見是請健保署去做整體考量，等於授權健保署去做這件事情，這是我們沒有落下文字的原因。
- 二、西醫基層總額的協商結果是兩案併陳，在付費者代表方案中，我正式提議增列「建請部長尊重付費者代表方案予以裁決」這些文字。

周主任委員麗芳

委員有無其他意見？請李組長純馥。

李組長純馥

有關西醫基層協商結果第 4 頁之(5)「強化基層照護能力及『開放表別』項目」，本年的總額公告中有實際執行數應併入一般服務結算的文字。因開放表別的項目本來就是一般診療項目，點值不應與一般診療項目不同，建議本項協定事項增列「本項依實際執行扣除原基期點數併入一般服務結算」，以利作業程序進行。

周主任委員麗芳

委員有無其他意見？請吳委員國治。

吳委員國治

本項文字修正，依程序是否先在健保署研商議事會議討論較為妥當？

蔡副署長淑鈴

向吳委員國治說明，本項只是程序問題，雖然預算編列於專款項目，但結算時需併入一般服務預算。文字修正僅是交代過程，至於其餘專款項目則不併入一般服務預算結算，因此建議增列文字。

周主任委員麗芳

目前有兩個版本，健保署是建議修正付費者代表方案。

吳委員國治

那沒問題。另外，何委員語建議在方案加註建議文字，好像不太恰當，那醫界也可以陳請部長依我們的方案核定，我覺得不是很理想。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

醫界代表方案如何表述我們不管，我參加總額協商 11 年，只要兩案併陳，付費者都會附上「建請部長尊重付費者代表方案予以裁決」的建議，至於如何裁決那是部長的權責，他如果不採付費者代表方案，要採醫界代表方案，我們也尊重。至於醫界代表方案要如何表述，那是你們的事情。

周主任委員麗芳

剛才有提到，兩案併陳各自表述，付費者代表要加註建議文字「建請部長尊重付費者代表方案予以裁決」，西醫基層代表方案如要比照也是可以，因為是醫界的版本，雙方各自表述，健保會都會尊重。請問西醫基層代表方案是否也要加註建議文字？

吳委員國治

不用加。

周主任委員麗芳

好，西醫基層總額協商結果確認，接下來確認牙醫門診總額協商結果。

許代理委員世明(王委員棟源代理人)

牙醫部門的協商結論大致上沒有問題，但在協商結果第 4 頁「牙醫特殊醫療服務計畫」，協定事項第 4 點「新增調整特定身心障礙者診察費『與』醫療團提供護理之家之牙醫醫療服務」，我記得總額協商會議資料(大表)是寫「或」，因為新增費用無法支應 2 個項目，建議將「與」改為「或」，新增費用與調整診察費所需費用已經相差很大，更難以同時調整 2 個項目。

周主任委員麗芳

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

「牙醫特殊醫療服務計畫」過去已多次調整診察費，新增預算應該不能完全用於調整診察費，加上護理之家也有很多臥床病人，都需要牙醫師到護理之家照顧，所以我們建議寫「與」不是「或」。

許代理委員世明(王委員棟源代理人)

我們第 1 次送健保會的版本有提到調診察費，最後送的版本沒有要調。

蔡副署長淑鈴

那就刪掉。

許代理委員世明(王委員棟源代理人)

刪掉可以。

蔡副署長淑鈴

建議刪掉「調整特定身心障礙者診察費」，保留「醫療團提供護理之家之牙醫醫療服務」，可以嗎？

許代理委員世明(王委員棟源代理人)

同意。

蔡副署長淑鈴

那就修改為「醫療團提供護理之家之牙醫醫療服務」。

周主任委員麗芳

牙醫部門與健保署已經完成溝通，牙醫部門有無其他意見？

許代理委員世明(王委員棟源代理人)

沒有。

周主任委員麗芳

好，牙醫門診總額協商結果確認。接下來確認醫院總額協商結果，醫院部門是兩案併陳，請雙方各自確認文字。先請蔡委員登順。

蔡委員登順

一、我對醫院總額協商結果沒有意見。請看會議資料第 25 頁，說明(三)「109 年度健保總額協商之政策方向」提到，要「合理反映山地離島或偏遠地區及特殊族群之照護需求，均衡醫療資源的分布」。對此，請醫院部門持續推動弱勢及偏鄉地區風險調整基金，並加強資源分配工作，以合理反映偏遠地區及特殊族群之需求。

二、建議 109 年度風險調整基金應有擴編預算計畫，落實偏鄉及弱勢族群的醫療照護需求。翁理事長文能上任後，推動了風險調整基金，建議未來能繼續編列，加上 109 年度總額成長金額約 270 億元，希望風險管理調整基金能擴編預算。

周主任委員麗芳

謝謝蔡委員登順的意見。剛剛幕僚同仁提醒我，因為本會接下來還要進行地區預算分配，剛才您所提醒的，是屬於地區預算分配的考量事項之一，地區預算分配將在 10 月、11 月份委員會會議進行，您的意見在地區預算分配時再處理，好不好？

周主任委員麗芳？

請問翁委員文能對醫界版本有無意見？

翁委員文能

目前的版本是今早的版本嗎？

盛技正培珠

向各位委員報告，螢幕上呈現的醫院代表方案，已經是依照醫院協會今天早上提供的最新版本修正，紙本來不及重新印刷，還請見諒。

周主任委員麗芳

請委員看一下螢幕上醫界版本修改的地方，請問還有沒有意見？請李組長純馥。

李組長純馥

- 一、醫院部門協商結論第 2 頁，有關「新醫療科技」協定事項 C，「請中央健康保險署檢討免疫療法適應症」，因為適應症是規範在藥品仿單裡，健保署無法檢討，但可以檢討藥品給付規定，請問各位代表是否同意將文字由「適應症」修改為「藥品給付規定」？
- 二、協定事項 D「附帶建議：請中央健康保險署規劃免疫療法藥品還款計畫回饋金使用於新醫療科技項目」，所列「回饋金」正確法律名詞是「返還金額」，是否同意將文字修正為「還款計畫返還金額」？

周主任委員麗芳

健保署對付費者版本的二點修正建議，請問委員是否都同意？請何委員語。

何委員語

付費者還是建議在兩案併陳裡，附加「建議部長尊重付費者代表方

案予以裁決」這個建議。

周主任委員麗芳

好，就是剛剛西醫基層部門付費者方案中落下的文字，也在醫院部門付費者方案落下相同文字。也要請問醫院部門，也要在醫界版本落下相關的意見嗎？(醫院部門表示不需要)醫院總額協商結果確認。

陳組長燕鈴

主席，幕僚請教，在確認西醫基層部門協商結論時，有委員建議未來將「罕見疾病、血友病藥費與罕見疾病特材」及「後天免疫缺乏病毒治療藥費」預算分列，附帶決議是送請健保署參考。因為醫院部門也有跟西醫基層部門相同的項目，請問是不是也一樣將此建議列入附帶決議，送請健保署參考？

周主任委員麗芳

那就一樣送請健保署參考。接下來進行中醫部門協商結果確認。

陳委員旺全

首先非常感謝各位委員的協助，總算順利完成總額協定。所有委員的協定事項我們都會遵循。唯一建議修正之處在協商結論第2頁，「提升用藥品質」協定事項②，「...於108年12月底前提出擬新增藥品給付之品項及提升用藥品質規劃，並提報委員會議，方得調升藥費。」，建議修正為「...，並提報委員會核備。」，將原來後面的「...議，方得調升藥費」這幾個字刪掉，請問委員是否同意？因為委員昨天協商時已經同意調升藥費了。

干委員文男

同意啦！

周主任委員麗芳

請問還有沒有意見？(委員均無意見)

陳委員旺全

非常感謝，就這樣，其他新增的計畫會依照剛剛宣布於10月7日前

將相關內容陳報上來。

周主任委員麗芳

接下來進行其他預算協商結果確認。請李組長純馥。

李組長純馥

謝謝委員昨天跟我們奮戰到晚上 12 點，我們只有 1 個問題，其他預算協商結論第 3 頁，第 10 項「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」，原先增編 73 百萬元來增加收案率，但後來被酌減，只增編 23 百萬元，其實現在每年的額度皆快用滿，今年甚至會超支，因為明年只增加 23 百萬元，是否允許刪除協定事項「請增加『初期慢性腎臟病醫療給付改善方案』(Early-CKD)及『末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫』(Pre-ESRD)之收案率」文字。我們現在將收案的病人照顧好，讓照顧品質變好，至於提高收案率的部分，囿於預算關係，是否可以先不落入文字？當然我們還是會努力來照顧更多病人。

周主任委員麗芳

- 一、健保署考量實際執行上的需要，委員是不是同意健保署的意見？(委員無表示反對)同意，請問還有沒有其他意見？(未有委員提出意見)其他預算協商結果確認。
- 二、109 年度各部門醫療給付費用總額及其他預算協商結論(含成長率、金額及其分配)全數確認。
- 三、協定事項要求應提出試辦期程、執行目標及預期效益(含評估指標)，部分項目資料如協商會議結論劃線處，尚待補正，請各總額部門於 10 月 7 日前提至本會，俾利於本會第 8 次委員會議(108.10.25)併同本案決議進行確認。
- 四、有關新增專款計畫之「試辦期程」，係於試辦一段期間後，進行檢討退場或納入一般服務。請各總額部門提出規劃之試辦期程，以利進行評估。請干委員文男。

干委員文男

- 一、我對決議事項沒有意見。有關協定事項「違反全民健保醫事服務特約及管理辦法扣款」，現在金額減少很多，請健保署這方面

要加強管理。

- 二、最近聽聞很多醫療院所違約的事情，健保署有很多管理工具，健保署要經費我們也都同意，再不努力半年後我們會發飆，違反特管辦法這是全民、醫界及付費者之痛，希望健保署在這方面要多加努力。社會總有正義，不要因為少數1、2個人違法，而讓整個社會價值扭曲。

周主任委員麗芳

干委員文男意見，請健保署妥為處理。請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

- 一、感謝健保署提供明年度總額範圍上下限財務評估概算表，請參閱會議資料第28頁附表「以109年度總額範圍(下限)評估健保財務收支情形，及106~113年健保財務收支概估情形」，有關該表揭示106年的數據，與原來審定的數據，略有差異，如「保險收入」審定數字是5,939.7億元，但資料數降為5,900億元，再請幕僚或權責單位確認，如果數字略有異動，敬請備註說明。
- 二、請參閱會議資料第29頁，「以109年度總額範圍(上限)評估健保財務收支情形，及106~113年健保財務收支概估情形」，即以109年總額成長率5.5%，110年起依高推估歷史趨勢，推估對整個總額範圍影響。
 - (一)看得出來未來安全準備這個蓄水池，會慢慢出現赤字。但是對於表列「政府負擔不足法定36%之差額」這一項，該高推估數值竟與第28頁低推估(109年總額成長率3.708%)一模一樣，例如：109年高低推估兩者都是601億元，往後年度的數字也都是一樣的。
 - (二)我想請教，推估的成長率不同、成本不同，算出來的政府應負擔36%不足數會一樣嗎？是否可以提供「106~113年政府負擔不足法定36%之差額」計算明細表供委員了解。孟子曾說：「民為貴，社稷次之，君為輕。」不知道權責單位是不是有另類的解讀。

三、為何我要關注這個數字？

- (一)昨天大家都是淋著雨回去，回到家也凌晨了，我沉澱之後，認為我們在這邊的努力，不外乎為了健保資源，大家辛苦地拿著圓鋤挖池、蓄水，並為整體資源的合理分配舉牌，相信大家點滴在心頭，不再贅述。
- (二)請教大家，現在很多政策性導向的特殊用藥，會不會侵蝕健保的安全準備？會。若安全準備不足，影響費率的適足性時，屆時會不會被迫調整保費！所以，這攸關的不只是你、我，而是全民的事情。
- (三)因此，法的智慧在哪裡？在健保法第 2 條及第 3 條告訴我們，以支出面去算計算政府應負擔 36% 的話，第 28、29 頁兩表「政府負擔不足法定 36% 之差額」數字就會不一樣；而另一個法的智慧在於，如果政府花的錢越多，所應負擔的 36% 不足數就越高。
- (四)最後聚焦一個結論，健保的政策風險，其風險成本將會逐漸反映在「政府負擔不足法定 36% 之差額」數，還請大家多加關注。

周主任委員麗芳

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

委員現在關心的是「政府負擔不足法定 36% 之差額」，這項數字跟醫療總額沒有關係，它不與總額支出(保險成本)的成長連動，而是跟保費有關。這部分計算的詳細公式會後再提供給委員參考，但基本上它跟保險成本，即總額支出，是沒有連動的，它是跟收入面連動，所以支出成長率跟這項數字沒有關聯。

陳委員炳宏

感謝蔡副署長淑鈴的說明，大家應該有經驗，我們曾經在「安全準備提列之不足數」努力爭取很多次，也屢屢獲得補償，並體諒政府依財政狀況「分年撥補」；我剛剛不斷提醒與說明的是，依據健保法

第 3 條，「政府依法令規定應編列本保險相關預算之負擔不足每年度保險經費扣除法定收入後金額之 36% 部分，由主管機關編列預算撥補之」，其法遵計算基礎是「支出面」；我們也有主計總處的委員，亦可為大家補充說明，謝謝。

周主任委員麗芳

陳委員炳宏的意見，請健保署參考。請進行下一案報告事項。

盧委員瑞芬書面意見

會議資料第 28 頁，附表「以 109 年度總額範圍(下限)評估健保財務收支情形，及 106~113 年健保財務收支概估情形」，其中「其他收入」皆為負數，請健保署說明此項計算方式。

肆、報告事項「中央健康保險署『108年8月份全民健康保險業務執行報告』」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

- 一、本月健保署全民健康保險業務執行報告，是以書面報告的方式，不進行口頭報告，請各位委員參閱書面資料，是否有要提出垂詢的地方？(未有委員提出)沒有，今天議程安排的議案都已完成，請問有臨時動議嗎？(未有委員提出)沒有。
- 二、再次感謝所有委員及與會人員，兩天的總額協商各位都辛苦了。感謝勞苦功高的付費者代表，謝謝所有醫界各部門代表，也謝謝健保會幕僚同仁及健保署同仁。本次會議到此結束，謝謝大家，散會。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

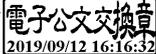
機關地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27025834
承辦人及電話：李均浩(02)27065866轉2679
電子信箱：a110906@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國108年9月12日
發文字號：健保企字第1080038545號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：貴會訂於108年9月27日(星期五)召開之109年度全民健康保險醫療給付費用總額協商暨第4屆108年第7次委員會議，本署李伯璋署長應廣達集團邀請出席「Quanta Smart Medicine Symposium：Reinventing smarter medicine with AI」國際論壇，不克出席，擬由本署蔡淑鈴副署長代表出席，敬請諒察。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：本署署長室  2019/09/12 16:16:32

衛生福利部全民健康保險會收發



表1-門診(不含急診)106年至108年6月各月CT及MRI檢查統計

| 檢查項目 | 費用年月 | 醫令數 | 醫令點數(萬點) |
|------|--------|--------|----------|
| CT | 201701 | 64,300 | 28,903 |
| CT | 201702 | 63,700 | 28,554 |
| CT | 201703 | 77,780 | 34,863 |
| CT | 201704 | 71,883 | 32,233 |
| CT | 201705 | 76,703 | 34,396 |
| CT | 201706 | 75,375 | 33,816 |
| CT | 201707 | 77,802 | 34,849 |
| CT | 201708 | 81,925 | 36,656 |
| CT | 201709 | 73,133 | 32,772 |
| CT | 201710 | 77,282 | 34,620 |
| CT | 201711 | 80,640 | 36,148 |
| CT | 201712 | 74,771 | 33,574 |
| CT | 201801 | 85,641 | 38,458 |
| CT | 201802 | 56,501 | 25,306 |
| CT | 201803 | 83,475 | 37,261 |
| CT | 201804 | 79,154 | 35,351 |
| CT | 201805 | 87,555 | 39,120 |
| CT | 201806 | 77,444 | 34,600 |
| CT | 201807 | 85,728 | 38,327 |
| CT | 201808 | 86,436 | 38,602 |
| CT | 201809 | 72,416 | 32,308 |
| CT | 201810 | 87,316 | 39,027 |
| CT | 201811 | 83,566 | 37,369 |
| CT | 201812 | 81,313 | 36,351 |
| CT | 201901 | 85,641 | 38,486 |
| CT | 201902 | 59,016 | 26,495 |
| CT | 201903 | 83,726 | 37,566 |
| CT | 201904 | 84,515 | 37,814 |
| CT | 201905 | 90,135 | 40,318 |
| CT | 201906 | 79,033 | 35,405 |

備註：

- 1.資料來源：門診醫令申明細檔。(資料擷取日期：1080912)
- 2.資料範圍：篩選醫事類別12-西醫醫院，排除急診及代辦案件，醫令類別為2且醫令點數>0。
- 3.資料期間：費用年月10601-10806。
- 4.CT、MRI醫令代碼：33070B,33071B,33072B,33084B,33085B。

表2-106年至108年6月各月CT及MRI之樣本專審審查結果

| 檢查項目 | 費用年月 | 抽審醫令數 | 核減醫令數 | 初核核減率 |
|------|--------|-------|-------|--------|
| CT | 201701 | 2,783 | 358 | 12.86% |
| CT | 201702 | 2,144 | 354 | 16.51% |
| CT | 201703 | 1,630 | 197 | 12.09% |
| CT | 201704 | 2,581 | 390 | 15.11% |
| CT | 201705 | 2,324 | 267 | 11.49% |
| CT | 201706 | 1,903 | 287 | 15.08% |
| CT | 201707 | 1,104 | 208 | 18.84% |
| CT | 201708 | 840 | 137 | 16.31% |
| CT | 201709 | 1,081 | 156 | 14.43% |
| CT | 201710 | 1,370 | 208 | 15.18% |
| CT | 201711 | 1,617 | 242 | 14.97% |
| CT | 201712 | 1,218 | 174 | 14.29% |
| CT | 201801 | 3,080 | 476 | 15.45% |
| CT | 201802 | 2,159 | 331 | 15.34% |
| CT | 201803 | 1,712 | 224 | 13.08% |
| CT | 201804 | 3,138 | 488 | 15.55% |
| CT | 201805 | 4,516 | 632 | 13.99% |
| CT | 201806 | 1,975 | 325 | 16.46% |
| CT | 201807 | 3,895 | 712 | 18.28% |
| CT | 201808 | 3,925 | 702 | 17.89% |
| CT | 201809 | 3,226 | 688 | 21.33% |
| CT | 201810 | 2,336 | 411 | 17.59% |
| CT | 201811 | 1,977 | 351 | 17.75% |
| CT | 201812 | 2,597 | 466 | 17.94% |
| CT | 201901 | 4,863 | 1,041 | 21.41% |
| CT | 201902 | 5,451 | 1,016 | 18.64% |
| CT | 201903 | 4,309 | 813 | 18.87% |
| CT | 201904 | 5,202 | 815 | 15.67% |
| CT | 201905 | 2,878 | 523 | 18.17% |
| CT | 201906 | 2,434 | 341 | 14.03% |

備註：

- 1.資料來源：醫療費用醫令樣本明細檔。(資料擷取日期：1080909)
- 2.資料範圍：申報類別為1、2；樣本註記為1、2、3、4；排除統扣、住院膳食費(0、AZ、DZ)案件。
- 3.資料期間:費用年月10601-10806。
- 4.CT、MRI醫令代碼：'33070B','33071B','33072B','33084B','33085B'。
- 5.初核核減率：核減醫令數/抽審醫令數。

表3-門診(不含急診)106年至108年6月各月CT及MRI各部位醫令數及比率

| 檢查項目 | 費用年月 | 排序 | 診療部位名稱 | 醫令數 | 比率 |
|------|--------|----|----------|--------|--------|
| CT | 201701 | 1 | 頭部 | 14,188 | 22.27% |
| CT | 201701 | 2 | 胸部 | 14,147 | 22.21% |
| CT | 201701 | 3 | 腹部(含骨盆腔) | 11,445 | 17.97% |
| CT | 201701 | 4 | 上腹部 | 7,954 | 12.49% |
| CT | 201701 | 5 | 胸部及上腹部 | 4,360 | 6.84% |
| CT | 201702 | 1 | 頭部 | 14,306 | 22.59% |
| CT | 201702 | 2 | 胸部 | 13,945 | 22.02% |
| CT | 201702 | 3 | 腹部(含骨盆腔) | 11,143 | 17.60% |
| CT | 201702 | 4 | 上腹部 | 7,703 | 12.17% |
| CT | 201702 | 5 | 胸部及上腹部 | 4,478 | 7.07% |
| CT | 201703 | 1 | 頭部 | 17,156 | 22.24% |
| CT | 201703 | 2 | 胸部 | 17,142 | 22.22% |
| CT | 201703 | 3 | 腹部(含骨盆腔) | 13,573 | 17.60% |
| CT | 201703 | 4 | 上腹部 | 9,183 | 11.90% |
| CT | 201703 | 5 | 胸部及上腹部 | 6,057 | 7.85% |
| CT | 201704 | 1 | 胸部 | 16,182 | 22.66% |
| CT | 201704 | 2 | 頭部 | 15,865 | 22.22% |
| CT | 201704 | 3 | 腹部(含骨盆腔) | 12,480 | 17.48% |
| CT | 201704 | 4 | 上腹部 | 8,875 | 12.43% |
| CT | 201704 | 5 | 胸部及上腹部 | 4,899 | 6.86% |
| CT | 201705 | 1 | 胸部 | 17,098 | 22.45% |
| CT | 201705 | 2 | 頭部 | 16,847 | 22.13% |
| CT | 201705 | 3 | 腹部(含骨盆腔) | 13,586 | 17.84% |
| CT | 201705 | 4 | 上腹部 | 9,369 | 12.30% |
| CT | 201705 | 5 | 胸部及上腹部 | 5,236 | 6.88% |
| CT | 201706 | 1 | 胸部 | 17,050 | 22.78% |
| CT | 201706 | 2 | 頭部 | 15,761 | 21.06% |
| CT | 201706 | 3 | 腹部(含骨盆腔) | 13,707 | 18.31% |
| CT | 201706 | 4 | 上腹部 | 8,866 | 11.84% |
| CT | 201706 | 5 | 胸部及上腹部 | 5,456 | 7.29% |
| CT | 201707 | 1 | 胸部 | 17,454 | 22.59% |
| CT | 201707 | 2 | 頭部 | 17,056 | 22.08% |
| CT | 201707 | 3 | 腹部(含骨盆腔) | 13,607 | 17.61% |
| CT | 201707 | 4 | 上腹部 | 9,624 | 12.46% |
| CT | 201707 | 5 | 胸部及上腹部 | 5,092 | 6.59% |
| CT | 201708 | 1 | 胸部 | 18,117 | 22.28% |
| CT | 201708 | 2 | 頭部 | 17,790 | 21.88% |
| CT | 201708 | 3 | 腹部(含骨盆腔) | 14,912 | 18.34% |
| CT | 201708 | 4 | 上腹部 | 9,960 | 12.25% |
| CT | 201708 | 5 | 胸部及上腹部 | 5,694 | 7.00% |
| CT | 201709 | 1 | 胸部 | 16,405 | 22.58% |
| CT | 201709 | 2 | 頭部 | 15,568 | 21.43% |
| CT | 201709 | 3 | 腹部(含骨盆腔) | 13,457 | 18.52% |
| CT | 201709 | 4 | 上腹部 | 8,680 | 11.95% |
| CT | 201709 | 5 | 胸部及上腹部 | 5,336 | 7.34% |

表4-門診(不含急診)106年至108年6月各月CT及MRI各檢查項目
之主診斷醫令數及比率

| 檢查項目 | 費用年月 | 排序 | 主診斷名稱 | 醫令數 | 比率 |
|------|--------|----|----------------|-------|-------|
| CT | 201701 | 1 | 肝細胞癌 | 1,724 | 2.71% |
| CT | 201701 | 2 | 未明示側性支氣管或肺惡性腫瘤 | 1,607 | 2.52% |
| CT | 201701 | 3 | 失智症，未伴有行為障礙 | 1,265 | 1.99% |
| CT | 201701 | 4 | 直腸惡性腫瘤 | 1,180 | 1.85% |
| CT | 201701 | 5 | 頭痛 | 908 | 1.43% |
| CT | 201702 | 1 | 肝細胞癌 | 1,792 | 2.83% |
| CT | 201702 | 2 | 未明示側性支氣管或肺惡性腫瘤 | 1,697 | 2.68% |
| CT | 201702 | 3 | 失智症，未伴有行為障礙 | 1,291 | 2.04% |
| CT | 201702 | 4 | 直腸惡性腫瘤 | 1,137 | 1.80% |
| CT | 201702 | 5 | 慢性鼻竇炎 | 841 | 1.33% |
| CT | 201703 | 1 | 肝細胞癌 | 2,031 | 2.63% |
| CT | 201703 | 2 | 未明示側性支氣管或肺惡性腫瘤 | 2,015 | 2.61% |
| CT | 201703 | 3 | 失智症，未伴有行為障礙 | 1,573 | 2.04% |
| CT | 201703 | 4 | 直腸惡性腫瘤 | 1,422 | 1.84% |
| CT | 201703 | 5 | 頭痛 | 1,003 | 1.30% |
| CT | 201704 | 1 | 肝細胞癌 | 1,897 | 2.66% |
| CT | 201704 | 2 | 未明示側性支氣管或肺惡性腫瘤 | 1,723 | 2.41% |
| CT | 201704 | 3 | 失智症，未伴有行為障礙 | 1,304 | 1.83% |
| CT | 201704 | 4 | 直腸惡性腫瘤 | 1,250 | 1.75% |
| CT | 201704 | 5 | 慢性鼻竇炎 | 1,000 | 1.40% |
| CT | 201705 | 1 | 肝細胞癌 | 1,873 | 2.46% |
| CT | 201705 | 2 | 未明示側性支氣管或肺惡性腫瘤 | 1,798 | 2.36% |
| CT | 201705 | 3 | 直腸惡性腫瘤 | 1,388 | 1.82% |
| CT | 201705 | 4 | 失智症，未伴有行為障礙 | 1,337 | 1.76% |
| CT | 201705 | 5 | 慢性鼻竇炎 | 1,062 | 1.39% |
| CT | 201706 | 1 | 肝細胞癌 | 1,860 | 2.48% |
| CT | 201706 | 2 | 未明示側性支氣管或肺惡性腫瘤 | 1,834 | 2.45% |
| CT | 201706 | 3 | 直腸惡性腫瘤 | 1,339 | 1.79% |
| CT | 201706 | 4 | 失智症，未伴有行為障礙 | 1,321 | 1.76% |
| CT | 201706 | 5 | 慢性鼻竇炎 | 984 | 1.31% |
| CT | 201707 | 1 | 肝細胞癌 | 1,927 | 2.49% |
| CT | 201707 | 2 | 未明示側性支氣管或肺惡性腫瘤 | 1,691 | 2.19% |
| CT | 201707 | 3 | 失智症，未伴有行為障礙 | 1,449 | 1.88% |
| CT | 201707 | 4 | 直腸惡性腫瘤 | 1,329 | 1.72% |
| CT | 201707 | 5 | 慢性鼻竇炎 | 1,025 | 1.33% |
| CT | 201708 | 1 | 肝細胞癌 | 2,071 | 2.55% |
| CT | 201708 | 2 | 未明示側性支氣管或肺惡性腫瘤 | 1,915 | 2.36% |
| CT | 201708 | 3 | 失智症，未伴有行為障礙 | 1,516 | 1.86% |
| CT | 201708 | 4 | 直腸惡性腫瘤 | 1,394 | 1.71% |
| CT | 201708 | 5 | 慢性鼻竇炎 | 1,038 | 1.28% |
| CT | 201709 | 1 | 肝細胞癌 | 1,881 | 2.59% |
| CT | 201709 | 2 | 未明示側性支氣管或肺惡性腫瘤 | 1,868 | 2.57% |
| CT | 201709 | 3 | 失智症，未伴有行為障礙 | 1,448 | 1.99% |
| CT | 201709 | 4 | 直腸惡性腫瘤 | 1,296 | 1.78% |