1300

正 本

發文方式：郵寄

檔　　號：
保存年限：

臺南市政府衛生局　函

地址：70151臺南市東區林森路一段418號
承辦人：王厚淇
電話：(06)2679751#116
傳真：(06)2603189
電子信箱：a00167@tncghb.gov.tw

臺南市永康區中華路196-14號10樓

受文者：社團法人台南市牙醫師公會

發文日期：中華民國108年12月11日
發文字號：南市衛醫字第1080215713號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨

裝

主旨：檢送衛生福利部108年12月6日衛部建字第1083360163號公告「109年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」影本1份，請查照並轉知所屬。

說明：依衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163A號函辦理。

訂

正本：社團法人台南市醫師公會、社團法人台南市牙醫師公會、社團法人台南市中醫師公會、社團法人大臺南中醫師公會
副本：本局醫事科

局長陳怡

線

本案依分層負責規定授權主管科長決行

收文日期: 108年 12月17日	第 1300 號	簽章
批示日期: 108年 12月23日		

批示項目

□存查 □轉知

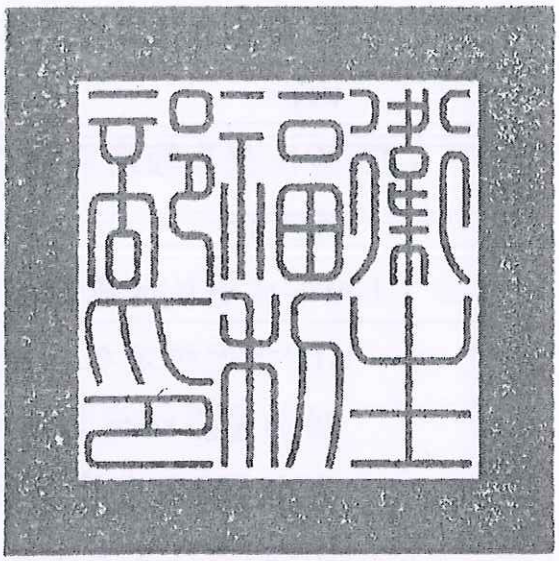
1. 全體會員
2. 學術主委
3. 健保主委
4. 環保主委
5. 口衛主委
6. 聯誼主委
7. 總務主委
8. 資訊主委
9. 偏遠主委
10. 公關主委
11. 法令主委
12. 特殊需求主委

花PO藍禮金網

1-98

檔　號：
保存年限：

衛生福利部　公告



發文日期：中華民國108年12月6日
發文字號：衛部健字第1083360163號
附件：如公告事項一(附件一至五共5件)

主旨：公告109年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式。

依據：全民健康保險法第61條暨108年11月26日衛部保字第1081260458號函。

公告事項：

一、109年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院醫療給付費用成長率與其他預算額度及相關分配，核定結果如下：

(一)牙醫門診醫療給付費用總額，較其108年度核定總額成長3.876%，其中一般服務成長率為3.559%，專款項目全年經費為1,172.1百萬元(附件一)。

(二)中醫門診醫療給付費用總額，較其108年度核定總額成長5.393%，其中一般服務成長率為4.696%，專款項目全年經費為840.4百萬元(附件二)。

(三)西醫基層醫療給付費用總額，較其108年度核定總額成長4.401%，其中一般服務成長率為3.685%，專款項目全年經費為6,600.6百萬元，門診透析服務成長率為4.126%(附件三)。

(四)醫院醫療給付費用總額，較其108年度核定總額成長

5.438%，其中一般服務成長率為5.471%，專款項目全年經費為30,435.4百萬元，門診透析服務成長率為2.533%(附件四)。

(五)其他預算額度為15,684.2百萬元，由中央健康保險署管控(附件五)。

二、109年度全民健康保險醫療給付費用總額計算公式如下：

(一)109年度核定之全民健保醫療給付費用總額=$\sum_{i=1}^{4}$[108年度部門別(i)醫療給付費用×(1+109年度部門別(i)醫療給付費用成長率)]+109年度其他預算醫療給付費用

(二)109年度核定之全民健保醫療給付費用總額成長率=(109年度核定之全民健保醫療給付費用總額－108年度核定之全民健保醫療給付費用總額)/108年度核定之全民健保醫療給付費用總額

註：

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

2、西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

三、109年度核定之全民健康保險醫療給付費用總額，較108年度核定總額，其成長率為5.237%。

部長陳時中

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)其餘預算用於藥事服務費、牙醫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。

(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：30 萬人次。

預期效益之評估指標：①服務量。②完成率。③申報第三階段件數核減率。④治療對象跨院所接受 91006C 至 91007C 比率。⑤民眾抽樣調查治療之滿意度。

(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)執行目標：936 人次。

預期效益之評估指標：照護人次。

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：109 年度牙醫院所抽查感染管制隨機抽樣和立意抽樣整體合格率(含複查合格率)。

(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%)：

執行目標：申報案件達20,300件。

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：

(1)全年經費647.13百萬元。

(2)辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形患者、特定障別之身心障礙者、老人長期照顧暨安養機構牙醫醫療服務。

(3)108年原編列於其他預算之居家牙醫醫療服務費用，其109年費用由本項支應。

(4)新增醫療團提供護理之家之牙醫醫療服務。

3.牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫：

(1)全年經費7.8百萬元。

(2)請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體妥為規劃本計畫執行方式(含2個試辦點、適應症與支付方式等)。

(3)執行目標：達成2個試辦點。

預期效益之評估指標：試辦計畫滿1年後以下指標較前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。

4.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費136百萬元，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。

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。

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)其餘預算用於藥事服務費、牙醫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。 (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：30萬人次。 預期效益之評估指標：(1)服務量。(2)完成率。(3)申報第三階段件數核減率。(4)治療對象跨院所

項　　目			成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協 定 事 項
					接受 91006C 至 91007C 比率。(5)民眾抽樣調查治療之滿意度。 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。
		鼓勵醫療品質及促進保險對象健康	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.執行目標：936 人次。 預期效益之評估指標：照護人次。
			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：109 年度牙醫院所抽查感染管制隨機抽樣和立意抽樣整體合格率(含複查合格率)。 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。

項　　目			成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協 定 事 項
					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。
	其他醫療服務利用密度及集之改變	醫院夜間急診加成服務	*0.023%*	*10.2*	執行目標：申報案件達20,300件。 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。
	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	*-0.062%*	*-27.3*	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	*3.559%*	***1,566.6***	
		總金額		***45,589.2***	
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			*280.0*	*0.0*	辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
牙醫特殊醫療服務計畫			*647.13*	*113.13*	1.辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形患者、特定障別之身心障礙者、老人長期照顧暨安養機構牙醫醫療服務。 2.108年原編列於其他預算之居家牙醫醫療服務費用，其109年費用由本項支應。 3.新增醫療團提供護理之家之牙醫醫療服務。

項　　目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協 定 事 項
牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫(109 年新增計畫)	*7.8*	*7.8*	1.請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體妥為規劃本計畫執行方式(含 2 個試辦點、適應症與支付方式等)。 2.執行目標：達成2個試辦點。 預期效益之評估指標：試辦計畫滿 1 年後以下指標較前 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。
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」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。

項　　目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協 定 事 項
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。

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)執行目標：提升健保中醫用藥品質。

預期效益之評估指標：①檢討改善目前有中藥藥品許可證但本保險尚未收載之中藥品項。②新增收載健保中藥品給付品項至少 5 項。

(2)本項應以新增收載健保中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商考量。

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：全年經費 204 百萬元，包含腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷等 3 項。

3.中醫提升孕產照護品質計畫：全年經費 90 百萬元。

4.兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：

(1)全年經費 22 百萬元。

(2)請依據臨床證據評估實施成效，檢討退場或回歸一般服務。

5.中醫癌症患者加強照護整合方案：

(1)全年經費 194 百萬元。

(2)包含癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫、癌症患者中醫門診延長照護計畫、特定癌症患者中醫門診加強照護計畫。

(3)請整合 3 項癌症患者照護計畫，落實全人照護，並依據實證醫學，訂定有效醫療指標與獎勵誘因。

6.中醫急症處置：

(1)全年經費 10 百萬元。

(2)請依據實證醫學，訂定有效醫療指標與獎勵誘因。

7.中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫：

(1)全年經費 50 百萬元。

(2)執行目標：使慢性腎臟病患者延緩血液透析之期程。

預期效益之評估指標：①慢性腎臟病(CKD)分期較新收案時每年改善 0.1 分期。②腎絲球過濾速率(eGFR)較新收案時每年改善 3ml/min/1.73m^2。

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」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。

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.執行目標：提升健保中醫用藥品質。 預期效益之評估指標：(1)檢討改善目前有中藥藥品許可證但本保險尚未收載之中藥品項。(2)新

項　　目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協 定 事 項
				增收載健保中藥品給付品項至少5項。 2.本項應以新增收載健保中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
中醫癌症患者加強照護整合方案	*194.0*	*28.0*	1.包含癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫、癌症患者中醫門診延長照護計畫、特定癌症患者中醫門診加強照護計畫。 2.請整合 3 項癌症患者照護計畫，落實全人照護，並依據實證醫學，訂定有效醫療指標與獎勵誘因。
中醫急症處置	*10.0*	*-10.0*	請依據實證醫學，訂定有效醫療指標與獎勵誘因。
中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(109 年新增計畫)	*50.0*	*50.0*	執行目標：使慢性腎臟病患者延緩血液透析之期程。 預期效益之評估指標：1.慢性腎臟病(CKD)分期較新收案時每年改善 0.1 分期。 2.腎絲球過濾速率(eGFR)較新收案時每年改善 3ml/min/1.73m^2。
網路頻寬補助費用	*74.0*	*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」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。

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。

附件三

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×(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×(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次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

二、總額決定結果：

經西醫基層代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及西醫基層代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定，結果如下：

(一)一般服務成長率為 3.685%。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 0.220%。

(二)專款項目全年經費為 6,600.6 百萬元。

(三)門診透析服務成長率 4.126%。

(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 4.401%。各細項成長率及金額，如表 3。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，依決定事項辦理，並於 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(2,024.4 百萬元)：

(1)優先用於急重難症、內科門診診察費加成、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.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.086%)：

(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.藥品給付規定範圍改變及其他醫療服務密集度增加(含擴大 C 型肝炎治療衍生之醫療服務費用)(0.164%)：

(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)。

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 6,600.6 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：

(1)全年經費317.1百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

(2)放寬該方案醫療資源缺乏地區診所之適用鄉鎮，提升偏遠地區就醫可近性。

2.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)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。

3.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)全年經費3,500百萬元。

(2)較108年經費增加620百萬元，其中400百萬元，用於提升照護品質及獎勵偏遠地區醫療群，惟須俟完成研修該計畫有關提升照護品質之相關指標及獎勵機制後，始得動支。

(3)請中央健康保險署強化收案管理機制並加強效益評估。

(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(含家庭醫師整合性照護計畫)」之專案報告。

4.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。

5.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)。

6.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。

7.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。

8.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。

9.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，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。

(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。

10.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。

11.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。

12.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。

(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。

表3　109年度西醫基層醫療給付費用協定項目表(決定版)

項　　目			成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決 定 事 項
一般服務					
醫療服務成本及人口因素成長率			***3.465%***	***4,019.8***	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(2,024.4 百萬元)： (1)優先用於急重難症、內科門診診察費加成、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)。
	投保人口預估成長率		*0.346%*		
	人口結構改變率		*1.363%*		
	醫療服務成本指數改變率		*1.745%*		
協商因素成長率			***0.220%***	***255.0***	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	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	*0.086%*	*100.0*	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)。

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密集度之改變	藥品給付規定範圍改變及其他醫療服務密集度增加(含擴大C型肝炎治療衍生之醫療服務費用)	*0.164%*	*190.0*	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)。
	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	*-0.030%*	*-35.0*	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	***3.685%***	***4,274.8***	
		總金額		***120,285.1***	
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。
西醫醫療資源不足地區改善方案			*317.1*	*100.0*	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。 2.放寬該方案醫療資源缺乏地區診所之適用鄉鎮，提升偏遠地區就醫可近性。
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*	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。
家庭醫師整合性照護計畫			*3,500*	*620.0*	1.較108年經費增加620百萬元，其中400百萬元用於提升照護品質及獎勵偏遠地區醫療群，惟須俟完成研修該計畫有關提升照護品質之相關指標及獎勵機制後，始得動支。 2.請中央健康保險署強化收案管理機制並加強效益評估。

項　　目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決 定 事 項
			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。
強化基層照護能力及「開放表別」項目	*820.0*	*100.0*	1.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。 2.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。 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(含強化基層照護能力及「開放表別」項目)」之專案報告。 4.本項依實際執行扣除原基期點數併入一般服務結算。
C型肝炎藥費	*406.0*	*0.0*	1.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)。
醫療給付改善方案	*459.0*	*59.0*	1.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。 2.請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。 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。
鼓勵院所建立轉診之合作機制	*258.0*	*0.0*	1.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

項　　目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決 定 事 項
			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。
網路頻寬補助費用	*211.0*	*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」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。
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*	1.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。 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。
因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用	*11.0*	*0.0*	本項依實際執行扣除原基期點數，併入一般服務結算。
新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	*178.0*	*0.0*	本項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。
品質保證保留款	*280.5*	*-47.6*	1.原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2百萬元)，與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)。 2.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。

項　　目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決 定 事 項
專款金額		***6,600.6***	***881.4***	
較 108 年度核定總額成長率(一般服務+專款)(註 2)	***增加金額***	***4.442%***	***5,156.2***	
	總金額		***126,885.7***	
門診透析服務成長率	增加金額	*4.126%*	*731.7*	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。
	總金額		*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***	***4.401%***	***5,887.9***	
	總金額		***145,351.5***	

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。

附件四

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×(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×(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 5.471%。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%。

(二)專款項目全年經費為 30,435.4 百萬元。

(三)門診透析服務成長率 2.533%。

(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 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 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(10,384.6百萬元)：

(1)優先用於急重難症、藥事服務費、急重症護理費、因應住院醫

師納入勞動基準法以及門診減量配套措施等支付標準之調整。

(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，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.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。

3.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)。

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(-0.007%)：

(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。

5.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。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，按該院門診每人次平均點數，不予分配；並自109年4月1日起施行。

(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.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。

3.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。

4.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。

5.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。

6.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。

7.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

全年經費80百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

8.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。

9.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。

10.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。

11.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。

(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。

表 4　109 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			*4.687%*	*20,658.9*	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(10,384.6 百萬元)： (1)優先用於急重難症、藥事服務費、急重症護理費、因應住院醫師納入勞動基準法以及門診減量配套措施等支付標準之調整。 (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，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		*1.970%*		
	醫療服務成本指數改變率		*2.356%*		
協商因素成長率			***0.784%***	***3,453.5***	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	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*	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

項　目			成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
					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。
	其他醫療服務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*	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)。
	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	*-0.007%*	*-32.5*	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	***5.471%***	***24,112.5***	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。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，按該院門診每人次平均點數，不予分配；並自109年4月1日起實施。 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。
		總金額		***464,885.7***	

項　目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決 定 事 項
專款項目(全年計畫經費)			各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於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。
C型肝炎藥費	*4,760.0*	*0.0*	1.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)。
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*	1.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。
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	*5,027.0*	*314.2*	1.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。
醫療給付改善方案	*1,187.0*	*0.0*	1.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。 2.請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。 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。

項　目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決 定 事 項
急診品質提升方案	*160.0*	*0.0*	請精進方案執行內容，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)	*868.0*	*0.0*	1.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。
醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	*80.0*	*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	*950.0*	*0.0*	
鼓勵院所建立轉診之合作機制	*689.0*	*0.0*	1.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。
網路頻寬補助費用	*114.0*	*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」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。
品質保證保留款	*1,055.4*	*648.9*	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)。 2.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。

項　目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	決定事項
專款金額		*30,435.4*	*1,273.7*	
較108年度核定總額成長率(一般服務+專款)(註2)	增加金額	*5.572%*	*25,386.2*	
	總金額		*495,321.1*	
門診透析服務成長率	增加金額	*2.533%*	*548.6*	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。
	總金額		*22,207.1*	
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	*5.438%*	*25,934.8*	
	總金額		*517,528.2*	

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。

附件五

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 5。

(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」

項下之居家牙醫醫療服務(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。

表5 109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」項下之居家牙醫醫療服務(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***	