

全民健康保險
醫療費用總額支付制度
問答輯

全民健康保險醫療費用協定委員會

中華民國 94 年 6 月

序 言

全民健康保險立法時，明訂應實施總額支付制度，及設立醫療費用協定委員會（以下簡稱費協會），以協定健保醫療給付費用總額及其分配方式。

87年7月健保開辦牙醫門診總額支付制度後，由於是新制度，多數人仍相當陌生，且坊間可供查閱書刊亦付之闕如，因此十分期待相關人員或單位，編製文宣資料以饗眾人之需。費協會乃參考國內外文獻及行政院衛生署相關規劃報告，將概念性問題以深入淺出一問一答方式編纂「全民健康保險醫療費用總額支付制度問答輯」，於89年4月出版供各界索閱。該問答輯至90年6月共發行四版，可見需求頗殷。

繼牙醫之後，中醫門診、西醫基層及醫院總額支付制度，分別於89年7月、90年7月及91年7月開辦。此時，全民健保之醫療服務已全面採總額支付制度，自87年7月至91年7月並已施行四年，業有實際執行資料可供參。費協會經檢討上開問答輯，及加入各年協定結果、各部門總額已公佈之各年點值變化情形、品質確保方案與指標、協商相關資料後，將其內容以基礎篇、實務篇及附錄篇之架構方式呈現，於92年6月改版印行。

本問答輯距上次出版迄今，轉眼已快兩年，這期間屢被詢問何時可再版。本次除修訂與更新資料外，也在中央健康保險局協助下，加入總額點值結算方法與流程之簡介，相信一定能增加本輯之實用性與完整性。費協會雖戰戰兢兢整理資料並審慎校稿，但難免疏漏，尚祈各界先進不吝指正。

全民健康保險醫療費用協定委員會
主任委員 鄭守夏 謹識

壹、基礎篇	6
總額基本概念	6
問 1：何謂總額支付制度？.....	6
問 2：總額支付制度有多少種類？.....	6
問 3：總額支付制度與論量計酬的差別在哪裡？.....	6
問 4：總額支付制度有何優缺點？.....	7
問 5：為何要實施總額支付制度？.....	8
年度總額協定及公式	8
問 6：總額預算設定依據與程序為何？.....	8
問 7：費協會協定年度總額預算之流程為何？.....	9
問 8：我國全民健保醫療給付費用總額如何設定？其考量的因素有哪些？人口的增加、老化、醫療服務成本、新增給付項目及品質等因素是否被納入？.....	11
問 9：總額協商無法達成共識時，如何處理？.....	12
問 10：實施總額支付制度會發生年度尚未結束就把錢用完的情形嗎？.....	12
總額相關組織與功能	12
問 11：費協會的職掌為何？.....	12
問 12：費協會的組織及成員為何？.....	13
問 13：在規劃及執行總額支付制度時，衛生署、費協會、健保局及醫療團體如何配合？.....	13
問 14：費協會能否兼顧醫事服務提供者、付費者互動的平衡性？.....	14
總額部門分配	15
問 15：我國總額支付制度區分為幾個部門？實施進度如何？.....	15
問 16：為何西醫部門之總額要分成醫院和基層二塊？.....	15
問 17：西醫總額區分為基層與醫院 2 塊，會不會發生互推病人的問題？為避免病人與醫師流動的風險，醫院與診所間是否建立財務風險分擔機制？.....	15
問 18：總額支付制度下，藥品及藥事服務費用的處理方式為何？.....	16
總額預期影響	16
問 19：總額支付制度實施後，對醫療院所營運有何影響？.....	16
問 20：總額支付制度是否會影響醫療科技的發展？.....	17
問 21：總額支付制度如何確保醫療服務的品質？.....	17
問 22：總額支付制度是否會影響民眾就醫的權利？.....	17
總額相關配套措施	18
問 23：實施總額支付制度是否要有其他配套措施？.....	18
問 24：總額支付制度如何與財務責任制度相扣連？.....	18
問 25：總額支付制度下，如何進行醫療費用結構改革？.....	19
其他國家總額支付制度實施經驗	20
問 26：各國總額支付制度的實施概況如何？.....	20
問 27：我國推動的總額支付制度與其他國家相較，有何特色？.....	21

貳、實 務 篇	22
87 年度總額協定內容	23
問 28：牙醫門診第 1 期醫療給付費用總額的協定與分配內容為何？.....	23
88 年度總額協定內容	24
問 29：牙醫門診第 2 期醫療給付費用總額的協定與分配內容為何？.....	24
89 年度總額協定內容	25
問 30：中醫門診第 1 期醫療給付費用總額的協定與分配內容為何？.....	25
90 年度總額協定內容	26
問 31：90 年度牙醫門診醫療給付費用總額的協定與分配內容為何？.....	26
問 32：中醫門診第 2 期醫療給付費用總額的協定與分配內容為何？.....	26
問 33：西醫基層第 1 期醫療給付費用總額的協定內容為何？其總額分配架構為何？.....	27
問 34：90 年度全民健康保險醫療給付費用總額目標值為何？.....	34
91 年度總額協定內容	35
問 35：91 年度牙醫門診醫療給付費用總額的協定內容為何？其總額分配架構與前年度有何不同？.....	35
問 36：91 年度中醫門診醫療給付費用總額的協定內容及其分配架構為何？.....	36
問 37：醫院第 1 期醫療給付費用總額的協定內容為何？.....	37
問 38：91 年度全民健康保險醫療給付費用總額的協定內容為何？.....	38
92 年度總額協定內容	40
問 39：92 年度牙醫門診醫療給付費用總額的協定內容及其分配架構為何？.....	40
問 40：92 年度中醫門診醫療給付費用總額的協定內容及其分配架構為何？.....	41
問 41：92 年度西醫基層醫療給付費用總額的協定內容及其分配架構為何？.....	43
問 42：92 年度醫院醫療給付費用總額的協定內容及其分配架構為何？.....	45
問 43：92 年度全民健康保險醫療給付費用總額的協定內容為何？.....	47
93 年度總額協定內容	49
問 44：93 年度牙醫門診醫療給付費用總額的協定內容及其分配架構為何？.....	49
問 45：93 年度中醫門診醫療給付費用總額的協定內容及其分配架構為何？.....	50
問 46：93 年度西醫基層醫療給付費用總額的協定內容及其分配架構為何？.....	51
問 47：93 年度醫院醫療給付費用總額的協定內容及其分配架構為何？.....	55
問 48：93 年度全民健康保險醫療給付費用總額的協定內容為何？.....	58
94 年度總額協定內容	60
問 49：94 年度牙醫門診醫療給付費用總額的協定內容及其分配架構為何？.....	60
問 50：94 年度中醫門診醫療給付費用總額的協定內容及其分配架構為何？.....	62
問 51：94 年度西醫基層醫療給付費用總額的協定內容及其分配架構為何？.....	64
問 52：94 年度醫院醫療給付費用總額的協定內容及其分配架構為何？.....	67
問 53：94 年度醫院醫療給付費用總額協定分配的相關配套措施為何？.....	70
問 54：94 年度全民健康保險醫療給付費用總額的協定內容為何？.....	70
總額執行情形	71

問 55：各總額部門每季每點點值計算流程？	71
問 56：點值高低是否代表醫院收入增減？	73
問 57：各部門實施總額支付制度之後，民眾就醫權益及醫療品質有何變化？	74
問 58：牙醫門診總額支付制度的執行情形為何？	75
問 59：中醫門診總額支付制度的執行情形為何？	76
問 60：西醫基層總額支付制度的執行情形為何？	76
問 61：醫院總額支付制度的執行情形為何？	77
問 62：門診透析的執行情形為何？	77
品質確保方案	79
問 63：何謂品質確保方案？	79
問 64：牙醫門診總額支付制度訂定那些品質確保指標？	79
問 65：中醫門診總額支付制度訂定那些品質確保指標？	79
問 66：西醫基層總額支付制度訂定那些品質確保指標？	80
問 67：醫院總額支付制度訂定那些品質確保指標？	81
問 68：門診透析服務訂定那些品質確保指標？	81
參、附 錄 篇	83
附錄 1 行政院核定年度醫療給付費用總額範圍及費協會協定結果(每人醫療費用成長率)....	84
附錄 2 牙醫門診醫療給付費用成長率協定結果(每人醫療費用成長率).....	85
附錄 3 中醫門診醫療給付費用成長率協定結果(每人醫療費用成長率).....	86
附錄 4 西醫基層醫療給付費用成長率協定結果(每人醫療費用成長率).....	87
附錄 5 醫院醫療給付費用成長率協定結果(每人醫療費用成長率).....	88
附錄 6 牙醫門診總額支付制度醫療服務品質指標	89
附錄 7 中醫門診總額支付制度醫療服務品質指標	91
附錄 8 西醫基層總額支付制度醫療服務品質指標	92
附錄 9 醫院總額支付制度醫療服務品質指標	94
附錄 10 門診透析醫療服務品質監控指標	97

基礎篇

壹、基礎篇

總額基本概念

問 1：何謂總額支付制度？

答：是指付費者與醫事服務提供者，就特定範圍的醫療服務，如牙醫門診、中醫門診，西醫門診或住院服務等，預先以協商方式，訂定未來一段期間（通常為 1 年）內健康保險醫療服務總支出（預算總額），藉以控制醫療費用於預算範圍內的一種制度。由於英文稱「global budget system」，因此也譯為「總額預算制度」。

問 2：總額支付制度有多少種類？

答：總額支付制度在實際運作上，可分為下列兩種：

一、支出上限制（expenditure cap，浮動點值）：

即預先依據醫療服務成本及其服務量的成長，設定健康保險支出的年度預算總額，醫療服務是以相對點數反映各項服務成本，惟每點支付金額是採回溯性計價方式，由預算總額除以實際總服務量（點數）而得；當實際總服務量大於原先協議的總服務量時，每點支付金額將降低，反之將增加。由於固定年度預算總額而不固定每點支付金額，故可精確控制年度醫療費用總額。

二、支出目標制（expenditure target，固定點值）：

即預先設定醫療服務支付價格及醫療服務利用量可容許的上漲率，當實際醫療服務利用量低於預先設定的目標值時，年度預算將會有結餘，但實際醫療服務利用量超過目標值時，超出部分的費用將打折支付，以適度反映醫療服務變動成本；因此實際支出可能超出原先設定目標。

問 3：總額支付制度與論量計酬的差別在哪裡？

答：在論量計酬制度下，對醫事服務提供者比較缺乏節約誘因，常藉以量制價、鼓勵多次就醫或分次住院等策略，以提高收入，致使醫療費用支出節節高漲，醫療資源配置也受到扭曲。實施總額支付制度則為加強整體醫療費用控制，促使醫療資源合理運用之目的，透過協商機制，利於解決「資源有限」的基本問題，以及消弭付費者與醫事服務提供者之間的利益衝突，並可透過醫療費用總額預算的重新分配，解決資源分配不均的問題，促使付費者與供給者共同分擔健康保險的財務風險。茲將兩種制度比較如下：

區 分	總額支付制	論量計酬制
費用控制	因預知年度預算總額，醫事服務提供者將發揮同儕制約的效果，促使醫療費用的成長趨於合理。	醫事服務提供者因無須分擔財務風險，缺乏節約醫療資源的誘因，致易提供過度醫療服務，促使醫療費用上漲。
醫師診療模式	減少醫事服務提供者以量取酬的誘因，使服務量合理化。	醫師不必考慮保險成本，容易增加服務量與服務密度。
行政作業	醫事服務機構的輔導作業，可由醫師公會內部參與規範及運作，賦予醫療專業團體較大的自治空間。	由健保局對特約醫事服務機構進行輔導作業。
專業自主性	支付標準訂定及醫療服務審查由供給者主導，是以醫事服務提供者擁有高度專業自主權。	支付標準訂定及醫療服務審查由保險人主導，相較之下，醫事服務提供者的專業自主性較低。
病人求診行為	醫師為提高每點金額，且在同儕制約下，病人求診次數不易受到誘發。	醫師為提高收入，易產生誘發病人求診的情況。

問 4：總額支付制度有何優缺點？

答：優點：

- 一、透過付費者與醫事服務提供者共同協商，可解決供需雙方利益的衝突，付費者不能無限制要求增加給付、減少負擔，醫事服務提供者亦不能無節制的要求增加醫療費用支出，醫療費用的成長得以控制在合理範圍內。
- 二、醫事服務提供者由於預知全年預算總額，可減少以量取酬的誘因，鼓勵服務效率的提升，使錢得以用在刀口上。
- 三、將品質及民眾健康納入總額協商公式，期導正醫療行為，提升醫療服務品質及國民健康。另參考醫療網計畫分配地區預算，以促進醫療資源合理分布及醫療社區化。
- 四、增加醫事服務團體參與專業審查、支付制度改革等機會，專業自主權得以提升；另一方面可促進同儕制約，使醫療行為趨於合理。

缺點：

- 一、參與協商的各方，如不具備充分的協調能力與準備，難使協議順利達成。
- 二、總額支付制度必須配合其他支付基準（如論人計酬、論病例計酬等），否則難以鼓勵醫師改變診療行為，使之趨於合理。
- 三、醫療服務提供者自主審查，如審查制度不健全，可能引起劣幣驅逐良幣的

不公平現象。

四、如事前缺乏完整的監控機制，則服務品質可能受到影響，導致被保險人的權益受損。

問 5：為何要實施總額支付制度？

答：一、鑑於醫療費用的急速成長，公勞農保時期採論量計酬支付制度，造成財務嚴重虧損，同時為落實自給自足的財務責任制度，全民健康保險在第 1 期及第 2 期規劃時，即將總額支付制度納入規劃重點，並於全民健康保險法（以下簡稱健保法）第 47 條至第 50 條、第 54 條加以明文規定。

二、健保論量計酬制度下，中央健康保險局（以下簡稱健保局）獨自承擔費用控制責任，醫療院所缺乏分擔財務風險之誘因，醫療費用成長率遠高於保費收入（87 年醫療費用成長率超過 10%，平均投保金額成長率 5% 多），在政治考量使保險費率無法彈性調整下，健保財務將重蹈公勞保覆轍，無法維持平衡。

三、費用控制考量下，支付標準調整不易，且支付標準結構失衡，利門診，不利急診、重症、住院，且科別間相對點數未能全然反應醫師心力之付出，致需醫師較多投入（如：外科、婦產科）之科別人才羅致困難，影響醫療生態。另支付標準協商只考慮價格之調整，未同時規範服務量之成長，在門診量仍快速成長情形下，支付標準調整幅度、內容與醫療提供者之期望差距漸大。

四、影響財務收支之重大決策（如：增加給付範圍）未能對等且通盤考量，面臨付費者權利意識高張，相關團體要求增加健保給付項目之聲音迭起，在開源困難之情形下，健保財務負擔日益惡化。

年度總額協定及公式

問 6：總額預算設定依據與程序為何？

答：一、法令依據：健保法第 47 條、第 49 條。

二、程序：

（一）行政院衛生署（以下簡稱衛生署）於年度開始 6 個月前擬訂年度醫療給付費用總額範圍，報請行政院核定。

（二）費協會於年度開始 3 個月前，就行政院核定醫療給付費用總額範圍內，協定年度醫療給付費用總額及其分配方式，報請衛生署核定。

問 7：費協會協定年度總額預算之流程為何？

答：總額支付制度自 87 年 7 月牙醫開始試辦，及至 91 年牙醫、中醫、西醫全面上路後，預算之協商模式已趨穩定，現行流程為：

一、研擬年度計畫與預算草案：請醫界與健保局依據衛生署政策目標，如：93 年與 94 年係依據後 SARS 台灣重建計畫，提出年度健康照護計畫及預算草案。

二、評核：

(一) 費協會召開總額品質及績效評核會，請專家學者評核各總額部門實施績效，如：民眾權益之確保、可近性及醫療品質滿意度、專業品質指標、專案計畫執行狀況、醫療效率與品質改善、費用控制等。

(二) 評核結果，優等以上者，在協商預算時會酌予獎勵，以提供醫界改善醫療品質之誘因【註：即於協商因素設品質保證保留款，依據個別院所績效分配之】。

三、總額預算協商：在衛生署交議「行政院核定之年度每人醫療給付費用成長率範圍」案後，於該範圍內進行年度預算協商。

(一) 協定牙醫、中醫、西醫基層及醫院等各部門總額每人醫療給付費用成長率：內容包括各項協商計畫預算、計畫目標及監控方式。

(二) 年度整體總額，報署核定後公告。

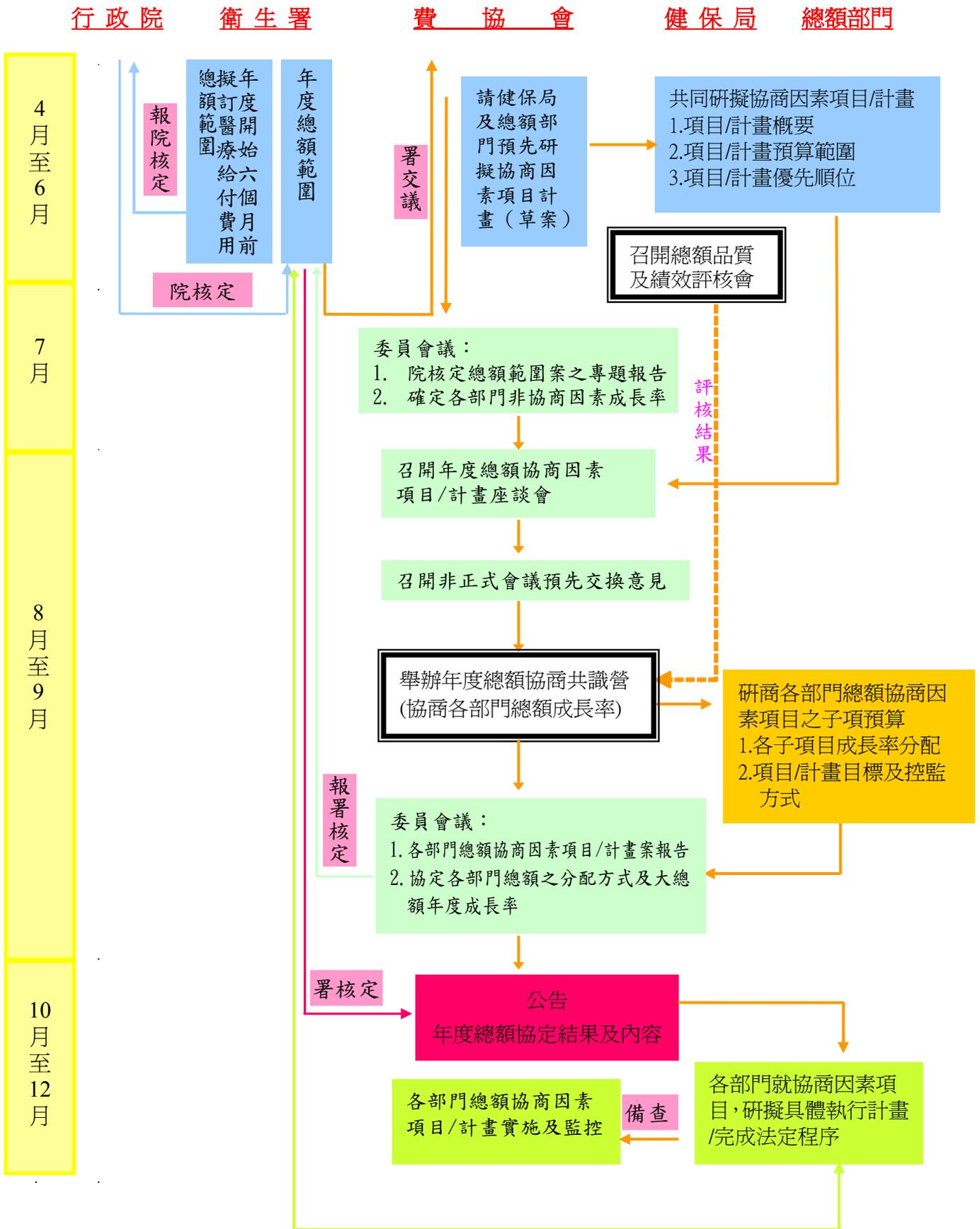
四、計畫實施與監控：

(一) 總額協定後，各部門應就協商項目，研擬具體執行計畫及監控方案，並完成相關法定程序及送費協會備查。

(二) 費協會追蹤各計畫實施及監控情形，於必要時進行檢討與修正，計畫實施結果列為來年總額協商之參據。

五、彙整全民健康保險醫療給付費用總額協商流程（如下圖）供參：

圖一 全民健康保險醫療給付費用總額協商程序流程圖



問 8：我國全民健保醫療給付費用總額如何設定？其考量的因素有哪些？人口的增加、老化、醫療服務成本、新增給付項目及品質等因素是否被納入？

答：一、總額設定主要考量因素

衛生署規劃之總額支付制度，係以保險對象需求面向做整體考量，亦即將人口的增加與老化、醫療服務成本的變動、新增給付項目（包含新醫療科技）、品質提升及整體經濟等因素都納入考量，各主要因素如下：

(一)非協商因素：

1. 自然成長率：反映投保人口年齡性別結構改變對醫療費用之影響。
2. 醫療服務成本指數改變率：反映醫療服務之機會成本。各項成本指數依照其執業成本占率加權平均計算
 - (1)人事成本按非農業受雇人口薪資指數改變率
 - (2)藥品、藥材及耗材按躉售物價指數改變率
 - (3)營業費用按相關消費者物價指數改變率計算

(二)協商因素：

1. 保險給付範圍或支付項目的改變：於新年度預期新增給付範圍或支付項目的改變（如高科技及新藥等），對醫療費用的影響。
2. 醫療品質與保險對象健康狀況提升：為鼓勵提升醫療服務品質或促進民眾健康而允許增加費用的幅度。
3. 其他服務利用及密集度的改變：因為自然成長率（保險對象人數及其人口結構的改變）已反映部分保險對象就醫利用及密集度的改變，故此處採用「其他」醫療利用及密集度改變造成的影響。其可考慮項目如下：
 - (1) 醫療資源缺乏地區因醫療資源增加後，該地區保險對象利用率或服務密集度的提升。
 - (2) 反映因醫療科技、診療型態或就醫型態的改變，對醫療費用的影響。
 - (3) 疾病發生率的改變對醫療費用的影響。
4. 醫療服務效率的提昇：因健保支付制度的改變，造成醫療服務效率的提升，進而影響醫療費用。
5. 其他預期的法令或政策改變及政策誘因對醫療費用的影響，如：鼓勵提升預防保健服務執行率、鼓勵基層醫療提升慢性病人照護、鼓勵交付慢性病連續處方箋、支付制度改革誘因等。
6. 其他經費協會委員提案交付委員會討論事項。

(三) 付費者意願及民眾負擔能力：參考經濟成長率、保險費收入成長率、失業率等總體經濟指標。

(四) 非預期的法令或政策改變因素：在費協會完成協定後，若因新法令或政策改變等（含增減給付項目），影響醫療費用達一定程度，則可經由費協會協議，檢討應否增減醫療給付費用總額。

二、年度醫療給付費用總額計算公式：

(一) 87 年度～93 年度

年度醫療給付費用總額 = $\sum_{i=1}^5 \{ \text{部門別基期年每人醫療給付費用} \times [1 + \text{部門別年度每人醫療給付費用 (非協商因素 + 協商因素) 成長率}] \} \times \text{實際保險對象人數}$

i = 中醫門診、牙醫門診、西醫基層、醫院及其他部門；「實際保險對象人數」依各季季中保險對象人數計算。

(二) 94 年度起

專款項目，於 93（含）年度以前係協商預算成長率，惟為釐清屬性與用法，其自 94 年度起，係協定預算額度，因此，94 年度總額計算方式為：
年度醫療給付費用總額 = $\sum_{i=1}^4 \{ \text{部門別基期年每人一般服務醫療給付費用} \times [1 + \text{部門別年度每人一般服務醫療給付費用 (非協商因素 + 協商因素) 成長率}] \} \times \text{實際保險對象人數} + \text{部門別年度專款項目預算額度} + \text{年度門診洗腎服務預算} + \text{年度其他預算}$

i = 牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院部門；「實際保險對象人數」依各季季中保險對象人數計算

問 9：總額協商無法達成共識時，如何處理？

答：依健保法第 49 條規定，費協會無法於限期內達成醫療給付費用總額及其分配方式的協定時，應由衛生署逕行裁決。

問 10：實施總額支付制度會發生年度尚未結束就把錢用完的情形嗎？

答：總額支付制度實施後，預算總額採按季撥付方式，並於每季後回溯結算每點支付金額（點值），故不會發生預算總額提前用完的情形。

總額相關組織與功能

問 11：費協會的職掌為何？

答：費協會的法定職掌如下：

- 一、在行政院核定的醫療給付費用總額範圍內，協定全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式。
- 二、協定各地區門診及住院費用的分配比例。
- 三、協定醫師、中醫師、牙醫師開立的門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用等分配比例及醫藥分帳制度。
- 四、協定門診藥品費用超出預先設定的藥品費用總額時，其超出部分應自當季的門診醫療給付費用總額中扣除的比例。
- 五、其他經主管機關交議的醫療費用審議事宜。

問 12：費協會的組織及成員為何？

答：費協會為合議制委員會，隸屬於衛生署，除幕僚人員外，由醫事服務提供者代表 9 名、保險付費者代表與專家學者 9 名、相關主管機關代表 9 名，共 27 名委員組成，其中 1 名為主任委員，委員任期 2 年，期滿得續聘。27 名委員中，除主任委員及專家學者由衛生署署長遴聘外，其餘由衛生署分別洽請有關機關、團體推薦後聘兼。其組成如下：

一、委員部分：

- (一)醫事服務提供者代表：原則上由 4 層級醫療院所及醫師、中醫師、牙醫師、藥師、護理師護士等醫事人員全國性公會等推派代表。
- (二)保險付費者代表：原則上由中華民國工業總會、商業總會、工商協進會、台灣省農會、台灣省漁會、全國性工會團體及消費者團體等推派代表。
- (三)相關主管機關代表：原則上由銓敘部、內政部、財政部、行政院勞工委員會、行政院主計處、衛生署、台北市政府、高雄市政府等推派代表。

二、幕僚人員：

費協會編制員額 12 名，分設 2 組，辦理醫療費用資料分析、相關制度研究及委員會議議事等事宜。

此外，為配合健保業務推展，健保局總經理及相關主管、全民健康保險監理委員會主管，均為費協會委員會議的指定列席人員。

問 13：在規劃及執行總額支付制度時，衛生署、費協會、健保局及醫療團體如何配合？

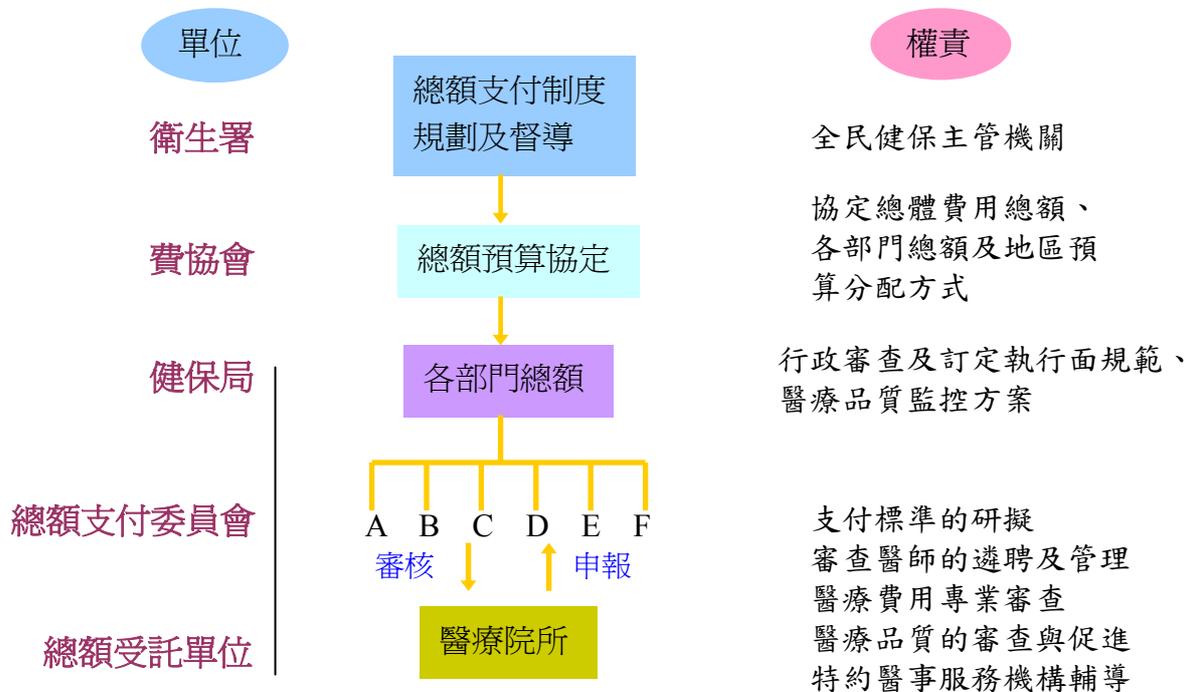
- 答：一、衛生署：於各部門總額支付制度實施前，邀集醫界代表、專家學者、健保局及費協會相關人員，組成研議推動小組，研訂總額支付制度計畫草案，交付費協會據以協定總額及其分配。之後，並負責督導總額支付制度實施事宜。
- 二、費協會：依據衛生署所交付計畫，於行政院核定年度醫療給付費用總額範

圍內，協定各部門總額及其分配方式。

三、健保局：

- (一)擬具合約書及完成簽約程序：於費協會完成協定總額後，依據協商結果與各部門總額受託單位簽約，以執行總額支付制度。
- (二)籌組「總額支付委員會」：邀集總額受託單位、藥界代表、專家學者、衛生署及費協會代表共同組成相關委員會，負責研議有關之執行辦法，及督導總額支付制度之實際運作。

四、總額受託單位：各受託單位籌組所屬專業團體組織，負責執行面規劃事宜，如支付項目及支付標準與方法的研擬、審查醫師的遴聘及管理、醫療費用專業審查、醫療品質的審查與促進、特約醫事服務機構違規情形的輔導與查核建議等，並於各分區設分會，負責各區實際醫療行政事項及專業審查等作業。



問14：費協會能否兼顧醫事服務提供者、付費者互動的平衡性？

答：一、在委員人數及代表性上，兼顧雙方的平衡性

(一)費協會的委員中，醫事服務提供者代表有9名，原則上由醫學中心、區域醫院、地區醫院、西醫基層診所、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會和中華民國護理師護士公會全國聯合會等推派代表組成。

(二)保險付費者代表有9名，原則上由專家學者及中華民國工業總會、中華民

國商業總會、中華民國工商協進會、台灣省農會、台灣省漁會、全國性工會團體及消費者團體等推派代表組成。

二、在議事上，兼顧雙方互動的平衡性

在各相關會議中，尊重雙方意見之表達，對決議非以投票而是採共識決，以利雙方充分討論溝通。

總額部門分配

問 15：我國總額支付制度區分為幾個部門？實施進度如何？

答：鑑於總額支付制度為全新之制度，健保法乃明訂各相關事項得分階段實施。牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院等各部門總額支付制度業分別自 87 年 7 月、89 年 7 月、90 年 7 月及 91 年 7 月開始實施；因此，我國可以說自 91 年 7 月起，全面實施上限制總額支付制度。

問 16：為何西醫部門之總額要分成醫院和基層二塊？

答：依健保法第 49 及第 54 條，醫療給付費用總額得分地區訂定門診及住院費用之分配比例，並得分階段實施。衛生署於推動西醫總額支付制度的策略上，考量下列因素，故先分別與醫師團體及醫院代表規劃「西醫基層總額支付制度」及「醫院總額支付制度」；期使基層與醫院健全發展，建立基層診所與醫院分工合作機制。未來俟時機成熟，基層與醫院仍可在區域的層次形成整合性醫療服務體系，屆時診所與醫院整合成西醫總額支付制度共同運作將可水到渠成。

- 一、西醫醫院與診所在角色分工、主要收入來源、資源重分配方向、費用控制策略及經營主體與目標等不盡相同。
- 二、兩區塊各自成員之同質性較高，其團體內部支付制度相關改革措施（如結構之調整）較易推動，可促使醫院朝向減少門診，增加急、重症醫療的預算分配。
- 三、個別醫院為確保其專科門診、急重症病人或輔助服務（包括檢驗、檢查、治療）等轉診病人來源，會較樂於與基層診所合作，促使醫院與診所集體發展合作策略，在各地區形成整合性服務網路，提升照護品質，減少重複醫療，以利於分級醫療和轉診制度之建立推動。

問 17：西醫總額區分為基層與醫院 2 塊，會不會發生互推病人的問題？為避免病人與醫師流動的風險，醫院與診所間是否建立財務風險分擔機制？

答：一、目前在總額支付制度下，多數服務仍採論量計酬，醫療院所需提供醫療服

務才有收入；除非集體聯合不看病人，尚不致發生個別醫院拒看病人，或醫院與診所互推病人的情況。

- 二、為解決醫院與診所間病人流向的問題，可在分配地區預算時，設定轉診校正因子（referral pattern）來調整市場占有率。另為避免診所減少看診時間，使病人大量湧入醫院就診，或醫師大量湧入診所，造成開業醫師數大增等現象，影響診所和醫院的運作，健保局與西醫基層和醫院團體共同訂定雙方風險分擔的機制與策略，以規範醫院及診所醫師的醫療行為。

問 18：總額支付制度下，藥品及藥事服務費用的處理方式為何？

答：一、依健保法第 49 條第 3 項規定，門診醫療給付費用總額，「得」依藥品與藥事服務設定分配比例。總額支付制度實施後，囿於藥品長期因有藥價差及利用浮濫等問題，各界對於藥品的合理支出比率尚無共識，故對於藥品費用仍採論量計酬支付方式，由醫療院所依健保法第 50 條規定，依藥價基準向健保局申報其所提供之藥品費用，並採預先扣除方式處理，不隨其他一般診療服務的點值浮動，另為配合醫藥分業，藥事服務費經協商結果，亦採固定點值每點一元支付。

- 二、為使藥品支付更趨合理，除各項藥價基準改革及藥費控制策略持續進行外，如何漸進落實健保法對於門診藥費設定支出目標之規劃，有待各相關單位（團體）尋求共識以研擬具體可行方案。

總額預期影響

問 19：總額支付制度實施後，對醫療院所營運有何影響？

答：一、醫界的財務責任加重，但相對擁有較多參與公共事務機會及專業自主權，例如參與預算分配、支付標準擬訂、醫療服務專業審查等，可藉此爭取合理的團體權益。

- 二、總額受託單位須加強研發能力，對外爭取會員權益，對內發展有效管理策略。

- 三、總額下，醫療資源有限，醫療院所需改變過去單打獨鬥的經營模式，發展合作模式，減少院所間人力、設備、檢查及用藥的重複與浪費，以提升整體的醫療服務效率，所節省費用可用於調整支付標準，使資源分配更趨合理。

- 四、於總額支付制度下，逐步改採論病例計酬與論人計酬的支付方式，可增進醫療院所加強內部管理的誘因，提升經營效率，院所由原先增加服務密度

的方式，轉而重視病患的健康管理，強調全人的照護，不僅提升醫療服務的效率，更能促進良好的醫病關係。

問 20：總額支付制度是否會影響醫療科技的發展？

答：設定醫療費用總額的過程，可以分為技術分析、總額協定和制度調整三個階段，並於該三個階段中考量醫療科技的引進，應可兼顧醫療科技的發展、民眾就醫的權益，和醫療費用的合理成長。

一、先利用技術分析醫療費用成長的趨勢，並考量影響醫療費用成長的相關因素，例如：

(一)人口因素：包括人口成長與人口結構的改變。

(二)經濟因素：包括經濟成長、薪資所得、物價指數等。

(三)其他因素：包括醫療品質提升及科技發展等。

二、再透過醫事服務提供者和付費者雙方的代表，共同協商醫療給付增減和品質提升的幅度，並在醫療費用總額設定公式中，考量醫療科技及品質所需的經費需求。

三、為達成總額支付制度的目標，必須進行支付標準的修訂、支付基準的改革、醫療機構服務成本與品質管理資訊的透明化等。

問 21：總額支付制度如何確保醫療服務的品質？

答：一、各總額部門須制定及執行醫療服務的品質確保計畫，其執行結果評核成績列為次年度總額協商項目之一。

二、透過行政和專業審查，醫事服務提供者的自律與同儕制約，及建立完整的臨床診療指引等，使醫療服務的提供，能落實確保民眾的就醫品質。

問 22：總額支付制度是否會影響民眾就醫的權利？

答：一、在協定醫療費用總額的同時，配合訂定品質確保方案，以確保醫事服務機構提供的照護品質及範圍，不致因總額支付制度的實施，而衍生負面的影響。

二、對各總額部門，由健保局定期委託民意調查機構，調查民眾就醫的可近性、醫療品質、差額負擔、及其滿意度。針對調查結果並進行以下事項：

(一)民眾就醫可近性或醫療品質如有明顯下降，或差額負擔金額顯著增加，經健保局檢討結果，認為可歸責於醫療服務原因者，即通知該相關總額受託單位督導所屬改善。

(二)經督導仍未改善，則於協定下一年度醫療費用總額時，酌減其費用額度。

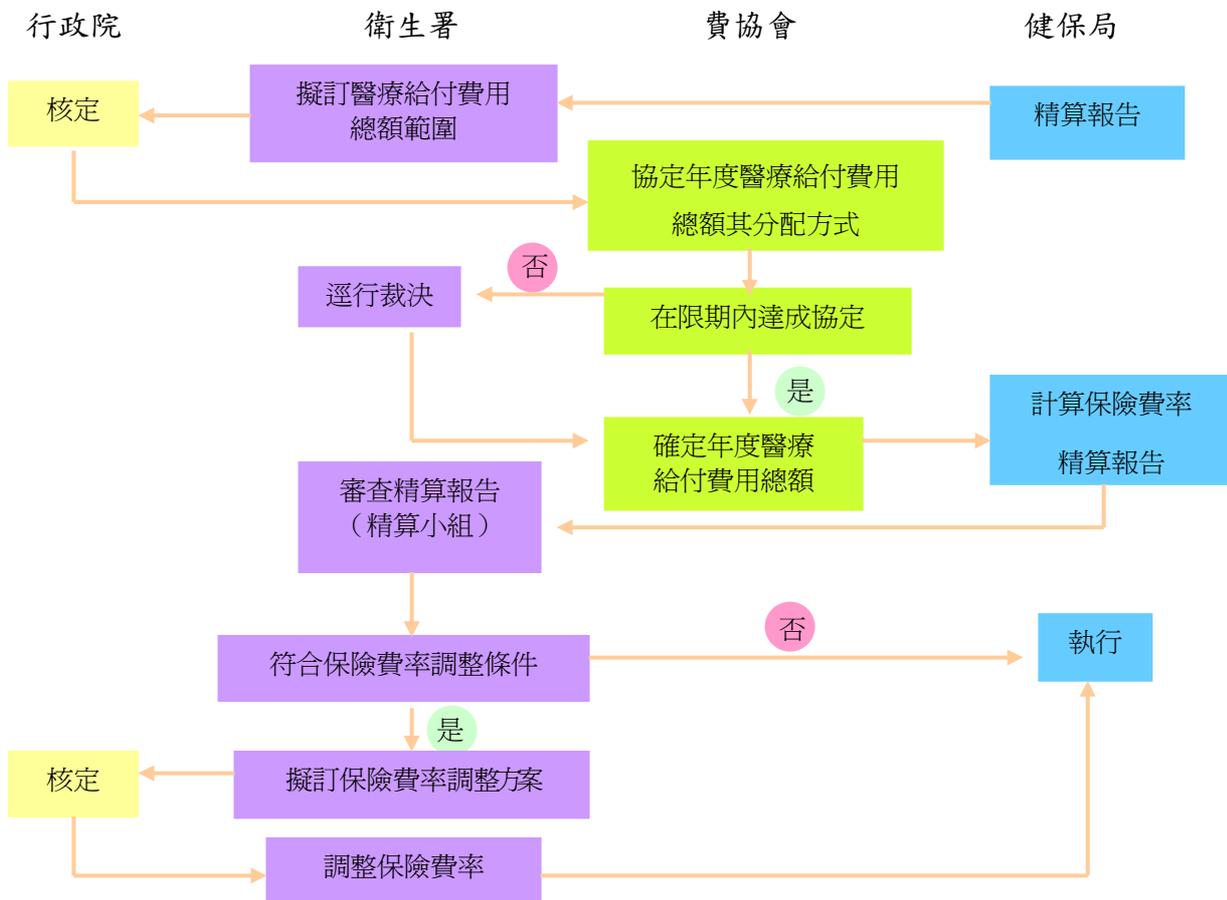
總額相關配套措施

問23：實施總額支付制度是否要有其他配套措施？

- 答：一、總額支付制度為一種宏觀（macro）調控的手段，必須透過支付基準等改革，例如實施論病例計酬、論人計酬等微觀（micro）配套策略，提升服務效率，才能確實有效減少浪費，達到改變醫師診療行為的目的。
- 二、為避免醫療院所減少必要服務以提高單位報酬，保險人應建立品質監控系統，以確保醫療服務品質及民眾就醫可近性。全國性衛生政策對醫院、醫師人力、病床及高科技等資源亦應同步規劃，使醫療資源合理分布與配置，避免資源浪費。
- 三、總額支付制度下，醫療專業團體須實施自律措施，使審查及稽核作業更為制度化，透過檔案分析資料的回饋，發揮同儕制約精神，合理控制費用並提升品質。
- 四、總額支付制度雖可適度控制醫療費用成長，但目前醫療費用成長遠高於保險費收入，長期而言，仍會有財務缺口，故應落實財務責任制度，於符合保險費率調整要件時，即進行費率調整，或採行其他財務配套措施，以維持財務收支平衡。

問 24：總額支付制度如何與財務責任制度相扣連？

- 答：有健全的財務責任制度，才能使總額支付制度順利推展，總額支付制度如何與財務責任制度相扣連，可由下列附圖加以顯示：



問 25：總額支付制度下，如何進行醫療費用結構改革？

答：總額支付制度為宏觀的醫療費用控制策略，整體費用可預先協商並合理控制，但仍需透過相關機制，例如：調整醫療費用的配置或部門成長率、改革支付制度、支付標準、藥價基準、審查制度，或鼓勵替代性服務等，藉以調整醫療費用結構，重新配置資源，使醫療服務提供者獲得合理報酬，並有助於導正目前重門診輕住診，重特定診療輕基本診療，重藥品輕醫療專業服務，以及科別支酬不公等支出結構不合理現象。

- 一、藉由預算分配，針對鼓勵項目與不鼓勵項目，分別設定其價量成長目標。例如：門診、藥品、檢查利潤過高，可適度減少預算，而急重症、住院相對利潤較低，可適度提升其預算，使醫療資源配置趨於合理。
- 二、訂定內部資源重分配目標，藉由支付標準與藥價基準之調整、合理門診量等，重新配置醫療資源。例如：一年內將門診或住院藥費降低 X%，並將節省之費用用於調整急重症、基本診療等項目之支付。
- 三、實施整合性照護服務，提升醫療服務效率及品質。例如：針對治療模式多元或長期使用醫療服務，需要整合性醫療服務的病人(如：肺結核、乳癌、洗腎、糖尿病、氣喘等)，另行辦理整合性醫療照護計畫，藉由個案/疾病管理(case/disease management)整合各類醫療照護服務，提供連續性照護，並

提升醫療服務的成本效益與品質，以更合理有效的運用醫療資源。

其他國家總額支付制度實施經驗

問 26：各國總額支付制度的實施概況如何？

答：

國 家	總額支付制度實施概況
澳 洲	公立醫院實施上限總額
比利時	1.政府訂定年度健康保險預算總額； 2.分部門訂定醫院、藥品、診所、檢驗、牙醫及初級照護之目標總額。
加拿大	省政府訂定(或協商)醫院及醫師的預算總額；採上限或目標制則因各省而異。
丹 麥	1.政府與地方政府(郡)協商年度健康照護預算總額，地方政府不得增加地方稅； 2.醫院訂定年度預算總額；初級照護及藥品則訂定年度目標預算。
芬 蘭	地方政府(郡)訂定其醫院與初級照護的部門預算
法 國	1.由國會決定目標預算總額； 2.醫院訂定預算總額；臨床檢驗、護理服務、診所醫師、藥品及物理治療訂定支出目標。
德 國	各地區(邦)初級門診與牙醫照護協商預算總額；醫院訂定目標預算；各地區藥品協商支出上限額度。
義大利	1.訂定年度全國預算，但未強制執行。 2.藥品支出訂定預算總額；部分地區的門診照護及私人醫院支出訂定預算總額。
盧森堡	自 1994 年起，預先設定健康保險支出預算總額
荷 蘭	1.由政府決定目標預算總額，1994-98 年增率 1.3%，1998 提高為 2.4%。 2.訂定門診、醫院及精神照護的支出目標。
瑞 典	多數的地方議會(郡議會)訂定初級健康照護中心及個別醫院預算總額；但某些地方議會則會按醫院群(groups of hospitals)分配預算。
瑞 士	由地方政府(cantons)訂定醫院、門診預算。
英 國	政府訂定醫院及社區照護預算總額；家庭醫學服務支出(包括藥費及醫師費)則非直接規範。

資料來源：

1. Elizabeth Docteur and Howard Oxley (2003), "Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience", OECD Economics Department Working Papers, No 374.
2. Elias Mossialos and Julian Le Grand (1999), "Health Care and Cost Containment in the

European Union”, MPG Books Ltd. Bodmin, Cornwall.

3. 全民健保監理委員會(2004),「德國健康保險制度座談會」會議資料。

問27：我國推動的總額支付制度與其他國家相較，有何特色？

答：一、各先進國家實施總額支付制度的方式並不一致，而且仍在持續演變中。其中有採支出上限制，也有採支出目標制；有以醫院為單位，也有以區域為單位；而分配的方式也因國情而有不同。

二、我國目前實施的總額支付制度與其他國家的差異：

(一)採單一保險人制，在協商對象組織成員上不同。

(二)採支出上限制，總額以前1年的實付醫療費用加上經協定的成長值計算。

(三)採分區預算制，全國分為6區，逐年漸進達成依保險對象人數比例分配總額，各區按季再以論量計酬方式回溯計算每點金額支付醫療服務提供者，因此6區各季每點金額是浮動的。

(四)需保障或鼓勵之服務項目，採固定點值預先扣除，以保障其醫療服務費用，達成改善醫療生態健全體制的政策目的。

(五)中醫門診及牙醫門診有單獨的總額。

(六)初級照護費用未設單獨的門診總額，而因應國內特殊醫療體制與環境，區分為西醫基層總額與醫院總額（含門住診）。

實 務 篇

貳、實 務 篇

87 年度總額協定內容

問 28：牙醫門診第 1 期醫療給付費用總額的協定與分配內容為何？

答：一、規劃階段

衛生署於 84 年 12 月成立「牙醫總額支付制度推動小組」，邀集中華民國牙醫師公會全國聯合會、醫院代表及健保局，共同規劃牙醫門診總額支付制度試辦計畫，並於 86 年 9 月交付費協會協議。

二、協定階段

費協會於 86 年 11 月 14 日委員會議完成協定，其內容如下：

(一)總額涵蓋範圍

1. 包含範圍：醫院、診所牙醫師開立的門診服務及藥品。
2. 不包含範圍：教學成本、山地離島加成及新的預防保健計畫。

(二)實施期程：87 年 7 月至 88 年 6 月。

(三)成長率：以實施前 1 年（86 年 7 月至 87 年 6 月）實付醫療給付費用為基礎，成長 8%。

1. 非協商因素成長率 5.09%

(1)投保人口年增率 1.29%：以經建會 87 年 6 月對 86 年 6 月人口數推估 86 年 6 月至 87 年 6 月投保人口年增率。

(2)人口結構改變率-0.10%：各年齡層每人年醫療費用，採 85 年 1 月至 12 月資料；保險對象各年齡層結構百分比，以經建會資料推估而得 87 年 6 月比 86 年 6 月值。

(3)牙醫醫療服務成本指數改變率 3.90%：指數採計 85 年 1 月至 12 月對 84 年 1 月至 12 月之比值。

2. 協商因素成長率 2.91%：涵蓋保險給付範圍改變對醫療費用的影響、醫療品質改變、牙醫醫療利用率等影響因子。

(四)地區預算分配：預算以健保局 6 分局所轄範圍區分為 6 個地區，10%依各區校正「人口風險」的保險對象人數，90%依牙醫門診總額支付制度開辦前 1 年各區保險對象實際發生醫療費用比率分配。原則上以 5 年為期，逐步達成預算 100%依據校正風險後之各區保險對象人數分配，第 2 年起依保險對象人數分配之比率暫定為 20%、40%、70%、100%，惟實施前仍需提費協會協商確定。

88 年度總額協定內容

問 29：牙醫門診第 2 期醫療給付費用總額的協定與分配內容為何？

答：一、費協會 87 年 11 月 13 日委員會議授權，邀集專家學者、消費者代表、牙醫界、醫界等相關團體代表組成「牙醫門診醫療費用總額預算工作小組」，小組共召開 4 次會議，所獲共識送委員會參考，經 88 年 3 月 12 日委員會議完成協定。

二、實施期程：配合新預算法的施行，期程定為 88 年 7 月至 89 年 12 月，共計 1 年半。

三、成長率：較前一期醫療費用總額成長 8%。

(一)非協商因素成長率 5.44%

1. 投保人口年增率 1.72%：採計 86 年 6 月至 87 年 6 月實際投保人口的成長率。

2. 人口結構改變率-0.02%：各年齡層每人年醫療費用，採 85 年 1 月至 12 月資料；保險對象各年齡層結構百分比，採健保局 87 年 6 月比 86 年 6 月的資料。

3. 牙醫醫療服務成本指數改變率 3.74%：指數採計 86 年 1 月至 12 月對 85 年 1 月至 12 月的比值。

(二)協商因素成長率 2.56%：涵蓋保險給付範圍改變對醫療費用的影響、醫療品質改變、牙醫醫療利用率等影響因子。

四、地區預算分配：預算以健保局 6 分局所轄範圍區分為 6 個地區，20%依各區校正「人口風險」的保險對象人數，80%依牙醫門診總額支付制度開辦前 1 年各區保險對象實際發生醫療費用比率分配。

89 年度總額協定內容

問 30：中醫門診第 1 期醫療給付費用總額的協定與分配內容為何？

答：一、規劃階段

衛生署於 88 年 5 月 5 日與中醫界共同成立「中醫門診總額支付制度推動小組」，歷經 3 次推動小組會議討論後，完成政策層面的規劃，並於同年 8 月 20 日交付費協會協議。

二、協定階段

費協會於 89 年 2 月 11 日委員會議完成協定，其內容如下：

(一)總額涵蓋範圍

1. 包含範圍：中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門由中醫師開立的門診服務及藥品。
2. 不包含範圍：教學成本、新的山地離島服務獎勵方案。

(二)實施期程：89 年 7 月至 90 年 6 月。

(三)成長率：每人醫療給付費用較基期年成長 6.33%。

為避免 88 年 921 震災效應及新制部分負擔實施的影響，以實施前 2 年(87 年 7 月至 88 年 6 月)中醫門診醫療費用成長 5.83%做為基期年(88 年 7 月至 89 年 6 月)每人醫療給付費用。

1. 非協商因素成長率 4.33%

(1) 人口結構改變率 0.39%：各年齡層每人年醫療費用，採 86 年 1 月至 12 月資料；保險對象各年齡層結構百分比，採 87 年 6 月比 86 年 6 月的資料。

(2) 中醫醫療服務成本指數改變率 3.94%：指數採計 87 年 1 月至 12 月對 86 年 1 月至 12 月的比值。

2. 協商因素成長率 2%：涵蓋保險給付範圍改變對醫療費用的影響、醫療品質改變、中醫醫療利用率等影響因子。

三、地區預算分配：預算以健保局 6 分局所轄範圍區分為 6 個地區，5%依各區校正「人口風險」的保險對象人數，95%依中醫門診總額支付制度開辦前 1 年各區保險對象實際發生醫療費用比率分配。原則上以 8 年為期，逐步達成預算 100%依據校正風險後之各區保險對象人數分配，第 2 年起依保險對象人數分配之比率暫定為 15%、25%、40%、55%、70%、85%及 100%，惟實施前仍需提費協會協商確定。

90 年度總額協定內容

問 31：90 年度牙醫門診醫療給付費用總額的協定與分配內容為何？

答：一、實施期程：90 年 1 月至 12 月。

二、成長率：每人醫療給付費用較 89 年成長 3.32%。

(一)非協商因素成長率 2.16%

1. 人口結構改變率-0.04%：各年齡層每人年醫療費用，採 85 年 1 月至 12 月資料；保險對象年齡層結構百分比，採 88 年 6 月對 87 年 6 月的資料。
2. 牙醫醫療服務成本指數改變率 2.20%：指數採計 87 年 7 月至 88 年 6 月對 86 年 7 月至 87 年 6 月的比值。至於 87 年 1 月至 6 月半年期間未採計部分，列入協商因素考量。

(二)協商因素成長率 1.16%

1. 醫療品質：牙醫醫療品質確保方案實施成果，經專家學者及委員會評核，認為牙醫門診實施總額支付制度後，醫療利用與點值變動尚稱穩定，保險對象對就醫品質的不滿意比率也略有下降，以及牙醫界短期內能訂出「臨床治療指引」，實屬不易，長期對醫療品質的提昇應有所助益，所以本年度酌予獎勵增加成長率 0.5%。
2. 回補跳空未計的牙醫醫療服務成本指數改變率 0.66%。

三、地區預算分配：預算以健保局 6 分局所轄範圍區分為 6 個地區，40%依各區校正「人口風險」的保險對象人數，60%依牙醫門診總額支付制度開辦前 1 年各區保險對象實際發生醫療費用比率分配。

問 32：中醫門診第 2 期醫療給付費用總額的協定與分配內容為何？

答：一、實施期程：90 年 7 月至 12 月。

中醫門診第 1 期醫療給付費用總額實施期間為 89 年 7 月至 90 年 6 月，為配合 90 年度起，依健保法第 47 條規定，由主管機關報請行政院核定實施全民健康保險醫療給付費用年度總額範圍，各部門總額實施期程皆須定為每年 1 月至 12 月，故本次只協定 90 年 7 月至 12 月的醫療給付費用總額。

二、成長率：每人醫療給付費用較 89 年同期成長 3%。

(一)非協商因素成長率 1.68%

1. 人口年齡結構改變率 0.56%：各年齡層每人年醫療費用，採 86 年 1 月至 12 月資料；保險對象各年齡層結構百分比，採 88 年 6 月比 87 年 6 月的資料。
2. 中醫醫療服務成本指數改變率 1.12%：指數採計 88 年 1 月至 12 月對 87

年 1 月至 12 月的比值。

(二)協商因素成長率 1.32%：包括對其半年執行有關醫療服務品質確保各項努力予以鼓勵等。

三、地區預算分配：沿用第 1 年地區預算分配比例，預算以健保局 6 分局所轄範圍區分為 6 個地區，5%依各區校正「人口風險」的保險對象人數，95%依中醫門診總額支付制度開辦前一年各區保險對象實際發生醫療費用比率分配。

問 33：西醫基層第 1 期醫療給付費用總額的協定內容為何？其總額分配架構為何？

答：一、規劃階段

衛生署於 88 年 9 月會同中華民國醫師公會全國聯合會成立「西醫基層門診總額支付制度研議小組」，歷經 13 次會議，完成研議方案，於 90 年 2 月 21 日交付費協會進行協商。

二、協定階段

費協會於 90 年 4 月 27 日完成協定，其內容如下：

(一)總額涵蓋範圍

1.包含範圍

- (1)以西醫診所開立且在費協會協定時屬全民健保給付範圍的西醫門住診醫療服務（含分娩及門診手術）、藥品（含藥事服務費）及預防保健為本醫療給付費用總額涵蓋範圍。上述西醫診所係指向衛生局登記為診所（不含中醫診所及牙醫診所）的特約醫事服務機構。
- (2)費協會協定醫療給付費用總額時，預知新的法令、政策、或預期保險給付範圍（或支付項目）的改變，對實施年度醫療給付費用總額的影響，包含於本總額範圍內。

2.不包含範圍

- (1)居家照護與精神疾病社區復健項目，不包含於本總額範圍內。
- (2)費協會協定醫療給付費用總額只涵蓋營運成本，不包含資本成本。
- (3)依健保法第 40 條規定，因戰爭變亂，或經行政院認定並由政府專款補助的重大疫情及嚴重的地震、風災、水災、火災等天災所致的保險事故，不包含於本總額範圍內。
- (4)費協會協定醫療給付費用總額後，本保險主管機關依法修訂山地離島地區醫療服務促進方案，因增加服務項目或地區範圍，及公告新增實施醫藥分業地區，因處方交付特約藥局調劑所增加的費用，不包括於本總額範圍內。

(5)其他非預期的健保法及相關法規、政策修訂，對醫療給付費用總額造成顯著影響時，其所新增或減少的費用非在協定的總額涵蓋範圍時，得經費協會或委員提案，檢討應否增減其總額。

(二)實施期程：90年7月至91年12月，合計1年半。

(三)成長率：每人醫療給付費用較基期年成長3.727%。

基期年為88年7月至89年12月，區分為3個半年(88年7月至88年12月、89年1月至89年6月、89年7月至89年12月；3個半年的納保人口數計算時間點，分別為88年9月、89年3月、89年9月)，經平均計算後得到基期年每人醫療給付費用。第2期(92年1月至92年12月)起以其前1年度(91年1月至91年12月)為基期年。

1.非協商因素成長率為2.111%

(1)人口結構改變率0.29681%：各年齡層每人年醫療費用，採88年1月至12月資料；保險對象年齡性別結構百分比，採89年12月比88年12月的資料。

(2)西醫基層醫療服務成本指數改變率1.81391%：指數採計88年7月至89年6月對87年7月至88年6月的比值。

2.協商因素成長率1.616%：含鼓勵提昇醫療服務品質成長率、其他服務利用及密集度改變等項目。

西醫基層第1期每人醫療給付費用成長率

區分	影響因子	成長率
非協商因素	1.人口結構改變率	0.29681%
	2.西醫基層醫療服務成本指數改變率	1.81391%
	小計	2.111%
協商因素	1.醫療品質及保險對象健康狀況的改變	
	(1)鼓勵提升慢性病人照護品質	0.55338%
	(2)鼓勵提升醫療服務品質	0.50000%
	2.其他服務利用及密集度的改變	
	(1)鼓勵門診手術及論病例計酬案件數成長	0.05274%
	(2)提升醫療資源缺乏地區醫療服務	
—新增山地離島服務提昇計畫	0.2000%	
—資源缺乏地區鼓勵加成	0.2000%	
3.其他政策誘因		
鼓勵提升預防保健執行率	0.10950%	
小計		1.616%
總計		3.727%

(四)分配架構

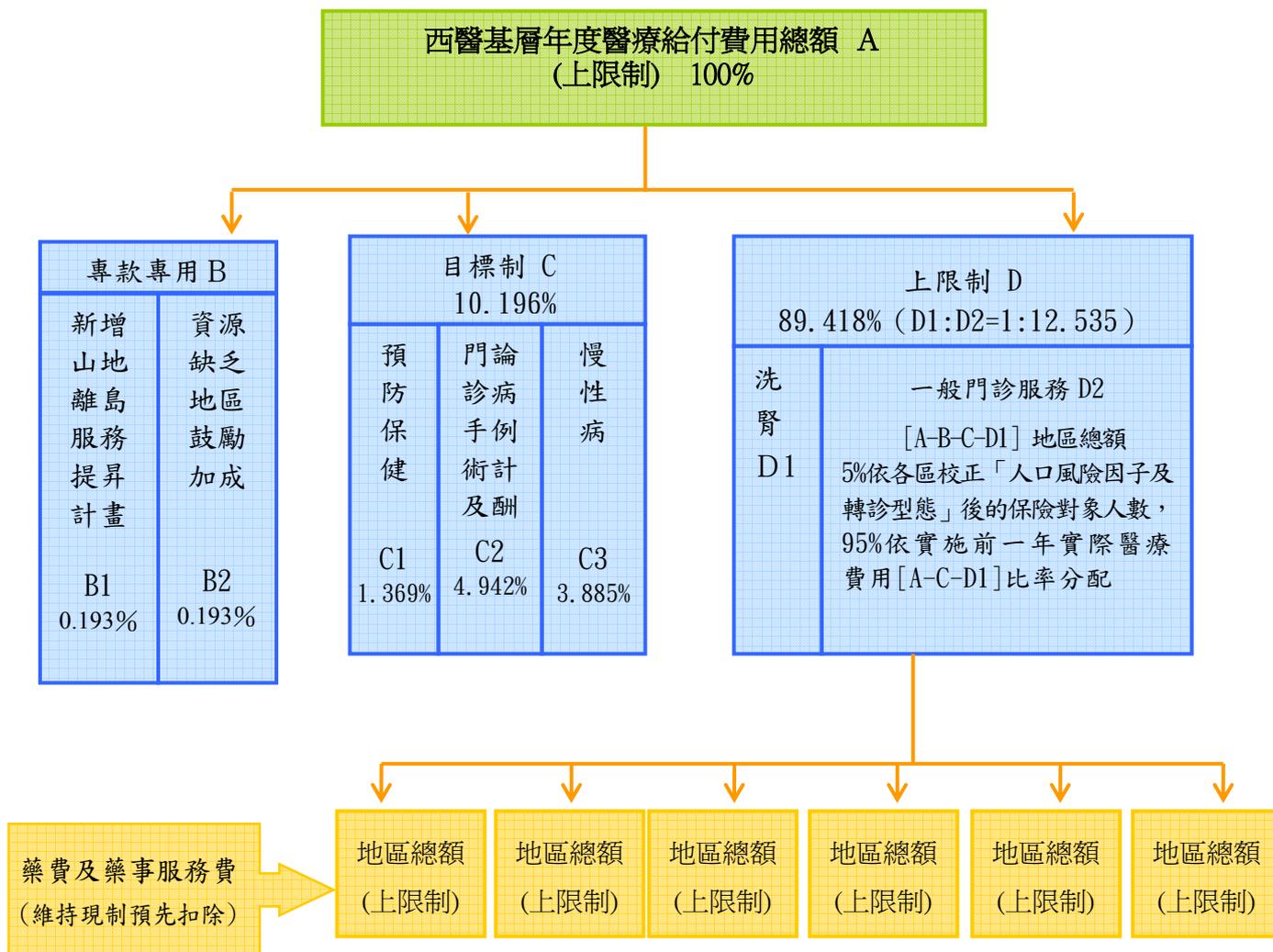
- 1.一般門診服務：採支出上限制，點值隨服務量的多寡浮動，列入地區總額分配。
- 2.洗腎服務：依其在 89 年 7 月至 89 年 12 月期間與一般門診服務的費用比值 1:12.535 分配金額，採支出上限制，點值隨服務量的多寡浮動，不列入地區總額分配。
- 3.預防保健、門診手術及論病例計酬案件、慢性病服務：屬鼓勵項目，採支出目標制。預防保健服務固定點值以每點 1 元支付；門診手術及論病例計酬、慢性病服務，前 3 季採固定點值以每點 1 元支付，第 4 季採上限制，依實際執行採浮動點值支付。此 3 項服務項目不列入地區分配。
- 4.藥費及藥事服務費：包含一般門診及鼓勵項目得另計的藥費及藥事服務費，依照現制預先扣除，列入地區預算分配。
- 5.專款專用：「山地離島地區醫療服務提昇計畫」及「西醫基層醫療資源缺乏地區鼓勵加成」2 項，採專款專用方式，不列入地區分配。

(五)地區預算分配

- 1.預算以健保局 6 分局所轄範圍區分為 6 個地區，5%依各區校正「人口風險因子及轉診型態」的保險對象人數，95%依西醫基層總額支付制度開辦前 1 年各區保險對象實際發生醫療費用比率分配。原則上以 5 年為期，逐步達成預算 100%依據校正風險後之各區保險對象人數分配，第 2 年起依保險對象人數分配之比率暫定為 15%、35%、70%及 100%，惟實施前仍需提費協會協商確定。
- 2.«人口風險因子及轉診型態»校正方式：先校正人口風險因子（年齡性別指數占 90%，標準化死亡比占 10%），再校正各區轉診型態（即基層門診市場占有率）。

(六)西醫基層第 1 期醫療給付費用總額分配架構、總額分配流程、各地區總額分配情形，及個別醫師醫療費用核付情形，詳如圖 1 至 4。

圖 1 西醫基層第 1 期醫療給付費用總額分配架構



註：1. 洗腎不列入地區總額分配

2. 洗腎與一般門診服務比值採 8907-8912 比例計算

圖 2 西醫基層第 1 期醫療給付費用總額分配流程

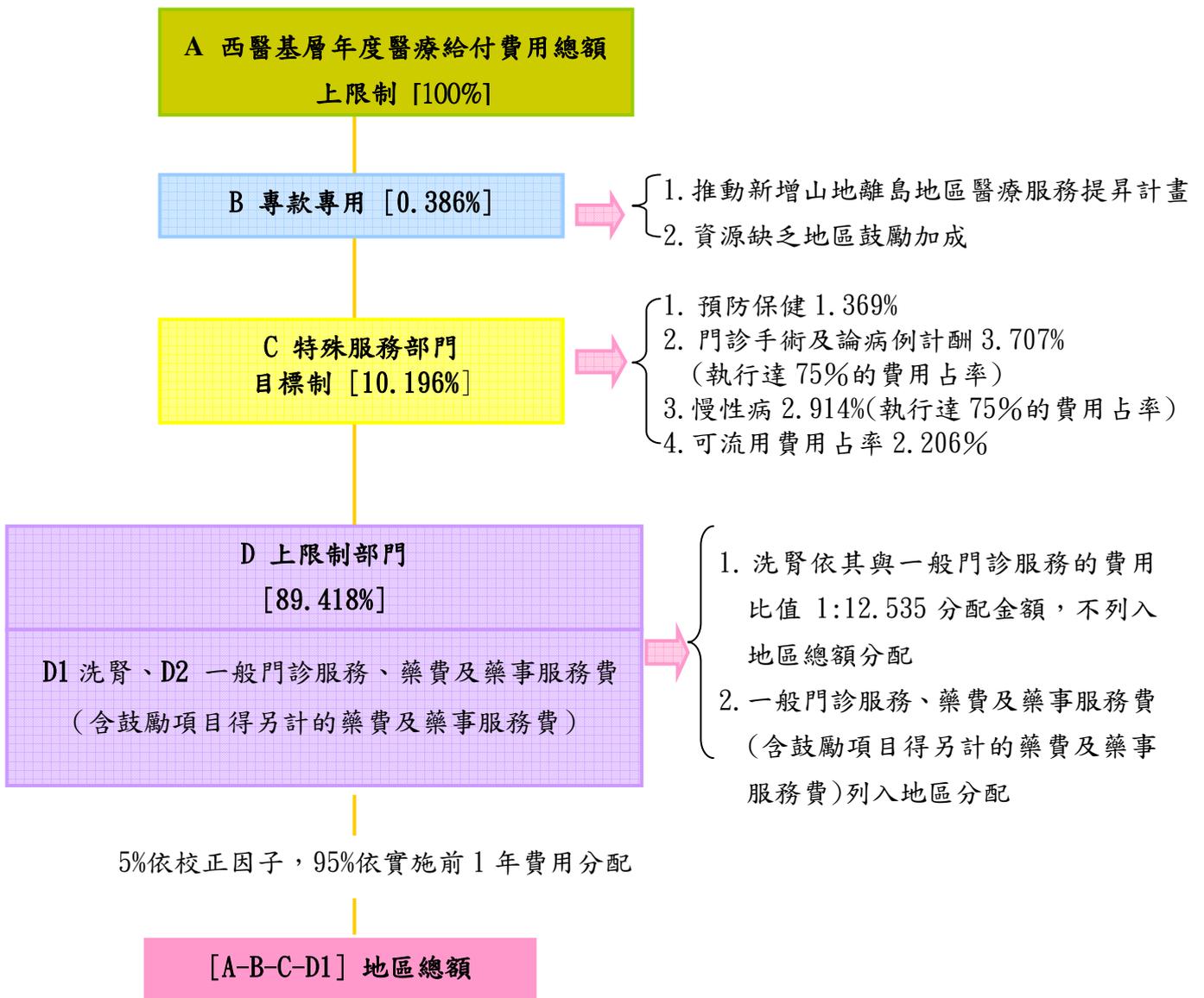


圖 3 西醫基層第一期醫療給付費用總額各地區總額分配情形

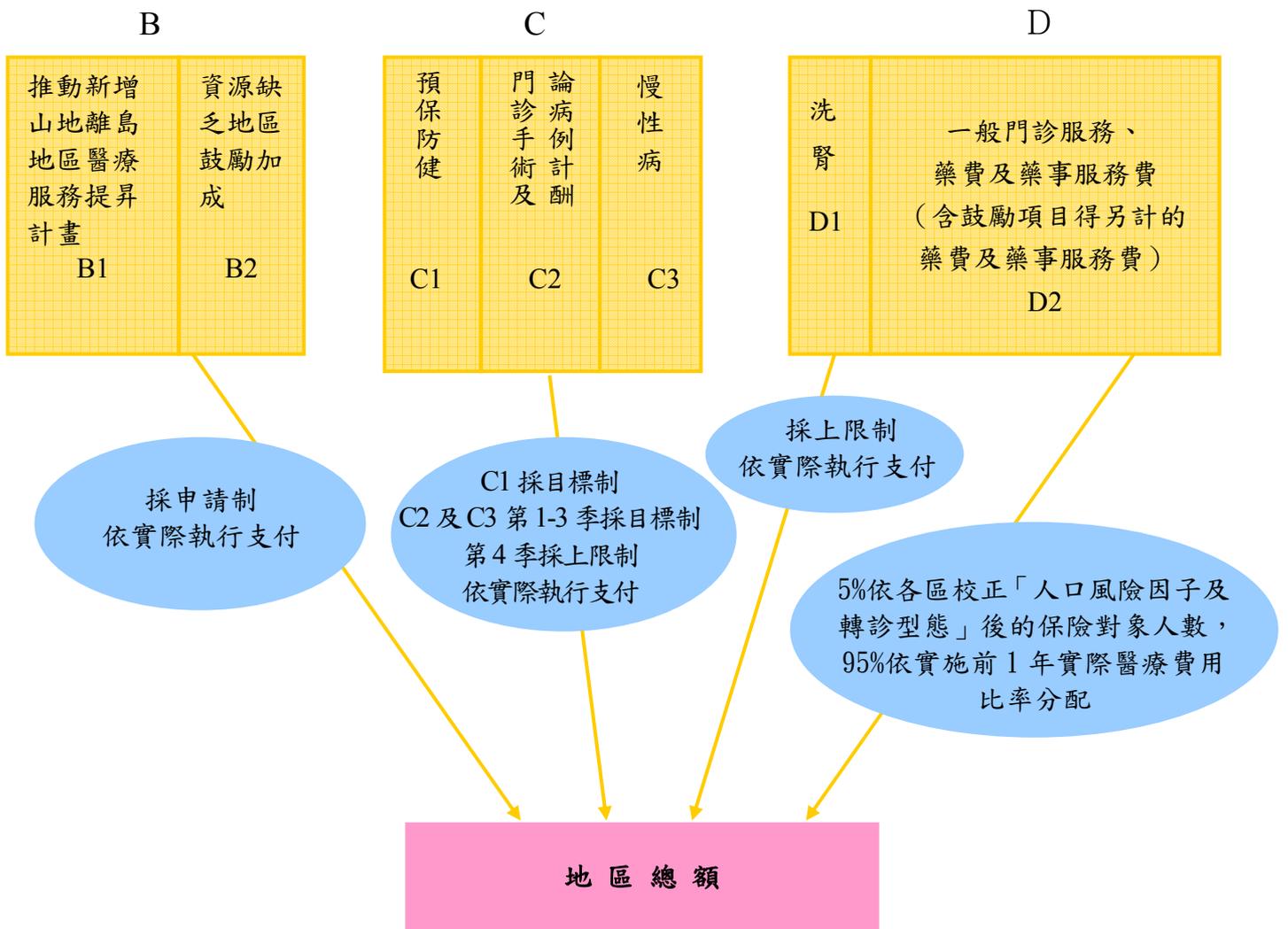
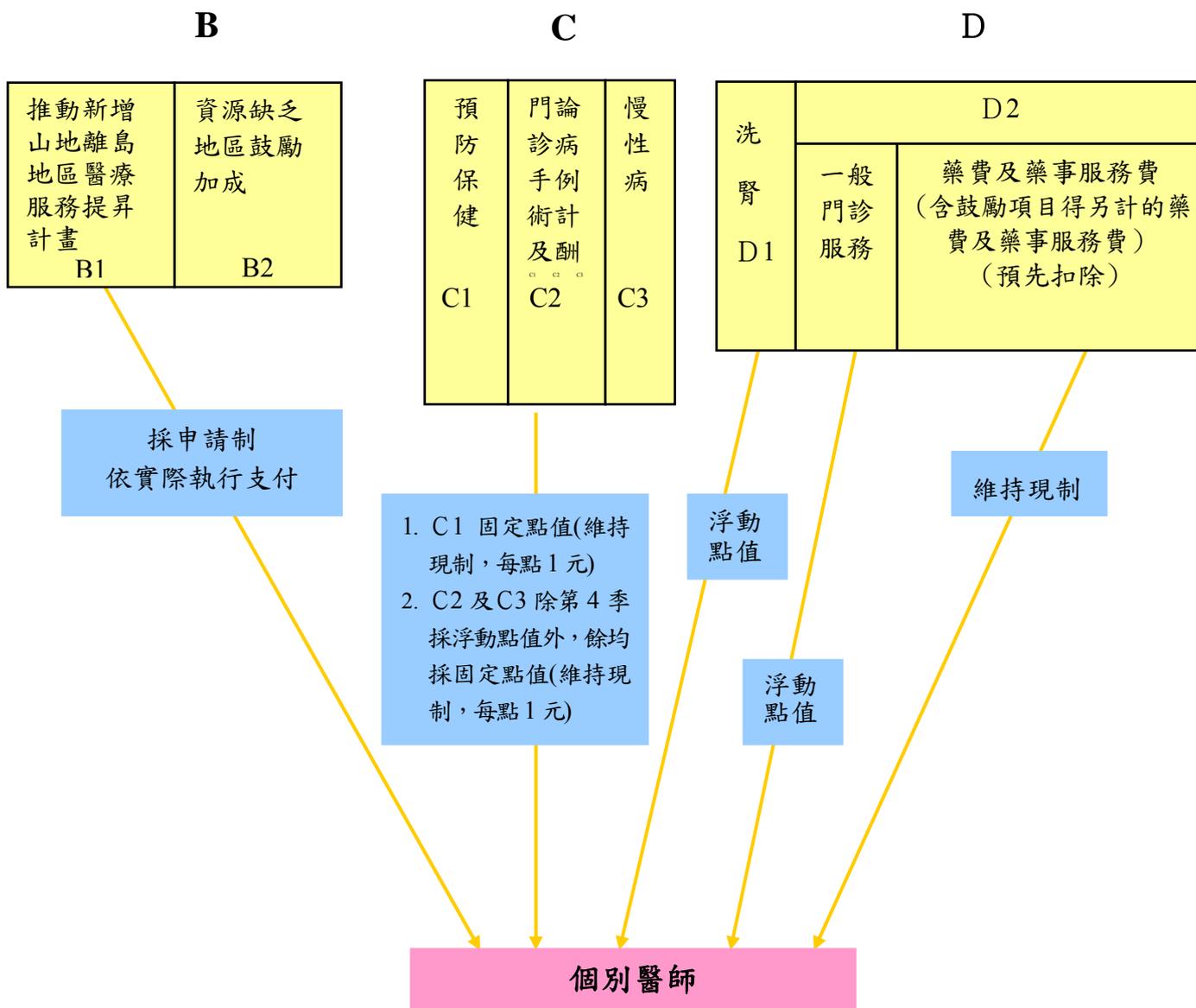


圖 4 西醫基層第 1 期醫療給付費用總額個別醫師醫療費用核付情形



問 34：90 年度全民健康保險醫療給付費用總額目標值為何？

答：一、衛生署依據健保法第 47 條規定，於 89 年 6 月底前擬訂「90 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」，於同年 9 月 19 日報奉行政院核定 90 年度全民健康保險每人醫療給付費用，以 89 年為基礎，成長率範圍為 2.21%~4.54%。

二、費協會依健保法第 49 條規定，完成協定並報請衛生署核定後，於 89 年 12 月 29 日公告 90 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式如下：

- (一) 牙醫門診每人醫療給付費用成長率為 3.32%。
- (二) 中醫門診每人醫療給付費用成長率，上半年（1 月至 6 月）為 6.33%，下半年（7 月至 12 月）為 3%。
- (三) 西醫每人醫療給付費用成長率目標值設定為 3.97%，由健保局在行政院核定 90 年度每人醫療給付費用成長率範圍（2.21%~4.54%）內，控管西醫醫療費用支付額度。
- (四) 全民健康保險每人醫療給付費用成長率目標值，依行政院核定各類醫療服務費用百分比，即牙醫占 7.72%、中醫占 4.27%、西醫占 88.01%，加權計算為 4.11%。

91 年度總額協定內容

問 35：91 年度牙醫門診醫療給付費用總額的協定內容為何？其總額分配架構與前年度有何不同？

答：一、實施期程：91 年 1 月至 12 月。

二、成長率：每人醫療給付費用較 90 年成長 2.5%。

(一)非協商因素成長率 1.39%

1.人口結構改變率 0.11%：性別因素納入計算，每人年醫療費用，採 88 年 1 月至 12 月資料，保險對象年齡性別結構百分比，採 89 年對 88 年各季季末平均人數計算。

2.牙醫醫療服務成本指數改變率 1.28%：指數採計時程為 88 年 7 月至 89 年 6 月對 87 年 7 月至 88 年 6 月的比值。

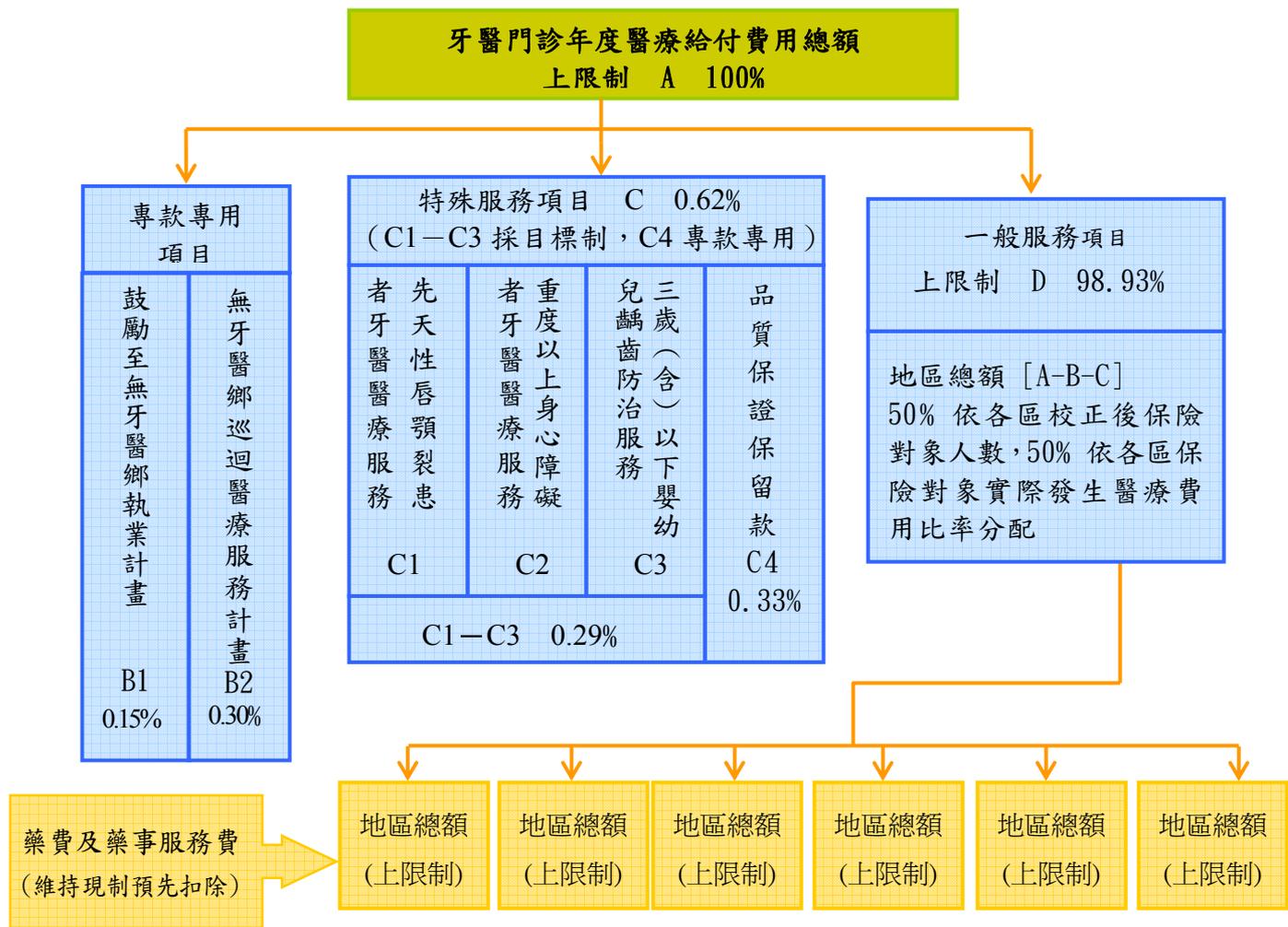
(二)協商因素成長率 1.11%

1.「牙醫師至無牙醫鄉服務獎勵措施」，區分為「鼓勵至無牙醫鄉執業計畫」及「無牙醫鄉巡迴醫療服務計畫」兩部分；其中鼓勵至無牙醫鄉執業目標數及巡迴醫療服務計畫目標數各訂為 12 個，所需經費換算其費用成長率分別為 0.156%及 0.309%，合計為 0.47%。

2.「特殊專業醫療服務項目」，除在加強弱勢保險對象牙醫醫療服務之外，也為提升服務品質而設，爰與「鼓勵提升醫療服務品質項目」合併計算，其成長率設定為 0.64%；其中，「先天性唇顎裂患者牙醫醫療服務」、「重度以上身心障礙者牙醫醫療服務」及「3 歲（含）以下嬰幼兒齲齒防治服務」3 項合占 0.30%，採支出目標方式，可相互流用，「品質保證保留款」占 0.34%，採專款專用方式，均不列入地區總額分配。

三、地區預算分配：預算以健保局 6 分局所轄範圍區分為 6 個地區，分配方式修正為 50%依各區校正「人口風險」的保險對象人數，50%依牙醫門診總額支付制度開辦前 1 年各區保險對象實際發生醫療費用比率分配。往後各年各區校正「人口風險」後保險對象人數所占分配比率訂為 70%、90%、100%，原訂地區總額依保險對象人數比率分配緩衝期，由 5 年修正為 7 年。

四、91 年度牙醫門診醫療給付費用總額分配架構如下：



問 36：91 年度中醫門診醫療給付費用總額的協定內容及其分配架構為何？

答：一、實施期程：91 年 1 月至 91 年 12 月。

二、成長率：每人醫療給付費用較 90 年成長 2%。

(一)非協商因素成長率 1.67%

1. 人口結構改變率 0.43%：以 88 年 1 月至 12 月每人醫療給付費用為基礎，計算 89 年對 88 年人口結構的影響，並以各季季末平均保險對象人數的年齡性別百分比平均值計算。

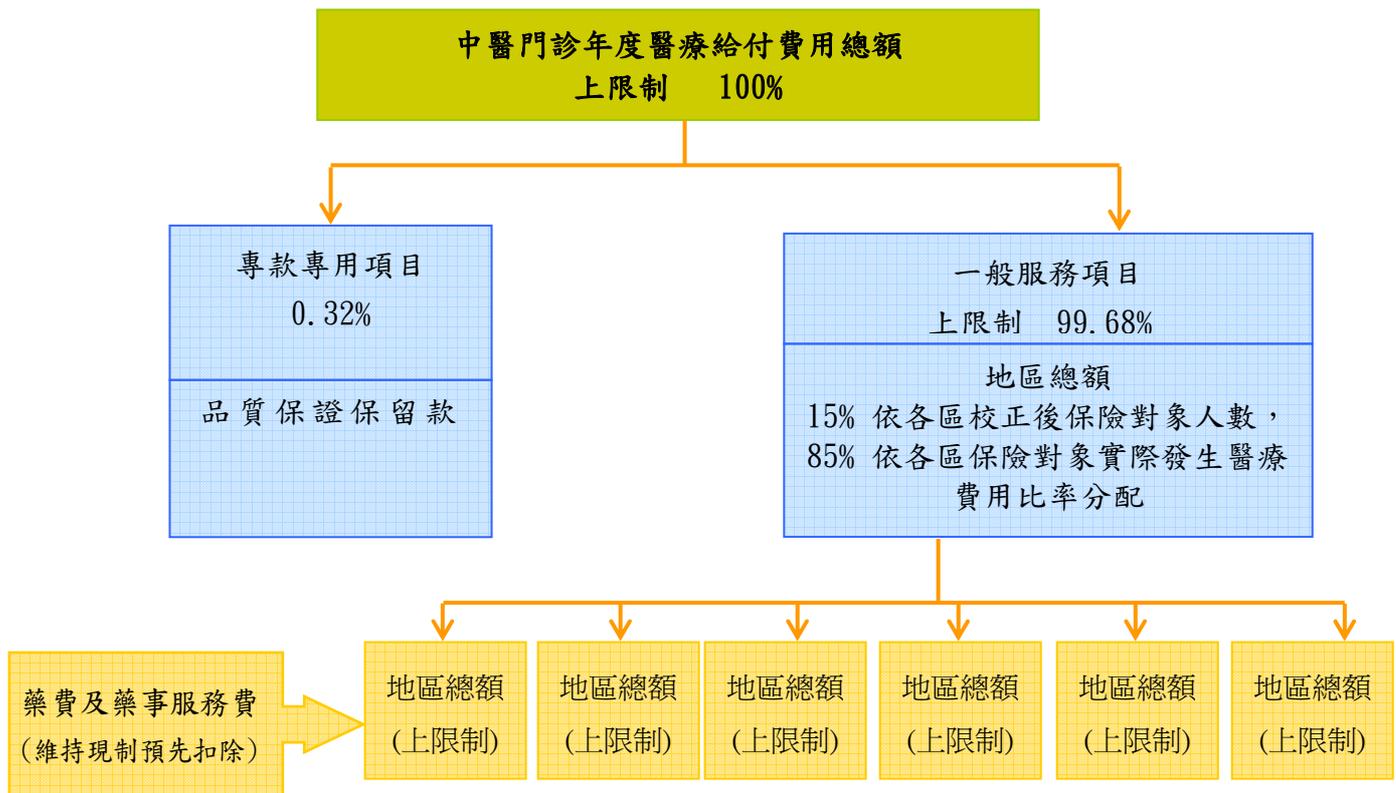
2. 中醫醫療服務成本指數改變率 1.24%：指數採計 88 年 7 月至 89 年 6 月對 87 年 7 月至 88 年 6 月，並扣除與 90 年下半年醫療給付費用總額協定時，重複採計的半年（即 88 年 7 月至 88 年 12 月）差值後得之。

(二)協商因素成長率 0.33%：中醫品質確保方案執行成果，經評核結果為優級，酌給鼓勵提升醫療品質成長率 0.33%，本項經費專款專用於鼓勵醫療品質提升。

三、地區預算分配：預算以健保局 6 分局所轄範圍區分為 6 個地區，15%依各區校正「人口風險」的保險對象人數，85%依中醫門診總額支付制度開辦

前 1 年各區保險對象實際發生醫療費用比率分配。

四、91 年度中醫門診醫療給付費用總額分配架構如下：



問 37：醫院第 1 期醫療給付費用總額的協定內容為何？

答：一、規劃階段

衛生署於 89 年 8 月成立「醫院總額支付制度研議小組」進行規劃，該小組成員採推舉方式，其中醫院組織的代表由全國性醫院組織推舉，各層級醫院代表由各層級醫院選舉產生，學者專家由衛生署遴聘，以及健保局、健保小組、費協會代表成員組成，歷經 17 次會議，完成研議方案，於 91 年 2 月 25 日交付費協會協議。

二、協定階段

費協會於 91 年 4 月 26 日完成協定，其內容如下：

(一)實施期程：91 年 7 月至 12 月。

(二)總額涵蓋範圍

1.包含範圍

(1)以醫院開立或提供且在費協會協定時，屬全民健保給付範圍的西醫門住診服務、藥品及預防保健為本醫療給付費用總額涵蓋範圍。上述醫院係指向衛生局登記為醫院的特約醫事服務機構。

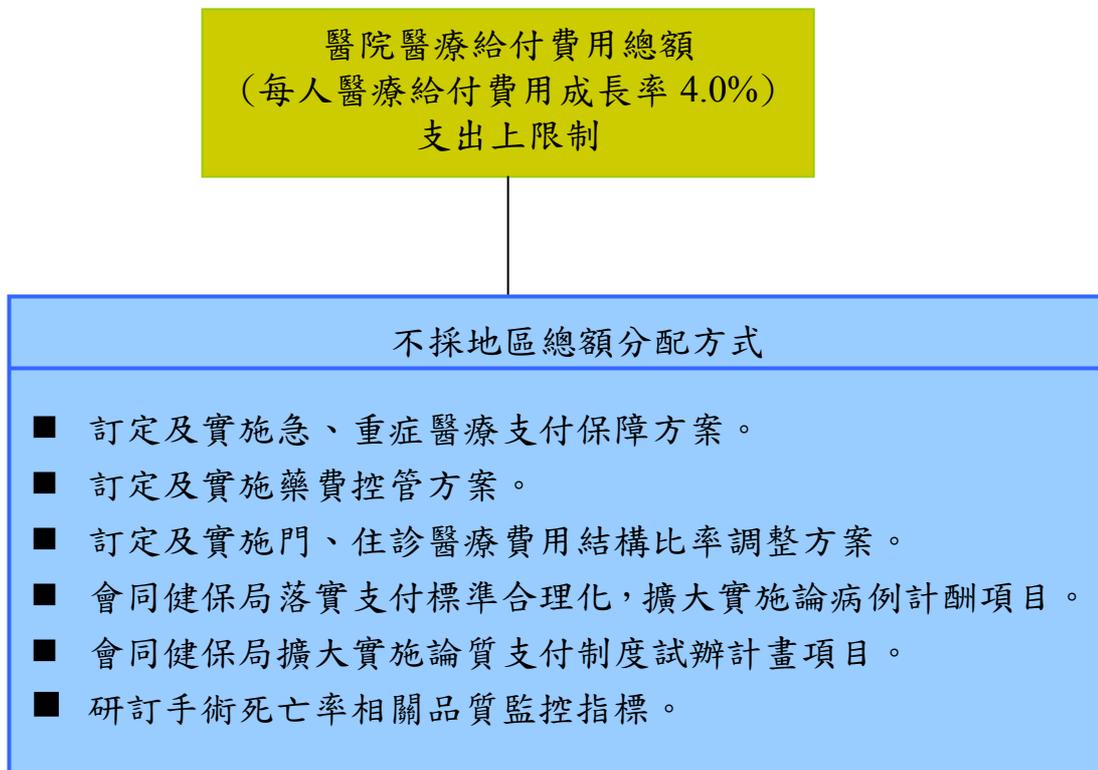
(2)90 年底前已支付的支付標準未列項目。

(3)費協會協定時，預知新的法令、政策，或預期保險給付範圍的改變，

對於醫療費用的影響。

2. 不包含範圍

- (1) 居家照護及精神疾病社區復健。
 - (2) 資本成本。
 - (3) 依健保法第 40 條規定，因戰爭變亂，或經行政院認定並由政府專款補助的重大疫情及嚴重的地震、風災、水災、火災等天災所致的保險事故。
 - (4) 費協會協定醫療給付費用總額後，主管機關依法修訂山地離島地區醫療服務促進方案，因增加服務項目或地區範圍，及公告新增實施醫藥分業地區，因處方交付特約藥局調劑所增加費用。
- (三) 成長率：每人醫療給付費用較 90 年同期成長 4%。
- (四) 醫院第 1 期醫療給付總額分配架構如下：



問 38：91 年度全民健康保險醫療給付費用總額的協定內容為何？

答：一、衛生署於 90 年 5 月底前擬訂「91 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」，於同年 8 月 29 日報奉行政院核定 91 年度全民健康保險每人醫療給付費用，以 90 年為基礎，成長率範圍為 1.67%~4%。

二、經費協會協定並報請衛生署核定後，於 90 年 12 月 27 日公告 91 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式如下：

(一) 牙醫門診每人醫療給付費用成長率為 2.5%。

(二)中醫門診每人醫療給付費用成長率為 2%。

(三)西醫基層每人醫療給付費用成長率為 3.727%。

(四)醫院及其他部門每人醫療給付費用成長率目標值下限為 1.61%，上限為 3.727%。

(五)依各類醫療服務費用百分比，牙醫占 7.71%、中醫占 4.26%、西醫基層占 23.56%、醫院及其他部門占 64.47%加權計算，91 年度全民健康保險每人醫療給付費用成長率目標值為 2.342%（下限值）至 3.707%（上限值）。

三、醫院部門自 91 年 7 月開始實施上限制總額支付制度，第 1 期（91 年 7 月至 91 年 12 月）每人醫療給付費用成長率經費協會協定為 4%。因此，全民健康保險自 91 年 7 月起全面實施上限制總額後，91 年度全民健康保險醫療給付費用成長率配合修正如下：

(一)91 年 1 月至 6 月，每人醫療給付費用成長率目標值為 2.342%（下限值）至 3.707%（上限值）。

(二)91 年 7 月至 12 月，每人醫療給付費用成長率為 3.883%。

92 年度總額協定內容

問 39：92 年度牙醫門診醫療給付費用總額的協定內容及其分配架構為何？

答：一、涵蓋範圍：

- (一)以全民健保特約醫院及牙醫診所開立或提供，且在費協會協定時屬全民健保給付範圍的牙醫門診醫療服務、藥品及藥事服務為本醫療給付費用總額涵蓋範圍。
- (二)費協會協定醫療給付費用總額時，預知新的法令、政策、或預期保險給付範圍或支付項目的改變，對實施年度醫療給付費用總額的影響，包含於本總額範圍內。
- (三)費協會協定醫療給付費用總額只涵蓋營運成本，不包含資本成本。
- (四)依全民健保法第 40 條規定，因戰爭變亂，或經行政院認定並由政府專款補助的重大疫情及嚴重的地震、風災、水災、火災等天災所致的保險事故，不包含於本總額範圍內。
- (五)費協會協定醫療給付費用總額後，主管機關依法修訂山地離島地區醫療服務促進方案，因增加服務項目或地區範圍，不包含於本總額範圍內。
- (六)其他非預期的全民健保法及相關法規、政策修訂，對醫療給付費用總額造成顯著影響時，其所新增或減少的費用非在協定的總額涵蓋範圍時，得經費協會或委員提案，檢討應否增減其總額。

二、實施期程：92 年 1 月至 12 月。

三、成長率：每人醫療給付費用較 91 年成長 2.48%。

(一)非協商因素成長率 1.55%

- 1.人口結構改變率-0.12%：以 89 年 1 月至 12 月每人醫療給付費用為基礎，計算 90 年對 89 年人口結構的影響，並以各季季末平均保險對象人數的年齡性別百分比平均值計算。。
- 2.牙醫醫療服務成本指數改變率 1.67%：指數採計時程為 90 年 1 月至 12 月對 89 年 1 月至 12 月的比值。

(二)協商因素成長率 0.93%

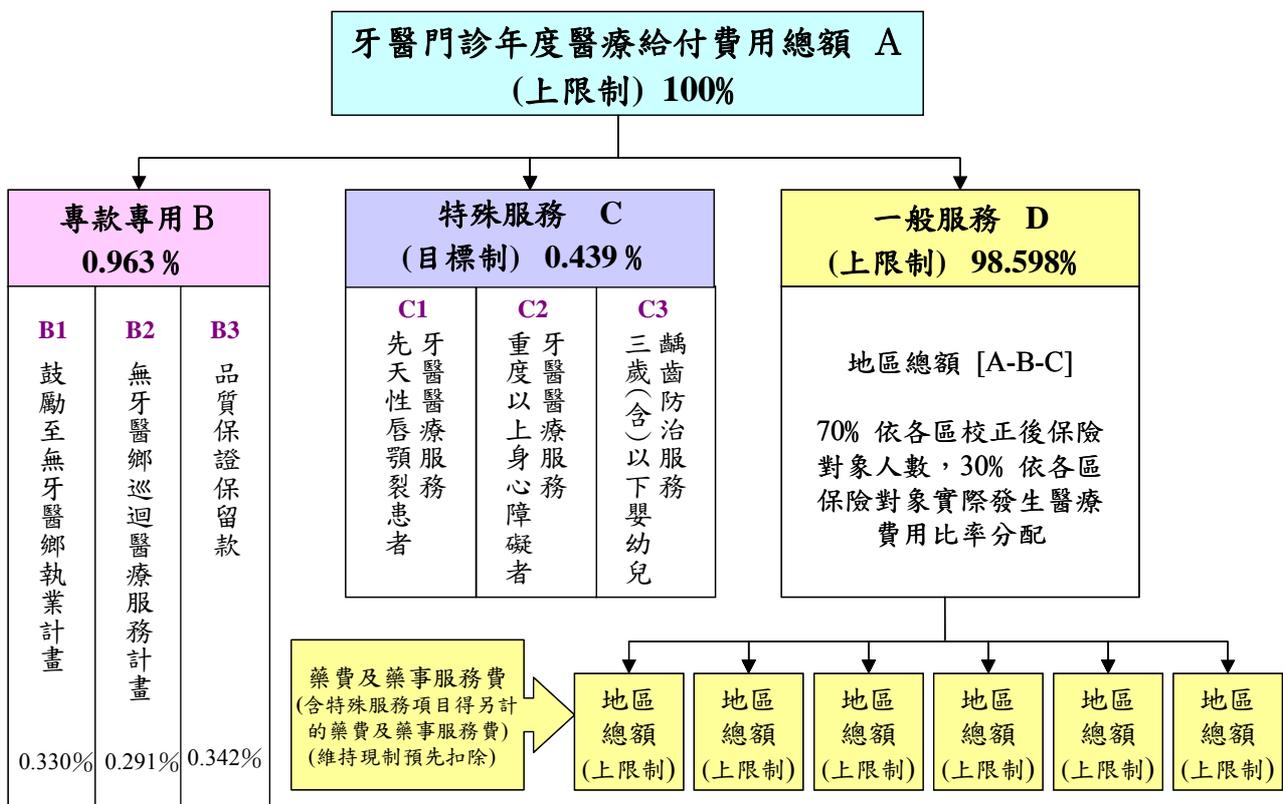
- 1.「牙醫師至無牙醫鄉服務獎勵措施」，包括「鼓勵至無牙醫鄉執業計畫」及「無牙醫鄉巡迴醫療服務計畫」兩部分；其中鼓勵至無牙醫鄉執業目標數訂為 27 個，所需經費換算其費用成長率為 0.19%。
- 2.「特殊服務項目」，包括：「先天性唇顎裂患者牙醫醫療服務」、「重度以上身心障礙者牙醫醫療服務」及「3 歲（含）以下嬰幼兒齲齒防治服務」，合計成長率為 0.16%。

3.「品質保證保留款」：牙醫品質確保方案執行成果，經評核結果為特優級，酌給鼓勵提升醫療品質成長率 0.35%。

4.政策改變對醫療費用的影響：因人口結構改變率計算公式中，90 年保險對象未含軍人，補償因軍人納保政策造成牙醫醫療費用的增加，予以增加成長率 0.23%。

四、地區預算分配：預算以健保局 6 分局所轄範圍區分為 6 個地區，70%依各區校正「人口風險」的保險對象人數，30%依牙醫門診總額支付制度開辦前 1 年各區保險對象實際發生醫療費用比率分配。

五、總額分配架構如下：



問 40：92 度中醫門診醫療給付費用總額的協定內容及其分配架構為何？

答：一、涵蓋範圍：

(一)以全民健保特約中醫醫院、中醫診所及醫院附設中醫部門開立或提供，且在費協會協定時屬全民健保給付範圍的中醫門診醫療服務、藥品及藥事服務，為本醫療給付費用總額涵蓋範圍。

(二)費協會協定醫療給付費用總額時，預知新的法令、政策、或預期保險給付範圍或支付項目的改變，對實施年度醫療給付費用總額的影響，包含於本總額範圍內。

(三)費協會協定醫療給付費用總額只涵蓋營運成本，不包含資本成本。

(四)依全民健保法第 40 條規定，因戰爭變亂，或經行政院認定並由政府專款補助的重大疫情及嚴重的地震、風災、水災、火災等天災所致的保險事故，不包含於本總額範圍內。

(五)費協會協定醫療給付費用總額後，主管機關依法修訂山地離島地區醫療服務促進方案，因增加服務項目或地區範圍，不包含於本總額範圍內。

(六)其他非預期的全民健保法及相關法規、政策修訂，對醫療給付費用總額造成顯著影響時，其所新增或減少的費用非在協定的總額涵蓋範圍時，得經費協會或委員提案，檢討應否增減其總額。

二、實施期程：92 年 1 月至 92 年 12 月。

三、成長率：每人醫療給付費用較 91 年成長 2.07%。

(一)非協商因素成長率 1.20%

1.人口結構改變率 0.36%：以 89 年 1 月至 12 月每人醫療給付費用為基礎，計算 90 年對 89 年人口結構的影響，並以各季季末平均保險對象人數的年齡性別百分比平均值計算。

2.中醫醫療服務成本指數改變率 0.84%：指數採計 90 年 1 月至 12 月對 89 年 1 月至 12 月。

(二)協商因素成長率 0.87%

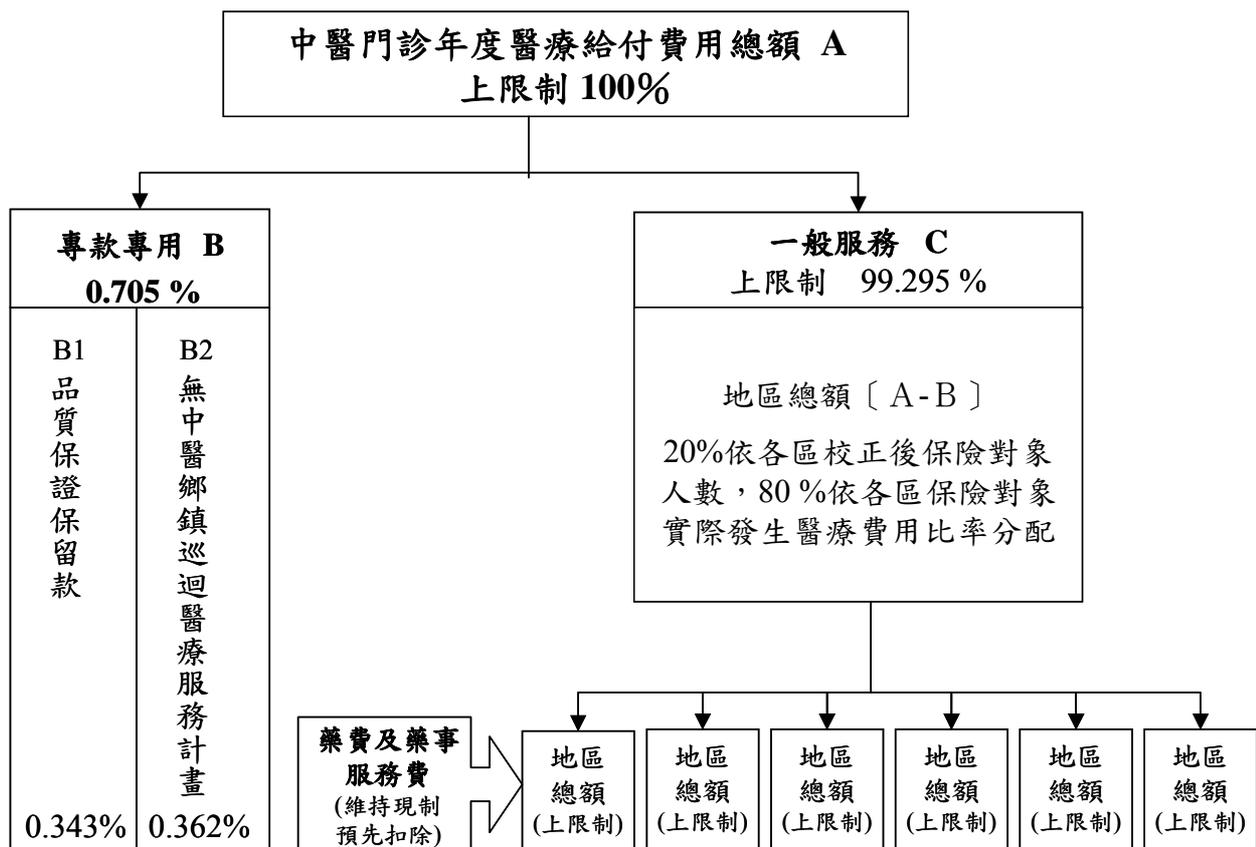
1.鼓勵中醫結合現代科技，提升中醫門診診斷的正確性，以加強醫療服務，酌予鼓勵成長率 0.15%。

2.「無中醫鄉巡迴醫療服務計畫」：訂定目標數為 37 個巡迴點次，所需經費換算其費用成長率為 0.37%。

3.中醫品質確保方案執行成果，經評核結果為特優級，酌給鼓勵提升醫療品質成長率 0.35%。

四、地區預算分配：預算以健保局 6 分局所轄範圍區分為 6 個地區，20%依各區校正「人口風險」的保險對象人數，80%依中醫門診總額支付制度開辦前 1 年各區保險對象實際發生醫療費用比率分配。

五、總額分配架構如下：



問 41：92 年度西醫基層醫療給付費用總額的協定內容及其分配架構為何？

答：一、總額涵蓋範圍：增列健保局推動實施的「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」，不包含於本總額範圍內乙項。

二、實施期程：92 年 1 月至 12 月。

三、成長率：每人醫療給付費用較 91 年成長 2.898%，各細項成長率如表 1。

(一)非協商因素成長率0.95%

1.人口結構改變率0.20%：以89年1月至12月每人醫療給付費用為基礎，計算90年對89年人口結構的影響，並以各季季末平均保險對象人數的年齡性別百分比平均值計算。

2.西醫基層醫療服務成本指數改變率0.75%：指數採計90年1月至12月對89年1月至12月的比值。

(二)協商因素成長率1.948%，包含加強預防保健、開放82項處置及檢查項目、實施醫療服務改善方案等。

表1 92年西醫基層門診總額醫療給付費用項目表

考量因素	影響因子	細 項	成長率
非協商因素	人口結構改變率		0.20000%
	醫療服務成本指數改變率		0.75000%
	小 計		0.95000%
協商因素	其他服務利用及密集度的改變	1. 成人預防保健件數成長20%	0.10101%
		2. 兒童預防保健件數成長20%	0.03916%
		3. 子宮頸抹片件數成長10%	0.03641%
		4. 門診手術案件數成長9%	0.04539%
		5. 論病例計酬案件數成長9%	0.16009%
		6. 洗腎部門費用成長10%	0.60579%
		7. 醫療資源缺乏地區服務獎勵專案	0.19058%
	保險給付範圍的改變	8. 已開放82項處置及檢查項目	0.03435%
		9. 新增特約檢驗及放射單位	0.41217%
	醫療品質及保險對象健康狀況的改變	10. 醫療服務改善計畫	0.01117%
		11. 新增高血壓醫療服務改善計畫	0.06155%
		12. 鼓勵提昇醫療服務品質	0.25000%
小 計		1.948%	
合 計			2.898%

四、地區預算分配

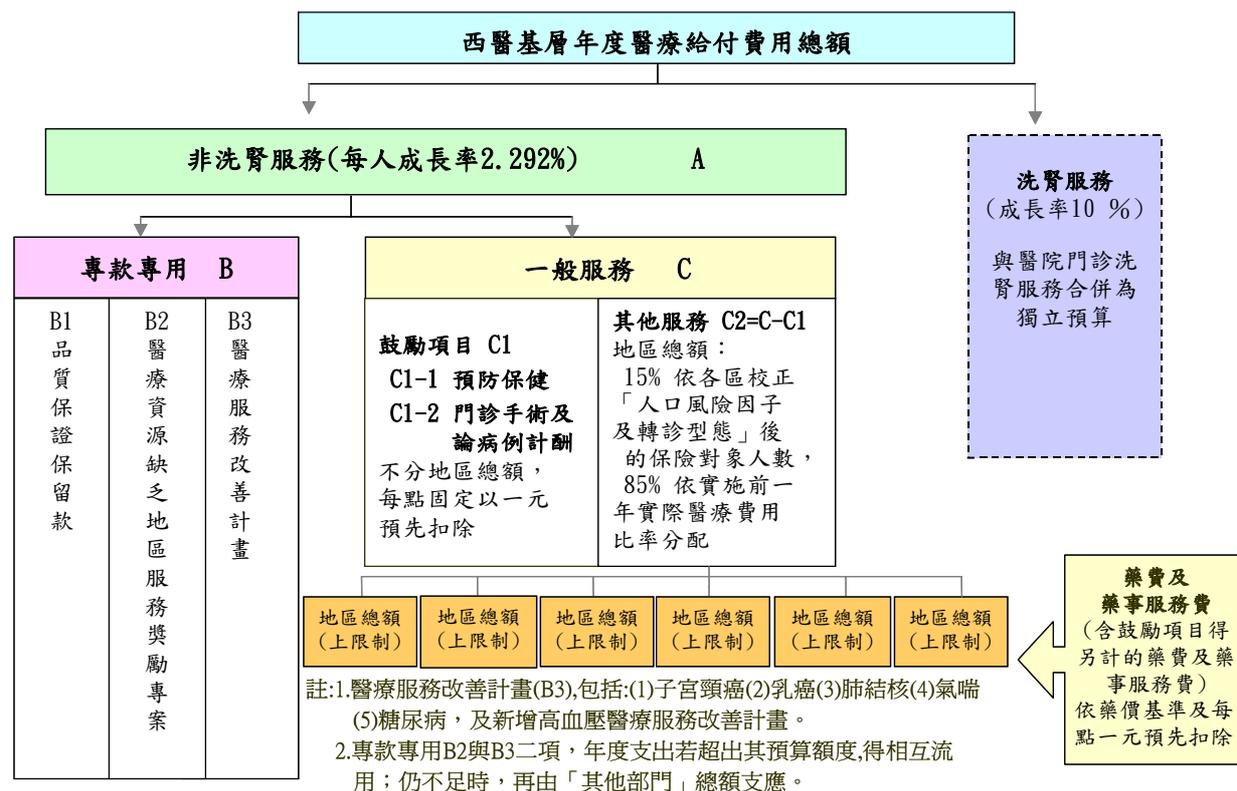
(一)預算以健保局6分局所轄範圍區分為6個地區，15%依各區校正「人口風險因子及轉診型態」的保險對象人數，85%依西醫基層總額支付制度開辦前1年各區保險對象實際發生醫療費用比率分配。

(二)「人口風險因子及轉診型態」校正方式：先校正人口風險因子(年齡性別指數占90%，標準化死亡比占10%)，再校正各區轉診型態(即基層門診市場占有率)。

五、另依92年8月21日衛生署核定函及同年8月8日費協會委員會議決議，計算92年度西醫基層洗腎費用所採91年度洗腎費用基礎調整為：

91年洗腎費用= 西醫基層總額第一期洗腎預算×【91年洗腎核付點數÷西醫基層總額第一期洗腎核付點數】

六、總額分配架構如下：



問 42：92 年度醫院醫療給付費用總額的協定內容及其分配架構為何？

答：一、總額涵蓋範圍：

- (一)以醫院開立或提供且在費協會協定時，屬全民健保給付範圍的住診及西醫門診醫療服務（含分娩及門診手術）、藥品、藥事服務費及預防保健為本醫療給付費用總額涵蓋範圍。上述醫院係指向衛生局登記為醫院的特約醫事服務機構。
- (二)費協會協定醫療給付費用總額時，預知新的法令、政策、或預期保險給付範圍或支付項目的改變，對實施年度醫療給付費用總額的影響，包含於本總額範圍內。
- (三)居家照護、精神疾病社區復健及山地離島地區醫療給付效益提昇計畫不包含於本總額範圍內。
- (四)本總額範圍只涵蓋營運成本，不包含資本成本。
- (五)依全民健保法第 40 條規定，因戰爭變亂，或經行政院認定並由政府專款補助的重大疫情及嚴重的地震、風災、水災、火災等天災所致的保險事故，不包含於本總額範圍內。
- (六)費協會協定醫療給付費用總額後，主管機關依法公告新增實施醫藥分業地區，因處方交付特約藥局調劑所增加費用，不包含於本總額範圍內。

(七)其他非預期的健保法及相關法規、政策修訂，對醫療給付費用總額造成顯著影響時，其所新增或減少的費用非在協定的總額涵蓋範圍時，得經費協會或委員提案，檢討應否增減其總額。

二、實施期程：92年1月至12月。

三、成長率：每人醫療給付費用較91年成長4.01%，各細項成長率如表2。

(一)非協商因素成長率1.79%

1.人口結構改變率1.17%：以89年1月至12月每人醫療給付費用為基礎，計算90年對89年人口結構的影響，並以各季季末平均保險對象人數的年齡性別百分比平均值計算。

2.醫院醫療服務成本指數改變率0.62%：指數採計90年1月至12月對89年1月至12月的比值。

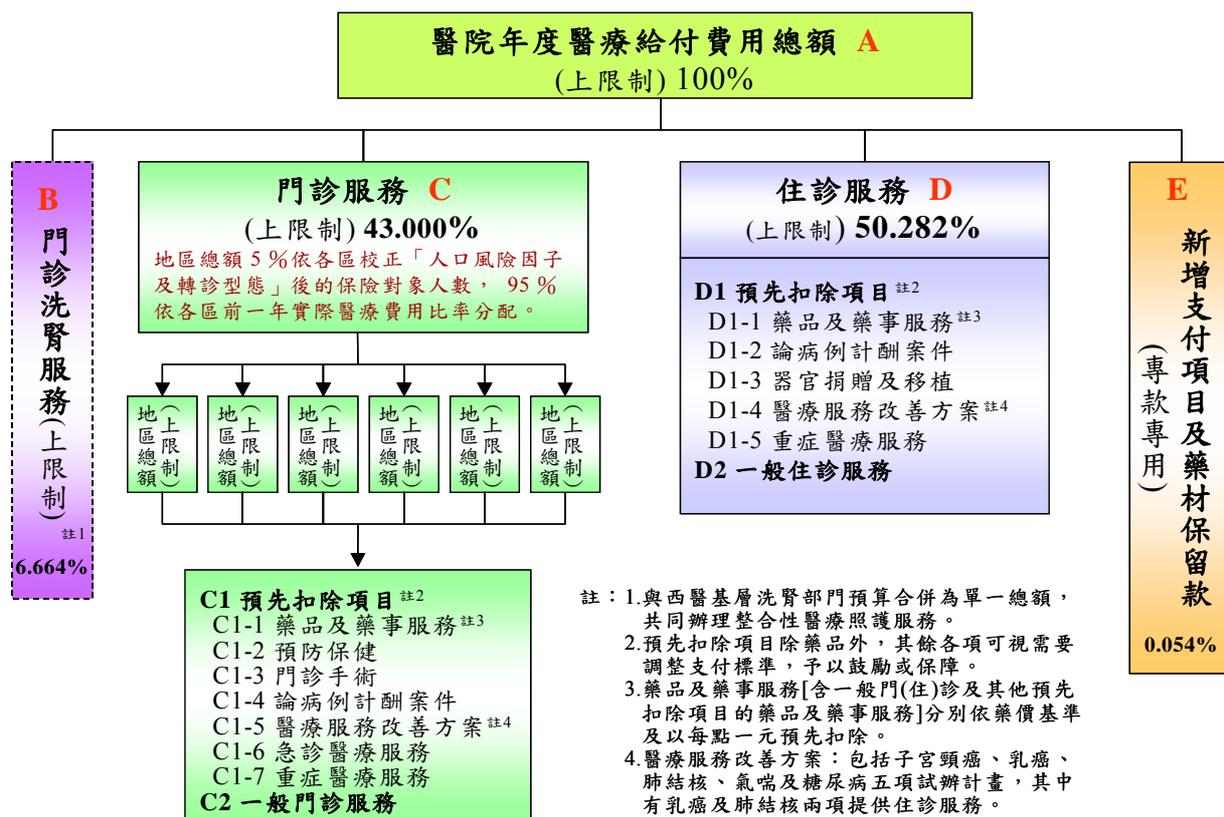
(二)協商因素成長率2.22%，包含新醫療科技引進、已核定未列項納入支付標準、實施醫療服務改善方案等。

表2 92年醫院總額醫療給付費用項目表

考量因素	影響因子	細 項	成長率
非協商因素	人口結構改變率		1.17%
	醫療服務成本指數改變率		0.62%
	小 計		1.79%
協商因素	保險給付範圍的改變	1. 包含新醫療器材及新增項目等新醫療科技引進	0.0564%
		2. 已核定未列項納入支付標準	0.0297%
	醫療品質及保險對象健康狀態的改變	3. 醫療服務改善方案(包括已執行的子宮頸癌、乳癌、肺結核、氣喘及糖尿病五項)	0.0202%
	其他服務利用及密集度的改變	4. 洗腎部分92年度成長6%	0.3744%
		5. 加強重症照護(含品質提升)	1.7394%
		6. 加強急症照護	
	小 計		2.22%
合 計			4.01%

註：保險給付範圍1.屬於專款專用項目。

四、總額分配架構：



五、為因應 SARS 影響部分醫院營運，92 年醫院總額地區預算分配方式，經委員會議討論修正，以不分季但分區的方式，100% 依各區 91 年度門、住診實際發生醫療費用比率分配之。

問 43：92 年度全民健康保險醫療給付費用總額的協定內容為何？

答：一、衛生署於 91 年 4 月底擬訂「92 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」，於同年 6 月 27 日報奉行政院核定 92 年度全民健康保險每人醫療給付費用，以 91 年為基礎，成長率範圍為 1.55%~4.02%。

二、經費協會協定並報請衛生署核定後，於 91 年 12 月 31 日公告 92 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式如下：

- (一) 牙醫門診每人醫療給付費用成長率為 2.48%。
- (二) 中醫門診每人醫療給付費用成長率為 2.07%。
- (三) 西醫基層每人醫療給付費用成長率為 2.898%。
- (四) 醫院每人醫療給付費用成長率為 4.01%。
- (五) 其他部門醫療給付費用增加 13 億元。
- (六) 前述部門經 91 年度醫療費用百分比加權計算，92 年度全民健康保險每人

醫療給付費用成長率為 3.899%。

三、92 年度其他部門醫療給付費用總額涵蓋範圍如下：

- (一) 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫（其中一般醫療費用分別納入各部門總額）。
- (二) 非屬各部門總額支付制度範圍的醫事服務機構（助產所）及案件（護理之家照護、居家照護、精神疾病社區復健、安寧居家療護）。
- (三) 教學醫院醫療服務成本附加費用。
- (四) 其他（包括因應 92 年度政策改變所需增加的醫療費用）。

93 年度總額協定內容

問 44：93 年度牙醫門診醫療給付費用總額的協定內容及其分配架構為何？

答：一、總額涵蓋範圍：以 92 年度牙醫門診醫療給付費用總額涵蓋範圍為基礎，另新增兒童預防保健給付項目。

二、實施期程：93 年 1 月至 12 月。

三、成長率：每人醫療給付費用較 92 年成長 2.64%，各細項成長率如表 1。

(一)非協商因素成長率 0.06%

1.人口結構改變率 0.18%:以 90 年 1 月至 12 月每人醫療給付費用為基礎，計算 91 年對 90 年人口結構的影響，並以各季季末平均保險對象人數的年齡性別百分比平均值計算。。

2.牙醫醫療服務成本指數改變率-0.31%：指數採計時程為 91 年 1 月至 12 月對 90 年 1 月至 12 月的比值。

3.推動健保 IC 卡措施 0.19%。

(二)協商因素成長率 2.58%，包含項目如下：

1.專款專用項目（依實際情形支付費用）

(1)品質保證保留款：牙醫品質確保方案執行成果，經評核結果為特優級，酌給鼓勵提升醫療品質成長率 0.42%。

(2)牙醫特殊服務，包括先天性唇顎裂患者、重度以上身心障礙者牙醫醫療服務，以及 3 歲以下嬰幼兒齲齒防治服務；成長率為 0.45%。

(3)資源缺乏地區改善方案，包括牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫，並分別以減少 10 個無牙醫鄉（併同 91 年度起共減少 34 個無牙醫鄉）、至少 14 個醫療團為執行目標；成長率為 0.19%。

2.一般服務（上限制）

(1)「加強感染控制」乙項，依實際執行情形支付，並應訂定具體實施及監控方案；成長率為 0.88%。

(2)新醫療科技、支付標準修訂、兒童預防保健等項目，成長率分別為 0.02%、0.27%、0.49%。

(3)醫療服務效率提升，預期減少重複診療、看診等效益，成長率為 -0.14%。

(4)非屬專款專用之協商因素項目，應於年度總額實施前提出具體實施及監控方案(含預定達成目標及實施期程)；執行情形應即時檢討，若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則應核扣當年度預算；實施成效並納入 95 年度總額協商考量，如未達目標或成效不佳，則應調整減列

該部門之協商因素成長率。

表 1 93 年牙醫門診總額醫療給付費用項目表

項 目		成長率	
非 協 商 因 素	人口結構改變率	0.18%	
	醫療服務成本指數改變率	-0.31%	
	推動健保 IC 卡措施	0.19%	
	小計	0.06%	
協 商 因 素	保險給付範圍 或支付項目的 改變	新醫療科技	0.02%
		修訂支付標準	0.27%
		兒童預防保健	0.49%
	醫療品質及保 險對象健康狀 態的改變	品質保證保留款	0.42%
		加強感染控制	0.88%
		牙醫特殊服務	0.45%
	其他服務利用 及密集度改變	資源缺乏地區改善方案	0.19%
	醫療服務效率 的提升	預期醫療品質提高，減少重 複診療、看診等效益	-0.14%
小計		2.58%	
總計		2.64%	

四、地區預算分配

(一)預算以健保局 6 分局所轄範圍區分為 6 個地區，70%依各區校正「人口風險」的保險對象人數，30%依牙醫門診總額支付制度開辦前 1 年各區保險對象實際發生醫療費用比率分配。

(二)藥品及藥事服務分別依藥價基準及以每點 1 元自地區預算預先扣除。

問 45：93 年度中醫門診醫療給付費用總額的協定內容及其分配架構為何？

答：一、總額涵蓋範圍：以 92 年度中醫門診醫療給付費用總額涵蓋範圍為基礎，並新增現代科技之給付。

二、實施期程：93 年 1 月至 12 月。

三、成長率：每人醫療給付費用較 92 年成長 2.41%，各細項成長率如表 2。

(一)非協商因素成長率 0.28%

1.人口結構改變率 0.61%:以 90 年 1 月至 12 月每人醫療給付費用為基礎，計算 91 年對 90 年人口結構的影響，並以各季季末平均保險對象人數的

年齡性別百分比平均值計算。

2.中醫醫療服務成本指數改變率-0.48%：指數採計時程為91年1月至12月對90年1月至12月的比值。

3.推動健保IC卡措施0.15%。

(二)協商因素成長率2.13%，包含項目如下：

1.專款專用項目（依實際情形支付費用）

(1)品質保證保留款：中醫品質確保方案執行成果，經評核結果為特優級，酌給鼓勵提升醫療品質成長率0.42%。

(2)資源缺乏地區改善方案（無中醫鄉鎮巡迴醫療服務計畫）：為鼓勵中醫醫師至無中醫鄉地區提供中醫巡迴醫療服務，執行至少45個點計畫為目標，成長率為0.29%。

2.一般服務（上限制）

(1)門診醫療品質提升計畫：為提高癌症病人生命品質、特定疾病加強照護門診、開辦示範教學門診，以及針灸標準作業程序醫療品質提升等計畫，成長率為0.80%。

(2)加強感染控制：依實際執行情形支付，並應訂定具體實施及監控方案；成長率為0.21%。

(3)中醫鼓勵結合現代科技加強醫療服務(包括使用中醫儀器設備、提高病歷品質等)：為鼓勵中醫具實證基礎之新科技項目，提升中醫醫療品質；成長率為0.35%。

(4)修訂支付標準：為中醫支付項目的改變，成長率為0.18%。

(5)醫療服務效率提升，預期減少重複診療、看診等效益，成長率為-0.12%。

(6)非屬專款專用之協商因素項目，應於年度總額實施前提出具體實施及監控方案(含預定達成目標及實施期程)；執行情形應即時檢討，若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則應核扣當年度預算；實施成效並納入95年度總額協商考量，如未達目標或成效不佳，則應調整減列該部門之協商因素成長率。

表2 93年中醫門診總額醫療給付費項目表

項 目		成長率 (%)
非 協	人口結構改變率	0.61
	醫療服務成本指數改變率	-0.48

商 因 素	推動健保 IC 卡措施		0.15
	小計		0.28
協 商 因 素	保險給付範圍或支付 項目的改變	修訂支付標準	0.18
		品質保證保留款	0.42
	醫療品質及保險對象 健康狀態的改變	加強感染控制	0.21
		門診醫療品質提升計畫	0.80
		資源缺乏地區改善方案	0.29
	其他服務利用及密集 度改變	中醫鼓勵結合現代科技加強 醫療服務	0.35
		預期醫療品質提高，減少重 複診療、看診等效益	-0.12
	小計		2.13
總計			2.41

四、地區預算分配

(一)預算以健保局 6 分局所轄範圍區分為 6 個地區，30%依各區校正「人口風險」的保險對象人數，70%依中醫門診總額支付制度開辦前 1 年各區保險對象實際發生醫療費用比率分配。

(二)藥品及藥品調劑費分別依藥價基準及以每點 1 元自地區預算預先扣除。

問 46：93 年度西醫基層醫療給付費用總額的協定內容及其分配架構為何？

答：一、總額涵蓋範圍：以 92 年度西醫基層醫療給付費用總額涵蓋範圍為基礎，另新增慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫、高危險群乳房篩檢預防保健、兒童預防保健（6 歲以下兒童預防保健增為 9 次），以及新增醫療科技等給付項目。

二、實施期程：93 年 1 月至 12 月。

三、成長率：每人醫療給付費用較 92 年成長 2.70%，各細項成長率如表 3。

(一)非協商因素成長率-0.20%

1.人口結構改變率 0.36%:以 90 年 1 月至 12 月每人醫療給付費用為基礎，計算 91 年對 90 年人口結構的影響，並以各季季末平均保險對象人數的年齡性別百分比平均值計算。

2.西醫基層醫療服務成本指數改變率-0.66%：指數採計時程為 91 年 1 月

至 12 月對 90 年 1 月至 12 月的比值。

3.推動健保 IC 卡措施 0.10%。

(二)協商因素成長率 2.9%，包含項目如下：

1.專款專用項目（依實際情形支付費用）

(1)慢性 B、C 型肝炎治療試辦計畫：本項與醫院部門同項預算可互相流用，成長率為 0.10%。

(2)家庭醫師整合性照護制度試辦計畫：以 200 個計畫為執行目標，成長率為 0.75%。

(3)品質保證保留款：西醫基層品質確保方案執行成果，經評核結果為優級，酌給鼓勵提升醫療品質成長率 0.29%。另須加強診所交付藥劑之藥袋藥品標示，藥品標示執行率稽核結果未達 100%者，應予扣罰費用。

(4)資源缺乏地區改善方案（醫療資源缺乏地區服務獎勵專案），成長率為 0.10%。

2.一般預算服務項目（上限制）

(1)門診洗腎服務：每人費用成長率為 0.606%（總費用成長率為 8%），其預算與醫院門診洗腎服務合併為獨立預算。健保局洗腎總額聯合執行委員會應確實執行下列服務品質監控及改善計畫，並定期檢討計畫執行實施成效，以利病人獲得良好照護及降低洗腎病人與費用成長率。

A.92 年 12 月底前完成檢討及合理調整洗腎服務支付標準，並研提醫療品質提升計畫具體方案送費協會備查。

B.研訂連續性可攜帶式腹膜透析等治療模式推廣計畫及 Pre-ESRD 預防性計畫（如防治衛教）等配套措施，於 93 年 3 月底前提送費協會備查。

(2)一般服務

A.新醫療科技（成長率 0.075%）：包括醫療技術、手術、檢查、檢驗、新藥等，新增項目之內容由健保局訂定之。本項預算約 3 億，考量替代性及效率提升，預估第一年可回收效益 80%，故總計約增加 6 千萬元。

B.預防保健（成長率 0.15%）：

i.屬鼓勵項目，為賦予各區責任，採分地區總額分配方式，固定點值以每點 1 元自地區總額預先扣除。

ii.新增高危險群乳房篩檢。

iii.6 歲以下兒童預防保健增為 9 次。

- C. 「加強感染控制」乙項，依實際執行情形支付，並應訂定具體實施及監控方案，成長率 0.194%。
- D. 擴大推動醫療給付改善方案，原有項目調高支付誘因外，新增精神分裂、高血壓、早期療育等項目，成長率 0.126%。
- E. 推動台灣版 RBRVS、DRG 等支付制度改革，及提升基層門診醫療品質等，成長率 0.766%。
- F. 醫療服務效率提升，預期減少重複診療、看診等效益，成長率為 -0.257%。
- G. 非屬專款專用之協商因素項目，應於年度總額實施前提出具體實施及監控方案(含預定達成目標及實施期程)；執行情形應即時檢討，若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則應核扣當年度預算；實施成效並納入 95 年度總額協商考量，如未達目標或成效不佳，則應調整減列該部門之協商因素成長率。

表 3 93 年西醫基層總額醫療給付費用項目表

項 目		成長率 (%)	
非協商因素	人口結構改變率	0.36	
	醫療服務成本指數改變率	-0.66	
	推動健保 IC 卡措施	0.10	
	小計	-0.20	
協商因素	保險給付範圍或支付項目的改變	新醫療科技	0.075
		慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫	0.10
	醫療品質及保險對象健康狀態的改變	品質保證保留款	0.290
		加強感染控制	0.194
		擴大推動醫療給付改善方案	0.126
		家庭醫師整合性照護制度試辦計畫，並提供電話醫療諮詢服務	0.750
	其他服務利用及密集度改變	醫療資源缺乏地區服務獎勵專案	0.100
		洗腎	0.606
	其他預期法	預防保健	0.100

項 目		成長率 (%)
令或政策改 變及政策誘 因對醫療費 用的影響	兒童預防保健	0.050
	改善支付制度，加強急 重症醫療照護	0.766
	預期實施家庭醫師整 合性試辦計畫、提高門 診診療品質等可減少 門診量及重複用藥等 效益	-0.257
	小計	2.90
總計		2.70

四、地區預算分配

- (一)預算以健保局 6 分局所轄範圍區分為 6 個地區，25%依各區校正「人口風險因子及轉診型態」的保險對象人數，75%依西醫基層總額支付制度開辦前 1 年各區保險對象實際發生醫療費用比率分配（原則上以 7 年為期，逐步達成預算 100%依據校正風險後之各區保險對象人數分配）。
- (二)「人口風險因子及轉診型態」校正方式：先校正人口風險因子（年齡性別指數占 90%，標準化死亡比占 10%），再校正各區轉診型態（即基層門診市場占有率）。
- (三)藥品及藥事服務費分別依藥價基準及以每點 1 元自地區預算預先扣除。

問 47：93 年度醫院醫療給付費用總額的協定內容及其分配架構為何？

答：一、總額涵蓋範圍：以 92 年度醫院醫療給付費用總額涵蓋範圍為基礎，另新增慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫、高危險群乳房篩檢預防保健、兒童預防保健（6 歲以下兒童預防保健增為 9 次），以及新增醫療科技等給付項目。

二、實施期程：93 年 1 月至 12 月。

三、成長率：每人醫療給付費用較 92 年成長 4.10%，各細項成長率如表 4。

(一)非協商因素成長率 0.96%

1.人口結構改變率 1.47%:以 90 年 1 月至 12 月每人醫療給付費用為基礎，計算 91 年對 90 年人口結構的影響，並以各季季末平均保險對象人數的年齡性別百分比平均值計算。

2.醫院醫療服務成本指數改變率-0.60%：指數採計時程為 91 年 1 月至 12 月對 90 年 1 月至 12 月的比值。

3.推動健保 IC 卡措施 0.09%。

(二)協商因素成長率 3.14%，包含項目如下：

1.專款專用項目（依實際情形支付費用）

(1)慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫：本項與西醫基層部門同項預算可互相流用，成長率 0.813%。

(2)品質保證保留款：整體表現經評核結果為優級，酌給鼓勵提升醫療品質成長率 0.155%。

2.一般預算服務項目（上限制）

(1)門診洗腎服務：每人費用成長率為 0.534%（總費用成長率為 8%），其預算與西醫基層門診洗腎服務合併為獨立預算。健保局洗腎總額聯合執行委員會應確實執行下列服務品質監控及改善計畫，並定期檢討計畫執行實施成效，以利病人獲得良好照護及降低洗腎病人與費用成長率。

A.92 年 12 月底前完成檢討及合理調整洗腎服務支付標準，並研提醫療品質提升計畫具體方案送費協會備查。

B.研訂連續性可攜帶式腹膜透析等治療模式推廣計畫及 Pre-ESRD 預防性計畫（如防治衛教）等配套措施，於 93 年 3 月底前提送費協會備查。

(2)一般門診及住診服務

A.新醫療科技（成長率 0.391%）：包括醫療技術、手術、檢查、檢驗、新藥等，新增項目之內容由健保局訂定之。本項預算約 48.4 億，考量其替代性及效率提升，預估第一年可回收效益 80%，故總計約增加 9.7 億元。

B.預防保健，成長率 0.163%：

i. 新增高危險群乳房篩檢。

ii. 6 歲以下兒童預防保健增為 9 次。

C.「加強感染控制」乙項，依實際執行情形支付，並應訂定具體實施及監控方案，成長率 0.408%。

D.擴大推動醫療給付改善方案，原有項目調高支付誘因外，新增精神分裂、高血壓、早期療育等項目，成長率 0.240%。

E.推動台灣版 RBRVS、DRG 等支付制度改革、加強急重症醫療照護、提升門診醫療品質、增加住院費，給付全責護理、辦理醫院卓越計畫等，成長率 2.833%。

F.醫療服務效率提升，預期各項支付制度改革，可減少門診量、降低

住院感染、重複檢查等效益，成長率為-2.397%。

- G. 非屬專款專用之協商因素項目，應於年度總額實施前提出具體實施及監控方案(含預定達成目標及實施期程)；執行情形應即時檢討，若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則應核扣當年度預算；實施成效並納入 95 年度總額協商考量，如未達目標或成效不佳，則應調整減列該部門之協商因素成長率。
- H. 需保障或鼓勵之醫療服務，回歸支付標準處理，以提供合理誘因。如仍有部分服務需採預先扣除方式，由醫院總額支付委員會討論通過後，於年度實施前送費協會備查。
- I. 支付標準之調整，應考慮各層級角色功能差異，落實分級醫療精神。

表 4 93 年醫院總額醫療給付費用項目表

項 目		成長率 (%)	
非協商因素	人口結構改變率	1.47	
	醫療服務成本指數改變率	-0.60	
	推動健保 IC 卡措施	0.09	
	小計	0.96	
協商因素	保險給付範圍或支付項目的改變	新醫療科技	0.391
		慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫	0.813
	醫療品質及保險對象健康狀態的改變	品質保證保留款	0.155
		加強感染控制	0.408
		擴大推動醫療給付改善方案	0.240
	其他服務利用及密集度改變	洗腎	0.534
	其他預期法令或政策改變及政策誘因對醫療費用的影響	預防保健	0.146
		兒童預防保健	0.017
		改善支付制度，加強急重症醫療照護	2.833
	醫療服務效率的提升	支付制度改革效益	-2.397
小計		3.14	
總計		4.10	

四、總額分配：門診及住診服務預算比率，於扣除品質保證保留款後依 45%及 55%分配。

五、地區預算分配

(一)一般門診服務

1.以健保局 6 分局所轄範圍區分為 6 個地區，10%依各區校正「人口風險因子及轉診型態」後的保險對象人數，90%依醫院總額支付制度開辦前 1 年各區保險對象實際發生醫療費用比率分配。

2.«人口風險因子及轉診型態»校正方式：先校正人口風險因子(年齡性別指數占 80%，標準化死亡比占 20%)，再校正醫院門診市場占有率。

(二)住診服務

1.以健保局 6 分局所轄範圍區分為 6 個地區，10%依各區校正「人口風險因子」後的保險對象人數，90%依醫院總額支付制度開辦前 1 年各區保險對象實際發生醫療費用比率分配。

2.«人口風險因子»校正方式：年齡性別指數占 50%，標準化死亡比占 50%。

(三)藥品及藥事服務分別依藥價基準及以每點 1 元自地區預算預先扣除。

問 48：93 年度全民健康保險醫療給付費用總額的協定內容為何？

答：一、衛生署於 92 年 4 月底擬訂「93 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」，於同年 7 月 4 日報奉行政院核定 93 年度全民健康保險每人醫療給付費用，以 92 年為基礎，成長率範圍為 0.51%~4.00%。

二、經費協會協定並報請衛生署核定後，於 92 年 12 月 26 日公告 93 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式如下：

(一)牙醫門診每人醫療給付費用成長率為 2.64%。

(二)中醫門診每人醫療給付費用成長率為 2.41%。

(三)西醫基層每人醫療給付費用成長率為 2.70%。

(四)醫院每人醫療給付費用成長率為 4.10%。

(五)其他部門醫療給付費用增加 10 億元。

(六)前述部門經 92 年度醫療費用百分比加權計算，93 年度全民健康保險每人醫療給付費用成長率為 3.813%。

三、93 年度其他部門醫療給付費用總額涵蓋範圍如下：

(一)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(其中一般醫療費用分別納入各部門總額)

(二)非屬各部門總額支付制度範圍的醫事服務機構(助產所)及案件(護理之

- 家照護、居家照護、精神疾病社區復健、安寧居家療護)。
- (三)教學醫院醫療服務成本附加費用。
- (四)其他(包含因應 93 年度其他政策改變所需增加的醫療費用)。

94 年度總額協定內容

問 49：94 年度牙醫門診醫療給付費用總額的協定內容及其分配架構為何？

答：一、總額涵蓋範圍為：以 93 年度牙醫門診醫療給付費用總額涵蓋範圍為基礎。
二、實施期程：94 年 1 月至 12 月。
三、成長率：每人一般服務（不含專款項目預算）醫療給付費用成長率 3.02%，專款項目全年預算額度為 249.8 百萬元。前述 2 項預算額度經換算後，94 年度牙醫門診每人醫療給付費用成長率估計值為 2.90%。各細項成長率如表 1。

(一) 一般服務（上限制）

1. 非協商因素成長率 1.63%

(1) 人口結構改變率 0.00%：以 91 年 1 月至 12 月每人醫療給付費用為基礎，計算 92 年對 91 年人口結構的影響，並以各季季末平均保險對象人數的年齡性別百分比平均值計算。

(2) 牙醫醫療服務成本指數改變率 1.63%：指數採計時程為 92 年 1 月至 12 月對 91 年 1 月至 12 月的比值。

2. 協商因素成長率 1.39%，包含項目如下：

(1) 品質保證保留款：牙醫品質確保方案執行成果，經評核結果為特優級，酌給鼓勵提升醫療品質成長率 0.47%。

(2) 支付標準調整、兒童預防保健（5 歲以下兒童塗氟）、提升初診照護品質計畫，成長率分別為 0.40%、0.20%、0.32%。

(3) 其他醫療服務利用及密集度的改變，成長率為 0.20%。

(4) 醫療服務效率提升，預期減少重複診療、看診等效益，成長率為 -0.20%。

(5) 93 年度已實施之加強感染控制方案，因費用已列入基期，94 年度仍應依原訂方案繼續辦理並加強監控，執行成果列入明年評核。

(6) 牙醫特殊服務之「3 歲以下嬰幼兒齲齒防治服務」由專款項目改列為一般服務，該項費用參考 92 年費用估計 93.5 百萬元，已列入基期預算，應繼續辦理，並列入明年評核。

(二) 專款項目（依實際情形支付費用）

1. 牙醫特殊服務，包括先天性唇顎裂患者、重度以上身心障礙者牙醫醫療服務，全年預算 41.5 百萬元。

2. 資源缺乏地區改善方案，包括牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫，全年預算 208.3 百萬元，其中執業部分，以減少 10 個醫療資源缺

乏地區為執行目標，併同 91 年度共以減少 40 個醫療資源缺乏地區為執行目標；巡迴部分，以至少 14 個醫療團為執行目標。於協定 95 年度總額預算前提出該專案成效評估，如：民眾就醫可近性、健康改善及滿意度等。

表 1 94 年度牙醫門診總額醫療給付費用項目表

項 目		成長率(每人)或 金額(百萬元)
非協商因素成長率		
人口結構改變率		0.00%
醫療服務成本指數改變率		1.63%
小計		1.63%
協商因素成長率		
醫療品質及保險對象 健康狀態的改變	品質保證保留款	0.47%
保險給付範圍或支付 項目的改變	修訂支付標準	0.40%
	兒童預防保健	0.20%
	提升初診照護品質計畫	0.32%
其他醫療服務利用及 密集度的改變		0.20%
醫療服務效率的提升		-0.20%
小計		1.39%
一般服務成長率合計(含非協商因素+協商因素)		3.02%
專款項目(預算)		
醫療品質及保險對象健 康狀態的改變	牙醫特殊服務	41.5
其他醫療服務利用及密 集度的改變	醫療資源缺乏地區改善 方案	208.3
小計		249.8
每人費用成長率估計值 (含一般服務成長率+專款項目)		2.90%

四、地區預算分配(不含品質保證保留款、專款項目預算)

- (一)預算以健保局 6 分局所轄範圍區分為 6 個地區，80%依各區校正「人口風險」的保險對象人數，20%依牙醫門診總額支付制度開辦前 1 年各區保險對象實際發生醫療費用比率分配。
- (二)研訂點值超過一定標準地區醫療利用率目標值及保留款機制，未達目標值之地區預算充作保留款重新分配，以促進醫療資源合理應用。
- (三)藥品及藥事服務分別依藥價基準及以每點 1 元自地區預算預先扣除。

問 50：94 年度中醫門診醫療給付費用總額的協定內容及其分配架構為何？

答：一、總額涵蓋範圍：以 93 年度中醫門診醫療給付費用總額涵蓋範圍為基礎。

二、實施期程：94 年 1 月至 12 月。

三、成長率：每人一般服務（不含專款項目預算）醫療給付費用成長率 2.72%，專款項目全年預算額度為 75 百萬元。前述 2 項預算額度經換算後，94 年度中醫門診每人醫療給付費用成長率估計值為 2.51%。各細項成長率如表 2。

(一)一般服務（上限制）

1.非協商因素成長率 1.68%

(1)人口結構改變率 0.66%：以 91 年 1 月至 12 月每人醫療給付費用為基礎，計算 92 年對 91 年人口結構的影響，並以各季季末平均保險對象人數的年齡性別百分比平均值計算。

(2)中醫醫療服務成本指數改變率 1.02%：指數採計時程為 92 年 1 月至 12 月對 91 年 1 月至 12 月的比值。

2.協商因素成長率 1.04%，包含項目如下：

(1)品質保證保留款：中醫品質確保方案執行成果，經評核結果為優級，酌給鼓勵提升醫療品質成長率 0.42%。

(2)門診醫療品質提昇計畫及中醫鼓勵結合現代科技加強醫療服務實施方案，成長率 0.30%：

A. 延續 93 年計畫擴大辦理，於協定 95 年度總額預算前提出 93 年計畫執行成效評估。

B. 94 年度實施前應增訂具體實施及監控方案(含預定達成目標及實施期程)；執行情形應即時檢討，實施成效並納入 96 年度總額協商考量，如未達目標或成效不佳，則應調整減列該部門之協商因素成長率。

(3)其他醫療服務利用及密集度的改變，成長率為 0.39%。

(4)醫療服務效率提升，預期減少重複診療、看診等效益，成長率為 -0.07%。

(5)93 年度已實施之加強感染控制方案，因費用已列入基期，94 年度仍應依原訂方案繼續辦理並加強監控，執行成果列入明年評核。

(二) 專款項目

資源缺乏地區改善方案（無中醫鄉鎮巡迴醫療服務計畫）：全年預算為 75 百萬元，以至少 45 個點計畫為執行目標。於協定 95 年度總額預算前提出該計畫成效評估，如：民眾就醫可近性及滿意度等。

表 2 94 年中醫門診總額醫療給付費用項目表

項 目		成長率(每人)或 金額(百萬元)
非協商因素成長率		
人口結構改變率		0.66%
醫療服務成本指數改變率		1.02%
小計		1.68%
協商因素成長率		
醫療品質及保險對象 健康狀態的改變	品質保證保留款	0.42%
	門診醫療品質提昇計畫	0.30%
保險給付範圍或支付 項目的改變	中醫鼓勵結合現代科技加強 醫療服務	
其他醫療服務利用及 密集度的改變		0.39%
醫療服務效率的提升		-0.07%
小計		1.04%
一般服務成長率合計(含非協商因素+協商因素)		2.72%
專款項目(預算)		
其他醫療服務利用及密 集度的改變	醫療資源缺乏地區改善 方案	75.0
小計		75.0
每人費用成長率估計值 (含一般服務成長率+專款項目)		2.51%

四、地區預算分配（不含品質保證保留款、專款項目預算）

(一)預算以健保局 6 分局所轄範圍區分為 6 個地區，30%依各區校正「人口風

險」的保險對象人數，70%依中醫門診總額支付制度開辦前1年各區保險對象實際發生醫療費用比率分配。

(二)研訂點值超過一定標準地區醫療利用率目標值及保留款機制，未達目標值之地區預算充作保留款重新分配，以促進醫療資源合理應用。

(三)藥品及藥品調劑費分別依藥價基準及以每點1元自地區預算預先扣除。

問51：94年度西醫基層醫療給付費用總額的協定內容及其分配架構為何？

答：一、總額涵蓋範圍：以93年度西醫基層醫療給付費用總額涵蓋範圍為基礎，另新增醫療科技項目。

二、實施期程：94年1月至12月。

三、成長率：每人一般服務（不含專款項目預算）醫療給付費用成長率2.223%，專款項目全年預算額度為920百萬元，門診洗腎服務預算成長率為15.32%。前述3項預算額度經換算後，94年度西醫基層每人醫療給付費用成長率估計值為3.228%。各細項成長率如表3。

(一)一般服務（不含門診洗腎；上限制）

1.非協商因素成長率0.5%

(1)人口結構改變率0.41%：以91年1月至12月每人醫療給付費用為基礎，計算92年對91年人口結構的影響，並以各季季末平均保險對象人數的年齡性別百分比平均值計算。

(2)西醫基層醫療服務成本指數改變率0.09%：指數採計時程為92年1月至12月對91年1月至12月的比值。

2.協商因素成長率1.723%，包含項目如下：

(1)品質保證保留款：西醫基層品質確保方案執行成果，經評核結果為優級，酌給鼓勵提升醫療品質成長率0.29%。依品質確保方案規定，西醫基層總額受託單位應訂定中長程慢性病人之持續性醫療品質改善及確保計畫，94年度並應將提升用藥安全計畫納入，分階段逐年達成目標。其實施結果納入品質保證保留款分配之依據。

(2)擴大推動醫療給付改善方案，成長率0.160%。93年度西醫基層總額高血壓醫療給付改善方案之預算21.472百萬元，保留於94年度同項預算使用；精神分裂、早期療育等二項醫療給付改善方案之預算計18.665百萬元，保留至94年度並變更改用途，用於辦理精神疾病照護。

(3)新醫療科技包括藥品、特材及新增支付標準項目，成長率0.206%。

(4)支付標準調整，包括放寬表別及繼續推動台灣版RBRVS、DRG等，

成長率 0.304%。

(5) 反應慢性病人醫療服務利用及密集度的改變，成長率 0.763%。

(6) 93 年度已實施之加強感染控制、預防保健(增加高危險群乳房篩檢)及加強兒童預防保健等方案，因費用已列入基期，94 年度仍應依原訂方案繼續辦理，並加強感染控制計畫之監控，執行成果列入明年評核。

(二) 專款項目 (依實際情形支付費用)：

1. 慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫：全年預算 50 百萬元，與醫院部門同項預算可互相流用。
2. 家庭醫師整合性照護制度試辦計畫：全年預算 770 百萬元，以 220 個計畫為執行目標。另應將提升用藥安全納入試辦計畫內容。
3. 醫療資源缺乏地區服務獎勵試辦計畫：全年預算 100 百萬元。於協定 95 年度總額預算前提出該計畫成效評估，如：民眾就醫可近性、健康改善及滿意度等。

(三) 門診洗腎服務 (上限制)：總預算成長率為 15.32%，其預算與醫院部門門診洗腎服務合併為獨立預算。94 年度門診洗腎服務總預算成長率 7.20%，其中 0.2% 成長率為品質保證保留款。

1. 品質保證保留款依「洗腎門診服務品質保證保留款實施方案」支付。並依「洗腎醫療服務品質提升計畫」之醫療服務品質指標監測結果，訂定獎勵標準。
2. 研訂連續性可攜帶式腹膜透析等治療模式推廣計畫：計畫內容應包含建立對病人透析治療模式選擇之充分告知機制，及訂定推廣腹膜透析之年度目標值，逐年合理調整。
3. 加強推動 pre-ESRD 預防性計畫及強化病人衛教

表 3 94 年度西醫基層總額醫療給付費用項目表

項 目	成長率(每人)或金額(百萬元)
非協商因素成長率	
人口結構改變率	0.410%
醫療服務成本指數改變率	0.090%
小計	0.500%
協商因素成長率	

醫療品質及保險對象健康狀態的改變	品質保證保留款	0.290%
	擴大推動醫療給付改善方案	0.160%
保險給付範圍或支付項目的改變	新醫療科技	0.206%
	支付標準調整	0.304%
其他醫療服務利用及密集度的改變	反映慢性病人醫療服務利用及密集度的改變	0.763%
小計		1.723%
一般服務成長率合計(含非協商因素+協商因素)		2.223%
專款項目(預算)		
保險給付範圍或支付項目的改變	慢性B型及C型肝炎治療試辦計畫	50.0
醫療品質及保險對象健康狀態的改變	家庭醫師整合性照護制度試辦計畫	770.0
其他醫療服務利用及密集度的改變	醫療資源缺乏地區改善方案	100.0
小計		920.0
門診洗腎服務(總預算成長率)		15.32%
每人費用成長率估計值 (含一般服務成長率+專款項目+門診洗腎服務新增預算)		3.228%

四、地區預算分配(不含品質保證保留款、專款項目預算)

- (一) 預算以健保局6分局所轄範圍區分為6個地區，40%依各區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，60%依西醫基層總額支付制度開辦前1年各區保險對象實際發生醫療費用比率分配(原則上以7年為期)，逐步達成預算100%依據校正風險後之各區保險對象人數分配。
- (二) 「人口風險因子及轉診型態」校正方式：先校正人口風險因子(年齡性別指數占90%，標準化死亡比占10%)，再校正各區轉診型態(即基層門診市場占有率)。
- (三) 藥品及藥事服務分別依藥價基準及以每點1元自地區預算預先扣除。
- (四) 預防保健服務屬鼓勵項目，為賦與各區責任，採分地區預算分配方式，固定點值以每點1元自地區預算預先扣除。

五、西醫門診服務財務風險分攤保留款編列於其他預算項下。

六、門前藥局問題已嚴重影響西醫基層總額之點值；請健保局會同西醫基層總額

受託單位，於 94 年底前完成門前藥局問題之處理，以合理分配醫療資源。

問 52：94 年度醫院醫療給付費用總額的協定內容及其分配架構為何？

答：一、總額涵蓋範圍：以 93 年度醫院醫療給付費用總額涵蓋範圍為基礎，另新增醫療科技項目。

二、實施期程：94 年 1 月至 12 月。

三、成長率：每人一般服務（不含專款項目預算）醫療給付費用成長率 3.71%，專款項目全年預算額度為 3734.1 百萬元，門診洗腎服務預算成長率為 4.10%。前述三項預算額度經換算後，94 年度醫院每人醫療給付費用成長率估計值為 3.53%。各細項成長率如表 4。

(一) 一般服務（不含門診洗腎；上限制）

1. 非協商因素成長率 1.57%

(1) 人口結構改變率 1.8%：以 91 年 1 月至 12 月每人醫療給付費用為基礎，計算 92 年對 91 年人口結構的影響，並以各季季末平均保險對象人數的年齡性別百分比平均值計算。

(2) 醫院醫療服務成本指數改變率 -0.23%：指數採計時程為 92 年 1 月至 12 月對 91 年 1 月至 12 月的比值。

2. 協商因素成長率 2.14%，包含項目如下：

(1) 品質保證保留款：醫院品質確保方案執行成果，經評核結果為優級，酌給鼓勵提升醫療品質成長率 0.155%。

(2) 擴大推動醫療給付改善方案，包含新增精神分裂、高血壓、早期療育等，成長率 0.071%。

(3) 新醫療科技包括藥品、特材、新增支付標準項目等，成長率為 0.830%。其內容由健保局依法訂之，並每季監控，即時回饋醫院總額受託單位，以確保資訊透明化，及控制預算。

(4) 支付標準調整，包括繼續推動台灣版 RBRVS、DRG 等，成長率 1.700%。

(5) 其他醫療服務利用及密集度的改變，成長率為 0.770%。

(6) 醫療服務效率提升，預期各項支付制度改革，可減少門診量、降低住院感染、重複檢查等效益，成長率為 -1.39%。

(7) 需保障或鼓勵之醫療服務，回歸支付標準處理，以提供合理誘因。如仍有部分服務需採每點 1 元核算，由健保局擬訂，於年度實施前送費協會備查。

(8) 93 年度已實施方案，包括預防保健（含乳房篩檢）、兒童預防保健、

擴大推動醫療給付改善方案、加強感染控制等方案，因費用已列入基期，94 年度仍應依原訂方案辦理，執行成果列入明年評核。

- (9)一般服務之協商因素項目，應於年度總額實施前提出具體實施及監控方案(含預定達成目標及實施期程)；執行情形應即時檢討，若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則應核扣當年度預算；實施成效並納入 96 年度總額協商考量，如未達目標或成效不佳，則應調整減列該部門之協商因素成長率。

(二) 專款項目 (依實際情形支付費用)：

- 1.慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫：全年預算 1,500 百萬元，與西醫基層部門同項預算可互相流用。
- 2.罕見疾病、血友病及愛滋病藥費：預算額度為 2234.1 百萬元，不足部分由其他預算支應。

(三) 門診洗腎服務 (上限制)：總預算成長率為 4.10%，其預算與西醫基層部門門診洗腎服務合併為獨立預算。94 年度門診洗腎服務總預算成長率 7.20%，其中 0.2% 成長率為品質保證保留款。

- 1.品質保證保留款依「洗腎醫療服務品質保證保留款實施方案」支付。並依「洗腎醫療服務品質提升計畫」之醫療服務品質指標監測結果，訂定獎勵標準。
- 2.研訂連續性可攜帶式腹膜透析等治療模式推廣計畫：計畫內容應包含建立對病人透析治療模式選擇之充分告知機制，及訂定推廣腹膜透析之年度目標值，逐年合理調整。
- 3.加強推動 pre-ESRD 預防性計畫及強化病人衛教。

表 4 94 年度醫院總額醫療給付費用項目表

項 目		成長率(每人)或 金額(百萬元)
非協商因素成長率		
人口結構改變率		1.80%
醫療服務成本指數改變率		-0.23%
小計		1.57%
協商因素成長率		
醫療品質及保險對象健康狀態的改變	品質保證保留款	0.155%
	擴大推動醫療給付改善方案	0.071%

保險給付範圍或支付項目的改變	新醫療科技	0.830%
其他預期法令或政策改變及政策誘因對醫療費用的影響	支付標準調整對醫療費用之影響	1.700%
其他醫療服務利用及密集度的改變		0.770%
醫療服務效率的提升	支付制度改革效益	-1.39%
小計		2.14%
一般服務成長率合計(含非協商因素+協商因素)		3.71%
專款項目(預算)		
保險給付範圍或支付項目的改變	慢性B型及C型肝炎治療試辦計畫	1500.0
其他醫療服務利用及密集度的改變	罕見疾病、血友病及愛滋病藥費	2234.1
小計		3734.1
門診洗腎服務(總預算成長率)		4.10%
每人費用成長率估計值 (含一般服務成長率+專款項目+門診洗腎服務新增預算)		3.53%

四、總額分配：於扣除品質保證保留款、專款項目預算後，住診費用之整體每季占率以 55% 為目標值。

五、地區預算分配：自 93 年起，原則上以 8 年為期，逐年達成預算 100% 依據校正風險後之各區保險對象人數分配，惟該期程可視實況檢討修訂。

(一)門診服務(不含門診洗腎服務、專款項目、品質保證保留款)：

門診服務預算 = {93 年度每人一般服務(含門住診)醫療給付費用 × [1 + 94 年度一般服務成長率(3.71%) - 品質保證保留款成長率(0.155%)] × 實際保險對象人數 + 94 年度門診洗腎服務預算} × 45% - 94 年度門診洗腎服務預算

1. 以健保局 6 分局所轄範圍區分為 6 個地區，15% 依各區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，85% 依醫院總額支付制度開辦前 1 年各區保險對象實際發生醫療費用比率分配。

2. 「人口風險因子及轉診型態」校正方式：先校正人口風險因子(年齡性別指數占 80%，標準化死亡比占 20%)，再校正醫院門診市場占有率。

(二)住診服務(不含專款項目、品質保證保留款)：

住診服務預算={93 年度每人一般服務(含門住診)醫療給付費用×[1+94 年度一般服務成長率(3.71%)-品質保證保留款成長率(0.155%)]×實際保險對象人數+94 年度門診洗腎服務預算}×55%

- 1.以健保局 6 分局所轄範圍區分為 6 個地區，10%依各區校正「人口風險因子」後保險對象人數，90%依醫院總額支付制度開辦前一年各區保險對象實際發生醫療費用比率分配。
- 2.「人口風險因子」校正方式：年齡性別指數占 50%，標準化死亡比占 50%。

(三)各地區門住診服務預算，經依(一)、(二)計算後，合併為單一預算，並按季結算各區浮動點值以核付費用。

(四)藥品及藥事服務分別依藥價基準及以每點 1 元核算。

六、西醫門診服務財務風險分攤保留款編列於其他預算項下。

七、為落實衛生署 94 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商之政策目標，請健保局會同醫院總額受託單位，依醫院類別，訂定調降醫學中心及區域醫院初級照護門診量比率之目標值；並推動支付制度改革，包括資源耗用相對值表(RBRVS)和疾病診斷關聯群(DRGs)等。

八、健保局應配合 IC 卡，將高診次就醫者列入即時監控與輔導，使醫療資源合理應用。

問 53：94 年度醫院醫療給付費用總額協定分配的相關配套措施為何？

答：為達成住院費用為 55%之目標，並落實醫療浪費之減少（點數之管控），避免點值失控，相關配套措施可有下列幾項：

- 一、修訂門診合理量之計算公式，以鼓勵大型醫院照護急重症病患(減少輕病門診)。
- 二、訂定藥品支出目標、鼓勵開立慢性病連續處方箋，並配合支付標準之修訂，訂定醫學中心與區域醫院初級照護門診量逐年調降目標。
- 三、建立即時監控機制，並根據執行情形，即時修正相關管控方案。
- 四、保障急、重症等病患就醫權益（包括研訂採每點 1 元核算之醫療服務項目）及合理使用資源之相關措施。
- 五、推動支付制度改革，包括資源耗用相對值表(RBRVS)及疾病診斷關聯群(DRGs)等。
- 六、訂定分局門診比率管理目標。

問 54：94 年度全民健康保險醫療給付費用總額的協定內容為何？

答：一、衛生署於 93 年 4 月底擬訂「94 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」，於同年 7 月 13 日報奉行政院核定 94 年度全民健康保險每人醫療給付費用，以 93 年為基礎，成長率範圍為 1.34%~4.03%。

二、經費協會協定並報請衛生署核定後，於 93 年 12 月 30 日公告 94 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式如下：

(一)牙醫門診每人醫療給付費用成長率為 2.90%，其中每人一般服務醫療給付費用成長率為 3.02%，專款項目全年預算額度為 249.8 百萬元。

(二)中醫門診每人醫療給付費用成長率為 2.51%，其中每人一般服務醫療給付費用成長率為 2.72%，專款項目全年預算額度為 75 百萬元。

(三)西醫基層每人醫療給付費用成長率為 3.228%，其中每人一般服務醫療給付費用成長率為 2.223%，門診洗腎服務預算成長率為 15.32%，專款項目全年預算額度為 920 百萬元。

(四)醫院每人醫療給付費用成長率為 3.53%，其中每人一般服務醫療給付費用成長率為 3.71%，門診洗腎服務預算成長率為 4.10%，專款項目全年預算額度為 3734.1 百萬元。

(五)其他部門醫療給付費用增加 11.41 億元。

(六)前述部門經 93 年度醫療費用百分比加權計算，94 年度全民健康保險每人醫療給付費用成長率為 3.605%。

三、94 年度其他部門醫療給付費用總額涵蓋範圍如下：

(一)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(其中一般醫療費用分別納入各部門總額)。

(二)非屬各部門總額支付制度範圍之費用成長(包括助產所、護理之家照護、居家照護、精神疾病社區復健、安寧居家療護)。

(三)教學醫院醫療服務成本附加費用。

(四)其他因應 94 年度政策改變、重大緊急事故及支應罕病、血友病、愛滋病藥費專款不足之預算等所需增加之醫療費用。

(五)西醫門診服務財務風險分攤保留款。

總額執行情形

問 55：各總額部門每季每點點值計算流程？

答：一、依據

(一)健保法第 50 條第 2 項：保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審

查後之點數，核付其費用。

(二)依據全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第 10 條之 1：「實施總額預算部門之保險醫事服務機構，申報之醫療服務點數其每點支付金額之計算，以當季結束後第三個月月底前核定之當季及前未核定季別之醫療服務點數計算為原則，但得考量核付進度調整結算日期。」

(三)依據上述規定，各部門總額於每季結束後第 4 個月進行結算，即 94 年第 1 季醫院總額於 94 年 7 月起進行結算。

二、結算方式

(一)每季結算：一般服務及其他一併辦理結算者，包括醫療資源缺乏改善方案、牙醫特殊服務項目、加強感染控制方案、家庭醫師試辦計畫及 BC 肝炎試辦計畫。

(二)年度結算：品質保證保留款。

三、分區預算分配：每年依費協會協商結果調整，94 年度各總額部門各項權重分配如下：

項目	醫院門診	醫院住診	西醫基層	牙醫	中醫
費用佔率權重	85%	90%	60%	20%	70%
人口分區權重	15%	10%	40%	80%	30%
年齡性別指數權重	80%	50%	90%	—	—
標準化死亡比權重	20%	50%	10%	—	—

以 94 年度醫院總額 A 分局第 a 季地區預算為例：

(一)該分局該季門診預算(不含門診洗腎服務、專款項目、品質保證保留款)
= 年度該季門診預算 ×
{ 85% × 基期 (91) 年該分局歸戶後人口費用佔率 +
15% × 基期 (91) 年該季該分局人口風險因子及轉診型態校正比例 }

(二)該分局該季住診預算(不含專款項目、品質保證保留款)
= 年度該季住診預算 ×
{ 90% × 基期 (91) 年該分局歸戶後人口費用佔率 +
10% × 基期 (91) 年該季該分局人口風險因子 }

(三)門診洗腎預算：醫院門診洗腎服務與西醫基層門診洗腎服務合併為獨立預算，採不分區。

醫院門診洗腎各季預算 = 年度各季醫院門診洗腎醫療費用 × (1 + 協商成

長率)

四、浮動點值、平均點值結算方式：依據協定各部門總額成長率，採全國分為六區之分區預算，計算該年度醫院總額各區各季門住診預算後，據以計算各區各季門診及住診之浮動及平均點值。

以 94 年度醫院總額 A 分局第 a 季門診為例

(一)該分局該季門診浮動點值

$$= \left\{ \text{該分局該季門診預算} - \sum_{i=1}^5 (\text{該分局該季保險對象至其他五分局跨區就醫浮動點數} \times \text{就醫分局前季點值}) - \text{該分局保險對象非浮動點數} (\text{包括 A 分局保險對象至其他五分局跨區就醫非浮動點數}) \times 1 \right\} \div \text{該分局浮動點數} (\text{不包括 A 分局保險對象至其他五分局跨區就醫浮動點數})$$

(二)該分局該季門診平均點值

$$= \text{該分局該季門診預算} \div \text{A 分局保險對象浮動及非浮動點數} (\text{包括該分局保險對象至其他五分局跨區就醫之浮動及非浮動點數})$$

問 56：點值高低是否代表醫院收入增減？

答：一、總額支付制度的主要方法，就是在年度開始前，由醫界與付費者就一定額度及醫療服務內容，先協商未來適當的健保醫療費用總額。在此額度下，若醫療服務量過多就可能會有點值較低的情形。反之，因醫界同儕共同減少供給者誘發需求、預防保健措施有成、杜絕不當得利者，醫療利用下降，則有可能每點點值較高，此時醫界仍保有此醫療收入。

二、點值變動不代表實際獲利情形：總額支付制度實施後，在醫療費用總額預知的情形下，點值透過浮動方式，以反應醫療服務價量之連動關係，因此點值只是一種計酬支付工具，醫療院所之盈餘或利潤，與點值之高低，無必然之關係。

三、支付標準的調整：近年為合理調整不同醫療服務之成本與貢獻，歷次調整許多項目之支付標準點數，93 年為反應各項醫療服務之成本，導入以醫療實際貢獻及資源耗用的醫療相對值表(RBRVS)，造成支付標準點數的大幅調高，因此支付點數已成為醫療服務項目之相對價值之反應，總點數的成長不等同醫療服務量的成長。

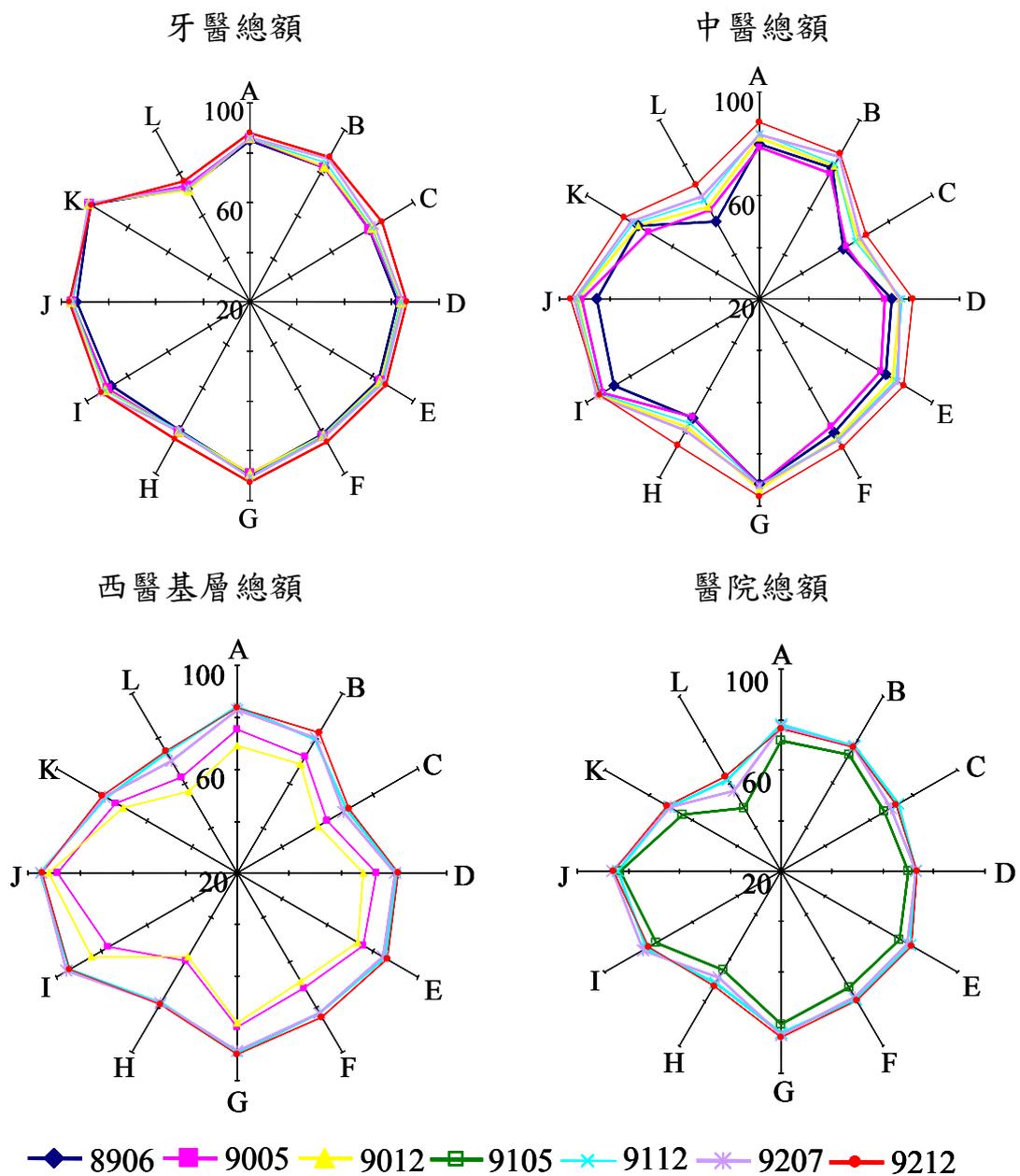
四、我國自 87 年 7 月起開辦牙醫總額，醫院總額則是自 91 年 7 月起開始，其間各部門總額的額度均為逐年成長，每點之支付金額則高低互見，各醫療

院所之實質收入亦各有消長(醫院健保收入=健保點數*點值)，因此點值高低並不代表醫院收入高低。

問 57：各部門實施總額支付制度之後，民眾就醫權益及醫療品質有何變化？

答：健保局對於牙醫、中醫、西醫基層、醫院四部門，每半年皆進行 1 次民眾滿意度調查。從歷次調查結果顯示，不論醫療服務品質、就醫可近性等，皆持續提升中，相關調查結果詳如附圖一：

附圖一 總額支付制度實施後民眾滿意度調查結果



註：

A：就診院所整體醫療品質滿意度
C：對醫療設備滿意度
E：對醫師診斷治療及醫術滿意度

B：就診院所環境衛生及舒適性滿意度
D：對就醫院所治療效果滿意度
F：對醫師說明及疾病指導滿意度

G：對醫師服務態度（對病人尊重及回應問題）滿意度

H：對醫師花費診療時間滿意度

I：對等候診療時間的接受程度

J：就診交通時間的接受程度

K：對交通方便性滿意度(就診場所遠近之接受度)

L：對自行負擔費用高低滿意度

問 58：牙醫門診總額支付制度的執行情形為何？

答：牙醫門診總額支付制度自 87 年 7 月開始實施，以逐年增加按各分區保險對象人數校正的比率分配至 6 分區。該制度首次建立起國內醫事團體與健保相關機關良性的協商模式與理性互動，健保局也充分授權牙醫師公會，不管在支付標準的調整或是專業審查的執行，都提昇牙醫師團體的專業自主權。從試辦第 1 年至今，已結算出的各季各區每點支付金額的變化如下表：

牙醫門診總額支付制度各季各區浮動點值（平均點值）變化情形

分局 季別	台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	合計
87 年 7-9 月	0.9735	1.0263	0.9445	0.9665	0.9662	0.9625	0.9714
87 年 10-12 月	1.0362	0.9734	0.9447	0.9927	0.9733	1.0065	0.9925
88 年 1-3 月	1.0196	1.0068	0.9212	0.9741	0.9743	0.9725	0.9823
88 年 4-6 月	1.0050	1.0451	1.0044	1.0056	1.0841	1.0416	1.0207
88 年 7-9 月	1.0248	1.1205	1.0019	1.0236	0.9755	1.0222	1.0223
88 年 10-12 月	1.0263	0.9904	0.9410	1.0007	1.0282	1.0352	0.9996
89 年 1-3 月	0.9819	1.0453	0.9352	1.0176	0.9547	1.0697	0.9801
89 年 4-6 月	1.1071	1.0729	1.0171	1.0103	1.0374	1.1419	1.0597
89 年 7-9 月	0.9962	1.0238	0.8913	0.9901	1.0749	1.1290	0.9862
89 年 10-12 月	0.9850	1.0114	0.9547	0.9727	1.0905	1.1551	0.9966
90 年 1-3 月	0.8842	0.9647	0.8849	0.9430	0.8491	1.0847	0.8984
90 年 4-6 月	0.9171	1.1244	0.9656	1.0170	0.9456	1.2639	0.9724
90 年 7-9 月	0.9400	1.0641	0.9379	1.0585	1.0549	1.2545	0.9898
90 年 10-12 月	0.9141	1.0952	0.9101	1.0035	0.9961	1.1356	0.9598
91 年 1-3 月	0.9031	1.0468	0.9473	0.9594	1.0455	1.1671	0.9613
91 年 4-6 月	0.9231	1.1358	0.9748	1.0459	1.0234	1.2266	0.9933
91 年 7-9 月	0.9619	1.1412	0.9691	1.0608	1.0547	1.0539	1.0114
91 年 10-12 月	0.9357	1.1161	0.9588	1.0652	1.0332	1.0458	0.9933
92 年 1-3 月	0.9172	1.0650	0.9054	0.9768	0.9910	1.1779	0.9603
92 年 4-6 月	1.0000	1.1358	1.0000	1.0459	1.0234	1.2266	—
92 年 7-9 月	0.9304	1.1580	0.9545	1.0458	1.0828	1.3051	1.0098
92 年 10-12 月	0.9555 (0.9536)	1.2155 (1.1929)	0.9887 (0.9869)	1.1148 (1.0970)	1.1225 (1.1118)	1.3081 (1.2926)	1.0384 (1.0361)

說明：紅字表示點值超過容許變動範圍(1+10%)；藍字表示點值低於容許變動範圍(1-10%)。

()內數字為平均點值，即浮動點值與非浮動點值之合計。

問 59：中醫門診總額支付制度的執行情形為何？

答：中醫門診總額支付制度自 89 年 7 月開始實施，與牙醫門診總額支付制度採相同模式，也逐年增加按各分區保險對象人數校正的比率分配至 6 分區。實施至今，已結算出的各季各區每點支付金額變化如下表：

中醫門診總額支付制度各季各區浮動點值（平均點值）變化情形

分局 季別	台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	合計
89 年 7-9 月	1.1046	1.2045	1.0344	1.3841	1.2938	1.6837	1.1627
89 年 10-12 月	1.0276	1.1227	1.0990	1.3179	1.1415	1.6352	1.1210
90 年 1-3 月	1.1761	1.2656	1.2379	1.6832	1.3378	1.6713	1.2983
90 年 4-6 月	1.0636	1.0737	1.1431	1.3963	1.1688	1.3281	1.1466
90 年 7-9 月	1.0901	1.1752	1.1571	1.3921	1.3034	1.7884	1.1966
90 年 10-12 月	0.9526	0.9984	1.0336	1.1571	1.1361	1.5532	1.0439
91 年 1-3 月	1.0572	1.1367	1.0345	1.3107	1.2223	1.5084	1.1239
91 年 4-6 月	0.9062	0.9435	0.9189	1.0326	1.0100	1.1691	0.9490
91 年 7-9 月	0.9423	1.0420	0.9373	1.0717	1.0697	1.4658	0.9949
91 年 10-12 月	0.9153	0.9980	0.9507	1.0967	1.0578	1.4684	0.9877
92 年 1-3 月	0.9745	0.9838	0.9185	1.0700	1.0489	1.3521	0.9885
92 年 4-6 月	0.9828	0.9068	0.8947	0.9898	0.9637	1.2303	0.9588
92 年 7-9 月	0.8416 (0.9032)	0.9384 (0.9495)	0.8364 (0.8826)	0.9470 (0.9686)	0.9687 (0.9773)	1.3503 (1.2215)	0.9011 (0.9281)
92 年 10-12 月	0.9020 (0.9186)	0.9622 (0.9689)	0.8532 (0.8934)	0.9870 (0.9868)	0.9225 (0.9488)	1.3563 (1.2388)	0.9120 (0.9371)

說明：紅字表示點值超過容許變動範圍(1+10%)；藍字表示點值低於容許變動範圍(1-10%)。

()內數字為平均點值，即浮動點值與非浮動點值之合計。

問 60：西醫基層總額支付制度的執行情形為何？

答：西醫基層總額支付制度自 90 年 7 月開始實施，與牙醫、中醫門診總額支付制度採相同模式，也逐年增加按各分區保險對象人數校正的比率分配至 6 分區。實施至今，已結算出的各季各區每點支付金額變化如下表：

西醫基層總額支付制度一般門診各季各區浮動點值（平均點值）變化情形

分局 季別	台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	合計
90 年 7-9 月	1.2880	1.3060	1.2920	1.2120	1.1540	1.1910	1.2510
90 年 10-12 月	1.0310	1.0370	1.0840	1.0750	1.1210	1.0080	1.0650
91 年 1-3 月	0.9900	1.0390	1.1080	1.1600	1.1090	1.0760	1.0710

91年4-6月	0.8781	0.9577	1.0315	1.0426	0.9602	0.9620	0.9619
91年7-9月	0.9709	0.9854	1.0323	1.0437	1.0185	0.9887	1.0060
91年10-12月	0.9548	0.9700	0.9973	1.0884	1.0912	1.0171	1.0124
92年1-3月	0.8481 (0.9220)	0.8505 (0.9164)	0.9312 (0.9578)	1.0147 (1.0095)	0.9781 (0.9875)	0.9876 (0.9929)	0.9305 (0.9542)
92年4-6月	1.1254 (1.0593)	1.0751 (1.0324)	1.0917 (1.0546)	1.1389 (1.0759)	1.0835 (1.0503)	1.1912 (1.1013)	1.0859 (1.0573)
92年7-9月	1.0132 (1.0189)	0.9796 (1.0004)	0.9933 (1.0008)	1.0121 (1.0145)	1.0367 (1.0290)	1.1247 (1.0786)	1.0231 (1.0155)
92年10-12月	0.8149 (0.9018)	0.8011 (0.8917)	0.8099 (0.8826)	0.8788 (0.9310)	0.9137 (0.9471)	0.9485 (0.9721)	0.8641 (0.9107)

說明：紅字表示點值超過容許變動範圍(1+10%)；藍字表示點值低於容許變動範圍(1-10%)。

()內數字為平均點值，即浮動點值與非浮動點值之合計。

問 61：醫院總額支付制度的執行情形為何？

答：醫院總額支付制度自 91 年 7 月開始實施，與牙醫、中醫門診、西醫基層總額支付制度採相同模式，自 93 年起，原則上以 8 年為期，逐年增加按各分區保險對象人數校正的比率分配至 6 分區。實施至今，已結算出的各季各區每點支付金額變化如下表：

醫院總額支付制度一般門、住診各季各區浮動點值（平均點值）變化情形

分局 季別	分局						合計
	台北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	
91年7-9月							0.9474
91年10-12月							0.9098
92年全年門診	0.7142 (0.9215)	0.6228 (0.8899)	0.6535 (0.9058)	0.6397 (0.8963)	0.7592 (0.9233)	0.5290 (0.8750)	0.6826 (0.9095)
92年全年住院	1.0665 (1.0237)	0.9596 (0.9854)	0.9250 (0.9746)	0.9369 (0.9776)	1.0383 (1.0126)	0.9860 (0.9946)	0.9986 (0.9995)
92年全年平均	0.9147 (0.9731)	0.8090 (0.9376)	0.8094 (0.9416)	0.8084 (0.9383)	0.9093 (0.9707)	0.8442 (0.9473)	0.8615 (0.9559)

說明：紅字表示點值超過容許變動範圍(1+5%)；藍字表示點值低於容許變動範圍(1-5%)。

()內數字為平均點值，即浮動點值與非浮動點值之合計。

問 62：門診透析的執行情形為何？

答：門診透析服務預算原分列於西醫基層總額及醫院總額下各自獨立運作，但為符合同病同酬之原則，並避免病人及醫師於兩部門間流動造成財務風險問題，自 92

年起門診透析費用支付方式係整合基層與醫院門診透析服務，另訂立上限總額，其涵蓋範圍包含現行血液透析（HD）、連續攜帶式腹膜透析（CAPD）、連續循環式腹膜透析或自動式腹膜透析（APD）之門診服務。透析總額實施至今，已結算出各季每點支付金額（平均點值）變化如下表：

季別	點值
92年 1-3月	0.9503
92年 4-6月	0.9801
92年 7-9月	0.9528
92年 10-12月	0.9511

品質確保方案

問 63：何謂品質確保方案？

答：一、為確保總額支付制度實施後，民眾享有品質更好的醫療服務，各部門總額支付制度實施前，均會訂定醫療服務品質確保方案，並由健保局與總額承辦團體，依方案內容進行持續性的品質監控管理。當年度品質確保方案實施成果，經專家學者及委員會評核後，列為下一年度總額協商項目；品質確保方案執行績效良好者，則酌予實質獎勵。

二、自 91 年度起，費協會委員會議決議：除規定各部門品質確保項目應訂定指標監測值外，並設定品質保證保留款，採專款專用方式，鼓勵品質實施績效卓著的地區與醫療院所，以有效落實提升醫療服務品質的政策目標。

問 64：牙醫門診總額支付制度訂定那些品質確保指標？

答：「牙醫門診總額支付制度品質確保方案」(指標項目詳附錄 6)，主要分為下列 4 大部分：

一、牙醫門診醫療利用率及支付標準每點支付金額變動的監控：由健保局定期進行各分區牙醫門診醫療利用率及支付標準每點支付金額分析，一旦超出容許變動範圍，立即進行檢討，提出改進對策。

二、保險對象就醫可近性、醫療品質，及差額負擔的監控：由健保局每半年委託民調機構，以電訪方式，分區調查牙醫門診醫療的可近性、醫療品質，及差額負擔的狀況。

三、專業醫療品質審查

(一)由牙醫師公會全聯會訂定臨床診療指引，由健保局分送牙科特約醫事服務機構，做為臨床診療及申報費用的參考，並據此編訂審查手冊。

(二)由牙醫師公會全聯會建立牙醫醫療服務專業品質的相關規範及醫療機構輔導系統，對於提供醫療服務品質不符合規範者，給予輔導並提供改善建議；情節重大者，並得提健保局依合約處理。自 91 年度起「牙體復形重補率」、「根管治療未完成率」列為專業醫療品質監控指標，並設定監測值。

四、口腔健康指標的監控：衛生署每 5 年進行各年齡層民眾口腔健康狀況調查，包含：3 歲兒童奶瓶性齲齒盛行率、4 歲兒童乳牙齲齒盛行率、5 歲兒童乳牙齲齒盛行率、12 歲兒童齲蝕指數、國中 1 年級學生恆齒治療率，及 35~44 歲社區人口牙周病治療需求指數中的牙周囊袋比率與平均自然齒數。

問 65：中醫門診總額支付制度訂定那些品質確保指標？

答：「中醫門診總額支付制度品質確保方案」(指標項目詳附錄7)，主要內容如下：

一、中醫門診醫療利用率及支付標準每點支付金額變動的監控：明訂監測指標、監測方法及時程，一旦超出容許變動範圍，健保局立即進行檢討，提出改善對策。

二、保險對象就醫可近性、醫療品質及差額負擔的監控：健保局每半年委託民調機構，調查各分區中醫門診醫療就醫可近性、醫療品質、差額負擔等滿意度調查結果，並定期統計民眾申訴案件數；若各項指標顯示民眾服務品質變差，健保局即通知中醫師公會全聯會立即督導改善。

三、專業品質的確保

由中醫師公會全聯會訂定臨床診療指引、中醫師輔導系統、中醫醫療服務品質管理相關規範等，以及建立中長程客觀的專業醫療服務品質監測指標，初期採用的指標項目，如中西醫同時利用率、重複就診率、用藥日數重複率、符合針灸治療規範比率、符合傷科治療規範比率等。

問 66：西醫基層總額支付制度訂定那些品質確保指標？

答：「西醫基層總額支付制度品質確保方案」(指標項目詳附錄8)，主要內容如下：

一、就西醫基層醫療利用率及支付標準每點支付金額，明訂監測指標、監測方法及時程，一旦超出容許變動範圍，立即進行檢討，提出改進對策。

二、保險對象就醫權益的確保

(一)為保障保險對象就醫品質，將西醫基層總額支付制度實施前後民眾對就醫可近性、醫療服務品質滿意度、差額負擔、藥品明細提供情形等進行調查結果，列為西醫基層服務品質的評估指標，以作為下一年度西醫基層醫療費用總額設定協商因素之一。

(二)定期統計民眾申訴成案件數，若有顯著增加，健保局應通知醫師公會全聯會督導改善。

三、專業醫療服務品質的確保

訂定服務品質監控及改善計畫，內容包括：訂定各科臨床診療指引、訂定審查手冊、提升病歷紀錄品質、建立基層醫療機構輔導系統、建立持續性醫療服務品質改善方案，及訂定醫療服務品質監控指標等，初期採用監測指標項目包括：專業醫療服務品質(如病患重複就診率、病人複診率、注射劑使用率、抗生素使用率等)、其他醫療服務品質(如醫師平均門診時間、每位病人平均看診時間等)、利用率指標(如各項預防保健利用率、剖腹產率等)和中長程指標(如符合慢性病患治療指引比率、符合各專科治療指引比率等)。

四、建立基層醫療機構與醫院間財務風險分擔

為避免基層醫療機構實施總額支付制度後，因病人(或醫師)大量流入(或流出)基層醫療機構就醫(看診)，進而影響基層醫療機構服務可近性及品質，將下列項目列為監控指標，例如：診所及醫院病患就診人次、慢性病開藥天數比、基層醫療機構與醫院醫師數的變動、急診就診率、醫院門診初級照護比率等，監控兩者之間病人流向情形，並供調整兩者總額的參考。

問 67：醫院總額支付制度訂定那些品質確保指標？

答：「醫院總額支付制度品質確保方案」(指標項目詳附錄 9)，主要內容如下：

一、保險對象就醫權益的確保

- (一)為保障保險對象就醫品質，每半年針對民眾對就醫可近性、醫療服務品質滿意度、差額負擔情形等進行調查；並定期統計民眾申訴及檢舉案件數。
- (二)上述各項數值若有顯著上升或下降，經健保局檢討結果認為應歸責於醫院者，則由醫院總額受託單位立即督導改善。

二、專業醫療服務品質的確保

訂定服務品質監控及改善計畫，內容包括：訂定各科臨床診療指引、訂定審查手冊、提升病歷紀錄品質、建立專業醫療服務品質指標、訂定醫療服務品質改善計畫、監測診療型態及服務品質、建立醫院輔導系統及個別醫院評鑑檔案等。

三、建立醫療服務風險監控機制

- (一)醫療服務利用及每點支付金額變動監控：訂定各區平均每點支付金額(含浮動及非浮動點數)改變率容許變動範圍為 $\pm 5\%$ 。
- (二)醫院各層級間風險監控指標：各層級醫院的門診次數(費用)及其占每人醫院門診次數(費用)百分比、醫院及偏遠地區醫院家數及其病床數變動、初(次)級照護病人門診次數(費用)、每位醫師服務門診次數及費用等。
- (三)醫院與西醫基層間風險監控：與西醫基層同時監控相同指標項目。

四、醫院醫療服務品質監控與輔導：除訂定醫療服務品質指標項目及其監測時程(附錄 9)外，同時由健保局將上述醫療服務品質監測指標及醫療費用相關資訊，出版各分局「報告卡」，做為輔導醫院持續性改善服務品質之用，並供保險對象查詢參考。

五、本方案所訂各項醫院醫療服務品質指標評估結果，並列為下一年度醫院總額設定協商因素之一。

問 68：門診透析服務訂定那些品質確保指標？

答：「洗腎醫療服務品質提升計畫」(指標項目詳附錄 10)，主要內容如下：

一、發展透析醫療服務品質指標並定期進行監控管理：

(一)發展透析醫療服務品質指標，初期建議之門診透析總額支付制度醫療服務品質指標詳附錄 10。

(二)各分區利用透析醫療服務品質指標統計資料，製作轄區醫療院所「透析品質報告卡」。

二、建立提昇透析醫療品質之管理機制：

(一)研訂透析臨床診療指引。

(二)組織透析醫療品質評量工作小組。

(三)參考透析臨床診療指引，訂定醫療品質評量指標、評量表、評量標準及評量作業方式。

(四)訂定透析醫療品質評量後之管理方式。

三、檢討並解決現行透析尚須釐清之規定或存在問題：

(一)每月合理透析次數之專業界定。

(二)支付標準血液透析項目內含費用之範圍界定。

(三)初次透析患者適應症之修正建議。

附 錄 篇

參、附 錄 篇

附錄 1 行政院核定年度醫療給付費用總額範圍及費協會協定結果(每人醫療費用成長率)

年別 部門別		90 年度		91 年度		92 年度	93 年度	94 年度
		上半年	下半年	上半年	下半年			
行政院核定範圍		2.21~4.54%		1.67~4%		1.55~4.02%	0.51~4.00%	1.34%~4.03%
費協會協定	總體	4.11%		2.342~3.707%	3.883%	3.899%	3.813%	3.605%
	牙醫門診	3.32%		2.50%		2.48%	2.64%	2.90%
	中醫門診	6.33%	3%	2.00%		2.07%	2.41%	2.51%
	西醫基層	2.21~3.97% (目標值)	3.727%		2.898%	2.70%	3.228%	
	醫院	2.21~3.97% (目標值)		1.61~3.727% (目標值)	4%	4.01%	4.10%	3.53%
	其他	—		—		增加 13 億元	增加 10 億元	增加 11.41 億元

說明：1. 中醫門診第 1 期總額支付制度實施期程為 89 年 7 月至 90 年 6 月，第 2 期為 90 年 7 月至 12 月。
 2. 西醫基層第 1 期總額支付制度實施期程為 90 年 7 月至 91 年 12 月。
 3. 醫院第 1 期總額支付制度實施期程為 91 年 7 月至 91 年 12 月。

附錄 2 牙醫門診醫療給付費用成長率協定結果(每人醫療費用成長率)

項別	期別 期程	一	二	90 年度	91 年度	92 年度	93 年度	94 年度
		87.7~88.6	88.7~89.12	90.1~90.12	91.1~91.12	92.1~92.12	93.1~93.12	94.1~94.12
一般服務項目成長率(%)		—	—	—	—	—	—	3.02%
-非協商因素		<u>3.80%</u>	<u>3.72%</u>	<u>2.16%</u>	<u>1.39%</u>	<u>1.55%</u>	<u>0.06%</u>	<u>1.63%</u>
人口結構改變率		-0.10%	-0.02%	-0.04%	0.11%	-0.12%	0.18%	0%
醫療服務成本指數改變率		3.90%	3.74%	2.20%	1.28%	1.67%	-0.31%	1.63%
其他		—	—	—	—	—	0.19% ^{註3}	—
-協商因素		<u>2.91%</u>	<u>2.56%</u>	<u>1.16%</u>	<u>1.11%</u>	<u>0.93%</u>	<u>2.58%</u>	<u>1.39%</u>
鼓勵醫療品質提升		—	—	0.50%	0.64%	0.51%	1.30%	0.47%
保險給付範圍改變		2.91%	2.56%	—	—	—	0.78%	0.92%
利用與密集度改變		—	—	—	—	—	—	0.20%
政策改變及政策誘因之影響		—	—	—	—	0.23%	—	—
醫療服務效率提升		—	—	—	—	—	-0.14%	-0.20%
其他		—	—	0.66% ^{註2}	—	—	—	—
專款項目預算(%, 百萬元)		—	—	—	—	—	—	249.8
鼓勵醫療品質提升		—	—	—	—	—	0.45%	41.5
利用與密集度改變		—	—	—	0.47%	0.19%	0.19%	208.3
總計		6.71%^{註1}	6.28%^{註1}	3.32%	2.50%	2.48%	2.64%	2.90%

- 註：1 牙醫門診總額第一、二期總額係協定醫療給付費用成長率而非每人醫療費用成長率，非協商因素中尚包括投保人口成長率乙項，一、二期分別為 1.29% 及 1.72%，合計牙醫門診總額第一期及第二期之醫療給付費用成長率皆為 8%。
2. 回補跳空未計的牙醫醫療服務成本指數改變率。
3. 因應健保 IC 卡措施所額外增加之成本納入總額非協商因素，惟為避免重覆計算，將以打折方式一次納入(本會第 79 次委員會議)。
4. 94 年度起預算之協定，修正為協定一般服務成長率與專款項目預算額度；94 年度以前，專款項目屬協商因素。

附錄 3 中醫門診醫療給付費用成長率協定結果(每人醫療費用成長率)

項別	期別 期程	一	二	91 年度	92 年度	93 年度	94 年度
		89.7~90.6	90.7~90.12	91.1~91.12	92.1~92.12	93.1~93.12	94.1~94.12
一般服務項目成長率(%)		—	—	—	—	—	2.72%
-非協商因素		<u>4.33%</u>	<u>1.68%</u>	<u>1.67%</u>	<u>1.20%</u>	<u>0.28%</u>	<u>1.68%</u>
人口結構改變率		0.39%	0.56%	0.43%	0.36%	0.61%	0.66%
醫療服務成本指數改變率		3.94%	1.12%	1.24%	0.84%	-0.48%	1.02%
其他		—	—	—	—	0.15% ^{註3}	—
-協商因素		<u>2.00%</u>	<u>1.32%</u>	<u>0.33%</u>	<u>0.87%</u>	<u>2.13%</u>	<u>1.04%</u>
鼓勵醫療品質提升		—	0.50%	0.33%	0.35%	1.43% ^{註4}	0.42%
保險給付範圍改變		—	—	—	—	0.18%	0.30% ^{註6}
利用與密集度改變		—	—	—	—	0.35% ^{註5}	0.39%
政策改變及政策誘因之影響		2.00%	—	—	—	—	—
醫療服務效率提升		—	—	—	—	-0.12%	-0.07%
其他		—	0.82% ^{註1}	—	0.15% ^{註2}	—	—
專款項目預算(%, 百萬元)		—	—	—	—	—	75.0
鼓勵醫療品質提升		—	—	—	—	—	—
利用與密集度改變		—	—	—	0.37%	0.29%	75.0
總計		6.33%	3.00%	2.00%	2.07%	2.41%	2.51%

註：1. 鼓勵醫療可近性改善

2. 鼓勵中醫結合現代科技，提升中醫門診診斷的正確性，以加強服務，酌予鼓勵。

3. 因應健保 IC 卡措施所額外增加之成本納入總額非協商因素，惟為避免重覆計算，將以打折方式一次納入(本會第 79 次委員會議)。

4. 含中醫門診醫療品質提升計畫、加強感染控制及品質保證保留款。

5. 鼓勵中醫結合現代科技加強醫療服務。

6. 含擴大辦理中醫鼓勵結合現代科技加強醫療服務、中醫門診醫療品質提升計畫

7. 94 年度起預算之協定，修正為協定一般服務成長率與專款項目預算額度；94 年度以前，專款項目屬協商因素。

附錄 4 西醫基層醫療給付費用成長率協定結果(每人醫療費用成長率)

項別	期別	—	92 年度	93 年度	94 年度
	期程	90.7~91.12	92.1~92.12	93.1~93.12	94.1~94.12
一般服務項目成長率(%)		—	—	—	2.223%
-非協商因素		<u>2.111%</u>	<u>0.95%</u>	<u>-0.20%</u>	<u>0.50%</u>
人口結構改變率		0.297%	0.20%	0.36%	0.41%
醫療服務成本指數改變率		1.814%	0.75%	-0.66%	0.09%
其他		—	—	0.10% ^{註3}	—
-協商因素		<u>1.616%</u>	<u>1.948%</u>	<u>2.90%</u>	<u>1.723%</u>
鼓勵醫療品質提升		1.053%	0.25000%	0.610%	0.45%
保險給付範圍改變		—	0.44652%	0.075%	0.510%
利用與密集度改變		0.053%	0.38206%	—	0.763%
政策改變及政策誘因之影響		0.110%	—	0.916%	—
醫療服務效率提升		—	—	-0.257%	—
專款項目預算(%, 百萬元)		—	—	—	920
鼓勵醫療品質提升		—	0.07272%	0.75%	50
利用與密集度改變		0.40%	0.19058%	0.10%	770
保險給付範圍改變		—	—	0.10%	100
門診洗腎服務成長率(%)		註 1	0.60579% ^{註2}	0.606% ^{註2}	15.32% ^{註4}
總計		3.727%	2.898%	2.70%	3.228%

註 1. 洗腎與西醫基層一般門診服務，占西醫基層總額 89.418%，洗腎與一般門診服務比值為 1：12.535。

2. 西醫基層門診洗腎服務與醫院門診洗腎服務合併為獨立預算，共同辦理整合性醫療照護服務。92 年與 93 年西醫基層門診洗腎服務總預算成長率分別為 10%與 8%。

3. 因應健保 IC 卡措施所額外增加之成本納入總額非協商因素，惟為避免重覆計算，將以打折方式一次納入(本會第 79 次委員會議)。

4. 94 年度西醫基層門診洗腎服務成長率 15.32%為總預算成長率，非每人費用成長率；西醫基層洗腎與醫院門診洗腎服務合併為獨立預算，總預算成長率為 7.2%，其中 0.2%成長率為品質保證保留款。

5. 94 年度起預算之協定，修正為協定一般服務成長率與專款項目預算額度；94 年度以前，專款項目屬協商因素。

附錄 5 醫院醫療給付費用成長率協定結果(每人醫療費用成長率)

項別	期別	—	92 年度	93 年度	94 年度
	期程	91.7~91.12	92.1~92.12	93.1~93.12	94.1~94.12
一般服務項目成長率(%)		—	—	—	3.71%
-非協商因素		<u>1.070%</u>	<u>1.79%</u>	<u>0.96%</u>	<u>1.57%</u>
人口結構改變率		1.01%	1.17%	1.47%	1.80%
醫療服務成本指數改變率		0.06%	0.62%	-0.60%	-0.23%
其他		—	—	0.09% ^{註3}	—
-協商因素		<u>2.93%</u>	<u>2.22%</u>	<u>3.14%</u>	<u>2.14%</u>
鼓勵醫療品質提升		—	0.0202%	0.803%	0.226%
保險給付範圍改變		—	0.0297%	0.391%	0.830%
利用與密集度改變		—	1.7394%	—	0.770%
政策改變及政策誘因之影響		—	—	2.996%	1.70%
醫療服務效率提升		—	—	-2.397%	-1.39%
專款項目預算(%, 百萬元)		—	—	—	3734.1
利用與密集度改變		—	—	—	2234.1
保險給付範圍改變		—	0.0564%	0.813%	1500
門診洗腎服務新增預算		註 1	0.3744% ^{註2}	0.534% ^{註2}	4.10% ^{註4}
總計		4.00%	4.01%	4.10%	3.53%

註 1. 每人醫院費用成長率業包含洗腎服務項目。

2. 西醫基層門診洗腎服務與醫院門診洗腎服務合併為獨立預算，共同辦理整合性醫療照護服務。92 年與 93 年醫院門診洗腎服務總預算成長率分別為 6%與 8%。

3. 因應健保 IC 卡措施所額外增加之成本納入總額非協商因素，惟為避免重覆計算，將以打折方式一次納入(本會第 79 次委員會議)。

4. 94 年度醫院門診洗腎服務成長率 4.10%為總預算成長率，非每人費用成長率；西醫基層洗腎與醫院門診洗腎服務合併為獨立預算，總預算成長率為 7.2%，其中 0.2%成長率為品質保證保留款。

5. 94 年度起預算之協定，修正為協定一般服務成長率與專款項目預算額度；94 年度以前，專款項目屬協商因素。

附錄 6 牙醫門診總額支付制度醫療服務品質指標

指 標 項 目	時 程	監 測 值	監 測 方 法	主 辦 單 位	計 算 公 式 及 說 明
1. 醫療利用率					
第1年起					
人次利用率	每季	±10% (與前1年同期比較)	資料分析	健保局	每季實際門診件數/季中保險對象總人數
每點支付金額改變率	每季	±10% (與每點1元比較)	資料分析	健保局	$[(\text{每季分配總額}/\text{每季審查後總點數})-1] \times 100\%$
2. 保險對象就醫權益					
第1年起					
滿意度調查	每半年	下降達統計上顯著差異(單端 $\alpha=0.05$)	問卷調查	健保局	實施前1次，實施後每半年1次，比較就醫可近性、醫療服務品質滿意度及差額負擔狀況變化。
民眾諮詢及申訴檢舉案件數	每半年	全聯會每年提出執行報告，內容包括案件數、案件內容、處理情形及結果。	資料分析	全聯會	全聯會將處理情形提報健保局
3. 專業醫療服務品質					
訂定臨床治療指引	3個月內	依限完成，並逐年檢討改善，成果列入全聯會執行報告。		全聯會	逐年檢討修正
編訂審查手冊	第2年起	依限完成，並逐年檢討改善，成果列入全聯會執行報告。		全聯會	依據臨床治療指引編訂
審查手冊執行率	第3年起	100% (目標值)		全聯會	每半年函送健保局評量成效
建立牙醫醫療機構輔導系統	第3期內	依限完成，並逐年檢討改善，成果列入全聯會執行報告。		全聯會	給予醫療機構輔導並提供改善建議；情節重大者，提報健保局處理。
建立牙醫醫療服務專業品質規範	第4年起	依限完成，並逐年檢討改善，成果列入全聯會執行報告。	資料分析	全聯會	全聯會每季將監控結果提報健保局

指 標 項 目		時 程	監 測 值	監測方法	主辦單位	計 算 公 式 及 說 明
牙體復形重補率	1年平均重複率	第4年起 每年	<3.13%	資料分析	全聯會	1. 定義：同顆牙申報銀粉充填、玻璃離子體充填、複合樹脂充填，乳牙及恒牙1或2年內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補。 2. 計算公式：【1（2）年內自家重覆填補顆數／1（2）年內填補顆數】
	2年平均重複率	第4年起 每年	<7.45%			
根管治療未完成率		第4年起 每年	<34.09%	資料分析	全聯會	1. 定義：根管治療單根、雙根、3根以上，加上乳牙根管治療除以根管開擴及清創。 2. 計算公式： 【1-(90001C+90002C+90003C+90016C)／90015C】
4. 口腔健康指標						
3歲兒童奶瓶性齲齒盛行率			≤75%	資料分析	衛生署	
4歲兒童乳牙齲齒盛行率			≤89%	資料分析	衛生署	
5歲兒童乳牙齲齒盛行率			≤89%	資料分析	衛生署	
12歲兒童齲蝕指數			≤3.31	資料分析	衛生署	
國中1年級學生恆齒治療率			≥56%	資料分析	衛生署	
35歲至44歲人口社區牙周治療需求指數	牙周囊袋比率		≤25%	資料分析	衛生署	
	平均自然齒數		≥26顆	資料分析	衛生署	

附錄 7 中醫門診總額支付制度醫療服務品質指標

指標項目	時程	監測值	監測方法	監測單位	計算公式及說明
1.門診醫療利用率 第一年起					
人次利用率	每季	±10% (與前一年同期比較)	資料分析	健保局	每季實際門診件數/季中保險對象總人數
每點支付金額改變率	每季	±10% (與一點一元比較)	資料分析	健保局	$[(\text{每季分配總額}/\text{每季審核後之總點數})-1] \times 100\%$
2.保險對象就醫權益 第一年起					
滿意度調查	每半年	下降達統計上顯著差異(單端 $\alpha=0.05$)	問卷調查	健保局	實施前一次, 實施後每半年一次, 比較其就醫可近性、醫療服務品質與差額負擔滿意度變化情形
民眾申訴檢舉成案件數	每半年	全聯會每年提出執行報告, 內容包括成案件數、案件內容、處理情形及結果	資料分析	健保局	半年內民眾申訴檢舉成案件數
3.專業醫療服務品質 第二年起					
中西醫同時利用率-傷科替代性	每季	$1.26\% \times (1 \pm 10\%)$	資料分析	健保局	同一人同一週就診中西醫門診人數/中醫傷科門診人數, 其得數超過監測值時, 應予檢討
中西醫同時利用率-癌症病患	每季	$21.48\% \times (1 \pm 10\%)$	資料分析	健保局	健保局每年擇兩類癌症案件分析中西醫同時(指同一週同一疾病)利用率, 如超過監測值, 應予檢討
重複就診率	每季	$\leq 0.18\%$	資料分析	健保局	同一人同一天重複就診中醫門診人數/中醫門診人數(重複就診指同一人同一天重複就診中醫門診同類案件)
用藥日數重複率	每季	$\leq 2.10\%$	資料分析	健保局	用藥重複日數/處方總日數
4.其他醫療服務品質(中長程指標) 第三年起					
符合針灸治療規範比率	每季	\geq 前一年同期符合針灸治療規範比率	資料分析	全聯會	符合針灸治療規範人次/實際接受針灸治療人次(監測值啓用第一年各季, 均以91年7-9月為基期)
符合傷科治療規範比率	每季	\geq 前一年同期符合傷科治療規範比率	資料分析	全聯會	符合傷科治療規範人次/實際接受傷科治療人次(監測值啓用第一年各季, 均以91年7-9月為基期)

附錄 8 西醫基層總額支付制度醫療服務品質指標

指標項目	時程	監測值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
1. 保險對象就醫權益 第1年起					
醫療品質滿意度調查	每半年	下降達統計上顯著差異，單端 $\alpha=0.05$	問卷調查	健保局	實施前1次，實施後每半年1次，比較其就醫可近性、醫療服務品質與差額負擔滿意度變化情形，問卷內容應會同全聯會研訂
民眾申訴及其他反映成案件數	每半年	全聯會每年提出執行報告，內容包括成案件數、案件內容、處理情形及結果	資料分析	健保局	民眾申訴及其他反映成案件數，全聯會配合提供資料
基層醫療機構開立藥品明細比	每半年	100%	問卷調查	健保局	開立藥品明細基層醫療機構家數/基層醫療機構家數
2. 專業醫療服務品質 第2年起					
病人複診率-2次	每季	$\leq 13.51\%$	資料分析	健保局	同一疾病1週內複診次數/基層醫療機構門診次數 【健保局先以上呼吸道感染為例每季最後1個月選1週試算複診2次及3(含)次以上之次數】
病人複診率-3次		$\leq 2.47\%$			
平均每張處方箋開藥天數	每季	≥ 4.46	資料分析	健保局	處方箋平均開藥天數
注射劑使用率	每季	$\leq 10\%$	資料分析	健保局	基層醫療機構注射藥品案件數/基層醫療機構開藥總案件數
抗生素使用率	每季	$\leq 20\%$	資料分析	健保局	基層醫療機構抗生素藥品案件數/基層醫療機構開藥總案件數
重複就診率★	每年		資料分析	健保局	同1人同1天重複就診基層醫療機構門診人數/基層醫療機構門診人數
不當用藥案件數★	每季		資料分析	健保局	例如用藥天數過短(長)、用藥可能有不當的交互作用等
用藥日數重複率	每季	$\leq 8.88\%$	資料分析	健保局	用藥重複日數/處方總日數
開立慢性病連續處方箋百分比	每季	$\geq 0.09\%$	資料分析	健保局	基層醫療機構開立慢性病連續處方箋張數/基層醫療機構處方箋總數(指西醫基層機構開立案件分類08且開藥天數21天以上案件處方箋張數/西醫基層機構處方箋總數)
處方箋釋出率	每季	$\geq 20\%$	資料分析	健保局	基層醫療機構處方箋釋出張數/基層醫療機構處方箋總張數
3. 其他醫療服務品質 第1年起					
醫師平均門診時間	每半年	8小時/每天	問卷調查	健保局	每位醫師平均每日看診時間(以醫療品質滿意度調查中醫師每週工作總時數調查結果排除不知道部分加權計算後除以五·五天為監測值)
每位病人平均看診時間	每半年	5分鐘	問卷調查	健保局	每位病人平均看診時間(以醫療品質滿意度調查中醫師看診及診療時間之中位數為監測值)
醫師參加繼續教育時數	每年	24小時/年	資料分析	全聯會	每位醫師平均每年參加繼續教育時數
媒體申報率	每年	$\geq 98\%$	資料分析	健保局	基層醫療機構媒體申報家數/基層醫療機構總特約家數

指標項目	時程	監測值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
4. 利用率指標 第1年起					
子宮頸抹片利用率	每年	≥16%	資料分析	健保局	合格受檢對象於基層醫療機構利用次數/子宮頸抹片合格受檢人數
成人預防保健利用率	每年	≥20%	資料分析	健保局	合格受檢對象於基層醫療機構利用次數/成人預防保健合格受檢人數
兒童預防保健利用率	每年	≥43%	資料分析	健保局	合格受檢對象於基層醫療機構利用次數/[(1歲以下人數)×4+(1歲至未滿3歲)/2+(3歲至未滿4歲人數)]
剖腹產率	每年	≤34%	資料分析	健保局	基層醫療機構剖腹產案件數/基層醫療機構生產案件數
門診手術案件成長率	每年	≥10%	資料分析	健保局	(基層醫療機構實施年門診手術案件數-基層醫療機構實施前1年門診手術案件數)/基層醫療機構實施前1年門診手術案件數
六歲以下兒童氣喘住院率	每年	≤0.29%	資料分析	健保局	6歲以下(就醫年-出生年≤5)保險對象氣喘住院件數/6歲以下(就醫年-出生年≤5)保險對象人數
住院率	每年	≤13%	資料分析	健保局	保險對象住院人次/保險對象總人數
轉診率★	每年		資料分析	健保局	基層醫療機構轉診人次/基層醫療機構門診次數
平均每人住院日數	每年	≤1.10	資料分析	健保局	平均每人住院日數
每人急診就醫率	每年	≤1.9%	資料分析	健保局	每人急診就醫次數/每人平均門診次數
5. 中長程指標 第3年起					
符合慢性病患治療指引比率	每年	由全聯會於92年3月前研訂	資料分析	全聯會	符合慢性病患治療人次/實際接受慢性病患治療人次
符合病歷紀錄規範比率	每年	由全聯會於92年3月前研訂	資料分析	全聯會	符合病歷紀錄規範案件數/基層醫療機構總案件數
符合各專科治療指引比率	每年	由全聯會於92年3月前研訂	資料分析	全聯會	符合該專科治療指引人次/實際接受該專科治療人次

說明: ★列為次要的指標項目, 暫不監測。

附錄 9 醫院總額支付制度醫療服務品質指標

指 標 項 目	時程	監測方法	主辦單位	計 算 公 式 及 說 明
1. 保險對象就醫權益	第一年起			
醫療服務品質滿意度調查	每半年	問卷調查	健保局	實施前一次，實施後每半年一次，比較其就醫可近性、醫療服務品質與差額負擔滿意度變化情形，問卷內容應會同受託單位研訂
門診病人品質滿意度調查		問卷調查	健保局	監測值：下降達統計上顯著差異(單端 $\alpha=0.05$)
急診病人品質滿意度調查		問卷調查	健保局	監測值：下降達統計上顯著差異(單端 $\alpha=0.05$)
住院病人品質滿意度調查		問卷調查	健保局	監測值：下降達統計上顯著差異(單端 $\alpha=0.05$)
保險對象申訴及反映成案件數	每半年	資料分析	健保局	民眾申訴及其他反映案件數，受託單位配合提供資料
2. 專業醫療服務品質	第二年起			
(1)門診^{註3}				
注射劑使用率	每季	資料分析	健保局	醫院注射藥品案件數/醫院開藥總案件數
抗生素使用率	每季	資料分析	健保局	醫院開立抗生素藥品案件數/醫院開藥總案件數
重複就診率	每年	資料分析	健保局	同一人同一天重複就診醫院門診人數/醫院全年總門診人數
不當用藥案件數	每季	資料分析	健保局	同成分藥品重覆用藥或藥品有不當的交互作用等
用藥日數重複率	每季	資料分析	健保局	用藥重複日數/處方總日數
開立慢性病連續處方箋百分比	每季	資料分析	健保局	醫院開立慢性病連續處方箋張數/醫院處方箋總數
(2)住院^{註4}				
超長期住院率	每季	資料分析	健保局	住院超過 30 日人次數/當季總出院人次數
再住院率	每季	資料分析	健保局	病人(14 日 or 14-30 日 or 30 日以上)再住院數/當季出院人數
意外事件發生率	每季	醫院申報	受託單位	意外事件發生人次數/住院、急診病人總人次數
院內感染率	每季	醫院申報	受託單位	病人院內感染人次數/當季住院人次數
剖腹產率	每年	資料分析	健保局	醫院剖腹產案件數/醫院生產案件數
符合論病例計酬基本診療項目執行率	每季	資料分析	健保局	符合論病例計酬基本診療項目案件數/醫院論病例計酬案件數
(3)手術/檢查				
手術病理檢驗陽性率	每年	資料分析	健保局	手術病理檢驗結果呈陽性病人數/該年手術病人總數

指 標 項 目	時程	監測方法	主辦單位	計 算 公 式 及 說 明
CT(MRI)檢查陽性率	每年	資料分析	健保局	檢查結果呈陽性病人次數/CT(MRI)檢查總次數
使用 ESWL 者每人平均利用次數	每年	資料分析	健保局	ESWL 總次數/使用 ESWL 人數
3 預防保健^{註3}				
子宮頸抹片利用率	每年	資料分析	健保局	合格受檢對象於醫院利用次數/子宮頸抹片合格受檢人數
成人預防保健利用率	每年	資料分析	健保局	合格受檢對象於醫院利用次數/成人預防保健合格受檢人數
兒童預防保健利用率	每年	資料分析	健保局	合格受檢對象於醫院利用次數/[1 歲以下人數)×4+(1 歲至未滿 3 歲)/2+(3 歲至未滿 4 歲人數)]
4 指標疾病^{註5}	第 3 年起			
糖尿病人照護完整性	每年	資料分析	健保局	依「糖尿病醫療給付改善方案試辦計畫」的監測方法
氣喘病人照護完整性	每年	資料分析	健保局	依「氣喘醫療給付改善方案試辦計畫」的監測方法
精神病人出院 7 日及 30 日內追蹤治療率	每年	資料分析	健保局	精神病人出院 7 日及 30 日內至少接受 1 次以上的門診追蹤治療率
5 中長程指標	第 3 年起			
孕產婦死亡率	每年	資料分析	衛生署	(1 年內因為各種產褥原因所致孕產婦死亡數/1 年內活產總數)×1000
可預防死亡率(preventable death) ^{註6}	每年	資料分析	衛生署	依 European Community Working Group 所定義(附表)可避免死亡疾病計算
癌症病人 5 年存活率	每年	資料分析	健保局	
符合病歷紀錄規範比率	每年	資料分析	受託單位	符合病歷紀錄規範案件數/門住診總案件數
醫療糾紛比率	每年	醫院申報	受託單位	醫療糾紛案件數/門住診總案件數
符合各專科治療指引比率	每年	資料分析	受託單位	符合該專科治療指引人次/實際接受該專科治療人次

註 1：實施初期各項指標監測值暫不訂定，以其與前期比較的改變率為主要評估標準。

註 2：中長期指標項目為暫定，俟研議後若有更合適的指標項目再修正。

註 3：參考西醫基層總額支付制度品質確保方案。

註 4：參考鍾國彪：「全民健康保險的整體醫療品質之評估計畫」暨「全民健康保險整體醫療品質之研究－以建立指標之基本資料為主」，健保局委託研究計畫，1997，2000。

註 5：參考 The State of Managed Care Quality, 2000, NCQA(National Committee for Quality Assurance)。

註 6：參考楊長興、蔡尚學、楊俊毓：就醫可近性對於國民健康之影響－「可避免死亡率」之趨勢分析，2000。

註 7：本表所列時程自 92 年起算，92 年自受委託辦理之日起算。

附表

可避免死亡疾病的定義：

依據 European community working Group(1991)的定義，可避免死亡疾病包含下列兩大類：

第 1 大類：與醫療照護有關，包括下列 16 類疾病：

疾病名稱	ICD-9	疾病名稱	ICD-9
肺結核	010-018、137	闌尾炎	540-543
子宮頸惡性腫瘤	180	腹腔疝氣	550-553
子宮惡性腫瘤	179	膽石病、膽囊炎、膽管炎	574-576
子宮體惡性腫瘤	182	高血壓	401-405
何杰金氏病	201	腦血管疾病	430-438
慢性風濕性心臟病	393-398	妊娠、生產及產褥期的併發症	630-676
呼吸道疾病	460-519	新生兒一週內死亡率	
氣喘	493	傳染病：傷寒、百日咳、破傷風、麻疹、骨髓炎、骨膜炎、其他侵及骨的感染	002、033、037、055、730

第 2 大類：與國家政策相關，包括下列 3 類疾病：氣管、支氣管及肺惡性腫瘤(ICD9：162)、慢性肝病及肝硬化(ICD9：151)、機動車交通事故與非交通事故(ICD9：E810-E825)。

註：本制度醫療服務品質指標，不包含第 2 大類中「機動車交通事故與非交通事故」一項。

附錄 10 門診透析醫療服務品質監控指標

洗腎總額支付制度醫療服務品質指標（HD 部分）

指標項目	檢驗頻率	監測時程	監測方法	監測單位	監測
一、人口學資料					
1. 病患總數	每 3 個月	每 3 個月	院所申報	健保局或台灣腎臟醫學會	
2. 年齡 (mean, \pm SD)	每 3 個月	每 3 個月	院所申報	健保局或台灣腎臟醫學會	
3. 年齡 > 65 歲	每 3 個月	每 3 個月	院所申報	健保局或台灣腎臟醫學會	個案數; 百分比
4. 糖尿病病人	每 3 個月	每 3 個月	院所申報	健保局或台灣腎臟醫學會	個案數; 百分比
5. 死亡個案	每 3 個月	每 3 個月	院所申報	健保局或台灣腎臟醫學會	個案數; 病患轉院後 3 個月內死亡者, 其死亡記錄權責歸屬原轉出之院所, 但轉入之院所有告知死亡個案之病歷摘要至原透析院所之義務。
二、保險對象就醫權益					
1. 醫療品質滿意度調查	每半年	每半年	問卷調查	健保局	建議應增列病患自覺之健康狀況
三、專業醫療服務品質					
1. 血清血蛋白 (Albumin)	每個月	每 3 個月	資料分析	健保局或台灣腎臟醫學會	受檢率、全體平均值 低於 3.0mg/dl (BCP 法) 之百分比
2. Kt/V	每個月	每 3 個月	資料分析	健保局或台灣腎臟醫學會	受檢率、全體平均值

					低於 0.9mg/dl (Dougidus 公式) 之百分比
3.Hct	每 3 個月	每 3 個月	資料分析	健保局或台灣腎臟醫學會	受檢率、全體平均值 低於 24%之百分比
4.住院率：平均每人每年住院次數及原因	每 3 個月	每 6 個月	資料分析	健保局或台灣腎臟醫學會	平均每人每年住院次數； 住院率= (所有病人之總住院次數) ×12/當年 1 月 1 日起所有病人被追蹤至死亡或觀察至截止日期止之所有病人月數
5.死亡率 (每 100 病人月)	每 3 個月	每 3 個月	院所申報	健保局或台灣腎臟醫學會	死亡率= (死亡個案數) ×100/當年 1 月 1 日起所有病人被追蹤至死亡或觀察日期止之所有病人月數
6.瘻管重建率 (人月)	每 6 個月	每年	資料分析	健保局或台灣腎臟醫學會	重建率= (所有病人須重新接受動靜脈瘻管或人工血管之總次數) /當年 1 月 1 日起所有病人被追蹤至死亡或觀察至截止日期止之所有病人月數
7.脫離率	每 6 個月	每年	資料分析	健保局或台灣腎臟醫學會	脫離率=原洗腎病人不再需要或未再洗腎之人數/洗腎病人數

洗腎總額支付制度醫療服務品質指標（PD 部分）

指標項目	檢驗頻率	監測時程	監測方法	監測單位	監 測
一、人口學資料					
1. 病患總數	每 3 個月	每 3 個月	院所申報	健保局或台灣腎臟醫學會	
2. 年齡 (mean, \pm SD)	每 3 個月	每 3 個月	院所申報	健保局或台灣腎臟醫學會	
3. 年齡 > 65 歲	每 3 個月	每 3 個月	院所申報	健保局或台灣腎臟醫學會	個案數; 百分比
4. 糖尿病病人	每 3 個月	每 3 個月	院所申報	健保局或台灣腎臟醫學會	個案數; 百分比
5. 死亡個案	每 3 個月	每 3 個月	院所申報	健保局或台灣腎臟醫學會	個案數; 病患轉院後 3 個月內死亡者, 其死亡記錄權責歸屬原轉出之院所, 但轉入之院所有告知死亡個案之病歷摘要至原透析院所之義務。
二、保險對象就醫權益					
1. 醫療品質滿意度調查	每半年	每半年	問卷調查	健保局	建議應增列病患自覺之健康狀況
三、專業醫療服務品質					
1. 血清血蛋白 (Albumin)	每個月	每 3 個月	資料分析	健保局或台灣腎臟醫學會	受檢率、全體平均值 低於 3.0mg/dl (BCP 法) 之百分比
2. Kt/V	每個月	每 3 個月	資料分析	健保局或台灣腎臟醫學會	受檢率、全體平均值 低於 0.9mg/dl (Dougidus 公式) 之百分比
3.Hct	每 3 個月	每 3 個月	資料分析	健保局或台灣	受檢率、全體平均值

				腎臟醫學會	低於 24%之百分比
4.住院率：平均每人每年住院次數及原因	每 3 個月	每 6 個月	資料分析	健保局或台灣 腎臟醫學會	平均每人每年住院次數； 住院率=（所有病人之總住院次數）×12/當年 1 月 1 日起所有病人被追蹤至死亡或觀察至截止日期止之所有病人月數
5.死亡率（每 100 病人月）	每 3 個月	每 3 個月	院所申報	健保局或台灣 腎臟醫學會	死亡率=（死亡個案數）×100/當年 1 月 1 日起所有病人被追蹤至死亡或觀察日期止之所有病人月數
6.腹膜炎發生率（人月）.	每 6 個月	每年	資料分析	健保局或台灣 腎臟醫學會	腹膜炎發生率=（所有病人發生腹膜炎之總次數）/當年 1 月 1 日起所有病人被追蹤至死亡或觀察至截止日期止之所有病人月數

