

## 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。

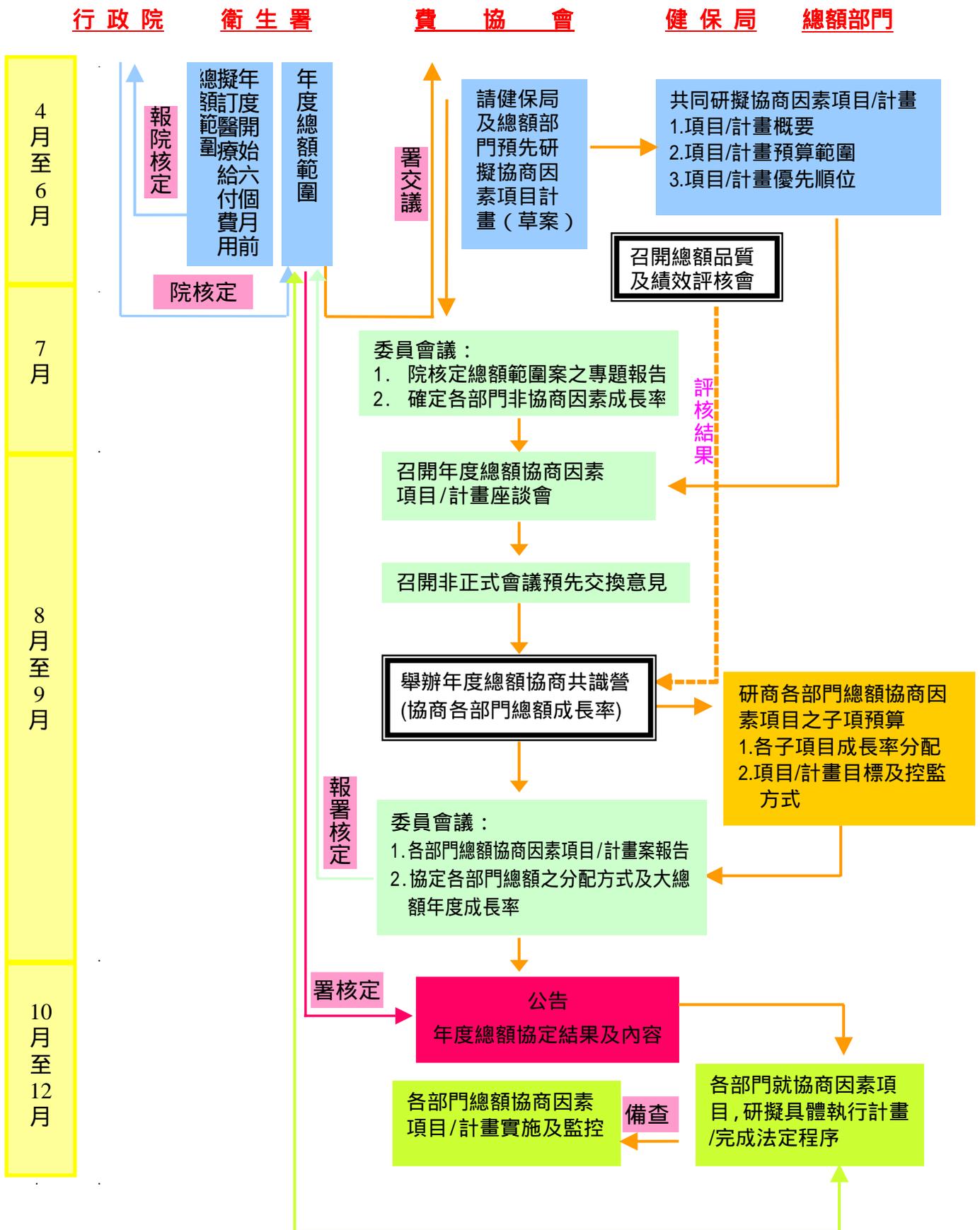
四、計畫實施與監控：

(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議討論事項。

(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 =  $\sum_{i=1}^5$  { 部門別基期年每人醫療給付費用 × 【1 + 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】 } × 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 =  $\sum_{i=1}^4$  { 部門別基期年每人一般服務醫療給付費用 × 【1 + 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】 } × 實際保險對象人數 + 部門別年度專款項目預算額度 + 年度門診洗腎服務預算 + 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。