

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 ×

$$\{ 90\% \times \text{基期 (91) 年該分局歸戶後人口費用佔率} + 10\% \times \text{基期 (91) 年該季該分局人口風險因子} \}$$

(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

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

(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

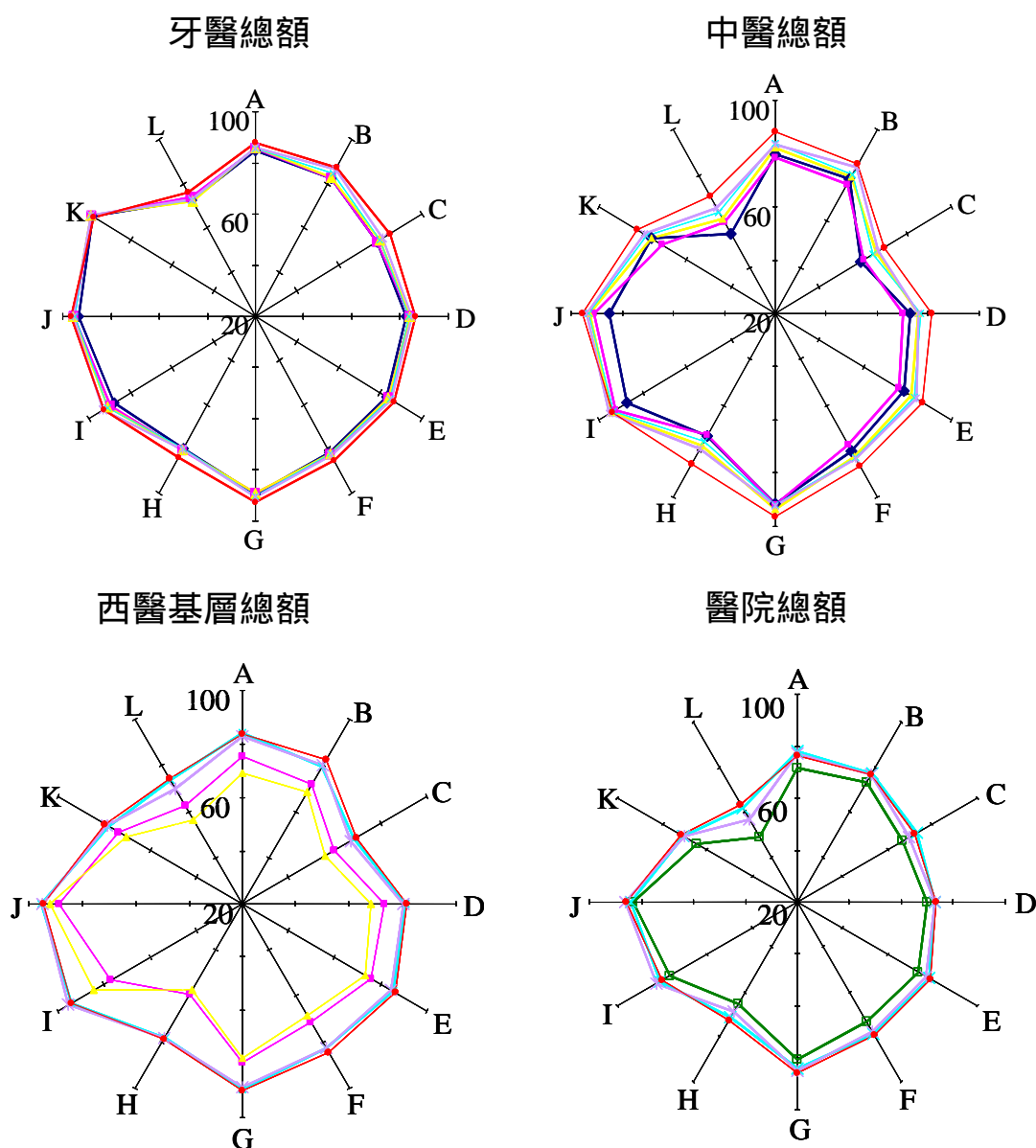
實際貢獻及資源耗用的醫療相對值表(RBRVS)，造成支付標準點數的大幅調高，因此支付點數已成為醫療服務項目之相對價值之反應，總點數的成長不等同醫療服務量的成長。

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

B：就診院所環境衛生及舒適性滿意度

C：對醫療設備滿意度

D：對就醫院所治療效果滿意度

E：對醫師診斷治療及醫術滿意度

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

◆ 8906 ■ 9005 ▲ 9012 ▣ 9105 ✕ 9112 ✖ 9207 ● 9212

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	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
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