

總額問答輯

95~102 年度 全民健保總額協定及分配

全民健康保險會 編印
中華民國 102 年 4 月

目 錄

95 年度總額協定內容

問 1：95 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？	1
問 2：95 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？	6
問 3：95 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？	11
問 4：95 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？	18
問 5：95 年度全民健康保險醫療給付費用總額的協定內容為何？	24

96 年度總額協定內容

問 1：96 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？	26
問 2：96 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？	30
問 3：96 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？	35
問 4：96 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？	41
問 5：96 年度全民健康保險醫療給付費用總額的協定內容為何？	46

97 年度總額協定內容

- 問 1：97 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 2：97 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？ 54
- 問 3：97 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？ 58
- 問 4：97 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？ 65
- 問 5：97 年度全民健康保險醫療給付費用總額的核定內容為何？ 72

98 年度總額協定內容

- 問 1：98 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？ 74
- 問 2：98 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？ 78
- 問 3：98 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？ 83
- 問 4：98 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？ 88
- 問 5：98 年度全民健康保險醫療給付費用總額的核定內容為何？ 95

99 年度總額協定內容

- 問 1：99 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？ 97
- 問 2：99 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？ 102
- 問 3：99 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？ 107
- 問 4：99 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？ 112
- 問 5：99 年度全民健康保險醫療給付費用總額的協定內容為何？ 117

100 年度總額協定內容

- 問 1：100 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？ 119
- 問 2：100 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？ 124
- 問 3：100 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？ 129
- 問 4：100 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？ 135
- 問 5：100 年度全民健康保險醫療給付費用總額的協定內容為何？ 141

101 年度總額協定內容

- 問 1:101 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? 143
- 問 2:101 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? 147
- 問 3:101 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? 152
- 問 4:101 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? 157
- 問 5:101 年度全民健康保險醫療給付費用總額的協定內容為何? 163

102 年度總額協定內容

- 問 1:102 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? 166
- 問 2:102 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? 170
- 問 3:102 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? 175
- 問 4:102 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? 180
- 問 5:102 年度全民健康保險醫療給付費用總額的協定內容為何? 186

95 年度總額協定內容

※總額協定之變更事項及其緣由

說明：

一、變更事項：

總額預算原係協定「每人醫療費用成長率」，自 95 年度起改為協定「總醫療費用成長率」。

二、緣由：

(一)衛生署回應醫界反映之「協定『每人醫療費用成長率』，預算額度無法事先確定，影響總額運作與管理」事項，自 95 年度起，改採擬訂「總醫療費用成長率」範圍報行政院核定。

(二)全民健康保險醫療費用協定委員會(以下簡稱費協會)配合，對各部門等相關總額，改為協定其總醫療費用成長率。

問 1：95 年度牙醫門診醫療給付費用總額的協定內容及其分架構為何？

答 一、總額涵蓋範圍：以 94 年度牙醫門診醫療給付費用總額涵蓋範圍為基礎，並新增中度身心障礙者牙醫照護計畫，及擴大牙周病照護服務範圍（從 14 歲以上擴大至 13 歲以上）。

二、實施期程：95 年 1 月至 12 月。

三、總額協定結果：一般服務醫療給付費用成長率 2.51%

(非協商因素 1.16%、協商因素 1.35%)；專款項目全年預算額度 388.3 百萬元。經換算後，年度牙醫門診總額成長率預估值為 2.93%。(表 1)

(一)一般服務(上限制)

1.非協商因素項目與成長率：

- (1)投保人口年增率 0.39%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 93 年至 140 年人口推計」之中推計估算。
- (2)人口結構改變率-0.08%：以 92 年每人醫療給付費用為基礎，計算 93 年納保人口年齡性別結構相對於 92 年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。
- (3)醫療服務成本指數改變率 0.85%：指數採計時程為 93 年對 92 年的比值。

2.協商因素項目與成長率：

- (1)品質保證保留款(0.50%)：牙醫總額執行成果，經評核為特優，獲得鼓勵款，應於 95 年 6 月底前檢討修正醫療服務品質指標項目及監測值。
- (2)提升初診照護品質計畫(0.42%)：本年度初診照護利用率以 7%為目標，並應定期檢討執行情形。實施結果納入品質保證保留款分配參考。
- (3)擴大牙周病照護(0.21%)：牙結石清除(全口，支付標準碼 91004C)服務對象，由 14 歲以上擴大為 13 歲以上。本項執行情形及成效，列入 96 年度總額協商參考。

(4)其他醫療服務及密集度的改變(0.22%)。

- 3.一般服務之協商因素項目，須於年度實施前提出具體實施及監控方案(含預定達成目標及實施時程)，並即時檢討執行情形；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；實施成效納入96年度總額協考量，如未達目標或成效不佳，則調整減列協商因素成長率。
- 4.因應健保IC卡措施所額外增加之成本，業自93年度起分7年攤提納入總額基期，為提升健保IC卡登錄及上傳資料品質，95年度之費用移列「其他預算」。參考93年之預算金額，牙醫門診總額移列額度為30.3百萬元，若有不足，則由「其他預算」項下經費勻支。
- 5.加強感染控制方案，費用自93年度起已列入基期，95年度仍應持續加強推動感染控制措施。
- 6.3歲以下嬰幼兒齲齒防治服務，於94年度由專款項目移列為一般服務，費用已列入基期，仍應繼續辦理。

(二)專款項目(依實際情形支付費用)：具體實施方案由健保局(以下簡稱健保局)會同牙醫門診總額受託單位訂定，依法定程序辦理相關事宜後，送費協會備查。

- 1.牙醫特殊服務：全年預算180百萬元，辦理先天性唇顎裂患者與中重度以上身心障礙者之特殊服務。
- 2.資源缺乏地區改善方案：全年預算208.3百萬元，

辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
應於協定 96 年度總額預算前提出本方案之成效評估報告，包括：實地訪查及檢討改善、民眾就醫可近性、服務內容分析、滿意度等。

四、地區預算分配(一般服務項目，不含品質保證保留款)

(一)地區範圍：以健保局六分局所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：預算 100%依各地區校正「人口風險」後的保險對象人數分配。

(三)藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除。

(四)藥事服務費：考量其在 94 年度之前，均以每點 1 元核算，若須改變，宜給藥界緩衝時間，及尊重健保局與醫界協商結果，95 年度維持每點 1 元。惟嗣後對藥事服務費不再例外處理。

(五)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保局會同牙醫門診總額受託單位議定後，送費協會備查。



表 1 95 年度牙醫門診總額醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)
一般服務		2.51%
非協商因素成長率		1.16%
投保人口年增率		0.39%
人口結構改變率		-0.08%
醫療服務成本指數改變率		0.85%
協商因素成長率		1.35%
醫療品質及保險對 象健康狀況的改變	品質保證保留款	0.50%
支付項目改變	提升初診照護品質計畫	0.42%
	擴大牙周病照護 91004C (14 歲→13 歲)	0.21%
其他醫療服務及密集度的改變		0.22%
專款項目(預算)		388.3
牙醫特殊服務(包括先天性唇顎裂患者和中重 度以上身心障礙者牙醫醫療服務)		180.0
資源缺乏地區改善方案(包括牙醫師至無牙鄉 執業及巡迴醫療服務計畫)		208.3
總費用成長率估計值		2.93%

問 2：95 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 94 年度中醫門診醫療給付費用總額涵蓋範圍為基礎，並新增經衛生署所核准腦血管疾病與褥瘡之西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫。

二、實施期程：95 年 1 月至 12 月。

三、總額協定結果：一般服務醫療給付費用成長率 2.30%(非協商因素 1.88%、協商因素 0.42%)；專款項目全年預算額度 160 百萬元。經換算後，年度中醫門診總額成長率預估值為 2.78%。(表 2)

(一)一般服務(上限制)

1.非協商因素項目與成長率：

(1)投保人口年增率 0.39%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 93 年至 140 年人口推計」之中推計估算。

(2)人口結構改變率 0.67%：以 92 年每人醫療給付費用為基礎，計算 93 年納保人口年齡性別結構相對於 92 年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。

(3)醫療服務成本指數改變率 0.82%：指數採計時程為 93 年對 92 年的比值。

2.協商因素項目與成長率：

(1)品質保證保留款(0.30%)：中醫總額執行成果，經評核為優級，獲得鼓勵款，應於 95 年 6 月底前檢討修正醫療服務品質指標項目及監測值。

(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(0.12%)：應於協定 96 年度總額預算前，提出各該計畫之具體成效評估(含：服務內容分析、利用狀況、療效評估及各該監控方案之監控結果等)，以為總額協商及計畫續辦與否之參考。

3.一般服務之協商因素項目，須於年度實施前提出具體實施及監控方案(含預定達成目標及實施時程)，並即時檢討執行情形；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；實施成效納入 96 年度總額協商考量，如未達目標或成效不佳，則調整減列協商因素成長率。

4.因應健保 IC 卡措施所額外增加之成本，業自 93 年度起分 7 年攤提納入總額基期，為提升健保 IC 卡登錄及上傳資料品質，95 年度之費用移列「其他預算」。參考 93 年之預算金額，中醫門診總額移列額度為 24.74 百萬元，若有不足，則由「其他預算」項下經費勻支。

5.加強感染控制方案，費用自 93 年度起已列入基期，95 年度仍應持續加強推動感染控制措施。

(二)專款項目(依實際情形支付費用)：具體實施方案由健保局會同中醫門診總額受託單位訂定，依法定程序辦理相關事宜後，送費協會備查。

1.資源缺乏地區改善方案：包括無中醫鄉巡迴醫療服務或開業計畫，全年預算 75 百萬元。於協定 96 年

度總額預算前提出本方案之成效評估報告，包括：實地訪查及檢討改善、民眾就醫可近性、服務內容分析、滿意度等。

2.醫療照護試辦計畫：本試辦計畫共 3 項，預算移列「其他預算」，並得相互流用，由健保局與中醫門診總額受託單位共同擬訂與執行。健保局並應於 96 年度總額協商前提出成效評估報告，以為總額協商及計畫續辦與否之參考。

(1)腦血管疾病與褥瘡之西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫：

a.全年預算 25 百萬元。

b.本試辦計畫非本保險給付範圍，需經衛生署核准後，方可試辦。

c.本項服務限由設有中醫門診之醫院申請，經中醫門診總額受託單位審查，送健保局審核通過後實施。

(2)小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫：全年預算 30 百萬元。

(3)兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫：全年預算 30 百萬元。

四、地區預算分配(一般服務項目，不含品質保證保留款)

(一)依衛生署所核定「95 年度中醫門診總額一般服務預算分配方式試辦計畫」，先行試辦一年。

(二)試辦計畫之預算分配方式：

1.預算預先扣除 2.22%給東區(依中醫團體討論結

果)，餘 97.78%分配給其餘五區。

2.分配方式：五區預算 90%依各區「94 年實際醫療費用點數占率」，10%依「各區 8 項指標表現」分配。

3.預算依實際就醫分局結算後，不再調整跨區就醫費用。

(三)藥品以每點 1 元核算，自地區預算預先扣除。

(四)藥品調劑費：考量其在 94 年度之前，均以每點 1 元核算，若須改變，宜給藥界緩衝時間，及尊重健保局與醫界協商結果，95 年度維持每點 1 元。惟嗣後對藥品調劑費不再例外處理。

(五)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保局會同中醫門診總額受託單位議定後，送費協會備查。

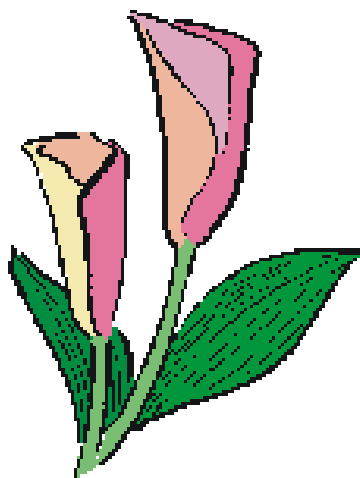


表 2 95 年度中醫門診總額醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)
一般服務		2.30%
非協商因素成長率		1.88%
投保人口年增率		0.39%
人口結構改變率		0.67%
醫療服務成本指數改變率		0.82%
協商因素成長率		0.42%
品質保證保留款		0.30%
醫療品質 及保險對 象健康狀 況的改變	門診醫療品質提昇計畫： 1. 提高癌症病人生命品質 2. 特定疾病加強照護門診 3. 開辦示範教學門診 4. 針灸標準作業程序醫療品質提升計畫	0.12%
支付項目 改變	中醫鼓勵結合現代科技加強醫療服務	
專款項目(預算)		160.0
資源缺乏地區改善方案(辦理無中醫鄉巡迴醫療服務 或開業計畫)		75.0
腦血管疾病與褥瘡之西醫住院病患中醫輔助醫療試 辦計畫		25.0
小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫		30.0
小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫		30.0
總費用成長率估計值 (含一般服務+專款項目)		2.78%

問 3：95 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 94 年度西醫基層醫療給付費用總額涵蓋範圍為基礎，排除改由公務預算支應項目，包括：AIDS 治療檢驗費、老人流感疫苗注射診察費、結核病相關醫療費用、婦女子宮頸抹片檢查、兒童預防保健服務、孕婦產前檢查及婦女乳房檢查服務；另新增醫療科技項目。

二、實施期程：95 年 1 月至 12 月。

三、總額協定結果：一般服務醫療給付費用成長率 3.793%(非協商因素 0.220%、協商因素 3.573%)；專款項目全年預算額度 990 百萬元；門診透析服務預算成長率 13.33%。經換算後，年度西醫基層總額成長率預估值為 4.684%。(表 3)

(一)一般服務(不含門診透析；上限制)

1.非協商因素項目與成長率：

(1)投保人口年增率 0.390%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 93 年至 140 年人口推計」之中推計估算。

(2)人口結構改變率 0.430%：以 92 年每人醫療給付費用為基礎，計算 93 年納保人口年齡性別結構相對於 92 年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。

(3)醫療服務成本指數改變率-0.600%：指數採計時程為 93 年對 92 年的比值。

2.協商因素項目與成長率：

- (1)品質保證保留款(0.300%)：西醫基層總額執行成果，經評核為優級，獲得鼓勵款。各院所評量項目應與品質確保方案醫療服務品質指標相扣連，並應繼續推動內容更具體之用藥安全方案。應於95年6月底前檢討修正醫療服務品質指標項目及監測值。
 - (2)擴大推動醫療給付改善方案(0.348%)：項目由健保局會同西醫基層總額受託單位討論後確定。本項方案之疾病管理照護費用預算356百萬元，包括辦理新增項目之費用及續辦94年度已實施方案之費用(預算已列入基期)，移列「其他預算」，由健保局管控，並按季檢討試辦計畫對醫療費用之影響。
 - (3)新醫療科技(0.400%)：包括藥品、特材及新增支付標準項目。
 - (4)支付標準調整對醫療費用之影響(0.350%)：包括放寬表別及繼續推動台灣版RBRVS等。西醫基層部門應配合健保局所擬支付標準表修正方案，通過第二階段開放跨表項目。
 - (5)其他醫療服務及密集度的改變與醫療服務效率提升(2.175%)：包括因風險轉移與就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響。
- 3.一般服務之協商因素項目，須於年度實施前提出具體實施及監控方案(含預定達成目標及實施時程)，

並即時檢討執行情形；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；實施成效納入 96 年度總額協考量，如未達目標或成效不佳，則調整減列協商因素成長率。

4. 因應健保 IC 卡措施所額外增加之成本，業自 93 年度起分 7 年攤提納入總額基期，為提升健保 IC 卡登錄及上傳資料品質，95 年度之費用移列「其他預算」。參考 93 年之預算金額，西醫基層總額移列額度為 81 百萬元，若有不足，則由「其他預算」項下經費勻支。
5. 加強感染控制方案，費用自 93 年度起已列入基期，95 年度仍應持續加強推動感染控制措施。

(二) 專款項目(依實際情形支付費用)：具體實施方案由健保局會同西醫基層總額受託單位訂定，依法定程序辦理相關事宜後，送費協會備查。

1. 慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫：全年預算 10 百萬元。
2. 家庭醫師整合性照護制度試辦計畫：
 - (1) 全年預算 880 百萬元，以 300 個計畫為執行目標。
 - (2) 調整每群之健康管理費，開辦第一年者，核予較高額度；第二年以後之費用應減縮至可維持運作為原則，並逐年遞減。
 - (3) 家庭醫師整合性照護制度試辦計畫已實施 3 年，應提供計畫成效評估，並建立成效不佳之社區醫療群的退場機制。

3.資源缺乏地區改善方案：全年預算 100 百萬元。應於協定 96 年度總額預算前提出本方案之成效評估報告，包括：實地訪查及檢討改善、民眾就醫可近性、服務內容分析、滿意度等。

(三)門診透析服務(上限制)：預算成長率為 13.33%，其預算與醫院部門門診透析服務合併為獨立預算。95 年度門診透析服務總預算成長率 6.68%，其中 1.0% 成長率為品質保證保留款，以利積極改善國人罹患末期腎臟疾病狀況及資源使用更具效率。

1.為鼓勵腹膜透析之推廣，腹膜透析服務以每點 1 元核算。

2.品質保證保留款：

(1)本項預算於達成下列目標後始得動用：

a.末期腎臟疾病發生率應有顯著下降。

b.提升醫療品質，減少門診透析治療病人之併發症、病患之住院率、死亡率及腹膜炎發生率等。

c.進行成本分析，合理調整血液透析支付標準。

(2)依「門診透析服務品質保證保留款實施方案」之醫療服務品質指標監測結果支付。該實施方案由健保局門診透析總額聯合執行委員會訂定，並經衛生署核定後公告實施。

(3)上述醫療服務品質指標監測結果，應定期（每季）送費協會備查。

3.研訂連續性可攜帶式腹膜透析等治療模式推廣計畫，內容應含年度推廣腹膜透析之具體目標值，並

逐年合理調整目標值。該計畫由健保局門診透析總額聯合執行委員會訂定，陳報行政院衛生署核定後公告實施，並於 95 年 3 月前將完整計畫送費協會備查。其執行情形及成效列入 96 年度門診透析預算協商參考。

4. 請健保局門診透析總額聯合執行委員會加強推動 Pre-ESRD 預防性計畫及強化病人衛教，執行情形及成效列入年度門診透析預算協商參考。

四、地區預算分配(一般服務項目，不含品質保證保留款)

(一)地區範圍：以健保局六分局所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：預算 60%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，40%依西醫基層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(原則上以七年為期，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)。

(三)「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)。

(四)藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除。

(五)預防保健服務已採逐年漸進編列公務預算方式支應，其尚未全數由公務預算支應前，仍有部分項目之預算由總額負擔。總額涵蓋之預防保健服務項目，以每點 1 元核算，自地區總額預先扣除。

(六)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保局會同西醫基層總額受託單位議定後，送費協會備查。

五、因部分負擔新制等政策改變造成病人流向基層，引起之財務風險，業於協商項目之「因風險移轉與就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響」一項反映，95 年度不再編列「西醫門診服務財務風險分攤保留款」。

六、應加強研訂及推動各項費用管控措施，並於 96 年度總額協商前提出成效報告。



表 3 95 年度西醫基層總額醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)
一般服務		3.793%
非協商因素成長率		0.220%
投保人口年增率		0.390%
人口結構改變率		0.430%
醫療服務成本指數改變率		-0.600%
協商因素成長率		3.573%
醫療品質 及保險對 象健康狀 況的改變	品質保證保留款	0.300%
	擴大推動醫療給付改善方案	0.348%
支付項目 改變	新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目)	0.400%
	支付標準調整(包括放寬表別及繼續推動 RBRVS)	0.350%
其他醫療 服務及密 集度的改 變	因風險轉移與就醫可近性提升,對就醫人數及醫療費用成長之影響	2.175%
醫療服務 效率提升	加強醫療服務費用管控與分配之 效益	
專款項目(預算)		990.0
慢性 B、C 型肝炎治療試辦計畫		10.0
家庭醫師整合性照護制度試辦計畫		880.0
資源缺乏地區改善方案		100.0
門診透析預算成長率(含品質保證保留款)		13.33%
總費用成長率估計值 (含一般服務+專款項目+門診透析)		4.684%

問 4：95 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 94 年度醫院醫療給付費用總額涵蓋範圍為基礎，排除改由公務預算支應項目，包括：AIDS 治療檢驗費、老人流感疫苗注射診察費、結核病相關醫療費用、婦女子宮頸抹片檢查、兒童預防保健服務、孕婦產前檢查及婦女乳房檢查服務；另新增醫療科技項目。

二、實施期程：95 年 1 月至 12 月。

三、總額協定結果：一般服務醫療給付費用成長率 5.001%(非協商因素 1.420%、協商因素 3.581%)；專款項目全年預算額度 3,359.5 百萬元；門診透析服務預算成長率 3.87%。經換算後，年度醫院總額成長率預估值為 4.90%。(表 4)

(一)一般服務(不含門診透析；上限制)

1.非協商因素項目與成長率：

(1)投保人口年增率 0.390%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 93 年至 140 年人口推計」之中推計估算。

(2)人口結構改變率 1.670%：以 92 年每人醫療給付費用為基礎，計算 93 年納保人口年齡性別結構相對於 92 年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。

(3)醫療服務成本指數改變率-0.640%：指數採計時程為 93 年對 92 年的比值。

2.協商因素項目與成長率：

(1)提升慢性病人就醫便利性(0.013%)。

(2)擴大推動醫療給付改善方案(0.052%)：不新增項目，繼續擴大推動原五項方案。本項方案之疾病管理照護費用預算 725.1 百萬元，包括擴大辦理原項目之費用及續辦 94 年度已實施方案之費用(預算已列入基期)，移列「其他預算」，由健保局管控，並按季檢討試辦計畫對醫療費用之影響。

(3)新醫療科技(0.300%)：包括藥品、特材及新增項目。

(4)支付標準調整對醫療費用之影響(0.800%)：包括繼續推動台灣版 RBRVS、DRG 等。

(5)其他醫療服務及密集度的改變(2.416%)：包括加強急重症照護(0.799%)、加強社區醫療服務(0.571%)、偏遠地區醫院保障措施(0.228%)、病床數增加(0.090%)、保險對象服務利用率及密集度等(0.728%)。

3.一般服務之協商因素項目，須於年度實施前提出具體實施及監控方案(含預定達成目標及實施時程)，並即時檢討執行情形；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；實施成效納入 96 年度總額協商考量，如未達目標或成效不佳，則調整減列協商因素成長率。

4.健保 IC 卡措施所額外增加之成本，業自 93 年度起分 7 年攤提納入總額基期，為提升健保 IC 卡登錄及上傳資料品質，95 年度之費用移列「其他預算」。

參考 93 年之預算金額，醫院總額移列額度為 1.01 億元，若有不足，則由「其他預算」項下經費勻支。

5.加強感染控制方案，費用自 93 年度起已列入基期，95 年度仍應持續加強推動感染控制措施。

(二)專款項目(依實際情形支付費用)：具體實施方案由健保局會同醫院相關團體訂定，依法定程序辦理相關事宜後，送費協會備查。

1.慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫：全年預算 700 百萬元。

2.罕見疾病、血友病藥費：預算額度為 2,659.5 百萬元，不足部分由其他預算支應。

(三)門診透析服務(上限制)：預算成長率為 3.87%，其預算與西醫基層部門門診透析服務合併為獨立預算。95 年度門診透析服務總預算成長率 6.68%，其中 1.0%成長率為品質保證保留款，以利積極改善國人罹患末期腎臟疾病狀況及資源使用更具效率。

1.為鼓勵腹膜透析之推廣，腹膜透析服務以每點 1 元核算。

2.品質保證保留款：

(1)本項預算於達成下列目標後始得動用：

a.末期腎臟疾病發生率應有顯著下降。

b.提升醫療品質，減少門診透析治療病人之併發症、病患之住院率、死亡率及腹膜炎發生率等。

c.進行成本分析，合理調整血液透析支付標準。

(2)依「門診透析服務品質保證保留款實施方案」之

醫療服務品質指標監測結果支付。該實施方案由健保局門診透析總額聯合執行委員會訂定，並經行政院衛生署核定後公告實施。

(3)上述醫療服務品質指標監測結果，應定期(每季)送費協會備查。

3.研訂連續性可攜帶式腹膜透析等治療模式推廣計畫，內容應含年度推廣腹膜透析之具體目標值，並逐年合理調整目標值。該計畫由健保局門診透析總額聯合執行委員會訂定，陳報行政院衛生署核定後公告實施，並於95年3月前將完整計畫送費協會備查。其執行情形及成效列入96年度門診透析預算協商參考。

4.請健保局門診透析總額聯合執行委員會加強推動Pre-ESRD預防性計畫及強化病人衛教，執行情形及成效列入年度門診透析預算協商參考。

四、地區預算分配：於扣除專款項目預算後，用於計算地區預算所採之門住診費用比為45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

(一)地區範圍：以健保局六分局所轄範圍區分為六個地區。

(二)門診服務(一般服務項目)：

1.預算38%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，62%依醫院總額支付制度開辦前一年各地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。

(三)住診服務(一般服務項目)：

- 1.預算 38%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，62%依醫院總額支付制度開辦前一年各地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%。

(四)藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除。

(五)藥事服務費：考量其在 94 年度之前，均以每點 1 元核算，若須改變，宜給藥界緩衝時間，及尊重健保局與醫界協商結果，95 年度維持每點 1 元。惟嗣後對藥事服務費不再例外處理。

(六)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由健保局會同醫院總額受託單位議定後，送費協會備查。



表 4 95 年度醫院總額醫療給付費用成長率項目表

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	
一般服務	5.001%	
非協商因素成長率	1.420%	
投保人口年增率	0.390%	
人口結構改變率	1.670%	
醫療服務成本指數改變率	-0.640%	
協商因素成長率	3.581%	
醫療品質及品質保證保留款	0%	
保險對象健康狀況的改變	提升慢性病人就醫便利性(慢性病連續處方箋成長)	0.013%
變	擴大推動醫療給付改善方案	0.052%
支付項目改變	新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目)	0.300%
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(包括繼續推動台灣版 RBRVS、DRG 等)	0.800%
其他醫療服務及密集度的改變	加強急重症照護	0.799%
	加強社區醫療服務	0.571%
	偏遠地區醫院保障措施	0.228%
	病床數增加	0.090%
	保險對象服務利用率及密集度	0.728%
專款項目(預算)	3,359.5	
慢性 B、C 型肝炎治療試辦計畫	700.0	
罕見疾病、血友病藥費	2,659.5	
門診透析預算成長率(含品質保證保留款)	3.87%	
總費用成長率估計值 (含一般服務+專款項目+門診透析)	4.90%	

問 5：95 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、衛生署擬訂「95 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」於 94 年 6 月底報行政院，經同年 8 月 11 日奉院核定 95 年度全民健康保險醫療給付費用，以 94 年為基礎，成長率範圍為 1.17%~5.00%。
- 二、經費協會協定並報請衛生署核定後，於 95 年 1 月 18 日公告 95 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)牙醫門診醫療給付費用成長率為 2.93%，其中一般服務醫療給付費用成長率為 2.51%，專款項目全年預算額度為 388.3 百萬元。
 - (二)中醫門診醫療給付費用成長率為 2.78%，其中一般服務醫療給付費用成長率為 2.30%，專款項目全年預算額度為 160 百萬元。
 - (三)西醫基層醫療給付費用成長率為 4.684%，其中一般服務醫療給付費用成長率為 3.793%，門診洗腎服務預算成長率為 13.33%，專款項目全年預算額度為 990 百萬元。
 - (四)醫院醫療給付費用成長率為 4.900 %，其中一般服務醫療給付費用成長率為 5.001%，門診洗腎服務預算成長率為 3.87%，專款項目全年預算額度為 3359.5 百萬元。
 - (五)其他部門醫療給付費用增加 62 百萬元。
 - (六)前述部門經依 94 年度醫療費用百分比加權計算，

95 年度全民健康保險醫療給付費用成長率為 4.536%。

三、95 年度其他預算及其分配：

全年預算額度共 9,104 百萬元，較前一年增加 62 百萬元，採支出目標制，由健保局管控。

- (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)：全年經費 549 百萬元。
- (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)：全年經費 1,628 百萬元。
- (三)教學醫院醫療服務成本附加費用：全年經費 5,174 百萬元。
- (四)支應罕病及血友病藥費專款不足之預算：全年經費 50 百萬元。
- (五)鼓勵健保 IC 卡登錄及上傳資料品質：全年經費 237 百萬元。本項預算自各部門總額移列。若有不足部分，於其他預算項下經費勻支。
- (六)醫療給付改善方案(論質計酬)：全年經費 1,166 百萬元。本項預算自各部門總額移列。
- (七)其他及預期政策改變所需經費：全年經費 300 百萬元。

96 年度總額協定內容

問 1：96 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 95 年度牙醫門診醫療給付費用總額涵蓋範圍為基礎，排除移列公務預算之兒童牙齒塗氟保健服務，並新增牙周疾病控制基本處置。
 - 二、實施期程：96 年 1 月至 12 月。
 - 三、總額協定結果：一般服務醫療給付費用成長率 2.642%(非協商因素 0.557%、協商因素 2.085%)；專款項目全年預算額度 388.3 百萬元。經換算後，年度牙醫門診總額成長率預估值為 2.610%。(表 1)

(一)一般服務(上限制)

1.非協商因素項目與成長率：

- (1)投保人口年增率 0.287%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 95 年至 140 年人口推計」之中推計估算。
- (2)人口結構改變率 0.010%：以 93 年每人醫療給付費用為基礎，計算 94 年相對於 93 年納保人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。
- (3)醫療服務成本指數改變率 0.260%：指數採計時程為 94 年對 93 年的比值。

2.協商因素項目與成長率：

- (1)品質保證保留款(0.50%)：牙醫總額執行成果，經評核為特優級，獲得鼓勵款，應於 96 年 6 月底前

完成醫療服務品質指標項目及監測值之檢討修正。

- (2)加強提升初診照護品質計畫(0.32%)：本年度初診診察照護利用率以 10%為目標，並應定期檢討執行情形，及須於 96 年 6 月前提出成效評估報告。
- (3)新增牙周疾病控制基本處置(0.475%)：應訂定牙周病照護計畫。本年度牙周疾病控制基本處置執行率以 25%為目標，應定期檢討執行情形，及須於 96 年 6 月前提出執行成果報告。
- (4)支付標準調整(0.530%)：新增乳牙多根管治療項目(0.330%)；原 80 歲以上可申報之複雜性拔牙，年齡放寬至 65 歲以上(0.200%)。應於 96 年 6 月前提出新增乳牙多根管治療項目之執行成果報告。
- (5)其他醫療服務及密集度的改變(0.26%)。

3.一般服務之協商因素項目，須於年度實施前提出具體實施及監控方案(含預定達成目標及實施時程)，並即時檢討執行情形；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；實施成效納入 97 年度總額協商考量，如未達目標或成效不佳，則調整減列協商因素成長率。

4.加強感染控制方案：

- (1)93 年度已協定成長率並列入基期，牙醫門診總額部門每年均依所訂方案輔導與評核診所，而使各分區皆符合標準，成效良好，爰自 96 年度起回歸常規作業。

(2)於品質確保方案中，新增重要之醫療服務品質感控指標項目及監測值，請健保局會同牙醫門診總額受託單位於96年6月底前完成。

(二)專款項目(依實際情形支付費用)：具體實施方案由健保局會同牙醫門診總額受託單位訂定，依法定程序辦理相關事宜後，送費協會備查。須於96年6月底前提出成效評估報告。

1.牙醫特殊服務：全年預算180百萬元，辦理先天性唇顎裂患者與中重度以上身心障礙者之特殊服務。96年度計畫，應增列年度執行目標(如：執行率)，及年度預訂達成之目標值。

2.資源缺乏地區改善方案：全年預算208.3百萬元，辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫(含馬祖地區牙周病照護網試辦計畫)。96年度計畫，應增列「預期服務人次」及「服務總天數」等二項指標，及年度預訂達成之目標值。

四、地區預算分配(一般服務項目，不含品質保證保留款)

(一)地區範圍：以健保局六分局所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：預算100%依各地區校正「人口風險」後的保險對象人數分配。

(三)藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除。

(四)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保局會同牙醫門診總額受託單位議定後，送費協會備查。

表 1 96 年度牙醫門診總額醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	
一般服務		2.642%	
非協商因素成長率		0.557%	
投保人口年增率		0.287%	
人口結構改變率		0.010%	
醫療服務成本指數改變率		0.260%	
協商因素成長率		2.085%	
醫療品質及保險對象健康狀況的改變	品質保證保留款	0.500%	
支付項目改變	加強提升初診照護品質計畫 (利用率由 7%增為 10%)	0.320%	
	新增支付項目	新增牙周疾病控制基本處置	0.475%
	支付標準 調整	新增乳牙多根管治療項目	0.330%
		原 80 歲以上可申報之複雜性拔牙，年齡放寬至 65 歲以上	0.200%
其他醫療服務及密集度的改變	就醫人口成長	0.260%	
專款項目(預算)		388.3	
牙醫特殊服務(包括先天性唇顎裂患者和中重度以上身心障礙者牙醫醫療服務)		180.0	
資源缺乏地區改善方案(包括牙醫師至無牙鄉執業及巡迴醫療服務計畫，含馬祖地區牙周病照護網試辦計畫)		208.3	
總費用成長率估計值 (含一般服務+專款項目)		2.610%	

問 2：96 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 95 年度中醫門診醫療給付費用總額涵蓋範圍為基礎，並新增複雜性針灸處置項目、中醫初診患者提升診察品質照護計畫。

二、實施期程：96 年 1 月至 12 月。

三、總額協定結果：一般服務醫療給付費用成長率 2.500%(非協商因素 1.517%、協商因素 0.983%)；專款項目全年預算額度 160 百萬元。經換算後，年度中醫門診總額成長率預估值為 2.478%。(表 2)

(一)一般服務(上限制)

1.非協商因素項目與成長率：

(1)投保人口年增率 0.287%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 95 年至 140 年人口推計」之中推計估算。

(2)人口結構改變率 0.710%：以 93 年每人醫療給付費用為基礎，計算 94 年相對於 93 年納保人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。

(3)醫療服務成本指數改變率 0.520%：指數採計時程為 94 年對 93 年的比值。

2.協商因素項目與成長率：

(1)支付標準調整對醫療費用之影響(0.397%)：新增複雜性針灸處置項目；應於 96 年 6 月前提出執行成果報告。

(2)中醫初診患者提升診察品質照護計畫(0.386%)：應

於 96 年 6 月前提出執行成果報告。

(3)其他醫療服務及密集度的改變(0.20%)。

- 3.一般服務之協商因素項目，須於年度實施前提出具體實施及監控方案(含預定達成目標及實施時程)，並即時檢討執行情形；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；實施成效納入 97 年度總額協商考量，如未達目標或成效不佳，則調整減列協商因素成長率。
- 4.品質保證保留款：未列成長率，惟仍請健保局會同中醫門診總額受託單位，於 96 年 6 月底前，完成醫療服務品質指標項目及監測值之檢討修正。
- 5.「門診醫療品質提升計畫」下各子計畫之應辦事項：
 - (1)「針灸標準作業程序醫療品質提升計畫」，費用已列入基期，96 年度仍應繼續辦理。
 - (2)「提高癌症病人生命品質、特定疾病加強照護及開辦示範門診試辦計畫」，預算已挹注「針灸標準作業程序醫療品質提升計畫」，自 96 年度起不再辦理。
- 6.「中醫鼓勵結合現代科技加強醫療服務實施方案」，支付項目已列入支付標準，自 96 年度起不再另立方案。
- 7.加強感染控制方案：
 - (1)93 年度已協定成長率並列入基期，中醫門診總額部門每年均依所訂方案輔導與評核診所，而使各分區皆符合標準，成效良好，爰自 96 年度起回歸

常規作業。

(2)於品質確保方案中，新增重要之醫療服務品質感控指標項目及監測值，請健保局會同中醫門診總額受託單位於96年6月底前完成。

(二)專款項目(依實際情形支付費用)：具體實施方案由健保局會同中醫門診總額受託單位訂定，依法定程序辦理相關事宜後，並送費協會備查。須於96年6月底前提出成效評估報告。

1.資源缺乏地區改善方案：全年預算75百萬元，辦理無中醫鄉巡迴醫療服務或開業計畫。96年度計畫，應增列「預期服務人次」及「服務總天數」等二項指標，及年度預訂達成之目標值。

2.醫療照護試辦計畫：本試辦計畫共三項，全年預算85百萬元，移列「其他預算」，由健保局與中醫門診總額受託單位共同修訂與執行。成效評估報告將作為總額協商及計畫續辦與否之參考。

(1)腦血管疾病與褥瘡之西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫：限設有中醫門診之醫院申請，經中醫門診總額受託單位審查，送健保局審核通過後實施。

(2)小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫。

(3)小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫。

四、地區預算分配(一般服務項目，不含品質保證保留款)

(一)地區範圍：以健保局六分局所轄範圍區分為六個地區。

- (二)分配方式：照 95 年度計畫繼續試辦，該分配方式於計畫陳報衛生署核定後，再試行一年，並依程序辦理相關事項。
- (三)藥品以每點 1 元核算，自地區預算預先扣除。
- (四)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保局會同中醫門診總額受託單位議定後，送費協會備查。



表 2 96 年度中醫門診總額醫療給付費用成長率項目表

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	
一般服務	2.500%	
非協商因素成長率	1.517%	
投保人口年增率	0.287%	
人口結構改變率	0.710%	
醫療服務成本指數改變率	0.520%	
協商因素成長率	0.983%	
醫療品質 及保險對 象健康狀 況的改變	品質保證保留款 門診醫療品質提升計畫： 「針灸標準作業程序醫療品質提升計 畫實施方案」	0.000% 0.000%
支付項目 改變	支付標準調整（新增複雜性針灸處置項 目） 中醫初診患者提升診察品質照護計畫	0.397% 0.386%
其他醫療服務利用及密集度的改變		0.200%
專款項目(預算)	160.0	
資源缺乏地區改善方案(辦理無中醫鄉巡迴醫療服務 或開業計畫)		75.0
腦血管疾病與褥瘡之西醫住院病患中醫輔助醫療試 辦計畫		85.0
小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫		
小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫		
總費用成長率估計值 (含一般服務+專款項目)		2.478%

問 3：96 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 95 年度西醫基層醫療給付費用總額涵蓋範圍為基礎，排除成人預防保健服務項目及法定傳染病所需費用，並新增醫療科技項目。
- 二、實施期程：96 年 1 月至 12 月。
- 三、總額協定結果：一般服務醫療給付費用成長率 3.794%(非協商因素 1.297%、協商因素 2.497%)；專款項目全年預算額度 1,052.0 百萬元；門診透析服務預算成長率 7.472%。經換算後，年度西醫基層總額成長率預估值為 4.181%。(表 3)

(一)一般服務(不含門診透析；上限制)

1.非協商因素項目與成長率：

- (1)投保人口年增率 0.287%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 95 年至 140 年人口推計」之中推計估算。
- (2)人口結構改變率 0.510%：以 93 年每人醫療給付費用為基礎，計算 94 年相對於 93 年納保人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。
- (3)醫療服務成本指數改變率 0.500%：指數採計時程為 94 年對 93 年的比值。

2.協商因素項目與成長率：

- (1)品質保證保留款(0.300%)：西醫基層總額執行成果，經評核為優級，獲得鼓勵款。「品質保證保留款實施方案」所訂診所評量項目及合格標準，應

更趨嚴格，並於 96 年 6 月底前完成醫療服務品質指標項目及監測值之檢討修正。

(2)擴大推動醫療給付改善方案(0.089%)：

- a.項目包含 95 年度已實施之糖尿病、氣喘、結核病、高血壓等方案。
- b.本項疾病管理照護費，加上 95 年度所協定之同項經費額度(356 百萬元)，移列「其他預算」。
- c.執行中之年度方案，以不修訂支付標準為原則，若須修訂，不可增加該總額部門之財務負擔，以符合預算中平原則。
- d.於 96 年 6 月前提出成效評估報告。

(3)國民健康改善計畫—心血管疾病照護及憂鬱症的改善計畫(0.200%)：請健保局協助分析資料，以訂定基準項目及照護目標值。

(4)新醫療科技(0.103%)：包括藥品、特材及新增支付標準項目。

(5)支付標準調整：本項調整採預算中平原則。

(6)其他醫療服務及密集度的改變(1.805%)：包括因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響(1.629%)、加強醫療服務管控/分配效率，及科別平衡(0.176%)。

3.一般服務之協商因素項目，須於年度實施前提出具體實施及監控方案(含預定達成目標及實施時程)，並即時檢討執行情形；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；實施成效納入

97 年度總額協商考量，如未達目標或成效不佳，則調整減列協商因素成長率。

4.加強感染控制方案：

(1)93 年度已協定成長率並列入基期，西醫基層總額部門每年均依所訂方案輔導與評核診所，而使各分區皆符合標準，成效良好，爰自 96 年度起回歸常規作業。

(2)於品質確保方案中，新增重要之醫療服務品質感控指標項目及監測值，請健保局會同西醫基層相關團體於 96 年 6 月底前完成。

(二)專款項目(依實際情形支付費用)：具體實施方案由健保局會同西醫基層相關團體訂定，依法定程序辦理相關事宜後，並送費協會備查。須於 96 年 6 月底前提出成效評估報告。

1.慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫：全年預算 72 百萬元。

2.家庭醫師整合性照護制度試辦計畫：全年預算 880 百萬元，以 300 個計畫為執行目標。應建立退場機制並嚴格執行，俾讓更多執行力良好之新診所加入。

3.資源缺乏地區改善方案：全年預算 100 百萬元。96 年度計畫，應增列「預期服務人次」及「服務總天數」等二項指標，及年度預訂達成之目標值。

(三)門診透析服務(上限制獨立預算)：預算成長率為 7.472%，其預算與醫院部門門診透析服務合併運作。96 年度門診透析服務總預算成長率估約

2.886%，其中 0.6%成長率用以推行品質改善計畫，期能積極改善國人罹患末期腎臟疾病狀況及使資源之運用更具效率。

1.為推廣腹膜透析，該服務採每點 1.2 元核算。

2.品質改善計畫保留款(按 0.6%成長率計算)：

(1)本項保留款應有具體實施方案，該方案由健保局門診透析總額聯合執行委員會訂定，並報請行政院衛生署核定後公告實施。內容應包含相關品質指標與目標值，指標監測結果須定期(每季)送費協會備查，並嘗試製作院所品質報告卡及公開週知。

(2)保留款動支原則(須依方案內容達成下列各項目標始得動用)：

a.降低末期腎臟疾病發生率。

b.提升門診透析醫療品質。

c.推廣連續性可攜帶式腹膜透析。

四、地區預算分配(一般服務項目，不含品質保證保留款)

(一)地區範圍：以健保局六分局所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：預算 65%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，35%依西醫基層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。

(三)「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)。

(四)藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除。

(五)仍由總額負擔之預防保健服務項目，以每點 1 元核算，自地區總額預先扣除。

(六)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保局會同西醫基層總額受託單位議定後送費協會備查。

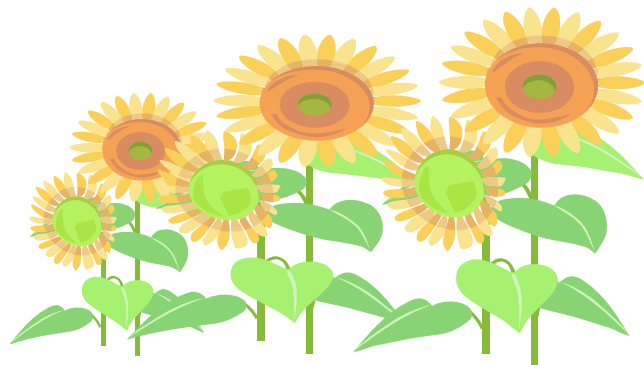


表 3 96 年度西醫基層總額醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)
一般服務		3.794%
非協商因素成長率		1.297%
投保人口年增率		0.287%
人口結構改變率		0.510%
醫療服務成本指數改變率		0.500%
協商因素成長率		2.497%
醫療品質 及保險對 象健康狀 況的改變	品質保證保留款	0.300%
	擴大推動醫療給付改善方案	0.089%
國民健康的改善(心血管疾病照護及憂 鬱症的改善)		0.200%
支付項目 改變	新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目)	0.103%
	支付標準調整	0.000%
其他醫療 服務及密 集度的改 變	因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費 用成長之影響(含慢性病照護之增進)	1.629%
	加強醫療服務管控、分配效率，及科別平 衡	0.176%
專款項目(預算)		1,052.0
慢性 B、C 型肝炎治療試辦計畫		72.0
家庭醫師整合性照護制度試辦計畫		880.0
資源缺乏地區改善方案		100.0
門診透析預算成長率(含品質改善計畫保留款)		7.472%
總費用成長率估計值 (含一般服務+專款項目+門診透析)		4.181%

問 4：96 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 95 年度醫院醫療給付費用總額涵蓋範圍為基礎，排除成人預防保健服務項目及法定傳染病所需費用，並新增醫療科技項目。
- 二、實施期程：96 年 1 月至 12 月。
- 三、總額協定結果：一般服務醫療給付費用成長率 4.991%(非協商因素 2.877%、協商因素 2.114%)；專款項目全年預算額度 4,115 百萬元；門診透析服務預算成長率 0.770%。經換算後，年度醫院總額成長率預估值為 4.914%。(表 4)

(一)一般服務(不含門診透析；上限制)

1.非協商因素項目與成長率：

- (1)投保人口年增率 0.287%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 95 年至 140 年人口推計」之中推計估算。
- (2)人口結構改變率 1.830%：以 93 年每人醫療給付費用為基礎，計算 94 年納保人口年齡性別結構相對於 93 年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。
- (3)醫療服務成本指數改變率 0.760%：指數採計時程為 94 年對 93 年的比值。

2.協商因素項目與成長率：

(1)擴大推動醫療給付改善方案(0.024%)：

- a.項目包含 95 年度已實施之糖尿病、氣喘、結核

病、乳癌等方案，及新增高血壓乙項。增加管理照護費 60.9 百萬元。

b.本項疾病管理照護費，加上 95 年度所協定之同項經費額度(725.1 百萬元)，移列「其他預算」。

c.於 96 年 6 月前提出成效評估報告。

(2)新醫療科技(0.291%)：包括藥品、特材及新增項目，其中新增支付標準項目(0.055%)預算為 140 百萬元。

(3)支付標準調整：本項調整採預算中平原則。

(4)其他醫療服務及密集度的改變(1.799%)。

3.一般服務之協商因素項目，須於年度實施前提出具體實施及監控方案(含預定達成目標及實施時程)，並即時檢討執行情形；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；實施成效納入 97 年度總額協考量，如未達目標或成效不佳，則調整減列協商因素成長率。

4.品質保證保留款：未列成長率，惟仍請健保局會同醫院相關團體，於 96 年 6 月底前，完成醫療服務品質指標項目及監測值之檢討修正。

5.加強感染控制方案：

(1)93 年度已協定成長率並列入基期，醫院總額部門已努力推動，落實醫院之感染控制水準，爰自 96 年度起回歸常規作業。

(2)於品質確保方案中，新增重要之醫療服務品質感控指標項目及監測值，請健保局會同醫院相關團

體於 96 年 6 月底前完成。

(二)專款項目(依實際情形支付費用)：具體實施方案由健保局會同醫院相關團體訂定，依法定程序辦理相關事宜後，並送費協會備查。須於 96 年 6 月底前提出成效評估報告。

1.慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫：全年預算 1,115 百萬元。

2.罕見疾病、血友病藥費：全年預算 3,000 百萬元。

(三)門診透析服務(上限制獨立預算)：預算成長率為 0.770%，其預算與西醫基層部門門診透析服務合併運作。96 年度門診透析服務總預算成長率估約 2.886%，其中 0.6%成長率用以推行品質改善計畫，期能積極改善國人罹患末期腎臟疾病狀況及使資源之運用更具效率。

1.為推廣腹膜透析，該服務採每點 1.2 元核算。

2.品質改善計畫保留款(按 0.6%成長率計算)：

(1)本項保留款應有具體實施方案，該方案由健保局門診透析總額聯合執行委員會訂定，並報請行政院衛生署核定後公告實施。內容應包含相關品質指標與目標值，指標監測結果須定期(每季)送費協會備查，並嘗試製作院所品質報告卡及公開週知。

(2)保留款動支原則(須依方案內容達成下列各項目標始得動用)：

a.降低末期腎臟疾病發生率。

b.提升門診透析醫療品質。

c.推廣連續性可攜帶式腹膜透析。

四、地區預算分配：於扣除專款項目預算後，用於計算地區預算所採之門住診費用比為 45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

(一)地區範圍：以健保局六分局所轄範圍區分為六個地區。

(二)門診服務(一般服務項目)：

- 1.預算 38%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，62%依醫院總額支付制度開辦前一年各地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。

(三)住診服務(一般服務項目)：

- 1.預算 38%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，62%依醫院總額支付制度開辦前一年各地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%。

(四)各地區門住診服務，經依(二)、(三)計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

(五)藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除。

(六)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由健保局會同醫院相關團體議定後送費協會備查。

表 4 96 年度醫院總額醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)
一般服務		4.991%
非協商因素成長率		2.877%
投保人口年增率		0.287%
人口結構改變率		1.830%
醫療服務成本指數改變率		0.760%
協商因素成長率		2.114%
醫療品質及 保險對象健 康狀況的改 變	品質保證保留款 擴大推動醫療給付改善方案	0.000% 0.024%
支付項目改 變	新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目)	0.291%
	支付標準調整	0.000%
其他醫療服 務及密集度 的改變	保險對象服務利用率及密集度	1.799%
專款項目(預算)		4,115.0
慢性 B、C 型肝炎治療試辦計畫		1,115.0
罕見疾病、血友病藥費		3,000.0
門診透析預算成長率(含品質保證保留款)		0.770%
總費用成長率估計值 (含一般服務+專款項目+門診透析)		4.914%

問 5：96 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、衛生署擬訂「96 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」於 95 年 5 月報行政院，經同年 7 月 31 日奉院核定 96 年度全民健康保險醫療給付費用，以 95 年為基礎，成長率範圍為 2.32%~5.10%，其中 0.1% 作為推動垂直整合論人計酬支付制度誘因之用。
 - 二、經費協會協定並報請衛生署核定後，於 96 年 1 月 22 日公告 96 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)牙醫門診醫療給付費用成長率為 2.610%，其中一般服務醫療給付費用成長率為 2.642%，專款項目全年預算額度為 388.3 百萬元。
 - (二)中醫門診醫療給付費用成長率為 2.478%，其中一般服務醫療給付費用成長率為 2.500%，專款項目全年預算額度為 160 百萬元。
 - (三)西醫基層醫療給付費用成長率為 4.181%，其中一般服務醫療給付費用成長率為 3.794%，門診洗腎服務預算成長率為 7.472%，專款項目全年預算額度為 1,052 百萬元。
 - (四)醫院醫療給付費用成長率為 4.914 %，其中一般服務醫療給付費用成長率為 4.991%，門診洗腎服務預算成長率為 0.770%，專款項目全年預算額度為 4,115 百萬元。
 - (五)其他部門醫療給付費用增加 472 百萬元，全年預算額

度為 8,410 百萬元，採支出目標制，由健保局管控。

(六)前述部門經依 95 年度醫療費用百分比加權計算，96 年度全民健康保險醫療給付費用成長率為 4.501%。

三、96 年度其他預算及其分配：

(一)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：全年經費 549 百萬元。

(二)非屬各部門總額支付制度範圍之費用(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)：全年經費 1,954 百萬元。

(三)教學醫院醫療服務成本附加費用：全年經費 4,500 百萬元。本項為定額，如有公務預算挹注，則予同額扣除。

(四)支應罕病及血友病藥費專款不足之經費：全年經費 50 百萬元，在額度內支應。

(五)鼓勵提升健保 IC 卡登錄及上傳資料之品質：全年經費 433 百萬元。

(六)醫療給付改善方案(論質計酬)：全年經費 1,298 百萬元。本項預算自醫院、西醫基層及中醫門診等部門總額移列。

(七)推動垂直整合論人計酬計畫：全年經費 424 百萬元。

(八)其他預期政策改變所需經費：全年經費 500 百萬元。

四、請健保局每年度持續與各總額部門合作，就各部門可行性較高且為民眾想了解之個別院所品質資訊，每年新增二至三項予以公開。

97 年度總額協定內容

※97 年度及以後各年度總額基期費用之校正

一、說明：

- (一)配合衛生署政策及交議，自 95 年度起對各部門等相關總額，由原協定「每人醫療費用成長率」，改為協定「總醫療費用成長率」，及非協商因素增列「投保人口年增率」項目。
- (二)「投保人口年增率」於協商當時，因尚無法取得該年度實際投保人口數，故須先採預估值，再於次年度總額之基期費用中校正處理之。且為求穩定，預估與實際投保人口數差距對醫療費用所產生之影響，於當年度不追加減總額預算。

二、97 年度及以後各年度各部門總額校正公式：

- N 年度部門別總額 = $\left[\sum_{i=1}^4 (N-3)$ 年度部門別每季總額 $\times (1 + (N-2)$ 年度部門別總額成長率 $\pm (N-2)$ 年度每季季中預估與實際投保人口成長率差值) $\right] \times (1 + (N-1)$ 年度部門別總額成長率) $\times (1 + N$ 年度部門別總額成長率)

註：部門別包括牙醫門診、中醫門診、西醫基層和醫院部門。

$i =$ 第 1、2、3、4 季。

- $(N-2)$ 年度每季季中預估與實際投保人口成長率差值 = $(N-2)$ 年度投保人口年增率預估值 - $\left[((N-2)$ 年度每季季中投保人數 / $(N-3)$ 年度每季季中投保人數) - 1 $\right] \times 100\%$

問 1：97 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 96 年度牙醫門診醫療給付費用總額涵蓋範圍為基礎，並新增口腔顎顏面頸部腫瘤術後照護計畫及恆牙根管治療(四根與五根)項目。

二、實施期程：97 年 1 月至 12 月。

三、總額協定結果：一般服務醫療給付費用成長率為 2.581%，其中非協商因素成長率 0.961%，協商因素成長率 1.625%，減項因素(「違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」)成長率-0.005%；專款項目全年預算額度 420.9 百萬元。經換算後，年度牙醫門診醫療給付費用成長率估計值為 2.650%。(表 1)

(一)一般服務(上限制)

1.非協商因素項目與成長率：

(1)投保人口年增率 0.271%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 95 年至 140 年人口推計」之中推計估算。

(2)人口結構改變率-0.05%：以 94 年每人醫療給付費用為基礎，計算 95 年相對於 94 年納保人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。

(3)醫療服務成本指數改變率 0.740%：指數採計時程為 95 年對 94 年的比值。

2.協商因素項目與成長率：

(1)品質保證保留款(0.50%)：牙醫總額執行成果，經評核為特優級，獲得鼓勵款。應於 97 年 6 月底前

完成醫療服務品質指標項目與監測值之檢討修正。

- (2)加強提升初診照護品質計畫(0.394%)：本年度執行率以 15%為目標，應於 97 年 6 月前提報執行成效，並定期檢討執行情形，執行結果列入 98 年度總額協商考量。本項於 93 年至 97 年等各年均給予成長率並壓入基期，爾後不得再以之要求成長率。
 - (3)口腔顎顏面頸部腫瘤術後照護計畫(0.152%)：應於 97 年 6 月前提報執行成果。
 - (4)支付標準調整(0.479%)：調整非特定局部治療(92001C)與癌前病變軟硬組織切片費用、新增恆牙根管治療(四根與五根)項目。應於 97 年 6 月前提報執行情形。
 - (5)支付標準仍應以預算中平為調整原則。其涉及成本分析與財務影響評估等專業，應請遵循健保局既有機制，經該局支付委員會通過後，再依預算中平原則進行調整。
 - (6)其他醫療服務及密集度的改變：就醫人口成長對醫療費用的影響(0.100%)。
- 3.減項因素：違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款為 1.49 百萬元(成長率-0.005%)。該扣款條件，先試行一年，以後年度是否續用，於健保局提出執行狀況後再議。
- 4.一般服務之協商因素項目，應於年度實施前提出具體實施及監控方案(含預定達成目標及實施時程)，

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 98 年度總額協商考量，如未達目標或成效不佳，則調整減列協商因素成長率。

(二)專款項目(依實際情形支付費用)：具體實施方案由健保局會同牙醫門診總額受託單位訂定後，依法定程序辦理相關事宜，並送費協會備查。

1.牙醫特殊服務：全年預算 180 百萬元，辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形患者、中度以上身心障礙者牙醫醫療服務。應於 97 年 6 月前提報執行成效。

2.資源缺乏地區改善方案：，全年預算 208.3 百萬元，辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫(含馬祖地區牙周病照護網試辦計畫)。應檢討執行情形，包括支付誘因設計、預算管控、退場機制及施行地區等問題，以控制費用於專款額度內，並於 97 年 6 月前提報執行成效。

3.鼓勵接受專業自主事務委託：已簽定委託合約，可獲鼓勵款 32.6 百萬元，該預算併入一般服務結算。

四、地區預算分配(一般服務項目，不含品質保證保留款)

(一)地區範圍：以健保局六分局所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：自一般服務之成長率中，移撥 0.681%成長率之預算，進行區域內調整，以提升各區之就醫可近性與醫療服務品質。其餘相關預算 100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。

- (三)藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除。
- (四)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保局會同牙醫門診總額受託單位議定後，送費協會備查。

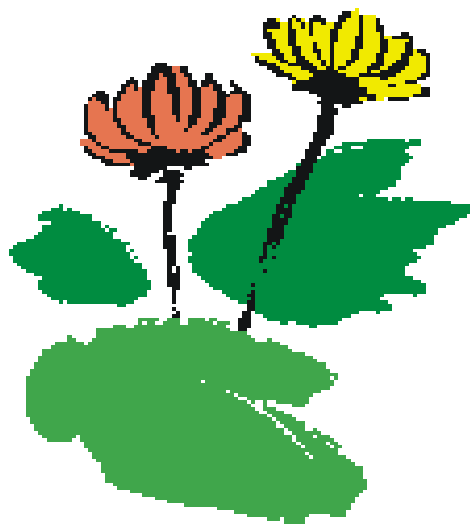


表 1 97 年度牙醫門診總額醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)
一般服務		2.581%
非協商因素成長率		0.961%
投保人口年增率		0.271%
人口結構改變率		-0.050%
醫療服務成本指數改變率		0.740%
協商因素成長率		1.625%
醫療品質及保險對象健康狀況的改變	品質保證保留款	0.500%
支付項目改變	加強提升初診照護品質計畫 (利用率以 15%為目標)	0.394%
	口腔顎顏面頸部腫瘤術後照護計畫	0.152%
	非特定局部治療費用 (92001C)	0.479%
支付標準調整	新增恆牙根管治療(四 根與五根)項目 調整癌前病變軟、硬組 織切片	
其他醫療服務及密集度的改變	就醫人口成長	0.100%
減項因素		-0.005%
違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款		-0.005%
專款項目(預算)		420.9
牙醫特殊服務		180.0
資源缺乏地區改善方案		208.3
鼓勵接受專業自主事務委託		32.6
總費用成長率估計值 (含一般服務+專款項目)		2.650%

問 2：97 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 96 年度中醫門診醫療給付費用總額涵蓋範圍為基礎，並新增傷科複雜處置項目。
- 二、實施期程：97 年 1 月至 12 月。
- 三、總額協定結果：一般服務醫療給付費用成長率為 2.412%，其中非協商因素成長率 1.531%，協商因素成長率 0.90%，減項因素(「違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」)成長率-0.019%；專款項目全年預算額度為 181.1 百萬元。經換算後，年度中醫門診醫療給付費用成長率估計值為 2.506%。(表 2)

(一)一般服務(上限制)

1.非協商因素項目與成長率：

- (1)投保人口年增率 0.271%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 95 年至 140 年人口推計」之中推計估算。
- (2)人口結構改變率 0.660%：以 94 年每人醫療給付費用為基礎，計算 95 年相對於 94 年納保人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。
- (3)醫療服務成本指數改變率 0.600%：指數採計時程為 95 年對 94 年的比值。

2.協商因素項目與成長率：

- (1)支付標準調整(0.900%)：調整針傷科治療處置(開內服藥)項目費用(0.550%)，及新增傷科複雜處置

費項目(0.350%)。應依費用成長額度，合理調整支付標準，加強相關費用之管控，並於97年6月前提報執行情形。

(2)支付標準仍應以預算中平為調整原則。其涉及成本分析與財務影響評估等專業，應請遵循健保局既有機制，經該局支付委員會通過後，再依預算中平原則進行調整。

3.減項因素：違反全民健康保險醫事服務機構特約管理辦法之扣款為3.48百萬元(成長率-0.019%)。該扣款條件，先試行一年，以後年度是否續用，於健保局提出執行狀況後再議。

4.一般服務之協商因素項目，應於年度實施前提出具體實施及監控方案(含預定達成目標及實施時程)，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98年度總額協商考量，如未達目標或成效不佳，則調整減列協商因素成長率。

(二)專款項目(依實際情形支付費用)：具體實施方案由健保局會同中醫門診總額受託單位訂定後，依法定程序辦理相關事宜，並送費協會備查。

1.資源缺乏地區改善方案：全年預算75百萬元，辦理無中醫鄉巡迴醫療服務或開業計畫。應檢討鼓勵誘因的合理性，建立資源配置優先順序，並於97年6月前提報執行成效。

2.醫療照護試辦計畫：本試辦計畫共3項，照96年度

計畫繼續辦理不擴大。全年預算 85 百萬元，移列「其他預算」，由健保局與中醫門診總額受託單位共同修訂與執行。並應於 97 年 6 月前提送成效評估報告，以為總額協商及計畫續辦與否之參考。

(1)腦血管疾病與褥瘡之西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫：本項服務限由設有中醫門診之醫院申請，經中醫門診總額受託單位審查，送健保局審核通過後實施。

(2)小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫。

(3)小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫。

3.提升傷科治療品質方案：全年預算 3 百萬元。應於 97 年 6 月前提報執行情形。

4.鼓勵接受專業自主事務委託：已簽定委託合約，可獲鼓勵款 18.1 百萬元，該預算併入一般服務結算。

四、地區預算分配(一般服務項目，不含品質保證保留款)

(一)地區範圍：以健保局六分局所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：97 年度續以試辦計畫方式辦理，試辦計畫由健保局會同中醫總額承辦團體擬訂，並依程序辦理相關事項。

(三)藥品以每點 1 元核算，自地區預算預先扣除。

(四)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保局會同中醫門診總額受託單位議定後，送費協會備查。

表 2 97 年度中醫門診總額醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)
一般服務		2.412%
非協商因素成長率		1.531%
投保人口年增率		0.271%
人口結構改變率		0.660%
醫療服務成本指數改變率		0.600%
協商因素成長率		0.900%
醫療品質 及保險對 象健康狀 況的改變	品質保證保留款	0.000%
支付項目 改變	支付標準調整--開有內服藥之針傷 科治療處置費調整	0.550%
	新增傷科複雜處置費	0.350%
減項因素		-0.019%
違反全民健康保險醫事服務機構特約管理辦 法之扣款		-0.019%
專款項目(預算)		181.1
資源缺乏地區改善方案(辦理無中醫鄉巡迴醫療 服務或開業計畫)		75.0
腦血管疾病與褥瘡之西醫住院病患中醫輔助醫 療試辦計畫		85.0
小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫		
小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫		3.0
提升傷科治療品質方案		
鼓勵接受專業自主事務委託		18.1
總費用成長率估計值 (含一般服務+專款項目)		2.506%

問 3：97 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 96 年度西醫基層醫療給付費用總額涵蓋範圍為基礎，並新增醫療科技項目。

二、實施期程：97 年 1 月至 12 月。

三、總額協定結果：一般服務醫療給付費用成長率為 3.328%，其中非協商因素成長率 1.411%，協商因素成長率 2.089%，減項因素(「違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」成長率-0.061%及「減列指示用藥之費用」成長率 -0.111%)成長率 -0.172%；專款項目全年預算額度 1,528 百萬元；門診透析服務預算成長率 9.49%。經換算後，年度西醫基層醫療給付費用成長率估計值為 3.953%。

四、依行政院衛生署之政策裁量事項，調修總額協定結果：

署就政策面裁量核增專款項目預算 164 百萬元，以納入「代謝症候群照護」，引導國人建立健康生活型態。因此，專款項目預算額度由原協定報署 1,528.6 百萬元配合修改為 1,692.6 百萬元。醫療給付費用成長率估計值並由 3.953%改為 4.129%。(表 3)

(一)一般服務(不含門診透析；上限制)

1.非協商因素項目與成長率：

(1)投保人口年增率 0.271%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 95 年至 140 年人口推計」之中推計估算。

(2)人口結構改變率 0.500%：以 94 年每人醫療給付費用為基礎，計算 95 年相對於 94 年納保人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。

(3)醫療服務成本指數改變率 0.640%：指數採計時程為 95 年對 94 年的比值。

2.協商因素項目與成長率：

(1)品質保證保留款(0.300%)：西醫基層總額執行成果，經評核為優級，獲得鼓勵款，應於 97 年 6 月前，完成醫療服務品質指標項目與監測值之檢討修訂，尤須著重品質的持續改善，及逐年設立分科指標。

(2)促進供血機制合理化(0.00026%)：比照醫院部門之方式辦理。

(3)國民健康改善計畫：97 年度不新增成長率，惟 96 年度所給成長率已納入基期，爰請續辦本計畫或將之整併於現行相關醫療給付改善方案(例如高血壓、糖尿病)中，以期能提出具體成果，納入 98 年度總額協商考量。須於 97 年 6 月前提出成效評估報告，若 97 年未能整併於醫療給付改善方案中，則應區分其與醫療給付改善方案之異同。

(4)新醫療科技(0.060%)：包括藥品、特材及新增項目。

(5)支付標準調整：成長率為 0%，對結核病醫療給付改善方案試辦計畫全面導入支付標準與開放跨表等項，請健保局依權責辦理。支付標準仍應以

預算中平為調整原則，其涉及成本分析與財務影響評估等專業，應請遵循健保局既有機制，經該局支付委員會通過後，再依預算中平原則進行調整。

- (6)因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響(含慢性病照護之增進)(0.675%)。
- (7)「西醫基層論病例計酬合理化」(0.465%)及「加強醫療服務管控、分配效率，及科別平衡」(0.589%)方案。

3.減項因素：

- (1)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款為 50 百萬元(成長率-0.061%)。該扣款條件，先試行一年，以後年度是否續用，於健保局提出執行狀況後再議。
- (2)減列指示用藥之費用為 91 百萬元(成長率-0.111%)。

4.第 5 次藥價調查及其再確認更正作業節餘款之移列與使用：

- (1)自一般服務預算移列 4.77 億元至「其他預算」項下，用於調整現行支付標準不合理項目及提升醫療品質方案。調整項目或方案，請健保局會同西醫基層總額相關團體研訂後，於 97 年 3 月前送費協會備查。
- (2)97 年度所支應費用，於協商 98 年度總額時，歸回西醫基層總額一般服務預算中。

5.一般服務之協商因素項目，應於年度實施前提出具體實施及監控方案(含預定達成目標及實施時程)，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 98 年度總額協考量，如未達目標或成效不佳，則調整減列協商因素成長率。

(二)專款項目(依實際情形支付費用)：具體實施方案由健保局會同西醫基層總額相關團體訂定後，依法定程序辦理相關事宜，並送費協會備查。

1.慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫：全年預算 8 百萬元。「新藥預定款」2 百萬元，其開放時程由健保局會同醫院及西醫基層總額相關團體研訂，若未於時程內導入，則該預算予以扣除。

2.家庭醫師整合性照護制度試辦計畫：全年預算 915 百萬元。

(1)以 300 個計畫為執行目標，但不應為維持 300 個目標群而降低標準(例如會員固定就醫率由 60% 降為 40%)，而應採汰劣納優方式使資源發揮效用。

(2)應提升預防保健涵蓋率及訂定更具體之品質指標，並逐年提升標準，及落實退場機制。

(3)須於 97 年 6 月前提報歷年執行成果及成效評估，其應包含足以呈現計畫績效之指標。

3.醫療資源缺乏地區改善方案：全年預算 100 百萬元。應於 97 年 6 月前提送成效評估報告。

- 4.醫療給付改善方案：全年預算 423.6 百萬元。應健全健保局與醫界之共同管理機制，以提升執行成效，並於 97 年 6 月前提送成效評估報告，其中須含健康改善狀況之量化指標。
 - 5.代謝症候群照護(政策核增事項)：全年預算 164.0 百萬元。應於 97 年 3 月前訂定照護計畫，及於 97 年 6 月前提報執行成效。未來若執行成效良好，可在明年協商年度總額時，納入一般服務部門協商因素之項目。
 - 6.鼓勵接受專業自主事務委託：全年預算 82 百萬元。西醫基層部門如有接受專業自主事務委託，則本項預算併入一般服務結算，未受託則予扣除。
- (三)門診透析服務(上限制獨立預算)：西醫基層本項預算 97 年度之成長率為 9.49%。其預算與醫院總額部門同項預算合併運作，97 年度之成長率合計為 3.13%。其中 0.6%成長率用於品質改善計畫，具體實施方案，由健保局門診透析總額聯合執行委員會訂定，報請衛生署核定後公告實施。

五、地區預算分配(一般服務項目，不含品質保證保留款)

- (一)地區範圍：以健保局六分局所轄範圍區分為六個地區。
- (二)分配方式：先撥 1.5 億予中區，其餘相關預算，以各地區 94 至 96 年之三年平均總額預算數之占率分配，且各地區預算成長率與 96 年預算數相較，皆不得低於 2.5%。

(三)藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除。

(四)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保局會同西醫基層總額相關團體議定後送費協會備查。



表 3 97 年度西醫基層總額醫療給付費用成長率項目表

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	
一般服務	3.328%	
非協商因素成長率	1.411%	
投保人口年增率	0.271%	
人口結構改變率	0.500%	
醫療服務成本指數改變率	0.640%	
協商因素成長率	2.089%	
醫療品質及保險對象健康狀況的改變	品質保證保留款 促進供血機制合理化 國民健康的改善(心血管疾病照護)	0.300% 0.00026% 0.000%
支付項目改變	新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目) 支付標準調整	0.060% 0.000%
其他醫療服務及密集度的改變	因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響(含慢性病照護之增進) 加強醫療服務管控、分配效率，及科別平衡 西醫基層論病例計酬合理化	0.675% 0.589% 0.465%
減項因素	-0.172%	
違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.061%	
減列指示用藥之費用	-0.111%	
第 5 次藥價調查及再確認更正作業結果之處理	(移列 4.77 億至其他預算)	
專款項目(預算)	1,692.6	
慢性 B、C 型肝炎治療計畫	8.0	
家庭醫師整合性照護制度計畫	915.0	
資源缺乏地區改善方案	100.0	
醫療給付改善方案	423.6	
代謝症候群照護	164.0	
鼓勵接受專業自主事務委託	82.0	
門診透析預算成長率(含品質改善專款)	9.490%	
總費用成長率估計值 (含一般服務+專款項目+門診透析)	4.129%	

問 4：97 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 96 年度醫院醫療給付費用總額涵蓋範圍為基礎，並新增醫療科技項目。
- 二、實施期程：97 年 1 月至 12 月。
- 三、總額協定結果：97 年度醫院醫療給付費用以最接近之兩案【4.900%(付費者方案)與 4.990%(醫界方案)】，送衛生署裁決其成長率與內涵，如表 4。
- 四、衛生署核定結果：一般服務醫療給付費用成長率為 4.870%，其中非協商因素成長率 2.771%，協商因素成長率 2.302%，減項因素(「違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」成長率-0.020%及「減列指示用藥之費用」成長率 -0.183%)成長率 -0.203%；專款項目全年預算額度為 8,142.2 百萬元；門診透析服務預算成長率 0%。經換算後，年度醫院醫療給付費用成長率估計值為 4.900%。(表 5)

(一)一般服務(不含門診透析；上限制)

1.非協商因素項目與成長率：

- (1)投保人口年增率 0.271%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 95 年至 140 年人口推計」之中推計估算。
- (2)人口結構改變率 1.840%：以 94 年每人醫療給付費用為基礎，計算 95 年納保人口年齡性別結構相對於 94 年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。

(3)醫療服務成本指數改變率 0.660%：指數採計時程為 95 年對 94 年的比值。

2.協商因素項目與成長率：

(1)促進供血機制合理運作(0.098%)：血品點值以每點 1 元核算。

(2)新醫療科技(0.393%)：包括藥品、特材、新增項目等。

(3)支付標準調整(0.122%)：包括推動 DRGs 之調整保障誘因、2 歲以下兒童門診診察費加成 20%及骨盆腔檢查支付點數調整。其中「推動 DRGs 之調整保障誘因」乙項，若 97 年 12 月底前仍未實施，則自 97 年第 4 季一般服務預算扣減本項預算額度(成長率為 0.076%)。

(4)合理反映區域醫療資源平衡(0.600%)。

(5)保險對象服務利用率及密集度成長(含重大傷病)(1.089%)。

3.減項因素：

(1)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款為 53 百萬元(-0.020%)：該扣款條件，先試行一年，以後年度是否續用，於健保局提出執行狀況後再議。

(2)減列指示用藥之費用為 483.6 百萬元(成長率 -0.183%)。

4.第 5 次藥價調查及其再確認更正作業節餘款之移列與使用：

(1)自一般服務預算移列 25.23 億元至「其他預算」項下，用於調整現行支付標準不合理項目（住院支付標準表優先）及提升醫療品質方案。調整項目或方案，請健保局會同醫院總額相關團體研訂後，於 97 年 3 月前送費協會備查。

(2)97 年度所支應費用，於協商 98 年度總額時，歸回醫院總額一般服務預算中。

5.一般服務之協商因素項目，應於年度實施前提出具體實施及監控方案(含預定達成目標及實施時程)，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 98 年度總額協考量，如未達目標或成效不佳，則調整減列協商因素成長率。

(二)專款項目(依實際情形支付費用)：具體實施方案由健保局會同醫院總額相關團體訂定後，依法定程序辦理相關事宜，並送費協會備查。

1.慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫：全年預算 1436.8 百萬元。應訂定新藥預定款之額度與時程，若未於時程內導入，則該預算予以扣除。

2.罕見疾病、血友病藥費：全年預算 3,600 百萬元。

3.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：全年預算 2,337.3 百萬元。

4.醫療給付改善方案：全年預算 504.0 百萬元。應於 97 年 6 月前提送成效評估報告，其中須含健康改善狀況之量化指標。

5.鼓勵接受專業自主事務委託：全年預算 264.1 百萬元。醫院部門如有接受專業自主事務委託，則本項預算併入一般服務結算，未受託則予扣除。

(三)門診透析服務(上限制獨立預算)：預算成長率為 0%，其預算與西醫基層總額部門同項預算合併運作，97 年度之成長率合計為 3.13%。其中 0.6%成長率用於品質改善計畫，具體實施方案，由健保局門診透析總額聯合執行委員會訂定，報請衛生署核定後公告實施。

五、地區預算分配：於扣除專款項目預算後，用於計算地區預算所採之門住診費用比為 45：55，該門診費用（45%）包含門診透析服務。

(一)地區範圍：以健保局六分局所轄範圍區分為六個地區。

(二)門診服務(一般服務項目)：

1.預算 45%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，55%依醫院總額支付制度開辦前一年各地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。

(三)住診服務(一般服務項目)：

1.預算 40%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，60%依醫院總額支付制度開辦前一年各地

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%。

(四)各地區門住診服務，經依(二)、(三)計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

(五)藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除。

(六)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由健保局會同醫院相關團體議定後送費協會備查。



表 4 97 年度醫院總額醫療給付費用成長率(送署裁決版)

項 目	付費者方案	醫院方案
	成長率(%)	成長率(%)
一般服務	4.771%	4.870%
非協商因素成長率	2.771%	2.771%
投保人口年增率	0.271%	0.271%
人口結構改變率	1.840%	1.840%
醫療服務成本指數改變率	0.660%	0.660%
協商因素成長率	2.203%	2.302%
違反全民健保醫事服務機構特約及 管理辦法之扣款	-0.020%	-0.020%
減列指示用藥之費用	-0.183%	-0.183%
第 5 次藥價調查及再確認更正作業	(移列 25.23 億元)	(移列 25.23 億元)
門診透析預算成長率 (含品質保證保留款)	0.000%	0.000%
總費用成長率估計值 (含一般服務+專款項目+門診透析)	4.900%	4.990%

表 5 97 年度醫院總額醫療給付費用成長率項目表(署核定版)

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)
一般服務	4.870%
非協商因素成長率	2.771%
投保人口年增率	0.271%
人口結構改變率	1.840%
醫療服務成本指數改變率	0.660%
協商因素成長率	2.302%
醫療品質及保險對象健康狀況的改變	0.000%
品質保證保留款	
促進供血機制合理運作	0.098%
支付項目改變	0.393%
新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目)	
支付標準調整(包括：推動 DRGs 之調整保障誘因、2 歲以下兒童門診診察費加成 20%及骨盆腔檢查支付點數調整)	0.122%
其他醫療服務及密集度的改變	0.600%
合理反映區域醫療資源平衡	
保險對象服務利用率及密集度	1.089%
減項因素	-0.203%
違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.020%
減列指示用藥之費用	-0.183%
第 5 次藥價調查及再確認更正作業	(移列 25.23 億元至其他預算)
專款項目(預算)	8,142.2
慢性 B、C 型肝炎治療計畫	1,436.8
罕見疾病、血友病藥費	3,600.0
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	2,337.3
醫療給付改善方案	504.0
鼓勵接受專業自主事務委託	264.1
門診透析預算成長率(含品質保證保留款)	0.000%
總費用成長率估計值 (含一般服務+專款項目+門診透析)	4.900%

問 5：97 年度全民健康保險醫療給付費用總額的核定內容為何？

答

一、衛生署擬訂「97 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」於 96 年 5 月報行政院，經同年 7 月 17 日奉院核定 97 年度全民健康保險醫療給付費用，以 96 年為基礎，成長率範圍為 2.30%~5.00%。

二、經費協會協定並報請衛生署核定後，於 97 年 1 月 15 日公告 97 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)牙醫門診醫療給付費用成長率 2.650%，其中一般服務醫療給付費用成長率為 2.581%，專款項目全年預算額度為 420.9 百萬元。

(二)中醫門診醫療給付費用成長率 2.506%，其中一般服務醫療給付費用成長率為 2.412%，專款項目全年預算額度為 181.1 百萬元。

(三)西醫基層醫療給付費用成長率 4.129%，其中一般服務醫療給付費用成長率為 3.328%，專款項目全年預算額度為 1,692.6 百萬元，門診透析服務預算成長率為 9.49%。

(四)醫院醫療給付費用成長率 4.900%，其中一般服務醫療給付費用成長率為 4.870%，專款項目全年預算額度為 8,142.2 百萬元，門診透析服務預算成長率為 0%。

(五)其他預算增加 316 百萬元，全年預算額度為 6,686 百萬元，採支出目標制，由健保局管控。

(六)前述部門經依 96 年度醫療費用百分比加權計算，97 年度全民健康保險醫療給付費用成長率為 4.471%；若相較於 96 年度協定總額，成長率為 4.687%。

三、97 年度其他預算及其分配：

- (一)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：全年經費 549 百萬元。
- (二)非屬各部門總額支付制度範圍之費用(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)：全年經費 2,347 百萬元。
- (三)鼓勵醫院部門提升醫療品質與用藥安全計畫：全年經費 2,429 百萬元。
- (四)支應罕病及血友病藥費、慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫、器官移植專款不足之預算：全年經費 200 百萬元。
- (五)鼓勵提升健保 IC 卡登錄及上傳資料之品質：全年經費 237 百萬元。
- (六)醫療照護試辦計畫：全年經費 85 百萬元。本項預算自中醫門診總額部門移列。
- (七)推動垂直整合論人計酬計畫：全年經費 424 百萬元。
- (八)其他預期政策改變所需經費：全年經費 500 百萬元。
- (九)第 5 次藥價調查及再確認更正作業節餘款：全年經費 3,000 百萬元。本項預算自西醫基層及醫院總額部門移列。

▼ 98 年度總額協定內容 ▼

問 1：98 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：未修訂。

二、實施期程：98 年 1 月至 12 月。

三、總額協定結果：一般服務醫療給付費用成長率為 2.513%，其中非協商因素成長率 1.920%，協商因素成長率 0.593%；專款項目全年預算額度 451.3 百萬元。經換算，年度牙醫門診醫療給付費用，於校正投保人口後，成長率估計值為 2.571%。(表 1)

(一)一般服務(上限制)

1.非協商因素項目與成長率：

(1)投保人口年增率 0.253%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 95 年至 140 年人口推計」之中推計估算。

(2)人口結構改變率-0.254%：以 95 年每人醫療給付費用為基礎，計算 96 年相對於 95 年納保人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。

(3)醫療服務成本指數改變率 1.917%：指數採計時程為 96 年對 95 年的比值。

2.協商因素項目與成長率：

(1)品質保證保留款(0.50%)：牙醫總額執行成果，經評核為「特優」級，獲得鼓勵款。應於 98 年 6 月前，完成醫療服務品質指標項目與監測值之檢討

修訂，並改善假日休診造成之就醫不便，以及民眾自費情形。

(2)其他醫療服務及密集度的改變(0.100%)：就醫人口成長對醫療費用的影響。

(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(-0.007%)。請健保局檢討執行成果，若達一定成效，則下(99)年度不須列為減項。

3.一般服務之協商因素項目中，屬計畫型預算，應於年度實施前提出具體實施及監控方案(含預定達成目標及實施時程)，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；實施成效並納入下年度總額協考量。

4.加強提升初診照護品質計畫，於93年至97年等各年均給予成長率並壓入基期，仍應持續推動與監測。

(二)專款項目(依實際情形支付費用)：具體實施方案由健保局會同牙醫門診總額受委託單位訂定後，依法定程序辦理相關事宜，並送費協會備查。

1.牙醫特殊服務：全年預算223百萬元，辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形患者、中度以上身心障礙者牙醫醫療服務。應於98年6月前提報執行成效。

2.資源缺乏地區改善方案：全年預算228.3百萬元，辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫(含馬祖地區牙周病照護網試辦計畫)。應請檢討執行情形，如：施行地區、服務模式、退場機制、支付誘因等，以照顧更多牙醫醫療資源缺乏區民眾牙

齒健康，使資源利用更具效益。並於 98 年 6 月前提報執行成效。

四、地區預算分配(一般服務項目，不含品質保證保留款)

(一)地區範圍：以健保局六分局所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：預算 100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。

(三)藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除。

(四)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保局會同牙醫門診總額受託單位議定後，送費協會備查。



表 1 98 年度牙醫門診總額醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)
一般服務		2.513%
非協商因素成長率		1.920%
投保人口年增率		0.253%
人口結構改變率		-0.254%
醫療服務成本指數改變率		1.917%
協商因素成長率		0.593%
醫療品質及保險對象健康 狀況的改變	品質保證保留款	0.500%
其他醫療服務及密集度的 改變	就醫人口成長	0.100%
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%
專款項目(預算)		451.3
牙醫特殊服務		223.0
資源缺乏地區改善方案		228.3
總費用成長率估計值 ^(註) (含一般服務+專款項目)		2.571%
較 97 年度協定總額成長率		3.033%

註：計算成長率估算值所採之基期費用，已校正投保人口成長率差值。

問 2：98 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：未修訂。
- 二、實施期程：98 年 1 月至 12 月。
- 三、總額協定結果：一般服務醫療給付費用成長率為 2.543%，其中非協商因素成長率 2.315%，協商因素成長率 0.228%；專款項目全年預算額度為 175.0 百萬元。經換算，年度中醫門診醫療給付費用，於校正投保人口後，成長率估計值為 2.486%。(表 2)

(一)一般服務(上限制)

1.非協商因素項目與成長率：

- (1)投保人口年增率 0.253%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 95 年至 140 年人口推計」之中推計估算。
- (2)人口結構改變率 0.616%：以 95 年每人醫療給付費用為基礎，計算 96 年相對於 95 年納保人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。
- (3)醫療服務成本指數改變率 1.441%：指數採計時程為 96 年對 95 年的比值。

2.協商因素項目與成長率：

- (1)品質保證保留款(0.10%)：中醫總額執行成果，經評核為「良」級，獲得鼓勵款。應於 98 年 6 月前，完成醫療服務品質指標項目(含意義)及監測值之檢討修訂，並改善民眾自費情形。
- (2)支付標準調整(0.129%)：調整針傷科治療處置(開

內服藥)項目費用(0.054%)，及嬰幼兒診察費用(0.075%)。應依費用成長額度，合理調整支付標準，加強相關費用之管控，並於98年6月前提報執行情形。

(3)違反全民健康保險醫事服務機構特約管理辦法之扣款(-0.001%)。請健保局檢討執行成果，若達一定成效，則下(99)年度不須列為減項。

3.一般服務之協商因素項目中，屬計畫型預算，應於年度實施前提出具體實施及監控方案(含預定達成目標及實施時程)，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；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(二)專款項目(依實際情形支付費用)：具體實施方案由健保局會同中醫門診總額受託單位訂定後，依法定程序辦理相關事宜，並送費協會備查。

1.資源缺乏地區改善方案：全年預算90百萬元，辦理無中醫鄉巡迴醫療服務或開業計畫。應鼓勵中醫師至資源缺乏地區提供服務，增加計畫服務鄉鎮數，並於98年6月前提報執行成效。

2.醫療照護試辦計畫：本試辦計畫共3項，全年預算85百萬元，可相互流用，預算並移列「其他預算」項下。

(1)腦血管疾病及腫瘤患者手術、化療、放射線療法後之西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫：

a.本項西醫住院病患之中醫會診輔助醫療計畫，

95~97 年含褥瘡病人輔助醫療服務，經 3 年試辦，因個案數少，同意總額受託單位所提，刪除該項目。

b. 新增腫瘤患者中醫輔助醫療服務，應擇具有實證療效之項目試辦，計畫於 97 年 11 月底前送費協會備查，並於 98 年 6 月前提報執行情形。

c. 本計畫限由設有中醫門診之西醫醫院申請，經中醫門診總額受託單位審查，送健保局審核通過後實施。

(2) 小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫及小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫：照 97 年計畫繼續試辦。另計畫已試辦 3 年，應檢討計畫療效及成本效益，於 98 年 6 月前提報計畫成效評估及未來建議，以為總額協商參考。

四、地區預算分配(一般服務項目，不含品質保證保留款)

(一) 地區範圍：以健保局六分局所轄範圍區分為六個地區。

(二) 分配方式：在下述前提下，98 年度之分配，可再以試辦計畫方式辦理。

1. 應檢討預算分配方式，設法提高資源較不足區醫師數，並改善中區及台北區醫師成長率過高現象，以促進醫療資源往均衡方向發展。

2. 須按季監控民眾就醫公平性與醫療資源分布等指標，維護民眾權益不受損。

(三) 藥品以每點 1 元核算，自地區預算預先扣除。

(四)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保局會同中醫門診總額受託單位議定後，送費協會備查。

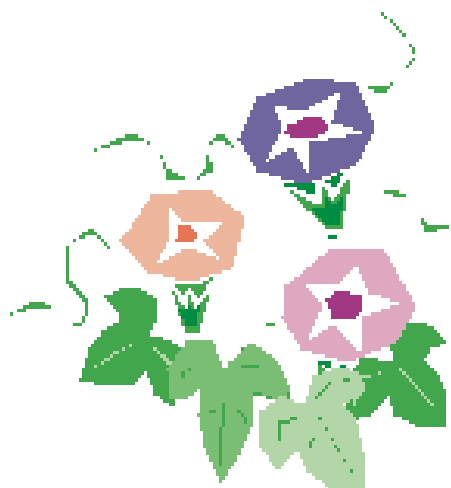


表 2 98 年度中醫門診總額醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)
一般服務		2.543%
非協商因素成長率		2.315%
投保人口年增率		0.253%
人口結構改變率		0.616%
醫療服務成本指數改變率		1.441%
協商因素成長率		0.228%
醫療品質及保險對象健康狀況的改變	品質保證保留款	0.100%
支付項目改變	支付標準調整 --嬰幼兒診察給付費調整	0.075%
	--開有內服藥之針傷科治療處置費調整	0.054%
違反全民健康保險醫事服務機構特約管理辦法之扣款		-0.001%
專款項目(預算)		175.0
資源缺乏地區改善方案(辦理無中醫鄉巡迴醫療服務或開業計畫)		90.0
腦血管疾病及腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫		85.0
小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫		
小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫		
總費用成長率估計值 ^(註) (含一般服務+專款項目)		2.486%
較 97 年度協定總額成長率		2.950%

註：計算成長率估算值所採之基期費用，已校正投保人口成長率差值。

問 3：98 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 97 年度西醫基層醫療給付費用總額涵蓋範圍為基礎，並新增醫療科技項目。

二、實施期程：98 年 1 月至 12 月。

三、總額協定結果：一般服務醫療給付費用成長率為 3.247%，其中非協商因素成長率 2.543%，協商因素成長率 0.704%；專款項目全年預算額度 1,329 百萬元；門診透析服務預算成長率 8.242%。經換算，年度西醫基層醫療給付費用，於校正投保人口後，成長率估計值為 3.346%。

(表 3)

(一)一般服務(不含門診透析；上限制)

1.非協商因素項目與成長率：

(1)投保人口年增率 0.253%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 95 年至 140 年人口推計」之中推計估算。

(2)人口結構改變率 0.657%：以 95 年每人醫療給付費用為基礎，計算 96 年相對於 95 年納保人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。

(3)醫療服務成本指數改變率 1.627%：指數採計時程為 96 年對 95 年的比值。

2.協商因素項目與成長率：

(1)品質保證保留款(0.000%)：應於 98 年 6 月前，完成新增及檢討修正醫療服務品質指標項目及監測值，並改善民眾自費情形。

(2)新醫療科技(0.032%)及支付標準調整(0.311%)：具體方

案請健保局會同西醫基層總額受託單位議定後，於 97 年 12 月底前將方案送費協會備查，若未能於年度開始前實施，則扣減本項成長率。

(3)因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響(提升慢性病照護品質)(0.400%)：於 98 年 6 月前提出具體成果。

(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(-0.039%)。請健保局檢討執行成果，若達一定成效，則下(99)年度不須列為減項。

3.一般服務之協商因素項目中，屬計畫型預算，應於年度實施前提出具體實施及監控方案(含預定達成目標及實施時程)，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；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(二)專款項目(依實際情形支付費用)：具體實施方案由健保局會同西醫基層總額受託單位訂定後，依法定程序辦理相關事宜，並送費協會備查。

1.慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫：全年預算 15 百萬元，不足部分由其他預算支應。應訂定新藥及新療程預定款之額度與時程，若未於時程內導入，則該預算予以扣除，並於 98 年 6 月前提出歷年執行成果及成效評估報告。

2.家庭醫師整合性照護制度計畫：全年預算 915 百萬元。以 300 個計畫為執行目標，應加強檢討及落實退場機制，並於 98 年 6 月前提出歷年執行成果及成效評估報

告。

- 3.醫療資源缺乏地區改善方案：全年預算 100 百萬元。應於 98 年 6 月前提送成效評估報告。
- 4.醫療給付改善方案：全年預算 299 百萬元。應於 98 年 6 月前提送成效評估報告，其中須含健康改善狀況之量化指標。

(三)門診透析服務(上限制獨立預算)：

- 1.西醫基層本項預算 98 年度之成長率為 8.242%。其預算與醫院總額部門同項預算合併運作，98 年度之成長率合計為 2.886%，其中 0.3%成長率用於品質改善計畫。
- 2.品質改善具體實施方案(應含動支原則及目標值，並於達成目標後始得動用)，由健保局門診透析總額聯合執行委員會訂定，報請衛生署核定後公告實施；其動支原則內容應包含下列各項：
 - (1)提升門診透析醫療品質。
 - (2)持續推動 Pre-ESRD 病人衛教方案。

四、地區預算分配(一般服務項目，不含品質保證保留款)

(一)地區範圍：以健保局六分局所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

- 1.預算 65%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，35%依西醫基層總額支付制度開辦前一年各地區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 90%，標準化死亡比占 10%)，再校正西醫基層門診市場占有率。

(三)藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除。

(四)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保局會同西醫基層總額受託單位議定後送費協會備查。



表 3 98 年度西醫基層總額醫療給付費用成長率項目表

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	
一般服務	3.247%	
非協商因素成長率	2.543%	
投保人口年增率	0.253%	
人口結構改變率	0.657%	
醫療服務成本指數改變率	1.627%	
協商因素成長率	0.704%	
醫療品質及 保險對象健 康狀況的改 變	品質保證保留款	0.000%
支付項目改 變	新醫療科技(包括藥品、特材及新增項 目)	0.032%
	支付標準調整	0.311%
其他醫療服 務及密集度 的改變	因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費 用成長之影響(提升慢性病照護品質)	0.400%
違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣 款		-0.039%
專款項目(預算)	1,329.0	
慢性 B、C 型肝炎治療計畫	15.0	
家庭醫師整合性照護制度計畫	915.0	
資源缺乏地區改善方案	100.0	
醫療給付改善方案	299.0	
門診透析預算成長率(含品質改善專款)	8.242%	
總費用成長率估計值 ^(註) (含一般服務+專款項目+門診透析)	3.346%	
較 97 年度協定總額成長率	3.756%	

註：計算成長率估算值所採之基期費用，已校正投保人口成長率差值。

問 4：98 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 97 年度醫院醫療給付費用總額涵蓋範圍為基礎，並新增醫療科技項目。

二、實施期程：98 年 1 月至 12 月。

三、總額協定結果：98 年度醫院醫療給付費用，經醫院部門與付費者代表以健保局擬具之草案進行協商，但未有共識，尊重雙方意見，將其各自之主張併陳衛生署裁決。

(一) 付費者主張之方案：

1. 同意健保局所擬草案，但其中「醫療給付改善方案」預算由 425.3 百萬元調為 287.3 百萬元，主要內涵為：

一般服務醫療給付費用成長率為 4.521%，其中非協商因素成長率 3.836%，協商因素成長率 0.685%；專款項目全年預算額度為 8,890.6 百萬元；門診透析服務預算成長率 0%。經換算，年度醫院醫療給付費用，於校正投保人口後，成長率估計值為 4.363%。(表 4)

2. 若衛生署同意醫院代表訴求，將「新醫療科技」改列在專款項目下，則其預算，除健保局所編之新增額度外，尚須將替代效應額度自一般服務預算中一併移至本項下。

(二) 醫院主張之方案：

1. 非協商因素成長率：3.836%。

2. 協商因素項目及其成長率：

(1) 「違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」乙項，建議刪除。

(2)其餘項目及衛生署所交付總額政策目標之必要執行項目，宜改列為專款項目，或由其他預算項下支應。

3.門診透析服務預算成長率：0%。

四、衛生署核定結果：一般服務成長率 4.222%，其中非協商因素成長率 3.836%，協商因素成長率 0.386%；專款項目全年預算額度為 10,023.1 百萬元；門診透析服務預算成長率 0%。經換算，年度醫院醫療給付費用，於校正投保人口後，成長率估計值為 4.461%。(表 5)

(一)一般服務(不含門診透析；上限制)

1.非協商因素項目與成長率：

(1)投保人口年增率 0.253%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 95 年至 140 年人口推計」之中推計估算。

(2)人口結構改變率 1.960%：以 95 年每人醫療給付費用為基礎，計算 96 年相對於 95 年納保人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。

(3)醫療服務成本指數改變率 1.614%：指數採計時程為 96 年對 95 年的比值。

2.協商因素項目與成長率：

(1)品質保證保留款(0.000%)：應於 98 年 6 月前，完成新增及檢討修正醫療服務品質指標項目及監測值，並改善民眾自費情形。

(2)新醫療科技(0.325%)：其中新增支付標準項目成長率 0.11%，由健保局訂定相關項目之預算與開放時程，若未於時程內導入，則預算扣除。

(3)保險對象服務利用率及密集度成長(0.072%)。

(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(-0.011%)。請健保局檢討執行成果，若達一定成效，則下(99)年度不須列為減項。

3.一般服務之協商因素項目中，屬計畫型預算，應於年度實施前提出具體實施及監控方案(含預定達成目標及實施時程)，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；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(二)專款項目(依實際情形支付費用)：具體實施方案由健保局會同醫院總額相關團體訂定後，依法定程序辦理相關事宜，並送費協會備查。

1.慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫：全年預算 1,484 百萬元(含開放 B 型肝炎治療新藥與 C 型肝炎治療新療程預算 231 百萬元)，不足部分由其他預算支應。應於 98 年 6 月前提送歷年執行成果及成效評估報告。

2.罕見疾病、血友病藥費：全年預算 4,782 百萬元，不足部分由其他預算支應。應於 98 年 6 月前提送醫療利用及成長原因分析報告。

3.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：全年預算 2,337.3 百萬元，不足部分由其他預算支應。應於 98 年 6 月前提送成果報告。

4.醫療給付改善方案：全年預算 287.3 百萬元。應於 98 年 6 月前提送成效評估報告。

5.提升住院護理照護品質：全年預算 832.5 百萬元。

6.推動 DRGs 之調整與鼓勵：全年預算 300 百萬元。依實

際導入實施之季別，併醫院總額一般服務預算結算。

(三)門診透析服務(上限制獨立預算)：

- 1.醫院本項預算 98 年度之成長率為 0%。其預算與西醫基層部門同項預算合併運作，98 年度之成長率合計為 2.886%。其中 0.3%成長率用於品質改善計畫。
- 2.品質改善具體實施方案(應含動支原則及目標值，並於達成目標後始得動用)，由健保局門診透析總額聯合執行委員會訂定，報請衛生署核定後公告實施；其動支原則內容應包含下列各項：
 - (1)提升門診透析醫療品質。
 - (2)持續推動 Pre-ESRD 病人衛教方案。

五、地區預算分配：於扣除專款項目預算後，用於計算地區預算所採之門住診費用比為 45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

(一)地區範圍：以健保局六分局所轄範圍區分為六個地區。

(二)門診服務(不含門診透析服務、專款項目預算)：

- 1.預算 45%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，55%依醫院總額支付制度開辦前一年各地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。

(三)住診服務(不含專款項目預算)：

- 1.預算 40%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，60%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區保險對

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%。

(四) 各地區門住診服務，經依(二)、(三)計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

(五) 藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除。

(六) 需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由健保局會同醫院總額相關團體議定後送費協會備查。



表 4 98 年度醫院總額醫療給付費用成長率項目表
(付費者代表方案)

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	
一般服務	4.521%	
非協商因素成長率	3.836%	
投保人口年增率	0.253%	
人口結構改變率	1.960%	
醫療服務成本指數改變率	1.614%	
協商因素成長率	0.685%	
醫療品質及 保險對象健 康狀況的改 變	品質保證保留款	0.000%
支付項目改 變	新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目)	0.325%
	支付標準調整	0.299%
其他醫療 服務及密 集度的改 變	保險對象服務利用率及密集度	0.072%
違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款		-0.011%
專款項目(預算)	8,890.6	
慢性 B、C 型肝炎治療計畫	1,484.0	
罕見疾病、血友病藥費	4,782.0	
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	2,337.3	
醫療給付改善方案	287.3	
門診透析預算成長率(含品質保證保留款)	0.000%	
總費用成長率估計值 ^(註) (含一般服務+專款項目+門診透析)	4.363%	
較 97 年度協定總額成長率	4.789%	

註：計算成長率估算值所採之基期費用，已校正投保人口成長率差值。

表 5 98 年度醫院總額醫療給付費用成長率項目表(署核定版)

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)
一般服務		4.222%
非協商因素成長率		3.836%
投保人口年增率		0.253%
人口結構改變率		1.960%
醫療服務成本指數改變率		1.614%
協商因素成長率		0.386%
醫療品質及保險對象 健康狀況的改變	品質保證保留款	0.000%
支付項目改變	新醫療科技(包括藥品、特材及新 增項目)	0.325%
其他醫療服務及密集 度的改變	保險對象服務利用率及密集度	0.072%
違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款		-0.011%
專款項目(預算)		10,023.1
慢性 B、C 型肝炎治療計畫		1,484.0
罕見疾病、血友病藥費		4,782.0
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質		2,337.3
醫療給付改善方案		287.3
提升住院護理照護品質		832.5
推動 DRGs 之調整與鼓勵		300.0
門診透析預算成長率(含品質保證保留款)		0.000%
總費用成長率估計值 ^(註) (含一般服務+專款項目+門診透析)		4.461%
較 97 年度協定總額成長率		4.887%

註：計算成長率估算值所採之基期費用，已校正投保人口成長率差值。

問 5：98 年度全民健康保險醫療給付費用總額的核定內容為何？

- 答** 一、衛生署擬訂「98 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」於 97 年 6 月報行政院，經同年 8 月 6 日奉院核定 98 年度全民健康保險醫療給付費用，以 97 年為基礎，成長率範圍為 3.363%~5.1%。
- 二、經費協會協定並報請衛生署核定後，於 98 年 1 月 7 日公告 98 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)牙醫門診醫療給付費用成長率 2.571%，其中一般服務醫療給付費用成長率為 2.513%，專款項目全年預算額度為 451.3 百萬元。
 - (二)中醫門診醫療給付費用成長率 2.486%，其中一般服務醫療給付費用成長率為 2.543%，專款項目全年預算額度為 175 百萬元。
 - (三)西醫基層醫療給付費用成長率 3.346%，其中一般服務醫療給付費用成長率為 3.247%，專款項目全年預算額度為 1,329 百萬元，門診透析服務預算成長率為 8.242%。
 - (四)醫院醫療給付費用成長率 4.461%，其中一般服務醫療給付費用成長率為 4.222%，專款項目全年預算額度為 10,023.1 百萬元，門診透析服務預算成長率為 0%。
 - (五)其他預算減少 2,256.9 百萬元，全年預算額度為 4,429.1 百萬元，採支出目標制，由健保局管控。
 - (六)前述部門經依 97 年度醫療費用百分比加權計算，98 年度全民健康保險醫療給付費用成長率為 3.455%；若相較於 97 年度協定總額，成長率為 3.874%。

三、98 年度其他預算及其分配：

- (一)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：全年經費 603.9 百萬元。
- (二)非屬各部門總額支付制度範圍之費用(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)：全年經費 2,455 百萬元。
- (三)支應罕病及血友病藥費、慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫、器官移植專款不足之預算：全年經費 200 百萬元。
- (四)鼓勵提升健保 IC 卡登錄及上傳資料之品質：全年經費 18.2 百萬元。
- (五)推動促進醫療體系整合計畫：全年經費 452 百萬元。
- (六)其他預期政策改變所需經費：全年經費 500 百萬元。
- (七)增進偏遠地區醫療服務品質：全年經費 200 百萬元。
- (八)醫療照護試辦計畫：全年經費 85 百萬元。本項預算自中醫門診總額部門移列。



99 年度總額協定內容

問 1：99 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：未修訂。

二、實施期程：99 年 1 月至 12 月。

三、總額協定結果：一般服務醫療給付費用成長率為 1.389%，其中非協商因素成長率 0.019%、協商因素成長率 1.370%；專款項目全年預算額度 651.3 百萬元。經換算，年度牙醫門診醫療給付費用，於校正投保人口後，成長率估計值為 1.941%；若相較於 98 年度協定總額，成長率為 2.515%。(表 1)

(一)一般服務(上限制)

1.非協商因素項目與成長率(照衛生署報奉行政院核定公式與數值計列，不協商)：

(1)投保人口年增率 0.349%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 97 年至 145 年人口推計」之中推計估算。

(2)人口結構改變率-0.136%：以 96 年每人醫療給付費用為基礎，計算 97 年相對於 96 年納保人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。

(3)醫療服務成本指數改變率-0.193%：指數採計時程為 97 年對 96 年的比值。

2.協商因素項目與成長率：

(1)品質保證保留款(0.25%)：

a.依牙醫門診總額品質保證保留款實施方案支付。

b.中央健康保險局應會同牙醫門診總額受託單位，於

99年7月前，完成醫療服務品質指標項目與監測值之檢討修訂，並應建立民眾自費監控機制，及改善假日休診造成民眾就醫不便情形。

(2) 牙周病統合照護計畫(1.110%)：

a. 照護人數至少 63,200 人。

b. 具體實施方案應包含照護內容與支付方式、預期效益與評估指標、收案對象後續之自費限制(例如：健保已支付項目，不應再請病人自費)與相關規範等。

(3) 正子造影(0.014%)。

(4) 加強提升初診照護品質計畫(0%)：

於 93 年至 97 年等各年均給予成長率並壓入基期。為達本項預算原預期效益，牙醫總額受託單位應會同中央健康保險局訂定更嚴謹實施方案，包括收案條件、支付方式(含不予支付指標)及長期評估指標等。

(5) 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款為 1.4 百萬元(成長率-0.004%)。

3. 一般服務之協商因素項目中，其屬計畫型者，應於年度實施前提出具體實施及監控方案(含預定達成目標及評估指標)，若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則應扣減當年度之成長率。各計畫之執行情形應即時檢討，並於 99 年 7 月前將執行成果提報至評核會議；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(二) 專款項目：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險局會同牙醫門診總額受託單位訂定後，依法定程序

辦理相關事宜，並送費協會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於 98 年 11 月底前完成；新增方案原則於 98 年 12 月底前完成；若有特殊情形經提委員會議同意後，得予延長。各計畫之執行成果或成效評估，應於 99 年 7 月前提報至評核會議(新增方案僅需提供計畫內容及初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協考量。

1. 牙醫特殊服務：

- (1) 全年經費 423 百萬元，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牙醫醫療服務。
- (2) 身心障礙者牙醫醫療服務，限用於符合條件之障別，且應一併檢討修訂其加成規定、麻醉使用及支付標準等。

2. 資源缺乏地區改善方案：

- (1) 全年經費 228.3 百萬元，辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫(含馬祖地區牙周病照護網試辦計畫)。
- (2) 應持續檢討執行情形，如施行地區及退場機制等，以使資源利用更具效益。

四、地區預算分配：

(一) 地區範圍：以中央健康保險局六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二) 分配方式：

1. 自一般服務費用分別移撥 5,000 萬元及 0.5% 成長率，用於「牙醫門診總額支付制度醫療特殊艱困地區提升照護獎勵方案」，及挹注品質保證保留款。

2.一般服務費用，於扣除上開 5000 萬元及 0.75%品質保證保留款(含原協議之 0.25%成長率及挹注之 0.5%成長率)後，100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配；移撥之 5,000 萬元經費若有結餘，則回歸一般服務費用。

(三)藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除

(四)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險局會同牙醫門診總額受託單位議定後，送費協會備查。

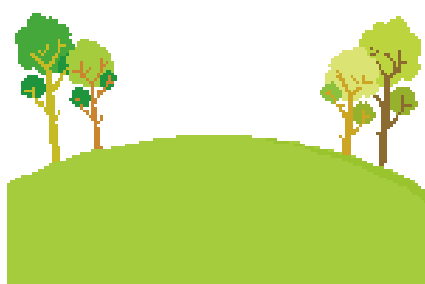


表 1 99 年度牙醫門診總額醫療給付費用成長率項目表

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)
一般服務成長率		1.389%
非協商因素成長率		0.019%
投保人口數年增率		0.349%
人口結構改變率		-0.136%
醫療服務成本指數改變率		-0.193%
協商因素成長率		1.370%
醫療品質及保險對象健康狀況的改變	品質保證保留款	0.250%
支付項目的改變	牙周病統合照護計畫	1.110%
	正子造影	0.014%
	提升初診照護品質計畫	0.000%
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.004%
專款項目(全年計畫經費)		651.3
牙醫特殊服務		423.0
資源缺乏地區改善方案		228.3
總成長率 ^(註) (一般服務+專款)		1.941%
較 98 年度協定總額成長率		2.515%

註：計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。

問 2：99 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：未修訂。

二、實施期程：99 年 1 月至 12 月。

三、總額協定結果：一般服務醫療給付費用成長率為 1.035%，其中非協商因素成長率 0.998%、協商因素成長率 0.037%；專款項目全年預算額度為 265.0 百萬元。經換算，年度中醫門診醫療給付費用，於校正投保人口後，成長率估計值為 1.490%；若相較於 98 年度協定總額，成長率為 2.063%。(表 2)

(一)一般服務(上限制)

1.非協商因素項目與成長率(照衛生署報奉行政院核定公式與數值計列，不協商)：

(1)投保人口年增率 0.349%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 97 年至 145 年人口推計」之中推計估算。

(2)人口結構改變率 0.483%：以 96 年每人醫療給付費用為基礎，計算 97 年相對於 96 年納保人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。

(3)醫療服務成本指數改變率 0.164%：指數採計時程為 97 年對 96 年的比值。

2.協商因素項目與成長率：

(1)品質保證保留款(0.050%)：

a.依中醫門診總額品質保證保留款實施方案支付。

b.中央健康保險局應會同中醫門診總額受託單位，於 99 年 7 月前，以促進醫療品質為方向，完成醫療服

務品質指標項目及監測值之檢討修訂，並對民眾滿意度下降的項目，謀求改善。

(2)違反全民健康保險醫事服務機構特約管理辦法之扣款為 2.6 百萬元(成長率-0.013%)。

(二)專款項目：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險局會同中醫門診總額受託單位訂定後，依法定程序辦理相關事宜，並送費協會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於 98 年 11 月底前完成；新增方案原則於 98 年 12 月底前完成；若有特殊情形經提委員會議同意後，得予延長。各計畫之執行成果或成效評估，應於 99 年 7 月前提報至評核會議(新增方案僅需提供計畫內容及初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協考量。

1.資源缺乏地區改善方案

- (1)全年經費 90 百萬元，辦理無中醫鄉巡迴醫療服務及執業計畫。
- (2)應鼓勵中醫師至資源缺乏地區提供服務，並加強推動無中醫鄉執業計畫。

2.中醫照護計畫(全年經費 175 百萬元)：

- (1)3 項延續性試辦計畫(含腦血管疾病及腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫，小兒腦性麻痺及小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫)，經費 85 百萬元，可相互流用，照 98 年度計畫繼續辦理。

a.腦血管疾病及腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西

醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫：本項服務限由設有中醫門診之醫院申請，於經中醫門診總額受託單位審查，送中央健康保險局審核通過後實施。

b.本 3 項計畫已試辦 4 年，中醫總額受託單位及健保局應提出完整之評估報告，內容分別為：

(a)中醫門診總額受託單位：含生、心理之療效評估、經濟效益評估及評估方法。

(b)健保局：含歷年醫療利用情形、參加計畫與未參加計畫者之中西醫療利用情形與費用分析及未來建議。

(2)新增「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」，經費 90 百萬元：

應擬定具體實施計畫，並限定執行院所及執行期限(以治療黃金期為限)。

(3)上開 3 項延續性試辦計畫與「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」之經費，得於 15 百萬額度內相互流用。

四、地區預算分配：

(一)地區範圍：以中央健康保險局六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：在下述前提下，99 年度之分配，可再以試辦計畫方式辦理：

1.應檢討分配參數，試辦計畫內容由中央健康保險局會同中醫門診總額受託單位擬訂，送請衛生署核定後據以施行。

2.試辦計畫須以不影響民眾就醫權益為原則，爰應持續按

季監控民眾就醫公平性與醫療資源分布等指標。

3.為提升民眾就醫公平性，仍應設法提高資源較不足區醫師數，並加強資源較不足區民眾之醫療服務，尤其東區，預算獲保障，卻未見相對提升服務，應設定管控指標或調整預算。

(三)藥品以每點 1 元核算，自地區預算預先扣除。

(四)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險局會同中醫門診總額受託單位議定後送費協會備查。



表 2 99 年度中醫門診總額醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)
一般服務成長率		1.035%
非協商因素成長率		0.998%
投保人口年增率		0.349%
人口結構改變率		0.483%
醫療服務成本指數改變率		0.164%
協商因素成長率		0.037%
醫療品質及保險對 象健康狀況的改變	品質保證保留款	0.050%
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及 管理辦法之扣款	-0.013%
專款項目(全年計畫經費)		265.0
資源缺乏地區改善方案 1.辦理無中醫鄉巡迴醫療服務 2.辦理無中醫鄉執業計畫		90.0
腦血管疾病及腫瘤患者手術、化療、放射線療法後 西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫		85.0
小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫		
小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫		
腦血管疾病後遺症門診照護計畫		90.0
總成長率 ^(註) (一般服務+專款項目)		1.490%
較 98 年度協定總額成長率		2.063%

註：計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。

問 3：99 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 98 年度西醫基層醫療給付費用總額涵蓋範圍為基礎，並新增醫療科技項目。

二、實施期程：99 年 1 月至 12 月。

三、總額協定結果：一般服務醫療給付費用成長率為 1.463%，其中非協商因素成長率 1.032%、協商因素成長率 0.431%；專款項目全年預算額度 1,575 百萬元；門診透析服務預算成長率 6.428%。經換算，年度西醫基層醫療給付費用，於校正投保人口後，成長率估計值為 2.236%；若相較於 98 年度協定總額，成長率為 2.742%。(表 3)

(一)一般服務(上限制)

1.非協商因素項目與成長率(照衛生署報奉行政院核定公式與數值計列，不協商)：

(1)投保人口年增率 0.349%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 97 年至 145 年人口推計」之中推計估算。

(2)人口結構改變率 0.603%：以 96 年每人醫療給付費用為基礎，計算 97 年相對於 96 年納保人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。

(3)醫療服務成本指數改變率 0.078%：指數採計時程為 97 年對 96 年的比值。

2.協商因素項目與成長率：

(1)品質保證保留款(0.000%)：

應完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目及監測值，並改善假日休診造成民眾就醫不便情形。

(2)新醫療科技(0.113%)及支付標準調整(0.014%)：

預定新增之 5 項跨表項目，應於 98 年 12 月底前完成相關程序(含適應症之訂定)，若未能於年度開始時實施，則扣減本項成長率。

(3)因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響(慢性病照護之增進)(0.389%)：

鼓勵西醫基層對慢性病照護之增進，由中央健康保險局會同西醫基層總額受託單位訂定照護之目標值。

(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為 75.4 百萬元(成長率-0.085%)。

3.一般服務之協商因素項目中，其屬計畫型者，應於年度實施前提出具體實施及監控方案(含預定達成目標及評估指標)，若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則應扣減當年度之成長率。各計畫之執行情形應即時檢討，並於 99 年 7 月前將執行成果提報至評核會議；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(二)專款項目：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險局會同西醫基層總額受託單位訂定後，依法定程序辦理相關事宜，並送費協會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於 98 年 11 月底前完成；新增方案原則於 98 年 12 月底前完成；若有特殊情形經提委員會議同意後，得予延長。各計畫之執行成果或成效評估，應於 99 年 7 月前提報至評核會議(新增方案僅需提供計畫內容及初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

- 1.慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫：全年經費 60 百萬元。
- 2.家庭醫師整合性照護制度計畫：
 - (1)全年經費 1,115 百萬元。
 - (2)應於協定額度內，妥為運作，並加強檢討及落實退場機制，掌握退場原因，及檢視退場者重新加入新方案之比例。
- 3.醫療資源缺乏地區改善方案：全年經費 100 百萬元。
- 4.醫療給付改善方案：
 - (1)全年經費 300 百萬元(含原有方案 3 項及新增方案 2 項)。
 - (2)應訂定各方案照護率之目標值，並定期檢討各方案之執行成效，及建立未達目標之處理與退場機制。

(三)門診透析服務(上限制)：

- 1.西醫基層本項服務費用成長率為 6.428%。
- 2.與醫院部門同項服務合併運作，兩部門合計費用之成長率為 2%。
- 3.其中 0.16%成長率用於品質改善計畫，並以下列事項為重點。具體實施方案，由中央健康保險局門診透析總額聯合執行委員會訂定，報請衛生署核定後公告實施。
 - (1)加強推動 Pre-ESRD 相關計畫。
 - (2)提升門診透析醫療服務品質。

四、地區預算分配：

- (一)地區範圍：以中央健康保險局六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。
- (二)分配方式：

預算 65%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，35%依西醫基層總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

(三)藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除。

(四)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，如仍有部分服務需採點值保障，請中央健康保險局會同西醫基層總額受託單位議定後送費協會備查。



表 3 99 年度西醫基層醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)
一般服務成長率		1.463%
非協商因素成長率		1.032%
投保人口年增率		0.349%
人口結構改變率		0.603%
醫療服務成本指數改變率		0.078%
協商因素成長率		0.431%
醫療品質及保險 對象健康狀況的 改變	品質保證保留款	0.000%
支付項目的改變	新醫療科技(包括藥品、特材 及新增項目)	0.113%
	支付標準調整	0.014%
其他醫療服務及 密集度的改變	因就醫可近性提升，對就醫人 數及醫療費用成長之影響(慢 性病照護之增進)	0.389%
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構 特約及管理辦法之扣款	-0.085%
專款項目(全年計畫經費)		1,575
慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫		60
家庭醫師整合性照護制度計畫		1,115
醫療資源缺乏地區改善方案		100
醫療給付改善方案		300
(一般服務+專款)成長率		1.716%
較 98 年(一般服務+專款)成長率		2.282%
門診透析服務成長率(含品質改善計畫)		6.428%
總成長率 ^(註) (一般服務+專款+門診透析)		2.236%
較 98 年協定總額成長率		2.742%

註：計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。

問 4：99 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 98 年度醫院醫療給付費用總額涵蓋範圍為基礎，並新增醫療科技項目。
- 二、實施期程：99 年 1 月至 12 月。
- 三、總額協定結果：一般服務醫療給付費用成長率為 3.051%，其中非協商因素成長率 2.312%、協商因素成長率 0.739%；專款項目全年預算額度 10,005.5 百萬元；門診透析服務預算成長率-0.582%。經換算，年度醫院醫療給付費用，於校正投保人口後，成長率估計值為 2.734%；若相較於 98 年度協定總額，成長率為 3.256%。(表 4)

(一)一般服務(上限制)

1.非協商因素項目與成長率(照衛生署報奉行政院核定公式與數值計列，不協商)：

- (1)投保人口年增率 0.349%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 97 年至 145 年人口推計」之中推計估算。
- (2)人口結構改變率 1.699%：以 96 年每人醫療給付費用為基礎，計算 97 年相對於 96 年納保人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。
- (3)醫療服務成本指數改變率 0.257%：指數採計時程為 97 年對 96 年的比值。

2.協商因素項目與成長率：

(1)品質保證保留款(0.000%)：

應完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目及監測值，並改善民眾自費情形。

(2)新醫療科技(0.482%)：

- a.其中新增支付標準項目成長率 0.103%(約 3 億元)，由中央健康保險局訂定相關項目之額度與開放時程，若未於時程內導入，則扣除該額度。
- b.骨骼造影以 NaF18 取代 Mo-99，所增列費用(3.9 億元)，若 99 年並未發生取代或取代之費用占率未達 8 成時，則執行數與協定額度之差額予以扣減。

(3)配合新制醫院評鑑(0.069%)：

配合衛生署新制醫院評鑑政策，對評鑑結果符合條件之地區醫院，其住院病房費與護理費比照地區教學醫院之支付點數。

(4)提升急診照護品質(0.172%)：

配合衛生署實施急診採五級檢傷分類政策，調整支付標準。

(5)提升嬰幼兒照護品質(0.034%)：

調整新生兒中重度病床護理費及嬰幼兒處置等之支付點數。

(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為 51.2 百萬元(成長率-0.018%)

3.一般服務之協商因素項目中，其屬計畫型者，應於年度實施前提出具體實施及監控方案(含預定達成目標及評估指標)，若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則應扣減當年度之成長率。各計畫之執行情形應即時檢討，並於 99 年 7 月前將執行成果提報至評核會議；實施成效並納入下年度總額協考量。

(二)專款項目：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險局會同醫院總額相關團體訂定後，依法定程序辦理相關事宜，並送費協會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於 98 年 11 月底前完成；新增方案原則於 98 年 12 月底前完成；若有特殊情形經提委員會會議同意後，得予延長。各計畫之執行成果或成效評估，應於 99 年 7 月前提報至評核會議(新增方案僅需提供計畫內容及初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫：

全年經費 622.0 百萬元，不足部分由當年度之藥價調整節餘款優先支應。

2.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

全年經費 2,881.7 百萬元，不足部分由其他預算支應。

3.罕見疾病、血友病藥費：

全年經費 4,782.0 百萬元，不足部分由其他預算支應。

4.醫療給付改善方案：

(1)全年經費 587.3 百萬元(含原有方案 4 項及新增方案 2 項)。

(2)應訂定各方案照護率之目標值，並定期檢討各方案之執行成效，及建立未達目標之處理與退場機制。

5.提升住院護理照護品質：全年經費 832.5 百萬元。

6.推動 DRGs 之調整與鼓勵：

(1)全年經費 300.0 百萬元。

(2)依實際導入實施之季別，併醫院總額一般服務費用結算。

(三)門診透析服務(上限制)：

1. 醫院本項服務費用成長率為-0.582%。
2. 與西醫基層部門同項服務合併運作，兩部門合計費用之成長率為 2%。
3. 其中 0.16% 成長率用於品質改善計畫，並以下列事項為重點。具體實施方案，由中央健康保險局門診透析總額聯合執行委員會訂定，報請衛生署核定後公告實施。
 - (1) 加強推動 Pre-ESRD 相關計畫。
 - (2) 提升門診透析醫療服務品質。

四、地區預算分配：

(一) 地區範圍：以中央健康保險局六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二) 分配方式：

1. 門診服務(不含門診透析服務、專款項目)：預算 45% 依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，55% 依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。
2. 住診服務(不含專款項目)：預算 40% 依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，60% 依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。
3. 各地區門住診服務，經依 1、2 計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

(三) 藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除。

(四) 需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，如仍有部分服務需採點值保障，請中央健康保險局會同西醫基層總額受託單位議定後送費協會備查。

表 4 99 年度醫院總額醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)
一般服務成長率		3.051%
非協商因素成長率		2.312%
投保人口年增率		0.349%
人口結構改變率		1.699%
醫療服務成本指數改變率		0.257%
協商因素成長率		0.739%
醫療品質及保險 對象健康狀態的 改變	品質保證保留款	0.000%
支付項目的改變	新醫療科技(包括藥品、特材、新增 項目等)	0.482%
	配合新制醫院評鑑	0.069%
	提升急診照護品質	0.172%
	提升嬰幼兒照護品質	0.034%
其他醫療服務及密 集度的改變	保險對象服務利用率及密集度成長	0.000%
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管 理辦法之扣款	-0.018%
專款項目(全年計畫經費)		10,005.5
慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫		622.0
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質		2,881.7
罕見疾病、血友病藥費		4,782.0
醫療給付改善方案		587.3
提升住院護理照護品質		832.5
推動 DRGs 之調整與鼓勵		300.0
(一般服務+專款)成長率		2.944%
較 98 年(一般服務+專款)成長率		3.500%
門診透析服務成長率(含品質改善計畫)		-0.582%
總成長率 ^(註) (一般服務+專款+門診透析)		2.734%
較 98 年度協定總額成長率		3.256%

註：計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。

問 5：99 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、衛生署擬訂「99 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」於 98 年 4 月報行政院，經同年 7 月 27 日奉院核定 99 年度全民健康保險醫療給付費用，以 98 年為基礎，成長率範圍為 1.822%~3.5%。

二、經費協會協定並報請衛生署核定後，於 98 年 12 月 31 日公告 99 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)牙醫門診醫療給付費用成長率 1.941%，其中一般服務醫療給付費用成長率為 1.389%，專款項目全年經費額度為 651.3 百萬元。

(二)中醫門診醫療給付費用成長率 1.490%，其中一般服務醫療給付費用成長率為 1.035%，專款項目全年經費額度為 265.0 百萬元。

(三)西醫基層醫療給付費用成長率 2.236%，其中一般服務醫療給付費用成長率為 1.463%，專款項目全年經費額度為 1,575 百萬元，門診透析服務費用成長率為 6.428%。

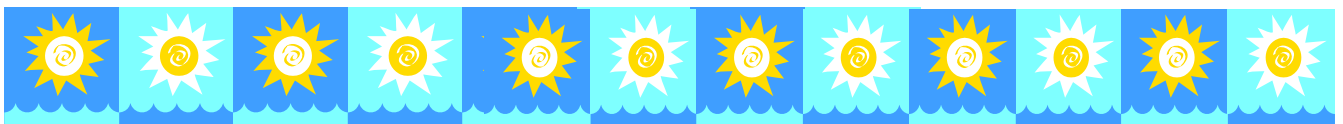
(四)醫院醫療給付費用成長率 2.734%，其中一般服務醫療給付費用成長率為 3.051%，專款項目全年經費額度為 10,005.5 百萬元，門診透析服務費用成長率為-0.582%。

(五)其他預算增加 1,441.34 百萬元，全年經費額度 5,870.44 百萬元，採支出目標制，由中央健康保險局管控。

(六)前述部門經依 98 年度醫療費用百分比加權計算，99 年度全民健康保險醫療給付費用成長率為 2.796%；若相較於 98 年度協定總額，則成長率為 3.317%。

三、99 年度其他預算及其分配：

- (一)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：全年經費 603.9 百萬元。
- (二)非屬各部門總額支付制度範圍之服務(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)：全年經費 3,169 百萬元。
- (三)支應罕病及血友病藥費、器官移植專款不足之經費：全年經費 200 百萬元。
- (四)健保 IC 卡登錄及上傳資料品質提升計畫：全年經費 388.3 百萬元。
- (五)推動促進醫療體系整合計畫：全年經費 800 百萬元。
- (六)其他預期政策改變所需經費：全年經費 500 百萬元。
- (七)增進偏遠地區醫療服務品質計畫：全年經費 200 百萬元。
- (八)全民健保高診次民眾就醫行為改善方案--藥師居家照護：全年經費 9.24 百萬元。



100 年度總額協定內容

問 1：100 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：未修訂。

二、實施期程：100 年 1 月至 12 月。

三、總額協定結果：一般服務成長率為 0.541%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率 1.006%，及協商因素成長率-0.465%；專款項目全年經費為 1,036.5 百萬元。經換算，年度牙醫門診醫療給付費用總額，於校正投保人口後，成長率估計值為 1.607%；若相較於 99 年度協定總額，成長率為 1.783%。(表 1)

(一)一般服務(上限制)

1.醫療服務成本及人口因素成長率(照衛生署報奉行政院核定數值計列)：

(1)投保人口年增率 0.336%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 97 年至 145 年人口推計」之中推計估算。

(2)人口結構改變率-0.197%：以 97 年每人醫療給付費用為基礎，計算 98 年相對於 97 年納保人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。

(3)醫療服務成本指數改變率 0.865%：指數採計時程為 98 年對 97 年的比值。

2.協商因素項目與成長率：

(1)品質保證保留款(0.250%)：

a.依牙醫門診總額品質保證保留款實施方案支付。該方案請於 99 年 11 月底前完成相關程序，並於 100 年 6

月底前提送執行成果報告。。

b.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並自 99 年度起採累計方式計算。

c.請中央健康保險局會同牙醫門診總額受託單位，於 100 年 6 月底前，完成醫療服務品質指標項目與監測值之檢討修訂，並應建立民眾自費監控機制，及改善假日休診造成民眾就醫不便情形。

(2)新增複雜型顱顎障礙症治療及追蹤(0.105%)。

(3)牙周病統合照護計畫(-1.093%)：

a.本項計畫 384.3 百萬元移列至專款項下。

b.99 年度所編經費 384.3 百萬元，其未執行之額度，於 99 年第 4 季一般服務費用扣除。本項減列並不影響 100 年度所採之基期費用。

(4)加強提升初診照護品質計畫(0.0%)：

於 93 至 97 年等各年均給予成長率並已納入基期，仍應持續推動與監測，並請於 100 年 6 月底前提送完整之成效評估報告。

(5)醫療資源缺乏地區改善方案之論量計酬費用(0.282%)：

將原列專款項目之論量計酬費用移至一般服務項下。

(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為 3.2 百萬元(成長率-0.009%)。

(二)專款項目：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險局會同牙醫門診總額受託單位訂定後，依相關程序辦理，並送費協會備查。前述方案之作業時程，延續型

計畫應於 99 年 11 月底前完成，並於 100 年 6 月底前提報執行成果及成效評估報告至評核會議；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.牙醫特殊服務：

全年經費 423 百萬元，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牙醫醫療服務。

2.醫療資源缺乏地區改善方案：

(1)全年經費 229.2 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)至少新增 10 處社區巡迴醫療站，並擴大辦理巡迴醫療服務，除提供學童口腔照護外，應增加當地民眾之使用率。

3.牙周病統合照護計畫：

(1)為能確實執行牙周病照護，本項計畫由一般服務移至專款項目，全年經費 384.3 百萬元。

(2)照護人數至少 56,800 人。

(3)應持續監控病人自費情形。

四、地區預算分配：

(一)地區範圍：以中央健康保險局六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.自一般服務費用移撥 5,000 萬元，用於「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案」，經費若有結餘，則回歸一般服務費用。

2.一般服務費用，於扣除品質保證保留款及上開 5,000 萬

元後，100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。

(三)藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除

(四)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險局會同牙醫門診總額受託單位議定後，送費協會備查。

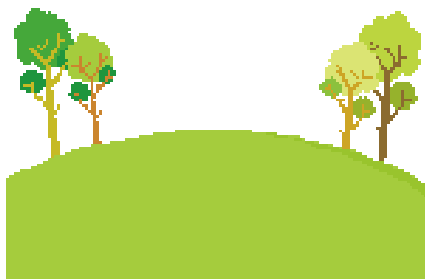


表 1 100 年度牙醫門診醫療給付費用成長率項目表

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)
一般服務		
醫療服務成本及人口因素成長率		1.006%
投保人口數年增率		0.336%
人口結構改變率		-0.197%
醫療服務成本指數改變率		0.865%
協商因素成長率		-0.465%
醫療品質及保險對象健康狀況的改變	品質保證保留款	0.250%
支付項目的改變	新增複雜型顱顎障礙症治療及追蹤	0.105%
	牙周病統合照護計畫	-1.093%
	加強提升初診照護品質計畫	0.000%
	醫療資源缺乏地區改善方案之論量計酬費用	0.282%
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.009%
一般服務成長率		0.541%
專款項目(全年計畫經費)		
牙醫特殊服務		423.0
醫療資源缺乏地區改善方案		229.2
牙周病統合照護計畫		384.3
專款金額		1,036.5
總成長率^(註) (一般服務+專款)		1.607%
較 99 年度協定總額成長率		1.783%

註：計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。

問 2：100 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：未修訂。

二、實施期程：100 年 1 月至 12 月。

三、總額協定結果：一般服務成長率為 2.482%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率 1.893%，及協商因素成長率 0.589%；專款項目全年經費為 249.4 百萬元。經換算，年度中醫門診醫療給付費用總額，於校正投保人口後，成長率估計值為 2.370%；若相較於 99 年度協定總額，成長率為 2.551%。(表 2)

(一)一般服務(上限制)

1.醫療服務成本及人口因素成長率(照衛生署報奉行政院核定數值計列)：

(1)投保人口年增率 0.336%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 97 年至 145 年人口推計」之中推計估算。

(2)人口結構改變率 0.579%：以 97 年每人醫療給付費用為基礎，計算 98 年相對於 97 年納保人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。

(3)醫療服務成本指數改變率 0.973%：指數採計時程為 98 年對 97 年的比值。

2.協商因素項目與成長率：

(1)品質保證保留款(0.050%)：

a.依中醫門診總額品質保證保留款實施方案支付。該方案請於 99 年 11 月底前完成相關程序，並於 100 年 6 月底前提送執行成果報告。

b.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並自 99 年度起採累計方式計算。

c.請中央健康保險局會同中醫門診總額受託單位，於 100 年 6 月底前，完成醫療服務品質指標項目與監測值之檢討修訂，並應增加結果面指標及改善民眾自費情形。

(2)醫療資源缺乏地區改善方案之論量計酬費用(0.337%)：

將原列專款項目之論量計酬費用移至一般服務項下。

(3)調整開有內服藥之針傷科治療處置費(0.257%)。

(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為 10.8 百萬元(成長率-0.055%)。

(二)專款項目：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險局會同中醫門診總額受託單位訂定後，依相關程序辦理，並送費協會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於 99 年 11 月底前完成，並於 100 年 6 月底前提報執行成果及成效評估報告至評核會議；實施成效並納入下年度總額協考量。

1.醫療資源缺乏地區改善方案：

(1)全年經費 74.4 百萬元。

(2)辦理無中醫鄉巡迴醫療服務計畫與執業計畫，及鼓勵偏遠地區中醫師長期進駐之診察費加成。

(3)鼓勵偏遠地區中醫長期進駐之診察費加成方式，屬新增項目，為審慎使用資源，其方案內容應嚴訂符合偏遠地區之條件及建立成效評估指標。原則試辦一年，

視執行成效，檢討是否續辦。

2.原三項延續性計畫：

(1)依計畫性質分列四項，經費為：

- a.腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫，全年經費 45 百萬元。
- b.腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫，全年經費 10 百萬元。
- c.小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫，全年經費 20 百萬元。
- d.小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫，全年經費 10 百萬元。

(2)其中兩項西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫，限由設有中醫門診之醫院申請，經中醫門診總額受託單位審查，送中央健康保險局審核通過後實施。

(3)前開計畫已實施多年，請提出執行成果及療效評估報告，包括歷年醫療利用情形，及計畫未來改進方向。

3.腦血管疾病後遺症門診照護計畫：

- (1)全年經費 90 百萬元。
- (2)應限定執行院所，執行期間以治療黃金期為限。
- (2)應建立療效評估指標(含健康及品質改善指標)，並送成效評估報告。

四、地區預算分配：

(一)地區範圍：以中央健康保險局六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式(不含品質保證保留款)：

1. 考量 99 年試辦計畫已將「人口占率」納入分配參數，符合促進各地區民眾就醫公平性之政策目標，且採行「先分配預算，再進行分區管理」模式，亦使醫療利用成長情形得以控制趨於合理，爰同意 100 年度中醫門診總額地區預算分配方式，續以 99 年度模式繼續試辦。至試辦計畫內容由中央健康保險局會同中醫門診總額受託單位擬訂，送請衛生署核定後據以施行。
 2. 應設法提高資源較不足區醫師數及加強民眾之醫療服務。若東區預算繼續獲保障，則應相對提升服務，並設「點值上限」，超出上限值部分，應運用於其他服務計畫，使東區民眾得到實質服務。
 3. 試辦計畫須以不影響民眾就醫權益為原則，爰應持續按季監控民眾就醫公平性與醫療資源分布等指標。
- (三)藥品以每點 1 元核算，自地區預算預先扣除。
- (四)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險局會同中醫門診總額受託單位議定後送費協會備查。



表 2 100 年度中醫門診醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)
一般服務		
醫療服務成本及人口因素成長率		1.893%
投保人口年增率		0.336%
人口結構改變率		0.579%
醫療服務成本指數改變率		0.973%
協商因素成長率		0.589%
醫療品質及保險對象健康狀況的改變	品質保證保留款	0.050%
支付項目的改變	調整開有內服藥之針傷科治療處置費	0.257%
	醫療資源缺乏地區改善方案之論量計酬費用	0.337%
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.055%
一般服務成長率		2.482%
專款項目(全年計畫經費)		
醫療資源缺乏地區改善方案		74.4
腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫		45.0
腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫		10.0
小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫		20.0
小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫		10.0
腦血管疾病後遺症門診照護計畫		90.0
專款金額		249.4
總成長率^(註) (一般服務+專款)		2.370%
較 99 年度協定總額成長率		2.551%

註：計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。

問 3:100 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 99 年度西醫基層醫療給付費用總額涵蓋範圍為基礎，並新增醫療科技項目。
- 二、實施期程：100 年 1 月至 12 月。
- 三、總額協定結果：一般服務成長率為 1.197%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率 0.455%，及協商因素成長率 0.742%；專款項目全年經費為 1,872 百萬元；門診透析服務成長率 3.367%。經換算，年度西醫基層醫療給付費用總額，於校正投保人口後，成長率估計值為 1.716%；若相較於 99 年度協定總額，成長率為 1.874%。(表 3)

(一)一般服務(上限制)

1.醫療服務成本及人口因素成長率(照衛生署報奉行政院核定數值計列)：

(1)投保人口年增率 0.336%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 97 年至 145 年人口推計」之中推計估算。

(2)人口結構改變率 0.886%：以 97 年每人醫療給付費用為基礎，計算 98 年相對於 97 年納保人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。

(3)醫療服務成本指數改變率-0.767%：指數採計時程為 98 年對 97 年的比值。

2.協商因素項目與成長率：

(1)品質保證保留款(0.050%)：

- a. 依西醫基層總額品質保證保留款實施方案支付。該方案請於 99 年 12 月底前完成相關程序。
- b. 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質。
- c. 請中央健康保險局會同西醫基層總額受託單位，於 100 年 6 月底前完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目及監測值，並改善假日休診造成民眾就醫不便情形。

(2) 新醫療科技(0.113%)。

(3) 支付標準調整：

- a. 新增 5 項跨表項目及調整山地離島地區門診藥事服務費(0.021%)：預定新增 5 項跨表項目，應於 99 年 12 月底前完成相關程序(含適應症之訂定)，若未能於年度開始時實施，則扣減本項成長率。
- b. 提升急診照護品質(0.002%)。
- c. 調整嬰幼兒處置支付點數(0.000%)。
- d. 提升兒童復健照護品質(0.041%)。
- e. 調整小兒專科 4 歲兒童門診診察費(0.111%)。

(4) 因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響(含慢性病照護之增進)(0.445%)：

應積極配合推動及執行醫療給付改善方案、慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫及慢性腎臟病照護計畫，若執行不佳則列入檢討。

(5) 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款為 37.2 百萬元(成長率-0.041%)。

(二)專款項目：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險局會同西醫基層總額受託單位訂定後，依相關程序辦理，並送費協會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於 99 年 11 月底前完成；新增方案原則於 99 年 12 月底前完成；若有特殊情形經提委員會議同意後，得予延長。各計畫之執行成果或成效評估，應於 100 年 6 月底前提報至評核會議(新增方案僅需提供計畫內容及初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫：

- (1)全年經費 157 百萬元，不足部分由一般服務支應。
- (2)本計畫自 93 年試辦迄今，已實施 7 年，應提出完整之成效評估報告(含藥物療效及延緩肝硬化、肝癌發生等情形)。

2.家庭醫師整合性照護制度計畫：

- (1)全年經費 1,115 百萬元。
- (2)應對各家醫群進行評比，落實退場機制。

3.醫療資源缺乏地區改善方案:全年經費 100 百萬元。

4.醫療給付改善方案：

- (1)全年經費 300 百萬元(繼續推動原有 5 項方案)。
- (2)應訂定各方案照護率之目標值，並增加相關誘因及檢討運作機制，以提高收案數與照護率。
- (3)照護結果及成效評估報告應包含健康改善狀況之量化指標。

5.診所以病人為中心整合照護計畫：

(1)全年經費 200 百萬元。

(2)對於門診就醫次數過高者，以個案管理方式，提供整合性醫療服務。

(3)應排除已參與家庭醫師整合性照護制度計畫及醫療給付改善方案之個案。

(4)應訂定成效指標，並依達成情形支付費用。

(三)門診透析服務(上限制)：

1.西醫基層本項服務費用成長率為 3.367%。

2.與醫院部門同項服務合併運作，兩部門合計費用之成長率為 0%。

3.Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教併入其他預算項下之「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」執行。

4.應持續檢討及修訂門診透析醫療服務品質指標及監測值。

四、地區預算分配：

(一)地區範圍：以中央健康保險局六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

於扣除品質保證保留款後，預算 65%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，35%依西醫基層總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

(三)藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除。

(四)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為

原則，如仍有部分服務需採點值保障，請中央健康保險局會同西醫基層總額受託單位議定後送費協會備查。



表 3 100 年度西醫基層醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)
一般服務		
醫療服務成本及人口因素成長率		0.455%
投保人口年增率		0.336%
人口結構改變率		0.886%
醫療服務成本指數改變率		-0.767%
協商因素成長率		0.742%
醫療品質及保險 對象健康狀況的 改變	品質保證保留款	0.050%
支付項目的改變	新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目)	0.113%
	開放 5 項跨表項目及調整山地離島地區 門診藥事服務費	0.021%
	提升急診照護品質	0.002%
	調整嬰幼兒處置支付點數	0.000%
	提升兒童復健照護品質	0.041%
其他醫療服務及 密集度的改變	調整小兒專科 4 歲兒童門診診察費	0.111%
	因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療 費用成長之影響(含慢性病照護之增進)	0.445%
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理 辦法之扣款	-0.041%
一般服務成長率(%)		1.197%
專款項目(全年計畫經費)		
慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫		157
家庭醫師整合性照護制度計畫		1,115
醫療資源缺乏地區改善方案		100
醫療給付改善方案		300
診所以病人為中心整合照護計畫		200
專款金額		1,872
(一般服務+專款)成長率		1.501%
較 99 年(一般服務+專款)成長率		1.679%
門診透析服務成長率		3.367%
總成長率^(註)		1.716%
(一般服務+專款+門診透析)		1.716%
較 99 年度協定總額成長率		1.874%

註：計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。

問 4:100 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 99 年度醫院醫療給付費用總額涵蓋範圍為基礎，並新增醫療科技項目。
- 二、實施期程：100 年 1 月至 12 月。
- 三、總額協定結果：一般服務成長率為 3.171%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率 2.053%，及協商因素成長率 1.118%；專款項目全年經費為 10,783 百萬元；門診透析服務成長率 -2.102%。經換算，年度醫院醫療給付費用總額，於校正投保人口後，成長率估計值為 3.007%；若相較於 99 年度協定總額，成長率為 3.173%。(表 4)

(一)一般服務(上限制)

1.醫療服務成本及人口因素成長率(照衛生署報奉行政院核定數值計列)：

(1)投保人口年增率 0.336%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 97 年至 145 年人口推計」之中推計估算。

(2)人口結構改變率 2.064%：以 97 年每人醫療給付費用為基礎，計算 98 年相對於 97 年納保人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。

(3)醫療服務成本指數改變率-0.353%：指數採計時程為 98 年對 97 年的比值。

2.協商因素項目與成長率：

(1)品質保證保留款(0.050%)：

- a.依醫院總額品質保證保留款實施方案支付。該方案請於 99 年 12 月底前完成相關程序。
- b.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質。
- c.請中央健康保險局會同醫院總額相關團體，於 100 年 6 月底前，完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目及監測值，並改善民眾自費情形。

(2)新醫療科技(0.309%)：

其中新增支付標準項目成長率 0.100%(約 3 億元)，由中央健康保險局訂定相關項目之額度與開放時程，若未於時程內導入，則扣減該額度。

(3)配合新制醫院評鑑(0.075%)：

配合衛生署新制醫院評鑑政策，對評鑑結果符合條件之地區醫院，其住院病房費與護理費比照地區教學醫院之支付點數。

(4)99 年推動 DRGs 所需費用之調整(0.100%)：

- a.已配合第一階段導入，併 99 年醫院總額一般服務費用結算，爰 100 年於一般服務計列成長率。
- b.係 99 年鼓勵第一階段 155 項 DRGs 導入之誘因，若因故停止執行，則須扣減成長率。
- c.請中央健康保險局於有完整一年 DRGs 申報資料後，至本會進行 DRGs 制度及實施結果之專題報告。

(5)推動安寧共照醫療服務(0.012%)。

(6)提升兒童復健照護品質(0.065%)。

(7)基本診療項目調整(0.491%)：

優先考量外科、婦產科及小兒科診察費之調整，其調整項目及幅度，由中央健康保險局會同醫院總額相關團體議定後，依相關程序辦理，並送費協會備查。

(8)配合國健局辦理預防保健項目，部分之確診可能對醫療費用造成影響(0.043%)。

(9)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款為 81.7 百萬元(成長率-0.027%)。

(二)專款項目：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險局會同醫院總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送費協會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於 99 年 11 月底前完成，並於 100 年 6 月底前提報執行成果及成效評估報告至評核會議；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫：

(1)全年經費 1,282.0 百萬元，不足部分由一般服務支應。

(2)本計畫自 93 年試辦迄今，已實施 7 年，應提出完整之成效評估報告(含藥物療效及延緩肝硬化、肝癌發生等情形)。

2.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

全年經費 2,881.7 百萬元，不足部分由其他預算支應。

3.罕見疾病、血友病藥費：

全年經費 4,782.0 百萬元，不足部分由其他預算支應。

4. 醫療給付改善方案：

- (1) 全年經費 487.3 百萬元(繼續推動原有 6 項方案)。
- (2) 應訂定各方案照護率之目標值，並增加相關誘因及檢討運作機制，以提高收案數與照護率。
- (3) 照護結果及成效評估報告應包含健康改善狀況之量化指標。

5. 提升住院護理照護品質：

- (1) 全年經費 1,000.0 百萬元。
- (2) 應檢討修訂方案，及研議更多適用之住院護理品質指標。

6. 100 年繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵：

- (1) 全年經費 300.0 百萬元。
- (2) 依第二階段實際導入實施之季別，併醫院總額一般服務費用結算。

7. 醫院支援西醫基層醫療資源缺乏地區之方案：

- (1) 全年經費 50 百萬元。
- (2) 配合支援西醫基層醫療資源缺乏地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。

(三) 門診透析服務(上限制)：

1. 醫院本項服務費用成長率為-2.102 %。
2. 與西醫基層部門同項服務合併運作，兩部門合計費用之成長率為 0%。
3. Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教併入其他預算項

下之「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」執行。

4.應持續檢討及修訂門診透析醫療服務品質指標及監測值。

四、地區預算分配：

(一)地區範圍：以中央健康保險局六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

於扣除品質保證保留款後，用於計算地區預算所採之門住診費用比為 45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

1.門診服務(不含門診透析服務)：預算 45%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，55%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

2.住診服務：預算 40%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，60%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

3.各地區門住診服務，經依 1、2 計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

(三)藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除。

(四)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，如仍有部分服務需採點值保障，請中央健康保險局會同西醫基層總額受託單位議定後送費協會備查。

表 4 100 年度醫院醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)
一般服務		
醫療服務成本及人口因素成長率		2.053%
投保人口年增率		0.336%
人口結構改變率		2.064%
醫療服務成本指數改變率		-0.353%
協商因素成長率		1.118%
醫療品質及保險對象的健康狀態的改變	品質保證保留款	0.050%
支付項目的改變	新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等)	0.309%
	配合新制醫院評鑑	0.075%
	99 年推動 DRGs 所需費用之調整	0.100%
	推動安寧共照醫療服務	0.012%
	提升兒童復健照護品質	0.065%
	基本診療項目調整	0.491%
其他醫療服務及密集度的改變	配合國健局辦理預防保健項目，部分之確診可能對醫療費用造成影響。	0.043%
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.027%
一般服務成長率		3.171%
專款項目(全年計畫經費)		
慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫		1,282.0
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質		2,881.7
罕見疾病、血友病藥費		4,782.0
醫療給付改善方案		487.3
提升住院護理照護品質		1,000.0
100 年繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵		300.0
醫院支援西醫基層醫療資源缺乏地區之方案		50.0
專款金額		10,783.0
(一般服務+專款)成長率		3.319%
較 99 年(一般服務+專款)成長率		3.496%
門診透析服務成長率		-2.102%
總成長率^(註) (一般服務+專款+門診透析)		3.007%
較 99 年度協定總額成長率		3.173%

註：計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。

問 5:100 年度全民健康保險醫療給付費用總額的協定內容為何？

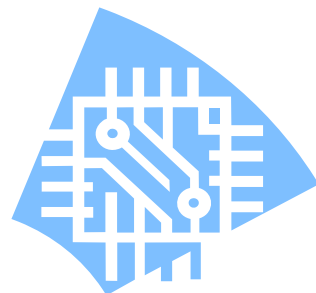
答

- 一、衛生署擬訂「100 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」於 99 年 4 月報行政院，經同年 7 月 6 日奉院核定 100 年度全民健康保險醫療給付費用，以 99 年為基礎，成長率範圍為 1.644%~3.6%。
- 二、經費協會協定並報請衛生署核定後，於 100 年 1 月 4 日公告 100 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)牙醫門診醫療給付費用成長率 1.607%，其中一般服務醫療給付費用成長率為 0.541%，專款項目全年經費為 1,036.5 百萬元。
 - (二)中醫門診醫療給付費用成長率 2.370%，其中一般服務醫療給付費用成長率為 2.482%，專款項目全年經費為 249.4 百萬元。
 - (三)西醫基層醫療給付費用成長率 1.716%，其中一般服務醫療給付費用成長率為 1.197%，專款項目全年經費為 1,872 百萬元，門診透析服務成長率為 3.367%。
 - (四)醫院醫療給付費用成長率 3.007%，其中一般服務醫療給付費用成長率為 3.171%，專款項目全年經費為 10,783 百萬元，門診透析服務成長率為-2.102%。
 - (五)其他預算增加 576.46 百萬元，全年經費為 6,446.9 百萬元，採支出目標制，由中央健康保險局管控。
 - (六)前述部門經依 99 年度醫療費用百分比加權計算，100 年度全民健康保險醫療給付費用成長率為

2.692%；若相較於 99 年度協定總額，則成長率為 2.855%。

三、100 年度其他預算及其分配：

- (一)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：全年經費 603.9 百萬元。
- (二)非屬各部門總額支付制度範圍之服務：全年經費 3,703 百萬元。
- (三)支應罕病及血友病藥費、器官移植專款不足之經費：全年經費 200 百萬元。
- (四)健保 IC 卡登錄及上傳資料品質提升計畫：雖自 100 年度起不再編列本項費用，惟請中央健康保險局及各總額部門仍應依相關規定，持續提升健保 IC 卡登錄及上傳資料之品質。
- (五)推動促進醫療體系整合計畫：全年經費 800 百萬元。
- (六)其他預期政策改變所需經費：全年經費 500 百萬元。
- (七)增進偏遠地區醫療服務品質計畫：全年經費 200 百萬元。
- (八)全民健保高診次民眾就醫行為改善方案--藥師居家照護：全年經費 36 百萬元。
- (九)慢性腎臟病照護及病人衛教計畫：全年經費 404 百萬元。



101 年度總額協定內容

問 1：101 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：未修訂。

二、實施期程：101 年 1 月至 12 月。

三、總額核定結果：一般服務成長率為 2.254%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率 1.659%，及協商因素成長率 0.595%；專款項目全年經費為 1,036.5 百萬元。經換算，年度牙醫門診醫療給付費用總額，於校正投保人口後，成長率估計值為 2.190%；若相較於 100 年度協定總額，成長率為 2.264%。(表 1)

(一)一般服務(上限制)

1.醫療服務成本及人口因素成長率：

(1)投保人口年增率 0.190%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 99 年至 149 年人口推計」之中推計估算。

(2)人口結構改變率-0.128%：以 98 年每人醫療給付費用為基礎，計算 99 年相對於 98 年納保人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。

(3)醫療服務成本指數改變率 1.594%：指數採計時程為 99 年對 98 年的比值。

2.協商因素項目與成長率：

(1)品質保證保留款(0.300%)：

a.依牙醫門診總額品質保證保留款實施方案支付。該方案請於 100 年 11 月底前完成相關程序，並於 101 年 6 月底前提送前一年度執行成果。

- b.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並自 99 年度起採累計方式計算。
- c.請中央健康保險局會同牙醫門診總額相關團體，於 101 年 6 月底前，完成醫療服務品質指標項目與監測值之檢討修訂，並改善民眾自費及假日休診造成民眾就醫不便情形。

(2)根部齲齒填補(0.319%)：

- a.本項預算未能執行之額度，自當年度一般服務費用扣除，並不列入次年度之基期費用計算。
- b.上述預算執行額度，應以新增項目之差額計算。
- c.執行率之計算細節及相關支付標準之修訂，請中央健康保險局會同牙醫門診總額相關團體議定，並循法定程序處理。

(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為 8.5 百萬元(成長率-0.024%)。

(二)專款項目：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險局會同牙醫門診總額受託單位訂定後，依相關程序辦理，並送費協會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於 100 年 11 月底前完成，並於 101 年 6 月底前提報執行成果及成效評估報告至評核會議；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：

- (1)全年經費 229.2 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)為鼓勵牙醫師積極參與提供醫療資源不足地區之醫療服務，可考慮適度合理調整論次(或加成)之支付誘因。

2.牙醫特殊服務：

(1)全年經費 423 百萬元，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牙醫醫療服務。

(2)為鼓勵牙醫師積極參與及提高服務人數，建議增加支付誘因，並擴大適用障別至接受牙醫服務有障礙之族群。

3.牙周病統合照護計畫：

(1)全年經費 384.3 百萬元，照護人數至少 56,800 人。

(2)應提高執行率，並持續監控病人自費情形。。

四、地區預算分配：

(一)地區範圍：以中央健康保險局六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.自一般服務費用移撥 5 百萬元，用於「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案」，經費若有結餘，則回歸一般服務費用。

2.一般服務費用，於扣除品質保證保留款及上開 5 百萬元後，100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。

(三)藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除

(四)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險局會同牙醫門診總額相關團體議定後，送費協會備查。

表 1 101 年度牙醫門診醫療給付費用成長率項目表

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)
一般服務		
醫療服務成本及人口因素成長率		1.659%
投保人口數年增率		0.190%
人口結構改變率		-0.128%
醫療服務成本指數改變率		1.594%
協商因素成長率		0.595%
醫療品質及保險對象健康狀況的改變	品質保證保留款	0.300%
支付項目的改變	根部齲齒填補	0.319%
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.024%
一般服務成長率		2.254%
專款項目(全年計畫經費)		
醫療資源不足地區改善方案		229.2
牙醫特殊服務		423.0
牙周病統合照護計畫		384.3
專款金額		1,036.5
總成長率 ^(註) (一般服務+專款)		2.190%
較 100 年度協定總額成長率		2.264%

註：計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。



問 2：101 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：未修訂。
- 二、實施期程：101 年 1 月至 12 月。
- 三、總額核定結果：一般服務成長率為 2.249%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率 3.297%，及協商因素成長率-1.048%；專款項目全年經費為 361.4 百萬元。經換算，年度中醫門診醫療給付費用總額，於校正投保人口後，成長率估計值為 2.776%；若相較於 100 年度協定總額，成長率為 2.856%。(表 2)

(一)一般服務(上限制)

1.醫療服務成本及人口因素成長率：

- (1)投保人口年增率 0.190%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 99 年至 149 年人口推計」之中推計估算。
- (2)人口結構改變率 0.543%：以 98 年每人醫療給付費用為基礎，計算 99 年相對於 98 年納保人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。
- (3)醫療服務成本指數改變率 2.558%：指數採計時程為 99 年對 98 年的比值。

2.協商因素項目與成長率：

(1)品質保證保留款(0.100%)：

- a.依中醫門診總額品質保證保留款實施方案支付。該方案請於 100 年 11 月底前完成相關程序，並於 101 年 6 月底前提送前一年度執行成果報告。
- b.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並自 99 年度起

採累計方式計算。

c.請中央健康保險局會同中醫門診總額相關團體，於101年6月底前，完成醫療服務品質指標項目與監測值之檢討修訂，並改善假日休診造成民眾就醫不便及自費情形。

(2)提升傷科及脫臼整復治療處置品質之效益(-1.113%)：
本項係參考100年上半年中醫傷科及脫臼整復之申報情形，推估100年全年較99年減少444百萬點，其節約之效益，一半回歸民眾，一半肯定中醫部門致力於自律管理之努力，爰減列222百萬元。

(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為7百萬元(成長率-0.035%)。

(二)專款項目：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險局會同中醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送費協會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於100年11月底前完成，並於101年6月底前提報執行成果及成效評估報告至評核會議；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：

(1)全年經費74.4百萬元。

(2)請中央健康保險局會同中醫門診總額相關團體檢討修正方案內容。

2.中醫照護計畫：

(1)全年經費85百萬元。

(2)用於四項延續性計畫：

- a.腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫。
- b.腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫。
- c.小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫。
- d.小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫。

(3)應訂定各項計畫之目標預算，及檢討修訂方案內容，含收案條件、執行方式、評估指標等。

(4)小兒腦性麻痺、小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫，自 102 年起不再試辦，回歸一般服務。

3.腦血管疾病後遺症門診照護計畫：

(1)全年經費 82 百萬元。

(2)應檢討修訂計畫內容，訂定更嚴格之收案標準，執行期間以治療黃金期為限，並建立療效評估指標等。

4.建立中醫門診總額傷科標準作業程序及品質提升計畫：

(1)全年經費 120 百萬元。

(2)計畫須經費協會同意之後，方可動支該筆預算，且應按季分配，並依計畫導入實施季別，併同一般服務費用結算。

四、地區預算分配：

(一)地區範圍：以中央健康保險局六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式(不含品質保證保留款)：

1.續以 100 年試辦計畫為架構繼續試辦，惟人口占率不得低於 5%。試辦計畫內容由中央健康保險局會同中醫門

- 診總額相關團體擬訂，送請衛生署核定後據以施行。
- 2.若東區預算繼續獲保障，則應相對提升服務，並設「點值上限」，超出上限值部分，應運用於其他服務計畫，使東區民眾得到實質服務。
 - 3.試辦計畫仍須以不影響民眾就醫權益為原則，爰應持續按季監控民眾就醫公平性與醫療資源分布等指標。
- (三)藥品以每點 1 元核算，自地區預算預先扣除。
- (四)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險局會同中醫門診總額相關團體議定後送費協會備查。



表 2 101 年度中醫門診醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)
一般服務		
醫療服務成本及人口因素成長率		3.297%
投保人口年增率		0.190%
人口結構改變率		0.543%
醫療服務成本指數改變率		2,558%
協商因素成長率		-1.048%
醫療品質及保險對象健康狀況的改變	品質保證保留款	0.100%
醫療服務效率提升	提升傷科脫臼整復治療處置品質之效益	-1.113%
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.035%
一般服務成長率		2.249%
專款項目(全年計畫經費)		
醫療資源不足地區改善方案		74.4
腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫		85.0
腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫		
小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫		
小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫		
腦血管疾病後遺症門診照護計畫		82.0
建立中醫門診總額傷科標準作業程序及品質提升計畫		120.0
專款金額		361.4
總成長率 ^(註) (一般服務+專款)		2.776%
較 100 年度協定總額成長率		2.856%

註：計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。

問 3:101 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 100 年度西醫基層醫療給付費用總額涵蓋範圍為基礎，並新增醫療科技項目。
- 二、實施期程：101 年 1 月至 12 月。
- 三、總額核定結果：一般服務成長率為 2.999%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率 1.895%，及協商因素成長率 1.104%；專款項目全年經費為 1,834 百萬元；門診透析服務成長率 3.048%。經換算，年度西醫基層醫療給付費用總額，於校正投保人口後，成長率估計值為 2.915%；若相較於 100 年度協定總額，成長率為 2.986%。(表 3)

(一)一般服務(上限制)

1.醫療服務成本及人口因素成長率：

- (1)投保人口年增率 0.190%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 99 年至 149 年人口推計」之中推計估算。
- (2)人口結構改變率 0.716%：以 98 年每人醫療給付費用為基礎，計算 99 年相對於 98 年納保人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。
- (3)醫療服務成本指數改變率 0.986%：指數採計時程為 99 年對 98 年的比值。

2.協商因素項目與成長率：

(1)品質保證保留款(0.1%)：

- a.依西醫基層總額品質保證保留款實施方案支

付。該方案請於 100 年 11 月底前完成相關程序，並於 101 年 6 月底前提送前一年度執行成果。

b.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並自 99 年度起採累計方式計算。

c.請中央健康保險局會同西醫基層總額相關團體，於 101 年 6 月底前完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目及監測值，並改善假日休診造成民眾就醫不便情形。

(2)新醫療科技(0.038%)。

(3)新增 10 項跨表項目(0.037%)：

a.應於 100 年 12 月底前完成相關程序，若未能於年度開始時實施，則扣減該項目成長率。

b.其中婦產科 4 項跨表項目(19 百萬元)執行情形列入檢討，並同時監控醫院與西醫基層之申報量。

(4)調整支付標準(1.0%)：經費應用於調整外科、婦產科及兒科等艱困科別之支付標準，達提升艱困科別醫師待遇之目的。

(5)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款為 64.9 百萬元(成長率-0.071%)。

(二)專款項目：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險局會同西醫基層總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送費協會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於 100 年 11 月底前完成，並於 101 年 6 月底前提報執行成果及成效評估報告至評核會

議；實施成效並納入下年度總額協考量。

1.慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫：全年經費 157 百萬元。本項預算不足部分由一般服務支應。

2.家庭醫師整合性照護制度計畫：

(1)全年經費 1,115 百萬元。

(2)應研擬更嚴謹的評估機制做為退場條件，擇優汰劣，確實落實成效不佳醫療群的退場機制，以利與醫院垂直整合，提供優質醫療服務。

3.醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 150 百萬元。

(2)修訂方案，建議每位醫師每週巡迴診療次數上限可由 2 次增為 3 次。

4.醫療給付改善方案：

(1)全年經費：212 百萬元(原 5 項方案)。

(2)糖尿病方案應增加相關誘因及檢討運作機制，以提高收案數與照護率，且同一個案之衛教期程應訂定年限。

(3)氣喘、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者方案，應重新檢討，訂定較嚴格之收案條件。

(4)照護結果及成效評估報告應包含健康改善狀況之量化指標。

5.診所以病人為中心整合照護計畫：全年經費 200 百萬元。

(三)門診透析服務(上限制)：

1.西醫基層本項服務費用成長率為 3.048%。

- 2.與醫院部門同項服務合併運作，兩部門合計費用之成長率為1%。
- 3.應持續檢討及修訂門診透析醫療服務品質指標及監測值。
- 4.為確保透析醫療品質，相關耗材不得重複使用。
- 5.配合衛生署核心醫療業務不得外包之政策方向，請於中央健康保險局門診透析聯合執行委員會討論，如何運用本年度新增預算鼓勵非外包經營之透析院所，相關規定應經費協會確定，預算方可動支。

四、地區預算分配：

(一)地區範圍：以中央健康保險局六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

- 1.於扣除品質保證保留款後，65%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」的保險對象人數，35%依西醫基層總額支付制度開辦前一年各地區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90%，標準化死亡比占10%)，再校正西醫基層門診市場占有率。

(三)藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除。

(四)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，如仍有部分服務需採點值保障，請中央健康保險局會同西醫基層總額受託單位議定後送費協會備查。

表 3 101 年度西醫基層醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)
一般服務		
醫療服務成本及人口因素成長率		1.895%
投保人口年增率		0.190%
人口結構改變率		0.716%
醫療服務成本指數改變率		0.986%
協商因素成長率		1.104%
醫療品質及保險 對象健康狀況的 改變	品質保證保留款	0.100%
支付項目的改變	新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目)	0.038%
	新增跨表項目	0.037%
	支付標準調整	1.000%
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理 辦法之扣款	-0.071%
一般服務成長率(%)		2.999%
專款項目(全年計畫經費)		
慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫		157
家庭醫師整合性照護制度計畫		1,115
醫療資源不足地區改善方案		150
醫療給付改善方案		212
診所以病人為中心整合照護計畫		200
專款金額		1,834
(一般服務+專款)成長率		2,897%
門診透析服務成長率		3.048%
總成長率^(註) (一般服務+專款+門診透析)		2.915%
較 100 年度協定總額成長率		2.986%

註：計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。

問 4:101 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 100 年度醫院醫療給付費用總額涵蓋範圍為基礎，並新增醫療科技項目。
- 二、實施期程：101 年 1 月至 12 月。
- 三、總額核定結果：一般服務成長率為 3.929%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率 3.003%，及協商因素成長率 0.926%；專款項目全年經費為 14,312.5 百萬元；門診透析服務成長率 -0.350%。經換算，年度醫院醫療給付費用總額，於校正投保人口後，成長率估計值為 4.609%；若相較於 100 年度協定總額，成長率為 4.683%。(表 4)

(一)一般服務(上限制)

1.醫療服務成本及人口因素成長率：

- (1)投保人口年增率 0.190%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 99 年至 149 年人口推計」之中推計估算。
- (2)人口結構改變率 2.017%：以 98 年每人醫療給付費用為基礎，計算 99 年相對於 98 年納保人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。
- (3)醫療服務成本指數改變率 0.791%：指數採計時程為 99 年對 98 年的比值。

2.協商因素項目與成長率：

(1)品質保證保留款(0.100%)：

- a.依醫院總額品質保證保留款實施方案支付，並於

101 年 6 月底前提送前一年度執行成果。

b.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並自 99 年度起採累計方式計算。

c.請中央健康保險局會同醫院總額相關團體，於 101 年 6 月底前提，完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目及監測值。

(2)新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等)：
(0.318%)。

(3)調整支付標準(0.399%)：

應用於調整外科、婦產科及兒科等艱困科別之支付標準，俾提升艱困科別醫師之待遇。。

(4)確保血品安全與品質(0.064%)：

用於增加血液核酸擴大檢驗(NAT)之費用。

(5)其他預期之法令或政策改變(0.064%)：

作為醫界配合衛生署「醫療機構設置標準」等法令或政策變更必須增加成本之用。

(6)違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款為 59 百萬元(成長率-0.019%)。

(二)專款項目：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險局會同醫院總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送費協會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於 100 年 11 月底前完成，並於 101 年 6 月底前提報執行成果及成效評估報告至評核會議；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫：

全年經費 3,500 百萬元，包含所編列專款 1,922 百萬元，及列於一般服務之 1,578 百萬元，若仍有不足，則由其他預算支應。

2.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

全年經費 3,484.7 百萬元，不足部分由其他預算支應。

3.罕見疾病、血友病藥費：

全年經費 5,649.0 百萬元，不足部分由其他預算支應。

4.醫療給付改善方案：

全年經費 499.8 百萬元，用於繼續推動原有 6 項方案，並新增「推動呼吸照護醫療給付改善方案」。

5.急診品質提升方案：全年經費 320 百萬元。

6.提升住院護理照護品質：

(1)全年經費 2,000.0 百萬元。

(2)應著重在增加護理人力，並以 101 年年底較 100 年年底淨增加 3,000 人為目標值。

7.繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵：

(1)全年經費 387.0 百萬元。

(2)依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。

8.醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 50.0 百萬元。

(2)配合支援西醫基層醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。

(三)門診透析服務(上限制)：

- 1.醫院本項服務費用成長率為-0.350%。
- 2.與西醫基層部門同項服務合併運作，兩部門合計費用之成長率為1%。
- 3.應持續檢討及修訂門診透析醫療服務品質指標及監測值。
- 4.為確保透析醫療品質，相關耗材不得重複使用。
- 5.配合衛生署核心醫療業務不得外包之政策方向，請於中央健康保險局門診透析聯合執行委員會討論，如何運用本年度新增預算鼓勵非外包經營之透析院所，相關規定應經費協會確定，預算方可動支。

四、地區預算分配：

(一)地區範圍：以中央健康保險局六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

於扣除品質保證保留款後，用於計算地區預算所採之門住診費用比為45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

1. 門診服務(不含門診透析服務)：

(1)預算45%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，55%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區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。

2.住診服務：

(1)預算 40%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，60%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區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%。

3.各地區門住診服務，經依 1、2 計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

(三)藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除。

(四)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，如仍有部分服務需採點值保障，請中央健康保險局會同西醫基層總額受託單位議定後送費協會備查。



表 4 101 年度醫院醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)
一般服務		
醫療服務成本及人口因素成長率		3.003%
投保人口年增率		0.190%
人口結構改變率		2.017%
醫療服務成本指數改變率		0.791%
協商因素成長率		0.926%
醫療品質及 保險對象的 健康狀態的 醫療保險變	品質保證保留款	0.100%
支付項目的改 變	新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等)	0.318%
	調整支付標準	0.399%
	確保血品安全與品質	0.064%
其他預期之法令或政策改變		0.064%
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.019%
一般服務成長率		3.929%
專款項目(全年計畫經費)		
慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫		1,922.0
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質		3,484.7
罕見疾病、血友病藥費		5,649.0
醫療給付改善方案		499.8
急診品質提升方案		320.0
提升住院護理照護品質		2,000.0
繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵		387.0
醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案		50.0
專款金額		14,312.5
(一般服務+專款)成長率		4.896%
門診透析服務成長率		-0.350%
總成長率^(註) (一般服務+專款+門診透析)		4.609%
較 100 年度協定總額成長率		4.683%

註：計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。

問 5:101 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、衛生署擬訂「101 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」於 100 年 4 月報行政院，經同年 7 月 25 日奉院核定 101 年度全民健康保險醫療給付費用，以 100 年為基礎，成長率範圍為 2.695%~4.7%。

二、經費協會協定並報請衛生署核定後，於 101 年 2 月 23 日公告 101 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)牙醫門診醫療給付費用成長率 2.190%。

(二)中醫門診醫療給付費用成長率 2.776%。

(三)西醫基層醫療給付費用成長率 2.915%。

(四)醫院醫療給付費用成長率 4.609%。

(五)其他預算增加 1,461.0 百萬元，全年經費為 7,907.9 百萬元，採支出目標制，由中央健康保險局管控。

(六)前述部門經依 100 年度醫療費用百分比加權計算，101 年度全民健康保險醫療給付費用成長率為 4.241%；若相較於 100 年度協定總額，則成長率為 4.314%。

三、101 年度其他預算及其分配：

(一)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：全年經費 603.9 百萬元。請於 101 年 6 月底前提送執行成果。

(二)非屬各部門總額支付制度範圍之服務：全年經費 4,214 百萬元。用於助產所、護理之家照護、居家照護、精神疾病社區復健、安寧居家療護，及調整呼

吸器試辦計畫居家收案條件等所需經費。

(三)支應罕病及血友病藥費、器官移植、慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費：全年經費 200 百萬元。

(四)推動促進醫療體系整合計畫：全年經費 950 百萬元。

- 1.用於醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫、論人計酬試辦計畫，及新增之醫院垂直整合方案等三項。
- 2.醫院垂直整合方案之推動，依衛生署政策要求，其執行計畫應確實達到整合的目標。
- 3.100 年已實施之方案，請於 101 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告。新增方案原則於 100 年 12 月底前完成相關程序，並於 101 年 6 月底前提送初步執行結果。

(五)其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費：全年經費 1,000 百萬元。

- 1.含新增醫藥分業地區所增加之費用。
- 2.除上述用途外，本項經費之適用範圍、動支條件及相關程序等，另掣案提費協會討論。

(六)增進偏遠地區醫療服務品質計畫：全年經費 500 百萬元，不足部分由前項(五)之經費支應。

- 1.用於離島醫院及肩負偏遠地區(含山地鄉)民眾於該地區或鄰近地區主要急性就醫醫院，與偏遠地區急性醫療主責醫院之點值保障。
- 2.依衛生署政策要求，本項計畫應訂有相關必要執行

項目，上述醫院應提供 24 小時急診、以具備內外婦兒科為原則，但得依據該地區及醫院特性適當調整，至少提供兩科之門診及住院醫療、檢驗檢查主動通知等，並深入社區加強預防保健服務。

3.方案原則於 100 年 12 月底前完成相關程序，並於 101 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告。

(七)全民健保高診次民眾就醫行為改善方案--藥師居家照護：全年經費 36 百萬元。本項以輔導至少 4,300 人為目標，並於 101 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告。

(八)慢性腎臟病照護及病人衛教計畫：全年經費 404 百萬元。

- 1.用於推動「pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫」及「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」。
- 2.請於 101 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告。



102 年度總額協定內容

問 1：102 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：未修訂。

二、實施期程：102 年 1 月至 12 月。

三、總額核定結果：一般服務成長率為 0.981%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率 0.381%，及協商因素成長率 0.600%；專款項目全年經費為 1,205.8 百萬元。經換算，年度牙醫門診醫療給付費用總額，於校正投保人口後，成長率估計值為 1.409%；若相較於 101 年度核定總額，成長率為 1.421%。(表 1)

(一)一般服務(上限制)

1. 醫療服務成本及人口因素成長率：

(1) 投保人口年增率 0.163%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 99 年至 149 年人口推計」之中推計估算。

(2) 人口結構改變率 -0.129%：以 99 年每人醫療給付費用為基礎，計算 100 年相對於 99 年納保人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。

(3) 醫療服務成本指數改變率 0.347%：指數採計時程為 100 年對 99 年的比值。

2. 協商因素項目與成長率：

(1) 品質保證保留款(0.300%)：

a. 依牙醫門診總額品質保證保留款實施方案支付。該方案請於 101 年 11 月底前完成相關程序，並於 102 年 6 月底前提送前一年度執行成果。

b.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。

c.請中央健康保險局（自 102 年 7 月 23 日起改制為中央健康保險署，以下同）會同牙醫門診總額相關團體，於 102 年 6 月底前，完成醫療服務品質指標項目與監測值之檢討修訂，發展結果面指標，並改善民眾自費情形。

(2)口腔癌統合照護計畫(0.064%)。

(3)根部齲齒填補(0.276%)，其 2 年之重補率不超過 10%。

(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(-0.040%)。

(二)專款項目：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險局會同牙醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送費協會（自 102 年 1 月 1 日起與監理會整合為全民健康保險會，以下同）備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於 101 年 11 月底前完成，並於 102 年 6 月底前提報執行成果及成效評估報告；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 229.2 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.牙醫特殊服務：全年經費 423 百萬元，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牙醫醫療服務。

3.牙周病統合照護計畫：全年經費 452.3 百萬元，照護人數至少 66,800 人。

4.受刑人之醫療服務費用：全年經費 101.3 百萬元。

四、地區預算分配：

(一)地區範圍：以中央健康保險局六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.自一般服務費用移撥 0.5 億元，用於「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案」，經費若有剩餘，則回歸一般服務費用。

2.一般服務費用，於扣除品質保證保留款及上開 0.5 億元後，100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。

(三)藥品依藥物給付項目及支付標準核算，自地區預算預先扣除

(四)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸醫療服務給付項目及支付標準處理為原則，如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險局會同牙醫門診總額相關團體議定後送費協會備查。

表 1 102 年度牙醫門診醫療給付費用成長率項目表

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)
一般服務		
醫療服務成本及人口因素成長率		0.381%
投保人口數年增率		0.163%
人口結構改變率		-0.129%
醫療服務成本指數改變率		0.347%
協商因素成長率		0.600%
醫療品質及保險 對象健康狀況的 改變	品質保證保留款	0.300%
支付項目的改變	口腔癌統合照護計畫	0.064%
	根部齲齒填補	0.276%
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及 管理辦法之扣款	-0.040%
一般服務成長率		0.981%
專款項目(全年計畫經費)		
醫療資源不足地區改善方案		229.2
牙醫特殊服務		423.0
牙周病統合照護計畫		452.3
受刑人之醫療服務費用		101.3
專款金額		1,205.8
總成長率^(註) (一般服務+專款)		1.409%
較 101 年度核定總額成長率		1.421%

註：計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。

問 2：102 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：未修訂。
- 二、實施期程：102 年 1 月至 12 月。
- 三、總額核定結果：一般服務成長率為 2.587%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率 2.460%，及協商因素成長率 0.127%；專款項目全年經費為 285.5 百萬元。經換算，年度中醫門診醫療給付費用總額，於校正投保人口後，成長率估計值為 2.177%；若相較於 101 年度核定總額，成長率為 2.187%。(表 2)

(一)一般服務(上限制)

1.醫療服務成本及人口因素成長率：

- (1)投保人口年增率 0.163%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 99 年至 149 年人口推計」之中推計估算。
- (2)人口結構改變率 0.579%：以 99 年每人醫療給付費用為基礎，計算 100 年相對於 99 年納保人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。
- (3)醫療服務成本指數改變率 1.714%：指數採計時程為 100 年對 99 年的比值。

2.協商因素項目與成長率：

(1)品質保證保留款(0%)：

- a.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。
- b.101 年度品質保證保留款成長率 0.1%(19.9 百萬元)，

102 年度仍應依中醫門診總額品質保證保留款實施方案辦理。該方案請於 101 年 11 月底前完成相關程序，並於 102 年 6 月底前提送前一年度執行成果。

c.請中央健康保險局會同中醫門診總額相關團體，於 102 年 6 月底前，完成醫療服務品質指標項目與監測值之檢討修訂，並發展結果面指標。

(2)支付標準調整(0.147%)：小兒腦性麻痺、小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫，自 102 年起由專款項目移列至一般服務。

(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(-0.02%)。

(二)專款項目：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險局會同中醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送費協會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於 101 年 11 月底前完成，並於 102 年 6 月底前提報執行成果及成效評估報告；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：

(1)全年經費 74.4 百萬元。

(2)辦理巡迴醫療服務計畫及獎勵開業服務計畫。另，「偏遠地區中醫師長期進駐服務試辦計畫」不再辦理，原經費改用於鼓勵增加巡迴點。

2.腦血管疾病後遺症門診照護計畫：全年經費 100 百萬元。

3.腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫：全年

經費 40 百萬元。

4. 腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫：全年經費 14 百萬元。

5. 受刑人之醫療服務費用：全年經費 57.1 百萬元。

四、地區預算分配：

(一) 地區範圍：以中央健康保險局六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二) 分配方式(不含品質保證保留款)：

續以 101 年試辦計畫架構為基礎，一般服務費用於扣除品質保證保留款後，東區預算占率 2.22%，其他五分區依下列方式分配：

1. 各區實際收入預算占率：78%。
2. 各區戶籍人口數占率：6%。
3. 各區每人於各分區就醫次數之權值占率：5%。
4. 各區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：5%。
5. 各區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。
6. 偏鄉人口預算分配調升機制：1%，用於：

(1) 補足偏鄉浮動點值至每點 1 元。

a. 限該鄉鎮每萬人口中醫師數 1.5(含)以下，及鄉鎮中醫師前一年月平均申請點數小於全國平均值。

b. 以事前分配方式執行，先以前一季公告浮動點值補付至 1 元，再依一般部門點值計算。

(2) 若有餘款則歸入依「各區實際收入預算占率」分配。

(三) 前述分配方式，全年各區預算與去年比較不得負成長，如為負成長則補至零成長，所需預算由其他分區按比例撥補。

- (四)試辦計畫由中央健康保險局送請衛生署(自 102 年 7 月 23 日起改制為衛生福利部，以下同)核定後據以施行。
- (五)藥品以每點 1 元核算，自地區預算預先扣除。
- (六)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸醫療給付項目及支付標準處理為原則，如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險局會同中醫門診總額相關團體議定後送費協會備查。



表 2 102 年度中醫門診醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)
一般服務		
醫療服務成本及人口因素成長率		2.460%
投保人口年增率		0.163%
人口結構改變率		0.579%
醫療服務成本指數改變率		1.714%
協商因素成長率		0.127%
醫療品質及保險對象健康狀況的改變	品質保證保留款	0.000%
支付項目改變	支付標準調整	0.147%
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.020%
一般服務成長率		2.587%
專款項目(全年計畫經費)		
醫療資源不足地區改善方案		74.4
腦血管疾病後遺症門診照護計畫		100.0
腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫		40.0
腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫		14.0
受刑人之醫療服務費用		57.1
專款金額		285.5
總成長率^(註) (一般服務+專款)		2.177%
較 101 年度核定總額成長率		2.187%

註：計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。

問 3:102 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 101 年度西醫基層醫療給付費用總額涵蓋範圍為基礎，並新增醫療科技項目。

二、實施期程：102 年 1 月至 12 月。

三、總額核定結果：一般服務成長率為 2.494%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率 2.101%，及協商因素成長率 0.393%；專款項目全年經費為 1,946.8 百萬元；門診透析服務成長率 4.659%。經換算，年度西醫基層醫療給付費用總額，於校正投保人口後，成長率估計值為 2.809%；若相較於 101 年度核定總額，成長率為 2.818%。(表 3)

(一)一般服務(上限制)

1.醫療服務成本及人口因素成長率：

(1)投保人口年增率 0.163%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 99 年至 149 年人口推計」之中推計估算。

(2)人口結構改變率 0.762%：以 99 年每人醫療給付費用為基礎，計算 100 年相對於 99 年納保人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。

(3)醫療服務成本指數改變率 1.173%：指數採計時程為 100 年對 99 年的比值。

2.協商因素項目與成長率：

(1)品質保證保留款(0.1%)：

a.依西醫基層總額品質保證保留款實施方案支

付。該方案請於 101 年 11 月底前完成相關程序，並於 102 年 6 月底前提交前一年度執行成果。

b. 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。

c. 請中央健康保險局會同西醫基層總額相關團體，於 102 年 6 月底前完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目及監測值，並改善假日休診造成民眾就醫不便情形。

(2) 新醫療科技(0.041%)。

(3) 配合安全針具推動政策(0.004%)。

(4) 新增 9 項跨表項目(0.011%)：應於 101 年 12 月底前完成相關程序，若未能於年度開始時實施，則扣減本項成長率。

(5) 支付標準調整(0.237%)：

a. 內科支付標準之調整 200.0 百萬元。

b. 外科手術及處置項目支付標準之調整 22.0 百萬元。

c. 自明年度起不得以調整科別支付標準為由增加預算。

(6) 其他預期之法令或政策改變(0.057%)：支應因糖尿病給付改善方案導入支付標準提升照護人數所增加之費用。

(7) 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.057%)。

(二)專款項目：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險局會同西醫基層總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送費協會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於 101 年 11 月底前完成，並於 102 年 6 月底前提報執行成果及成效評估報告；實施成效並納入下年度總額協考量。

- 1.醫療資源不足地區改善方案：全年經費 150 百萬元。
- 2.慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫：全年經費 157 百萬元。本項預算不足部分由其他預算支應。
- 3.醫療給付改善方案：全年經費 162.4 百萬元，辦理糖尿病、氣喘、精神分裂症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤等 4 項方案。
- 4.家庭醫師及診所以病人為中心整合照護計畫：全年經費 1,215 百萬元。以家庭醫師整合性照護計畫為主，納入診所以病人為中心整合照護計畫。
- 5.受刑人之醫療服務費用：全年經費 262.4 百萬元。

(三)門診透析服務(上限制)：

- 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.合併西醫基層及醫院兩總額部門之年度門診透析服務費用，協商新年度成長率，並依協商當年第 1 季醫院總額及西醫基層總額之門診透析費用點數占率分配計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 2%，其基期費用包含 101 年度之 1%成長率，新增預算用於鼓勵非外包經營之透析院所。依上述分攤基礎，西醫基層本項服務費用成長率為 4.659%。

四、地區預算分配：

- (一)地區範圍：以中央健康保險局六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。
- (二)分配方式：於扣除品質保證保留款後，65%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」的保險對象人數，35%依西醫基層總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。
- (三)藥品依藥物給付項目及支付標準核算，自地區預算預先扣除。
- (四)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸醫療服務給付項目及支付標準處理為原則，如仍有部分服務需採點值保障，請中央健康保險局會同西醫基層總額受託單位議定後送費協會備查。

表 3 102 年度西醫基層醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)
一般服務		
醫療服務成本及人口因素成長率		2.101%
投保人口年增率		0.163%
人口結構改變率		0.762%
醫療服務成本指數改變率		1.173%
協商因素成長率		0.393%
醫療品質及保險 對象健康狀況的 改變	品質保證保留款	0.100%
支付項目的改變	新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目)	0.041%
	配合安全針具推動政策	0.004%
	新增 9 項跨表項目	0.011%
	支付標準調整	0.237%
其他醫療服務及 密集度的改變	其他預期之法令或政策改變	0.057%
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理 辦法之扣款	-0.057%
一般服務成長率(%)		2.494%
專款項目(全年計畫經費)		
醫療資源不足地區改善方案		150
慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫		157
醫療給付改善方案		162.4
家庭醫師整合性照護計畫		1,215
診所以病人為中心整合照護計畫		
受刑人之醫療服務費用		262.4
專款金額		1,946.8
(一般服務+專款)成長率		2,564%
門診透析服務成長率		4.659%
總成長率^(註)		2.809%
(一般服務+專款+門診透析)		
較 101 年度核定總額成長率		2.818%

註：計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。

問 4:102 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 101 年度醫院醫療給付費用總額涵蓋範圍為基礎，並新增醫療科技項目。

二、實施期程：102 年 1 月至 12 月。

三、總額協定結果：有關醫院醫療給付費用成長率及一般服務費用(地區預算)分配公式，經醫院部門與付費者代表協商，未能達成共識，爰由費協會依法將付費者代表及醫院代表之方案報請衛生署裁決。

四、衛生署裁定結果：

(一)總額成長率與相關額度：

一般服務成長率為 5.861%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率 3.128%，及協商因素成長率 2.733%；專款項目全年經費為 15,196.5 百萬元；門診透析服務成長率 0.188%。經換算，年度醫院醫療給付費用總額，於校正投保人口後，成長率估計值為 5.578%；若相較於 101 年度核定總額，成長率為 5.587%。(表 4)

(二)總額分配：

1. 一般服務(上限制)：

(1)醫療服務成本及人口因素成長率：

a.投保人口年增率 0.163%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 99 年至 149 年人口推計」之中推計估算。

b.人口結構改變率 1.969%：以 99 年每人醫療給付

費用為基礎，計算 100 年相對於 99 年納保人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。

c. 醫療服務成本指數改變率 0.991%：指數採計時程為 100 年對 99 年的比值。

(2) 協商因素項目與成長率：

a. 品質保證保留款(0.100%)：

① 依醫院總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於 101 年 11 月底前完成相關程序，並於 102 年 6 月底前提送前一年度執行成果。

② 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。

③ 請中央健康保險局會同醫院總額相關團體，於 102 年 6 月底前，完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目及監測值。

b. 新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等)(0.418%)：其中新增支付標準項目，請中央健康保險局訂定相關項目之額度與開放時程，若未於時程內導入，則扣減該額度。

c. 支付標準調整(1.566%，5,055.4 百萬元)：為合理調整急重難科別之支付標準，並兼顧各層級醫院之發展。

d. 配合安全針具推動政策(0.031%)。

e. 慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫(0.627%，2,022 百萬元)。

f.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 (-0.009%)。

2.專款項目：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險局會同醫院總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送費協會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於 101 年 11 月底前完成，並於 102 年 6 月底前提報執行成果及成效評估報告至評核會議；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(1)鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：全年經費 3,672 百萬元，不足部分由其他預算支應。

(2)罕見疾病、血友病藥費：全年經費 6,864 百萬元，不足部分由其他預算支應。

(3)醫療給付改善方案：全年經費 499.8 百萬元。

(4)急診品質提升方案：全年經費 320 百萬元。

(5)提升住院護理照護品質：全年經費 2,500 百萬元；另有關人力監測指標，請中央健康保險局於訂定「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」時，視需要研處。

(6)繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵：全年經費 387.0 百萬元，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。

(7)醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案：

a.全年經費 50.0 百萬元。

b.配合支援西醫基層醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。

(8)受刑人之醫療服務費用：全年經費 903.7 百萬元，經費不足時，採浮動點值核算；若有剩餘，則回歸健保安全準備。

3.門診透析服務(上限制)：

(1)合併醫院及西醫基層兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

(2)合併醫院及西醫基層兩總額部門之年度門診透析服務費用，協商新年度成長率，並依協商當年第 1 季醫院總額及西醫基層總額之門診透析費用點數占率分配計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 2%，其基期費用包含 101 年度之 1%成長率，新增預算用於鼓勵非外包經營之透析院所。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為 0.188%。

4.地區預算分配：

(1)地區範圍：以中央健康保險局六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(2)分配方式：於扣除品質保證保留款後，用於計算地區預算所採之門住診費用比為 45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

a.門診服務(不含門診透析服務)：

預算 46%依各地區校正「人口風險因子及轉診

型態」後保險對象人數，54%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

b.住診服務：

預算 40%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，60%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

c.各地區門住診服務，經依 a、b 計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

(3)藥品依藥物給付項目及支付標準核算，自地區預算預先扣除。

(4)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸醫療給付項目及支付標準處理為原則，如仍有部分服務需採點值保障，請中央健康保險局會同醫院總額相關團體議定後送費協會備查。



表 4 102 年度醫院醫療給付費用成長率項目表(核定版)

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)
一般服務		
醫療服務成本及人口因素成長率		3.128%
投保人口年增率		0.163%
人口結構改變率		1.969%
醫療服務成本指數改變率		0.991%
協商因素成長率		2.733%
醫療品質及 保險對象的 健康狀態的 改變	品質保證保留款	0.100%
支付項目的改 變	新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等)	0.418%
	支付標準調整	1.566%
	配合安全針具推動政策	0.031%
	慢性B型及C型肝炎治療計畫	0.627%
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.009%
一般服務成長率		5.861%
專款項目(全年計畫經費)		
慢性B型及C型肝炎治療計畫		0
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質		3,672.0
罕見疾病、血友病藥費		6,864.0
醫療給付改善方案		499.8
急診品質提升方案		320.0
提升住院護理照護品質		2,500.0
繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵		387.0
醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案		50.0
受刑人之醫療服務費用		903.7
專款金額		15,196.5
(一般服務+專款)成長率		5.874%
門診透析服務成長率		0.188%
總成長率^(註) (一般服務+專款+門診透析)		5.578%
較 101 年度核定總額成長率		5.587%

註：1. 支付標準調整及慢性B型及C型肝炎治療計畫二項採衛生署核定金額，換算之成長率百分比取至小數點第三位。

2. 計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。

問 5:102 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、衛生署擬訂「102 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」於 101 年 4 月報行政院，經同年 8 月 3 日奉院核定 102 年度全民健康保險醫療給付費用，以 101 年為基礎，成長率範圍為 2.994%~6%。

二、經費協會協定並報請衛生署核定後，於 102 年 1 月 28 日公告 102 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)牙醫門診醫療給付費用成長率 1.409%。

(二)中醫門診醫療給付費用成長率 2.177%。

(三)西醫基層醫療給付費用成長率 2.809%。

(四)醫院醫療給付費用成長率 5.578%。

(五)其他預算減少 402 百萬元，全年經費為 7,505.9 百萬元，採支出目標制，由中央健康保險局管控。

(六)前述部門經依 101 年度醫療費用百分比加權計算，102 年度全民健康保險醫療給付費用成長率為 4.427%；若相較於 101 年度核定總額，則成長率為 4.436%。

三、102 年度其他預算及其分配：

(一)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：全年經費 603.9 百萬元。請於 102 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告。

(二)非屬各部門總額支付制度範圍之服務：全年經費 3,714 百萬元。用於助產所、護理之家照護、居家照

- 護、精神疾病社區復健、安寧居家療護等所需經費。
- (三)支應罕病及血友病藥費、器官移植、西醫基層慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費：全年經費 200 百萬元。
- (四)推動促進醫療體系整合計畫：全年經費 950 百萬元。
- 1.預算用於醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫、論人計酬試辦計畫，及新增醫院垂直整合方案等三項。
 - 2.延續型計畫，請於 102 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告。新增方案原則於 101 年 12 月底前完成相關程序，並於 102 年 6 月底前提送初步執行結果。
- (五)其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費：全年經費 1,000 百萬元。
- 1.含新增醫藥分業地區所增加之費用。
 - 2.配合二代健保實施推動家庭醫師責任制度，若對部門醫療費用有顯著影響，得提經委員會同意後動支調整。
 - 3.經費之支用，依費協會第 178 次委員會議通過之適用範圍與動支程序原則辦理。
- (六)增進偏遠地區醫療服務品質計畫：全年經費 500 百萬元。
- 1.經費若有不足，得由前項支應，並以 1.7 億元為上限。
 - 2.請於 101 年 12 月底前完成相關程序，並於 102 年 6

月底前提送執行成果及成效評估報告。

(七)全民健保高診次民眾就醫行為改善方案--藥師居家
照護：全年經費 54 百萬元

- 1.本項以輔導至少 7,000 人為目標。
- 2.輔導個案重複用藥之問題及輔導結果，應提供健保管理。
- 3.請於 101 年 12 月底前完成相關程序，並於 102 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告。

(八)慢性腎臟病照護及病人衛教計畫：全年經費 404 百萬元，預算用於：

- 1.繼續推動「Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫」、「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」。
- 2.新增「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」。

(九)配合二代健保法施行全民健康保險提供矯正機關收容人醫療服務計畫：全年經費 80 百萬元。

- 1.用於鼓勵院所至矯正機關提供收容人醫療服務之論次費用及診察費加成之獎勵費用。
- 2.請於 101 年 12 月底前完成相關程序，並於 102 年 6 月底前提送初步執行結果。

