

101 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

依據：行政院衛生署 101 年 2 月 22 日衛署健保字第 1012660038 號核定函。

一、總額設定公式：

- 101 年度醫院醫療給付費用總額 = 校正後 100 年度醫院一般服務醫療給付費用 $\times (1 + 101$ 年度一般服務成長率) + 101 年度專款項目經費 + 101 年度醫院門診透析服務費用
- 101 年度醫院門診透析服務費用 = 100 年度醫院門診透析服務費用 $\times (1 + 成長率)$

註：校正後 100 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依費協會第 114 次委員會議決議，校正投保人口成長率差值。

二、總額核定結果：

- (一) 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%，協商因素成長率 0.926%。
- (二) 專款項目全年經費為 14,312.5 百萬元。
- (三) 門診透析服務成長率 -0.350%，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%。
- (四) 前述三項額度經換算，101 年度醫院醫療給付費用總額，較 100 年度所協定總額成長 4.683%；而於校正投保人口後，成長率估計值為 4.609%。各細項成長率如表 4。

三、總額分配相關事項：

(一) 一般服務(上限制)：

1. 地區預算：

- (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)：

- (a) 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。

(b)「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。

b.住診服務：

(a)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。

(b)「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%。

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)藥品依藥價基準核算，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醫院總額相關團體議定後送費協會備查。

2.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，並於101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，並自99年度起採累計方式計算。

(3)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，完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目及監測值。

3.新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等)(0.318%)。

4.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。

5.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。

6.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。

7.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。若有變更原協定之結果，再行另案報衛生署。

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)	核定事項
一般服務			
醫療服務成本及人口因素成長率		3.003%	照衛生署報奉行政院核定數值計列。 計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率 = $[(1 + \text{投保人口數年增率}) * (1 + \text{人口結構改變率} + \text{醫療服務成本指數改變率})] - 1$
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健康狀態的改變	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，並於 101 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，並自 99 年度起採累計方式計算。 3.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，完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目及監測值。
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%	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。
	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。
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。
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%	

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	核定事項
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	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。
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	3,484.7	不足部分由其他預算支應。
罕見疾病、血友病藥費	5,649.0	不足部分由其他預算支應。
醫療給付改善方案	499.8	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」。
急診品質提升方案	320.0	
提升住院護理照護品質	2,000.0	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。
繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵	387.0	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。
醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案	50.0	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。
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%	<ol style="list-style-type: none"> 1. 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%。 2. 應持續檢討及修訂門診透析醫療服務品質指標及監測值。 3. 為確保透析醫療品質，相關耗材不得重複使用。 4. 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後，預算方可動支。若有變更原協定之結果，再行另案報衛生署。
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。