

## 102年度醫院醫療給付費用總額及其分配

### 一、總額設定公式：

- 102年度醫院醫療給付費用總額＝校正後101年度醫院一般服務醫療給付費用×(1+102年度一般服務成長率)+102年度專款項目經費+102年度醫院門診透析服務費用
- 102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×(1+成長率)

註：校正後101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，校正投保人口數成長率差值。

### 二、總額裁定結果：

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本署裁決，結果如下：

#### (一)總額成長率與相關額度：

- 1.一般服務成長率為5.861%：
  - (1)醫療服務成本及人口因素成長率3.128%。原投保人口數年增率之受刑人納保所增加成長率0.280%(903.7百萬元)，移至專款項目項下。
  - (2)協商因素成長率為2.733%。
- 2.專款項目全年經費為15,196.5百萬元。
- 3.門診透析服務成長率0.188%。
- 4.前述三項額度經換算，102年度醫院醫療給付費用總額，較101年度所核定總額成長5.587%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為5.578%。各細項成長率及金額如表4。

#### (二)總額分配：

- 1.一般服務(上限制)：
  - (1)地區預算：
    - a. 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。

b. 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。

c. 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。

d. 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%)：

a. 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。

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。

(3)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。

(4)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。

(5)配合安全針具推動政策(0.031%)。

(6)慢性B型及C型肝炎治療計畫(0.627%，2,022百萬元)。

(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(-0.009%)。

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；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：

全年經費50百萬元，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：

(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%。

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)	預估增加 金額(百萬元)	核 定 事 項
<b>一般服務</b>				
<b>醫療服務成本及人口因素成長率</b>		<b>3.128%</b>	<b>10,095.3</b>	1. 計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率 =[(1+投保人口數年增率)×(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)]-1 2. 原投保人口數年增率之受刑人納保所增加成長率 0.280%(903.7 百萬元)，移至專款項目項下。
投保人口數年增率		0.163%		
人口結構改變率		1.969%		
醫療服務成本指數改變率		0.991%		
<b>協商因素成長率</b>		<b>2.733%</b>	<b>8,820.5</b>	
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%	322.7	1. 依醫院總額品質保證保留款實施方案支付，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。
支付項目的 改變	新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目)	0.418%	1,349.1	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。
	支付標準調整	1.566%	5,055.4	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。
	配合安全針具推動政策	0.031%	100.0	
	慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫	0.627%	2,022.0	
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%	-30.5	
<b>一般服務成長率</b>		<b>5.861%</b>	<b>18,915.8</b>	
項 目		成長率(%)或	預估增加	核 定 事 項

	金額(百萬元)	金額(百萬元)	
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>			
慢性B型及C型肝炎治療計畫	0	-1,922.0	移列至一般服務項目。
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	3,672.0	187.3	不足部分由其他預算支應。
罕見疾病、血友病藥費	6,864.0	1,215.0	不足部分由其他預算支應。
醫療給付改善方案	499.8	0.0	
急診品質提升方案	320.0	0.0	
提升住院護理照護品質	2,500.0	500.0	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。
繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵	387.0	0.0	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	0.0	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。
受刑人之醫療服務費用	903.7	903.7	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。
<b>專款金額</b>	<b>15,196.5</b>	<b>884.0</b>	
<b>(一般服務+專款)成長率預估值</b>	<b>5.874%</b>	<b>19,799.8</b>	
門診透析服務成長率	0.188%	34.9	
<b>總成長率預估值 (一般服務+專款+門診透析)</b>	<b>5.578%</b>	<b>19,834.7</b>	
<b>較 101 年度核定總額成長率</b>	<b>5.587%</b>	—	

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，換算後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，已含校正投保人口數成長率差值。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值，最終仍以健保局結算資料為準。