

104 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

- 104 年度西醫基層醫療給付費用總額 = 校正後 103 年度西醫基層一般服務醫療給付費用 \times (1 + 104 年度一般服務成長率) + 104 年度專款項目經費 + 104 年度西醫基層門診透析服務費用
- 104 年度西醫基層門診透析服務費用 = 103 年度西醫基層門診透析服務費用 \times (1 + 成長率)

註：校正後 103 年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 103 年第 5 次委員會議決議，校正投保人口數成長率差值。

二、總額協定結果：

- (一) 一般服務成長率為 2.447%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 1.154%，協商因素成長率 1.293%。
- (二) 專款項目全年經費為 1,984.4 百萬元。
- (三) 門診透析服務成長率 5.557%。
- (四) 前述三項額度經換算，104 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 103 年度所核定總額成長 3.191%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 2.991%。各細項成長率及金額如表 3。

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：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(2) 分配方式：

a. 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(89 年)各地區實際發生醫療費用比率分配。

b. 所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定之。

(3)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，由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，於103年12月底前送全民健康保險會同意後執行。

2.品質保證保留款(0.1%)：

(1)依西醫基層總額品質保證保留款實施方案支付，並以品質相關指標作為獎勵依據。該方案請於103年11月底前完成相關程序，並於104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，並以最近2年(103、104年)該保留款成長率之累計額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。

3.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.122%)：

(1)請中央健康保險署於103年12月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，及於104年6月底前提送執行結果(含新增項目及申報費用/點數)。若未於時程內導入，則扣減該額度。

(2)資源有限，對給付項目之新增或適應症之調整，請中央健康保險署於額度內，依全民健康保險法第42條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。

4.調整藥事服務費及語言治療診療項目(0.399%)：

請中央健康保險署於103年12月委員會議說明擬調整支付標準項目與作業時程，依時程導入，並於104年6月底前提送執行情形。

5.配合安全針具推動政策之費用(0.004%)：

(1)配合安全針具推動政策，5年內按比例逐步完成全面提供安全針具。本項自102年起開始分5年編列，104年為第3年。

(2)請於104年6月底前提送執行情形(含安全針具之申報量與價格)。

6.其他醫療服務利用及密集度之改變(0.713%)：

在合理預期支出範圍內，應含放寬藥品適應症所增之費用；若有全民健康保險法第26條第2款之情事，則不適用。

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(-0.045%)。

(二)專款項目全年經費為 1,984.4 百萬元：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於 103 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 103 年 12 月底前完成，並於 104 年 6 月底前提報執行成果及成效評估報告(新增計畫僅需提供初步執行結果)；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150百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

2.慢性B型及C型肝炎治療計畫：

(1)全年經費400百萬元，不足部分由其他預算支應。

(2)請中央健康保險署研議成效評估指標。

3.醫療給付改善方案：

(1)全年經費254.4百萬元。

(2)辦理原有之糖尿病、氣喘、思覺失調症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤、早期療育等5項方案，並新增孕產婦方案。

(3)宜提升涵蓋率，照護更多相同疾病的患者；屬成效明確的方案，應將該類病患全部納入，以避免選擇性偏差的問題。並整合各方案，朝以病人為中心的整合性服務發展，以提升醫療資源的使用效益。

4.家庭醫師整合性照護計畫：

全年經費1,180百萬元，應確實評估成效，並訂定嚴格之退場機制。

(三)門診透析服務：

1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度門診透析服務費用，並統為運用。

2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：

先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第1季醫

院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，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3.7%；西醫基層部門本項服務費用成長率為5.557%，含偏遠地區門診透析服務保障每點1元支付。
- 4.門診透析院所前提報台灣腎臟醫學會之所有資料，嗣後改以全數上傳至中央健康保險署健保資訊網服務系統(VPN)，並將院所上傳情形納入「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之指標。

表 3 104 年度西醫基層醫療給付費用協定項目表

| 項 目 | | 成長率(%)或 金額(百萬元) | 增加金額 (百萬元) | 協 定 事 項 |
|-----------------------|-------------------------|--------------------|----------------|---|
| 一般服務 | | | | |
| 醫療服務成本及人口因素成長率 | | 1.154% | 1,132.7 | 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 |
| 投保人口數年增率 | | 0.175% | | |
| 人口結構改變率 | | 0.997% | | |
| 醫療服務成本指數改變率 | | -0.020% | | |
| 協商因素成長率 | | 1.293% | 1,269.8 | |
| 鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康 | 品質保證保留款 | 0.100% | 98.2 | <ol style="list-style-type: none"> 依西醫基層總額品質保證保留款實施方案支付，並以品質相關指標作為獎勵依據。該方案請於 103 年 11 月底前完成相關程序，並於 104 年 6 月底前提交前一年度執行成果。 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近 2 年(103、104 年)該保留款成長率之累計額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。 |
| 保險給付項目及支付標準之改變 | 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) | 0.122% | 120.0 | <ol style="list-style-type: none"> 請中央健康保險署於 103 年 12 月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，及於 104 年 6 月底前提交執行結果(含新增項目及申報費用/點數)。若未於時程內導入，則扣減該額度。 資源有限，對給付項目之新增或適應症之調整，請中央健康保險署於額度內，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。 |

| 項 目 | | 成長率(%)或 金額(百萬元) | 增加金額 (百萬元) | 協 定 事 項 |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------------|----------------|--|
| 保險給 付項目 及支付之 標準之 改變 | 調整藥事服務費 及語言治療診療 項目 | 0.399% | 391.6 | 請中央健康保險署於 103 年 12 月委員會議說明擬調整 支付標準項目與作業時程， 依時程導入，並於 104 年 6 月底前送送執行情形。 |
| | 配合安全針具推 動政策之費用 | 0.004% | 3.9 | 1.配合安全針具推動政策，5 年內按比例逐步完成全面 提供安全針具。本項自 102 年起開始分 5 年編列，104 年為第 3 年。 2.請於 104 年 6 月底前送 執行情形(含安全針具之 申報量與價格)。 |
| | 其他醫療服務利用及密集 度之改變 | 0.713% | 700.0 | 在合理預期支出範圍內，應含 放寬藥品適應症所增之費 用；若有全民健康保險法第 26 條第 2 款之情事，則不適用。 |
| | 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 | -0.045% | -43.9 |
| 一般服務成長率 | | 2.447% | 2,402.5 | |
| 專款項目(全年計畫經費) | | | | |
| 醫療資源不足地區改善方案 | | 150.0 | 0.0 | 本項經費得與醫院總額 同項專款相互流用。 |
| 慢性 B 型及 C 型肝炎治療計 畫 | | 400.0 | 200.0 | 1.不足部分由其他預算支應。 2.請中央健康保險署研議成效 評估指標。 |
| 醫療給付改善方案 | | 254.4 | 48.9 | 1.辦理原有之糖尿病、氣 喘、思覺失調症、B 型肝 炎帶原者及 C 型肝炎感染 者個案追蹤、早期療育等 5 項方案，並新增孕產婦 方案。 2.宜提升涵蓋率，照護更多 相同疾病的患者；屬成效 明確的方案，應將該類病 患全部納入，以避免選擇 性偏差的問題。並整合各 方案，朝以病人為中心的 整合性服務發展，以提升 醫療資源的使用效益。 |
| 家庭醫師整合性照護計畫 | | 1,180.0 | -20.0 | 應確實評估成效，並訂定嚴 格之退場機制。 |
| 專款金額 | | 1,984.4 | 228.9 | |

| 項 目 | | 成長率(%)或 金額(百萬元) | 增加金額 (百萬元) | 協 定 事 項 |
|----------------------------------|------|--------------------|---------------|---|
| 成長率 (一般服務+專款) | 增加金額 | 2.633% | 2,631.4 | |
| | 總金額 | | 102,545.5 | |
| 門診透析服務 成長率 | 增加金額 | 5.557% | 774.4 | 1.門診透析服務總費用成長率為 3.7%；本項與醫院總額門診透析服務費用合併，並統為運用。 2.含偏遠地區門診透析服務保障每點 1 元支付。 3.門診透析院所前提報台灣腎臟醫學會之所有資料，嗣後改以全數上傳至中央健康保險署健保資訊網服務系統(VPN)，並將院所上傳情形納入「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之指標。 |
| | 總金額 | | 14,709.4 | |
| 總成長率 (註 1) (一般服務+專款 +門診透析) | 增加金額 | 2.991% | 3,405.8 | |
| | 總金額 | | 117,254.9 | |
| 較 103 年度核定總額成長率 | | 3.191% | — | |

註：1.計算總成長率所用之基期費用，一般服務含校正投保人口數成長率差值。

2.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

