

## 106 年度全民健康保險各部門醫療給付費用總額

### 一般服務費用分配方式

#### 一、牙醫門診總額

(一)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。

(二)分配方式：

- 1.自一般服務費用移撥4.156億元，用於「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「醫療資源不足且點值低地區獎勵計畫」、「投保人口就醫率全國最高二區之保障款」、「牙周病統合照護計畫第一、二階段給付費用」及「牙周病統合照護計畫第三階段給付費用」等5項，經費若有剩餘，則回歸一般服務費用。
- 2.協定項目「103年新增支付標準預算執行率連2年未達30%者，扣其原編預算之50%」(-0.039%，-0.151億元)於各區之扣減方式，50%(0.0755億元)依六分區103~104年實際未達執行率扣款、50%(0.0755億元)按101年各區人口風險因子(R值)進行扣款分配。
- 3.扣除品質保證保留款及上開移撥費用後，預算100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。
- 4.所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定之。

(三)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牙醫門診總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。

#### 二、中醫門診總額

(一)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。

(二)分配方式：

- 1.於扣除品質保證保留款及風險調整基金後，預算2.22%歸東區，

97.78%歸其他五區。

2.東區外，其他五分區依下列參數占率分配之：

(1)各區實際收入預算占率：69%。

(2)各區戶籍人口數占率：11%。

(3)各區每人於各分區就醫次數之權值占率：9%。

(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%，若有餘款則歸入依「各區實際收入預算占率」分配。

3.所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定之。

(三)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中醫門診總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。

### 三、西醫基層總額

(一)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。

(二)分配方式：

1.於扣除品質保證保留款後，預算66%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，34%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。

2.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。

(三)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，送全民健康保險會同意後執行。

### 四、醫院總額

(一)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。

(二)分配方式：

於扣除品質保證保留款後及風險調整基金後，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、品質保證保留款)：

預算50%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，50%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(不含品質保證保留款)：

預算45%依各地區校正「人口風險因子」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。

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。

4.所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定之。

(三)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醫院總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。