

97 年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

97年度牙醫門診醫療給付費用總額＝96年度牙醫門診一般服務醫療給付費用 × (1+97年度一般服務成長率)+97年度專款項目預算

註：1.97年度醫療給付費用總額所採基期費用，依費協會第114次委員會議決議辦理。

2.97年度改由公務預算支應已非屬健保給付項目之費用，自基期費用扣除。

二、總額協定結果：

(一)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%。

(二)專款項目全年預算額度為 420.9 百萬元。

(三)前述二項預算額度經換算後，97 年度牙醫門診醫療給付費用成長率估計值為 2.650%。各細項成長率如表 1。

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局所轄範圍區分為六個地區。

(2)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，以提升各該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。

(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牙醫門診總額受託單位議定後，送全民健康保險醫療費用協定委員會(以下簡稱費協會)備查。

2.品質保證保留款：

(1)依牙醫門診總額品質保證保留款實施方案支付。

(2)請中央健康保險局會同牙醫門診總額受託單位，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。

3.加強提升初診照護品質計畫：

(1)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。

(2)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。

4.口腔顎顏面頸部腫瘤術後照護計畫：

(1)計畫應於96年11月底前送費協會備查。

(2)於97年6月前提報執行成果。

5.支付標準調整：

(1)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。

(2)方案應於96年11月底前送費協會備查，並於97年6月前提報執行情形。

(3)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，應請遵循中央健康保險局既有機制，經該局支付委員會通過後，再依預算中平原則進行調整。

6.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%)。

7.一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：具體實施方案由中央健康保險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：

(1)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。

(2)於97年6月前提報執行成效。

2.資源缺乏地區改善方案：

(1)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)。

(2)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。

(3)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：

已接受專業自主事務委託，可獲本鼓勵款項32.6百萬元，該預算併入一般服務結算。

表 1 97 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)	協定事項	
一般服務			
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	-0.05%		
醫療服務成本指數改變率	0.74%		
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%	檢討修訂醫療服務品質指標項目及監 測值。	
支付項目 改變	加強提升初診照護品質計 畫	0.394%	1.本年度執行以 15%為目標，並應定期 檢討執行情形。 2.於 97 年 6 月前提報執行成效。
	口腔顎顏面頸部腫瘤術後 照護計畫	0.152%	1.計畫應於 96 年 11 月底前送費協會備 查。 2.於 97 年 6 月前提報執行成果。
	支付 標準 調整	1.非特定局部治療 費用(92001C) 2.新增恆牙根管治 療(四根與五根) 項目 3.調整癌前病變 軟、硬組織切片	0.479%
其他醫療服 務及密集度 的改變	就醫人口成長	0.100%	
非協商因素+協商因素成長率小計	2.586%		
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%		
一般服務成長率	2.581%		
專款項目(全年計畫總預算)			
牙醫特殊服務	180.0	1.服務對象：先天性唇顎裂與顱顏畸形 患者、中度以上身心障礙者。 2.於 97 年 6 月前提報執行成效。	
資源缺乏地區改善方案	208.3	1.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。 2.於 97 年 6 月前提報執行成效。	
鼓勵接受專業自主事務委託	32.6	97 年若牙醫部門接受專業自主事務委 託，則併入一般服務結算；未受託則 予扣除。	
專款項目金額合計(百萬元)	420.9		
總費用成長率估計值 (含一般服務+專款項目)	2.650%		

97 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

97年度中醫門診醫療給付費用總額＝96年度中醫門診一般服務醫療給付費用 × (1+97年度一般服務成長率)+97年度專款項目預算

註：1.97年度醫療給付費用總額所採基期費用，依費協會第114次委員會議決議辦理。

2.97年度改由公務預算支應已非屬健保給付項目之費用，自基期費用扣除。

二、總額協定結果：

(一)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%。

(二)專款項目全年預算額度為 181.1 百萬元。

(三)前述二項預算額度經換算後，97 年度中醫門診醫療給付費用成長率估計值為 2.506%。各細項成長率如表 2。

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局所轄範圍區分為六個地區。

(2)分配方式：97年度續以試辦計畫方式辦理，並依程序辦理相關事項。

(3)藥品以每點1元核算，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中醫門診總額受託單位議定後送費協會備查。

2.品質保證保留款：

請檢討修訂醫療服務品質指標項目及監測值。

3.支付標準調整：

(1)調整針傷科治療處置(開內服藥)項目費用，及新增傷科複雜處置費項目。

(2)應依費用成長額度，合理調整支付標準，並加強相關費用之管控。

(3)方案應於96年11月底前送費協會備查，並於97年6月前提報執行情形。

(4)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，應請遵循中央健康保險局既有機制，經該局支付委員會通過後，再依預算中平原則進行調整。

4.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%)。

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：具體實施方案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。

1.資源缺乏地區改善方案：

(1)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。

(2)應檢討鼓勵誘因的合理性，並建立資源配置優先順序。

(3)於97年6月前提報執行成效。

2.醫療照護試辦計畫：

(1)本試辦計畫共3項，照96年度計畫繼續辦理不擴大：

a.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，送中央健康保險局審核通過後實施。

b.小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫。

c.小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫。

(2)3項計畫全年預算85百萬元，移列「其他預算」項下，由中央健康保險局與中醫門診總額受託單位共同修訂與執行。

(3)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。

3.提升傷科治療品質方案：

(1)全年預算3百萬元。

(2)方案應於96年11月底前送費協會備查，並於97年6月前提報執行情形。

4.鼓勵接受專業自主事務委託：

已接受專業自主事務委託，可獲本鼓勵款項18.1百萬元，該預算併入一般服務結算。

表 2 97 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)	協定事項
一般服務		
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%
支付項目的改變	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%
非協商因素+協商因素成長率小計	2.431%	
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%	
一般服務成長率	2.412%	
專款項目(全年計畫總預算)		
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	1.應檢討鼓勵誘因的合理性，並建立資源配置優先順序。 2.於 97 年 6 月前提報執行成效。
腦血管疾病及褥瘡之西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫	85.0	1.本 3 項計畫，照 96 年計畫繼續辦理不擴大。 2.預算移列「其他預算」項下，由中央健康保險局與中醫門診總額受託單位共同修訂與執行。 3.於 97 年 6 月前提報成效評估。
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		
提升傷科治療品質方案	3	方案應於 96 年 11 月底前送費協會備查，並於 97 年 6 月前提報執行情形。
鼓勵接受專業自主事務委託	18.1	97 年若中醫部門接受專業自主事務委託，則併入一般服務結算；未受託則扣除。
專款項目金額合計(百萬元)	181.1	
總費用成長率估計值 (含一般服務+專款項目)	2.506%	

97 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：

- 97年度西醫基層醫療給付費用總額=96年度西醫基層一般服務醫療給付費用 × (1+97年度一般服務成長率)+97年度專款項目預算+97年度西醫基層門診透析服務預算
- 97年度西醫基層門診透析服務預算=96年度西醫基層門診透析服務預算 × (1+成長率)

註：1.97年度醫療給付費用總額所採基期費用，依費協會第114次委員會議決議辦理。

2.97年度改由公務預算支應已非屬健保給付項目之費用，自基期費用扣除。

二、總額協定結果：

- (一)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%。
- (二)專款項目全年預算額度為 1,528.6 百萬元。
- (三)門診透析服務預算成長率 9.49%。
- (四)前述三項預算額度經換算後，97 年度西醫基層醫療給付費用成長率估計值為 3.953%。

三、依行政院衛生署之政策裁量事項，調修總額協定結果：

(一)政策裁量事項：

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。

(二)總額調修結果：

- 1.專款項目預算額度由1528.6百萬元修改為1692.6百萬元。
- 2.醫療給付費用成長率估計值由3.953%修改為4.129%。各細項成長率如表3。

四、總額分配相關事項：

(一)一般服務(上限制)：

1.地區預算(不含品質保證保留款)：

(1)地區範圍：以中央健康保險局六分局所轄範圍區分為六個地區。

(2)分配方式：

a. 先撥1.5億予中區。

b. 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%。

(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，請中央健康保險局會同西醫基層總額相關團體議定後送費協會備查。

2.品質保證保留款：

(1)依西醫基層總額品質保證保留款實施方案支付。

(2)請中央健康保險局會同西醫基層總額相關團體，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。

3.國民健康改善計畫(心血管疾病照護)：

(1) 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。

(2)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.支付標準調整：

(1)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，請中央健康保險局依權責辦理。

- (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，應請遵循中央健康保險局既有機制，經該局支付委員會通過後，再依預算中平原則進行調整。
- 5.「西醫基層論病例計酬合理化」及「加強醫療服務管控、分配效率，及科別平衡」方案：應於96年11月底前送費協會備查。
 - 6.「促進供血機制合理化」方案：比照醫院部門之方式辦理。
 - 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，於中央健康保險局提出執行狀況後再議。
 - 8.減列指示用藥之費用為91百萬元(成長率-0.111%)。
 - 9.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，請中央健康保險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。
 - 10.一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：具體實施方案由中央健康保險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：
 - (1)全年預算8百萬元。
 - (2)「新藥預定款」2百萬元，其開放時程由中央健康保險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計畫：

- (1)全年預算915百萬元，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)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：

- (1)全年預算100百萬元。
- (2)於97年6月前提送成效評估報告。

4.醫療給付改善方案：

- (1)全年預算423.6百萬元。
- (2)應健全中央健康保險局與醫界之共同管理機制，以提升執行成效。
- (3)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)：

- (1)全年預算164.0百萬元。
- (2)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。
- (3)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：

- (1)全年預算82百萬元。
- (2)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)：

- 1.西醫基層本項預算97年度之成長率為9.49%。
- 2.西醫基層與醫院等二總額部門，本項預算合併運作，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。

表3 97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)	核定及協定事項
一般服務			
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	0.300%	檢討修訂醫療服務品質指標項目與監測值，尤須著重品質的持續改善，及逐年設立分科指標。
	促進供血機制合理化	0.00026%	比照醫院部門辦理。
	國民健康的改善 (心血管疾病照護)	0.000%	1.96 年度費用已納入基期，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。 2.請於 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。
支付項目的改變	新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目)	0.060%	
	支付標準調整	0.000%	預算以中平原則處理
其他醫療服務及密度的改變	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)	0.675%	
	加強醫療服務管控、分配效率，及科別平衡	0.589%	方案應於 96 年 11 月底前送費協會備查。
	西醫基層論病例計酬合理化	0.465%	方案應於 96 年 11 月底前送費協會備查。
非協商+協商因素成長率小計		3.500%	
違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款		-0.061%	本項扣款條件先試行一年，以後年度是否續用，於檢討本年度執行狀況後再議。
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			自一般服務預算移列 4.77 億至其他預算項下，其支付或調整方案請於 97 年 3 月前送費協會備查。
一般服務成長率		3.328%	

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	核定及協定事項
專款項目(全年計畫總預算)		
慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫	8.0	「新藥預定款」2 百萬元，其開放時程由中央健康保險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，則予以扣除。
家庭醫師整合性照護制度計畫	915.0	1.計畫目標醫療群數：300 群。 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.於 97 年 6 月前提送歷年執行成果及成效評估報告。
醫療資源缺乏地區改善方案	100.0	於 97 年 6 月前提報執行成效。
醫療給付改善方案	423.6	1.應健全共管機制，以提升執行成效。 2.於 97 年 6 月前提報執行成效，並應包含健康改善狀況之量化指標。
代謝症候群照護	164.0	1.衛生署政策核增項目。 2.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。 3.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。
鼓勵接受專業自主事務委託	82.0	97 年若西醫基層部門接受專業自主事務委託，則併入一般服務結算；未受託則予扣除。
專款項目金額合計(百萬元)	1,692.6	
一般服務+專款項目成長率估計值	3.525%	
門診透析服務新增預算 (含品質改善專款)	9.49%	1.與醫院部門同項預算合併為獨立預算。 2.0.6% 成長率用於品質改善計畫。
總費用成長率估計值 (含一般服務+專款項目+門診透析)	4.129%	

97 年度醫院醫療給付費用總額分配方式

一、總額設定公式：

- 97年度醫院醫療給付費用總額=96年度醫院一般服務醫療給付費用 × (1+97年度一般服務成長率)+97年度專款項目預算+97年度醫院門診透析服務預算
- 97年度醫院門診透析服務預算=96年度醫院門診透析服務預算×(1+成長率)

註：1.97年度醫療給付費用總額所採基期費用，依費協會第114次委員會議決議辦理。

2.97年度改由公務預算支應已非屬健保給付項目之費用，自基期費用扣除。

二、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 4-1。

三、衛生署核定結果：

- (一)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%。
- (二)專款項目全年預算額度為 8,142.2 百萬元。
- (三)門診透析服務預算成長率 0%。
- (四)前述三項預算額度經換算後，97 年度醫院醫療給付費用成長率估計值為 4.900%。各細項成長率如表 4-2。

四、總額分配相關事項(含核定事項)：

(一)一般服務(上限制)：

- 1.地區預算：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。

- (1)地區範圍：以中央健康保險局六分局所轄範圍區分為六個地區。
 - (2)門診服務(不含門診透析服務、專款項目預算)：
 - 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保險對象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。
 - (3)住診服務(不含專款項目預算)：
 - 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保險對象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%。
 - (4)各地區門住診服務，經依(2)、(3)計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。
 - (5)藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除。
 - (6)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.促進供血機制合理運作：成長率為0.098%，血品點值以每點1元核算。
- 3.支付標準調整：
- (1)成長率為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。
 - (2)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.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(成長率-0.020%)。該扣款條件，先試行一年，以後年度是否續用，於中央健康保險局提出執行狀況後再議。

5.減列指示用藥之費用為483.6百萬元(成長率-0.183%)。

6.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，請中央健康保險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。

7.一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：具體實施方案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。

1.慢性B型及C型肝炎治療試辦計畫：

(1)全年預算1436.8百萬元。

(2)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.醫療給付改善方案：

(1)全年預算504.0百萬元。

(2)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。

3.鼓勵接受專業自主事務委託：

(1)全年預算264.1百萬元。

(2)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)：

- 1.醫院本項預算97年度之成長率為0%。
- 2.醫院與西醫基層等二總額部門，本項預算合併運作，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。

表4-1 97年度醫院醫療給付費用成長率(送署裁定版)

項目	方案	付費者代表方案	醫院代表方案
非協商因素成長率		2.771%	2.771%
投保人口數年增率		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%
非協商+協商小計		4.974%	5.073%
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)
一般服務成長率		4.771%	4.870%
(一般服務+專款項目)成長率		5.246%	5.343%
門診透析預算成長率		0.000%	0.000%
總成長率預估值		4.900%	4.990%

表4-2 97年度醫院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)	衛生署核定事項
一、非協商因素成長率		
(一)投保人口年增率	0.271%	
(二)人口結構改變率	1.840%	
(三)醫療服務成本指數改變率	0.660%	
小計	2.771%	
二、協商因素成長率		
(一)品質保證保留款	0.000%	
(二)促進供血機制合理運作	0.098%	血品點值以每點1元核算。
(三)新醫療科技(包括藥品、特材、 新增項目等)	0.393%	
(四)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%	有關「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%)。
(五)合理反映區域醫療資源平衡	0.600%	
(六)保險對象服務利用率及密集度成長 (含重大傷病)	1.089%	
小計	2.302%	
非協商+協商因素成長率小計	5.073%	
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)	自一般服務預算移列25.23億至其他預算項下,其支付或調整方案請於97年3月前送費協會備查。
一般服務成長率	4.870%	

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	衛生署核定事項
三、專款項目(全年計畫總預算，百萬元)		
(一)慢性B型及C型肝炎治療試辦計畫	1,436.8	1.請依本預算之額度，修正原擬之計畫(含開放新藥預定款之時程)。 2.西醫基層部門併同前述計畫修定，一併檢討。
(二)罕見疾病、血友病藥費	3,600.0	
(三)鼓勵器官移植並確保術後追蹤 照護品質	2,337.3	
(四)醫療給付改善方案	504.0	
(五)鼓勵接受專業自主事務委託	264.1	97年若醫院部門接受專業自主事務委託，則併入一般服務結算；未受託則予扣除。
專款項目金額合計	8,142.2	
(一般服務+專款項目)成長率估計值	5.246%	
門診透析服務預算成長率	0.000%	與西醫基層部門同項預算合併為獨立預算，其中0.6%成長率用於品質改善計畫。
總費用成長率估計值 (含一般服務+專款項目+門診透析)	4.900%	

註：1.「違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」、「減列指示用藥之費用」之處理原則同西醫基層總額部門。

2.各項方案/計畫之訂定與執行，依費協會之協定慣例原則辦理。

97年度全民健康保險其他預算及其分配

一、使用範圍：

- (一)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫。
- (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)。
- (三)鼓勵醫院部門提升醫療品質與用藥安全計畫。
- (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。
- (五)鼓勵提升健保 IC 卡登錄及上傳資料之品質。
- (六)醫療照護試辦計畫：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。
- (八)其他預期政策改變所需經費。
- (九)第 5 次藥價調查及再確認更正作業節餘款：本項預算自西醫基層及醫院總額部門移列。

二、97 年度其他預算增加 316 百萬元，全年預算額度為 6,686 百萬元，採支出目標制，由中央健康保險局管控，各細項計畫，應比照各部門總額，提報執行情形，其分配如表 5。

表 5 97 年度其他預算項目表

項 目	97 年預算 (百萬元)	97 年增加金額 (百萬元)	協定事項
山地離島地區醫療給付 效益提昇計畫	549	0	
非屬各部門總額支付制 度範圍之費用	2347	392.9	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。
鼓勵醫院部門提升醫療 品質與用藥安全計畫	2429	-31	須訂定符合意旨之方案，並經 行政院衛生署核定後，始得支 給本項預算。
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	200	150	在額度內支應。
鼓勵提升健保 IC 卡登錄 及上傳資料之品質	237	-196	1.本項預算額度依 93 年度協定 結果編列，用於鼓勵健保 IC 卡登錄及上傳資料品質，醫事 服務機構應確實登錄 IC 卡各 階段要求之資料。支付條件與 方式由中央健康保險局訂定。 2.請中央健康保險局於 97 年 6 月前提報執行成果。 3.每年節餘預算，得累積留用至 次年同項計畫。
醫療照護試辦計畫	85	0	本項預算自中醫門診總額部門 移列。
推動垂直整合論人計酬 計畫	424	0	本項依衛生署政策方向執行。
其他預期政策改變所需 經費	500	0	1.新增醫藥分業地區所增加之 費用。 2.其他因應政策改變所需費用。
第 5 次藥價調查及再確 認更正作業節餘款	3000	0	本項預算自西醫基層及醫院總 額部門移列。 1.西醫基層總額：4.77 億元。 2.醫院總額：25.23 億元。
小計 (不含自各部門移列金額)	6,686	316	
總計 (含部門移列金額)	9,771		

註：本預算採支出目標制，由中央健康保險局管控。