

## 98 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：

- 98年度西醫基層醫療給付費用總額＝97年度西醫基層一般服務醫療給付費用 × (1+98年度一般服務預算成長率)+98年度專款項目預算+98年度西醫基層門診透析服務預算
- 98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 × (1+成長率)

註：98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，校正投保人口成長率差值。

### 二、總額協定結果：

- (一)一般服務成長率 3.247%，其中非協商因素成長率 2.543%，協商因素成長率 0.704%。
- (二)專款項目全年預算額度為 1,329 百萬元。
- (三)門診透析服務預算成長率 8.242%。
- (四)前述三項預算額度經換算，98 年度西醫基層醫療給付費用，於校正投保人口後，成長率估計值為 3.346%；於和中央健康保險局會計帳一致下，則較 97 年度所協定預算成長 3.756%。各細項成長率如表 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：以中央健康保險局六分局所轄範圍區分為六個地區。

##### (2)分配方式：

a.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90%，標準化死亡比占10%)，再校正西醫基層門診市場占有率。

(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受託單位議定後送費協會備查。

2.新醫療科技(0.032%)及支付標準調整(0.311%)：具體方案請中央健康保險局會同西醫基層總額受託單位議定後，於97年12月底前將方案送費協會備查，若未能於年度開始前實施，則扣減本項成長率。

3.因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響(提升慢性病照護品質)(0.400%)：於98年6月前提出具體成果。

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32.8百萬元(成長率-0.039%)。請中央健康保險局檢討執行成果，若達一定成效，則下(99)年度不須列為減項。

5.一般服務之協商因素項目中，屬計畫型預算，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；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(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.慢性B型及C型肝炎治療計畫：

(1)全年預算15百萬元，不足部分由其他預算支應。

(2)應訂定新藥及新療程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。

(3)於98年6月前提出歷年執行成果及成效評估報告。

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，並應加強

檢討及落實退場機制。

(2)於98年6月前提出歷年執行成果及成效評估報告。

3.醫療資源缺乏地區改善方案：

(1)全年預算100百萬元。

(2)於98年6月前提出成效評估報告。

4.醫療給付改善方案：

(1)全年預算299.0百萬元。

(2)於98年6月前提出成效評估報告，其中須含健康改善狀況之量化指標。

(三)門診透析服務：

1.西醫基層本項預算98年度之成長率為8.242%。

2.西醫基層與醫院部門同項預算合併運作，98年度之成長率合計為2.886%，其中0.3%成長率用於品質改善計畫。

3.品質改善具體實施方案(應含動支原則及目標值，並於達成目標後始得動用)，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；其動支原則內容應包含下列各項：

(1)提升門診透析醫療品質。

(2)持續推動Pre-ESRD病人衛教方案。

表3 98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)	協定事項	
<b>一般服務</b>			
<b>非協商因素成長率</b>	<b>2.543%</b>		
投保人口年增率	0.253%		
人口結構改變率	0.657%		
醫療服務成本指數改變率	1.627%		
<b>協商因素成長率</b>	<b>0.704%</b>		
醫療品質及保險對象健康狀況的改變	品質保證保留款	0.000%	完成新增及檢討修正醫療服務品質指標項目及監測值，並改善民眾自費情形。
支付項目的改變	新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目)	0.032%	具體方案請健保局會同西醫基層總額受託單位議定後，於97年12月底前將方案送本會備查，若未能於年度開始前實施，則扣減本項成長率。
	支付標準調整	0.311%	
其他醫療服務及密集度的改變	因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響(提升慢性病照護品質)	0.400%	於98年6月前提出具體成果。
	65歲以上診察費加成	0.000%	
違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款		-0.039%	請檢討執行成果，若達一定成效，則下(99)年度不須列為減項。
<b>一般服務成長率</b>	<b>3.247%</b>		
<b>專款項目(全年計畫總預算)</b>			
慢性B型及C型肝炎治療計畫	15	1.應訂定新藥及新療程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.不足部分由其他預算支應。 3.於98年6月前提出歷年執行成果及成效評估報告。	
家庭醫師整合性照護制度計畫	915	1.以300個計畫為執行目標，並應加強檢討及落實退場機制。 2.於98年6月前提出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	於98年6月前提出成效評估報告。	
醫療給付改善方案	299	於98年6月前提出成效評估報告，其中須含健康改善狀況之量化指標。	
<b>專款項目金額合計(百萬元)</b>	<b>1,329</b>		
<b>一般服務+專款項目成長率估計值</b>	<b>2.765%</b>		

項 目	成長率(%) 或金額(百萬元)	協定事項
門診透析服務新增預算 (含品質改善專款)	8.242%	與醫院部門同項預算合併為獨立預算，總預算成長率 2.886%，其中 0.3% 成長率用於品質改善計畫。品質改善具體實施方案（應含動支原則及目標值，並於達成目標後始得動用），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；其動支原則內容應包含下列各項： 1. 提升門診透析醫療品質。 2. 持續推動 Pre-ESRD 病人衛教方案。
總費用成長率估計值 <sup>(註)</sup> (含一般服務+專款項目+門診透析)	3.346%	
較 97 年度協定預算成長率	3.756%	

註：計算成長率估算值所用之基期費用，已有校正投保人口成長率差值。

## 98 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

### 一、總額設定公式：

- 98年度醫院醫療給付費用總額=97年度醫院一般服務醫療給付費用 × (1+98年度一般服務預算成長率)+98年度專款項目預算+98年度醫院門診透析服務預算
- 98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 × (1+成長率)

註：98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，校正投保人口成長率差值。

### 二、總額協定結果：

98 年度醫院醫療給付費用，經醫院部門與付費者代表以中央健康保險局擬具之草案進行協商，但未有共識，尊重雙方意見，將其各自之主張併陳衛生署裁決。

#### (一)付費者主張之方案：

1.同意中央健康保險局所擬草案，但其中「醫療給付改善方案」預算由 425.3 百萬元調為 287.3 百萬元，主要內涵大致為：

- (1)一般服務醫療給付費用成長率為4.521%，其中非協商因素成長率3.836%，協商因素成長率0.685%。
- (2)專款項目全年預算額度為8,890.6百萬元。
- (3)門診透析服務預算成長率0%。
- (4)前述三項預算額度經換算，98年度醫院醫療給付費用，於校正投保人口後，成長率估計值為4.363%；於和健保局會計帳一致下，則較97年度所協定預算成長4.789%。各細項成長率如表4-1。

2.若衛生署同意醫院代表訴求，將「新醫療科技」改列在專款項目下，則其預算，除健保局所編之新增額度外，尚須將替代效應額度自一般服務預算中一併移至本項下。

#### (二)醫院主張之方案：

- 1.非協商因素成長率：3.836%。
- 2.協商因素項目及其成長率：
  - (1)「違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」乙項，建議刪除。
  - (2)其餘項目及衛生署所交付總額政策目標之必要執行項目，宜改列為專款項目，或由其他預算項下支應。
- 3.門診透析服務預算成長率：0%。

### 三、衛生署核定結果：

- (一)一般服務成長率 4.222%，其中非協商因素成長率 3.836%，協商因素成長率 0.386%。
- (二)專款項目全年預算額度為 10,023.1 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，98 年度醫院醫療給付費用，於校正投保人口後，成長率估計值為 4.461%；於和中央健康保險局會計帳一致下，則較 97 年度所協定預算成長 4.887%。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.新醫療科技(0.325%)：其中新增支付標準項目成長率0.11%，由中央健康保險局訂定相關項目之預算與開放時程，若未於時程內導入，則預算扣除。

3.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29.7百萬元(成長率-0.011%)。請中央健康保險局檢討執行成果，若達一定成效，則下(99)年度不須列為減項。

4.一般服務之協商因素項目中，屬計畫型預算，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；實施成效並納入下年度總額協考量。

(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型肝炎治療計畫：

(1)全年預算1,484百萬元，不足部分由其他預算支應。

(2)含開放B型肝炎治療新藥與C型肝炎治療新療程預算231百萬元。



- (3)於98年6月前提出歷年執行成果及成效評估報告。
  - 2.罕見疾病、血友病藥費：
    - (1)全年預算4,782百萬元，不足部分由其他預算支應。
    - (2)於98年6月前提出醫療利用及成長原因分析報告。
  - 3.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：
    - (1)全年預算2,337.3百萬元，不足部分由其他預算支應。
    - (2)於98年6月前提出成果報告。
  - 4.醫療給付改善方案：
    - (1)全年預算287.3百萬元。
    - (2)於98年6月前提出成效評估報告。
  - 5.提升住院護理照護品質：全年預算 832.5 百萬元。
  - 6.推動 DRGs 之調整與鼓勵：
    - (1)全年預算300百萬元。
    - (2)依實際導入實施之季別，併醫院總額一般服務預算結算。
- (三)門診透析服務：
- 1.醫院本項預算98年度之成長率為0%。
  - 2.醫院與西醫基層部門同項預算合併運作，98年度之成長率合計為2.886%，其中0.3%成長率用於品質改善計畫。
  - 3.品質改善具體實施方案(應含動支原則及目標值，並於達成目標後始得動用)，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；其動支原則內容應包含下列各項：
    - (1)提升門診透析醫療品質。
    - (2)持續推動Pre-ESRD病人衛教方案。

表4-1 98年度醫院醫療給付費用成長率項目表(付費者代表方案)

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	說 明	
<b>一般服務</b>			
非協商因素成長率	<b>3.836%</b>		
投保人口年增率	0.253%		
人口結構改變率	1.960%		
醫療服務成本指數改變率	1.614%		
協商因素成長率	<b>0.685%</b>		
醫療品質及保險對象健康狀態的改變	品質保證保留款	0.000%	完成新增及檢討修正醫療服務品質指標項目及監測值，並改善民眾自費情形。
支付項目的改變	新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等)	0.325%	新增支付標準項目成長率 0.11%(約 3 億元)，請健保局訂定相關項目之預算與開放時程，若未於時程內導入，則預算扣除。
	支付標準調整	0.299%	1.用於提升住院護理照護品質。 2.於 98 年 3 月前完成支付標準修訂，若無法完成，則預算扣除。
其他醫療服務及密集度的改變	保險對象服務利用率及密集度成長	0.072%	
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	-0.011%	請檢討執行成果，若達一定成效，則下(99)年度不須列為減項。
<b>一般服務成長率</b>		<b>4.521%</b>	
<b>專款項目(全年計畫總預算)</b>			
慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫	1,484.0	1.含開放 B 型肝炎治療新藥與 C 型肝炎治療新療程預算 231 百萬元。 2.不足部分由其他預算支應。 3.於 98 年 6 月前提出歷年執行成果及成效評估報告。	
罕見疾病、血友病藥費	4,782.0	1.不足部分由其他預算支應。 2.於 98 年 6 月前提出醫療利用及成長原因分析報告。	
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	2,337.3	1.不足部分由其他預算支應。 2.於 98 年 6 月前提出成果報告。	

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	說 明
醫療給付改善方案	287.3	於 98 年 6 月前提出成效評估報告。
專款項目金額合計	<b>8,890.6</b>	
<b>預算合計(一般服務+專款)</b>	<b>4.654%</b>	
門診透析服務新增預算	0%	與西醫基層部門同項預算合併為獨立預算，總預算成長率 2.886%，其中 0.3% 成長率用於品質改善計畫。品質改善具體實施方案（應含動支原則及目標值，並於達成目標後始得動用），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；其動支原則內容應包含下列各項： 1. 提升門診透析醫療品質。 2. 持續推動 Pre-ESRD 病人衛教方案。
<b>總費用成長率估計值<sup>(註)</sup> (一般服務+專款+門診透析)</b>	<b>4.363%</b>	
<b>較 97 年度協定預算成長率</b>	<b>4.789%</b>	

註：計算成長率估算值所用之基期費用，已有校正投保人口成長率差值。

表4-2 98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
<b>一般服務</b>		
<b>非協商因素成長率</b>	<b>3.836%</b>	
投保人口年增率	0.253%	
人口結構改變率	1.960%	
醫療服務成本指數改變率	1.614%	
<b>協商因素成長率</b>	<b>0.386%</b>	
醫療品質及保險對象健康狀態的改變	品質保證保留款 0.000%	完成新增及檢討修正醫療服務品質指標項目及監測值，並改善民眾自費情形。
支付項目的改變	新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等) 0.325%	新增支付標準項目成長率 0.11%(約 3 億元)，請健保局訂定相關項目之預算與開放時程，若未於時程內導入，則預算扣除。
其他醫療服務及密集度的改變	保險對象服務利用率及密集度成長 0.072%	
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 -0.011%	請檢討執行成果，若達一定成效，則下(99)年度不須列為減項。
<b>一般服務成長率</b>	<b>4.222%</b>	
<b>專款項目(全年計畫總預算)</b>		
慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫	1,484.0	1.含開放 B 型肝炎治療新藥與 C 型肝炎治療新療程預算 231 百萬元。 2.不足部分由其他預算支應。 3.於 98 年 6 月前提出歷年執行成果及成效評估報告。
罕見疾病、血友病藥費	4,782.0	1.不足部分由其他預算支應。 2.於 98 年 6 月前提出醫療利用及成長原因分析報告。
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	2,337.3	1.不足部分由其他預算支應。 2.於 98 年 6 月前提出成果報告。
醫療給付改善方案	287.3	於 98 年 6 月前提出成效評估報告。
提升住院護理照護品質	832.5	
推動 DRGs 之調整與鼓勵	300.0	依實際導入實施之季別，併醫院總額一般服務預算結算。
<b>專款項目金額合計</b>	<b>10,023.1</b>	

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	衛生署核定事項
預算合計(一般服務+專款)	4.758%	
門診透析服務新增預算	0%	與西醫基層部門同項預算合併為獨立預算，總預算成長率 2.886%，其中 0.3% 成長率用於品質改善計畫。品質改善具體實施方案(應含動支原則及目標值，並於達成目標後始得動用)，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；其動支原則內容應包含下列各項： 1. 提升門診透析醫療品質。 2. 持續推動 Pre-ESRD 病人衛教方案。
總費用成長率估計值 <sup>(註)</sup> (一般服務+專款+門診透析)	4.461%	
較 97 年度協定預算成長率	4.887%	

註：計算成長率估算值所用之基期費用，已有校正投保人口成長率差值。

## 98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)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。
- (四)鼓勵提升健保 IC 卡登錄及上傳資料之品質。
- (五)推動促進醫療體系整合計畫。
- (六)其他預期政策改變所需經費。
- (七)增進偏遠地區醫療服務品質。
- (八)醫療照護試辦計畫：本項預算自中醫門診總額部門移列。

二、98 年度其他預算減少 2,256.9 百萬元，採支出目標制，由中央健康保險局管控，各細項分配如表 5。

### 三、附帶建議：

98 年度不再編列「鼓勵醫院部門提升醫療品質與用藥安全」乙項。惟醫院代表於會中建議，為繼續鼓勵提升醫療品質與用藥安全計畫，本項仍應保留，並將其意見併送衛生署參考。對醫院代表之建議事項，建請衛生署於核定 98 年度總額時，若認有需要，則予納入考量。

表5 98年度其他預算項目表

項 目	98年預算 (百萬元)	98年增加金額 (百萬元)	說 明
山地離島地區醫療給付效益 提昇計畫	603.9	54.9	
非屬各部門總額支付制度範圍 之費用	2455	108	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	0	-2429	醫界建議衛生署核定時，若認有需要 繼續推動本計畫，則請予以納入考 量。
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	0	在額度內支應。
鼓勵提升健保 IC 卡登錄及 上傳資料之品質	18.2	-218.8	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，上傳正確率應逐年提升，並列 入每季執行情形報告。 2.請中央健康保險局於98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。
推動促進醫療體系整合計畫	452	28	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。
增進偏遠地區醫療服務品質	200	200	1.本項建請與衛生署相關計畫相互整 合，俾資源運用達最大效益。 2.其執行方案建議由衛生署邀集相關 單位共同討論，並於98年4月底前 完成相關程序，否則扣除已經協定 之預算。
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。
小計 (不含自各部門移列金額)	4,429.1	-2256.9	
總計 (含部門移列金額)	4514.1		

註：本預算採支出目標制，由中央健康保險局管控。