

總額問答輯

95&96 年度全民健保 總額協定及分配

全民健康保險醫療費用協定委員會編印

中華民國 96 年 3 月

95 年度總額協定內容

※ 總額協定之變更事項及其緣由

說明：

一、變更事項：

總額預算原係協定「每人醫療費用成長率」，自 95 年度起改為協定「總醫療費用成長率」。

二、緣由：

- (一) 衛生署回應醫界反映之「協定『每人醫療費用成長率』，預算額度無法事先確定，影響總額運作與管理」事項，自 95 年度起，改採擬訂「總醫療費用成長率」範圍報行政院核定。
- (二) 費協會配合，對各部門等相關總額，改為協定其總醫療費用成長率。

問 1：95 年度牙醫門診醫療給付費用總額的協定內容及其分配架構為何？

答

- 一、總額涵蓋範圍：以 94 年度牙醫門診醫療給付費用總額涵蓋範圍為基礎，並新增中度身心障礙者牙醫照護計畫，及擴大牙周病照護服務範圍（從 14 歲以上擴大至 13 歲以上）。
- 二、實施期程：95 年 1 月至 12 月。
- 三、總額協定結果：一般服務醫療給付費用成長率 2.51%（非協商因素 1.16%、協商因素 1.35%）；專款項目全年預算額度 388.3 百萬元。經換算後，年度牙醫門診總額成長率預估值為 2.93%。（詳表 1）

(一)一般服務（上限制）

1.非協商因素項目與成長率：

- (1)投保人口年增率 0.39%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 93 年至 140 年人口推計」之中推計估算。
- (2)人口結構改變率-0.08%：以 92 年每人醫療給付費用為基礎，計算 93 年納保人口年齡性別結構相對於 92 年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。
- (3)牙醫醫療服務成本指數改變率 0.85%：指數採計時程為 93 年對 92 年的比值。

2.協商因素項目與成長率：

- (1)品質保證保留款（0.50%）：牙醫總額執行成果，經評核為特優級。須於 95 年 6 月底前檢討修正醫療服務品質指標項目及監測值。
- (2)提升初診照護品質計畫（0.42%）：本年度初診照護利用率以 7% 為目標，並應定期檢討執行情形。實施結果納入品質保證保留款分配參考。
- (3)擴大牙周病照護（0.21%）：牙結石清除（全口，支付標準碼 91004C）服務對象，由 14 歲以上擴大為 13 歲以上。本項執行情形及成效，列入 96 年度總額協商參考。
- (4)其他醫療服務及密集度的改變（0.22%）。
- (5)一般服務之協商因素項目，須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），並即時檢討執行情形；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；實施成效納入 96 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。

3. 因應健保 IC 卡措施所額外增加之成本，業自 93 年度起分 7 年攤提納入總額基期，為提升健保 IC 卡登錄及上傳資料品質，95 年度之費用移列「其他預算」。參考 93 年之預算金額，牙醫門診總額移列額度為 30.3 百萬元，若有不足，則由「其他預算」項下經費勻支。
 4. 加強感染控制方案，費用自 93 年度起已列入基期，95 年度仍應持續加強推動感染控制措施。
 5. 三歲以下嬰幼兒齲齒防治服務，於 94 年度由專款項目移列為一般服務，費用已列入基期，仍應繼續辦理。
- (二) 專款項目 (依實際情形支付費用): 具體實施方案由中央健康保險局會同牙醫門診總額受託單位訂定，依法定程序辦理相關事宜後，送費協會備查。
1. 牙醫特殊服務：辦理先天性唇顎裂患者與中重度以上身心障礙者之特殊服務，全年預算 180 百萬元。
 2. 資源缺乏地區改善方案：辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫，全年預算 208.3 百萬元。於協定 96 年度總額預算前提出本方案之成效評估報告，包括：實地訪查及檢討改善、民眾就醫可近性、服務內容分析、滿意度等。
- 四、地區預算分配 (一般服務項目，不含品質保證保留款)
- (一) 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。
 - (二) 分配方式：預算 100% 依各地區校正「人口風險」後的保險對象人數分配。
 - (三) 藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除。
 - (四) 藥事服務費：考量其在 94 年度之前，均以每點 1 元核算，若須改變，宜給藥界緩衝時間，及尊重中央

健康保險局與醫界協商結果，95 年度維持每點 1 元。惟嗣後對藥事服務費不再例外處理。

(五)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，請健保局會同牙醫門診總額受託單位議定後，送費協會備查。

表 1 95 年度牙醫門診總額醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)
一般服務		2.51%
非協商因素成長率		1.16%
投保人口年增率		0.39%
人口結構改變率		-0.08%
醫療服務成本指數改變率		0.85%
協商因素成長率		1.35%
醫療品質及保險對象健康狀況的改變	品質保證保留款	0.50%
保險給付範圍或支付項目的改變	提升初診照護品質計畫	0.42%
	擴大牙周病照護 91004C (14 歲→13 歲)	0.21%
其他醫療服務及密集度的改變		0.22%
專款項目(預算)		388.3
牙醫特殊服務(包括先天性唇顎裂患者和中重度以上身心障礙者牙醫醫療服務)		180.0
資源缺乏地區改善方案(包括牙醫師至無牙鄉執業及巡迴醫療服務計畫)		208.3
總費用成長率估計值 (含一般服務+專款項目)		2.93%

問 2：95 年度中醫門診醫療給付費用總額的協定內容及其分配架構為何？

答

一、總額涵蓋範圍：以 94 年度中醫門診醫療給付費用總額涵蓋範圍為基礎，並新增經衛生署所核准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。

二、實施期程：95 年 1 月至 12 月。

三、總額協定結果：一般服務醫療給付費用成長率 2.30%（非協商因素 1.88%、協商因素 0.42%）；專款項目全年預算額度 160 百萬元。經換算後，年度中醫門診總額成長率預估值為 2.78%。（表 2）

（一）一般服務（上限制）

1. 非協商因素項目與成長率：

(1) 投保人口年增率 0.39%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 93 年至 140 年人口推計」之中推計估算。

(2) 人口結構改變率 0.67%：以 92 年每人醫療給付費用為基礎，計算 93 年納保人口年齡性別結構相對於 92 年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。

(3) 中醫醫療服務成本指數改變率 0.82%：指數採計時程為 93 年對 92 年的比值。

2. 協商因素項目與成長率：

(1) 品質保證保留款（0.30%）：中醫總額執行成果，經評核為優級。須於 95 年 6 月底前檢討修正醫療服務品質指標項目及監測值。

(2) 門診醫療品質提昇計畫及中醫鼓勵結合現代科技加強醫療服務實施方案（0.12%）：於協定 96 年度總額預算前，提出各該計畫之具體成效評估（含：

服務內容分析、利用狀況、療效評估及各該監控方案之監控結果等)，以為總額協商及計畫續辦與否之參考。

- (3)一般服務之協商因素項目，須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），並即時檢討執行情形；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；實施成效納入 96 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。
 - 3.因應健保 IC 卡措施所額外增加之成本，業自 93 年度起分 7 年攤提納入總額基期，為提升健保 IC 卡登錄及上傳資料品質，95 年度之費用移列「其他預算」。參考 93 年之預算金額，中醫門診總額移列額度為 24.74 百萬元，若有不足，則由「其他預算」項下經費勻支。
 - 4.加強感染控制方案，費用自 93 年度起已列入基期，95 年度仍應持續加強推動感染控制措施。
- (二)專款項目（依實際情形支付費用）：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，依法定程序辦理相關事宜後，送費協會備查。
- 1.資源缺乏地區改善方案：包括無中醫鄉巡迴醫療服務或開業計畫，全年預算 75 百萬元。於協定 96 年度總額預算前提出本方案之成效評估報告，包括：實地訪查及檢討改善、民眾就醫可近性、服務內容分析、滿意度等。
 - 2.醫療照護試辦計畫：本試辦計畫共 3 項，預算移列「其他預算」，並得相互流用，由健保局與中醫門診總額受託單位共同擬訂與執行。健保局並應於 96 年度總

額協商前提出成效評估報告，以為總額協商及計畫續辦與否之參考。

(1)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：

- a.全年預算 25 百萬元。
- b.本試辦計畫非本保險給付範圍，需經衛生署核准後，方可試辦。
- c.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。

(2)小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫：全年預算 30 百萬元。

(3)小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫：全年預算 30 百萬元。

四、地區預算分配（一般服務項目，不含品質保證保留款）

(一)依衛生署所核定「95 年度中醫門診總額一般服務預算分配方式試辦計畫」，先行試辦一年。

(二)試辦計畫之預算分配方式：

- 1.預算預先扣除 2.22% 給東區（依中醫團體討論結果），餘 97.78% 分配給其餘五區。
- 2.分配方式：五區預算 90% 依各區「94 年實際醫療費用點數占率」，10% 依「各區 8 項指標表現」分配。
- 3.預算依實際就醫分局結算後，不再調整跨區就醫費用。

(三)藥品以每點 1 元核算，自地區預算預先扣除。

(四)藥品調劑費：考量其在 94 年度之前，均以每點 1 元核算，若須改變，宜給藥界緩衝時間，及尊重中央

健康保險局與醫界協商結果，95 年度維持每點 1 元。
惟嗣後對藥品調劑費不再例外處理。

(五) 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，請健保局會同中醫門診總額受託單位議定後，送費協會備查。

表 2 95 年度中醫門診總額醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)
一般服務		2.30%
非協商因素成長率		1.88%
	投保人口年增率	0.39%
	人口結構改變率	0.67%
	醫療服務成本指數改變率	0.82%
協商因素成長率		0.42%
	品質保證保留款	0.30%
醫療品質及保險對象健康狀況的改變	門診醫療品質提昇計畫： 1. 提高癌症病人生命品質 2. 特定疾病加強照護門診 3. 開辦示範教學門診 4. 針灸標準作業程序醫療品質提升計畫	0.12%
	保險給付範圍或支付項目的改變	中醫鼓勵結合現代科技加強醫療服務
專款項目(預算)		160.0
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
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		25.0
小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫		30.0
小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫		30.0
總費用成長率估計值 (含一般服務+專款項目)		2.78%

問 3：95 年度西醫基層醫療給付費用總額的協定內容及其分配架構為何？

答

一、總額涵蓋範圍：以 94 年度西醫基層醫療給付費用總額涵蓋範圍為基礎，排除改由公務預算支應項目，包括：AIDS 治療檢驗費、老人流感疫苗注射診察費、結核病相關醫療費用、婦女子宮頸抹片檢查、兒童預防保健服務、孕婦產前檢查及婦女乳房檢查服務；另新增醫療科技項目。

二、實施期程：95 年 1 月至 12 月。

三、總額協定結果：一般服務醫療給付費用成長率 3.793%（非協商因素 0.220%、協商因素 3.573%）；專款項目全年預算額度 990 百萬元；門診透析服務預算成長率 13.33%。經換算後，年度西醫基層總額成長率預估值為 4.684%。（表 3）

（一）一般服務（不含門診透析；上限制）

1. 非協商因素項目與成長率：

(1) 投保人口年增率 0.390%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 93 年至 140 年人口推計」之中推計估算。

(2) 人口結構改變率 0.430%：以 92 年每人醫療給付費用為基礎，計算 93 年納保人口年齡性別結構相對於 92 年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。

(3) 西醫基層醫療服務成本指數改變率 -0.600%：指數採計時程為 93 年對 92 年的比值。

2. 協商因素項目與成長率：

(1) 品質保證保留款 (0.300%)：西醫基層總額執行成果，經評核為優級。各院所評量項目應與品質確

保方案醫療服務品質指標相扣連，並應繼續推動內容更具體之用藥安全方案。須於 95 年 6 月底前檢討修正醫療服務品質指標項目及監測值。

- (2)擴大推動醫療給付改善方案(0.348%)：項目由健保局會同西醫基層總額受託單位討論後確定。本項方案之疾病管理照護費用預算 356 百萬元，包括辦理新增項目之費用及續辦 94 年度已實施方案之費用（預算已列入基期），移列「其他預算」，由健保局管控，並按季檢討試辦計畫對醫療費用之影響。
 - (3)新醫療科技(0.400%)：包括藥品、特材及新增支付標準項目。
 - (4)支付標準調整對醫療費用之影響(0.350%)：包括放寬表別及繼續推動台灣版 RBRVS 等。西醫基層部門應配合健保局所擬支付標準表修正方案，通過第二階段開放跨表項目。
 - (5)其他醫療服務及密集度的改變與醫療服務效率提升(2.175%)：包括因風險轉移與就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響。
 - (6)一般服務之協商因素項目，須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），並即時檢討執行情形；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；實施成效納入 96 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。
- 3.因應健保 IC 卡措施所額外增加之成本，業自 93 年度起分 7 年攤提納入總額基期，為提升健保 IC 卡登錄及上傳資料品質，95 年度之費用移列「其他預算」。

參考 93 年之預算金額，西醫基層總額移列額度為 81 百萬元，若有不足，則由「其他預算」項下經費勻支。

4. 加強感染控制方案，費用自 93 年度起已列入基期，95 年度仍應持續加強推動感染控制措施。

(二) 專款項目（依實際情形支付費用）：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，依法定程序辦理相關事宜後，送費協會備查。

1. 慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫：全年預算 10 百萬元。

2. 家庭醫師整合性照護制度試辦計畫：

(1) 全年預算 880 百萬元，以 300 個計畫為執行目標。

(2) 調整每群之健康管理費，開辦第一年者，核予較高額度；第二年以後之費用應減縮至可維持運作為原則，並逐年遞減。

(3) 家庭醫師整合性照護制度試辦計畫已實施 3 年，應提供計畫成效評估，並建立成效不佳之社區醫療群的退場機制。

3. 資源缺乏地區改善方案：全年預算 100 百萬元。於協定 96 年度總額預算前提出本方案之成效評估報告，包括：實地訪查及檢討改善、民眾就醫可近性、服務內容分析、滿意度等。

(三) 門診透析服務（上限制）：預算成長率為 13.33%，其預算與醫院部門門診透析服務合併為獨立預算。95 年度門診透析服務總預算成長率 6.68%，其中 1.0% 成長率為品質保證保留款，以利積極改善國人罹患末期腎臟疾病狀況及資源使用更具效率。

1. 為鼓勵腹膜透析之推廣，腹膜透析服務以每點 1 元核算。

2. 品質保證保留款：

(1) 本項預算於達成下列目標後始得動用：

- a. 末期腎臟疾病發生率應有顯著下降。
- b. 提升醫療品質，減少門診透析治療病人之併發症、病患之住院率、死亡率及腹膜炎發生率等。
- c. 進行成本分析，合理調整血液透析支付標準。

(2) 依「門診透析服務品質保證保留款實施方案」之醫療服務品質指標監測結果支付。該實施方案由健保局門診透析總額聯合執行委員會訂定，並經衛生署核定後公告實施。

(3) 上述醫療服務品質指標監測結果，應定期（每季）送費協會備查。

3. 研訂連續性可攜帶式腹膜透析等治療模式推廣計畫，內容應含年度推廣腹膜透析之具體目標值，並逐年合理調整目標值。該計畫由健保局門診透析總額聯合執行委員會訂定，陳報行政院衛生署核定後公告實施，並於95年3月前將完整計畫送費協會備查。其執行情形及成效列入96年度門診透析預算協商參考。

4. 請健保局門診透析總額聯合執行委員會加強推動Pre-ESRD預防性計畫及強化病人衛教，執行情形及成效列入年度門診透析預算協商參考。

四、地區預算分配（一般服務項目，不含品質保證保留款）

(一) 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。

(二) 分配方式：預算60%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，40%依西醫基層總額支付制度開辦前一年各區保險對象實際發生醫療費

用比率分配(原則上以七年為期，逐步達成預算 100% 依據校正風險後之各區保險對象人數分配)。

(三)「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%)，再校正各區轉診型態(即基層門診市場占有率)。

(四)藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除。

(五)預防保健服務已採逐年漸進編列公務預算方式支應，其尚未全數由公務預算支應前，仍有部分項目之預算由總額負擔。總額涵蓋之預防保健服務項目，以每點 1 元核算，自地區總額預先扣除。

(六)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，請健保局會同西醫基層總額受託單位議定後，送費協會備查。

五、因部分負擔新制等政策改變造成病人流向基層，引起之財務風險，業於協商項目之「因風險移轉與就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響」一項反映，95 年度不再編列「西醫門診服務財務風險分攤保留款」。

六、應加強研訂及推動各項費用管控措施，並於 96 年度總額協商前提出成效報告。



表 3 95 年度西醫基層總額醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或金額(百萬元)
一般服務		3.793%
非協商因素成長率		0.220%
投保人口年增率		0.390%
人口結構改變率		0.430%
醫療服務成本指數改變率		-0.600%
協商因素成長率		3.573%
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%
	擴大推動醫療給付改善方案	0.348%
保險給付範圍或支付項目的改變	新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目)	0.400%
	支付標準調整(包括放寬表別及繼續推動 RBRVS)	0.350%
其他醫療服務及密集度的改變	因風險轉移與就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響	2.175%
醫療服務效率提升	加強醫療服務費用管控與分配之效益	
專款項目(預算)		990.0
慢性 B、C 型肝炎治療試辦計畫		10.0
家庭醫師整合性照護制度試辦計畫		880.0
資源缺乏地區改善方案		100.0
門診透析預算成長率(含品質保證保留款)		13.33%
總費用成長率估計值 (含一般服務+專款項目+門診透析)		4.684%

問 4：95 年度醫院醫療給付費用總額的協定內容及其分配架構為何？

答

一、總額涵蓋範圍：以 94 年度醫院醫療給付費用總額涵蓋範圍為基礎，排除改由公務預算支應項目，包括：AIDS 治療檢驗費、老人流感疫苗注射診察費、結核病相關醫療費用、婦女子宮頸抹片檢查、兒童預防保健服務、孕婦產前檢查及婦女乳房檢查服務；另新增醫療科技項目。

二、實施期程：95 年 1 月至 12 月。

三、總額協定結果：一般服務醫療給付費用成長率 5.001%（非協商因素 1.420%、協商因素 3.581%）；專款項目全年預算額度 3,359.5 百萬元；門診透析服務預算成長率 3.87%。經換算後，年度醫院總額成長率預估值為 4.90%。（表 4）

（一）一般服務（不含門診透析；上限制）

1. 非協商因素項目與成長率：

(1) 投保人口年增率 0.390%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 93 年至 140 年人口推計」之中推計估算。

(2) 人口結構改變率 1.670%：以 92 年每人醫療給付費用為基礎，計算 93 年納保人口年齡性別結構相對於 92 年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。

(3) 醫院醫療服務成本指數改變率 -0.640%：指數採計時程為 93 年對 92 年的比值。

2. 協商因素項目與成長率：

(1) 提升慢性病人就醫便利性 (0.013%)。

(2) 擴大推動醫療給付改善方案 (0.052%)：不新增項目，繼續擴大推動原五項方案。本項方案之疾病

管理照護費用預算 725.1 百萬元，包括擴大辦理原項目之費用及續辦 94 年度已實施方案之費用（預算已列入基期），移列「其他預算」，由健保局管控，並按季檢討試辦計畫對醫療費用之影響。

- (3)新醫療科技 (0.300%)：包括藥品、特材及新增項目。
 - (4)支付標準調整對醫療費用之影響 (0.800%)：包括繼續推動台灣版 RBRVS、DRG 等。
 - (5)其他醫療服務及密集度的改變 (2.416%)：包括加強急重症照護 (0.799%)、加強社區醫療服務 (0.571%)、偏遠地區醫院保障措施 (0.228%)、病床數增加 (0.090%)、保險對象服務利用率及密集度等 (0.728%)。
 - (6)一般服務之協商因素項目，須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），並即時檢討執行情形；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；實施成效納入 96 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。
3. 健保 IC 卡措施所額外增加之成本，業自 93 年度起分 7 年攤提納入總額基期，為提升健保 IC 卡登錄及上傳資料品質，95 年度之費用移列「其他預算」。參考 93 年之預算金額，醫院總額移列額度為 1.01 億元，若有不足，則由「其他預算」項下經費勻支。
4. 加強感染控制方案，費用自 93 年度起已列入基期，95 年度仍應持續加強推動感染控制措施。
- (二) 專款項目（依實際情形支付費用）：具體實施方案由中央健康保險局會同醫院相關團體訂定，依法定程序辦理相關事宜後，送費協會備查。

- 1.慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫：全年預算 700 百萬元。
 - 2.罕見疾病、血友病藥費：預算額度為 2,659.5 百萬元，不足部分由其他預算支應。
- (三)門診透析服務（上限制）：預算成長率為 3.87%，其預算與西醫基層部門門診透析服務合併為獨立預算。95 年度門診透析服務總預算成長率 6.68%，其中 1.0% 成長率為品質保證保留款，以利積極改善國人罹患末期腎臟疾病狀況及資源使用更具效率。
- 1.為鼓勵腹膜透析之推廣，腹膜透析服務以每點 1 元核算。
 - 2.品質保證保留款：
 - (1)本項預算於達成下列目標後始得動用：
 - a.末期腎臟疾病發生率應有顯著下降。
 - b.提升醫療品質，減少門診透析治療病人之併發症、病患之住院率、死亡率及腹膜炎發生率等。
 - c.進行成本分析，合理調整血液透析支付標準。
 - (2)依「門診透析服務品質保證保留款實施方案」之醫療服務品質指標監測結果支付。該實施方案由健保局門診透析總額聯合執行委員會訂定，並經行政院衛生署核定後公告實施。
 - (3)上述醫療服務品質指標監測結果，應定期（每季）送費協會備查。
 - 3.研訂連續性可攜帶式腹膜透析等治療模式推廣計畫，內容應含年度推廣腹膜透析之具體目標值，並逐年合理調整目標值。該計畫由健保局門診透析總額聯合執行委員會訂定，陳報行政院衛生署核定後公告實施，並於 95 年 3 月前將完整計畫送費協會備查。其執行情形及成效列入 96 年度門診透析預算協

商參考。

4. 請健保局門診透析總額聯合執行委員會加強推動 Pre-ESRD 預防性計畫及強化病人衛教，執行情形及成效列入年度門診透析預算協商參考。

四、總額分配：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。

(一)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。

(二)門診服務（一般服務項目）：

1. 預算 38% 依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，62% 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。
2. 「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。

(三)住診服務（一般服務項目）：

1. 預算 38% 依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，62% 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。
2. 「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%。

(四)藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除。

(五)藥事服務費：考量其在 94 年度之前，均以每點 1 元核算，若須改變，宜給藥界緩衝時間，及尊重中央健康保險局與醫界協商結果，95 年度維持每點 1 元。惟嗣後對藥事服務費不再例外處理。

(六)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，由健保局會同醫院總額受託單位議定後，送費協會備查。

表 4 95 年度醫院總額醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)
一般服務		5.001%
非協商因素成長率		1.420%
投保人口年增率		0.390%
人口結構改變率		1.670%
醫療服務成本指數改變率		-0.640%
協商因素成長率		3.581%
醫療品質及保險對象健康狀況的改變	品質保證保留款	0%
	提升慢性病人就醫便利性(慢性病連續處方箋成長)	0.013%
	擴大推動醫療給付改善方案	0.052%
保險給付範圍或支付項目的改變	新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目)	0.300%
其他預期法令或政策改變及政策誘因對醫療費用的影響	支付標準調整對醫療費用之影響(包括繼續推動台灣版 RBRVS、DRG 等)	0.800%
其他醫療服務及密集度的改變	加強急重症照護	0.799%
	加強社區醫療服務	0.571%
	偏遠地區醫院保障措施	0.228%
	病床數增加	0.090%
	保險對象服務利用率及密集度	0.728%
專款項目(預算)		3,359.5
慢性 B、C 型肝炎治療試辦計畫		700.0
罕見疾病、血友病藥費		2,659.5
門診透析預算成長率(含品質保證保留款)		3.87%
總費用成長率估計值 (含一般服務+專款項目+門診透析)		4.90%

問 5：95 年度全民健康保險醫療給付費用總額的協定內容為何？

答

一、衛生署擬訂「95 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」於 94 年 6 月底報行政院，經同年 8 月 11 日奉院核定 95 年度全民健康保險醫療給付費用，以 94 年為基礎，成長率範圍為 1.17%~5.00%。

二、經費協會協定並報請衛生署核定後，於 95 年 1 月 18 日公告 95 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式如下：

(一)牙醫門診醫療給付費用成長率為 2.93%，其中一般服務醫療給付費用成長率為 2.51%，專款項目全年預算額度為 388.3 百萬元。

(二)中醫門診醫療給付費用成長率為 2.78%，其中一般服務醫療給付費用成長率為 2.30%，專款項目全年預算額度為 160 百萬元。

(三)西醫基層醫療給付費用成長率為 4.684%，其中一般服務醫療給付費用成長率為 3.793%，門診洗腎服務預算成長率為 13.33%，專款項目全年預算額度為 990 百萬元。

(四)醫院醫療給付費用成長率為 4.900%，其中一般服務醫療給付費用成長率為 5.001%，門診洗腎服務預算成長率為 3.87%，專款項目全年預算額度為 3359.5 百萬元。

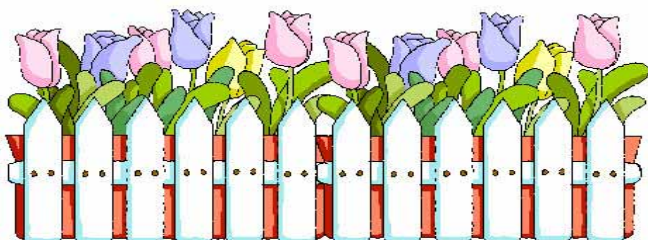
(五)其他部門醫療給付費用增加 62 百萬元。

(六)前述部門經 94 年度醫療費用百分比加權計算，95 年度全民健康保險醫療給付費用成長率為 4.536%。

三、95 年度其他部門醫療給付費用總額涵蓋範圍：

(一)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(其中一般醫療

- 費用分別納入各部門總額)。
- (二)非屬各部門總額支付制度範圍之費用成長(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)教學醫院醫療服務成本附加費用。
 - (四)支應罕病及血友病藥費專款不足之預算。
 - (五)鼓勵健保 IC 卡登錄及上傳資料品質：本項預算自各部門總額移列。若有不足部分，於其他預算項下經費勻支。
 - (六)醫療給付改善方案(論質計酬)：本項預算自各部門總額移列。
 - (七)其他及預期政策改變所需經費。



96 年度總額協定內容

問 6：96 年度牙醫門診醫療給付費用總額的協定內容及其分配架構為何？

答

- 一、總額涵蓋範圍：以 95 年度牙醫門診醫療給付費用總額涵蓋範圍為基礎，並新增牙周疾病控制基本處置。
- 二、實施期程：96 年 1 月至 12 月。
- 三、總額協定結果：一般服務醫療給付費用成長率 2.642%（非協商因素 0.557%、協商因素 2.085%）；專款項目全年預算額度 388.3 百萬元。經換算後，年度牙醫門診總額成長率預估值為 2.610%。（詳表 1）

（一）一般服務（上限制）

1. 非協商因素項目與成長率：

- (1) 投保人口年增率 0.287%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 95 年至 140 年人口推計」之中推計估算。
- (2) 人口結構改變率 0.010%：以 93 年每人醫療給付費用為基礎，計算 94 年相對於 93 年納保人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。
- (3) 牙醫醫療服務成本指數改變率 0.260%：指數採計時程為 94 年對 93 年的比值。

2. 協商因素項目與成長率：

- (1) 品質保證保留款（0.50%）：牙醫總額執行成果，經評核為特優級。須於 96 年 6 月底前完成醫療服務品質指標項目及監測值之檢討修正。
- (2) 加強提升初診照護品質計畫（0.32%）：本年度初

診診察照護利用率以 10% 為目標，並應定期檢討執行情形，及須於 96 年 6 月前提出成效評估報告。

(3) 新增牙周疾病控制基本處置 (0.475%)：須訂定牙周病照護計畫，本年度牙周疾病控制基本處置執行率以 25% 為目標，應定期檢討執行情形，及須於 96 年 6 月前提出執行成果報告。

(4) 支付標準調整 (0.530%)：新增乳牙多根管治療項目 (0.330%)；原 80 歲以上可申報之複雜性拔牙，年齡放寬至 65 歲以上 (0.200%)。須於 96 年 6 月前提出新增乳牙多根管治療項目之執行成果報告。

(5) 其他醫療服務及密集度的改變 (0.26%)。

(6) 一般服務之協商因素項目，須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)，並即時檢討執行情形；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；實施成效納入 97 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。

3. 加強感染控制方案：

(1) 93 年度已協定成長率並列入基期，牙醫門診總額部門每年均依所訂方案輔導與評核診所，而使各分區皆符合標準，成效良好，爰自 96 年度起回歸常規作業。

(2) 於品質確保方案中，新增重要之醫療服務品質感控指標項目及監測值，請中央健康保險局會同牙醫門診總額受託單位於 96 年 6 月底前完成。

(二) 專款項目 (依實際情形支付費用)：具體實施方案由中央健康保險局會同牙醫門診總額受託單位訂定，

依法定程序辦理相關事宜後，送費協會備查。須於96年6月底前提出成效評估報告。

1. 牙醫特殊服務：辦理先天性唇顎裂患者與中重度以上身心障礙者之特殊服務，全年預算180百萬元。96年度計畫，應增列年度執行目標（如：執行率），及年度預訂達成之目標值。
2. 資源缺乏地區改善方案：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)，全年預算208.3百萬元。96年度計畫，應增列「預期服務人次」及「服務總天數」等二項指標，及年度預訂達成之目標值。

四、地區預算分配(一般服務項目，不含品質保證保留款)

- (一)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。
- (二)分配方式：預算100%依各地區校正「人口風險」後的保險對象人數分配。
- (三)藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除。
- (四)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，請健保局會同牙醫門診總額受託單位議定後，送費協會備查。

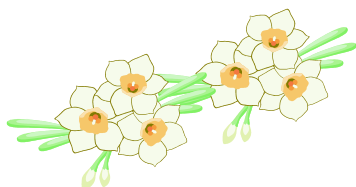


表 1 96 年度牙醫門診總額醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)
一般服務		2.642%
非協商因素成長率		0.557%
投保人口年增率		0.287%
人口結構改變率		0.010%
醫療服務成本指數改變率		0.260%
協商因素成長率		2.085%
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%
保險給付範圍或支付項目的改變	加強提升初診照護品質計畫(利用率由 7% 增為 10%)	
	新增支付項目	新增牙周疾病控制基本處置
	支付標準調整	新增乳牙多根管治療項目
		原 80 歲以上可申報之複雜性拔牙，年齡放寬至 65 歲以上
其他醫療服務及密集度的改變	就醫人口成長	0.260%
專款項目(預算)		388.3
牙醫特殊服務(包括先天性唇顎裂患者和中重度以上身心障礙者牙醫醫療服務)		180.0
資源缺乏地區改善方案(包括牙醫師至無牙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)		208.3
總費用成長率估計值 (含一般服務+專款項目)		2.610%

問 7：96 年度中醫門診醫療給付費用總額的協定內容及其分配架構為何？

答

一、總額涵蓋範圍：以 95 年度中醫門診醫療給付費用總額涵蓋範圍為基礎，並新增複雜性針灸處置項目、中醫初診患者提升診察品質照護計畫。

二、實施期程：96 年 1 月至 12 月。

三、總額協定結果：一般服務醫療給付費用成長率 2.500%（非協商因素 1.517%、協商因素 0.983%）；專款項目全年預算額度 160 百萬元。經換算後，年度中醫門診總額成長率預估值為 2.478%。（表 2）

（一）一般服務（上限制）

1. 非協商因素項目與成長率：

(1) 投保人口年增率 0.287%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 95 年至 140 年人口推計」之中推計估算。

(2) 人口結構改變率 0.710%：以 93 年每人醫療給付費用為基礎，計算 94 年相對於 93 年納保人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。

(3) 中醫醫療服務成本指數改變率 0.520%：指數採計時程為 94 年對 93 年的比值。

2. 協商因素項目與成長率：

(1) 支付標準調整對醫療費用之影響 (0.397%)：新增複雜性針灸處置項目；應於 96 年 6 月前提出執行成果報告。

(2) 中醫初診患者提升診察品質照護計畫 (0.386%)：應於 96 年 6 月前提出執行成果報告。

(3) 其他醫療服務及密集度的改變 (0.20%)。

(4) 一般服務之協商因素項目，須於年度實施前提出

具體實施及監控方案（含預定達成目標及實施時程），並即時檢討執行情形；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；實施成效納入 97 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。

3.品質保證保留款：未列成長率，惟仍請中央健康保險局會同中醫門診總額受託單位，於 96 年 6 月底前，完成醫療服務品質指標項目及監測值之檢討修正。

4.「門診醫療品質提升計畫」下各子計畫之應辦事項：

(1)「針灸標準作業程序醫療品質提升計畫」，費用已列入基期，96 年度仍應繼續辦理。

(2)「提高癌症病人生命品質、特定疾病加強照護及開辦示範門診試辦計畫」，預算已挹注「針灸標準作業程序醫療品質提升計畫」，自 96 年度起不再辦理。

5.「中醫鼓勵結合現代科技加強醫療服務實施方案」，支付項目已列入支付標準，自 96 年度起不再另立方案。

6.加強感染控制方案：

(1)93 年度已協定成長率並列入基期，中醫門診總額部門每年均依所訂方案輔導與評核診所，而使各分區皆符合標準，成效良好，爰自 96 年度起回歸常規作業。

(2)於品質確保方案中，新增重要之醫療服務品質感控指標項目及監測值，請中央健康保險局會同中醫門診總額受託單位於 96 年 6 月底前完成。

(二)專款項目（依實際情形支付費用）：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，依法定程序辦理相關事宜後，並送費協會備查。須於 96 年 6 月底前提出成效評估報告。

1. 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，全年預算 75 百萬元。96 年度計畫，應增列「預期服務人次」及「服務總天數」等二項指標，及年度預訂達成之目標值。
2. 醫療照護試辦計畫：本試辦計畫共三項，全年預算 85 百萬元，移列「其他預算」，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。成效評估報告將作為總額協商及計畫續辦與否之參考。
 - (1) 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：限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。
 - (2) 小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫。
 - (3) 小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫。

四、地區預算分配（一般服務項目，不含品質保證保留款）

- (一) 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。
- (二) 分配方式：照 95 年度計畫繼續試辦，該分配方式於計畫陳報衛生署核定後，再試行一年，並依程序辦理相關事項。
- (三) 藥品以每點 1 元核算，自地區預算預先扣除。
- (四) 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，請健保局會同中醫門診總額受託單位議定後，送費協會備查。

表 2 96 年度中醫門診總額醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)
一般服務		2.500%
非協商因素成長率		1.517%
	投保人口年增率	0.287%
	人口結構改變率	0.710%
	醫療服務成本指數改變率	0.520%
協商因素成長率		0.983%
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%
	門診醫療品質提升計畫： 「針灸標準作業程序醫療品質提升計畫實施方案」	0.000%
保險給付範圍或 支付項目的改變	支付標準調整（新增複雜性針灸處置項目）	0.397%
	中醫初診患者提升診察品質照護計畫	0.386%
其他醫療服務利用及密集度的改變		0.200%
專款項目(預算)		160.0
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
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		85.0
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		
總費用成長率估計值 (含一般服務+專款項目)		2.478%

問 8：96 年度西醫基層醫療給付費用總額的協定內容及其分配架構為何？

答

一、總額涵蓋範圍：以 95 年度西醫基層醫療給付費用總額涵蓋範圍為基礎，並新增醫療科技項目。

二、實施期程：96 年 1 月至 12 月。

三、總額協定結果：一般服務醫療給付費用成長率 3.794%（非協商因素 1.297%、協商因素 2.497%）；專款項目全年預算額度 1,052.0 百萬元；門診透析服務預算成長率 7.472%。經換算後，年度西醫基層總額成長率預估值為 4.181%。（表 3）

（一）一般服務（不含門診透析；上限制）

1. 非協商因素項目與成長率：

(1) 投保人口年增率 0.287%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 95 年至 140 年人口推計」之中推計估算。

(2) 人口結構改變率 0.510%：以 93 年每人醫療給付費用為基礎，計算 94 年相對於 93 年納保人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。

(3) 西醫基層醫療服務成本指數改變率 0.500%：指數採計時程為 94 年對 93 年的比值。

2. 協商因素項目與成長率：

(1) 品質保證保留款 (0.300%)：西醫基層總額執行成果，經評核為優級。「品質保證保留款實施方案」所訂診所評量項目及合格標準，應更趨嚴格。須於 96 年 6 月底前完成醫療服務品質指標項目及監測值之檢討修正。

(2) 擴大推動醫療給付改善方案 (0.089%)：

a. 項目包含 95 年度已實施之糖尿病、氣喘、結核

病、高血壓等方案。

b. 本項疾病管理照護費，加上 95 年度所協定之同項經費額度(356 百萬元)，移列「其他預算」。

c. 執行中之年度方案，以不修訂支付標準為原則，若須修訂，不可增加該總額部門之財務負擔，以符合預算中平原則。

d. 於 96 年 6 月前提出成效評估報告。

(3) 國民健康改善計畫—心血管疾病照護及憂鬱症的改善計畫 (0.200%)：請中央健康保險局協助分析資料，以訂定基準項目及照護目標值。

(4) 新醫療科技 (0.103%)：包括藥品、特材及新增支付標準項目。

(5) 支付標準調整：本項調整採預算中平原則。

(6) 其他醫療服務及密集度的改變 (1.805%)：包括因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響 (1.629%)、加強醫療服務管控/分配效率，及科別平衡 (0.176%)。

(7) 一般服務之協商因素項目，須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)，並即時檢討執行情形；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；實施成效納入 97 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。

3. 加強感染控制方案：

(1) 93 年度已協定成長率並列入基期，西醫基層總額部門每年均依所訂方案輔導與評核診所，而使各分區皆符合標準，成效良好，爰自 96 年度起回歸常規作業。

(2)於品質確保方案中，新增重要之醫療服務品質感控指標項目及監測值，請中央健康保險局會同西醫基層相關團體於96年6月底前完成。

(二)專款項目(依實際情形支付費用):具體實施方案由中央健康保險局會同西醫基層相關團體訂定，依法定程序辦理相關事宜後，並送費協會備查。須於96年6月底前提出成效評估報告。

- 1.慢性B型及C型肝炎治療試辦計畫:全年預算72百萬元。
- 2.家庭醫師整合性照護制度試辦計畫:全年預算880百萬元，以300個計畫為執行目標。應建立退場機制並嚴格執行，俾讓更多執行力良好之新診所加入。
- 3.資源缺乏地區改善方案:全年預算100百萬元。96年度計畫，應增列「預期服務人次」及「服務總天數」等二項指標，及年度預訂達成之目標值。

(三)門診透析服務(上限制獨立預算):預算成長率為7.472%，其預算與醫院部門門診透析服務合併運作。96年度門診透析服務總預算成長率估約2.886%，其中0.6%成長率用以推行品質改善計畫，期能積極改善國人罹患末期腎臟疾病狀況及使資源之運用更具效率。

- 1.為推廣腹膜透析，該服務採每點1.2元核算。
- 2.品質改善計畫保留款(按0.6%成長率計算):

(1)本項保留款應有具體實施方案，該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，並報請行政院衛生署核定後公告實施。內容應包含相關品質指標與目標值，指標監測結果須定期(每季)送費協會備查，並嘗試製作院所品質報告卡及

公開週知。

(2)保留款動支原則（須依方案內容達成下列各項目標始得動用）：

- a. 降低末期腎臟疾病發生率。
- b. 提升門診透析醫療品質。
- c. 推廣連續性可攜帶式腹膜透析。

四、地區預算分配（一般服務項目，不含品質保證保留款）

(一)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。

(二)分配方式：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區保險對象實際發生醫療費用比率分配。

(三)「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%），再校正各區轉診型態（即基層門診市場占有率）。

(四)藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除。

(五)仍由總額負擔之預防保健服務項目，以每點 1 元核算，自地區總額預先扣除。

(六)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。



表 3 96 年度西醫基層總額醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)
一般服務		3.794%
非協商因素成長率		1.297%
	投保人口年增率	0.287%
	人口結構改變率	0.510%
	醫療服務成本指數改變率	0.500%
協商因素成長率		2.497%
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%
	擴大推動醫療給付改善方案	0.089%
	國民健康的改善(心血管疾病照護及憂鬱症的改善)	0.200%
保險給付範圍或支付項目的改變	新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目)	0.103%
	支付標準調整	0.000%
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(含慢性病照護之增進)	1.629%
	加強醫療服務管控、分配效率，及科別平衡	0.176%
專款項目(預算)		1,052.0
	慢性 B、C 型肝炎治療試辦計畫	72.0
	家庭醫師整合性照護制度試辦計畫	880.0
	資源缺乏地區改善方案	100.0
門診透析預算成長率(含品質改善計畫保留款)		7.472%
總費用成長率估計值 (含一般服務+專款項目+門診透析)		4.181%

問 9：96 年度醫院醫療給付費用總額的協定內容及其分配架構為何？

答

一、總額涵蓋範圍：以 95 年度醫院醫療給付費用總額涵蓋範圍為基礎，並新增醫療科技項目。

二、實施期程：96 年 1 月至 12 月。

三、總額協定結果：一般服務醫療給付費用成長率 4.991%（非協商因素 2.877%、協商因素 2.114%）；專款項目全年預算額度 4,115 百萬元；門診透析服務預算成長率 0.770%。經換算後，年度醫院總額成長率預估值為 4.914%。（表 4）

（一）一般服務（不含門診透析；上限制）

1. 非協商因素項目與成長率：

(1) 投保人口年增率 0.287%：以行政院經濟建設委員會「臺灣地區 95 年至 140 年人口推計」之中推計估算。

(2) 人口結構改變率 1.830%：以 93 年每人醫療給付費用為基礎，計算 94 年納保人口年齡性別結構相對於 93 年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響。

(3) 醫院醫療服務成本指數改變率 0.760%：指數採計時程為 94 年對 93 年的比值。

2. 協商因素項目與成長率：

(1) 擴大推動醫療給付改善方案（0.024%）：

a. 項目包含 95 年度已實施之糖尿病、氣喘、結核病、乳癌等方案，及新增高血壓乙項。增加管理照護費 60.9 百萬元。

b. 本項疾病管理照護費，加上 95 年度所協定之同項經費額度(725.1 百萬元)，移列「其他預算」。

c. 於 96 年 6 月前提出成效評估報告。

(2) 新醫療科技 (0.291%)：包括藥品、特材及新增項目，其中新增支付標準項目 (0.055%) 預算為 140 百萬元。

(3) 支付標準調整：本項調整採預算中平原則。

(4) 其他醫療服務及密集度的改變 (1.799%)。

(5) 一般服務之協商因素項目，須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)，並即時檢討執行情形；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；實施成效納入 97 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。

3. 品質保證保留款：未列成長率，惟仍請中央健康保險局會同醫院相關團體，於 96 年 6 月底前，完成醫療服務品質指標項目及監測值之檢討修正。

4. 加強感染控制方案：

(1) 93 年度已協定成長率並列入基期，醫院總額部門已努力推動，落實醫院之感染控制水準，爰自 96 年度起回歸常規作業。

(2) 於品質確保方案中，新增重要之醫療服務品質感控指標項目及監測值，請中央健康保險局會同醫院相關團體於 96 年 6 月底前完成。

(二) 專款項目 (依實際情形支付費用)：具體實施方案由中央健康保險局會同醫院相關團體訂定，依法定程序辦理相關事宜後，並送費協會備查。須於 96 年 6 月底前提出成效評估報告。

1. 慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫：全年預算 1,115 百萬元。

2.罕見疾病、血友病藥費：全年預算 3,000 百萬元。

(三)門診透析服務(上限制獨立預算)：預算成長率為 0.770%，其預算與西醫基層部門門診透析服務合併運作。96 年度門診透析服務總預算成長率估約 2.886%，其中 0.6%成長率用以推行品質改善計畫，期能積極改善國人罹患末期腎臟疾病狀況及使資源之運用更具效率。

1.為推廣腹膜透析，該服務採每點 1.2 元核算。

2.品質改善計畫保留款(按 0.6%成長率計算)：

(1)本項保留款應有具體實施方案，該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，並報請行政院衛生署核定後公告實施。內容應包含相關品質指標與目標值，指標監測結果須定期(每季)送費協會備查，並嘗試製作院所品質報告卡及公開週知。

(2)保留款動支原則(須依方案內容達成下列各項目標始得動用)：

a.降低末期腎臟疾病發生率。

b.提升門診透析醫療品質。

c.推廣連續性可攜帶式腹膜透析。

四、總額分配：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。

(一)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。

(二)門診服務(一般服務項目)：

1.預算 38%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，62%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。

2. 「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。

(三) 住診服務 (一般服務項目)：

1. 預算 38% 依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，62% 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。
2. 「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%。

(四) 各地區門住診服務，經依(二)、(三)計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

(五) 藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除。

(六) 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相關團體議定後送費協會備查。



表 4 96 年度醫院總額醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)
一般服務		4.991%
非協商因素成長率		2.877%
投保人口年增率		0.287%
人口結構改變率		1.830%
醫療服務成本指數改變率		0.760%
協商因素成長率		2.114%
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%
	擴大推動醫療給付改善方案	0.024%
保險給付範圍或支付項目的改變	新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目)	0.291%
	支付標準調整	0.000%
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	1.799%
專款項目(預算)		4,115.0
慢性 B、C 型肝炎治療試辦計畫		1,115.0
罕見疾病、血友病藥費		3,000.0
門診透析預算成長率(含品質保證保留款)		0.770%
總費用成長率估計值 (含一般服務+專款項目+門診透析)		4.914%

問 10：96 年度全民健康保險醫療給付費用總額的協定內容為何？

答

- 一、衛生署擬訂「96 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」於 95 年 5 月報行政院，經同年 7 月 31 日奉院核定 96 年度全民健康保險醫療給付費用，以 95 年為基礎，成長率範圍為 2.32%~5.10%，其中 0.1%作為推動垂直整合論人計酬支付制度誘因之用。
- 二、經費協會協定並報請衛生署核定後，於 96 年 1 月 22 日公告 96 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式如下：
 - (一)牙醫門診醫療給付費用成長率為 2.610%，其中一般服務醫療給付費用成長率為 2.642%，專款項目全年預算額度為 388.3 百萬元。
 - (二)中醫門診醫療給付費用成長率為 2.478%，其中一般服務醫療給付費用成長率為 2.500%，專款項目全年預算額度為 160 百萬元。
 - (三)西醫基層醫療給付費用成長率為 4.181%，其中一般服務醫療給付費用成長率為 3.794%，門診洗腎服務預算成長率為 7.472%，專款項目全年預算額度為 1,052 百萬元。
 - (四)醫院醫療給付費用成長率為 4.914%，其中一般服務醫療給付費用成長率為 4.991%，門診洗腎服務預算成長率為 0.770%，專款項目全年預算額度為 4,115 百萬元。
 - (五)其他部門醫療給付費用增加 472 百萬元，採支出目標制，由中央健康保險局管控。
 - (六)前述部門經 95 年度醫療費用百分比加權計算，96 年度全民健康保險醫療給付費用成長率為 4.501%。

三、96 年度其他部門醫療給付費用總額涵蓋範圍：

- (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)教學醫院醫療服務成本附加費用：本項為定額，如有公務預算挹注，則予同額扣除。
- (四)支應罕病及血友病藥費專款不足之經費：本項在 5 千萬元額度內支應。
- (五)鼓勵提升健保 IC 卡登錄及上傳資料之品質。
- (六)醫療給付改善方案(論質計酬)：本項預算自醫院、西醫基層及中醫門診等部門總額移列。
- (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。

四、請中央健康保險局每年度持續與各總額部門合作，就各部門可行性較高且為民眾想了解之個別院所品質資訊，每年新增二至三項予以公開。

