

## 99 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：

99年度牙醫門診醫療給付費用總額＝校正後98年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1+99年度一般服務成長率)+99年度專款項目經費

註：校正後98年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依費協會第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)一般服務成長率為 1.389%，其包含行政院已核定之非協商因素成長率 0.019%，及協商因素成長率 1.370%。
- (二)專款項目全年經費 651.3 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，99 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較 98 年度所協定總額成長 2.515%；而於校正投保人口後，成長率估計值為 1.941%。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區業務組所轄範圍區分為六個地區。

##### (2)分配方式：

a.自一般服務費用分別移撥5,000萬元及0.5%成長率，用於「牙醫門診總額支付制度醫療特殊艱困地區提升照護獎勵方案」，及挹注品質保證保留款。

b.一般服務費用，於扣除上開5000萬元及0.75%品質保證保留款(含原協議之0.25%成長率及挹注之0.5%成長率)後，100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配；移撥之5,000萬元經費若有結餘，則回歸一般服務費用。

(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(0.250%)：

(1)依牙醫門診總額品質保證保留款實施方案支付。

(2)中央健康保險局應會同牙醫門診總額受託單位，於99年7月前，完成醫療服務品質指標項目與監測值之檢討修訂，並應建立民眾自費監控機制，及改善假日休診造成民眾就醫不便情形。

3.牙周病統合照護計畫(1.110%)：

(1)照護人數至少63,200人。

(2)具體實施方案應包含照護內容與支付方式、預期效益與評估指標、收案對象後續之自費限制(例如：健保已支付項目，不應再請病人自費)與相關規範等。

4.正子造影(0.014%)。

5.加強提升初診照護品質計畫(0%)：

於93年至97年等各年均給予成長率並壓入基期。為達本項預算原預期效益，牙醫總額受託單位應會同中央健康保險局訂定更嚴謹實施方案，包括收案條件、支付方式(含不予支付指標)及長期評估指標等。

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1.4百萬元(成長率-0.004%)。

7.一般服務之協商因素項目中，其屬計畫型者，應於年度實施前提出具體實施及監控方案(含預定達成目標及評估指標)，若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則應扣減當年度之成長率。各計畫之執行情形應即時檢討，並於99年7月前將執行成果提報至評核會議；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(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險局會同牙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。前述方案之作業時程，延續型計畫應於98年11月底前完成；新增方案原則於98年12月底前完成；若有特殊情形經提委員會議同意後，得予延長。各計畫之執行成果或成效評估，應於99年7月前提報至評核會議(新增方案僅需提供計畫內容及初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.牙醫特殊服務：

(1)全年經費423百萬元，辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形患者、特定障別之身心障礙者牙醫醫療服務。

(2)身心障礙者牙醫醫療服務，限用於符合條件之障別，且應一併檢討修訂其加成規定、麻醉使用及支付標準等。

2.資源缺乏地區改善方案：

(1)全年經費228.3百萬元，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)應持續檢討執行情形，如施行地區及退場機制等，以使資源利用更具效益。

表 1 99 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
<b>一般服務</b>			
非協商因素成長率		<b>0.019%</b>	照衛生署報奉行政院核定數值計列。 計算公式： 非協商因素成長率=[(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		0.349%	
人口結構改變率		-0.136%	
醫療服務成本指數改變率		-0.193%	
協商因素成長率		<b>1.370%</b>	
醫療品質及保險對象健康狀況的改變	品質保證保留款	0.250%	於 99 年 7 月前，完成醫療服務品質指標項目與監測值之檢討修訂，並應建立民眾自費監控機制，及改善假日休診造成民眾就醫不便情形。
支付項目的改變	牙周病統合照護計畫	1.110%	1.照護人數至少 63,200 人。 2.具體實施方案應包含照護內容與支付方式、預期效益與評估指標、收案對象後續之自費限制(例如：健保已支付項目，不應再請病人自費)與相關規範等。
	正子造影	0.014%	
	提升初診照護品質計畫	0.000%	為達原預期效益，由牙醫總額受託單位會同中央健康保險局訂定更嚴謹實施方案，內容應包含收案條件、支付方式(含不予支付指標)及長期評估指標等。
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	-0.004%	
一般服務成長率		<b>1.389%</b>	

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	協定事項
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>		
牙醫特殊服務	423.0	1.服務對象：先天性唇顎裂與顱顏畸形患者、特定障別之身心障礙者。 2.身心障礙者牙醫醫療服務，限用於符合條件之障別，並一併檢討修正其加成規定、麻醉使用及支付標準等。
資源缺乏地區改善方案	228.3	1.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.應持續檢討執行情形，如施行地區及退場機制等，以使資源利用更具效益。
<b>專款金額</b>	<b>651.3</b>	
<b>總成長率<sup>(註)</sup> (一般服務+專款)</b>	<b>1.941%</b>	
<b>較 98 年度協定總額成長率</b>	<b>2.515%</b>	

註：計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。

## 99 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：

99年度中醫門診醫療給付費用總額＝校正後98年度中醫門診一般服務醫療給付費用×(1+99年度一般服務成長率)+99年度專款項目經費

註：校正後98年度中醫門診一般服務醫療給付費用，係依費協會第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)一般服務成長率為 1.035%，其包含行政院已核定之非協商因素成長率 0.998%，及協商因素成長率 0.037%。
- (二)專款項目全年經費為 265.0 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，99 年度中醫門診醫療給付費用總額，較 98 年度所協定總額成長 2.063%；而於校正投保人口後，成長率估計值則為 1.490%。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區業務組所轄範圍區分為六個地區。
- (2)分配方式：在下述前提下，99年度之分配，可再以試辦計畫方式辦理：
  - a.應檢討分配參數，試辦計畫內容由中央健康保險局會同中醫門診總額受託單位擬訂，送請衛生署核定後據以施行。
  - b.試辦計畫須以不影響民眾就醫權益為原則，爰應持續按季監控民眾就醫公平性與醫療資源分布等指標。
  - c.為提升民眾就醫公平性，仍應設法提高資源較不足區醫師數，並加強資源較不足區民眾之醫療服務，尤其東區，預算獲保障，卻未見相對提升服務，應設定管控指標或

調整預算。

(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(0.050%)：

(1)依中醫門診總額品質保證保留款實施方案支付。

(2)中央健康保險局應會同中醫門診總額受託單位，於99年7月前，以促進醫療品質為方向，完成醫療服務品質指標項目及監測值之檢討修訂，並對民眾滿意度下降的項目，謀求改善。

3.違反全民健康保險醫事服務機構特約管理辦法之扣款為2.6百萬元(成長率-0.013%)。

(二)專款項目：

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。前述方案之作業時程，延續型計畫應於98年11月底前完成；新增方案原則於98年12月底前完成；若有特殊情形經提委員會議同意後，得予延長。各計畫之執行成果或成效評估，應於99年7月前提報至評核會議(新增方案僅需提供計畫內容及初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.資源缺乏地區改善方案

(1)全年經費90百萬元，辦理無中醫鄉巡迴醫療服務及執業計畫。

(2)應鼓勵中醫師至資源缺乏地區提供服務，並加強推動無中醫鄉執業計畫。

2.中醫照護計畫(全年經費175百萬元)：

(1)3項延續性試辦計畫(含腦血管疾病及腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫，

小兒腦性麻痺及小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫)，經費85百萬元，可相互流用，照98年度計畫繼續辦理。

a.腦血管疾病及腫瘤患者手術、化療、放射線療法後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，於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.本3項計畫已試辦4年，中醫總額受託單位及健保局應提出完整之評估報告，內容分別為：

(a)中醫門診總額受託單位：含生、心理之療效評估、經濟效益評估及評估方法。

(b)健保局：含歷年醫療利用情形、參加計畫與未參加計畫者之中西醫療利用情形與費用分析及未來建議。

(2)新增「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」，經費90百萬元：應擬定具體實施計畫，並限定執行院所及執行期限(以治療黃金期為限)。

(3)上開3項延續性試辦計畫與「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」之經費，得於15百萬額度內相互流用。



表 2 99 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
<b>一般服務</b>		
<b>非協商因素成長率</b>	<b>0.998%</b>	照衛生署報奉行政院核定數值計列。 計算公式： 非協商因素成長率=[(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
投保人口年增率	0.349%	
人口結構改變率	0.483%	
醫療服務成本指數改變率	0.164%	
<b>協商因素成長率</b>	<b>0.037%</b>	
醫療品質及保險對象健康狀況的改變	品質保證保留款 0.050%	應以促進醫療品質為方向，完成醫療服務品質指標項目及監測值之檢討修訂，並對民眾滿意度下降的項目，謀求改善。
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 -0.013%	
<b>一般服務成長率</b>	<b>1.035%</b>	
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>		
資源缺乏地區改善方案 1.辦理無中醫鄉巡迴醫療服務 2.辦理無中醫鄉執業計畫	90.0	應鼓勵中醫師至資源缺乏地區提供服務，並加強辦理無中醫鄉執業計畫。
腦血管疾病及腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫	85.0	1.前 3 項延續性試辦計畫： (1)經費 85 百萬元，可相互流用，照 98 年度計畫繼續辦理。 (2)應提出完整之療效與經濟效益評估報告。 2.新增「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」，經費 90 百萬元，應擬定具體實施計畫，並限定執行院所及執行期限(以治療黃金期為限)。 3.«3 項延續性試辦計畫»與«腦血管疾病後遺症門診照護計畫»之經費，得於 15 百萬額度內相互流用。
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		
腦血管疾病後遺症門診照護計畫	90.0	
<b>專款金額</b>	<b>265.0</b>	
<b>總成長率<sup>(註)</sup> (一般服務+專款項目)</b>	<b>1.490%</b>	
<b>較 98 年度協定總額成長率</b>	<b>2.063%</b>	

註：計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。

## 99 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：

- 99年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後98年度西醫基層一般服務醫療給付費用×(1+99年度一般服務成長率)+99年度專款項目經費+99年度西醫基層門診透析服務費用
- 99年度西醫基層門診透析服務費用＝98年度西醫基層門診透析服務費用×(1+成長率)

註：校正後98年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依費協會第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)一般服務成長率為 1.463%，其包含行政院已核定之非協商因素成長率 1.032%，及協商因素成長率 0.431%。
- (二)專款項目全年經費為 1,575 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率 6.428%。
- (四)前述三項額度經換算，99 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 98 年度所協定總額成長 2.742%；而於校正投保人口後，成長率估計值為 2.236%。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區業務組所轄範圍區分為六個地區。

##### (2)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地區實際發生醫療費用比率分配。

(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，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.品質保證保留款(0%)：

應完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目及監測值，並改善假日休診造成民眾就醫不便情形。

3.新醫療科技(0.113%)及支付標準調整(0.014%)：

預定新增之5項跨表項目，應於98年12月底前完成相關程序(含適應症之訂定)，若未能於年度開始時實施，則扣減本項成長率。

4.因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響(慢性病照護之增進)(0.389%)：

鼓勵西醫基層對慢性病照護之增進，由中央健康保險局會同西醫基層總額受託單位訂定照護之目標值。

5.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75.4百萬元(成長率-0.085%)。

6.一般服務之協商因素項目中，其屬計畫型者，應於年度實施前提出具體實施及監控方案(含預定達成目標及評估指標)，若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則應扣減當年度之成長率。各計畫之執行情形應即時檢討，並於99年7月前將執行成果提報至評核會議；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(含預定達成目標及評估指標)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。前述方案之作業時程，延續型計畫應於98年11月底前完成；新增方案原則於98年12月底前完成；若有特殊情形經提委員會同意後，得予延長。各計畫之執行成果或成效評估，應於99年7前提報至評核會議(新增方案僅需提供計畫內容及初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.慢性B型及C型肝炎治療計畫：全年經費60百萬元。

2.家庭醫師整合性照護制度計畫：

(1)全年經費1,115百萬元。

(2)應於協定額度內，妥為運作，並加強檢討及落實退場機制，掌握退場原因，及檢視退場者重新加入新方案之比例。

3.醫療資源缺乏地區改善方案：全年經費100百萬元。

4.醫療給付改善方案：

(1)全年經費300百萬元(含原有方案3項及新增方案2項)。

(2)應訂定各方案照護率之目標值，並定期檢討各方案之執行成效，及建立未達目標之處理與退場機制。

(三)門診透析服務(上限制)：

1.西醫基層本項服務費用成長率為6.428%。

2.與醫院部門同項服務合併運作，兩部門合計費用之成長率為2%。

3.其中0.16%成長率用於品質改善計畫，並以下列事項為重點。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。

(1)加強推動Pre-ESRD相關計畫。

(2)提升門診透析醫療服務品質。

表3 99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>1.032%</b>	照衛生署報奉行政院核定數值計列。 計算公式： 非協商因素成長率=[(1+投保人口年增率)*(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)]-1
投保人口年增率		0.349%	
人口結構改變率		0.603%	
醫療服務成本指數改變率		0.078%	
<b>協商因素成長率</b>		<b>0.431 %</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%	應完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目及監測值，並改善假日休診造成民眾就醫不便情形。
支付項目的改變	新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目)	0.113%	預定新增之5項跨表項目，應於98年12月底前完成相關程序(含適應症之訂定)，若未能於年度開始時實施，則扣減本項成長率。
	支付標準調整	0.014%	
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(慢性病照護之增進)	0.389%	鼓勵西醫基層對慢性病照護之增進，健保局應會同西醫基層總額受託單位訂定照護之目標值。
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	-0.085%	
<b>一般服務成長率(%)</b>		<b>1.463%</b>	

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	協 定 事 項
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>		
慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫	60	
家庭醫師整合性照護制度計畫	1,115	應於協定額度內，妥為運作，並加強檢討及落實退場機制，掌握退場原因，及檢視退場者重新加入新方案之比例。
醫療資源缺乏地區改善方案	100	
醫療給付改善方案	300	1.含原有方案 3 項及新增方案 2 項。 2.應訂定各方案照護率之目標值，並定期檢討各方案之執行成效，及建立未達目標之處理與退場機制。
<b>專款金額</b>	<b>1,575</b>	
<b>(一般服務+專款)成長率</b>	<b>1.716%</b>	
<b>較 98 年(一般服務+專款)成長率</b>	<b>2.282%</b>	
門診透析服務成長率 (含品質改善計畫)	6.428%	與醫院部門同項服務合併運作，兩部門合計費用成長率 2%，其中 0.16%成長率用於品質改善計畫。具體實施方案應包含： 1.加強推動 Pre-ESRD 相關計畫。 2.提升門診透析醫療服務品質。
<b>總成長率<sup>(註)</sup></b> <b>(一般服務+專款+門診透析)</b>	<b>2.236%</b>	
<b>較 98 年協定總額成長率</b>	<b>2.742%</b>	

註：計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。

## 99 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

### 一、總額設定公式：

- 99年度醫院醫療給付費用總額＝校正後98年度醫院一般服務醫療給付費用×(1+99年度一般服務成長率)+99年度專款項目經費+99年度醫院門診透析服務費用
- 99年度醫院門診透析服務費用＝98年度醫院門診透析服務費用×(1+成長率)

註：校正後98年度醫院一般服務醫療給付費用，係依費協會第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)一般服務成長率為 3.051%，其包含行政院已核定之非協商因素成長率 2.312%，及協商因素成長率 0.739%。
- (二)專款項目全年經費為 10,005.5 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率-0.582%。
- (四)前述三項額度經換算，99 年度醫院醫療給付費用總額，較 98 年度所協定總額成長 3.256%；而於校正投保人口後，成長率估計值為 2.734%。各細項成長率如表 4。

### 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區業務組所轄範圍區分為六個地區。

##### (2)分配方式：

a.門診服務(不含門診透析服務、專款項目)：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實際發生醫療費用比率分配。

b.住診服務(不含專款項目)：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實際發生醫療費用比率分配。

c. 各地區門住診服務，經依a、b計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

2. 品質保證保留款(0%)：

應完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目及監測值，並改善民眾自費情形。

3. 新醫療科技(0.482%)：

(1) 其中新增支付標準項目成長率0.103%(約3億元)，由中央健康保險局訂定相關項目之額度與開放時程，若未於時程內導入，則扣除該額度。

(2) 骨骼造影以NaF18取代Mo-99，所增列費用(3.9億元)，若99年並未發生取代或取代之費用占率未達8成時，則執行數與協定額度之差額予以扣減。

4. 配合新制醫院評鑑(0.069%)：

配合衛生署新制醫院評鑑政策，對評鑑結果符合條件之地區醫院，其住院病房費與護理費比照地區教學醫院之支付點數。

5. 提升急診照護品質(0.172%)：

配合衛生署實施急診採五級檢傷分類政策，調整支付標準。

6. 提升嬰幼兒照護品質(0.034%)：

調整新生兒中重度病床護理費及嬰幼兒處置等之支付點數。

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51.2百萬元(成長率-0.018%)

8. 一般服務之協商因素項目中，其屬計畫型者，應於年度實施前提出具體實施及監控方案(含預定達成目標及評估指標)，若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則應扣減當年度之成長率。各計畫之執行情形應即時檢討，並於99年7月前將執行成果提報至評核會議；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(含預定達成目標及評估指標)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。前述方案之作業時程，延續型計畫應於98年11月底前完成；新增方案原則於98年12月底前完成；若有特殊情形經提委員會議同意後，得予延長。各計畫之執行成果或成效評估，應於99年7月前提報至評核會議(新增方案僅需提供計畫內容及初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協考量。

1.慢性B型及C型肝炎治療計畫：

全年經費622.0百萬元，不足部分由當年度之藥價調整節餘款優先支應。

2.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

全年經費2,881.7百萬元，不足部分由其他預算支應。

3.罕見疾病、血友病藥費：

全年經費4,782.0百萬元，不足部分由其他預算支應。

4.醫療給付改善方案：

(1)全年經費587.3百萬元(含原有方案4項及新增方案2項)。

(2)應訂定各方案照護率之目標值，並定期檢討各方案之執行成效，及建立未達目標之處理與退場機制。

5.提升住院護理照護品質：全年經費832.5百萬元。

6.推動DRGs之調整與鼓勵：

(1)全年經費300.0百萬元。

(2)依實際導入實施之季別，併醫院總額一般服務費用結算。

(三)門診透析服務(上限制)：

1.醫院本項服務費用成長率為-0.582%。

2.與西醫基層部門同項服務合併運作，兩部門合計費用之成長率為2%。

3.其中0.16%成長率用於品質改善計畫，並以下列事項為重點。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。

(1)加強推動Pre-ESRD相關計畫。

(2)提升門診透析醫療服務品質。

表4 99年度醫院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>			
非協商因素成長率		2.312%	照衛生署報奉行政院核定數值計列。 計算公式： 非協商因素成長率=[(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
投保人口年增率		0.349%	
人口結構改變率		1.699%	
醫療服務成本指數改變率		0.257%	
協商因素成長率		0.739%	
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%	應完成新增及檢討修訂醫療服務 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)	0.482%	1. 新增支付標準項目成長率 0.103%(約 3 億元)，由健保局訂 定相關項目之額度與開放時程， 若未於時程內導入，則扣減該額 度。 2. 骨骼造影以 NaF18 取代 Mo-99 ， 所增列費用(3.9 億元)，若 99 年並 未發生取代或取代之費用占率未 達 8 成時，則執行數與協定額度 之差額予以扣減。
	配合新制醫院評 鑑	0.069%	配合衛生署新制醫院評鑑政策，對 評鑑結果符合條件之地區醫院，其 住院病房費與護理費比照地區教 學醫院之支付點數。
	提升急診照護品 質	0.172%	配合衛生署實施急診採五級檢傷 分類政策，調整支付標準。
	提升嬰幼兒照護品 質	0.034%	調整新生兒中重度病床護理費及 嬰幼兒處置等之支付點數。
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	0.000%	
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	-0.018%	
一般服務成長率		3.051%	

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	協 定 事 項
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>		
慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫	622.0	不足部分由當年度之藥價調整節餘款優先支應。
鼓勵器官移植並確保術後追蹤 照護品質	2,881.7	不足部分由其他預算支應。
罕見疾病、血友病藥費	4,782.0	不足部分由其他預算支應。
醫療給付改善方案	587.3	1.含原有方案 4 項及新增方案 2 項。 2.應訂定各方案照護率之目標值，並定期檢討各方案之執行成效，及建立未達目標之處理與退場機制。
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費用結算。
<b>專款金額</b>	<b>10,005.5</b>	
<b>(一般服務+專款)成長率</b>	<b>2.944%</b>	
<b>較 98 年(一般服務+專款)成長率</b>	<b>3.500%</b>	
門診透析服務成長率 (含品質改善計畫)	-0.582%	與西醫基層部門同項服務合併運作，兩部門合計費用成長率 2%，其中 0.16% 成長率用於品質改善計畫。具體實施方案應包含： 1.加強推動 Pre-ESRD 相關計畫。 2.提升門診透析醫療服務品質。
<b>總成長率<sup>(註)</sup></b> <b>(一般服務+專款+門診透析)</b>	<b>2.734%</b>	
<b>較 98 年度協定總額成長率</b>	<b>3.256%</b>	

註：計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。

## 99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服務(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、器官移植專款不足之經費。
- (四)健保 IC 卡登錄及上傳資料品質提升計畫。
- (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計畫。
- (八)全民健保高診次民眾就醫行為改善方案--藥師居家照護。

二、99 年度其他預算增加 1,441.34 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。

表5 99年度其他預算項目表

項 目	金額 (百萬元)	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	603.9	0	應在額度內撙節支用。
非屬各部門總額支付制度範圍之服務	3,169	714	1.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。 2.應在額度內撙節支用。
支應罕病及血友病藥費、器官移植專款不足之經費	200	0	應在額度內撙節支用。
健保 IC 卡登錄及上傳資料品質提升計畫	388.3	370.1	1.本項依 93 年度協定結果編列，經費可編至 99 年度，用於鼓勵健保 IC 卡登錄及上傳資料品質提升。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，每季執行情形應列入醫療支出情形報告中。 2.每年節餘得累積留用至 99 年同項計畫。 3.請中央健康保險局於 99 年 7 月前將總體執行成果提報評核會議。
推動促進醫療體系整合計畫	800	348	1.本項依衛生署政策方向執行。 2.計畫執行方案須於 98 年 12 月底前完成相關程序，否則扣除已經協定之額度。
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.若須動支本項經費以因應其他政策，應報經衛生署核可。
增進偏遠地區醫療服務品質計畫	200	0	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。
全民健保高診次民眾就醫行為改善方案--藥師居家照護	9.24	9.24	本項計畫執行方案須於 98 年 12 月底前完成相關程序，否則扣除已經協定之額度。
總計	5,870.44	1,441.34	

註：採支出目標制，由中央健康保險局管控。