

101 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配

依據：行政院衛生署 101 年 2 月 22 日衛署健保字第 1012660038 號核定函。

一、總額設定公式：

- 101年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後100年度西醫基層一般服務醫療給付費用×(1+101年度一般服務成長率)+101年度專款項目經費+101年度西醫基層門診透析服務費用
- 101年度西醫基層門診透析服務費用＝100年度西醫基層門診透析服務費用×(1+成長率)

註：校正後100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、總額核定結果：

- (一)一般服務成長率為 2.999%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率 1.895%，及協商因素成長率 1.104%。
- (二)專款項目全年經費為 1,834 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率 3.048%。
- (四)前述三項額度經換算，101 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 100 年度所協定總額成長 2.986%；而於校正投保人口後，成長率估計值為 2.915%。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：

a.於扣除品質保證保留款後，65%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」的保險對象人數，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，由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(0.100%)：

(1)依西醫基層總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於100年11月底前完成相關程序，並於101年6月底前提送前一年度執行成果。

(2)金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並自99年度起採累計方式計算。

(3)請中央健康保險局會同西醫基層總額相關團體，於101年6月底前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(0.038%)。

4.新增10項跨表項目(0.037%)：

(1)應於100年12月底前完成相關程序，若未能於年度開始時實施，則扣減該項目成長率。

(2)其中婦產科4項跨表項目(19百萬元)執行情形列入檢討，並同時監控醫院與西醫基層之申報量。

5.調整支付標準(1.0%)：經費應用於調整外科、婦產科及兒科等艱困科別之支付標準，達提升艱困科別醫師待遇之目的。

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64.9百萬元(成長率-0.071%)。

(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相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送費協會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於100年

11 月底前完成，並於 101 年 6 月底前提報執行成果及成效評估報告至評核會議；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157百萬元。本項預算不足部分，由其他預算支應。

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)應研擬更嚴謹的評估機制做為退場條件，擇優汰劣，確實落實成效不佳醫療群的退場機制，以利與醫院垂直整合，提供優質醫療服務。

3.醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費150百萬元。

(2)修訂方案，建議每位醫師每週巡迴診療次數上限可由2次增為3次。

4.醫療給付改善方案：

(1)全年經費：212百萬元(原5項方案)。

(2)糖尿病方案應增加相關誘因及檢討運作機制，以提高收案數與照護率，且同一個案之衛教期程應訂定年限。

(3)氣喘、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者方案，應重新檢討，訂定較嚴格之收案條件。

(4)照護結果及成效評估報告應包含健康改善狀況之量化指標。

5.診所以病人為中心整合照護計畫：全年經費200百萬元。

(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3.048%。

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1%。

3.應持續檢討及修訂門診透析醫療服務品質指標及監測值。

4.為確保透析醫療品質，相關耗材不得重複使用。

5.配合衛生署核心醫療業務不得外包之政策方向，請於中央健康保險局門診透析聯合執行委員會討論，如何運用本年度新增預算鼓勵非外包經營之透析院所，相關規定應經費協會確

定，預算方可動支。若有變更原協定之結果，再行另案報衛生署。

表 3 101 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 事 項
一般服務			
醫療服務成本及人口因素成長率		1.895%	照衛生署報奉行政院核定數值計列。 計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率 =[(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		0.190%	
人口結構改變率		0.716%	
醫療服務成本指數改變率		0.986%	
協商因素成長率		1.104%	
醫療品質 及保險對 象健康狀 況的改變	品質保證保留款	0.100%	<ol style="list-style-type: none"> 1.依西醫基層總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於 100 年 11 月底前完成相關程序，並於 101 年 6 月底前提送前一年度執行成果。 2.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並自 99 年度起採累計方式計算。 3.請中央健康保險局會同西醫基層總額相關團體，於 101 年 6 月底前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)	0.038%	
	新增跨表項目	0.037%	<ol style="list-style-type: none"> 1.新增 10 項跨表項目，其中婦產科 4 項跨表項目(19 百萬元)執行情形列入檢討，並同時監控醫院與西醫基層之申報量。 2.應於 100 年 12 月底前完成相關程序，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	1.000%	調整外科、婦產科及兒科等艱困科別之支付標準，達提升艱困科別醫師待遇之目的。
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	-0.071%	
一般服務成長率		2.999%	

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	核 定 事 項
專款項目(全年計畫經費)		
慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫	157	本項預算不足部分，由其他預算支應。
家庭醫師整合性照護制度計畫	1,115	應研擬更嚴謹的評估機制做為退場條件，擇優汰劣，確實落實成效不佳醫療群的退場機制。
醫療資源不足地區改善方案	150	修訂方案，建議每位醫師每週巡迴診療次數上限可由 2 次增為 3 次。
醫療給付改善方案	212	1.糖尿病方案應增加相關誘因及檢討運作機制，以提高收案數與照護率，且同一個案之衛教期程應訂定年限。 2.氣喘、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者方案，應重新檢討，訂定較嚴格之收案條件。 3.照護結果及成效評估報告應包含健康改善狀況之量化指標。
診所以病人為中心整合照護計畫	200	
專款金額	1,834	
(一般服務+專款)成長率	2.897%	
門診透析服務成長率	3.048%	1.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 1%。 2.應持續檢討及修訂門診透析醫療服務品質指標及監測值。 3.為確保透析醫療品質，相關耗材不得重複使用。 4.配合衛生署核心醫療業務不得外包之政策方向，請於中央健康保險局門診透析聯合執行委員會討論，如何運用本年度新增預算鼓勵非外包經營之透析院所，相關規定應經費協會確定後，預算方可動支。若有變更原協定之結果，再行另案報衛生署。
總成長率^(註) (一般服務+專款+門診透析)	2.915%	
較 100 年度協定總額成長率	2.986%	

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。

101 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

依據：行政院衛生署 101 年 2 月 22 日衛署健保字第 1012660038 號核定函。

一、總額設定公式：

- 101 年度醫院醫療給付費用總額 = 校正後 100 年度醫院一般服務醫療給付費用 $\times (1 + 101$ 年度一般服務成長率) + 101 年度專款項目經費 + 101 年度醫院門診透析服務費用
- 101 年度醫院門診透析服務費用 = 100 年度醫院門診透析服務費用 $\times (1 +$ 成長率)

註：校正後 100 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、總額核定結果：

- (一) 一般服務成長率為 3.929%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率 3.003%，協商因素成長率 0.926%。
- (二) 專款項目全年經費為 14,312.5 百萬元。
- (三) 門診透析服務成長率 -0.350%，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 1%。
- (四) 前述三項額度經換算，101 年度醫院醫療給付費用總額，較 100 年度所協定總額成長 4.683%；而於校正投保人口後，成長率估計值為 4.609%。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：於扣除品質保證保留款後，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。

a. 門診服務(不含門診透析服務)：

- (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。

b.住診服務：

(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%。

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。

(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醫院總額相關團體議定後送費協會備查。

2.品質保證保留款(0.100%)：

(1)依醫院總額品質保證保留款實施方案支付，並於101年6月底前提送前一年度執行成果。

(2)金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並自99年度起採累計方式計算。

(3)請中央健康保險局會同醫院總額相關團體，於101年6月底前，完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目及監測值。

3.新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等)(0.318%)。

4.調整支付標準(0.399%)：

應用於調整外科、婦產科及兒科等艱困科別之支付標準，俾提升艱困科別醫師之待遇。

5.確保血品安全與品質(0.064%)：

用於增加血液核酸擴大檢驗(NAT)之費用。

6.其他預期之法令或政策改變(0.064%)：

作為醫界配合衛生署「醫療機構設置標準」等法令或政策變更必須增加成本之用。

7.違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款為59百萬元(成長率-0.019%)。

(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相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送費協會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於100年11月底前完成，並於101年6月底前提報執行成果及成效評估報告至評核會議；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3,500百萬元，包含所編列專款1,922百萬元，及列於一般服務之1,578百萬元，若仍有不足，則由其他預算支應。

2.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

全年經費3,484.7百萬元，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5,649.0百萬元，不足部分由其他預算支應。

4.醫療給付改善方案：

全年經費499.8百萬元，用於繼續推動原有6項方案，並新增「推動呼吸照護醫療給付改善方案」。

5.急診品質提升方案：全年經費320百萬元。

6.提升住院護理照護品質：

(1)全年經費2,000.0百萬元。

(2)應著重在增加護理人力，並以101年年底較100年年底淨增加3,000人為目標值。

7.繼續推動DRGs之調整與鼓勵：

(1)全年經費387.0百萬元。

(2)依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。

8.醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費50.0百萬元。

(2)配合支援西醫基層醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。

(三)門診透析服務(上限制)：

1.醫院本項服務費用成長率為-0.350%。

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1%。

3.應持續檢討及修訂門診透析醫療服務品質指標及監測值。

4.為確保透析醫療品質，相關耗材不得重複使用。

5.配合衛生署核心醫療業務不得外包之政策方向，請於中央健康保險局門診透析聯合執行委員會討論，如何運用本年度新增預算鼓勵非外包經營之透析院所，相關規定應經費協會確定，預算方可動支。若有變更原協定之結果，再行另案報衛生署。

表 4 101 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)	核定事項
一般服務			
醫療服務成本及人口因素成長率		3.003%	照衛生署報奉行政院核定數值計列。 計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率 = $[(1 + \text{投保人口數年增率}) * (1 + \text{人口結構改變率} + \text{醫療服務成本指數改變率})] - 1$
投保人口年增率		0.190%	
人口結構改變率		2.017%	
醫療服務成本指數改變率		0.791%	
協商因素成長率		0.926%	
醫療品質及保險對象健康狀態的改變	品質保證保留款	0.100%	1.依醫院總額品質保證保留款實施方案支付，並於 101 年 6 月底前提送前一年度執行成果。 2.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並自 99 年度起採累計方式計算。 3.請中央健康保險局會同醫院總額相關團體，於 101 年 6 月底前提前，完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目及監測值。
支付項目的改變	新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等)	0.318%	
	調整支付標準	0.399%	應用於調整外科、婦產科及兒科等艱困科別之支付標準，俾提升艱困科別醫師之待遇。
	確保血品安全與品質	0.064%	用於增加血液核酸擴大檢驗(NAT)之費用。
其他預期之法令或政策改變		0.064%	作為醫界配合衛生署「醫療機構設置標準」等法令或政策變更必須增加成本之用。
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	-0.019%	
一般服務成長率		3.929%	

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	核定事項
專款項目(全年計畫經費)		
慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫	1,922.0	全年經費 3,500 百萬元，包含所編列專款 1,922 百萬元，及列於一般服務之 1,578 百萬元，若仍有不足，則由其他預算支應。
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	3,484.7	不足部分由其他預算支應。
罕見疾病、血友病藥費	5,649.0	不足部分由其他預算支應。
醫療給付改善方案	499.8	用於繼續推動原有 6 項方案，並新增「推動呼吸照護醫療給付改善方案」。
急診品質提升方案	320.0	
提升住院護理照護品質	2,000.0	應著重在增加護理人力，並以 101 年年底較 100 年年底淨增加 3,000 人為目標值。
繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵	387.0	依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。
醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案	50.0	配合支援西醫基層醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。
專款金額	14,312.5	
(一般服務+專款)成長率	4.896%	
門診透析服務成長率	-0.350%	<ol style="list-style-type: none"> 1.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 1%。 2.應持續檢討及修訂門診透析醫療服務品質指標及監測值。 3.為確保透析醫療品質，相關耗材不得重複使用。 4.配合衛生署核心醫療業務不得外包之政策方向，請於中央健康保險局門診透析聯合執行委員會討論，如何運用本年度新增預算鼓勵非外包經營之透析院所，相關規定應經費協會確定後，預算方可動支。若有變更原協定之結果，再行另案報衛生署。
總成長率^(註) (一般服務+專款+門診透析)	4.609%	
較 100 年度協定總額成長率	4.683%	

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。