

100 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：

- 100年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後99年度西醫基層一般服務醫療給付費用×(1+100年度一般服務成長率)+100年度專款項目經費+100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＝99年度西醫基層門診透析服務費用×(1+成長率)

註：校正後99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 1.197%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率 0.455%，及協商因素成長率 0.742%。
- (二)專款項目全年經費為 1,872 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率 3.367%。
- (四)前述三項額度經換算，100 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 99 年度所協定總額成長 1.874%；而於校正投保人口後，成長率估計值為 1.716%。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：

於扣除品質保證保留款後，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(0.050%)：

- (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99年12月底前完成相關程序。
- (2)金額應全數用於鼓勵提升醫療品質。
- (3)請中央健康保險局會同西醫基層總額受託單位，於100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(0.113%)。

4.支付標準調整：

- (1)新增5項跨表項目及調整山地離島地區門診藥事服務費(0.021%)：預定新增5項跨表項目，應於99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。
- (2)提升急診照護品質(0.002%)。
- (3)調整嬰幼兒處置支付點數(0.000%)。
- (4)提升兒童復健照護品質(0.041%)。
- (5)調整小兒專科4歲兒童門診診察費(0.111%)。

5.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)(0.445%)：

應積極配合推動及執行醫療給付改善方案、慢性B型及C型肝炎治療計畫及慢性腎臟病照護計畫，若執行不佳則列入檢討。

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37.2百萬元(成長率-0.041%)。

(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99年11月底前完成；新增方案原則於99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100年6月底前提報至評核會議(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：

(1)全年經費157百萬元，不足部分由一般服務支應。

(2)本計畫自93年試辦迄今，已實施7年，應提出完整之成效評估報告(含藥物療效及延緩肝硬化、肝癌發生等情形)。

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)應對各家醫群進行評比，落實退場機制。

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(繼續推動原有5項方案)。

(2)應訂定各方案照護率之目標值，並增加相關誘因及檢討運作機制，以提高收案數與照護率。

(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。

5.診所以病人為中心整合照護計畫：

(1)全年經費200百萬元。

(2)對於門診就醫次數過高者，以個案管理方式，提供整合性醫療服務。

(3)應排除已參與家庭醫師整合性照護制度計畫及醫療給付改善方案之個案。

(4)應訂定成效指標，並依達成情形支付費用。

(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3.367%。

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0%。

3.Pre-ESRD預防性計畫及病人衛教併入其他預算項下之「慢性

腎臟病照護及病人衛教計畫」執行。

4.應持續檢討及修訂門診透析醫療服務品質指標及監測值。

表3 100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
一般服務			
醫療服務成本及人口因素成長率		0.455%	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		0.336%	
人口結構改變率		0.886%	
醫療服務成本指數改變率		-0.767%	
協商因素成長率		0.742%	
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%	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99年12月底前完成相關程序。 2.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質。 3.請中央健康保險局會同西醫基層總額受託單位，於100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)	0.113%	預定新增5項跨表項目應於99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。
	開放5項跨表項目及調整山地離島地區門診藥事服務費	0.021%	
	提升急診照護品質	0.002%	
	調整嬰幼兒處置支付點數	0.000%	
	提升兒童復健照護品質	0.041%	
	調整小兒專科4歲兒童門診診察費	0.111%	
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)	0.445%	應積極配合推動及執行醫療給付改善方案、慢性B型及C型肝炎治療計畫及慢性腎臟病照護計畫，若執行不佳則列入檢討。
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	-0.041%	
一般服務成長率(%)		1.197%	

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	協 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	1.不足部分，由一般服務支應。 2.本計畫自 93 年試辦迄今，已實施 7 年，應提出完整之成效評估報告(含藥物療效及延緩肝硬化、肝癌發生等情形)。
家庭醫師整合性照護制度計畫	1,115	應對各家醫群進行評比，落實退場機制。
醫療資源缺乏地區改善方案	100	
醫療給付改善方案	300	1.應訂定各方案照護率之目標值，並增加相關誘因及檢討運作機制，以提高收案數與照護率。 2.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	1.對於門診就醫次數過高者，以個案管理方式，提供整合性醫療服務。 2.應排除已參與家庭醫師整合性照護制度計畫及醫療給付改善方案之個案。 3.應訂定成效指標，並依達成情形支付費用。
專款金額	1,872	
(一般服務+專款)成長率	1.501%	
較 99 年(一般服務+專款)成長率	1.679%	
門診透析服務成長率	3.367%	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 0%。 2.Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教併入其他預算項下之「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」執行。 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。
總成長率^(註) (一般服務+專款+門診透析)	1.716%	
較 99 年度協定總額成長率	1.874%	

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。

100 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

- 100年度醫院醫療給付費用總額＝校正後99年度醫院一般服務醫療給付費用×(1+100年度一般服務成長率)+100年度專款項目經費+100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＝99年度醫院門診透析服務費用×(1+成長率)

註：校正後99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 3.171%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率 2.053%，及協商因素成長率 1.118%。
- (二)專款項目全年經費為 10,783 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率-2.102%。
- (四)前述三項額度經換算，100 年度醫院醫療給付費用總額，較 99 年度所協定總額成長 3.173%；而於校正投保人口後，成長率估計值為 3.007%。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)：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：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。
 - (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(0.050%)：
- (1)依醫院總額品質保證保留款實施方案支付。該方案請於99年12月底前完成相關程序。
 - (2)金額應全數用於鼓勵提升醫療品質。
 - (3)請中央健康保險局會同醫院總額相關團體，於100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，並改善民眾自費情形。
- 3.新醫療科技(0.309%)：
- 其中新增支付標準項目成長率0.100%(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，則扣減該額度。
- 4.配合新制醫院評鑑(0.075%)：
- 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。
- 5.99年推動DRGs所需費用之調整(0.100%)：
- (1)已配合第一階段導入，併99年醫院總額一般服務費用結算，爰100年於一般服務計列成長率。
 - (2)係99年鼓勵第一階段155項DRGs導入之誘因，若因故停止執行，則須扣減成長率。
 - (3)請中央健康保險局於有完整一年DRGs申報資料後，至本會進行DRGs制度及實施結果之專題報告。

- 6.推動安寧共照醫療服務(0.012%)。
- 7.提升兒童復健照護品質(0.065%)。
- 8.基本診療項目調整(0.491%)：
優先考量外科、婦產科及小兒科診察費之調整，其調整項目及幅度，由中央健康保險局會同醫院總額相關團體議定後，依相關程序辦理，並送費協會備查。
- 9.配合國健局辦理預防保健項目，部分之確診可能對醫療費用造成影響(0.043%)。
- 10.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81.7百萬元(成長率-0.027%)。

(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99年11月底前完成，並於100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：

- (1)全年經費1,282.0百萬元，不足部分由一般服務支應。
- (2)本計畫自93年試辦迄今，已實施7年，應提出完整之成效評估報告(含藥物療效及延緩肝硬化、肝癌發生等情形)。

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487.3百萬元(繼續推動原有6項方案)。
- (2)應訂定各方案照護率之目標值，並增加相關誘因及檢討運作機制，以提高收案數與照護率。
- (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。

5.提升住院護理照護品質：

(1)全年經費1,000.0百萬元。

(2)應檢討修訂方案，及研議更多適用之住院護理品質指標。

6.100年繼續推動DRGs之調整與鼓勵：

(1)全年經費300.0百萬元。

(2)依第二階段實際導入實施之季別，併醫院總額一般服務費用結算。

7.醫院支援西醫基層醫療資源缺乏地區之方案：

(1)全年經費50百萬元。

(2)配合支援西醫基層醫療資源缺乏地區所需，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-2.102%。

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0%。

3.Pre-ESRD預防性計畫及病人衛教併入其他預算項下之「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」執行。

4.應持續檢討及修訂門診透析醫療服務品質指標及監測值。

表4 100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
一般服務			
醫療服務成本及人口因素成長率		2.053%	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		0.336%	
人口結構改變率		2.064%	
醫療服務成本指數改變率		-0.353%	
協商因素成長率		1.118%	
醫療品質 及保險對 象健康狀 態的改變	品質保證保留款	0.050%	1.依醫院總額品質保證保留款實 施方案支付。該方案請於99年 12月底前完成相關程序。 2.金額應全數用於鼓勵提升醫療 品質。 3.請中央健康保險局會同醫院總 額受託單位，於100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)	0.309%	新增支付標準項目成長率 0.100%(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， 則扣減該額度。
	配合新制醫院評鑑	0.075%	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。
	99年推動DRGs所需費 用之調整	0.100%	1.已配合第一階段導入，併99年 醫院總額一般服務費用結算，爰 100年於一般服務計列成長率。 2.99年鼓勵第一階段155項 DRGs導入之誘因，若因故停 止執行，則須扣減成長率。 3.請中央健康保險局於有完整一 年DRGs申報資料後，至本會之 進行DRGs制度及實施結果之 專題報告。
	推動安寧共照醫療服務	0.012%	
	提升兒童復健照護品質	0.065%	
	基本診療項目調整	0.491%	優先考量外科、婦產科及小兒科 診察費之調整，其調整項目及幅 度，由中央健康保險局會同醫院 總額相關團體議定後，依相關程 序辦理，並送費協會備查。
其他醫療服 務及密度的 改變	配合國健局辦理預防保 健項目，部分之確診可能 對醫療費用造成影響。	0.043%	
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	-0.027%	
一般服務成長率		3.171%	

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	協 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	1,282.0	1.不足部分由一般服務支應。 2.本計畫自 93 年試辦迄今，已實施 7 年，應提出完整之成效評估報告(含藥物療效及延緩肝硬化、肝癌發生等情形)。
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	487.3	1.應訂定各方案照護率之目標值，並增加相關誘因及檢討運作機制，以提高收案數與照護率。 2.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。
提升住院護理照護品質	1,000.0	應檢討修訂方案，及研議更多適用之住院護理品質指標。
100 年繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵	300.0	依第二階段實際導入實施之季別，併醫院總額一般服務費用結算。
醫院支援西醫基層醫療資源缺乏地區之方案	50.0	配合支援西醫基層醫療資源缺乏地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。
專款金額	10,783.0	
(一般服務+專款)成長率	3.319%	
較 99 年(一般服務+專款)成長率	3.496%	
門診透析服務成長率	-2.102%	1.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 0%。 2.Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教併入其他預算項下之「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」執行。 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。
總成長率^(註) (一般服務+專款+門診透析)	3.007%	
較 99 年度協定總額成長率	3.173%	

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。