

97 年度醫院醫療給付費用總額分配方式

一、總額設定公式：

- 97年度醫院醫療給付費用總額=96年度醫院一般服務醫療給付費用 × (1+97年度一般服務成長率)+97年度專款項目預算+97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=96年度醫院門診透析服務預算×(1+成長率)

註：1.97年度醫療給付費用總額所採基期費用，依費協會第114次委員會議決議辦理。

2.97年度改由公務預算支應已非屬健保給付項目之費用，自基期費用扣除。

二、總額協定結果：

97 年度醫院醫療給付費用以最接近之兩案【4.900%(付費者方案)與 4.990%(醫界方案)】，送衛生署裁決其成長率與內涵，如表 4-1。

三、衛生署核定結果：

- (一)一般服務醫療給付費用成長率為 4.870%，其中非協商因素成長率 2.771%，協商因素成長率 2.302%，減項因素(「違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」成長率-0.020%及「減列指示用藥之費用」成長率-0.183%)成長率-0.203%。
- (二)專款項目全年預算額度為 8,142.2 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後，97 年度醫院醫療給付費用成長率估計值為 4.900%。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.促進供血機制合理運作：成長率為0.098%，血品點值以每點1元核算。

3.支付標準調整：

(1)成長率為0.122%，包括：推動DRGs之調整保障誘因、2歲以下兒童門診診察費加成20%及骨盆腔檢查支付點數調整。

(2)其中「推動DRGs之調整保障誘因」乙項，若97年12月底前仍未實施，則自97年第4季一般服務預算扣減本項預算額度(成長率為0.076%)。

- 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53百萬元(成長率-0.020%)。該扣款條件，先試行一年，以後年度是否續用，於中央健康保險局提出執行狀況後再議。
 - 5.減列指示用藥之費用為483.6百萬元(成長率-0.183%)。
 - 6.第5次藥價調查及其再確認更正作業節餘款之移列與使用：
 - (1)自一般服務預算移列25.23億元至「其他預算」項下，用於調整現行支付標準不合理項目(住院支付標準表優先)及提升醫療品質方案。調整項目或方案，請中央健康保險局會同醫院總額相關團體研訂後，於97年3月前送費協會備查。
 - (2)97年度所支應費用，於協商98年度總額時，歸回醫院總額一般服務預算中。
 - 7.一般服務之協商因素項目，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98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。
- (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型肝炎治療試辦計畫：
 - (1)全年預算1436.8百萬元。
 - (2)應訂定新藥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.醫療給付改善方案：
 - (1)全年預算504.0百萬元。
 - (2)於97年6月前提送成效評估報告，其中須含健康改善狀況之量化指標。
 - 3.鼓勵接受專業自主事務委託：
 - (1)全年預算264.1百萬元。
 - (2)醫院部門如有接受專業自主事務委託，則本項預算併入一般

服務結算，未受託則予扣除。

(三)門診透析服務(上限制獨立預算)：

- 1.醫院本項預算97年度之成長率為0%。
- 2.醫院與西醫基層等二總額部門，本項預算合併運作，97年度之成長率合計為3.13%，其中0.6%成長率用於品質改善計畫，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。

表4-1 97年度醫院醫療給付費用成長率(送署裁定版)

項目	方案	
	付費者代表方案	醫院代表方案
非協商因素成長率	2.771%	2.771%
投保人口數年增率	0.271%	0.271%
人口結構改變率	1.840%	1.840%
醫療服務成本指數改變率	0.660%	0.660%
協商因素成長率	2.203%	2.302%
非協商+協商小計	4.974%	5.073%
違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.020%	-0.020%
減列指示用藥之費用	-0.183%	-0.183%
第5次藥價調查及再確認更正作業	(移列 25.23 億元)	(移列 25.23 億元)
一般服務成長率	4.771%	4.870%
(一般服務+專款項目)成長率	5.246%	5.343%
門診透析預算成長率	0.000%	0.000%
總成長率預估值	4.900%	4.990%

表4-2 97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
一、非協商因素成長率		
(一)投保人口年增率	0.271%	
(二)人口結構改變率	1.840%	
(三)醫療服務成本指數改變率	0.660%	
小計	2.771%	
二、協商因素成長率		
(一)品質保證保留款	0.000%	
(二)促進供血機制合理運作	0.098%	血品點值以每點 1 元核算。
(三)新醫療科技 (包括藥品、特材、 新增項目等)	0.393%	
(四)支付標準調整,包括:推動 DRGs 之調整保障誘因、2 歲以下兒童 門診診察費加成 20%及骨盆腔 檢查支付點數調整	0.122%	有關「推動 DRGs 之調整保障誘因」乙項,若 97 年 12 月底前仍未實施,則自 97 年第 4 季一般服務預算扣減本項預算額度 (成長率為 0.076%)。
(五)合理反映區域醫療資源平衡	0.600%	
(六)保險對象服務利用率及密集度成長 (含重大傷病)	1.089%	
小計	2.302%	
非協商+協商因素成長率小計	5.073%	
違反全民健保醫事服務機構特約及 管理辦法之扣款	-0.020%	
減列指示用藥之費用	-0.183%	
第 5 次藥價調查及再確認更正作業	(移列 25.23 億元)	自一般服務預算移列 25.23 億至其他預算項下,其支付或調整方案請於 97 年 3 月前送費協會備查。
一般服務成長率	4.870%	

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	衛生署核定事項
三、專款項目(全年計畫總預算，百萬元)		
(一)慢性B型及C型肝炎治療試辦計畫	1,436.8	1.請依本預算之額度，修正原擬之計畫(含開放新藥預定款之時程)。 2.西醫基層部門併同前述計畫修定，一併檢討。
(二)罕見疾病、血友病藥費	3,600.0	
(三)鼓勵器官移植並確保術後追蹤 照護品質	2,337.3	
(四)醫療給付改善方案	504.0	
(五)鼓勵接受專業自主事務委託	264.1	97年若醫院部門接受專業自主事務委託，則併入一般服務結算；未受託則予扣除。
專款項目金額合計	8,142.2	
(一般服務+專款項目)成長率估計值	5.246%	
門診透析服務預算成長率	0.000%	與西醫基層部門同項預算合併為獨立預算，其中0.6%成長率用於品質改善計畫。
總費用成長率估計值 (含一般服務+專款項目+門診透析)	4.900%	

註：1.「違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」、「減列指示用藥之費用」之處理原則同西醫基層總額部門。

2.各項方案/計畫之訂定與執行，依費協會之協定慣例原則辦理。

