

附件一

101 年度牙醫門診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 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 100 年度牙醫門診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

註：校正後 100 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、總額核定結果：

- (一)一般服務成長率為 2.254%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率 1.659%，及協商因素成長率 0.595%。
- (二)專款項目全年經費為 1,036.5 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，101 年度牙醫醫療給付費用總額，較 100 年度所協定總額成長 2.264%；而於校正投保人口後，成長率估計值為 2.190%。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.自一般服務費用移撥 50 百萬元，用於「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案」，經費若有結餘，則回歸一般服務費用。

b.一般服務費用，於扣除品質保證保留款及上開 50 百萬元後，100% 依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。

(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，由中央健康保險局會同牙醫門診總額相關團體議定後，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(0.300%)：

(1)依牙醫門診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牙醫門診總額相關團體，於101年6月底前，完成醫療服務品質指標項目與監測值之檢討修訂，並改善民眾自費及假日休診造成民眾就醫不便情形。

3.根部齲齒填補(0.319%)：

(1)本項預算未能執行之額度，自當年度一般服務費用扣除，並不列入次年度之基期費用計算。

(2)上述預算執行額度，應以新增項目之差額計算。

(3)執行率之計算細節及相關支付標準之修訂，請中央健康保險局會同牙醫門診總額相關團體議定，並循法定程序處理。

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8.5百萬元(成長率-0.024%)。

(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.醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費229.2百萬元，辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。

(2)為鼓勵牙醫師積極參與提供醫療資源不足地區之醫療服

務，可考慮適度合理調整論次(或加成)之支付誘因。

2.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)為鼓勵牙醫師積極參與及提高服務人數，建議增加支付誘因，並擴大適用障別至接受牙醫服務有障礙之族群。

3.牙周病統合照護計畫：

(1)全年經費384.3百萬元，照護人數至少56,800人。

(2)應提高執行率，並持續監控病人自費情形。

表 1 101 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)	核定事項
一般服務			
醫療服務成本及人口因素成長率		1.659%	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 = $[(1 + \text{投保人口數年增率}) * (1 + \text{人口結構改變率} + \text{醫療服務成本指數改變率})] - 1$
投保人口數年增率		0.190%	
人口結構改變率		-0.128%	
醫療服務成本指數改變率		1.594%	
協商因素成長率		0.595%	
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%	1.依牙醫門診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牙醫門診總額相關團體，於 101 年 6 月底前，完成醫療服務品質指標項目與監測值之檢討修訂，並改善民眾自費及假日休診造成民眾就醫不便情形。
支付項目的改變	根部齲齒填補	0.319%	1.本項預算未能執行之額度，自當年度一般服務費用扣除，並不列入次年度之基期費用計算。 2.上述預算執行額度，應以新增項目之差額計算。 3.執行率之計算細節及相關支付標準之修訂，請中央健康保險局會同牙醫門診總額相關團體議定，並循法定程序處理。
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	-0.024%	
一般服務成長率		2.254%	

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)		
醫療資源不足地區改善方案	229.2	1.辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。 2.為鼓勵牙醫師積極參與提供醫療資源不足地區之醫療服務，可考慮適度合理調整論次(或加成)之支付誘因。
牙醫特殊服務	423.0	1.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.為鼓勵牙醫師積極參與及提高服務人數，建議增加支付誘因，並擴大適用障別至接受牙醫服務有障礙之族群。
牙周病統合照護計畫	384.3	1.照護人數至少 56,800 人。 2.應提高執行率，並持續監控病人自費情形。
專款金額	1,036.5	
總成長率^(註) (一般服務+專款)	2.190%	
較 100 年度協定總額成長率	2.264%	

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 年度中醫門診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 年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後 100 年度中醫門診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

註：校正後 100 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、總額核定結果：

- (一)一般服務成長率為 2.249%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率 3.297%，及協商因素成長率-1.048%。
- (二)專款項目全年經費為 361.4 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，101 年度中醫門診醫療給付費用總額，較 100 年度所協定總額成長 2.856%；而於校正投保人口後，成長率估計值為 2.776%。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(不含品質保證保留款)：

a.續以 100 年試辦計畫為架構繼續試辦，惟人口占率不得低於 5%。試辦計畫內容由中央健康保險局會同中醫門診總額相關團體擬訂，送請衛生署核定後據以施行。

b.若東區預算繼續獲保障，則應相對提升服務，並設「點值上限」，超出上限值部分，應運用於其他服務計畫，使東區民眾得到實質服務。

c.試辦計畫仍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。

(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)依中醫門診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中醫門診總額相關團體，於101年6月底前，完成醫療服務品質指標項目與監測值之檢討修訂，應增加結果面指標，並改善假日休診造成民眾就醫不便及自費情形。

3.提升傷科及脫臼整復治療處置品質之效益(-1.113%)：

本項係參考100年上半年中醫傷科及脫臼整復之申報情形，推估100年全年較99年減少444百萬點，其節約之效益，一半回歸民眾，一半肯定中醫部門致力於自律管理之努力，爰減列成長率-1.113%(222百萬元)。

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7百萬元(成長率-0.035%)。

(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.醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費74.4百萬元。

(2)請中央健康保險局會同中醫門診總額相關團體檢討修正方案內容。

2.中醫照護計畫：

(1)全年經費85百萬元。

(2)用於四項延續性計畫：

a.腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫。

b.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。

c.小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫。

d.小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫。

(3)應訂定各項計畫之目標預算，及檢討修訂方案內容，含收案條件、執行方式、評估指標等。

(4)小兒腦性麻痺、小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫，自102年起不再試辦，回歸一般服務。

3.腦血管疾病後遺症門診照護計畫：

(1)全年經費82百萬元。

(2)應檢討修訂計畫內容，訂定更嚴格之收案標準，執行期間以治療黃金期為限，並建立療效評估指標等。

4.建立中醫門診總額傷科標準作業程序及品質提升計畫：

(1)全年經費120百萬元。

(2)計畫須經費協會同意之後，方可動支該筆預算，且應按季分配，並依計畫導入實施季別，併同一般服務費用結算。

表 2 101 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)	核定事項
一般服務		
醫療服務成本及人口因素成長率	3.297%	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	0.190%	
人口結構改變率	0.543%	
醫療服務成本指數改變率	2.558%	
協商因素成長率	-1.048%	
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%	1.依中醫門診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中醫門診總額相關團體，於 101 年 6 月底前，完成醫療服務品質指標項目與監測值之檢討修訂，應增加結果面指標，並改善假日休診造成民眾就醫不便及自費情形。
醫療服務效率提升	提升傷科及脫臼整復治療處置品質之效益 -1.113%	
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 -0.035%	
一般服務成長率	2.249%	
專款項目(全年計畫經費)		
醫療資源不足地區改善方案	74.4	請中央健康保險局會同中醫門診總額相關團體檢討修正方案內容。
腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫	85.0	1.應訂定各項計畫之目標預算，及檢討修訂方案內容，含收案條件、執行方式、評估指標等。 2.小兒腦性麻痺、小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫，自 102 年起不再試辦，回歸一般服務。
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		

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	核定事項
腦血管疾病後遺症門診照護 計畫	82.0	應檢討修訂計畫內容，訂定更嚴格之 收案標準，執行期間以治療黃金期為 限，並建立療效評估指標等。
建立中醫門診總額傷科標準 作業程序及品質提升計畫	120.0	計畫須經費協會同意之後，方可動支 該筆預算，且應按季分配，並依計畫 導入實施季別，併同一般服務費用結 算。
專款金額	361.4	
總成長率^(註) (一般服務+專款)	2.776%	
較 100 年度協定總額成長率	2.856%	

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。

附件四

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×(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×(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月底前提交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+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		0.190%	
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，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。

附件五 101年度全民健康保險其他預算及其分配

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、101 年度其他預算增加 1,461 百萬元，預算總額度為 7,907.9 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。

二、預算分配相關事項：

- (一)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：全年經費 603.9 百萬元。請於 101 年 6 月底前提送執行成果。
- (二)非屬各部門總額支付制度範圍之服務：全年經費 4,214 百萬元。用於助產所、護理之家照護、居家照護、精神疾病社區復健、安寧居家療護，及調整呼吸器試辦計畫居家收案條件等所需經費。
- (三)支應罕病及血友病藥費、器官移植、慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費：全年經費 200 百萬元。
- (四)推動促進醫療體系整合計畫：全年經費 950 百萬元。
 - 1.用於醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫、論人計酬試辦計畫，及新增之醫院垂直整合方案等三項。
 - 2.醫院垂直整合方案之推動，依衛生署政策要求，其執行計畫應確實達到整合的目標。
 - 3.100年已實施之方案，請於101年6月底前提送執行成果及成效評估報告。新增方案原則於100年12月底前完成相關程序，並於101年6月底前提送初步執行結果。
- (五)其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費：全年經費 1,000 百萬元。
 - 1.含新增醫藥分業地區所增加之費用。
 - 2.除上述用途外，本項經費之適用範圍、動支條件及相關程序等，另掣案提費協會討論。
- (六)增進偏遠地區醫療服務品質計畫：全年經費 500 百萬元，不足部分由前項(五)之經費支應。

- 1.用於離島醫院及肩負偏遠地區(含山地鄉)民眾於該地區或鄰近地區主要急性就醫醫院，與偏遠地區急性醫療主責醫院之點值保障。
 - 2.依衛生署政策要求，本項計畫應訂有相關必要執行項目，上述醫院應提供24小時急診、以具備內外婦兒科為原則，但得依據該地區及醫院特性適當調整，至少提供兩科之門診及住院醫療、檢驗檢查主動通知等，並深入社區加強預防保健服務。
 - 3.方案原則於100年12月底前完成相關程序，並於101年6月底前提送執行成果及成效評估報告。
- (七)全民健保高診次民眾就醫行為改善方案--藥師居家照護：全年經費 36 百萬元。本項以輔導至少 4,300 人為目標，並於 101 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告。
- (八)慢性腎臟病照護及病人衛教計畫：全年經費 404 百萬元。
- 1.用於推動「pre-ESRD預防性計畫及病人衛教計畫」及「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」。
 - 2.請於101年6月底前提送執行成果及成效評估報告。

表5 101年度其他預算項目表

項 目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	核 定 事 項
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	603.9	0	請於 101 年 6 月底前提送執行成果。
非屬各部門總額支付制度範圍之服務	4,214	511	用於助產所、護理之家照護、居家照護、精神疾病社區復健、安寧居家療護，及調整呼吸器試辦計畫居家收案條件等所需經費。
支應罕病及血友病藥費、器官移植、慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費	200	0	
推動促進醫療體系整合計畫	950	150	1.用於醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫、論人計酬試辦計畫，及新增之醫院垂直整合方案等三項。 2.醫院垂直整合方案之推動，依衛生署政策要求，其執行計畫應確實達到整合的目標。 3.100 年已實施之方案，請於 101 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告。新增方案原則於 100 年 12 月底前完成相關程序，並於 101 年 6 月底前提送初步執行結果。
其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費	1,000	500	1.含新增醫藥分業地區所增加之費用。 2.除上述用途外，本項經費之適用範圍、動支條件及相關程序等，另掣案提會討論。
增進偏遠地區醫療服務品質計畫	500	300	1.用於離島醫院及肩負偏遠地區(含山地鄉)民眾於該地區或鄰近地區主要急性就醫醫院，與偏遠地區急性醫療主責醫院之點值保障。 2.依衛生署政策要求，本項計畫應訂有相關必要執行項目，上述醫院應提供 24 小時急診、以具備內外婦兒科為原則，但得依據該地區及醫院特性適當調整，至少提供兩科之門診及住院醫療、檢驗檢查主動通知等，並深入社區加強預防保健服務。 3.經費若有不足，由前項經費支應。 4.方案原則於 100 年 12 月底前完成相關程序，並於 101 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告。
全民健保高診次民眾就醫行為改善方案--藥師居家照護	36	0	本項以輔導至少 4,300 人為目標，並於 101 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告。
慢性腎臟病照護及病人衛教計畫	404	0	1.用於推動「pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫」及「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」。 2.請於 101 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告。
總計	7,907.9	1,461.0	

註：採支出目標制，由中央健康保險局管控。